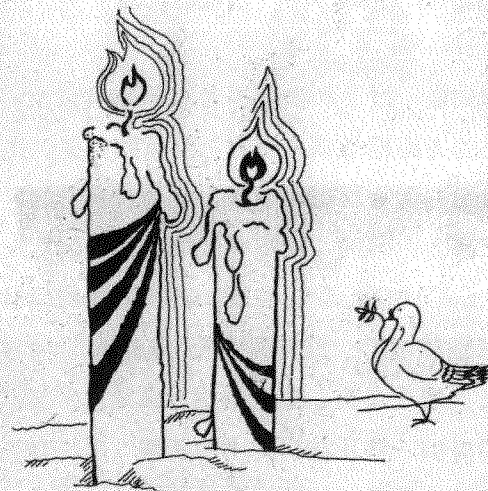
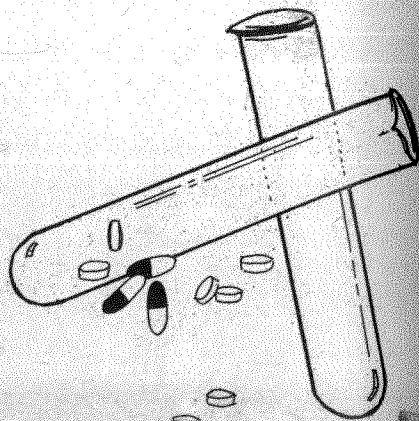


藥師



的



使命

林仰英

文明國家對於專門技術人員，均訂有單獨的法規，加以保護，例如：醫師有醫師法，律師有律師法，建築師有建築師法等之規定，因此，對於專業人員的權利，任何人都不能加以侵佔，且其國家亦用各種方法予以輔導，先進國家如此，我國亦屬如此。但我國尚有例外者，則是藥師制度尚未健全，仍待吾人努力爭取使其健全。

我國自有藥師制度以來，雖然至今已有一百五十幾年的歷史，但因過去我國藥學尚未發展，製藥工業落後，加之，政府衛生官員很多不了解「藥學之真義」，以致此一制度迄今尚無法使其達到健全的地步，然而此一責任大部份仍歸咎於藥師本身未能努力爭取所致。另一部份亦因我國藥政之措施未能走入軌道推行有以致之。

根據我國藥師法之規定，僅有限定藥師

醫師交付的處方單，發揮其所學習的專長調劑配藥，各負其神聖的任務，各守崗位，各盡所能。各國對於醫藥分業制度分為二種方法實施，一為強制分業，例如：現時西德之資格與義務，及藥師在業務上如有過失時之懲罰而已，而對藥師之權利並未表明，同時由於我國醫政與藥政在施行上混亂不清，使藥師只可盡其義務，未能充分享受其權利，至今使得藥師徬徨無所適從，不知將何去何從？

查各國現行的醫藥制度，均採用「醫藥分業」的制度，此乃明白「醫」與「藥」，因為增進人類之福祉，目標雖同，惟各持不同，「藥」為一獨立，完善之應用科學，其非附庸於醫學，其業務亦不僅有藥品販賣與調劑而已。「醫藥分業」，醫師將其所學習的專長，注重在診察與診療上，而藥師則將

法國、義大利、比利時、荷蘭、瑞典、丹麥等國均採此一方法。另一種為任意分業，例如：英國、美國等則採此一方法，本方法法律雖無規定強制分業，但實質上係分業。日本戰後，在美國佔領軍的政策上，有醫藥分業的指定，因此，一九五三年四月日本法律開始規定實施醫藥分業制度，其條件，則是原則上醫師應將處方交與患者去藥局配方，但患者如聲明不必交出處方，醫師亦可直接配藥給患者，這雖可說是法律尚有漏洞，然而實際上他們已慢慢走上醫藥分業的道途。

醫藥分業究竟好處何在？根據現時醫師對於治療疾病的報酬，除外科手術者外，大部份均在藥費裏面，在醫師法施行細則（民國三十四年七月二十一日社會部衛生署會同公佈。）第五條規定，藥師得有下列之業務：1. 調劑處方；2. 藥品製造；3. 藥品販賣；4. 藥品管理。

關於第一項「調劑處方」；藥師得調劑配方一項，係國家給與藥師的唯一權利。在歐美先進國家則採取「醫師處方」，「藥師配方」之醫藥分業制度，以互相牽制與監視，此為醫藥各守其本分，而各盡其責的現象。但我國藥師法第三十三條附則中規定，醫師得自己調配藥品為治療之用，無須請領藥師證書，蓋藥師之配方來源均自醫師，醫師既可自己配方，那又何必有藥師之存在？可見！我國醫藥制度尚未進入國際的正軌。

查醫藥分業制度，起元於八世紀即有實施，當時醫術最發達的阿拉伯國家已有專門配方及鑑定的藥店，至一二四〇年有符親王在西西里島制度左列五條的法律：

(1) 禁止醫師附設藥房及禁止醫師與藥師共同經營藥房。

(2) 醫師組成之委員會，監視藥房。

(3) 限制藥房之開業。

(4) 制定藥品調劑之基準。

(5) 制定藥價計算法。

以上五條法律，係導致各國醫藥分業之開端，可見在七百多年前就已有最進步的想法，因無論何種教育若能發揮其所長，應為最理想。例如：藥商只管批售藥品，不必在藥房為人打針，侵佔醫師的業務，醫師只管診斷與看病不必配藥，藥師只管製藥配方而不看病，如此大家已有秩序互不侵犯，醫藥界才能求其正常發展，但我國現時的情形卻適得其反。

關於第二項「藥品之製造」；藥品的製造，國家已交付藥師應有的任務，但我國在管理藥商規則，甚至在藥物食品化粧品條例中，均記載要西藥商製造商應聘用藥師專任主持製造，中藥製造商應聘用中醫主持製造。本來西醫與中醫，因出發點開始時就產生了不同的治療系統，致形成兩大陣營。但藥學即無中西的分別，而對中藥更須要有新的智識，或用科學的方法加以說明。就以中藥在製藥與製劑方面，更需要有應用現代製劑學的方法，或調劑學的方法加以製造。為改進我國中藥，使中藥製劑亦能步入國際市場，國家所訂的法規，亦應善用國家所培養出來的藥師人才，以便使其改善我國中藥製劑，但我國現行的法規，亦適得其反。

關於第三項「藥品販賣問題」；藥品非商品，需要有特殊技術人員加以管理，以免危害人民健康，在外國先進國家均由藥師加以管理，「但今日在臺灣的藥品販賣商，共有九種之多，總計約一萬五千餘家，其中由藥師管理者，僅有二千餘家，僅占其百分之

十七、八而已。」這是篇二十多年前的一則報告資料。但今天的情形應不會差距太遠。雖然在外國如遇藥師不足，也有採用其他藥業人員代替，但其藥商必須經過考試合格始能開業。又藥物食品管理條例第十五條規定，西藥販賣商不得兼售中藥，中藥販賣商不得販賣西藥。以上所謂中藥販賣商，係指熟諳中藥藥性人員，雖然中藥販賣商在規定上也不得販賣西藥，但實際上，臺灣現有五二九家中藥種商，及五千餘家之臨時中藥商，很少不賣西藥，甚至連抗生素，打針藥，在中藥店內，亦可隨便買賣。如此，受過專門教育人才的藥師不能販賣中藥，反以不受藥學教育而僅熟諳藥性，就可販賣中藥，那有一個國家醫藥制度，有如此矛盾的事？

關於第四項「管理藥品」；管理藥品必須具有熟諳藥品性質，檢驗及貯藏的技術，此為藥師應有的天職，但實際情形如何？與理想相差尚遠，有待改進之必要。

藥師除以上四項重要工作，需由藥師負責外，在公共衛生方面，藥師亦應負有很多的工作。據悉：日本藥師法於一九六〇年八月修改規定，藥師應負下列的任務：

(1)調劑；(2)醫藥之供給；(3)其他藥事衛生事項，使貢獻公共衛生向上與增進，以確保其國民健康與生命之安全。日本戰後藥師不但在藥業界、製藥界，有很多良好成績的表現，對於公共衛生方面亦盡了很大的努力。例如：日本藥師對學校健康之管理，協助提高營養，以及對於環境衛生方面，食品衛生、空氣、水的檢查等，均有莫大的貢獻，其他如臨床檢驗方面，亦有不少的貢獻。

但反觀本省藥師，因受種種的限制，使藥師職務，未能充分發揮，且藥師本身的職位，亦有漸被侵佔，但為保護國民健康，亦係藥師應有的天職，藥師應不避困難，加強團結，認識自己應負的任務，發揮其所能，為促進人民健康而努力。

Focus on Anaerobic Infections with

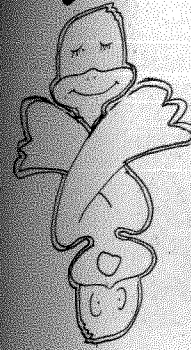
Semi-synthetic maxi-spectrum antibiotic
MINOCIN * I.V.
 Capsules
 Suspension
 Granules
 MINOCYCLINE HCL Lederle

美滿黴素 * 靜脈注射
 膠囊 漿液
 糖顆 粒
 半合成超廣效抗生素

	Clindamycin	Minocin
抗菌範圍	狹窄，只對 G(+) 細菌及厭氣菌有作用。	超廣效，對 G(+), G(-) 細菌及厭氣菌之作用廣且深。
適應症	只對單獨由厭氣菌引起之感染有效。	有效於厭氣菌單獨及混合感染 (如與 G(-) 細菌之混合感染)。
副作用	嚴重致命性潰瘍性結腸炎 (Ulcerative colitis) 可能於停藥數週後才發生。	很少，非致命性，停藥或繼續服藥後即可恢復。

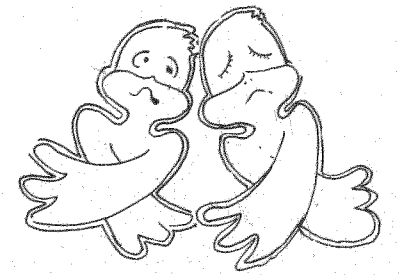
對厭氣菌感染特具療效

活性炭可以降低



人體對

Digoxin Phenytoin Aspirin 之吸收



陳淑玲

一、前言

活性炭可吸附許多毒物，而阻止它們在胃中的吸收，由於它極具功效且無副作用，故現今已被廣泛的使用著。由實驗結果告訴我們，活性炭在那些常用藥物急性中毒的解救上頗具價值。縱使延遲服下的效果會降低，但對那些仍舊殘留在胃中的大量毒物，却有抑制進一步吸收的功效，因此，不論中毒者自服下藥物到被發現，此間是延遲了功效，活性炭的使用和洗胃同樣是不容疏忽遺忘。

二、實驗

Digoxin, Phenytoin, Aspirin, 為三種常用的藥物，為了測知 50g 活性炭 (activated charcoal) 對上述三種藥物吸收狀況的影響，有六個健康志願者接受如下之試驗：早上八時，空腹服下藥物，且在服用藥物後的五分鐘內或一小時後，喝下 300ml 的水或 50g 懸浮在水中的活性炭，四天以後抽血檢驗。(註：藥物劑量：Digoxin 0.5 mg, Phenytoin 500 mg, Aspirin 1000 mg。)

三、結果

發現活性炭若緊跟著藥物服下，則可抑制 digoxin 總吸收量的 98%，phenytoin

總吸收量的 98~99%，aspirin 總吸收量的 70%，且血清中 Salicylate 的最高濃度只有未服活性炭者的 5% 而已。若是在服下藥物一小時後才喝下活性炭，digoxin 的總吸收量會減低 40%，phenytoin 會減低 80%，aspirin 會減低 10%。

四、討論

雖然活性炭抑制吸收的程度會因「延遲」吃下活性炭而降低，但人體對高劑量毒物的吸收也可能有相當的延遲。如 digoxin 用於自殺的情況，血清和組織中毒物的濃度高峯，在服下毒物幾天以後才會出現，因此活性炭顯然是 digoxin 急性中毒者解毒的有效利器，同時也適用於 phenytoin 中毒。雖然活性炭對 Aspirin，吸收量的抑制沒有那麼可觀的程度。但實驗告訴我們，血清中 Aspirin 濃度曲線中之高峯，却有明顯的下降。雖然在服用藥物後，立即服下活性炭會有最佳抑制吸收的效果，然而它能捕捉住藥物並抑制其吸收的有效時間顯然是比從這些志願者身上所得到結果更長些。

參考資料：Medical Progress March 1980。

指導老師：林榮華