

· 临床督导 ·

嗜睡障碍共病抽动障碍的临床访谈和治疗

李高飞¹, 李 苗², 张道龙^{2*}

(1. 北京市中西医结合医院, 北京 100039;

2. 北京华佑精神康复医院, 北京 102200

*通信作者: 张道龙, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【摘要】 本文目的是呈现一例嗜睡障碍共病抽动障碍的临床诊疗思路及治疗方案的制定。咨客 15 岁, 女性, 高一年级学生, 自幼存在频繁眨眼、歪嘴, 诊断为抽动障碍, 学习成绩一贯良好。自 2020 年新冠肺炎疫情以来, 该咨客出现睡眠增多, 平均每天睡眠 12 小时, 伴日间睡眠增加, 醒后疲惫乏力, 学习成绩明显下降, 被老师和家长多次批评, 认为其学习态度不端正。咨客被诊断为嗜睡障碍共病持续性(慢性)运动或发声抽动障碍。建议采用生物-心理-社会综合干预的方法, 生物治疗给予盐酸哌甲酯缓释片提高患者的觉醒程度, 增强注意力, 改善嗜睡的同时监测抽动症状的变化。心理治疗采用认知行为治疗, 帮助患者纠正认知偏差, 重塑认知结构, 树立康复信心。采用正念治疗, 帮助咨客调整情绪。社会资源方面, 鼓励咨客积极探索资源, 寻求社会支持, 构建治疗联盟。在各方资源协调运行下, 减少嗜睡症状, 增强适应能力, 继续完成学业。

【关键词】 嗜睡障碍; 抽动障碍; 中枢兴奋剂; 生物-心理-社会

开放科学(资源服务)标识码(OSID):  微信扫码二维码
听独家语音释文
与作者在线交流

中图分类号: R395.3

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20210302001

Interview and treatment of idiopathic hypersomnia comorbidity tics disorder

Li Gaofei¹, Li Miao², Zhang Daolong^{2*}

(1. Beijing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 100039, China;

2. Beijing Huayou Psychiatric Hospital, Beijing 102200, China

*Corresponding author: Zhang Daolong, E-mail: dzhang64@yahoo.com)

【Abstract】 The purpose of this paper is to present the diagnosis and treatment of idiopathic hypersomnia comorbidity tics disorder. The client is 15 years old, female, a senior student, with frequent blinking and a crooked mouth since childhood, diagnosed with tics disorder. She previously had consistently good academic performance. Since the COVID-19 epidemic in 2020, the client has been sleeping more, averaging 12 hours per day, accompanied by increased daytime sleep with fatigue after waking up, and a significant decline in her studies. She was diagnosed with idiopathic hypersomnia comorbidity persistent (chronic) movement or tic disorder. It was suggested that she adopt a method of comprehensive biopsychosocial intervention. Biotherapy with methylphenidate can improve her arousal, enhance attention and improve drowsiness, meanwhile, changes to tic symptoms must be monitored. Cognitive behavioral therapy was used to help the client correct cognitive biases, reshape cognitive structure, and establish confidence in rehabilitation. Mindfulness therapy was adopted to help the client adjust her emotions. In terms of social resources, the client was encouraged to explore resources actively, seek social support, and build therapeutic alliances. Through coordinating multiple resources, the client reduced symptoms of sleepiness and enhanced her adaptability to continue with her studies.

【Keywords】 Idiopathic Hypersomnia; Tics disorder; Stimulant; Bio-psycho-social intervention

1 精神科访谈

1.1 咨客情况简介

咨客, 女性, 15 岁, 高一年级学生, 主诉: 近半年睡眠增多, 日间困倦、乏力、无法学习。现病史: 自新冠肺炎疫情开始, 咨客睡眠逐渐增多。从每天 6~8 小时逐步发展到隔日睡眠 12~13 小时。上床时间

早, 入睡快, 睡眠深沉, 未见多梦。晨起往往被家人反复催醒, 经常错过闹钟提醒, 醒后仍感昏沉疲惫。上课时注意力涣散, 学习成绩下降, 常因“学习态度不认真”被老师和家长批评。曾尝试喝咖啡、浓茶提神, 自觉初期稍有效果, 但后续效果不佳。因身体不适感增加, 未持续使用。情绪波动大, 心情低落, 易急躁, 和家人发脾气, 抱怨增多, 责备周围人

不理解自己。于 2020 年 9 月在某精神专科医院就诊,考虑为“抑郁状态”,予舍曲林 150 mg/d 治疗,情绪稍稳定,但睡眠情况无改善。未见明显药物不良反应,食欲、二便正常。既往史:4 岁曾患脑膜炎,具体不详。自幼存在不自主歪嘴、频繁眨眼,无异常发声,诊断为“抽动障碍”,药物治疗一年后症状稍缓解,因不影响日常生活遂自行停药。近一年情绪激动时抽动增加,未见明显恶化。否认癫痫、头部外伤史和食物药物过敏史。个人史:胞二行一,顺产,有一个三岁的妹妹。由父母抚养长大,管教严格,认为父母偏爱妹妹。父母均为老师,咨客一直在父母所在学校上学,成绩一贯优异。因存在睡眠问题,中考未能进入期望的学校。病前个性:追求完美,做事较真。因琐事常与家人争吵,但与外人交往温顺随和。家族史:妈妈性格严谨刻板,强调时间观念,对外态度温和,对内脾气急躁。爸爸性格固执守旧,爱干净,均否认洁癖、囤积、反复检查等行为。否认两系三代中患有其他严重精神疾病或其他遗传性疾病。

1.2 访谈实录

Z 医生:请讲讲你的困扰。

咨客:总是嗜睡,每隔一天能睡十二、十三个小时,每天都睡不醒。

Z 医生:好的,每隔一天睡眠时间都比较长,那其他时候睡眠时间正常吗?

咨客:因为要学习、写作业,为了完成学习任务,只能强撑着减少睡眠时间至 6~8 小时。但第二天精力明显不足,睡眠时间自然延长近一倍,如此循环。

Z 医生:晨起后的感觉如何?

咨客:醒后觉得头脑昏沉不清醒,没有力气。

Z 医生:你现在 15 岁,这个困扰是什么时候开始的?

咨客:大概半年以前,新冠肺炎疫情刚开始爆发的时候。

Z 医生:你认为睡眠问题与疫情的发生有关系吗?

咨客:应该没有。

Z 医生:除了睡眠增多,还有其他的问题吗?

咨客:心情很差,情绪波动大。大部分时间都花费在睡觉上,不能正常上课学习,经常乱发脾气。

Z 医生:心情差的同时,是否存在精力体力缺乏、提不起兴趣的情况?

咨客:似乎都有那么一点,主要还是精力不足。

Z 医生:有过自伤吗?

咨客:没有。

Z 医生:除了睡觉多,有没有特别讲卫生或者爱薸头发的现象?

咨客:没有。

Z 医生:白天上学情况怎么样?

咨客:注意力很难集中,记忆力明显变差。心情不好的时候就想站起来走动,精力不足时就趴在桌子上闭目养神,不分上课还是休息时间。每天就盼着能赶快到中午,可以踏实地补觉。

Z 医生:用过什么方法改善精神状态吗?

咨客:喝过咖啡和浓茶,一开始有一点效果。但心慌比较明显,就没有持续使用。

Z 医生:近半年睡眠时间延长,日间困倦乏力,这些问题在半年以前存在吗?

咨客:之前不存在。

Z 医生:这半年有走在路上突然睡着后摔在地上的现象吗?

咨客:没有。

Z 医生:这半年有大笑后双腿没劲了摔在地上的现象吗?

咨客:没有。

Z 医生:你是独生女吗?

咨客:还有个妹妹,今年三岁。

Z 医生:妹妹、爸爸或者妈妈有跟你类似的情况吗?

咨客:没有,只有我爱睡觉,这让我觉得自己很奇怪。

Z 医生:这半年对你的学习成绩有什么影响?

咨客:影响很大,原本备战中考的成绩比较理想,但因为考试时精力不足,没有发挥出该有的水平,最终没能考进家人期望的学校。

Z 医生:这些事情对你的食欲和体重有影响吗?

咨客:总体影响不大,体重基本稳定,心情烦躁的时候食欲较差。

Z 医生:人际关系有变化吗?

咨客:跟朋友相处比较融洽,但因为小事发生争吵的次数增多。

Z 医生:你与父母的关系如何?

咨客:因为睡眠问题常被他们批评。经常因此发生冲突,得不到他们的理解。

Z 医生:他们以什么理由批评你呢?

咨客:责备我变得懒惰,为不努力学习找借口。老师也多次找我谈话,并通知父母说我可能存在一些心理问题,要求父母对我加强管教和劝导。

Z 医生:你和妹妹的关系如何?

咨客:我们的关系很好,她比我懂事,大家都很喜欢。

欢她。

Z 医生:你之前有受过脑外伤吗?

咨客:好像 4 岁时得过脑膜炎,具体不清楚。

Z 医生:有过癫痫发作、抽搐吗?

咨客:没有,我很正常。

Z 医生:最近做过脑电图、CT 或者核磁共振吗?

咨客:最近没有,大概两三年前做过一次脑电图,结果正常。

Z 医生:因为睡眠问题有看过医生吗?做过哪些检查和治疗?

咨客:之前做过焦虑自评量表和抑郁自评量表,结果为中度焦虑和抑郁,医生让服用盐酸舍曲林治疗。

Z 医生:药物对你有帮助吗?

咨客:心情能平和一些,但依然觉得乏力贪睡,睡眠问题始终没有改善。

Z 医生:好的。请妈妈补充一下。

咨客母亲:她现在睡眠问题十分突出,一直在服用舍曲林,没有明显的改善。

Z 医生:最近两年内,她受过脑外伤吗?

咨客母亲:没有。

Z 医生:是顺产吗?

咨客母亲:是的。

Z 医生:孩子说小时候得过脑膜炎,是这样吗?

咨客母亲:是的,4 岁时曾因为发烧到医院就诊,诊断为脑膜炎,已治愈。上小学时发现她总是不自主地挤眉弄眼。我们曾怀疑与脑膜炎有关,但医生说是抽动症,与脑膜炎关系不大。

Z 医生:关于抽动症是否进行过药物治疗?

咨客母亲:用过,只服用过一年。我们观察抽动的情况并不影响她的日常生活,担心药物会影响身体发育,就没有继续服药。

Z 医生:能理解。抽动症是一种神经发育的问题,家里其他人有类似的表现吗?

咨客母亲:没有。

Z 医生:好的,我现在讲一下孩子的诊断和治疗方案。第一个诊断是嗜睡障碍,这是一种与睡眠相关的疾病,主要表现是在无明显诱因下,出现主要睡眠时间每日超过 9 小时,每周超过 3 次,持续 3 个月及以上,日间活动受到严重影响,醒后乏力、疲惫、注意力不集中,日间小睡延长增多,这些均是嗜睡障碍的典型表现。第二个诊断是持续性(慢性)运动或发声抽动障碍,这是一种神经发育障碍。孩子自幼存在面部肌肉不自主的抽动,情绪激动时明显,既往药物治疗有效,且在访谈过程中也偶尔可

见症状的发作,无异常的发声和言语。因此诊断为持续性(慢性)运动或发声抽动障碍。需要关注妹妹是否存在类似现象。建议你首先完善相关检查和评估,如多导睡眠监测、汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表、Epworth 嗜睡量表等,进一步明确睡眠状况,排除其他与嗜睡相关的疾病和情绪问题;其次,使用生物-心理-社会的综合干预方法,在改善嗜睡症状的同时,提高对疾病的认识,增强适应能力,早日回归校园生活。

咨客母亲:嗯,了解了。

Z 医生:本次的治疗计划使用生物-心理-社会综合干预方法。首先,生物学方面,使用中枢兴奋剂治疗需要观察一周左右,治疗目标是解决嗜睡的同时改善注意力不集中的问题。机制是大脑多巴胺含量低时,神经元兴奋不足,表现为注意力不集中、乏力,睡眠增加。增加大脑多巴胺浓度后,这些症状会自然缓解。使用中枢神经兴奋剂盐酸哌甲酯缓释片,进一步稳定孩子情绪,继续服用舍曲林 100 mg/d,根据情绪状态酌情调整,同时配合运动辅助治疗。由于中枢兴奋剂的使用可能影响抽动症状的变化,需要家人关注抽动症状的变化情况。心理治疗方面使用认知行为治疗,帮助孩子充分认识疾病,纠正思维误区,强化孩子处理环境与情绪关系的能力,树立康复信心。社会治疗方面,需要家人参与,共同调整短期内对孩子学习成绩的预期,协商制定合理的学习计划,给孩子一个相对宽松的校园环境。加强与学校沟通,寻求学校老师的帮助与支持,建立治疗联盟关系,合理安排校园生活。

咨客母亲:好的,谢谢医生。

2 点 评

2.1 诊断与风险评估

该咨客诊断为嗜睡障碍共病持续性(慢性)运动或发声抽动障碍^[1]。咨客自诉近半年存在过度困倦、睡眠需求量大等问题。隔日主要睡眠时间超过 9 小时,醒后仍感觉头脑不清醒、乏力、疲惫,注意力不能集中,学习成绩下降,情绪急躁敏感,常与家人发生冲突。咨客白天嗜睡不是在大笑之后或者走路过程中突然倒地睡着,体态正常、无打鼾等情况。多导睡眠监测结果显示:总睡眠时间 660 min,睡眠周期 10 个,睡眠潜伏期 7 min,深睡眠比例 12%,浅睡眠比例 69%,REM 期比例 19%,觉醒次数 2 次,AHI 指数 2 次/小时,平均血氧饱和度 95%;多次小睡潜伏

期试验显示:平均睡眠潜伏期 8 min,睡眠发生性快速动眼睡眠 3 次。Epworth 嗜睡量表评分 17 分,提示可能存在危险性嗜睡;汉密尔顿焦虑量表总评分 19 分,提示可能存在焦虑;汉密尔顿抑郁量表总评分 14 分,提示可能存在抑郁。结合咨客症状及检查结果诊断为嗜睡障碍。咨客自幼存在不自主歪嘴和频繁眨眼,曾服用药物治疗有效,目前已停药,仍间断存在不自主的面部运动,情绪激动时明显,咨询过程中可见相关表现,否认存在异常的发声,诊断为持续性(慢性)运动或发声抽动障碍,符合《精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5)诊断标准^[1-3]。

值得注意的是,咨客为青春期女性,此时期的女性正面临着生理及心理的重大转变,内心敏感脆弱、多愁善感、自尊心强,更需要同伴的陪伴支持^[4-6]。由于过度嗜睡引起的学习成绩下降、中考失利等问题,咨客常常受到家人与老师的责备,睡眠问题往往被周围人误认为“不爱学习”的借口,严重影响咨客的心理状态。咨客性情变得急躁,面部的抽动症状成为潜在的催化剂,使咨客在人际交往中更容易表现出过度的敏感自卑,更具有发展为抑郁症的倾向^[7-8]。因此,咨客在充分认识和治疗疾病的基础上,做好情绪管理、树立康复信心、建立治疗联盟是康复的关键。

2.2 临床治疗学

采用生物-心理-社会综合干预模式,缓解咨客嗜睡行为,改善不良情绪。生物学方面,给予盐酸哌甲酯缓释片,促进咨客大脑的觉醒,改善嗜睡,增强注意力^[9]。起始剂量 9 mg/d,一周后加至 18 mg/d,在加药过程中监测咨客抽动症状的变化。在使用盐酸哌甲酯缓释片 18 mg/d 持续治疗一周后,咨客嗜睡症状明显改善。为缓解咨客的负性情绪,采用舍曲林 100 mg/d 治疗,在咨客嗜睡及情绪症状均缓解后继续逐步减量,治疗目标为哌甲酯单药治疗。每天规律性地进行球类、器械等运动以疏导情绪。心理治疗方面采用认知行为治疗,提高咨客对疾病的认识,纠正思维误区,理性看待疾病对日常生活和学习成绩的影响。正向强化咨客处理环境与情绪关系的能力,鼓励患者积极面对问题,帮助咨客树立康复信心^[10]。采用正念治疗,加强对自身的觉察,感受内在情绪,进行认知解离,活在当下^[11]。社会学方面,向家人进行健康宣教,在认识疾病的基础上给

予咨客更多的理解和包容。调整父母及孩子短期内对成绩的预期,协商制定合理的学习计划。敦促家长与学校积极沟通,建立治疗联盟,促进沟通渠道的有效畅通^[12]。

3 问 答

Q1:使用盐酸哌甲酯缓释片治疗嗜睡障碍的依据?治疗期间是否会使抽动症状恶化?

A1:在生物治疗方面,目前尚缺乏被批准用于治疗嗜睡障碍的药物,相关的治疗研究也非常有限。基于对发作性睡病的相关研究,探索有益于改善嗜睡症状的药物治疗方法,嗜睡障碍人群可酌情使用莫达非尼、安非他明、甲基苯丙胺、右旋安非他明和哌甲酯等药物^[13]。研究显示,58%的患者只需一次治疗即可缓解症状,65%~70%的患者最终能够获得比较满意的疗效^[14-15]。该咨客同时共病抽动障碍,在治疗期间并未观察到相关症状的恶化。盐酸哌甲酯缓释片是治疗儿童注意缺陷多动障碍的常用药物。相关共病的研究指出,使用中枢兴奋剂治疗期间,抽动症状的明显恶化或新发作往往是由于抽动障碍的自然发展轨迹形成的巧合。大多数情况下,在坚持使用中枢兴奋剂(如哌甲酯或右旋安非他明等)治疗一段时间后,抽动症状会逐渐自行消退^[16]。如在严密监测抽动症状演变过程中发现明显恶化,可换用 α 肾上腺素能药物或非兴奋剂托莫西汀替代中枢兴奋剂治疗^[17]。

Q2:如何鉴别其他存在嗜睡症状的睡眠障碍?

A2:因为嗜睡是多种疾病的核心特征,由于目前没有有效的生物标志物来诊断嗜睡障碍,而且嗜睡障碍的多种症状也可以在其他疾病中看到,所以鉴别诊断具有一定的难度。嗜睡障碍具有以下特征。①主要睡眠时间过长,超过 9 小时;②日间小睡或午睡时间增加;③很难从日间小睡中完全清醒过来;④大部分患者存在一定的认知功能损害,如注意力涣散、记忆力下降等,常抱怨大脑一片空白或在习惯性活动中出错^[18]。该咨客症状十分典型。睡眠时间不足所导致的症状和多导睡眠监测结果与嗜睡障碍基本一致。咨客嗜睡表现通过自述和他人描述均明显延长,可以排除这一诊断。如果发现咨客表现与睡眠时间不足有关,应建议延长睡眠时间至少 8 小时,然后重新评估上述表现。发作性睡病是一种特殊的嗜睡障碍,主要表现是反复发生不可抗拒的睡眠需要伴猝倒发作、下丘脑分泌素缺乏以及典型的夜间多导睡眠监测异常,咨客无相关

症状,必要时可通过多导睡眠监测加以鉴别。睡眠相位延迟综合征是由于睡眠时相与社会生活要求存在矛盾而引起睡眠不足或睡眠剥夺,导致患者出现日间嗜睡等表现,同样可通过记录睡眠日志进行鉴别。与呼吸有关的睡眠障碍的个体同样可以具有相似的嗜睡模式,但这类人群还存在打鼾和睡眠呼吸暂停等症状,多导睡眠监测可确认相关呼吸暂停事件^[19]。咨客暂无相关症状,且体态匀称,故暂不考虑该诊断。因此,详细询问病史、辨析症状、记录睡眠日志和进行多导睡眠监测是鉴别嗜睡障碍和其他相关疾病的必要手段。

参考文献

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 11, 358-362.
- [2] 迈克尔·弗斯特. 鉴别诊断手册[M]. 张小梅, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版, 2016: 123, 126, 191.
- [3] 美国精神医学学会. 理解DSM-5精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京: 北京大学出版社, 2016: 162-163.
- [4] Hawes DJ, Helyer R, Herlianto EC, et al. Borderline personality features and implicit shame-prone self-concept in middle childhood and early adolescence [J]. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2013, 42(3): 302-308.
- [5] Mattarozzi K, Todorov A, Marzocchi M, et al. Effects of gender and personality on first impression [J]. *PLoS ONE*, 2015, 10(9): e0135529.
- [6] Vani MF, Pila E, Willson E, et al. Body-related embarrassment: the overlooked self-conscious emotion [J]. *Body Image*, 2020, 32: 14-23.
- [7] Dijk HV, Matthijssen SJMA, Stockmann RTS, et al. Effects of comorbidity on Tourette's tic severity and quality of life [J]. *Acta Neurol Scand*, 2019, 140(6): 390-398.
- [8] Neikrug AB, Crawford MR, Ong JC. Behavioral sleep medicine services for hypersomnia disorders: a survey study [J]. *Behav Sleep Med*, 2017, 15(2): 158-171.
- [9] Fatemeh P, Fatemeh I, Fakhri T, et al. The efficacy of Ritalin in ADHD children under neurofeedback training [J]. *Neurol Sci*, 2018, 39(12): 2071-2078.
- [10] Ong JC, Dawson SC, Mundt JM, et al. Developing a cognitive behavioral therapy for hypersomnia using telehealth: a feasibility study [J]. *J Clin Sleep Med*, 2020, 16(12): 2047-2062.
- [11] Rusch HL, Rosario M, Levison LM, et al. The effect of mindfulness meditation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. *Ann N Y Acad Sci*, 2019, 1445(1): 5-16.
- [12] Malhotra S, Chauhan N. The therapeutic alliance between the child, parents, and health professionals [J]. *Handb Clin Neurol*, 2020, 174: 323-332.
- [13] Morgenthaler TI, Kapur VK, Brown T, et al. Practice parameters for the treatment of narcolepsy and other hypersomnias of central origin [J]. *Sleep*, 2007, 30(12): 1705-1711.
- [14] Ali M, Auger RR, Slocumb NL, et al. Idiopathic hypersomnia: clinical features and response to treatment [J]. *J Clin Sleep Med*, 2009, 5(6): 562-528.
- [15] Bassetti C, Aldrich MS. Idiopathic hypersomnia. A series of 42 patients [J]. *Brain*, 1997, 120(8): 1423-1435.
- [16] Hutchison SL, Ghuman JK, Ghuman HS, et al. Efficacy of atomoxetine in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in patients with common comorbidities in children, adolescents and adults: a review [J]. *Ther Adv Psychopharmacol*, 2016, 6(5): 317-334.
- [17] Bloch MH, Panza KE, Landeros-Weisenberger A, et al. Meta-analysis: treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with comorbid tic disorders [J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2009, 48(9): 884-893.
- [18] Trotti LM. Idiopathic hypersomnia [J]. *Sleep Med Clin*, 2017, 12(3): 331-344.
- [19] Savini S, Ciorba A, Bianchini C, et al. Assessment of obstructive sleep apnoea (OSA) in children: an update [J]. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 2019, 39(5): 289-297.

(收稿日期: 2020-03-02)

(本文编辑: 陈霞)