

文章编号: 1672-3384 (2005) -01-0038-03

失眠的诊断和治疗

【作者】 李舜伟

中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院 (北京 100730)

【中图分类号】 R749.71

【文献标识码】 B

1 失眠的定义

1.1 失眠是指人们对睡眠的质和量都不满意的状态, 通常是指入睡困难和维持睡眠困难。

1.2 失眠的操作性定义

①就寝后 30min 仍未入睡; ②夜间醒觉 2 次或以上; ③凌晨早醒; ④整夜做恶梦; ⑤次晨困倦、无力、精神萎靡、注意力不集中等。

2 失眠的流行病学

2.1 失眠是临床常见的症状, 在神经科门诊约占初诊病人主诉的第二位。

2.2 欧洲 1976~1996 年统计失眠频度: 瑞士为 19.4% (中、重度), 德国为 13.5% (中、重度), 美国为 8%~10.2% (重度)。

2.3 中国 2002 年根据 10 079 份问卷调查 (5 个城市, 中、青年), 结果发现多达 45.4% 的人有睡眠障碍, 其中绝大多数为失眠。

2.4 年龄与失眠有关, 大多数在 45 岁以后, 55~64 岁达高峰。

2.5 性别与失眠也有关, 女性较男性易患失眠。男女的比例约为 1:2.3, 如果年龄>70 岁, 则比例为 1:4.1。

3 失眠的原因

3.1 按国际睡眠协会的分类, 失眠原因可分为 12 大类, 每大类又可细分为 7~9 个亚类, 所以, 失眠有多达近 100 个病因, 在临床上应用很不方便。

3.2 如果按病理生理的机制来分类, 失眠可大致分为 5 大原因:

3.2.1 躯体的原因 各种躯体疾病均可导致失眠, 如关节痛、肌痛、心悸、气短、咳嗽、头痛、瘙

痒、尿频、便秘、胃痛等等。阻塞性睡眠呼吸暂停综合征也属于这一类。

3.2.2 生理的原因 如“三班倒”, 时差, 车、船、飞机上环境的变化, 卧室内有强光, 噪音, 或过冷、过热等。

3.2.3 心理的原因 慢性失眠以焦虑和抑郁为最常见, 焦虑性失眠常表现为入睡困难, 而抑郁性失眠则表现为凌晨早醒。

3.2.4 精神病的原因 各种精神病, 如精神分裂症、反应性精神病等均以失眠为首发或复发症状。

3.2.5 药物的原因 中枢兴奋药可引起失眠, 如苯丙胺、哌甲酯等。长期服用安眠药, 一旦停药会产生戒断综合征: 失眠、多梦, 严重时可引起抽搐、昏迷。

4 失眠的诊断

4.1 一般情况问诊

对失眠病人的问诊不能只限于“您睡得好吗”或“您睡得怎样”, 应当对失眠病人问: “您是难于入睡呢还是半夜容易醒呢”, “梦多吗”, 有时还要询问同睡者有关患者的睡眠情况, 如是否打鼾等。

4.2 专项睡眠情况问诊

最好请病人记睡眠日记, 记录每晚睡眠情况, 如有入睡困难, 要记录每晚需多久才能入睡; 如有维持睡眠困难, 要记录每晚醒几次, 有什么原因, 服用何种安眠药, 是什么原因造成失眠的, 如心情不好、晚上有应酬, 等等。这些都需要病人如实记在日记上。此外, 也可用睡眠问卷来观察。常用的睡眠问卷是阿森斯 (Athens, AIS) 失眠量表, 它是病人发生睡眠障碍的自我评估。量表共 8 个项目,

记录在一周内,每周至少发生3次的睡眠情况,按严重程度记0到3分,总分为24分。得分越高,表示睡眠质量越差。

4.3 多导睡眠仪检查 (polysomnography, PSG)

这是一种专门检查睡眠情况的仪器,包括脑电图、心电图、眼球活动图、血氧饱和仪等。它能分别描记睡眠的各个时相,观察在这些时相中眼球活动、心电活动、氧饱和度等的变化,以此做出睡眠障碍的诊断。这是一种客观的诊断方法,比单纯询问病史所得到的资料要来得精确,所以,现在许多医院都开展了多导睡眠仪的检查。

4.4 多次睡眠潜伏期试验 (multiple sleep latency test, MSLT)

这是利用多导睡眠仪来检查入睡情况,观察入睡时睡眠时相是否正常,如果病人刚一入睡就进入快速眼动相睡眠 (rapid eye movement, REM),而且反复多次都一样,则可诊断为发作性睡病。

4.5 体动记录仪

这种仪器用来检查病人在睡眠中肢体的活动,如有些病人在睡眠中会出现周期性腿部活动,就能得到明确的诊断。

4.6 用药情况

这是很重要的信息。必须很仔细地询问病人曾经用过的药物和现在正在服用的药物,它们的剂量如何,服法,服用了多长时间,有否换过药物,有否突然停药,这些药物的疗效怎样等等。

4.7 其他情况

包括是否接受过一些别的治疗,如睡眠剥夺、时辰疗法等等。

5 失眠的治疗

失眠的治疗必须从3个方面来进行,即病因治疗、培养良好的睡眠习惯以及药物与非药物治疗,简介如下。

5.1 病因治疗

这是最根本的治疗方法,如果是躯体因素导致的失眠,应及时而积极地处理躯体疾病,如控制心衰、哮喘、溃疡病、关节病等。如有阻塞性睡眠呼

吸暂停综合征,要用正压通气治疗;对发作性睡病应当用中枢兴奋剂;治疗不宁腿综合征可用多巴类或苯二氮革类药物。

5.2 培养良好的睡眠习惯

睡眠占人生1/3的宝贵时间,所以,应该从小培养良好的睡眠习惯,在大脑内形成一套定型的作息制度,做到“日出而作,日没而息”。这样,在上床后便能很快入睡,而且一夜睡得很香。现在,国内外睡眠专家提出一些很好的建议,希望有睡眠问题的患者能按此执行:①每天准时起床,包括节假日;②睡在床上的时间不要超过睡眠障碍之前的时间;③尽量不午睡,或午睡时间不超过15min;④在床上不做和睡眠无关的事,如进食、看小说、看电视等;⑤在入睡前提个温水澡;⑥在入睡前不喝带兴奋性的饮料,如咖啡、浓茶、可可、可乐等;⑦入睡前可适当散散步,但不宜做剧烈运动;⑧有些古老的养生之道可以采用,如气功、太极拳、瑜珈等;⑨实在睡不着不要躺在床上,轻轻起床到另一间房间去,找一本最无聊的书来读,读到有倦意时再睡。总之,睡觉前要做到大脑休息,肌肉放松,才有利于入睡。

5.3 药物与非药物治疗

5.3.1 药物治疗应该作为辅助治疗手段,而不要把它看成为必须持续使用的唯一方法。最重要的还是要确定病因,去除病因。

安眠药的使用已经有100多年历史,从开始到现在可以分成3个阶段,第一个阶段是使用巴比妥类药物,也被称为第一代安眠药,代表药品有苯巴比妥(鲁米那)、戊巴比妥、异戊巴比妥、司可巴比妥(速可眠)等。巴比妥类药物在20世纪50年代用得较多,后来由于出现皮疹、共济失调,特别是成瘾性等副反应而逐渐被弃用。第二个阶段是用苯二氮革类药物,也称为第二代安眠药,代表药品有地西泮(安定)、艾司唑仑(舒乐安定)、氯硝西泮(氯硝安定)、咪达唑仑(咪唑安定,多美康)、三唑仑(海乐神)等,在20世纪60年代上市后流行很广,迄今仍在许多国家广泛应用。尽管苯二氮

草类药物的副反应不太多,但药物依赖是个大问题,所以,从20世纪90年代后除了少数药品(如咪唑安定)外,大多数药品已被欧、美等国家逐出市场。第三个阶段是用一些新的药物,也称为第三代安眠药。其代表药品有唑吡坦(思诺思)、佐比克隆(忆梦返)、扎来普隆(曲宁)。唑吡坦的 $T_{1/2}$ 只有1.5~5.0h,平均3h;药物不改变睡眠的时相,所以不会发生反跳现象;第二天没有宿醉反应,不产生头昏脑胀的感觉。佐比克隆的 $T_{1/2}$ 为3~7h,因为药品会从唾液中排泄,所以,服用后口中常有苦味,感觉不太舒服;个别病人有宿醉反应,次日头昏脑胀。扎来普隆的 $T_{1/2}$ 只有1h,能很快导眠,但不能延长睡眠时间。现在国外第三代安眠药用得较多,已基本上取代了苯二氮草类药物。

5.3.2 药物的剂量 咪达唑仑 7.5~15mg,每晚一次;佐比克隆 7.5mg,每晚一次;唑吡坦 10mg,每晚一次;扎来普隆 5mg,每晚一次。

5.3.3 药物使用的时间 按世界卫生组织(WHO)的规定,一种安眠药的使用时间最好不超过4周,如果病人还需要服药,应当换服另一种安眠药。

5.3.4 非药物治疗也有多种方法,最常用的是睡眠限制疗法。其方法是缩短卧床时间,使失眠病人躺在床上的非睡眠时间减少,从而提高睡眠效率(睡眠效率=实际总睡眠时间÷睡在床上的时间×100%)。通常是请病人每晚的睡眠时间减少为6h到5h,计

算睡眠效率,如果达到90%以上,可以增加卧床时间15min,如果睡眠效率低于80%,则要减少卧床时间15min,而睡眠效率在80%~90%之间的可保持卧床时间不变。其他还有时辰疗法,主要是在冬天给予足够的光照,而在夏天则要多在黑暗处,使环境类似正常的白天和黑夜,这样有利于恢复睡眠的正常节律,还可打乱失眠的节奏。

【参考文献】

- [1] 潘集阳. 睡眠障碍临床诊疗. 广州: 华南理工大学出版社, 2001
- [2] 赵忠新. 临床睡眠障碍学. 上海: 第二军医大学出版社, 2003
- [3] 游国雄, 竺世秀, 张可经. 失眠和睡眠障碍疾病. 北京: 人民军医出版社, 2000
- [4] 李舜伟. 咪唑安定和舒乐安定对睡眠障碍疗效的对照观察. 北京医学, 1992, 14: 24~25
- [5] 吴红, 李舜伟. 非苯二氮草类的镇静催眠药唑吡坦. 中国新药杂志, 1997, 6: 57~58
- [6] 李舜伟. 你可以睡得更好. 北京: 人民卫生出版社, 2003
- [7] Meir H. Kryger, Thomas Roth, William C Dement. The Principles and Practices of Sleep Medicine. 3th. ed, Philadelphia: Pennsylvania. W. B. Saunders Co, 2000
- [8] American Sleep Disorders Association. The International Classification of Sleep disorders (revised): Diagnostic and Coding Manual. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1997

本刊加入“万方数据——数字化期刊群”的声明

为了实现期刊编辑、出版工作的网络化,我刊现已入网“万方数据——数字化期刊群”,所以,向本刊投稿并录用的稿件文章,将一律由编辑部统一纳入“万方数据——数字化期刊群”,进入因特网提供信息服务。凡有不同意见者,请另投它刊或特别声明需另作处理。本刊所付稿酬包含刊物内容上网服务报酬,不再另付。

“万方数据——数字化期刊群”是国家“九五”重点科技攻关项目。本刊全文内容按照统一格式制作,读者可上网查询浏览本刊内容,并订阅本刊。

《临床药物治疗杂志》社编辑部

2004年12月