

1 从“意外发现”开始

麻醉科医生为什么开始关注睡眠?

在河北省沧州市中西医结合医院麻醉睡眠疼痛门诊主任张立民看来,这种关注最初并非来自一个预先设定好的研究方向,而是临床实践中的一些观察。

在开展无痛胃镜等麻醉过程中,他发现,一些患者接受短时间麻醉后,不仅当时睡得比较安稳,回家后的睡眠状态也有所改善。

这样的临床现象,让张立民开始思考:麻醉过程中产生的镇静、催眠效应,与睡眠之间究竟存在怎样的联系?

随着观察深入,另一个现象又将他的注意力引向了睡眠障碍背后的病因。

据张立民介绍,在临床使用右美托咪定等药物进行镇静时,部分患者会出现较为明显的体动,尤其是下肢活动增多,有些患者还会描述腿部存在“蚁爬感”等不适。进一步询问患者既往病史后他发现,其中部分患者长期存在类似症状,随后被诊断为不宁腿综合征。

这一临床观察让张立民意识到,患者口中的“睡不着”,有时未必首先是睡眠本身出了问题,而可能是某种尚未被识别的疾病持续干扰睡眠。如果医生只关注“入睡困难”“睡眠时间短”等表面症状,而没有进一步寻找病因,就可能长期在“失眠”本身治疗上原地打转。

“归因治疗是睡眠医学的永恒主线。”张立民说。

在他看来,睡眠障碍涉及多个专业领域。焦虑、抑郁等精神心理问题可能影响睡眠;帕金森病等神经系统疾病也可能伴随睡眠障碍;睡眠呼吸障碍、不宁腿综合征等同样可能成为患者夜间睡眠受损的原因。

因此,睡眠医学首先需要回答的,并不是“用什么办法让患者睡着”,而是“患者为什么睡不好”。

也正是在这样的临床观察中,张立民所在团队开始探索麻醉学科与睡眠医学之间的联系。

功能状态同样可能与睡眠和觉醒状态相关。李瑞华认为,麻醉学科可以依托星状神经节阻滞、神经调控等技术,对部分存在自主神经功能紊乱的患者进行干预,为睡眠重建创造条件。

此外,麻醉学科长期形成的生命监测和风险处置能力,也构成其参与睡眠医学的重要基础。无论是药物干预还是部分微创神经调控,麻醉科医生都能够严密监测下实施治疗,并及时识别和处理可能出现的呼吸、循环等不良反应,为相关治疗提供安全保障。

由此,麻醉学科与睡眠医学的交叉逐渐显现出清晰的逻辑:睡眠医学负责对睡眠障碍进行系统评估和诊疗,麻醉学科则在药物管理、神经调控和安全监测等方面提供新的技术选择。

但这些优势真正能够发挥多大作用,需要回答一个具体问题:麻醉学科究竟能够为患者解决什么难题?



麻醉能否为失眠治疗『破局』

“快”。是张立民在谈到麻醉学科介入睡眠医学时反复强调的一个形容词。

这个“快”并不是指用麻醉药物让患者迅速失去意识,而是指在经过规范评估、明确治疗目标后,麻醉学科可以利用自身技术优势,对部分患者实施相对快速的干预,帮助其度过治疗过程中某些困难阶段。

张立民特别强调,麻醉学科的一个优势在于,能够开展部分快速起效的镇静或神经调控干预。

对于部分伴有明显焦虑、情绪紧张的失眠患者,常规治疗往往需要一定时间才能逐步发挥作用。患者在这一阶段可能仍然处于严重的睡眠困扰中,甚至因为持续失眠而进一步加重焦虑,形成恶性循环。

在经过严格评估的情况下,麻醉相关干预可以针对部分患者发挥短期作用,并与后续精神心理、神经内科等专科的长期治疗相衔接。

张立民将这种思路概括为“长短结合”:麻醉学科发挥快速干预的优势,相关专科则针对

“麻醉治疗失眠”这个说法,很容易让人产生一个直观联想:既然麻醉能够让人进入睡眠状态,是不是失眠了打一针麻醉就可以?

答案显然不是。

在同济大学附属上海市第四人民医院(以下简称上海市第四人民医院)睡眠医学科主任李启芳看来,长期失眠患者真正需要摆脱的,不只是某一个夜晚的睡眠障碍,还包括长期依赖药物或者其他外界因素才能入睡的状态。

“睡觉是人生来就会的本能。”李启芳说,“我们治疗的目的是希望它回归本源,不再依靠药物或者其他外界的因素。”

他所在的上海市第四人民医院,麻醉睡眠治疗的一个重要特色,就是帮助部分长期受到药物困扰的患者逐步减停药。

“神经内科、精神科主要负责配药、换药、加药,我们负责减药。”李启芳说。

门诊中,不少患者已经长期服用两三种甚至更多镇静催眠或精神科药物。这些患者的失眠原因各不相同,有的与心理因素有关、有的伴随其他疾病,但共同点是:长期治疗过程中,患者深受药物困扰,希望逐渐摆脱对药物的依赖。

这也成为他所在团队进行患者筛选和制定治疗方案时重点考虑的因素之一。

李启芳表示,失眠人群非常复杂,精神心理问题、神经系统疾病以及睡眠呼吸障碍等,都可能伴随睡眠问题。因此,麻醉睡眠治疗并不是针对所有失眠患者简单套用同一种方案,而是要在明确诊断和综合评估的基础上选择合适的患者。

在具体治疗中,减药也并不是简单地

3 “快速”不是打一针就睡

导致睡眠障碍的原发问题进行长期管理。

但“快速”并不意味着可以绕开病因。

恰恰相反,在张立民看来,麻醉医生进入睡眠医学后,首先需要建立睡眠医学思维。

以不宁腿综合征为例,患者可能把夜间下肢不适简单理解为“睡眠不好”,医生则需要通过病史询问、相关评估和必要检查,判断这种不适是否可能是影响睡眠的重要因素。如果明确存在相关疾病,就需要按照相应诊疗路径进行处理。

因此,麻醉学科的优势并不在于替代神经内科、精神科、呼吸科等学科,而在于在明确诊断和治疗目标的基础上,为部分患者提供新的干预手段。

李瑞华对此也有类似判断。在她看来,麻醉相关治疗更适合作为整体治疗中的一个环节,而不是承担失眠治疗的全部任务。“对于长期失眠患者,麻醉相关干预更像是一个‘破局手段’。”

她所在的潍坊市人民医院睡眠管理中心,将认知行为治疗作为长期治疗的重要基

础,并在特定患者中利用神经阻滞、短时亚镇静等麻醉相关技术打破“失眠—焦虑—药物依赖—进一步失眠”的恶性循环。

“先破循环,再建节律;药物阶梯撤退,心理行为巩固。”李瑞华这样概括其临床思路。

这也意味着,患者是否适合麻醉相关干预,需要结合睡眠障碍类型、基础疾病、既往治疗情况以及治疗风险进行综合判断。

李瑞华认为,对于原发性睡眠呼吸暂停、不宁腿综合征、发作性睡病等疾病,应当优先由相关专科进行规范诊疗;严重精神疾病急性期、严重器质性脑病、重大脏器疾病等患者,也需要严格评估,并不能简单套用麻醉睡眠治疗。

因此,麻醉医生如果真正进入睡眠医学,就必须补足神经内科、精神医学、呼吸医学等相关知识,了解不同类型睡眠障碍的病因和治疗原则。

而当患者通过干预重新获得良好睡眠之后,治疗还没有结束。

步减少药物,最终实现全部停药。此后数月,他的精神状态依然良好。

而让李启芳印象更深的是,治疗结束后,阿文还会定期回到病房,与新入院患者分享自己的治疗经历。

对于长期受到失眠和药物困扰的患者来说,这种“患者讲给患者听”的方式,有时比医生单纯告诉患者“你可以好起来”更有说服力。

“患者与患者交流是最有效的。”李启芳说。

阿文的经历,也让“减药”从一个治疗指标,变成了患者能够感知到的治疗结果:睡眠重新成为一件自身能够完成的事,而不是必须依赖多种药物才能获得的状态。

从这个角度看,“减药”是这一新兴治疗模式值得探索的重要价值之一。

观点

失眠非小事 危害全身健康

睡眠—觉醒障碍与很多精神疾病,如焦虑障碍、抑郁障碍、精神分裂症密切相关,且可以导致脑信息处理异常,比如注意力不集中、记忆力下降、决策异常等。此外,它还与常见慢性疾病如高血压、心肌梗死、痴呆、肥胖、免疫功能失调有重要关系。

睡眠能有效清除脑内代谢产物,有助于稳态调节。如果缺觉,即使补觉也不能弥补熬夜带来的代谢损伤。

睡眠不好不一定是疾病,但它可能是某些疾病的症状或前兆;当睡眠不好持续存在,并严重影响个体的日常生活和工作时,可能发展为睡眠障碍。

睡眠障碍会导致人的精神压力增加,进而导致精神疾病的发生;可引起躯体疾病,如高血压、心肌梗死、高脂血症、肥胖、免疫功能失调等,还可能使认知受损,导致注意力不集中、记忆力下降等。

可以说,睡眠—觉醒障碍已经成为现代社会不容忽视的“慢性杀手”。

——中国科学院院士 陆林

麻醉睡眠治疗 正在从短期干预走向长期管理

当前,麻醉睡眠治疗正经历从围手术期睡眠短期干预向慢性失眠长期治疗的角色拓展。

麻醉药物与传统催眠药并非简单的替代关系,其治疗理念正在从单纯诱导睡眠,向主动重建睡眠稳态、改善睡眠结构和兼顾神经认知功能转变;针对失眠与抑郁等共病问题,也逐渐从被动控制症状向主动干预共病网络转变。

与此同时,麻醉诱导睡眠平衡术、患者自控睡眠以及多模式睡眠管理等新策略,为顽固性失眠患者快速纠正睡眠债务、打破“失眠—焦虑抑郁”恶性循环,并与起效较慢的认知行为治疗形成衔接提供了新的思路。

总体来看,麻醉睡眠治疗正在由单一的睡眠干预向多维度、个体化的睡眠管理模式转变,但目前仍处于临床探索阶段,证据质量、规范化和体系化建设仍有待进一步完善。未来,随着循证证据不断积累和临床实践逐步规范,麻醉睡眠治疗有望从探索性的“备选干预路径”发展为睡眠医学体系中的“有机组成部分”。

——北京大学第一医院麻醉科主任 王东信