

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2023.05.005

• 指南共识 •

老年慢性失眠慢病管理指南

中国老年学和老年医学学会

摘要 随着人口老龄化加速,老年人的睡眠问题越来越受到重视。老年慢性失眠会导致老年人社会功能下降,跌倒风险及跌倒相关死亡率和医疗成本的增加,对老年人的健康和睡眠质量具有重要影响。基于此,由中国老年学和老年医学学会发起并组织专家撰写《老年慢性失眠慢病管理指南》。本指南从老年慢性失眠的定义与流行病学、疾病评估、中医辨识、健康教育、药物治疗、非药物治疗、心理干预、生活方式干预、其他干预、疾病管理与自我管理等方面进行阐述。对治疗方案进行推荐时主要参考已有的循证医学资料,并兼顾国内现有条件下的临床可操作性,经专家讨论达成共识后进行推荐。本指南适用于专科医生、从事社区健康管理工作的全科医生、患者及其家属。指南的建议不是强制性的,医务人员应根据患者实际情况,在充分尊重患者意愿情况下与患者或其监护人协商制定合适的医疗策略。社区全科医生和患者个人使用本指南时,在初步评估的基础上应充分听取专科医生的诊疗建议。

关键词 慢性失眠;老年人;慢病管理;指南

中图分类号 R592;R256.23 **文献标志码** A

1 概述

中国是人口老龄化发展速度比较快的国家之一。2020 年中国第七次全国人口普查数据显示,我国 65 岁及以上人口为 1.90 亿,占总人口的 13.5%。据估计,40%~70% 的老年人存在睡眠障碍^[1],这会导致老年人社会孤立、功能下降、跌倒风险增加及认知功能受损等,且容易增加痴呆、焦虑抑郁和心血管疾病的发生风险^[2]。而面对老年慢性失眠的现状,目前缺乏专门的指南对其进行规范管理。基于此,由中国老年学和老年医学学会发起并组织专家撰写了《老年慢性失眠慢病管理指南》,该指南的推荐代表了中国老年学和老年医学学会的观点,是基于可用证据、认真论证后得出的意见。该指南在循证医学证据基础上,由专家商讨制定。本指南采用 GRADE 证据等级系统将证据质量分为高(A)、中(B)、低(C)、极低(D)4 个等级,推荐意见强度分级为强推荐(1)、弱推荐(2)。结合证据等级及推荐强度依次分为 A1、A2、B1、B2、C1、C2、D1、D2。

2 疾病定义、流行病学和影响因素

2.1 失眠定义、分类、诊断标准、治疗目标

2.1.1 定义 失眠是指尽管有合适的睡眠机会和睡眠环境,患者依然对睡眠时间和(或)质量不满足并影响日间社会功能的主观体验。失眠表现为入睡困难、睡眠维持障碍、早醒、睡眠质量下降和总睡眠时间减

少,同时伴有日间功能障碍。

2.1.2 分类 临床常见的失眠形式有:①睡眠潜伏期延长,入睡时间超过 30 min;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 h;⑤日间残留效应,次晨感到头昏、精神不振、嗜睡、乏力。

2.1.3 诊断标准 国际睡眠障碍分类第三版(ICSD-3)将失眠分为慢性失眠、短期失眠及其他类型失眠 3 大类,慢性失眠频次要求每周>3 次,时间>3 个月,且不能被其他的睡眠障碍所解释^[3]。诊断标准:①入睡困难、睡眠维持困难、早醒;②日间存在社会功能损害症状:如情绪不稳、易冲动、记忆力下降、日间疲乏和瞌睡等;上述失眠表现每周至少出现 3 次,病程至少持续 3 个月以上。

2.1.4 治疗目标 临床治疗失眠的目标为:①缓解症状,缩短睡眠潜伏期,减少夜间觉醒次数,延长总睡眠时间;②保持正常睡眠状态;③恢复日间社会功能,提高患者生活质量。

2.2 流行病学

根据世界卫生组织统计,全球睡眠障碍率高达 27%。2007 年世界卫生组织对 14 个国家和 15 个地区的 25916 名在基层医疗机构就诊的患者进行调查发现,其中 27% 存在睡眠问题。其中美国的失眠发生率高达 32%~50%、英国为 10%~14%、日本为 20%、法国为 30%,我国也在 30% 以上^[4]。中国城市老年人群中失眠患病率为 43.90%~53.89%,其中慢

性失眠患病率为 21.84%^[5]。有调查结果显示,高龄(75~89 岁)患者持续性失眠的患病率高达 33.33%^[6]。2022 中国国民健康睡眠白皮书显示,42% 的老人入睡时间超过半小时,失眠率高达 21%,46% 的老人因身体健康原因睡不好。失眠不但会增加心、脑血管疾病,糖尿病和神经退行性疾病的发生风险,而且还会损害心理健康,容易出现焦虑、抑郁等不良情绪^[7],严重降低了老年人的生活质量。

2.3 影响因素

老年慢性失眠的可能影响因素有:(1)生理因素,随着年龄的增长,松果体功能逐渐减退,褪黑素分泌减少、血管加压素的表达降低,导致老年人睡眠觉醒节律紊乱、夜间片段化睡眠、白天睡意增加等^[8],睡眠觉醒周期的调节能力下降^[9-10]。血清肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor alpha, TNF- α)与白介素-6(interleukin-6, IL-6)水平的升高可能和失眠的发生也有着一定关系。Bo 等^[11]发现失眠模型大鼠血清中 TNF- α 与 IL-6 的水平较正常组有所升高。也有调查显示随着年龄增长和免疫功能下降,老年人血清中的炎性细胞因子 TNF- α 和 IL-6 水平随之升高,这也可能是影响其睡眠质量的因素之一^[12]。大脑中的神经递质 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)参与调节睡眠觉醒周期,且随着年龄增长,5-HT 分泌功能有所下降,老年人睡眠觉醒周期的变化可能与之有关^[13]。(2)躯体疾病,包括:①疼痛,如类风湿关节炎、腰椎间盘突出、骨骼肌疼痛和其他因素引起的疼痛;②心血管疾病,如心力衰竭、心悸、夜间阵发性呼吸困难、夜间型心绞痛;③呼吸系统疾病,如慢性阻塞性肺疾病、睡眠呼吸暂停综合征(阻塞型、中枢型或混合型)、慢性阻塞性肺气肿、变应性鼻炎;④消化系统疾病,如胃食管反流病、消化性溃疡、便秘、腹泻和肛门瘙痒;⑤泌尿系统疾病,如尿频、尿潴留、膀胱排空不完全、尿失禁;⑥中枢神经系统疾病,如脑卒中、帕金森病、阿尔茨海默病、癫痫、快速眼动睡眠期行为障碍、不宁腿综合征、周期性肢体运动障碍、昼夜节律失调性睡眠觉醒障碍(睡眠觉醒时相提前障碍和睡眠觉醒时相延迟障碍),这些使患者表现为失眠、白天嗜睡、夜间活动和不愉快的躯体感觉等症状^[14];⑦肝肾疾病、甲状腺功能改变、酒精依赖等。(3)药源性因素:使用激素类药物导致交感神经系统兴奋而难以入睡,应用利尿药导致频繁排尿而影响睡眠,经常服用催眠药的患者突然撤停药可导致停药性失眠,服用异烟肼、苯妥英钠等药物也有睡眠障碍的不良反应;其他诸如甲状腺素、茶碱、喹诺酮类抗生素、中枢性抗高

血压药也会导致老年性失眠。(4)心理因素:精神和心理因素是影响老年人睡眠的重要因素之一。与年轻人相比,老年人心理更脆弱且无助,往往会感觉寂寞和孤独。随着年龄增长,老年人容易产生悲观和伤感等负性情绪。由于担心家庭事务,但又力不从心,容易发生抑郁和焦虑。其次由于退休引起的社交范围缩小引发的焦虑抑郁可与失眠形成恶性循环。另外,丧偶、家庭关系不和谐、儿女不孝、经济压力大也会使老年人心情不好,甚至出现厌世观念^[15]。失眠是老年抑郁症患者常见的症状,且易合并躯体上的不适。同样长期失眠的患者也容易合并抑郁或焦虑障碍。此外,如果出现躯体疾病,会进一步加重不良情绪的发生与发展^[16]。(5)行为和环境因素:失眠患者与正常人相比,存在对睡眠的不合理信念、夜间焦虑或非功能性睡眠行为等问题。患者表现为对失眠结果的扩大化,担心失眠会导致严重疾病、造成身体实质性损伤,并且将不良情绪归咎于失眠。在老年人群中,白天小睡、提前上床、上床后活动(看书、看电视)、吃的过多、睡眠过晚、睡前饮用浓茶或咖啡、缺乏运动和久坐等均可能导致失眠^[17]。此外,睡眠环境是影响睡眠质量的重要因素,如养老机构中的老年人受生活环境改变的影响,睡眠质量不佳;其他包括噪音、强光、温度不宜、床铺不舒适和缺乏阳光照射都可能会造成老年人失眠^[18]。

3 中医辨识

失眠属于中医“不寐”的范畴,在《内经》中称为“目不瞑”“不得眠”“不得卧”。中医认为本病系邪气侵淫脏腑,卫气行于阳、不能入阴,并以经常不能获得正常睡眠为特征。主要表现为睡眠时间、深度的不足,轻者入睡困难,或寐而不酣、时寐时醒、或醒后不能再寐,重则彻夜难眠。中医认为营卫失调、阴阳失衡、脏腑衰退是引起不寐的主要病因。

3.1 中医辨证论治

3.1.1 辨病位 由于受累脏腑不同,临床表现及兼症亦各有差别。若兼有急躁易怒多为肝火内扰;若有不思饮食、腹胀、面色少华多为脾虚不运;若有腰酸、心烦、心悸、头晕、健忘多为肾阴虚、心肾不交等。

3.1.2 辨虚实 虚证多属阴血不足,责在心、脾、肝、肾;实证多因肝郁化火、食滞痰浊、胃腑不和。

3.1.2.1 实证

(1)心火亢盛:不寐,心烦,口干,舌燥,口舌生疮,小便短赤,舌尖红,苔薄黄,脉数有力或细数。

(2)肝郁化火:不寐,平素急躁易怒,多梦易惊醒,

伴头晕、头胀、目赤口苦、便秘，舌红苔黄，脉弦数。

(3)痰热内扰：不寐，头痛如裹，痰多，吞酸恶心，心烦口苦，目眩，舌质红、苔黄腻，脉滑数。

(4)胃气不和：睡卧不安，胃脘不适，腹胀，大便不爽或便秘，苔黄腻，脉沉滑。

3.1.2.2 虚证

(1)阴虚火旺：心烦不寐，多梦易惊兼心悸，健忘，头晕耳鸣，腰膝酸软，五心烦热，舌红，脉细数。

(2)心脾两虚：难以入寐，心悸健忘，头晕，腹胀，便溏，面色少华，舌淡苔白，脉细弱。

(3)心胆气虚：不寐多梦，善恐易惊，胆怯心悸，气短倦怠，舌质淡，脉弦细。

(4)脾肾阳虚：时寐时醒，寐而早醒，醒后难以入睡，畏寒，晨起头晕乏力，白天精神不振，易紧张、多思虑，面色㿔白，舌苔薄白质暗淡，脉细弱。

3.1.2.3 虚实错杂证

(1)阴虚阳亢，寒热错杂：多梦易醒，醒后入睡困难，头晕目眩，口苦泛恶，舌苔淡红，苔黄，脉弦细或数。

(2)气虚血瘀：夜不安，夜睡梦多，天亮易出汗，咽喉干，皮肤干燥，乏力，舌质暗淡，舌下血管黑紫，脉弦。

3.1.3 辨病情轻重久暂 本病轻者仅有少眠或不眠，病程短，舌苔腻、脉弦滑数，以实证为主。重者则彻夜不眠，病程长，易反复发作，舌苔较薄，脉沉细无力，多以虚证为主。

4 健康状态综合评估

4.1 一般情况评估

包括患者性别、年龄、身高、体重、吸烟、饮酒等情况，以及近期血压、血糖、肝肾功能、凝血功能、心电图、脑电图等情况。

4.2 睡眠障碍评估

可采用失眠严重指数量表(insomnia severity index, ISI)^[19]、匹茨堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[20]、阿森斯失眠量表(Athens insomnia scale, AIS)^[21]进行主观睡眠评定；也可采用 Spiegel 量表^[22]、睡眠状况自评量表(self-rating scale of sleep, SRSS)^[23]、疲劳严重度量表(fatigue severity scale, FSS)^[24]、Epworth 嗜睡量表(Epworth sleepiness scale, ESS)^[25]、清晨型-夜晚型量表(morning and evening questionnaire, MEQ)^[26]。

4.3 心理状态评估

可采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,

SAS)^[27]、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)^[28]、患者健康问卷-9 项量表(patient health questionnaire-9, PHQ-9)^[29]、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD-17)^[30]、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)^[31]、生命质量自评量表(short form-36, SF-36)^[32]、睡眠功能性失调信念与态度量表(dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale, DBAS)^[33]。

4.4 认知功能评估

常用简易精神状态检查(mini-mental state examination, MMSE)^[34]及蒙特利尔认知评估(Montreal cognitive assessment, MoCA)^[35]量表。

4.5 睡眠日记

睡眠日记是国际公认的辅助检查睡眠疾病的方法。通过记录睡眠日记能够反映睡眠质量，帮助分析睡眠情况；而且每天记录睡眠日记对于部分老年患者的失眠本身就是一种行为疗法。因为大部分人的睡眠与心理、精神因素有关，通过睡眠日记，可让医生对患者睡眠情况有一个全面、客观的了解，从而帮助其消除或减轻对失眠的担心、焦虑和恐惧，并有助于纠正患者对睡眠的错误认知，养成良好的睡眠卫生习惯^[36]。

4.6 其他

包括慢性疾病史和服药史，呼吸与五官科疾病史。

5 健康教育

5.1 健康教育前评估

开展健康教育之前需对老年患者进行评估，包括基本信息、受教育程度、既往治疗情况、伴发病、认知功能、情绪状况及有无看护人等内容，并结合每位患者的特点进行个体化的健康教育。由于部分老年慢性失眠患者自我管理能力较差，为提高健康管理实施效果，应当对患者和患者家属同时进行健康管理。

5.2 健康教育内容

教育内容应包括慢性失眠的病因、临床表现、分类、危害、治疗目标、生活方式干预、各种治疗手段的特点、临床药物选择及使用方法等。

5.3 健康教育形式

慢性失眠的教育形式可以采取个人教育、小组式宣传、病友座谈会、社区健康教育活动、线上知识讲座、微信公众号推送等。不同的教育形式相互补充，以方便患者获得需要的信息资讯。

老年慢性失眠患者的健康教育是一个长期渐进的过程,规范的健康教育能帮助患者及家属了解正确的疾病相关知识,帮助患者提高自我管理能力和增强患者的依从性,对提高生活质量起到促进作用,最终使患者受益。

6 药物干预

老年人失眠药物的选择不同于中青年。由于老年人对药物的反应、代谢和排泄都与中青年不同,老年人的治疗药物选择应尽量遵循以下原则:①起始剂量为最低有效剂量;②疗程尽可能短;③可酌情安排间歇给药;④尽可能选择半衰期较短和白天镇静作用较少的药物;⑤能单用则不联用。

6.1 西医药物干预

6.1.1 非苯二氮卓类药物

(1) 唑吡坦(zolpidem)(A1)

使用唑吡坦 5 mg~10 mg 睡前顿服治疗睡眠起始困难及睡眠维持困难性失眠。需要指出的是,唑吡坦的主要不良反应包括遗忘、头晕、镇静、头痛、恶心、幻觉及味觉倒错。唑吡坦不规范停药可能出现症状反弹。另外,对于服药时间距起床间隔时间小于 8 h、使用 10 mg 等较高剂量的患者,起床后可能出现过度困倦,且长期或大量使用宿醉效果和耐受性会增加。唑吡坦对于伴有慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)和轻中度阻塞性睡眠呼吸暂停(obstructive sleep apnea, OSA)的老年失眠患者较为安全,首先推荐使用^[37]。

(2) 右佐匹克隆(eszopiclone)(A1)

可用于治疗睡眠起始困难(入睡困难)或睡眠维持困难性失眠。睡前顿服剂量 1 mg~3 mg 的临床研究支持其有效性。右佐匹克隆的常见不良反应有头晕、口干、头痛、镇静和味觉异常等^[38]。与唑吡坦一样,对于 COPD 及轻中度 OSA 失眠患者可首先推荐。

佐匹克隆和右佐匹克隆都是非苯二氮卓类的镇静安眠药物,右佐匹克隆是佐匹克隆的右旋单一异构体,人体对其耐受较好、不容易中毒,而且其对改善睡眠的效果也更好,所以现在临床上更常使用右佐匹克隆。佐匹克隆和右佐匹克隆都有中枢抑制作用,由于起效比较快,所以应在睡前服用。服药后的第 2 天应谨慎从事一些危险性的动作,比如操作仪器或者是驾驶等。这两种药物都不能与酒精同服。

6.1.2 苯二氮卓类药物(benzodiazepines, BZDs)(B2)

由于应用 BZDs 存在不同程度的催眠、镇静、抗焦

虑、抗痉挛作用和遗忘特性,所以许多患者在晨醒后会出现宿醉效应,甚至终日疲软、嗜睡、腹胀。另外还可能产生其他副作用,如呼吸抑制、跌倒、遗忘、成瘾、耐药及撤药后的戒断症状等^[39-40]。目前已不推荐作为治疗失眠的一线药物,尤其是对老年人和患有内科特殊疾病的患者,长期使用后容易形成依赖。如果需要使用,应尽量短期使用。患有 OSA、COPD、肝肾功能不全、共济失调、肌肉疾病的患者应慎用。对于高碳酸血症明显的 COPD 和限制性通气障碍失代偿期患者禁用。

(1) 艾司唑仑(estazolam)(B2)

催眠用量 1 mg~2 mg,睡前服。经口服后可于 3 h 内抵达血药浓度峰值,2~3 d 即可稳定。艾司唑仑通过抑制中枢神经发挥助眠作用,在临床治疗老年失眠中广泛应用^[41]。但该药物主要由肝脏代谢,排泄过程较为缓慢,易损伤患者精神运动、认知功能,而长期大剂量使用易引发抑郁症状,且一旦停药后会出现暴躁等停药反应,故临床常考虑联合用药^[42]。老年人对本药较敏感,开始时用小剂量,并注意调整剂量。

(2) 阿普唑仑(alprazolam)(B2)

短期使用耐受性好,安全有效^[43];长期应用会导致比其他 BZDs 更严重的戒断综合征^[44],且超剂量和长期使用容易产生心理和生理不良反应,常见不良反应有嗜睡、头昏、乏力等。由于老年人比较敏感,开始时用小剂量,0.2 mg/次,睡前服用。如果伴随的焦虑症状不明显,白天尽量不要用此药,可适当增加白天活动。

(3) 氯硝西泮(clonazepam)(C2)

作为安眠药使用时,一般 0.5 mg~1 mg/次,睡前 10 min 服用。本药物的抗惊厥作用显著高于地西泮,并在体内作用迅速^[45]。口服后 1 h 可达到血药浓度峰值,起效快,能显著缓解患者焦虑情绪;且对于焦虑与抑郁情绪伴发者,在焦虑情绪缓解后能进一步改善抑郁状态。常见不良反应有嗜睡、头昏、共济失调、行为紊乱、异常兴奋、神经过敏易激惹(反常反应)、肌力减退。老年人中枢神经系统对本品较敏感,应谨慎使用。

(4) 地西泮(diazepam)(C2)

该药物具有显著的催眠、抗焦虑和镇静作用,可减弱神经兴奋性,抑制中枢神经系统,从而改善睡眠质量,在由心理因素引起的失眠患者中应用可获得较好的效果^[46]。但长期或大量应用地西泮非常容易出现不良反应,常见头晕、头痛等,并存在药物依赖性和成瘾性,在药物骤停后易出现精神障碍^[47]。催眠用量

2.5 mg~5 mg,睡前服,大剂量使用可出现共济失调和震颤。由于老年人对本药较敏感,用量应酌减。目前临床上一概不用于治疗失眠。

(5) 劳拉西泮(lorazepam)(B2)

每日剂量为 1 mg~2 mg,单次服用,通常安排在入睡前给药,年老体弱者推荐的初始剂量更低,且分次服用,并根据需要及患者的耐受性调整用药剂量^[48]。临床上常常用于治疗焦虑及其伴发的失眠。

6.1.3 褪黑素类药物(B1)

褪黑素是由松果体产生的胺类激素,其分泌水平受外界光线强度影响,具有诱导睡眠的作用。褪黑素缓释剂能够补充部分生理状态下褪黑素水平的降低,主要用于治疗年龄大于 55 岁的中老年慢性失眠患者。近年来针对褪黑素受体研发的一些药物,如雷美替胺(ramelteon,褪黑素 MT₁/MT₂受体激动剂)、阿戈美拉汀(agomelatine,褪黑素受体激动剂和 5-HT_{2C}受体拮抗剂),能够缩短睡眠潜伏期,后者还具有调整昼夜节律和抗焦虑等方面的作用^[49-50]。雷美替胺可以改善 COPD 及轻中度 OSA 失眠患者的睡眠质量,且不增加呼吸紊乱事件,耐受良好^[51-52]。

6.1.4 食欲素受体拮抗剂(A1)

食欲素受体拮抗剂 suvorexant 可用于治疗睡眠维持困难性失眠(夜间觉醒或早醒)患者,但该药在中国大陆尚未上市。基于药物剂量为 10 mg、15 mg/20 mg 及 20 mg 的临床对照研究发现,suvorexant 可有效改善入睡后觉醒时间(wake after sleep onset, WASO)、睡眠总时长(total sleep time, TST)及睡眠效率(sleep efficiency, SE)等指标,且不良反应较为温和。但对于 COPD 和 OSA 的影响尚缺乏大样本研究^[53]。

6.1.5 抗抑郁药物

(1) 多塞平(dexepin)(B2)

为三环类抗抑郁药。多塞平 3 mg 及 6 mg 顿服可用于治疗睡眠维持困难性失眠。多塞平可有效改善 WASO、TST、SE 及睡眠质量(quality of sleep, QOS),但是其引起的心血管系统副作用比较多见,如体位性低血压、心动过速、房室传导阻滞等;同时还有抗胆碱能副作用,如口干、瞳孔散大、视力模糊、腹胀、便秘、尿潴留、皮肤干燥、面部潮红等,老年人应谨慎使用^[54]。

(2) 曲唑酮(B1)

曲唑酮属于四环类非典型抗抑郁药,可选择性地拮抗 5-HT 的再摄取,并有微弱的阻止去甲肾上腺素(noradrenaline, NA)再摄取的作用,还有镇静和轻微

的肌松作用,但无抗惊厥作用。可缩短入睡时间,延长慢波睡眠,改善睡眠连续性。研究表明,接受 100 mg 曲唑酮治疗的年轻人和老年人相比,二者体内血浆最高浓度相当,但老年人半衰期明显延长(4.6~8.3 h vs. 6.0~16.2 h),说明此药物在肝脏中的代谢与年龄相关^[55]。开始使用时,应从小剂量(25 mg~50 mg)开始。老年人应注意低血压的不良反应。

(3) 米氮平(B1)

为 NA 和特异性 5-HT 再摄取抑制剂。研究发现,小剂量米氮平(3.75 mg~15.00 mg/d)可以改善睡眠结构,有效缩短睡眠潜伏期、减少夜间觉醒次数,且已被批准用于老年抑郁伴失眠患者^[56]。但是米氮平体重增加的副作用相对明显,肥胖的老年人慎用。

(4) 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)(B1)

虽无明确催眠作用,但可以通过治疗抑郁和焦虑障碍而改善失眠症状。氟西汀可以提高患者的情绪,起效时间相对较长。帕罗西汀抗焦虑的作用也比较强,不容易产生兴奋性;小剂量帕罗西汀治疗老年人失眠,效果明显、安全、耐受性好。舍曲林不仅适用于缺乏快感的患者,而且对运动及警觉性的抑制性相对较小,起效时间也比较快,尤其适合伴随有焦虑的抑郁症患者。西酞普兰选择性更高,副作用更小一些,抗焦虑的作用也比较好,尤其适合反应比较迟钝的抑郁症患者。氟伏沙明对于强迫症、焦虑患者有非常好的疗效。艾司西酞普兰作为新型抗抑郁药相较其他抗抑郁药具有起效时间更短、效果更显著等优势,对于 65 岁以上的老年患者,每日最高剂量 20 mg。某些患者在服用时可能会加重其失眠症状,因此,一般建议 SSRIs 在白天服用。

(5) 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)(B1)

包括文拉法辛和度洛西汀等,可通过治疗抑郁和焦虑障碍而改善失眠症状,更适用于疼痛伴随失眠的患者,不足之处与 SSRIs 相似。

6.2 中药干预

6.2.1 经典方剂

(1) 心火亢盛——朱砂安神丸

功能主治:养血益气,镇惊安神。用于治疗失眠多梦,惊悸怔忡,心烦神乱,或胸中懊侬。

用法用量:口服,一次 1 丸,一日 1~2 次。

(2) 肝郁化火——龙胆泻肝汤

功能主治:清肝胆,利湿热。用于治疗肝胆湿热,头晕失眠、目赤,耳鸣耳聋,胁痛口苦,尿赤,湿热

带下。

用法用量:水煎服,250 mL 分二次,早晚饭后分服。

(3)痰热内扰——黄连温胆汤

功能主治:清热燥湿、理气化痰、和胃利胆。用于治疗胆怯、易惊、耳鸣、耳聋、眩晕、心悸、烦躁、不安、夜不能寐。

用法用量:水煎服,250 mL 分二次,早晚饭后分服。

(4)胃气不和——保和丸

功能主治:消食,导滞,和胃。用于治疗食积停滞,脘腹胀满,噎腐吞酸,不欲饮食。

用法用量:口服,一次 2 丸,一日 2 次。

(5)阴虚火旺——黄连阿胶汤

功能主治:滋阴降火安神。用于治疗心火上炎所致的心烦失眠、心悸。

用法用量:水煎服,250 mL 分二次,早晚饭后分服。

(6)心脾两虚——归脾丸/合剂

功能主治:益气健脾,养血安神。用于治疗心脾两虚,气短心悸,失眠多梦,头昏头晕,肢倦乏力,食欲不振。

用法用量:丸剂,温开水或生姜汤送服,水蜜丸一次 6 g,一日 3 次;合剂,口服,一次 10~20 mL,一日 3 次。

(7)心胆气虚——安神定志丸

功能主治:安神定志、益气镇惊。用于治疗心胆气虚、心神不宁,症见精神烦乱、失眠、梦中惊跳、心悸、胆怯。

用法用量:水煎服,250 mL 分二次,早晚饭后分服。

(8)脾肾阳虚——理中丸

功能主治:温中健脾。用于治疗脾胃虚寒,脘腹冷痛,呕吐泄泻,手足不温。

用法用量:口服,一次 8 丸,一日 3 次。

6.2.2 中成药

(1)乌灵胶囊(B1)

成分:乌灵菌粉。

功能主治:补肾健脑,养心安神。用于治疗心肾不交所致的失眠、健忘、心悸心烦、神疲乏力、腰膝酸软、头晕耳鸣、少气懒言。

用法用量:口服,一次 3 粒,一日 3 次。

(2)枣仁安神胶囊(B1)

成分:酸枣仁,丹参以及五味子。

功能主治:补益气血、养血安神。用于治疗心血不足所致的失眠、健忘、心烦、头晕。

用法用量:一次 5 粒,一日 1 次,临睡前服用。

(3)百乐眠胶囊(B1)

成分:百合、刺五加、何首乌、珍珠母、石膏、红枣、茯苓、远志、玄参、地黄、麦冬、五味子、灯心草、丹参。

功能主治:滋阴清热、养心安神。用于治疗阴虚火旺型失眠,症见入睡困难、多梦易醒、醒后不眠、头晕乏力、烦躁易怒、心悸不安。

用法用量:口服,一次 4 粒,一日 2 次。

(4)舒肝解郁胶囊(B1)

成分:贯叶金丝桃、刺五加。

功能主治:舒肝解郁,健脾安神。用于治疗轻、中度单相抑郁症属肝郁脾虚证者,症见情绪低落、兴趣下降、迟滞、入睡困难、早醒、多梦、紧张不安、急躁易怒、食少纳呆、胸闷、疲乏无力、多汗、疼痛。

用法用量:口服,一次 2 粒,一日 2 次。

(5)刺五加胶囊(B1)

成分:刺五加浸膏。

功能主治:益气健脾,补肾安神。用于治疗脾肾阳虚证,症见体虚乏力,食欲不振,腰膝酸痛,失眠多梦。

用法用量:口服,一次 2~3 粒,一日 3 次。

(6)柏子养心丸(B2)

成分:柏子仁、党参、炙黄芪、川芎、当归、茯苓、制远志、酸枣仁、醋五味子、半夏曲、炙甘草、朱砂。

功能主治:补气、养血、安神。用于治疗心悸易惊,失眠多梦,健忘。

用法用量:口服,一次 6 g,一日 2 次。

(7)酸枣仁胶囊(B2)

成分:酸枣仁、左旋延胡索乙素。

功能主治:养心补肝、宁心安神。用于治疗心肝血虚,神经衰弱引起的失眠、健忘、头晕、头痛。

用法用量:口服,一次 1 粒,一日 1 次,睡前服用。

(8)安神补脑液(C2)

成分:鹿茸、制何首乌、淫羊藿、干姜、甘草、大枣、维生素 B1。

功能主治:益气养血、强脑安神。用于治疗神经衰弱、失眠、健忘、头晕、乏力。

用法用量:口服,一次 10 mL,一日 2 次。

(9)甜梦胶囊(C2)

成分:蚕蛾、陈皮、刺五加、党参、法半夏、茯苓、枸杞子、黄精、黄芪、马钱子、桑椹、砂仁、山药、山楂、熟地黄、淫羊藿、泽泻。

功能主治:益气补肾、健脾和胃、养心安神。用于治疗头晕耳鸣,视减听衰,失眠健忘,食欲不振,腰膝酸软,心慌气短。

用法用量:口服,一次 3 粒,一日 2 次。

(10)养血清脑胶囊(C2)

成分:当归、决明子、珍珠母、熟地黄以及夏枯草等。

功能主治:养血补血、清热平肝、活血安神。用于治疗血虚所导致的头疼,眩晕,眼花,心烦易怒,失眠多梦。

用法用量:口服,一次 1 粒,一日 3 次。

(11)天王补心丸(C2)

成分:当归、党参、丹参、五味子、麦冬、地黄、玄参、天冬、桔梗、酸枣仁、甘草、远志、朱砂。

功能主治:滋阴养血、补心安神。用于治疗心阴不足、心悸健忘、失眠多梦、大便干燥。

用法用量:口服,一次 1 丸,一日 2 次。

(12)七叶安神片(C2)

成分:三七叶总皂苷。

功能主治:益气安神。用于治疗心气不足所导致心悸和失眠。

用法用量:口服,一次 1~2 片,一日 3 次。

(13)五味子糖浆(C2)

成分:五味子、蔗糖、甲苯酸、杨梅香精。

功能主治:安神宁心、益气生津。用于治疗心肾不足所致的失眠、多梦、头晕。

用法用量:口服,一次 5~10 mL,一日 3 次。

(14)解郁安神胶囊(C2)

成分:柴胡、郁金、栀子(炒)、胆南星、茯苓、石菖蒲、远志(制)、百合、酸枣仁、龙齿、浮小麦、甘草(炙)等。

功能主治:疏肝解郁、安神定志。用于治疗情志不舒,肝郁气滞,心烦,焦虑、失眠、健忘、更年期综合征,神经官能症。

用法用量:口服,一次 4 粒,一日 2 次。

(15)天麻醒脑胶囊(C2)

成分:天麻、地龙、石菖蒲、远志、熟地黄、肉苁蓉。

功能主治:滋补肝肾,通络止痛。用于治疗肝肾不足所致头痛头晕,记忆力减退,失眠,反应迟钝,耳鸣,腰酸。

用法用量:口服,一次 2 粒,一日 3 次。

7 非药物干预

7.1 传统非药物干预

7.1.1 体针(C2) 体针在中医基础理论的指导下辨证取穴,以疏通经络、调和气血、安神定志,是治疗失眠的有效疗法。自项部大椎穴至腰部髂后上嵴连线,沿督脉和足太阳经背部第 1 侧线,以及头颞部,用梅花针轻叩,使局部皮肤潮红即可^[57]。

7.1.2 头皮针(C2) 头皮针是针刺头皮组织中特定部位和区域以治疗疾病的方法。头为诸阳之会,头皮针具有疏通经络、促进血液循环、改善神经传导功能和调节神经肌肉兴奋性的作用,从而改善睡眠、提高生活质量;可取四神聪、额旁 2 线(左)、额旁 1 线(右)、额中线^[58]。

7.1.3 耳针(C2) 耳针是用王不留行子贴压刺激耳廓穴位的方法。“耳者,宗脉之所聚也”。通过刺激耳部相应穴位,通经活络,调节阴阳,从而达到治疗失眠的作用。选穴:皮质下、心、脾、额、神门、垂前、内分泌^[59]。

7.1.4 腹针(C2) 腹针疗法系通过针刺腹部穴位以调节先天、后天经络的新疗法,可取中脘、下脘、神阙、气海、关元、大横、天枢;使脏腑调和,气血生化调节有度,则寐安^[60]。

7.1.5 电针(C2) 将金属针刺入相应腧穴,在腧穴得气后,应用特制的脉冲电流装置,将接近人体生物电的微量电流通过毫针输入人体,再给予腧穴局部脉冲电流刺激;即通过针刺腧穴和电流刺激相结合的方式提高疗效。常选四神聪、安眠,待针刺得气后,接通电针仪,选用高频连续波(100 Hz),每次刺激 30 min,隔日 1 次^[61]。

7.1.6 埋线(C2) 膀胱经和胃经是穴位埋线中应用频次最高的两条经脉,最常用的埋线部位为背部和下肢,还有心俞、肾俞、三阴交、脾俞、肝俞等穴位。对穴位埋线使用 5 次以上的穴位进行聚类分析,发现其有效聚类分别为:脾俞—三阴交、神门—安眠、丰隆—神庭、气海—厥阴俞,临床辨证取穴有助于治疗失眠^[62]。

7.1.7 灸法(C2) 艾灸不仅有温通作用,而且可以激发和调畅气机,还能够调和阴阳、调畅气血,使神有所藏、眠自安宁;可取百会、涌泉、四神聪、足三里等穴位^[63]。

7.1.8 推拿(C2) 可取头面部的印堂、神庭、百会、鱼腰、太阳、安眠,四肢的神门、内关、足三里,背部的心俞、膈俞、脾俞、胃俞等穴位;可调畅气机、通达气血、安神定志,从而达到改善睡眠的目的^[64]。

7.1.9 穴位注射(C2) 穴位注射通过针刺、穴位、药物共同作用于机体,可刺激穴位,又可使药物循经络

传至脏腑,发挥药物的作用,以提高临床疗效;可取足三里、三阴交、神门、安眠、风池等穴位^[65]。

7.1.10 拔罐(C2) 拔罐疗法通过整体调理脏腑的阴阳气血,引阳入阴,从而达到阴平阳秘,恢复正常的“睡眠觉醒”周期,为治本之法。自项部至腰部沿督脉和足太阳经背部侧线,使用火罐自上而下行闪罐、走罐,至背部潮红、充血即可。每日或隔日 1 次,5 次为一疗程,每个疗程之间可休息 2 日^[66]。

7.1.11 穴位敷贴(C2) 穴位敷贴是指在特定穴位上敷贴复方中药膏,通过药物和穴位的共同作用治疗疾病的中医外治方法。老年人睡眠与肾之精气、阴阳的盛衰密切相关,同时与心、肝等脏腑有关,故失眠贴敷选穴多选用肾经、心经、肝经上的穴位。可取神阙及双侧肾俞、太渊、间使、列缺、内关、人迎、水突、天突、气舍、双侧安眠、神门、三阴交等穴位^[67]。

7.1.12 耳穴压豆(C2) 人体各脏腑器官在耳廓上皆有相应区域,并有规律地分布在耳廓上。治疗老年性失眠常用到的耳穴有交感、神门与皮质下,刺激这些穴位能够治疗失眠多梦和神经衰弱。皮质下穴对大脑皮质有双向调节作用,辅以心、肾反应区的配穴,可以调节阴阳平衡,达到夜寐能安的效果^[68]。

7.2 物理干预

7.2.1 经颅磁刺激(B1) 经颅磁刺激(transcranial magnetic stimulation, TMS)系神经刺激和神经调节的电生理技术,它通过磁场调节大脑皮层的兴奋度。在失眠的情况下,大脑皮层属于高兴奋状态,低频刺激可以有效地改善睡眠质量,其机制可能与 TMS 刺激大脑产生抑制性神经递质和促进松果体褪黑素的合成与分泌有关。重复 TMS 可改善睡眠质量,并且不改变正常睡眠结构,无明显的不良反应^[69]。

7.2.2 经颅直流电刺激(B1) 以固定频率和强度连续作用于某一脑区的 TMS,如低频(≤ 1 Hz)重复 TMS 能够抑制大脑皮层的兴奋性。对健康人的研究发现,经颅直流电刺激能够增加慢波睡眠的波幅,加深睡眠深度,增强记忆,有助于恢复身体机能^[70]。

7.2.3 脑电生物反馈(B2) 这是一种新的物理治疗方法。结合人体内生理或病理信息的自身反馈,经特殊的训练后,患者可以产生有意识的“意念”控制及心理训练,从而达到治疗疾病的目的并恢复身心健康。其通过感觉、运动节律训练使患者感到困倦,同时教授患者在自由自在的状态中学习,提高患者主观感受,促进睡眠,同时减少药物使用剂量,减轻患者对药物的依赖性,降低不良反应的发生风险^[71]。

7.2.4 光疗(B2) 光刺激影响位于下丘脑控制昼夜

节律的视交叉上核,抑制松果体褪黑素的分泌。光照疗法可以通过帮助建立并巩固规律的睡眠觉醒周期来改善睡眠质量、提高睡眠效率和延长睡眠时间。定时暴露于 7000~12000 Lux 的强光下 2~3 d,可改善睡眠与觉醒节律,对睡眠时相延迟或提前综合征等有效^[72]。

7.2.5 高压氧(C2) 高压氧能明显增加人体组织内氧含量,提高血氧分压,增加氧的有效弥散距离,从而纠正脑组织的缺氧状态,改善睡眠。对于老年失眠患者,高压氧不失为一种安全可行的尝试治疗手段^[73]。

7.2.6 体外反搏(C2) 能改善心肌缺血与心脏功能,提高心排出量,增加脑血流量,促进脑细胞新陈代谢,改善脑动脉硬化所造成的病理状况,使缺血脑细胞逐步恢复正常,使睡眠时相达到生理性睡眠。另一方面,治疗中反搏气囊有节奏的挤压所形成的机械按摩作用,能使肌肉血循环加速,氧和营养物质的输送量增大并消除疲劳、改善睡眠,使身体和心理状况得到调整,从而强化了中枢神经和植物神经功能,使兴奋、抑制作用趋于平稳,发挥治疗作用^[74]。

7.2.7 静电治疗(C2) 静电疗法是物理治疗中最古老的一种电疗法,利用高压静电场、空气离子流、火花放电以及空气负离子作用于人体,达到调节大脑皮质细胞稳态,改善自主神经及内分泌功能,缓解焦虑抑郁情绪的作用;可较快地消除体力劳动和脑力劳动引起的过度疲劳,提高工作效率,改善睡眠、减轻头痛、降低血压,使机体的反应能力趋于正常^[75]。

7.2.8 智能虚拟现实身心训练系统治疗(C2) 采用虚拟现实(virtual reality, VR)和生物反馈技术,结合心理学现有的松弛治疗、音乐治疗、催眠治疗和认知行为治疗等方法,构建沉浸式 VR 环境,实时监控受试者的生理、心理指标,如脑电波、心率等,并根据受试者的不同特点和动态变化使用不同的训练方案,从而实现心理评估、心理训练、心理干预的功能^[76]。

8 心理干预

行为治疗是治疗老年失眠的稳定、安全、有效方法。认知行为治疗能延长老年慢性失眠患者总睡眠时间,提高睡眠效率,虽显效慢但持续时间长,这可能与认知行为治疗从根本上改变了患者的不良睡眠习惯有关^[77]。

8.1 睡眠认知行为疗法(cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)(A1)

包括睡眠卫生教育(sleep hygiene education, SHE)、刺激控制疗法(stimulus control therapy,

SCT)、睡眠限制疗法(sleep restriction therapy, SRT)、认知疗法(cognitive therapy, CT)和放松疗法(relaxation therapy)等 5 个方面,根据患者的不同情况进行认知行为指导,每周与患者进行 1 次面对面的会谈,每次谈话时间在 30~90 min,疗程 4~8 周。

8.1.1 睡眠卫生教育 即让患者认识和了解可能会干扰睡眠的因素或习惯,并采取措施进行避免。睡眠卫生教育的内容包括:①睡前数小时(一般下午 4 点以后)避免使用兴奋性物质(如咖啡、浓茶或吸烟等);②睡前不要饮酒,酒精可干扰睡眠;③规律的体育锻炼,但睡前应避免剧烈运动;④睡前不要大吃大喝或进食不易消化的食物;⑤睡前至少 1 h 内不做容易导致兴奋的脑力劳动或观看容易导致兴奋的书籍和影视节目;⑥卧室环境应安静、舒适,光线及温度适宜;⑦保持规律的作息时间;⑧适当地在室外行走,注意每天进行一定时间的太阳照射,不要日间长时间待在室内。

8.1.2 刺激控制疗法 刺激控制疗法是一套改善睡眠环境与睡眠倾向(睡意)之间相互作用的行为干预措施,从而恢复卧床作为诱导睡眠信号的功能,使患者易于入睡,重建睡眠觉醒生物节律。刺激控制疗法可作为独立的干预措施应用,具体内容:①只有在有睡意时才上床;②如果卧床 20 min 不能入睡,应起床离开卧室,可进行一些简单活动,等有睡意时再返回卧室睡觉;③不要在床上做与睡眠无关的活动,如进食、看电视、听收音机及思考复杂问题等;④不管前晚睡眠时间有多长,应保持规律的起床时间;⑤日间避免小睡。

8.1.3 睡眠限制疗法 通过限制患者在床上的时间以巩固实际睡眠时间,即建议患者上床的时间为实际需要入睡的时间。睡眠限制疗法通过缩短卧床清醒时间,增加入睡的驱动能力以提高睡眠效率。推荐的睡眠限制疗法具体内容如下:①减少卧床时间,以使其和实际睡眠时间相符,并且只有在 1 周的睡眠效率超过 85% 的情况下才可增加 15~20 min 的卧床时间;②当睡眠效率低于 80% 时则减少 15~20 min 的卧床时间,睡眠效率在 80%~85% 之间则保持卧床时间不变;③避免日间小睡,并且保持起床时间规律。

8.1.4 放松疗法 应激、紧张和焦虑是诱发失眠的常见因素。放松疗法可以缓解上述因素带来的不良效应,其目的是降低卧床时的警觉性及减少夜间觉醒。减少觉醒和促进夜间睡眠的技巧训练包括渐进性肌肉放松、指导性想象和腹式呼吸训练。患者进行松弛训练应坚持每天练习 2~3 次,环境要求整洁、安

静,初期应在专业人员的指导下进行。

8.1.5 认知行为疗法 认知行为疗法的基本内容:①保持合理的睡眠期望;②不要把所有的问题都归咎于失眠;③保持自然入睡,避免过度主观的入睡意图(强行要求自己入睡);④不要过分关注睡眠;⑤不要因为 1 晚没睡好就产生挫败感;⑥培养对失眠影响的耐受性。CBT-I 通常是认知疗法与行为疗法(刺激控制疗法、睡眠限制疗法)的综合,同时还可以叠加松弛疗法和辅以睡眠卫生教育。

8.2 解释性心理疗法(B1)

系以促进领悟为目的的一种心理治疗方法。通过对心理、行为及人际情境中的关系或意义提出假设,使患者用新的参照系来看待、描述心理和行为现象,从而澄清自己的思想和情感,以新观点理解病理性问题与各种内外因素的关系,并获得领悟、学习自己解决问题。

8.3 支持性心理疗法(B1)

帮助患者学会应对症状发作,以防止更为严重的心理疾病的出现,对于相对健康的人来说,支持性心理治疗能帮助处理一些暂时的困难。常用的干预措施有表扬、保证、鼓励、建议、合理化和重构、预期性指导等方式。

8.4 以家庭为单位的心理疗法(B1)

指对家庭成员同时进行治疗,系团体心理治疗的一种形式和方法。常用的治疗模式有系统家庭式、结构性家庭式、行为家庭式、策略性家庭式、分析性家庭式等。

8.5 团体疗法(B1)

团体心理治疗是指为了某些共同目的将多个当事人集中起来加以治疗的心理治疗方法,可以帮助患者了解问题的普遍性,增强治疗信心;团体成员间相互启发,相互鼓励,集体的凝聚力使患者的依从性明显增高。通过集体讨论和医生的指导,使老年失眠患者认识到睡眠的不良认知和不合理期待与失眠的关系,了解提高睡眠效率的方法,增强战胜失眠的信心和决心。患者可以在团体中充分表达自己的想法和观点,成员之间相互学习和交流,共同分享对失眠的认识和在睡眠管理中取得的成功经验。遇到困难时,组员之间相互支持、鼓励,共同与医生探讨解决方案,制订“行动目标”。这种互动模式在帮助患者解决睡眠问题上起到了积极作用,同时在集体中通过相互交流与学习,有利于建立健康的人际关系,获得更多的情感支持,促进疾病的康复。同时,参与者在团体中体验到归属感,被接纳与理解,增强了内省力,使他们

更有勇气、更好地纠正错误认知,克服个性缺陷,并且学会以积极有效的方式去处理生活中的其他矛盾、应付各种挫折。

8.6 矛盾意向疗法(B1)

该疗法假设患者在有意进行某种活动时改变了自己对该行为的态度,态度的变化使得原来伴随该行为出现的不适应情绪和状态与该行为脱离开,从而让患者直面觉醒(努力入睡却没有能够成功)及失眠所引起的恐惧和焦虑。

8.7 正念疗法(B2)

运用正念的训练方法进行冥想、静坐、呼吸等练习,提高患者的精神专注力和觉察力,减轻睡前思维的纷乱,可以帮助患者较快地进入睡眠状态。适合于慢性失眠的睡眠习惯训练。

8.8 音乐疗法(B2)

音乐疗法(music therapy)通过利用音乐的频率、节奏和有规律的声波振动(这种频率和振动的声压是一种物理能量),引起人体组织细胞发生和谐共振现象,并直接影响人的脑电波、心率及呼吸节奏,从而起到治疗作用。其中五行音乐疗法根据中医五音的学说,把音乐与传统中医中的五行、阴阳学说结合起来,通过脏腑的辨证论治选择相应的音律使患者紧张、兴奋的情绪得到舒缓,从而达到治疗的目的。例如对于老年失眠阴虚火旺证患者,分别选择与肾、肝相对应的羽调式乐曲(水乐伏阳朗照、冰雪寒天)、角调式乐曲(木乐玄天暖风、碧叶烟云),按照先羽调式乐曲(15 min)再角调式乐曲(15 min)的顺序剪辑成为约 30 min 的音乐,以无损音质格式(APE 格式)导入音乐播放设备,并设置为淡入淡出的播放模式,并在晚间 8 时(睡眠之前)进行治疗。每次 25 min,10 日为一疗程^[78]。

9 生活行为干预

现在越来越多的学者支持将生活方式医学纳入日常家庭实践。生活方式医学是一种循证方法,通过用健康的行为取代不健康的行为来预防、治疗和逆转疾病的进展。

9.1 饮食调理

饮食宜清淡、易消化,忌浓茶、咖啡、酒精、辛辣刺激及肥甘厚腻之品,晚餐七八成饱即可,不宜过饱,睡前不吃东西,以免加重胃肠负担,影响睡眠质量。痰热扰心可选取:萝卜、杏子、莴笋、荸荠、海蜇、豆浆、山药、麦芽、山楂、陈皮等。肝火扰心可选取:香橼、萝卜等。心脾两虚可选取:小麦、大枣、桂圆肉、山药、莲

子、芝麻、蜂蜜、党参、酸枣仁等。心胆气虚可选取:大枣、莲子、小米。

药膳是在中医学、烹饪学和营养学理论指导下,将中药与某些具有药用价值的食物相配,并采用我国独特的饮食烹调技术和现代科学方法制作而成的具有一定色、香、味、形的美味食品。简言之,药膳即药材与食材相配而做成的美食。它“寓医于食”,既将药物作为食物,又将食物赋以药用,药借食力,食助药威,二者相辅相成,相得益彰。老年人可根据不同的辨证分型服用相应药膳以调理脏腑虚实。如红枣葱白汤治疗心脾两虚型失眠、枣竹灯芯粥治疗阴虚火旺型失眠等。

9.2 运动治疗

有氧运动可以使患者生活质量明显提高。失眠患者尤其老年人运动量不宜过度,大运动量训练可导致运动性失眠;而运动量太小,长期达不到靶心率的运动量,也达不到治疗预期目标。建议进行 10 min 中等强度的有氧活动,每周 4 次或每周 2 次至少 20 min 的高强度有氧运动;同时避免做无氧运动,如需要屏气的举哑铃、快跑等,容易导致过度疲劳甚至诱发心血管疾病。太极拳、八段锦、易筋经、五禽戏等中医传统导引术动作轻柔、缓慢,适合体质虚弱的老年人;长期练习可调节心、肝、肺等脏腑功能,达到调和营卫、平衡阴阳、疏通经络、促进人体气血运行的目的。

9.3 推拿按摩疗法

取仰卧位,操作者立于患者头顶侧,做头面部推拿,引导患者做腹式呼吸,以意念全身放松。每步骤推按 30~50 次,揉按速度 120~160 次/min。整个操作历时 10 min。具体推拿步骤:①开天门(推攒竹),两拇指以“一指禅”自下而上交替直推,由眉心按揉至百会(两眉中间至前百会成一直线),共 2 min;②推坎宫,双手大鱼际及拇指自印堂沿眉向眉梢成一横线分推至太阳穴,又称分阴阳推印堂,共 2 min;③揉太阳,以蝴蝶飞三法用拇指指端揉按太阳穴,共 1 min;④揉百会,拇指按或揉百会穴共 1 min;⑤勾风池、压安眠,以中指指端由风池穴勾至安眠穴处作按压,共 2 min;⑥勾廉泉,双手中指由安眠穴顺势勾至下颌廉泉穴,以中指指端勾按,共 1 min;⑦按承浆,以一侧食指固定下颌,拇指按压承浆穴共 1 min。整个操作中注意动作轻巧柔和,不疾不徐,力度适中以患者舒适为宜,并注意避开患者皮肤损伤或不适之处。

气息导引方法:推拿过程中引导患者作腹式呼吸,全身心放松,使呼吸深长、自然、匀细、保持在 12~15 次/min,而后以柔和的语调引导患者用意念从足底

渐次放松直至头部。每天治疗 1 次,连续治疗 2 周,治疗后随访 2 周。

9.4 情绪治疗

调理情志、平衡体质是治疗之本。老年慢性失眠表现为就寝时间早,起床时间早,但由于入睡时间延长,因此实际的睡眠时间少,在清晨还会出现早醒倾向。由于夜间深度睡眠时间减少,而浅睡眠时间增多,短时间内的觉醒次数不断增加,从而在白天表现出嗜睡、阵阵小睡,且感觉昏沉。针对老年人失眠,宜从调畅情志和改善体质入手。当出现情绪低落、急躁等异常时应积极寻找相应的调节手段,比如五行音乐法、心理辅导、情绪转移等,以控制不良情绪,维持情绪平衡,使喜怒有节而精神舒畅,从而改善睡眠。

10 疾病自我管理

老年慢性失眠管理应以患者为中心,强调患者及家属共同参与,鼓励患者自我表达与自我分析、主动与管理人员沟通,并参与疾病管理的全过程,从而形成家庭-社区-家庭的闭环管理模式。老年慢性失眠管理的目标是提高患者的自我管理能力,明确自我管理内容,维护患者的睡眠结构及质量,以促进患者生活质量的提高。

10.1 建立老年失眠患者药物自我管理模式

让老年患者了解基本的药物知识,学会通过服用最小有效剂量或短期间断性使用药物来达到满意的睡眠。在医生的指导下选用适合自身失眠的药物,服药期间坚持良好的睡眠习惯,保持乐观的心态,可配合穴位按摩等方式,树立不依赖药物的信心;同时医生应向老年患者及其家属介绍药物的不良反应,使其心中有数,同时让家属注意观察患者服药后的反应,以便及时发现异常情况^[79]。

10.2 发挥社会支持系统的作用

发挥家庭成员的支持作用,多与老年患者家属进行沟通,鼓励家属积极配合,为老年人创造良好的睡眠环境,帮助老年人正确用药,并防止意外事件的发生。和睦的家庭环境可以缓解老年人的不良情绪,而且亲属的支持会很大程度上缓解其他造成老年患者用药依从性降低的不利因素。

10.3 医疗健康档案的建立与数据采集

充分发挥家庭医生签约服务的优势,加强对患者健康档案数据的管理,挖掘及应用各级医疗机构诊疗平台的既往健康信息、患者诊疗、病情监测、康复随访、功能评估等业务数据,将老年慢性失眠患者进行分类管理,覆盖不同病因、病程及影响因素,辅助制定

老年慢性失眠的治疗决策,实现老年慢性失眠患者管理的规范性、科学性和持续性。患者数据的采集应根据患者病情进行定期检测。数据采集的内容包括血压、血脂、血糖、肝功能、肾功能、心电图、脑电图等相关量表的评估。落实家庭医生的服务责任主体,大多数的健康数据都可以在日常服务如全科门诊、慢性病筛查、老年人健康体检中进行自动采集。

10.4 移动终端-随访-远程管理

10.4.1 移动终端 包括互联网、手机 APP、微信、老年慢病管理平台、健康档案数据管理平台。基于以上平台,老年慢性失眠远程管理以数据监测为入口,为该人群打造监测、干预、保障于一体的精准管理体系。将互联网技术的实时性、可及性、个体性优势与老年慢性失眠群体的特殊性糅合,达到优化管理的目的。

10.4.2 随访 老年慢性失眠的档案管理需对患者进行长期随访和复诊。老年慢性失眠患者往往去社区就医较多,因此应加强基层全科医生的健康管理,并实施分级诊疗。患者与专科医生、全科医生约定好复诊时间,前往医院或社区复查相关项目后,通过 HIS(诊疗系统)、LIS(检验系统)等系统自动将结果录入,利用互联网、手机 APP 等将结果上传至老年慢病管理平台、健康档案数据管理平台。社区全科医生还可以通过入户上门的形式完善问卷调查。

10.4.3 远程管理 目前,我国远程康复管理主要的实现技术是电话、互联网等。首先老年失眠患者平时睡眠习惯多种多样,同时服用多种治疗基础疾病的药物,需要及时、准确的用药指导,而社区医疗方便、快捷,集治疗和预防为一体,决定了社区医疗支持的重要性。而远程动态监测有助于医生实时掌握患者病情波动情况,并及时采取宣教措施,防止失眠恶化,使患者的个体化治疗落到实处。

本指南主要起草人:周一心(上海市浦东新区疾病预防控制中心)、赵忠新(海军军医大学附属长征医院)

起草专家组成员(按姓氏拼音排序):毕晓莹(海军军医大学第一附属医院)、陈淑娇(福建中医药大学附属第三人民医院)、杜兆辉(上海市浦东新区上钢社区卫生服务中心)、侯黎莉(上海交通大学医学院附属第九人民医院)、胡立强(长沙市第一医院)、季光(上海中医药大学)、阮晓楠(上海市浦东新区疾病预防控制中心)、苏红梅(上海市嘉定区中医医院)、滕晶(山东中医药大学附属医院)、王伟炳(复旦大学)、徐碧云(广东省中医院)、徐建(上海中医药大学附属市中医

医院)、许良(上海中医药大学附属市中医医院)、袁灿兴(上海中医药大学附属龙华医院)、赵海滨(北京中医药大学东方医院)、朱文宗(温州市中医院)、赵旭东(浦东新区精神卫生中心暨同济大学附属精神卫生中心)

执笔人:陆静珏(上海中医药大学附属第七人民医院)、许文杰(上海中医药大学附属第七人民医院)

参 考 文 献

- [1] Jaussent I, Dauvilliers Y, Ancelin ML, et al. Insomnia symptoms in older adults; associated factors and gender differences [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2011, 19(1): 88-97.
- [2] Stone KL, Blackwell TL, Ancoli-Israel S, et al. Sleep disturbances and risk of falls in older community-dwelling men: the outcomes of Sleep Disorders in Older Men (MrOS Sleep) Study [J]. *J Am Geriatr Soc*, 2014, 62(2): 299-305.
- [3] Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications [J]. *Chest*, 2014, 146(5): 1387-1394.
- [4] Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the elderly: a review [J]. *J Clin Sleep Med*, 2018, 14(6): 1017-1024.
- [5] 李践一, 杨海燕, 王海棠. 上海某社区老年慢性失眠患者睡眠质量与家庭关联因素分析研究 [J]. *检验医学与临床*, 2020, 17(19): 2854-2857.
- [6] 王苹, 胡玉坤, 姜悦, 等. 社区就诊中老年人群持续性失眠患病率及其影响因素研究 [J]. *医学信息*, 2018, 31(6): 61-65.
- [7] Silva J, Truzzi A, Schaustz F, et al. Impact of insomnia on self-perceived health in the elderly [J]. *Arq Neuropsiquiatr*, 2017, 75(5): 277-281.
- [8] Xie Z, Chen F, Li WA, et al. A review of sleep disorders and melatonin [J]. *Neurol Res*, 2017, 39(6): 559-565.
- [9] Turner PL, Mainster MA. Circadian photoreception: ageing and the eye's important role in systemic health [J]. *Br J Ophthalmol*, 2008, 92(11): 1439-1444.
- [10] Scholtens RM, van Munster BC, van Kempen MF, et al. Physiological melatonin levels in healthy older people: a systematic review [J]. *J Psychosom Res*, 2016, 86: 20-27.
- [11] Bo A, Si L, Wang Y, et al. Mechanism of Mongolian medicinal warm acupuncture in treating insomnia by regulating miR-101 a in rats with insomnia [J]. *Exp Ther Med*, 2017, 14(1): 289-297.
- [12] Okun ML, Reynolds CF 3rd, Buysse DJ, et al. Sleep variability, health-related practices, and inflammatory markers in a community dwelling sample of older adults [J]. *Psychosom Med*, 2011, 73(2): 142-150.
- [13] Fidalgo S, Ivanov DK, Wood SH. Serotonin: from top to bottom [J]. *Biogerontology*, 2013, 14(1): 21-45.
- [14] Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: diagnosis and management [J]. *J Gen Fam Med*, 2017, 18(2): 61-71.
- [15] Wang YM, Song M, Wang R, et al. Insomnia and multimorbidity in the community elderly in China [J]. *J Clin Sleep Med*, 2017, 13(4): 591-597.
- [16] Thomas MM, Harpaz-Rotem I, Tsai J, et al. Mental and physical health conditions in US combat veterans: results from the national health and resilience in veterans study [J]. *Prim Care Companion CNS Disord*, 2017, 19(3): 1-11.
- [17] Yang CM, Hung CY, Lee HC. Stress-related sleep vulnerability and maladaptive sleep beliefs predict insomnia at long-term follow-up [J]. *J Clin Sleep Med*, 2014, 10(9): 997-1001.
- [18] Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment [J]. *Am J Med*, 2006, 119(6): 463-469.
- [19] Morin CM, Belleville G, Bélanger L, et al. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response [J]. *Sleep*, 2011, 34(5): 601-608.
- [20] Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, et al. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia [J]. *J Psychosom Res*, 2002, 53(3): 737-740.
- [21] Arroyo KJ, Ramos-Torres G, Mezones-Holguin E, et al. Association between waist-to-height ratio and anxiety in middle-aged women: a secondary analysis of a cross-sectional multicenter Latin American study [J]. *Menopause*, 2018, 25(8): 904-911.
- [22] 皮燕, 杨英, 唐源, 等. Spiegel 量表评定优化原发性失眠针刺常用选穴处方 [J]. *上海针灸杂志*, 2020, 39(4): 436-439.
- [23] 李建明. 睡眠状况自评量表 (SRSS) 简介 [J]. *中国健康心理学杂志*, 2012, 20(12): 1851.
- [24] Valko PO, Bassetti CL, Bloch KE, et al. Validation of the fatigue severity scale in a Swiss cohort [J]. *Sleep*, 2008, 31(11): 1601-1607.
- [25] Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale [J]. *Sleep*, 1991, 14(6): 540-545.
- [26] Horne JA, Ostberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms [J]. *Int J Chronobiol*, 1976, 4(2): 97-110.

- [27] Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders[J]. *Psychosomatics*, 1971, 12(6): 371-379.
- [28] Zung WW. A self-rating depression scale[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, 12: 63-70.
- [29] Wang W, Bian Q, Zhao Y, et al. Reliability and validity of the Chinese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2014, 36(5): 539-544.
- [30] Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1988, 45(8): 742-747.
- [31] Maier W, Buller R, Philipp M, et al. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders[J]. *J Affect Disord*, 1988, 14(1): 61-68.
- [32] Zhu Z, Zhu D, Jiang Y, et al. Cross-sectional study on the SF-36, the general self-efficacy, the social support, and the health promoting lifestyle of the young elderly in a community in Shanghai, China[J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10(1): 518-529.
- [33] Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*[M]. New York: Guilford Press, 1993.
- [34] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician[J]. *J Psychiatr Res*, 1975, 12(3): 189-198.
- [35] Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment[J]. *J Am Geriatr Soc*, 2005, 53(4): 695-699.
- [36] 田苗苗, 高震, 柴晓萍, 等. 焦虑共病性与原发性失眠患者睡眠感知误差对比分析[J]. *浙江中西医结合杂志*, 2022, 32(4): 332-334.
- [37] Chen SJ, Yeh CM, Chao TF, et al. The use of benzodiazepine receptor agonists and risk of respiratory failure in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide population-based case-control study[J]. *Sleep*, 2015, 38(7): 1045-1050.
- [38] 王耀振, 卢泽原, 杨新玲, 等. 右佐匹克隆的药理学及药动学研究进展[J]. *长春中医药大学学报*, 2022, 38(11): 1285-1288.
- [39] Morin CM, Benca R. Chronic insomnia[J]. *Lancet*, 2012, 379(9821): 1129-1141.
- [40] Ioachimescu OC, El-Solh AA. Pharmacotherapy of insomnia[J]. *Expert Opin Pharmacother*, 2012, 13(9): 1243-1260.
- [41] 李秀泉. 右佐匹克隆与艾司唑仑对脑卒中后失眠患者神经递质、神经细胞因子及应激状态的影响[J]. *海南医学*, 2018, 24(11): 1131-1134.
- [42] 张福琴, 钟华, 朱莉莉, 等. 臭氧大自血疗法联合艾司唑仑对失眠症患者临床疗效、睡眠质量及生活质量的影响[J]. *解放军医学杂志*, 2020, 32(12): 90-93.
- [43] 黄元, 田月洁, 荣右明, 等. 山东省某综合医院门诊阿普唑仑使用风险分析[J]. *中国药物滥用防治杂志*, 2021, 27(5): 637-640, 657.
- [44] Browne JL, Hauge KJ. A review of alprazolam withdrawal[J]. *Drug Intell Clin Pharm*, 1986, 20(11): 837-841.
- [45] 朱利芳, 王来海, 陈永新, 等. 某院精神科门诊氯硝西洋超说明书用药现状分析[J]. *中国药物警戒*, 2020, 17(4): 231-234, 248.
- [46] 马瑞卿, 李梦宇. 归脾汤加减配合耳穴压豆治疗心脾两虚型失眠临床观察[J]. *光明中医*, 2020, 35(1): 99-101.
- [47] 林燕芬, 刘日强, 何丽芬. 归脾汤加减配合耳穴压豆治疗心脾两虚型原发性失眠临床效果观察[J]. *内蒙古中医药*, 2019, 38(4): 95-96.
- [48] 李政, 韩兴哲, 陈丽杰, 等. 文拉法辛与劳拉西洋治疗抑郁症伴焦虑障碍的临床效果比较[J]. *中国医药*, 2022, 17(10): 1538-1541.
- [49] Atkin T, Comai S, Gobbi G. Drugs for insomnia beyond benzodiazepines: pharmacology, clinical applications, and discovery[J]. *Pharmacol Rev*, 2018, 70(2): 197-245.
- [50] Liu J, Clough SJ, Hutchinson AJ, et al. MT₁ and MT₂ melatonin receptors: a therapeutic perspective[J]. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 2016, 56: 361-383.
- [51] Kryger M, Roth T, Wang-Weigand S, et al. The effects of ramelteon on respiration during sleep in subjects with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease[J]. *Sleep Breath*, 2009, 13(1): 79-84.
- [52] Kryger M, Wang-Weigand S, Zhang J, et al. Effect of ramelteon, a selective MT₁/MT₂-receptor agonist, on respiration during sleep in mild to moderate COPD[J]. *Sleep Breath*, 2008, 12(3): 243-250.
- [53] 王思懿, 肖炳坤, 缪潇瑶, 等. 双重食欲素受体拮抗剂类催眠药物的结构优化策略[J]. *中国新药与临床杂志*, 2023, 42(3): 152-158.
- [54] 孙翔宇. 西酞普兰联合小剂量多塞平治疗广泛性焦虑症伴共病性失眠的效果分析[J]. *世界睡眠医学杂志*, 2022, 9(1): 33-35.
- [55] Bayer AJ, Pathy MS, Ankier SI. Pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics of trazodone in the elderly[J]. *Br J Clin Pharmacol*, 1983, 16(4): 371-376.
- [56] Pruckner N, Holthoff-Detto V. Antidepressant pharmacotherapy in old-age depression—a review and clinical approach[J]. *Eur J Clin Pharmacol*, 2017, 73(6): 661-667.
- [57] 陈娇凤, 黄剑浩, 叶颖颖, 等. 推针治疗老年慢性失眠 26 例[J]. *中国针灸*, 2021, 41(2): 153-154.

- [58] 许潇颖,马隽晖,欧静禧,等.方氏头皮针对失眠症患者压力知觉及睡眠结构的影响:随机对照试验[J].中国针灸,2022,42(4):371-376.
- [59] 焦玥,韩颖,周劲草,等.耳针疗法治疗失眠的系统评价和 Meta 分析[J].中国针灸,2022,42(10):1184-1194.
- [60] 杨惠钦,于涛.脐针治疗心脾两虚型失眠的临床研究[J].广州中医药大学学报,2022,39(9):2071-2076.
- [61] 高敏,顾祯敏,吴清贤.电针联合耳穴贴压治疗失眠疗效观察[J].河南中医,2022,42(5):777-780.
- [62] 王雅慧,白如鑫,龚元戎.穴位埋线结合综合护理对老年慢性失眠症临床效果观察[J].中国疗养医学,2020,29(8):853-856.
- [63] 林湖广,孙春田,徐泽林.热灸治疗慢性失眠及改善其焦虑情绪症状临床观察[J].湖北中医杂志,2021,43(11):43-45.
- [64] 刘颖苏,李雪妮.加味酸枣仁汤结合中医推拿疗法治疗失眠症状的临床疗效[J].贵州医药,2022,46(11):1791-1792.
- [65] 任莉丽.运用中医阴跷脉阳跷脉针灸配合穴位注射治疗失眠的临床研究[J].名医,2021(7):62-63.
- [66] 章晓君,蔡立皓,戴佩佩.针罐治疗老年心脾两虚型失眠的近期临床疗效观察[J].黑龙江医学,2022,46(1):29-31,34.
- [67] 陆风芹,李鑫,刘建华,等.中药穴位贴敷联合护理指导治疗老年原发性失眠的临床研究[J].世界睡眠医学杂志,2021,18(5):801-803.
- [68] 涂长英.中药足浴联合耳穴压豆治疗老年失眠 30 例[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(2):143-144.
- [69] 胡树罡,沈滢,莫非,等.低频重复经颅磁刺激部位对老年慢性失眠症患者的影响[J].中国康复医学杂志,2019,34(4):433-439.
- [70] 戴甜甜,郭丽云,孙天添,等.应用经颅直流电刺激改善睡眠质量的 Meta 分析[J].按摩与康复医学,2021,12(5):74-77.
- [71] 任晓兰,朱亚芹,孙艳军,等.脑电生物反馈联合重复经颅磁刺激治疗对老年睡眠障碍患者的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(13):3231-3234.
- [72] 尹秋红,常雁.光疗在失眠症中的应用[J].中国疗养医学,2012,21(5):416-417.
- [73] 朱莹.高压氧辅助治疗对胃癌伴失眠患者心理状态、睡眠质量及生命质量的影响研究[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(11):1868-1869.
- [74] 刘春田,王晓娟,冯建军,等.体外反搏对老年冠心病伴失眠病人的影响[J].实用老年医学,2017,31(8):755-757,761.
- [75] 王婧,张昌勇,蒙莉莉,等.静电刺激治疗失眠症的临床研究[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(12):1641-1644.
- [76] 王璐,刘瑞凤,周芸,等.虚拟现实技术联合生物反馈对老年高血压伴失眠患者血压及睡眠质量的改善作用[J].老年医学与保健,2020,26(6):952-955.
- [77] 张沅,梁冰.老年慢性失眠的治疗进展[J].中华全科医学,2016,14(3):471-473.
- [78] 王思涵,尚德阳.中医五行音乐疗法对精神疾病和失眠的研究[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(1):41-42.
- [79] 段永珂,白琴,郭红雨,等.社区老年患者失眠自我管理模式研究[J].中华护理杂志,2011,46(2):164-166.

(收稿日期:2023-08-01)