

淺談睡眠疾患

文 身心科 林月屏醫師



「已經好幾天沒有睡了，上班沒有辦法專心，心情起伏不定」

「從年輕的時候就很淺眠，最近幾年更嚴重」

「疫情後放無薪假，晚上都沒有辦法入睡」

門診最常聽到的主述就是“睡不好”，根據統計有1/3-1/2的人有失眠的症狀，對於「失眠症」的診斷，美國精神醫學學會出版的分類學和診斷工具DSM-5中有明確的指出，失眠的情形一週有三天以上持續且三個月以上的時間，儘管有足夠的機會睡眠，還是出現難以睡眠，詳細診斷內容如表一。

一般問診中，首先會先澄清睡眠的型態，幾點入睡幾點起床，入睡困難、睡眠中斷還是早醒，什麼時候開始有睡眠的問題，另外，是否有外界因素影響，譬如：環境轉換、急慢性壓力、飲食習慣或服用藥物等。有的人睡眠時間足夠，只是睡眠周期提前或是延後，像是有的長輩六七點就上床睡覺，凌晨兩三點醒來；有的人睡前使用3C產品導致入睡困難，早上又爬不起來，這樣的狀況會以睡眠衛教為主，譬如說健康均衡的飲食、白天適度運動、安靜的睡覺環境、避免午睡、避免睡前咖啡因、尼古丁及過多水分攝取。

表一：精神疾病診斷準則手冊DSM-5「失眠症」的診斷標準

- A. 主要的抱怨為不滿意睡眠的質或量，伴隨有以下一個(或多個)症狀：
 1. 難以入睡(在兒童，這可能顯現若照顧者沒有在旁協助，就無法入睡)
 2. 維持睡眠困難，頻繁地醒來或醒來後難以再進入睡眠等特點(在兒童，這可能顯現若沒有照顧者的協助，就難以再睡覺)
 3. 清晨很早醒來，無法再睡覺
- B. 睡眠障礙症引起臨床上顯著苦惱或社交、職業、教育、學業、行為，或其他重要領域功能缺損
- C. 每星期至少有3個晚上難以睡眠
- D. 難以睡眠的情形至少3個月
- E. 儘管有足夠的機會睡眠，還是出現難以睡眠
- F. 失眠無法以不發生於另一睡眠障礙症的病(例如：猝睡症與呼吸相關的睡眠障礙症、日夜節律障礙症、類睡症)做更好的解釋
- G. 失眠無法歸因於某物質的生理效應(例如物質濫用藥物)所致
- H. 共存的精神疾病和身體病況，無法適當地解釋失眠的主要抱怨



身心科

林月屏

醫師

111年03月 門診時間

	一	二	三	四	五
上午			大慶		大慶
下午	大慶	中興			
夜間				大慶	



有一群個案每天都在擔心今天是否可以入睡，離睡眠時間越近，焦慮度越高，睡眠狀況越嚴重，伴隨身體化症狀像是頭痛、頭暈噁心感，進入治療後往往對藥物反應要求高，一兩天

沒睡好就急於回診，一方面抱怨用藥一方面又怕被藥物控制，針對這類的個案特別需要睡眠認知行為治療，藉由睡眠日誌分辨出錯誤的觀念和行為，再合併行為治療改變錯誤睡眠認知，像是今天沒睡好不代表明天就會很糟糕、一兩天沒睡好是沒有關係的。

比較嚴重的精神疾病睡眠的改變常常是快要發病的指標，像是早醒常出現在憂鬱症的個案，有一部的憂鬱患者則是整日疲倦好像睡了一整天；睡眠需求減少則是常見在雙極性情感疾患，有的思覺失調症的個案則是受到幻聽妄想等精神症狀干擾，必需鑑別診斷才能對症下藥，避免錯過治療的黃金時期。

其他和生理有關的睡眠疾病，需透過多項生理睡眠檢查(Polysomnography, PSG)，監測睡眠過程中的腦波、鼻子與嘴巴之呼吸氣流、心電圖、肌電圖、打鼾指數、血氧飽和指數、睡眠呼吸中止指數、胸腹呼吸用力變化、肢體活動與睡覺的相關性，最為大家所熟知的便是呼吸相關的睡眠疾患，因為呼吸道阻塞導致夜眠中斷，有打鼾伴隨睡眠障礙的人可以考慮先做完整的多項生理睡眠檢查。

大家最關心的是安眠藥是不是不好，是不是一輩子就必需依靠藥物才能睡？討論這個問題之前，不如好好的跟你的精神科醫師討論目前生活型態、對睡眠的要求或是產生的相關的症狀，有沒有非藥物可以協助的部分，如果需要藥物介入是否對藥物有完整的概念，有些個案明顯有憂鬱症或焦慮症，失眠僅是其中一個症狀表現，這樣的狀況常會以血清素為主線藥物，安眠藥為輔助藥物，然而有些個案僅挑安眠藥服用，治療許久也不見病情改善；有些個案則是症狀改善後自行停藥，面臨戒斷症狀，嚴重反彈性失眠，反而覺得自己被藥物控制。通常我們是從低劑量開始給與，依照狀況再調整；穩定一段時間或是壓力解除，可以慢慢減藥而不是突然停藥，建議您有任何的問題隨時和您的醫師討論。