

肉毒桿菌抗毒素領用注意事項

為因應國內疑似肉毒桿菌中毒患者治療之需要，衛生福利部疾病管制署在 6 區管制中心儲備有肉毒桿菌抗毒素（含 A 型、B 型及 E 型三價肉毒桿菌抗血清）。醫療院所發現疑似肉毒桿菌中毒病例，請進行通報，如病患之主治醫師依病情研判有使用抗毒素的需要，可聯繫疾病管制署區管中心或撥打 1922 專線提出使用需求，經疾管署評估核可後將提撥 2 瓶（每瓶 250ml）抗毒素。「肉毒桿菌抗毒素領用流程圖」及聯繫窗口如附件一、二。

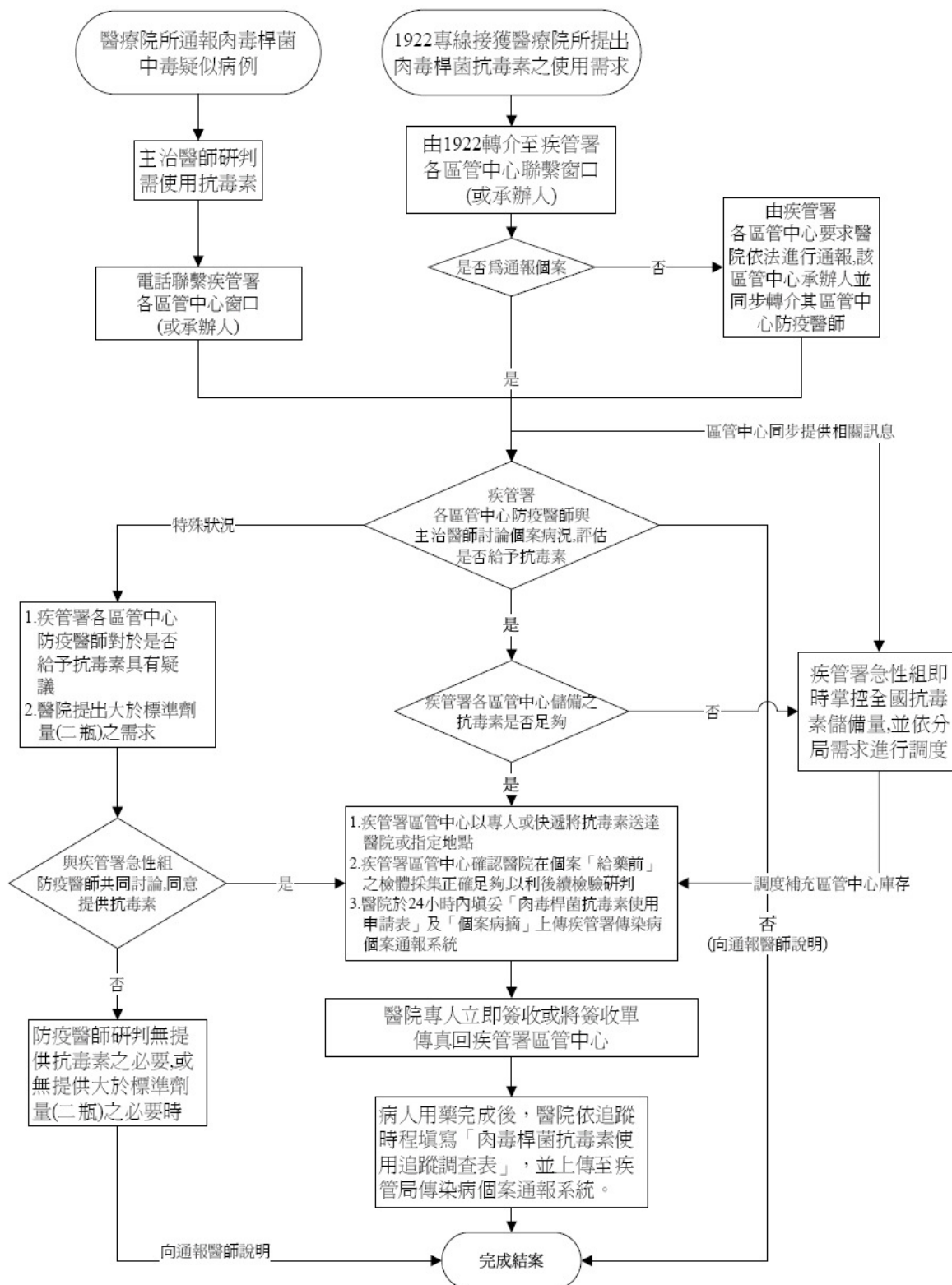
為加速病患使用抗毒素之審查，請病患之主治醫師務必就個案之病況與疾管署防疫醫師進行討論，如經區管中心防疫醫師評估同意核發，請依規定填妥「肉毒桿菌抗毒素使用申請表」（如附件三）及「肉毒桿菌抗毒素使用追蹤調查表」（如附件四），並上傳至疾管署傳染病個案通報系統。

備註：

- 一、肉毒桿菌抗毒素只能避免血液中游離的毒素繼續傷害神經肌肉接合處，但無法移除已與神經肌肉接合處連結的毒素，因此無法立即緩解症狀。病患需經數週至數月的時間，待已經受損的末梢神經恢復後才能逐漸復原。臨床上除了給予抗毒素外，維持患者換氣功能等支持性療法更為重要。
- 二、注射抗毒素之前，要先採取患者血液檢體 40 毫升(血清 20 毫升)送疾病管制署研究檢驗中心檢驗，以研判是否為肉毒桿菌中毒病例及鑑定中毒之毒素型別。除了臨床觀察患者病情持續惡化，或有必要使用第 3 瓶抗毒素之情況，血液檢體之送驗以一次原則（於注射抗毒素之前採檢）。
- 三、創傷型肉毒桿菌中毒除給予抗毒素外，傷口處予以擴創及引流，並以抗生素治療。
- 四、國際間肉毒桿菌抗毒素產製來源極為有限，疾病管制署僅能購得馬源性肉毒桿菌抗毒素，其適用於 1 歲以上之個案。針對嬰兒腸道型肉毒桿菌中毒個案，建議給予支持性照護為主，因 1 歲以下之嬰兒若需使用馬源性肉毒桿菌抗毒素治療，文獻中曾提及少部分個案可能引起終身對馬血清製劑或馬源性蛋白發生過敏反應(hypersensitivity)，或使用時可能發生因馬源性蛋白的過敏反應，若有急用，需經臨床醫師審慎評估可能風險後再申請。

肉毒桿菌抗毒素領用流程圖

附件一



附件二：衛生福利部疾病管制署各區管制中心聯繫窗口

儲備單位	聯絡人	上班時間 聯絡電話	非上班時間 值班電話	轄區範圍
臺北區管制中心	邱冠霆	(02) 85905000 轉 5006	02-25509831 或 1922	基隆市、台北市、 新北市、宜蘭縣、 連江縣、金門縣
北區管制中心	林茹慧	(03) 3982789 轉 138	03-3983647 或 1922	桃園市、新竹縣、 新竹市、苗栗縣、
中區管制中心	張素徽	(04) 24739940 轉 210	04-24725110 或 1922	台中市、彰化縣、 南投縣
南區管制中心	吳佳蓉	(06) 2696211 轉 507	06-2906684 或 1922	雲林縣、嘉義縣、 嘉義市、台南市
高屏區管制中心	許美滿	(07) 5570025 轉 632	0912204709 或 1922	高雄市、屏東縣、 澎湖縣
東區管制中心	黃筱蓮	(03) 8223106 轉 219	03-8222690 或 1922	台東縣、花蓮縣

附件三：肉毒桿菌抗毒素使用申請表

基本資料

- 1.個案姓名：_____ 6.申請日期：_____年_____月_____日
2.性別：男 女 7.醫院名稱：_____醫院_____科
3.出生日期：_____年_____月_____日 8.主治醫師：_____住院床號：_____
4.發病時間：_____年_____月_____日_____時 9.申請人：_____聯絡電話：_____
5.居住地：_____縣(市)_____鄉鎮市區 10.申請數量：_____瓶

暴露史

- 1.攝食時間：_____年_____月_____日_____時
2.疑似中毒食物：_____
3.共食者：_____人，出現疑似症狀者_____人

臨床評估及檢查

- 1.症狀：意識狀態：E____V____M____(必填)；1.清醒；2.躁動；3.嗜睡；4.昏迷
神經症狀：5.視覺模糊(複視)；6.眼皮下垂；7.瞳孔放大；8.口乾；9.吞嚥困難；
10.說話困難；11.呼吸困難；12.排尿困難；13.感覺異常；14.近端肢體無力(14-1上肢、14-2下肢)；15.遠端肢體無力(15-1上肢、15-2下肢)
腸道症狀：16.嘔吐；17.腹瀉；18.便秘；19.腹脹
其他症狀：20.發燒_____°C；21.其他：_____ (請填寫)
2.插管治療：1.否；2.是(插管日期_____年_____月_____日)
3.相關檢查1.EMG_____；2.CSF_____；3.MRI_____；4.其他_____

就醫過程

- 1.初診醫院：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，主治醫師：_____
2.轉診醫院A：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，主治醫師：_____
3.轉診醫院B：_____醫院，就診時間：_____年_____月_____日_____時，主治醫師：_____

檢附文件

- 病歷摘要(必備)
其他：_____

疾病管制署

審核紀錄

審核意見：

審核結果：同意 不同意

核定數量：_____瓶

審核者：_____ 提供者：_____

審核日期：_____ 提供日期：_____

附件四：肉毒桿菌抗毒素使用追蹤調查表

一、個案基本資料

1. 個案姓名：_____	5. 申請日期：____年____月____日
2. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	6. 醫院名稱：_____醫院____科 主治醫師：_____
3. 出生日期：____年____月____日	7. 申請人：_____ 聯絡電話：_____
4. 發病日：____年____月____日	8. 住院床號：_____

二、申請抗毒素時臨床症狀評估

1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)； <input type="checkbox"/> 1.清醒； <input type="checkbox"/> 2.躁動； <input type="checkbox"/> 3.嗜睡； <input type="checkbox"/> 4.昏迷
2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5.視覺模糊(複視)； <input type="checkbox"/> 6.眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7.瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8.口乾； <input type="checkbox"/> 9.吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10.說話困難； <input type="checkbox"/> 11.呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12.排尿困難； <input type="checkbox"/> 13.感覺異常； <input type="checkbox"/> 14.近端肢體無力 (14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢)； <input type="checkbox"/> 15.遠端肢體無力(15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
3. 腸道症狀	<input type="checkbox"/> 16.嘔吐； <input type="checkbox"/> 17.腹瀉； <input type="checkbox"/> 18.便秘； <input type="checkbox"/> 19.腹脹
4. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20.發燒____°C； <input type="checkbox"/> 21.其他：_____ (請填寫)
5. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否； <input type="checkbox"/> 2. 是(插管日期____年____月____日)
6. 相關檢查	<input type="checkbox"/> 1.EMG_____； <input type="checkbox"/> 2.CSF_____； <input type="checkbox"/> 3.MRI_____； <input type="checkbox"/> 4.其他_____

三、抗毒素使用劑量

1. 標準用量(2瓶)	時間：____年____月____日____時____分~____年____月____日____時____分
2. 特殊或追加用量(1瓶)	時間：____年____月____日____時____分~____年____月____日____時____分

四、抗毒素使用後不良反應(adverse reactions)評估

1. Anaphylactoid/anaphylactic reaction (可能發生在數分鐘或數小時)	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 蕁麻疹； <input type="checkbox"/> 噁心； <input type="checkbox"/> 頭痛； <input type="checkbox"/> 支氣管痙攣； <input type="checkbox"/> 休克； <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： ____年____月____日____時____分
2. Pyretic reaction (可能發生在1~2小時)	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 發燒； <input type="checkbox"/> 寒顫； <input type="checkbox"/> 血壓升高； <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： ____年____月____日____時____分
3. Serum sickness (可能發生在5~24天)	<input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 搔癢； <input type="checkbox"/> 蕁麻疹； <input type="checkbox"/> 發燒； <input type="checkbox"/> 關節痛； <input type="checkbox"/> 其他_____	出現時間： ____年____月____日____時____分

五、抗毒素使用後臨床症狀評估

評估日期	病人狀況評估	
第一次評估： 使用後 6~12 小時內 日期：____年____月____日 ____時____分 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)； <input type="checkbox"/> 1.清醒； <input type="checkbox"/> 2.躁動； <input type="checkbox"/> 3.嗜睡； <input type="checkbox"/> 4.昏迷
	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5.視覺模糊(複視)； <input type="checkbox"/> 6.眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7.瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8.口乾； <input type="checkbox"/> 9.吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10.說話困難； <input type="checkbox"/> 11.呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12.排尿困難； <input type="checkbox"/> 13.感覺異常； <input type="checkbox"/> 14.近端肢體無力 (14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢)； <input type="checkbox"/> 15.遠端肢體無力 (15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢)
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20.發燒____°C； <input type="checkbox"/> 21.其他：_____ (請填寫)
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否； <input type="checkbox"/> 2. 是(插管日期____年____月____日)
第二次評估： 使用後 3~7 天內	1. 意識狀態	E____V____M____ (必填)； <input type="checkbox"/> 1.清醒； <input type="checkbox"/> 2.躁動； <input type="checkbox"/> 3.嗜睡； <input type="checkbox"/> 4.昏迷

評估日期	病人狀況評估	
日期：____年____月____日 ____時____分 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 （14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 （15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒____°C； <input type="checkbox"/> 21. 其他：_____（請填寫）
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2. 是（插管日期____年____月____日）
第三次評估： 使用後 8~14 天內 日期：____年____月____日 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	1. 意識狀態	E____V____M____（必填）； <input type="checkbox"/> 1. 清醒； <input type="checkbox"/> 2. 躁動； <input type="checkbox"/> 3. 嗜睡； <input type="checkbox"/> 4. 昏迷
	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 （14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 （15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒____°C； <input type="checkbox"/> 21. 其他：_____（請填寫）
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2. 是（插管日期____年____月____日）
第四次評估： 使用後 15~28 天內 日期：____年____月____日 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	1. 意識狀態	E____V____M____（必填）； <input type="checkbox"/> 1. 清醒； <input type="checkbox"/> 2. 躁動； <input type="checkbox"/> 3. 嗜睡； <input type="checkbox"/> 4. 昏迷
	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 （14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 （15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒____°C； <input type="checkbox"/> 21. 其他：_____（請填寫）
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2. 是（插管日期____年____月____日）
第五次評估： 出院 日期：____年____月____日 住院： <input type="checkbox"/> 1. 一般病房； <input type="checkbox"/> 2. 加護病房	1. 意識狀態	E____V____M____（必填）； <input type="checkbox"/> 1. 清醒； <input type="checkbox"/> 2. 躁動； <input type="checkbox"/> 3. 嗜睡； <input type="checkbox"/> 4. 昏迷
	2. 神經症狀	<input type="checkbox"/> 5. 視覺模糊（複視）； <input type="checkbox"/> 6. 眼皮下垂； <input type="checkbox"/> 7. 瞳孔放大； <input type="checkbox"/> 8. 口乾； <input type="checkbox"/> 9. 吞嚥困難； <input type="checkbox"/> 10. 說話困難； <input type="checkbox"/> 11. 呼吸困難； <input type="checkbox"/> 12. 排尿困難； <input type="checkbox"/> 13. 感覺異常； <input type="checkbox"/> 14. 近端肢體無力 （14-1 <input type="checkbox"/> 上肢、14-2 <input type="checkbox"/> 下肢）； <input type="checkbox"/> 15. 遠端肢體無力 （15-1 <input type="checkbox"/> 上肢、15-2 <input type="checkbox"/> 下肢）
	3. 其他症狀	<input type="checkbox"/> 20. 發燒____°C； <input type="checkbox"/> 21. 其他：_____（請填寫）
	4. 插管治療	<input type="checkbox"/> 1. 否（拔管日期____年____月____日）； <input type="checkbox"/> 2. 是（插管日期____年____月____日）

※第二次評估至第四次評估，請儘可能選擇病人病情較有變化的一天填寫，如無明顯變化仍須填寫。

※第二次以後之評估，僅需填寫此頁上傳至本署傳染病個案通報系統即可。