

衛生福利部食品藥物管理署



管制藥品簡訊

雜誌



發行日期\中華民國一百零四年十月

發行人\姜郁美

總編輯\蔡文瑛

副總編輯\劉淑芬

編輯委員\簡希文、柯雅君、王柏森、薛俊傑、
宋居定、黃詔威、陳世芹

執行編輯\王婉靜

執行單位\衛生福利部食品藥物管理署

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

美工設計\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



Pain Out : 遠離疼痛- 從八仙塵爆事件看管制藥品處方合理使用

台大醫院麻醉部 周韋翰醫師、林至芃主任、孫維仁教授

2015年6月27日在新北市淡水區的八仙樂園，發生了台灣史上最大規模的燒燙傷公安事件。根據衛生福利部(以下簡稱衛福部)最新資料統計，全國醫院總收治人數達483人，其中許多傷者為大面積燒燙傷，需要接受反覆手術與復健恢復過程，導致各式止痛藥的需求大增，尤其是止痛強度高的針劑型第一、二級管制藥品，包含嗎啡(Morphine)、吩坦尼(Fentanyl)等供需吃緊，而衛福部也立即介入協調供應，並專案放寬使用申報流程，讓傷者受到最迅速方便的疼痛控制。疼痛界各方專家，包括麻醉醫學會謝宜哲理事長、疼痛醫學會林嘉祥理事長等，都曾於公開場合提醒注意疼痛控制，使得管制藥品的使用合理性議題，再度成為民眾與醫界討論的話題。

疼痛是一種主觀的感受，中重度疼痛會影響情緒、睡眠及生活，甚至造成失能。世界衛生組織已把疼痛指數列為第五個生命徵象(5th Vital

Sign，與體溫、脈搏、呼吸及血壓並列)，美國榮民醫院更早在1999年便將其納入。世界疼痛醫學會(International Association for the Study of Pain, IASP)近年來亦就小兒疼痛、頭痛、急性疼痛、骨骼肌肉疼痛、癌症疼痛、女性與老人疼痛，作為年度宣導重點，並於2011年10月在烏拉圭蒙特維的亞召開之第62屆世界醫師會大會特別決議通過，世界醫師會適度提供疼痛治療。而現代疼痛醫學已結合麻醉科、精神科、神經內外科、復健與影像醫學等，成為一門整合性之疼痛科學。在疼痛評估上，目前尚無客觀的檢查可以精準量化疼痛度，醫師往往需要一段時間反覆評估患者的疼痛與用藥反應，方能達到足夠緩解疼痛的處方，所以民眾因疼痛問題就診時，應避免經常更換疼痛治療醫師，以免疼痛控制不佳，又徒增醫療負擔與副作用發生。

疼痛等級達中度以上往往需要使用管制藥

品。我國管制藥品係指成癮性麻醉藥品、影響精神藥品、其他認為有加強管理必要之藥品，並依習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性之程度，分四級管理。其分級及品項，由衛福部設置管制藥品審議委員會審議後，報請行政院核定公告。依最新規定：對於非癌症相關之慢性頑固性疼痛病人，醫師應在使用其他藥物及方式控制疼痛無效後，始得考慮為該類病人開立成癮性麻醉藥品之長期處方使用，如認為病人需長期使用成癮性麻醉藥品，則應轉介至醫學中心或至少聘有麻醉（或疼痛）、精神、神經、內科及外科等專科醫師之區域級以上醫院進行診斷、評估及治療。民眾若有難處理之疼痛問題，也應接受醫師之轉介或自行至大型醫療院所接受完整評估與專業診斷，以獲得適當的止痛治療，切勿自行服用他人之處方管制藥物，或由非法管道取得管制藥物，以免發生嚴重副作用（可能致命死亡）或藥物濫用而成癮之憾事。

目前用於治療「重度疼痛」多為強效鴉片類止痛藥。強效鴉片類止痛藥屬第1、2級管制藥品，較常用者包括嗎啡、吩坦尼等各種劑型，均為醫師處方用藥，需在醫師的監督下使用合理的劑量，搭配其他非管制類止痛藥使用，通常可達最佳效果、最少副作用與最低成癮機會，不需擔心藥品成癮問題。依衛生福利部食品藥物管理署統計，2010年至2014年期間，除配西汀(Pethidine)的使用量因不建議作為第一線及長期止痛用藥而呈現逐年下降外，嗎啡及吩坦尼的使用量則呈現逐年上升，顯見國人對於疼痛治療的觀念已有改

變。但與先進國家（美、英、德、法、日等）相比，在每百萬人每日使用量上仍遠遠落後，代表在民眾與醫師端，仍需要正確之用藥觀念教育，以消弭民眾怕成癮、醫師怕管制之疑慮。

八仙塵爆事件迄今已逾數月，台大醫院收治超過30名病患，在疼痛控制方面由麻醉部疼痛專科醫師、加護與普通病房主治醫師以及燒燙傷醫護團隊進行跨科整合照護，避免各自為政、醫師頻繁更迭之缺點，以持續密集疼痛評估、立即適量藥物給予為運作準則。除合併使用一些非管制類止痛藥（含Acetaminophen、Pregabalin、NASIDs及COX-2 Inhibitor等）外，更積極有效使用各類管制藥物（含嗎啡、吩坦尼、Ketamine、Tramadol及Benzodiazepines等），尤其是在手術與換藥過程等疼痛程度大幅增加的時機，同時搭配病患自控式止痛（Patient-Controlled Analgesia, PCA），以控制疼痛分數3分、每日爆發痛（Breakthrough pain）3次以下為目標。一有止痛不足或明顯副作用發生時，積極調整藥物並追蹤，截至目前為止並無人發生成癮或藥量大增失控的問題。

「Pain Out：遠離疼痛」是疼痛控制的烏托邦，正確使用管制藥是達到烏托邦的重要方式，以「完整評估、合理使用、適當監控、新藥引進」為核心原則，創造民眾、醫界及主管機關三贏之局面。

參考文獻：
限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。

從一顆年用量破億的安眠藥 談我國鎮靜安眠藥物處方與使用的潛在危險性

台灣大學醫學院護理學系研究所 張榮珍助理教授

鎮靜安眠藥物使用最早可以追溯到1860年代的水合氯醛(Chloral hydrate)，由於不難合成，當時算是廣用的催眠劑。到1900年代巴比妥類藥物(Barbiturates)源自麻醉使用但當時也被用作催眠劑，長期使用易產生嚴重成癮性與副作用。1960年代後便開始廣泛使用副作用較少的苯二氮平類藥物(Benzodiazepines，簡稱BZD)，流傳至今仍被廣泛使用，至1980年代後期陸續推出non-BZD藥

物，結構與BZD不同，不但強調具有多重BZD沒有的優點，也宣稱無副作用，因此近年快速成為新興安眠藥，這類藥物泛稱為Z-drug藥物群(包含Zaleplon、Zolpidem及Zopiclone等，簡稱Z-drug)，其中Zolpidem使用最廣泛且用量最大。

Zolpidem強調藥效快、作用短及成癮性較低等療效，壓倒式的勝過傳統BZD，逐年廣受國人接受，加上健保支持，取得藥物便利性與可近