

## 失眠問診指引

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-第四版」(DSM-IV)的診斷標準，以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。其持續時間少於一個月者為急性失眠，超過一個月以上就稱慢性失眠。其型態概分為三種：

- 入睡困難型：上床後超過 30 分鐘以上才能睡著
- 續睡困難型：入睡後易醒來，且清醒時間超過 30 分鐘以上才能再度入睡者
- 過早清醒型：比預定醒來時間更早清醒，且無法再入睡的睡眠困擾

### 貳、失眠的問診及評估 (影響失眠的四大類促成因子參見表一)

1. 失眠相關症狀及病史
  - 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. 睡醒週期評估(一般常以「睡眠日誌」協助評估，睡眠日誌參見表二)
  - 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
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)

### 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「表二：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。

#### 慢性失眠的原因：

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)
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。

### 肆、多頻道睡眠生理檢查(*Polysomnography-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，亦應考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。

## 一、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。

### 藥物治療的適應症

1. 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。
2. 慢性失眠: 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」。

### 藥物治療的原則

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

### 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. 其他類具安眠作用之藥物

##### A. 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。

##### B. 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。

##### C. 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。

##### D. 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。

## 二、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。

### 非藥物治療的適應症

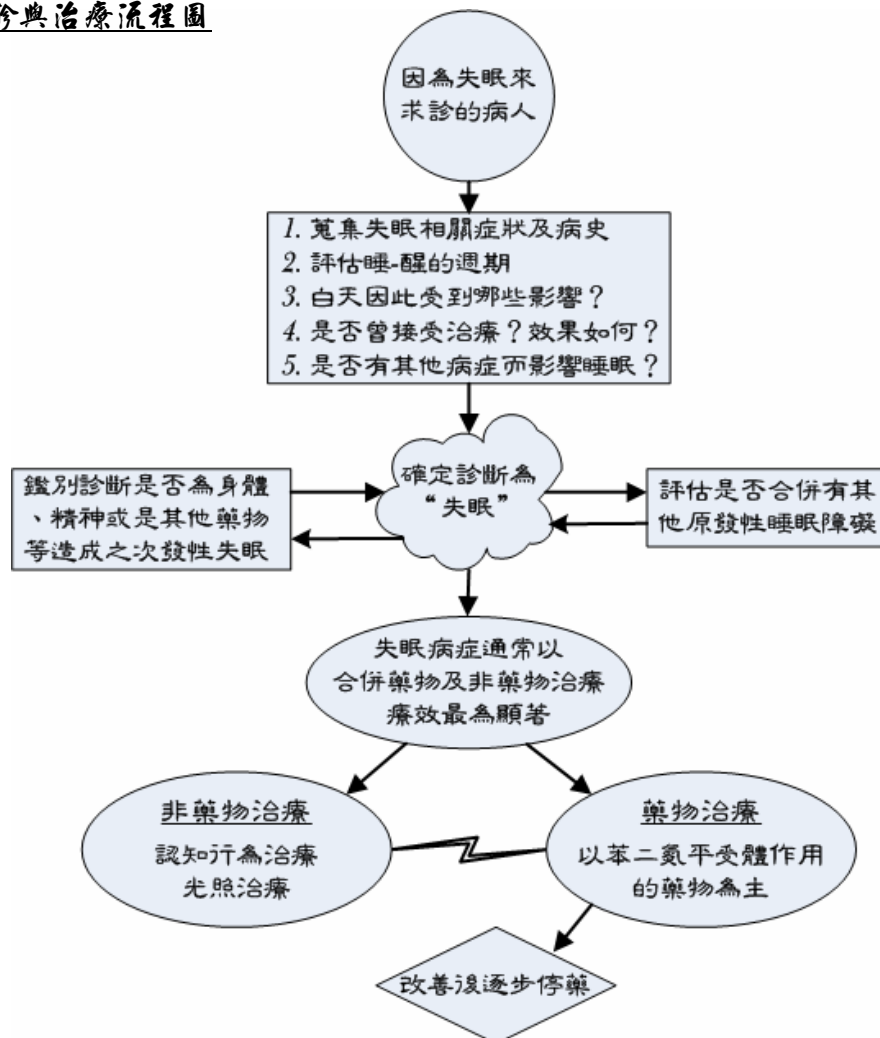
基本上適用於各種失眠症狀。應優先考慮使用非藥物治療法之患者，包括：

1. 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)。
2. 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。
3. 因不良的睡眠習慣與觀念造成失眠症狀的患者。
4. 因日夜節律失調造成失眠症狀的患者。

### 非藥物治療的原則與選擇說明

1. 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。
2. 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)。
3. 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
<p><b>1. 神經系統</b> 阿茲海默氏症 夜間頭痛 帕金森氏症</p> <p><b>2. 呼吸系統</b> 氣喘 慢性阻塞性肺病變 因其他肺病引起之呼吸困難</p> <p><b>3. 心臟系統</b> 鬱血性心臟衰竭 夜間發作型心絞痛</p> <p><b>4. 腸胃系統</b> 胃食道逆流 腸胃潰瘍</p> <p><b>5. 其他</b> 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</p>	<p><b>1. 壓力/適應障礙</b></p> <p><b>2. 精神疾病</b> 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</p> <p><b>3. 注意力缺陷過動症/自閉症/ 其他兒童期神經精神疾患</b></p>
認知或行為因子	物質或藥物因子
<p><b>1. 可能影響睡眠的睡前活動</b> 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</p> <p><b>2. 睡-醒週期改變</b> 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</p> <p><b>3. 其他制約因素</b> 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」</p>	<p><b>1. 酒精</b></p> <p><b>2. 咖啡因</b></p> <p><b>3. 興奮劑/自主神經作用劑</b> <i>Amphetamines</i> (安非他命) <i>Methylphenidate</i> (利他能) <i>Modafinil</i> (普衛醒) <i>Appetite suppressors</i> (食慾抑制劑) <i>OTC decongestants</i>: (充血消除劑) <i>phenylephrine</i> <i>Pseudoephedrine</i> (假麻黃鹼) <i>Cocaine</i> (古柯鹼) <i>Ecstasy</i> (忘我)</p> <p><b>4. 氣管擴張劑</b> <i>Albuterol</i> (舒爾管) <i>Theophylline</i> (茶鹼類藥物)</p> <p><b>5. 某些抗憂鬱劑</b> <i>Bupropion</i> (威博雋) <i>Fluoxetine</i> (百憂解)</p> <p><b>6. Steroids</b> (類固醇)</p> <p><b>7. Alpha-adrenergic agents</b> (甲型腎上腺類藥物)</p> <p><b>8. 降血脂劑</b></p> <p><b>9. 其他</b> <i>Opiates</i> (鴉片劑) <i>Diuretics</i> (利尿劑) <i>Nicotine</i> (尼古丁)</p>

表二：睡眠日誌

問題 (早上填寫)		範例						
日期/星期	10/10 星期二	星期	星期	星期	星期	星期	星期	星期
是否使用任何幫助睡眠的物質？是什麼？	有，熱牛奶							
幾點上床關燈就寢？	晚上 11 點							
躺了多久的時間睡著	45 分鐘							
半夜醒來的次數	4 次							
實際睡著時間	6 小時							
起床時間	上午 7 點							
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							

## 表三：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，量表的内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，步驟依據國際間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，由陳濤宏等醫師刊登於 *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

## 表四：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
<b>非苯二氮平類藥物</b>						
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
<b>苯二氮平類藥物</b>						
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

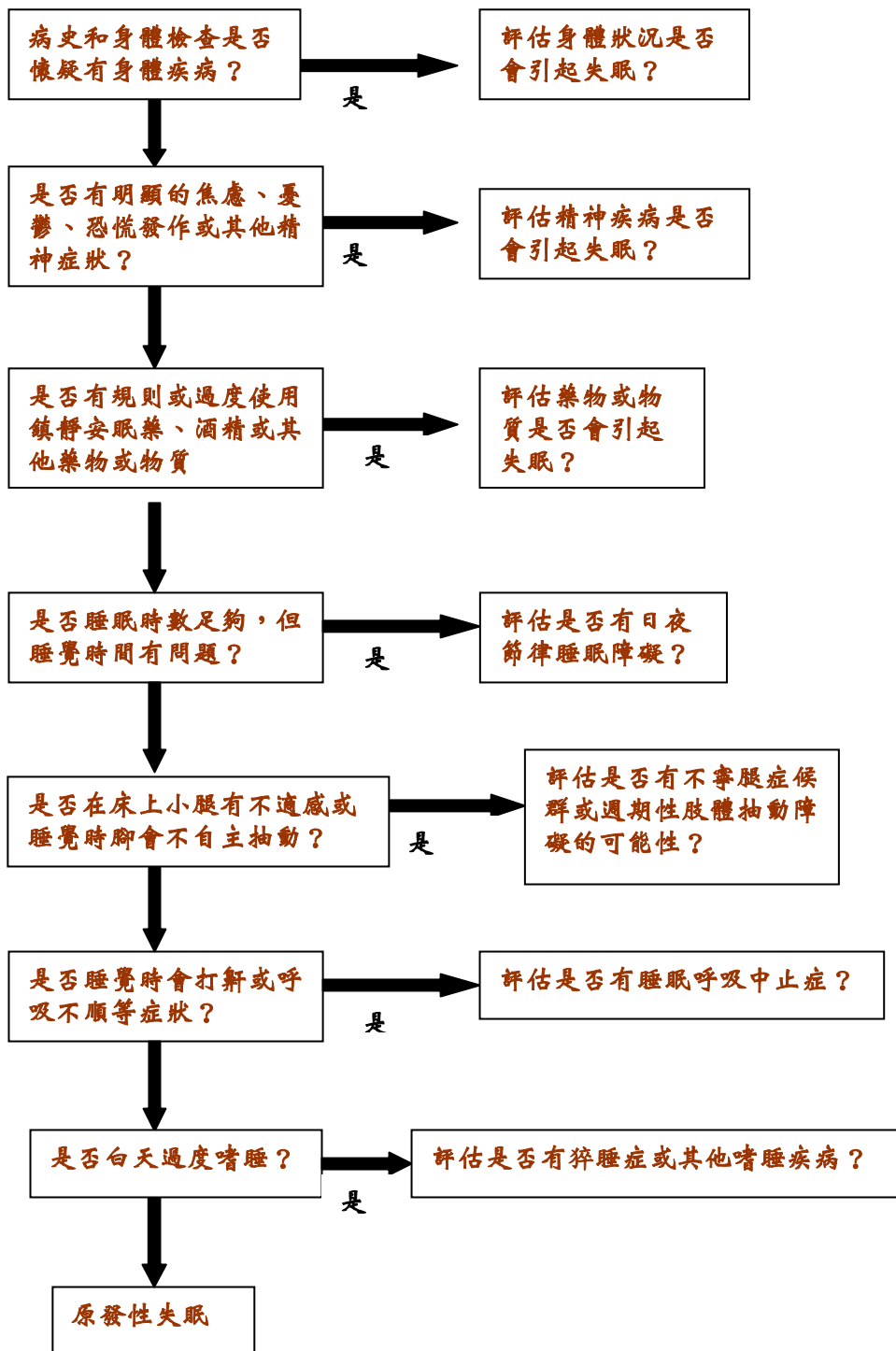
表五：失眠的認知行為治療

治療性質與名稱	說明
<b>一、教育性質</b>	
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： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 規律的睡-醒時間</li> <li>2. 避免小睡，特別是接近就寢時間</li> <li>3. 避免半夜起床看時鐘</li> <li>4. 避免在傍晚大量的進食與飲酒</li> <li>5. 維持規律的運動，但避免在就寢前 3-4 小時運動</li> <li>6. 減少咖啡因、尼古丁及其他刺激物質的攝取</li> </ol>
<b>二、行為技術</b>	
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： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 想睡的時候才能上床</li> <li>2. 睡不著時必須離開床鋪</li> <li>3. 只有在睡覺的時候使用床/寢室</li> <li>4. 固定起床時間</li> <li>6. 避免小睡</li> </ol>
限眠療法	減少躺床時數以符合實際睡眠時數： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 持續記錄睡眠日誌</li> <li>2. 計算睡眠效率(實際睡眠時數/躺床時數)</li> <li>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)</li> <li>4. 每 5-7 天調整躺床時數。若睡眠效率 &gt; 90%，則增加 15 分鐘的躺床時間；若睡眠效率 &lt; 80%，則減少 15 分鐘的躺床時間</li> </ol>
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： <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 漸進式肌肉放鬆法 <ol style="list-style-type: none"> <li>A) 原理 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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</li> <li>● 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</li> </ul> </li> <li>B) 執行方法 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 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</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. 生理回饋 <ol style="list-style-type: none"> <li>A) 原理 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>●學習以心理意識來控制生理的歷程</li> </ul> <p><b>B) 執行方法</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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</li> </ul> <p><b>3. 冥想法</b></p> <p>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。</p>
三、認知治療法	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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。</li> <li>●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。</li> <li>●執行方法： <ol style="list-style-type: none"> <li>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）。</li> <li>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）。</li> <li>3. 讓患者比較不同的想法所導致的不同結果，試著使用較為適應的想法加以替代。</li> </ol> </li> </ul>

圖二：鑑別診斷流程圖



籌備會議：Jul 20, 2006，Aug 17, 2006，Feb 23, 2007

複審委員修訂會議：Oct 11, 2006，Dec 26, 2006，Jan 25, 2007，Mar 16, 2007

版本日期：1.0 版(Mar 23, 2007) [0.1 (Sep 3, 2006)，0.2 (Dec 25, 2006)，0.3 (Jan 25, 2007)，0.4 (Feb 5, 2007)，0.5 (Mar 12, 2007)，0.6 (Mar 18, 2007)，0.7 (Mar 22, 2007)]

「失眠問診指引」共識小組成員：毛衛中，許世杰，李信謙，陳昌偉  
 複審委員：陳澤宏，蘇東平，楊建銘，劉嘉逸，李宇宙  
 同時感謝「安斯泰來製藥股份有限公司」吳淑慎經理居中協調與聯繫