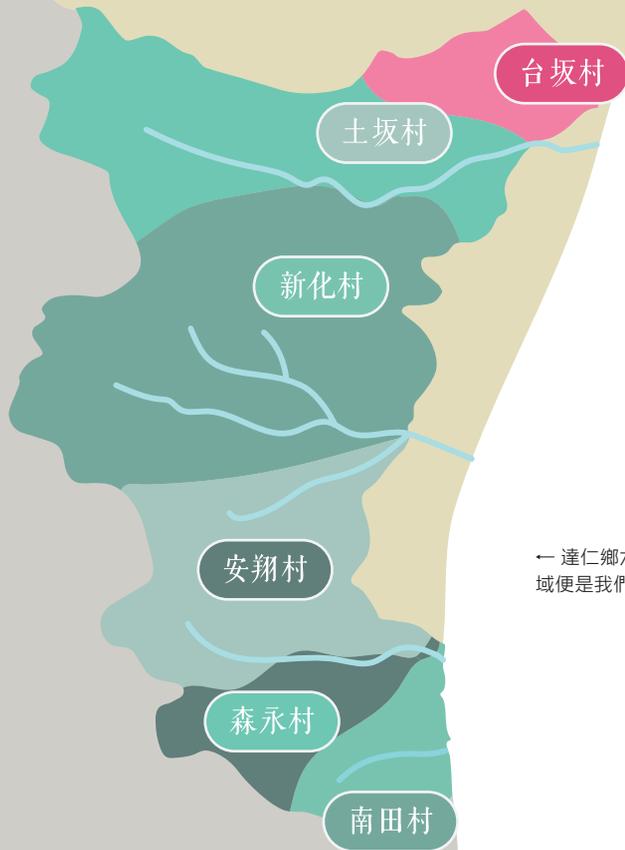


臺東縣 達仁鄉



← 達仁鄉六大村落地圖。紅色區域便是我們落腳的台坂村。

【高危個案訪視】

高危個案是由村長或頭目，和地方醫院合作，以及依照醫服團每年家庭訪視及義診時所紀錄之名單判定，可能對象包括疾病複雜度高，年紀較大，行動較不便，或經濟弱勢之村民。在歷年的努力下，高危個案訪視已擴展到達仁鄉各大村落。針對一位高危個案，出隊期間安排了 2-3 次的訪視，連續性多次的訪視有利於追蹤個案，是否確實執行隨隊醫療人員的建議。

【家訪】

家訪則是會和義診同步進行，相較於「高危個案」，「家訪」是隨機在村落中拜訪，找出可能身體不便、有醫療需要，但行動不便，難以動身來到義診站的民眾，以及主動尋找未來可能納入的高危個案。

2017 藥師在偏鄉醫療

文／王國展、劉智鈞、何暉

去年，我們以學生身分參加台大醫服團偏鄉醫療服務隊，今年，我們以隨隊藥師身分來到同一片土地，台東達仁鄉。那是台灣最南端的一塊土地，走在台九線上，一邊是一望無際的藍天白雲大海，另一邊是綠樹蒼鬱的山林，在山脈與河流的棋盤式交錯間，點綴著六大原鄉部落。在部落中，因為工作機會較少，多數的年輕人都到城裡去了，留下的是年長的 vuvu 們，還有因暑假而快樂玩耍的小朋友們。對於偏鄉醫療可近性較低的問題，其實政府早就有措施，以最大的村落土坂村而言，一個星期便有四天有醫師進駐村落的衛生所，以家醫科為主，其次是眼科及牙科。我們的造訪，深入地進入住民的家中，同樣為增加醫療可近性的一環。

我們一行人住在第二大的村落—台坂村，而達仁鄉的六個村落我們都有造訪的行程。居家訪視、義診與衛生教育是我們的三大主軸。以居家訪視而言，又再細分為兩種形式，即**高危個案**訪視與義診時**隨機家訪**。白天而言，到高危個案家中訪視，下午或晚上在村裡的活動中心舉辦義診，同時有家訪。而針對居民的衛生教育，則包含針對長者與成年人的衛教講座與學齡兒童的兒童健檢。

藥學專業的發揮

居家訪視

包含「高危個案訪視」、以及隨機「家訪」。到住民的家中進行訪視，紀錄並評估居民的用藥，進行藥事照護主要的項目包含（圖一）：

促進遵醫囑性：確定病人的服藥習慣，建立慢性病藥品按時服藥，而非一般症狀處理藥品有需要再服用的觀念。舉例而言，部分住民認為高血壓的藥只需血壓高再吃即可，導致血壓控制不穩定，便需要和住民澄清醫師所指示的用法後，進行正確衛教。

藥品用法衛教：特殊給藥途徑或使用方法衛教，例如 NTG、ergotamine PRN 的正確用法，insulin pen、inhaler 的使用。舉例而言，在偏鄉而言，至市區醫院所費車程至少需 1 個小時，病人使用第一顆 NTG 舌下含錠後可能便有急診需求。

用藥諮詢：藥品適應症或副作用須知、藥品劑型的剝半磨粉建議、漏服藥的處理方法、藥品的儲存建議。舉例而言，管灌病人的藥品有 Nexium，需要直接泡水溶解，而非磨碎後再溶於水。

藥品治療介入或轉介：應用藥物治療學知識及經驗，針對重複用藥、可能已在病人身上有副作用的藥品、建議監測的方式、更適當用藥組合主動提出建議。多數狀況需要和醫師討論，並設法向原主治醫師告知處理。舉例而言，病人身體多處疼痛，在好幾個醫療院所都有拿 NSAID，基本上選擇一種服用即可，並評估是否需要往下一線止痛藥使用，並轉告醫師。重複用藥與多重用藥是偏鄉民眾最常需要主動建議的問題。



(圖一)

- 1 藥師衛教吸入劑用法，並請病人回診告知醫師有多項重複用藥。
- 2 藥師和藥學生負責支援義診處方，並評估個案目前用藥。
- 3 藥學生與醫學生、物治學生負責肝炎衛教短劇。

義診藥局

藥品管理：大多數藥品是由台大醫院藥劑部門診調劑組支援，使用後必須作紀錄。最後一日盤點總用量，做為下一年度藥品申請量之參考。確保藥品的儲存，避光、避熱、避濕。隨時告知處方醫師藥品餘量，如有需要須至市區調藥。

處方調劑：家訪組可能會記錄一些個案的用藥，並拿回義診站讓我們進行評估。另外，隨隊醫師開立新處方後，覆核處方、配藥、諮詢、衛教並發藥。

用藥安全教育演講

和當地巡迴醫療合作，向村民舉辦演講。曾經講過的題目包含藥品儲存、藥品的正確取得管道、正確用藥觀念等。另外在兒童健檢時，向學齡兒童舉行衛生教育闖關活動，我們負責的主題會圍繞在認識藥品、兒童用藥安全上。

偏鄉就醫的矛盾與重複用藥

土坂是達仁地區最大的村落，也是當地醫療可近性最高之處，一周有將近四次的巡迴醫療機會。安眠藥奶奶便是住在這樣的地方，一頭花白的她，眉頭始終緊鎖，兩道灰白的眉毛形成一個「八」的形狀。但意外的是，一進門就可以感受她把家裡整理地潔淨明亮，和她提及過去的事和現在正在發生的事，雖然已經 82 歲，她的邏輯、記憶功能仍相當好。和奶奶聊開了之

後，才知道她是一個人住，小男孩是住在部落另一頭，奶奶的小兒子的孩子。奶奶以剝洋蔥的方式慢慢拿出她的用藥，滿滿的藥被整齊地放在圍棋盒裡，藥品用由任袋仔細地包好，上頭的標籤還有奶奶做的筆記，止痛的、高血壓的、腦神經的…。

聊了將近一小時後，藥學生也已記錄好用藥，我們本來打算離開。這時，她才端出了她口中的「寶貝們」。奶奶一共在三個醫院或診所拿了四種不同安眠鎮靜的藥品，包含：

Alprazolam 0.5 mg 1# BID

Lorazepam 1 mg 2.5# HS

Lorazepam 0.5 mg 1# HS

Zolpidem 10 mg 1# HS

「這些，可是我的寶貝啊！沒有了這些寶貝，我要怎麼睡得著呢？」奶奶的愁容始終沒解除過。

當然，兩種不同含量的 lorazepam，並非在同一間醫療院所拿的藥。她提及一年前多前，她的丈夫以及一個兒子接連過世，她便陷入巨大的情緒低潮期，這樣的巨動伴隨著失眠的問題襲來，她難以入睡、淺眠、惡夢、早醒。從那時起，她便四處求醫，安眠藥便成為了她口中的「寶貝」。

據奶奶的說法，前三種藥品她都有按時服用，zolpidem 較少用，只有在 lorazepam 1 mg 用完時，但還來不及回診時，才會自行換成 zolpidem。至於白天時，她

會規律地服用 alprazolam。巨慄剛發生時，她曾經感到「心慌」，於是醫師當初開立了抗焦慮劑給奶奶。但時至今日，奶奶已從未發生過同樣的症狀，不過，也較少因為抗焦慮藥品而導致精神較差。奶奶只說有時候會容易忘東忘西，忘了剛剛拿的東西放在哪裡。即使在這樣的重複用藥劑量之下，晚上八至九點間入睡的她，半夜十二點至一點間總是會醒過來，醒來之後往往很難再入睡，或起來廚房東整理、西整理；或躺在大床上，輾轉反側那一年多前發生的巨慄，直到天乍亮時她才離開床舖。

老人的失眠問題，一向是藥品治療上的挑戰，2015 年更新的 Beers criteria 裡面明確指出，鎮靜安眠藥品會增加認知障礙、譫妄或骨折風險，而不應用於年紀大於 65 歲以上的病人，若有必須使用的理由，則必須將安眠藥品控制在最低的劑量¹。老年憂鬱也是精神醫學上經常需要面對的棘手問題：親友的過世、身體的衰弱、無人願意陪伴，是引發老年憂鬱的導火線。老年憂鬱最常見的一種共病，便是睡眠障礙。除此之外，失智症早期的症狀和憂鬱往往需要專業醫師仔細地鑑別。無論失智症伴隨的憂鬱症狀，或憂鬱症狀本身的最終結果，帶來的都是生活功能的退化，從 IADL 到 ADL，可能需要旁人的協助才能生活，無疑是一大負擔。

安眠藥奶奶的問題，從一晚的訪談來看，也許只是管窺蠡測。首先，奶奶的鎮靜安眠藥品都不是由精神或神經專科醫師開立的，奶奶在醫學中心目前有看神經科，但開立的是 piracetam 這樣的促循環藥品，可能是醫師懷疑有早期失智症症狀的用藥，但藥品本身非常大顆、難以吞嚥。我們建議奶奶，首先避免多重就醫而多重用藥的問題，盡量一種問題找一個醫生。而主

訴的睡眠障礙，應該要轉給神經科醫師專一處理，包括重新評估日間的抗焦慮用藥的必須性，睡眠習慣的調整，安眠藥品的去蕪存菁，以及可能的話，請醫師將目前 piracetam 換成等劑量的液劑。如有必要，轉介精神科醫師處理。到回診前還有一個多月的時間，所以我們先衛教奶奶關於睡眠衛生習慣，以及試著讓她睡前原本一共要用的 3 mg lorazepam，試著讓她睡前用 2.5 mg，如午夜 12 點醒來，再補服 0.5 mg lorazepam，試著在目前有的藥品中，延長她在夜間的睡眠時間，希望提升生活品質。

在我們差不多要離開時，奶奶的小兒子進來了奶奶的房子裡，小兒子一進門至我們離開的幾分鐘內，似乎沒有和奶奶有眼神的交集。

「他是要來把我孫子接走的。」奶奶這麼說著。

奶奶的客廳牆上懸了一個大大的十字架，是屋子裡最明顯的象徵。

「願全能、慈愛的天父、上帝保佑你們！」這是奶奶一晚的談話中，最有力的一句話。

多重用藥的高危個案

艷陽高照的午後，我們來到達仁鄉安朔村進行高危個案的訪視。這次踏進安朔村已經是在 8 天 7 夜出對期間的第三次，已經進行過兒童健檢，家訪與義診，也舉辦了衛教活動，心想我們即將走進家中訪視的個案也許已經來過義診站，然而見到這位伯伯才知道，他曾經腳趾截肢，有可能是 DM foot，因為糖尿病導致傷口癒合緩慢，嚴重潰瘍，最終截肢，已經 72 歲，行動稍微緩慢不便，也曾動過膝關節置換的手術，難怪無法走到我們的義診站。而這也是我們每年帶著 70-90

(圖二)

- 1 藥學系大五學生認真將藥品分類並分析及藥品辨識
- 2 藥師與大五學生討論病人的多重用藥問題



1.

最近有在吃什麼藥嗎？我們是藥學生可以借我們看嗎？有藥袋嗎？進行藥品辨識。

吃藥後有沒有什麼不舒服（副作用）？進行藥品衛教。

服藥順從性？遵醫囑性？數藥量加以確認。

(圖三)

2.



人的學生與醫療人員，能發揮的一項價值，挨家挨戶的訪視，由我們把伯伯的故事、日常習慣、病識感、以及遵醫囑性忠實地傳達給在地的醫療人員。經由在地醫療人員長期的照護，找到最適合伯伯的治療方式，以及在地居民健康促進的永續模式。

然而，伯伯的問題卻比我們想像的還要棘手，超過 5 種藥品的多重用藥問題 (polypharmacy)。面對棘手的個案，不疾不徐，發現問題，面對問題，找出可能的處理方式，再次追蹤，圖示為高年級藥學系學生可以並且要做到的幾個任務。(圖二、圖三)

訪視小組的基本成員，會安排兩位大五以上的藥學生或藥師搭配，學生與藥師之間經由討論並分工合作，才能更加迅速地完成藥事評估及用藥衛教，既然有一機會來到居民家中，我們的首要任務就是藉由聊天並說服個案，讓我們一窺他所有的藥品，進行藥品整理和分析，在偏鄉很多時候家中只有老年人加上小孩，青壯年人口大部分到外地工作或是到市區工作，因此使用藥盒的比例也是蠻高的，個案本身不知道自己吃的每一顆藥是什麼作用，只是服用著由孩子們將他們擺放進去的一顆一顆藥品，其實藥盒的實際應用也很有學問，曾有個案就偷偷的將孩子放入藥盒的藥品偷偷丟掉，宣稱自己都有好好吃藥。

好在這位伯伯的藥袋還在，但有其中一顆藥品的藥袋已經丟了，數量也相對其他藥品少，可以推斷是在其他醫院或診所拿的藥品，經過 10 分鐘的折騰，好在

這時有物理治療系的學生以及醫學生在幫伯伯做其他的醫事評估。經藥品的辨識，我們可以很快得知個案可能有的相對應疾病（見表一）

再經過一番折騰，詢問伯伯的遵醫囑性。當場測量的血壓為 153/62 mmHg，血糖為 240 mg/dl。血壓的部分有很大的進步空間，糖尿病患者血壓應控制在 130/80 mmHg 以下³；如果有慢性腎病的問題，2017 年台灣血壓治療建議要控制在 120 mmHg 以下²。血糖的部分也有待加強，random sugar 建議 < 200 mg/dL。經詢問之下，伯伯一下說他有好好吃藥，一下又說昨天沒有吃，其實一週忘記吃的次數很高。我們看了拿藥日期，數了剩餘藥粒，估算這次領藥大約有 15 天的藥品是漏吃的，也許伯伯自己把醫師所開的劑量都減半。然而，在遵醫囑性低上，血壓藥有可能在未確定遵醫囑性下就往上調整，需要請開方醫師重新評估多種血壓用藥的必要性。而疼痛部分也問不出來是哪裡痛，真心希望伯伯的疼痛能以物理治療來改善，而不是一大把年紀還用那麼多的止痛藥。氣喘藥品也只能再請當地醫師再做評估，我們不可能當場就改變伯伯的處方，為顧及病人權益與醫病關係，我們請隨隊醫師—台大醫院家醫科季瑋珠主治醫師為我們寫下 note，希望伯伯的孩子下次回診時，能一起交給當地醫師。因為孩子不在家，孫子也只是國小低年級，我們只好帶著遺憾離開，由於是最後一次到安朔，下次見面也許是明年，希望伯伯的醫藥問題能被發現，並重新評估及整合。

使用藥品	相對應疾病	疑點
Exforge (Amlodipine 5mg & Valsartan 80mg) 1# bid	高血壓	起始劑量 1# qd，是否控制不良，才往上調整劑量，平日血壓狀況如何？和腎功能與水腫有關係？
Minoxidil 10 mg 0.5# qd		此為後線血壓藥品選擇，個案血壓狀況真的需要用到 3 種合併使用？
Furosemide 40 mg 2# bid	水腫	是否同時有心肺或周邊水腫的問題？
Linagliptin 5 mg 1# qd	糖尿病	為何沒有搭配第一線藥品 Metformin，而選擇只使用無須腎功能調整的 DPP-4 抑制劑，是否隱含個案腎功能狀況不好？其他藥品劑量是否需要依腎功能調整？
Aspirin 100 mg 1# qd	?	有中風病史或心血管病史，或純粹預防，何時開始服用？
Aminophylline 100 mg 2# bid	氣喘	此藥品治療濃度狹窄，可能有心血管及代謝方面的副作用，為何選用此藥品治療？為何不選擇低劑量類固醇 (ICS) 或長效支氣管擴張劑 (β 2-agonist, LABA)？
Berotec (Fenoterol) 1 puff prn		個案許久沒有使用，找了很久才找到，髒髒的，很久沒有使用到？ 目前氣喘發作的狀況如何？ 進展到第幾期？ 藥品可能過期？
Febuxostat 80 mg 0.5# qd	痛風	目前尿酸數值為何？
Tramacet (Tramadol HCl 37.5 mg & Acetaminophen 325 mg) 1# tid	疼痛	是哪裡疼痛？需要用到中強效止痛藥品
Nabumetone 500 mg ?# ?		此為無藥袋之藥品，相對藥盒裡其他藥品此較少類，不知使用劑量及頻次，經辨識後得知為非類固醇止痛藥 (NSAID)，是哪裡疼痛？
Sennosides 12.5 mg 1# hs	便秘	蔬菜水果都有吃，排便狀況依然不好，缺乏簡單走動？

(表一)

跨領域團隊照護合作的在地實踐

故事發生在台東縣達仁鄉的台坂社區，醫療服務隊訪視了一位 82 歲的爺爺，坦白說一開始的溝通是不太順利的，因為爺爺主要使用的語言為族語，後來經過不同的詮釋方式並放慢語速，才能開始進行對話。

爺爺行動不太方便，需要倚賴助行器或輪椅，站立的時候會頭暈，並有失眠以及夜尿的問題，平時是由太太照顧。和爺爺以及奶奶聊過之後，發現他有高血壓、

良性前列腺肥大、冠狀動脈疾病、氣喘以及因為車禍造成頭部創傷的病史，當天測量的血壓為 112/56 mmHg，脈搏則為 71 次 /min，而目前服用的藥品有：

Bokey (aspirin) 100 mg QD for stroke prevention

Doxaben (doxazocin) 2 mg QD for HTN/BPH

Piracetam 1.2 g QD for circulation

Lorazepam 2 mg HS for insomnia

Theophylline 125 mg BID for asthma

問題評估

暈眩的問題：有可能為頭部創傷引起，亦可能為藥品導致。在用藥的部份，Doxaban 2mg 常見的副作用為姿態型低血壓，民眾以及照顧者是否清楚相關的注意事項；Lorazepam 使用的單次劑量為 2mg，比一般常用劑量 1mg 高，其使用的必要性需再考量。

失眠的問題：入睡困難，有夜尿的情形，每天晚上會起來上廁所 2-3 次。可能是因為晚上睡不飽，白天會補眠，活動量也較少。

治療計畫

1. 考量減低 lorazepam 的劑量以及併用 zolpidem 解決入睡困難的問題。
2. 與物理治療師共用擬訂日間可從事的活動，增加爺爺在白天的活動量。
3. 衛教姿態型低血壓相關注意事項，以避免跌倒。
4. 夜尿的情形需轉介給醫師，再重新評估。

跨領域團隊照護合作的價值

這樣的個案討論在求學的過程到執業的日常中並不算特別，但珍貴的是「跨領域團隊照護合作」以及「居家醫療」。

醫師診斷而藥師評估用藥以及給藥是「醫藥合作」的精神，因此在整體的醫療環境中，藥師最常合作的夥伴就是醫師，而對其他領域的專業人員，例如：護理師、營養師、職能治療師、物理治療師等等較為陌生。然而一個「全人」的治療（或者說是健康促進）計畫，應該是為民眾從藥品、日常活動以及飲食狀況打造獨一無二的專屬方案。

以這個爺爺的案例來說，藥師在評估問題以及治療計畫時，會以藥品為出發點考量，或許可以解決部份的醫療問題，即便對於非藥品治療的衛教有基本的概

念，但是對於日間運動細節的考量（例如：個案本身的肌耐力以及平衡狀況）以及具體計畫（輔具使用教學、並先從不需站立的運動開始嘗試以避免跌倒或加重頭暈的狀況，例如：抬腿）的擬定絕對需要各職類的專業知識。也惟有這樣的合作模式，能讓我們更接近解決臨床問題的核心。另外，爺爺因為經濟狀況而且醫療的可近性不佳，可能影響其疾病的控制以及就醫行為，可能需要社工師的介入，也許未來也可以考慮將此專業領域人員加入醫療服務團隊之中。

即便，目前醫院逐漸重視跨部門的合作，然而這些在醫療資源較為貧乏的基層甚至是偏鄉地區都是相當不容易的，醫療服務團隊嘗試了這樣的服務模式，但也希望這樣的經驗未來能落實到更多的區域，提昇全民的醫療品質。

結語

偏鄉迫切需要醫療資源，尤其藥師人力更是長期匱乏。走進家家戶戶洞悉他們的需要，不要小看一年一次的造訪，小小的建議可能大大地改變他們的生活品質，這些建議也都會留在當地，給當地第一線醫療人員參考、使用。藥師與藥學生在 2015 年首度加入偏鄉醫療服務團，幾乎同時，物理治療師也投入人力支援，突破了過去只有醫護為主的團隊。這幾年來，我們團隊愈來愈大，今年已有 13 位藥師與藥學生加入。每個生病的居民都有拿許多藥品，都有用藥問題。小從磨粉剝半，到藥品儲存，再到危險性高的重複用藥與多重用藥，只要大膽詢問、細細推敲，問出許多的問題，藉著從學校或職場多年學來的知識與經驗，在這裡大大的使用。物理治療可以著手長期從事一、二級產業，外傷或臥床的人，當我們看見一位車禍的臥床婦人，因為物理治療而能夠再度站立時，感動難以言喻。修過跨系小組的討論課，或有人參加過醫院實習，接觸過各專業的同仁或學生，一定能了解跨專業的合作是醫療進步的趨勢。參與真正的跨團隊治療過程，才得見全人關懷的真諦。藥師擅長藥品治療學，但有時

藥品治療為輔助，需靠物理治療為主線；又有時職能治療帶給病人的幫助，比服用 antipsychotics 來得安全有效。各專業之間就好像球隊，有人負責進攻，有人負責防守，有人負責控場，面對不同的對手有不同的工作分配，沒有誰絕對主導、也沒有誰是唯一的英雄。你試著想像，走進個案家裡就之於走入病房，我們只是沒有穿白袍，沒有貴重的儀器，沒有在醫院裡。

自從藥師與物理治療師開始加入後，團隊愈發蓬勃，功能愈加完善，解決了過去醫服團在相關人力缺乏下而無法處理的問題。美國的醫療體系之所以成為我們的他山之石，醫、藥各醫療專業平等、互相監督、互相合作、截長補短的關係是一大主因。今年的團隊由多專業組成，醫師、藥師、物理治療師、護理師，以及今年首度加入的牙醫師，而職能治療師、營養師等都躍躍欲試。期待未來有更多專業加入。

你也有機會來偏鄉服務，每出一次服務隊一定會有不同於教室裡的成長。為了從層層線索中歸納出個案的問題，具備一定的專業知識，以及相當程度的軟實力，包括溝通能力與組織能力是必須的。但別忘了，還有學長姊、藥師能夠與你討論，一起腦力激盪。實際的組隊任務，還能理解各醫療專業，互相欣賞合作，我們也在自我成長。絕對不能忘記，我們到偏鄉是真心覺得城鄉差距，想把我們的能力分享出去，而不是消極地說我能做到的只有陪伴，盡可能地讓當地居民感受到我們能給予他們的實際幫助，以及朋友般的持續聯繫，才是服務隊的永續經營，期待離開的那一天，也就是再次回到達仁鄉時，他們是健健康康，我們是開開心心的去探訪老朋友們！

至此，對於曾經幫助過我們、給我們建議的師長、同仁、朋友們，致上我們最深的感謝。感謝大六的明璟、祺皓盡責帶領，以及仕軒、育伶、昱姣、孟瑾、柏憲、淳聿、彥歲、家瑞的非常給力的幫忙，你們的勇氣與熱忱十分可敬。感謝錢芸學姊讓我們認識當地現況與資源。最後，特別感謝台大醫院藥劑部的藥品支援，以及師長、同仁們的建議與協助。

（感謝徐莞曾老師撥冗校稿）

參考資料

1. AGS 2015 Beers criteria update expert panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015 Nov;63(11):2227-46.
2. Chiang C.E., Wang T.D., Lin T.H. et al. The 2017 Focused Update of the Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology (TSOC) and the Taiwan Hypertension Society (THS) for the Management of Hypertension. Acta Cardiol Sin. 2017 May;33(3):213-225.