

· 临床督导 ·

ICD-11 与 DSM-5 关于睡眠-觉醒障碍 诊断标准的异同

肖 茜¹, 张道龙^{2*}

(1. 中南大学湘雅医院心理卫生中心, 湖南 长沙 410008;

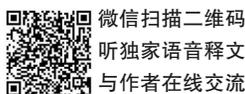
2. 珠海市第三人民医院, 广东 珠海 519000

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

【摘要】 本文目的是对《精神障碍诊断与统计手册(第5版)》(DSM-5)和《国际疾病分类(第11版)》(ICD-11)中睡眠-觉醒障碍诊断标准的异同进行比较。睡眠-觉醒障碍的核心特征是患者对睡眠的质量、持续时间和昼夜节律不满意, 导致日间痛苦和社会功能受损。本文对两套诊断系统中的诊断要点进行总结和比较, 以提高精神心理工作者对相应内容的理解。

【关键词】 ICD-11; DSM-5; 诊断标准; 睡眠-觉醒障碍

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



微信扫描二维码

听独家语音释文

与作者在线交流

中图分类号: R749

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20211030001

Similarities and differences between the diagnostic criteria of ICD-11 and DSM-5 for sleep-wake disorders

Xiao Qian¹, Zhang Daolong^{2*}

(1. Mental Health Center of Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China;

2. Zhuhai Third Renmin Hospital, Zhuhai 519000, China

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

【Abstract】 This paper aims to discuss the similarities and differences between the diagnostic criteria for sleep-wake disorders in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) and International Classification of Diseases, eleventh edition (ICD-11). Sleep-wake disorders are characterized by the unsatisfactory quality, quantity and circadian rhythm of sleep, leading to daytime distress and impaired social functioning. Therefore, the main diagnostic points of sleep-wake disorders in both manuals are summarized and compared in this study, in order to assist psychiatric and psychological workers to acquire a better understanding of the corresponding sections.

【Keywords】 ICD-11; DSM-5; Diagnostic criteria; Sleep-wake disorders

睡眠-觉醒障碍的临床表现为患者对睡眠的质量、持续时间及昼夜节律不满意。睡眠-觉醒障碍在全球的发病率约为10%~15%,且女性高于男性^[1-3]。近年来,我国睡眠-觉醒障碍的发病率呈增高趋势,约1/3的成年人存在睡眠问题^[2-3]。长期睡眠障碍不但影响个体社会功能,还可能导致或加重精神障碍和躯体疾病,如抑郁障碍、焦虑障碍、心血管疾病、肺部疾病、神经认知障碍和肥胖等^[4-6]。对于睡眠-觉醒障碍的诊断,国际常用的诊断系统包括《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)^[1]和《国际疾病分类(第11版)》(International Classification of Diseases, eleventh edition, ICD-11)^[7-12]。

这两套诊断系统对睡眠-觉醒障碍的诊断具有较大差异:DSM-5把睡眠-觉醒障碍归为精神障碍^[1];而ICD-11把睡眠-觉醒障碍归为独立的一章,不再归为一种精神障碍^[7-12]。为了帮助精神心理工作者掌握睡眠-觉醒障碍的诊断标准,本文对该疾病在两套诊断系统中的异同进行比较。

1 DSM-5对睡眠-觉醒障碍的诊断

DSM-5中睡眠-觉醒障碍谱系的共同核心特征是:个体以不满意睡眠质量、周期和数量的主诉就诊,并导致日间痛苦和功能受损^[1-3]。症状不能归因于物质及药物所致,共存的躯体疾病和精神障碍也不能完全解释睡眠困扰。在诊断这类障碍时,多导睡眠图(PSG)是必要的辅助检查手段^[1-3]。

1.1 DSM-5 对失眠障碍的诊断

患者主诉对睡眠数量或质量的不满,伴有以下相关症状至少 1 个:①入睡困难;②维持睡眠困难,表现为频繁地觉醒或醒后再入睡困难;③早醒,且不能再入睡。睡眠紊乱引起痛苦,或导致社会功能受损。每周至少出现 3 晚,至少 3 个月存在睡眠困难。尽管有充足的睡眠机会,仍出现睡眠困难。失眠不能更好地用另一种睡眠-觉醒障碍来解释,不能归因于某种物质的生理效应。共存的精神障碍和躯体状况不能充分解释失眠的主诉^[1,13]。

1.2 DSM-5 对嗜睡障碍的诊断

尽管主要睡眠周期持续至少 7 小时,仍报告至少有下列 1 项症状:①在同一天内反复睡眠或陷入睡眠中;②睡眠周期每天超过 9 小时,且为非恢复性的;③突然觉醒后难以完全清醒。每周至少出现 3 次嗜睡,持续至少 3 个月。嗜睡伴有显著的痛苦,或导致社会功能受损。嗜睡不能更好地用另一种睡眠障碍来解释。嗜睡不能归因于某种物质的生理效应。共存的精神障碍和躯体状况不能充分解释嗜睡的主诉^[1,3]。

1.3 DSM-5 对发作性睡病的诊断

在一天内反复地不可抗拒地需要睡眠、陷入睡眠或打盹。在过去 3 个月内每周出现至少 3 次。存在下列至少 1 项:①猝倒发作,每月至少出现几次;②下丘脑分泌素缺乏;③夜间 PSG 呈现出快速眼动(REM)睡眠潜伏期不超过 15 min,或多次睡眠潜伏期试验(MSLT)显示平均睡眠潜伏期不超过 8 min,以及 2 次或更多次的睡眠起始快速眼动睡眠(SOREMP)^[1-2]。

1.4 DSM-5 对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气的诊断

该诊断需符合以下条目之一:①PSG 显示每小时睡眠至少有 5 次阻塞性呼吸暂停或低通气,并存在夜间呼吸紊乱和日间困倦;②PSG 显示每小时睡眠至少有 15 次阻塞性呼吸暂停和/或低通气,无论伴随症状如何^[1-2]。标注:轻度(呼吸暂停低通气指数小于 15),中度(呼吸暂停低通气指数为 15~30),重度(呼吸暂停低通气指数大于 30)。

1.5 DSM-5 对中枢性睡眠呼吸暂停的诊断

PSG 显示每小时睡眠有 5 次及以上中枢性呼吸暂停。此障碍不能更好地用另一种睡眠障碍来解

释^[1-2]。标注是否是:①特发性中枢性睡眠呼吸暂停;②潮式呼吸;③中枢性睡眠呼吸暂停共病阿片类药物使用。中枢性睡眠呼吸暂停的严重程度是根据呼吸紊乱的频率、低氧饱和度以及睡眠片段化作为反复呼吸紊乱的结果来分级^[1-2]。

1.6 DSM-5 对睡眠相关的通气不足的诊断

PSG 显示间歇性的与 CO₂ 浓度升高相关联的呼吸减少。此障碍不能更好地用另一种睡眠障碍来解释^[1-2]。标注是否是:①特发性通气不足;②先天性中枢性肺泡通气不足;③共病的睡眠相关的通气不足。对睡眠相关的通气不足严重程度的判定,是根据睡眠中低氧和高碳酸血症存在的程度,以及这些异常所致的靶器官损害的证据来分级(例如右心衰竭)。在清醒时存在血气异常是一个更严重的标志^[1-2]。

1.7 DSM-5 对昼夜节律睡眠-觉醒障碍的诊断

持续的或反复发作的睡眠中断模式,主要是由于昼夜节律系统的改变,或在内源性昼夜节律与外界环境所要求的睡眠-觉醒周期之间的错位。睡眠中断导致过度有睡意或失眠。睡眠紊乱引起有临床意义的痛苦,或导致社会功能受损^[1,4,14]。标注是否是:睡眠时相延迟型、非 24 小时睡眠-觉醒重叠型、睡眠时相提前型、睡眠-觉醒不规则型、非 24 小时睡眠-觉醒型、倒班工作型及未特定型。

1.8 DSM-5 对非快速眼动睡眠唤醒障碍的诊断

反复发作的从睡眠中不完全觉醒,通常出现在主要睡眠周期的前三分之一,伴有睡行或睡惊。没有或很少有梦境能被回忆起来,存在对发作的遗忘。此发作引起有临床意义的痛苦,或导致社会功能受损。该障碍不能归因于某种物质的生理效应。共存的精神障碍和躯体状况不能解释睡行或睡惊的发作^[1-2]。

1.9 DSM-5 对梦魇障碍的诊断

反复出现的极端烦躁和能够详细记忆的梦,通常涉及努力避免对生存、安全或躯体完整性的威胁,且一般发生在主要睡眠期的后半程。从烦躁的梦中觉醒,个体能够迅速恢复定向和警觉。该睡眠障碍引起有临床意义的痛苦,或导致社会功能受损。梦魇症状不能归因于某种物质的生理效应。共存的精神障碍和躯体状况不能充分地解释烦躁梦境的主诉^[1-2]。

1.10 DSM-5 对快速眼动睡眠行为障碍的诊断

睡眠中反复发作的与发声和/或复杂的运动行为有关的唤醒。在 REM 睡眠期出现这些行为,通常出现在睡眠开始超过 90 min 后,且在睡眠周期的后期更频繁,在白天打盹时不常出现。一旦从这些发作中觉醒,个体会完全清醒,而不是意识模糊或失去定向。存在下列任 1 项表现:①在 PSG 记录中,REM 睡眠期无张力缺乏;②病史提示有快速眼动睡眠行为障碍和已明确的突触核蛋白病的诊断(例如帕金森病、多系统萎缩)。此行为引起有临床意义的痛苦或导致社会功能受损。该障碍不能归因于某种物质的生理效应或其他躯体疾病。共存的精神和躯体障碍不能解释此发作^[1,5]。

1.11 DSM-5 对不安腿综合症的诊断

个体存在移动双腿的冲动,通常伴有对双腿不舒服和不愉快的感觉反应,表现为以下所有特征:在休息或不活动时开始或加重,通过运动可以部分或完全缓解,在傍晚或夜间移动双腿的冲动比日间更严重,或只出现在傍晚或夜间。以上症状每周至少出现 3 次,持续至少 3 个月。症状引起显著的痛苦,或导致重要功能的损害。不能归因于其他精神障碍或躯体疾病,也不能用行为状况来更好地解释。此症状不能归因于滥用的毒品或药物的生理效应^[1,6]。

1.12 DSM-5 对物质/药物所致的睡眠障碍的诊断

突出的、严重的睡眠障碍。来自病史、体格检查或实验室检验显示存在以下两项证据:①睡眠障碍出现在物质中毒期间或之后不久,或出现在戒断或接触某种药物之后;②所涉及的物质/药物能够导致睡眠障碍。这种障碍不能用非物质/药物所致的睡眠障碍来更好地解释。这种障碍并非仅仅出现于谵妄时。该障碍引起有临床意义的痛苦,或导致重要功能的损害^[1-2]。

1.13 DSM-5 对其他特定的失眠障碍/嗜睡障碍/睡眠-觉醒障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备失眠障碍/嗜睡障碍/睡眠-觉醒障碍的典型症状,且引起有临床意义的痛苦或导致功能的损害,但未能符合睡眠-觉醒障碍类别中任一种疾病的诊断标准的情况^[1-2]。

1.14 DSM-5 对未特定的失眠障碍/嗜睡障碍/睡眠-觉醒障碍的诊断

此类型适用于那些临床表现具备失眠障碍/嗜睡障碍/睡眠-觉醒障碍的典型症状,且引起有临床意义的痛苦或导致功能的损害,但未能符合睡眠-觉醒障碍类别中任一种疾病的诊断标准的情况,常在临床工作者因信息不足而无法做出更特定诊断的情况下使用^[1-2]。

2 ICD-11 对睡眠-觉醒障碍的诊断

ICD-11 中睡眠-觉醒障碍不再被划分在第 6 章精神障碍中,而被划分为独立的第 7 章。ICD-11 专家组成员认为睡眠-觉醒障碍属于独立的一章^[7-12]。

2.1 ICD-11 对失眠障碍的诊断

尽管有足够的睡眠机会,但患者抱怨睡眠在启动、持续或质量方面存在困难,并导致日间功能受损。日间症状通常包括疲劳、情绪下降或易怒、全身不适和出现认知功能障碍^[7,13]。没有日间功能受损的个人不被视为有失眠障碍。如果失眠是由另一种睡眠-觉醒障碍、精神障碍、医疗状况、毒品或药物引起,则只有在失眠是临床注意的独立焦点时,才诊断为失眠障碍^[7,13]。

2.1.1 ICD-11 对慢性失眠障碍的诊断

尽管有足够的机会和睡眠环境,患者在启动或维持睡眠上仍存在困难,并导致对睡眠不满和日间功能受损。日间的症状通常包括疲劳、抑郁或易怒、躯体不适和存在认知功能障碍。睡眠障碍和与之相关的日间症状每周至少发生几次,持续至少 3 个月。一些慢性失眠障碍患者可能在几年的时间中,睡眠障碍反复发作,每次持续数周。报告睡眠相关症状的个体在没有日间症状的情况下不被认为患有失眠。如果失眠是由另一种睡眠-觉醒障碍、精神障碍、躯体疾病、某种毒品或药物引起的,那么只有当失眠是临床关注的独立焦点时,才应诊断为慢性失眠障碍^[7,15-17]。

2.1.2 ICD-11 对短期失眠障碍的诊断

短期失眠障碍的特点是,尽管睡眠的机会和环境充足,但患者启动或维持睡眠存在困难,持续时间不足 3 个月,并导致对睡眠质量不满和日间功能受损。日间的症状通常包括疲劳、抑郁或易怒、躯体不适和存在认知功能障碍。报告睡眠相关症状

的个体在没有日间症状的情况下不被认为患有失眠。如果失眠是由另一种睡眠-觉醒障碍、精神障碍、躯体疾病、某种毒品或药物引起的,那么只有当失眠是临床关注的独立焦点时,才应诊断为短期失眠障碍^[7]。

2.1.3 ICD-11 对未特定的失眠障碍的诊断

未特定的失眠障碍核心特征属于失眠障碍,但未达到上述诊断标准、且诊断证据和信息有待完善的情况^[7]。

2.2 ICD-11 对过度睡眠障碍的诊断

过度睡眠障碍的特征是日间嗜睡,而这种嗜睡不是由其他睡眠-觉醒障碍引起的。过度嗜睡可能会表现出易怒、烦躁不安、注意力不集中、缺乏动力、精神不振、疲劳和运动协调性差^[8]。

2.2.1 ICD-11 对发作性睡病的诊断

发作性睡病的特征是每天都有不可抑制的睡眠需求,或至少持续数月白天进入睡眠状态,并伴有 REM 睡眠的异常表现。需达到以下两种情况之一:①MSLT 显示平均睡眠潜伏期小于 8 min,并出现 2 次及以上 SOREMP;②MSLT 中出现 1 次及以上 SOREMP,同时 PSG 也显示存在 1 次 SOREMP。患者夜间睡眠经常受到干扰。该障碍的次级诊断包括发作性睡病 I 型(有猝倒发作)和 II 型(无猝倒发作)^[8]。

2.2.2 ICD-11 对特发性嗜睡障碍的诊断

特发性嗜睡障碍的特征是每天都有难以抑制的睡眠需求,或者在没有猝倒或下丘脑分泌素缺乏的情况下,至少数月出现日间嗜睡状态。PSG 或 MSLT 不应出现发作性睡病的特征。日间嗜睡不能用其他睡眠障碍、毒品、药物或医疗状况来更好地解释。特发性嗜睡障碍的客观证据是 MSLT 显示平均睡眠潜伏期 ≤ 8 min,或 PSG 显示 24 小时总睡眠时间不少于 11 小时。长时间和严重的嗜睡症状经常被观察到,包括持续的难以醒来和反复进入睡眠、情绪易怒^[8]。

2.2.3 ICD-11 对克莱恩-莱文综合征的诊断

克莱恩-莱文综合征的特征是反复发作的严重嗜睡与认知、精神和行为障碍有关。典型的发作持续中位数为 10 天,罕见的发作持续数周至数月。发病期间,患者每天睡眠时间可能长达 16~20 小

时,醒来或起床只是为了进食和呕吐。发作期间清醒时,大多数患者语速缓慢并感到疲惫、麻木、困惑。暴饮暴食、性欲亢进、孩子气行为、抑郁、焦虑、幻觉和妄想,在发作期间经常被观察到。在两次发作之间,患者在睡眠、认知、情绪和饮食方面基本正常^[8,14]。

2.2.4 ICD-11 对其他过度睡眠障碍的诊断

ICD-11 中其他过度睡眠障碍包括躯体疾病所致的过度睡眠、药物或毒品所致的过度睡眠、与精神障碍相关的过度睡眠及睡眠不足综合症、其他特定的及未特定的过度睡眠障碍^[8]。

2.3 ICD-11 对睡眠相关呼吸障碍的诊断

睡眠相关呼吸障碍的特征是睡眠期间的呼吸异常。其中一些疾病的患者在清醒时也存在呼吸异常。这些疾病包括中枢性睡眠呼吸暂停、阻塞性睡眠呼吸暂停和睡眠相关的低通气或低氧血症^[9]。

2.3.1 ICD-11 对中枢性睡眠呼吸暂停的诊断

中枢性睡眠呼吸暂停的特征是由呼吸的缺失或减少而导致气流减少或停止。中枢性呼吸暂停(气流停止)或低通气(气流减少)可能以周期性或间歇性的方式发生。不同病因的中枢性睡眠呼吸暂停患者也可能出现阻塞性睡眠呼吸暂停,在这种情况下,中枢性睡眠呼吸暂停和阻塞性睡眠呼吸暂停都被给予诊断。明确的诊断需要基于 PSG 的客观证据,每小时睡眠中有数次中枢性呼吸暂停^[8]。次级诊断包括原发性中枢性睡眠呼吸暂停、婴儿期原发性中枢性睡眠呼吸暂停、伴潮氏呼吸的躯体疾病所致的大脑性睡眠呼吸暂停、不伴潮氏呼吸的躯体疾病所致的大脑性睡眠呼吸暂停、高海拔周期性呼吸所致的大脑性睡眠呼吸暂停、躯体疾病引起的大脑性睡眠呼吸暂停、药物或毒品引起的大脑性睡眠呼吸暂停、治疗后大脑性睡眠呼吸暂停、其他特定的及未特定的大脑性睡眠呼吸暂停^[9]。

2.3.2 ICD-11 对阻塞性睡眠呼吸暂停的诊断

阻塞性睡眠呼吸暂停的特点是在睡眠期间因上呼吸道阻塞而反复出现呼吸暂停或低通气。这些事件通常会导致血氧饱和度降低,通常会因睡眠中的短暂唤醒而终止。患者常报告过度嗜睡、失眠、睡眠质量差和疲劳。对于成人,当阻塞性睡眠呼吸暂停事件(呼吸暂停、低通气或呼吸相关唤醒)发生的频率大于每小时 15 次,诊断为阻塞性睡眠呼

吸暂停。当该频率超过每小时 5 次,并且符合下列条目之一时,也可予以诊断:①出现属于该疾病的临床症状(如嗜睡或睡眠中断);②报告夜间呼吸窘迫或观察到的呼吸暂停/习惯性打鼾;③出现高血压、情绪障碍、认知功能障碍、冠状动脉疾病、中风、充血性心力衰竭、心房颤动或 2 型糖尿病。在儿童中,当阻塞性睡眠呼吸暂停事件出现的频率大于每小时 1 次,并伴有与呼吸障碍相关的体征或症状时,可诊断为该障碍。明确的诊断需要基于 PSG 的客观证据^[9]。

2.3.3 ICD-11 对睡眠相关低通气或低氧血症的诊断

该障碍的主要特征是睡眠相关通气不足,导致睡眠期间动脉血二氧化碳分压(PaCO_2)异常升高。夜间 PSG 显示血氧饱和度持续(≥ 5 min)下降(成人 $\leq 88\%$,儿童 $\leq 90\%$)。明确的诊断需要基于 PSG 和睡眠时 CO_2 (通过动脉、潮气末或经皮测量)监测的客观证据。该障碍的次级诊断包括:肥胖性低通气综合征、先天性中央肺泡睡眠相关通气不足、非先天性中枢性通气不足并伴有下丘脑异常、特发性中央肺泡通气不足、药物或毒品所致的与睡眠有关的通气不足、躯体疾病所致睡眠性通气不足、躯体疾病所致的睡眠相关低氧血症、其他特定的及未特定的睡眠相关低通气或低氧血症^[9]。

2.3.4 ICD-11 对其他特定的和未特定的睡眠相关呼吸障碍的诊断

其他特定的睡眠相关呼吸障碍是核心特征属于睡眠相关呼吸障碍,但尚未达到前述诊断标准的情况。未特定的睡眠相关呼吸障碍是核心特征属于睡眠相关呼吸障碍,但尚未达到前述诊断标准以及诊断信息尚不充足的情况^[9]。

2.4 ICD-11 对昼夜节律睡眠-觉醒障碍的诊断

昼夜节律睡眠-觉醒障碍是睡眠-觉醒周期的紊乱,通常表现为失眠、过度嗜睡或两者皆有,其原因是昼夜节律维持系统的改变或内源性昼夜节律与外部环境之间的失调。可使用睡眠日志或者至少一周的活动记录仪来确定具体的睡眠-觉醒节律的紊乱形式^[10,18]。

2.4.1 ICD-11 对延迟型睡眠-觉醒节律紊乱的诊断

延迟型睡眠-觉醒节律紊乱是一种周期性的睡眠-觉醒节律紊乱,其特征是与常规或期望的睡眠

时间相比,主要睡眠时间持续延迟,导致入睡困难以及在需要的时间觉醒困难。当睡眠被允许在延迟的时间表上发生时,睡眠质量和睡眠时间基本是正常的。这些症状应至少持续数月,并造成严重的痛苦或精神、身体、社会、职业或学术的功能受损^[10,18]。

2.4.2 ICD-11 对提前型睡眠-觉醒节律紊乱的诊断

提前型睡眠-觉醒节律紊乱是一种睡眠-觉醒节律反复紊乱的模式,其特征是与常规或期望的睡眠时间相比,主要睡眠时间持续提前,导致晚间嗜睡(在预期就寝时间之前)和比预期或要求的时间更早醒来。如果允许睡眠提前进行,那么睡眠的质量和持续时间基本是正常的。这些症状应至少持续数月,并造成严重的痛苦或精神、身体、社会、职业或学术方面的功能受损^[10,18]。

2.4.3 ICD-11 对不规则型睡眠-觉醒节律紊乱的诊断

不规则型睡眠-觉醒节律紊乱的特征是缺乏明确定义的睡眠和觉醒周期。在 24 小时内,睡眠分为多个时间段,时间长短不一。患者通常抱怨失眠和/或日间嗜睡。这些症状应至少持续数月,并造成严重的痛苦或精神、身体、社会、职业或学术方面的功能受损^[10,18]。

2.4.4 ICD-11 对非 24 小时型睡眠-觉醒节律紊乱的诊断

非 24 小时睡眠-觉醒节律紊乱的特征是失眠和/或日间嗜睡与相对正常的睡眠周期交替发生,这是由于昼夜节律与 24 小时环境周期之间不同步,伴有持续的每日睡眠起始和觉醒时间的漂移。睡眠-觉醒周期的长度通常超过 24 小时。该疾病最常见于完全失明的个体。这些症状至少持续数月,并造成严重的痛苦或精神、身体、社会、职业或学术方面的功能受损^[10,18]。

2.4.5 ICD-11 对轮班工作型睡眠-觉醒节律紊乱的诊断

轮班工作型睡眠-觉醒节律紊乱的特点是失眠和/或过度嗜睡,这是由于工作轮班与传统夜间睡眠周期重叠。这种紊乱还与总睡眠时间减少有关。这些症状应至少持续数月,并造成严重的痛苦或精神、身体、社会、职业或学术方面的功能受损^[10,18]。

2.4.6 ICD-11 对时差型睡眠-觉醒节律紊乱的诊断

时差型睡眠-觉醒节律紊乱的特征是由内源性昼夜节律时钟产生的睡眠-觉醒周期与旅行后所需要的睡眠-觉醒模式之间的暂时不匹配。个人抱怨睡眠紊乱、嗜睡和疲劳、躯体症状(如肠胃不适)或日间功能受损。症状的严重程度和持续时间取决于旅行穿越的时区数量、旅行时睡眠的能力、在新环境中接触到适当的昼夜节律时间线索、夜间醒来时对昼夜节律失调的耐受性以及旅行的方向。这些症状导致严重的痛苦或精神、身体、社会、职业或学术方面的功能受损^[10,18]。

2.4.7 ICD-11 对未特定的睡眠-觉醒节律紊乱的诊断

该障碍是指核心特征属于睡眠-觉醒节律紊乱,但尚未达到前述诊断标准以及诊断信息尚不充足的情况^[10,18]。

2.5 ICD-11 对睡眠相关运动障碍的诊断

睡眠相关运动障碍的主要特征是相对简单的、刻板的、扰乱睡眠的运动。不安腿综合症是一个例外,它主要是清醒时的异常运动体验,但也属于睡眠相关的运动障碍,因为它几乎总是涉及睡眠期间的周期性肢体运动^[11,15]。

2.5.1 ICD-11 对不安腿综合症的诊断

不安腿综合症是一种清醒状态下的感觉运动障碍,其特征是有一种强烈的、几乎不可抗拒的想要移动四肢的冲动。这种冲动常常伴随着四肢深处的不舒服的感觉。虽然腿部受到的影响最显著,但有相当比例的患者描述了一些手臂的感觉。不安腿综合症的症状主要发生在晚上。这些症状严重到足以导致个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要领域的功能受损。绝大多数患者在睡眠期间也会出现周期性肢体运动。在这种情况下,单独诊断为周期性肢体运动障碍是不合理的,因为睡眠中的肢体运动被认为是不安腿综合症临床表现的组成部分^[11,15]。

2.5.2 ICD-11 对周期性肢体运动障碍的诊断

周期性肢体运动障碍的特点是睡眠时高度刻板的肢体运动周期性重复发作(儿童每小时超过 5 次,成人每小时超过 15 次),同时伴有睡眠启动或维持的重大困难或疲劳,这些症状不能由其他睡眠

障碍或其他疾病解释。当周期性肢体运动与不安腿综合症、嗜睡症或快速眼动睡眠行为障碍相关时,不需要单独诊断为周期性肢体运动障碍,因为睡眠期间的肢体运动被认为是这些障碍的组成部分。周期性肢体运动最常发生在下肢,但也可存在于上肢。它们可能与睡眠中反复出现的唤醒有关,从而导致睡眠中断。这些症状严重到足以导致个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要领域的功能受损。明确的诊断需基于 PSG 的客观证据^[11]。

2.5.3 ICD-11 对睡眠相关腿部痉挛的诊断

睡眠相关腿部痉挛是存在腿部或足部的疼痛感,与突然的、不随意的肌肉僵硬或紧绷有关,表现为肌肉强烈收缩,它们通常持续几秒钟到几分钟。这些症状严重到足以导致个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要领域的功能受损^[11]。

2.5.4 ICD-11 对睡眠相关磨牙症的诊断

与睡眠相关磨牙症的特征是在睡眠期间发生的重复的、有节奏的颌部肌肉收缩,这些收缩以重复的阶段性肌肉收缩或孤立的持续性颌部紧咬(强直性收缩)的形式出现。这些收缩在睡眠时产生磨牙的声音。这些症状严重到足以导致个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要领域的功能受损或对牙齿造成损害^[11,16]。

2.5.5 ICD-11 对睡眠相关节律运动障碍的诊断

睡眠相关节律运动障碍的特征是重复的、刻板的、有节奏的运动行为,涉及大肌肉群(例如头部撞击枕头或床垫、头部滚动、身体摇摆、身体滚动)。这些症状严重到足以导致个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要领域的功能受损或对身体造成伤害^[11,15]。

2.5.6 ICD-11 对婴儿期良性睡眠肌阵挛的诊断

婴儿期良性睡眠肌阵挛是新生儿和婴儿在睡眠期间发生的重复性肌阵挛,常容易与癫痫混淆。然而,与肌阵挛发作和肌阵挛性脑病不同的是,婴儿良性睡眠肌阵挛的抽搐只发生在睡眠期间。抽搐通常是双侧的,且通常涉及大肌肉群^[11,15]。

2.5.7 ICD-11 对入睡期脊髓固有肌阵挛的诊断

入睡期脊髓固有肌阵挛表现为躯干、髋部和膝盖突然肌阵挛,通常发生在从清醒到睡眠的过渡期间,罕见的是发生在夜间醒来或早晨醒来时。抽搐

主要发生在有脊髓支配的肌肉中,然后低速传播到喙侧和尾侧肌肉,这是典型的固有脊髓通路。这些运动导致显著的睡眠启动或维持困难^[11]。

2.5.8 ICD-11 对其他睡眠相关运动障碍的诊断

其他睡眠相关运动障碍包括躯体疾病所致的睡眠相关运动障碍、药物或毒品所致的睡眠相关运动障碍、其他特定和未特定的睡眠相关运动障碍^[11,13]。

2.6 ICD-11 对异态睡眠的诊断

异态睡眠是指在入睡、睡眠中或觉醒时发生的异常行为或生理反应,可能发生在非快速眼动睡眠、REM 睡眠或在入睡或觉醒的过渡期间。包括与睡眠相关的不正常的复杂运动、行为、情绪、感知、梦境和自主神经系统活动^[12,17]。

2.6.1 ICD-11 对非 REM 睡眠唤醒障碍的诊断

非 REM 睡眠唤醒障碍的特征是在非快速眼动期间唤醒的困难以及一系列行为紊乱,包括意识混乱、不自觉行走以及恐惧等。这些症状通常是深度非 REM 睡眠中觉醒不完全的结果。这一组障碍的特征还包括对事件的部分或完全遗忘,在发作期间对他人干预没有反应,以及有限或没有相关的认知或梦的意象。这些经历或行为造成个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要领域的功能受损,或存在对个人或他人造成重大伤害的风险。次级诊断包括混乱唤醒、梦游障碍、睡眠恐怖、睡眠相关进食障碍、其他特定的和未特定的非 REM 睡眠唤醒障碍^[12,17]。

2.6.2 ICD-11 对 REM 相关的异态睡眠的诊断

REM 相关的异态睡眠的特征是与 REM 睡眠相关的经历或行为,如发声或复杂的运动行为、睡眠瘫痪或噩梦,导致个人、家庭、社会、教育、职业或其他重要领域的功能受损,或存在对个人或他人造成重大伤害的风险。次级诊断包括 REM 睡眠行为障碍、复发性孤立睡眠瘫痪、噩梦障碍、其他特定和未特定与 REM 相关的异态睡眠^[12,17]。

2.6.3 ICD-11 对其他异态睡眠的诊断

其他异态睡眠包括爆炸性头部综合征、睡眠相关幻觉、躯体疾病所致的异态睡眠及药物或毒品所致的异态睡眠^[12]。

2.7 ICD-11 对其他特定/未特定的睡眠-觉醒障碍的诊断

其他特定的睡眠-觉醒障碍是核心特征属于睡眠-觉醒障碍,但尚未达到前述诊断标准的情况。未特定的睡眠-觉醒障碍是核心特征属于睡眠-觉醒障碍,但尚未达到前述诊断标准以及诊断信息尚不充足的情况^[12]。

3 两套诊断系统对睡眠-觉醒障碍诊断的相同点

3.1 对睡眠-觉醒障碍的总体定义一致

DSM-5 和 ICD-11 对睡眠-觉醒障碍的总体定义相同^[1,7-12]。DSM-5 和 ICD-11 一致性地认为睡眠-觉醒障碍以个体不满意睡眠质量、周期和数量的主诉就诊,并出现日间痛苦和功能受损^[1,7-12]。

3.2 两套诊断系统在睡眠-觉醒障碍谱系中包含的疾病大类相同

两套诊断系统均包括了失眠障碍、过度睡眠障碍、昼夜节律睡眠障碍、呼吸相关睡眠障碍和异态睡眠。虽然两者行文顺序不同,但内容基本一致^[1,7]。DSM-5 和 ICD-11 均提出了睡眠-觉醒障碍谱系的概念,用“其他特定的睡眠-觉醒障碍”这一诊断,将未完全达到特定的睡眠-觉醒障碍诊断标准,但核心特征仍是睡眠-觉醒症状的情况纳入到诊断谱系之中^[1,7]。

3.3 两套诊断系统对睡眠-觉醒障碍的诊断描述基本相同

DSM-5 和 ICD-11 对睡眠-觉醒障碍这一谱系主要诊断的核心特征基本一致。例如,失眠障碍的核心特征均是:尽管有足够的睡眠机会和环境,但患者抱怨睡眠在启动、持续和巩固方面存在困难或对睡眠质量不满意,并导致痛苦或日间功能受损^[1,7]。

4 两套诊断系统对睡眠-觉醒障碍诊断的区别

4.1 两套诊断系统在睡眠-觉醒障碍的归属问题上存在较大差异

睡眠-觉醒障碍在两套诊断系统最大的区别:睡眠-觉醒障碍在 DSM-5 中属于精神障碍谱系之一^[1,3];而 ICD-11 认为睡眠-觉醒障碍不再属于精神障碍,被划分为独立的一章,介于精神障碍与神经

系统疾病两章之间^[7-12]。ICD-11 专家组认为睡眠-觉醒障碍既有一定的病理生理基础,又有精神心理因素作用其中,所以它们既不是一种纯粹的精神障碍,也不是一种纯粹的神经系统疾病,故考虑单独列为一章^[3,17]。

4.2 ICD-11 在睡眠-觉醒障碍诊断中包含的疾病种类更多

在 ICD-11 中,除了常见的诊断,还包括范围更广的诊断类别。例如,在睡眠相关运动障碍这一类别中,ICD-11 的诊断包括不安腿综合征、周期性肢体运动障碍、睡眠相关腿部痉挛、睡眠相关磨牙症、睡眠相关节律运动障碍、婴儿期良性睡眠肌阵挛、入睡期脊髓固有肌阵挛、躯体疾病所致的睡眠相关运动障碍、药物或毒品所致的睡眠相关运动障碍、其他特定和未特定的睡眠相关运动障碍^[11];而 DSM-5 仅罗列一种疾病——不安腿综合征,其他的疾病归于“其他特定的睡眠-觉醒障碍”或物质/药物所致的睡眠-觉醒障碍中,且未全部列出名称^[1]。

4.3 两套诊断系统的病程要求不一致

在 DSM-5 中,失眠障碍的病程均要求至少 3 个月^[1];而 ICD-11 慢性失眠障碍要求病程至少数月,短期失眠障碍要求病程 3 个月之内^[7]。由此可见,DSM-5 的病程要求更具体;而 ICD-11 兼顾各国的实际情况,在病程上给临床医师更灵活的操作空间。

4.4 两套诊断系统对诊断和次级诊断的表达方式不同

ICD-11 中的一些诊断及次级诊断,在 DSM-5 中是用标注形式表达。例如,在 ICD-11 中,“昼夜节律睡眠-觉醒障碍”这一类别包括了 6 种诊断^[10];而在 DSM-5 中,诊断名称是“昼夜节律睡眠-觉醒障碍”,采用标注的形式来表达睡眠时相延迟型、睡眠时相提前型、睡眠-觉醒不规则型、非 24 小时睡眠-觉醒重叠型、倒班工作型以及未特定型^[1-2]。对于“非 REM 睡眠唤醒障碍”,ICD-11 的次级诊断包括混乱唤醒、梦游障碍、睡眠恐怖、睡眠相关进食障碍、其他特定和未特定的非 REM 睡眠唤醒障碍^[12];而上述次级诊断在 DSM-5 中均是采用标注形式表达的。

5 小 结

睡眠-觉醒障碍在 DSM-5 和 ICD-11 这两套诊断系统中具有较大差异,主要表现为:①DSM-5 认

为睡眠-觉醒障碍是属于精神障碍的谱系之一,而 ICD-11 认为睡眠-觉醒障碍不属于精神障碍,列为独立的一章;②虽然两套诊断系统中睡眠-觉醒障碍包含的主要类别相同,但 ICD-11 包含的诊断种类更多。

6 问 答

Q1:诊断发作性睡病需要完善哪些检查?

A1:诊断发作性睡病需要完善 MSLT,可见 REM 睡眠潜伏期不超过 15 min,或平均睡眠潜伏期不超过 8 min,同时,存在 2 次及以上的 SOREMP^[1-3]。此外,脑脊液中下丘脑分泌素的含量也需检查,发作性睡病-猝倒几乎总是由下丘脑分泌素缺乏所致^[1]。

Q2:哪一种精神障碍特别需要与发作性睡病相鉴别?

A2:转换障碍也可呈现出嗜睡或假性猝倒发作,但转换障碍往往有不寻常的心理触发因素,且症状往往不典型^[1-2]。转换障碍患者可能报告嗜睡和做梦,然而 PSG 显示没有特征性的 SOREMP,此外,假性猝倒的神经发射是完整的^[1]。

Q3:阻塞性呼吸睡眠暂停低通气患者有何生理和遗传的风险因素?

A3:肥胖和男性是此障碍主要的风险因素。男性的风险更高可能是性激素对通气控制和躯体脂肪分布的影响,以及呼吸道结构存在的性别差异。其他风险因素包括上下颌后缩或小颌畸形、睡眠呼吸暂停家族史阳性、减少上呼吸道通畅性的遗传综合征、扁桃体增生、绝经期以及各种内分泌综合征^[1,17]。

Q4:非快速眼动睡眠唤醒障碍与快速眼动睡眠行为障碍均可存在睡眠中的运动,两者有何区别?

A4:二者的鉴别存在一定的困难。快速眼动睡眠行为障碍出现在 REM 睡眠期间,个体更容易觉醒,并且报告更详细和生动的梦境内容^[1,12]。而非快速眼动睡眠唤醒障碍是发生于慢波睡眠期间,患者在运动中很难被唤醒,即使被唤醒,也没有或很少有梦境能被回忆起来^[1,17]。

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: 351-412.
- [2] 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: 148-166.
- [3] K Pavlova M, Latreille V. Sleep disorders[J]. Am J Med, 2019,

- 132(3): 292-299.
- [4] Kim JH, Duffy JF. Circadian rhythm sleep-wake disorders in older adults[J]. *Sleep Med Clin*, 2018, 13(1): 39-50.
- [5] Culnan E, McCullough LM, Wyatt JK. Circadian rhythm sleep-wake phase disorders[J]. *Neurol Clin*, 2019, 37(3): 527-543.
- [6] Holst SC, Landolt HP. Sleep-wake neurochemistry [J]. *Sleep Med Clin*, 2018, 13(2): 137-146.
- [7] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/insomnia disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1038292737>, 2021-05-01.
- [8] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/hypersomnolence disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f2024456840>, 2021-05-01.
- [9] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/sleep-related breathing disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f877557231>, 2021-05-01.
- [10] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/circadian rhythm sleep-wake disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1359329403>, 2021-05-01.
- [11] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/sleep-related movement disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f49589409>, 2021-05-01.
- [12] WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics/parasomnia disorders [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f151357345>, 2021-05-01.
- [13] Rémi J, Pollmächer T, Spiegelhalter K, et al. Sleep-related disorders in neurology and psychiatry [J]. *Dtsch Arztebl Int*, 2019, 116(41): 681-688.
- [14] Saeed Y, Zee PC, Abbott SM. Clinical neurophysiology of circadian rhythm sleep-wake disorders [J]. *Handb Clin Neurol*, 2019, 161: 369-380.
- [15] Kansagra S. Sleep disorders in adolescents [J]. *Pediatrics*, 2020, 145(Suppl 2): S204-S209.
- [16] Wetselaar P, Manfredini D, Ahlberg J, et al. Associations between tooth wear and dental sleep disorders: a narrative overview [J]. *J Oral Rehabil*, 2019, 46(8): 765-775.
- [17] Frohnhofen H, Popp R, Stieglitz S, et al. Assessment of sleep and sleep disorders in geriatric patients [J]. *Z Gerontol Geriatr*, 2020, 53(2): 100-104.
- [18] Gros P, Videnovic A. Overview of sleep and circadian rhythm disorders in parkinson disease [J]. *Clin Geriatr Med*, 2020, 36(1): 119-130.

(收稿日期:2021-10-30)

(本文编辑:陈霞)