

衛生福利部食品藥物管理署



管制藥品簡訊



發行日期\中華民國一百零六年四月

發行人\吳秀梅

總編輯\蔡文瑛

副總編輯\劉淑芬

編輯委員\簡希文、柯雅君、王柏森、陳宏烈、
郭立芬、黃詔威、蕭景彥

執行編輯\王婉靜

執行單位\衛生福利部食品藥物管理署

地址\11561 台北市南港區昆陽街161-2號

台北雜字第1613號

電話\ (02)2787-8000

網址\www.fda.gov.tw

美工設計\中華民國領航弱勢族群創業暨就業發展協會

電話\ (02)23093138

ISSN : 02556162

統一編號(GPN) : 2008800098



國際常見之醫用第一、二級管制藥品品項及使用情形

類鴉片藥物具有強烈止痛效果，適當的劑量和監測可以減少或避免對呼吸及心血管系統不利的影響。然因類鴉片藥品具高度成癮性，各國政府依循聯合國三大反毒公約精神，對於合法使用者採許可制度，並透過證照管理及分級管理制度加強管理。

由於社會風氣的改變及媒體宣傳的推波助瀾之下，美國與加拿大近二十年來，頑固非癌慢性疼痛使用類鴉片藥品的人數與比率，上升了十倍之多。在此期間美國因非醫療目的使用類鴉片藥物（Non-Medical Use of Prescription Opioids，NMUPO）問題亦開始浮現。根據美國2001至2010年統計發現，在此段時間內，每個月與過去一個

臺大醫院麻醉科 周韋翰醫師、林至芄主任
月或每年與過去一年相比，類鴉片藥物的處方數量與非醫療目的濫用處方類鴉片藥物的人數，兩者之間呈現高度相關。而在所有年齡層，都可以觀察到鴉片處方藥誤用、濫用以及過量致死人數的上升，美國疾病管制中心（Centers for Disease Control and Prevention，CDC）甚至將「處方用藥的濫用與過量」，列為2014年五大健康威脅之一！

除了處方數量的影響，每日鴉片接受量大於嗎啡100毫克、4位或以上醫師同時處方、4間或以上藥局同時調劑，都是鴉片過量致死的危險因子。以每天每百萬人口消耗類鴉片藥物來比較，美國與加拿大的量仍是西歐國家（無論是個別國

家或是整體平均) 2.5到4倍的量；西歐的鴉片處方量過去十年雖然亦有上升，但不似美國、加拿大高達4到14倍的增加。許多濫用者認為，處方的類鴉片藥物，比起海洛因等「傳統毒品」來得更安全，也因為無戒心的醫師與藥物販售系統，讓此藥的可得性大幅提升。

本文主要研析台灣常見之醫用第一、二級管制藥品，在國際間之使用情形，包括美國、加拿大、英國、法國、德國、義大利、中國、日本、新加坡、澳洲與紐西蘭等國家。各項藥物簡述如下：

Codeine (可待因)

含有Codeine成分的感冒咳嗽藥物容易與其他藥物混合，例如：大麻。在美國許多含Codeine成分藥物如：止咳糖漿、感冒膠囊，不需處方箋就可以購得。因為容易在街頭取得，年輕人常藉由其內Codeine成份與其他藥物一起服用而形成濫用風潮，歐盟國家Codeine則是高居藥物濫用的第2名。

以全球年總消耗量趨勢而言，Codeine從1995年的182.6噸增加到2014年的286.5噸，庫存量也於2014年達到歷史高點，使得Codeine成為醫用類鴉片藥物總用量第2名，千人年均消耗量以英國、法國、加拿大為最高，中國與日本偏低。

Fentanyl (吩坦尼)

Fentanyl的全球總消耗量在2008-2014年間的增幅不大，但仍為合成之類鴉片藥物中千人年均使用量的第1名。過去的Fentanyl主要用於手術麻醉，但自從貼片型Fentanyl在1990年代上市後，因大量用於癌症疼痛控制，故全球總消耗量大增，直到2008年後才趨於穩定。千人年均消耗量以美國、加拿大為最高，中國與德國則相當低，日本的Fentanyl 使用量相較歐美國家雖低卻顯著高於中國與新加坡。但相對於其他醫用一、二級管制藥品，Fentanyl在德國與法國仍是人均使用量最多之強效鴉片藥物。

Hydromorphone (二氫嗎啡酮)

Hydromorphone全球總消耗量維持穩定增加，根據國際麻醉藥品管制局（International Narcotics Control Board, INCB）的報告，在2014年美國使用量佔全球53%，加拿大則有31%，第3名是德國的9%，以人平均使用量的前3名則依序是加拿大、澳洲、美國。亞洲地區如中國、日本、新加坡則尚未進口。

Methadone (美沙冬)

Methadone可用於疼痛控制，也可用於戒癮治療。1995-2009年間全球總消耗量迅速攀升，之後至2014年則維持穩定。全球總消耗量前三名依序是美國、英國、加拿大，因為各國Methadone的用途不定，有些只用來戒癮治療，有些則還可用作疼痛控制，所以年均消耗量有所差異。英語系國家，包含大英國協系統之英、澳、紐等三國與美加兩國之Methadone使用量皆高。日本則很低是因為只可用作戒癮治療。

Pethidine (配西汀)

由於Pethidine的高成癮性、低止痛效度、作用時間短、以及代謝產物的特殊毒性，目前已不建議用作主要的疼痛治療。全球的總消耗量呈現逐年遞減，所有主要國家的Pethidine使用量皆極低，且仍持續降低中，目前僅加拿大的千人年均消耗量較高。

Morphine (嗎啡)

全球Morphine的使用量在1995年（15.2噸）至2013年（44.7噸）之間大幅增加，但在2014年略有減少（44.5噸）。Morphine的使用量除加拿大於近兩年暴增外，其餘國家之人均使用量相對穩定，各國間的差異仍然非常顯著，大部分是因為各種經濟、知識、政策管制和其他因素。

Oxycodone (羥二氫可待因酮)

在處方藥中，Oxycodone是最常因為濫用而使用過量造成死亡的藥物之一，尤其是在北美洲的美、加兩國。全球使用量在2009-2014年間達到

歷史高峰，美國單一國家則是於2012年達歷史高點後，於2013至2014年轉為下降，然整體使用量仍是世界最高（2014年達全球73%）。防濫用劑型有很多是投注在Oxycodone的研發上，根據研究調查發現，因防濫用劑型Oxycontin®上市，使得Oxycodone越來越不容易濫用，美國及加拿大兩國家於近年使用Oxycodone已有下降趨勢，英國與澳洲兩國則逆勢上升。但現在許多美國地區鴉片藥物濫用使用者，轉而使用海洛因，近年海洛因的使用量反而趨增。

美國及加拿大等地區近年已開始建立較為嚴格的類鴉片藥物監控與管制系統，亦開始輔導藥商修改適應症，並開始發展防止濫用的特殊劑型

（Abuse-Deterrent Formulation）。隨著美國類鴉片藥物政策改變與加強輔導研發防濫用劑型後，因為處方類鴉片類藥物濫用導致急救與死亡的人數成長趨緩；青少年非醫療目的使用鴉片的比率，從2009年的12%，降為2013年的8.8%，單2012年一年的濫用死亡人數就下降5%。然而海洛因的濫用與死亡人數卻開始慢慢爬升。某些專家認為，這些處方鴉片的濫用者，可能轉向使用海洛因以滿足需求。

參考文獻：

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。



癌症疼痛的新選擇—「介入性疼痛治療」

中國醫藥大學附設醫院疼痛中心 溫永銳主任

根據統計資料顯示，惡性腫瘤長年蟬聯國人死因的第一名。隨著醫療科技的進步，癌症治療方法日新月異，標靶化學治療、免疫治療、腫瘤熱療及放射治療等技術的發展，延長了病人的壽命，卻因疼痛問題沒有良好處理，導致生活品質低落，造成病人及家屬的長期精神及生活負擔。依據世界衛生組織（World Health Organization, WHO）癌症疼痛處置指引，大部分癌末的疼痛可以類鴉片藥物減輕，但有一定比率的疼痛（約10-15%），因其性質或強度，連高劑量嗎啡類藥物都無法緩解，或因為藥物的副作用太大，無法增加藥量。在這種情況下，「介入性疼痛治療」會是另一種選擇。歐洲癌症學會指出，介入性疼痛治療已被列為癌痛處理的建議流程之一，不僅可以減緩疼痛，病人精神狀態及活動功能，都有明顯的改善。

介入性疼痛治療（泛稱神經阻斷術），是泛

指利用不同注射技術來抑制神經傳導的統稱。美國介入性疼痛治療醫師學會對其的敘述是：一種對疼痛或疼痛相關病症做診斷或治療的特定醫療專業，藉由介入性技術在脊椎部位對亞急性、慢性、持續及困難疼痛進行處置，可獨立或合併其他的治療方式。簡而言之，就是以不同的打針技術，將藥物或物理方式（如電或熱）阻斷負責疼痛的神經。雖然定義上只針對脊椎部位進行處置，但是實際上，包括了胸腹或四肢的神經，是相當廣泛的醫療領域。

神經阻斷術包括「神經（暫時）阻斷」、「神經破壞」、及「神經調節」等。「神經（暫時）阻斷」是以局部麻醉藥減弱或暫停疼痛訊號傳導，往往效果只有幾小時到幾天；「神經破壞」是以化學藥物（高濃度酒精或酚）或高溫（一般大於60°C）破壞神經細胞，是真正的中斷傳導，因可能會引起慢性神經炎，一般使用在

預期壽命只有半年的末期病人。至於「神經調節」，則是以電場或磁場，影響神經細胞間的傳遞或軸突的傳導，來抑制疼痛，卻不影響非疼痛感覺（如：觸覺、壓力感覺、身體的平衡感覺等）及運動能力。另外，介入性疼痛治療需要以影像輔助（如高解析度超音波、X光引導及電腦斷層等），以提高精準度、減少併發症及減少注射用藥。因此需要在特定的治療場所（如手術室、血管攝影室或電腦斷層室等）進行，醫師會依實際情況採用不同的介入性疼痛治療方式。

適合介入性疼痛治療的對象除了癌症末期疼痛，還包括末期疾病、老年退化、神經損傷等造成的慢性疼痛，都可以考慮先以神經阻斷方式減輕疼痛及減少用藥。以癌症疼痛為例，過去依照WHO三階梯原則，認為需在鴉片藥物無法處理的止痛，才考慮介入性疼痛治療。但現在的觀念認為，可以提早執行介入性疼痛治療，包括：小區域的疼痛（如上腹腔、胸腹部某條神經皮節、或四肢某條神經支配部位等）、內臟性疼痛、脊椎轉移或腫瘤侵犯神經痛、口服或靜脈嗎啡治療無效已考慮脊髓給藥、腫瘤侵犯脊髓、下半身疼痛合併下肢癱瘓且大小便已無法控制、手

術或化學治療等造成的神經損傷型疼痛、帶狀皰疹、缺血性疼痛、或三叉神經痛等。介入性疼痛治療是直接處理神經系統，治療後即使有明顯的疼痛減輕，原先的口服類鴉片藥物也不可以完全停藥，只能逐漸減量，一方面是避免戒斷症候(Withdrawal Syndrome)，一方面是配合介入性疼痛治療的長期療效。根據美國MD Anderson癌症中心對腹腔癌症的研究顯示，進行了腹腔神經叢或內臟神經破壞後，一個月的明顯止痛（疼痛分數減少超過30%）比率為44%，口服嗎啡用量在手術後幾乎沒有減少，而改善最多的是憂鬱、焦慮等症狀且提高了生活品質。

因此，建議在進行介入性疼痛治療前，需會同安寧緩和醫師、疼痛科醫師、病人及家屬共同擬定疼痛控制計畫書，將未來止痛用藥、介入性疼痛治療、復健、甚至癌症或末期治療規劃，都納入考慮。有良好的溝通及共識，才能有效地面對疼痛及達到良好的治療成效。

參考文獻：

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。



長期服用類鴉片止痛劑治療疼痛之誤解

國家衛生研究院 衛生政策研究學者 康凱翔博士

根據台灣疼痛醫學會2015年調查，全台逾70萬人處於慢性疼痛中，一般而言當疼痛超過3個月即屬於慢性疼痛，依其成因又可分為癌症和非癌症兩種。最常見的非癌慢性疼痛是帶狀皰疹後神經疼痛、三叉神經痛和脊椎手術後疼痛。時至今日，類鴉片止痛劑仍然是治療慢性疼痛(Chronic Pain)的首選。北美地區一直是全世界類鴉片藥物使用最高的區域，根據美國網路問卷

調查研究顯示超過40%的老年人，都有慢性疼痛的症狀；而光是2014一年，在美國就開出了2億4,500萬張類鴉片止痛劑處方，其中約4%的處方是治療慢性疼痛。在美國由於類鴉片止痛劑被廣泛的使用，導致全美產生許多藥物過量致死和成癮案例。研究顯示2013年在全美44,000例藥物過量致死案例中，超過三分之一(37%)是使用類鴉片止痛劑，另外還有19%則是使用海洛因，顯示

類鴉片止痛劑在美國被濫用的情形十分嚴重。據統計，全美2014年大約有250萬成人類鴉片藥物成癮，所佔全人口比例也是節節上升。與台灣不同的是醫生處方藥物是成癮者獲得鴉片止痛劑的主要來源，因此美國各主要醫學協會近年來也積極改進開立鴉片止痛劑處方模式，特別是它們與慢性疼痛的管理的部分。

類鴉片藥物產生止痛作用主要來自其與 μ 鴉片受體(μ -Opioid Receptor)結合，該受體主要分布於大腦中調節疼痛感知的區域以及酬償中樞(Reward Center)。而在腦幹中也存在大量的 μ 鴉片受體，因此當類鴉片藥物使用過量時，會與腦幹的受體結合，造成呼吸抑制進而導致死亡。當類鴉片藥物迅速地輸送到大腦時，會大量與酬償中樞結合，產生明顯的欣快感，因此濫用者常以注射方式施用非法類鴉片藥物。美國食品藥物管理署(FDA)近年來鼓勵廠商上市防濫用劑型，其主要目的是防止類鴉片藥物被磨碎或注射，以降低濫用的風險。

反覆使用類鴉片藥物後會產生耐受性，使得類鴉片藥物效力降低。因此，長期給予類鴉片止痛劑後，往往需要越來越高的劑量，才能維持在一開始時的止痛效果，最後甚至可能高達原始劑量的10倍。類鴉片藥物在其止痛作用部分較容易產生耐受性，對呼吸抑制的耐受性產生時程較為緩慢，因此醫師在增加類鴉片止痛藥劑量時，需特別注意藥物過量的風險。

類鴉片藥物產生的生理依賴性則是來自身體本身的調適，突然停止使用類鴉片藥物會產生戒斷症狀，其症狀(例如發冷、失眠、腹瀉、嘔吐和肌肉疼痛)、嚴重性(從不明顯到相當不舒服)和持續時間(可能1-14天)，是與使用的類鴉片藥物種類、劑量與服用的時間長短有關。因此在非癌症慢性頑固性疼痛治療的過程中，若要停止服用鴉片類藥物，需要將劑量慢慢地減少，才得以防止患者出現難受的戒斷症狀。

與耐受性和生理依賴性的不同，成癮僅發生在長期接受類鴉片藥物治療患者中的一小部分，不是醫生在開立鴉片類藥物時就可以預測到的結果，其形成相當的緩慢，通常需要多個月的使用類鴉片藥物後，才有可能產生，一旦成癮後，患者難以停止使用類鴉片藥物，而且在沒有適當的治療下，會有不斷復發的可能。過去醫學教科書和精神障礙診斷統計手冊(例如：DSM-III和DSM-IV)，過度強調耐受性和生理依賴性在成癮定義中的作用，甚至將兩者劃上等號，然而，最近的研究發現成癮的分子機轉與訊息傳遞並不同於耐受性和生理依賴，因為它們發展得更慢，持續時間更長，並且破壞更多大腦正常運作，因而認為成癮是一種慢性疾病。

根據新版的精神疾病診斷準則手冊(DSM-V)指出成癮的主要特徵有對藥物的顯著渴求、對成癮藥物的執著、喪失對使用藥物的控制力以及強迫性服藥。這些行為變化又與中樞神經的酬償機制、自制與情緒迴路中的結構與功能變化相關。許多臨床研究還發現不同個體對類鴉片藥物產生成癮，存在遺傳上的差異，其遺傳率類似於糖尿病、氣喘和高血壓等疾病。由於這些原因，我們難以用統一的公式，來評估何種劑量或持續時間才會使患者對類鴉片止痛劑成癮。目前已知類鴉片藥物成癮的風險在不同族群中有很大的差異，在美國一項研究甚至指出遺傳因素佔成癮相關風險35%至40%。

類鴉片藥物因為上述的這些特性，造成許多民眾與醫生都對其有所誤解，許多人認為「成癮就是產生耐受性與依賴性」，使得第一線臨床醫生，即便是在對患者有利的情形下，仍然避免開立類鴉片藥物。同樣的，許多患者也因為害怕成癮，並未按規定服用類鴉片藥物。雖然重複施用類鴉片藥物無可避免地會導致人體對藥物產生耐受性和生理依賴性，但不應該把成癮與生理依賴性、耐受性產生混淆；而許多人以為「是個人錯

誤的選擇或是具有某些特質的人才會成癮」，這種誤解除了隱含對成癮患者的歧視，也造成許多醫療機構忽視了患者真正的需要。有許多研究指出對鴉片類止痛劑成癮，與個人基因有很大的關係，但若將成癮輕易歸咎於患者本身，會導致患者與醫生間的不信任感，反而會使患者真正有成癮症狀時不敢就醫治療。另一方面，「長期使用某些特定類鴉片藥物才會成癮」的錯誤觀念，可能導致臨床醫生過度自信，而開立過多的類鴉片止痛藥給予患者，並且無法在患者成癮時，採取正確的措施。許多研究已表明，即使患者按照規定服用藥物，對於使用類鴉片止痛劑治療疼痛的患者，仍然有可能成癮。因此，僅以為某些特定

類鴉片藥物才容易成癮，而造成過度使用其他種類的類鴉片藥物，反而增加成癮風險。

與歐美相比，類鴉片止痛劑流用、過量和成癮的相關情形目前在台灣並不算嚴重，除了越來越多醫師、民眾對類鴉片止痛藥物有更正確的認識外，醫學教育目前也對疼痛與成癮有更高的重視。建議未來需要更多人投入疼痛及成癮的基礎研究，進而發展適合我國的類鴉片藥物管理政策。

參考文獻：

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。

2016年國際麻醉藥品管制局年報

食品藥物管理署 管制藥品製藥工廠 張鶯譯

2016年國際麻醉藥品管制局 (International Narcotics Control Board, INCB)年度報告於2017年3月出刊，該報告提供全球濫用物質管制情形的全面分析，涵蓋從監管控制到法律執法干預等一連串的過程，提出國際管制物質的情勢分析與建議，以幫助各國採取有效措施並加以解決濫用物質相關的挑戰。

今年報告的重點領域以婦女與藥物濫用為專題，文中提及全球吸毒者中，有三分之一是婦女和女孩，而接受藥物治療的吸毒者中，卻只有五分之一為女性，且涉及毒品犯罪的女性人數逐年升高，因此應將性別因素納入藥物濫用防制之重點。為了執行有效且全面性的政策，必須針對女性的需要，解決其接受治療的障礙，首先必須先解決污名化的問題，並建議優先考慮為藥物依賴的婦女提供無障礙健康照顧、更好的資助與建立協調溝通管道。

報告中並重申國際管制物質管理體系，仍然是以保護人類的健康和福祉為目標，必須確保麻醉藥品和精神藥物於醫療、科學上的供應，同時

亦能預防其非法販運、種植、生產和濫用。三大反毒公約在各國的執行上，是具靈活性的，尤其是在違法行為的懲處上，包括輕罪行的非懲罰及非拘禁措施，但其同時亦具有侷限性，即禁止非醫療用途使用管制物質。

另外，有些國家建立藥物消費室(Drug Consumption Rooms)與其運作的方式，INCB表示為了使這些措施符合公約，這些國家必須在有效減少藥物濫用的前提下，使濫用者接受治療進而康復。這些都必須在不縱容、不增加藥物濫用或不鼓勵販毒的情況下進行，報告中解釋了藥物消費室必須在減少需求的前提下運作，且其無法代替預防和治療措施。INCB亦強調將繼續支持所有與藥物防制有關的政策和方案，以符合反毒公約和尊重人權的平衡方式，以解決藥物濫用問題的挑戰。

參考文獻：

限於篇幅，若需參考文獻詳細內容請與作者聯繫。



2017年反毒黑客松活動開跑囉

食品藥物管理署 管制藥品組

毒品防制是政府重視的首要工作項目，在既有傳統的防制方式外，如何透過數位科技帶給防制工作更多的創意、效率與新風貌，亟需大家共同腦力激盪。今(2016)年衛生福利部食品藥物管理署(以下簡稱食藥署)將改變以往反毒宣導的方式，並利用政府反毒業務相關部會的開放資料，將於5月27-28日(星期六、日)在your space(台北市光復南路102號3樓)舉辦國內首次以「反毒」為主題的黑客松競賽活動，廣邀各路好手一起參與，對毒品防制開創新的道路及作法。

為使有興趣的民眾及參賽者對本次活動更加瞭解，食藥署又於5月13日(星期六)下午舉辦盟友日，現場安排有活動開放資料集介紹、非政府組織(NGO)關懷者之戒毒心路歷程及反毒工作經驗分享等，讓參賽者可至現場認識同好並進行經驗分享與交流。

活動報名時間自即日起至5月7日止，每組人數 2-4人，參賽隊伍以40組為上限，歡迎跨領域合作報名參加，相關資訊請逕洽活動報名網站(<http://mohw.kktix.cc/events/hackath0n>)。

2017年度管制藥品管理法規講習會-進階課程

食品藥物管理署 管制藥品組

為增進地方衛生及畜牧獸醫主管機關承辦管制藥品業務相關同仁，對管制藥品法規與管理實務之瞭解，衛生福利部食品藥物管理署(以下簡稱食藥署)訂於2017年5月18日及25日分別假高雄及臺北舉辦「2017年度管制藥品管理法規講習會-進階課程」。

進階課程將邀請臨床精神科醫師專題演講「正確使用鎮靜安眠藥」，介紹失眠原因與治療

原則、安眠藥的特性及臨床困境等，並由食藥署分享「管制藥品使用及管理概況」、「管制藥品稽查實務分享及訪談紀要寫作要領」及「管制藥品稽查專案計畫-稽查重點及違規案例簡介」。此外，亦規劃案例互動分享討論，期能提升管制藥品承辦人員對管制藥品管理相關法規認知及促進服務品質。



正確使用安眠藥 健康卡好眠

Q：遇到失眠的情況，一定要吃安眠藥嗎？

A：引起失眠的原因有很多種，包括焦慮、壓力大，情緒問題引起的失眠、身體疾病引起的失眠，甚至是睡眠習慣不良引起的失眠，如睡前劇烈運動、吃過多宵夜、白天睡太多等。因此，遇到失眠的問題應主動就醫，找尋失眠的原因，而不是一定要吃安眠藥，通常先建議改變一些生活習慣，如晚上不喝咖啡或茶、白天不補眠、睡前勿吃太飽，或是睡前別做激烈運動等。如果這些生活習慣都已經改變，仍是失眠，再與醫師討論是否使用助眠藥物。

Q：長期服用安眠藥有什麼副作用嗎？

A：安眠藥這類藥品對人體神經系統有相當之持續性影響，也可能具成癮性，甚至是濫用的顧慮，常見的副作用如下：

- a. 長期服用安眠藥容易產生依賴性。
- b. 過量服用時，可能出現頭暈、頭痛、嗜睡、恍惚，甚至夢遊等的副作用。
- c. 鎮靜安眠藥，屬於C級懷孕用藥，對孕婦來說是相當危險的，若是在懷孕初期長期大量的使用會有畸形胎的危險，若是在懷孕的末期易造成新生兒昏睡、無力。
- d. 如果長期使用或使用不當安眠藥，易出現藥物成癮性，會造成記憶力逐漸減退、反應力下降等，如果突然停藥還可能出現焦慮、厭食、抽搐等症狀。

Q：請問使用安眠藥的正確方法？

- A：**
- a. 使用安眠藥前必須先經過醫師詳細的臨床評估，並且遵照醫生和藥師的專業指示。
 - b. 如需使用安眠藥，使用期間最好不要超過14天。
 - c. 不可以超過建議劑量使用，請保持醫囑之劑量。
 - d. 配合睡眠保健原則，改善可能影響睡眠之行為及環境因素。
 - e. 服用安眠藥時，應避免使用酒精及其他中樞神經抑制劑，以免增強藥物的作用。
 - f. 不能同時服用多種安眠藥，且建議安眠藥物應在就寢前提早15分鐘-30分鐘服用，服藥完畢後，立即到床上準備入睡，避免其他活動。
 - g. 服用安眠藥期間，不要開車或從事危險的機械操作。
 - h. 不要自行停藥，否則容易產生戒斷症候群與反彈性失眠。
 - i. 定期追蹤，藥物之療效及副作用。

安眠藥為第三、四級管制藥品，且目前安眠藥的種類繁多，使用安眠藥需要先諮詢過醫生，且配合心情及生活作息調整，減低壓力，還可以逐漸降低用量、治療好失眠，脫離失眠一族。

