

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？



長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

醫病共享決策輔助工具-評估表

輔助工具標題

我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

註：例如情感思覺失調症、躁鬱症、妄想型憂鬱症

前言

我或我的親人有持續的下列「思覺失調症」或「躁鬱症躁期」等急性精神疾病的症狀，且嚴重影響到生活品質嗎（您因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降）？

一、 討論病患的問題：我或我的親人有最近有持續下列的情形嗎？

「思覺失調症」正性症狀：



幻覺或妄想

「思覺失調症」負性症狀：



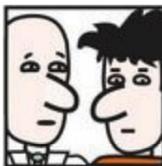
情緒低落



動機減少



情緒反應減少



眼神接觸少



少話



社交退縮



認知功能變差



自我照顧差

或嚴重「躁鬱症躁期」發作的症狀如下：



情緒高昂或開闊



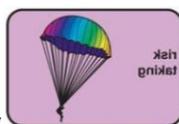
情緒易怒



自尊膨脹或誇大



增加目標導向活動



風險的行為

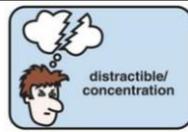


多話滔滔不絕

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？



睡眠需求降低



易分心



思緒飛躍

二、為了解決在目前常態藥物治療後病患，仍有下列在困境需改善：

- 1). 是否仍顯現出不講話、呆僵或混亂的行為嗎？
- 2). 是否仍有反覆「自殺或嚴重傷害行為」？
- 3). 是否治療「效果不好」，症狀嚴重到讓家人無法讓他出院回家？
- 4). 是否嚴重病人「對治療不配合」，不想住院，也不想吃藥治療？
- 5). 是否病人或家人嫌治療「療效不夠快」，遲遲無法改善而出院？
- 6). 是否嫌吃那麼多種藥都沒效，反覆住院很多次？
- 7). 是否現在身體狀況，不適合再吃過多藥來治療？

適用對象 / 適用狀況

我或我的親人有下列現象：

- 1) 僵直型病人(打 Lorazepam 仍無效者)
- 2) 有自殺危險的病人(激烈行為、致命的方法、可能完成自殺者)
- 3) 有嚴重、難治型病人
- 4) 對藥物及住院順從性差的病人
- 5) 急迫性：需快速有效緩解症狀，改善病人自我照顧（尤其是：家人及病人要求快速有效改善）
- 6) 藥物反應差(吃 2 種同類別抗精神病藥沒效，吃後一線藥物(可致律，即 Clozapine)沒效)、或反覆復發病人
- 7) 有內外科疾病合併嚴重精神病病患(如巴金森氏症、懷孕病患，需避免過多精神藥物)且沒有下列現象：影響生命徵象的現象--如腦壓過高、重要器官(心、肺、腎)功能極不穩定、嗜鉻細胞瘤，或不穩定骨折、頸椎受傷等，由醫師專業評估後與您確認。

疾病及治療介紹：

「思覺失調症」或「躁鬱症躁期」等急性精神疾病的症狀疾病介紹：

一、問病患如下問題：您最近半年內有下列的情形嗎？

- 1). 你曾經相信有人在暗中監視你，或有人設計要害你，或有人想要傷害你嗎？
- 2). 你曾經相信即便你不說出來，也有人會知道你的心思或聽到你的想法嗎？或是你曾經確實能讀出別人的心思或聽到別人正在想的事情嗎？
- 3). 你曾經相信外界的某些人或某種力量，將一些根本不是你自己的想法，輸入你的大腦中，或迫使你用一些不是你平常的方式來行動嗎？你曾經感到自己被附身嗎？
- 4). 你曾經相信電視、收音機或報紙正傳送特別的訊息給你？或是你不認識的人特別注意你嗎？
- 5). 你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？
- 6). 你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？
- 7). 你曾經在清醒的時候看到特別的東西，或看到別人看不到的事物？^[1]

二、觀察病患的表現：

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

- 1). 病人目前表現出語無倫次、混亂的言語、或顯著的思緒鬆散嗎？
- 2). 病人目前表現出混亂或呆僵的行為嗎？
- 3). 在面談中表現明顯思覺失調症或其他精神病的負性症狀嗎？（如明顯的表情淡漠、言語貧乏、或無法主動開始及維持有目標的行動）^[1]

三、再一次深入詢問自殺或傷害議題：

- 1). 在最近一個月您有下列的情形嗎？

您是否常反覆想到死亡？
您是否覺得死了比較好？
您是否希望自己已經死了？
您是否覺得未來沒有希望？
您是否會想要傷害自己？
您是否考慮要自殺？
您是否有自殺的計畫？
您是否曾嘗試自殺？

- 2). 在過去的日子裡，您曾有下列情形嗎？

您是否曾有自我傷害的情形？
您是否以前曾自殺，但未成功？

思覺失調症是一個複雜的疾病，往往不是單一因素所造成的，有很多因素會導致發病，所以在評估及治療時，您、家人及醫師必須仔細審視各個層面，用來決定個案後續治療的最佳方案。有關於思覺失調症的原因，可分為「生理」、「心理」及「社會」層面來解釋：

目前生理層面，主要為「多巴胺假說」：當大腦內中腦-邊緣路徑的多巴胺神經傳導物質過多時，就會導致「幻覺」及「妄想」…等症狀，而中腦-皮質路徑的多巴胺活性過低時，則導致「情感平淡」或「社交退縮」…等負性症狀^[2]。另外像是基因的遺傳、神經迴路的異常、腦部神經電生理的異常，也都可能是思覺失調症發作的可能原因^[3]。心理層面，包括人格特質、成長經歷、思維模式、面對壓力時的內在感受及因應處理技巧、皆有可能會影響到疾病的發生^[3]。社會層面，以家庭動力學的角度來說，不良的母親與孩子的互動關係、高度情緒表露的（過多的要求及批判態度）家庭、失能的家庭功能，皆有可能增加思覺失調症的風險。不足及消極的社會支持力量，負向的社會環境（歧視或污名化），可能成為誘發思覺失調症症狀或病情持續的危險因子^[3]。

如上所述，思覺失調症的發作會影響到個案的日常生活功能及生活品質，嚴重時甚至有致命的風險。思覺失調症會使患者的預期壽命降低 10-25 年。這主要是因為它與肥胖、飲食不良、坐式生活型態以及吸菸有關，自殺率的增加也有影響，約估 10% 思覺失調症病人會自殺而死亡，自殺最常發生在發病或首次住院後的一段時間，20% 至 40% 的患者至少嘗試自殺一次。患者有著各種各樣的自殺高危因子，包括患者是男性、併發憂鬱症和擁有高智商這些特點。一項研究發現，在研究進行的前一年內，約 8-10% 的思覺失調症患者對他人行使了暴力，而普通人口的比例則僅為 2%。

臨床上，思覺失調症被認為是一個逐漸惡化且約有二、三成預後不佳的疾病，根據研

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

究指出，第一次診斷思覺失調症後，在一年後的追蹤約有一半左右的病人的預後狀況不佳^[4]。精神症狀需要密切的觀察，追蹤治療及合併適切的精神復健，才可能達到比較好的預後。

臨床上針對急性思覺失調症發作，若經過嘗試兩種以上足夠劑量及時間的抗精神病藥物治療後，仍持續出現正性症狀的話，被稱為治療反應不佳之思覺失調症(treatment-resistant schizophrenia, TRS)；研究指出使用抗精神病藥物之後，約有10%-30%是幾乎沒有效果的，另外約30%有部分的效果但是卻仍有殘餘的症狀，以致於影響到病人的功能及生活品質^[5]。

治療方式介紹：

1. 電痙攣治療：

此治療乃以微小電流，誘發腦部痙攣，藉以改善精神症狀。雖然目前已有許多對於思覺失調症有效的藥物治療，但仍有不少患者，僅有電痙攣治療能改善病情。相較於藥物治療，電痙攣治療對於思覺失調症的療效更快^[3]。過去對治療反應不佳的患者(約佔嚴重思覺失調症患者的2~3成)，約50%-70%有效(如圖一中😊加上😄)，有50%的患者是明顯改善(如圖一中😊)^[6]，有30%的患者是未改善(如圖一中😡)。在特殊狀況下，如因僵直症狀導致拒食而危及生命、因嚴重精神症狀而有極高自殺危險性、有嚴重暴力攻擊傾向，需立即解除危害人身安全的風險時，則考慮電痙攣治療為首選治療，在一篇系統性回顧中指出，電痙攣治療為對於有嚴重自殺危險性、僵直性、強烈攻擊性的思覺失調症病人有明顯的療效^[7]。

電痙攣治療除了對思覺失調症有療效，文獻指出，電痙攣治療在情感性思覺失調症病人身上有良好的治療反應^[11]；除此之外電痙攣治療對於慢性化、反覆發作、或是對藥物反應不佳的躁鬱症(情感性精神病)有良好的治療功效^[12]，根據研究指出，嚴重躁鬱症病人使用電痙攣療法後，約有68%的病人有良好治療反應^[14]；此外電痙攣治療對於妄想型的憂鬱症患者亦有很好的治療效果^[13]。

以美國研究核心(CORE)臨床試驗的結果來看，針對具嚴重自殺危險的患者，經標準電痙攣治療的療程後，8成患者的自殺想法完全消失；對照未接受電痙攣治療的患者，僅2成患者的自殺想法完全消失。治療時，醫師會給予麻醉藥物(或加上肌肉鬆弛劑)，讓病患入睡且充份放鬆，實際電流刺激的時間，約0.25至8秒間，而痙攣時間，通常為每次25~60秒間。每次整體治療約15分鐘，一週三~六次，通常需要二至四週療程。電痙攣治療，比單純藥物治療多20%~30%的療效。

治療時，醫師會給予麻醉藥物(或加上肌肉鬆弛劑)，讓病患入睡且充份放鬆，實際電流刺激的時間，約0.25至8秒間，而痙攣時間，通常為每次25~60秒間。每次整體治療約15分鐘，一週三~六次，通常需要二至四週療程。

一篇有關於思覺失調症復發的統合分析研究指出：思覺失調症病人在接受電痙攣治療後六個月、一年、兩年後的復發機率分別為29%、42.7%及51.6%。接受電痙攣治療後平均沒有發作的時間為21.5個月^[8]。

優點：能快速治療有可能危及生命的急性精神症狀。例如：治療反應不佳，有嚴重自殺危險性、僵直性、強烈攻擊性的思覺失調症病人，電痙攣是有效的短期治療方式，電痙

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

痙攣治療對於僵直性的病人有效率，甚至可達100%^[7]。尤其對於藥物反應不佳的病人，包括已經使用最後一線抗精神病藥物(可致律)後仍有明顯精神症狀的病人，非藥物的治療方法，例如電痙攣療法是必須被考慮使用的^[6]。

缺點：副作用及安全性部分，電痙攣治療相關的死亡率極低(少於十萬分之一)。電痙攣治療副作用：主要有短暫的認知障礙，近期記憶力障礙者約10-20%，失憶主要影響治療前1個月內對過去事件的記憶。通常會逐漸改善，但這其中病患12.4%仍會持續6個月以上。此近期間失憶狀況會逐漸改善，療程結束後三天，認知副作用多數即消失。電痙攣治療有其他可能副作用，包含：1. 死亡(約0.01%)、2. 躁動、3. 骨折(本院沒發生過)、4. 血壓暫時增高、5. 心律暫時不整、6. 暫時反胃或嘔吐、7. 牙齦/嘴唇咬傷或下巴鬆脫(過去有幾例者，但都可推回復位)、8. 自發性痙攣(約0.1-0.5%)、9. 痙攣時間過長(指超過一分鐘，約1-2%)、10. 疼痛問題:頭痛、肌肉痠痛、顳顎關節疼痛，在療程完畢之後，應該都會逐漸緩解，以上副作用必要時可服用藥物(腦循環藥物、降血壓藥物、止酸痛藥膏或止痛藥物)預防及治療改善。

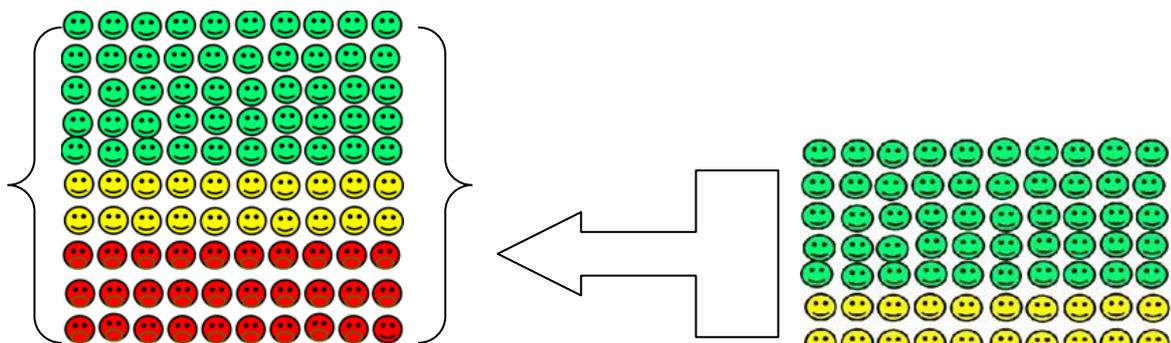
2. 藥物治療：轉換抗精神病藥物、雙重抗精神病藥物或多重用藥（三種以上）

思覺失調症的一線治療是為患者處方抗精神病藥物，其可在約7至14天內把正性症狀的程度減輕。然而，抗精神病藥物對負性症狀和認知功能障礙的改善效果並不顯著。若患者持續實行藥物治療，便可降低復發的風險。極少證據顯示他們實行藥物治療超過兩三年後的效果會怎樣。然而抗精神病藥物可導致患者對多巴胺刺激過度反應而產生不自主動作，或患者一旦突然停藥後出現反彈症狀的機會。

選用抗精神病藥物時應考慮它的成效、風險和成本。非典型(第二代)抗精神病藥物(如：首利安 (Amisulpride)、金菩薩 (Olanzapine)、理思必妥 (Risperidone)、思維佳(Paliperidone)、可致律(Clozapine)、樂途達(Lurasidone)、思樂康(Quetiapine)、安立復(Aripiprazole)、絡篤平(Zotepine)……等)之間，和典型(第一代)抗精神病藥物比較，那種的效果較佳，這點至今仍有爭議，前者的效果可能會較佳，但與較少的副作用及血清素作用有相關。當使用低至中等的劑量典型抗精神病藥物時，其症狀復發率和治療中途放棄率，會與非典型抗精神病藥物相同。一般而言，約50%的個案對藥物治療的反應良好(如圖二中😊)，約30%的個案在藥物治療後症狀部分緩解(如圖二中😄)，治療頑抗型病患的則約有20%（指在服用2-3種不同的抗精神病藥六週後，症狀仍沒得到令人滿意的改善的病患）(如圖二中😡)。

圖一、對藥物治療反應不好100位個案接受電療的反應

圖二、100位思覺失調症個案對藥物治療的反應



大部分抗精神病藥物約在兩週的時間可以發揮抗精神病症狀的效果：大部分抗精神病藥物的作用是讓腦中的多巴胺受體作用減少，來改善思覺失調症的正性症狀。

使用抗精神病藥物需注意其副作用，例如：錐體外徑路症候群、泌乳激素上升、嗜睡、代謝

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

症候群、極少數的癲癇，低血壓、口乾、解尿困難、便秘、心臟傳導延遲障礙…等。依病人的服藥順從態度，可選擇不同使用路徑的抗精神病藥物，如口服、肌肉注射、或是施打長效針劑的型式。

使用抗精神藥物來治療思覺失調症，大約有20%的病人會對藥物幾乎沒有反應，另外約30%的病人有部分反應，但卻有殘餘的精神症狀持續且會影響到他們的日常功能，可見藥物的效果有其侷限性[5]。對於單一藥物治療效果不好的病人，還有一些方法可以嘗試，例如提高原本的劑量，加入情緒穩定劑，或是合併另外一種抗精神藥物，但是這些做法到目前為止都沒有實證醫學上有力的證據[5]。如果上述方法也沒有效用，可以嘗試使用抗精神藥物可致律，可致律被認為是對於治療反應不佳之思覺失調症患者(treatment-resistant schizophrenia, TRS)的最後一線藥物治療首選[6]，但有1%病患服用可致律，會導致可能致命白血球下降，加上常見的流口水、嗜睡、易有吸入性肺炎、夜間跌倒及少數癲癇副作用。但是根據知名期刊的研究指出，這類病患就算使用可致律，約還是有70%的病人對於可致律沒有反應，且就算是可致律合併了其他藥物仍然沒有明顯的改善效果，但假如將可致律合併電痙攣治療後，約有一半的病人會對治療有反應[9]。轉換抗精神病藥物、雙重抗精神病藥物或多重用藥(三種以上)，可能稍有改善精神症狀，但隨之而來的是，會有更多相對應的抗精神病藥物副作用。

3. 心理治療

目前針對思覺失調症，證明有效的輔助性心理治療，為認知行為治療(Cognitive-behavioral therapy)[10]。心理治療需要治療前的評估會談，每週一次50分鐘的治療，療程至少需要四至十二次以上。選擇心理治療前，需要考慮的因素，包括：時間、費用、治療師排程等。若有明顯的「認知能力缺損或自殺風險」，則接受心理治療較不適合，因可能效果不彰或緩不濟急。

心理治療雖然沒有抗精神藥物的副作用，但治療進步程度皆相當程度地仰賴病人和治療師的配合，經由引導或詮釋，個案因而理解增加對自身困境的「病識感」以及發展出合宜的面對精神症狀之「因應技巧」，並從中受益，改善其情緒困擾及日常生活功能。適合接受此治療病人需有能力回想、整理及思考內心壓力事件，且必須有動機去配合治療師做出改變。

費用：若以健保就診時，可能額外收費費用不高，約核定費用10%。若病患有重大傷病卡，則不額外多支出金錢，但在個案數較多的醫院，可能要等候心理師安排可諮詢時間數個月。若不想等候過久，以自費就診時，費用較高，本院費用可能約1500元新台幣/一小時(心理師治療)。

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、比較每一項選擇的優點、風險、副作用(併發率)、費用、替代方案

	加上電痙攣治療	轉換抗精神病藥物	雙重抗精神病藥物	加上心理治療
--	---------	----------	----------	--------

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

			或多重用藥（三種以上）	
要接受的過程	需住院且評估身體及精神狀態，施做前一天夜間 12 點後，原則禁食 8 小時以上，一週三~六次，通常需要二至四週療程。	轉換另一種不同機轉抗精神病藥物。通常需要觀察六至八週的高劑量後才能確定療效。有自殺風險或需密切觀察者，需多住院幾週。	選擇加上另一種不同機轉藥物。通常需觀察六至八週的高劑量後才能確定療效。需要觀察是否症狀有改善，且需要多觀察六至八週，確定是否有療效。	每週一次 50 分鐘的心理治療，至少需四至十二次的心理治療療程。
優點	針對思覺失調症的緩解率：未治療過者約 80%-90% 有效；過去對藥物治療效果不佳者約 50%-70% 有效。針對自殺意念，緩解率有 80%；能顯著及快速改善生活品質。對於僵直性的病人有效率甚至可達 100%。	不需麻醉，可在門診追蹤。針對思覺失調症的緩解率，30% 的個案在藥物治療後僅有部分症狀緩解，有 20% 病患屬於治療頑抗型，文獻上並無第二種的抗精神病藥物的報告。	不需麻醉，可在門診追蹤。可協助藥物治療的療效。文獻上並無抗精神病藥物多重用藥的報告。	不需麻醉，可在門診追蹤，為輔助療法。
缺點（風險）	死亡率極低（少於十萬分之一），另需接受施打短效性麻醉針劑、及一分鐘內暫時性低血氧的風險。	轉換另一種抗精神病藥物，可能有相對應的藥物副作用、交互作用、及未來停藥產生相關症候群等。	加上不同類藥物過程，可能有相對應的藥物副作用、停藥產生相關症候群等。	1. 療程較長。 2. 若要使用健保給付的心理治療，通常需等待半年以上。 3. 需規則出席心理治療。
副作用（併發率）	副作用有：誘發痙攣、短暫認知障礙、近期事件暫時失憶、頭痛、肌肉痠痛、口腔嘴唇破皮受傷、噁心嘔吐等。	可能有相對應的抗精神病藥物副作用，如：靜坐不能、類巴金森氏症候群、嗜睡、易跌倒、代謝症候群、癲癇，低血壓、口乾、解尿困難、便秘等副作用。需參考各種藥物的仿單。	可能有更多相對應的抗精神病藥物副作用，如：靜坐不能、類巴金森氏症候群、嗜睡、易跌倒、代謝症候群、癲癇，低血壓、口乾、解尿困難、便秘等副作用。需參考各種藥物的仿單。	病人心理層面需能針對過去事件回想與討論如何因應。

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

費用	健保給付。在健保法之規定給付點值 1718 點，(包含麻醉護理費用)，有重大傷病卡病患有優待，不收費，沒有重大傷病卡，一次收費 172 元，一般一次住院中做 6~12 次。	健保給付一種藥物。	健保給付、另一種抗精神病藥物自費。	健保給付(需等待半年以上)或自費(較快安排)
----	--	-----------	-------------------	------------------------

步驟二、您選擇治療方式會在意的因素有什麼？以及在意的程度（1~5，分數越多代表越在意）

	加上電痙攣治療	轉換抗精神病藥物	雙重抗精神病藥物或多重用藥(三種以上)	加上心理治療
要接受的過程				
優點(療效)				
缺點(風險)				
副作用(併發症)				
費用				
其他在意問題，可自填於右側：				

步驟三、您對治療方式的認知有多少？

思覺失調症或其他精神病惡化時，接受原來藥物加上電痙攣治療：	是	否	不確定
1. 我同意接受電痙攣治療的過程？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 加上電痙攣治療，我同意療效能有效改善嚴重思覺失調症或其他精神病？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 我覺得加上電痙攣治療風險很高？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 電痙攣治療的主要併發症，「暫時性短期認知障礙」或「其他次要併發症，如：暫時性血壓高、疼痛問題或牙齦/嘴唇咬傷」會影響我的治療決定？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 我同意接受電痙攣治療費用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

步驟四、您現在確認好治療方式了嗎？

確認有思覺失調症或其他精神病惡化時，	是	否
我清楚各種治療方式的優缺點了嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我清楚上述優缺點何者對我是最重要的考量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我或我的親人同意要接受電痙攣治療？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

我需要找家中其他成員來做決定嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
我不能確認電痙攣治療方式，需找主治醫師或其他醫師商量？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

我想要選擇的方式是：

電痙攣治療

非電痙攣治療，如：轉換抗精神病藥物或雙重抗精神病藥物、抗精神病藥物加多重用藥、心理治療。

目前我還不清楚電痙攣治療

我目前無法決定

我還想和我的主治醫師討論 我還想和主治醫師討論

我想和其他人(包括：配偶、家人、朋友等)討論我的決定

其他不能確認電痙攣治療的理由為： _____

瞭解更多資訊及資源：

預計討論電痙攣治療前，提供下列衛教資訊：

1. 長庚醫療財團法人衛教資料：思覺失調症衛教手冊 https://www.cgmh.org.tw/tw/Services/Guardian/cntt	
2. 維基百科 (Wikipedia): 電痙攣治療 https://zh.wikipedia.org/wiki/%E9%9B%BB%E7%97%99%E6%94%A3%E7%99%82%E6%B3%95	
3. 長庚醫訊第三十九卷第五期 23~25頁:精神醫學的絕地武士~電痙攣治療 https://www.cgmh.org.tw/cgmn/cgmn_file/1804010.pdf	

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

出版日期/更新日期：2021年3月22日

參考文獻

1. MINI 台灣版 2.1.0, 台灣精神醫學會發行。
2. Stahl's Essential Psychopharmacology, Fourth Edition, Cambridge.
3. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, Eleventh Edition, Wolters Kluwer.
4. van Os, J. & Kapur, S. Schizophrenia. *Lancet* 374, 635–645 (2009).
5. Ropper, A. H., Marder, S. R. & Cannon, T. D. Schizophrenia NEJM Review Marder. *N Engl J Med* 18, 1753–61 (2019).
6. Kane, J. M. *et al.* Clinical guidance on the identification and management of treatment-resistant schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry* 80, (2019).
7. Pompili, M. *et al.* Indications for electroconvulsive treatment in schizophrenia: A systematic review. *Schizophr. Res.* 146, 1–9 (2013).

醫病共享決策輔助工具-評估表/我或親人有思覺失調症(或急性精神疾病^註)惡化，接受藥物治療沒好時，是否需再加上電痙攣治療呢？或是還有其他選擇？

8. Ward, H. B., Szabo, S. T. & Rakesh, G. Maintenance ECT in schizophrenia: A systematic review. *Psychiatry Res.* 264, 131–142 (2018).
9. Petrides, G. *et al.* Electroconvulsive therapy augmentation in clozapine-resistant schizophrenia: A prospective, randomized study. *Am. J. Psychiatry* 172, 52–58 (2015).
10. Jauhar, S., Laws, K. R. & McKenna, P. J. CBT for schizophrenia: A critical viewpoint. *Psychol. Med.* 49, 1233–1236 (2019).
11. Iancu I, Pick N, Seener-Lorsh O, Dannon P. Patients with schizophrenia or schizoaffective disorder who receive multiple electroconvulsive therapy sessions: characteristics, indications, and results. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015 Mar 27;11:853-62.
12. Vaidya NA, Mahableshwarkar AR, Shahid R. Continuation and maintenance ECT in treatment-resistant bipolar disorder. *J ECT.* 2003 Mar;19(1):10-6. doi: 10.1097/00124509-200303000-00003. PMID: 12621271.
13. Birkenhäger TK, Pluijms EM, Lucius SA. ECT response in delusional versus non-delusional depressed inpatients. *J Affect Disord.* 2003 Apr;74(2):191-5. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00005-8. PMID: 12706521.
14. Perugi G, Medda P, Toni C, Mariani MG, Socci C, Mauri M. The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. *Curr Neuropharmacol.* 2017 Apr;15(3):359-371. doi: 10.2174/1570159X14666161017233642. PMID: 28503107; PMCID: PMC5405614.