

睡眠呼吸暂停有多危险

专家告诉你谁该用呼吸机？还有哪些解决办法？

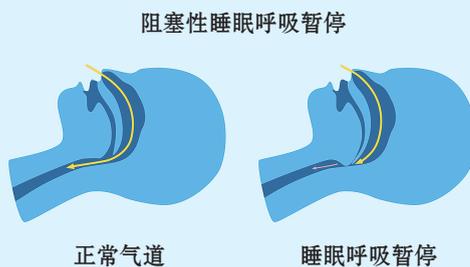
特约通讯员 吉双琦 本报记者 左妍

【患者实录】

当演员黄磊在综艺节目中取出呼吸机准备睡觉，坦言长期受困于严重打鼾和夜间呼吸暂停时，“睡眠呼吸暂停”一词迅速引发广泛关注。更引人深思的是，大量年轻人在评论区的共鸣。无独有偶，奥运冠军杨威也曾透露，自己在睡眠中出现过长达6分钟的呼吸暂停，被医生告知需终身佩戴呼吸机。

曾被视为中老年“标配”的阻塞性睡眠呼吸暂停(OSA)，正悄然侵袭年轻一代。睡眠呼吸机，也从重症辅助设备，转变为许多中青年重建睡眠秩序、守护健康的主动选择。

那么，OSA对健康有哪些危害？如何科学判断是否需要使用睡眠呼吸机？除此之外，还有哪些良策？上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔颌面颅颌科朱敏主任医师团队进行了解答。



正常气道

睡眠呼吸暂停

去年年底，身边人频繁提醒我打呼噜太响，我只觉得自己入睡艰难，睡着后常心慌胸闷。睡眠质量差导致白天昏沉，同事说我在午休和会场都能发出粗重呼吸声。

我误以为是自己年纪增长、心动过速或鼻炎所致，做了检查却查不出病因，让人烦心又无奈。没想到，今年春节过后，情况进一步恶化。最吓人的是睡觉的时候——经常在自己震耳欲聋的鼾声里猛地惊醒，心脏狂跳得像要蹦出胸腔，呼吸急促得像刚跑完百米冲刺，得大口大口喘上好一阵子，才能慢慢平复下来。

每天早上醒来，人是蒙的。不管前晚睡够八小时还是十小时，白天嗜睡的劲儿都压不住；最危险的是开车的时候，突然一阵浓烈的困意涌上来，眼睛都快睁不开了，吓得我赶紧靠边停车。就连午休时，同事都慌慌张张地跟我说：“你刚才好几次‘上气不接下气’，看着都吓人！”

这时候我才反应过来：反复的咽喉肿痛，大概率是长期张嘴呼吸闹的；睡眠差、总犯困，肯定是身体缺氧了。难道是“睡眠呼吸暂停综合征”？我赶紧打开手机里的睡眠监测App，就靠最基础的声音监测功能，结果出来的那一刻，我心里一沉——从入睡到醒来，鼾声基本上没有停过。

第二天一早就往龙华医院肺病科跑，当晚就戴上了简易呼吸睡眠监测设备。等报告出来的时候，我盯着上面的数字，整个人都僵住了：“符合睡眠呼吸暂停综合征，以阻塞性为主；重度”。将近7个小时的监测里，睡眠呼吸暂停低通气指数(AHI)高达82.6次/小时——要知道标准值才不到5次/小时；氧减指数也有75.9次/小时，同样远超标准。

更让我害怕的是氧饱和度的数据：平均只有89%，而正常基线是95%，最低的时候居然跌到了59%！也就是说，我87%的睡眠时间里，氧饱和度都低于90%，35%的时间里更是低于85%，最长一次呼吸暂停，居然憋了68秒。

医生建议，除了减重，必须用呼吸机做持续气道内正压通气治疗。我当天就急着查遍了市面上所有家用无创呼吸机，对比了品牌、功能、售后，敲定一台后，当天就预约了试戴。当晚，呼吸机品牌的工程师团队根据我的监测报告，远程视频手把手教我设置压力参数，还反复叮嘱使用注意事项。

鼻罩戴上的那一刻，我浑身不自在，总觉得脸上压着东西，呼吸机运转的轻微声响也格外刺耳。但想着报告上的数字，我还是强迫自己放松。慢慢地，跟着呼吸机规律的气流节奏，我居然不知不觉睡着了。第二天醒来，我第一反应就是：“天呐，我居然睡踏实了！”那种轻松感，是这大半年来从来没有过的。打开呼吸机的监测数据，AHI从82.6次/小时直接降到了6次/小时！这组数字给了我巨大的信心，也让我第一次有了“安全感”。

辅助通气，真的救了我一命

唐小骏

接下来两天继续试戴，AHI最低降到了1.5次/小时，白天再也没有那种随时随地想睡觉的感觉。渐渐地，我的睡眠质量提升了，记忆力、专注力也慢慢恢复到了以前的状态。

分享两个关键提醒

■ 别随便买呼吸机，必须由专业团队根据你的睡眠监测报告和使用感受调整压力参数；

■ 用家用呼吸机的时候，别擅自吃氯硝安定这类有呼吸抑制作用的药，一定要提前跟呼吸科、神经内科的医生说清楚自己在用呼吸机，沟通好用药方案，避免身体出问题。



本版图片

认知迷雾 | “睡得好”掩盖健康警报

过去被视为中老年“标配”的阻塞性睡眠呼吸暂停(OSA)，正加速侵袭18~40岁的中青年群体。数据显示，有10%~20%的青年已属高风险。他们的症状往往更为隐秘，不同于老年人的震耳鼾声与夜间憋醒，取而代之的是失眠、早醒、日间疲惫、注意力涣散与情绪焦躁。这些症状常被中青年人群错误归咎于压力或熬夜，掩盖了呼吸暂停的真相。

事实上，中青年患者的严重程度并不低，其呼吸暂停低通气指数

(AHI)和夜间血氧下降程度可能超过部分老年人。核心原因在于肥胖的年轻化，颈围增粗与内脏脂肪堆积直接挤压气道，使肥胖、OSA与高血压、糖尿病形成加速恶化的循环。

熬夜、吸烟、作息紊乱、社交饮酒等叠加的生活方式推动这一恶性循环的加速。另外，一些东亚人群即使不胖，但下颌后缩、腭弓狭窄等面部结构也暗藏风险。生命早期的因素，如儿童期肥胖、腺样体和/或扁桃体肥大等，也为成年后的呼吸

问题埋下伏笔。

面对OSA，认知误区普遍存在，将打鼾解读为“睡得香”，导致近八成患者未能及时确诊。此外，一些中青年人群自认为“心血管没事”，也会忽视干预。

朱敏强调，OSA的危害是全方位且隐匿的。短期看，它偷走夜晚睡眠与白天的清醒。长期而言，它如一颗定时炸弹：中重度OSA可增加心衰风险、脑卒中风险，更是顽固性高血压与年轻糖尿病的重要推手。反复夜间缺氧还可能加速认知功能下降，损害从青年时期便已开始。

精准干预 | 呼吸机的“医学刻度”

医学上，判断年轻人是否需要使用呼吸机，核心客观标准源于多导睡眠监测报告中的关键指标——呼吸暂停低通气指数(AHI)。

当AHI达到或超过每小时15次，即确诊为中重度阻塞性睡眠呼吸暂停(OSA)时，通常建议使用呼吸机进行治疗。然而，医学判断并非唯数字论。即便AHI在5至15之间，属于轻度OSA，但如果伴随明显的日间嗜睡、认知功能下降、情绪问题(如抑郁)等症状，尤其是当患者本身较为年轻且肥胖，或已合并高

血压、糖尿病等心脑血管及代谢性疾病时，使用呼吸机进行干预同样具有重要价值，旨在阻断疾病进展的恶性循环。此外，对于一些围手术期患者，或经过其他治疗(如手术)后OSA问题仍然存在的个案，呼吸机也是关键的治疗选项。

呼吸机治疗绝非千人一面，其类型选择与参数设定高度个性化。对于OSA患者，一般会首选持续气道正压(CPAP)或自动调压(APAP)呼吸机。若患者感觉CPAP治疗压力过高难以耐受，或治疗压力需求

确实超过一定范围，可考虑升级为双水平气道正压(BPAP)呼吸机，它能在吸气和呼气时提供不同的压力。而对于那些合并了明显中枢性呼吸暂停(即大脑呼吸驱动问题)或存在肺泡低通气的患者(如某些神经肌肉疾病或肥胖低通气综合征)，则通常需要使用带有后备频率的BPAP呼吸机，以辅助并确保足够的通气量。

所有参数的设置，理想状态下应基于专业的“压力滴定”过程——在睡眠监测下，精确调整至能几乎消除所有呼吸事件(包括在仰卧和快速眼动睡眠期)的最低有效压力。

依从之困 | 自我管理与管理随访

让习惯自由的年轻人每夜坚持佩戴呼吸机，是一大临床挑战。依从性不仅指每晚使用超过4小时，更在于能否长期坚持。改善依从性的关键在于体验与认知的双重优化，有助于年轻人形成自我管理的正向循环。同时，密切的随访支持也至关重要，通过定期检查使用

数据、调整面罩解决漏气、优化压力参数，可以极大提升舒适度和耐受性。

呼吸机作为医疗器械，有其明确的适用边界。朱敏告诉记者，有些人仅凭智能手环监测并不可靠，确诊仍需在医院进行专业的多导睡眠监测。由于个人情况不同，部分

属于相对禁忌，需经相关专科医生严格评估后方可决定是否使用。因此，规范的诊断是前提——必须通过标准睡眠监测明确OSA的诊断与严重程度，符合指征再考虑使用。

此外，生活方式的积极干预、口腔矫治器乃至手术治疗等，都是综合治疗体系中的可选项。当呼吸机确实无法耐受时，应及时与医生沟通，探讨替代方案。

多元选择 | 个人应主动采取措施

如要解决睡眠呼吸问题，个人能主动采取的举措往往效果显著，且贯穿于日常。首先是体重管理，减轻颈部和咽喉周围的脂肪堆积，能直接缓解对气道的压迫。同时，尝试侧卧也大有裨益。仰卧时重力易使软组织后坠，而侧卧能有效避免，使用特制枕头或在身后放置网球辅助，都是实用技巧。此外，整体抬高床头(非仅垫高头部)有助于利用重力保持气道通畅。

对于轻中度患者，临床上还有一些成熟的替代方案，如口腔矫治器，这是一种由医生定制牙套，通过

温和前移下颌来扩大气道，因其舒适便携，尤其受中青年患者青睐。它不仅是治疗轻中度OSA的一线推荐，也可用于改善单纯性鼾声。临床评估需结合多导睡眠图、影像检查及口腔内情况检查，确保筛选出适合佩戴的人群。长期佩戴需定期随访，监测下颌关节状况及咬合关系变化。

解决鼻腔阻塞同样关键。由过敏或结构问题导致的鼻塞会迫使口呼吸，加剧症状。通过鼻用皮质类固醇喷雾治疗过敏性鼻炎，或生理盐水洗鼻减轻充血等方式保持鼻腔

通畅，是基础而重要的环节。

当其他方法无效或存在明确的解剖结构异常时，可以考虑手术。通过悬雍垂腭咽成形术(UPPP)切除悬雍垂、部分软腭和多余的咽部组织。针对严重下颌后缩等骨骼问题的患者，可考虑颌面外科手术，通过移动上下颌骨来扩大气道。而对于合并OSA或其他代谢性疾病的肥胖患者，减重代谢手术通过改变胃肠道结构和功能，实现尽快并持久减重，能显著改善甚至缓解相关合并症，尤其是有效缓解颈部、咽喉部脂肪堆积，扩大上呼吸道空间，降低气道塌陷风险，改善睡眠过程中的通气功能。