

《老年睡眠呼吸暂停综合征诊断规范》 编制说明

一、任务来源

经中国老年医学学会批准，由中国老年医学学会牵头，四川省第四人民医院组织实施，会同中国人民解放军总医院、国家老年疾病临床医学研究中心、北京大学人民医院、北京大学国际医院等科研院校、卫生机构、等共同编制《老年睡眠呼吸暂停综合征诊断规范》。本规范由中国老年医学学会睡眠医学分会提出，由中国老年医学学会归口管理。

二、主要起草单位和主要起草人员

本标准起草单位：四川省第四人民医院、北京大学人民医院、中国人民解放军总医院、国家老年疾病临床医学研究中心（解放军总医院）、北京大学国际医院、榆林市第二医院、武汉大学人民医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、云南省第一人民医院、广东省人民医院、邯郸市中心医院、中国医科大学附属第一医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、甘肃中医药大学附属医院、内蒙古自治区第三医院、延安大学医学院、西安交通大学第二附属医院。

本标准主要起草人：陈宇洁、韩芳、钱小顺、刘霖、杨凌麟、王怡、俞红霞、高莹卉、贺波、胡克、李庆云、吕云辉、欧琼、王慧玲、王玮、董霄松、周长喜、张桂芝、刘清源、陈开兵、吕东升、林俊岭、韩继明、张立、陈兴良、何沁泽、李勇、李瑶、李建华、

徐伟豪、赵力博、王晓晨、杜延玲、董西林。

三、编制背景

1. 老龄化趋势严峻。

2000 年第五次人口普查显示，我国 65 岁及以上人口占比达到 6.96%，自此正式迈入“老龄化社会”；随后老龄化程度不断加深，老年人口逐年攀升，到 2018 年这一比例已达 11.93%；2019 年末，中国大陆总人口突破 14 亿人，为 14.0005 亿人，其中 65 周岁及以上人口 17603 万人，占总人口的 12.6%。据联合国《世界人口展望（2019 年版）》中方案预测，2025 年这一比例将达 14%，届时，我们将进入“老龄社会”。而到 2050 年，这一占比将接近 30%，届时我国将进入“超级老龄社会”并一直持续到本世纪末。中国人口老龄化加速的问题，不仅对社会养老产生影响，也会从供需两端对经济运行产生影响。

2. 睡眠呼吸暂停综合征(SAS)人群大，发病率高，并发症严重。

SAS 是一组睡眠中呼吸异常的疾病，伴或不伴清醒期呼吸功能异常。包括不同病因所致的睡眠呼吸暂停、睡眠低通气和睡眠低氧性疾病等。SAS 是睡眠疾病中仅次于失眠的第二大类疾病。

SAS 以阻塞增加所引起的机械性刺激，引起觉醒、微觉醒、睡眠片断化、睡眠剥夺，导致交感神经活性增高。导致睡眠期的交感神经变化和血流动力学改变，白天嗜睡、记忆力下降，并可出现自主神经功能紊乱等。

SAS 可发生于任何年龄，文献资料显示普通人群发病率 5%，中年以上人群达 20%-40%，据估计在我国 SAS 患者超过 4000 万。睡眠

呼吸疾病及其并发症是一组累及全身各大器官的慢性病。慢性病的危害主要是造成脑、心、肾等重要脏器的损害,易造成伤残,影响劳动能力和生活质量,严重影响患者的生活质量和寿命。目前对本病的严重性、重要性和普遍性尚缺乏足够的认识。

3. 老年 SAS 诊断现状及特点

老年 SAS 患者临床表现不一,疾病谱分布广,加之多种合并症及药物的影响,并不像中年患者那样常表现为典型的打鼾、夜间呼吸暂停及日间嗜睡。不少老人为独居,难以从配偶或家人一方准确了解其夜间睡眠时的情况,观察到睡眠时的呼吸停止这一特异诊断线索的机会减少,采集病史存在着一定困难。习惯性打鼾并非老年 SAS 患者特征性的表现;由于呼吸力量的减弱,年轻时鼾声如雷者老年后可表现为鼾声降低,但呼吸暂停现象并不减轻。老年 SAS 患者嗜睡的发生与呼吸暂停低通气指数(AHI)的相关性不强,加之老年增龄的影响、退休后生活节奏较为放松,日间犯困的表现不如年轻患者突出;相反,主诉失眠或睡眠不宁的比率增加。夜尿次数增多是老年 SAS 患者常见的症状之一,但易被误为是前列腺增生、服用利尿药及合并糖尿病等所引起;常可经持续气道正压通气(CPAP)治疗改善。老年 SAS 患者的记忆力减退、认知功能改变也易与老龄相关的功能退化相混淆,从而忽略了 SAS 的诊断。

老年人群中 SAS 的发生率显著升高,且随年龄的增加呈上升趋势;AHI>5 次/h 和>15 次/h 的比率均高于中年人群;年龄每增龄 10 岁, SAS 的患病率增加 2.2 倍。尽管老年人睡眠呼吸紊乱的易患因素与中年患者并无不同,但功能性因素在发病中起着更重要的作用。

老年人群中 SAS 的发生率相当高，但是否与不良的临床结局有关尚不明确。目前有关 SAS 与临床预后的研究多以中年人群为对象，所得结论是否适合老年人群呢？回答这一问题可以决定什么样的老年 SAS 患者需要积极治疗，在即将到来的老龄化社会中具有重要的医疗经济学意义。适合中国老年人群的 SAS 诊断整体规范很好有必要。

四、制定规范的必要性和意义

习近平在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告中指出：全面建立中国特色基本医疗卫生制度、医疗保障制度和优质高效的医疗卫生服务体系，发展健康产业。促进生育政策和相关经济社会政策配套衔接，加强人口发展战略研究。积极应对人口老龄化，构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境，推进医养结合，加快老龄事业和产业发展。”

为提高老年 SAS 相关性的认识，提高防控水平，通过与相关医疗及学术机构合作，加强科研合作，完善诊断方案，规范我们的 SAS 的诊断制度；制定优化的老年 SAS 的诊断方案、提高医疗人员的资质能力；提高老年 SAS 患者就诊率，减少其并发症的发生率、致残率，为中国老年 SAS 系列指南提供参考。

国内部分 SAS 专家参考了国内外相关指南及研究成果，为优化医疗资源，整合医疗资金，减少因睡眠呼吸疾患致残、致死率，减少并发症治疗的医疗资源投入，为中国卫生资源的合理有效投入，提高全民医疗健康水平，为优化、整合医疗资源做出贡献。

因此，制定中国老年 SAS 诊断规范，既使我国 SAS 诊断治疗有据可依，解决了临床实践中的矛盾，促进健康管理与疾病治疗相融合，为更规范更优质的供给医疗服务提供了保障。

五、编制过程

（一）成立规范起草团队

2020 年 05 月，中国老年医学学会提出制定老年睡眠呼吸暂停综合征诊断专家共识起草的计划，四川省第四人民医院接受学会委托，牵头编制《老年睡眠呼吸暂停综合征诊断专家共识》工作，医院领导班子高度重视，立即组织相关专业专家，专业人员，科研人员，财务人员，管理人员，组建专门团队。召集专家团队召开会议，组织成立规范起草组，并确定起草组成员具体的分工协作内容和编制时间进度表。

（二）调研分析

2020 年 06 月，起草组成员进行文献调研、行业现状调研、老年睡眠医学领域调研，实地调研多个老年医学、睡眠医学领域的科研院校、卫生机构、企业，了解老年 SAS 疾病状况，同时，收集有关老年 SAS 疾病等相关资料，查阅国内外相关的规范、技术资料，为规范编写提供参考和依据。四川省第四人民医院牵头组建规范起草组，按照计划完成起草工作，落实经费问题，为起草组的工作开展提供必要条件。

（三）多轮研讨

2020 年 07 月，召开多次专家团队和起草组项目研讨会，就各成员分工编写的内容做深入的探讨和论证。完成规范草案初稿（含

条文说明)。就初稿征求各方意见,召开专家研讨会,对草案初稿进行修改和完善。

(四) 征求意见阶段

2020年07月下旬,起草组开展了对本规范的专家意见征求座谈会,通过各种形式广泛征求意见,形成了规范征求意见稿。起草组先后召开与北京大学人民医院、中国人民解放军总医院、北京大学国际医院等机构的多次沟通,对征求意见稿进行充分论证,对规范的整体框架及内容的可操作性提出了修改意见,对规范的名称进行了修改,增补了规范的框架,修订了规范的细节。08月,提交规范草案和进展情况报告。

六、制定规范的原则和依据,与现行法律、法规、规范的关系

(一) 规范内容符合国家有关法律、法规和方针、政策。

本规范内容符合国家有关法律、法规和方针、政策的要求,部分条款要求严于国家有关法律法规及相关规范。

(二) 简明具体,体现科学性和针对性,可操作性强。

规范内容参考了国内外老年SAS疾病诊断相关规范及文件的基础上,结合我国已有的研究和实践等方面起草规范。规范内容具有科学性、前瞻性和可操作性,文字简明具体,对老年SAS疾病诊断及可持续发展具有较强的指导意义。

(三) 充分考虑实际情况,适应国内健康养老服务需求。

本规范在调查国内科研院校、卫生机构、医养结合机构、企业的基础上,充分考虑我国人口老龄化发展趋势,结合有关专家及业

内人士意见建议，充分研讨后编制成形，规范条款内容反映行业特点，具有针对性、实用性。

（四）与其它规范、规范做好衔接，互相支撑。

作为指导国内老年 SAS 疾病诊断规范，本规范充分考虑并保持和其他国家、行业相关规范、规范的一致性、适合性、可行性及创新性，从而促进我国老年 SAS 疾病诊断规范体系与国际接轨并不断完善。本规范以党的十九大报告关于积极应对人口老龄化的相关要求、参照了 2014 美国医师协会成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊断临床实践指南；2017 美国睡眠医学会成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊断临床实践指南；2018 成人阻塞性睡眠呼吸暂停多学科诊疗指南（中国医师协会睡眠医学专委会）；美国睡眠医学会睡眠及其相关事件判读手册（规则，术语和技术规范 2.3 版）；中共中央、国务院印发了《国家积极应对人口老龄化中长期规划》（2019）为指导原则，参照了 2017 欧洲呼吸学会(ERS)中枢性睡眠呼吸暂停诊断和治疗；国际老年睡眠医学工作组共识：2017 老年人以及体弱老年人睡眠障碍性呼吸的治疗。2018 印度精神病学学会(IPS)临床实践规范老年睡眠呼吸障碍的管理等文件要求。

七、主要内容说明

（一）范围

本规范规定了老年睡眠呼吸暂停综合症诊断的规范，主要危险因素，临床特点，主要实验室检测方法，规范，流程，并发症和鉴别规范。本规范适用于提供老年睡眠暂停综合征诊断，治疗等服务的医疗机构和人员。

(二) 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。

2014 美国医师协会成人阻塞性睡眠呼吸暂停综合征诊断临床实践指南；2017 美国睡眠医学会成人阻塞性睡眠呼吸暂停综合征诊断临床实践指南；2018 成人阻塞性睡眠呼吸暂停多学科诊疗指南（中国医师协会睡眠医学专委会）；美国睡眠医学会睡眠及其相关事件判读手册（规则，术语和技术规范 2.3 版）；2017 欧洲呼吸学会(ERS)中枢性睡眠呼吸暂停综合征诊断和治疗；2017 老年人以及体弱老年人睡眠障碍性呼吸的治疗；2018 印度精神病学学会(IPS)临床实践指南老年睡眠呼吸障碍的管理。

(三) 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件

睡眠呼吸暂停：睡眠呼吸暂停综合征：阻塞性睡眠呼吸暂停：中枢性睡眠呼吸暂停：混合性睡眠呼吸暂停：低通气：微觉醒：呼吸暂停
低通气指数：阻塞性睡眠呼吸暂停综合征：中枢性睡眠呼吸暂停综合征：复杂性睡眠呼吸暂停综合征。

(四) 规范

4.1 主要危险因素

老年人睡眠呼吸紊乱的易患因素与中年患者并无不同，但功能性因素在发病中起着更重要的作用。

4.2 临床特点

老年睡眠呼吸障碍患者临床表现不一，疾病谱分布广，加之多种合并症及药物的影响，并不像中年患者那样常表现为典型的打鼾、夜间呼吸暂停及日间嗜睡。

4.3 主要实验室检测方法

老年人在睡眠中心进行多导睡眠监测(PSG)的失败率更高，老年患者合并其他疾患的概率较高，应仔细评估 SAS 与相关并发症及合并症的关系。

4.4 规范规范及流程

疑似 SAS 需基于全面的临床评估；在没有 PSG 或家庭睡眠呼吸暂停监测(HSAT)情况下，不应使用临床工具、问卷和预测算法来规范 SAS。

4.5 并发症

近年来的研究已经明确 SAS 是患者多种疾病的危险因素，主要指高血压、冠心病，心绞痛、心律失常、无症状性心肌缺血、心肌梗死、心源性猝死、脑血管病、慢性阻塞性肺疾病、认知功能损害、老年性痴呆（阿尔茨海默病）等。

4.6 鉴别诊断

包括单纯鼾症，上气道阻力综合征，肥胖低通气综合征，过度肥胖，睡眠相关肥胖低通气，发作性睡病，不宁腿综合征，睡眠中周期性腿动，惊恐发作，药物或其他物质所致的失眠或嗜睡的鉴别诊断。

八、采用国际规范和国外先进规范的，说明采标程度，以及与国内外同类规范水平的对比情况

本规范具有较好的先进性和实用性，对老年睡眠呼吸暂停综合征诊断提出明确的要求，有较强的操作性和指导意义。

九、作为推荐性规范或者强制性规范的建议及其理由

根据《中华人民共和国规范法》规定，建议该规范作为推荐性规范。

十、强制性规范实施的风险点、风险程度、风险防控、措施和预案

无

十一、贯彻规范的措施建议

老年睡眠呼吸暂停综合征诊断专家共识规范推广意义重大，可以通过以下几种方式：

- ①举行全国及各省市医学专业会议或培训班行规范学习；
- ②可在相关刊物发表该规范，包括网络平台及官方公众号；
- ③在各临床医学院校、医院、社区、医联体进行规范宣传及培训；
- ④睡眠领域专家教授基层医院行规范教学培训。

十二、其他应说明的事项

第一步 经费使用包括立项专家费用， 3

第二步 审查讨论费用 3

第三步 项目终审费用 2

《老年睡眠呼吸暂停综合征诊断规范》编写组

2020 年 07 月 27 日