

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南 (2011 年修订版) 解读

何叔瀛 陈宝元

2002 年中华医学会呼吸病分会睡眠呼吸学组制定了“阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南”,并发表于当年的《中华结核和呼吸杂志》^[1]。该指南包括以下 12 个方面的内容:(1) OSAHS 相关术语及其定义;(2) 主要危险因素;(3) 临床特点;(4) 体检及常规检查项目;(5) 主要实验室检测方法;(6) 一般诊断流程;(7) 诊断;(8) 简易诊断方法和标准;(9) 鉴别诊断;(10) 主要治疗方法;(11) 治疗后随访;(12) 健康教育。这是我国第一部有关 OSAHS 诊治的纲领性文件,内容全面、简明扼要,发表之后对于国内全面推广 OSAHS 规范化诊治起到了巨大作用。查引结果表明,从其正式发表到 2011 年 8 月,被引用频次达 810 次。其后国内外睡眠呼吸病学的临床和科研发展日新月异,实践中逐渐发现指南中有不少内容亟待修订,包括 OSAHS 的定义、临床特点、诊断方法、病情分度标准、鉴别诊断、严格掌握手术治疗指征、建立疗效评估标准和加强健康教育等,拟待条件成熟时做进一步修改^[2]。2009 年美国睡眠医学会发表了“成人阻塞性睡眠呼吸暂停的评估、管理和长期照顾的临床指南”^[3],该指南充分反映了近年来国外睡眠呼吸病学临床科学研究的最新成果,为我们的修订工作提供了很好的借鉴。为此,2011 年 2 月睡眠呼吸病学组组织了有关专家在查阅中外文相关文献的基础上,着手修订 2002 年版指南,起草修订了初稿后分发给学组的有关专家,广泛征求意见,在此基础上初步定稿,之后再一次征求意见,补充修改,最后由小组集体讨论、定稿,现公开发表^[4]。在修改 2002 年版指南的同时,还制定了另外 2 份相关文件,即“阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者持续气道正压通气临床应用专家共识(草案)”^[5]和“对睡眠呼吸病实验室的建立和管理及人员培训的建议”^[6]。

本次修订的指南框架包括以下 12 个部分:(1) 前言;(2) OASHS 相关术语及其定义;(3) 主要危险因素;(4) 临床特点;(5) 体检及常规检查项目;(6) 主要实验室检测方法;(7) 诊断;(8) 鉴别诊断;(9) 主要治疗方法;(10) 治疗后的随访;(11) 健康教育;(12) 附录:嗜睡量表和鼾症严重度判断。归纳起来,修订后的指南具有以下特点:(1) 对其中名词术语,如睡眠呼吸暂停和低通气等进行了修正,并增加了一些新的名词术语,如呼吸努力相关微觉醒、呼吸紊乱指数

和复杂性睡眠呼吸暂停;(2) 对高危因素和临床特点的认识和描述更全面,体检内容更详尽,并增加了若干 PSG 监测的适应证;(3) 诊断考虑更全面,病情采用双重分度更符合临床实践,重视 OSAHS 合并症,认识更全面,鉴别诊断更详细全面;(4) 首次明确指出无创正压通气治疗是成人 OSAHS 首选治疗方法,适应证更全面准确,并提出疗效体现指标;(5) 在参考文献中加入了 14 篇中文文献。下面简单介绍本次修订指南与前一版的不同之处,便于大家学习和应用。

1. 呼吸睡眠暂停(SA)的定义在 2002 年版指南中为“睡眠过程中口鼻呼吸气流均停止 10 s 以上”,2011 年版指南改为“睡眠过程中口鼻呼吸气流消失或明显减弱(较基线幅度下降 $\geq 90\%$)持续时间 ≥ 10 s”。

2. 低通气的定义在 2002 年版指南中为“睡眠过程中呼吸气流强度(幅度)较基础水平降低 50% 以上并伴有血氧饱和度(SaO_2)较基础水平下降 $\geq 4\%$ ”,2011 年版改为“睡眠过程中口鼻气流较基线水平降低 $\geq 30\%$ 并伴有 SaO_2 下降 $\geq 4\%$,持续时间 ≥ 10 s,或者口鼻气流较基线水平降低 $\geq 50\%$ 并伴 SaO_2 下降 $\geq 3\%$,持续时间 ≥ 10 s”。

3. 新增呼吸努力相关微觉醒(RERA)的定义:“虽未达到呼吸暂停或低通气标准,但出现时间 ≥ 10 s 的异常呼吸努力并伴有相应微觉醒,当出现睡眠片段时 RERA 仍具有临床意义”。

4. 新增呼吸紊乱指数(respiratory disturbance index, RDI)的定义:“指平均每 1 小时呼吸暂停、低通气和 RERA 事件的次数之和,其与 AHI 不同,可更全面地反映患者夜间睡眠过程中发生的呼吸事件”。长期以来一些学者常将 AHI 和 RDI 混淆,这是不对的。

5. 新增复杂性睡眠呼吸暂停的定义:“OSAHA 患者经过 CPAP 滴定治疗后,阻塞性呼吸事件消失,同时残余的中枢性呼吸暂停指数(CSA) ≥ 5 次/h,或以 CSR 为主。”

6. 对高危因素的概述进行了细化和规范:(1) 性别:2002 年版指南中为“男性患者明显高于女性”,2011 年版改为“生育期内男性患者明显多于女性”;(2) 药物:2002 年版指南中为“长期大量饮酒和(或)服用镇静催眠药物”,2011 年版改为“长期大量饮酒和(或)服用镇静催眠或肌肉松弛药物”;(3) 吸烟:2002 年版指南中为“长期重度吸烟”,2011 年版改为“长期吸烟”。

7. 对临床特点进行了补充:在 2002 年版指南的基础上增加了“心律失常,特别是以慢-快心律失常为主”以及“2 型糖尿病及胰岛素抵抗”。

DOI:10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2012.01.006

作者单位:100044 北京大学人民医院呼吸与危重症医学科(何叔瀛);天津医科大学总医院呼吸科(陈宝元)

8. 2011 年版指南的体格检查内容更详尽、准确, 补充了颌咽部检查特点: “重点观察有无下颌后缩、下颌畸形; 咽喉部检查应特别注意有无悬雍垂肥大, 扁桃体肿大及其程度, 舌体肥大及腺样体肥大”。

9. 在 2002 年版指南原有的(1)~(5)条 PSG 监测适应证的基础上增加了: (6)原因不明的心律失常、夜间心绞痛; (7)慢性心功能不全; (8)顽固性难治性糖尿病及胰岛素抵抗; (9)脑卒中、癫痫、老年痴呆及认知功能障碍; (10)性功能障碍; (11)晨起口干或顽固性慢性干咳。这反映了近年来我们对 OSA 造成的全身多脏器损害有了更清楚的认识。

10. 对 OSAHS 的诊断标准进行了更加详细的修订: 2002 年版指南中为“主要根据病史、体征和 PSG 监测结果。临床上有典型的夜间睡眠时打鼾及呼吸不规则, 白天过度嗜睡, PSG 监测提示每 7 小时睡眠中呼吸暂停低通气反复发生 30 次以上, 或 $AHI \geq 5$ 次/h”。2011 年版更改为“主要根据病史、体征和 PSG 检测结果。临床上有典型的夜间睡眠时打鼾及呼吸不规则, 白天嗜睡等日间症状, 经 PSG 监测显示 $AHI \geq 5$ 次/h, 或者虽然白天没有症状但 $AHI \geq 10$ 次/h, 同时发生 1 个或 1 个以上重要脏器损害。”这样修改旨在强调 OSA 造成的脏器损害。

11. 补充了病情分度的判定标准: 2002 年版指南指出应根据 AHI 和夜间 SaO_2 将 OSAHS 分为轻、中、重度, 其中 AHI 作为主要判断标准, 夜间最低 SaO_2 作为参考。而 2011 年版中指出, 应当充分考虑患者临床症状、合并症情况, 结合 AHI 及夜间 SaO_2 等指标, 可以按照 AHI 和夜间最低 SaO_2 对患者病情分别分度。由于临床上有些 OSAHS 患者 AHI 和 SaO_2 变化程度并不平行, 因此推荐以 AHI 为判断病情主要标准, 同时注明低氧血症水平, 这样分度更符合临床实际情况, 也能够更客观地反映患者病情严重程度。临床诊断时需注意合并症和并发症更新增加了 2 型糖尿病及胰岛素抵抗, 肺动脉高压基础上增加重叠综合征, 妊娠高血压或先兆子痫, 肾功能损害和肝功能损害。这样不仅能够促进临床医生更全面深入地认识 OSAHS 的危害, 同时更有利于睡眠呼吸病学与相关学科的整合。

12. 补充了鉴别诊断的介绍: 2002 年版指南只是简单提出 OSAHS 可与原发性鼾症和上气道阻力综合征相鉴别; 而 2011 年版则对上述 2 种疾病给予简单介绍, 此外还增加了肥胖低通气的介绍。

13. 明确了治疗方法和适应证: 2011 年版指南明确指出无创气道正压通气治疗是成人 OSAHS 患者的首选治疗方法。同时对适应证做出了很大改动, 提出了 5 条适应证, 其

中只有第 4 条“OSAHS + COPD 重叠综合征”与 2002 年版指南相同, 其余 4 条均不同, 充分反映了目前对于 CPAP 治疗 OSA 的客观疗效有了更新的认识。此外, 2011 年版指南中还新增了 CPAP 治疗疗效的评价, 包括 3 条: (1)睡眠期鼾声、憋气消退, 无间歇性缺氧, SaO_2 正常; (2)白天嗜睡明显改善或消失, 其他伴随症状如忧郁症显著好转或消失; (3)相关并发症, 如高血压、冠心病、心律失常、糖尿病和脑卒中等得到改善。

对于外科手术治疗, 本次修订的指南仅简单介绍了手术方式, 提出符合手术适应证者可考虑手术, 术前和术中应严密监测, 术后要定期随访, 并删除了手术流程图, 内容更加简明扼要。

当然我们清醒地认识到, 虽然 2011 年新修订的指南较之 2002 年版有很大的改进, 但睡眠呼吸障碍临床工作中仍旧有许多疑难问题亟待解决, 我们与发达的国家相比, 在很多方面还有不小的差距, 尤其是新修订的指南, 大多数内容仍是参考国外资料, 我们自己的研究结果还不多, 特别是缺少循证医学方面的依据。因此希望有志于本领域的学者奋发图强, 积极开展多中心大样本研究, 同时加强国际协作, 尽快使我国的睡眠呼吸病学发展水平接近甚至赶上国际先进水平。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸疾病学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案). 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25: 195-198.
- [2] 何权瀛. 对我国制定的《阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案)》的几点思考. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29: 219-220.
- [3] Adult obstructive sleep apnea task force of the american academy of sleep medicine clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. J Clin Sleep Med, 2009, 5.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸障碍学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(2011 年修订版). 中华结核和呼吸杂志, 2012, 35: 9-12.
- [5] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸障碍学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者持续气道正压通气临床应用专家共识(草案). 中华结核和呼吸杂志, 2012, 35: 13-18.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸障碍学组. 对睡眠呼吸病实验室的建立和管理及人员培训的建议. 中华结核和呼吸杂志, 2012, 35: 19-23.

(收稿日期: 2011-11-15)

(本文编辑: 蔡蜀菁)

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(2011年修订版)解读



作者: [何权瀛](#), [陈宝元](#)
作者单位: [何权瀛\(100044, 北京大学人民医院呼吸与危重症医学科\)](#), [陈宝元\(天津医科大学总医院呼吸科\)](#)
刊名: [中华结核和呼吸杂志](#) ISTIC PKU
英文刊名: [Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases](#)
年, 卷(期): 2012, 35(1)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zhjhxx201201006.aspx