

专家共识

- 一些重要领域可能并不能在既往文献中找到依据，或者现有文献的结论相互矛盾，则需要进行基于专家共识的推荐。
- 专家共识反映了指南委员会成员基于文献和临床经验的一致性判断。
- 采用了与AASM指南相类似的修订名义小组技术来形成专家共识。

目录

- 编制的方法学
- 指南的内容
 - ① 失眠障碍的定义和分类
 - ② 失眠障碍的流行病学
 - ③ 失眠障碍的影响
 - ④ 失眠的病理机制和假说
 - ⑤ 失眠障碍的临床评估、诊断和鉴别诊断
 - ⑥ 失眠障碍的治疗
 - ⑦ 特殊人群

失眠障碍的定义（标准）

- 失眠是以频繁而持续的入睡困难或睡眠维持困难并导致睡眠满意度不足为特征的睡眠障碍。
- ✓ 这些睡眠问题往往伴随着困扰或者伴随着家庭、社会、职业、学业或者其它重要功能的损害。
- ✓ 慢性失眠独立存在或与精神障碍、躯体疾病或物质滥用共病。
- ✓ 构成慢性失眠的主要睡眠问题包括睡眠起始困难（或入睡困难）和睡眠维持困难。后者包括夜间觉醒并难以再次入睡或比预期的起床时间过早醒来。
- ✓ 不同失眠亚型之间可随时间的推移而不断变化和交替。

失眠障碍的分类（标准）

ICSD-3（本指南）	ICSD-2（既往指南）
<ul style="list-style-type: none"> ● 慢性失眠障碍 ● 短期失眠障碍 ● 其他失眠障碍 	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性失眠 ● 心理生理性失眠 ● 矛盾性失眠 ● 特发性失眠 ● 睡眠卫生不良 ● 儿童行为性失眠 ● 精神障碍，躯体疾病，药物/物质所致失眠

失眠障碍的流行病学

- 失眠症状或者失眠障碍的现患率：**4-50%**。
- 波动病程：部分人群在某一时间点可以（自然）缓解。

失眠障碍的危险因素

- 年龄：随着年龄而增加
- 性别：女：男=1.41
- 既往史：**5.4倍**
- 遗传因素：遗传度**30-60%**
- 应激及生活事件
- 对环境的失眠反应性
- 个性特征：神经质、内化性、焦虑特性及完美主义
- 精神障碍：**70-80%**精神障碍患者报告失眠，**50%**失眠患者共患精神障碍。
- 躯体疾病：内科疾病患者往往报告失眠症状，失眠人群罹患内科疾病的发生率显著高于非失眠人群。

失眠障碍的影响

公共 卫生	社会经济损害、医疗设施使用增加、学习表现下降、工作表现下降、病假、工伤、工作失误、死亡率增加、生活质量下降
精神 障碍	抑郁症、焦虑症、自杀风险增加、注意缺陷多动障碍、酒精依赖和物质依赖、认知功能下降和老年痴呆
躯体 疾病	高血压、糖尿病、心血管疾病、中风、慢性疼痛、普通感冒、慢性炎症相关疾病

13

失眠障碍的病理机制和假说

- 过度觉醒假说
个体高觉醒状态
- 3P假说
Predisposing factor (易感因素)、Precipitating factor (促发因素)、Perpetuating factor (维持因素)。三个因素累积超过了发病所需阈值所致。

- 其他假说
- ✓ 刺激控制假说
- ✓ 认知假说:
- ✓ 快速眼动睡眠不稳定假说 (REM Sleep Instability)

14

目 录

- 编制的方法学
- 指南的内容
 - ① 失眠障碍的定义和分类
 - ② 失眠障碍的流行病学
 - ③ 失眠障碍的影响
 - ④ 失眠的病理机制和假说
 - ⑤ 失眠障碍的临床评估、诊断和鉴别诊断
 - ⑥ 失眠障碍的治疗
 - ⑦ 特殊人群

15

失眠障碍的临床评估（专家共识）

- 主诉
- 睡前状况
- 睡醒节律
- 夜间症状
- 日间活动和功能
- 其它病史（包括躯体疾病、精神障碍、睡眠障碍、应激因素、妊娠、月经期、围绝经期等）
- 体格检查
- 精神检查

16

睡眠日记

17

量表评估


- 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI)：睡眠质量
- 失眠严重指数量表 (ISI)：失眠严重程度
- Epworth嗜睡量表 (ESS)：日间嗜睡
- 清晨型与夜晚型量表 (MEQ)：昼夜节律,
- 睡眠信念和态度问卷 (DBAS)
- 福特应激失眠反应测验 (FIRST)：对环境的失眠反应性
- 其它睡眠障碍量表：PLMD, OSA

18

多导睡眠监测 (PSG)

失眠并非必须进行PSG, 但以下情况建议监测。

- ① 怀疑合并其他睡眠障碍 (OSA或PLMD评价), PSG以确定诊断, 治疗后还应复查以评估疗效 (标准)
- ② 未能确定诊断、或治疗无效、或伴暴力行为的失眠 (指南)
- ③ 临床明确诊断为短期失眠或慢性失眠通常不需要应用PSG评价 (标准)
- ④ 痴呆、抑郁、纤维肌痛或慢性疲劳综合征合并失眠, 或与失眠的鉴别通常不需要PSG评价 (指南)



19

多次睡眠潜伏时间试验 (MSLT) 和清醒维持试验 (MWT)

失眠并非必须进行MSLT和MWT, 但以下情况建议监测。

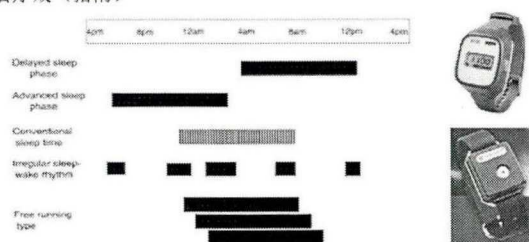
- 为了明确诊断, 合并日间嗜睡或猝倒的失眠应该进行MSLT评价, 治疗后还应复查MSLT以评估疗效 (标准)
- 临床明确诊断为短期失眠或慢性失眠通常不需要应用MSLT评价 (标准)
- 临床明确诊断为短期失眠或慢性失眠通常不需应用MWT评价 (标准)

20

体动记录检查 (Actigraphy)

失眠并非必须进行体动记录检查, 但以下情况建议监测。

- 失眠包括抑郁相关失眠的昼夜节律变化或睡眠紊乱特征应该进行体动记录检查评价, 治疗后还应复查体动记录检查以评估疗效 (指南)



21

失眠障碍的诊断 (标准)

同时满足A-F

A. 主诉:

1. 入睡困难;
2. 睡眠维持困难;
3. 比期望的起床时间更早醒来;
4. 在适当的时间不肯上床睡觉;
5. 难以在没有父母或者照顾者的干预下入睡。

B. 日间功能损害:

1. 疲劳或缺乏精力
2. 注意力、专注力或记忆力下降
3. 社交、家庭、职业或学业等功能损害
4. 情绪易烦躁或易激动;
5. 日间嗜睡
6. 行为问题 (比如: 多动、冲动或攻击性)
7. 驱动力、精力或动力缺乏
8. 易犯错或易出事故
9. 对睡眠质量感到忧虑

22

失眠障碍的诊断 (标准)

C. 这些睡眠和觉醒的异常不能完全被不合适的睡眠机会 (比如: 充足的睡眠时间) 或者不合适的睡眠环境 (比如: 黑暗、安静、安全、舒适的环境) 所解释。

慢性

D. ≥3次/周

E. ≥3个月

F. 不能被其他睡眠障碍解释

短期

E. <3个月

F. 不能被其他睡眠障碍解释

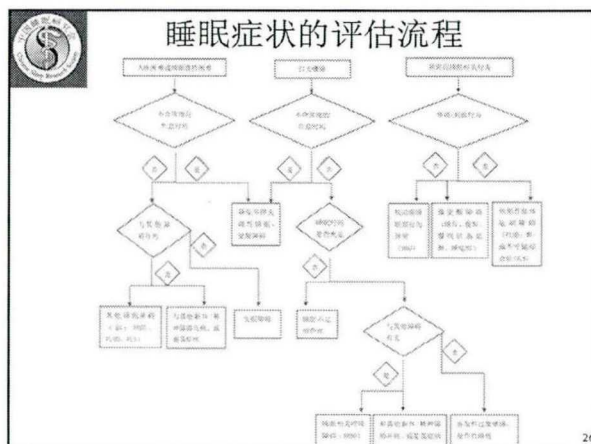
23

失眠障碍的诊断流程

24

失眠的鉴别诊断（专家共识）

睡眠障碍	睡眠呼吸暂停低通气综合征（OSAS）、快动眼睡眠期行为异常（RBD）、不宁腿综合征(RLS)、周期性肢体运动障碍（PLMS）、昼夜节律失调性睡眠-觉醒障碍（CRSWD）、睡眠不足综合征、短睡眠者...
精神障碍	抑郁症、焦虑症、躁狂症、强迫症、急性创伤后应激障碍、精神分裂症、注意缺陷多动障碍...
躯体疾病	神经系统疾病、内分泌疾病、心血管疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、泌尿生殖系统、肌肉骨骼、生殖系统...
精神活性物质或药物	抗抑郁药物、中枢兴奋类药物、减充血剂、心血管药物、麻醉性镇痛药、长期大量饮酒...



目 录

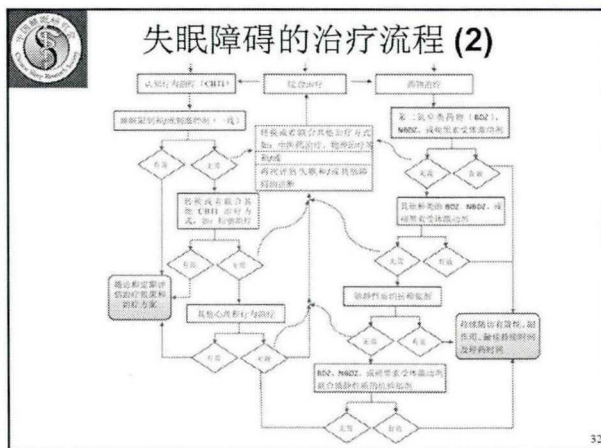
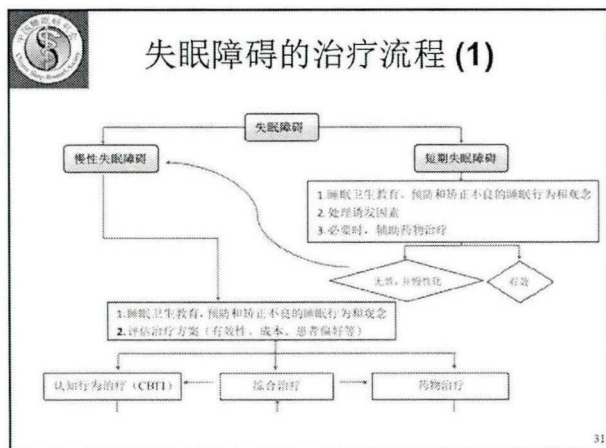
- 编制的方法学
- 指南的内容
 - ① 失眠障碍的定义和分类
 - ② 失眠障碍的流行病学
 - ③ 失眠障碍的影响
 - ④ 失眠的病理机制和假说
 - ⑤ 失眠障碍的临床评估、诊断和鉴别诊断
 - ⑥ 失眠障碍的治疗
 - ⑦ 特殊人群

- ### 适应症（专家共识）
- 慢性失眠障碍：规范性治疗。
 - 短期失眠障碍：往往可以找到相关的诱发因素，去除诱因可使部分患者睡眠恢复正常，但仍有一部分患者会转为慢性失眠。由于失眠具有慢性化、复发性的特点，所以对于短期失眠障碍需要积极进行治疗。早期进行心理行为和/或药物治疗，对于防止短期失眠障碍转化为慢性非常重要。

治疗目标（专家共识）

总体目标	具体目标
①增加有效睡眠时间和/或改善睡眠质量	①去除诱发失眠的因素
②改善失眠相关性日间损害	②改善睡眠后达到的具体指标, 如总睡眠时间 > 6小时
③减少或消除短期失眠障碍向慢性失眠障碍转化	③床与睡眠间建立明确的联系
④减少与失眠相关的躯体疾病或与精神障碍共病的风险	④改善睡眠相关性日间损害
	⑤改善睡眠相关的心理行为学问题
	⑥避免药物的负面影响

- ### 持续性评估（专家共识）
- ① 治疗中，一般每个月进行一次临床症状评估。
 - ② 治疗中，每6个月或旧病复发时，需对患者睡眠情况进行全面评估。持续性评估有助于分析治疗效果和指导制定下一步治疗方案。
 - ③ 一种治疗方法或者联合治疗方法无效时，应该考虑进行更换其他心理行为疗法、药物治疗与联合疗法，同时应该注意重新进行病因筛查与其他共病的评估。
 - ④ 停药6个月后需要重新评估，因为停药后6个月是失眠症状复发的高发期。



药物治疗与CBTI的关系

- 药物治疗最适用于急性 (<3个月) 失眠患者。
- 慢性失眠障碍患者, 药物治疗应被视为CBTI的辅助治疗手段。
- 所有失眠管理的药物证据效力均较弱, 几乎所有研究均为低质量证据, 如药企赞助、样本量过小、随访时长过短、临床意义有限 (如与安慰剂而非活性干预手段比较)。
- 药物治疗时, 数值指标 (如睡眠潜伏期等) 有一致性的变化, 但幅度不大。

Buyssse DJ, et al. Clinical Management of Insomnia Disorder. JAMA. 2017 Oct 23; doi: 10.1001/jama.2017.15643.

33

心理治疗目的

- 确认促使失眠障碍持续化的不适宜行为和认知错误;
- 让患者了解自己对于失眠的错误认知, 并重塑有助于睡眠的认知模式;
- 消除努力入睡和增长的觉醒次数之间的关系。减少觉醒的赖床时间, 加强床、放松及睡眠之间的积极联系。
- 形成规律的睡眠-觉醒时间表, 健康睡眠习惯和良好的睡眠环境有利于重塑睡眠生理周期, 增加日间的睡眠驱动力;
- 使用其他心理学干预和行为学方法方法来消除常见的心理生理性觉醒和对睡眠的焦虑。

34

心理治疗的具体方法

- 睡眠卫生 (标准, 不推荐单独使用):
- 认知治疗 (标准)
- 睡眠限制 (标准)
- 刺激控制 (标准)
- 松弛疗法 (标准)
- 矛盾意向 (指南)
- 多模式疗法 (指南)
- 音乐疗法 (指南)
- 催眠疗法 (指南)

35

失眠治疗的靶点

- 内稳态系统: 增加睡眠的驱动力 (睡眠限制、运动)
- 昼夜节律系统: 稳定节律系统 (光照治疗、规律睡眠)
- 降低过度觉醒: 放松训练, 以上两种行为学方法, 必要时使用药物。
- 值得注意: 有些失眠患者的过度觉醒一旦发生, 就不能降低, 需要长期药物治疗。

36

药物治疗目的

- 缓解症状，改善睡眠质量和/或延长有效睡眠时间，缩短睡眠潜伏期，减少入睡后觉醒
- 实现疗效和潜在的药物副作用之间的平衡
- 提高患者对睡眠质量和的主观满意度
- 恢复社会功能，提高患者的生活质量。

37

药物治疗的原则

- 总体原则：按需、间断、足量。
- 个体化：小剂量开始给药，达到有效剂量后不轻易调整药物剂量。
- 按需服药、间断治疗：可以每周选择3-5天服药而不是连续每晚用药。需长期药物治疗的患者宜“按需服药”；抗抑郁药不能采用间歇疗程的方法。
- 疗程：短于4周的药物干预可连续治疗；超过4周的药物干预需每个月定期评估，每6个月或旧病复发时，需对睡眠情况全面评估；必要时变更方案，或者根据患者的睡眠改善状况适时采用间歇治疗。

38

药物治疗的次序

- 美国睡眠医学会(AASM)推荐的一般用药顺序为：

 1. 短、中效苯二氮卓受体激动剂（包括唑吡坦、右佐匹克隆、扎来普隆和替马西泮）或褪黑素受体激动剂；
 2. 其他苯二氮卓受体激动剂或褪黑素受体激动剂；
 3. 具有镇静作用的抗抑郁剂（米氮平、曲唑酮、兰释和多塞平），尤其适用于伴有抑郁/焦虑障碍的失眠患者；
 4. 联合使用苯二氮卓受体激动剂和具有镇静作用的抗抑郁剂；
 5. 抗癫痫药、抗精神病药不作首选，仅适用特殊情况和人群；
 6. 巴比妥、水合氯醛虽被FDA批准治疗失眠，但临床不推荐；
 7. 非处方药，如抗组胺药常用于失眠自我处理，临床并不推荐；
 8. 食欲素受体拮抗剂中的Suvorexant 已被FDA批准用于失眠的治疗。

39

药物治疗的调整

- 换药指征：推荐的治疗剂量无效；对药物产生耐受性或严重不良反应；与正在使用的其他药物发生相互作用；长期使用(>6个月)；有药物成瘾史的患者。
- 换药方法：如果首选药物治疗无效或无法遵医嘱服药，更换为另一种短、中效的苯二氮卓受体激动剂或者褪黑素受体激动剂。逐渐减少BZDs的剂量，同时开始给予NBZDs，并逐渐加量，在2周左右完成换药过程。
- 常用减量方法：逐步减少睡前药量和/或变更连续治疗为间歇治疗。

40

常用的失眠治疗药物


名称	化学名	剂型	口服剂量 (mg)	起效时间	作用特点	FDA批准	CDE批准	备注/适应症
苯二氮卓受体激动剂								
短、中效苯二氮卓受体激动剂								
唑吡坦	3	0.75, 1.5, 3mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服
右佐匹克隆	0.5	1, 2, 3mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
扎来普隆	1.25	0.125, 0.25, 0.5mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
替马西泮	1	0.125, 0.25, 0.5mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
苯二氮卓受体激动剂								
艾司唑仑	10-20	1, 2mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
氯氮卓	15-30	7.5, 15, 30mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
劳拉西泮	2-6	0.25, 0.5, 1mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
氟西泮	30-60	15, 30mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
咪达唑仑	20-40	5mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
阿普唑仑	10-20	0.5, 1mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药

41

常用的失眠治疗药物

名称	化学名	剂型	口服剂量 (mg)	起效时间	作用特点	FDA批准	CDE批准	备注/适应症
褪黑素受体激动剂								
阿戈美拉汀	25	25mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
抗抑郁剂								
米氮平	15-45	15, 30, 45mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
曲唑酮	125-375	125, 250, 375mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
多塞平	10-30	10, 20, 30mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
文拉法辛	150-300	150, 300mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
食欲素受体拮抗剂								
Suvorexant	10-30	5, 10, 15, 20mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
抗精神病药								
喹硫平	150-300	150, 300mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药
氯氮平	150-450	150, 300, 450mg 片剂	睡前1-2	睡前1-2	短效、中效、镇静作用弱、依赖性低	是	是	口服、非处方药


42



终止药物治疗

- 停药指征：患者感觉能够自我控制睡眠时，可考虑逐渐减量停药；如失眠与其他疾病（如抑郁症）或生活事件相关，当病因去除后，也应考虑减量停用镇静催眠药物。
- 停药原则：避免突然中止药物治疗，应逐步减停以减少失眠反弹，有时减量过程需要数周至数月。


43



物理治疗

- 物理治疗成为一种补充失眠治疗的技术，尤其副作用小的优势使其在临床的运用可接受性强。
- 国内外均有对失眠物理治疗的研究报道，寻求开发治疗失眠症的新技术已成为研究失眠治疗途径的一个趋势。


44



物理治疗种类

<ul style="list-style-type: none"> • 光照疗法（II类水平证据，指南） • 重复经颅磁刺激（III类水平证据，若专家建立共识，可为指南推荐） • 生物反馈疗法（指南） • 电疗法（II类证据，指南或临床建议） 	<ul style="list-style-type: none"> • 其他疗法（临床建议） ✓ 超声波疗法 ✓ 电音乐疗法 ✓ 磁疗法 ✓ 紫外线光量子透氧疗法 ✓ 低能量He-Ne激光
--	---


45



中医药治疗

- 辨证论治：本指南以《失眠症中医临床实践指南》（WHO/WPO）为基础为失眠症的证候分类，以便保持与国际上的通用要求一致。
- 中医针灸治疗
- 电针疗法：电针法是电针治疗仪基于传统中医理论，用电针给予人体穴位刺激，用以治疗疾病的一种方法。
- 中医按摩治疗

46



综合治疗

- 对于慢性失眠障碍，药物和行为治疗效果相当，每种方法都有特定的优点和缺点。
- 目前认为CBT-I联合应用NBZDs可以获得更多优势，NBZDs改为间断治疗可以优化这种组合治疗的效果。
- 推荐的综合治疗方式（指南）：首选CBT-I和NBZDs（或褪黑素受体激动剂）组合治疗，如果短期控制症状，则逐步减停NBZDs；否则需要每个月定期评估临床症状，每6个月全面评估睡眠情况，以判定是否继续使用NBZDs。治疗全程中，尽可能间断使用NBZDs，并持续保持CBT-I干预。

47



目录

- 编制的方法学
- 指南的内容
 - ① 失眠障碍的定义和分类
 - ② 失眠障碍的流行病学
 - ③ 失眠障碍的影响
 - ④ 失眠的病理机制和假说
 - ⑤ 失眠障碍的临床评估、诊断和鉴别诊断
 - ⑥ 失眠障碍的治疗
 - ⑦ 特殊人群

48

妊娠期失眠的药物治疗安全性（指南）

- **BZDs**: FDA妊娠安全性分级标准为D。
- **NBZDs**: FDA妊娠安全性分级标准为C。
- 抗抑郁药物: 米氮平、曲唑酮、兰释和多塞平在FDA妊娠安全性分级标准为C。**BZDs**或**NBZDs**联合抗抑郁药与不联合抗抑郁药相比, 早产、新生儿低血糖、呼吸问题风险增加。
- 抗组胺类药物: 苯海拉明在FDA妊娠安全性分级标准为B。

49

妊娠安全性分级标准（FDA）

A级	对照的研究中, 在妊娠3个月的妇女未见对胎儿危害的迹象, 并且对其后的6个月也没有造成危害的证据。
B级	在动物生殖性研究中(并未进行孕妇的对照研究), 未见对胎儿的影响。
C级	动物研究中证明对胎儿的副作用, 但并未在对照组的妇女进行研究。虽有潜在风险, 但潜在的获益, 可允许在孕妇使用。
D级	调查或上市经验或人群研究的不良反应数据, 有对胎儿危害明显证据。但潜在获益, 可允许在孕妇使用。
X级	动物或人群研究证实胎儿畸形或存在对人类胎儿风险的确切证据, 孕妇中使用的风险明显超过潜在获益。

50

老年失眠患者的治疗

- 首选心理和行为治疗, **CBT-I**最为有效, 其次考虑药物治疗。
- 心理和行为治疗: 2种方法有效(睡眠限制-睡眠压缩治疗和认知行为治疗)(指南)。
- 药物治疗原则: 减少服药种类、小剂量开始调整剂量、充分了解所用药物的药理作用以及相互作用, 首选**NBZDs**和结合非药物治疗(临床建议)。

51

儿童失眠障碍-认知行为疗法（标准）

<ul style="list-style-type: none"> • 良好的睡眠卫生习惯 • 标准消退 • 渐进消退 • 积极睡前程序 • 渐变就寝时间 	<ul style="list-style-type: none"> • 定时叫醒 • 父母教育/预防 • 认知重建 • 放松训练 • 睡眠限制 • 刺激控制
---	---

52

儿童失眠障碍-药物治疗（标准）

- 药物治疗通常只用于儿童慢性失眠, 并与认知行为疗法联合使用, 且用药时间不宜过长, 需严密监测。
- FDA未批准任何一种专门治疗16岁以下儿童失眠的药物, 药物应作为儿童失眠治疗的最后选择。
- 存在药物的适应症时, 建议考虑以下方面:
 - ① 药物应当针对主要症状;
 - ② 使用失眠药物前, 应先治疗其他睡眠障碍;
 - ③ 选择药物需权衡利弊, 与儿童的年龄和神经发育水平适应。

53

《中国失眠障碍诊断和治疗指南》特点

1. 基于最新的《国际睡眠障碍分类-第三版(ICSID-3)》。
2. 反映了失眠的最新研究进展。
3. 强调了失眠障碍的共病观点。
4. 失眠的疗程主要基于评估, 不再强调促眠类药物的时限。
5. 增加了儿童、中医药和物理治疗部分。

54

谢谢聆听！



Nature, 2009 (March)