



台灣生物精神醫學

Newsletter

暨神經精神藥理學學會通訊

· 第八期 ·

Taiwanese Society of Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology
(TSBPN-Bulletin No6, May 2009)

電子版 <http://www.biopsychi.org.tw/communicate/communicate.html>

理事長的話



台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)自2002年張故教授文和創會以來，歷經張文和及林克明兩位理事長及3屆理監事先進們的努力，已奠定了學會的基礎。這6年來以各種精神疾病為主軸，藥物治療為副，共舉辦了6次之年度例行研討會，每次不僅能邀請到國外知名學者，亦可聚集國內各領域之臨床研究專家共聚一堂，探討先進知識及研究心得。除此之外，亦成立精神分裂症、躁鬱症、憂鬱症、老人及兒青等小組，討論適合台灣國情之治療共識(Treatment Consensus)。此外，我們積極參與世界生物精神醫學會(World Federation Society of Biological Psychiatry, WFSBP)，並成為其重要的一員。

本屆理監事、常務理監事及理事長已於2008年11月選出，計有理事長1人、常務理事4人、理事10人、常務監事1人、監事4人，共20人。並邀請白雅美醫師擔任本會秘書長及劉英杰、王介暉、陳高欽、陳姿婷醫師擔任副秘書長。經數次開會，對學會遇到的困難，有如下之共識：1.面臨神經科學快速發展的挑戰，台灣生物精神醫學會之拓展停滯不前，會員人數未增，未能吸引新會員加入，及缺乏舊會員之積極參與。他們均提出一個同樣問題：不論有無成為會員均能出席年會、聆聽演講，加入生物精神醫學會能有何益處？2.不像台灣精神醫學會、台灣兒童青少年精神醫學會、台灣老年精神醫學會或剛新成立之台灣成癮學會，他們均可提供專家證照。而生物精神醫學會的性質為純學術研究，是故沒有專家制度，使其入會誘因大大降低。3.生物精神醫學之教育為普遍化、基層化，試問能有多少的Resident Training Program可以教授生物精神醫學？基於以上觀點，學會在常務理事張信義教授領導下，開始“生物精神醫學繼續教育課程(CME Program)”之設計，一年舉辦2次CME，每梯次為期一天。CME鎖定基礎教學，例如腦影像學、分子基因學……等。服務對象以本會會員及住院醫師為主，任何有興趣之同仁均歡迎參加。

再者，在劉嘉逸常務理事之倡導下，學會亦將有專家制度之設立。為符合本學會之成立宗旨，鼓勵精神科醫師投入研究及提高台灣生物精神醫學學術水準。對台灣生物精神醫學之發展有貢獻者，學會將頒發「專家證書」給予符合資格之資深會員。申請辦法已公布。

學會在創會以來一直均有通訊。此通訊將由盧孟良醫師主編，內容將以新的面貌出現。另外，學會亦準備辦一份學會之Peer Review之official Journal，希望能提供生物精神醫學領域之研究論文發表的園地。

本人在此要深深感謝全體理監事之全力支持，秘書長的運籌帷幄及各委員會之貢獻心力，期盼春季年會及繼續教育課程能順利成功。

理事長 **蘇東平**

文獻選讀及評論

Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatment meta-analysis

Andrea Cipriani, Toshiaki A Furukawa, Georgia Salanti, John R Geddes, Julian P T Higgins, Rachel Churchill, Norio Watanabe, Atsuo Nakagawa, Ichiro M Omori, Hugh McGuire, Michele Tansella, Corrado Barbui
出處：Lancet 2009; 373: 746–58

摘要：

背景：以往的統合分析（meta-analysis）對於新一代的抗憂鬱劑之療效並沒有獲得一致的結論。本研究採用多個治療研究結果之統合分析，針對12種新一代抗憂鬱藥物對於重度憂鬱症之療效進行直接及間接的比較

方法：總共收集由1991年至2007年間117個隨機控制之研究，總共有25928位成人重度憂鬱症受試者，比較藥物包括bupropion, citalopram, duloxetine, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, milnacipran, mirtazapine, paroxetine, reboxetine, sertraline, 及venlafaxine。主要的預後指標為患者的藥物反應比例（在8週時症狀評分減少50%以上）或退出研究比例（治療前8週因為任何因素退出研究）。分析方式是採用意向治療分析(intent-to-treat analysis)。

結果：Mirtazapine, escitalopram, venlafaxine,及sertraline在療效上顯著地優於duloxetine, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, 和reboxetine。Reboxetine是所有評估藥物中療效最差的。Escitalopram, sertraline, bupropion,和citalopram具有較佳之接受度，與duloxetine, fluvoxamine, paroxetine, reboxetine,和venlafaxine相比較，他們具有較低的治療中斷率。

討論：在臨床上常處方的抗憂鬱劑進行療效及接受度之比較，結果顯示escitalopram及sertraline是相對較佳之選擇。如果加入價格之考量後，Sertraline可以列入治療中度至重度憂鬱症之首選藥物。

評論：本研究結果則是統合分析許多臨床試驗之結果，其結果則顯示抗憂鬱劑中有療效及治療中斷率上的差異存在，此一結果相信讓許多醫師及某些藥廠覺得驚訝，相對地也讓我們值得省思，以往所接受到的訊息，新藥號稱具有「較優異療效」，到底其真實性有多少？當然本研究所納入之試驗設計具有較多限制，例如：個案嚴重度、年齡、是否有其他合併診斷等，可能與實際情境上有所差距。此外，藥物劑量選擇、評估時間長短、研究樣本大小、及研究贊助者偏差(sponsorship bias)等亦會影響研究結果。相對於本研究之結果，有一篇由美國Agency for Healthcare Research and Quality完成，更為全方位之抗憂鬱劑比較報告，可以參見下列網址http://effectivehealthcare.ahrq.gov/repFiles/Antidepressants_Final_Report.pdf。

沒有一個研究能夠十全十美，我們絕對可以從其中挑出其缺點來批評它，但是當使用如此嚴格的標準看待本篇文獻時，也需要一視同仁的看待其他相關臨床文獻（特別是藥廠贊助），這樣或許可以看透其中的關鍵所在。例如：在選擇憂鬱症患者的藥物治療時，除了本研究所評估的短期療效及治療中斷率，還有其他指標也需要納入選擇藥物之考量，例如藥物治療效應出現時間、長期療效、副作用、功能恢復、生活品質、停藥反應等。

近年來陸續有大規模之臨床研究成果發表，研究設計與一般臨床實際操作情境較為相近，在精神分裂症治療上有CATIE研究，至於在憂鬱症方面則有STAR*D研究，STAR*D研究結果顯示，在level 1服用citalopram 治療12 -14週，約有三分之一的受試者能夠達到緩解，進入level 2的受試者，藥物轉換成sertraline, bupropion,或venlafaxine後，三組的反應率均約為25%，顯示不同作用機制之抗憂鬱劑之臨床效應相當。

然而，作者同時提出一個值得探討的議題，安慰劑控制之研究成為藥物試驗的標準作法，然而在倫理及臨床實務之考量下，此類研究在執行上並不容易。因此或許可以不需要安慰劑組，把sertraline當成對照組（將其視為gold standard），新藥需要能夠在相關預後指標上勝過它才符合資格。

評論者

盧孟良，台北醫學大學醫學系精神學科助理教授及萬芳醫院精神科主治醫師。

文獻選讀及評論

Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis.

作者：Stefan Leucht, Caroline Corves, Dieter Arbter, Rolf R Engel, Chunbo Li, John M Davis.

出處：Lancet. 2009 Jan 3;373(9657):31-41.

摘要

背景：由於第二代抗精神病藥物是否比第一代抗精神病藥物較好一直有爭論，我們做了一個關於雙盲控制性研究的統合分析（meta-analysis），來比較此兩類藥物在精神分裂症的療效。

方法：我們比較九種第二代抗精神病藥物與第一代抗精神病藥物的整體療效(主要的結果)、正性、負性及憂鬱症狀、再發、生活品質、錐體外症候群、體重增加及嗜睡。

結果：我們收集150個雙盲、大部份是短期的研究，共21533位個案數。我們排除了開放性研究，因為他們系統性地傾向第二代抗精神病藥物。整體療效而言，有四個第二代抗精神病藥物較第一代抗精神病藥物表現較佳，約為小至中的effective size(amisulpride -0.31 [95% CI -0.44 to -0.19, p<0.0001]、clozapine -0.52 [-0.75 to -0.29, p<0.0001]、olanzapine -0.28 [-0.38 to -0.18, p<0.0001]及risperidone -0.13 [-0.22 to -0.05, p=0.002])，其他的第二代抗精神病藥物相較於第一代並無較佳的療效，甚至於負性症狀之比較。因此對負性症狀之療效並不是非典型(atypicality)之核心表現。第二代抗精神病藥物較 haloperidol(即使在低劑量) 較不會引起錐體外徑副作用，但僅有些較低效價(low-potency)第一代抗精神病藥物有較低的錐體外徑副作用。除了 aripiprazole及ziprasidone外，第二代抗精神病藥物相較於haloperidol引起不同程度較多的體重增加，但和低效價第一代抗精神病藥物並無差別。第二代抗精神病藥物在嗜睡的副作用上也有不同的表現。我們並未發現有任何一致的調節因子(moderator)，如藥廠贊助、不同比較的劑量、或預防性抗巴金森藥物等。

討論：第二代抗精神病藥物在許多性質的表現上不同，並非是同質的一群藥物，這個統合分析（meta-analysis）提供證據來依據療效、副作用及成本來做個別化的治療。

評論：近年來由於第二代抗精神病藥物的蓬勃發展，讓研究者及臨床醫師對精神分裂症的治療燃起極大希望，特別是在負性症狀、認知功能、生活品質及藥物經濟學上，研究上顯示第二代抗精神病藥物似乎優於第一代抗精神病藥物，也因此精神科抗精神病藥物藥費也節節上昇。近來美國及英國皆有一政府所支持的研究去探討，是否第二代抗精神病藥

物優於第一代藥物，即Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness(CATIE)及Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drug in Schizophrenia(CUtlASS)，這兩個研究結果顯示第一代抗精神病藥物在療效或藥物經濟學似乎不比第二代抗精神病藥物差，而副作用上則各擅勝場。

世界精神醫學會(WPA)的精神藥物部門，因此又進一步去審視至目前研究的証據，他們發現除了clozapine在難治型精神分裂症優於其他抗精神病藥物，其他第二代抗精神病藥物是否有較佳的療效在研究結果並不一致;即使它們和第一代抗精神病藥物真的有療效上的差異，可能也不大，另外，劑量可能扮演一個重要因素。相較於抗精神病藥物間對正性症狀的療效可能差不多，它們對副作用如錐體外徑副作用、代謝症候群及其他副作用差異性卻極大。

此篇統合分析似乎進一步呼應之前CATIE及CUtlASS之研究及WPA之報告。在此研究中有幾個值得注意的限制，首先它是以haloperidol為比較基礎，但CATIE及CUtlASS是以中效價(medium potency) perphenazine或50%的病人使用sulpiride的第一代抗精神病藥物病人來比較;是否若用中效價第一代抗精神病藥物比較，則如CATIE及CUtlASS無差異，需進一步探討。另一個則為劑量問題，例如quetiapine > 250mg/day之研究則納入，似乎遠低於目前使用的劑量，是否因此quetiapine在正性症狀因此表現較haloperidol為差，也需更多的研究去證實。

在此篇研究中很重要的是它揭示了並非每一種第二代抗精神病藥物在療效上都是一樣的(這在CUtlASS無法比較，因總個案僅兩百多人)，在CATIE 1-3 phase的結果似也告訴我們，在不同臨床狀況下不同的抗精神病藥物擁有不同的優勢。此篇統合分析也顯示在副作用上第二代抗精神病藥物也各不相同，此部份和之前大多的研究及CATIE的結果也類似。此篇研究在最後討論的部份似乎為最近這幾個大的研究下一註腳，”臨床醫師應考量療效、副作用及藥價，去針對精神分裂症病人做個別化的治療”。個人也深深以為打混仗的時代已經過去，不能再以MARTA、SDA或pure D2 antagonist來區分第二代抗精神病藥物，第二代或所有抗精神病藥物該”個別化”或”區隔化”的時代已然來臨。另則是依CATIE及CUtlASS的結果，我們似乎也該重新審思中效價第一代抗精神病藥物、長效針劑及clozapine在精神分裂症病人治療之使用是否偏低。

評論者：邱智強 台北市立聯合醫院松德院區(原台北市立療養院)一般精神科 主治醫師

10週體重控制課程，對肥胖之精神分裂症及情感性精神分裂症病人的療效，及其12個月後的追蹤療效。

作者：陳志根、陳世志、黃玉書*為長庚醫院精神科主治醫師

出處：Psychiatry and Clinical Neurosciences 2009;63(1)：17-22

摘要：

目的：因為抗精神病劑的使用造成體重的增加往往導致許多嚴重的後果，如 type II 糖尿病、高血壓、心血管等疾病，同時也影響病人的服藥意願與遵從性。體重管理課程或許對門診的精神分裂症病人是有效益的，當然，經濟效益是另一個議題。本篇主要目的是在評估門診使用非典型抗精神病劑治療的精神分裂症病人在經過10週的體重控制課程後之療效，並追蹤這群病人在結束療程後一年的療效評估。

方法：本研究收案33位精神分裂症病人，且合併因服用非典型抗精神病劑導致肥胖的病人進入此研究。安排這些病人接受為期10週的體重管理課程，病人在進入課程之前均經過PANSS的結構化會談，並做完簡單身體檢查，如身高、體重、血壓及實驗室抽血檢查血糖、膽固醇及三酸甘油酯，以及身心方面的問卷及生活品質問卷評估。在課程追蹤的第4週、第8週、第10週、第24週及第48週再次進行理學檢查、問卷調查。同時在課程結束時（第10週），將重新評估其實驗室抽血檢查，最後將結果進行統計分析。

結果：有6位男性、27位女性，平均年齡為31.9（±6.4）歲，平均BMI為30.3±4.6，有26位病人（90.1%）完成全部的體重管理課程，10週體重管理課程後平均體重減少2.1公斤，BMI減少0.8；6個月後平均體重減少3.7公斤，BMI減少1.5；12個月後平均體重減少2.7公斤，BMI減少1.1。同時10週後血中三酸甘油酯也有顯著下降，並達統計學上的意義，生活品質量表及BDI、BAI及ESS量表也有明顯進步。

結論：10週的體重管理課程，對精神分裂症病人因服用抗精神病劑造成肥胖者，是可以減低其體重，並增加其生活品質，且12個月後仍有其長期療效。

研究心得：此研究為精神分裂症病人體重控制的研究論文，主要目的是想了解體重管理課程對服用抗精神病劑的肥胖病人是否有效，並且長期追蹤以便了解其肥胖是否有復發狀況，雖然個案數不多，且為臨床研究，但因此體重管理課程為一有系統及組織的課程，且為一套健康的體重控制方法，故可做為臨床治療病人參考用。

Clozapine 之體重增加之8年世代追蹤研究 (Weight gain with clozapine: 8-year cohort naturalistic study among hospitalized Chinese schizophrenia patients)

作者：白雅美, 陳震宇, 陳姿婷, 林知遠, 周碧瑟, 蘇東平, 林朝誠

出處：Schizophrenia Research accepted. 2009 Mar;108(1-3):122-6

摘要

背景：許多研究已顯示Clozapine 之體重增加副作用，但體重增加副作用是只發生於用藥早期或是持續的副作用，因長期研究仍不多仍未定論。且過去研究均以門診病人為研究對象，病人的藥物遵從性、飲食內容、活動量與生活環境等可能造成干擾變素。本研究以長期住院使用Clozapine精神分裂症患者為研究對象，可減少上述干擾變數來評估使用Clozapine之長期體重變化曲線。

方法：研究個案為台灣最大精神科專科醫院長期住院使用Clozapine精神分裂症患者，個案住院期間接受每週之體重測量。以病歷回溯方式收集人口學資料、開始使用Clozapine年齡、使用Clozapine後每月體重記錄等進行體重變化曲線及相關影響因子之分析。

結果：使用Clozapine共349位，204位為男性，開始用藥年齡為38.6±9.3歲，Clozapine平均劑量為318±9.3 毫克/天。以linear Mixed model分析顯示使用clozapine 後體重隨使用時間增加直至第42月達到高原(plateau)才趨緩。以GEE(Generalized Estimating Equations)分析體重變化預測因子，發現開始用藥年齡較輕(p=0.0038)、以及用藥前身體質量指數(BMI)較低者(p<0.0001)體重增加較明顯。用藥前身體質量指數在25或以下者體重增加達10.98±8.48 kg，而用藥前身體質量指數在25以上者只增加1.17±13.29 kg。

結論：本研究顯示Clozapine 之體重增加副作用可持續達42月，與過去西方研究類似。年輕與體重較輕者具較高體重增加危險性。

研究心得：此研究為玉里之代謝症候群研究論文之一，嘗試回答臨床上實際的問題：使用Clozapine 的病人不易換藥，但其體重增加要持續多久？因研究樣本數夠大(349位)及長期資料的優勢，雖無任何檢驗數值，可獲刊登。年輕與體重較輕者具較高體重增加危險性，與許多短期研究結果相似，可作為臨床用藥參考。

作者：白雅美，台北榮民總醫院精神部主治醫師及國立陽明大學醫學系助理教授

台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會 教育委員會將推出繼續教育課程(CME)

張信義主任委員
生物精神醫學會教育委員會

隨着生物科技的進步，近年來生物精神醫學及精神藥理學都有長足的進步。對不少的精神疾病的瞭解與治療也有突破性的新知。然而除了少數尖端的研究人員以外，一般臨床醫師無法及時覽閱，並消化爆增的新資訊。當下一些訓練住院醫師的院所亦因為師資不足，無法提供這方面完全的教育。為此設立教育委員會，策劃並舉辦教育課程。

為使與會者能有效地學到重要與臨床相關的資訊，除了聘請國內外研究有成者主講外，同時強調講師能深入淺出，從基礎講起，說明相關名詞的定意，研究的方法，結果的判讀與臨床的相關意義與應用。其目的在避免課程成為枯燥的研究報告。

今年預定舉辦兩場繼續教育課程，視大家的反應決定是否增加場次。第一場六月十三日將在台北舉行，地點為圓山大飯店，與兩岸精神醫學交流研討會合辦。講題為影像學基礎課程(一)。第一場講師為邱震寰博士，於波士頓大學進修影像學，將介紹利用MRI 進行臨床研究之基礎課程。第二場之講師為周元華博士為瑞典卡洛林斯卡醫學研究院博士，將介紹使用核醫造影作為臨床研究之基礎課程。第三場講師為國立陽明大學神經學林永煬教授，將介紹腦磁波(MEG)於臨床神經精神科學應用。希望這第一場影像學基礎課程可引發大家對此領域的興趣。第二場預定於十月十七日星期六在中部舉行，主題為分子遺傳學研究。參加繼續教育課程者將發給研習證明，課程並申請台灣精神醫學會教育學分。生物精神醫學會會員免繳報名費，非會員之報名費為六百元。非會員報名時若直接申請入會者可免報名費。

誠懇地盼精神醫學同仁提供意見與參與，共同努力以提升對生物精神醫學的知識與興趣。相關資訊請見台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會網站 <http://www.biopsychi.org.tw/>

教育委員會：張信義〈主任委員〉、邱南英、劉嘉逸、蔡尚穎

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會

影像學繼續教育與海峽兩岸 精神醫學專家研討會

●時 間：2009年6月13日(星期六)~6月14日(星期日)

●地 點：圓山大飯店

●主辦單位：台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會

●協辦單位：Pfizer 輝瑞大藥廠股份有限公司

報名請洽：台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會
連 絡 人：黃嘉敏秘書
電話 / 傳真：(02)2871-4424
E-mail：psygrace1@gmail.com
台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會網站
<http://www.biopsychi.org.tw/>

學分及訓練證明：
1.與會者將發給繼續教育影像學基礎課程研習證明。
2.繼續教育課程將申請台灣精神醫學會教育學分。

報名費用：
生物精神醫學會會員免繳報名費，非會員之報名費為六百元。
非會員報名時若直接申請入會者可免報名費。

2009/6/13	內 容	主 講 者	主 持 人
12:30~13:00	Registration		
	兩岸精神疾病研究現況與用藥經驗分享		
13:00~13:20	Opening & Greeting	蘇東平 理事長 哈爾濱醫科大學附屬第一醫院 胡建 主任	
13:20~14:00	中國大陸精神疾病診斷系統與治療	杭州新華醫院 心理科 陶明 主任	哈爾濱醫科大學附屬第一醫院 胡建 主任
14:00~14:40	台灣精神疾病研究現況與用藥經驗分享	蘇東平 理事長	張信義 主任委員
14:40~14:50	Discussion	All	
14:50~15:00	Break		
	繼續教育：影像學基礎課程（一）		
15:00~15:10	Opening	張信義 主任委員	
15:10~16:00	利用MRI 進行臨床研究之基礎課程一	台北市立聯合醫院 精神科 邱震寰 醫師	
16:00~16:50	使用核醫造影作為臨床研究之基礎課程一	台北榮民總醫院 精神部 周元華 主任	林口長庚醫院 劉嘉逸 主任
16:50~17:40	腦磁波(MEG)於臨床神經精神科學應用之基礎課程一	台北榮民總醫院 神經內科 林永煬 教授	
17:40~17:50	Discussion and closing	彰化基督教醫院 鹿東分院 邱南英 院長	
18:00~20:30	Dinner		

2009/6/14	內 容	主 講 者	主 持 人
09:00~09:10	Opening	高雄長庚醫院 張明永 副院長	
	精神病患的診斷與治療經驗分享		
09:10~10:00	精神分裂症的腦波研究與應用	台大醫院 精神部 謝明憲 醫師	三軍總醫院 精神部 黃三原 主任
10:00~10:30	抗精神病藥的受體藥理學與臨床應用	哈爾濱醫科大學附屬第一醫院 胡建 主任	杭州新華醫院 心理科 陶明 主任
10:30~10:40	Break		
10:40~11:30	抗憂鬱藥循證醫學新進展	上海仁濟醫院 神經內科 張瑛 主任	杭州新華醫院 心理科 陶明 主任
11:30~12:20	精神疾患的全面身心照護	彰化基督教醫院 鹿東分院 邱南英 院長	高雄長庚醫院 張明永 副院長
12:20~12:30	Discussion & Closing	中山醫學大學附設醫院 賴德仁 教授	

●6月14日議程結束後，備有餐盒。

「創立理事長張文和研究論文獎」申請辦法草案

97.8.15 第三屆第四次理監事會議通過

第一條 主旨：依本會章程第一章第二條「提高國內生物精神醫學暨神經精神藥理學之研究水準，促進國內精神醫學的蓬勃發展」，為鼓勵本學會會員醫師從事生物精神醫學之相關研究，特設「理事長研究論文獎」（以下簡稱本論文獎）。本論文獎由學會提供。

第二條 對象：限本會會員申請。

第三條 名額：本論文獎獎額每名新台幣貳萬元，每年一名，如無適當人選則從缺。**得獎者不得連續得獎，每位得獎以三次為限。**

第四條 申請辦法：申請時需備最近三年內於國內研究完成，且在學術期刊發表之論文一式五份，須為未曾獲得其他獎金者，申請者並需為該論文之第一作者，**每位申請者每年度以一篇論文申請為限。**

第五條 申請時間：每年七月三十一日前截止。

第六條 審查方式：本論文獎由本會聘請相關領域之專家會同審查，結果經理事長決議通過。

第七條 頒獎日期：得獎者於該年度會員大會受頒並接受表揚。

第八條 本辦法經由本會理監事會通過後實施，修改時亦同。

「Dr. Paul Janssen研究論文獎」申請辦法

97.8.15 第三屆第四次理監事會議通過

第一條 主旨：依本會章程第一章第二條「提高國內生物精神醫學暨神經精神藥理學之研究水準，促進國內精神醫學的蓬勃發展」，為鼓勵本學會會員醫師從事精神分裂病之相關研究，台灣精神醫學暨神經精神藥理學學會受嬌生股份有限公司委託特設「Dr. Paul Janssen研究論文獎」（以下簡稱本論文獎）。本論文獎由嬌生股份有限公司全額提供。

第二條 對象：限本會會員申請。

第三條 名額：本論文獎獎額每名新台幣壹萬元，每年二名，如無適當人選則從缺。**得獎者不得連續得獎，每位得獎以三次為限。**

第四條 申請辦法：申請時需備最近三年內於國內研究完成，且在學術期刊發表之論文一式五份，須為未曾獲得其他獎金者，申請者並需為該論文之第一作者，**每位申請者每年度以一篇論文申請為限。**

第五條 申請時間：每年七月三十一日前截止。

第六條 審查方式：本論文獎由本會聘請相關領域之專家會同審查，結果經理事長決議通過。

第七條 頒獎日期：得獎者於該年度會員大會受頒並接受表揚。

第八條 本辦法經由本會理監事會通過後實施，修改時亦同。

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家證書申請辦法

98.3.7 第四屆第三次理監事會議決議

- 第一條

依據本學會第四屆第三次理監事會議決議：為達成「提高國內生物精神醫學暨神經精神藥理學之研究水準，並促進國內精神醫學的蓬勃發展及鼓勵會員長期積極參與學會活動及從事相關研究」之成立宗旨，訂定「台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家證書」申請辦法。
- 第二條

申請資格須符合下列三項：
1. 維持台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會會員資格 5年(含)以上
2. 精神科專科醫師證照 2 年(含) 以上或部定各級教職兩年(含)以上。
3. 五年內以第一作者發表一篇以上論文(含個案報告) 於SCI 、台灣 精神醫學期刊或國科會認定之台灣優良醫學期刊。
- 第三條

申請辦法：申請人請檢附個人資歷及論文發表相關證明申請寄至學會秘書處，並繳交申請審核費600元整。經審查委員會通過後頒發證書。
- 第四條

專家證書每5年更新一次，維持台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會會員資格者免費換發。

中華民國 年 月 日	類別	會員	通訊處	住址	戶籍	學歷	姓名
	☐ 贊助會員	☐ 個人會員					別性
			經歷	年 月 日	出 生		
				貫籍			
					縣 ()	省 ()	
	請列兩位會員為推薦人	電話		現職	統一編號	身份證	
		(公)					
		e-mail					

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會個人會員入會申請書

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會第四屆理監事

【理 事 長】	蘇東平
【常務理事】	周元華、沈武典、張信義、劉嘉逸
【理 事】	邱南英、胡海國、夏一新、張明永、楊添園、劉興政、蔡尚穎、盧孟良、藍先元、藍祚鴻
【常務監事】	陳嘉祥
【監 事】	李文貴、陳坤波、陳志根、葉啟斌

委員會組織

【國際事務委員會】	蘇東平、胡海國、張明永
【學術委員會】	沈武典、夏一新、藍先元、陳嘉祥
【會員委員會】	劉興政、葉啟斌、藍祚鴻
【教育委員會】	張信義、劉嘉逸、邱南英、蔡尚穎
【出版委員會】	盧孟良、楊添園、李文貴
【財務委員會】	周元華、陳志根、陳坤波
【秘書長】	白雅美
【副秘書長】	劉英杰(北區)、謝明鴻(中區)、陳高欽(南區)、陳姿婷(東區)
【秘 書】	黃嘉敏

年度行事曆

2009年05月02日	春季學術研討會／台北喜來登大飯店B2 福廳
2009年06月13日	北部CME program: 腦影像學
2009年07月31 日	研究論文獎申請截止
2009年09月05日	生物精神醫學年會暨會員大會
2009年10月17日	中部CME program: 分子遺傳學

您還在窮於應付憂鬱症狀 未獲控制的問題嗎？



Efexor XR[®]

可打破未獲控制之憂鬱症的病程循環

已被核准使用於鬱症、泛焦慮症、社交焦慮症、恐慌症¹
已證實可降低復發的機率¹

使用前詳閱說明書警語及注意事項
僅供醫護專業人員參考

Reference: 1. 藥品仿單

ONCE-DAILY
VENLAFAXINE HCl
EFEXOR XR[®] EXTENDED
RELEASE
CAPSULES
The change they deserve.

Wyeth

台灣惠氏股份有限公司
美商惠氏藥廠(亞洲)股份有限公司台灣分公司
地址: 台北市松山區105健康路156號8樓
台北: (02) 2765-5678 · 台中: (04) 2378-1000 · 高雄: (07) 239-9888

衛署藥輸字第024421・023571號
北市衛藥廣字第97090038號

WL20080903EfexorXR

目錄

• 理事長致詞稿(蘇東平 理事長)	page 1
• 文獻選讀及評論	
1. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatment meta-analysis	page 2
2. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis	page 4
• 本土研究及心得分享	
1. 10週體重控制課程，對肥胖之精神分裂症及情感性精神分裂症病人的療效，及其12個月後的追蹤療效	page 6
2. Clozapine 之體重增加之8年世代追蹤研究(Weight gain with clozapine: 8-year cohort naturalistic study among hospitalized Chinese schizophrenia patients)	page 7
• CME 課程介紹	page 8
• CME 議程	page 9
• 研究論文獎申請辦法	page 10
• 台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會專家證書申請辦法	page 11
• 入會申請書	page 13
• 學會組織圖	page 14
• 年度行事曆	page 14

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會通訊 第八期

發行人：蘇東平

主編：盧孟良

理事長：蘇東平

秘書長：白雅美

常務理事：周元華、沈武典、張信義、劉嘉逸

理事：邱南英、胡海國、夏一新、張明永、楊添圍、劉興政、蔡尚穎、盧孟良、藍先元、藍祚鴻

常務監事：陳嘉祥

監事：李文貴、陳志根、陳坤波、葉啟斌

秘書：黃嘉敏

發行所：台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會

編輯處：台北市石牌路二段201號 台北榮總精神部四樓 部主任辦公室

電話/傳真：(02)2871-4424

E-mail: psygrace1@gmail.com

學會網址：http://www.biopsychi.org.tw/

郵政劃撥：戶名：台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會

帳號：19742461