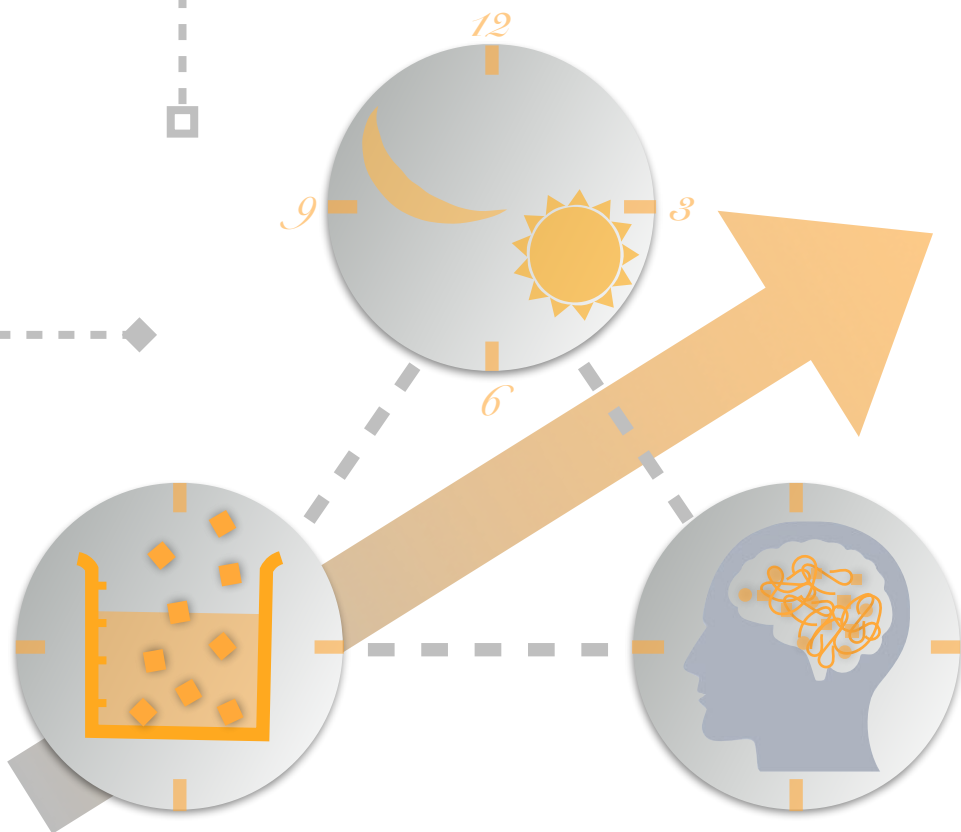




失眠臨床指引

CLINICAL GUIDELINE

FOR INSOMNIA



衛生福利部

失眠臨床指引

零

目錄

內容	頁數
壹、定義-----	1
貳、失眠的問診及評估-----	2
參、鑑別診斷-----	4
肆、多頻道睡眠生理檢查 (Polysomnography, PSG) -----	6
伍、治療-----	6
藥物治療-----	7
非藥物治療-----	10
圖一、失眠問診與治療流程圖-----	12
圖二、鑑別診斷流程圖-----	20
表一、失眠的促成因子-----	13
表二、失眠嚴重度量表-----	14
表三、睡眠日誌-----	15
表四、Epworth嗜睡量表 (Epworth Sleepiness Scale) -----	16
表五、作用於苯二氮平受體之安眠藥物-----	17
表六、失眠的認知行為治療-----	18

失眠臨床指引

長期失眠影響生活品質，除因精神不振可能造成意外事件及日間功能缺損外，罹患身體及精神疾病之風險亦會增高。因此詳細問診、確實鑑別診斷、及早有效治療，自屬重要。

壹 定義

所謂失眠，係指因入睡或睡眠維持困難，造成睡眠的品質變差或睡眠時間減少而言。依照「精神疾病診斷統計手冊-第五版」(DSM-5)對於失眠症(Insomnia Disorder)的診斷標準，主要的抱怨為不滿意睡眠的質與量，每週有三天或三天以上之失眠，且白天出現倦怠、嗜睡、情緒煩躁、難以專心或身體不適等症狀，進而影響學習或工作者。其持續時間超過一個月但少於一個月者為陣發型，症狀持續一個月以上就稱持續型失眠，在一年內發作兩次以上則稱為多次發作型。失眠症狀概分為三種：

- 入睡困難，上床後不易入睡（躺床後無法入睡時間超過30分鐘）
- 續睡困難，入睡後易醒來，且不易再度入睡（入睡後清醒時間超過30分鐘）
- 過早清醒且無法再入睡的睡眠困擾

失眠臨床指引

貳

失眠的問診及評估

1. 失眠相關症狀及病史（可以失眠嚴重度量表輔助評估，見表二）

- 詢問主要症狀：包含失眠起因、頻率、病程變化、持續多久及嚴重度等。
- 入睡前的狀況評估：例如睡前活動為何(看電視、閱讀、運動、吃點心...等)，影響入睡快慢的可能因素，以何方法幫助睡眠，其效果如何。
- 睡眠品質評估：睡眠中斷醒來的時間、次數及原因，醒來時作何因應。
- 環境因素評估：與人同睡是否有影響，寢具如何，寢室是否安靜，溫度與亮度是否合適。

2. 睡眠週期評估（一般常以「睡眠日誌」協助評估，睡眠日誌參見表三）

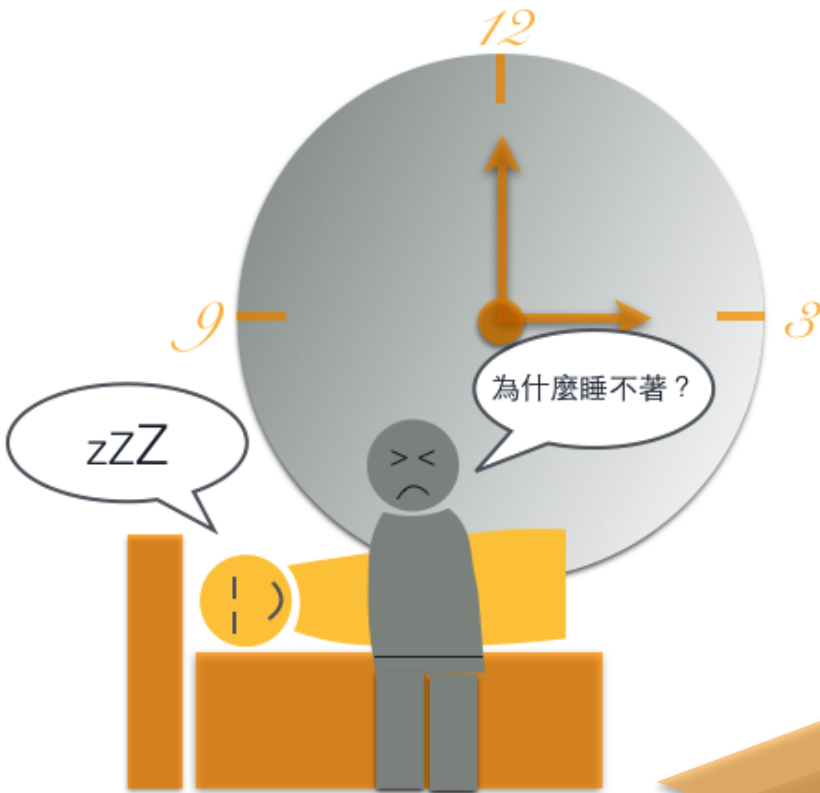
- 目的是在找出與日夜節律(circadian rhythm)有關而促成失眠的因素，包含就寢及起床時間。詢問是否常常過早上床也過早清醒；是否很晚才有睡意，早上卻又爬不起來，甚至日夜顛倒。對於輪班工作的患者，也必須仔細評估作息與一般人不同所造成的影響。

3. 白天功能評估

- 嗜睡情況評估（一般常以「Epworth嗜睡量表」來評量，此量表參見表三）。
- 情緒反應評估：是否因為失眠而造成焦慮、煩躁、或易怒等症狀。
- 認知反應評估：瞭解是否造成難以專心或記憶減退等症狀，或者已經影響到工作或學習。

失眠臨床指引

4. 是否曾接受過失眠的相關治療？其療效如何？
5. 注意是否有發生在睡眠中的其他障礙，例如打鼾、肢體抽動，夜間恐慌或胃食道逆流等可能造成失眠之原因。(詳細之說明請見以下鑑別診斷)



失眠臨床指引

參

鑑別診斷

根據病患和家人之描述、臨床問診、藥物或物質使用史、身體檢查、精神狀態檢查及睡眠日誌(參見「表三：睡眠日誌」)，以區分不同失眠的病因。

急性失眠的原因：

主要與壓力、身體病痛、環境變化、藥物或物質使用、睡眠時間改變等有關，此類失眠的原因比較容易被發現。

持續失眠的原因：

通常複雜且較難以確認，可分為下列三種，其鑑別診斷如下(流程圖參見圖二)：

1. 原發性失眠(Primary insomnia) (佔慢性失眠的20-25%)

係指持續於每週三天或三天以上之失眠，期間超過一個月以上，且非由其他精神、身體疾病、物質或藥物使用、或其他特定的睡眠疾患所引發的失眠症狀而言。

2. 次發性失眠(Secondary insomnia)，再細分為三：

身體疾病引起的失眠(insomnia due to a general medical condition) (約佔10%)：會造成睡眠時產生身體疼痛或不適感之疾病，如慢性疾病患者常會有失眠問題。(參見「表一：失眠的促成因子」之身體疾病因子)

與精神疾病相關的失眠(insomnia related to another mental disorder) (佔40-50%)：此為失眠最常見的病因，又以憂鬱症和焦慮症為造成此種失眠的主因。(參見「表一：失眠的促成因子」之情緒或精神相關因子)

因使用藥物或物質引起的失眠(drug or substance-induced insomnia) (約佔10%)：失眠症狀可以是在開始使用藥物或在改變藥物劑量時發生。(參見「表一：失眠的促成因子」之物質或藥物因子)

失眠臨床指引

3. 因其他原發性睡眠障礙(Primary sleep disorders)引起之失眠(佔20-25%)，主要可再分為四類：

- 日夜節律睡眠障礙(circadian rhythm sleep disorder)：通常需配合睡眠日誌作臨床診斷。常見的有：(1):睡眠相位後延型(delayed sleep phase type)，晚上不易入睡和早上不易醒來，常見於青少年和年輕成人；(2):睡眠相位前移型(advanced sleep phase type)，晚上很早入睡和早上很早醒來而不能再睡著，常見於老年人。(3):時差型(jet lag type)；(4):輪班型(shift work type)。
- 不寧腿症候群(restless legs syndrome-RLS)及週期性肢體抽動障礙(periodic limb movement disorder-PLMD)：不寧腿症候群的患者在睡前靜坐或躺臥時，腿部會有強烈想動的感覺並造成不適感。這種感覺會因腿部伸展或動一動之後而減緩，患者也常抱怨入睡困難。週期性肢體抽動障礙的患者在入睡後會有陣發性肢體抽動(較常發生於腿部)，因而影響睡眠品質。
- 睡眠關聯呼吸疾患(sleep related breathing disorders)：常見的有：(1)阻塞型呼吸中止症候群(obstructive sleep apnea syndrome)，臨床症狀為打鼾合併睡不飽足感(nonrestorative sleep)和白天易打瞌睡，有少部分患者會抱怨睡眠品質不好和半夜易醒。(2)中樞型呼吸中止症候群(central sleep apnea syndrome)，臨床上較少見，常發生於重大身體疾病，如鬱血性心臟衰竭(congestive heart failure)患者常抱怨睡眠品質不好。
- 猝睡症(narcolepsy) (佔慢性失眠的比例小於1%)：患者常有夜間睡眠中斷及白天過度嗜睡的症狀，也常常併發猝倒(cataplexy)及睡眠麻痺(sleep paralysis)
- ▶ 失眠的共病現象(comorbid insomnia)：慢性失眠問題常是多重病因和共病狀態，例如因罹患憂鬱症而失眠的患者，在憂鬱情緒顯著改善後，睡眠問題卻未隨之消除。因此失眠可以是一個單獨的症狀，也可能是與其他疾病共存的一種疾病。

失眠臨床指引

肆 多頻道睡眠生理檢查 (Polysomograohy, PSG)

僅針對罹患睡眠呼吸中止症候群、週期性肢體抽動障礙或是診斷仍不確定之失眠患者，才考慮施以此種檢查。惟若失眠患者對於藥物和非藥物治療之反應不佳時，亦可為之。

伍 治療

失眠症狀與個人的身心特質、及因壓力影響或擔心睡眠而造成的焦慮有關。治療的方法，在於去除所有可能妨礙睡眠的因素。因此，失眠症狀若係由其他疾病所引發，即應同時治療原發疾病。完整的治療計畫應考慮藥物與非藥物二個層面，藥物治療要考慮所選藥物的長期依賴性，非藥物治療則以「認知-行為治療」為主。對於可能合併有其他睡眠障礙之患者，應轉介給睡眠專科的醫療人員作進一步的評估。治療方法除考慮改善患者的失眠症狀外，亦應慮及此種療法對其日間生活功能的影響(例如長效安眠藥可能造成白天昏沈)，尤其患者若需操作精密儀器或可能影響公共安全時，更應謹慎。

失眠臨床指引

藥物治療

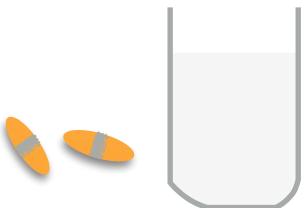
治療失眠的理想藥物，必須能夠達成(1)容易導入並持續睡眠、(2)不破壞睡眠結構、(3)不影響白天功能、以及(4)避免藥物的耐受性及依賴性之目標。目前治療失眠的藥物，仍未達上述理想。且許多常用的藥物，在療效及安全性上均有待嚴謹評估。尤其長期使用特定藥品之利弊，更乏實證資料以資佐證，因此臨床使用上應謹慎為之。

1. 藥物治療的適應症：

- 急性失眠：實證資料證明適當的藥物治療，有助於緩解急性失眠症狀，並避免患者衍生出不良的睡眠習慣及錯誤的信念。藥物的選擇則以中、短效為主。
- 持續失眠：由於缺乏實證資料，目前對慢性失眠的藥物治療仍有許多歧見。對於「次發性失眠」的患者，以治療其原發疾病為主。但若原發疾病已獲得治療而失眠症狀仍持續時，則應依患者之個別情況給予適度之藥物治療，並合併非藥物的「認知-行為治療」。

2. 藥物治療的原則：

- 保持最低的有效劑量。
- 配合睡眠保健原則，改正可能影響睡眠的行為及環境因子。
- 依照患者的生活需求調整劑量。
- 定期追蹤、評估藥物的療效及副作用。



失眠臨床指引

3. 可用藥物的選擇及說明：

● 作用於苯二氮平受體(benzodiazepine receptor)的安眠藥，其短期療效與副作用固然較被接受，然因缺乏實證資料佐證，因此長期連續使用一個月以上時，仍需特別小心。至於目前被美國食品藥物管理局(FDA)列為標示外使用(off-label use)，而在國內常被用來治療失眠的抗組織胺、抗憂鬱劑及抗精神病劑等之療效及副作用，由於仍待評估，因此在使用此類藥物時，應密切評估其效益與副作用，並適時照會專科醫師之意見，以確保病患用藥之安全。

● 常用的藥物可分為下列兩大類：

(1) 作用於苯二氮平受體的安眠藥物(benzodiazepine receptor agonists) (參見表四)：

包括新一代非苯二氮平結構藥物(zolpidem、zopiclone、zaleplon等)以及傳統的苯二氮平藥物(benzodiazepine)。由於實證資料支持這些藥物對失眠症狀有短期療效，且新一代非苯二氮平結構的短效藥物(如zolpidem與zaleplon等)，因較少引起日間嗜睡、認知障礙及藥物依賴等不良反應，常被建議為第一線用藥。

(2) 作用於褪黑激素受體的安眠藥物 (Melatonin Receptor Agonists)：

主要的藥物為ramelteon，實證研究支持短期使用對入睡困難型失眠的療效，但對於主觀描述睡眠長度的改善則較無顯著療效。ramelteon是一個相對較為安全的藥物，較為顯著的副作用為嗜睡。

失眠臨床指引

🕒 其他類具安眠作用之藥物：

(1) 抗組織胺(antihistamines)

此類藥物之療效缺乏嚴謹的臨床研究實證，且服用此類藥物，可能在三、四天內即產生耐受性，造成明顯之日間嗜睡及認知障礙，年長者使用後容易引起意識混亂等譫妄症狀。

(2) 抗憂鬱劑(antidepressants)

例如trazodone、mirtazapine等，因具鎮靜安眠作用而常被用於治療失眠，但連續使用超過一個月以上的療效並不確定，而且可能引起如低血壓或食量增加等之副作用，或與其他藥物產生交互作用，使用此類藥物宜照會專科醫師意見。

(3) 抗精神病藥物(antipsychotics)

目前並無實證資料支持此類藥物可有效治療失眠，而考量可能引起如白天昏沈或精神呆滯之嚴重副作用，並不建議作為治療失眠的第一線用藥。如需使用時，宜轉介專科醫師。

(4) 褪黑激素(melatonin)

褪黑激素可有效治療日夜節律睡眠障礙，但用於失眠之治療成效、有效劑量及長期使用之安全性均不明確。



失眠臨床指引

非藥物治療

認知-行為治療業經研究證實為針對失眠症狀之一種安全、有效的非藥物治療方式。可以單獨進行或與藥物合併使用。經由教育、行為與認知的方式，協助失眠患者除去促成其持續失眠的行為與認知因素。

光照治療是另一種常用的非藥物治療方式，經由調整「睡-醒週期」，以治療日夜節律睡眠障礙所造成的失眠症狀。至於如何進行有效的光照方式與光照時間等之「光照處方」，需要專業判斷，建議由具睡眠專科訓練的醫療人員執行。

1. 非藥物治療的適應症

基本上適用於各種失眠症狀。應優先考慮使用非藥物治療法之患者，包括：

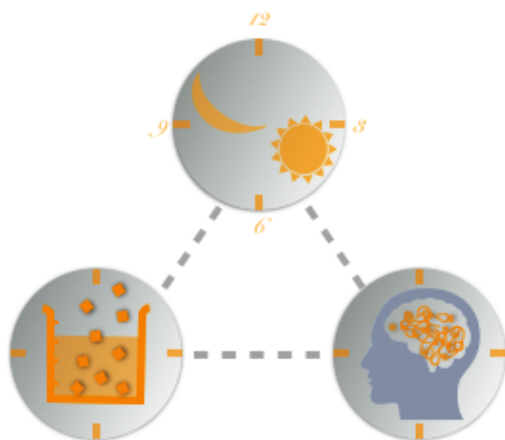
- 不適合使用藥物治療者(例如懷孕婦女、兒童、肝腎功能障礙患者等)。
- 已對藥物產生依賴之長期安眠藥物使用者，或準備逐步停藥者。
- 因不良的睡眠習慣與觀念造成失眠症狀的患者。
- 因日夜節律失調造成失眠症狀的患者。



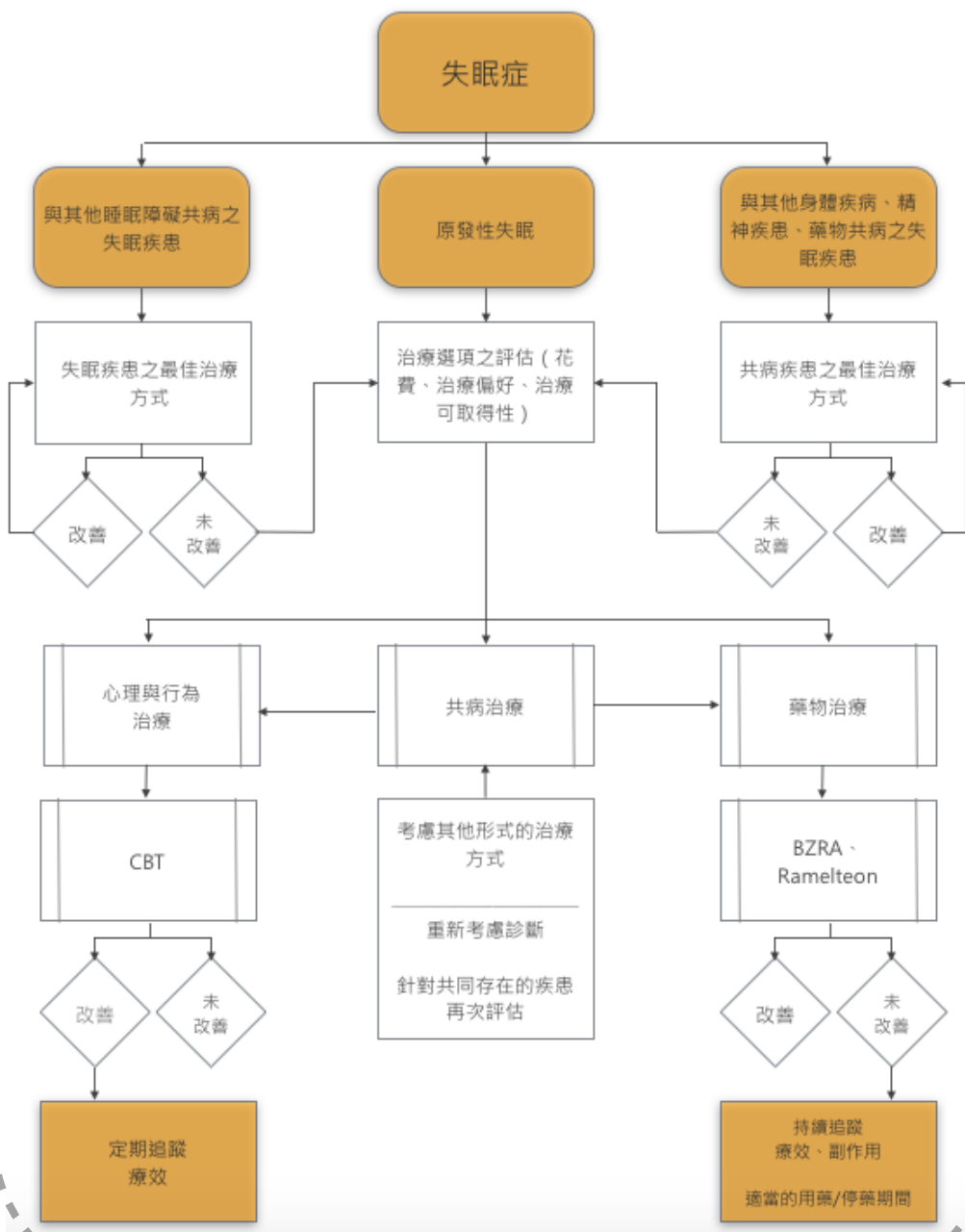
失眠臨床指引

2. 非藥物治療的原則與選擇說明

- 失眠的非藥物治療有許多可選用的技巧，某些治療技巧可經由簡單的口頭或書面衛教達到良好的治療效果，但有些治療技巧則需由睡眠專科醫療人員及臨床心理師執行。
- 一般醫療人員可以優先進行睡眠保健教育及刺激控制法來協助病患(詳見表五)。
- 受過認知-行為治療訓練的醫療人員可依患者的相關症狀選擇其他的治療技巧。例如，睡眠效率太低，可選用限眠療法；生理及認知過度緊張，可選用放鬆治療法；對睡眠適應不良的想法與信念，可選用認知治療法。一般而言，治療常採用多種方法合併的取向，由衛教、行為技術、認知治療法中，選用一些治療方式同時進行。研究發現，以限眠療法與/或刺激控制法為主，合併認知重建與放鬆技術，其治療的效果最顯著。



圖一、失眠問診與治療流程圖



表一、失眠的促成因子

身體疾病因子	情緒或精神相關因子	認知或行為因子	物質或藥物因子
1. 神經系統 •阿茲海默氏症 •夜間頭痛 •帕金森氏症 2. 呼吸系統 •氣喘 •慢性阻塞性肺病變 •因其他肺病引起之呼吸困難 3. 心臟系統 •鬱血性心臟衰竭 •夜間發作型心絞痛 4. 腸胃系統 •胃食道逆流 •腸胃潰瘍 5. 其他 •過敏 •慢性腎臟病 •甲狀腺機能亢進 •小便困擾(攝護腺肥大、夜間頻尿) •更年期/月經週期荷爾蒙改變 •任何原因的疼痛 •懷孕	1. 壓力/適應障礙 2. 精神疾病 •情感性疾患 •雙極性疾患(躁鬱症) •輕鬱症 •重度憂鬱症 •焦慮性疾患 •泛焦慮症 •強迫症 •恐慌症(尤其夜間發作者) •創傷後壓力症候群 •性格疾患 3. 注意力缺陷過動症/自閉症/ •其他兒童期神經精神疾患	1. 可能響睡眠的睡前活動 •使用酒精/咖啡因/尼古丁 •大吃大喝 •運動 •閱讀 •講電話 •看電視 •工作 •帳務計算 2. 睡-醒週期改變 •工作輪班 •週末時比平常天睡更多或更熬夜 •旅行時有時差 •過度補眠 3. 其他制約因素 •努力要入睡造成覺醒的反效果(通常上床前昏沈，但沾床即醒) •對於睡眠的期待很負向 •清醒但仍臥床的時間太長 •對睡眠的認知扭曲 - 「我不吃藥一定睡不著」 - 「我內分泌不平衡」 - 「睡不著時，應該繼續躺床休息」 - 災難化思考「睡不著會毀了我」	1. 酒精 2. 咖啡因 3. 興奮劑/自主神經作用劑 •Amphetamines (安非他命) •Methylphenidate (利他能) •Modafinil (普衛醒) •Appetite suppressors (食慾抑制劑) •OTC decongestants: (充血消除劑) •phenylephrine •Pseudoephedrine (假麻黃鹼) •Cocaine (古柯鹼) •Ecstasy (忘我) 4. 氣管擴張劑 •Albuterol (舒爾管) •Theophylline (茶鹼類藥物) 5. 某些抗憂鬱劑 •Bupropion (威博雋) •Fluoxetine (百憂解) 6. Steroids (類固醇) 7. Alpha-adrenergic agents (甲型腎上腺類藥物) 8. 降血脂劑 9. 其他 •Opiates (鴉片劑) •Diuretics (利尿劑) •Nicotine (尼古丁)

表二、失眠嚴重度量表

1. 評估近兩週內失眠問題的嚴重程度。

	無	輕度	中度	重度	非常嚴重
a. 入睡困難：	0	1	2	3	4
b. 無法維持較長的睡眠：	0	1	2	3	4
c. 太早醒：	0	1	2	3	4

2. 您滿意自己最近的睡眠狀態嗎？

非常滿意	滿意	中等	不滿意	非常不滿意
0	1	2	3	4

3. 睡眠問題是否有干擾到您的日常生活功能?(如:工作表現/日常瑣事、專注力、記憶力、情緒等)。

完全無干擾	一點	稍微	很多	非常多
0	1	2	3	4

4. 他人是否有注意到您的生活品質因睡眠問題受到影響？

完全沒注意	一點	稍微	很多	非常注意
0	1	2	3	4

5. 最近的睡眠問題是否令您擔心或困擾？

完全沒注意	一點	稍微	很多	非常注意
0	1	2	3	4

表三、睡眠日誌

問題 (早上填寫)	範例								
• 日期/星期	10/10 星期二								星期
• 是否使用任何幫助睡眠的物質？是什麼？	有， 熱牛奶								星期
• 幾點上床關燈就寢？	晚上11點								星期
• 躺了多久的時間睡著？	45分鐘								星期
• 半夜醒來的次數？	4次								星期
• 實際睡著時間？	6小時								星期
• 起床時間？	上午7點								星期
• 起床時感覺如何？1-----2-----3 疲倦/嗜睡 普通 非常清醒	1								
問題 (晚上填寫)									
• 是否有小睡片刻？(時間、睡多久？)	下午1點 10分鐘								
• 你今天喝了哪些含酒精的飲料？ (1.紅酒 2.烈酒 3.啤酒 4.其他)；幾點喝？喝多少？	1, 下午5點 200 CC								
• 你今天何時飲用多少含咖啡因 (如咖啡、茶、可樂等)的飲料？以一般紙杯計算，大約喝幾杯	上午9點 2杯								
• 中午的時候感覺如何？1-----2-----3 疲倦/嗜睡 普通 非常清醒	1								
• 下午的時候感覺如何？1-----2-----3 疲倦/嗜睡 普通 非常清醒	2								

表四：Epworth嗜睡量表(Epworth Sleepiness Scale)

請圈選出您最近一段時間內，在以下不同情況中打瞌睡(不單只是感覺疲倦)的頻率，若您從未曾有過其中的一些狀況，也請盡量圈選最接近的答案：

0 = 從未 1 = 很少 2 = 一半以上 3 = 幾乎都會

情況	打瞌睡的頻率			
	0： 從未	1： 很少	2： 一半以上	3： 幾乎都會
• 坐著閱讀時	0	1	2	3
• 看電視時	0	1	2	3
• 在公眾場合安靜坐著 • (如在戲院或會議中)	0	1	2	3
• 坐車連續超過一小時 (不包含自己開車)	0	1	2	3
• 在下午躺著休息時	0	1	2	3
• 坐著與人交談時	0	1	2	3
• 沒有喝酒的情況下，在午餐後安靜坐著時	0	1	2	3
• 開車中遇到交通問題而停下數分鐘時	0	1	2	3

「Epworth嗜睡量表」是針對白天嗜睡病患所設計的自填式量表，原文是Murray Johns於1991年所發展出來，量表的內容為針對嗜睡患者最常發生的情況如坐著閱讀、看電視、坐車等各種場合加以評估其嚴重程度及嗜睡頻率，「Epworth嗜睡量表」總共有八個題目，其計分方法採Likert式計分法，由0到3分，總分以滿分24分來表示最差的情況，0分表示最佳的情況。

中文版是取得原作者同意後，將英文版「Epworth嗜睡量表」翻譯成中文，步驟依據國際問卷調查翻譯之準則進行，將「Epworth嗜睡量表」予以中譯，完成中譯版之品質管制檢測、前測、後測的工作，由陳淳宏等醫師刊登於Quality of Life Research 2002; 11:817-21。

「Epworth嗜睡量表」一般定義：總分8分以下為正常，8-10分是灰色地帶(gray zone)，10-12分是輕微嗜睡，12分以上是病態性嗜睡。

表五、作用於苯二氮平受體之安眠藥物

藥品學名	管制級數	常見商品名	上市劑量	建議劑量	作用效期	半衰期
非苯二氮平類藥物						
Zolpidem	第四級	Stilnox (使蒂諾斯)	10 mg	5-10 mg	短效	1.5-2.4小時
Zopiclone	第四級	Imovane (宜眠安)	7.5 mg	3.75-7.5 mg	短效	5-6小時
苯二氮平類藥物						
Estazolam	第四級	Eurodin (悠樂丁)	2 mg	1-2 mg	中效	8-24小時
Triazolam	第三級	Halcion (酣樂欣)	0.25 mg	0.125-0.25 mg	短效	2-3小時
Flunitrazepam	第三級	Rohypnol (羅眠樂)	1 mg	0.5-1 mg	中效	10-20小時
Brotizolam	第三級	Lendormin (戀多眠)	0.25mg	0.25-0.5 mg	中短效	7小時
Nitrazepam	第四級	Mogadon (眠確當)	5mg	5-10 mg	中效	18-38小時
Midazolam	第四級	Dormicum (導眠靜)	7.5mg	7.5-15mg	短效	1.5-2.5小時
Nimetazepam	第三級	Erimin (愈利眠)	5mg	5mg	中效	26小時
Flurazepam	第四級	Dalmadorm (當眠多)	15, 30 mg	15-30 mg	長效	40-100小時
褪黑激素受體的安眠藥物						
ramelteon		Rozerem (柔速瑞)	8mg	4-8mg	短效	0.5-1.5小時

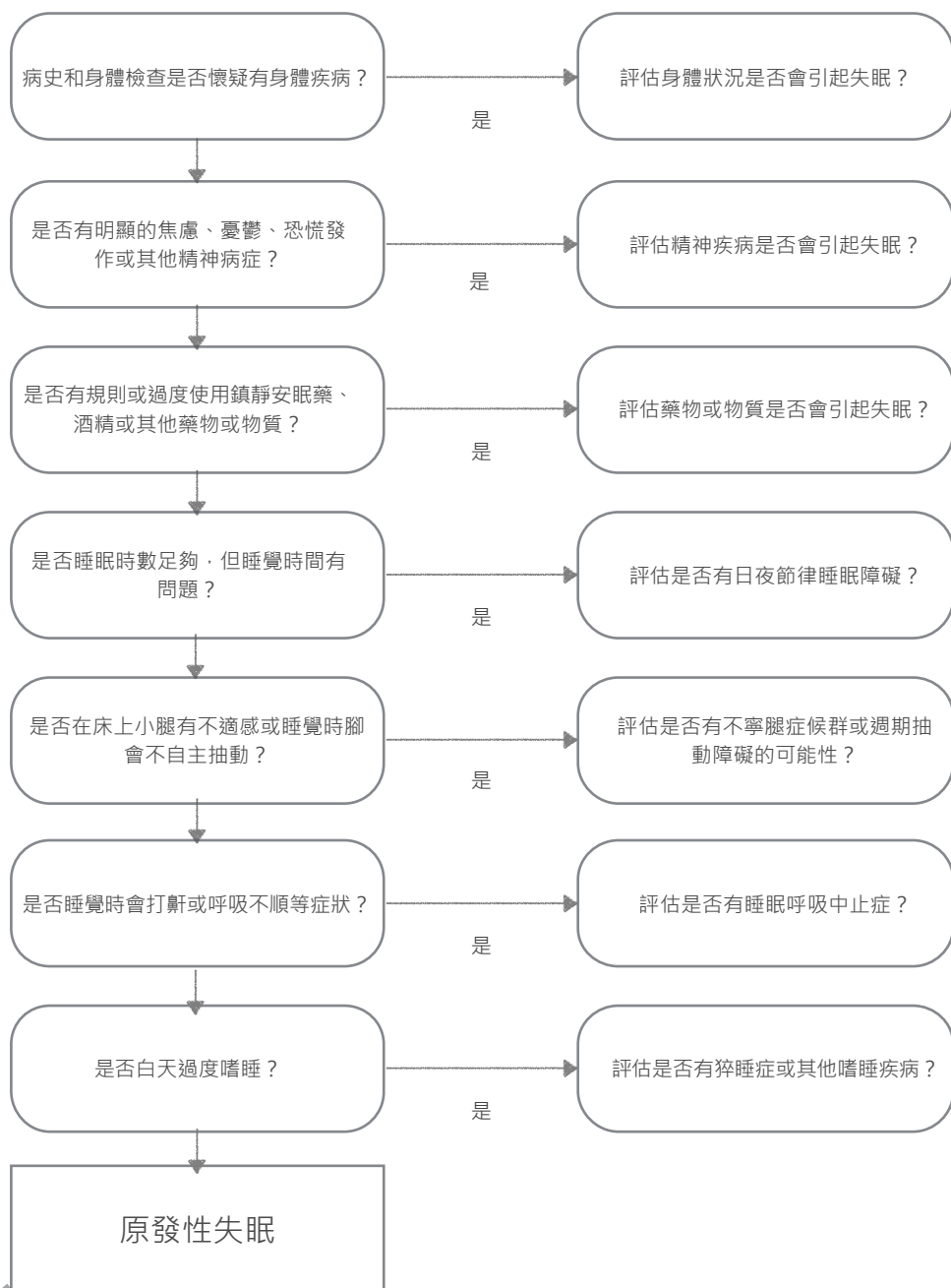
表六、失眠的認知行為治療

治療性質與名稱	說明
一、教育性質	
睡眠保健	對於可能會影響睡眠的健康行為與環境因子的一般性指引： 1.規律的睡-醒時間 2.避免小睡，特別是接近就寢時間 3.避免半夜起床看時鐘 4.避免在傍晚大量的進食與飲酒 5.維持規律的運動，但避免在就寢前3-4小時運動 6.減少咖啡因、尼古丁及其他刺激物質的攝取
二、行為技術	
刺激控制法	重新聯結床/寢室與睡眠的關係；重新建立一致的睡-醒作息： 1.想睡的時候才能上床 2.睡不著時必須離開床鋪 3.只有在睡覺的時候使用床/寢室 4.固定起床時間 5.避免小睡
限眠療法	減少躺床時數以符合實際睡眠時數： 1.持續記錄睡眠日誌 2.計算睡眠效率(實際睡眠時數/躺床時數) 3.縮短躺床時數以符合實際睡眠時數(設定最低躺床時間為4.5小時) 4.每5-7天調整躺床時數。若睡眠效率>90%，則增加15分鐘的躺床時間；若睡眠效率<80%，則減少15分鐘的躺床時間
放鬆治療法	降低身體緊張狀態以及就寢時不斷侵入的思緒。由於放鬆的方式有許多種，適用症狀也有所不同。在教導患者放鬆前需先經過仔細的評估再選用最適合的放鬆方式，因此在臨床使用上最好經由受過相關訓練的專業人員執行。以下介紹三種常見的放鬆方式： 1.漸進式肌肉放鬆法 A) 原理 - 緊張程度與肌肉放鬆狀態是互為拮抗的，因此當肌肉放鬆時，緊張狀態是無法共存的 - 在緊張、焦慮時，直接讓自己的情緒立刻放鬆下來是不太容易的，因此可以利用肌肉放鬆的狀態，與緊張狀態競爭，達到抗焦慮的作用 - 漸進式肌肉放鬆法是利用肌肉先繃緊、再放鬆，以達到能區辨肌肉緊繃與放鬆的狀態

表六、失眠的認知行為治療（續）

放鬆治療法（續）	B)執行方法 ✦將特定部位的肌肉收緊，讓它保持緊張的狀態，感受該部位肌肉的緊張，然後盡量將肌肉放鬆，仔細去感覺肌肉「緊張」和「放鬆」之間的不同 ✦若有某部位的肌肉仍感到緊張，就將注意力放在該部位，然後試著將它放鬆 2.生理回饋 A)原理 ✦生理回饋係指利用監控工具(例如生理回饋儀)偵測與擴大內在身體的生理訊息，讓患者獲得平時無法取得的生理訊息，並從儀器回饋中加強意識覺察，並學習生理控制 ✦學習以心理意識來控制生理的歷程 B)執行方法 ✦使用生理回饋儀監測不同的生理指標，例如心跳、皮膚電阻、呼吸、肌肉緊張程度及腦波 3.冥想法 冥想法是藉由集中自己的注意力在某個特定的物體、語詞，甚至是自己的呼吸上，使頭腦清晰、心情安定與集中注意力。 4.正念治療法 A)原理 ✦對自己的身心狀態有著高度、但不帶評價的覺察，學習接受現狀，然後放下 B)執行方法 ✦通常是由團體的方式進行數週（通常為八週）的練習，藉由治療師的引導來掃描自己身體的感受，或者藉由冥想的方式來提升對自己的覺察力
限眠療法	挑戰及改變對睡眠的錯誤想法、對失眠及其所造成影響的不良信念，以減少適應不良的情緒與行為。 一般常見與失眠相關的信念像是「對失眠所造成的可能結果」（例如，失眠會導致免疫力下降）、「對睡眠的可控制感與可預測感」（例如，我已經失去睡覺的能力）、「對睡眠的需求量」（例如，我每天一定要睡8小時）、及「對特定行為可促進睡眠」（例如，睡前喝酒可以幫助入睡）等信念。這些信念可能會讓患者有更多的擔心，或導致不良的睡眠作息方式，進而干擾睡眠。 執行方法： 1.讓患者想像一個自己曾經經歷的失眠情境（例如，昨晚失眠、睡不好），然後找出當下的想法（通常是一些適應不良的信念，例如，「因為昨晚失眠，今晚一定要把睡眠補回來」），及根據此想法所帶出的情緒（例如，焦慮、擔心今晚再度失眠，結果讓情緒無法放鬆）與行為結果（例如，提早上床準備睡覺，結果在床上輾轉難眠）。 2.讓患者試著使用一些較為適應的替代想法來挑戰原有的想法（例如，「太過擔心反而更睡不著，放輕鬆才有助睡眠」），並進一步分析新的想法所帶來的情緒（例如，較少的緊張、焦慮、身體維持放鬆狀態）與行為結果為何（例如，按照平日的睡眠作息上床，或在睡前試著放鬆，結果較容易入睡）。 3.讓患者比較不同想法所導致的不同結果，試著以較為適應的想法加以替代。

圖二、鑑別診斷流程圖



失眠臨床指引

著者：台灣睡眠醫學學會
主筆：毛衛中、許世杰、李信謙、陳昌偉
校訂：陳寧宏、蘇東平、楊建銘
出版者：衛生福利部
地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段488號
電話：(02)8590-6666
網址：<http://www.mohw.gov.tw/>
出版年月：中華民國104年5月
版次：第一版第一刷



衛生福利部發行
Ministry of Health and Welfare

©2015
版權所有 · 翻印必究