

發展我國精神醫療 早期介入及長效針劑 臨床指引

(111.04.28 初稿)

衛生福利部委託辦理

執行單位：台灣精神醫學會

計畫主持人：李新民

中 華 民 國 111 年 4 月

總目錄

計畫主持人序	1
第一篇 精神病早期介入處置臨床參考指引	3
壹、背景說明.....	8
貳、早期精神病：概念整理與名詞定義.....	11
參、臨床評估及診斷（症狀學）	16
肆、臨床評估及診斷（腦影像及神經、生理、心理檢查）	25
伍、首發性精神病的治療建議.....	28
陸、具精神病風險狀態的介入處置建議.....	34
柒、精神病早期的心理社會介入、日間照顧.....	38
捌、各層級社區精神醫療網絡在早期介入的角色與連結.....	41
參考文獻.....	48
附錄：中英名詞對照表.....	54
第二篇 台灣思覺失調症長效針劑抗精神病藥物治療參考指引	55
壹、背景說明.....	60
貳、關於長效針劑抗精神病藥物的專家共識與實證資料.....	62
參、選擇合適的病人.....	69
肆、克服長效針劑抗精神病藥物的使用阻礙.....	71
伍、建立夥伴關係與藥物使用前的準備.....	75
陸、持續使用長效針劑抗精神病藥物的建議事項.....	80
柒、轉換至其它服用途徑之抗精神病藥物的考量.....	84
捌、經濟效益的考量.....	86
參考文獻.....	91
附錄 1 長效針劑抗精神病藥物使用的策略規劃圖	96
附錄 2 第二代長效針劑抗精神病藥物比較表.....	97
附錄 3 圖像化之個人與社會功能自我評估量表.....	99
附錄 4 中英文專有名詞對照表（按英文字母順序排列）	103

計畫主持人序

嚴重型精神疾病，特別是思覺失調症，不僅造成病人認知、職業與社會等整體功能明顯缺損，更縮短病人之平均餘命逾 20 年，其對個人及社會之後續影響甚鉅，亟需早期介入與持續治療。

源自 90 年代中期，包括西歐、北歐與澳洲等先進國家，業已開始成立針對思覺失調症發病早期的精神疾病個案，進行社區處遇計畫。持續發展迄今，積極早期介入，儼然成為現階段的處遇及治療趨勢。台大醫院精神部的劉震鐘醫師與其同仁團隊，多年來從事「精神病早期介入 (early intervention of psychosis, EIP)」面向之研究，不但逐步發展出初步篩檢疑似精神病前期之簡易自填量表，更累積了使用抗精神病藥物治療高風險期個案之寶貴臨床資訊。另北市聯醫松德院區陳柏妤醫師團隊，參考世界各國發展，近三年成立台灣第一個針對早期精神病患之社區服務模式，建置了基層診所與社區醫院之雙向轉介平台，社區實際運作經驗豐富。本計畫邀請劉震鐘醫師主筆撰寫「精神醫療早期介入」面向，搭配陳柏妤醫師團隊的實戰作業，誠屬實至名歸。

而嚴重精神疾病病人，或因本身與家屬病識感不足或是因其他因素，不願接受治療或是不能規則治療，造成精神疾病反覆發作，甚至自傷自殺，嚴重影響病人參與社區生活，如何有效改善病人服藥及治療順從性，實為當務之急。諸多實證研究指出，抗精神病長效針劑 (long-acting injectable antipsychotics, LAI) 可以適當解決病人上述問題，並進而降低疾病復發率。衛生福利部八里療養院黃正誼醫師團隊與馬偕醫學院方素真老師，應用台灣健保資料庫進行分析，相較於服用同成分口服抗精神病藥物之對照組，使用 LAI 可以減少急診使用率與再住院率，且可降低整體死亡率與自殺率，確實值得整合於嚴重精神疾病病人之治療計畫。本計畫邀請黃正誼醫師主筆撰寫「長效針劑臨床指引」面向，加上方素真老師提供近五年之健保資料實證分析，以及廖定烈醫師務實的臨床轉譯，呈現第一手資料，應為最佳組合。

本臨床處置參考指引為台灣精神醫學會接受衛生福利部委託辦理，自民國 110 年 7 月開始申請，預定 9 個月完成。為推動本臨床處置參考指引順利完成，並考量各層級醫療院所或是機構的看法與期待，台灣精神醫學會特別邀請了台

灣大學劉震鐘醫師、中山醫學大學張正辰醫師、馬偕醫學院方素真老師、衛生福利部桃園醫院李新民醫師、台北慈濟醫院陳益乾醫師、台北市立聯合醫院陳柏好醫師、衛生福利部桃園療養院廖定烈醫師、衛生福利部八里療養院黃正誼醫師、桃園居善醫院郭錫卿醫師、台中德仁診所賴德仁醫師、高雄大順景福診所吳景寬醫師，以及台北伯特利身心診所王仁邦醫師等 12 位委員，經由台灣精神學會第 31 屆蔡長哲理事長襄助支持與曾婉君秘書庶務安排，每兩週進行一次會議，共同參與討論。並以醫療同仁為主要讀者，擬定撰寫方向與內容，句句斟酌，字字推敲，實為各位委員貢獻所學，誠心致力之作，期待對衛生福利部之相關政策推廣，有所助益。惟本計畫期間短促，觀點面向及論述方式或有不足，敬請各位會員同仁慧心指教，不吝感激。

計畫主持人 台灣精神醫學會第 30 屆理事長 李新民 敬上

第一篇

精神病早期介入處置臨床參考指引

(Clinical Guidance for Early Intervention of Psychosis)

目錄

致謝.....	6
免責聲明.....	7
壹、背景說明	8
一、指引緣起.....	8
二、及早介入處置的重要性與可行性.....	8
三、本參考指引的目標.....	9
貳、早期精神病：概念整理與名詞定義	11
一、精神病之分期.....	11
二、早期精神病分期之定義.....	12
三、精神病未得到治療的期間.....	14
四、關鍵期假說.....	14
五、小結.....	15
參、臨床評估及診斷（症狀學）	16
一、首次發作精神病.....	16
二、具精神病風險狀態.....	19
三、其他疑似精神病前期的相關現象.....	22
四、小結.....	24
肆、臨床評估及診斷（腦影像及神經、生理、心理檢查）	25
一、基本概念.....	25
二、常用檢查.....	25
三、腦影像檢查.....	25
四、事件相關電位檢查.....	26
五、近紅外光腦光譜儀.....	26
六、神經心理檢查.....	26
七、小結.....	27
伍、首發性精神病的治療建議	28
一、首發性精神病治療計畫的建立.....	28
二、首發性精神病的治療原則.....	28
三、FEP 的藥物治療.....	28
四、認知行為治療及其他心理治療.....	29

五、家庭介入.....	30
六、就學及就業之輔導.....	31
七、追蹤其他生理問題.....	31
八、復發的風險.....	31
九、診斷重新評估.....	32
十、小結.....	32
陸、具精神病風險狀態的介入處置建議	34
一、ARMS 之介入處置原則	34
二、ARMS 之社會心理介入	35
三、ARMS 的藥物治療	35
四、ARMS 後續的發展	36
五、小結.....	36
柒、精神病早期的心理社會介入、日間照顧	38
一、首次發作精神病的心理、社會治療.....	38
二、精神病早期階段之日間照顧.....	39
三、ARMS 的心理、社會治療	40
捌、各層級社區精神醫療網絡在早期介入的角色與連結	41
一、中央主管機關.....	42
二、地方衛生單位.....	42
三、精神醫療網核心醫院.....	42
四、基層精神醫療.....	43
五、綜合醫院.....	44
六、社區心理衛生中心.....	45
七、學校、職場健康相關人員.....	46
八、個案管理中心.....	46
九、小結.....	46
參考文獻.....	48
附錄：中英名詞對照表	54

致謝

本臨床處置參考指引為台灣精神醫學會接受衛生福利部委託進行研發，由國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院精神醫學部劉子瑜醫師、羅光武醫師協助整理第 1 至 7 章的初稿資料，台北市立聯合醫師松德院區陳柏好醫師、邱智強醫師協助擬定第 8 章的初稿，本計畫協同主持人劉震鐘醫師主責撰寫。過程中感謝精神醫學會多位專家於工作會議中提供寶貴意見，台大醫院精神醫學部精神病研究團隊胡海國教授、黃宗正主任、劉智民醫師、謝明憲醫師、簡意玲醫師、及林奕廷醫師、國家衛生研究院陳為堅教授、台大公共衛生研究所郭柏秀教授、博士候選人游舜淳等同儕於專家會議中的建議，國立成功大學醫學院附設醫院精神醫學部曾懷萱醫師的校閱和補充，以及香港大學 Professor Eric Chen、國際早期精神病研究學會（IEPA）前理事長日本 Toho 大學精神科 Professor Masafumi Mizuno 提供香港及日本的早期精神病臨床參考指引及鼓勵。

免責聲明

本參考指引中之建議，乃用以協助臨床專業醫療人員，在提供首次發作之精神病、或處於具精神病風險個案臨床處置時之參考，內容包括藥物與藥物以外之處置建議。使用抗精神病藥物或其他作用於神經精神系統的藥物時，仍宜遵循臺灣衛生福利部食品藥物管理署核准之適應症指示。本指引無法取代臨床醫師的個人經驗與治療方針，臨床醫師仍應該依照個別病人的病況及客觀環境因素進行醫療決策，並採取最適合病人的治療方式。本精神病早期介入處置臨床參考指引不適合作為醫療訴訟之用。

壹、背景說明

一、指引緣起

過去由於對精神病 (Psychosis) 的認識不足和誤解、對於治療方式的效果及合理性存疑、和實際可取得醫療資源的有限等因素，大多數的精神病患者未能在發病初期得到適當的治療。即使自 1960 年代以來，抗精神病劑的發明和使用在臨床治療，1970 至 90 年代間，多國的資料顯示，自精神病發病到初次接受精神科治療的這一段時間，即所謂精神病未治療期 (duration of untreated psychosis, 簡稱 DUP)，平均仍達一至兩年 [1]，甚至發病多年都未曾接受治療的案例也時有所聞。而台灣胡海國教授在 1990 年代間進行的研究也是類似的發現 [2]。

DUP 如果拖得愈長，不但治療效果可能打了折扣，從治療到症狀緩解的時間會拉得更長，治療後也會留下較多殘餘症狀及認知功能的缺損[3, 4]。且生病到治療期間，患者的學業或工作、個人生活、家庭和人際關係等，往往已產生嚴重的干擾和負面影響 [5, 6]。在精神病症嚴重時，可能會連個人基本需求都不顧、甚至有傷害自己或傷害他人的行為，在少數極端的案例中，曾發生令人難以理解、無法接受的痛苦事件，造成個人、家庭、以及社會巨大的壓力和負荷。

儘管一般遭受精神病困擾的個案，雖然不至於都伴隨有那麼高的危險性，卻有相當比例的患者，即使經過一段時間的治療與復健，個人及社會功能仍難回復到病發前的程度，生活品質或多或少會受到影響，也有不少人需要申請身心障礙手冊來減少自己和家人的負擔、或期待在找工作時能有多一點的機會和保障。因此如何使一般人對於精神病有基本的認識，讓明顯已經生了病的患者及早接受治療，是避免病程朝著上述種種不利發展很重要的一環。

二、及早介入處置的重要性與可行性

除了及早發現及早治療，相信大家更希望能有辦法預防這樣一個難纏疾病的發生，而這也是近二十五年來國際精神病研究重要的努力方向 [7, 8]。以精神病當中最熟悉和具代表性的思覺失調症為例，大部分的思覺失調症患者表現

出明顯的精神病症狀之前，都有一段數周至數個月、甚至一年以上，不算短的前驅期（prodrome），期間症狀飄忽多變、時隱時現，不用等到明顯發病，個人功能多半已開始受到影響。依國外的經驗顯示，透過積極的早期介入措施，可以阻止大約三至四成這樣的個案發展為精神病 [9]。

然而就像多數想要用「早期篩檢」來偵測重大疾病時要面對的問題一樣，篩檢工具的敏感度、特異度、陽性預測率、甚至是偽陽性等等，以及篩出疑似個案後，接下來是否有適當的工具來確定診斷、是否存在效果好且副作用少的預防性治療方式等，都需要有更嚴謹的資訊來提供指引。特別是把一個年輕人標示為「疑似處於精神病前驅期」時，後續追蹤時注意的要點、相關人員是否有足夠的專業知識來協助、有無適當的醫療資源可供轉銜服務等，都會影響想要積極早期預防的成效，同時也要避免從善意的出發點，反而帶來不必要的傷害 [10]。

1996 年起，澳洲、挪威、丹麥、英國、香港等地，紛紛針對發病早期的精神病患者成立發展社區處遇計畫，而對於疑似處於精神病高風險期的個案，也有數個計畫追蹤後續發展，目前積極於早期介入已經是世界的潮流 [8, 11-14]。台灣自 2006 年有臺大醫院胡海國教授的研究團隊，針對精神病的早期進行了一系列的追蹤，迄今有超過十年的成果發表 [15-17]。2019 年起，台北市聯合醫院松德院區的團隊，參考各國經驗，建立臺灣第一個針對早期精神病的臨床服務模式，初步有相當正向的成果，但也面對未來要如何延續及擴展成效的問題。

三、本參考指引的目標

在目前的健保體系下，有更多精神科醫師投入基層服務，對於提供精神病早期介入的臨床治療，相較於國外的醫療體系，在可近性上或許不是最大的問題。然而針對精神病剛發病的時期（早期）、甚至是疑似可能發生精神病的風險期（前期），要提供怎樣的服務、是否有完整的治療配套措施及人員配備、轉介平台及合作模式的建立、是否有主動追蹤的團隊、積極提供個別化服務的個案管理師、以及公部門的資源投入和成效評核機制等，仍須有進一步的檢討、回饋，來逐步發展。

因此台灣精神醫學會承接衛生福利部的計畫，透過文獻回顧，瞭解國內外

現行關於早期精神病服務的內容及實證研究成果，並參考國內在這方面經驗較豐富的精神科醫師意見，彙整提出國內的「精神病早期介入處置臨床參考指引」，期待給第一線專業人員，在接觸到首次發生精神病或疑似處於精神病風險的個案時有初步的認識，並知道可以如何跟個案說明及轉銜，也讓精神醫療專業人員，面對處於精神病介入處置關鍵期的個案時，能提供兼顧品質、可近性、整體性、及延續性的治療與服務。

貳、早期精神病：概念整理與名詞定義

一、精神病之分期

如同許多疾病都有分期 (staging) 的概念，近年也發展出針對精神疾病的分期模式，將精神疾病的病程視為連續的概念，依照不同的分期決定不同的治療及介入方針。相較於在疾病晚期才開始介入治療，在疾病早期就積極面對，通常可使用較安全、較易被病患接受、較有效、造成較少經濟負擔的治療方式來介入處置，這樣能夠得到較好的治療成效、減少疾病走向惡化的可能、甚至避免精神病的發生。

關於思覺失調症及其相關疾病的分期，最早由澳洲學者 McGorry 提出 [18]，並發展出一系列的分期 (參考表 1)，本指引所針對的早期精神病，主要是指其病程為第 1 期 (特別是 1b 期，即具有未達診斷精神病程度的中度精神病症狀)、以及第 2 期 (即首次發作的精神病 (First Episode Psychosis, FEP))。至於精神病進展至第 3 期、第 4 期，不論是未曾緩解、反覆發作、或症狀持續併慢性退化的精神病，臨床上精神醫療專業人員都相對熟悉，因此不在本參考指引關注的範圍。

表 1、思覺失調症及相關精神病的分期

臨床分期	定義
0	增加精神病風險 (一等親當中有思覺失調症患者) 無症狀
1a	輕微或非特異的精神病症狀，包含認知缺損 輕微功能變化或下降
1b	精神病之超高風險群 (Ultra-High Risk, UHR) 中度但未達診斷閾值的精神病症狀，伴隨中度認知功能改變 及功能下降或慢性功能不佳
2	首次發作精神病：達到診斷精神病之閾值，伴隨中度到重度的 症狀、認知功能缺損及功能下降 (整體功能評估分數 (GAF) 30-50 分) 包含急性及早期恢復期
3a	未完全從首次發作精神病中緩解
3b	復發或再發之精神病經治療後穩定，但功能、殘餘症狀或認 知比首次發作緩解時下降
3c	多次復發伴隨臨床症狀惡化及受疾病影響程度增加
4	由症狀、認知及失能狀況評估為嚴重、持續或未緩解之疾病

二、早期精神病分期之定義

(一) 第 1 期：具精神病風險狀態 (At-Risk Mental State, ARMS)

在能夠確診為思覺失調症或首次發作精神病之前，大多數患者會歷經一段有輕微症狀及功能下降的時期。在已被診斷為思覺失調症的病人詢問出曾有這樣的表現時，我們可以回溯稱此階段為發病的「前驅期」(prodrome)。

然而若是在尚未首次發作前的病人身上，看到有類似的臨床表現時，則不適合稱他們是處於精神病的前驅期，因為這樣的說法似乎暗示他們之後一定會發生精神病，但事實上大多數這樣的個案後來並沒有出現精神病，只是發生精神病的風險相對於一般人高出許多倍。

因此有多個不同但意思相近的名稱曾被用來標示這個階段 [19]，例如「精神病超高風險狀態」(Ultra-High-Risk state for psychosis, UHR)、「臨床高風險狀態」(Clinical High Risk state for psychosis, CHR)、「精神病風險症候群」(Psychosis Risk Syndrome, PRS)，這幾個名稱主要指的是 1b 期；或「具精神病風險狀態」(At-Risk Mental State, ARMS)、「疑似精神病前期」(Putative Pre-Psychotic State, PPP) 等，這兩個名稱泛指 1a 和 1b 期。本指引主要以「具精神病風險狀態」(ARMS) 來概括描述這個階段，而不使用有「高風險」字眼的名稱，以避免和「具有高風險的精神病」(意指某些人在嚴重精神病影響下，對別人或自己是危險的) 相混淆。不過引用的文獻中，有些是採用較嚴格的 UHR 或 CHR 定義的個案的研究結果。

具精神病風險狀態 (ARMS/UHR) 通常出現在年齡介於 14 至 35 歲之間的年輕人，不意外與思覺失調症的好發年齡重疊，可能會出現持續且逐漸惡化的主觀經驗及某些看得出來的行為變化。研究顯示此段時期的個案和對照組相比，已開始有神經生理和腦部結構變化，但詳細的神經病理機轉仍未完全明朗。

統合分析的結果顯示，因 ARMS/UHR 而尋求醫療協助的個案當中，一年內有兩成、兩年內累積到近三成被診斷為精神病，而有少數個

案是在追蹤更久之後才發病。然而，個別不同的研究世代中，由具精神病風險狀態轉為精神病的比例落差很大，早期（西元 2000 年以前）的研究甚至可達四成以上、而近期卻有發現轉為精神病的比率只有一成左右的研究，然其中未轉為精神病的患者並非完全沒事，有些則是發展為情緒、焦慮、或其他精神疾患 [20]。

在精神病發病前的階段開始留意有很多好處，因為此時精神病症狀相對較輕、個案的現實感一般尚不致有嚴重的缺損，有機會於此時提供衛教，引導避免更大的壓力讓情況惡化、教導對疾病的認識與警覺、也較容易建立良好的治療關係；而萬一進展為精神病發生時，可以即時提供適當的介入治療，也就是能有效縮短發病後的未治療期（DUP），以得到較佳的預後 [21, 22]。

理想上希望能以早期的介入避免後續發展為精神病，或至少使第一次發作精神病的時間延後，也可減少住院的可能。另一方面，不論是否後續會發展為精神病，早期提供適當的協助，也能避免使用有害的方式來處理這個階段的精神困擾，例如使用酒精或非法物質、甚至自殘、聽信傳言被騙而造成損失等，也可減少無謂的創傷或是汙名化，減少社會功能缺損。但仍要留意是否有偽陽性的診斷以避免個案將自己標籤化（self-stigmatization）的風險，後續會有更詳細的提醒 [10]。

（二）第 2 期：首次發作精神病（first episode psychosis, FEP）

首次發作精神病為病史中第一次出現明顯的精神病症狀的時期，定義為有一周以上達到精神病診斷閾值、持續的妄想、幻覺、混亂言談行為等正性症狀 [23]。

FEP 是包含思覺失調症、類思覺失調症或情感性思覺失調症、短暫性精神病、妄想症等不同診斷的第一次發作的統稱。根據不同的研究世代顯示，FEP 在初診時可以有三成為首次發作的思覺失調症（first episode schizophrenia），而在一至兩年後增加至五成診斷為思覺失調症，其中主要都是初診時診斷為類思覺失調症或非特定之精神病 [24]。也有可能一開始納入的個案有更高比例後來發展為思覺失調症，例如台灣第

一個由台大精神醫學部進行的研究，即有七成以上是如此，因為一開始就沒有納入以明顯情感性疾患症狀併有精神病症狀的個案 [16]。

三、精神病未得到治療的期間（duration of untreated psychosis, DUP）

精神病未得到治療的期間（DUP）指的是從符合 FEP 診斷，到開始接受適當治療之間的時期。統合分析的結果發現，DUP 愈長，治療後的臨床症狀、社會功能、生活品質、緩解率、復原率以及對抗精神病藥物的反應皆愈差 [25-27]。DUP 的長短與是否從精神病的早期就開始關注，可以從一開始注意到的幾天內隨即就醫，到一直忽略數年後出事了才正視，之間有很大的差距。由於縮短 DUP 能夠改善預後，思覺失調症的早期介入無疑是非常相當重要，然而目前還沒有很具體的證據指出，怎樣的作法可以有效縮短 DUP [28]，實務上考驗著是否能因地制宜，發展出適合本土的作法。

四、關鍵期假說（critical period hypothesis）

思覺失調症發病前後的那一段時間為決定預後的關鍵時期，此假說是基於：大多數的思覺失調症病人在發病早期、甚至在明顯精神病發作前，即出現社會功能的退化，在發病早期對於患者本人及家屬造成不小的心理社會壓力，並可能有明顯發作、復發、自殺等問題，隨後才進入相較穩定慢性的狀況 [29]。腦影像學研究也發現在發病後的數年間，大腦灰質體積逐漸減少 [30]。早期的積極介入相較於對照組的治療，可改善臨床症狀，雖然介入的效果將隨著時間慢慢遞減，但十年後有接受早期介入的組別能夠獨立生活及就業的比率仍然較高 [31]。

近期的研究顯示，首次發作精神病有近六成的個案可以在治療後達到病情緩解的程度，這個比例明顯高於一般的認知，過去大約只有三分之一的個案可以反應良好，相信其中很重要的一個因素就是及早介入處置 [32]。

儘管如此，對於沒有辦法在剛發病不久就接受治療的個案，也不要灰心，即使無法完全恢復到生病前的狀態，還是可以在治療後減輕症狀、減少病情對個人生活、人際互動、及整體功能的負面影響，也能避免在完全沒有治療時，發生對自身或他人出現嚴重脫離現實、極端危險的不幸後果。

五、小結

嘗試用「分期」的概念來看待和理解精神病在不同病程期間的表現，可以針對病程各期之中的特點，提供更適當的介入處置服務和衛教，一方面避免病程往較嚴重的期別進展，一方面也不會因為同樣被稱呼為「精神病」，而以為都會發展成一樣的預後。

參、臨床評估及診斷（症狀學）

一、首次發作精神病

（一）基本觀念：

個案若呈現典型的思覺失調症精神病理表現，且有足夠資訊瞭解過去數個月的狀況，一般受過訓練的精神醫療專業人員，應該不難做出正確的診斷。不過近年來隨著對精神病有較高的注意和敏感度，個案本身、家人、或精神醫療專業人員，都有可能對於某些症狀和現象，懷疑是否有精神病，有時會有過度診斷或自貼標籤的可能。因此不論是臨床工作者對於診斷還不能確定、或是病人/家屬對於診斷有疑慮，為提供較妥善的處置建議，以利後續的觀察或介入，最好能有專業的精神科評估。

（二）基本態度：

對於 FEP 的患者，應提供完整的生理-心理-社會的全人評估。評估的開始即是治療的開始，應考量病患的安全並建立良好的信賴關係及治療關係。完整的評估，除了精神科醫師，理想上應納入護理師、心理師、社工師、職能治療師甚至其他相關科別的醫師共同參與，也希望得到對個案有足夠認識及互動的觀察者，例如學校老師，的報告。

重點在於，評估並非是一次性的想做出「確診」，而應該是一個連續的過程，因為精神病前期到首次精神病發作之間，並不一定會有一道明顯的界線，病人本身和主要旁觀訊息的提供者，也可能因自身的經驗和信念，以獨特的方式描述他/她的精神困擾，此外精神病理的變化，也常常是浮動多變的，這些都有賴更充足的耐心觀察來得到較可靠的評估。

（參考圖 1）

（三）生理評估：

收集過去病史、神經學評估、體重、血壓、血糖、血脂肪、心血管疾病及其他一般性的身體檢查資訊，包括甲狀腺功能，電解質平衡，感

染指標等。了解物質使用史（包含酒精、毒品、鎮定類藥物、香菸之使用情況），以及生活型態，如飲食、運動、性生活等狀況。

(四) 精神病理之評估：

完整的精神病理評估包含橫斷性的精神狀態檢查，包括情緒（憂鬱、躁症及焦慮等症狀）、行為問題、認知功能、驅力、社會功能、自傷/自殺風險以及暴力風險等評估，以及縱貫性的對於精神症狀的演變做完整的理解。

(五) 心理及社會評估：

收集是否有受過身體或精神虐待、兒童青少年時期是否有跟照顧者分離、創傷、霸凌等經歷。評估是否對精神疾病有汙名化的偏見、家族中的精神病史、家人對精神疾病的瞭解程度、患者的精神疾病對家族的影響、家庭的支持系統等。了解病患的人際關係、求學或就業情況、能夠取得的心理社會資源以及經濟狀況。

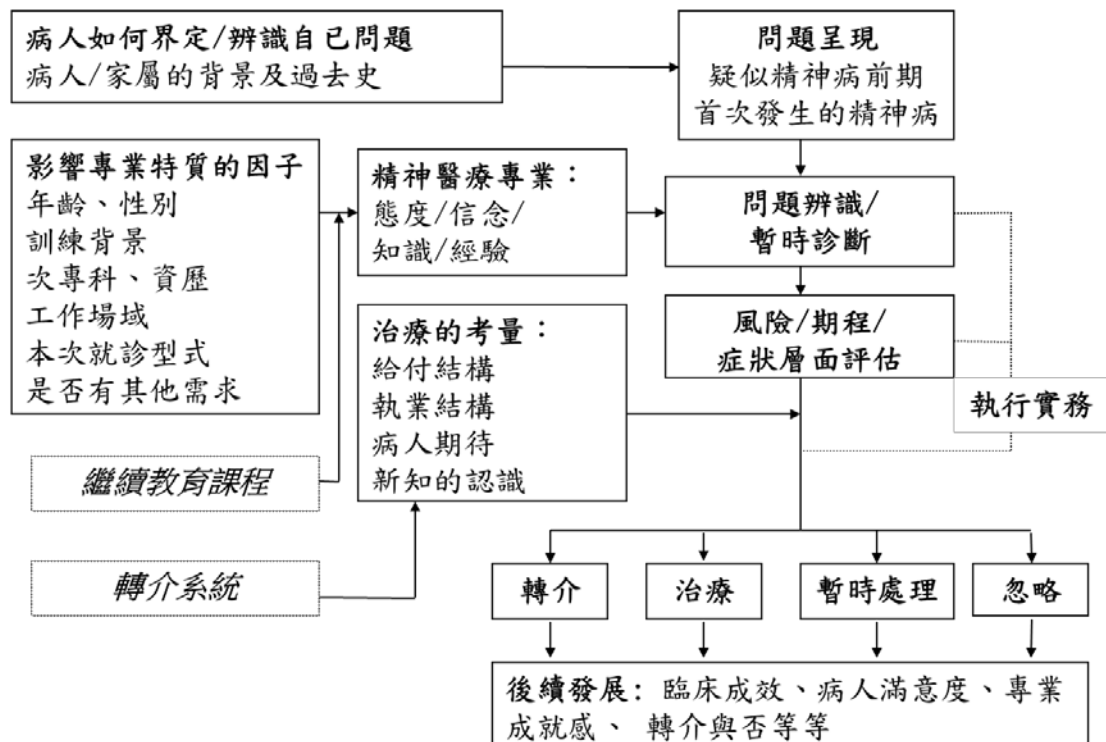


圖 1、影響第一線精神醫療專業人員處置的可能因素

(六) 診斷：

除了臨床診斷手冊有嚴格定義的思覺失調症外，首次發作的精神病（FEP）的定義較為寬鬆，原則上只要是過去無精神病史，出現有幻覺、妄想、混亂的言行舉止等正性症狀，超過診斷閾值的精神病狀態持續一周以上就算是 FEP，因此除了包含思覺失調症類群的診斷之外，亦包含伴隨有精神病症狀的憂鬱症、雙極性情感疾患等情緒疾患、短暫性精神病、物質使用相關的精神病等，其中仍以思覺失調症類群的疾病最多見。

由於診斷需要多方收集資訊，評估初期的暫時診斷（tentative diagnosis）不一定可靠，且過早斷言就是思覺失調症，可能會讓患者或家屬連結到此病預後不佳的刻板印象，而帶來不必要的擔心被貼標籤、歧視、甚至給自己貼上標籤、自我歧視（self-stigmatization）的風險 [33, 34]。儘管近期首次發生的思覺失調症預後，因及早介入已有明顯的改善，仍不時會見到病人或其家屬因被診斷、或擔心被診斷是思覺失調症而過度悲觀。建議保持診斷的彈性，並持續在治療過程中評估。

另外，也應評估共病的情緒疾患、焦慮疾患或物質使用疾患，並進行相關的鑑別診斷。在 FEP 的病患當中，創傷後壓力症以及童年的負面經驗並非少見。精神病發作時的經驗和治療的過程亦可能造成創傷，應仔細評估創傷經驗及其可能造成的影響。當然，別忘了有些個案所宣稱的創傷經驗，其實是精神病症狀的一部分，因此不要急著斷言其間的因果關係。

也要再提醒一次，若有非典型的神經精神症狀、或伴隨有不易理解的身體症狀時，在診斷為 FEP 前，應審慎排除其他生理因素造成之精神病症狀，包括譫妄（delirium），感染，電解質異常，營養失衡，腦部病變及自體免疫疾病等。應考慮進一步的檢驗包括腦波及神經影像檢查。

二、具精神病風險狀態

(一) 基本觀念：

相較於 FEP，一般精神健康相關之專業人員，對於具精神病風險狀態 (ARMS) 的認識可能比較模糊。對精神病敏感度較高者，可能直接將這樣的個案標示為處於精神病前驅期 (prodrome of psychosis)，但邏輯上這樣的稱呼並不適當。因為唯有確實精神病發作了，我們才能回過頭來描述，原來之前那一陣子個案難以理解的精神狀態，其實是精神病快要發作的「前驅症狀」，而那段令人困惑的時期就叫做前驅期 (prodrome)。但並非所有那些呈現不太典型、有類似精神病的經驗 (PLEs)、但都還不夠嚴重、又令人有點擔憂的時期，就一定是精神病前驅期，因為事實上只有 10~30% 的 ARMS 個案後來會發生精神病，這個比例雖然已遠大於一般人發生精神病的機會 (即相對風險高)，但以絕對值來說，大部分疑似 ARMS 的個案 (70~90%) 後來並沒有發生精神病。

(二) 何時需要轉介至專業評估：

因此若有不明原因的功能下降 (包含學業、工作、家庭、人際關係等)，臨床上不容易用典型的焦慮、憂鬱、情感性疾患等精神疾病來理解或診斷個案的問題，則可將是否潛在有發展為精神病的風險列入後續觀察的考量。若有輕微的精神病症狀，例如多疑、關係意念、被害意念、對感官知覺 (聲音、光線、觸覺、味道等) 過度敏感，甚至有短暫的錯覺幻覺、想法變得慢、思考混亂、言談迂迴、情緒表達不適切等，並伴隨功能下降，第一線接觸個案的人員擔心可能是具精神病風險時，則建議轉介給有經驗的精神科醫師進行專業評估。(同樣可參考圖 1)

(三) 篩檢工具：

國外研究上有發展出自填式問卷，做為初步篩檢疑似前驅期個案之用 [35, 36]。國內胡海國教授的研究團隊也有發表『疑似精神病前期簡易自填量表』[37] (參見表 2)

表 2、篩檢工具：中文版疑似精神病前期簡易自填量表

1	我到人多的地方，無法應付那種壓力很大的感覺。
2	我覺得我無法親近別人。
3	我做什麼事情，都提不起勁。
4	我覺得腦力不夠，想一下事情，唸一些東西，就覺得疲倦。
5	當有別人在場時，我大部分時間都保持沉默。
6	我有時會擔心朋友或同事對自己不忠或不值得信任。
7	我儘量不吐露自己的心聲。
8	如果必須在一大群人面前講話，我會覺得非常的焦慮不安。
9	我做事（唸書）不能持久，一下子就想休息。
10	我覺得對什麼事情，總是處理得不好。
11	我不會表情生動地講話。
12	我不善於社交禮儀的應對。
13	當你看到別人在交談時，會懷疑他們正在談論你嗎？
14	你是不是常常從別人的談話或作為上，發覺背後藏有威脅或怪罪的味道？
15	會不會聽到某些音、叫聲、或叫自己名字的聲音呢？

註：

1. 若有 8 題（含）以上回答「是」，或 3 題（含）以上且 3 題中有第 1、2、15 任一題答「是」者，建議找精神科醫師評估。
2. 發表於 Liu et al. Schizophrenia Research, 2013; 143: 32-37

請留意此量表的敏感度和特異度都只有在 0.7 上下，因此使用時請特別注意下列提醒：

1. 此量表只能很粗略的篩檢，界定出來的『疑似精神病前期』（即 PPP），是包括原始台大醫院研究中由輕到重、所有具精神病風險狀態（即 ARMS），也就是包含精神病分期中的 1a 期和 1b 期。
2. 在當初的研究個案中，若是已符合超高風險期（1b, UHR）者，在兩年追蹤期間有約三分之一的個案發生精神病，而臨床分期未達超高風險的個案（即 1a 期），則未有在兩年內發生精神病 [16]。然而追蹤更久下來，還是另外有約一成的個案（兩年內未發病的 1b 期和所有 1a 期），在兩年後發病 [38]。

3. 1a 期和 1b 期的個案的填答結果很近似，因此不適合用篩檢表來區分出個案的嚴重度。篩檢表的主要用途是可以提高對疑似前驅期的警覺，以及省下部分診斷性會談的時間，離「預測」是否會發生精神病的距離其實還很遙遠。
4. 雖然用『疑似精神病前期』、或『具精神病風險狀態』來描述是合乎實際狀況的，但可能還是會有『貼標籤』的爭議，對填答者說明時，切勿只強調會發精神病的風險，因為即使是 1b 期的個案，追蹤下來「不發精神病」的還是比發病的多。
5. 類似的量表在實務調查運用時發現，可能可以運用於偵測其他精神方面問題的風險，例如較高的自殺/自傷行為等。
6. 值得注意的是，讓已經發生精神病的個案填這個量表時，並不能有很好的鑑別能力，有可能是生病之後的認知能力、自我和社會判斷能力已受疾病干擾，而無法有效的作答所致。

(四) 評估共病：

應評估是否有共病憂鬱、焦慮、強迫症、創傷後壓力症、自閉症類群障礙症或注意力不足過動症等。有些人在身體疾病的影響下，也可能出現較特別的情緒反應。

(五) 診斷：

為了提供操作型定義，不同的研究團隊各有所定義。澳洲墨爾本的研究團隊將 ARMS/UHR 區分為：

1. 輕型精神病症狀 (attenuated psychotic symptoms, APS)：未達診斷閾值的精神病症狀
2. 短暫且有限的精神病症狀 (brief limited intermittent psychotic symptoms, BLIPS)：症狀已達精神病的嚴重度，但可以在一週內自然緩解
3. 精神病家族史並伴隨功能下降 (genetic risk and deterioration syndrome, GRD)。

根基於這樣的診斷準則，墨爾本的研究團隊設計了 Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State (CAARMS) [39]。美國則開發了 Structured Interview for Prodromal Symptoms/Scale of Prodromal Symptoms (SIPS/SOPS) [23]。後者台灣有由吳佳璇醫師翻譯的中文版，基本上和思覺失調症的正性與負性症狀評量表 (Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)) 很近似。

依照此分類，APS、BLIPS、和 GRD 分別約佔 85%，10%，和 5%。2016 年的統合分析結果顯示，因 ARMS/UHR 而尋求醫療協助者當中，追蹤一年時有 22%，兩年時累積到 29%、三年時累積到 32%、更久之後共計 36% 的病人在未來被診斷為精神病，其中 BLIPS 的風險最高、APS 次之、GRD 發病的比例較前兩類低，至發病的時程也較長 [9]。更近期的統合分析結果雖然發病比例稍低，仍有四分之一的人在三年內被診斷為精神病，且長期來看風險持續累積 [40]。

然而，由高風險群轉為精神病的預測並不可靠，亦有研究發現轉為精神病的比率低於一成，其中未轉為精神病的個案大多為情緒或焦慮疾患。目前在 18 歲以下的族群，UHR 的診斷及預後證據較有限，因此應慎重追蹤病程，持續進行評估及調整診斷的考慮 [29]。

(六) 輕微精神病症候群 (Attenuated Psychosis Syndrome, APS)：

第 5 版精神疾病診斷統計手冊 (DSM-5) 的附錄中，有列出一套非正式的診斷準則，內容與上列的 APS 與 BLIPS 接近，準則的使用上，有特別強調這是值得更多臨床關注、有待後續更多研究的臨床現象，而不是直接等同於正式診斷、也不適合直接連結到特定治療的臨床類別。

三、其他疑似精神病前期的相關現象

(一) 類精神病經驗 (Psychotic-Like Experiences, PLEs)：

偶爾經驗到片斷的錯覺、幻覺、感受到太多巧合、或對於周遭過度警覺而有受威脅、被針對、被害的意念時，就一定是達到 ARMS 的嚴重度了嗎?如果這樣的經驗只是短暫的、本人不大覺得被干擾、也不影響日

常功能，則可以先暫時稱之為「類精神病經驗」(psychotic-like experiences, PLEs)。

事實上一般人當中曾有這種經驗的比例不算太少，各個研究中 PLEs 的盛行率差異很大，跟不同年齡大腦發展階段也有關係，統合分析的結果平均值約為 5.3%，而在兒童近青少年時期盛行率最高 [41]。大多數人的 PLEs 會隨著年齡成長而減少消失。但也可能嚴重到伴隨情緒、行為困擾、甚至造成功能的減損。特別是若原本有不覺會干擾的 PLEs，近幾個月內頻率增加、類精神病經驗變得更鮮明、出現新的、會帶來困擾的 PLEs 時，這些就可能被認為是 ARMS，甚至已經可以符合精神病或其他精神疾病的診斷了 [42]。

(二) 其他精神疾病出現短暫類精神病症狀：

別忘了，不是只有思覺失調症和其他精神病的患者會有 PLEs，情感性疾患在躁期、鬱期、重鬱症的患者、焦慮症、恐慌症、強迫症、急性壓力反應、創傷後壓力疾患、解離性疾患、幾乎各類過去所謂的精神官能症患者，在壓力來得又急又快、過度疲累、或是情緒反應太過強烈時，就可能出現短暫類精神病經驗，某些精神作用物質的使用也會留下類似的經驗，甚至正常睡眠在剛入睡或剛醒過來時，也會經驗到類似錯覺或幻覺的短暫困惑 [43]。

也就是說，對於精神疾病的診斷來說，PLEs 的特異性不高。不過由於實務上對於首發精神病和具精神病風險狀態的關注增加，個案本身、家人、甚至醫師及其他專業人員等，都可能對 PLEs 放大檢視、甚至過度解讀，有時反而造成不必要的困擾。而這也可能是較近期的追蹤研究常發現由 ARMS 轉變為 FEP 的比例下降的因素之一，因為很多以前不會認為是 ARMS 的個案，因詳細探查、或主動報告有 PLEs，而被暫時列為 ARMS。

四、小結

以連續性的角度來看精神病光譜 (psychotic spectrum)，可以知道當中並不存在很明顯的分界線，需要考慮到精神病症狀的強度、出現頻率、持續時間、是否造成個案困擾、影響到日常生活及社會功能等，同時也要留意是否有其他因素或共病狀況可解釋這些精神病症狀。

肆、臨床評估及診斷（腦影像及神經、生理、心理檢查）

一、基本概念

FEP 和 ARMS 基本上主要是根據臨床會談得到的資訊來做診斷，至於實驗室、腦影像學和神經、生理檢查等，主要在於排除器質性因素。初診時應排除是否為物質造成之症狀，並進行一般性的血液、生化、甲狀腺等血液檢驗，懷疑有腦部實質病變造成的精神病症，則可安排腦影像學檢查排除此可能性。

雖然說遺傳是精神病的一個重要因素，但並非某一個或特定幾個基因的異常就能決定是否會發生精神病，因此一般診斷時不會常規進行基因檢測，除非身體上或神經學上出現疑似某個遺傳疾病的特徵時，才會安排相關的檢查。

二、常用檢查

假使沒有頭部外傷或明顯神經學症狀，但個案的精神病症狀、病程發展不典型、或醫師仍有疑慮時，建議可進行腦部影像（例如電腦斷層）檢查，以排除腦部器質性因素。若有精神症狀並伴隨意識缺損、不自主運動，應進行較完整的神經學檢查，包含腦波、腦部核磁共振（MRI）、SPECT 等檢查。另外出現有難解釋的身體或神經學症狀時，也應將自體免疫腦炎列入鑑別診斷，可視需要進行腦脊髓液及自體免疫抗體檢查。

三、腦影像檢查

思覺失調症的腦部 MRI 研究顯示，患者大腦在額葉、顳葉及邊緣系統的灰質體積較對照組減少，FEP 和 ARMS 的腦影像中也有一定程度的結構變化。然而，這些是透過病人和健康對照組間比較發現的變化，對個別病人的診斷並不適用。目前也有研究發現，結合多個腦區的測量值和型態變化模式，可以用來區分思覺失調症患者和對照組。也有正子斷層造影（PET）檢查腦部多巴胺功能變化，可提高預測 ARMS 病人是否會發作精神病準確率，目前都還在持續研究的階段，未來也許能應用在臨床診斷上 [44]。

四、事件相關電位 (Event-related potential, ERP) 檢查

思覺失調症患者的事件相關電位 (event-related potential, ERP) 之異常主要為 P50、N100、P300 和 mismatch negativity (MMN)。思覺失調症患者 MMN 的振幅低於對照組，而未來發展為精神病的 ARMS 其初始的振幅亦較低。目前關於 ERP 是否能有較簡便的測定方式正在進行研究中，期待未來能應用於臨床 [45]。

五、近紅外光腦光譜儀 (Near infrared spectroscopy, NIRS)

NIRS 可用來評估大腦功能，協助鑑別診斷，然而目前關於 NIRS 應用在 FEP、ARMS 的研究極少，可進行此項檢查的醫療院所亦有限。

六、神經心理檢查

有許多神經心理檢查工具可以用來評估神經認知功能，一般可以再細分為語理解能力、視覺空間能力、執行功能、操作速度、心智控制、注意力、語文記憶、視覺記憶、及語文流暢能力等。

首次發病一年內的精神病患者在上述的神經心理測驗中，平均表現都較健康對照個案為差，而疑似精神病前期個案的表現，則介於前面兩組之間。本土研究的結果和國外相當一致。在追蹤一年後，已經發生精神病者的落差持續存在，而疑似精神病前期的個案，若在追蹤期間發病，則其神經認知功能會下降，反之若沒發生精神病，其神經認知功能不會惡化，甚至有些改善 [46]。

這樣的結果挑戰原本的樂觀期待，以為可運用某些神經認知功能的早期退步做為指標，預測未來是否會發生精神病，而上述的發現則顯示可能只是體質上有這個傾向 (trait marker)、或是病程進展程度的指標 (state marker)。總結來說，精神病前期的個案日後是否會發病，目前還不能用神經認知功能來有效預測，但一旦發生精神病，認知功能的下降則是相當普遍的。

七、小結

綜合來說，雖然有很多研究指出，相較於一般沒有得到精神病的人，精神病個案的腦影像及神經、生理檢查、甚至基因檢測等，在某些方面可見到異常發現，但目前尚未有檢查具有足夠的敏感度和特異性來協助「確診」是否為精神病，也沒有哪一項檢查可以有足夠的鑑別能力，預測哪一位 ARMS 的個案之後會發生精神病與否。

伍、首發性精神病的治療建議

一、首發性精神病治療計畫的建立

制定首發性精神病的治療計畫，須完整評估病人之生理、心理及社會因子。治療計畫的制定與實施仰賴各專業人員的共同合作，如醫師、護理師、社工師、心理師、職能治療師等。此外，家人的良好照顧以及社會資源的銜接，都是治療計畫的重要環節 [47]。

首次發作的精神病，臨床症狀在後續病程中仍有可能變化，診斷的穩定度以思覺失調症最高，可達九成左右，也就是說，一開始評估認為是思覺失調症的個案，在後續追蹤時絕大多數仍會維持原診斷 [24]。然而一開始診斷是其他精神病者，後續追蹤時，診斷發生改變的機會相對大一些，同時別忘了，即使一開始診斷為思覺失調症，未來仍有一成的個案診斷需要重新考慮，因此也要留意臨床症狀改變時需即時調整治療計畫。

二、首發性精神病的治療原則

FEP 的評估與治療應該具有可近性及即時性，以減少未治療的發病時間（DUP）。提高一般人及精神健康相關人員的精神健康識能（mental health literacy）、簡化轉介的流程、提供諮詢小組、以及加強辨識症狀等，都有機會縮短 DUP。

FEP 的治療需要涵蓋生理、心理以及社會等不同面向。治療不僅僅是緩解症狀，更要考慮到病人未來人際、家庭、教育、工作上的適應問題，以及藥物治療的便利性、可能的副作用、病人的用藥習慣

雖說及早介入治療一般來說可以有較佳的預後，不可否認的，有至少一成的首次發病個案即使有接受治療，效果仍然欠佳，但仍應提供穩定的治療服務，並且需要考慮更長期的治療計畫 [48]。

三、FEP 的藥物治療

對於 DUP 短、出現精神病症狀不久即主動就醫的個案，一開始可以口服抗精神病藥物為主要治療，若能合併心理治療通常效果更佳。若 FEP 的病人拒絕

藥物治療，仍可以提供心理治療，同理其困擾，理解他/她的期待，妥善建立治療關係，提供短期（如數周至一個月）的觀察期，觀察其症狀及功能變化，並且積極與病人討論可行的治療選項。

使用抗精神病藥物時需與病人討論常見的副作用，包含嗜睡、反應變慢、代謝異常、體重增加、錐體外症候群、心律不整及賀爾蒙失調等生理問題，同時也該主動關心其不舒服之主觀經驗。

使用抗精神病藥物時因為副作用之考量，應該考慮直接使用第二代抗精神病藥物（Second-generation antipsychotic agents），宜從較低之起始劑量開始使用，留意個別藥物的副作用，謹慎調整其劑量 [49]。治療過程中應詳細記載藥物反應，有效之治療劑量及副作用。並與病人討論是否有使用其他藥物或者替代療法，並且注意藥物交互作用。同時也要注意病人是否有使用菸、酒、毒品等，可能影響症狀或藥物效果的物質。

抗精神病藥物的長效針劑（long-acting injectable antipsychotic, LAI）過去習慣留待反覆復發時才使用，近期國外的治療指引則提出不一定如此，也可以用於首次發生的思覺失調症 [49-51]。例如病人的 DUP 長、欠缺病識感、不理解或不接受自己生病、也很難被說服需要持續用藥、沒有足夠的支持系統確認能規律每日服藥、用藥有療效但一停藥症狀就反彈很大、或很容易抱怨藥物副作用而影響服藥順從性的個案。事實上，實際感受到藥物的效用後，有些病人會願意長期用藥，而著眼於方便性，甚至可能主動考慮長效針劑做為長期治療的選項 [52]。因此和病人討論可能的治療方式時，即可將長效針劑列為選項之一，說明優缺點後讓他們可以有選擇和決定的機會。

使用抗精神病藥物時可簡要說明可能的效果、可能有什麼幫助、出現預期以外的反應時該怎麼辦等；同時要避免給予不合理的期待，也不要將問題簡化為「記得吃藥」就好、或是當病人出現任何情緒反應時都歸咎於沒有好好吃藥。有時旁人這樣的反應會讓病人覺得很受傷、不被理解、好像生病之後就不能有任何不滿的情緒了。

四、認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）及其他心理治療

國外研究顯示，系統性的提供認知行為治療（CBT），有助於減緩精神症

狀、改善社會功能、甚至減少住院次數與天數等益處 [53]。因此國外的治療指引多會建議對於 FEP 個案，應積極轉介 CBT，提供穩定且規律的一對一個別化治療，CBT 的目標為症狀調適、減少壓力、協助調節症狀下的行為、情緒以及思考，而 CBT 的治療者應該遵守具有證據力的治療方式，且接受督導監督 [50, 51]。

除了 CBT 之外，FEP 個案不論是因認知功能在生病後多少有些影響、或是負性症狀影響變得較缺乏動機，在日常的角色功能、人際互動上，常需要得到支持、鼓勵、指引、建議等，即所謂支持性心理治療的幫忙。而一般來說，並不建議對 FEP 個案進行分析式的心理治療，因為自我強度不夠、思考情緒調節障礙等，不容易透過深入心理分析的方式得到幫助，有時反而會加重其困擾。

五、家庭介入

治療首次被診斷為精神病的病人，要同理病人自己和他們的家屬可能對於疾病都還很陌生，甚至對於治療的效果和必要性仍有疑慮，因此需要與家屬建立合作的關係，提供疾病衛教，這些對於得到較佳預後是很重要的。如果家屬對於疾病認知不清、過度焦慮、悲觀、或主要照顧者本身也可能有類似精神病症狀或準精神病人格特質，溝通上需要多費一份心力 [47]。

團隊應定期與家屬聯絡，有助於釐清病人症狀且加強家庭照顧能力。若家屬有照顧上的困難，也可以給予心理支持或者連結社會或醫療資源。

家庭的討論應盡量包含病人本身。除非病人極端多疑、容易激動，儘可能在討論時一起參與，治療重點也該放在如何讓主要照顧者與病人互信互助，形成治療的同盟，而不是單向的請家人「監督」病人配合治療，或是任由病人開條件要求家人配合。

雖然通常不會將病人生病歸因於家人負面的影響，但治療期間，若是家人總是習慣表現高張的情緒、敵視、批評病人生病後的樣貌（例如指責他懶、笨、沒用等）、或相反的以過度保護的態度，阻絕任何可能帶給個案壓力的情境，則容易讓病情不穩甚至復發。

六、就學及就業之輔導

首發性精神病的病人經過治療後，仍可能有部分功能退化。相較於病前狀態，病人自身或家人，會察覺到生病後多少有一點落差，當病人回歸社區後，在學業或就業上給予適時適當的輔導與支持，將有助於病人的整體適應。臨床上常看到太過心急、欲速則不達的情形，反而因挫折而增加復發或自殺的風險。如果能有個別化的支持、輔導、與協助，可以保有較佳的職業功能 [54]。

若病人恢復的狀況仍不夠理想，可與病人與家屬討論申請重大傷病卡或者身心障礙手冊，協助未來就醫及社會適應。

七、追蹤其他生理問題

服用抗精神病藥物，時常影響身體的代謝，因此建議定期追蹤體重、血壓、血脂及血糖且與內科醫師積極合作。

病人受疾病的負性症狀影響可能會有作息混亂、不喜歡身體活動等問題。因此應多鼓勵規律作息，以及建立運動的習慣。

八、復發的風險

如果病程上已經符合思覺失調症的診斷，也就是可以明確標認出 6 個月以上包含前驅、活性（至少 1 個月）、及殘餘症狀者，表示心理、生理上是容易出現精神病的，則很難排除復發的風險。即使是初次發病，研究指出兩年內復發的比例可達五成、五年時的復發機會更可達八成。當然復發不一定是十分的嚴重、混亂，但免不了對生活會帶來相當程度的干擾。影響復發與否最明確的因素是停止用藥，特別是自己覺得已經好了就驟然停藥，這樣的例子臨床上時常看到 [55, 56]。

然而難道只發病一次就要吃一輩子的藥嗎？這是個沉重的問題 [57]。國外的治療指引建議初次發作精神病後，至少要規則用藥一年，若能保持緩解狀態且功能復元良好，才會考慮停藥 [58]。然由於停藥有復發的風險，而且復發後的症狀往往比第一次發作難纏，需要更高的劑量、更長的時間來治療、可能留下較多的殘餘症狀、對功能的影響也需較長的時間來恢復 [59]，因此也有一派的

意見認為，不如使用有效的最低藥量來維持穩定比較保險。但目前文獻上可以參考的有效最低劑量，一般是根據急性期症狀對於藥物治療的效果來界定，在維持期是否可以把藥量降到更低，是醫師和病人都很有興趣的議題 [60]。

國外有些研究想嘗試讓緩解期的精神病患者停藥，目前還沒有很明確的結果支持怎樣進行可以安全停藥。而在嘗試減藥甚至停藥時，別忘了其他社會、心理因素也可能增加復發的風險，操作上一定要謹慎的選擇適當的時機，也要和個案好好的溝通，並提醒哪些可能是復發的早期徵兆，減藥過程才會比較順利 [61]。

因此不建議患者或家人自行停藥，也不建議努力追求完全停藥。若一心想把完全不用吃藥當成康復的指標，往往會事與願違、得不償失。不如耐心的與病、與藥物和平共處，找到一個自在可接受的平衡點。

九、診斷重新評估

前面提到，除了初發精神病若已符合思覺失調症的診斷時，後續診斷改變情形較少外，其他情況，特別是 DUP 很短的個案，明顯精神症狀才出現幾天、一兩個星期，就積極接受治療且反應良好，診斷上可能會被歸類在短暫性精神病、準思覺失調症、或其他非器質性精神病等，在治療過程中病情可能出現了其他的變化；也有些個案以精神病症狀開始被注意到，但之後呈現較明確的情感性症狀等。

也就是說，當更多人開始積極關心精神病的早期發展時，過去典型的精神病病程的演進可能會變得模糊，不論是病人或治療者，有時也不禁有些困惑。此時建議不要執著於到底是哪一個診斷才對、一開始看的醫師是否誤診，而該把重心放在還有哪些層面的困擾還沒被解決、還有哪些疑問需要多加留意、還有什麼是專業人員可以幫忙的地方。

十、小結

面對首次發作的精神病，若是能在 DUP 很短時儘快接受治療，成效並不悲觀。但不要輕忽疾病對於病人個人生活、人際和職業功能各方面的負面影響，也不要只著重在藥物治療。使用抗精神病劑的確可以有效達到相對穩定的精神

狀態，而想要在這個基礎上，協助病人一步步重拾生病前的功能，則需要更多心力的投入，切忌操之過急。

陸、具精神病風險狀態的介入處置建議

一、ARMS 之介入處置原則

ARMS/UHR 的個案，三年時累積有 25% 的個案會發生精神病 [40]，其餘的也有較高的比例轉變為其他精神科疾病（如憂鬱症、焦慮症、雙相情感性疾病等）。有些人在 ARMS 的階段功能已經開始有所受損，也可能有較高的自殺率。因此對於懷疑在 ARMS 狀態的個案，也應該積極考慮提供適合的介入處置 [21,62]。

有 ARMS 困擾的個案臨床表現多樣，因此需要完整評估病人之生理、心理及社會因子。治療計畫的制定與實施仰賴各專業人員的共同合作。

很多處於 ARMS 個案是年輕人，他們可能對於自身症狀辨識度較低，對醫療體系不熟悉，受到疾病影響時思考也會被干擾，因此增加病人之自主性、簡化轉介之流程、建立良好的醫病關係，可以讓他們更願意配合後續追蹤。

相對的，有時是年輕人不知道如何表達成長階段中常見的情緒、想法上的困擾，在初次評估時被懷疑是 ARMS 而被轉介過來；也有些個案是自己標認，擔心是 ARMS 而來求助。因此建議不要急著貼標籤、下診斷、直接連結到用藥治療；最好是在建立良好的醫病關係、收集足夠資訊後，再考慮更積極的介入處置方式。

ARMS 的個案一般建議要持續接受追蹤，並且觀察是否有其他共存之精神疾病，如焦慮症或者憂鬱症等。避免單純只考慮到是在治療精神病的前驅期（prodrome of psychosis），而在病程出現變化時，也要避免受到初次評估時的第一印象干擾，要有「跨診斷」（transdiagnostic）的視野（參考圖 2），儘量能客觀評估整體的臨床現象，做出最可能的判斷[63]。

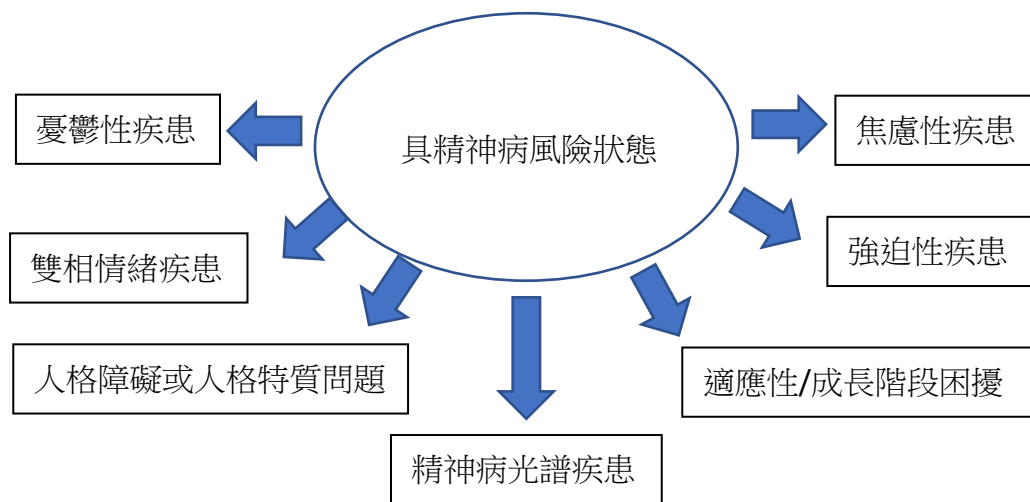


圖 2、示意圖：以「跨診斷」(transdiagnostic) 的模式來看待「具精神病風險狀態」個案在追蹤時，可能出現的變化。請留意，實際上的臨床變化不限於圖中所列。改編自 Liu et al. Journal of the Formosan Medical Association (In press)，參考原始文獻 McGorry et al. World Psychiatry 2018, 17 (2) :133-142。

二、ARMS 之社會心理介入

針對 ARMS 的病人，社會心理介入有助於減緩症狀且改善功能。國外的治療準則將個人化的 CBT 定為第一線治療 [51]，有助於減緩 ARMS 病人之症狀，改善壓力調適。但 CBT 應遵守具有證據力的治療方式，且接受督導監督，國外有針對 ARMS 設計的 CBT 治療模式，可減少發展為精神病的比例 [64]。

三、ARMS 的藥物治療

並非所有 ARMS 的病人皆會發展成為精神疾病，因此並不建議過早使用抗精神病藥物治療 [51]。雖然有少數的臨床試驗顯示，藥物治療可以減少 ARMS 個案一年後轉變為 FEP 的機會 [19]，但是否可以長期避免 ARMS 進展至 FEP 仍不是很確定。更要留意伴隨藥物而來的副作用，對於那些即使不用藥也不會發生 FEP 的個案來說，是不必要也不合理的負擔 [65]。

因此一般建議，若認知行為治療無法改善其症狀、精神病症狀持續超過一周或精神病症狀明顯干擾生活、甚至會導致危險行為時，才考慮積極使用抗精神病藥物治療 [51]。

ARMS 並不是一個臨床診斷，藥物治療時並沒有相對應的適應症可供參考。因此原則上對於 ARMS 期的個案，使用精神作用藥物時，不論是抗精神病

劑、抗憂鬱劑、或是鎮靜安眠類藥物，都建議只是短期的、試探性的使用。因為並沒有一個確定的診斷來引導治療的方向，處方的醫師自己要清楚知道，使用這個藥物時的目標症狀（target symptoms）為何，當臨床症狀很快有改善時，即可合理考慮是否該停藥觀察，而在症狀出現明顯變化時，也要保持警覺與彈性，選擇更適當的藥物或嘗試其他的介入方式

因此，在 ARMS 階段使用藥物治療的態度，和治療初發精神病個案的態度很不一樣。前者是有效果出來就趕快考慮是否可以不用繼續投藥，後者則是即使症狀已經完全緩解，還是不能掉以輕心，若想減藥也得慢慢來。而一樣的態度是，不論 ARMS 或 FEP，後續都需要耐心細心的觀察臨床變化。

四、ARMS 後續的發展

那些曾被標示為處於具精神病風險的個案，後來怎麼了？一項國外的研究顯示，因擔心是否在 ARMS 期，而去專門的早期精神病中心評估時，只有大約三成個案被列為可能有較高的精神病風險（CHR 或 UHR），有一小部分其實根本沒問題，只是一時情緒、想法的表達上曾讓人不放心，其他大部分的個案或多或少可以區別出，其實比較接近其他的精神疾病類別或是可歸因的精神困擾。而追蹤下去，原本懷疑有較高精神病風險的個案，也只有三成左右在兩年內發生精神病，一小部分好了沒事，而大部分則發展為其他精神疾病、或是仍維持在精神病高風險期[66]。

一篇近期發表的本土報告也有類似的發現，在長達十年以上的追蹤下，陸續有個案在三、五年後發展出精神病，比例略高於國外報告的數字[38]。而同樣重要的是，有相當一部分的個案並未發展為精神病、但有其他的精神疾病或困擾。而確實也有一小部分個案只是在成長過程中的一些適應上、和家人朋友溝通上一時卡住、想求助又不知如何表達、甚至曾被懷疑有精神病的風險，過後看起來似乎只是一時的現象，並沒有長期的問題（請參考圖 2）。

五、小結

積極辨識，早期介入雖然可以避免可能的混亂行為，延緩、甚至避免精神病的發作及後續更嚴重的損害和負擔，但也要注意是否介入太早或太多，在當

中拿捏平衡點，避免過度介入帶來無謂的副作用、造成當事人被標示為疑似精神病的心理負擔、甚至自我汙名化（self-stigmatisation）的問題，尤其許多個案後來並沒有發展成 FEP，只是有其他精神科疾病的困擾，甚至只是成長過程一時性的反應。

因此，對於雖然初判不太像是精神病前驅期症狀、但確實存在有精神情緒困擾的個案，及早提高警覺是否有發展為精神病的可能固然重要，但不需過度恐慌、也應避免過早使用藥物介入。

柒、精神病早期的心理社會介入、日間照顧

一、首次發作精神病的心理、社會治療

首次發作精神病或思覺失調症的心理、社會治療旨在穩定精神症狀及恢復社會功能障礙。年輕患者經常同時有物質依賴、自殺等問題，因此須採取積極的介入方式。澳洲的 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)、挪威及丹麥的 Treatment and Intervention in Psychosis (TIPS) 等治療模式，以及近年來在美國以 NIMH 主導的首次發作精神病的介入研究 (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode, RAISE) [47, 67, 68]，和常規治療相比，這些介入方式能改善病患的生活品質、復原狀況等。這些治療模式包含多種職類的個別化治療、家族心理治療、提高個人韌性的訓練、工作及就學輔導、醫病共享決策及認知行為治療等方式。

當代的研究告訴我們，精神病的發生通常是許多因素加在一起的影響，不會單獨歸咎於家庭壓力造成精神病。但家人或是生活中重要照顧者的支持與關懷，對於發生精神病之後的適應與恢復，扮演重要的角色。病人可能因種種原因不想長期服藥、生病之後功能上和病前的落差會令人沮喪、恢復期緩慢的進度會讓人挫折、擔心伴隨精神病這個標籤是否會被歧視又是另一重壓力，有時會因這些負面經驗，反而用了更不好的方式來因應，例如傷害自己、自行停藥、自暴自棄、使用非法藥物等。可以運用下列一些簡單的技巧來幫助病人 [69]：

- (一) 提醒依照醫囑用藥；
- (二) 鼓勵參加心理社會復健活動；
- (三) 幫忙避開使用非法物質或酒精；
- (四) 維持健康的生活飲食、作息，照顧好自己的身體；
- (五) 建立生活常規，避免作息混亂；
- (六) 不要挑戰過大的壓力；
- (七) 發展溝通和問題解決能力來面對無法避免的壓力；

- (八) 習慣有人可以說說話、發展支持網絡；
- (九) 有好的資訊來源；
- (十) 有穩定的住所；
- (十一) 接納生病後的自己、調整自我期待、對生活保有希望；
- (十二) 體驗有意義的工作、就學、就業、和興趣；
- (十三) 共同面對可能會有的偏見、污名、歧視、標籤化等問題；
- (十四) 留意可能快要復發的徵兆；
- (十五) 協助共度危機、必要時幫忙緊急就醫

二、精神病早期階段之日間照顧

精神科日間照顧是以心理社會為主、包含多職類的照護。目的在於改善人際關係、維持生活穩定，藉由團體活動得到的經驗幫助病人回歸社區。台灣許多醫院都有日間病房提供相關照護給慢性的精神病患者，近年來國外亦有提出急性期日間照護的需求，此外，目前也有對精神病早期階段患者提供能夠改善功能的日間照顧的需求。

早期精神病患者的團體治療可以促進康復、降低病程進展的可能、並回歸社區生活。焦慮、低自尊、社交技巧等都可做為團體治療的主題。針對早期精神病患者，應提供包含心理教育、家庭支持、監測早期復發、認知行為治療等的全面性的治療計畫。

針對精神病早期之日間照顧的意義：由於早期精神病的患者多為年輕人，針對早期精神病的日間照護主要意義在於提供能夠幫助患者回復功能以及處理首次發作精神病及其可能伴隨的高風險情況的專業精神照護。

針對就學階段但無法順利上學的患者，可提供學校生活體驗、協助發展人際關係及討論未來生涯規劃。提供對應的年齡層的治療環境相當重要且可讓治療效果更好，在同年齡層的治療環境中，能使病患參與的動機增加並增加自我有能感。

另一方面，早期精神病階段的專門治療，可以透過逐漸增加活動難度的方

式來滿足病患復健的需求，並保持疾病早期的功能。透過專業化的治療模式，可以在團體治療的同時，提供不同階段、個人化的治療。

三、ARMS 的心理、社會治療

目前心理、社會治療對於預防精神病發作的證據並不多，而由於 ARMS 個案後續不見得會發展為精神病，直接套用過去的精神科日間照護或社區復健服務也並不適合。然而 ARMS 的個案常有就學、就業、家庭生活或人際互動的困擾，日常生活該如何協助他們做妥適的安排，則仍待各方資訊和資源的彙整來共同商議，期待在社區精神健康照護網絡中，也能關心到這個族群。

對 ARMS 介入的好處是讓患者與精神衛生服務建立連結，若臨床醫師已和 ARMS 患者建立關係，且對患者進行疾病、症狀、病程相關的衛教，可使患者在充分了解的情況下及時辨識發病情形，及早取得適當治療，達到縮短 DUP 的目標。在此階段的積極介入和社會心理功能有關，例如可減少不適當行為的產生及減少社交退縮的情況，可使患者有較好的預後及增加自我效能。

捌、各層級社區精神醫療網絡在早期介入的角色與連結

精神病早期介入處置 (Early Intervention of Psychosis, EIP) 能減少復發率、自殺風險及住院次數，改善就業、教育、及整體健康，具有經濟效益，建置 EIP 治療模式已經是目前世界的潮流。EIP 是以社區為基礎的多領域團隊整合性服務，提供早期精神病患者及主要照顧者個別化及具有證據基礎的介入及支持。英國 National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance (2016) 的核心目標為：1. 減少精神病未得到治療的期間 (DUP)。包含支持 ARMS 患者，預防精神病發作。2. 促進復原及減少復發 [70]。

國外公衛體系多設立家庭醫師制度，因此早期介入系統通常建立與家庭醫師的合作平台。相對的，我國的民眾很容易地進入專科診所就診，許多 ARMS 及 FEP 個案可能直接去診所就診。因此台北市立聯合醫院松德院區團隊結合台北市 15 家精神身心診所、社區型醫院及松德院區的社區照護網，建立雙向轉介平台、合作模式、及追蹤處遇團隊。建立結合診所的早期偵測及介入系統網絡，將醫院較豐富的資源及時主動導入針對發病早期或為具精神病風險個案的預防或治療。

在 2019 至 2021 台北市聯醫松德院區團隊的早期精神病計畫收案共計 133 人，個案維持追蹤 (存留) 率高達 93%，多數個案都進入醫療體系開始治療。初步結果顯示患者症狀獲得改善、認知功能未再退化、再住院率低。該計畫的服務模式包括「轉介平台及合作」、「主動追蹤的團隊」、「對個案提供積極的個案管理及心理社會處遇」、「診斷及完整的評估、先進的藥物治療、心理治療、家族治療、居家治療」、並有「個管師執行個案管理」等。

根據這些經驗，設想結合不同層級的社區資源，打造符合台灣社會、就醫習慣、民情需求等的 EIP 模式，讓病人/個案無論從哪一個窗口進入服務體系，都有機會得到適當的協助，我們需要中央與地方政府的支持，與各層級社區精神醫療網絡密切的分工和連結，分述如下 (參考圖 3)：

一、中央主管機關：

- (一) 倡議政策
- (二) 提供涵蓋 EIP 內容的完整介入處置的財務規劃。除健保資源外，還有預算可為達到完整的醫藥、社會心理治療、精神治療與復健、職業輔導、教育訓練、宣導、人事行政等費用，並包含鼓勵個案穩定接受追蹤、以及協助病識感不足個案如何納入 EIP、連繫各層級資源之個案管理等服務，規劃足夠誘因的給付機制
- (三) 跨部會合作，除衛福醫療主責單位外，也納入警政、教育、勞動等部門，必要時編列特殊預算，支應協助個案面臨就醫、就學、就業困難時所需之幫助
- (四) 訂定成效指標、督導計畫執行、協助排除困難
- (五) 向社會大眾進行溝通宣導
- (六) 導入研究資源，與國際接軌，朝向建置符合當代水準之 EIP 治療模式

二、地方衛生單位：

- (一) 發展符合地方特色、結合地方資源之政策
- (二) 成立社區心理衛生中心，積極提供早期精神病相關服務
- (三) 編列預算，提供中央資源以外，地方特殊需求之服務內容
- (四) 與社會、勞工、教育、警政和各醫療單位，進行橫向溝通協調
- (五) 向社會大眾進行溝通宣導

三、精神醫療網核心醫院：

- (一) 擔任精神醫療網區域之功能性行政單位，持續推動區域性心理健康及精神醫療網絡：

1. 與區域內縣市衛生局合作，共同建立醫療、警察、消防、社政、

勞政、教育等機關 EIP 轉介機制及合作模式

2. 協助衛生局辦理強化精神病早期介入計畫之心理衛生社工及督導培訓制度，參與區域內直轄市、縣（市）政府衛生局所召開之個案討論會，提供專業意見及協助督導心理衛生社工專業知能。
3. 協助衛生局辦理區域網絡工作協調聯繫會議。

（二）促進區域內精神病早期特殊族群處遇專業服務及提升服務品質，輔導衛生所（或社區心理衛生中心）及發展以社區為基礎，符合精神病早期介入處置原則的心理健康促進方案。

（三）辦理區域網絡成員教育訓練工作，必要時可跨區合作。網絡成員包含區域內公共衛生護士、精神疾病及自殺通報個案關懷訪視員、精神復健機構負責人及相關人員、醫療機構人員、社工人員、心理衛生行政人員。

1. 辦理轄區醫院、診所、及各機構社區精神病早期病人追蹤照護技能教育訓練。（內容含社區精神病早期病人之辨識知識、照護訪視技巧、與病人關係建立、疾病衛教、資源轉介、危險評估與危機處理）。
2. 定期與基層合作精神科診所科醫師、心理師舉行個案討論會及聯繫會議。
3. 協助學校強化諮商輔導功能，提出資源連結及工作成果。
4. 品質管理：定期回顧醫療網絡內個案追蹤存留率、住院率、再住院率、急診就診率、DUP、ARMS 個案轉化為 FEP 的比例、疾病嚴重度及認知功能、個人功能、生活品質等指標。並定期檢討、強化及改善工作方針、流程及資源。

四、基層精神醫療：

（一）可近性：提供快捷可近性高的就醫地點，方便也容易建立醫病關係，以及提供早期精神病相關的知識及衛教。。

- (二) 及早診斷出 FEP 個案，並儘快開始治療，惟後續仍應留意相關要點（可參考伍、首發性精神病的治療建議）。
- (三) 及早辨識疑似 ARMS 個案，提供適當的處置（可參考陸、具精神病風險狀態的介入處置建議），有不確定時也可進行轉介。
- (四) 鑑別診斷：評估共病，例如與精神病相關之物質濫用、創傷經驗及創傷後壓力症候群症狀等。
- (五) 提供適當介入處置：醫師提供藥物治療，並搭配心理師提供心理治療，可共同進行家族治療及相關諮詢等。
- (六) 持續追蹤：ARMS 及 FEP 是治療的關鍵階段，基層醫療的可近性方便個案持續追蹤，可及早發現病情的變化、藥物的副作用、FEP 藥物治療的配合度、功能是否受到影響等。
- (七) 風險評估：若發現有自傷傷人之風險，則轉介至可提供急診及住院服務的醫院。
- (八) 資源連結：若正性症狀很快得到控制，但有日常功能的影響，也可嘗試連結其他相關資源。

五、綜合醫院：（醫院可視團隊規模及發展階段，擇要提供下列服務內容）

- (一) 雙向轉介平台：與鄰近社區基層精神診所合作，建立轉介平台。
 - 1. 協助診斷：予 FEP 或 ARMS 個案進行必要之身體評估、實驗室、或腦部影像檢查；對初步診斷有疑慮之個案，可在評估後提供第二意見參考。
 - 2. 階段性治療：依病患病情嚴重度及個別時期之需求進行雙向轉介，病情嚴重時安排急診或住院，穩定時轉回原精神診所。
- (二) 居家訪視：困難就醫個案安排精神科居家評估或治療
- (三) 進階評估：定期邀請個案至醫院評估病情嚴重度及認知功能，以追蹤病情改善程度。並提供進階評估資訊給原診所。
- (四) 身體評估及健康生活型態之衛教：肥胖及代謝疾患評估，飲食運動

衛教、戒菸治療、每年定期評估。

- (五) 進階轉介: 依個案需求提供校園資源轉介、社會福利資源轉介、家庭評估或治療。職業功能復健資源(轉介日間留院、工作坊、聯繫就業輔導資源)。
- (六) 提供早期精神病患者主要照顧者之家屬衛教或支持團體。
- (七) 提供高自殺、傷人風險個案之特殊關懷、轉介其他照護系統或專案計畫。
- (八) 提供特殊個案整合性照顧及資源轉銜: 針對合併物質濫用問題、人格疾患、神經發展疾患、涉及家庭暴力、性侵害、高風險家庭、未成年、原住民、新移民等可能弱勢個案提供整合性照顧及資源轉銜。必要時與次專科醫師合作進行進階治療。
- (九) 治療困難個案特殊治療: 針對初步治療反應不佳、藥物副作用敏感需使用較複雜藥物、需密集心理治療者至合適的醫療機構繼續努力。
- (十) 醫學中心可接受轉介、邀請適合的個案進行早期精神病相關研究

六、社區心理衛生中心:

- (一) 開放性的窗口, 讓有困擾的疑似個案願意來求助
- (二) 具備早期精神病的基本知識、初步辨識疑似個案
- (三) 了解當地資源及轉介管道
- (四) 與基層診所、醫院合作, 協助個案進入醫療系統接受評估與追蹤
- (五) 與個案管理師合作, 瞭解個案在社區的需求, 提供適當的活動
- (六) 與醫療端合作, 對於返診不規則之個案進行瞭解, 必要時陪同居家訪視
- (七) 提供醫院、診所以外的心理支持服務
- (八) 予個案轉介社區其他適合的資源

七、學校、職場健康相關人員：

- (一) 具備早期精神病的基本知識
- (二) 了解當地轉介資源管道
- (三) 社會心理支持角色
- (四) 避免將個案污名化

八、個案管理中心：設立專屬發病早期精神病人的個案管理師及專線，可置於精神醫療網核心醫院、社區心理衛生中心、並鼓勵與其他精神醫療機構搭配合作，執行下列工作：

- (一) 對病患及家屬進行衛教。
- (二) 提醒個案返診及服藥。
- (三) 關懷個案：主動定期關懷、提供個案求助窗口。
- (四) 資源連結：依個案需求，連結醫院或診所合適的門診、急診、住院、心理治療、社工、或職業訓練等資源。
- (五) 風險評估：若發現病患服藥或返診不規則，則加強追蹤、提醒家屬。並協助個案與原診治醫師溝通。若發現有自傷傷人之風險，則聯繫家屬和醫師，安排必要之門急診返診評估、調整追蹤頻率與處置方式。
- (六) 雙向轉銜：若有急診、住院、或由急性期穩定後可轉回原社區診所時，協助整合傳遞相關資訊。

九、小結

精神病早期介入處置需要政策上的支持、各層級專業人員準備扮演好各自的角色、個案管理師居中串聯、機構間相互支援轉銜，在精神病發病的關鍵階段，提供 FEP 病人及 ARMS 個案及時、適當、多方面、和持續性的治療或協助。同時也要讓社會大眾清楚有這樣的管道，讓有需求的個案都能順利進入這個服務模式，來發揮最大最好的效果。

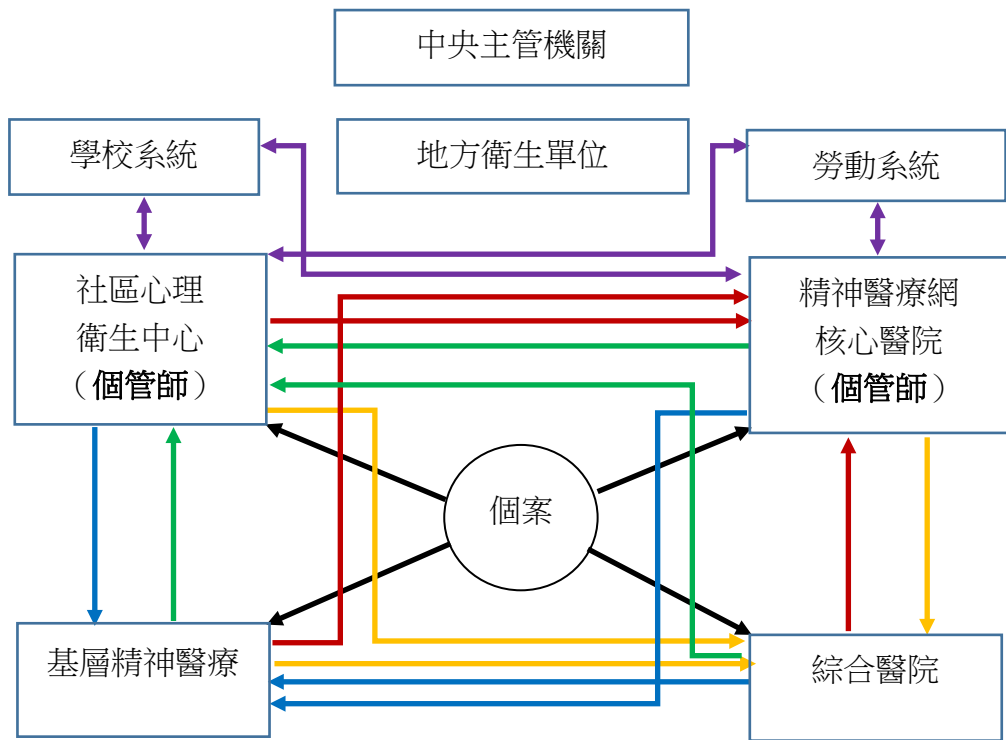


圖 3、各層級社區精神醫療網絡在早期介入的連結

參考文獻

1. Larsen TK, Johannessen JO, Opjordsmoen S. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998;172 (33) :45-52.
2. Liu CC, Chen CH, Hwu HG, Shiu SY, Hua MS, Hwang TJ, et al. Medium-term course and outcome of schizophrenia depicted by the sixth-month subtype after an acute episode. *J Formos Med Assoc.* 2012;111 (5) :265-74.
3. Addington J, Van Mastrigt S, Addington D. Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome. *Psychol Med.* 2004;34 (2) :277-84.
4. Bottlender R, Sato T, Jager M, Wegener U, Wittmann J, Strauss A, et al. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003;62 (1-2) :37-44.
5. Amminger GP, Edwards J, Brewer WJ, Harrigan S, McGorry PD. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res.* 2002;54 (3) :223-30.
6. Barnes TR, Leeson VC, Mutsatsa SH, Watt HC, Hutton SB, Joyce EM. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2008;193 (3) :203-9.
7. Hafner H. Onset and early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000 (407) :44-8.
8. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull.* 1996;22 (2) :305-26.
9. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Borgwardt S, Woods SW, Addington J, Nelson B, et al. Heterogeneity of Psychosis Risk Within Individuals at Clinical High Risk: A Meta-analytical Stratification. *JAMA Psychiatry.* 2016;73 (2) :113-20.
10. Haroun N, Dunn L, Haroun A, Cadenhead KS. Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophrenia bulletin.* 2006;32 (1) :166-78.
11. Larsen TK, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Melle I, et al. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103 (5) :323-34.
12. Broome MR, Woolley JB, Johns LC, Valmaggia LR, Tabraham P, Gafoor R, et al. Outreach and support in south London (OASIS) : implementation of a clinical service for prodromal psychosis and the at risk mental state. *Eur Psychiatry.* 2005;20 (5-6) :372-8.
13. Tang JY, Wong GH, Hui CL, Lam MM, Chiu CP, Chan SK, et al. Early intervention for psychosis in Hong Kong--the EASY programme. *Early Interv*

Psychiatry. 2010;4 (3) :214-9.

14. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, Le Quach P, et al. Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis--five-year follow-up of the Danish OPUS trial. *Schizophr Res*. 2009;107 (2-3) :173-8.
15. Liu CC, Hwu HG, Chiu YN, Lai MC, Tseng HH. Creating a platform to bridge service and research for early psychosis. *J Formos Med Assoc*. 2010;109 (7) :543-9.
16. Liu CC, Lai MC, Liu CM, Chiu YN, Hsieh MH, Hwang TJ, et al. Follow-up of subjects with suspected pre-psychotic state in Taiwan. *Schizophr Res*. 2011;126 (1-3) :65-70.
17. Liu CC, Lin YT, Liu CM, Hsieh MH, Chien YL, Hwang TJ, et al. Trajectories after first-episode psychosis: Complement to ambiguous outcomes of long-term antipsychotic treatment by exploring a few hidden cases. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13 (4) :895-901.
18. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40 (8) :616-22.
19. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rossler A, Schultze-Lutter F, et al. The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*. 2013;70 (1) :107-20.
20. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, et al. Predicting Psychosis: Meta-analysis of Transition Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69 (3) :220-9.
21. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, et al. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*. 2020;77 (7) :755-65.
22. Levi L, Bar Haim M, Burshtein S, Winter-Van Rossum I, Heres S, Davidson M, et al. Duration of untreated psychosis and response to treatment: an analysis of response in the OPTiMiSE cohort. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;32:131-5.
23. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Ventura J, McFarlane W, et al. Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophr Bull*. 2003;29 (4) :703-15.
24. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Heslin M, Stahl D, Brittenden Z, et al. Diagnostic Stability of ICD/DSM First Episode Psychosis Diagnoses: Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2016;42 (6) :1395-406.
25. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162 (10) :1785-804.

26. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E, Townsend L, Onwordi EC, Mak TLA, et al. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry*. 2021;20 (1) :75-95.
27. Allott K, Fraguas D, Bartholomeusz CF, Díaz-Caneja CM, Wannan C, Parrish EM, et al. Duration of untreated psychosis and neurocognitive functioning in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48 (10) :1592-607.
28. Oliver D, Davies C, Crossland G, Lim S, Gifford G, McGuire P, et al. Can We Reduce the Duration of Untreated Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventional Studies. *Schizophr Bull*. 2018;44 (6) :1362-72.
29. Millan MJ, Andrieux A, Bartzokis G, Cadenhead K, Dazzan P, Fusar-Poli P, et al. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nat Rev Drug Discov*. 2016;15 (7) :485-515.
30. Vita A, De Peri L, Deste G, Sacchetti E. Progressive loss of cortical gray matter in schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of longitudinal MRI studies. *Transl Psychiatry*. 2012;2 (11) :e190.
31. Aceituno D, Vera N, Prina AM, McCrone P. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2019;215 (1) :388-94.
32. Lally J, Ajnakina O, Stubbs B, Cullinane M, Murphy KC, Gaughran F, et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *Br J Psychiatry*. 2017;211 (6) :350-8.
33. Lee S, Lee MT, Chiu MY, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry*. 2005;186:153-7.
34. Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG, Corcoran CM. Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: an empirical question. *Schizophrenia research*. 2010;120 (1-3) :42-8.
35. Loewy RL, Pearson R, Vinogradov S, Bearden CE, Cannon TD. Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire--brief version (PQ-B) . *Schizophr Res*. 2011;129 (1) :42-6.
36. Muller M, Vetter S, Buchli-Kammermann J, Stieglitz RD, Stettbacher A, Riecher-Rössler A. The Self-screen-Prodrome as a short screening tool for pre-psychotic states. *Schizophr Res*. 2010;123 (2-3) :217-24.
37. Liu CC, Tien YJ, Chen CH, Chiu YN, Chien YL, Hsieh MH, et al. Development of a brief self-report questionnaire for screening putative pre-psychotic states. *Schizophr Res*. 2013;143 (1) :32-7.
38. Liu CC, Liu CM, Chien YL, Lin YT, Hsieh MH, Hwang TJ, et al. Follow-up of subjects labelled with putative pre-psychotic states: Viewed from a

- transdiagnostic clinical high-at-risk mental state (CHARMS) paradigm. *J Formos Med Assoc.* 2021.
39. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia bulletin.* 2003;29 (4) :771-90.
 40. Salazar de Pablo G, Radua J, Pereira J, Bonoldi I, Arienti V, Besana F, et al. Probability of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk: An Updated Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2021;78 (9) :970-8.
 41. Laurens KR, Hodgins S, Maughan B, Murray RM, Rutter ML, Taylor EA. Community screening for psychotic-like experiences and other putative antecedents of schizophrenia in children aged 9-12 years. *Schizophr Res.* 2007;90 (1-3) :130-46.
 42. Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med.* 2011;41 (1) :1-6.
 43. Bourgin J, Tebeka S, Mallet J, Mazer N, Dubertret C, Le Strat Y. Prevalence and correlates of psychotic-like experiences in the general population. *Schizophr Res.* 2020;215:371-7.
 44. Howes OD, Bose SK, Turkheimer F, Valli I, Egerton A, Valmaggia LR, et al. Dopamine synthesis capacity before onset of psychosis: a prospective [18F]-DOPA PET imaging study. *Am J Psychiatry.* 2011;168 (12) :1311-7.
 45. Hsieh MH, Shan JC, Huang WL, Cheng WC, Chiu MJ, Jaw FS, et al. Auditory event-related potential of subjects with suspected pre-psychotic state and first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2012;140 (1-3) :243-9.
 46. Liu CC, Hua MS, Hwang TJ, Chiu CY, Liu CM, Hsieh MH, et al. Neurocognitive functioning of subjects with putative pre-psychotic states and early psychosis. *Schizophr Res.* 2015;164:40-6.
 47. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, et al. Cost-Effectiveness of Comprehensive, Integrated Care for First Episode Psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Schizophr Bull.* 2016;42 (4) :896-906.
 48. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry.* 2017;16 (3) :251-65.
 49. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2020;34 (1) :3-78.
 50. Addington J, Addington D, Abidi S, Raedler T, Remington G. Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Can J Psychiatry.* 2017;62 (9) :656-61.
 51. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al.

- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50 (5) :410-72.
52. Patel MX, Haddad PM, Chaudhry IB, McLoughlin S, Husain N, David AS. Psychiatrists' use, knowledge and attitudes to first- and second-generation antipsychotic long-acting injections: comparisons over 5 years. *J Psychopharmacol*. 2010;24 (10) :1473-82.
 53. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75 (6) :555-65.
 54. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry*. 2008;193 (2) :114-20.
 55. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56 (3) :241-7.
 56. Perkins DO, Gu H, Weiden PJ, McEvoy JP, Hamer RM, Lieberman JA. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69 (1) :106-13.
 57. Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry*. 2018;17 (2) :149-60.
 58. Shimomura Y, Kikuchi Y, Suzuki T, Uchida H, Mimura M, Takeuchi H. Antipsychotic treatment in the maintenance phase of schizophrenia: An updated systematic review of the guidelines and algorithms. *Schizophr Res*. 2020;215:8-16.
 59. Takeuchi H, Siu C, Remington G, Fervaha G, Zipursky RB, Foussias G, et al. Does relapse contribute to treatment resistance? Antipsychotic response in first- vs. second-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2019;44 (6) :1036-42.
 60. Liu CC, Liu CM, Chien YL, Lin YT, Hsieh MH, Hwang TJ, et al. Challenging the Minimum Effective Antipsychotic Dose During Maintenance: Implications From 10-Year Follow-Up of First Episode Psychosis. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:714878.
 61. Liu CC, Takeuchi H. Achieving the Lowest Effective Antipsychotic Dose for Patients with Remitted Psychosis: A Proposed Guided Dose-Reduction Algorithm. *CNS Drugs*. 2020;34 (2) :117-26.
 62. Salazar de Pablo G, Soardo L, Cabras A, Pereira J, Kaur S, Besana F, et al. Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not

- transition to psychosis: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2022;31:e9.
63. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R, Nelson B. Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry.* 2018;17 (2) :133-42.
 64. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2004;185:291-7.
 65. Liu CC, Demjaha A. Antipsychotic interventions in prodromal psychosis: safety issues. *CNS Drugs.* 2013;27 (3) :197-205.
 66. Lin A, Wood SJ, Nelson B, Beavan A, McGorry P, Yung AR. Outcomes of nontransitioned cases in a sample at ultra-high risk for psychosis. *Am J Psychiatry.* 2015;172 (3) :249-58.
 67. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry.* 2012;169 (4) :374-80.
 68. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L, Harrigan S, McGorry P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophr Bull.* 2009;35 (5) :909-18.
 69. Martens L, Baker S. Promoting Recovery from First Episode Psychosis. *Center for Addiction and Mental Health, Canada;* 2009.
 70. Kendall T. Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance. *NHS England the National Collaborating Centre for Mental Health and the National Institute for Health and Care Excellence;* 2016.

附錄：中英名詞對照表

中文名稱	英文名稱
具精神病風險狀態	At-Risk Mental State, ARMS
輕微精神病症候群	Attenuated Psychosis Syndrome, APS
臨床高風險期	Clinical High Risk State, CHR
認知行為治療	Cognitive Behavioral Therapy, CBT
精神病未治療期	Duration of Untreated Psychosis, DUP
首發性精神病	First Episode Psychosis, FEP
前驅期	Prodrome
精神病	Psychosis
類精神病經驗	Psychotic-Like Experiences, PLEs
疑似精神病前期	Putative Pre-Psychotic State, PPP
康復	Recovery
復發	Relapse
緩解	Remission
思覺失調症	Schizophrenia
自我標籤化	Self-stigmatization
超高風險期	Ultra-High-Risk State, UHR

第二篇

台灣思覺失調症長效針劑抗精神病藥物治療參考指引

**(Taiwanese Guidance on the Clinical Understanding and Practice
of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia)**

目錄

致謝.....	58
免責聲明.....	59
壹、背景說明	60
貳、關於長效針劑抗精神病藥物的專家共識與實證資料	62
一、台灣長效針劑抗精神病藥物的種類與基本注意事項.....	62
二、對於思覺失調症的整體療效與安全性.....	63
三、對於急性發病期或穩定期思覺失調症病人之治療.....	64
四、對於首次發作的思覺失調症病人之治療.....	65
五、藥物副作用的比較.....	66
參、選擇合適的病人	69
肆、克服長效針劑抗精神病藥物的使用阻礙	71
一、使用阻礙與促進因素.....	71
二、與病人及照顧者討論使用長效針劑抗精神病藥物的治療選項.....	72
三、案例分享：帕青哥的第一份薪水.....	73
伍、建立夥伴關係與藥物使用前的準備	75
一、選擇合適的長效針劑抗精神病藥物.....	76
二、開始長效針劑抗精神病藥物的使用.....	77
陸、持續使用長效針劑抗精神病藥物的建議事項	80
一、療效評估.....	80
二、副作用監測.....	81
三、突發性精神病症狀之處理建議.....	82
四、社會心理處遇的重要性.....	83
柒、轉換至其它服用途徑之抗精神病藥物的考量	84
一、療效欠佳.....	84
二、副作用的考量.....	84
三、自主權的考量.....	84
四、治療目標的取捨.....	85
捌、經濟效益的考量	86
參考文獻.....	91
附錄 1 長效針劑抗精神病藥物使用的策略規劃圖.....	96

附錄 2 第二代長效針劑抗精神病藥物比較表.....	97
附錄 3 圖像化之個人與社會功能自我評估量表.....	99
附錄 4 中英文專有名詞對照表（按英文字母順序排列）	103

致謝

此治療參考指引為台灣精神醫學會接受衛生福利部委託進行研發，由多位具長效針劑抗精神病藥物使用經驗之資深臨床醫師及研究者組成之工作小組定期討論與彙整，特別感謝臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會提供「以長效針劑抗精神病藥物治療思覺失調症：依實證醫學形成之臺灣專家共識」做為修訂的基礎，也感謝外部專家包括三軍總醫院北投分院楊蕙年醫師、衛生福利部八里療養院戴萬祥醫師及洪嘉均醫師的校閱和補充，與衛生福利部八里療養院居家治療團隊和病友提供案例分享。本指引由計畫協同主持人衛生福利部八里療養院黃正誼醫師主責撰寫。健保資料庫與效益分析內容由馬偕醫學院護理學系方素真助理教授提供，相關健保資料的解讀由計畫協同主持人衛生福利部桃園療養院廖定烈醫師主責撰寫。

免責聲明

制訂本長效針劑抗精神病藥物治療參考指引中的目的，在於提供臨床專業醫療人員參考，使用長效針劑以治療臺灣衛生福利部食品藥物管理署核准如思覺失調症或其他適應症之病人。指引無法取代臨床醫師的個人經驗與治療方針，臨床醫師仍應該依照個別病人的病況及客觀環境因素進行醫療決策，並採取最適合病人的治療方式。本長效針劑抗精神病藥物治療參考指引不適合作為醫療訴訟之用。

壹、背景說明

思覺失調症常被視為最嚴重的精神疾病之一，源自其本身會造成整體認知、社會及職業功能的明顯缺損，也和此疾病和病人平均餘命縮短達 10~25 年有關 [1,2]。根據 2020 年加拿大的一項研究指出：病人的自殺風險相較一般族群高達 20 倍 [3]。此自殺風險在疾病早期特別高 [4]，許多自殺企圖及自殺死亡常出現在疾病診斷確定後的二到五年期間 [5]。長期追蹤的研究也顯示思覺失調症經過治療可以有效降低死亡率及自殺風險 [6]。因此從促進國民健康及降低整體醫療及社會成本的層面來說，找出有效的預防及治療模式，實刻不容緩。

考量精神病人常因病識感不足，以致不願意接受治療或未能規律服藥，或於病情嚴重時才就醫；諸多研究指出長效針劑抗精神病藥物（long-acting injectable antipsychotics, LAI）能有效改善服藥及治療順從性，進而降低疾病復發率 [7]。世界衛生組織也指出，長效針劑可取代口服抗精神病藥物（oral antipsychotics, OAP）作為治療的一部分，目前多數臨床指引也對於治療依從度低之病人建議使用長效針劑。國內的學者也有相關的研究，如以居家照護方式提供精神病人服務時，合併長效針劑的使用可以降低病人的再住院率，降低醫療支出的負擔 [8]。應用台灣健保資料庫分析的研究也指出，相較於服用同成分口服抗精神病藥物的對照組，使用長效針劑可減少急診使用率、再住院率 [9]，並且降低整體死亡率及自殺死亡率，值得整合應用在治療計畫中 [10]。

即便諸多研究指出長效針劑在治療上的優勢，但在臨床使用上仍未能被精神醫療團隊廣泛採用 [11]。根據我國全民健康保險資料 2019 年分析顯示，思覺失調、準思覺失調、妄想和其他非情緒精神病症病人共 16.2 萬人，有使用過長效針劑者為 2.4 萬人，占整體比例 14.6%，與法國（23.5%，2000 年）、英國（29%，2009 年）、美國（17.6%，2008 年）等國家相比較，仍有提升空間。綜合國內外文獻分析，長效針劑未能廣泛使用的原因包括幾個因素 [11-13]：1. 針劑類型的選擇性不足；2. 病人對針劑的排斥與缺乏復發預防的概念；3. 臨床醫師在針劑藥物成本的考量；4. 劑量調整相較於口服藥物的不便；5. 臨床指引對針劑的使用仍偏向保守的態度。

要改善這些長效針劑在使用上遭遇的限制因素，需仰賴進一步的國內外文

獻資料彙整結果，以及整合國內外精神醫學界之共識，以發展臨床指引及建議，並就針劑使用的經濟效益做出更完整的評估。此外，思覺失調症之治療計畫需包含「生理、心理、環境」的完整治療，抗精神病藥物僅佔「生理部分」治療其中之一。除了長效針劑的直接療效之外，仍須搭配社會心理處遇、個案管理及居家治療服務，除增進個案的病識感以及服藥順從性，也才能確保個案病情穩定及改善 [14,15]。因此發展社區精神醫療團隊或特定之社會心理處遇，為有效使用長效針劑的必要配套作為。

目前世界各國針對思覺失調症的治療陸續有相關最新臨床指引發表，包括世界精神醫學會（World Psychiatric Association, WPA）與國際神經精神醫學會（The International College of Neuropsychopharmacology, CINP）聯合發表的 WPA/CINP Schizophrenia Guideline [16]、美國精神醫學會（American Psychiatric Association, APA）發表的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia [17]、及英國國家健康與照顧卓越研究院（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）發表的 Management of psychosis and schizophrenia in adults[18]等等。而針對長效針劑的臨床使用議題，臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會（Taiwanese Society of Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology, TSBPN），於 2021 年遵循最新版的 World Federation of Societies of Biological Psychiatry（WFSBP）證據強度評分等級及實證建議等級評分方法審閱諸多科學文獻，結合專家臨床經驗，並發表共識聲明於 CNS Drugs 國際學術期刊 [19]。故本長效針劑治療參考指引以「臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家共識」為基礎，整合近年美國 [20-22]、日本 [23]、香港 [24]及法國 [25]等地之治療指引、專家共識及國內外文獻資料彙整，提供關於長效針劑抗精神病藥物臨床使用上各階段的相關議題符合科學證據的具體建議。

貳、關於長效針劑抗精神病藥物的專家共識與實證資料

一、台灣長效針劑抗精神病藥物的種類與基本注意事項

第一代長效針劑抗精神病藥物於 1960 年問世，目前台灣常見之第一代長效針劑有 haloperidol (Haldol decanoas) 及 flupentixol (Fluanxol depot)，其採用 depot 劑型設計，藉由 decanoic acid 媒介，經酯化作用將活性主成份鍵結長鏈脂肪酸合成而得，因高脂溶性物質，可有效通過血腦障壁。長效針劑達穩定狀態之時間取決於藥物之吸收速率，其穩定狀態之濃度則決定於其排除速率，一般施打後血中藥物濃度會於 1-4 週達穩定狀態。

第二代長效針劑於近二十年相繼上市，有微晶技術 (microcrystalline technology) 或結合鹽基 (如 pamoate、palmitate) 等特殊劑型，台灣目前藥物包括有 risperidone (Risperdal Consta)、paliperidone palmitate (Invega Sustenna)、paliperidone palmitate (Trinza) 及 aripiprazole monohydrate (Abilify Maintena) (詳見附錄 2 第二代長效針劑抗精神病藥物比較表)。長效針劑均採肌肉注射，可於三角肌或臀部注射，但不可由靜脈注射給藥。關於個別長效針劑的適應症、使用劑量、用法、禁忌症和注意事項，臨床醫師於開立藥物時可參酌臺灣衛生福利部食品藥物管理署核准之產品仿單資訊，及本參考指引附錄 2 第二代長效針劑抗精神病藥物比較表。

香港的專家於 2021 年發表於 CNS Neuroscience & Therapeutics 期刊的共識聲明中特別提醒：第二代長效針劑的禁忌症會因病人之個別危險因子而不同，嚴重腎功能或肝功能異常的病人以及老年病人併有 dementia-associated psychosis 者應該避免 risperidone (Risperdal Consta)、paliperidone palmitate (Invega Sustenna)、paliperidone palmitate (Trinza) 的使用 [24]。

表 1、台灣常見之長效針劑抗精神病藥物

長效針劑抗精神病藥物	ATC code	活性成分	商品名
第一代	N05AB02	Fluphenazine	Flucan injection 復康
	N05AD01	Haloperidol	Haldol decanoas 好度得
	N05AF01	Flupentixol	Fluanxol depot 福祿安
	N05AF05	Zuclopenthixol	Clopixol depot 康朗舒
第二代	N05AX12	Aripiprazole	Abilify Maintena 安立復美達
	N05AX08	Risperidone	Risperdal Consta 維思通
	N05AX13	Paliperidone	Invega Sustenna 善思達 / Trinza 善妥達

註：資料來源為至 2021 年 12 月止，臺灣衛生福利部食品藥物管理署核准之長效針劑抗精神病藥物其產品仿單資訊

二、對於思覺失調症的整體療效與安全性

根據臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家共識指出，就思覺失調症的整體療效而言，長效針劑較口服抗精神病藥物為佳（如下表 2）[19]。此聲明的 WFSBP 證據強度為 A（高度），臺灣實證建議等級：1（高度），專家投票比例：100%。

在實證資料方面，一份 2017 年發表的隨機對照試驗統合分析研究結果顯示，長效針劑無論在藥物不反應率（nonresponse rate）、復發率（relapse rate）、因無明顯療效而退出治療的比率（dropouts for inefficacy）及總停止治療比率（all-cause discontinuation）上，與相同成分的口服抗精神病藥物相比可說不相上下 [26]。此結果亦得到另一項統合分析研究結果支持：長效針劑與相同成分的口服抗精神病藥物呈現相似程度的安全性（safety）及耐受性（tolerability）[27]。而根據利用台灣健保資料庫分析的研究也指出，相較於服用同成分口服抗精神病藥物的對照組，使用長效針劑可減少整體死亡率及自殺死亡率[10]。

若不限於比較相同的抗精神病藥物成分，相較於相同或不同成分的口服

抗精神病藥物，以長效針劑治療的病人因無明顯療效而退出治療的比率較低，且病人對治療的順從度（adherence）也較高，但在活性與負性症狀量表（Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS）分數、整體停止治療率、不良反應率（adverse event）及死亡率上則沒有看到差異 [28]。另一份研究亦指出，無論在短期或長期的隨機對照試驗結果均顯示，使用長效針劑更有助於社會心理功能（psychosocial function）的改善 [29]。

此外，一項真實世界數據追蹤性研究統合分析發現，雖然接受長效針劑治療的病人普遍病程較為嚴重，但和口服抗精神病藥物相比，研究結果仍然顯示長效針劑可能有較低的住院率以及較低的停止治療率 [30]。綜上所述，文獻結果顯示，相較於口服抗精神病藥物，長效針劑對於治療思覺失調症的整體療效較佳。

表 2、長效針劑與口服抗精神病藥物之比較[19]

成分比較	療效比較
與相同成分的口服抗精神病藥物比較	長效針劑的療效與安全性有可比較性（comparable）
與相同或不同成分的口服抗精神病藥物比較	長效針劑的療效較優越（superior）

三、對於急性發病期或穩定期思覺失調症病人之治療

根據臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家共識指出，長效針劑適用於急性發病期以及症狀穩定期的思覺失調症病人之治療[19]。此聲明的WFSBP證據強度為A（高度），臺灣實證建議等級：1（高度），專家投票比例：100%。香港的專家共識聲明也提出類似建議：由於長效針劑相較於口服抗精神病藥物在安全性[31]、症狀改善程度、生活品質及功能[32]都佔有優勢，所以無論處於急性發病期或穩定期的思覺失調症病人，長效針劑都該列入醫病共享決策的考慮選項[24]。

在實證資料方面，隨機對照試驗結果顯示，無論單獨給予 risperidone [33], paliperidone [34,35], 或 aripiprazole [36]的長效針劑，和接受安慰劑之對照組比

較，長效針劑均能顯著降低精神病症狀的嚴重度，單獨給予長效針劑足以控制急性精神障礙。相較於對照組，有更高比例的長效針劑組病人可達到各個試驗起始前設定的藥物反應指標。此外，長效針劑的藥物耐受性在研究中只有發現少數的治療中出現的不良反應（treatment-emergent adverse event, TEAE），例如，錐體外症候群（extrapyramidal symptoms）、靜坐不能（akathisia）、體重增加、嗜眠（somnolence）及注射部位疼痛等。

回顧文獻，目前並沒有直接比較長效針劑治療起始時期（例如比較治療起始於症狀活躍期和症狀相對穩定期）對於治療效果影響的研究。然而，paliperidone 長效針劑的隨機對照研究提供了間接證據：於症狀活躍期給予 paliperidone 長效針劑治療，可達到與在相對穩定期給予針劑相同程度的疾病復發率 [37]。而一項應用台灣健保資料庫分析的研究也指出，處於穩定期的門診思覺失調症病人，使用長效針劑可減少急診使用率及再住院率 [9]，這也是長效針劑適用於症狀穩定期的思覺失調症病人之間接證據。

四、對於首次發作的思覺失調症病人之治療

過去臨床指引對長效針劑用於首次發作之思覺失調症病人的治療偏向保守的態度，但隨著近年諸多研究的進展此觀念已有轉變。根據臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家共識指出，對於首次發作的思覺失調症病人，可考慮使用長效針劑治療[19]。此聲明的 WFSBP 證據強度為 A（高度），臺灣實證建議等級：1（高度），專家投票比例：100%。香港的專家共識聲明也提出類似建議，但進一步指出：首次發作的思覺失調症病人常因病識感欠缺或藥物副作用而影響服藥順從性，由於此治療關鍵期關乎後續病程的進展，故臨床上以長效針劑治療首次發作的思覺失調症病人，藉此加強治療順從性為合理的治療選項 [24]。各國治療指引針對以長效針劑治療首次發作的思覺失調症病人之建議也多採類似看法。

在實證資料方面，有多項隨機對照試驗結果均顯示相較於口服抗精神病藥物，長效針劑在首次發作的思覺失調症病人的治療上擁有優勢。一個前瞻性隨機對照試驗結果顯示，相較於口服 risperidone，首次發病的思覺失調症病人對長效針劑的藥物耐受性及服藥順從度均較高 [38]。其他隨機對照試驗結果亦指

出相較於口服劑型的 risperidone，臨床上以長效針劑治療首次發作的思覺失調症病人具有降低正性症狀、降低復發率[39]、及提升認知及工作功能等優勢[40]。此外，2015 年發表的一項大型隨機對照試驗也發現長效針劑在發病五年內的早期思覺失調症病人有較佳的治療效果：在追蹤這群病人兩年後發現，相較於使用口服抗精神病藥物治療的病人，使用長效針劑治療的病人疾病復發相對風險可以下降 29.4% [41]。

表 3、各國治療指引針對以長效針劑治療首次發作的思覺失調症病人之建議

治療指引	建議於以下情況可考慮使用長效針劑治療
French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology[25]	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第二代長效針劑抗精神病藥物可用在首次發病後的維持期治療 ➤ 但不建議於早期病程的思覺失調症病人使用第一代長效針劑抗精神病藥物
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists[42]	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 病人偏好使用長效針劑 ➤ 病人的服藥順從度較低或不穩定 ➤ 病人對口服抗精神病藥物反應不佳 ➤ 處於早期病程的思覺失調症病人
Canadian Schizophrenia Guidelines[43]	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 首次發作的思覺失調症病人 ➤ 長效針劑使用不該侷限於服藥順從度較低的病人群體
The British Association for Psychopharmacology[44]	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 低服藥順從度為首次發病後疾病復發的重要預測因子，故長效針劑應列為思覺失調症首次發病者的治療選項

五、藥物副作用的比較

(一) 長效針劑抗精神病藥物和口服抗精神病藥物的副作用比較

抗精神病藥物的主要副作用為嗜眠、錐體外症候群、體重增加、泌乳激素增高及心電圖異常 (QTc) 等，這些副作用主要取決於藥物本身的活性成分與病人生理因素的個別差異 [22]。一份 2016 年針對精神病藥物安全與耐受性的隨機對照試驗統合分析研究結果顯示，長效針劑與相

同成分口服抗精神病藥物相比，在整體藥物不良反應率及因此而中止治療的比例並未有顯著差異，但靜坐不能、低密度脂蛋白改變與焦慮等副作用在長效針劑較高，但泌乳激素改變則較低 [27]。然而目前仍需更多針對長效針劑與相同成分口服抗精神病藥物，在副作用頻率、嚴重度以及時序上與藥物相關性的研究，以利更完整回答此議題。

表 4、口服抗精神病藥物與長效針劑抗精神病藥物比較[19]

	口服抗精神病藥物	長效針劑抗精神病藥物
使用方式	自行服藥	定期由醫護人員於手臂或臀部肌肉注射
用藥頻率	每日一至數次，視病情及口服藥而定	兩週一次、一個月一次或三個月一次，視病情及針劑類型而定
預防復發/再住院效果	較差	較佳[41, 45]
安全性	佳	佳，與同成份口服藥物相當[27]
對生活作息的影響	較多，需每天記得服藥	較少
藥物選擇	較多	較少
藥物劑量調整	較有彈性	較無彈性
藥物費用	較低	較高
健保給付與否	有	有

(二) 第一代與第二代長效針劑抗精神病藥物的比較

香港的專家共識聲明指出：相較於第一代長效針劑抗精神病藥物，第二代長效針劑抗精神病藥物發生錐體外症候群與遲發性運動障礙的機率較小 [46]，但臨床使用時也要注意其使用造成體重增加及代謝症候群發生率增高的風險。

此外，該聲明也指出在臨床前試驗研究（preclinical studies）發現：第一代抗精神病藥物尤其是 haloperidol 具有一定程度的神經毒性。而第二代抗精神病藥物則具有神經保護性，故臨床使用時亦須考慮此因素。

在 2017 年一份針對三十篇動物試驗或人體組織試驗的文獻探討發現：第一代抗精神病藥物和大腦灰質體積的減少有關，haloperidol 與其他兩種第一代抗精神病藥物（fluphenazine and perphenazine）會經由數種特定機轉產生一定程度的神經細胞毒性，而此現象在第二代抗精神病藥物上的效應較小且多數僅在高劑量時出現 [47]。而在 2019 年由同一研究團隊進行的文獻探討則發現：第二代抗精神病藥物除了較低的運動障礙症狀發生率外，同時也會經由數種特定機轉產生神經細胞保護性 [48]。

參、選擇合適的病人

前述的專家共識及國內外文獻資料指出：由於長效針劑抗精神病藥物能有效改善病人的服藥及治療順從性，進而降低疾病復發率，因此相較於口服抗精神病藥物，長效針劑對於治療思覺失調症的整體療效較佳。而統合分析研究結果也支持：長效針劑與相同成分的口服抗精神病藥物呈現相似程度的安全性（safety）及耐受性（tolerability）。故不僅適合急性發病期的思覺失調症病人之治療，也適合用在首次發作以及穩定期的思覺失調症病人之治療。故臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家共識特別指出：長效針劑應列為所有思覺失調症病人的治療選項之一。

應用在臨床實務上，如何選擇合適的病人來接受長效針劑的治療，除了科學實證資料的因素之外，同時也須考慮到病人個別特質與醫師的治療經驗等，如香港的共識聲明強調：不建議長效針劑使用在對同成分口服抗精神病藥物療效及耐受性不佳的族群 [24]。根據 2016 年美國一份關於長效針劑使用的專家共識研究建議 [22]，在確認病人對藥物的耐受性及療效的前提下，以下幾個情形會建議優先使用長效針劑來治療：

- 一、臨床醫師同意考慮長效針劑的使用。
- 二、病程早期或首次發作的思覺失調症病人，因為藉由降低復發，病人能獲得最大的效益。
- 三、過去對口服抗精神病藥物的服藥順從度不佳。
- 四、具有服藥順從度不佳的危險因子如年輕、物質使用疾患史及缺乏病識感。
- 五、具有高復發率及自傷傷人的危險因子。
- 六、病人喜好使用長效針劑。

2020 年美國精神醫學會的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia 建議長效針劑可用在偏好使用長效針劑或者過去服藥順從度不佳或不確定的族群 [17]。而 2018 年美國一份針對 42 位資深專家關於長效針劑的使用阻礙與促進因素的問卷研究 [20] 也有類似的建議，除了考慮服藥順從度以外，專家共識進一步也考慮了疾病嚴重

度、支持系統與復發風險。以下八項因素為該研究中多數專家認為極度或非常合適以長效針劑治療的族群，因此列為第一線建議（第一~四項為極度合適）。

- 一、病識感差且需要治療者。
- 二、遊民或居所不定者。
- 三、過去病史有兩次以上因精神病症狀惡化而住院的情形。
- 四、過去病史有暴力史。
- 五、過去病史有自殺史。
- 六、過去病史有物質使用疾患史。
- 七、年紀介於 18-25 歲之間。
- 八、有認知功能障礙者。

肆、克服長效針劑抗精神病藥物的使用阻礙

儘管長效針劑對於思覺失調症的整體療效較佳，與相同成分的口服抗精神病藥物也呈現相似程度的安全性及耐受性 [27]，但在臨床使用上仍未能被精神醫療團隊廣泛採用 [11]。綜合國內外文獻分析，長效針劑未能廣泛使用包括幾個因素[11-13]：1.針劑種類的選擇性不足；2.病人對針劑的排斥與缺乏復發預防的概念；3.臨床醫師在針劑藥物成本的考量；4.劑量調整相較於口服藥物的不便；5.臨床指引對針劑的使用仍偏向保守的態度。以下為進一步的探討如何克服這些長效針劑在使用上遭遇的限制因素。

一、使用阻礙與促進因素

2015 年美國一份關於長效針劑使用的專家共識研究指出 [22]，為促進長效針劑的接受度，可藉由病人為中心的醫療（Patient-centered medicine）及良好的藥物衛教兩方面來改善。根據 2018 年美國一份針對 42 位資深專家關於長效針劑的使用阻礙與促進因素的問卷研究 [20]進一步指出，使用阻礙可略分三大因素：病人因素、藥物本身因素及醫療體制因素，而這些阻礙因素多具有可調整性如藥物成本、保險給付與否、病人對長效針劑的負面印象、注射針劑本身的污名化、缺乏對長效針劑的使用經驗與知識，以及制度面的支持等等。以下為該問卷研究中，依序為最多專家列為長效針劑的主要使用阻礙項目。

- （一）藥物成本與保險給付與否。
- （二）注射針劑本身的污名化如處罰、剝奪病人自主權及對治療關係的衝擊。
- （三）欠缺對長效針劑的使用及劑量調整經驗。
- （四）欠缺制度面的支持，如需花更多時間做衛教及準備工作。
- （五）對使用長效針劑病人的刻板印象。
- （六）病人拒絕或不喜歡長效針劑。
- （七）擔心無法調整劑量或藥物副作用的處理。
- （八）因使用長效針劑，需要處理病人額外的問題或解釋。
- （九）長效針劑的選擇性不多。
- （十）欠缺家庭支持度。

- (十一) 擔心病人拒絕使用長效針劑 (但未曾實際詢問過)。
- (十二) 擔心病人不返診注射長效針劑。
- (十三) 擔心長效針劑造成的注射部位疼痛。
- (十四) 醫師高估病人服藥順從性。
- (十五) 病人因此需要每 2-4 週返診。
- (十六) 病人缺乏對服藥順從度之重要性的認知。

針對前述長效針劑的使用阻礙，該研究建議下列促進因素可作為與病人討論相關利弊決策的依據。根據專家共識，其重要性依序如下：

- (一) 可減少疾病復發及住院的風險。
- (二) 增進思覺失調症的整體療效。
- (三) 不需每日決定是否服藥或記得服用藥物。
- (四) 因持續服藥而減少精神病症狀的波動。
- (五) 減少家屬負荷及增進家屬滿意度。
- (六) 易於臨床監督服藥順從性及提早因應。
- (七) 減少病人減少劑量或停用藥物造成的影響。
- (八) 增進病人及醫師的治療滿意度。
- (九) 減少藥物不正確服用造成的影響如藥物過量。
- (十) 不需擔心病人遺失藥物。
- (十一) 確保病人與治療團隊的定期聯繫。
- (十二) 臨床上可有更多的時間可專注在非藥物議題的處理。
- (十三) 減少每日服藥帶來的污名化效應。
- (十四) 病人旅遊時無需額外攜帶藥物。
- (十五) 血中藥物濃度的變化較小，可減少其相關的藥物副作用。

二、與病人及照顧者討論使用長效針劑抗精神病藥物的治療選項

前述文獻及專家共識均指出，使用長效針劑治療思覺失調症，可提升病人服藥順從度及改善整體療效。然而，如何開始且持續地使用長效針劑需要醫療人員、病人以及照顧者一起合作，應用醫病共享決策 (shared decision-making) 的原則，就長效針劑使用上的利與弊及其他特殊考量來達成共識。在其他需要

長期藥物治療的疾病領域，醫病共享決策顯著提升了長期治療的效果[49]。因此醫病共享決策不失為一個增加臨床長效針劑治療使用的可行方案。在醫病共享決策中，醫師和病人雙方共同參與，彼此討論交換資訊，協助病人減少對長效針劑的偏見及抗拒 [50]。

除了醫病共享決策外，目前也有其他工具可以提升病人對長效針劑治療的接受度，例如 Motivational interviewing (MI) 動機式晤談或 GAIN (Goal setting, action planning, initiating treatment and nurturing motivation)：藉由培養病人轉換治療方式的動機、設定治療方針目標、計畫改變療程、最後開啟長效針劑治療；或是其他溝通技巧，例如 LEAP (Listen-Empathize-Agree-Partner) 方法：透過聆聽、同理、認同而後成為夥伴，鼓勵精神疾病病人接受治療。另外，也可以使用 REAP (Recognize, explain, acknowledge, and provide) 方法：先確認生活目標，再向病人解釋長效針劑如何能幫助達成目標，過程中要理解病人對於長效針劑治療的擔憂，最後提供正確的資訊給病人及照顧者，協助病人考慮使用長效針劑作為治療的選項。

綜合以上，本參考指引鼓勵臨床醫療人員，依照不同的臨床需求使用這些工具及原則，與病人及照顧者討論如果要使用長效針劑治療，可能會遇到的阻礙與促進因素。

三、案例分享：帕青哥的第一份薪水

帕青哥（化名）今年 43 歲，是位個性急躁、要求完美、沉默固執倔強的單身男性。他表示國三 15 歲時遭校園霸凌後，成績從前段班掉到後段班，之後念專科一年級就輟學。帕青哥 17 歲時開始聽見有男女的聲音罵他、感覺周圍有鬼，讓他變得話多疑、性情暴躁，雖然嘗試與好朋友討論自己的精神疾病，但好友聽到後竟漸漸地遠離他，因此讓他感到孤單及被排除。

被診斷為思覺失調症之後，帕青哥於民國 90 年起出入急性病房達 17 次，他最大的心願是「我要再回學校念書」，但一直都沒有實現。除了幻聽及被害妄想外，病歷上常會看到關於他衝動控制差、頻繁有暴怒及衝動行為的描述。帕青哥自己的解釋是他「很會看臉色進行利益判斷」、「先發制人、以暴制暴」、他認為只有這樣做，才能保護自己不吃虧、不再受欺負。一連串的暴力史讓帕青

哥被貼上「暴力男」的標籤，與家人關係緊張，只有弟弟和他比較處得來。窩居在家、長期憤怒精神病的標籤卻又矛盾擁抱這份標籤來保護自己，是他多年來的寫照。

帕青哥在民國 97 年後曾短期使用 Haloperidol 長效針劑治療但仍反覆住院，之後也使用過很多種口服抗精神病藥物、鋰鹽及抗憂鬱藥物的組合，因會自行調藥的關係，效果都不太理想。民國 104 年居家治療的介入，是他生病歷程上的一個重要轉折點。在居家護理師持續與他回顧討論生病經驗、情緒爆發與藥物調減的關聯性、了解他會自行增減藥物背後的原因，帕青哥開始真正接受包括長效針劑及其他口服情緒穩定劑的藥物治療組合，而非過往與醫師行禮如儀後回家就自行減藥的情形。從民國 104 起到 109 年期間，他住院的頻率減緩為每年入院一次，自民國 109 年起至今他已超過兩年未住院。

除了規律返診之外，在居家護理師靈活運用各種治療技巧與社會資源與帕青哥發展「夥伴關係」並以「同儕支持與互助」作為重要支點，帕青哥開始在民間非營利組織基金會擔任志工服務，作為踏出家門的第一步，也開始有第一次打工的機會。在他簽領據領到 640 元薪水那一刻，帕青哥靦腆的笑說：「我 20 年沒有工作了……一直在做被霸凌的噩夢，能聽懂別人說的話然後完成一件事，我今天真的好高興。」

現在，他最常對居家護理師說的一句話是：「妳不知道我以前的傳說。如果再更早能遇到妳就好了……真的很感謝，我這一生都在醫院跟家裡，第一次持續工作一年半，而且存到了超過 20 萬元。」的確，在居家治療的穿針引線，配合主治醫師的藥物治療計畫，更重要的是帕青哥的積極配合治療及發揮勇氣跨出改變的腳步，不只存到錢，也找回了自信及重新掌握自己的人生。

伍、建立夥伴關係與藥物使用前的準備

長效針劑能減少每日服用藥物帶來的不便，同時也有利臨床工作者監督病人的服藥順從性及提早因應 [51]，藉由改善病人的服藥及治療順從性，除了降低疾病復發率及提升整體療效，也有助於社會心理功能的改善 [29]。然而 2020 年美國精神醫學會的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia 也指出長效針劑除了上述優勢外，亦有其特有的缺點需留意如：病人產生藥物不良反應時，因藥物動力學的差異會較同成分的口服抗精神病藥物副作用持續的時間較久、以及注射部位的紅、腫、疼痛及結節等 [17]。因此在開始長效針劑的使用前，建議要建立好夥伴關係與做好藥物使用前的準備以達最佳效益 [21]。

整合近年專家共識及國內外文獻資料彙整，臨床醫師在開始長效針劑的使用前，有幾個重要的前置步驟建議如下 [17,19,21,24]：

- (一) 和病人討論使用長效針劑的利與弊。
- (二) 和家屬或照顧者討論使用長效針劑的利與弊。
- (三) 取得病人對使用長效針劑的同意。
- (四) 於病歷記錄與病人、家屬或照顧者的討論過程。
- (五) 和其他醫療工作者討論關於使用長效針劑的治療計畫（如病人的居家護理師、心理師）。
- (六) 提供病人及家屬使用長效針劑可能好處的衛教資料。
- (七) 提供病人及家屬使用長效針劑關於持續維持治療之長期好處的衛教資料。
- (八) 提供病人及家屬使用長效針劑可能出現之副作用的衛教資料。
- (九) 協助轉介或提供病人及家屬其他相關社會資源的資料。
- (十) 醫療機構具有合適的場地及人員，與病人及家屬討論使用長效針劑過程的各式相關議題。

一、選擇合適的長效針劑抗精神病藥物

根據 2018 年美國一份針對 34 位資深專家關於長效針劑使用共識的研究指出 [21]，影響長效針劑抗精神病藥物的選擇因素可略分三大類：病人因素、醫療體制因素及藥物因素。病人因素包括：過去對特定抗精神病藥物的療效與過去曾有之藥物副作用如嗜眠、錐體外症候群、體重增加、泌乳激素增高及心電圖異常等。醫療體制因素包括：病人自付費用多寡及保險給付的限制。藥物因素包括：臨床醫師對特定長效針劑耐受性及療效的掌握程度、劑量調整、施打間隔及施打部位的可調整性。

法國生物精神醫學暨神經精神藥理學學會（The French Association of Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology, AFPBN）於 2013 年發表的長效針劑治療指引建議 [25]：第二代長效針劑抗精神病藥物可用在首次發病後的維持期治療、負性症狀為主或自殺風險較高的病人，但不建議於早期病程的思覺失調症病人使用第一代長效針劑抗精神病藥物。

而 2020 年美國精神醫學會的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia 也指出長效針劑的選擇決策和選擇合適的口服抗精神病藥物之邏輯相似，主要取決於病人過去對抗精神病藥物的反應，及個別對注射頻率與注射部位的偏好 [17]。此外，有些病人會擔心注射部位的疼痛與不適，臨床經驗指出採用油基（oil-based）第一代長效針劑會相較採用水溶性（aqueous solution）的第二代長效針劑容易造成不適。故選擇長效針劑除考慮此因素外，也可選擇注射容積較少及注射間隔較長的藥物以減少注射帶來的不適 [17,22]。

故建議臨床醫師宜考慮上述各種因素，與病人完整討論及詢問過去病史，將有助於選擇合適的長效針劑。

二、開始長效針劑抗精神病藥物的使用

(一) 確認藥物的耐受性及療效

病人使用長效針劑如產生藥物不良反應時，由於藥物動力學的差異會較同成分的口服抗精神病藥物副作用持續的時間更久，因此 2020 年美國精神醫學會的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia 建議在使用長效針劑前，需以相同成分之口服抗精神病藥物確認病人對該藥物的耐受性及療效 [17]。根據 2018 年美國專家共識的研究也指出在已決定特定的長效針劑之後，確認病人對該藥物成分的耐受性及療效為首要之務 [21]。然而確認期間該多久並未有一致之共識，但該研究之專家們傾向較短的口服藥劑型測試期間（4-14 天）即可開始長效針劑的使用，並不建議服用口服藥物六週之後才接續長效針劑的使用。

而在台灣的臨床實務上，某些特殊情形如強制社區治療或缺乏病識感之病人，可能會面臨無法完成完整耐受性測試及須盡快開始長效針劑治療的兩難。故本參考指引建議臨床醫師可參考上述建議、臺灣衛生福利部食品藥物管理署核准之產品仿單資訊，及本參考指引附錄 2、第二代長效針劑抗精神病藥物比較表，最後依醫療專業判斷於臨床應用上做出兼顧藥物的耐受性及療效的綜合考量。

(二) 起始劑量與第二次注射

除非有特殊考量，第一次注射之劑量依個別藥品仿單資訊之建議即可。然而年紀較大或曾經有錐體外症候群的病人可以考慮較仿單建議劑量為低的起始劑量以減少副作用的負擔。而過去如需有較高的口服抗精神病藥物才能產生療效或預防復發的病人，則可以考慮較仿單建議劑量為高的起始劑量 [21]。

第二次注射之時機建議，除非注射間隔未到，但病人之症狀已開始增多需提前注射外，一般依個別藥品仿單資訊建議的施打間隔即可 [21]。第二次注射時仍應持續做好注射部位的清潔消毒 [17] 與觀察前次注

射部位的狀態，以減少病人後續施打長效針劑的阻抗。

（三）併用口服抗精神病藥物的時間

2018 年美國專家共識建議，在開始治療長效針劑後需合併口服精神病藥物的時間長短，依個別藥品仿單資訊而定即可[21]，如 Risperdal Consta（維思通）建議開始治療後需合併口服 risperidone 治療至少 3 週，Abilify Maintena（安立復美達）建議開始治療後需合併口服 aripiprazole 治療至少 2 週。有時會因為特殊考量而比仿單建議的併用時間延長一至三週。

關於長效針劑的後續療程是否適合繼續合併使用口服抗精神病藥物的議題，臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家的共識[19]指出，由於臨床實務上仍有一定比例使用長效針劑的病人會因各種因素需合併口服抗精神病藥物治療[52,53]，雖然目前針對長效針劑合併口服抗精神病藥物療效的臨床證據仍然有限，無法得到一致的結論，但有鑑於合併使用長效針劑與口服抗精神病藥物在臨床實務上的需求，該共識認為更迫切的是找到合併用藥及定期追蹤的重要臨床指標，以便臨床醫師能在合併藥物治療過程中調整藥物劑量。此外，合併用藥時也應特別注意合併用藥後的當量劑量時常會高於最高建議劑量[54]，應特別注意評估用藥安全性。

故本參考指引建議臨床醫師於臨床應用上可參考上述觀點，做出兼顧臨床實務需求、藥物安全性及療效的治療計畫。

（四）藥物副作用的處理

藥物副作用除了關乎病人安全與倫理的考量外，也會影響病人接受後續長效針劑治療的意願，因此值得臨床醫師特別重視。表 5 為 2018 年美國專家共識關於如出現藥物副作用時，在考慮或已嘗試過降低長效針劑之劑量後，可採用的對應處理藥物[21]。

表 5、相關藥物副作用建議之對應藥物

藥物副作用	對應處理藥物
akathisia / restlessness	β -blocker
dystonia or parkinsonism	anticholinergic agent
insomnia	non-benzodiazepine sedative / hypnotic
elevated glucose	metformin
lipid abnormalities	statins
high blood pressure	angiotensin-converting enzyme inhibitors
agitation	sedative / hypnotic or anticonvulsive agent
prolactin-related side effects	oral partial D2 agonist antipsychotic (if not on partial D2 agonist LAI)

陸、持續使用長效針劑抗精神病藥物的建議事項

要維持病人持續施打長效針劑的意願，是個具挑戰性的治療目標，因此需要額外的介入措施及策略[55]。除了確認療效與副作用的監控以達到病人最佳利益外，2018 年美國專家共識建議可採下列策略以增進病人繼續施打長效針劑的治療順從度[21]。

1. 搭配居家醫療團隊提供到宅長效針劑的施打。
2. 家屬或主要照顧者的介入合作，提醒病人返診。
3. 病友團體或同儕支持人員的介入合作，提醒病人返診。
4. 個案管理人員電話提醒病人返診。

一、療效評估

2020 年美國精神醫學會的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia 建議在開始規劃治療計畫前，對症狀嚴重度及功能缺損程度作量化測量作為治療目標的設定[17]。而專家共識也指出療效評估中最重要的面向為精神病正性症狀如妄想及幻覺，以及功能評估[21]。在症狀評估方面，建議臨床工作人員至少使用臨床整體評估表（Clinical Global Impression-Severity scale, CGI-S）來做量化測量。在功能評估方面，建議臨床工作人員可考慮應用圖像化之個人與社會功能自我評估量表（Self-Reported Graphic version of the Personal and Social Performance Scale, SRG-PSP 詳見附錄 3），在 PSP 的四大功能分項中，各選出五項功能指標，並將這些功能指標轉為淺顯易懂的卡通圖像，提供給思覺失調症病人簡易快速自我評估個人以及社會功能狀態。此量表由國內白雅美醫師及楊延光醫師等學者發展，並完成其信效度研究，發表於 Schizophrenia Research 期刊[56]。此量表由台灣精神醫學會印製發行，作者同意授權台灣精神醫學會會員於臨床、學術與研究等非商業用途上自由使用。運用 SRG-PSP 量表作為溝通工具有下列好處：

（一）因思覺失調症病人的語言功能退化，SRG-PSP 量表可協助醫師與病人進行溝通。

（二）SRG-PSP 量表可增加醫師與病人溝通、衛教的話題，促進醫病關

係。

(三) SRG-PSP 量表亦可協助病人跟家人溝通主觀感受。

在療效評估時，2020 美國專家共識建議應於長效針劑已達穩定血中濃度後或穩定血中濃度後再追加 1-2 個以上的注射週期，方宜推論長效針劑的療效是否欠佳 [21]。而關於療效欠佳的處理建議，如為正性症狀部分的療效欠佳為主，除可考慮轉換成針對難治型思覺失調症的抗精神病藥物如 clozapine（第一線建議）之外、也可以改用另一種長效針劑治療、合併相同成分的口服抗精神病藥物治療或縮短注射間隔（第二線建議）。如為負性症狀部分的療效欠佳為主，則可考慮轉換成針對難治型思覺失調症的抗精神病藥物 [21]。

二、副作用監測

藥物副作用及安全性的監測為治療過程中重要的一環[57]。現有大部分治療指引關於此議題，多為一般性原則而非針對長效針劑討論。法國生物精神醫學暨神經精神藥理學學會於 2013 年發表的長效針劑治療指引建議[25]：針對長效針劑需要進行的副作用及安全性的監測與口服抗精神病藥物相同，監測項目除依藥物成分常見之副作用外，也要考慮病人個別危險因子的差異，所以建議可與病人及家屬討論相關藥物副作用的發生機率，同時做好藥物衛教與飲食建議。

2018 年美國一份關於長效針劑使用共識的研究則建議：使用長效針劑治療的思覺失調症病人，即使尚未有糖尿病、高血壓及心血管疾病的病史，也應定期做下列實驗室及理學檢查，監測頻率建議為半年一次 [21]。建議監測的項目依治療情境可考慮包括：

- (一) 身高、體重及 BMI。
 - (二) 代謝症候群相關指標。
 - (三) 遲發性運動障礙 / 錐體外症候群的評估。
 - (四) 肝功能指數。
 - (五) 泌乳激素濃度。
- (註：在台灣，上述項目應視臨床情境調整)

三、突發性精神病症狀之處理建議

在長效針劑穩定治療下、如果發生突發性精神病症狀（breakthrough psychotic symptoms on antipsychotic maintenance medication, BAMB）的情形，臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會的專家共識，根據學術文獻 [58-60] 提出以下六個治療策略的建議：

表 6、突發性精神病症狀之治療策略建議

	治療策略建議	專家認同比例 (%)
1	合併不同成分的口服抗精神病藥物治療	76.9
2	合併相同成分的口服抗精神病藥物治療	69.2
3	縮短兩次注射長效針劑的間隔天數及或增加針劑劑量	61.5
4	合併情緒穩定劑（mood stabilizer）或 lithium 治療	53.8
5	合併或轉換至 clozapine 治療	23.1
6	合併另一種治療	15.4

實證資料指出，在抗精神病藥物穩定治療下發生突發性精神病症狀的機率為 21.2-32.9 % [58-60]。以下情況，如未接受治療的時間越長、住院次數越多、生活條件越差、在長效針劑治療下正性症狀越少、或整體症狀越嚴重，均為預測突發性精神病症狀發生的可能因子 [59]。值得注意的是，這些研究結果並未發現抗精神病藥物的劑量或治療時間與突發性精神病症狀的發生有明顯相關。因此或許可以不必過度擔心長期使用抗精神病藥物會改變病人對藥物的耐受性 [59,60]。此外，先前研究結果亦指出發生突發性精神病症狀後，病人對於治療的反應顯著低於首次發病的情況 [59]。因此，臨床上必須特別注意預防，並控制在抗精神病藥物穩定治療下，突發性精神病症狀之發生。

四、社會心理處遇的重要性

2020 年美國精神醫學會的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia 建議思覺失調症的病人需要有社會心理處遇如心理教育、認知行為治療及支持性就業服務等措施的介入，以得到改善整體功能、減少疾病復發與增進治療順從度等好處 [17]。該指引同時建議針對首次發作的思覺失調症病人除藥物治療外宜有整合專業團隊 Coordinated Specialty Care (CSC) 的服務，而過去和醫療系統關係較疏離，或社會支持度較差而常因此復發的思覺失調症病人，則建議要有主動式社區治療如居家團隊的介入 [17]。

該指引雖未額外針對使用長效針劑的情形作出非藥物治療處遇的建議，但考量長效針劑多選用在服藥順從度不佳，疾病嚴重度、支持系統差與復發風險高的病人，且社會心理處遇介入的風險甚微，上述建議仍適用。各國之治療指引裡也有使用長效針劑時，宜提供相應之社會心理處遇的建議 [22,24,25]。

柒、轉換至其它服用途徑之抗精神病藥物的考量

2020 年美國精神醫學會的 The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia [17]指出，長效針劑相較於口服抗精神病藥物在治療上有降低死亡率、減少再住院率、減少治療中斷等優點，但也有其因使用途徑及藥物動力學差異帶來的缺點。因此該指引建議臨床醫師應就使用長效針劑的優缺點，及病人偏好等因素和病人討論後，做出權衡以決定是否開始長效針劑的使用。

然而，目前各指引關於持續使用長效針劑之後，臨床醫師可能考量轉換至其它服用途徑之抗精神病藥物的因素資料尚不足。以下為歸納各相關指引、專家共識及文獻的結果：

一、療效欠佳

專家共識建議應於長效針劑已達穩定血中濃度後，或穩定血中濃度後再追加 1-2 個以上的注射週期，方宜推論長效針劑的療效是否欠佳 [21]。如確認病人對該長效針劑的療效欠佳，建議可考慮轉換成針對難治型思覺失調症的抗精神病藥物，如 clozapine 等[21]。

二、副作用的考量

藥物副作用及安全性的監測為治療過程中重要的一環 [57]，也會影響病人的後續治療意願。如果臨床醫師已嘗試過降低長效針劑之劑量、或使用過副作用處理之對應處理藥物仍效果不佳時，考量口服抗精神病藥物的藥理機轉種類較多及劑量調整上的便利性，此時考量轉換至其它服用途徑之抗精神病藥物為一合理治療策略。

三、自主權的考量

病人及家屬，甚至臨床醫師本身，有時會對長效針劑是否干涉病人自主權有所疑慮，也可能認為長效針劑類似鎮定劑，僅為處理病人之躁動。建議可與病人及家屬強調：在自願接受長效針劑治療的情形下，應用長效針劑之目的在

控制疾病，而非剝奪病人自主權 [22]。

四、治療目標的取捨

關於首次發作的思覺失調症病人，在抗精神病藥物療效良好的情況下，治療目標會朝向逐步減低抗精神病藥物的劑量進行，然而長效針劑的治療目標及劑量設計較難配合此方向 [61]，如遭遇此治療目標的衝突，臨床醫師則可能需綜合考量轉換至其它種類抗精神病藥物的可行性與利弊。

捌、經濟效益的考量

截至 2020 年為止，國內的健保體系約有 100 萬持有重大傷病卡的病人，其中約有 20 萬為慢性精神病；而思覺失調症的發卡數則約有 10 萬張。各種精神病中，最常需要使用長效針劑抗精神病藥物的病人診斷別就是思覺失調症，而思覺失調症病人也佔精神科慢性住院的絕大多數。這些病人的病程進展雖然各有不同，但是由於發病年齡早，需要長期照護的計畫，則是毫無疑問。如果能夠讓個案減少反覆住院以及急診，不僅對於病人的生活品質改善、家屬照護壓力減少，也能有效減少醫療資源的費用。國內的學者也有相關的研究，如以居家照護方式提供精神病人服務時，合併長效針劑的使用可以降低病人的再住院率，降低醫療支出的負擔 [8]

台灣精神醫學會為瞭解慢性精神病人使用長效針劑治療與醫療資源使用的關連性，根據全民健保的實際數據，分析領有重大傷病卡的思覺失調症病人使用長效針劑治療的概況，並分析長效針劑使用者相對於單純口服抗精神病藥物個案，臨床特性與使用醫療資源的差異。資料分析的個案篩選流程，摘要於下圖 1。

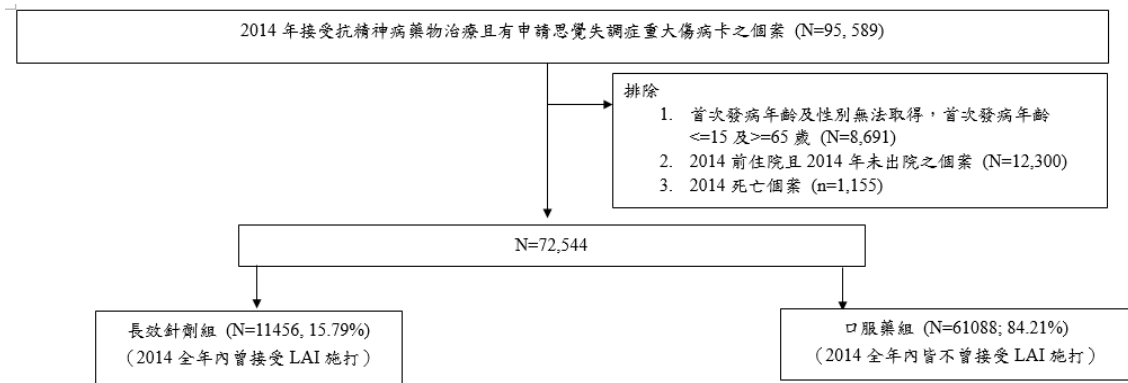


圖 1、健保資料庫分析思覺失調症病人長效針劑治療及 5 年追蹤篩選流程

以 2014 年做為基準年，分析發病年齡介於 15 至 65 歲的慢性思覺失調症病人，在排除長期住院及資料不全的個案之後，分析全國約有 75000 名思覺失調症病人，其中使用長效針劑的個案約佔 15.8%。追蹤後續 5 年的病程，發現死亡率達 9.7%，首次確診重大傷病年齡約為 33.2 歲。這些病人在診斷方面，物質使用的合併症明顯高於口服抗精神病藥物個案，且住院率以及急診診療的比例都較高。

並非每一位接受長效針劑注射的病人都能穩定持續使用針劑。在 2014 年接受長效針劑注射的個案，僅約有 63% 可達到 8 劑/年。以此標準來區分「規則長效針劑」個案 (n=7171) 及「不規則長效針劑」個案 (n=4285) 的話，可發現「不規則長效針劑組」的臨床特性是發病年齡較早 (32.3 歲 vs. 33.6 歲)、精神疾病共病性較多 (29% vs. 22%)、合併物質使用較高 (6.5% vs. 4.4%)；這些個案的醫療資源耗用得比較多，特別是有更高的住院率。「不規則長效針劑組」、「規則長效針劑組」、以及「一般口服抗精神病藥物組」的 5 年精神科再住院率，分別為 56%、40%，及 31%；急診使用率則為 62%、56%，及 33%。「不規則長效針劑組」顯然是照護上更有難度的一群個案。而即使是「規則長效針劑組」的個案，追蹤一年的結果，也有大約 20% 個案施打劑量小於 8 劑/年，顯示長效針劑的施打，需要持續追蹤及努力才能確保個案適切接受治療。

除了長效針劑施打的藥物本身以外，居家照護是能增加治療可近性與治療順從性的重要方法。根據上述資料分析也發現，長效針劑個案同時有接受居家治療服務的比例僅達 2 成。在病程比較複雜的「不規則長效針劑組」，比例更低，僅有 12.9%，相較於「規則長效針劑組」的 24.2% 低非常多，僅比一般治療的口服抗精神病藥物組 (4.4%) 略高。對這些個案進行 5 年追蹤分析則發現，長效針劑的施打，有 54% 可維持不需住院治療，有 42% 甚至不必接受急診診療；即使是較為困難的「不規則長效針劑組」，也仍有大約 4 成個案可維持不必住院。施打長效針劑能有效降低疾病復發的住院治療，效益顯而易見。針對個案的 5 年追蹤再住院率，發現整體病情較單純的「口服抗精神病藥物組」再住院率最低，其次是「規則長效針劑組」，而「不規則長效針劑組」再住院率相對最高 (見下圖 2)。居家治療服務作為克服長效針劑施打難關的方法，值得透

過政策推廣，以加強長效針劑的預防效益。有關長效針劑與口服抗精神病藥物個案臨床特性、病程與醫療使用分析，整理於表 7。

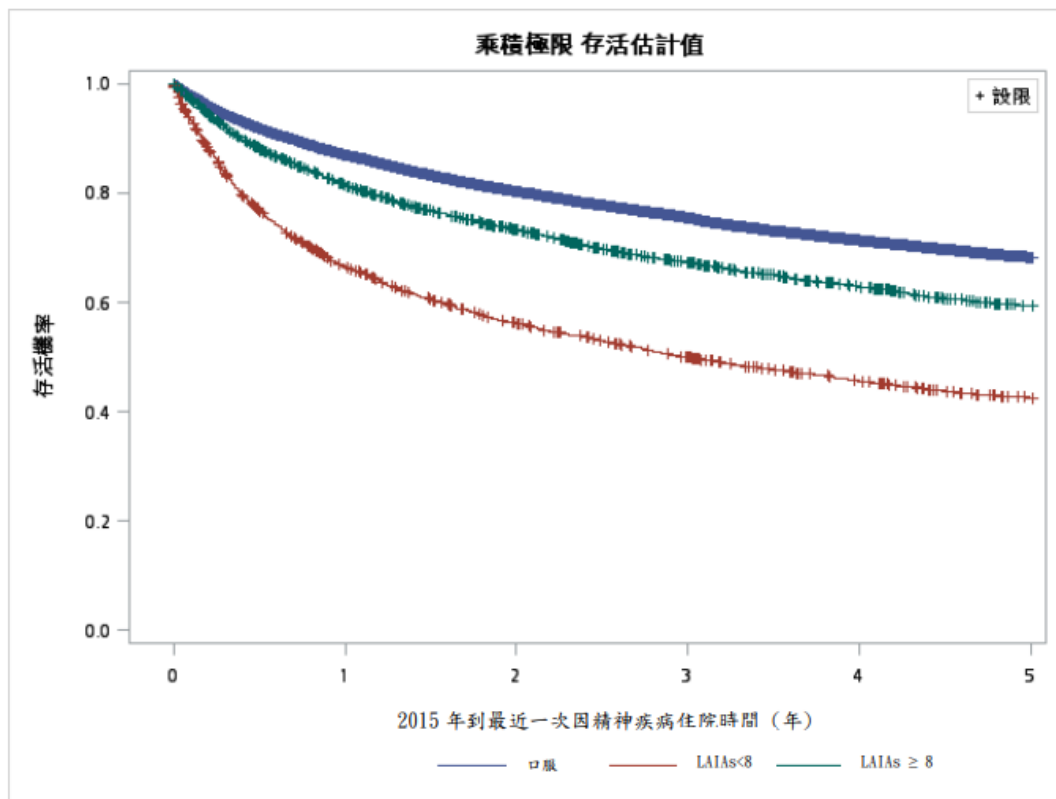


圖 2、追蹤 5 年內不同治療組別的思覺失調症再住院率存活分析曲線

目前的健保給付機制，較難鼓勵耗時耗力的居家治療團隊提供服務。針對長效針劑使用，尤其是「不規則長效針劑組」的使用，政策的資源投入似乎也可考慮比照目前衛福部已經施行的「長期照顧給付及支付基準」精神，列出「照顧問題清單」及「照顧組合表」方式提供這些複雜個案所需的居家治療給付機轉，以有效改善病情比較複雜或困難的慢性精神病人居家服務不足的現況，進而提升整體的照護效益。

由健保資料庫中的思覺失調症病人使用健保資原的狀況，也可看到使用長效針劑使用的效益。下表 7 列出不規則施打長效針劑組 (LAIs < 8)、規則施打長效針劑組 (LAIs ≥ 8) 及口服抗精神病藥物組 (OAPs) 的健保門診 (含急診)、住院以及申報的總金額。使用平均單價較高的長效針劑做為治療方法，在規則長效針劑組雖然比不規則長效針劑組有較高的門診總花費 (平均每年 71088 vx. 43212 NTD)，但住院總花費卻不到一半 (48768 vs. 116645 NTD)，且

健保的門、住診總費用也較低 (119856 vs. 159857 NTD)；使用口服抗精神病藥物與長效針劑是不同屬性的個案，通常使用長效針劑的個案是因為臨床需要也多半是因為病程較複雜或病識感不足無法持續治療，而非費用的考量。當臨床上判斷應該施打長效針劑，則應該努力持續讓病人能規則使用藥物，以減少個案的病情惡化。透過居家照護以及個案管理等併用的非藥物方法，有助於個案改善病情，並進一步減少健保醫療資源的浪費。

表 7、長效針劑與口服抗精神病藥個案臨床特性、病程與醫療使用分析

	LAIs <8 n = 4285	LAIs ≥ 8 n = 7171	OAPs n = 61088	p Value
死亡, n (%)	378 (8.82)	599 (8.35)	5553 (9.09)	0.1088
第一次診斷的年齡, 平均值 (標準差)	32.26 (10.31)	33.62 (9.89)	34.78 (11.07)	<.0001
第一次診斷的年齡分組, n (%)				<.0001
15-39	2742 (63.99)	4218 (58.82)	33602 (55.01)	
40-65	1543 (36.01)	2953 (41.18)	27486 (44.99)	
性別男性, n (%)	2229 (52.02)	3658 (51.01)	31568 (51.68)	0.4937
有合併其他精神診斷, n (%)	1223 (28.54)	1596 (22.26)	14340 (23.47)	<.0001
有診斷 Mood disorder, n (%)	521 (12.16)	780 (10.88)	7220 (11.82)	0.0441
有診斷 Anxiety disorder, n (%)	513 (11.97)	680 (9.48)	6853 (11.22)	<.0001
有診斷 Bipolar disorder, n (%)	352 (8.21)	367 (5.12)	3899 (6.38)	<.0001
有診斷 Substance use disorder, n (%)	278 (6.49)	319 (4.45)	1735 (2.84)	<.0001
2014 年接受長效針劑之劑 量, 平均值 (標準差)	3.28 (2.04)	15.09 (5.9)	0	<.0001
2014 年接受居家照護治療 (05404C-05406C), n (%)	554 (12.93)	1737 (24.22)	2675 (4.38)	<.0001
2014 年居家治療平均次數 (05404C-05406C)	7.73 (4.87)	10.65 (3.72)	9.88 (3.96)	<.0001
曾接受急診診療	177 (4.1%)	202 (2.8%)	1604 (2.6%)	<.0001
平均急診次數	5.22 (13.91)	5.12 (17.94)	4.15 (12.18)	<.0001

	LAIs <8 n = 4285	LAIs ≥ 8 n = 7171	OAPs n = 61088	p Value
因自殺就診及住院	2407 (56.2%)	2839 (39.6%)	18789 (30.8%)	<.0001
平均自殺診療次數	3.03 (6.08)	2.33 (2.77)	2.91 (5.35)	<.0001
健保支出	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
2014 年精神疾病住院及門診之總花費	159,857 (169345.3)	119,856 (124673.7)	69,046 (103370.5)	<.0001
門診	43,212 (49307.9)	71,088 (66640)	39,270 (46815.4)	<.0001
住院	116,645 (170872.2)	48,768 (116325.1)	29,777 (96280.4)	<.0001

參考文獻

1. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25 (2) :83-88.
2. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:425-448.
3. Zaheer J, Olfson M, Mallia E, et al. Predictors of suicide at time of diagnosis in schizophrenia spectrum disorder: a 20-year total population study in Ontario, Canada. *Schizophrenia research*. 2020;222:382-388.
4. Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I. Suicidal Behavior and Mortality in First-Episode Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2015;203 (5) :387-392.
5. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Archives of general psychiatry*. 2010;67 (12) :1230-1237.
6. Taipale H, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K, et al. Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2018;197:274-280.
7. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA psychiatry*. 2017;74 (7) :686-693.
8. Ju PC, Chou FH, Lai TJ, et al. Long-acting injectables and risk for rehospitalization among patients with schizophrenia in the home care program in Taiwan. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34 (1) :23-29.
9. Fang SC, Liao DL, Huang CY, Hsu CC, Cheng SL, Shao YHJ. The effectiveness of long-acting injectable antipsychotics versus oral antipsychotics in the maintenance treatment of outpatients with chronic schizophrenia. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2020:e2729.
10. Huang CY, Fang SC, Shao YJ. Comparison of Long-Acting Injectable Antipsychotics With Oral Antipsychotics and Suicide and All-Cause Mortality in Patients With Newly Diagnosed Schizophrenia. *JAMA Netw Open*. 2021;4 (5) :e218810.
11. Liu CH, Tsai PH, Chen CY. Discrepancy in Taiwanese psychiatrists' preferences for long-acting injectable antipsychotics across facilities: a nationwide questionnaire survey. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:429-433.
12. Heres S, Hamann J, Kissling W, Leucht S. Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 (12) :1948-1953.
13. Jaeger M, Rossler W. Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists. *Psychiatry Res*. 2010;175 (1-2) :58-62.
14. Gaigl G, Täumer E, Merz K, et al. Multifactorial barriers in the implementation of schizophrenia and psychosocial therapies guidelines: A quantitative study across different professions. *Schizophr Res*. 2021;228:425-434.
15. Ostuzzi G, Bertolini F, Del Giovane C, et al. Maintenance Treatment With Long-

- Acting Injectable Antipsychotics for People With Nonaffective Psychoses: A Network Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2021;178 (5) :424-436.
16. Fountoulakis KN, Moeller HJ, Kasper S, et al. The report of the joint WPA/CINP workgroup on the use and usefulness of antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *CNS Spectr*. 2020;1-25.
 17. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ)* . 2020;18 (4) :493-497.
 18. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *Bmj*. 2014;348:g1173.
 19. Yang KC, Liao YT, Yang YK, Lin SK, Liang CS, Bai YM. Evidence-Based Expert Consensus Regarding Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia from the Taiwanese Society of Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology (TSBPN) . *CNS Drugs*. 2021;35 (8) :893-905.
 20. Sajatovic M, Ross R, Legacy SN, et al. Identifying patients and clinical scenarios for use of long-acting injectable antipsychotics - expert consensus survey part 1. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1463-1474.
 21. Sajatovic M, Ross R, Legacy SN, et al. Initiating/maintaining long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia/schizoaffective or bipolar disorder - expert consensus survey part 2. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1475-1492.
 22. Correll CU, Citrome L, Haddad PM, et al. The Use of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Schizophrenia: Evaluating the Evidence. *J Clin Psychiatry*. 2016;77 (suppl 3) :1-24.
 23. Sakurai H, Yasui-Furukori N, Suzuki T, et al. Pharmacological Treatment of Schizophrenia: Japanese Expert Consensus. *Pharmacopsychiatry*. 2021;54 (2) :60-67.
 24. Wong MMC, Chung AKK, Yeung TMH, et al. Guidance on the clinical understanding and use of long-acting injectable antipsychotics in Schizophrenia: Hong Kong Consensus Statements. *CNS Neurosci Ther*. 2021;27 Suppl 1 (Suppl 1) :5-11.
 25. Llorca PM, Abbar M, Courtet P, Guillaume S, Lancrenon S, Samalin L. Guidelines for the use and management of long-acting injectable antipsychotics in serious mental illness. *BMC Psychiatry*. 2013;13:340.
 26. Ostuzzi G, Bighelli I, So R, Furukawa TA, Barbui C. Does formulation matter? A systematic review and meta-analysis of oral versus long-acting antipsychotic studies. *Schizophr Res*. 2017;183:10-21.
 27. Misawa F, Kishimoto T, Hagi K, Kane JM, Correll CU. Safety and tolerability of long-acting injectable versus oral antipsychotics: A meta-analysis of randomized controlled studies comparing the same antipsychotics. *Schizophr Res*. 2016;176 (2-3) :220-230.
 28. Kishi T, Oya K, Iwata N. Long-acting injectable antipsychotics for the prevention of relapse in patients with recent-onset psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res*. 2016;246:750-755.
 29. Olagunju AT, Clark SR, Baune BT. Long-acting atypical antipsychotics in schizophrenia: A systematic review and meta-analyses of effects on functional

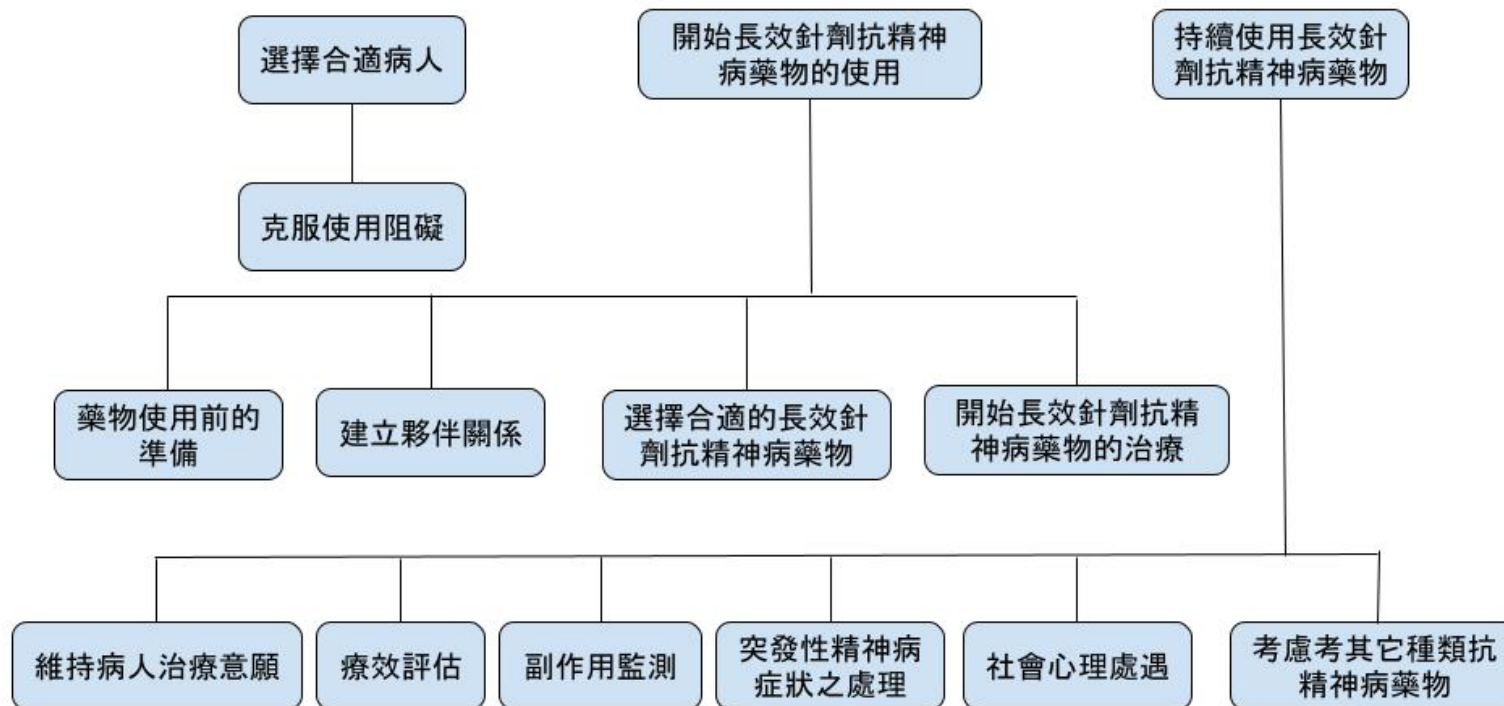
- outcome. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019;53 (6) :509-527.
30. Kishimoto T, Hagi K, Nitta M, et al. Effectiveness of Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis of Prospective and Retrospective Cohort Studies. *Schizophr Bull*. 2018;44 (3) :603-619.
 31. Taylor D. Psychopharmacology and adverse effects of antipsychotic long-acting injections: a review. *Br J Psychiatry Suppl*. 2009;52:S13-19.
 32. Kaplan G, Casoy J, Zummo J. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication adherence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:1171-1180.
 33. Kane JM, Eerdeken M, Lindenmayer JP, Keith SJ, Lesem M, Karcher K. Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry*. 2003;160 (6) :1125-1132.
 34. Nasrallah HA, Gopal S, Gassmann-Mayer C, et al. A controlled, evidence-based trial of paliperidone palmitate, a long-acting injectable antipsychotic, in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35 (10) :2072-2082.
 35. Pandina GJ, Lindenmayer JP, Lull J, et al. A randomized, placebo-controlled study to assess the efficacy and safety of 3 doses of paliperidone palmitate in adults with acutely exacerbated schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30 (3) :235-244.
 36. Kane JM, Peters-Strickland T, Baker RA, et al. Aripiprazole once-monthly in the acute treatment of schizophrenia: findings from a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75 (11) :1254-1260.
 37. Hough D, Gopal S, Vijapurkar U, Lim P, Morozova M, Eerdeken M. Paliperidone palmitate maintenance treatment in delaying the time-to-relapse in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Schizophr Res*. 2010;116 (2-3) :107-117.
 38. Weiden PJ, Schooler NR, Weedon JC, Elmouchtari A, Sunakawa A, Goldfinger SM. A randomized controlled trial of long-acting injectable risperidone vs continuation on oral atypical antipsychotics for first-episode schizophrenia patients: initial adherence outcome. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 (10) :1397-1406.
 39. Subotnik KL, Casaus LR, Ventura J, et al. Long-Acting Injectable Risperidone for Relapse Prevention and Control of Breakthrough Symptoms After a Recent First Episode of Schizophrenia. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72 (8) :822-829.
 40. Nuechterlein KH, Ventura J, Subotnik KL, et al. A randomized controlled trial of cognitive remediation and long-acting injectable risperidone after a first episode of schizophrenia: improving cognition and work/school functioning. *Psychol Med*. 2020:1-10.
 41. Schreiner A, Aadamsoo K, Altamura AC, et al. Paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in recently diagnosed schizophrenia. *Schizophr Res*. 2015;169 (1-3) :393-399.
 42. Galletly C, Castle D, Dark F, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50 (5) :410-472.

43. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry*. 2017;62 (9) :617-623.
44. Barnes TR, Drake R, Paton C, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2020;34 (1) :3-78.
45. Alphas L, Benson C, Cheshire-Kinney K, et al. Real-world outcomes of paliperidone palmitate compared to daily oral antipsychotic therapy in schizophrenia: a randomized, open-label, review board-blinded 15-month study. *J Clin Psychiatry*. 2015;76 (5) :554-561.
46. Gopal S, Berwaerts J, Nuamah I, et al. Number needed to treat and number needed to harm with paliperidone palmitate relative to long-acting haloperidol, bromperidol, and fluphenazine decanoate for treatment of patients with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7:93-101.
47. Nasrallah HA, Chen AT. Multiple neurotoxic effects of haloperidol resulting in neuronal death. *Ann Clin Psychiatry*. 2017;29 (3) :195-202.
48. Chen AT, Nasrallah HA. Neuroprotective effects of the second generation antipsychotics. *Schizophr Res*. 2019;208:1-7.
49. Matthias MS, Salyers MP, Rollins AL, Frankel RM. Decision making in recovery-oriented mental health care. *Psychiatr Rehabil J*. 2012;35 (4) :305-314.
50. Samalin L, Garnier M, Auclair C, Llorca PM. Clinical Decision-Making in the Treatment of Schizophrenia: Focus on Long-Acting Injectable Antipsychotics. *Int J Mol Sci*. 2016;17 (11) .
51. Brissos S, Veguilla MR, Taylor D, Balanzá-Martinez V. The role of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: a critical appraisal. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2014;4 (5) :198-219.
52. Potkin SG, Kane JM, Correll CU, et al. The Neurobiology of Treatment-Resistant Schizophrenia: Paths to Antipsychotic Resistance and A Roadmap for Future Research. *Focus (Am Psychiatr Publ)* . 2020;18 (4) :456-465.
53. Doshi JA, Pettit AR, Stoddard JJ, Zummo J, Marcus SC. Concurrent Oral Antipsychotic Drug Use Among Schizophrenia Patients Initiated on Long-Acting Injectable Antipsychotics Post-Hospital Discharge. *J Clin Psychopharmacol*. 2015;35 (4) :442-446.
54. Barnes TR, Shingleton-Smith A, Paton C. Antipsychotic long-acting injections: prescribing practice in the UK. *Br J Psychiatry Suppl*. 2009;52:S37-42.
55. Weiden P, Rapkin B, Zygmunt A, Mott T, Goldman D, Frances A. Postdischarge medication compliance of inpatients converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. *Psychiatr Serv*. 1995;46 (10) :1049-1054.
56. Bai YM, Hsiao CY, Chen KC, et al. The development of a self-reported scale for measuring functionality in patients with schizophrenia--self-reported version of the graphic Personal and Social Performance (SRG-PSP) scale. *Schizophr Res*. 2014;159 (2-3) :546-551.

57. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. 2009;24 (6):412-424.
58. Correll CU, Sliwa JK, Najarian DM, Saklad SR. Practical considerations for managing breakthrough psychosis and symptomatic worsening in patients with schizophrenia on long-acting injectable antipsychotics. *CNS Spectr*. 2019;24 (4):354-370.
59. Emsley R, Asmal L, Rubio JM, Correll CU, Kane JM. Predictors of psychosis breakthrough during 24 months of long-acting antipsychotic maintenance treatment in first episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2020;225:55-62.
60. Rubio JM, Taipale H, Correll CU, Tanskanen A, Kane JM, Tiihonen J. Psychosis breakthrough on antipsychotic maintenance: results from a nationwide study. *Psychol Med*. 2020;50 (8):1356-1367.
61. Kim B, Lee SH, Yang YK, Park JI, Chung YC. Long-acting injectable antipsychotics for first-episode schizophrenia: the pros and cons. *Schizophr Res Treatment*. 2012;2012:560836.

附錄 1 長效針劑抗精神病藥物使用的策略規劃圖

如何使用長效抗精神病藥物



附錄 2 第二代長效針劑抗精神病藥物比較表

商品名	Risperdal Consta (維思通)	Abilify Maintena (安立復美達)	Invega Sustenna (善思達)	Invega Trinza (善妥達)	Invega Hafyera (善久達)
活性成分	Risperidone	Aripiprazole	Paliperidone	Paliperidone	Paliperidone
適應症 (成人)	◆ 思覺失調症 ◆ 第一型雙向情緒障礙症 (包括快速循環型)	◆ 思覺失調症 ◆ 第一型雙向情緒障礙症	◆ 思覺失調症 ◆ 情感思覺失調症	◆ 思覺失調症	◆ 思覺失調症
劑量	25 mg 37.5 mg 50 mg	300 mg 400 mg	50 mg eq. 75 mg eq. 100 mg eq. 150 mg eq.	175 mg eq. 263 mg eq. 350 mg eq. 525 mg eq.	700 mg eq. 1000 mg eq.
劑型	Microspheres	Lyophilized powder	Ester (palmitate)	Ester (palmitate)	Ester (palmitate)
儲存條件	2-8°C, 避光儲存	30°C 以下, 不要冷凍, 避光儲存	30°C 以下	30°C 以下	30°C 以下
施打前振搖	≥10 秒	≥20 秒	≥10 秒	≥15 秒	震搖 2 次, 每次各≥15 秒
施打方式 / 部位	深層肌肉注射/手臂三角肌或臀肌	深層肌肉注射/手臂三角肌或臀肌	深層肌肉注射/手臂三角肌或臀肌	深層肌肉注射/手臂三角肌或臀肌	深層肌肉注射/ 僅臀肌
T _{max}	第 21 天	◆ 第 4 天 (三角肌注射) ◆ 第 5-7 天 (臀肌注射)	第 13 天	第 30-33 天	第 33-35 天

H _{1/2}	3-6 天	30-47 天	25-49 天	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 84-95 天 (三角肌注射) ◆ 118-139 天 (臀肌注射) 	◆ 148-159 天
維持期施打間隔	每 2 週	每 4 週	每 4 週	每 12 週	每 6 個月
避免遺漏劑量之建議	無相關建議	至少在前一次注射的 26 天後投與下一個劑量	可於每月一次之時間點的前後 7 天內為患者注射藥物	可於 3 個月時間點的前後 2 週內為患者注射藥物	可於 6 個月時間點之前 2 週內或之後 3 週內為患者進行注射
初始治療需注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用前需先建立對口服 risperidone 的耐受性 ● 開始治療後需合併口服 risperidone 治療至少 3 週 	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用前需先建立對口服 aripiprazole 的耐受性 (2 週) ● 開始治療後需合併口服 aripiprazole 治療至少 2 週 	<ul style="list-style-type: none"> ● 使用前需先建立對口服 risperidone 或 paliperidone 的耐受性 (4 天) ● 建議於治療的第 1 天投予 150 mg eq, 一週後 (±4 天) 投予 100 mg eq, 兩劑均注射於手臂三角肌處 	<ul style="list-style-type: none"> ● 已使用 Sustenna 治療至少 4 個月之後, 才可轉換至 Trinza ● 轉換至 Trinza 前的最後兩劑 Sustenna 需為相同的劑量規格 ● 選擇 Trinza 劑量為 Sustenna 維持劑量的 3.5 倍 	<ul style="list-style-type: none"> ● 已使用 Sustenna 充分治療至少 4 個月後, 或已使用 Trinza 治療至少一次 ● 從 Sustenna 轉換至 Hafyera 之前的最後兩劑 Sustenna 需使用相同劑量。
懷孕風險等級	C	C	C	C	C

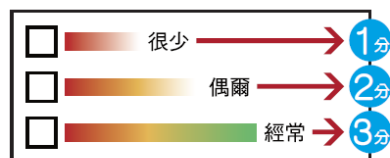
註：資料來源為 2022 年 3 月止，臺灣衛生福利部食品藥物管理署核准之長效針劑抗精神病藥物其產品仿單資訊

附錄 3 圖像化之個人與社會功能自我評估量表

邀請您進行個人及社會功能的自我評估，此量表包含一般功能、人際與社交關係、自我照顧能力、干擾與攻擊行為四項功能評估(共22題)，約5-10分鐘可完成。此量表由台灣精神醫學會印製發行，可幫助您了解自我功能表現，也有助於醫療人員及家屬了解您的狀況。

計分方式

很少(1分)、偶爾(2分)、經常(3分)[如右圖]，例如：
一星期少於2天是「很少」，一星期介於2到5天是「偶爾」，
一星期有6到7天是「經常」。並將該頁分數加總。



一般功能

若您在近期內(上次診療至此次回診期間)有做到以下事項，請在 內打V

1. 我有按時上學或上班

很少
 偶爾
 經常

2. 我會幫忙做家事

很少
 偶爾
 經常

3. 我有購買日常生活用品或雜貨

很少
 偶爾
 經常

4. 我有自己的嗜好與興趣

很少
 偶爾
 經常

5. 我會從事我喜歡而且可以接受的休閒活動

很少
 偶爾
 經常

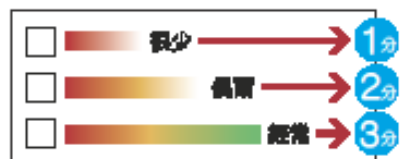
6. 我會閱讀報紙或是看新聞關心時事

很少
 偶爾
 經常

一般功能計分 _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = 得分 _____

計分方式

很少(1分)、偶爾(2分)、經常(3分)【如右圖】，
並將該頁分數加總。



人際與社交關係

若您在近期內(上次診療至此次回診期間)有做到以下事項，請在 內打V

1. 我會與親戚朋友相處聊天

☐ 很少
☐ 偶爾
☐ 經常

2. 我會主動聯繫親戚朋友

☐ 很少
☐ 偶爾
☐ 經常

3. 當親戚朋友主動與我，我會接受與我的

☐ 很少
☐ 偶爾
☐ 經常

4. 我會參加親戚朋友的聚會

☐ 很少
☐ 偶爾
☐ 經常

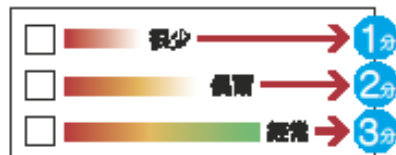
5. 我最近在工作場合/學校團體
治療過程中有與人互動的經驗

☐ 很少
☐ 偶爾
☐ 經常

人際與社交關係計分 _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = 得分 _____

計分方式

很少(1分)、偶爾(2分)、經常(3分)[如右圖]，例如：
一星期少於2天是「很少」，一星期介於2到5天是「偶爾」，
一星期有6到7天是「經常」。並將該頁分數加總。



自我照顧能力

若您在近期內(上次診療至此次回診期間)有做到以下事項，請在 內打V

1. 我都有洗澡，身上都沒什麼臭味

很少
 偶爾
 經常

2. 我都有梳頭髮，會注意頭髮是否蓬鬆

很少
 偶爾
 經常

3. 我每天更換乾淨的衣服

很少
 偶爾
 經常

4. 我能維持外表的整齊與整潔

很少
 偶爾
 經常

5. 我會主動按時服藥或打針

很少
 偶爾
 經常

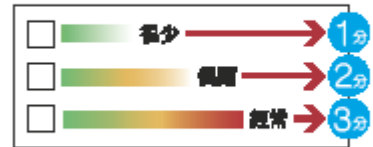
6. 我每天都有定時吃飯，一天吃兩餐以上

很少
 偶爾
 經常

自我照顧能力計分 _____ + _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = 得分 _____

計分方式

很少(1分)、偶爾(2分)、經常(3分) [如右圖]，例如：
一星期幾乎沒有是「很少」，一星期中曾出現是「偶爾」，
一星期出現3次以上是「經常」。並將該頁分數加總。



干擾與攻擊行為

若您在近期內(上次診療至此次回診期間)有做到以下事項，請在 內打V

1. 我無法控制自己的脾氣，對周遭的人感到生氣

很少
 偶爾
 經常

2. 我曾經丟棄物品

很少
 偶爾
 經常

3. 我曾經破壞或砸壞東西

很少
 偶爾
 經常

4. 我曾在公眾場合做出不恰當之舉動 (例如：自言自語、威脅別人……等)

很少
 偶爾
 經常

5. 我曾經與人發生衝突或傷害別人

很少
 偶爾
 經常

干擾與攻擊行為計分 _____ + _____ + _____ + _____ + _____ = 得分 _____

一般功能得分 _____ + 人際與社交關係得分 _____ + 自我照顧能力得分 _____
- 干擾與攻擊行為得分 _____ = 總分 _____

Version: May 2016

4

備註：此量表可於[台灣精神醫學會網站](#)下載，白雅美醫師及楊延光醫師同意授權台灣精神醫學會會員於臨床、學術與研究等非商業用途下自由使用。

附錄 4 中英文專有名詞對照表（按英文字母順序排列）

中文名稱	英文名稱
症狀活躍期	acute phase
服藥順從度	adherence
不良反應率	adverse event
靜坐不能	akathisia
總停止治療比率	all-cause discontinuation
精神病多重用藥	antipsychotic polypharmacy
病人適用性	applicability in the target population
突發性精神病症狀	breakthrough psychosis
支氣管炎	bronchitis
病例對照研究	case-control study
臨床整體嚴重度	Clinical Global Impression Severity
追蹤性研究	cohort study
便秘	constipation
效益費用比率	cost-benefit ratio
因無明顯療效而退出治療的比率	dropouts for inefficacy
賦能	empowerment
道德法律議題	ethical and legal aspects
錐體外症候群	extrapyramidal symptoms
首次發作的思覺失調症	first-episode schizophrenia
高泌乳素血症	hyperprolactinemia
病識感	insight
失眠	insomnia
長效針劑抗精神病藥物	long-acting injectable (LAI) antipsychotics
統合研究	meta-analysis

中文名稱	英文名稱
代謝症候群	metabolic syndrome
鏡像研究	mirror-image studies
情緒穩定劑	mood stabilizer
不劣性隨機試驗	non-inferiority design
非介入性研究	non-interventional study
藥物不反應率	non-response rate
眼球不自主動作	oculogyric crisis
開放式試驗	open-labeled trial
個人與社會功能量表	Personal and Social Performance Scale
活性與負性症狀量表	Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS
正性症狀	positive symptoms
實用性	practicability
醫療人員的使用偏好	preferences of service users
前瞻性研究	prospective study
社會心理功能	psychosocial function
質性研究	qualitative study
隨機對照試驗	randomized controlled trial, RCT
再住院率	re-hospitalization rate
復發率	relapse rate
回溯性研究	retrospective study
險益比	risk-benefit ratio
思覺失調症	schizophrenia
情感思覺失調症	schizoaffective disorder
第二代抗精神病藥物	second generation antipsychotics
醫病共享決策	shared decision-making

中文名稱	英文名稱
嗜眠	somnolence
症狀相對穩定期	stable phase
遲發性運動障礙	tardive dyskinesia
再住院平均間隔時間	time to rehospitalization
耐受性	tolerability
治療中出現的不良反應	treatment-emergent adverse event, TEAE
難治型思覺失調症	treatment-resistant schizophrenia
震顫	tremor