SLEEP MANAGEMENT / 2024

睡眠障碍非药物干预白皮书

CBT-I 实践：从依赖药物到重建睡眠能力

编制：MDC 麦缇盛健康 · 睡眠管理组

版本：2024 版（第 1 版）

适用对象：慢性失眠、长期依赖安眠药人群

一、失眠为什么不能只靠药

安眠药能缩短入睡时间，但多数不改变失眠的维持机制：对睡眠的过度关注、卧床与清醒之间的错误联结、紊乱的昼夜节律，以及长期压力下的神经内分泌失衡。药物停用后，这些问题仍然存在，于是形成“越吃越依赖、越停越焦虑”的循环。

失眠的一线非药物干预是失眠认知行为治疗（CBT-I），其长期效果在多项研究中优于单纯药物治疗。MDC 的睡眠管理以 CBT-I
为核心，配合生理评估与营养支持，目标是让客户重新具备“自己睡着”的能力。

二、CBT-I 的五个核心组件

1. 睡眠限制

按实际睡眠效率压缩卧床时间，先提高睡眠效率，再逐步延长，重建“床=睡眠”的联结。

2. 刺激控制

困了才上床、20 分钟睡不着就离床、不在床上工作与刷手机，把床重新变成单一功能空间。

3. 认知重构

识别并修正“今晚肯定又睡不着”“睡不好明天就完了”等灾难化想法，降低对睡眠的焦虑唤醒。

4. 睡眠卫生

固定起床时间、白天光照、咖啡因与酒精窗口管理、卧室环境优化。

5. 放松训练

渐进式肌肉放松、腹式呼吸、身体扫描，用于睡前降唤醒。

三、生理评估与营养支持

- 便携睡眠监测：量化入睡潜伏期、觉醒次数、深睡比例。
- 皮质醇节律评估：判断昼夜节律是否后移或紊乱。
- 营养评估：GABA、镁、茶氨酸等与睡眠相关的营养状态，按需补充。
- 光照与作息干预：晨间光照 + 晚间降光照，重建节律。

四、典型管理案例

50 岁女性，失眠 10 年，长期依赖唑吡坦，白天精神萎靡。评估显示昼夜节律紊乱、GABA 水平偏低，睡眠效率不足 60%。

管理方案：CBT-I 全流程 + 神经递质靶向营养支持（GABA、镁、茶氨酸）+ 昼夜节律光照调节，周期 3 个月，逐步减药并在医生指导下停药。

3 个月结果：成功停用安眠药，入睡时间由 90 分钟缩短至 25 分钟，深度睡眠时长增加 40%。

以上为单个管理档案记录，减药与停药须在医生指导下进行，不可自行中断处方药。

五、停药路径与随访

阶段	周期	重点
建立睡眠能力	第 1 – 4 周	睡眠限制 + 刺激控制，稳定睡眠效率
减药准备	第 5 – 8 周	睡眠效率稳定后，医生指导下按阶梯减量
停药与巩固	第 9 – 12 周	处理反弹性焦虑，固化作息与放松习惯
随访	每 3 个月	复评睡眠效率，防止复发

六、关于 MDC

MDC 睡眠管理组由健康管理师、营养与心理支持人员协同，以 CBT-I 为主线，结合生理检测与营养干预，帮助客户减少药物依赖、恢复自主睡眠能力。

本白皮书内容由 MDC 麦缇盛健康管理团队编制，用于健康管理与科普参考，不构成个体化诊疗方案。文中案例数据为管理档案记录，个体存在差异，具体方案需由专业人员评估后确定。© MDC 麦缇盛健康