

苯二氮平受體促效劑處方 建議之國際指引彙編

Compilation of International Recommendations
for Prescribing Benzodiazepine Receptor Agonists



衛 生 福 利 部
食 品 藥 物 管 理 署
Taiwan Food and Drug Administration

序言

現代社會中，工作壓力、生活型態改變及資訊環境快速變遷，持續影響人們的心理健康與睡眠品質。隨著人口老化及慢性疾病盛行，失眠與焦慮已成為全球重要的健康議題。睡眠與情緒健康密切相關，兩者常相互影響，當症狀持續存在並影響日常生活時，可能進一步發展為失眠症、焦慮症等疾病，對個人健康及生活品質造成顯著衝擊。

苯二氮平類藥品（**benzodiazepines**）與 **Z-drugs**，同屬苯二氮平受體促效劑（**benzodiazepine receptor agonists, BZRA**），長期以來廣泛用於失眠症與焦慮症治療。雖然此類藥品具有快速緩解症狀的優勢，但隨著實證醫學發展，其長期使用可能導致依賴性、耐受性、認知功能受損及跌倒等風險，尤其對高齡族群影響更為顯著，因此受到國際醫學界與公共衛生領域高度關注。

為協助臨床醫師及醫療團隊掌握最新國際趨勢，衛生福利部食品藥物管理署委託專家學者蒐集並彙整美國、英國、加拿大、澳洲、歐洲國家、新加坡及世界衛生組織（**WHO**）等收錄 **23** 項國際重要指引。綜觀各國最新建議，均強調優先採行非藥品治療、限制 **BZRA** 為短期使用，並積極推動處方減量與停藥（**deprescribing**）等管理策略。

期盼本書籍能作為醫事人員使用 **BZRA** 治療失眠症與焦慮症之參考，協助臨床決策與國際接軌，進一步提升病人照護品質、用藥安全及生活品質。

衛生福利部食品藥物管理署

署長  謹誌

中華民國 115 年 7 月

目錄 *Contents*

國際指引重點摘要：苯二氮平類藥品與 Z-drugs 用於治療失眠與焦慮之處方建議	05
--	----

在臨床醫療中處方苯二氮平類藥品資訊簡介	13
---------------------------	----

美國指引

01 審慎處方苯二氮平類藥品	31
02 苯二氮平類藥品處方指引	41
03 FDA 要求更新加上黑框警告，以提升苯二氮平類藥品的安全使用	47
04 苯二氮平類藥品與 Z-drug 的安全使用指引	57
05 全國 Permanente 醫療集團針對苯二氮平類藥品與非苯二氮平類鎮靜安眠藥／ Z-drugs（適用於 18 歲以上成人）的臨床實務建議	75
06 新墨西哥州苯二氮平類藥品使用指引	85
07 安全處方苯二氮平類藥品來治療急性焦慮與急性失眠	97
08 臨床實務指引：苯二氮平類藥品及相關藥品的處方與監測	103
09 苯二氮平類藥品減量之聯合臨床實務指引：當苯二氮平類藥品之風險高於效益時的考量	111

英國指引

01 苯二氮平類藥品與 Z 類安眠藥之處方與減藥／停藥指引：在成人失眠與焦慮症之管理	131
02 苯二氮平類藥品／ Z-drug 政策	145
03 與依賴或戒斷症狀相關之藥品：成人安全處方與戒斷管理	153

04 苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的高品質處方指引。2024-2027 年精進指引	169
05 苯二氮平類藥品與 Z-drug 處方：2021 資源手冊	183
06 苯二氮平類藥品處方支持工具包	213

加拿大指引

01 苯二氮平類藥品與 Z-drugs 處方實務準則	217
02 加拿大高齡族群苯二氮平受體促效劑使用障礙症指引	233

澳洲指引

精神醫療實務中苯二氮平類藥品使用指引	239
--------------------------	-----

歐洲指引

01 苯二氮平類藥品：臨床醫師的良好實務指引	243
02 關於適當處方苯二氮平類藥品和 Z-drugs（BZRA）治療焦慮和失眠的指導	261

新加坡指引

01 安眠藥、苯二氮平類藥品及含可待因止咳配方之處方：臨床指引與您需知道的衛生部（MOH）相關規定	287
02 苯二氮平類藥品及其他鎮靜安眠藥品之良好處方實務	291

世界衛生組織指引

世界衛生組織 2023 年苯二氮平類藥品指引摘要	293
--------------------------------	-----

國際指引重點摘要：

苯二氮平類藥品與 Z-drugs 用於治療失眠與焦慮之處方建議

Key Summary of International Guidelines: Recommendations on Prescribing of Benzodiazepines and Z-drugs for the Treatment of Insomnia and Anxiety

壹、前言

過去數十年間，苯二氮平類藥品（benzodiazepines）與 Z-drugs〔此二類藥品皆屬於苯二氮平受體促效劑（benzodiazepine receptor agonist），並共同簡稱為 **BZRA**〕，曾廣泛用於治療失眠症與焦慮症。然而，隨著全球醫界對其長期使用所產生的生理依賴、耐受性、認知損害、跌倒及複雜性睡眠行為等的風險有更深刻的認識，國際間處方建議已出現顯著的「典範轉移（paradigm shift）」。綜觀美國、英國、加拿大、澳洲、歐洲國家、新加坡及世界衛生組織（WHO）近年更新之臨床實務建議，對於 **BZRA** 的處方與管理已達成高度共識。各國衛生主管機關與專業醫學會均強烈呼籲：應強調「非藥品治療優先」、「嚴格限制 **BZRA** 為短期使用」，並積極推動「處方減量與停藥（deprescribing）」。

貳、國際共識彙整

一、確立非藥品治療與替代藥品（非 **BZRA** 的藥品）為第一線治療

各國處方建議一致強調，**BZRA** 不應作為失眠症與焦慮症的首選常規用藥：

- （一）失眠症：第一線治療應為「失眠的認知行為治療（cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I）」與良好睡眠的衛生教育。**BZRA** 藥品僅在嚴重影響生活功能且非藥品治療無效時，作為短期輔助。

(二) 焦慮症：第一線治療應為心理治療〔如認知行為治療 (cognitive behavioral therapy, CBT)〕以及抗憂鬱劑〔如選擇性血清素再回收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) 及血清素 - 正腎上腺素再回收抑制劑 (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)〕。BZRA 僅限於抗憂鬱劑起效前的過渡期，或針對失能性急性焦慮作為短暫緩解時使用。

二、嚴格限制為短期使用與「最低有效劑量」原則

在必須開啟 BZRA 治療的情況下，處方醫師應遵循以下原則：

- (一) 療程極短化：處方天數應盡可能縮短，強烈建議不超過 2 至 4 週（含減藥期）。嚴格避免將 BZRA 預設為連續處方 (repeat prescriptions)。
- (二) 劑量極小化：應從最低核准劑量開始，並依需求來間歇性 (PRN) 使用，避免常規每日給藥，以延緩耐受性 (tolerance) 的發生。

三、致命性藥品交互作用的黑框警告

BZRA 會抑制中樞神經系統與呼吸功能，各國藥品監管機構（如美國 FDA、英國 MHRA）皆已發布最嚴格的警語：

- (一) 避免併用類鴉片藥品 (opioids)：兩者併用會產生協同的抑制作用，倍增呼吸衰竭與致死風險。
- (二) 嚴禁與酒精併用：警告病人服藥期間不得飲酒，以免引發深度鎮靜或增加過量致死的風險。

四、特定高風險族群的處方禁忌

對於特定族群，BZRA 所帶來的危害可能遠大於效益：

- (一) 高齡者 (≥65 歲)：BZRA 被各國列為高齡族群高風險的潛在不當用藥（依據 Beers Criteria）。高齡者對藥品清除率低，使用後極易引發譫妄、認知障礙、步態不穩，並顯著增加跌倒與髖部骨折的風險。如考慮使用，起始劑量應減半並選用無活性代謝物之中短效藥品（如 lorazepam）。

- (二) 其他高風險群：嚴重阻塞型睡眠呼吸中止症（obstructive sleep apnea, OSA）、重症肌無力、孕婦（具致新生兒戒斷風險）以及有物質使用障礙症（substance use disorder, SUD）病史的病人，原則上應避免使用 BZRA。

五、主動監測與醫病共享決策（shared decision making, SDM）

防範藥品濫用與成癮，是處方醫師的重要責任：

- (一) 定期檢視與病歷紀錄：醫師應主動查閱「處方監測計畫（如 prescription drug monitoring program, PDMP / 雲端藥歷）」，防範跨院所重複領藥。
- (二) 落實知情同意：在首次給藥時，必須與病人明確討論藥品具成癮性、可能影響駕駛安全以及「僅作為短期治療」之預期目標，並將溝通內容詳實記錄。

六、安全的處方減量與停藥（deprescribing）策略

長期使用 BZRA 不得貿然停藥，以免引發潛在致命的戒斷症候群（如癲癇或譫妄）：

- (一) 緩慢且漸進的減量（tapering）：應依據病人使用時間與劑量，擬定數週、數月甚至長達一年的客製化減量計畫（例如每 1-2 週減少原劑量之 5%-25%）。
- (二) 藥品轉換策略：針對短效且難以精準切割劑量的 BZRA，可考慮先轉換為等效劑量的長效藥品（如 diazepam），再進行緩慢遞減。
- (三) 心理支持介入：在停藥過程中，病人易產生戒斷性或反彈性焦慮／失眠，醫師應提供支持性關懷，並適時導入認知行為治療（CBT）協助病人度過難關。

參、臨床實務總結

- 一、2 至 4 週是全球認定的「安全紅線」：幾乎所有國家的指引皆將 BZRA 的安全處方極限認定在 2 到 4 週。失眠的處方甚至建議更短（小於 2 週），且應以「需要時才使用 (PRN)」為原則。

二、減藥沒有「一體適用 (one-size-fits-all)」，但有「建議減量梯度」：

(一) 用藥時間越長、劑量越大，減藥應越慢。

(二) 通用的安全速度為「每 1 到 2 週減少總劑量的 5% 到 25%」。

(三) 停藥策略：在減至極低劑量時（例如對當於 **diazepam** 1 至 2 mg 時），戒斷症狀往往最明顯，此階段應將減速放慢至每 2 至 4 週減量一次，再行完全停藥。

三、善用長效藥品（如 **diazepam**）輔助處方減量與停藥：針對具嚴重戒斷風險之病人，建議依據「等效劑量表」將短效藥品（如 **alprazolam**, **lorazepam**）轉換為長效之 **diazepam**，利用其穩定的血中濃度特性，達成平穩處方減量與停藥之目標，但此方法不適用於高齡病人。

四、重要參考文獻

1. Prescribing Drugs of Dependence in General Practice, Part B: Benzodiazepines

<https://www.racgp.org.au/getattachment/1beeb924-cf7b-4de4-911e-f7dda3e3f6e9/Part-B.aspx>

2. Judicious Prescribing of Benzodiazepines

https://a860-gpp.nyc.gov/concern/nyc_government_publications/vt150j81t

3. Benzodiazepine Prescribing Guidance

<https://corxconsortium.org/wp-content/uploads/Benzo-Prescribing.pdf>

4. FDA Requiring Boxed Warning Updated to Improve Safe Use of Benzodiazepine Drug Class

<https://www.fda.gov/media/142368/download?attachment>

5. Benzodiazepine and Z-drug Safety Guideline

<https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/benzo-zdrug.pdf>

6. National Permanente Medical Group Practice Recommendations for Benzodiazepines & Non-Benzodiazepine Sedative-Hypnotics/Z drugs (for Adults 18 and Over)
<https://wa-provider.kaiserpermanente.org/static/pdf/provider/resources/sedative-hypnotics.pdf>
7. Guidelines for the Use of Benzodiazepines in the State of New Mexico
<https://www.nmhealth.org/publication/view/guide/6327/>
8. Safe Prescribing of Benzodiazepines for Acute Treatment of Anxiety and Insomnia
<https://www.overdosefreepa.org/wp-content/uploads/2016/10/Benzo-for-anxiety-and-insomnia-FINAL-002.pdf>
9. Clinical Guidelines: Prescribing and Monitoring of Benzodiazepines and Related Medications
https://cbhphilly.org/wp-content/uploads/2022/10/CBH_CPG_Benzodiazepine_2025-06.pdf
10. Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations when Benzodiazepine Risks Outweigh Benefits
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12463801/>
11. Benzodiazepines and Z-hypnotics Guidance on Prescribing and Deprescribing
<https://www.nottsapc.nhs.uk/media/cdxg4b0o/benzodiazepine-and-z-hypnotic-prescribing-guidance-update.pdf>
12. Benzodiazepine / Z-drug Policy
<https://www.cliftoncourtmedicalpractice.nhs.uk/policies/benzodiazepine-z-drug-policy/>
13. Medicines Associated With Dependence or Withdrawal Symptoms: Safe Prescribing and Withdrawal Management for Adults
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/medicines-associated-with-dependence-or-withdrawal-symptoms-safe-prescribing-and-withdrawal-management-for-adults-pdf-66143776880581>

14. Quality Prescribing for Benzodiazepines and Z-drugs. A Guide for Improvement 2024-2027
<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2024/08/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027/documents/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027/govscot%3Adocument/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027.pdf>
15. Benzodiazepine and Z-drug Prescribing: Resource Pack 2021
<https://gmmmg.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/Benzodiazepine-and-Z-drug-Resource-Pack-GMMMG-FINAL-v1-0-for-GMMMG-website.pdf>
16. Benzodiazepine Prescribing Support Pack
<https://www.nhs.uk/dorset.nhs.uk/Downloads/aboutus/medicines-management/Other%20Guidelines/Benzodiazepines%20Support%20Pack%20Aug16.pdf>
17. Standard of Practice Prescribing Benzodiazepines & Z-drugs (including Zopiclone & other drugs)
<https://cpsm.mb.ca/assets/Standards%20of%20Practice/Standard%20of%20Practice%20Prescribing%20Benzodiazepines%20and%20Z-Drugs.pdf>
18. Canadian Guidelines on Benzodiazepine Receptor Agonist (BZRA) Use Disorder Among Older Adults
https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2019/11/Benzodiazepine_Receptor_Agonist_Use_Disorder_ENG.pdf
19. Guidance for the Use of Benzodiazepines in Psychiatric Practice
<https://www.ranzcp.org/getmedia/cf85cf1c-b983-412d-b13d-0c7d384e0af0/ppg-5-use-of-benzodiazepines.pdf>
20. Benzodiazepines: Good Practice Guidelines for Clinicians
<https://assets.gov.ie/15976/de072755b31c4c0993d4b6bfe960ac00.pdf>
21. Guidance on Appropriate Prescribing of Benzodiazepines and Z-drugs (BZRA) for the Treatment of Anxiety and Insomnia
<https://www.drugsandalcohol.ie/34248/>

22. Prescriptions of Hypnotics, Benzodiazepines and Codeine Containing Cough Mixtures - Clinical Guidance and What You Need to Know About MOH Rules
https://isomer-user-content.by.gov.sg/77/355fd8e0-23d2-442c-9d16-c0260fd5a84d/smc-newsletter-2022_20th-ed_nov.pdf
23. Good Practices in the Prescription of Benzodiazepines and Other Sedative Hypnotics
<https://doi.org/10.11622/smedj.2021232>
24. Summarizing The World Health Organization's 2023 Benzodiazepine Guidelines
<https://www.benzoinfo.com/2023/12/01/who-2023/>
25. American Geriatrics Society Beers Criteria® Alternatives Panel, & Steinman, M. A. (2025). Alternative Treatments to Selected Medications in the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria®. *Journal of the American Geriatrics Society*, 73(9), 2657–2677.
<https://doi.org/10.1111/jgs.19500>

在臨床醫療中處方苯二氮平類藥品資訊簡介

Overview of Prescribing Benzodiazepines in Clinical Practice

Prescribing Drugs of Dependence in General Practice, Part B: Benzodiazepines

在臨床醫療中處方成癮性藥品，B 部分：苯二氮平類藥品

Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)

<https://www.racgp.org.au/getattachment/1beeb924-cf7b-4de4-911e-f7dda3e3f6e9/Part-B.aspx>

*註：本篇文章內容摘錄自上述文獻

1、苯二氮平類藥品的臨床藥理學

目前在臨床上有多种苯二氮平類藥品（以下簡稱 **BZDs**）可供使用，而其分類可依據其主要用途、起效速度、作用時間及藥品半衰期。雖然不同 **BZDs** 間的藥物動力學特性（吸收、分布、代謝、排除）有所不同，但這些藥品在藥效學特性及臨床作用方面皆很類似。

1.1. 特性

BZDs 具備以下四種主要藥效特性，使其具有臨床應用價值：

- 抗焦慮（anxiolytic）
- 鎮靜 / 安眠（sedative/hypnotic）
- 抗癲癇（anticonvulsant）
- 肌肉鬆弛（muscle relaxant）

此外，**BZDs** 亦可能導致順行性失憶（anterograde amnesia），這種作用常用於圍手術期的鎮靜作用（periprocedural sedation）。

這些藥效特性來自於藥品對中樞神經系統（**CNS**）中，抑制性神經傳導物質— γ -氨基丁酸（ γ -aminobutyric acid, **GABA**）活性的強化所致。**BZDs** 通過與 **GABA-A** 受體複合體上的受體結合，產生全腦範圍的抑制作用，包括：

大腦皮質：導致嗜睡及認知功能受抑制；中腦邊緣多巴胺系統（mesolimbic dopamine system）：減弱恐懼與焦慮等情緒；海馬迴（hippocampus）：影響記憶功能並發揮抗癲癇作用；小腦與其他運動區域：影響平衡感、運動控制、肌肉張力及協調能力。由於這些影響不具選擇性，因此可能導致多種副作用。

新型非苯二氮平促效劑，以下簡稱 **Z-drugs**（如 zolpidem 及 zopiclone）透過與 **BZDs** 相同的 **GABA-A** 受體來結合以增強 **GABA** 活性。雖然這類藥品的作用機制與 **BZDs** 相似，但主要被用於治療失眠。**Z-drugs** 需要較高劑量才會產生抗焦慮等及其他作用。然而，**Z-drugs**（目前最常被處方的安眠藥）與 **BZDs** 具有類似的風險，包括依賴性與不良反應。

1.2. 起效速度

BZDs 經口服後可被迅速吸收，其最大藥效通常在 30 分鐘至 2 小時內達到。脂溶性較高的 **BZDs**（如 diazepam）能更快進入中樞神經系統（**CNS**），因此起效更迅速。

1.3. 代謝與藥效持續時間

BZDs 的代謝速度差異較大，因涉及多種代謝機制。根據其代謝特性，**BZDs** 可分為短效、中效及長效。

大多數 **BZDs** 的排除半衰期（elimination half-life）遠長於其臨床作用時間。**BZDs** 在吸收後會迅速重新分布至脂肪組織，導致其明顯效應在數小時內消退。然而，藥品仍可能產生較隱微的影響，且長期服用會導致藥品在脂肪組織內蓄積，最終在約五個半衰期內達到穩定的血漿藥品濃度。由於 **BZDs** 自脂肪組織的釋放速度較慢，因此即使停藥，仍可能在數週甚至數個月內於尿液檢測中發現其殘留。

BZDs 主要經肝臟代謝，並由腎臟排除。肝功能或腎功能異常的病人可能會影響 **BZDs** 的代謝，導致藥品作用延長。**Oxazepam**、**lorazepam** 及 **temazepam** 主要透過葡萄糖醛酸化（glucuronidation）代謝，因此不會產生活性代謝物。這些藥品較少受其他藥品影響，但仍可能與其他鎮靜類藥品產生協同作用。其他 **BZDs** 則經肝臟細胞色素 **P450**（**CYP450**）**3A4** 酵素系統代

謝，其中許多 BZDs 也是 CYP 酵素的弱抑制劑。因此，這些 BZDs 可能與經 CYP450 酵素代謝的其他藥品產生顯著的藥品交互作用。

1.4. 耐受性

所有成癮性藥品的耐受性都會隨著反覆使用而產生。BZDs 及其代謝物的穩定血漿濃度通常在約五個排除半衰期後達成，一般約需數天至 2 週的時間。在達到穩定血漿濃度數天後，病人可能會開始出現藥效減弱的情況，這主要與多種神經適應（neuroadaptive）及生理機制相關。

苯二氮平耐受性（tolerance）的發展速度與程度，因其不同藥理作用而異，且耐受程度因個別病人而異，具體表現如下：

- 高比例的癲癇病人會在數週內對 BZDs 的抗癲癇效果產生耐受性。肌肉鬆弛作用亦類似。對於患有痙攣症的病人而言，耐受性可能發展迅速。
- 安眠耐受性是否快速發展仍存爭議。部分文獻認為其發展迅速，而另一些研究則認為其發展較為緩慢。研究受限於試驗的時間長短，但睡眠研究顯示，某些快速排除體外的 BZDs（如 triazolam），在 2 週內即出現耐受性。其他 BZDs（如 midazolam）則耐受性發展較慢，且程度較低。Z-drugs（如 zolpidem、zopiclone）亦會產生安眠耐受性，但程度較輕。
- BZDs 的抗焦慮及健忘（失憶）作用可能不會產生耐受性。不過，部分研究顯示，長期（數年）使用後可能會緩慢發展耐受性，但證據仍有限。

長期使用 BZDs 可能會導致苯二氮平受體功能的慢性變化，且即使在戒斷及長期停藥後，受體功能也可能無法完全恢復至成癮前的狀態。

BZDs 與其他鎮靜 / 安眠藥品及酒精之間具有高度交叉耐受性（如對酒精耐受同時也會對藥品耐受）。

耐受性的發展與劑量增加、暴量性服藥（binge dosing）相關，並且是依賴（dependence）與物質使用障礙症（substance use disorder, SUD）的診斷標準之一。然而，與一般對耐受性發展的預期不同，即使長期使用 BZDs，病人通常不會持續增加劑量。針對焦慮或失眠開立 BZDs 的病人，即便長期使用，大多數人的劑量並未顯著上升。但仍有”對高劑量苯二氮平單一依賴（high-dose benzodiazepine mono-dependence）”的案例報導。

在藥品轉換時，耐受性的發展使得計算等效劑量變得困難，因而增加劑量換算的不確定性。

1.5. 等效劑量

等效劑量主要用於藥品轉換時的參考。不同來源〔如（治療指引）**Therapeutic Guidelines**〕均有記載各類 BZDs 的口服劑量比較。然而，不同 BZDs 的臨床效力因個體差異而有所不同，且半衰期相差甚遠的藥品難以直接換算等效劑量（詳見表 1）。此外，個體間的代謝變異也會影響 BZDs 的藥效，因此，相關的等效劑量表皆應謹慎使用。

表 1. 苯二氮平類藥品 (BZDs) 的起效速度、半衰期與等效劑量

學名	商品名 （列舉）	起效速度 （高峰時間）	排除半 衰期	對應 diazepam 5 mg 的等 效劑量 *	備 註
Diazepam	Antenex, Ducene, Valium, Valpam	快速（30–90 分鐘）	雙相性： 快速相 3 小時；排 除半衰期 20–48 小 時	5 mg	長效代謝物 （temazepam, desmethyldiazepam, oxazepam）可能導 致累積，增加成癮風 險
Alprazolam	Alpraz, Kalma	快速 – 中等 （1 小時）	6–25 小時	0.5 mg	因脂溶性較高，成癮 風險增加；非醫療使 用者臨床報告其藥 效可在 20 分鐘內出 現，持續約 6 小時
Bromazepam	Lexotan	快速 （0.5–4 小時）	20 小時	3 mg	
Clonazepam	Paxam, Rivotril	中等 （2–3 小時）	22–54 小時	0.25 mg†	肝病病人需謹慎使用
Flunitrazepam	Hypnodorm	快速 （1–2 小時）	20–30 小時 *		

Lorazepam	Ativan	中等 (2 小時)	12–16 小時	1.0 mg‡	無活性代謝物，適用於肝功能受損病人
Nitrazepam	Alodorm, Mogadon	快速 (2 小時)	16–48 小時	5 mg	
Oxazepam	Alepam, Murelax, Serepax	緩慢 – 中等 (2–3 小時)	4–15 小時	15 mg	無活性代謝物，適用於肝功能受損病人
Temazepam	Euhypnos, Normison, Temaze, Temtabs	中等 (錠劑 30–60 分鐘； 膠囊 2 小時)	5–15 小時	10 mg	無活性代謝物，適用於肝功能受損病人
Triazolam	Halcion	快速 (1–3 小時)	雙相性： 快速相 2.5–3.5 小時；排除 半衰期 6–9 小時	0.25 mg	無活性代謝物
Zolpidem	Stilnox	快速 (0.5–3 小時)	2.5 小時	10 mg	
Zopiclone	Imovane	快速 (1.75 小時)	5 小時	7.5 mg	

* 備註：不同研究顯示的等效劑量存在差異，因苯二氮平類藥品的半衰期與受體結合特性變異較大，精確等效劑量難以確定。

† Clonazepam 的等效劑量報告差異較大。

‡ Lorazepam 在高劑量時可能相對更具效力。

1.6. BZDs 的副作用

1.6.1 對精神健康與功能的影響

儘管 BZDs 常用於治療精神疾病，但其與多種精神健康及功能障礙症的不良影響相關。

認知功能受損

認知功能受損是一個廣義術語，涵蓋多種 BZDs 對中樞神經系統（CNS）影響所引起的症狀。

急性使用（**acute administration**）可能導致和使用劑量相關的副作用，包括：鎮靜、嗜睡、學習能力受損、精神動作遲緩（**psychomotor slowing**）、順行性失憶（**anterograde amnesia**）。

長期使用後的認知功能影響則因耐受性發展而有所變化，但在長期使用後，並非所有急性的認知功能影響都能完全被適應或減弱。部分的認知與精神動作功能障礙可能在停藥（戒斷）後仍持續存在。

精神動作（**psychomotor**）功能的一個重要面向是駕駛能力。服用 BZDs 會使交通事故風險增加 60%–80%。酒精與 BZDs 合併使用會進一步加劇影響，使事故風險增加超過 7 倍。

焦慮

病人在長期使用 BZDs 期間可能會出現新發的或加重的焦慮、或在停藥後發生反彈性焦慮（**rebound anxiety**）。

憂鬱

服用 BZDs 的病人可能會加重憂鬱、或在使用期間首次發生憂鬱。BZDs 可能誘發或加重憂鬱，其機制可能與減少血清素（**serotonin**）及正腎上腺素（**noradrenaline**）等神經傳導物質的分泌有關。

反常性興奮與抑制解除效應

BZDs 可能產生去抑制效應（**disinhibitory effect**，大腦對於行為控制的抑制力減弱），特別是在高劑量時，導致病人表現出與平時性格不符的行為，並可能因風險感知能力受損而將自己置於危險情境。常見的情境包括：高風險的性行為、魯莽駕駛。此外，BZDs 暴量性服用（**benzo binges**）與商店行竊及其他犯罪行為有關。

病人可能會出現反常性興奮，包括焦慮加劇、失眠、話多、坐立不安、躁狂，甚至偶爾發生憤怒或暴力行為（俗稱藍波效應，**Rambo effect**）。

1.6.2 依賴、戒斷症候群與問題性使用

依賴——現代觀點

儘管 **BZDs** 廣為人知且被廣泛使用，但依賴（**dependence**）的概念仍然相當複雜。

傳統上，依賴的定義主要基於藥理學觀點，即：在長期使用藥品後，當停藥後會出現戒斷反應（**withdrawal**），這種戒斷反應具有時限性，且可透過重新服藥來逆轉。

編者註：目前的國際指引皆指出 **BZDs** 所引起的絕大多數是生理性依賴，為藥品長期使用下的正常生理反應。而戒斷症候群的產生，亦是長期或大量用藥後，突然停藥或快速減藥所致。

戒斷症候群

BZDs 的戒斷症候群表現高度多變。

目前尚不清楚為何某些長期使用者，即使連續使用多年，仍能輕鬆戒斷，而另一些病人則經歷長期且極為痛苦的戒斷過程。

戒斷症狀通常在停用 **BZDs** 後的 2–3 個半衰期內出現，並通常會在數週內逐漸減輕直至消失。突然停用 **BZDs** 可能會引發癲癇發作。

最輕微的戒斷形式為「反彈現象（**rebound**）」，其特徵為原本的症狀短暫復發，且強度更高。停用 **BZDs** 後，反彈性焦慮與失眠極為常見。戒斷症狀可能包括：易怒、感覺異常（**paraesthesia**）、耳鳴、頭痛、頭暈、記憶力下降、注意力不集中、知覺扭曲（**perceptual distortions**）、月經失調、感覺過敏（**sensory hypersensitivity**）。透過逐步減量可有效減少戒斷症狀的發生。

使用短效與中效 BZDs 比使用長效 BZDs 更容易引發反彈現象與戒斷症候群。戒斷症候群可能於病人仍在服藥期間出現，這可能與以下因素有關：病人未增加劑量來應對耐受性的增強，導致戒斷症狀逐漸浮現。病人使用短效 BZDs，在二次劑量間，隨著血中濃度下降，可能也會經歷戒斷症狀。

戒斷症狀的發生率

戒斷症候群的發生率與高劑量及長期使用有關。

2.BZDs 適用於多種疾病，包括：

- 失眠症
- 焦慮症
- 酒精戒斷
- 躁症 / 輕躁症
- 癲癇
- 急性癲癇發作
- 住院病人的激動 / 興奮狀態
- 安寧療護
- 肌肉骨骼疾病

以下文章就較常使用的適應症：失眠症及焦慮症做探討

2.1. 失眠症

- 失眠是一般醫療中常見的問題，對慢性失眠的理解仍在不斷發展。
- 急性失眠通常會在誘發因素解決後，自然恢復正常睡眠。
- 慢性失眠的治療重點在於處理潛在的共病因素（若存在），並採取心理及行為管理策略。

- 對於嚴重或頑固性（對非藥品治療有抵抗性的）失眠，可能需要藥品治療（不論急性或慢性失眠），處方決策應依個別情況評估，並審慎考量所有的風險與潛在效益。
- **BZDs** 與 **Z-drugs** 已被證實具有療效，適合短期或間歇性使用，但兩類藥品皆可能導致依賴與不良事件。
- 在首次開立處方時，即應與病人討論減量與停藥計畫，並在睡眠模式恢復正常後逐步減量。
- 藥品治療應搭配病人的教育與定期評估，以確保治療的安全性與有效性。

2.1.1. 急性失眠（acute insomnia）

高達 80% 的人群，在一生中某個階段會經歷急性失眠，通常是由一個或多個誘發因素所引起。

急性失眠的可能誘發因素包括：

- 生理因素 – 因壓力而過度警覺（**hyperarousal**），如值班、照顧生病的親屬、或處於陌生環境（如住院）。
- 藥理因素 – 例如因處方藥（如使用新開立的利尿劑導致夜尿）或非處方藥的影響。
- 身體因素 – 例如因咳嗽、環境因素（如噪音、溫度）的影響。
- 因生理時鐘節律的干擾（如時差反應）。

只要病人保持良好的睡眠習慣，大多數人皆會在誘發因素消失或減弱後恢復正常睡眠。

急性失眠（acute insomnia）的治療

治療重點應放在避免或去除誘發因素（若可能）。

所有病人皆應接受基本的行為諮詢，包括睡眠衛生指導與刺激控制策略。

當急性失眠嚴重、影響功能或造成顯著困擾時，可考慮藥品治療作為輔助措施。**BZDs** 與 **Z-drugs** 是最有效的藥品。短期使用 **BZDs** 作為安眠劑，應僅作為整體管理計畫的一部分，且應設定明確的停藥點，即當睡眠模式恢復正常時，即應停藥。

2.1.2. 慢性失眠（chronic insomnia）的治療

造成慢性失眠的因素非常多樣化，而慢性失眠的治療應從處理相關的潛在問題開始，包括：

- 藥理因素 – 處方藥品（如某些抗憂鬱劑的作用或某些鎮靜劑的停藥症候群）、非處方藥品（如咖啡因、酒精）
- 身體疾病 – 疼痛、呼吸及心血管疾病、神經系統疾病、運動障礙、腿不寧症候群（restless leg syndrome）及其他睡眠障礙
- 精神疾病 – 憂鬱、焦慮、失智（dementia）及物質使用障礙症
- 生理時鐘節律干擾 – 輪班工作等

慢性失眠的非藥品介入

慢性失眠的治療首選應以非藥品的介入方式，已有證據支持其可帶來持續的睡眠改善。非藥品介入包括：

- 認知行為治療（cognitive behavioral therapy, CBT）：如刺激控制、睡眠限制療法、放鬆技巧、認知治療及睡眠衛生教育
- 簡短行為療法（brief behavioural therapy）– 即調整影響睡眠調節系統中的喚醒行為（waking behaviours）
- 運動

每週進行心理與行為治療，持續 4–8 週，可顯著且持久的改善睡眠，效果可維持長達 2 年。目前，這些療法已可透過線上平台獲得，大幅提升了可及性。

慢性失眠的藥品治療

藥品治療應搭配病人教育、定期評估，並努力維持最低有效劑量，當條件允許時應逐步減量。

- BZDs- 該類藥品可能適用於治療嚴重急性失眠或頑固性慢性失眠。入睡困難型失眠（sleep-onset insomnia）可考慮使用短效藥品作為初步藥品嘗試，這可能改善失眠並減少隔天早晨的殘餘嗜睡。睡眠維持型失眠（sleep-maintenance insomnia）則建議長效藥品作為起始藥品的嘗試。

- **Z drugs** – 短期內可有效治療失眠，但缺乏長期療效的證據。Z-drugs 與 BZDs 類似，可能導致不良反應、反彈性失眠、耐受性及物質使用障礙症（SUD），因此需謹慎監測。Zolpidem 黑框警告：可能與潛在危險的複雜睡眠行為相關，如夢遊、睡眠駕駛及其他異常行為。不得與酒精併用。使用時需謹慎考量其與其他中樞神經抑制劑（CNS depressants）的交互作用。建議最多使用 4 週，且需密切醫療監測。

當使用心理與行為治療時，其效果與 z-drugs 相當，且長期效果更穩定。Zolpidem 與 zopiclone 的處方管理應與 BZDs 相同，並採取相同的預防措施與病人管理方式。

- **Melatonin** – 褪黑激素（melatonin）是人體內源性荷爾蒙，負責調控晝夜節律與睡眠調節。部分中老年失眠病人血中的褪黑激素濃度可能較低，補充褪黑激素可改善 30–50% 55 歲以上病人的部分睡眠指標。但臨床試驗結果不一，有些病人在使用持續釋放型褪黑激素（prolonged-release melatonin）後，睡眠品質與晨間清醒度顯著改善，但許多病人未有明顯療效。褪黑激素不具有成癮性，停藥後不會引起戒斷反應。但目前缺乏長期研究的數據。
- **其他處方藥品** – 抗精神病藥品（antipsychotics 如 quetiapine、olanzapine）缺乏短期或長期用於失眠治療的實證。此類藥品具有顯著風險，因此不建議使用於單純慢性失眠（無共病情況）。其他具鎮靜作用之藥品如抗憂鬱劑（antidepressants）、第一代抗組織胺（如 diphenhydramine）等，不建議在失眠症病人作為常規使用。
- **非處方藥（over-the-counter, OTC）** – 如抗組織胺、含抗組織胺 / 止痛成分的複方藥品、草藥及營養補充品（如纈草 valerian）。由於缺乏療效與安全性數據，不建議用於慢性失眠的治療。

2.2. 焦慮症

- 焦慮症為常見疾病，涵蓋輕度至重度的不同臨床表現。
- 完整的臨床評估是治療的第一步。有效的管理需確保準確診斷，並認識到病人可能不僅只有一種病症〔例如，一位病人可能同時患有廣泛性焦慮症（generalized anxiety disorder, GAD）、恐慌症與憂鬱症〕。

- 當需要治療時

- 廣泛性焦慮症（GAD）、恐慌症（panic disorder）及恐慌發作（panic attacks）的第一線治療應包括認知行為治療（CBT），因其能有效減少焦慮症狀，且短期與長期療效均佳。
- 選擇性血清素再回收抑制劑（selective serotonin reuptake Inhibitors, SSRIs）與血清素－正腎上腺素再回收抑制劑（serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs）對各類焦慮症均有效，且適合作為焦慮症的首選藥品治療。
- 短期使用 BZDs 作為輔助治療，可能有助於減少病人在開始抗憂鬱藥（antidepressants）治療的前幾天至數週內，因藥品尚未起效而出現的症狀惡化，並提升病人的治療依從性（adherence）。
- BZDs 在焦慮症的使用主要限於嚴重或對非藥品治療療效不佳的病人。
- 合併使用兩種或以上精神活性藥品（psychoactive drugs）的病人，可能面臨較高且較嚴重的健康風險，應特別注意。
- 編者註：焦慮症包括廣泛性焦慮症（GAD）、恐慌症（panic disorder）、強迫症（obsessive-compulsive disorder, OCD）、創傷後壓力症（posttraumatic stress disorder, PTSD）、恐懼症（phobias）及社交焦慮症（social anxiety disorder, SAD）。

3. 苯二氮平治療的持續時間（duration of benzodiazepine therapy）

最佳治療持續時間（optimal duration of therapy）

各種臨床指引與藥品手冊通常建議 BZDs 的治療期間為 1–4 週，但具體時間取決於適應症。短期治療可以降低依賴風險（risk of dependence）、減少戒斷反應（withdrawal symptoms）及避免其他的潛在危害如認知功能受損（cognitive impairment）。

需要注意的是：短期治療（1–4 週）並無法降低跌倒或意外事故風險。某些病人若治療超過 1 個月，依賴風險將顯著增加。醫療專業人員在平衡治療的相對效益與風險時，應提高警覺。

如何確定最佳治療持續時間？目前尚無明確數據可決定最佳治療持續時間。較合理的方法是：透過「風險－效益評估」與「醫病共享決策」來決定治療時間。定期嘗試「減量與停藥」以評估是否需要繼續治療。此方法提供了一種「退場策略」，避免治療無止境地持續下去。

關鍵原則：醫療專業人員應秉持臨床規範與負責任的處方行為，特別是在考慮長期使用 **BZDs** 時。

長期處方 **BZDs** 的合理性

臨床實務指引普遍將 **BZDs** 視為「短期治療選擇」。長期使用（超過 4 週）通常不被臨床實務指引所推崇，因此應屬罕見情況，且需謹慎決策。

處方 **BZDs** 時，應考量：

- **BZDs** 的可能風險與效益。
- 其他替代治療的風險與效益。
- 是否與病人及照護者（如適用）共同做出決策。

可能考慮長期處方的情境：

- 病人對多種一線治療無效，或無法耐受。
- 藥品使用為間歇性。
- 由專家建議，並提供明確的治療理由。

對於某些病人而言，**BZDs** 的替代療法可能無效、效益有限、無法取得，或在臨床上不適當。若病人沒有藥品依賴的病史，且具備正向的「生活型態」指標，並且在臨床上可以合理地支持使用 **BZDs** 的決策，則長期治療不必然應被視為偏離良好臨床實務。

在經過嚴格評估與監督的情況下，**BZDs** 治療仍可作為部分病人的長期治療選項。

長期 BZDs 處方的管理

許多病人可以安全的短期使用 **BZDs**，或間歇性長期使用（按需服用），並在不需要時停藥。

若臨床決策認為持續使用 **BZDs** 為最適當的管理方式，則需進行：持續監測病人的健康狀況、及保持對潛在風險的警覺。

負責治療的專科醫師（**specialist**）或一般科醫師（**general practitioner, GP**）應明確擬定處方計畫，並記錄於病歷或治療計畫中。

處方計畫可能包括以下指示：

- 定期進行處方審查。
- 未經面對面診療，不得重複開立處方。
- 所有處方應由同一位醫師於同一家診所（構構）開立。
- 所有藥品應由同一家藥局調劑及領藥。

BZDs 應處方最低有效劑量，並採間歇性給藥，且需定期審查治療計畫並嘗試減藥。

在續開 **BZDs** 處方或進行藥品評估時，醫師應持續與病人討論長期使用 **BZDs** 的風險，以及停藥的益處（例如對認知、情緒、睡眠和體能狀況的影響），並在病人出現相關問題時，建議其減少或停用 **BZDs**。醫師應記錄這些溝通內容。

應密切監測病人是否有藥品的問題性使用或治療劑量依賴行為。若出現劑量增加或不當使用的情況，應全面檢視處方，嘗試停用 **BZDs**，並評估替代治療方案。

短期使用後的停藥

對於使用 **BZDs** 治療時間少於 4 週的病人，通常可以直接停藥，無需逐漸減量。但對於有癲癇風險的病人，應謹慎處理。

長期使用後的停藥（戒斷）

對於長期使用 **BZDs** 的病人，大多數情況下都可以停藥，但減量過程可能較為困難且耗時。良好的醫病關係有助於戒斷過程，必要時可尋求專科支援。停藥通常具有正面效果，特別是在老年病人中，因為其可改善精神運動功能和認知能力。

戒斷策略會根據不同的依賴類型而有所不同（如治療劑量依賴、處方高劑量使用、娛樂性高劑量使用或多重藥品使用）。戒斷症狀（表 2）的表現高度個別化，因此每位病人都需要量身訂製的戒斷管理計畫，同時也應處理潛在的健康問題。對於半衰期較短的藥品，戒斷症狀可能在 1 至 2 天內出現，而對於半衰期較長的藥品，症狀可能需 3 至 7 天才會顯現。

表 2、急性戒斷症狀

焦慮症狀		感知扭曲	重大臨床事件 （主要發生於高劑量使用後突然停藥時，可能出現以下精神與身體症狀）
心理症狀	身體症狀		
● 焦慮（Anxiety） ● 恐慌發作（Panic attacks） ● 失眠（Insomnia） ● 記憶力減退（Poor memory） ● 憂鬱（Depression） ● 偏執（Paranoia） ● 侵入性記憶（Intrusive memories）	● 躁動（Agitation） ● 顫抖（Tremor） ● 頭痛（Headache） ● 無力（Weakness） ● 頭暈（Dizziness） ● 噁心（Nausea） ● 嘔吐（Vomiting）	● 對聲音、光線、觸覺、味覺過度敏感（Hypersensitivity to sound, light, touch, taste） ● 身體異常感覺（如搔癢、疼痛、僵硬、視力模糊、感覺異常、肌肉抽動、耳鳴、灼燒感）	● 癲癇發作（Fits，發生率 1–2%） ● 譫妄（Delirium，罕見） ● 短暫幻覺或錯覺（Transient hallucinations or illusions，罕見）

● 藥品渴求 (Cravings) ● 夢魘 (Nightmares) ● 易激動 (Excitability) ● 特定場所恐懼症 (Agoraphobia) ● 社交恐懼症 (Social phobia) ● 強迫思考 (Obsessions) ● 憤怒、攻擊性 (Rage, aggression) ● 情緒不穩定、易怒 (Irritability)	● 腹瀉 (Diarrhoea) ● 便秘 (Constipation) ● 心悸 (Palpitations) ● 皮膚疹 (Rashes) ● 刺痛、麻木、感覺異常 (Tingling, numbness, altered sensation) ● 疲勞 (Fatigue) ● 類流感症狀 (Flu-like symptoms)	● 對自我或環境感到不真實 (失自我感或失真感) (Depersonalisation or derealisation)	● 類型：視覺、觸覺、聽覺 ● 精神病 (Psychosis, 極罕見)
---	---	---	---

BZDs 戒斷管理的一般原則

當 BZDs 依賴已經形成時，治療往往較為困難，可能成為長期且令人痛苦的問題。因此，應鼓勵有藥品依賴的病人停藥，並定期提供戒斷計畫。對於部分病人而言，停藥可能較為困難，但仍應嘗試；而對於其他病人，首要目標可能是先減少劑量，而非立即停藥。

由於數據有限，目前難以提供基於實證的 BZDs 戒斷之一般管理建議。以下為一些通用原則：

- 檢視病人的處方紀錄，並與長期使用 BZDs 的病人討論其狀況。
- 向病人提供建議信，說明逐步減藥的方法（這可能足以激勵部分病人嘗試戒斷）。
- 教導病人如何應對焦慮與失眠（無論其為原發性問題或戒斷引起）。
- 認可並理解戒斷 BZDs 可能帶來的壓力。

- 鼓勵家人與朋友在病人戒斷期間提供支持與實際協助。
- 轉介病人至適當的服務機構（如心理師或支持團體）。僅當病人有其他藥品或酒精（酒品）問題，或該機構對 BZDs 依賴有特定治療服務時，才考慮轉介病人至該機構治療。
- 建議病人改變生活方式，例如規律運動。
- 建議病人避免飲酒。
- 建議病人避免攝取具輕度刺激的食品〔如咖啡與巧克力（可可鹼）〕，因其可能導致焦慮、恐慌發作與失眠。
- 戒菸建議應延後至 BZDs 完全停用後再實施。

BZDs 減量需要團隊合作，處方醫師應與其他參與病人照護的專業人員（如藥師、臨床心理師、精神科醫師、成癮治療機構）保持定期溝通。

編者註：國際趨勢

苯二氮平類藥品（Benzodiazepines, BZDs）與 Z-drugs，長期以來被廣泛應用於焦慮症及失眠症的治療。然而，隨著這類藥品在臨床上的普及，其長期使用所導致的依賴性（Dependence）、耐受性（Tolerance）、濫用（Misuse）以及跌倒、認知功能障礙等嚴重副作用，已成為全球公共衛生的重大議題。

過去數十年間，臨床指引多著重於「如何處方」，但近年來的國際趨勢已出現顯著的「典範轉移（Paradigm Shift）」。各國衛生主管機關與專業醫學會不僅強化了處方限制，更將焦點轉向「處方減量與停藥（Deprescribing）」、「共同決策（Shared Decision Making）」以及「安全戒斷（Safe Withdrawal）」的系統性管理。

參考文獻：Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations When Risks Outweigh Benefits. Journal of general internal medicine, 2025: 40(12), 2814–2859. <https://doi.org/10.1007/s11606-025-09499-2>

審慎處方苯二氮平類藥品

Judicious Prescribing of Benzodiazepines

The New York City Department of Health and Mental Hygiene

https://a860-gpp.nyc.gov/concern/nyc_government_publications/vt150j81t

- * 註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

前言

- 苯二氮平類藥品（benzodiazepines）若與類鴉片止痛藥（opioid analgesics）、酒精（alcohol）或其他中樞神經抑制劑（central nervous system depressants）併用，會增加致命性過量的風險。
- 如有須使用苯二氮平類藥品的適應症時，應處方最低有效劑量，並限制使用期間，最長不超過 2 至 4 週。*
- 應避免同時處方苯二氮平類藥品與類鴉片止痛藥（opioid analgesics），因併用可能導致致命性的呼吸抑制。

* 本文件所列指引不適用於臨終照護（end-of-life care）情境。

苯二氮平類藥品

- 苯二氮平類藥品會與大腦中的 GABA 受體結合，進而抑制中樞神經系統的功能。
- 此類藥品常因具鎮靜安眠、抗焦慮、肌肉鬆弛及抗痙攣等作用而被處方使用。

框列一（box 1）：關於苯二氮平類藥品與 Z-drugs 的迷思與事實

迷思：苯二氮平類藥品為焦慮的第一線治療方式。

事實：苯二氮平類藥品

- 可用於治療嚴重的焦慮症狀，建議使用期間為 2 至 4 週，理想情況下應作為等待其他治療方式（見框列二與三）發揮療效期間的過渡（暫時性）選擇。
- 療效通常在超過 4 至 6 週後會逐漸減弱。

迷思：苯二氮平類藥品為失眠的第一線治療方式。

事實：苯二氮平類藥品

- 可作為短期（1 至 2 週）緩解嚴重失眠症狀的對症治療，適用於其他治療方式尚在實施階段時。
- 停藥後可能導致反彈性失眠（rebound insomnia）。
- 對於慢性失眠症或夜半失眠（半夜醒來後失眠，常見於年長者）似乎無顯著療效。

迷思：低劑量的苯二氮平類藥品不會產生成癮性。

事實：

- 長期使用苯二氮平類藥品無論劑量高低，皆可能導致生理依賴（physical dependence）。
- 使用者可能為了避免預期中戒斷症狀的發生，而非基於原始治療目的，進而誤用（持續使用）該藥品。

迷思：Z-drugs（例如 zolpidem、zaleplon）比苯二氮平類藥品更安全。

事實：Z-drugs

- 與苯二氮平類藥品類似，皆會與 GABA 受體結合。
- 不建議長期使用。

- 在安全性方面，與苯二氮平類藥品相比並無明顯優勢，尤其對年長者更是如此。
- 會增加年長者跌倒的風險。

框列二：在不使用苯二氮平類藥品的情況下，焦慮之治療方式：

非藥品治療

- 認知行為治療（cognitive behavioral therapy）
- 放鬆技巧
- 瑜伽、冥想
- 運動

長期藥品治療

- 選擇性血清素再回收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs）
- 血清素 - 正腎上腺素再回收抑制劑（serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs）

框列三：在不使用苯二氮平類藥品的情況下，失眠之治療方式：

非藥品治療

- 認知行為治療（cognitive behavioral therapy）——被視為第一線治療方式
- 良好睡眠衛生習慣
 - 維持規律的睡眠作息
 - 避免白天小睡
 - 建立放鬆的睡前常規，例如泡澡或閱讀書籍
 - 睡前避免使用螢幕（電子用品）

- 保持臥室環境昏暗、安靜，並維持舒適且偏涼的溫度
- 夜間限制攝取酒精（酒品）、咖啡因及菸品
- 規律運動——惟應避免睡前數小時內進行劇烈運動
- 放鬆技巧

藥品治療

- 褪黑激素（melatonin）

表一：苯二氮平類藥品與常見藥品之交互作用

交互作用	藥品類別	舉例
造成苯二氮平類藥品血中濃度上升（CYP450 酵素的抑制作用）	抗黴菌藥品 （ Antifungals ）	Ketoconazole Itraconazole
	巨環類抗生素 （ Macrolides ）	Clarithromycin Erythromycin
	選擇性血清素再回收抑制劑（ SSRIs ）	Fluoxetine Paroxetine
	組織胺 H2 受體阻斷劑 （ Histamine-2 blockers ）	Cimetidine
增強苯二氮平類藥品的鎮靜作用	類鴉片藥品（ Opioids ）	Oxycodone
	抗精神病藥 （ Antipsychotics ）	Chlorpromazine Clozapine
	巴比妥類藥 （ Barbiturates ）	Phenobarbital Secobarbital
	具鎮靜作用之抗組織胺藥（ Sedating antihistamines ）	Diphenhydramine Hydroxyzine

表二：常用之苯二氮平類藥品 BZDs 與 Z-drugs

學名	商品名	排除半衰期（小時）
BZDs		
短效型		
Triazolam	Halcion®	1.5 至 5.5
中效型		
Alprazolam	Xanax®	11.2（範圍：6.3–26.9）
Clonazepam	Klonopin®	12 至 50
Lorazepam	Ativan®	10 至 20
Oxazepam	Serax®	8.2（範圍：5.7–10.9）
Temazepam	Restoril™	8.8（範圍：3.5–18.4）
長效型		
Chlordiazepoxide	Librium®	24-48
Clorazepate	Tranxene®	48
Diazepam	Valium®	最長可達 100
Flurazepam	Dalmane®	47-100
Z-Drugs		
短效型		
Zaleplon	Sonata®	約略 1
Zolpidem	Ambien®	5 毫克錠劑：2.6（範圍：1.4–4.5） 10 毫克錠劑：2.5（範圍：1.4–3.8） 12.5 毫克劑量：2.8（範圍：1.62–4.05）
Eszopiclone	Lunesta®	約略 6
請參閱各藥品之仿單，以瞭解完整的警示事項、使用注意事項、禁忌症及潛在交互作用資訊。		

框列四：查詢處方監測計畫

紐約州處方監測計畫（**Prescription Monitoring Program, PMP**）提供快速、保密且全天候（**24/7**）查詢病人管制藥品處方紀錄的服務。

1. 查詢 **PMP**，以瞭解病人近期是否領取過類鴉片止痛藥（**opioid analgesics**）、苯二氮平類藥品或其他管制藥品之處方。
2. 若病人近期領取了多張處方，且來自不同開立醫師和／或於不同藥局領藥，請注意以下建議：
 - 與病人討論你的疑慮，並說明苯二氮平類藥品與其他藥品（尤其是類鴉片止痛藥及其他中樞神經抑制劑）併用時，可能導致藥品使用過量的風險。
 - 主動與病人的其他管制藥品開立醫師聯繫並協調治療。
 - 避免突然停用苯二氮平類藥品。
 - 戒斷症狀可能嚴重，可能引發幻覺、癲癇發作，甚至在罕見情況下導致生命危險。
 - 建議採取漸進式減藥計畫，相較於直接中止處方，這樣的處理方式，在臨床上更為適當。
 - 考慮病人可能有管制藥品誤用情形及／或罹患物質使用障礙症（**substance use disorder**）。
 - 如有需要，向病人說明目前物質使用障礙症已可獲得有效的治療，並可由你親自提供治療，或轉介病人至其他醫師處接受治療。
 - 針對類鴉片藥品使用障礙症（**opioid use disorder**），可與病人討論並安排藥品替代療法〔例如：**buprenorphine** 或美沙冬（**methadone**）〕。

本指引規定：自 **2013 年 8 月**起，所有醫療執業人員在開立屬於第 II、III 或 IV 級管制藥品前，均須查閱 **PMP**。

框列五：與病人說明苯二氮平類藥品治療的相關事項

- 您將僅短期使用此藥品——不超過 4 週。若數週後症狀仍未改善，我們會重新評估治療計畫。
- 請僅由我這裡取得苯二氮平類藥品及其他管制藥品的處方。
- 請僅於一間藥局領取此藥品。
- 請確實告知其他醫師您正在使用此藥品，因為某些藥品可能會與本藥產生嚴重交互作用。
- 請將藥品妥善保管於安全處，最好是上鎖的地方。
- 請勿與他人共用你的藥品。
- 請依照指示正確服藥。
 - 如需丟棄剩餘藥品，請妥善處理。可將藥品混入難以吞食的物質（如咖啡渣或貓砂），置入密封容器後與一般垃圾一起丟棄，或參加附近的藥品回收活動。
- 使用此藥品可能會有的風險：
 - 過量風險：避免與酒精（酒品）、類鴉片藥品（**opioids**）或其他鎮靜劑併用，這些物質會增加過量風險。某些非處方藥如抗組織胺也可能增加風險。
 - 耐藥性（**tolerance**）：指需增加劑量才能達到相同效果。此時即使覺得藥效減弱，也不要自行增加劑量。
 - 生理依賴（**physical dependence**）：若產生生理依賴，突然停藥可能會引發不適或戒斷反應（**withdrawal**）。可能會出現心跳加快、失眠、焦慮、手抖、噁心、幻覺或煩躁不安等症狀。
 - 情緒或行為改變，包括憂鬱、焦慮或易怒。
 - 物質使用障礙症（**substance use disorder**）：部分對此藥品產生生理依賴或誤用的病人，可能進一步發展為物質使用障礙症。
- 若你懷疑自己可能產生耐藥性或依賴性，或出現副作用時（尤其是新出現或令人擔憂的症狀），請立即尋求協助。

框列六：生理依賴、戒斷反應、物質使用障礙症與藥品誤用

生理依賴（physical dependence）

- 對某一物質產生生理性適應，導致需持續服用，且可能逐漸增加劑量才能達到相同效果。
- 多種藥品長期使用後均可能產生生理依賴，包括許多依照指示使用的處方藥。
- 若突然停藥，可能引發和該藥品相關的戒斷症狀。
- 苯二氮平類藥品之戒斷症狀可能包括以下：
 - 自主神經亢進（如出汗、心搏過速）
 - 手顫
 - 失眠
 - 噁心或嘔吐
 - 短暫的視幻覺、觸幻覺或聽幻覺或錯覺
 - 精神運動性激躁（如心情浮躁）
 - 焦慮
 - 大發作型癲癇（grand mal seizures）

物質使用障礙症（substance use disorder）

- 一種不當使用模式，導致明顯的日常功能受損或痛苦。診斷標準請參見《DSM-5-TR,2022 年版》。

苯二氮平類藥品之誤用（misuse）

- 使用他人所領取的苯二氮平類藥品，或未依醫囑方式使用。
- 可能與生理依賴有關，也可能無相關性。
- 可能的誤用徵象包括提前補藥、聲稱處方遺失 / 撒落或被竊，以及在無醫師指示下自行增加用量。

框列七：高齡族群使用苯二氮平類藥品須注意事項

- 對 65 歲以上病人使用苯二氮平類藥品，可能會增加以下風險：
 - 跌倒與髖部骨折
 - 潛在認知功能障礙
 - 與其他藥品產生不良交互作用
 - 白天疲倦
 - 意識混亂與譫妄
- 治療應由成人標準起始劑量的一半開始。
- 應密切觀察治療反應，並盡可能降低劑量及／或使用頻率，以避免不良反應。

在年長者中，苯二氮平類藥品不應作為失眠、激動或譫妄的第一線治療方式，且在年長者，長效型苯二氮平類藥品應避免使用。

框列八：懷孕與哺乳期間使用苯二氮平類藥品

- 懷孕期間使用苯二氮平類藥品可能對新生兒造成以下風險：
 - 呼吸抑制
 - 體溫調節不良
 - 肌張力低下
 - 新生兒戒斷症候群（**neonatal abstinence syndrome**）
- 對於有懷孕計畫的病人，應逐漸停用苯二氮平類藥品，並考慮其他替代治療方式。
- 若產後需考慮使用苯二氮平類藥品，應告知其代謝產物可能存在於母乳中。

結論：

如何審慎的處方苯二氮平類藥品

- 優先提供焦慮與失眠之第一線治療方式，而非優先使用苯二氮平類藥品。
- 如臨床上確有須使用苯二氮平類藥品之適應症時，請務必：
 - 對病人進行完整評估，
 - 處方最低有效劑量，並限制使用期間為 2 至 4 週以內，
 - 與病人討論其治療效益與相關風險，
 - 避免與類鴉片藥品（**opioids**）或其他中樞神經抑制劑併用，以降低致命性呼吸抑制之風險。

苯二氮平類藥品處方指引

Benzodiazepine Prescribing Guidance

Colorado Consortium for Prescription Drug Abuse Prevention

<https://corxconsortium.org/wp-content/uploads/Benzo-Prescribing.pdf>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

苯二氮平類藥品（benzodiazepines, 簡稱 BZDs）與 Z-drugs 是最常被開立的苯二氮平受體促效劑（Benzodiazepine Receptor Agonist, 簡稱 BZRA），此二類藥品即合稱為 BZRA。目前已有 14 種 BZDs 與 3 種 Z-drugs 獲得美國食品藥物管理局（FDA）核准，其中焦慮與失眠為主要核准適應症。

由於 BZRA 的療效可能會隨時間減弱，並／或產生日益惡化的不良反應，包括造成生理性依賴，導致嚴重後果，因此強烈建議限制 BZRA 的處方使用。BZRA 在持續使用的情況下，其療效可能會下降。在部分病人中，無論是在劑量調整期間或停藥後，BZDs 皆可能引發嚴重的戒斷症候群，且症狀可能持續多年。重複使用後再停用 BZDs，亦可能造成中樞神經系統敏感化，此現象稱為「點燃作用（kindling）」。此外，BZDs 亦與三分之一的類鴉片藥品相關過量死亡案件有關。

雖然 BZRAs 確實有其有限的適應症，但它們經常在缺乏充分研究支持的情況下被開立，且處方時間遠超過建議的 2 至 4 週限制。當前有關 BZRA 的處方指引仍相當有限、內容互相矛盾，且多數研究在品質與偏誤評估上並不充分。

本處方指引之建議，係以實證為基礎，並融合臨床經驗彙整而成。內容並非全面，亦不應取代針對個別臨床情境所做出的專業判斷。

臨床實務中 BZRA（苯二氮平受體促效劑）處方建議

- 1) 仔細且尊重地傾聽病人，因為他們對自身經驗最為了解，且常對治療介入（包括 BZRA）具有相當深入的理解。
- 2) 完整評估病人的擔憂與可能需要使用 BZRA 的醫療問題。
- 3) 確立診斷、病情嚴重程度，以及治療的必要性。
- 4) 篩檢易生成物質使用障礙症的風險，方法包括：
 - a) 個人或家族物質使用障礙症病史，與個人創傷史。
 - b) * 使用 SBIRT（Screening Brief Intervention and Referral to Treatment；篩檢、簡短介入與轉介治療）中的篩檢工具，辨識並處理當前的成癮風險。
 - c) 線上查詢處方資料庫，以辨識已處方的成癮性物質。
 - d) 依臨床判斷認為有需要時，宜進行確認藥品之檢測。

* 出處：Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. Drug Alcohol Depend. 2009;99(1-3):280-95.
- 5) 優先考慮非 BZRA 治療：
 - a) 非藥品療法，特別是認知行為治療（CBT）。
 - b) 非 BZRA 的藥品治療。
- 6) 在以下情況應避免使用 BZRA，包括療效不明、效果有限或不適用：
 - a) 憂鬱症（效果短暫）。
 - b) 創傷後壓力症（PTSD）。
 - c) 強迫症。
 - d) 除了戒斷治療外，有物質使用障礙症病史者（例如酗酒）。
 - e) 除了燒灼口腔症候群（burning mouth syndrome）與僵人症候群（stiff person syndrome）外的疼痛疾病。
- 7) 考量其他使用 BZRA 的禁忌症：
 - a) 曾有不良的使用藥品的紀錄（係指藥品濫用）。

- b) 非醫療用途使用 BZRA，或有 BZRA 或其他物質的成癮史。
 - c) 與其他藥品交互作用，特別是呼吸抑制劑與類鴉片藥品。
 - d) 顯著的認知、精神動作（psychomotor）問題、或呼吸功能問題。
 - e) 懷孕與哺乳期間。
- 8) BZRA 的第一線使用適應症包括：
- a) BZRA 與酒精的戒斷治療。
 - b) 癲癇重積狀態（status epilepticus）。
 - c) 無精神病特徵的危機性焦慮。
 - d) 麻醉程序（鎮痛麻醉）。
 - e) 疼痛疾病：如燒灼口腔症候群（如使用 clonazepam）。
 - f) 急性運動障礙，如僵人症候群（stiff person syndrome）、僵直症（catatonia）、肌張力重積狀態（status dystonicus）。
 - g) 臨終安寧療護。
- 9) BZRA 的第二線短期使用情境：
- a) 失眠症、焦慮症（焦慮症狀持續超過 6 個月、功能受限、焦慮程度高於實際威脅）。
 - b) 某些難治型癲癇（如使用 clobazam、clonazepam 來治療）。
- 10) 向病人提供 BZRA 使用說明：
- a) 強調 FDA 產品標示中的黑框警語。
 - b) 說明 BZRA 的風險、效益與替代方案（知情同意）。
 - c) 強調長期使用的風險，包括生理依賴與快速減藥／停藥後的戒斷症候群。
 - d) 說明：在藥品使用期間，不良反應與療效減退可能不明顯。
- 11) 向病人提供可靠的資訊來源：
- a) The Ashton Manual：https://www.benzo.org.uk/manual/
 - b) Benzodiazepine Information Coalition（病人導向）：https://www.benzoinfo.com/

- c) Alliance for Benzodiazepine Best Practices (開立藥品者導向) :
<https://benzoreform.org>

12) 其他開立 BZRA 的條件：

- a) 僅用於造成嚴重功能障礙之疾病。
- b) 當替代療法起效延遲，病人面臨風險時使用。
- c) 處方前須確認風險與效益平衡有利於使用 BZRA。
- d) 與已完全知情並同意的病人共同決策。

13) 若決定開立 BZRA：

- a) 首次處方不得超過 7 天，劑量應為預期的最低有效劑量。
- b) 同時處方非 BZRA 療法。BZRA 應視為等待其他藥品或療法（如 CBT）起效的過渡用藥。
- c) 於 7 天內安排首次回診，並於此期間保持聯繫以處理可能問題。

14) 回診時，評估目標症狀之改善：

- a) 僅在確有需要時開立續方，且維持最低有效劑量。
- b) 評估首次處方時所開立的非 BZRA 療法之狀況。
- c) 評估是否需轉介其他科別。

15) 回診時，持續提供知情同意與副作用評估：

- a) 憂鬱、焦慮、自殺傾向、認知、精神動作方面的問題（psychomotor problem）或呼吸方面問題。
- b) 藥品交互作用。
- c) 劑間（使用藥品期間）的戒斷症狀，可能於劑效尾端出現，或在頻繁按需使用下產生，易被誤診為原發或新出現之疾病。
- d) 若症狀表現不尋常或怪異，請勿視為身心症狀（psychosomatic symptom）而輕忽。
- e) 請勿將 BZRA 相關問題一律視為成癮所致——實際上發生頻率很低。

16) 每週回診以追蹤療效與不良反應，並持續進行知情同意說明。

17) 大多數情況下，BZRA 的治療，應限制在 4 週或更短的時間內。

18) 若使用超過 2 週，不應突然停藥，應採漸進式減量。

19) 謹慎的處方減量與停藥為最佳處方實務的重要環節。

苯二氮平受體促效劑 處方資訊連結	美國食品藥物管理局 (FDA) 核准適應症	美國食品藥物管理局 (FDA) 核准使用期間限制
Alprazolam (Xanax)	焦慮症 (如恐慌症) 短期緩解焦慮症狀	恐慌症建議使用 4–10 週
Chlordiazepoxide (Chlordiazepoxide)	焦慮症 短期緩解焦慮症狀 急性酒精戒斷症狀 手術前焦慮	尚無系統性臨床研究評估其 長期使用 (如超過 4 個月) 之療效
Clobazam (Onfi)	Lennox-Gastaut 症候群相 關癲癇之輔助治療	無特定使用期限說明
Clonazepam (Klonopin)	恐慌症與特定場所畏懼症 難治型癲癇	尚未在控制性 (有對照組) 臨床試驗中系統性研究其長 期使用 (如超過 9 週) 之療 效
Clorazepate (Clorazepate)	焦慮症 短期緩解焦慮症狀 急性酒精戒斷症狀 手術前焦慮	尚無系統性臨床研究評估其 長期治療焦慮症 (如超過 4 個月)
Diazepam (Valium)	焦慮症 短期緩解焦慮症狀 急性酒精戒斷症狀 癲癇輔助治療 緩解特定肌肉痙攣或張力 異常	尚未經系統性臨床研究評估 其長期使用 (如超過 4 個月) 之療效
Estazolam (Estazolam)	失眠之短期治療	有研究證據支持持續使用至 多 12 週可改善睡眠品質與 時間
Flurazepam (Dalmane)	失眠治療	連續使用 28 晚有效

Lorazepam (Ativan)	焦慮症 短期緩解焦慮症狀 合併憂鬱症狀之焦慮	尚未經系統性臨床研究評估 其長期使用（如超過4個月） 之療效
Midazolam (Midazolam)	手術前鎮靜、抗焦慮、因 治療需求引發順行性失憶	不適用（NA）
Oxazepam (Oxazepam)	焦慮症 短期緩解焦慮症狀 合併憂鬱之焦慮 急性酒精戒斷症狀	尚未經系統性臨床研究評估 其長期使用（如超過4個月） 之療效
Quazepam (Doral)	失眠治療	睡眠實驗室研究顯示 28 晚 內具有持續效果
Temazepam (Restoril)	失眠短期治療（一般為 7-10 天）	臨床試驗支持使用期為 2 週
Triazolam (Halcion)	失眠短期治療（一般為 7-10 天）	短期使用，一般為 7-10 天

FDA 要求更新加上黑框警告，以提升苯二氮平類藥品的安全使用

FDA Requiring Boxed Warning Updated to Improve Safe Use of Benzodiazepine Drug Class

FDA Drug Safety Communication

FDA 藥品安全公告

Food and Drug Administration (09-23-2020)

<https://www.fda.gov/media/142368/download?attachment>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

2020 年 9 月 23 日 FDA 藥品安全公告

● FDA 宣布的安全問題是什麼？

- ✓ 為了應對濫用（**abuse**）、成癮（**addiction**）、生理依賴（**physical dependence**）和戒斷反應（**withdrawal reactions**）的嚴重風險，美國食品藥物管理局（**FDA**）要求對所有苯二氮平類藥品，更新黑框警示。苯二氮平類藥品廣泛用於治療多種病症，包括焦慮、失眠和癲癇。然而，目前這類藥品的處方資訊未能充分警示其相關的嚴重風險和危害，因此可能會導致不當的處方和使用，從而增加這些嚴重風險，尤其是在與其他藥品和物質同時使用時。
- ✓ 儘管苯二氮平類藥品是治療特定病症的重要選擇，但即使按推薦劑量使用，仍有可能導致誤用（**misuse**）、濫用和成癮。濫用和誤用可導致過量服用或死亡，尤其是在苯二氮平類藥品與其他藥品如類鴉片止痛藥、酒精（酒品）或非法藥品一起使用時。當苯二氮平類藥品連續服用數天到數週後，即使是按處方服用，生理依賴仍可能發生。當突然停藥或過快減少劑量亦可能會引發戒斷反應，包括癲癇發作，這可能會危及生命。

- FDA 正在做什麼？
- ✓ FDA 要求更新黑框警示（FDA 最顯著的警示）並在所有苯二氮平類藥品的處方資訊中添加其他訊息。這些訊息將統一描述濫用、誤用、成癮、生理依賴和戒斷反應的風險。我們還要求更新現有的病人藥品指引，以幫助教育病人和照護者，瞭解這些風險。
- ✓ 此外，FDA 還要求對處方資訊中的幾個部分進行更改，包括警示和注意事項、藥品濫用和依賴以及病人諮詢訊息的部分。
- 什麼是苯二氮平類藥品？它們如何幫助我？
- ✓ 苯二氮平類藥品是一類被核可用於治療廣泛性焦慮症（generalized anxiety disorder）、失眠、癲癇、社交恐懼症（social phobia）和恐慌症（panic disorder）的藥品。大多數苯二氮平類藥品建議用於數週或數月的治療，但具體的劑量、頻率和治療持續時間會因病人和病情而異。苯二氮平類藥品還可用作某些醫療檢查或治療程序前的鎮靜藥品。
- ✓ 1960 年，Chlordiazepoxide 成為首個獲核可使用的苯二氮平類藥品，FDA 在 1960 年代和 1970 年代核可了該類別的許多其他藥品（見苯二氮平類藥品列表）的使用。這些藥品在起效時間和作用持續時間上有所不同，但它們都通過與大腦中的 γ -氨基丁酸（GABA）受體結合，來減緩大腦活動，從而產生嗜睡和鎮靜效果。

苯二氮平類藥品列表

學名（Generic Name）	商品名（Brand Name）
alprazolam	Xanax, Xanax XR
chlordiazepoxide HCl + clidinium bromide	Librax
chlordiazepoxide HCl	Librium
chlordiazepoxide HCl + amitriptyline HCl	Limbitrol, Limbitrol DS
clobazam	Onfi
clonazepam	Klonopin

clorazepate	Gen-Xene, Tranxene
diazepam	Diastat, Diastat Acudial, Valium, Valtoco
estazolam	No brand name currently marketed 無目前市售品牌名稱
flurazepam	No brand name currently marketed 無目前市售品牌名稱
lorazepam	Ativan
midazolam	Nayzilam, Seizalam
oxazepam	No brand name currently marketed 無目前市售品牌名稱
quazepam	Doral
temazepam	Restoril
triazolam	Halcion

● 醫療專業人員應該怎麼做？

- ✓ 在評估處方苯二氮平類藥品的益處和風險時，醫療專業人員應考慮病人的病情及其正在服用的其他藥品，並評估濫用、誤用和成癮的風險。特別是在與類鴉片藥品及其他會抑制中樞神經系統（**central nervous system, CNS**）功能的藥品合併使用時，應格外謹慎，這些組合可能導致嚴重的副作用，包括嚴重的呼吸抑制，甚至死亡。應告知病人，如果出現不適症狀如呼吸困難時，應立即尋求醫療協助。
- ✓ 在開具苯二氮平類藥品（單獨或與其他藥品共同使用）時，應將劑量和療程限制在達到預期臨床效果所需的最小劑量範圍內。在治療過程中，應監控病人是否有濫用、誤用或成癮的跡象和症狀。如果懷疑有物質使用障礙症（**substance use disorder**），應評估病人並啟動或轉介至早期物質濫用的治療。
- ✓ 為減少急性戒斷反應的風險，應逐漸減少苯二氮平類藥品的劑量或逐步停止使用。並沒有適合所有病人的苯二氮平類藥品標準減量方案，因此應為個別病人制定專屬的減量計劃，並在需要時提供持續的監控和支持，避免嚴重的戒斷症狀或病情的惡化。

- ✓ 當苯二氮平類藥品與類鴉片藥品合併使用時，應採取預防措施。由醫療專業人員進行謹慎的藥品管理可以減少發生嚴重副作用的風險。

● 病人、家長和照護者應該做什麼？

務必告訴您的醫療專業人員，您正在服用的所有處方藥和非處方藥（OTC），以及您使用的其他任何物質，包括酒精（酒品）。請根據醫療專業人員的指示準確服用苯二氮平類藥品及其他所有藥品。為避免產生嚴重問題（包括戒斷反應），服用苯二氮平類藥品的病人不應突然停藥，應先與您的醫療專業人員討論逐步減少劑量和頻率的計劃。如果您出現戒斷症狀或病情惡化，請聯繫您的醫療專業人員。如果您有呼吸困難或有其他嚴重的副作用（如癲癇發作），請立即前往急診室或撥打 911。

● FDA 發現了什麼？

- ✓ 我們審視了上市後的數據庫、醫療機構或病人向 FDA 報告的不良事件案例，以及有關苯二氮平類藥品濫用、誤用、成癮、依賴和戒斷的文獻資料。審視者發現苯二氮平類藥品在美國被廣泛處方，通常使用時間較長。這類藥品也經常被濫用，且通常與酒精（酒品）、處方類鴉片藥品和非法藥品一起使用，進一步加重了嚴重問題的風險。我們還發現，部分病人在突然停用苯二氮平類藥品或過快減少劑量後，出現嚴重的戒斷反應，有些病人的戒斷症狀持續數月之久。

- ✓ 我們之前的溝通：

2016 年 8 月，我們公告，苯二氮平類藥品與類鴉片止痛藥或止咳藥共同使用的嚴重風險。

2017 年 9 月，我們警示不要因病人服用苯二氮平類藥品或中樞神經系統（CNS）抑制劑，而拒絕給予類鴉片藥品使用障礙症病人的治療藥品。

● 我（即病人本身）的風險是什麼？

所有藥品都有風險，即使是按照處方正確使用的藥品。需要了解的是，不同的人對藥品的反應會根據其健康狀況、所患疾病、遺傳因素、正在服用的其他藥品以及許多其他因素而不同。因此，我們無法確定一個人在服用苯二氮

平類藥品時出現不良副作用的可能性。您的醫療專業人員最了解您的情況，因此如果您對服用苯二氮平類藥品的風險，有任何問題或疑慮，請與他們討論。

● 如何報告苯二氮平類藥品的副作用？

為了幫助 FDA 監測苯二氮平類藥品的安全問題，我們敦促病人和醫療專業人員，向 FDA 報告涉及苯二氮平類藥品或其他藥品的副作用。可以使用頁面底部“聯繫 FDA”框中的訊息，向 FDA 的 MedWatch 計劃報告。

● 如何獲取我正在處方或正在服用藥品的最新安全訊息？

您可以註冊電子郵件的提醒功能，來接收有關於您感興趣的藥品或醫療專業領域的藥品之安全公告。

● 有關苯二氮平類藥品的資訊

- ✓ 苯二氮平類藥品是一類被核可用來治療廣泛性焦慮症（generalized anxiety disorder）、失眠、癲癇、社交恐懼症（social phobia）和恐慌症（panic disorder）的藥品。它們還被用作某些醫療程序前的鎮靜藥品。
- ✓ 大多數苯二氮平類藥品建議使用數週或數月。劑量、頻率和治療持續時間會根據病人、所處方的藥品及其治療的醫療狀況而有所不同。
- ✓ 苯二氮平類藥品透過與大腦中的 GABA 受體結合，來減緩大腦活動，從而引起嗜睡或鎮靜效果。
- ✓ 常見的副作用包括嗜睡、頭暈、乏力和呼吸變慢。
- ✓ 苯二氮平類藥品是常見的處方藥。2019 年，美國門診零售和郵購藥局估計共發放了約 9200 萬張苯二氮平類藥品的處方，其中 alprazolam（38%）最為常見，其次是 clonazepam（24%）和 lorazepam（20%）。

● 給病人的額外訊息

- ✓ FDA 要求對所有苯二氮平類藥品更新黑框警示，以包含濫用、誤用、成癮、生理依賴和戒斷反應的風險。

- ✓ 不要在使用苯二氮平類藥品時也飲酒。酒精會增加藥品的嚴重且會危及生命相關副作用的風險。
- ✓ 始終告知您的醫療專業人員，您正在服用的所有藥品，包括處方藥、非處方藥和其他物質。請隨身攜帶當前使用的藥品清單，以便隨時查看。您可以填寫並複印“我的藥品記錄”副本。
- ✓ 按照醫療專業人員的指示，準確服用苯二氮平類藥品及其他藥品。如果出現嚴重的副作用（如呼吸困難等症狀），應立即前往急診室或撥打 911 尋求醫療協助。
- ✓ 對於大多數苯二氮平類藥品，建議使用數週或數月，但具體劑量、頻率、劑型和治療持續時間會因病人和病情而異。
- ✓ 對於連續服用數週或數月苯二氮平類藥品的病人，應與醫療專業人員討論逐步停藥的計劃，不應突然停藥或過快減少劑量，這可能導致嚴重的戒斷反應，包括癲癇發作，甚至可能因此而危及生命。
- ✓ 即使逐步減少苯二氮平類藥品的劑量，您仍可能出現戒斷症狀，如異常不自主動作（**abnormal involuntary movements**）、焦慮、視力模糊、記憶問題、易怒、失眠、肌肉疼痛和僵硬（**stiffness**）、恐慌發作（**panic attacks**）和顫抖。
- ✓ 如果出現更嚴重的戒斷症狀，如以下症狀，請聯繫您的醫療專業人員。
 - 僵直症（**catatonia**）
 - 癲癇發作
 - 震顫性譫妄（**delirium tremens**）
 - 憂鬱
 - 幻覺
 - 自殺或殺人念頭
 - 躁症（**mania**）
 - 精神病（**psychosis**）
- ✓ 除苯二氮平類藥品外，還有其他的治療方法可用於治療失眠、壓力和焦慮等症狀。諮詢或上網查閱美國國家補充醫療與整合健康中心（**National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH**），以獲取相

關資源，如“壓力和焦慮的身心方法：科學的說法”和“失眠：放鬆技巧和睡眠習慣”。

- ✓ 苯二氮平類藥品的濫用係指藥品未按處方用來治療醫療狀況，而是用來產生欣快感或其他效果。誤用係指未按處方內容來治療病情（如超出建議劑量或服用他人的藥品）。
- ✓ 生理依賴係指身體對藥品反覆使用的適應現象，突然停藥或大幅減少劑量時會產生戒斷反應。身體依賴可能會導致某些人繼續使用藥品以避免戒斷症狀。
- ✓ 將苯二氮平類藥品鎖好並妥善處理，以防止兒童意外服用或落入他人之手。
- ✓ 每次收到苯二氮平類藥品的處方時，請閱讀病人用藥指引，因為其中可能包含新的或重要的附加訊息。藥品指引解釋了您需要了解的藥品重要訊息，包括副作用、藥品用途、如何正確服用和儲存藥品等注意事項。
- ✓ 為幫助 FDA 監測藥品的安全問題，請使用頁面底部“聯繫 FDA”框中的訊息，向 FDA 的 MedWatch 計劃報告苯二氮平類藥品或其他藥品的副作用。
- ✓ 您可以註冊電子郵件的提醒功能，來接收有關您感興趣的藥品或醫療專業領域的藥品之安全公告。

● 給醫療專業人員的額外訊息

- ✓ FDA 要求更新所有苯二氮平類藥品的黑框警示，以包括有關濫用、誤用、成癮、生理依賴和戒斷反應的風險。
- ✓ 在處方苯二氮平類藥品之前以及在治療過程中，應評估每位病人的濫用、誤用和成癮的風險。可使用標準化的篩檢工具。
- ✓ 處方苯二氮平類藥品時，應特別注意與類鴉片藥品及其他會抑制中樞神經系統的藥品併用，這可能會導致嚴重的副作用，包括嚴重的呼吸抑制和死亡。建議病人如有不適症狀如呼吸困難，應立即尋求醫療幫助。
- ✓ 當苯二氮平類藥品與類鴉片藥品共同使用時，應採取預防措施。通過醫療專業人員進行謹慎的藥品管理可以減少發生嚴重副作用的風險。
- ✓ 提醒病人及其照護者有關濫用、誤用、成癮、依賴和戒斷的風險，以及相

關的症狀。同時警示他們苯二氮平類藥品與酒精（酒品）或其他物質（包括類鴉片藥品）併用的嚴重風險。

- ✓ 使用逐步減量來停止苯二氮平類藥品或減少劑量。
- ✓ 沒有適合所有病人的標準苯二氮平類藥品減量計劃。應根據病人的具體情況逐步減少劑量。
- ✓ 對於大多數的苯二氮平類藥品，建議使用數週或數月，但具體劑量、頻率、劑型和治療時間會因病人和治療的醫療狀況而異。
- ✓ 對於僅適用於極短期使用的苯二氮平類藥品（例如使用 1-2 個劑量），如果被不當的長期使用，突然停藥或快速減少劑量可能會導致急性戒斷反應，這可能危及生命。此類藥品包括：
 - Diazepam 注射液（Diazepam）
 - Diazepam 鼻噴霧劑（Valtoco）
 - Diazepam 直腸凝膠（Diastat）
 - Midazolam 鼻噴劑（Nayzilam）
 - Midazolam 注射液（Seizalam）
 - Lorazepam 注射液（Ativan）
- ✓ 如果病人出現戒斷症狀，可能需要暫停減量措施，或恢復到之前的使用劑量，一段時間後，待病人穩定後再進行更緩慢的減量。
- ✓ 頻繁追蹤正在接受苯二氮平類藥品治療的病人是非常重要的。應定期重新評估這些病人的病情和任何戒斷症狀。
- ✓ 準備好應對更嚴重或危及生命的反應，包括：
 - 僵直症（catatonia）
 - 癲癇發作（seizures）
 - 震顫性譫妄（delirium tremens）
 - 憂鬱（depression）
 - 幻覺（hallucinations）
 - 殺人意念（homicidal thoughts）
 - 躁症（mania）

- 精神病 (psychosis)
- 自殺意念和行為 (suicidal ideation and behavior)
- ✓ 長期戒斷症候群可能持續 4-6 週以上，症狀可能持續數週到 12 個月。這些症狀包括：
 - 焦慮 (anxiety)
 - 認知障礙 (cognitive impairment)
 - 憂鬱 (depression)
 - 失眠 (insomnia)
 - 蟻爬感 (指感覺到不存在的觸覺刺激) (formication)
 - 運動症狀 (如無力 weakness、顫抖 tremor、肌肉抽搐 muscle twitches)
 - 感覺異常 (paresthesia)
 - 耳鳴 (tinnitus)
- ✓ 考慮所有治療方案以治療病人的病情，並提供有關使用非藥品替代方案的訊息，以幫助緩解壓力、焦慮、失眠等。
- ✓ 苯二氮平類藥品的濫用係指藥品未按處方用來治療醫療狀況，而是用來產生欣快感或其他效果。誤用係指未按處方內容來治療病情（例如，超過建議劑量或服用其他人的藥品）。
- ✓ 生理依賴係指身體對藥品反覆使用的適應現象，突然停藥或大幅減少劑量會引發戒斷反應。身體依賴可能導致某些人繼續使用藥品以避免戒斷症狀。
- ✓ 鼓勵病人閱讀他們隨苯二氮平類藥品處方收到的藥品指引，因為其中可能包含有關藥品的新的或重要的附加訊息。
- ✓ 為幫助 FDA 監測藥品的安全問題，請使用頁面底部“聯繫 FDA”框中的訊息，向 FDA 的 MedWatch 計劃報告涉及苯二氮平類藥品或其他藥品的不良事件。
- ✓ 您可以註冊電子郵件的提醒功能，來接收有關您感興趣的藥品或醫療專業領域的藥品安全公告。

苯二氮平類藥品與 Z-drug 的安全使用指引

Benzodiazepine and Z-drug Safety Guideline

Kaiser Permanente (2022)

<https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/benzo-zdrug.pdf>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

華盛頓凱薩基金會健康計劃提供者的期望

華盛頓凱薩基金會健康計劃透過使用標準流程和文件，旨在對接受慢性苯二氮平類藥品治療的病人，減少其在醫療處置上的差異，以提升病人安全性，並提高病人和醫療提供者的滿意度。

- 如果病人正在服用任何類鴉片藥品，不應再處方苯二氮平類藥品。
- 不應將苯二氮平類藥品與其他苯二氮平類藥品（即建議同時僅用一種苯二氮平類藥品）、Z-drug 或肌肉鬆弛劑共同使用。
- 接受長期苯二氮平類藥品治療的病人，會由開立處方的臨床醫師根據病人的風險分層，將病人分類至最合適的風險等級，並將風險等級記錄。
- 對於被長期處方苯二氮平類藥品的病人，應定期進行監測訪視，這些訪視應包括：
 - ✓ 根據病人的風險分層，設定訪視的頻率。
 - ✓ 訪視中應包含標準的檢查項目。
- 接受長期苯二氮平類藥品治療的病人，應盡可能經由同一位醫師開立苯二氮平類藥品的所有處方，並於同一家藥局調劑領藥。治療這類病人的臨床醫師需明確確認並記錄，在醫療團隊和病人間，哪位醫師擔任主要的開方責任。

背景

苯二氮平類藥品和 Z-drugs【較新的 GABA 受體促效劑，如 zolpidem（Ambien）】被過度處方，且許多處方治療計劃缺乏科學證據或缺乏已發表的指導方針來支持。儘管已有關於長期使用苯二氮平類藥品風險的警告，每年仍有數百萬份苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的處方被開立。因此，臨床醫師可能會遇到長期使用這些藥品的病人，而這些病人可能不願意停止使用這些藥品。

本指引的目的有五個方面：

- 減少不當處方苯二氮平類藥品和 Z-drugs。
- 澄清在何種情況下可短期處方苯二氮平類藥品和 Z-drugs。
- 肯定的告知需長期使用苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的情況極少。
- 協助初級照護（primary care）和精神醫療提供者，識別並照護長期使用苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的病人。
- 向醫療提供者提供適當的建議，以停用苯二氮平類藥品和 Z-drug。

本指引與國家永久醫療集團（相同於本指引發布之集團）於 2021 年對苯二氮平類藥品及 Z-drugs 的實務建議保持一致。

目標群體

本指引中的建議，適用於以下病人：

- 已經接受長期苯二氮平類藥品或 Z-drug 治療的病人。
- 正在考慮開始短期使用這兩類藥品治療的病人。

排除對象

本指引不適用於以下情況：

- 非法使用苯二氮平類藥品的病人。這些病人可能需要成癮專家的治療或藥品依賴治療人員的治療，並應轉介至精神科部門。

- 使用苯二氮平類藥品來治療酒精（酒品）戒斷症狀的病人。
- 使用苯二氮平類藥品來治療癲癇症的病人。
- 正在接受緩和醫療、安寧治療或其他臨終關懷的病人。
- 其他適合使用苯二氮平類藥品的情況：
 - ✓ 緊急治療伴有激躁（躁動）的急性精神病或急性躁症（acute psychosis with agitation or acute mania）
 - ✓ 單次用藥治療恐懼症（phobias），如飛行（搭機）恐懼症（flying phobia）
 - ✓ 手術中的鎮靜
 - ✓ 痙攣性疾病（spasticity）的治療

關於苯二氮平類藥品和 Z-drugs

苯二氮平類藥品是 γ -氨基丁酸（GABA）受體促效劑，具有安眠、抗焦慮、肌肉鬆弛和抗癲癇等特性。苯二氮平類藥品通常根據其在體內的代謝速度分為三類：

- 短效型（半衰期少於 12 小時）如 midazolam、triazolam。
- 中效型（半衰期在 12 至 24 小時之間）如 alprazolam、lorazepam、temazepam。
- 長效型（半衰期超過 24 小時），如 diazepam、clonazepam、clorazepate、chlordiazepoxide 和 flurazepam。

Z-drugs（如 zaleplon、zolpidem and eszopiclone）是為替代苯二氮平類藥品而開發的。

- 與苯二氮平類藥品相似，它們也是 GABA 受體促效劑，但由於結構不同，其抗焦慮和抗癲癇的作用較少。
- Z-drugs 並不比苯二氮平類藥品“更安全”，使用苯二氮平類藥品的病人不應為了提高安全性而轉用 Z-drugs。

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 均被視為「高齡族群的高風險藥品」，並列入美國老年醫學會 Beers 高風險藥品標準的清單。

長期使用苯二氮平類藥品是指每天或幾乎每天使用苯二氮平類藥品達至少 90 天，且持續使用，其定義為過去 3 個月內至少被開立 70 天劑量的苯二氮平類藥品。

長期使用 Z-drug 是指每天或幾乎每天使用 Z-drugs 達至少 90 天，且持續使用，其定義為過去 3 個月內至少被開立 70 天劑量的 Z-drugs。

處方

除特別註明外，本指引中有關苯二氮平類藥品的說明同樣適用於 Z-drugs。

處方數量（藥品數量及處方天數）的限制

- 在 KP Health Connect 中，對急性情況使用苯二氮平類藥品（或 Z-drug）的預設處方限制為 7 顆錠劑 / 膠囊。
- 對於未曾使用苯二氮平類藥品的病人（過去 180 天內使用量天數不超過 7 天劑量），處方最大供應量為 15 顆錠劑 / 膠囊或 14 天用量（以較少者為準）。目前對 Z-drugs 尚無等效限制。
- 苯二氮平類藥品和 Z-drug 的處方限制為 30 天的劑量。

除了處方數量（藥品數量及處方天數）限制外，Health Connect 中的最佳實踐提醒（Best Practice Alerts）會在以下情況下提醒醫療人員：

- 當將苯二氮平類藥品（或 Z-drug）處方給 65 歲或以上的病人時
- 當在 60 天內為病人再次開立第二張苯二氮平類藥品（或 Z-drug）的處方時（轉成長期使用）
- 當病人已在使用類鴉片藥品，卻仍開立苯二氮平類藥品（或 Z-drug）時
- 當病人已在使用苯二氮平類藥品，卻再次開立第二張苯二氮平類藥品（或苯二氮平類藥品與 Z-drug）處方時

處方考量

在開始苯二氮平類藥品治療前，應考慮以下事項：

- 不應將苯二氮平類藥品開給已在服用類鴉片藥品的病人，因為這會增加造成致命過量的風險。
- 不建議苯二氮平類藥品與大麻同時使用。
- 明確告知病人藥品治療的持續時間。不建議使用苯二氮平類藥品超過 2 週。
- 使用最低劑量並維持最短療程。
- 與病人討論風險和副作用，包括依賴的風險。請記住，部分病人在急性治療結束後會有停藥困難。
- 討論藥品停止使用的策略，例如逐漸減量和 / 或轉換到其他治療方式。

討論其他替代療法，這些替代療法可能包括：

- ✓ 抗憂鬱藥品（如 SSRIs、SNRIs、三環類抗憂鬱藥）
- ✓ 心理治療（如認知行為療法）
- ✓ 用於焦慮的血清素藥品（如 buspirone）
- ✓ 用於治療腿不寧症候群的抗癲癇藥品（如 pramipexole, ropinirole, gabapentin）
- 病人和醫療單位應共同決策指定一位醫師作為病人的苯二氮平類藥品主要處方醫師。這位被指定的處方醫師也應負責處方其他可能會被濫用的藥品，特別是中樞神經系統興奮劑和麻醉藥品；否則，苯二氮平類藥品的處方醫師應與其他處方管制藥品的醫師密切協調來照護病人。

注意事項：針對 65 歲及以上病人

- 若處方給衰弱或年齡 ≥ 65 歲的病人，應考慮以成人劑量的一半作為起始劑量。
- 年齡 ≥ 65 歲的個體特別容易受到安眠藥品副作用的影響，因為隨著年齡增長，代謝能力和速度會下降。這些病人群體：

- ✓ 更容易出現藥品對中樞神經系統的抑制作用和認知功能的損害，有可能會發展成為意識混亂狀態和運動功能協調失衡，進而導致跌倒和髖部骨折。
- ✓ 面臨藥品與其他藥品交互作用的風險。
- ✓ 若定期使用高劑量的苯二氮平類藥品（如 **diazepam 30 mg** 或等效劑量），有導致永久性認知功能損害的風險。

短期使用

在極少數急性、嚴重且無法通過行為治療改善的失眠情況下，建議一次性處方少量藥品，供短期間內治療用，以多日總劑量不超過 15 錠的 **zolpidem 5 毫克** 供睡前使用。提供在病人的行為失眠治療調整期間內使用，並不得重複處方。在考慮更高風險的藥品治療前，應確保遵循 **KPWA** 失眠指引（即本指引）中的建議。

- 當持續每日使用苯二氮平類藥品，約在 2 週內，很快就會產生生理依賴。
- 避免用於正在服用類鴉片藥品和其他鎮靜安眠藥品或具有鎮靜效果的物質【如酒精（酒品）】的病人，因為會增加呼吸抑制的風險。
- 避免用於 65 歲及以上病人，因為會增加不良反應的風險，包括跌倒風險和認知影響。

長期使用

除特殊情況（如末期病人）外，不建議長期使用苯二氮平類藥品和 **Z-drugs**（超過 2 週）。目前沒有證據支持這些藥品長期用於治療失眠或其他任何精神健康問題，且如此使用存在安全性顧慮。

- 失眠：治療期不應超過 2 週，因為睡眠相關研究顯示，經過幾週的規律使用後，睡眠模式會回到治療前的狀況（即藥品已無效或已生產了耐藥性）。
- 焦慮：超過 2 週的使用會導致療效下降、耐受性或依賴性發展、可能出現戒斷症狀、持續的不良反應，並且影響其他有效藥品和輔導治療的效果。

禁忌症

- 同時使用另一種苯二氮平類藥品、Z-drug、肌肉鬆弛劑或類鴉片藥品
- 目前或曾經有物質使用障礙症病史
- 懷孕或有懷孕風險
- 因慢性疼痛接受類鴉片藥品治療或因類鴉片藥品使用障礙症接受類鴉片藥品維持療法
- 患有可能因苯二氮平類藥品的使用而加重的身體或精神健康問題的疾病，例如纖維肌痛症（fibromyalgia）、慢性疲勞綜合症（chronic fatigue syndrome）、憂鬱症、雙相情緒障礙症（bipolar disorders；但在急性躁症的緊急鎮靜使用除外）、注意力不足 / 過動症（attention deficit hyperactivity disorder）、竊盜癖（kleptomania）和其他衝動控制障礙症
- 患有心肺疾病，如哮喘（氣喘）、睡眠呼吸中止症、慢性阻塞性肺病和充血性心臟衰竭，因為苯二氮平類藥品可能會加重低氧症和低通氣（呼吸量下降）的狀況

苯二氮平類藥品的不良反應

- 苯二氮平類藥品的使用與失智（dementia）、增加跌倒率及增加髖部骨折的風險有關。
- 藥品抗焦慮作用的耐受性，可能在使用幾週後產生（Z-drugs 不適用於此症的治療）。

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的不良反應

- 依賴性：具有短或中等半衰期的強效苯二氮平類藥品（如 alprazolam, lorazepam）似乎具有最高的依賴性風險。心理或生理依賴性可在數週或數月內產生，且在長期使用、高劑量使用或在有焦慮病史的病人更容易產生依賴性。
- 對安眠效果的耐受性，可能僅在規律使用的數天後就會出現。
- 日間嗜睡
- 頭暈

- 駕駛表現受損，增加交通事故風險
- 憂鬱和焦慮增加
- 思考遲緩和身體動作的遲緩
- 與鎮靜藥品【如類鴉片藥品或酒精（酒品）】併用時，特別容易過量
- 增加死亡風險
- 增加認知功能障礙和譫妄風險
- 增加跌倒和骨折風險，尤其是老年人

根據美國食品藥物管理局（FDA）的規定，自 2020 年 9 月起，所有苯二氮平類藥品的處方必須包含一項黑框警告，提醒使用者此類藥品具有濫用、成癮、生理依賴及戒斷反應的嚴重風險。詳細信息請參閱 FDA 公告。

這項警告旨在讓醫療提供者和病人更加了解苯二氮平類藥品的潛在風險，並在治療過程中更加謹慎，尤其是避免長期使用和避免與其他具有成癮風險的藥品同時使用。

長期使用苯二氮平類藥品和 Z-drugs 病人的治療

應鼓勵所有病人停止長期使用苯二氮平類藥品和 Z-drugs。提供治療之醫師應制定治療計劃，及幫助病人進行減藥和停藥。

- 對於大多數接受初級照護的病人，即使是最小的介入措施，例如治療醫師提供藥品相關資訊的信函或一次簡短的諮詢，也能有效減少或停止苯二氮平類藥品的使用。
- 對於不願意停藥的病人，應和病人討論停藥的益處。設定期望，每年至少重新討論該話題一次，並在病人的治療計劃有變化時更頻繁地進行討論。

減藥與停藥

減藥考量

減藥計劃必須根據病人的臨床需求、減藥的適應症、病人遵從照護團隊減藥指示的能力，以及提供者的臨床判斷，進行個別化設計。

- 確定減藥的初始步驟，在病歷中記錄減藥的依據。
- 不應逆轉減藥過程，但可暫時停止減藥以減輕副作用。
- 在最初的 1 到 4 週內，評估病人對初始減藥的反應。
- 評估病人原本開立藥品的基礎病情，並根據需要討論替代治療方案。
- 評估病人是否準備好或適合減藥。若病人符合以下條件，則認為其適合減藥：
 - ✓ 願意並有承諾進行減藥，且擁有足夠的社會支持，
 - ✓ 沒有複雜藥品戒斷的病史，
 - ✓ 沒有不可快速減藥的情形。

如果需要進行減藥，但病人不符合上述標準，或者對減藥有具體問題，請諮詢 Mind Phone 或藥局。

- 建議使用認知行為治療（CBT），幫助病人應對反彈性焦慮並協助戒斷（減量）過程。
- 考慮將以下病人轉介給專家：
 - ✓ 有酒精（酒品）使用障礙症或其他物質使用障礙症病史的病人，
 - ✓ 同時患有嚴重身體或精神疾患的病人，
 - ✓ 使用高劑量藥品的病人，
 - ✓ 同時服用興奮劑或類鴉片藥品的病人，
 - ✓ 有藥品戒斷癲癇發作病史的病人。
- 根據病人的反應，每週至每月重新評估減藥情況，並在每次劑量減少前進行評估。

Z-drug 建議

根據病人服用藥品的頻率，選擇以下選項之一：

- 停止使用 Z-drug，並開始替代藥品（如 melatonin, trazodone, doxepin, or mirtazapine）。

- 通過減少每週服藥的天數來逐漸減少 Z-drug 的使用（例如：前 2 週每週有 6 晚服藥，接著 2 週每週有 5 晚服藥，如此類推）。
- 對於慢性（長期）使用 Z-drug 的病人，減藥方法如下：

表二、長期 Z-drug 治療的減藥方法	
Z-drug	減藥方法
Zolpidem	● 每週或每兩週減少原始劑量的約 25% ● 如果劑量超過 10 mg/ 天（IR*）或 12.5 mg/ 天（CR*）：配合 CBT-I 進行較緩慢的減藥速度
Eszopiclone	● 每週或每兩週減少原始劑量的約 25%（最多減 1 mg） ● 如果劑量超過 3 mg/ 天：配合 CBT-I 進行較緩慢的減藥速度
Zaleplon	● 每週或每兩週減少原始劑量的約 25% ● 如果劑量超過 20 mg/ 天：配合 CBT-I 進行較緩慢的減藥速度

*IR：速效劑型；CR：長效劑型，緩釋劑型。

苯二氮平類藥品的減藥建議

逐漸減量應是管理苯二氮平類藥品停藥並預防嚴重戒斷症狀（如嚴重癲癇發作）的最有效方法。

- 如果病人已經使用長效或中效的苯二氮平類藥品，請按照表三進行減藥，或參見「轉換至長效苯二氮平類藥品」。
- 如果病人是使用短效苯二氮平類藥品或不易進行小劑量減藥的藥品，則將其轉換為 diazepam（64 歲或以下病人）或 lorazepam（65 歲及以上病人），並根據表三 或「轉換至長效苯二氮平類藥品」，逐步減藥。

表三、長期苯二氮平類藥品治療的臨床適應症與減藥方法	
適應症	減藥方法
● 功能未改善 ● 長期處方使用導致發生藥品之耐藥性	緩慢減藥：每 2–4 週減少 10%
● 藥品副作用表明風險大於效益 ● 合併疾病增加併發症風險	中等速度減藥：每週減少 10%
● 尿液藥品篩檢顯示存在物質濫用問題 ● 因不穩定的臨床狀況或近期過量導致顯著呼吸抑制風險 ● 病人行為顯示可能濫用或轉售藥品。這些行為可能包括： ✓ 出售處方藥 ✓ 偽造處方箋 ✓ 竊取或借用藥品 ✓ 經常遺失處方箋 ✓ 強烈要求開苯二氮平類藥品 ✓ 注射口服或外用苯二氮平類藥品 ✓ 未經許可使用苯二氮平類藥品 ✓ 未經許可的劑量升高 ✓ 同時使用非法藥品（包括類鴉片藥品） ✓ 從多位開方醫師處獲取苯二氮平類藥品 ✓ 頻繁前往急診科 ✓ 同時使用酒精（酒品）	快速減藥：每週減少 25% 並 / 或將病人轉介至物質依賴或成癮諮詢服務。

- 某些病人即使每次減少 10% 劑量並進行漸進式減藥，仍會出現臨床顯著的戒斷症狀。對於這些病人，考慮轉換為長效苯二氮平類藥品；請參見「轉換至長效苯二氮平類藥品」（表四）。

- 減藥應根據個人選擇和戒斷症狀的嚴重程度進行調整。停藥過程可能需要 3 個月至一年或更長時間。有些人可能在較短時間內即可完全停藥。
- 經常檢查病人的進展，及早發現和處理問題，並在減藥期間及之後提供建議和鼓勵。戒斷症狀的發展過程可能非常多樣且不易察覺。如果在減藥過程中出現新症狀，應高度懷疑是否與戒斷有關。
- 如果首次嘗試減藥失敗，可考慮在第二次嘗試中轉換為長效苯二氮平類藥品。
- 如果病人遵從性有問題，可考慮每次僅提供 7 天或 14 天份量的藥品。

轉換至長效苯二氮平類藥品進行減藥

Diazepam（64 歲及以下病人）

雖然缺乏高品質的證據支持在減藥時轉換至 **diazepam**，但對某些病人來說，這種方法是可以考慮，因為 **diazepam** 的半衰期較長（20–80 小時），因此血漿濃度波動較小。**Diazepam** 有多種劑量和劑型，這使得逐步替代其他苯二氮平類藥品或 **Z-drugs** 變得更容易，並允許逐步減少劑量。轉換通常應逐步進行，通常是以階段性方式進行。

應考慮將以下病人轉換至 **diazepam**：

- 使用短效至中效苯二氮平類藥品（如 **alprazolam** 和 **lorazepam**）
- 使用不易逐步減少劑量的製劑（如 **alprazolam** 或 **flurazepam**）
- 因對藥品有高度依賴性（與長期治療、高劑量或焦慮病史相關），而難以或可能難以直接從 **temazepam** 或 **Z-drug** 中停藥

Alprazolam（Xanax）注意事項：應小心不要過快減少 **alprazolam** 的劑量或過於突然地轉換至其他苯二氮平類藥品，因為與其他苯二氮平類藥品相比，**alprazolam** 更容易引發戒斷性癲癇發作。如果在減少最後 1–2 mg 的 **alprazolam** 劑量時遇到困難，應更逐漸地減少劑量（每週 0.25 mg）或在一週內逐步替換為 **diazepam**，然後按常規進行減藥。

Lorazepam（65 歲及以上病人）

不建議將 65 歲及以上的病人轉換至 diazepam，因為病例報告顯示這可能與譫妄有關。對於老年病人來說，lorazepam、oxazepam 和 temazepam 是最安全的選擇，因為它們沒有代謝物的累積風險。在這些藥品中，lorazepam 在劑量選擇方面最佳，提供 0.5 mg、1 mg 和 2 mg 的錠劑，還有 2 mg/mL 的口服溶液。

轉換方法（表四）

- 一次僅以 diazepam 或 lorazepam 替換目前使用苯二氮平類藥品的一個劑量，通常從晚間或夜間的劑量開始替換，以避免日間的鎮靜效果。每隔幾天或一週替換一次劑量，直到達到相當於總劑量的替換劑量（參見表四），然後再開始減藥。
- 對於使用 diazepam 的病人，由於其半衰期長，病人可以僅在晚上服用一次劑量，或每天分兩次服用。
- 對於使用 lorazepam 的病人，建議每天分兩次服用。

表四、相當於 diazepam 5 mg 的劑量換算

注意：此表格顯示的數據是相對於 diazepam 的近似等效效力，根據不同資訊來源，劑量等效值可能有相當大的變化，因此數據僅為參考。本表所使用的來源包括 Lexicomp 和 UpToDate。病人在減藥過程中應密切監測，以防止過量或劑量不足。這些劑量換算僅用於減藥過程，而非治療的初始階段。

學名	商品名	半衰期（小時）	相當於 diazepam 5 mg 的劑量
Alprazolam	Xanax	12–15	0.5 mg
Chlordiazepoxide	Librium	5–30	10 mg
Clonazepam	Klonopin	18–50	0.25–0.5 mg
Diazepam	Valium	20–80	5 mg
Lorazepam	Ativan	10–20	1 mg
Temazepam	Restoril	3.5–18.5	30 mg

Triazolam	Halcion	1.5–5.5	0.25 mg
若僅開立 5 mg 或 2 mg 劑量的 diazepam 錠劑，起始劑量不應超過 40 mg。如果考慮更高劑量，請與精神健康與福祉部門進行諮詢。			

戒斷症狀的治療（表五）

急性戒斷症狀

與焦慮相關的戒斷症狀常見，包含不安、激躁、顫抖、頭暈、恐慌發作、心悸、呼吸急促、出汗、潮紅、發抖、吞嚥困難、睡眠不佳、窒息感及胸痛。其他較少見的急性戒斷症狀包括癲癇發作、腸道/膀胱問題、食慾改變、疲倦、暈眩、專注力差、耳鳴和譫妄。

長期戒斷症狀

一些戒斷症狀可能持續數月甚至數年才能緩解，這些症狀包括焦慮、疲倦、憂鬱、記憶力和認知能力差、運動症狀（如疼痛、虛弱、肌肉抽搐、抽動、癲癇發作）、失自我感、精神病、妄想多疑、反彈性失眠以及異常的運動感知。

預防和治療戒斷症狀

表五、在已長期使用苯二氮平類藥品或 Z-drugs 後的減藥過程中，用於預防或治療戒斷症狀的藥品

症狀之預防或治療	藥 品	劑 量
預防癲癇	Carbamazepine	起始劑量為每日兩次，每次 200 毫克，每週調整劑量至每日兩次 400 毫克。停止苯二氮平類藥品後，繼續服用此抗癲癇藥 2 至 4 週，然後逐步減少抗癲癇藥的劑量。

	Valproic acid or Divalproex sodium EC	起始劑量為每日兩次，每次 500 毫克，每週調整劑量至每日 2,000 毫克。停止苯二氮平類藥品後，繼續服用 2 至 4 週，然後逐步減少抗癲癇藥的劑量。
心跳過速、高血壓、顫抖、盜汗、焦慮、不安	Propranolol	每日三次，每次 10 毫克，按需服用，為期 3 天。
高血壓、顫抖、盜汗、焦慮、不安	Clonidine	每日三次，每次 0.1 毫克，按需服用，為期 3 天。
焦慮、不安	Gabapentin	每 6 小時 100–300 毫克，按需服用。
失眠	Hydroxyzine or Diphenhydramine	每 6 小時 25 毫克，按需服用。
	Gabapentin	每日睡前 100–300 毫克，按需服用。
	Hydroxyzine or Diphenhydramine	每日睡前 25–50 毫克，按需服用。
噁心	Promethazine	每 6 小時 25 毫克，按需服用。
	Metoclopramide	每 6 小時 10 毫克，按需服用。
消化不良	Calcium carbonate	每 8 小時 1-2 錠 500 毫克，需要時服用。
	Mylanta, Milk of Magnesia	Follow package instructions. 遵循包裝說明。
疼痛，發燒	Acetaminophen	每 4 小時 500 毫克，按需服用，24 小時內不超過 3,000 毫克。
	Ibuprofen	每 6 小時 600 毫克，按需服用。
- 對於肝功能不全的病人，考慮使用 topiramate、gabapentin 或 levetiracetam。治療前應檢查全血細胞計數（CBC）和肝功能測試。 - 在治療開始時和每三個月進行一次全血細胞計數（CBC）和肝功能測試。 - 這些藥品對老年人來說是高風險的。對於 65 歲及以上的病人，請考慮使用替代藥品。 - 在減藥期間出現慢性失眠或焦慮加重的病人，通常通過認知行為療法（CBT）可以更好的應對這些症狀。將這些病人轉介至精神健康部門進行針對這些症狀的特定療法。		

轉介標準

對於符合以下任何條件的病人，請考慮轉介至精神健康與輔導部門進行諮詢：

- 有酒精（酒品）使用障礙症或其他藥品使用障礙症病史
- 同時患有嚴重的精神疾病
- 同時使用興奮劑或類鴉片藥品
- 有藥品戒斷癲癇發作病史
- 有自殺意念

1. 在苯二氮平類藥品（BZD）處方減量與停藥方面，和病人相關的阻礙與促進因素

阻礙因素

- 依賴 BZD 來應對日常生活和 / 或治療身體、心理上潛在疾病的方式
- 心理因素和既有的人格特質
- 合併失智症或帕金森氏症，以及過去 3 個月內有住院病史
- 害怕失眠症或焦慮症復發
- 有酗酒或毒品使用的病史
- 缺乏家庭或社會支持
- 年長者
- 對 BZRA 治療的危害和副作用缺乏或認識不足，並且對其他治療選擇缺乏了解
- 對醫療體系的普遍挫折感和對自身治療的失望，主要是由於在決策過程中的諮詢有限。一些病人描述他們的處方醫師採用「一體適用的標準做法，缺乏個別化考量」的方法。
- 醫師傾向過度開立處方，且對 BZDs 缺乏足夠知識，被視為一大問題。
- 初級照護醫師缺乏同理心，且提供的支持不足

- 難以坦率談論自己使用 **BZD** 的情況，並感到被處方醫師污名化，處方醫師似乎缺乏理解。有些病人解讀為處方醫師的態度是冷漠甚至或帶有懲罰性。

促進因素

- 病人有意願停止 **BZRA** 治療並恢復自然睡眠
- 了解長期使用的危害，並體驗到生活功能受損的副作用
- 意識到需要改變對藥品的信念和態度
- 知曉解決潛在問題的其他有效策略
- 表達自己的意見並積極參與決策過程
- 從個人的初級照護提供者（自己的家庭醫師）開立處方，而非其他醫師或處方者那裡
- 病人對提供者（醫師）的信任，最顯著的信任因素包括處方醫師真誠地了解病人、了解 **BZDs**、良好的溝通、共同決策，較次要的因素是醫病關係的持續時間。

2. 對於苯二氮平類藥品（**BZD**）處方減量與停藥方面，醫師和 / 或處方者相關的阻礙與促進因素

阻礙因素

- 缺乏對 **BZDs** 的知識和缺乏監測
- 預期病人對 **BZRA** 處方減量與停藥會有抵抗情緒
- 對功能尚可的病人不願意停止治療
- 認為 **BZRA** 無害
- 擔心戒斷症狀的出現
- 一般態度認為 **BZRA** 不應被避免，持續使用是必要的
- 醫師和護理師之間權力不平等

促進因素

- 在開始減藥過程之前，進行能促進病人停藥動機的訪談溝通，並給予他們時間考慮處方減量與停藥的益處
- 醫師了解並願意遵循指引，將 **BZRA** 的使用限制在短期內
- 醫師在減藥過程中表現出同理心、關懷和鼓勵
- 對 **BZDs** 有足夠知識，並且在監測使用上保持勤勉，定期提供建議和鼓勵
- 主動讓病人參與共同決策過程
- 醫師在治療上保持靈活性，與其他醫療提供者合作，並讓護理師參與病人的藥品管理和評估

全國 Permanente 醫療集團針對苯二氮平類藥品與 非苯二氮平類鎮靜安眠藥／ Z-drugs （適用於 18 歲以上成人）的臨床實務建議

National Permanente Medical Group Practice Recommendations for Benzodiazepines & Non-Benzodiazepine Sedative-Hypnotics/ Z-drugs (for Adults 18 and Over).

Kaiser Permanente. Last edited March 17, 2021.

<https://wa-provider.kaiserpermanente.org/static/pdf/provider/resources/sedative-hypnotics.pdf>

* 註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

目的

這些實務建議的目的是：

- 減少新發生對苯二氮平類藥品（BZDs）和 Z-drugs 產生依賴、耐受或成癮風險的病人人數。
- 安全監測並根據醫療指示逐步減少已經依賴於長期、慢性使用 BZDs 或 Z-drugs 病人的用藥。
- 提供限制 BZDs 或 Z-drugs 用於焦慮、失眠及其他疾病治療的建議。
- 避免處方藥品和 / 或物質的組合，這些組合可能使病人面臨更高的疾病罹病率和死亡的風險。
- 針對 BZDs 及 Z-drugs 在其他適應症和特殊族群中的使用與監測。

主要考量要點：

- 這些建議不適用於緩和醫療、安寧療護或其他末期照護。

- 這些是 **PMG**（本醫療集團即全國永久醫療集團）的建議；然而，所有開處方的醫療人員更需了解 **BZDs** 或 **Z-drugs** 另外的州法和國家法規，這些法規可能優先於本建議。對於具體的司法要求，請參考您所在區域的法律部門的規定 / 或法律資源。
- 對於任何不符合這些建議的處方（同時也不符合美國 **CDC** 的建議），建議在病人的醫療紀錄中詳細記錄理由。建議不應取代醫療判斷和對治療風險與益處的個別評估。
- 我們的重點是優先使用非藥品和替代藥品的療法，並僅在必要時使用 **BZDs** 和 **Z-drugs**。
- 應避免長期每日使用 **BZDs** 或 **Z-drugs** 作為單一療法。對於懷疑有處方藥詐騙或管制藥品流用，請聯繫當地的管理或專案調查單位（**special investigation unit, SIU**）。

焦點區域 1：避免新開立 **BZDs**

建議 1

- (1) 透過採用非藥品及 / 或有效且安全的藥品替代方案來處理與焦慮症、恐慌症（**panic disorders**）和失眠相關的疾病，以避免使用 **BZDs**。
- (2) 非藥品選擇是有效的，可能包括：
 - a. 向病人提供有關焦慮的醫療教育
 - b. **Kaiser Permanente** 教育計畫
 - c. **CALM** 應用程式（**APP**，包含許多放鬆音樂選項、睡眠故事、引導冥想選擇，幫助集中、放鬆和睡眠）
 - d. **myStrength** 應用程式（**APP**）
 - e. 運動
 - f. 正念冥想（**mindful meditation**）
 - g. 考慮減少酒精（酒品）、咖啡因及其他可能增加焦慮的物質
 - h. 如果醫療提供者認為適當，可以推薦病人接受諮詢，例如認知行為療法（**CBT**）。

- (3) 對於急性且嚴重的焦慮病人，也應評估其憂鬱和 / 或物質使用障礙症 (SUD)，也可考慮進行尿液藥品篩查。

建議 2

- (1) 對於出現中度至重度焦慮或恐慌發作的病人，可初步使用一個選擇性血清素再回收抑制劑 (SSRI)、血清素 - 正腎上腺素回收抑制劑 (SNRI) 或 buspirone。

藥品選擇可能包括：

- SSRIs，如 escitalopram, citalopram, sertraline, fluoxetine
- SNRIs，如 venlafaxine or duloxetine
- Serotonergic agent for anxiety，如 buspirone
- 可依據病人情況考慮使用 propranolol and hydroxyzine

- (2) SSRI 和 SNRI：在老年病人中需密切監測跌倒、出血或低鈉血症的風險。

- (3) 對於 65 歲及以上的病人，應避免使用 paroxetine、hydroxyzine 或 TCAs。

- (4) 如果醫療提供者認為適當，評估轉介至行為醫學、精神科、心理健康和 / 或成癮醫學的必要性。

其他建議 / 評論

- (1) BZDs 可以考慮用於偶爾、少見（間歇性 / 情境性）的焦慮，例如在核磁共振／電腦斷層掃描、手術前或化療前，或特定的恐慌症治療，如飛行恐懼症。

- (2) 如果需要使用 BZDs，應預計僅短期使用，且不作為長期使用之打算。若使用短效 BZDs，如 alprazolam (Xanax®)，尤其危險，因其可能導致快速的依賴性和嚴重的戒斷症狀。

- (3) 所有 BZDs 都可能造成成癮、譫妄 (delirium) 和激動、增加跌倒或受傷風險、增加失智 (dementia) 風險，以及難以減量和停藥。

- (4) 如果其他療法無效且考慮使用 BZDs 來處理情境性、短期且嚴重的焦慮症狀時，通常僅限於使用在病人日常功能受損的情況下。

(5) 在罕見情況下，如明顯的急性重度焦慮或使人失能的恐慌發作（debilitating panic attacks）下，應考慮：

- 在選定的病人中，使用 propranolol 和 hydroxyzine 作為 PRN 使用（按需用藥）。
- 在開始使用 SSRI 或 SNRI 的治療時，考慮同時短期開立小量的 BZDs：開立最少所需劑量的藥品，低劑量最多不超過 15 錠 / 膠囊，並於第一至第二週迅速減量停藥。
- 在開始使用 BZDs 的病人身上，應避免在同時使用酒精（酒品）、任何非法藥品、四氫大麻酚（Tetrahydrocannabinol, THC）、任何類鴉片藥品或其他鎮靜藥品如 zolpidem（Ambien®）。

焦點區域 2：對於已經處方 BZDs 和 Z-drugs 的病人

建議 1

- (1) 由於 BZDs 和 Z-drugs 可能導致身體和心理依賴、耐藥性、嚴重戒斷症狀和持續的不良副作用，因此不建議長期使用。
 - 突然停止使用 BZDs 可能導致癲癇發作和死亡。
- (2) 與病人討論 BZDs 和 Z-drugs 的重大風險以及治療選擇，以鼓勵他們逐步減量這些藥品。
 - 找出正在使用 BZDs 或 Z-drugs 的病人，並提供他們減量建議。
 - 制定治療計劃，幫助病人進行減量和停藥。
 - 對於大多數在初級照護（primary care）設置中的病人，即使是最小的介入，如來自治療醫師的藥品相關的資訊信函或一次簡短的諮詢，也可以有效減少或停止使用 BZDs（KPWA，華盛頓凱薩永久醫療集團，同本醫療集團）。

建議 2

(1) 減量：

- 考慮在減量前開始使用選擇性血清素再回收抑制劑（**SSRI**）或血清素 - 正腎上腺素回收抑制劑（**SNRI**），並提供有關非藥品療法的教育，例如行為療法和其他可用資源，以幫助症狀管理。

(2) 漸進減量的一般指導：

- 提供預期指導，告知可能會有短暫的反彈性焦慮症狀。這種焦慮通常是暫時的，且很少成為停止減量的理由。
- 減量計劃應根據個別情況進行。病人使用 **BZDs** 的時間長短可以幫助確定減量計劃，這取決於嚴重傷害的風險、病人的臨床需求和 / 或醫師的臨床判斷。
- 如果病人使用 **BZDs** 的時間為數月或更短，每週減量 10%；如果病人使用 **BZDs** 的時間較長，每 2 至 4 週減量 10%。
 - ✓ 如果病人有反彈焦慮和 / 或失眠的症狀，尤其是在原劑量的 <20% 時，可能需要以 5% 的速度更慢地減量。

如果在減量過程中遇到困難，考慮聯繫精神科。

其他建議 / 評論

- (1) 如果您認為病人可能存在物質使用障礙症（而非僅僅是生理依賴），尤其是當劑量持續增加時，考慮與成癮科醫師進行諮詢。
- (2) 如果病人有以下任一情況，考慮與行為 / 心理健康專家進行諮詢：
 - 伴隨重大精神疾病
 - 有物質使用障礙症病史
 - 同時使用處方興奮劑或類鴉片藥品
 - 有藥品戒斷癲癇病史
 - 有自殺意念

- (3) 除了逐漸減量外，建議使用非藥品療法。在制定逐漸減量的照護計劃時，也應考慮包括認知行為療法（如果可用）。這可以成為治療計劃的一部分，幫助病人應對反彈焦慮、協助停藥過程，並提高長期成功停藥的可能性。
- (4) 設定期望，並定期在面對面的診療中重新討論這個主題，每年至少討論一次。當病人的臨床情況發生變化時，可能需要更頻繁地討論。
- 如果臨床決定繼續使用 BZDs，則強烈考慮定期進行尿液藥品篩檢（urine drug screen, UDS），至少每 12 個月一次。
- 應持續落實處方監測計劃（prescription drug monitoring program, PDMP）之登錄及查閱。

焦點區域 3: 急性失眠（acute insomnia）

建議 1

以藥品來治療失眠並不是首選，並且比行為治療的風險更高、效果更差。

對於失眠，有效的實證治療，包括：

- 提供失眠相關的教育
 - ✓ 睡眠衛生教育
- Kaiser Permanente 教育計劃
- CALM APP（包含許多放鬆音樂選項、睡眠故事、引導冥想選擇，幫助集中、放鬆和睡眠）
- myStrength APP
- 光療法（light therapy）
- CBT-I APP
- 運動
- 正念冥想（mindful meditation）
- 如有需要，應減少酒精（酒品）、咖啡因及其他可能加劇失眠的物質，包括處方藥和非處方藥。

建議 2

如果行為治療無效，可以考慮額外的輔助藥品治療，並應在睡前 30-60 分鐘使用：

- 65 歲以下病人：
 - ✓ 褪黑激素 3-6 毫克，睡前按需使用
 - ✓ Trazodone 25-150 毫克，睡前按需使用（如果沒有心臟或其他禁忌症，應逐步劑量調整——見焦點領域 3，其他建議 / 評論）
 - ✓ Doxepin 5-10 毫克，睡前按需使用（口服液、膠囊或錠劑）
 - ✓ Mirtazapine 7.5-15 毫克，睡前按需使用
- 65 歲或以上病人：
 - ✓ 褪黑激素 3-6 毫克，睡前按需使用
 - ✓ Acetaminophen ER 650 毫克睡前使用
 - 避免使用 acetaminophen 加 diphenhydramine（商品名 Tylenol PM）
 - 對於可能有一些疼痛影響睡眠的病人可能有幫助
 - ✓ Trazodone 25-50 毫克，睡前按需使用
 - ✓ Mirtazapine 7.5-15 毫克，睡前按需使用
 - ✓ Doxepin 5 毫克，睡前按需使用（口服液）

其他建議 / 評論

於失眠治療，不要將 BZDs 或 Z-drugs 連續使用超過 2 週，且不可長期使用。

- 與病人設定期望，讓其了解該藥品將不會被長期使用。

在極少數急性、嚴重且無法通過行為治療改善的失眠情況下，建議一次性少量處方供短期間的治療用，以多日總劑量不超過 15 錠的 zolpidem 5 毫克，供睡前使用。提供在病人失眠的行為治療調整期間內使用，並不得連續處方。

- 生理依賴在連續每日使用 2 週內迅速發生。
- 避免在使用類鴉片藥品和其他鎮靜安眠藥或具有鎮靜效果的物質如酒精（酒品）的病人使用，因會增加呼吸抑制的風險。
- 避免在 65 歲或以上的病人使用，以減少包括跌倒風險和認知影響在內的副作用。

焦點區域 4：慢性失眠（chronic insomnia）

建議 1

對於慢性失眠，沒有必要使用 BZDs 或 Z-drugs。即使是偶爾使用，這些藥品也不應用於治療慢性失眠。

- 考慮非藥品療法及其他藥品替代方案（如焦點領域 3：急性失眠中提到的）。
 - ✓ 失眠的認知行為療法（CBT-I）是慢性失眠的主要推薦治療方法（持續評估失眠和其嚴重程度的改善情況）。
 - ✓ 如果僅使用 CBT-I 效果不夠，考慮使用其他藥品如褪黑激素（melatonin）、trazodone。
- Z-drugs 的效果通常在 6 週療程後會減弱。
- 也應考慮可能引起失眠症狀的潛在病因，並處理這些根本原因或情況。
- 對於已經在使用 BZDs 的病人，不要突然停藥，應開始逐步減量。
- 停止治療時，病人面臨更高的身體依賴風險，因而也面臨更高的身體戒斷風險。

建議 2

減量

- Z-drugs 應按照 BZDs 的減量方式來停用（如焦點區域 2，建議 2 中所述）。
- 另選擇的減量方式是通過減少每週服用的天數來逐步減量。例如，先每週服用 6 晚，持續 1-2 週，再每週 5 晚，持續 1-2 週，依此類推。
 - ✓ 減量計劃應個別化。

其他建議 / 評論

對於褪黑激素的劑量調整：建議以 3 毫克開始，在睡前至少 60-90 分鐘前服用。如果需要可隔週再增加至 6 毫克，最高劑量為 10 毫克，。

- 在患有失智症的老年病人中使用褪黑激素時要小心，因為其可能對白天情緒調節能力造成不良影響。

對於 trazodone 的劑量調整：考慮從每晚 25 毫克的低劑量開始（如果沒有心臟或其他禁忌症），如有需要，每 3-4 天可緩慢增加 25 毫克，直至每晚最多 150 毫克，每晚睡前 30 分鐘服用。

對於 65 歲及以上的成人，應以更低劑量（最多 100 毫克 / 天）逐步調整，因為這一群體有較高的姿勢性（如突然站立）低血壓和跌倒風險。

焦點區域 5：BZDs 和 Z-drugs 與其他影響中樞神經系統的藥品的合併使用

- BZDs 不應與任何其他具有鎮靜安眠效果的物質，如酒精（酒品）、非法藥品、類鴉片藥品或 Z-drugs，例如 zolpidem（Ambien®）共同使用，因為這樣會使病人面臨更高的中樞神經系統和呼吸抑制風險，從而增加罹病率和死亡率（morbidity and mortality）。
- BZDs 與興奮劑（無論是處方藥還是非法藥品）的同時使用，可能會掩蓋 BZDs 過量的症狀，及增加過量的風險，並可能導致心律不整和心臟衰竭。
- BZDs 與四氫大麻酚（Tetrahydrocannabinol，THC）的同時使用可能會因認知影響的綜合效應，而增加罹病率和死亡率的風險。
- BZDs 與類鴉片藥品：
 - ✓ BZDs 和類鴉片藥品的同時使用可能會導致深度鎮靜、呼吸抑制、昏迷和死亡。（美國 FDA 的建議）
 - ✓ 對於已經長期使用 BZDs 和 / 或 Z-drugs 的病人，如果病人也正在使用類鴉片藥品，則不建議這種併用的方式，因為這會使呼吸抑制 / 過量的風險增加 20% 到 60%。建議逐步減少其中一種藥品的使用。

- ✓ 在逐步減少其中一種藥品的過程中，應強烈考慮對病人和 / 或照護者進行過量風險和 **naloxone** 使用的教育，並應提供 **naloxone** 鼻噴劑（**Narcan®**）的處方，以應對這些藥品併用時所產生的呼吸抑制 / 過量的高風險。

焦點區域 6：BZDs 可能的用途

BZDs 在以下情況下可能是合適的治療選擇（儘管可能存在其他風險更低、證據更強的治療選擇）：

- 酒精（酒品）戒斷
- 急性和慢性眩暈
- 特定的恐慌症（例如，飛行恐懼症）
- 口腔灼熱綜合症（**burning mouth syndrome**）
- 非快速動眼期和快速動眼期睡眠行為障礙症（**Non-REM and REM sleep behavior disorders**）
- 妥瑞症 / 抽搐（**Tourette's/Tic's**）
- 預期化療引起的噁心和嘔吐
- 癲癇（**seizures**）
- 耳鳴（**tinnitus**）

其他罕見的神經學狀況（例如，僵直症 **catatonia**）

- 肌肉痙攣綜合症（**muscle spasticity syndromes**）

請參閱處方資訊（在各藥品仿單上）以了解禁忌、警告和注意事項。

新墨西哥州苯二氮平類藥品使用指引

Guidelines for the Use of Benzodiazepines in the State of New Mexico

The New Mexico Overdose Prevention and Pain Management Advisory Council
<https://www.nmhealth.org/publication/view/guide/6327/>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

簡介：

苯二氮平類藥品（**Benzodiazepines**，以下簡稱 **BZD**）因其鎮靜、安眠、抗焦慮、抗癲癇、肌肉鬆弛及失憶（**amnesic actions**）等作用，被用於多種治療目的。**BZD** 適用於酒精戒斷、癲癇發作（**seizures**）、焦慮症、恐慌（**panic**）、激動（**agitation**）狀態及失眠症。自 1960 年代以來，**BZD** 被廣泛處方使用，但已知其與生理依賴與成癮有關。近年來，相關的 **Z-drug**（如 **zolpidem**、**zaleplon** 和 **eszopiclone**）也被用於治療失眠。雖然 **BZD** 被認為相對安全，但若與其他藥品（如類鴉片藥品）併用、用於有物質使用障礙症的患者或老年人，則可能存在風險。儘管存在這些危害，且在某些適應症或長期使用方面缺乏支持使用的臨床證據，**BZD** 仍被廣泛甚至過度地處方。

目前已日益明確，**BZD** 在藥品過量事件中扮演了重要角色。若病人同時使用 **BZD** 與其他中樞神經抑制劑（**CNS-depressants**），特別是類鴉片藥品與酒精（酒品），則其過量致死的風險會提高。美國食品藥物管理局（**FDA**）於 2016 年在處方資訊中加入了「黑框警語」，警告勿與類鴉片藥品併用，建議改用替代藥品；若必須使用，應監測呼吸抑制並限制用量。美國疾病管制與預防中心（**CDC**）也在其類鴉片藥品使用指引中，建議避免類鴉片藥品與 **BZD** 併用。

這些情況的出現，是在 **BZD** 成為最廣泛處方的精神藥品（**psychotropic medications**）之一的背景下發生的，其中包括長期使用（超過六週，儘管存在風險，且缺乏長期療效的治療指引與臨床證據）。**Alprazolam** 是美國最常被處方的精神藥品，2013 年的處方量達 4,800 萬次。**BZD** 屬於管制藥品，可能導致身體與心理上的依賴，也可能被濫用。停用 **BZD** 常常具有挑戰性，且需要專業的協助。

新墨西哥州在致力於減少藥品過量致死，並推動正確使用具潛在風險的藥品，針對 **BZD** 的正確使用提供建議，並為處方者提供指引。

本文件的目標是提供適當使用這類藥品的建議，包括有實證基礎的臨床適應症與使用日程的長短；加強對這些藥品風險的了解，特別是在與其他鎮靜劑合併使用的情況下；以及提供如何辨識與處理異常使用建議，包括在必需時如何安全停用這些藥品。

BZD 與 Z-drug 的藥理機轉：

BZD 透過增強 **GABA**（ γ -aminobutyric acid, γ -氨基丁酸）在大腦中 **GABA** 受體上的作用，產生抗焦慮與鎮靜效果。不同種類的 **BZD** 雖然對這些受體的作用相同，但在吸收速率、穿越血腦障壁的速度、排除速率以及活性與非活性代謝物上有所不同。根據這些藥理特性，**BZD** 依作用持續時間分類，這會影響劑量頻率與用藥方式。

常見處方的 **BZD** 可分為以下幾類：

- 短效型：**alprazolam**（註：此藥在其他指引中列為中效型）、**midazolam**、**triazolam**。
- 中效型：**oxazepam**、**lorazepam**、**temazepam**。
- 長效型：**diazepam**、**clonazepam**、**clorazepate**、**chlordiazepoxide**、**flurazepam**。

用於治療酒精／鎮靜劑戒斷症狀、僵直症（**catatonia**）、急性躁症（**acute mania**）、恐懼症（**phobias**，如飛行恐懼症）的一次性用藥、門診處置時的鎮靜，以及癲癇發作。

Z-drug（例如 **zaleplon**、**zolpidem** 及 **eszopiclone**）同樣作用於 **GABA** 受體，但僅作用於受體中負責鎮靜的特定亞單元，因此這些藥品主要用於誘導睡眠。值得注意的是，這類藥品具有風險，也可能被濫用。

BZD 與 Z-drug 的處方指引：

以下為依據多項治療指引所整理的建議，說明 **BZD** 的使用原則。與所有臨床指引相同，醫師仍應根據個別病人的臨床判斷做出決策。

在開始使用 BZD 治療之前：

1. 在多數情況下，應優先考慮使用其他非 **BZD** 類的藥品作為第一線治療，例如：
 - a. 抗憂鬱藥〔如選擇性血清素再回收抑制劑（**SSRIs**）、血清素 - 正腎上腺素再回收抑制劑（**SNRIs**）、三環抗憂鬱藥〕
 - b. 心理治療（如認知行為治療，其療效顯著，甚至可能讓病人不需使用藥品）
 - c. 治療焦慮的具血清素作用的藥品（如 **buspirone**）
 - d. 治療腿不寧症候群的藥品（如 **pramipexole**、**ropinirole**、**gabapentin**）
 - e. 輔助的症狀治療藥品（如 **hydroxyzine**、**clonidine**、**propranolol**）
2. 在開立為期超過 4 天的 **BZD** 處方前，必須查閱新墨西哥州處方監測計畫（**prescription monitoring program, PMP**），之後若持續處方，應每三個月查閱一次。請參考您所屬醫療專業執照監管機構的 **PMP** 使用相關規定。
3. 醫師應向病人說明這些藥品的風險，例如鎮靜作用與成癮性，並討論減量計畫，因為治療超過 6 週的情況極為罕見。務必確保病人了解這些風險。
4. 如同開立類鴉片藥品一樣，處方 **BZD** 時，醫師應考慮使用治療契約並定期進行尿液毒物篩檢。

5. 所有鎮靜類藥品應由單一醫師處方；若由精神科醫師處方 BZD，而初級照護醫師處方類鴉片藥品，則兩位醫師之間應有密切協調。並鼓勵病人使用單一藥局領藥。

年滿 65 歲及以上的病人：

BZD 與 Z-drug 皆被視為「高齡族群高風險用藥」，並列入美國老年醫學會（American Geriatrics Society）所制定的 Beers Criteria 名單中，其為該學會認定對超過 65 歲病人可能有潛在危害，應避免或限制使用的藥品清單，因此應特別避免在高齡族群中使用 BZD 與 Z-drug。

65 歲及以上的病人對安眠類藥品的不良反應特別敏感，因為隨著年齡增長，其代謝速率會下降。此年齡層的病人更容易出現中樞神經抑制與認知功能障礙，可能出現意志混亂與運動失調，導致跌倒與髖部骨折；亦可能因與其他藥品交互作用而產生風險；若長期規律使用高劑量 BZD（例如 diazepam 30 毫克或等效劑量），亦可能面臨永久性認知障礙（permanent cognitive impairment）的風險。

若評估為絕對必要使用時，應考慮使用一般劑量的一半，並選擇代謝時不需完全倚賴肝臟功能的 BZD（如 lorazepam、oxazepam 或 temazepam）。

具有實證支持可使用 BZD 作為治療的行為障礙症：

目前僅有以下四項行為障礙症有臨床實證支持可使用 BZD 作為治療：恐慌症（panic disorder）、廣泛性焦慮症（generalized anxiety disorder）、社交焦慮症（social anxiety disorder）與失眠（insomnia）。但僅限於短期使用，通常少於 2–4 週，並作為第二線治療選項使用，因為第一線治療一般建議為心理治療或抗憂鬱藥治療，尤其是選擇性血清素再回收抑制劑（SSRIs）與血清素 - 正腎上腺素再回收抑制劑（SNRIs）。部分醫師會在處方 SSRI 的同時短期合併使用 BZD，以便在 SSRI 劑量調整並等待藥效發揮期間，先行提供症狀緩解。

根據一項英國臨床指引（NICE，2011），BZD 應僅於某些精神疾病的危機期間作為短期措施使用。英國國家處方集（British National Formulary）指出：「BZD 僅適用於緩解嚴重、具失能性，或造成個人無法忍受之痛苦的焦慮情

況，且僅限於短期使用（2 至 4 週），可單獨使用，亦可合併治療失眠症或短期的身心症、器質性或精神性疾病。」

雖然 BZD 常被用於創傷後壓力症（PTSD），但目前並無證據或適應症支持其使用。

事實上，BZD 可能提高 PTSD 的發生率，並干擾有效治療。包括美國國防部在內的多項治療指引皆不建議在 PTSD 治療中使用 BZD。PTSD 病人常同時具有物質使用障礙症，會增加使用這類藥品的風險。

針對失眠，由於耐受性會快速發展，BZD 或 Z-drug 僅在短期使用的情況下有效。

長期使用：

除特殊情況（如末期病人）外，BZD 與 Z-drug 皆不建議長期使用（超過 6 週）。目前沒有證據支持將此類藥品長期用於失眠或任何和心理健康相關的適應症。當使用超過 12 週時，特別是在高劑量與短效型藥品的情況下，容易產生生理依賴。

同時使用多種 BZD：

目前沒有臨床證據或治療指引支持同時使用多種 BZD。

在下列情況中應避免使用或極度謹慎使用 BZD：

1. 現正使用或有物質濫用病史者。
2. 懷孕中或有懷孕風險者。
3. 因慢性疼痛或類鴉片使用障礙症而接受類鴉片治療者。
4. 有可能因使用 BZD 而造成病情惡化的身體或心理健康問題，例如：纖維肌痛症（fibromyalgia）、創傷性腦損傷（traumatic brain injury）、發展性障礙（developmental disability）、慢性疲勞症候群（chronic fatigue syndrome）、身體化症（指心理上的問題轉化成身體上的症狀，somatization disorders）、憂鬱（depression）、雙相情緒障礙症（bipolar disorders）（但急性躁症急需鎮靜時除外）、注意力不足 / 過

動症（attention deficit hyperactivity disorder）、竊盜癖（kleptomania）與其他衝動控制障礙症（other impulse disorders）。

5. 不建議在治療邊緣性人格障礙症（borderline personality disorder）時長期使用 BZD。
6. 有心肺疾病者，如氣喘、睡眠呼吸中止症、慢性阻塞性肺病、鬱血性心衰竭與其他心肺疾病，因 BZD 可能加劇低氧與換氣不足問題。

BZD 與 Z-drug 的副作用：

1. 依賴性：具有中或短半衰期且強效的 BZD（如 alprazolam、lorazepam）產生依賴問題的風險最高。心理或生理依賴可能在數週至數月內出現，長期使用、高劑量或在有焦慮症病史的病人風險更高。
2. 在安眠效果上產生耐受性：規律使用僅幾天後就可能產生耐受性。
3. 白天嗜睡與駕駛能力受損：開車或操作機械時可能有風險。
4. 憂鬱與焦慮加劇：使用 BZD 可能引發或惡化憂鬱與焦慮症狀。
5. 認知與動作遲緩：包括在老年人中增加失智與跌倒風險。
6. 與其他鎮靜藥併用時之過量風險上升：如與類鴉片藥品或酒精（酒品）併用時。
7. BZD 使用與整體死亡率增加有關聯。

戒斷症狀：

突然停用 BZD 可能導致中樞神經系統活動異常（如顫抖、癲癇發作或譫妄），特別是對於長期高劑量使用及已產生身體依賴的病人。即使採用逐步減量的方式，也常見以下症狀：焦慮、不安、易怒、失眠、激動、肌肉緊繃、無力、疼痛、視線模糊與心悸。較少見的戒斷症狀包括噁心、出汗、流鼻水、對刺激的敏感度提高，以及顫抖。在老年人或使用高劑量 / 強效 BZD 的情況下，亦有可能出現較罕見的症狀，如精神病（psychosis）、癲癇（seizures）、幻覺（hallucinations）、被害妄想（paranoid delusions）與耳鳴。症狀持續時間變異性大，但通常少於兩週。

再次強調，若病人能耐受，採用緩慢的減量方式有助於減輕這些戒斷症狀。雖然目前尚無藥品可完全且穩定地緩解 **BZD** 的戒斷症狀，但部分藥品或可帶來一定程度的舒緩，包括：**carbamazepine**、**propranolol**、**clonidine** 與止痛藥等。在減量期間及完成後，進行教育、支持與心理治療非常重要，亦可幫助病人避免再次使用 **BZD**，例如從其他醫師處取得處方。

遇較複雜的情況時，轉介病人至精神科或成癮醫學專科醫師尋求協助，對於處理停藥與潛在行為健康問題的治療，將會有所幫助。

在接受美沙冬或丁基原啡因治療類鴉片使用障礙症的病人中使用 **BZD** 與 **Z-drug**：

患有類鴉片使用障礙症的病人，常會濫用 **BZD** 以增強類鴉片藥品的欣快感，或試圖緩解類鴉片藥品的戒斷症狀。此外，許多病人經常被不當地處方 **BZD**，用來治療焦慮症狀，甚至用來處理物質使用障礙症本身。在有使用 **BZD** 的病人，較可能持續濫用類鴉片藥品，並較難維持在美沙冬（**methadone**）治療計畫中。

雖然相對來說風險較低，但 **BZD** 與丁基原啡因（**buprenorphine**）併用已被證實與呼吸抑制致死有關，因此合併使用時必須特別謹慎。

因此，雖然 **BZD** 的使用（在多重物質依賴中十分常見）不應成為類鴉片使用障礙症病人接受美沙冬或丁基原啡因治療的阻礙（**FDA**，2016），但仍應採取極度謹慎的態度，並應遵循美國類鴉片依賴治療協會（**American Association for the Treatment of Opioid Dependence**，2018）所發布的指引。重點建議包括：定期查閱處方監測計畫（**PMP**）（此亦為醫療執業機構之法定要求）、治療計畫與處方 **BZD** 或 **Z-drug** 之醫師間保持密切溝通、教育病人了解相關風險、致力於減少使用並以更安全的藥品取代 **BZD**、擬定安全用藥計畫，並在發生濫用行為時立即處理。

注意：由類鴉片治療計畫（**Opioid Treatment Program, OTP**）配發的美沙冬不會回報至 **PMP**，因此病人的 **PMP** 報告中不會顯示該項用藥紀錄。

長期使用 BZD 與 Z-drug 病人的管理：

幾乎所有有關 **BZD** 使用的治療指引皆建議使用期間不應超過 6 週，有些指引甚至建議不超過 4 週；基於這些藥品存在顯著風險，尤其是在高齡病人中，因此建議在使用期滿後應積極嘗試減量並停用。

然而，在處理長期使用 **BZD** 的停藥問題時，應謹慎進行。雖然持續使用可能有害或已無治療效果，但停藥應在經過仔細評估後進行，並盡可能取得病人的同意。若在未與病人充分溝通與合作下貿然停藥，可能導致戒斷症狀、病人拒絕繼續接受治療，或轉向非法來源取得藥品。

以下為建議的處理方式，特別適用於當醫師「承接」正在長期使用 **BZD** 治療的病人時：

1. 進行完整評估，包括確認病人是否有原發性行為異常的診斷，或是因 **BZD** 引起的障礙症。檢視其治療歷程，確認是否曾接受過第一線或第二線的實證治療方式，例如選擇性血清素再回收抑制劑（**SSRIs**）或心理治療等。
2. 評估治療效果，著重於病人的整體功能表現，而非僅止於症狀的程度。許多病人即使長期服用高劑量 **BZD**，仍不敢出門。若沒有明顯的用藥傷害，則治療效果應是決定是否繼續使用該藥品的關鍵因素。
3. 評估藥品所造成的傷害：包括該藥品是否被濫用、是否與非法藥品或酒精（酒品）同時使用、是否產生藥品交互作用的風險（例如與類鴉片藥品併用）、或是否導致認知障礙症或跌倒等問題。

若病人的治療效益明顯大於風險，且停用 **BZD** 可能導致傷害或日常功能下降，則在用 **BZD** 的同時應持續進行謹慎監測，內容包括：向病人教育用藥風險、定期安排回診、查閱處方監測計畫（**PMP**），以及定期進行尿液毒物篩檢。

即便病人在使用藥品期間未見明顯好處或傷害，但醫療人員正與其討論停藥並尋求替代治療方案時，也應採取上述的監測措施。

需注意，使用毒物篩檢時，醫療人員應熟悉執行該檢驗的實驗室，了解其可偵測哪些 **BZD** 種類，並注意可能出現的偽陽性（例如：**sertraline** 在某些檢測中可能呈現 **BZD** 陽性）或偽陰性結果。

停藥策略：

對於同意停用長期使用 BZD 的病人，以及雖有抗拒但處於立即風險中的病人，有數種可行的停藥方式。值得注意的是，許多病人對於減量或停藥感到焦慮與恐懼，因此重複進行教育與提供持續性心理支持通常能帶來幫助。

可考慮提供認知行為治療（cognitive behavioral therapy, CBT）手冊或轉介至熟悉 BZD 停藥歷程的醫師，以協助病人順利完成減藥過程。

BZD 減藥指引：

1. 依據評估結果，為任何原發性的行為健康診斷安排合適的替代治療。
2. 提供支持性心理治療，或於減藥期間轉介相關資源以提供必要支持。
3. 向病人說明減藥計畫與預期流程，並提供清晰的教育與說明。
4. 多項研究與臨床指引建議每 2 至 3 週減量 25%，在最後兩週若有需要，則可採更緩慢的速度（如減量 12.5%）。
5. 許多病人受益於被提供一個「備用劑量（rescue dose）」，即每日攜帶一劑在身上，由病人自行決定是否使用。這樣做可增強安全感與掌控感，實際上大多數病人並不會使用該劑量。
6. 對於高效能 / 短效型 BZD（如 alprazolam），可能需要更緩慢的減量速度，例如每週減少每日劑量 0.25 毫克。雖然此作法缺乏明確的研究支持，但許多專家建議可先轉換為弱效 / 長效型 BZD（如 clonazepam 或 diazepam）之等效劑量（參見表一），再進行減藥。此作法據稱可減輕戒斷症狀，並讓減藥過程能使用更小劑量、拉長時間以提高耐受性。部分臨床醫師則成功使用 alprazolam 的長效製劑 Xanax XR 來緩解戒斷症狀。
7. Z-drug 的停藥研究較少，但由於其作用機轉與 BZD 類似，因此建議比照 BZD 的減藥方式進行。

表一：Diazepam 毫克等效劑量

學名	商品名	半衰期（小時）	等效於 Diazepam 5 毫克之劑量 *
Benzodiazepines			
Alprazolam	Xanax	12–15	0.25–0.5 mg

Chlordiazepoxide	Librium	5–30	15 mg
Clonazepam	Klonopin	18–50	0.25–0.5 mg
Diazepam	Valium	20–80	5 mg
Lorazepam	Ativan	10–20	0.5–1 mg
Temazepam	Restoril	3.5–18.5	10 mg
Triazolam	Halcion	1.5–5.5	0.25 mg
Z-drugs			
Eszopiclone	Lunesta	6–9	2 mg
Zaleplon	Sonata	1	10 mg
Zolpidem	Ambien	1.4–4.5	10 mg
* 各參考來源對等效劑量的估算略有不同，以上數據為近似值，實際應用時應由臨床醫師根據個別情況評估調整。			

評估異常用藥的相關行為：

BZD 常被誤用、濫用或轉手販售，尤其在有物質使用障礙症傾向的病人中更為常見。辨識這類病人可能具有挑戰性，但以下行為表現可作為警示徵象，應與病人進一步探討：

1. 對 **BZD**（尤其是短效型）表現出比其他藥品或治療計畫內容更高的關注。
2. 服用超出處方的劑量，或未與臨床醫師討論即自行增加劑量。
3. 堅持需要更高劑量的藥品。
4. 拒絕進行尿液藥品篩檢、拒絕轉介至專科或其他治療措施。
5. 抗拒更換為非 **BZD** 類的替代治療。
6. 多次聲稱藥品或處方遺失，或要求提早續藥。
7. 頻繁致電診所詢問處方事宜。
8. 試圖安排非預約的就診，特別是在下班後或醫師不在時。
9. 外觀呈現鎮靜狀態。

10. 濫用酒精（酒品）或使用非法藥品。
11. 日常生活功能明顯惡化，並開始出現藥品相關的不良後果（如家庭或工作出現問題）。
12. 將口服劑型藥品用於注射（出現針孔痕跡）或鼻吸方式使用。
13. 以非法方式取得藥品（如街頭藥販、家庭成員、未授權的網路藥局、偽造處方等）。

在發現病人濫用此類藥品的情況下，可能需要採取較快速的減藥方式，以降低潛在傷害風險。任何懷疑有藥品濫用情形的病人，皆應接受諮詢與評估是否有物質使用障礙症，並提供適當的治療選項。

總結

BZD 具有悠久的使用歷史，曾一度被視為較以往藥品（如巴比妥類與 **meprobamate**）更為安全的替代品。雖然其相對安全，但在有物質濫用傾向的病人中容易被濫用，且當與其他鎮靜性物質（如類鴉片藥品與酒精（酒品））併用時，可能導致致命後果。此外，其也存在其他顯著風險，尤其是在高齡者中。

儘管此類藥品仍是精神醫學中重要的治療工具，但目前已有同樣有效且更安全的替代療法可供選擇。在適當的情況下，**BZD** 應被視為第二線治療藥品，並應限制使用時間。

安全處方苯二氮平類藥品來治療急性焦慮與急性失眠

Safe Prescribing of Benzodiazepines for Acute Treatment of Anxiety and Insomnia

Prescribing Guidelines for Pennsylvania

<https://www.overdosefreepa.org/wp-content/uploads/2016/10/Benzo-for-anxiety-and-insomnia-FINAL-002.pdf>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

摘要

焦慮在臨床實務中相當常見，可能是與重大生活事件有關的急性單一症狀，亦可能是與其他疾病（例如憂鬱）共病。焦慮也可能是某些精神疾病的核心症狀，包括恐慌症（**panic disorder**）、恐懼症（**phobias**）與廣泛性焦慮症（**generalized anxiety disorder**）。在美國，焦慮症的盛行率約為 4%。

雖然苯二氮平類藥品（以下簡稱苯二氮平）對於嚴重焦慮症與恐懼症的短期治療具有療效，但研究顯示，持續使用超過四至六週可能導致療效下降、產生耐受性與依賴性、進而增加發展成苯二氮平使用障礙症的風險。依賴風險會隨著劑量的增加與療程的長度而上升。

儘管苯二氮平可用於焦慮症的短期處理，但其並非焦慮症的一線治療，亦不適合用於長期治療。其他更有效的選擇包括有實證支持的心理治療（如認知行為治療，**cognitive behavioral therapy**，**CBT**）、非藥品的介入措施，以及藥品治療〔如選擇性血清素再回收抑制劑（**selective serotonin reuptake inhibitors**，**SSRIs**）或血清素 - 正腎上腺素再回收抑制劑（**serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors**，**SNRIs**）〕。

同樣地，失眠無論是其他疾病的症狀，或為睡眠障礙症的核心表現，其終生盛行率可高達 40%。苯二氮平在治療嚴重失眠（如一至兩週內的短期使用）方面可能有效，但目前沒有證據支持其長期治療失眠。

除了急性情境型失眠外，持續性失眠應聚焦於處理其根本原因，例如睡眠衛生不佳、慢性疼痛控制不良或憂鬱。

本指引旨在說明苯二氮平用於治療焦慮與失眠的相關建議，目的在於協助醫療人員於照護此類病人時提升治療成果。本文件旨在補充而非取代醫療人員的臨床專業判斷。

指引內容

1. 在開始苯二氮平治療前，應先進行完整的病史評估，包括個人與家族的物質使用障礙症病史，以及全面評估身體健康狀況，特別關注肝臟、腎臟與肺部疾病。

臨床人員應特別注意患有或可能患有睡眠呼吸中止症的病人，因為在此族群中，使用苯二氮平會增加不良事件的風險。同樣地，開立處方前應取得病人當前所有用藥的準確資訊，特別是其他具有中樞鎮靜作用的藥品，包括類鴉片藥品。

苯二氮平與類鴉片藥品併用至少會使呼吸衰竭與死亡的風險增加一倍，因此應避免同時使用。美國食品藥物管理局（FDA）目前已要求所有苯二氮平與處方鴉片藥品併用的情況必須加註黑框警語——這是 FDA 最嚴重的安全警告。

在極少數需要同時開立苯二氮平與類鴉片藥品處方的情況下，應向病人說明呼吸衰竭與死亡的風險，並同時開立 **naloxone** 作為緊急應變藥品。

2. 若病人有過去物質使用障礙症的病史，在開立苯二氮平類藥品前應極為謹慎，因為該病人產生依賴或濫用的風險較高。
 - a) 對於疑似當前有物質使用行為的病人，通常不建議使用苯二氮平。
 - b) 若仍決定將苯二氮平開立給有過去或現行物質使用障礙症病史的病人，應實施嚴密的病人監測機制，並進行治療效益的記錄及潛在危害的評估（包括定期尿液藥品篩檢）。
 - c) 醫療人員應具備解讀尿液藥品篩檢結果的能力，並有既定流程來應對異常結果。此流程應包括轉介病人進行物質使用障礙症的評估與治療。

- d) 一旦轉介成案，開立處方的醫療人員應負責與成癮治療提供者進行持續且有紀錄的照護與協調。
- 3. 在開始苯二氮平治療時，處方醫師應與病人充分討論並記錄治療的風險與潛在的效益，包括對產生依賴性和／或耐受性風險的衛教說明，以及治療預定的使用期間。
- 4. 建議醫療人員使用書面治療協議或契約，以教育病人有關苯二氮平使用的風險，並明確說明病人應遵守的事項。

這類協議中所包含的病人責任應包括以下內容：

- a) 告知其他醫療人員自己正在使用此藥品；
 - b) 將藥品妥善保管於安全處所，最好上鎖；
 - c) 不得與他人分享藥品；
 - d) 若藥品不再需要，應依規定丟棄，建議投放於處方藥回收箱。
- 5. 處方醫師應於首次開立苯二氮平處方前，及於治療期間定期查閱並記錄賓州處方藥監測計畫（**prescription drug monitoring programs, PA PDMP AWARe**）資料。強烈建議每次開立處方時皆查詢資料庫。
 - 6. 實證指出短期使用苯二氮平為最佳實務，強烈建議處方內容應反映此原則，例如：針對情境性失眠開立 10 天劑量，而非 30 天並附加長期處方箋。
 - 7. 中至長效型苯二氮平〔如 **clonazepam**（**Klonopin®**）〕較適合用於短期焦慮治療；短效型藥品（如 **temazepam**）則較適用於促進睡眠。對大多數常見的臨床情況而言，低至中等劑量即已足夠。
 - 8. 若於憂鬱症或焦慮症初期使用苯二氮平以緩解症狀，應確實提供病人非藥品的治療（如認知行為治療，**CBT**）之衛教資訊，並協助轉介至相關的專業服務；或同時啟動第一線的藥品治療（如 **SSRIs** 或 **SNRIs**）。
 - 9. 開立苯二氮平以處理急性哀傷（傷慟）中的失眠或難以承受的情緒（**overwhelming emotions**）時應特別小心，因為該藥品可能抑制且延長哀傷歷程，故應加強睡眠衛教。同樣地，若將苯二氮平長期用於創傷後壓力症（**PTSD**）中的急性焦慮反應，將妨礙病人對創傷的必要暴露與認知處理，進而阻礙根本與持久的緩解。苯二氮平不應用於 **PTSD** 病人，因其已被證實無療效。

10. 對高齡者開立苯二氮平時應極為謹慎，因其較容易出現副作用，如意識混亂、運動失調與跌倒。

若無其他有效或可用的治療選擇，劑量應極為保守，並建議使用中效藥品如 lorazepam 或 oxazepam；應避免使用長效藥品如 diazepam 或 chlordiazepoxide。

11. 孕期與哺乳期間使用苯二氮平亦應極為小心，並應為服用該藥的孕婦或哺乳者諮詢專科意見。
12. 須謹記，苯二氮平可能使以下病症惡化。在行為健康方面：憂鬱症、衝動控制障礙症。在身體健康方面：氣喘、睡眠呼吸中止、慢性阻塞性肺病（COPD）、充血性心衰竭（CHF）及其他心肺疾病相關之缺氧。在身心疾病方面：纖維肌痛症、慢性疲勞症候群。
13. 對某些病人而言（例如對其他藥品治療不耐受或無反應者），長期使用苯二氮平可能具有臨床上的必要性。對於經仔細篩選、患有焦慮症的病人，可在多年內維持低劑量使用而不產生明顯不良反應。然而，突然停用此類療程可能導致嚴重的戒斷症狀。
 - a) 長期使用苯二氮平的病人需定期接受監測，內容包括評估治療效益是否仍大於風險，以及是否適合進行緩慢減藥。
 - b) 醫療人員應考慮諮詢專科意見，以評估病人長期使用苯二氮平的適當性，並獲得關於減藥與停藥的建議與指引。
14. 醫療人員必須注意，美國食品藥物管理局（FDA）已對苯二氮平與類鴉片藥品的處方開立發出黑框警語，此警語也適用於接受物質使用障礙症藥品輔助治療（medication assisted treatment, MAT）的病人。儘管如此，苯二氮平與美沙冬（methadone）合併處方的情形仍過於常見，研究指出，每三位接受美沙冬治療的病人中就有一人同時使用苯二氮平。使用美沙冬或丁基原啡因（buprenorphine）合併苯二氮平的病人，其二類藥品過量的風險極高。

強烈建議臨床醫師在開立此類藥品前，必須審慎考量已有的大量研究證據，這些證據顯示：無論是為了疼痛控制還是作為成癮治療的藥品輔助療法，苯二氮平與類鴉片藥品併用都具有實質的高風險。

若在極少數情況下，即便已有黑框警語，病人仍需同時使用美沙冬或丁基原啡因合併苯二氮平，則必須對病人進行詳細的衛教，說明其呼吸衰竭與死亡風險明顯升高，並 ** 共同開立納洛酮（naloxone）** 作為預防類鴉片藥品過量的緊急備藥。

藥品特性介紹

Benzodiazepine	起效速度	起效高峰 (小時)	原藥之半衰 期(小時)	代謝物之半 衰期(小時)	各藥間相 比，相對的 口服劑量
Long acting (長效藥品)					
Chlordiazepoxide (Librium®)	中等，口 服	2-4 (口 服)	5-30	3-100	10mg
Diazepam (Valium®)	速效 (口 服，靜注)	1 (口服)	20-50	3-100	5mg
Flurazepam (Dalmane®)	速效	0.5-2	非活性	47-100	30mg
Intermediate acting (中效藥品)					
Alprazolam (Xanax®)	中等	0.7-1.6	6-20	-	0.5mg
Clonazepam (Rivotril®)	中等	1-4	18-39	-	0.25mg
Lorazepam (Ativan®)	中等 (口 服) 速效 (舌 下、靜注)	1-1.5 (口 服)	10-20	-	1mg
Oxazepam (Serax®)	起效慢	2-3	3-21	-	15mg

Temazepam (Restoril ®)	起效慢	0.75-1.5	10-20	-	30mg
Short acting (短效藥品)					
Midazolam (Versed ®)	特別快速 (靜注)	0.5-1 (靜 注)	1-4	-	-
Triazolam (Halcion ®)	中等	0.75-2	1.6-5.5	-	0.5mg

臨床實務指引：苯二氮平類藥品及相關藥品的處方與監測

Clinical Practice Guidelines: Prescribing and Monitoring of Benzodiazepines and Related Medications

Community Behavioral Health (CBH)

https://cbhphilly.org/wp-content/uploads/2022/10/CBH_CPG_Benzodiazepine_2025-06.pdf

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

前言

本指引旨在降低苯二氮平類藥品不安全的處方行為。首要考量應是在已有更有效或更安全替代選項的情況下，限制苯二氮平類藥品的起始使用，因為此類藥品高度可能干擾物質使用障礙症的復原歷程，或導致醫源性苯二氮類藥品平身體依賴。一旦形成依賴，減量與停藥往往相當困難，原因包括可能出現具危險性的戒斷症候群。安全的減量與停藥，可能需要轉介至較高照護層級、增加與處方醫師或照護團隊的接觸頻率，以及其他依個別病人需求量身訂做的介入措施。關於苯二氮平類藥品減量的更多資訊，請參閱附錄 A。

本指引不僅適用於苯二氮平類藥品，亦涵蓋苯二氮平受體促效劑（例如 zolpidem）、巴比妥類藥品，以及其他受管制的鎮靜安眠藥品。

1. 關於單一療法的指引：苯二氮平類藥品不應作為治療焦慮症單一療法的起始用藥。

雖然有證據顯示，苯二氮平類藥品可安全且有效地用於治療焦慮，但以實證為基礎的臨床指引建議，應將其保留作為第二線用藥。其他藥品治療方式，主要包括血清素—正腎上腺素回收抑制劑（Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, SNRIs）與選擇性血清素回收抑制劑（Selective

Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs），具有更為扎實的臨床試驗證據支持其作為第一線治療，且在安全性方面亦具有顯著優勢。

在治療焦慮與憂鬱症時，苯二氮平類藥品可於治療初期短期使用，以達到快速緩解症狀的目的，並於 SNRIs / SSRIs 發揮療效後逐步減量。此外，非藥品治療亦可作為多種焦慮症的第一線治療選項，其中以認知行為取向與暴露治療模式（**exposure-based models**）為核心的介入方式，擁有最強的實證支持。

例外情況

治療應依個別情況加以調整，以支持個案的復原目標；在極少數情況下，苯二氮平類藥品單一療法可能是合適的選擇（例如：對焦慮症第一線治療有明確不耐受或療效不佳的情形）。在此類情況中，應於個案的醫療紀錄中清楚記載該藥品治療方案的理由。

2. 關於失眠治療的指引：苯二氮平類藥品不應在未經適當評估的情況下用於治療失眠，且不應作為長期治療使用。

在開始使用苯二氮平類藥品或苯二氮平受體促效劑之前，應進行並記錄對「繼發性失眠」潛在原因的完整評估。

此評估應包含以下篩檢項目：睡眠相關呼吸疾患（如阻塞型睡眠呼吸中止症）、睡眠相關動作疾患（如腿不寧症候群）、藥品或咖啡因造成的不良影響、行為因素（如不良睡眠衛生），以及已知會導致失眠的精神疾病症候群。亦應篩檢本指引中所述的其他禁忌症。

慢性失眠的第一線治療為認知行為治療（**cognitive behavioral therapy, CBT**）。

當苯二氮平類藥品或苯二氮平受體促效劑用於治療失眠時，應採用「最低有效劑量」且「最短使用期間」。在缺乏持續治療需求之證據下，不應持續開立處方。應對個案進行用藥風險教育，並特別強調其個別化的風險因子。

例外情況

部分個案可能出現慢性失眠，在嘗試減量時反覆復發，且程度超出可預期且短暫的反彈性失眠。在此情況下，若有適當且完整的書面理由紀錄，較長期的治療可能是可接受的。同時，亦應考慮轉介睡眠醫學評估或行為取向的睡眠治療。

3. 關於對物質使用障礙症個案處方的指引：

苯二氮平類藥品不應處方給有物質使用障礙症的個案。

對於目前或過去曾有物質使用障礙症的個案，幾乎在任何情況下都不應處方苯二氮平類藥品。在進行此類評估時，僅依賴個案自我陳述並不足夠；可接受的客觀評估方式包括：來自 CBH（Community Behavioral Health）會員服務的治療史、其他醫療提供者的側面資訊（collateral information），或尿液藥品篩檢（urine drug screening, UDS）。

例外情況

在某些情況下，即使個案有物質使用情形，苯二氮平類藥品仍可能具有醫療必要性，例如用於預防與酒精或其他鎮靜安眠藥相關的戒斷症狀。

在此類情況中，必須詳實記錄醫療決策過程，以及為保護個案免於傷害所採取的各項措施。同時，亦須記錄一項持續評估藥品濫用或藥品流用的計畫。尿液藥品篩檢通常是最直接的方法。CBH 建議，對此類個案在首次處方苯二氮平類藥品時即進行尿液藥品篩檢，並於治療期間定期監測。

若出現持續或反覆的物質使用、藥品流用，或其他異常的用藥相關行為，應透過行為契約、藥品減量、轉介至其他照護層級，或進行醫療主管／行政審查等方式加以處理。

4. 關於對已有類鴉片藥品處方個案之處方指引：

苯二氮平類藥品不應處方給正在接受類鴉片使用障礙症藥品輔助治療（Medication-Assisted Therapy, MAT）的個案，亦不應處方給因疼痛而長期使用類鴉片藥品的個案。

鑑於苯二氮平類藥品與類鴉片藥品併用所帶來的高度危險性（如前所述），此種藥品組合屬於禁忌。

例外情況

對於正在接受藥品輔助治療（MAT）或使用類鴉片藥品的個案，若需啟用苯二氮平類藥品，必須同時具備以下條件：

須有文件記錄，證明該處方符合本指引的所有其他規範，並清楚說明其醫療必要性。在這類極為少見的情況下，可透過由單一處方醫師統一管理與開立藥品來降低風險。若無法由單一醫師負責，則所有相關處方醫師之間應維持持續的合作與溝通；若其他處方醫師未回應合作請求，應清楚記錄相關溝通嘗試。

若病人拒絕同意與其類鴉片藥品處方醫師進行合作溝通，而此情況已對病人安全構成風險，苯二氮平類藥品的處方醫師可考慮進行減量或停藥。病人應被告知，拒絕合作溝通可能導致上述結果。

在某些情況下，臨床人員可能會遇到同時長期使用類鴉片藥品與苯二氮平類藥品的個案。對於此類個案，迅速停用其中任何一種藥品，既不實際也不安全。持續治療必須伴隨清楚記錄的跨專業合作，以及一份針對其中一種或兩種藥品進行減量的計畫（或清楚記錄為何無法進行減量的理由）。必須詳實記錄醫療決策過程，以及為保護個案免於傷害所採取的各項措施。這包括對藥品過量風險的衛教、提供納洛酮（naloxone）的教育與處方，以及監測措施（如尿液藥品篩檢）。CBH 建議，對此類個案在首次處方苯二氮平類藥品時即進行尿液藥品篩檢，並於治療期間定期持續監測。

5. 關於特殊族群的處方指引：一般而言，苯二氮平類藥品不應處方給兒童與青少年、孕期或哺乳期個案，以及高齡者。

例外情況

在極少數特殊情況下，對上述特殊族群處方苯二氮平類藥品可能被認為是適當的。在此類情況中，建議與其他相關專科醫師密切會診（例如婦產科醫師、小兒科醫師等）。治療過程應包含以下要素，並加以完整紀錄：處方苯二氮平類藥品的理由、個別化的風險—效益分析、知情同意、安全監測機制，以及減量計畫（或清楚說明為何不建議或無法進行減量）。

在高齡者中使用苯二氮平類藥品，相關風險包括較高的跌倒、骨折、譫妄發生率，以及交通事故風險增加。苯二氮平類藥品亦可能提高短期認知功能受損（如記憶、學習與注意力）、鎮靜作用，以及藥品交互作用的風險。

6. 關於處方藥品監測計畫（PDMP）要求的指引：

苯二氮平類藥品及其他受管制物質之處方，皆須依各州有關處方藥品監測計畫（Prescription Drug Monitoring Program, PDMP）的相關規定辦理。

2014 年，賓夕法尼亞州立法機關通過第 191 號法案（Act 191），擴大該州的處方藥品監測計畫，將所有第 II 至第 V 級受管制物質納入監測範圍。所有賓州（PA）處方醫師皆必須完成 PDMP 的註冊。

自 2016 年 8 月起，所有處方醫師在使用 PDMP 方面即負有法律責任。醫療提供者應隨時掌握最新規定，並確保其執業行為符合所有賓州 PDMP 的要求。更多資訊可參閱賓州衛生部（PA DOH）「處方藥品監測計畫—處方醫師常見問答（Prescriber Q&A）」文件。

附錄 A：苯二氮平類藥品減量

重點

- 苯二氮平類藥品不應突然停藥，特別是在長期使用或高劑量使用的情況下，因為可能引發具危險性的戒斷症候群。
- 安全的減量與停藥，可能需要轉介至較高照護層級、增加與處方醫師或照護團隊的接觸頻率，以及其他依個別需求調整的介入措施。醫療提供者應評估苯二氮平類藥品戒斷風險，以協助判定適當的照護層級。需考量的因素包括（但不限於）：
 - 是否出現苯二氮平類藥品或酒精戒斷症狀
 - 苯二氮平類藥品的使用劑量、使用期間與使用頻率
 - 是否合併使用酒精或其他物質
 - 過去是否曾出現戒斷症狀或戒斷性癲癇發作
 - 是否存在高風險的醫療狀況（如創傷性腦損傷、癲癇、近期疾病或手術等）
 - 預期的減量過程所需時間
- 建議採取逐步、漸進式的苯二氮平類藥品減量方式。
- 讓個案參與關於用藥調整理由的討論（包括苯二氮平類藥品使用可能帶來的潛在危害），並在可行情況下，共同參與減量計畫的制定。
- 每一次處方醫師門診接觸時，皆應檢視並記錄減量計畫與執行進度。
- 苯二氮平類藥品的減量與停藥，應視為一項持續進行、依個別情況調整的臨床過程，且可能需要反覆修正。處方醫師的紀錄應反映這些個別化的臨床決策。
- 建議採取團隊式照護模式來進行苯二氮平類藥品減量。
- 苯二氮平類藥品減量是與其他處方醫師（特別是處方其他受管制藥品者）進行照護協調的重要時機。
- 必須適當使用處方藥品監測計畫（PDMP）。在賓夕法尼亞州，每次處方苯二氮平類藥品時，皆須查詢賓州 PDMP。
- 對於仍持續接受苯二氮平類藥品處方的個案，每一次門診接觸時，都應評

估該藥品使用的適切性與療效。治療過程須伴隨清楚紀錄的處方理由、個別化的風險—效益分析、知情同意、安全監測機制，以及減量計畫（或清楚說明為何不建議或無法進行減量）。

- 其他有助於苯二氮平類藥品減量的建議介入措施，包括：認知行為治療（CBT）、自助手冊、支持性治療、教育性介入，以及由臨床人員提供的減量／停藥說明信。

苯二氮平類藥品減量之聯合臨床實務指引：當苯二氮平類藥品之風險高於效益時的考量

Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations when Benzodiazepine Risks Outweigh Benefits

American Society of Addiction Medicine (ASAM)

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12463801/>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

前言

苯二氮平類藥品減量之聯合臨床實務指引（以下簡稱「本指引」）由以下醫學與專業學會共同合作，制定並推廣：

- 美國家庭醫學學會（American Academy of Family Physicians, AAFP）
- 美國神經學學會（American Academy of Neurology, AAN）
- 美國醫師助理學會（American Academy of Physician Associates, AAPA）
- 美國醫學毒物學會（American College of Medical Toxicology, ACMT）
- 美國護理師實務學會（American Association of Nurse Practitioners, AANP）
- 美國精神科藥師學會（American Association of Psychiatric Pharmacists, AAPP）
- 美國婦產科醫師學會（American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG）
- 美國老年醫學學會（American Geriatrics Society, AGS）

- 美國精神醫學學會（American Psychiatric Association, APA）
- 美國成癮醫學學會（American Society of Addiction Medicine, ASAM）

本指引提供以實證為基礎並結合專家共識的策略，協助臨床醫師判斷對特定病人而言，是否適合進行苯二氮平類藥品（benzodiazepines, 簡稱 BZD）減量，若適合，則應如何進行減量。本指引適用於已規律使用 BZD 的成年病人，且其可能面臨生理依賴與戒斷風險時。

本指引適用範圍（Scope of Guideline）

本指引聚焦於是否以及如何進行 BZD 減量，並探討持續處方之風險與效益評估、與病人合作的方式、照護層級之考量，以及減量策略（包括戒斷症狀的處理）。本指引適用於已規律使用 BZD，且有生理依賴與戒斷風險的病人。此外，本指引亦納入特定族群的相關考量，包括：同時處方 BZD 與鴉片類藥品的病人、合併物質使用障礙（SUD）的病人、其他精神疾病病人、高齡成人，以及孕期與哺乳期病人。

本指引的使用目的

本指引「適用於」：

- 主要提供給在多元場域中處方 BZD（但目前未涵蓋 Z-drugs）的臨床醫師使用，例如基層醫療、專科醫療、急診與醫院等場域
- 適用於年滿 18 歲、規律使用 BZD，且可能有生理依賴風險的病人
- 作為支持個別化、以病人為中心之 BZD 減量照護的臨床工具
- 促進具彈性且以病人為中心的照護，以及共享決策

本指引「不適用於」：

- 在安寧緩和醫療與臨終照護場域中處方 BZD 的臨床醫師

- 僅短期（如少於 2 週）或非規律（如需要時才使用）服用 BZD 的病人
- 取代臨床判斷或個別化、以病人為中心的照護
- 作為僵化的照護標準，或導致快速減量或突然停用 BZD
- 主張一體適用的單一減量模式
- 規範臨床實務的法律、法規或政策
- 僅聚焦於 SUD 病人

苯二氮平類藥品減量之考量

是否進行減量的判定

對於 BZD 減量考量之建議

1. 臨床醫師理想上應至少每 3 個月，為每位使用 BZD 的病人評估一次持續處方的風險與效益（見表 2 與表 3；臨床共識，強烈建議）。
 - a. 至少在每次新開立 BZD 處方或續開處方時，臨床醫師都應評估其風險與效益（臨床共識，強烈建議）。
 - b. 在進行風險與效益評估時，臨床醫師應查閱相關處方藥品監測計畫（prescription drug monitoring program, PDMP）的資訊（臨床共識，強烈建議）。
2. 對於可能已對 BZD 產生身體依賴，且有 BZD 戒斷風險的病人，臨床醫師應避免突然停用 BZD（見表 3；低確定性證據，強烈建議）。
 - a. 當 BZD 的風險大於其效益時，對於可能已有生理依賴的病人，應進行減量（低確定性證據，強烈建議）。
 - b. 對於不太可能有生理依賴，且當 BZD 風險大於效益的病人，臨床醫師應考慮停藥或採取短期內快速減量（臨床共識，強烈建議）。
3. 對於不太可能已有生理依賴，且在未逐步減量情況下停用 BZD 的病人，臨床醫師應告知病人注意並回報是否出現戒斷及／或反彈症狀（臨床共識，強烈建議）。

- a. 若出現明顯症狀，臨床醫師可考慮使用藥品進行症狀處理，或重新開始使用 **BZD** 並啟動減量（臨床共識，條件式建議）。

執行考量（Implementation Considerations）

- 在評估持續處方 **BZD** 的風險與效益時，臨床醫師應篩檢病人是否有未經處方使用 **BZD**，或使用其他可能與 **BZD** 產生交互作用、或影響減量過程的物質。
- 當 **BZD** 的風險大於效益時，臨床醫師應主動與病人討論減量事宜（若病人不太可能已有生理依賴，亦可討論直接停藥）。臨床醫師應引導病人表達其對減量過程的期待與擔憂，並加以討論。同時，應與病人討論原本使用 **BZD** 治療疾病之替代治療方式，這些方式可能較 **BZD** 更為有效且風險較低，例如：治療焦慮症可使用選擇性血清素回收抑制劑（**selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs**）及／或認知行為治療（**CBT**），治療原發性失眠可使用失眠的認知行為治療（**CBT-I**）。
- 減量的目標，可以是完全停用 **BZD**，或將 **BZD** 劑量降低至「最低有效劑量」，使其風險不再大於效益。臨床醫師應在整個減量過程中，持續重新評估風險與效益，以作為臨床決策的依據。
- 雖然許多短期使用 **BZD** 的病人（例如少於 1 個月）可在未減量的情況下直接停藥，臨床醫師仍可考慮進行短期減量。若臨床醫師擔心可能出現具臨床意義的戒斷症狀（例如與 **BZD** 的藥理特性、病人年齡、共病、其他物質使用、過去戒斷史有關），或病人對停藥表達顧慮時，短期減量可能是適當的作法。
- 許多醫療體系可能無法負荷所有可從 **BZD** 減量中受益的病人數量。因此，臨床醫師與醫療體系可能需要對病人進行分流，優先處理持續使用 **BZD** 而有較高傷害風險的病人。

表 2 · 持續使用苯二氮平類藥品（BZD）與進行減量之潛在效益與風險 *

潛在效益	潛在風險	
BZD 使用	BZD 使用	BZD 減量
• 有效管理病人的身心健康狀況 • 相關功能表現改善	• 過度鎮靜（包括與其他鎮靜藥品、酒精或其他藥品併用時的風險） • 跌倒及相關傷害	• 戒斷症狀，包括嚴重或併發性的戒斷反應（如癲癇發作、譫妄） • 原本因使用 BZD 治療之疾病復發 • 對合併的身心健康狀況造成影響
• 生活品質改善[†]	• 記憶與認知功能受影響 • 交通事故 • 醫療安全疑慮（如藥品交互作用） • 對合併身心健康狀況的影響 • 睡眠型態被打亂 • 對工作與家庭責任的影響 • 藥品流用 • 物質使用障礙 • 藥品過量 • 胎兒傷害 • 自殺風險	• 延長性戒斷反應 • 回到非法使用 BZD • 轉而使用非法的 BZD[‡]

* 臨床醫師應針對個別病人，評估各項效益與風險發生的可能性。

† 包括在臨終或安寧緩和醫療中的使用。

‡ 包括來自非法藥品市場之偽造 BZD 所帶來的風險，例如摻有高效力合成類鴉片藥品（如吩坦尼 **fentanyl**）及新型合成物質。

表 3 · 臨床上具意義之苯二氮平類藥品（BZD）戒斷風險*

BZD 使用時間	BZD 使用頻率	每日 BZD 總劑量	臨床上具意義之戒斷風險†
偶爾使用	≤ 每週 3 天	任何劑量	罕見
< 1 個月	≥ 每週 4 天	任何劑量	風險較低，但仍可能發生
1–3 個月	≥ 每週 4 天	低劑量‡	風險較低，但仍可能發生
1–3 個月	≥ 每週 4 天	中等 § 至高劑量 **	是，且劑量與使用時間越長，風險越高
≥3 個月	≥ 每週 4 天	任何劑量	是，且劑量與使用時間越長，風險越高

* 本表係根據 CGC 的臨床共識制定，僅作為一般性指引，不能取代臨床判斷。

† 影響生理依賴與 BZD 戒斷症候群風險的因素很多，包括但不限於年齡、共存的生理與心理健康狀況、其他物質的使用情形，以及過去是否有戒斷經驗。

** 非法市場中部分新型合成苯二氮平類藥品的半衰期尚不清楚。

‡ 低每日劑量定義為相當於 diazepam 10 mg 或以下（例如：clonazepam ≤0.5 mg、lorazepam ≤2 mg、alprazolam ≤1 mg）。BZD 劑量換算請見附錄 H。

§ 中等每日劑量定義為相當於 diazepam 10–15 mg（例如：clonazepam 0.5–1.5 mg、lorazepam 2–3 mg、alprazolam 1–2 mg）。BZD 劑量換算請見附錄 H。

* * 高每日劑量定義為相當於 diazepam 超過 15 mg（例如：clonazepam > 1.5 mg、lorazepam > 3 mg、alprazolam > 2 mg）。BZD 劑量換算請見附錄 H。

與病人合作

對於與病人合作之建議

4. 臨床醫師應在可行的情況下，透過共同決策的過程，與病人及其照顧夥伴協調並制定 BZD 的減量策略（臨床共識，強烈建議）。

執行考量

- 臨床醫師在與病人共同制定 **BZD** 減量策略時，可考慮運用相關的教育資源。
- 臨床醫師可考慮採用動機式晤談（**motivational interviewing, MI**）架構，此為以病人為中心的方法，旨在讓病人參與解決兩難情境。

照護層級之考量

對於照護層級之建議

5. 雖然 **BZD** 的減量通常可在門診環境中進行，但在以下情況下，臨床醫師應考慮安排住院進行減量：
 - a. 病人的臨床表現顯示，若持續使用 **BZD**，將有迫切且顯著的傷害風險（例如藥品交互作用、過量、意外事故、跌倒、自殺意念或其他自我傷害），且此風險不太可能僅靠初期減量就能迅速降低（臨床共識，強烈建議）。
 - b. 預期病人的症狀及／或共存的身體或心理健康狀況，將使 **BZD** 減量過程變得複雜，且無法在門診環境中安全處理（臨床共識，強烈建議）。
 - c. 病人正經歷，或預期即將出現，嚴重或複雜型的 **BZD** 戒斷反應（臨床共識，強烈建議）。

執行考量

- 臨床醫師應依據風險與效益評估結果，作為決定照護層級的依據。
- 多數已對 **BZD** 產生生理依賴的病人，可在門診環境中完成減量；但當病人安全面臨迫切風險，且無法透過門診治療迅速降低時，應考慮住院減量。
- 在評估病人目前的戒斷風險時，臨床醫師應納入其過去是否曾發生嚴重或複雜型 **BZD** 或酒精戒斷的病史。
- 若無法取得住院治療的核准，臨床醫師應評估：嘗試在門診減量，或持續使用該藥品，何者對病人構成的風險較大。

苯二氮平類藥品減量策略

減量流程

對於減量流程之建議

6. 在決定 BZD 減量的初始速度時，臨床醫師一般應考慮每次減少 5% 至 10% 的劑量。減量速度通常不應超過每 2 週減少 25%（臨床共識，強烈建議）。
7. 對於沒有禁忌症的病人，臨床醫師可考慮在減量時，先轉換為等效劑量、作用時間較長的 BZD 藥品（臨床共識，條件式建議）。
8. 臨床醫師應依每位病人的個別狀況量身訂做減量策略，並依病人對減量的反應適時調整（臨床共識，強烈建議）。
9. 臨床醫師在每一次減少劑量時，皆應評估病人是否出現與 BZD 減量相關的徵象與症狀（臨床共識，強烈建議）。

執行考量

- 在開始減量前，臨床醫師應進行全面的用藥與健康狀況檢視，特別留意其他具精神活性之藥品，以及在減量過程中可能受影響的相關疾病。
- 臨床醫師在設計整體減量策略時，應以降低傷害為目標，同時考量持續使用 BZD 的傷害風險，以及減量本身可能帶來的傷害風險（例如戒斷症狀、原本使用 BZD 所治療症狀的復發）。
- 除非存在迫切的安全疑慮，第一次減量時，臨床醫師應考慮採用較低幅度的減量比例（即 5%），以評估病人的初始反應。
- 對於可能具有高度生理依賴的病人（例如使用高劑量且超過一年者），臨床醫師應考慮採取較慢的減量速度。
 - 第一次減量時，考慮使用較低幅度（例如 5%）。
 - 後續減量應依病人初始反應調整，可考慮每 6–8 週減少 5% 至 10%，或視情況更慢。
- 對於不太可能有顯著生理依賴，但仍需要減量的病人〔例如低劑量使用且時間較短（如少於 3 個月）者〕，臨床醫師可考慮使用較高幅度的減量比例（即 10%–25%）。

- 在制定減量策略時，臨床醫師應考量病人目前的 **BZD** 劑量與半衰期、使用頻率與時間、共存的身體與心理健康狀況，以及過去漏服劑量或先前減量嘗試時的反應；同時也應納入病人對減量的擔憂與焦慮。
- 當病人每日需多次服用 **BZD** 時，臨床醫師應審慎決定先減哪一次的劑量。例如，若失眠問題較為突出，先減少較早時段的劑量可能較合適；若白天焦慮較為明顯，則先減少較晚時段的劑量可能較合適。
- 減量策略（包括給藥頻率）應考量 **BZD** 的藥品動力學特性，以避免受體佔有率出現劇烈下降。
- 臨床醫師應在每次減量時，監測病人是否出現戒斷症狀或原症狀復發。可利用視訊或電話追蹤作為監測方式。
- 在完全停用 **BZD** 後的 2–4 週內，臨床醫師應持續監測是否出現亞急性戒斷症狀，並視需要處理持續存在的症狀，直到症狀消失為止；遠距醫療（包括僅語音聯繫）有助於進行此類追蹤。
- 對於在減量過程中出現明顯不適的病人，臨床醫師應考慮暫停或放慢減量速度，及／或採用更小幅度的減量。
- 隨著接近完全停藥的階段，減量往往會變得更困難；臨床醫師應預先考慮採用更小幅度及／或更慢速度的減量。
- 若病人無法耐受進一步減量，臨床醫師可與病人、其照顧夥伴及照護團隊其他成員共同討論，考慮將病人維持在較低的 **BZD** 劑量，並依建議 #1 定期進行風險－效益評估。
- 在少數病人出現難以忍受症狀的情況下，暫時恢復至先前的 **BZD** 劑量，並暫停減量直到症狀穩定，可能是合適的作法。
- 在極少數為確保病人安全而有必要的情況下，住院或具醫療管理的住院型照護環境，可能會採取較快速的減量策略。

表 4、常見苯二氮平類藥品 (BZD) 戒斷徵象與症狀 *

一般	情緒	心血管	腸胃道
• 血壓升高 • 頭痛 • 出汗、夜間盜汗	• 焦慮、恐慌發作 • 憂鬱、情緒低落 • 易怒、激動、攻擊性	• 胸痛 • 心悸 • 心搏過速	• 腹部絞痛 • 腹瀉 • 噁心與嘔吐
神經系統	神經肌肉	神經精神	睡眠
• 認知功能受損（例如：記憶力變差、專注力下降） • 混亂、譫妄 † • 知覺異常 • 癲癇發作 † • 感官過度敏感（如對光、聲音、味道、氣味） • 刺痛、麻木、感覺改變 • 耳鳴	• 協調與平衡問題 • 感覺異常、動作障礙 • 肌肉疼痛（例如：緊繃、無力、痙攣） • 肌肉抽動、跳動、肌束顫動 • 震顫	• 靜坐不能、坐立不安 • 失自我感、失真感（depersonalization or derealization） • 精神病性症狀（如偏執） † • 自殺意念與自我傷害	• 嗜睡 • 失眠 • 惡夢

* 改編自 Soyka (2017)、Baldwin (2022)、Gold & Ward (2022) 以及《Maudsley 處方減量與停藥指引》。本表並非戒斷症狀的完整清單。較完整的症狀列表請參閱《Maudsley 處方減量與停藥指引》與《Ashton 手冊》。

† 通常與高劑量 BZD 突然停用有關

減量過程中的輔助性介入措施

對於輔助性介入措施之建議

10. 臨床醫師應為正在進行 BZD 減量的病人，提供依其實際的潛在病況量身訂做的行為介入措施路〔例如認知行為治療（CBT）、失眠認知行為治療（CBT-I）〕，或轉介病人以接受這些治療（證據確定性低，強烈建議）。

11. 當病人出現明顯干擾減量進行的症狀（例如睡眠困難、焦慮）時，臨床醫師應優先考慮暫停或放慢 **BZD** 的減量速度；不過，臨床醫師亦可同時考慮使用輔助性藥品治療（臨床共識，條件性建議）。

執行考量

- 臨床醫師應教育病人有助於支持 **BZD** 減量的生活型態因素（例如睡眠衛生、依病人能力適度安排的身體活動）。
- 臨床醫師可考慮其他具實證的方法，例如正念取向的介入措施。
- 臨床醫師可考慮將病人轉介至同儕專業人員服務，在減量期間提供支持。

嚴重或複雜戒斷症狀之處置

對於嚴重或複雜戒斷症狀處置建議

12. 臨床醫師應將出現嚴重或複雜戒斷症狀的病人，安排於住院或具醫療管理的住院型機構（例如住院型戒斷管理計畫）中接受照護，並執行下列措施：
 - a. 監測 **BZD** 戒斷的徵象與症狀，包括定期量測生命徵象，並使用結構式評估工具（臨床共識，強烈建議）
 - b. 評估癲癇發作風險，並依情況適當處置（臨床共識，強烈建議）
13. 使用極長效藥品（如苯巴比妥 **phenobarbital**）進行減量：
 - a. 可在住院環境中，作為 **BZD** 戒斷處置的一種考量方式（證據確定性低，強烈建議）。
 - b. 僅應由具備使用此類藥品進行 **BZD** 戒斷處置經驗之臨床醫師執行，或在其諮詢與指導下進行（臨床共識，強烈建議）。
14. 臨床醫師應避免使用 **flumazenil** 等快速 **BZD** 逆轉劑作為 **BZD** 減量之用途，因為可能引發難治性癲癇發作、心律不整及其他不良反應之風險（臨床共識，強烈建議）。
15. 臨床醫師應避免使用全身麻醉藥品（如丙泊酚 **propofol** 或愷他命 **ketamine**）作為 **BZD** 減量之用途（臨床共識，條件性建議）。

執行考量

- 在住院或具醫療管理的住院型照護層級開始進行的減量，當安全無虞時，可轉銜至強度較低的照護層級持續進行。
- 使用極長效藥品進行減量時，出院規劃應包含門診追蹤安排，理想情況下應於 7 天內完成首次回診。
 - 臨床醫師應評估病人是否仍持續出現與停用 BZD 後相關的徵象或症狀，包括原先造成使用 BZD 的症狀是否再度出現。
 - 臨床醫師應考慮使用藥品及／或行為介入措施，以處理與停用 BZD 相關的持續性徵象或症狀。

族群別考量

同時處方苯二氮平類藥品與類鴉片藥品之病人

對於同時處方 BZD 與類鴉片藥品之病人：建議事項

16. 由於所有同時 BZD 與類鴉片藥品的病人，皆有較高的呼吸抑制風險，臨床醫師應在每一次相關的臨床接觸或處方續開時，並至少每 3 個月一次，重新評估持續開立 BZD 的風險與效益（臨床共識，強烈建議）。
17. 臨床醫師應主動提供或處方類鴉片藥品過量的逆轉藥品（例如納洛酮 naloxone）給所有同時使用 BZD 與類鴉片藥品的病人（臨床共識，強烈建議）。
18. 臨床醫師應考慮其他降低風險的策略，包括使用最低有效劑量的 BZD 與類鴉片藥品，並優化非類鴉片藥品介入措施（臨床共識，強烈建議）。

執行考量

- 在為同時處方 BZD 與類鴉片藥品的病人啟動減量前，臨床醫師應設法與其他為該病人開立 BZD 或類鴉片藥品的醫師協調照護。此舉可能包括取得病人同意書或其他協議，以便醫師得以聯繫其他處方者，及／或查詢處方藥品監測計畫（PDMP）。

- 當病人同時具有其他增加併用 **BZD** 與類鴉片藥品不良事件風險的因素時，臨床醫師應更頻繁地進行風險一效益評估。其他風險因子可能包括（但不限於）：具有物質使用障礙症（**SUD**）、雙相情緒障礙症或思覺失調症，及／或正在使用吩坦尼、嗎啡或美沙冬。

同時具有苯二氮平類藥品與其他物質使用障礙症之病人

對於同時具有 **BZD** 與其他物質使用障礙症之病人：建議事項

19. 對於同時具有 **SUD** 及／或其他成癮問題（例如行為成癮），且正被處方 **BZD** 的病人，臨床醫師應較建議事項第 1 點之一般指引，更頻繁地評估持續使用 **BZD** 的風險與效益（臨床共識，強烈建議）。
20. 在為具有 **SUD** 的病人進行 **BZD** 減量時，臨床醫師應同步處理其他的物質使用障礙症（臨床共識，強烈建議）。
21. 臨床醫師不應以 **BZD** 處方或減量考量，作為停止或干擾病人之 **SUD** 治療用藥（包括丁基原啡因 **buprenorphine** 與美沙冬 **methadone**）的理由（臨床共識，強烈建議）。
22. 完成減量後，臨床醫師應持續監測並治療病人的其他物質使用障礙症，或將病人轉介至適當的照護層級以接受後續照護（臨床共識，強烈建議）。
23. 臨床醫師應向病人提供減害服務，或轉介病人以取得此類服務。
 - a. 臨床醫師應提供類鴉片藥品過量的逆轉藥品（例如納洛酮 **naloxone**）及相關衛教（臨床共識，強烈建議）。
 - b. 臨床醫師可考慮提供藥品成分檢測或其他安全使用物資〔例如吩坦尼（**fentanyl**）試紙、**xylazine** 試紙、無菌針具〕及相關衛教（臨床共識，條件性建議，即在某些條件許可下的建議）。

執行考量

- 對於正在進行 BZD 減量且同時具有 SUD 的病人，臨床醫師應在進行 BZD 減量的同時，轉介其接受 SUD 治療。若情況允許，應由負責 SUD 治療與負責 BZD 減量的臨床醫師之間進行照護協調。
- 在為具有 SUD 的病人選擇治療場域時，臨床醫師應考慮使用既有的照護層級建議標準，例如《ASAM 標準》（The ASAM Criteria）（臨床共識，強烈建議）。
- 對於不太可能在門診減量中有效參與的 SUD 病人，臨床醫師可考慮在住院型或住院環境中進行 BZD 減量。
- 使用苯巴比妥（phenobarbital）進行減量，通常應在急性照護場域（例如醫院或急診室）或具醫療管理的住院型環境中進行。然而，對於具有 SUD 的病人，若由具備相關經驗之臨床醫師執行或諮詢指導，且能提供延長護理監測的門診環境，亦可考慮在門診進行苯巴比妥減量。
- 若臨床上有其疑慮，臨床醫師可考慮使用毒理學檢測，作為評估具有 SUD 病人風險一效益的輔助工具。

合併精神疾病之病人

對於合併精神疾病之病人：建議事項

24. 臨床醫師應在減量前，或於臨床上有其必要時同步進行，優化任何精神疾病的實證治療（臨床共識，強烈建議）。
25. 對於創傷後壓力症（PTSD）的病人，臨床醫師應強烈考慮進行 BZD 減量（臨床共識，強烈建議）。
26. 在為情緒障礙症或精神病症病人進行 BZD 減量期間，臨床醫師應密切監測睡眠狀況，特別是對於雙相情緒障礙症病人，因睡眠障礙可能誘發躁症發作（臨床共識，強烈建議）。
 - a. 若情緒障礙症及／或精神病症病人在減量期間出現顯著的睡眠障礙，臨床醫師應暫停減量，直到症狀緩解為止，以避免病情失控（臨床共識，強烈建議）。

執行考量

- 對於正在進行 **BZD** 減量且同時具有精神疾病的病人，臨床醫師應在減量過程中，同步轉介其接受精神醫療照護。若情況允許，負責精神治療與負責 **BZD** 減量的臨床醫師之間，應進行照護協調。
- 在為具有精神疾病的病人選擇治療場域時，臨床醫師應考慮使用既有的照護層級建議工具，例如照護層級使用系統（**Level of Care Utilization System, LOCUS**）。
- 臨床醫師可考慮為具有精神疾病的病人提供行為介入措施（例如結合睡眠衛生教育的失眠認知行為治療〔**CBT-I**〕），或轉介病人以接受這些介入。
- 在為合併精神疾病的病人進行 **BZD** 減量時，臨床醫師可考慮諮詢具精神醫學專長的臨床醫師。

高齡者（Older Adults）

對於高齡者之建議事項

27. 除非有充分且具說服力的持續使用理由，否則臨床醫師原則上應為高齡者進行 **BZD** 之減量（臨床共識，強烈建議）。

執行考量

- 整體而言，指引制定委員會（**CGC**）建議對高齡者進行 **BZD** 減量，因為此族群的 **BZD** 持續使用所伴隨的風險通常較高。然而，是否進行減量仍應以對個別病人之風險與效益進行審慎評估為基礎。
- 高齡者減量的目標，可能是完全停用 **BZD**，或將 **BZD** 劑量降低至其風險不再大於效益的程度。
- 理想情況下，負責 **BZD** 減量的臨床醫師，應與其他負責處理可能受 **BZD** 處方或 **BZD** 減量影響之疾病的臨床醫師進行協調照護。
- 估計美國約有 200 萬名高齡者已連續使用處方 **BZD** 超過 120 天。許多醫療體系可能無法同時因應所有適合進行 **BZD** 減量的高齡病人。因此，臨床醫師與醫療體系可能需要對病人進行分流，優先處理因持續使用 **BZD** 而具有較高傷害風險者。

孕期與哺乳期病人

對於孕期與哺乳期病人之建議事項

28. 在考量是否持續處方或進行 BZD 減量時，臨床醫師應權衡母體—胎兒整體（maternal-fetal dyad）的風險與效益（臨床共識，強烈建議）。
29. 對於子宮內曾暴露於 BZD、且有新生兒戒斷症狀風險的嬰兒，臨床醫師應：
 - 甲、鼓勵母乳哺餵，因其可降低新生兒戒斷症狀（臨床共識，強烈建議）。
 - 乙、在取得家長同意的前提下，與嬰兒的醫療照護提供者溝通其 BZD 暴露情形（臨床共識，強烈建議）。

執行考量

- 臨床醫師在為孕期病人進行 BZD 減量期間，應密切監測其精神症狀，因懷孕及產後期間的代謝變化，可能影響包括 BZD 在內之藥品作用，使精神症狀迅速變化。臨床醫師應依臨床需要適時處理這些變化中的精神症狀。
- 理想情況下，負責 BZD 減量的臨床醫師，應與產前照護提供者進行照護協調。
- 臨床醫師可考慮諮詢具生殖精神醫學（reproductive psychiatry）專長的醫療專業人員，或將病人轉介至此類專科。

附錄 F · 苯二氮平類藥品（BZD）的藥物動力學特性

表 F.1 彙整了在評估身體戒斷風險相對程度，以及規劃減量策略時，需加以考量的重要苯二氮平類藥品（BZD）藥物動力學特性。

表 F.1 · 苯二氮平類藥品（BZD）的藥物動力學特性

Benzodiazepine	達到血中最高濃度時間 （小時；口服）	相對脂溶性 *	起效時間（分鐘） **	排除半衰期 （小時） †	代謝途徑 ‡
Alprazolam	1–2 小時（錠劑或口溶錠） 5–11 小時（長效劑型）	中等	15–30	6–12	CYP3A4
Chlordiazepoxide	0.5–4 小時	中等	15–30	5–10 36–200 (AM)	CYP3A4
Clonazepam	1–2 小時	低	15–30	18–50	CYP3A4
Clorazepate §	0.5–2 小時	高	15		CYP2C19 CYP3A4
Diazepam	0.5–2 小時	高	≤15	20–100 36–200 (AM)	CYP1A2 CYP2C9 CYP2C19 CYP3A4
Estazolam	2 小時	低	30–60	10–24	CYP3A4
Flurazepam	0.5–2 小時	高	≤15	40–250 (AM)	CYP2C19 CYP3A4
Lorazepam	2–4 小時	中等	15–30	10–20	Glucuronide conjugation
Oxazepam	2–4 小時	低	30–60	4–15	Glucuronide conjugation
Quazepam	2 小時	高	15	39 73 (AM)	CYP2C9 CYP2C19 CYP3A4

Temazepam	2–3 小時	中等	30–60	10–20	Glucuronide conjugation
Triazolam	1–2 小時	中等	15–30	1.5–5	CYP3A4

AM：活性代謝物（**active metabolite**）

* 脂溶性增加會使中樞神經系統（**CNS**）作用起效更快，但也可能因快速重新分布至脂肪組織而縮短作用持續時間，即使是排除半衰期較長的藥物亦然（例如 **diazepam**）。

** 起效迅速與高脂溶性相關，且濫用潛力較高。

† 具有中等至高脂溶性的藥物，在單次或間歇性給藥時，其實際作用持續時間往往短於排除半衰期所顯示，因其會迅速分布至脂肪組織。初始給藥時，可能需要每日多次給藥以維持療效；在慢性使用與重複給藥下，這類藥物較容易發生累積，尤其是排除半衰期較長者（例如 **diazepam**）。

‡ 經葡萄糖醛酸結合途徑代謝的藥物，不會產生藥物動力學交互作用，通常被認為在高齡者及肝功能受損病人中較為安全。

§ 在胃中水解為 **nordiazepam**。

附錄 H · 苯二氮平類藥品劑量等效換算

表 H.1 彙整了約略的劑量等效值，用以協助在進行減量時，評估由一種苯二氮平類藥品（BZD）轉換為另一種 BZD 的決策。

表 H.1 · 相當於口服 diazepam 10 mg 的苯二氮平類藥品約略劑量等效值 †

Benzodiazepine	ATC 治療分類	VA/DoD 物質使用障礙臨床指引 (2021)	Ashton 手冊 (2002)
Alprazolam	抗焦慮藥	1	0.5
Chlordiazepoxide	抗焦慮藥	25	25
Clonazepam	抗癲癇藥	1	0.5
Clorazepate	抗焦慮藥	15	15
Diazepam	抗焦慮藥	10	10
Estazolam	鎮靜安眠藥	1	1-2
Flurazepam	鎮靜安眠藥	15	15-30
Lorazepam	抗焦慮藥	2	1
Oxazepam	抗焦慮藥	30	20
Quazepam	鎮靜安眠藥	10	20
Temazepam	鎮靜安眠藥	15	20
Triazolam	鎮靜安眠藥	0.25	0.5

ATC：解剖治療化學（Anatomical Therapeutic Chemical）分類系統；
DoD：美國國防部；VA：美國退伍軍人事務部

† 本表所列劑量僅供參考。實際臨床劑量決策應依病人個別反應進行調整。

Sources:

1. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. 2021.
2. Ashton CH. Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw (The Ashton Manual). Institute of Neuroscience, Newcastle University; 2002.

苯二氮平類藥品與 Z 類安眠藥之處方與減藥／ 停藥指引：在成人失眠與焦慮症之管理

Benzodiazepines and Z-hypnotics Guidance on Prescribing and Deprescribing For the Management of Insomnia and Anxiety Disorders in Adults

Nottinghamshire Area Prescribing Committee

<https://www.nottsapc.nhs.uk/media/cdxg4b0o/benzodiazepine-and-z-hypnotic-prescribing-guidance-update.pdf>

- * 註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

重點訊息

- 苯二氮平類藥品（以下簡稱苯二氮平）與 Z 類安眠藥（以下簡稱 Z-drugs）被歸類為可能導致依賴或戒斷症狀的藥品。
- 苯二氮平適用於焦慮的短期治療：對於嚴重、造成功能障礙或病人無法接受的焦慮症具有療效，無論此類焦慮為單獨出現，或與失眠、短期的身心症狀、器官疾病或和精神病症相關。
- Z-drugs 適用於失眠的短期治療：對於嚴重、造成功能障礙或令病人極度痛苦的失眠有效。
- 長期使用苯二氮平或 Z-drugs 治療失眠與焦慮的效益有限，且其危害已有廣范文獻記載，包括耐藥性、依賴性、跌倒風險與認知疾患。
- 在開立苯二氮平或 Z-drugs 之前，應向病人說明相關風險，並與其訂立達共識的用藥計畫，包括停藥方式的說明。
- 非藥品的治療（如睡眠衛生與心理治療）應與藥品的治療並行。

- 對於已長期使用苯二氮平或 Z-drugs 的情況，應積極進行用藥評估。可使用「我該停止使用苯二氮平或 Z-drugs 嗎？」病人決策輔助工具以支持此評估。

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/should-i-stop-my-benzodiazepine-or-zdrug-patient-decision-aid-summary-pdf-13072600333>

焦慮症的非藥品治療

優化共病狀況的治療：

- 考量與焦慮相關的其他誘發因子或促成因子（例如：身體疾病、其他壓力源、物質誤用）。
- 評估並優化潛在精神健康疾病（如憂鬱症與恐慌症）的治療。

心理治療：

- 低強度心理介入（個別治療與有專人協助的自助治療）為治療焦慮的第一線建議。請參閱 NHS 的焦慮自助資訊及自助療法資訊。
- 可考慮轉介至 NHS 諾丁漢及諾丁罕郡心理諮商療程（Nottingham and Nottinghamshire Talking Therapies）。該服務提供多種心理介入方式以治療焦慮，包括治療師主導的數位介入以及面對面的治療（適用於較複雜的個案）。此服務接受來自諾丁漢市與郡內各地區病人的家庭醫師轉介或自我轉介。

Website: www.notts-talk.co.uk

Telephone: 0333 188 1060

- 第四級心理服務（Step 4 Psychology Service）為具有慢性與複雜程度的心理健康或心理困難者提供心理治療，這類個案不適合接受較初階的照護介入。該服務接受來自諾丁漢市、郡北與郡南的醫療專業人員（包括家庭醫師）轉介。

網 站：<https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/step-4-psychology-service/>

其他藥品：

- 儘管 NICE（National Institute for Health and Care Excellence）並未建議使用 propranolol 治療焦慮，但該藥已核准用於伴隨心悸、出汗與顫抖等症狀的焦慮。Propranolol 在過量時具毒性，且可能存在未被充分認識的潛在危害風險，開立此藥前應由醫師審慎評估。詳細資訊可參閱 2020 年英國健康服務安全調查機構（Health Services Safety Investigation Body）報告。

失眠的非藥品治療

睡眠衛生：

- 良好的睡眠衛生應適用於所有患有失眠的病人，並應與任何安眠藥處方同時進行。
- 關於失眠的更多資訊可參閱 Patient.info 網站，睡眠衛生建議可參閱 Mind 網站。
- 睡眠日記有助於辨識睡眠模式及辨識可能加劇或造成持續失眠的生活型態因素。建議至少記錄兩週。睡眠日記範本可於 The Sleep Charity 網站取得。

優化共病狀況的治療：

- 考量與失眠相關的其他誘發因子或促成因子（如身體疾病、其他壓力源、物質誤用）。
- 若存在身體健康狀況（如疼痛、呼吸系統或心臟疾病），在其獲得妥善治療後，睡眠問題通常也會改善。
- 檢視並優化病人正在服用的其他可能導致失眠的藥品。

心理治療：

- 建議作為慢性睡眠問題的第一線治療。心理介入對慢性失眠的療效往往在治療結束後仍能持續發揮效益。
- 對於合併精神健康問題的失眠病人，應考慮轉介至 **NHS Nottingham and Nottinghamshire Talking Therapies**，並以改善睡眠為初步目標。

其他藥品：

- 務必確認病人是否服用任何其他處方藥或成藥來助眠（這些藥品可能與苯二氮平或 **Z-drugs** 交互作用，導致副作用相加、增加過量風險，以及同時使用時的誤用風險）。
- 具有鎮靜作用的抗組織胺，如 **promethazine**（**Phenergan®**、**Sominex®**），僅核准用於短期睡眠困難（1-2 週），不適用於慢性（長期）失眠的治療。
- 具有鎮靜效果的抗憂鬱劑並未核准用於治療失眠，除非用於治療適當的共病症，否則不建議開立。
- **Daridorexant** 已核准用於治療症狀持續至少三個月且明顯影響日間功能的成人失眠，若病人已嘗試失眠的認知行為療法（**cognitive behavioral therapy for insomnia, CBTi**），但無效、無法取得或不適合，則 **NICE** 建議可使用此藥品。

藥品開立原則

開立原則－初級照護（primary care）

- 僅在症狀嚴重且造成功能障礙時，保留苯二氮平與 **Z-drugs** 作為短期療程使用。
- 如需開立，療程應限制於短期內（不超過兩週，最好少於一週）。
- 使用最低有效劑量，並儘可能縮短使用期間。
- 告知病人通常不會再開立 **Z-drugs** 與苯二氮平的處方，確保其理解原因，並將此說明記錄於病歷中。

- 不得在未見病人的情況下續開處方。
- 僅在病人出現明確與特定藥品相關的不良反應時，才考慮更換至另一種 Z-drugs。
- 病人尚未對一種 Z-drugs 產生反應前，不應再開立其他同類藥品。
- 在病人出院前，應審核苯二氮平與 Z-drugs 處方，並及時採取行動；若新處方未註明療程期限或複查計畫，應與出院準備單位確認。

開立原則：次級照護（secondary care）

入院時

- 確認病人是否規律或間歇性使用此類藥品來治療焦慮、失眠或兩者皆是。
- 評估病人使用苯二氮平與 Z-drugs 的情況，以決定是否需要繼續使用。此步驟可能包括與病人或照顧者對話、查閱其線上病歷〔如 Summary Care Record (SCR)、SystmOne〕、或聯繫其家庭醫師。
- 對於使用此類藥品超過四週的病人，不應突然停藥，以避免引發戒斷反應，除非風險大於效益（例如：病人嚴重藥品過量中毒）。
- 停藥應有計畫性並循序漸進，歷時至少 4 至 6 週（多數情況下需更久）。
- 如對病人已使用此類某項藥品的時間長短有所疑慮時，應於與其常規處方醫師（如家庭醫師、社區精神健康團隊）連繫。

新處方

- 確保非藥品的介入措施持續進行（請見附錄一、住院病人的實用睡眠衛生建議）。
- 僅保留用於短期緩解嚴重且造成功能障礙的症狀。
- 如需開立處方，應限制在短時間內（初始最多 7 天），並進行後續評估。
- 從最低核准劑量開始使用。

- 處方上應清楚標註評估 / 停藥日期。
- 對於重複使用 PRN（需要時使用）劑量的狀況，應於預定病房查房與多專業團隊會議中進行評估。
- 醫師於非辦公時段，不應被要求決定是否續開處方或開立出院處方。
- 如病人在指定的評估期限後仍持續使用或要求開立苯二氮平或 Z-drugs，護理與藥事人員應主動與開立醫師確認。
- Z-drugs 的間歇使用（如每兩晚或三晚一次）有助於預防耐藥性產生。開立初期，應向病人說明安眠藥的限制，並可考慮以口頭“協議”來管理其期望。
- 理想情況下，Z-drugs 不應於午夜前給予或服用，以保留病人不靠藥品入睡的機會。
- 各類苯二氮平與 Z-drugs 的比較請見附錄二。

出院（TTO）與臨時外出處方

- 出院前應審核並盡量減量或停止短期使用的苯二氮平或 Z-drugs。
- 應審慎考慮於病人外出或出院時是否仍有必要給予 PRN（需要時使用）苯二氮平或 Z-drugs。
- 僅有治療團隊中的主治醫師可決定是否開立此類藥品於病人外出或出院時使用。
- 如需開立，應明確註記應供應的藥量，根據近期使用的情況及預期使用需求訂定。
- 始終應開立最少的藥品數量。
- 若病人出院後仍持續由初級照護提供 Z-drugs 或苯二氮平，出院摘要中應明確註明預計療程期間及一般科醫師應於何時重新評估與停藥。
- 若藥事人員／部門得知病人住院前未使用該類藥品，則會與開立醫師確認所有出院處方中含有苯二氮平與 Z-drugs 的項目。

門診處方

- 在極特殊情況下，偶爾會對於症狀嚴重且功能受影響的病人，由精神科主治醫師（**consultant psychiatrist**）監督下開立較長療程的處方。
- 所有經門診開出的重複處方應由處方團隊定期檢視，評估是否仍有必要使用。
- 應確保僅有一位醫師提供 **Z-drugs** 或苯二氮平處方。
- 所有參與病人照護的人員（如照顧者、個案協調者、社區藥師），皆可在“辨識使用此類藥品的長期使用方面”發揮功能，並將情況告知處方團隊。

與病人的討論

- 重申停藥的好處（對藥品產生耐藥性會降低藥品的療效，持續治療可能僅為了避免戒斷症狀；使用劑量愈高、時間愈長，戒斷風險愈大；可避免副作用、降低意外風險，並減少與酒精（酒品）／非法物質／其他鎮靜藥品交互作用的風險）。
- 可使用《我該停止使用苯二氮平或 **Z-drugs** 嗎？》作為輔助討論的工具。
- 說明長期使用苯二氮平與 **Z-drugs** 的相關風險〔如認知障礙、焦慮、憂鬱、應對能力下降、情感鈍化（**emotional blunting**）、社交功能減退〕。
- 說明每次減藥後可能會出現戒斷症狀，但這些症狀通常會在數日內緩解。
- 戒斷症狀的嚴重程度，會因多種不同因素而異，無法準確預估。
- 強調苯二氮平與 **Z-drugs** 不可突然停藥，減藥過程需要時間（以「數月」而非「數週」計）。
- 強調若突然停用苯二氮平，可能會引起意識混亂、毒性精神病、癲癇發作或類似譫妄的狀況。
- 評估目前是否為合適的減量與停藥時機（需考量身體與心理健康狀況）。
- 評估是否可在初級照護中安全進行戒斷（病人是否有意願與決心？是否具備足夠的社會支持？是否可定期追蹤？）。

- 如病人有酒精（酒品）或其他藥品使用障礙症病史、合併嚴重身心疾病，或曾有戒斷引發癲癇發作的病史，應尋求專科意見。

若病人願意進行減藥

- 判斷病人是否可從目前使用的藥品直接逐步停藥，而無需先轉換至 diazepam。
- 與病人共同訂立減藥計畫；減藥步驟應由病人主導調整，確保其在過程中感到舒適並有掌控感。
- 在考量減量頻率時，也要評估藥品處方者能否提供後續追蹤與評估的能力。
- 病人在每次減藥後可能會出現數天的戒斷症狀，因此”每週減藥”的方式可能會過於快速。
- 戒斷過程可能需時 4 週至 1 年（甚至更久）。
- 若症狀復發，可考慮先維持當前劑量 1 至 2 週，之後再以更緩慢的速度減量。
- 隨著劑量下降，每次減量所佔的比例會變大，病人在進入低劑量階段時可能會遇到困難。建議在劑量降低後，採取更小幅度的減量。
- 若病人在第一次的戒斷嘗試未成功，鼓勵其再次嘗試。

若病人不願意減藥

- 針對病人所擔憂的部分進行討論與回應。
- 展現同理心；這可能是個非常敏感的議題。
- 說明目前已有更好的方法來評估藥品的實際效益，且許多過去認為有幫助的藥品，現在已被證實其效果有限。
- 讓病人放心，即使減藥嘗試未成功，仍可重新評估並再做打算。
- 給予病人時間消化相關資訊，如有需要，可安排後續門診。
- 若病人在經過思考後仍不願意開始減藥，則不應施壓，建議 3 至 6 個月後再重新評估。

戒斷症狀

- 使用時間越長、劑量越高、藥效越強，出現戒斷症狀的風險越高。
- 戒斷症狀可能與原本治療的病症相似。
- 苯二氮平的戒斷症狀：出汗、失眠、食慾不振、心悸、知覺異常（**perceptual disturbances**）、顫抖、焦慮、憂鬱、恐慌發作（**panic attacks**）、頭痛與噁心。
- 少數人（約 **15%**）可能會出現延遲型的戒斷症候群；這通常發生在長年使用苯二氮平者。
- 既有的苯二氮平依賴很難治療，可能會導致戒斷症狀的長期持續，甚至變成慢性狀態。
- **Z-drugs**：反彈性失眠（睡眠中斷與生動的夢境）、專注力下降、腹部絞痛、心悸、知覺異常、焦慮與憂鬱。

戒斷症狀的處理

- 給予病人安心感：在採用緩慢減藥的情況下，多數人只會出現輕微的或沒有戒斷症狀。
- 若出現戒斷症狀，大多數人在數月內會自然緩解。
- 提醒病人勿以增加酒精（酒品）、非法物質或其他鎮靜劑的使用來處理戒斷的不適。

焦慮

- 可考慮減緩或暫停減藥，直到症狀可控為止。
- 考慮採用非藥品治療方式。

- 不建議常規使用輔助藥品（但可視情況考慮）。

憂鬱

- 可考慮暫停減藥，直至憂鬱症狀改善。
- 依照 NICE NG2226 指引進行治療。

失眠

- 請參閱前文關於睡眠衛生與心理治療的建議。

駕駛

- 有關英國衛生部關於駕駛的法規，可查閱：<https://www.gov.uk/drug-driving-law>
- 有關駕駛與苯二氮平使用，DVLA（英國駕駛與車輛許可局）有相關規定（需注意，凡超出 BNF 指引劑量的使用，無論是否在減藥計畫中，皆被視為持續濫用或藥品依賴，可能影響駕照資格）。
- 建議病人若感到嗜睡、頭暈或無法專注時，避免駕駛。
- 提醒病人，即使自覺狀況良好，反應時間延遲與意外風險仍可能增加。
- 強調無論駕駛是否受到影響，體內苯二氮平濃度超過法定上限即屬違法。
- 建議病人保留證明其依醫囑使用苯二氮平的資料（例如藥盒上藥局標籤、重複處方紀錄等）。
- DVLA 未針對 Z-drugs 的使用者提供駕駛相關建議。

附錄一

住院期間的睡眠衛生

住院期間的睡眠可能因多種原因而受干擾：

- 正常睡眠節律被打亂（如平時的起床／就寢時間）。

- 與他人共處空間。
- 噪音（來自其他病人、工作人員、儀器）。
- 照明不適當－白天過暗、夜間過亮。
- 憂慮（對診斷、照護、治療的擔心，或對院外事務的煩惱）。
- 身處陌生環境。
- 身體症狀（如疼痛、噁心或呼吸困難）。
- 夜間因醫療或護理需求而被喚醒。
- 部分藥品可能影響睡眠節律。

休息與睡眠是康復與痊癒的重要環節。有研究指出，住院期間的睡眠喪失與健康狀況惡化有關，包括心臟代謝功能失調，以及年長病人譫妄（delirium）風險上升。

在急性照護環境中，某些預防失眠的常見策略可能較難執行，但經過仔細規劃，部分措施仍可納入常規照護中。

夜間建議：

- 除非必要，避免夜間進行醫療或護理介入。若情況允許，應考慮調整用藥、抽血與觀察的時間。
- 若可能，避免睡前使用利尿劑與中樞神經刺激劑（包括類固醇、尼古丁、鼻腔減充血劑（decongestants），以及治療注意力不足或嗜睡症的藥品）。
- 鼓勵避免攝取咖啡因（確保病房備有無咖啡因飲品）。
- 鼓勵病人在睡前如廁。
- 積極處理疼痛（有研究指出，排尿需求與疼痛為病人在住院時最常提及的失眠主因之一）。
- 確保室溫舒適：鼓勵病人視需要移除或索取毛毯。
- 確保病人感到舒適：協助其調整睡姿，或視情況協助穿著自己的睡衣。
- 避免開燈；對話應儘量降低音量並遠離病人休息區；盡量減少不必要的電

話使用（包括工作人員與病人）。

- 可鼓勵病人攜帶耳塞或眼罩到醫院。
- 鼓勵病人在睡前一小時內避免使用電子螢幕。
- 鼓勵使用放鬆技巧。提供溫牛奶或無咖啡因飲品（避免睡前攝取大量液體）、播放柔和音樂或有聲書（使用耳機），以及呼吸練習，皆已被證實有助於放鬆。

白天建議：

- 鼓勵接觸自然光（打開百葉窗、窗簾）。
- 如情況允許，鼓勵從事輕度活動（例如離床坐著、使用日間休憩區）。
- 鼓勵避免午睡。如有需要，在白天小睡，並限制於 30 分鐘內。

安眠藥

除非絕對必要，應避免僅為了助眠而開立安眠藥的新處方，且如開立，僅限最短的使用時間。

在非藥品措施效果不足時（如在術後或處於高度壓力狀態時），短期使用安眠藥有助於調整睡眠／清醒節律。開立前應與病人討論，並於出院前訂立明確的停藥計畫。

請記得：

- 安眠藥不僅影響睡眠，也會影響白天的清醒程度、記憶力與協調能力；且可能提高跌倒風險，並減少病人參與復健活動（例如治療介入）的意願與能力。
- 雖然許多人認為安眠藥可提升隔日的功能表現，但目前缺乏充分的科學證據支持此觀點。

- 藥品對記憶的影響也可能發生於夜間：有些病人會報告睡眠時間似乎延長，但其實是因為隔日無法回憶起夜間醒來的次數。

附錄二

苯二氮平類藥品與 Z-drugs 比較

藥品名稱	焦慮的成人常用劑量（每日）	失眠的成人常用劑量（每日）	約略半衰期（小時）**	其他資訊
Diazepam	每日 3 次，每次 2mg，必要時可增加至每日 15–30mg，分次服用 *	伴隨焦慮的失眠：每晚 5–15mg 睡前服用 *	20–100 小時（活性代謝物為 36–200 小時）	對體弱或年長者，應考慮從極低劑量開始
Lorazepam	每日 1–4mg，分次服用 *	伴隨焦慮的失眠：每晚 1–2mg 睡前服用 *	10–20 小時	對體弱或年長者，應考慮從極低劑量開始
Nitrazepam	不適用	每晚 5–10mg 睡前服用	15–38 小時	應避免用於年長者；在諾丁罕郡非建議用藥
Temazepam	不適用	每晚 10–20mg 睡前服用 *	8–22 小時	第三級管制藥品（Schedule 3）
Zopiclone	不適用	每晚 7.5mg 睡前服用 *	5–6 小時	起效較 zolpidem 慢，但作用時間較長
Zolpidem	不適用	每晚 10mg 睡前服用 *	2 小時	起效迅速且作用強（通常 15 分鐘內生效）

* 劑量應依個別病人情況調整。

** 半衰期資料為估算值，可能因個體差異而有所變動。

苯二氮平類藥品／ Z-drug 政策

Benzodiazepine / Z-drug Policy

NHS Clifton Court Medical Practice

<https://www.cliftoncourtmedicalpractice.nhs.uk/policies/benzodiazepine-z-drug-policy/>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

簡介

受管制的藥品一般是指那些因具有潛在濫用或成癮風險，而其製造、持有或使用受到政府規範的藥品或化學品。這類藥品包括麻醉劑、興奮劑、鎮靜劑、迷幻劑和大麻等藥品。

最常見受管制的藥品清單可參考以下網站：

<https://www.gov.uk/government/publications/controlled-drugs-list-2>

有些病人為了控制其健康狀況，需要使用強效、可能具有成癮性的藥品。其中值得關注的是「依賴性藥品」（例如：類鴉片藥品、苯二氮平類藥品及 Z-drugs），特別是在這些藥品被長期開立的情況下。

鑑於處方藥濫用及病人行為問題的報告日益增加，克利夫頓法院醫療機構已制定以下政策，旨在確保提供適當治療的同時，降低處方藥產生相關問題的風險。

一般診療標準（general practice standards）：

- 若在充分討論治療目標、計畫、風險與效益後決定開立處方，病人可能需要以書面方式確認其同意。
- 病人可能會被要求參與一項戒斷（減量至停用）計畫，並簽署一份戒斷合約，詳細說明本機構在開立依賴性藥品時的期望。該合約列明病人在使用

依賴性藥品時的責任、處方相關事項、用藥建議、我們的照護監測方式，以及病人應遵守的行為標準。

- 病人可能需要認知到”其照護需求”可能較為複雜，並可能需要轉介至其他單位以提供全部或部分的持續照護。我們的政策是，病人的照護應與其醫療複雜程度相匹配。
- 應提醒病人，我們對於任何涉及對工作人員的不當行為採取零容忍政策。

因應恐懼飛行（fear of flying）的鎮靜藥處方申請

本機構有一項政策，原則上不會開立鎮靜藥處方（如 diazepam、chlordiazepoxide 或 zopiclone）來減輕病人因恐懼飛行所產生的症狀。

此決定由我們所有的一般科醫師共同作出，主要理由如下：

- 任何鎮靜藥品的使用都會導致反應變慢、思緒遲鈍，這在飛行過程中可能使病人或其他乘客在緊急情況下無法及時作出足以拯救自己或他人生命的反應。
- 中樞神經抑制劑的使用可能會增加深層靜脈栓塞（deep vein thrombosis，DVT）發生的風險。
- 某些國家禁止攜帶此類藥品入境。
- 國家指引建議不應使用藥品來治療輕微且自限性的心理健康問題和／或恐懼症。
- 使用這些藥品會提高跌倒及提高發生意外的風險。

考慮使用苯二氮平類藥品或 Z-drugs 時應與病人討論的事項

應讓病人了解此類藥品僅供短期使用，並須配合自我照護措施一併進行。

應讓病人清楚了解此類治療的風險，包括中樞神經抑制作用，例如「宿醉效應」、步態不穩、警覺性下降、記憶力受損、耐受性增加、產生依賴以及戒斷反應等。

長期使用苯二氮平類藥品或 **Z-drugs** 與多種健康問題及死亡風險增加有關：

- 長期使用所引起的過度鎮靜會增加在家中或路上跌倒與發生意外的風險。
- 服藥過量中毒可能導致死亡風險上升。
- 長期使用苯二氮平類藥品或 **Z-drugs**（通常超過 4 週）可能會導致：
 - 耐受性——需使用更高劑量才能達到原先的效果。
 - 依賴性——一個人覺得需要藥品才能應付日常生活，且停藥或減藥時會出現戒斷症狀。
- 長期使用苯二氮平類藥品的其他影響包括：
 - 認知障礙、焦慮、特定場所畏懼症（**agoraphobia**）、情感鈍化（**emotional blunting**）、應對能力下降與失憶。
 - 因記憶力受影響導致社交功能下降，例如難以記住新認識的人、約診時間等。
 - 可能首次出現憂鬱症狀，或使原有憂鬱情況惡化，甚至引發自殺傾向。
- 年長者對苯二氮平類藥品的“中樞神經抑制作用”更為敏感，可能出現混亂、夜間遊走、失憶（**amnesia**）、運動失調（**ataxia**）與宿醉效應（**hangover effects**）。認知功能與記憶受損可能會被誤診為失智症（**dementia**）。在英國，估計有 80% 的苯二氮平處方是開給老年人的。
- 應提供服藥期間有關駕駛安全的建議。
- 應警告病人，同時使用酒精（酒品）及其他鎮靜性物質與此類藥品，可能導致嚴重不良反應。

苯二氮平類藥品／**Z-drugs** 政策－處方開立規定

- 所有新開立的苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 將以急性（短期）處方的形式開立。
- 在可能的情況下，病人將由同一位處方醫師負責初始處方的後續評估。
- 若苯二氮平類藥品或 **Z-drugs** 是由外部單位開立，本機構僅在收到書面請求後才會接手開立處方。一般科醫師沒有義務依據外部單位的建議開立處

方，且需注意，一旦決定開立，即需承擔相關處方責任。若一般科醫師決定接手，則需依據本份政策中所有相關規定，特別是關於療程時長與後續評估的部分。

- 若病人出院時正在使用苯二氮平類藥品或 **Z-drugs**，本機構不會自動將該藥納入病人的常規用藥項目。在任何後續處方開立前，應由一般科醫師先行評估。
- 所有病人在開始使用苯二氮平類藥品／ **Z-drugs** 處方後，應於 2 至 4 週內進行再評估。
- 長期使用苯二氮平類藥品／ **Z-drugs** 的病人將每 6 個月進行一次評估。
- 所有苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 處方的最長療程為 1 個月。
- 所有苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 的處方，將盡可能完整註明服用指示，避免使用「必要時服用（PRN）」或「依醫囑服用」等模糊指示。

管制藥品處方箋遺失／被竊的機構處理流程

- 管制藥品處方箋的遺失或失竊事件必須記錄於病人的醫療紀錄中，並新增 READ 代碼，以便本機構進行監控與稽核。
- 若為處方箋遭竊，病人或本機構須向警方報案，並取得案件編號。
- 任何管制藥品或處方箋的遺失或被竊事件，必須透過 cdreporting.co.uk 向管制藥品負責官員（CD Accountable Officer）通報。
- 若機構需就遺失或被竊的處方箋發出警示，可將警示通報表單寄至：EnglandCASAlerts@nhs.net。
- 在考慮是否重新開立處方前，機構必須審查病人的病歷紀錄。應評估病歷以判斷是否有經常申請額外處方的模式。機構也可考慮檢視病人直系親屬或同住者的用藥申請模式，以便觀察是否有異常行為模式。若發現可疑，可能表示潛在的問題，例如藥品濫用、轉售或有被列為嚴密監測（保護）的疑慮時，應透過 cdreporting.co.uk 通報，並視情況進行轉介。
- 應邀請病人回診進行評估，並採取適當的處理措施。
- 機構可考慮開立少量藥品，以應付病人至回診前的用藥需求。

在回診評估時，機構應審視現行處方的適切性，並考量可提供給病人的支持措施，例如：

- 減量及停止藥品使用。
- 縮短處方期間，例如改為每週開立處方。
- 討論若日後再度發生相關情況應採取的處置。
- 與社區藥局合作，例如：若處方經常遭竊，可考慮由藥局代替病人領取處方，或使用電子處方領取系統。

已有規律使用苯二氮平類藥品或 Z-drugs 處方的病人

- 本機構已註冊、並持續規律使用苯二氮平類藥品或 Z-drugs 處方的病人，將進行系統性評估。
- 藥師或一般科醫師將辨識並稽核需要評估的病人，並提供適當建議，建議內容可能包括逐步減量至停藥的計畫。
- 本機構將依照建議，透過依減量計畫按時開立處方，並遵循機構政策，協助病人減少並最終停止使用苯二氮平類藥品與 Z-drugs。
- 若病人當前情況下執行減量計畫會造成過度的壓力或焦慮，告知病人機構將每六個月再次嘗試推動減藥與停藥。
- 對於反覆無適當臨床理由而未配合減量計畫的病人，一般科醫師在諮詢相關專科意見後，可能會停止開立處方。

相關 NICE 指引摘要

優化藥品治療的關鍵議題－安眠藥（KTT6）

- 僅於失眠情況嚴重時才使用安眠藥，並應使用能控制症狀的最低劑量，且療程應盡可能短。

關於 zaleplon、zolpidem 與 zopiclone 在短期治療失眠中的使用指引（TA77）

- Z-drugs 及短效型苯二氮平類安眠藥應僅限於嚴重失眠且已影響日常生活時考慮使用。
- 此類藥品應僅用於短期療程，並嚴格依照其核准適應症開立處方。
- 目前並無確切證據顯示 zolpidem、zopiclone 或短效型苯二氮平類藥品在療效上有顯著差異。
- 若病人對其中一種安眠藥無反應，則不應改開立其他類似藥品（僅在病人因特定藥品出現可直接歸因的不良反應時，才考慮更換為其他藥品）。

NICE CKS 失眠指引

若治療失眠需使用安眠藥，建議選擇如下：

- Z-drugs — zopiclone、zolpidem 及 zaleplon（皆為短效藥品）。
- 短效型苯二氮平類藥品 — temazepam、loprazolam、lormetazepam。
- Diazepam 一般不建議使用，但若失眠與白天焦慮有關，可能有其用途，建議劑量為睡前服用 5–15 毫克。
- 應使用最低有效劑量，且療程應儘可能短。
- 治療時間不應超過兩週。
- 除安眠藥外的其他鎮靜藥品（如抗憂鬱藥、抗組織胺藥、choral hydrate、clomethiazole 與巴比妥類）不建議用於治療失眠。專家評論指出，支持使用這些藥品的證據不足，且其潛在副作用風險顯著。

成人廣泛性焦慮症（generalised anxiety disorder）與恐慌症（panic disorder）的治療指引（CG113）

- 除非作為短期危機處理手段，否則不應在初級照護（primary care）或次級照護（secondary care）中使用苯二氮平類藥品治療廣泛性焦慮症（GAD）。苯二氮平類藥品的長期使用，效果較差。
- 不應使用苯二氮平類藥品來治療患有恐慌症的病人。

NICE CKS 焦慮指引

若治療焦慮需使用苯二氮平類藥品，建議選擇 diazepam：

- 治療焦慮時，建議劑量為每日三次，每次 2 毫克。
- 如有需要，可將劑量增加至每日 15–30 毫克，分三次服用（對於年長者或體弱者，應減半劑量）。
- 使用於年長者時須特別謹慎，因其跌倒風險較高——藥品製造商在仿單上建議應將建議劑量減半使用。
- 應開立最低有效劑量，療程時間應儘可能短，並定期評估病人狀況。
- 治療期間不應超過 2–4 週。

成人憂鬱症的辨識與治療（CG90）以及伴隨慢性身體疾病的成人憂鬱症之辨識與治療（CG91）

- 僅當服用選擇性血清素再回收抑制劑（SSRI）的憂鬱症病人，在治療初期出現焦慮、激動和／或失眠等副作用，且症狀造成困擾時，才可考慮使用苯二氮平類藥品作為選項之一。
- 此時，可考慮短期合併使用苯二氮平類藥品作為多項應對策略之一。
- 若開立苯二氮平類藥品，療程不得超過 2 週，以避免產生依賴性。
- 不應將苯二氮平類藥品用於治療有慢性焦慮症狀的病人。
- 對於有跌倒風險的病人，使用苯二氮平類藥品時應特別謹慎。

社交焦慮症的辨識、評估與治療（CG159）

- 不應常規提供苯二氮平類藥品作為治療成人社交焦慮症的選項。

強迫症（obsessive-compulsive disorder, OCD）與身體臆形症（body dysmorphic disorder, BDD）的治療（CG31）

- 除非病人合併其他共病症，否則不應常規使用抗焦慮藥品治療強迫症（OCD）或身體臆形症（BDD），如使用，應僅限於短期且謹慎地應對 SSRI 初期可能出現的激活反應。

創傷後壓力症候群（PTSD）（NG116）

- 不應開立任何藥品治療，包括苯二氮平類藥品，作為預防成人 PTSD 的手段。

產前與產後心理健康：臨床管理與服務指引（CG192）

- 除非用於短期治療嚴重焦慮與激動，否則不應於懷孕期間及產後提供苯二氮平類藥品給婦女使用。
- 對於計劃懷孕、已懷孕或考慮哺乳的女性，應考慮逐步停用苯二氮平類藥品。

NICE CKS 老年失智相關行為與心理症狀（BPSD）指引

- 若病人出現挑戰性行為（**challenging behaviour**），需立即處理（例如對自己或他人構成危險），且已排除潛在原因（如身體不適、口渴或如廁需求），應建議將病人移至安全、刺激少的環境（例如安靜的房間），遠離他人，並使用語言與非語言的緩和技巧（例如主動傾聽、有效的語言回應、圖像與符號輔助）。
- 若上述措施無效，應諮詢老年精神科醫師、具處理挑戰行為經驗的團隊，或老年醫學專科醫師。
- 視個別情況，可能會建議短期（非核准適應症）使用控制行為（**behavioural control**）的藥品（如 **haloperidol** 或 **lorazepam**）。
- 使用 **lorazepam**（非核准適應症）治療與失智症相關的具挑戰性行為時，僅應依照專科醫師的建議進行，並由其明確指示劑量與治療期間。
- 若非藥品介入措施無效，且病人出現暴力、攻擊行為或極度激動，並對自己或他人構成風險時，可考慮短期使用 **lorazepam**（非核准適應症）作為即時處理措施。其治療目標是協助病人冷靜，減少激動或攻擊行為，而非使其鎮靜。
- 治療應從最低劑量（口服 500 微克）開始，必要時可逐步緩慢調整劑量，最高可達每日 1 毫克（特殊情況下每日最多 2 毫克）。在劑量調整期間，應提供一對一照護，以確保在可控且安全的狀態下進行。
- 應定期評估病人狀況，並儘早停用 **lorazepam**。

與依賴或戒斷症狀相關之藥品：成人安全處方與戒斷管理

Medicines Associated With Dependence or Withdrawal Symptoms: Safe Prescribing and Withdrawal Management for Adults

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/medicines-associated-with-dependence-or-withdrawal-symptoms-safe-prescribing-and-withdrawal-management-for-adults-pdf-66143776880581>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

前言

本指引涵蓋在初級照護（primary care）與次級照護（secondary care）中，關於以下藥品的開立與停用管理的一般原則：類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、gabapentinoids、Z-drugs 及抗憂鬱藥。

本指引不涵蓋下列情況：用於癲癇的 gabapentinoids，用於急性疼痛、癌痛或臨終照護的類鴉片藥品，以及對非法藥品依賴的處理。

適用對象：

- 醫療專業人員。
- National Health Service（NHS）與地方政府單位的服務委託方。
- 服務使用者、其家庭與照顧者，以及社會大眾。

本指引由 NICE 委託，並由國家指引中心（National Guideline Centre）負責制定，該中心由皇家內科醫師學院（Royal College of Physicians）主持。

建議內容

每個人都有權參與自身照護相關的討論，並基於充分知情的情況下做出決策，詳情請參閱 NICE 的資訊頁面「關於您照護的決策（information on making decisions about your care）」。

〔借由 NICE 指引的內容來做決策〕說明了我們（NICE）對於建議強度的用詞並提供有關以下主題的資訊：藥品開立（包括適應症外的使用）、專業指引、標準與法律（包括同意與心智能力），以及保護易受傷害族群的規定。

1.1 支持正在使用具成癮風險藥品或抗憂鬱藥的人

1.1.1

應致力於與以下病人建立合作、信任與支持性的關係：有意使用、以及在開立與停藥管理過程各階段使用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、gabapentinoid、Z-drug 或抗憂鬱藥的病人。應遵循 NICE《成人於 NHS 服務中的就醫經驗（patient experience in adult NHS services）》指引中的建議，特別是關於以下方面：

- 照護與關係的連續性。
- 讓病人能積極參與自身照護。
- 依個別需求調整醫療服務。

1.1.2

詢問病人是否希望就在診時由其家人、照顧者、病人的代言人（advocate）或其他親近的人陪同並提供支持。

1.2 做出是否開立及使用具成癮風險的藥品或抗憂鬱藥之決策

1.2.1

在開始或繼續使用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、gabapentinoid、Z-drug 或抗憂鬱藥治療前，應確保已與病人討論並提供所有合適的治療選項，包括非藥品方式與觀察等待（watchful waiting）。

1.2.2

在進行用藥決策時，應評估是否存在會增加病人發展成依賴的風險因素，但不應僅因單一因素就拒絕開立藥品。應向病人說明並討論相關風險。而可能增加風險的因素包括：

- 合併其他精神健康診斷。
- 有藥品或酒精（酒品）濫用病史。
- 缺乏明確診斷以支持開立該藥品。
- 同時使用類鴉片藥品與苯二氮平類藥品。

1.2.3

在首次討論是否開立藥品時，應以病人偏好的方式提供相關資訊與建議，協助其在藥品可能帶來的效益與其他治療選項，以及長期風險之間做出平衡。

1.2.4

應理解並承認，對於處於困擾中的病人而言，有關用藥的決策可能非常困難。

1.2.5

也應承認，對處方醫師而言，這些決策同樣具有挑戰性，尤其是在病人處於困境且同時存在發展為依賴的風險因素時。此時可能需要更多時間來考慮選項並與同儕討論。

1.2.6

若病人需要更多時間來思考，或開立醫師需與其他醫療團隊成員商議，則可考慮延後開立處方。若決定延後，應確保安排了後續的回診時間。

1.2.7

若處方醫師認為某藥品並不符合病人的最佳利益（即不列為優先選項），但無法與病人達成共同決策來開始或繼續使用該藥品時，處方醫師應：

- 若認為藥品不符合病人的最佳利益，則不予開立。
- 向病人解釋其決定的理由。

- 詳實記錄所有討論內容，並提供病人一份副本。
- 提供病人尋求第二意見的選擇。

1.2.8

對於在表達自身症狀方面有困難的病人，例如患有學習障礙或認知障礙，處方醫師應：

- 運用多種方式了解其症狀，包括在適當情況下與家屬、照顧者或病人的代言人（**advocate**）進行討論。
- 提供必要且合理的調整，例如延長看診時間、使用簡短明確的句子、其他溝通方式與視覺輔助工具，以協助其理解各項治療選擇及其相關風險與效益，並能表達病人方的意見。
- 在適當情況下，確保家屬或照顧者了解所開立藥品的特性。

1.2.9

在開立具依賴風險的藥品或抗憂鬱藥前，應確保對具有學習障礙或心理健康問題者進行完整的評估，以確認其是否有其他未被滿足的需求，以及是否開立該藥品為合適的選擇。必要時應考慮諮詢相關專科團隊。

1.2.10

對於可能缺乏決策能力的病人，處方醫師必須理解並遵循《2005 年心智能力法（**Mental Capacity Act 2005**）》所載原則。

1.2.11

處方醫師應參考英國皇家藥學會所訂之《整體處方者能力框架（**framework for all prescribers**）》，以支持安全且有效的處方行為，並提升開立藥品的實務品質。

1.3 開始使用具依賴風險的藥品或抗憂鬱藥

開始用藥時的資訊與支持

1.3.1

在開始使用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、gabapentinoid、Z-drug 或抗憂鬱藥治療前，應以病人偏好的形式（口頭及書面）提供有關該藥品的資訊。確保所提供的內容有實證依據，且為病人所能理解。並應向病人說明：

- 該藥品可能產生的副作用，這些副作用是暫時性還是永久性，以及這些副作用是否可能隨時間改善或惡化。
- 若病人已懷孕或計劃懷孕，使用該藥品可能帶來的其他影響。
- 若藥品無效，可能有的其他選項。
- 日後若要停用該藥品，可能面臨的困難以及可採取的處理方式。
- 漏服藥品可能會導致戒斷症狀。
- 如何安全儲存藥品。

1.3.2

在開始使用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、gabapentinoid 或 Z-drug 前，應向病人說明並討論以下事項：

- 依賴性是這類藥品的預期作用之一，但此並不構成避免使用該藥品的理由。
- 可能產生與依賴相關問題的風險。
- 可能顯示病人已發展出依賴相關問題的症狀，以及（若適當）讓家屬、照顧者或親近人士瞭解這些症狀的重要性。

1.3.3

在開始使用抗憂鬱藥或 gabapentinoid 前，應向病人說明並討論以下事項：

- 藥品的療效可能出現得較慢，在感受到效益之前，可能先經歷到藥品的副作用。
- 多數副作用通常會隨著時間而減輕。

1.3.4

可考慮在提供口頭與書面的資訊外，補充適合病人的同儕支持網絡，或線上討論平台之相關資訊。

治療計畫的擬定

1.3.5

應與病人討論並共同訂立治療計畫，將該計畫記錄於病人的病歷中，並以病人偏好的形式提供其一份副本。內容應包括：

- 藥品的開立目的、治療的預期成果，以及評估方式。
- 起始劑量與劑量調整的時間間隔。
- 在出現問題時可聯絡的對象。
- 藥品起效所需時間及預計使用期間。
- 每次處方的用藥天數。
- 服用超過處方劑量的風險。
- 過量使用的症狀與徵兆，以及發生時應採取的行動。
- 用藥的後續評估計畫（包括地點與負責人員）及下次評估的日期。

1.3.6

應考量訂定定期評估的策略，並將其納入治療計畫中。透過定期評估以：

- 確認藥品的效益是否持續大於潛在風險。
- 檢視是否需要調整劑量，若需要，則應討論如何安全地進行調整。

處方藥品的策略

1.3.7

應採取措施以降低產生依賴的風險，例如從低劑量開始，並考慮在剛開始治療時，避免使用緩釋型類鴉片藥品。應向病人說明採取這些措施的重要性。

1.3.8

應與病人討論安全且有效的劑量範圍。從低劑量開始，並同意進行頻繁且規律的評估，以便及時調整劑量，藉此測試療效、安全性與病人可接受程度，並找出最低有效劑量。一旦確立有效劑量後，若療效未能持續，應避免自動提高劑量。

1.3.9

若病人的個別情況或處於特定環境（例如：戒護機構），不適用一般的處方開立作業流程，則應調整處方，以確保：

- 該藥品能安全地，依照該場所的日常作業給藥。
- 該藥品不會對病人或同住於該環境中的他人造成風險。

1.3.10

每一張處方的療程天數應：

- 反映治療計畫的內容（請見建議 1.3.5）。
- 符合管制藥品開立的最佳實務原則。
- 遵守相關法規。

與其他醫療專業人員的協作

1.3.11

當開始依照其他醫療專業人員的建議開立處方、接手病人照護，或決定是否繼續先前由其他醫療專業人員開立的處方時，應：

- 採取與自行開立新處方同等程度的審慎態度。
- 參照「支持正在使用具成癮風險的藥品或抗憂鬱藥的人」章節，以協助建立新的治療關係。
- 確保對病人的健康狀況與偏好有足夠了解，以判斷是否應繼續開立處方，或是與病人討論後，採取更有利於其健康的審慎停藥策略。

1.3.12

次級照護（secondary care）中的醫療專業人員，若建議在基層照護中開始或持續使用具依賴性藥品或抗憂鬱藥，次級照護團隊應向病人說明：

- 該藥品將由其初級照護團隊負責開立。
- 初級照護團隊需對該藥品進行評估與追蹤。
- 若初級照護團隊拒絕再開立該藥品，或希望延後開立，則次級照護與初級照護團隊將進行討論，並讓病人參與討論，說明任何延遲的原因。
- 若經以上的討論後且雙方醫療團隊同意，次級照護團隊可能不會持續管理與提供該藥品。

1.3.13

在將處方責任由次級照護轉移至初級照護時，應確保所有相關的醫療專業人員都能取得病人病歷中的治療計畫內容。

1.3.14

如有可能，應確保由一位醫療人員負責整體處方管理。若最初的處方醫師無法進行藥品評估，應確保已有其他醫療專業人員負責接手，並建立良好的溝通機制，包括必要時共享病歷與治療計畫，以利此安排。

1.4 檢視使用中具成癮風險的藥品或抗憂鬱藥

評估頻率

1.4.1

應定期為使用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、gabapentinoid、Z-drug 或抗憂鬱藥的病人提供評估（可透過電話、視訊或面對面進行）。評估的頻率應根據以下因素來決定：

- 病人的偏好與個別情況
- 其使用的藥品的種類與劑量
- 是否存在需更頻繁評估的因素，例如：
 - ✓ 病人有額外照護需求（例如有學習障礙或認知障礙）

- ✓ 病人首次使用該藥品
- ✓ 存在潛在副作用或依賴相關問題
- ✓ 該藥品為適應症外使用
- ✓ 有藥品濫用的潛在風險

1.4.2

在調整劑量期間，應考慮增加評估的頻率。訂定評估頻率時，應考量病人的臨床狀況與所需支持。

1.4.3

在有需要時，應提供額外的臨時性評估，例如當病人：

- 回報藥品副作用
- 懷孕、或正計劃懷孕
- 身體或心理健康狀況，或社會情境有所變化
- 開始接受其他醫師開立的藥品
- 要求調整劑量

1.4.4

關於藥品評估的建議，請參閱 NICE《藥品最佳化（*medicines optimisation*）》指引中的「藥品評估」章節，以及 NICE《藥品服用依從性（*medicines adherence*）》指引中的「藥品評估」章節。

評估內容

1.4.5

在評估過程中，應與病人討論持續維持目前劑量、調整劑量或停藥的利弊。決策應根據此討論內容做出，並考量以下因素，例如：

- 病人持續使用藥品後所經歷的效益或危害
- 是否出現與依賴相關的徵兆（如提早用完藥品、頻繁要求增加劑量、回報原本有效的藥品效果減弱）

- 病人的偏好

1.4.6

每次評估後，應與病人共同更新治療計畫，並提供病人一份副本（請參見建議 1.3.5）。確認病人清楚知道若有問題或疑慮應聯絡誰。

1.5 停用具成癮風險藥品或抗憂鬱藥

共同決策以停藥

1.5.1

若出現以下情況，應與病人討論是否停用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、gabapentinoid、Z-drug 或抗憂鬱藥：

- 該藥品已不再對病人有益
- 病人出現與依賴相關的問題
- 原本開立藥品所治療的病症已經痊癒
- 藥品的風險（危害）大於其效益
- 病人希望停藥

1.5.2

應向病人說明減藥可能帶來的益處，並以共同決策的方式達成共識。給予充分時間，了解病人的個人處境與偏好。

1.5.3

理解病人可能對於討論與依賴相關的問題感到抗拒或焦慮。應予以安撫，說明依賴性是這類藥品的預期作用之一，且與依賴相關的問題有時確實會發生。使用詞語時應特別注意，避免帶有責備意味或引發負面感受。

1.5.4

若病人對藥品的風險與效益與醫師看法不同，應承認並與其討論這些差異。

1.5.5

應做好心理準備，面對病人對過往處方決策的質疑。可解釋說，對藥品風險與效益的理解會隨時間而改變。若有足夠的臨床資訊，應說明過往的處方可能是根據當時可得的知識、基於病人最大利益所做的判斷。

1.5.6

除非出現特殊醫療情況（例如因抗憂鬱藥引發上消化道出血、因類鴉片藥品造成呼吸抑制，或因 **gabapentinoid** 導致嚴重運動失調），否則不得突然停藥。若屬上述特殊情況，應考慮：

- 安排更頻繁的追蹤評估。
- 短期使用藥品以處理戒斷期間的身體症狀（例如類鴉片藥品停用時出現的腹部絞痛與腹瀉）。

1.5.7

在規劃停用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、**gabapentinoid**、**Z-drugs** 或抗憂鬱藥時，應考量以下因素：

- 停藥的緊急性，例如：對於已無療效或不再需要的藥品，應採取逐步的減藥方式；對於造成顯著危害的藥品，則可能需較快速停藥（快速停藥的速度應視藥品種類與病人狀況而定，請參見建議 1.5.6）
- 是否以完全停藥為目標；若病人難以承受完全停藥，則可考慮以劑量減少並持續評估為較務實的目標
- 若病人需停用不只一種藥品，應先決定要先減少哪一種
- 可能增加停藥風險的因素，包括：
 - ✓ 長期使用該藥品
 - ✓ 使用高劑量藥品
 - ✓ 有戒斷症狀病史
 - ✓ 曾有與藥品依賴相關病史
 - ✓ 正在使用半衰期短的抗憂鬱藥
- 病人正在使用的其他藥品，以及這些藥品可能對停藥反應產生的影響。

- 可能影響開始減量的適當時機，例如病人的生活情況與可獲得的支持。

為正在停藥的病人提供資訊與支持

1.5.8

在開始停藥前，應：

- 提供與病人個別情況及其所使用藥品相關的停藥流程資訊
- 說明停藥將會如何進行
- 考慮提供同儕支持來源，以及針對停藥者的全國性與在地支持團體資訊

1.5.9

應與病人討論戒斷症狀，並說明可獲得的支持資源。討論戒斷症狀時，應說明：

- 戒斷過程可能困難，並可能持續數月或更久。
- 整個停藥過程中都將提供支持。
- 並非每個人都會出現戒斷症狀，且無法預測誰會受影響。
- 戒斷症狀在類型與嚴重程度上差異很大，可能影響身心健康，可能在停藥過程的任何階段出現，也可能延遲發作，並可能隨時間變化或持續存在一段較長時間。
- 有些人可能會出現難以區分於原本症狀復發或新疾病的戒斷症狀，若有此情形，應與醫療專業人員討論（請參見建議 1.5.17）。

劑量減少

1.5.10

在與病人共同訂定減藥計畫時，應：

- 說明突然停藥的風險，並說明安全的減藥速度因人而異，對同一個人來說在不同時間點也可能有所不同
- 在持續使用藥品所帶來的不良反應風險，與透過緩慢減藥來降低戒斷症狀風險之間取得平衡
- 確認所規劃的減藥速度對病人而言是可以接受的

- 說明雖然預期會出現戒斷症狀，但減藥計畫可以依需要進行調整，讓病人在下次減藥前有時間讓無法忍受的戒斷症狀緩解
- 考慮讓病人對減藥過程有更多掌控權，例如提供可讓病人自行逐步減量的日常劑量形式，而非逐次開立逐步減少的處方
- 同意固定的評估間隔，以便視需要來調整減藥計畫
- 確保病人知道若出現問題時，應聯絡誰

1.5.11

若病人正停用類鴉片藥品、苯二氮平類藥品、**Z-drugs** 或抗憂鬱藥，應建議採用緩慢、逐步且與現有劑量成比例的減量方式，隨著劑量下降，每次減量的幅度也應相對變小，除非有臨床風險需採取快速停藥（請參見建議 1.5.6）。

1.5.12

若病人正停用 **gabapentinoid**，建議每次以固定劑量進行減量，除非有臨床風險需快速停藥（請參見建議 1.5.6）。

1.5.13

若病人正停用半衰期較短的苯二氮平類藥品，可考慮轉換為半衰期較長的苯二氮平藥品。

1.5.14

若使用已發表的減藥計畫，應靈活應用，以配合病人的偏好、生活狀況變化與對劑量減少的反應。

1.5.15

在停藥期間，如有需要，應持續治療原本開立藥品所針對的病症。

1.5.16

應將減藥或停藥的計畫明確記錄在整體治療計畫中。

辨識與處理戒斷症狀

1.5.17

應注意，原本疾病症狀的再現與戒斷症狀的出現有時難以區分。以下情況可能較傾向為戒斷症狀，而非原發疾病的表現：

- 在減藥或停藥後迅速或提早出現症狀
- 病人表示所出現的症狀與原本的疾病明顯不同或強度更高
- 病人首次出現的新症狀，過去未曾經歷

1.5.18

對於難以表達自身症狀的病人（例如有學習障礙或認知障礙者），應依照建議 1.2.8 的原則進行處理。

1.5.19

應運用臨床判斷來決定是否需進一步檢查，以排除新的病理狀況。

1.5.20

若在減藥後出現令人困擾的症狀或症狀惡化，應：

- 判斷該症狀是戒斷症狀，還是原先因藥品而緩解的病症重新出現
- 若為新出現的症狀，應考慮延後下次減藥、嘗試較小幅度的減量，或回到前一個劑量

支持停藥的介入措施

1.5.21

不得使用其他具成癮風險或可能引發戒斷症狀的藥品來治療戒斷症狀。

1.5.22

不得使用 **sodium valproate** 或 **bupirone** 來協助停用苯二氮平類藥品。

1.5.23

在停用苯二氮平類藥品時，可考慮安排團體認知行為治療（CBT，cognitive behavioural therapy）。應與病人討論轉介 CBT 的時機。

若無法達成停藥共識或停藥失敗時的策略

1.5.24

若無法與病人達成共同停藥的決策，且繼續開立現行處方不符合病人最佳利益時，應依照建議 1.2.7 處理。請注意，多數情況下，具成癮風險與戒斷症狀的藥品不可突然停用（請參見建議 1.5.6），應依本指引中 **「停藥（withdrawing medicines）」 章節 ** 所述方式逐步減量。

1.5.25

若持續使用該藥品對病人或他人可能造成特別危害（例如處於戒護機構中），而減量或比病人期望更快速的減藥為最安全的選項時，應考慮：

- 安排更頻繁的評估。
- 短期使用藥品以處理戒斷過程中的身體症狀（例如：類鴉片藥品停用期間的腹部絞痛與腹瀉）。

1.5.26

若減藥失敗（例如：因無法忍受的戒斷症狀或病人的身體、心理或社會情況有所變化）而必須繼續現行處方，應：

- 目標為避免進一步增加劑量。
- 訂立計畫，在未來適當時機再次嘗試減藥。
- 在治療計畫中明確記錄已向病人說明持續使用該藥品可能造成的風險（危害），以及繼續使用但不減量的原因。

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的高品質處方指引 2024-2027 年精進指引

Quality Prescribing for Benzodiazepines and Z-drugs. A Guide for Improvement 2024-2027

The Scottish Government (2024).

<https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2024/08/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027/documents/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027/govscot%3Adocument/quality-prescribing-benzodiazepines-z-drugs-guide-improvement-2024-2027.pdf>

註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻

2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

摘要

- 鼓勵被開立苯二氮平類藥品或 Z-drugs（這二種藥品在本指引中含稱為 B-Z；在其他章節則稱 BZRA（苯二氮平受體促效劑））的病人主動討論治療的適當性，包括建議的使用期限，以及是否需要繼續、減少或停止使用 B-Z。
- 在短期內（例如少於兩週），B-Z 在治療失眠症和某些焦慮症中可能帶來一定的益處。
- B-Z 的使用與耐藥性、依賴性及可避免的藥品相關危害有關。
- 研究報告顯示，B-Z 的使用與多種族群（例如患有思覺失調症的病人）的較高死亡風險相關。
- B-Z 的使用與憂鬱症狀發生率的增加有關。
- 由於 B-Z 對認知功能的負面影響，它們可能會限制心理治療（如認知行為療法，CBT）的療效。
- B-Z 的使用與選擇性血清素再回收抑制劑（SSRIs）的使用有關，以及與治療憂鬱症時需要使用更高劑量的 SSRIs 有關。

醫療專業人士應：

- 考慮選擇非藥品治療，包括在適當時使用心理社會或心理治療措施。
- 應知悉苯二氮平類藥品不建議用於治療急性下背痛相關的肌肉痙攣或坐骨神經痛。
- 與病人或在適當情況下與病人的照護者共同制定清晰的治療計劃。
- 將治療期間限制在例如少於兩週，並在短期內治療失眠症或焦慮症時，根據需要來開立處方。
- 在臨床記錄中，記錄使用 **B-Z** 的適應症。
- 考慮“苯二氮平負擔”——即每日開立的苯二氮平類藥品總劑量。同時使用苯二氮平類藥品、**Z-drugs** 和 **gabapentinoids** 可能會產生協同（**synergistic**）作用，如鎮靜和呼吸抑制。
- 僅在沒有替代選擇時，才同時開立 **B-Z** 和類鴉片藥品，並應密切監測病人是否有呼吸抑制的跡象。
- 在病人病情穩定且良好時，主動檢查是否需要繼續使用 **B-Z**，以減少可避免的藥品相關危害並優化照護。
- 在需要 **diazepam** 治療時，首選開立 2 毫克錠劑的倍數。
- 使用七步驟評估流程（詳見下一頁）以確保以病人為中心的評估。
- 採用多樣學科整體系統性方法，包括接待人員、藥局團隊、診所護理師及一般科醫師（**General Practitioners, GPs**），以識別需要進行評估的病人。
- 根據病人個人偏好和需求，使用不同策略，來減少和停止使用 **B-Z**。
- 使用臨床系統，如蘇格蘭治療實用工具（**STU**），幫助在蘇格蘭所有一般科診所（**General Practice**）中識別需要進行評估的病人。

NHS 董事會（衛生主管單位）和衛生及社會照護合作夥伴（HSCPs）應：

- 根據本指引中的處方建議進行規劃、資源配置並推動品質改進和處方規範的倡議。
- 考慮並採用整體系統性方法來提高處方品質。

- 認識到次級照護單位（**secondary care**）在處方行為中的重大影響。
- 確保初級（**primary care**，基層醫療）和次級照護單位了解本指引，以支持照護的連續性，並實現審查和減少不恰當處方的整體目標。
- 指定地方負責人 / 推廣者，以支持本指引的實施。
- 與第三部門及服務機構合作，發展並支持自我管理能力，和非藥品治療選項的可及性。
- 與醫院合作，在出院前，審查 **B-Z** 藥品，以便停止治療，或傳達任何在醫院開始的 **B-Z** 處方的減量計劃。
- 支持照護機構，確保任何開立的 **B-Z** 藥品有適當的適應症，並以最低治療劑量來達到預期效果並減少風險。
- 促進基層診所群及在地處方支援團隊共同提升處方品質，透過推廣和使用本地及全國措施、數據集和工具來改善處方品質。
- 實施並利用本指引來改善照護及臨床結果，並將由 **B-Z** 引起但可避免的藥品相關危害降至最低。

七步驟藥品審查流程（審查藥品處方的適當性）

藥品審查：七步驟實現適當的處方和多重用藥

1. 什麼最重要（目標）？
2. 正確的藥品（需求）？
3. 不必要的藥品（需求）
4. 有效的藥品（有效性）？
5. 有害的藥品（安全性）
6. 永續性
7. 同意並共享正確藥品處方的規劃（以病人為中心）

七步驟藥品審查	
步驟	針對個人需要解決的具體問題
1. 目標： 個人對其病情的看法和 需求是什麼？	● 確保採取以人為本的方法 ● 在適當時考慮非藥品選項 ● 考慮個人是否易受影響或存在依賴風險
2. 需求： 識別必需的藥品治療	● 用於治療焦慮或失眠時，苯二氮平類藥品和 Z-drugs 不被認為是必需的，僅建議最多使用 2 至 4 週 ● 若已開立長期使用處方，考慮潛在的戒斷反應，並提供減量和停藥支持
3. 個人是否在服用不必要的藥品？	● 不適合長期使用 ● 考慮潛在的危害（風險）
4. 有效性： 治療目標是否達成？	● 在適當時，治療是否可以通過非藥品或心理治療（如睡眠衛生、CBT）進行支持？ ● 是否有更適合長期管理的替代藥品？
5. 安全性： 個人是否存在藥品不良反應（ ADR ）或副作用風險？ 個人知道在生病時該怎麼做嗎？	● 考慮 ADR 的風險，如嗜睡、跌倒、記憶力減退 ● 如果治療已持續較長時間，應逐漸減少劑量以避免戒斷反應。突然停止可能導致混亂、精神疾病急性發作、抽搐或類似譫妄震顫的狀況 ● 考慮個人是否易受影響或存在依賴風險
6. 永續性： 藥品治療是否具有成本效益，且具環境永續性？	● 確認所有藥品是否為處方手冊中的選擇 ● 建議僅處方所需藥品，避免囤積藥品 ● 建議不要將藥品丟棄在家居垃圾或水中，應通過社區藥局進行安全處置
7. 以病人為中心： 個人是否願意並能夠按預期進行藥品治療？	擬定計劃 ● 在適當時機，考慮使用藥品以外的替代方法 ● 如果需要停止 / 減少苯二氮平類藥品或 Z-drugs，應與病人討論並獲同意其減量計劃，設立可達成的目標 ● 確保個人了解依賴或戒斷反應的潛在風險，了解何時應尋求幫助以及應採取哪些行動 ● 利用可用的自助資源（如 NHS 所提供之資訊）

大多數的 **B-Z** 由一般科醫師（**GPs**）在初級（基層）醫療中開立，但其中一些處方是在神經科醫師、精神科醫師及其他專科醫師的建議下啟動並持續進行的，這可能導致一般科醫師有意或無意的長期使用（係指未再後續詳細檢討其長期使用的必需性）。

對於極少數病人來說，長期（ ≥ 8 週）使用 **B-Z** 可能是合適的，例如在帕金森氏病或癲癇的情況下。然而，對於絕大多數病人來說，長期使用 **B-Z** 會增加危害風險，並且違背了當前的臨床指引和藥品許可範圍，因為 **B-Z** 的許可使用期限最多為四週。

B-Z 的使用與耐藥性、依賴性及可避免的藥品相關危害有關。

這些危害包括但不限於：

- 認知功能損害（如混亂、注意力不集中、記憶力受損、駕駛能力下降及事故增加）
- 跌倒，及隨之增加的髖部骨折風險
- 憂鬱症狀
- 反常的行為效應，即去抑制效應（情緒及行為控制）、焦慮及衝動性

最近的研究報告顯示，在多種人群中，**B-Z** 的使用與死亡率增加有關。

在短期內（例如少於兩週），**B-Z** 在治療失眠症和某些焦慮症中可能帶來一些益處。然而，它們與心理治療效果降低及憂鬱症狀惡化有關，並會導致認知功能損害，這可能延長症狀持續時間並減慢康復速度。

不建議使用苯二氮平類藥品來處理與急性下背痛相關的肌肉痙攣。苯二氮平類藥品也不應用於坐骨神經痛的治療。然而，在其他情況下，如緩解肌肉痙攣疼痛的緩和治療中，它們被用作肌肉鬆弛劑。

列表 1：審視 B-Z 治療可有以下的益處

- 評估處方的適當性和有效性
- 減少不適當的處方，如長期使用
- 減少與其使用相關且可避免不良危害的風險：
 - ✓ 憂鬱症
 - ✓ 情感反應遲鈍
 - ✓ 記憶力喪失
 - ✓ 反常行為的效應：焦慮、失眠、攻擊性等
 - ✓ 跌倒及髖部骨折
 - ✓ 道路交通事故
 - ✓ 成癮和依賴性
 - ✓ 增加的死亡風險
- 提供機會來考慮使用更有效方法，來治療症狀

列表 2：在以下使用 B-Z 的族群，可優先進行主動藥品評估

- 最近在出院時被開立新 B-Z 的病人
- 接受長期（≥8 週）治療的人
- 高齡病人（≥65 歲）
 - ✓ 護理機構居民
 - ✓ 患有失智症和 / 或正在服用其他可能引起認知功能損害藥品（如抗膽鹼藥品）的人
 - ✓ 接受多重用藥（多重藥品治療）的人
 - ✓ 跌倒風險較高的人
- 同時服用 B-Z 和類鴉片藥品（如 oxycodone、嗎啡、tramadol 等）的人
- 同時服用其他治療精神疾病的藥品（如抗憂鬱藥、抗精神病藥、gabapentinoids 等）的人

- 接受高劑量 B-Z 組合治療的人：每日超過 30 毫克 diazepam 等效劑量
- 接受 10 毫克 diazepam 錠劑治療的人
- 自述或呈現出使用街頭來源或未經處方來源之 B-Z 藥品的人

接受長期治療（≥8 週）的人

B-Z 的許可使用期限最多為 28 天。大多數研究針對的是短期使用（例如 7-14 天或更短），且指引僅建議用於治療短期（急性期）的病狀。

極少數人可能適合長期（≥8 週）治療，例如一些患有帕金森氏病或多發性硬化症的人，或作為減害策略的一部分。然而，對於大多數人來說，長期使用是不合適的。

高齡病人或衰弱人群：可避免的不良藥品事件 / 危害和多重用藥

高齡病人和衰弱人群更容易受到 B-Z 的不良影響和危害：認知功能損害（如混亂、注意力不集中、記憶力減退、駕駛能力下降及事故增加）；跌倒及隨之而來的髖部骨折風險增加；憂鬱症狀；以及反常行為效應，即去抑制（情緒及行為控制）、焦慮和衝動性。

這些族群還可能出現肝臟功能受損或腎功能下降，導致 B-Z 的排出減少，從而增加不良反應的風險。主動審查、減少和停止 B-Z 的使用將有助於減少可避免的 B-Z 相關危害。

接受多種藥品共同治療的族群

處方醫師應考慮“苯二氮平負擔（benzo-burden）”，即每日開立的苯二氮平類藥品的劑量總和。因為苯二氮平類藥品、Z-drugs 和加 gabapentinoids 具有協同作用，如鎮靜和呼吸抑制。這些藥品可能與病人的病情互相影響，導致更多的不良反應和可避免的藥品相關危害，例如呼吸困難、疲勞、呼吸抑制，這些情況可能是致命的。

類鴉片藥品（opioids）

B-Z 及其“苯二氮平負擔”的作用可能因共同使用類鴉片藥品而進一步加劇，甚至減少了 buprenorphine 的保護性天花板效應（係指加強了其呼吸抑制的作用）。根據藥物及保健產品管理局的建議，只有在無其他選擇時才同時開立 B-Z 和類鴉片藥品，並密切監測個體是否有呼吸抑制的跡象。

使用非經處方的 B-Z 藥品

濫用街頭藥品或使用非經處方 B-Z 的人，常見於多重物質使用的情境中，可能面臨合併用藥所產生的最高風險。為應對這一被認定為公共健康危機的情況，最新指引包括照護的關鍵原則，已在《蘇格蘭藥品死亡工作小組》和《蘇格蘭公共衛生局》的藥品輔助治療（MAT）標準中提出，這些標準是針對苯二氮平類藥品減害的回應。

抗憂鬱藥（antidepressants）

B-Z 的使用與選擇性血清素再回收抑制劑（SSRIs）的使用及治療憂鬱症時需使用更高劑量的 SSRIs 有關。部分原因可能是由於較高的 SSRIs 劑量會引起更多可避免的不良反應，如焦慮、躁動和失眠。然而，B-Z 的使用也與憂鬱症狀的發生率增加有關。因此，以病人為中心的藥品使用評估，和使用七步驟過程，來減少 B-Z 的使用，有助於優化照護和康復。

抗精神病藥（antipsychotics）

B-Z 的使用與患有思覺失調症病人的高死亡風險有關。儘管有些人認為 B-Z 具有減少使用抗精神病藥的效果，但這並未得到現有證據的支持。

心理治療（psychological therapies）

由於 B-Z 對認知功能的負面影響，可能會限制心理治療（如認知行為療法，CBT）的療效，並損害記憶功能，導致健忘。

高劑量組合 B-Z 的使用

如上所述，使用多種 B-Z 會增加“苯二氮平負擔”。因藥品間的協同作用，

導致不良反應和危害的增加，應盡量減少此類組合。同樣的，減少高劑量 B-Z 的使用，也有助於減少藥品的不良影響（副作用），詳情請參見減少計劃。重要的是也要考慮苯二氮平類藥品是否同時被非法購買來使用。

10 毫克 diazepam 錠劑

歷史上，這些高劑量的藥品（10 毫克 / 錠）使人們能以較少的藥品數量服用更高的劑量，對於非法使用物質的人來說，較具有吸引力。部分基於上述原因，當需要使用 diazepam 時，優先處方以 2 毫克錠劑為主的倍數累積劑量。

潛在的排除和注意事項

極少數病人可能需要長期治療。但仍建議定期評估持續使用的必要性，例如列入其年度藥品審視的一部分。

在某些情況下，對於一些人群可能不適合進行主動的 B-Z 減量評估，例如在緩和醫療中且接受藥品維持治療服務的人群，或患有頑固性癲癇的人群。然而，在某些情況下與專科服務更緊密合作，可能支持 B-Z 的合理使用和減量，例如與社區精神健康醫療群（基層醫療群）聯繫，以減少思覺失調症病人的 B-Z 使用，因為其與死亡風險增加有關。對於那些因使用街頭（非正規來源）B-Z 藥品而面臨最大危害風險的人，心理社會介入（治療）和處方介入（治療）都可能支持減少危害，並通過定期監測和審視來建立其病況的穩定性。

列表 3：停藥 / 戒斷症狀的臨床表現

急性症狀 - 最常見的為焦慮

- 恐慌發作（panic attack）、特定場畏懼症（agoraphobia）
- 失眠（insomnia）、夢魘（nightmares）
- 憂鬱（depression）
- 記憶力差（poor memory）、注意力不集中（loss of concentration）
- 顫抖（tremor）、出汗（sweating）、心悸（palpitations）

急性症狀 - 其他特定與 B-Z 相關

- 知覺扭曲（perceptual distortions）、失自我感（depersonalization）
- 感覺刺痛和喪失感覺，蟻爬感（formication；感覺螞蟥在皮膚上爬的感覺）
- 感覺過度敏感
- 肌肉抽搐和肌束顫動（肌肉顫動或蠕動）
- 幻覺（視覺和聽覺 - 罕見，通常發生在高劑量下快速戒斷時）
- 精神疾病、意識混亂、抽搐（罕見，通常發生在高劑量下快速戒斷時）

持續性症狀 - 可能影響高達 15% 的人

- 焦慮：逐漸在一年內減退
- 憂鬱：可能持續幾個月
- 失眠：逐漸在 6 至 12 個月內減退
- 感覺症狀：逐漸減退，但可能持續一年，有時甚至數年
- 運動症狀：逐漸減退，但可能持續一年，有時甚至數年
- 記憶力和認知功能差：逐漸減退，但可能持續一年，有時甚至數年
- 腸胃症狀：逐漸減退，但可能持續一年，有時甚至數年

Diazepam

Diazepam 是一種長效的苯二氮平類藥品。如果正在服用其他苯二氮平類藥品，轉換為等效的 diazepam 劑量可以實現較小劑量的減量步驟，因為 diazepam 有多種許可的劑型。由於 diazepam 作用時間較長，其戒斷反應的強度會較弱；尤其對於那些正在服用短效 B-Z 和 / 或具有高度依賴性的人群。這是逐步減量的首選方法。

然而，有些人可能希望通過繼續服用目前的 B-Z 來減少劑量。雖然這在 nitrazepam 和 temazepam 的情況下是可行的，因為有多種許可劑型，但對於其他 B-Z，由於可用的錠劑劑量範圍有限，這可能會更具挑戰性。因此，減量步驟的幅度可能較大，增加了戒斷反應的潛在風險。對於決定使用目前 B-Z 進行減量的人，應討論風險和收益，並可能需要更密切的觀察。

劑量等效和換藥考慮事項：

- 由於個體差異和不同的半衰期（見表二），這些劑量換算僅為約略等效劑量，而非精確等效劑量。
- 個體之間的差異可能是由於多種因素造成的，例如肝功能受損會減少 / 減慢藥品代謝，從而增加 B-Z 的半衰期並增加藥品蓄積和藥效風險。
- 劑量等效值永遠無法精確，應根據醫師的臨床知識和病人的需求來解釋。老年人和體弱者可能會因 diazepam 的長半衰期而出現次日鎮靜效果。
- 應考慮藥品交互作用和藥品 - 疾病交互作用。
- 劑量等效值因不同文獻中的作者而異，這些數據基於臨床經驗，且在個體之間可能有所不同。

表二、近似等效劑量

藥 品	大約等效劑量	半衰期 (小時) (活性代謝物)
Diazepam	5mg	20 – 100 (36 – 200)
Chlordiazepoxide	12.5mg	5 – 30 (36 – 200)
Clobazam*	10mg	12 – 60
Clonazepam*	0.25mg (250mcg)	18 – 50
Loprazolam	0.5mg (500mcg) -1mg	6 – 12
Lorazepam	0.5mg (500mcg)	10 – 20
Lormetazepam	0.5mg (500mcg) -1mg	10 – 12
Oxazepam	10mg	4 – 15
Nitrazepam	5mg	15 – 38
Temazepam	10mg	8 – 22
Zolpidem	10mg	2
Zopiclone	7.5mg	5 – 6

*Clobazam 及 Clonazepam 可用於治療頑固性癲癇，但在考慮減少劑量時需謹慎。

附錄 5：病人資訊單張

背景說明

苯二氮平類藥品（**benzodiazepines**）與 **Z-drugs**，又稱為鎮靜劑、抗焦慮藥及安眠藥，其治療效益有限，且已知可能導致多種可避免之藥品不良反應與傷害。且依賴性（包含生理與心理依賴）及耐受性（療效降低）可能於開始使用後數週內迅速產生。

因此，當確有需要使用時，應僅限於短期療程（例如最長七天）。然而，部分個人可能曾接受較長期之治療，若規律使用超過數週，可能導致停藥困難。

此外，長期使用亦會使個人暴露於可避免之藥品相關風險；透過適當檢視、減量與停藥，可降低此類風險。

苯二氮平類藥品與 Z-drugs 優質處方指引之目的為何？

其目的在於：

- 賦權並協助使用苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs** 之個人，以及處方醫師，共同檢視這些藥品，以確保個人獲得最佳治療。
- 強化醫療體系對於出現處方藥品依賴或戒斷症狀之個人，所提供之支持。
- 協助處方醫師辨識可能受益於藥品檢視（苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs**）之個人，並支持例行性藥品檢視。
- 於適當情況下，為已完成苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs** 療程，且適合減量或停藥之個人，提供多元處理選項。

我是否需要檢視我的苯二氮平類藥品與 Z-drugs ？

- 是的，因為苯二氮平類藥品與 **Z-drugs**：
 - 對於減輕焦慮、失眠及肌肉痙攣之效果有限。
 - 已知與多種可避免之不良反應與傷害相關，包括：
 - 憂鬱與情緒低落
 - 記憶力減退與失智症
 - 跌倒與腕部骨折

- 道路交通事故風險增加
- 反常作用：失眠、焦慮、易怒等
- 成癮
- 定期進行藥品檢視，可提供機會討論是否仍需持續用藥，並考量有效的非藥品治療與有助改善病情的生活型態調整。

我是否需要停用苯二氮平類藥品與 Z-drugs ？

- 對於部分個人而言，停藥可能是適當的選擇，但並非所有人皆適用。
- 在某些情況下，持續治療可能較為合適，因為持續使用所帶來的效益可能大於停藥風險，例如用於癲癇或帕金森氏症之治療。
- 為降低可避免之不良反應與傷害風險（例如跌倒、意識混亂、鎮靜過度等），減量及／或停藥可能是必要的。

我應如何停用苯二氮平類藥品與 Z-drugs ？

若您已準備好停用苯二氮平類藥品與 Z-drugs ：

- 請與您的看診醫師、藥師或護理師安排一次藥品檢視。
- 討論停藥事宜，並共同確認是否適合停用。
- 若適合停藥，應依據《苯二氮平類藥品與 Z-drugs 優質處方指引》所列之選項，規劃並共同訂定最適合您的減量或停藥方式。

苯二氮平類藥品與 Z-drug 處方：2021 資源手冊

Benzodiazepine and Z-drug Prescribing: Resource Pack 2021

Great Manchester Medicines Management Group (GMMMGMG)

<https://gmmmg.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/Benzodiazepine-and-Z-drug-Resource-Pack-GMMMGMG-FINAL-v1-0-for-GMMMGMG-website.pdf>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

前言

1. 本文件匯集了多項資源，供臨床醫師使用，以支持苯二氮平類藥品及 Z-drugs 的適當使用及評估。
2. 長期使用苯二氮平類藥品及 Z-drugs 所帶來的風險，已經被認識多年。
3. 這些風險包括跌倒、意外、認知損害、依賴性、戒斷症狀及失智風險增加，且在老年人中風險更高。
4. 苯二氮平類藥品及 Z-drugs 不應例行性開立，若需使用，應開立能控制症狀的最低劑量，且使用時間應儘可能縮短。
5. 最近的數據顯示褪黑激素（melatonin）具有類似的安全性顧慮，且有些醫師可能將褪黑激素視為比苯二氮平類藥品及 Z-drugs「更安全的選擇」。
6. 褪黑激素緩釋劑 **circadin** 雖被核可為單一療法，短期使用於治療 55 歲或以上病人因睡眠品質不佳而引發的原發性失眠，最長治療期為 13 週。但 GMMMGMG 建議（即本資源包建議）此褪黑激素不建議例行用於治療 55 歲或以上病人因睡眠品質不佳而引發的原發性失眠。
7. 褪黑激素緩釋劑 **slenyto** 獲准用於治療 2 至 18 歲患有自閉症類障礙（Autism Spectrum Disorder）及 / 或 Smith-Magenis 症候群（Smith-Magenis Syndrome）的兒童及青少年的失眠，當睡眠衛生措施不足以改

善時使用。GMMMG 將此褪黑激素在注意力不足 / 過動症 (ADHD) 中的使用分類為「琥珀級」，並應遵循相關的共照協議。

8. 英國國家藥品處方集 (The British National Formulary, BNF) 建議，當處方可能導致依賴或濫用的藥品時，處方醫師有三項主要責任：
 - 避免在沒有充分理由的情況下給病人開始使用藥品，從而造成依賴。
 - 確保病人不會逐漸增加藥品劑量，即使是基於正當醫療理由開立的藥品，避免劑量增加至依賴性更可能發生的程度。
 - 避免在不知情的情況下成為成癮者取得藥品的來源，並保持對獲取藥品方法的警覺。
9. 本文件所提供的資訊與輔助資源旨在協助一般科醫療診所 (General Practice) 推動英國公共衛生局 (PHE) 在依賴性藥品報告中所提出的建議。

英國國家健康與照護卓越研究所 (NICE) 指引

10. NICE 不建議在任何指引中，以常規 (routine) 的方式使用苯二氮平類藥品及 Z-drugs。
11. 當這些藥品被納入 NICE 指引時，僅限於特定情況、嚴重症狀，且始終為短期使用。

診療資源

附錄 1：NICE 指引摘要 (見後方附錄)

自我照護

12. 睡眠衛生旨在讓人們更了解可能對睡眠有害或有益的行為、環境及時間因素。
13. 規律運動可能對睡眠的品質和數量都有積極影響，並且已證實有助於改善焦慮症狀。
14. 放鬆技巧能幫助人們控制焦慮，有多種放鬆技巧可用來平靜心神並減少焦

慮引起的肌肉緊張。

15. 英國國家醫療服務系統（NHS）的精神健康與福祉資訊提供實用建議、互動工具、視頻和音頻指引，以幫助人們改善精神和情緒狀態：

<https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/>

16. 皇家精神科醫師學院（The Royal College of Psychiatrists）的網站包含有關多種病症的實用病人資訊，包括：

Insomnia（失眠症）：<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/sleeping-well?searchTerms=sleeping%20well>

Anxiety（焦慮症）：<https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/anxiety-panic-and-phobias>

診療資源

附錄 2：良好睡眠指引

附錄 3：良好放鬆指引

附錄 4：放鬆練習

開始使用苯二氮平類藥品及 Z-drugs

17. 使用睡眠 / 焦慮日記來確定目前的睡眠 / 焦慮模式。
18. 處理任何潛在的病症。
19. 確保轉介至適當的服務。
20. 提供相關的自我照護建議。
21. 只有在症狀嚴重且與非藥品選項一起使用時，才使用苯二氮平類藥品及 Z-drugs（參見附錄 1 中 NICE 指引摘要）。
22. 避免在老年人及懷孕或哺乳的女性中使用安眠藥品。
23. 按照 GMMMG 處方集的指引，使用最低有效劑量，並儘可能縮短療程，確保發放適當的藥量：
 - 失眠：最多 2 週
 - 焦慮：僅限 2 至 4 週

24. 老年人及體弱者的苯二氮平類藥品劑量應遠低於一般成人劑量；通常約為成人劑量的一半，且優先選擇短效苯二氮平類藥品。
25. 肝臟或腎功能受損者應降低苯二氮平類藥品劑量。
26. 確保病人了解治療風險，包括對駕駛的影響、與酒精（酒品）的交互作用及與類鴉片止痛藥或其他鎮靜藥品的交互作用。
27. 告知病人通常不會再開立安眠藥品處方，確保病人理解此原因，並將此記錄在醫療記錄中。
28. 開立少量藥品，且在未經諮詢的情況下不要再次開立處方。
29. 如果第一種安眠藥品無效，則不要再開立另一種。
30. 將處方作為急性（一次性）藥品開立，不要將苯二氮平類藥品及 **Z-drugs** 加入連續處方中。

診療資源

附錄 2：良好睡眠指引

附錄 3：良好放鬆指引

附錄 4：放鬆練習

附錄 7：考慮使用某種苯二氮平類藥品或 **Z-drug** 時，應與病人討論的內容

附錄 10：病人資訊單張 – 安眠藥

附錄 11：病人資訊單張 – 用於焦慮的苯二氮平類藥品

管理病人的期待

31. 當新病人被處方苯二氮平類藥品及 **Z-drugs** 時，確保病人了解該藥品僅供短期使用，並應遵循自我照護建議。
 - 失眠：最多 2 週
 - 焦慮：僅限 2 至 4 週
32. 當新病人加入診療單位（診所）時，若其已經在服用這些藥品，確保他們了解診療單位（診所）的相關政策。

診療資源

附錄 12：苯二氮平類藥品及 Z-drugs 政策

處方責任

33. 在實際可行的情況下，病人應由單一醫師開立處方。
34. 如果病人需要由非固定醫師開立處方，則應確保文書記錄清晰準確，以支持一致且安全的照護。

診療資源

附錄 12：苯二氮平類藥品及 Z-drug 政策

連續處方

35. 一般而言，苯二氮平類藥品及 Z-drugs 不應加入連續處方系統，而應作為一次性處方開立。

診療資源

附錄 12：苯二氮平類藥品及 Z-drug 政策

Greater Manchester（大曼徹斯特）處方集

	首選	次選
失眠	Zopiclone	Zolpidem Temazepam
焦慮	Diazepam	N/A

診療資源

附錄 14：苯二氮平類藥品及 Z-drug 與 5 毫克 diazepam 的近似等效劑量及作用時間

在初級醫療中停止苯二氮平類藥品及 Z-drugs

36. 幾乎任何真正想停藥的人都可以停用苯二氮平類藥品。
38. 停藥應逐步進行（逐漸減量，例如每 1-2 週減少 5-10%，或每兩週減少八分之一的劑量，並在較低劑量時放慢減量速度），根據戒斷反應的嚴重程

度進行調整。

39. 與病人討論長期使用苯二氮平類藥品或 **Z-drug** 的潛在併發症及停藥的好處，並詢問他們是否願意停藥。

40. 評估目前是否適合停止使用這些藥品。

- 當個人的身體和心理健康及個人環境穩定時，成功的機率會提高。
- 憂鬱症狀。停用這些藥品可能會加重臨床憂鬱症狀。因此，首要任務是先管理憂鬱，再嘗試停藥。
- 焦慮症狀。在明顯的焦慮症狀下進行停藥可能會使症狀惡化，因此不太可能成功。然而，當症狀得到合理控制並且穩定時，可能可以謹慎地嘗試停藥。
- 長期失眠症狀。如果失眠嚴重，應考慮在開始苯二氮平類藥品或 **Z-drug** 停藥之前，先使用非藥品治療來處理失眠。
- 任何醫療問題及其控制和穩定情況。如果這些問題引起了顯著的困擾，應考慮在開始苯二氮平類藥品或 **Z-drugs** 停藥之前，先處理這些問題。
- 考慮是否能在初級醫療中適當管理苯二氮平類藥品或 **Z-drug** 的停用。

41. 有兩種方法：

- a. 緩慢減少病人目前使用的苯二氮平類藥品或 **Z-drug** 的劑量。
- b. 轉換為等效劑量的 **diazepam**，然後逐漸減量（對於有肝功能疾患的病人應尋求專家建議，並參考臨床知識摘要（CKS）建議以獲取關於何時應考慮轉換為 **diazepam** 的更多詳細資訊）。

42. 同意並記錄已商定的減量計劃及減量的結果，例如完全停止苯二氮平類藥品或 **Z-drug**；對於使用高劑量的病人，將劑量減至協定（醫病共同決策）的劑量可能是適當的。

43. 減量過程可以暫停，但除特殊情況外，不應逆轉。

44. 隨著減量的進行，劑量減少的比例會變得更大，這是為什麼病人在達到較低劑量時可能會遇到困難。應考慮在劑量變低時進行更小的減量，但應提醒病人不要延長減藥過程至極慢的速度（如每月減少 **250 微克（microgram）** 的 **diazepam**）。建議病人在達到適當的低劑量時（如每

天 1 毫克 diazepam) 考慮完全停止。

45. 確保病人了解在減量期間的監測安排及可獲得的支持。
46. 提供資源，如病人資訊單張，並提供有關當地和全國支持團體的資訊。
47. 建議病人不要在壓力時額外增加藥品劑量，也不要透過增加酒精（酒品）、其他藥品（包括處方藥、非處方藥或非法藥品）或吸菸的使用量來補足苯二氮平類藥品或 Z-drugs 的效果。
48. 對於以下情況的病人，考慮尋求專家建議，或轉診至適當的專家：
 - 有酗酒或其他藥品使用或依賴史——要注意，酗酒者可能會將酒精（酒品）作為停用藥品的替代品。
 - 並存的嚴重醫療或精神疾病，或人格障礙症（personality disorder）。
 - 有藥品戒斷癲癇發作史——這種情況通常發生在突然停止高劑量藥品的人身上。對這些病人建議進行緩慢的減量。

診療資源

附錄 7：考慮使用苯二氮平類藥品或 Z-drug 時應與病人討論的內容

附錄 14：苯二氮平類藥品及 Z-drug 與 5 毫克 diazepam 的近似等效劑量及作用時間

附錄 16：病人資訊單張 – 停止使用藥品：苯二氮平類藥品及 Z-drugs

附錄 17：長期使用苯二氮平類藥品及 Z-drugs 的建議戒斷計劃

如果病人不願意配合怎麼辦？

49. 根據英國醫學總會（General Medical Council, GMC）指引，醫師必須以病人的最佳利益為行動準則。
50. 對於許多儘管有解釋和安撫但仍擔心停止治療的病人，說服他們嘗試小幅減量可能有助於他們意識到擔憂是沒有根據的。在某些情況下，可能需要建議稍後再進行評估。
51. 在少數情況下，可能需要在病人不願意的情況下減少苯二氮平類藥品或

Z-drug 的處方，例如對高風險病人。

52. 強制減量僅應在所有與病人溝通的嘗試均失敗，並經過多學科團隊（**multi-disciplinary team, MDT**）討論後才考慮。在可能的情況下，應聯繫專家服務（如成癮服務）以獲取建議。
53. 記錄您進行強制減量的原因，以及您嘗試獲得病人同意的過程。
54. 如果無法獲得病人的同意減少其苯二氮平類藥品或 **Z-drugs** 的用量，並且強制減量是必要的，建議的策略是：
 - 確定每次減量的劑量幅度。
 - 告知病人您每個月將減少該劑量。病人可以決定在該月的哪個時間點減少藥品服用，但需要在下次領取處方時準備好接受較低劑量。
 - 確保您落實劑量減少的計劃。
55. 您需要確保病人不會被同事不慎處方苯二氮平類藥品或 **Z-drugs**。這需要診療單位（診所）內部、臨時醫療服務以及在必要時與非工作時間和急診服務進行良好的溝通。

診療資源

附錄 7：考慮使用苯二氮平類藥品或 **Z-drug** 時應與病人討論的內容

附錄 14：苯二氮平類藥品及 **Z-drug** 與 5 毫克 **diazepam** 的近似等效劑量及作用時間

附錄 16：病人資訊單張 – 停止使用藥品：苯二氮平類藥品及 **Z-drugs**

附錄 17：長期使用苯二氮平類藥品及 **Z-drugs** 的建議戒斷計劃

戒斷症狀（**withdrawal symptoms**）

56. 如果苯二氮平類藥品及 **Z-drugs** 突然停止或減少，會出現戒斷症狀，因此應逐步減少劑量。
57. 苯二氮平類藥品的戒斷綜合症可能在停止長效苯二氮平類藥品後的任何時間內發展，最長可達 3 週，但對於短效苯二氮平類藥品可能在一天內出現。其特徵包括失眠、焦慮、食慾減退、體重下降、顫抖、出汗、耳鳴及知覺障礙。這些症狀可能類似原本的焦慮症狀。突然停藥可能導致意識混

亂、突發嚴重的精神病、癲癇發作或類似震顫性譫妄的狀況。

58. Z-drug 的戒斷症狀包括失眠 / 睡眠障礙、焦慮、憂鬱、注意力受損、腹部痙攣、心悸及知覺混亂（**perceptual disturbances**；如對物理、視覺及聽覺刺激過度敏感）。
59. 幾乎所有的急性戒斷症狀都是焦慮的症狀。有些戒斷症狀可能與原本的症狀相似，但這並不代表原本的病症復發。
60. 隨著緩慢減量，許多人會經歷少量或沒有戒斷症狀。如果出現戒斷症狀，有些使用者在藥品戒斷計劃結束時會完全消失所有症狀。對於大多數人來說，症狀將在幾個月內消失。只有極少數人會出現持續的戒斷症狀，這些症狀會在一年或更長時間內逐漸改善。
61. 戒斷症狀的風險隨著使用時間的延長、劑量的增加及藥品效力的提高而增加。

診療資源

附錄 17：長期使用苯二氮平類藥品及 Z-drugs 的建議戒斷（停用）計劃

減少長期苯二氮平類藥品及 Z-drugs 處方的診療策略

62. 診療時應評估其處方情況，以識別適合減藥的病人，並評估是否遵守診療的政策和程序。
63. 有證據表明，向病人發送衛教信件或單張，解釋長期使用苯二氮平類藥品及 Z-drug 的問題，並鼓勵他們逐步減量，這是一種成功的介入措施，即使針對那些曾被建議或嘗試減量的病人。
64. 建議診療單位（診所）向所有適合的病人發送衛教信件，可能每年進行一次。
65. 診療單位（診所）可與居家照護所合作，嘗試按需使用這些藥品，而非定期使用。
66. Deprescribing.org（藥品處方減量與停藥機構）已製作了一個苯二氮平類藥品及 Z-drug 的處方減量與停藥演算法，並獲得 NICE 的認可，診療單位（診所）可能會發現這對他們有所幫助。

<https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2019/02/BZRA-deprescribing-algorithms-2019-English.pdf>

67. 英國皇家一般科醫師學院（Royal College of General Practitioners；RCGP）製作了一系列有關處方藥濫用的資料表，其中包含管理處方藥品依賴的方法。

診療資源

附錄 10：病人資訊單張 – 安眠藥

附錄 11：病人資訊單張 – 用於焦慮的苯二氮平類藥品

附錄 16：病人資訊單張 – 停止使用藥品：苯二氮平類藥品及 Z-drugs

可能導致依賴或濫用的處方藥

68. 英國國家處方集（BNF）建議，當處方可能導致依賴或濫用的藥品時，處方醫師有三項主要責任：

- 避免在沒有充分理由的情況下給病人使用藥品，從而造成依賴。
- 確保病人不會逐漸增加基於正當醫療理由而給予的藥品劑量，避免劑量增加至更容易導致依賴的程度。處方醫師應密切監控處方量，防止病人囤積藥品。首次處方或首次見診病人時應開立最少的劑量。
- 避免在不知情的情況下成為成癮者獲取藥品的來源，並保持對獲取藥品方法的警覺。這些方法包括四處就醫、編造故事及偽造處方。

69. 英國皇家一般科醫師學院（Royal College of General Practitioners）已開了一份名為「前十大建議：易成癮藥品」的文件，可能對診療單位（診所）有幫助。

<https://www.rcgp.org.uk/-/media/Files/CIRC/Desktop-guides/Top-Ten-Tips-Dependence-Forming-Medications-April-2019.ashx?la=en>（網址被移除）

70. 對於臨時照護下的病人，除非他們出示了明確的來自其主治醫師的信件，否則僅應給予少量藥品。
71. 處方醫師還應記住，他們自己的病人可能會嘗試從其他處方醫師，尤其是醫院中的醫師處獲取處方。

診療資源

附錄 12：苯二氮平類藥品及 Z-drug 的診療政策

辨識對苯二氮平類藥品及 Z-drug 有處方依賴的病人

72. 依賴通常會以以下一個或多個方式呈現：

- 病人逐漸「需要」苯二氮平類藥品來完成日常活動。
- 雖然最初開立處方的適應症已不存在，病人仍繼續服用苯二氮平類藥品。
- 病人因戒斷症狀而無法停止治療或減少劑量。
- 短效苯二氮平類藥品可能導致病人在二次給藥間，藥效不足的時段出現焦慮症狀。
- 病人經常聯繫醫師以獲取重複處方。
- 當無法立即取得下一個處方時，病人變得焦慮。
- 病人可能增加原處方中規定的劑量。
- 儘管接受苯二氮平類藥品治療，病人可能仍出現反覆的焦慮症狀、恐慌、特定場所恐懼症（agoraphobia）、失眠、憂鬱及焦慮的身體症狀增加。
- 服用超過處方建議的劑量或在預期時間前用完處方藥品。
- 經常「丟失」藥品，導致必須重開處方。
- 從多位醫療專業人士（如醫師、護理師、非醫師開處方者）或多個診療單位（診所）尋求處方。
- 要求開特定藥品，聲稱其他藥品「無效」或自己對其他藥品過敏。
- 竊取（stealing）、偽造（forging）或流用處方（diverting prescriptions）。
- 顯示出中毒（藥品過量）、鎮靜或戒斷的跡象。
- 出現過度情緒波動或敵意。
- 睡眠增加或減少。
- 顯示出渴望或其他依賴跡象。

73. 產生苯二氮平類藥品 /Z-drugs 依賴性的風險因素可能包括：

- 藥品劑量及接觸時間——頻繁、長期、高劑量使用者更可能變得依賴。
- 使用高效力且短半衰期的苯二氮平類藥品（如 lorazepam 和 alprazolam）——可能導致服藥間隔間出現焦慮症狀，從而導致更頻繁的劑量需求。
- 藥效的起效時間——脂溶性較高的藥品（如 diazepam）吸收更快，並更迅速進入中樞神經系統。快速起效的藥品與「良好的」主觀效果相關，因此每次服用都會帶來心理強化。較高劑量會帶來更好的主觀效果。
- 現在或過去的酗酒或其他鎮靜 - 安眠藥品的依賴史，或有家族相關病史者。
- 使用娛樂用藥（use of recreational drugs）。
- 合併慢性精神疾病及人格問題（co-morbid chronic psychiatric and personality problems）、身體健康問題（尤其在老年人中）、疼痛問題或失眠。
- 年齡在 16 至 45 歲之間。
- 具有複雜的身體及心理需求並伴有疼痛問題的老年人。
- 青少年時期的性虐待史。
- 某些精神疾病（如注意力不足 / 過動症（ADHD）、強迫症（obsessive-compulsive disorder）、雙相情緒障礙症（bipolar disorder）、思覺失調症（schizophrenia）、憂鬱症（depression））。
- 受到同儕的壓力或處於有藥品濫用的社交環境中。
- 較容易獲得處方藥品，例如在醫療環境工作。
- 開處方者缺乏知識或認識不足。

74. 當出現依賴跡象時，明智的做法是逐步穩定地減少劑量，或改為每週或每天開立少量處方。

實務資源：

附錄 12：苯二氮平類和 Z-drug 政策

附錄 17：建議的長期使用苯二氮平類和 Z-drugs 的停藥計劃

附錄 1：英國國家健康與照護卓越研究所（NICE）指引摘要

藥品優化關鍵治療主題 – 安眠藥

僅在失眠嚴重時使用安眠藥，應使用能控制症狀的最低劑量，且使用時間應儘可能短。

Z-drugs 及短效苯二氮平類安眠藥僅應在影響正常日常生活的嚴重失眠時考慮使用。

它們僅應短期處方使用，並且嚴格在依核准的適應症開立。

沒有令人信服的證據表明 **zolpidem**、**zopiclone** 或短效苯二氮平類安眠藥之間有顯著區別。

對其中一種安眠藥無反應的病人，不應再開立其他同類藥品（僅在病人出現與特定藥品直接相關的不良反應時，才應考慮更換）。

NICE CKS（臨床知識摘要）失眠

如果需要使用安眠藥來治療失眠，建議選擇以下藥品：

- **Z-drugs** —— **zopiclone** 和 **zolpidem**（均為短效藥品）。
- 短效苯二氮平類藥品 —— **temazepam**、**loprazolam**、**lormetazepam**。
- **Diazepam** 通常不建議使用，但如果失眠與日間焦慮有關，則可使用，劑量為每晚 5 至 15 毫克。

應使用最低有效劑量，並將治療時間儘可能縮短，治療時間不應超過 2 週。

不建議使用安眠藥以外的鎮靜藥品（如抗憂鬱藥、抗組織胺藥、**chloral-**

hydrate、clomethiazole 及 barbiturates) 來管理失眠。專家評論指出，沒有足夠的證據支持這些藥品的使用，且有明顯的不良反應風險。

成人廣泛性焦慮症 (generalised anxiety disorder, GAD) 和恐慌症 (panic disorder) 的管理

在初級或次級醫療中，不應將苯二氮平類藥品用於治療廣泛性焦慮症 (GAD)，除非在危機的期間作為短期應急措施。長期使用苯二氮平類藥品的效果較差。

苯二氮平類藥品的長期治療效果較差，因此不應用於治療患有恐慌症的病人。

NICE CKS (臨床知識摘要) 廣泛性焦慮症 (GAD)

如果需要使用苯二氮平類藥品治療焦慮，推薦選擇 diazepam：

- 對於焦慮，建議劑量為每日三次，每次 2 毫克。
- 如果需要，劑量可以增加至每日 15 至 30 毫克，分三次服用。
- 老年病人需謹慎使用，因為跌倒風險增加——建議將劑量減半。

治療不應超過 2 至 4 週。

成人憂鬱症：識別和管理以及伴有慢性身體健康問題的成人憂鬱症：識別和管理

苯二氮平類藥品僅在以下情況下考慮作為一個選項：當被處方選擇性血清素再回收抑制劑 (SSRI) 治療憂鬱症的病人，在抗憂鬱治療初期出現焦慮、躁動和 / 或失眠的副作用，且這些症狀引起問題時。在這種情況下，短期合併使用苯二氮平類藥品是可考慮的幾種選擇之一。

如果處方苯二氮平類藥品，使用時間不應超過 2 週，以防止藥品依賴的產生。

苯二氮平類藥品不使用於具有慢性焦慮症狀的病人。

對於有跌倒風險的病人，使用苯二氮平類藥品時應謹慎。

附錄 2：病人資訊單張 - 良好睡眠指引

良好睡眠指引

建立規律的睡眠模式

- 只有在感到困倦時才上床睡覺。不要在臥室內進行除了睡眠（或親密活動）以外的活動。
- 每天早晨都設定相同時間的鬧鐘響鈴，一週七天保持一致，至少要持續到您的睡眠模式穩定為止。
- 即使前一天晚上很晚才入睡，也要每天在相同時間起床。
- 白天不要小睡。

照顧好自己

- 試著保持身體健康，可以在下午早些時候或傍晚進行輕度運動（太晚運動可能會干擾您的睡眠）。
- 中午過後避免攝取含咖啡因的飲品。
- 睡前兩小時內避免尼古丁、酒精（酒品）、運動和大量進食。
- 減少咖啡因的攝入，如咖啡、茶和一些軟性飲料。可以選擇無咖啡因的牛奶類或草本飲料。考慮從飲食中完全去除咖啡因。
- 晚餐只吃輕食即可。
- 將睡眠保留在就寢時間，避免在椅子上入睡或打盹。

晚上

- 「放下」白天的事情。理清思緒，必要時可使用筆記本，釐清未完成的事項，並為未來做好規劃。

- 保持規律的睡前習慣：在晚上逐步放鬆自己，並在睡前 90 分鐘內避免進行任何需要高強度思考的活動。

就寢時

- 當您感到「疲倦想睡」時才上床，避免過早上床。
- 不要在床上閱讀或看電視。
- 上床後關掉所有燈光。
- 放鬆自己，告訴自己「睡意會來的」。即使一開始沒能入睡，也要享受放鬆的過程。
- 不要刻意嘗試入睡。睡眠無法被刻意啟動，但試圖強迫反而可能讓你更難入睡！

如果您有入睡困難

- 確保您的床鋪舒適，臥室不太冷也不太熱，且保持安靜（必要時使用耳塞）。
- 盡量不要感到沮喪或懊惱，因為睡眠問題非常常見，且它們並不像您想像的那麼有害。
- 如果在床上醒著超過 20-30 分鐘，起床並前往另一個房間。
- 做一些放鬆的事情，不要為明天擔心。閱讀、看電視或聽輕柔的音樂，過一段時間您應該會感到足夠疲倦，再次回到床上。
- 如果回到床上 20-30 分鐘後仍未入睡，重複上述步驟。
- 記住，即使經歷了無眠之夜，人們通常仍能很好地應對。只有當您感到「疲倦想睡」時再上床。
- 建立良好的睡眠模式可能需要幾週時間，但請保持信心，通過這份指引您將能夠實現它。
- 不要為了幫助入睡而飲酒。雖然酒精（酒品）可能幫助您入睡，但幾乎肯

定會在夜間醒來。

附錄 3：良好放鬆指引

良好放鬆指引

應對緊張

- 尋找並專門撥出時間放鬆是必要的。把你最好的時間拿來放鬆，而不是僅以剩餘的時間。
- 在日常生活中融入放鬆的活動。不要急於完成任務或過度努力解決問題。
- 開始以放鬆作為日常的生活習慣，但不要期望在沒有練習的情況下就能學會。
- 日常放鬆的常規可以透過教導放鬆技巧的錄音音頻獲得，以幫助緩解肌肉緊張並教導適當的呼吸練習。
- 盡量不要為緊張症狀感到擔憂，例如疼痛、肌肉緊繃、心跳加快、出汗、胃部絞痛等。
- 保持健康並參加規律的運動。定期快走或游泳可以幫助緩解緊張。
- 享受安靜的時刻，坐下來聽輕鬆的音樂，讓思緒放飛，想像自己處於愉快的環境中。

應對擔憂

- 接受擔憂是正常的，有時它甚至可能有用——每個人有時都會擔憂。
- 把您的擔憂寫下來，並決定哪些更為重要。
- 為每個擔憂制定行動計劃。
- 與朋友、家人或您的醫師分享您的擔憂，他們可能會給您一些有用的建議。
- 閱讀、做填字遊戲、發展愛好和興趣都能幫助您保持積極和正向的心態。

應對困難情況

- 接受並面對那些讓您感到更焦慮的情況。
- 採取逐步的方法來幫助您面對那些讓您感到緊張的事物和場所。
- 寫下您將如何處理困難情況的計劃。
- 經常練習將幫助您克服焦慮。
- 當您做得很好時，獎勵自己，並告訴他人。
- 當您勇敢面對困難情況時，焦慮症狀應會變得不那麼困擾您，您的自信心也會增長。
- 每個人都有好壞日子。隨著時間的推移，您會迎來更多的好日子。

計劃

根據本指引中的訊息制定一個計劃，並定期練習。如果某些方法不起作用，不要擔心，改變它並觀察結果。記住，如果您需要更多幫助，專家的指導和建議隨時可用。

放鬆是關於讓一切慢下來。每個人都不同——嘗試不同的方法，直到找到最適合您的放鬆方式。記住，從繁忙的一天中抽出十分鐘的「休息」，對您的健康和幸福是很好的投資。

更多資訊可參見：<https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/>

在以下連結中，您可以找到一系列可供收聽的精神健康播客（podcasts）或音頻指引，這些內容可以幫助您過度情緒低落或焦慮的時光。該系列包括焦慮控制訓練——引導放鬆；情緒低落與憂鬱；克服睡眠問題；缺乏自信和主見以及不良思維。

<https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/moodzone-mental-wellbeing-audio-guides/>

附錄 4：放鬆練習

放鬆練習

有多種放鬆練習可幫助您平靜心靈並減少焦慮引起的肌肉緊張。

您應該每天抽出 2 到 3 次，每次 30 分鐘來練習這些技巧。練習得越多，您的技能就會越好，效果也會越顯著。即使一開始沒有立刻感到好轉，也很重要的是要持續使用這些技巧。只有經過一段時間的規律練習，您才會開始感受到這些方法的益處。

放鬆準備

在開始放鬆之前，確保您的心境、身體和環境都達到合適的狀態。為了做好準備，請按照以下步驟進行：

- 找一個涼爽安靜的房間，確保不會被打擾。
- 確保您的衣服舒適，並脫下鞋子。
- 平躺或舒適地坐著，雙腿不交叉。
- 輕輕閉上眼睛，或將注意力集中在前方的一個點上。
- 清空思緒，專注於您的呼吸。

如果您無法立即放鬆，不必擔心。思緒可能會不時進入您的腦海中。

不要專注於這些想法，只需讓它們輕輕掠過。

通過呼吸來放鬆

呼吸過快或過深可能會讓您感到頭暈、昏厥甚至更加焦慮。進行緩慢、規律的呼吸可以幫助您控制焦慮的想法和情緒，讓您感到更加平靜。

控制呼吸的方法：

- 將一隻手放在胸部，另一隻手放在腹部。當您呼吸時，您希望腹部的動作大於胸部。
- 緩慢而規律地吸氣（如果可以的話，通過鼻子）。當您吸氣時，觀察您的手。放在腹部的手應該移動，而放在胸部的手應保持不動。
- 通過噘嘴慢慢呼氣。
- 重複這個過程 10 次，每天兩回。

掌握這項技巧可能需要一些時間。一旦您熟練掌握，就不再需要觀察您的手或將它們放在胸部和腹部上。

簡單的視覺化練習

在您的心中創造一個理想的放鬆場所——您的「放鬆地點」：

- 這個地方應該讓您感覺安靜、平和、安全且愉快。
- 這是一個您希望在需要放鬆時隨時回到的地方。
- 它可以是真實存在的地方，也可以是您想像中的場景。

盡可能詳細地想像您的放鬆地點——運用您的感官使它盡可能真實——並看到自己在這個地方舒適地享受

現在，閉上眼睛，通過鼻子慢慢而規律地吸氣。注意您的呼吸，專注於您的放鬆地點的每個細節，然後通過嘴巴呼氣。進行這個練習 10 至 20 分鐘。

快速肌肉放鬆

您可以通過依次繃緊和放鬆每一塊肌肉來緩解身體的緊張。如果您有任何可能引起肌肉疼痛的身體傷害或狀況，請避免該部位的肌肉緊繃。

- 坐在舒適的椅子上，閉上眼睛，專注於呼吸。緩慢地通過鼻子吸氣，然後通過嘴巴呼氣。
- 手：吸氣時，緊握一隻手幾秒鐘，您應該感覺到前臂肌肉緊繃；呼氣時放鬆。另一隻手重複相同的動作。
- 手臂：彎曲一個肘部，吸氣時讓手臂的所有肌肉緊繃幾秒鐘；呼氣時放鬆。另一隻手臂也做同樣的練習。
- 臉部：嘗試皺眉並盡可能用力下壓眉毛幾秒鐘，然後放鬆。接著盡可能用力抬起眉毛（像是驚訝一樣），然後放鬆。再用力咬緊下顎幾秒鐘，然後放鬆。
- 肩膀：吸氣時將肩膀盡可能高高抬起；呼氣時放鬆。
- 脖子：將頭往後仰，然後慢慢左右滾動；然後放鬆。
- 腿部：盡量將雙腳和腳趾彎向自己，然後放鬆。接著將它們向外彎曲幾秒鐘，然後放鬆。

放鬆後

在放鬆練習後，不要急著起身。閉著眼睛坐幾分鐘，以避免可能的頭暈感。睜開眼睛，確認自己感覺良好後再站起來。

附錄 7：與病人討論使用苯二氮平類藥品或 Z-drug 時的要點

- 確保病人知道該藥品僅用於短期治療，並應與自我照護結合使用。
- 確保病人了解治療風險，包括中樞神經系統（CNS）抑制作用，如“宿醉”效應、不穩、警覺性降低和記憶力減退、耐受性、依賴性及戒斷症狀。
- 長期使用苯二氮平類藥品或 Z-drugs 與多種健康問題相關，並會增加死亡風險：
 - ✓ 長期使用過度鎮靜可增加跌倒和交通事故及家中意外的風險。
 - ✓ 過量（中毒）可能會增加死亡風險。
 - ✓ 研究顯示，安眠藥使用者的癌症風險增加，這並不能完全用在健康狀況較差人群中優先處方苯二氮平藥品來解釋此罹癌風險。
- 長期使用苯二氮平類藥品或 Z-drugs（通常超過 4 週）可能會與以下情況相關：
 - ✓ 耐受性——需要更高的劑量才能達到最初的效果。
 - ✓ 依賴性——病人感覺需要藥品才能進行日常活動，並且在停止使用或減少劑量時可能會出現戒斷症狀。
- 長期使用苯二氮平類藥品的其他影響包括：
 - ✓ 認知影響、焦慮、特定場所畏懼症（agoraphobia）、情感鈍化（emotional blunting）、因應技巧減弱（reduced coping skills）、失憶（amnesia）。
 - ✓ 社交功能減弱：由於記憶力的影響，減少了認識新朋友、記住約會等的能力。
 - ✓ 憂鬱，可能首次出現憂鬱，或加劇已有的憂鬱症狀，並可能引發自殺傾向。
- 老年人對苯二氮平類藥品的中樞神經系統抑制作用更為敏感，可能導致意識混亂（confusion）、夜間徘徊（night wandering）、失憶（amnesia）、

運動失調（**ataxia**）及“宿醉效應”（**hangover effects**）。認知功能和記憶的受損可能被錯誤診斷為失智症（**dementia**）。在英國，估計老年人接收了所有苯二氮平類安眠藥處方的 80%。

附錄 10：病人資訊單張 – 安眠藥

安眠藥

為什麼醫師不願開安眠藥？

安眠藥可能引發顯著的問題，包括：

- 跌倒——服用安眠藥的人跌倒及骨折（如髖部骨折）的風險增加。
- 事故——服用安眠藥的人發生車禍的風險顯著增加。
- 記憶和情緒問題——如意識混亂、健忘、攻擊性及憂鬱。
- 成癮和依賴——感覺自己需要藥品來進行日常活動，或者當停止或減少服用藥品時出現戒斷症狀。
- 戒斷——症狀可能包括焦慮、易怒、入睡困難、出汗及腸胃症狀。這些症狀通常輕微且持續時間較短，通常為幾天至幾週。
- 失憶症——服用安眠藥超過 3 個月的人，可能會增加罹患失憶和阿茲海默症（**Alzheimer's disease**）的風險。
- 死亡——服用安眠藥品的人與不服用這些藥品的人相比，死亡風險顯著增加。

安眠藥的替代方案是什麼？

您的醫師、護理師或藥師可以給您有關不依賴藥品解決睡眠問題的建議。這些建議包括減少咖啡因攝入、增加運動以及改善您的就寢習慣的建議。

若處方了安眠藥的建議

安眠藥處方通常只會持續一段短期時間（一週左右）。請勿要求額外開立或將其加入您的重複處方。

- 如果您第二天感到困倦，請勿駕駛或操作機械。
- 避免飲酒。

- 切勿將您的安眠藥給他人，並始終將其存放在安全的地方，例如鎖好的櫥櫃中。

安眠藥與駕駛

所有安眠藥都會讓您感到困倦。當您感到困倦時，請勿駕駛或使用工具或機械。

安眠藥與止痛藥

使用安眠藥與類鴉片止痛藥（如可待因、**tramadol** 和嗎啡）會增加嗜睡、呼吸困難（呼吸抑制）、昏迷的風險，且可能危及生命。如果您正在服用這些藥品的組合，請告知朋友或家人，以便他們能留意這些症狀。如果您出現這些症狀，應立即尋求醫療幫助。如果您被處方這些藥品的組合，應與您的醫師預約討論此事。

一些可以從藥局購買的止痛藥中含有可待因，如果您正在服用安眠藥，應避免使用這些藥品。

如果您長期規律地服用安眠藥該怎麼辦？

- 一般來說，您應考慮在醫師的建議下減少或停止使用安眠藥。
- 逐漸進行：每次減少一點劑量，不要突然停止。
- 選擇合適的時間：最好等待生活中的危機過去，日常壓力降至最低時再考慮停止。您可以考慮在假期或工作壓力較小時停止使用藥品。
- 初期可能睡眠變差：減少安眠藥時，您的睡眠一開始可能會變差，但大多數減少或停止安眠藥的人表示，精神和身體上都感覺更好。
- 找出您的睡眠問題的可能原因：如疼痛、消化不良、呼吸困難或皮膚瘙癢，這些問題可能會干擾您的睡眠，且通常可以不依賴安眠藥來治療。檢查您是否服用其他可能引發睡眠問題的藥品，並與您的醫師或藥師確認。

建立良好的睡眠模式可能需要幾週時間。請記住，您應該有信心，透過遵循您所獲得的指導，來實現目標。

如果您需要更多幫助，請與您的醫師、藥師或護理師交談。

重要提示：如果您服用了安眠藥超過 4 週，請不要突然停藥，因為這可能會引起問題。請與您的醫師預約討論如何安全地停止使用安眠藥。

附錄 11：病人資訊單張 – 用於焦慮的苯二氮平類藥品

苯二氮平類藥品治療焦慮

苯二氮平類藥品是一類，可能用於短期治療嚴重焦慮的藥品，例如在危機期間使用，包括 diazepam、lorazepam、oxazepam 和 chlordiazepoxide。

它們不應用於緩解日常壓力引起的輕微神經緊張或緊張情緒，也不應用於治療恐慌發作或使用超過 4 週的時間。

對於焦慮和恐慌發作的治療應包括心理治療，如有需要，通常會使用抗憂鬱藥品。

為什麼醫師不願意開苯二氮平類藥品來治療焦慮？

苯二氮平類藥品可能引發以下顯著問題：

- 跌倒——服用苯二氮平類藥品的人跌倒及骨折（如髕部骨折）的風險增加。
- 事故——服用苯二氮平類藥品的人發生車禍的風險顯著增加。
- 記憶和情緒問題——如意識混亂、健忘、攻擊性及憂鬱。
- 成癮和依賴——感覺自己需要藥品來進行日常活動，或在停止或減少服用藥品時出現戒斷症狀。
- 戒斷——症狀可能包括焦慮、易怒、入睡困難、出汗及腸胃症狀。這些症狀通常輕微且持續時間短，通常為幾天到幾週。
- 失智症（**dementia**）——服用苯二氮平類藥品超過 3 個月的人可能會增加罹患失憶和阿茲海默症（**Alzheimer's disease**）的風險。
- 死亡——服用苯二氮平類藥品的人與不服用此類藥品的人相比，死亡風險顯著增加。

苯二氮平類藥品的替代方案是什麼？

您的醫師或護理師將給予您有關如何不依賴苯二氮平類藥品應對焦慮的建議。這些建議包括找到時間放鬆、建立放鬆習慣、增加運動以及使用放鬆技巧。

如果您的症狀較嚴重，醫師將討論心理治療，並可能考慮藥品治療。

苯二氮平類藥品處方的建議

- 苯二氮平類藥品的處方通常只持續一段短期時間（幾週）。請不要要求更多或將其加入您的重複處方。
- 如果您隔天感到睏倦，請勿駕駛或操作機械。
- 避免飲酒。
- 切勿將您的藥品給他人，並始終將其存放在安全的地方。

苯二氮平類藥品與駕駛

苯二氮平類藥品可能會讓您感到睏倦。當您感到睏倦時，請勿駕駛或使用工具或機械。

苯二氮平類藥品與止痛藥

使用苯二氮平類藥品與類鴉片止痛藥（如可待因、**tramadol** 和嗎啡）會增加嗜睡、呼吸困難（呼吸抑制）、昏迷的風險，且可能危及生命。如果您正在服用這些藥品的組合，建議告知朋友或家人，以便他們了解這些症狀。如果您出現這些症狀，應立即尋求醫療幫助。如果您被處方了這類藥品的組合，應與醫師預約討論此事。

一些藥局可以購買的止痛藥含有可待因，如果您正在服用苯二氮平類藥品，應避免使用這些藥品。

如果您長期規律地服用苯二氮平類藥品該怎麼辦？

- 一般來說，您應考慮在醫師的建議下減少或停止使用苯二氮平類藥品。
- 逐漸減量：每次減少一點劑量，不要突然停止。
- 選擇合適的時機：最好等到生活中的危機過去，日常壓力降到最低時再開始減藥。您可以考慮在假期或工作壓力較小時停止服用藥品。
- 預見並接受短期焦慮增加：減少苯二氮平類藥品時，焦慮可能會在一段時間內加重。然而，大多數減少或停止使用苯二氮平類藥品的人表示，他們的精神和身體狀況都有明顯改善。
- 檢查其他藥品：與您的醫師或藥師確認您是否正在服用其他可能引發焦慮問題的藥品。
- 使用「良好放鬆指引」；可從您的一般科醫師診療單位（診所）獲得相關資訊。

重要提示：不要突然停止使用苯二氮平類藥品，因為這可能會引起問題。您應首先與您的醫師討論此事。

附錄 12：苯二氮平類藥品 /Z-drug 政策

管制藥品或物質係指因其具濫用或成癮潛力，且其製造、持有或使用受政府監管的藥品或化學品。這類藥品包括分類為麻醉劑、興奮劑、鎮靜劑、迷幻劑（hallucinogens）和大麻（cannabis）的藥品。

常見的管制藥品清單可以在以下網址找到：

<https://www.gov.uk/government/publications/controlled-drugs-list--2>

我們的許多病人需要使用強效、可能成癮的藥品來幫助管理他們的病情。特別值得關注的是「依賴性藥品」（如類鴉片藥品、苯二氮平類藥品和 Z-drugs），尤其是在持續處方這些藥品的情況下。

附錄 14：苯二氮平類藥品和 Z-drug 與 5mg diazepam 的近似等效劑量及作用持續時間

- alprazolam 0.25 mg

- chlordiazepoxide 12.5 mg
- clobazam 10 mg
- clonazepam 0.25 mg
- flurazepam 7.5-15mg
- lorazepam 0.5-1 mg
- lorazepam 0.5 mg
- lormetazepam 0.5-1 mg
- nitrazepam 5 mg
- oxazepam 10 mg
- temazepam 10 mg
- zopiclone 7.5 mg
- zolpidem 10 mg

短效藥品 (藥品及其代謝物的 半衰期少於 6 小時)	中效藥品 (藥品及其代謝物的半 衰期為 6-24 小時)	長效藥品 (藥品及其代謝物的半衰期超 過 24 小時)
midazolam zopiclone zolpidem	alprazolam lorazepam lorazepam lormetazepam oxazepam temazepam	chlordiazepoxide clobazam clonazepam diazepam flurazepam nitrazepam

藥效強及半衰期短的苯二氮平類藥品（例如 lorazepam 和 lorazepam）更容易導致依賴性問題。

具有中等半衰期的藥品（例如 **temazepam**）在短期使用時引起的問題較少。

具有較長半衰期的藥品（例如 **nitrazepam**、**diazepam**）可能會在第二天引發藥品殘餘效應（例如日間鎮靜和跌倒）；有些人對這些效應的敏感性會比其他人更高。

附錄 16：病人資訊單張 – 停止使用您的藥品：苯二氮平類藥品和 Z-drugs

停止使用您的藥品：苯二氮平類藥品和 Z-drugs

什麼是苯二氮平類藥品和 Z-drugs？為什麼使用它們？

苯二氮平類藥品是一類可以被處方用來短期使用的藥品，用於幫助睡眠問題或處理嚴重焦慮的發作。例如，**temazepam** 和 **nitrazepam** 用於治療睡眠問題，**diazepam** 和 **lorazepam** 則用於治療焦慮。

Z-drugs 的作用類似於苯二氮平類藥品，用於幫助解決睡眠問題。Z-drugs 的例子包括 **zolpidem** 和 **zopiclone**。

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 僅能通過處方獲得，且必須僅由被開立處方的人使用。

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 通常在短期內（2 至 4 週）效果良好，但如果使用時間過長，藥效可能會減弱，您也可能會對其產生依賴。

長期服用苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的風險有哪些？

苯二氮平類藥品可能會引發以下顯著問題：

- 跌倒
- 事故
- 記憶和情緒問題
- 成癮和依賴
- 戒斷反應

停止服用苯二氮平類藥品或 Z-drug 的好處有哪些？

如果您長期使用該藥品且其效果已經減弱，它可能不再有效地幫助治療您正在服用它的病因。

您可能已經對它產生依賴，或者即將產生依賴。如果您停止服用，您將減少副作用，因此會：

- 更加清醒並且能夠更好地集中注意力
- 感到不那麼睏倦
- 情緒更加穩定，減少煩躁和憂鬱
- 降低事故風險，如跌倒或車禍的可能性

自我幫助

在停止服用苯二氮平類藥品或 Z-drug 時，有許多自助技巧可以使用。根據您的醫師提供的訊息制定一個計劃，並定期練習。放鬆是讓一切慢下來的過程。每個人都有不同的方式——嘗試不同的方法，直到找到最適合您的放鬆方式。從忙碌的一天中抽出十分鐘休息，對您的健康和幸福是一項很好的投資。記住，如果您需要更多幫助，專家的指導和建議隨時可用。

附錄 17：長期使用苯二氮平類藥品和 Z-drugs 停藥計劃的建議

停藥應逐步進行（劑量遞減，例如每 1–2 週減少 5–10%，或每兩週減少八分之一劑量，低劑量階段應減緩遞減速度），並根據戒斷症狀的嚴重程度進行調整。

以下減量方案摘自 NICE 指引，並改編自 Ashton Manual（可於 www.benzo.org.uk 在線上獲取）。

從 diazepam 40mg/ 天或以下開始：

- 劑量減少至 20mg/ 天之前：每 1–2 週減少 2–4mg。
- 劑量減少至 10mg/ 天之前：每 1–2 週減少 1–2mg。
- 劑量減少至 5mg/ 天之前：每 1–2 週減少 1mg。

- 完全停藥之前：每 1–2 週減少 500 微克至 1mg。
- ✓ 預計達到完全停藥所需時間：
 - 從 diazepam 40mg/ 天開始：30–60 週。
 - 從 diazepam 20mg/ 天開始：20–40 週。

不經由 diazepam 轉換的 temazepam、nitrazepam 和 zopiclone 停藥建議計劃：

從 temazepam 20mg/ 天或以下開始：

- 每 2 週減少 2.5mg 的每日劑量。
- 停藥的目標劑量為每日只服用 2.5mg 的劑量。
- 如果在目標劑量時無法停藥，建議使用 temazepam 液劑（10mg/5mL）和口服注射器進行進一步劑量減少。
- ✓ 預計總停藥時間：16–20 週或更長時間。

從 nitrazepam 10mg/ 天或以下開始：

- 每 2 週減少 1.25mg 的每日劑量。
- 停藥的目標劑量為每日只服用 1.25mg 的劑量。
- 如果在目標劑量時無法停藥，建議使用 nitrazepam 液劑（2.5mg/5mL）和口服注射器進行進一步劑量減少。
- ✓ 預計總停藥時間：16–20 週或更長時間。

從 zopiclone 7.5mg/ 天或以下開始：

- 每 2 週將每日劑量減少半顆的 3.75mg 錠（即 1.875mg）。
- 停藥的目標劑量為每日僅服用半顆的 3.75mg 錠（即 1.875 mg）。
- 如果在目標劑量時無法停藥，可以選擇轉換為 diazepam 以完成戒斷，儘管此做法存在爭議。
- ✓ 預計總停藥時間：16–20 週或更長時間。

苯二氮平類藥品處方支持工具包

Benzodiazepine Prescribing Support Pack

NHS dorset clinical commissioning group

<https://nhsdorset.nhs.uk/wp-content/uploads/2025/12/Benzodiazepines-Support-Pack-Aug16.pdf>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

背景說明

處方使用苯二氮平類藥品的情形相當普遍，但因此病人可能產生對藥品的依賴（包括生理與心理依賴）及耐受。當病人規律使用超過數週後，也可能導致停藥困難。因此，安眠藥與抗焦慮藥（這裡係指苯二氮平類藥品）應僅限於短期使用。

當苯二氮平類藥品被認為屬於必要時，英國國家處方集（BNF）提出以下建議：

1. 苯二氮平類藥品僅適用於短期（限二至四週）來緩解嚴重、使人功能受損或造成病人難以忍受之焦慮症狀；該焦慮可單獨出現，或與失眠、短期身心症狀、器質性疾病或精神病相關。
2. 使用苯二氮平類藥品來治療短期「輕度」的焦慮並不適當。
3. 僅當失眠症狀嚴重、使人功能受損或造成病人極度困擾時，方可使用苯二氮平類藥品來治療失眠。

安全處方苯二氮平類藥品的建議

- 以最低有效劑量、最短療程為原則。
- 每次僅開立少量藥品，未經再次諮詢不得續開處方。
- 處方以「必要時使用」（PRN）的方式，鼓勵病人僅於確實有必要時才服用。
- 告知病人可能產生依賴性及其他副作用，並強調僅供短期使用。
- 除藥品治療外，應提供並定期強化病人自助的建議。
- 依適當的臨床編碼，記錄診斷結果及處方開立的原因。
- 善用病人決策輔助工具。

長期處方後的減量策略：

研究顯示，提供病人衛教信，說明長期使用苯二氮平類藥品可能產生之問題，並鼓勵其逐步減量，若可行則停藥，是一項有效的介入方式，即使對於曾被建議減量或曾嘗試減量的病人亦然。

亦有證據指出，透過門診諮詢鼓勵病人減量同樣有效，但此策略較為耗時，且在減量成效上並未顯著優於寄發信函。

因此，建議醫療機構對使用苯二氮平類藥品的病人名冊中，符合條件之病人寄發衛教信。重複此介入措施（例如每年一次）可能有助於提升藥品減量的成功率。

減量與戒斷流程

苯二氮平類藥品之停用應採漸進式的方式，以降低戒斷反應之風險如意識混亂、中毒性精神病（toxic psychosis）、抽搐，或類似震顫性譫妄（delirium tremens）的狀況。以下為改編自英國國家處方集（BNF）之分階段停藥建議流程，可作為參考指引；減量時程應依個別病人的情況進行調整。

一般可每兩週減少約每日劑量的八分之一。對於減量困難的病人，建議之停藥流程如下：

1. 轉換為等效之 **diazepam** 日用量，建議於夜間服用。
2. 每 2–3 週減少 **diazepam** 劑量；若出現戒斷症狀，應維持當前劑量，直至症狀改善。
3. 進一步減量，必要時可採更小幅調整；減量過慢優於過快。
4. 完全停藥：戒斷所需時間可能由約 4 週至 1 年以上不等。

苯二氮平類藥品戒斷症候群可能於停用長效藥品後的三週內任何時間發生；若為短效藥品，則可能於一天內出現。其特徵包括失眠、焦慮、食慾不振與體重減輕、顫抖、出汗、耳鳴及知覺異常。部分症狀可能與原本的病人主訴相似，進而促使再次開立處方；亦有部分症狀可能於停藥後持續數週或數月。

附錄 9

管理處方使用苯二氮平類藥品之病人的政策，應包含之重點範圍

1. 苯二氮平類藥品僅可依據英國國家處方集（**BNF**）及其他國家之指引建議，作為短期治療（僅限 2–4 週）之起始與處方使用。
2. 苯二氮平類藥品屬於第四級管制藥品（**Schedule 4**），不得以連續處方的方式開立。
3. 應僅處方最低有效劑量。
4. 每次處方供應量應限制為最多 28 天。
5. 若苯二氮平類藥品屬必要使用，應確保藥品選擇符合當地的處方建議／處方集規範。
6. 在可能情況下，病人應逐步改為以「必要時使用」（**PRN**）的方式使用苯二氮平類藥品。
7. 所有患有失眠／焦慮的病人，在使用苯二氮平類藥品或 **Z-drugs** 前，均應接受非藥品治療及自助建議之說明。

8. 建立並維護一份隨時間更新的名冊，登錄目前正在使用苯二氮平類藥品者，或過去一年內使用超過 28 天者。
9. 對於使用苯二氮平類藥品或 Z-drugs 之病人應定期檢視（至少每 12 個月一次），確保把握每次減量與停藥之機會。
10. 可考慮每年以個別化信函邀請病人討論減量／停用苯二氮平類藥品，並保存相關介入紀錄。
11. 若懷疑病人有濫用／誤用苯二氮平類藥品的情形，應轉介給地方藥品濫用共同照護計畫（例如 CADAS 或 SEDCDAT）。
12. 於病歷中詳實記錄與病人討論之內容，包括潛在耐受性、成癮風險、療效降低、跌倒風險及駕駛安全等議題。

苯二氮平類藥品與 Z-drugs 處方實務準則

Standard of Practice Prescribing Benzodiazepines & Z-drugs (including zopiclone & other drugs)

The College of Physicians & Surgeons of Manitoba

<https://cpsm.mb.ca/assets/Standards%20of%20Practice/Standard%20of%20Practice%20Prescribing%20Benzodiazepines%20and%20Z-Drugs.pdf>

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

本醫療實務準則（Standards of Practice of Medicine）說明有關醫療實務品質特定面向之要求，並提供較《醫療專業規範法》（Regulated Health Professions Act）、相關法規與章程更為詳盡的資訊。根據《醫療專業規範法》第 86 條之規定，所有註冊人員皆須遵守本醫療實務準則（Standards of Practice of Medicine）。

本醫療實務準則依據《醫療專業規範法》第 82 條及《曼尼托巴省醫療實務標準法規》（CPSM Standards of Practice Regulation）第 15 條所訂定。

前言

本實務準則（standard）旨在規範所有註冊人員（醫師）於開立苯二氮平類藥品（benzodiazepines）及／或 Z-drugs 時，應遵循之醫療實務與倫理要求，以確保無論於社區或醫療機構中，對所有病人皆達到最高程度的用藥安全。

本準則不適用於以下情境中使用該類藥品：癌症、安寧緩和與臨終照護、癲癇疾病、雙相情緒／精神病疾患，以及急性酒精戒斷症狀*之治療。

隨著時間推移，有關開立苯二氮平類藥品及／或 Z-drugs 之風險與效益比的醫學證據會有所改變，因此此類藥品的處方須符合現行醫學知識。

本準則同時承認，註冊人員於處方苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs** 時，應依據自身臨床判斷行事，而該判斷應符合註冊人員在當時醫學知識基礎下所應具備的合理行為。

* 若因上述任一適應症開立處方，請於處方上註明該醫療診斷，以便藥師於配藥時能知悉並妥善處理。

實務準則

1. 一般原則

- 1.1. 若可行，應優先合理運用非藥品的治療方式（如：認知行為治療、改善睡眠習慣、避免咖啡因攝取等），並在此基礎上優化 **Z-drugs** 或非 **Z-drugs** 的治療方式。
- 1.2. 為降低用藥風險，註冊人員必須採取合理的作為，透過 **DPIN**（**Drug Programs Information Network**）、**eChart** 或與藥師聯繫取得 **DPIN** 紀錄，以查閱病人目前與過去的用藥狀況。此舉可降低藥品交互作用與合併用藥的風險，並防止病人從多位醫師處重複取得處方。
- 1.3. 註冊人員應處方最低有效劑量之苯二氮平類藥品或 **Z-drugs**，且使用期間應儘可能縮短。若需超過建議最高劑量，僅限於特殊情況，並須於病歷中詳細記載。
- 1.4. 長期使用須有現行臨床實證支持，苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 僅於某些少見適應症中可能為適當。
- 1.5. 註冊人員應與病人討論下列事項，並記錄於病歷中：
 - 1.5.1. 治療目標，包括具體、實際的療效預期，以及可能的後續停藥策略；
 - 1.5.2. 可選擇的非藥品治療方式；
 - 1.5.3. 長期使用苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 之效益有限；
 - 1.5.4. 相關治療風險；
 - 1.5.5. 此類藥品可能造成之功能損害，特別是在駕駛、操作重機械、執行高安全敏感性工作，或提供兒童或長者照護等情境中所發生的風險。

- 1.6. Alprazolam（商品名：Xanax）於曼尼托巴省被認定為具有高度濫用與流用風險的藥品，應避免處方或考慮替代用藥。
- 1.7. 註冊人員於評估是否處方或繼續處方此類藥品時，必須審慎考量所有的共病情形：
 - 1.7.1. 如心臟衰竭、肥胖、睡眠呼吸中止症、慢性肺病、酒精與物質使用障礙症、腎功能或肝功能不全及其他慢性病或妊娠等，皆會以不同方式提高此類藥品的風險。
 - 1.7.2. 應定期篩檢病人是否存在或有新發的精神健康問題（尤其是情緒障礙症與物質使用障礙症），因其可能對治療造成干擾。
- 1.8. 在使用苯二氮平類藥品或 **Z-drugs** 進行病人治療時（尤其在減藥過程中），可能會導致或顯現出物質使用障礙症（**substance use disorder**），醫師必須具備正確診斷與病人照護的能力。適當的照護可包括轉介予具專長的醫師，並採取緩慢漸進的減藥方式，以減輕戒斷反應。

應定期嘗試緩慢減藥，並在可能的情況下，與為病人指定且為病人信任的藥師合作。請參照本實務準則所附背景資料中的減藥指引與等效劑量轉換表進行操作。

適當的照護管理不包括突然停藥或對長期使用者進行極快速的劑量減少。若無法進行減藥，且有明確紀錄顯示治療效益大於潛在風險時，則可考慮持續治療。儘管對於長期使用苯二氮平類藥品和／或 **Z-drugs** 之病人而言，減藥困難，但仍可行。

- 1.9. 合併使用苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs** 與其他藥品，會增加傷害風險：
 - 1.9.1. 若處方苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs**，醫師必須考量與處方藥、非處方藥、以及娛樂性精神活性物質（如酒精、類鴉片藥品、gabapentin、其他苯二氮平類藥品、dimenhydrinate 與 diphenhydramine）的潛在交互作用，並應將勸導病人避免併用的內容，記錄於病歷中。
 - 1.9.2. 若病人因複雜病情需使用多種具鎮靜作用的藥品，醫師應考慮諮詢相關專科意見，如精神科醫師、疼痛專科醫師、成癮科醫師、藥師等，共同制定能將風險降至最低的協同用藥計畫。

- 1.9.3. 僅在特殊情況下，方可同時處方類鴉片藥品與苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs**。應告知病人此組合可能會增加死亡風險，並將討論內容記錄於病歷中。
- 1.9.4. 除非處於減藥過程中，否則僅在特殊情況下方可同時處方兩種以上苯二氮平類藥品及／或 **Z-drugs**。
- 1.10. 註冊人員必須瞭解並遵守相關法定通報義務，包含病人的疾病內容，病人的治療計畫及病人的失能情形，治療者應向相關主管機關（例如：曼尼托巴省汽車管理處〔MPI Registrar of Motor Vehicles〕）提出通報。

2. 處方開立

- 2.1. 醫師必須向病人明確說明正確用法、總用量以及該處方藥預計可使用的天數。處方上須註明給藥間隔，說明預期處方藥品的天數（例如：每 Y 天配發 X 顆藥錠）。
- 2.2. 每張處方的最大使用期限為三個月，且每次核准配藥量不得超過一個月的用量，除非屬偶爾使用的情形。在特殊情況下，註冊人員被允許可開出最長三個月的處方，適用對象如下：
 - 2.2.1. 居住於偏遠地區之病人；
 - 2.2.2. 有穩定長期處方紀錄且正值出遠門的病人。

3. 高齡病人——額外注意事項

- 3.1. 對於高齡病人，首次開立苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 時，應格外謹慎，且不得將其作為治療失眠、激動（**agitation**）或譫妄的首選用藥，亦不得用於處理因失智症或譫妄所引起的行為問題。
- 3.2. 劑量調整應考量高齡病人腎功能、肝功能與認知功能之退化，以及多重用藥（**polypharmacy**）情形。

3.3. 註冊人員在為高齡病人處方時，必須辨識並與病人討論因用藥產生的額外風險，包括，但不限於：

3.3.1. 因鎮靜、混亂、嗜睡與姿勢不穩引起的跌倒及其後續骨折風險；

3.3.2. 因精神運動技能（**psychomotor skills**）、判斷力與協調性受損，而增加交通或其他意外事故的風險；

3.3.3. 對認知功能、記憶力的負面影響，可能引發譫妄（**delirium**），並與認知退化及失智症（**dementia**）之發展相關。

4. 本實務準則適用之藥品

Benzodiazepines		Z-drugs
Alprazolam (Xanax®)	Lorazepam (Ativan®)	Eszopiclone
Bromazepam (Lectopam®)	Midazolam (Versed®)	Zolpidem
Chlordiazepoxide (Librium®)	Nitrazepam (Mogadon®)	Zopiclone
Clobazam *to be started by Neurologists only	Oxazepam (Serax®)	
Clonazepam (Rivotril®)	Potassium-Clorazepate	
Diazepam (Valium®)	Temazepam (Restoril®)	
Flurazepam (Dalmane®)	Triazolam (Halcion®)	

苯二氮平類藥品之一般性風險

苯二氮平類藥品與 Z-drugs 具有下列重大風險：

- 鎮靜、意識混亂、嗜睡與姿勢不穩，增加跌倒及其後續骨折風險；
- 精神運動技能（**psychomotor skills**）、判斷力與協調性受損，增加交通事故風險；
- 對認知與記憶功能產生負面影響，可能引發譫妄、與藥品相關之假性失智，並可能與認知退化及阿茲海默症（**Alzheimer's disease**）相關；
- 具依賴與濫用潛力；

- 與其他藥品或草藥製劑產生高風險交互作用；
- Z-drugs 可能引發睡眠自動行為症（sleep automatism），包括暴食、甚至在睡眠或類睡眠狀態下駕車。

本實務準則指出：

- 在住院期間開始使用苯二氮平類藥品及／或 Z-drugs，會大幅增加其長期使用與依賴風險。
- 認知行為治療、短期行為介入與漸進式減藥計畫，已證實能有效協助停止使用鎮靜安眠藥品，並有助於改善睡眠。

高齡病人使用苯二氮平類藥品之風險

苯二氮平類藥品及／或 Z-drugs 已被公認為高齡病人使用上具有高度風險之藥品。大規模研究一致顯示，高齡病人若使用苯二氮平類藥品及／或 Z-drugs，其發生交通事故、跌倒與髖部骨折（進而導致住院甚至死亡）之風險可增加兩倍以上。

高齡病人、其照顧者與醫療照護提供者在評估是否以此類藥品作為治療失眠、激動或譫妄的策略時，應充分認知其潛在危害。

苯二氮平類藥品與 Z-drugs 對高齡病人所帶來的風險，遠超過對一般病人的群體，具體包括：

- 鎮靜、混亂、嗜睡與姿勢不穩，增加跌倒與其後續骨折的風險；
- 精神運動技能、判斷力與協調性進一步受損，提升交通事故風險；
 - 對認知與記憶功能的負面影響，可能引發譫妄、藥品相關之假性失智，並可能與認知退化及阿茲海默症（Alzheimer's disease）相關。

駕駛、操作重型機械與使用苯二氮平類藥品及 Z-drugs 之注意事項

根據曼尼托巴省公共保險公司（MPI）在針對醫師與其他醫療專業人員所提供的「藥品影響駕駛」教育課程中指出，處方使用苯二氮平類藥品與 Z-drugs 之病人在駕駛時可能面臨重大風險。此一風險亦反映於《加拿大醫師協會

（CMA）之駕駛醫療適任評估指引》中，該指引同時強調該類藥品若與酒精併用將加劇風險。

MPI 建議開立處方的醫師，對於病人如首次處方此類藥品或調高劑量時，應建議其暫停駕駛，直至接受後續評估（需注意的是，依現行強制通報規定，此類情況一般不需立即通報 MPI）。病人是否可恢復駕駛，應由臨床評估後由醫師判斷其合理性。若在評估時懷疑病人仍有功能受損情形，醫師此時應向 MPI 通報，並提出適當建議，例如建議吊扣其駕照，或安排進行功能性駕駛能力評估。

對於操作重型機械之病人，亦應做相應調整處理。建議提供病人書面說明，明確指出其在一定期間內或至下次評估前，不應操作該類設備。

準則適用範圍

本實務準則適用於苯二氮平類藥品以及所謂的 Z-drugs，包括 zopiclone、zolpidem、zaleplon 與 eszopiclone。此類藥品之適應症、處方模式、相關風險、成癮潛力（包括濫用與流用）及實際使用情形相似，因此一併納入本準則適用範圍。

苯二氮平受體促效劑（benzodiazepine receptor agonist）間的等效劑量估算（以 diazepam 10 mg 為參考基準）

	Ashton	Kalvik et al.	Shader & Greenblatt	Alessi-Severini et al.
Diazepam	10 mg	10 mg	10 mg	10 mg
Alprazolam (Xanax®)	0.5 mg	1 mg	1 mg	1 mg
Bromazepam (Lectopam®)	5 mg	6-12 mg	NA	10 mg
Chlordiazepoxide (Librium®)	25 mg	20-50 mg	50 mg	20 mg
Clobazam	20 mg	NA	NA	20 mg
Clonazepam (Rivotril®)	0.5 mg	1-2 mg	0.5 mg	0.5 mg
Potassium Clorazepate	15 mg	15 mg	15 mg	NA
Flurazepam (Dalmane®)	30 mg	30 mg	30 mg	30 mg
Lorazepam (Ativan®)	1 mg	1-2 mg	2 mg	2 mg
Oxazepam (Serax®)	20 mg	30 mg	30 mg	20 mg

Nitrazepam (Mogadon®)	10 mg	10-20 mg	10 mg	10 mg
Temazepam (Restoril®)	20 mg	20-30 mg	30 mg	30 mg
Triazolam (Halcion®)	0.5 mg	0.5 mg	0.25 mg	0.25 mg
Zaleplon	20 mg	NA	NA	20 mg
Zolpidem	20 mg	NA	10 mg	NA
Zopiclone	15 mg	NA	NA	7.5 mg

1. Ashton H. benzo.org.uk : Benzodiazepine 等 效 劑 量 表。 <http://www.benzo.org.uk/bzequiv.htm>，2007 年發表。
2. Kalvik A., Isaac P., Janecek E. Benzodiazepines: Treatment of anxiety, insomnia and alcohol withdrawal. Pharmacy connection Sept/ Oct 1995 20-32.
3. Shader RI, Greenblatt DJ. J Clin Psychopharmacol. 1997;17(4):331.
4. Alessi-Severini S, Bolton JM, Enns MW. Sustained Use of Benzodiazepines and Escalation to High Doses in a Canadian Population. Psychiatric Serv. 2016;67(9):1012-1018.

減藥

逐步減量為停止使用苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 的核心原則，並以在醫療監督下進行的減藥策略為優先。若僅因病人個人意願而延後減藥，並非合理理由。前述資源中已納入多種減藥計畫、建議與時程表，供臨床參考。

與藥師合作

藥師熟悉劑型、等效劑量、減藥工具，且能於必要時製備中間劑量製劑。此外，藥師也往往與病人保持最頻繁的接觸，因此在苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 的減藥過程中，藥師能且應積極參與減藥計畫的規劃與後續回饋。有些藥師甚至可協助擬定具體的減藥時程表。

在進行減藥時，與藥師合作與溝通特別重要，因藥局通常會持續記錄與病人的互動及觀察到的問題或疑慮。若醫師能主動提供病人的減藥照護計畫給藥局，將有助於所有醫療提供者掌握一致資訊，尤其當病人出現戒斷症狀或要求提前領藥時，藥師即能即時回應與處置。

建議考慮與病人－藥師－醫師三方建立協議。讓病人固定於單一藥局領取處方，可讓藥師更瞭解病人情況，並使醫師得以事先通知藥師任何特殊處方需求。

與病人解說病情及用藥時常見的問與答

常見問答（FAQs）旨在協助註冊人員實施本實務準則。本常見問答僅為輔助說明，不構成本實務準則的正式內容，亦不得視為法律意見。與實務準則不同，常見問答並非強制遵循，其內容可能會因釐清說明、新的實務發展或新增資源而隨時修訂更新。

曼尼托巴省內科醫師與外科醫師學院（College of Physicians & Surgeons of Manitoba, CPSM）已接獲多位醫療照護人員與病人針對新版苯二氮平類藥品與 Z-drugs 處方實務準則之諮詢。

本文件旨在回應部分最常被提出的問題。

此實務準則的內容是什麼？

本實務準則說明有關處方苯二氮平類藥品與 Z-drugs 所應遵循的規範要求。制定此準則的目的在於確保醫療照護品質，並保障病人與大眾的安全。

雖然醫師在提供個別照護時會運用其臨床判斷與專業裁量，但也須遵循本實務準則，以確保所有醫療處置皆符合安全與倫理原則。

《處方苯二氮平類藥品與 Z-drugs 實務準則》（Standard of Practice for Prescribing Benzodiazepines & Z-Drugs）自 2020 年 11 月 1 日起正式生效。

為什麼曼尼托巴省內科醫師與外科醫師學院（CPSM）可以制定影響我用藥的決策？

為了保護大眾

CPSM 的職責是保障公眾安全，並確保醫療實務品質。《處方苯二氮平類藥品與 Z-drugs 實務準則》係根據醫學實證所制訂，目的在於促進所有病人的安全與倫理性照護。此標準清楚說明醫師在個別病人照護與整體公共安全之間，應遵循的行為準則與責任。

實務準則是由相關領域的專家群所制訂，通常包含醫師、護理人員、藥師、律師及一般民眾代表。在準則定案前，CPSM 也會主動向大眾徵求意見與回饋。

為了推動現代且高品質的醫療照護

醫學不斷進步，新知持續出現。歷經數十年對苯二氮平類藥品與 Z-drugs 的臨床使用經驗，我們今日已更清楚了解此類藥品的風險，特別是在長期使用與高劑量情況下。隨著藥品風險與效益的醫學證據演進，醫師的處方行為也必須隨之調整，以符合當前的醫學知識。

這些藥品對許多病人而言具有療效，但也可能對某些病人與整體社會帶來風險。此實務準則的目標，即在藥品的益處與風險之間，尋求最佳平衡。

什麼是苯二氮平類藥品與 Z-drugs？其作用為何？

苯二氮平類藥品是一類具有鎮靜作用的藥品，常用於治療焦慮症與睡眠障礙。常見處方藥包括但不限於：alprazolam（商品名：Xanax®）、lorazepam（Ativan®）、temazepam（Restoril®）、clonazepam（Rivotril®）及 diazepam（Valium®）。Z-drugs，如 zopiclone 與 zolpidem，在化學結構上與苯二氮平類藥品相似，具備類似作用與風險。此類鎮靜劑會減緩大腦活動，進而影響身體機能，如心跳與呼吸速率變慢，使人感到平靜或昏昏欲睡。

儘管這些藥品在初期對緩解焦慮或改善睡眠有效，但規律使用會導致耐藥性與生理性依賴。長期或持續使用會使大腦與身體對藥效產生適應，部分病人可能需不斷增加劑量才能獲得原有效果。相對地，減量或漏服可能導致「反彈性症狀」（如加劇焦慮），進而加強病人對藥品的依賴感。長期使用與／或高劑量使用，會顯著增加副作用與傷害風險。

為什麼苯二氮平類藥品與 Z-drugs 被認為具有高度危險性？

這類藥品能讓人感到鎮靜或昏昏欲睡，是因為它們會抑制大腦與部分身體機能。然而，這正是導致副作用與風險的主因。請參閱前述風險與副作用清單，

這些危害會因長期使用與高劑量使用而惡化。

部分病人會對這些藥品產生成癮，進而面臨嚴重後果。誤用、過量使用或與其他鎮靜劑併用（如酒精或類鴉片止痛藥），會大幅提高過量與死亡的風險。

在曼尼托巴省，苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 已成為主要的濫用藥品，且經常被物質使用者尋求使用。此類藥品的流用風險（如轉讓、販售或偷竊）極高，對公共安全造成深遠影響。

不論是單獨使用，或與止痛藥（如類鴉片藥品）或其他處方藥合併使用，苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 皆與曼尼托巴省內日益上升的藥品致死事件有關。

苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 的副作用與風險為何？

苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 常見的副作用與風險包括：

- 鎮靜、意識混亂、嗜睡，以及站立／移動時的不穩定，可能導致跌倒及後續骨折的風險增加。
- 精神運動能力、判斷力與協調性受損，增加交通事故風險。
- 對認知與記憶功能產生負面影響，可能引發譫妄、藥品相關假性失智，並與認知退化及阿茲海默症有潛在關聯。
- 耐藥性與生理性依賴，若突然停藥或大幅調整劑量，可能導致戒斷症狀。
- 鎮靜安眠藥品使用障礙症（**sedative-hypnotic use disorder**）。
- 與其他藥品或草藥產生高風險交互作用。
- **Z-drugs** 可能引發「睡眠自動行為症」（**sleep automatism**），類似夢遊狀態，病人可能於睡眠或作夢狀態下進行活動。

此外，苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 在年長者中風險更為顯著。年長者若使用此類藥品，其發生交通事故、跌倒與髖部骨折（進而導致住院與死亡）的風險可增加兩倍以上。

我的醫師一定要幫我減藥嗎？

本實務準則提供醫師在開始處方苯二氮平類藥品與 Z-drugs 前應考量與與病人討論的實證依據，同時也提出管理已使用此類藥品的病人之指引。安全且適當的處方須仰賴良好的臨床判斷與實證導向的處理方式。

你的醫師應與你討論用藥原因、可能的副作用與風險，以及合理的療效預期。這些內容都是評估是否持續或調整用藥的重要部分。

鑑於此類藥品已被證實具有重大危害（如前所述），本準則建議醫師應嘗試採取緩慢減量（tapering）策略，也稱為階段性減量（step-down）。

這點在用藥帶來的風險大於效益，或病人已長期／高劑量使用時，尤其重要。

我一定要把劑量降到零嗎？

本準則要求醫師與你共同合作，嘗試進行減藥。醫師應協助你做出知情決策，透過比較繼續使用藥品的風險與可能效益評估。

透過緩慢且穩定的劑量減少（可能歷時數週、數月，甚至數年），你有可能最終將劑量減至零。然而，即使無法完全停藥，任何一次減量嘗試都是有意義的。

即使是少量劑量減少，也可能改善認知功能（如記憶力、注意力、情緒表現範圍）並提升整體安全。

你不必強制完全停藥；透過逐步減量，你的醫師可協助你找到一個在維持健康與功能的同時，副作用與風險最小化的最低有效劑量。

如果苯二氮平類藥品與 Z-drugs 對我有效，為什麼還要幫我減藥？

本實務準則並不建議醫師強行停藥或「直接中止」，而是鼓勵醫師重新審視處方的必要性與合理性。準則的重點是促進病人與醫師之間的對話，討論這類藥品對你來說的效益與風險平衡，並尋找提升用藥安全性的方式。

過去二十年來，臨床指引普遍不建議長期使用苯二氮平類藥品與 Z-drugs。目前對其在治療焦慮與失眠等疾病上的長期療效，醫界仍有相當爭議。雖然

這些藥品對部分病人可能有效，但仍須了解其對個人與公共健康所帶來的潛在風險。

即使這類藥品確實具有治療效益，但其使用必須在臨床上保持安全且適當的供應與管理。

我的醫師可以直接停掉我的藥嗎？

CPSM 與本實務準則鼓勵醫師與病人進行溝通與合作。然而，根據臨床判斷與安全考量，若情況需要，即使病人不同意，醫師仍可能必須實施減藥。

若有安全風險，醫師也可限制每次配藥的數量（例如：改為每週或每日由藥局配發）。

當病人個人安全或公共安全受到威脅時，這些安全考量可能優先於醫病關係本身。

若醫師發現所處方的藥品有被 ** 誤用、濫用或流用（轉讓／販售）** 之情況，可能必須迅速減藥，甚至立即停藥，以降低過量或死亡風險，並保障公共安全。

如果我的劑量被減少，我會有什麼反應？

由於苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 會造成生理性依賴，意即大腦與身體會習慣其存在，因此劑量調整可能會引發反彈症狀或戒斷症狀。對於長期使用這類藥品的任何人而言，這些現象都是常見且正常的。在劑量減少的過程中，你可能會暫時經歷以下情形：焦慮或擔憂感增加、輕度睡眠障礙、情緒變得敏感或激動、手抖、流汗、肌肉抽動、四肢不安、腸胃不適。這並不代表你的焦慮或失眠將失控。只要劑量變化是小幅且漸進的，這些症狀通常會隨時間緩解與消退。理想情況下，劑量應逐步小幅減量，且每次變動之間留有足夠時間讓你（即你的大腦與身體）逐步適應。

多數人在劑量調整後的兩到四週內可逐漸恢復接近原本狀態（或所謂「基準功能」），你的醫師通常會等你回復穩定後，才進行下一步的減量。這是一個高度個別化的過程，應與醫師定期討論與調整。不建議快速減藥，更不應自行更改用藥。

減藥的合理時程為何？

減藥沒有固定的標準時程，每位病人的計畫都應個別化設計，考量因素包括：起始劑量、使用時間長短、合併的醫療狀況，以及你當前的生活情境。

整體而言，** 緩慢且穩定的階段性減藥（**step-downs**）** 最容易成功，因為它讓你的大腦與身體有足夠時間適應劑量的變化。若減藥進程過快，可能會讓人感到無法承受與應對。

但也要記住，即使是小幅度的減量也可能帶來不適，這對許多病人來說都是正常且常見的經驗，這些症狀會隨時間逐漸緩解。你可能需要在這段期間尋求額外支持。

在醫師的指導下，你也可能需要在某些階段暫停減藥，於穩定劑量下停留一段時間，再進行下一階段的調整。在這些暫停期間進行心理支持或心理治療，有助於你日後成功完成減藥。

相對地，出於安全考量，醫師有時也可能在你尚未感覺完全準備好時，啟動減藥或進行下一階段的劑量調整。整體而言，減藥是一段需要彈性、專業判斷與雙向合作的過程。

若我花了多年才找到現在的穩定劑量，為什麼還要更換用藥？

即使你目前的劑量已穩定多年，也不代表可以免於重新評估。正如前述資料所述的風險，風險會隨著年齡增加而上升，因此藥品使用也應定期重新檢視，尤其是苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 所帶來的風險會隨年齡增加而上升。然而，若在多次嘗試減藥後未成功，且有明確紀錄顯示持續使用穩定劑量之效益大於潛在危害，則醫師與病人可共同決定繼續使用該藥品。此決策應基於臨床證據、功能評估與病人實際狀況，並持續與醫師保持討論與監測。

我從未濫用過藥品——為什麼一次不能拿超過一個月的量？

儘管你可能覺得相關的風險、傷害或問題不適用於你，但 **CPSM** 與醫師有責任訂定用藥的安全界限，以保障公共安全。這代表必須劃定「一次可取得的安全藥量」與「可能不安全的藥量」之間的界線。此界線必須同時考量健康者與病人的實際需求與生活情況。**CPSM** 針對苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 也

制定了與類鴉片止痛藥類似的處方規範，正是因為這些藥品本身即存在高度風險。本實務準則對處方與配藥間隔做出明確建議與規範，其目的在於限制此類藥品於社區中的流通量，進而提升整體用藥安全。此外，這些建議也是為了確保醫師能持續且主動參與病人的用藥管理，而非開立處方後長時間未追蹤或調整。這樣做是出於對病人與社會的雙重保護責任。

新的規定是什麼？有例外嗎？

根據本實務準則，處方與配藥的新規範如下：

- 每次處方最多僅可開立三個月的使用量；以及
- 每次配藥（領藥）最多僅能提供一個月的藥量。此規定僅有下列三種情況可作例外處理：1. 使用頻率極低（例如：僅在旅行時使用一劑，或為了接受電腦斷層掃描而用藥）；2. 居住於偏遠地區；3. 旅行期間需要用藥，且已有穩定的長期處方紀錄。針對第 2 與第 3 項例外情況，醫師可核准最長三個月的配藥間隔，但即使是出國超過三個月，也最多只能開立與配發三個月的苯二氮平類藥品與 **Z-drugs**。這些限制是為了在確保個別病人用藥需求的同時，維護整體用藥安全與公共健康。

這項政策的目的是，為了確保在同一時間內，家庭與社區中能取得的藥品數量減少。舉例來說，即使你從未濫用或遺失過藥品，且習慣一次領取 90 天的處方，** 但若有人將你全部的藥偷走會怎麼辦？ ** 又或者，若一名從未接觸過這類藥品的未成年人誤取並服用，甚至因此過量，該如何處理？這些情況正是醫師與 **CPSM** 在制定處方規範時，必須在病人需求與公共安全之間取得平衡的風險情境。經專業評估後，目前認為「一次提供一個月的藥量」是最能兼顧社區風險與病人需要的劑量上限。當出現更高的安全疑慮時，醫師也可以選擇進一步縮短配藥間隔，例如每週或每日由藥局配發，以確保病人與公眾的安全。此外，建議你在家中將藥品上鎖保存，以避免被誤用、誤食或盜用。

有什麼資源（資訊及服務）可以幫助我嗎？

你當初開始使用這些藥品的症狀或原因可能仍然存在，這些情況可能讓人感到困擾。然而，實證顯示，許多非藥品治療方式也能有效改善心理健康問題，而且通常比苯二氮平類藥品與 **Z-drugs** 具有更長遠的益處。例如：

焦慮的認知行為治療（CBT for anxiety）、失眠的認知行為治療（CBT for insomnia）、睡眠衛生技巧、正念練習（mindfulness）、規律運動與健康生活型態。

你可以與醫師討論是否優化非藥品治療或其他藥品選項，並主動要求轉介至心理諮商或專門服務。若你的情緒困擾變得難以承受，請立即聯繫或前往當地的危機服務中心。此外，也有許多由同儕帶領的支持團體，曾幫助許多人從心理困境中逐步復原，例如：曼尼托巴省焦慮症協會（Anxiety Disorders Association of Manitoba）、曼尼托巴省情緒障礙協會（Mood Disorders Association of Manitoba）、12 步驟（12-Step）支持計畫、其他自助團體。這些資源能提供持續的支持與陪伴，協助你穩定身心，走過用藥轉換的過程。

加拿大高齡族群苯二氮平受體促效劑使用障礙症指引

Canadian Guidelines on Benzodiazepine Receptor Agonist(BZRA) Use Disorder Among Older Adults

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH) (2019)

加拿大年長者精神健康聯盟（CCSMH）（2019）

https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2019/11/Benzodiazepine_Receptor_Agonist_Use_Disorder_ENG.pdf

註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻

2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

苯二氮平受體促效劑（**BZRA**，在本指引中泛指苯二氮平類藥品及 Z-drugs）使用障礙：這是指 **BZRA** 使用模式出現問題，導致臨床上顯著的功能損害或痛苦。根據 **DSM-5**（精神疾病診斷準則手冊第 5 版）的標準，**BZRA** 使用障礙係指在 12 個月內出現以下標準中至少 2 項（美國精神醫學會，2013，共 11 項標準）。

- 使用 **BZRA** 的劑量或使用時間超出預期。
- 有持續使用的意圖，或未能成功減少或控制 **BZRA** 的使用。
- 花大量時間在取得 **BZRA**、使用 **BZRA** 或從其效果中恢復其原有狀態。
- 渴求感或強烈的慾望想要使用 **BZRA**。
- 反覆使用 **BZRA** 導致無法履行工作、學校或家庭中的重要責任。
- 儘管 **BZRA** 的影響導致持續或反覆的社會或人際問題，仍繼續使用。
- 因使用 **BZRA** 而放棄或減少了重要的社交、職業或娛樂活動。
- 在身體危險的情況下仍反覆的使用 **BZRA**。
- 儘管知道自己有因藥品使用引發或加劇的持續或反覆的身體或心理問題，仍繼續使用 **BZRA**。
- 耐受性：需要顯著增加 **BZRA** 的劑量，才能達到預期的效果，或者持續使用相同劑量的 **BZRA**，效果明顯減弱（注意：此條標準不適用於在醫療監督下服藥的人）。

- 戒斷反應：出現特徵性的戒斷症狀（如自主神經過度活躍、手部顫抖、失眠、噁心或嘔吐、短暫的感官幻覺或錯覺、精神運動性激動、焦慮和 / 或癲癇發作），或使用 **BZRA**〔或與其密切相關的物質如酒精（酒品）〕以緩解或避免戒斷症狀。

診斷標準

- 1 項症狀或更少：無 **BZRA** 使用障礙症
- 2–3 項症狀：輕度 **BZRA** 使用障礙症
- 4–5 項症狀：中度 **BZRA** 使用障礙症
- 6 項或以上症狀：重度 **BZRA** 使用障礙症

緩解期

- 3 至 12 個月內沒有出現除渴求感以外的其他症狀，視為早期緩解。
- 超過 12 個月則視為持續緩解。

建議彙總：

建議 #1：

對於大多數適應症來說，應避免在高齡病人中長期使用 **BZRA**（超過 4 週），因為其療效有限且風險較高。高齡病人對 **BZRA** 的敏感性增加，且代謝一些長效藥品（如 **diazepam**）的能力下降。所有 **BZRA** 都會增加認知功能障礙、譫妄、跌倒、骨折、住院和交通事故的風險。建議使用替代的治療策略來治療失眠症、焦慮症以及失智症的行為和心理症狀。

[評級：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #2：

適當的第一線選擇為非藥品治療，包括以各種形式提供的認知行為療法（**CBT**）用於治療失眠症和焦慮症。[評級：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #3：

僅在充分嘗試過非藥品介入（治療）或使用更安全的藥品替代方案失敗後，或僅作為短期使用，直到更適當的治療方式產生療效前，才考慮使用 **BZRA** 來治療失眠或焦慮。

[評級：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #4：

在處方 **BZRA** 前，應進行 **BZRA** 使用障礙症風險及其他潛在不良反應的評估。

[共識]

建議 #5：

如果考慮使用 **BZRA**，應在決定治療計畫前，告知高齡病人該藥品的有限益處與相關風險，以及可選的替代方案。[共識]

建議 #6：

開始使用 **BZRA** 治療應是處方醫師與高齡病人（或其代理決策者）之間의 共同決策。雙方應就 **BZRA** 的使用方式（包括計劃使用期限不超過 2 至 4 週）及其監測達成一致並充分理解。[共識]

建議 #7：

正在接受 **BZRA** 治療的高齡病人應：

- a. 接受衛教並有機會討論持續服用 **BZRA** 的相關風險。[評級：證據強度：中等；建議強度：強]
- b. 鼓勵僅在最短時間內（2 至 4 週或更短）服用 **BZRA**，並使用最小有效劑量。
[評級：證據強度：中等；建議強度：強]
- c. 在處方期間進行監測：查證治療反應和效果的證據、當前及潛在的不良反應、是否遵守治療計劃，以及是否出現 **BZRA** 使用障礙症。[共識]
- d. 停藥時應提供支持，可能需要逐步減量直到完全停用藥品。[評級：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #8：

醫療提供者和機構應考慮在其執業環境中實施以下介入（治療）措施，以減少不當使用 **BZRA**。這些措施包括藥品審查、處方反饋（和處方醫師討論處方的恰當性）、藥品處方監測與警示、多學科病例會議以及簡短的教育課程。監管機構、衛生當局和專業組織應與臨床領導者和高齡病人協商，共同制定並實施旨在減少不當使用 **BZRA** 的政策。[評級：證據強度：低；建議強度：強]

建議 #9：

醫療機構，包括急性照護醫院和長期照護機構，應實施減少開具新 **BZRA** 處方的協議，因為這些藥品可能帶來危害，且存在於病人出院後或其他照護過渡期間，有長期使用的風險。

[評級：證據強度：低；建議強度：強]

建議 #10：

在管理失眠症、焦慮症與失智症的行為與心理症狀（**BPSD**）方面，醫療從業者、高齡病人及其家屬應倡議爭取有效的非藥品治療選項，並具有可近性與經費支持。[評級：證據強度：低；建議強度：強]

建議 #11：

臨床醫師應意識到 **BZRA** 在女性病人中，處方的頻率較高，並認識到可能導致藥品被不當使用的隱性偏見。[評級：證據強度：低；建議強度：弱]

建議 #12：

在定期健康檢查、入住設施或接受醫療照護、圍手術期評估、考慮開具 **BZRA** 處方以及照護轉換時，應詢問所有高齡病人當前和過去是否使用可能導致物質使用障礙症的物質情況，包括 **BZRA**。[共識]

建議 #13：

醫療從業者應了解並警覺物質使用障礙症的症狀和徵兆，包括 **BZRA** 使用障礙症。在評估高齡病人中常見的狀況（如跌倒和認知功能障礙）時，應特別關注這些可能性。[共識]

建議 #14：

對懷疑有 **BZRA** 使用障礙症高齡病人的評估，應包括用藥適應症、劑量、使用持續時間、出現 **BZRA** 使用障礙的表徵、想要改變的意願，以及是否存在其他醫療和精神共病症，包括任何過去或當前的物質使用或誤用。[共識]

建議 #15：

- a. 多重物質使用在所有患有 **BZRA** 使用障礙症的高齡病人中很常見，應考慮並詢問相關情況。[評級：證據強度：中等；建議強度：強]
- b. 醫療從業者應儘可能避免同時處方 **BZRA** 與類鴉片藥品。[評級：證據強度：中等；建議強度：強]
- c. 應避免 **BZRA** 與酒精（酒品）的合併使用。[評級：證據強度：低；建議強度：弱]

建議 #16：

應採用以病人為中心的階段性照護方法，以促進 **BZRA** 的逐步減量和停用。臨床醫師和病人應共同參與以下事項：(a) 規劃並實施逐漸減少劑量的方案，並提供適當的病人衛教；(b) 確定並優化替代方案，以管理引發或持續使用 **BZRA** 的潛在健康問題；(c) 制定策略減輕急性戒斷症狀，並根據需要處理反彈症狀；(d) 建立定期回診時程以持續追蹤。[評等：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #17：

對於有 **BZRA** 使用障礙症的病人，應避免在中期至長期使用（> 4 週）後，突然停用 **BZRA**，因為這樣可能會引發戒斷症狀、加強物質依賴、藥品需求的反彈現象和 / 或增加復發並重新使用的風險。[評等：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #18：

應謹慎監測急性 **BZRA** 戒斷症狀，可以使用經過驗證的工具（如苯二氮平類戒斷症狀問卷、苯二氮平類藥品臨床戒斷評估工具 [CIWA-B]）進行指導，並通過症狀導向的方式來謹慎使用適當的 **BZRA**。[評級：證據強度：低；建議強度：弱]

建議 #19：

涉及同時使用多種 **BZRA** 時，應簡化為單一 **BZRA** 的使用。[共識]

建議 #20：

在協助停用 **BZRA** 時，一般不建議在高齡病人中將短半衰期的 **BZRA** 換成長半衰期的 **BZRA**。除非在某些情況下，例如當停用受限於可用的 **BZRA** 劑量選擇不多或當 **alprazolam** 是依賴或誤用的藥品時，換藥可能會有一定作用。

[評等：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #21：

在努力減量 **BZRA** 的過程中，應考慮心理介入（治療），如認知行為療法（**CBT**），因為它們可以改善高齡病人的戒斷經歷並提高停止使用 **BZRA** 的可能性。[評等：證據強度：高；建議強度：強]

建議 #22：

不建議常規使用藥理學上機轉不同的藥品來替代 **BZRA**，以緩解 **BZRA** 逐漸減量過程中的戒斷症狀。[評級：證據強度：中等；建議強度：強]

建議 #23：

對於 **BZRA** 使用障礙症的高齡病人，如果在醫療監督下，藥品的使用仍在升高，先前的停藥嘗試失敗、復發或傷害風險升高，且 / 或有明顯精神症狀的病人時，應考慮轉診至具專業成癮治療或精神疾病治療的單位或專家。[共識]

精神醫療實務中苯二氮平類藥品使用指引

Guidance for the Use of Benzodiazepines in Psychiatric Practice

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP)

<https://www.ranzcp.org/getmedia/cf85cf1c-b983-412d-b13d-0c7d384e0af0/ppg-5-use-of-benzodiazepines.pdf>

*註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻

2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

前言

如同所有藥品治療一樣，苯二氮平類藥品（**benzodiazepines**，以下簡稱苯二氮平）具有一系列有益的治療效果，同時也可能產生一些不利的影響。鑒於其與依賴性及過量使用的風險有關，處方苯二氮平時必須採取具臨床知識且有實證依據的做法，以確保治療的安全性與適切性（**RACGP, 2015**）。澳洲與紐西蘭皇家精神科醫師學院（**RANZCP**）制定本指引，旨在提供臨床醫師於考慮使用苯二氮平進行藥品治療時的參考依據。

建議事項

1. 苯二氮平的處方應建立在對病人的全面評估上，並需確認具體的診斷依據或目標症狀，且有充分證據支持苯二氮平在此情境下的療效。可考慮使用苯二氮平的情境包括：急性躁症、激動狀態（例如在急性精神病或在激動型憂鬱中）、重度焦慮、僵直症（**catatonia**）、失眠、戒酒症狀、靜坐不能（**akathisia**）。
2. 在急性與長期治療中，應將苯二氮平與替代療法的相對效益與風險納入綜合治療計畫中考量，並應記錄停藥計畫。此類藥品不應突然停用。
3. 一般而言，苯二氮平的使用應限制於短期內。對於無法對其他有實證支持的藥品或心理治療有良好反應的病人，方可考慮長期使用。

4. 臨床經驗顯示，有少數病人〔如重度廣泛性焦慮症 **GAD** (**severe generalised anxiety disorder**) 病人〕在長期使用苯二氮平中獲益，且這些病人不會增加劑量，亦無其他療法能達相同效果。
5. 應告知病人苯二氮平可能產生耐受性與依賴性，並可能出現戒斷症狀。亦應說明所有可能的副作用，包括認知功能障礙。於病歷中，應清楚記錄不應超過的劑量與使用期限。若考慮長期處方苯二氮平，病人應提供知情同意，並記錄於病歷中。
6. 使用劑量應為達到症狀緩解所需之最低有效劑量。處方醫師應注意長期使用可能會有產生劑量逐漸上升的風險，並確保此情況不會發生。
7. 鎮靜常是苯二氮平的副作用。久坐不動者、高齡者與其他易受傷害族群 (**vulnerable groups**) 特別容易因鎮靜作用或其他運動相關副作用 (如運動失調、虛弱、跌倒風險增加) 而產生問題。
8. 苯二氮平與抗癲癇藥品併用可能會導致鎮靜作用的相加 (**additive**)，並增加中樞神經抑制作用，導致精神運動與認知功能疾患，尤其在高齡者族群中更為明顯。其他風險可能包括跌倒、吞嚥困難、癲癇性失神發作 (**absence seizures**)、中性球減少與顆粒性白血球缺乏。
9. 考量苯二氮平對精神運動協調作用的影響，以及對其增加交通事故風險的理解，處方時應審慎。應提醒病人在用藥初期或調整劑量期間，駕駛任何陸上或水上交通工具及操作機械皆有風險，某些情況下亦可能影響就業。亦應提醒病人其他藥品〔包括酒精 (酒品)〕的使用會增加上述風險。苯二氮平與酒精 (酒品) 併用會顯著增加該藥品的鎮靜與中樞神經抑制作用，導致跌倒、去抑制力 (**disinhibition**，大腦對於行為控制的抑制力減弱)、以及與酒精 (酒品) 或藥品有關的急診就醫事件。
10. 在某些病人，苯二氮平與去抑制力與攻擊性行為相關，對於有可能會出現此類行為風險的病人，處方時應特別謹慎。
11. 已知苯二氮平對於患有阻塞性睡眠呼吸中止症的病人為禁忌。若病人有呼吸抑制相關疾病，開立苯二氮平時應審慎。
12. 不建議同時處方多種苯二氮平。如有必要，須加以說明明確的理由。
13. 若病人有濫用酒精 (酒品)、非法藥品或處方藥品的病史，處方苯二氮平時應特別審慎。具有物質使用障礙症病史的病人，其發展苯二氮平依賴的風險更高。

14. 若需開立苯二氮平，應採用通用性預防原則以降低依賴與流用風險，包括僅由一位醫師開立、劑量限制、管制處方開立，並考慮尿液藥品篩檢。一般而言，苯二氮平不應在無臨床評估下重複開立。
15. 苯二氮平常被濫用，且具有高黑市價值。應考量處方藥品流用的可能性，並透過尿液藥品篩檢確認其使用。
16. 苯二氮平在蓄意與意外性過量事件中的比例極高。透過管制處方開立與考量其他物質濫用的情況，可降低此風險。
17. 苯二氮平所造成的失憶效應（**amnestic effects**）可能干擾臨床評估，特別是在過量事件後進行風險評估時，應加以注意。

苯二氮平類藥品：臨床醫師的良好實務指引

Benzodiazepines: Good Practice Guidelines for Clinicians

Department of health and children an roinn slainte agus leanai

<https://assets.gov.ie/15976/de072755b31c4c0993d4b6bfe960ac00.pdf>

*註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻

2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

前言

苯二氮平類藥品（**benzodiazepines**，以下簡稱苯二氮平）是全球最常使用的處方藥品之一。苯二氮平可在短期內安全使用，對焦慮、失眠及某些形式的癲癇與痙攣具有高度療效。苯二氮平僅適用於病情嚴重、造成功能障礙、或導致個人極度痛苦的情況下使用。現今已確認，對於接受治療超過一個月的病人而言，依賴性是一項重大風險，因此醫師在評估是否繼續處方時，必須充分意識到這一點。建議每位臨床醫師在治療的初期即評估個別病人的效益與風險比例，以便若出現依賴情形，治療者與病人雙方皆有所預期。某些情況下，允許依賴性發展的決定可能被辯護，但必須明白，一旦依賴性形成，往往極難治療，甚至可能成為長期甚至永久性的狀態。

本文件雖以苯二氮平為主，但所提供的資訊與建議亦適用於其他苯二氮平受體促效劑，例如 **zopiclone**、**zolpidem** 與 **zaleplon**，因其作用與苯二氮平類似。

處方建議

在探討苯二氮平的使用前，關於鎮靜劑特別是苯二氮平使用的一些一般性原則，表列如下：

使用鎮靜劑／苯二氮平治療的一般原則

- | |
|---|
| 1. 苯二氮平的處方絕不應僅針對症狀本身。在處方苯二氮平或其他鎮靜劑之前，必須仔細分析症狀的成因。 |
| 2. 除了開立藥品外，還需要某種形式的心理治療指導。花時間與病人相處，並重視其所表達的內容是十分重要的。 |
| 3. 務必詳細確認病人是否可能有誤用藥品或誤用酒精（酒品）的傾向。 |
| 4. 劑量應根據個別病人來進行調整，以避免劑量過高或過低。 |
| 5. 苯二氮平應僅在確有必要時才予以處方，並應以最短療程為原則，使用時間不宜超過 4 週。 |
| 6. 若突然停藥，可能會出現反彈性焦慮或失眠，這不應與原發症狀的復發混淆。病人可能需要逐漸減量（不應突然停藥）並持續接受支持。 |
| 7. 減藥與停用苯二氮平的過程應在醫師密切的監督下進行，並配合適當的心理治療介入。 |

因此，在開立處方之前應：

詳細詢問病史，包括酒精（酒品）、合法與非法藥品的使用情形。

告知病人苯二氮平的副作用，並提供藥品資訊單張。

儘可能考慮並處理任何潛在病因，必要時轉介至其他相關服務單位。

考慮替代療法。

考慮延後開立處方至下次就診時。

首次開立處方時應：

以最低的建議劑量開始，但可根據病人的反應進行調整。

單次處方的療程不得超過 4 週，並於可能的情況下分次給予該處方的藥品。

確保醫師與病人之間的約定皆有書面記錄。

詳細記錄所開立藥品的內容與療程期間。

凡涉及苯二氮平使用，開立藥品的專業人員之間（不論於同一或不同機構）皆應進行明確、有效且迅速的溝通。

針對已依賴苯二氮平或持續接受處方的病人：

每次僅開立少量藥品（通常不超過一週份），並定期複診（通常為每月一次）。

使用長效型苯二氮平，其劑量不應高於 **diazepam** 每日三次，每次 5 毫克，或其等效劑量。

確保所有病人皆已獲悉長期使用苯二氮平的風險，並記錄此溝通內容。

視情況使用已簽署的同意書（在和病人溝通時）。

鼓勵所有有藥品依賴的病人進行停藥，並定期（至少每年一次）提供戒斷治療計畫，並記錄所有溝通內容。多次要求重複開立苯二氮平處方的情形常與成癮問題有關，最常見為酒精（酒品）成癮，都市地區則常涉及類鴉片藥品誤用（**misuse**）。醫師若懷疑此類情況，應尋求專科建議。

適應症

焦慮

苯二氮平類抗焦慮藥品應主要用於短期內緩解：當焦慮及其相關症狀達到嚴重、造成顯著痛苦或社交功能障礙時的情況。其他形式的焦慮則可採用心理治療或其他適當的藥品來長期治療，應釐清並處理焦慮的根本原因。

苯二氮平的處方通常不應超過一個月。

在某些情況下，長期處方苯二氮平可能被認為較其他替代方案更為有利。例如用於慢性、頑固型焦慮症，或對於已有藥品依賴且無法成功戒除的病人。

另有一些情形，如焦慮合併其他嚴重疾病，在此情況下，因其他疾病的嚴重性，使得接受藥品的依賴風險可能是合理的選擇。

睡眠

對於短期使用來治療失眠而言，苯二氮平是具療效、安全且獲核准的安眠藥。但以下指引應被注意：

處方藥品應：

- 限制在 2 至 4 週之間；
- 使用最低有效劑量；
- 間歇性使用。

應注意排除其他原發性病因，例如憂鬱症或物質誤用，這些皆可能是導致失眠的原因。在開始治療時，建議告知病人治療僅為短期，並清楚說明劑量將逐步減少的計畫。此外，也應讓病人了解在停藥過程中，可能會出現的反彈性失眠，以減輕病人因症狀出現而引發的焦慮感。

在開始任何藥品治療前，應與病人討論其睡眠問題，並提供可能有助於改善睡眠困難的資訊：

- 正常睡眠時間差異甚大，且通常隨年齡增加而減少
- 暫時性的睡眠問題常見於有壓力或有身體疾病的期間
- 對失眠的擔憂會加劇失眠情況
- 酒精（酒品）雖可幫助入睡，但會導致睡眠品質不佳
- 興奮劑（包括茶與咖啡）可能會導致或加劇失眠

苯二氮平（及劑量）的選擇應依據失眠的類型而定：

- 對於難以入睡的病人，可使用短效或中效型的苯二氮平進行治療。
- 對於出現情境性失眠、夜間醒來或清晨提早醒來的病人，應選用半衰期中等的苯二氮平。一般不建議使用長效型苯二氮平，以避免白天出現鎮靜殘留效應。

不希望有的反應（unwanted effect）

戒斷症狀（withdrawal symptoms）

在停用或減量苯二氮平（benzodiazepines）時，可能出現戒斷症狀，其特徵包括：焦慮／緊張、易怒、情緒低落、失眠、疲倦或嗜睡、缺乏活力、坐立不安與躁動、顫抖、頭暈、頭痛、肌肉痠痛或僵硬、虛弱，以及注意力與記憶力減弱。這些症狀有時難以與原本的主訴症狀區分。少數情況下，戒斷現象可能嚴重到導致病人出現癲癇發作。

戒斷症狀的發生率與嚴重程度取決於減藥速度、藥品的排除半衰期、苯二氮平的使用時間長短，以及每日使用劑量。儘管藥理學的一般原則顯示，戒斷症狀與血中藥品濃度的快速下降有關，但臨床上的戒斷症狀表現相當複雜，受到多項重要因素影響，包括人格特質、共病診斷、病人預期、社會情境、生活型態與同儕影響等。

若出現以下情況，戒斷症候群發生的可能性會增加：(a) 苯二氮平以固定劑量服用超過數個月；(b) 使用較高劑量；(c) 突然停藥；及 (d) 所使用之苯二氮平具有短的排除半衰期（藥品在體內的代謝會影響停藥後反應的強度與時間進程，使用如 lorazepam 及 alprazolam 等短半衰期藥品並突然停藥者，症狀將更為明顯且劇烈）。真正的藥理性戒斷症候群最可能發生於苯二氮平血中濃度快速下降時。

預防戒斷症候群的最佳方式，是處方時間不超過 4 週，使用具有中等或長排除半衰期的苯二氮平，並於決定停藥時採取逐步減量的方式。

依賴性（dependence）

對苯二氮平的依賴主要表現為停藥時出現的戒斷症狀，這些症狀有時可能會持續較長時間，並導致難以與其他焦慮相關障礙症（如恐慌症，panic disorder）區分。一般而言，戒斷反應是短暫的，通常不會超過一個月，但對於長期持續的症狀是否屬於戒斷反應，或是慢性潛在神經官能症（neurosis），或是由於停用鎮靜劑而誘發的原有疾病惡化，目前仍有爭議。

在治療過程中，產生苯二氮平依賴的風險會隨著劑量與治療時間、疾病的性質、症狀的嚴重程度、病人對療效的預期以及壓力因素的強度增加而增加。

特別容易產生依賴的病人包括：

- 有成癮病史者
- 患有慢性身體疾病者，特別是伴隨疼痛者
- 患有輕度憂鬱症（*dysthymic disorders*）或有人格障礙症（*personality disorders*）者
- 有慢性睡眠障礙症者

對長期依賴者應以漸進方式進行停藥治療。必要時，並在資源允許的情況下，應提供心理支持及認知行為治療（*cognitive-behavioural therapy*），以減輕可能出現的症狀。對於較為複雜的病人，應轉介給精神專科醫師以協助評估治療方案。

藥品與心理協助可能僅具有有限療效，許多病人無法成功停藥，或在停藥後仍持續出現症狀。對於這類持續有症狀的病人，需與病人共同討論並做出是否繼續使用藥品的決定。

在使用苯二氮平的長期風險與其效益之間必須取得平衡。如決定要持續處方苯二氮平，建議遵守以下指引：

- 使用長效型苯二氮平
- 劑量不得超過每日三次給予 *diazepam* 5 毫克的等效劑量
- 每次僅開立少量藥品（通常不超過一週份）
- 定期複診（通常為每月一次）
- 確保病人充分了解長期使用苯二氮平的風險，並記錄此項溝通內容
- 視情況使用簽署的同意書
- 鼓勵所有有依賴性的病人進行停藥，並定期（至少每年一次）提供戒斷治療計畫，並記錄所有溝通內容

如病人因物質濫用而產生依賴，則在處方前應尋求專家建議。

順行性失憶（anterograde amnesia）

所有苯二氮平（**benzodiazepines**）皆可能引起順行性失憶。這表示，服用苯二氮平後，病人仍可記得服藥前的資訊，但對服藥後（在藥效持續期間內）接收到的資訊可能難以記憶，直到藥效消退為止。

順行性失憶通常在服藥後仍有藥效的數小時內出現。為降低風險，將苯二氮平作為安眠藥使用的病人應確保能獲得 7 至 8 小時不間斷的睡眠。

反常反應（paradoxical reactions）

使用苯二氮平時，已知可能出現反常反應，包括：坐立不安、躁動、易怒、攻擊性、妄想（**delusion**）、憤怒發作、惡夢、幻覺、精神病（**psychoses**）、不當行為（**inappropriate behaviour**）及其他負面的行為反應。如出現任何上述情形，應立即停藥。兒童與老年人出現此類反應的風險較高；另一個需特別注意的群體是誤用藥品者，因其可能服用高劑量且使用劑量波動性大的苯二氮平。

嗜睡與其他影響

白天嗜睡、情感鈍化（**flat emotions**）、警覺性降低、意識混亂、疲倦、頭痛、頭暈、肌肉無力、運動失調（**ataxia**）或複視，皆為苯二氮平治療可能產生的不良反應。這些現象大多出現在治療初期，通常隨著持續使用而消失。其他偶爾出現的副作用還包括腸胃不適、性慾變化或皮膚不適狀態。

過量使用

症狀

苯二氮平過量通常導致中樞神經系統被抑制，從嗜睡至昏迷程度不等。輕度過量的症狀包括嗜睡、意識混亂與疲倦；較嚴重的情況可能包括運動失調（**ataxia**）、肌張力低下、低血壓、呼吸抑制、昏迷（罕見）及死亡（極罕見）。但若未與其他中樞神經抑制劑（如酒精）合併使用，苯二氮平過量通常不會對生命構成威脅。

處置

處理任何藥品過量時，應注意病人可能同時服用多種藥品。若為口服苯二氮平過量，且病人意識清楚，應於一小時內誘導嘔吐；若病人失去意識，應保護呼吸道後進行胃灌洗。若無清空胃部之必要，則應投予活性炭以減少吸收。加護治療中應特別注意呼吸與心臟功能。**Flumazenil** 可作為拮抗劑使用，但對於正在使用苯二氮平治療癲癇的病人，使用 **flumazenil** 應特別小心。

交互作用

若苯二氮平與其他中樞神經抑制劑（包括酒精）併用，可能增強其中樞抑制作用。此作用可能見於抗精神病藥（神經安定劑）、安眠藥、抗焦慮劑／鎮靜劑、抗憂鬱劑、類鴉片藥品、抗癲癇藥、麻醉劑及具鎮靜作用的抗組織胺藥。若與類鴉片藥品併用，則亦可能增強欣快感。

影響肝臟特定酵素的藥品可能會改變苯二氮平的作用效果。已知此類交互作用可能發生於各種藥品中。

注意事項與禁忌症

注意事項

對駕駛或操作機械能力的影響

嗜睡、順行性失憶、注意力不集中與肌肉功能障礙等副作用，可能會對駕駛或操作機械的能力產生不良影響。若病人同時服用如類鴉片藥品等其他藥品，這些影響可能會顯著加劇。應告知病人，若出現嗜睡情形或同時使用類鴉片藥品時，應避免駕駛或操作機械。

憂鬱症

苯二氮平不應單獨用於治療憂鬱症或與憂鬱相關的焦慮，因其可能掩蓋憂鬱症狀。這可能造成嚴重後果，包括使病人錯失接受抗憂鬱治療的機會，或導致大腦對行為控制的去抑制力（**disinhibition**），進而引發自殺企圖。在其他

情況下，停用苯二氮平可能誘發憂鬱情緒。是否需使用抗憂鬱藥，應在苯二氮平相關問題（如停藥或持續使用）處理妥當後，再行判斷。

慢性呼吸功能不全的病人建議使用較低劑量，因其存在呼吸抑制的風險。肝功能受損的病人也應減量使用。

藥品流出至街頭

醫師應注意其所開立的藥品可能並非被原本病人使用，而是流入他人手中遭到濫用。我們常無法準確判斷哪些病人會將部分甚至全部處方藥轉售或轉讓給他人。實際上，即使是年長病人亦有可能將處方藥轉售。

因此，苯二氮平的供藥應限制為少量，理想情況為每週分次領藥。處方上註明「每週／每日的劑量」可使藥師依指示分次供藥，無論是公費（GMS）或自費處方皆適用。然而，需注意此建議對年輕病人可能較適用，而對年長病人較不適用。

禁忌症

苯二氮平通常禁用於患有以下疾病之病人：重症肌無力、對苯二氮平過敏、嚴重呼吸功能不全、睡眠呼吸中止症、嚴重肝功能不全。

苯二氮平不建議作為精神病（psychotic illness）之主要治療方式。兒童禁止以苯二氮平作為安眠藥。

特定病人族群

1) 高齡病人

苯二氮平是高齡病人最常使用的精神藥品之一，並且可作為有效的抗焦慮藥品。然而，此族群的不良反應有認知功能障礙與步態障礙、耐受性形成、藥品依賴與戒斷反應等。高齡病人因藥品清除率降低，導致血漿中濃度升高，可能使不良反應加劇。具有長效作用的苯二氮平特別容易在體內累積，因此更可能造成鎮靜作用與精神動作功能障礙。

因此，高齡病人應避免使用具有活性代謝物的長效型苯二氮平，例如：**diazepam**、**chlordiazepoxide**、**flurazepam**、**nitrazepam**。若需在高齡病人中使用苯二氮平，建議選擇短效型、具有較少活性代謝物的藥品，如：**lorazepam** 0.5 毫克，每日 2 至 3 次；**temazepam** 10–20 毫克，睡前使用；**alprazolam** 0.25 毫克，每日 2 至 3 次。

治療初期應定期評估高齡病人，以便儘可能減少劑量與／或服藥頻率，以預防因藥品累積所致的不良反應。

與使用短效型苯二氮平者相比，服用長半衰期苯二氮平的高齡病人，其跌倒風險與交通事故風險均顯著提高。

高齡期憂鬱常伴隨焦慮症狀，治療上應以抗憂鬱藥為主，而非苯二氮平。苯二氮平可用於在限定期間內短期的嚴重失眠治療。

許多高齡病人已長期使用苯二氮平，並產生生理與心理上的依賴。在這類情況下，應適當嘗試減量與停藥；然而，徹底停用苯二氮平往往十分困難。最佳實務是與病人討論此問題，並爭取其同意進行緩慢減藥與可能的停藥。

醫師務必仔細閱讀所處方苯二氮平產品的仿單，並遵守相關警示與使用規範。

2) 懷孕與哺乳期間的使用

若將苯二氮平處方予有生育潛能的女性，應提醒其若有意懷孕或懷疑自己已懷孕，應聯繫醫師，以討論是否停藥。

若因醫療上確有必要，而在妊娠晚期或分娩時以高劑量給予苯二氮平，可能對新生兒造成影響，如低體溫、肌張力低下及中度呼吸抑制，這些均為藥品之藥理作用所導致。

若孕婦於懷孕後期長期使用苯二氮平，其新生兒可能也已產生生理依賴，出生後有發生戒斷症狀的風險。

由於苯二氮平可自乳汁中排出，因此不應處方予須執行哺乳的婦女。

3) 醫院與照護機構

住院對許多病人而言可能是一種創傷經驗，常伴隨可理解的焦慮情緒。陌生的環境及醫院病房的噪音亦可能造成失眠。在某些醫院中，處方苯二氮平以緩解焦慮與失眠已成慣例，導致未曾使用過此類藥品的病人在住院期間開始使用，並於出院後仍持續服用。

因此，住院期間若需處方苯二氮平，應僅限於短期（例如不超過五天）。應向病人說明其為短期治療用途，並於出院時檢討是否仍需持續使用苯二氮平。應告知病人，若出院後繼續使用藥品，可能面臨產生依賴性的風險。若確需在出院後繼續治療，則應充分告知家庭醫師該處方的適應症與預計療程長度。

由住院而造成新的慢性苯二氮平使用者，應視為不可接受的情況。

相反的問題亦可能出現，即慢性使用苯二氮平的病人在住院期間未獲處方其原有藥品，進而因戒斷症狀導致病情複雜化，徒增困難。

為避免此情形，應於每次住院時確認病人為未使用苯二氮平、偶爾使用者或固定使用者。對於固定使用者，不應突然停藥，但亦應認知住院為一個機會，藉此鼓勵所有使用者減量或戒除。

在長期照護過程中，若常規性處方與給藥（特別是在高齡長照病房中作為安眠藥使用），亦可能造成依賴問題。在此情況下，應定期檢視使用苯二氮平的病人，因為持續使用的唯一臨床正當理由應是病人對該藥品存在有依賴性。應考慮對藥品有依賴的病人進行計畫性停藥，並致力於長期照護病房中，提升病人的認知刺激與促進身體的活動水準。

住院期間，應考慮使用除苯二氮平以外的方式來減輕焦慮與失眠。例如：減少病房夜間不必要的噪音，並為焦慮病人提供心理諮詢服務等。應避免處方具有類似依賴性潛力的其他安眠或鎮靜藥品，以及不當使用抗憂鬱藥或抗精神病藥品。

4) 酒精戒斷與苯二氮平

對於已確立酒精依賴症候群的個體而言，若突然停止飲酒，可能會引發酒精戒斷症候群。戒斷症狀之嚴重程度不一，從輕微的焦慮與出汗，到嚴重的譫

妄狀態，甚至可能合併癲癇發作與死亡風險。有效控制戒斷症狀是降低罹病率的重要措施。

傳統上，苯二氮平被用於緩解戒斷症狀。此類藥品作用於腦中的 **GABA** 受體，此受體為主要的抑制性神經傳導受體，藉由其作用可降低正腎上腺素（**noradrenaline**）的釋放，正腎上腺素的上升也是酒精依賴者出現部分戒斷症狀的原因之一。苯二氮平也可能在一定程度上改善與酒精有關的精神混亂、憂鬱及疲倦症狀。

因此，苯二氮平是安全且有效的酒精戒斷用藥。然而，其副作用包括記憶障礙、嗜睡與倦怠，加上會產生依賴的潛力，這些副作用可能會干擾其他治療決策：壓力管理、因應行為或飲酒行為而調整的治療策略。故此類用途之苯二氮平應採相對短的時間內，逐步減量使用（通常不超過兩週）。

此外，苯二氮平與酒精之間的交叉依賴也是在治療此類病人時的一項已知併發症。

5) 物質濫用者

在此族群中，通常不建議新開始處方苯二氮平。若需開立長期苯二氮平處方，建議應事先尋求專科建議。苯二氮平濫用的問題在藥品濫用社群中相當普遍，常見為大量服用以達到意識改變與欣快感。這類使用常伴隨大腦對行為控制的去抑制力（**disinhibition**），進而導致產生攻擊性與不負責任的行為。苯二氮平亦常被用以協助毒癮者耐受海洛因或古柯鹼的戒斷症狀。

苯二氮平依賴常在此過程中發展，進而加重原有的問題，形成持續誤用的惡性循環。然而須注意的是，在此類人群中患有精神疾病、曾遭受性侵及處於社會剝奪狀態的比例極高，這些因素常為其藥品問題性使用的根源。

是否對此類族群長期處方苯二氮平，仍具爭議，因其常併用非法取得的苯二氮平。

因此建議，在考慮開立苯二氮平長期處方前，應尋求專業建議。另可參閱附錄四：對於藥品誤用的治療指引。

附錄一

苯二氮平處方的替代策略（即不使用苯二氮平）

失眠

- a) 討論——經常談論影響入睡的問題，常足以改善情況。
- b) 放鬆療法。
- c) 避免於晚上攝取刺激性藥品與飲品，例如咖啡、茶與酒精（酒品）。
- d) 增加身體活動量。
- e) 白天提高心理刺激程度（指多用腦力）。
- f) 解釋說明——一部分人（尤其是高齡病人）所需睡眠時間少於完整的一個夜晚，五小時睡眠往往已足夠。
- g) 避免白天打盹。
- h) 泡個放鬆的熱水澡或閱讀一本好書可助入睡。
- i) 重要的是要排除是否存在有憂鬱症，因其通常可以用抗憂鬱藥來治療。
- j) 瑜伽、超覺靜坐（**transcendental meditation**）、運動。
- k) 可考慮替代藥品，請參閱《英國國家處方集》（**British National Formulary**）。特別是在開立 **chlormethiazole**（商品名：**Heminevrin**）時，需審慎評估。
- l) 如確定需要開立安眠藥，應間歇性使用，例如每週僅服用 2 至 3 晚。

焦慮

- a) 討論。
- b) 放鬆療法。
- c) 曝露治療（**exposure therapy**）。
- d) 增加身體活動量。
- e) 瑜伽、超覺靜坐（**transcendental meditation**）、運動。
- f) 自助書籍——可於當地圖書館或書店尋得。

附錄二

苯二氮平的戒斷方法

任何苯二氮平的戒斷計畫都應經過周全的規劃與結構化的安排，其目標是逐步減少用藥至零。

目前並無單一最佳的戒斷技巧，但對多數病人而言，單純使用劑量遞減法已具成效。同樣地，關於戒斷速度與所需總時間，目前亦無特定數據可循。然而，不論採用何種技術，戒斷計畫皆須與病人充分討論，並設定簡單、可達成的目標。

戒斷可透過多種方式進行，並需由一般科醫師定期監督。例如：一般科醫師可於數週內，逐步減少病人目前所使用苯二氮平的每日劑量；或可先將短效型苯二氮平轉換為長效型，再進行戒斷程序；另也可考慮於戒斷期間加入其他輔助性治療。

以下列出四種戒斷方法，其結構均符合上述原則，應視為參考指引。由於病人的主觀反應差異甚大，戒斷計畫應依個別情況量身訂製。

方法一

逐步減量法

此為戒斷苯二氮平最簡單且最常見的方法。例如，建議 **temazepam** 之停藥計畫為：每日 10 毫克持續 2 週，接著每日 5 毫克 2 週，最後每日 2.5 毫克再 2 週。

不過，一些專家認為此方法較適用於長效型苯二氮平；對於短效型藥品，則更推薦使用方法二。

方法二

替代法

1. 將短效型苯二氮平替換為等效劑量的長效型藥品，如 **diazepam**。由於 **diazepam** 的排除半衰期較長，戒斷症狀通常較輕微，且「渴求感」也較少。但若原處方係用於夜間鎮靜，則可能會有白天鎮靜作用過強的問題。

2. 替代應逐步進行，以每天替換一次給予的藥品，分段替換原本的苯二氮平。此程序通常可於一週內完成，但應根據個別病人的情況調整。有些病人可能需要略高於等效劑量的替代劑量。
3. 一旦完成替代，接著進行 **diazepam** 劑量的逐步減少。**Diazepam** 有 2 毫克、5 毫克及 10 毫克錠劑（皆可對半分），亦有每 5 毫升含 2 毫克的糖漿劑型，可再行稀釋使用。
4. 劑量應每週、每兩週，甚至每月逐步減少，視病人反應而定。建議的減量步驟如下：

- 若每日劑量為 15 毫克至 20 毫克，每次減量 2 毫克
- 若每日劑量為 10 毫克至 15 毫克，每次減量 1 毫克
- 若每日劑量為 5 毫克，每次減量 0.5 毫克

應根據病人的反應調整減量頻率，例如每週、每兩週或每月一次。

當病人已減至每日 0.5 毫克的劑量後，可改為每兩天至三天服藥一次。

範例

以等效劑量的 **diazepam** 逐日替換原使用藥品，每天替換一次給予的藥品。

病人原處方劑量：lorazepam 1 毫克，一日三次

第幾日	早上	下午	晚上
1	Lorazepam	Lorazepam	Lorazepam
2	Lorazepam	Lorazepam	Diazepam 10mg
3	Lorazepam	Diazepam 10mg	Diazepam 10mg
4	Lorazepam	Diazepam 10mg	Diazepam 10mg
5	Diazepam 10mg	Diazepam 10mg	Diazepam 10mg
6	Diazepam 10mg	Diazepam 10mg	Diazepam 10mg

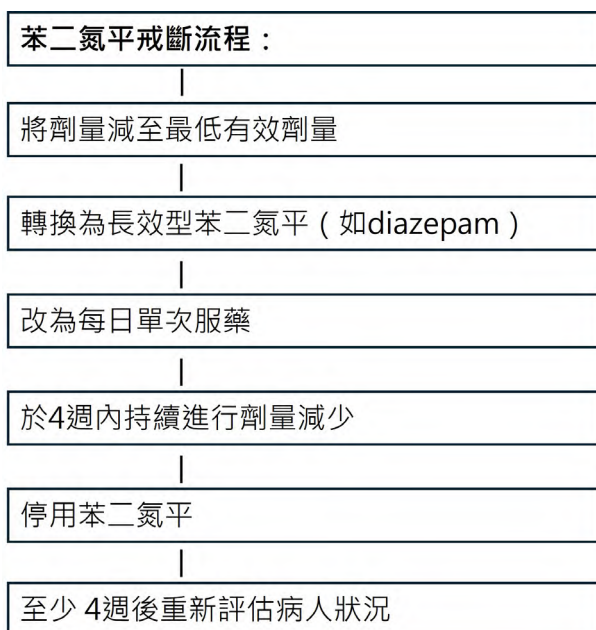
有些病人在藥品替換階段可能會遇到困難，此時可延長替換期，按病人個別情況調整。

方法三

先減量，再立即轉換為長效型苯二氮平，隨後進行減量

此方法結合方法一與方法二，先對原使用的苯二氮平進行劑量減少，然後立即轉換為長效型藥品（如 **diazepam**），再採用長效型藥品進行逐步減量。

此方式可善用長效型藥品（如 **diazepam**）劑量調整上的彈性，更靈活地因應病人的戒斷反應與需求。



無論採用何種方法，若病人在減量後出現困擾性的戒斷反應，應將劑量維持在當前狀況較長一段時間，再以較緩的速度繼續減量。如非必要，應盡量避免在任何階段增加劑量。

方法四

輔助藥品治療

輔助藥品治療雖無法解決與苯二氮平戒斷相關的心理問題，但低劑量鎮靜型抗精神病藥品（**sedative-type antipsychotic drug**）可能有助於減輕緊張與焦慮感。

然而，部分戒斷所引發的身體症狀可透過藥品緩解。下列表格所列之藥品為許多一般科醫師所認可，具有實際臨床價值的輔助療法：

症狀表現	建議藥品或藥品類別
交感神經亢進反應（如手抖、出汗）	Propranolol，療程最長可達 3 週
失眠	療程約 2 週的有效安眠藥，例如抗組織胺、鎮靜型抗憂鬱劑，並逐步減量使用
預防癲癇發作風險（罕見但可能）	在某些罕見的案例，Carbamazepine 或其他抗癲癇藥，可能需使用長達 2 週

備註：所有藥品皆應由醫師根據病人個別狀況謹慎開立，並應在嚴密醫療監督下使用。

附錄四

藥品濫用治療服務指引

建議如下：

- 各衛生局應就其轄區內的苯二氮平濫用管理，擬定相應的指引。理想情況下，這些指引應透過相關人員的協商程序共同擬定。
- 應持續評估這些指引的執行成效。
- 鑑於問題的複雜性，應採取多專業團隊的方式，為個別個案制訂照護計畫。
- 治療的主要目標通常應為戒除使用。
- 所有被判定為依賴苯二氮平的病人，應由多專業團隊提供戒斷（解毒）治療方案。
- 教育與支持（包括團體支持或治療）應作為治療的核心措施。
- 若可行，應採每日配藥的方式，來發放處方中的苯二氮平（即逐日調劑發放）。

- 應監測尿液代謝物，以評估服藥依從性。
- 已知有少數病人可能需要維持性苯二氮平處方。建議依據主要文件中的一般指引，判定哪些病人屬於此類情形。評估時應考量苯二氮平使用的時間長短、使用程度、心理狀況及其他心理社會壓力因素。

關於適當處方苯二氮平類藥品和 Z-drugs (BZRA) 治療焦慮和失眠的指導

Guidance on Appropriate Prescribing of Benzodiazepines and Z-drugs (BZRA) for the Treatment of Anxiety and Insomnia

Medicines Management Programme, Ireland, 2021

<https://www.drugsandalcohol.ie/34248/>

*註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻

2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

6. 焦慮 (Anxiety)

焦慮是一種令人不愉快的情緒狀態，其特徵為恐懼感，並且常伴隨令人困擾的軀體症狀。廣泛性焦慮症 (generalised anxiety disorder, GAD) 屬於多種焦慮症之一，其他尚包括恐慌症 (panic disorder) 伴或不伴隨特定場所畏懼症 (agoraphobia)、創傷後壓力症 (post-traumatic stress disorder)、強迫症 (obsessive-compulsive disorder)、社交恐懼症 (social phobia)、特定畏懼症 (specific phobia) 及急性壓力症 (acute stress disorder)。

GAD 的核心特徵為：對多項不同事件產生過度擔憂，並伴隨高度緊張狀態。

6.1 焦慮之非藥品治療

無論焦慮症的分類或成因為何，其治療通常都包含非藥品介入措施，範圍可由低強度介入到特定心理治療技術，包括焦慮管理訓練 (anxiety management training)、行為治療或認知治療等。英國國家健康與照護卓越研究院 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 於《成人廣泛性焦慮症與恐慌症之管理指引》(Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults: management, 2019) 中建議，對於 GAD 病人應採

取階梯式照護（stepped-care）模式，並優先從非藥品治療措施開始，其內容如表 5 所示。

表 5：廣泛性焦慮症（GAD）之階梯式照護模式

介入重點	介入性質
第 1 階段：所有已知或疑似之 GAD 表現	辨識與評估；提供關於 GAD 與治療選項之教育；主動監測
第 2 階段：於基層照護中，經教育與主動監測後仍未改善之已確診 GAD	低強度心理介入：個別無引導之自我協助*、個別引導式自我協助、心理教育團體
第 3 階段：對第 2 階段介入反應不足，或出現顯著功能受損之 GAD	高強度心理介入（認知行為治療／應用放鬆訓練）或藥物治療
第 4 階段：治療困難之複雜型 GAD，且功能受損極為明顯（如自我忽視或高度自我傷害風險）	專科治療，例如複雜之藥品及／或心理治療方案；多機構團隊、危機服務、日間醫院或住院治療之介入

* 自我施行之介入：使用書面或電子形式之自助教材（通常為書籍或工作手冊），一般僅需極少量之治療師接觸，例如偶爾一次不超過 5 分鐘的簡短電話聯繫。

6.2 焦慮之藥品治療

NICE 於《廣泛性焦慮症與恐慌症之管理指引》（2019）中建議，選擇性血清素再回收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs）應作為 GAD 病人在考慮使用藥品治療時之第一線藥品。若對 SSRIs 治療無反應，則可改用血清素－正腎上腺素再回收抑制劑（serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors, SNRIs）。若病人無法耐受 SSRIs 或 SNRIs，則可考慮使用 pregabalin。

實務提示（Practice Tip）

藥品管理計畫（Medicines Management Programme, MMP）建議，** 選擇性血清素再回收抑制劑（SSRIs）為廣泛性焦慮症（GAD）** 之第一線藥品治療。

6.2.1 苯二氮平類藥品於焦慮治療中的角色

自 1960 年代起，苯二氮平類藥品即被廣泛作為焦慮症之第一線藥品治療；然而，隨著大眾對其濫用風險及長期使用可能導致生理依賴之關切升高，於 1980 年代引發了廣泛爭議。其可能造成認知功能受損及相關依賴問題，使其不適合作為第一線藥品治療的選項。

6.2.2 核准用於治療焦慮之苯二氮平類藥品

目前核准用於治療焦慮之苯二氮平類藥品包括：

- alprazolam
- bromazepam
- chlordiazepoxide
- clobazam
- diazepam
- lorazepam
- prazepam

6.2.3 建議使用期間

苯二氮平類藥品應僅限於短期使用，並僅於危機狀況下，當該病人面臨高度失能且導致嚴重痛苦或社會功能受損時方才使用。另，ICGP（Irish College of General Practitioners）於《基層照護中憂鬱症與焦慮症之管理指引》（2006）中，建議苯二氮平類藥品作為輔助治療，其最長使用期間為 2 週。同樣地，CPI（College of Psychiatry of Ireland）於 2012 年發布之共識文件亦建議，為降低依賴性與耐受性之風險，苯二氮平類藥品之治療期間應限制為短期（2–4 週）。

病人應接受定期評估，並持續檢視是否仍有繼續治療之必要性。澳洲皇家家庭醫學院（Royal Australian College of General Practitioners, RACGP）於《基層照護中依賴性藥物之處方》（2015）中建議，使用苯二氮平類藥品之病人，應由同一位醫師開立所有相關處方，以利監測其依賴風險。

實務提示

MMP 建議苯二氮平類藥品的處方治療期間應限定為最短的期間，治療焦慮的最大期限為 2 至 4 週。

7. 失眠症

失眠症是正常睡眠模式的紊亂，通常表現為入睡困難和 / 或維持睡眠困難。睡眠模式在不同人之間差異很大。在處方安眠藥品之前，應確定失眠症的根本原因，並在可能的情況下處理根本因素。

7.1 失眠的類型

短暫性失眠可能發生在通常睡眠良好的人身上，其睡眠障礙可能由外在因素引起，如噪音增加、輪班工作或搭機飛行的時差。

短期失眠通常與情緒問題或身體疾病有關，可能持續數週，並有可能復發；而慢性失眠則可能由於精神疾病（如焦慮、憂鬱）以及藥品或酒精（酒品）濫用而發展。

入睡困難型失眠的特徵是難以入睡，而持續性睡眠障礙則表現為夜間持續的睡眠中斷。

失眠症的治理將根據問題的持續時間（短期與慢性）以及失眠的類型（入睡困難與持續性失眠）而有所不同。

7.2 非藥品治療失眠症

在開立安眠藥之前，應識別並處理失眠的潛在原因。如果可能，應提供有助於克服失眠的資訊，包括：

- 正常的睡眠時間因人而異，且隨年齡增長通常會減少；
- 暫時的睡眠問題在壓力或身體疾病期間很常見；
- 酒精（酒品）可能有助於入睡，但會導致不安穩的睡眠；
- 刺激物（如茶和咖啡）可能會引發或加劇失眠。

美國內科醫師學會（The American College of Physicians, ACP）的《成人慢性失眠症管理指引》（2016）建議，所有成人慢性失眠症病人的初始治療應為失眠的認知行為治療（CBT-I）。失眠症的 CBT 包括多種治療方法，如針對睡眠的認知療法、行為介入（例如睡眠限制和刺激控制）以及教育（例如睡眠衛生）。這些非藥品措施應在開立安眠藥之前進行嘗試（見表六）。

表六、治療失眠症的非藥品介入（治療）措施

介入措施	預期效果
睡眠衛生（sleep hygiene）	減少干擾睡眠驅動或增加覺醒的行為
睡眠限制（sleep restriction）	增加睡眠驅動並穩定晝夜節律
刺激控制（stimulus control）	減少睡眠環境中的覺醒狀態，促進床鋪與睡眠之間的聯繫
認知療法（cognitive therapy）	重建與失眠相關的健康和白天後果的負面信念
放鬆療法（relaxation therapy）	減少睡眠環境中的身體和心理覺醒狀態

應向失眠症病人推薦良好的睡眠衛生，以幫助他們了解可能影響睡眠的行為、環境和時間因素。病人指引（《良好睡眠指引》和《良好放鬆指引》）分別可見於附錄 B 和附錄 C，可作為治療短期及慢性失眠的第一步提供給病人，以鼓勵良好的睡眠行為和放鬆技巧。

實務提示

MMP（藥品管理計畫，即本指引）在《良好睡眠指引，詳見附錄 B》中，建議將作為新病人失眠的初期治療方案。

7.3 失眠症的藥品治療

7.3.1 苯二氮平受體促效劑（BZRA）在失眠症治療中的角色

BZRA 應僅限於短期使用，並嚴格依照其許可的適應症管理嚴重失眠，且應在考慮非藥品措施後使用。苯二氮平類藥品應僅在失眠嚴重、造成失能或引起極度痛苦時使用。同樣，Z-drugs（如 zopiclone 和 zolpidem）亦被許可用於短期治療嚴重、使人衰弱或引起極度痛苦的失眠。

NICE 於 2004 年發布了技術評估指導（TA77），涉及 Z-drugs 在短期失眠管理中的使用。該指導認為，目前缺乏有力的證據來區分 Z-drugs（zaleplon、zopiclone、zolpidem）與短效苯二氮平類藥品安眠劑的效果。

註：NICE：National Institute for Health and Care Excellence（英國國家健康與照護卓越研究所）

NICE 指導建議，僅在病人因特定 Z-drug 引起的副作用時才從一種 Z-drug 轉換為另一種。對於未對某種安眠藥品產生反應的病人，不應再開具其他同類藥品。

一般來說，不應開具長效苯二氮平類藥品安眠劑。若開具，這類藥品往往會產生隔日殘留效應，導致精神運動損害並影響精神功能。短效或中效苯二氮平類藥品可用於治療入睡困難的病人，而對於持續性睡眠干擾或早醒的病人，可能需要半衰期較中等的苯二氮平類藥品。

實務提示

- 避免開具長效苯二氮平類安眠劑。
- Zolpidem 應僅開具給入睡困難的病人。
- Zopiclone 適合用於持續性睡眠干擾的病人。

7.3.2 獲准用於治療失眠症的 BZRA 藥品（苯二氮平受體促效劑）

表七、用於治療失眠症的 BZRA

Benzodiazepines	Diazepam
	Flurazepam
	Lorazepam
	Lormetazepam
	Nitrazepam
	Temazepam
	Triazolam
Z-drugs	Zolpidem
	Zopiclone

7.3.3 建議使用期限

安眠藥品不應濫用隨意開立，也不應例行開立處方；應僅限於短期用於極度痛苦的情況下。根據英國衛生部（The Department of Health, DoH）於 2002 年發布的「苯二氮平類藥品處方良好實務指引」，建議安眠類苯二氮平的處方應限制在 2 至 4 週內。安眠類苯二氮平的核准治療期限為幾天至兩週，最長不超過四週，包括逐步減藥的過程（詳見附錄 D）。

根據 zopiclone 和 zolpidem 的藥品摘要 (SmPC)，治療期限應儘量縮短。通常治療期限應在幾天到兩週之間，最長不超過四週，並且在臨床適當的情況下應包括逐步減藥的過程。

在治療開始時告知病人治療期限有限可能是有益的。

在某些使用的情況下，可能需要延長超過最大治療期限；在未對病人進行臨床重新評估之前，不應進行此類延長治療。

實務提示

MMP（藥品管理計畫）建議，BZRA 應僅用於治療失眠症，且使用期限應限制在幾天至兩週內。

8. 使用 BZRA 的安全性問題

在適當使用的情況下，**BZRA** 可以有效地短期管理急性嚴重焦慮或失眠。然而，長期使用 **BZRA** 會導致耐受性、依賴性和戒斷症狀等問題。病人應了解在停止使用 **BZRA** 時可能出現的症狀反彈現象，以減少因這些症狀產生的焦慮。重複開立 **BZRA** 處方應在進行諮詢後進行。

8.1 副作用

BZRA 的副作用包括：

- 精神運動功能損害，並增加機動車事故和跌倒的風險
- 判斷力和靈巧度的受損
- 健忘、混亂、易怒、攻擊性和反常的行為表現

這些副作用即使在短期使用中也可能發生。不良副作用大多可通過對適合的病人開立低劑量和短療程來預防。

8.2 耐受性

長期使用 **BZRA** 會使其強化 **GABA**（一種大腦神經的傳導物質， γ -aminobutyric acid）效果的能力下降，導致需要服用更高劑量才能達到相似的效果。隨著耐受性的發展，**BZRA** 治療失眠或焦慮的有效性逐漸減弱。藥品的不同藥理作用，產生耐受性的速度和程度不同。

對苯二氮平類藥品安眠作用的耐受性發展迅速，通常在規律使用數天或數週內產生，而對抗焦慮效果的耐受性發展較慢，需數月時間。長期使用苯二氮平類藥品的作用不可靠，尤其是安眠藥品，其藥效的耐受性可能在連續使用 3 至 14 天內產生。

8.3 依賴性

世界衛生組織（WHO）將依賴綜合症描述為生理、行為和認知現象的組合，其中使用某種物質或某類物質，對使用者而言，其重要性遠高於其他曾經具有高價值的事務。

對於接受治療超過一個月的病人，依賴性是一個顯著風險，處方者在評估是否繼續開處方時應充分考慮其相對的利弊。心理和生理依賴性可能在數週或數月的定期或重複使用後產生。

苯二氮平類藥品依賴性可以通過以下幾種方式表現出來：

- 病人「需要」苯二氮平類藥品來進行日常活動。
- 即使原本開立處方的適應症已不再相關或存在，病人仍繼續服用苯二氮平類藥品。
- 病人因戒斷症狀而難以停止治療或減少劑量。
- 病人如果無法及時獲得下一次的處方會感到焦慮。
- 病人可能會自行增加超過原處方的劑量。

8.4 特殊病人群體的安全考量

8.4.1 高齡病人

《國家醫療品質報告系統年報》（2019 年）強調，與其他 15 個經濟合作暨發展組織（OECD）國家相比，愛爾蘭 65 歲以上病人的慢性苯二氮平受體促效劑處方（定義為每年劑量 ≥ 365 顆）比例最高。在愛爾蘭，大約每 1,000 名高齡病人中有 78 人長期服用 BZRA，而在 OECD 國家中，平均每 1,000 名高齡病人中只有 25 人。

- BZRA 不應常規開給高齡病人；如果有必要使用，應以最低劑量並謹慎使用，因為副作用可能會增強，例如鎮靜作用、步態不穩、跌倒、日間嗜睡、認知障礙、低血壓、記憶力減退和精神運動功能下降。
- 通常建議高齡病人使用半衰期較短的苯二氮平類藥品（藥品累積較少、清除較快）；然而，這些藥品可能與臨床上顯著的戒斷症候群有關，並且有更高的濫用潛力。
- 一項統合分析顯示，高齡病人使用 BZRA 與髖部骨折風險增加有關。新開 BZRA 的病人風險最高。
- 苯二氮平類藥品使用與高齡病人罹患阿茲海默症（Alzheimer's disease）的風險增加有關。一項病例對照研究顯示，高齡病人曾接受超過三個月的

苯二氮平類藥品治療，其罹患阿茲海默症的風險增加。長效苯二氮平類藥品的風險高於短效苯二氮平類藥品。

- 高齡病人新使用苯二氮平類藥品與非使用者相比，罹患失智症的風險增加。

8.4.2 懷孕

- 在懷孕期間開立苯二氮平前，應諮詢專科醫師的建議：
 - 苯二氮平及其代謝物能穿過胎盤，並在胎兒循環系統中積聚；
 - 建議避免在懷孕的第一孕期使用，因為有致畸風險（與顎裂的發生有關）；
 - 懷孕期間長期使用苯二氮平類藥品與低出生體重相關，且在第三孕期使用可能導致嬰兒肢體鬆軟無力症候群。有一些證據顯示，其與先天性異常如唇裂或顎裂、幽門狹窄和消化道閉鎖有關。
- Z-drugs 不應在懷孕期間使用。

8.4.3 肝臟及腎臟功能不全

肝功能不全病人的用藥指導

- BZRA 不適用於嚴重肝功能不全病人，因為可能引發腦部疾病。
- 一般來說，藥品製造商建議在輕度至中度肝功能不全病人中應謹慎使用並減少劑量；半衰期較短的苯二氮平類藥品被認為相對較安全。

腎功能不全病人的用藥指導

- 腎功能不全病人對 BZRA 的中樞神經系統敏感性會增加。

8.5 有關苯二氮平類藥品與類鴉片藥品的安全建議

2020 年 3 月，藥品及保健品管理局（Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, MHRA）發布提醒，與苯二氮平類藥品同時開立的類鴉片藥品會產生疊加的中樞神經抑制作用，從而增加鎮靜、呼吸抑制、昏迷及

死亡的風險。醫療專業人士被建議僅在無替代選擇的情況下，才同時開立苯二氮平類藥品與類鴉片藥品。如果決定同時開立，應給予最小劑量並縮短用藥時間，並監控病人是否出現呼吸抑制的跡象。

8.6 提高公眾對 BZRA 相關潛在危害的認識之資訊

2020 年 7 月，HSE（健康服務執行署）與醫學委員會、愛爾蘭一般科醫學會（ICGP）、衛生部（DoH）、藥師學會（PSI）、藥品監管機構（HPRA）、護理和助產服務主任辦公室（ONMSD）及愛爾蘭護理和助產士委員會（NMBI）合作，為處方醫師和藥師開發了相關資訊，以提高公眾對苯二氮平類藥品潛在危害的認識。

這些資訊包括：

- 《失眠與焦慮藥品 - 病人指引》
- 《失眠與焦慮藥品 - 處方醫師用海報》
- 《失眠與焦慮藥品 - 藥局用海報》

病人指引中包含有關 **BZRA** 的訊息、其使用的潛在危害，以及改善睡眠和管理焦慮的建議。這些資源可在藥品管理計劃（MMP）網站上獲取：

www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/medicines-management/bzra-for-anxiety-insomnia/

實務提示

為減少 **BZRA** 引發副作用、耐藥性和依賴性的風險，應僅在急性嚴重症狀的焦慮和失眠情況下開立低劑量並且短期使用的處方。

9. 良好實踐指引

衛生部（DoH）於 2002 年根據皇家精神科醫師學院《苯二氮平類藥品：風險、益處或依賴性》（1997 年）的報告發布了關於苯二氮平類藥品處方的良好實踐指引，強調在接受治療超過一個月的病人中存在顯著的藥品依賴風險。

該指引建議每位臨床醫師應在治療初期檢查每個個案的益處與風險比，並建議苯二氮平類藥品在焦慮症治療中不應使用超過一個月，且在治療失眠症或睡眠障礙時應限制在 2 至 4 週內。

在使用苯二氮平類藥品治療失眠症的情況下，告知病人治療時間有限可能是有益的。病人應被告知停藥後可能會出現反彈性失眠，從而減少由此引起的焦慮。

在開立苯二氮平類藥品處方之前，處方醫師應：

- 了解完整的病史，包括酒精（酒品）、合法及非法藥品的使用史
- 告知病人苯二氮平的副作用，並提供相關訊息手冊
- 考慮並在可能情況下治療任何潛在的病因
- 考慮轉診至其他醫療單位
- 考慮替代的療法
- 考慮延遲至下次就診時再開立處方

該指引概述了處方醫師在首次開立苯二氮平類藥品處方，及對藥品依賴性病人開立處方時應遵循的良好醫療照護（見表八）。

表八、苯二氮平類藥品處方的良好實踐指引

首次處方	依賴性病人的處方
以最低劑量開始，並根據反應進行調整	每次開立少量藥品
不得開立超過四週的處方	定期檢查，通常每月一次
在適當情況下使用分階段配藥	確保所有病人了解長期使用苯二氮平類藥品的風險，並記錄相關內容
記錄所有處方藥品的詳細訊息及治療持續時間	鼓勵所有依賴性病人停藥，並定期提供戒毒計劃，並記錄所有溝通內容

支持逐步處方減量與停藥 BZRA 之資源來源

12.1 初次諮詢

與病人的首次諮詢應涵蓋以下要點：

- 長期使用 **BZRA** 的風險，例如耐藥性、效果不佳、藥品依賴性
- 嗜睡、跌倒、認知障礙、意識混亂的風險
- 確定導致睡眠障礙或焦慮的原因
- 戒斷計劃，包括逐步減量過程
- 減少或停止 **BZRA** 的好處，例如更有品質的睡眠、提升警覺性
- 戒斷症狀可能出現的情況及應對方法
- 在診療時對於病人不遵守用藥規則或遺失處方的政策。

12.2 劑量減少計劃

在與病人進行初次諮詢後，以下提供兩個劑量減少計劃的範例。

12.2.1 停止使用 BZRA 的建議方法

* 根據 NICE 臨床知識總結：苯二氮平類藥品及 Z-drugs 的戒斷進行概述

- 判斷病人是否可以在不切換至 **diazepam** 的情況下減少 **BZRA** 的劑量並停止使用。
- 將病人轉換至 **diazepam** 應考慮以下情況：
 - 使用短效高效的苯二氮平（如 **alprazolam** 和 **lorazepam**）的病人；
 - 使用不易進行小幅度劑量調整（如 **alprazolam**、**flurazepam**、**lormetazepam**）的病人；
 - 因高度藥品依賴性（與長期治療、高劑量和焦慮問題史相關）使得直接停止服用 **temazepam**、**nitrazepam** 或 Z-drugs 時可能出現困難的病人。
- 對於肝功能障礙的病人，在切換至 **diazepam** 前應尋求專家建議，因為 **diazepam** 可能在這些病人中累積至中毒濃度。

- 如果決定將病人切換至 **diazepam**，應逐步進行轉換。建議首先切換夜間劑量，以避免日間鎮靜。劑量對等表詳見表九和表十。有關切換至 **diazepam** 的更多訊息，可參見 NICE 臨床知識總結。
- 在完成轉換至 **diazepam** 後開始進行劑量的減少。
- 在減少病人目前的苯二氮平類藥品或 **diazepam** 劑量時，協商出靈活的逐步停藥計劃。根據病人的情況進行調整，確保病人對停藥過程感到舒適。
 - 劑量逐步減少的建議包括每 1-2 週減少 5-10%，或每兩週減少八分之一的劑量，並在較低劑量時放慢減量速度。減量的速度應考慮藥品、劑量、治療持續時間及個人情況。
 - 根據戒斷症狀的嚴重程度調整劑量。如果病人在減量過程中遇到困難，鼓勵他們堅持下去，並建議延遲下一次減量。不要恢復到較高劑量。如果有需要，可以在未來的減量中採取更小的步驟。
 - 頻繁檢查以發現和處理問題，並提供建議和鼓勵。

請參閱 NICE 臨床知識總結：苯二氮平類藥品及 Z-drugs 的戒斷，了解更多訊息。關於切換至 **diazepam** 的計劃以及苯二氮平受體促效劑停藥計劃的示例，可在《Aston 手冊》中找到。

(www.benzo.org.uk/manual/bzsched.htm).

表九、苯二氮平類藥品（benzodiazepine）轉換為 **diazepam** 的劑量等效表

藥品	相當於 diazepam 5 mg 的劑量
Alprazolam	250 micrograms
Chlordiazepoxide	12.5 mg
Clobazam	10 mg
Clonazepam	250 micrograms
Flurazepam	7.5 - 15 mg
Lorazepam	500 micrograms
Lormetazepam	0.5 - 1 mg
Nitrazepam	5 mg
Temazepam	10 mg

表十、Z-drugs 轉換為 diazepam 的劑量等效表

藥品	相當於 diazepam 5 mg 的劑量
Zopiclone	7.5 mg
Zolpidem	10 mg

12.2.2 長期使用苯二氮平類藥品後的停藥建議方案

- 將病人逐步轉換至等效的每日 diazepam 劑量，每次轉換一個劑量，過程約需一週，最好在夜間服用（見表九、表十）。
- 通常每 2-4 週減少 diazepam 劑量 1-2 毫克（對於服用高劑量苯二氮平類藥品的病人，最初每 1-2 週減少至十分之一的劑量可能更合適）。若出現不適的戒斷症狀，維持該劑量直至症狀減輕。
- 若有需要，進一步減少 diazepam 劑量；在停藥後期，500 微克的減量可能是合適的，然後完全停止用藥。
- 對於長期使用的病人，完全停藥所需的時間可能從幾個月到一年或更久。
- 應避免額外併用 β 受體阻斷劑（心臟病用藥，beta-blockers）、抗憂鬱藥及抗精神病藥品。
- 在減量期間及之後，諮詢服務對病人有很大幫助。

向病人提供《停止使用苯二氮平類藥品和 Z-drugs：病人指引》，詳見附錄 F。

其他停藥計劃的範例可參見《國家社區戒毒：苯二氮平類藥品指引（2016）》，網址為：www.drugs.ie/downloadDocs/2017/Community-Detox-Guidelines-Benzodiazepines-2017.pdf

12.3 戒斷症狀

苯二氮平戒斷症候群，可能在長效苯二氮平停藥後三週內的任何時間發生，但在使用短效藥品的情況下，可能在一天內出現。其特徵包括失眠、焦慮、食慾不振及體重減輕、顫抖、出汗、耳鳴及知覺障礙（perceptual disturbances）。部分症狀可能與原來的問題相似，進而導致再次開立處方；部分症狀可能會在停藥後持續數週或數月。戒斷症狀的嚴重程度取決於多種

因素，包括治療的持續時間、藥品劑量、藥品的半衰期以及原本的焦慮和憂鬱的程度。使用短效苯二氮平類藥品的病人出現戒斷症狀的風險較高。

12.4 應對不願減少或停止治療的病人

對於不願減少或停止治療的病人，應考慮以下要點：

- 除非病人有想減藥或停藥的動機，否則不要施壓要求其減少或停止使用；
- 傾聽病人對策略的疑慮，解釋減量的益處及優勢，並給予病人安心；
- 鼓勵即使是小幅度的減量，這可能幫助病人意識到他們的恐懼是多餘的；
- 如果病人的情況發生變化，應鼓勵他們重新考慮停藥。同樣，處方醫師應留意病人情況變化時是否有停止使用 **BZRA** 的機會。

實務提示

BZRA 處方減量與停藥有兩種方法：

- i. 從目前的苯二氮平類藥品中緩慢減藥至停藥
- ii. 將病人轉換為等效劑量的長效、代謝緩慢的苯二氮平類藥品（如 **diazepam**），然後逐步減少劑量。

13. 總結

雖然 **BZRA** 在短期內能有效管理各種醫學及精神狀況，但在開立此類藥品時必須謹慎，且在治療失眠症和焦慮症時應僅限於最短的使用期限。處方醫師應在對失眠或焦慮病人開立 **BZRA** 前，優先考慮非藥品處置選項。當開立 **BZRA** 時，應使用能控制症狀的最低劑量。應避免重複開立處方，因為對安眠效果的耐藥性可能在幾天或幾週內出現，而對抗焦慮效果的耐藥性則可能較慢，需幾個月時間。對於有物質濫用或成癮史的病人，尤其應謹慎開立此類藥品。處方醫師必須做出適當的判斷，並考慮這些藥品的益處是否大於潛在風險。對於高齡病人，應避免開立 **BZRA**，因為他們更容易發生運動失調和混亂，從而導致跌倒和受傷。

BZRA 在焦慮症和失眠症治療中的使用要點

- BZRA 應僅在最短的時間內以最低有效劑量開始和處方。
- 應始終考慮非藥品處置選項作為 BZRA 治療的替代或輔助手段。
- 在開立 BZRA 之前，應告知病人其副作用並提供相關的資料傳單。
- 被開立 BZRA 的病人應由同一位醫師開立所有處方，以便監控其依賴風險。
- 未經諮詢，不應重複開立 BZRA 處方。
- 對苯二氮平的安眠效果的耐藥性可能在規律使用後幾天或幾週內發生，而對抗焦慮效果的耐藥性可能較慢，需幾個月時間。
- 對於使用超過一個月的病人，會出現顯著的依賴性風險；在開始治療前應考慮此風險。
- 在長期使用後，應鼓勵病人逐步停藥（若合適），以減少戒斷症狀的風險。

《克服系列書籍》：運用認知行為技術的自助指引

英文	中文
OVERCOMING ANGER AND IRRITABILITY	克服憤怒與易怒
OVERCOMING ANOREXIA NERVOSA	克服厭食症
OVERCOMING ANXIETY BULIMIA NERVOSA AND BINGE-EATING	克服焦慮、暴食症與暴飲暴食
OVERCOMING CHILDHOOD TRAUMA	克服童年創傷
OVERCOMING CHRONIC FATIGUE	克服慢性疲勞
OVERCOMING CHRONIC PAIN	克服慢性疼痛
OVERCOMING COMPULSIVE GAMBLING	克服強迫性賭博
OVERCOMING DEPERSONALIZATION AND FEELINGS OF UNREALITY	克服失自我感和失真實感
OVERCOMING DEPRESSION	克服憂鬱
OVERCOMING GRIEF	克服悲慟

OVERCOMING INSOMNIA AND SLEEP PROBLEMS	克服失眠與睡眠問題
OVERCOMING HEALTH ANXIETY	克服健康焦慮
OVERCOMING LOW SELF-ESTEEM	克服自尊心低落
OVERCOMING MOOD SWINGS	克服情緒波動
OVERCOMING OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER	克服強迫症
OVERCOMING PANIC	克服恐慌
OVERCOMING ANXIETY	克服焦慮
OVERCOMING PARANOID AND SUSPICIOUS THOUGHTS	克服妄想與多疑
OVERCOMING PROBLEM DRINKING	克服問題性飲酒
OVERCOMING RELATIONSHIP PROBLEMS	克服人際關係問題
OVERCOMING SEXUAL PROBLEMS	克服性問題
OVERCOMING SOCIAL ANXIETY AND SHYNESS	克服社交焦慮與害羞
OVERCOMING TRAUMATIC STRESS	克服創傷後壓力
OVERCOMING WEIGHT PROBLEMS	克服體重問題
OVERCOMING WORRY AND GENERALISED ANXIETY DISORDER	克服憂慮與廣泛性焦慮症
OVERCOMING YOUR CHILD'S FEARS AND WORRIES	克服孩子的恐懼與擔憂
OVERCOMING YOUR CHILD'S SHYNESS AND SOCIAL ANXIETY	克服孩子的害羞與社交焦慮

註：以上書籍可以上網查詢並購買，或至書店採購。

附錄 B：良好睡眠指引

建立規律的睡眠模式

- 每天早晨都設置鬧鐘，七天都如此，直到您的睡眠模式穩定為止。
- 即使您很晚才入睡，也要每天在同一時間起床。
- 白天不要小睡。

傍晚時分

- 確保您“放下白天的事情”。仔細回想當天的事情，如有需要，可以用筆記本記錄。解決腦海中的“未了結之事”，並提前做好計劃。
- 透過在下午晚些時候或傍晚進行輕度運動保持身體健康（晚於此時的運動可能會影響睡眠）。
- 在睡前保持規律的習慣，讓自己在晚間逐漸放鬆，在睡前 90 分鐘內避免從事需要高度思考的活動。
- 只在床上睡覺（即避免在扶手椅上睡著或打盹）。
- 不要喝過多含咖啡因的飲料（如咖啡、茶及某些軟飲料），晚餐只吃輕食。試著喝不含咖啡因的牛奶飲品或草本飲料。
- 不要喝酒來幫助睡眠。酒精（酒品）可能有助於入睡，但幾乎肯定會在夜間醒來。
- 確保床鋪舒適，臥室溫度適中（不過冷也不過熱），環境安靜（如有需要可使用耳塞）。

睡前

- 當感到“睏倦疲憊”時再上床睡覺，避免過早上床。
- 不要在床上閱讀或看電視。
- 上床後關燈。
- 放鬆並告訴自己“睡意來的時候就會來”。即使一開始沒有入睡，也要享受放鬆的感覺。
- 不要刻意嘗試入睡。睡眠無法刻意開啟，強行嘗試反而會關閉睡意！

如果難以入睡

- 盡量不要感到不安或沮喪，因為睡眠問題相當普遍，而且沒有您想像的那麼有害。
- 如果您躺在床上超過 20 分鐘仍未入睡，起來到另一個房間去。
- 做一些放鬆的事情，不要擔心明天的事情。可以閱讀、看電視或聽輕音樂，過一段時間後，您應該會感到足夠睏倦，然後再上床睡覺。
- 記住，即使經歷了一個不眠之夜，人們通常也能很好地應對。只有在感到“睏倦疲憊”時才回到床上。
- 建立良好的睡眠模式可能需要數週時間，但只要您按照本指引進行，應該能夠有信心地實現這一目標。

附錄 C：良好放鬆指引

應對緊張

- 找到並安排時間來放鬆是非常重要的。給放鬆一些專屬時間，而不僅僅是利用剩餘的時間。
- 將放鬆活動融入您的生活方式。不要急於完成任務或過於努力解決問題。
- 開始以放鬆作為日常的生活習慣，但不要期望在沒有練習的情況下就能學會。
- 日常放鬆的常規可以透過教導放鬆技巧的錄音音頻獲得，以幫助緩解肌肉緊張並教導適當的呼吸練習。
- 盡量不要為緊張症狀感到擔憂，例如疼痛、肌肉緊繃、心跳加快、出汗、胃部絞痛等。
- 保持身體健康，並嘗試遵循運動計劃。定期的快走或游泳可以幫助緩解緊張。

應對擔憂

- 接受擔憂是正常的，有時擔憂可能是有用的。
- 把您的擔憂寫下來，並使用評分系統來決定哪些問題更重要（例如滿分十分）。
- 為每個問題制定行動計劃。
- 與朋友、親戚或您的醫師分享您的擔憂，因為他們可能會提供有幫助的建議。
- 心中反覆重複一句安慰的話語可以幫助阻擋煩惱的念頭。同樣地，閱讀、填字遊戲、愛好和興趣都能幫助您保持心態積極。
- 享受安靜的時刻（例如坐著聽放鬆的音樂）。讓您的思緒放鬆，並試著想像自己處於愉快的環境中。

應對困難情況

- 通過接受並面對讓您感到焦慮的情況來增強自信。採取循序漸進的方法來幫助面對讓您緊張的事物和場所。經常練習會幫助您克服這些問題。
- 制定計劃，決定如何應對困難的情況。
- 為了獲得更多鼓勵，當您克服困難情況時，獎勵自己並與他人分享。
- 隨著您面對困難情況，您的自信將增強，而焦慮症狀應該會變得不那麼困擾。
- 每個人都有好日子和壞日子。隨著時間的推移，可預期好日子會逐漸增加。
- 嘗試制定一個計劃，將“良好放鬆指引”中的所有元素結合起來，滿足您具體情況的需要。記住，如果您需要進一步的幫助，可以尋求專家的指導和建議。

附錄 D：苯二氮平受體促效劑（BZRA）用於治療焦慮症和失眠症的許可藥品——根據藥品摘要（SmPC）的許可劑量及使用期限

Anxiety 焦慮症

苯二氮平類藥品	成人劑量	高齡病人劑量	許可使用期限
Alprazolam	初始劑量每日 0.5 毫克至 1 毫克，分次服用，劑量增加不超過每 3-4 天增加 1 毫克，通常每日 3 至 4 毫克以達最佳控制	初始劑量每日兩次，每次 0.25 毫克	最長 8 至 12 週，包括逐步減量過程
Bromazepam	每日 3 至 18 毫克，分次服用	成人劑量的一半	最長 8 至 12 週，包括逐步減量過程
Chlordiazepoxide	每日 30 毫克，分次服用	成人劑量的一半	最長四週，包括逐步減量過程
Clobazam	每日 20 至 30 毫克，分次服用或在夜間單次服用	每日 10 至 20 毫克	最長 8 至 12 週，包括逐步減量過程
Diazepam	每日三次，每次 2 毫克，最大劑量每日 30 毫克，分次服用	成人劑量的一半	最長 8 至 12 週，包括逐步減量過程。治療不應在完整劑量下超過四週
Lorazepam	每日 1 至 4 毫克，分次服用	成人劑量的一半	幾天至四週，包括逐步減量過程
Prazepam	每日 30 毫克，單次或分次服用	成人劑量的一半	最長 4 至 6 週，包括逐步減量過程

Insomnia 失眠症

BZRA	藥品類別	成人劑量 *	高齡病人劑量 *	許可使用期限
Diazepam	苯二氮平類	與焦慮相關的失眠： 5-15 毫克	與焦慮相關的失眠：2.5-7.5 毫克	最長四週，包括逐步減量過程
Flurazepam	苯二氮平類	15-30 毫克	15 毫克	幾天至兩週，最長四週，包括逐步減量過程
Lorazepam	苯二氮平類	與焦慮相關的失眠：1-2 毫克	與焦慮相關的失眠：0.5-1 毫克	幾天至四週，包括逐步減量過程
Lormetazepam†	苯二氮平類	1 毫克	0.5 mg 0.5 毫克	幾天至兩週，最長四週，包括逐步減量過程
Nitrazepam	苯二氮平類	5-10 毫克	2.5-5 毫克	幾天至兩週，最長四週，包括逐步減量過程
Temazepam	苯二氮平類	10-20 毫克	10 毫克	幾天至兩週，最長四週，包括逐步減量過程
Triazolam	苯二氮平類	0.25 毫克，對於未使用過安眠藥的病人：0.125 毫克	0.125 毫克	幾天至兩週，最長四週，包括逐步減量過程
Zolpidem	Z-drug	10 毫克	5 毫克	幾天至兩週，最長四週，包括逐步減量過程
Zopiclone	Z-drug	7.5 毫克	3.75 毫克	幾天至兩週，最長四週，包括逐步減量過程

* 安眠類苯二氮平受體促效劑（BZRA）應於夜間服用。有關這些藥品應在睡前何時服用的更多訊息，請參閱各個藥品摘要（SmPC）。

† 持有行銷授權的公司 Bayer Ltd 已於 2020 年 3 月 9 日通知藥品監管機構（HPRA）將 Noctamid®（lormetazepam）從愛爾蘭市場撤回。

附錄 F：停止使用藥品指引：苯二氮平類藥品及 Z-drugs——病人指引

什麼是苯二氮平類藥品和 Z-drugs，它們為什麼被使用？

苯二氮平類藥品是一類可用於短期處方治療睡眠問題或嚴重焦慮發作的藥品。常見的例子包括 temazepam 和 nitrazepam，用於治療睡眠問題，還有 diazepam 和 lorazepam，用於焦慮症治療。

Z-drugs 的作用方式與苯二氮平類藥品相似，主要用於幫助解決睡眠問題。Z-drugs 的例子包括 zopiclone 和 zolpidem。

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 只能通過處方獲得，並且必須僅由被處方的病人本人服用。

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 通常在短期使用（2 至 4 週）內效果良好，但如果長期使用，藥效可能減弱，且您可能會對其產生依賴。

服用苯二氮平類藥品和 Z-drugs 的副作用有哪些？

苯二氮平類藥品和 Z-drugs 對大腦產生作用，因此可能會：

- 影響您的記憶力和注意力
- 使您感到混亂或易怒
- 使您感到嗜睡
- 增加您跌倒的風險
- 增加您在家中、工作場所或開車時發生意外的可能性

為什麼我應該停止服用苯二氮平類藥品或 Z-drugs ？

有很多理由說明您應該停止服用苯二氮平類藥品或 Z-drugs ：

- 如果您長期使用，藥品已失效，它將不再幫助治療您所用藥的病症。
- 您可能會對其產生依賴，或已經依賴。如果您停止使用，副作用將減少，因此您將：
 - 更加清醒，注意力更加集中
 - 減少嗜睡
 - 減少易怒和憂鬱情緒
 - 減少駕駛時發生意外的可能性。

我應該如何停止服用苯二氮平類藥品或 Z-drugs ？

1. 不要突然停止服用您的藥品

您應該與您的醫師、藥師或診所護理師討論停止藥品的計劃，確保您緩慢減少劑量。不同的人需要以不同的速度減少劑量。一旦您決定停止，重要的是要讓這個過程緩慢而逐步進行，這樣可以提高長期成功的機會。重要的是，您應該以適合自己的步調進行——選擇一個對您來說感覺合適的速度。

2. 計劃如何減少和停止服用藥品

您的醫師、藥師或診所護理師會提供您如何減少藥品劑量的建議，並幫助您考慮其他解決焦慮或睡眠問題的方法。根據您所服用的藥品類型，如果您改用 diazepam 錠劑，可能會更容易進行戒斷。diazepam 錠劑有多種不同的劑量，可以讓您更慢地減少劑量。您的醫師、藥師或診所護理師會告訴您是否可以改用 diazepam，並指導您如何減少劑量。大多數人發現每次減少劑量之間約 1 到 2 週的間隔適合他們，但每個人應該找到適合自己的速度。

3. 保持日記

保持日記可以幫助您記錄自己的進展和成就，這將為您提供更多的信心和鼓勵，讓您繼續前行。

4. 不要回頭！

當人們開始減少藥品劑量時，通常會更能應對日常生活中的事情，並且感覺好很多。然而，在減量過程中出現困難階段也是很常見的。如果您覺得自己正處於困難階段，請堅持當前劑量，直到您覺得準備好再進一步減少；這可能需要幾週時間，但重要的是按照您自己的步調進行。任何劑量的減少都是朝正確方向邁進的一步。

5. 注意可能的副作用

如果您逐漸減少藥品劑量，不太可能出現副作用，但了解可能出現的副作用是個好主意，這會提示您可能需要減少得更慢一些：

- 在減少苯二氮平類藥品和 **Z-drugs** 的劑量時，疼痛和不適感是常見的，服用止痛藥可以幫助您感覺好一些。
- 減少劑量時可能會出現睡眠問題，因此進行一些運動有助於睡眠。不要過於擔心失眠；越是擔心睡不著，您反而越可能無法入睡。
- 胃腸問題，如腹瀉和腸躁症，可能會出現。這些症狀通常在完全停止藥品後消失，但您可能希望與醫師或藥師討論這些問題。
- 鼻竇問題可能導致鼻竇疼痛，服用止痛藥可以有所幫助。
- 減少劑量時可能會出現生動的夢境和噩夢。隨著您減少劑量，夢境會恢復，儘管有時會令人不安，但這是您的睡眠恢復正常且身體正在成功重新調整的跡象。
- 潮熱和寒顫。燒灼感、燥熱和出汗是常見的，有些人也可能會突然感到寒冷。
- 恐慌發作可能非常痛苦，但它們永遠不會致命，通常不會持續超過 30 分鐘。通過慢慢且深呼吸來控制呼吸，能幫助您減少恐慌感。
- 焦慮可能會被誤認為是最初開立藥品的病症。
- 特定場所畏懼症是一種焦慮症，您可能害怕並經常避免可能引發恐慌、讓您感到困在其中、無助或尷尬的地方或情境。通常隨著您繼續減少劑量，這些感覺會消失。

隨著時間的推移，這些症狀應該會消失——不要放棄。祝您好運！

安眠藥、苯二氮平類藥品及含可待因止咳配方之處方：臨床指引與您需知道的衛生部（MOH）相關規定

Prescriptions of Hypnotics, Benzodiazepines and Codeine Containing Cough Mixtures - Clinical Guidance and What You Need to Know About MOH Rules

Singapore Medical Council (SMC)

https://isomer-user-content.by.gov.sg/77/355fd8e0-23d2-442c-9d16-c0260fd5a84d/smc-newsletter-2022_20th-ed_nov.pdf

- *註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻
2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

不當處方苯二氮平類藥品（BZDs）、安眠藥及含可待因（codeine）的止咳藥（codeine containing cough mixtures, CCCMs）時，存在被誤用、濫用與產生依賴的風險。建議所有醫師宜熟悉以下指引內容，並確實遵守相關規範。

苯二氮平類藥品與安眠藥

本節關於 BZDs 與安眠藥的內容參考自以下文件：

- 2008 年衛生部（Ministry of Health, MOH）關於苯二氮平類藥品處方的臨床實務指引（clinical practice guidelines, CPG）
- 2008 年關於苯二氮平類藥品及其他安眠藥處方的行政指引

定義

BZDs 是一類具有安眠、抗焦慮、肌肉鬆弛與抗癲癇特性的藥品。Zopiclone（商品名：Imovane®）與 zolpidem（商品名：Stilnox®）則被視為非苯二氮平類的安眠藥（non-BZDs）。

在本文章中，非苯二氮平類的安眠藥統稱為“安眠藥（hypnotics，即指 Z-drugs）”。

BZDs 與安眠藥在副作用、依賴性與耐受性方面具有相似特性，因此處方 zolpidem 與 zopiclone 應與 BZDs 同樣謹慎。

使用適應症

每位醫師皆應確保 BZDs / 安眠藥的使用是適當的，用於治療失眠、焦慮及其他精神或身體疾病。若不當使用，可能導致療效不佳、產生耐受性與藥品依賴。

- 對於急性失眠（少於 4 週），若症狀嚴重、困擾明顯且影響生活功能，可考慮短期療程（2 至 4 週）使用 BZD / 安眠藥。應以間歇性使用為原則，且僅在必要時服用。
- 對於慢性失眠（超過 4 週），應以非藥品治療為主要處置方式，並應盡量避免使用 BZD / 安眠藥。醫師應定期告知病人使用 BZD / 安眠藥後可能出現的反彈性失眠現象，並將此類說明記錄於病歷。
- 同樣地，BZDs 適合短期使用（2 至 4 週）於嚴重、致殘性或造成明顯困擾的焦慮症狀，不論是否合併失眠，或是否與短期身心症、器質性或精神性疾病有關。
- 在治療憂鬱症與焦慮症時，BZDs 可作為短期輔助藥品，以減輕使用抗憂鬱劑初期可能產生的激動或焦慮作用，並應於 4 週內逐步減藥並停用。BZDs 不應作為治療憂鬱症的單一用藥。
- BZDs 亦可用於處理某些醫療上的病況如癲癇發作、癲癇症與酒精戒斷症狀，但此類複雜情況應轉介至三級或專科醫療機構處理。
- 孕婦與哺乳婦女也應避免使用 BZDs / 安眠藥。
- 兒童與青少年也應避免將 BZDs / 安眠藥作為第一線的治療，除非由專科醫師針對特定適應症開立。
- 高齡病人使用 BZDs / 安眠藥時應格外謹慎，僅限於短期與低劑量使用，因長期使用可能會導致認知功能障礙與增加跌倒風險。
- 在開立 BZDs / 安眠藥給特定病人時，應小心評估是否可能造成過度鎮靜，以免危及駕駛或操作重型機械等活動的安全。

濫用與依賴

- 即使在治療劑量下，亦不建議超過 2 至 4 週 BZDs / 安眠藥的持續使用，因其療效未有明確的證據支持。
- 如需持續或重複開立 BZDs / 安眠藥處方，必須進行適當的臨床評估、具備明確的適應症、並做好完整的病歷記錄。
- 應避免同時使用兩種或以上的 BZDs / 安眠藥。
- BZDs / 安眠藥應限於短期使用於症狀緩解，劑量應為最低有效劑量，並以間歇性服用為原則，以減少副作用與依賴風險。
- BZDs 的停藥應採取漸進式減量、監測與劑量調整，以降低戒斷症狀發生。
對於使用 BZDs 未滿 4 週的病人，可於 1 至 2 週內減量或停藥。
對於使用超過 4 週並需要戒斷計畫者，醫師可參考 BZDs 臨床實務指引（CPG），或轉介至相關專科治療。
- 在所有接受 BZDs / 安眠藥治療的病人，應被常規告知其依賴風險。建議病人盡可能由同一位醫師開立此類相關處方，以利追蹤及管理有關濫用或依賴的風險。
- 對於有酒精或藥品濫用病史、有濫用證據、或有經靜脈注射藥品（濫用）跡象的病人，開立 BZDs / 安眠藥時應格外小心，甚至應避免開立。醫師亦被強烈建議避免處方具高度成癮性的 BZDs，如 midazolam（Dormium®）與 nimetazepam（Erimin®），因這些藥品常被濫用。
- 根據《濫用藥品條例》第 19 條規定：若醫師發現某人是藥品成癮者（a drug addict），或有合理懷疑其為藥品成癮者，應於看診後 7 天內，將該病人的資料通報予醫務處處長（Director of Medical Services）及中央肅毒局局長（Director of the Central Narcotics Bureau）。

病歷記錄

根據衛生部（MOH）關於 BZDs / 安眠藥處方的行政指引，對病人醫療紀錄的記載與保存須達以下標準：

- 所有與特定病人相關的資訊，均應整合於一份僅屬於該病人的病歷中。相關資訊必須以清晰、易於辨識的方式記錄。

- 每一份病歷資料，應能於衛生部（MOH）或新加坡醫學委員會（SMC，即本指引發行單位）提出要求時，完整複製提供。
- 針對曾開立 **BZDs**／安眠藥處方的病人，其醫療紀錄中必須記載以下內容：
 - 完整病史，包括心理社會病史與過去使用 **BZDs**／安眠藥的經驗。
 - 詳細的身體檢查結果，包括是否有濫用 **BZDs**／安眠藥或其他藥品的跡象。
 - 病人過去曾經出現的 **BZDs**／安眠藥戒斷症狀（若有）。
- 針對每次開立 **BZDs**／安眠藥處方（無論為首次或重複處方），病歷中亦必須記載以下資訊：
 - 所處方 **BZDs**／安眠藥的藥品名稱、劑量與使用期限。
 - 處方的適應症與／或合理理由。
 - 是否出現耐藥性、身體／心理依賴、非法使用或濫用 **BZDs**／安眠藥或其他藥品的跡象或證據。

專科轉介

下列病人不應再繼續開立 **BZDs**／安眠藥處方，而應轉介至相關專科進一步治療與處置：

- 需使用或已連續使用 **BZDs**／安眠藥，總時長超過 8 週的病人。
- 已由專科醫師或綜合醫院（**general hospitals**）處方高劑量和／或長期使用 **BZDs** 的病人；如有可能，應將病人轉回原專科單位持續追蹤治療，直至成功停藥。
- 未依循專業建議或警告來減少 **BZDs**／安眠藥使用的病人。

拒絕轉介至專科的病人，應給予適當的衛教與勸導，其拒絕行為亦應完整記錄於病歷中。

若病人拒絕轉介並出現具攻擊性行為，應依法通報警方處理。

苯二氮平類藥品及其他鎮靜安眠藥品之良好處方實務

Good Practices in the Prescription of Benzodiazepines and Other Sedative Hypnotics

Singapore Medical Journal, 64(3), 217–218, 2023.

<https://doi.org/10.11622/smedj.2021232>

*註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻

2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

尊敬的先生：

自 2008 年《衛生部臨床實務指導方針——苯二氮平類藥品處方》和《失眠治療行政指導方針》發布以來，尚未有進一步的更新或當地官方指導方針來處理這一重要問題。苯二氮平類藥品及其他鎮靜安眠藥品具有成癮性且有不良副作用。

為促進安全且負責任的處方，新加坡精神科醫學院的成癮精神科部門及新加坡國家成癮管理服務合作編制了以下良好實務建議。這是成癮領域專業人士共同達成的共識，為新加坡的一般科醫師（General Practitioners, GPs）和非精神科醫師提供了實用的建議。

1. 苯二氮平類藥品和「Z-drugs」（如 zolpidem、zopiclone）不應作為失眠治理的一線藥品。一般科醫師應與病人討論睡眠衛生。
2. 可以考慮使用鎮靜抗組織胺藥品、褪黑激素或鎮靜抗憂鬱藥品。應與病人討論這些藥品的副作用。建議其使用時間限制在短期內（2-4 週）。
3. 可考慮使用短期（2-4 週）的苯二氮平類藥品來處理急性失眠。短效苯二氮平類藥品（如 alprazolam）比長效藥品具有更高的成癮潛力。但長效苯二氮平類藥品可能會導致白天嗜睡。因此，應考慮其風險與益處。

4. 對於急性失眠病人，不應同時處方多種鎮靜安眠藥品。
5. 慢性失眠的主要治療方法是失眠症的認知行為療法（CBT-I），應將病人轉介至有接受 CBT-I 訓練的心理師進行專業幫助。
6. 對於慢性（> 3 個月）失眠的病人，應轉介至專科醫師進行全面評估。
7. 對於那些長期使用苯二氮平類藥品或「Z-drugs」的慢性失眠病人，應考慮減少劑量。這些病人應轉介至精神科醫師，因為他們可能對這些藥品產生依賴。
8. 苯二氮平類藥品不應作為焦慮症的首選治療，且不應僅作為焦慮症的單一療法。
9. 當用於嚴重焦慮時，苯二氮平類藥品應以最低有效劑量處方，並且應避免用於輕度焦慮。
10. 高齡病人（> 65 歲）的苯二氮平類藥品和「Z-drugs」劑量應減少。
11. 苯二氮平類藥品和「Z-drugs」一般不應處方給有物質使用障礙的病人。
12. 應與病人討論苯二氮平類藥品和「Z-drugs」依賴及長期副作用的風險，並進行記錄。

世界衛生組織 2023 年苯二氮平類藥品指引摘要

Summarizing The World Health Organization's 2023 Benzodiazepine Guidelines

由苯二氮平資訊聯盟撰寫 12, 1, 2023 Comments

<https://www.benzoinfo.com/2023/12/01/who-2023/>

*註：1. 本篇文章內容摘錄自上述文獻

2. 本篇內文之編排（編碼）順序參照原文獻

2023 年 11 月 20 日，世界衛生組織（WHO）發布〔2023 年心理健康差距行動計畫指引（Mental Health Gap Action Programme，mhGAP，第三版）〕，針對心理、神經與物質使用障礙症提出修訂版建議。mhGAP 指引旨在協助各國提升處理日益嚴重的心理、神經與物質使用（mental, neurological, and substance use，MNS）障礙症的能力，並縮小治療落差。

本次新版指引共納入 30 項更新建議與 18 項新建議，以及原有的 90 項建議，為該計畫自啟動以來第十五年的成果，亦為第三次發布的版本。此修訂確保 mhGAP 繼續提供高品質、即時、透明且有實證依據的指引，以支援低收入與中等收入國家的非專科醫療人員，為患有心理、神經與物質使用障礙症的病人提供治療與照護。

其中有關苯二氮平類藥品的相關內容摘錄如下。

焦慮症

（摘錄自指引第 25 頁）

世界衛生組織在新指引中強烈不建議使用苯二氮平類藥品治療焦慮症，明確指出：「不建議使用苯二氮平類藥品治療患有廣泛性焦慮症（generalized anxiety disorder，GAD）和／或恐慌症（panic disorder）之成年人。」在急性且嚴重的焦慮症狀之緊急處置中，可考慮使用苯二氮平類藥品，但僅限於短期使用（最多 3–7 天）。

WHO 警告，苯二氮平類藥品具有成癮風險，並強調此類藥品不應常規用於治療焦慮或情緒困擾。相反地，僅應在其他治療無效或無法取得的特殊情況下，用於急性且嚴重的焦慮或情緒困擾。處方前應取得病人知情同意，並應鼓勵採取漸進式停藥流程。

指引也指出，目前仍存在研究缺口——有關苯二氮平類藥品長期療效與安全性的研究數量有限，未來的研究有助於更明確評估長期使用的風險。

兒童與青少年精神健康（child and adolescent mental health，CAMH）

（摘錄自指引第 43 頁）

WHO 在新版指引中提出新建議：由於此類藥品治療的風險大於其效益，強烈建議不應使用此類藥品治療兒童與青少年的焦慮症。此建議的依據來自一項統合分析（**meta-analysis**）的證據，結果顯示：三環抗憂鬱藥（**tricyclic antidepressant**）與苯二氮平類藥品在改善焦慮症狀方面，與安慰劑相比並無顯著差異。此外，使用選擇性血清素再回收抑制劑（**SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors**）類藥品與苯二氮平類藥品的族群，因副作用導致停止治療的比例也顯著高於服用安慰劑者。

癲癇

（摘錄自指引第 76–79 頁）

WHO 指引指出，約有 30–40% 的成人癲癇重積狀態（**status epilepticus**）病人對直接使用苯二氮平類藥品的治療無反應，這些病人需使用其他靜脈注射型抗癲癇藥（**anti-seizure medicines, ASMs**）來進一步治療。指引也警告，使用 **phenobarbital** 與 **diazepam** 持續輸注可能導致鎮靜與呼吸抑制風險上升，特別是在苯二氮平類藥品使用後之接續使用時。WHO 亦發現，與成人相同，約 30–40% 的兒童在初期接受苯二氮平治療時亦無反應。WHO 在癲癇治療上的建議為條件性建議，且是基於低至中等等級的證據確信度。



苯二氮平受體促效劑處方建議之國際指引彙編

出版機關 衛生福利部食品藥物管理署
地址：臺北市南港區研究院路一段130巷109號
<http://www.fda.gov.tw>
電話: (02)2787-8000

發行人 姜至剛

編輯小組 王志中 許建清 林健禾 張志誠 朱佳俊 林慧娟
陳志金 蔡岡廷 褚錦承 陳奇祥 蘇慧真 何詩君

編輯顧問 奇美醫院 林宏榮院長
國泰醫院 簡志誠院長
台北慈濟醫院 趙有誠院長

審查及校稿 呂宗樺醫師 林皇吉醫師

審 核 祁若鳳 劉淑芬 張志旭 簡希文 鄭啓慧 莊佩鈴

出版年月 民國115年7月

著作財產人 衛生福利部食品藥物管理署

本署保留所有權利，如有需要，請洽衛生福利部食品藥物管理署