

## 台灣生物精神醫學 Newsletter

## 暨神經精神藥理學學會通訊

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



今年5月2日的春季年會參與之人員十分踴躍,會中內容更是精彩,外賓包 括有Professor Kahn及Professor李敏秀。下午的前理事長張文和教授紀念演講及 醫師典範倫理演講,讓本次活動融入了人文修養,十分特別。

6月13日所舉辦之繼續教育研討會及兩岸學術交流亦十分成功。CME之主 題以正子照影、MRI及MEG之基礎教育為主,與會者受益良多。唯住院醫師參 加人數不多,殊為可惜。希望10月13日在彰基之鹿東分院舉辦之Genetics in

psychiatry的CME住院醫師及專科醫師均能踴躍出席。

本人在六月底赴巴黎參加世界生物精神醫學會(World Federation Society of Biological Psychiatry, WFSBP)。五天之會議計有近5000人參加,本人代表本學會參加此次理監事會,選舉理事長及重要成員, 並成為WFSBP所舉辦的世界生物精神醫學雜誌(WJBP)之Board member。此雜誌之Impact Factor最近突 增至3.58當然是主事者之努力,然其竄為與他們發展並刊登在WJBP的精神疾病之治療指引有相當大的關 係。此會歐洲國家之成員佔了45%,亞洲國家為次佔了34%,其他拉丁美洲、英、美國最少。此會之成員 中80%為臨床醫師,20%為基礎醫學之神經科學專家,日本在會長Prof. Takada之帶領與10多位日本醫師 努力下,爭取到2013年在日本京都舉行第11屆WFSBP之會議,其精神令人感動。

今年11月由日本的Yamawaki教授倡導的第一屆亞洲神經藥理學會(AsCNP)即將於京都舉行。本會在 周元華常務理事之積極籌劃下,將有至少50人以上參與,亦在本會秘書處呼籲下,有26篇投稿文章,顯 示會員們之熱心。此AsCNP為神經藥理學第一次之全亞洲學術交流會議,意義十分重大。

9月5日將是我們的秋季年會,年會主題為情感性精神症,會中將邀請四川華西大學龔啟勇教授主講 腦影像學、日本的Prof. Kato的Bipolar dosprder以及美國Duke大學的John Rush教授的憂鬱症治療綜觀及 指引。下午之倫理講座,我們邀請到台灣影像學之專家-國立陽明大學謝仁俊醫師主講情感的發展與腦造 影。

環顧亞洲地區,生物精神醫學及神經藥理學之發展,台灣之表現仍有發展空間。我們應該集體申請大 型之研究計畫,聯合各醫學中心、區域醫院之醫師進行臨床神經精神藥物試驗研究,並系統地深入找尋其 藥物機轉,做出台灣主要精神疾病之治療指引,我們期盼有更多的會員加入本學會,以學術研究為目標, 偽造福台灣社會人民精神健康而努力。

最終敬祝大家身心健康

#### 第九期

#### 文獻選讀及評論

## Persisting Decline in Depression Treatment After FDA Warnings

Anne M. Libby, PhD; Heather D. Orton, PhD; Robert J. Valuck, PhD, RPh 出處: Arch Gen Psychiatry, 2009:66(6):633-639

#### 摘要:

背景:2003年10月,美國食物藥品署對服用抗憂鬱藥物的兒童及少年(pediatric)提出關於 自殺危險的公共衛生警示;2005年2月開始,藥品包裝及仿單須標示警語及藥物指引。 在2007年5月這項警示延伸至18至24歲青年人(young adult)。2003年提出警示後, 意料之外的是,在兒童及少年族群中,新近診斷憂鬱症與使用選擇性血清素回收抑制劑 以外治療方式也立即下降,而原本不屬於警示對象的成人病患,也呈現類似的溢出效應 (spillover effect)而呈現類似情形。

方法:本研究目的是要瞭解,對憂鬱症治療的下降趨勢,對於兒童少年,青年人與成人是否持續發生。研究地點鎖定為各地門診部門,對新診斷憂鬱症的兒童少年,青年人與成人數目加以統計,時間為1999年7月到2007年6月間,利用美國全國整合性管理式照護資料庫,以美國食物藥品署發表警示後的趨勢,對照於用警示前使用模式推估出來的預期趨勢兩相比較。比較的項目為新增的憂鬱症診斷,抗憂鬱、抗精神病以及抗焦慮藥物的處方數,和心理治療次數。

結果:在兒童少年族群中憂鬱症照護的改變與成人一樣。新增憂鬱症的診斷率在兒童少年部份回復到1999年的水準,在成人部份則低於2004年的狀況。基層照護提供者在新診斷憂鬱症部份持續呈現顯著下降的情形(兒童少年降低44%,青年人降低37%,成人降低29%),由精神衛生提供者而非精神科醫師診斷為憂鬱症患者的比率增加。從警示前趨勢來看,抗焦慮以及非典型抗精神病藥物的處方數並沒有顯著的變化。成人的心理治療顯著增加,但是在兒童及少年則沒有增加。選擇性血清素回收抑制劑在所有世代都減少;血清素正腎上腺素回收抑制劑在成人部份則有增加情形。

討論:憂鬱症的診斷持續降低。在兒童少年以及青年人部份,其他治療方式並不足以彌補抗憂 鬱藥物或選擇性血清素回收抑制劑使用情形降低的現象。此外,溢出效應持續影響成人 族群,顯示出這種未意料到的效應,對於更大的族群產生了並非短暫,而且實質、擴散 性作用。作者認為應該採取政策行動來克服目前憂鬱症治療明顯下降與不足的情形。

評論:在研究方法上,這麼大規模的統計,並且以預測趨勢(以警示前的使用規模來推估)加以比較,自然有其主要的限制,作者也在內文中加以說明。但是,更有興趣的是,作者

是否假設,因為藥品警示的出現,一些應該得到診斷與治療的患者,就得不到該有的診 斷與治療,而且,原本不應該牽涉的對象(成人),也被波及(這就是原本用於經濟學的用語,溢出效應)。

一個簡單的警語或標示,竟然可以對診斷、處方行為以及治療選項產生影響,大概是臨床工作者不容易想像,或是也真的「意想不到」的。但是在社會科學層次,這樣的研究結果,確實可以讓醫療社會學或是醫療人類學者大做文章,原來,精神科診斷的「可塑性」(plasticity),竟然如此可觀。不過也正由於主題是「憂鬱症」及其對應的治療模式,才會讓這樣的議題更容易發酵。其實,社會科學的一些研究或論述也斷續指出,藥物的發明,診斷概念的演繹,長久以來就影響許多精神科診斷的發生率與盛行率,而這些的發現,有時會被認為不瞭解精神醫療或是不瞭解診斷系統,或被認為「反精神醫學」。

正面地來看,這樣的研究其珍貴之處,就是讓習慣於「診斷」,之後「治療」的直覺式思考聯結,有其反思的機會。換言之,我們的「診斷」,會多受到多少「外部因素」,或是「非診斷因素」的干擾呢?但是,懇切地期判,這樣的思考不要又回到,精神科訓練專業不足,診斷一致性的不足,這樣「專業」的考量上。而是讓我們更開放式地面對,診斷一治療的聯結之外,其實有更多論證的空間。

其實就診斷系統的內在邏輯來看,憂鬱症的診斷準則或疾病分類本身,也可以引發許多積極的討論。誠如Manic-Depressive Illness作者Frederick K Goodwin與許多研究者所主張,單極性憂鬱症(unipolar depression)應該回歸以病程,家族史,生物標記等等的定義,才不會讓以往所謂精神官能性憂鬱症(或是與外因、壓力相關的憂鬱症狀)甚或是適應障礙的許多臨床現象,都因為DSM-IV診斷系統歸類為憂鬱症,更嚴謹的診斷分類,可以讓診斷與治療的一致性與共識更容易達成。

但是,這樣的分類,雖然可以讓單極性憂鬱症趨於同質性,卻可能讓許多具有憂鬱症狀的患者成為「他處無法分類之憂鬱症」患者。更進一步,到底範疇或類型式(categorical)的診斷分類,還是層次式(dimensional)的診斷分類更貼近臨床?恐怕這是DSM系統目前的嚴重挑戰之一,也是現今精神科醫師無法解決的難題之一。

#### 評論者

#### 楊添圍

臺北市立聯合醫院松德院區一般精神科主治醫師兼科主任

#### 第九期

#### 文獻選讀及評論

## A Survey of the Practice of Electroconvulsive Therapy in Asia

作者:Worrawat Chanpattana, Barry Alan Kramer, Girish Kunigiri, B.N. Gangadhar, Rungrueng Kitphati, Chittaranjan Andrade 出處:J of ECT 2009

#### 摘要

目的:為了詳細了解電氣痙攣治療(electroconvulsive therapy, ECT, 簡稱電療)在亞洲的實施情況。

方法:從2001年至2003年間,作者群將一份29題的問卷寄給亞洲45個國家的977個精神醫療機構(institutions),機構依性質可區分為醫學中心、精神專科醫院及綜合醫院。設定完成問卷的對象是每間機構主管電療的精神科醫師。

結果:總共有29個國家的334間機構(34.2%)回覆問卷。其中有23個國家共257間機構(77%)可實施電療。於研究調查的前一年,共有39875名病患(62%為男性)接受過平均7.1次的電療。大部分病患(73.1%)年齡介於18~44歲,只有少數在18歲以下(6.0%)或64歲以上(4.4%)。精神疾病的電療使用率如下:精神分裂症(41.8%)、重鬱症(32.4%)、躁症(14.0%)、僵直症(6.9%)、藥物濫用(1.8%)、輕鬱症(1.6%)、其他(1%,大部分是暫時性精神病和妄想性疾患)。在197個機構中,僅115間(58.4%)使用短脈衝(brief-pulse)電療儀。腦波監測僅有59間機構(23.0%)常規性實施。共有202間機構(78.6%)只實施雙側電療而未曾使用過單側電療。有14個國家共141間機構(54.9%)對22194名病患(55.7%)施以未修正電療(unmodified ECT)。在17個國家的115間機構(44.7%)有使用持續性電療(continuation ECT)以防止復發(relapse),其中63間機構在C-ECT後施以維持性電療(M-ECT)預防再發(recurrence)。沒有任何一間機構有正式的電療訓練計畫。

結論:亞洲的電療實施情況似乎未盡理想(suboptimal):電療最常見的適應症是精神分裂症,而非憂鬱症;許多機構仍使用正弦波(sine-wave)電療儀;未修正電療的使用相當普遍;大部分的機構僅實施雙側電療;常規性腦波監測並不普遍;持續性電療的實施亦不常見;而且沒有任何正式的電療訓練。我們推斷所謂「電療實施未達理想」是反映出開發中國家醫療需求與水平的實際情況,它們雖然造成亞洲地區與歐美國家的電療實施規範與樣本特質有所落差,但這應只是不同地理區域產生的差異,而非電療的不當使用。雖然電療實施尚未理想,然而我們比較紐約、西班牙、比利時、俄國及其他地區所做的調查,其實全世界的電療實施皆未達理想。此外亞洲仍然屬於開發中地區,譬如;2001

年世界銀行估計全世界約有11億的人口仍活在極度貧窮的環境中,其中4億在南亞,3 億在東亞。因此亞洲在醫療照護上面臨嚴重的財政和人力短缺問題,特別是精神醫療方面。實際上,亞洲的電療實施與先前的研究比較已有改善,例如;短脈衝電療儀的使用已較為普遍,且未修正電療的實施已減少。

評論:此份調查資料是在2001年~2003年間所收集,但至2009年才刊登。筆者認為在科技一日 千里的時代,調查性研究的結果應有其時效性,例如;調查顯示當時日本占正弦波電 療儀使用總量的70%,因為短脈衝設備至調查其間才在該國獲得許可。假設現在重新調 查,除了部份人口學外,其它關於電療實施技術與設備方面的結果勢必不同。不過當我 們審視下述3個理由,此調查報告仍具有重要的價值:(1)資料涵蓋近40000名病患,他 們在一年間接受將近25萬次電療;(2)調查結果顯示亞洲樣本的人口學屬性與西方國家 不同,且實施方式與公認的理想電療有所差異;(3)至今仍未有涵蓋如此廣大區域的研 究。

我們認為閱讀此份調查性報告的重點在於「了解臺灣電療的實施與亞洲調查數據有何差異」以及「統計數字背後的涵義」。Little等人於2003年對亞太地區進行的電療調查及此次泰國Chanpattana等醫師對亞洲45個國家的大型問卷調查,臺灣皆未能參與或回函,以致世界衛生組織(WHO)中並無臺灣的電療實施資料。因此,筆者擬將個人於2007年「對臺灣精神醫療機構實施電療的問卷調查」中,結果可匹配亞洲調查的數據,用條列式方式與此亞洲調查報告作比較,以了解臺灣的電療實施與亞洲地區的調查有何異同。

- 1. 調查的精神醫療機構數目: 977間(45個國家):110間(臺灣約有120個精神醫療機構)
- 2. 回覆問卷的機構數目與比率: 334間(34.2%):66間(60%)
- 3. 可實施電療的機構比率: 257間 (77%):51間 (77%)
- 4. 老年人實施電療的比率: 4.4% : 3%
- 5. 電療最常見的適應症:精神分裂症(41.8%):精神分裂症(60%~83%)
- 6. 使用短脈衝電療儀的比率:115間/197間(58.4%):51間(100%)
- 7. 主管電療醫師熟知設備的比率:82間/197間(42%):51間(100%)
- 8. 僅使用雙側電療的比率: 202間/257間(78.6%):51間(100%)

- 9. 實施腦波監測的比率:59間/257間(23.0%):28間/40間(70%)
- 10. 施以未修正電療的比率:141間/257間(54.9%):32間/40間(80%)
- 11. 研究前一年間,電療的死亡率:每100,000名病患中7.5名(0.0075%):(0%)

綜合上述,我們將臺灣電療調查結果劃分為正向、負向。正向方面:問卷回覆率 (60%)、使用短脈衝電療儀的比率(100%)、腦波監測率 (70%)、主管電療醫師熟知設備的比率 (100%) 及研究前一年,電療的死亡率 (0%) 皆優於亞洲調查結果。負向方面:未修正電療的使用率(80%)、精神分裂症占電療的使用率(60%~83%) 以及僅使用雙側電療的比率(100%)大於亞洲調查結果。

我們回顧文獻並嘗試解釋問卷調查結果之間的差異及部份重要項目統計數字背後的涵義:

- 1. 問卷回覆率:亞洲調查的回覆率雖低(34.2%),不過印度(22.2%)、日本(30%)及泰國(15.9%)等3個國家回覆率卻相當高,約占總樣本的70%。作者群認為回覆率高是因為他們與上述3個國家有地緣上的關係所致。筆者認為臺灣調查的回覆率高(60%)其主要原因亦是在此。
- 2. 老年病患的電療比率:歐美國家老年人約占電療病患的34%,或許是因為老年病患有較多的合併症、服用較多的藥物、以及對抗憂鬱劑的耐受力較低所致。對照之下,臺灣與亞洲調查的樣本中老年病患只占3%~4.4%。作者群認為這主要是反映亞洲的人口統計,而非刻意將老年病患排除在電療外。不過筆者認為此現象與亞洲未修正電療高使用率較有關連,因為老年病患常有骨質疏鬆,如不給予肌肉鬆弛劑,將導致高比率的骨折併發症。
- 3. 電療最常見的適應症:歐美國家憂鬱症(大於80%)是最常見的電療適應症,但亞洲國家卻是精神分裂症(41.8%~83%)。許多文獻指出「電療合併抗精神病藥物」對於精神分裂症是適當的療法,尤其是希望快速地改善症狀時。另外電療可縮短病患的住院時間,並減輕開發中國家有限醫療資源的負擔,例如;非典型抗精神病藥物的高成本。因此電療在精神分裂症的高使用率應可合理化。反過來說,有個問題值得探討,已開發國家對於精神分裂症的電療使用率是否偏低。
- 4. 正弦波電療儀的使用:恆定電壓的正弦波電療儀被認為已過時,因為它會傳送過多的電量,導致較嚴重的認知障礙。儘管如此,亞洲調查顯示41.6% 的機構仍使用正弦波設備,其中日本占了70%,臺灣全部 (100%) 使用短脈衝電療儀。令人驚訝的是:58%(日本占了42%)主管電療的精神科醫師不知道其設備的品牌,還有在實施程序上,竟然有1.54%的機構例行地使用氣管插管,其中日本占了46%。由於亞洲的調查中許多地區相當貧窮,因此作者群相信正弦波電療儀的成本較低可能是它們被繼續使用的原

- 因,低成本的設備同樣可解釋腦波監測(23%)何以不常使用。有趣的是,有報告指出 紐約仍有11%的正弦波電療使用率,因此筆者認為單是貧窮並不足以解釋整體現象,或 許對於大部份貧窮國家可以適用,但是對某些國家應無法如此詮釋,例如;當時日本是 個已開發國家,不過日本卻是最大的正弦波電療使用國、醫師熟知設備的比率最差、 實施程序錯誤比率最高,所以就日本而言,應可合理地推論知識不足才是主因,而非貧 窮。
- 5. 雙側電療的實施:相較於單側電療,雙側電療的效率較高,但亦會產生較嚴重的認知損傷。亞洲調查顯示有78.6%的機構僅使用雙側電療,臺灣更高達100%,不過歐美國家使用雙側電療的比率亦達76%~90%。因此作者群懷疑單側電療在全球的使用率是否真的偏低,或者是精神病患確實比較需要雙側電療,這個問題仍有待解答。
- 6.未修正電療的使用:修正式電療有較低的肌肉骨骼病發症,然而亞洲調查顯示54.9%的機構實施未修正電療。令人擔心的是: 於實施未修正電療的機構中有5.7%在沒有麻醉下使用succinylcholine,18.3%的機構於電療時未使用任何藥物。有趣的是,印度最近有研究指出未修正電療與骨折的發生無關。這個議題近期終於獲得一致的結論:某些環境施以「次理想形式的電療(suboptimal form of ECT)」比不實施電療來得好。筆者認為這個結論有利於臺灣電療實施的合理性,因為我們有80%的機構施以未修正電療。
- 7. 電療的死亡率:亞洲調查為每100,000名病患中7.5名,低於當今最新的電療死亡率統計:每10,000名病患有1名。亞洲調查報告明顯低於世界的報告,臺灣的死亡率是零,這個結果令人欣慰。

有關臺灣電療實施的人口學部份,有數位醫師從健保資料庫中作分析,結果顯示臺灣與亞洲地區的數據相似。綜合臺灣與亞洲的調查結果,筆者認為臺灣在電療設備及醫師具備的電療知識在亞洲地區應在水準以上。基本上臺灣所面臨的問題與亞洲調查報告雷同,電療實施不理想的原因包括知識不足、無訓練計畫、醫師與社會文化的負向態度、缺乏界定理想實施的共識。另外我们的調查結果顯示:臺灣目前電療未被合理的使用,健保給付不合理是最重要的原因,從醫學中心、精神科專科醫院以至綜合醫院,實施電療不是嚴重虧損就是不敷成本,因此有62%的機構,電療設備雖然先進,為了避免虧損而寧可閒置。筆者認為這或許是其他國家沒有遇到的問題,因此至今尚無任何相關的問卷調查或文獻探討電療的給付問題。

#### 評論者:

李文貴,國軍北投醫院成人精神科主任

6

#### 第九期

### 本土研究及心得分享

## 不同抽菸量對於男性精神分裂症患者的olanzapine藥物動力學之 效應

作者: 吳姿樺, 邱智強, 沈武典, 林芳瑋, 王莉萱, 陳相瑜, 盧孟良 出處: Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 2008; 32:1889 - 1893

#### 摘要:

背景:精神分裂症患者具有較高的抽菸率,其比率約為一般人口的5.3倍,就台灣本土研究顯示,精神分裂症住院病人中有70.9% 男姓及11.5% 女性有抽煙。抽菸行為會誘導肝臟細胞色素P450酵素,進而影響藥物代謝。Olanzapine的代謝途徑之一便是經由細胞色素P450 1A2及2D6。本研究以男性精神分裂症患者為研究對象,評估不同抽菸量對於olanzapine藥物動力學參數之影響。

方法:共有27位男性精神分裂症患者參與研究,依照其抽菸量區分成三組:不抽菸組、輕量抽菸組 (每天抽1-4支菸)、及重量抽菸組 (每天抽5支菸以上)。再給予單一劑量10mg的olanzapine後,連續抽血120小時,利用high-performance liquid chromatography測定olanzapine血漿濃度後,進而探討不同抽菸量對於olanzapine藥物動力學參數之效應。

結果:在不抽菸組及輕度抽菸組中最高血漿olanzapine濃度與藥物劑量有相關性存在,在重度抽煙組這兩者則沒有相關性。在輕度抽菸組與不抽菸組的藥物動力學參數比較中,除了輕度抽菸組0-120小時的濃度時間曲線下面積減少45.1%之外,其他參數並沒有差異。至於重度吸煙組與不抽菸組的藥物動力學參數比較中,血漿最高濃度減少65.2%,0-120小時的濃度時間曲線下面積減少67.6%,清除率增加75%。

結論:本研究顯示每天抽菸超過5支便會顯著的影響olanzapine的藥物代謝,因此在治療時需要將抽菸情形列入考量,例如住院患者因為環境限制而暫停抽菸或減少抽菸量,出院後則恢復其抽菸情形,會導致其藥物代謝加速,血中藥物濃度下降,進而影響其病情穩定。建議針對每天抽菸5支以上的患者需要提高其olanzapine劑量50-100%,同時在抽煙量改變或症狀出現變化時進行藥物濃度監測。

研究心得:此研究嘗試回答臨床上實際的問題:多少抽菸量會影響olanzapine的藥物動力學參數?雖然研究樣本數不算太大,但是採用標準的藥物動力學研究設計,同時可以明確回應臨床疑問,因此能夠獲得接受刊登。

作者: 盧孟良,萬芳醫院精神科主治醫師及台北醫學大學醫學系副教授

### 苯二氮平與老人髖骨骨折的風險:一個台灣巢穴個案對照研究

作者: 張家銘, 吳佳璇, 張憶壽, 林克明

林口長庚醫院精神科,台北醫學大學醫學人文研究所,國家衛生研究院癌症研究所及生物統計生物資訊處,國家衛 生研究院精神醫學及藥物濫用組

出處: Am J Geriatr Psychiatry 2008;16: 686-692

#### 摘要

目的:檢視苯二氮平的使用特徵與髋骨骨折的關聯性。

方法:以2001-2004全民健保20萬人抽樣歸人檔中大於65歲以上的老人為研究資料來源,將首次門診出現髖骨骨折診斷者(N=217)為個案組。他們藉由年齡、性別與index year個別配對對照組(N=1214)。苯二氮平的使用(劑量、使用時間長短、半衰期)及其他共變項,包括:身體共病、醫療照護使用及index date前180天內的精神藥物使用。

結果:將沒有使用過本二氮平的作為參考組,有使用苯二氮平者顯著與髖骨骨折有關聯 (校正後勝算比= 1.7, 95%信賴區間 = 1.2-2.5)。這樣的風險顯著在剛開始使用一個月內 (校正後勝算比= 5.6, 95% 信賴區間= 2.7-11.8)、每日劑量大於3.0 mg的 diazepam 當量(校正後勝算比= 1.8, 95%信賴區間= 1.1-3.1)、短效的苯二氮平藥物 (校正後勝算比= 1.8, 95%信賴區間= 1.3-2.7)。

結論: 苯二氮平使用在老人增加髖骨骨折的風險,即便是低劑量、短效、短期使用。臨床醫師 對於老人開立苯二氮平藥物要小心,以避免藥物引起的髖骨骨折。

研究心得:此研究使用健保資料庫了解苯二氮平使用與老人髖骨骨折的關聯性,結果發現即便 是低劑量、短效、短期使用也增加風險,值得臨床醫師參考。

#### 證書申請辦法

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。

# 台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會繼續教育委員會

張信義 主任委員

2009年第一次繼續教育課程(腦影像學),已在今年6月13日假台北圓山飯店舉辦完畢。謝 謝講員們的努力與學員的踴躍參與。參加這次課程的人數共有82位。

從收回的回饋調查表,顯示反應不錯。整體評估約80分。正面的反應給舉辦人員及講師諸多鼓勵。調查表中同時也有不少改進的建議(如附件1),這些建議已在7月18日理監事會議中討論,計劃改進。希望以後能使參加的學員收獲更多。其中講義字體太小、講師應提供重要參考文獻等,應可以立刻改善,同時也努力與精神醫學會接洽,使CME學分,可作住院醫師訓練課程的一部份。

今年第二次繼續教育課程(精神遺傳學),為方便中南部會員的參加,將於10月17日(週 六),在彰化基督教醫院應東分院舉行。感謝邱南英院長安排場地,讓學會省事又

減少開支。與會學員在課程之餘,可遊覽鹿港老街並品嚐古早味的台灣小吃。此次課程 的內容豐富,講師陣容堅強(請見2009 精神遺傳學繼續教育課程)請各位保留 10月17日(週 六),踴躍報名參加,共襄盛舉。

附件 一、98.6.13腦影像學繼續教育課程 (一) 回饋意見調查:

- 1. 可以對臨床醫師有更明確協助
- 2. 希望簡介臨床實際運用、與基礎研究
- 3課程需分更多次講、建議提供paper & textbook
- 4. 問卷應區分專科或住院醫師之益處
- 5. 推行、擴大交流,增加學術內容、擴大交流範圍
- 6. 講義字太小看不清楚,一側的聽眾看不到演講者的PPT,講義內容可以更詳細
- 7. 多介紹不同imagine and 對於臨床研究應用之差異、優缺點,期望有分子生物學、基因相關 課程
- 8. 學分好像應不只三分吧,多多舉辦類似活動建議也有藥物作用內容課程
- 9. 是否能以個案方式呈現及指導
- 10. 實驗設計的課程
- 11. 會談評估工具、研究設計、論文及計畫寫作
- 12. MEG更基礎一點更好
- 13. 時間掌握控制可再改進
- 14. 希望能加強和臨床的整合度,和其他領域整合的課程(內外科)、Somatoform disorder
- 15. Geneitcs 課程
- 16. 高等統計在psychiatric research 的應用
- 17. 如果有初階及進階或如基礎及應用課程應可更完整



## 對精神分裂症病患而言

## Seroquel XR 提供:



北市衛藥廣字第98030133號 衛署藥輸字第 024885號、024886號、024887號

使用前詳閱說明書警語及注意事項 詳細資料備索

台北市敦化南路二段207號21樓 TEL:(02)2378-2390 FAX:(02)2377-0914 http://www.astrazeneca.com.tw

醫藥諮詢專線: 02-27378606

AZT-SERO-09007 2009/03

## 台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會 98年秋季年會

Defining New Goals in the Treatment of Mood Disorder

時間:民國98年9月5日(六) 地點:台北亞太會館BI大觀廳

nt BH	7 Hz	Y 7# Pi	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
時間	主題	主講者	主持人	
8:30-9:00		報到		
8:50-9:00	Opening remark	蘇東平理事長		
9:00-10:00	Imaging the	Prof. Qiyong Gong	周元華主任	
	"depressed" brain:			
9:00-10:00	Novel magnetic			
	resonance evidences			
10:00-11:00	Neurobiology of	Prof. Tadafumi Kato	Prof. Tadafumi Kato	
	bipolar disorder			
11:00-11:15		休息		
	Meeting everyday's			
	challenges in	Prof. A. John Rush	張信義教授	
	treating major			
11:15-12:30				
	Pharmacological			
	strategies in			
	achieving remission			
12:30-1:10	午餐			
1: 10-2:00	會	會員大會(研究論文獎頒獎)		
	MEET THE EXPERT:			
	Developing Taiwan		ush &邱南英院長	
2:00-3:30	Depression treatment	Prof. A. John K		
	consensus			
3:30-3:40	Conscisus	l 休息		
0.00 0.10	Neuroethics on	11.702		
	Mind Shaping: a			
			陳嘉祥教授	
	Reflection of			
3:40-4:30	Psychiatry			
	從精神醫學的觀點探討			
	塑造人類心靈之神經倫			
	理學(醫學倫理學分)			
4:20-4:30	Closing remark	蘇東平	理事長	

#### 備註:

- 1. 本活動申請台灣精神醫學學分及醫學倫理學分中。
- 2. 報名請連絡秘書黃嘉敏小姐: Tel(FAX): 02-2871-4424. Email: psygracel@gmail.com 學會網站: http://www.biopsychi.org.tw/index.html

本次生物精神醫學會秋季會主題為: Defining New Goals in the Treatment of Mood Disorder,邀請亞洲及國際知名教授演講

Augustus John Rush 教授: 為國際精神醫學大師、美國NIMH之STAR\*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) 計畫之總主持人,此研究為國際上憂鬱症最重要的大型研究之一,相關之SCI 論文已達一百多篇。目前主持NIMH 另一憂鬱症療效的重要研究: Depression Trials Network(DTN),並曾參與許多精神疾病治療規範(treatment algorithms)之擬定, 已發表超過470篇國際論文,10本精神醫學書籍,參與美國NIMH研究超過30年,獲獎無數。大師今年67歲,首次來台灣演講,僅此一場專題演講,下午並將由邱南英院長及國內專家與大師對談,討論台灣憂鬱症治療之常規共識,難得有此機會親炙大師風範,歡迎大家參與此難得盛會。

電啟勇教授:為放射線、精神科及神經科教授,中國四川大學華西醫院影像醫學中心主任及中國放射線學會核磁造影委員會副主席。研究領域為神經精神疾病之神經影像學,發表於國際知名期刊如Am J Psychiat, Radiology, NeuroImage, JMRI, MRI and Neuroradiology, 論文被引用超過500次。將對憂鬱症在影像學研究之腦部結構及腦血流變化、功能連結、及臨床症狀療效反應等相關分析作精采演講。

Tadafumi Kato教授:為日本RIKEN Brain Science Institute, Laboratory for Molecular Dynamics of Mental Disorders主任,研究與趣為躁鬱症之神經生物機轉,發表一百多篇國際重要論文。本此演講將對躁鬱症之基因遺傳、分子生物學、訊息傳遞路徑、粒線體及內質網功能異常等神經生物機轉作深入精闢演講。

謝仁俊博士:陽明大學腦科學研究所教授、陽明大學腦科學研究中心主任。兩度獲台北榮民總醫院建院40年及50年以來重大傑出學術成就獎。研究方向在建置整合與研發現代人腦研究之神經造影及腦圖高科技,結合人腦科學、認知神經科學及神經精神醫學,探討人腦心智與意識之與祕同時發展醫學應用。此次演講將以社會神經科學、神經生理學及神經學理等觀點探討塑造人類心靈之神經倫理學,精彩可期,已申請醫學倫理學分。

## 台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會 2009 精神遺傳學繼續教育課程 Psychiatric Genetics CME

時間: 2009.10.17 (六)

地點: 彰化基督教醫院應東分院

時間	主題	主講者	主持人	
1:00-1:30		報到		
1:30-1:40	Opening remark	邱南英院長		
1:40-2:40	簡介人類基因體	劉英杰醫師	黄三原 主任	
1.10 2.10	結構及運作	≥1 // /// ⊠ -1	<b>人工小工</b>	
2:40-3:40	如何開始進行	<b> </b>	藍先元 主任	
	遺傳研究	蔡世仁主任	藍九儿 主任	
3:40-3:50	休息			
3:50-4:50	精神科遺傳研究中	陳嘉祥 教授	林清華主任	
	常用的實驗方法			
4:50-5:50	如何瞭解遺傳統計	林明薇副教授	藍祚鴻副教授	
4:50-5:50	Closing remark	張信義教授		

翻開精神科的教科書,幾乎任何精神疾病都可以看到遺傳的影子。翻開這 10 年來的各個精神醫學相關的期刊,或多或少都會刊出與精神科遺傳研究有關的期刊。連過去純以臨床現象、藥物及其他治療研究為主的期刊,例如 Journal of Clinical Psychiatry,在最近這五年也陸續刊了些精神科遺傳研究的報告。這些現象代表精神醫學的遺傳分子研究及進展已經成為精神醫學的重要課題。

生物精神醫學會在民國 98 年六月,已經舉辦了第一次腦影像及電生理等相關課程。此次Psychiatric Genetics CME,則是提供各位同仁有關精神醫學遺傳研究的繼續教育。非常有幸請到目前國內幾位在精神醫學遺傳遺傳研究長期投入且實戰經驗豐富的專家。雖然這些專家大家耳熟能想、久仰大名。不過,如果想在一段時間聽完這些專家的演講,可能環台旅遊一圈都不一定有機緣如沐。現在,感謝這些專家的慷慨相助,讓秘書處可以一次安排 4 場精神醫學遺傳研究教育演講。本次主題,將從如何開始進行這類研究,包括研究主題的形成開始、繼而簡要介紹人類基因體的運作、實驗室方法及遺傳統計等,幾乎包括的一篇精神醫學遺傳論文的各個段落。一場好的教育演講,熱情的聽眾也是重要。我們非常歡迎已經投入這個領域的同好,以及對這個主題有興趣的醫師及其他相關專業人員共襄盛舉。

TSBPN 2009 Psychiatric Genetics CME主持人及演講者簡介

黃三原主任:國防醫學院醫學科學研究所博士,現為三軍總醫院精神部部主任及國防醫學院精神科副教授,專長於藥酒廳、憂鬱症及抗憂鬱劑藥物基因體學,近年來更積極投入於基因影像學 (image genomics)研究;

劉英杰醫師:現任台北榮民總醫院精神部主治醫師,且為陽明大學臨床醫學研究所博士候選人,長期投入精神科藥物基因體學研究及量化遺傳分析;

藍先元所長:國防醫學院生命科學研究所博士,現為中國醫藥大學臨床醫學研究所教授兼所長,專長於藥物動力學、抗精神病藥物藥物基因體學。近年來也積極投入利用調控 glutamate 系統來治療精神分裂症、憂鬱症及強迫症等重要精神疾病;

蔡世仁主任:現任台北榮民總醫院精神部一般精神科主任及國立陽明大學精神科副教授。為台灣最早投入抗憂鬱劑藥物基因體學研究的先驅,也是國內最早將腦神經滋養因子帶入精神科轉譯醫學研究的精神科醫師。目前研究著作產量已多達 265 篇。

林清華主任:國立中山大學生物科學研究所碩士,現為高雄市立凱旋醫院成人精神科主任,也 是台灣最早進行 clozapine 療效反應 藥物基因體學的臨床醫師。

陳嘉祥教授:紐約市立大學西奈山醫學中心生物醫學博士,現任慈濟大學臨床醫學研究所教授。早年跟著蕭廣仁老師學習苯丙酮尿患者生化及家族研究,是引領台灣精神醫學界投入精神 疾病遺傳研究及功能性基因體學的大師。

藍祚鴻博士:美國約翰霍普金斯大學公衛學院流行病學研究所遺傳流行病學博士,現任陽明大學精神科副教授,專長於遺傳統計分析、人工智慧與類神經網路於藥物基因體學的應用。林明 薇博士:英國倫敦大學精神醫學研究所精神遺傳博士,現任國立陽明大學公共衛生研究所副教授,專長於遺傳流行病學、精神遺傳學、生物統計學、遺傳連鎖分析。將從遺傳統計專家的角度,讓臨床醫師更能了解遺傳統計的奧妙。

14



•	理事長致詞稿(蘇東平 理事長)	page	1
•	文獻選讀及評論		
	1. Persisting Decline in Depression Treatment After FDA Warnings	page	2
	2. A Survey of the Practice of Electroconvulsive Therapy in Asia	page	4
•	本土研究及心得分享		
	1. 不同抽菸量對於男性精神分裂症患者的olanzapine藥物動力學之效應	page	8
	2. 苯二氮平與老人髖骨骨折的風險: 一個台灣巢穴個案對照研究	page	9
•	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	9
•	台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會繼續教育委員會	page	10
•	台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會98年秋季年會	page	12
•	台灣生物精神醫學會暨神經精神藥理學學會2009 精神遺傳學繼續教育課程	page	14

### 台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會通訊 第九期

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: psygracel@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