

CHINA GUIDELINES FOR
THE PREVENTION AND TREATMENT OF INSOMNIA

中国 失眠防治指南

主编◎杨甫德 陈彦方



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



中国失眠 防治指南

主编单位 中华医学会精神病学分会 中国睡眠研究会

主 编 杨甫德 陈彦方

编 者 (以姓名汉语拼音为序)

陈彦方 丁荣晶 冯 锋 胡 建 胡大一 胡珍玉 黄悦勤
季建林 贾福军 李献云 刘 娜 刘艳骄 陆 峥 马琳琳
齐向华 沈 扬 施慎逊 孙学礼 滕 晶 汪卫东 王 健
王婷婷 魏 镜 吴 铮 徐 健 许 良 杨甫德 于 欣
余振球 张 洁 张丽霞 张明园 张 熙 赵靖平 赵丽俊
郑 毅 郑英君 邹义壮

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国失眠防治指南/杨甫德、陈彦方主编. —北京:
人民卫生出版社, 2012. 3

ISBN 978-7-117-15435-2

I. ①中… II. ①杨…②陈… III. ①失眠-防治 IV. ①R749.7

中国版本图书馆CIP数据核字 (2012) 第024155号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

中国失眠防治指南

主 编: 杨甫德 陈彦方

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京铭成印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 14.5

字 数: 376千字

版 次: 2012年3月第1版 2012年3月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-15435-2/R·15436

定 价: 33.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)



前言

失眠症是人群中最常见的精神障碍之一,综合医院或基层卫生服务中心是失眠症患者首选的就诊机构。近年来随着对焦虑、抑郁、失眠的重视,发现失眠症的患病率呈现上升趋势。有关调查显示,失眠症是以慢性病程为主,复发率高,社会功能明显缺损,严重影响患者生活质量的一种疾病。由于失眠症及其相关失眠问题患者常因各种躯体症状、反复就诊临床各科室,已造成巨大的医疗资源负担。为了提高失眠症和失眠问题诊断和治疗质量,近年来英国、美国、澳大利亚等国家根据循证医学资料提出失眠的诊断和治疗的规范性防治措施。

在中华医学会精神病学分会和中国睡眠研究会领导下,《中国失眠防治指南》编写组承担了《中国失眠防治指南》(以下简称《指南》)的撰写工作。在指导思想和格式方面遵循已出版的《临床诊疗指南——精神病学分册》(中华医学会,2006),《中国精神障碍防治指南》涉及各种精神障碍防治指南共7册,《中国高血压防治指南》,并纳入《基于传统医学的失眠症临床指南》的部分中医中药内容,以及参考有关循证医学资料制订本《指南》。

本《指南》的指导思想具体如下:

1. 根据《中国精神障碍分类与诊断标准》(第3版)(*Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorders*, 3rd edition, CCMD-3)、《疾病和有关健康问题的国际统计分类》(第10次修订版)(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th revision, ICD-10)、美国《精神障碍诊断和统计手册》(第IV版)(*Diagnostic and Statistical Manual*

of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV) 和《睡眠障碍国际分类》(第2版)(*International Classification of Sleep Disorders*, 2nd edition, ICSD-2) 分类不同, 失眠症含各亚型不尽一致。本《指南》对失眠症的防治主要涉及原发性失眠症和继发性失眠症的两种亚型。临床实践中大量存在继发于各种精神障碍和躯体疾病的失眠综合征或者共病现象。因此需要在各种精神障碍和躯体疾病过程的不同阶段, 采用“标本兼治, 以人为本”的医院、社区、家庭、个人“四位一体”的医疗卫生保健网络, 将原来的精神障碍三级防治网融入公共卫生服务网络。

2. 失眠症具有反复的慢性过程, 不论在疾病的急性治疗期、继续治疗巩固期、维持治疗期、间歇期, 还是疾病复发恶化期, 都需要规范和个性化的综合防治措施。社会的需要要求我们提供符合社会需要的服务。本《指南》根据我国国情对5种重点防治的躯体疾病(卒中、高血压、冠心病、糖尿病、恶性肿瘤等)所致失眠, 以及常见精神障碍(如老年期痴呆、酒精依赖、精神分裂症、心境障碍、焦虑障碍、注意缺陷障碍以及自杀等)继发性失眠编写了综合防治指南, 同时对上述疾病与失眠症的共病情况的诊疗也予以关注。

3. 不论是原发性失眠症还是继发性失眠症都是生物、心理和社会因素综合作用的结果, 它们的防治必须采取生物、心理和社会方面的综合措施。例如, 合适的药物治疗对上述疾病肯定有效, 而心理治疗在失眠症和失眠问题治疗中占有不可或缺的位置, 因此本《指南》强调根据失眠者具体情况采用躯体治疗结合心理治疗的综合治疗。

4. 对于失眠症除了需要在疾病过程的不同阶段, 采用“以人为本”的不同措施, 而且也需要在疾病发生、发展前的亚临床状态(失眠问题)采用“治未病”和“将防治关口前移”的一级和二级预防措施防患于未然, 因此必须认真贯彻“未病防病、有病治病、防治结合、以防为主”的方针, 针对所有人群(包括健康人群、亚临床状态人群和患者), 动员全社会各方面的积极性防治

失眠。从控制危险因素、早发现、早诊断、早治疗入手,努力提高失眠的知晓率、治疗率。具体应转变以下防治观念和措施:从以专科医生为主,转向所有临床医生、护士、预防保健、检验、公共卫生等人员共同参与。从以大医院为中心,转向以医院、社区、家庭、个人“四位一体”的服务网络,将失眠防治的政策、措施、成果和经验变成社区实践。从卫生部门转向社会共同参与,充分发挥政府有关部门、专业团体、企业、新闻媒介及社会各界的作用,建立广泛的失眠防治联盟和统一战线。

5. 本《指南》根据我国实际情况,编写时也包括了中医治疗的内容和护理程序,以便广大医护人员使用。与此同时也以适当篇幅编写了“科学睡眠、健康人生”的一级预防内容。

6. 在《指南》编写中还注意防治特殊人群(女性、老年期、儿童和青少年人群)的失眠症和失眠问题。

本《指南》的读者主要是在第一线服务的临床医务人员、社会工作师以及卫生管理人员。

参加本《指南》的编写人员包括中华医学会精神病学分会和中国睡眠研究会《中国失眠防治指南》编写组专家,经过一年多的努力,多次修改完成了本书,因此非常感谢大家辛苦的劳动,并对他们无私的奉献表示衷心的感谢!

反复实践是检验真理的唯一标准。我们希望进一步通过出版后的前瞻性现场测试和临床实践的不断改进,使《指南》更具科学性和实用性。

尚需指出,应当衷心感谢本《指南》学术秘书张丽霞和相关参编单位的工作人员在本书出版过程中付出的辛勤劳动。

编者

2012年3月



第一篇 总 论

1	失眠防治概论	1
1.1	定义	1
1.2	失眠的流行病学及防治现状	2
1.3	失眠的危险因素和主要原因	5
2	失眠的诊断	7
2.1	临床表现	7
2.2	临床评估	8
2.3	常用量表	17
2.4	诊断标准	32
2.5	诊断和鉴别诊断	34
3	失眠的治疗	37
3.1	治疗目标	37
3.2	治疗原则	37
3.3	治疗策略	38
3.4	治疗方法	39
3.5	临床路径	77
4	失眠的护理	78
4.1	护理评估	78
4.2	护理目标	79
4.3	护理措施	79
4.4	护理路径	82
5	特殊人群的失眠防治	83
5.1	儿童和青少年失眠防治	83

5.2	女性失眠防治	86
5.3	老年期失眠防治	89
6	《中国失眠防治指南》的推广和实施	94

第二篇 各 论

7	原发性失眠的防治	99
7.1	原发性失眠症的定义	99
7.2	原发性失眠症的流行病学	99
7.3	原发性失眠的病因和发病机制	100
7.4	原发性失眠的临床表现	101
7.5	原发性失眠的诊断	102
7.6	原发性失眠的治疗	106
7.7	原发性失眠的临床路径	111
7.8	原发性失眠的护理	111
7.9	原发性失眠的护理路径	115
7.10	儿童和青少年原发性失眠的防治	115
8	老年期痴呆相关失眠的防治	117
8.1	老年期痴呆相关失眠的病因和病理机制	117
8.2	老年期痴呆相关失眠的临床表现	117
8.3	老年期痴呆相关失眠的诊断	118
8.4	老年期痴呆相关失眠的治疗	120
8.5	老年期痴呆相关失眠的临床路径	122
8.6	老年期痴呆相关失眠的护理程序	122
8.7	老年期痴呆相关失眠的护理路径	125
9	卒中相关失眠的防治	127
9.1	卒中相关失眠的定义	127
9.2	卒中相关失眠的病因和病理机制	127
9.3	卒中相关失眠的临床表现	129
9.4	卒中相关失眠的诊断	129

12.6	糖尿病相关失眠的临床路径	204
12.7	糖尿病相关失眠的护理程序	206
12.8	糖尿病相关失眠的护理路径	208
12.9	特殊人群糖尿病相关失眠的防治	210
13	恶性肿瘤相关失眠的防治	212
13.1	恶性肿瘤相关失眠的定义	212
13.2	恶性肿瘤相关失眠的病因和病理机制	212
13.3	恶性肿瘤相关失眠的临床表现	213
13.4	恶性肿瘤相关失眠的诊断	213
13.5	恶性肿瘤相关失眠的治疗	216
13.6	恶性肿瘤相关失眠的临床路径	233
13.7	恶性肿瘤相关失眠的护理程序	233
13.8	恶性肿瘤相关失眠的护理路径	239
13.9	特殊人群恶性肿瘤相关失眠的防治	239
14	酒精依赖相关失眠的防治	242
14.1	酒精依赖相关失眠的定义	242
14.2	酒精依赖相关失眠的病因和病理机制	242
14.3	酒精依赖相关失眠的临床表现	244
14.4	酒精依赖相关失眠的诊断	245
14.5	酒精依赖相关失眠的治疗	248
14.6	酒精依赖相关失眠的临床路径	250
14.7	酒精依赖相关失眠的护理程序	250
14.8	酒精依赖相关失眠的护理路径	254
14.9	酒精依赖相关失眠的康复与预防	255
15	精神分裂症相关失眠的防治	256
15.1	精神分裂症相关失眠的定义	256
15.2	精神分裂症相关失眠的临床表现和常见因素	257
15.3	精神分裂症相关失眠的诊断	258
15.4	精神分裂症相关失眠的治疗	261
15.5	精神分裂症相关失眠的临床路径	271

15.6	精神分裂症相关失眠的护理程序	271
15.7	精神分裂症相关失眠的护理路径	276
15.8	特殊人群精神分裂症相关失眠的防治	276
15.9	精神分裂症相关失眠的康复和预防	282
16	心境障碍相关失眠的防治	283
16.1	躁狂发作相关失眠的防治	283
16.1.1	躁狂发作相关失眠的定义	283
16.1.2	躁狂发作相关失眠的临床表现	284
16.1.3	躁狂发作相关失眠的诊断	285
16.1.4	躁狂发作相关失眠的治疗	288
16.1.5	躁狂发作相关失眠的临床路径	291
16.1.6	躁狂发作相关失眠的护理程序	292
16.1.7	躁狂发作相关失眠的护理路径	294
16.1.8	特殊人群躁狂发作相关失眠的防治	294
16.1.9	躁狂发作相关失眠的康复和预防	296
16.2	抑郁发作相关失眠的防治	297
16.2.1	抑郁发作相关失眠的定义	297
16.2.2	抑郁发作相关失眠的病因和病理机制	297
16.2.3	抑郁发作相关失眠的临床表现	298
16.2.4	抑郁发作相关失眠的诊断	299
16.2.5	抑郁发作相关失眠的治疗	303
16.2.6	抑郁发作相关失眠的临床路径	311
16.2.7	抑郁发作相关失眠的护理程序	313
16.2.8	抑郁发作相关失眠的护理路径	316
16.2.9	特殊人群抑郁发作相关失眠的防治	316
16.3	心境障碍其他亚型相关失眠的防治	321
16.3.1	心境障碍其他亚型相关失眠的定义	321
16.3.2	心境障碍其他亚型相关失眠的临床表现	322
16.3.3	心境障碍其他亚型相关失眠的诊断	323
16.3.4	心境障碍其他亚型相关失眠的治疗	324

17	广泛性焦虑障碍相关失眠的防治	325
17.1	广泛性焦虑障碍相关失眠的定义	325
17.2	广泛性焦虑障碍相关失眠的病因和病理机制	325
17.3	广泛性焦虑障碍相关失眠的临床表现	326
17.4	广泛性焦虑障碍相关失眠的诊断	327
17.5	广泛性焦虑障碍相关失眠的治疗	332
17.6	广泛性焦虑障碍相关失眠的临床路径	339
17.7	广泛性焦虑障碍相关失眠的护理程序	339
17.8	广泛性焦虑障碍相关失眠的护理路径	342
17.9	特殊人群广泛性焦虑障碍相关失眠的防治	344
17.10	广泛性焦虑相关失眠的康复和预防	351
18	惊恐发作相关失眠的防治	351
18.1	惊恐发作相关失眠的定义	351
18.2	惊恐发作相关失眠的临床表现	352
18.3	惊恐发作相关失眠的诊断	353
18.4	惊恐发作相关失眠的治疗	359
18.5	惊恐发作相关失眠的临床路径	365
18.6	惊恐发作相关失眠的护理程序	365
18.7	惊恐发作相关失眠的护理路径	369
18.8	特殊人群惊恐发作相关失眠的防治	369
18.9	惊恐发作相关失眠的康复和预防	371
19	恐惧症相关失眠的防治	371
19.1	恐惧症相关失眠的定义	372
19.2	恐惧症相关失眠的临床表现	372
19.3	恐惧症相关失眠的诊断	375
19.4	恐惧症相关失眠的治疗	382
19.5	恐惧症相关失眠的临床路径	390
19.6	恐惧症相关失眠的护理程序	390
19.7	恐惧症相关失眠的护理路径	394
19.8	特殊人群恐惧症相关失眠的防治	394

19.9	恐惧症相关失眠的康复和预防	399
20	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的防治	404
20.1	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的定义	405
20.2	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的临床表现	405
20.3	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的诊断	406
20.4	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的治疗	412
20.5	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的临床路径	414
20.6	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的护理程序	414
20.7	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的护理路径	419
20.8	儿童注意缺陷多动障碍相关失眠的康复和预防	419
21	自杀相关失眠的防治	422
21.1	自杀相关失眠的定义	422
21.2	自杀相关失眠的流行病学资料	423
21.3	自杀相关失眠的病因和病理机制	424
21.4	自杀相关失眠的临床表现	425
21.5	自杀相关失眠的诊断	427
21.6	自杀相关失眠的治疗	430
21.7	自杀相关失眠的临床路径	433
21.8	自杀相关失眠的护理程序	433
21.9	自杀相关失眠的护理路径	436
21.10	特殊人群自杀相关失眠的防治	436
21.11	自杀相关失眠的康复和预防	440
	参考文献	441



第一篇 总论

1 失眠防治概论

1.1 定义

(1)失眠的正常心理反应:失眠是一种常见病理、生理现象,人们在不同场合(如大赛前夕或考试前夕)可有不同程度的失眠并试图减轻或避免失眠,这是一种正常心理反应,因为这种失眠与现实环境相符,并不显著影响功能,失眠者意识到这是一种合理的生理、心理反应,因此不会感到十分痛苦。

(2)失眠症:是失眠疾病状态。当失眠的严重程度或持续时间过长或与客观的事件或处境不相称,并且损害躯体、心理、社会功能时,则为失眠症状。当症状符合失眠疾病诊断标准的症状标准、病情严重性符合诊断标准的严重标准、病程长度和频度符合诊断标准的病程标准,则为失眠症。

失眠症继发于躯体疾病或其他精神障碍等原发病,称为继发性失眠症。例如高血压病所致失眠症(也称高血压病继发失眠症),抑郁发作所致失眠症(也称抑郁发作继发失眠症)。这类继发性失眠与原发病的关系疏密不等,例如失眠在抑郁发作时可以是抑郁综合征的核心症状之一。又如高血压病时临床表现的焦虑、失眠,可以是高血压病所致的继发性焦虑、失眠;但是也可以由于长期焦虑、失眠引起高血压,甚至引起原发性高血压病(因此原发性高血压病被认为是心身疾病)或加重原来的高血压。对上述这些失眠表现,本《指南》统称为某某病相关失眠。

当原发病与失眠的关系为共病关系时,即失眠与原发病没有直接或间接的病因学关系,而是同一患者在同一时间罹患了两种性质不同的病症,本《指南》方称为共病。如果失眠症仅仅由某些心理和社会因素诱发,无明显的原因作为直接致病原因,称为原发性失眠症。

(3)失眠亚临床状态:也称失眠问题,当失眠症状已经符合本《指南》失眠症诊断标准的症状标准,失眠严重性已经符合严重标准,仅仅病程尚不符合病程标准时,则为失眠亚临床状态。其中病情较轻者(尚不符合诊断标准的症状标准或严重标准)与正常心理反应的区别在于后者的失眠尚不是失眠症状,即失眠的严重程度不重或持续时间不长,与客观事件或处境相称,并不明显损害功能,因此失眠的正常心理反应是生理、心理性的,而非病理性的。

1.2 失眠的流行病学及防治现状

1.2.1 失眠的流行病学

失眠和失眠症常常在关于睡眠的文献中混合出现,Insomnia有定义为失眠症状,也有定义为符合诊断标准的精神障碍。失眠的患病率取决于对于失眠的定义和研究人群。从不同国家成人样本的研究获得的普遍公认的结论是人群中大约30%的人患有一种或多种失眠症状,包括入睡困难、维持睡眠困难、早醒、不能消除疲劳或睡眠质量差。2005年美国国立卫生院在专题学术会(State-of-the-Science Conference)上指出,失眠的诊断应该增加感到白天功能损害或痛苦,由此失眠的患病率大约降为10%。然而更严格的诊断标准,比如DSM-IV包括了失眠症状至少持续1个月,并排除另外的睡眠障碍、精神障碍或者由于物质或医疗药物所致的直接的生理效应,以此估计失眠的患病率大约为6%。该报告关于失眠的危险因素中,年龄和性别是最明确的人口学危险因素,即女性和老人的患病率增加;但老年人失眠危险度增加的原因尚未完全阐明,推测可能是由于

老年人睡眠控制系统功能的部分缺失导致失眠；而老年人躯体疾病的共病对老年人失眠患病率增加有显著性贡献。此外，女性失眠在月经期和更年期出现更多。同时，共患躯体障碍、精神障碍、夜间工作、轮转倒班等都是明显的失眠危险因素；重要的是这些因素并不是单独引起失眠的，而是多因素共同作用引起失眠。据估计，75%~90%的失眠是由于共患躯体障碍而导致失眠的危险性增加，例如引起血氧不足和呼吸困难的躯体状况、胃食管反流病、疼痛状态、神经退行性病变等。原发性睡眠障碍和生物节律障碍是最常见的共病现象，从而经常导致失眠。在原发性失眠障碍中，不安腿综合征(restless legs syndrome, RLS)、周期性肢体运动障碍(periodic limb movement disorders, PLMD)和睡眠相关的呼吸障碍，如打鼾、呼吸困难、睡眠呼吸暂停综合征等都存在失眠症状，上述现象在老年人中更常见。老年人中，易发生位相提前综合征导致入睡困难、维持睡眠困难和早醒，而在年轻人当中，熟睡困难常与睡眠位相延迟综合征相关。当然，最常见的失眠相关疾病是精神障碍，估计所有失眠患者中40%有精神障碍。其中，抑郁障碍是最普遍的，实际上失眠症状本身就是抑郁障碍和焦虑障碍的一个诊断性症状。

中外文献关于失眠的流行病学研究，缺乏系统的对失眠的时间、地区和人群分布的详细界定，对患病率的估计并非来自规范的流行病学调查。由于有限的研究采用的诊断标准、研究样本和方法的不同，结果差异较大。一般认为失眠症状的发病率为30%，而失眠综合征的发病率不到10%。对一般人群的原发性失眠症的患病率调查很少报道，许多报道是对老年人和精神障碍患者的失眠研究，以及对精神障碍共患失眠的现况研究。全美共病调查(the national comorbidity survey, NCS)表明3/4的失眠者在一生中至少会共患其他一种精神障碍。瑞典(2008)报告失眠的患病率为6.8%~9.7%，年发病率为2.8%。一般认为失眠的患病报告为30%~45%，其中原发性失眠症的患病率约为1%~10%，而老年人高达25%。在睡眠障碍

诊所中诊断原发性失眠症患者约占慢性失眠患者的15%~25%。中国睡眠研究会对成人最近一年失眠主诉调查的患病报告为38.2%。上海市(2005)对静安区静安寺街道随机抽取的7个社区2304名符合要求的60岁及以上居民,进行睡眠情况调查,失眠患病率为14.84%(342/2304)。经logistic回归分析显示,年龄增长($OR=1.02$)、女性($OR=2.20$)、睡前饮酒($OR=2.98$)、光线($OR=3.89$)、噪声($OR=1.95$)、糖尿病($OR=1.82$)、高血压($OR=1.49$)、卒中($OR=1.65$)、骨质疏松($OR=1.76$)和罹患慢性病个数的增长($OR=1.43$)均为失眠的危险因素。结论是60岁及以上人群失眠患病率较高,失眠的发生与年龄、性别、睡眠习惯、睡眠环境和糖尿病等慢性病有关。北京市(2003)随机抽取城乡5926名15岁以上居民,采用标准的测量工具,调查显示至少罹患一种失眠的患病率为9.2%,入睡困难、维持睡眠困难和早醒的患病率分别为7.0%、8.0%和4.9%。年龄大、女性、婚姻状况、有一种严重躯体疾病、罹患一种精神障碍是城乡各类失眠的危险因素。城市样本的教育程度低与各类失眠的发生有明显关联。农村样本的当前吸烟和饮酒者较少报告失眠。城市失业与睡眠维持困难有关联,而在农村则与入睡困难和维持睡眠困难有关联。仅有5.4%的失眠者向医生主诉失眠的症状。与此相反,1/3的失眠者报告使用苯二氮草类药物以改善睡眠。

1.2.2 失眠防治现状

对于失眠的防治,目前国内尚未全面展开。众所周知,失眠引起的损害是多方面的,即涉及个体的身心健康、躯体、心理、社会功能(包括工作、学习、日常生活、社会交往等)以及生存质量等多维度损害。由于睡眠是人的基本生理功能,因此在躯体疾病或精神障碍时,容易出现失眠症状,严重者表现为继发性失眠症。不论是原发性失眠症,还是继发性失眠症都具有症状严重、病程慢性化,躯体、心理、社会功能损害等明显的特点,往往需反复求医和更多的医疗卫生服务,因此造成沉重负担。另一方面,在正确诊断治疗前,已经进行了许多不必要的检查和治疗,而造

成巨大的医疗资源浪费。

应当强调,将失眠上升到公共卫生问题而给予足够的重视,开展三级预防。首先,要针对病因和危险因素进行失眠的第一级预防,纠正不良的睡眠习惯,改善睡眠环境,积极治疗各种慢性病(例如糖尿病、慢性呼吸系统疾病和心脑血管疾病等),尤其是精神障碍的失眠症状,更应该早明确诊断和及时治疗。其次,要提倡失眠的早发现、早诊断、早治疗,多学科协作开展临床治疗,重点人群是儿童和少年、老年人、月经期、围生期和更年期女性人群伴发的失眠,从而实现失眠的第二级预防;最后,对于已经罹患失眠疾病——失眠症的患者,积极进行临床诊治和康复治疗,降低躯体、心理、社会功能缺失,开展失眠的第三级预防。将我国有限的卫生资源,多、快、好、省地为广大人民群众服务。

1.3 失眠的危险因素和主要原因

失眠症有家族聚集性,但环境因素对失眠症起病也有重要作用。就目前来讲许多失眠问题虽然还无确切的致病原因,但应肯定这是生物、心理、社会等多种因素共同作用的结果。失眠的主要原因不外乎内部原因和外部原因。在查找一个人的失眠相关因素时必须全面考虑,大致需要考虑以下的生物、心理、社会方面的因素:

1.3.1 失眠的外部因素

(1) 旅行时差: 主要发生在长距离旅行时,表现为失眠、睡眠-觉醒节律改变,白天过分思睡。这种障碍在长距离的快速跨时区旅行时几乎都会发生。

(2) 睡眠-觉醒节律因素: 常因日夜倒班、夜生活为主,使睡眠-觉醒节律紊乱而导致失眠。

(3) 适应性失眠: 主要由于应激刺激、冲突、环境改变引起情绪波动,使原来睡眠模式改变,常见原因有: ①工作、学习繁重,压力过大或身心过度疲劳; ②事业面临重大转变(晋升、降