



兒童青少年精神醫學通訊

第20卷 • 第1期

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.20 No.1



2021 春季號

精神健康中心

Department of Psychiatry and Center for Mental Health
Kaohsiung Medical University Chung-Hua Memorial Hospital



本期主題

飲食障礙 Eating disorders

飲食障礙 Eating disorders

01 理事長的話

02 秘書處公告

04 專欄文章

飲食障礙症

基於兒童 / 青少年進食失控的暴食症發展框架探討

分析飲食障礙女性患者中食物成癮的發生率及相關因素

微生物叢在飲食疾患之致病機轉及治療的角色：一系統文獻回顧

10 本月考題

11 前期解答



已經揮別的2020年，是歷史上很特別的一年。新冠肺炎疫情改變了全世界的生活，原預定在新加坡舉行的第24屆世界兒童與青少年精神醫學學術研討會 (IACAPAP)，也因邊境管制，成了創會83年以來，第一次以虛擬會議 (Virtual conference)形式，於線上舉辦的學術大會。

今年新冠肺炎疫情仍方興未艾，絲毫未見趨緩，歷經病毒一再變身為Alpha、Beta、Gamma、Delta等病毒株後，多地疫情重起蔓延，原訂在充滿人文典雅的京都舉行的亞洲兒童與青少年精神醫學學術研討會 (ASCAPAP)，宣布暫緩辦理。

而學會第23屆週年年會暨學術研討會，在3月初籌辦時我們仍樂觀其成，5月初因陸續傳來感染源不明的本土案例消息，全國疫情警戒等級從5月11日至6月8日提升至第二級；經秘書處和學術委員會總召集人高淑芬教授商議後，重新協調場地及講師的時間，我們把年會延至7月25日。意料之外，猝不及防的是，確診的數據一路攀爬，5月15日至5月28日，雙北防疫警戒首度提升到三級；而一波未平，一波又起，5月17日雙北宣佈高中以下停課，5月19日宣佈全國疫情警戒進入第三級，於是在6月20日召開的第十二屆第五次理監事聯席會議決議，今年的年會暨學術研討會將成為學會有史以來的第一次視訊會議，也不得不取消會前會；而一定得實體辦理的會員大會，則延

至秋季繼續教育或11月份的六十週年精神醫學年會暨學術研討會時辦理！因應如此詭譎多變的疫情，也請會員在照顧兒童青少年個案及其家庭之餘，別忘了照顧好自己。

這期通訊主題為飲食障礙症，探討這領域常見的厭食症、暴食症、嗜食症等，失控的暴食症發展框架、食物成癮，以及微菌叢在飲食疾患之致病機轉及治療的角色，由高雄醫學大學附設醫院精神部的兒青精神科同仁負責，期待大家有新的學習和收穫。

陳質采

2021 春季號通訊 - 秘書處公告

1. 台灣兒童青少年精神醫學會第二十三周年年會學術研討會將於 7/25 全線上舉辦，本次主題是自閉症患者及其家庭的成長與挑戰

The Challenge and Growth of Children with Autism Spectrum Disorder and Their Families。

邀請宋維村教授專題演講「世界衛生組織發展遲緩兒童親職技巧訓練之台灣計畫」。

年會的下午由衛生福利部疾病管制署防疫醫師詹珮君進行感染專題演講 ---- 新冠狀病毒對兒童身心健康的影響，歡迎大家踴躍參與第二十三周年年會。

2. 本會辦理 110 年度兒童青少年精神科專科醫師甄審，相關日期變動如下：

申請日期為 6 月 1 日至 6 月 18 日，申請資格審查時可一併繳交個案報告一式四份，相關報名資料、證明文件以郵寄方式或親自送達為之。

擬定 6/28 完成資格審查作業。

筆試報名日期：7 月 1 日至 7 月 15 日；筆試延至 8 月 15 日下午 15:30-16:30 舉行，報到方式、時間、地點及注意事項將另行通知及公告。

口試報名日期順延至 8/17-8/27，口試維持 9 月 5 日舉行，將採用線上方式進行，細節將另行通知及公告若疫情警戒等級為二級、三級，將規劃北區、中區分地實地紙筆考試；若警戒等級為四級或有考生因確診隔離，採分地實地及隔離場所同步線上考試；筆試若為實地線上考試之考生，請自備筆電；筆試若為居家檢疫 / 隔離在家或在其他隔離場所應考之考生，須自備二組 Webcam 供監考使用。

考生在筆試報名時或筆試前，須附上考生本人於筆試日期 (8 月 15 日) 前施打新冠肺炎疫苗已逾二週以上之證明。若無前述證明，考生則須憑筆試日期前三天內的新冠肺炎 PCR 陰性檢驗報告證明始得進入實地考場。

甄試申請須知及相關表格文件請自本會網站下載 <http://www.tscap.org.tw>

3. 110 年度共有 11 家醫院申請訓練醫院評鑑，評鑑結果如下

申請受訓醫院評鑑機構名單	原訓練容額	本次申請之訓練容額	本次評鑑通過之訓練容額
台大醫院	4	4	4
馬偕紀念醫院	2	2	2
台北榮總暨關渡醫院	4	4	4
林口長庚兒童醫院	3	3	3
衛生福利部桃園療養院	3	3	3
彰化基督教醫院	1	1	1
台中榮民總醫院	1	1	1
高雄市立凱旋醫院	1	1	1
高雄長庚醫院	2	2	2
中國醫藥學院附設醫院	1	1	1
成功大學醫學院附設醫院	1	1	1

4. 因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情，配合衛生福利部之公告，本會 111 年至 113 年度受評醫院之評鑑合格效期，順延 2 年：即原評鑑合格效期至 111 年 6 月 30 日者，展延至 113 年 6 月 30 日；原評鑑合格效期至 112 年 6 月 30 日者，展延至 114 年 6 月 30 日；原評鑑合格效期至 113 年 6 月 30 日者，展延至 115 年 6 月 30 日。

Eating disorders 飲食障礙症

Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt. Eating disorders. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):899-911. (Review)

高雄醫學大學附設醫院精神醫學部 劉黛玲摘譯

引言

飲食障礙症是指以不正常的飲食方式或體重控制為主要特徵，其對於體重、身型外觀和進食有著困擾的看法。精神疾病診斷與統計手冊第五版 (DSM-5) 主要將餓食和飲食障礙症分成六大類，包含厭食症 (Anorexia nervosa)、暴食症 (Bulimia nervosa)、嗜食症 (Binge eating disorder)、迴避 / 節制型攝食症 (Avoidant-restrictive food intake disorder)、異食症 (Pica) 與反芻症 (Rumination disorder)。厭食症主要特徵為對體重增加有著強烈的恐懼，或是合併對於身體意象的認知失調。暴食症為反覆出現無法控制地暴吃，並有著不當的補償行為去避免體重增加。嗜食症以反覆出現令人困擾而無法控制的進食為特徵，但與暴食症不同的是其較少出現相對應的補償行為。迴避 / 節制型攝食症的核心特徵為避免或限制食物不管是在種類或是份量上的攝取，一開始可能是對食物或進食失去興趣，或是因為感覺敏感而篩選食物種類，以及對於進食可能導致的負向經驗感到懼怕。

流行病學與共病

飲食障礙症多在青少年與成年早期發生。飲食障礙症全球的盛行率目前已增加到 25%，只有 20% 的個案需要相關治療；飲食障礙疾患常與其他精神疾患共病，且與糖尿病、自體免疫相關疾病 (例如：發炎性腸道疾病) 有著雙向的

關聯。

治療及處置原則

飲食疾患若早期介入可以改善預後；家族治療 (family-based therapy) 為第一線的治療。對於輕度或中度的個案應先門診治療，並依照年齡取決讓家庭參與治療的方式。若是門診治療效果不佳，可以考慮透過日間或住院方式去提供更高強度的照護。不同年紀的治療不同，針對青少年患者，應積極鼓勵家庭參與治療，但在成人，家庭參與的形式則可調整適應成年患者的需求。

賀爾蒙及藥物治療

一篇研究針對成年患者發現 olanzapine 10 毫克在神經性厭食症，可以讓體重增加及改善激動症狀。NICE 建議若是合併有慢性疾病且骨齡小於 15 歲的女孩，可以轉給兒科醫師，使用經皮吸收的雌激素，模擬青春期雌激素增加並預防骨質疏鬆症。針對神經性暴食症的治療方法，meta-analysis 顯示，fluoxetine 幾乎沒有明顯的改善效果。其他研究認為藥物治療雖顯著可以使體重減輕，但對於暴飲暴食的減少及降低精神病理的風險則無效。

基於兒童 / 青少年進食失控的暴食症發展框架探討

A Developmental Framework of Binge-Eating Disorder Based on Pediatric Loss of Control Eating

Marian Tanofsky-Kraff, Natasha A. Schvey, and Carlos M. Grilo

高雄醫學大學附設醫院精神醫學部 林貝芸醫師摘譯

DSM-5 嗜食症的診斷標準為重複暴食發作，平均每星期至少一天發生暴食，並持續三個月，無常規的代償行為。與許多精神疾病一樣，嗜食症 (binge-eating disorder, BED) 的早期徵兆可能在兒童時期已經出現。

1990 年代，研究嗜食症的文獻即指出，BED 的病人，通常從童年或青春期開始就有暴飲暴食行為，常見的初始表現是進食過程中失去控制。對於這種對飲食控制力不足或無法停止進食的現象，稱之為進食失控 (loss of control eating, LOC eating)。確診 LOC eating 的標準是主觀上對飲食有失控現象，與所吃的食物量無關。

目前研究發現，在有 LOC eating 的青少年中，表現出負面情緒 (negative affectivity)，食物對其有明顯的報償反應 (elevated reward responsivity for food) 以及自我調節困難的人，成人後患上 BED 和肥胖症的風險最大，因此若能辨別出 LOC eating 青少年，予以治療，便可能降低發展成 BED 的機會。

治療策略包含體重控制、IPT、CBT、DBT 和提升食慾意識。第一，體重控制：對成年人來說，穩定的體重可被視為成功預防體重過度增加，然而，兒童及青少年仍在成長發育，即使

成功進行體重管理，仍可能需要增加體重。第二，人際心理治療，(IPT): 對於負性情緒高的患者，應進行 IPT，解決人際關係問題和促進有效的溝通技巧以減少負面情緒並改善社會功能。第三，認知行為治療 (CBT): CBT 適合治療在對自我身材不滿意合併進食失控的青少年。第四：辯證行為治療 (DBT): DBT 透過提高適應性情緒調節技能，可減少心理病理症狀，假定自我調節的缺陷可能是 BED 發展的核心，還需要進一步研究來闡明 DBT 在改善青少年的情緒調節和減少 LOC eating 方面的有效性。第五：提升食慾意識 (appetite awareness): 在與食物期望和報償敏感性最為明顯的青少年中，增加食慾意識，提高對飢餓感和飽腹感的敏感性為重點的治療方法是合適的。為了減少對食品的注意力偏見，應進行注意力再培訓，包括反覆提示暴露於美味食物情境，以減少美味食物的顯著性和患者對美味食物的預期反應。初步數據證明，著重於食慾意識和注意力偏向的治療可能有效減少暴飲暴食。

若將來有更多文獻支持上述治療方法在降低 LOC eating 和預防 BED 和成人肥胖是有用的，則未來的研究應朝如何針對不同患者特性去評估及確定何種干預措施是最適當的治療模式。

分析飲食障礙女性患者中食物成癮的發生率及相關因素

Food Addiction among Female Patients Seeking Treatment for an Eating Disorder: Prevalence and Associated Factors

Marie Fauconnier,¹ Morgane Rousselet,^{1,2} Paul Brunault,^{3,4,5} Elsa Thiabaud,¹ Sylvain Lambert,¹ Bruno Rocher,¹ Gaëlle Challet-Bouju,^{1,2} and Marie Grall-Bronnec^{1,2,*}

高醫精神科 周緯柏醫師摘譯

食物成癮 (Food Addiction) 的概念引起了人們的極大關注，有證據顯示暴食和成癮疾患之間存在相似性。1956 年，Theron Randolph 首次提到「食物成癮」(Food Addiction) 一詞，其假設某些食物作為精神活性物質會產生類似成癮症狀如渴求和戒斷等症狀。

隨後，動物模型研究中指出，甜食過度使用將導致特定的行為改變（渴求、戒斷和減敏性）。在人類神經影像學上，尤其是對肥胖患者進行的影像學研究，也顯示大腦多巴胺通路和獎賞迴路的異常。

2009 年，Gearhardt 等人提出了一種通過將成癮疾病外推到食物成癮的方法。這些標準包括：

(1) 耐受性 (2) 戒斷症狀 (3) 消耗比預期更大量的食物 (4) 失去控制 (5) 花費大量時間 (6) 放棄或減少重要活動以及 (7) 儘管遭到不良後果，但仍要持續使用。

上述理論使得新的評估工具 Yale Food Addiction Scale(YFAS) 的臨床驗證及使用，該工具是一項自陳式的問卷，用於評估過去 12 個月的飲食行為，其中有 25 個問題探討了 7 種上述推斷標準。

這項研究旨在評估飲食障礙疾患 (Eating disorder) 女性患者的食物成癮患病率，並確定其相關因素。

從飲食障礙治療中心招募了 195 名患有飲食障礙的成年女性。此研究證實了根據量表進行的食物成癮診斷與飲食障礙診斷之間存在關聯性，在 195 名患有飲食障礙患者中，食物成癮比例為 83.6%。比例根據飲食障礙的類型呈梯度變化：食物成癮的流行在暴食症 (Bulimia Nervosa) 為 97.6% 和嗜食症 (Binge Eating Disorder) 為 93.3%，限制型厭食症為 61.5% 和暴食型厭食症為 87.9%。

一般的飲食疾患障礙涵蓋了廣泛的疾病，一端為厭食症，另一端為嗜食症。外在對食物渴求行為高的暴食症和嗜食症有較高的食物成癮發生率。而關於厭食症則有許多不同見解和爭議，Barbarich-Marsteller 指出，厭食症並非一種成癮，患者並不沉迷於食物，相反的，患者沉迷於食物匱乏，他們表現出強烈決心不攝取食物而非對食物失去控制。

第二，在此研究中，最普遍的症狀 (1) 與食物有關的臨床顯著損害或困擾 90.8% (2) 渴望 79.2% (3) 持續或反覆的嘗試減少但失敗 :78.5%。根據 DSM-5，成癮疾病與飲食疾病之間存在部分症狀重疊，因為「控制」在這

兩類疾病中起著主要作用。

「失去控制」是成癮疾患關鍵特徵，而在暴食期間失去對飲食控制在嗜食症和暴食症也是核心症狀。

第三，FA 診斷與以下三個變量獨立相關：暴食的反覆發作，飲食障礙的嚴重程度和較弱的知覺意識 (awareness)。

這項研究允許從“成癮性的觀點”考慮飲食疾患，從而設計出從成癮性疾病中提議且可行的治療方案，將其運用到飲食疾患的治療計畫擬定，並期望未來有更多的研究分析其中的關聯和益處。

微菌叢在飲食疾患之致病機轉及治療的角色： 一系統文獻回顧

A systematic review on the role of microbiota in the pathogenesis and treatment of eating disorders

Carbone EA, D'Amato P, Vicchio G, De Fazio P, Segura-Garcia C.

Eur Psychiatry. 2020 Dec 16;64(1):e2. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.109. PMID: 33416044

李佳殷醫師摘譯

前言

飲食疾患 (eating disorders, EDs) 的病因是多因素影響的。微菌叢 (microbiota) 並非恆定，在兒童早期會有快速變化，成年期趨於穩定，至老年期則又會有所改變。近年來的研究顯示，正常微菌叢組成的失調 (dysbiosis) 與 EDs 的發生有關。再者，攝取 macronutrients 可以改善腸道微菌叢失調的結果更顯示出營養重建 (nutritional rehabilitation) 的重要性。目前主要使用 fecal microbiota transplantation (FMT) 於校正腸道微菌叢，而益菌生 (prebiotics) 以及益生菌 (probiotics) 的治療效果亦被討論。

近期的研究與文獻回顧顯示出腸道微菌叢失調可能作為神經性厭食症 (Anorexia nervosa, AN) 的主要標誌，也因此有發展治療標的的潛力。然而，目前未有腸道微菌叢失調對於其他 EDs，譬如神經性暴食症 (Bulimia nervosa, BN) 或嗜食症 (Binge eating disorder, BED) 的文獻回顧，因此本篇文章之目標為更新腸道微菌叢在 EDs 致病機轉及治療的文獻資料並做批判分析。

方法

遵照 Participants Intervention Comparator and Outcome (PICO) 方法學進行文獻搜尋，並使用 Grading of Recommendations

Assessment, Development and Evaluation

進行品質測量。研究方法設計如下：

1, Structured question: 微菌叢失調是否會與 EDs 的生理機轉及結果有關？

2. Inclusion criteria

-Participants (P): Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder 或是其他未明示之飲食疾患。

-Intervention (I): 針對腸道菌叢分析有質 (quality) 及量 (quantity) 的評估，以及在未使用 probiotics/prebiotics/FMT 的情況下評估 EDs 患者的微菌叢失調情形。

-Comparator (C): 門診或住院病患與其他未明示 EDs 患者或健康族群做比較

-Outcomes (O): 評估失調是否與飲食症狀，症狀持續，及治療相關。

3, Search Strategy: 依照 Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA) criteria 及建議。

結果

AN 病人，其腸道微菌叢在體重改變的過程有顯著的質與量及組成的變化。在體重減輕的過

程，Alpha diversity 降低造成 Firmicutes 和 short-chain fatty acid (SCFAs) 減少，同時 Bacteroids, Actinobacteria, Enterobacteriaceae, Methanobrevibacter smithii 呈現增加。而在體重回升的過程，Firmicutes/Bacteroides 比例 (F/B ratio) 回復，SCFAs 的量也增加。

對於 BN 及 BED 的文獻雖然較少，但仍呈現出低 alpha diversity 與 Firmicutes 和 Enterobacteriaceae 增加的趨勢。有趣的是，由 E. coli 所製造的 ClpB 濃度上升，代表與之相關的自體免疫反應在飲食行為上的調控或許有一定的角色。AN 病人接受 FMT 治療，會導致體內細菌製造的 SCFAs 濃度以及 alpha bacteria diversity, 豐富度 (richness), 以及腸道微菌叢的均衡度 (evenness) 皆增加。

結論及未來方向

腸道微菌叢的恆定性對於腸道構造，免疫反應，以及代謝功能十分重要。當腸道內致病菌和共生族群呈現失衡時 (亦即 dysbiosis), 似乎藉由不同的致病機轉對於 EDs 發生產生一定的影響。目前許多研究針對益生菌用於 AN 的治療。Lactobacilli, Bifidobacteria, Enterococci 以及 yeasts 為目前最多用於益生菌配方的物種，它們對於體內許多重要生理功能有所影響，譬如 SCFAs 和 neuroactive

substance 的生成，免疫系統活化與調控等。而其他益生菌 (譬如 Roseburia, 一種 butyrate producer) 可作為未來研究 AN 治療的新方向。

1. 下列關於飲食障礙症的描述何者錯誤？

A. 厭食症 (Anorexia nervosa) 主要特徵為對體重增加有著強烈的恐懼。

B. 暴食症 (Bulimia nervosa) 為反覆出現無法控制的暴吃，並有著不當的補償行為去避免體重增加。

C. 嗜食症 (Binge eating disorder) 是以反覆出現令人困擾而無法控制的進食為特徵，但與暴食症不同的是其較少出現相對應的補償行為。

D. 迴避 / 節制型攝食症 (Avoidant-restrictive food intake disorder) 的核心特徵為每隔一段時間吃下非營養或是不屬於食物的物品，其可能是因為自身感到無聊或緊張，或對於該物品的味道感到好奇。

2. 下列關於飲食障礙症的治療原則何者錯誤？

A. 飲食疾患不需要及早介入，可以先觀察一段時間再決定是否治療。

B. 家族治療 (family-based therapy) 為第一線的治療。

C. 針對青少年患者，應積極鼓勵家庭參與治療，但在成人，家庭參與的形式則可調整適應成年患者的需求。

D. 若合併有慢性疾病且骨齡小於 15 歲的女孩，可以轉給兒科醫師，使用經皮吸收的雌激素，模擬青春期雌激素增加並預防骨質疏鬆症。

3. 下列敘述何者為是？

A. 進食失控 (loss of control eating, LOC eating) 的確立標準之一，與所吃的食物量有關。

B. 嗜食症 (binge-eating disorder) 患者，通常從成年後才開始有暴飲暴食行為，兒童和青少年時期不常有飲食上的問題。

C. 嗜食症診斷準則是自我感覺對飲食有失控現象即可，未有其他暴食發作頻率的要求。

D. 研究指出患有 LOC eating 的青少年中，若合併有明顯負面情緒，日後得到嗜食症的機率增加。

4. 列敘述何者為非？

A. 相較於嗜食症患者，限制型厭食症患者較容易表現出對食物渴求的外在行為。

B. 飲食障礙患者臨床症狀表現和成癮疾患有些類似且重疊，其中包含了渴求和失去對食物控制。

C. 食物成癮是目前正在研究的疾病，可使用耶魯食物成癮量表作為輔助以了解其臨床症狀嚴重度。

D. 將部分成癮理論納入飲食障礙患者的治療計畫中在臨床上可能會有幫助。

5. 下列敘述何者錯誤？

A. 腸道微菌叢在不同年齡時期會有變化

B. 飲食疾患與腸道微菌叢完全無關

C. 正腸道微菌叢的失衡可能與飲食疾患的病程有關

D. 腸道微菌叢可做為未來飲食疾患的治療方向

2020 秋 --CBBDA

2020 冬 --BDBDC



發行人 | 陳質采

秘書長 | 劉士愷

副秘書長 |

北區 蔣立德、楊立光

中區 劉珈倩

南區 紀美宏

東區 王春惠

常務理事 | 周文君 高淑芬 葉啟斌 顏正芳

常務監事 | 丘彥南

總編輯 | 謝依璇 許元彰 黃惠群

專欄策劃 | 高雄醫學大學附設中和紀念醫院

發行所 | 台灣兒童青少年精神醫學會

編輯處 | 台北市中山區松江路 22 號 9 樓之 3

連絡電話 | 02-25682083

傳真電話 | 02-25683463

學會電子郵件 | tscap.taipei@msa.hinet.net



專思達

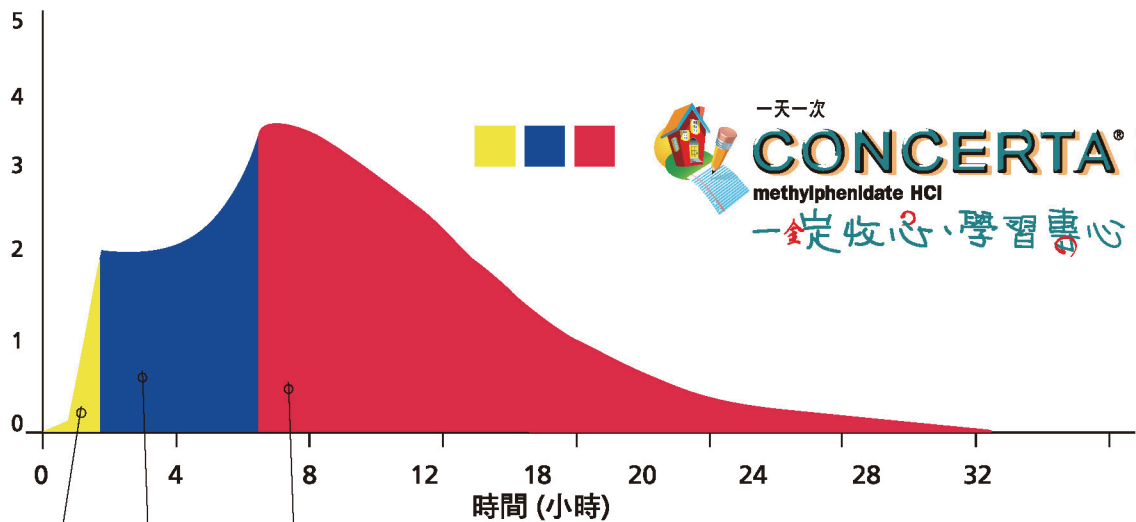
From Home to Homework

全心守護ADHD孩童



- 7:00 am 服用一顆CONCERTA® 專思達
- 8:00 am 專心上課四個小時，小case！
- 12:00 pm 和同學一塊吃午餐！
- 1:30 pm 上數學課，老師誇我很專心！
- 3:00 pm 到操場玩遊戲，同學都想跟我同一隊！
- 4:00 pm 吃個點心，晚上還要加油呢！
- 6:30 pm 家庭作業做完囉！媽媽好開心！YA!!!

專思達
血中濃度



一天一次

CONCERTA® 專思達
 methylphenidate HCl
 一定收心、學習專心

1. 早晨：外層包裹的專思達可以在第一小時內迅速吸收。
2. 一小時後：推進機制吸收液體後膨脹，就像是一個滲透幫浦，平穩傳輸的專思達，提供整個早晨有效治療的濃度。
3. 下午：更高劑量的專思達在下午釋放出來，形成上升型的藥物血中濃度，不受食物影響，繼續提供穩定的療效。

專思達®長效錠18毫克、27毫克、36毫克、54毫克 Concerta Extended Release Tablets 18mg, 27mg, 36mg, 54mg

【適應症】
 • 治療6歲(含)以上及65歲(含)以下患有注意力不足過動症之兒童、青少年及成人病患。
【用法用量】
 • 因服藥十二小時後仍有療效，故病患應於每天早上空腹或用完早餐後服用CONCERTA®一次，並與開水完全吞服。
 • 切勿不要咀嚼、剝半或壓碎。
 • 對於自前未服用Methylphenidate或其他興奮劑的兒童及青少年病人，CONCERTA®的建議起始劑量為每日服用18毫克；成人則為每日服用18或36毫克【目前正服用methylphenidate的病人、持續/長期治療、特殊族群的用法用量請詳見仿單】。
 • 當病人於任何劑量時未達最佳效果時，應間隔每週增加18毫克來調整劑量。目前尚未對兒童高於54毫克的劑量和青少年高於72毫克的劑量進行研究。成人最大劑量每日不得超過72毫克。
【禁忌症】
 下列狀況禁用Concerta®：
 • 已知對methylphenidate或其他本藥品成分有過敏反應的病人。
 • 明顯地焦慮、緊張和躁動不安的病人。
 • 青光眼病人。
 • 屬於動作型或不自主抽動或有妥瑞氏症的家庭病史或診斷之病人。
 • 接受單胺氧化酶(MAO)抑制劑治療期間，及停用MAO抑制劑未滿十四天(可能會造成高血壓危象)。
 【詳見仿單之“交互作用”欄】

【特殊警備及注意事項】
 • 有藥物依賴性或酗酒史的病患服用CONCERTA®時應小心謹慎。
 • 嚴重心血管反應。
 • 精神方面不良反應。
 • 憂鬱癥發生時，應停用此藥。
 • 在兒童及成人病患中都會有在使用methylphenidate產品(包括CONCERTA®)期間發生持續性及疼痛性陰莖勃起(有時必須手術介入治療)的報告。
 • 用於治療ADHD的興奮劑(包括CONCERTA®)可能會引發周邊血管病變，包括雷諾氏症候群。
 • 長期生長抑制。
 • 胃腸阻塞的可能性。
 • 興奮劑治療曾有眼睛調節作用困難以及視力模糊的案例通報。
 • 上市後研究報告已有發生服用ADHD藥物患者曾發生自殺相關事件的通報，包含自殺意念、企圖以及非常罕見地發生自殺成功。

【副作用】
 • 在雙盲臨床試驗中，於兒科病患中(兒童及青少年)最常見的不良反應(>5%)為上腹部疼痛。在雙盲臨床試驗中，於成人病患中最常見的不良反應(>5%)為食慾降低、頭痛、口乾、噁心、失眠、焦慮、頭暈、體重下降、易怒及多汗。

【使用前請詳閱說明書不良反應、特殊警備及注意事項】

Reference: Concerta USPI Jan2017_v1901

嬌生股份有限公司
楊森藥廠

地址：台北市中山區民生東路三段2號11樓
電話：02-2593-9888 傳真：02-2593-9100
消費者免付費專線：0800-211-688

專思達長效錠 18 毫克 衛署藥輸字 第 023731 號
 專思達長效錠 27 毫克 衛署藥輸字 第 023999 號
 專思達長效錠 36 毫克 衛署藥輸字 第 023880 號
 專思達長效錠 54 毫克 衛署藥輸字 第 024229 號



北市衛藥廣字第110030209號/20220322

CP-213658/20220329

