財 團 法 人 基 督 復 臨 安 息 日 會
TAIWAN ADVENTIST HOSPITAL

臺 安 藥 訊

VOL.2 ,NO.6 87 年 06 月 05 日
發行人: 院長蘇主惠 編輯: 臺安醫院藥劑科藥物諮詢室

本期摘要

一、專題討論
・低鎂血症及高血鎂症
二、藥物治療
・漫談C型肝炎最新治療藥品
三、本月新藥介紹
・Mobic
四、藥委會動態
五、藥師諮詢服務
・手足口病與克沙奇病毒
・免疫血清球蛋白
六、醫藥新知
・Viagra、Mesyrel

壹、 專題討論

藥物諮詢室 邱國明 藥師

低鎂血症(Hypomagnesemia)及高鎂血症(Hypermagnesmia)

鎂是細胞內濃度最多的離子。在正常人中的總量約為每公斤體重 12.4 mg mMole (25 mEq)，其中百分之一在細胞外，百分之三十一在細胞內，剩下的百分之六十七在骨骼中。鎂在細胞中有兩種存在的型式一種是與細胞內有機成分結合的鎂，另一種是血中溶解性鎂，彼此達到一種平衡的狀態。而血中游離的鎂有助於調整血液中 ATP 之儲量，因而有關 ATP 在體內參與代謝之過程，所以鎂濃度的維持正常是維持身體機能正常的基礎。

以成人而言，理想的鎂攝取量每天為 15 ~ 20 mMole (30 ~ 40 mEq)。食物中含鎂量較高的有種子、堅果、豌豆以及蠶豆。新鮮肉、魚和大多數新鮮水果中所含鎂的量較少。鎂主要在空腸和回腸吸收，正常人可吸收吃下量的百分之三十至四十。當攝入低鎂食物時，鎂的吸收率可增至百分之七十。高鎂飲食或維生素D缺乏時均會使鎂的吸收百分比減少。當鎂的攝取量減少時，糞中鎂的排泄量會跟著下降，尿中鎂的排泄量亦會降至每天 0.5~1.0 mMole (1~2 mEq)。所以腎臟在鎂的保留上有極大的作用。

環狀利尿劑如 Ethacrynic acid 和 Furosemide 的排鎂作用比作用於遠端腎小管的

Thiazides 效果強。飲水攝取鹽類會使細胞外液容量擴張，增加鎂的排泄。而醛固酮會降低腎小管對鎂的再吸收。而且當鎂的血中濃度超過 0.85 Mmole/L 時，鎂的排泄會迅速增加。在健康的情況下，施行大量運動訓練者或有高代謝狀態如冷適應及試驗性的服用甲狀腺素後，亦可能產生輕度的低鎂血症。

(一)缺　鎂

當存於細胞內的主要三種電解質：鎂、鉀和磷任何一種流失時，一般會有其他元素跟著流失的情況發生。因此，在細胞內想要看到單獨一種電解質缺乏的情形幾乎是不存在的。飲食中缺鎂會使骨骼中的磷和鉀減少；選擇性缺鉀會引起鎂和磷的減少。但是再營養過度供應時，亦會造成細胞成分嚴重失調，細胞內鈉、氯化物、鈣離子和水分增多，導致細胞內的離子轉運受到干擾，雖然鈣離子的增加可提高蛋白脢和磷脂脢的活性，亦是導致細胞損傷的原因之一。

和其他細胞內離子缺乏的情況類似，即使血鎂濃度正常，但是實質上細胞是呈現缺鎂的狀態。除此之外，缺鎂亦具有器官選擇性，不同組織發生缺鎂的時間先後次序亦是不一樣的。其實缺鎂的定義是指該元素在組織中的比值下降，在肌肉細胞中其比值為 0.3 mMole (0.6 mEq)，所以雖是在缺鎂的情況下，所有細胞中的鎂含量均下降，但是在肌細胞中鎂的量卻是完全正常的，故臨床上判定鎂缺乏的方法只有靠血鎂值。

缺鎂者在數週內會出現厭食、噁心、嘔吐、嗜睡以及軟弱，較特殊時有感覺異常、肌肉痛性痙攣、易激動、集中注意力的時間變短及精神錯亂，後面這些症狀可能會延至數個月之後才會發生。臨床上的 Trouseau Test 和 Chvostsk 呈現陽性反應，手指則有手腳徐動狀的手足抽搐的樣子，有而會有驚厥發作，用扣診錘敲打肌肉會又自發性的收縮。約有一半有低血鎂的病患會同時出現低血鉀的情形，另外在動物實驗中曾出現橫紋肌溶解的現象。而患者同時出現低血鎂及低血鉀的現象時，會有心律不整、心室傳導障礙，甚至有心室顫動及心跳停止的現象發生，而在缺鎂的情形下產生的 EKG 異常可能是由低血鉀引起，如果使用 Digitalis 毛地黃時，會使心律不整的情況加重。EKG 上若有 QT 延長、多發性心室博動過速，用鎂治療可得到良好的結果。輕度的缺鎂狀態下(低於 1.0 mg/L) 可能會增加甲狀腺的釋出，但是需注意的是嚴重的低血鎂症(低於 0.8 mg/L)則會出現阻斷甲狀腺釋放的現象。此外低血鎂亦會引發很嚴重的低血鈣症，在手腳抽搐的病患中，一般低血鎂和低血鉀會同時出現。如果單純輸注鈣離子，並不能治療這種狀況，這種由低血鎂引發低血鈣抽搐只有補充鎂劑來矯正血鎂值就可改善。一般來說需要二到七天的療程才可回復，可是在靜脈中補充鎂會引起甲狀腺素快速釋放，而且是呈現爆發性的，少數病患會引發急性高血鈣症，這是需小心防範的。

缺血鎂時亦會使血中醛酮的產生增加，會促使鉀從尿中迅速流失。同樣的補充鉀離子很難將鉀回復到血中正常值，可是給予足夠的鎂離子會使鉀離子排泄減慢，所以給予 KCl 並不能改善由低血鎂引起的低血鉀症。

腸胃道病症引起的缺鎂症，一般出現在腸道吸收障礙和脂肪痢。如 Nontropical sprue、Short bowel syndrome、Biliary diversion 或慢性胰臟功能不全。由於腸道功能障礙會引起脂肪不被吸收，而呈現結合態的鎂在腸道亦無法被吸收，時間長久下來除了低血鎂外，還會產生低血鈣，低血鉀及低磷酸血症。若有脂肪痢出現時，會導致脂溶性維生素的吸收不足，尤其是 Vitamin D 缺乏，會引起因慢性近端肌病變所致的嚴重無力感，如伴隨有腰、髖骨疼痛。這些患者亦有多種維生素缺乏症，長期使用鼻胃管抽吸的病患亦有此類形情出現。

在控制不良的糖尿病患者亦產生輕度的低血鎂症、甲狀腺機能亢進、副甲狀腺機能亢進或低下時。原發性高醛酮症及糖尿病酮酸中毒的治療過程中會出現中度的低血鎂症，原發性高醛酮會引發雙重排鎂作用，可用 Spironolactone 來與之對抗。在同時出現低血鉀及低血鎂的抗利尿激素分泌失調者亦會有低血鎂症的發生，在接受腎上腺素或某些強效的β受體刺激劑治療時也會引起暫時性的低血鎂症，在動物試驗中，發現給予腎上腺素會使脂肪進入組織，同時有脂肪酸釋放的現象。值得注意的是，當兒茶酚胺使脂肪酸釋放進入血液中時，會形成不溶性鎂和脂肪或鈣和脂肪的複合體。如果將血漿離心會發現試管底部有沉澱物，這可以解釋在沒有造成低血鎂的因素之下的病患如何產生低血鎂及低血鉀的症狀。

乙醇會引起暫時性尿鎂流失。如在戒酒期間，除了血鎂下降之外還伴隨著急性低血磷症和急性低血鉀症。在大量酗酒的病患中亦會有肌肉內缺鎂的情形發生，急性戒酒、呼吸性鹼中毒以及刺激胰島素分泌時會使磷在細胞內的結合狀態增加，細胞內磷酸鹽類的增加會使 ATP 合成增加，鎂離子的結合率跟著上升，會導致血中鎂離子下降。在戒酒期間缺鎂，容易引起暫時性的低血壓，因缺鎂時位於肌肉內的鈣增加，增多的鈣離子會使循環中的兒茶酚胺的升壓效應加強。

腎小管再吸收功能受損也會引發低血鎂症，這種情況下大多有腎性鉀離子的流失或低血鉀症。某些患者會有高鈣尿症，另外在腎移植後因腎小管的功能下降，亦會有一些低血鎂症的症狀發生。

Aminoglycoside antibiotics、Cisplatin、Diuretics 和 Cyclosporine 均會造成尿中鎂流失 Gentamicin 會損傷腎小管的再吸收功能，會引起低血鎂症及低血鉀症，停藥後腎小管的功能可回復。但是 Cisplatin 所造成的再吸收障礙會持續數月或數年之久，使用大劑量或兩種以上的利尿劑病患，出現低血鎂症的機率極大。

(二)血鎂過高

晚期腎病變患者如果攝入含有鎂的制酸劑時，常會產生高血鎂症，並有可能急性惡化。腎上腺功能不全者亦會有輕度的高血鎂症，治療子癇症用鎂鹽也會誘發高血鎂症，是應用鎂可以減慢神經肌肉的傳遞，並對中樞神經有抑制的作用。但一般高血鎂者不亦有外在的徵狀顯現，故需密切觀察。一但發生高血鎂症時，緊急輸入鈣離子可使症狀逆轉。

下列低血鎂及高血鎂症的處理方式，僅供參考。

低鎂血症(Hypomagnesemia)

・原因：

一、攝取不足：饑餓，長期住院治療。

二、小腸吸收減少：吸收不良，大量腸切除。

三、由體液流失增加：鼻胃管抽吸，緩瀉劑使用過量，小腸廔管。

四、由尿液流失增加：利尿劑，慢性酒精中毒，高醛固醇症(Hyperaldosteronism)，高鈣尿症，腎小管酸中毒，糖尿病性酮酸症，甲狀腺機能亢進，急性腎衰竭，gentamicin 毒症。

五、其他：急性胰臟炎，SIADH。

・症狀：

①消化系統：厭食，噁心。

②肌肉骨骼系統：衰弱，肌肉顫動。

③神經系統：震動，運動失調(Ataxia)，手足痙攣，Trousseau’s 與 Chvostek’s Signs：強直性痙攣，反射過強。

④精神科：憂鬱，躁動不安，精神病。

・治療：

如果病人出現症狀或有心跳傳導阻礙時則以非經腸的方式補充硫化鎂。鎂離子缺乏總量可能為 1-2 mEq/L，但是需以兩倍量補充，因為補充的過程中會有部份由腎臟流失。

①前 24 小時內以靜注或肌注硫化鎂 (1gm=8mEq)補充一半缺乏量。可以 50mEq 靜注 4 ~ 6 小時，但不得超過 100 mEq/12 hours 。另外，可以在前 24 小時內每 2 小時肌注 16 mEq 取代靜脈注射。其餘的缺乏量在其後的 2 ~ 4 天內補足。對於有腎衰竭的病人需減量並時常測其血中的鎂離子濃度。

②對於輕微而無症狀之低鎂血症則以口服方式補充鎂離子。口服補充時需緩慢進行以避免鎂離子造成之腹瀉。

③如同時有低鉀血症，應同時治療。

高鎂血症(Hypermagnesmia)

・原因

一、腎臟：急性或慢性腎衰竭。

二、內分泌系統：愛迪生疾病。

三、外來供給：含鎂之藥物(如緩瀉劑，制酸劑)，尤其對腎衰竭之病人。

・症狀

①神經肌肉系統：肌肉無力，反射減弱。

②心臟血管系統：低血壓，QT 時段延長及異常心跳傳導。

・治療

①儘可能治療其原發疾病。
②如有腎衰竭則腹膜或血液透析。
③如有危險之中毒症狀 (如呼吸麻痺，低血壓，心跳傳導異常) 時，先靜注 5～10 mEq (100-200 mg) 的氯化鈣或葡萄糖酸鈣。鈣為鎂的直接拮抗劑，它可以解除因高鎂血症引起的心臟及神經肌肉症狀。

參考資料來源：
①Harrison's Principles of Internal Medicine.
②內科急救手冊....著

貳、 藥物治療

藥物諮詢室　謝瓊慧 藥師

漫談C型肝炎最新治療藥品

前言：

根據臨床經驗及報告顯出，感染C型肝炎病毒(即非A非B型肝炎)之後，有超過半數患者，會慢慢進展為慢性肝炎，而有 20%-30%的慢性肝炎患者會在十年後緩慢進展至肝硬化，同時慢性C型肝炎之進展也和肝癌之產生有密不可分的關係。

內容：

目前醫界治療C型肝炎的藥物及方法，有

1.一致性干擾素(concensus interferon)
2.Ribavirin
3.熊膽酸(ursodeoxycholic acid)
4.胸腺素(thymosin)
5.藥物合併治療(干擾素+ribavirin類固醇、 熊膽酸、 胸腺素…..)
6.降鐵治療(iron reduction therapy)。

其中，治療C型肝炎較有效的藥物為Interferon及Ribavirin，以下來談談此兩種藥物的作用及合併治療情形。

一、Interferon(干擾素)：

Interferon 同時具有抗病毒以及免疫調解功能，在使用於慢性 C 型肝炎病人時，能降低血清之肝轉氨 (ALT)值和減輕肝組織上發炎之程度。目前以三百萬單位的Interferon，每週三次六個月，治療後有40%-50%的病人血清ALT值能回到正常值內，然而停藥追蹤半年至一年後血清AIL值仍在正常值中者，<25%經Interferon治療後血清ALT持續維持在正常值的病人中，仍有高達40%的人血中有C型肝炎病毒核酸的存在，這些人仍有很高復發率。

影響Interferon治療之預測變數(Predictors)有 1.年齡。2.組織學變化 (慢

性持續性肝炎好，肝硬化差)。 3.體重。4.血中丙麩胺酸轉胜酶值。5.C 型肝炎病毒亞型。6.治療前血中 C 型肝炎病毒核酸濃度。7.肝臟含鐵量。由於這些變數，可知年紀輕的反應較一般年紀大的好。感染時間較短，以及組織學上變化較輕的反應較好，肝硬化患者之反應較無肝硬化之慢性肝炎患者來得差。體重重的或肥胖之病人可能體表之平均 Interferon 劑量較低而反應較差。尚有膽汁鬱積指數如丙麩安酸轉胜酶(r-GT)上升者其對 Interferon 之反應較無上升者來得。C 型肝炎病毒 Okmoto 分類之第三亞型其對 Interferon 之反應明顯的較第二亞型來得好。若肝臟中含鐵量高會影響 Interferon 之療效。故有人建議治療前先實行放血術以降低肝組織之含鐵量，以增加療效。

Interferon 常見副作用有 1.畏寒，發燒。2.疲倦。3.頭痛。4.噁心，厭食，腹瀉。5.掉頭髮。6.體重減輕。7.骨髓抑制作用(白血球降低，血小板降低，輕度貧血)。8.自體免疫功能增加(甲狀腺功能改變，自體免疫抗體產生)。這些症狀在注射一個月後，絕大部份可自動減輕，而畏寒發燒，可因注射前服用 Acetaminophen 而得到緩解。注射 Interferon 時有一半以上有白血球降低現象，故注射期間應隨時偵測白血球數目而調整劑量，同時注意病人感染的有無。對於肝功能代償失調病人使用 Interferon 宜減低劑量。

二、Ribavirin：

Ribavirin 是一種核甘酸類似物，可以抑制某些 DNA 或 RNA 病毒，在治療慢性 C 型肝炎病人，能降低血中 ALT 值，但在停藥之後 ALT 值又再度上升對 HCVRNA(C 型肝炎病毒核酸)之抑制亦未有明顯一致性的抑制作用。副作用為輕度溶血。

三.合併療法 (Interferon+ Ribavirin)：

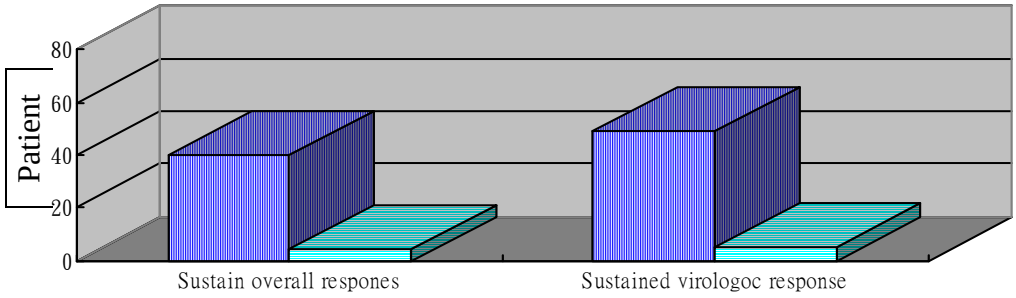
Interferon+ Ribavirin 是最新一項治療 C 型肝炎的方法。在 1997 年 11 月的一個國際會議 AASLD(American Association for the Study of Liver Diseases)中，由兩位醫學博士 Gary L. Davis 和 Rafael Esteban Mur 聯合發表了一個重要的研究報告結果：針對 349 位 C 型肝炎復發的病人，隨機分成兩組接受 IFN-α2b(Intron-A)+ribavirin(Rebetol)和 IFN-α2b+Placebo 治療。治療劑量是 IFN-α2b 3MU TIW 合併口服 ribavirin(1000-1200 mg/day)或 placebo。所有病人治療 24 週再追蹤 24 週。

實驗目標在確定 IFN-α2b 合併 ribavirin 是否比單獨 IFN-α2b 治療有較高的 sustained response。此外，病人也依照 HCV genotype 和 viral load 分組來評估治療結果包括：HCV-RNA levels 和肝穿刺之組織切片改善情形。

報告結果：圖表一說明合併治療組比單獨治療組有較高之 sustained overall response (IFN-α2b+ribavirin：IFN-α2b+placebo = 40%:4%)；而 Sustained Virologic response (IFN-α2b+ribavirin : IFN-α2b+placebo = 49%:5%)。因此，合併治療 IFN-α2b+ribavirin 比單獨 IFN-α2b 有十倍的療效。早期清除 HCV 是 sustained response 的重要預測指標之一，圖表二即清楚指出 sustained response 與 HCV genotype 和

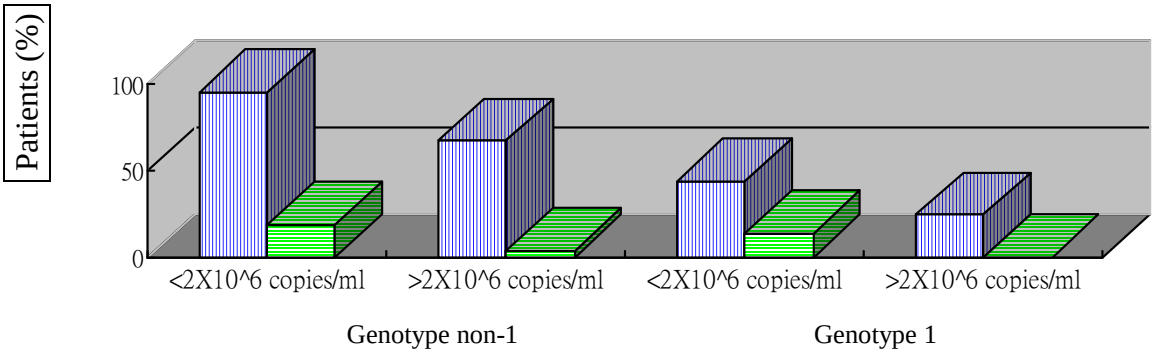
HCV levels 有關，而合併治療無論在 HCV genotype 分組或 HCV levels 分組都比單獨治療組效果好.

Overall and Virologic Responses



Sustained overall responses and sustained virologic responses in HCV patients treated with IFN α 2b plus either. IFN α 2b + ribavirin IFN α 2b + placebo p<0.001

Suatained Virologic Response by Baselin HCV Genotype and Virus Levels in Relapsed HCV



Sustained virologic responses stratitied by genotype and baseline HCV-RNA level in HCV patients treated with IFN α 2b and either ribavirin or placebo. IFN α 2b + ribavirin IFN α 2b + placebo

<u>實驗結論：</u>

<u>IFN-α2b+ribavirin 合併治療六個月,其 sustained HCV-RNA response 為 49%,比結果十倍於單獨 IFN-α2b 治療-</u> --Rafael Esteban Mur.MD--

由上面實驗結果顯示百分之四十九的 C 型肝炎患者，在完成六個月的實驗治療後，體內 C 型肝炎病毒蕩然無存。反之接受標準療法的患者，只有百分之五不再有 C 型肝炎病毒，故可知其效果讓人驚奇。但 Ribavirin 有其嚴重的副作用，在進一步了解其療效之前，僅建議少部份病情不嚴重的 C 型肝炎患者可以服用。

總結：

總之慢性 C 型肝炎之治療，目前仍是以 Interferon 為主，傳統使用三百萬單位，皮下注射，每週三次，為期六個月。惟因 Interferon 有一定之副作用，同時療程又長，宜在肝病專家密切監控下治療。評估副作用白血球的數目，血清 ALT 值及 HCVRNA 之變化，加以調整劑量，以期達到最好的治療效果。

參、 本院新藥介紹

藥物諮詢室 謝瓊慧 藥師

Mobic (meloxicam)

成份及性質

Mobic 為 enolic acid 類之 NSAID DRUG，具有抗發炎鎮痛及解熱作用。在體內，Mobic 抑制發炎部位的前列腺素合成比抑制胃黏膜或腎臟部位更好。meloxicam 比使用標準劑量之其他 NSAID 具有較低的腸胃不良反應(包括穿孔、潰瘍或出血)。

適應症及用法用量

類風濕性關節炎：15mg/天。可依實際效應，減低至 7.5mg/天。
骨關節炎：7.5mg/天。需要時，可增至 15mg/天。
嚴重腎衰竭(洗腎)病人：不可超過 7.5mg/天。
Mobic 每日最大量 15mg。限用於成人(不可用於小孩)，可與水、果汁、食物同時吞服。

禁忌

活動性消化性潰瘍、嚴重肝功能不全、小於 15 歲的兒童與青少年、懷孕或授乳婦均避免使用。

交互作用

併用 1. NSAID—出血↑
2.口服抗凝血劑 (Ticlopidine,Heparin)—出血↑
3.鋰(Lithonate)—鋰血中濃度↑
4. MTX(Methotrexate)—血液學毒性↑，須監視血球數。
5.↓子宮避孕器功能。↓高血壓藥物(Beta-blockerACEinhibitors…..)作用。
6. Questran(Cholestyramine)—↑Meloxicam 排泄

副作用

腸胃：噁心、便祕、氣脹。
血液學：貧血。
皮膚：搔癢、紅疹。

中樞神經系統：頭眼昏花。
心血管：水腫。
生殖泌尿：血清肌氨酸 及尿素增加。

肆、 藥委會動態

資料提供 藥委會

一、新進之藥品

新藥名稱	醫令代碼	適應症	規格
Becantex	OBEC	止咳、化痰	30mg/tab
Cozzar	OCOZ	降血壓	50mg/tab
Diflucan	ODIF	抗黴菌	150mg/cap
Diane-35	ODIAN	荷爾蒙	21tab/PK
Estrade	OEST	荷爾蒙	2mg/tab
Mobic	OMOB	解熱鎮痛	7.5mg/tab
Olbetam	OOLB	降膽固醇	250mg/cap
Wellpine	OWEL	制酸劑	tab
Cividoid	ECIV	消腫、去疤	20gm/tube
Ventoline inhaler	EVENI	支氣管擴張	200dose/bot
Voren Supp	EVORS	解熱鎮痛	12.5mg/tab
Survanta	LSUR	小兒呼吸窘迫	8ml/vial
Ultane	尚未進入	麻醉藥	250ml/bot

二、臨採藥品之品項

臨採藥品	醫令代碼	適應症	規格
Amiyu	OAMIY	胺基酸	2.5gm/PK
Darob	ODAR	心律不整	80mg/tab
Sabril	OSAB	癲癇	500 mg/tab
Urea cream	EURE	皮膚角化症	20mg/tube
Ativan	IATI	精神神經安定劑	2ml/ml/vial
Diflucan	IDIF	抗黴菌	0.2%/50ml/vial
Zithromax Susp	LZIT	抗生素	200mg/5ml

三、刪除之藥品

Bufferin Tab	Lipathyl Cap	Yutopar Tab	Ethrane
Codepine Tab	Mycostatin Tab	Pancopar Syrup	Servent Inhaler
Dolobid Tab	Nordiol-21 Tab	20% Mannitol 300ml	

Effortil Tab　　Seconal cap　　Yutopar Inj

伍、藥師諮詢服務

藥物諮詢室　邱國明 藥師 蒐集整理

一、手足口病與克沙奇病毒

問題：目前正在流行的沙克奇氏病症為何？需如何注意及預防。

回答：首先先要區分手足口病與克沙奇病毒。最大的區別，前者侵犯口腔、手掌及腳掌，會有口腔黏膜潰瘍，且手足部位有時會出現紅斑、水痘或出現膿皰。而後者主要是流口水、嘔吐、手腳長膿包，或口腔潰爛、咽喉炎等現象。

手足口病以小兒多見。潛伏期 2~5 天，發病時有發熱、流涕、厭食、口痛、嘔吐、腹痛等症狀，繼之口腔黏膜出現小庖疹，多數分布於口腔前部，潰破後形成潰瘍。同時出現皮膚斑丘疹，以手足為多，皮疹很快發展為小庖疹，2~3 天後庖疹消退，不留痂痕。

克沙奇病毒（Coxackie）可分為 A、.B 兩型，潛伏期二天至兩周不等，通常感染 A 型病毒後的病徵，較不嚴重。常見的症狀，剛開始與普通感冒類似，最顯著的特徵，可見到在咽喉部及扁桃體等處充血，咽部有散在的灰白色庖疹及軟顎處有水痘狀的病灶，其周圍有紅暈，持續 2~3 天後會有高燒、倦怠、食慾差等症狀。但 B 型病毒，則可能會造成心肌炎症、肝衰竭、腦膜炎等，也會造成血機能障礙而有出血問題。

克沙奇病毒（Coxackie）主要傳染途徑是飛沫傳染，或與病患直接接觸傳染，或糞口傳染，也可由手部、口部傳染，甚至也可由煙霧、水及食物傳染。此外，該病毒也可經產道感染，造成嬰兒猝死。由於該病毒主要是藉著空氣中飛沫傳染，所以像幼稚園、托兒所、游泳池以及人群出入較多的公共場所均是高危險地區。

克沙奇病毒（Coxackie）主要侵犯年齡層為較小的嬰幼兒，特別以六個月到五歲的嬰幼兒童為高危險群，新生兒及抵抗力低或有其他潛在疾病的小孩也是容易被傳染的對象。

由於該病毒為腸病毒，所以患者大都有拉肚子的現象，也有口腔潰爛的問題。家長最好是餵食較清涼的食物，或多喝冰涼的飲料，平時應注意兒童的衛生，保持手腳的清潔，幼兒的奶嘴最好不要交換使用，並加強便後洗手的習慣，並確保兒童的玩具清潔。若病人發燒時，可以口服退燒藥或以栓劑降溫。病毒流行期間，家中有五歲以下兒童的家長，都應提高警覺，一旦發現兒童有發高燒，口部手部出現紅疹等症狀時，應及早就醫診治。

目前醫療上並無特殊的疫苗可供預防，其治療以對症療法為主，以避免肺炎或腦膜炎等其他較嚴重之症狀發生

二、免疫血清球蛋白

問題：日前新聞所稱之免疫血清球蛋白是否對克沙奇病毒或其它流行性病毒有效？

回答：免疫血清球蛋白為以人類血液為原料所製造出的製劑已經經過 Anti-HCV、Anti-Hiv-1 & 2、HbsAg 之篩檢呈陰性反應之未去活性製劑。

適應症

・骨髓移植患者。

・特發性血小板減少性紫斑症。

・川崎氏症。

・低免疫血清球蛋白症和免疫血清球蛋白缺乏症。

注射免疫血清球蛋白亦是一種對症療法，主要是用在患者感染病毒後，增加人體抗體活性及促進白血球吞噬病菌的效果。施打後可能會產生發熱、惡寒等症狀，可視為人體正常反應。

需注意的是此藥劑只用於感染後治療，對於感染前的預防並無實質上的療效，且其為未經去毒性處理步驟之製劑，使用上應詳加審慎評估。

陸、醫藥新知

藥物諮詢室　邱國明 藥師

由輝瑞（Pfizer）製藥公司開發完成的暢銷藥 Viagra 藥丸在截至目前，由於產量不大故僅限量供應，市場佔有率激增。輝瑞公司說這項新產品要在稍後才能在全美各地鋪貨。而台灣目前正在衛生署評估中。

最誇張的是許多美國醫師每日要接數十通電話，打聽有關 Viagra 藥丸的資訊。Viagra 藥丸與其它現有治性無能的藥品最大的特色是，它不需使男人忍受在陰莖打針或輸入尿道的痛苦。它會使男人自自然然地重振雄風，隨著性致收發自如，但不會像陰莖打針後，即使無外來刺激陰莖也會勃起個把小時，無法消不下去。

其實輝瑞公司早先是在研發一種治療心絞痛的藥品時，希望把血液導向心臟，但發現這種藥品的副作用是會使某個其它器官充滿血液，於是決定把它製成治性無能的新藥。

Viagra 對治療陰莖堅挺，是一種新奇的藥物。陰莖的堅挺是靠周圍的神經元釋出氧化氮(NO2)，使得環磷烏甘 Cyclic guanosine monophosphate (cGMP)釋出陰莖海綿體平滑肌舒張，而達到作用。同時又分泌一種磷酸二脂酵素 5 Phosphodiesterase(PDE5)，它會分解環磷烏甘(cGMP)，當環磷烏甘(cGMP)用盡時，只剩磷酸二脂酵素 5(PDE5)時，則陰莖無法堅挺。Viagra 的作用是阻斷磷酸二脂酵素 5(PDE5)，而達到堅挺的目的。Viagra 的副作用不大，有頭痛、臉紅、胃腸不適、顏色辨識障礙(3%)。若服用硝化甘油(NTG)及硝酸鹽，絕不可合併使用 Viagra。

另國內醫界日前發布另一種有此“作用”之藥品 Mesyrel (Trazodone)亦是從其副作用中發現。Mesyrel (Trazodone)本是一種抗憂鬱劑藥品，而其副作用有促使陰莖勃起，對治療陽痿的整體有效率可達 52.4%，而其用法為一天三次 ，每次 50mg。

一般的副作用有嗜睡和小便困難，不過經數日的使用或減量後往往會消失。Mesyrel (Trazodone)能夠治療陽痿有兩個可能作用機轉，其一是刺激中樞神經激發性反應，這可能是治療心因性陽痿的作用。其二是阻斷副交感神經的作用，放鬆陰莖海棉體的平滑肌，以幫助勃起。這則是治療器官性陽痿的作用。

陽痿病人不管其原因為心因性或器質性,往往會伴隨著憂鬱、焦慮,而 Trazodone 在各種抗憂鬱劑中是相當獨特的，它不但不會影響夜間勃起反而有促進之作用，而在治療器質性陽痿病人有很好的效果，因此 Trazodone 在治療性功能障礙所伴演的角色是重要的。

本期結束