

如何应对焦虑性失眠

■ 仲 梅 李玉明

健康话题

夜深了,营区渐归安静,可有的战友躺在床上,翻来覆去难以入睡;越想睡越清醒,明明身体疲惫不堪,大脑却像高速运转的引擎停不下来,脑海里反复回放训练细节、任务要求和未完成的工作;即使勉强入睡也多梦易醒,清晨醒来仍感疲惫不堪。

这种情况,在医学上称为睡眠障碍伴焦虑状态,也叫焦虑性失眠。它与偶尔因兴奋或疲劳导致的短暂失眠不同,是焦虑情绪与睡眠问题相互作用形成的持续状态。除了工作、生活压力外,环境嘈杂、作息颠倒、任务周期紧张、对训练成绩和任务完成情况过度担忧,都可能诱发焦虑性失眠。

焦虑性失眠的典型表现有“三浅一浅”。“三浅”为:一是入睡困难,躺在床上超过30分钟仍无法入睡,脑海中反复“放映”白天未完成的事务、对未来的担忧;二是睡眠维持困难,常表现为夜间频繁醒来或醒后难以再次入睡,这种“中段失眠”往往与潜意识中的焦虑情绪密切相关;三是早醒难续,比平常提前1~2小时醒来,且醒后无法继续入睡,常见于伴有抑郁情绪的焦虑性失眠患者。“一浅”为睡眠浅,即睡眠质量差,表现为多梦、易惊醒;即使睡够了时长,第二天仍感觉像“没充满电”,容易出现头昏、注意力涣散、记忆力下降等情况。

焦虑与失眠会形成恶性循环。焦虑情绪易导致失眠,失眠又加重焦虑,久而久之还可能引发心悸、头痛、胃肠功能紊乱等症状,严重时会影响训练和执行任务。研究表明,焦虑障碍患者中约70%~80%会伴随不同程度的失眠症状。



茅文宽绘

对于轻度焦虑性失眠,大家可通过以下方法自主调节。

写“担忧清单”。每晚睡前,将当天的烦恼、未完成的任务写在纸上,放在柜子里,明确告诉自己“明天再处理”,避免带着焦虑情绪上床。

正念身体扫描。平躺后,将注意力从脚趾开始逐步向上移动到头顶,觉察各部位感受,对当下的身心反应不评判、不抗拒,只是“看见”它们。这种方法能帮你按下脑海中的“暂停键”,不再胡思乱想。

适度运动。规律的体育锻炼是天然的“安眠药”,但应避免睡前2小时内剧烈运动。

社交支持。向战友、家人倾诉烦恼;参加集体活动,避免把情绪闷在心里。

中重度焦虑性失眠常需药物治疗。慢性失眠患者睡眠结构多已紊乱,可在医生指导下选择更合适的中、

西药干预。有的药物长期使用可能产生耐受性和依赖性,建议大家严格遵医嘱,不要自行用药。

对于慢性失眠,认知行为疗法是首选治疗方法,其短期疗效与药物相当,长期疗效优于单纯药物治疗。这一“绿色疗法”尤其适合需要保持高度警觉性和反应能力的军人群体。在此,为大家介绍认知行为疗法的5个主要模块。

认知重塑。纠正对睡眠的错误观念。有人认为“必须睡够8小时才算正常”“今晚睡不好明天就完了”,这些想法反而会加重焦虑。正确的认知应该是:个体睡眠需求存在差异,偶尔失眠不会导致灾难性后果,人体有强大的自我调节能力。

刺激控制。重建“床=睡眠”的条件反射,只有在有睡意时上床睡觉;如果躺下20分钟仍未入睡,应起身进行安静活动,有睡意再回到床上;无论几点

入睡,每天固定时间起床;不在床上玩手机、想心事,做其他与睡眠无关的事情。

睡眠限制。睡眠限制是通过暂时缩短卧床时间,提高睡眠效率。例如,若平均实际睡眠仅5小时,可先规定卧床时间为5~6小时,待睡眠效率提高后再逐步延长。

放松训练。睡前和醒后进行腹式呼吸、渐进式肌肉放松或正念冥想。推荐“4-2-6呼吸法”:吸气4秒,屏息2秒,呼气6秒,重复10次,可有效激活副交感神经,缓解躯体紧张。

睡眠卫生。优化睡眠环境,保持卧室黑暗、凉爽、安静;睡前2小时避免剧烈运动和大量进食;减少咖啡因和尼古丁摄入;建立固定的睡前模式,如温水泡脚、听舒缓音乐等。

此外,还可以应用物理治疗缓解失眠,如重复经颅磁刺激,通过磁场调节大脑皮层兴奋性,对焦虑和失眠均有改善作用;光照疗法可调节生物钟,特别适合昼夜节律紊乱的值班人员。这些非药物治疗对急性和慢性失眠患者同样适用,可辅助药物治疗发挥作用。

如果出现以下情况,建议及时到医院心理科或睡眠专科就诊:失眠每周发生3次以上,持续超过1个月;日间明显感到疲劳、注意力下降,影响训练和工作;伴有持续的心慌、胸闷、情绪低落等症状;自我调节效果不佳或症状加重等。需要强调的是,对于因焦虑而失眠的官兵,心理“体检”和“维护”同样重要,寻求心理帮助不是软弱的表现,而是对自己、对部队负责。

面对焦虑性失眠,我们不能“谈药色变”,盲目排斥专业治疗,也不能对持续的睡眠异常信号视而不见,应科学认识其发生规律,并综合运用自主调节、专业干预等多重手段主动应对。

打开官兵的失眠“心结”

■ 任凯夕口述 张梦雅整理

医者心语

作为一名从事心理卫勤与睡眠干预研究的军医,在某部代职期间,我常去驻地的各个哨所巡诊,夜间与连队主官一起查铺。我的目的很明确:想看看战士们睡得怎么样。

一座座哨所散落在戈壁砾石滩上。夏天,地表温度可达50摄氏度以上,铁皮板房被烈日烤得滚烫;待到入夜,狂风裹挟着沙砾呼啸而来,打得墙板哗哗作响。驻守在这里的官兵,已适应了恶劣的环境,但几次巡诊下来,我发现有的战士夜间辗转难眠。我开始琢磨,怎样才能帮他们睡一个踏实觉。

起初,我沿用常规思路,给大家科普睡眠知识,开具药性温和的助眠处方,想用标准化的睡眠干预方式解决问题,可效果并不理想。

一天,战士小陈和我谈:“任医生,

有没有见效快的安眠药?我这阵子总睡不着,白天站哨脑袋发沉,就怕出岔漏。”他话里透着焦虑。

这一次,我没直接开药,而是递给他一份“睡眠日志”调查表。他捏着笔静坐许久,“入睡时间”“夜醒次数”填得简单,“睡前思虑事项”那栏却写得满满当当——担心睡过头耽误换岗,担心失眠导致精神不集中、拖慢分队任务完成进度。笔下的一字一句,全都连着肩上的任务。

有类似困扰的,不止小陈一个。我这才醒悟,战士们的失眠是典型的预期性焦虑:越是害怕失眠影响执勤,越是难以入睡;越睡不着,心里的顾虑越重,从而陷入恶性循环。如果只是服用助眠药物,依靠通用的干预方案,只能暂时缓解失眠,停药后仍会反复。

当晚,为了进一步了解战士们的夜间睡眠情况,我又随指导员一同查铺,发现小陈依旧辗转难眠。第二天,我专

门找他了解夜间睡眠情况。得知我深夜还在关心他的休息状况,小陈不好意思地说:“任医生,就误您休息了。”

“我也睡不着,昨晚风太大了。”我说。

听见这话,他紧锁的眉头稍微舒展,话也多了起来。

“风声吵倒还好,主要是一躺下,脑子就停不下来,越想越乱。我总担心一旦出差错,对不起班长,也对不起班里的战友。”

“你要克服的不是失眠,而是对失眠本身的焦虑。睡不着时试着放下心里的包袱,想想哨所的白杨树,想想巡逻路上见过的石头……试试看,能放松下来就好。”我对他说。

那天,我们聊了很久,聊了哨所的日常,也聊了心里的压力。我一点点引导他把紧绷的神经放松下来,教他睡前如何抛开杂念,转移注意力。

三天后再见到小陈,他眼底的红血丝淡了许多,整个人状态好转了不

少。“我试着用您教的办法放松,不知不觉就睡着了。”他笑着说,“好像也不那么害怕睡觉了。”

之后,我把这套方法用到哨所其他战友身上,分两步走:先用“睡眠日志”代替问诊,让大家把睡前藏在心底的顾虑写下来。那些难以开口的心事落在纸上,焦虑便可能散去大半;再教大家转换心理暗示,把“我必须睡着”换成“我可以好好休息”,不再和睡眠较劲。几轮引导下来,收效很好。

离开哨所那天,战士们列队相送,郑重地给我敬军礼。我抬手回礼,心中涌起一股暖流。

这段戈壁巡诊的经历,给我上了深刻一课:军营行医,不能机械套用现成的诊疗方案。官兵的躯体症状,往往连着岗位责任与心理压力,单靠开药治病远远不够,还要贴近一线、走进官兵内心,读懂症状背后的思虑,将心理疏导与医疗干预结合起来,真正帮战友们解决问题。

健康讲座

不少伏案久坐的官兵有过这样的经历:久坐后肩颈僵硬、腰背酸疼,贴膏药、推拿按摩后症状有所缓解,但过几天又反复出现。

陆军某特勤疗养中心中医疗康复专家杨仙介绍,肩颈腰腿反复疼痛可能是久坐后身体肌力失衡所致。如果肌力失衡,即使减少久坐时间、换人体工学椅,疼痛仍可能找上门。

什么是肌力失衡?人体每一块肌肉都不是单独工作的。它们成对、成组地协同工作,该紧的时候紧,该松的时候松,该发力的时候发力,该休息的时候休息。这种动态配合,就是肌力平衡。一旦某些肌肉长期处于紧张、缩短状态,另一些肌肉长期被拉长、抑制,这种平衡就被打破了。

久坐,是肌力失衡的主要诱因。长期塌腰瘫坐,腰椎原本正常的前凸弧度会慢慢变直。如果身体再长期偏向使用鼠标的那一侧,上半身的重量就会集中压到腰后侧,致使单侧腰部受力翻倍。长时间如此,腰背肌无法放松,腹部和臀部的肌肉力量逐步退化,躯干肌群的力量就会失衡。这种失衡不会只停在腰上,它会向上传导,影响胸椎、肩颈,引发单侧颈肩部肌肉僵硬、后颈肌群牵拉不适,同时伴随含胸驼背的体态改变。时间一长,落枕、腰部活动受限、慢性劳损、腰痛等就会相继出现。这类不适症状靠按摩能暂时缓解,但一恢复久坐,症状又会出现。因此,建议大家重建肌力平衡。

杨仙介绍,肌力恢复没有捷径,要先松开僵硬的肌肉,再唤醒无力的肌群,最后把正确发力融入日常坐姿、站姿里。具体来讲,可分为以下4招——

第一招:遵守“30-45-90法则”。每坐30~45分钟,起身活动1~2分钟;坐姿状态下髋、膝、踝3个关节尽量保持90度,给腰椎减压。

第二招:工位零起身拉伸。颈部抗阻操。把手分别抵在额头、后脑勺、头部两侧,头和手反方向对抗发力,每次保持8~10秒,每组做3~5次。

字母操。双臂依次摆出Y、T、W的造型做扩胸运动,能锻炼到无力的中下斜方肌,改善含胸驼背。

胸廓开合。双手背后交握,双肩往后展,把胸腔完全打开,保持15秒,重复3组。

腰部拉伸。每坐45分钟起身,双手叉腰慢慢向后伸腰,和久坐蜷缩的姿势做反向对抗。保持坐姿,将一只脚踏在另一侧大腿上,上半身慢慢前倾,让肩膀靠近对侧膝盖,保持5~10秒,能松开紧张的腰侧筋膜。

坐姿伸直抬腿。久坐时腿伸直,抬到和地面平行后保持5秒再放下,既能

肌力平衡 一身轻

■ 霍丽娟

本报记者

孙兴维

锻炼核心肌群,又能促进下肢血液循环。**踝泵运动。**腿伸直,脚尖往上勾再往下踩,像反复踩油门,做10次。

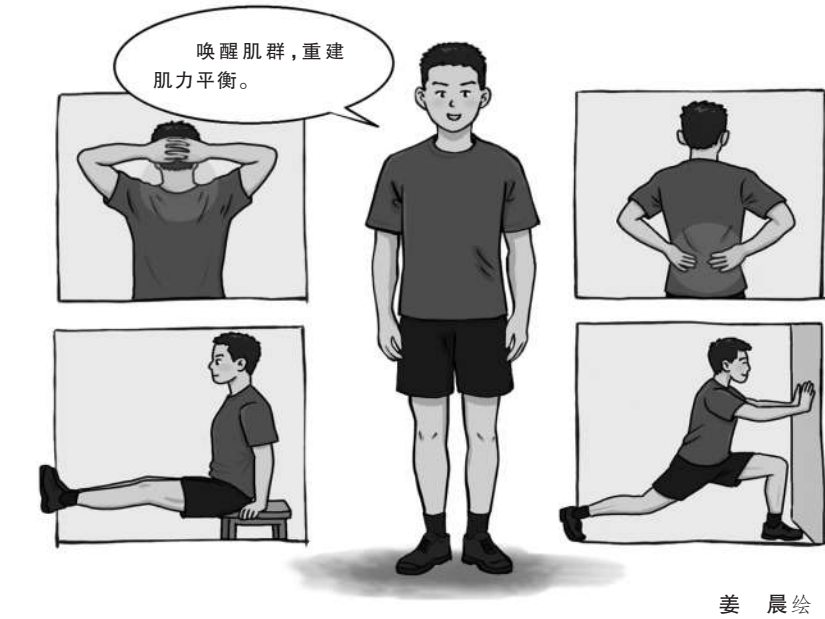
手腕放松。手握一个矿泉水瓶,正反方向弯举腕关节,各做15次,可以缓解长时间敲击鼠标、键盘带来的酸胀感,让腕屈肌和伸腕肌重新平衡。

第三招:起身两分钟拉伸。弓箭步拉伸。向前迈一大步,前腿弯曲约90度,后腿伸直或微屈,保持上身挺直;将重心慢慢下沉并前移,感受大腿后侧和髋部的拉伸感。每个姿势保持30~60秒,然后换腿交替进行。

坐姿扭转。坐椅子前1/3处,右手扶左膝,左手搭椅背,骨盆不动转上半身,深呼吸3次,然后换另一侧进行相同的动作,有助于恢复胸椎和腰骨盆活动度。

第四招:基础习惯调整。把电脑屏幕的上沿调到和视线齐平;腰后面垫个小靠枕;每坐满1小时站起来走2分钟,接杯水、远眺一下,打破“一动不动”的静态负荷状态。这些习惯可以避免久坐导致肌力失衡。

如果疼痛持续2天以上没有缓解,甚至出现麻木、无力的情况,一定要及时就医,到有医疗资质的康复科或疼痛科治疗,不要盲目按摩、正骨,避免加重损伤。



姜 晨绘

走路“外八字”,当心臀肌挛缩症

■ 王文娟 李春宝

健康小贴士

走路“外八字”、不能跷二郎腿、不能并膝下蹲,很多人误以为是习惯问题,实则可能是臀肌挛缩症。

臀肌挛缩症是臀部肌肉及筋膜发生纤维变性、挛缩,导致髋关节活动受限的骨科疾病,在儿童和青少年中较为高发;主要诱因是儿童时期反复经臀部肌肉注射含苯甲醇的药物,造成局部化学损伤,引发纤维化。此外,臀部外伤、感染及瘢痕体质等也可能致病。

臀肌挛缩症主要表现为步态异常,双侧发病者走路呈“外八字”;下蹲时需分开双腿,形成“蛙式蹲”;无法跷二郎腿,髋关节内收、内旋受限,活动时臀部可能有弹响。长期不治疗会引发骨盆倾斜、腰椎侧弯、关节疼痛等并发症。大家可通过3个动作自测:并膝下蹲试验,无法并膝下蹲为阳性;交腿试验,不能跷二郎腿为阳性;屈髋试验,屈髋时膝盖需外划半圆才能贴近臀部为阳性。若出现上述阳性反应,应及时就医。

臀肌挛缩症的诊断需结合病史(如儿童期注射史、外伤感染史)、体格检查及影像学检查(X线可排除先天性髋关节脱位等其他骨科疾病,超声、MRI能明确挛缩范围和程度)。臀肌挛缩症的治疗分为保守和手术两种,轻症可通过康复训练、热敷按摩等物理治疗及抗炎药物缓解,重症需手术。目前,解放军总医院运动医学科采用创新平卧位关节镜松解术,仅做两处0.5厘米微小切口,创伤小、恢复快,安全高效,术后配合针对性康复训练,1~3个月可基本恢复正常活动。

臀肌挛缩症的预防重点在减少儿童不必要的臀部肌肉注射,优先选择口服或静脉给药;若必须注射,需更换注射部位;鼓励儿童多进行跑跳、蹲起等运动,增强臀部肌肉弹性;久坐人群定期起身,拉伸臀部肌肉。

臀肌挛缩症并非单纯的习惯问题,而是需要及时干预的疾病。重视身体异常信号,做好预防和筛查,及时采取规范治疗,多数患者能恢复正常髋关节功能。建议家长密切关注军娃体态,发现异常及时就医,做到早发现、早干预。



近日,联勤保障部队第902医院开展“联勤军医老区行”活动,把优质医疗服务送到革命老区群众身边。图为医疗队员利用便携式医疗设备为老兵查体。
董 浩摄