

失眠的评估与干预

北京老年医院 唐莉



前言



睡眠障碍是一类影响入睡或保持睡眠的疾病，包括睡眠太多、睡眠相关呼吸疾病以及与睡眠相关的行为异常。睡眠障碍非常常见，发病率：**27%**。其中“失眠”是最常见的睡眠问题，发病率：**38.2%**。

睡眠障碍国际分类(ICSD2)



失眠:

- 适应性睡眠障碍 (急性失眠)
- 心理生理性失眠
- 反常性失眠 (睡眠状态感知不良)
- 特发性失眠
- 精神障碍所致失眠
- 睡眠卫生不良
- 青少年行为性失眠
 - 入睡相关性障碍
 - 强制入睡性睡眠障碍
 - 混合型
 - 待分类型
- 内科疾病所致失眠
- 药物或物质滥用所致失眠
- 非物质滥用或确定的躯体疾病所致失眠 (非器质性失眠)
- 生理性失眠, 待分类型

失眠的认识



区别入睡困难、睡眠维持困难、睡眠质量欠佳和白天过度睡眠症状。当一个患者对夜间睡眠质量和时间不满意，并有白天过度嗜睡时，嗜睡是最先主诉。失眠患者大多诉日间疲乏而不是失眠。

失眠的认识



每个人的睡眠需求存在个体差异，有些人只需睡，3-4个小时，而有些人则需要10-12 小时，大多数人每天睡眠在6-10小时之间。判断自我睡眠时间主要看次晨感觉。

失眠的认识



主观报告和客观的发现存在差异。因此不能单纯靠是否存在客观的睡眠潜伏期、睡眠效率、睡眠总的时间和睡眠结构的异常来决定是否有失眠。睡眠的主观感知障碍也应包括在失眠的诊断中。

失眠引起白天的后果



失眠对人的生活有严重的影响。最常表现为疲劳、困倦、认知功能降低、运动功能障碍，难于作出深思熟虑的决定，没有耐性等。多数人认为不良睡眠可导致容易犯错误。同时，睡眠的质和量与个人的心情直接相关。并增加躯体的主诉、影响生产效率等。

流行病学调查证实失眠与白天主观的嗜睡相关。斯坦福嗜睡量表和爱泼沃斯嗜睡量表是两个自评量表，用于评估白天嗜睡和困倦。

Epworth 白天嗜睡程度问卷



以下情况有无瞌睡的可能	从不	偶尔	有时	经常
1. 坐着阅读时	0	1	2	3
2. 坐着与人交谈时	0	1	2	3
3. 在公共场所坐着时（如在剧院或开会）	0	1	2	3
4. 午餐后安静坐下时（未饮酒）	0	1	2	3
5. 下午静卧休息时	0	1	2	3
6. 搭乘交通工具持续一小时以上时	0	1	2	3
7. 驾车等信号灯时	0	1	2	3
8. 看电视时	0	1	2	3

评分：



多次睡眠潜伏期试验(MSLT)、清醒维持试验(MWT)，MSLT是最可靠的应用于评估EDS的工具，前夜可先进行整夜PSG监测，次日晨行MSLT。此外还有睡眠紊乱问卷、睡眠日记来对患者的睡眠情况进行评估。

一、失眠的定义



失眠:是泛指因各种原因导致睡眠时间和(或)睡眠质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验。

临床常见的失眠形式



1. 入睡困难：入睡时间超过30分钟；
2. 睡眠维持障碍：夜间觉醒次数 ≥ 2 次或凌晨早醒
3. 睡眠质量下降：睡眠浅、多梦；
4. 总睡眠时间缩短：通常少于6小时；
5. 日间残留效应：次日感到头昏、精神不振、嗜睡、乏力等。

失眠的分类及老年人睡眠特点



1. 急性失眠：病程小于**4**周；
2. 亚急性失眠：病程大于**4**周，小于**6**个月；
3. 慢性失眠：病程大于**6**个月；

老年人睡眠特点：老年人睡眠趋于变短，**5—7**小时，夜间睡眠时间缩短，睡眠不连贯增加，夜间觉醒次数和时间增加，睡眠变浅，慢，慢波睡眠减少。与老年人睡眠关系比较大的是各种躯体疾病和精神障碍。

正常基本睡眠周期



	睡眠阶段	主要特征
NREM睡眠	N 1期（思睡期）	从 α 波解体到出现顶尖波
	R 2期（浅睡期）	出现纺锤波、顶尖波、K复合波
	E 3期（中度睡眠期）	2Hz以下、波幅在75 μ V以上的慢波占记录页20%~50%，K复合波、一些纺锤波
	M 4期（深睡期）	2Hz以下、波幅在75 μ V以上的慢波占记录页50%以上，一些K复合波
	REM睡眠	EEG与1期睡眠相似：出现快速眼

正常基本睡眠周期



	睡眠阶段	主要特征
N R E M 睡眠	1期（思睡期）	从 α 波解体到出现顶尖波
	2期（浅睡期）	出现纺锤波、顶尖波、K复合波
	3期（中度睡眠期）	2Hz以下、波幅在75 μ V以上的慢波占记录页20%~50%，K复合波、一些纺锤波
	4期（深睡期）	2Hz以下、波幅在75 μ V以上的慢波占记录页50%以上，一些K复合波
REM睡眠		EEG与1期睡眠相似：出现快速眼



正常睡眠周期分**5**个阶段

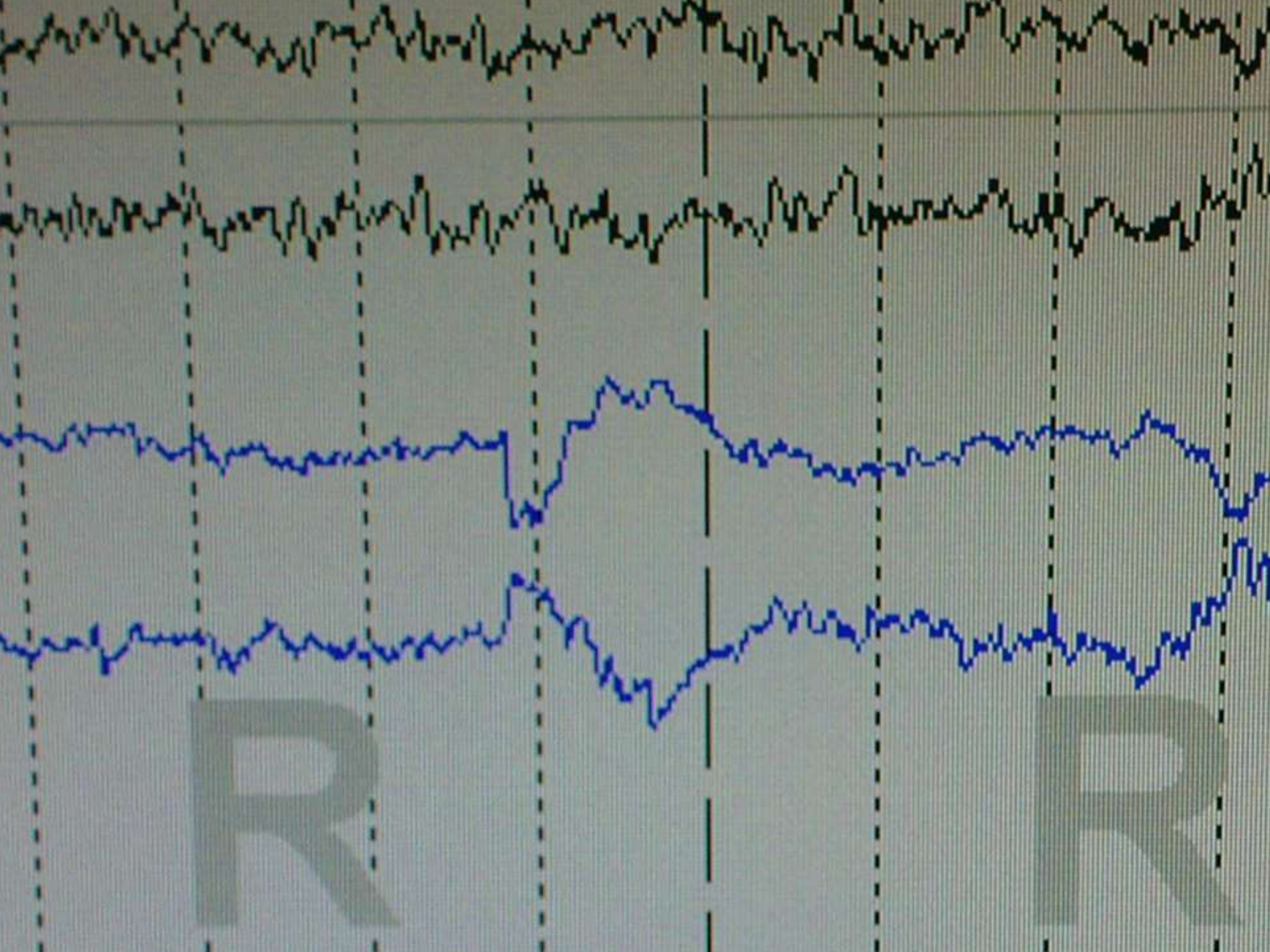
– 非快动眼睡眠(**NREM**)(或称慢波睡眠)

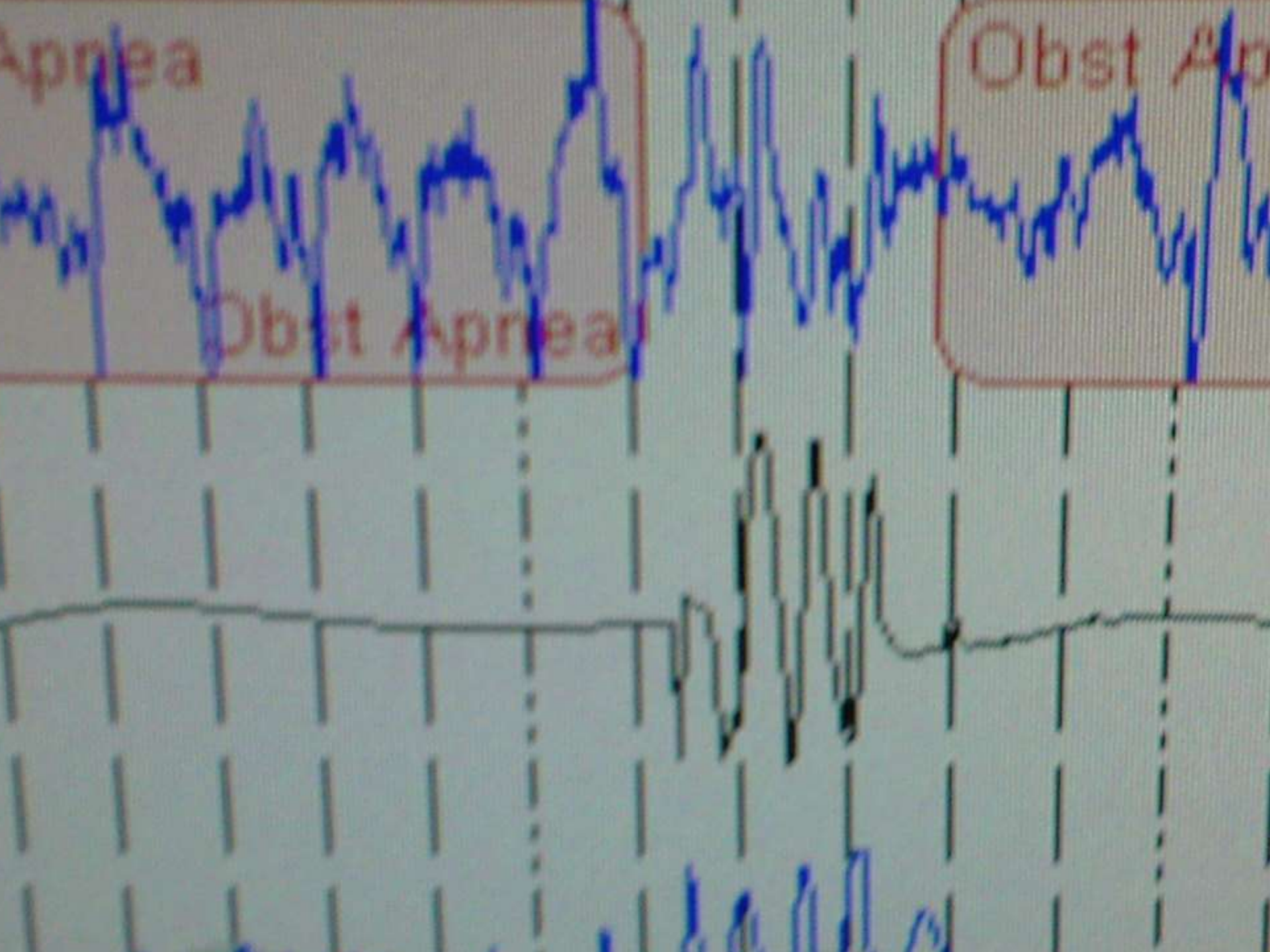
- 浅睡眠, **1-2**期睡眠
- 深睡眠, **3-4**期睡眠

– 快动眼睡眠(**REM**)(或称快波睡眠)

每个周期**90-110**分钟

每晚有**4-5**个周期





老年失眠的常见原因



1. 年龄因素：老年人由于主控睡眠的松果体素分泌减少，对睡眠的调节能力减弱，入睡时间延长，深睡眠时间减少；
2. 心理压力：如应激、被迫退休、与社会隔离、参加社区活动少等；
3. 患躯体疾病：如神经变性疾病（帕金森病，痴呆）、不宁腿综合征、心血管疾病、呼吸系统疾病和各种疼痛等；

老年失眠的常见原因



4. 患精神心理疾病：如反应性精神病、精神分裂症和抑郁症等；
5. 药物滥用：如滥用中枢神经兴奋剂和治疗胃肠疾病的药物等；拟交感神经药、类固醇、甲状腺素、精神安定剂、某些抗抑郁药物、B-受体阻滞剂和甲基多巴。
6. 睡眠卫生不良：如睡前看电视、喝浓茶、喝咖啡、饮酒等造成生活不规律，影响入睡；
7. 环境影响：如气候变化、睡眠场所的变更、温度和湿度的不适等



- 有无睡眠障碍史、是否存在其他形式的睡眠障碍，阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)，不宁腿综合征，夜间周期性肢体运动等。是否存在躯体疾患，如：慢性疼痛、胃食管反流、慢性肺部疾病、夜间心绞痛。

失眠的评估---睡眠史



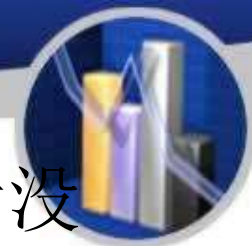
- 1、首先是失眠主诉的性质。要了解患者是入眠困难？
还是时眠时醒？或是早醒，或醒后感觉到清新？
是否有白天功能损害？
- 2、睡眠—觉醒周期。这包括了解患者24小时小时睡眠和觉醒的具体时间。患者白天午睡或打盹的频率和持续时间。

失眠的评估——睡眠史



- 3、失眠的严重程度。睡眠潜伏期、夜间醒来次数和持续时间，总的睡眠时间、患者每周经历晚上睡眠紊乱的天数是两个失眠严重程度指数。
- 4、估计睡眠紊乱对白天功能和生活质量的影响是一个评估失眠有重要临床意义的指标。
- 5、失眠的病程。失眠经常是慢性的。

失眠的评估---睡眠史



长期追踪研究发现30-80%的中到重度失眠者没有随时间而缓。短期的失眠被定义为短暂的对应激事件反应所导致的失眠。

大多患者失眠的急性期并未得到诊断和治疗。失眠持续时间是区别应激性失眠和慢性失眠的重要因素。

失眠的评估---睡眠史



早期起病意味预后欠佳。突起的失眠意味着有触发因素的存在。最常见的触发因素是各种生活事件。

睡眠是否缓解过也很重要。失眠复发可能有心里或医学问题存在，如睡眠紊乱在春季严重，可能与过敏有关，季节性情感障碍可能出现睡眠模式的季节性周期变化。

失眠的自我评估



- 睡眠日记：为了确定患者是否真的存在睡眠不足，可以通过患者自己连续2周记录睡眠日记，即详细记录昨晚上床时间、入睡时间、今早起床时间、夜间起床次数、今早起床后的感觉（精神恢复、某种程度上的精神恢复、疲劳）、昨晚总睡眠时间、影响睡眠的环境因素、心理因素及躯体因素等，了解失眠原因，以便于采取适当的、有针对性的措施。有时患者通过检查或分析自己的睡眠日记，会发现自己为之所焦虑的所谓睡眠不良其实并不存在，从而“失眠”及其导致焦虑现象能够自发解决。
- 睡眠日记作为一个最实用、最经济和应用广泛的评估睡眠的方法，可以让患者在一个较长时间里追踪睡眠模式，比单一的方法（如多导睡眠图）来评估睡眠模式更能准确地反映患者的睡眠情况。

失眠的自我评估



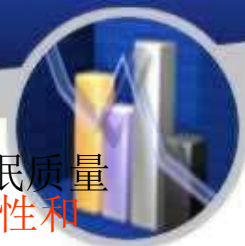
睡眠观察：睡眠观察则是由医护人员或家人观察受试者的睡眠状态；也可以用视频记录的方式来对病人进行观察。

失眠的自我评估



- 睡眠问卷主要是用于全面评估睡眠质量、某些睡眠特征和行为、以及与睡眠相关的症状和态度。目前较常使用的问卷有：匹茨堡睡眠质量指数量表、睡眠卫生习惯量表等。这些问卷已证明有较好的信度。许多研究证实这些问卷的结果与多导睡眠图的诊断结果显著相关。

匹斯堡睡眠质量指数量表(PSQI) :



适用于睡眠障碍患者、精神障碍患者的睡眠质量评价、疗效观察、一般人群睡眠质量的调查研究，以及睡眠质量与心身健康相关性研究的评定工具，有助于鉴别暂时性和持续性的睡眠障碍。

指导语：下面一些问题是关于您最近1个月的睡眠情况，请选择填写最符合您近1个月实际情况的答案。请回答下列问题：

1. 近1个月，晚上上床睡觉通常——点钟。
2. 近1个月，从上床到入睡通常需要——分钟。
3. 近1个月，通常早上——点起床
4. 近1个月，每夜通常实际睡眠——小时(不等于卧床时间)。

对下列问题请选择1个最适合您的答案：

5. 近1个月，因下列情况影响睡眠而烦恼：

- | | | | | |
|--------------------|-------|-----------|------------|------------|
| a. 入睡困难(30分钟内不能入睡) | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| b. 夜间易醒或早醒 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| c. 夜间去厕所 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| d. 呼吸不畅 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| e. 咳嗽或鼾声高 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| f. 感觉冷 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| g. 感觉热 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| h. 做恶梦 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| i. 疼痛不适 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |
| j. 其它影响睡眠的事情 | (1) 无 | (2) <1次/周 | (3) 1-2次/周 | (4) ≥ 3次/周 |



如有下列问题，请说明：

6. 近1个月，总的来说，您认为自己的睡眠质量

(1)很好 (2)较好 (3)较差 (4)很差

7. 近1个月，您用药物催眠的情况

(1)无 (2) <1次/周 (3) 1-2次/周 (4) $\geq$ 3次/周

8. 近1个月，您常感到困倦，难以保持清醒状态吗？

(1)无 (2) <1次/周 (3) 1-2次/周 (4) $\geq$ 3次/周

9. 近1个月，您做事精力不足吗？

(1)没有 (2) 偶尔有 (3) 有时有 (4) 经常有

10. 近一个月有无下列情况（请询问同寝室的人）

a. 高声打鼾

(1)无 (2) <1次/周 (3) 1-2次/周 (4) $\geq$ 3次/周



b. 睡眠中较长时间的呼吸暂停

(1) 无 (2) <1次/周 (3) 1-2次/周 (4) $\geq$ 3次/周

c. 睡眠中腿部抽动或痉挛

(1) 无 (2) <1次/周 (3) 1-2次/周 (4) $\geq$ 3次/周

d. 睡眠中出现不能辨认方向或意识模糊的情况

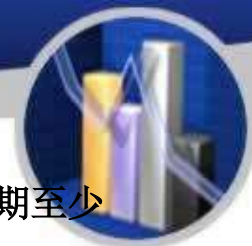
(1) 无 (2) <1次/周 (3) 1-2次/周 (4) $\geq$ 3次/周

e. 睡眠中存在其他影响睡眠的特殊情况

(1) 无 (2) <1次/周 (3) 1-2次/周 (4) $\geq$ 3次/周

使用和统计方法：PSQI用于评定被试最近1个月的睡眠质量. 由19个自评和5个他评条目构成，其中18个条目组成7个成份，每个成份按0~3等级计分，累积各成份得分为PSQI总分，总分范围为0~21，**得分越高，表示睡眠质量越差**。被试者完成试问需要5~10分。

阿森斯失眠量表：



用于记录您对遇到过的睡眠障碍的自我评估，对于以下列出的问题，如果在一个月內每星期至少发生3次在您身上，就请您在相应的自我评估结果项目上打√。（以下问题如果一周出现3次，就需要进行评测）

1、入睡时间（关灯后到睡着的时间）

- a: 没问题；
- b: 轻微延迟；
- c: 显著延迟；
- d: 延迟严重或没有睡觉。

2、夜间苏醒

- a: 没问题；
- b: 轻微影响；
- c: 显著影响；
- d: 严重影响或没有睡觉。



3、比期望的时间早醒

- a: 没问题;
- b: 轻微提早;
- c: 显著提早;
- d: 严重提早或没有睡觉

4、总睡眠时间

- a: 足够;
- b: 轻微不足;
- c: 显著不足;
- d: 严重不足或没有睡觉。

5、总睡眠质量（无论睡多长）

- a: 满意;
- b: 轻微不满;
- c: 显著不满;
- d: 严重不满或没有睡觉。



6、白天情绪

- a:** 正常;
- b:** 轻微低落;
- c:** 显著低落;
- d:** 严重低落。

7、白天身体功能（体力或精神：如记忆力、认知力和注意力等）

- a:** 足够;
- b:** 轻微影响;
- c:** 显著影响;
- d:** 严重影响。

8、白天思睡

- a:** 无思睡;
- b:** 轻微思睡;
- c:** 显著思睡;
- d:** 严重思睡。



如果总分小于4：无睡眠障碍；如果总分在4—6：可疑失眠；如果总分在6分以上：失眠。总分范围0—24分，得分越高，表示睡眠质量越差。

睡眠卫生习惯量表：是一项有关**白天行为对睡眠影响情况的调查**，主要是了解患者对这些白天行为对睡眠质量影响的意见。

失眠的医学评估



体动记录仪 (Actigraphy)：通常戴在手腕、踝部或躯干以记录身体运动的情况，记录的数据可以送回睡眠诊断室通过计算机软件进行处理。

多导睡眠图PSG (polysomnography)：这是目前最详细准确的测试方式，包括心电图、脑电图、眼电图、肌电图、腿动、体位....

目前PSG主要用于睡眠相关呼吸障碍、发作性睡病、周期性肢体运动障碍的诊断。



躯体疾病可引起失眠，失眠患者容易出现高血压、心脑血管疾病，失眠患者醒后疲劳、日间过度倦睡，肌痉挛，慢性疲劳综合征，针对性进行一些特殊检查来对躯体疾病进行评估，如空腹血糖、体内药物(定性、定量)检测、脑脊液、异常代谢产物测量、心电图、基础代谢率。

精神心理评估



要了解有无焦虑、抑郁、心理障碍，以上疾病可引起失眠或以失眠为首发症状。长期的慢性失眠也会导致焦虑、抑郁等心理障碍，慢性失眠存在心理障碍的占70%—80%。

焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)能够比较准确地反映有焦虑倾向病人的主观感受，可以反映受试者的焦虑程度。标准总分为50分，正常上限的总分为40分。 抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)能够有效地反映抑郁状态的有关症状及其严重程度与变化，特别适用于综合性医院门诊。



症状自评量表(**SCL-90**): 有**90**个评定项目, 每个项目分五级评分, 包含了比较广泛的精神病症状学内容, 从感觉、情感、思维、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食等均有涉及, 能准确刻划被试的自觉症状, 能较好地反映被试的问题及其严重程度和变化, 是当前研究神经症及综合性医院住院病人或心理咨询门诊中应用最多的一种自评量表。在计算总分时, 应将所得分减去**90**。本表除自评外, 也可以作为医生评定病人症状的一种方法。



焦虑自评量表（Self-Rating Anxiety Scale, SAS）能够比较准确地反映有焦虑倾向病人的主观感受，可以反映受试者的焦虑程度。标准总分为50分，正常上限的总分为40分。

抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)能够有效地反映抑郁状态的有关症状及其严重程度与变化，特别适用于综合性医院门诊，作为临床初步筛选的工具以便形成初步的定性分析。



睡眠障碍病人生活和工作质量可下降。例如司机，白天经常嗜睡能够引起交通事故；精密仪器的操作者，可引起操作失误。



睡眠质量还会受到睡眠环境的直接影响，良好的周围环境可以提高人体的舒适感，进而提高睡眠的质量。如：拆迁，行车过多，出差异地环境不适应等，就会影响病人的睡眠质量。睡眠的自然环境应整洁、安静、舒适，包括光线幽暗、空气清新、通风良好和适宜的温度、湿度、寝具的舒适等。

睡眠质量不良的判断



睡眠少于**6**小时、睡眠潜伏期（躺到入睡）大于**30**分钟、夜里醒来超过**3**次、睡眠效率差（睡眠时间/卧床时间）、觉醒时间长、**REM**与深眠减少、睡眠醒来后影响第二天白天社会功能等，目前评估睡眠质量常使用的匹兹堡睡眠质量指数量表**PSQI**(Pittsburgh sleep quality index)及多导睡眠图**PSG**。

失眠的综合评估



慢性失眠的理论模型：SPielman将失眠分为预先因素、急性因素或持续因素。

慢性失眠大多情况是，几种因素同时作用于一个患者而发病。

老年失眠的干预



老年失眠的干预包括病因治疗、非药物治疗和药物治疗。

病因治疗：积极治疗引起失眠的原发病，包括慢性疲劳综合症、艾滋病、甲状腺功能亢进、高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病、肿瘤等躯体疾病；焦虑、抑郁等精神心理疾病和药物滥用等。

非药物治疗



是治疗原发疾病以外的首选方法。

(一) 认知行为治疗：

1. 限制患者卧床睡眠消耗的时间，适当活动至有足够睡意才上床入睡，直到睡眠改善；
2. 维持一致的觉醒时间；



3. 限制午间小睡时间在**30**分钟内；
4. 如不能入睡则起床，特别是感到紧张时；
5. 放松疗法：嘱患者深长的腹式呼吸，呼吸变慢，变深，逐渐使全身肌肉放松，致觉醒水平下降，诱使睡眠的发生，也可以练气和太极拳。



中医治疗：针灸、穴位注射、电磁治疗等以期恢复正常的“睡眠—觉醒”周期，改善失眠。

食疗：根据自己的喜好，把百合、莲子、山药、龙眼、大枣、酸枣仁等做成汤、粥等食。

失眠的药物治疗



（一）催眠药物治疗指征：

急性失眠应早期药物治疗；亚急性失眠应早期药物治疗联合认知-行为治疗；慢性失眠以迅速缓解症状为目的，应临时或间断用药8周后再次评估患者状况。对于确需长期治疗的失眠患者，提倡“按需用药”，即症状改善后间断和非连续性用药。

失眠的药物治疗



应注意用药剂量个体化，老年人用成人的**1 / 2—1 / 3**；同一种催眠药连续使用不易超过**4**周。
目前常用苯二氮卓类和非苯二氮卓类催眠药物。

失眠的药物治疗



苯二氮卓类：因其对老年人副作用明确，不推荐使用。分为长效、中效、短效三类：短效类药物有三唑仑、咪唑安定，对入睡困难者适用，半衰期为6小时，但产生耐药性较快；中效类药物有硝基安定片、替马西泮和艾司唑仑等；长效类药物有氯硝西泮、氟西泮、硝西泮等。建议使用苯二氮卓类的最低有效剂量，如长期服用，需要减量时，一定要逐渐减量，禁止突然停药。

失眠的药物治疗



非苯二氮卓类：是治疗失眠的首选药物，因其药物清除快，不良反应相对少，更适合老年人及入睡困难者。代表药物有佐吡坦(**Zolpidem**)、佐匹克隆(**Zopiclone**)、扎来普隆等

失眠的药物治疗



抗抑郁剂：有些抗抑郁剂由于有镇静作用,可以用来改善睡眠。如三唑酮、米氮平(**Mirtazepine**)等

抗精神病药物：主要用于重症精神障碍的睡眠紊乱治疗。

褪黑素替代疗法：因老年人松果体分泌褪黑素是减少的，褪黑素是助睡剂，毒副作用低，但长期服用可产生抑郁症状。

失眠的药物治疗



中草药疗法：目前一些治疗失眠的中成药多以补益心脾、解郁化痰、安神养心镇静为主。包括：百乐眠胶囊、甘麦大枣汤合半夏汤加减、酸枣仁制剂、黄寿人先生的三子养心汤、人参成分是天然抗失眠药物等。

谢谢!

