

精神科住院臨床藥事作業原則及藥物使用評估經驗分享

財團法人台灣省私立台中仁愛之家附設靜和醫院 黃士欣藥師

說到精神疾病往往給人一種神祕的感覺，殊不知人類有許多行為、情緒、情感、思想、認知與精神科的範疇是息息相關，如失眠（或睡不好）、憂鬱情緒、焦慮狀態、想太多（容易鑽牛角尖）、負面想法等，就連在正常人也十分常見，而醫療從業人員對於精神科的認識也是一知半解，所以身為藥師的我們除了日常的藥品調劑作業之外，更應該好好學習關於神經科學（或稱腦科學）、精神藥理學、心理學、團體治療、行為治療…等，才能足以應付精神科床藥事照護之所需。

在開始從事精神科臨床藥事作業之前，必須有一個基本觀念，就是精神疾病不同於一般內科疾病，沒有可靠的儀器數據可供評估，而精神治療藥物也不是立竿見影，馬上就有想要的效果。用藥後往往最先出現是副作用，如頭暈、鎮靜、想睡、流口水、坐立不安、肢體顫抖、眼球不靈活、手腳僵直、動作遲緩、表情呆滯、噁心、嘔吐、口乾及便秘等，所以不是當病患出現副作用時，就必須請醫師更換藥物或調整劑量，而是需要持續觀察病患這些副作用是否影響到日常生活及安全？是否需要加入解副作用藥物？臨床療效與副作用、不良反應都是同時兼顧考量到的。通常在急性期時，醫師會以「臨床療效」為主，用藥劑量也比較大，可能會出現副作用，如 EPS，之後慢慢症狀獲得控制之後，才逐漸減少劑量至維持劑量。

精神科住院臨床藥事照護主要以 SOAP（Subjective Objective Assessment Plan）方式進行藥物使用評估，而藥物使用評估最終之目的，是為了確保用藥之合理性、安全性及有效性，並重視病人之治療結果，避免嚴重藥物不良反應。

簡述實施精神科住院臨床藥事照護步驟及原則如下：

STEP1：收集「主觀性資料」，由藥師親自觀察病人身上所觀察的外表、談話、行為與反應，記錄病人的表達的感覺、症狀等，可以從病人訪視，團體藥物衛教中獲得資料。

- 1、病人訪視通常不是第一次就可以成功，往往需要多次與病人接觸，建立關係才能取得。但是必須注意與病人的分際拿捏，尤其罹患人格疾患之病人，藥師過度的關心可能會造成彼此的負擔、困擾，所以病人有任何問題或要求，最好將問題或要求帶到醫療團隊會議上討論，共同決定處理方式，千萬不要輕易給病人許下承諾。
- 2、病人訪視過程中最重要是「注意自身安全」。當發現病人眼神不對、閃爍，尤其是平時話量不多的病人或是有暴力病史者。最好離病人一個手臂以上的安全距離。若是坐在會談室，則藥師必須坐在離門最近的地方。有時候是站著面對面訪談，當病人開始向你移動靠近時（尤其對女藥師），藥師必須要有所警覺，不要讓自己處於不利的環境，如被逼到牆角，一旦發現不對時（除非藥師神經真的很大條），立刻切斷話題，表示今天還有其它事要處理，改天再進行訪談，但千萬不可以表現出慌張，也不要馬上轉身離開，要防止病人從背面攻擊，一邊以言語拖延方式安撫病人，另一邊慢慢朝向出口方向移動（通常不建議大聲尖叫），也可以呼喊其他工作人員過來支援。如果沒有其他工作人員的話，附近有其它病友，也可以請他們協助（千萬不要找也有暴力傾向的病友）。

STEP2：客觀性資料包括生命跡象、理學檢查、病史、檢驗數據與報告、診斷過程、評估結果以及藥歷（過去→目前用藥，依時間序排列）。通常由醫院電腦系統就可以跑出來相關資料。

STEP3：以 10 大項目進行評估：

- 1、所使用的每項藥品是否都有相對的適應症：一定要有精神疾病診斷，但醫師對於其它長期慢性的內科疾病才會考慮列入診斷。藥師最好要了解 DSM-IV 與 ICD-9 的診斷分類，雖然不用像醫師一樣精通，至少要大概了解其內容架構。
- 2、是否有需要用藥的症狀卻沒有用藥：先了解醫師是否知道以及看法。收集客觀性資料包括生命跡象、理學檢查、病史、檢驗數據與檢查報告、診斷過程和評估結果，請準備充分後再與醫師討論。
- 3、藥物選擇(藥物種類或投與劑量、劑型)是否適當：
 - (1) 一般精神科藥物的選擇，以有療效、最低不良反應為主要考量。對大多數病患通常使用一種抗精神病藥，可搭配情緒穩定劑、鎮靜安眠藥或抗憂鬱劑。對於單一種抗精神病藥物沒效之病患，雖可同時使用多種抗精神病藥來治療，若治療利益不明確時，應該考慮使用單一種抗精神病藥物來治療。
 - (2) 第二代抗精神病藥物應該視為第一線治療，或當病患無法忍受第一代藥物的副作用，也應該使用第二代藥物。一般而言，除非在換藥期間，第一代藥物與第二代藥物不建議併用。並且抗精神病藥不應該當成「需要時使用的鎮靜安眠藥」，若要短期使用應該用 Benzodiazepines 或一般鎮靜安眠藥。
 - (3) 考量病患藥物配合度、順從性：口服滴劑、長效型注射劑限用於口服藥物順從性差的病患。速溶錠可用於會藏藥、吐藥的病人。
 - (4) 病人基本生理狀態：如肝、腎功能，過敏藥物、年齡。
 - (5) 視病人／家屬病情需要或對於藥物的接受度。
 - (6) 不可剝半的特殊劑型：若需要以剝半方式調整藥物劑量，則不建議使用這些特殊劑型之藥物。
- 4、有無疾病相關禁忌症：僅列舉部分重要禁忌如下：
 - (1) 抗精神病藥：嚴重中樞抑制狀態（severe CNS depression）可能由酒精或藥物濫用所引起、昏迷、基底核損傷者禁用此類藥物。
 - A、Thioridazine：會抑制心肌收縮力、誘發心律不整、故嚴重心血管疾病患者禁用。
 - B、Clozapine：無法控制的癲癇、骨髓增生或抑制、曾經有 Clozapine 引起顆粒性白血球缺乏症之病史、曾有過白血球缺乏症。
 - C、Ziprasidone 禁用於 Q-T 延長症候群、急性心肌梗塞、非代償性心衰竭、需要用第一類及第三類抗心律不整藥物治療之心律不整。
 - (2) Benzodiazepines：禁用於急性窄角性青光眼、重症肌無力、呼吸暫停症候群者、嚴重呼吸功能不全、嚴重肝功能不全（除 Lorazepam）、懷孕。

(3) 抗憂鬱劑：過去二週內服用 MAOIs 者禁用。傳統 TCA 藥物禁用於青光眼、尿滯留病患、心肌梗塞恢復初期病患。

(4) 情緒穩定劑（抗癲癇藥物）：過敏（尤其 Stevens-Johnson syndrome 高風險者：健保有給付 HLA-B*1502 基因型篩檢）。嚴重肝功能不全（除了 Lithium 只從腎臟排除）、懷孕。

5、有無明顯的藥物交互作用：

(1) 有一、二級藥物交互作用一定要避免併用嗎？這是不一定，通常需要觀察藥物血中濃度，發生副作用、不良反應情形，有無生命危險都是考慮的點。例如 clozapine+fluvoxamine 曾經有引起痙攣而必須避免併用之案例。

(2) 併用後造成藥物血中濃度上升或發生藥物不良反應該怎麼與醫師溝通？可於醫療團隊會議中提出討論。

(3) 藥師請特別注意精神科用藥與其它內科用藥併用，尤其是一些“複方”的降血壓藥物，可能連藥師都不是很清楚該商品之成分組成。曾經發生含有利尿劑的“複方”降血壓藥物併用鋰鹽（Lithium），造成鋰鹽（Lithium）中毒的案例。

6、有無重複用藥（多重用藥）：一般不建議 2 種長效安眠藥併用。

(1) 長短效安眠藥併用：依一般使用指引不建議各種安眠藥併用，應依睡眠障礙型態處方安眠藥，若需不同半衰期之藥物併用應有明確之睡眠障礙型態描述紀錄，且應在合理劑量範圍內。（98/5/1 健保局規定）

(2) 使用 2 種第二代抗精神病藥物：在換藥中？還是難治型精神分裂症（Refractory schizophrenia）？

(3) 使用 2 種抗憂鬱劑：在換藥中？還是病情需要？可以不同抗憂鬱機轉藥物併用。Trazodone 被當成睡眠輔助藥物而非抗憂鬱劑。一般而言不建議 2 種 TCA 併用。併用時須注意 Serotonin Syndrome 是否發生？

7、用藥頻率、單次劑量、日劑量是否適當：

(1) 用法是否正確？安眠藥應該開立在睡前；deanxit（複方）通常建議在白天服用；fluoxetine 也是建議在白天服用，但服用後若是想睡，則改到睡前服用；trazodone 建議在睡前服用。

(2) 是否超過藥品最大劑量？如 risperidone 最大量為 16 mg/日，但超過 6 mg/日以上會有明顯 EPS，所以一般不會建議超過 6 mg/日。

(3) 鎮靜安眠藥是否有限定最大開立日劑量？

(4) 老年人藥物使用劑量是否合理？可以用 WHO-DDD 為標準來檢視老人是否相對而言劑量偏高？

(5) 藥物血中濃度是否達到理想目標？精神科需要監測血中濃度的藥物有 Lithium、Carbamazepine、Valproic Acid 等。

(6) 藥物血中濃度是否因為病人飲水問題而導致過低？有些病人會有過度飲水的問題。

(7) 醫師開立最大劑量的藥物，是否隨著病患進入穩定期、症狀平穩後是否考慮減藥量至維持劑量？

(8) 新藥：如 paliperidone，一般建議 12 mg/日以下，有部分醫師會嘗試使用較高劑量，以期出現更多病人改善情形。

8、療程是否合理：

(1) 安眠藥的使用：精神科、神經科專科醫師應針對必須連續使用本藥的個案，提出合理的診斷，並在病歷上詳細記錄。(98/5/1、98/10/1 健保局規定)。

(2) 抗精神病藥、抗憂鬱劑、情緒穩定劑等藥物，雖無特別規定療程多長，醫師通常視臨床反應而調整藥物療程，但是基本上慢性住院患者醫師會每半年評估一次藥物 (order renew)。

9、是否產生藥物不良反應、過敏或併發症：

(1) 是否造成病患生理檢查值改變：肝、腎功能、血液參數變壞…。

(2) 是發生急性還是慢性藥物不良反應？需要何種介入處理措施？停藥後是否有改善？

(3) 長期服用是否造成體重變重或代謝症候群？

(4) 是否達到需要通報藥物不良反應 (ADR) 的標準？

10、是否達到所期望療效(目標)：與醫師確立本次住院最主要的醫療目標，並確立長期目標或其它適當目標，如預防急性併發症、避免藥物交互作用或不良反應、改善服藥順從性、提升生活品質、降低醫療成本。

STEP4：持續追蹤病人病情、用藥情形。

STEP5：彙整上述資料並找出相關問題點，整理藥歷，收集相關文獻資料，進行系統性的探討，整理成個案評估報告、處方型態分析或是某些藥物的使用評估。持續累積可觀的資料後，可彙整成該院所之藥物使用規範或臨床指引。

總之，藥師在精神醫療團隊所扮演的角色，為協助整個醫療團隊釐清「用藥問題」，進行用藥使用評估，持續追蹤用藥問題，並且給予醫療團隊，尤其是醫師，適當的建議以解決用藥問題。但醫院藥師因為工作分配的因素，導致很多時候藥師並不在病房，所以可能由其它單位（如護理、社工、心理、職能、醫師）發現問題，將藥物問題轉介給藥師去介入了解。面對千奇百怪的病人問題（包括病人家屬），保持與團隊中其他成員良好溝通是最重要的，以團隊的方式去介入，不光只是解決藥物上的問題，還必須考量到其它方面的問題，這是精神科與其他科比較不一樣的地方。