

专家连线

睡眠障碍的识别与处理

□高金松 宋学勤

睡眠障碍包括失眠障碍、阻塞性睡眠呼吸暂停、发作性睡病、快速眼动睡眠行为障碍、睡行症、不宁腿综合征与周期性肢体运动障碍等,其中最常见的形式为失眠障碍。《2015年中国睡眠指数报告》显示,我国约有

31.2%的人存在严重的睡眠问题。睡眠障碍不仅会影响的工作、学习等日常生活,还会增加焦虑障碍、抑郁障碍、痴呆、糖尿病、心血管疾病等躯体及心理疾病的患病风险。

失眠障碍

失眠障碍的定义

失眠障碍是指尽管有适宜的睡眠机会和环境,依然对于睡眠时间和(或)睡眠质量感到不满足,并引起相关的日间功能损害的一种主观体验,可单独诊断,也可与精神障碍、躯体疾病或物质滥用共病。失眠障碍的患病率为10%~20%,其可能的危险因素包括高龄、女性和失眠障碍家族史等。失眠障碍不仅会降低患者生活质量,影响个人的工作、事业发展,还会引发一系列躯体和神经疾病,已发展成为迫切需要解决的身心健康问题。

失眠障碍的特征

主要有睡眠起始障碍、睡眠维持障碍等夜间症状以及疲劳、心烦、情绪差等日间症状,具体如下:
1.睡眠起始障碍。表现为入睡困难。
2.睡眠维持障碍。表现为易惊醒、醒后再入睡困难、早醒。
3.睡眠起始和维持障碍同时存在。表现为睡眠质量差、不解乏。
4.日间症状。表现为疲乏无力、精力减退、注意力不集中、记忆力下降、烦躁和情绪低落等。日间活动的不足也会反过来影响睡眠,导致失眠的严重化和慢性化。

失眠障碍的诊断要点

1.存在入睡困难、睡眠维持困难或早醒症状。
2.日间疲劳、嗜睡、社会功能受损。
3.上述症状每周至少出现3次,持续至少3个月。如果病程小于3个月可称为短期失眠障碍。
另外,通过睡眠日记、失眠严重指数量表、匹兹堡睡眠质量指数、多导睡眠图、体动记录检查等评估方法也有助于确诊。

失眠障碍的治疗

认知行为疗法:
主要目的是针对纠正有关失眠的不良行为和信念,是一线治疗方案。主要包括睡眠限制、刺激控制、认知疗法、放松训练治疗和睡眠卫生5个部分。认知行为疗法一般以6周~8周为一个周期,疗效可延续6个~12个月。
药物治疗:
用药的总体原则:以病因治疗、认知行为治疗和睡眠健康教育为基础;个体化、按需、间断、足量给药;连续用药一般不超过4周。
苯二氮草类药物:主要通过非选择性与γ-氨基丁酸-苯二氮草受体结合而发挥作用,主要包括地西泮、艾司唑仑、劳拉西泮、氯硝西泮等。
优点:可缩短入睡潜伏期,提高睡眠效率。
缺点:会改变睡眠结构,导致慢波睡眠和快速动眼期睡眠比例下降;长期或高剂量服用可能会产生戒断现象、反跳性失眠、耐受、依赖等不良反应。

非苯二氮草类药物

主要通过选择性与γ-氨基丁酸-苯二氮草受体复合物特异性结合发挥改善睡眠作用,常用的有唑吡坦、佐匹克隆、右佐匹克隆、扎来普隆等。65岁以上、肝功能受损的患者,这类药物需减半服用。
唑吡坦:短效,半衰期约2.5小时。适用于入睡困难者。睡前5毫克~10毫克口服。常见不良反应有头晕、头痛、健忘等。
佐匹克隆:短效,半衰期约5小时。适用于入睡困难、睡眠维持困难和(或)早醒的患者,睡前2毫克~3毫克口服。常见副作用包括口干、头晕、头痛、胃部不适等。
扎来普隆:短效,半衰期约1小时。适用于入睡困难的短期治疗。睡前5毫克~20毫克口服,常见副作用有镇静、眩晕,与剂量相关的记忆障碍等。
具有镇静作用的抗抑郁药:
目前多数药物未获得治疗失眠的适应证,但临床上常用于失眠合并有焦虑、抑郁情绪的患者,可根据患者的个体化病情酌情使用。
曲唑酮:属于5-HT受体拮抗剂/再摄取抑制剂,半衰期6小时~8小时,低剂量由唑酮可有效阻断5-HT_{2A}受体、α₁受体和H₁受体,达不到对5-HT_{2C}受体的有效阻断作用。通过拟5-HT受体能作用而增加γ-氨基丁酸能作用,能增加NREM(睡眠期)3期睡眠。改善睡眠的强度优于艾司唑仑,且无成瘾性。推荐剂量:25毫克~100毫克睡前口服。常见副作用有晨起困倦、头晕、

疲乏、视物模糊、口干、便秘等。

米氮平:属于去甲肾上腺素能和特异性5-羟色胺能抗抑郁药,半衰期20小时~30小时。低剂量米氮平比高剂量米氮平的镇静作用更明显。通过阻断5-HT_{2A}受体、组胺H₁受体改善睡眠。推荐剂量:7.5毫克~30毫克睡前口服。可用于治疗睡眠伴有焦虑、抑郁障碍的患者,无成瘾性。常见副作用有食欲增加和体重增加,其他副作用包括嗜睡、口干、便秘、头晕、药源性不宁腿综合征等。
多塞平:属于镇静作用较强的三环类抗抑郁药,FDA(美国食品药品监督管理局)批准其用于治疗成人和老年人以睡眠维持困难为特征的睡眠,半衰期8小时~15小时。通过阻断5-HT受体和NE(去甲肾上腺素)的再摄取发挥抗抑郁作用,同时可较强的阻断组胺H₁受体,降低觉醒,小剂量多塞平可发挥镇静催眠作用。推荐剂量:3毫克~6毫克睡前口服。常见副作用包括嗜睡、口干、便秘、头晕、心悸失常等。
其他药物:小剂量第二代抗精神病药如喹硫平(12.5毫克~25毫克)、奥氮平(2.5毫克~10毫克)通过抗组胺作用发挥镇静作用治疗睡眠,但一般不作为首选治疗。阿戈美拉汀作用于褪黑素受体,国外也常用于睡眠的治疗。
物理治疗:
主要包括光照治疗、重复经颅磁刺激治疗、经颅直流电刺激治疗、生物反馈疗法等。
中医治疗:
睡眠在中医中常称为“不寐症”,在辨证施治的基础上采用个体化综合治疗,常见治疗方法包括中药、针灸、按摩、打八段锦、打太极拳等。

其他常见睡眠障碍

阻塞性睡眠呼吸暂停

是指在睡眠中由于上呼吸道反复发生完全阻塞(呼吸暂停)或部分阻塞(低通气)导致的睡眠呼吸障碍。常见症状包括声音较大或不均匀的鼾声,睡眠中可观察到呼吸暂停、因憋气或窒息而醒来、日间嗜睡、注意力不集中等。治疗方法有正压通气治疗、佩戴口腔矫治器以及手术治疗。

发作性睡病

以难以控制的日间嗜睡、发作性猝倒、睡眠、睡眠幻觉及夜间睡眠紊乱为主要临床特点。是一种终生性睡眠障碍,可严重影响患者的睡眠及生活质量,甚至引发意外事故而危及生命。治疗方法有药物治疗及心理支持治疗,莫达非尼、哌甲酯可改善日间嗜睡,抗抑郁药可

抗猝倒。

不宁腿综合征

是一种以强烈活动肢体欲望为特征的神经系统感觉运动障碍性疾病。主要临床特点为睡前或处于安静状态时,出现双下肢表面或肌肉深部难以描述的不适感,如蚁爬感、蠕动感、烧灼感、针刺感、沉胀感、酸痛、痒或紧绷感等。这些不适感迫使患者采用捶打、揉捏、下地行走等手段以减轻症状,试图休息时,症状将再度出现,严重干扰患者的睡眠。治疗以去除诱因、认知行为治疗、药物治疗为主,常用药物有普拉克索、罗替戈汀、卡麦角林、加巴喷丁和恩卡巴比。
(作者分别供职于河南省中医院精神心理科、郑州大学第一附属医院精神医学科)

老年人常见的失眠原因有哪些

□周梦煌

人到老年,失眠的发生率较高,而且已经成为困扰老年人生活的难题。老年人睡眠障碍,主要表现在入睡时间延长、睡眠不安定、易醒、觉醒次数增加,使睡眠呈现阶段化,深睡眠时间减少。引起老年人失眠的原因,概括起来主要有以下几种:

- 1.生理性因素:年龄越大,睡得越少,这是众所周知神经细胞随年龄增长而减少,而睡眠是脑部的一种活动现象,由于老年人神经细胞减少,自然就能引起老年人睡眠障碍,而失眠则是最常见的症状。
- 2.脑部器质性疾病:老年人随着年龄的增长,脑动脉硬化程度逐渐加重,或伴有高血压、脑出血、脑梗死、痴呆、震颤麻痹等疾病,这些疾病的出现,都可使脑部血流量减少,引起脑代谢失调而产生失眠症状。
- 3.全身性疾病:进入老年,全身性疾病发生率增高。老年人多患有心血管疾病、呼吸系统疾病,以及其他退行性脊椎病、颈椎病、类风湿性关节炎、四肢麻木等。这些病,可因为疾病本身或伴有症状而影响睡眠,加重了老年人的失眠。
- 4.精神疾病:据有关资料统计,老年人中,患抑郁状态及抑郁倾向的比例明显高于年轻人。抑郁症多有失眠、大便不通畅、心慌等症,其睡眠障碍主要表现为早醒及深睡眠减少。随着患者年龄的增加,后半夜睡眠障碍越来越严重,主诉多为早醒和醒后难再入睡。
- 5.心理社会因素:各种的心理因素,均可引起老年人的思考、不安、怀念、忧伤、烦恼、焦虑、痛苦等,都可使老年人产生失眠。主要特点为入睡困难,脑子里想的事情总摆脱不掉,以至上床许久、辗转反侧,就是睡不着,或是刚刚入睡,又被周围的声音或噩梦惊醒,醒后再难以入睡。
- 6.环境因素:这也是引起老年人入睡困难及睡眠不安的原因。比如,居屋临街、邻居喧哗、周围环境嘈杂等,亦可使老年人难以入睡。环境杂乱不宁,还容易将睡眠浅的老年人吵醒导致不能再次顺利入睡。
- 7.药物因素:睡前服用了引起神经兴奋的麻黄素、氨茶碱等,易产生兴奋而难以入睡。另外左旋多巴、苯妥英钠等都能引起老年人失眠,左旋多巴能引起失眠,而且还可引起噩梦,扰乱睡眠。夜间服用利尿剂会增加夜尿次数,可造成再度入睡困难。
- 8.有的老年人对睡眠有恐惧感,担心一眠不醒,一旦遇到失眠,心情又十分紧张。情绪一紧张,反过来又影响睡眠;有时即使睡着了,也是噩梦不断,形成恶性循环。相反,有的老年人认为,自己的睡眠时间太少,加上晚间无所事事,觉得无聊,所以一到天黑就早早上床睡觉,到了夜里3时~4时,就已经睡了7小时~8小时;醒来以后,想东想西,使自己难以再度入睡。
- 9.白天睡眠过多:老年人白天没有太多的事情要做,因此白天小睡过多,也是影响夜间老年人睡眠的原因之一。老年人一般睡得多,在环境安静,无所事事的情况下,白天小睡容易增多。适当控制白天睡眠,则能明显改善夜间睡眠质量。
- 10.夜尿增多:夜尿次数增多是老年人的普遍现象,除了利尿剂会增加夜尿次数外,老年人逼尿肌功能紊乱以及前列腺肥大,膀胱内残余尿过多,也会导致夜尿次数增多,从而扰乱睡眠。

心灵驿站

协办:郑州市精神卫生中心 郑州市第八人民医院
疫情防控心理援助热线(0371) 55622625

脑胶质瘤的介入治疗

□张华彪 路慧彬

今年65岁的患者老田,平常身体健康,退休后在家和老伴、子女住在一起,近一个月来从偶尔头痛,到不时地头痛,到这一周来持续性的头痛,还出现了呕吐、左侧肢体反复麻木和无力,连行走都成了问题。老伴和子女看到

老田和以前大不一样,身体状况越来越差,迅速带他到医院就医,到达医院后医生马上进行了头颅的CT、MRI等系列检查,医生诊断为“脑胶质瘤”。那么,什么是脑胶质瘤呢?该病应该如何治疗?

什么是脑胶质瘤

脑胶质瘤(英文名称 brain glioma)是因为大脑和脊髓胶质细胞癌变所产生,最常见的、原发性颅内恶性肿瘤。其发病率约占颅内肿瘤的35.2%~61.0%,由成胶质细胞衍化而来,具有发病率高、复发率高、死亡率高以及治愈率低的特点。在临床上根据细胞种类不同,把脑胶质瘤分为星形细胞瘤、胶质母细胞瘤、寡突胶质细胞瘤等。各种胶质瘤也有自己的好发年龄,如星形细胞瘤多见于壮年,胶质母细胞瘤多见于中年,而儿童多见于室管膜瘤和髓母细胞瘤等。

目前脑胶质细胞瘤的病因尚不明确,可能和基因突变导致的遗传因素,以及后天环境等致瘤因素,如病毒感染,生活环境变化以及化学、电磁辐射等相关。遗传性疾病如神经纤维瘤病(1型)以及结缔组织硬化疾病

等,为脑胶质瘤的遗传易感因素,患者发展为脑胶质瘤的概率比常人明显增高;环境的致瘤因素,如病毒感染等,大部分的胶质母细胞瘤患者都曾有过巨细胞病毒感染;电磁辐射,常见于手机的使用,可能与胶质瘤的产生相关。但是目前并没有证据表明,环境因素和脑胶质瘤存在必然的联系和因果关系。
脑胶质瘤的临床症状与肿瘤的大小、位置和生长速度有关,简而言之,可分两方面:一方面是颅内压增高症状,如头痛、呕吐、视力减退、复视、精神症状等;另一方面是肿瘤压迫、浸润、破坏脑组织所产生的局灶症状,早期可表现为刺激症状如局限性癫痫,后期表现为神经功能缺失症状如肢体瘫痪、视物模糊等。后期脑疝形成,可出现瞳孔扩大、视盘水肿以及昏迷等。

脑胶质瘤的诊断

一旦患者出现精神症状、

头痛、反复癫痫发作,要尽快就诊。医生除了详细询问病史、进行体格检查外,核磁共振成像(MRI)检查为首选手段,绝大多数患者可以确诊,还可以通过正电子发射断层扫描(PET)和磁共振波谱分析(MRS)进一步辅助检查。定位正确率几乎是100%,定性诊断正确率可在90%以上。此外活检是确诊最具权威的检查,活检可见到胶质细胞。

脑胶质瘤的介入治疗

目前脑胶质瘤的治疗以手术为主。早期适当位置的小肿瘤可以完全切除。随着肿瘤生长由于其边界不清,难以做到全部切除,因此手术的同时,还要给予化疗、放疗、免疫治疗等,进一步延缓病情的进展和提高生存时间。

近年来由于介入医学的发展,脑胶质瘤的介入治疗逐渐得以开展,分为两个方

面:第一,通过介入栓塞的方式,栓塞胶质瘤的供血血管,从而达到减慢胶质瘤的生长,甚至是胶质瘤萎缩坏死的目的。另外,也可以减少开颅手术切除胶质瘤的出血倾向等,为手术并发症的减少提供支持。第二:局部的灌注化疗,就是通过把微导管超选到达胶质瘤的局部来实现治疗目的,为手术切除胶质瘤后的治疗提供了一种新的给药思路。由于胶质瘤细胞的通透性改变,化疗药物可以通过血脑屏障,进入细胞内,直接作用于肿瘤,这样细胞

周围的血药浓度高,是全身化疗药物浓度的200倍左右,通过缓慢推注,延长细胞和药物的作用时间,从而提高疗效。和全身化疗相比,局部的灌注化疗具有副作用小、局部化疗药物浓度高、疗效显著等特点。这种治疗方法一般在手术后,放疗的同时或放疗后进行。局部的介入治疗,需要规律用药,定期治疗和复查。介入治疗的禁忌证包括严重的骨髓抑制、肝功能不全以及相关化疗药物过敏等。
(作者供职于郑州大学第一附属医院)



郑州大学第一附属医院
副主任医师贾占奎:
肾肿瘤的手术治疗,
如何选择
扫码看视频



贾占奎,医学博士,副教授,硕士研究生导师,郑州大学第一附属医院泌尿外科副主任医师;擅长后腹腔镜下复杂肾上腺肿瘤摘除术、肾盂癌根治性切除术等;任中华医学会泌尿外科学分会机器人学组副秘书长等;主持河南省科技厅科研项目2项,河南省教育厅科研项目1项,河南省自然科学基金项目1项,参与国家自然科学基金项目2项;参编专著1部,发表学术论文50余篇。

征稿

为了更好地为基层医生的日常诊疗工作提供帮助,本版对内容进行了调整,设置了《专家连线》《实用验方》《误诊误治》《经验分享》《临床提醒》《用药指南》等栏目。
稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;需要1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。
联系人:朱忱飞
电话:13783596707(微信同号)
投稿邮箱:5615865@qq.com