行政院衛生署食品藥物管理局

管制藥品簡訊

雜誌

國內郵資已付
板橋郵局許可證
板橋字第1395號

FDA 食品藥物管理局 Food and Drug Administration

學術交流
焦點話題
公告訊息
活動與會議要紀
重要訊息通知

發行日期\中華民國一百零二年四月
發 行 人\康照洲
總 編 輯\蔡文瑛
副總編輯\許炳章
編輯委員\羅維新、楊惠華、鍾玉琳
張家榮、尤心正、陳清淵
執行編輯\齊萱
執行單位\行政院衛生署食品藥物管理局
地 址\11561 台北市南港區昆陽街161-2號
台北雜字第1613號
電 話\(02)2787-8000
網 址\www.fda.gov.tw
印刷設計\中華民國領航弱勢族群
創業暨就業發展協會
電 話\(02)23093138
ISSN：02556162
統一編號(GPN)：2008800098

學術交流

長效鴉片類製劑在癌症疼痛的應用與進展

臺大醫院麻醉部[1]暨腫瘤醫學部[2]
林至芃[1,2] 林文瑛[1,2] 林峰盛[1] 周韋翰[1] 孫維仁[1]

前言

疼痛是癌症患者在病程變化進展中最常面對的問題，約有80%的癌症患者存在疼痛問題。癌症造成疼痛的原因包括 (1)腫瘤本身直接造成，例如骨轉移、神經壓迫或軟組織的侵犯(2)治療癌症過程中所引起的，例如放射線治療所致的纖維化、化學治療藥物引發的神經病變。(3)與癌症相關疾病所造成的，例如淋巴水腫、便秘、褥瘡等。(4)其他與癌症並存的疾病如關節炎或慢性下背痛等。當疼痛未能有效緩解時，容易使患者產生憂鬱、恐懼、易怒，甚至會有自殺的情緒反應。因此疼痛控制在癌症治療過程中是很重要的。

台灣鴉片類止痛藥的現況

相較於歐美國家，台灣目前可供臨床使用的鴉片類藥物種類甚少，第二階止痛藥的弱效鴉片類止痛藥有Codeine、Tramadol、Butorphanol及Buprenorphine可供選擇，其中Codeine及Tramadol較常被用來做癌症止痛的初步用藥，Codeine不僅有止咳作用，因其在體內部份會代謝成Morphine，因而具有止痛的效果，其強度約是Morphine的1/30－1/8倍，

可緩解輕度至中度的疼痛。Tramadol則經由與嗎啡受體μ-receptor鍵結和抑制Serotonin及Norepinephrine的再回收(類似三環類抗憂鬱劑)而達到止痛效果，兼具鴉片和非鴉片2種的中樞作用，止痛強度約是Morphine的1/4倍。但每日藥量不可超過400mg否則會有抽搐等問題。用於重度疼痛的第三階藥物之強效的鴉片類藥物則僅有Morphine、Fentanyl及配西汀(Pethidine 即Meperidine)三種。其中Pethidine雖為強效鴉片類，但是屬於短效藥物，止痛效果只有2-3小時，而且其活性代謝物Normeperidine又會引起神經毒性，如抽筋、顫抖，因此無法調高劑量使用，所以僅適合急性疼痛的短期治療，不適合作為癌症患者的長期止痛用藥！

Morphine是強效鴉片類藥物中運用最廣泛的，主要是經由與鴉片受體(μ、κ receptor)鍵結達到止痛作用。經由肝臟代謝，主要代謝物有Morphine-6-glucuronide(M6G)及M3G，再由腎臟排泄，其中M6G為活性代謝物，半衰期達2.5-7.5小時，所以腎功能不全的患者須減量，避免M6G在體內蓄積引起中樞神經抑制作用。Morphine有多種投與方式，除了常用的口服(PO)、皮下注射(SC)及靜脈注射(IV)之外也可以經直腸、舌下、硬膜外(Epidural)及脊椎管內(Intrathecal)給藥。依不同的給藥路徑止痛強度也有差異，PO：SC：IV約為1：2：3。硬膜外跟及脊椎管內給藥則更可達到靜脈給藥的10倍及100倍的效力。考量病患用藥的方便性與無侵入性，口服藥物仍是所有給藥途徑的首選，口服劑型又分長效及短效劑型。短效劑型用於評估起始劑量和治療偶發性疼痛。它們可以依需求或依時間給予，然後依偶發性疼痛微調劑量。然而要達到長期穩定的疼痛控制，則必須仰賴長效劑型。台灣多年來已有一天服用二次的長效型硫酸嗎啡膜衣錠(MST)供醫療院所使用，目前有30毫克與60毫克兩種劑量，大幅提升了病患使用藥物的方便性與順從性，避免患者因疼痛或需要服藥而中斷睡眠，得以有更充分的休息。然而膜衣錠劑型雖然號稱有十二小時的效力，臨床上卻有約四分之一的病患需要縮短投藥間隔到8小時才能達到穩定的疼痛控制，此外膜衣錠不能嚼碎或磨粉管灌給藥，也讓其臨床應用受到限制。

民國100年6月台灣已開始上市一天一次的口服硫酸嗎啡持續性藥效膠囊(MXL Capsules 60mg)。在英國及加拿大進行的臨床試驗中將這MXL與MST進行療效的比較。其中在英國的交叉隨機試驗中發現，在適當使用這兩種藥品的情況下，都可以讓患者有良好的疼痛控制效果；50%的患者不需額外使用其他藥物，25%的患者不會覺得疼痛、其餘75%的患者則是疼痛都控制在3分以下，74%的患者在治療期間未曾因疼痛而中斷睡眠。在加拿大的隨機雙盲多中心交叉試驗也說明：兩個藥品在療效及安全性並無明顯的差異。唯一區別在於，一天一次的口服硫酸嗎啡持續性藥效膠囊能維持更穩定的藥物血中濃度，長達24小時的止痛效果，當患者被告知24小時和12小時長效嗎啡製劑在使用上的差異時，有68%的病人會選擇使用上更方便的一天一次劑型。MXL的持續性釋放機制在於膠囊內充填的藥物顆粒，因為膠囊外殼大約15分鐘就會完全溶解，而膠囊中的每一個藥物顆粒卻都是完整的緩釋結構，只要不壓碎、咀嚼或是將藥物顆粒磨粉就能維持這種獨特的持續釋放作用。因此MXL除了將整粒膠囊吞服外、還有下列的靈活運用方法：

1. 嗎啡的止痛劑量需求會因人而異、差異甚大。例如：安寧病房的癌症患者常須使用較高的劑量，需吞服的藥錠數量也較多。頭頸癌症的患者通常會有吞嚥不順的情形。針對這些患者，就可將該膠囊打開，讓膠囊內的藥物顆粒摻入優格、果泥等軟性、流質的食物或不含酒精的飲料中，方便患者服用。
2. 對於使用管灌飲食的患者，可以直接將該膠囊內的藥物顆粒以管灌的方式服用。不僅保有每日只需服用一次的持續釋放效果，還可以避免藥品磨粉時可能造成的污染、藥物減損及藥效快速釋放造成短時間藥物過量的問題。由於膠囊內的藥物顆粒直徑大約介於0.25-1.8mm，建議選用大於12號（12Fr.，內徑3.6mm）的餵食管施行管灌操作。要特別注意的是，藥物顆粒的外層包覆著一層用於延緩釋放的蠟質，一旦接觸到水份後，會出現宛如油滴到水面的凝聚現象，使藥物無法均勻分散。因此，在進行管灌、管灌前後的管內溼潤及沖洗時，搭配管灌牛奶的使用，即能順利的完成管灌餵食(藥)。

針對止痛效果不彰持續疼痛、高劑量嗎啡使用者或無法忍受嗎啡所造成的腸胃道副作用如便秘、噁心及嘔吐的患者，我們也可以考慮進行脊椎內嗎啡投予。若病患預估存活少於三個月可以考慮暫時性的以硬膜外導管投予嗎啡，若病患存活期預期有三個月以上，則可以考慮進行脊椎內嗎啡幫浦植入，可以提供長期而有效的止痛，不需長期住院，可體外遠端調控的幫浦可以在門診診間進行劑量調整。缺點是非常地昂貴、植入技術也較複雜。這兩種脊椎內給藥的方式因為都不

需要經過腸胃道吸收及全身性的藥物散布，因此可以大幅降低嗎啡引發的副作用。也因為將嗎啡直接投予到藥物需作用的中樞神經系統，因此更大大提升了止痛的效力，是相當值得開發的治療模式。

當患者無法忍受Morphine的副作用、無法口服或利用腸胃道吸收時，即可考慮使用另一種強效止痛藥Fentanyl。靜脈注射的Fentanyl被廣泛的使用於手術中麻醉與止痛，是一種具有高度脂溶性的半合成鴉片類藥物，由於其分子量低又高親脂性，因此特別適合經黏膜或經皮吸收，目前台灣有每小時12、25及50微克三種劑量的吩坦尼貼片可供選擇，劑量正比於貼片與皮膚接觸的面積。藥效一般可以持續72小時，使用上非常方便。在首次使用的患者，需12-14小時才能達到有效止痛，所以在使用第一片貼片後的初始18小時中，可能需要適時給予短效Morphine來止痛。而在貼片撤除後，藥效仍能維持16-24小時之久，基於這樣的特性，對於急性疼痛的緩解或疼痛嚴重度起伏不定的患者並不適用。此外病患使用貼片時，應貼於皮膚平整乾燥無毛的部位，可以淋浴方式但不可浸泡熱水澡或溫泉或對使用部位加熱，否則會增加藥物的吸收而造成劑量過高，發燒或冒汗病人亦不適用。

Morphine和Fentanyl貼片之轉換則須注意，對於初次使用貼片的患者，若僅由弱效嗎啡轉換而來，可以考慮用12 μg/hr做為起始劑量，若是接受Morphine每日60mg以上治療的患者要使用Fentanyl貼片，應從25 μg/hr開始進行等效轉換。少數患者在轉換時可能出現腹絞痛、腹瀉、噁心及流汗症狀等類似戒斷症候群（Withdrawl symptoms）的症狀，因此開始使用貼片時不要立即停止Morphine，而應慢慢減量，症狀也會慢慢好轉消失。此外雖然Fentanyl貼片號稱有72小時的效力，但臨床上約有四分之一的病患會有所謂End-of-dose failure，藥效僅能維持48-60小時左右，因此兩天更換一次貼片在少部分病患是有其必要性的！

台灣的困境

相較於歐美先進國家，病患有非常多樣化的止痛藥物可供選擇，台灣的癌症疼痛病患目前的止痛藥物選擇不多。針對持續性疼痛，除了常用的吩坦尼止痛貼片及緩釋劑型嗎啡外別無他法。針對突發性疼痛更是只有口服嗎啡唯一一種選擇！相較於國外早已上市多年的藥物，在台灣仍然無法合法引進使用，甚至連美沙酮也只可以用於毒癮治療而不能用於癌症止痛，這不但增加了臨床醫師藥物調整的困難，更讓病患長時間忍受不必要的痛苦，實在是醫界與政府都應該正視的嚴肅議題！

參考文獻

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯絡。

有關本篇作者於文中最後一段「臺灣的困境」所述，本刊說明如下：有關國內引進新成分、新劑型之癌症止痛藥，行政院衛生署食品藥物管理局「醫療使用管制藥品審核會」，分別於100年及101年審查同意引進第二級管制藥品Fentanyl成分之口頰含片及口頰錠，提供醫療使用上有多樣性選擇，以符合臨床醫師及病人需求，提升醫療照護品質。另規劃持續引進Hydromorphone長效錠、Oxycodone速效錠(或膠囊)、複(單)方Oxycodone長效錠等供國內醫療使用。並藉由產官學合作，與國內相關單位/民間業者共同研究開發新藥。

焦點話題

藥師與藥物濫用防制

行政院衛生署食品藥物管理局管制藥品組

世界衛生組織與世界藥學會曾經針對藥師在醫療照護中的角色描述「藥師除了提供藥品的販售與管理之外，尚包括宣導正確用藥資訊與疾病預防之觀念，以及擔負提供民眾健康概念之社會責任」；綜觀歐美國家的多項研究顯示，藥師在健康照護的專業能力與角色，皆獲民眾的認同。此外，美國聯邦政府於1990年通過「OBRA’90」(Omnibus Budget Reconciliation Act of 1990)法案，除要求藥師對病患提供藥物治療的諮詢外，亦要求藥師具備評估藥物成癮之實證資料的能力，顯示藥師在藥物濫用防制上角色的重要。

根據行政院衛生署統計資料顯示，我國藥物濫用情形日趨嚴重，因為藥物濫用對國人身心健康之傷害，影響廣泛深遠，近十年政府逐年投入人力與資源期能遏止藥物濫用繼續蔓延，並陸續

在各縣市社區辦理藥物濫用防制宣導活動，期能降低藥物濫用之氾濫，但是活動所傳達的觀念能否順利被社區民眾接受，擔任傳播觀念的人員為關鍵角色。我國社區藥局藥師因本身有藥學專業能力，且長期深耕融入在地社區民眾生活中，在藥物濫用防制工作受到重視與肯定。

根據本局研究資料顯示，社區藥局藥師在藥物濫用防制上具有重要的地位，惟須強化藥物濫用法律規範、政府反毒政策、(新興)非法藥物等認知；因此，本局自民國90年起迄今，陸續辦理社區藥局藥師藥物濫用防制師資培訓，鼓勵社區藥局藥師參與藥物濫用危害宣導，並設置藥物濫用防制諮詢站，提供民眾就近之藥物濫用危害諮詢等措施，本期特別邀請社區藥局藥師及臨床藥師，分享藥物濫用防制之經驗。

社區藥師之藥物濫用防制經驗分享

吉康生活藥局　楊嘉慶藥師

哥哥的好友是施用安非他命、搖頭丸，海洛因的藥物濫用者，於共用針頭時，不幸感染愛滋病毒， 1年多後上吊自殺，結束30幾年的青春生命。原來毒品危害、藥物濫用氾濫，不再是報紙或電視上與你我無關的新聞，而是真實發生在家人朋友身上，因此，促使我在幾年前走出社區藥局，加入宣導的行列。

這幾年我以藥師身分參與數百場藥物濫用防制宣導活動，從一開始上台的緊張、生澀到後來的駕輕就熟，心中一直秉持著「把愛傳出去、降低犯罪率」之信念，把握每個向民眾、學生或受刑人藥物濫用防制宣導的機會，將其傳播出去。為了切合宣導對象之差異性，我將宣導內容依照不同對象的生活經驗及需求，做以下的分類：

一、社區民眾：可分為二類：(一)收受管制藥品處方箋：當個人因身心壓力就醫時，服用之藥物大都為管制藥品，社區藥局可藉由執行管制藥品處方箋作業時與民眾對談，嘗試瞭解民眾內心壓力來源，進而宣導藥物濫用防制觀念；因此，醫療院所醫師的處方治療，以及社區藥局藥師一對一的關心及諮商，除獲得民眾信賴外，更提升其與醫療院所或藥局的良性互動，並展現醫藥人員對管制藥品的專業性。(二)用藥安全宣導：因社區皆有場地及設備，透過衛生局發文給里長辦公室，善用衛生局關懷據點、民代服務處等社區資源及里民活動中心方便宣導；民代或社區發展協會亦常會舉辦一些健康講座活動，主動提供用藥安全宣導講座訊息給承辦人，藉此與當地建立良好關係，成為互信互利的合作夥伴。此外，辦理社區用藥安全宣導活動有以下三個優點：1.拉近里民關係。2.提升社區藥局或診所形象。3.建立民眾對醫藥人員的正面形象。

二、學生族群：藉由毒品分類及學生常用毒品之副作用分析建立毒品危害基本概念：(一)毒品分類介紹－利用書籍電影來幫助記憶，讓孩子在趣味中學習。1.國小高年級到大學：可利用書籍、電影幫助記憶。(1)書籍部分：藉由武俠小說天龍八部的武術招式比喻吸引學生注意，如生死符（感染愛滋）、珍瓏棋譜（毒品上癮）、丁春秋腐屍毒（愛滋病傳染擴散）等，提醒學生施用毒品只會產生短暫的幸福感、陶醉感，但隨之而來的是空虛感、妄想、攻擊行為，勸誡學生們與施用毒品者保持距離，以免受傷。(2)電影部分以海角七號為例：利用主角或劇情幫助毒品記憶，如舉例女主角友子喝酒醉時打破玻璃，但酒醒後全然忘記的劇情，來引出約會強暴丸，如：FM2 (Flunitrazepam)，其屬Benzodiazepine類安眠鎮靜劑，若被下於飲料中，被害人喝入後，約在20-30分鐘後會產生暫時性失憶症，被人強暴也無法舉發，透過電影劇情可以讓學生更加瞭解毒品的危害，心存戒心。2.幼稚園、國小中低年級：利用卡通的互動模式來教導孩子們，讓小朋友在寓教於樂中獲得學習機會，例如：壢新醫院成立之「北區正確用藥教育資源中心」，在兒童用藥宣導部分，採用小朋友喜愛的卡通(海綿寶寶或蜘蛛人等)，是增加宣導吸引力與接受度的好方法。(二)學生常用毒品之副作用分析－以目前校園學生族群最氾濫熱門的拉K（K他命、愷他命、Ketamine）為例，宣導時先說明正常膀胱運作的生理機制，如正常膀胱儲存大約400-500毫升時即有尿意，當儲存至700毫升，便有尿急的感覺，接著再把拉K會破壞膀胱黏膜，造成結疤萎縮，讓膀胱儲存容量減少，幾十

毫升就想上廁所；另外，藉由乳酸飲料容量進行實物舉例（每瓶約100毫升），告訴學生濫用K他命會使膀胱容量大約只剩半瓶50毫升，讓學生知道拉K的嚴重性，在發生膀胱黏膜結疤不可逆的反應前，必須趕快戒除，否則會成為永久性身體傷害。藉此，讓尚未接觸毒品的同學，保持警惕，有拉K的同學，趕快戒掉，避免尿布人生。

三、監獄、毒品戒治班及少輔院族群：以心靈教育加上正向思考為主，有氧運動為輔。面對此族群宣導時，重心不在毒品本身，而是在於常見副作用，因為毒品產生的作用，成癮者比我們有深刻體會，另外，避免太多「教條式」的宣導，以說故事為主。根據我的宣導經驗為例，藉由述說哥哥好友是用藥族群，來拉近距離感；或者可從宗教故事切入，不拘泥宗教派別，透過宗教故事的心靈教育及因果報應循環的講述，潛移默化讓他們從「利己」轉而朝向幫助他人的「利他」為中心，既可減少犯罪率，又可讓社會更祥和。另外，依據2011年PLoS ONE論文期刊研究顯示，大麻成癮可以藉由規律有氧運動來改善，醫學研究實證對於這類族群的反毒宣導，是一種利器，讓他們有信心從「心」出發。以我的宣導經驗為例，因為這類族群較容易有戒心且封閉自己，建議最少一期半年，每月一次針對同一組學員，進行防制宣導，多次的深入對談才能打動其心房，否則只能做最基本的防制宣導。根據研究受刑人再犯罪率極高，是治安案一大隱憂，當透過深入接觸讓學員打開心房時，可以讓他說出心裡的問題，但是，並非每個受刑人都願意敞開心胸，至少讓他們知道，我們來宣導時，是將他們當成病人而非犯人，會增加我們的可親近性。

進入戒治所防制宣導快一年，由於每個月都會與受刑人見面，最近收到戒治所受刑人寫來的幾封信，他先問了有關心靈書籍的問題，之後開始詢問是否可通信說說心裡話。這是我宣導幾百場活動以來第一次有受刑人寫信給我（他吸毒17年），我透過此機會詢問他對戒毒想法，瞭解戒癮者的內心世界，以下提供他所描述的四個自身想法，重點摘要如下：(一)戒斷現象的痛苦：要讓施用毒品者，澈底討厭毒品，可以從戒斷現象產生的極度不適感著手。(二)環境影響因素：施用毒品者會找用相同毒品的朋友，若周遭的朋友沒有吸毒，就沒有認同感。(三)家人關心與支持不會無窮無盡：必須讓他們明白珍惜當下，見苦知福。(四)完全杜絕毒品應從小教育：種下好的因，未來才能得到好的果。

每當我外出宣導時，不論對象為學校學生、社區民眾、專業人士、反毒人員或受刑人，結語時都會用法鼓山創辦人聖嚴法師語錄：「人生就是要許好願，做好事，轉好運，讓它實現。」一起勉勵大家勇敢戰勝毒品的危害，把握每次宣導機會，將每人心中良善的種子灌溉發芽，哪怕是短暫地消除其心中的負面情緒，在那當下都是淨土，只要心中常常保持善的念頭，社會就更加祥和。

走出社區宣導的過程中，其實最大的受益者就是我們自己，期待更多的醫藥人員能投入宣導，讓我們共同努力創造身心靈都健康的社會。

參考文獻：

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯絡。

臨床藥師介入物質濫用個案治療之經驗

行政院衛生署八里療養院　劉惠雅藥師

前言

精神科醫療院所經常在門診或住院單位會收治合併藥物濫用引起精神症狀或疾病之個案，這些疑似物質濫用個案使用的藥品，除了具成癮性管制藥品外，也可能有部分屬於非成癮性之藥物濫用，如酒精，以及引起使用者欣快感而遭個案濫用的治療藥品，如Trihexyphenidyl，其它偶爾在臨床上也可見到對止痛劑Acetaminophen有程度不等之濫用情形。

個案發展出藥物濫用情形，往往牽涉多項複雜因素，因此在治療上需要許多醫療專業評估與介入，藥師也是其中重要的一員。雖然醫療支出

與治療成效不一定成比例。然而，精神醫療團隊在這一領域之投入，仍然是兢兢業業，任重而道遠。

藥物濫用評估

有經驗的專業醫師面對物質濫用個案時，可利用評估工具與模式，對個案藥物濫用狀況進行瞭解，包括詢問濫用藥物名稱、使用原因、使用史、藥物使用量、藥物作用效力、藥物使用途徑、藥物使用頻率與復發因子及共病性精神疾病，其為評估使用成癮物質達到中毒或戒斷狀態時，對精神症狀變化的影響，以協助判斷精神症狀是否由成癮物質中毒或戒斷所造成。此外，亦會評估藥物使用影響、HIV與其他傳染性疾病、家庭功能、社會功能等項目。

醫師進行物質濫用評估前，病人先簡單自評同一年期間內，不良的物質使用模式及其導致重大損害或痛苦。若對象為青少年者，可採用「青少年毒品藥物濫用評估表」，做為評估時參考。最終由醫師視個案之症狀，評估是否符合「同一物質的物質依賴診斷準則」，若已達成癮，進一步綜合評估成癮嚴重度。

臨床上，藥師在接獲醫師通報疑似藥物濫用個案時，除了留意個案就診情形與藥物使用狀況，如Zolpidem與Flunitrazepam，適時與醫師討論該異常領用藥品處方外，藥師需進一步瞭解個案用藥習性，視需要進行用藥安全衛教，以及告知長期使用藥物的可能危害。

合併精神疾病之物質濫用個案之藥物治療

藥物濫用個案常見共病性精神疾病，包括：憂鬱症、焦慮症、精神病、人格疾患、飲食疾患、身體化疾患、病態性賭博與器質性精神疾患等。過去對於同時患有情緒障礙疾病(雙極性疾患或重鬱症)與藥物、酒精依賴病人之治療研究很少。部分原因是大多數新藥試驗計畫設計時，會將物質濫用者排除於研究可納入對象，因此當臨床上針對這類個案治療時，因為缺乏醫學實證而顯得很困難。

過去學者回顧6項探討合併藥酒癮的雙極性疾患之藥物治療研究中，僅有2項研究顯示藥物治療可降低成癮物質的使用，其中一項研究使用Valproate降低飲酒，另一項研究則使用Citicoline降低古柯鹼(Cocaine)之使用。前項研究中，受試者與使用安慰劑者相較，明顯降低大量飲酒天數、每天飲酒量，以及每次大量飲酒量；後項研究指出，以安慰劑治療者，其尿液所篩檢到古柯鹼呈現陽性比率，高於使用Citicoline治療組之6.4倍。不過研究發現治療有效者，多數通常是先發生情緒障礙疾病者。

在同時患有重鬱症與藥物、酒精依賴病人之治療研究，抗鬱劑治療對於合併物質使用的憂鬱症病人，具有些微的益處，在8項研究中，僅有3項研究(38%)發現抗鬱劑治療比起安慰劑治療，能減少飲酒，其中的2項研究，抗鬱劑可減低病人憂鬱症狀與飲酒量，其中之一使用三環抗鬱劑之Desipramine治療酒精依賴的續發型憂鬱症病人，另一項研究則使用SSRI類的Fluoxetine於治療原發性憂鬱症並有自殺念頭之酒精依賴病人。不過，另有一項大規模研究(N=345) 針對重鬱症併有酒精依賴之病人，以Sertraline 50－150 mg/天治療10週，發現不論是憂鬱症狀減輕或減低飲酒，比起未用藥治療的病人，皆未增加任何效益。

一項隨機雙盲試驗研究合併以Sertraline(最高200mg/天)與Naltrexone(最高100mg/天)，再加上每週對這些合併憂鬱症之酒癮個案進行認知治療，發現比分別使用單一藥物或未用藥物治療者，達到更好的戒酒情況、延遲再出現大量飲酒情形，以及處於憂鬱狀態的可能性較低。這些少數研究數據，提供給臨床醫療人員參考，惟仍有不足，未來期待更多有關其它精神疾患合併藥物或酒精濫用之治療研究。

關心病人用藥習慣，減低發生濫用藥物之風險

藥物濫用個案除了主動就醫而接受治療外，藥師亦能從個案用藥行為中，查覺部分藥物濫用個案。如個案會以領藥短少之故，一再要求多取得所濫用之藥物，追蹤發現個案多次重覆此一行為，進而發覺他們可能是濫用藥物或物質成癮之潛在個案。從統計結果發現，藥物濫用者通常同時濫用多種藥物或酒精，其合併過量藥物使用所造成的身體傷害，常遠超過濫用藥物者所預期。

藥師除了鼓勵病人將家中多餘不用的藥品或過期藥品回收，建立正確用藥態度與習慣外，此舉其實也能避免病人在多餘藥品取得容易下，任意增加劑量，提高濫用藥物之風險。藥師平時也可以多針對服藥遵囑性不佳的民眾，於領藥時進行藥物諮詢，詢問病人用藥習慣，對於找出潛在濫用藥物個案也會有些助益。藥師親切的問候、詢問與用藥指導，很可能就幫助了不自覺將墜入藥物濫用困境的病人回歸正確用藥，尋求正確就醫管道來改善其問題。

參考資料

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯絡。

公告訊息

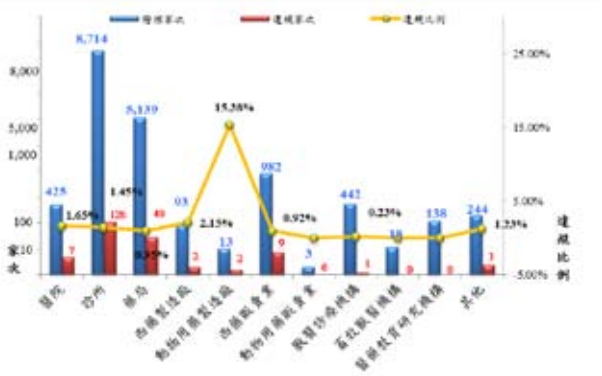
101年度執行管制藥品實地稽核結果

行政院衛生署食品藥物管理局管制藥品組

為加強管制藥品之管理，防杜管制藥品濫用或流為非法使用，本局每年均擬訂管制藥品稽核管理工作計畫，除督導各地方衛生機關執行一般例行性之稽核外，亦篩選購用量異常、過去有違規紀錄、涉醫療處方使用不當、流向申報資料不全等機構業者列為重點對象，會同地方衛生機關派員執行專案稽核。

101年度計執行管制藥品實地稽核16,211家，查獲違規者199家，違規比率為1.23%。違規情形仍以未設管制藥品簿冊或登載不詳實者，及未依規定申報管制藥品收支結存等違反管制藥品管理條例第28條規定者為最多，其次依序為涉醫療不當處方使用管制藥品、非藥事人員調劑管制藥品、使用管制藥品未詳實登載病歷、使用過期管制藥品、第1級至第3級管制藥品領受人未簽名、涉管制藥品流用等，違規者均依相關法條予以處分。101年度各業別管制藥品實地稽核結果詳如附圖。

為維護國人身心健康，確保民眾用藥安全，本局今（102）年仍將持續督導地方衛生機關，實地查核管制藥品之使用管理情形，並將特別加強醫師處方管制藥品之合理性查核。本局再次呼籲，醫師應親自診治病人，經審酌病情、藥品仿單及各類使用指引規範後，合理處方管制藥品予病人，勿應病人要求而給藥。涉醫療不當處方使用管制藥品，違反管制藥品管理條例第6條規定者，可處6萬元以上30萬元以下罰鍰，違規情節嚴重者，併停止醫師處方管制藥品6個月到2年，請經營管制藥品業務之業者、機構及醫、藥專業人員，均應善盡專業職責，確實依規定管理及使用管制藥品，共同防範管制藥品之流用與濫用。



101年度各業別管制藥品實地稽核結果

行政院102年4月18日公告增列「他噴他竇」為第二級管制藥品，類大麻活性物質JWH-122及AM-2201為第三級管制藥品

行政院衛生署食品藥物管理局管制藥品組

他噴他竇（Tapentadol）為鴉片類止痛劑，用於中度至嚴重急性疼痛之治療，具成癮性及濫用性。購買、使用及處方第二級管制藥品，機構須領有管制藥品登記證；處方之醫師須領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。JWH-122、AM-2201為類大麻活性物質，無醫療用途，為遏止其濫用，行政院業於101年9月4日列為第三級毒品。為因應科學使用之需要，行政院衛生署管制藥品審議委員會議議決列為第三級管制藥品。機構業者如欲使用其進行醫藥教育研究試驗，除領有管制藥品登記證外，須於事前向本局申請使用管制藥品之醫藥教育研究試驗計畫，經核准後始得使用。倘非法使用，將依違反毒品危害防制條例論處。

國際重量級物質成癮防治專家齊聚台北－召開近年來最盛大之物質成癮防治國際會議

行政院衛生署食品藥物管理局管制藥品組

行政院衛生署食品藥物管理局、國家衛生研究院與美國加州大學洛杉磯分校共同主辦之「2013物質成癮防治國際會議」，於4月17日至19日假公務人力發展中心福華國際文教會館舉行，衛生署邱文達署長、國家衛生研究院龔行健院長、食品藥物管理局康照洲局長、疾病管制局張峰義局長都共同參與。

本次會中特別邀請美國藥物濫用研究所(NIDA)所長Dr. Nora Volkow及聯合國藥物犯罪辦公室(UNODC)主任Dr. Gilberto Gerra 擔任大會特別講者。除此，還有來自美國、加拿大、奧地利、澳洲、日本、泰國、越南、大陸、香港、馬來西亞、印度等40餘位藥物濫用防治國際專家及20多位國內學者擔任各項議題的講者，並有300多位國內外相關領域的專業人士參加共同討論，為藥物濫用防治提供建言。

會中知名學者專家分享研究成果，針對亞太地區藥物濫用預防、流行病學、治療及愛滋病等議題熱烈討論並達成共識，未來將就Amphetamine Type Stimulants、鴉片類藥物及HIV/HCV之神經科學、流行病學、社群網絡，預防教育及家庭連結性等議題籌組Workgroups，進行共同合作研究計畫之合作網絡。

2013 International Conference on Global Health: Prevention and Treatment of Substance Use Disorders and HIV

102年度管制藥品管理法規宣導種籽師資培訓講習會

行政院衛生署食品藥物管理局管制藥品組

為增進地方衛生及畜牧獸醫主管機關承辦管制藥品相關業務同仁，對管制藥品法規與管理實務之瞭解，本局訂於5月舉辦「102年度管制藥品管理法規宣導種籽師資培訓講習會」，此次講習會基礎課程將在高雄(5月3日)、臺北(5月8日)各舉辦一場次，進階課程於臺北(5月9日)舉辦一場次。基礎課程內容包含管制藥品管理相關法規、證照異動辦理作業及錯誤態樣、濫用通報實務、申報資料勾稽實務及醫療不當使用管制藥品案例探討等。進階課程包含三個專業演講，分別邀請臺灣臺北地方法院檢察署檢察官專題演講「稽核與刑事訴訟實務」，臺中市政府衛生局股長分享「管制藥品稽查實務與訪談紀要撰寫經驗」，及本局法制人員介紹「行政處分及後續行政救濟等正當法律程序」。

更正

本刊第54期(102年1月)首頁「印刷設計\曦望美工設計社」正名為「印刷設計\中華民國領航弱勢族群創業暨就業發展協會」，謹此更正。