



# 管制藥品簡訊

學術交流  
焦點國業法  
術點際務規  
交話新交公  
流題知流告

發行日期：中華民國一百十二年七月

發行人：吳秀梅

總編輯：朱玉如

副總編輯：張志旭

編輯委員：簡希文、林美智、劉淑芬、何淑惠、  
岳宗漢、莊佩鈴、何坤霖、黃健和

執行編輯：何坤霖

執行單位：衛生福利部食品藥物管理署

地址：11561 台北市南港區昆陽街 161-2 號

台北雜字第 1613 號

電話：(02)2787-8000

網址：www.fda.gov.tw

美工設計：創義印務設計庇護工場

電話：(06)2150218

ISSN：02556162

統一編號 (GPN)：2008800098



## 高齡族群失眠與安眠藥之使用

中山醫學大學精神科兼任教授 / 德仁診所 賴德仁教授 / 醫師

### 失眠之診斷

所謂失眠，係指因入睡或睡眠維持困難，造成睡眠的品質變差或睡眠時間減少而言。依照「精神疾病診斷統計手冊 - 第五版」（簡稱 DSM-5）對於失眠症（Insomnia Disorder）的診斷標準：A. 主要的抱怨為不滿意睡眠的質或量，伴隨有以下一個（或多個）症狀：1. 難以入睡。2. 維持睡眠困難，頻繁地醒來或醒來後難以再進入睡眠等特點。3. 清晨很早醒來，無法再入睡。B. 睡眠障礙症引起臨床上顯著苦惱或社交、職業、教育、學業、行為，或其他重要領域功能缺損。C. 每星期至少有 3 個晚上難以睡眠。D. 難以睡眠的情形至少 3 個月。E. 儘管有足夠的機會睡眠，還是出現難以睡眠。F. 失眠無法以不發生於另一睡醒障礙症的病程（例如：

猝睡症與呼吸相關的睡眠障礙症、日夜節律障礙症、類睡症）做更好的解釋。G. 失眠無法歸因於某物質的生理效應（例如：物質濫用藥物）所致。H. 共存的精神疾病和身體病況，無法適當地解釋失眠的主要抱怨。

失眠症狀概分為三種：1. 入睡困難，上床後不易入睡（躺床後無法入睡時間超過 30 分鐘）；2. 續睡困難，入睡後易醒來，且不易再度入睡（入睡後清醒時間超過 30 分鐘）；3. 過早清醒且無法再入睡的睡眠困擾。

### 高齡族群失眠之盛行率與共病

與年輕人相比，老年人較早入睡且較早起床，較難入睡、熟睡期減少但淺睡期增多、夜間容易被吵醒且較易醒來、總睡眠時間減少、白天瞌睡增加且臥床時間增多，導致睡眠效率（真正睡眠時間 / 在床上的時間）

減低。根據 National Sleep Foundation 與美國睡眠醫學會的睡眠時數建議，成年後（18-64 歲）建議 7-9 小時睡眠；老年人（大於 65 歲）則至少需有 5-6 小時睡眠。

根據台灣睡眠醫學會 2017 年發表的調查結果顯示，台灣慢性失眠症的盛行率為 11.3%，在高年長者和女性這兩個族群上，失眠的比例都較 10 年前高。在 2017 年的資料中顯示高齡者失眠比率增加，50-59 歲慢性失眠有 16.7%，60-69 歲更有 22.7% 慢性失眠比率。

容易引起失眠的風險因子為：高齡、女性、身體疾病、精神疾病與輪班工作者。睡眠障礙在老年人中很常見，40-70% 的老年人有慢性睡眠問題。而併有身體疾病和精神疾病的老年人中，睡眠問題的發生率更高。這些共病對睡眠障礙有加乘效應，即共病症越多，睡眠問題的發生率越高；另外，睡眠問題也會增加憂鬱與焦慮的發生率。老年人的慢性睡眠問題，也會引起注意力障礙、短期記憶困難、反應時間增長和表現下降，而可能會出現認知缺損。此外，睡眠問題也會增加老年人的死亡率；較低的睡眠效率（< 80%）會增加一倍的死亡率。

依據 DSM-5 分類，常見的失眠共病身心疾病可以分為下列 3 群：1. 精神疾病：特別是憂鬱、焦慮以及藥物、物質或酒精使用疾患。2. 身體疾病：特別是心肺系統（cardiopulmonary）方面的疾病。3. 其他睡眠疾患：包括阻塞型睡眠呼吸中止症（obstructive sleep apnea）、週期性肢體抽動症（periodic limb movement disorder）、不寧腿症候群（restless legs syndrome）以及日夜節律睡眠障礙（circadian rhythm sleep disorders）等。所以在評估與治療失眠時，需要排除以上疾病。

### 高齡族群失眠之評估

失眠診療評估方式包括：1. 內外科病史與藥物史之詢問與檢測；2. 精神科病史詢問（包括酒精與藥物濫用）；3. 睡眠相關

病史（包括鎮靜安眠藥物使用情形）；4. 腕動計（actigraphy）；5. 睡眠多項生理檢查（polysomnography）。詳細的問診很重要，不是馬上給予鎮靜安眠藥物，讓長者對這些藥物產生依賴性，或加重跌倒風險與認知功能障礙，或加重睡眠呼吸抑制等之風險。

### 睡眠衛生

在詳細詢問長者失眠之病史時即須同時探討並給予衛教睡眠衛生，睡眠衛生包括：

1. 白天多運動，最好是戶外光亮的環境、房間也要明亮（眼睛接觸到光線，可降低褪黑激素，增加覺醒度）、少臥床，白天臥床時間不管有無睡著，加起來在一小時之內。
2. 縱使前一夜沒睡好，隔天盡量不要晚起床或補眠，或猛喝含咖啡因的提神飲料（包括：咖啡、茶葉、可樂及一些提神飲料等）。
3. 避免午休，但有些人如果沒有午休，下午會很難過或晚上會睡不著，則建議午休只睡一小時內。縱使躺床時眼睛張開，也不要經常臥床。
4. 少喝含咖啡因的飲料，尤其有些老人習慣整天喝老人茶；建議在下午後甚至晚上就只喝白開水即可。晚餐後則要減少水份的攝取，以減少半夜起來上廁所的次數。
5. 睡覺前避免喝酒，雖然酒精可以幫助入睡，但當酒精漸漸被代謝完，產生戒斷現象，會破壞睡眠結構，造成下半夜的淺睡、易醒。所以很多人用喝酒來治療失眠，就像「飲鴆止渴」，不只睡不好，而轉為對酒精的依賴，也傷害了自己的身體。
6. 睡前避免做劇烈運動，例如：跑步、打球、韻律操、國標舞等。
7. 睡前少做會引起緊張、煩惱、或情緒過度波動的事，也不要養成入睡時就開始檢討自己與規劃未來要做什麼事的習慣，睡前盡量安排做些輕鬆的事，讓身心處在平靜狀態。
8. 房間的溫度、寢具及床的舒適度適中，考

慮用氣密窗隔離吵雜的聲音，使用較厚不透光的窗簾，不要在床上看電視與看書等。

9. 固定的時間睡覺和起床，保持規律的睡眠習慣。
10. 半夜起床睡不著時，盡量不要抽煙，如此更會睡不著；可做一些肌肉放鬆類的緩和運動，不要看電視或3C產品，也盡量不要吃鎮靜安眠藥物，以免隔天早上晚起床，而影響到隔天晚上的睡眠。

### 非藥物治療

除了藥物治療外，其他非藥物治療包括中草藥、針灸、氣功、光照治療等。除了部分心理及行為治療技術外，大都缺乏實證支持其療效。目前獲得專業睡眠醫學相關組織推薦者則為失眠認知行為治療（cognitive behavioral therapy for insomnia）及其相關的心理及行為取向的治療技巧。

### 藥物治療

若失眠為疾病引起，應同時治療原發疾病為主，若原發疾病已受到控制而失眠仍持續，則依個別情形給予適度之藥物治療，並合併非藥物治療。

老化會改變藥物動力學（pharmacokinetics）及藥效學（pharmacodynamics）與體內脂肪比例增加，如此可能增加藥物排除半衰期；再加上衰弱、肌少症與服用多種藥物因而增加藥物交互作用與副作用。所以用藥之前要考慮保持最低有效劑量並配合睡眠衛教、間斷使用、短期處方、逐漸減藥並定期追蹤評估藥物療效與副作用。

選擇治療失眠藥物應考慮失眠型態、治療目標、病人的偏好、過去治療的反應、共病症、禁忌症、併用藥物、藥物交互作用、副作用、費用及其他治療方法的可能性。

藥物治療急性失眠的治療選擇以中、短效為主，以利減少早上嗜睡及跌倒之風險。臨床常用藥物為 BZDs 及 non-BZDs 類藥物（又稱 Z-drugs，如 Zolpidem、Zalplon 等短

效藥物），根據藥物的藥理作用，這兩類藥物都是作用在苯二氮平接受器上，因此被和稱為苯二氮平促動劑（Benzodiazepine receptor agonist, BzRAs）。然而還有一些不同機轉的藥物都會影響睡眠，例如：鎮靜型的抗憂鬱藥物（例如：Mirtazapine、Trazodone 及三環類抗憂鬱藥物）、抗精神病藥物（例如：Quetiapine、Chlorpromazine）、抗組織胺、褪黑激素與其接受器之促動劑（例如：Ramelteon）、食慾素（orexin）接受器拮抗劑（例如：Lemborexant）。後兩者在國內均為自費藥物。

使用 BzRAs 類鎮靜安眠藥雖然可以有更快的人眠時間、連續性的睡眠及較長睡眠時數，但仍會抱怨淺眠與睡眠品質不佳，這可能因為增加淺眠有關，而且無法有效增加深層睡眠，甚至抑制深層睡眠。

BzRAs 類鎮靜安眠藥常見的副作用有反彈性失眠、藥效的日間殘存作用、心理運動遲滯、認知功能下降、前行性失憶以及複雜睡眠行為（complex sleep-related behavior）、跌倒、呼吸抑制及戒藥過程的戒斷症狀等。

### 結論

睡眠障礙與失眠，常發生在高齡族群，醫療人員需要詳細評估內外科病史、精神科病史、用藥與酒精史、睡眠相關病史及做相關的生理檢查；依照醫病共享決策，與患者及家屬討論睡眠衛生及選擇適當的治療模式。

治療則先考慮非藥物治療或合併藥物治療，藥物治療則盡量使用短效藥物與最低劑量，並避免長期使用，逐漸減藥並定期追蹤評估藥物療效與副作用。若為嚴重性失眠、復發性失眠，或有其他慢性疾病的共病失眠患者，則考慮在規則追蹤下，持續或間斷地長期使用安眠藥助眠。

參考文獻：限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。