

目錄

精神科・精神病	4
本章基礎	4
1.3 多巴胺路徑	4
抗精神病藥物 (Antipsychotics)	4
思覺失調症 (Schizophrenia)	8
妄想症 (Delusional Disorder)	16
類思覺失調症 (Schizophreniform Disorder)	19
緊張症 (Catatonia)	20
精神科・精神官能症	23
重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)	23
經前不悅症 (Premenstrual Dysphoric Disorder)	29
焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)	31
強迫症及相關障礙症 (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)	36
創傷及壓力相關障礙症 (Trauma- and Stressor-Related Disorders)	40
身體症狀及相關障礙症 (Somatic Symptom and Related Disorders)	43
抗憂鬱劑 (Antidepressants)	46
功能性腸胃道疾病 (Functional Gastrointestinal Disorders)	51
疼痛障礙症 (Pain Disorder)	53
解離性神遊症 (Dissociative Fugue)	54
做作性障礙症 (Factitious Disorder)	55
詐病 (Malingering)	57
精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)	59
酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)	59
鴉片類物質相關障礙 (Opioid-Related Disorders)	64
興奮劑相關障礙 (Stimulant-Related Disorders)	67
鎮靜催眠或抗焦慮劑相關障礙 (Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic-Related Disorders)	70
菸草或尼古丁相關障礙 (Tobacco or Nicotine-Related Disorders)	73
其他物質相關及一般性精神活性物質障礙 (Other Substance-Related and General Psychoactive Substance Disorders)	75
阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)	79
路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies)	83
額顳葉失智症 (Frontotemporal Dementia)	85
血管性失智症 (Vascular Dementia)	87
主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)	89
譫妄 (Delirium)	95
老年精神醫學與臨床倫理法律 (Geriatric Psychiatry and Clinical Ethics/Law)	101
系統性疾病之精神表徵 (Psychiatric Manifestations of Systemic Diseases)	105
精神科・兒童期之精神疾患	110
注意力不足過動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	110
自閉症類群障礙症 (Autism Spectrum Disorder)	113
兒童青少年精神障礙 (Pediatric Psychiatric Disorders)	116
精神科・其他 (自殺行為、其他症候群等)	121
本章基礎	121
一、精神科總論與精神狀態檢查	121

雙極性情感疾患 (Bipolar Disorder)	121
自殺風險與防制 (Suicide Risk and Prevention)	128
其他精神障礙症與心理治療 (Other Psychiatric Disorders and Psychotherapy)	132
情緒穩定劑 (Mood Stabilizers)	137
鎮靜催眠藥與睡眠障礙藥物 (Sedative-Hypnotics and Sleep-Promoting Agents)	139
一般精神藥理學與醫療法規 (General Psychopharmacology and Medical Regulations)	145
邊緣型人格障礙症 (Borderline Personality Disorder)	148
人格障礙症總論 (Personality Disorders General)	150
快速動眼期睡眠行為障礙症 (REM Sleep Behavior Disorder)	153
精神疾病病因學 (Etiology of Psychiatric Disorders)	155
精神醫療法規與鑑定倫理 (Mental Health Law and Forensic Ethics)	156
正常睡眠生理與結構 (Normal sleep physiology and architecture)	160
睡行症 (Sleepwalking)	162

精神科・精神病

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

本章基礎

TWMLE・精神科 > 精神科 > 一、精神科總論與精神狀態檢查

1.3 多巴胺路徑

路徑	起源 → 終點	功能	抗精神病藥阻斷效果
Mesolimbic	VTA → nucleus accumbens	獎賞、動機	改善正性症狀
Mesocortical	VTA → prefrontal cortex	認知、執行功能	惡化負性症狀/認知
Nigrostriatal	Substantia nigra → striatum	運動控制	EPS (錐體外徑症狀)
Tuberoinfundibular	Hypothalamus → pituitary	抑制 prolactin	Hyperprolactinemia

抗精神病藥物 (Antipsychotics)

★★ 穩定考點 考過 13/20 梯次：106-2、108-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、111-2、112-1、112-2、113-2、114-1、115-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 二、思覺失調症 (Schizophrenia)

2.6 思覺失調症治療

第一代抗精神病藥 (Typical Antipsychotics)

- 主要阻斷 D_2 receptor

藥物	效價	特點
Haloperidol	高效價	EPS ↑ ↑，鎮靜少，常用於急性躁動
Chlorpromazine	低效價	EPS 較少，鎮靜 ↑ ↑，姿態性低血壓，光敏感
Fluphenazine	高效價	有長效針劑 (decanoate)

第二代抗精神病藥 (Atypical Antipsychotics)

- 阻斷 D_2 + $5-HT_2A$ receptor

藥物	特殊副作用/特點
Clozapine	治療抵抗型思覺失調的首選；須監測 ANC (agranulocytosis 1-2%) ；降低自殺率；副作用：代謝症候群、癲癇 (dose-related)、流涎、心肌炎、致命性腸阻塞
Risperidone	高 prolactin (SGA 中最高)；有長效針劑
Olanzapine	體重增加最嚴重；代謝症候群 (DM、高血脂)
Quetiapine	鎮靜效果強；也用於雙極性疾患鬱期；白內障風險
Aripiprazole	D_2 partial agonist ；EPS 及代謝副作用最少；可能引起 akathisia
Ziprasidone	體重影響最少；注意 QT prolongation

抗精神病藥副作用

副作用	時間	症狀描述	處理
Acute dystonia	數小時-數天	頸部扭轉 (torticollis)、眼球上翻 (oculogyric crisis)、牙關緊閉、喉部痙攣	Benztropine 或 Diphenhydramine IM/IV
Akathisia	數天-數週	主觀坐不住、不斷來回踱步、內心焦躁不安	降劑量、 β-blocker (propranolol) 、 BZD
Parkinsonism	數週-數月	靜止性震顫、齒輪狀僵直、動作遲緩、面具臉、小碎步	降劑量、抗膽鹼藥 (benztropine, trihexyphenidyl)
Tardive dyskinesia	數月-數年	不自主的口舌面部運動 (咀嚼、舔唇、舌頭伸縮)、肢體舞蹈樣動作	停藥 / 換藥 (→ clozapine) ; Valbenazine / Deutetrabenazine (VMAT2 inhibitor)
NMS	數天-數週	高燒 + 肌肉僵直 + 意識改變 + 自律神經不穩定 (見下方)	停藥 → Dantrolene ± Bromocriptine
Hyperprolactinemia	—	溢乳、月經異常、性功能障礙、骨質疏鬆	降劑量、換藥 (→ aripiprazole)
代謝症候群	—	體重↑、血糖↑、血脂↑	監測、飲食運動、換藥

惡性抗精神病藥症候群 (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS)

- 四大特徵：高燒 + 肌肉僵直 (lead-pipe rigidity) + 意識改變 + 自律神經不穩定
- Lab：CK ↑↑↑、WBC ↑、LFT 異常、myoglobinuria
- 處理：立即停藥 → 支持療法 + **Dantrolene** (肌肉鬆弛) ± **Bromocriptine** (DA agonist)

★ 國考重點 (本站講義)

- 急性肌肉失張 (Acute Dystonia) 與臨床處置 [106-2、108-2、110-1、110-2]
- 靜坐不能 (Akathisia) 與 **Propranolol** 使用注意事項 [108-2、109-2、112-1]
- 遲發性動作障礙 [106-2、108-2、109-2、110-1]
- 抗精神病藥惡性症候群 (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS) [110-1、115-1]
- 可氮平 (Clozapine) 副作用與藥物交互作用 [109-1、112-1、113-2]
- 雙相情緒障礙症 (Bipolar Disorder) 各期用藥選擇
- 譫妄 (Delirium) 藥物控制原則 [109-1、112-1、115-1]
- 興奮劑所致精神病 (Stimulant-Induced Psychosis) [109-1、113-2、114-1]
- 特殊疾患藥物治療
- 血中藥物濃度監測 (Therapeutic Drug Monitoring, TDM) [109-1]
- 副作用機轉與特殊禁忌

⚠ 易混與陷阱

動作障礙副作用 / 症候群	好發族群	臨床特徵與表現部位	首選治療 / 處置
急性肌肉失張 (Acute Dystonia)	年輕男性	眼球上吊、斜頸、角弓反張 (主要波及頸部軀幹，非四肢)。喉部受累可致呼吸困難。	立即注射抗膽鹼藥物 (如 Benztropine, Diphenhydramine)
靜坐不能 (Akathisia)	-	主觀焦慮不適、下肢無法控制地想移動。無立即性呼吸道威脅。	低劑量 β -受體阻斷劑 (如 Propranolol)
遲發性運動失調 (Tardive Dyskinesia)	年長女性	長期用藥後出現口、舌、面部不自主抽動。	考慮換成第二代抗精神病藥物
兔子症候群 (Rabbit Syndrome)	-	嘴唇及口周肌肉節律性震顫 (每秒 4~6 次)，不涉及舌頭。	-
抗精神病藥惡性症候群 (NMS)	年輕男性	高燒、肌肉強直、自主神經不穩，具致命性。	停藥、支持治療，可使用 Dantrolene 或 Bromocriptine

臨床情境	首選 / 適合藥物或處置	禁用 / 不適合藥物或處置	機轉或關鍵原因
急性躁動控制	IM Haloperidol、IM Lorazepam、IM Droperidol	IM Diazepam	Diazepam 肌肉注射吸收極不穩定且易結晶造成組織損傷。
糖尿病合併靜坐不能	避免使用非選擇性 β -blocker	Propranolol (慎用)	Propranolol 會遮蔽低血糖症狀並抑制肝醣分解，增加嚴重低血糖風險。
譫妄的精神行為控制	非藥物治療優先、必要時給予低劑量短效 Haloperidol	身體約束、長效針劑、BZD (非戒斷者)	身體約束與 BZD 通常會惡化譫妄；長效針劑無法隨病情調整劑量。
雙相情緒障礙症急性躁期	Lithium、Valproate、SGA (如 Risperidone, Olanzapine, Aripiprazole)	Lamotrigine、單用抗憂鬱劑	Lamotrigine 僅用於維持期防鬱，對急性躁期無療效；抗憂鬱劑易誘發躁躁。
雙相情緒障礙症急性鬱期	Lithium、Lurasidone、Quetiapine	Risperidone	Risperidone 於急性鬱期療效證據不足，非主流指引首選。
自閉症類群障礙症	Risperidone, Aripiprazole (限於降低躁行行為)	綜合維他命、必需脂肪酸、用藥改善社交核心症狀	藥物無法改善社交核心症狀；營養補充品缺乏療效證據。

精選考題 (3/27)

第 1 題 [109-1 醫學四 第 66 題]

一位 35 歲男性卡車司機，一向身體健康，這 2 年來因須開長途夜車而吸食安非他命，最近兩週產生明顯之聽幻覺及被害妄想、易躁動 (agitation) 且易怒而打傷同事，下列何者錯誤？

- (A) 宜停止使用安非他命
- (B) 可短期使用抗精神病劑，如 haloperidol
- (C) 若難以照顧時，可先肢體約束以降低傷人自傷風險，然須密切觀察
- (D) 若有憂鬱症狀，可給予情緒穩定劑，如 carbamazepine

答案 D

A. 宜停止使用安非他命

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：安非他命精神病 (Amphetamine psychosis) 之首要治療即為停止物質使用 (abstinence)，以移除誘發幻覺與妄想的化學刺激來源。

B. 可短期使用抗精神病劑，如 haloperidol

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：對於物質誘發的精神病狀、易躁動與暴力行為，短期使用 Haloperidol（金普斯）等抗精神病藥物可有效控制多巴胺亢進症狀。

C. 若難以照顧時，可先肢體約束以降低傷人自傷風險，然須密切觀察

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：病患若出現易躁動、易怒且已打傷他人，為維護環境安全，物理性約束（physical restraint）是必要之緊急處置，但須嚴密監測避免壓瘡或循環受阻。

D. 若有憂鬱症狀，可給予情緒穩定劑，如 carbamazepine

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：安非他命戒斷期間常出現憂鬱症狀，應考慮使用抗憂鬱劑；Carbamazepine（癲通）屬情緒穩定劑，主要用於雙極性障礙或癲癇，並非戒斷性憂鬱之首選。

第 2 題 [111-2 醫學四 第 61 題]

有關精神疾病之治療，下列何者正確？

- (A) 躁期之治療藥物可包括鋰鹽（lithium）、valproic acid、抗憂鬱劑及抗精神病藥物（antipsychotics）
- (B) 抗精神病藥物，例如：aripiprazole，已被 FDA 核准作為憂鬱症的輔助治療藥物
- (C) 經顱刺激（transcranial magnetic stimulation）已被核可做為思覺失調症（schizophrenia）的治療
- (D) 抗憂鬱劑在憂鬱症與雙相情緒障礙症（bipolar disorder）鬱期，都是首選藥物

答案 B

A. 躁期之治療藥物可包括鋰鹽（lithium）、valproic acid、抗憂鬱劑及抗精神病藥物（antipsychotics）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：躁期（Manic episode）的藥物治療首選為鋰鹽（Lithium）、抗癲癇藥物如 Valproic acid 或抗精神病藥物（Antipsychotics）；抗憂鬱劑（Antidepressants）在躁期為禁忌，因可能誘發轉躁或情緒不穩。

B. 抗精神病藥物，例如：aripiprazole，已被 FDA 核准作為憂鬱症的輔助治療藥物

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Aripiprazole（Abilify）已被 FDA 核准作為重鬱症（Major Depressive Disorder）的輔助治療（Adjunctive treatment），用於對傳統抗憂鬱劑治療反應不佳的成人患者。

C. 經顱刺激（transcranial magnetic stimulation）已被核可做為思覺失調症（schizophrenia）的治療

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：經顱磁刺激（rTMS）目前主要被核可用於治療頑固性憂鬱症（TRD）、強迫症（OCD）及憂鬱症伴隨焦慮；雖然對思覺失調症（Schizophrenia）的幻聽有研究支持，但非主要核可適應症。

D. 抗憂鬱劑在憂鬱症與雙相情緒障礙症（bipolar disorder）鬱期，都是首選藥物

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：雙相情緒障礙症（Bipolar disorder）鬱期治療首選為鋰鹽、Quetiapine 或 Lurasidone；抗憂鬱劑在雙相一型鬱期單用（Monotherapy）有轉躁風險，並非首選，需搭配情緒穩定劑。

第 3 題 [110-1 醫學四 第 60 題]

關於抗精神病藥物引起動作障礙（medication-induced movement disorders）的敘述，下列何者正確？

- (A) rabbit syndrome 的臨床表現是嘴唇與口周（perioral）的肌肉震顫（tremor）
- (B) 抗精神病藥物誘發之 neuroleptic malignant syndrome 好發於年長女性
- (C) 年輕男性是抗精神病藥物誘發 parkinsonism 的高風險族群
- (D) 年長女性是抗精神病藥物誘發角弓反張（opisthotonos）的高風險族群

答案 A

A. rabbit syndrome 的臨床表現是嘴唇與口周（perioral）的肌肉震顫（tremor）

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Rabbit syndrome（兔子症候群）是 Antipsychotics（抗精神病藥物）引起的遲發性動作障礙，特徵為嘴唇及口周肌肉每秒約 4-6 次的節律性 Tremor（震顫），但不涉及舌頭。

B. 抗精神病藥物誘發之 neuroleptic malignant syndrome 好發於年長女性

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS, 抗精神病藥物惡性症候群) 的高風險族群通常是年輕男性，而非年長女性；脫水與使用高劑量強效典型藥物是危險因子。

C. 年輕男性是抗精神病藥物誘發 parkinsonism 的高風險族群

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Drug-induced Parkinsonism (藥物誘發帕金森氏症) 的高風險族群為年長者及女性；年輕男性則是 Acute Dystonia (急性肌張力不全) 的高風險族群。

D. 年長女性是抗精神病藥物誘發角弓反張 (opisthotonos) 的高風險族群

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Opisthotonos (角弓反張) 屬於 Acute Dystonia (急性肌張力不全)，其高風險族群為年輕男性。年長女性則是 Tardive Dyskinesia (遲發性運動障礙) 的高風險族群。

本考點其他考題 (24 題, 未收錄)

梯次	題目	主題
106-2	醫學四 Q63	acute dystonia haloperidol
108-2	醫學四 Q59	extrapyramidal syndrome dystonia
109-1	醫學四 Q62	delirium
109-1	醫學四 Q70	tourette disorder
109-1	醫學四 Q71	therapeutic drug monitoring
109-2	醫學四 Q59	schizophrenia management
109-2	醫學四 Q77	acute agitation IM medication
110-1	醫學四 Q62	schizophrenia
110-1	醫學四 Q67	geriatric psychiatry
110-2	醫學四 Q61	bipolar disorder antipsychotic treatment
110-2	醫學四 Q78	acute dystonia antipsychotic
111-1	醫學四 Q59	schizophrenia
111-1	醫學四 Q62	FDA approved bipolar mania drugs
112-1	醫學四 Q60	schizophrenia epidemiology treatment
112-1	醫學四 Q61	antipsychotic side effects
112-1	醫學四 Q69	postoperative delirium
112-2	醫學四 Q66	medication sexual dysfunction
113-2	醫學四 Q60	psychotropic drug interactions
113-2	醫學四 Q69	stimulant induced psychiatric symptoms
114-1	醫學四 Q69	stimulant induced psychosis
114-1	醫學四 Q71	autism spectrum disorder pharmacotherapy
115-1	醫學四 Q60	bipolar depression pharmacotherapy
115-1	醫學四 Q64	antipsychotics
115-1	醫學四 Q65	delirium features

思覺失調症 (Schizophrenia)

★★★ 常青必掃 考過 18/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、108-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、111-2、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-2

二、思覺失調症 (Schizophrenia)

2.1 流行病學

- 終身盛行率約 1%
- 好發年齡：男性 18–25 歲、女性 25–35 歲（男性較早發病）
- 男女比約 1:1
- 遺傳：同卵雙胞胎一致率約 48%
- 與 dopamine 過度活化（mesolimbic pathway）假說密切相關

2.2 診斷標準

以下 5 項症狀中至少 2 項，持續 ≥ 6 個月（其中活躍期症狀 ≥ 1 個月），且至少 1 項為前 3 項之一：

1. 妄想 (Delusions)
2. 幻覺 (Hallucinations)
3. 混亂的言語 (Disorganized speech)
4. 混亂或僵直行為 (Grossly disorganized or catatonic behavior)
5. 負性症狀 (Negative symptoms)

另外須符合：

- 社會/職業功能明顯下降
- 排除 schizoaffective disorder 和情緒障礙合併精神病症狀
- 排除物質或其他醫學狀況

2.3 症狀分類

正性症狀 (Positive Symptoms) → Mesolimbic DA 過度活化

- 妄想：被害、關係、誇大、被控制、思想被植入/抽走/廣播
- 幻覺：以聽幻覺 (auditory hallucination) 最常見（尤其是 commentary type 或 command type）（視幻覺 → 先考慮器質性因素）
- 混亂言談/行為

負性症狀 (Negative Symptoms) → Mesocortical DA 功能低下

- 5 A's：
 - Alogia（言語貧乏）
 - Affect flattening（情感平淡）→ 最常見
 - Anhedonia（失去愉悅感）
 - Avolition（缺乏動機/意志力）
 - Asociality（社會退縮）
- 負性症狀對預後的影響 > 正性症狀
- 對典型抗精神病藥反應差；非典型抗精神病藥對負性症狀較有效

2.4 思覺失調症光譜

疾病	持續時間	特點
Brief psychotic disorder	< 1 個月	突發，完全恢復；預後最佳
Schizophreniform disorder	1–6 個月	與思覺失調同樣症狀，但未滿 6 個月（約 1/3 恢復，2/3 進展為 schizophrenia）
Schizophrenia	≥ 6 個月	完整診斷
Schizoaffective disorder	—	同時有精神分裂 + 情緒發作，且有 ≥ 2 週精神病症狀在無情緒症狀時獨立出現
Delusional disorder	≥ 1 個月	僅有妄想（DSM-5 已不再要求為 non-bizarre），功能相對保留，無其他精神分裂症狀

2.5 預後因素

預後較好	預後較差
晚發病 (late onset)	早發病 (early onset)
女性	男性
急性發病 (acute onset)	漸進發病 (insidious onset)
有明確誘發因子	無誘發因子
正性症狀為主	負性症狀為主
已婚/社會支持佳	社會支持差
無家族史	家族史陽性
病前功能好	病前功能差

★ 國考重點 (本站講義)

- 流行病學與遺傳機率〔106-1、112-1、114-1〕
- 高齡父親與生殖力〔114-1〕
- 高吸菸盛行率與內科共病〔111-2、114-1〕
- 發病年齡與定義〔112-1、114-1〕
- 診斷時程與排除標準〔110-1、113-1〕
- 自閉症病史之額外診斷〔110-1〕
- 臨床症狀之排除與預測
- 定向感異常〔114-2〕
- 知覺障礙之鑑別〔108-2、110-1、110-2〕
- 思考障礙之核心分類
- 思考形式障礙〔106-2、107-1、108-2、111-1〕
- 思考內容障礙〔107-1、111-2、112-2、115-2〕
- 病理生理機轉與多巴胺路徑〔110-2、112-2〕
- 抗精神病藥物作用機轉
- 抗精神病藥物副作用處置
- 急性肌肉失張〔106-2〕
- 靜坐不能〔109-2〕
- 遲發性運動異常〔106-2、109-2〕
- 治療阻抗型首選藥物〔112-1〕
- 自殺與暴力風險〔109-1、110-2、112-2〕
- 強制住院與守密例外之法規倫理
- 強制住院 (舊制，114 學年度以前之考題適用)〔110-1、113-1〕
- 【法規更新 | 精神衛生法第五章 | 查核：2026-08-05 | 未對應歷屆】
- 警告義務〔114-2〕

⚠ 易混與陷阱

預後預測因子對照表

預後較佳預測因子 (Good prognosis)	預後較差預測因子 (Poor prognosis)
晚發 (Late onset)〔109-1、112-1、114-2〕	早發 (Early onset)〔109-1、112-1、114-2〕
女性 (Female)〔112-1、114-2〕	男性 (Male)〔114-1、114-2〕
急性發作 (Acute onset)〔107-2、112-1〕	隱匿起病 (Insidious onset)〔107-2、109-1〕
有明顯誘發因子/壓力源〔107-2、109-1、112-1、114-2〕	無明顯誘發因子〔109-1、112-1〕
有情感性疾患家族史〔109-1〕	有思覺失調症家族史〔109-1〕
正性症狀明顯 (如幻覺、妄想)〔112-1〕	負性症狀明顯 (如思考貧乏、社交退縮)〔107-2、112-1、114-2〕

思考障礙分類對照表

分類	臨床定義與特徵	常考代表症狀及鑑別點
思考形式/流程障礙 (Formal thought disorder)	思考的「組織、表達與連結結構」異常，可由口語或書寫觀察。〔111-1〕	• 連結鬆散 (Loosening of association) 〔108-2〕 - 新語症 (Neologism) 〔106-2、111-1〕：自創無社會約定俗成意義之字詞。 - 思考停頓 (Thought blocking) 〔107-1〕：思維突然中斷數秒後恢復。 - 意念飛躍 (Flight of ideas) 〔107-1〕：聯想極快但有邏輯，多見於躁症。 - 具體思考 (Concrete thinking) 〔107-1〕：無法抽象思考，僅能按字面解釋成語。
思考內容障礙 (Thought content disorder)	想法本身的「內容本質」出錯，即固定且不可動搖的錯誤信念（妄想）。〔111-1〕	• 被害妄想 (Persecutory delusion) 〔107-1、111-2、112-2〕 - 關係妄想 (Referential delusion) 〔111-2、112-2、115-2〕：認為中性環境事件與己有關，例如「電視節目暗藏著要傳遞給我的訊息」。 - 誇大妄想 (Grandeur delusion) 〔112-2、115-2〕：認為自己具神性或特殊權力，例如「我有超能力要拯救世界」。 - 情愛妄想 (Erotomanic delusion) 〔112-2〕：堅信他人愛上自己。 - 忌妒妄想 (Jealousy delusion) 〔112-2〕：無證據下堅信伴侶不忠。 - 虛無妄想 (Nihilistic delusion) 〔112-2〕：堅信世界或自身器官已不存在。 - 控制妄想 (Control delusion) 〔112-2、115-2〕：深信行為受外力支配，例如「我的行為都被別人控制」。 - 思考抽離/置入 (Thought withdrawal / insertion) 〔111-2〕 - 思想廣播 (Thought broadcasting) 〔115-2〕：認為自己所想的事他人皆得知，例如「我在想什麼他們都知道」，屬他人知悉自身思想而非與外界事件產生關聯，故與關係妄想不同。 - 卡普格拉症候群變體 〔111-2、113-1〕：堅信眼前的家人內在被取代。

類似精神病狀態與疾病鑑別

疾病/物質	核心作用機轉與特徵	與思覺失調症之重要鑑別點
安非他命精神病 (Amphetamine psychosis)	中樞神經興奮劑，釋放多巴胺，導致活動量及性慾增加。〔106-2〕	情感反應通常較為適切 (Appropriate affect)，不易見到思覺失調症常見之不適切或平淡情感；視幻覺較思覺失調症更為常見。〔106-2〕
愺他命(Ketamine)	競爭性拮抗 NMDA 受體（非 GABA），半衰期約 2-3 小時。〔107-1〕	中毒時具特殊的呼吸保護作用，較少致命呼吸抑制；能誘發極度類似思覺失調症之正、負性及認知症狀。〔107-1〕
類思覺失調症 (Schizophreniform disorder)	症狀與思覺失調症相同。〔113-2〕	症狀持續時間大於 1 個月且少於 6 個月；盛行率具性別差異；半數以上 (60-80%) 會進展為思覺失調症；抗精神病藥物療效與預後一般較佳。〔113-2〕
失智症(Dementia)	皮質功能受損，認知退化，常出現抽象思考障礙。〔107-1〕	被偷妄想 (Delusions of being stolen) 極為常見，此症狀並非思覺失調症所特有。〔113-1〕

抗精神病藥副作用與處置

副作用類型	常見病因/誘發藥物	臨床表現特徵	臨床首選處置方式
急性肌肉失張 (Acute dystonia)	常見於第一代抗精神病藥 (FGA，如 Haloperidol 針劑注射)。〔106-2〕	給藥後數小時內 (如 12 小時) 急性發生，出現眼球上吊、脖子僵硬、軀幹扭曲。〔106-2〕	立即給予抗乙醯膽鹼藥物 (Anticholinergics，如 Benztropine) 肌肉注射；抗焦慮劑 (BZD) 可作輔助用藥。〔106-2〕
靜坐不能(Akathisia)	抗精神病藥物治療過程。〔109-2〕	病患主觀感到焦慮不安、客觀呈現雙腿坐立不安與多動行為。〔109-2〕	首選低劑量 β-blockers (如 Propranolol) 治療。〔109-2〕
遲發性運動異常 (Tardive dyskinesia, TD)	長期使用抗精神病藥物 (數月至數年)。〔106-2〕	不自主的口頰面部運動 (如舔舌、吸吮)。急性 EPS 敏感者 ，長期服藥後發生 TD 風險 較高。〔106-2、109-2〕	調整藥物 (如更換為第二代抗精神病藥或 Clozapine)。〔106-2〕

臨床醫療法規與倫理規範

法規/倫理考點	法定程序與臨床處置原則	常見國考陷阱與錯誤觀念
強制住院(Involuntary hospitalization)	(舊制，114 學年度以前之考題適用) 須經兩位指定專科醫師強制鑑定，並送審查會審查通過；首次強制住院以 60 天為限。〔110-1、113-1〕 (新制自 2026-08-01 施行，許可機關改為法院；完整敘述與依據見上方「強制住院與守密例外之法規倫理」該條，本列僅陳述舊制。)	✗ 逕行強制住院或逕行延長。- ✗ 僅徵得其家屬 (如丈夫) 同意即可住院 (若家屬是受害者，應優先保護家屬)。〔113-1〕 (兩個陷阱在新舊制下皆成立，不因法規更新而改變。)
警告義務 (Tarasoff)(Duty to warn)	當患者對特定第三方有明確且高風險之暴力威脅 (如妄想報復鄰居)，醫師保護大眾的義務凌駕於守密義務之上。〔114-2〕	✗ 基於「守密義務」不得告知任何人或其主治醫師。- ✗ 為維繫信賴關係而完全隱瞞意圖。〔114-2〕

精選考題 (5/29)

第 4 題 [114-1 醫學四 第 60 題]

有關思覺失調症 (schizophrenia) 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 盛行率男女相同
- (B) 女性患者發病年齡通常晚於男性患者
- (C) 男性患者較容易受到負性症狀 (negative symptoms) 影響而導致功能受損
- (D) 當發病年齡晚於 60 歲時將被歸類為晚發性思覺失調症 (late-onset schizophrenia)

答案 D

A. 盛行率男女相同

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Schizophrenia (思覺失調症) 的終身盛行率在性別間並無顯著差異，約為 1%，此敘述正確。

B. 女性患者發病年齡通常晚於男性患者

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：男性發病高峰約 15-25 歲，女性約 25-35 歲且停經後常有第二高峰，故女性發病年齡通常較晚，此敘述正確。

C. 男性患者較容易受到負性症狀 (negative symptoms) 影響而導致功能受損

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：男性患者通常有較明顯的 Negative symptoms (負性症狀) 且預後與社會功能受損一般較女性嚴重，此敘述正確。

D. 當發病年齡晚於 60 歲時將被歸類為晚發性思覺失調症 (late-onset schizophrenia)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Late-onset schizophrenia (晚發性思覺失調症) 定義為 40 或 45 歲以後發病；若 60 歲以後才發病則歸類為 Very-late-onset (極晚發性)，故本敘述錯誤。

第 5 題 [112-2 醫學四 第 61 題]

關於思覺失調症 (schizophrenia) 之敘述，下列何者最不適當？

- (A) 根據 DSM-5，思覺失調症病人中約有 5%~6% 病患死於自殺，但此數據有可能被低估
- (B) 負性症狀與 mesolimbic pathway 之異常有關
- (C) 思覺失調症患者有相當比例有憂鬱症狀，也可使用抗憂鬱藥物合併治療
- (D) 思覺失調症患者之認知功能退化比其正性精神症狀更可預測其社會功能影響

答案 B

A. 根據 DSM-5，思覺失調症病人中約有 5%~6% 病患死於自殺，但此數據有可能被低估

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)，思覺失調症 (schizophrenia) 病患約有 5%~6% 死於自殺，且數據可能因通報偏差被低估。

B. 負性症狀與 mesolimbic pathway 之異常有關

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：負性症狀 (negative symptoms) 主要與 Mesocortical pathway (中腦皮質路徑) 多巴胺活性不足有關；而 Mesolimbic pathway (中腦邊緣路徑) 過度活躍則是引起正性症狀的主因。

C. 思覺失調症患者有相當比例有憂鬱症狀，也可使用抗憂鬱藥物合併治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：憂鬱症狀在思覺失調症各病程中均常見，臨床上可合併使用抗憂鬱藥物 (Antidepressants) 來處理精神病後憂鬱期 (post-psychotic depression) 或共病憂鬱症。

D. 思覺失調症患者之認知功能退化比其正性精神症狀更可預測其社會功能影響

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：認知功能 (Cognitive function) 障礙是預測患者社會功能與職業預後最強的指標，其影響力通常顯著大於幻覺或妄想等正性症狀。

第 6 題〔111-1 醫學四 第 60 題〕

下列有關思考形式障礙（formal thought disorders）之描述，下列何者錯誤？

- (A) 此症狀可透過書寫文字或口語表達觀察
- (B) 為思想之表達與組織出現障礙
- (C) 為思考內容出現異常
- (D) 新語症（neologism）屬於思考形式障礙

答案 C**A. 此症狀可透過書寫文字或口語表達觀察**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此描述正確。思考形式障礙（Formal Thought Disorder）是指思考的過程或組織異常，臨床上主要藉由觀察病患的口語（Speech）或書寫（Writing）表達之邏輯結構來進行判斷。

B. 為思想之表達與組織出現障礙

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此描述正確。其核心定義即為思考的組織、表達與連結出現障礙，反映了意念（Idea）與意念之間如何組合與產出的「結構性」問題，而非想法內容本身。

C. 為思考內容出現異常

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：此描述錯誤，為本題答案。思考內容（Thought Content）異常是指想法的本質出錯（如：妄想 Delusion）；而思考形式是指思考的過程（Thought Process）異常，兩者屬不同分類。

D. 新語症（neologism）屬於思考形式障礙

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此描述正確。新語症（Neologism）是指病患創造出僅其自懂、無社會約定俗成意義的新詞彙，反映了語言與意念連結的脫節，是典型的思考形式障礙之一。

第 7 題〔113-1 醫學四 第 62 題〕

一位中年女性病人，深信鄰居偷走她的珠寶，處處刁難她。此外，眼前的丈夫只剩下外表，整個人的內在都被鄰居所取代，且電視都在報導女病人的事情，以致女病人攻擊其丈夫。下列敘述何者最適當？

- (A) 若須強制住院，須先徵得其丈夫同意
- (B) 被偷妄想（delusions of being stolen）只出現於患思覺失調症（schizophrenia）的病人
- (C) 如要診斷思覺失調症（schizophrenia），須排除安非他命（amphetamine）或其他物質的影響
- (D) 為了治療該病人，首選用藥是苯二氮平（benzodiazepine）

答案 C**A. 若須強制住院，須先徵得其丈夫同意**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：根據台灣《精神衛生法》，強制住院（Involuntary Hospitalization）須經兩位以上指定專科醫師強制鑑定，並送「審查會」審查通過，而非徵得丈夫同意。此外，丈夫在本案中為受害者，依程序應優先保護被害人。

B. 被偷妄想（delusions of being stolen）只出現於患思覺失調症（schizophrenia）的病人

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：被偷妄想（Delusions of being stolen）並非思覺失調症（Schizophrenia）特有，在失智症（Dementia，特別是阿茲海默症）病人中極為常見。

C. 如要診斷思覺失調症（schizophrenia），須排除安非他命（amphetamine）或其他物質的影響

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-5 診斷標準，診斷思覺失調症（Schizophrenia）前必須排除物質（Substance，如安非他命 Amphetamine）或一般醫學狀況所致之生理影響。

D. 為了治療該病人，首選用藥是苯二氮平（benzodiazepine）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：治療該病人的妄想與攻擊症狀，首選用藥應為抗精神病藥（Antipsychotics）。苯二氮平（Benzodiazepine）僅能輔助控制情緒激動或焦慮，無法治療核心妄想症狀。

第 8 題 [114-2 醫學四 第 79 題]

一位思覺失調症的病人，近期因服藥遵囑性不佳，出現明顯被害妄想，認為自己的氣喘是隔壁住戶長期施放毒氣殘害自己所造成，於就診時向治療氣喘的內科醫師表示：「想要報復對方」。下列何種臨床處理方式最不恰當？

- (A) 耐心地說服病人氣喘與鄰居無關，並鼓勵持續接受氣喘與思覺失調症的治療，並試著釐清「想要報復對方」的意思
- (B) 有技巧地釐清所謂「想要報復對方」的細節，不論該報復方法是否會造成傷害，應儘可能取得病人同意，轉告其精神科醫師
- (C) 基於醫療人員的「守密」義務，不得將病人的病情與意圖告知任何人，如此方能維繫醫病間的信賴，有助治療成效
- (D) 當醫師判斷病人報復對方的可能性與傷害性極高，應立即請警衛協助留置病人，通知家屬，並聯絡精神科醫師協助後續處置

答案 C

A. 耐心地說服病人氣喘與鄰居無關，並鼓勵持續接受氣喘與思覺失調症的治療，並試著釐清「想要報復對方」的意思

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：這是標準的臨床會談與處置流程。醫師應先建立關係，透過說服（Persuasion）與衛教提升藥物遵囑性（Adherence），並深入探究病人報復意圖的實質內容，以評估暴力風險。

B. 有技巧地釐清所謂「想要報復對方」的細節，不論該報復方法是否會造成傷害，應儘可能取得病人同意，轉告其精神科醫師

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：雖然守密是原則，但思覺失調症（Schizophrenia）病人的被害妄想可能導致具體傷害。轉介精神科醫師協同評估是安全且必要的，且應盡力取得病人理解以維持醫病關係。

C. 基於醫療人員的「守密」義務，不得將病人的病情與意圖告知任何人，如此方能維繫醫病間的信賴，有助治療成效

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：當病人對特定第三方有明確暴力威脅時，適用 Tarasoff Case 確立的「警告義務（Duty to warn）」。「守密義務（Confidentiality）」並非絕對，為了保護大眾生命安全，醫師必須通報相關單位或受害者。

D. 當醫師判斷病人報復對方的可能性與傷害性極高，應立即請警衛協助留置病人，通知家屬，並聯絡精神科醫師協助後續處置

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此為高暴力風險（Violence Risk）的急性處置。當判斷有立即危害之虞，醫療法與精神衛生法均賦予醫師採取緊急留置與聯絡警政單位的權力，以防止悲劇發生。

本考點其他考題（24 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q66	etiology of psychiatric disorders
106-2	醫學四 Q61	schizophrenia negative symptoms
106-2	醫學四 Q71	neologism thought disorder
106-2	醫學四 Q75	amphetamine psychosis
107-1	醫學四 Q64	formal thought disorder
107-1	醫學四 Q70	abstract thinking assessment
107-1	醫學四 Q71	ketamine intoxication
107-2	醫學四 Q62	schizophrenia poor prognostic factor
108-2	醫學四 Q61	schizophrenia symptoms
109-1	醫學四 Q59	schizophrenia good prognosis
109-1	醫學四 Q61	schizophrenia suicide rate
109-2	醫學四 Q60	autistic thinking
110-1	醫學四 Q59	hallucination definition
110-2	醫學四 Q59	schizophrenia features
111-2	醫學四 Q62	schizophrenia delusions
111-2	醫學四 Q69	tobacco use disorder
112-1	醫學四 Q59	schizophrenia good prognosis
112-2	醫學四 Q59	delusion subtypes
113-2	醫學四 Q59	schizophrenia negative symptoms
113-2	醫學四 Q62	schizophreniform disorder
114-1	醫學四 Q61	schizophrenia epidemiology and comorbidity
114-2	醫學四 Q60	schizophrenia DSM-5 criteria
114-2	醫學四 Q61	schizophrenia poor prognostic factors
115-2	醫學四 Q61	delusion of reference

也考本考點的題目 (5 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
106-2	醫學四 Q63	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
109-2	醫學四 Q59	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
110-1	醫學四 Q62	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
111-1	醫學四 Q59	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
112-1	醫學四 Q60	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)

妄想症 (Delusional Disorder)

★★ 穩定考點 考過 5/20 梯次：107-1、108-1、112-2、114-1、115-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- **症狀分類歸屬**：被害妄想 (Persecutory Delusion) 屬於「思考內容障礙 (Disorder of Thought Content)」，非「思考形式障礙 (Formal Thought Disorder)」。意念飛躍 (Flight of Ideas)、新語症 (Neologism) 及思考停頓 (Thought Blocking) 則皆屬於思考形式障礙。〔107-1〕
- **盛行率與發病年齡**：妄想症的盛行率約 0.2%，遠低於思覺失調症 (Schizophrenia) 約 1% 的盛行率。其發病年齡範圍廣 (18 至 90 歲皆可能)，但通常較晚 (多為 35-55 歲的中老年，平均發病年齡約 40 歲)，而思覺失調症則多在青少年或成年早期發病。〔108-1、114-1〕
- **性別盛行率與就醫傾向**：本症在女性的盛行率略高於男性，或男女比例接近 (並非較常發生於男性)。病患因缺乏病識感 (Insight) 而極少主動求醫，多因妄想產生的行為干擾或法律問題，經由家屬或法庭強制送醫。〔108-1〕
- **危險因子**：社交孤立 (Social Isolation) 或社會隔離、移民、聽力受損等感官隔離 (Sensory Deprivation，如耳聾、眼盲) 以及有家族史者，均為本症明確的危險因子。〔108-1、114-1〕
- **幻覺表現特徵**：本症特點為幻覺 (Hallucination) 不明顯，即使出現也通常與妄想內容高度相關；思覺失調症則常有顯著且與妄想無直接關聯的幻覺 (特別是聽幻覺)。〔114-1〕
- **臨床妄想亞型鑑別**：
 - **誇大妄想 (Grandeur Delusion)**：堅信自己擁有非凡的權力、知識、身分，或認為自己具有神性 (如神仙下凡拯救世人，或自認擁有超能力要拯救世界)。〔112-2、115-2〕
 - **關係妄想 (Referential Delusion)**：將環境中無關的事件視為與自己有關 (如他人聊天是在聯手對付自己，或電視上播放的節目暗藏著要傳遞給自己的訊息)。〔112-2、115-2〕
 - **情愛妄想 (Erotomanic Delusion)**：堅信他人愛上自己 (如同事對自己笑即代表愛上自己)。〔112-2〕
 - **被害妄想**：堅信有人要害自己 (如同事受黑道指使要來殺害自己)。〔112-2〕
 - **虛無妄想 (Nihilistic Delusion)**：堅信自己、部分器官或整個世界已經不存在。〔112-2〕
 - **忌妒妄想 (Jealousy Delusion)**：在缺乏證據下，堅信配偶或伴侶對自己不忠。〔112-2〕
 - **控制妄想 (Control Delusion)**：堅信自己的思考或行動受到外力支配 (如堅信自己的行為都被別人控制)。〔112-2、115-2〕

⚠ 易混與陷阱

臨床特徵對照	妄想症 (Delusional Disorder)	思覺失調症 (Schizophrenia)
盛行率	約 0.2% (顯著較低)	約 1%
發病年齡	通常較晚 (35-55 歲，平均約 40 歲)	通常較早 (青少年期或成年早期)
幻覺表現	不明顯，若有則常與妄想內容相關	常見且顯著，特別是聽幻覺 (Auditory Hallucination)
危險因子	社交孤立、移民、聽力受損或感官隔離等較具特異性	臨床考試未特別強調此類感官剝奪特徵
性別比例	女性略高於男性，或男女比例接近 (並非較常發生於男性)	男女盛行率相近

思考障礙分類	定義與特徵	常見症狀 (以考題為例)
思考形式障礙 (Formal Thought Disorder)	指聯想速度、流暢度、概念聯結方式或過程的異常。	意念飛躍 (Flight of Ideas)、新語症 (Neologism)、思考停頓 (Thought Blocking)。
思考內容障礙 (Disorder of Thought Content)	指思考的具體內容為固定錯誤信念，與過程流暢度無關。	被害妄想 (Persecutory Delusion) 等各類妄想症狀。

妄想亞型名稱	核心信念特徵	臨床情境陷阱（錯誤連結）
誇大妄想	誇大自身權力、知識、身份，或認為自己具備神性。	堅信自己是神仙下凡拯救世人（常被誤誘答為情愛妄想）；「我有超能力要拯救世界」亦屬此類，不屬情愛或關係妄想〔115-2〕。
關係妄想	將環境中中性、無關的事件視為與自己有關。	看到同事在走廊聊天就認為是在對付自己（常被誤誘答為控制妄想）；「電視上播放的節目暗藏著要傳遞給我的訊息」亦屬此類〔115-2〕。
情愛妄想	堅信他人（通常是地位較高者）深愛著自己。	同事對自己笑即認定對方愛上自己（常被誤誘答為嫉妒妄想）。
被害妄想	堅信有人在監視、傷害、下毒或意圖殺害自己。	堅信同事受黑道指使要殺害自己（常被誤誘答為虛無妄想）。
虛無妄想	堅信自己、部分身體器官或整個世界已不存在。	堅信自己內臟已經融化消失（常被誤誘答為被害妄想）。
控制妄想	堅信自己的思考或行為完全受到外力（如電波、外星人）支配。	堅信腦中想法是被衛星強行植入（常被誤誘答為關係妄想）；「我的行為都被別人控制」亦屬此類〔115-2〕。

精選考題 (2/2)

第 9 題 〔114-1 醫學四 第 59 題〕

有關妄想症（delusional disorder）的敘述，下列何者正確？

- (A) 盛行率與思覺失調症相近
- (B) 發病年齡早於思覺失調症
- (C) 常會出現幻覺症狀，特別是聽幻覺
- (D) 社會或感官的隔離是妄想症的危險因子之一

答案 D

A. 盛行率與思覺失調症相近

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Delusional disorder（妄想症）盛行率約 0.2%，遠低於 Schizophrenia（思覺失調症）約 1% 的盛行率。

B. 發病年齡早於思覺失調症

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Delusional disorder 發病年齡通常較晚（多為中老年，約 35-55 歲），而 Schizophrenia 通常在青少年或成年早期發病。

C. 常會出現幻覺症狀，特別是聽幻覺

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Delusional disorder 的特點是幻覺（Hallucination）不明顯，即便出現也通常與妄想內容相關，不像 Schizophrenia 常有顯著的聽幻覺。

D. 社會或感官的隔離是妄想症的危險因子之一

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Social isolation（社會隔離）與 Sensory deprivation（感官剝奪，如耳聾、眼盲）是 Delusional disorder 明確的危險因子。

第 10 題〔108-1 醫學四 第 61 題〕

有關妄想症（delusional disorder）之敘述，下列何者錯誤？

- (A) 一般發作年齡從 18 到 90 歲都有可能，但平均發作年齡是 40 歲左右
- (B) 此類病患除非被家人或法庭強制送醫，否則很少主動尋求醫師協助
- (C) 社交孤立是此症之危險因子
- (D) 此症較常發生於男性

答案 D

A. 一般發作年齡從 18 到 90 歲都有可能，但平均發作年齡是 40 歲左右

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Delusional disorder（妄想症）發病年齡範圍極廣，青少年至老年皆可發生，但臨床統計平均發病年齡約在 40 歲左右，符合流行病學敘述。

B. 此類病患除非被家人或法庭強制送醫，否則很少主動尋求醫師協助

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：病患通常缺乏病識感（insight），認為其妄想內容為真實，因此極少主動求醫，多因行為干擾或法律問題由家屬或法庭強制送醫。

C. 社交孤立是此症之危險因子

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Social isolation（社交孤立）、移民、聽力受損或有家族史者，皆被視為發生 Delusional disorder 的危險因子。

D. 此症較常發生於男性

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-5 及流行病學研究，Delusional disorder 在女性的盛行率略高於男性，或至少男女比例接近，並非較常發生於男性。

也考本考點的題目（3 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
107-1	醫學四 Q64	精神科・精神病，思覺失調症（Schizophrenia）
112-2	醫學四 Q59	精神科・精神病，思覺失調症（Schizophrenia）
115-2	醫學四 Q61	精神科・精神病，思覺失調症（Schizophrenia）

類思覺失調症（Schizophreniform Disorder）

罕考 考過 1/20 梯次：113-2

★ 國考重點（本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點）

- 症狀表現與思覺失調症（Schizophrenia）相似，主要鑑別點為症狀總持續時間需大於 1 個月且少於 6 個月〔113-2〕。
- 盛行率（Prevalence）並非無性別差異，官方考題認定其性別分布存在相關差異〔113-2〕。
- 超過半數（約 60% 至 80%）最初診斷為類思覺失調症的患者，最終會進展為思覺失調症或情感思覺失調症（Schizoaffective Disorder）〔113-2〕。
- 類思覺失調症通常具備較多良好預後（Prognosis）因子，因此抗精神病藥物（Antipsychotics）的治療反應與療效優於思覺失調症〔113-2〕。

⚠ 易混與陷阱

比較項目	類思覺失調症 (Schizophreniform Disorder)	思覺失調症 (Schizophrenia)
症狀持續時間	大於 1 個月且少於 6 個月	大於或等於 6 個月
藥物治療反應	較佳，對抗精神病藥物的療效優於思覺失調症	較差，整體療效相對較弱
預後因子	較多良好預後因子，預後一般較佳	預後較差，病程易慢性化
盛行率性別差異	官方考題採「非無性別差異」（具性別相關差異）之觀點	（本題未特別著墨思覺失調症之性別盛行率）
診斷轉變	有半數以上（約 60% 至 80%）最終會進展為思覺失調症或情感思覺失調症	為最終診斷之一，通常不往回修正

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
113-2	醫學四 Q62	精神科・精神病，思覺失調症 (Schizophrenia)

緊張症 (Catatonia)

★ 偶考 考過 2/20 梯次：113-1、115-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 二、思覺失調症 (Schizophrenia)

2.7 Catatonia (僵直症)

- 可出現於思覺失調症、情緒障礙、器質性疾病
- 表現：immobility（不動）、mutism（不語）、waxy flexibility（蠟樣屈曲）、posturing、negativism、echolalia/echopraxia、stupor
- 治療：Benzodiazepines (lorazepam) 為首選 → 無效 → ECT
- 不可用抗精神病藥（會惡化，有 NMS 風險）

★ 國考重點（本站講義）

- 運動障礙的交替性〔Stupor〕〔Excitement〕〔113-1〕
- 首要關聯精神疾病〔113-1〕
- 藥物引發與惡化風險〔113-1〕
- 典型臨床行為特徵
- 模仿行為〔113-1〕
- 怪異姿勢 (Mannerism)〔115-1〕
- 緘默症 (Mutism)〔115-1〕
- 違拗症 (Negativism)〔115-1〕
- 虛無妄想之鑑別排除〔115-1〕

⚠ 易混與陷阱

項目	緊張症 (Catatonia) 相關特徵	易混淆之非緊張症特徵
最常見關聯疾病	情感疾患 (如躁鬱症、重度憂鬱症，佔 45-50%) [113-1]	思覺失調症 (臨床統計僅居次要地位) [113-1]
主要臨床表現	包含怪異姿勢 (Mannerism)、緘默症 (Mutism)、違拗症 (Negativism) 等運動與行為異常症狀 [113-1、115-1]	虛無妄想 (Nihilism, 屬精神病性妄想，非運動症狀) [115-1]
臨床常見藥物影響	使用抗精神病劑 (尤其是強效 D2 拮抗劑) 可能引發或惡化此狀態，甚至導致 NMS [113-1]	(無)

精選考題 (2/2)

第 11 題 [113-1 醫學四 第 59 題]

有關僵直狀態 (catatonia) 的敘述，下列何者最不適當？

- (A) 患者會出現運動性活動減少或增加情形，這兩種極端的運動性障礙可以交替出現
- (B) 以僵直狀態表現的主要精神疾病，以在住院病人中思覺失調症最多，情感疾患次之
- (C) 抗精神病劑也可能會導致僵直狀態
- (D) 患者可能會出現模仿言語 (echolalia) 及模仿動作 (echopraxia)

答案 B

A. 患者會出現運動性活動減少或增加情形，這兩種極端的運動性障礙可以交替出現

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：僵直狀態 (Catatonia) 可表現為運動遲緩、木僵 (Stupor) 或過度且無目的的激動 (Excitement)，這兩種極端狀態在臨床上可交替出現。

B. 以僵直狀態表現的主要精神疾病，以在住院病人中思覺失調症最多，情感疾患次之

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：臨床統計顯示，僵直狀態最常見於情感疾患 (Affective disorders, 如躁鬱症、重度憂鬱症)，約佔 45-50%，思覺失調症 (Schizophrenia) 反而次之。

C. 抗精神病劑也可能會導致僵直狀態

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：抗精神病劑 (Antipsychotics) 可能引發或惡化僵直狀態，特別是強效 D2 拮抗劑，嚴重者可能演變成抗精神病藥物惡性症候群 (NMS)。

D. 患者可能會出現模仿言語 (echolalia) 及模仿動作 (echopraxia)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：模仿言語 (Echolalia) 與模仿動作 (Echopraxia) 是 DSM-5 中僵直狀態診斷準則 (12 項臨床特徵) 中的典型表現。

第 12 題 [115-1 醫學四 第 59 題]

下列何者不屬於僵直症 (catatonia) 的精神症狀？

- (A) mannerism
- (B) mutism
- (C) nihilism
- (D) negativism

答案 C

A. mannerism

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Mannerism (怪異姿勢) 屬於 Catatonia (僵直症) 的運動異常表現，指患者反覆出現誇張或奇怪的自發性動作，為診斷標準之一。

B. mutism

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Mutism（緘默症）是 Catatonia 的核心症狀之一，表現為在沒有器質性語言障礙下，對外界環境幾乎完全沒有言語反應。

C. nihilism

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Nihilism（虛無妄想）常見於 Cotard syndrome，屬重度憂鬱症或精神病之妄想內容，不屬於 Catatonia 的運動或行為症狀準則。

D. negativism

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Negativism（違拗症）指患者對所有指令或刺激產生無目的性的抗拒，或甚至做出相反的動作，是 Catatonia 的典型特徵。

精神科・精神官能症

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)

★★★ 常青必掃 考過 15/20 梯次：106-1、106-2、107-2、108-1、108-2、109-2、110-1、111-1、111-2、112-1、112-2、113-2、114-2、115-1、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科

三、鬱症 (Depressive Disorders)

3.1 流行病學

- 終身盛行率約 15–20%
- 女性：男性 ≈ 2:1
- 好發年齡：20–40 歲
- 高共病率：焦慮症、物質使用障礙

3.2 診斷標準

以下 9 項中 ≥ 5 項，持續 ≥ 2 週，且至少包含前 2 項其一：

1. **Depressed mood** (情緒低落)
2. **Interest loss / Anhedonia** (失去興趣或愉悅感)
3. **Appetite/weight change** (食慾/體重改變)
4. **Sleep disturbance** (失眠或嗜睡)
5. **Psychomotor agitation or retardation** (精神運動激躁或遲滯)
6. **Energy loss / fatigue** (疲倦)
7. **Guilt / worthlessness** (罪惡感或無價值感)
8. **Concentration difficulty** (注意力下降)
9. **Suicidal ideation** (自殺意念)

3.3 特殊型態

- **Melancholic features**：anhedonia 為核心、early morning awakening、psychomotor change、excessive guilt → 對藥物/ECT 反應較好
- **Atypical features**：mood reactivity、hypersomnia、hyperphagia/weight gain、leaden paralysis、interpersonal rejection sensitivity → MAOIs 或 SSRIs 有效
- **Psychotic features**：伴有妄想或幻覺 → 需合併抗精神病藥
- **Peripartum onset**：產後 4 週內或懷孕期間
 - **Postpartum blues (baby blues)**：產後 2–3 天，自限性，70–80%
 - **Postpartum depression**：符合重鬱症標準
 - **Postpartum psychosis**：精神科急症，有嬰兒傷害風險
- **Seasonal pattern**：冬季發作 → 光照治療 (light therapy) 有效
- **Persistent depressive disorder**：慢性低度鬱症，持續 ≥ 2 年 (青少年 ≥ 1 年)，症狀較輕但持續

3.4 鬱症的生物學

- Monoamine hypothesis：5-HT ↓、NE ↓
- HPA axis hyperactivity：cortisol ↑ (dexamethasone suppression test 不被抑制)
- 睡眠變化：REM latency ↓ (快速進入 REM)、REM density ↑、slow-wave sleep ↓
- 神經影像：prefrontal cortex 活性 ↓、amygdala 活性 ↑

TWMLE・精神科 > 精神科 > 三、鬱症 (Depressive Disorders)

3.7 非藥物治療

電痙攣治療 (*Electroconvulsive Therapy, ECT*)

- 適應症：
 - 鬱症（最常見適應症）：嚴重/精神病性鬱症、治療抵抗型鬱症、拒食/急性自殺風險（需快速見效）、懷孕期鬱症
 - 躁症（急性、難治）
 - 思覺失調症（catatonia、treatment-resistant）
- 執行：短暫全身麻醉（methohexital）+ 肌肉鬆弛劑（succinylcholine）→ 誘發 generalized seizure（≥ 25 秒）；通常每週 2-3 次，共 6-12 次
- 副作用：記憶障礙（以逆行性失憶 **retrograde** 為主，多數數週-數月可回復）；頭痛、肌肉痛、噁心
- 最重要之相對禁忌為顱內壓升高 / 腦內佔位病灶，其次為近期 MI/中風、不穩定動脈瘤、未控制之 pheochromocytoma

經顱磁刺激 (*Transcranial Magnetic Stimulation, TMS*)

- 適應症：治療抵抗型鬱症
- 執行：非侵入性，利用磁場刺激大腦皮質（左側 dorsolateral prefrontal cortex）
- 優點：不需麻醉、無認知副作用、門診即可執行
- 副作用：頭痛（最常見）、極罕見癲癇
- 效果不如 ECT 強，但耐受性較佳

★ 國考重點（本站講義）

- 流行病學與遺傳特徵
- 診斷標準與臨床症狀
- 憂鬱特徵 (**Melancholic features**)
- 生理與神經化學機轉
- 睡眠結構特徵
- 雙相轉化預測因子
- 鬱症發作之病程復發與青少年非典型表現
- 疾病共病與鑑別
- 甲狀腺功能低下 (**Hypothyroidism**) [108-2] [108-2]
- 糖尿病 (**Diabetes Mellitus**) [108-2]
- 慢性疲勞症候群 (**Chronic Fatigue Syndrome, CFS**) [113-2] [113-2]
- 藥物治療原則
- 非藥物與物理治療
- 合併治療 [111-2、114-2]
- 睡眠剝奪治療 (**Sleep Deprivation Therapy**) [111-2]
- 照光治療 (**Light therapy**) [111-2]
- 重複經顱磁刺激 (**repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS**) [111-2]
- 電痙攣治療 (**Electroconvulsive Therapy, ECT**) [115-1] [115-1] [115-1]

⚠ 易混與陷阱

比較項目	狀態 / 機轉 / 治療 A	狀態 / 機轉 / 治療 B	國考鑑別關鍵與陷阱〔考過年份〕
盛行率與性別	重度憂鬱症（MDD）（女性與男性比率約 2 比 1）	雙極性疾患（BD）（男女發病比例約 1 比 1）	MDD 女性盛行率顯著為男性的 2 倍，且終生盛行率高達 10% 至 20%；BD 終生盛行率僅 1% 至 2%，男女比例相等〔106-2、108-1、112-2、114-2〕。
發病年齡	重度憂鬱症（MDD）（平均約 30 至 40 歲）	雙極性疾患（BD）（發病高峰約 15 至 25 歲）	雙極性疾患的發病年齡顯著早於重鬱症，常於青少年期或成年早期發病〔106-2、114-2〕。
診斷要件	第一型雙極性疾患	第二型雙極性疾患	第一型雙相診斷僅需符合一次躁期（Manic episode），不一定有鬱期病史；第二型則必須至少有一次輕躁發作加上一次重鬱發作〔106-2、108-1、114-2〕。
神經傳導物質來源	藍斑核（Locus ceruleus）	縫際核（Raphe nuclei）	藍斑核為正腎上腺素（NE）之主要來源；縫際核為血清素（5-HT）之主要來源，兩者常在機轉題中被對調以設陷阱〔110-1〕。
內分泌壓力反應	Cortisol / 醅皮質激素過多	Cortisol / 醅皮質激素缺乏	壓力會活化 HPA 軸，導致皮質醇與醅皮質激素「過多」而非缺乏，長期高濃度會損害海馬迴〔114-2〕。
大腦代謝改變	憂鬱症前側大腦代謝下降	躁症前側大腦代謝下降	憂鬱症患者以左側（優勢側）前額葉活性下降為主；躁症患者則較常觀察到右側（非優勢側）前側活性下降〔109-2〕。
睡眠核心體溫	核心體溫升高	核心體溫降低	憂鬱症患者睡眠時的核心體溫通常會「升高」而非降低〔109-2〕。
抗憂鬱藥物過量	三環抗憂鬱劑（TCA）	血清素再回收抑制劑（SSRI）	TCA 具心臟毒性，過量時有致死危險；SSRI 安全性高，過量通常不具致命性〔113-2〕。
抗憂鬱劑基本機轉	抑制再回收（Inhibition of reuptake）	加強再回收（Enhancement of reuptake）	抗憂鬱劑的作用是「抑制」再回收以增加突觸間隙濃度；加強再回收反而會惡化憂鬱症狀〔110-1〕。
鬱期藥物首選	單相重度憂鬱症	雙極性疾患鬱期	單相重鬱首選抗憂鬱劑；雙相鬱期首選為鋰鹽或 Quetiapine 等，單用抗憂鬱劑有誘發轉躁風險〔108-1、111-2〕。
ECT 與藥物併用	急性躁期：鋰鹽 + ECT	急性躁期：停用鋰鹽後施以 ECT	急性躁期病人對鋰鹽反應佳時不需 ECT；若反應不佳需施以 ECT 時，必須「停用」鋰鹽，併用會增加神經毒性、譫妄與痙攣延長風險〔115-1〕。

rTMS 副作用 副作用較輕微	最常見副作用：頭皮疼痛或頭痛 （發生率約 30%）	嚴重副作用：癲癇 （發生率約 0.1%）	癲癇雖是 rTMS 的嚴重副作用，但發生率極低（小於 0.1%），最常見者為局部頭皮疼痛或頭痛〔111-2〕。
--------------------	------------------------------	-------------------------	---

精選考題 (5/21)

第 1 題 [114-2 醫學四 第 64 題]

有關憂鬱症之敘述，下列何者錯誤？

- (A) 發炎理論可以用來解釋憂鬱症和心血管疾病、代謝疾病及癌症的高度共病性
- (B) 急性壓力事件本身會造成 cortisol 及 glucocorticoid 的缺乏，進一步影響到大腦功能（例如 hippocampus）
- (C) 患者可能較高比例的快速動眼期睡眠（rapid eye movement sleep）和前額葉（prefrontal cortex）的功能低下
- (D) 患者之大腦功能異常可透過藥物或心理治療矯正

答案 B

A. 發炎理論可以用來解釋憂鬱症和心血管疾病、代謝疾病及癌症的高度共病性

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：發炎理論（Inflammation theory）認為促發炎細胞激素（pro-inflammatory cytokines）上升與憂鬱症及多種慢性身體疾病（如心血管疾病、癌症）之共病性密切相關。

B. 急性壓力事件本身會造成 cortisol 及 glucocorticoid 的缺乏，進一步影響到大腦功能（例如 hippocampus）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：壓力會活化 HPA axis（Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis），導致 Cortisol 及 Glucocorticoid（糖皮質激素）「過多」而非缺乏，長期高濃度會損害 Hippocampus（海馬迴）神經元。

C. 患者可能較高比例的快速動眼期睡眠（rapid eye movement sleep）和前額葉（prefrontal cortex）的功能低下

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：憂鬱症患者典型睡眠異常包含 REM sleep（快速動眼期）潛伏期縮短及比例增加；影像學常發現 Prefrontal cortex（前額葉）功能低下與情緒調節失靈相關。

D. 患者之大腦功能異常可透過藥物或心理治療矯正

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：憂鬱症之大腦神經生化（如單胺類神經傳導物質）或迴路異常，可透過抗憂鬱藥物（Antidepressants）或認知行為治療（CBT）等方式達到神經可塑性修復與功能改善。

第 2 題 [113-2 醫學四 第 65 題]

有關憂鬱症的敘述，下列何者最不適當？

- (A) 至少會有憂鬱情緒（depressed mood）或失去興趣（loss of interest）的其中一項
- (B) 可能會出現食慾增加、睡眠增加的生理變化
- (C) 考慮抗憂鬱劑之成癮風險，治療 4 到 6 週後，憂鬱症狀一旦緩解，宜及早停藥
- (D) 三環抗憂鬱劑過量時會有致死的危險性；血清素再吸收抑制劑（SSRI）則較為安全

答案 C

A. 至少會有憂鬱情緒（depressed mood）或失去興趣（loss of interest）的其中一項

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-5 診斷標準，Major Depressive Disorder（大憂鬱症）的 9 項症狀中，Depressed mood（憂鬱情緒）或 Anhedonia（失去興趣）必須至少具備其一。

B. 可能會出現食慾增加、睡眠增加的生理變化

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：憂鬱症可表現為 Atypical features（非典型特徵），包括 Hyperphagia（食慾增加）與 Hypersomnia（睡眠增加），而非僅有食慾下降或失眠。

C. 考慮抗憂鬱劑之成癮風險，治療 4 到 6 週後，憂鬱症狀一旦緩解，宜及早停藥

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Antidepressants（抗憂鬱劑）無成癮性。為預防 Relapse（復發），症狀緩解後通常需維持治療至少 6-9 個月，不宜在 4-6 週後立即停藥。

D. 三環抗憂鬱劑過量時會有致死的危險性；血清素再吸收抑制劑（SSRI）則較為安全

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：TCA（三環抗憂鬱劑）因具心臟毒性，過量易致死；SSRI（選擇性血清素再吸收抑制劑）安全性較高，過量通常不具致命性。

第 3 題 [111-2 醫學四 第 64 題]

有關憂鬱症相關治療模式的敘述，下列何者正確？

- (A) 睡眠剝奪治療具持久性療效
- (B) 照光治療（light therapy）屬有效治療，且無轉為躁症之風險
- (C) 癲癇為經顱磁刺激治療（transcranial magnetic stimulation）最常見的副作用
- (D) 嚴重個案合併藥物與心理治療，會比使用單一治療效果好

答案 D

A. 睡眠剝奪治療具持久性療效

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Sleep Deprivation Therapy（睡眠剝奪治療）雖可快速減輕 Depression（憂鬱症）症狀，但療效極短，患者一旦入睡後多數症狀會迅速復發，缺乏持久性。

B. 照光治療（light therapy）屬有效治療，且無轉為躁症之風險

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Light Therapy（照光治療）雖為有效治療，特別是針對 Seasonal Affective Disorder（季節性情感疾患），但仍有引發 Manic Switch（轉為躁症）的風險。

C. 癲癇為經顱磁刺激治療（transcranial magnetic stimulation）最常見的副作用

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：TMS（Transcranial Magnetic Stimulation）最常見副作用是 Scalp Pain（頭皮疼痛）或頭痛；Seizure（癲癇）雖是嚴重副作用但發生率極低（<0.1%），非最常見。

D. 嚴重個案合併藥物與心理治療，會比使用單一治療效果好

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：針對 Severe Depression（嚴重憂鬱症），合併 Pharmacotherapy（藥物治療）與 Psychotherapy（心理治療，如 CBT）的效果優於單一治療，具協同作用且復發率較低。

第 4 題 [115-2 醫學四 第 65 題]

有關於鬱症發作（depressive episodes）的敘述，下列何者最不適當？

- (A) 第一次重鬱症被診斷前多數患者已呈現憂鬱症狀（depressive symptoms）多時，若能及早介入，則可避免後續的鬱症發作
- (B) 雙極情緒障礙症的鬱症發作與重鬱症的鬱症發作，兩者的自殺風險相當
- (C) 反社會行為、逃學等皆可能是青少年期憂鬱症狀的表現
- (D) 10%~15%的重鬱症患者會自殺死亡

答案 B

⚠ 答案對齊註：計分以考選部答案 **B** 為準，OpenEvidence 查證亦支持 B —— 雙極情緒障礙症鬱期的自殺風險高於重鬱症，並非相當（自殺意念 29.2% vs 17.3%、自殺企圖 18.8% vs 4.78%）。本題詳解由 AI 生成時原判為 A，該判斷未獲證據支持。

A. 第一次重鬱症被診斷前多數患者已呈現憂鬱症狀（depressive symptoms）多時，若能及早介入，則可避免後續的鬱症發作

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：MDD（Major Depressive Disorder，重鬱症）為高復發性疾病，首次發作後復發率達 50%–60%。及早介入雖能改善預後，但無法完全避免後續鬱症發作，敘述過於絕對故最不適當。

B. 雙極情緒障礙症的鬱症發作與重鬱症的鬱症發作，兩者的自殺風險相當

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：BD (Bipolar Disorder, 雙極情緒障礙症) 與 MDD 患者在鬱症發作期的自殺風險相當，終身自殺死亡率均約為 10%–15%，敘述正確。

C. 反社會行為、逃學等皆可能是青少年期憂鬱症狀的表現

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：青少年憂鬱症常呈非典型表現，易出現易怒及外化行為，反社會行為與 truancy (逃學) 皆為常見症狀，敘述正確。

D. 10%~15%的重鬱症患者會自殺死亡

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：根據精神醫學教科書共識，約 10%–15% 的 MDD (Major Depressive Disorder, 重鬱症) 患者最終死於 suicide (自殺)，敘述正確。

第 5 題 [107-2 醫學四 第 63 題]

有關罹患重鬱症的患者可能會出現 melancholic 特徵，下列敘述何者正確？

- (A) 在晚上呈現更憂鬱情緒
- (B) 與自主神經系統及內分泌系統之改變無關
- (C) 肇因於外在壓力事件
- (D) 主要特徵為缺乏興趣 (anhedonia)、早醒與體重下降等

答案 D

A. 在晚上呈現更憂鬱情緒

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Melancholic 特徵通常呈現 Morning worsening (晨間情緒惡化)，而非在晚上更憂鬱。

B. 與自主神經系統及內分泌系統之改變無關

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Melancholic 特徵與 HPA axis (下視丘-垂體-腎上腺軸) 功能亢進、Dexamethasone suppression test (DST) 異常及睡眠結構改變等內分泌、自主神經系統變化高度相關。

C. 肇因於外在壓力事件

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Melancholic 特徵傳統上被視為 Endogenous (內因性) 憂鬱，相較於非典型憂鬱，其受外在壓力事件的影響較小，生物學基礎較強。

D. 主要特徵為缺乏興趣 (anhedonia)、早醒與體重下降等

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：DSM-5 診斷標準中，Melancholic 特徵的核心包含 Anhedonia (興趣缺失)、Lack of reactivity (缺乏反應)、Terminal insomnia (早醒)、體重減輕或食慾不振。

本考點其他考題 (16 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q63	bipolar comorbidity
106-2	醫學四 Q62	bipolar disorder
106-2	醫學四 Q68	depression rem latency
108-1	醫學四 Q63	bipolar vs major depressive disorder
108-2	醫學四 Q60	diabetes and depression comorbidity
108-2	醫學四 Q62	hypothyroidism and psychiatric symptoms
109-2	醫學四 Q63	mood disorders neuroimaging
110-1	醫學四 Q64	depression neurotransmitter
111-1	醫學四 Q61	bipolar disorder
112-1	醫學四 Q71	pediatric psychiatric disorders
112-2	醫學四 Q64	mood disorders epidemiology
113-2	醫學四 Q61	bipolar conversion predictors
113-2	醫學四 Q66	chronic fatigue syndrome
113-2	醫學四 Q73	suicide in major depression
114-2	醫學四 Q59	mood disorders epidemiology
115-1	醫學四 Q61	psychiatric treatment principles

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
111-2	醫學四 Q61	精神科 · 精神病 · 抗精神病藥物 (Antipsychotics)

經前不悅症 (Premenstrual Dysphoric Disorder)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：109-1、109-2、112-1

★ 國考重點（本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點）

- **症狀發生時機**：症狀具有週期性，典型臨床表現是在月經來潮前一週（黃體後期）出現，並在月經開始後迅速緩解。〔112-1〕
- **核心精神情緒症狀**：經前症候群（Premenstrual Syndrome, PMS）與經前不悅症（Premenstrual Dysphoric Disorder, PMDD）的核心情緒症狀包括顯著的憂鬱（Depression）（或絕望感、自我貶抑）、焦慮（Anxiety）與緊張感（多發生於黃體期 Luteal phase）、情緒起伏（Affective lability），以及最常見且具代表性的顯著易怒（Irritability）、憤怒或人際衝突增加。診斷 PMDD 時，必須符合至少一項核心情緒症狀。〔109-1、109-2、112-1〕
- **身體症狀與診斷準則**：腹脹（Abdominal bloating）與水分滯留是經前症候群中最常見的身體（Physical）症狀。水腫、乳房壓痛、體重增加、關節肌肉痛等身體症狀是 DSM-5 診斷標準中的項目之一，因此「伴隨這些身體症狀」正符合診斷準則，而非排除條件。〔109-1、112-1〕
- **非典型/排除症狀**：熱潮紅（Hot flashes）主要與停經（Menopause）或血管舒縮症狀相關，在經前症候群中並不常見；妄想（Delusion）屬於精神病性症狀（Psychotic symptoms），並非經前不悅症的典型表現或診斷標準症狀。〔109-1、109-2〕
- **藥物治療選項**：選擇性血清素回收抑制劑（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI）是經前不悅症的一線治療藥物，在臨床上可採取持續服用或週期性給藥的模式。〔112-1〕

⚠ 易混與陷阱

臨床表現與診斷項目	屬於 PMDD / PMS 典型或診斷標準症狀	不屬於(常作為國考干擾選項)	臨床鑑別與說明
情緒與精神症狀	憂鬱、焦慮、顯著易怒、情緒起伏〔109-1、109-2、112-1〕	妄想〔109-2〕	妄想屬於精神病性症狀，PMDD 主要以情緒、行為及身體症狀為主，不包含妄想。
身體與生理症狀	腹脹、水分滯留/水腫、乳房壓痛、體重增加、關節肌肉痛〔109-1、112-1〕	熱潮紅〔109-1〕	熱潮紅主要與停經或血管舒縮症狀相關；水腫與乳房壓痛等身體症狀是診斷項目之一，伴隨出現符合診斷，而非排除。
藥物治療方式	一線治療為選擇性血清素回收抑制劑 (SSRI)〔112-1〕	無其他首選藥物	SSRI 可以採持續服用或週期性給藥。

精選考題 (2/3)

第 6 題 〔112-1 醫學四 第 73 題〕

關於經前不悅症 (premenstrual dysphoric disorder)，下列敘述何者最不適當？

- (A) 典型臨床表現為月經來潮前一週出現
- (B) 症狀包括易怒、情緒起伏、焦慮及憂鬱等
- (C) 若伴隨身體症狀如水腫、乳房壓痛等，就不是經前不悅症
- (D) 選擇性血清素回收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 是治療選項之一

答案 C

A. 典型臨床表現為月經來潮前一週出現

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder，經前不悅症) 症狀具週期性，典型在月經來潮前一週（黃體後期）出現，並在月經開始後迅速緩解。

B. 症狀包括易怒、情緒起伏、焦慮及憂鬱等

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DSM-5 診斷核心症狀包含顯著的情緒起伏 (Affective lability)、易怒 (Irritability)、顯著憂鬱或焦慮，需符合至少一項核心症狀。

C. 若伴隨身體症狀如水腫、乳房壓痛等，就不是經前不悅症

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：身體症狀（如乳房壓痛、腫脹感、體重增加、關節肌肉痛）是 DSM-5 診斷標準中的項目之一（Criterion C），伴隨這些症狀正符合診斷準則。

D. 選擇性血清素回收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 是治療選項之一

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor，選擇性血清素回收抑制劑) 是 PMDD 的一線治療藥物，可採持續服用或週期性給藥。

第 7 題 〔109-2 醫學四 第 65 題〕

經前不悅症 (premenstrual dysphoric disorder) 常見的症狀，不包括下列何者？

- (A) 焦慮 (anxiety)
- (B) 憂鬱 (depression)
- (C) 妄想 (delusion)
- (D) 易怒 (irritability)

答案 C

A. 焦慮 (anxiety)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder) 的診斷標準中，焦慮 (Anxiety) 是常見的情緒相關核心症狀之一。

B. 憂鬱 (depression)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：PMDD 核心症狀包括顯著的憂鬱 (Depression) 情緒、絕望感或自我貶抑的想法，是診斷此疾患的重要特徵。

C. 妄想 (delusion)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：妄想 (Delusion) 屬於精神病性症狀 (Psychotic symptoms)，並非 PMDD 的典型或診斷標準中包含的症狀。PMDD 主要以情緒、行為及身體症狀為主。

D. 易怒 (irritability)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：顯著的易怒 (Irritability)、憤怒或人際衝突增加是 PMDD 最常見且最具代表性的核心情緒症狀之一。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

梯次	題目	主題
109-1	醫學四 Q72	premenstrual syndrome

焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)

★★★ 常青必掃 考過 15/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、108-1、109-2、110-1、111-2、112-1、112-2、113-2、114-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE · 精神科 > 精神科

五、焦慮症 (Anxiety Disorders)**5.1 廣泛性焦慮症 (Generalized Anxiety Disorder, GAD)**

- 發病較晚、較漸進，平均約 30 歲以後；女性 > 男性 (約 2:1)
- 過度且難以控制的擔心/焦慮，涉及多種事務，持續 ≥ 6 個月
- 伴隨 ≥ 3 項 (兒童僅需 1 項)：restlessness、易疲倦、注意力不集中、易怒、肌肉緊繃、睡眠障礙
- 治療：
 - 首選：SSRI/SNRI + CBT (認知行為治療)
 - 合併 Buspirone (起效慢、無依賴性)、BZD 短期使用

5.2 恐慌症 (Panic Disorder)

- 好發於年輕族群
- 反覆發生的非預期性恐慌發作 (panic attack)：突然強烈恐懼 + ≥ 4 項身體/認知症狀 (心悸、冒汗、發抖、呼吸困難、胸痛、噁心、頭暈、失控感、瀕死感等)，數分鐘內達高峰
- 至少 1 次發作後 ≥ 1 個月持續擔心再次發作或行為改變
- 常伴 agoraphobia (懼曠症)
- 治療：
 - 首選：SSRI/SNRI + CBT
 - 急性發作：BZD (alprazolam, lorazepam)

5.3 特定恐懼症 (Specific Phobia)

- 對特定物體或情境的過度/不合理恐懼
- 暴露 → 立即焦慮反應
- 持續 ≥ 6 個月
- 治療：暴露治療 (Exposure Therapy) / 系統減敏法 (Systematic Desensitization)

5.4 社交焦慮症 (Social Anxiety Disorder)

- 對社交或表現情境的顯著恐懼 (怕被評價、丟臉)

- 持續 ≥ 6 個月
- 治療：SSRI + CBT、表現焦慮可用 β -blocker (propranolol)

★ 國考重點（本站講義）

- 流行病學與性別特徵 [114-1] [108-1、112-1、114-1] [111-2、114-1] [111-2]
- 社交焦慮症 (Social Anxiety Disorder, SAD) [108-1] [108-1] [115-2]
- 家族聚集性與神經影像生物標記之限制 [115-2] [115-2]
- 神經傳導與生理反應 [106-2] [106-2、107-2]
- 廣泛性焦慮症 (Generalized Anxiety Disorder, GAD) [110-1] [109-2、112-1] [106-1、111-2]
- 恐慌症 (Panic Disorder) 與懼曠症 (Agoraphobia) [106-1、112-2、113-2] [112-2、113-2] [110-1] [106-1、115-1]
- 特定畏懼症 (Specific Phobia) [113-2]
- 共病與軀體疾病 [106-1、111-2] [114-2] [114-2]
- 治療藥物與臨床策略 [106-1、107-1、112-1、112-2] [106-1、112-1] [107-1、109-2] [107-1、112-2] [107-1、109-2]

⚠ 易混與陷阱

疾病 / 藥物比較	核心機轉與臨床特徵	常考鑑別陷阱（國考重點）
廣泛性焦慮症 (GAD)	對日常多種事件持續擔憂 ≥ 6 個月；慢性病程；女性為男性 2 倍。	發病中位數為 30 歲 （非 50-65 歲）；為功能性腸胃道疾患最常見的共病（非 PTSD）[106-1、109-2、111-2]。
恐慌症 (Panic Disorder)	非預期性恐慌發作，數分鐘內達高峰；發作後預期焦慮持續 ≥ 1 個月。	發作 無前兆 （若有前兆通常可預期則不符診斷）；急診求助率為精神科疾患中最高 [110-1、112-2]。
強迫症 (OCD)	侵入性強迫思考與重複行為。	成人盛行率男女比例相等 (1:1)（不同於多數焦慮症的女性顯著居多）[111-2]。
適應障礙症 (Adjustment Disorder)	有明確壓力源，且在壓力源出現 3 個月內 發生，不符其他診斷。	不屬於焦慮性疾患類別；若出現明確情境逃避且符合其他診斷，應優先診斷為懼曠症等焦慮症 [106-1、106-2]。
創傷後壓力症 (PTSD)	經歷「生命威脅、嚴重傷害或性暴力」等創傷事件。	腹瀉、失禁等尷尬生活事件未達創傷標準，不應診斷為 PTSD [106-1]。
特定畏懼症 (Specific Phobia)	對特定物體或情境產生不合理恐懼。	行為治療（暴露療法） 最有效，藥物、光照或電痙攣治療無效 [113-2]。
Alprazolam (BZD)	高親和力、短半衰期，用於急性焦慮緩解。	成癮性高、易產生戒斷症狀 ；治療 4-12 週後應逐漸減量而非調高劑量，不適合作為長期維持藥物 [107-1、112-2]。
SSRIs / SNRIs (抗憂鬱劑)	抑制血清素/正腎上腺素回收，為維持期首選。	雙相情緒障礙症躁期禁用 ，以防誘發躁期發作或情感轉置 (Mood switch) [112-1]。

精選考題 (5/23)

第 8 題 [106-1 醫學四 第 61 題]

有關精神疾病與其首選藥物之配對，下列何者正確？

- (A) 思覺失調症 (schizophrenia) — serotonin and dopamine agonists
- (B) 廣泛性焦慮症 (generalized anxiety disorders) — selective serotonin reuptake inhibitors
- (C) 雙極性情感疾患 (bipolar disorders) — dopamine agonists
- (D) 強迫症 (obsessive compulsive disorders) — lithium

答案 B

A. 思覺失調症 (schizophrenia) — serotonin and dopamine agonists

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Schizophrenia (思覺失調症) 的主要治療藥物機轉為 Dopamine D2 antagonists (多巴胺 D2 受體拮抗劑)，而非 Agonists (激動劑)。第二代藥物通常具有 Serotonin-Dopamine Antagonism (SDA) 作用。

B. 廣泛性焦慮症 (generalized anxiety disorders) — selective serotonin reuptake inhibitors

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, 選擇性血清素回收抑制劑) 如 Escitalopram (Lexapro, 立普能)，是 Generalized Anxiety Disorder (廣泛性焦慮症) 的一線首選藥物，證據等級極高。

C. 雙極性情感疾患 (bipolar disorders) — dopamine agonists

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Bipolar Disorder (雙極性情感疾患) 的首選藥物為 Mood Stabilizers (情緒穩定劑，如 Lithium) 或抗精神病藥物。使用 Dopamine agonists (多巴胺激動劑) 可能誘發 Mania (躁症) 發作。

D. 強迫症 (obsessive compulsive disorders) — lithium

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：OCD (Obsessive Compulsive Disorder, 強迫症) 的一線治療藥物為高劑量的 SSRIs 或 Clomipramine (TCA)。Lithium (鋰鹽) 主要用於雙極性疾患的情緒穩定，而非強迫症的首選。

第 9 題 [115-2 醫學四 第 64 題]

26 歲張小姐，個性內向、怕生，從小在學校朋友就少，自大學起張小姐開始頻繁出現持續性的心悸、失眠及對未來或小事過度擔憂等症狀，也難以集中注意力，總擔心自己表現不佳，導致身心俱疲。下列有關焦慮症的診斷及治療，下列敘述何者最不適當？

- (A) 流病研究發現常見的焦慮症，像是廣泛性焦慮症、恐慌症，傾向有家族聚集性 (familial aggregation)
- (B) 社交焦慮症 (social anxiety disorder) 是可能的診斷之一，女性罹患此症的比例與男性差不多
- (C) 在治療焦慮症上，增加腦部血清素的藥物，像是 SSRI 或 SNRI 是一線治療選擇
- (D) 影像學研究顯示左背外側前額葉 (left dorsolateral prefrontal cortex) 可作為影像生物標記 (biomarker) 協助診斷焦慮症

答案 D

A. 流病研究發現常見的焦慮症，像是廣泛性焦慮症、恐慌症，傾向有家族聚集性 (familial aggregation)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：GAD (Generalized Anxiety Disorder, 廣泛性焦慮症) 與 PD (Panic Disorder, 恐慌症) 具顯著的 Familial Aggregation (家族聚集性)，一級親屬罹患風險較一般人高，敘述適當。

B. 社交焦慮症 (social anxiety disorder) 是可能的診斷之一，女性罹患此症的比例與男性差不多

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：SAD (Social Anxiety Disorder, 社交焦慮症) 在臨床求診個案中男女比例約為 1:1，社區流病調查女性略多 (1.5-2:1)，敘述指兩性比例差不多屬適當。

C. 在治療焦慮症上，增加腦部血清素的藥物，像是 SSRI 或 SNRI 是一線治療選擇

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, 選擇性血清素回收抑制劑) 與 SNRI (血清素與正腎上腺素回收抑制劑) 為焦慮症實證臨床指引之一線首選藥物，敘述適當。

D. 影像學研究顯示左背外側前額葉 (left dorsolateral prefrontal cortex) 可作為影像生物標記 (biomarker) 協助診斷焦慮症
✓ 正確 [P1 夯]

詳解：焦慮症診斷完全依據 DSM-5 臨床準則。目前尚無經認可之 DLPFC (Dorsolateral Prefrontal Cortex, 背外側前額葉) 神經影像 Biomarker (生物標記) 可用於協助臨床診斷，敘述最不適當。

第 10 題 [114-1 醫學四 第 65 題]

關於焦慮性疾患 (anxiety disorders) 的描述，下列何者錯誤？

- (A) 包括廣泛性焦慮症、恐慌症、畏懼症等疾病
- (B) 依美國流行病學研究，為盛行率最高的精神疾病
- (C) 大部分焦慮性疾患發病年齡在青少年或成年早期
- (D) 大部分焦慮性疾患之盛行率男性大於女性

答案 D

A. 包括廣泛性焦慮症、恐慌症、畏懼症等疾病

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-5，焦慮症 (anxiety disorders) 確實包含廣泛性焦慮症 (Generalized Anxiety Disorder, GAD)、恐慌症 (Panic Disorder) 及各類畏懼症 (Phobias) 等疾病。

B. 依美國流行病學研究，為盛行率最高的精神疾病

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：依據美國流行病學 (如 NCS-R 研究)，焦慮症的終身盛行率 (lifetime prevalence) 約為 28.8%，是所有精神疾病類別中盛行率最高的一組。

C. 大部分焦慮性疾患發病年齡在青少年或成年早期

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：焦慮症的發病年齡通常較早，多數畏懼症在童年或青少年發病，而恐慌症與廣泛性焦慮症則多在青少年後期或成年早期發病。

D. 大部分焦慮性疾患之盛行率男性大於女性

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：絕大多數焦慮症在流行病學上均呈現女性盛行率高於男性 (女性約為男性的 2 倍)，選項描述「男性大於女性」與現有證據完全相反。

第 11 題 [113-2 醫學四 第 63 題]

有關特定畏懼症 (specific phobia) 之治療方式，下列何者常用且最有效？

- (A) 光照治療 (light therapy)
- (B) 電痙攣治療 (electro-convulsive therapy)
- (C) 行為治療 (behavior therapy)
- (D) 抗精神病劑 (antipsychotics) 治療

答案 C

A. 光照治療 (light therapy)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Light therapy (光照治療) 主要用於治療季節性情感障礙 (Seasonal Affective Disorder, SAD)，對於特定畏懼症並無臨床療效。

B. 電痙攣治療 (electro-convulsive therapy)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Electro-convulsive therapy (電痙攣治療, ECT) 主要適應症為重度憂鬱症、躁症或難治型精神疾患，並非畏懼症的治療選項。

C. 行為治療 (behavior therapy)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Behavior therapy (行為治療) 特別是 Exposure therapy (暴露療法) 是特定畏懼症的首選且最有效治療方式，旨在透過脫敏過程減輕焦慮。

D. 抗精神病劑 (antipsychotics) 治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Antipsychotics (抗精神病劑) 主要用於思覺失調症 (schizophrenia) 或嚴重情緒疾患，對於特定畏懼症無效且非標準治療藥物。

第 12 題 [107-2 醫學四 第 66 題]

焦慮時下列何者不是其生理症狀？

- (A) 瞳孔縮小
- (B) 呼吸急促
- (C) 胸悶
- (D) 腹瀉

答案 A**A. 瞳孔縮小**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：焦慮屬於 Sympathetic nervous system (交感神經系統) 過度興奮，應導致瞳孔放大而非縮小。瞳孔縮小 (Miosis) 通常與副交感興奮或鴉片類藥物中毒相關。

B. 呼吸急促

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Hyperventilation (呼吸急促) 是典型的戰或逃反應，因交感神經活化增加氣體交換以應對壓力，為焦慮症常見的生理特徵。

C. 胸悶

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Chest tightness (胸悶) 源於呼吸肌群緊繃或自律神經失調感，常伴隨焦慮或恐慌發作 (Panic attack)，需與心血管疾病鑑別。

D. 腹瀉

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Diarrhea (腹瀉) 是自律神經失調影響腸胃蠕動的結果。焦慮常透過腦腸軸 (Gut-brain axis) 導致腸道蠕動過快，此為交感/副交感失衡之表現。

本考點其他考題 (18 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q62	functional GI disorders
106-1	醫學四 Q68	agoraphobia
106-2	醫學四 Q65	dsm iv anxiety disorders
106-2	醫學四 Q67	anxiety reaction
107-1	醫學四 Q65	panic disorder treatment SSRI
107-1	醫學四 Q68	respiratory training panic disorder
108-1	醫學四 Q65	social anxiety disorder
109-2	醫學四 Q64	generalized anxiety disorder
110-1	醫學四 Q65	generalized anxiety disorder
110-1	醫學四 Q66	panic disorder er visit
111-2	醫學四 Q63	functional GI disorder anxiety comorbidity
111-2	醫學四 Q65	anxiety disorder gender prevalence
112-1	醫學四 Q62	generalized anxiety disorder
112-1	醫學四 Q64	SSRI SNRI indications
112-2	醫學四 Q77	panic disorder features
113-2	醫學四 Q64	panic disorder
114-2	醫學四 Q62	COPD psychiatric comorbidity
115-1	醫學四 Q67	agoraphobia comorbidity

強迫症及相關障礙症 (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)

★★ 穩定考點 考過 7/20 梯次：106-1、109-1、110-2、111-2、112-2、114-2、115-1

TWMLE · 精神科 > 精神科

六、強迫症及相關障礙 (OCD & Related Disorders)

6.1 強迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD)

- 強迫思考 (Obsessions)：反覆、持續、不想要的侵入性想法/衝動/影像，引起顯著焦慮
- 強迫行為 (Compulsions)：重複行為或心智活動，為減緩焦慮而執行
- 自知 (ego-dystonic)：患者知道不合理 (與妄想不同)
- 常見類型：汙染/清洗、對稱/排列、禁忌思想、傷害、囤積
- 相關神經迴路：cortico-striato-thalamo-cortical (CSTC) circuit
- 治療：
 - 首選：SSRI (通常需較高劑量，起效較慢 8-12 週)
 - Clomipramine (TCA，最強 SRI 效果，但副作用多)
 - ERP (暴露與反應預防治療)：心理治療首選
 - 難治型：augmentation with low-dose antipsychotics
 - 嚴重難治：Deep Brain Stimulation (DBS)

6.2 身體臆形症 (Body Dysmorphic Disorder, BDD)

- 過度關注自認的外觀缺陷 (他人不可見或認為微小)
- 反覆行為：照鏡子、比較外觀、皮膚搔抓、尋求整形
- 治療：SSRI + CBT
- 不建議整形手術 (通常不滿意或轉移至其他部位)

6.3 囤積症 (Hoarding Disorder)

- 持續困難於丟棄物品 (不論實際價值) → 生活空間擁擠/無法使用
- 治療：CBT (效果有限)

6.4 拔毛症 (Trichotillomania) 與摳皮症 (Excoriation Disorder)

- 反覆拔自己的毛髮 / 反覆搔抓皮膚 → 造成毛髮脫落/皮膚損傷
- 治療：Habit Reversal Training (HRT) ；SSRI 或 NAC (N-acetylcysteine)

★ 國考重點 (本站講義)

- 強迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD) 流行病學與發病年齡 [111-2、114-2、115-1]
- 強迫症病程特徵 [115-1]
- 強迫症臨床表現與認知特徵 [114-2]
- 強迫症治療首選 [112-2]
- 身體畸形性疾患 (Body Dysmorphic Disorder, BDD / 身體形象畏懼症) 表現與共病 [106-1、109-1]
- 身體畸形性疾患治療禁忌與首選 [109-1]
- 妥瑞氏症 (Tourette's disorder) 發病與盛行率 [110-2、111-2]
- 妥瑞氏症症狀與遺傳機轉 [110-2、111-2]
- 妥瑞氏症藥物治療原則 [111-2]

⚠ 易混與陷阱

比較項目	強迫症 (OCD)	強迫型人格障礙 (OCPD)
自我覺察特質	自我失調 (Ego-dystonic)：患者覺得強迫想法或動作不合理、感到痛苦並努力抗拒。 [114-2]	自我協調 (Ego-syntonic)：患者覺得自己的規則與想法合理且符合自身價值觀，通常不抗拒。 [114-2]
精神疾病 / 狀態	性別與流行病學特徵	社經與教育程度相關性
強迫症 (OCD)	成人男女比例相當 (1:1)；孩童期男性比例高。 [111-2]	無顯著相關
社交焦慮症 (social anxiety disorder)	女性罹病率高於男性 (約 1.5 至 2 倍)。 [111-2]	無顯著相關
泛焦慮症 (generalized anxiety disorder)	女性罹病率高於男性 (約 2 倍)。 [111-2]	無顯著相關
恐慌症 (panic disorder)	女性罹病率高於男性 (約 2-3 倍)。 [111-2]	無顯著相關
身體畸形性疾患 (BDD)	好發於 15 至 30 歲女性，臨床女性略多。 [106-1]	無顯著相關
妥瑞氏症 (Tourette's disorder)	男性的發生率顯著高於女性 (約 3:1 到 4:1)。 [110-2]	無顯著相關
身體化疾患 (somatization disorder)	女性較多。 [106-1]	較常發生於低教育程度或低社經階層者。 [106-1]
慮病症 (hypochondriasis)	男女性別分佈比例約略相等。 [106-1]	與社經階層、教育程度無顯著相關。 [106-1]

疾病類型	治療首選 / 有效方案	臨床無效或禁用方案（陷阱）
強迫症（OCD）	暴露不反應法（ERP）等行為治療合併 SSRIs。〔112-2〕	精神分析心理治療（缺乏實證）；苯二氮平（僅緩解焦慮）；鋰鹽（非首選，僅用於頑固型輔助）。〔112-2〕
身體畸形性疾患（BDD）	高劑量的 SSRIs 藥物治療。〔109-1〕	外科手術或醫學美容介入（無效且會惡化或轉移病情，易生糾紛）。〔109-1〕
妥瑞氏症（Tourette's disorder）	多巴胺拮抗劑。〔111-2〕	增加多巴胺之藥物（如治療 ADHD 之興奮劑，會誘發或加重抽動症狀）。〔111-2〕
疼痛疾患（pain disorder）	慢性疼痛常與憂鬱疾患共病；急性疼痛常與焦慮性疾患共病。〔106-1〕	考題常將「慢性疼痛共病憂鬱」、「急性疼痛共病焦慮」的配對方向對調。〔106-1〕

精選考題（3/7）

第 13 題 〔111-2 醫學四 第 72 題〕

有關妥瑞氏症（Tourette's disorder），下列敘述何者錯誤？

- (A) 具有高度遺傳病因，其中第 13 對染色體長臂可能與其病因有關
- (B) 常會併有過動症及強迫症
- (C) 在腦部影像學之研究顯示有幾個腦區與壓抑其症狀有關，包括蒼白球（globus pallidus）、殼核（putamen）、尾核（caudate nucleus）及前額葉（prefrontal cortex）
- (D) 通常增加多巴胺之藥物，譬如治療過動症之藥物有可能用來治療妥瑞氏症狀

答案 D

A. 具有高度遺傳病因，其中第 13 對染色體長臂可能與其病因有關

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Tourette's disorder（妥瑞氏症）具有高度遺傳性，研究指出第 13 對染色體長臂（13q）上的 SLITRK1 基因與其病因有關，此描述符合遺傳學候選基因研究。

B. 常會併有過動症及強迫症

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：妥瑞氏症常併有共病，最常見為 ADHD（注意力不足過動症）及 OCD（強迫症），其共病率分別約為 50-60% 及 30-40%，此為典型臨床特徵。

C. 在腦部影像學之研究顯示有幾個腦區與壓抑其症狀有關，包括蒼白球（globus pallidus）、殼核（putamen）、尾核（caudate nucleus）及前額葉（prefrontal cortex）

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：腦部影像顯示 CSTC（皮質-紋狀體-視丘-皮質）迴路異常，涉及 Globus pallidus（蒼白球）、Caudate nucleus（尾核）及前額葉，與症狀抑制與調節相關。

D. 通常增加多巴胺之藥物，譬如治療過動症之藥物有可能用來治療妥瑞氏症狀

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：妥瑞氏症治療首選為 Dopamine antagonists（多巴胺拮抗劑）。增加多巴胺的藥物（如治療 ADHD 之興奮劑）通常會誘發或加重抽動症狀，並非用來治療。

第 14 題 〔109-1 醫學四 第 64 題〕

有關身體形象畏懼症（body dysmorphic disorder）的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 以手術或醫學美容醫療介入可以有效地減緩病情
- (B) 患者對身體常見不滿意部位包含鼻子及頭髮
- (C) 常見的精神科共病包含重鬱症與強迫症
- (D) 藥物治療身體形象畏懼症以抗憂鬱劑治療為主

答案 A

A. 以手術或醫學美容醫療介入可以有效地減緩病情

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：手術或醫美介入通常無法減緩 BDD (Body Dysmorphic Disorder) 病情，甚至可能使症狀惡化或轉向其他部位。患者通常對結果仍不滿意，後續易產生醫療糾紛。

B. 患者對身體常見不滿意部位包含鼻子及頭髮

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：BDD 患者最常關注的部位為皮膚（如面皰、疤痕）、頭髮（如稀疏、變禿）及鼻子（如大小、形狀），此描述符合臨床統計。

C. 常見的精神科共病包含重鬱症與強迫症

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：常見共病包含 MDD (Major Depressive Disorder) 與 OCD (Obsessive-Compulsive Disorder)。由於 BDD 具強迫行為特徵，DSM-5 已將其歸類於強迫症及其相關障礙。

D. 藥物治療身體形象畏懼症以抗憂鬱劑治療為主

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：藥物治療以高劑量的 SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) 為首選，其治療反應與強迫症類似，通常優於其他精神藥物。

第 15 題 [115-1 醫學四 第 66 題]

關於強迫症 (obsessive-compulsive disorder) 大部分的個案其病程之描述，下列何者最適當？

- (A) 急性發作，經積極治療後，快速緩解 (rapid remission)
- (B) 陣發性 (episodic) 發作
- (C) 持續 (continuous) 而慢性化 (chronic)
- (D) 雖然積極治療，仍急遽惡化 (deteriorative)

答案 C**A. 急性發作，經積極治療後，快速緩解 (rapid remission)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) 通常為隱匿性起病 (insidious onset)，極少數為急性發作，且積極治療後往往也僅能改善症狀，而非快速緩解。

B. 陣發性 (episodic) 發作

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：雖然部分個案可能出現症狀起伏，但 OCD 的典型病程並非如躁鬱症般的陣發性 (episodic) 發作，而是具有高度的持續性。

C. 持續 (continuous) 而慢性化 (chronic)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：OCD 被視為一種慢性 (chronic) 且持續 (continuous) 的疾病。約 40-50% 的個案在適當治療後仍有中度症狀，僅約 20% 能完全緩解。

D. 雖然積極治療，仍急遽惡化 (deteriorative)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：雖然 OCD 難以根治且易慢性化，但在藥物與 CBT (Cognitive Behavioral Therapy) 治療下，多數個案能維持或改善功能，並非像失智症般急遽惡化 (deteriorative)。

本考點其他考題 (4 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q65	somatoform disorder
110-2	醫學四 Q72	Tourette disorder
112-2	醫學四 Q63	OCD treatment
114-2	醫學四 Q66	obsessive compulsive disorder

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
111-2	醫學四 Q65	精神科・精神官能症，焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)

創傷及壓力相關障礙症 (Trauma- and Stressor-Related Disorders)

★★ 穩定考點 考過 5/20 梯次：106-1、106-2、109-1、112-2、114-1

TWMLE・精神科 > 精神科

七、創傷及壓力相關障礙

7.1 創傷後壓力症候群 (PTSD)

- 暴露於實際或威脅的死亡、重傷或性暴力後
- 持續 ≥ 1 個月
- 4 大症狀群：
 - 侵入性再體驗 (Intrusion)：flashbacks、惡夢、與創傷相關的痛苦記憶
 - 迴避 (Avoidance)：避免與創傷相關的想法、感受、外在提醒物
 - 認知與情緒負向改變 (Negative cognition & mood)：持續負面信念、自責、情感麻木、疏離感、失去興趣
 - 過度激發 (Hyperarousal)：hypervigilance、exaggerated startle response、易怒、睡眠障礙、注意力不集中、reckless behavior
- 治療：
 - 心理治療：PE (Prolonged Exposure Therapy)、CPT (Cognitive Processing Therapy)、EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
 - 藥物：SSRI/SNRI (sertraline, paroxetine)
 - 改善惡夢： α_1 -blocker (prazosin)
 - 不建議使用 BZD (無效且可能干擾恐懼消退)
 - 不建議 debriefing (無效甚至可能有害)

7.2 急性壓力症 (Acute Stress Disorder, ASD)

- 與 PTSD 症狀類似，但持續 3 天-1 個月
- 強調解離症狀 (derealization, depersonalization, dissociative amnesia)
- 治療：CBT (最有效預防轉變為 PTSD)、短期 SSRI

7.3 適應障礙 (Adjustment Disorder)

- 可辨識之壓力源出現後 3 個月內產生情緒或行為症狀
- 壓力源消失後 6 個月內症狀緩解
- 症狀不符合其他精神疾患標準
- 亞型：with depressed mood / with anxiety / with disturbance of conduct / mixed

★ 國考重點 (本站講義)

⚠ 易混與陷阱

比較維度	急性壓力疾患 (ASD)	創傷後壓力症 (PTSD)	適應障礙症 (Adjustment Disorder)
症狀持續時間	3 天至 1 個月 [109-1]	超過 1 個月 (例如車禍後持續 8 個月未緩解) [109-1、112-2]	通常在壓力源出現後 3 個月內發生,且症狀較輕、少見侵入性回憶 [112-2]
解離症狀	會出現 (如自我感喪失、現實感喪失) [109-1]	可伴隨出現	較少以此為核心症狀
DSM-IV 歸類	焦慮性疾患 (Anxiety Disorders)	焦慮性疾患 (Anxiety Disorders) [106-2]	適應障礙症 (Adjustment Disorders) [106-2]
DSM-5 歸類	創傷及壓力相關障礙症	創傷及壓力相關障礙症 [106-2]	創傷及壓力相關障礙症

大腦結構 / 系統	在創傷後壓力症 (PTSD) 的病理改變	臨床鑑別點與易混陷阱
HPA 軸	功能失調, 包含皮質醇 (Cortisol) 負回饋過度敏感 [109-1、114-1]	為應對壓力最相關的內分泌系統 (壓力賀爾蒙), 非血清素系統、性荷爾蒙系統或腸胃神經肽 [114-1]
杏仁核 (Amygdala)	功能過度活化, 且結構可能出現改變 [112-2]	負責恐懼制約與情緒調節, 為 PTSD 核心影像特徵, 非頂葉 (Parietal lobe) 鈣化 [112-2]
海馬迴 (Hippocampus)	體積縮小 [112-2]	與記憶及壓力調節相關, 為 PTSD 核心影像特徵之一 [112-2]
基底核 (Basal ganglia)	功能無直接特异性改變 [112-2]	異常主要與強迫症 (OCD) 或運動障礙相關, 勿混淆為 PTSD 影像特徵 [112-2]

精選考題 (3/4)

第 16 題 [109-1 醫學四 第 65 題]

有關急性壓力疾患 (acute stress disorder) 及創傷後壓力症候群 (posttraumatic stress disorder) 之敘述, 下列何者錯誤?

- (A) 急性壓力疾患之症狀若超過一個月以上則需考慮診斷可能為創傷後壓力症候群
- (B) 創傷後壓力症候群治療合併藥物治療及心理治療是有助益的
- (C) 急性壓力疾患之症狀中不會出現解離症狀
- (D) 創傷後壓力症候群的病因包含 hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis 之功能失調

答案 C

A. 急性壓力疾患之症狀若超過一個月以上則需考慮診斷可能為創傷後壓力症候群

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: ASD (Acute Stress Disorder) 症狀持續時間為 3 天至 1 個月; 若超過一個月則符合 PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) 之時間診斷標準。

B. 創傷後壓力症候群治療合併藥物治療及心理治療是有助益的

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: PTSD 治療結合藥物治療 (如 SSRI) 與心理治療 (如 CBT、EMDR) 在臨床指引中被認為對改善症狀及長期預後有助益。

C. 急性壓力疾患之症狀中不會出現解離症狀

✓ 正確 [P1 夯]

詳解: 根據 DSM-5, ASD 常包含解離症狀 (Dissociative symptoms), 如 Depersonalization (自我感喪失) 或 Derealization (現實感喪失)。

D. 創傷後壓力症候群的病因包含 hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis 之功能失調

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: PTSD 的病理機轉涉及 HPA axis (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis) 功能失調, 包含皮質醇負回饋過度敏感等異常。

第 17 題〔112-2 醫學四 第 65 題〕

陳先生 35 歲，經歷一次大車禍倖存，之後經常心悸、坐立不安、失眠、惡夢、凡事淡漠、不願提及該事件等，症狀已持續 8 個月未緩解，下列敘述何者最適當？

- (A) 其診斷最可能是適應障礙症 (adjustment disorder)
- (B) 其神經影像可能有杏仁核 (amygdala) 結構的改變
- (C) 其神經影像會有基底核 (basal ganglia) 功能過低情況
- (D) 頂葉 (parietal lobe) 會出現鈣化現象

答案 B**A. 其診斷最可能是適應障礙症 (adjustment disorder)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：患者具典型的惡夢、迴避、情感淡漠及過度警覺，且症狀持續超過 1 個月（本題為 8 個月），應診斷為 PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)。Adjustment disorder (適應障礙症) 通常症狀較輕且少見侵入性回憶。

B. 其神經影像可能有杏仁核 (amygdala) 結構的改變

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) 與 Amygdala (杏仁核) 的功能過度活化及結構改變相關，這反映了恐懼制約與情緒調節的失衡。此外，Hippocampus (海馬迴) 體積縮小也是常見發現。

C. 其神經影像會有基底核 (basal ganglia) 功能過低情況

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Basal ganglia (基底核) 功能異常較常與 OCD (強迫症) 或運動障礙相關，非 PTSD 的核心影像發現。PTSD 主要病理涉及 Limbic system (邊緣系統) 與前額葉皮質的交互作用。

D. 頂葉 (parietal lobe) 會出現鈣化現象

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Parietal lobe (頂葉) 鈣化並非 PTSD 的病理特徵。PTSD 的神經影像研究重點在於 Amygdala、Hippocampus (海馬迴) 及 Prefrontal cortex (前額葉皮質)。

第 18 題〔106-1 醫學四 第 72 題〕

士兵參與戰爭後，最可能產生的精神疾病為何？

- (A) 創傷後壓力症 (post traumatic stress disorder)
- (B) 強迫症 (obsessive compulsive disorder)
- (C) 妄想症 (delusional disorder)
- (D) 恐慌症 (panic disorder)

答案 A**A. 創傷後壓力症 (post traumatic stress disorder)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：參與戰爭屬重大創傷壓力事件。PTSD (創傷後壓力症) 的核心症狀包括侵入性回憶、過度警覺及避開創傷提醒物，為戰後士兵最典型的精神疾病。

B. 強迫症 (obsessive compulsive disorder)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：OCD (強迫症) 特徵為反覆出現的強迫觀念與行為。雖然壓力可能誘發，但非參與戰爭這類單一重大暴力創傷事件後最特異且高發的診斷。

C. 妄想症 (delusional disorder)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Delusional Disorder (妄想症) 特徵為持續一個月以上的非怪異妄想 (如嫉妒、被害)。其成因與參與戰爭創傷的直接因果關聯不如 PTSD 明確。

D. 恐慌症 (panic disorder)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Panic Disorder（恐慌症）特徵為反覆非預期性的恐慌發作。雖常共病於 PTSD，但在戰後創傷脈絡下，PTSD 是更符合情境且盛行率極高的首選診斷。

本考點其他考題（1 題，未收錄）

梯次	題目	主題
114-1	醫學四 Q63	HPA axis stress response

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
106-2	醫學四 Q65	精神科・精神官能症・焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)

身體症狀及相關障礙症 (Somatic Symptom and Related Disorders)

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：106-1、106-2、108-2、109-1、109-2、111-1、113-1、113-2、115-1

TWMLE・精神科 > 精神科

九、身體症狀及相關障礙 (Somatic Symptom & Related Disorders)

9.1 身體症狀障礙 (Somatic Symptom Disorder)

- ≥ 1 個令人困擾的身體症狀 + 不成比例的想法/感受/行為
- 持續 ≥ 6 個月
- 重點：不再強調症狀是否有醫學解釋（DSM-5 改變），而是關注對症狀的反應
- 治療：規律定期回診（scheduled visits，非 as-needed）、CBT、SSRI、避免不必要的檢查

9.2 疾病焦慮症 (Illness Anxiety Disorder)

- 原名 Hypochondriasis
- 過度擔心自己患有或正在得到嚴重疾病
- 身體症狀輕微或不存在
- 持續 ≥ 6 個月
- 治療：CBT、SSRI、scheduled visits

9.3 轉化症 (Conversion Disorder)

- 又名 Functional Neurological Symptom Disorder
- ≥ 1 個自主運動或感覺功能症狀（如癱瘓、失明、癲癇樣發作、吞嚥困難）
- 症狀與已知的神經/醫學疾病不符
- 臨床發現可提供內在不一致性的證據（如 Hoover sign）
- **La belle indifférence**：對症狀表現出不恰當的漠然（非必要診斷特徵）
- 治療：物理治療、CBT、消除壓力源、教育

★ 國考重點（本站講義）

- 身體畸形性疾患 (Body dysmorphic disorder) [106-1]
- 身體化疾患 (Somatization disorder) [106-1]
- 慮病症 (Hypochondriasis，現稱疾病焦慮症) 盛行率與預後 [106-1、108-2、113-1]
- 慮病症診斷與共病 [108-2]
- 轉化症 (Conversion disorder，又稱功能性神經症狀障礙症 Functional Neurological Symptom Disorder, FNSD) 核心定義 [106-2、109-2]
- 轉化症性別與人格共病 [109-1]
- 轉化症常見症狀與特徵
- 轉化症鑑別診斷與症狀可塑性 [109-2]

- 轉化症治療原則〔109-1〕
- 疼痛疾患 (Pain disorder) 與共病〔106-1〕
- 慢性疲勞症候群 (Chronic fatigue syndrome, CFS) 診斷與共病〔113-2〕
- 重鬱症合併身體症狀障礙症與電痙攣治療 (Electroconvulsive therapy, ECT)

⚠ 易混與陷阱

比較項目 / 疾患	轉化症 (Conversion disorder)	偽病 (Factitious disorder)	詐病 (Malingering)
症狀產生的意圖	非刻意產生 (無意識的心理轉化)	刻意偽裝或製造 (有意識)	刻意偽裝或製造 (有意識)
主要行為動機	心理壓力或衝突所致，非為了外在利益	為了追求病人角色 (Sick role)，獲得醫療關注	為了明確的次級利益 (Secondary gain) (如逃兵、逃避工作、賠償)

疼痛類型	常見共病精神疾患
慢性疼痛 (Chronic pain)	憂鬱疾患 (Depressive disorder)
急性疼痛 (Acute pain)	焦慮性疾患 (Anxiety disorder)

臨床表徵 / 數值	臨床事實	常見考題陷阱
慮病症 (Hypochondriasis) 性別比	男女比例相等 (Male = Female)	誤導為女性較多
慮病症 (Hypochondriasis) 預後與社經	高社經地位、發病突然、病程短者預後較佳	誤導為低社經階層預後較佳
假性癲癇 (Pseudoseizure)	與真實癲癇共病率達 10% 至 30%	敘述為幾乎不共病、可清楚鑑別
轉化症症狀緩解測試	透過暗示或注射 Lorazepam 緩解仍是轉化症	誤導為若能藥物緩解就不是轉化症
慢性疲勞症候群 (CFS)	淋巴結痛為診斷準則之一，且休息無法改善	誤導為有淋巴結痛可排除；適度休息可改善
躁期 ECT 與鋰鹽併用	施作 ECT 時通常應停用鋰鹽	敘述為鋰鹽療效不佳時，可直接加上 ECT 治療

精選考題 (3/6)

第 19 題〔109-2 醫學四 第 72 題〕

下列有關轉化症 (conversion disorder) 的敘述，何者錯誤？

- (A) 轉化症的診斷需要排除重大內外科疾病
- (B) 若可以透過建議、暗示或藥物如 lorazepam 的使用有所緩解，就不是轉化症
- (C) 許多神經科疾病如腦腫瘤、腦病變、重症肌無力等可能在病程早期易被診斷為轉化症
- (D) 轉化症之常見症狀為運動或感覺功能異常

答案 B

A. 轉化症的診斷需要排除重大內外科疾病

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：正確。診斷 Conversion disorder (轉化症) 時，醫師必須根據臨床徵候排除神經系統疾病或其他內科疾病 (Medical condition) 的可能性。

B. 若可以透過建議、暗示或藥物如 lorazepam 的使用有所緩解，就不是轉化症

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：錯誤。轉化症症狀具有「可塑性」，常可藉由暗示 (Suggestion)、催眠或靜脈注射 Lorazepam (Ativan) 等藥物緩解，這反而是支持轉化症而非器質性病變的特徵。

C. 許多神經科疾病如腦腫瘤、腦病變、重症肌無力等可能在病程早期易被診斷為轉化症

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：正確。早期神經疾病如 Multiple Sclerosis（多發性硬化症）、Myasthenia Gravis（重症肌無力）常因影像或生理檢查不明顯而被誤診為轉化症，臨床需謹慎追蹤。

D. 轉化症之常見症狀為運動或感覺功能異常

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：正確。轉化症最典型的表現即為運動（如癱瘓、癲癇樣抽搐）或感覺功能（如失明、麻木）的不自主異常，且與已知解剖生理路徑不符。

第 20 題 [109-1 醫學四 第 73 題]

關於轉化症（conversion disorder〔functional neurological symptom disorder〕）的敘述，何者錯誤？

- (A) 常見於戲劇型人格（histrionic personality disorder）
- (B) 癱瘓（paralysis）、視盲（blindness）、不語（mutism）是最常見的症狀
- (C) 在男性患者中，與反社會型人格障礙症（antisocial personality disorder）相關
- (D) 最佳的治療方式為告知患者其症狀是想像出來的

答案 D**A. 常見於戲劇型人格（histrionic personality disorder）**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：轉化症（Conversion disorder）好發於年輕女性，且臨床研究顯示與戲劇型人格（Histrionic personality disorder）及被動攻擊型人格有顯著相關性。

B. 癱瘓（paralysis）、視盲（blindness）、不語（mutism）是最常見的症狀

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：轉化症常見表現包含運動障礙如癱瘓（Paralysis）、感覺障礙如視盲（Blindness）或不語症（Mutism），症狀與神經解剖路徑不符。

C. 在男性患者中，與反社會型人格障礙症（antisocial personality disorder）相關

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：在性別分佈上，轉化症女性多於男性；而在男性患者中，常觀察到與反社會型人格障礙症（Antisocial personality disorder）有較高的共病或相關性。

D. 最佳的治療方式為告知患者其症狀是想像出來的

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：治療轉化症切忌直接告知患者症狀是「想像」或「假裝」的。這會破壞醫病關係。應採取同理心，並使用行為療法、物理治療或暗示療法來逐步恢復功能。

第 21 題 [108-2 醫學四 第 73 題]

關於慮病症（hypochondriasis）的敘述，何者正確？

- (A) 低社經階層之患者預後較佳
- (B) 個案治療後改善率極佳，90% 以上能痊癒
- (C) 常伴隨憂鬱或焦慮相關疾患
- (D) 病程較少超過 6 個月

答案 C**A. 低社經階層之患者預後較佳**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：慮病症（Hypochondriasis）預後較佳的因素包含：高社經地位、發病突然、病程短、無人格障礙或非精神科共病；低社經階層通常與較差的預後相關。

B. 個案治療後改善率極佳，90% 以上能痊癒

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：慮病症常為慢性且反覆發作的病程，約 1/3 到 1/2 的患者會有顯著改善，但 90% 以上痊癒的數據過於樂觀，不符合臨床實務。

C. 常伴隨憂鬱或焦慮相關疾患

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：慮病症患者高度共病其他精神疾患，約 80% 的個案同時伴隨憂鬱症 (Depressive disorder) 或焦慮症 (Anxiety disorder)。

D. 病程較少超過 6 個月

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-IV 診斷標準，慮病症狀的持續時間必須至少 6 個月 (6 months) 以上；其病程通常是長期的。

本考點其他考題 (3 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-2	醫學四 Q66	conversion disorder
111-1	醫學四 Q65	conversion disorder
113-1	醫學四 Q67	geriatric psychiatry

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
113-2	醫學四 Q66	精神科・精神官能症，重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
115-1	醫學四 Q61	精神科・精神官能症，重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
106-1	醫學四 Q65	精神科・精神官能症，強迫症及相關障礙症 (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)

抗憂鬱劑 (Antidepressants)

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、107-1、107-2、108-2、109-1、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 三、鬱症 (Depressive Disorders)

3.6 鬱症治療

抗鬱劑

類別	代表藥物	機制	特殊副作用/特點
SSRI	Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine, Citalopram, Escitalopram, Fluvoxamine	選擇性阻斷 5-HT 再回收	首選抗鬱劑 ；性功能障礙（最常見困擾副作用）、GI（噁心）、SIADH/低血鈉（老年人）；Paroxetine 抗膽鹼最強且懷孕禁忌（cardiac defects）；Fluoxetine 半衰期最長（戒斷反應最少）；Citalopram QT prolongation
SNRI	Venlafaxine, Duloxetine, Desvenlafaxine	阻斷 5-HT + NE 再回收	也用於焦慮、慢性疼痛、fibromyalgia、neuropathic pain；Venlafaxine 高劑量可致高血壓；戒斷症狀明顯
TCA	Amitriptyline, Nortriptyline, Imipramine, Clomipramine, Desipramine	阻斷 5-HT + NE 再回收 + 抗膽鹼/抗組織胺/抗 α_1	抗膽鹼 （口乾、便秘、尿滯留）、 心臟毒性 （阻斷 Na^+ channel → QRS 增寬 、QT 延長 → 心律不整、 過量致命 ；解毒： Sodium bicarbonate ）、鎮靜、姿態性低血壓、體重增加、降低癲癇閾值
MAOI	Phenelzine, Tranylcypromine, Selegiline (patch)	不可逆抑制 MAO → ↑ 5-HT, NE, DA	Tyramine 危機 ：含 tyramine 食物（起司、紅酒、醃肉）→ 高血壓危象；Serotonin syndrome 風險高（與 SSRI 間須 washout 2 週，fluoxetine 需 5 週）；非典型憂鬱首選
Bupropion	—	NDRI (NE + DA 再回收抑制)	無性功能障礙 ； 無體重增加 ；也用於戒菸； 禁忌：seizure disorder、暴食/厭食症
Mirtazapine	—	α_2 antagonist + 5-HT _{2/3} + H ₁ antagonist (NaSSA)	體重增加、鎮靜 （尤其低劑量）；刺激食慾；適合失眠+食慾差的鬱症患者
Trazodone	—	5-HT _{2A} antagonist + weak SRI	主要做助眠劑使用；罕見： Priapism （陰莖異常勃起）

- 抗鬱劑起效需 **2-4 週**，療效評估 4-6 週；緩解後應續用 **6-12 個月**以防復發

SSRI Discontinuation Syndrome（停藥症候群）

- 突然停藥 → **FINISH**：Flu-like symptoms、Insomnia、Nausea、Imbalance（頭暈）、Sensory disturbances（electric shock / brain zaps）、Hyperarousal
- Paroxetine 和 Venlafaxine 最嚴重**（半衰期短）
- Fluoxetine 最少**（半衰期最長）
- 預防：漸進式減藥

Serotonin Syndrome（血清素症候群）

- 原因：Serotonergic drugs 過量或合併使用（SSRI + MAOI 最危險；SSRI + TCA；SSRI + Tramadol；SSRI + Linezolid 等）
- 三大特徵：
 - 認知改變（agitation, confusion）
 - 自律神經不穩定（發燒、心跳快、血壓不穩、流汗、腹瀉、散瞳）
 - 神經肌肉異常（clonus、hyperreflexia、tremor、myoclonus、rigidity）
- 治療：停藥 + 支持療法 + **Cyproheptadine**（5-HT_{2A} antagonist）
- 與 NMS 鑑別：
 - Serotonin syndrome：**clonus/hyperreflexia、onset rapid（24 hr 內）**、dilated pupils、diarrhea
 - NMS：**lead-pipe rigidity、onset slow（days-weeks）**、CK ↑ ↑ ↑

★ 國考重點（本站講義）

- 一線適應症與首選藥物
- 躁期禁用與誘發風險
- 服藥時程與安全認知
- 副作用與臨床處置

• 戒菸與其他製劑機轉

⚠ 易混與陷阱

Table 1: 抗憂鬱劑與相關藥物之臨床鑑別與陷阱

藥物 / 治療	藥物機轉分類	臨床重要考點與陷阱
選擇性血清素回收抑制劑 (SSRIs)	抑制血清素回收	1. 廣泛性焦慮症、恐慌症、強迫症、經前不悅症與身體形象畏懼症的一線用藥。2. 禁用於雙相情緒障礙症躁期，以防誘發躁症或情感轉置〔108-2、112-1〕。3. 過量時安全性高，非典型致死原因〔113-2〕。4. 常見噁心、性功能障礙（發生率 50-70%）及睡眠障礙〔109-1、112-2〕。5. 無成癮性，症狀緩解後應維持治療至少 6-9 個月，不可在 4-6 週內立即停藥〔113-2〕。
多巴胺-正腎上腺素回收抑制劑 (NDRIs) (如 Bupropion)	抑制多巴胺與正腎上腺素回收	1. 可提高性慾、改善性功能（常與 SSRIs 聯用或作替代藥）〔112-2〕。2. 為 FDA 核准之一線非尼古丁戒菸藥物，可用於尼古丁取代療法失敗時；而 SSRIs、SNRIs、SARIs 均無此戒菸效果〔107-2〕。
三環抗憂鬱劑 (TCAs)	抑制血清素與正腎上腺素回收	1. Clomipramine 可用於強迫症一線治療；低劑量 Amitriptyline 可用於纖維肌痛症。2. 過量時具高致命性（具心臟毒性）〔113-2〕。
情緒穩定劑 (Lithium)	情緒穩定劑	1. 雙相情緒障礙症躁期與維持期的金標準，但非強迫症首選〔106-1、108-2〕。2. 約有 5-10% 勃起功能障礙及低性慾的風險〔112-2〕。
第二代抗精神病藥物 (Risperidone)	多巴胺與血清素受體拮抗	1. 用於思覺失調症治療。2. 會引起高泌乳素血症，進而抑制性慾，不可與 Bupropion 混淆〔112-2〕。

Table 2: 恐慌症與疼痛治療之臨床抉擇

疾病診斷	首選 / 推薦治療	臨床陷阱與禁用
恐慌症	SSRIs (藥物首選)〔107-1、112-1〕 認知行為治療 (CBT, 非藥物首選)〔107-1〕	1. 苯二氮平類 (BZDs, 如 Alprazolam) 具高成癮性與戒斷症狀，僅用於急性期，4-12 週後應逐漸減量 (Tapering) 而非調高劑量〔107-1〕。
疼痛疾患 / 纖維肌痛症	SNRIs (如 Duloxetine)〔112-1、114-1〕 低劑量 TCAs (如 Amitriptyline)〔114-1〕 Pregabalin (調節興奮神經元)〔114-1〕	1. 鴉片類藥物 (Narcotics) 並非首選，因其效果不佳且有成癮及痛覺過敏風險〔114-1〕。2. 疼痛疾患常採多模組治療 (含生理回饋、神經阻斷、催眠等)〔112-1〕。

Table 3: 營養/輔助製劑機轉辨析

物質名稱	作用機轉	臨床考點與陷阱
Omega-3 脂肪酸	抗發炎、調節細胞膜流動性、神經保護〔113-1〕	不具備血清素回收抑制作用。
S-腺苷甲硫氨酸 (SAME)	作為甲基捐贈者，參與單碳代謝〔113-1〕	促進血清素、正腎上腺素與多巴胺之合成。

精選考題 (3/6)

第 22 題 [112-1 醫學四 第 63 題]

下列何種治療模式或藥物可用於治療疼痛疾患 (pain disorder)？①生理回饋 (biofeedback) ②神經阻斷術 (nerve blocks) ③抗憂鬱藥 (antidepressants) ④催眠 (hypnosis)

- (A) 僅①③
- (B) 僅②④
- (C) 僅①②③
- (D) ①②③④

答案 D

A. 僅①③

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：生理回饋 (Biofeedback) 與抗憂鬱藥 (Antidepressants) 確為疼痛疾患的有效治療，但忽略了神經阻斷術與催眠同樣在臨床指引的涵蓋範圍內。

B. 僅②④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：神經阻斷術 (Nerve blocks) 與催眠 (Hypnosis) 可分別從生理與心理層面緩解疼痛，但此選項排除了藥物治療與生理回饋等關鍵介入方式。

C. 僅①②③

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：雖然涵蓋了生理介入與藥物，但漏掉了催眠 (Hypnosis) 這一有效的心理調節手段；在多模組疼痛治療中，催眠對痛覺門控 (Gate control) 有顯著影響。

D. ①②③④

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：疼痛疾患治療應採多模組方式 (Multimodal approach)：抗憂鬱藥 (Antidepressants) 調節中樞痛覺、神經阻斷解除器質性壓迫、生理回饋與催眠則強化身心控制與認知調節。

第 23 題 [113-1 醫學四 第 66 題]

根據美國食品藥物管理局 (FDA) 在孤兒藥法 (Orphan Drug Act) 中定義的醫療食品 (medical food)，是指「食品製劑在醫生的監督下食用，用於疾病或病症的治療，並基於公認的科學原理，通過醫學評估所建立 特定的營養療法」。在臨床應用方面，下列敘述何者最不適當？

- (A) 醫學藥物研發投入資源，收集豐富的臨床試驗資料，政府對藥物上市的規範嚴謹，首重實證（隨機分配有安慰劑做為控制組的臨床試驗）
- (B) 憂鬱症病因複雜，如果只偏重藥物單一療法，易造成整體療效不足
- (C) S-adenosyl-L-methionine (SAME) 的作用機轉，主要是促進 serotonin 和 norepinephrine 的合成
- (D) Omega-3 的作用機轉，主要是血清素回收抑制作用

答案 D

A. 醫學藥物研發投入資源，收集豐富的臨床試驗資料，政府對藥物上市的規範嚴謹，首重實證（隨機分配有安慰劑做為控制組的臨床試驗）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：藥物 (Drug) 研發確實需嚴謹實證，由 FDA 規範並要求多階段臨床試驗，且醫療食品與藥物在法規層次本就有別，此敘述符合現行藥研共識。

B. 憂鬱症病因複雜，如果只偏重藥物單一療法，易造成整體療效不足

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：憂鬱症具多重病因（生物、心理、社會），單一藥物療法 (Monotherapy) 常有反應不足 (Non-response)，臨床多建議合併心理治療或營養支持等整合療法。

C. S-adenosyl-L-methionine (S-AdoMet) 的作用機轉，主要是促進 serotonin 和 norepinephrine 的合成

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：S-AdoMet (S-adenosyl-L-methionine) 作為甲基捐贈者 (Methyl donor)，參與單碳代謝，促進 Serotonin、Norepinephrine 及 Dopamine 等神經傳導物質合成。

D. Omega-3 的作用機轉，主要是血清素回收抑制作用

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Omega-3 脂肪酸 (如 EPA/DHA) 作用機轉主要是抗發炎、調節細胞膜流動性及神經保護，而非 SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) 的血清素回收抑制作用。

第 24 題 [114-1 醫學四 第 64 題]

有關群纖維肌痛 (fibromyalgia) 症候群有關的藥物治療，下列何者最不適當？

- (A) narcotics 是解除疼痛的首選
- (B) pregabalin 是適合用藥之一
- (C) 抗鬱劑扮重要角色
- (D) 一般止痛藥亦有效果

答案 A

A. narcotics 是解除疼痛的首選

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Narcotics (鴉片類藥物) 並非 Fibromyalgia (纖維肌痛症) 的首選治療。根據臨床指引，鴉片類藥物對此類中樞神經敏感化疼痛效果不佳，且有成癮及痛覺過敏風險，不建議常規使用。

B. pregabalin 是適合用藥之一

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Pregabalin (Lyrica, 利瑞卡) 是 FDA 核准用於 Fibromyalgia 的藥物之一，能調節過度興奮的神經元，有效改善疼痛、睡眠及生活品質。

C. 抗鬱劑扮重要角色

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Antidepressants (抗憂鬱劑) 如 Duloxetine (Cymbalta) 或低劑量 Amitriptyline (Elavil) 在治療中扮演重要角色，能提升中樞神經對疼痛的抑制能力。

D. 一般止痛藥亦有效果

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：一般止痛藥如 Acetaminophen (普拿疼) 或 NSAIDs (非類固醇抗發炎藥) 對部分輕微症狀或合併其他肌肉骨骼疼痛的患者仍具輔助緩解效果。

本考點其他考題 (3 題，未收錄)

梯次	題目	主題
107-2	醫學四 Q68	bupropion smoking cessation
108-2	醫學四 Q63	manic episode pharmacotherapy
109-1	醫學四 Q63	ssri side effects

也考本考點的題目 (8 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
112-2	醫學四 Q66	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
112-2	醫學四 Q61	精神科・精神病，思覺失調症 (Schizophrenia)
113-2	醫學四 Q65	精神科・精神官能症，重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
112-1	醫學四 Q73	精神科・精神官能症，經前不悅症 (Premenstrual Dysphoric Disorder)
106-1	醫學四 Q61	精神科・精神官能症，焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)
107-1	醫學四 Q65	精神科・精神官能症，焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)
112-1	醫學四 Q64	精神科・精神官能症，焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)
109-1	醫學四 Q64	精神科・精神官能症，強迫症及相關障礙症 (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)

功能性腸胃道疾病 (Functional Gastrointestinal Disorders)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：106-1、107-1、111-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- 腸胃科門診中，高達 30-50% 的求診者最終診斷為功能性腸胃道疾患 (Functional Gastrointestinal Disorders, FGIDs)，如大腸激躁症 (Irritable Bowel Syndrome, IBS) 或功能性消化不良，臨床比例極高。〔107-1〕
- 具有腸道動力異常或功能性食道症狀 (Functional esophageal symptoms) 的病人經常合併精神科疾患，兩者透過腦腸軸 (Brain-gut Axis) 進行雙向交互影響。〔106-1〕
- 心身症狀 (Psychosomatic symptoms) 常透過自主神經系統影響消化道，許多情緒困擾者會以腹痛、脹氣等腸胃症狀為主要身體訴求。〔107-1〕
- 焦慮 (Anxiety) 是誘發及加重功能性腸胃疾患的核心因素。心理因素 (如壓力、情緒) 會增加內臟敏感性 (Visceral Hypersensitivity)，進而放大腸胃不適、導致蠕動異常，顯著影響疾病的嚴重度與預後。〔106-1、107-1〕
- 功能性腸胃障礙最常伴隨的精神疾患為焦慮疾患 (Anxiety disorders)，高達 50-90% 的功能性腸胃障礙患者伴隨精神診斷，其中以焦慮最常見且與腦腸軸機轉密切相關。其盛行率通常高於憂鬱疾患 (Depressive disorders)。〔111-2〕
- 在與功能性腸胃道疾患共病的焦慮疾患中，以廣泛性焦慮症 (Generalized Anxiety Disorder, GAD) 最常出現，而非創傷後壓力症候群 (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)。〔106-1〕
- 恐慌發作 (Panic Attack) 的診斷準則包含噁心 (Nausea) 或腹部不適 (Abdominal Distress) 等腸胃道症狀，常與大腸激躁症的臨床表現重疊。〔106-1〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	臨床正確事實	常考陷阱 / 錯誤敘述	說明
最常見焦慮共病	廣泛性焦慮症 (GAD) [106-1]	創傷後壓力症候群 (PTSD)	考題常將 PTSD 作為最常見焦慮共病的干擾選項，需牢記 GAD 才是最常出現者。
首要伴隨精神疾患	焦慮疾患 (Anxiety disorders) [111-2]	憂鬱疾患 (Depressive disorders)	憂鬱疾患亦為重要共病，但統計上不論關聯強度或盛行率，皆以焦慮疾患最為常見。
焦慮之影響性	焦慮是誘發及加重疾病的核心因素，強烈正相關 [107-1]	焦慮不太會導致功能性腸胃道疾患	焦慮會直接調控內臟敏感度並導致蠕動異常，絕非與疾病無關。
門診盛行率	30-50% 求診者為功能性疾患 [107-1]	屬於極少數或罕見的腸胃科疾病	功能性疾患在腸胃門診的比例極高，是臨床上的常見病而非罕見病。

精選考題 (1/1)

第 25 題 [107-1 醫學四 第 63 題]

下列關於功能性腸胃道疾患 (functional gastrointestinal disorders) 的敘述何者錯誤？

- (A) 許多患有身心症狀者時常以腸胃道症狀表現
- (B) 腸胃道疾病當中，有相當高比例為功能性疾患
- (C) 對於功能性腸胃道疾患，心理因素時常會影響疾病的嚴重度與預後
- (D) 焦慮不太會導致功能性腸胃道疾患

答案 D

A. 許多患有身心症狀者時常以腸胃道症狀表現

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：身心症狀 (Psychosomatic symptoms) 常透過自主神經系統影響消化道，臨床上許多情緒困擾者會以腹痛、脹氣等腸胃症狀作為主要身體訴求。

B. 腸胃道疾病當中，有相當高比例為功能性疾患

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：在腸胃科門診中，高達 30-50% 的求診者最終診斷為功能性疾患，如 IBS (Irritable Bowel Syndrome) 或功能性消化不良，比例極高。

C. 對於功能性腸胃道疾患，心理因素時常會影響疾病的嚴重度與預後

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：腦腸軸 (Brain-gut axis) 理論證實心理因素如壓力、情緒會調控腸道敏感度，顯著影響功能性腸胃疾患的發作頻率與藥物治療效果。

D. 焦慮不太會導致功能性腸胃道疾患

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：敘述錯誤。Anxiety (焦慮) 是誘發及加重功能性腸胃疾患的核心因素，焦慮會導致腸道高敏感與蠕動異常，兩者具強烈正相關而非無關。

也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
106-1	醫學四 Q62	精神科・精神官能症，焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)
111-2	醫學四 Q63	精神科・精神官能症，焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)

疼痛障礙症 (Pain Disorder)

★ 偶考 考過 2/20 梯次：112-1、114-1

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- 疼痛疾患 (Pain disorder) 的治療應採用多模組方式 (Multimodal approach)：包含調節中樞痛覺的抗憂鬱藥 (Antidepressants)、解除器質性壓迫的神經阻斷術 (Nerve blocks)、強化身心控制與認知調節的生理回饋 (Biofeedback) 以及能顯著影響痛覺門控 (Gate control) 的催眠 (Hypnosis) 皆為有效治療手段。〔112-1〕
- 抗憂鬱劑如選擇性血清素回收抑制劑 (Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) 或血清素-正腎上腺素回收抑制劑 (Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs) 除了用於憂鬱症，亦是泛焦慮症 (Generalized anxiety disorder) 與恐慌症 (Panic disorder) 的首選藥物；其中 SNRIs (如 Duloxetine) 因能調節正腎上腺素 (Norepinephrine) 路徑，廣泛用於疼痛症等慢性疼痛的治療。〔112-1〕
- 抗憂鬱劑絕不可用於雙相情緒障礙症躁期 (Bipolar mania)，因其具有誘發躁症發作或情感轉置 (Mood switch) 的風險，躁期患者應使用情緒穩定劑 (Mood stabilizers)。〔112-1〕
- 纖維肌痛症 (Fibromyalgia) 的藥物治療中，鴉片類藥物 (Narcotics) 並非解除疼痛的首選，對中樞神經敏感化疼痛效果不佳，且有成癮及痛覺過敏風險，不建議常規使用。〔114-1〕
- Pregabalin 為適合治療纖維肌痛症的藥物之一，能調節過度興奮的神經元，以改善疼痛、睡眠及生活品質。〔114-1〕
- 抗憂鬱劑在纖維肌痛症中扮演重要角色，如 Duloxetine 或低劑量 Amitriptyline 能提升中樞神經對疼痛的抑制能力。〔114-1〕
- 一般止痛藥如 Acetaminophen (乙醯胺酚) 或非類固醇抗發炎藥 (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs) 對輕微症狀或合併其他肌肉骨骼疼痛者仍具輔助緩解效果。〔114-1〕

⚠ 易混與陷阱

藥物 / 治療類別	臨床首選或適用狀況	臨床禁用或非首選狀況 (陷阱)	機轉與臨床考量
抗憂鬱劑 (SSRIs / SNRIs)	憂鬱症、泛焦慮症、恐慌症、疼痛症 (如慢性疼痛) 〔112-1〕	雙相情緒障礙症躁期 〔112-1〕	躁期禁用抗憂鬱劑，避免誘發躁症發作或情感轉置 (Mood switch)；SNRIs (如 Duloxetine) 可藉由調節正腎上腺素路徑來抑制中樞痛覺。
鴉片類藥物 (Narcotics)	(無提及之特定適應症)	纖維肌痛症 〔114-1〕	絕非首選，對中樞神經敏感化疼痛效果不佳，且有成癮及痛覺過敏風險。
Pregabalin	纖維肌痛症 〔114-1〕	(非用於一般器質性壓迫疼痛的首選)	能調節過度興奮的神經元，有效改善疼痛、睡眠及生活品質。
一般止痛藥 (Acetaminophen / NSAIDs)	纖維肌痛症的輔助緩解 (針對輕微症狀或合併其他肌肉骨骼疼痛) 〔114-1〕	(非中樞敏感化疼痛的主要治療藥物)	對於部分合併器質性疼痛的患者有輔助效果，但無法取代中樞藥物。
心理與認知調節 (生理回饋 / 催眠)	疼痛障礙症的多模組治療 〔112-1〕	(避免單獨使用於器質性壓迫造成的劇痛)	生理回饋可強化身心控制，催眠則能影響痛覺門控以調節痛覺認知。

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
112-1	醫學四 Q64	精神科・精神官能症・焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)
112-1	醫學四 Q63	精神科・精神官能症・抗憂鬱劑 (Antidepressants)
114-1	醫學四 Q64	精神科・精神官能症・抗憂鬱劑 (Antidepressants)

解離性神遊症 (Dissociative Fugue)

罕考 考過 1/20 梯次：112-1

TWMLE・精神科 > 精神科

八、解離症 (Dissociative Disorders)

8.1 解離性身分障礙 (Dissociative Identity Disorder, DID)

- 原名「多重人格障礙」
- ≥ 2 個不同的人格狀態 (identity disruption)
- 反覆無法回憶日常事件、重要個人資訊或創傷事件
- 強烈與童年創傷 (尤其是性虐待) 相關
- 治療：長期心理治療 (整合人格為目標)

8.2 解離性失憶症 (Dissociative Amnesia)

- 無法回憶重要的自傳式記憶 (通常與創傷或壓力事件相關)
- 排除器質性原因
- **Dissociative Fugue**：解離性漫遊，離開家或工作場所，伴隨身分混亂或建立新身分

8.3 失自我感/失現實感障礙 (Depersonalization/Derealization Disorder)

- 持續或反覆感覺脫離自己的心智過程或身體 (depersonalization)
- 感覺周遭環境不真實 (derealization)
- 現實測試能力完好 (與精神病不同)

★ 國考重點 (本站講義)

⚠ 易混與陷阱

疾病名稱	核心臨床特徵與鑑別點	生理與神經影像檢查
解離症 (Dissociative Disorders) (解離性失憶症伴隨解離性神遊)	在重大心理壓力後突發離家出走、身分或記憶喪失 (如忘記如何回家)。	血液與神經影像檢測皆無異常。
中風 (Stroke)	表現為偏癱、失語等局灶性神經功能缺失。	血液與神經影像檢測會有相應的異常發現。
適應障礙症 (Adjustment Disorder)	壓力源後產生情緒或行為症狀，但不會有記憶喪失、遺忘身分或神遊等解離現象。	檢測無特異性異常。
泛焦慮症 (Generalized Anxiety Disorder)	對多項事件過度擔心且持續超過 6 個月，伴隨焦躁、易累、注意力不集中等生理焦慮，無突發性失憶。	檢測無特異性異常。

精選考題 (1/1)

第 26 題 [112-1 醫學四 第 65 題]

吳小姐，22 歲，墮胎後發現男友移情別戀，被雙親嚴厲指責後離家出走，忘記如何回家，深夜被路人發現送至警察局再轉送醫院急診，血液和神經影像檢測皆無異常，下列何者是最有可能的診斷？

- (A) 中風
- (B) 適應障礙症
- (C) 解離症
- (D) 泛焦慮症

答案 C

A. 中風

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：中風（Stroke）通常表現為局灶性神經功能缺失（如偏癱、失語），且血液與神經影像檢測（Imaging）應有相應發現，與本案檢測無異常不符。

B. 適應障礙症

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：適應障礙症（Adjustment Disorder）是在壓力源後產生的情緒或行為症狀，但不會出現明顯的記憶喪失、遺忘身分或離家出走後「忘記如何回家」的解離現象。

C. 解離症

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：患者在重大心理壓力後出現離家出走、身分或記憶喪失（忘記如何回家），且生理檢查無異常，符合解離症（Dissociative Disorders）中的解離性失憶症伴隨解離性神遊（Dissociative Fugue）。

D. 泛焦慮症

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：泛焦慮症（Generalized Anxiety Disorder, GAD）核心症狀為對多項事件過度擔心且持續超過六個月，並伴隨焦躁、易累、注意力不集中等生理焦慮，不會導致突發性失憶或神遊。

做作性障礙症（Factitious Disorder）

★ 偶考 考過 3/20 梯次：106-2、111-1、113-1

TWMLE · 精神科 > 精神科 > 九、身體症狀及相關障礙（Somatic Symptom & Related Disorders）

9.4 人為障礙（Factitious Disorder）

- **Factitious disorder imposed on self (Munchausen syndrome)**：故意製造或偽裝症狀，動機為「扮演病人角色」
- **Factitious disorder imposed on another (Munchausen syndrome by proxy)**：對他人（通常是小孩）製造症狀 → 屬於兒童虐待，需通報
- 與 **Malingering（詐病）** 區分：
 - Malingering：有明確外在動機（金錢、逃避法律責任）→ 不是精神疾患
 - Factitious：動機為扮演病人角色（內在心理需求）

★ 國考重點（本站講義）

⚠ 易混與陷阱

診斷 / 狀況	症狀是否刻意製造	主要動機與利益	臨床特徵與案例
做作性障礙症 (Factitious Disorder)	是 (有意圖地)	無明確外在利益；意圖維持病人角色 (Sick role) 以獲取醫療關注	醫療背景者常見。例如：護理師刻意食用紅色火龍果以偽造血尿、血便。〔111-1、113-1〕
詐病 (Malingering)	是 (有意圖地)	有明確的外在利益 (如逃避義務兵役、刑事責任、獲取賠償)	屬於臨床關注狀況而非精神疾病。例如：20 歲役男為了逃避兵役故意裝病。〔106-2、111-1、113-1〕
轉化症 (Conversion Disorder)	否 (非刻意的)	無外在利益；常由心理壓力誘發	無神經解剖學依據的神經功能異常。例如：與長官爭吵後突然失聲。〔106-2、111-1〕
疾病焦慮症 (Illness Anxiety Disorder)	否 (非刻意的)	無外在利益；對嚴重疾病的過度擔憂	對身體狀況過度焦慮，但不具備刻意偽造或誘發症狀的行為。〔111-1〕

精選考題 (2/3)

第 27 題 〔111-1 醫學四 第 63 題〕

一位 32 歲男性護理師，主訴下腹痛、血尿、血便。因門診治療無效，多次住院診治，住院後各項檢查卻完全正常。醫療團隊深入探查，發現個案生病及住院並沒有明顯外在利益或目的（例如因生病獲得賠償，或因生病逃避法律責任等），但住院前均食用紅色火龍果。此個案最可能的診斷為何？

- (A) illness anxiety disorder (hypochondriasis)
- (B) factitious disorder
- (C) malingering
- (D) conversion disorder

答案 B

A. illness anxiety disorder (hypochondriasis)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Illness anxiety disorder (疾病焦慮症) 主要特徵是對嚴重疾病的過度擔憂，通常不具備刻意偽造或誘發身體症狀的行為，與本案個案刻意攝食火龍果製造「假血尿」表現不符。

B. factitious disorder

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Factitious disorder (人為障礙症) 核心在於為了扮演病人角色而刻意造假、誘發症狀，且缺乏外在利益動機。個案為護理人員（常見背景）且刻意攝食火龍果製造偽冒出血徵象，完全符合診斷。

C. malingering

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Malingering (詐病) 與人為障礙症最大的區別在於其具備明確的「外在利益」（如逃避兵役、金錢賠償或法律責任）。題幹已排除外部目的，故不選。

D. conversion disorder

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Conversion disorder (轉化障礙症) 多表現為非刻意產生的運動或感覺功能神經障礙（如癱瘓、失明），且通常與心理衝突相關，而非個案刻意誘發的生理數據異常。

第 28 題 [113-1 醫學四 第 73 題]

詐病 (malingering) 與佯病 (factitious disorder) 之最大區別為何？

- (A) 佯病為個案有意圖的 (intentionally) 裝病
- (B) 佯病找不到真正的身體疾病或其他精神疾病
- (C) 詐病為個案主要的意圖在維持病人的角色 (sick role)
- (D) 詐病有明確的外在的因素。如避免法律事件、逃避兵役等

答案 D**A. 佯病為個案有意圖的 (intentionally) 裝病**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：詐病 (malingering) 與佯病 (factitious disorder) 兩者皆為個案「有意圖地 (intentionally)」製造症狀，因此這不是區分兩者的關鍵特徵。

B. 佯病找不到真正的身體疾病或其他精神疾病

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：這兩類診斷皆是在排除真實器質性疾病後的臨床歸類，但核心區別在於動機而非疾病的有無。

C. 詐病為個案主要的意圖在維持病人的角色 (sick role)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：維持「病人角色 (sick role)」是佯病 (factitious disorder) 的主要心理動機，而非詐病。

D. 詐病有明確的外在的因素。如避免法律事件、逃避兵役等

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：詐病 (malingering) 具有明確的「外在誘因 (external incentives)」，如逃兵、獲得補助或規避法律責任；佯病則是為了獲得心理上的病人角色關注。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

梯次	題目	主題
111-1	醫學四 Q64	malingering

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
106-2	醫學四 Q66	精神科・精神官能症，身體症狀及相關障礙症 (Somatic Symptom and Related Disorders)

詐病 (Malingering)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：106-2、111-1、113-1

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- 詐病 (Malingering) 的核心要件為：個案「有意圖地 (Intentionally)」故意製造或誇大身心症狀，且其背後具有明確的「外在利益 (External incentives)」，例如逃避義務兵役、規避法律責任或獲取財務補償。〔106-2、111-1、113-1〕
- 佯病 / 偽病 (Factitious disorder / 人為障礙症) 與詐病的相同點在於兩者皆為「刻意 / 有意圖地」偽裝或製造症狀；最大區別在於佯病「缺乏明確的外在利益」，其核心心理動機是為了扮演「病人角色 (Sick role)」以獲得醫療關注與照護。〔106-2、111-1、113-1〕
- 轉化症 (Conversion disorder，現稱功能性神經症狀障礙症 Functional Neurological Symptom Disorder, FNSD) 與解離症 (Dissociative disorder) 的共同特徵為症狀屬於「非刻意 (Non-intentionally)」產出，且無法以神經學或其他生理疾病解釋 (例如在爭吵等心理壓力事件後突然失聲)，與詐病或佯病的刻意偽裝完全不同。〔106-2、111-1〕

- 疾病焦慮症 (Illness anxiety disorder) 的特徵是對嚴重疾病產生過度擔憂與焦慮，但個案並不會有刻意製造、偽造或故意誘發身體症狀的行為。〔111-1〕
- 詐病在臨床醫學分類上屬於一種「需臨床關注的狀況 / 臨床診斷」，其本身並不是一種「精神疾病 (Mental disorder)」。〔111-1〕

⚠ 易混與陷阱

診斷名稱	症狀是否刻意製造	核心動機與目的	臨床特點與常見考題範例
詐病 (Malingering)	是 (有意圖的)	獲取明確的 外在利益 (如避免法律事件、逃避兵役、規避工作、獲得賠償)	屬於臨床診斷而非精神疾病。例如：李男為了逃避義務兵役而故意裝病。
佯病 / 偽病 (Factitious disorder)	是 (有意圖的)	維持病人角色 (Sick role)，以獲得醫療關注與同情，無外在利益	常見於具備醫療背景之個案。例如：護理師刻意食用紅色火龍果製造「假血尿」以求住院。
轉化症 (Conversion disorder)	否 (非刻意)	無外在利益目的，通常與心理衝突或壓力事件高度相關	表現為與神經解剖不符的運動或感覺障礙。例如：與長官爭吵後突然講不出話 (解離性失聲)。
疾病焦慮症 (Illness anxiety disorder)	否 (非刻意)	害怕自己罹患重病，源於過度擔憂與焦慮	個案並無刻意造假或故意誘發病徵的行為。

也考本考點的題目 (4 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
106-2	醫學四 Q66	精神科・精神官能症，身體症狀及相關障礙症 (Somatic Symptom and Related Disorders)
111-1	醫學四 Q63	精神科・精神官能症，做作性障礙症 (Factitious Disorder)
111-1	醫學四 Q64	精神科・精神官能症，做作性障礙症 (Factitious Disorder)
113-1	醫學四 Q73	精神科・精神官能症，做作性障礙症 (Factitious Disorder)

精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症）

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

酒精相關障礙（Alcohol-Related Disorders）

★★★ 常青必掃 考過 18/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、108-1、108-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科

十一、物質使用障礙（Substance Use Disorders）

11.1 酒精（Alcohol）

酒精中毒（Alcohol Intoxication）

- 症狀：言語不清、步態不穩、判斷力下降、注意力/記憶力受損、昏迷
- 處理：支持療法、維持呼吸道通暢、監測血糖
- 先給 **Thiamine (B₁)** 再給 **glucose**（避免誘發 Wernicke encephalopathy）

酒精戒斷（Alcohol Withdrawal）

- 停酒後 **6–48 小時** 開始
- 時序：
 - 6–12 hr：tremor、焦慮、噁心、失眠、tachycardia
 - 12–24 hr：**withdrawal seizures**（generalized tonic-clonic）
 - 12–48 hr：**alcoholic hallucinosis**（以視幻覺為主，意識清楚）
 - 48–96 hr：**Delirium tremens (DT)**：最嚴重，意識混亂、激躁、幻覺、自律神經不穩定（高燒、心跳快、高血壓）→ 可致命
- 治療：
 - **Benzodiazepines**（首選：chlordiazepoxide 或 lorazepam）
 - 補充 Thiamine、folate、Mg²⁺
 - 監測用 **CIWA-Ar** protocol

酒精相關營養缺乏

- **Wernicke encephalopathy**（急性）：**Thiamine (B₁) 缺乏** → 治療用高劑量 IV Thiamine
 - 意識混亂（confusion）
 - 眼球運動障礙（ophthalmoplegia）
 - 步態不穩（ataxia）
- **Korsakoff syndrome**（慢性，不可逆）：Wernicke 治療不完全的後果
 - 順行性及逆行性記憶缺失
 - 虛構（confabulation）

酒精使用障礙的長期治療

藥物	機制	特點
Naltrexone	Opioid receptor antagonist	減少飲酒的愉悅感/craving；有口服和長效針劑；肝衰竭禁忌
Acamprosate	Glutamate modulator (NMDA antagonist)	減少戒斷後的 craving；腎排泄；腎衰竭禁忌
Disulfiram	Aldehyde dehydrogenase inhibitor	飲酒 → 噁心嘔吐（aversive therapy）；需良好依從性

★ 國考重點（本站講義）

- 酒精代謝與戒斷藥物機轉

- 酒精戒斷典型時序與臨床表現
- 震顫性譫妄 (Delirium Tremens, DTs) 臨床管理
- 血液酒精濃度 (Blood Alcohol Concentration, BAC) 生理效應與法規
- 維生素 B1 缺乏相關腦部病變
- 酒精性失憶 (Alcoholic Blackouts) 與睡眠干擾
- 酒精誘發之特定精神疾患 (Alcohol-Induced Psychiatric Disorders)
- BZD 的成癮與戒斷特性

⚠ 易混與陷阱

臨床情境 / 藥物	作用機轉 / 生理定位	易混淆考點與陷阱
苯二氮平類 (BZD)	結合於 GABAA 受體的 ω 部位，增強 GABA 的抑制作用。	戒斷與譫妄的第一線首選藥物。具抗癲癇作用；肝硬化患者首選不經肝臟氧化代謝的 lorazepam。
抗精神病藥物 (如 haloperidol)	阻斷多巴胺受體。	不可作為首選或單一用藥。因會降低癲癇閾值 (seizure threshold) 誘發抽搐，僅在嚴重幻覺時輔助使用。
抗癲癇藥物 (如 phenytoin)	鈉離子通道阻斷。	對酒精戒斷癲癇無效，不建議使用其進行預防或治療。
乙型阻斷劑 (如 propranolol)	阻斷 β 腎上腺素受體。	僅作輔助治療。可降低交感神經亢進 (如心跳過快、顫抖)，但無法預防癲癇或譫妄。
戒酒發泡錠 (disulfiram)	抑制乙醛去氫酶 (aldehyde dehydrogenase)。	酒癮維持期厭惡療法。導致乙醛蓄積產生不適；不抑制酒精去氫酶。
愛坎普沙 (acamprosate)	調節 GABA 與麩胺酸系統平衡。	酒癮維持期治療。非戒斷急性期首選。
酒精性腦部病變 / 現象	核心病因與受損部位	臨床特徵與考點陷阱
韋尼克氏腦病變	急性維生素 B1 (thiamine) 缺乏。	典型三聯徵：意識混亂、共濟失調、眼球動作異常 (雙側且不對稱)。屬醫療急症，補葡萄糖前必須先補維生素 B1，否則會惡化病情。治療後約 25% 可完全恢復。
高沙可夫症候群	慢性維生素 B1 缺乏，導致乳頭體與視丘受損。	顯著短期記憶障礙與順行性失憶。病理特徵主要為乳頭體與視丘受損，非單純與顯葉相關。
酒精性失憶 (Blackouts)	急性大量飲酒抑制海馬迴與顯葉，阻斷新記憶固化 (抑制長時程增益 / LTP)。	屬順行性失憶。患者短期記憶 (立即回憶) 完整且外觀正常能執行任務，但無法形成長期記憶。
震顫性譫妄 (DTs)	停酒後 48-96 小時產生的嚴重急性戒斷反應。	定向感喪失、意識不清、嚴重焦躁。未治療死亡率約 15-20%，死因為多為身體併發症 (如肺炎、心衰)。應避免常規身體約束以免體力衰竭。
酒精誘發之精神疾患 [115-2]	臨床事實	常見考題陷阱
精神病疾患 (幻覺為主)	幻覺消失後，大部分病人現實感會恢復	誤以為現實感無法恢復
持續失憶疾患	很少發生在 35 歲之前	誤植為「很少發生在 35 歲之後」
情感疾患 (憂鬱症狀)	應先戒酒觀察數週，不宜儘速用抗憂鬱藥	誤以為應儘速使用抗憂鬱藥物治療
焦慮疾患	約 80% 病人自陳曾有恐慌發作	誤植為僅約 20%

精選考題 (5/22)

第 1 題 [112-1 醫學四 第 67 題]

長期酗酒後，若突然中斷或減少飲酒，有可能會出現酒精戒斷譫妄（alcohol withdrawal delirium），有關其臨床現象與處理上，下列敘述何者最不適當？

- (A) 是一種醫療急症（medical emergency），若未於急症期治療，會有約 20% 的致死（mortality）率
- (B) 致死原因多和併發或並存的身體疾病有關，如肺炎、腎病、肝病變或心臟衰竭
- (C) 首選預防戒斷用藥是抗精神病劑（antipsychotics）
- (D) 雖然患者可能會呈現出十分激動或暴力行為，應儘量避免身體約束，以避免其對抗約束時呈現的體力過支（a dangerous level of exhaustion）

答案 C

A. 是一種醫療急症（medical emergency），若未於急症期治療，會有約 20% 的致死（mortality）率

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Alcohol Withdrawal Delirium（酒精戒斷譫妄，俗稱震顫性譫妄 Delirium Tremens, DTs）是醫療急症。若未經妥善支持治療與 BZD 介入，因交感神經過度興奮、電解質失衡與抽搐，死亡率歷史報告可達 20%。

B. 致死原因多和併發或並存的身體疾病有關，如肺炎、腎病、肝病變或心臟衰竭

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：DTs 的死亡原因鮮少是單純的精神症狀，多半死於併發症。包括：Pneumonia（肺炎，特別是吸入性）、Heart Failure（心臟衰竭）、Arrhythmia（心律不整）、Liver Disease（肝病變）或感染。

C. 首選預防戒斷用藥是抗精神病劑（antipsychotics）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：首選藥物是 Benzodiazepines（BZD，如 Diazepam 或 Lorazepam），用於增加 GABA 抑制作用並預防 Seizure（抽搐）。Antipsychotics（抗精神病劑）會降低抽搐閾值，僅在激動難控時作為輔助，不可作為首選。

D. 雖然患者可能會呈現出十分激動或暴力行為，應儘量避免身體約束，以避免其對抗約束時呈現的體力過支（a dangerous level of exhaustion）

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：患者因自律神經過度亢奮常極度激動，身體約束會增加其對抗阻力，導致 Hyperthermia（體溫過高）或 Physical Exhaustion（體力衰竭），故應以藥物控制為主，並在安全下儘量減少身體約束。

第 2 題 [115-2 醫學四 第 68 題]

關於酒精誘發（alcohol-induced）之精神疾患，下列描述何者最適當？

- (A) 若以幻覺為主之酒精誘發之精神病疾患（alcohol-induced psychotic disorder），在幻覺消失後，大部分病人現實感（reality testing）會恢復
- (B) 酒精誘發之持續失憶疾患（alcohol-induced persisting amnesic disorder），通常很少發生在 35 歲之後
- (C) 酒精誘發之情感疾患（alcohol-induced mood disorder），針對憂鬱情緒，宜儘速使用抗憂鬱藥物治療
- (D) 酒精誘發之焦慮疾患（alcohol-induced anxiety disorder），約有 20% 的病人自陳有過恐慌發作（panic attack）

答案 A

A. 若以幻覺為主之酒精誘發之精神病疾患（alcohol-induced psychotic disorder），在幻覺消失後，大部分病人現實感（reality testing）會恢復

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Alcohol-Induced Psychotic Disorder（酒精誘發之精神病疾患）以幻覺為主，當幻覺消失後，絕大多數病人的 Reality Testing（現實感）會恢復正常判斷力。

B. 酒精誘發之持續失憶疾患（alcohol-induced persisting amnesic disorder），通常很少發生在 35 歲之後

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Alcohol-Induced Persisting Amnesic Disorder（酒精誘發之持續失憶疾患）需多年重度飲酒累積，很少發生在 35 歲「之前」；選項誤寫為 35 歲之後。

C. 酒精誘發之情感疾患 (alcohol-induced mood disorder)，針對憂鬱情緒，宜儘速使用抗憂鬱藥物治療

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Alcohol-Induced Mood Disorder (酒精誘發之情感疾患) 的憂鬱症狀多會在戒酒 (abstinence) 數週內緩解，應先戒酒觀察而非儘速使用 Antidepressant (抗憂鬱藥)。

D. 酒精誘發之焦慮疾患 (alcohol-induced anxiety disorder)，約有 20% 的病人自陳有過恐慌發作 (panic attack)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Alcohol-Induced Anxiety Disorder (酒精誘發之焦慮疾患) 患者中，高達約 80% 自陳曾有 Panic Attack (恐慌發作)，選項說明的 20% 數值過低。

第 3 題 [113-2 醫學四 第 68 題]

有關長期大量飲用酒精造成之 Wernicke-Korsakoff syndrome，下列敘述何者最適當？

- (A) 出現的初期，應給與大劑量的 thiamine
- (B) Wernicke's encephalopathy 即使在治療後，幾乎會發展成 Korsakoff's syndrome
- (C) 其眼球動作異常 (ocular motility abnormality)，經常只涉及單側眼睛，若涉及雙側眼睛，也是對稱的表現
- (D) 出現短期記憶 (short-term memory) 障礙，其神經病理學上主要和顳葉受損有關

答案 A

A. 出現的初期，應給與大劑量的 thiamine

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Wernicke's encephalopathy 為急症，初期應給予大劑量 Thiamine (維生素 B1) 靜脈注射。若先給葡萄糖會耗盡殘餘 B1 加重病情。

B. Wernicke's encephalopathy 即使在治療後，幾乎會發展成 Korsakoff's syndrome

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：若及時給予高劑量 Thiamine 治療，約 25% 的 Wernicke's encephalopathy 症狀可完全恢復，並非「幾乎」都會轉變為 Korsakoff's syndrome。

C. 其眼球動作異常 (ocular motility abnormality)，經常只涉及單側眼睛，若涉及雙側眼睛，也是對稱的表現

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：眼球運動異常通常呈現雙側、不對稱的表現，最常見為 Abducens nerve (第六對腦神經) 麻痺與 Nystagmus (眼球震顫)。

D. 出現短期記憶 (short-term memory) 障礙，其神經病理學上主要和顳葉受損有關

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Korsakoff's syndrome 的短期記憶障礙，病理特徵主要是 Mamillary bodies (乳頭體) 與 Thalamus (視丘) 受損，而非單純與顳葉相關。

第 4 題 [113-1 醫學四 第 70 題]

苯二氮平類 (benzodiazepines, BZDs) 在臨床上廣泛被使用，下列敘述何者最適當？

- (A) BZDs 戒斷症狀和酒精很相似，都有焦慮、不悅、失眠，甚至抽搐的可能性
- (B) BZDs 戒斷誘發的抽搐多半在停用後的 10 天左右最易發生
- (C) 半衰期較長之 BZDs，成癮性較高
- (D) 男性濫用者較女性多

答案 A

A. BZDs 戒斷症狀和酒精很相似，都有焦慮、不悅、失眠，甚至抽搐的可能性

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Benzodiazepines (BZDs) 與酒精皆作用於 GABA-A receptor，其戒斷症狀相似，包括焦慮、不悅、失眠、自律神經亢進，嚴重者可能出現抽搐 (seizures) 或震顫性譫妄。

B. BZDs 戒斷誘發的抽搐多半在停用後的 10 天左右最易發生

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：BZDs 戒斷抽搐發生時間取決於半衰期。短效型 (如 Lorazepam) 多在停藥後 1-3 天發生；長效型 (如 Diazepam) 則多在 7-10 天發生。選項稱「多半」在 10 天左右不準確。

C. 半衰期較長之 BZDs，成癮性較高

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：通常半衰期較短、作用起始較快（high potency / rapid onset）的 BZDs（如 Alprazolam, Lorazepam）成癮性與戒斷症狀較高、較嚴重。

D. 男性濫用者較女性多

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：在臨床處方 BZDs 的使用與濫用統計中，女性的使用比例通常高於男性，與焦慮症及失眠在女性盛行率較高有關。

第 5 題〔111-1 醫學四 第 70 題〕

下列對酒精相關的描述，何者錯誤？

- (A) 依我國道路交通安全規則規定違規酒駕的標準為吐氣所含酒精濃度達 0.15mg/L 或血液中酒精濃度達 0.03% 以上
- (B) 酒精會降低深層睡眠時間（deep sleep, stage 4）
- (C) 酒精戒斷初期常見的症狀會嗜睡
- (D) 酒精戒斷有可能出現幻覺

答案 C

A. 依我國道路交通安全規則規定違規酒駕的標準為吐氣所含酒精濃度達 0.15mg/L 或血液中酒精濃度達 0.03% 以上

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：依我國《道路交通安全規則》第 114 條，飲酒後 BrAC（吐氣酒精濃度）達 0.15mg/L 或 BAC（血液中酒精濃度）達 0.03% 以上者即不得駕車。此為現行法規正確描述，故非本題所求之錯誤選項。

B. 酒精會降低深層睡眠時間（deep sleep, stage 4）

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：酒精會破壞 Sleep Architecture（睡眠結構），雖然入睡初期可能增加深部睡眠，但整體而言會導致 Deep sleep（深層睡眠）與 REM（快速動眼期）時間縮短並增加覺醒次數。此描述在醫學上屬正確。

C. 酒精戒斷初期常見的症狀會嗜睡

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Alcohol Withdrawal（酒精戒斷）典型症狀包含 Autonomic Hyperactivity（自主神經亢進）與 Insomnia（失眠），而非嗜睡（Somnolence）。嗜睡多見於酒精過量之中毒期，故此描述錯誤，為本題答案。

D. 酒精戒斷有可能出現幻覺

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Alcoholic Hallucinoses（酒精性幻覺症）是酒精戒斷之可能表現，通常在戒斷 12-48 小時內出現以 Visual Hallucination（幻視）為主的感官異常。此為正確描述，故非本題答案。

本考點其他考題（17 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q69	disulfiram mechanism
106-1	醫學四 Q71	alcohol withdrawal
106-2	醫學四 Q70	alcohol intoxication level
106-2	醫學四 Q78	alcohol withdrawal seizure
107-1	醫學四 Q69	alcohol withdrawal sequence
107-2	醫學四 Q71	alcohol withdrawal management
108-1	醫學四 Q74	alcohol use disorder
108-2	醫學四 Q69	alcohol withdrawal
109-1	醫學四 Q78	alcohol withdrawal treatment
109-2	醫學四 Q67	alcoholic blackouts
110-1	醫學四 Q70	alcohol withdrawal sequence
110-2	醫學四 Q68	alcohol intoxication
112-1	醫學四 Q76	delirium tremens
112-2	醫學四 Q70	wernicke encephalopathy thiamine
114-1	醫學四 Q70	alcohol withdrawal delirium
114-2	醫學四 Q63	benzodiazepine pharmacology
114-2	醫學四 Q70	alcohol withdrawal delirium tremens

鴉片類物質相關障礙 (Opioid-Related Disorders)

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：106-1、107-1、108-2、110-2、111-1、111-2、112-2、113-1、115-1

TWMLE · 精神科 > 精神科 > 十一、物質使用障礙 (Substance Use Disorders)

11.2 鴉片類 (Opioids)

中毒三徵

- 瞳孔縮小 (miosis/pinpoint pupils) + 呼吸抑制 + 意識下降
- 解毒劑：Naloxone (短效 opioid antagonist) → 半衰期短，可能需重複給藥

戒斷症狀

- 不致命但極度不適：焦慮、肌肉痛、流淚/流鼻涕 (lacrimation/rhinorrhea)、腹瀉、嘔吐、散瞳 (mydriasis)、 piloerection (gooseflesh)、 yawning
- 與酒精/BZD 戒斷不同：不會有癲癇或 DT

維持治療

藥物	類型	特點
Methadone	Full μ -opioid agonist	長效，減少 craving；QT prolongation 風險
Buprenorphine ($\pm$ Naloxone)	Partial μ -agonist + κ -antagonist	較安全 (有 ceiling effect)；Naloxone 防止注射濫用
Naltrexone	Opioid antagonist	預防復發；須完全戒斷後才開始

★ 國考重點 (本站講義)

- 成癮神經系統機轉 [111-2]
- 成癮行為制約方向 [110-2]
- 急性中毒三聯徵 [107-1、108-2、111-2、112-2]
- 戒斷生理與藍斑核活性 [111-2]
- 戒斷臨床表現與病程 [106-1、107-1、111-2、112-2]
- 戒斷安全性與遷延症狀 [106-1] [112-2]

- 美沙冬 (Methadone) 藥理特性 [111-1、113-1]
- 替代療法與減害計畫 [111-1、112-2、113-1] [111-1]
- 納洛酮 (Naloxone) 急救藥理 [112-2、115-1] [115-1]
- 納洛酮劑型與副作用 [106-1、115-1]

⚠ 易混與陷阱

項目	鴉片類過量/中毒 (Opioid Overdose/Intoxication)	鴉片類戒斷 (Opioid Withdrawal)
瞳孔狀態	縮小 (Pinpoint pupils / 針尖樣瞳孔) [107-1、108-2、111-2、112-2]	放大 (Mydriasis) [106-1、107-1、111-2、112-2]
主要生理表現	呼吸抑制、體溫降低、心跳減慢、反應變差或昏迷 [108-2]	血管與自主神經亢進：發燒、高血壓、心跳加快、流淚、流鼻涕、肌肉酸痛、腹痛腹瀉、失眠 [107-1、111-2]
藍斑核活性	受抑制	活性增加 (Noradrenergic hyperactivity) [111-2]
致死風險	高 (因延腦呼吸中樞受抑制，具直接致死性) [108-2]	極低 (無嚴重生理共病者極少致死，與酒精戒斷不同) [106-1]

藥物名稱	藥物機轉	臨床用途與管理等級	給藥特性與注意事項
美沙冬 (Methadone)	鴉片類受體完全激動劑 (Full agonist) [111-1]	用於減害替代療法與維持治療；在台灣列為第二級管制藥品 [111-1、112-2]	口服液給藥以降低針頭感染與黑市流向；半衰期長 (24-36 小時)，每日給藥一次即可 [111-1、113-1]
納洛酮 (Naloxone)	鴉片類受體拮抗劑 (Antagonist)，對 μ -受體親和力極高 [115-1]	急性中毒急救，用於反轉呼吸抑制 [112-2、115-1]	可採鼻內噴劑 (效果相當於肌肉注射)；作用時間短 (30-90 分鐘)，需重複給藥；會對依賴者誘發急性戒斷 [106-1、115-1]

精選考題 (3/9)

第 6 題 [112-2 醫學四 第 68 題]

下列有關海洛因之敘述，何者最適當？①中毒時宜給與 naloxone 進行緊急治療 ②意識混亂、呼吸淺、瞳孔縮小是海洛因戒斷的核心症狀 ③即使急性戒斷期過去，仍有可能殘存戒斷症狀達數個月之久 ④methadone 和 buprenorphine 可使用於戒斷期，但是戒斷期過後再用此兩種藥物會不利於戒除海洛因

- (A) 僅①③
- (B) ①②④
- (C) ①③④
- (D) ②③④

答案 A

A. 僅①③

✓ 正確 [P1 旁]

詳解：①正確：Naloxone (納洛酮) 為鴉片拮抗劑，是中毒急救首選。③正確：急性戒斷後，遷延性戒斷症候群 (Post-Acute Withdrawal Syndrome, PAWS) 可殘留失眠、焦慮等症狀數月之久。

B. ①②④

× 錯誤 [P1 旁]

詳解：②描述之瞳孔縮小、呼吸抑制為中毒症狀而非戒斷 (戒斷為散瞳、流淚、發汗、心悸)。④鴉片類藥物輔助治療 (Medication-Assisted Treatment, MAT) 長期使用可顯著降低死亡率與復吸，並非不利。

C. ①③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：④錯誤：Methadone（美沙冬）與 Buprenorphine（丁基原啡因）在戒斷期後作為維持治療，能穩定腦部受體並協助病人恢復社會功能，是目前國際公認的減害與戒治黃金標準。

D. ②③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：②錯誤：海洛因戒斷的核心症狀包括瞳孔擴大（Mydriasis）、腹瀉、肌肉痠痛、流鼻水等，而非瞳孔縮小與呼吸淺。④維持治療在急性期後使用，能有效預防復吸並降低感染風險。

第 7 題 [111-2 醫學四 第 67 題]

有關海洛因之中毒和戒斷，下列敘述何者正確？①Opioid、catecholamine、 γ -aminobutyric acid system 是形成藥物濫用和成癮最主要的神經傳導物質 ②急性中毒的症狀包括過度興奮、多話、記憶過度活躍、瞳孔擴大，如果用量過大而缺氧時會瞳孔縮小至針尖狀 ③戒斷症狀在停藥 6 至 8 小時後就可能出現，一般在 7 至 10 天內改善 ④戒斷症狀和 locus ceruleus of pons 有關，在停用海洛因時這區域的 noradrenergic neurons 會降低活性

- (A) 僅①③
- (B) ①②④
- (C) ①③④
- (D) ②③④

答案 A**A. 僅①③**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：①Opioid、Catecholamine（兒茶酚胺，主要為 Dopamine）、GABA 系統確實是成癮主要機轉。③Heroin（海洛因）屬短效鴉片，戒斷症狀約在 6-8 小時出現，並於 7-10 天內緩解。

B. ①②④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：②鴉片中毒典型症狀為 Pinpoint pupils（針尖樣瞳孔）、呼吸抑制及昏迷，而非興奮、多話或瞳孔擴大。④戒斷時 Locus ceruleus（藍斑核）的 Noradrenergic neurons 會活性增加（Hyperactivity），導致自主神經亢進。

C. ①③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：④描述錯誤：在戒斷海洛因時，Locus ceruleus（藍斑核）的神經元活性是「增加」而非降低，這解釋了流淚、流鼻水、發汗與心跳加快等反彈性交感神經症狀。

D. ②③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：②描述為中樞興奮劑中毒特徵。海洛因中毒應表現為瞳孔縮小（Miosis）。此外，④關於藍斑核神經活性降低的敘述亦不符合戒斷生理機轉。

第 8 題 [115-1 醫學四 第 78 題]

有關 Naloxone 的敘述，下列何者最適當？

- (A) 可以對抗嗎啡類物質在各種嗎啡類受器的作用，但是對 μ 受器對抗作用較弱
- (B) 它可以噴到鼻腔內使用，吸收情形與肌肉注射相當
- (C) 它的作用時間與大多數嗎啡類藥物相當，所以大多不需要多次給與來對抗嗎啡類藥物中毒
- (D) 使用後可反轉嗎啡類產生的呼吸抑制，幾乎沒有什麼副作用

答案 B**A. 可以對抗嗎啡類物質在各種嗎啡類受器的作用，但是對 μ 受器對抗作用較弱**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Naloxone 為阿片受體拮抗劑，對 μ -receptor（ μ 受器）具有極高的親和力與強大的對抗作用，而非作用較弱。

B. 它可以噴到鼻腔內使用，吸收情形與肌肉注射相當

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Naloxone 可以經由鼻內（intranasal）給藥，其吸收迅速且生物可用性佳，臨床效果與肌肉注射（IM）相當，適合社區急救使用。

C. 它的作用時間與大多數嗎啡類藥物相當，所以大多不需要多次給與來對抗嗎啡類藥物中毒

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Naloxone 作用時間（約 30-90 分鐘）通常比 Heroin（海洛因）或 Methadone（美沙冬）短，可能需重複給藥以防止復發性呼吸抑制。

D. 使用後可反轉嗎啡類產生的呼吸抑制，幾乎沒有什麼副作用

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：雖可反轉呼吸抑制，但在成癮者身上會誘發急性 Opioid withdrawal syndrome（阿片戒斷症候群），包括嘔吐、躁動、血壓升高等副作用。

本考點其他考題（6 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q70	opioid withdrawal
107-1	醫學四 Q72	heroin withdrawal
108-2	醫學四 Q68	opioid overdose
110-2	醫學四 Q67	heroin addiction conditioning
111-1	醫學四 Q69	methadone heroin addiction
113-1	醫學四 Q69	methadone substitution

興奮劑相關障礙（Stimulant-Related Disorders）

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：106-2、109-1、109-2、111-1、112-2、113-1、113-2、114-1、115-1

TWMLE · 精神科 > 精神科 > 十一、物質使用障礙（Substance Use Disorders）

11.4 興奮劑（Stimulants）

- 興奮劑：**Cocaine / Amphetamine / Methamphetamine**
- 機制：阻斷 DA/NE/5-HT 再回收（Cocaine）；促進 DA/NE 釋放（Amphetamine）
- 中毒：欣快、瞳孔散大、心悸過速、高血壓、高體溫、paranoid ideation、心律不整、MI、中風、癲癇
- 戒斷：crash → 疲憊、嗜睡、食慾增加、dysphoria（非致命）
- Cocaine 心血管急症：冠狀動脈血管痙攣 → MI
 - 治療：BZD + nitroglycerin；禁用 β -blockers（unopposed α -stimulation）
- 安非他命精神病：paranoid delusions + 視/聽幻覺（與思覺失調症難區分）
 - 治療：支持療法、BZD（激躁/癲癇）、antipsychotics（精神病症狀）

★ 國考重點（本站講義）

- 藥理機轉與藥物分類
- 中毒症狀（Intoxication）
- 戒斷症狀（Withdrawal）
- 興奮劑誘發之精神病（Stimulant-Induced Psychosis）
- 臨床治療與處置

⚠ 易混與陷阱

比較對象	藥理分類 / 機轉	中毒與特徵表現	戒斷與特徵表現
中樞神經刺激劑(安非他命、古柯鹼、卡西酮、利他胺)〔106-2、109-2、111-1、112-2、113-1、114-1、115-1〕	促進多巴胺與去甲基腎上腺素釋放，並抑制其再回收。	交感神經亢進：血壓高、心跳快、體溫高、食慾降低、激躁、欣快感、過度警覺。可見觸幻覺（蟲爬感/蟻走感）。	Crash 現象 ：疲倦無力、嗜睡、食慾增加（多食）、鮮明惡夢、深度憂鬱（最嚴重併發自殺意念，而非焦慮）。
愷他命(Ketamine)〔114-1、115-1〕	解離型麻醉劑；NMDA 受體拮抗劑。	解離感、時空錯置或鎮靜。無明顯食慾降低或多疑。尿液篩檢不會被誤驗為安非他命或卡西酮。	無典型興奮劑的 Crash 症狀。
海洛因(Heroin)〔113-1、115-1〕	鴉片類物質。	瞳孔針尖樣縮小、呼吸抑制、鎮靜。	自律神經亢進 ：流眼淚、流鼻水、散瞳、腹瀉、肌肉痠痛、失眠（與興奮劑戒斷的「嗜睡、多食」相反）。
酒精 / 苯二氮平類(Alcohol / BZD)〔113-1、115-1〕	鎮靜催眠劑。	抑制中樞神經、步態不穩、講話不清。	自律神經亢進 ：手抖、焦慮、失眠、心跳快、血壓高，嚴重者可致震顫性譫妄或癲癇發作。
大麻(Cannabis)〔115-1〕	大麻素受體激動劑。	食慾增加(Munchies)、結膜充血、知覺改變。與興奮劑的「食慾降低」相反。	無典型興奮劑的 Crash 症狀。
思覺失調症〔106-2〕	原發性精神疾病。	常見不適切之情感(Inappropriate affect)。症狀為慢行且持續，與物質使用無直接時間相關。	不適用。

精選考題 (3/9)

第 9 題 〔109-2 醫學四 第 68 題〕

下列有關 amphetamine/methamphetamine 濫用的敘述，何者錯誤？

- (A) 可能會引發心血管、腦血管以及腸胃道併發症，其中最嚴重的是心肌梗塞、嚴重高血壓、腦血管疾病以及缺血性腸炎 (ischemic colitis)
- (B) 在神經症狀部分，可能會出現抽搐 (twitching)、強直 (tetany)、癲癇、昏迷，甚至死亡
- (C) 在精神症狀部分，會造成鎮靜，並降低焦慮
- (D) 戒斷時會出現焦慮、憂鬱、無力、疲倦思睡、過度飲食、頭痛、多汗等，大約一週後緩解

答案 C

A. 可能會引發心血管、腦血管以及腸胃道併發症，其中最嚴重的是心肌梗塞、嚴重高血壓、腦血管疾病以及缺血性腸炎 (ischemic colitis)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Amphetamine 為擬交感神經藥物 (Sympathomimetics)，會引起強烈血管收縮，臨床上確實常併發 MI (心肌梗塞)、Hypertensive emergency (高血壓急症)、Stroke (中風) 及 Ischemic colitis (缺血性腸炎)。

B. 在神經症狀部分，可能會出現抽搐 (twitching)、強直 (tetany)、癲癇、昏迷，甚至死亡

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Amphetamine 中毒時神經系統過度興奮，常見症狀包含 Twitching (抽搐)、Tetany (強直)、Seizure (癲癇發作)，嚴重者可致昏迷或死亡。

C. 在精神症狀部分，會造成鎮靜，並降低焦慮

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Amphetamine 是中樞神經興奮劑 (CNS Stimulant)，臨床上會造成 Euphoria (欣快感)、Hypervigilance (過度警覺) 與焦慮，而非鎮靜 (Sedation) 或降低焦慮。

D. 戒斷時會出現焦慮、憂鬱、無力、疲倦思睡、過度飲食、頭痛、多汗等，大約一週後緩解

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Amphetamine 戒斷症狀 (Withdrawal) 包含焦慮、Dysphoria (心境惡劣)、Fatigue (疲累)、Hypersomnia (嗜睡) 及過度進食，症狀通常在幾天到一週內達到高峰並隨後緩解。

第 10 題 [114-1 醫學四 第 77 題]

有關卡西酮 (cathinone) 類物質的濫用敘述，下列何者最適當？

- (A) 化學結構類似 ketamines
- (B) 會刺激正腎上腺素 (norepinephrine)、多巴胺 (dopamine) 的釋出
- (C) 會產生鎮靜安眠的作用，常被用作性侵犯的協助藥物
- (D) 在常見濫用物質的尿液檢驗中會被當作 ketamines 而檢驗出來

答案 B

A. 化學結構類似 ketamines

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Cathinone (卡西酮) 類物質在化學結構上類似 Amphetamines (安非他命)，屬於合成興奮劑，而非類似 Ketamines (氯胺酮) 的解離型麻醉劑。

B. 會刺激正腎上腺素 (norepinephrine)、多巴胺 (dopamine) 的釋出

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：合成卡西酮 (如 Bath Salts 浴鹽) 可抑制突觸前神經元對 Norepinephrine (正腎上腺素) 與 Dopamine (多巴胺) 的再回收，並刺激其釋出，產生強烈興奮作用。

C. 會產生鎮靜安眠的作用，常被用作性侵犯的協助藥物

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：卡西酮為中樞神經興奮劑 (Stimulant)，會產生幻覺、偏執與心跳加快。具鎮靜安眠作用並常用於性侵犯的協助藥物為 Flunitrazepam (FM2) 或 GHB (神仙水)。

D. 在常見濫用物質的尿液檢驗中會被當作 ketamines 而檢驗出來

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：卡西酮與 Ketamines 結構不同。雖然在免疫篩檢 (Immunoassay) 中可能與某些安非他命試劑有交叉反應，但不會被直接當作 Ketamines 檢出。

第 11 題 [115-1 醫學四 第 69 題]

下列何種藥物或物質的定位不屬於中樞神經刺激劑 (stimulants) ？

- (A) Cocaine
- (B) Methamphetamine
- (C) Methylphenidate
- (D) Ketamine

答案 D

A. Cocaine

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Cocaine (古柯鹼) 屬於 CNS stimulant (中樞神經刺激劑)，主要機轉為抑制突觸間隙的 Dopamine (多巴胺) 再回收，引起強烈的興奮感與交感神經作用。

B. Methamphetamine

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Methamphetamine (甲基安非他命) 為強效的 Amphetamine-type stimulant (安非他命類刺激劑)，能促進神經末梢釋放多巴胺並抑制其回流，達到興奮中樞神經的效果。

C. Methylphenidate

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Methylphenidate (利他能) 臨床用於治療 ADHD (注意力不足過動症)，藥理分類屬於 CNS stimulant，透過抑制 Dopamine 與 Norepinephrine 的再回收來發揮作用。

D. Ketamine

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Ketamine (愷他命) 在藥理上定位為 Dissociative anesthetic (解離型麻醉劑)，主要機轉為 NMDA receptor antagonist (NMDA 受體拮抗劑)，不屬於中樞神經刺激劑。

本考點其他考題 (6 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-2	醫學四 Q73	amphetamine
111-1	醫學四 Q77	amphetamine abuse
112-2	醫學四 Q60	substance-induced psychotic disorder
113-1	醫學四 Q77	heroin withdrawal
115-1	醫學四 Q62	MDMA club drug withdrawal
115-1	醫學四 Q70	sympathomimetic stimulant intoxication

也考本考點的題目 (4 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
109-1	醫學四 Q66	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
113-2	醫學四 Q69	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
114-1	醫學四 Q69	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
106-2	醫學四 Q75	精神科・精神病，思覺失調症 (Schizophrenia)

鎮靜催眠或抗焦慮劑相關障礙 (Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic-Related Disorders)

★★ 穩定考點 考過 6/20 梯次：108-1、110-2、111-1、111-2、113-1、114-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十一、物質使用障礙 (Substance Use Disorders)

11.3 苯二氮平類 (Benzodiazepines)

- 中毒：鎮靜、意識下降、呼吸抑制 (單獨口服過量少致命，合併酒精/opioid 則危險)
- 解毒劑：Flumazenil (BZD 結合位之競爭性拮抗劑)
 - 注意：長期 BZD 使用者或併用 TCA 時給 Flumazenil → 可誘發癲癇，臨床少用
- 戒斷：與酒精戒斷類似 → 可致命 (seizures) → 須漸進式減量
- 短效、高效價 BZD (如 alprazolam) 較易成癮、戒斷症狀較劇
- 老年人與肝功能不佳者宜用 LOT (Lorazepam, Oxazepam, Temazepam)

★ 國考重點 (本站講義)

- 作用受器機轉 [110-2]
- 耐受性與長期風險 [110-2、114-2]
- 唑匹得 (Zolpidem) 藥理特性 [110-2]
- 急性副作用與意外風險 [111-2]
- 戒斷與中毒臨床表現 [108-1、113-1、114-2]
- 半衰期與成癮/戒斷之關係 [108-1、111-1、111-2、113-1、114-2]

- 戒斷抽搐之發生時間〔113-1〕
- 臨床減量與戒斷原則〔111-1、113-1、114-2〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	短效型 BZDs (如 Triazolam、Alprazolam 等)	長效型 BZDs (如 Diazepam)	唑匹得 (Zolpidem, 選擇性非 BZD)
半衰期與特點	半衰期短, 血中濃度起伏劇烈, 作用起始快	半衰期長 (如 Diazepam 達 20-100 小時), 具自帶遞減效果	半衰期短, 選擇性作用於 GABA-A 的 α -1 次單位
成癮性與耐受性	極高, 容易產生反彈性焦慮與耐受性	較短效型低	長期使用仍有耐受性與成癮戒斷之風險
戒斷症狀嚴重度	嚴重且發生較早	較溫和且發生較晚 (停藥後 2-7 天才出現)	停藥後亦可能出現戒斷與反彈性失眠
戒斷抽搐發生時間	停藥後 1-3 天	停藥後 7-10 天	臨床罕見, 但長期大劑量濫用仍有風險
肌肉鬆弛與抗焦慮	顯著, 易致老年人共濟失調與跌倒	顯著, 易致老年人共濟失調與跌倒	顯著較弱, 主要以單純催眠效果為主

精選考題 (3/5)

第 12 題〔114-2 醫學四 第 68 題〕

鎮靜安眠用藥不當使用, 容易出現濫用或成癮問題, 下列敘述何者錯誤?

- (A) benzodiazepine 中毒可能會造成敵意或攻擊行為, 特別是併用酒精時
- (B) 戒斷症狀的表現上, 長效型 (long-acting) benzodiazepines 比短效型 (short-acting) 嚴重
- (C) 停止使用鎮靜安眠用藥, 不宜過快, 避免反彈性焦慮或嚴重失眠
- (D) 長期不當使用鎮靜安眠用藥會造成記憶力退化, 也會提升譫妄 (delirium) 與精神病癥 (psychotic symptoms) 的風險

答案 B

A. benzodiazepine 中毒可能會造成敵意或攻擊行為, 特別是併用酒精時

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: Benzodiazepines (BZD) 中毒可能產生去抑制 (disinhibition) 現象, 導致敵意或衝動行為。酒精與 BZD 均作用於 GABA 系統, 併用會產生加成作用, 顯著增加攻擊性風險。

B. 戒斷症狀的表現上, 長效型 (long-acting) benzodiazepines 比短效型 (short-acting) 嚴重

✓ 正確 [P1 夯]

詳解: 錯誤。短效型 (short-acting) BZD 因血中濃度驟降, 戒斷症狀通常發生較早且較嚴重; 長效型 (long-acting) BZD 則因具備自帶遞減 (self-tapering) 效果, 戒斷症狀較溫和且發生較晚。

C. 停止使用鎮靜安眠用藥, 不宜過快, 避免反彈性焦慮或嚴重失眠

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: 驟然停藥會引發反彈性焦慮 (rebound anxiety) 與失眠, 嚴重者可能誘發癲癇。臨床指引建議應以 10-25% 每週的速度緩慢減量, 確保患者適應。

D. 長期不當使用鎮靜安眠用藥會造成記憶力退化, 也會提升譫妄 (delirium) 與精神病癥 (psychotic symptoms) 的風險

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: 長期使用 BZD 會損害順向性記憶 (anterograde amnesia)。在老年或高劑量使用者中, BZD 會擾亂認知功能, 進而提升譫妄 (delirium) 與精神病癥 (psychotic symptoms) 風險。

第 13 題 [110-2 醫學四 第 70 題]

關於鎮靜安眠藥物的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 苯二氮平 (benzodiazepines) 和巴比妥類藥物 (barbiturates) 與受器結合後是作用在同樣的離子通道
- (B) 苯二氮平 (benzodiazepines) 使用超過兩週可能出現耐受性
- (C) zolpidem 目前在臨床上發現並無任何耐受性或戒斷問題
- (D) zolpidem 較無肌肉鬆弛效果

答案 C

A. 苯二氮平 (benzodiazepines) 和巴比妥類藥物 (barbiturates) 與受器結合後是作用在同樣的離子通道

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Benzodiazepines (苯二氮平) 與 Barbiturates (巴比妥類) 皆作用於 GABA-A receptor (GABA-A 受器) 上的不同結合位，但最終共同調節 Chloride channel (氯離子通道) 的開啟。

B. 苯二氮平 (benzodiazepines) 使用超過兩週可能出現耐受性

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Benzodiazepines 使用超過兩週，腦內受器可能產生 Down-regulation (下調)，進而出現 Tolerance (耐受性)，需增加劑量才能達到同等療效。

C. zolpidem 目前在臨床上發現並無任何耐受性或戒斷問題

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Zolpidem (Stilnox, 史蒂諾斯) 雖作用於 alpha-1 subunit 具選擇性，但長期使用仍有 Tolerance (耐受性) 與 Withdrawal symptoms (戒斷症狀) 之風險，並非完全沒有問題。

D. zolpidem 較無肌肉鬆弛效果

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Zolpidem 選擇性作用於 GABA-A receptor 的 alpha-1 次單位，主要發揮催眠效果，相較於非選擇性的 BZDs，其抗焦慮、抗痙攣及 Muscle relaxant (肌肉鬆弛) 效果顯著較弱。

第 14 題 [111-2 醫學四 第 66 題]

關於苯二氮平 (benzodiazepine, BZD) 類藥物的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 急性副作用是嚴重的戒斷症候群
- (B) 在精神疾病應用最主要的藥理作用，是加速入睡以及產生生理上鬆弛和心理上放鬆的效果
- (C) 短效型 BZD 類藥物，可以迅速改善患者的症狀，再加上藥理上易產生耐受性 (tolerance) 的特性，是高度成癮性的藥物
- (D) 高劑量或混合使用可產生肝臟毒性，長期使用會提高各類生理疾病和意外事故的風險

答案 A

A. 急性副作用是嚴重的戒斷症候群

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：戒斷症候群 (Withdrawal syndrome) 是長期使用後突然停藥或減量導致的「停藥反應」，而非藥物本身的「急性副作用」。BZD 的急性副作用主要包括嗜睡、肌肉鬆弛、運動失調 (Ataxia) 及認知功能受損。

B. 在精神疾病應用最主要的藥理作用，是加速入睡以及產生生理上鬆弛和心理上放鬆的效果

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：苯二氮平類藥物 (Benzodiazepines, 如：Alprazolam, 商品名：Xanax) 主要透過增強 GABA 抑制作用，在臨床上可縮短入睡時間、減少焦慮，並達到顯著的生理肌肉放鬆與心理放鬆效果。

C. 短效型 BZD 類藥物，可以迅速改善患者的症狀，再加上藥理上易產生耐受性 (tolerance) 的特性，是高度成癮性的藥物

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：短效型 BZD (Short-acting BZDs) 因藥效消失快，易產生反彈性焦慮及耐受性 (Tolerance) 並誘發戒斷渴望，其心理與生理成癮性 (Addiction) 風險通常較長效型藥物高。

D. 高劑量或混合使用可產生肝臟毒性，長期使用會提高各類生理疾病和意外事故的風險

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：BZD 本身極少具肝臟毒性 (Hepatotoxicity)，但長期使用 (尤其在老年族群) 會顯著增加因過度鎮靜導致的吸入性肺炎、跌倒、骨折等生理疾病與意外事故風險。

本考點其他考題 (2 題，未收錄)

梯次	題目	主題
108-1	醫學四 Q69	benzodiazepine withdrawal
111-1	醫學四 Q66	benzodiazepine insomnia treatment

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
113-1	醫學四 Q70	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)

菸草或尼古丁相關障礙 (Tobacco or Nicotine-Related Disorders)

★ 偶考 考過 4/20 梯次：106-2、107-2、108-1、111-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十一、物質使用障礙 (Substance Use Disorders)

11.6 菸草 / 尼古丁 (Nicotine)

- 機制：活化 nicotinic ACh receptors → DA release in mesolimbic pathway
- 中毒：噁心、嘔吐、頭暈、心悸過速
- 戒斷症狀：irritability、焦慮、注意力不集中、食慾增加/體重增加、craving、失眠
- 戒菸藥物：
 - **Varenicline**：nicotinic receptor partial agonist，最有效戒菸藥物
 - **Bupropion**：NDRI，也有效
 - **NRT (Nicotine Replacement Therapy)**：貼片、口嚼錠、口腔噴劑

★ 國考重點 (本站講義)

- 戒斷時程 [111-2]
- 戒斷生理與精神表現 [106-2]
- 戒菸治療成效 [108-1]
- 取代療法失敗的替代藥物 [107-2]
- 思覺失調症共病 [111-2]
- 孕婦戒菸效益 [111-2]

⚠ 易混與陷阱

戒菸相關藥物	藥物機轉與分類	臨床定位與戒菸成效
尼古丁替代療法 (NRT)	提供穩定劑量之尼古丁，降低戒斷症狀與渴求 (Craving)	一線戒菸治療，包含貼片、口嚼錠或噴霧，成效低於藥物併用團體治療。〔108-1、111-2〕
Bupropion	正腎上腺素-多巴胺回收抑制劑 (NDRI) 類抗憂鬱劑	一線非尼古丁戒菸藥物，適用於取代療法失敗或不適用者。〔107-2〕
Trazodone	血清素受體拮抗劑與再回收抑制劑 (SARI) 類抗憂鬱劑	臨床多用於助眠，目前無證據支持其能有效輔助戒菸。〔107-2〕
Citalopram	選擇性血清素回收抑制劑 (SSRI) 類抗憂鬱劑	憂鬱症一線藥物，但大型研究未顯示具備輔助戒菸效果。〔107-2〕
Venlafaxine	血清素-正腎上腺素回收抑制劑 (SNRI) 類抗憂鬱劑	非一線核准或主流建議之戒菸替代藥物。〔107-2〕

生理與臨床指標	尼古丁戒斷之正確生理變化	常考誤導陷阱 (錯誤選項)
心跳速	心搏過緩 (心搏速降低) 〔106-2〕	心搏速增加 (尼古丁本身才會使心跳加快)
血壓	血壓輕微下降或維持穩定 〔106-2〕	血壓升高
體重	體重增加 (食慾增加、代謝變慢) 〔106-2〕	體重減輕
肌肉與精神	易怒、焦慮、失眠、注意力不集中 〔106-2〕	降低肌肉張力
思覺失調症吸菸率	高盛行率，約達 70-90% 〔111-2〕	僅約 30% 且盛行率較其他精神疾病少

精選考題 (2/2)

第 15 題 〔108-1 醫學四 第 67 題〕

在尼古丁的戒癮治療中，下列那種治療方式成效最好？

- (A) 病人自己靠意志力戒除
- (B) 醫生建議病人戒除
- (C) 使用尼古丁貼片或口香糖
- (D) 使用戒菸藥物併用團體治療

答案 D

A. 病人自己靠意志力戒除

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：單靠意志力 (Cold Turkey) 戒菸的一年成功率極低，通常僅約 3-5%，非成效最佳之方式。

B. 醫生建議病人戒除

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫師的簡短建議 (Brief Physician Advice) 雖能增加戒菸意願，但相較於藥物與行為諮商結合，單純建議的戒斷成功率仍顯著較低。

C. 使用尼古丁貼片或口香糖

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：單獨使用尼古丁替代療法 (Nicotine Replacement Therapy, NRT) 如貼片或口香糖可提高成功率，但其成效通常不如藥物併用心理行為治療的複合式介入。

D. 使用戒菸藥物併用團體治療

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據指引，藥物治療 (如 Varenicline 或 NRT) 併用行為諮商 (如團體治療) 的結合療法 (Combined Pharmacotherapy and Behavioral Support) 成效最高，具加乘效果。

第 16 題 [106-2 醫學四 第 69 題]

戒菸的人可能出現下列何種尼古丁戒斷症狀？

- (A) 心搏速降低
- (B) 體重減輕
- (C) 降低肌肉張力
- (D) 血壓升高

答案 A**A. 心搏速降低**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Nicotine（尼古丁）為交感神經興奮劑，戒斷時會導致交感活性下降，出現 Bradycardia（心搏過緩），即心搏速降低，是典型的戒斷生理表現。

B. 體重減輕

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Nicotine 具有抑制食慾並增加基礎代謝率的作用，戒斷後通常會因食慾增加與代謝減慢導致 Weight gain（體重增加），而非減輕。

C. 降低肌肉張力

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：尼古丁戒斷症狀主要包括易怒、焦慮、注意力不集中、失眠等精神症狀，並非以肌肉張力降低（Decreased muscle tone）為特徵。

D. 血壓升高

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：與心跳速降低類似，戒斷 Nicotine 後失去了對血管的收縮刺激，通常會觀察到血壓稍微下降或維持穩定，而非升高。

也考本考點的題目（2 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
111-2	醫學四 Q69	精神科 · 精神病，思覺失調症（Schizophrenia）
107-2	醫學四 Q68	精神科 · 精神官能症，抗憂鬱劑（Antidepressants）

其他物質相關及一般性精神活性物質障礙（Other Substance-Related and General Psychoactive Substance Disorders）

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：106-2、107-1、107-2、108-2、109-1、110-1、112-1、112-2、115-1

TWML · 精神科 > 精神科 > 十一、物質使用障礙（Substance Use Disorders）

11.5 大麻（Cannabis）

- 活性成分：**THC（ Δ^9 -tetrahydrocannabinol）**
- 中毒：欣快或焦慮、放鬆、食慾增加（munchies）、時間感扭曲、結膜充血（red eyes）、心搏過速、口乾、短期記憶受損
- 戒斷（長期重度使用）：irritability、失眠、食慾下降、焦慮
- 長期風險：amotivational syndrome；可能誘發或加重精神病（尤其青少年）

11.7 幻覺劑 (Hallucinogens)

物質	特點
LSD	5-HT _{2A} agonist；視幻覺、synesthesia (感覺交錯)；瞳孔散大；flashbacks (HPPD)
PCP (Phencyclidine)	NMDA antagonist；暴力攻擊、nystagmus (水平和垂直)、肌肉僵直、高血壓；可致 rhabdomyolysis
MDMA (Ecstasy)	DA + 5-HT release；SIADH → 低血鈉 → 腦水腫；高體溫；serotonin syndrome 風險
Ketamine	NMDA antagonist；解離狀態；近年用於難治型憂鬱 (esketamine/Spravato nasal spray)
Psilocybin	5-HT _{2A} agonist；研究中用於治療抗性鬱症、PTSD

★ 國考重點 (本站講義)

- 愷他命 (Ketamine) 的藥理機轉與分類 [107-1、110-1、112-2、115-1]
- 愷他命的臨床表現與中毒 [107-1、110-1、112-2]
- 愷他命的濫用途徑與新醫療應用 [107-1、110-1、112-2]
- 中樞神經刺激劑 (CNS stimulants) 的代表與機轉 [112-2、115-1]
- 大麻 (Cannabis) 的依賴、中毒與戒斷 [107-2]
- 幻覺劑相關疾患 (Hallucinogen-related disorders) 的流行病學與中毒 [106-2]
- 咖啡因 (Caffeine) 的戒斷症狀 [109-1]
- 強力膠與揮發性有機溶劑 [108-2]
- 物質或藥物引發精神病症 (Substance/medication-induced psychotic disorder) [112-2]
- 受損醫師 (Impaired Physician) 的倫理通報義務 [112-1]

⚠ 易混與陷阱

物質名稱	藥理分類 / 主要機轉	中毒典型生理與知覺反應	戒斷與依賴特徵
愷他命 (Ketamine)	解離型麻醉劑；NMDA 受體拮抗劑 [110-1、115-1]	幻覺、解離狀態、記憶缺損、高血壓、心悸； 不抑制呼吸 (具呼吸保護作用) [107-1、110-1、112-2]	具心理依賴；半衰期短 (約 2-3 小時) [107-1]
大麻 (Cannabis)	物質依賴以心理依賴為主，生理依賴輕微 [107-2]	動作協調變差、欣快感、 心搏過速、結膜充血 (非心搏過緩或瞳孔縮小) [107-2]	易怒、失眠、食慾降低 (嗜睡及食慾增加屬興奮劑戒斷) [107-2]
古柯鹼 (Cocaine)	中樞神經刺激劑；阻斷多巴胺再回收 [115-1]	興奮感、交感神經作用；特徵為 觸幻覺 (如皮膚蟻走感) [112-2、115-1]	-
咖啡因 (Caffeine)	-	-	停用後 12-24 小時發生，最常見頭痛、倦怠；無幻聽或妄想 [109-1]
LSD	5-HT _{2A} 受體強效促效劑；作用於血清素系統 [106-2]	知覺扭曲 (現實感喪失、幻覺)、瞳孔放大、心跳快、冒汗、顫抖 [106-2]	生理依賴性低，身體併發症與死亡率較少 [106-2]
強力膠 (甲苯)	揮發性有機溶劑；具親脂性易通過血腦屏障 [108-2]	短暫欣快感 [108-2]	-

臨床表現與診斷	正確觀念 / 典型特徵	易混淆之錯誤敘述 / 陷阱
精神病之診斷前提	現實感受損〔112-2〕	診斷物質引發之精神病症時，現實感佳（錯誤）〔112-2〕
幻覺的病因鑑別	古柯鹼中毒：觸幻覺（蟻走感）〔112-2〕 顯葉癲癇：嗅幻覺（鉤回發作）〔112-2〕	顯葉癲癇導致觸幻覺、古柯鹼導致嗅幻覺（均為錯誤）
愷他命使用途徑	鼻腔吸入、混入香菸抽吸（血管注射少見）〔107-1、112-2〕	愷他命濫用途徑只能用注射或口服（錯誤）〔107-1、112-2〕
受損醫師倫理處理	若已影響專業判斷並增加病人風險，應通報主管介入（病人安全優先）〔112-1〕	醫師有保密義務，不論同僚如何藥物濫用均須絕對保密（錯誤）〔112-1〕

精選考題 (3/7)

第 17 題〔112-2 醫學四 第 69 題〕

有關 K 他命 (ketamine) 濫用，下列敘述何者最適當？

- (A) 使用後可能會產生幻覺和身體與現實解離狀態 (dissociative state)
- (B) 濫用途徑只能用注射或口服，不能用鼻吸入
- (C) 不會導致如思覺失調症之精神病態
- (D) 藥理機轉與安非他命相似，主要作用在多巴胺 (dopamine) 系統上

答案 A

A. 使用後可能會產生幻覺和身體與現實解離狀態 (dissociative state)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Ketamine (K 他命) 為 NMDA receptor antagonist，會引起解離性麻醉狀態 (dissociative anesthesia)，使用者常出現幻覺、時空扭曲及身體與環境脫離的感覺。

B. 濫用途徑只能用注射或口服，不能用鼻吸入

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Ketamine 濫用途徑多元，除了注射與口服外，最常見的濫用方式是將粉末經由鼻腔吸入 (snorting)，亦可混入香菸中吸食。

C. 不會導致如思覺失調症之精神病態

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：長期或大量使用 Ketamine 會引發類似思覺失調症 (Schizophrenia) 的正性與負性症狀，包括妄想、幻覺及認知功能受損，是研究思覺失調症機轉的重要藥理模型。

D. 藥理機轉與安非他命相似，主要作用在多巴胺 (dopamine) 系統上

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Ketamine 主要作用於 glutamate 系統的 NMDA receptor；安非他命則主要作用於 Dopamine (多巴胺) 傳導物質的釋放與回收抑制，兩者機轉不同。

第 18 題〔112-1 醫學四 第 80 題〕

B 醫師剛經歷一段痛苦的離婚過程。A 醫師最近發現 B 醫師的行為怪異，疑似有藥物濫用的情形，在談話中獲得證實。B 醫師要求 A 醫師幫忙保守秘密，稱這只是過渡時間罷了。A 醫師勸 B 醫師應儘快尋求幫助、接受治療，但 B 醫師表示不需要。有一天，A 和 B 醫師的主管察覺有異，特別來問 A 醫師：「B 醫師怎麼了？」依照醫師倫理守則，有關 A 醫師之回應，下列何者最適當？

- (A) 醫師有保密的倫理義務，B 醫師雖涉及藥物濫用，仍必須為其保密
- (B) 三緘其口，因讓主管知道後，反而陷主管於處分或不處分的兩難，所以還是不要讓主管為難
- (C) 據實以告，因為屬下對主管的詢問有絕對服從的忠誠義務
- (D) 若 B 醫師的作為已影響專業判斷能力，增加病人風險，應告知主管以進行介入

答案 D

A. 醫師有保密的倫理義務，B 醫師雖涉及藥物濫用，仍必須為其保密

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫師雖有保密義務，但當涉及 Impaired Physician（受損醫師）且可能危害 Patient Safety（病人安全）時，保密並非絕對。基於社會公益與病人利益優先原則，不能為同僚的藥物濫用行為無限度保密。

B. 三緘其口，因讓主管知道後，反而陷主管於處分或不處分的兩難，所以還是不要讓主管為難

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：三緘其口會延誤介入時機。當同僚拒絕自行求助且主管已詢問時，沈默將使病人持續暴露於醫療風險中，違反醫師維護 Patient Safety（病人安全）之核心承諾與專業責任。

C. 據實以告，因為屬下對主管的詢問有絕對服從的忠誠義務

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：通報與否的標準應基於「專業自律」與「病人保護」，而非基於對主管的「絕對服從」。醫師對社會大眾的 Professionalism（專業素養）應高於職場權力架構下的行政忠誠義務。

D. 若 B 醫師的作為已影響專業判斷能力，增加病人風險，應告知主管以進行介入

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據醫師倫理守則，當同僚之 Impairment（受損）已影響其專業判斷並增加病人風險時，醫師有責任告知主管以啟動介入（Intervention），這是在平衡同僚隱私與 Patient Safety（病人安全）後的正確判斷。

第 19 題 [109-1 醫學四 第 68 題]

咖啡因（caffeine）的戒斷症狀，下列何者正確？

- (A) 戒斷症狀常於咖啡停止一星期後發生
- (B) 最常見症狀包括頭痛、倦怠
- (C) 常見症狀包括幻聽、妄想
- (D) 戒斷症狀的嚴重度與咖啡因的使用量無關

答案 B**A. 戒斷症狀常於咖啡停止一星期後發生**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：咖啡因戒斷症狀通常在停用後 12-24 小時內發生，而非一星期後。症狀多在 1-2 天達到高峰，持續約 2-9 天。

B. 最常見症狀包括頭痛、倦怠

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：頭痛（Headache）是最常見的咖啡因戒斷症狀。其他典型表現包括倦怠（Fatigue）、嗜睡、注意力不集中、情緒低落或易怒。

C. 常見症狀包括幻聽、妄想

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：咖啡因戒斷通常不包含幻聽（Auditory Hallucinations）或妄想（Delusions）等精神病症狀。這些多見於酒精或鎮靜安眠藥物戒斷。

D. 戒斷症狀的嚴重度與咖啡因的使用量無關

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：咖啡因戒斷症狀的發生與嚴重程度，與先前使用的劑量（Dosage）與頻率呈正相關。長期且高劑量使用者停用後症狀較為劇烈。

本考點其他考題（4 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-2	醫學四 Q72	hallucinogen disorders
107-2	醫學四 Q70	cannabis intoxication
108-2	醫學四 Q66	inhalant abuse toluene
110-1	醫學四 Q69	ketamine

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
107-1	醫學四 Q71	精神科・精神病，思覺失調症 (Schizophrenia)
112-2	醫學四 Q60	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)，興奮劑相關障礙 (Stimulant-Related Disorders)
115-1	醫學四 Q69	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)，興奮劑相關障礙 (Stimulant-Related Disorders)

阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)

★★ 穩定考點 考過 12/20 梯次：106-1、106-2、107-1、108-2、110-1、111-1、111-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十二、神經認知障礙 (Neurocognitive Disorders) > 12.2 失智症 (Major Neurocognitive Disorder)

Alzheimer's Disease (AD)

- 最常見的失智症 (佔 60–80%)
- 病理：amyloid plaques (A β 沉積) + neurofibrillary tangles (hyperphosphorylated tau)
- 神經傳導：ACh ↓ ↓ (nucleus basalis of Meynert 退化)
- 危險因子：年齡 (最大因子)、ApoE ϵ 4 (↑ 風險)、Down syndrome (21 號染色體 → APP gene)、家族史、女性、頭部外傷
- 保護因子：ApoE ϵ 2、高教育、運動
- 臨床進程：記憶缺損 (最早且最顯著，尤其短期記憶) → 語言障礙 → 視空間 → 執行功能 → 人格行為改變 → 全面功能喪失
- 影像：MRI 顯示海馬迴 (hippocampal) 和顳頂葉萎縮；PET 顯示顳頂區代謝降低
- 治療 (症狀性，無法治癒)：
 - AChE inhibitors：Donepezil (最常用)、Rivastigmine、Galantamine → 輕–中度
 - Memantine：NMDA receptor antagonist → 中–重度 (或合併 AChEI)
 - Aducanumab / Lecanemab：anti-amyloid monoclonal antibody (新藥，爭議性)

★ 國考重點 (本站講義)

- 最常見退化型失智症 [114-1]
- 首發與早期認知功能受損 [106-2、108-2]
- 病理生理特徵 [106-1、114-1]
- 類澱粉斑塊生成機制 [114-2]
- 遺傳學與基因特徵
- 腦脊髓液 (Cerebrospinal fluid, CSF) 生物標記 [110-1、111-1、113-2]
- 影像學特徵 [111-1、113-2]
- 臨床危險因子與共病 [114-2]
- 精神行為症狀 (BPSD) [106-1、107-1、114-1]
- 神經傳遞物質變化 [114-2]
- 與輕度認知障礙 (Mild Cognitive Impairment, MCI) 之基本鑑別 [115-2]
- 治療藥物機轉與適應症
- 乙醯膽鹼酯酶抑制劑 (Cholinesterase inhibitors, ChEIs) [111-2、113-1]
- NMDA 受體拮抗劑 [111-2、113-1]

⚠ 易混與陷阱

1. 核心治療藥物對照

藥物名稱	藥物機轉分類	臨床適應症（嚴重度）	副作用與臨床特性比較
Donepezil （愛憶欣）〔111-2、113〕	乙醯膽鹼酯酶抑制劑（Cholinesterase inhibitor）	輕度、中度，且為同類 ChEIs 中 唯一 取得重度適應症的藥物	具中樞選擇性，周邊副作用較少，相較同類的 Rivastigmine（憶思能）有較少的腸胃道副作用（噁心、嘔吐、腹瀉）。
Memantine （憶必佳）〔111-2、113-1〕	NMDA 受體拮抗劑（NMDA receptor antagonist）	中度至重度 （對輕度效果不顯著）	阻斷 NMDA 麩胺酸（Glutamate）受體，防止麩胺酸過度興奮造成的神經毒性。

2. 生物標記與影像學變化

檢測項目	阿茲海默症（AD）之病理變化	臨床診斷意義
腦脊髓液 $A\beta 42$ 濃度〔110-1、111-1、113-2〕	降低（Lower concentration）	反映 $A\beta 42$ 大量堆積於腦部類澱粉斑塊中，故釋放至腦脊髓液的量減少（早期診斷標記）。
腦脊髓液磷酸化 Tau 蛋白〔110-1〕	上升（Elevated phosphorylated tau）	反映神經元損傷與細胞內神經纖維糾結的形成。
類澱粉正子攝影（Amyloid PET）〔111-1、113-2〕	陽性（Positive）	屬於類澱粉蛋白相關（Amyloid-based）的「A」標記，具早期診斷價值。
腦部核磁共振（MRI）〔111-1、113-2〕	海馬迴體積萎縮（Hippocampal atrophy）	屬於反映神經退化（Neurodegeneration）的「N」標記，非類澱粉相關標記。
葡萄糖正子攝影（FDG-PET）〔111-1〕	顳葉及頂葉代謝活性降低	反映 AD 典型受損區域的皮質功能與代謝下降。

3. 遺傳學與基因特徵

基因分類	遺傳模式與特性	臨床與流行病學意義
APP、PSEN1、PSEN2 突變〔114-1〕	體染色體顯性遺傳（Autosomal dominant），而非隱性	導致早發型家族性 AD，在所有阿茲海默症患者中僅佔極少數（約 5%）。
APOE $\epsilon 4$ 等位基因〔106-2、113-2、114-2〕	晚發型 AD 最重要的遺傳風險因子，而非必要且充分病因	絕大多數（約 95%）AD 患者為晚發型且屬散發性（Sporadic），並無明顯家族史（非 90% 具家族史）。

4. 妄想症狀鑑別（BPSD）

妄想類型〔107-1〕	臨床核心表現	臨床實例與情境
嫉妒妄想（Delusion of jealousy）	毫無根據地懷疑配偶或伴侶不忠（又稱奧賽羅症候群）。	懷疑太太與送報員有染而大發脾氣，限制其接電話或限制行動。
被竊妄想（Delusion of stealing / theft）	因記憶力受損忘記物品置處，而主觀指控他人偷竊。	忘記鑰匙或錢包放哪裡，堅稱是家人或看護偷走的。
被害妄想（Delusion of persecution）	堅信有人要傷害、監視或謀害自己。	認為飯菜被下毒，或是鄰居在暗中監視自己。
非我家妄想（Delusion of not my home）	即使人就待在自己家裡，仍堅信這不是真正的家。	身處自宅客廳卻一直吵著要「回家」。

5. 與其他常見失智症及精神狀態鑑別

疾病 / 狀態	首發與核心特徵	病程進展特徵
阿茲海默症 (AD) [106-2、108-2]	早期以情節性記憶障礙與海馬迴功能障礙為主，意識清楚。	緩慢起病，呈持續進行性且不可逆的退化病程。
譫妄 (Delirium) [106-1]	以意識障礙 (Disturbance of consciousness) 及注意力受損為首發特徵。	急性起病，病情起伏波動，通常為可逆性。
額顳葉失智症 (FTD) [106-1、114-2]	早期以人格改變與執行功能障礙為主 (如行為亞型 bvFTD)。	緩慢進行性退化，早期記憶力受損相較 AD 不明顯。
路易氏體失智症 (DLB) [108-2]	核心症狀為波動性認知、反覆視幻覺及自發性帕金森特徵。	緩慢起病，早期運動功能常有受損，且伴隨明顯幻覺。
帕金森氏症失智症 (PDD) [108-2]	必須先有運動症狀 (如手抖、僵硬) 至少一年以上才出現失智。	運動症狀為首發，失智隨後出現。
血管性失智症 (VaD) [108-2]	認知功能障礙，常伴隨局部神經學缺損或腦中風史。	病程多呈現階梯式惡化 (Step-wise decline)。

6. 與輕度認知障礙 (MCI) 之基本鑑別 [115-2]

鑑別特徵	是否為基本鑑別依據	說明
日常生活功能 (ADL) 退化	是	MCI 患者 ADL 保持獨立；失智症則有顯著 ADL 退化，此為兩者診斷的基本差別。
APOE4 等位基因有無	否	屬危險因子標記，MCI 與失智症階段皆可能陽性。
CSF β -amyloid 濃度高低	否	屬病理生物標記，MCI 與失智症皆可能出現異常。
腦影像生物標記陽性/陰性	否	僅確認病理機轉，無法區分功能是否受損。

精選考題 (3/15)

第 20 題 [114-2 醫學四 第 50 題]

有關失智症的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 低教育程度是失智症的危險因子
- (B) 類澱粉斑塊是由類澱粉蛋白先驅物 (amyloid precursor protein) 經由單一酵素裁切而成
- (C) 唐氏症的腦部病理表現與阿茲海默氏病類似
- (D) 額顳葉失智症常見的亞型是行為亞型 (behavioral variant)

答案 B

A. 低教育程度是失智症的危險因子

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：教育程度低會減少 Cognitive reserve (認知儲備)，已被 Lancet 委員會列為失智症的可修正危險因子之一，故敘述正確。

B. 類澱粉斑塊是由類澱粉蛋白先驅物 (amyloid precursor protein) 經由單一酵素裁切而成

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Amyloid plaques (類澱粉斑塊) 的產生需經由 β -secretase 與 γ -secretase 兩道酵素裁切 APP (Amyloid precursor protein) 而成，非單一酵素。

C. 唐氏症的腦部病理表現與阿茲海默氏病類似

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Down Syndrome (唐氏症) 患者因第 21 對染色體上有 APP 基因，多數在 40 歲後會出現與 Alzheimer's disease (阿茲海默氏病) 相同的病理特徵。

D. 額顳葉失智症常見的亞型是行為亞型 (behavioral variant)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：FTD (Frontotemporal dementia, 額顳葉失智症) 臨床上最常見的表現確實為 bvFTD (behavioral variant FTD)，以人格改變與執行功能障礙為主。

第 21 題 [114-1 醫學四 第 52 題]

有關阿茲海默氏病 (Alzheimer disease)，下列敘述何者錯誤？

- (A) 是最常見的退化型失智症
- (B) APP、PSEN1 及 PSEN2 基因突變，會造成隱性遺傳
- (C) 病理特徵是細胞外類澱粉斑塊與細胞內神經糾結
- (D) 臨床症狀有時會出現妄想症狀

答案 B、C**A. 是最常見的退化型失智症**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案。Alzheimer disease (阿茲海默氏病, AD) 約佔失智症病例的 60-80%，臨床上確實為最常見的退化型失智症 (degenerative dementia)。本選項所述本身正確，故未被列為「錯誤」敘述。

B. APP、PSEN1 及 PSEN2 基因突變，會造成隱性遺傳

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一，且臨床上確為錯誤敘述。APP (Amyloid precursor protein, 類澱粉前驅蛋白)、PSEN1 (Presenilin 1, 早老素 1) 及 PSEN2 (Presenilin 2, 早老素 2) 基因突變造成的早發型家族性 AD，屬於 Autosomal Dominant (體染色體顯性) 遺傳，而非隱性。故「隱性遺傳」之敘述錯誤，為本題正解之一 (考選部公告 B、C 均給分)。

C. 病理特徵是細胞外類澱粉斑塊與細胞內神經糾結

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本題為考選部送分更正題，公告「B、C 均給分」，作答本選項予以計分。就臨床而言，AD 的病理特徵確為細胞外 Amyloid-beta plaques (類澱粉斑塊) 沉積，以及細胞內 Tau protein (tau 蛋白) 過度磷酸化形成的 Neurofibrillary tangles (神經纖維糾結)，此敘述本身正確——由於官方最終將 C 一併納入給分範圍，作答 C 亦計分。

D. 臨床症狀有時會出現妄想症狀

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案。失智症常伴隨 BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, 失智症之行為與精神症狀)，其中妄想 (Delusion) 如被害妄想、嫉妒妄想等在臨床相當常見。本選項所述本身正確，故未被列為「錯誤」敘述。

第 22 題 [113-2 醫學四 第 67 題]

有關阿茲海默症 (Alzheimer's disease) 生物標記的敘述，下列何者最適當？

- (A) apolipoprotein E4 基因是阿茲海默症必要且充分病因，所以可以當作診斷標記
- (B) 類澱粉蛋白相關 (amyloid-based) 的標記具有早期診斷價值
- (C) 類澱粉蛋白相關 (amyloid-based) 的標記包括陽性類澱粉蛋白正子攝影 (positron emission tomography) 與較高濃度的腦脊髓液 amyloid beta-42 濃度
- (D) 腦部磁共振造影掃描顯示海馬迴體積減少是類澱粉蛋白相關 (amyloid-based) 的標記

答案 B**A. apolipoprotein E4 基因是阿茲海默症必要且充分病因，所以可以當作診斷標記**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：APOE-ε4 基因僅為強大遺傳危險因子，並非 AD (Alzheimer's disease) 診斷之必要且充分病因 (Necessary and Sufficient Cause)，多數攜帶者未必發病。

B. 類澱粉蛋白相關 (amyloid-based) 的標記具有早期診斷價值

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Amyloid- β 堆積是 AD 病理級聯反應早期事件，PET（Positron Emission Tomography）或 CSF（Cerebrospinal Fluid）標記可在症狀出現前 10-20 年偵測，具早期診斷價值。

C. 類澱粉蛋白相關（amyloid-based）的標記包括陽性類澱粉蛋白正子攝影（positron emission tomography）與較高濃度的腦脊髓液 amyloid beta-42 濃度

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：AD 患者 CSF 中 Amyloid beta-42 (A β 42) 濃度應為較低 (Lower concentration)，因其大量堆積於腦部斑塊中而非釋放於 CSF。

D. 腦部磁共振造影掃描顯示海馬迴體積減少是類澱粉蛋白相關（amyloid-based）的標記

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：海馬迴（Hippocampus）體積萎縮反映的是神經退化（Neurodegeneration），在 ATN 架構中屬於「N」標記，而非類澱粉蛋白相關之「A」標記。

本考點其他考題（12 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q53	Alzheimer disease
106-2	醫學四 Q52	apoe e4 alzheimer
106-2	醫學四 Q53	alzheimer recall
106-2	醫學四 Q54	alzheimer early cognition
107-1	醫學四 Q53	Alzheimer delusion of jealousy
108-2	醫學四 Q51	alzheimer disease
110-1	醫學四 Q52	alzheimer csf biomarker
111-1	醫學四 Q52	Alzheimer disease workup
111-2	醫學四 Q60	dementia pharmacotherapy
113-1	醫學四 Q51	memantine mechanism
114-2	醫學四 Q67	Alzheimer disease
115-2	醫學四 Q66	Alzheimer disease versus mild cognitive impairment

路易氏體失智症（Dementia with Lewy Bodies）

★ 偶考 考過 3/20 梯次：107-2、110-1、111-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十二、神經認知障礙（Neurocognitive Disorders）> 12.2 失智症（Major Neurocognitive Disorder）

Lewy Body Dementia（路易體失智症）

- 特徵三大症狀：
 - 波動性認知功能
 - 反覆成形的視幻覺（vivid, detailed）
 - 巴金森症狀（parkinsonism）
- 其他：REM sleep behavior disorder (RBD)、對抗精神病藥極度敏感（禁用或極低劑量）、autonomic dysfunction
- 病理： α -synuclein (Lewy bodies) 沉積在皮質
- 治療：AChEI（有效）；行為症狀可極小心使用 quetiapine；避免典型抗精神病藥

★ 國考重點（本站講義）

⚠ 易混與陷阱

疾病名稱	關鍵病理蛋白 / 病理特徵	臨床核心特徵與時序關係
路易氏體失智症 (DLB)	α -突觸核蛋白 (α -synuclein protein) 堆積形成路易氏體	波動性認知功能障礙、早期反覆視幻覺、自發性巴金森氏特徵、動眼期睡眠行為障礙。失智與運動症狀發生間隔小於 1 年。
巴金森氏失智症 (PDD)	α -突觸核蛋白 (α -synuclein protein) 堆積	症狀與 DLB 相似，但時序不同：須先確診巴金森氏症，且運動症狀穩定出現大於或等於 1 年後才發生失智。
阿茲海默症 (AD)	β -類澱粉蛋白 (β -amyloid protein) 形成老年斑塊 (Senile plaques)；Tau 蛋白 (Tau protein) 異常堆積形成神經纖維糾結	早期以顯著的情節記憶 (Episodic memory) 受損為核心，晚期才出現巴金森氏症狀或幻覺，較少出現波動性認知。
進行性核上麻痺 (PSP)	詳解未特別標記 (主要與額葉受損相關)	典型特徵為垂直眼球運動障礙 (Vertical gaze palsy)、早期頻繁向後跌倒，認知受損以額葉 (Frontal lobe) 為主，非波動性認知障礙或視幻覺。
庫賈氏病 (CJD)	普里昂蛋白 (Prion protein, PrP) 不正常摺疊堆積 (PrPSc)	詳解未提及臨床細節 (主要為普里昂蛋白堆積所致的快速進展性失智)。

特徵分類	臨床表現項目 (DSM-5 診斷標準)	臨床特性與考選部鑑別點
核心診斷特徵	1. 認知波動合併顯著的注意力和警覺力改變 2. 清晰具體且反覆發生的視幻覺 3. 自發性巴金森氏特徵 (與失智間隔小於 1 年) 4. 動眼期睡眠行為障礙 (RBD)	核心診斷條件，通常於疾病早期即可出現，具高度診斷專一性。
支援性特徵	1. 結構且有系統的妄想 (Delusions) 2. 不明原因意識不清、跌倒或昏倒 (與自主神經功能障礙有關)	常見之伴隨症狀，但不屬於核心診斷特徵，考題常以此作為誘答選項。

精選考題 (2/4)

第 23 題 [111-2 醫學四 第 68 題]

依據美國精神醫學會所出版的精神疾病診斷準則手冊第五版 (DSM-5)，有關路易氏體認知障礙症的核心診斷特徵 (core diagnostic feature) 的認知功能，下列何者錯誤？

- (A) 結構且有系統的妄想
- (B) 清楚而具體的視幻覺且反覆發生
- (C) 認知波動合併有顯著的注意力和警覺力改變
- (D) 認知退化進展後，發生自發性巴金森氏的特徵

答案 A

A. 結構且有系統的妄想

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Delusions (妄想)，特別是結構化且有系統的妄想，在 DSM-5 (精神疾病診斷準則手冊第五版) 中屬於 DLB (路易氏體認知障礙症) 的 Supportive features (支援性特徵)，而非核心診斷特徵 (Core diagnostic features)。

B. 清楚而具體的視幻覺且反覆發生

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Recurrent visual hallucinations (反覆發生的視幻覺) 且影像清晰具體，是診斷 DLB 的核心診斷特徵。這類幻覺通常出現在疾病早期，對於鑑別路易氏體認知障礙症具有高度臨床價值。

C. 認知波動合併有顯著的注意力和警覺力改變

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Fluctuating cognition（認知波動）合併顯著的注意力和警覺力改變，是 DLB 最具代表性的核心診斷特徵。患者表現常在數分鐘或數小時內，於「完全清醒」與「意識模糊」狀態間劇烈起伏。

D. 認知退化進展後，發生自發性巴金森氏的特徵

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Spontaneous parkinsonism（自發性巴金森氏特徵）出現於認知退化起始後（或間隔一年內），是核心診斷特徵。需注意此時序關係，以與 PDD（巴金森氏症失智症）進行臨床鑑別。

第 24 題 [110-1 醫學四 第 53 題]

下列有關路易氏體失智症（dementia with Lewy bodies）的敘述，何者錯誤？

- (A) 應儘量使用 dopamine agonist 以治療病人的 parkinsonism 的症狀
- (B) 早期即可能出現視幻覺
- (C) 出現動眼期睡眠行為障礙（REM sleep behavior disorder）
- (D) 常有不明原因意識不清、跌倒或昏倒

答案 A

A. 應儘量使用 dopamine agonist 以治療病人的 parkinsonism 的症狀

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：DLB（Dementia with Lewy Bodies）患者對 Dopamine agonist 或 Levodopa 極度敏感，易誘發視幻覺及精神症狀（Psychosis），應極為謹慎使用而非儘量使用。

B. 早期即可能出現視幻覺

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：反覆出現的視幻覺（Visual hallucinations）是 DLB 的核心臨床特徵（Core clinical features），且通常在疾病早期階段就會出現。

C. 出現動眼期睡眠行為障礙（REM sleep behavior disorder）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：RBD（REM sleep behavior disorder）是 DLB 的核心臨床特徵之一，常在認知功能退化前數年即出現，具高度診斷專一性。

D. 常有不明原因意識不清、跌倒或昏倒

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：波動性的認知功能（Fluctuating cognition）伴隨覺醒度改變，以及因姿勢性低血壓或自主神經功能障礙導致的跌倒或昏厥，皆為 DLB 的重要支持特徵。

本考點其他考題（2 題，未收錄）

梯次	題目	主題
107-2	醫學四 Q59	dementia with lewy bodies
107-2	醫學四 Q60	alpha synuclein deposition

額顳葉失智症（Frontotemporal Dementia）

★ 偶考 考過 2/20 梯次：110-1、114-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十二、神經認知障礙（Neurocognitive Disorders） > 12.2 失智症（Major Neurocognitive Disorder）

Frontotemporal Dementia（額顳葉失智症 / Pick's disease）

- 好發年齡較年輕（45–65 歲）
- 特徵：早期人格/行為改變和/或語言障礙（非記憶）
 - 行為變異型：衝動、去抑制、冷漠、社交不恰當、嗜甜食
 - 語言變異型：progressive non-fluent aphasia 或 semantic dementia
- 病理：tau 或 TDP-43 蛋白沉積

- 影像：額葉和/或顳葉萎縮 (knife-edge atrophy)
- 治療：症狀處理 (SSRI 治行為症狀)；無特效藥

★ 國考重點 (本站講義)

⚠ 易混與陷阱

比較項目	額 顳 葉 失 智 症 (Frontotemporal Dementia, FTD)	阿茲海默症 (Alzheimer's Disease, AD)
早期受損功能	社會認知受損、人格改變與執行功能障礙 (以行為亞型最常見)〔110-1、114-2〕	學習與記憶功能早期受損〔110-1〕
早期保存功能	學習與記憶、知覺動作功能相對保存〔110-1〕	社會認知功能在早期相對保存〔110-1〕
病程進展速度	平均進展速度較快，存活時間較短〔110-1〕	平均進展速度相對較慢〔110-1〕
發病與遺傳特質	遺傳傾向強 (30-50% 家族史)，遺傳個案發病較早 (45-65 歲)〔110-1〕	多為散發性；但唐氏症 (Down Syndrome) 患者因第 21 對染色體有 APP 基因，40 歲後易出現相似病理〔114-2〕
核心病理特徵	額顳葉神經退化〔110-1、114-2〕	類澱粉斑塊 (Amyloid plaques) 由類澱粉蛋白先驅物 (Amyloid precursor protein, APP) 經由 β -secretase 與 γ -secretase 雙重酵素裁切而成 (非單一酵素)〔114-2〕

精選考題 (1/1)

第 25 題 〔110-1 醫學四 第 68 題〕

依據美國精神醫學會所出版的精神疾病診斷準則手冊第五版 (DSM-5)，有關額顳葉認知障礙症 的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 分為行為與語言兩種類型 (behavioral variant and language variant)
- (B) 具家族遺傳傾向的個案有較早期發作之特質
- (C) 比較阿茲海默症，此症的疾病進展平均速度較快
- (D) 學習記憶與社會認知兩類認知功能相對保存 (relative sparing)

答案 D

A. 分為行為與語言兩種類型 (behavioral variant and language variant)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：DSM-5 將 FTD (Frontotemporal Degeneration) 分為 Behavioral variant (行為變異型) 及 Language variant (語言變異型，含 PPA)，此為標準分類。

B. 具家族遺傳傾向的個案有較早期發作之特質

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：FTD 具有強烈遺傳傾向 (約 30-50% 有家族史)，且遺傳性個案通常比散發性個案更早發病，常在 45-65 歲間發作。

C. 比較阿茲海默症，此症的疾病進展平均速度較快

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：相較於 AD (Alzheimer's Disease)，FTD 的疾病進展通常較快，從診斷到死亡的存活時間平均較短，病程較具侵略性。

D. 學習記憶與社會認知兩類認知功能相對保存 (relative sparing)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：在 FTD 中，Social cognition (社會認知) 通常是早期受損的核心特徵 (尤其在行為變異型)，而非相對保存；相對保存的通常是 Perceptual-motor 與 Learning and memory (早期)。

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
114-2	醫學四 Q50	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)

血管性失智症 (Vascular Dementia)

★ 偶考 考過 2/20 梯次：111-2、114-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十二、神經認知障礙 (Neurocognitive Disorders) > 12.2 失智症 (Major Neurocognitive Disorder)

Vascular Dementia (血管性失智)

- 第二常見的失智症
- 特徵：階梯式退化 (stepwise deterioration)、局部神經學症狀、與中風事件相關
- 危險因子：高血壓、DM、高血脂、抽菸、心房顫動
- 治療：控制血管危險因子

★ 國考重點 (本站講義)

- 盛行率與排名 [114-1]
- 好發年齡與性別 [114-1]
- 前驅風險因子 [114-1]
- 病程退化模式 [114-1]
- 影像學特徵 [111-2]

⚠ 易混與陷阱

疾患名稱	臨床退化特徵與核心症狀	頭部磁振造影 (MRI) 特徵	流行病學與危險因子
血管性失智症 (Vascular Dementia)	階梯式退化 (Stepwise Decline)，每次中風/缺血事件後功能下降與穩定期交替。	多發性梗塞、廣泛白質高訊號病變、或關鍵部位腦中風。	好發 60-70 歲，男性多於女性。常有高血壓、糖尿病及心血管疾病史。
阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)	漸進性退化。	瀰漫性大腦皮質萎縮，尤以海馬迴 (Hippocampus) 與內側顳葉 (Medial Temporal Lobe) 萎縮最具代表性。	(考題未提及)
額顳葉失智症 (Frontotemporal Dementia, FTD)	(考題未提及)	侷限性、常呈不對稱的額葉與前側顳葉萎縮 (Lobar Atrophy)。	(考題未提及)
路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies, DLB)	波動性認知功能、反覆視幻覺、巴金森氏症症狀 (Parkinsonism)。	萎縮通常較不明顯，海馬迴體積相對保留。	(考題未提及)

精選考題 (2/2)

第 26 題 [114-1 醫學四 第 67 題]

有關血管性失智症 (vascular dementia) 之敘述，下列何者錯誤？

- (A) 約佔所有失智症 (dementia) 患者 15~30%，是所有失智症患者中第二常見類型
- (B) 好發年齡約在 60~70 歲，常見於女性
- (C) 常在發病前就有高血壓及心血管疾病史
- (D) 不同於阿茲海默症漸進性退化，血管性失智症多階梯式退化

答案 B

A. 約佔所有失智症 (dementia) 患者 15~30%，是所有失智症患者中第二常見類型

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Vascular Dementia (血管性失智症) 在台灣及西方國家之盛行率僅次於 Alzheimer's Disease (阿茲海默症)，約佔失智症整體的 15-30%，描述正確。

B. 好發年齡約在 60~70 歲，常見於女性

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Vascular Dementia 好發於 60-70 歲，但與阿茲海默症不同，其男性盛行率通常高於女性 (Male > Female)，主因是男性有較高比例的心血管危險因子。

C. 常在發病前就有高血壓及心血管疾病史

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：血管性失智症的致病機轉與腦中風或微血管病變有關，因此 Hypertension (高血壓)、DM (糖尿病) 及心血管疾病史是極其常見的前驅風險因子。

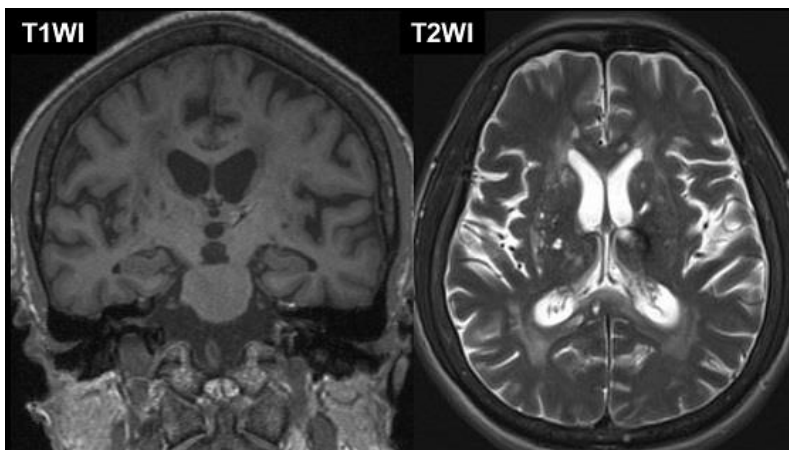
D. 不同於阿茲海默症漸進性退化，血管性失智症多階梯式退化

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：不同於阿茲海默症的漸進式下降，血管性失智症典型表現為 Stepped-wise decline (階梯式退化)，每次中風或缺血事件後會出現功能下降與穩定期交替。

第 27 題 [111-2 醫學四 第 74 題]

55 歲男性由於認知功能退化到精神科求診，根據所附頭部磁振造影 (MRI) 影像，下列何者為最可能的診斷？



- (A) 阿茲海默症 (Alzheimer's disease)
- (B) 額顳葉失智症 (frontotemporal dementia)
- (C) 路易氏體失智症 (dementia with Lewy bodies)
- (D) 血管性失智症 (vascular dementia)

答案 D

A. 阿茲海默症 (Alzheimer's disease)

× 錯誤 [P2 夯]

詳解：此選項並非本題最可能診斷。Alzheimer's disease (阿茲海默症) 的影像特徵為瀰漫性大腦皮質萎縮，並以 hippocampus (海馬迴) 與內側顳葉 (medial temporal lobe) 萎縮最具代表性，而非本題影像所呈現的多發性血管病灶。故較不符合。

B. 額顳葉失智症 (frontotemporal dementia)

× 錯誤 [P2 夯]

詳解：此選項並非本題最可能診斷。Frontotemporal dementia (FTD, 額顳葉失智症) 典型影像為侷限性、常呈不對稱的額葉與前側顳葉萎縮 (lobar atrophy)，影像上並無本題所示之多發性梗塞或廣泛白質病變，故不符合此影像表現。

C. 路易氏體失智症 (dementia with Lewy bodies)

× 錯誤 [P2 夯]

詳解：此選項並非本題最可能診斷。Dementia with Lewy bodies (DLB, 路易氏體失智症) 在 MRI 上萎縮通常較不明顯、海馬迴體積相對保留，臨床以波動性認知功能、反覆視幻覺與 parkinsonism 為主，並非以血管性影像變化表現。

D. 血管性失智症 (vascular dementia)

✓ 正確 [P2 夯]

詳解：本選項為官方採計之最可能診斷。Vascular dementia (血管性失智症) 的影像特徵為多發性梗塞 (multiple infarcts)、廣泛 white matter hyperintensities (白質高訊號病變) 或關鍵部位 (strategic) 腦中風，本題 MRI 呈現之血管性病灶與此相符。配合 55 歲、認知功能退化之病史，最可能診斷為血管性失智症。

主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)

★★★ 常考必掃 考過 14/20 梯次：106-2、107-1、108-1、108-2、109-1、109-2、110-2、111-1、111-2、112-2、113-2、114-1、114-2、115-2

TWMLE · 精神科 > 精神科 > 十二、神經認知障礙 (Neurocognitive Disorders) > 12.2 失智症 (Major Neurocognitive Disorder)

其他失智原因

類型	特點
Normal Pressure Hydrocephalus (NPH)	三徵：步態不穩 + 尿失禁 + 認知功能下降 (Wet, Wobbly, Wacky)；可逆！治療：VP shunt
CJD (庫賈氏症)	Prion disease；快速進行性失智 + myoclonus + EEG periodic sharp wave complexes；MRI DWI/FLAIR cortical ribboning；致死
HIV-associated	Subcortical dementia；以執行功能、注意力、運動速度受損為主
Vitamin B ₁₂ deficiency	失智 + 巨球性貧血 + subacute combined degeneration of spinal cord
Hypothyroidism	可逆性認知功能下降
Neurosyphilis	人格改變、認知下降、Argyll Robertson pupils；CSF VDRL

★ 國考重點 (本站講義)

- DSM-5 六大認知領域 (Cognitive domains) [110-2、111-1、114-1]
- 輕型認知障礙症 (Mild NCD) 與失智症 (Dementia / Major NCD) 之鑑別 [109-2、110-2、114-2、115-2]
- 臨床精神狀態檢查 (Mental Status Examination, MSE) 之評估方法
- 抽象思考 (Abstract thinking) [107-1、108-2]
- 判斷力 (Judgment) [107-1、108-2]
- 定向力 (Orientation) [108-2]
- 延遲回憶 (Delayed recall) 受損且給予提示 (Cueing) 仍無效 [106-2]
- 認知功能評估之範疇界定 [115-2]
- 皮質性與皮質下性失智症之鑑別 (Cortical vs Subcortical Dementia) [115-2]
- 譫妄 (Delirium) 與失智症之臨床鑑別與處置
- 注意力不集中 [108-1]

- 兩者可併存〔115-2〕
- 肢體震顫 (**Tremor**) 或肌躍症 (**Myoclonus**) 〔112-2〕
- 虛談 (**Confabulation**) 〔109-1〕
- 阿茲海默症之病理、基因與生物標記
- 病理與危險因子 〔114-2〕
- 基因與一般風險 〔112-2、113-2〕
- 生物標記與影像
- 不同類型失智症的影像與臨床鑑別點
- 血管性失智症 (**Vascular dementia**) 〔108-2、111-2〕
- 路易氏體失智症 (**Dementia with Lewy bodies, DLB**) 〔108-2、111〕
- 帕金森氏症失智症 (**Parkinson disease with dementia**) 〔108-2〕
- 額顳葉失智症 (**Frontotemporal dementia, FTD**) 〔111-2、114-2〕
- 可逆性失智症狀 〔112-2〕
- 失智症藥物治療機轉與適應症
- 膽鹼酯酶抑制劑 (**Cholinesterase inhibitors**) 〔111-2〕
- **Memantine** (憶必佳) 〔111-2〕
- 失智症精神行為症狀 (**BPSD**) 〔112-2〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	概念 A	概念 B	核心鑑別點 / 關鍵考點 (基於考題詳解)
診斷分級	輕型認知障礙症 (Mild NCD)	失智症 (Major NCD)	是否干擾日常生活活動 (ADLs) 的獨立進行 (輕型不干擾, 失智症干擾) [109-2、110-2]
意識狀態	譫妄 (Delirium)	失智症 (Dementia)	譫妄以 注意力 (Attention) 不集中為核心診斷標準; 失智症早期注意力通常相對完整。肢體震顫常伴隨譫妄, 不能用以排除譫妄 [108-1、112-2]
記憶缺損機轉	記憶提取問題 (Retrieval problem)	海馬迴功能障礙 (Hippocampal dysfunction)	提取問題在給予提示 (Cueing) 後可改善回憶; 海馬迴功能障礙則提示無效, 代表編碼與儲存失敗 (阿茲海默症早期特徵) [106-2]
精神狀態評估	抽象思考 (Abstract thinking)	判斷力 (Judgment)	抽象思考以 相似測驗 (如橘子與蘋果) 或 成語寓意 評估; 判斷力以 情境應變 (如火災處置) 評估 [107-1、108-2]
認知領域歸屬	執行功能 (Executive function)	知覺-動作 (Perceptual-motor)	工作記憶、錯誤修正、決策歸於執行功能; 操作能力 (Praxis) 歸於知覺-動作。定向感不屬於六大認知領域 [111-1、114-1]
阿茲海默症藥物	Donepezil	Memantine	Donepezil 為膽鹼酯酶抑制劑, 中樞選擇性高、胃腸副作用少, 是同類中唯一核准用於 重度者 ; Memantine 為 NMDA 受體拮抗劑, 用於 中至重度 , 輕度效果不顯著 [111-2]
失智症生物標記	腦脊髓液 (CSF) 類澱粉蛋白 Aβ42	腦部磁共振造影 (MRI) 海馬迴體積	Aβ42 沉積於腦部斑塊, 故在 CSF 中濃度會 降低 (類澱粉標記); 海馬迴體積減少反映 神經退化 (N) 而非類澱粉相關標記 [111-1、113-2]
失智症病理成因	類澱粉斑塊 (Amyloid plaques)	唐氏症 (Down Syndrome) 關聯	斑塊需經 β 與 γ 兩種分泌酶切割 APP 產生; 唐氏症因第 21 對染色體含 APP 基因, 40 歲後常有類似 AD 的腦部病理表現 [114-2]
不同失智症影像	血管性失智症 (Vascular dementia)	額顳葉失智症 (Frontotemporal dementia)	血管性呈現 多發性梗塞或廣泛白質高訊號 ; 額顳葉呈 侷限、不對稱的額葉與前側顳葉萎縮 (最常見為行為亞型) [111-2]
MSE 認知功能評估範疇	認知功能 (延遲回憶、畫鐘測驗)	非認知功能 (思考流程、情緒與情感)	三詞延遲回憶與畫鐘測驗 (CDT) 皆屬認知功能評估; 思考流程紊亂屬思考過程, 持續悲傷屬情緒與情感, 兩者皆非認知功能 [115-2]
皮質性 vs 皮質下性失智症 譫妄與失智症之關係	皮質性失智症 (如 AD) 兩者互斥, 不可併存 (錯誤觀念)	皮質下性失智症 (如帕金森氏症失智症) 兩者可併存 (DSD)	皮質性早期即出現失語症、失行症, 皮質下性早期以動作變慢及憂鬱、淡漠等情緒症狀較常見 [115-2]

精選考題 (5/13)

第 28 題 [108-2 醫學四 第 67 題]

相似測驗 (similarity testing) 及成語測驗最常用來檢測：

- (A) 記憶力 (memory)
- (B) 抽象思考 (abstract thinking)
- (C) 判斷力 (judgment)
- (D) 定向力 (orientation)

答案 B

A. 記憶力 (memory)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：記憶力 (memory) 通常以三件物品回憶、過去生命事件或近期發生的事進行測試，而非透過類比或成語解釋。

B. 抽象思考 (abstract thinking)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：相似測驗 (similarity testing，如「蘋果與橘子有什麼共同點」) 與成語測驗 (解釋成語寓意) 是臨床心智狀態檢查 (MSE) 中評估抽象思考 (abstract thinking) 的標準方法。

C. 判斷力 (judgment)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：判斷力 (judgment) 測試通常涉及情境處理，如「在電影院看到火災會怎麼做」，而非邏輯類推或比喻解讀。

D. 定向力 (orientation)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：定向力 (orientation) 是指對時間、地點、人物 (Time, Place, Person) 的認知，不涉及邏輯分析或抽象能力。

第 29 題 [114-2 醫學四 第 76 題]

75 歲男性有失智症 (dementia) 及高血壓病史，因為晚上不睡覺，白天容易情緒躁動，由照顧他的外傭送到急診，下列敘述何者最不適當？

- (A) 失智症病人經常會出現行為障礙，尤其是照顧者感到不堪負荷時，容易成為急診就診的常見原因
- (B) 評估病人的第一步應該先確認是否有譫妄 (delirium) 情形，並且鑑別診斷是否合併有其他身體疾病
- (C) 失智症病人工作及社交能力下降
- (D) 病人躁動吵鬧要下床解尿，建議給予適當約束，並且應該放置導尿管以避免在廁所發生事故

答案 D

A. 失智症病人經常會出現行為障礙，尤其是照顧者感到不堪負荷時，容易成為急診就診的常見原因

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：失智症病人的行為障礙 (BPSD) 是照顧者心理負荷的主因，當基層照顧系統崩潰時，常導致病人被送至急診就醫，此敘述符合臨床現況。

B. 評估病人的第一步應該先確認是否有譫妄 (delirium) 情形，並且鑑別診斷是否合併有其他身體疾病

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：失智病人急性躁動須優先排除譫妄 (delirium)，因譫妄常由泌尿道感染 (UTI) 或電解質不平衡等身體疾病誘發，需先進行鑑別診斷。

C. 失智症病人工作及社交能力下降

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-5 診斷標準，失智症 (Major Neurocognitive Disorder) 定義即包含認知功能下降且足以影響日常生活、社交與工作能力。

D. 病人躁動吵鬧要下床解尿，建議給予適當約束，並且應該放置導尿管以避免在廁所發生事故

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：對躁動老人實施約束與放置導尿管 (Foley catheter) 會增加譫妄風險及感染機率，應優先尋找尿意原因 (如便秘或感染) 並提供環境輔助，而非強制約束。

第 30 題〔112-2 醫學四 第 67 題〕

有關失智症（dementia）之敘述，下列何者最不適當？

- (A) 一般研究發現年紀老化、有失智症家族史及女性為失智症的危險因子
- (B) 大約三分之一的失智症患者在失智症的病程中會出現妄想（delusion）及幻覺（hallucination）
- (C) 失智症的病程通常是逐步（progressive），且不可逆（irreversible）的智能受損（intellectual impairment），而其盛行率隨年紀愈大而增加
- (D) 老年人有憂鬱症、甲狀腺低下症或維他命缺乏可能會出現失智的症狀

答案 B

A. 一般研究發現年紀老化、有失智症家族史及女性為失智症的危險因子

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：年紀老化（Ageing）是最大危險因子；失智症家族史與 APOE4 基因有關；女性在 Alzheimer's Disease（阿茲海默症）的盛行率確實較高。

B. 大約三分之一的失智症患者在失智症的病程中會出現妄想（delusion）及幻覺（hallucination）

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：失智症患者在病程中出現 BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）的機率高達 80-90%，其中妄想與幻覺的盛行率通常高於三分之一，B 選項描述「大約三分之一」偏低且不適當。

C. 失智症的病程通常是逐步（progressive），且不可逆（irreversible）的智能受損（intellectual impairment），而其盛行率隨年紀愈大而增加

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：失智症病程多為退化性、進行性（Progressive）且不可逆；盛行率在 65 歲以上族群隨年齡每增加 5 歲約增加一倍，描述正確。

D. 老年人有憂鬱症、甲狀腺低下症或維他命缺乏可能會出現失智的症狀

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Depression（憂鬱症，即 Pseudo-dementia）、Hypothyroidism（甲狀腺低下）、Vitamin B12 缺乏為可逆性失智症的重要鑑別診斷，常出現類失智症狀。

第 31 題〔115-2 醫學四 第 60 題〕

在精神狀態檢查（mental status examination, MSE）中，下列何者最能評估認知功能？①病人無法記住三個單詞（例如：蘋果、快樂、腳踏車）並在五分鐘後無法正確回憶 ②病人說話內容缺乏邏輯，句子之間沒有明顯的連貫性，且表達混亂 ③病人持續感到悲傷，對先前感興趣的活動失去興趣 ④請病人畫 11 點 10 分的時鐘

- (A) 僅①②
- (B) 僅①④
- (C) 僅①③④
- (D) ①②③④

答案 B

A. 僅①②

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：① Delayed recall（延遲回憶）屬認知功能；② 說話無邏輯連貫屬 Thought process（思考流程），非認知功能範疇，故選①②錯誤。

B. 僅①④

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：① 3-word recall（三詞延遲回憶）評估記憶力；④ Clock Drawing Test（CDT，畫鐘測驗）評估視空間與執行功能，兩者皆為認知功能評估。

C. 僅①③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：③ 持續悲傷與興趣喪失屬 Mood and affect（情緒與情感）評估而非認知功能；僅①④屬認知功能範疇，故包含③為錯誤。

D. ①②③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：MSE (Mental Status Examination) 中 Thought process (思考流程，如②) 與 Mood (情緒，如③) 屬獨立範疇，非認知功能，故全選錯誤。

第 32 題 [111-1 醫學四 第 67 題]

依據美國精神醫學會所出版的精神疾病診斷準則手冊第五版 (DSM-5)，下列何項不屬於執行功能 (executive function) 的認知功能範疇 (cognitive domain) ？

- (A) 工作記憶 (working memory)
- (B) 錯誤修正 (error correction)
- (C) 操作能力 (praxis)
- (D) 決策 (decision making)

答案 C**A. 工作記憶 (working memory)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Working memory (工作記憶) 在 DSM-5 中明確歸類於 Executive function (執行功能) 範疇，指的是個體暫時儲存並操作資訊以執行複雜任務的能力。

B. 錯誤修正 (error correction)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Error correction (錯誤修正) 屬於 Executive function (執行功能) 中的回應回饋 (Responding to feedback) 部分，是根據結果調整行為的關鍵。

C. 操作能力 (praxis)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Praxis (操作能力) 指執行已習得動作的能力，在 DSM-5 中屬於 Perceptual-motor (知覺—動作) 範疇，而非執行功能。

D. 決策 (decision making)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Decision making (決策) 是 Executive function (執行功能) 的核心組成，涉及權衡不同選項的後果並做出行動選擇。

本考點其他考題 (8 題，未收錄)

梯次	題目	主題
108-1	醫學四 Q52	delirium vs dementia attention
109-1	醫學四 Q67	confabulation korsakoff
109-2	醫學四 Q51	MCI vs dementia ADL
110-2	醫學四 Q69	major neurocognitive disorder DSM-5
112-2	醫學四 Q76	dementia delirium differential elderly
114-1	醫學四 Q68	DSM-5 cognitive domains
115-2	醫學四 Q67	dementia versus delirium
115-2	醫學四 Q69	cortical versus subcortical dementia

也考本考點的題目 (9 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
107-1	醫學四 Q70	精神科・精神病・思覺失調症 (Schizophrenia)
106-2	醫學四 Q53	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)
108-2	醫學四 Q51	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)
111-1	醫學四 Q52	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)
111-2	醫學四 Q60	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)
113-2	醫學四 Q67	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)
114-2	醫學四 Q50	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)
115-2	醫學四 Q66	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)
111-2	醫學四 Q74	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・血管性失智症 (Vascular Dementia)

譫妄 (Delirium)

★★★ 常考必掃 考過 15/20 梯次：106-1、107-1、107-2、108-1、109-1、110-2、111-2、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十二、神經認知障礙 (Neurocognitive Disorders)

12.1 譫妄 (Delirium)

- 急性、波動性的意識與注意力障礙
- 特徵：
 - 注意力缺損 (核心特徵)
 - 意識清晰度改變 (clouding of consciousness)
 - 波動性病程 (日夜變化，常夜間惡化 → sundowning)
 - 急性發作 (數小時-數天)
 - 常有視幻覺
 - 可逆 (找出並處理原因後)
- 診斷工具：CAM (Confusion Assessment Method)
- 常見原因：感染 (UTI 在老年人最常見)、藥物 (尤其抗膽鹼藥、BZD、opioids)
- 治療：
 - 找出並治療根本原因 (最重要)
 - 非藥物：定向感提示、調整環境、避免約束

- 藥物（躁動時）：**Haloperidol**（低劑量，首選）
- 避免 **BZD**（會加重譫妄）（例外：酒精戒斷）

★ 國考重點（本站講義）

- 核心診斷特徵〔107-1、109-1〕
- 注意力障礙〔108-1、111-2〕
- 發病與病程〔107-1、115-1、115-2〕
- 預後與死亡率〔109-1、110-2、115-1〕
- 前置因子（**Predisposing factor**）〔109-1、113-2、114-2〕
- 誘發因子（**Precipitating factor**）〔112-1、113-2、114-2〕
- 腦波（**EEG**）表現〔115-1〕
- 臨床鑑別診斷
- 非藥物處置原則〔107-2、112-1、113-1、114-2、115-1〕
- 一般譫妄的藥物治療
- 酒精戒斷譫妄（**Alcohol withdrawal delirium / Delirium Tremens, DTs**）
- 發作時序〔107-1、112-1、114-1〕
- 醫療處置〔106-1、112-1〕
- 第一線藥物〔106-1、107-2、112-1、114-2〕
- 藥物禁忌與避免〔106-1、107-2、112-1、114-2〕
- 酒精戒斷癲癇〔106-1、112-1、114〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	一般譫妄（如術後、感染、電解質不平衡）	酒精戒斷譫妄（震顫性譫妄, DTs）
病因本質	急性身體疾病或藥物毒性引發的腦功能障礙。〔110-2、115-1〕	長期酗酒者突然中斷或減少飲酒所致的撤藥反應。〔112-1、114-1〕
第一線治療藥物	治療潛在生理病因為首要；精神症狀嚴重時輔助使用低劑量 Haloperidol 。〔110-2、112-1、115-1〕	Benzodiazepines (BZD) (如 Diazepam、Lorazepam) 為第一線藥物。〔106-1、107-2、112-1、114-2〕
BZD 的臨床角色	應儘量避免使用。會惡化譫妄與意識障礙，增加吸入性肺炎及跌倒風險。僅在非用不可時選用短/中效型。〔110-2、112-1、113-1、114-2、115-1〕	首選治療。利用交叉耐受性穩定中樞，預防癲癇發作及譫妄惡化。肝硬化者優先使用 Lorazepam。〔106-1、107-2、112-1、114-1〕
抗精神病藥物的角色	當非藥物治療無效且躁動危及安全時，可短期使用低劑量以改善精神症狀（如視幻覺）。不可使用長效針劑。〔109-1、110-2、112-1、113-1〕	避免首選或單獨使用。因其會降低癲癇閾值（Seizure threshold），在戒斷期間極易誘發癲癇發作。〔106-1、107-2、112-1〕
輔助藥物之限制	鋰鹽（Lithium，易致神經毒性）、Propranolol（對視幻覺等無效）均非治療藥物。〔112-1〕	Propranolol 僅能輔助緩解交感神經亢進症狀（如心悸過速），但無法預防癲癇或譫妄。〔114-2〕
癲癇與抗癲癇藥	通常非主要特徵（除非特定代謝或腦傷引起）。	戒斷癲癇最常為大發作（ GTCS ）而非小發作； Phenytoin 對此類癲癇效果極差，不建議使用。〔106-1、112-1、114-2〕

精選考題 (5/8)

第 33 題 [115-1 醫學四 第 63 題]

有關譫妄 (delirium) 的描述，下列何者最不適當？

- (A) 相較於失智症，譫妄的發作較快，且波動性較大
- (B) 某些嚴重的躁症患者會有極度的混亂行為，與譫妄難以區別
- (C) 如果是 hypoactive 的譫妄，常與鬱症患者難以區別
- (D) 譫妄的腦波 (EEG) 典型呈現 generalized paroxysmal fast activity

答案 D

A. 相較於失智症，譫妄的發作較快，且波動性較大

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Delirium (譫妄) 與 Dementia (失智症) 關鍵鑑別在於譫妄為 Acute onset (急性發作) 且具有 Fluctuation (波動性)，此描述正確。

B. 某些嚴重的躁症患者會有極度的混亂行為，與譫妄難以區別

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Severe Mania (嚴重躁症) 引發的 Excited delirium 或極度混亂行為，在臨床表現上確實與譫妄高度重疊且難以區別。

C. 如果是 hypoactive 的譫妄，常與鬱症患者難以區別

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Hypoactive delirium (低活動型譫妄) 常表現為嗜睡、反應遲鈍，臨床特徵與 Depression (鬱症) 重疊，易造成誤診。

D. 譫妄的腦波 (EEG) 典型呈現 generalized paroxysmal fast activity

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：譫妄的 EEG 典型呈現 Generalized slowing (瀰漫性慢波)，而非 Fast activity；Fast activity 較常見於 Alcohol withdrawal (酒精戒斷)。

第 34 題 [114-2 醫學四 第 69 題]

有關譫妄 (delirium) 相關的前置因子 (predisposing factor) 之敘述，下列何者錯誤？

- (A) 增加食慾
- (B) 老年人
- (C) 患有認知障礙 (major neurocognitive impairment)
- (D) 知覺障礙 (失明 / 失聰)

答案 A

A. 增加食慾

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：增加食慾並非 Delirium (譫妄) 的 Predisposing Factor (前置因子)。臨床上營養不良或脫水才是常見的誘發因子，而增加食慾通常代表代謝狀況穩定或好轉。

B. 老年人

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：老年 (Age > 65) 是 Delirium 最強烈的前置因子之一，因大腦神經儲備力下降，較易受急性壓力影響產生認知波動。

C. 患有認知障礙 (major neurocognitive impairment)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：已患有 Major Neurocognitive Impairment (失智症) 會大幅降低腦部抗壓性，是譫妄發生的極高危險因子 (約增加 2-5 倍風險)。

D. 知覺障礙 (失明 / 失聰)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Visual/Hearing Impairment (知覺障礙) 會導致病患對環境辨識能力下降，造成 Sensory Deprivation (感覺剝奪)，是經典的譫妄前置因子。

第 35 題〔110-2 醫學四 第 62 題〕

王爺爺是一位 85 歲長者，罹患末期肝癌，住院中發現有嚴重的視幻覺、被害妄想、合併行為症狀，診斷為譫妄（delirium），下列關於譫妄的治療何者錯誤？

- (A) 老年人產生譫妄時若不及時診斷並治療，其致死率高
- (B) 低劑量抗精神病藥物 haloperidol 常用於短期控制譫妄病人的嚴重精神症狀
- (C) 在一般臨床情境中，治療譫妄病人失眠症狀的苯二氮平類（benzodiazepine）藥物選擇，宜優先使用長效型藥物
- (D) 譫妄之首要治療目標是治療造成其譫妄症狀之潛在病因

答案 C**A. 老年人產生譫妄時若不及時診斷並治療，其致死率高**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Delirium（譫妄）在長者與末期患者中，若未及早處理其潛在病因，與較高的死亡率（mortality）與共病率（morbidity）具高度相關性。

B. 低劑量抗精神病藥物 haloperidol 常用於短期控制譫妄病人的嚴重精神症狀

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Haloperidol（Haldol）為治療譫妄嚴重行為或精神症狀（BPSD）的傳統第一線用藥，常用低劑量（如 0.5-1.0 mg）短期緩解，需注意錐體外症候群（EPS）副作用。

C. 在一般臨床情境中，治療譫妄病人失眠症狀的苯二氮平類（benzodiazepine）藥物選擇，宜優先使用長效型藥物

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：對於譫妄患者應盡量避免使用 Benzodiazepine（BZD），因其可能加重意識混亂。若非用不可（如酒精戒斷），應選用短效型而非長效型（如 Diazepam），以防代謝過慢導致藥物蓄積。

D. 譫妄之首要治療目標是治療造成其譫妄症狀之潛在病因

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：譫妄被視為急性身體疾病的表現，首要核心治療目標永遠是找出並矯正其 Underlying cause（潛在病因），如感染、代謝異常、藥物毒性或器官衰竭。

第 36 題〔107-1 醫學四 第 73 題〕

關於譫妄（delirium）的診斷，何者正確？

- (A) 主要核心症狀是定向感（orientation）障礙
- (B) 自然病程約數天到數週
- (C) 與物質濫用有關者，只在物質戒斷（substance withdrawal）時才會發生
- (D) 通常都緩慢發生，不容易注意到

答案 A、B**A. 主要核心症狀是定向感（orientation）障礙**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一。Delirium（譫妄）的核心臨床特徵為 Attention（注意力）與 Awareness（意識）的急性障礙；其中意識清晰度受損臨床上最直接體現為 Orientation（定向感）障礙——對時間、地點甚至人物的辨識錯誤，在床邊評估中是判讀譫妄最具指標性的線索。雖然 DSM-5 正式準則以注意力與意識缺損為主軸，臨床實務上定向感障礙仍被視為譫妄的核心關鍵表現，故本敘述成立，為本題正解之一（考選部公告 A、B 均給分）。

B. 自然病程約數天到數週

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項亦為送分採計的答案之一。Delirium（譫妄）屬急性、通常可逆的意識障礙，在誘發因子（如感染、代謝異常、藥物）被校正後，多數個案的自然病程約落在數天到數週內緩解，這正是其與 Dementia（失智症）緩慢且持續進展病程的重要區別。雖然部分病因持續或大腦儲備不足者病程可能遷延，但「約數天到數週」是教科書對譫妄典型病程的標準描述，故本敘述成立，為本題正解之一（考選部公告 A、B 均給分）。

C. 與物質濫用有關者，只在物質戒斷（substance withdrawal）時才會發生

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案，且敘述本身錯誤。Substance-induced delirium (物質誘發的譫妄) 的發生時機並不限於 Withdrawal (戒斷) 階段；物質 Intoxication (中毒) 期間、混合多種物質使用、或藥物劑量過大產生中樞神經副作用時，同樣可能引發譫妄。診斷上必須通盤考量中毒、戒斷與醫療用藥等多種可能性，選項以「只在」設限過於侷限，不符臨床實務，故非本題正解。

D. 通常都緩慢發生，不容易注意到

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案，且敘述本身錯誤。Delirium (譫妄) 的發病特徵為 Acute (急性) 發生，常在數小時到數天內出現明顯的意識改變，且病程具顯著 Fluctuating (波動性)，與 Dementia (失智症) 的 Insidious onset (緩慢隱匿發病) 截然不同。臨床上譫妄患者常因突發的混亂、胡言亂語或定向感喪失而引起家屬或醫療團隊高度注意，並非「緩慢發生、不容易注意到」，故非本題正解。

第 37 題 [111-2 醫學四 第 70 題]

與譫妄症病人會談時，即使已經問下一個問題，但是病人仍然反覆固著 (perseverate) 回答上一個問題，這種現象反應病人有下列何項認知功能障礙？

- (A) 察覺力 (awareness)
- (B) 轉換注意力 (shift attention)
- (C) 聚焦注意力 (focus attention)
- (D) 維持注意力 (sustain attention)

答案 B

A. 察覺力 (awareness)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：察覺力 (Awareness) 是指對環境與自我狀態的感官認知，與反覆固著回答上一個問題的行為表現無直接因果關係。

B. 轉換注意力 (shift attention)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：反覆固著 (Perseveration) 是譫妄 (Delirium) 常見症狀，病人無法順利從上一個任務切換到下一個任務，反映其轉換注意力 (Shift attention) 的能力受損。

C. 聚焦注意力 (focus attention)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：聚焦注意力 (Focus attention) 是從眾多刺激中選擇特定目標的能力。病人若無法聚焦，表現通常是易分心或無法起始談話，而非固著在舊問題。

D. 維持注意力 (sustain attention)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：維持注意力 (Sustain attention) 是長時間保持警覺並專注於任務的能力 (例如減七測驗)。反覆固著強調的是「切換困難」而非「持久度不足」。

本考點其他考題 (3 題，未收錄)

梯次	題目	主題
113-1	醫學四 Q68	delirium management
113-2	醫學四 Q70	postoperative delirium
114-1	醫學四 Q78	drugs causing delirium in elderly

也考本考點的題目 (15 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
109-1	醫學四 Q62	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
112-1	醫學四 Q69	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
115-1	醫學四 Q65	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
106-1	醫學四 Q71	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
107-1	醫學四 Q69	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
107-2	醫學四 Q71	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
112-1	醫學四 Q67	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
112-1	醫學四 Q76	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
114-1	醫學四 Q70	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
114-2	醫學四 Q70	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
108-1	醫學四 Q52	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)
110-2	醫學四 Q69	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)
112-2	醫學四 Q76	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)
114-2	醫學四 Q76	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)
115-2	醫學四 Q67	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)

老年精神醫學與臨床倫理法律 (Geriatric Psychiatry and Clinical Ethics/Law)

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：108-1、109-2、110-1、110-2、112-1、113-1、113-2、114-1、114-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- **老年自殺特徵：**憂鬱症 (Depression) 是老年自殺死亡者最常見的共病精神疾患 (約佔 60% 至 90%)；老年自殺死亡率男性顯著高於女性；常由失落 (Loss, 如喪偶、退休) 與身體疾病 (Physical illness, 如慢性疼痛) 誘發；其自殺企圖與死亡比例 (Attempt-to-Completion Ratio) 較低，傾向採用激烈且高致死率的手段，展現更強的死亡意願 [108-1、113-1]。
- **醫療決定能力與告知同意：**評估病患對手術利弊與後遺症的理解 (Understanding)、體認 (Appreciation) 及推理 (Reasoning) 能力是心智狀態與醫療決定能力評估 (Capacity assessment) 的核心；告知手術必要性與成功率屬於主治醫師執行告知同意 (Informed consent) 的責任，非精神科照會醫師的職責 [108-1]。
- **自主原則與代理決定：**具行為能力 (Competence) 的成年人有權基於自主原則 (Autonomy) 以清楚的文書證據拒絕維持生命的醫療 (如耶和華見證人信徒拒絕輸血)；但懷孕 36 週孕婦拒絕輸血涉及胎兒生命權、15 歲限制行為能力之未成年人拒絕輸血危及生命時，或父母為 8 歲病童拒絕輸血 (屬醫療疏忽，違反最佳利益原則 Best Interest Standard)，醫師通常不予尊重其拒絕意願，甚至可聲請法院介入強制治療 [108-1]。
- **正常老化生物學變化：**一般智商 (Intelligence Quotient, IQ) 可穩定保留至 80 歲，其中晶體智力 (Crystallized Intelligence) 抗老性高；腦重量生理性減少 10% 至 15%，腦血流量 (Cerebral Blood Flow) 與氧氣消耗量減少，腦室代償性擴大；跨血腦屏障 (Blood-Brain Barrier, BBB) 的運輸或通透性增加，使老年人對中樞神經藥物更敏感；藍斑核 (Locus Coeruleus) 神經元流失且單胺氧化酶 (Monoamine Oxidase, MAO) 活性增加，導致中樞神經系統的正腎上腺素 (Norepinephrine)、多巴胺 (Dopamine) 與血清素 (Serotonin) 濃度實質下降，而非增加 [109-2、112-1]。
- **老年精神疾患與失能：**一般社區及護理之家 (Nursing home) 約有 15% 的老年居民有憂鬱症狀；大於 65 歲的老年人中，關節炎 (Arthritis) 造成的失能 (Disability) 比失智症 (Dementia) 更常見；老年人的精神病症狀 (Psychotic symptoms) 對低劑量抗精神病藥物 (Antipsychotics) 反應良好；妄想症 (Delusional disorder) 好發於 40 至 55 歲，但老年期仍可發生，最常見的症狀為被害妄想 (Persecutory delusion) [110-1]。
- **隱私保密義務與例外：**醫療守密義務非絕對。涉及法定傳染病通報 (如開放性肺結核)、家暴或兒虐、或涉及第三者重大利益 (如警告義務 Tarasoff Rule) 時，醫療人員可依法免除守密義務，但非緊急下揭露前應盡量與病患溝通以取得配合 [110-1]。
- **受損醫師倫理：**當同僚因藥物濫用等因素受損 (Impaired Physician)，且已影響其專業判斷能力並增加病人風險 (Patient Safety) 時，保密義務不再適用，應告知主管以進行介入，此專業素養 (Professionalism) 高於行政忠誠義務 [112-1]。
- **譫妄治療與禁忌：**譫妄 (Delirium) 首要目標是治療潛在病因 (Underlying cause)，若不及時治療致死率高；應盡量避免使用苯二氮平類 (Benzodiazepine, BZD) 藥物以防加重意識混亂，若非用不可 (如酒精戒斷)，應優先使用短效型而非長效型 (如 Diazepam)；低劑量 Haloperidol (好度液) 為短期控制嚴重精神症狀的第一線用藥，但需注意錐體外症候群 (Extrapyramidal Symptoms, EPS) 副作用 [110-2]。
- **安樂死倫理：**撤除維生系統 (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) 屬於被動安樂死 (Passive Euthanasia)；在病人要求下採取主動措施以解除痛苦協助其死亡屬主動安樂死 (Active Euthanasia)，目前爭議仍多；評估安樂死時，必須評估病人的憂鬱症狀，以鑑別其決策能力是否受影響 [113-1]。
- **慮病與睡眠特徵：**慮病症 (Hypochondriasis, 現稱疾病焦慮症 Illness Anxiety Disorder) 發病高峰在 20 至 40 歲，而非 60 歲以上；與呼吸相關的睡眠障礙症 (Breathing-related sleep disorders, 如阻塞性睡眠呼吸中止症) 在老年人中的盛行率顯著高於年輕成年人 [113-1]。
- **譫妄的因子區分：**前置因子 (Predisposing factor, 易感性) 包括年齡大於 65 歲、男性、術前長期使用抗乙醯膽鹼類 (Anticholinergics) 或苯二氮平類藥物；誘發因子 (Precipitating factor, 急性打擊) 包括大手術 (如髖關節手術)、加護病房 (Intensive Care Unit, ICU) 環境 (感官剝奪、晝夜失調) 及尿管留置 [113-2]。

- 引起譫妄的藥物：阿托平（Atropine，強效抗膽鹼藥）、安定文（Lorazepam，苯二氮平類）、配西汀（Meperidine，其代謝物具神經毒性，應避免用於老人）極易誘發譫妄；而 Haloperidol 最不常引起譫妄，反而是一線治療藥物〔114-1〕。
- 失智症急性躁動處置：失智症的行為與心理症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）是照顧者崩潰及急診就醫的主因。急診評估第一步應先確認是否合併譫妄並鑑別潛在身體疾病（如泌尿道感染或電解質不平衡）；對躁動老人實施身體約束與放置導尿管會增加譫妄風險，應避免使用，需優先尋找尿意等潛在原因〔114-2〕。

⚠ 易混與陷阱

比較項目 / 藥物	機轉與臨床角色	老年使用之安全效應與影響
Haloperidol（好度液）	抗精神病藥物，不具抗膽鹼副作用。	治療譫妄嚴重行為症狀的第一線藥物，最不易引起譫妄；需注意 EPS 副作用。
Atropine（阿托平）	強效抗膽鹼藥，極易通過血腦障壁。	易誘發或加重老年人譫妄，屬高風險藥物。
Lorazepam（安定文）	短效苯二氮平類（BZD）藥物。	易導致過度鎮靜與認知障礙，誘發譫妄；但若酒精戒斷引起譫妄非用 BZD 不可時，優於長效型以防藥物蓄積。
Meperidine（配西汀）	鴉片類止痛藥，其代謝物具神經毒性。	極易誘發譫妄與抽搐，在 Beers Criteria 中明列應避免於老人使用。

譫妄因子分類	定義說明	臨床常見實例
前置因子（Predisposing factor）	患者本身長期存在、構成基礎易感性的因子。	年齡大於 65 歲、男性、術前長期使用的藥物（抗乙醯膽鹼藥、BZD）。
誘發因子（Precipitating factor）	急性發生的生理或環境打擊、直接觸發症狀的壓力源。	髖關節手術、加護病房（ICU）環境、尿管留置、急性感染（如泌尿道感染）。

倫理抉擇情境	醫師應尊重病人/家屬意願	醫師應介入治療（不予尊重）
成人信徒拒絕輸血	成年且有行為能力，並有清楚文書證據證明其拒絕意願，即使不輸血會死亡亦應尊重。	無行為能力、無文書證據，或意思表示不明確。
孕婦拒絕輸血	懷孕早期且不危及胎兒。	懷孕 36 週，拒絕輸血將危害具生存能力胎兒之生命權。
未成年人拒絕輸血	一般不適用於涉及生命的重大醫療拒絕。	15 歲未成年人拒絕輸血危及生命（國家監督權介入保護最佳利益）。
家長代病童拒絕輸血	治療非關生死或有其他同等療效之替代方案。	父母為 8 歲病童拒絕必要之輸血（判定為醫療疏忽，強制輸血以救命）。

精選考題 (3/7)

第 38 題 [108-1 醫學四 第 79 題]

「耶和華見證人」(Jehovah's Witnesses) 教派信徒在醫療上堅持不接受輸血。近來基於尊重病人自主的倫理原則，法律與倫理逐漸接受耶和華見證人拒絕輸血的意願，應該予以尊重；下列那一種情形，醫師應該尊重一個表明為耶和華見證人的信徒拒絕輸血的意願？

- (A) 成年且有行為能力的病人情況緊急，如果不輸血的話，病人就會死亡；但有清楚的文書證據，證明病人的確有拒絕輸血的意願
- (B) 病人是懷孕 36 週的婦女拒絕輸血
- (C) 病人是 15 歲的未成年人拒絕輸血
- (D) 父母都是耶和華見證人信徒，為其 8 歲病童拒絕輸血

答案 A

A. 成年且有行為能力的病人情況緊急，如果不輸血的話，病人就會死亡；但有清楚的文書證據，證明病人的確有拒絕輸血的意願
✓ 正確 [P1 夯]

詳解：具有行為能力 (Competence) 且意思表示明確的成年人，基於自主原則 (Autonomy)，有權拒絕維持生命之醫療。若有清楚文書證據證明其意願，即使情況緊急且不輸血會死亡，醫師應予以尊重。

B. 病人是懷孕 36 週的婦女拒絕輸血

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：涉及胎兒生命權與公共利益。法律與倫理上，當產婦拒絕輸血可能危害到具生存能力胎兒 (36 週) 的生命時，醫師的生命維護義務 (Beneficence) 與胎兒利益可能凌駕於母親的自主權。

C. 病人是 15 歲的未成年人拒絕輸血

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：15 歲屬限制行為能力人，尚未成年。醫療決定權通常由法定代理人行使。當未成年人拒絕輸血危及生命時，國家監督權 (Parens Patriae) 介入以保護未成年人最佳利益，醫師通常不予尊重其單方拒絕意願。

D. 父母都是耶和華見證人信徒，為其 8 歲病童拒絕輸血

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：父母代理決定 (Proxy decision-making) 需符合病童最佳利益 (Best Interest Standard)。父母因宗教信仰拒絕為病童輸血危及生命時，屬醫療疏忽，醫師可聲請法院介入並強制輸血以拯救兒童生命。

第 39 題 [112-1 醫學四 第 66 題]

有關正常老化的生理、心理與社會的變化，下列敘述何者最不適當？

- (A) 神經質 (neuroticism) 的特質會隨著年紀變化
- (B) 大腦重量會減少，腦室會變寬
- (C) 到了最老的老年期 (oldest-old)，個性的外向性 (extroversion) 會輕微減弱，隨和性 (agreeableness) 會輕微增加
- (D) 老年人的孤立感增加時，會增加罹患憂鬱的風險

答案 A

A. 神經質 (neuroticism) 的特質會隨著年紀變化

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：人格特質如 Neuroticism (神經質) 在正常老化過程中具有高度穩定性 (Stability)。根據長向研究 (如 BLSA)，人格五大模型在成人期後相對恆定，不會隨年紀發生顯著的生理性變化，故敘述「會變化」最不適當。

B. 大腦重量會減少，腦室會變寬

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：正常生理老化包含大腦實質萎縮導致大腦重量減少，以及代償性的 Ventriculomegaly (腦室擴大)。這是影像學上區分正常老化與病理性神經退化 (如失智症) 的基礎生理觀察。

C. 到了最老的老年期 (oldest-old)，個性的外向性 (extroversion) 會輕微減弱，隨和性 (agreeableness) 會輕微增加

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：雖然人格大體穩定，但在極高齡的 oldest-old（最老的老年期）階段，Extroversion（外向性）常因生理受限與社交收縮而微降，Agreeableness（隨和性）則因性格圓融而微增，此為特定的適應性變化。

D. 老年人的孤立感增加時，會增加罹患憂鬱的風險

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：社會因素如 Isolation（孤立感）增加與社交網絡縮減，是誘發 Late-life depression（老年憂鬱症）的重要社會心理風險因子。維持社交連結與社會參與被視為高齡心理健康的重要保護機制。

第 40 題 [113-1 醫學四 第 63 題]

有關安樂死（euthanasia）的敘述，下列何者最不適當？

- (A) 撤除病人維生系統是被動式安樂死之一
- (B) 在病人要求下，以解除痛苦措施協助病人安樂死，屬被動式方法之一
- (C) 主動式安樂死爭議仍多
- (D) 憂鬱症是評估安樂死問題的重要項目

答案 B

A. 撤除病人維生系統是被動式安樂死之一

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：撤除病人維生系統（Withdrawing Life-Sustaining Treatment）屬於被動安樂死（Passive Euthanasia），在許多國家法律架構下是被允許的醫療常規。

B. 在病人要求下，以解除痛苦措施協助病人安樂死，屬被動式方法之一

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：在病人要求下，採取「主動措施」解除痛苦以協助其死亡屬主動安樂死（Active Euthanasia），而非被動方法。被動安樂死僅限於「停止」或「不給予」維生設備。

C. 主動式安樂死爭議仍多

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：主動安樂死涉及刻意投藥以終止生命，在法律、倫理、醫學專業規範上仍存在極大爭議，僅少數國家（如荷蘭、比利時）合法化。

D. 憂鬱症是評估安樂死問題的重要項目

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：憂鬱症（Depression）可能影響病人的決策能力與意願，評估安樂死申請時，必須仔細鑑別是否受情感性疾患影響，是倫理審查的核心項目。

本考點其他考題（4 題，未收錄）

梯次	題目	主題
108-1	醫學四 Q64	elderly suicide
108-1	醫學四 Q68	consultation-liaison capacity assessment
109-2	醫學四 Q66	normal aging biological changes
110-1	醫學四 Q80	confidentiality privacy

也考本考點的題目（7 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
110-1	醫學四 Q67	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
113-1	醫學四 Q67	精神科・精神官能症・身體症狀及相關障礙症 (Somatic Symptom and Related Disorders)
112-1	醫學四 Q80	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・其他物質相關及一般性精神活性物質障礙 (Other Substance-Related and General Psychoactive Substance Disorders)
114-2	醫學四 Q76	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・主要神經認知障礙總論與評估 (Major Neurocognitive Disorders Overview and Evaluation)
110-2	醫學四 Q62	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・譫妄 (Delirium)
113-2	醫學四 Q70	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・譫妄 (Delirium)
114-1	醫學四 Q78	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・譫妄 (Delirium)

系統性疾病之精神表徵 (Psychiatric Manifestations of Systemic Diseases)

★★ 穩定考點 考過 8/20 梯次：106-1、107-2、108-2、110-1、111-1、112-2、114-2、115-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- **甲狀腺亢進 (Hyperthyroidism) 精神表徵**：可引發心理動作激越 (Psychomotor agitation)，臨床表現如說話滔滔不絕、意念飛躍與情緒激躁，與躁症 (Mania) 表現相似；亦常伴隨憂鬱情緒。嚴重時可能進展為甲狀腺風暴 (Thyroid storm) 或甲狀腺中毒性精神病 (Thyrotoxic psychosis)，產生視幻覺、被害意念及譫妄 (Delirium)。〔106-1、107-2〕
- **甲狀腺功能與認知障礙**：不論亢進或低下均可引起認知功能缺損 (Cognitive impairment)；老年人甲狀腺亢進可能以「淡漠型甲狀腺亢進 (Apathetic hyperthyroidism)」表現，出現顯著憂鬱、冷漠與類失智之認知退化。〔106-1、107-2、108-2〕
- **恐慌症 (Panic disorder) 鑑別診斷**：甲狀腺亢進所致之心跳加速、顫抖、冒汗與恐慌發作 (Panic attack) 極相似，是診斷恐慌症前必須排除的重要生理疾患。〔107-2〕
- **頭部受傷 (Head trauma) 與精神症狀**：傷後精神與認知症狀多在一年內改善，若超過 6 至 12 個月仍未改善則易慢性化。常見注意力不集中、記憶變差、學習新資訊困難等認知功能障礙，行為問題則以與額葉 (Frontal lobe) 受損相關的人格改變 (Personality change)、易怒、攻擊性 (Aggression) 及憂鬱為主。〔107-2〕
- **脆弱腦部與低低下患者之用藥原則**：頭部受傷與甲狀腺功能低下 (Hypothyroidism) 患者對精神科藥物極敏感且代謝較慢，投藥必須遵循「低初始劑量、緩慢調增」原則 (Low and slow)，以防嚴重的藥物副作用或誘發黏液性水腫昏迷。〔107-2、108-2〕
- **甲狀腺低下與難治型憂鬱症 (Treatment-refractory depression)**：甲狀腺低下常伴隨記憶減退、反應遲緩，嚴重時表現為黏液性水腫狂亂 (Myxedema madness)，是临床上可逆性失智症 (Reversible dementia) 的重要篩檢項目。亞臨床甲狀腺低下常為難治型憂鬱症的潛在病因，臨床常用三碘甲狀腺素 (Liothyronine, T3) 作為增益療法 (Augmentation)。〔108-2〕
- **糖尿病 (Diabetes mellitus, DM) 與憂鬱共病**：長期服用部分第二代抗精神病藥物 (Second-generation antipsychotics, SGA) (如 Clozapine、Olanzapine) 可能引發糖尿病。糖尿病共病之憂鬱症其致病機轉包含下視

- 丘-垂體-腎上腺軸 (Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA axis) 亢進及發炎反應，治療時需考量藥物對血糖與代謝之影響，與無生理共病的憂鬱症原則不同。〔108-2〕
- **壓力與低血糖反應**：壓力 (Stress) 會使皮質醇 (Cortisol) 升高以拮抗胰島素，且高壓引發的情感性進食 (Emotional eating) 會惡化血糖控制。低血糖 (Hypoglycemia) 則會引起自律神經興奮症狀 (焦慮、顫抖) 及中樞神經缺糖症狀 (Neuroglycopenic symptoms) (如意識混亂、行為改變)。〔108-2〕
 - **器官移植術後精神併發症**：身體穩定個案在術後易出現適應障礙症 (Adjustment disorder) (最常見)、重鬱症 (Major depressive disorder, MDD) 及創傷後壓力症 (Posttraumatic stress disorder, PTSD)；原發性的妄想症 (Delusional disorder) 極罕見，若出現妄想多為藥物誘發之譫妄或情緒障礙。〔110-1〕
 - **愛滋病 (AIDS) 精神表徵與病程**：人類免疫缺乏病毒 (Human immunodeficiency virus, HIV) 感染初期約 30% 會出現發熱、淋巴結腫大等類流感症候群 (Flu-like syndrome)，共用針頭為主要傳播媒介。HIV 相關之精神病症 (Psychosis) 與愛滋相關失智症 (HIV-associated dementia) 均為後期 (AIDS 階段，病毒侵犯中樞神經系統) 之表現，非前、中期。失智症狀出現後若未接受高效能抗愛滋病毒治療 (Highly active antiretroviral therapy, HAART，即雞尾酒療法)，預後極差，約 50 至 75% 患者在半年內死亡。〔111-1〕
 - **物質與藥物引發之精神病症 (Substance/Medication-induced psychotic disorder)**：定義上患者的現實感 (Reality testing) 必然受損 (若現實感佳則不符合診斷)，妄想以被害妄想 (Persecutory delusion) 最常見。古柯鹼 (Cocaine) 中毒特徵為觸幻覺 (Tactile hallucination) (如皮膚上有昆蟲爬行之蟻走感 (Formication))；顳葉癲癇 (Temporal lobe epilepsy) 波及鉤回 (Uncus) 時則易產生嗅幻覺 (Olfactory hallucination) (鉤回發作)。〔112-2〕
 - **慢性阻塞性肺病 (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 與焦慮恐慌**：COPD 患者共病焦慮與恐慌症機率高，其恐慌症盛行率 (約 10 至 20%) 遠高於一般人群 (約 2 至 3%)，源自呼吸困難 (Dyspnea) 窒息感與焦慮的惡性循環。此外，若 β -2 受體促效劑 (Beta-2 agonists) 過量，會引發焦慮、顫抖等類似焦慮症狀 (註：114-2 考題選項原文寫作 α -2 agonists 且被官方視為正確敘述，藥理上 α -2 促效劑過量主要為中樞抑制，疑為 β -2 之筆誤；作答以歷屆考題答案為準)。〔114-2〕
 - **照會聯商精神醫學 (Consultation-Liaison Psychiatry) 之核心理念與身體共病**：照會聯商精神醫學核心理念為精神疾患可影響內科疾病之預後、遵藥性及醫療資源利用；綜合醫院住院患者憂鬱疾患盛行率高於社區與基層診所民眾；憂鬱症同時是冠狀動脈心臟病 (Coronary Artery Disease) 之危險因子與不良預後因子。罹患身體疾病之患者，其自殺企圖之主要危險因子為男性、高齡及嚴重疼痛或預後不良疾病，並非女性或未滿 40 歲。〔115-2〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	狀態 / 疾病 / 藥物 A	狀態 / 疾病 / 藥物 B	臨床鑑別與考點陷阱
甲狀腺功能異常	甲狀腺亢進	甲狀腺低下	兩者皆有認知障礙。亢進者說話滔滔不絕、情緒急躁（似躁症），重者可致幻覺、被害意念；低下者常記憶減退、反應遲緩，重者表現為粘液性水腫狂亂。
用藥劑量調整	一般軀體健康之精神患者	頭部受傷 / 甲狀腺低下患者	一般患者可依常規劑量調整；腦傷與甲低下患者因對藥物敏感、代謝慢，必須「Low and slow」，不可一開始給予高劑量。
憂鬱症病因機轉	單純重鬱症	糖尿病共病之憂鬱症	單純憂鬱症依標準常規治療；共病者涉及 HPA 軸亢進與發炎反應，且須避免使用易致代謝症候群之第二代抗精神病藥物（如 Clozapine、Olanzapine）。
愛滋病病程症狀	HIV 感染前、中期	後期 (AIDS 階段)	前中期以類流感症候群為主；精神病症與愛滋相關失智症皆為後期表現，一旦出現失智，若未用 HAART 治療，半年內死亡率高達 50 至 75%。
特徵幻覺病因	古柯鹼中毒	顳葉癲癇發作	古柯鹼中毒典型為觸幻覺（如昆蟲爬行之蟻走感）；顳葉癲癇若波及鉤回，則產生嗅幻覺（鉤回發作）。
COPD 藥物過量	β -2 受體促效劑過量	α -2 受體促效劑過量	β -2 受體促效劑過量會引起焦慮、顫抖等精神症狀； α -2 受體促效劑過量主要為中樞抑制（國考常在此處設計藥物機制名稱的筆誤陷阱）。
身體疾病患者自殺企圖危險因子〔115-2〕	男性、高齡、嚴重疼痛或預後不良疾病	女性、未滿 40 歲	常見誤植為女性、未滿 40 歲為危險因子，實則相反。

精選考題 (3/6)

第 41 題 [107-2 醫學四 第 61 題]

有關甲狀腺亢進與精神疾病的關聯性，下列何者正確？

- (A) 甲狀腺亢進可能引發情緒急躁、意念飛躍等躁症症狀，但不致於引起憂鬱情緒
- (B) 甲狀腺亢進不致於出現幻覺或被害意念之精神病症狀
- (C) 甲狀腺亢進與甲狀腺低下均可能引起認知障礙
- (D) 甲狀腺亢進會引起心跳加速，但不列入恐慌症之鑑別診斷

答案 C

A. 甲狀腺亢進可能引發情緒急躁、意念飛躍等躁症症狀，但不致於引起憂鬱情緒

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：甲狀腺亢進（Hyperthyroidism）除急躁與意念飛躍（Flight of ideas）等躁症症狀外，亦常伴隨憂鬱情緒，特別在老年人可能以「冷漠型甲狀腺亢進（Apathetic hyperthyroidism）」表現，包含顯著憂鬱與認知功能下降。

B. 甲狀腺亢進不致於出現幻覺或被害意念之精神病症狀

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：嚴重的甲狀腺亢進可引發「甲狀腺中毒性精神病（Thyrotoxic psychosis）」，臨床上可能出現幻覺（Hallucinations）、被害意念（Persecutory ideation）等精神病症狀，並非不致於出現。

C. 甲狀腺亢進與甲狀腺低下均可能引起認知障礙

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：甲狀腺功能異常（Thyroid dysfunction）不論亢進或低下均會影響中樞神經。低下常導致反應遲緩、類失智表現；亢進則可能因過度警覺、注意力分散、譫妄或代謝腦病變導致認知障礙。

D. 甲狀腺亢進會引起心跳加速，但不列入恐慌症之鑑別診斷

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：甲狀腺亢進引起的心跳加速、顫抖、冒汗與恐慌發作（Panic attack）極其相似。根據 DSM-5 診斷標準，必須先排除甲狀腺功能亢進等生理疾患，故其為恐慌症（Panic disorder）最重要的鑑別診斷。

第 42 題 [115-2 醫學四 第 63 題]

下列關於照會聯商精神醫學（consultation-liaison psychiatry）之敘述，何者最不適當？

- (A) 照會聯商精神醫學認為精神疾患可影響內科疾病的預後
- (B) 綜合醫院住院患者憂鬱疾患的盛行率高於社區與基層診所民眾
- (C) 憂鬱同時是冠狀動脈心臟病（coronary artery disease）的危險因子與不良預後因子
- (D) 罹患身體疾病患者，女性、未滿 40 歲等是自殺企圖的危險因子

答案 D

A. 照會聯商精神醫學認為精神疾患可影響內科疾病的預後

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：C-L Psychiatry（Consultation-Liaison Psychiatry，照會聯商精神醫學）核心理念為研究精神疾病對身體疾病預後、遵藥性及醫療資源利用之影響，敘述適當。

B. 綜合醫院住院患者憂鬱疾患的盛行率高於社區與基層診所民眾

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：綜合醫院住院患者因生理疾病壓力與失能，MDD（Major Depressive Disorder，重鬱症）盛行率約 10-30%，顯著高於社區與基層診所，敘述適當。

C. 憂鬱同時是冠狀動脈心臟病（coronary artery disease）的危險因子與不良預後因子

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Depression（憂鬱症）已被證實為 CAD（Coronary Artery Disease，冠狀動脈心臟病）之獨立發病危險因子與死亡率不良預後因子，敘述適當。

D. 罹患身體疾病患者，女性、未滿 40 歲等是自殺企圖的危險因子

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：罹患身體疾病患者中，Suicide（自殺）企圖與完成率之主要危險因子為男性（Male）、高齡（老年人）、嚴重疼痛或預後不良疾病；「女性、未滿 40 歲」不符實情，故最不適當。

第 43 題 [111-1 醫學四 第 68 題]

有關後天免疫不全症候群（AIDS，簡稱愛滋病）之敘述，下列何者錯誤？

- (A) 一般被愛滋病毒（HIV）感染初期不會有任何症狀，但約有 30% 個案在被感染後會出現類流感症候群（flulike syndrome）
- (B) 愛滋病患者若出現失智症狀是一預後不良的跡象，約有 50~75% 病患在出現失智症狀半年內死亡
- (C) 物質使用之共用針頭行為是愛滋病毒（HIV）傳播的主要媒介
- (D) 患者通常發生在感染愛滋病毒（HIV）的前、中期階段就出現精神病症狀，可使用抗精神病藥物治療

答案 D

A. 一般被愛滋病毒（HIV）感染初期不會有任何症狀，但約有 30% 個案在被感染後會出現類流感症候群（flulike syndrome）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：HIV 感染初期約 30-50% 患者會出現急性感染症狀，表現類似 Flu-like syndrome（流感樣症候群），如發燒、喉嚨痛、淋巴結腫大，此敘述正確。

B. 愛滋病患者若出現失智症狀是一預後不良的跡象，約有 50~75% 病患在出現失智症狀半年內死亡

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：HIV-associated dementia（愛滋相關失智症）通常出現在 CD4 數值極低時，為晚期（AIDS）表現。一旦出現失智症狀，若未接受高效能抗愛滋病毒藥物治療（HAART），預後極差，半年內死亡率高。

C. 物質使用之共用針頭行為是愛滋病毒（HIV）傳播的主要媒介

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：共用針頭（Sharing needles）是 HIV 血液傳播的主要途徑之一，特別是在物質使用障礙（Intravenous Drug Users, IDUs）族群中，其傳播效率極高，此敘述正確。

D. 患者通常發生在感染愛滋病毒（HIV）的前、中期階段就出現精神病症狀，可使用抗精神病藥物治療

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：HIV 引起的 Psychosis（精神病症狀）通常出現在感染後期（AIDS 階段），代表病毒侵犯中樞神經系統或伺機性感染。選項稱發生在前、中期並不符合臨床特徵。治療上確實可用低劑量抗精神病藥，但發病階段描述錯誤。

本考點其他考題（3 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q64	hyperthyroidism and psychiatry
107-2	醫學四 Q69	head trauma psychiatric sequelae
110-1	醫學四 Q63	post transplant psychiatric complication

也考本考點的題目（4 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
108-2	醫學四 Q60	精神科・精神官能症・重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）
108-2	醫學四 Q62	精神科・精神官能症・重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）
114-2	醫學四 Q62	精神科・精神官能症・焦慮障礙症（Anxiety Disorders）
112-2	醫學四 Q60	精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症），興奮劑相關障礙（Stimulant-Related Disorders）

精神科・兒童期之精神疾患

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

注意力不足過動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、107-2、109-1、110-2、111-2、112-1、113-1、113-2、115-1、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十四、兒童青少年精神醫學

14.1 注意力不足過動症 (ADHD)

- 12 歲前出現症狀，持續 ≥ 6 個月，症狀須在兩個以上情境出現（如學校 + 家庭）
- 三大核心症狀：注意力不集中 (inattention)、過動 (hyperactivity)、衝動 (impulsivity)
- 三種表現型：predominantly inattentive、predominantly hyperactive-impulsive、combined
- 成人後過動症狀通常明顯改善，但注意力不集中和衝動可能持續
- 治療：
 - Stimulants (中樞神經興奮劑) 為首選：
 - Methylphenidate (Ritalin)：最常用；阻斷 DA 和 NE 再回收
 - Amphetamine salts (Adderall)：促進 DA 和 NE 釋放
 - 非興奮劑 (second-line)：
 - Atomoxetine：norepinephrine reuptake inhibition
 - Guanfacine / Clonidine： α_2 -agonist
 - 興奮劑副作用：食慾下降（最常見）、失眠、生長遲緩、心悸過速/高血壓

★ 國考重點 (本站講義)

- Atomoxetine [112-1、113-2]
- α_2 -受體促效劑 [112-1]

⚠ 易混與陷阱

比較項目 / 藥物	分類與機轉	臨床特點與適應症	關鍵副作用與監測
Methylphenidate (利他能/專思達/利長能)	中樞神經興奮劑；抑制多巴胺與正腎上腺素再吸收	台灣唯一核准的興奮劑，為 ADHD 一線首選藥物；可能會誘發或加重妥瑞氏症的抽動症狀。	最常見食慾不振、失眠；用藥前需常規測量血壓、心跳、身高與體重，以評估生長發育，不需測血糖。
Atomoxetine (思銳)	非中樞神經興奮劑；選擇性正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI)	屬於非興奮劑。療效與成癮風險皆低於興奮劑。	不具興奮劑的高成癮風險，但療效並非最優。
Clonidine (克癩律)	非中樞神經興奮劑； α_2 -受體促效劑 (α_2 -agonists)	常用於治療合併抽搦症 (Tic Disorders) 的 ADHD 個案，可同時改善兩者症狀。	無惡化抽搦症之疑慮。

相關共病與鑑別診斷	診斷年齡標準限制	與 ADHD 的共病關係與處理	臨床關鍵考點
妥瑞氏症 (Tourette's Disorder)	症狀須於 18 歲 前發生；通常 4-6 歲發病，10-12 歲最嚴重。	約 50-60% 的患者合併 ADHD；約 30-40% 合併強迫症 (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD)。	需具備多重動作抽搐及至少一種發聲抽搐。治療首選為多巴胺拮抗劑 (Dopamine Antagonists)，若使用興奮劑會惡化症狀。涉及蒼白球 (Globus Pallidus)、殼核 (Putamen)、尾核 (Caudate Nucleus) 及前額葉 (Prefrontal Cortex) 等腦區。
侵擾性情緒失調症 (DMDD)	初發年齡 6-18 歲，且症狀起始必須在 10 歲 前。18 歲後初診不適用。	若同時符合兩者診斷標準，應 同時 給予兩項診斷，不應避免並存。	特徵為嚴重、不適切且反覆的脾氣爆發（平均每週 3 次或以上，至少在兩個環境中）。若生理特徵似雙極情緒障礙症 (Bipolar Disorder)，首選情緒穩定劑 (Mood Stabilizers) 或非典型抗精神病劑 (Atypical Antipsychotics)。
特定學習障礙症 (Specific Learning Disorders)	無特別限制	常高度共病，兩診斷可 同時成立 ，非互斥關係。	臨床診斷時需與 ADHD 進行鑑別。

精選考題 (3/9)

第 1 題 [115-1 醫學四 第 71 題]

有關侵擾性情緒失調症 (disruptive mood dysregulation disorder) 的敘述，下列何者最不適當？

- (A) 是 DSM-5 新納入的診斷，特徵是嚴重，不適切的，且反覆的脾氣爆發至少 1 週 3 次以上
- (B) 侵擾性情緒失調症需與注意力不足 / 過動症 (ADHD) 鑑別診斷，應避免將此兩診斷並存
- (C) 18 歲以上初次就診的病患不適用此診斷
- (D) 如果病患的疾病生理與特徵很類似雙極情緒障礙症 (bipolar disorder)，藥物治療的首選是非典型抗精神病劑 (atypical antipsychotic agents) 或情緒穩定劑 (mood stabilizers)

答案 B

A. 是 DSM-5 新納入的診斷，特徵是嚴重，不適切的，且反覆的脾氣爆發至少 1 週 3 次以上

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder) 為 DSM-5 新納入診斷，其核心特徵為嚴重且反覆的脾氣爆發，標準規定頻率為平均每週 3 次或以上，且發生在至少兩個環境中。

B. 侵擾性情緒失調症需與注意力不足 / 過動症 (ADHD) 鑑別診斷，應避免將此兩診斷並存

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：DSM-5 規定 DMDD 與 ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) 具有高度共病性，若病患同時符合兩者的診斷標準，應「同時給予」兩項診斷，而非避免並存。

C. 18 歲以上初次就診的病患不適用此診斷

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DMDD 診斷初發年齡應在 6 至 18 歲之間，且症狀起始必須在 10 歲之前。因此對於 18 歲以後才初次就診的病患，不應給予 DMDD 之診斷。

D. 如果病患的疾病生理與特徵很類似雙極情緒障礙症 (bipolar disorder)，藥物治療的首選是非典型抗精神病劑 (atypical antipsychotic agents) 或情緒穩定劑 (mood stabilizers)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：針對激越行為嚴重或臨床特徵與 Bipolar Disorder (雙極情緒障礙症) 高度相似的患者，非典型抗精神病劑或情緒穩定劑是臨床上用於控制嚴重情緒不穩的藥物選項之一。

第 2 題〔113-2 醫學四 第 72 題〕

有關注意力不足 / 過動症 (ADHD) 的治療，下列敘述何者最適當？

- (A) 心理治療是第一線的治療方式
- (B) methylphenidate 是臺灣唯一核准治療 ADHD 的中樞神經興奮劑 (stimulant)
- (C) 治療 ADHD 的藥物 atomoxetine 是新一代的中樞神經興奮劑 (stimulant)
- (D) 根據美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration) 的規定，病人必須滿 3 歲以上才能服用 methylphenidate

答案 B**A. 心理治療是第一線的治療方式**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：藥物治療 (Pharmacotherapy) 是學齡兒童及青少年 ADHD 的第一線治療。心理治療或行為治療在學齡前兒童 (<6 歲) 為首選，但在大齡兒童多作為輔助治療。

B. methylphenidate 是臺灣唯一核准治療 ADHD 的中樞神經興奮劑 (stimulant)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：在台灣，Methylphenidate (利他能/專思達/利長能) 是目前唯一核准的中樞神經興奮劑 (Stimulant)。安非他命類藥物 (Amphetamines) 在台尚未核准。

C. 治療 ADHD 的藥物 atomoxetine 是新一代的中樞神經興奮劑 (stimulant)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Atomoxetine (思銳/Strattera) 機轉為選擇性正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI)，屬於非中樞神經興奮劑 (Non-stimulant)，而非興奮劑。

D. 根據美國食品藥物管理局 (Food and Drug Administration) 的規定，病人必須滿 3 歲以上才能服用 methylphenidate

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：美國食品藥物管理局 (FDA) 核准 Methylphenidate 用於 6 歲及以上的患者。對於 3-5 歲幼兒，通常優先建議行為治療而非藥物。

第 3 題〔109-1 醫學四 第 69 題〕

對於注意力缺損 / 過動症的診斷標準，下列何者錯誤？

- (A) 至少有部分過動、衝動難控制、注意力不集中的症狀在 7 歲之前即已出現
- (B) 只要有部分症狀在一個情境中出現就算
- (C) 症狀必須造成明顯的社交、學業或工作功能的損害
- (D) 必須和廣泛性發展障礙 (pervasive developmental disorder)、思覺失調症 (schizophrenia)、其他精神病態、情緒疾患、焦慮症、解離症、人格疾患作區辨

答案 A、B

▣ 考選部給分附註：*第 69 題答 A、B 給分。

A. 至少有部分過動、衝動難控制、注意力不集中的症狀在 7 歲之前即已出現

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本題為考選部送分更正題，公告「A、B 均給分」，作答本選項予以計分；且本選項確為「錯誤敘述」，與題幹「下列何者錯誤」相符。根據現行 DSM-5 (精神疾病診斷與統計手冊第五版) 標準，注意力缺損 / 過動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) 的發病年齡準則已放寬，要求在 12 歲之前即出現數種過動－衝動或注意力不集中的症狀，而非舊版 DSM-IV 所規定的 7 歲。本選項仍採用舊版 7 歲標準，故在現行診斷準則下為錯誤敘述，是本題正解之一。

B. 只要有部分症狀在一個情境中出現就算

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本題為考選部送分更正題，公告「A、B 均給分」，作答本選項予以計分；且本選項亦為「錯誤敘述」，與題幹「下列何者錯誤」相符。診斷 ADHD 強調症狀的 Cross-situational consistency (跨情境一致性)，DSM-5 明確要求數種症狀必須在兩個

或更多的情境（如學校、家裡、工作場所）中出現。本選項「只要有部分症狀在一個情境中出現就算」僅以單一情境為條件，與跨情境要求不符，故為錯誤敘述，是本題正解之一。

C. 症狀必須造成明顯的社交、學業或工作功能的損害

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案，因為本敘述本身正確、並非題幹所問的「錯誤」敘述。精神疾病的診斷不只描述行為，核心在於其造成的 Functional impairment (功能損害)。DSM-5 明確規定 ADHD 症狀必須對個人的 Social (社交)、Academic (學業) 或 Occupational (職業) 功能產生明顯且負面的影響；若未達功能受損程度，僅視為個體差異而不符合診斷標準。本敘述符合現行準則，故非本題正解。

D. 必須和廣泛性發展障礙 (pervasive developmental disorder)、思覺失調症 (schizophrenia)、其他精神病態、情緒疾患、焦慮症、解離症、人格疾患作區辨

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項並非送分採計的答案，因為本敘述本身正確、並非題幹所問的「錯誤」敘述。鑑別診斷 (Differential diagnosis) 是 ADHD 診斷過程中的必要步驟，臨床醫師須排除症狀是由 Schizophrenia (思覺失調症) 或其他 Psychosis (精神病態) 所引起，且症狀不能單純以情緒疾患、焦慮症、解離症或人格疾患來解釋。雖然 DSM-5 已允許 ADHD 與自閉症共存，但與舊稱之 Pervasive developmental disorder (廣泛性發展障礙) 或其他發展性障礙進行區辨仍屬標準診斷程序。本敘述符合現行準則，故非本題正解。

給分說明：※第 69 題答 A、B 給分。

本考點其他考題 (6 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q73	methylphenidate side effects
107-2	醫學四 Q73	ADHD stimulant baseline workup
112-1	醫學四 Q70	ADHD treatment
113-1	醫學四 Q72	adhd cns stimulants
115-1	醫學四 Q72	ADHD
115-2	醫學四 Q71	ADHD course and prognosis

也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
110-2	醫學四 Q72	精神科・精神官能症，強迫症及相關障礙症 (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)
111-2	醫學四 Q72	精神科・精神官能症，強迫症及相關障礙症 (Obsessive-Compulsive and Related Disorders)

自閉症類群障礙症 (Autism Spectrum Disorder)

★★ 穩定考點 考過 6/20 梯次：109-2、110-2、111-2、113-1、113-2、114-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十四、兒童青少年精神醫學

14.2 自閉症類群障礙 (Autism Spectrum Disorder, ASD)

・兩大核心：

1. 社交溝通與社交互動缺損：非語言溝通困難、缺乏社交互惠、無法建立/維持關係
 2. 侷限且重複的行為/興趣：stereotyped movements、固著行為、感覺過度或不足反應
- ・症狀必須在發展早期出現（但可能到社交需求超過能力時才明顯）
 - ・可能合併智能不足或語言障礙
 - ・治療：

- 早期行為介入 (ABA : Applied Behavior Analysis) 最有效
- 語言/職能/社交技巧訓練
- 藥物：針對合併症狀 (irritability → **Risperidone / Aripiprazole** ; ADHD 症狀 → 興奮劑或 guanfacine)

★ 國考重點 (本站講義)

- 自閉性思考 (Autistic thinking) 的本質 [109-2]
- **DSM-5 診斷範疇的整併** [110-2]
- 症狀出現與診斷時機 [110-2]
- 流行病學與遺傳風險 [111-2]
- 多基因遺傳機制 [111-2]
- 不平衡的認知與心智特徵 [113-1]
- 依附行為與陌生人反應 [113-1]
- 智能不足與共病比例 [110-2、113-2]
- 藥物與社會心理治療定位 [109-2、114-1]
- 臨床藥物療效與限制 [114-1]

⚠ 易混與陷阱

比較項目	易混淆點與臨床事實	考題鑑別點
感覺統合治療 (SIT) vs. 認知行為治療 (CBT)	SIT 僅針對感官調節，對社交情緒相互性等核心症狀無顯著療效；CBT 則對高功能患者的焦慮、憂鬱、強迫等共病有實證療效。	SIT 不可用於治療核心症狀。[109-2]
抗精神病藥物 vs. 中樞神經刺激劑	Risperidone (或 Aripiprazole) 用於改善自閉症的躁動行為； Methylphenidate 治療合併的過動症狀，但其反應率較一般 ADHD 孩童低且易有躁動副作用。	藥物皆無法改善核心症狀；營養補充品對溝通行為無證實療效。[114-1]
男女流行病學差異	男性盛行率為女性的 3 到 4 倍 ；但確診患者中， 女性合併智能不足 (ID) 的比例與嚴重度通常較男性更高 。	男女盛行率非 1:1，女性患者 ID 風險高。[111-2]
認知功能強弱表現	視覺空間能力 (如積木設計) 通常顯著優於口語理解能力； 心智理論 (ToM) 功能則有顯著缺損 (導致社交互動障礙)。	認知表現不平衡 (Spiky profile)；ToM 缺損是核心。[113-1]
智能不足 (ID) 的合併率	過去認為高達 75% 或 80% 合併 ID，實際研究顯示僅 30% 至 40% ；其中約有 30% 屬於輕度至中度障礙。	診斷普及使輕症增加，ID 比例並非絕大多數。[110-2、113-2]

精選考題 (3/5)

第 4 題 [110-2 醫學四 第 71 題]

有關自閉症類群障礙症 (autism spectrum disorder, ASD)，下列敘述何者正確？

- (A) 根據 DSM-5 診斷準則，ASD 的症狀分成三大範圍 (domains)，包括社交溝通障礙、侷限與重複行為和語言發展障礙
- (B) ASD 的症狀一般在四歲左右出現
- (C) ASD 患者若智力功能正常，而且語言功能只有輕度障礙，則可能到兒童中期 (middle childhood) 才會被發現
- (D) 符合 DSM-5 的 ASD 診斷準則的患者，有四分之三同時合併有輕度智能不足 (mild intellectual disability)

答案 C

A. 根據 DSM-5 診斷準則，ASD 的症狀分成三大範圍 (domains)，包括社交溝通障礙、侷限與重複行為和語言發展障礙
× 錯誤 [P1 旁]

詳解：DSM-5 將 ASD 診斷準則由三大領域整合為兩大範疇：(1) 社交溝通與社會互動障礙；(2) 侷限與重複的行為、興趣或活動。語言發展障礙不再是獨立診斷範疇，而是作為臨床規格說明。

B. ASD 的症狀一般在四歲左右出現

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：ASD 症狀通常在發育早期（早期童年，Early childhood）就會出現。雖然隨著社交需求增加可能才完全顯現，但核心缺陷在 12 至 24 個月大時即可由臨床觀察發現。

C. ASD 患者若智力功能正常，而且語言功能只有輕度障礙，則可能到兒童中期（middle childhood）才會被發現

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：高功能的 ASD 患者（智力與語言功能相對保存者），在嬰幼兒期可能透過補償機制掩蓋，直到兒童中期社交互動趨於複雜，其社交缺陷與侷限行為才變得明顯而被診斷。

D. 符合 DSM-5 的 ASD 診斷準則的患者，有四分之三同時合併有輕度智能不足（mild intellectual disability）

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：根據 CDC 統計，ASD 合併智能不足 (Intellectual Disability, ID) 的比例約為 30-40%，而非 75%；且並非皆為輕度 (Mild)，分布涵蓋各級程度。

第 5 題 [113-1 醫學四 第 71 題]

有關自閉症類群障礙症（autism spectrum disorder）的症狀，下列敘述何者最適當？

- (A) 患者社交發展的主要特徵是完全缺乏依附行為（absent attachment behavior）
- (B) 與同年齡孩童相比，患者面對陌生人時的反應會更為顯著不安
- (C) 認知功能上，患者的視覺空間（visual-spatial）能力會優於口語理解（verbal reasoning）能力
- (D) 患者雖然有社交功能障礙，但與同年齡孩童相比，其心智理論（theory of mind）功能並無缺損

答案 C

A. 患者社交發展的主要特徵是完全缺乏依附行為（absent attachment behavior）

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：ASD (Autism Spectrum Disorder) 患者並非完全缺乏 Attachment behavior（依附行為），而是依附表現形式較不尋常。大多數患者仍能與照顧者建立關係，核心問題在於缺乏 Social reciprocity（社交互惠性）。

B. 與同年齡孩童相比，患者面對陌生人時的反應會更為顯著不安

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：ASD 患者面對陌生人時常表現為社交反應冷淡或缺乏社交動機，而非比一般孩童更顯著的不安。其障礙在於 Socio-emotional reciprocity（社交情緒互惠）的缺損，導致社交互動品質下降。

C. 認知功能上，患者的視覺空間（visual-spatial）能力會優於口語理解（verbal reasoning）能力

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：ASD 患者常呈現 Spiky profile（不平衡的認知表現），其 Visual-spatial（視覺空間）處理能力（如積木設計）通常顯著優於 Verbal reasoning（口語理解）能力，這是其典型的認知特徵之一。

D. 患者雖然有社交功能障礙，但與同年齡孩童相比，其心智理論（theory of mind）功能並無缺損

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Theory of Mind（心智理論）功能的缺損是 ASD 的核心認知特徵。患者在理解他人的意圖、信念及情緒（Mentalizing）方面有顯著困難，這也是造成社交障礙的主因。

第 6 題 [111-2 醫學四 第 71 題]

有關自閉症類群障礙症（autism spectrum disorder，ASD），下列敘述何者正確？

- (A) ASD 盛行率男女的比例相當
- (B) 臨床病患中，女生比男生更常出現智能不足（intellectual disability）
- (C) ASD 主要是單基因突變所導致的疾病
- (D) 與一般族群相比，此症的手足罹患其他發展障礙症的比例並未較高

答案 B

A. ASD 盛行率男女的比例相當

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：ASD (Autism Spectrum Disorder, 自閉症類群障礙症) 盛行率呈現顯著性別差異，男性盛行率約為女性的 3 到 4 倍，並非比例相當。

B. 臨床病患中，女生比男生更常出現智能不足 (intellectual disability)

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：雖然 ASD 男性較多，但臨床觀察發現確診 ASD 的女性病患中，伴隨 Intellectual Disability (智能不足) 的比例與嚴重程度通常較男性更高。

C. ASD 主要是單基因突變所導致的疾病

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：ASD 具有高度遺傳性，但其遺傳機制極為複雜，多數病例是由多個微效基因 (polygenic) 與環境因子交互作用而成，僅少部分與單基因突變 (如 Fragile X syndrome) 相關。

D. 與一般族群相比，此症的手足罹患其他發展障礙症的比例並未較高

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：ASD 患者的手足 (siblings) 不僅罹患 ASD 的風險較一般族群高 (約 20%)，罹患其他發展障礙、語言障礙或社交溝通問題的比例也顯著較高。

本考點其他考題 (2 題，未收錄)

梯次	題目	主題
109-2	醫學四 Q70	autism spectrum disorder psychosocial intervention
113-2	醫學四 Q71	autism spectrum disorder

也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
114-1	醫學四 Q71	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
109-2	醫學四 Q60	精神科・精神病・思覺失調症 (Schizophrenia)

兒童青少年精神障礙 (Pediatric Psychiatric Disorders)

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：107-2、109-1、109-2、110-2、111-2、112-1、114-1、115-1、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 五、焦慮症 (Anxiety Disorders)

5.5 選擇性緘默症 (Selective Mutism)

- 在特定社交情境 (如學校) 一致地無法說話，但在其他情境可正常交談
- 常見於兒童 (< 5 歲發病)
- 持續 ≥ 1 個月 (排除入學第一個月)
- 治療：行為治療、CBT；嚴重可考慮 SSRI

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十四、兒童青少年精神醫學

14.3 智能障礙 (Intellectual Disability)

- 智力功能缺損 (IQ < 70) + 適應功能缺損 (概念、社交、實用)，發病於發展期間
- 最常見可預防的原因：**Fetal Alcohol Syndrome (FAS)**
- 最常見先天原因：**Down syndrome (Trisomy 21)**
- 最常見遺傳性原因：**Fragile X syndrome**

14.4 品行障礙 (Conduct Disorder) 與對立反抗障礙 (ODD)

- **ODD**：易怒、好爭辯、報復行為 ≥ 6 個月
- **Conduct Disorder**：更嚴重，持續侵犯他人權利（攻擊人或動物、毀壞財產、欺騙偷竊、嚴重違規）→ 18 歲後可能演變為 antisocial personality disorder

14.5 妥瑞症 (Tourette's Disorder)

- 多種運動性 tics + ≥ 1 種聲語性 tic（不需同時出現）
- 發病年齡 < 18 歲，持續 > 1 年
- 常共病：ADHD（最常見）、OCD
- 治療：
 - 輕度：行為治療 (CBIT)
 - 藥物：**α₂-agonist (Guanfacine, Clonidine)** → first-line，尤其合併 ADHD
 - 中重度：**Fluphenazine / Pimozide / Aripiprazole** (D₂ blockers)
 - 嚴重難治：Deep Brain Stimulation (DBS)

14.6 分離焦慮症 (Separation Anxiety Disorder)

- 對於與依附對象分離產生過度恐懼或焦慮
- 兒童持續 ≥ 4 週（成人 ≥ 6 個月）
- 表現：害怕分離的噩夢、身體抱怨（腹痛、頭痛）、拒學
- 治療：CBT、嚴重可加 SSRI

★ 國考重點 (本站講義)

- 輕度智能障礙 (Mild Mental Retardation / Mild Intellectual Disability) [107-2]
- 妥瑞氏症 (Tourette's Disorder)
- 診斷與流行病學 [109-1、110-2]
- 遺傳與生理機轉 [109-1、111-2]
- 共病與藥物治療 [110-2、111-2]
- 行為疾患 (Conduct Disorder)
- 臨床表現 [109-2]
- 病程預後 [109-2]
- 自閉症類群障礙症 (Autism Spectrum Disorder, ASD)
- 流行病學 [111-2]
- 遺傳特徵 [111-2]
- 注意力不足/過動症 (ADHD) 之治療
- 兒童期精神疾患之非典型表現
- 憂鬱症與雙相情緒障礙症 (Bipolar Disorder) [112-1]
- 其他精神疾患 [112-1]
- 侵擾性情緒失調症 (Disruptive Mood Dysregulation Disorder, DMDD)
- 診斷要件 [114-1、115-1]
- 共病與藥物 [115-1]
- 性別不安 (Gender Dysphoria)
- 診斷標準 [115-1]
- 臨床照護 [115-1]
- 2 歲幼兒發展里程碑 (Developmental Milestones at Age 2) [115-2]
- 兒童不良對待之分類 (Child Maltreatment Classification) [115-2]

⚠ 易混與陷阱

比較項目 / 疾病	侵擾性情緒失調症 (DMDD)	對立性反叛疾患 (ODD)	注意力不足/過動症 (ADHD)	妥瑞氏症 (Tourette's)
核心表現	嚴重且反覆的脾氣爆發、慢性易怒 (每週3次以上) [114-1、115-1]	行為上的不服從、惱怒與對立行為 [114-1]	注意力不集中、過動、衝動 [112-1]	多重動作抽動及至少一種發聲抽動，持續1年以上 [109-1、110-2]
年齡與病程	起病於10歲前，診斷限6至18歲 [115-1]	無特定起病年齡限制	無特定起病年齡限制	必須在18歲以前發生 [110-2]
診斷共病原則	同時符合ODD標準時，僅診斷DMDD (優先診斷) [114-1]	同時符合DMDD標準時，不診斷ODD [114-1]	同時符合DMDD標準時，兩者皆可同時診斷 [115-1]	常與ADHD (50-60%) 或強迫症 (30-40%) 共病 [110-2、111-2]
治療藥物反應	情緒嚴重不穩類似雙相情緒障礙時，可用非典型抗精神病藥或情緒穩定劑 [115-1]	主要以社會心理行為治療為主	一線首選精神刺激劑 (如Methylphenidate)，合併抽搐症時可改用 α 2-作用劑 (如Clonidine) [112-1]	首選多巴胺接受器拮抗劑 (如Haloperidol、Aripiprazole)。禁用增加多巴胺的ADHD刺激劑 (會加重抽動) [109-1、111-2、112-1]

性別不安 (Gender Dysphoria) 診斷要件	兒童族群	青少年與成人族群
核心必備條件	必須包含「強烈渴望成為異性或堅持自己就是異性 (或有別於被指定性別的其他性別)」 [115-1]	展現之性別與指定性別之間顯著不一致即可，不以此項為唯一核心必備條件 [115-1]
病程時間要求	症狀持續期間至少須達6個月以上 [115]	症狀持續期間至少須達6個月以上 [115-1]
雙性人排除原則	不需排除雙性人 (若同時具備可標記「伴隨性發展障礙」並同時診斷) [115-1]	不需排除雙性人 (若同時具備可標記「伴隨性發展障礙」並同時診斷) [115-1]

兒童不良對待亞型	核心行為表現	常見誤導
身體忽略 (Physical Neglect)	未供給足夠營養、未防範跌落等危險 [115-2]	易被誤判為身體虐待 (Physical Abuse)，實則屬忽略而非施加傷害
醫療忽略 (Medical Neglect)	生病延遲或拒絕帶兒童就醫 [115-2]	易被誤判為身體虐待
教育忽略 (Educational Neglect)	未按時帶學齡兒童入學報到 [115-2]	易被誤判為情緒虐待 (Emotional Abuse)
整體盛行率	兒童忽略是最常見的兒童不良對待型態 [115-2]	常見誤認為性虐待 (Sexual Abuse) 最常見

精選考題 (3/6)

第7題 [115-1 醫學四 第68題]

關於性別不安 (gender dysphoria) 的敘述，下列何者最適當？

- (A) 性別不安應該先排除雙性人 (intersex) 診斷
- (B) 若欲診斷兒童有性別不安，個案須強烈渴望成為異性，或堅持他或她就是異性 (或有別於被指定性別的其他性別)
- (C) 若為成年人之後才展現之性別與指定性別 (birth-assigned gender) 之間顯著不一致，期間雖未達6個月，仍可被診斷性別不安
- (D) 美國精神醫學會建議，改變性別認同或性傾向的心理治療愈早施行愈有效

答案 B

A. 性別不安應該先排除雙性人 (intersex) 診斷

× 錯誤 [P1 旁]

詳解：DSM-5 診斷標準中已移除過去需排除 Disorders of Sex Development (DSD, 雙性人) 的限制。若個案同時具備 DSD 與性別不安特徵，可加上「伴隨性發展障礙」的註記 (specifier) 後同時診斷。

B. 若欲診斷兒童有性別不安，個案須強烈渴望成為異性，或堅持他或她就是異性（或有別於被指定性別的其他 性別）

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據 DSM-5，兒童性別不安的診斷須滿足 8 項指標中的 6 項，且其中「強烈渴望成為異性或堅持自己就是異性」是核心且必備的診斷要件 (Criterion A1)，此點與青少年及成人標準不同。

C. 若為成年人之後才展現之性別與指定性別 (birth-assigned gender) 之間顯著不一致，期間雖未達 6 個月，仍可被診斷性別不安

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：無論是兒童、青少年或成年人，DSM-5 對於 Gender Dysphoria (性別不安) 的診斷皆要求臨床症狀持續期間至少須達 6 個月 (6 months) 以上，不能因成年後才展現而縮短觀察期。

D. 美國精神醫學會建議，改變性別認同或性傾向的心理治療愈早施行愈有效

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：APA (American Psychiatric Association) 與世界專業人員協會 (WPATH) 皆強烈反對 Conversion Therapy (扭轉治療)，認為試圖改變性傾向或性別認同無效且具心理傷害；現行主張為性別肯定照護。

第 8 題 [115-2 醫學四 第 73 題]

有關兒童不良對待 (child maltreatment) 之敘述，下列何者最適當？

- (A) 性虐待 (sexual abuse) 是最常見的兒童不良對待形式
- (B) 未供給兒童所需的營養、未注意兒童從高處掉落的危險，是兒童忽略 (child neglect)
- (C) 兒童生病，父母卻延遲、甚至拒絕帶去就醫，屬於身體虐待 (physical abuse)
- (D) 父母忙著做生意，到了 10 月份還沒帶孩子去小學報到上一年級，屬於情緒虐待 (emotional abuse)

答案 B

A. 性虐待 (sexual abuse) 是最常見的兒童不良對待形式

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Child Neglect (兒童忽略) 才是最常見的 Child Maltreatment (兒童不良對待) 類型，而非 Sexual Abuse (性虐待)。

B. 未供給兒童所需的營養、未注意兒童從高處掉落的危險，是兒童忽略 (child neglect)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Physical Neglect (身體疏忽/忽略) 包含未能提供兒童足夠營養，以及未注意與防範高處掉落等傷害風險。

C. 兒童生病，父母卻延遲、甚至拒絕帶去就醫，屬於身體虐待 (physical abuse)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：父母延遲或拒絕帶生病的兒童就醫屬於 Medical Neglect (醫療忽略)，為 Child Neglect (兒童忽略) 的一種，非 Physical Abuse (身體虐待)。

D. 父母忙著做生意，到了 10 月份還沒帶孩子去小學報到上一年級，屬於情緒虐待 (emotional abuse)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：未按時帶學齡兒童入學報到屬於 Educational Neglect (教育忽略)，為 Child Neglect (兒童忽略) 的一種，非 Emotional Abuse (情緒虐待)。

第 9 題 [109-2 醫學四 第 71 題]

有關行為疾患 (conduct disorder)，下列敘述何者錯誤？

- (A) 長期追蹤研究顯示：此病症具有長期且廣泛的影響，也可能發展成反社會人格 (antisocial personality disorder)
- (B) 長期暴露在暴力的影片、電動玩具，可能使兒童較不具有同理心 (empathy)，具有發展行為疾患之風險
- (C) 此病症在人際互動上之缺陷包括有缺乏罪惡感、缺乏同理心，對自己的表現不在意，情感平淡或冷漠
- (D) 18 歲以上之患者則不做此診斷，改為以反社會人格做診斷

答案 D

A. 長期追蹤研究顯示：此病症具有長期且廣泛的影響，也可能發展成反社會人格（antisocial personality disorder）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：研究顯示 Conduct Disorder（行為疾患）與成年的 Antisocial Personality Disorder（反社會人格障礙）有強烈關聯，且對學業、職業及社會功能有長期負面影響。

B. 長期暴露在暴力的影片、電動玩具，可能使兒童較不具有同理心（empathy），具有發展行為疾患之風險

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：環境因子包含長期暴露於暴力媒體，這可能導致除敏化作用使 Empathy（同理心）下降，增加發展行為疾患的風險，是目前廣泛接受的風險因子之一。

C. 此病症在人際互動上之缺陷包括有缺乏罪惡感、缺乏同理心，對自己的表現不在意，情感平淡或冷漠

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DSM-5 中定義了「具備有限親社會情感（Limited Prosocial Emotions）」的特徵，包含缺乏悔意或罪惡感、缺乏同理心、對表現不在意及情感冷漠。

D. 18 歲以上之患者則不做此診斷，改為以反社會人格做診斷

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：若 18 歲以上患者符合 Conduct Disorder 診斷準則但未達 Antisocial Personality Disorder 標準，仍可維持此診斷。反社會人格雖要求 15 歲前有行為疾患證據，但不代表 18 歲後自動更換診斷。

本考點其他考題（3 題，未收錄）

梯次	題目	主題
107-2	醫學四 Q72	mild mental retardation
114-1	醫學四 Q72	DMDD vs ODD comparison
115-2	醫學四 Q70	typical development at 2 years

也考本考點的題目（7 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-1	醫學四 Q70	精神科・精神病，抗精神病藥物（Antipsychotics）
112-1	醫學四 Q71	精神科・精神官能症，重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）
110-2	醫學四 Q72	精神科・精神官能症，強迫症及相關障礙症（Obsessive-Compulsive and Related Disorders）
111-2	醫學四 Q72	精神科・精神官能症，強迫症及相關障礙症（Obsessive-Compulsive and Related Disorders）
112-1	醫學四 Q70	精神科・兒童期之精神疾患，注意力不足過動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）
115-1	醫學四 Q71	精神科・兒童期之精神疾患，注意力不足過動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）
111-2	醫學四 Q71	精神科・兒童期之精神疾患，自閉症類群障礙症（Autism Spectrum Disorder）

精神科・其他（自殺行為、其他症候群等）

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

本章基礎

TWMLE・精神科

一、精神科總論與精神狀態檢查

1.1 精神狀態檢查（Mental Status Examination, MSE）

- 外觀（Appearance）：衣著、衛生
- 行為（Behavior）：精神運動活動（psychomotor agitation/retardation）、眼神接觸
- 言談（Speech）：速率（rate）、量（amount）、音量、語調、反應潛伏期（latency）
- 情緒（Mood）：病人自述的主觀感受
- 情感（Affect）：檢查者觀察到的情緒表現，包含範圍（broad / restricted / blunted / flat）、適切性（與言談內容是否一致）、穩定性（labile）
- 思考過程（Thought Process）：circumstantial（繞圈子但最終回到主題）、tangential（離題不回）、loose association（鬆散聯想）、flight of ideas（意念飛躍）、thought blocking（思考中斷）、clang association（音韻聯想）、neologism（新語症）、word salad（語無倫次）
- 思考內容（Thought Content）：妄想（delusion）、自殺/殺人意念、強迫思考（obsession）、恐懼（phobia）、過度重視的觀念（overvalued idea）
- 知覺（Perception）：幻覺（hallucination）、錯覺（illusion）、解離（derealization, depersonalization）
- 認知功能（Cognition）：意識、定向感（人時地）、注意力、記憶力、計算能力
- 判斷力（Judgment）與病識感（Insight）

雙極性情感疾患（Bipolar Disorder）

★★★ 常青必掃 考過 19/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、108-1、108-2、109-2、110-1、110-2、111-1、111-2、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科

四、雙極性疾患（Bipolar Disorder）

4.1 流行病學

- 終身盛行率約 **1–3%**（Bipolar I 約 1%、Bipolar II 約 1–2%）
- Bipolar I 男女比約 1:1；Bipolar II 女性略多
- 好發年齡：15–30 歲（**Bipolar II 發病較 Bipolar I 年輕**）
- 高遺傳性：同卵雙胞胎一致率約 40–70%
- 共病率高：焦慮症、物質使用障礙

4.2 躁症發作

情緒異常持續 ≥ 1 週（或任何住院天數），表現為以下至少一項核心情緒變化：

- **Elevated mood**（情緒高昂）
- **Expansive mood**（膨脹感/誇大）
- **Irritable mood**（易怒）

加上 ≥ 3 項（若情緒僅為易怒，需 4 項）：

- **Distractibility**（注意力易分散）
- **Impulsivity / Indiscretion**（衝動行為，如揮霍、性放縱）
- **Grandiosity**（誇大感或自尊膨脹）

- **Flight of ideas / racing thoughts**（意念飛躍 / 思緒奔逸）
- **Activity increase**（活動量增加或精神運動激躁）
- **Sleep decreased**（睡眠需求減少，非失眠）
- **Talkativeness / Pressured speech**（話量增多、壓迫性語速）

4.3 分型

類型	特徵
Bipolar I	至少 1 次 manic episode （可伴或不伴鬱症）
Bipolar II	至少 1 次 hypomanic episode + 至少 1 次 major depressive episode ；從未有 full manic episode ；自殺率較 Bipolar I 高
Cyclothymic disorder	≥ 2 年的交替輕躁 + 輕鬱症狀（未達 major episode 標準）

- **Hypomania**：≥ 4 天、功能未嚴重受損、無精神病症狀、不需住院
- **Mania**：≥ 1 週、功能嚴重受損、可有精神病症狀、常需住院

4.4 雙極性疾患治療

急性躁症用藥

藥物	特點
Lithium	首選情緒穩定劑；效果需數天；預防復發效果最佳
Valproate (Depakine)	快速控制；mixed episode 效果好
Carbamazepine	二線選擇
Atypical antipsychotics	Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole；快速控制激躁

急性鬱症用藥

藥物	特點
Quetiapine	首選之一
Lurasidone	有效且代謝副作用少
Lamotrigine	預防鬱期復發最佳
Lithium	也有效

維持治療

藥物	特點
Lithium	預防復發效果最佳；唯一被證實可降低自殺率
Valproate	預防躁期
Lamotrigine	預防鬱期復發

- 不可單獨使用抗鬱劑！→ 可能誘發躁症（switch）或 rapid cycling

★ 國考重點（本站講義）

- 第一型雙極性疾患（**Bipolar I Disorder**）〔107-1、108-1、114-2〕〔106-2、107-2、111-1〕
- 第二型雙極性疾患（**Bipolar II Disorder**）〔106-2、115-2〕〔114-1〕
- 排除診斷〔107-1〕
- 病程特異型（**Specifiers**）〔115-2〕
- 性別比率〔106-2、108-1、114-2〕
- 盛行率與社經地位〔108-1〕〔114-2〕
- 遺傳高度關聯性〔108-1、110-2〕〔110-2、113-1〕
- 基因連鎖分析〔110-2〕〔109-2〕
- 發病年齡〔106-2、114-1、114-2〕〔112-1〕
- 首次發作〔107-2、109-2〕
- 復發與神經退化〔114-1〕〔109-2、111-2〕
- 憂鬱轉雙極之預測因子〔111-1、113-2〕

- 自殺風險〔112-2〕〔115-2〕〔115-2〕
- 大腦代謝與睡眠生理〔109-2〕〔109-2〕
- 急性躁期治療〔106-2、108-2、111-1〕
- 禁忌〔108-2、111-2〕
- 雙相憂鬱期治療〔108-1、111-1、115-1〕〔115-1〕
- 維持期治療〔106-2、109-2、110-2〕〔106-2〕
- 電痙攣療法 (Electroconvulsive Therapy, ECT)〔106-2、114-1〕〔111-2〕
- 鋰鹽使用規範
- 孕期用藥安全性〔112-2〕
- 共病與兒科診斷規範

⚠ 易混與陷阱

比較項目	第一型雙極性疾患 (Bipolar I)	第二型雙極性疾患 (Bipolar II)	重鬱症 (MDD)
診斷標準	至少一次躁狂發作 (Manic Episode)，鬱期非診斷必要條件〔107-1、108-1〕	至少一次輕躁發作 (Hypomanic Episode) 與至少一次重鬱發作〔106-2〕	僅有重鬱發作 (Major Depressive Episode)，絕無躁期或輕躁期〔108-1〕
發作最短持續時間	躁期至少 1 週 (或嚴重至需住院)〔115-2〕	輕躁期至少 4 天 (並非 1 週)〔115-2〕	-
鬱期自殺風險	與第二型相當甚至更高〔112-2〕	與第一型相當甚至更高〔112-2〕	較雙極性疾患鬱期更低 (並非相當)〔115-2〕
性別比率 (女:男)	約 1:1〔106-2、108-1〕	-	約 2:1〔106-2、108-1〕
終生盛行率	約 1-2% (合併第二型)〔108-1〕	-	約 10-20%〔108-1〕
遺傳相關性	約 60-80% (Bipolar 遺傳率高達 70-90%)〔108-1、110-2〕	-	約 30-40%〔108-1〕
平均發病年齡	較早 (約 18-20 歲，發病高峰 15-25 歲)〔106-2、114-1〕	較晚 (相對於第一型較晚，但仍早於 MDD)〔112-2〕	較晚 (平均約 30-40 歲)〔114-2〕
社經地位關聯	各社經階層分布均勻，部分研究顯示與高社經正相關〔114-2〕	-	與低社經地位高度相關〔114-2〕
自殺死亡率	高	與第一型相當甚至更高 (因憂鬱期更長且頻繁)〔112-2〕	高 (但合併物質濫用與焦慮之共病率低於雙相)〔106-1、112-2〕

藥物名稱	主要適應症與臨床特點	藥物濃度監測 (TDM)	孕期主要致畸胎風險與臨床處置
鋰鹽 (Lithium)	急性躁期、維持期、雙極性憂鬱期首選；可降低自殺風險。〔106-2、108-1、112-2〕	需要 (急性期 0.6-1.2 mEq/L，維持期 0.6-1 mEq/L)〔106-2、113-1〕	Ebstein 氏三尖瓣畸形 (Ebstein's anomaly)，但當代研究顯示絕對風險極低 (約 0.1% 至 0.2%)，孕期安全性相對肯定。〔110-1〕
丙戊酸 (Valproate)	急性躁期第一線、維持期。〔106-2、108-1〕	需要〔106-2〕	致畸胎風險最高。會導致心臟畸形 (Cardiac malformation) 與神經管缺陷 (Neural tube defects)，引起胎兒丙戊酸症候群。〔110-1〕
卡巴氮平 (Carbamazepine)	急性躁期 (緩釋劑型)、維持期。〔106-2、108-1〕	需要〔106-2〕	導致神經管缺陷 (如脊柱裂 Spina bifida，風險約 0.5% 至 1%)；因干擾葉酸代謝，需額外補充高劑量葉酸。〔110-1〕
拉莫三嗪 (Lamotrigine)	主要用於維持期預防鬱期復發、亦為雙相鬱期處置核心藥物之一，禁用於急性躁期 (無療效且滴定過慢)。〔106-2、108-1〕	不需要	第一孕期暴露可能與胎兒唇口裂 (Oral cleft) 風險增加 (約 2.5 倍) 有關；孕期安全性整體相對較佳。〔110-1〕

精選考題 (5/16)

第 1 題〔106-2 醫學四 第 64 題〕

對於雙極性疾患 (bipolar disorder) 治之敘述，何者正確？

- (A) 急性躁期可以給予鋰鹽、抗癲癇藥物、或抗精神病藥物治療
- (B) 維持 (maintenance) 治療可使用抗癲癇藥物或鋰鹽，但只有鋰鹽需進行血中藥物濃度監測
- (C) 抗癲癇藥物 lamotrigine 對於預防躁症效果優於其他抗癲癇藥物
- (D) 電痙攣治 (electroconvulsive therapy) 不適合治療雙極性疾患之鬱期

答案 A

A. 急性躁期可以給予鋰鹽、抗癲癇藥物、或抗精神病藥物治療

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：急性躁期 (Acute Mania) 的第一線治療包含 Lithium (鋰鹽)、Valproate (帝拔癲) 等抗癲癇藥物，以及 Atypical Antipsychotics (非典型抗精神病藥物)，可單用或合併使用。

B. 維持 (maintenance) 治療可使用抗癲癇藥物或鋰鹽，但只有鋰鹽需進行血中藥物濃度監測

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：維持治療中，Lithium 與某些抗癲癇藥物如 Valproate 或 Carbamazepine 均需監測 Therapeutic Drug Monitoring (血中藥物濃度)，以確保療效並避免中毒。

C. 抗癲癇藥物 lamotrigine 對於預防躁症效果優於其他抗癲癇藥物

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Lamotrigine (樂命達) 在雙極性疾患中，其主要優勢在於預防 Bipolar Depression (雙極性憂鬱期) 復發，而非預防 Mania (躁期)，對預防躁症的效果較弱。

D. 電痙攣治 (electroconvulsive therapy) 不適合治療雙極性疾患之鬱期

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：ECT (Electroconvulsive Therapy) 是治療難治型雙極性疾患鬱期 (Bipolar Depression) 或躁期的有效手段，特別適用於有高度自殺風險或對藥物反應不佳者。

第 2 題 [108-1 醫學四 第 62 題]

何者不是目前美國食品及藥物管理署 (FDA) 核准用於治療雙極性疾患 (bipolar disorder) 躁期的藥物？

- (A) 鋰鹽 (lithium)
- (B) carbamazepine
- (C) valproic acid
- (D) lamotrigine

答案 D**A. 鋰鹽 (lithium)**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Lithium (鋰鹽) 是最早獲得 FDA (美國食品及藥物管理署) 核准用於治療 Bipolar disorder (雙極性疾患) 急性躁期與維持期的金標準藥物。

B. carbamazepine

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Carbamazepine (卡巴氮平，商品名 Equetro) 的緩釋劑型已獲 FDA 核准用於治療 Bipolar I disorder 的急性躁期或混合發作。

C. valproic acid

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Valproic acid (丙戊酸，商品名 Depakene/Depakote) 獲 FDA 核准用於治療雙極性疾患的急性躁期，是臨床常用的第一線藥物。

D. lamotrigine

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Lamotrigine (拉莫三嗪，商品名 Lamictal) 僅獲 FDA 核准用於維持期治療。因需緩慢滴定劑量以防 Stevens-Johnson syndrome (史蒂芬強生症候群)，不適用於急性躁期。

第 3 題 [112-2 醫學四 第 62 題]

有關情緒穩定劑之敘述，下列何者最不適當？

- (A) 鋰鹽 (lithium) 可降低雙相情緒障礙症 (bipolar disorder) 患者的自殺風險
- (B) 情緒穩定劑相較於抗精神病藥物對懷孕胎兒畸形之危險較低
- (C) 服用鋰鹽 (lithium) 治療應注意飲水量，以免鋰鹽濃度起伏過大
- (D) 鋰鹽 (lithium) 濃度過高時可能出現手抖、腹瀉、口齒不清

答案 B**A. 鋰鹽 (lithium) 可降低雙相情緒障礙症 (bipolar disorder) 患者的自殺風險**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：鋰鹽 (lithium) 是少數具備實證能顯著降低雙相情緒障礙症 (Bipolar disorder) 患者自殺風險的藥物，為臨床指引建議之長期預防首選。

B. 情緒穩定劑相較於抗精神病藥物對懷孕胎兒畸形之危險較低

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：情緒穩定劑如鋰鹽與 Valproate (帝拔癲) 具顯著致畸性 (如 Ebstein's anomaly、神經管缺陷)；相較之下，抗精神病藥物 (Antipsychotics) 對胎兒畸形風險通常較低。

C. 服用鋰鹽 (lithium) 治療應注意飲水量，以免鋰鹽濃度起伏過大

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：鋰鹽經腎臟排泄，其清除率受鈉水平衡影響。脫水或水分攝取不足會導致腎臟回收鋰鹽量增加，造成血中鋰鹽濃度異常升高甚至中毒。

D. 鋰鹽 (lithium) 濃度過高時可能出現手抖、腹瀉、口齒不清

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：鋰鹽 (lithium) 治療視窗窄，常見中毒症狀包括神經系統 (細微手抖、口齒不清、共濟失調) 與腸胃系統 (嘔吐、腹瀉)，需定期監測血中濃度。

第 4 題〔109-2 醫學四 第 62 題〕

有關雙相情緒障礙症 (bipolar disorder) 之敘述何者錯誤？

- (A) 常反覆躁症發作者，可使用抗精神病藥物之長效針劑治療
- (B) 長期雙相情緒障礙症患者可能會有認知功能及社會功能障礙，難以回復到生病前的狀態
- (C) 有思覺失調症家族史者，罹患雙相情緒障礙症的機率可能較一般人高
- (D) 雙相情緒障礙症患者首次發作皆為躁症或輕躁症，之後才出現憂鬱期

答案 D

A. 常反覆躁症發作者，可使用抗精神病藥物之長效針劑治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Antipsychotics (抗精神病藥物) 之 LAI (長效針劑) 如 Aripiprazole (安律凡) 或 Risperidone (理思必妥) 已核准用於 Bipolar disorder (雙相情緒障礙症) 之維持治療，可穩定情緒並預防躁症復發。

B. 長期雙相情緒障礙症患者可能會有認知功能及社會功能障礙，難以回復到生病前的狀態

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：長期 Bipolar disorder 患者常有 Neuroprogression (神經進展性) 變化，導致 Cognitive impairment (認知功能障礙) 與社會功能受損，即使在緩解期也難以完全回復到生病前狀態。

C. 有思覺失調症家族史者，罹患雙相情緒障礙症的機率可能較一般人高

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Schizophrenia (思覺失調症) 與 Bipolar disorder 具高度遺傳關聯性。研究顯示有思覺失調症家族史者，罹患雙相情緒障礙症的風險確實較一般人高。

D. 雙相情緒障礙症患者首次發作皆為躁症或輕躁症，之後才出現憂鬱期

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：錯誤。Bipolar disorder 患者首次發作常為 Major depressive episode (重鬱發作)，並非皆以躁症或輕躁症起病。臨床常見患者在多次憂鬱發作後才出現躁期而被確診。

第 5 題〔115-2 醫學四 第 59 題〕

依據 DSM-5-TR，關於雙極情緒障礙症 (bipolar disorder) 的描述，下列何者最不恰當？

- (A) 生產後 4 週內發作的 mood episode 都可稱為 peripartum onset subtype
- (B) 1 年內有 4 次以上的 mood episode 可稱為 rapid cycling subtype
- (C) 一般而言，第一型雙極情緒障礙症之躁期的持續時間至少要 1 週
- (D) 一般而言，第二型雙極情緒障礙症之輕躁期的持續時間至少要 1 週

答案 D

A. 生產後 4 週內發作的 mood episode 都可稱為 peripartum onset subtype

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DSM-5-TR 規範 peripartum onset (圍產期發作) 特異徵適用於懷孕期間或產後 4 週內發作之 mood episode (情緒發作)，描述正確故非本題所求。

B. 1 年內有 4 次以上的 mood episode 可稱為 rapid cycling subtype

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DSM-5-TR 規定 rapid cycling (快速循環型) 特異徵診斷標準為過去 12 個月內出現至少 4 次 mood episode (情緒發作)，描述正確故非本題所求。

C. 一般而言，第一型雙極情緒障礙症之躁期的持續時間至少要 1 週

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Bipolar I Disorder (第一型雙極情緒障礙症) 之 manic episode (躁期發作) 診斷門檻為症狀持續至少 1 週 (或嚴重至需住院)，描述正確故非本題所求。

D. 一般而言，第二型雙極情緒障礙症之輕躁期的持續時間至少要 1 週

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Bipolar II Disorder (第二型雙極情緒障礙症) 之 hypomanic episode (輕躁期發作) 診斷門檻為持續至少 4 天，而非 1 週 (1 週為躁期門檻)，故本描述最不恰當。

本考點其他考題（11 題，未收錄）

梯次	題目	主題
107-1	醫學四 Q61	bipolar I disorder diagnosis
107-1	醫學四 Q62	hypomanic episode criteria
107-2	醫學四 Q64	bipolar I prognostic factor
107-2	醫學四 Q65	bipolar I disorder features
109-2	醫學四 Q61	bipolar disorder prognostic factors
109-2	醫學四 Q78	lithium acute mania
110-1	醫學四 Q61	bipolar pregnancy medication
110-2	醫學四 Q60	bipolar disorder etiology
111-2	醫學四 Q59	manic episode symptoms
113-1	醫學四 Q60	bipolar disorder
114-1	醫學四 Q62	bipolar disorder course and treatment

也考本考點的題目（16 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
110-2	醫學四 Q61	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
111-1	醫學四 Q62	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
111-2	醫學四 Q61	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
115-1	醫學四 Q60	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
106-1	醫學四 Q63	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
106-2	醫學四 Q62	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
108-1	醫學四 Q63	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
109-2	醫學四 Q63	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
111-1	醫學四 Q61	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
112-1	醫學四 Q71	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
112-2	醫學四 Q64	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
113-2	醫學四 Q61	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
114-2	醫學四 Q59	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
115-2	醫學四 Q65	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
108-2	醫學四 Q63	精神科・精神官能症・抗憂鬱劑 (Antidepressants)
115-1	醫學四 Q71	精神科・兒童期之精神疾患・注意力不足過動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

自殺風險與防制 (Suicide Risk and Prevention)

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、107-1、108-1、109-1、110-1、111-1、111-2、112-2、113-2、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科 > 三、鬱症 (Depressive Disorders)

3.5 自殺 (Suicide)

危險因子 (SAD PERSONS)

- Sex (男性完成自殺率較高；女性企圖率較高)
- Age (老年 > 年輕；青少年第二常見死因)
- Depression
- Previous attempt (最重要的預測因子之一)
- Ethanol/substance abuse
- Rational thinking loss (精神病)

- **Social support lacking**
- **Organized plan**
- **No spouse**（單身/離婚/喪偶）
- **Sickness**（慢性疾病/慢性疼痛）

保護因子

- 社會支持佳、已婚有小孩、宗教信仰、有效精神科治療

處置原則

- 直接詢問自殺意念（不會增加自殺風險）
- 評估：意念 → 計畫 → 方法 → 意圖 → 保護因子
- 高風險者：住院（必要時強制住院）、1 對 1 觀察、移除致命工具
- 注意 SSRI 開始治療初期可能增加自殺風險（精力先恢復，情緒尚未改善）

★ 國考重點（本站講義）

- 性別差異與流行病學〔106-1、107-1、111-2〕
- 年齡與高危族群〔106-1、108-1、111-2〕〔111-2〕
- 老年人自殺特徵〔108-1〕
- 精神疾病共病率〔106-1、107-1、111-2〕
- 特定疾病自殺死亡率〔109-1〕〔112-2〕
- 最強預測因子〔106-1、111-1〕〔110-1、111-1〕
- 高風險臨床特徵〔110-1〕〔113-2〕
- 邊緣性人格特質〔107-1〕
- 生物學機轉〔113-2〕
- 臨床評估與詢問〔107-1〕
- 臨床分級處置原則
- 保護因子與防治〔110-1、113-2〕
- 照會聯商精神醫學（Consultation-Liaison Psychiatry）與身體疾病自殺危險因子〔115-2〕
- 自殺企圖後之積極介入原則〔115-2〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	易混淆概念 / 臨床陷阱	正確考點觀念
自殺企圖 vs 死亡	女性自殺危險性較高？〔106-1、107-1、111-2〕	女性的自殺企圖率高於男性（約 3:1），但男性的自殺死亡率顯著高於女性（因採用工具致死性高）。
年齡層風險	青少年自殺死亡率最高？〔106-1、108-1、111-2〕	雖然青少年自殺率上升，但老年族群（65 歲以上）的自殺死亡率才是所有年齡層中最高者。
詢問自殺意念	詢問應迂迴，避免刺激患者？〔107-1〕	應直接詢問患者的自殺意念或計劃，此做法不會增加自殺風險，反而能有效預防。
分級處置決策	只要有自殺意念或自傷行為就必須立即住院？〔111-1〕	否。若為斷續意念且採取割腕等低致死自傷，評估無即刻致命危險，可採門診追蹤或心理治療；而無望感強烈、缺乏支持者才需考慮住院。
共病處置分流	自殺企圖者合併重大內科疾病，轉內科門診即可？〔111-1〕	否。合併重大內科疾病是自殺死亡高風險因子，必須留在精神科密切評估治療。
精神病與自殺	伴隨精神病 (Psychosis) 的患者自殺風險較低？〔110-1〕	否。精神病患若伴隨妄想或幻聽，現實感受損且衝動控制差，自殺風險極高。
多巴胺路徑	負性症狀與中腦邊緣路徑 (Mesolimbic pathway) 有關？〔112-2〕	否。負性症狀主要與中腦皮質路徑 (Mesocortical pathway) 多巴胺活性不足有關；中腦邊緣路徑過度活躍是引起正性症狀的主因。
身體疾病患者之自殺危險因子〔115-2〕	女性、未滿 40 歲是主要危險因子？	否。主要危險因子為男性、高齡及嚴重疼痛或預後不良疾病，而非女性或未滿 40 歲。
自殺方式致命性〔115-2〕	自殺方式與意念強度無關？	否。致命性愈高之方式 (如跳樓) 通常反映意念愈強烈，再度自殺之危險性也愈高。

精選考題 (3/6)

第 6 題 〔111-1 醫學四 第 73 題〕

當病人陳述自殺意念或呈現自傷行為，下列何種處置最合適？

- (A) 人命關天，應立即住院治療
- (B) 曾企圖自殺，近來又患有重大內科疾病，宜轉內科門診治療
- (C) 憂鬱症狀明顯，深覺無望，缺乏社會支持，移轉至社會工作師與門診治療
- (D) 斷續存有自殺意念，自傷方式是割腕，可門診治療或相關心理治療

答案 D

A. 人命關天，應立即住院治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：並非所有自殺意念皆需住院。住院指標包含明確計畫、高度致死工具、嚴重憂鬱或精神病狀、缺乏監督。若僅有動機而無即刻危險，可考慮門診追蹤。

B. 曾企圖自殺，近來又患有重大內科疾病，宜轉內科門診治療

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：曾企圖自殺 (Previous attempt) 合併重大內科疾病 (Medical illness) 是自殺死亡的高風險因子，應留在精神科密切評估，而非僅轉至內科門診。

C. 憂鬱症狀明顯，深覺無望，缺乏社會支持，移轉至社會工作師與門診治療

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：嚴重憂鬱症 (Major Depressive Disorder) 合併絕望感 (Hopelessness) 且缺乏社會支持，屬於高風險個案，單純轉介社工或門診治療強度可能不足，需考慮住院。

D. 斷續存有自殺意念，自傷方式是割腕，可門診治療或相關心理治療

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：斷續自殺意念且採低致死性（割腕）自傷，若經評估無立即致命風險且病人可配合，可採門診追蹤、危機處置或相關心理治療。這是臨床分級處置的合適選項。

第 7 題〔107-1 醫學四 第 75 題〕

關於自殺企圖（suicide attempt）之相關敘述，下列何者正確？

- (A) 自殺企圖者當中，男性較女性為多
- (B) 評估自殺企圖患者時，為避免促進患者重複自殺行為，問句應迂迴，不宜直接詢問其目前之自殺意念或相關計劃
- (C) 邊緣性人格疾患（borderline personality disorder）常出現具操縱意味的自殺企圖
- (D) 自殺企圖者中，絕大多數沒有精神科相關診斷

答案 C**A. 自殺企圖者當中，男性較女性為多**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：在自殺企圖（Suicide attempt）中，女性的人數實際上多於男性（約 3:1）；但在自殺完成（Completed suicide）中，男性則多於女性。

B. 評估自殺企圖患者時，為避免促進患者重複自殺行為，問句應迂迴，不宜直接詢問其目前之自殺意念或相關計劃

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：評估自殺意念（Suicide ideation）時，應採取直接詢問的方式，研究顯示直接詢問並不會增加患者的自殺風險，反而能有效評估並啟動預防機制。

C. 邊緣性人格疾患（borderline personality disorder）常出現具操縱意味的自殺企圖

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：邊緣性人格障礙（BPD）患者常表現出重複性的自我傷害或自殺企圖，臨床上常具有操縱他人（Manipulative intent）以獲得關注或避免被拋棄的動力。

D. 自殺企圖者中，絕大多數沒有精神科相關診斷

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：研究統計顯示，約 90% 以上的自殺企圖或完成者具有精神疾病相關診斷，其中以憂鬱症（Depression）與物質濫用最為常見。

第 8 題〔115-2 醫學四 第 72 題〕

有關自殺個案的評估與介入（intervention），下列敘述何者最適當？①憂鬱症與自殺的危險（risk）有關，企圖自殺（attempted suicide）個案若經評估為罹患憂鬱症，需積極治療②懷疑個案可能有自殺意念，需作詳細精神狀態（mental state）評估，但不宜觸及自殺想法，以免強化個案的自殺意念③若自殺方式為跳樓，個案的自殺意念較強，再發生自殺行為的危險（risk）也較高④人格違常（personality disorder）與自殺的危險（risk）無關

- (A) 僅①③
- (B) 僅②④
- (C) 僅①②③
- (D) ①②③④

答案 A**A. 僅①③**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：①與③正確。①MDD（Major Depressive Disorder）與自殺高度相關需積極治療；③跳樓等高致命性方式代表自殺意念強且再發風險高。②錯在直接詢問不會強化意念；④錯在 PD（Personality Disorder，人格違常）顯著增加自殺風險。

B. 僅②④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：②與④皆錯。②臨床應直接探問 Suicide Ideation（自殺意念），不會誘發或強化自殺行為；④PD（Personality Disorder，人格違常）如 BPD 為自殺高風險群，非無關。

C. 僅①②③

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：包含錯誤敘述②。探問自殺意念為 Mental State Examination（精神狀態檢查）重要環節，研究證實直接詢問不會植入或強化自殺意念，反而能降低風險並協助介入。

D. ①②③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：包含錯誤敘述②與④。探問自殺意念不會強化自殺行為（②錯）；PD（Personality Disorder，人格違常）個案具高自殺風險（④錯）。故僅①③敘述適當。

本考點其他考題（3 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q75	suicide epidemiology
110-1	醫學四 Q73	suicide risk factors
111-2	醫學四 Q73	suicide risk factors

也考本考點的題目（6 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-1	醫學四 Q61	精神科・精神病，思覺失調症（Schizophrenia）
112-2	醫學四 Q61	精神科・精神病，思覺失調症（Schizophrenia）
113-2	醫學四 Q73	精神科・精神官能症，重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）
115-2	醫學四 Q65	精神科・精神官能症，重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）
108-1	醫學四 Q64	精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症），老年精神醫學與臨床倫理法律（Geriatric Psychiatry and Clinical Ethics/Law）
115-2	醫學四 Q63	精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症），系統性疾病之精神表徵（Psychiatric Manifestations of Systemic Diseases）

其他精神障礙症與心理治療（Other Psychiatric Disorders and Psychotherapy）

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：107-1、108-1、109-2、110-2、111-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-1

TWMLE・精神科 > 精神科

十、飲食障礙（Eating Disorders）

10.1 神經性厭食症（Anorexia Nervosa, AN）

・特徵：

1. 限制能量攝取 → 顯著低體重（BMI < 18.5 或低於預期最低值）
2. 強烈害怕體重增加
3. 身體形象扭曲（自認過胖）

・亞型：

- **Restricting type**：純粹限制進食
- **Binge-eating/purging type**：有暴食或清除行為
- 併發症：
 - 代謝/電解質：低血鉀、代謝性鹼中毒（嘔吐）或代謝性酸中毒（瀉劑）、低血鈉、低血磷、低血鎂
 - 心血管：心律不整、bradycardia、hypotension、QT prolongation、MVP
 - 內分泌：amenorrhea、osteoporosis、↓T₃、↑cortisol、↓gonadotropins
 - 腸胃：constipation、gastroparesis、SMA syndrome
 - 血液：pancytopenia
 - 身體：lanugo hair（胎毛）、乾燥皮膚、掉髮、低體溫、水腫
 - 清除型特有：**Russell's sign**（手背指關節處胼胝）、parotid gland enlargement、dental enamel erosion（perimolysis）
 - **Refeeding syndrome**：嚴重營養不良者開始補充營養 → 低磷血症（最危險）、低鉀、低鎂 → 心衰竭、呼吸衰竭；預防：緩慢增加熱量，先補充 thiamine 和電解質
- 治療：
 - 營養復健為首要治療
 - 心理治療：青少年 → **FBT（Family-Based Treatment）**；成人 → CBT-E
 - 藥物角色有限；**SSRI 對 AN 效果不佳**
 - Olanzapine 可幫助體重增加（off-label）
 - AN 是所有精神疾患中死亡率最高的

10.2 神經性暴食症（Bulimia Nervosa, BN）

- 特徵：
 1. 反覆暴食發作（在離散時間內進食量明顯過多 + 失控感）
 2. 反覆不適當的代償行為（self-induced vomiting、瀉劑、利尿劑、禁食、過度運動）
 3. 至少每週 1 次持續 3 個月
 4. 自我評價過度受體型與體重影響
- 體重通常正常或略高
- 併發症：同 AN 清除型（低血鉀、代謝性鹼中毒、Russell's sign、dental erosion、parotid enlargement、Mallory-Weiss tear、食道破裂）
- 治療：
 - **CBT**：心理治療首選
 - **SSRI（Fluoxetine）**：FDA approved，需高劑量
 - 禁用 Bupropion → 降低癲癇閾值

10.3 暴食症（Binge Eating Disorder, BED）

- 反覆暴食發作（同 BN），但無代償行為
- 至少每週 1 次持續 3 個月
- 最常見的飲食障礙；常合併肥胖
- 治療：**CBT**（首選）、**SSRI**、**Lisdexamfetamine**（唯一 FDA 核准）

10.4 其他飲食障礙

- **Pica**：持續進食非食物物質 ≥ 1 個月（鐵缺乏、鉛中毒風險）
- **Rumination disorder**：反覆反芻已吞嚥食物
- **ARFID（Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder）**：挑食/迴避特定食物導致營養缺乏

★ 國考重點（本站講義）

- 防衛機轉（Defense mechanism）之鑑別〔107-1〕
- 貝克（Beck）之認知論（Cognitive Theory）〔108-1〕
- 心理分析（Psychoanalysis）適合之個案特質〔110-2〕
- 生理回饋（Biofeedback）治療原理〔114-2〕
- 特定畏懼症（Specific phobia）之首選治療〔113-2〕

- 憂鬱症 (Depression) 非藥物與心理治療要點
- 電痙攣治療 (Electroconvulsive therapy, ECT) 臨床考點
- 飲食疾患 (Eating disorders) 之流行病學與生理表徵
- 暴食症與嗜食症 (Binge eating disorder) 之鑑別
- 病態肥胖 (Morbid obesity) 與減重手術 (Bariatric surgery)
- 偷竊癖 (Kleptomania) 之臨床特徵 [114-1]
- 性別不安 (Gender dysphoria) 之診斷要件

⚠ 易混與陷阱

比較項目	厭食症 (Anorexia nervosa)	暴食症 (Bulimia nervosa)	嗜食症 (Binge eating disorder)
盛行率與性別	盛行率約 0.4% 至 1%，女性多於男性 (男女比約 10 比 1)	盛行率約 1% 至 3% (高於厭食症)，女性多於男性	女性多於男性，常合併肥胖問題
核心行為特徵	極端限制飲食，追求纖瘦體態，對體重增加有極度恐懼	反覆暴食後伴隨清除行為 (如催吐、使用瀉劑)，自我評價高度受身材體重影響	反覆暴食，但無反覆代償性減重行為，診斷上不強調纖瘦渴望
關鍵生理變化	低體溫、心搏過緩、低血壓、無月經、低血糖、高膽固醇血症、大腦假性萎縮	催吐與導瀉導致低血鉀；使用催吐劑 ipecac (含 emetine) 會引發心肌與骨骼肌病變	無催吐/導瀉導致的電解質流失，多呈現肥胖相關之代謝病徵
臨床處置標準	體重低於理想體重 75% 或 BMI 小於 15 時建議住院評估	唯一獲 FDA 核准之藥物為 fluoxetine	行為治療與飲食控制，需排除續發性肥胖原因

治療模式與原理	機轉與原理	關鍵臨床考點與副作用
生理回饋 (Biofeedback)	操作型制約 (operant conditioning) 強化原理	監測生理訊號以訓練主動控制，非古典制約。
系統減敏感法	結合放鬆訓練與階層式暴露之行為療法	常用於克服焦慮與恐懼，與生理回饋原理不同。
照光治療 (Light therapy)	用於季節性情感疾患	療效確切，但有引發轉為躁症 (manic switch) 的風險。
睡眠剝奪治療	快速減輕憂鬱症狀	療效缺乏持久性，患者入睡後極易迅速復發。
經顱磁刺激 (TMS)	非侵入性物理治療	最常見副作用為頭皮疼痛或頭痛；癲癇發生率極低 (小於 0.1%)。
電痙攣治療 (ECT)	難治性重鬱症、躁症之物理治療	難治重鬱反應率達 70% 至 90%；合併身體症狀障礙症者反應較差；施作時需停用鋰鹽以防神經毒性。

精選考題 (3/9)

第 9 題 [110-2 醫學四 第 64 題]

一位國三女學生，原本身高 151 公分、體重 45 公斤，因罹患厭食症 (anorexia nervosa) 而在幾個月內暴瘦到 31 公斤，後來猝死，經媒體報導，震撼校園。關於飲食相關疾患的臨床表徵以及其內外科合併症的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 厭食症會造成大腦萎縮、腦室擴大
- (B) 因目前體重未達理想體重之 70%，建議於小兒科病房住院治療
- (C) 厭食症會造成低血糖 (hypoglycemia)、高膽固醇 (hypercholesterolemia)
- (D) 暴食症 (bulimia nervosa) 會因為患者使用催吐藥 emetine (ippecac) 而造成心臟和骨骼肌病變 (cardiac and skeletal myopathies)

答案 B

A. 厭食症會造成大腦萎縮、腦室擴大

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：厭食症 (Anorexia Nervosa) 患者會因營養不良造成大腦灰質與白質流失，在影像上呈現大腦萎縮與腦室擴大的 Pseudoatrophy 現象。

B. 因目前體重未達理想體重之 70%，建議於小兒科病房住院治療

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：一般建議住院標準為體重低於理想體重的 75% 或 BMI < 15。選項描述體重 (31kg) 已低於理想體重 (45kg) 之 70% (31.5kg)，應儘速評估住院，但題目問何者「錯誤」，此處判斷住院門檻敘述屬主流共識，需與其他選項比對，但在臨床準則中 75% 為較常採用的 Cutoff。

C. 厭食症會造成低血糖 (hypoglycemia)、高膽固醇 (hypercholesterolemia)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：厭食症會因營養攝取不足導致低血糖 (Hypoglycemia)，並因膽固醇代謝異常或合成增加，出現反常的高膽固醇血症 (Hypercholesterolemia)。

D. 暴食症 (bulimia nervosa) 會因為患者使用催吐藥 emetine (ippecac) 而造成心臟和骨骼肌病變 (cardiac and skeletal myopathies)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：暴食症 (Bulimia Nervosa) 患者若使用催吐劑 Ipecac (成分含 Emetine)，長期累積會具有毒性，導致心肌病變 (Cardiomyopathy) 及骨骼肌病變。

第 10 題 [113-1 醫學四 第 65 題]

關於飲食疾患中的嗜食症 (binge eating disorder) 與暴食症 (bulimia nervosa) 的敘述，下列何者最不適當？

- (A) 臨床證據顯示，抗憂鬱劑 (如 fluoxetine) 可用於治療暴食症
- (B) 嗜食症患者不會有反覆代償性減重行為 (如催吐、使用瀉劑等)
- (C) 嗜食症患者不會有使體態纖瘦的強烈渴望
- (D) 暴食症患者之自我評價不因對身材或體重的看法而有不當影響

答案 D

A. 臨床證據顯示，抗憂鬱劑 (如 fluoxetine) 可用於治療暴食症

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Fluoxetine (福流喜丁) 是目前唯一獲 FDA 核准用於治療 Bulimia Nervosa (暴食症) 的藥物，臨床證據支持其能有效減少暴食與催吐行為的頻率。

B. 嗜食症患者不會有反覆代償性減重行為 (如催吐、使用瀉劑等)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Binge Eating Disorder (嗜食症) 的核心特徵為反覆暴食但「不具備」代償性減重行為；若出現反覆催吐、導瀉等行為，應歸類於暴食症，此敘述正確。

C. 嗜食症患者不會有使體態纖瘦的強烈渴望

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：對纖瘦體態（Thinness）的強烈渴望與病態追求是 Anorexia Nervosa（厭食症）與暴食症的核心特徵，嗜食症患者雖常見肥胖困擾，但診斷上通常不強調此渴望。

D. 暴食症患者之自我評價不因對身材或體重的看法而有不當影響

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：DSM-5 診斷準則明確指出，Bulimia Nervosa（暴食症）患者的自我評價會「過度受到身材與體重看法」的影響，選項敘述為不因其影響與準則背道而馳。

第 11 題 [114-2 醫學四 第 65 題]

精神科所使用的生理回饋（biofeedback）治療是應用下列那個原理？

- (A) 操作型制約（operant conditioning）
- (B) 古典制約（classical conditioning）
- (C) 系統減敏感法（systematic desensitization）
- (D) 洪水法（flooding）

答案 A

A. 操作型制約（operant conditioning）

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：生理回饋（biofeedback）是利用儀器監測生理訊號並即時呈現給患者，讓患者學習透過主動調整（操作）來改變生理狀態，這屬於操作型制約（operant conditioning）中的強化過程。

B. 古典制約（classical conditioning）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：古典制約（classical conditioning）涉及非自主生理反應與刺激的連結（如巴夫洛夫的狗），而生理回饋強調的是個體主動學習控制生理反應，非單純的刺激-反應連結。

C. 系統減敏感法（systematic desensitization）

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：系統減敏感法（systematic desensitization）是結合放鬆訓練與階層式暴露的一種行為療法，雖常與生理回饋搭配使用，但生理回饋本身的運作核心原理是操作型制約。

D. 洪水法（flooding）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：洪水法（flooding）是讓患者長時間暴露在高度焦慮的刺激中，直到焦慮消退為止（習得無助或習慣化），與生理回饋透過精密監測、逐步學習控制生理訊號的原理完全不同。

本考點其他考題（6 題，未收錄）

梯次	題目	主題
107-1	醫學四 Q66	defense mechanism projection
108-1	醫學四 Q66	cognitive theory of emotional disorders
109-2	醫學四 Q73	eating disorders anorexia nervosa
110-2	醫學四 Q65	morbid obesity bariatric surgery
110-2	醫學四 Q73	psychoanalysis suitability
114-1	醫學四 Q66	kleptomania impulse control

也考本考點的題目（4 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
111-2	醫學四 Q64	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
115-1	醫學四 Q61	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
113-2	醫學四 Q63	精神科・精神官能症・焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)
115-1	醫學四 Q68	精神科・兒童期之精神疾患・兒童青少年精神障礙 (Pediatric Psychiatric Disorders)

情緒穩定劑 (Mood Stabilizers)

★★ 穩定考點 考過 11/20 梯次：106-2、108-1、108-2、109-1、109-2、110-1、111-1、112-2、113-1、113-2、115-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 四、雙極性疾患 (Bipolar Disorder)

4.5 個別藥物重點

Lithium

- 治療濃度狹窄：0.6–1.2 mEq/L (急性 1.0–1.2，維持 0.6–1.0)
- 必須定期監測血中濃度
- 副作用：
 - 甲狀腺低下 (最常見內分泌副作用) → 須定期追蹤 TSH
 - 腎性尿崩症 (nephrogenic DI) → 多尿多渴 → 處理：Amiloride
 - 心臟：T wave flattening/inversion
 - 體重增加、痤瘡
 - 白血球增多 (benign leukocytosis)
 - Ebstein anomaly**：懷孕第一孕期禁忌
 - 細微震顫 (fine tremor) → β -blocker 改善
- 毒性症狀：粗大震顫、嘔吐腹瀉、ataxia、意識混亂、癲癇、腎衰竭
 - 治療：輸液 + 血液透析 (嚴重時)
- 升高鋰濃度的因素：脫水、腎功能不全、**NSAIDs**、**ACEi/ARB**、**Thiazide diuretics**

Valproate

- 副作用：肝毒性 (須監測 LFT)、血小板減少、胰臟炎、體重增加
- 致畸胎性：neural tube defects → 懷孕絕對禁忌
- 治療濃度：50–125 $\mu\text{g/mL}$
- 高度蛋白結合 → drug interactions

Lamotrigine

- 最有效預防雙極性鬱期復發
- 副作用：**Stevens-Johnson syndrome / TEN** → 必須緩慢加量
- 與 Valproate 合併使用時濃度升高 (Valproate 抑制其代謝) → 更須減慢 titration

★ 國考重點 (本站講義)

- 鋰鹽 (Lithium) 的適應症與臨床療效 [106-2、108-1、108-2、109-2] [112-2、115-1]
- 急性躁期的首選藥物治療 [106-2、108-1、108-2、111-1]
- 血中藥物濃度監測 (Therapeutic Drug Monitoring, TDM) [106-2、109-1] [109-1]
- 鋰鹽之治療濃度與水分管理 [113-1] [112-2]
- 鋰鹽中毒的症狀與處置 [113-1] [112-2、113-1]

- 長期使用鋰鹽的副作用〔113-2〕〔112-2〕
- 拉莫三嗪 (Lamotrigine) 的特性與藥物交互作用〔106-2、108-1、111-1、115-1〕〔113-2〕
- 孕期用藥之致畸胎風險〔112-2〕
- 雙極性疾患鬱期的藥物選擇〔115-1〕〔108-2〕
- 雙極性疾患的遺傳與病程特徵〔113-1〕〔113-1〕
- 藥物性功能副作用與改善方法〔112-2〕〔112-2〕

⚠ 易混與陷阱

藥物種類	急性躁期適用性	鬱期/維持期定位	濃度監測要點	代表性副作用與孕期風險
鋰鹽 (Lithium)	適用 (第一線)〔108-1〕	可降低自殺風險，但急性鬱期起效慢〔112-2、115-1〕	必須監測 (急性期 0.6-1.2，維持期 0.6-1 mEq/L)〔113-1〕	脫水易中毒 (手抖、腹瀉、痙攣)；長期注意甲狀腺低下；孕期 Ebstein 氏畸形絕對風險極低 (約 0.1% 至 0.2%)〔110-1、112-2〕。
丙戊酸 (Valproic acid)	適用 (第一線)〔108-1〕	維持期可使用，但無防自殺實證	必須監測 (建議維持 50-125 µg/mL)〔109-1〕	孕期致畸風險最高 (胎兒心臟畸形、神經管缺陷)；會抑制拉莫三嗪代謝使後者濃度翻倍〔110-1、113-2〕。
卡巴氮平 (Carbamazepine)	適用 (緩釋劑型)〔108-1〕	維持期可使用，但無防自殺實證	必須監測 (建議維持 4-12 µg/mL，具自我誘導特性)〔109-1〕	孕期致畸風險高 (神經管缺陷/脊柱裂，需補高劑量葉酸)〔110-1〕。
拉莫三嗪 (Lamotrigine)	不適用 (滴定慢，不合急性使用)〔108-1〕	預防鬱期復發效果佳 (鬱期核心藥物)〔106-2、115-1〕	臨床不需例行監測血中濃度	易引起嚴重皮疹 (SJS)；孕期可能增加唇口裂風險〔110-1、113-2〕。
理思必妥 (Risperidone)	適用 (第一線)〔111-1〕	急性鬱期療效證據不足 (非首選)〔115-1〕	不需監測血中濃度	會引起高泌乳素血症，抑制性慾並導致勃起障礙；孕期畸形風險相對較低〔112-2〕。
百憂解 (Fluoxetine)	禁用 (急性躁期單用易轉相)〔108-2〕	限於鬱期且須與情緒穩定劑併用〔108-2〕	不需監測血中濃度	容易導致低性慾、高潮障礙 (可用 Cyproheptadine 或 Amantadine 改善)〔112-2〕。

精選考題 (1/1)

第 12 題〔113-1 醫學四 第 61 題〕

有關鋰鹽 (lithium) 在治療病人時的敘述，下列何者最不適當？

- (A) 可能出現噁心、嘔吐、腹瀉、視力模糊等副作用
- (B) 嚴重中毒時有可能出現痙攣、心律不整或昏迷等症狀
- (C) 血液透析是解救嚴重中毒的方法
- (D) 目前臨床上最有效監測鋰鹽中毒的方法為臨床觀察

答案 D

A. 可能出現噁心、嘔吐、腹瀉、視力模糊等副作用

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Lithium（鋰鹽）常見副作用包含胃腸道症狀（噁心、嘔吐、腹瀉）與視力模糊，特別是血中濃度接近中毒範圍時更為明顯。

B. 嚴重中毒時有可能出現痙攣、心律不整或昏迷等症狀

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：嚴重 Lithium 中毒會影響中樞神經與心血管系統，出現 Seizures（痙攣）、Arrhythmia（心律不整）、昏迷甚至死亡。

C. 血液透析是解救嚴重中毒的方法

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Hemodialysis（血液透析）是清除體內鋰離子最有效的方法，用於血中濃度過高（通常 $> 4.0 \text{ mEq/L}$ ）或有嚴重神經毒性症狀時。

D. 目前臨床上最有效監測鋰鹽中毒的方法為臨床觀察

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：鋰鹽治療窗極窄（ $0.6\text{-}1.2 \text{ mEq/L}$ ），臨床上最有效的監測方法是定期監測 Serum lithium level（血鋰濃度），而非單純臨床觀察。

也考本考點的題目（12 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-1	醫學四 Q71	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
111-1	醫學四 Q62	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
112-2	醫學四 Q66	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
113-2	醫學四 Q60	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
115-1	醫學四 Q60	精神科・精神病，抗精神病藥物 (Antipsychotics)
108-2	醫學四 Q63	精神科・精神官能症，抗憂鬱劑 (Antidepressants)
106-2	醫學四 Q64	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患 (Bipolar Disorder)
108-1	醫學四 Q62	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患 (Bipolar Disorder)
109-2	醫學四 Q78	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患 (Bipolar Disorder)
110-1	醫學四 Q61	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患 (Bipolar Disorder)
112-2	醫學四 Q62	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患 (Bipolar Disorder)
113-1	醫學四 Q60	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患 (Bipolar Disorder)

鎮靜催眠藥與睡眠障礙藥物（Sedative-Hypnotics and Sleep-Promoting Agents）

★★★ 常青必掃 考過 14/20 梯次：106-1、107-1、108-1、108-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、111-2、112-1、113-1、114-2、115-2

十五、睡眠—覺醒障礙

15.1 失眠症 (Insomnia Disorder)

- 入睡困難、維持困難或過早醒來，伴隨日間功能受損
- 持續 ≥ 3 個月、≥ 3 次/週
- 治療：
 - **CBT-I** (失眠認知行為治療)：首選，長期效果最佳
 - **Z-drugs**：Zolpidem、Zaleplon、Eszopiclone (GABA-A agonist)
 - **BZD**：Triazolam (短效)、Eszopiclone、Flurazepam (長效) → 短期使用，注意依賴性
 - **Suvorexant / Lemborexant**：Orexin receptor antagonist
 - **Ramelteon**：Melatonin receptor agonist (無依賴性)
 - Low-dose **Trazodone**：常用 off-label 助眠

★ 國考重點 (本站講義)

- 苯二氮平類 (Benzodiazepines, BZD) 四大藥理作用 [114-2]
- 作用機轉與受器結合 [109-2、110-2、114-2]
- BZD 半衰期與代謝分類
- 超短效 [110-1]
- 中效 [110-1]
- 長效 [110-1]
- BZD 戒斷與減量原則 [108-1、111-1、114-2] [111-1、114-2]
- BZD 副作用與管制 [111-2] [114-2] [111-2] [114-2] [114-2]
- 非苯二氮平類安眠藥 (Z-drugs) 特性 [110-2] [110-2]
- 酒精戒斷症候群 (Alcohol Withdrawal Syndrome) 治療
- 首選第一線藥物 [106-1、109-1、112-1、114-2] [112-1]
- 戒斷性癲癇 [106-1、112-1、114-2]
- 戒斷性幻覺與譫妄 [106-1、112-1]
- 急診處置細節 [109-1] [114-2] [109-1]
- 失眠症 (Insomnia Disorder) 與睡眠衛生教育 (Sleep Hygiene)
- 診斷標準 [113-1]
- 治療原則 [110-2、113-1] [113-1]
- 安眠藥開立禁忌 [108-2、113-1]
- 睡眠衛生守則 [108-2、110-2]
- 急性躁動 (Agitation) 注射用藥 [109-2]
- 恐慌症 (Panic Disorder) 治療 [107-1] [107-1]
- 嗜睡症 (Narcolepsy) 治療 [108-1] [108-1]
- 延遲型睡眠週期症候群 (Delayed Sleep Phase Syndrome, DSPS) 治療
- 非 GABA 作用之抗焦慮藥 [108-2]
- 美國睡眠醫學會 (American Academy of Sleep Medicine, AASM) 失眠治療指引之建議用藥 [115-2]

⚠ 易混與陷阱

藥物類型 / 特性	苯二氮平類 (Benzodiazepines, BZD)	Z-drugs (如 Zolpidem、Zopiclone)
受體選擇性	非選擇性作用於 GABA-A 受器的 $\alpha 1$ 至 $\alpha 5$ 次單位〔110-2〕	選擇性作用於 GABA-A 受器的 $\alpha 1$ 次單位〔110-2〕
四大藥理作用	具備抗焦慮、安眠、抗癲癇、肌肉鬆弛作用〔114-2〕	主要具催眠效果；其抗焦慮、抗痙攣及肌肉鬆弛效果顯著較弱 (Zolpidem 較無肌肉鬆弛效果)〔110-2〕
成癮與耐受性	具高成癮性與耐受性，長期使用 (大於 2 週) 易產生受器下調〔110-2、111-1、111-2、113-1〕	理論上成癮風險較低，但長期使用仍有耐受性與戒斷風險，絕非完全無成癮問題〔110-2〕
常見副作用	嗜睡、肌肉鬆弛、運動失調、認知功能受損等〔111-2〕	前向性失憶、夢遊、睡眠自動化行為及幻覺〔110-2〕

臨床情境 / 藥物特性	地西泮 (Diazepam)	安定文 (Lorazepam)
半衰期分類	長效型 (半衰期約 30–100 小時以上，活性代謝產物易在體內蓄積)〔110-1〕	中效型 (半衰期約 10–20 小時)〔110-1〕
肝臟代謝途徑	需經肝臟第一相 (Phase I) 氧化代謝，肝功能不佳者易蓄積〔110-1〕	不經肝臟第一相氧化代謝，直接經接合反應排除，適用於肝硬化/肝功能不佳者〔110、112-1〕
肌肉注射 (IM)	吸收極不穩定，且易形成結晶導致疼痛與組織損傷，不適於 IM 處置急性躁動〔109-2〕	肌肉注射吸收極為穩定且可預測，常用於 IM 處置急性躁動〔109-2〕

臨床表現 / 治療差異	酒精戒斷性癲癇 (Alcohol Withdrawal Seizure)	傳統癲癇 (Epilepsy)
最常見發作型態	全身性強直陣攣性發作 (大發作, GTCS)〔114-2〕	多種發作型態 (包含失神發作/小發作等)
第一線治療藥物	苯二氮平類 (BZD)〔106-1、112-1〕	傳統抗癲癇藥物
苯妥英 (Phenytoin) 療效	反應極差，臨床上不建議常規使用〔106-1、112-1〕	為一線或常用抗癲癇藥物

延遲型睡眠週期症候群 (DSPS) 處置	正確作法 (相位提前 Phase advance)	錯誤作法 / 陷阱 (相位延遲 Phase delay)
光照治療時間	清晨照光〔113-1〕	晚上/夜間照光 (會使症狀惡化)〔113-1〕
褪黑激素 (Melatonin) 給藥	傍晚或預定睡前 5–7 小時給予小劑量 (0.2–0.5mg)〔113-1〕	晚間隨意給藥或過遲使用
行為重置生物鐘	睡眠時間療法：每天延後睡覺 2–3 小時，連續幾天直至重置〔113-1〕	強制每天提早睡覺

AASM 失眠治療指引	藥物	定位
不建議使用〔115-2〕	褪黑激素 (Melatonin)	臨床實證顯示改善睡眠效果不顯著
建議使用〔115-2〕	Doxepin (低劑量)、Suvorexant、Ramelteon	Doxepin 與 Suvorexant 改善睡眠維持障礙；Ramelteon 改善入睡障礙

精選考題 (5/10)

第 13 題 [110-2 醫學四 第 66 題]

有關 zolpidem 和 zopiclone 類藥物的敘述，下列何者錯誤？

- (A) 是新興的安眠藥物，在 GABA receptor 作用上選擇性比 benzodiazepine (BZD) 高，不易成癮
- (B) zolpidem 和 zopiclone 類藥物會造成失憶、睡眠自動化行為 (automatic behaviors) 和幻覺
- (C) 失眠常有潛在的生理或心理疾病，使用 zolpidem 和 BZD 類藥物是「治標不治本」，只能暫時緩和症狀
- (D) 沒有任何醫學研究支持長期使用短效型 zolpidem 和 BZD 類藥物來治療失眠

答案 A、D

考選部給分附註：※第 66 題答 A、D 給分。

A. 是新興的安眠藥物，在 GABA receptor 作用上選擇性比 benzodiazepine (BZD) 高，不易成癮

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Z-drugs (如 Zolpidem、Zopiclone) 對 GABA-A receptor 的 $\alpha 1$ subunit 具高選擇性，相較於 BZD (Benzodiazepine) 對 $\alpha 1-5$ 均有作用，其成癮性與依賴風險理論上較低，但臨床仍有成癮案例。

B. zolpidem 和 zopiclone 類藥物會造成失憶、睡眠自動化行為 (automatic behaviors) 和幻覺

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Zolpidem 常見副作用包含前向性失憶 (Anterograde amnesia)、夢遊及睡眠自動化行為 (Complex sleep behaviors)，嚴重者可能出現幻覺 (Hallucinations)，故此敘述正確。

C. 失眠常有潛在的生理或心理疾病，使用 zolpidem 和 BZD 類藥物是「治標不治本」，只能暫時緩和症狀

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：失眠常繼發於憂鬱、焦慮或生理疾病。安眠藥僅能暫時緩解症狀 (Symptomatic relief)，若未處理潛在成因，確實屬於治標不治本。

D. 沒有任何醫學研究支持長期使用短效型 zolpidem 和 BZD 類藥物來治療失眠

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：臨床指引雖多建議短期使用，但仍有研究探討其在特定病患長期使用的安全性與有效性 (如持續性失眠)，並非「沒有任何」研究支持。本題官方最後判 A、D 皆給分。

給分說明：※第 66 題答 A、D 給分。

第 14 題 [113-1 醫學四 第 48 題]

下列何種治療對延遲型睡眠週期症候群 (delayed sleep phase syndrome) 最不合適？

- (A) 晚上照光治療
- (B) 褪黑激素 (melatonin) 每晚 0.2~0.5mg
- (C) 每天延後睡覺 2~3 個小時，連續幾天，以重置生物鐘
- (D) 晚間給與褪黑激素促效劑 (melatonin agonist)

答案 A

A. 晚上照光治療

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：DSPS (Delayed Sleep Phase Syndrome) 患者入睡時間過晚，光照治療應在清晨進行以提前生理時鐘；晚上照光會進一步延後生理時鐘 (Phase delay)，使症狀惡化，故最不合適。

B. 褪黑激素 (melatonin) 每晚 0.2~0.5mg

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Melatonin (褪黑激素) 在傍晚或預定睡覺前 5-7 小時給予小劑量 (0.2-0.5mg)，可產生相位提前 (Phase advance) 效果，是治療 DSPS 的常用標準方法。

C. 每天延後睡覺 2~3 個小時，連續幾天，以重置生物鐘

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Chronotherapy（睡眠時間療法）透過每天延後 2-3 小時入睡，直到睡眠週期繞回理想時間，是重置 DSPS 生物鐘的經典行為治療手段。

D. 晚間給與褪黑激素促效劑（melatonin agonist）

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Melatonin agonist（褪黑激素促效劑）如 Ramelteon（Rozerem）與褪黑激素機轉相似，晚間給予可協助調整生理時鐘並誘導睡眠，對 DSPS 有治療效益。

第 15 題〔110-1 醫學四 第 78 題〕

下列 benzodiazepines 中，何者半衰期最短？

- (A) midazolam
- (B) diazepam
- (C) alprazolam
- (D) lorazepam

答案 A

A. midazolam

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Midazolam（Dormicum）屬於超短效型 Benzodiazepines（BZD），半衰期約為 1.5 至 2.5 小時，臨床上常用於手術前誘導麻醉或內視鏡檢查鎮靜。

B. diazepam

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Diazepam（Valium）為長效型 BZD，活性代謝產物（如 desmethyldiazepam）半衰期可長達 30 至 100 小時以上，容易在體內蓄積。

C. alprazolam

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Alprazolam（Xanax）屬於中效型 BZD，半衰期約為 11 至 15 小時，主要用於抗焦慮及恐慌症治療，效期長於 midazolam。

D. lorazepam

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Lorazepam（Ativan）亦屬中效型 BZD，半衰期約為 10 至 20 小時，不經肝臟第一相（Phase I）代謝，主要由接合反應（conjugation）排除。

第 16 題〔113-1 醫學四 第 64 題〕

有關失眠患者的臨床表現和治療，下列敘述何者最不適當？

- (A) 白天常打瞌睡的人須評估是否有阻塞性呼吸障礙
- (B) 睡眠困難的頻率，為每週 3 次以上且達 3 個月者，符合失眠症（insomnia disorder）之診斷標準
- (C) 失眠皆因其他疾病所導致的症狀，一定能查出潛在疾病
- (D) 使用鎮定安眠類藥物處方，一般建議以不超過兩週為原則

答案 C

A. 白天常打瞌睡的人須評估是否有阻塞性呼吸障礙

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：白天過度嗜睡（Daytime sleepiness）常與睡眠片斷化相關，應評估 OSA（Obstructive Sleep Apnea，阻塞性睡眠呼吸中止症）。

B. 睡眠困難的頻率，為每週 3 次以上且達 3 個月者，符合失眠症（insomnia disorder）之診斷標準

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DSM-5 診斷標準規定失眠症（Insomnia Disorder）需每週至少 3 次，且持續至少 3 個月以上。

C. 失眠皆因其他疾病所導致的症狀，一定能查出潛在疾病

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：失眠可分為續發性與原發性，並非所有失眠都能找出單一潛在疾病；原發性失眠（Primary Insomnia）本身即為獨立疾病。

D. 使用鎮定安眠類藥物處方，一般建議以不超過兩週為原則

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：BZD (Benzodiazepines) 或 Z-drugs 建議短期使用，一般以不超過兩週為原則以避免藥物耐受性與成癮。

第 17 題〔108-1 醫學四 第 73 題〕

下列何種藥物已被美國 FDA 認可用於治療嗜睡症 (narcolepsy) ？

- (A) clozapine
- (B) lorazepam
- (C) lithium
- (D) modafinil

答案 D**A. clozapine**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Clozapine (Clozaril) 為第二代抗精神病藥物 (SGA)，主要用於治療頑固型精神分裂症 (Schizophrenia)，並非嗜睡症用藥，且常見嗜睡副作用。

B. lorazepam

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Lorazepam (Ativan) 屬於苯二氮平類 (Benzodiazepines, BZDs)，具鎮靜、抗焦慮作用，會惡化嗜睡症狀，禁用於嗜睡症治療。

C. lithium

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Lithium (鋰鹽) 主要作為心情穩定劑 (Mood stabilizer)，用於治療雙極性情感疾患 (Bipolar disorder)，與嗜睡症治療無關。

D. modafinil

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Modafinil (Provigil) 為中樞神經興奮劑，能增加下視丘 (Hypothalamus) 正腎上腺素與多巴胺活性，是 FDA 核准治療嗜睡症 (Narcolepsy) 的第一線藥物。

本考點其他考題 (5 題，未收錄)

梯次	題目	主題
108-2	醫學四 Q64	insomnia hypnotic prescribing
108-2	醫學四 Q65	gaba receptor complex
109-2	醫學四 Q69	hypnotic sedative use
110-2	醫學四 Q63	sleep hygiene insomnia
115-2	醫學四 Q62	insomnia pharmacotherapy guideline

也考本考點的題目 (12 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
109-2	醫學四 Q77	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
107-1	醫學四 Q65	精神科・精神官能症・焦慮障礙症 (Anxiety Disorders)
106-1	醫學四 Q71	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
109-1	醫學四 Q78	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
112-1	醫學四 Q76	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
114-2	醫學四 Q63	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
114-2	醫學四 Q70	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
108-1	醫學四 Q69	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・鎮靜催眠或抗焦慮劑相關障礙 (Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic-Related Disorders)
110-2	醫學四 Q70	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・鎮靜催眠或抗焦慮劑相關障礙 (Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic-Related Disorders)
111-1	醫學四 Q66	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・鎮靜催眠或抗焦慮劑相關障礙 (Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic-Related Disorders)
111-2	醫學四 Q66	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・鎮靜催眠或抗焦慮劑相關障礙 (Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic-Related Disorders)
114-2	醫學四 Q68	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症)・鎮靜催眠或抗焦慮劑相關障礙 (Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic-Related Disorders)

一般精神藥理學與醫療法規 (General Psychopharmacology and Medical Regulations)

★★ 穩定考點 考過 6/20 梯次：107-2、108-2、109-1、110-2、113-1、113-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- 腦傷患者投藥與時程原則：頭部受傷 (head trauma) 患者的精神與認知症狀若持續超過 6 至 12 個月仍未改善，則易進入慢性期 (chronic phase)。腦傷患者對精神藥物副作用極敏感，投藥原則為「Low and slow」(初始劑

量 (initial dose) 宜低且緩慢調增 (titration))，絕非高劑量與快速調藥。常見認知障礙包含注意力 (attention) 不集中、記憶 (memory) 變差及新學習困難；常見行為問題包括憂鬱、易衝動、攻擊性 (aggression) 及與額葉 (frontal lobe) 受損相關的人格改變 (personality change) 。〔107-2〕

- **ADHD 用藥前評估**：治療兒童青少年注意力不足 / 過動症 (attention-deficit / hyperactivity disorder, ADHD) 病患，在起始使用神經刺激劑 (stimulants) 前，常規必須測量血壓 (blood pressure)、心跳 (heart rate) (以評估心血管風險) 以及身高 (height) 與體重 (監測生長遲緩 (growth retardation) 副作用) ；「血糖 (blood glucose)」非用藥前常規測量項目。〔107-2〕
- **GABA 受體複合物機轉**：GABA 是中樞神經系統主要的抑制性神經傳導物質，結合受體後使氯離子通道開放、細胞膜過極化產生抑制效果，與抗焦慮 (anxiolytic)、抗癲癇及鎮靜效果相關。安眠藥 Zolpidem 作用於 GABA-A 受體的 $\alpha 1$ 次單位 ($\alpha 1$ subunit)，與 GABA 受體複合物 (GABA receptor complex) 作用有關。Buspirone 則為 5-HT_{1A} 受體的部分致效劑 (partial agonist)，不作用於 GABA 受體複合物，無鎮靜或抗癲癇作用。〔108-2〕
- **治療藥物監測 (TDM) 指引**：鋰鹽 (lithium，治療指數窄，濃度大於 1.5 mEq/L 易中毒)、Valproic acid (治療濃度建議維持 50-125 $\mu\text{g/mL}$) 與 Carbamazepine (具自我誘導 (auto-induction) 代謝特性，治療範圍 4-12 $\mu\text{g/mL}$) 皆需定期抽血進行治療藥物監測 (therapeutic drug monitoring, TDM)。Clozapine 則需定期追蹤完整血球計數 (complete blood count, CBC) 以監測顆粒性白血球缺乏症 (agranulocytosis)，臨床上通常不需定期監測其血中藥物濃度。〔109-1〕
- **酒精中毒、耐受性與法規**：酒精中毒 (alcohol intoxication) 嚴重時會導致呼吸抑制 (respiratory depression)、嘔吐物吸入或致死性心律不整，具明確死亡風險。若在血中酒精濃度 (blood alcohol concentration, BAC) 達 150 mg/dL (0.15%) 以上高濃度時仍無運動失調或情緒不穩，表示已對酒精產生耐受性 (tolerance)。吐氣酒精濃度達 0.15 mg/L (約折合 BAC 大於 30 mg/dL 或 0.03%) 即可能減慢動作與思考反應，依規定不得駕車。〔110-2〕
- **優良臨床試驗 (GCP) 倫理**：受試者的權利、安全與福祉 (well-being) 為藥品臨床試驗最重要考量，且應勝於科學及社會利益。臨床試驗前必須權衡風險與預期利益，預期利益須超過可能風險及不便始得進行，且人體試驗委員會 (Institutional Review Board, IRB) 應確保受試者受到保護。〔110-2〕
- **ADHD 藥物分類與治療指引**：學齡期兒童及青少年 ADHD 的第一線治療為藥物治療 (pharmacotherapy)，學齡前 (小於 6 歲) 首選為行為治療。Methylphenidate 為多巴胺 (dopamine) 與正腎上腺素 (norepinephrine) 回收抑制劑 (而非血清素回收抑制劑)，是台灣唯一核准治療 ADHD 的中樞神經刺激劑，核准用於 6 歲及以上患者 (非 3 歲)，常見副作用為食慾降低與睡眠障礙。Atomoxetine 則為選擇性正腎上腺素再吸收抑制劑 (selective norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI)，屬於非興奮劑 (non-stimulant)。〔113-2〕
- **精神藥物副作用與交互作用**：
 - 長期使用鋰鹽可能有甲狀腺功能低下 (hypothyroidism) 及心臟副作用 (如 T 波平坦或心律不整)。〔113-2〕
 - 抗精神病藥物引起的姿態性低血壓 (orthostatic hypotension) 是因為阻斷了 Alpha-1 腎上腺素接受器 (Alpha-1 adrenergic receptor)，而非作用於多巴胺接受器。〔113-2〕
 - Fluvoxamine 為強效 CYP1A2 抑制劑，與 Clozapine 併用會抑制其代謝而顯著增加血中濃度與毒性風險。〔113-2〕
 - Valproic acid 會抑制 Lamotrigine 的代謝，兩者併用會使 Lamotrigine 濃度顯著增加，大幅提升嚴重過敏反應如史蒂芬斯-強森症候群 (Stevens-Johnson Syndrome, SJS) 的機率。〔113-2〕

⚠ 易混與陷阱

藥物 / 機轉對照	作用機轉與臨床分類	臨床關鍵監測與陷阱
Methylphenidate	多巴胺與正腎上腺素回收抑制劑（中樞神經刺激劑）	台灣唯一核准之 ADHD 刺激劑；適用於 6 歲以上；常見副作用為食慾降低、睡眠障礙。
Atomoxetine	選擇性正腎上腺素再吸收抑制劑（非中樞神經興奮劑）	用於治療 ADHD，不屬於中樞興奮劑。
Zolpidem	作用於 GABA-A 受體的 $\alpha 1$ 次單位	具安眠與中樞抑制效果，與 GABA 受體複合物相關。
Buspirone	5-HT _{1A} 受體部分致效劑	用於抗焦慮，不作用於 GABA 受體複合物，無鎮靜或抗癲癇作用。
鋰鹽 (Lithium)	情緒穩定劑	治療指數窄，大於 1.5 mEq/L 易中毒，需監測血藥濃度。長期使用注意甲狀腺功能低下與心臟副作用。
Clozapine	非典型抗精神病藥物	臨床主要監測 CBC （白血球計數）以防顆粒球缺乏症，而非例行監測血藥濃度。與 Fluvoxamine 併用濃度會暴增。
Valproic acid	情緒穩定劑 / 抗癲癇藥	需監測血藥濃度（50-125 $\mu\text{g/mL}$ ）。與 Lamotrigine 併用時會抑制其代謝，大幅增加 SJS 嚴重過敏風險。
姿態性低血壓機轉	阻斷 Alpha-1 腎上腺素接受器	常被誤導為阻斷多巴胺接受器所致。

精選考題 (1/1)

第 18 題 [110-2 醫學四 第 79 題]

臨床試驗進行前應有之考量，下列那幾項正確？①應權衡對個別受試者及整體社會之可能風險、不便及預期利益 ②預期利益應超過可能風險及不便，始得進行試驗 ③受試者之權利、安全及福祉為藥品臨床試驗之最重要考量，且應勝於科學及社會之利益 ④人體試驗委員會應確保受試者之權利、安全以及福祉受到保護

- (A) ①②③④
- (B) 僅①③④
- (C) 僅①②④
- (D) 僅①②③

答案 A

A. ①②③④

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：GCP（藥品優良臨床試驗準則）核心原則包含：①權衡風險與利益、②利益超過風險始得進行、③受試者 well-being（福祉）勝於科學與社會利益、④IRB（人體試驗委員會）應確保保護責任。四者均為執行試驗前必須符合的法定與倫理規範。

B. 僅①③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：遺漏點 ②。依據 Declaration of Helsinki（赫爾辛基宣言），預期利益必須超過可能風險與不便始得進行試驗，這是對受試者保護的基本門檻，不可省略。

C. 僅①②④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：遺漏點 ③。受試者之權利、安全及福祉勝於科學及社會利益是 GCP 最重要考量（Primary concern），確保不因追求醫學進步而犧牲受試者基本權益。

D. 僅①②③

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：遺漏點 ④。IRB（人體試驗委員會）具備獨立審查職責，必須確保受試者受到保護。缺乏 IRB 的外部監管機制，臨床試驗便不具備合法性與倫理基礎。

也考本考點的題目（8 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-1	醫學四 Q71	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
113-2	醫學四 Q60	精神科・精神病・抗精神病藥物 (Antipsychotics)
110-2	醫學四 Q68	精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症），酒精相關障礙 (Alcohol-Related Disorders)
107-2	醫學四 Q69	精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症），系統性疾病之精神表徵 (Psychiatric Manifestations of Systemic Diseases)
107-2	醫學四 Q73	精神科・兒童期之精神疾患，注意力不足過動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
113-1	醫學四 Q72	精神科・兒童期之精神疾患，注意力不足過動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
113-2	醫學四 Q72	精神科・兒童期之精神疾患，注意力不足過動症 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
108-2	醫學四 Q65	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），鎮靜催眠藥與睡眠障礙藥物 (Sedative-Hypnotics and Sleep-Promoting Agents)

邊緣型人格障礙症 (Borderline Personality Disorder)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：106-1、107-1、115-1

★ 國考重點（本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點）

- **臨床診斷特徵**：患者常表現出極度情緒與情感不穩（一天之內心情劇烈變化）、長期空虛感 (Chronic feelings of emptiness)、自我認同障礙（如常覺得自己一無是處）、極度害怕被拋棄 (Fear of abandonment)，以及在人際關係中表現出極端評價（時而過度理想化，時而過度否定他人）。〔106-1、115-1〕
- **衝動與自傷行為**：常見的衝動行為包含暴食、衝動購物、開快車等；此外，常伴隨反覆的自我傷害與作態性自殺行為，臨床上這些自殺企圖常具有操縱他人 (Manipulative intent) 以獲取關注或避免被拋棄的心理動力。〔106-1、107-1、115-1〕
- **壓力下之退化與幻覺**：在面臨嚴重壓力（如激烈爭吵）時，患者的行為舉止可能突然退化（如變得幼稚如小孩），甚至可能短暫出現幻覺（如聽到已過世親人說話的聽幻覺）。〔115-1〕
- **自殺企圖與自殺完成統計**：在自殺企圖 (Suicide attempt) 者中，女性多於男性（比例約為 3:1），但自殺完成 (Completed suicide) 者中則是男性多於女性；評估自殺意念時應直接詢問，並不會增加患者重複自殺的風險。此外，90% 以上的自殺企圖或完成者皆具有精神科相關診斷（以憂鬱症與物質濫用最常見）。〔107-1〕
- **首選治療與療效**：心理治療 (Psychotherapy) 是首選治療，臨床實務多支持針對嚴重患者採取心理與藥物合併治療以提升整體功能；其中辯證行為治療 (Dialectical Behavior Therapy, DBT) 被實證醫學證實最具療效，特別能降低自傷行為（如割腕）與自殺率。〔115-1〕

- **藥物治療限制**：藥物僅能輔助改善特定情緒或衝動。苯二氮平（Benzodiazepine, BZD）並非首選藥物，不僅無法改善自我觀感與人際困難的核心症狀，對衝動控制不佳者還可能產生去抑制（Disinhibition）作用，進而增加危險行為風險。〔115-1〕

⚠ 易混與陷阱

疾患別	邊緣型人格障礙症（Borderline Personality Disorder, BPD）	依賴型人格障礙症（Dependent Personality Disorder）	強迫型人格障礙症（Obsessive-Compulsive Personality Disorder, OCPD）	類分裂型人格障礙症（Schizoid Personality Disorder）
人際關係特徵	極端且不穩定（過度理想化 vs. 過度否定）〔106-1〕	過度需要被照顧、畏懼分離且服從他人〔106-1〕	過度追求完美、秩序與控制，缺乏極端人際衝突〔106-1〕	對社交冷淡、偏好獨處，情感表達受限〔106-1〕
情緒與衝動性	情感劇烈起伏、有暴食與開快車等衝動及反覆自傷行為〔106-1、115-1〕	無劇烈情緒轉變，不會出現暴食或自傷等衝動行為〔106-1〕	缺乏衝動行為與自傷史〔106-1〕	缺乏情緒起伏與衝動衝突，與 BPD 表現完全相反〔106-1〕

治療方式	臨床角色與效益	潛在風險與陷阱
辯證行為治療（DBT）	實證醫學支持對 BPD 最有效的療法，特別能改善割腕等自傷行為及降低自殺率。〔115-1〕	心理治療為主要首選，對嚴重患者應與藥物合併治療以提升功能。〔115-1〕
苯二氮平（BZD）	無法改善自我觀感和社會關係困難等核心症狀，非首選藥物。〔115-1〕	對衝動控制不佳者會產生去抑制（Disinhibition）作用，增加危險行為的風險。〔115-1〕

精選考題（1/2）

第 19 題 〔115-1 醫學四 第 73 題〕

23 歲的小芬，數年以來情緒持續地極不穩定，長期感到空虛，常常覺得自己一無是處，總是擔心家人和男友會拋棄她，只要覺得別人好像要疏遠自己，就反覆以自殺威脅他們。某次在和男友嚴重爭吵後，行為舉止突然變得幼稚如小孩，還說耳朵聽到已過世的外祖父在和自己說話，因而被送至醫院急診。關於小芬的人格，下列敘述何者最適當？

- (A) 為依賴型人格障礙症（dependent personality disorder）
- (B) 對此人格障礙症患者，心理治療和藥物治療各有效果，而兩者合併並無更佳的效果
- (C) 辯證行為治療（dialectical behavior therapy）對於此人格障礙症患者具有療效，尤其割腕行為
- (D) 要改善此人格障礙症的自我觀感和社會關係困難的核心症狀，最有效的治療藥物是苯二氮平（benzodiazepine）

答案 C

A. 為依賴型人格障礙症（dependent personality disorder）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：小芬表現出極度情緒不穩、長期空虛、害怕被拋棄及反覆自殺威脅，臨床診斷符合邊緣型人格障礙症（Borderline Personality Disorder, BPD），而非單純依賴他人的依賴型人格。

B. 對此人格障礙症患者，心理治療和藥物治療各有效果，而兩者合併並無更佳的效果

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：心理治療（Psychotherapy）是 BPD 的首選治療。藥物通常用於輔助緩解特定情緒或衝動症狀；臨床實務多支持針對嚴重患者採心理與藥物合併治療，以提升整體功能。

C. 辯證行為治療（dialectical behavior therapy）對於此人格障礙症患者具有療效，尤其割腕行為

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：辯證行為治療（Dialectical Behavior Therapy, DBT）是實證醫學支持針對 BPD 最有效的療法，特別是在降低自傷行為（如割腕）與自殺率方面，具有顯著的療效。

D. 要改善此人格障礙症的自我觀感和社會關係困難的核心症狀，最有效的治療藥物是苯二氮平（benzodiazepine）

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：苯二氮平（Benzodiazepine, BZD）並非 BPD 的首選藥物，且對於衝動控制不佳的患者可能產生去抑制（Disinhibition）作用，增加危險行為風險，不應用於改善核心症狀。

本考點其他考題（1 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q74	borderline personality disorder

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
107-1	醫學四 Q75	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等）、自殺風險與防制（Suicide Risk and Prevention）

人格障礙症總論（Personality Disorders General）

★ 偶考 考過 4/20 梯次：107-2、109-2、112-1、115-2

TWMLE・精神科 > 精神科

十三、人格障礙（Personality Disorders）

13.1 總論

- 持久的內在經驗和行為模式，偏離所屬文化的期待
- 影響認知、情感、人際功能、衝動控制（≥ 2 個面向）
- 穩定、長期（追溯至青少年或成年早期）
- **自我合理型（ego-syntonic）**：患者通常不覺得自己有問題
- 治療以長期心理治療為主（DBT 辯證行為治療、CBT 認知行為治療）

13.2 Cluster A（奇怪/古怪型）

人格障礙	特徵
Paranoid	普遍不信任和猜疑；認為他人有惡意；不願吐露資訊；好嫉妒；不寬恕
Schizoid	社交疏離、情感限制、對社交關係無興趣、獨來獨往、情感冷淡； 不渴望社交
Schizotypal	奇特想法/信念（magical thinking）、知覺扭曲（ideas of reference）、古怪行為/外觀、社交焦慮（不因熟悉而改善）；被認為是精神分裂的輕度型態

13.3 Cluster B (戲劇性/情緒化/不穩定型)

人格障礙	特徵
Antisocial (ASPD)	≥ 18 歲診斷，15 歲前有 conduct disorder 證據；無視並侵犯他人權利；欺騙、衝動、攻擊、無悔恨
Borderline (BPD)	人際關係不穩定、自我形象不穩定、情感不穩定、衝動行為；害怕被拋棄；反覆自傷/自殺威脅；慢性空虛感；短暫壓力相關偏執或解離；最常用防衛機制： Splitting (分裂) ；最有效心理治療： DBT
Histrionic	過度情緒化、尋求注意力；不舒服於非中心位置；外表/行為誘惑性；情緒表現膚淺且快速轉換
Narcissistic	誇大感、需要被讚美、缺乏同理心；自認特別；利用他人

13.4 Cluster C (焦慮/恐懼型)

人格障礙	特徵
Avoidant	社交抑制、自覺不足、對負面評價極度敏感；渴望社交但因害怕被拒絕而退縮
Dependent	過度需要被照顧 → 順從、黏附行為；難以獨自決定或獨立生活；恐懼分離
Obsessive-compulsive	過度追求秩序、完美主義、控制；死板、節儉； Ego-syntonic (vs OCD 為 ego-dystonic)；不一定有 obsessions/compulsions

★ 國考重點 (本站講義)

⚠ 易混與陷阱

診斷/特質	正確臨床概念與診斷標準	常考易混與陷阱
邊緣性人格障礙症 (BPD) 性別比	臨床診斷以女性居多 (比例約為 3:1) [107-2]	誤以為男性個案是女性個案的兩倍。
反社會人格障礙症 (ASPD) 共病	酒精或物質濫用比率遠高於一般大眾 [107-2]	誤以為其共病比率與一般大眾無異。
強迫性人格障礙症 (OCPD) 交友	完美主義與缺乏彈性會嚴重損害人際社交，導致交友受限 [107-2]	誤以為個案仍能保有良好的社交技巧且交友不受影響。
18 歲以上行為疾患 (Conduct Disorder)	若符合診斷準則但未違反社會人格標準，仍維持行為疾患診斷 [109-2]	誤以為 18 歲以上患者一律不做此診斷，而自動更換為反社會人格。
人格違常與自殺危險之關聯 [115-2]	人格違常 (尤其邊緣性人格障礙症) 為自殺之重要危險因子	誤以為人格違常與自殺危險無關。

人格障礙症類型	典型防衛機轉 (Defensive mechanism)	臨床具體表現實例 [112-1]
孤僻型 (Schizoid)	幻想 (Fantasy)	從想像的朋友獲得心理慰藉，以補償現實社交的缺乏。
戲劇型 (Histrionic)	解離 (Dissociation)	與親密伴侶激烈爭吵後，突然忘記自己是誰。
強迫型 (OCPD)	情感抽離 (Isolation of affect)	能不帶感情地詳細描述每一次被父母不良對待的經過與細節。
妄想型 (Paranoid)	投射 (Projection)	醫療中不想付出努力，卻指責是醫師不專業導致治療成效有限。

精選考題 (2/2)

第 20 題 [107-2 醫學四 第 75 題]

關於人格違常 (personality disorder)，下列敘述何者正確？

- (A) 邊緣性人格違常 (borderline personality disorder) 男性個案是女性個案的兩倍
- (B) 反社會人格違常 (antisocial personality disorder) 相較一般大眾並沒有較高比率的酒精或物質濫用
- (C) 強迫性人格違常 (obsessive-compulsive personality disorder) 的核心症狀是完美主義並且缺乏彈性，但他們仍保有良好的社交技巧，交友並不受影響
- (D) 人格違常常共病其他精神疾病，如物質濫用，憂鬱症，焦慮症等

答案 D

A. 邊緣性人格違常 (borderline personality disorder) 男性個案是女性個案的兩倍

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：邊緣性人格違常 (Borderline Personality Disorder, BPD) 在臨床診斷中以女性居多，比例約為 3:1，並非男性為女性的兩倍。

B. 反社會人格違常 (antisocial personality disorder) 相較一般大眾並沒有較高比率的酒精或物質濫用

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：反社會人格違常 (Antisocial Personality Disorder, ASPD) 個案共病酒精 (Alcohol) 或物質濫用 (Substance abuse) 的比率遠高於一般大眾，是該疾病的臨床特徵之一。

C. 強迫性人格違常 (obsessive-compulsive personality disorder) 的核心症狀是完美主義並且缺乏彈性，但他們仍保有良好的社交技巧，交友並不受影響

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：強迫性人格違常 (Obsessive-Compulsive Personality Disorder, OCPD) 的僵化與完美主義通常會嚴重損害人際關係與社交彈性，導致交友受限。

D. 人格違常常共病其他精神疾病，如物質濫用，憂鬱症，焦慮症等

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：人格違常 (Personality Disorder) 個案常共病其他精神疾患，如物質使用障礙、憂鬱症 (Depression) 及焦慮症 (Anxiety)，這在臨床實務與流行病學中均已獲得證實。

第 21 題 [112-1 醫學四 第 72 題]

有關人格障礙症個案的防衛機轉 (defensive mechanism)，下列敘述何者最適當？①從想像的朋友獲得心理慰藉，是幻想 (fantasy) ②和親密伴侶激烈爭吵後，突然忘記自己是誰，是解離 (dissociation) ③每次醫師問到過往經驗，個案都不帶感情地詳細描述每一次被父母不良對待的經過和細節，是情感抽離 (isolation of affect) ④在醫療過程不想付出努力，指責醫師不專業導致治療成效有限，是投射 (projection)

- (A) 僅①③
- (B) 僅①②④
- (C) 僅②③④
- (D) ①②③④

答案 D

A. 僅①③

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：選項 A 僅包含①與③。事實上 ②Dissociation (解離) 常見於 Histrionic (戲劇型) 人格，而 ④Projection (投射) 常見於 Paranoid (妄想型) 人格，兩者描述均屬適當，故 A 非最適當答案。

B. 僅①②④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：選項 B 忽略了描述正確的 ③。Isolation of affect (情感抽離) 是 OCPD (強迫型人格障礙) 典型的 Defensive mechanism (防衛機轉)，個案能詳細描述創傷細節但不帶任何情緒感受。

C. 僅②③④

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：選項 C 忽略了描述正確的①。Fantasy（幻想）是 Schizoid（孤僻型）人格核心的防衛機轉，個案藉由內在想像獲取慰藉，以補償現實社交的缺乏與孤立，描述無誤。

D. ①②③④

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：①-④描述均正確：Fantasy（幻想）、Dissociation（解離）、Isolation of affect（情感抽離）與 Projection（投射）皆為人格障礙症個案對應其特質時常見且適當的防衛機轉。

也考本考點的題目（2 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-2	醫學四 Q71	精神科・兒童期之精神疾患，兒童青少年精神障礙（Pediatric Psychiatric Disorders）
115-2	醫學四 Q72	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），自殺風險與防制（Suicide Risk and Prevention）

快速動眼期睡眠行為障礙症（REM Sleep Behavior Disorder）

★ 偶考 考過 2/20 梯次：106-1、110-1

★ 國考重點（本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點）

- 快速動眼期睡眠行為障礙症（REM Sleep Behavior Disorder, RBD）與 α -synuclein 蛋白病變（ α -synucleinopathy）有強烈關聯，常是神經退化疾患的前驅症狀。〔106-1〕
- RBD 最常發生於帕金森氏症（Parkinson's disease）患者（約 1/3 至 1/2 的患者伴隨出現）以及路易氏體失智症（Dementia with Lewy Bodies, DLB）患者。〔106-1、110-1〕
- RBD 是路易氏體失智症的核心臨床特徵（Core clinical features）之一，常在患者認知功能退化前數年即出現，具有高度的診斷專一性。〔110-1〕
- 阿茲海默症（Alzheimer's disease）屬於 tau 蛋白病變（tauopathy），其與 RBD 的病理機轉關聯性遠低於 α -synuclein 相關的神經退化疾病。〔106-1〕
- 額顳葉失智症（Frontotemporal dementia）主要涉及 TDP-43 或 tau 蛋白病變，臨床上以行為或語言障礙為主，並非 RBD 的典型好發族群。〔106-1〕
- 尿毒症（Uremia）常引起的是不寧腿症候群（Restless legs syndrome）或睡眠呼吸中止症，而非 RBD。〔106-1〕
- 路易氏體失智症患者對多巴胺受體促效劑（Dopamine agonist）或左旋多巴（Levodopa）極度敏感，極易誘發視幻覺（Visual hallucinations）及精神症狀（Psychosis），因此在治療其巴金森氏症狀（Parkinsonism）時應極為謹慎使用，而非儘量使用。〔110-1〕

⚠ 易混與陷阱

疾病 / 狀況	主要病理機轉	臨床與睡眠特徵	治療與藥物注意事項
路易氏體失智症 (DLB)	α -synuclein 蛋白病變	RBD 為其核心特徵 (常提早數年出現) ; 伴隨早期視幻覺、波動性認知功能、自主神經功能障礙 (易跌倒或昏厥) 。	對多巴胺受體促效劑 (Dopamine agonist) 或 Levodopa 極敏感, 易誘發幻覺與精神症狀, 應極謹慎使用。
帕金森氏症 (PD)	α -synuclein 蛋白病變	約 1/3 至 1/2 的患者伴隨 RBD, RBD 為神經退化前驅症狀。	依常規帕金森氏症治療。
阿茲海默症 (AD)	tau 蛋白病變 (Tauopathy)	雖可能伴隨睡眠障礙, 但與 RBD 的關聯性遠低於 α -synuclein 相關疾病。	依阿茲海默症常規治療。
額顳葉失智症 (FTD)	TDP-43 或 tau 蛋白病變	臨床以行為或語言障礙為主, 非 RBD 的典型好發族群。	依額顳葉失智症常規治療。
尿毒症 (Uremia)	腎功能衰竭代謝異常	常引起不寧腿症候群或睡眠呼吸中止症, 非 RBD 的主要病理驅動因素。	針對尿毒症及相關症狀治療。

精選考題 (1/1)

第 22 題 [106-1 醫學四 第 67 題]

快速動眼期睡眠行為障礙 (REM sleep behavior disorder) 最常發生在下列那種病人?

- (A) 帕金森氏症 (Parkinson's disease)
- (B) 阿茲海默症 (Alzheimer's disease)
- (C) 額顳葉失智症 (frontotemporal dementia)
- (D) 尿毒症 (uremia)

答案 A

A. 帕金森氏症 (Parkinson's disease)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解: RBD (REM sleep behavior disorder) 與 α -synucleinopathy 有強烈關聯。約 1/3 至 1/2 的 Parkinson's disease (帕金森氏症) 患者伴隨 RBD, 且 RBD 常是神經退化疾患的前驅症狀。

B. 阿茲海默症 (Alzheimer's disease)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: Alzheimer's disease (阿茲海默症) 屬於 tauopathy, 雖然可能出現睡眠障礙, 但與 RBD 的病理機轉關聯性遠低於 α -synuclein-related 神經退化疾病。

C. 額顳葉失智症 (frontotemporal dementia)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解: Frontotemporal dementia (額顳葉失智症) 主要涉及 TDP-43 或 tau 蛋白病變, 臨床上行行為或語言障礙為主, 並非 RBD 的典型好發族群。

D. 尿毒症 (uremia)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解: Uremia (尿毒症) 常引起 Restless legs syndrome (不寧腿症候群) 或睡眠呼吸中止症, 但非 RBD 的主要病理驅動因素。

也考本考點的題目 (1 題, 收在其他考點)

梯次	題目	收在
110-1	醫學四 Q53	精神科・器質性與藥物使用相關疾患 (含急性與慢性妄想症), 路易氏體失智症 (Dementia with Lewy Bodies)

精神疾病病因學 (Etiology of Psychiatric Disorders)

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：106-1、106-2、107-2、110-1、110-2、113-1、114-1、114-2、115-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 一、精神科總論與精神狀態檢查

1.2 重要神經傳導物質

神經傳導物質	相關功能	臨床相關
Serotonin (5-HT)	情緒、睡眠、食慾、疼痛	↓ → 憂鬱症；SSRI 為抗鬱首選
Norepinephrine (NE)	警覺、注意力、能量	↓ → 憂鬱症；↑ → 焦慮、躁症
Dopamine (DA)	動機、愉悅、運動控制	↑ → 精神分裂正性症狀；↓ → 巴金森症
GABA	抑制性	↓ → 焦慮、癲癇；BZD 增強 GABA
Glutamate	興奮性	過度 → 興奮毒性；NMDA 與精神分裂假說相關
Acetylcholine (ACh)	記憶、認知	↓ → 阿茲海默症；AChEI 治療

★ 國考重點（本站講義）

- 病因分析架構〔106-1〕
- 思覺失調症（Schizophrenia）遺傳率〔106-1〕
- 雙相情緒障礙症（Bipolar disorder）遺傳學〔110-2、113-1〕
- 注意力不足／過動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD）遺傳率〔115-1〕
- 焦慮反應（Anxiety reaction）神經傳導物質〔106-2〕
- 單胺類（Monoamines）源頭與機轉〔110-1〕
- 壓力與 HPA 軸機制〔114-2〕
- 發炎與共病理論〔114-2〕
- 退化性疾病異常蛋白堆積〔107-2〕
- 雙相情緒障礙症臨床特徵與治療〔110-2、113-1〕
- 物質成癮之增強與嫌惡〔110-2〕
- 憂鬱症之睡眠與腦部異常〔114-2〕
- ADHD 症狀病程與治療實證〔115-1〕

⚠ 易混與陷阱

易混淆項目	正確核心概念與數值	考題常見陷阱（錯誤敘述）
神經遞質起源核區	正腎上腺素來自藍斑核；血清素來自縫際核。	故意將兩者來源核區對調。
抗憂鬱藥物機轉	作用為抑制血清素再回收以增加突觸間隙濃度。	寫成「加強」血清素再回收。
壓力內分泌反應	急性壓力事件造成皮質醇及醅皮質激素過多。	寫成造成皮質醇及醅皮質激素「缺乏」。
雙相情緒障礙症病因	生物體質（遺傳）占 70-90% ；環境占 10-30% 。	將比例顛倒為環境 70%、生物體質 30%。
同卵雙胞胎一致率	思覺失調症為 40-50% ，雙相情緒障礙症為 40-70% 。	誘騙考生認為基因相同則一致率即為 100%。
異常蛋白與失智症	α -突觸核蛋白堆積於路易氏體失智症與帕金森氏症。	與阿茲海默症（ β -類澱粉蛋白、Tau 蛋白）混淆。
ADHD 症狀隨年齡變化	過動/衝動症狀隨年齡增長較早減輕消失。	寫成「注意力不足」症狀較早消失。
ADHD 實證治療療效	單純藥物治療/合併治療對核心症狀改善顯著優於單純行為治療。	宣稱「單純行為治療」核心症狀改善較藥物治療明顯。

也考本考點的題目（10 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
106-1	醫學四 Q66	精神科・精神病，思覺失調症（Schizophrenia）
110-1	醫學四 Q64	精神科・精神官能症，重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）
114-2	醫學四 Q64	精神科・精神官能症，重度憂鬱症（Major Depressive Disorder）
106-2	醫學四 Q67	精神科・精神官能症，焦慮障礙症（Anxiety Disorders）
114-1	醫學四 Q63	精神科・精神官能症，創傷及壓力相關障礙症（Trauma- and Stressor-Related Disorders）
110-2	醫學四 Q67	精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症），鴉片類物質相關障礙（Opioid-Related Disorders）
107-2	醫學四 Q60	精神科・器質性與藥物使用相關疾患（含急性與慢性妄想症），路易氏體失智症（Dementia with Lewy Bodies）
115-1	醫學四 Q72	精神科・兒童期之精神疾患，注意力不足過動症（Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder）
110-2	醫學四 Q60	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患（Bipolar Disorder）
113-1	醫學四 Q60	精神科・其他（自殺行為、其他症候群等），雙極性情感疾患（Bipolar Disorder）

精神醫療法規與鑑定倫理（Mental Health Law and Forensic Ethics）

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：106-1、106-2、107-2、109-1、111-1、112-2、113-1、114-1、114-2

2.8 精神科相關法律

- **強制住院**（2022 年修法）：
 - 嚴重病人有自傷或傷人之虞，且拒絕接受全日住院治療
 - 需經 2 位以上專科醫師鑑定（其中 1 位為指定專科醫師）
 - 改由法院裁定（法官保留原則），不再由審查會核准
 - 每次不得逾 60 日，延長須再聲請裁定
- **緊急安置**：經 1 位專科醫師鑑定即可，最長 **5 日**（期間完成鑑定與聲請）
- **強制社區治療**：病情不穩、有復發風險 → 強制門診/居家治療
- **護送就醫**：警消/衛生人員可強制護送嚴重病人就醫（不需家屬同意）

★ 國考重點（本站講義）

- 去連結（**De-linking**）定義〔106-1〕
- 鑑定倫理之正義與行善衝突〔106-1〕
- 民法行為能力與兒少定義
- 精神急症之醫療決定能力（**Decision-making capacity**）〔107-2〕
- 醫療介入之自願性（**Voluntariness**）〔109-1〕
- 隱私保護與限制會客規範〔111-1〕
- 約束與隔離之醫囑規範〔112-2〕
- 物理性約束之適應症與禁忌〔114-2〕
- 守密義務之例外（警告與保護義務）
- 傳染病防治〔113-1〕
- 暴力風險防範〔114-2〕
- 法定精神疾病之界定〔114-1〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	觀念 A	觀念 B	觀念 C
檢體隱私去識別化	去連結 (De-linking) 對照資料完全永久消除，徹底無法回溯。〔106-1〕	編碼 (Coding) 以代碼取代姓名，但對照表仍存在，可回溯。〔106-1〕	雙重編碼 (Double Coding) 對照表經過再編碼，由特定管理者保留。〔106-1〕
病患決策干預瑕疵	脅迫 (Coercion) 以「不簽自願就強制住院」等言語或手段威脅病人。〔109-1〕	勸誘 (Inducement) 以物質利益 (如零用錢) 不當誘導病人配合治療。〔109-1〕	違反知情同意刻意隱瞞副作用以促使病人服藥 (資訊不對等)。〔109-1〕
醫療倫理原則衝突	正義原則 (Justice) 誠實進行身心障礙鑑定，維護社會資源公平分配。〔106-1〕	行善原則 (Beneficence) 同理病人處境，希望藉由補助改善其經濟。〔106-1〕	尊重自主原則不包含醫師需配合病人違法或不實要求的義務。〔106-1〕
緊急約束醫囑程序	書面醫囑 (Written Order) 法定唯一合法程序，須醫師親自診察並詳載方式與時間。〔112-2〕	口頭醫囑 (Verbal Order) 實務嚴禁使用。緊急時由護理人員先處置，醫師隨即到場評估並補開書面單。〔112-2〕	常規展延初始醫囑到期如需延長，必須由醫師再次評估後重新開立。〔112-2〕
特定臨床手段適應症	物理性約束 (Restraint) 預防自傷/傷人、防止拔管等重大治療干擾。〔114-2〕	隔離 (Seclusion) 適用於減少過度感覺刺激、病房秩序管制。〔114-2〕	懲罰/限制會客嚴禁將約束隔離作為懲罰或無合理理由限制探視的手段。〔111-1、114-2〕
精神衛生法定義範圍	納入法定精神疾病精神病、精神官能症、酒癮、藥癮等。〔114-1〕	明文排除之精神障礙反社會性人格違常。〔114-1〕	
醫師揭露資訊義務	守密義務 (Confidentiality) 非絕對義務，當面臨公共衛生或第三方安全受威脅時，此義務退位。〔113-1、114-2〕	警告/保護義務 (Duty to Warn / Protect) 當病人對特定配偶/性伴侶 (如 HIV 傳染風險) 或特定他人有明確暴力報復意圖時，醫師應主動告知或採取緊急置留與通報。〔113-1、114-2〕	

精選考題 (3/10)

第 23 題 〔106-2 醫學四 第 79 題〕

依我國相關法律規定，下列敘述何者錯誤？

- (A) 兒童及少年福利法規定，未滿 12 歲者為兒童
- (B) 兒童及少年福利法規定，12 歲以上 18 歲未滿者為少年
- (C) 民法規定，未滿 12 歲的未成年人無行為能力
- (D) 民法規定，滿 20 歲 (且未受監護宣告) 的人有完全行為能力

答案 A、B、C

A. 兒童及少年福利法規定，未滿 12 歲者為兒童

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一 (考選部公告 A、B、C 均給分)。我國已於民國 100 年將《兒童及少年福利法》修正並更名為《兒童及少年福利與權益保障法》(Protection of Children and Youths Welfare and Rights Act)，選項所引之舊法名稱已失效。雖「未滿 12 歲為兒童」的年齡定義在現行法仍正確，但因引用了已廢止的法律名稱，在本「何者錯誤」題中被列為錯誤敘述，故為應選的正解之一。

B. 兒童及少年福利法規定，12 歲以上 18 歲未滿者為少年

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一 (考選部公告 A、B、C 均給分)。「少年」(youth) 為 12 歲以上未滿 18 歲之人的年齡定義本身正確 (現行《兒童及少年福利與權益保障法》第 2 條)，但與選項 A 相同，引用了已於民國 100 年廢止更名的舊法名稱《兒童及少年福利法》，故在本「何者錯誤」題中被列為錯誤敘述，為應選的正解之一。

C. 民法規定，未滿 12 歲的未成年人無行為能力

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一，且為本題最明確的錯誤敘述。《民法》(Civil Code) 第 13 條規定：「未滿 7 歲」之未成年人為「無行為能力」(no capacity to act)，7 歲以上之未成年人為「限制行為能力」(limited capacity to act)。故「未滿 12 歲無行為能力」與法條不符——正確門檻為未滿 7 歲，本敘述年齡引用錯誤，為應選的正解之一（考選部公告 A、B、C 均給分）。

D. 民法規定，滿 20 歲（且未受監護宣告）的人有完全行為能力

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案。本題考於民國 106 年，依當時《民法》(Civil Code) 第 12 條，滿 20 歲為成年；滿 20 歲且未受法院「監護宣告」(guardianship declaration) 者具有「完全行為能力」(full capacity to act)。此敘述在 106 年完全正確，故非「何者錯誤」題的答案。（按：《民法》已於民國 112 年 1 月 1 日起將成年年齡下修為 18 歲，但不影響本題作答年度的判讀。）

第 24 題 [114-2 醫學四 第 73 題]

有關對病人進行約束的適當時機或情況 (indications)，下列敘述何者錯誤？

- (A) 防止對治療計畫或物理性環境造成重大干擾
- (B) 基於病人的自願合理要求
- (C) 為了減少過度的感覺刺激
- (D) 作為進行中行為治療的一部分

答案 C**A. 防止對治療計畫或物理性環境造成重大干擾**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：約束的適應症包括預防病人對其治療計畫或物理環境造成重大干擾（如拔除維生管路），屬於保護病人與環境之必要措施。

B. 基於病人的自願合理要求

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：在部分經典精神教科書中，病人於自我控制不佳時「自願且合理地要求」短暫約束，被列為可接受的約束情況之一，故此項一般不視為錯誤敘述。

C. 為了減少過度的感覺刺激

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：物理性約束 (physical restraint) 的主要適應症為預防立即性傷害、避免嚴重干擾治療或環境、以及作為行為治療計畫的一部分。單純「為了減少過度感覺刺激」一般以環境調整或隔離 (seclusion) 等較低限制手段處理，並非物理性約束的首要適應症，依官方答案為本題（錯誤敘述）之答案。

D. 作為進行中行為治療的一部分

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：在特定行為治療計畫 (Behavior therapy) 中，約束可作為時間限制 (time-out) 的一部分，但必須經過倫理審查與計畫核可。

第 25 題 [114-1 醫學四 第 73 題]

依據我國現行精神衛生法，下列何種疾病不屬於精神疾病的範圍？

- (A) 反社會性人格違常
- (B) 精神病
- (C) 精神官能症
- (D) 酒癮、藥癮

答案 A**A. 反社會性人格違常**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：依據我國現行《精神衛生法》第 3 條定義，精神疾病包含精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之疾病，但明確排除「反社會性人格違常 (Antisocial Personality Disorder)」。

B. 精神病

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：精神病（Psychosis）如思覺失調症等，屬於《精神衛生法》第 3 條明文列舉的精神疾病範圍。

C. 精神官能症

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：精神官能症（Neurosis）如焦慮症、強迫症等，屬於《精神衛生法》第 3 條明文列舉的精神疾病範圍。

D. 酒癮、藥癮

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：酒癮（Alcoholism）與藥癮（Substance Use Disorder）於《精神衛生法》中被列入精神疾病的法定範圍內。

本考點其他考題（7 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學四 Q79	research ethics de-linking
106-1	醫學四 Q80	disability evaluation ethics
107-2	醫學四 Q80	capacity to refuse surgery
109-1	醫學四 Q79	voluntariness medical intervention
111-1	醫學四 Q79	Taiwan mental health act
112-2	醫學四 Q73	restraint seclusion regulation
113-1	醫學四 Q80	hiv partner notification ethics

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
114-2	醫學四 Q79	精神科・精神病，思覺失調症（Schizophrenia）

正常睡眠生理與結構（Normal sleep physiology and architecture）

★ 偶考 考過 4/20 梯次：106-2、107-2、108-1、113-1

TWMLE・精神科 > 精神科 > 十五、睡眠－覺醒障礙

15.2 嗜睡症（Narcolepsy）

- **Type 1**：有 cataplexy + orexin (hypocretin) 低下
- **Type 2**：無 cataplexy
- 四大症狀：
 1. 過度日間嗜睡（EDS）（核心症狀）
 2. Cataplexy（笑/驚嚇 → 肌肉突然無力，但意識清楚）
 3. Sleep paralysis（鬼壓床）
 4. Hypnagogic/hypnopompic hallucinations（入睡時/醒來時幻覺）
- 治療：
 - EDS：**Modafinil**（首選）或 stimulants（methylphenidate, amphetamine）
 - Cataplexy：**Sodium oxybate**、SNRI（venlafaxine）、SSRI、TCA
 - 新藥：Solriamfetol（DNRI）

★ 國考重點（本站講義）

⚠ 易混與陷阱

睡眠障礙類型	主要發生時期	發生時間段	肌肉張力狀態	醒後記憶	臨床特徵
夢遊(Sleepwalking)	NREM 第 3、4 期 (Stage N3)	睡眠前半夜	肌肉可活動(自動化運動)	遺忘 (Amnesia)	走出房門、取食，極難喚醒，多為 NREM 異睡症。
睡眠驚恐症(Sleep terror)	NREM 第 3 期 (Stage N3)	睡眠前 1/3 段	肌肉可活動	遺忘 (Amnesia)	伴隨強烈自律神經反應（如尖叫、出汗、心跳加速），醒後無記憶。
夢魘(Nightmare)	快速動眼期(REM sleep)	睡眠後半夜	肌張力消失 (Atonia)	記憶鮮明	夢境生動且具恐懼感，容易被喚醒，醒後能清楚陳述夢境。

DSPS 治療手段	正確執行方式	機轉與目的	錯誤/不當做法與後果
光照治療	清晨照光	提前生理時鐘 (Phase advance)	晚上照光：會造成相位延後 (Phase delay)，使 DSPS 症狀惡化。
褪黑激素	傍晚或睡前 5-7 小時給予小劑量 (0.2-0.5 mg)	誘導生理時鐘提前	時間不對或劑量不當會影響調整生物鐘的效果。
睡眠時間療法	每天延後 2-3 小時入睡	順應生理時鐘延後，逐步繞回理想作息	-

精選考題 (2/4)

第 26 題 [107-2 醫學四 第 74 題]

「做夢 (dreaming)」主要出現在下列那一個睡眠週期？

- (A) stage I
- (B) stage II
- (C) stage III
- (D) 快速動眼期睡眠 (REM sleep)

答案 D

A. stage I

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Stage I（第一階段睡眠）為淺眠過渡期，腦波以 Theta waves 為主。雖偶有短暫的入睡幻覺，但並非生理學上典型 Dreaming（做夢）的主要發生時期。

B. stage II

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Stage II（第二階段睡眠）特徵為 Sleep spindle（睡眠梭狀波）與 K-complex，是睡眠中佔比最長的階段，但與生動且具敘事性的夢境關聯性極低。

C. stage III

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Stage III（第三階段睡眠）又稱 Slow-wave sleep（慢波睡眠），由 Delta waves（Delta 波）主導。此時期生理功能以身體修復為主，極少出現夢境。

D. 快速動眼期睡眠 (REM sleep)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：REM sleep（快速動眼期睡眠）伴隨腦波高度活動、快速眼球運動及全身肌肉 Atonia（肌張力消失），是生動、複雜且情緒豐富 Dreaming（做夢）的主要發生週期。

第 27 題〔108-1 醫學四 第 75 題〕

關於睡眠障礙，下列何者正確？

- (A) 睡眠驚恐症 (sleep terror) 常發生於睡眠的後半夜
- (B) 夢遊 (sleepwalking) 主要發生於快速動眼期 (REM period)
- (C) 夢魘 (噩夢, nightmare) 主要發生於非快速動眼期 (NREM)
- (D) 睡眠驚恐症 (sleep terror) 常發生於非快速動眼期的深睡期 (deep NREM sleep)

答案 D**A. 睡眠驚恐症 (sleep terror) 常發生於睡眠的後半夜**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Sleep terror (睡眠驚恐症) 屬於 NREM (Non-Rapid Eye Movement, 非快速動眼期) 睡眠障礙，好發於睡眠前 1/3 的深睡期 (N3 階段)，而非後半夜。

B. 夢遊 (sleepwalking) 主要發生於快速動眼期 (REM period)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Sleepwalking (夢遊) 主要發生於 NREM (非快速動眼期) 睡眠的第 3 階段 (Stage N3, 即深睡期)，並非 REM (快速動眼期)。

C. 夢魘 (噩夢, nightmare) 主要發生於非快速動眼期 (NREM)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Nightmare disorder (夢魘) 主要發生於 REM (快速動眼期)，此時夢境鮮明且肌肉張力喪失，通常發生在睡眠的後半夜。

D. 睡眠驚恐症 (sleep terror) 常發生於非快速動眼期的深睡期 (deep NREM sleep)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Sleep terror (睡眠驚恐症) 典型發生於 NREM (非快速動眼期) 的深睡期 (Deep NREM sleep, Stage N3)，患者常伴隨強烈自律神經反應且醒後無記憶。

本考點其他考題 (2 題，未收錄)

梯次	題目	主題
107-2	醫學四 Q49	normal sleep architecture
107-2	醫學四 Q67	sleepwalking NREM stage

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
106-2	醫學四 Q68	精神科・精神官能症・重度憂鬱症 (Major Depressive Disorder)
113-1	醫學四 Q48	精神科・其他 (自殺行為、其他症候群等)，鎮靜催眠藥與睡眠障礙藥物 (Sedative-Hypnotics and Sleep-Promoting Agents)
113-1	醫學四 Q64	精神科・其他 (自殺行為、其他症候群等)，鎮靜催眠藥與睡眠障礙藥物 (Sedative-Hypnotics and Sleep-Promoting Agents)

睡行症 (Sleepwalking)

★ 偶考 考過 2/20 梯次：107-2、108-1

15.3 睡眠異常行為 (Parasomnias)

類型	睡眠期	特徵
夢遊 (Sleepwalking)	NREM (N3)	兒童常見；部分覺醒但無意識；隔天無記憶
夜驚 (Sleep Terror)	NREM (N3)	兒童多；突然尖叫/哭泣、自律神經激發；無法被安撫；隔天無記憶
惡夢 (Nightmare)	REM	兒童或成人；醒來後可回憶夢的內容；常見於 PTSD
REM Sleep Behavior Disorder (RBD)	REM	在 REM 期間表演出夢境（拳打腳踢等）；老年男性；高度預測 α-synucleinopathy (Parkinson、Lewy body dementia)；治療： Melatonin (首選)、Clonazepam
Restless Legs Syndrome (RLS)	入睡前	不適感須靠移動腿部緩解；與低鐵相關；治療：補鐵、 DA agonist (pramipexole, ropinirole) 、gabapentinoids

★ 國考重點 (本站講義)

- 好發睡眠時期 [107-2、108-1]
- 臨床行為特徵 [107-2]
- NREM 第一、二期區別 [107-2]
- 睡眠驚恐症 (Sleep terror) 對照 [108-1]
- 夢魘 (Nightmare) 對照 [108-1]
- 快速動眼期睡眠行為障礙 (REM sleep behavior disorder, RBD) 對照 [107-2]

⚠ 易混與陷阱

疾病名稱 (中/英)	好發睡眠期	常見好發時間	臨床主要特徵	醒後記憶
夢遊 (Sleepwalking)	NREM 第三、四期 (SWS / Stage N3)	睡眠期間	自動化運動 (如走動、取食)、極難喚醒	發作遺忘 (無記憶)
睡眠驚恐症 (Sleep terror)	NREM 深睡期 (Stage N3)	睡眠前 1/3 (前半夜)	強烈自律神經反應	醒後無記憶
夢魘 (Nightmare)	快速動眼期 (REM)	後半夜	夢境鮮明、肌肉張力喪失	醒後可清晰回憶
快速動眼期睡眠行為障礙 (RBD)	快速動眼期 (REM)	睡眠期間	肌肉張力喪失 (Atonia) 失效而活動、伴隨生動夢境、易被喚醒	醒後通常有夢境記憶

也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
107-2	醫學四 Q67	精神科・其他 (自殺行為、其他症候群等)・正常睡眠生理與結構 (Normal sleep physiology and architecture)
108-1	醫學四 Q75	精神科・其他 (自殺行為、其他症候群等)・正常睡眠生理與結構 (Normal sleep physiology and architecture)