

失眠

失眠一词，可见于临床多科病患的主观描述，患者在与自身过去和周边人群的对比中，对目前存在的睡眠不满意均可能使用该词汇。对于临床医学而言，失眠可能是一种症状描述，更可能是一种独立发生的病症或共患障碍的临床综合征。长期失眠会对正常生活和工作产生负面影响，甚至会导致恶性意外事故的发生。



失眠是临床最常见的睡眠障碍类型。虽然睡眠障碍患病率较高，但因失眠问题发生就诊行为的患者只有 5 % 左右。就诊的患者中，大约有 30 % 的失眠患者存在抑郁症状，精神疾病导致的睡眠障碍约占 20 %，器质性疾病导致的睡眠障碍占 19 %，31 % 的患者为原发性睡眠障碍。其中，女性患者多于男性，多数女性患者可能与月经及更年期有关。

由于民众对失眠存在广泛错误认知，导致大量患者失眠症状持续，原发病和继发病恶化，且就诊率低、复发率高、治疗依从性差的问题始终存在，日益成为临床的一个重要问题。

■ 身边的事

案例 1

患者，女，28 岁，10 年前因高考前学业紧张而出现睡眠困难，表现为没有睡意、即使入睡后自我感觉很轻浅，能听见室内的各种响动，多梦易醒，早晨起床后十分困倦，没有神清气爽的感觉，但因很多同学也都有类似症状，并没有过于注意和担心。高考结束后，由于考上了理想学校，心情愉快后夜间睡眠明显好转，且白天困倦乏力等也消失。大学期间在考前等时期会间歇性出现睡眠质量下降和睡眠不满意的情况，但总体状况尚可。而走上工作岗位后，由于从事设计专业，面对客户的挑剔和领导的严格管理，以及长时间的加班和赶工，情绪逐渐变得紧张烦躁，睡觉前经常回忆当天工作和构思明天的安排，遂又开始出现失眠症状，大约每周有一两晚都会出现虽有倦意但久久不能入睡、思绪纷纭、甚至出现噩梦频繁、不时惊醒等症状，白天工作经常会无法连续思考和各种烦躁。在同事的建议下曾自行服用逍遥丸、安神

补脑液等，症状时轻时重。

2周前因出差在外，与客户反复修改设计稿后失眠症状明显加重，夜间入睡困难，需在卧床后2~3小时后才可入睡，夜间梦多，反复惊醒，醒后无法再入睡，日间出现头晕、乏力倦怠、食欲减退等一系列症状，从外地返回后各种不适仍持续不减，并出现情绪焦虑、夜间入睡前恐惧紧张感和胸闷心慌等。

患者在医院神经科就诊，心电图、脑CT等检查无异常，诊断为失眠症。给予舒乐安定（艾司唑仑），每晚2片，睡前服用，1周后患者复诊，诉可在上床后半小时左右入睡，但仍多梦，晨起头晕明显、白天仍乏力倦怠，情绪较前有好转。

患者听同事说安眠药有严重的副作用，会有成瘾性，坚持要求停用舒乐安定并改为中药治疗，接诊医师遂给予2种安神助眠中成药，嘱其可食用红枣、莲子、小米等；2周后患者复诊，诉失眠症状加重，反复出现入睡困难、夜间多次觉醒，伴有消瘦、情绪低落烦躁，思维能力下降，记忆力也开始减退。

问题

该患者的正确诊断是什么？

原发性失眠症在中外临床诊断标准中有较为明确的发作症状描述和发作时限标准，通常符合入睡困难（入睡时间超过30分钟）、夜间易醒，再入睡时间超过30分钟，晨间早醒超过60分钟以上，上述症状单独和联合发生；其他躯体不适症状均继发于失眠，且持续超过1个月以上的患者皆可诊断为原发性失眠症。

该患者失眠症状表现符合上述诊断标准，但由于是间歇发作且本次发病时间少于1个月，以诊断亚临床失眠更为合适。

该患者的用药有何问题？

舒乐安定是苯二氮草类安眠药物中常用的一种，也是目前临床证据最多、使用最广泛的治疗失眠的药物。

舒乐安定可能会产生晨间效应或宿醉现象，即服药后第二天早晨仍觉

头晕、乏力倦怠等，从未使用过安眠药物的患者不作为首选用药。

苯二氮䓬类药物应遵循按小剂量间断给药的原则。该患者起始剂量稍大，在骤然停药后很容易引起症状反跳，可以给予半片到一片的起始剂量，在症状稳定后也应缓慢减量。另外，对于大于 65 岁的老年人，苯二氮䓬类药物应更谨慎地权衡用药利弊，剂量的选择也应更为保守。

中药是否适合治疗该种失眠？

中药饮片和中成药也是目前临床失眠治疗使用较为广泛的药物，可用于症状缓解和减轻日间乏力嗜睡等症状。目前有部分单味中药和复方中药上市。

中医学将失眠分为肝气郁结型、心肝火旺型、心脾不足型、心肾不交型等多个证型，该患者目前可辨证为心脾不足兼心火偏盛，可使用配方中药饮片予以治疗，药物组成为黄芪、党参、茯神、灵芝、黄连、肉桂、莲子心、酸枣仁、远志等。部分花类药物，如绿梅花、月季花、玫瑰花、玳玳花、白菊花等亦可采用泡饮的方法日常使用。

需要指出的是，由于中药安神药物的作用机制仍在探索和实验中，临床证据的丰富程度不够，部分中成药的作用描述亦较为笼统宽泛，有时在失眠强化治疗期内单独使用中药或中成药的疗效不稳定，所以更建议在失眠早期和亚临床失眠中使用中药，在病程较长、症状较重和伴有较多躯体症状时，中西医结合治疗仍是首选。

该患者应该如何治疗？

失眠的主观描述症状较多，患者对失眠的痛苦体验不尽相同，尽快缓解临床症状、恢复自然睡眠应是最重要的治疗目的。但由于失眠发病原因的多样性和心理耐受能力的不同，以单纯药物治疗或其他单项治疗缓解病情的想法是不切实际的。所以，以综合方法干预失眠患者更为有效和有利。

通过改善认知和行为矫正，使其意识到偶发的失眠症状是人体对抗压力和紧张的生理反应，环境改变、重大事件刺激等原因均可发生短暂失眠，其危害在于失眠引起的紧张焦虑而不是失眠本身。同时，不良的睡眠习惯如夜

间过度思考记忆、长时间运动、无睡意卧床、卧床阅读、长时间午睡、过分相信某些未实证的促眠方法（如某些食物）等，均会导致和加重失眠，在整个治疗期都应贯穿认知宣传和行为矫正，并使之成为患者的正常生活习惯，是治疗取得成功的关键点。

虽然该患者属于亚临床失眠，但由于需要维持正常工作和保持稳定情绪，积极的药物治疗是必要的。可选用右佐匹克隆、酒石酸唑吡坦等药物以缩短入睡时间、小剂量氯硝西泮延长睡眠时间和抗焦虑，并可辅助中药如乌灵胶囊、百乐眠胶囊等安神助眠，通常在 7~10 天可以达到较满意疗效；在保持良好生活习惯的同时，在 4~6 周内逐步减药和停药，达到完全自然睡眠或最低维持剂量药物的半自然睡眠状态。

📍 哪类人群易发生失眠？

（1）性格趋于内向保守、懦弱、行事消极、遭遇较多挫折和心理承受能力较差的人群可多发失眠。

（2）性格争强好胜的偏执强迫型人格也常多发焦虑失眠。

（3）有抑郁焦虑家族史的人群可能因脑内递质水平的异常，在小事件刺激下亦可诱发失眠。

（4）长期因工作、生活或旅行所致昼夜倒错可发生睡眠时相紊乱而诱发失眠。

（5）灾难、战争等重大事件刺激下，多数人都会发生应激性障碍所致的短期失眠。

专家提示

对于原发性失眠症的临床诊断，我们建议使用相关诊断标准基础上修订的 2012 年专家共识：

失眠症是在具备充分的睡眠机会和环境的前提下，发生的以失眠为主的睡眠质量不满意状况，其他症状均继发于失眠，包括难以入睡、睡眠不深、多梦、醒后不易再睡、早醒或自觉睡眠不足等。可引起失眠者痛苦和焦虑、抑郁和恐惧心理，导致精神活动效率下降，妨碍躯体、心理和社会功能。

A. 症状标准：几乎以失眠为唯一初始症状，包括难以入睡、睡眠不深、多梦、醒后不易再睡、早醒或自觉睡眠不足，以及醒后疲劳感、日间思睡等；具有失眠和极度关注失眠结果的优势观念；主观性失眠的睡眠多导分析（PSG）检查无明显异常。

B. 严重标准：对睡眠数量、质量的不满引起明显的痛苦和社会功能受损。

C. 病程标准：每周至少发生3次，至少持续1个月。

D. 排除标准：排除躯体性疾病和精神障碍所致的继发性失眠。

各症状组分中，以入睡困难超过30分钟、夜间易醒，再入睡时间超过30分钟、晨间早醒较以前超过60分钟以上等可判定为异常。

诊断原发性失眠症需满足以上A~D条目的所有标准。部分病例除病程少于1个月外均符合诊断条件时，可诊断为失眠亚临床状态。

案例2

患者，女，58岁，3年前因操心房屋拆迁和子女工作起病，烦躁焦虑，夜间入睡困难或虽彻夜不眠但白天仍精力旺盛，曾就诊于失眠专科，诊断为焦虑性失眠和适应性障碍，先后服用佐匹克隆、酒石酸唑吡坦片等药物共2周，失眠症状减轻，但听信邻居所言，担心需要终身服用安眠药，遂自行停药；后又反复出现入睡困难、睡意缺失、烦躁不安、白天情绪低落、思睡等。

在收看某“养生教授”的节目后，每晚进行快走或舞蹈2小时、泡脚1小时、默念、肢体捶打等，并每天食用“助眠食物”莲子、红枣、小米、牛奶、猪心、鸭血等，几天后睡眠改善，患者便深信不疑，每天坚持“食物疗法”和“自然疗法”，并向旁人竭力推荐，但随后症状持续进展。

就诊时患者睡眠障碍明显，每周约三四晚彻夜不眠、伴烦躁焦虑紧张，反复自述病情已无药可医，拒绝药物治疗，经门诊医师和家人规劝进一步检查收治入院，住院诊断重度失眠伴焦虑障碍和轻度强迫障碍，期间多次与患者和家人交流沟通，医患关系不断改善，患者后得知原来崇拜的“大师”只是哗众渔利之人后，开始配合医院治疗，先后按不良认知矫正、抗焦虑治疗

和抗失眠治疗 2 周后，症状明显缓解，随着家庭问题的满意解决，患者的心病得以消除，后经 12 个月的维持治疗和门诊随访，患者症状控制，睡眠障碍和情绪障碍未再复发。

住院期间患者汉密顿焦虑量表（HAMA）提示中重度焦虑，汉密顿抑郁量表（HAMD）提示轻中度抑郁，匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）得分 16 分，提示明显睡眠障碍。住院和后续门诊期间先后服用丁螺环酮、帕罗西汀、右佐匹克隆、米氮平和水煎中药及部分中成药等。

问题

如何正确看待“养生疗法”和“食物疗法”对失眠的作用？

（1）由于失眠广泛存在，社会上充斥着形形色色的“养生疗法”、“食物疗法”，被很多患者奉为宝典并遵照执行。这些方法通常出自非专业人员，夸大偶发失眠问题的危害、妖魔化抗失眠药物、夸大养生方法的作用，然后介绍某种看似简单方便的方法，并宣称疗效神奇，大量失眠患者深信不疑。这些方法的盛行，严重干扰失眠患者和失眠亚临床患者的认知，使其本来就不完全正确的认知更加混乱。

（2）特别是对睡前行为的所谓养生方法，更是促成患者失眠症状加重的重要原因。如多数患者会进行诸如“助眠操”、热水浴、泡足等活动，实际上此类以肢体活动、捶打肢体、穴位按摩和高温刺激为主的方法会显著提高失眠者大脑皮质兴奋性，使入睡困难加重、睡眠深度更浅。部分患者甚至形成某种刻板的睡前仪式，如按照某个程序进行多项活动，一旦没有条件完成或自觉失效时，患者的紧张焦虑情绪会更明显加重，从而使失眠发展更严重，迫使患者继续寻找其他所谓养生方法。更夸张的是，有的方法甚至错误指导患者要进行夜间运动、日间补睡、长时间午睡等明显违反睡眠规律和干扰睡眠结构的活动。

（3）对于“食物疗法”而言，目前更是处于混乱不堪的失控局面，神奇观点层出不穷，多种食物被赋予治疗失眠的神奇“疗效”，各种单一食物和食谱被冠以“功效”之名，甚至出现诱导患者睡前饮酒、服用药酒等反常活动；利用中药部分药食两用植物，如果实类、种子类食物，夸大作用，使患者产

生食用后能有明显疗效的错误认知；诱导患者相信“药补不如食补”的观念，导致失眠患者拒绝药物治疗和其他规范治疗方式，使得症状加重并出现其他躯体心理症状。

（4）观察上述错误方法，基本上是简单套用中医药学术语和名词，对方法和食物进行臆想性揣测和附会，如捶打手少阴心经的循行部位可以“养心安神”、按摩三阴交可以“助眠安睡”等，无论是传统中医方法，还是现代中医实践都无法证明其有效性。同样，对于某些药食两用药物，如枣类、蜂蜜、莲子、百合等，在失眠中药处方中亦常属于辅助用药地位，仅仅是单用或不经组方使用的功效极为微弱；至于食用动物心脏、脑、血液等方法，更早已被证明纯属无稽之谈。

如何建立科学基础上的睡眠养生观？

正是由于泛滥的错误睡眠观，使得建立在科学基础上的、行之有效的睡眠养生观和饮食观反而被患者和医生忽视，在摒弃不良认知的同时，宣传和推广正确的观点才是根本的解决之道。这些观点和方法如下所述。

（1）睡眠是一种自我行为，无须和旁人进行比较；即使是个体睡眠，在不同年龄和生理期，睡眠发生短期波动亦属正常；期望每晚都有满意的“婴儿睡眠”是不切实际的想法。

（2）睡眠对人体缓解疲劳和加快损伤修复很重要，但偶发的失眠（如1个月内一两次睡眠困难）也无须关注，要相信自体的调节能力。

（3）有睡意才去睡眠。养成尽量在夜间睡眠、减少午睡时间的习惯；避免无睡意卧床及卧床阅读、思考、观看和交谈等。

（4）先睡心，再睡眠。去除和减少夜间运动、长时间夜班、交际娱乐和高温泡浴，以从身体和心理上降低皮质兴奋性。

（5）晚餐不饮酒、不饱食、不饥饿，以减少胃肠道负担对大脑皮质兴奋性的影响。

（6）对睡前助眠活动和行为不必关注和在意，可以尝试数次，但不要抱有期望，如无效则不必反复尝试。

（7）保持白天的兴奋性，任何你想尝试的提高兴奋性的方法都可以尝试，

健行、购物、喝咖啡或茶等都是有效的方法。

(8) 正确的药物治疗对患者有充分疗效而不是相反。药品不是毒品，不需要反复猜疑，以放松的心理状态面对服药，才会有满意疗效。

案例 3

患者，男，29岁，3年前因婚姻失败出现情绪低落、沉默少言、夜间入睡困难、易醒、再入睡困难等，症状出现后因难以继续工作被单位辞退，待业期间从不迈出家门，经常出现呆滞、喃喃自语，其父母多次劝慰，但仍无改善，后出现间歇性暴躁发作、易怒，曾先后发生割腕等自伤行为2次，在当地医院诊断为“抑郁症，双向障碍”等，先后给予抗抑郁治疗，情绪逐步好转，未再发生自伤和躁狂等行为。

半年后患者自行停药后症状复发，曾经试图以酗酒改善睡眠，并服用褪黑素等，家人曾多次为他安排心理治疗，但失眠症状仍持续和加重，多次出现自杀念头，就诊时患者情绪消沉，心境恶劣，自我评价显著降低，夜间易醒多次，需持续1~2小时可再次入睡，或出现整夜无睡意，白天嗜睡，困倦乏力明显，消瘦，纳差，上腹部饱胀感；曾服用氯硝西泮等药物，但晨起头晕、行走不稳等较明显。

患者要求正规治疗和饮食指导，经睡眠多导分析(PSG)检查提示，REM睡眠潜伏期缩短、REM密度增加及1期睡眠增加等，给予度洛西汀晨间服用，夜间睡前服用米氮平半片、右佐匹克隆1片和氯硝西泮半片，2周后患者情绪进一步改善、夜间睡眠明显好转，之后患者维持抗抑郁治疗、逐步减量抗失眠药物，随访1年均较为稳定，后患者再婚，夫妻关系良好，症状未再复发。

问题

为何存在共病障碍时，单用抗失眠药物疗效不佳？

失眠既可独立发作为失眠症，亦是多种临床疾病的共发症状，如肿瘤、高血压、甲状腺功能亢进等，但最常见的是抑郁焦虑障碍所致。对于抑郁焦

虑障碍并发的失眠，需要同时进行抗抑郁焦虑的药物治疗，通常可以日间给予抗抑郁为主的药物，夜间给予抗焦虑药物联合助眠药物，可在 1~2 周内缓解临床失眠症状、在 3~4 周内缓解抑郁焦虑障碍。对于其他共病障碍，原发病的强化治疗也十分必要，需要在调整和强化原发病治疗的基础上，给予抗失眠治疗才会有更好的疗效。

如何鉴别原发性失眠症和继发性失眠症？

鉴别原发性失眠症和继发性失眠症对治疗方式的选择、预后转归和疗效判断有重要意义，鉴别重点主要如下。

（1）从发病原因鉴别 原发性失眠症的发病原因通常与情绪刺激和波动关系不显著，而与异地睡眠（出差、旅游等）、环境干扰（噪音、光线等）、时差倒错（洲际飞行、夜班等）等因素关系较为密切；继发性失眠通常有较为强烈的或超出个人心理承受力的事件刺激，如失恋、失业、自体创伤、亲人伤亡、重大灾难、重要考试、惊吓、药物等，可在一系列情绪异常基础上，导致失眠的发生。

（2）从发病先后鉴别 原发性失眠以失眠为唯一和首发症状，其他症状均继发于失眠；而继发性失眠的失眠症状相对于其他情绪异常，则往往发作在后。

（3）当患者病程较长时，失眠和其他症状互相交织影响，可形成多个心身躯体症状，对于治疗而言，无论是原发性亦或是继发性都无明显差异，都需要协同治疗才能取效。

如何客观测量和评价失眠？

传统的失眠诊断，通常是通过医患交谈进行，虽然可以获得如入睡时间、总睡眠时间等信息，但对其他主观症状，如多梦、日间痛苦等，往往依赖于患者叙述，缺乏客观指标，当患者无意夸大症状时，会导致诊断失误。

失眠和可能伴有的抑郁焦虑等可通过专业手段进行评估和评价，量表是用于失眠诊断和疗效评价的常用工具，与睡眠评价有关的常用症状量表有匹兹堡睡眠质量指数量表、睡眠个人信念和态度量表、睡眠损伤量表、临床疗

效总评量表、汉密顿抑郁量表、汉密顿焦虑量表和治疗不良反应量表等。如评价较为全面的匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）由 19 个自评项目和 5 个他评项目组成，总分范围为 0~21 分，得分越高，睡眠质量越差，该量表可了解患者近 1 个月来的总体睡眠质量、睡眠潜伏期、睡眠持续时间、睡眠效率、服用情况和日间功能障碍等多个因素。

多导睡眠监测（PSG）是至今唯一可以客观地、科学地、量化地记录和分析睡眠的仪器，可以了解入睡潜伏期、觉醒次数和时间、两种睡眠时相和各期睡眠比例、醒起时间和睡眠总时间等，国际上均有统一量化标准。因此可以正确评估失眠真相。

专家提示

PSG 检查将睡眠分为快动眼睡眠（REM 睡眠，又称为快波睡眠）和非快动眼睡眠（NREM 睡眠，又称为慢波睡眠）。NREM 睡眠又分为 4 期，1 期为浅睡眠，2 期为中度睡眠，3~4 期属深度睡眠。通常入睡后先进入非快动眼睡眠，然后进入快动眼睡眠。1 个 NREM 睡眠和 1 个 REM 睡眠组成 1 个睡眠周期，每个睡眠周期历时约 90 分钟。

每晚的睡眠通常经历 4~6 个睡眠周期，在一整夜的睡眠中，REM 睡眠占 20%~25%，NREM 睡眠占 75%~80%。REM 睡眠时间和 3~4 期 NREM 睡眠决定了睡眠的质量。

你的误区

饮食误区

误区一 饮酒可以改善睡眠

曾经有一种广泛的错误认识，即睡前饮酒可以助眠。部分失眠人群有长

期饮酒以期改善睡眠的习惯。酒精引起的中枢兴奋作用使人群在逆境压力之下的低落情绪得到缓解，并可借此改善焦虑性失眠，但常常是饮酒的最初几周会有效果，当人体对酒精产生耐受后，其诱导睡眠作用便会迅速消退，患者通常以增加饮酒量来维持入睡效果，继而发生酒精依赖。

同时，夜间长期饮酒会使睡眠变浅、浅睡眠时间延长、醒转次数增多等，同时可有口干、烦躁等轻度脱水症状，使睡眠频繁中断。对于长期饮酒所致的酒精依赖性失眠患者，必须在矫正认知基础上减少和完全停止饮酒，并同时治疗失眠和焦虑。

误区二 “以脏养脏”可以改善睡眠

以脏养脏是传统中医的一个分支观点，古人限于当时的认知条件，曾认为人与动物的某些脏器相对应，从而在药物中加入动物器官以期获得疗效。同时，古人认为睡眠、情绪等改变属于“心”的病变，所以选择以猪心、牛心等入药。

之后近现代人意识到“人之灵性在脑而不在心”，便又有人附会提出食用猴脑、猪脑、鱼脑等。众所周知，动物食品主要为人类提供优质蛋白质和脂肪等营养物质，没有证据表明动物食品可以影响脑内递质水平以改善睡眠。同时，过量食用动物脏器存在血脂代谢的风险。所以，**平衡而节制的饮食方式更为失眠患者所需要。**

误区三 睡前喝热牛奶可以改善睡眠

热牛奶是很多所谓的“睡前食物”之一，从营养学角度分析，奶类中富含的钙可以促进色氨酸的转化，而后者有稳定情绪的作用；同时，温热感会使人产生舒适温暖的感觉进而身体得到放松。对睡眠基本正常且有睡前进食习惯的人群而言，不失为一种可行的选择。但目前尚没有确实的临床证据可以证明此方法对失眠患者有效。另外，部分伴有胃食管反流的失眠患者饮用奶类后可诱发食管灼热、烧心感。总体而言，睡前喝热牛奶对于失眠患者可以尝试，但不必抱有太大期望。



用药误区

误区一 褪黑素可以治疗失眠

褪黑素是脑内皮层分泌的一种内啡肽，有控制睡眠时相的作用。在国内作为保健食品上市，用于短暂睡眠-觉醒节律紊乱失眠的辅助治疗，如倒班作业、夜间光照作业、时差综合征、老年睡眠时相延迟和盲人、脑损害致失眠者等。作用缓和，部分患者可能短期有效，但长期使用后的潜在危险性目前未知。而对较长病程的或伴有情绪障碍的失眠无效，患者在试用褪黑素1个月仍未起效的，应及时停用以避免可能产生的潜在不良反应。

误区二 安眠药会成瘾，绝对不能服用

失眠患者对安眠药物的态度十分矛盾，一方面在妖魔化安眠药物的社会背景下，采取抵触抗拒的方式延迟治疗，或在服用后取得短期疗效后自行减量和停药；另一方面，患者由于慢性失眠的持续症状而不得不选择安眠药物时，始终处于恐惧不安的情绪中，严重影响了药物疗效。

安眠药物与降压药物、降糖药物、抗感染药物一样，都是在严格科学程序下研发的药品。当患者的病情需要长期服用以维持症状的稳定，和注射吸食毒品获得欣快感的成瘾是完全不同的。和其他药物一样，安眠药物在疗程结束后，完全可以正常减量和停用，患者能接受终身服用降压药或注射胰岛素，却不能接受服用安眠药物，是无知和缺乏科学素养的表现。

误区三 任何失眠都可以使用安定类药物

前文已述及，苯二氮草类（安定类）药物只是治疗失眠药物中的一类，能否被某一失眠患者使用取决于失眠症状的发生原因、轻重程度和药效反应等多方面因素，简单化的随意使用是不符合用药原则和临床实践要求的。同时，不同的药物在药物半衰期、疗效和侧重点也有所不同，有短效、中效和长效等之分，其中短效苯二氮草类半衰期小于10个小时，作用迅速而短暂，撤药后很容易产生反跳性失眠。中效苯二氮草类半衰期多在10~20小时，有明显

的抗焦虑作用，较大剂量时有残留反应，如晨起头晕、乏力等，常用的药物有羟基地西泮、氯羟地西泮、艾司唑仑及阿普唑仑等，此类是医生和患者最为熟悉的药物。而长效苯二氮草类药物半衰期多在 20~50 小时，其起效较慢，但疗效较强且疗效持续时间长，因此易有蓄积和残留反应等。

误区四 失眠是不分型的

失眠按临床症状可分为难睡型、易醒型和早醒型，分别对应入睡困难、睡眠频繁中断和晨间早醒，各种分型可单独或联合发生，在指导用药和进行认知行为治疗时，应针对患者不同的病症分型选择合适的方法和药物。在共病障碍中，难睡型失眠通常与焦虑紧张、强迫等关系密切，而易醒型和早醒型失眠则多与抑郁障碍有关。在睡眠多导分析技术（PSG）广泛使用后，针对脑电波的改变，人们还对失眠患者的不同睡眠结构予以分型，可以更细致、更完善地解释失眠产生和发展的机制。

误区五 失眠患者可以根据自身情况自行调整药物

由于患者对促眠类药物通常表现出明显抵触，可以表现为拒绝服用或拒绝足量足疗程服用、自我减药、自我停药等，会导致病情持续进展或反复，所以失眠患者即使在症状稳定时也不建议自行调整药物，必须严格遵循医嘱和服药疗程。部分长期服药且疗效长期稳定的患者可以尝试在医生指导下的小剂量调整，但前提是必须经过医生的训练并明确调整后可能出现的症状反跳，并具备可能仍需恢复原服用剂量的心理预期。

误区六 失眠患者直接使用安眠药，无须做检查

失眠症可能需要进行血压、体温、生化指标和脑部的测量和检查，以及与失眠和情绪评价有关的量表和睡眠多导分析等，明确对失眠症本身的诊断、治疗用药和预后，判断失眠为原发性或继发性，如存在其他疾病或失眠是由其他疾病引发，应同时积极治疗原发病。同时，部分亚临床失眠患者，通过认知和行为治疗即可取效，药物治疗通常不是首选。

科学饮食指导

(1) 睡眠与晚餐的关系较为密切,安排好晚餐的种类和数量,并形成良好的晚餐饮食习惯,既有助于失眠的康复,也能够预防失眠的发生。

(2) 古人有“胃不和则卧不安”的表述,并已认识到脾胃消化系统的变化会对睡眠产生不利影响,结合现代医学知识,建议晚餐距卧床时间应不少于3小时,此时胃处于半排空状态,胃肠道压力较低,有助于保持安静状态。晚餐过度进食会使胃排空时间延长,持续饱胀感会导致入睡困难;同样,饥饿感引起的胃酸分泌增加和血糖降低会使中枢神经兴奋性增高,不断产生的觅食冲动同样会引起辗转反侧、无法入睡,甚至会出现睡眠中断、强烈饥饿感、出汗心慌等低血糖症状,在糖尿病患者和强制节制进食控制体重的人群中多见。

(3) 晚餐的种类宜选用易消化、油脂含量低的食物,减少动物脂肪、贝类食物的摄入;在烹饪方式的选择上,减少炙烤、油煎、油炸等方法,切实减少烹饪用油。

(4) 食物添加成分中应减少刺激性调味料,包括辣、辛、酸、甜等明显偏颇的食物会增加胃酸分泌引起过度进食,从而产生饱胀感。

(5) 部分夜班人员或有吃宵夜习惯的人群,可选择在入睡前2小时进食少量碳水化合物、果蔬类和奶类等,避免或减少肉类和甜食的摄入。

(6) 减少或避免晚餐饮酒,尤其应严格控制高度白酒的摄入量,即使饮用低度果酒、米酒,也需少于每餐50g;同时,需要减少夜间烟草的摄入。

(7) 减少晚餐后过量饮水或液体饮料,因为频繁产生的尿意会使睡眠中断和再入睡困难,通常入睡后排尿超过3次即会对睡眠稳定性造成不利影响。

(8) 失眠患者需保持日间警觉性和精力充沛,可选用足够热量和丰富蛋白质的食物,同时日间可增加茶、咖啡、可可的饮用量。

目前的研究提示部分含色氨酸丰富的食物具有改善情绪和睡眠的作用,色氨酸是脑部化学物质5-羟色胺的重要前体,而后者是与情绪、睡眠等密切

相关的内分泌物质，例如过度节食所致的血液中色氨酸水平下降，会降低脑部 5-羟色胺水平，引起抑郁、自责、激愤和失眠等不良情绪。睡前少量进食可能增加体内色氨酸的含量，从而维持脑内 5-羟色胺含量，使人更快进入睡眠状态。

小贴士

每 100g 食物色氨酸含量较高的有：海蟹（含 801mg）、豆腐皮（含 715mg）、肉松（含 710mg）、西瓜子（含 631mg）、黄豆（含 485mg）、黑芝麻（含 402mg）、全脂奶粉（含 372mg）、葵花子（含 365mg）等。肉类和坚果类通常也含有较高的色氨酸。

合理用药指导

临床使用安眠药物的原则和方法有哪些？

（1）间断服药原则 如急性失眠可连续使用第三代抗失眠药物，如唑吡坦、佐匹克隆等 7~14 天，症状改善后即可停药，下次失眠发作时仍可沿用此方法；长期服药的患者可选择每周用药 2~4 次，如选择在工作日的夜间服药，在休息日的夜间停药的方法；也可采取不等量服药法，如当晚 1 片、次晚半片等。

（2）最低有效量原则 患者首次服药一般可从最低剂量（如半片）开始，间隔 1 周调整剂量至最合适；患者疗效满意后可按 3~7 天的节律减量至最低有效量或停药观察。

（3）定期换药的原则 如果是病情需要长期服用苯二氮草类药物，建议 3~4 周就换另一种苯二氮草类药物或者第三代安眠药，可以有效地避免药物依赖的产生。注意在更换药物时，原先药物需要慢减，新增加的药物需要慢加，一般来说 3~5 天减（加）一次，一次减（加）一半的药量。两种药物

交叉服用一段时间后，再撤掉原来药物，将新药增加到治疗量即可。

如果患者年龄偏大，苯二氮草类药物使用剂量较低（如每晚1片）且疗效较好时，也可以不予更换。

不同失眠类型的药物应如何选择？

（1）入睡困难 选用诱导入睡作用快速的药物，其中绝大多数为短半衰期的药物，如扎来普隆、佐匹克隆、唑吡坦等。

（2）存在明显焦虑者 可选用劳拉西泮、奥沙西泮、阿普唑仑等药物。

（3）夜间易醒 选择能够延长非快动眼睡眠第3、4期和快动眼睡眠时间的药物，如佐匹克隆、硝西泮、氯硝西泮等。

（4）早醒 多见于抑郁症，治疗原发病的同时，可选用中、长效的药物，如氯硝西泮、硝西泮、地西泮等。

专家提示

药物依赖是指患者出现服药剂量越来越大，但是药效却越来越差的情况，这是躯体依赖的表现。如果患者服药剂量在常用的范围内，药效维持，这种情况不认为患者出现了依赖，无需更换药物。

中药和天然药物治疗失眠的方法有哪些？

中医学认为失眠主要是由脏腑气血阴阳失调所致，安神定志是基本治法，在补虚泻实、调整脏腑气血阴阳的基础上给予安神定志之药剂。应用补益心脾、滋阴降火、交通心肾、疏肝养血、和胃化滞，配合养血安神、育阴益气安神、和中清火安神等法，使气血和调，阴阳平衡，脏腑功能得以恢复正常，最终神明安宁。不寐患者虚实夹杂者甚多，故应注意攻补兼施之法。临床上因精神刺激、情绪波动引起的失眠十分常见，精神治疗亦十分重要。

失眠的中医辨证常按偏虚、偏实和虚实兼夹等分类，对应不同失眠类型的常用辨证分型见下表。

失眠的中医辨证分型、病因及临床表现

分型	病因	临床表现
肝郁化火	多由恼怒烦闷而生	少寐，急躁易怒，目赤口苦，大便干结，舌红苔黄，脉弦而数
痰热内扰	常由饮食不节，暴饮暴食、恣食肥甘生冷或嗜酒成癖，导致肠胃受热、痰热上扰所致	不寐，头重，胸闷，心烦，嗝气，吞酸，不思饮食，苔黄腻，脉滑数
阴虚火旺	多因体虚精亏，纵欲过度，遗精，使肾阴耗竭、心火独亢所致	心烦不寐，五心烦热，耳鸣健忘，舌红，脉细数
心脾两虚	由于年迈体虚，劳心伤神或久病大病之后，引起气虚血亏所致	多梦易醒，头晕目眩，神疲乏力，面黄少华，舌淡苔薄，脉细弱
心胆气虚	由于突然受惊，或耳闻巨响，目睹异物，或涉险临危所致	噩梦惊扰，夜寐易醒，胆怯心悸，遇事易惊，舌淡，脉细弦

常用的中药有远志、酸枣仁、柏子仁、夜交藤、茯神、灵芝、五味子、煅龙骨、灵磁石、浮小麦、大枣、珍珠母及朱砂等，辨证准确时，有一定的改善睡眠作用，部分患者有延长睡眠时间和加深睡眠的作用，但应注意的是，某些“重镇安神”类药物，如朱砂、磁石等，因存在毒性和重金属超标，临床需谨慎使用或避免使用。部分中成药对于轻度睡眠障碍和偶发性失眠有效，目前推荐早期中西医结合治疗，减药期和维持期选用中药、中成药等，可使疗效更稳定、持久。

哪些中成药可用于治疗失眠？

(1) 目前可用于治疗失眠的中成药品种较多，多选用临床疗效确切的组方加工而成，与普通水煎中药相比，具有携带便利、服用方便，利于长期服用和维持疗效。但需要指出的是，由于各品种组成药物不同，适用的失眠证型也不同，临床需要通过医生的甄选。

(2) 以常用的枣仁安神胶囊为例，该药组成为酸枣仁、丹参、五味子等，具有养心助眠、活血安神的作用，适用于老年气血耗损或术后病后心血不足所致的失眠、头晕、乏力、健忘等证候。由此可以看出，该药适合于长期慢性失眠患者的维持性治疗，而对急性起病、心肝火旺型的焦虑性失眠则不适合。

失眠的联合治疗有哪些？

针对失眠的不同阶段、不同类型和患者认知程度，选择不同类型的联合

治疗能起到缩短病程、快速缓解症状的作用，而使用单一疗法有时存在疗效较长、疗效不稳定和治疗依从性差的问题。

常用的有睡眠认知疗法、睡眠刺激控制疗法、支持性心理疗法、物理疗法和针刺疗法等多种。这些疗法从失眠的不同发病环节予以干预，例如物理疗法中常用的小脑经皮电刺激、高压静电治疗和生物反馈等，可有效降低夜间皮层兴奋性、缓解抑郁焦虑情绪，从而达到改善睡眠的作用；针刺疗法通过体针、头针、耳针等方法对部分焦虑性入睡困难失眠患者有一定的疗效。

专家提示

失眠诊断的必要条件

- (1) 存在以下症状之一：入睡困难、睡眠维持障碍、睡眠质量下降或日常睡眠晨醒后无恢复感。
- (2) 在有条件睡眠且环境适合睡眠的情况下仍出现上述症状。
- (3) 患者主诉至少下述 1 种与睡眠相关的日间功能损伤：
 - ① 疲劳或全身不适。
 - ② 注意力、注意维持能力或记忆力减退。
 - ③ 学习、工作和（或）社交能力下降。
 - ④ 情绪波动或易激惹。
 - ⑤ 日间思睡。
 - ⑥ 兴趣、精力减退。
 - ⑦ 工作或驾驶过程中错误倾向增加。
 - ⑧ 紧张、头痛、头晕或与睡眠缺失有关的其他躯体症状。
 - ⑨ 对睡眠过度关注。