



■ 發行人：趙有誠 ■ 總編輯：吳大圩 ■ 執行編輯：藥品資訊股

目錄

- 藥品異動 10408-10409 新增、停用品項.....第 1 頁
- 醫藥新知 加護病房病人躁動原因及藥物處理原則.....第 3 頁
- 藥物 Q&A 10408-10409 藥物諮詢分享.....第 6 頁



台北慈濟藥訊

藥品異動

10408-10409 新增、停用品項

新增品項

藥名	衛部核准適應症
Dydrogesterone 10 mg/tab (Duphaston)	原發性及續發性閉經、經期疾患、痛經、行經延遲及先兆性和習慣性流產。
(70 mg+5600 IU) FOSAMAX PLUS (Alendronate & Colecalciferol)	停經婦女骨質疏鬆症之治療。治療男性骨質疏鬆症，以增加骨密度。
Morphine 15 mg/tab	重度疼痛之緩解。
MXL Capsules 60 mg/cap (Morphine Sulphate)	緩解嚴重及頑固性疼痛。說明：用於緩解需要使用類鴉片(Opioid Analgesics)重複劑量超過數天以上之中度至至重度嚴重疼痛患者。
Xylmol Oint 15 g/tube	痔瘡、肛門搔癢、直腸炎、肛門周圍膿腫及脫肛、肛門裂傷。

停用品項

藥名	衛部核准適應症
Dehist Lotion 60 ml/bot (Diphenhydramine & Calamine)	暫時緩解皮膚搔癢，緩解皮膚刺激及尿布疹。
Nycindin Cream 15 gm/tube	淺表性細菌感染、淺性念珠菌及（或）細菌感染、或併發之皮膚炎（如異位性、濕疹樣、錢幣形、接觸性、滲出性、皮脂溢出性、濕疹、神經性皮膚炎）、外耳炎、創傷後感染性濕疹、牛皮癬、靜脈瘤濕疹、嬰兒濕疹。
FOSAMAX PLUS (Alendronate 70 mg & Colecalciferol 70 mcg)/tab	停經婦女骨質疏鬆症之治療，治療男性骨質疏鬆症，以增加骨密度。
Fleet enema ready-to-use 133 mL/bt	緩解偶發性便秘或肛門檢查前之腸灌洗。

Morphine 10 mg/tab	鎮痛。
Dextrose 50 gm/bot (Glucose)	無衛福部適應症。
Atanaal 10 mg/cap (Nifedipine)	狹心症、高血壓。
Alcos-Anal Oint 20 g/tube (Sod. Oleate & Pistocain)	痔瘡。
La Ferrum 100 mg/tab (Fe(OH)3)	預防及治療鐵質缺乏症、缺鐵性貧血症。

加護病房病人躁動原因及藥物處理原則

吳安然藥師

加護病房病人為何會躁動？

躁動是加護病房病人常見情況，尤其是插管或無法表達的病人，原因為交感神經張力上升。治療需求應讓病人舒服並放鬆，除非少數例外（如給予神經肌肉麻痺或進行治療），不應在未觀察到病人有需求前預先給予鎮靜止痛藥，否則會增加過度鎮靜危險、惡化病人治療結果。

開始治療前應先找出並治療引起躁動原因，引起躁動之常見原因包括焦慮、疼痛、譫妄、呼吸困難、神經肌肉麻痺，可能單獨存在或同時出現。焦慮是病人反應實際或想像的威脅，出現憂慮和自主神經興奮的持續狀態，常見原因有不安、害怕死亡、失去自我控制及由於無法進行有效的溝通導致的挫折等，臨床症狀可能出現頭痛、噁心、失眠、厭食、呼吸困難、心悸、暈眩、口乾舌燥、胸痛、冒汗、換氣過度、臉色蒼白、心跳加速、震顫、過度警覺等。

疼痛也是常見原因，國外研究，轉出加護病房病人有明顯比例對住加護病房經驗的回想是嚴重疼痛。常見疼痛原因是由於常規照護（如抽痰、翻身）、不能自主移動、外傷、手術、插管及其他監測裝置等所導致，可觀察到病人表情痛苦、好鬥、冒汗、換氣過度、心跳加速等，但即使病人不能表達，照護者仍應觀察有無疼痛反應。

約 80% 加護病房病人可能發生譫妄，但常未被確認，尤其是老人家。譫妄屬器質性症狀，是加護病房病人延長住院及增加死亡率的危險因子，其定義是意識和認知功能急性和潛在的可逆性損害。急性期症狀包括短期記憶缺損、知覺異常、暫時性定向困難（尤其在夜間）。譫妄的危險因子有三大類：疾病或症狀（如電解質失衡（低血鈣、低血鎂）、高澱粉酶血症、高血糖、氮血症、肝病（高膽紅素血症、肝臟酵素上升）、感染、癌症、腦血管或心肺疾病等）、使用某些藥物（包括 benzodiazepines、類固醇、抗組織胺、beta blockers、抗心律不整藥物、強心配糖體、atropine 等）及其他（如藥物戒斷、酒精戒斷、營養不良、年齡）。

此外，呼吸困難的表徵有呼吸速度快、呼吸淺、冒汗、心跳加速、使用到呼吸輔助肌肉、缺氧、高碳酸血症等，給予藥物治療前可先調整呼吸機設定。使用神經肌肉阻斷劑時一定要併用鎮靜劑，沒有併用鎮靜或適當止痛藥是非常可怕的和愉快的感覺。

治療

開始治療前應先找出引起躁動原因，並應先嘗試非藥物治療。非藥物治療應與治療引起原因同步進行，可用方式包括再三讓病人放心、更常與病人溝通、家屬定期訪視、建造正常睡眠周期、認知行為治療（如音樂治療、圖像引導、放鬆治療等）。非藥物治療無法緩和躁動時才開始使用鎮靜止痛藥，並須依病人特性及臨床狀況決定選擇藥物。須先考量病人特性（如年齡、體重、肝腎功能等）及臨床狀況（如希望達到之鎮靜深度及預計療程、與其他藥物交互作用）。當病人因插管使用呼吸器無法清楚表達時，應先給予止痛藥。之後依引起躁動原因選用藥物，如為疼痛引起之躁動，可先選用 opioids，如為譫妄引起之躁動，可選抗精神病藥如 haloperidol、quetiapine，如為焦慮引起之躁動，可選 benzodiazepines，當同時並存多種原因，則併用選擇藥物。鎮靜、止痛可選用藥物請見表一。

用藥原則為依預期鎮靜程度及藥物耐受程度決定起始劑量，藥物耐受程度包括血行動力學及呼吸狀態影響、代謝影響（如年齡、體重、肝腎功能、藥物交互作用、酗酒或藥物濫用史）。給藥需先用

間歇性給予開始，當病人短於每 2 小時需要給藥一次時，可考慮持續輸注，持續輸注下每天需中斷給藥或降低劑量以達 RASS (Richmond agitation-sedation scale) -2~0 之鎮靜程度 (RASS 請見表二，評估步驟請見表三)。理想鎮靜目標應使病人處在清醒、舒服且沒有或極少不適情形，視病人狀況及需求設定鎮靜深度。每位插管病人皆應進行鎮靜評估以避免過度鎮靜或復甦過慢，鎮靜深度應隨時依病人需求評估及調整。當病人已達平靜狀態時，應注意監測並避免過度鎮靜，時常評估疼痛及鎮靜需求，以維持病人清醒且舒服狀態。持續鎮靜時須監測病人的躁動或不舒服原因是否已被處理，當躁動或不舒服已經控制下來，鎮靜止痛藥應逐漸減量。

須注意鎮靜止痛藥不可過度使用，過度鎮靜將導致呼吸器不必要的延長使用。避免過度使用做法有二：間歇性輸注，或每天中斷持續輸注。持續輸注鎮靜止痛藥時，每天應有中斷輸注時間，直到病人清醒和遵照指示，或直到病人不舒服或躁動且醫療人員認為病人需要恢復鎮靜。此做法有利於評估病人潛在神經學狀況及需要，目前仍須更多針對療效、可行性和安全性研究，需要確定最佳操作方法。

不再需要鎮靜止痛藥時，停藥步驟及速率須留意：當病人使用超過一種鎮靜止痛藥時，鴉片類止痛劑應最後被減量，以免病人醒來時疼痛。減量調整速度應依病人狀況決定，短期使用 (使用時間少於等於 7 天) 可直接中斷，若使用超過 7 天，鎮靜深度可能因延長使用而蓄積，故應每天減 10-25% 劑量，當病人出現快速耐受時應增加劑量以達相同程度鎮靜作用。鎮靜止痛藥減量、病人醒來後數天可能出現延遲性鎮靜，尤其是延長使用病人更易出現延遲性鎮靜，此乃因脂溶性藥物蓄積於組織，之後由組織釋放出所致。

此類病人需嚴密監控戒斷症狀，尤其使用高劑量 benzodiazepines 及鴉片類止痛劑者為高危險群。Benzodiazepines 戒斷症狀包括激動、意識混亂、焦慮、顫抖、心跳過快、高血壓、發燒，亦可能出現癲癇，處理方式為靜注或口服 Lorazepam 0.5-1 mg Q6-12H。鴉片類止痛劑戒斷症狀包括激動、焦慮、意識混亂、流鼻涕、流淚、出汗、瞳孔散大、豎毛、胃絞痛、腹瀉、顫抖、噁心、嘔吐、寒顫、心跳過快、高血壓、發燒等，處理方式包括劑量降階、改以等效價之長效劑型、改以長效 barbiturate 如 phenobarbital，或用 alpha₂-agonist 如 clonidine 等。

結論

加護病房病人常出現不安情況，尤其以插管或無法與照護者溝通者，給予鎮靜止痛藥前應先找出原因並治療，並應同步進行非藥物治療。鎮靜止痛藥選擇及劑量考量包括痛苦的來源、預期療程、可能的藥物交互作用、目標鎮靜深度及病人個別因素。不應持續輸注鎮靜止痛藥，以免過度鎮靜，可採間歇性輸注，持續輸注時每日應給予中斷。所有使用鎮靜止痛藥病人皆應頻繁重新評估以決定鎮靜止痛藥使用是否已可減量，步驟及速率應依病人而定。藥物使用原則可視病人是否使用一種以上鎮靜止痛藥，若使用一種以上鎮靜止痛藥，鴉片類止痛藥應最後減量，另外鎮靜劑、止痛劑減量時應密集觀察病人有無出現戒斷症狀。

表一、可選用藥物：

需求	可選用藥物
鎮靜	Benzodiazepines：如 diazepam、lorazepam、midazolam。 Propofol。
止痛	鴉片類止痛藥：如 fentanyl、morphine。 Ketamine。
其他	抗精神病藥：如 haloperidol、quetiapine、ziprasidone。

輔助用藥：acetaminophen、NSAIDs、抗癲癇藥。

表二、RASS：

分數	狀態	描述
+4	好鬥	公然好鬥或暴力，直接威脅到工作人員。
+3	很激動	拉扯或拔除管路，有對工作人員攻擊行為。
+2	激動	頻繁無目的的運動或病人與呼吸機不同步。
+1	不安	出現焦慮或擔心，但動作沒有侵略性或劇烈。
0	警醒且平靜	
-1	昏昏欲睡	沒有完全警醒，有持續(超過 10 秒)清醒，目光可接觸聲音。
-2	輕度鎮靜	短暫 (不到 10 秒)清醒，目光可接觸聲音。
-3	中度鎮靜	依聲音動作，但沒有目光接觸。
-4	深度鎮靜	對聲音沒有反應，對物理刺激有動作。
-5	Unarousable	對聲音或物理刺激沒有反應。

表三、RASS 評估步驟：

步驟	說明
步驟一	觀察病人是否警醒且平靜 (score 0)?
步驟二	病人是否有持續不安或激動舉動? 評估 score 1-4。
步驟三	若病人並非警醒，大聲叫病人姓名，要求張開眼睛並看著說話者，必要時再重複，可要求病人持續看著說話者。 <ul style="list-style-type: none"> ● 病人眼睛可張開且有目光接觸超過 10 秒 (score -1)。 ● 病人眼睛可張開且有目光接觸未達 10 秒 (score -2)。 ● 病人可遵循指示動作，但無目光接觸 (score -3)。
步驟四	若病人對聲音沒有反應，直接拍肩膀亦無反應後給予摩擦胸骨。 <ul style="list-style-type: none"> ● 病人對物理刺激有動作 (score -4)。 ● 病人對聲音或物理刺激沒反應 (score -5)。

資料文獻：UpToDate: Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal.

Q: 本院有無 FK506 這個藥品？有哪幾個劑量？

A: FK506 就是 Tacrolimus，商品名 Prograf，本院有 Prograf 0.5 mg/cap，Prograf 1 mg/cap 及 Advagraf 1 mg Prolonged-release hard capsule 三種規格。

Q: 院內是否有瘧疾預防藥？病人要前往海地想預先投藥，若病人最近急需出國該使用何藥品？

A: 依照一般預防藥品，建議投予 Plaquenil (Hydroxychloroquine) 400 mg QW，其可作為無抗藥性地區之預防性投藥（海地亦包含其中）。建議預定出國前 1-2 週即開始服用，每週固定時間投與一次（如：固定週一投與）。出國期間續服，返國後再續服四週即可。若離出國日期較近，可使用 Doxycycline 100 mg QD，於出國前 1-2 天開始服用，之後每天服用直到返國四週後才可停藥。由於 Plaquenil 接受度良好，服藥配合度佳，副作用小且孕婦也可使用，建議若無禁忌症者，如：蠶豆症或藥物過敏，優先使用 Plaquenil。

Q: Stromectol 3 mg/tab 治療劑量該怎麼開立？

A: 此為糞小桿線蟲感染(Strongyloidiasis)用藥，文獻建議劑量 200 mcg/kg single dose。病人體重 43 kg，約可開立 8.6 mg，而本藥仿單建議 36-50 kg 病人可開立 3[#] (9 mg)。

Q: Adalat OROS 不能磨粉，請問有什麼替代品項？劑量怎麼換？

A: Adalat OROS 為 Calcium Channel Blockers，屬於 Dihydropyridine 類，本院同分類品項有 Zanidip (Lercanidipine) 10 mg/tab 及 Norvasc (Amlodipine) 5 mg/tab，兩藥皆可磨粉。劑量部分因是不同成分無法換算，建議依照常用劑量給予，再依病人血壓做調整。常用劑量：Zanidip: 1[#] QD，Norvasc: 1[#] QD。

Q: 醫師詢問 Biomyacin ointment 及 Nycindin cream 有什麼不一樣，主成分不都是 Neomycin？

A: Biomyacin 含 Neomycin & Tyrothricin，都是抗生素，主要用在皮膚刀傷、刮傷、燙傷之感染。而 Nycindin 成份為 Nystatin, Neomycin, Gramicidin, Triamcinolone，因含類固醇，有消炎、止癢、抗黴菌、殺菌效果。