

- 重危機-無毒人生精采萬分，2008。
3. Joranson DE, Ryan KM, Gilson AM, Dahl JL. Trends in medical use and abuse of opioid analgesics. JAMA. 2000;283:1710-1714.
  4. French MT, McGeary KA, Chitwood DD, McCoy CB. Chronic illicit drug use, health service utilization and the cost of medical care. Soc Sci Med. 2000;1703-1713.
  5. Huber FX, Hacker T, Meeder PJ. Problems and costs associated with alcohol and drug abuse in emergency medicine. Eur J Health Econ. 2006;7:196-198.
  6. Chen WJ, Fang CC, Shyu RS, Lin KC. Underreporting of illicit drug use by patients at emergency departments as revealed by two-tiered urinalysis. Addictive Behaviors 2006;31:2304-2308.
  7. 陳國東、張國頌、唐麗慧：臺北某教學醫院急診病人藥物濫用流行病學研究。疫情報導 1999;15:117-127。

## 飛舞在虛空的幻影

蘇恩平護理長  
行政院衛生署嘉南療養院

### 一、前言

在電影門徒中『吸毒者源自於空虛，來自於對空虛的恐怖，到底是吸毒恐怖還是空虛恐怖，已經分不清』。是真是假的虛空幻影，只有飛舞在當下的門徒才會真正感受到。世間多少門徒，跟隨在毒品中，自覺痛苦但卻無法推怯，一而再的沉淪在藥國之中，等待夢醒時分，又紛紛擾擾活在矛盾中。

### 二、誤入“毒”途

阿蘭是最近新加入美沙冬替代療法的個案，長得相當清秀，像個鄰家小女孩，每天都來喝美沙冬，光從外表很難看出是毒癮者，這星期六終於忍不住，問道：「你怎麼會吸毒呢？」她低頭笑一下：「交到壞朋友」，我一語道破：「是男朋友吧！」她點著頭：「男朋友在用，問我要不要使用，我說不要，他趁我不注意之下拿針扎我。」我：「就這樣？就需要喝美沙冬？」阿蘭點著頭，讓我更加驚訝毒品成癮的可怕！

阿儀的丈夫是毒癮者，好幾次陪同他來醫院住院戒毒，二年後她自費來院參加美沙冬替代療法，身為醫療人員的我真的嚇一跳，「你怎麼也來喝藥？」阿儀含著淚水：「我一直陪他來住院治療，他出院就又在吸毒，我想要幫他都幫不了，所以我就想說，我不相信戒不掉，老公就這樣幫我打一針，就這樣…，不只沒辦法幫他，也害了自己」。

人稱大哥的郭仔，已經住院三次，每次來都是相當客氣及無奈：「對不起，又來報到了」，

這一次終於忍不住問他為什麼會使用毒品，郭仔道：「幾年前因為吃檳榔，導致牙痛不適，他身邊的囉囉就慫恿他吸海洛因，因為深知海洛因會成癮，而且也親眼目睹啼藥的可怕，所以不敢輕易嘗試，但是牙痛了三個多月，牙醫都束手無策，所以就試了一口海洛因，結果吸第一口後，好像打通任督二脈，但是沒想到從此就戒不掉了」。

阿方是懷孕八個多月的毒癮者，仍依照慣例來院服用美沙冬，待她遠離時，另一旁的毒癮者終於忍不住叨唸：「她為什麼要懷孕嗎？喝美沙冬不會傷害寶寶嗎…」，身為醫療從業人員已經沒有批評的念頭，靜靜傾聽病人的抱怨，腦海閃過念頭，那腹中的胎兒該何去何從？

在戒癮門診，每天都有爸爸、媽媽、爺爺帶著小孩或孫子來喝藥，我不知道在小孩心中如何看待父母親每天來院喝藥的行為，但我們總是讓小孩覺得親人來醫院是吃糖果，我們也真的準備很多糖果，主要為了淡化美沙冬引起的苦味；然而，這個發糖果動作，卻成了我們與小孩之間的互動遊戲，也盡量淡化這些孩子們對他們的父母親服用美沙冬的負面印象，只是這些來自家庭功能不彰的小孩，身心發展往往不若一般的孩子，雖然對父母親的用藥行為懵懵懂懂的，但還是在這些弱小的心靈中留下了傷痕。

前年與幾位毒癮者有比較近距離談話機會，阿安說：「當我吸毒之後，我六歲大的女兒都不敢靠近我！因為之前需要錢買毒品，常常在家翻箱倒櫃找錢或東西變賣，常常與女兒搶手機…，

女兒因此大聲尖叫及哭鬧，但是我就是無法控制。來喝美沙冬之後，才慢慢改善與女兒的關係」。而阿國說，來喝美沙冬之後，不再吸毒，有一天他兒子就問他：「爸爸怎麼不再看你打針針？」我愣了一下，等待著阿國敘說如何解決自己的危機，他告訴他兒子：「爸爸病好了不用打針針！」我聽完為之哽咽，童稚的心靈是如何在那樣的家庭生存？

### 三、毒癮者的心理社會問題分析

臨床上的經驗顯示，大部分成癮個案多因工作不順利壓力大、朋友聳恿、人際互動挫折等因素而尋求毒品擺脫現實壓力，導致成癮行為；根據行政院衛生署管制藥品管理局統計，台灣地區精神醫療院所通報藥物濫用者使用藥物之種類分布顯示，國內海洛因造成依賴及濫用患者，有日益增加的趨勢。依據法務部近年來毒品犯罪特性分析，社會環境變遷導致毒品犯罪人數節節上升，再累犯的問題也日益惡化。吸食毒品者一旦成癮，戒除極為不易。

物質濫用的問題，常延伸對家人暴力行為、言語攻擊、操縱及非預期行為等家庭衝突，另外因長期使用毒品導致健康受損、怠工或失學，出現偏差行為例如：偷竊、破壞家中物品。所以毒癮者常因為缺乏個人因應技巧與對物質濫用的認知，因而在戒治過程中一再復發。國內有研究指出藥物濫用者對家人形成的壓力有：擔心自己沒能力協助他戒藥、對個案用藥感到羞愧、罪惡及法律問題，對個案用藥和前途的無奈及憂慮（楊、蕭，1999）。由此可知物質濫用者造成個人、家庭、社會之危害的影響，因此在協助個案戒癮過程中，降低戒癮過程之傷害，並增加戒癮之動機。

戒癮過程中是一連串的治癒及復發的循環過程，在協助成癮患者預防復發之行為，通常會運用由普羅契卡(Prochaska)與狄克禮門提(diclemeti)於1983年提出的行為改變輪模式(Wheel of change)，整個理論的運作主要由圈外的懵懂期開始，此期個案是很少想要接受治療的，需要充分的資訊與其他回饋來提高其對問題的自覺及改變的可能，Rollnick及MacEwan兩位學者指出，若在懵懂期直接給建議往往出現反效果。一旦個案對問題有些自覺，便進入行為改變輪模式中的沈思期，此期的特色是內心的矛盾掙扎，個案想改變又拒絕改變，處於『應該改變』與『維持現狀』之間，常被誤以為個案病態人格或防衛機轉所致，此時主要加強個案戒癮動機，切勿強迫。當個案有相當戒癮之動機，便進入決

定期，此期時間很短，需於個案未反悔前，進入行動期，行動期不再激發動機，而是幫助個案尋找適合他且能接受的可行有效的改變策略。當進入行動期執行成果，為預防復發即進入維繫期，一旦復發即為復發期，復發是整個改變歷程的正常表現，在行為改變輪模式中，治療者便是再次協助個案預防復發(楊，1999；Shamil, Wendy, Jane, Francis, & Roger, 1990)。

另外，在復發預防治療會運用由Marlatt及Gordon提出於1985年復發預防治療之理論，此為一種自我控制管理的課程，結合了認知的重整，行為技巧的訓練以及生活形態的改變，目的在改變舊有的成癮習慣，以增強成癮者的自我察覺和對自我效能的肯定，並學會如何去預測、避免，及應付自己的高危險再犯情境(李，1994；Shamil et al, 1990)

Marlatt認為成癮行為的復發是出於一連串想法與行為反應之歷程，最根本的起源在於生活型態失衡(被要求的多於自己想的)，而使人產生想立即獲得慾望滿足的想法，透過合理化、否認等防衛機轉，渴求毒品的慾念變得強烈，於是使自己有意無意地來到本身的高危險情境中，此時若無法立即有效地應對，即會有嘗試再使用之行為，而很快地，成癮者在欠缺他人協助或情緒支持下，對自我之評價降低，便造成完全的復發(李，1994；Shamil et al., 1990)。

在戒癮者的生活型態中，負向情緒反應、人際衝突及同儕壓力為三大常見之高危險再犯情境，因此，治療的範疇包括放鬆技巧的訓練、解決問題的技巧、拒絕他人的能力、代替方案的學習、情緒的管理，甚至成癮者可能潛藏的社交性焦慮及憂鬱情緒之處理(Duncan & Ken., 2002；Shamil et al, 1990)。

### 四、結語

在吸毒成癮者中，每個毒癮者有不同的開始，但是結果是一樣的，永遠在吸毒與戒毒中矛盾掙扎，所以如何幫助成癮者戒毒，筆者多年經驗建議，經由行為改變輪、預防復發理論基礎，透過治療性護病關係、持續性的關懷、長期追蹤，可讓個案能夠認知行為背後的動機及意義，因而持續戒除毒癮，而有更加之生活品質。

### 參考文獻

1. 李從業(1994)。Johnson行為系統模式。護理雜誌，41(4)，9-13。
2. 楊筱華(譯)(1994)。動機式晤談法：如何克服成癮行為戒除前的心理衝突。台北：

- 心理。(William R. Miller & Stephen Rollnick., 1991)。
- 楊秋月、蕭淑貞(1999)。藥物濫用個案家屬照顧需求及其相關因素之探討。護理研究，6(4)，304-313。
  - Duncan, B. Clark, & Ken, C. Winters. (2002). Measuring Risks and Outcomes Use Disorders Prevention Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70(6), 1207-1223.
  - Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1997). Substance-Related Disorders. Synopsis of Psychiatry / Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry (pp. 436-443). London: Oxford.
  - Shamil, W., Wendy, W., Jane, P., Francis, K., & Roger, F. (1990). Relapse Prevention for Addictive Behaviours. (pp. 1-39) London: Oxford.

## 吩坦尼 (Fentanyl) 注射劑在加護病房的臨床應用

台北榮民總醫院藥劑部 黃瑩瑀 臨床藥師  
台北榮民總醫院藥劑部部主任 周月卿

### 一、前言

加護病房的重症病人往往因疾病、侵入性裝置(如插管)、術後傷口等因素而承受極大的疼痛；病房裡的各種監測儀器造成之環境噪音、肢體約束與疼痛亦對病人生理造成龐大的壓力。為提供患者適當的疼痛控制並使其得到充分的休息，麻醉性止痛劑在加護病房的使用確實有其必要性，但是因為藥物安全性的疑慮，使麻醉性止痛劑的使用方式一直以來是個有爭議性的議題。例如配西汀(pethidine)的代謝物容易蓄積於體內而引發震顫、抽搐等神經方面的不良反應，故不建議用於重症患者，因此嗎啡(morphine)成為加護病房止痛劑的首選，但嗎啡會使組織胺釋放，容易造成血管擴張而血壓下降的缺點，吩坦尼(fentanyl)此時成為另一項用藥選擇。

### 二、止痛劑在重症病人使用的必要性

重症病人除了疾病本身或手術傷口造成的疼痛，身上免不了有許多導管，如：鼻胃管、氣管內管、中央靜脈導管等，加上侵入性的治療或檢查，如血液透析、內視鏡檢查等，這些介入性醫療都會增加病人的疼痛程度，甚至是日常的抽痰、換藥等護理照護都是加劇疼痛的原因。疼痛會過度刺激交感神經系統，釋放兒茶酚胺(catecholamine)、可體松(cortisol)、白三烯素(leukotriene)、血糖激素(glucagon)、前列腺素(prostaglandin)、血管加壓素(vasopression)等荷爾蒙，造成心跳加快、血壓上升、組織耗氧量增加、胰島素阻抗等，甚至引發心肌缺血或心肌梗塞，這些壓力反應(stress response)將對人體造成傷害。因此適宜的疼痛控制除了滿足基本的人道目標，減少焦慮、躁

動，更重要的是減輕異常的荷爾蒙分泌所導致的種種壓力反應與併發症，以改善預後。

### 三、疼痛評估與鴉片類止痛劑之選擇

疼痛是主觀的感受，疼痛程度與耐受度因人而異，故難以客觀量化。理想的疼痛評估應根據病人自身感受反應疼痛的程度。目前已發展出多種疼痛評估量表，其中常用的是視覺類比量表(visual analogue scale; VAS)與數字量化量表(numeric rating scale; NRS)，這兩種量表只適用於具有認知與表達能力的病人。若病人無認知能力或無法表達，可能需旁人觀察病人臨床的疼痛行為表現，如臉部表情痛苦、心跳加速、血壓上升、呼吸速率偏快、姿勢的變化等進行評量。但經由旁人評估可能有主觀性的偏差，故這類量表通常缺乏效度與可信度，據回顧性文獻指出目前較可靠的有行為疼痛量表(behavioral pain scale; BPS)與重症照護疼痛觀察法(critical-care pain observation tool; CPOT)。醫護人員應根據個別病人選擇適當的疼痛評估量表，每日常規進行評估以做為止痛劑使用與調整之依據。

對於加護病房的重症病人通常承受中至重度的疼痛，應優先選擇鴉片類止痛劑。在美國以嗎啡、吩坦尼、二氫嗎啡酮(hydromorphone)最常使用於加護病房，目前國內尚未有含二氫嗎啡酮之針劑藥品，所以僅有嗎啡、吩坦尼為適合加護病房使用的鴉片類止痛劑。理想的麻醉性止痛劑應具有藥效快、藥效維持時間短、易於調整劑量、藥物及其活性代謝物不易蓄積、便宜等性質。