財 團 法 人 基 督 復 臨 安 息 日 會
TAIWAN ADVENTIST HOSPITAL
臺 安 藥 訊
VOL.3 ,NO.02 88 年 02 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
妊娠劇吐的治療
二、本院"藥物不良反應監測與報告"小組實例報告
三、藥物諮詢

壹、專題討論

妊娠劇吐的治療

林香妙 藥師

摘要

噁心和嘔吐兩者常見於早期妊娠，大多數案例的証狀是輕微的，不需要任何治療。然而，如果孕婦不能夠維持足夠的水份、電解質和保持良好的營養狀態，則持續的嘔吐和嚴重的噁心會演變成妊娠劇吐症。妊娠劇吐症是一個需要治療的疾病，它的特色是會有長期及嚴重的反胃、嘔吐、脫水、酮病和體重減輕。

檢查中可發現營養不良、低血鉀、低血漿尿素值、低氯血性鹼中毒和酮尿，血球容積（Hct）上升，尿中的特殊比重會增加，同時也可能引起肝功能和甲狀腺功能異常，以及引起甲狀腺毒性。

妊娠劇吐的病理目前尚未完全了解，各種的荷爾蒙、身体和精神上的因素，已經被認為與此症有關係。一些研究証明甲狀腺功能異常的程度和人體絨毛性腺激素(β-hCG)的值，與妊娠劇吐的嚴重程度有直接的關聯性。

劇吐的治療包括住院治療、靜脈補給電解質注射、維生素B1補充、傳統的止吐劑和精神上的支持，大多數的病人接受以上的處理後，都可以得到症狀的改善，而且沒有長期的後遺症。

一般來說，因為止吐劑尚未排除與胎兒產生畸形無關，所以除非孕婦有嚴重的劇吐，否則醫師通常是不處方止吐劑，尤其是在妊娠前12週之內。對傳統的治療如靜脈輸注液和止吐劑的治療通常對嚴重劇吐都有療效。可是因妊娠嘔吐須要多次住院、可能無法工作及兼顧家庭、精神上的疲累是令人同情但又無能為力。如果治療不適當，它可能引起Wernicke's腦症，中樞腦溶髓鞘炎（m

yelinolysis）和死亡。在極端特殊的情況之下，孕婦可能要求產科醫師協助她終止妊娠。有非對照（uncontrolled）的實驗數據指出，皮質類固醇對有這種情況的孕婦可能有其療效，但目前各種試驗正在進行中。

本文

妊娠期間發生噁心現象的孕婦約有百分之七十，而嘔吐的約有百分之六十，這是懷孕前三個月正常的症狀之一，而且大多數婦女在妊娠的第十二到十六週這些症狀就會自然消除。她們學會避免吃某些引起噁心的食物，並且選擇在最舒服的時刻進食，雖然噁心和嘔吐通常會在早晨發生，俗稱為"晨吐"（morning sickness），但也有可能發生在一天的任何時刻或持續一整天以上。有噁心和嘔吐的孕婦她們只要持續的吃和充份地喝，就可以不需要住院治療、靜脈內輸注和止吐劑治療。

1、劇吐的臨床特徵和研究

妊娠劇吐在每一千個懷孕的婦女中約有零點五個到十個會發生。而持續嘔吐和嚴重噁心，如果沒有維持足夠的水份、電解質和足夠的營養則會有演變成劇吐的危險。通常會發現有體重減輕的跡象。因為脫水，姿勢性低血壓和心悸的症狀會一起出現，且有酮症發生的可能。除噁心嘔吐之外，也可能有流涎症（ptyalism）和唾吐。

劇吐的診斷是比較特殊。目前尚沒有單一的檢查可以診斷出來。一般在懷孕前三個月發病，通常是第六週至第八週間開始，到第十二週發生的嘔吐通常不會造成嚴重劇吐。當然其他導致噁心嘔吐的原因也需一併被考慮。劇吐在下一胎的懷孕有可能再度發生，因此前一胎的病史，會使劇吐診斷容易些。

子宮超音波掃描可以用來確定妊娠的週數，同時確定是否為多胞胎或排除葡萄胎的可能，因多胞胎和葡萄胎均會提高劇吐的發生率。

表一.　妊娠劇吐的臨床特徵

噁心，嘔吐，Ptyalism，體重減輕，尿酮，脫水，肌肉消耗

註二. 劇吐孕婦的鑒別診斷

泌尿生殖器系統：泌尿道感染，尿毒症。
內分泌系統：甲狀腺毒性，糖尿病酮酸症， Addisons氏症，高鈣血症。
消化道系統：胃炎，胃潰瘍，胰臟炎，腸阻塞，肝炎。
藥物引起的嘔吐（尤其是補充鐵的製劑）

中樞神經或前庭疾病

檢查通常會有營養不良、低血鉀、血中尿素值下降和酮尿。當有嚴重酸血症（acidemia）的病人，才見得到代謝性低血氯鹼中毒，同時出現血球容積（Hct）上升及尿中的比重增加。三分之二劇吐的病患會表現出異常的甲狀腺功能和肝功能，有持續性嘔吐和大量酮尿及體重減輕超過5%，有甲狀腺毒性，游離甲狀腺激素上升或甲狀腺刺激激素(TSH)下降。一般來說，這種病患，只有甲狀腺症狀，而沒有甲狀腺抗體。異常的甲狀腺功能檢查，在當劇吐得到改善後即會恢復正常，且在一項研究報告中指出，懷孕十八週後一般都會恢復正常，所以不需要使用抗甲狀腺藥物來治療。

劇吐的病人有百分之二十五到四十會出現肝功能異常，轉胺基酶的中度上升(在正常範圍之上，但未超過200U)，膽紅素值可能些微地上升，但黃疸不常發生，血清中澱粉酶值（amylase）會輕微上升，若轉胺基酶大幅上升，特別是伴隨有黃疸的出現時，就必須馬上做病毒性肝炎的檢查。當劇吐症狀改善後，肝功能異常也會隨之消失。

2、病理

妊娠劇吐的病理目前機轉還不是很清楚，各種不同的荷爾蒙，体能和精神上的因素已經被確定是有關聯性。

Goodwin的報告指出血清電解質濃度、肝功能狀況，和劇吐的程度有關，並認為甲狀腺素濃度升高或TSH減少，可能是造成劇吐的病因，他也指出β-hCG與TSH有共同的αsubunit，嘔吐的嚴重度及游離甲狀腺素值呈正比關係，與TSH值有相反關係。他們推論β-hCG在劇吐病人身上，扮演刺激甲狀腺素的角色，因為不僅是HCG和TSH的分子構造雷同，而且他們的接受體亦相似，HCG很可能直接作用在TSH的受體上。他們亦發現有嚴重嘔吐的病人其體內的雌激素值亦會非常高，這是HCG作用在類固醇產生過程（steroidogenesis）的緣故。

近年的報告証實HCG和TSH之間有著相反的關係，妊娠甲狀腺毒血症於亞洲人比歐洲人發生率高。嚴重嘔吐及hCG值的正向關連，可以用來解釋多胞胎及葡萄胎（hydatidiform mole）的劇吐發生率較高。HCG的最高峰期(懷孕 6 到 12 週)與劇吐的發生時期是一致的，亦支持了這種理論。

其他的荷爾蒙缺乏或過量，包括濾泡刺激激素（FSH）、黃體素（progesterone）、cortisol 和促腎上腺皮質荷爾蒙 (ACTH)，之前曾有被提議是否為劇吐的病因，但均未被證實。

懷孕同時會引起食道的壓力下降，降低胃的蠕動，及延遲胃的排空的時間，這些現象會加重劇吐的症狀，但是並不是形成劇吐的原因。

許多心理學家及行為論者，認為劇吐的原因是因孕婦排斥懷孕的表現，有

些則認為是家庭因素或不想要的懷孕時，會造成妊娠噁心、嘔吐。有些精神症狀如壓力、與丈夫溝通不良、對懷孕的認知不足時，產生劇吐的機會相對增加。

3、懷孕時噁心、嘔吐的併發症

3.1、孕婦

在那1950年代，當靜脈輸注液的補充成為劇吐的基本療法時，母體的死亡率，從1930年代的百萬分之159降到百萬分之三。

然而，在1991和1993之間有三位孕婦因劇吐死亡，其中有兩位可能是為Wernicke's腦症造成的結果，一位是因吸入性肺炎所致。

如果沒有適當的治療，嘔吐就會演變成較嚴重的疾病。Wernicke's腦症起因於Vit. B1的缺乏，其特徵是複視、異常的眼睛轉動、運動失調和精神混亂，它會因長時間的嘔吐，營養不良而提高其危險率，在酗酒的病人更是常見，可能會因吃了含豐富碳水化合物的食物、靜脈注射右旋糖或葡萄糖，特別是非常營養的靜脈輸注卻沒有適當的補充Vit. B1時發生。妊娠劇吐併發Wernicke's腦症的病人其肝功能異常是百分之四十七，而僅是劇吐的病人，肝功能異常是百分之二十五。當病人是酗酒者，因肝功能異常，會降低Vit.B1轉化成活性的thiamine pyrophosphate，也會降低儲存Vit. B1的能力，更有助長Wernicke's腦症的發生，通常補充Vit.B1即可改善。如果合併Wernicke's腦症的病患，已經出現退化性的健忘症，她們學習及交談的能力受到損害，恢復的比率也只有百分之五十。

低鈉血症(hyponatraemia)(血漿鈉值<120 mmol/L)導致昏睡、癲癇、呼吸停止，若是嚴重的低鈉血症或是鈉離子補充太快，可能會導致中央橋腦的脫髓鞘症(myelinolysis)，破壞基橋(basal pons)的中心髓鞘質，及導致錐體束徵候（EPS)，痙攣性的四肢癱瘓，偽延腦病性的中風(pseudobulbar palsy)和意識損害。有三位孕婦是因同時有中央橋腦的myelinolysis 和 Wernicke's腦病變，雖然沒有一個是血中鈉低於126 mmol/L，但有些作者主張Vit.B1的缺乏，可能會致使中央橋腦的髓鞘變得對血中的鈉值較為敏感。

其他因劇吐而缺乏的維他命，包括維他命B12和維他命B6，也可能造成貧血及週邊神經炎。一篇來自南非的研究，發現超過百分之六十劇吐的病人有缺乏Vit.B1、Vit.B2、Vit.B6 和Vit.A的現象。

長時間的嘔吐，可能會導致食道的 Mallory-Weiss 撕傷和偶爾發生有吐血的現象，約百分之十到二十的病人，會因肌肉的消瘦變得虛弱。

若需要靜脈營養輸注時，通常是經由中央靜脈導管，但要注意的是有可能導致感染和氣胸的危險。

3.2、胎兒

一般認為，懷孕時的嘔吐並不會對新生兒產生不良影響，若懷孕時有輕度到中度的噁心、嘔吐，亦不會導致流產、早產及死產、先天畸型的危險性。嚴

重嘔吐的孕婦，其新生兒常出現異常的生化檢驗值。合併劇吐而導致體重減輕超過百分之五的孕婦，其胎兒出生的重量會比只有輕微嘔吐症狀的孕婦低。因劇吐而多次住院的孕婦，其有嚴重的營養失調者，孕婦本身體重的增加會減慢，新生兒出生體重亦可能降低。

4、治療

一般的處理，在懷孕的前12到14週因顧慮胎兒的發育，而避免使用止吐劑。這些憂慮是來自1960年代早期，Thalidomide(鎮靜/安眠藥之一種) 造成的悲劇。有鑑於此，後來的複方止吐劑含Doxylamine、Diclomine、Pyridoxine的藥品如"Debendox"或"Bendectin"的製造商，於1983年僅管沒有證據證明藥物會造成畸形，經過考量後還是自動地全球性的停止生產。而在"Bendectin"停產之後，在加拿大和美國因劇吐而住院的病人上升了百分之五十。

在第 3.1、3.2 節討論到劇吐可能會引發孕婦和胎兒的併發症，且對於是否需要早期積極的治療有爭論。通常只要飲食和生活習慣稍微修正後，嘔吐會逐漸改善，若仍無法改善且體重仍減輕，可考慮給病人在門診處方藥物來改善其噁心、嘔吐的症狀，不要等到嚴重脫水出現，再來住院治療。在美國和澳洲，病人通常接受門診治療，或在婦產科急診室、日間照護中心，接受點滴治療，並不需要住院。

4.1、飲食習慣的修正

修正飲食方面的建議通常是根據經驗，很少被謹慎被研究。有些孕婦可以藉著變化日常飲食和改變進食的方式來減少噁心，建議病人試著以少量多餐的方式，且應避免脂肪類、油炸和辛辣的食物。儘量在噁心情況較不明顯時，或在早晨離開床之前先吃點東西，可能對會晨吐的孕婦有所幫助。避免聞到食物不好的味道，及儘可能的少進廚房，這樣可能會降低噁心的現象。試著強迫自己在兩餐中間喝少許的液體是很重要的。暫停補充任何鐵的製劑，因它也可能是引起孕婦噁心、嘔吐的原因之一。

4.2、靜脈內的輸注液

酮病和無法維持足夠的水份的孕婦，需要住院治療，補充足夠的水份和電解質。含右旋糖的輸注液如 dextrose saline、5% dextrose、10% dextrose，被錯誤的認為可以用來提供少許能量給病人。因為如上所述，Wernicke's腦症可能因含豐富碳水化合物的食物和靜脈注射右旋糖而助長它的形成。其次，低鈉血症(hyponatraemia)需要補充含鈉的靜注液，dextrose saline只含30mmol/L，而5%dextrose沒有含任何鈉。Normal saline(NaCl 0.9%，含150mmol/L的鈉)，或Hartmann's溶液(NaCl 0.6%，含131mmol/L鈉)，這些才是適當的補充液，同時也需要添加適量氯化鉀。即使是嚴重低鈉血症的病人，也不建議使用double strength saline(2N saline)，因它可能會使血中的鈉濃度快速的回復，而使得中央橋腦myelinolysis的危險性增加。應根據每天血清中鈉離子、

鉀離子、整個液體平衡的情況來做調整液體和電解質的依據。

4.3、Vit.B1 (Thiamine)

婦女因長期嘔吐而住院者，應該補充日常Vit.B1，妊娠期間更需要補充到每天1.5mg，如果婦女可以忍受藥片，則可給予 thiamine HCl 25到50mg一天三次。若是無法忍受藥片者，則給予靜脈內注射，將 thiamine 100mg稀釋在100 ml生理食鹽水中，且緩慢靜注超過三十分鐘至一個小時，靜注僅需要一週一次。

4.4、Vit.B6 (Pyridoxine)

理論上，孕婦的噁心、嘔吐可能與Vit.B6的缺乏有關。它是"Debendox"和"Bendectin"裡的一個成份，在泰國以342位有噁心的孕婦做隨機抽樣的研究報告，顯示可以大幅減低噁心的現象。然而，對改善嘔吐的效果不彰。另外的研究發現Vit.B6對嚴重的噁心可能有效，但對於輕度及中度的噁心並沒有幫助。

4.5、止吐劑 (Antiemetics)

當妊娠劇吐單獨使用靜脈注射及電解質補充，仍無法改善其噁心及嘔吐的情況時，才使用止吐劑治療。雖然"thalidomide事件"帶來憂慮，使得反對孕婦使用止吐劑，但是大量現有的數據顯示，使用如dopamine 拮抗劑[metoclopramide（Primperan®）、 domperidone（DMP®）]，phenothiazines [chlorpromazine（Wintermin®）、 prochlorperazine（Novamin®）]及H_1 receptor blockers [promethazine（Pyrethia®）、cyclizine（Marzine®）]等並不會導致畸胎的發生。分析24個研究報告，包括超過20萬個女人，在懷孕的第一期使用抗組織安劑來治療"晨吐"，推斷並不會有增加產生畸胎危險的機會。甚至對胎兒有保護作用，因為它可讓胎兒有較好的新陳代謝情況，減低出生的缺陷。根據加州一個研究確認了持續靜注droperidol（Dehydrobenzperidol®）及bolus diphenhydramine（Vena®）在劇吐確有療效。

止吐劑不良反應，包括phenothiazines類是思睡，metoclopramide 和 phenothiazines類是錐體外效應。有趣的是，關於胎兒的安全的最佳數據報告竟來自停用的"Debendox"、"Bendectin" 和"Diclectin"的研究結果，"Diclectin"仍在加拿大繼續使用，是含doxylamine 1Omg，抗組織安劑和Vit.B6 10mg的緩慢釋出劑型。在澳洲，promethazine是門診最常被用來治療妊娠時噁心及嘔吐的藥物。

組織安H2 受體阻斷劑，ranitidine（Zantac®） 和 cimetidine（Tagamet®） 和氫質子幫浦抑制劑omeprazole（Losec®）在某些情況下也可以使用於懷孕的噁心和嘔吐。最近有三位婦女因為棘手的劇吐，使用ondansetron（Zofran®）而有戲劇性的療效，因它對 serotonin 5-HT_3接受體有著很高的選擇性。Zofran®一般用在手術後及化學藥物治療後的噁心嘔吐，根據這個報導，

美國一個研究組於三十位劇吐的孕婦，以IV ondansetron 1Omg 與 IV promethazine 50mg做比較，在緩解噁心、增加體重、降低住院的天數、或是用藥的總劑量上，ondansetron 並沒有較 promethazine來得好。但有趣的是，雖然研究者宣稱受試者都是"劇吐"的孕婦（入院時經過篩選），二組病人竟然均只需三個劑量即可改善，他們認為病人可能只需單獨靜脈注射水份即可改善症狀。

4.6、其它替代療法

為了避免藥劑的使用，激勵其它替代療法的研究，有一項報告指出，用磨成粉的薑給三十位婦女做試驗，可以減少或排除劇吐的症狀。其他研究也針對針灸和針壓的效果來研究，在六十位孕婦的研究中，發現在”內關”穴針壓對噁心有重要的改善。

4.7、全靜脈的和經腸的營養補給

在嚴重劇吐的孕婦，有些必須使用全靜脈營養(TPN)，因為這樣可以很快達到治療的效果。然而，這可能造成代謝和感染性併發症的危險，所以必須小心監測。除此之外，因TPN較昂貴且大都於重病時使用，如果使用TPN治療時，補充Vit.B1亦十分重要。最近有報導指出，在七位對止吐劑無效的劇吐孕婦，使用鼻胃管餵食，及持續的點滴靜注，使得噁心、嘔吐在一天內可以改善，也使得病人在八天內即可出院。

4.8、皮質類固醇

皮質類固醇在四十年前，即已被用來治療劇吐，最近有報導指出，口服的 prednisolone (每天40~60 mg)或 IV hydrocortisone (100mg Bid)有效地治療十位有嚴重劇吐的病例。若持續的噁心、嘔吐在接受靜脈點滴、Vit.B1及止吐劑的治療無效時，才考慮使用類固醇。受試者全都有因妊娠劇吐多次住院的記錄，有的亦曾因劇吐而提早或正在請求結束妊娠，其中一個受試者使用TPN達六週後以皮質類固醇治療。Taylor描述以 IV hydrocortisone 50mg Bid 治療七位平均體重減輕10.5±4.3kg的病例，所有受試者，在第一個劑量後的三小時內停止嘔吐，但仍需要持續服用prednisolone 15 mg/天約達10.6±4.7週 (約六到二十週)。Safari及其研究同仁，以口服的 methylprednisolone 在十六位有頑強劇吐症（包括三位使用TPN）的孕婦有療效。以皮質類固醇治療的病人，其劑量應慢慢降低，直到劇吐痊癒為止，通常可將 prednisolone 降低到維持在每天20mg之下。懷孕期需長期服用皮質類固醇的病人，要注意會有提高泌尿道感染的危險，及懷孕期糖尿病的併發症。

有些人會對懷孕期使用皮質類固醇對胎兒的安全產生質疑，在40年前有項動物實驗顯示使用大量的腎上腺皮質素(cortisone)有導致顎裂的危險，但在人類身上並未發生過。Prednisolone會在胎盤代謝，及以很緩慢的速度通過胎盤，所以到達胎兒時僅剩非常少的活性物，在胎兒血中的濃度只有母体的十分

之一。雖然 hydrocortisone (cortisol)可快速地通過胎盤，但亦很快地被胎兒的酵素代謝成沒有活性的cortisone。至於研究在妊娠期使用 corticosteroid 治療孕婦氣喘的研究報告中，類固醇並沒有造成任何先天的畸形或對胎兒有任何的不良影響。

自從皮質類固醇對於化療引起的嘔吐有效後，亦同時被聯想到是否可以用於因化學藥品受體觸發區（CTZ）引起的劇吐的治療。實驗的數據也指出，corticosteroid對嚴重劇吐的孕婦是有效的。

4.9、精神上的支持

大多數的孕婦，特別是懷第一胎時，需要讓她安心及讓她對本身發生的噁心嘔吐症狀有所認識。噁心的現象是正常的、健康的，而且會在懷孕期間自然消失，並了解輕微的嘔吐對胎兒不致有害且將會改善。劇吐的病人，需要醫護人員經常給予精神上的支持與鼓勵，有些情況可能需要求助於精神科醫師的協助，如心理治療、催眠療法和行為治療，這些方法已經被報導對劇吐有益，但須視病人個別個案的需要和特性做適當的治療。

5、結論

大多數懷孕的嘔吐都是輕微的、不需治療。嚴重或長期的劇吐，可能對孕婦或胎兒有危險，劇吐應該使用靜脈點滴治療、安全的止吐劑、補充Vit.B1，若對以上的措施均無效者，皮質類固醇或 ondanstron就可以考慮使用。

後記：本篇摘譯自Drug Safety 1998 Aug."Treayment of Nausea and Vomiting in Pregnancy"

感謝OB鍾玉光醫師金玉玲護理師陳俐君藥師百忙之中抽空校稿

貳、本院”藥物不良反應監測與報告”小組實例報告

呂玉鳳 藥師

一、87 年第二次 ADR 案例討論：

(87 年第一次 ADR 會議僅做章程討論等事宜)

1、以 Anti-convulsant agents 產生 Skin rash：87.10.05 王 XX(病歷號：372755)使用 Depakine (Valproic acid)、Dilantin(Phenytoin) ---------- 停藥處理，改用 PK-Merz 1 Tab x Tid 治療。

2、以 Diuretics 治療肝硬化與腹水產生 Hypokalemia：87.11.16 吳 XX(病歷號：223526)使用 Lasix (Furosemide) --------- Slow-K 補充鉀離子三天，出院的利尿劑改用 Lasix 2 Tab x Qd，Dichlotride 1/2 Tab x Qd，Aldactone 2 Tab x Bid。

3、以 Diuretics 治療 Hypertension 產生 Hyperkalemia：87.11.10.黃 XX(病歷號：422246)使用 Aldactone(Spironolactone) --------- 停用 Aldactone，加

Kayexalate 直腸給予，出院時改用 Lasix 1 Tab x Qd。

4、以 MTX(Methotrexate)治療 Wegener's Granulomatosis 產生血液學異常(WBC 降低)、Oral erosion and ulcer：87.09.20.陳許 XX(病歷號：513580)使用 MTX ------停用 MTX (Methotrexate)，注射 Oradexon，口腔塗抹 Dexaltin (Dexamethasone)，局部皮膚塗抹 Zovirax (Acyclovir)。

二、88 年第一次 ADR 案例討論：

1、腹瀉患者其 IV Fluid 中加 KCl，引起注射部位血管疼痛：87.11.24.林 XX(病歷號：435793)靜脈注射時，反映注射部位血管疼痛 ------- 停藥處理，病人另有 TPN 注射劑，故不致於造成鉀離子的缺乏。

2、注射化學療法劑後，病人出現皮膚疹、嘔吐、食慾不振、WBC 減少：87.12.09. 蔡 XX(病歷號：490298)在每兩週使用 5-FU(750mg)與 Pharmarubicin(90mg)作化療的第三次便出現輕微掉頭髮，第五次化療後出現噁心、嘔吐、食慾不振等副作用，第七次化療後出現皮膚疹，白血球降至 1 ,300 ------ 延後化療時間。

3、服用促進末稍血循環與降壓劑，引起眩暈及面部潮紅：87.12..23.林蔡 XX(病歷號：311163)自 87.12.01.起開始服用 Norvasc 1 Tab x Qd + Euclidan 1 Tab x Bid ------- 建議病人先暫停服用 Euclidan，若不舒服情況仍沒改善，其 Norvasc 於醫師同意下再減半服用。

4、急性痛風病人服用 Colchicine 引起腹瀉：87.10.10.湯 XX(病歷號：510310)因服高劑量的秋水仙素治急性痛風，產生拉肚子 ------ 停止服用 Colchicine，並給予 Imodium 止瀉，另外加用 Allopurinol 1 Tab x Qd 來控制痛風。

三、87 年下半年急診藥物自殺或藥物中毒案例統計表

月份	日期	病歷號碼	姓名	性別	年齡	造成藥物不良反應之藥物
七月	7/11	504675	陳 XX	女	25 歲	鎮靜安眠藥
	7/13	500312	阮 XX	女	50 歲	抗憂鬱劑
	7/13，14	494188	周 XX	女	28 歲	鎮靜安眠藥 ＋ 解熱鎮痛劑
	7/17	366724	林 XX	女	28 歲	解熱鎮痛劑
	7/17	500865	陳 XX	女	44 歲	鎮靜安眠藥
八月	8/15	510651	張 XX	女	35 歲	鎮靜安眠藥
	8/17	63799	裴 XX	女	39 歲	其他
	8/23	88987	陳 XX	女	34 歲	其他
	8/24	512107	黃 XX	女	20 歲	解熱鎮痛劑
九月	9/6	514298	陳 XX	男	35 歲	鎮靜安眠藥
	9/14	515570	賀 XX	女	23 歲	鎮靜安眠藥
	9/19	497059	林 XX	女	25 歲	解熱鎮痛劑 ＋ 其他

	9/24	332968	黃 XX	女	19 歲	鎮靜安眠藥 ＋ 酒
	9/28	456598	曾 XX	女	29 歲	鎮靜安眠藥 ＋ 酒
十月	10/3	518572	楊 XX	女	19 歲	抗憂鬱劑
	10/7	397858	王 XX	女	20 歲	鎮靜安眠藥
	10/17	102981	王 XX	女	35 歲	鎮靜安眠藥
	10/31	500312	陳 XX	女	51 歲	鎮靜安眠藥
十一月	11/11	460434	林 XX	女	27 歲	減肥藥
	11/12	524891	翁 XX	女	31 歲	抗憂鬱劑
	11/20	526085	單 XX	女	32 歲	鎮靜安眠藥
	11/21	401265	劉 XX	女	2 歲	抗生素
	11/29	527478	曹 XX	女	25 歲	鎮靜安眠藥
十二月	12/13	328595	曹 XX	女	33 歲	鎮靜安眠藥

四、結論：

1、上述案例處置均處理適當。

2、多數案例是藥物副作用或自殺案例，僅將結論呈送藥事委員會，不必通報衛生署藥物不良反應中心。

3、希望所有的醫療人員熱烈參與藥物不良反應回報工作，請填寫“不良反應回報單”，各科臨床醫師請多多協助藥品不良反應回報工作。

五、台安醫院“藥物不良反應監測與報告”小組簡介

1、說明：藥物不良反應(Adverse Drug Reaction)簡稱為 ADR，若醫院有藥物不良反應發生，會增加醫療資源的使用。當醫院內藥物 ADR 之發生，需經過有人發現（醫師、護理人員或藥師），回報給專責單位(本院於 87.10.08 經行政委員會通過成立 ADR 工作小組，成員為：劉展棠醫師(小組長)、林逸甄醫師、富毓瑛督導、呂玉鳳藥師、陳俐君藥師)，專人評估（ADR 藥師）是否真的由藥物造成，並記錄其嚴重性、處理方法與結果，必要時由專人（UD 總藥師）整理並報給院內的藥事委員會，當做進出藥品的評估，有人（ADR 藥師）進行教育工作 ，有人（UD 總藥師）通報衛生署藥物不良反應中心。

2、方法：當醫院內藥物 ADR 之發生時，由醫師、護理人員填寫“不良反應回報單”，送交藥局的 UD 總藥師審核。本院剛成立 ADR 工作小組，藥劑科在 ADR 監測工作初期，採用同時性探查方法，分三種路徑實施：

1)、病人在住院或急診室治療期間，若懷疑有 ADR 事件，請醫師或護士填寫藥物不良反應回報單，送到藥局。

2)、臨床藥師或 UD 藥師在病房從事臨床服務時，發現 ADR 事件。

3)、ADR 藥師從 Medication Order 中，查出目前正在使用特定藥物之病人（如：Diphenhydrine Inj、Actived Charcal、Potamine

Sulfate、Metronidazole，Imodium，Naloxone、Vit-K、 PAM、Flumiucil、Kayexalate、Atropine、Epinephrine 等)，可考慮進行監測，探查有否 ADR 事件。

3、結果：ADR 藥師應收集病患藥物不良相關資料，整理並記錄發生之事實，完成評估報告後，送交 ADR 小組討論，經討論通過後送到藥事委員會，最後再向衛生署通報。

4、ADR 作業流程：

醫療人員發現 ADR
↓回報藥局
ADR 藥師
(整理、記錄及評估)
↓送交
ADR 工作小組
(審核 ADR 案例)
↓報告
藥事委員會
↓必要者通報
衛生署藥物不良反應中心

5、藥物不良反應回報單：請醫療人員協助填寫後，擲回藥劑科。

藥物不良反應回報單

病歷號碼	姓名	床號	性別	年齡
科別	主治醫師	回報日期	身高	體重
回報者	您是：(　)醫師，(　)護士，(　)藥師，其他：(　　)			

一、懷疑之藥物：(藥名、劑型、途徑、劑量、給藥頻率、起始日期)

二、發生藥物不良反應的日期與情況，請描述：

三、此不良反應是否詳加記錄在 Progress Note?(　)有，(　)沒有。

備註：填妥後請擲回藥劑科

參、藥物諮詢

問：B 型嗜血桿菌疫苗應於何時接種？免疫效期多久？是否可與其他疫苗同時接種？有何禁忌？

答：1. B 型嗜血桿菌疫苗（Pedvax HIB）為一多糖（polysaccharide）與蛋白質結合之疫苗，可對流行感冒嗜血桿菌 B 型之囊多糖產生抗體。施打對象是二個月大以上至六歲以下的孩童，視施打時的年齡不同施打的針數亦有不同。若於十五個月大以上才接種，則僅需接種一劑。若於十四個月大以前接種者，須接種二劑，且兩劑需要間隔兩個月。但若於十二個月大以前接種完兩劑者，應於十二至十五個月追加一劑。

2.抗體約於一星期後產生，且完整的接種後其免疫效期是終生的。

3.可與 DPT、MMR、流感疫苗同時施打，但一定要不同部位，不同針筒。

4.有急性呼吸道疾病、活動性感染症者，不能施打。

以上資料由 MSD 提供。

問：使用 Aminoglycoside 時，為何不可併用肌肉鬆弛劑？若有此情況應如何處理？

答：因 Aminoglycosides（gentamycin、amikin、streptomycin、neomycin 等）都會產生神經肌肉阻斷作用，而加強骨骼肌鬆弛劑的阻斷作用，這可能導致病人呼吸肌麻痺。Aminoglycoside 類抗生素在手術時或手術過後那段期間應該小心使用，因它們會加強手術用神經肌肉阻斷的效應，有些報告建議若有呼吸肌麻痺的情況發生時，可使用 Anticholinesterase 的藥物或鈣質治療，得以改善病情。

更正啟事：

於上一期藥訊第二部分"類固醇在風濕症的治療原則"中，請刪除第七頁第八行[本院現用的是 Asacol]。 感謝林榮昌醫師指正。

Sulfasalazine 可用於風濕性關節炎，當 DMARD，是因比 Asacol 多出 sulfapyridine，故 Asacol 僅具有治療潰瘍性結腸炎的功效。