



兒童青少年精神醫學通訊

第 20 卷 · 第 4 期

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.20 No.4



2021 冬季號



本期主題

兒童青少年抗 NMDA 受體腦炎

兒童青少年抗 NMDA 受體腦炎

01 理事長的話

02 秘書處公告

03 專欄文章

兒童青少年抗 NMDA 受體腦炎

辨識兒童青少年之抗 NMDA 受體腦炎：統整已發表之期刊報告

Developing Consensus in the Assessment and Treatment Pathways for
Autoimmune Encephalitis in Child and Adolescent Psychiatry

個案報告：嚴重憂鬱青少年後來發現是不常見的 Anti-NMDAR 腦炎

10 本月考題



理事長的話

第十二屆理事長陳質采

新型冠狀肺炎（COVID-19）在 2019 年底被發現後，在 2020 年初迅速擴散至世界各地，演變成一場全球性大瘟疫迄今，已 2 年了。最近 Omicron 病毒株再度肆虐，讓疲憊不耐的人們，期盼這變種病毒株是今年聖誕禮物，可以是最後一哩路，終結 COVID-19 的漫漫疫情。

受疫情影響，第九屆海峽兩岸兒童青少年精神醫學會議合併中華醫學會第十九次全國精神醫學學術會議，延至 12 月 21 至 24 日在重慶舉行，採實體 + 線上會議舉行，感謝商志雍、劉士愷、陳牧宏、簡意玲、劉書岑、倪信章、王亮人等會員參與報告，順利完成這自宋維村和鄭毅老師等前輩協商開辦以來，已歷經 18 年的兩岸學術交流會議。

而令人惋惜的是，11 月 1 日傳來另一位影響我們深遠的大師——美國的 Aaron T. Beck 醫師隕歿消息，他在費城的家中去世，享年 100 歲。他被譽為認知行為治療之父，以務實態度、運用想法監測心理治療的觀點，成為治療鬱症、焦慮症和許多相關精神疾病的核心。再見了，Aaron T. Beck 醫師，感謝您對認知行為治療和鬱症治療領域的貢獻。

這期通訊主題為「兒童青少年抗 NMDA

受體腦炎」，由衛生福利部草屯療養院兒青精神科的同仁負責。抗 NMDA 受體腦炎是一種神經疾病，屬於致死率高但可治癒的自體免疫疾病，易發生在年輕族群，有可能是副腫瘤症候群，也可能是非副腫瘤症候群。這雖是罕見的疾病，但年輕患者若最近有病毒感染跡象伴隨行為症狀，如運動障礙、癲癇發作或失眠，或出現非典型的精神疾病症狀伴隨發生神經功能障礙時，需提早轉診或提供診斷性檢查與治療，以降低病人發展成重症或殘留嚴重神經學後遺症的發生，期待大家有新的學習和收穫。

另有興趣參與國際學術研討會的會員也別忘了，國際兒童和青少年精神醫學及相關專業協會 (IACAPAP) 已公告第 25 屆世界大會——IACAPAP 2022，將於來年的 12 月 5 日至 9 日在杜拜舉行，主題為「Child and Adolescent Mental Health: Shaping the Future」，歡迎大家踴躍共襄盛舉。

最後，祝大家新年快樂～迎來順心安康的 2022 年，虎虎生風。

陳質采

2021 年 12 月

2021 秋季號通訊

秘書處公告

- 一、2022 優秀期刊論文獎申請截止日期：2021 年 2 月 28 日，以通訊方式申請，以通訊寄出日期為憑，逾期恕不受理。壁報論文獎及學術研討會論文獎；投稿截止日期：2022 年 3 月 31 日，以 E-mail 日期為憑，逾期恕不受理。
- 二、本會辦理 111 年度兒童青少年精神科專科醫師甄審，相關日期如下：
申請日期為 6 月 1 日至 6 月 17 日
筆試報名日期：7 月 1 日至 7 月 15 日；請一併繳交個案報告一式四份。
8 月 7 日（星期日）舉行筆試；
口試報名日期：8 月 15 日至 8 月 25 日；
9 月 4 日（星期日）舉行口試。
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>
- 三、兒童青少年精神科專科訓練醫院評鑑公告 (110.12.13)
 - 由於新冠病毒（COVID-19）疫情趨緩，新申請欲成為兒童青少年精神科專科醫師訓練醫院，仍依往例，自即日起至 111 年 3 月 1 日止受理申請，相關訊息公告於本會網站 <http://www.tscap.org.tw>。
 - 原訓練醫院有效期限維持 110 年 6 月 23 日之公告，於 111 年至 113 年度，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。
 - 申請醫院請至前述網址下載「兒童青少年精神科專科醫師訓練醫院申請表」、「兒童青少年精神科專科醫師訓練醫院資格評鑑表」，詳實填寫一式兩份並於截止日期前郵寄本會提出申請。
 - 新提出申請者及因有效期限中斷而重新提出申請者，必須實地評鑑。實際評鑑將在疫情警戒下滾動修正進行。

兒童青少年抗 NMDA 受體腦炎

Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis in Children and Adolescents.
Journal of Pediatric Health Care. July/August 2016; Volume 30, Number 4
Shelly Scheer, BSN, RN, & Rita Marie John, DNP, EdD, CPNP-PC.

衛生福利部草屯療養院 李青樺醫師摘譯

前言：

抗 NMDA 受體腦炎是一種神經疾病，有可能是副腫瘤症候群，也可能是非副腫瘤症候群。抗 NMDA 受體腦炎最早刊載於 2005 年 Dr. Joseph Dalmau 的觀察性研究。四名卵巢畸胎瘤的女性同時患有神經性症狀。雖然此腦炎通常為副腫瘤症候群，但在兒童，主要以非副腫瘤症候群為主。本篇將針對該疾病做相關文獻回顧。

流行病學：

抗 NMDA 受體腦炎可能是兒童最常見的自體免疫腦炎。在已報導的案例中，有 40% 是兒童，最年輕者僅 8 個月大。約 6% 至 50% 的病人被發現和潛在腫瘤有關（與性別，年紀，人種有關），最常見的是卵巢畸胎瘤。大約 1/3 青少年病人有卵巢畸胎瘤，目前報導最年輕同時患有抗 NMDA 受體腦炎與畸胎瘤的病人僅 7 歲。非伴隨腫瘤的抗 NMDA 受體腦炎好發於每年四月至九月，跟 influenza A 感染有關。環境因素可能和非副腫瘤症候群的個案有關。

危險因子：

明確的危險因子為女性及青少年時期。可

能的危險因子包括病毒感染、自體免疫疾病之家族史、可能的基因及種族。適孕年齡及女性病患之盛行率較高（女性發生率為男性的 4 倍）。在人種上，亞洲和非裔美洲人似乎較易罹患和抗 NMDA 受體腦炎有關的腫瘤。有些研究顯示，抗 NMDA 受體腦炎與單純疱疹病毒 (HSV) 腦炎有關。

病理生理機轉：

NMDA 受體主要分佈於前腦、腦下垂體、下視丘及邊緣系統，和記憶與學習有關。它屬於谷胺酸（Glutamate）受體的一種，谷胺酸（Glutamate）本身為身體主要的興奮性神經傳導物質。此類疾病患者自體產生 IgG 抗體對抗 NMDA 受體，導致受體密度降低及 Glutamate 之生理功能降低，引起一系列認知及行為的缺損，症狀像思覺失調症及其他精神症狀。

臨床症狀：

前驅階段症狀為非特異性流感表徵。接著症狀跟患者年紀有關。病人會有情緒及行為紊亂（憂鬱、認知功能降低、幻覺、妄想等），也可能會有失調症（ataxia）或癲癇發作，如強直陣攣性發作（Tonic-Clonic Seizure）。晚期運動過度階段症狀包括高度緊張、煩躁不

安、自律神經失調、心律不整、通氣不足甚至呼吸衰竭等，因而需住院或接受重症加護治療。相較於成人，兒童病患多為神經症狀表現，如初期較常見癲癇，但較少見有精神病症狀，整體臨床表現上常見有異常動作，特別是四肢張力不足。但青少年病人則多為精神症狀表現。

診斷：

在診斷抗 NMDA 受體腦炎時，會檢測血清或腦脊液中（CSF）的抗 NMDA 受體抗體。臨床第一時間可安排核磁共振成像（MRI）、腦波（EEG）或全身正子電腦斷層掃描（PET-CT）。大約一半的病人之 MRI 影像的異常為 FLAIR 有高訊號表現在多個腦區。PET-CT 主要檢查身體內是否有腫瘤。腦波檢查顯示大約 30% 的病人會出現一種 **extreme delta brush** 的表現。

治療：

如有腫瘤，則手術介入為腫瘤之第一線治

療。而第一線的藥物治療為類固醇（**Steroids**）、靜脈注射免疫球蛋白（**IVIG**）或血漿置換，治療成效不佳或無反應者，則採用二線免疫治療（**rituximab** 或 **cyclophosphamide**，或者合併使用）。復原期可能需要超過 18 個月。建議復原後 4-5 年內每 3-6 個月追蹤一次，尤其對於高腫瘤風險個案（青少年）。15% 的病人有可能會復發，25% 的病人可能有持續性的神經性及認知 / 行為障礙，甚至死亡。

結論：

抗 NMDA 受體腦炎是一個致死率高但可治癒的自體免疫疾病，易發生在年輕族群。症狀會有明顯且急性的行為異常，因此第一時間多會以精神疾病治療。然而早期診斷及迅速提供適當治療，對大部份病人能有較好的預後。因此，臨床人員對於可能的案例，比如年輕患者出現非典型的精神疾病症狀伴隨發生神經功能障礙時，需提早轉診或提供診斷性檢查與治療，以降低病人發展成重症或殘留嚴重的神經學後遺症的發生。

辨識兒童青少年之抗 NMDA 受體腦炎：統整已發表之期刊報告

Recognizing psychiatric presentations of anti-NMDA receptor encephalitis in children and adolescents: A synthesis of published reports

Ronald J. Gurrera , Psychiatry and Clinical Neurosciences 73: 262–268, 2019

衛生福利部草屯療養院 景瀚儀醫師摘譯

抗 NMDA 受體腦炎在疾病早期表徵會類似精神疾病。Dalmat 及其同事的一項研究發現，只有 23% 的患者最初是由神經科醫生觀察的，而 77% 的患者最初是由精神科醫生看診發現的。根據全國自身免疫性腦炎病例登記處的數據，111 名成年患者中有 65 人（58.6%）具有精神症狀，其中 43 人（66.2%）被直接送入精神病院；另有兩名患者（3.1%）在得到正確診斷之前從醫療單位轉到精神科。同樣的，24 名兒童和青少年中有 16 人（66.7%）出現精神症狀，另有 25% 的兒童和青少年在患病過程中出現精神病症狀；其中 22 名（91.6%）的患者在發病期間出現聽幻覺，14 名（58.3%）出現人格變化，5 名（20.8%）在進一步評估後診斷為抗 NMDA 受體腦炎之前被送入精神科住院。

對於許多患者來說，這種疾病剛開始表現類似病毒感染前驅期持續 1 至 2 周，然後是複雜且高度可變的神經精神病症狀的進展。復發發生在 25% 至 28% 的患者，甚至在最初發作後幾年，最近幾年的大型系列研究顯示 2 年復發率為 12-19%。

抗 NMDA 受體腦炎的標準治療尚未確定，但建議的一線治療包括腫瘤切除（如果存在）和靜脈注射免疫球蛋白療法加上 methylprednisolone 或血漿交換；二線治療是 rituximab 加 cyclophosphamide，高達 80% 的患者可以完全康復。如果沒有及時治療臨床

結果一般是較差的，死亡率為 4% 至 7%。抗 NMDA 受體腦炎經常呈現精神症狀，從而延遲正確的診斷，因此精神科醫生的識別度提高是非常重要的。本研究檢查了轉介進行精神病評估的兒童和青少年中與抗 NMDA 受體腦炎相關的臨床表徵的頻率和時間進展，以便在疾病早期積極考慮此診斷。

方法：

在 PubMed 和 EMBASE 電子資料庫的系統搜尋所有已發表的抗 NMDA 受體腦炎與出現精神症狀關聯的文章。

結果：

167 例（121 名女性）符合列入標準；最常見的特徵是運動障礙（77.8%），癲癇發作（72.5%）、失語或呆滯（40.7%）、失眠（39.5%）、語言功能障礙（36.5%）、發燒（31.1%）、定向感混亂 / 混亂（28.7%）、嗜睡（28.1%）和記憶障礙（26.9%）。這些症狀的出現時間順序在個體之間變化很大。

結論：

如果最近有病毒感染跡象伴隨行為症狀，如運動障礙、癲癇發作或失眠；或者，如果精神症狀是不尋常的（例如，非語言型聽幻覺），臨床醫生需要慎重考慮這種疾病。

Developing Consensus in the Assessment and Treatment Pathways for Autoimmune Encephalitis in Child and Adolescent Psychiatry

Frontiers in Psychiatry, published: 29 March 2021

GenaLynne C. Mooneyham^{1*}, Vladimir Ferrafiat^{2,3}, Erin Stolte⁴, D. Catherine Fuchs^{5,6} and David Cohen^{7,8}

衛生福利部草屯療養院 吳孟寰醫師摘譯

本文章旨在回顧兒童青少年 Autoimmune Encephalitis (AE) 的評估與治療模式。

緒論

Autoimmune Encephalitis (AE) 是一種與自體抗體有關的中樞神經系統發炎疾病，兒童常見為攻擊 N-Methyl-D-Aspartate (NMDA) receptor、Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein (MOG) receptor 或 Glutamic Acid Decarboxylase (GAD) receptor 的抗體。AE 可能出現多種精神症狀，包括 psychosis、mania、hypomania、catatonia、autistic regression、認知功能下降等。

命名的共識

2016 年 Graus et al. 將成人 AE 分為三類：possible、probable 和 definitive AE。強調早期診斷和治療的重要性，由於診斷測試的延遲和對預後的影響，鼓勵在等待抗體結果同時給予 possible AE 患者第一線的治療。2020 年 Cellucci et al. 則建議當抗體和其他臨床標記陰性時應考慮替代診斷並避免長期使用免疫調節劑。

評估和治療方案

AE 疾病過程會出現多領域的臨床特徵，包括認知改變、語言障礙、運動障礙、癲癇和睡眠障礙等，因此常需要多專業的照護 (Multidisciplinary care)。

任何亞型的 AE 都可能出現 Catatonia，最常見於 NMDA receptor autoimmune encephalitis (NMDA-AE)。高劑量 benzodiazepines (BZD) 和 / 或 ECT (electroconvulsive therapy) 為建置完善的 Catatonia 治療方式。美國兒童青少年精神醫學會 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) 2004 年制定臨床診療指引建議 Catatonia 患者在症狀嚴重、持續且嚴重影響功能、不迅速治療有死亡風險情況下將 ECT 作為安全有效的第一線治療方法。2019 年針對成人和青年的系統性文獻回顧也支持 ECT 治療，在 30 例 NMDA-AE 併發嚴重精神症狀（主要是 Catatonia）個案中有 60% 達神經系統完全恢復，33% 部分恢復。2019 年 Tanguturi et al. 文獻回顧建議 NMDA-AE 的治療應包括 BZD 和 / 或 ECT 作為治療

Catatonia 時使用免疫調節劑之增強策略。

治療模式

大多數 AE 病例由兒科或神經科管理並照會其他專科，如：精神科、風濕科、神經科、感染科等；有些醫療機構針對 AE 提供多專業的醫療團隊和系統評估。當個案出現疑似 AE 的症狀（如：亞急性發作的工作記憶缺損、精神狀態改變、新的局部神經學發現或癲癇），評估工作通常包括血清、CSF 實驗室檢查、EEG 和腦部 MRI，用標準化量表進行神經認知和 Catatonia 的評估。IVIG 和 IV steroid 為第一線治療，大部分模式都強調早期介入，即使在一開始沒有臨床標記陽性的資料蒐集期間。Rituximab 常被用作第二線治療，尤其是確定 NMDA-AE 的患者。Plasmapheresis 通常用於病情嚴重、需要 ICU 照護的個案；歐洲模式也建議用在 catatonia 的病患。ECT

則建議用於 treatment-resistant catatonia 或 malignant catatonia。其他治療還包括 Mycophenolate、Cyclophosphamide 及 Tocilizumab 等。

討論

兒童青少年精神科醫師需熟悉 AE 的臨床表現與原發性精神疾病的不同。醫療保險、地域限制和治療方式的可及性可能影響患者接受的照護。有些治療方案為 psychosis 或 catatonia 的患者提供風險分層評估，有些機構針對 AE 建立多專業醫療團隊；但有些機構可能沒有其他專科照會、PET 或 ECT 等資源。未來的研究需要對所有 possible AE 兒科患者進行多機構標準化檢查，也需要跨機構和多專業研究，以便為患者及其家人提供更優質的照護。

個案報告：嚴重憂鬱青少年後來發現是不常見的 Anti-NMDAR 腦炎

Case Report: Severe Adolescent Major Depressive Syndrome Turns Out to Be an Unusual Case of Anti-NMDA Receptor Encephalitis

Frontiers in Psychiatry, published: 25 May 2021

Alexander Moldavski^{1†}, Holger Wenz^{2†}, Bettina E. Lange¹, Cathrin Rohleder^{1,3†} and F. Markus Leweke^{1,3,4†}

衛生福利部草屯療養院 蔡坤輝醫師摘譯

摘要：

Anti-N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) 腦炎係自體抗體對抗 GluN1 接受體之神經發炎，臨床包含複合神經精神表徵，快速進行精神症狀，認知缺損、癲癇、異常動作。anti-NMDAR 腦炎僅以精神異常表現者稀少不常見，且常以精神病症狀為主。

個案係 18 歲女高中生，無精神病史，急性憂鬱症候群，脊髓液發現細胞增多與 anti-NMDAR 抗體，給與靜脈免疫球蛋白治療後完全康復，五年追蹤未再罹病與副作用。

Anti-NMDAR 腦炎甚少僅憂鬱而無相關精神神經症狀，臨床症狀如快速發作、思維混亂、激躁、認知缺損，應考慮進行 NMDAR 及其他神經自體免疫抗體檢查。

引介：

雖 anti-NMDAR 腦炎少見，但其臨床表現讓人想起思覺失調症，且能有效對症治療，其疾病隱含精神病因模式：glutamatergic 和免疫等兩大假說。

一大型研究包含 571 個診斷該腦炎之患

者，初期僅 1% 而最終也總共僅 4% 表現單獨的精神表徵。

個案描述：

18 歲女高中生運動員，突發抱怨不再像自己，不再進取自信有競爭力，考試會焦慮，思緒中斷，反覆不斷害怕不再是自己，憂鬱，興致及社交減少，感到他人談論的壓力，住院時會談顯示焦躁、疑心、矛盾，大部分時間尚可合作但活力少、關係意念、無妄想與幻聽、食慾減少、失眠。

個案接受一系列檢查（包括腦波及腦部核磁共振）與憂鬱症治療，藥物調整至 escitalopram 15 mg/day 和 lorazepam 6.5 mg/day. 最後該女生同意接受腰椎穿刺，腦脊髓液顯示些微的細胞增多及 anti-NMDAR AAbs (titer 1:4)。個案被轉介至神經內科，接受 5 天靜脈免疫球蛋白治療，精神症狀獲致改善，兩週後再入院檢查，在降低 lorazepam 劑量之後再次進行腦波檢查，發現有癲癇波形，接受抗癲癇藥物處置。

離院 7 週後病人已成功回到校園，一年後完成高中文憑，5 年內未再發病。

討論：

1. 非典型憂鬱急性發作、疑心、關係意念、思維中斷、壓力式思考是早期警示。
2. 高劑量 lorazepam 服用可能會掩蓋腦波異常放電。
3. 高達 96%anti-NMDAR 腦炎合併腦波異常。

結論：

此個案精要指出辨識微細非典型精神表徵

的重要，另須脊髓液分析及完整神經學檢查以確信檢測自體免疫腦炎。

近來國際聚焦自體免疫腦炎以鑑別診斷思覺失調症，建議施做腦波、MRI、脊髓穿刺、血清及 CSF 分析。

此個案顯示 anti-NMDAR 腦炎也可能僅表現重鬱症狀，而未合併明顯精神與神經症狀，因此，更低的免疫診斷閥值，也許可以揭示更多的 anti-NMDAR 腦炎個案，以及協助了解精神症狀和免疫反應兩者間的關聯。

兒童青少年抗 NMDA 受體腦炎

通訊考題

- () 1. 以下何者不是抗 NMDA 受體腦炎的危險因子？
(A) 女性 (B) 少年
(C) 亞洲和美洲人 (D) 自體免疫的家族史
- () 2. 有關抗 NMDA 受體腦炎的敘述，下列何者為是：
(A) 是一個致死率高但可治癒的自體免疫疾病，易發生在年輕族群。
(B) 症狀會有明顯且急性的行為異常，因此第一時間多會以精神疾病治療。
(C) 早期診斷及迅速提供適當治療，對大部份病人能有較好的預後。
(D) 臨床人員對於年輕患者出現非典型的精神疾病症狀伴隨發生神經功能障礙時，需提早轉診或提供診斷性檢查與治療，以降低病人發展成重症或殘留嚴重的神經學後遺症的發生。
(E) 以上皆是
- () 3. 抗 NMDA 受體腦炎，以下敘述何者有誤？
(A) 經常呈現精神症狀，從而延遲正確的診斷
(B) 疾病早期表現類似病毒感染前驅期
(C) 及時治療仍有高達 80% 的患者可能遺留嚴重後遺症
(D) 能出現的臨床表徵有運動障礙、癲癇、聽幻覺
(E) 以上皆正確
- () 4. 關於 Autoimmune Encephalitis (AE) 以下何者正確：
(A) 可能與 anti-NMDA receptor antibody 有關；
(B) 可能出現 psychosis 或 catatonia 等精神症狀；
(C) 常需要多專業的照護；
(D) Treatment-resistant catatonia 或 malignant catatonia 建議以 ECT 治療；
(E) 以上皆正確。
- () 5. 青少年個案出現非典型憂鬱急性發作、疑心、關係意念、思維中斷、壓力式思考等除考慮憂鬱症外，也可能是下列何者的早期警示：
(A) 自體免疫腦炎腦炎 (B) 失智
(C) 過動症 (D) 以上皆非



發行人 | 陳質采

秘書長 | 李國平

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、王明鈺、侯育銘

常務監事 | 丘彥南

總編輯 | 謝依璇、許元彰、黃惠群

專欄策劃 | 衛生福利部草屯療養院

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

學會電子郵件 | tscap.taipei@msa.hinet.net

有任何問題，歡迎不吝來信喔



專思達

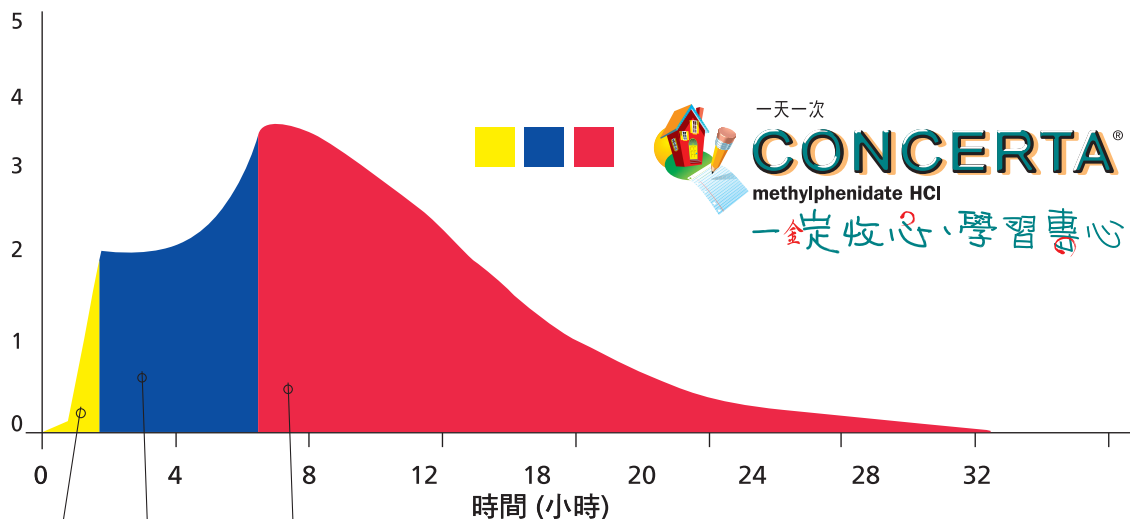
From Home to Homework

全心守護ADHD孩童

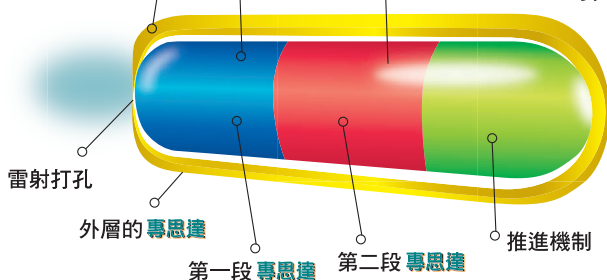


- 7:00 am 服用一顆CONCERTA® 專思達
- 8:00 am 專心上課四個小時，小case！
- 12:00 pm 和同學一塊吃午餐！
- 1:30 pm 上數學課，老師誇我很專心！
- 3:00 pm 到操場玩遊戲，同學都想跟我同一隊！
- 4:00 pm 吃個點心，晚上還要加油呢！
- 6:30 pm 家庭作業做完囉！媽媽好開心！YA !!!

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。
- 切勿咀嚼、剝半或壓碎。
- 對於目前未服用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）。
- 當病人於低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。
 - 屬於動作型不自主抽動或有妥瑞氏症的家族病史或診斷之病人。
 - 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險)。
- [詳見仿單之“交互作用”欄]

[特殊警語及注意事項]

- 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。
- 當癲癇發生時，應停用此藥。
- 在兒童及成人病患中曾有在使用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、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、特殊警語及注意事項]

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

Janssen
Janssen-Cilag
Johnson & Johnson

北市衛藥廣字第110030209號/20220322
CP-213658/20220322

