

慢性失眠怎么治？来自 2016ACP 指南的建议

来源：医脉通，2016-05-06

作者：医脉通精神科

[医脉通编译，转载请务必注明出处](#)

日前，美国医师协会（ACP）发布了[成人慢性失眠障碍管理指南](#)，全文 5 月 3 日发表于《内科学年鉴》（Ann Intern Med.）。该指南的一个重要推荐是，所有成年慢性失眠障碍患者均应首先接受失眠认知行为治疗（CBT-I）作为初始治疗；对于单独使用 CBT-I 治疗无效的慢性失眠成年患者，再由医生及患者共同商讨决定是否采用药物治疗。以下为推荐及总结部分：

指南推荐

推荐一：所有成人患者均应接受针对失眠的认知行为治疗（CBT-I），作为慢性失眠的初始治疗（强烈推荐，中等质量证据）。

CBT-I 包括多个治疗组分：睡眠相关认知治疗、行为干预（如睡眠限制及刺激控制）及教育（如睡眠卫生）。CBT-I 完全可以在初级保健层面进行。CBT-I 有多种实施形式，如个人或团体治疗，电话或网络形式，或自助书籍。大部分研究聚焦于个人 CBT-I，但数据显示其他形式的 CBT-I 同样有效。

CBT-I 应作为成人慢性失眠障碍的一线治疗。尽管当前证据不足以显示出行为干预相关的危害，但一般认为这些危害程度轻微。

▲ 中等质量的证据显示，CBT-I 可改善一般人群的总体及睡眠转归，包括提高治疗应答及缓解率、降低匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）/失眠严重程度指数（ISI）得分，以及缩短入睡潜伏期、缩短入睡后觉醒时间及改善睡眠效能/质量。

▲ 低至中等质量的证据显示，CBT-I 还可改善老年人群的总体及睡眠转归，包括改善匹兹堡睡眠质量指数 PSQI 及 ISI 得分、缩短入睡潜伏期及改善睡眠效能。

▲ 中等质量的证据显示，CBT-I 可减少老年人入睡后的觉醒次数。

推荐二：若单用 **CBT-I** 治疗失败，临床医师应采取共同制定治疗决策的方式，与患者探讨短期药物治疗的受益、危害及成本，以决定是否联用药物治疗。

药物治疗慢性失眠障碍的收益包括改善睡眠转归，如睡眠潜伏期及总睡眠时长，还可改善总体人群及老年群体的总体转归。大部分研究探讨的是新型药物，而一些老药或已过专利期的药物，包括苯海拉明及曲唑酮等，研究证据则相对较少。

▲ 低质量证据显示，艾司佐匹克隆和唑吡坦均可改善一般人群的总体转归。

▲ 低至中等质量证据显示，艾司佐匹克隆、唑吡坦及多塞平均可改善睡眠转归，包括入睡潜伏期、总睡眠时间及入睡后觉醒时间。

▲ 中等质量证据显示，新近获 **FDA** 批准上市的食欲素（**orexin**）拮抗剂 **suvorexant** 可改善一般人群及老年人混合群体的治疗应答及睡眠转归。

▲ 低质量证据显示，相比于安慰剂，雷美替胺（**ramelteon**）并不能显著改善一般群体的睡眠转归。

对于老年群体而言，低质量证据显示艾司佐匹克隆可改善总体及睡眠转归，而唑吡坦和雷美替胺均可缩短入睡潜伏期。中等质量证据显示，多塞平可改善 **ISI** 得分，低至中度质量证据显示该药可改善睡眠转归。

针对一般群体及老年群体，褪黑素的使用证据仍不足。尽管使用广泛，苯二氮䓬类药物在本指南中并未被强调，因为符合本次文献回顾入组标准的研究很少（证据不足）。

药物治疗的危害局限于 **RCTs**，主要是从研究中脱落。然而，观察性研究显示，助眠药物可能与一些少见但严重的不良反应相关，包括痴呆、严重伤害及骨折。另外，**FDA** 就此类药物潜在的日间功能损害、“睡驾”、行为异常及抑郁恶化等副作用进行了标签警告。**FDA** 建议，日常使用剂量宜低于很多研究中所使用的剂量，尤其是老年人。

针对长期使用药物的利弊权衡，目前的证据仍显不足。**FDA** 批准药物在短期（**4-5** 周）内使用，不应超过这一时长。**FDA** 还建议，若用药 **7-10** 天后症状未缓解，建议进一步评估。

【疾病】

慢性失眠障碍

【指南受众】

内科医生、家庭医生、其他医生

【目标患者】

成年失眠患者

【干预方式】

▲ 心理治疗：CBT-I，BBT，多组分行为疗法，睡眠限制，刺激控制疗法，放松疗法

▲ 药物治疗：苯二氮草类（三唑仑、艾司唑仑、替马西泮、氟西泮、夸西泮），非苯二氮草类（艾司佐匹克隆、扎来普隆、唑吡坦、suvorexant、褪黑素、雷美替胺、抗抑郁药）

▲ 补充及替代治疗：针灸，中草药

【转归评估】

▲ 整体转归：CGI，PSQI，患者总体印象量表，ISI

▲ 睡眠转归（患者报告）：SOL，觉醒次数，WASO，TST，睡眠效能（睡眠总时间/躺在床上总时间），睡眠质量

不良反应

退出研究

【收益】

一、一般人群

▲ 心理治疗

· CBT-I: PSQI 总分降低 (2.1 分), ISI 总分降低 (4.8 分), SOL 缩短 (11.6min), WASO 缩短 (21.4min), 睡眠效能及质量提高

· 刺激控制疗法: SOL 缩短 (31.2min), TST 延长 (43.5min)

▲ 药物治疗

· 艾司佐匹克隆: ISI 总分降低 (4.6 分), SOL 缩短 (19.1min), TST 延长 (44.8min), WASO 缩短 (10.8min)

· 唑吡坦: SOL 缩短 (15min), TST 延长 (23min)

· 唑吡坦“按需服用”: CGI 得分改善, SOL 缩短 (14.8min), TST 延长 (48.1min)

· 唑吡坦缓释剂: CGI 得分改善, SOL 缩短 (9min), TST 延长 (25min), WASO 缩短 (16min)

· 唑吡坦舌下片: SOL 缩短 (18min)

· Suvorexant: ISI 总分降低 (1.2 分), SOL 缩短 (6.0min), TST 延长 (16.0min), WASO 缩短 (4.7min)

· 多虑平: TST 延长 (3mg 11.9min, 6mg 17.3min), WASO 缩短 (3mg 10.2min, 6mg 14.2min)

二、老年人群

▲ 心理治疗

- CBT-I: PSQI 总分降低（3.0 分），ISI 总分降低（3.6 分），SOL 缩短（8.2min），WASO 缩短（37.6min），睡眠效能提高

- 多组分行为疗法/BBT: SOL 缩短（10.4min），WASO 缩短（14.9min），睡眠效能及质量提高

- 刺激控制疗法: TST 延长（40.4min）

▲ 药物治疗

- 艾司佐匹克隆: ISI 总分降低（2.3 分）,TST 延长（30.0min）,WASO 缩短（21.6min）

- 唑吡坦: SOL 缩短（18.3min）

- 雷美替胺: SOL 缩短（10.1min）

- 多虑平: ISI 总分降低（1.7 分），SOL 缩短（14.7min），TST 延长（23.9min），WASO 缩短（17.0min）

▲ 补充及替代治疗: 证据不足

危害

- ▲ 心理治疗: 鲜有报告，因为属于无创治疗，对患者的伤害可能较小

- ▲ 药物治疗: 来自随机对照试验中的少量报告

苯二氮草类

- 白天嗜睡，头晕，眩晕，痴呆

- 老年人群跌倒、髋部骨折、活动不利的风险升高

- 替马西泮与癌症事件增加相关

非苯二氮草类

- 艾司佐匹克隆：嗜睡、味觉异常、肌痛、记忆障碍、精神科相关不良反应、抑郁、焦虑、意外伤害
- 扎来普隆：疼痛、嗜睡、头晕、胃肠道反应、心律失常、幻觉
- 唑吡坦：焦虑、嗜睡、心境改变、幻觉、抑郁、精神科相关不良事件、记忆受损、骨折及严重头部损伤风险升高、癌症事件增加
- **Suvorexant**：嗜睡；认知及行为改变，如健忘、焦虑、幻觉及其他神经精神症状；复杂行为，如“睡眠驾驶”；抑郁症状恶化，包括抑郁症患者的自杀观念；日间功能障碍；睡眠麻痹；入睡幻觉
- 雷美替胺：头晕；嗜睡（与安慰剂作用相似）；疲劳；头痛；味觉异常；恶心；新的认知或行为异常；复杂行为，如“睡眠驾驶”；原发抑郁症患者的抑郁及自杀观念加重
- 多虑平：镇静、疲劳、无力、嗜睡、口干、便秘、视物模糊、头痛
- 观察性研究中，有报告安眠药引起罕见但严重的不良事件，如骨折及痴呆。**FDA** 的标签警告包括白天功能受损、“睡眠驾驶”、行为异常、抑郁症患者症状恶化。

▲ 补充及替代治疗：未报告

【推荐】

▲ 推荐一：所有成人患者均应接受针对失眠的认知行为治疗（CBT-I），作为慢性失眠的初始治疗（强烈推荐，中等质量证据）。

▲ 推荐二：若单用 CBT-I 治疗失败，临床医师应采取共同制定治疗决策的方式，与患者探讨短期药物治疗的受益、危害及成本，以决定是否联用药物治疗。

【注意事项】

▲ 药物使用应不超过 4-5 周，CBT-I 中学到的技能可用于失眠的长期管理。

▲ 通常而言，慢性失眠障碍研究已排除了其他疾病引起的失眠。在建议患者继续采取助眠药物治疗之前，临床医生应考虑可能引起继发性失眠的原因，如抑郁症、疼痛、良性前列腺增生、物质滥用障碍，以及其他睡眠障碍，如睡眠呼吸暂停及不宁腿综合征。

▲ 若尝试 CBT-I 治疗（失败）后，患者与医生共同决定继续药物治疗超过 4-5 周时，医生应定期重新评估继续用药的必要性。

▲ 慢性失眠障碍本身即对健康有害，但药物能否降低睡眠剥夺对健康的不利影响仍然不明。现有证据尚不足以对长期用药进行利弊权衡。

▲ 老年人群报告 WASO 的频率高于 SOL。

▲ 老年患者对药物及其不良反应更敏感，因此须密切监控。

备注：BBT=简明行为疗法；CBT-I=失眠认知行为疗法；CGI=临床总体印象量表；ISI=失眠严重程度指数；PSQI=匹茨堡睡眠质量指数；SOL=睡眠潜伏期；TST=总睡眠时间；WASO=入睡后觉醒时间

指南原文下载：[2016 ACP 临床实践指南：成人慢性失眠障碍的管理](#)