

## 預防安眠藥重複用藥之臨床實務觀

衛生福利部 八里療養院 藥劑科藥師 黃琮盛

臺灣醫療普及、就醫便利以及人們就診習慣，容易出現重複用藥及多重用藥的現象；隨著年紀增長與疾病因素，亦會產生多重用藥的問題，除了容易形成醫療資源的浪費外，藥物交互作用的機率增高，需要更多醫療資源的介入；藥師是醫療專業中重要的一員，責無旁貸要面對及處理這些問題。

重複用藥是指醫師沒有對病患作適當的評估，逕自重複開立病患先前已在使用的某種或數種藥物；多重用藥的定義則是，同時使用5種以上藥物稱之。臨床上常見的重複用藥情形為治療失眠，除苯二氮平類(Benzodiazepines，簡稱BZDs)藥物及非苯二氮平類(Non-Benzodiazepines，簡稱Non-BZDs)藥物的使用外，常以鎮靜作用較強之藥品為輔助使用。

根據衛生福利部101年國內精神醫療院所通報的藥物濫用種類統計資料顯示，Zolpidem排名第5位，BZDs則為第6位，另在臨床研究觀察，精神醫療院所之門診或是住院的病患，以BZDs安眠鎮靜劑是最可能發生重複用藥的處方，這類藥物多用於解除焦慮及失眠症狀，大多具有成癮性。根據賴奕菁於99年所進行之鎮靜安眠藥處方型態之趨勢分析及合理性評估研究顯示，89至97年使用BZDs及Non-BZDs之病患不論在門診或住院，均發現單獨使用BZDs比例略有逐年下降之趨勢，但是單獨使用Non-BZDs及合併使用BZDs與Non-BZDs之比例則有逐年上升趨勢；尤其是治療失眠的部分，門診與住院病患，單獨使用Non-BZDs的比例不但逐年上升，甚至超越單獨使用BZDs者；在鎮靜安眠藥品之連續處方天數與劑量之分析部分，該研究發現BZDs之平均日劑量隨連續使用天數增加而呈現遞增，尤其在連續使用超過90日者，換算成Diazepam之平均日劑量，甚至大於建議日劑量，但在Non-BZDs則未觀察到此現象。處方型態分析方面，研究發現隨著處方型態複雜程度增加，連續使用天數與劑量皆有上升之趨勢，特別在連續使用任何一種以上BZDs，以及合併兩種以上Non-BZDs者，換算成Diazepam之平均日劑量，隨連續使用天數增加而更顯著上升，並大幅超過建議日劑量。

以衛生福利部八里療養院為例，該院組成跨領域、每三個月討論一次病患用藥處方之合作團隊模式，將三個月內有疑議的處方提出，並針對

BZDs及Non-BZDs的使用提出檢討，若二者相加的總品項超過3項以上者，列為討論重點，同一種品項超過2顆以上，亦在會議上討論；另外，請住院醫師協助，將不易減量的患者，轉介給負責的主治醫師處置；臨床上複核處方是發現多重用藥非常重要的方法，如何強化各醫療專業人員之處方複核能力是醫療院所重要的任務。

以目前臺灣就醫便利性而言，病患若無固定就診的醫院，易發生不合理用藥，因此，病患就醫時應將日前用藥的狀況告知醫師，以利醫師提供醫療處置時，選擇適合的治療計畫。任何的年齡層皆有可能發生安眠藥重複及多重用藥，身為臨床醫師更應審慎評估病人所有的用藥狀況。臨床上亦有合理的多重用藥，共有兩種類型，一為已獲臨床試驗證實療效的多重用藥與另一種為經驗療法；當病患出現多重用藥的狀況時(即單一用藥在適當的劑量與療程下仍然失效時)，一般將前者列為第一優先選擇，參考相關文獻後再審慎的用藥。

隨著藥物發展日新月異，臨床合併使用藥物治療時，更應尋求相關的臨床證據。多重用藥治療前應參考的原則，包括使用單線藥物至少有足夠劑量及時間，在嘗試過2-3種不同性質的單線藥物無效後，才考慮多重用藥；多重用藥有可能是需要、且昂貴的，不會加速治療效果，但是會增加發病率及死亡率風險。

藥師在預防安眠藥重複及多重用藥的角色，一、可從病患詢問醫師及相關醫療人員的對話中，間接詢問病患相關的用藥及病史；二、鼓勵病患將家中多餘不用或過期藥品回收，避免病友在多餘藥品容易取得下，任意併用其他藥品，提高多重用藥之風險，建立正確用藥態度與習慣。三、藥師平時可以多針對到處求診的民眾，提供正確藥物相關資訊；四、有關服藥遵囑性不佳的民眾，於領藥時進行藥物諮詢，詢問用藥習慣，找出潛在多重用藥個案。藥師親切的問候、詢問與用藥指導，能幫助病患回歸正確用藥，尋求正確醫療管道改善其問題，避免安眠藥或是其他藥物發生多重用藥問題。

### 參考文獻

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。