·指南与共识·

睡眠障碍分级诊疗体系建设专家共识

中国康复医学会睡眠障碍康复专业委员会，中国睡眠研究会社区与基层工作委员会，湖北省睡眠研究会

通信作者：熊念，Email：nianxiong@hust.edu.cn；王涛，Email：wangtaowh@hust.edu.cn

【摘要】 睡眠障碍已成为影响我国 3 亿多人的重要公共卫生问题，相关疾病负担持续攀升。目前，睡眠医学中心面临学科布局分散、专业人才不足以及基层诊疗能力薄弱等挑战，导致不同地区间的医疗服务水平存在显著差异。为应对上述问题，本共识结合循证医学证据与全国多中心调研结果，提出构建“筛查-转诊-诊疗-随访”一体化的分级诊疗体系：即初级睡眠中心主要负责睡眠障碍的人群筛查与基础管理；标准睡眠中心承担常见睡眠障碍的规范化诊疗及多学科协作；高级睡眠中心则聚焦复杂疑难病例的精准诊治，并承担教学与科研任务。本共识旨在优化医疗资源配置，推动我国睡眠医学体系向规范化、专业化及高质量发展，为睡眠障碍患者提供更便捷、高效、优质的医疗服务，从而提升全民睡眠健康水平。

【关键词】 睡眠障碍；　睡眠中心；　分级诊疗；　双向转诊

基金项目：国家科技重大专项青年科学家项目（2024ZD0529200）；国家自然科学基金资助项目（82271278）；湖北省自然科学基金杰出青年项目（2022CFA106）；湖北省自然科学基金（2025AFB915）；湖北省卫生健康科研基金资助；湖北省阳光心理健康服务公益基金项目（2024YGF-2024-9-10）

Funding：National Science and Technology Major Project for Young Scientists (2024ZD0529200)；National Natural Science Foundation of China (82271278)；Hubei Provincial Natural Science Foundation for Distinguished Young Scholars (2022CFA106)；Hubei Provincial Natural Science Foundation (2025AFB915)；Health Commission of Hubei Province Scientific Research Project；Hubei Sunshine Mental Health Service Public Welfare Fund Project (2024YGF-2024-9-10)

DOI：10.3760/cma.j.cn421666-20250918-00815

近年来，睡眠障碍已成为影响公众健康的重要公共卫生问题。流行病学数据显示，我国 60 岁以上老年人群睡眠障碍患病率达 41.2%[1]，青少年群体睡眠障碍患病率达 26%[2]。睡眠障碍常与焦虑、抑郁[3]、高血压[4]、糖尿病[5]及认知功能障碍[6]等疾病共病，显著降低患者的生活质量，并加重疾病负担[7-8]。《睡眠障碍国际分类第 3 版》（International Classification of Sleep Disorders, third edition, ICSD-3）将睡眠障碍系统分为 7 个大类，包括失眠（insomnia）、睡眠相关呼吸障碍（sleep related breathing disorders）、中枢性嗜睡症（central disorders of hypersomnolence）、昼夜节律睡眠-觉醒障碍（circadian rhythm sleep-wake disorders）、异态睡眠（parasomnias）、睡眠相关运动障碍（sleep-related movement disorders）及其他睡眠障碍[9]，这凸显了睡眠障碍在临床上的复杂性及高度的个体差异性。目前，国际睡眠医学领域已发展为独立临床学科，普遍采用分级诊疗模式以提升服务效率，如美国睡眠医学会（American Academy of Sleep Medicine, AASM）实施的多层级认证体系，能够有效匹配不同复杂程度的临床任务[10]。

我国已出台《中国睡眠医学中心标准化建设指南》[11]、《中国睡眠医学中心建设指南》[12]及《医疗机构睡眠门诊建设和管理专家共识（2025 版）》[13]等标准化文件，标志着睡眠医学已从“临床实践领域”正式跃升为“规范化学科”[14]。然而，当前我国睡眠学科建设仍面临三重核心挑战：第一，不同级别医疗机构的睡眠中心在设施配置、技术水平和诊疗能力上存在显著差异[15]；第二，专科培训体系滞后，专业人才储备难以满足临床需求；第三，优质医疗资源过度集中于三级医院，基层诊疗能力薄弱[16]。这些问题共同导致患者难以获得规范、连续的医疗服务。

现有指南或共识多聚焦于睡眠医学中心的单点标准化建设（如硬件配置、门诊管理流程等），缺乏针对不同级别睡眠中心的差异化建设标准，也缺少系统性的睡眠障碍分级诊疗体系建设意见。这导致医疗机构的职能定位模糊，如基层中心的诊疗边界不清、盲目建设、转诊标准缺失，患者因此无法根据病情精准匹配就诊级别。此外，跨机构协作机制的缺失，使资源分配不均、转诊流程不畅、服务连续性不足等核心痛点难以破解。

本共识基于全国多中心医疗机构的现状调研，经神经内科、呼吸科、精神心理科、耳鼻喉科及康复医学

科等多学科专家两轮德尔菲法咨询，并结合多次线下讨论审定。旨在为各级医疗机构提供一个目标明确、路径清晰、操作性强的睡眠障碍分级诊疗实施框架，从而推动诊疗服务的规范化与可持续发展。

总体目标

一、构建睡眠障碍诊疗网络

以“统一标准、规范管理、分级协同”为原则，系统推进各级睡眠中心的标准化建设，全面满足不同人群对睡眠障碍个体化与精准化诊疗的需求。

二、完善分级管理体系

建立覆盖“筛查-转诊-诊疗-随访”全流程的三级管理模式（初级筛查-标准诊疗-高级引领），强化各级之间的协同联动，优化双向转诊机制，推动诊疗服务的规范化与同质化发展。

三、强化人才与技术支撑

推进睡眠专科医师规范化认证体系建设，规范诊疗路径及操作流程，提升睡眠障碍疾病管理的专业化、高效化与同质化水平。

三级全程化管理中心的构成与职责

睡眠障碍的全程化管理，依托于初级睡眠中心、标准睡眠中心和高级睡眠中心三级体系协同运行，见图 1。各层级具体职责如下。

一、初级睡眠中心

主要设置在社区卫生服务中心、乡镇卫生院及部分一级医院，承担睡眠健康“守门人”的职责。其核心职能如下：①风险筛查——开展人群睡眠健康风险评估；②基础干预——提供生活方式调整指导、基础行为疗法、药物咨询及无创通气的初步指导等；③随访管理——动态跟踪病情变化，优化干预方案；④健康宣教——普及睡眠健康知识，提升公众对睡眠障碍的防治意识。

二、标准睡眠中心

主要设置在县、区级医院。其核心职能包括：①精准诊断——明确睡眠障碍的类型、严重程度及共病情况；②个体化综合干预——实施失眠的认知行为疗法（cognitive behavioral therapy for insomnia，CBT-I）、持续气道正压通气（continuous positive airway pressure，CPAP）、物理治疗及规范药物治疗等非药物与药物相结合的综合干预措施；③多学科联合诊疗（multidisciplinary team，MDT）——整合神经内科、呼吸科等专科资源，开展联合诊疗；④技术辐射——承担基层医生培训、疑难病例转诊接收及区域健康教育工作；⑤全程管理——建立患者信息库，开展定期随访，优化治疗路径，衔接康复服务。

三、高级睡眠中心

主要设置在三级甲等医院（含大学附属医院），或由符合条件的标准睡眠中心升级而成，承担疑难重症诊疗与学科引领职责。其核心职能包括：①疑难重症诊疗——聚焦复杂、疑难睡眠障碍病例的精准治疗与 MDT 应用；②教学与学科引领——培养高层次睡眠专科人才，牵头组建区域性睡眠专科联盟，推动全国睡眠障碍诊疗标准化建设；③科研创新与成果转化——开展睡眠医学基础与临床研究，建设标准化临床数据库，促进科研成果的转化应用。

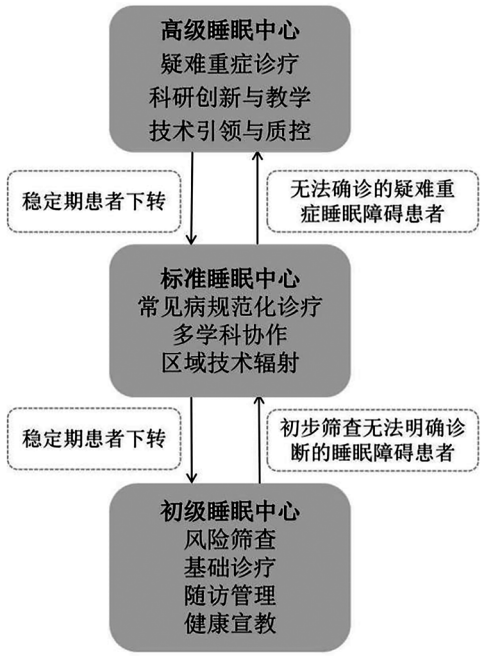

图 1　睡眠障碍分级诊疗体系结构与协作关系示意图

各级睡眠中心的硬件配置、人员配备与管理规范

本共识对各级睡眠中心的硬件配置、人员配备及管理要求，规定如下。睡眠障碍患者的分级诊疗与双向转诊路径图，见图 2。

一、初级睡眠中心

作为分级诊疗体系的基础环节，承担筛查、基础诊疗及长期随访职责。

（一）设施配置

1. 基础设施：应设置独立的睡眠专科门诊区域，包括诊室、检查室、候诊区，并配备心电监护仪、供氧设备、体外除颤仪、简易呼吸器及抢救车等急救设备[13]。

2. 评估工具配置：配备标准化评估工具。具体包括：①睡眠评估量表——睡眠日记、匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh sleep quality index，PSQI）、失眠严重程度指数（insomnia severity index，ISI）、爱泼沃斯嗜睡量表

(Epworth sleepiness scale, ESS)和阻塞性睡眠呼吸暂停筛查量表(STOP-BANG questionnaire, STOP-BANG);②心理健康评估量表——广泛性焦虑障碍量表(generalized anxiety disorder scale, GAD-7)和患者健康问卷-9(patient health questionnaire-9, PHQ-9);③睡眠健康宣教资料——如常见睡眠障碍的科普手册、健康睡眠行为指导和睡眠卫生建议等。

3.专科设备:配置血氧饱和度监测仪、可穿戴设备(含远程监测设备)及便携式睡眠呼吸监测设备。

(二)人员配置

至少配备 1 名经睡眠专科培训的医师(具备神经内科、精神科等背景)及 1 名持有心肺复苏(cardiopulmonary resuscitation, CPR)证书的护士[13],并定期参加上级中心的培训。

(三)服务对象

1.经筛查发现的睡眠障碍高风险人群和疑似患者。

2.经标准睡眠中心或高级睡眠中心下转的病情稳定期患者。

(四)诊疗能力

1.诊断能力:可开展病史采集、体格检查、基本睡眠量表测评、便携式睡眠监测及基础生理指标监测。

2.治疗技术:实施睡眠卫生指导及 CPAP 规范使用指导;在上级睡眠中心支持下开展远程 CBT-I 治疗;建立定期随访机制,保障治疗连续性。

(五)转诊管理

1.上转标准:对病情复杂、本中心诊疗条件受限或需专科干预的患者,及时转诊至标准睡眠中心或高级睡眠中心。包括但不限于以下情况:①急性失眠伴有精神行为风险——出现自杀意念、自杀计划或自杀行为者;②合并精神疾病——如精神病性症状(幻觉、妄想等)、双相情感障碍、重度抑郁发作、广泛性焦虑障碍等;③严重物质依赖——包括酒精、镇静催眠药、兴奋剂或其他成瘾性物质依赖,影响睡眠调控;④认知功能障碍——存在明确的认知损害或痴呆表现,可能影响睡眠评估与干预;⑤慢性失眠合并其他睡眠障碍——如疑诊或确诊的睡眠相关呼吸障碍、周期性肢体运动障碍、不宁腿综合征、异态睡眠等;⑥中重度阻塞性睡眠呼吸暂停(obstructive sleep apnea, OSA)——临床高度怀疑或初筛提示睡眠呼吸暂停低通气指数(apnea-hypopnea index, AHI)≥每小时 15 次,或伴有严重日间嗜睡(ESS≥10 分)、心血管共病等;⑦异常睡眠行为——如梦游、夜惊、快速眼动睡眠行为障碍(rapid eye movement sleep behavior disorder, RBD)、夜间进食综合征等,需行多导睡眠监测(polysomnography, PSG)确诊或风险评估;⑧药物难治性失眠——经≥8 周规范药物治疗(包括非苯二氮䓬类药物、褪黑素受体激动剂等)及基本睡眠卫生干预后仍无效者;⑨需特殊检查或治疗者——如需要进行 PSG 等。

2.下转标准:接收上级医院病情稳定、需长期管理的患者,提供康复与持续随访服务。

3.档案管理:建立完整的健康档案,包括诊疗记录、随访数据和个性化干预计划,并实现信息动态更新与多级共享。

(六)区域协同职能

1.健康教育:定期开展睡眠健康讲座,指导患者及家属掌握自我管理技能(如睡眠卫生、呼吸机使用等)。

2.分层随访:新下转患者每 2~4 周随访 1 次,病情稳定后调整为每 3 个月随访 1 次;对睡眠呼吸暂停患者,强化夜间血氧监测与治疗依从性管理。

3.技术支持:依托 5G 物联网、可穿戴设备及 AI 辅助系统,实现远程监测与转诊信息的双向互通。

二、标准睡眠中心

标准睡眠中心作为分级诊疗体系的核心枢纽,承担常见睡眠障碍的规范化诊疗、MDT、区域内技术指导与人才培养。其建设应符合以下规范。

(一)设施配置

1.基础设施:①睡眠专科门诊——在初级睡眠中心设施配置基础上,至少设置 1 间固定的睡眠专科诊室;②功能分区设置——基础配置包括标准化睡眠监测室和健康宣教区,满足常规睡眠评估与患者教育需求;可选配置包括 CBT-I 治疗室、物理治疗室、MDT 会诊室和中医特色治疗室等;③住院服务——设置独立的睡眠住院床位,为患者提供全面、系统和连续的诊疗服务。

2.评估工具配置:在初级睡眠中心评估工具基础上,增配多维度专业评估量表。具体包括:①睡眠相关评估量表——睡前觉醒状态量表(pre-sleep arousal scale, PSAS)、疲劳严重程度量表(fatigue severity scale, FSS)、清晨型与夜晚型问卷(morningness-eveningness questionnaire, MEQ)、睡眠信念与态度量表(dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale, DBAS);②心理健康评估量表——汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)、贝克抑郁问卷(Beck depression inventory, BDI)和状态-特质焦虑问卷(state-trait anxiety inventory, STAI);③生活质量与功能评估量表——简明健康调查问卷-12(short form-12 health survey, SF-12)和简明健康调查问卷-36(short form-36 health survey, SF-36)[17]。

3.专科设备:配备可穿戴远程监测设备、PSG 与 CPAP 治疗系统;可选配 CBT-I 辅助系统、物理治疗设

备(含无创神经调控仪、生物反馈仪、光照治疗仪、声音治疗仪)、中医疗法设备(针灸、艾灸、耳穴压豆装置)及睡眠数据分析平台,以支持全面评估与干预。

(二)人员配置

应满足以下要求:1 名副高及以上职称医师担任负责人;至少 1 名主治医师(具有神经内科、呼吸科、耳鼻喉科或精神科等背景,3 年以上睡眠专科工作经验);至少 1 名掌握 CBT-I 技术的专职心理治疗师;至少 1 名睡眠监测技师;一定数量的注册护士。

1.中心负责人条件:需具备医学硕士及以上学历、副高及以上职称,具有神经内科、呼吸科、耳鼻喉科或精神科等相关专业背景,并拥有 5 年以上睡眠专科工作经验。

2.专科医师:需配备至少 1 名主治医师,具有神经内科、呼吸科、耳鼻喉科或精神科相关专业背景,且具备 3 年以上睡眠专科工作经验。

3.辅助人员:除护士外,配有专职的 CBT-I 治疗师、兼职的神经心理测评员和数据管理员。

4.睡眠监测技师或健康管理师[13]:持有 CPR 证书;睡眠监测技师需具备国际注册多导睡眠监测技师(registered polysomnographic technologist, RPSGT)认证或国内同等资质认证。

(三)服务对象

1.初级筛查提示可能存在睡眠障碍、需进一步确诊的患者。

2.常见各类睡眠障碍患者,包括失眠、睡眠相关呼吸障碍、中枢性嗜睡、昼夜节律紊乱、异态睡眠和运动障碍等。

3.疑似复杂病例,需开展 MDT 或多模式干预的患者。

4.高级睡眠中心下转的病情稳定患者。

5.儿童、老年人及孕妇等特殊人群患者。

(四)诊疗能力

1.诊断能力:在初级睡眠中心常用量表的基础上,采用 PSAS、FSS、MEQ、DBAS、HAMA、HAMD、BDI、STAI、GAD-7、PHQ-9、SF-12 和 SF-36 等量表;常规开展 PSG、多次睡眠潜伏期试验(multiple sleep latency test, MSLT)和清醒维持试验(maintenance of wakefulness test, MWT),配备可穿戴远程监测设备及体动记录仪,实现精准诊断。

2.治疗技术:实施药物治疗、CPAP 压力滴定与治疗,以及 CBT-I 治疗;可探索性地开展物理治疗(无创神经调控、生物反馈、光照、声音治疗)及中医疗法(针刺、推拿、艾灸、耳穴压豆)等综合干预手段。

(五)转诊管理

1.上转标准:疑难重症或急性发作患者转至高级睡眠中心。

2.下转机制:病情稳定患者移交初级睡眠中心,通过远程会诊动态优化随访方案。

(六)教学职能

1.面向辖区内基层医务人员、本院睡眠相关专科医师及护理人员,开展睡眠医学基础知识和临床技能培训,提升常见睡眠障碍的识别与处理能力。

2.定期组织继续医学教育(continuing medical education, CME)活动,包括专题讲座、病例讨论及实操培训等。

3.承担医学院校学生、住院医师及进修医生的临床带教任务,促进教学与临床协同发展。

(七)科研职能

1.参与多中心临床研究,负责数据采集、病例管理和随访任务,申报市级和省级课题。

2.推动高级中心科研成果向基层临床实践转化,提升区域诊疗水平。

三、高级睡眠中心

高级睡眠中心作为睡眠障碍分级诊疗体系的核心平台,承担复杂疑难病例的诊疗任务,并在教学培训与科研创新方面发挥引领作用。其建设应符合以下规范。

(一)设施配置

1.基础设施:①睡眠专科门诊——诊室配置规模应根据日均门诊量进行科学核算(按每日 50~60 人次/间)[12];②功能分区——合理划分功能区域,设立 PSG 室、MSLT 和 MWT 评估区,配备压力滴定实验室、MDT 会诊室和 CBT-I 治疗室。③床位配置——设置不少于 4 张独立的睡眠住院床位。

2.评估工具配置:在标准睡眠中心评估工具基础上进行增配。具体包括:①人格与心理特征评估量表——艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnaire, EPQ)和明尼苏达多项人格测验(Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI);②精神障碍结构化筛查工具——简明国际神经精神访谈(mini international neuropsychiatric interview, MINI);③成瘾行为评估量表——酒精使用障碍筛查量表(alcohol use disorder identification test, AUDIT)和药物滥用筛查量表(drug abuse screening test, DAST)等;④情绪与社会心理评估工具——多伦多述情障碍量表(Toronto alexithymia scale, TAS-20)和生活事件量表(life event scale, LES)等。

3.专科设施:配备专业化量表评估系统、睡眠质量评估系统及智能化 CBT-I 治疗系统,支持精细化诊断与个体化干预。

(二)人员配置

1.中心负责人：主任医师（硕士及以上学历）或副主任医师（博士学历），副教授及以上，神经内科、呼吸科、耳鼻喉科、精神科或康复医学科等睡眠相关专业，从事医疗、科研和教学工作超过 10 年，具备良好的科室管理与学科组织能力。

2.专科医师：睡眠专科医师 2 名或以上，医学硕士及以上学历，主治医师专业技术职务 2 年以上，正高、副高及中级专业技术职务人员比例合理。

3.辅助人员：除标准睡眠中心人员外，可配康复治疗师和心理治疗师。

4.睡眠监测技师或健康管理师：根据实际工作需求和患者流量，合理配置相应数量的专业人员。

（三）服务对象

1.初级或标准睡眠中心转诊的复杂病例或疗效欠佳的患者。

2.病因不明、病情复杂或合并多系统疾病的疑难睡眠障碍患者。

3.需 MDT 诊疗的共病患者（如心血管疾病、神经系统疾病伴发睡眠障碍）。

4.参与睡眠相关临床研究的受试者（含长期随访及新疗法验证的志愿者）。

（四）诊疗能力

1.诊断能力：①在标准睡眠中心诊断能力基础上，拓展 PSG 应用范围，可开展儿童、老年人和孕妇等特殊人群的个体化睡眠监测；②熟练执行并解读 MSLT 和 MWT 等评估结果，用于中枢性嗜睡症和呼吸障碍等复杂疾病的精确诊断；③结合量表系统与数字化评估工具，实现睡眠障碍的快速识别与综合分析；④应用高分辨率脉氧仪及经皮二氧化碳监测，提升夜间通气异常的识别率；⑤依托 MDT 机制，开展跨学科联合诊断。

2.治疗技术：在标准治疗基础上，高级睡眠中心重点提升以下技术。具体包括：①精准 CPAP 调适与智能设备应用，提供个体化呼吸支持；②定制口腔矫正器，治疗轻中度阻塞性睡眠呼吸暂停患者；③综合运用药物、CBT-I、物理治疗和生活方式干预，管理复杂失眠及其他睡眠障碍；④开展病因导向的微创或外科治疗，如悬雍垂腭咽成形术（uvulopalatopharyngoplasty，UPPP）、激光辅助咽成形术（laser-assisted uvulopalatoplasty，LAUP）、舌下神经电刺激治疗等；⑤应用远程医疗技术，提供异地筛查、监测分析及远程诊断支持；⑥建立规范化 MDT 机制，整合耳鼻喉科、心理科、神经内科、呼吸科、康复科等多学科资源，制订个性化诊疗方案；⑦探索星状神经节阻滞及睡眠麻醉治疗等新型辅助治疗手段，改善特定类型睡眠障碍。

（五）转诊管理

1.下转标准：患者病情稳定、治疗方案确定且具备自我管理能力后，可转至基层随访。

2.上转机制：优先接收初筛疑难或合并多系统疾病的患者。

3.实现联动：实现患者诊疗信息实时互通与双向转诊闭环管理。

（六）教学职能

1.开展睡眠专科医师进修培训，提供系统化临床实践平台。

2.承担睡眠技师的临床教学任务，培养高素质专业人才。

3.主导国家级继续教育项目，组织学术交流活动，引领学科发展。

（七）科研职能

1.主持睡眠障碍基础与临床研究。

2.构建睡眠障碍临床数据库，驱动高质量研究与成果转化。

3.研发新型诊断技术、治疗方案及人工智能辅助工具，推动诊疗智能化与精准化。

（八）区域协同职能

1.远程医疗：通过远程会诊平台为基层医生提供在线诊断支持与治疗建议，促进诊疗同质化。

2.技术推广：组织实操培训与继续教育课程，推广标准化诊疗流程，提升区域整体水平。

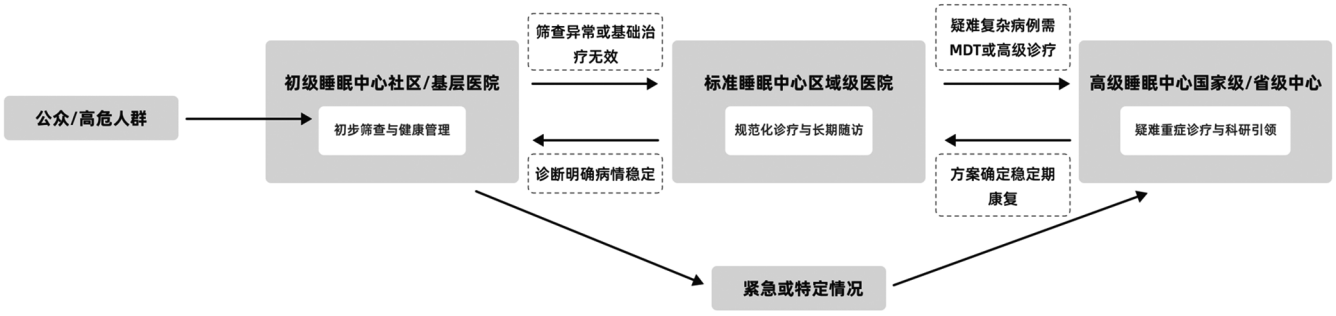

图 2　睡眠障碍患者的分级诊疗与双向转诊路径图。MDT 为多学科联合诊疗

3.全程管理：建立转诊患者动态随访机制（4~6 个月复评），保障治疗的连续性与有效性。

4.科研协作：搭建多中心研究协作平台，鼓励初级及标准睡眠中心参与，提升区域科研能力。

睡眠障碍疾病病例登记系统与数据库建设规范

标准睡眠中心与高级睡眠中心应建立标准化数据库，由专职数据管理人员负责数据录入、审核与维护，确保数据的同质化与统一化。数据库应收集并整合以下核心内容。

一、基本信息

包括姓名、性别、出生年月、联系方式、民族、文化程度、婚姻状况、职业等。

二、个人生活习惯

包括吸烟、饮酒、饮茶及咖啡摄入情况等。

三、既往病史

包括睡眠相关疾病、内科基础疾病；咽部、鼻部、下咽喉部手术史，舌下神经刺激装置植入术等相关手术史。

四、体格检查

包括身高、体重、心率、血压、颈围、胸围、腰围、腹围、臀围等。

五、实验室检查

包括血常规、肝功能、肾功能、血糖、血脂、甲状腺功能、大便常规、尿常规等。

六、影像学及其他检查

包括心电图、电子鼻咽喉镜、X 线摄影（鼻咽部侧位）、上气道 CT、心脏 B 超（室壁运动分析）、腹部 B 超、头颅磁共振等。

七、睡眠监测数据

包括 AHI、血氧下降指数、平均最低血氧饱和度、觉醒时间、总睡眠时间、睡眠分期、睡眠潜伏期、微觉醒指数。PSG 监测应进一步分析不同睡眠阶段比例、血氧及其他生理参数。如有压力滴定数据，需记录佩戴时间、呼气与吸气压力、潮气量、呼吸频率、漏气量等。

八、治疗方式

包括当前采用的治疗方法，如口腔矫治器、减重干预、CBT-I、药物治疗、正压通气治疗等。

九、睡眠质量评估

包括睡眠日记、睡眠质量相关量表、情绪量表、生活质量量表。

十、随访与长期追踪

建立标准化随访机制，记录症状改善情况、治疗依从性、并发症发生及疾病复发情况；支持远程随访与智能设备数据接入（如可穿戴设备监测）；具备数据库动态更新功能，支撑长期疗效评估、预后分析及科研转化。

睡眠中心及病例登记系统三级管理制度

为确保睡眠中心诊疗工作高效、有序开展，特制订以下三级管理制度，涵盖工作人员岗位职责、设备管理、操作规程、质量控制及应急预案等方面的规章制度。

一、岗位职责与交接班

明确医生、护士、技师及管理人员的职责，规范交接流程，保障服务连续性与安全性。

二、设备维护与故障管理

制订设备日常维护规程，落实故障报告与维修登记制度。

三、操作规程与质控标准

制订各类检查仪器的标准化操作手册及流程，建立完善的质控考核体系。

四、应急预案与危机处理

针对信息系统故障、紧急救治等突发情况，制订专项预案，确保快速响应。

睡眠中心分级的评估与认证考核制度

全面构建睡眠中心分级评估与认证体系，由全国睡眠医学质量控制专家组统一组织实施。各地区的标准睡眠中心和高级睡眠中心每 2 年接受 1 次全面评估与认证。高级睡眠中心除接受全国质控专家组评估外，还需对其辐射范围内的标准睡眠中心及初级睡眠中心实施日常质量监管，确保整个医疗体系服务的标准化与专业化。同时，标准睡眠中心和初级睡眠中心可通过该评估认证体系持续提升服务能力与技术水平，达到相应标准后可申请升级为更高级别的睡眠中心，形成逐级发展机制。睡眠中心分级评估制度不仅包括定期评审，还涵盖对闭环转诊路径的有效管理，确保患者在全流程（筛查、诊断、治疗、随访）中获得及时、精准、连续的诊疗服务。睡眠中心分级管理架构图，见图 3。

总结

构建睡眠障碍分级诊疗体系，有助于完善“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的医疗服务格局，全面提升睡眠障碍患者的管理效能与医疗服务质量。高级睡眠中心聚焦复杂疑难睡眠疾病诊疗，承担科研创新、技术开发及高层次医学人才培养的使命；标准睡眠中心作为区域诊疗枢纽，负责常见睡眠障碍的规范化诊疗与长期系统化随访，依托远程医疗平台实

现与高级中心之间的数据共享与技术协同；初级睡眠中心则侧重睡眠健康筛查、公众健康教育及慢性睡眠问题的基础干预与管理。通过分级诊疗模式的系统实施，优化医疗资源配置，强化各级机构的协作联动，逐步构建覆盖全民的睡眠健康管理网络，切实实现“早发现、早干预、持续管理、服务优化”的目标，为全面推进“健康中国”战略提供坚实的专业支撑。

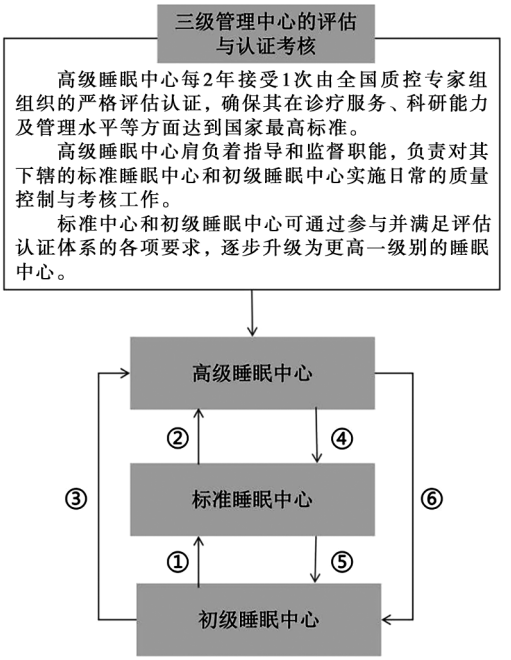

图 3　睡眠中心分级管理架构图。①表示初级睡眠中心将超出其诊疗能力的复杂病情患者向上转诊至标准睡眠中心；②表示标准睡眠中心将无法独立处理的疑难重症或急性发作患者向上转诊至高级睡眠中心；③经初步评估为极高复杂度的疑难疾病患者，可由初级睡眠中心直接越级转诊至高级睡眠中心；④高级睡眠中心将病情稳定但需持续康复干预的患者向下转诊至标准睡眠中心；⑤标准睡眠中心将治疗方案确定且具备自我管理能力的稳定期患者向下转诊至初级睡眠中心；⑥高级睡眠中心可将病情稳定的慢性病患者或通过远程会诊确认安全的患者直接下转至初级睡眠中心

本共识仅代表编写及审议专家们的观点，不具备法律效力

本共识专家组成员

牵头专家：熊念（华中科技大学同济医学院附属协和医院神经内科）、王涛（华中科技大学同济医学院附属协和医院神经内科）

执笔人：刘龙（武汉市红十字会医院神经内科）、黄金莎（华中科技大学同济医学院附属协和医院神经内科）、余丹芳（武汉东湖学院护理与健康管理学院）、寇梁（华中科技大学同济医学院附属协和医院神经内科）、夏昀（华中科技大学同济医学院附属协和医院神经内科）

共识专家委员会（按姓氏拼音排序）：艾春启（十堰市太和医院心理卫生中心）、毕晓莹（海军军医大学第一附属医院神经内科）、陈贵海（安徽医科大学第四附属医院睡眠障碍科）、陈雄（武汉大学中南医院耳鼻咽喉头颈外科）、陈智龙（黄石市中医医院心病科）、戴剑（广西壮族自治区江滨医院心理与睡眠康复科）、邓丽影（南昌大学第二附属医院神经内科）、董凤（武汉市红十字会医院神经内科）、董徐斌（温州医科大学附属康宁医院中医精神科）、杜辉（中国中医科学院广安门医院心理科）、杜晖（荆门市人民医院精神卫生中心）、方伯言（首都医科大学附属北京康复医院神经康复中心）、冯媛（南方医科大学南方医院精神心理科）、高巍（西安交通大学第一附属医院麻醉手术部）、高玉军（武汉科技大学附属天佑医院精神医学科）、顾平（河北医科大学第一医院神经内科）、谷献旦（温州市健康产业和中医药促进会中医科）、何国胜（湖北江汉油田总医院神经内科）、侯倩（青海省人民医院神经内科）、胡蕊（河北医科大学第一医院神经内科）、江勇（蚌埠医科大学第一附属医院康复医学科）、李国华（济南市第三人民医院康复医学科）、李海洪（广西壮族自治区江滨医院神经内科）、李敬会（十堰市人民医院睡眠医学科）、李莉（湖北省中医院神志病科）、李雁鹏（上海长征医院神经内科）、李玉生（郑州大学第一附属医院神经内科）、廖恒（十堰市太和医院睡眠心身医学中心）、林永忠（大连医科大学附属第二医院神经内科）、刘春风（苏州大学附属第二医院神经内科）、刘春岭（郑州大学第二附属医院神经内科）、刘昊（南昌大学第二附属医院神经内科）、刘诗英（江西省人民医院神经内科）、刘征堂（中国中医科学院西苑医院老年病科）、卢祖能（武汉大学人民医院神经内科）、罗晓斌（遂宁市中心医院睡眠心身医学科）、毛薇（首都医科大学宣武医院神经内科）、梅俊华（武汉市第一医院睡眠医学中心）、潘集阳（暨南大学附属第一医院精神医学科）、彭颜晖（新疆医科大学第六附属医院睡眠医学中心）、朴影（大庆龙南医院神经内科）、戚菲（联勤保障部队大连康复疗养中心军人睡眠管理中心）、曲悠扬（哈尔滨医科大学附属第二医院神经内科）、任向军（河南省中医院脑病科）、尚芙蓉（襄阳市中心医院神经内科）、苏文理（三明市中西医结合医院神经内科）、汤永红（南华大学附属南华医院神经内科）、唐诗（山东省立医院神经内科）、王超（蚌埠医学院直属淮北人民医院神经内科）、王荔（山西医科大学第二医院神经内科）、王普清（湖北医药学院附属襄阳市第一人民医院神经内科）、王蓉飞（解放军总医院第一医学中心神经内科医学部）、王熙（十堰市太和医院睡眠心身医学中心）、王远青（山东省日照市人民医院神经内科）、王赞（吉林大学第一医院神经内科）、夏兰（安徽医科大学附属巢湖医院神经内科）、夏仲（安徽省芜湖市第四人民医院睡眠医学科）、严钢莉（武汉市普仁医院神经内科）、严金柱（福建省级机关医院神经内科）、杨渊（华中科技大学同济医学院附属同济医院精神科）、于洋（天津市环湖医院神经内科）、曾宪祥（湖南省第二人民医院睡眠障碍及神经症科）、旃培艳（武汉市中心医院老年病科）、詹淑琴（首都医科大学宣武医院神经内科）、张昌勇（武汉市武东医院睡眠障碍科）、张力三（浙江大学医学院附属邵逸夫医院神经内科）、张振涛（武汉大学人民医院神经内科）、赵正卿（上海长征医院神经内科）、赵智玲（首都医科大学附属北京朝阳医院呼吸与危重症医学科）、赵中（苏州市立医院神经内科）、赵忠新（上海长征医院神经内科）、周俊英（四川大学华西医院睡眠医学中心）、周琴（武汉大学人民医院神经内科）、朱春丽（武汉市红十字会医院睡眠医学中心）、朱军红（武汉市精神卫生中心睡眠医学

科)、朱雨岚(哈尔滨医科大学附属第二医院神经内科)、朱云(华中科技大学同济医学院附属协和医院耳鼻咽喉头颈外科)

利益冲突　所有作者声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] 熊风,赖玉清,涂嘉欣,等.中国老年人群睡眠障碍流行特征的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志,2019,19(4):398-403.DOI:10.7507/1672-2531.201808151.

[2] Liang M,Guo L,Huo J,et al.Prevalence of sleep disturbances in Chinese adolescents:a systematic review and meta-analysis[J].PLoS One,2021,16(3):e0247333.DOI:10.1371/journal.pone.0247333.

[3] Riemann D,Nissen C,Palagini L,et al.The neurobiology,investigation,and treatment of chronic insomnia[J].Lancet Neurol,2015,14(5):547-558.DOI:10.1016/S1474-4422(15)00021-6.

[4] Li L,Gan Y,Zhou X,et al.Insomnia and the risk of hypertension:a meta-analysis of prospective cohort studies[J].Sleep Med Rev,2021,56:101403.DOI:10.1016/j.smrv.2020.101403.

[5] Lin CL,Chien WC,Chung CH,et al.Risk of type 2 diabetes in patients with insomnia:a population-based historical cohort study[J].Diabetes Metab Res Rev,2018,34(1):2930.DOI:10.1002/dmrr.2930.

[6] Wang Q,Xu S,Liu F,et al.Causal relationship between sleep traits and cognitive impairment:a Mendelian randomization study[J].J Evid Based Med,2023,16(4):485-494.DOI:10.1111/jebm.12576.

[7] Streatfeild J,Smith J,Mansfield D,et al.The social and economic cost of sleep disorders[J].Sleep,2021,44(11):zsab132.DOI:10.1093/sleep/zsab132.

[8] Léger D,Stepnowsky C.The economic and societal burden of excessive daytime sleepiness in patients with obstructive sleep apnea[J].Sleep Med Rev,2020,51:101275.DOI:10.1016/j.smrv.2020.101275.

[9] American Academy of Sleep Medicine.International classification of sleep disorders[M].3rd ed.Darien,IL:American Academy of Sleep Medicine,2014.

[10] 谢宇平,王金凤.对我国睡眠医学中心规范化建设的思考[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(3):253-255.DOI:10.3969/j.issn.2095-7130.2018.03.001.

[11] 陆林.中国睡眠医学中心标准化建设指南[M].北京:人民卫生出版社,2021.

[12] 中国睡眠研究会.中国睡眠医学中心建设指南:T/CSRS CSRS-2022[S].2022.

[13] 中国睡眠研究会,中国医师协会睡眠医学专业委员会,中国老年学和老年医学学会睡眠科学与技术分会,等.医疗机构睡眠门诊建设和管理专家共识(2025 版)[J].中华医学杂志,2025,105(32):2709-2717.DOI:10.3760/cma.j.cn112137-20250427-01052.

[14] 中国睡眠研究会.《研究生教学学科专业简介及其学位基本要求》:睡眠医学成为内科学下的独立三级学科[EB/OL].(2024-08-02)[2024-08-02].https://mp.weixin.qq.com/s/uk6Ek5wqUgov7XOE-aE4xA.

[15] 许艳,曾淑妃,张斌.睡眠中心的模式和管理[J].中华全科医师杂志,2021,20(6):645-649.DOI:10.3760/cma.j.cn114798-20210128-00106.

[16] 刘龙,余丹芳,董凤,等.我国睡眠医学中心建设的现状与思考[J].中国社会医学杂志,2025,42(6):681-685.DOI:10.3969/j.issn.1673-5625.2025.06.007.

[17] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断与治疗指南(2023 版)[J].中华神经科杂志,2024,57(6):560-584.DOI:10.3760/cma.j.cn113694-20240406-00209.

(修回日期:2025-12-28)
(本文编辑:凌　琛)

·读者·作者·编者·

《中华医学杂志》社有限责任公司关于一稿多投问题的相关规定

一稿多投指将同一篇(或核心内容相同的)稿件以同一种(或不同语种)同时(或先后)向一家以上期刊投稿,且未将此种行为告知相关期刊编辑部。为维护学术出版的正常秩序,防止资源浪费,保障各方权益,坚守学术诚信,《中华医学杂志》社有限责任公司关于一稿多投制订如下规定。

1.作者所在单位需在投稿介绍信中注明该文稿是否存在一稿多投情况。

2.作者投稿后,若在 3 个月内未收到稿件处理情况的通知,则表明稿件仍在处理过程中,如作者欲转投他刊,应事先与编辑部联系并说明理由;自投稿之日起满 3 个月后,作者在告知编辑部的前提下可自行处理其稿件。

3.编辑部认为文稿有一稿多投嫌疑时,应认真收集相关材料,仔细核实,并请作者就此问题做出解释,确认后予以退稿处理;若双方意见发生分歧,可交由上级主管部门或有关权威机构调查处理。

4.一稿多投且重复发表一经证实,相关期刊编辑部应尽快撤稿并发布声明;该文第一作者将被列入学术失信名单,2 年内系列杂志不再接收其投稿。

本规定自发布之日起施行,2008 年版《中华医学会杂志社对一稿两投问题处理的声明》同时废止。