



台灣生物精神醫學

Newsletter

暨神經精神藥理學學會通訊

· 第十期 ·

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



立足亞洲 放眼世界

TSBPN之願景

今年11月13日第一屆亞洲神經精神藥理學學會(AsCNP)在日本京都舉行，我們台灣代表團有高達60-70人參加，並有超過20篇以上之研究，包括口頭及壁報在大會上報告，頗受亞洲各國之重視。整體而言，在亞洲諸國中，目前仍以日本、韓國、台灣及中國之生物精神及神經精神藥理學較為發達及先進。在理事長 Yamawaki 先生主導下之理事會中，台灣有周元華醫師、劉嘉逸醫師、藍先元醫師及本人佔有理事席位，本人亦忝為副主席，並爭取到6年後2015年之AsCNP繼韓國、中國之後在台灣台北舉行。我們需好好準備，以屆時一展實力。另外，世界神經藥理學會CINP將於今年6月6-10日在香港舉行，台灣亦有四位資深精神科醫師受邀成為大會演講program之Cochair，其poster submission及early registration的deadline在2月2日之前，請大家注意，因為註冊費幾乎差了1/3(由500歐元變成700歐元)。2013年世界生物精神醫學將移至日本京都舉行，這些現象顯示亞洲區域生物精神醫學及神經精神藥理學之崛起，試問我們可以在此情形下缺席嗎？我們勢必藉此機會更激勵自己放手一搏。

為了紮根，我們98年開始生物精神醫學繼續教育課程，首先有腦影像之基礎，後有分子基因生物學之lecture，請來之講員均為國內之專家，參加人員十分踴躍，可惜住院醫師仍然較少，反而年輕之主治醫師非常熱心，值得鼓舞。今年1月16日將繼續完成分子基因生物學之Part 2，並請來澳洲Bipolar之權威Gurjinder Malhi教授來討論雙極性情感症之藥物治療的新境。由於ISBD International Society of Bipolar Disorder之邀約，台灣將成為其chapter之一，其次東亞躁鬱症學會及亞洲躁鬱症學會陸續成立，為了與其相互交流，提升台灣在雙極性情感症之研究水準，本學會將成立躁鬱症小組以為因應之窗口。此小組將在今年1月16日早上成立，請有興趣者踴躍參加。我們亦將思考在本學會下陸續成立各次領域之研究小組，如睡眠醫學、創傷後症候群…等，以深入及擴大本學會之內容及領域，我們相信定有更多精神醫學界之同仁會積極加入。在理監事會議之建議下，98年之春季及秋季年會，我們不僅邀請歐美著名學者並重點移至亞洲各國之生物精神醫學之研究領導者來學會演講、交流，以逐步確立我們在亞洲國家中之地位，並放眼世界。

最後要感謝周元華常務理事在促進本學會與亞洲國家之國際關係上，提升台灣生物精神醫學及神經藥理學研究之國際地位上，盡了很多的心力，亦要感謝張信義常務理事及白雅美秘書長之精心設計及協調折衝以及黃嘉敏秘書之協助才能有今天CME及春、秋季年會豐碩的成果。

理事長

蘇東平

文獻選讀及評論

11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)

作者：Jari Tiihonen, Jouko Lonnqvist, Kristian Wahlbeck, Timo Klaukka, Leo Niskanen, Antti Tanskanen, Jari Haukka
出處：Lancet 2009; 374: 620–27

摘要：

背景：以往研究認為精神分裂症的平均壽命比一般人減少約25年，精神分裂症出現較高的死亡率，約有40%是因為自殺及其他非自然死因，約有60%是因為自然死因（例如：心臟血管疾病、腦血管疾病、新陳代謝疾病）。自從第二代抗精神病藥物於1990年代開始使用後，除了療效及副作用上的優點外，因為可能有導致新陳代謝方面的副作用，也被認為可能會提高精神分裂症患者的死亡率。本研究之目的在於評估抗精神病藥物之使用對於精神分裂症患者死亡率的長期影響。

方法：本研究是利用芬蘭全國醫療紀錄中，有精神分裂症診斷的66881人以及一般人口520萬人，進行1996年至2006年間死亡率及死亡原因之比較分析，並且與抗精神病藥物之使用情形做聯結。將沒有使用抗精神病藥物的精神分裂症病人死亡率，與目前正在使用及持續使用抗精神病藥物的精神分裂症門診病人死亡率做比較；同時也把最常用的6種抗精神病藥物(haloperidol, thioridazine, clozapine, olanzapine, risperidone, quetiapine)與perphenazine 進行死亡率的比較。

結果：在1996年第二代抗精神病藥物的使用率由1996年的12.6 %增加到2006年的64.0%，但是精神分裂症患者與一般人的預期壽命差距卻只有從1996年的25年微幅減少至2006年的22.5年。與目前使用perphenazine的精神分裂症患者死亡率相比較，使用quetiapine有較高死亡率 (adjusted hazard ratio 1.41, 95% CI 1.09–1.82) (關於quetiapine呈現較高死亡率的情形，作者在文章中提及芬蘭由2000年才開始使用quetiapine，因此導致其個案數較少及信賴區間較大)；使用clozapine

有較低死亡率 (adjusted hazard ratio 0.74, 95% CI 0.60–0.91)。與沒有服用抗精神病藥物比較，長期持續使用抗精神病藥物能夠降低死亡率 (adjusted hazard ratio 0.81, 95% CI 0.77–0.84)。持續接受抗精神病藥物治療時間與死亡率呈現負相關 (HR for trend per exposure year 0.991; 95% CI 0.985–0.997)。

討論：與沒有接受藥物治療相比較，精神分裂症患者長期接受抗精神病藥物能夠降低死亡率。第二代抗精神病藥物則是一個異質性的組合，對於死亡率的影響並不一致，其中clozapine能夠顯著地降低精神分裂症患者的死亡率。因此作者認為應該重新思考評估是否要對於clozapine的使用設定限制。

本研究所採用的設計，類似於結合台灣健保資料庫及死亡登記檔，雖然進行11年資料的分析，可以提供長期趨勢的參考。但是由於資料庫中缺少許多影響死亡率的變數，因此並不能夠作為因果關係的推論。

評論者

盧孟良

臺北醫學大學萬芳醫院精神科科主任及台北醫學大學醫學系精神學科副教授

A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial of 5 Smoking Cessation Pharmacotherapies

作者：Megan E. Piper, PhD; Stevens S. Smith, PhD; Tanya R. Schlam, PhD; Michael C. Fiore, MD, PhD; Douglas E. Jorenby, PhD; David Fraser, MS; Timothy B. Baker, PhD
出處：Arch Gen Psychiatry. 2009;66(11):1253-1262

摘要：

背景：目前已經許多不同戒菸的藥物治療方式存在也經過研究証明其效應，但是對於彼此不同藥物治療方式之相對效應進行比較的研究則很少，然而這方面的結果對於臨床治療策略的選擇是重要的。

方法：本研究是採用隨機、雙盲、安慰劑控制的研究設計，來比較5種不同戒菸的藥物治療方式之效應。受試者在最近6個月每天抽10枝煙以上，並且有動機想要戒菸。並且要排除目前正在服用bupropion的人及精神病患者。共有1504位成人參與本研究，隨機分配到6組，分別為(1) bupropion SR (150 mg bid，給予8周); (2) nicotine lozenge (2 or 4 mg，給予12周); (3) nicotine patch (21, 14, and 7 mg，給予8周); (4) nicotine patch plus nicotine lozenge combination therapy; (5) bupropion SR plus nicotine lozenge combination therapy; or (6) placebo。此外，受試者還會接受6次個別諮商課程。

主要指標是利用生化檢驗來確認在1周、8周、及6個月時的戒菸率。次要指標則是起始戒菸率、維持戒菸的天數，研究期間有抽菸的天數，及有抽菸日之間的間隔天數。

結果：在原始資料分析，沒有進行多重比較的校正時，所有的藥物治療效果在8周、及6個月時的戒菸率均優於安慰劑。但是經過多重比較的校正後，在8周的戒菸率 nicotine patch (44.7%)，bupropion SR plus nicotine lozenge (50.4%)，及nicotine patch plus nicotine lozenge (53.6%)優於安慰劑，。在6個月的戒菸率則只有 nicotine patch plus nicotine lozenge (40.1%) (odds ratio 2.34)優於安慰劑。

討論：本研究與以往的研究結果類似，在接受藥物治療期間對於戒菸的效果均優於安慰劑，但是在停止藥物治療後，長期6個月的戒菸率便只有nicotine patch plus nicotine lozenge優於安慰劑。作者建議，提高戒菸率應該要考慮延長治療期間以及採用合併治療策略。

在精神科領域中，抽菸問題除了健康的影響之外，還有其他方面的影響。例如：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%男性及11.5%女性抽菸。抽菸行為會誘導肝臟細胞色素P450酵素，進而影響藥物代謝及療效。此外，在煙害防治新法實施後，精神科住院病人的吸煙問題也會造成困擾。所以雖然本篇論文並非以精神科病人作為研究對象，但是其結果可以做為臨床實務上的參考。

評論者

盧孟良

臺北醫學大學萬芳醫院精神科科主任及台北醫學大學醫學系精神學科副教授

本土研究及心得分享

台灣地區精神分裂症與情感性精神分裂症病人之代謝症候群盛行率調查

作者：黃名琪 盧孟良 陳柏妤 蔡長哲 邱智強 姜丹榴 陳俊興

出處：Acta Psychiatrica Scandinavica 2009; 120:274-280

背景：由於代謝症候群標準因種族而異,本研究的目的是調查台灣地區精神分裂症或情感性精神分裂症患者之代謝症候群之盛行率。

方法：由36所精神復健機構,收集650位罹患精神分裂症或情感性精神分裂症之患者。代謝症候群之定義是採用針對亞洲人所修定之Adult Treatment Panel (ATP) III準則。

結果：整體代謝症候群之盛行率為34.9%,女性患者38.9%,男性患者31.5%。本研究樣本中男性四十歲以下與女性五十歲以下之代謝症候群盛行率與一般人口之盛行率比較有明顯的差異。身體質量指數(BMI) ≥ 24 及年紀40歲以上為代謝症候群的二項危險因子。女性及多重抗精神病藥物使用也是接近統計顯著的代謝症候群的危險因子。

結論：台灣地區的精神分裂症與情感性精神分裂症患者之代謝症候群之盛行率很高,而且是在較年輕時即會出現。

研究心得：本研究優點是以社區之精神分裂症病人為樣本,做大規模社區代謝症候群調查,非局限在一所或少數醫療院所。但由於是橫斷調查研究,缺乏許多可能為危險因子的資料,例如生活型態、飲食、活動及過去抗精神病劑之用藥史,所以無法推斷造成此群患者代謝症候群之危險因子。未來可能需要長期追蹤研究,同時收集更多之相關資訊,以便進一步瞭解造成代謝症候群之可能原因,進一步做預防的工作;另一方面對於已經是代謝症候群的病人,如何可以有效改善其代謝異常,也是另一個重要課題。

服用第二代抗精神病藥物病人之代謝症候群的低成本簡易識別方法：類神經網路及羅吉斯迴歸模型

作者：林朝誠、白雅美、陳震宇、黃宗正、陳姿婷、邱泓文、李友專

出處：Journal of Clinical Psychiatry, online ahead of print: October 6, 2009 (doi:10.4088/JCP.08m04628yel)

背景：代謝症候群是第二代抗精神病藥物引起的副作用中,重要且盛行率很高的一種。然而最近的研究指出,大多數的病人其代謝症候群仍然未被偵測出來,因此如何快速而簡易地識別出病人是否產生代謝症候群具有臨床的重要性。本研究擬訓練類神經網路及羅吉斯迴歸模型來識別服用第二代抗精神病藥物的病人是否產生代謝症候群並檢驗模型之效度。

方法：本研究包括383位服用第二代抗精神病藥物超過六個月的精神分裂症病人,並依據國際糖尿病學會的標準來決定病人是否符合代謝症候群之診斷,類神經網路模型及迴歸模型之輸入變項僅包括人口學及人體測量學資料。所有資料隨機地被劃分成2組: 2/3做為訓練資料集和1/3做為內部效度資料集。最後在另一醫院收集的69名新的個案資料作我們模型的外部效度資料使用。

結果：用內部效度資料來檢驗我們發展出來的類神經網路模型及迴歸模型,都具有高度的準確率(88.3% vs. 83.6%)、sensitivity (93.1% vs. 86.2%)、及specificity (86.9% vs. 83.8%)可辨別代謝症候群;類神經網路模型及迴歸模型之area under the receiver operator characteristic curve (AUC)都很高,分別為 0.934 ± 0.033 及 0.922 ± 0.035 ($p=0.63$);另外,用外部效度資料檢測二模型的結果仍然很好。類神經網路模型及迴歸模型各具三個變項,腰圍和收縮壓是二模型都有的變項。

結論：本研究發展出可以偵測服用第二代抗精神病藥物病人之代謝症候群的準確方法,此方法無需抽血做生化檢驗,因此適合用來對這些病人做大規模篩檢代謝症候群。

研究心得：本篇研究運用類神經網路模型及迴歸模型兩種分析統計模式評估在不抽血情況下以生理測量來篩檢監測代謝症候群的可行性,結果兩者皆可達到良好校度。但類神經網路模式無法得到各變項的預測係數,而以迴歸模型可僅用腰圍、舒張壓及性別可做有效的預測: Risk score = $0.193 \times \text{WC (cm)} + 0.109 \times \text{DBP (mm Hg)} + 1.47 \times \text{female}$, optimal cut-point :25.7。此簡易方法可節省監測代謝症候群的抽血成本,但需要更多研究資料來驗證此公式。

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通過

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。

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會 與日本生物精神醫學學術交流獎

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會(以下簡稱本會)與日本生物精神醫學會(Japanese Society of Biological Psychiatry, JSBP) 於2009.11.3由本會蘇東平理事長與日本武田雅俊理事長(Professor Masatoshi Takeda)簽訂學術交流計畫，以提升台灣與日本生物精神醫學研究。每年兩學會將各推薦兩名40歲以下會員參與對方之年會會議，及發表口頭學術報告，每位受邀者將獲得美金1000元之經費贊助。

2010年日本生物精神醫學會(JSBP)年會 將於2010.10.7-9 舉行, 有意參與此學術交流計畫之會員請於2010.2.28前寄個人資料及論文發表題目至本會秘書處，經相關領域專家審核，本屆學術交流獎獲獎名單將於2010.3.31公布。

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.

Pfizer 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 電話：(02)2765-5678

衛署藥輸字第024421・023571號
北市衛藥廣字第97090038號

WL20080903EfexorXR

哲思
GEODON[®]
Oral Capsules (ziprasidone HCl)
IM Injection (ziprasidone mesylate)

治療精神分裂症或
雙極性疾患之躁症發作

*R Geodon
60mg BID
With Food*

本藥須由醫師處方使用 詳細資料請索

40mg 衛署藥輸字第 023471 號 健保代碼 B023471100
60mg 衛署藥輸字第 023470 號 健保代碼 B023470100
衛署藥輸字第 9608058 號 GEO-JA-07001

當憂鬱症與其他疾病共病時，
就該考慮使用 **樂復得[®] Zoloft[®]**
(sertraline HCl)



適應症 鬱症、強迫症、恐慌症、創傷後壓力症候群、社交恐懼症、經前不悅症。

禁忌 禁用於對 sertraline 過敏者，sertraline 不應與單胺氧化酶抑制劑合用或單胺氧化酶抑制劑停用 14 天內使用。同樣的，至少要在 sertraline 停藥 14 天後，才可以服用單胺氧化酶抑制劑。

警語及注意事項 sertraline 使用於肝病病人應小心，而對於腎功能受損病人應降低劑量或減少服藥次數。而對腎功能不良的患者其單一劑量之藥動參數與對照組並無顯著差異，但服用 sertraline 時仍應小心。

不良反應 常見包括噁心、腹瀉、便秘、震顫、失眠、嗜睡及口乾等。通常為輕度且可改善，少有因副作用而中斷治療。

* 使用前詳閱說明書警語及注意事項 詳細資料請索

全民健保用藥品項代碼：Zoloft 50 mg-B021780100

衛署藥輸字第 9711029 號

ZOL-JA-0810002



Pfizer Limited
輝瑞大藥廠股份有限公司

台北總公司
台北市408公館路二段51號10樓A室
TEL: (02) 2809-7979 FAX: (02) 2809-7676
www.pfizer.com.tw

台中辦事處
台中市408公館路二段51號10樓A室
TEL: (04) 2328-2818 FAX: (04) 2320-5436

高雄辦事處
高雄市802苓雅區四維三路6號16樓A室
TEL: (07) 535-7979 FAX: (07) 535-7676



台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會

躁鬱症小組成立學術講座

暨精神遺傳學繼續教育課程(II)

時間：2010.01.16 (六)

地點：台北榮總科技大樓1F會議室(立體停車場旁新建大樓)

時間	主題	主講者	主持人
1:00~1:30	報 到		
1:30~1:40	躁鬱症小組成立 學術講座	Opening	蘇東平理事長
1:40~2:40	The Pharmacotherapy of Bipolar Disorder: New Paradigms and New Molecules	Professor Gin S. Malhi,	蘇東平理事長
2:40~2:50	休 息		
2:50~3:00	精神遺傳學繼續教育課程	Opening	張信義教授
3:00~4:00	精神科遺傳研究中 常用的實驗方法(II)	陳嘉祥 教授	劉嘉逸 主任
4:00~5:00	如何瞭解遺傳統計(II)	林明薇 副教授	劉嘉逸 主任
5:00~5:30	Discussion	All	

經本屆第四次理監事會議2009.7.18 通過本會成立躁鬱症小組，將於2009.1.16 上午召開躁鬱症小組第一次會議，下午將舉辦躁鬱症小組成立學術講座，邀請澳洲雪梨大學 Malhi GS 教授作躁鬱症之演講。

生物精神醫學會在民國 98 年10月17日，於彰化基督教醫院鹿東分院舉辦國內首次精神遺傳學繼續教育課程，內容精彩充實，獲得極大迴響及好評。後兩堂因內容豐富未能講授完畢，與會者要求一定要補課，也歡迎上次未能與會的同好一起參加此精彩課程。

學分及訓練證明: 與會者將發給精神遺傳學繼續教育課程研習證明。繼續教育課程將申請台灣精神醫學會教育學分、公務人員學分。

演講者簡介：

Professor Gin S. Malhi, MBChB, BSc (Hons), FRANZCP, FRCPsych, MD: Chair of Psychiatry and Head, Discipline of Psychological Medicine, Sydney Medical School, University of Sydney; Director, CADE Clinic, Royal North Shore Hospital; Executive Director, Advanced Research Clinical High-field Imaging (ARCHI) Facility, Northern Clinical School. 為躁鬱症情感性疾病之大師，研究領域包括臨床藥物研究、神經心理評估、神經生理、影像學研究等，發表論文超過200篇及多本著作，相關研究曾被時代雜誌(Times)專文介紹。

陳嘉祥教授：

紐約市立大學西奈山醫學中心生物醫學博士，現任國家衛生研究院精神醫學組研究員、慈濟大學臨床醫學研究所、人類遺傳研究所、醫學研究所教授。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。豐富之遺傳研究實務經驗，精彩深入的演講將引導您進入遺傳研究的世界。

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，為臨床醫師之重要統計諮詢對象。從遺傳統計專家的角度，以深入淺出的介紹，讓臨床醫師能了解遺傳統計的奧妙。

中華民國 年 月 日	姓名		學歷	戶籍	住址	通訊處	會員類別
							☐ 個人會員
	☐ 贊助會員						
	性別	出生年月日	經歷	籍貫	省份() 縣()	現職	身份證統一編號
	請列兩位會員為推薦人						

 訊息公布

致各位親愛的會員：

經第四屆第五次理監事會議討論，學會通訊將逐漸轉型，即日起歡迎會員投稿提供下列文章。之後將逐步轉型為期刊性質，未來之內容將包括綜說、原著論文、及個案報告等，提供中文學術稿件發表平台。

1. 本土研究及心得分享：介紹自己發表於期刊上的研究結果
2. 文獻選讀及評論：對於重要期刊論文的摘要介紹及評論
3. 會員意見交流
4. 相關學術活動訊息公布

稿件請寄秘書處。

總編輯 盧孟良

目 錄

• 理事長致詞稿(蘇東平 理事長)	page 1
• 文獻選讀及評論	
1. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study)	page 2
2. A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial of 5 Smoking Cessation Pharmacotherapies	page 4
• 本土研究及心得分享	
1. 台灣地區精神分裂症與情感性精神分裂症病人之代謝症候群盛行率調查	page 6
2. 服用第二代抗精神病藥物病人之代謝症候群的低成本簡易識別方法：類神經網路及羅吉斯迴歸模型	page 7
• 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 8
• 台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會與日本生物精神醫學學術交流獎	page 9
• 躁鬱症小組成立學術講座暨精神遺傳學繼續教育課程(II)	page 12
• 入會申請書	page 14
• 訊息公布	page 15

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會通訊 第十期

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