

# 醫病共享決策輔助評估表

## 一般成年人有慢性失眠的困擾，有哪些治療方式可選擇？

### 前言

當您有失眠的困擾，且已經排除了生理疾病（如睡眠呼吸中止症）造成的失眠，想了解針對失眠有哪些治療選擇，現在請跟著我們的步驟，一步一步探索自己的需求及在意的事情，希望能幫助您思考適合自己的選擇。

### 適用對象 / 適用狀況

有慢性失眠的成年人

### 疾病或健康議題簡介

睡眠佔了人生中1/3的時間，但全台卻有1/3的人飽受失眠所苦。長期失眠可能會影響白天工作表現，或者是共病其他生理疾病與精神疾病，進而導致生活品質下降。

失眠的症狀包含入睡困難、無法維持睡眠、容易早醒三種症狀，一般而言，若每週超過三個晚上出現以上症狀，那就是醫學上所定義的失眠。若失眠症狀少於三個月，稱為急性失眠，而若多於三個月且併隨著睡眠品質不佳，影響到白天的功能，則稱為慢性失眠。失眠的成因有很多，除了因疾病導致的失眠以外，心理與社會因子所造成的身心失調（例如突發或長期壓力、焦慮、環境變化、作息紊亂）等，也需要進一步釐清才能對症下藥。

### 醫療選項簡介

以下則是針對因身心失調導致的慢性失眠症狀，可以選擇的醫療選項：

#### 1. 非藥物治療：

##### 1.1 精神科門診睡眠衛教 ( Sleep hygiene )

睡眠衛教包含睡眠一般概念，例如增加增進睡意的活動，減少白天可能會降低睡意的行為，如何穩固生理時鐘，以及適合的睡眠時間等等。通常睡眠衛教為失眠認知行為治療的一環，藉由瞭解正確的睡眠觀念，讓失眠個案自行調整睡眠型態，但僅單純的睡眠衛教並無法有效地治療慢性失眠[1]。

##### 1.2 失眠認知行為治療 ( cognitive-behavioral therapy for insomnia, CBTi )

失眠認知行為治療為美國睡眠醫學會以及歐洲睡眠醫學會對慢性失眠的第一線治療建議，從多面向處理可能造成慢性失眠的原因。治療師與個案一對一的治療當中，協助失眠個案探索睡眠行為上可以調整之處，與認知層面如何誘發焦慮而影響睡眠，並針對個案的睡眠狀態給與睡眠建議，個案回家調整嘗試之後再與治療師討論。通常所需治療密度為每週一次 50 分鐘，共需 4-8 次的治療。2021 年在美國睡眠醫學會發布的統合分析中，收納了共 49 篇隨機對照研究共 4000 人，相較於對照組，失眠認知行為治療效果與改善程度都有顯著增加[2]，也可以有效地降低安眠藥的使用量[3]。

### 1.3 正念療法 ( mindfulness-based therapy )

正念方法已經被大量研究對於緩解焦慮與憂鬱、減輕壓力等有正面效果[4]。以正念為基礎的治療方式為透過團體訓練，培養活在當下的能力，並學會如何面對壓力與調解壓力，進而促進睡眠品質[5]。藉由系統化的訓練與可操作的練習方法（例如呼吸覺察、靜坐、行走靜觀等），培養心靈肌肉，增進心理素質與抗壓性。標準訓練課程為每週一次共 10 堂課，每堂課 2.5 小時，其中一堂為一日靜觀需 7.5 小時，西方將正念比喻為心靈的重量訓練，需要時間學習與練習，就能發掘出屬於自己內在的療癒力量。

## 2. 藥物治療

目前食藥署核准治療慢性失眠的藥物有苯二氮平受器促進劑（ benzodiazepines 與 non-benzodiazepines, 如 Z-drug ）、組織胺受器拮抗劑、褪黑激素受器促進劑（如柔速瑞 ramelteon ）。臨床上最常使用的安眠藥物為苯二氮平受器促進劑，不同的苯二氮平受器促進劑會有其放鬆、鎮靜、安眠的效果，但若藥效太強可能會導致隔天嗜睡或注意力不集中，而且長期使用會容易有依賴或上癮的風險。組織胺受器拮抗劑與褪黑激素受器促進劑有一些臨床研究證實對於失眠有幫助，特別是入睡困難的患者，但證據等級中等，且須自費使用[6,7]。

根據不同的失眠情況，以及可能與失眠並隨的情緒症狀，並考量到藥物效果與副作用，須由精神科醫師評估後與患者討論適合的藥物選擇。

經上述說明後，您目前比較想要選擇的治療方式是：(可多選)

- 非藥物治療—精神科門診簡短睡眠衛教
- 非藥物治療—失眠認知行為療法
- 非藥物治療—正念療法
- 藥物治療
- 非藥物治療 + 藥物治療
- 我還不清楚，想再瞭解

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、選項的比較。

	精神科門診 睡眠衛教	失眠 認知行為治療	正念減壓療法	藥物治療
過程	每次門診由主治醫師針對患者的睡眠內容給予睡眠衛教與建議	由心理師或精神科醫師進行每週一次 50 分鐘，至少需 4-8 次專門針對失眠的認知行為治療，進行放鬆練習的訓練以及探索認知失調並進一步調整	由正念減壓教師帶領的團體訓練，共需 9 次 2.5 小時以及 1 次 7.5 小時的課程，藉由正念老師的帶領以及團體分享討論，探討面對壓力的身心反應以及該如何應對	與醫師討論失眠的型態並討論適合的安眠藥物，建議用藥時間不超過一個月

			與照顧自己	
優點	與門診時間相同，不需額外花費時間	一對一治療，可以個別化探索失眠的核心原因並調整	探索壓力所造成的身心反應並學會如何安頓身心	花費時間最少 服用藥物當晚即可改善失眠
缺點 (風險)	門診衛教的時間與密度無法固定，效果有限	1. 療程較長 2. 健保心理治療所需等待時間需 6 個月以上 3. 需規則出席心理治療	1. 訓練課程最長 2. 無健保給付，所需費用較高 3. 須出席八次以上才能參加	使用安眠藥物可能造成的依賴與上癮風險、也可能有認知功能損失的風險
副作用 (併發症)	無	無	無	頭暈、白天嗜睡 認知功異常、增加 2.85-5.79 倍的跌倒風險 (視不同藥物而定)
費用	健保給付門診費用	1. 健保給付心理治療 僅需掛號費	十次課程所需費用為 8000-12000 之間	健保給付

## 步驟二、您對於醫療方式的考量？

請圈選下列考量項目，0 分代表對您完全不在意，5 分代表對您非常在意

考量項目	完全 在意程度 非常						如果您非常在意這像考量，建議您可以考慮選擇的治療方案
	不在意					在意	
較根本的解決失眠困擾	0	1	2	3	4	5	認知行為治療或正念療法
需要長期吃藥	0	1	2	3	4	5	認知行為治療或正念療法
想要快速緩解失眠	0	1	2	3	4	5	藥物治療
擔心藥物上癮	0	1	2	3	4	5	睡眠衛教、認知行為療法、正念療法
所需耗費的時間	0	1	2	3	4	5	睡眠衛教、藥物治療
所需費用	0	1	2	3	4	5	睡眠衛教、藥物治療
擔心副作用	0	1	2	3	4	5	睡眠衛教、認知行為療法、正念療法
其他：_____							

## 步驟三、小測驗：對於上面提供的資訊，您是否已經了解失眠治療重點內容

1. 失眠的第一步是先尋求睡眠專科找尋是否有生理方面疾病所導致 對 不對不確定
2. 慢性失眠的首選治療方式為失眠認知行為治療 對 不對不確定
3. 我覺得進行正念療法需要花太多的時間與金錢 對 不對不確定
4. 使用安眠藥可能的成癮性會讓我很擔心 對 不對不確定

5. 慢性失眠若需要服用安眠藥則需長期服用。

對 不對 不確定

#### 步驟四、您現在確認好治療方式了嗎？

我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：（下列擇一）

- 非藥物治療-精神科門診簡短睡眠衛教
- 非藥物治療 - 失眠認知行為療法
- 非藥物治療 - 正念療法
- 藥物治療
- 非藥物治療 + 藥物治療

我目前還無法決定

- 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。
- 我想要再與其他人（包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...）討論我的決定。
- 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

不進行任何治療，原因：\_\_\_\_\_

#### 瞭解更多資訊及資源：

1	衛生福利部心理衛生專輯 ( 09 ) : 睡眠與精神健康 <a href="https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-428-1360-107.html">https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-428-1360-107.html</a>	
2	長庚醫訊第 39 卷第 1 期：正念減壓專刊 <a href="https://www.cgmh.org.tw/cgmn/cgmn_file/1712026.pdf">https://www.cgmh.org.tw/cgmn/cgmn_file/1712026.pdf</a>	
3	長庚醫訊第 43 卷第 3 期：後疫情時代的身心調適 <a href="https://www.cgmh.org.tw/cgmn/cgmn_file/2202007.pdf">https://www.cgmh.org.tw/cgmn/cgmn_file/2202007.pdf</a>	

出版日期/更新日期：2023 年 04 月 10 日初版

基隆長庚紀念醫院 精神科

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

## 參考文獻：

1. Stepanski EJ, Wyatt JK. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med Rev* 2003; 7:215.
2. Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *J Clin Sleep Med* 2021; 17:263.
3. Takaesu Y, Utsumi T, Okajima I, et al. Psychosocial intervention for discontinuing benzodiazepine hypnotics in patients with chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2019; 48:101214.
4. Wong SY, Zhang DX, Li CC, et al. Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Sleep Psycho-Education with Exercise on Chronic Insomnia: A Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2017; 86:241.
5. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014; 174:357.
6. Rojas-Fernandez CH, Chen Y. Use of ultra-low-dose ( $\leq 6$  mg) doxepin for treatment of insomnia in older people. *Can Pharm J (Ott)* 2014; 147:281.
7. Kuriyama A, Honda M, Hayashino Y. Ramelteon for the treatment of insomnia in adults: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med* 2014; 15:38
8. Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Lichstein, K. L., ... & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(2), 263-298.