

身心障礙家人照護者的失眠安眠藥物與認知行為治療法(CBTi)介紹

彭志業



在台灣長期照護制度尚未建置完全以前，身心障礙家人照護者(family disabled caregiver)似乎仍是占照護者比率最高的因素之一，尤其失智者的家人照護更曾經高達80%，根據中華民國家庭照顧者關懷總會調查，多數的長者、身體失能者都居住於家中，且由親友照顧的比率達65%，每位家庭照顧者單日投入約10小時的照顧時間，照顧的時間約9.9年。台灣衛生福利部105年調查發現身心障礙家庭的女性主要家庭照顧者有24.50%因照顧而辭去工作，高於男性之12.11%，而且女性主要照顧者有僱用看護比率16.50%，低於男性之27.91%，平均而言身心障礙家庭有僱用看護的家庭也不到3成，原因是家人擔起家庭照護的責任，是家庭倫理價值與親情關愛的體現；另一方面也是台灣長期照護體系尚未完全建置的原因之一。身心障礙家庭照顧者的身心問題，雖然一直有受關注，卻是不容易解決的問題。根據伊甸基金會身障家庭支持者心聲調查，發現「不敢想未來」、「不敢好好休息放鬆」、「不敢生病」以及「沒有資源」，這樣的「三不一沒有」是目前身障家庭照護者們普遍的心境。除了沉重的照護負擔外，另一方面，外界的不友善、甚至歧視，都是造成身障家庭瀕臨身心潰盡(burnout)的主要原因。另外調查也指出，有57.5%的身障家庭照護者認為希望有隨時可求助的管道是最迫切的需求，有43.1%的家庭照護者希望有喘息服務，41.4%的家庭照護者希望能提供經濟上的補助。身心障礙家庭照顧者所面臨的不僅是被照護者的身心問題壓力，而且家庭照護者也面臨極大的身心與社交、經濟問題。而這些身心壓力，長期累積可能會造成身體健康受損與心理問題的病因，照護者可能出現焦慮、憂鬱、自律神經失調、失眠、慢性疲勞症候群(chronic fatigue syndromes)等心理障礙。研究指出**91.7%的照護者中發現睡眠品質差的問題，而憂鬱，睡眠衛教問題，照護負擔問題和照護人員的睡眠狀況是照護人員睡眠各個方面的重要預測指標**。全球成年人失眠率達到29%，台灣睡眠醫學會在2015年台灣人睡眠大調查也發現，台灣成年人慢性失眠比率為20.2%，其中64.5%失眠者對藥物有負面看法、67.3%失眠者希望可用非藥物治療，同時根據2014年衛福部食藥署資料，國人每年約服用3億2千7百萬粒安眠藥，平均每人一天要吞掉14粒，另外臺

北醫學大學科技學院李友專院長帶領研究團隊分析過去 15 年的健保資料發現，發現長期使用某些苯二氮平(BZD)類安眠藥會增加致癌風險，提醒失眠患者服用安眠藥應更加謹慎。

當然，一旦有睡眠問題的發生，尤其是失眠，使用安眠藥似乎仍是就醫行為的第一選擇。安眠藥並非不能使用，但是它在長期失眠治療的效果並不佳，而且藥物副作用的問題，始終是難以排解的問題。而且美國內科醫師學會發佈的慢性失眠治療臨床實踐指南提出了兩個主要建議：(一)、所有慢性失眠患者都應接受失眠的認知行為治療法(Cognitive Behavior Treatment- insomnia:CBT-i)作為初始治療介入措施；(二)、臨床醫生必須採用共同的決策方法，來確定是否應對那些未對 CBT-i 達到充分緩解的患者，進行藥物治療。該指南指出，沒有足夠的證據得出關於失眠人群中藥物治療總體療效的結論，也沒有足夠的證據確定苯二氮平類(benzodiazepine:BZD)，抗憂鬱劑曲唑酮(Trazodone)和褪黑激素(Melatonin)在治療慢性失眠中的功效。最近由於 BZD 的安眠藥具有成癮性與依賴性，戒斷等副作用，因此民眾對於療效短、副作用更少、毒性更低、成癮性更少的短期使用安眠藥更是需求日殷。而第五代安眠藥：非苯二氮平類藥物(Nonbenzodiazepine, NBZD)的發明，就成目前最受矚目的一類藥物。在台灣可以取得的苯二氮平類藥物，大致以下面三類為主：1.Zolpidem. 2.Zaleplon 3. Zopiclone。

1. Zolpidem:經由口服後，藥效發揮相當快速，多數的人在 15-30 分鐘內就能睡著。其優點為僅作用在 GABA-A $\alpha 1$ 接收體，藥效單純，只能助眠。加上它不影響睡眠結構，除了縮短入睡時間、減少夜間醒來的次數、增加總睡眠時間，也能增加深層睡眠時間，且不影響快速動眼期(Rapid Eye Movement, REM)的睡眠時間，但因為如此，所以「多夢」者使用後，在做夢量方面不太減少，甚至有夢遊的副作用，所以服用此種藥物，建議儘快去睡，以策安全，而且大量使用仍有可能產生依賴性。且 GABA-A $\alpha 2$ 的心理鬆弛快感效果可能就會發生，造成濫用者大量吞服，致於上癮。
2. Zaleplon:此成份經由口服後，藥效也相當快速，同樣需要立刻就寢。它也僅作用在 GABA-A $\alpha 1$ 接收體，只能舒導失眠，必非有解除焦慮與放鬆肌肉功能。Zaleplon 可以顯著縮短入睡期，適用於「入睡困難」者。但因為它的半衰期更短，只有 1-1.5 個小時，無法維持睡眠以減少清醒次數，及無法改善睡眠品質。Zaleplon 優點抗藥性低，即使中斷使用，反彈性失眠與戒斷症狀也不明顯。
3. Zopiclone:口服後半衰期約 5 小時，藥效稍長，有些人醒來會感覺藥物殘留。它能夠加速入睡、減少清醒次數、增加睡眠總時數、增加深度睡眠、改善睡眠品質，不太影響睡眠結構。但由於很多病患因為苦味而要求醫師換藥，致使醫師很少以它為首選安眠藥。其優點為少見藥物依賴與藥物濫用現象，且不會產生「夢遊」現

象，比較安全。非苯二氮平類藥物相較於苯二氮平類藥物，有著更少的副作用、更低的成癮性，與更好的療效，只針對睡眠而設計，對於認知功能不會有損傷。不過，非苯二氮平類藥物的優點，只存在於短期使用之中；若長期使用後，就會出現苯二氮平類藥物的副作用。

由於安眠藥的使用的效果與副作用，美國睡眠醫學會(Academy of American Sleep Medicine:AASM)的醫療指引對於原發性失眠(primary insomnia)的治療建議，第一線治療的方法並非是藥物治療，而是失眠的認知行為治療(CBTi)，而這個看法與歐洲睡眠醫學會的主張是一致的。以下將介紹 CBTi 的方法與技術。

CBT-i 主要包括五方面的內容：睡眠衛生教育、刺激控制、睡眠限制、鬆弛療法、認知治療。

(一)、睡眠衛生教育:

提供正確的睡眠衛生教育知識，避免因知識不足或錯誤，而對睡眠產生錯誤的認知或期待。譬如:1.午飯後避免喝咖啡、2.睡前 6 小時內不喝酒、3.夜間特別是接近睡眠時避免吸菸、4.睡前 3 小時以外，可以進行溫和的體育鍛鍊，但避免劇烈鍛鍊、5.睡前不看 3C 產品或上床後不照射其他易影響睡眠的燈光、6.睡前避免攝入過多液體和過多食物、7.保持臥室環境安靜、整潔、舒適以及適宜的光線及溫度、8.每天保持規律的體育活動、9.白天避免小睡，午睡不要超過半小時，最好在下午三點以前完成午睡。

(二)、刺激控制:解除不正確的古典制約連結，譬如:將失眠等於睡在床上的連結。

所以要減少臥床時的清醒時間來消除患者對於的床和覺醒、沮喪、擔憂等這些不良後果的消極連結，重建睡意與床之間的正向聯結，使患者上床之後能夠迅速入睡。包括:1.只有晚上有睡意或者到了規定的睡眠時間時，才上床休息;2.如果臥床後感覺到大約 20 分鐘內無法入睡時(無需看錶)，應離開臥室，進行一些放鬆活動(看書或喝溫牛奶)，直到感覺有睡意再返回臥室睡覺；如果再次感覺到大約 20 分鐘內仍然無法入睡時，重複相同策略，但無須焦慮。無論前一天晚上的睡眠時間多少，第二天早晨都在同一時間起床(包括周末)。

(三)、睡眠限制:

患者需在專家指導下，以科學且有系統的方式，逐漸限制或還原失眠者的睡眠時數。失眠患者常常想要用延長臥床時間來增加睡眠的機會，或通過臥床來緩解白天的疲勞，卻往往使睡眠品質與效率進一步下降。睡眠限制療法縮短臥床的清醒時間，增加入睡的驅力以提高睡眠效率(睡眠效率=總睡眠時間/在床上時間×100%)。使用睡眠限制治療法時，減

少患者臥床時間以使其和實際睡眠時間相符，但不能小於 5 小時；只有睡眠效率超過 85% 的情況下才逐漸可增加 15~20 分鐘的臥床時間；當睡眠效率低於 80% 時則減少 15~20 分鐘臥床時間；睡眠效率在 80%~85% 之間，臥床時間不變；而且要避免日間小睡(包含午睡)，並保持起床時間規律，不可有假日補眠行為。

(四)、鬆弛療法:

藉由肌肉逐步放鬆法、腹式呼吸法或正念與瑜珈等方法，來消除睡前焦慮。在睡前 1 小時，可在昏暗的燈光下通過做深呼吸，聽放鬆音樂等放鬆肌肉活動練習進行放鬆，使自己從白天的壓力中放鬆下來，提高睡眠品質；患者可在專業人員指導面對面等方式，教導放鬆訓練技巧，如漸進性肌肉放鬆、生物回饋、腹式呼吸等技術與方法。

(五)、認知療法:

失眠的失功能想法或信念，常會影響患者對於失眠現象的感知覺與想法，進而影響睡眠的行為與品質。因此，瞭解患者的錯誤失眠想法，並加以認知改變，是治療效果重要的核心。藉由糾正患者不切實際的睡眠期望，讓患者保持自然入睡，避免過度關注失眠現象並試圖努力入睡的焦慮方式；同時不要擔憂自己失去了控制自己睡眠的能力。一些錯誤的睡眠信念，包括：夜間失眠與白天不良後果聯繫在一起、不要因為一晚沒有睡好就產生強烈挫敗感、

對失眠影響的耐受性感到懷疑，認為夜間睡眠時間不足，就產生或採取白天多睡的補償心理或方法。

失眠認知行為療法最初被用於慢性原發性失眠(病程超過半年的)，但近來有研究提示，對於短期失眠、繼發性失眠(因其他生心理疾病造成的失眠)，也有一定療效。失眠認知行為療法的實施，患者應該每天記睡眠日記，讓治療者瞭解患者的睡眠狀況(通常也會配戴睡眠監測腕表)。療程一般在 4—6 週，所以患者的配合度與動機要高，方能有所效果，而且剛開始可能會有進步緩慢甚或少許退步情況，患者要有信心。如同時服用安眠藥，不需要且也不該馬上停藥，須在醫師醫囑下逐漸減藥或停藥。失眠認知行為療法需要有經驗的睡眠心理治療師或臨床醫師予以指導，只要堅持配合練習，多數患者睡眠是能夠得到改善的，目前，為考慮患者的經濟負擔與無法治醫院配合長期治療，歐美國家、中國香港大學及台灣台北醫學大學都在實驗使用網路化的失眠認知行為治療(eCBTi)，有部分研究指出其解決失眠問題的正面效果與面對面 CBTi 治療相較，並無比較遜色之處，但由於研究還不多，因此後續的效果仍要有更多的實證研究予以證實。