

# 藥吃對了嗎？

## 居家往診發現的用藥誤差

文 / 劉采艷 花蓮慈濟醫學中心藥劑科組長

「藥師就是在藥局裡面包藥的」，一般民眾對藥師的刻板印象應該是這樣吧！就在今年二月，感恩許文林副院長邀約，我從藥局走出來了！隨著居家往診團隊，在每一個星期六早晨進入山地鄉社區。

病人在醫院裡有醫護人員可以照顧，

但回到家以後呢？藥帶回家後有正確的使用嗎？藥袋上的指示他們都清楚嗎？吃藥後病情有改善嗎？我曾想：身為藥師，不走入社區，我們實在無法想像，病人用藥認知或用藥行為都正確嗎？或者出了什麼問題。下面就和我一起看看，藉由居家往診，我們進到病人家裡



藥師提醒邱女士，從醫院領回的紙藥袋保留著，而且不同藥品不能放在同一容器，以免混淆或拿錯，也能避免藥品過期。

後，所訪視到的用藥案例。

### 1. 調整用藥 減低副作用 防止抗藥性

金先生在慈濟醫院被診斷為肺結核，一共帶回六種抗結核病藥物回家服用。二月十七日從醫院領回一個月的藥量，三月四日居家往診時發現，病人竟然只吃了四天就停藥了。病人抱怨抗結核病的藥服用後出現噁心的副作用，影響食慾；而喘的藥吃了之後，還有手抖的情形出現。因為副作用引起不舒服，同時又不覺得自己的病有多嚴重，勉強吃了四天，就不願意再繼續吃藥了。

#### 藥師叮嚀與處理：

抗結核桿菌的藥，也是抗生素的一種，如果沒有足夠的藥量和療程，細菌可能因此變種而產生抗藥性。病人在未經醫師同意情況下，自己停藥，不但無法將肺結核治療好，還會把結核菌傳染給家人或社區其他人。出現噁心副作用時，可以少量多餐方式進食，並注意口腔清潔，如此可以將副作用降至最低。

喘的藥吃了會手抖，可能是一種叫「茶鹼」的藥量過多所導致的，可以先暫時停藥，但應該再回到醫院，請醫師評估是否減量，而不是停藥後就不再理會身體原有的疾病。

### 2. 不要丟棄藥袋 以免吃錯藥

柳女士已經罹患糖尿病十年，長期使用共五種降血糖與預防血栓的藥。由於



走出藥局，走入病人家裡。劉采艷驚訝地發現病人並未如藥師建議的正確用藥，而能藉此機會提醒他們藥品的存放與正確服藥的方法，以免吃錯藥了。

自認為對藥非常熟悉，因此每次到醫院拿藥回家後，一定將所有紙藥袋丟棄，吃過的和沒吃過的鋁箔藥包裝，全部都放在同一個菜籃子裡。當藥師詢問如何分辨藥品、一次要吃多少時，柳女士一開始非常有自信的保證絕不會吃錯，但請她將這一餐要吃的藥，挑出來讓藥師看時，柳女士在菜籃子中翻找許久，好不容易才將一餐要吃的藥湊齊。

#### 藥師叮嚀與處理：

1. 所有的藥混裝在一起，有可能增加

吃錯藥的機會，除了辨識不易外，人在自以為習慣中，更容易失去戒心而出錯。藥品取用後應該隨手放回原藥袋內封好，不同的藥品不能放置在同一容器或包裝袋內，以免發生混淆而取錯、或產生交互作用而變質，吃了非但不能「治病」反而會「致病」。除此之外還要注意：藥品應當存放在小孩拿不到的地方，像比較高的櫥櫃裡或者把抽屜上鎖，以免小朋友誤食。每年還要定期檢查家中藥品，過期藥品就不可以再使用。

2.藥師將每一種藥品整理過，重新裝入新的藥袋，並清楚標示藥名、用法、用量與保存期限。

### 3. 類似藥物同時服用 易造成藥物中毒

柳先生在二〇〇〇年因為結核桿菌侵犯腦部，導致半身癱瘓，無法下床行走。當時柳先生在慈濟醫院的神經內科治療下半身麻痺的問題，一直以來，都在不規則使用五種肌肉鬆弛劑和安眠鎮定劑。最近柳先生又因排尿障礙，在泌尿科拿膀胱鬆弛劑和安眠鎮定劑。柳先生並不曉得自己在不同醫師那裡，拿了同時具有肌肉放鬆和鎮定效果的藥，雖然是不規則服藥，但在他的用藥行為裡已經隱藏了危機。

#### 藥師叮嚀與處理：

1.柳先生已經半身癱瘓多年，肌肉鬆弛劑可以預防肌肉攣縮造成的疼痛。但

用的過多，會有嗜睡、頭暈、四肢無力、走路不穩，神智不清的副作用。在中毒劑量時，病人還會有中樞神經抑制的表現，像昏迷、呼吸抑制、肌肉鬆弛、反射消失或降低的危險。

2.藥師將每一種藥的作用與副作用標示出來，並請柳先生到不同科別看病拿藥時，要提醒醫師不要重複開藥。在吃藥前也要為自己的用藥安全把關，仔細閱讀藥袋說明，不要吃下一堆作用相似的藥，增加中毒的危險。

### 4. 消炎止痛藥應與胃藥一同服用

邱小姐因為尿道感染，在慈濟醫院看診後，拿消炎止痛藥回家服用。邱小姐在連續使用一周後，開始出現胃痛、脹氣的副作用，但仍不敢停藥。看到藥師到家裡訪視，邱小姐很興奮的像見到救星一樣，立刻將藥拿出來求救。

#### 藥師叮嚀與處理：

1.消炎止痛藥有一個很普遍的副作用，就是引發胃酸造成腸胃不適，應該要合併胃藥一起使用。但由於現在胃藥大多改為指示藥，健保並不給付，醫師沒有開胃藥，有時又忘記囑咐病人消炎止痛藥要合併胃藥吃，造成病人腸胃不適、甚至出血。

2.消炎止痛藥是一種症狀治療藥，當疼痛或發炎症狀消失時，可以停藥。吃消炎止痛藥，要注意腸胃道反應，適時補充胃藥是必要的。



看到蔡女士把所有藥放在同一個籃子裡，全憑印象服藥，藥師劉采艷建議她保留藥袋外，並幫她把藥分類裝好，還畫上圖形，幫助她在正確的時間吃正確的藥。

## 5. 丟棄藥袋 容易誤服藥量

蔡女士罹患糖尿病多年，一直以來都在他院看病拿藥。和隔壁的柳女士一樣，用菜籃子裝藥。因為不識字，女士索性把藥袋全部丟掉，全憑著印象吃藥。不同的是，蔡女士最近開始出現心悸、手顫抖、冒冷汗的不舒服症狀。由於沒有藥袋提供用藥指示，藥師請蔡女士把印象中的降血糖藥吃法用量，描述一次時，藥師發現，在三種降血糖藥中，有一種叫「泌樂得」的藥，老人一天最多可以吃到二顆（早晚一顆），但

蔡女士卻每天吃到四顆（早晚二顆，印象中是醫生叫她這麼吃的）。

### 藥師叮嚀與處理：

1. 應該保留藥袋，依藥袋指示服藥，因為憑印象吃藥往往會吃錯藥。而降血糖的藥，使用方法錯誤，容易發生血糖過低休克的危險，不得不謹慎。

2. 低血糖的症狀包括：虛弱、嗜睡、發抖、心跳加速、頭暈、頭痛、無法集中注意、嘴部周圍麻刺感等。更嚴重的情況下，病人可能喪失意識，甚至昏迷。當自覺血糖降低時，可以吃或喝一些含糖食物，像糖果、果汁或汽水，十到十五分鐘內即可獲得改善。最重要的是，應盡快回到醫院接受治療，請醫師重新調整降血糖藥的種類或用量。

3. 藥師以新的包裝袋，重新將三種降血糖藥分裝好，並以標籤紙寫上正確的用法與用量，並以圖形幫助蔡女士辨識吃藥時間。

### 往診實探用藥誤差 體會慈濟醫者大愛

看完幾個居家往診個案的用藥，也許大家和我一樣，用藥的問題千百種，在醫院交付藥品給病人時，醫師或藥師沒有多一點叮嚀，病人回家後保證是「隨性而用、一錯再錯」。藉由到病人家裡，親眼看看病人如何錯誤使用從藥師手中接過去的藥，頓時，我覺得很慚愧，心中立誓一定要克服人力不足的問題。



看到各種奇怪的用藥狀況，采艷將努力在花蓮慈院努力推動藥劑科內的給藥政策，也期許藥師們都能深入社區，協助民衆正確用藥。

題，在藥劑科內，努力推動給藥衛教的重要政策。也希望慈院藥局內的每一位藥師，以後都能親身參與居家往診，因為這是在其他醫院所沒有的，而能真正深入社區，了解民眾居家用藥情況的大好機會。

很感恩許文林副院長，給我這個機會參與居家往診的團隊。記得有一次，原本要訪視的老先生外出了，當我們七嘴八舌，準備上車走人時，許副院長卻走進隔壁人家去。原以為許副院長只是去禮貌性拜訪，沒想到隔壁這戶人家，一個單親媽媽，在門口擺設賣菜攤位，走進屋子後發現，裡面還藏了兩位腦性麻

痺的兄弟。見許副院長摸摸這個孩子的頭，捏捏那個孩子的手，仔細詢問媽媽平時如何照顧孩子，流露出來那種慈祥的關愛，讓我非常感動。

和醫院裡的主管、醫療志業體的同仁，大家帶著不同的專業心、同樣的慈濟情，一起走進社區，收穫的不只是發現重要的公共衛生訊息，慈濟人那種不分貴賤、視病如親的醫療風範，真的足以作為其他醫療單位的模範。再次感恩上人創造這個充滿愛的世界，讓我們從中學習如何愛與感恩別人！

# 孩子的胎記要緊嗎？

文 / 郭夢菲 慈濟醫院台北分院神經外科主任

目前收到同仁轉來一封網站上的留言信函，一位母親詢問有關小兒胎記的處理。

媽媽的問題：

我的孩子從出生在嬰兒室時，便被護士小姐發現有一片胎記在下背部中央的部份（也就是在肛門後上方的背部皮膚上）。這個胎記是紅色的，並不是太突。我問她這胎記有沒有要緊？護士小姐面有難色的建議我找小兒外科醫師看看。

由於我是老師，許多熱心的同事紛紛幫我打聽。有人建議我找神經外科醫師，有人建議我看皮膚科醫師，也有人說根本沒關係，她家孩子也有藍紫色的胎記。眾說紛紜，令我心亂如麻，我究竟應該怎麼辦呢？

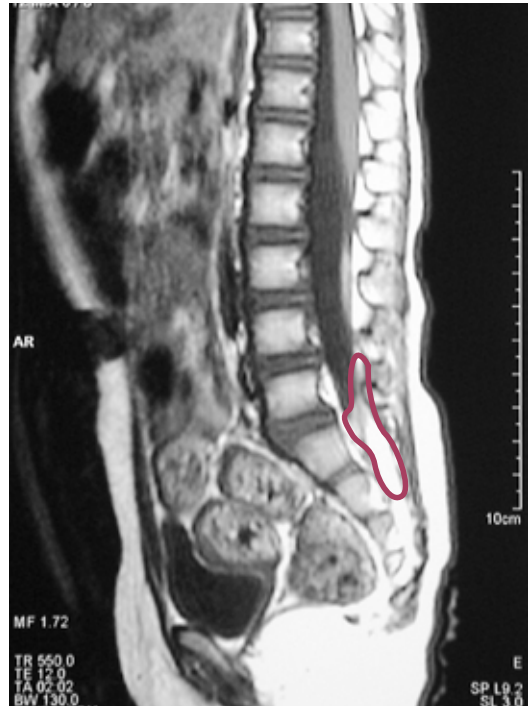
台北慈院網路回答，請這位媽媽尋求小兒神經外科醫師的意見。小兒神經外科為神經外科的一個分科，而非小兒外科（屬於外科的一個分科）、神經科或小兒科。

上面這位媽媽的孩子經脊椎磁振造影（MRI）診斷出「終絲脂肪瘤合併脊髓粘連」，經手術後於第四天順利出院。

脊髓粘連的發生與脊柱裂有密切的關係。在美國的發生率，每一千個新生兒中，約有〇點四到一位新生兒患有脊柱裂，台灣至今尚沒有正式的統計資料。雖然臨床上台灣的脊柱裂不如白人盛行，隨著國內小兒科醫師警覺性日益增加，因為脊髓粘連被轉介至小兒神經外科接受手術之病例數逐年增加。筆者認為國內脊柱裂合併脊髓粘連患者的數目



腰薦部位之胎記(左為紅痣合併小凹洞，中及右圖為皮下脂肪瘤)。



磁共振影顯示，左圖為「終絲脂肪瘤合併脊髓粘連」，右圖為「脊髓髓膜膨出合併脊髓粘連」。

並不少，只是可能被忽略了。

欲早期診斷腰薦椎脊髓粘連，需留意兒童下背部有沒有皮膚外觀的異常，像是脊髓脊膜膨出、脂肪瘤、紅痣、一束毛髮、皮膚凹陷或屁股中分線較短或不對稱等等（藍紫色的胎記一般為蒙古斑，比較沒關係）。

根據筆者個人統計，患有腰薦椎脊髓粘連的病人中有百分之九十二以上的患者有皮膚外觀的異常，少數病患皮膚外觀的異常不明顯，等到出現下肢的症狀或足部骨骼的症狀才被診斷出來。

### 何謂脊髓粘連？嚴重性如何？

正常狀況下，脊髓的末端（脊髓圓

錐）與脊椎管的相對位置會因年齡而異。在胚胎八週時，脊髓圓錐與脊椎管的末端高度一致；在胚胎二十四週時，脊髓圓錐的位置上升到第一節薦椎的位置；到新生兒時期，脊髓圓錐的位置上升到第三節腰椎下緣的位置；到出生後三個月，脊髓圓錐的位置上升到成人的位置，亦即第一與第二節腰椎交界的位置，之後，二者之相對位置便固定下來。也就是說正常狀況下隨著胎兒成長，脊髓的末端相對於脊椎管應該逐漸上升才對。

### 出現足部空凹或馬蹄變形

當脊髓末端有先天的不正常粘連，像

是腰薦椎的皮下脂肪瘤、或終絲太粗、太短、有脂肪浸潤而失去彈性，脊髓末端會因這些粘連產生不正常的拉扯造成慢性缺血缺氧而受傷。可怕的是，這些神經症狀的產生是日積月累、慢慢產生的，小朋友可能先有足部空凹或馬蹄形變形，走路容易跌倒。逐漸的到小學階段才發現有雙下肢長短或粗細不一、感覺較遲鈍、甚至產生足部營養性潰瘍（一旦有傷口很不容易好）及大小便括約肌功能喪失的現象。

## 都是「神經」惹的禍

由於小朋友的學習能力並不受影響，因此常被忽略，或者因為上述小變化而遍詢骨科、皮膚科或泌尿科等等，並不知道一切都是神經惹的禍。有些患者脊髓粘連引起的牽扯不厲害，並不會出現上述的症狀，可能只有抱怨腳或者腰容易酸，有的有被電到的感覺，或在腰薦椎受到震動時會感到頭痛。危險的是，患者如果不小心跌坐，有可能引起突發性腰薦神經損傷，造成下肢偏癱或大小便失禁。

脊髓粘連之診斷以腰薦椎之磁共振造影檢查最為準確。如果是新生兒，因為椎板間的空隙夠大，可以用脊椎超音波檢查作初部篩檢。脊髓粘連的治療方法以之手術解除脊髓粘連為主，應由有經驗之小兒神經外科醫師執行。由於多數脊髓粘連導因於脂肪瘤，因此脂肪瘤與脊髓和脊髓的交界處一定要完全分離，才

算成功。

至於脊膜內之脂肪瘤，做適度切除即可，並不需要也千萬不要百分之百切除，以免造成新的神經損傷。國外的報告顯示有百分之五到六的患者在術後有新的永久性神經損傷，也許與脂肪瘤中有百分之三十五含有神經組織，而手術時脂肪瘤切除過多所致。

## 手術安全性高

由於「去除粘連」的手術相當安全，北美的學者建議及早診斷及早治療；歐洲的學者則建議及早診斷但應追蹤至有症狀再治療。前者的理由是神經損傷常是不可逆的，如果等神經症狀出現，手術的效果可能會打折扣；後者則認為不應冒術後永久性神經損傷的危險進行這種預防性的手術。筆者的經驗顯示如果術前無明顯症狀，只要在二歲前接受手術，遵循手術原則，預後都不錯；但顧及家屬等待的心情與患童在七個月大後會開始發展出坐與爬等髓部彎曲的動作，患童在七、八個月大也可考慮手術。

在手術之後，根據病人術前與術後的症狀及需要，繼續於神經外科追蹤或配合復健科與泌尿科醫師的協助治療。少數患童在第一次手術後的四到十二年之間可能出現脊髓再度受到粘連牽扯的情形，症狀與粘連相同，必須考慮再次手術的必要。



# 準分子奈米雷射

## 剪裁角膜 清楚不散光

文 / 呂俊憲 慈濟醫院台北分院眼科主任

在此我們就目前眼科界最盛行的準分子奈米雷射，做一個綜合性的解說與整理。目前準分子雷射皆以193nm(奈米)光束對角膜進行汽化切削，另有一種固態雷射尚在研發中。

### 雷射屈光 看得高又遠

雷射屈光手術在眼科已經到達一個高峰，舉個例子，老虎伍茲現在擁有2.0的視力，乃是拜近視雷射手術之賜，手術之後的老虎伍茲，更是常常得到冠軍，因此對於小白球的狂熱族來講，這真是個福音。

但我們也知道，人類在邁入四十歲後，已經進入老花眼的階段，如果年過四十歲的人要做這樣的屈光手術，一旦度數完全切削掉後，看遠雖然會有了準分子奈米雷射，眼科醫師可以儘可能為患者量身剪裁角膜，例如治療高度散光引起弱視的患者，效果頗佳。

很清楚，近距離的閱讀卻會有困難。不過這當然得視每個人對生活的需求，有些人視力1.0已經很夠了。

### 依個人角膜形狀調整 避免眩光

準分子奈米雷射，好處是其手術精準度非常的高，雖然大部分人可以得到預期的需求，但美中不足的是，縱使兩個人測出同樣的散光、近視的度數，但角膜形狀其實並不完全一樣。如果可以依據每個人角膜的形狀來做調整，則會更符合每個人的需求。



有些人做了手術之後，雖然白天的情況良好，夜間卻會較為不便，會出現「眩光」，這是因為晚上瞳孔會放大。如果手術只是修正瞳孔中間的部分(尤其是中間那三毫米的地方)，縱使術後白天一般的視力都非常好，可是有些人到了晚上瞳孔會放大到6至6.5毫米，美國方面也曾經做過測量，瞳孔最大可以到8.5毫米。瞳孔散得那樣大，如果只在中間做一小部分雷射，其他沒做的部分，會形成另一個折射的面，這二個焦距不在同一點上，就會造成所謂的「眩光」。目前我們用一個數學多項式(Zernike or Fourier polynomial)去模擬出最真實的波前圖，以符合電腦剪裁的需求。因此視力達到3.0或4.0，所謂鷹眼視力(eagle vision)，已不再是夢想。

### 角膜較厚 雷射手術較安全

在美國聯邦藥物管理局(FDA)核准的範圍內，目前已有一、二型機器，被允許散光可以處理得比較多，近視可以切削得比較深。但這並不是說每個人都適合做，比如說近視1600度的人，也不一定適合做，因為還要考慮到本身角膜的狀況；最主要的是考慮到角膜的厚度，一般來說，夠厚的角膜來做切削會比較安全。

但如果角膜基質層(stromal bed)過薄，如低於250微米，這樣剛做的幾個月內縱使視力沒有問題，但眼睛的壓力還是存在，房水一直在眼內流動，一旦角膜的厚度不夠支撐眼睛的壓力時，角膜會凸出來，會造成所謂術後的圓錐角膜或術後角



波前技術搭配虹膜定位，讓準分子奈米雷射能更準確的修整角膜。

膜突出(keratoectasia)，除了度數和散光會增加之外，視力仍是會變差。

### 雷射準確追蹤眼球的移動

我們的眼睛並不如想像中那樣乖巧，坐著檢查和躺著做手術並不相同，可能會左右移位，但這對雷射光束的輸出來講，影響並不大，所謂的「追蹤器(tracker)」發展已臻成熟，其頻率已經比我們眼睛偏移的速度要來得快，可非常準確的追蹤，眼睛縱使在前後左右移動的時候，雷射光束還是可以射得很準。但眼睛如果是在做



圖為呂俊憲主任於術後與患者合影。

的技術。對人類而言，視力2.5至3.0是目前眼球結構的一個極限，所以波前技術搭配虹膜定位的發展，已讓準分子奈米雷射再往前躍升了一步。

### 不同雷射屈光手術的選擇

而就雷射手術而言，PRK(雷射角膜表層重塑術)和LASIK(雷射

屈光角膜切除手術)是目前屈光手術比較盛行的術式，而Epi-K 和LASEK(雷射屈光角膜表層重塑術)是針對角膜厚度不夠而近視卻又比較深的人而設計。

LASIK手術(雷射屈光角膜切除手術)本身需要做角膜瓣的切割，將角膜瓣掀起來，打完雷射之後再蓋回去，但角膜瓣有一定的厚度，一般大概要削除到做到90~150微米左右。PRK(雷射角膜表層重塑術)則是把角膜的表皮(約50微米)刮除掉，當然剩下的角膜厚度會比較多，但重新長表皮時會有個缺點，就是比較容易產生疤痕，對視力反而會造成影響。

遠視老花LASIK手術目前已經美國FDA核准，而近視老花LASIK手術也在研發中，對於老花族群將是一大福音。

以目前準分子雷射科技來講，已可以符合大家的需求，可以讓大家在安全無虞的前提下，看得更清楚，且可有效降低散光。本院已治療多位高度散光引起弱視之患者，成效卓著。



順時針或逆時針的旋轉(cyclotorsion)，則另當別論。

### 波前技術 水晶體也列入考慮

眼睛的屈光(接受光線的折射)，不單只是靠角膜，尤其是眼睛後面的水晶體也有部分的貢獻，所以也有人提議是否需要把水晶體屈光的情況也考慮進去，這就是所謂的波前(Wavefront)技術。

如果以「波前技術」處理，醫師會給一個波前圖(眼睛的地圖)：可能是角膜的、也可能是整個眼球的圖，電腦會按照指示去執行。地圖有所謂的方位，醫學上常以時鐘方位作定位，比如說坐著檢查時，眼睛十二點鐘方向有一個高凸的地方，躺下要動手術時，高凸點轉到一點鐘的位置，我們在修飾角膜的時候，若還修十二點鐘的方向，反而修過了頭，造成另一種不規則散光。

而如何做定位？每種準分子雷射儀都有不同的方式；目前來講，定位的參考點愈多愈好，而虹膜定位(IR)是目前較精準