

《宏恩醫院龍安分院——
醫病共享決策 Shared Decision Making 輔助工具》

失眠藥物或非藥物治療選擇

科別	精神科
主題類別	9、精神與行為
關鍵字	失眠、睡眠教育、藥物治療、非藥物治療
適用病患	我長期有失眠問題，想比較藥物及非藥物治療
可供方案	藥物治療、非藥物治療以認知-行為治療為主，包含：睡眠教育、刺激控制法、限眠療法、放鬆治療法。另有：光照治療。
使用場所	診間、病房
執行者	醫師、臨床心理師、護理師
開發團隊	居善醫院醫病共享決策工作小組
輔助工具研發過程說明	本輔助工具由具多年評估及治療病患失眠的醫師、臨床心理師所開發，利用此醫病共享決策 SDM 輔助工具，使病患有效率地讓醫師瞭解病情，比較藥物治療及非藥物治療的優缺點，進一步和醫師及臨床心理師討論適合的治療方法。
參考文獻	



《主題》病患表達：我失眠，但對吃安眠藥很猶豫

《前因》失眠為精神科門診及住院病患最常見的主訴，且幾乎每位初診病患對服用安眠藥都有矛盾及猶豫。醫師需花費諸多時間和病患比較藥物及非藥物治療的優缺點，影響候診病患。利用此醫病共享決策 Shared Decision Making, SDM 工具，可讓候診病患於看診前了解自己的失眠原因及型態，就診時更有效率地和醫師溝通。且因在診間病患對醫師教育的吸收有限，此 SDM 工具亦可讓病患於就診後，帶回家繼續思考及學習。

失眠需先找到原因，再討論治療

請先和精神科醫師討論：生理、情緒、作息、生活壓力；

確定失眠原因，才能對症治療

- 1、應先釐清此失眠是呼吸終止相關的失眠或非呼吸終止相關的失眠
- 2、若疑似呼吸終止相關的失眠，應轉至綜合醫院睡眠門診（包含耳鼻喉科、胸腔科、精神科、神經科專科醫師綜合評估）。藉由夜間血氧監測篩檢或/及多頻道睡眠生理檢查診斷，艾普沃斯 Epworth 嗜睡量表評估白天嗜睡程度。
- 4、如果診斷為呼吸終止相關的失眠且有明顯臨床症狀，則考慮連續性正壓呼吸器(CPAP)輔助、口腔矯正器、外科手術治療、加上減輕體重。
- 5、非關呼吸終止的失眠處置，除治療內科、精神科相關疾病，可考慮非藥物治療及藥物治療。

失眠藥物治療/非藥物治療的特色

藥物治療	非藥物治療
<p>*目標：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)容易導入、並持續睡眠； (2)不破壞睡眠結構； (3)不影響白天功能； (4)避免藥物耐受性、依賴性（俗稱成癮） <p>*原則：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)保持最低的有效劑量。 (2)配合睡眠保健原則，改正可能影響睡眠的行為及環境因子。 (3)依照患者的生活需求調整劑量。 (4)定期追蹤、評估藥物的療效及副作用。 <p>*藥物治療的適應症：</p> <p>(1)急性失眠：藥物治療盡早緩解急性失眠症狀，避免患者長期失眠，衍生不良的睡眠習慣及錯誤信念，或以錯誤的方法自我治療（例如飲酒）。藥物選擇以中、短效為主。</p> <p>(2)持續失眠：對「次發性失眠」患者，以治療其原發疾病為主。但若原疾病已獲得治療而失眠症狀仍持續時，則應依患者之個別情況給予適度之藥物治療，並合併非藥物的「認知-行為治療」。</p> <p>例如：憂鬱症已改善但失眠仍持續。</p>	<p>*心理治療為主：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)某些治療技巧可由簡單的口頭或書面衛教 (2)有些治療技巧則需由睡眠專科醫療人員及臨床心理師執行。 <p>*採多種技巧：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)睡眠衛生教育 (2)「限眠療法」與「刺激控制法」為主，合併「放鬆技術」及「認知重建」 <p>1、睡眠效率太低，可用「限眠療法」；</p> <p>2、對睡眠適應不良的想法與信念，可用「刺激控制法」。</p> <p>3、焦慮及預期性失眠，可用「放鬆技術」及「認知重建」</p>

失眠藥物治療/非藥物治療比較

	藥物治療	非藥物治療
適用者	<p>1、急性失眠：適當藥物盡早治療，避免病患衍生出不良睡眠習慣或使用錯誤方法自我治療(例如飲酒)</p> <p>2、「次發性失眠」，例如：物質使用疾病、焦慮症、憂鬱症、躁鬱症、思覺失調症等疾病造成失眠。</p> <p>3、生活作息造成失眠，且難以調整，例如頻繁工作輪班造成</p>	<p>1、不適合使用安眠藥物者，如孕婦、兒童、肝腎功能障礙者</p> <p>2、對安眠藥依賴、預計逐步停藥者。</p> <p>3、不良睡眠習慣與觀念造成失眠</p> <p>4、因日夜節律失調造成失眠</p>
優點	<p>1、立即有效，在數次回診跟醫師討論、調整，選用最適合的睡眠藥物，數周內即可達到效果。</p> <p>2、在臺灣大部分藥物皆有健保給付，病患僅需繳納掛號費及健保部分負擔，每次就診約 150 元至 250 元。</p>	<p>1、無藥物依賴風險</p> <p>2、在執行心理治療的過程中，除了改善睡眠，也同時探討情緒、人際等問題。相較於藥物治療，更能長期維持、避免復發的效果。</p>
缺點	<p>1、若為「次發性失眠」，例：睡眠呼吸中止症、憂鬱症、躁鬱症(雙極性情感疾患)、焦慮疾病、思覺失調症等。僅靠安眠藥，會掩蓋、忽略原有疾病。</p> <p>2、若因以下原因： -人際、工作、經濟、法律等壓力； -日夜輪班、頻轉換時差 -睡眠環境：吵雜、隔音差； 僅用安眠藥，無改善失眠原因，可能掩蓋原有生活問題。</p> <p>3、藥物副作用，例如：失憶、夢遊、夜食、晨間起來有宿醉感、自</p>	<p>1、花費較多的時間、費用：和醫師或臨床心理師約時間進行心理治療；初次評估約 80 分鐘，後續每次 50 分鐘 1600 元至 2400 元不等或更高；通常需進行 8 至 12 次。</p> <p>2、除認知-行為治療，可和醫師討論「光照治療」適應性，經由調整「睡-醒週期」，以治療日夜節律睡眠障礙所造成的失眠症狀。但需由具睡眠專科訓練的醫療人員評估適應性，且需額外花費購買儀器。且高緯度地區較適用(有長晝、長夜的區分)，臺灣地區較不適用。</p>

<p>阻力</p>	<p>制力下降。</p> <p>1、內心對藥物的排斥，擔心依賴、傷身。 *附註：現有的安眠藥物，皆無傷腎、傷胃的風險。</p> <p>2、職業不允許服用藥物，例如職業駕駛、飛行員、工廠作業員等，藥物殘留影響反應速度。</p> <p>3、對藥物副作用無法接受，例如：暈眩、無力、夢遊、口苦、夜食等。</p>	<p>1、去尋找醫師、臨床心理師治療的動機，找治療師的過程可能會增加焦慮度。</p> <p>2、要有學習動機：學習「睡眠衛生教育」、「寫睡眠日誌」、「刺激控制療法」、「睡眠限制療法」、「放鬆治療法」必須有強烈的動機及時間。</p>
<p>病患自評</p>		
<p>與醫師討論</p>		

艾普沃斯 Epworth 嗜睡眠量表

請圈選出您最近一段時間內，在以下不同情況中打瞌睡(不單只是感覺疲倦)的頻率，若您從未曾有過其中的一些狀況，也請盡量圈選最接近的答案：

0 = 從未 1 = 很少 2 = 一半以上 3 = 幾乎都會

情況	打瞌睡的頻率			
	0： 從未	1： 很少	2： 一半以上	3： 幾乎都會
• 坐著閱讀時	0	1	2	3
• 看電視時	0	1	2	3
• 在公眾場合安靜坐著 • (如在戲院或會議中)	0	1	2	3
• 坐車連續超過一小時 (不包含自己開車)	0	1	2	3
• 在下午躺著休息時	0	1	2	3
• 坐著與人交談時	0	1	2	3
• 沒有喝酒的情況下，在午餐後安靜坐著時	0	1	2	3
• 開車中遇到交通問題而停下數分鐘時	0	1	2	3

- ☛ 「Epworth嗜睡量表」是針對白天嗜睡病患所設計的自填式量表，原文是Murray Johns於1991年所發展出來，量表的內容為針對嗜睡患者最常發生的情況如坐著閱讀、看電視、坐車等各種場合加以評估其嚴重程度及嗜睡頻率，「Epworth嗜睡量表」總共有八個題目，其計分方法採Likert式計分法，由0到3分，總分以滿分24分來表示最差的情況，0分表示最佳的情況。
- ☛ 中文版是取得原作者同意後，將英文版「Epworth嗜睡量表」翻譯成中文，步驟依據國際間問卷調查翻譯之準則進行，將「Epworth嗜睡量表」予以中譯，完成中譯版之品質管制檢測、前測、後測的工作，由陳寧宏等醫師刊登於Quality of Life Research 2002; 11:817-21。
- ☛ 「Epworth嗜睡量表」一般定義：總分8分以下為正常，8-10分是灰色地帶(gray zone)，10-12分是輕微嗜睡，12分以上是病態性嗜睡。