DOI:10.12289/j.issn.2097-4345.25593

·专家述评·

《中国失眠症诊断和治疗指南(2025 版)》解读

顾楠楠[1],李春波[1,2,3],钱 洁[1,4]

(1. 上海交通大学医学院附属精神卫生中心,上海 200030;2. 上海市重性精神病重点实验室,上海 200030;
3. 上海交通大学心理学院,上海 200030;4. 同济大学附属杨浦医院临床心理科,上海 200090)

【摘要】失眠症是最常见的睡眠障碍。中国睡眠研究会联合睡眠医学领域专家于 2025 年 9 月对 2017 年制订的《中国失眠症诊断和治疗指南》进行了全面更新。新版指南制订过程规范、内容全面,涉及失眠症的定义、流行病学、病理机制、评估、诊断及治疗,并对儿童青少年、成年女性、老年人等特殊人群的特点单独阐述。本文就该指南主要内容和更新要点作逐一解读,以便于临床人员参考。

【关键词】失眠症;诊断;治疗;指南;解读

【中图分类号】R740 【文献标志码】A 【文章编号】2097-4345(2025)06-0795-09

Interpretation of "Guidelines for the diagnosis and treatment of insomnia disorder (2025 edition)"

GU Nannan[1], *LI Chunbo*[1,2,3], *QIAN Jie*[1,4]

(1. Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China; 2. Shanghai Key Laboratory of Psychotic Disorders, Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China; 3. School of Psychology, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai 200030, China; 4. Department of Clinical Psychology, Yangpu Hospital, School of Medicine, Tongji University, Shanghai 200090, China)

【**Abstract**】Insomnia is the most prevalent sleep disorder. The Chinese Sleep Research Society comprehensively updated the 2017 edition of "Chinese Guidelines for the diagnosis and treatment of insomnia" in collaboration with experts in sleep medicine in September, 2025. The new edition of the guideline was developed following a standardized process and offers comprehensive content that covering the definition, epidemiology, pathophysiology, assessment, diagnosis, and treatment of insomnia. Separate sections addressed the unique characteristics of special populations, including children and adolescents, adult women, and older adults. This article provides a point-by-point interpretation of the guideline(2025 edition) contents and key updates to serve as a clinical reference for practitioners.

【**Key words**】insomnia disorder; diagnosis; treatment; guideline; interpretation

失眠症(insomnia disorder)是睡眠障碍中最常见的一种。普通人群中,失眠症的患病率为 9%~15%[1-2]。失眠不仅给患者的生活带来困扰,也影响个体总体健康状况。研究表明,失眠症者罹患各种慢性疾病的概率以及 10 年死亡率均高于普通人群[3-4]。

收稿日期:2025-12-02 **录用日期**:2025-12-05
基金项目:国家重点研发计划重点专项(2024YFC3606800);同济大学附属杨浦医院攀登计划(Ye2202204)
作者简介:顾楠楠(1991—),住院医师,博士,E-mail:gnnsjtu@163.com
通信作者:钱 洁,E-mail:bsb.qianjie@126.com

近年来失眠相关研究进展迅速,国际上失眠症的诊断、分类和治疗方案等亦陆续更新。美国睡眠医学会于2023年更新《睡眠障碍国际分类第3版修订版》(International Classification of Sleep Disorders-Third Edition, Text Revision; ICSD-3-TR)[5]。2025年9月,中国睡眠研究会对2017年制订的《中国失眠症诊断和治疗指南》[6]进行了更新,命名为《失眠症诊断和治疗指南(2025版)》[7],本文对该指南进行详细解读(以下称"本版指南")。

本版指南主要有以下特点:(1)指南的制订方法更加规范。本版指南采用了国际公认的临床实践指南制订方法学。在人员组成上,除多学科临床专家组成的"指南专家组"外,另成立由循证医学专家组成的"方法学专家组"和不参与指南制订的"外审专家组",流程上使得内容更加规范。(2)本版指南更加注重诊疗的标准性和规范化操作。从失眠症的定义、分类,到诊断和评估,更加清晰明确,有助于提高医师诊断的一致性;在治疗方面详细阐述了心理、药物、物理和中医治疗的规范化应用方法,提供了综合治疗策略,并用图示概括诊断及治疗标准流程。(3)内容与前沿进展同步。本版指南系统整合了2017年以来国内外最新的睡眠医学指南和专家共识,临床证据检索广泛,涵盖了国际及国内主要相关数据库以及指南网站。与前版指南相比,本版在失眠症的定义、分型、病理机制以及治疗(心理行为、药物及物理等)方面均有较大的进展。

本版指南主要包括8个部分内容:指南制订方法学、失眠症的定义和分类、流行病学和病理机制、临床评估、诊断和鉴别诊断、失眠症的治疗、物理及中医治疗、综合治疗以及特殊人群失眠症。

以下就2025版指南的主要内容及较前一版更新要点做逐一解读,以供参考。

1　指南制订方法学

采用"失眠""原发性失眠""继发性失眠"等中文检索词和"insomnia""primary insomnia""transient insomnia""secondary insomnia""sleep initiation dysfunction""insomnia disorders""early awakening"等英文检索词,在PubMed、Embase、Cochrane Library、中国知网(CNKI)、万方数据等数据库,以及国内外常用的临床指南网站进行检索。纳入指南、专家共识、系统综述、荟萃分析、随机对照研究、非随机对照研究、综述,检索时间为2017年1月1日—2024年12月31日。

本版指南使用临床指南研究与评价-修订版(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Ⅱ, AGREE Ⅱ)[8]对指南进行评估。根据推荐分级的评估、制订与评价(Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation, GRADE)方法[9],分为高(A)、中(B)、低(C)和极低(D)这4个证据等级,强推荐(1)、弱推荐(2)及不推荐(3)这3个推荐强度分级,较2017年制订的指南中"标准"、"指南"和"临床建议"的等级划分更加系统和规范。

2　失眠症的定义和分类

2.1　失眠症的定义

失眠症定义更新为:持续的睡眠起始或维持困难,与担忧睡眠、睡眠不满意或日间功能损害有关。成年人主要症状表现为难以起始或维持睡眠;儿童(尤其婴幼儿)的失眠症状常由家长报告,包括就寝抵抗和没有父母干预情况下难以独立入睡。较之前的定义增加了对儿童失眠症的描述。

2.2　失眠症的分类和分型

按照ICSD-3-TR的分类标准,失眠症分为慢性失眠症、短期失眠症及其他失眠症3个类别。

本版指南增加了对失眠症分亚型的方法。(1)基于临床特征的分型,分为入睡困难型、睡眠维持困难型、早醒型或混合型4种。(2)基于客观睡眠时长的分型,根据夜间客观睡眠时长(6 h),分为生理性过度觉醒型和非生理性过度觉醒型,后者具有更多的心理学基础,与睡眠感知错误有关。(3)基于非失眠症相关临床特征的分型:有研究者提出高度痛苦型、中度痛苦奖赏敏感型、中度痛苦奖赏不敏感型、轻度痛苦高反应型和轻度痛苦低反应型5种类型[10]。也有研究基于神经影像技术,提出两种亚型,一种表现为多个脑区灰质体积的下降,另一种则表现为右侧颞上回灰质体积增加[11]。对失眠症的进一步分型提示失眠症可能存在着不同的病理机制,有利于个体化的治疗。

3　失眠症的流行病学和病理机制

3.1　失眠症的流行病学

本版指南通过系统回顾发现,目前在失眠症的流行病学方面仍缺乏标准诊断工具,缺乏更多高质

量研究。失眠症的危险因素包括高龄、女性、有失眠症病史或经常使用催眠药物、遗传、负性生活事件、负面个性特征、对环境变化引起的睡眠反应性大以及患有精神障碍或躯体疾病。本版指南还补充了“共病其他睡眠障碍”这一危险因素。

在失眠症危害性方面，旧版指南主要叙述了经济方面的影响，而新版指出了失眠症可能会增加躯体疾病或精神障碍的患病风险。

3.2　失眠症的病理机制

除了经典的“过度觉醒假说”和“3P 假说”。还增加阐述了认知假说、快速眼动睡眠不稳定假说、情绪应对假说、心理生理性抑制假说、高风险假说、交互式假说 6 种假说。对深入认识失眠症病理机制和指导治疗有着重要意义。

4　失眠症的临床评估、诊断和鉴别诊断

4.1　失眠症的临床评估

临床评估包括主诉、现病史、家族史、体格检查、实验室和精神检查，指南重点介绍了主观和客观测评工具两部分。主观测评工具包括睡眠日记以及量表评估。指南增加了大量可用于睡眠评估的量表，另外还补充了性格、情绪、精神症状的量表评估部分，可用于失眠症状的评估和鉴别等。较常用的失眠症评估的量表有匹兹堡睡眠质量指数、失眠严重程度指数、阿森斯失眠量表等。可用于评估睡眠节律和嗜睡的量表有清晨型与夜晚型量表、斯坦福嗜睡量表。

客观测评工具包括多导睡眠监测（polysomnography，PSG）、多次小睡睡眠潜伏时间试验和体动监测，本版指南还新增介绍了清醒维持试验[12]，是评价患者特定时间内维持清醒的能力，主要用于评价过度思睡者的治疗反应。对于这些客观测评工具，指南强调这些并非失眠症的常规检查，但是对于诊断不明、顽固而难治性失眠症、合并暴力行为时，应考虑这些辅助方法，以排除其他睡眠障碍。

4.2　失眠症的诊断和鉴别诊断

失眠症的诊断标准按照 ICSD-3-TR 分类分别叙述。

4.2.1　慢性失眠症的诊断标准　慢性失眠症要求同时满足以下 A~F 这 6 项。A：患者主诉、或患者父母、或照料者观察到患者出现以下一种或多种症状。（1）睡眠起始困难；（2）睡眠维持困难；（3）比预期醒来的时间更早；（4）在适当的时间不肯上床睡觉；（5）在没有父母或者照料者的干预下难以入睡。B：患者主诉、或患者父母、或照料者观察到患者因为夜间睡眠困难而出现以下一种或多种夜间睡眠障碍导致的以下症状。（1）疲劳或精力不足；（2）注意力、专注力或者记忆力受损；（3）在社交、家庭、职业或学业等功能方面损害；（4）情绪失调或易激惹；（5）主观感到日间困倦；（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）对睡眠不足感到忧虑。C：这些睡眠和觉醒的主诉不能完全用不合适的睡眠机会（如分配给睡眠的时间）或不合适的睡眠环境（如环境是否安全、明暗、安静、舒适）所解释。D：这些睡眠紊乱和相关的日间症状至少每周出现 3 次。E：这些睡眠紊乱和相关的日间症状至少已经持续 3 个月。F：睡眠紊乱及相关的日间症状不能单独由另一个现有的睡眠障碍、躯体疾病、精神障碍、药物或物质滥用所引起。

本版诊断标准中主要的变化是，除排除之前诊断标准中提到的睡眠障碍，也需排除躯体疾病、精神障碍、药物或物质滥用引起的睡眠紊乱。

4.2.2　短期失眠症的诊断标准　短期失眠症的诊断标准与慢性失眠症的主要区别在于持续时间不足 3 个月，且对睡眠紊乱出现的频率没有要求。即符合上述长期失眠症诊断标准的 A、B、C、F 项，且持续时间<3 个月。

4.2.3　失眠症的鉴别诊断　失眠症需主要与其他睡眠障碍相鉴别，如睡眠呼吸障碍、昼夜节律睡眠-觉醒障碍、异态睡眠、睡眠相关运动障碍等。还需与躯体疾病、精神障碍或物质滥用鉴别，以明确失眠症是独立疾病、共病还是其他疾病的症状表现。

指南同时更新了失眠症的诊断流程图，并推荐采用标准化诊断流程，见图 1。并将临床评估与鉴别诊断整合，推出了“失眠症的临床评估及诊断鉴别流程图”，使得问诊、评估思路更加清晰完整，实用性更强，具体见图 2。

5　失眠症的治疗

5.1　失眠症的治疗目标

失眠症治疗是指南的重点内容。首先指出总体目标：（1）增加有效睡眠时间和（或）改善睡眠质量；（2）减少失眠相关性日间损害；（3）减少或消除短期失眠症向慢性失眠症转化；（4）预防或减轻与

失眠相关的躯体疾病以及精神障碍共病的风险;(5) 尽可能避免药物干预带来的负面影响。第 5 点为新增内容,提示医务人员在治疗失眠症时应当充分考虑药物的短期及长期副反应,在失眠症治疗过程中应当始终围绕这个总体目标。

指南还提出了 6 点具体目标,与前版指南基本一致,在几个细节上更加具体,如在改善失眠症状方面,将之前的“降低觉醒次数”具体化为“觉醒次数< 3 次”,在药物不良反应方面,提出了注意不同药物之间的相互作用。

指南同时强调治疗过程中需对失眠症患者进行定期随访评估,除了常规的每月 1 次评估外,在治疗每 6 个月、症状复发、治疗无效或终止治疗 6 个月后均需要进行全面的主客观睡眠评估,以便及时评估疗效、增加治疗依从性、调整治疗方案及预防复发。

本版指南还进一步更新了失眠症的治疗流程图,具体见图 3。

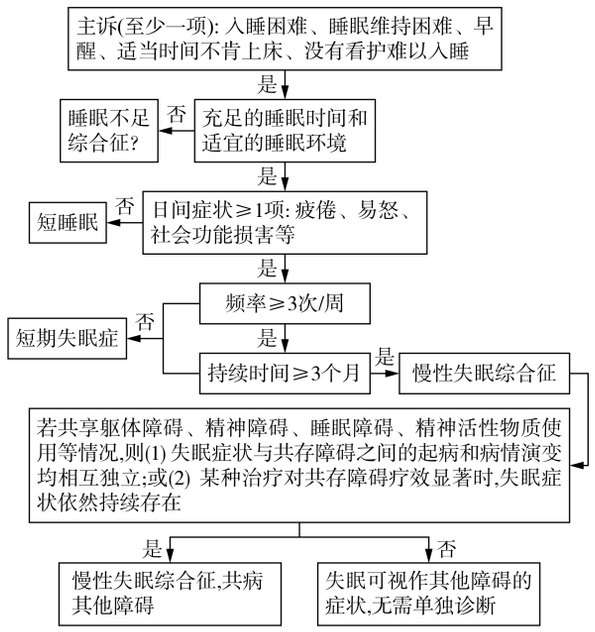

图 1　失眠症的诊断流程图[7]

Fig. 1　Diagnostic flowchart for insomnia disorder[7]

图片来自《中华医学杂志》出版的《失眠症诊断和治疗指南(2025 版)》

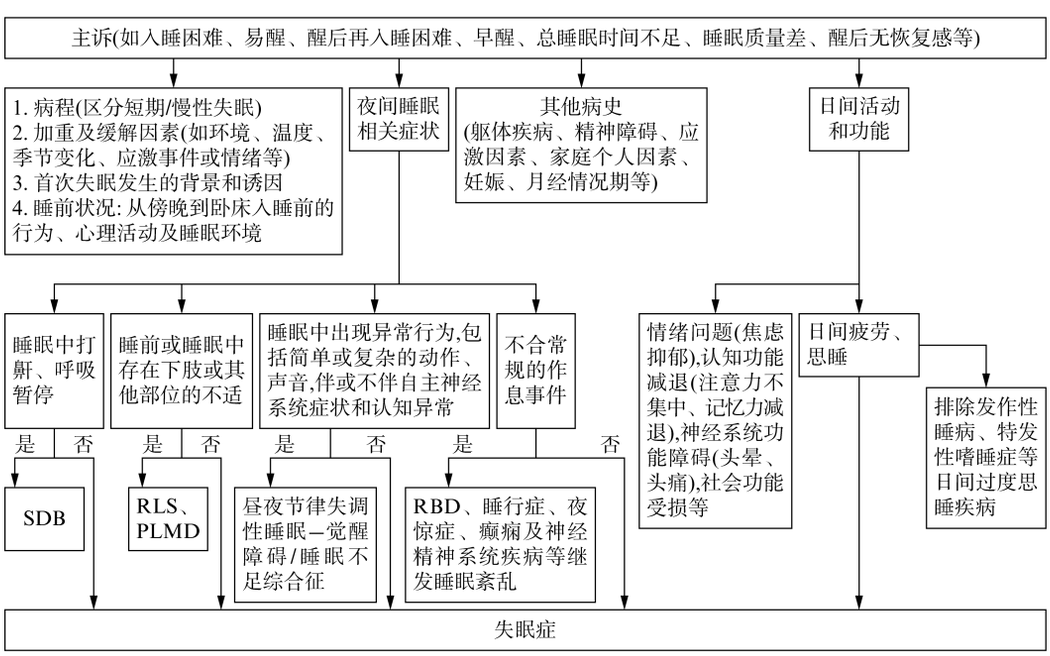

图 2　失眠症的临床评估及诊断鉴别流程图[7]

Fig. 2　Flowchart for clinical assessment and differential diagnosis of insomnia disorder[7]

PLMD 为周期性肢体运动障碍;RBD 为快速眼动睡眠行为障碍;RLS 为不宁腿综合征;SDB 为睡眠呼吸障碍;图片来自《中华医学杂志》出版的《失眠症诊断和治疗指南(2025 版)》

5.2　失眠症的心理行为治疗

新版指南仍首先推荐心理行为治疗,尤其是失眠认知行为疗法(cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)的临床证据越来越多[13-15],更加强调和推荐 CBT-I 作为失眠症的一线治疗,并对其中的 5 点核心内容进行介绍,包括:(1) 睡眠卫生教育:帮助患者建立良好的睡眠习惯,避免睡眠的不利因素。(2) 刺激控制疗法:主要依据条件反射原理,重建睡眠与床之间的联系,要求患者在规定时间内不能入睡则离开床或卧室,直到有睡意再返回。(3) 睡眠限制疗法:根据患者具体睡眠情况与患者共同制定一个有限的睡眠时间,通

过缩短卧床时间,提高睡眠效率,增加睡眠驱动力。(4) 放松训练:常用的有腹式呼吸、渐进性肌肉放松训练等。(5) 认知疗法:主要是认知重建,分 3 个步骤,确定患者对失眠和睡眠的不恰当认知、指出并挑战患者的不恰当认知、用积极、合理的认知取代不恰当认知。在应用方面,首先推荐综合 5 个核心内容的“多组分疗法”,循证依据最为充分。简短疗法指的是侧重以上核心内容中(2)和(3)两方面,作为资源有限情况下的替代方案。CBT-I 的开展模式可以是个体治疗,团体治疗或数字化治疗[16-18],不同模式有其各自特点,具体见表 1。

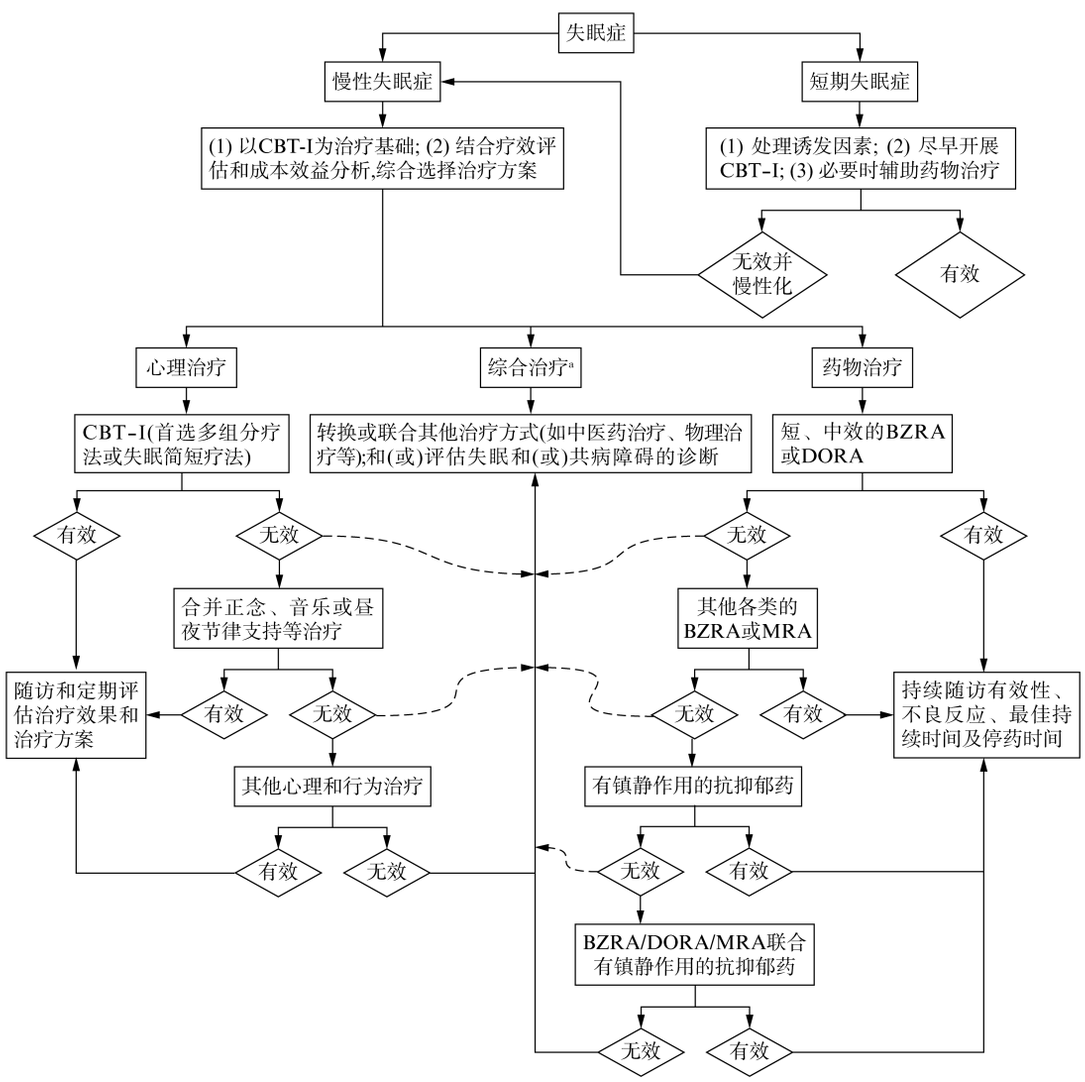

图 3　失眠症的治疗流程图[7]

Fig. 3　Treatment flowchart for insomnia disorder[7]

CBT-I 为失眠认知行为治疗;BZRA 为苯二氮䓬受体激动剂;DORA 为食欲素双受体拮抗剂;MRA 为褪黑素受体激动剂;虚线箭头表示单独治疗有效时,可以评估后考虑直接进入综合治疗阶段;[a] 综合治疗有效时进行随访和定期评估治疗效果;综合治疗无效时,再次评估失眠和(或)共病障碍的诊断;图片来自《中华医学杂志》出版的《失眠症诊断和治疗指南(2025 版)》

表 1　CBT-I 不同开展模式的特点

Tab. 1　Characteristics of different delivery modes of CBT-I

开展模式	形式	开展频率	每次时长/min	疗程	优点	缺点
个体 CBT-I	一对一	每周 1 次	30~60	4~8 次	个性化、精准治疗,适合复杂病例	效率低
团体 CBT-I	5~8 人小组	每周 1 次	60~90	6~8 次	效率高、有团体互动	个性化不足
数字化 CBT-I	通过网络和智能设备	不同软件设计有所不同	不同软件设计有所不同	6~9 周	突破时空限制,成本低	依从性偏低,个性化不足

其他心理治疗的方法除了前版指南提及的音乐疗法、催眠疗法、矛盾意向疗法,还新增了正念疗法[19]、昼夜节律支持[20]以及强化睡眠再训练[19]三种,可根据患者的特点和需求选择使用。

5.3　失眠症的药物治疗

5.3.1　失眠症药物治疗的原则和顺序　本版指南药物治疗原则与前版基本一致,强调药物治疗不应作为失眠症的首选治疗方式,应在病因治疗、CBT-I和睡眠健康教育的基础上酌情使用,遵循个体化、按需、间断、足量和短疗程等原则。新版指南仅在给药原则中新增"需要换药时尽量换用其他作用机制的药物"一点。

推荐的用药顺序也与前版指南大体一致。主要变化是食欲素双受体拮抗剂(dual orexin receptor antagonists, DORA)类[21-22]药物,此次和短、中效的苯二氮䓬受体激动剂(benzodiazepine receptor agonisls, BZRA)首先被推荐;其次推荐其他BZRA或褪黑素受体激动剂(melatonin receptor agonists, MRA)[23-24];第三推荐具有镇静作用的抗抑郁药;第四可考虑BZRA或DORA或MRA联合具有镇静作用的抗抑郁药。

5.3.2　失眠症药物的类别及特点　本版指南中用于失眠症的药物较前版指南更加详尽。苯二氮䓬类药物分为短、中、长效三类共新增介绍了8种药物,DORA和MRA类药物也增加介绍了5种。

(1) BZRA:治疗失眠症的传统药物,可根据半衰期长短可分为短效(<6 h)、中效(6~24 h)、长效(>24 h)。短效药物适用于入睡困难患者,中效适用于入睡困难、睡眠维持困难、早醒的患者,长效适用于睡眠维持困难患者。

(2) DORA:用于治疗入睡困难和(或)睡眠维持困难的成人失眠患者,包括苏沃雷生、莱博雷生、达利雷生三种,其中莱博雷生和达利雷生已经获得国家药品监督管理局批准。

(3) MRA:雷美替胺和他司美琼都是褪黑素受体MTl/MT2激动剂,阿戈美拉汀还具有5-羟色胺2C受体阻断作用,除调整生物节律和睡眠周期外,还有抗抑郁、抗焦虑的作用。

(4) 具有镇静作用的抗抑郁药:仅推荐了多塞平、米氮平和曲唑酮三种,去除了前版指南中的氟伏沙明。主要适用于抑郁或(和)焦虑症状伴失眠症的治疗。多塞平是三环类抗抑郁药,由于其较强的抗胆碱能作用和心脏毒性,目前已经很少用于抑郁/焦虑症的治疗,却是FDA批准的唯一治疗失眠症的抗抑郁药。这三种药物均在低剂量时对组胺受体具有拮抗作用,并同时作用于5-HT等其他受体共同起到调节睡眠的作用。

(5) 抗精神病药:指南介绍了喹硫平和奥氮平两种常用的抗精神病药,主要通过抗组胺作用发挥镇静作用,不推荐用于一般失眠症治疗。

(6) 抗癫痫药:加巴喷丁可用于治疗慢性疼痛性失眠症和不宁腿综合征等,不推荐用于一般失眠症治疗。

5.3.3　失眠症药物的调整及停药　需要换药时可逐渐减少原有药物剂量,同时给予另一种药物并逐渐加量。需要减量时可逐步减少睡前药量或改为间歇治疗。应避免突然停药,需要停药时应逐步减量,有时减量过程可长达数周至数月。

6　物理治疗和中医治疗

6.1　物理治疗

物理治疗相对安全、不易成瘾,不良反应发生率较低。可作为药物治疗及心理治疗的有效补充,尤其适用于药物不耐受或心理治疗依从性差的患者。

近年来物理治疗发展较快,有较多的研究支持重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)对改善失眠的效果[25-27]。本版指南对rTMS和光照疗法强推荐,其次推荐生物反馈疗法、经颅微电流刺激疗法。

6.2　中医治疗

中医将失眠症称为"不寐病",治疗遵循辨证论治原则。本版指南主要参考国家中医药管理局制订的《中医证候诊断标准研制指南》[28]等指南,列举了失眠症的9种辨证类型,较前版指南增加了"肝气郁结证"和"心火炽盛证"两种,具体见表2。

7　综合治疗

作为本版指南新增加的部分,首先提出了综合治疗的原则:积极查找病因及共病,判断失眠及共病的治疗优先顺序,优先选用CBT-I。

联合方式可以在CBT-I的基础上,分别与药物治疗、物理治疗和中医治疗相联合,也可在药物治疗基础上联合中医治疗或物理治疗。每种组合方式有其各自的优势和特点,可根据患者情况个体化选择,如CBT-I联合物理治疗可发挥协同作用,在改善睡眠质量与认知功能方面表现尤为突出,而CBT-I联合rTMS则对青少年失眠症显示出良好效果。

表 2　失眠症的中医辨证论治

Tab. 2　Syndrome differentiation and treatment of insomnia in traditional Chinese medicine

失眠症的分类	主症	舌脉	推荐药方
肝气郁结证	入睡困难，多梦早醒，情绪低落或急躁易怒	舌淡红、苔薄白，脉弦	柴胡疏肝散或逍遥散
肝郁化火证	难以入眠，多梦烦躁，易怒，胸胁胀痛	舌红苔黄，脉弦数	龙胆泻肝汤
胃气失和证	食后不寐，脘腹胀闷疼痛	舌红、苔厚腻，脉弦或滑数	保和丸或半夏秫米汤
痰热内扰证	心烦不寐，多梦易惊醒	舌红、苔黄腻或滑腻，脉滑数	黄连温胆汤
瘀血内阻证	不寐日久，躁扰不宁，夜不能寐，多梦易惊	舌紫暗有淤点，脉弦涩	血府逐瘀汤
心火炽盛证	心烦难眠，五心烦热	舌红、苔干，脉细数	导赤汤合交泰丸或朱砂安神丸
心脾两虚证	不易入睡，多梦易醒，醒后难以复寐	舌淡苔白，脉细弱	归脾汤
心胆气虚证	不易入睡，虚烦不寐，寐后易惊醒，心悸胆怯	舌淡苔白，脉弦细	安神定志丸或合酸枣仁汤
心肾不交证	不易入睡，心烦不寐，多梦	舌尖红少苔，脉细数	六味地黄丸、合交泰丸或天王补心丹

8　特殊人群失眠症

指南最后部分对儿童/青少年、成年女性和老年人等特殊人群失眠症的各方面特点进行了详尽介绍，为特殊人群的诊治提供了更加个体化的方案。

8.1　儿童/青少年失眠症

新版指南增加了青少年失眠症部分，与儿童失眠症的分类、临床评估等方面有所区别。

儿童/青少年失眠症定义为：在睡眠时间安排符合该年龄儿童需求且睡眠环境条件适合的情况下，儿童持续存在睡眠启动、睡眠维持或睡眠质量等问题，并导致儿童及家庭的日间功能受损。

在分类方面，青少年与儿童的失眠有所不同。青少年失眠症分类与成人一致，根据病程分为慢性失眠症（持续时间≥3 个月），短期（急性）失眠症（持续时间<3 个月）。而儿童行为性失眠症则可分为就寝问题/入睡行为限制不足型和夜醒/睡眠启动相关型。

儿童失眠症在主、客观评估方面与成人基本类似，量表评估部分提供了一些专门用于儿童/青少年睡眠问题的量表，如儿童睡眠习惯问卷、儿童睡眠紊乱量表、中国婴儿睡眠状况评估量表等分别适用于不同年龄段的儿童青少年。

指南还特别提出了对青少年失眠进行评估与诊断的要点：（1）在条件允许的情况下，要综合运用自评和家长评定的筛查问卷、临床访谈、睡眠日志以及各类睡眠测评工具；（2）如有必要，可开展生理检查，以确定是否存在可引发失眠的过敏、呼吸问题或慢性疾病；（3）若怀疑患有睡眠时相延迟综合征，最好能评估弱光褪黑素启动。

儿童失眠症诊断标准为：（1）存在睡眠启动或维持困难，抗拒就寝，或者在没有家长陪伴和支持的情况下睡眠困难；（2）存在睡眠紊乱相关功能损害，包括注意力问题、行为问题，以及学业和家庭功能损害；（3）有足够的睡眠机会。慢性失眠症需要每周发生≥3 次，持续时间 1 个月；短期失眠症持续时间<3 个月。青少年的诊断标准则依据成人失眠症的诊断标准。

对儿童青少年新版指南首先推荐行为治疗[14,29-30]。药物治疗仅当行为治疗无效或睡眠问题持续、严重时谨慎使用。需遵循最短疗程、最低剂量原则，并由专业医师严密监测。

8.2　成年女性失眠症

本版指南在妊娠期女性失眠症之外，增补了针对成年女性其他重要生理阶段（如哺乳期、围绝经期）失眠症的叙述。因成年女性受雌、孕激素的波动或改变影响，生理的性别差异以及女性情绪相关症状的高患病率等特点，女性失眠发病率在青春期后明显升高。月经初期和黄体期晚期、妊娠期和围绝经期是女性失眠症的高发阶段。

妊娠/哺乳期失眠症应首选非药物治疗，特别是 CBT-I[31-32]。药物治疗的原则为联合非药物治疗、短程、单药、安全优先。由患者及家属共同决定是否使用药物治疗，并签署知情同意书。妊娠期药物安全性分级可参考美国 FDA 和澳大利亚药品评估员会的分级标准[33]。（围）绝经期慢性失眠症除前述的治疗方案外，可考虑激素替代治疗（hormone replacement therapy，HRT），适用于年龄<60 岁、绝经<10 年且无冠心病或乳腺癌病史的女性。

8.3　老年人失眠症

老年人群是失眠症的高发人群,老年失眠症可显著增加认知功能减退和跌倒的风险。在治疗方面,指南推荐首选非药物疗法,尤其是CBT-I[34]。老年人失眠症药物治疗原则为:尽量减少服药种类、小剂量起始、缩短用药时间。服药期间需密切监测不良反应。

9　总结及展望

综上所述,新版指南制定方法规范,更新了国内外失眠症的临床研究成果。诊断和治疗流程清晰明了,实用性强。但在推荐意见应用于实践方面缺乏一些配套工具以及额外的资源投入说明,如CBT-I培训工具,或专业的心理治疗师配备等。未来可针对诊断治疗方面总结更加简洁、实用版本,供基层医生临床使用。

利益冲突声明　所有作者声明不存在利益冲突。

作者贡献说明　顾楠楠:论文撰写、修改,图片制作;李春波:论文审阅和指导;钱洁:论文撰写和指导,表格制作。

【参考文献】

[1] OHAYON M M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn[J]. Sleep Med Rev, 2002, 6(2): 97-111.

[2] CAO X L, WANG S B, ZHONG B L, et al. The prevalence of insomnia in the general population in China: a meta-analysis[J]. PLoS One, 2017, 12(2): e0170772.

[3] JOHANSSON M, JANSSON-FRÖJMARK M, NORELL-CLARKE A, et al. The role of psychiatric and somatic conditions in incidence and persistence of insomnia: a longitudinal, community study[J]. Sleep Health, 2016, 2(3): 229-238.

[4] JANSON C, LINDBERG E, GISLASON T, et al. Insomnia in men-a 10-year prospective population based study[J]. Sleep, 2001, 24(4): 425-430.

[5] AGREE Next Steps Consortium. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Ⅱ[DB/OL]. (2009-05)[2025-10-20]. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf.

[6] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志,2017,97(24): 1844-1856.

[7] 中国睡眠研究会. 失眠症诊断和治疗指南(2025版)[J]. 中华医学杂志,2025,105(34): 2960-2981.

[8] American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders: third edition, text revision (ICSD-3-TR)[DB/OL]. (2023-06)[2025-10-20]. https://aasm.org/clinical-resources/international-classification-sleep-disorders/.

[9] GUYATT G H, OXMAN A D, VIST G E, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.

[10] BLANKEN T F, BENJAMINS J S, BORSBOOM D, et al. Insomnia disorder subtypes derived from life history and traits of affect and personality[J]. Lancet Psychiatry, 2019, 6(2): 151-63.

[11] ZHANG H B, SUN H N, LI J Q, et al. Subtypes of insomnia revealed by the heterogeneity of neuroanatomical patterns: a structural MRI study[J]. Biol Psychol, 2023, 180: 108591.

[12] ATTARIAN H P, VIOLA-SALTZMAN M. 女性睡眠障碍——管理实践指南[M]. 李庆云译. 上海: 上海交通大学出版社,2016.

[13] 陆林. 中国失眠障碍综合防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社,2019.

[14] DEWALD-KAUFMANN J, DE BRUIN E, MICHAEL G. Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) in school-aged children and adolescents[J]. Sleep Med Clin, 2019, 14(2): 155-165.

[15] ALIMORADI Z, JAFARI E, BROSTRÖM A, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: a systematic review and meta-analysis[J]. Sleep Med Rev, 2022, 64: 101646.

[16] 刘曼,李西荣,王文萍,等. 网络化失眠的认知行为治疗研究进展[J]. 精神医学杂志,2020,33(3): 237-240.

[17] 居易,王勇. CBT-I数字疗法: 现状与挑战[J]. 中国数字医学,2023,18(7): 34-40.

[18] 伊如汉,吕东升,杨滋慧. 数字化认知行为疗法治疗失眠障碍的研究进展[J]. 国际精神病学杂志,2023,50(5): 942-945.

[19] EDINGER J D, ARNEDT J T, BERTISCH S M, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and

GRADE assessment[J]. J Clin Sleep Med, 2021, 17(2): 263-298.

[20] ZHANG Y Y, CORDINA-DUVERGER E, KOMAROZYNSKI S, et al. Digital circadian and sleep health in individual hospital shift workers: a cross sectional telemonitoring study[J]. E Bio Medicine, 2022, 81: 104121.

[21] SARATHI CHAKRABORTY D, CHOUDHURY S, LAHIRY S. Daridorexant, a recently approved dual orexin receptor antagonists (DORA) in treatment of insomnia[J]. Sleep Sci, 2023, 16(2): 256-264.

[22] ROCHA R B, BOMTEMPO F F, NAGER G B, et al. Dual orexin receptor antagonists for the treatment of insomnia: systematic review and network meta-analysis [J]. Arq Neuropsiquiatr, 2023, 81(5): 475-483.

[23] SHAHA D P. Insomnia management: a review and update[J]. J Fam Pract, 2023, 72(6 Suppl): S31-s36.

[24] ROBINSON C L, SUPRA R, DOWNS E, et al. Daridorexant for the treatment of insomnia[J]. Health Psychol Res, 2022, 10(3): 37400.

[25] SUN N Y, HE Y, WANG Z Q, et al. The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation for insomnia: a systematic review and meta-analysis[J]. Sleep Med, 2021, 77: 226-237.

[26] KRONE L B, FEHÉR K D, RIVERO T, et al. Brain stimulation techniques as novel treatment options for insomnia: a systematic review[J]. J Sleep Res, 2023, 32(6): e13927.

[27] LANZA G, FISICARO F, CANTONE M, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation in primary sleep disorders[J]. Sleep Med Rev, 2023, 67: 101735.

[28] 世界中医药学会联合会,呼吸疾病中医药防治省部共建协同创新中心,河南中医药大学,等. 中医证候诊断标准研制指南[J]. 中国循证医学杂志,2023,23(9): 993-998.

[29] OWENS J A, MINDELL J A. Pediatric insomnia[J]. Pediatr Clin N Am, 2011, 58(3): 555-569.

[30] NUNES M L, BRUNI O. Insomnia in childhood and adolescence: clinical aspects, diagnosis, and therapeutic approach[J]. J Pediatr, 2015, 91(6 Suppl 1): S26-S35.

[31] MACKINNON A L, SILANG K, WATTS D, et al. Sleeping for Two: a randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for insomnia in pregnancy [J]. J Clin Sleep Med, 2025, 21(2): 365-376.

[32] PALAGINI L, BRAMANTE A, BAGLIONI C, et al. Insomnia evaluation and treatment during peripartum: a joint position paper from the European Insomnia Network task force "Sleep and Women," the Italian Marcè Society and international experts task force for perinatal mental health[J]. Arch Womens Ment Health, 2022, 25(3): 561-575.

[33] ARTAMA M, GISSLER M, MALM H, et al. Nationwide register-based surveillance system on drugs and pregnancy in Finland 1996-2006[J]. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2011, 20(7): 729-738.

[34] UEMURA S I, IMANISHI A, TERUI Y, et al. Residual effects of low dose of suvorexant, zolpidem, and ramelteon in healthy elderly subjects: a randomized double-blind study[J]. Neuropsychopharmacol Rep, 2022, 42(3): 288-298.