

不要失眠，“药”你好眠

文 / 北京市隆福医院 刘敏 郭江涛 杨志强



“有备无患”，想必翻阅这篇文章的朋友不是现在睡眠不好，就是担心未来睡眠会不好吧。

讲真，担心睡眠不好并非没有道理，毕竟人生1/3左右的时间都是在睡眠中度过的；同时，根据2021年中国睡眠研究会发布的数据，大约有3亿人存在睡眠障碍，而且随着年龄增长，睡眠障碍发生的概率更高。近些年我国人口老龄化问题日渐严重，所以失眠应该被重点关注。今天，我们就来聊聊失眠。

一、失眠的表现

失眠的表现多种多样，包括：

（1）入睡困难：晚上躺下30分钟内无法入睡。

（2）睡眠维持困难：睡着后频繁醒来，而且醒来后难以再入睡。

（3）早醒：比往常早醒2个小时以上。

（4）与夜间睡眠相关的日间症状：①全身乏力或感到疲劳；②注意力不容易集中或记忆力下降；③社交、家务、职业或学习受

影响；④情绪紊乱或易发脾气，可能出现冲动甚至攻击行为；⑤日间容易打瞌睡；⑥精力下降或工作主动性下降；⑦容易出现错误或事故；⑧自觉睡眠没有得到满足。

需要指出的是，偶尔失眠对健康的影响并不大，也不会被诊断为失眠症；但是，如果连续3个月每周出现3晚及以上睡眠问题，就达到了失眠症的诊断标准。长期失眠会引发一系列健康问题，如导致脾气暴躁、内分泌失调、掉发严重、糖尿

病、高血压、记忆力下降、消化不良等症状。

二、失眠的原因

失眠的原因非常复杂,包括:

(1) 躯体疾病: 帕金森病、多系统萎缩、脑血管病等都可能引发失眠; 偏头痛、腰痛、心血管疾病、哮喘、鼻窦炎等会引发躯体疼痛或不适, 亦会影响睡眠。

(2) 精神因素: 焦虑、抑郁等不良情绪常会引起失眠。

(3) 日常行为因素: 临睡前进食或饮水过多、运动过多, 频繁夜班工作、白天睡眠多导致睡眠极不规律; 夜间饮酒、饮用或进食咖啡因类饮料和食物(咖啡、茶、可乐、巧克力), 均有可能影响睡眠。

(4) 环境因素: 过冷过热, 嘈杂有噪声、睡眠环境太明亮, 空气污浊、居住拥挤等环境因素也会影响睡眠。

(5) 性格特征: 过于细致、敏感、谨慎的性格往往导致入睡时思绪繁杂, 影响睡眠。

三、失眠的治疗

1. 药物治疗

(1) 药物分类: ①苯二氮草类、非苯二氮草类和新型苯二氮草类受体激动剂, 如地西洋、艾司唑仑, 佐匹克隆、唑吡坦、扎来普隆, 地达西尼; ②褪黑素及褪黑素受体激动剂, 如褪黑素缓释片, 雷美替胺、特斯美尔通; ③食欲素受体拮抗剂, 如莱博雷生、苏沃雷生; ④抗组胺H₁受体药物, 如苯海拉明、多西拉敏; ⑤抗抑郁药, 如多塞平、曲唑酮、米氮平、舍曲林; ⑥抗精

神病药, 如喹硫平、奥氮平。

(2) 给药方式: ①连续治疗, 即每晚睡前口服; ②间歇治疗, 即每周选择数晚服药而非每晚服用, 推荐间歇给药治疗的频率为每周3~5次, “按需”服用。苯二氮草类和非苯二氮草类根据睡眠需求“按需”服药的标准如下:

● 预期入睡困难时, 建议就寝前5~10分钟服用。

● 根据夜间睡眠的需求, 上床后30分钟仍不能入睡时, 立即服用。

● 夜间醒来无法再次入睡, 且距预期起床时间大于5小时, 可以服用短半衰期药物。

● 根据次日日间活动的需求睡前服用。

对于慢性失眠患者, 推荐使用非苯二氮草类(如唑吡坦、佐匹克隆、扎来普隆)间歇给药治疗。抗抑郁药(如曲唑酮、米氮平、舍曲林等)一般不采用间歇给药或按需用药的方式。

(3) 如何预防成瘾: 很多慢性失眠患者因为担心药物的成瘾性, 而拒绝服用改善失眠的药物; 事实上, 成瘾性高的药物(如三唑仑)早已被我国列为一类精神药品管理, 仅能短期使用, 不可长期应用。因为担心成瘾而拒绝服用改善失眠药物的想法并不可取, 在实际应用中, 针对药物依赖或成瘾医生有相应的对策。为避免药物潜在的成瘾问题, 一些已被证明可以长期使用的药物(如唑吡坦)仍然建议尽可能短期使用, 指南推荐用药一般不超过4周; 如果超过4周, 医生会重新进行评估, 若评估长期用药成瘾的风险较高, 则需要变更干预

方案: 如不同药物交替使用, 或者根据患者睡眠改善状况由连续用药治疗改为间歇治疗方式。

(4) 何时终止治疗: 当患者感觉自己能够控制睡眠时, 可考虑逐渐停药。如果失眠与其他疾病(如鼻窦炎、抑郁症等)或生活事件相关, 当病因去除后, 可以考虑停用镇静催眠药物。长期服用失眠药物的患者应当避免突然停药, 否则容易导致失眠反弹和严重的精神症状。根据《中国成人失眠诊断与治疗指南》(2023版)的推荐, 目前常用的药物减量方法包括两种: ①逐步减少用药量(如每2周减少1/4片); ②将连续用药治疗改为间歇用药治疗。

2. 非药物治疗

(1) 睡眠卫生教育: 睡前4~6小时内避免饮用咖啡、浓茶或吸烟, 睡前不要饮酒, 特别是不建议使用酒精帮助睡眠; 每日坚持规律的体育锻炼, 但是睡前3~4小时内避免剧烈运动; 睡前不宜暴饮暴食或进食不易消化的食物, 睡前1小时内不做容易引起兴奋的脑力劳动或观看容易兴奋的书籍和影视节目; 卧室环境需保持安静、舒适, 保持合适的光线及温度, 养成良好、规律的作息习惯, 建立生物钟。

(2) 放松疗法: 尝试渐进性肌肉放松、冥想、腹式呼吸训练。

(3) 刺激控制疗法: 只有在有睡意时才上床; 如果上床20分钟不能入睡, 应起床离开卧室, 可从事一些简单的活动, 等有睡意时再返回卧室睡觉。不要在床上做与睡眠无关的活动, 如进食、看手机及思考复杂问题等。



(4) 认知行为疗法(CBT-I): 此种方法为认知疗法和行为疗法的组合, 认知疗法即改善患者对睡眠的认知, 建议患者保持合理的睡眠期望, 不要把所有问题都归咎于失眠, 不要过分关注失眠, 不能因为一晚没睡好就产生挫败感。再配合上述放松疗法或者刺激控制疗法等行为疗法来改善睡眠。

(5) 失眠的物理治疗: 如经颅磁刺激、生物反馈疗法、经颅微电流刺激疗法、光照疗法等。

(6) 传统非药物治疗: ①耳穴压丸, 选神门穴、交感耳穴, 每周按揉2次, 每次5~10分钟为宜; ②穴位贴敷, 取神阙穴、肾俞穴、太渊穴、列缺穴、内关穴, 使用中药如川芎、莲子、茯苓、茯神等。

现在让我们回到文章开头: 老年人群失眠应该如何治疗呢? 根据指南推荐, 老年失眠患者首选非药物治疗(尤其是进行CBT-I治疗), 其次才是药物治疗。老年患者的用药应从最低有效剂量开始, 尽量选

择不良反应小的药物(如唑吡坦、佐匹克隆、扎来普隆等非苯二氮革类药物), 尽量减少药物种类, 尽量短期应用或采用间歇疗法; 在治疗过程中密切观察药物的不良反应, 若发生日间睡眠增多、步态不稳、意识模糊、幻觉、胸闷憋气, 需立即停药并及时就医。

让我们从自身做起, 关注睡眠健康, 养成良好的睡眠习惯; 愿人人都享有健康的睡眠, 拥有健康的身体! **药物与人**