

# 自閉症診斷和藥物治療

黃宗顯 精神科專科醫生  
Dr Wong Chung Hin Willy,  
Specialist in Psychiatry

MBBS (HK), DipMed (CUHK), DPD (Cardiff)  
MRCPsych, FHKCPsych, FHKAM (Psychiatry)



2013年10月5日

All rights reserved. This powerpoint is protected by copyright.



# 自閉症診斷

- 心理理論 (Theory of Mind)
- 社交想像 (Social Imagination)
- 將精神和意向狀態歸咎於自己和他人的能力
- 正常的孩子4歲前能夠形成別人在想什麼的想法
- 自閉症兒童社交想像受損

# 自閉症診斷

- 感官輸入的減少或更高的敏感度 (Responses to Sensory Inputs)
- 不尋常的聽覺刺激反應是非常年幼自閉症兒童的一個最典型特徵

# 亞氏保加症

- 孤獨
- 花太多時間在狹隘的興趣
- 長時間對同一主題的長獨白
- 笨拙，偏心
- 不與他人分享
- 沒有朋友

# 從 DSM-IV 至 DSM-V

- 美國精神醫學學會出版的《精神疾病診斷與統計手冊》(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)第五版在今年五月正式公佈
- 跟對上第四版修訂版有所改變的，就是從前不同分類的廣泛性發展障礙，已被合併為自閉症譜系障礙
- 亞氏保加症(Asperger Syndrome)不再被獨立診斷出來，這些人可能因此「失去」這個診斷

# 合併症

- 智障 (Intellectual Disabilities)
  - 多動症 (ADHD)
  - 癲癇症 (Epilepsy)
  - 焦慮症 (Anxiety Disorder)
  - 強迫症 (Obsessive Compulsive Disorder)
  - 情緒障礙 (Mood Disorder)
  - 睡眠障礙 (Sleep Disturbance)
- 

# 藥物治療

- 沒有單一藥物可以同時緩解所有三個領域的症狀
- 找出問題行爲
- 影響生活程度
- 藥物功效
- 藥物副作用
- 標準行爲評級
- 副作用清單



# 藥物治療

- 自閉症譜系障礙的核心症狀的治療
  - 限制重複的行為和興趣
  - 社交和溝通障礙
- 合併病態行為問題的處理
  - 注意力不集中，過度活躍和衝動
  - 煩躁（攻擊，自傷行為，發脾氣）
  - 睡眠障礙
  - 病態攻擊





# 1. 限制重複的行為和興趣

- 令人苦惱的破壞性症狀
- 5 - 羥色胺再攝取抑制劑 (Serotonin Reuptake Inhibitors) 廣泛處方
- 有限的證據
- 最佳劑量不確定
- 氟西汀(Fluoxetine) 的治療劑量需要比抗抑鬱藥劑量低，監測自殺行為，自我傷害和敵意行為
- 一般輕度的副作用
- 增加煩躁

# 1. 限制重複的行為和興趣

- 選擇性5 - 羥色胺再攝取抑制劑 (Serotonin Reuptake Inhibitors)
  - Fluoxetine
  - Fluvoxamine
  - Sertraline
  - Citalopram
  - Escitalopram

# 1. 限制重複的行為和興趣

- 潛在的藥物治療
  - 第二代抗精神病藥物 (Second Generation Antipsychotics) 例子: Risperidone
  - 抗驚厥藥 (Anticonvulsants)
  - 神經肽催產素 (Neuropeptide Oxytocin)

# 1. 限制重複的行為和興趣

- 較多的證據
  - Risperidone
  - Aripiprazole
  - Fluoxetine

## 2. 社交和溝通障礙

- 一直無藥物被證明有改善
- Risperidone改善煩躁，可能有輔助效果
- 其他需要進一步的研究，包括谷氨酸藥物 (Glutamatergic Drugs)和催產素(Oxytocin)

### 3. 注意力不集中，過度活躍和衝動

- 有研究顯示Methylphenidate有正面效益
- 亦有研究顯示反應充滿變數
- 初步證據：Atomoxetine
- 一些證據：Risperidone, Alpha-2 Agonists (Clonidine, Guanfacine)

# 3. 注意力不集中，過度活躍和衝動

- 較多的證據
  - Methylphenidate
  - Risperidone
  - Aripiprazole
  - Atomoxetine

## 4. 煩躁（侵略，自傷行爲，發脾氣）

- 第二代抗精神病藥物 (Second Generation Antipsychotics) 例子: Risperidone, Aripiprazole



## 4. 煩躁（攻擊，自傷行爲，發脾氣）

- 較多的證據
  - Risperidone
  - Aripiprazole
  - Topiramate

## 4. 煩躁（攻擊，自傷行爲，發脾氣）

### Risperidone

- 多巴胺拮抗劑 (Dopamine Antagonist)
- 治療精神分裂症，雙相情感障礙
- 副作用：體重增加，代謝問題如二型糖尿病，高泌乳素血症，便秘

## 4. 煩躁（攻擊，自傷行爲，發脾氣）

### Aripiprazole

- 部分多巴胺激動劑 (Partial Dopamine Agonist)
- 治療精神分裂症，雙相情感障礙，重度抑鬱症
- 副作用：輕度至中度
- 兒童常見的副作用：昏昏欲睡的感覺，頭痛，嘔吐，疲勞，食慾增加，失眠
- 血清催乳素 (Prolactin) 不升高

# 5.睡眠障礙

- 褪黑激素 (Melatonin)
  - 利培酮 (Risperidone)
  - 抗抑鬱劑 (Antidepressant)
  - 可樂定 (Clonidine)
  - 氯硝西泮 (Clonazepam)
- 

# 6. 病態攻擊

- 破壞性，嚴重，慢性
- 最常見的原發性診斷：雙相情感障礙，自閉症譜系障礙，精神病，智障
- 明白是什麼驅使攻擊行爲，並適當干預
- 基本條件已治療
- 目前的治療沒有導致攻擊
- 其他的治療方案失敗
- 最終考慮藥物治療

# 6. 病態攻擊

- 較多證據: Risperidone
- 體重增加在兒童比成人更差
- 較少的證據: Olanzapine, Quetiapine, Aripiprazole, Clozapine
- 一些證據：情緒穩定劑：鋰 (Lithium)，丙戊酸鈉(Sodium Valproate)

# 藥物治療前

- 不良適應行爲的臨床評估
- 評估行爲問題的嚴重性和模式
- 識別環境因素
- 考慮健康問題或醫療疾病
- 確定病人和家庭的需求
- 同意個人的治療目標



# 藥物治療期間

- 只使用足夠證據為療效基礎的藥物
- 使用最低有效劑量的藥物
- 避免藥物可能導致更糟核心症狀，或有消極的認知效果
- 監測常見和不尋常的效果
- 重新評估病人的需要
- 定期重新審視治療計劃





# 識別早期徵兆

- 1. 奇怪的行爲模式，例如過度哭泣和尖叫，出奇地安靜和被動
- 2. 缺乏或不喜歡社交，例如不望別人的眼睛，不指向東西與他人分享興趣
- 3. 言語溝通發展前問題，例如缺乏咿呀學語，別人對他說話或叫他名字時缺乏反應
- 4. 興趣是有限和特定的，例如著迷於燈光和某些聲音



# 結論

- 1. 及早診斷和及早介入
- 2. 有研究顯示二十四個月大前開始有效的早期介入治療，可達到較理想的進展，這時期的孩子神經可塑性(Neural Plasticity)大
- 3. 醫生及家長應及早識別自閉症譜系障礙的早期徵狀



# 結論

- 4. 沒有藥物或行爲療法已被證明有效治療所有自閉症核心症狀
- 5. 許多問題行爲是可以藥物治療的
- 6. 藥物治療應該是一個全面治療計劃的一部分，其中包括行爲和教育干預，應有具體的目標





# 文獻參考



- The Maudsley, Prescribing Guidelines in Psychiatry Eleventh Edition
- Elbe D, Lalani Z. Review of Pharmacotherapy of Irritability of Autism. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 21: 130-146.
- Weeden M, Ehrhardt K, Poling A. Psychotropic Drug Treatments for People with Autism and Other Developmental Disorders 2012. Behaviour Analysis in Practice 2012; 3: 4-12.
- Benvenuto A, Battan B, Porfirio MC, Curatolo P. Pharmacotherapy of autism spectrum disorders. Brain & Development 2013; 35: 119-127.
- Wing L, Gould J, Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? 2011; 32: 768-773.

電郵地址：  
drwongchunghin@gmail.com

鳴謝：

Caphis Chan Chi Chung (陳智聰)

