



中国阻塞性睡眠呼吸暂停 公众认知调研报告

南方周末绿色研究中心出品

学术支持方： 中国睡眠研究会
Chinese Sleep Research Society

2026年6月

前言

睡眠不仅影响生活质量，更深刻关联整体健康，也往往隐藏着被忽视的疾病风险。

阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA），是藏在鼾声里的“隐形健康杀手”。我国约有1.76亿OSA患者¹，但诊断和治疗率却不足1%²。公众普遍未将异常鼾声与疾病相联系，临床患者多因高血压、糖尿病及心血管疾病等OSA合并症加重而求医，几经辗转方才确诊。

从人群特征看，男性、高龄及肥胖人群尤其需警惕³。值得关注的是，肥胖不仅是OSA的重要诱因，OSA本身亦可通过代谢紊乱加重肥胖，形成“恶性循环”^{4,5}。随着肥胖症患病率上升，合并肥胖的OSA群体带来的健康风险、社会负担、经济损失也正逐渐凸显，成为不可忽视的公共卫生问题。因此，与肥胖症防治“双管齐下”或是OSA防治的一个重要突破口之一。

另一方面，OSA等睡眠问题往往涉及复杂的病理机制，需要精准诊断、长期管理与规范治疗。持续推动睡眠学科建设、人才培养与诊疗能力提升，应与公众科普教育并重。1998年，北京大学人民医院牵头召开全国第一届睡眠呼吸障碍大会，让OSA首次走进国内临床医学视野。而北京大学人民医院呼吸睡眠医学科在2022年独立成科后，目前已成为全国综合医院中规模最大的睡眠中心之一。令人欣喜的是，在国家层面，睡眠医学相关工作正受到越来越多的关注，国家卫生健康委已明确提出自2025年起的未来三年内，推动规模较大的相关医疗机构普遍设立睡眠门诊。但面对庞大的患者基数，筛查不足、认知不足与规范管理缺口仍然突出，疾病管理与防治任重道远。

期待本次调研报告，能够推动大众与社会重新认识OSA，让OSA从“被忽视的夜间问题”，真正进入公共健康与慢病防控视野。

——北京大学人民医院呼吸睡眠医学科主任、世界睡眠学会秘书长、亚洲睡眠学会主席 韩芳教授

1. Benjafield AV, et al. Lancet Respir Med. 2019;7(8):687-698.

2. 付卓志等. 阻塞性睡眠呼吸暂停严重评估参数及诊断技术. 生物化学与生物物理进展. 2025, 52(1):147-161.

3. 中华医学会呼吸分会睡眠呼吸障碍学组等. 成人阻塞性睡眠呼吸暂停高危人群筛查与管理专家共识. 中华健康管理学杂志, 2022, 16(8): 520-528.

4. 阻塞性睡眠呼吸暂停合并代谢综合征诊疗专家共识组. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2023, 58(2):99-110.

5. 中国医师协会睡眠医学专业委员会. 成人阻塞性睡眠呼吸暂停多学科诊疗指南. 中华医学杂志, 2018, 98(24):1902-1914.

前言

人的一生约有三分之一时间在睡眠中度过，睡眠本应帮助人体恢复精力、巩固记忆。但长期以来，“打呼噜”“睡不好”“白天犯困”常被视为一种生活状态，从医学视角来看，这些被日常化的症状背后，可能隐藏着一种患病人数庞大，却长期被低估的疾病——阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA）。

“睡不醒、睡不好、睡不着”是睡眠医学领域主要关注的三个问题，而OSA占了其中两点，既有夜间间歇低氧导致的觉醒，也有日间的疲倦、嗜睡等症状。作为我国较早开展睡眠呼吸疾病研究与临床工作的团队之一，上海交通大学医学院附属瑞金医院呼吸与危重症医学科也见证了这一疾病从“被忽视的睡眠问题”到现在被更多人所关注。

与此同时，OSA的诊疗理念也经历了持续演进：早期依赖气管切开维持危重患者生命，到悬雍垂腭咽成形术广泛应用，再到无创通气技术。2025年新版《成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊治指南》首次系统纳入药物治疗路径，标志着OSA治疗从机械通气支持迈向针对肥胖这一核心病因治疗的新阶段，对于合并肥胖的中重度OSA患者，药物治疗不仅是呼吸指标的改善，更重要的是有望同时解决肥胖、OSA及心血管代谢异常等问题。

在慢病防控关口持续前移的背景下，应当将睡眠健康纳入常规健康管理与风险评估体系之中——关注OSA，不仅是改善睡眠质量，更是对代谢类、心血管类疾病风险的早期预防。

——上海交通大学医学院附属瑞金医院呼吸与危重症医学科主任、中国医师协会睡眠医学专业委员会主任委员 李庆云教授

研究方法：定性访谈与定量问卷结合



定性访谈

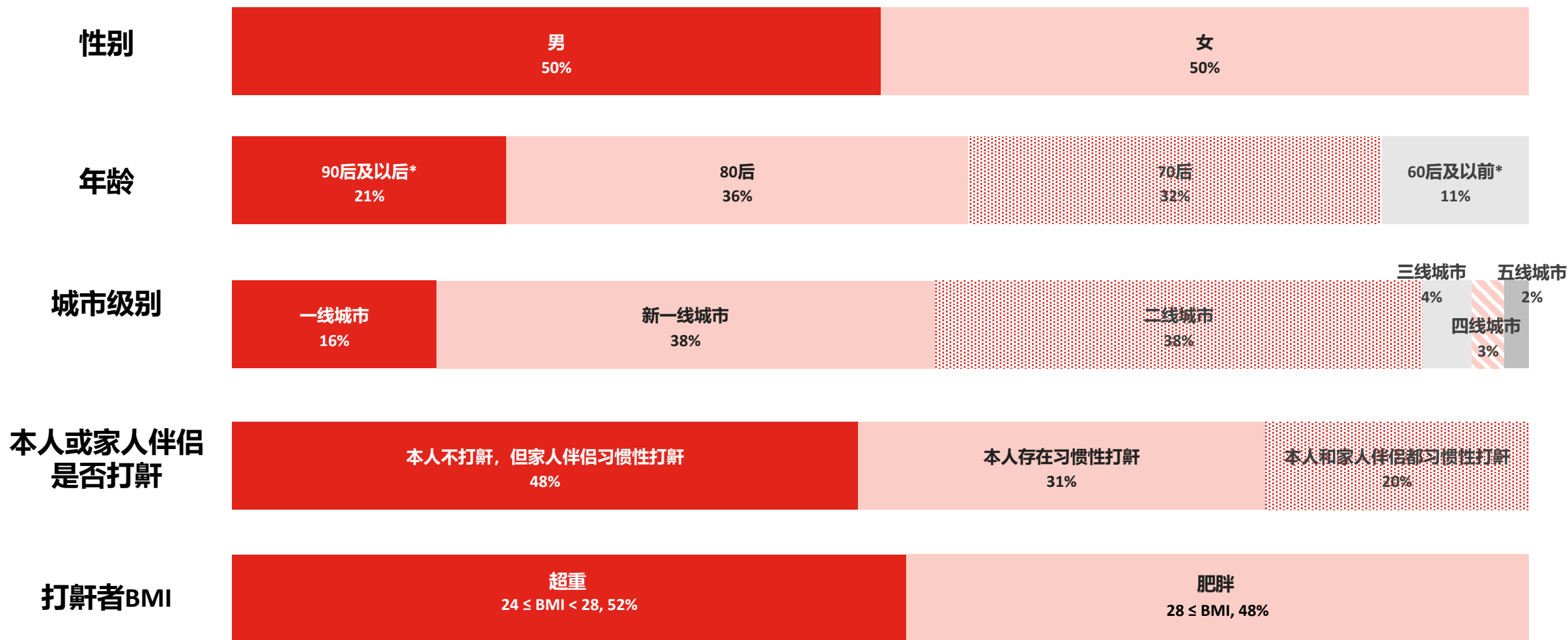


定量问卷

- ✓ 1V1访谈
- ✓ 访谈对象：
 - 阻塞性睡眠呼吸暂停高风险者及确诊患者 9 名
 - 临床专家 2 名

- ✓ 线上问卷
- ✓ 回收 1200 个有效样本
- ✓ 回收对象为超重/肥胖打鼾人群及家属

调研样本说明



n=1200

*为便于陈述，在下文中，90后及以后统称为90后，60后及以前统称为60后

目录

01

打鼾现状与应对

打鼾现状 | 打鼾影响 | 打鼾应对

02

OSA疾病认知与风险感知

疾病知晓 | 风险因素 | 危害认知 | 信息渠道

03

就医干预驱动及阻碍

就医情况 | 就医驱动 | 就医阻碍 | 治疗方案

04

从个体痛点到系统支持展望

诊疗诉求 | 诊疗困境 | 现行政策 | 路径前瞻



PART 01

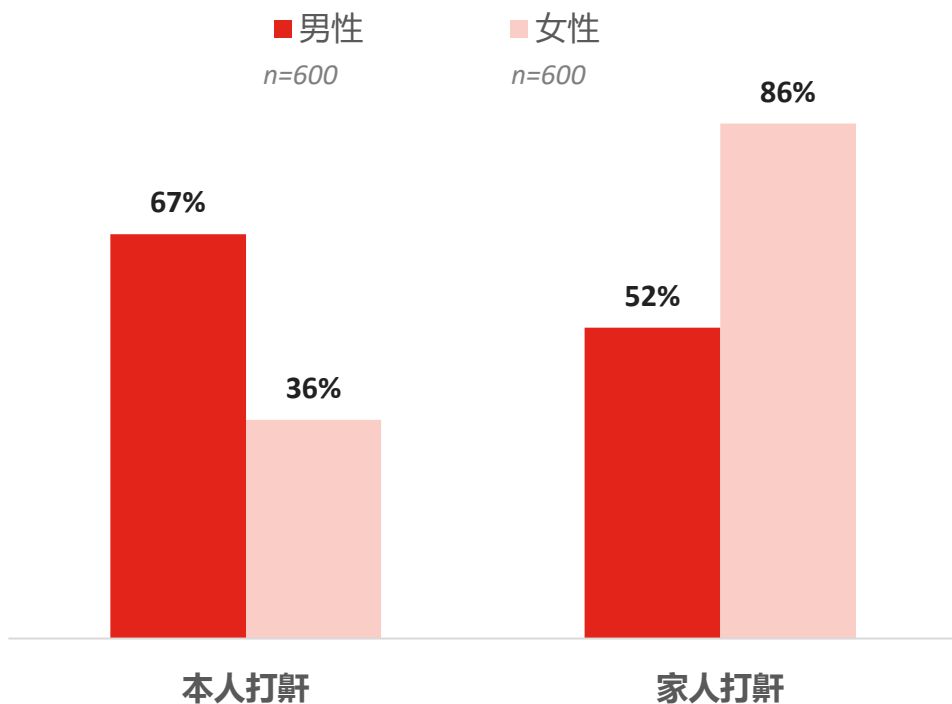
01

打鼾现状与应对

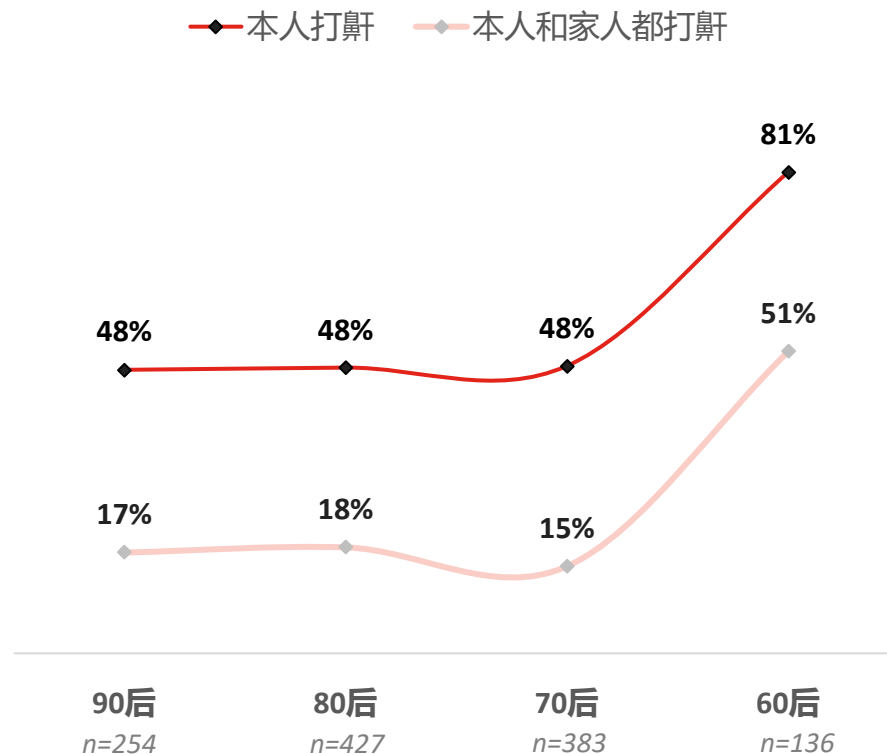
男性及高龄群体风险高，女性多为家庭呼吸健康的观察者

- 男性为打鼾高发群体，67%的男性受访者习惯性打鼾，远超女性（36%）
- 女性更常是家庭呼吸健康的关注者，高达86%的女性受访者观察到家人打鼾；其中64%的女性本人不打鼾，仅作为家属身份参与调研
- 60后受访者中本人打鼾率飙升至81%；且该年龄段中，本人与家人均存在打鼾情况的比例高达51%

习惯性打鼾比例 - 分性别



本人习惯性打鼾比例 - 分年龄段

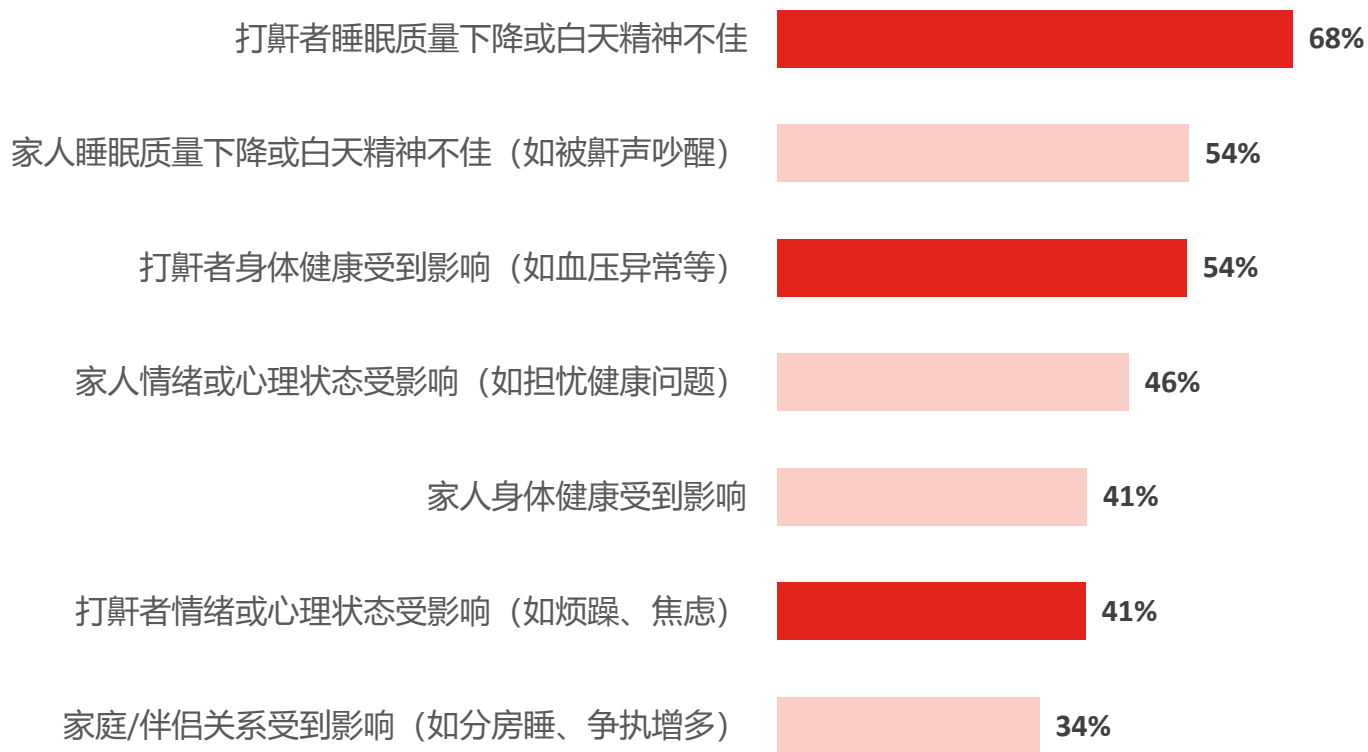


Q: 关于睡觉打鼾，以下哪种情况更符合您的情况？

打鼾引发身心健康与家庭关系双重危机，个人困扰升级为家庭风险

- 对打鼾者本人而言，打鼾不仅导致睡眠质量下降或白天精神不佳（68%），更影响身体健康（54%），如血压异常
- 值得关注的是，打鼾者的家人也在身心健康上饱受影响。半数以上影响睡眠质量和精神，近半因担忧打鼾者健康而影响情绪，41%甚至影响到身体健康
- 家庭关系面临挑战，34%的受访者表示家庭关系受到影响，如表现为分房睡或争执增多

打鼾实际影响



犯困是很明显的，当时最明显的就是开车等红绿灯容易睡着。特别堵车踩一脚油门踩一脚刹车，就特别容易犯困。还有就是不能开长途，超过一个小时就容易犯困……困得眼皮子都睁不开，需要感觉上个大头针，把它顶开那种程度。

——OSA确诊患者W先生，46岁

第二天起来是有黑眼圈的。上班精神不是很好，睡得不是很深，那个时候没有概念，只是觉得自己睡得不是很深。

——OSA确诊患者C先生，33岁

但是血压开始偏高，最重要的是医生告诉我，（睡眠呼吸暂停）与血压有关系。

——OSA确诊患者Z先生，59岁

爱人早上肯定会抱怨，因为这影响两个人休息，我也睡不好，她也睡不好。

——OSA确诊患者Z先生，59岁

如果出差，大家要share一个房间，本身没有那么熟，会担心打扰到人家。比如说跟不熟的人一起出差，我可能会硬熬夜。一定等到对方睡着我才睡，那个晚上我自己可能一直都睡不好。

——OSA高风险人士M女士，41岁

超重/肥胖打鼾人群共病风险：代谢类疾病负担沉重，血压管理挑战大

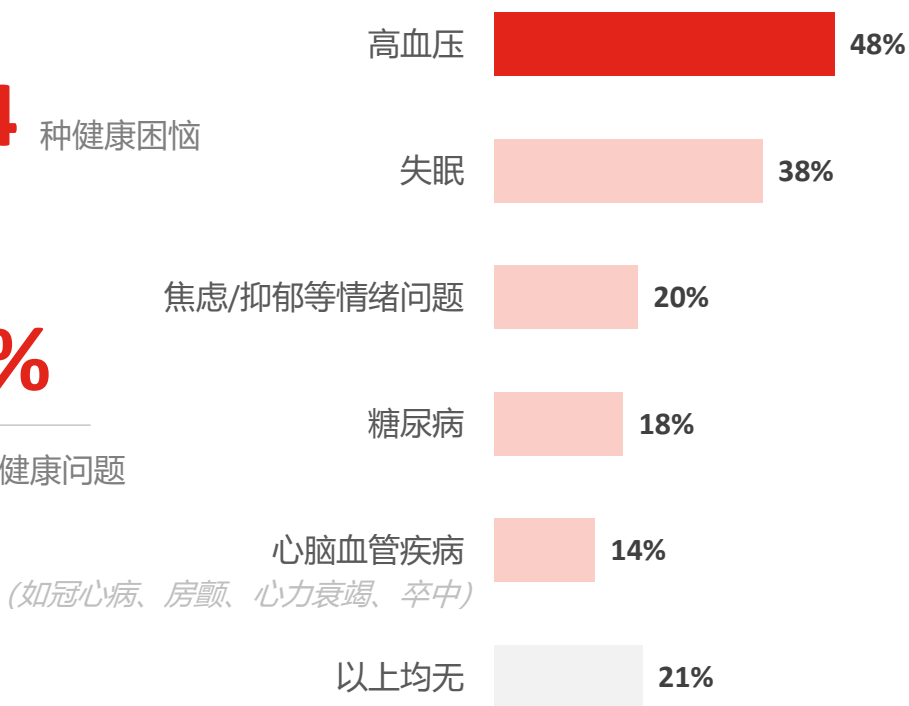
- 共病负担沉重，超重/肥胖打鼾者人均有 1.4 种健康困扰，79%的受访者或其家属已出现相关健康困扰
- 超重/肥胖打鼾者血压异常最为突出，有近一半患有高血压，打鼾人群面临较高的血压管理压力
- 超重/肥胖打鼾者的共病风险随BMI增长而加速积聚，高血压、糖尿病等代谢类疾病受肥胖驱动最显著，心脑血管疾病与睡眠问题在高BMI段更为突出

除超重/肥胖外，受其他健康问题困扰比例

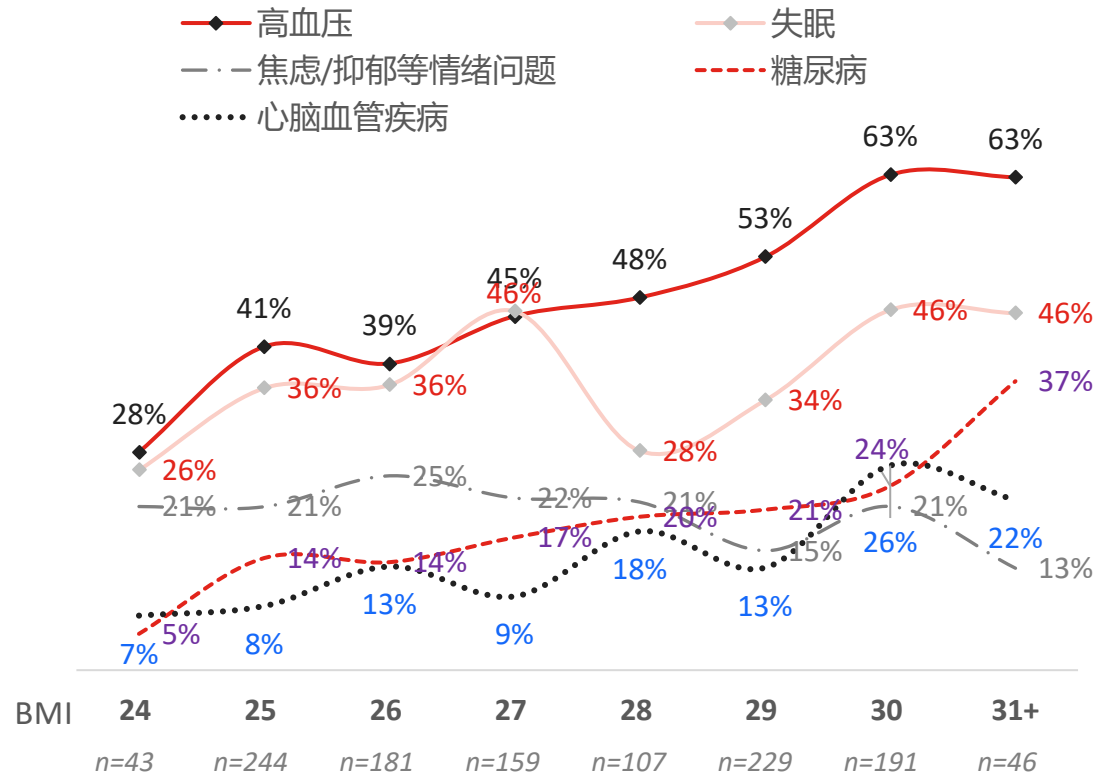
人均有 **1.4** 种健康困扰

79%

已经出现其他健康问题



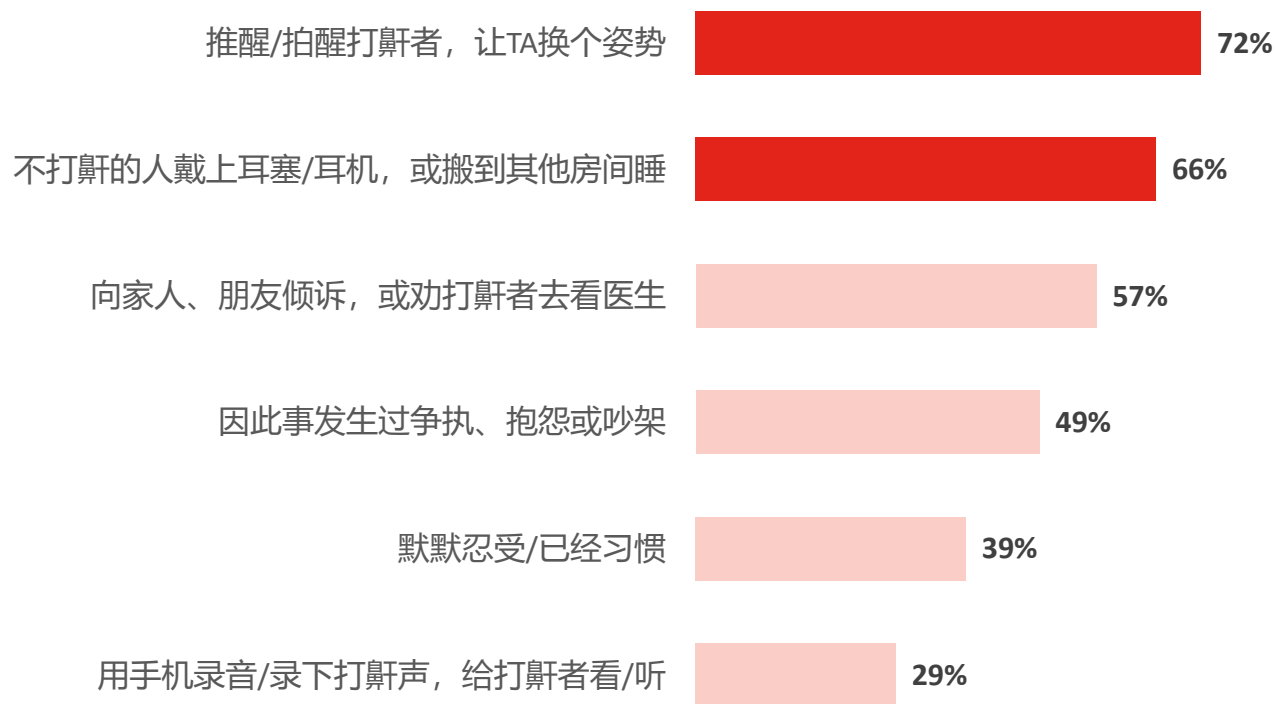
困扰比例 - 分BMI段



打鼾应对以物理隔离与干扰为主

- 应对手段缺乏专业性，家庭应对方式高度依赖物理干扰，如推醒/拍醒（72%）及佩戴耳塞/分房（66%）

当前应对打鼾策略



(我打鼾的时候) 我爱人也会推一下、摇一下(我)。

——OSA确诊患者W先生, 46岁

(伴侣) 属于睡觉比较轻的人, 稍微有些声响就受不了。我当时打鼾, 让她的休息受到很大的影响, 所以我们才分房睡, 一直没有在一起睡。但其实(分房睡) 还是没有根本性地解决(打鼾) 问题。

——OSA确诊患者W先生, 46岁

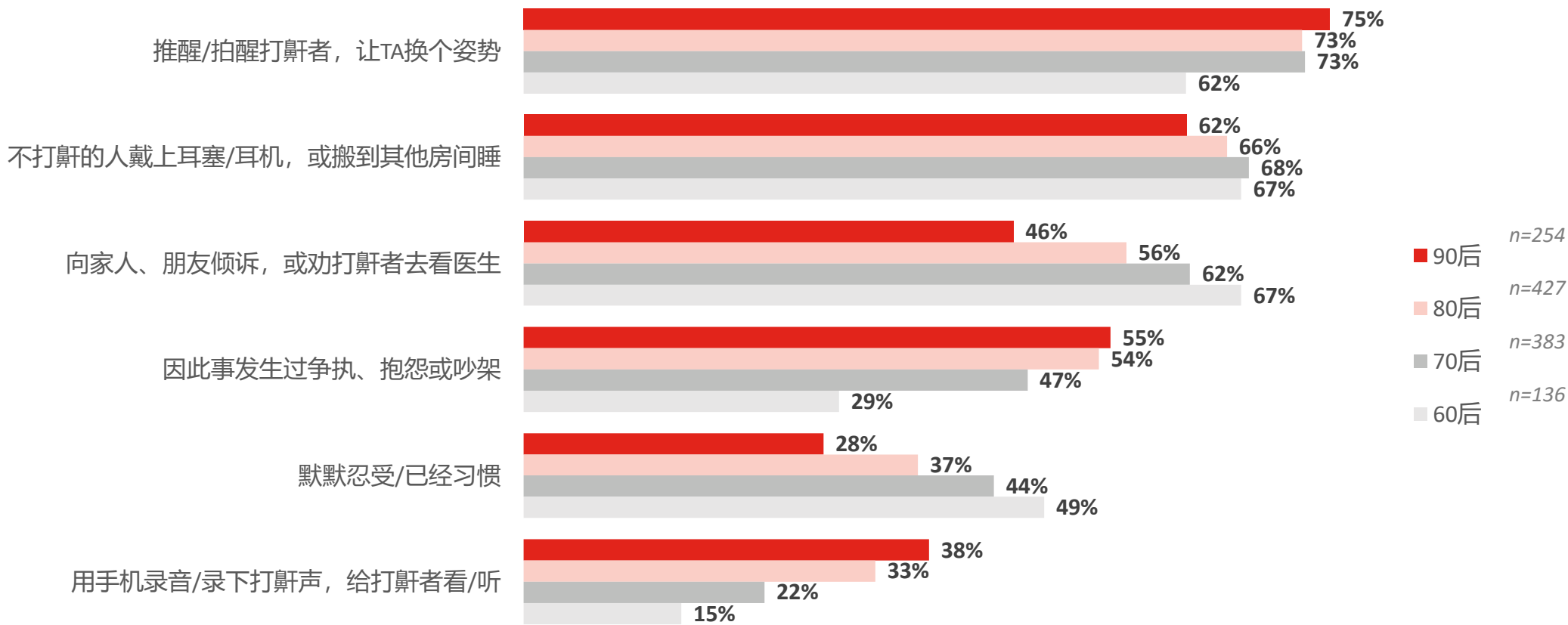
也是我爱人督促我去做睡眠呼吸监测.....我(的鼾声) 也是被(爱人) 录过音的, 第二天放给我听, 说你昨天就是这个样子.....后来分房睡才可以保证两个人的作息

——OSA确诊患者Z先生, 59岁

中青年应对方式更具即时性与对抗性；年长群体对鼾声表现出更高耐受度与沉默倾向

- 相比年长者，中青年更易因鼾声引发冲突，90后（55%）及80后（54%）发生过争执、抱怨的比例显著高于60后（29%）
- 90后采取“推醒/拍醒”行为的比例最高，更倾向于利用手机录音等证据手段进行反馈
- 60后选择“默默忍受/已经习惯”的比例高达49%，远高于90后和80后。尽管耐受度高，但60后采取“向家人、朋友倾诉或劝其看医生”等建议的比例（67%）亦为各年龄段最高，显示出更明确的就医倾向

当前应对打鼾策略 – 分年龄段



Q: 当被打鼾声打扰/吵醒时，您或家人曾经采取过以下哪些行为？（多选）



PART 02

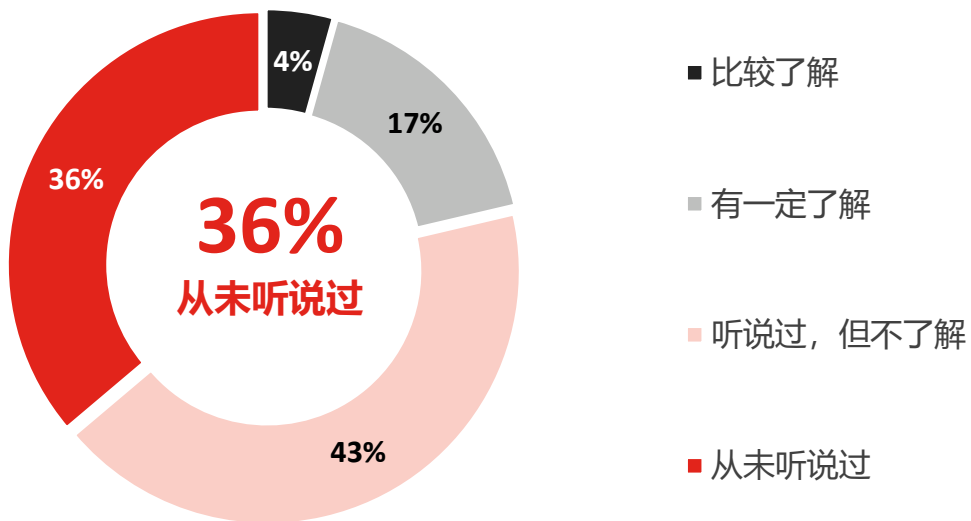
02

OSA疾病认知 与风险感知

OSA 疾病认知现状：近四成受访者从未听说过，呼吸中断/憋气比例高但认知不足

- 疾病认知水平较低，36%的受访者在调研前“从未听说过”OSA，听说过的人群里绝大多数（43%）并不了解，对OSA有一定认知或比较了解的受访者仅占21%
- 但OSA 高风险体征在受访的打鼾人群中具有极高的普遍性，74%的受访者（或其家属）已观察到在打鼾中出现呼吸中断等症状，36%几乎每晚出现呼吸暂停
- 在90后受访者（或打鼾家属）中，近三成几乎每晚出现呼吸中断或憋气，年轻群体的潜在患病风险同样不容忽视

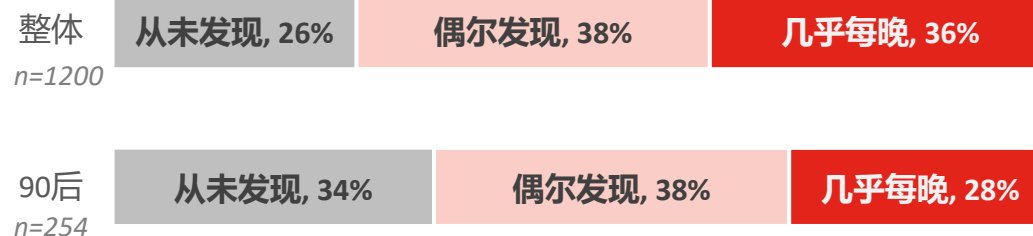
OSA疾病认知



阻塞性睡眠呼吸暂停 (OSA)

阻塞性睡眠呼吸暂停 (OSA) 是常见的睡眠呼吸疾病，患者睡眠中会反复出现呼吸暂停，严重时可持续数分钟。临床上，重度OSA患者甚至一晚可发生200余次呼吸暂停和低通气¹。中老年男性作为高发人群¹，超重/肥胖、饮酒、吸烟等也会增加患病风险²。

睡眠呼吸中断或憋气情况



Q：在此次调查前，您听说过“阻塞性睡眠呼吸暂停”（OSA）吗？ n=1200

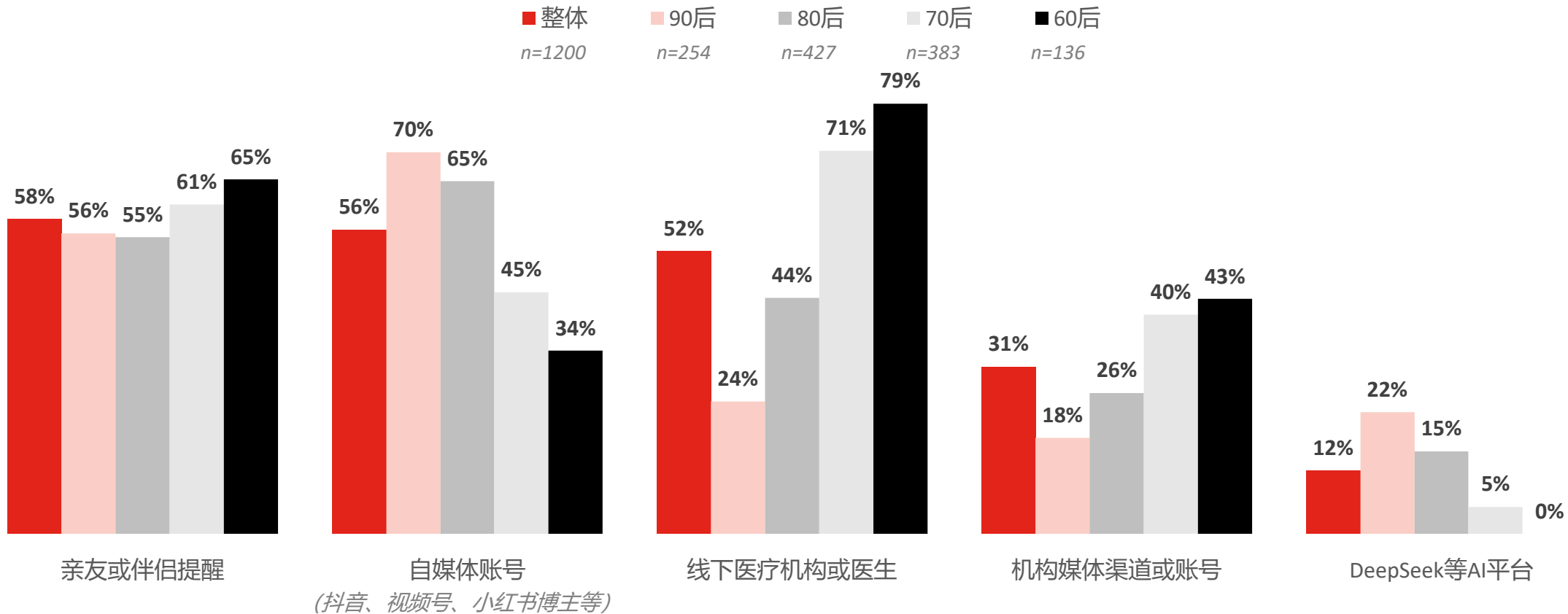
1. 中华医学会呼吸病学分会. 成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊治指南(2025). 中华结核和呼吸杂志, 2026

2. Yeghiazarians Y, et al. Circulation. 2021;144(3):e56-e67

信息获取：“身边人”是关键提醒人，年长群体侧重专业机构，年轻人青睐社交媒体

- 整体而言，58%的受访者最初是通过亲友或伴侣提醒才关注到睡眠/打鼾问题，即“身边人”在疾病早期发现中起到了决定性的预警作用
- 年长者（60后/70后）高度信赖专业机构：对线下医疗机构/医生的依赖度分别高达79%和71%，机构媒体也是其核心信息源
- 90后通过社交媒体（抖音、小红书等）获知的比例高达70%；值得关注的是，22%的90后开始利用AI平台（如DeepSeek）检索健康信息，超出整体受访者的平均水平

信息渠道 - 分年龄段

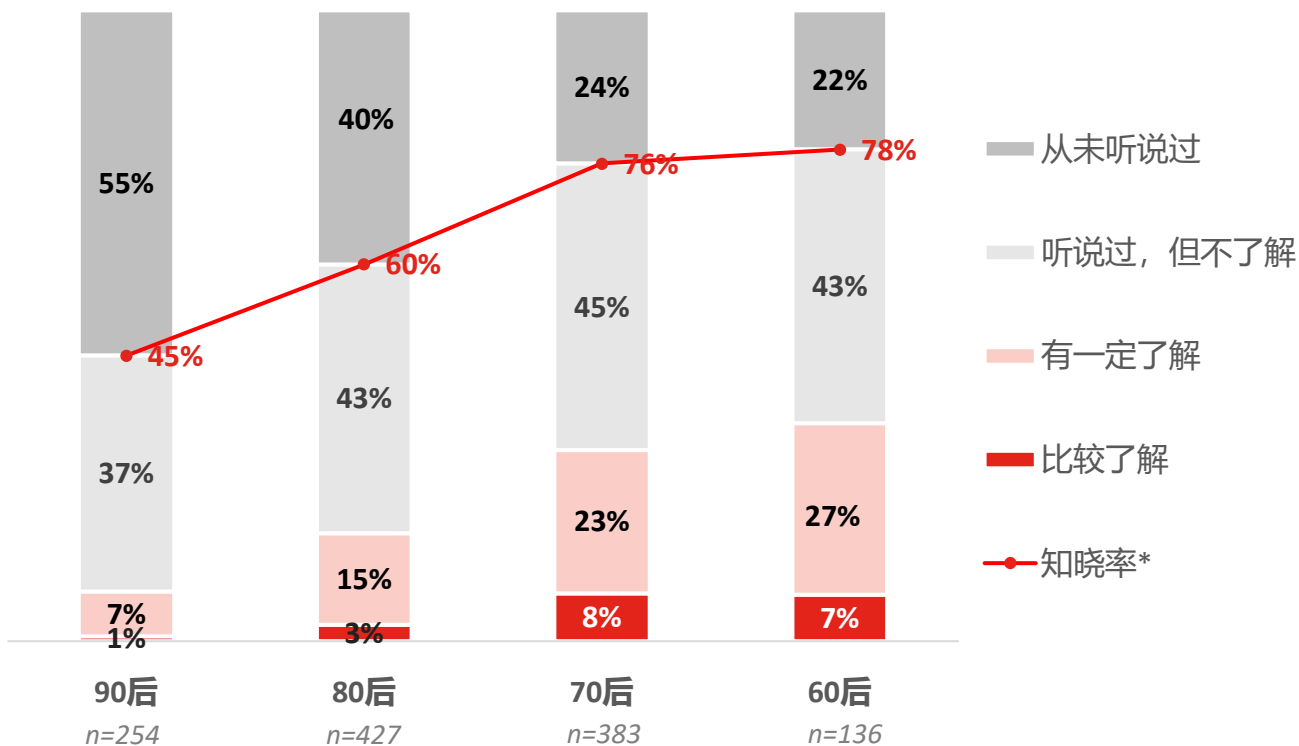


Q: 您最初关注或了解到睡眠/打鼾相关问题，是来自哪些信息渠道？（多选）

90后OSA高风险人群认知缺失问题突出

- 中老年（60后、70后）的知晓水平显著高于90后。超过半数（55%）的90后受访者从未听说过OSA。OSA的危害或在年轻人群中被忽视
- 随着年龄增长，就医时容易通过医生科普，或在与同龄人的沟通中，接触到OSA相关信息

OSA疾病认知 - 年龄段差异



打鼾很多年，大概30多岁就开始有了.....那个时候还不是特别严重，也没重视。随着年龄不断增加，开始出现多梦，甚至憋醒的情况。血压也越来越高，三四年前去做了（第二次）睡眠监测.....也是通过医生告诉你（才知道OSA是）怎么回事，和血压也是有关联的。

.....采取一些治疗方式，在某些程度上也是受了我的同龄人、朋友们的影响，（身边）有很多人都做过睡眠监测，也都用过这个呼吸机，甚至有做过手术的。

——OSA确诊患者Z先生，59岁

我对（OSA）这件事情比较在意，其实是因为身边有朋友老公需要戴呼吸机，所以当时医生说我是这个中度睡眠障碍，我就比较重视。

——OSA高风险人士M女士，41岁

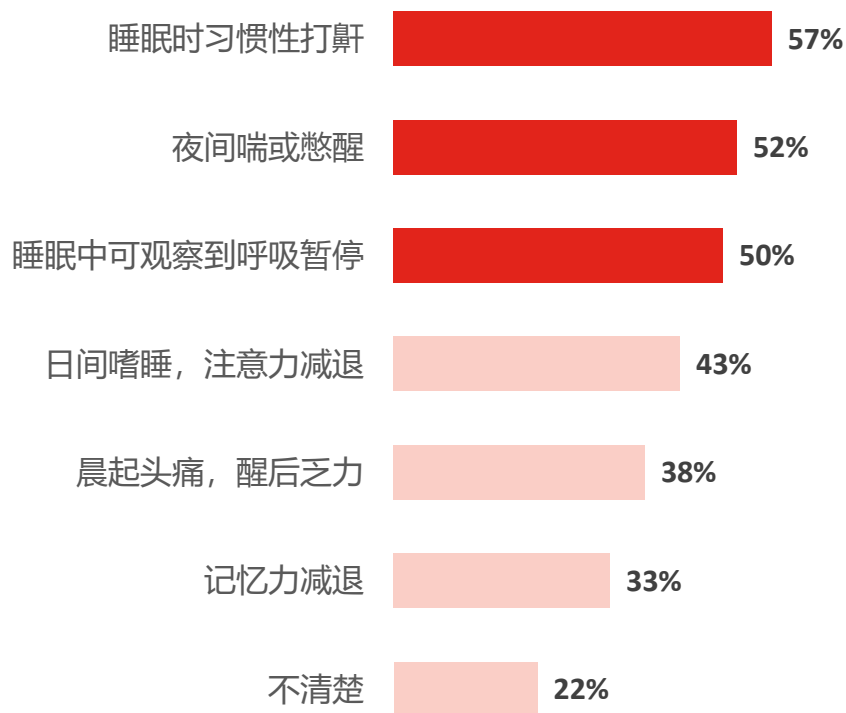
我之前根本就不知道有这种病。（对OSA）没有概念，只是觉得自己睡得不是很深.....会觉得是不是（因为）工作比较累。第二个因为比较胖，或者是不是脂肪肝引起的。

——OSA确诊患者C先生，33岁

OSA夜间症状较易识别，日间症状易被忽视

- 习惯性打鼾（57%）、夜间憋醒（52%）及呼吸暂停（50%）作为 OSA 的主要体征，均有半数以上受访者能将以上三者与OSA关联
- 相比之下，日间表现如头痛乏力（38%）、记忆力减退（33%）等非典型症状认知不足

OSA体征认知



阻塞性睡眠呼吸暂停常见临床表现

OSA常见临床表现包括打鼾、夜间憋醒、睡眠质量下降、日间嗜睡、记忆力减退，病情严重者甚至可出现认知功能下降与行为异常^{1,2}。研究表明，未经治疗的OSA与多种疾病及不良健康结局相关，包括心血管疾病（如高血压、冠心病、心力衰竭、心房颤动等）、脑血管病与认知功能障碍等神经系统疾病、代谢性疾病、恶性肿瘤，同时还会增加交通及职业事故发生率、降低患者生活质量、增加全因死亡率等^{3,4}。

那时候其实已经有高血压，我没意识到那是血压高，早上起来昏昏沉沉的，然后下午就是开车比较犯困。

——OSA确诊患者W先生，55岁

短时记忆老忘事情，也是一个困扰。老是记不住人名，我需要在通讯录上都写上单位，因为我想不起这个人，但是单位我经常能想起来，所以我就得去查单位、检索出这个人名，我才知道，刚才我录过的谁，而且那时候血压也开始高了。

——OSA确诊患者W先生，55岁

Q：您认为以下哪些表现可能与 OSA 有关？（多选） n=1200

1.中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会全科医学分会,等.成人阻塞性睡眠呼吸暂停基层诊疗指南(2018年).中华全科医师杂志,2019.

2.中华医学会呼吸病学会.阻塞性睡眠呼吸暂停致日间嗜睡诊断与治疗专家共识.中华结核和呼吸杂志,2025.

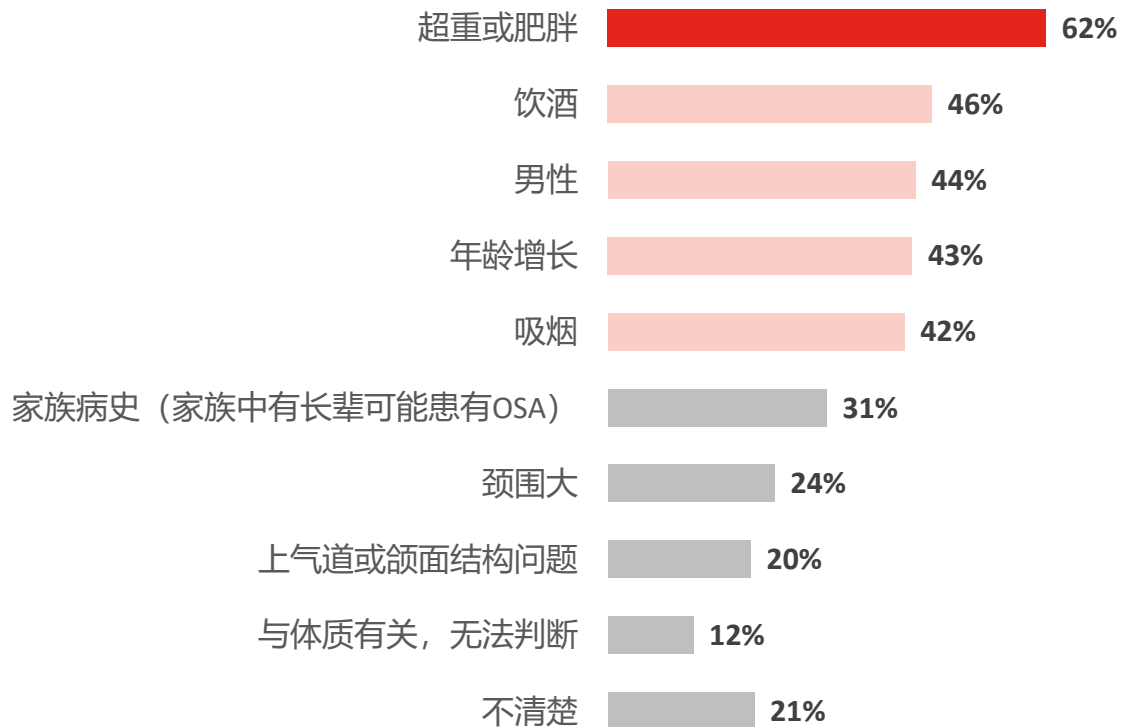
3.Lv R, Liu X, Zhang Y, et al. Pathophysiological mechanisms and therapeutic approaches in obstructive sleep apnea syndrome. Signal Transduct Target Ther, 2023.

4.Chang JL, Goldberg AN, Alt JA, et al. International Consensus Statement on Obstructive Sleep Apnea. Int Forum Allergy Rhinol, 2023.

OSA风险因素认知：认可肥胖对OSA的影响，代谢与生活方式识别度较高

- 62%的受访者认为超重或肥胖可能增加OSA风险，反映了公众对“肥胖导致呼吸暂停”的关联性较为认可
- 饮酒（46%）、性别（44%）、年龄（43%）及吸烟（42%）等常见风险因素的认知率均在四成左右，仍有科普的空间
- 病理结构认知处于显著盲区，仅有24%的受访者关注颈围大，20%了解上气道/颌面结构问题

OSA风险因素认知



我老婆说我特别胖的时候。这个（睡觉）中间（呼吸）停的时间就也很长。我那时候还没有想到是肥胖的原因.....去医院就诊的时候，医生跟我讲得比较清楚.....我的（睡眠）呼吸暂停，跟我体重的增加有很大关系，包括我血脂、血压、记忆力的衰退等等情况都能联系到一块了。

——OSA确诊患者Z先生，45岁

2014年的时候我体重大概是从170斤，到最高的时候250斤.....一两年到医院做一次监测，在医生那里随访，（随着体重增长）从2014年轻度（OSA）到中度，到重度。最近这一一年时间是回到中度，可能和瘦下来是有点关系的。

——OSA确诊患者Z先生，42岁

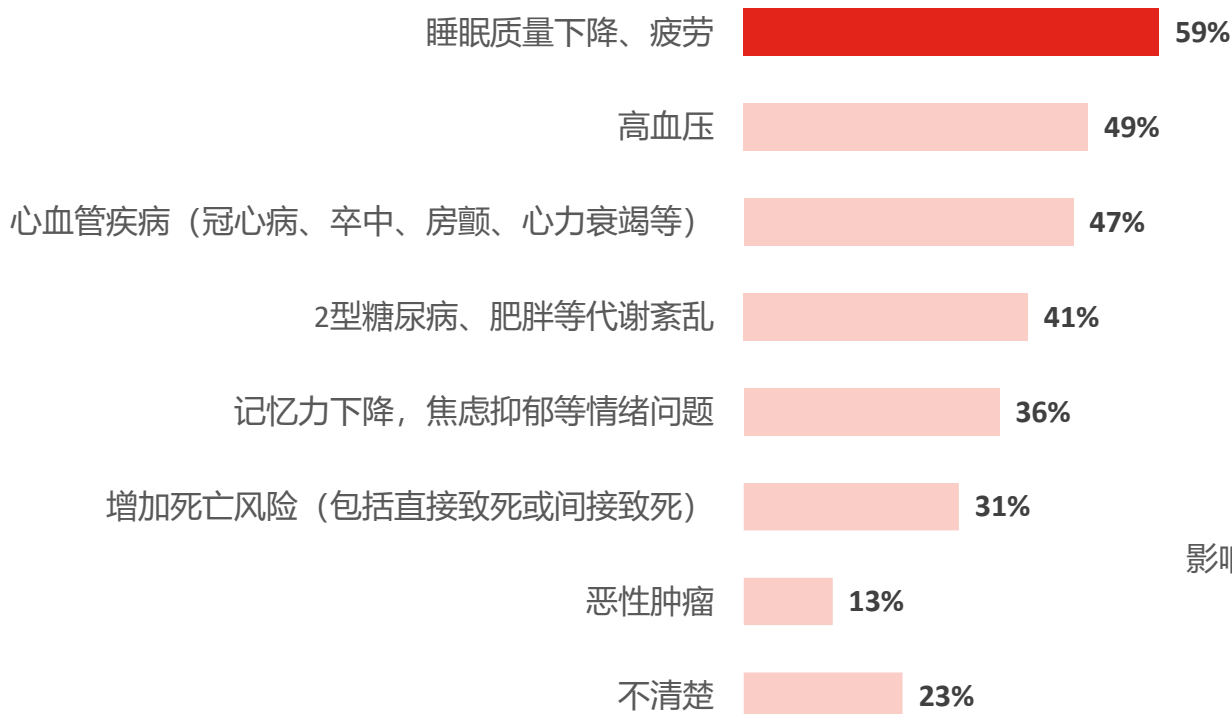
我两个（OSA）最严重的（阶段），你也可以从体重上看出来，这都是在我160多斤的时候产生的。

——OSA确诊患者Z先生，32岁

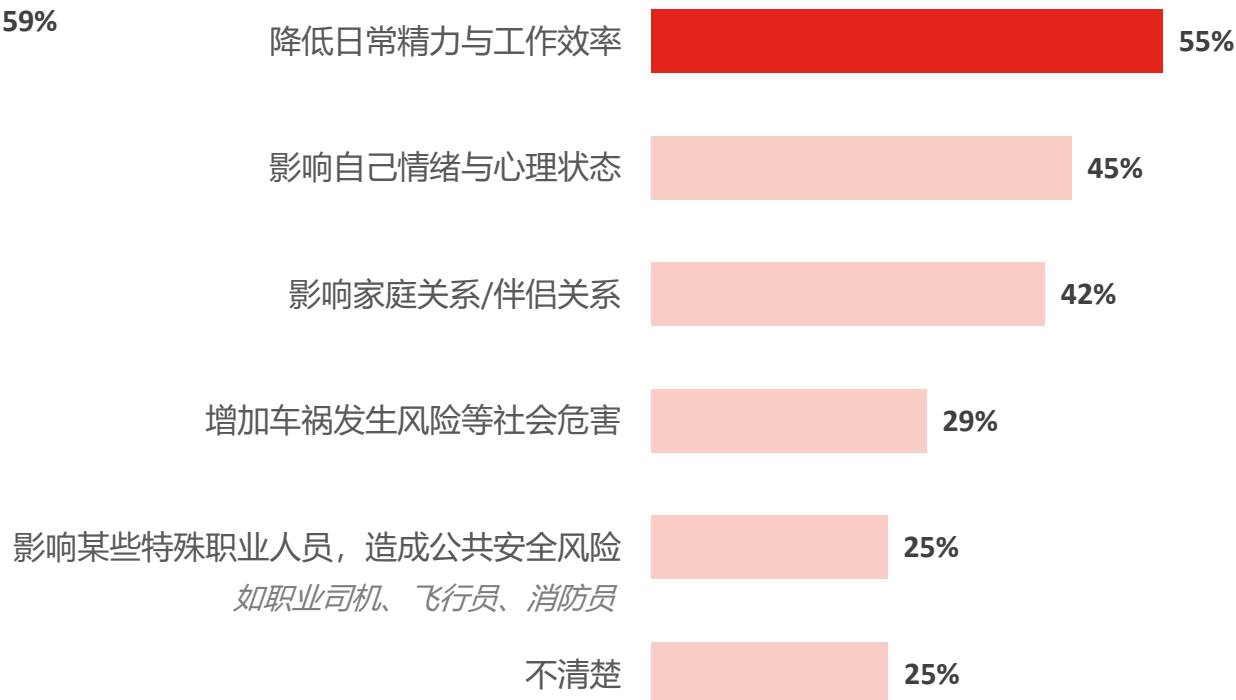
OSA危害认知：个体典型症状感知深，公共安全等警惕不足

- 身心健康受损是受访者的首要关注点。59%的受访者认为OSA会引发睡眠质量下降和疲劳，55%认同其会降低日常精力与工作效率。42%认为会冲击家庭及伴侣关系
- 受访者对致死性风险的警惕性较低，仅有31%的受访者认为其会增加死亡风险。虽然29%的受访者认知到车祸风险，25%认知到特定职业（如司机、飞行员）的公共安全风险，但其关注度明显低于个人健康影响
- 约有四分之一的受访者对OSA可能引发的健康问题完全不清楚，存在明显的认知盲区

OSA引发的健康问题认知

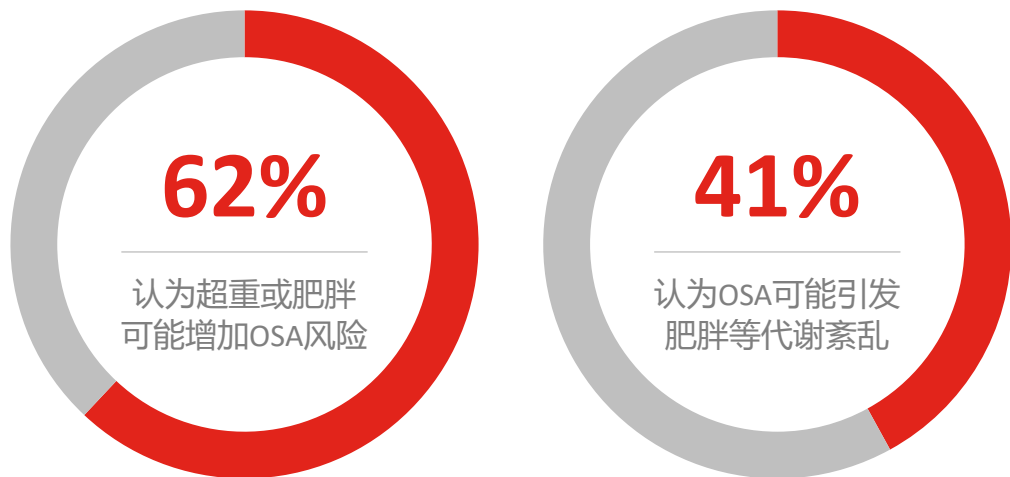


OSA日常影响认知



OSA与肥胖互为因果，二者的共病关联认知仍需提高

- 受访者普遍对肥胖增加OSA风险有一定共识，对OSA引发肥胖认知较低
- 实际上，OSA与肥胖相互影响、相互作用，二者的共病关联认知仍需进一步提高



肥胖是OSA重要且可逆的危险因素¹

首先，颈部周围的脂肪组织堆积，增加了气道的易塌陷性。既往研究结果显示，较粗的颈围与OSA的严重程度相关。腹部脂肪堆积也与OSA相关，尤其是在患者仰卧位时，睡眠呼吸暂停低通气指数增加²。其次，OSA带来的睡眠碎片化等，又会带来激素紊乱、胰岛素抵抗，加重高血压、糖尿病等心血管代谢类疾病风险^{3,4}。

减重是肥胖OSA患者的重要干预目标，现有证据表明减重有助于改善睡眠呼吸暂停低通气指数、降低气道易塌陷性、减少环路增益、提高觉醒阈值³。2022年“MIMOSA”随机临床试验发现，减重幅度越大，OSA严重程度改善越明显⁵。对于合并肥胖的OSA患者，如BMI降低20%，呼吸暂停低通气指数可降低57%⁶。

Q：您认为哪些因素可能增加OSA风险？（多选） Q：您认为OSA可能引发哪些健康问题？（多选） n=1200

1. 中华医学会呼吸分会睡眠呼吸障碍学组等. 成人阻塞性睡眠呼吸暂停高危人群筛查与管理专家共识. 中华健康管理学杂志, 2022.

2. 中国成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊断和外科治疗指南制订工作组等. 成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊断和外科治疗指南(2024). 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2025

3. 中华医学会呼吸病学分会. 成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊治指南(2025). 中华结核和呼吸杂志, 2026

4. Andersen ML, et al. Sleep apnea, heart health and testosterone: unravelling the triad of well-being. EBioMedicine. 2026.

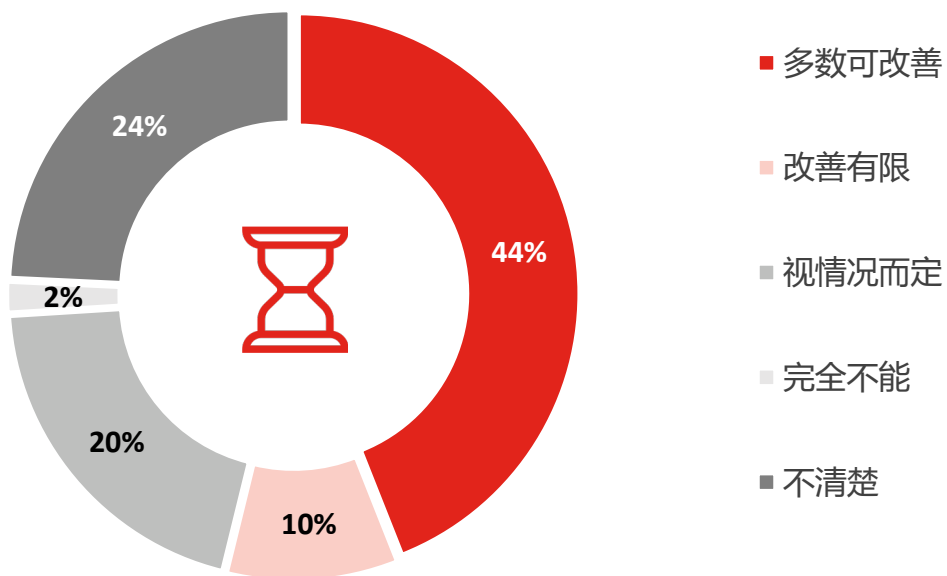
5. Georgoulis M, et al. Dose-response relationship between weight loss and improvements in obstructive sleep apnea severity after a diet/lifestyle interventions: secondary analyses of the "MIMOSA" randomized clinical trial. J Clin Sleep Med. 2022

6 Malhotra A, et al. Weight reduction and the impact on apnea-hypopnea index: A systematic meta-analysis. Sleep Medicine. 2024.

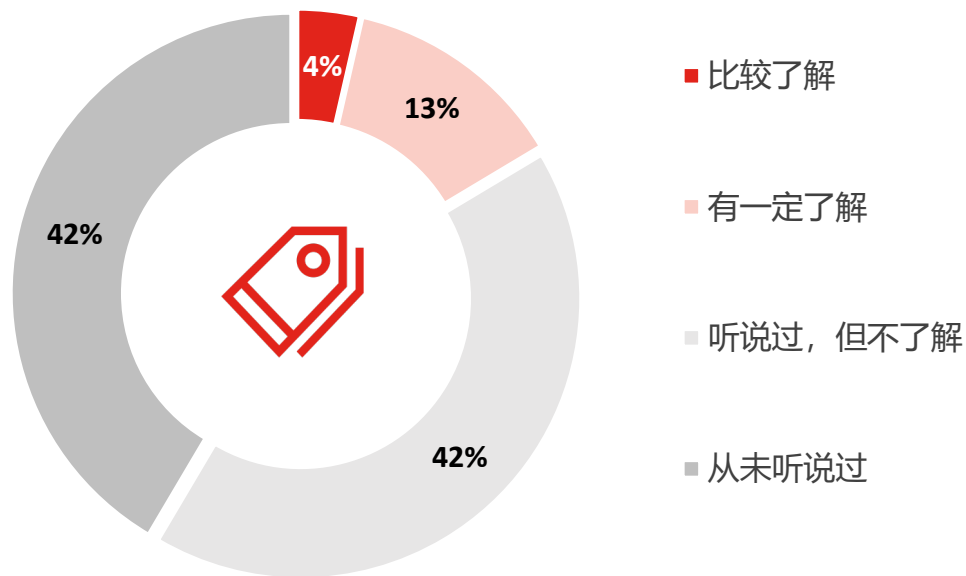
OSA 诊疗认知呈现较高的干预信心与极低的专业知识了解度的错位

- 44% 的受访者认为 OSA 多数可以通过医学干预得到改善，占比最高。仅有 2% 的受访者认为“完全不能”通过医学手段控制，显示公众对医疗干预持有较高的基础信任度
- 84% 的受访者对 OSA 的诊断标准及方式处于“从未听说过（42%）”或“听说过但不了解（42%）”的程度，真正对专业诊疗有一定了解/比较了解的受访者仅占 17%

OSA是否能干预改善



OSA诊断标准认知





PART 03

03

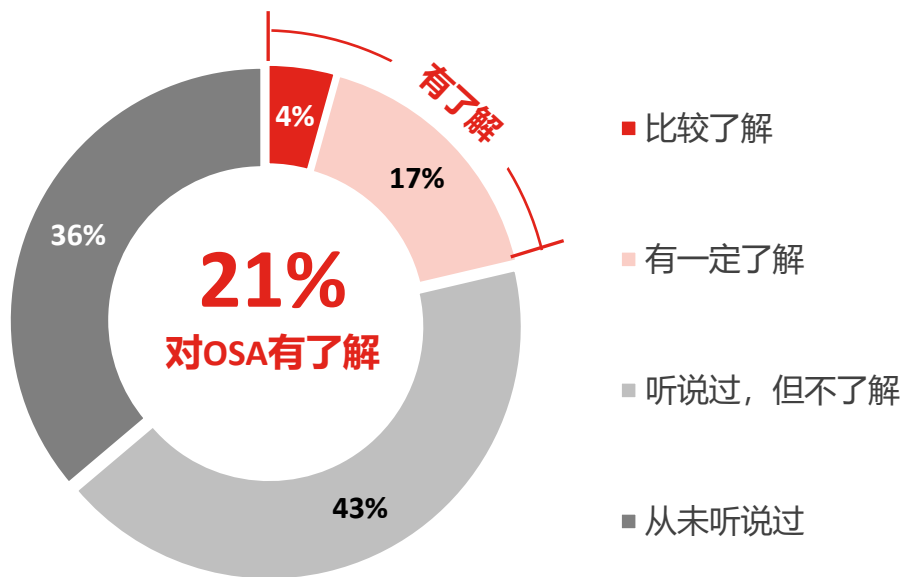
就医干预

驱动及阻碍

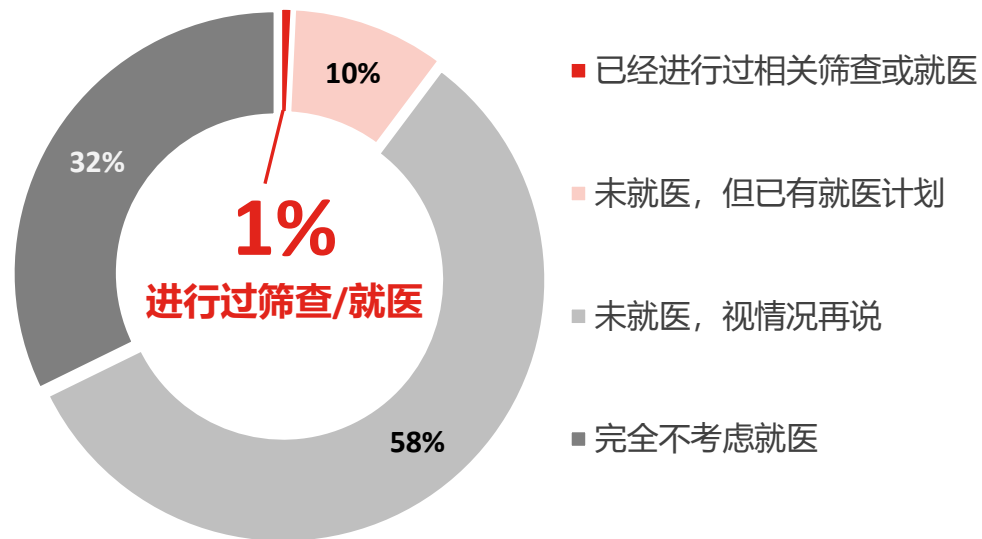
OSA认知匮乏直接导致就医率低，超九成公众处于观望或抗拒状态，实际筛查/就医仅为1%

- 仅21%对OSA有了解，在低认知的直接影响下，实际进行过相关筛查或就医的受访者仅占 1%
- 在未就医的庞大群体中，因为对疾病缺乏重视，高达 58% 的人选择“视情况再说”，更有 32% 的人明确表示“完全不考虑就医”

OSA疾病认知



就诊比例及意愿



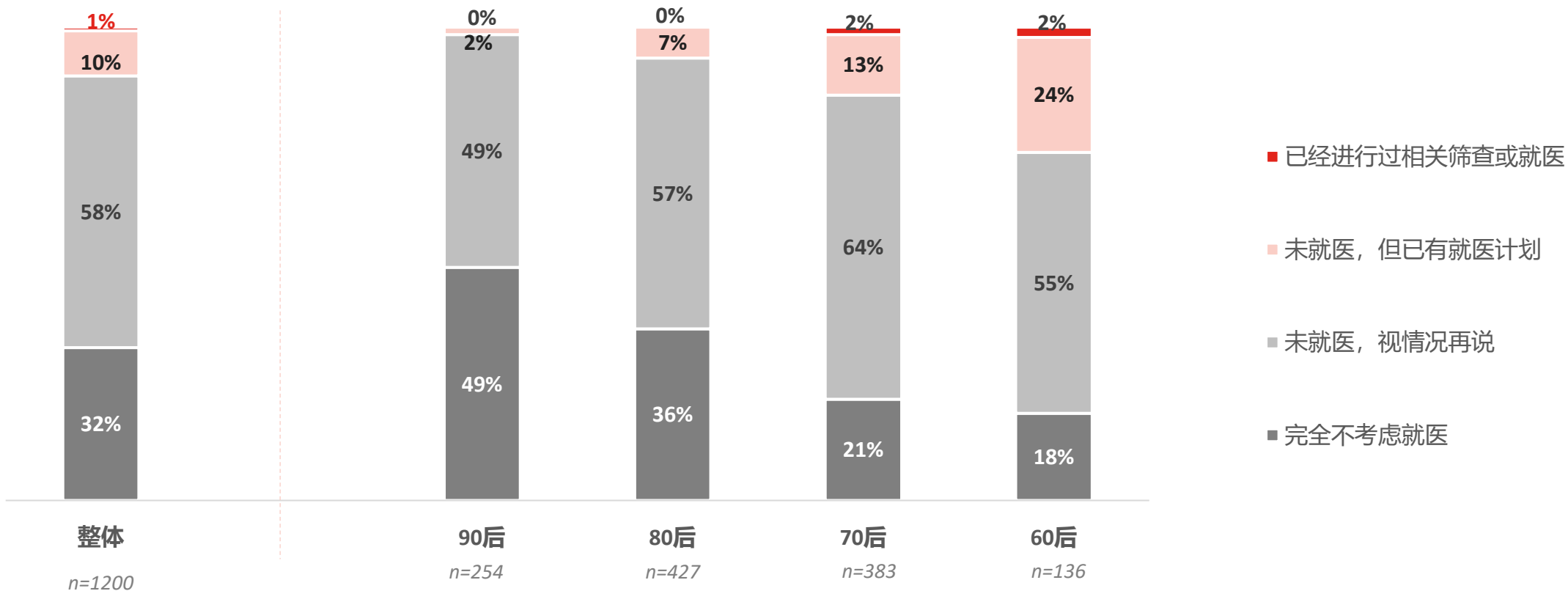
Q: 在此次调查前，您听说过“阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA）”吗？ n=1200

Q: 针对打鼾或疑似 OSA 问题，您或打鼾的家人是否就过医或准备就医？ n=1200

就医意愿与行动力随年龄增加而增长，但整体诊疗率极低

- 受访者中，“已就医”或“已有就医计划”的比例随年龄增长而增加。其中，60后的行动力最高（合计 26%），而 90后仅为 2%
- 整体诊疗率极低。58%的受访者处于“视情况再说”的消极就医状态
- 尽管年长者意愿较高，但整体已实际就医的比例仅为 1%

就诊比例及意愿 – 年龄段差异

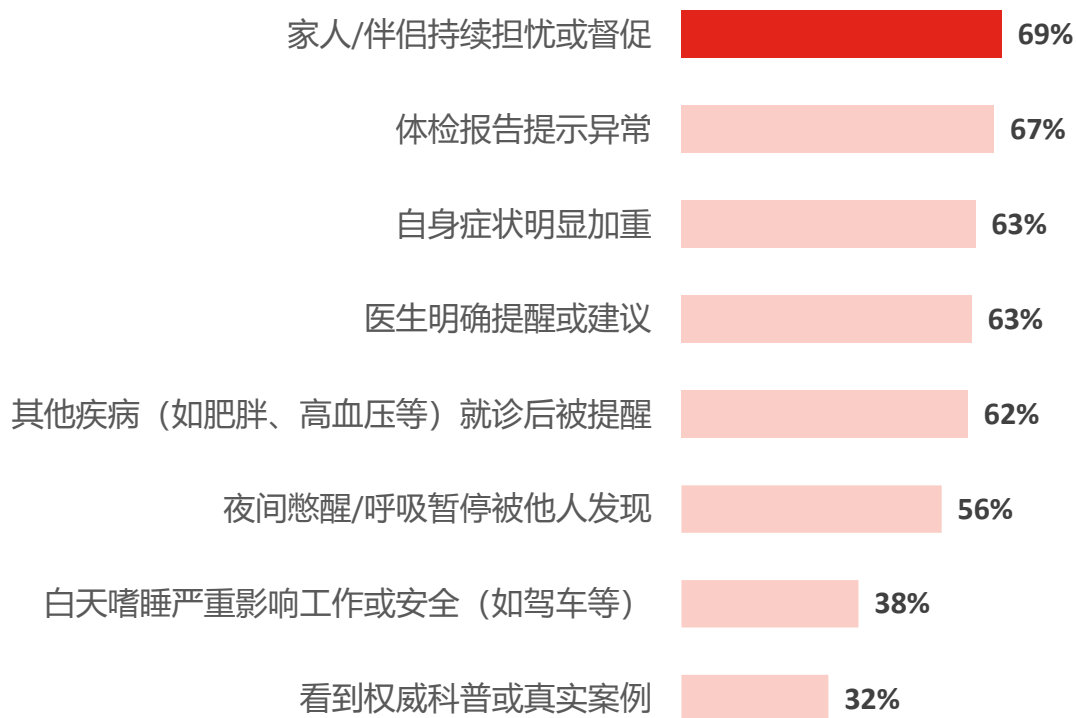


Q: 针对打鼾或疑似 OSA 问题，您或打鼾的家人是否就过医或准备就医？

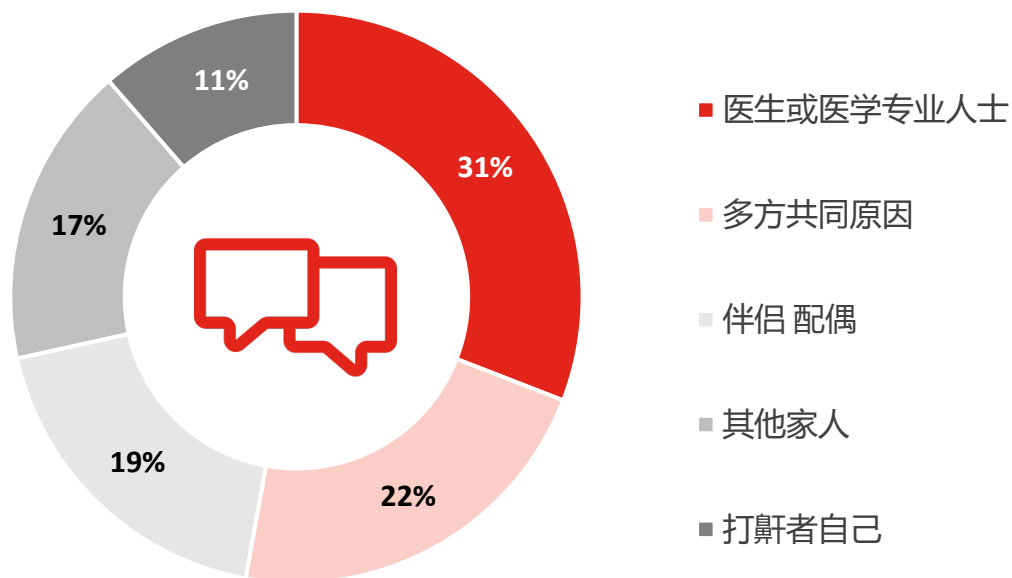
OSA 就医决策受多方驱动，专业医疗建议与家属督促是关键

- 家属督促最具影响力，69%的打鼾就医者受家人/伴侣的持续担忧或督促驱动，在各类直接原因中居首位
- 客观指标/症状是核心触发点，体检报告异常、症状加重、医生建议以及因肥胖、高血压等共病就诊时被提醒，是促使患者进入 OSA 诊疗路径的关键客观依据
- 医疗专业人士在决策链中占据重要地位，在影响最大的单一人群中，医生或医学专业人士占比最高（31%），其次是伴侣（19%），打鼾者自己仅占11%

最终驱动筛查就医的原因



推动筛查就医决策的影响者



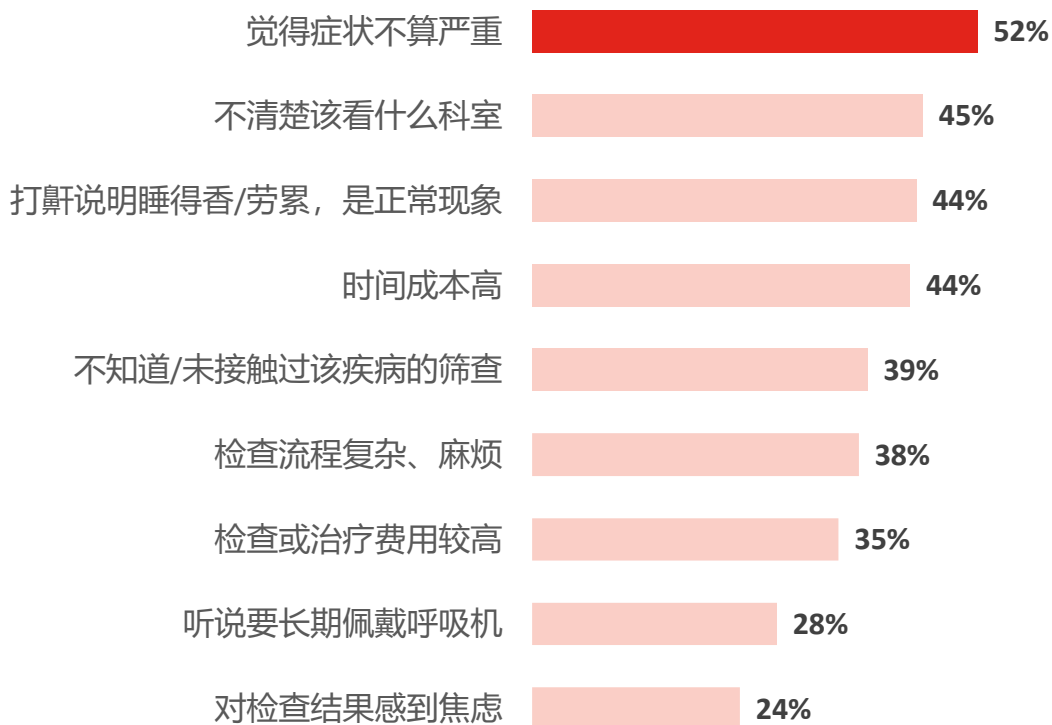
Q: 促使您或打鼾的家人最终去筛查或就医的原因是？（多选）base 就医或有就医计划人群 n=123

Q: 在推动您或打鼾的家人筛查就医的决策过程中，影响最大的是谁？（单选）base 就医或有就医计划人群 n=123

认知偏差与流程繁琐是制约就医的主要阻碍

- 52% 的未就医者认为“症状不算严重”，主观轻视是阻碍就医的首要原因
- 认知误区也是主要的阻碍之一。44% 的人群将打鼾误认为“睡得香/劳累”
- 不清楚该看什么科室（45%）、时间成本高（44%）及认为检查流程复杂（38%）构成了现实层面的阻力

就医阻碍



那时我已经知道睡眠呼吸暂停了，却没有想过自己会有。每个人都不希望自己有这种病，都老是为自已开脱说，就是打呼，可能不是睡眠呼吸暂停。

——OSA确诊患者W先生，46岁

其实，去医院对我来说，反而是一个比较有障碍的事情，真的很难挂号.....反正就是有号的时候，我没有时间，我终于有时间想去的时候可能也没有号。你可能要去好几趟医院，这个时间成本我觉得真的有点过高了。

——OSA高风险人士M女士，41岁

我不知道现在的睡眠监测跟我那个时候有没有什么区别，但是睡眠监测真的是挺大压力.....躺在床上，身上贴满了那些仪器，等于是整夜不能下床、不能翻身，万一想要上个厕所也不行，所以压力也很大。

——OSA高风险人士M女士，41岁

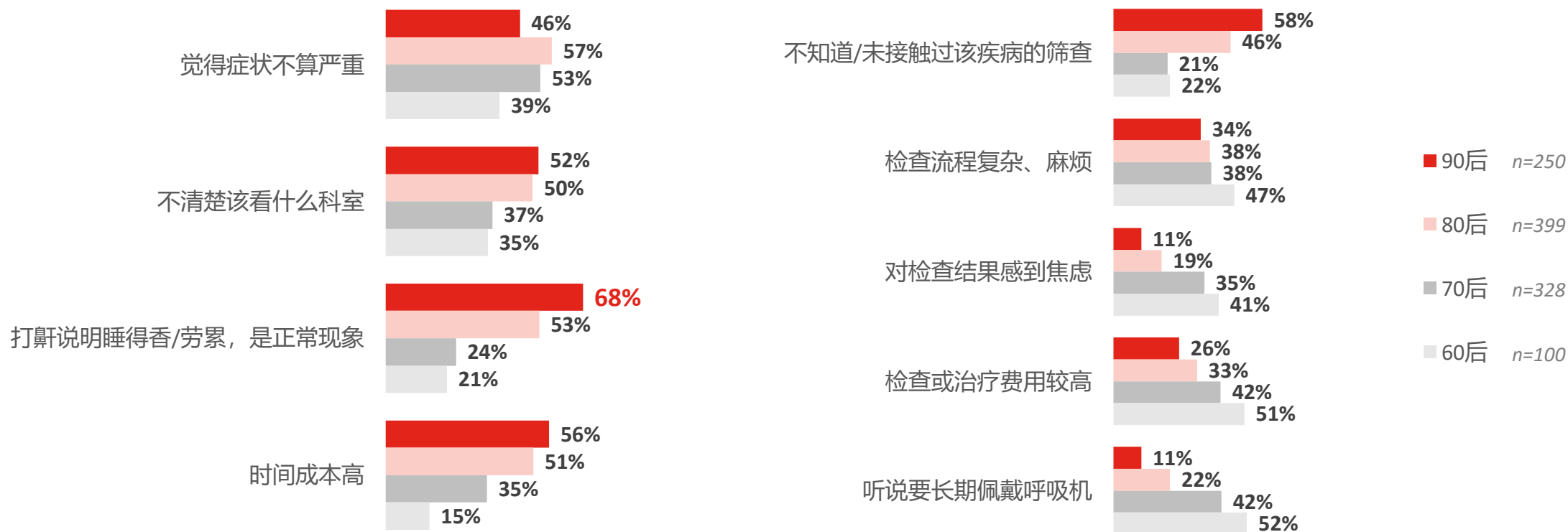
因为现在睡眠监测也可以回家做了，我太太就（督促我去医院）直接带了一套这个设备回来，然后我当天就用了，送回去后的检测结果确实是有（睡眠呼吸暂停）。但在就诊的时候，（OSA导致的不同的问题）还是得挂不同的门诊，（如果）只挂一个号就可以聊完所有的问题会更方便一点。

——OSA确诊患者C先生，33岁

就医阻力随年龄增长由认知误区转向治疗顾虑

- 90后中高达 68%将打鼾误认为“睡得香/劳累”，是各年龄段中这一认知误区比例最高的
- 90后和80后主要卡点为信息不对称，表现为不知道挂什么科（52%）、不知道该疾病需要筛查（58%）
- 70后和60后则受困于现实焦虑，对长期佩戴呼吸机的顾虑（52%）、费用问题（51%）以及对检查结果的焦虑感显著更高

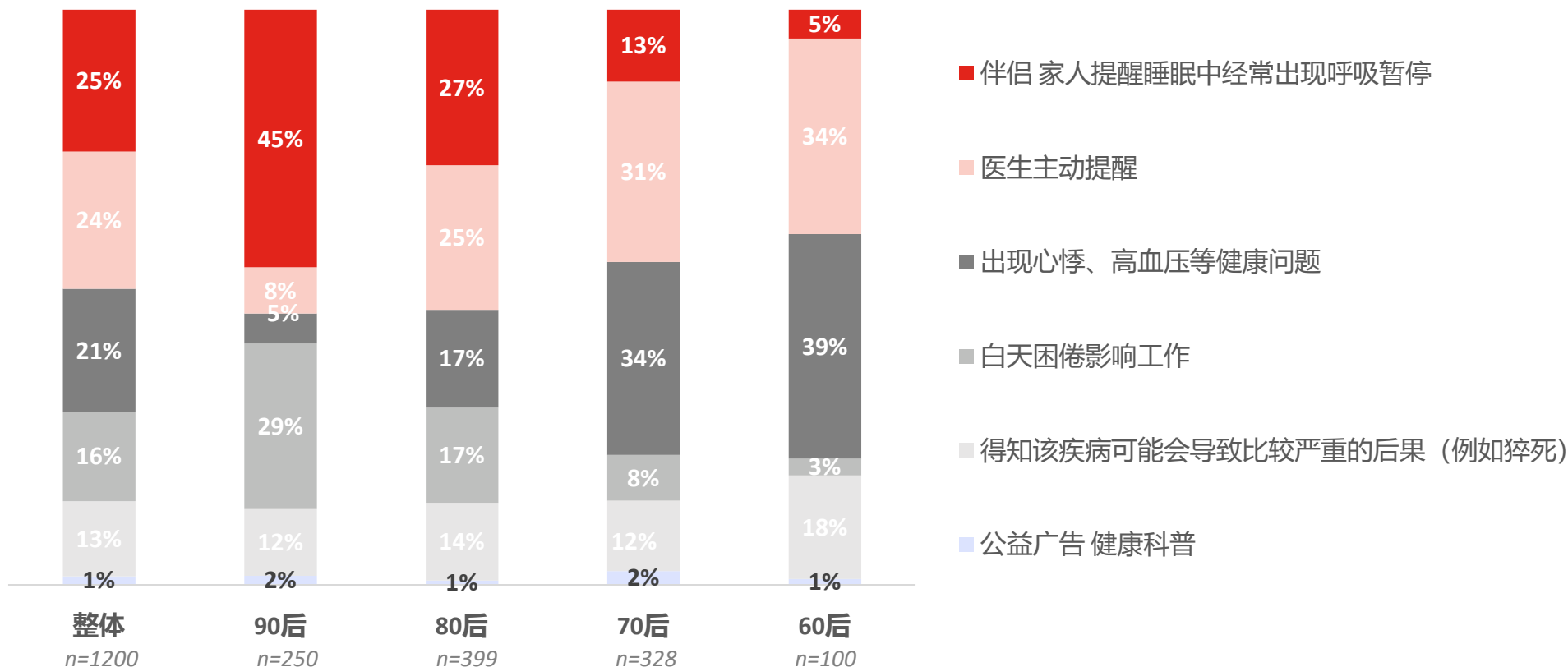
就医阻碍 - 分年龄段



未就医人群的就医驱动情境呈现明显的代际特征

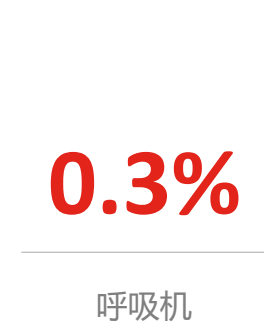
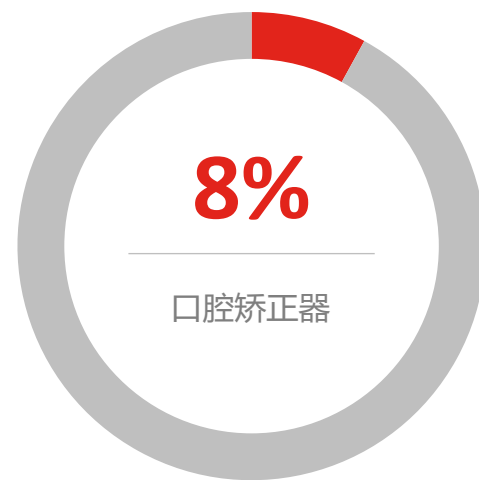
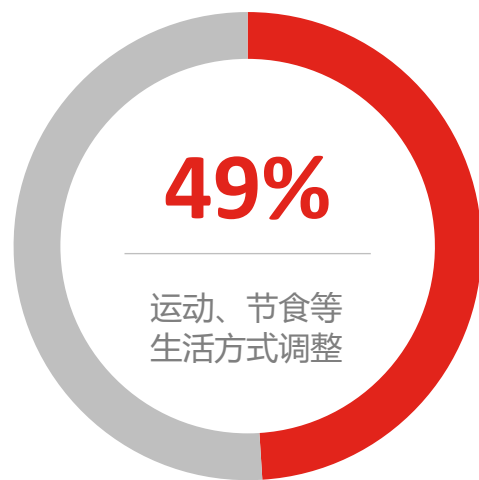
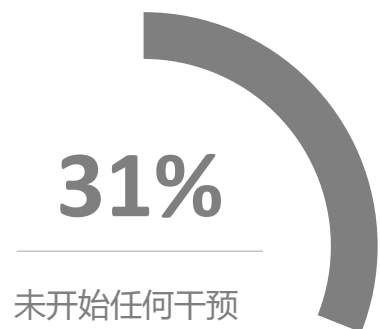
- 对于90后，伴侣提醒呼吸暂停（45%）和白天困倦影响工作（29%）是最高效的驱动就医情境
- 对于60后和70后，出现心悸、高血压等具体健康问题（39%）及医生主动提醒（34%）最具促动效应

未就医人群的就医驱动情境 – 年龄段差异



轻量自救的非医疗干预更普遍，专业手段尝试比例极低

- 调整睡姿（50%）及生活方式调整（49%）是受访者最常用的干预手段
- 接受呼吸机和医生处方药物的治疗率均不足 1%，显示专业临床干预在目标人群中尚未普及



近年来，成人OSA领域在诊断、药物治疗、非药物治疗及疾病管理等方面均取得显著进展。相关药物在OSA合并肥胖的患者人群中的研究取得进展，为该类患者提供了更多的治疗选择¹。

一项针对中国中重度OSA合并肥胖成人患者的模型研究显示，相较于单纯生活方式干预，相关药物联合生活方式干预，可进一步降低OSA长期疾病负担²。



Q: 您或打鼾的家人目前或曾经针对打鼾采取过哪些干预方式？（多选） n=1200

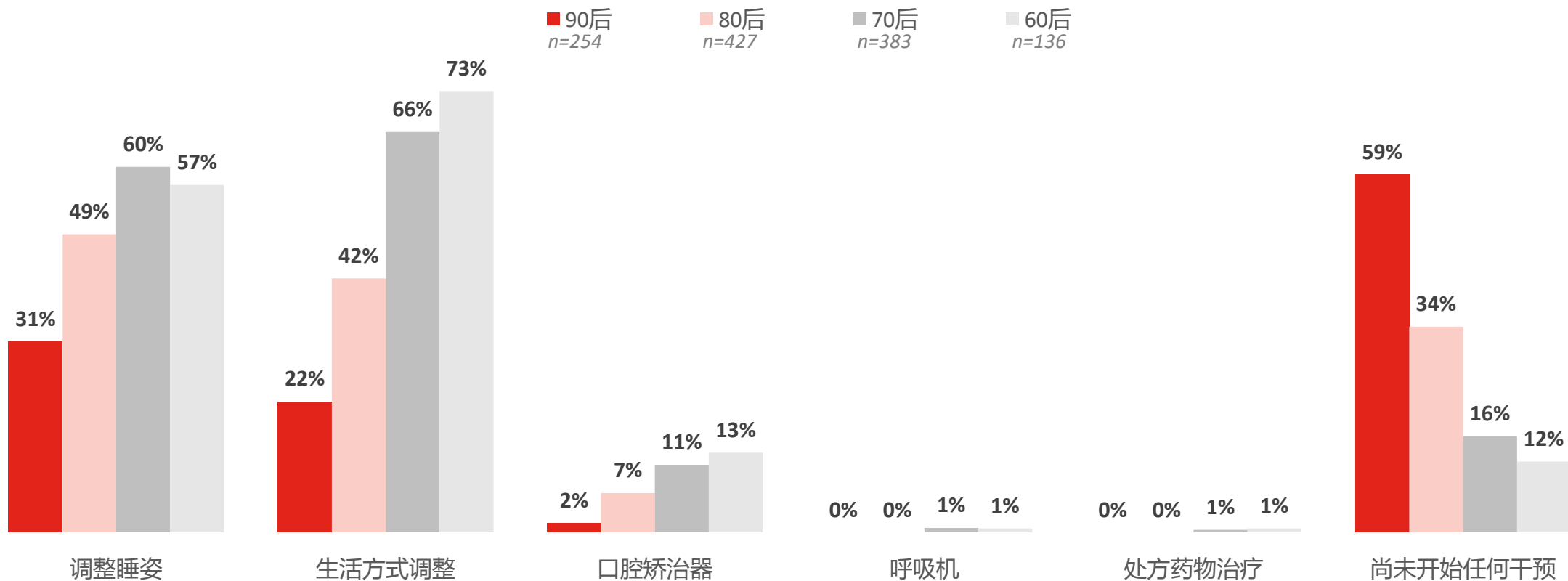
1. 中华医学会呼吸病学分会. 成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊治指南(2025). 中华结核和呼吸杂志, 2026

2. Xiao, Y., et al. Projected lifetime impact of tirzepatide on health and economic outcomes for moderate-to-severe OSA with obesity: A Chinese modeling analysis. Poster presented at ISPOR International Meeting.2026.

干预积极性存在代际差异，年长者更为积极，但总体对于药械治疗干预比例极低

- 60后 采取生活方式调整（73%）及调整睡姿（57%）的比例远高于年轻人，显示出更强的健康管理依从性
- 总体对于药械治疗干预比例极低，并有高达 59% 的 90后 尚未开始任何干预行为

干预手段分布 - 分年龄段



Q: 您或打鼾的家人目前或曾经针对打鼾采取过哪些干预方式? (多选)



PART 04

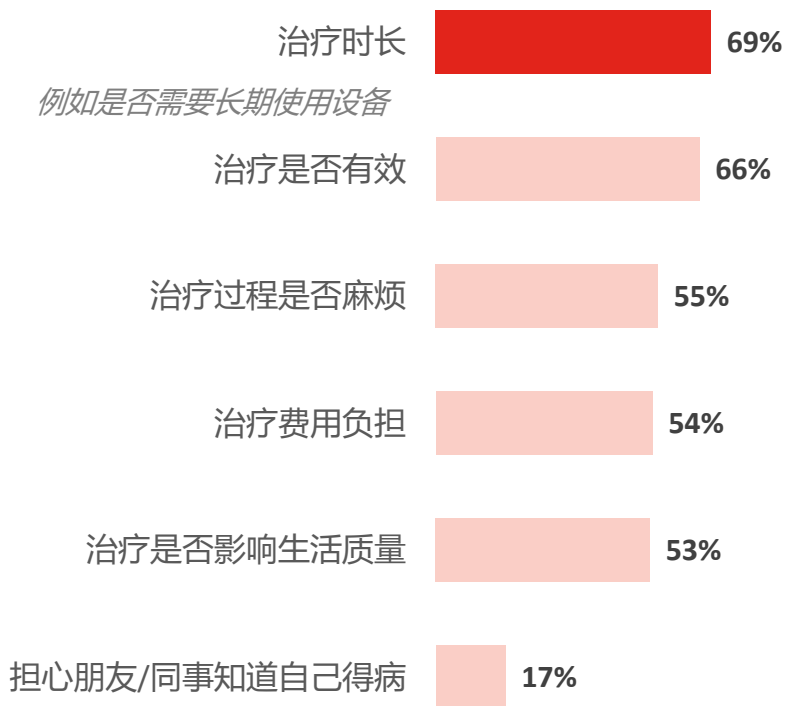
04

从个体痛点 到系统支持展望

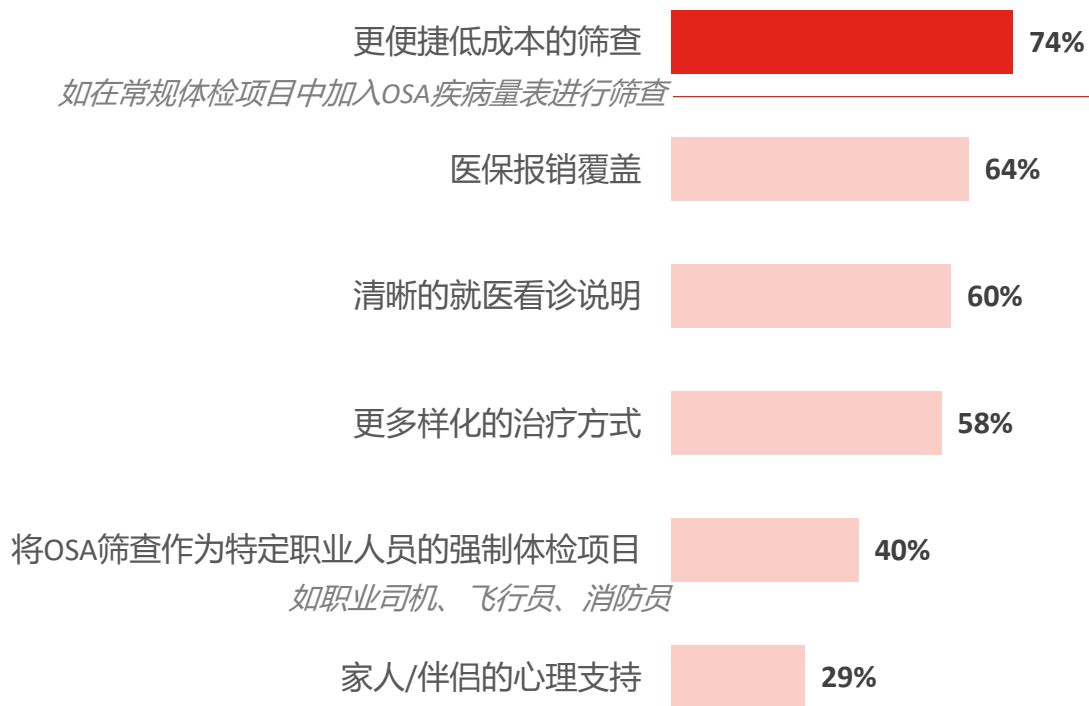
系统支持需求强烈：长期治疗顾虑具有普遍性，呼吁更可及的筛查和更多样化的治疗手段

- 治疗时长与依从性挑战是普遍关注点，69% 的受访者关注是否需长期使用设备。
- 便捷、低成本、看诊流程清晰与多样化治疗是普遍诉求，74% 期待更便捷低成本的筛查方式（如纳入常规体检项目）。60% 的超重/肥胖打鼾者保持每年 1 次或以上的体检频率，体检渠道具备极高的疾病筛查承载潜力。

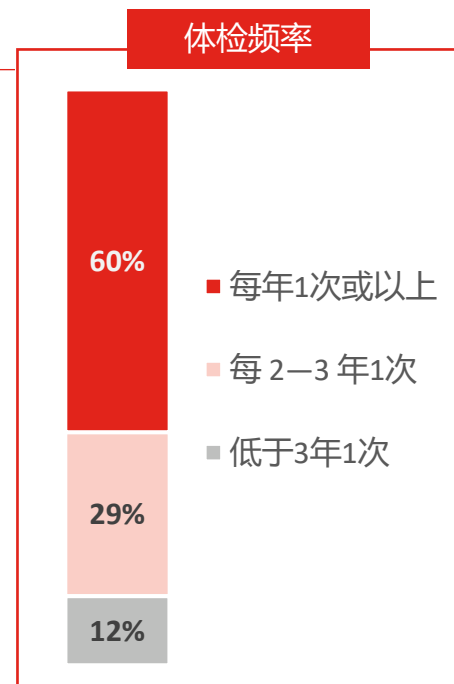
诊疗关注点



诊疗诉求/期待



体检频率



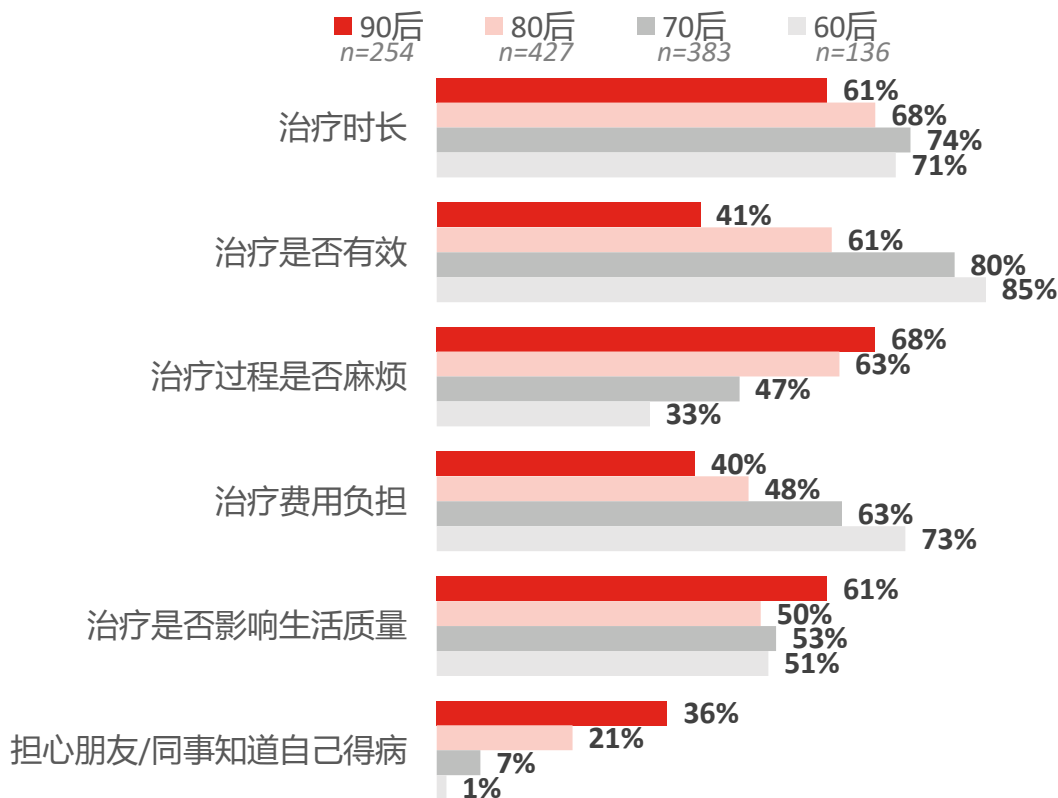
Q: 关于 OSA 的诊断和治疗, 您最担心或最关注的问题是? (多选) n=1200 ; Q: 您认为针对 OSA 的诊断或治疗, 哪些方面最需要提升? (多选) n=1200 ;

Q: 您或家人 (打鼾者) 的体检频率是 (以过去一年为例) ? n=1200

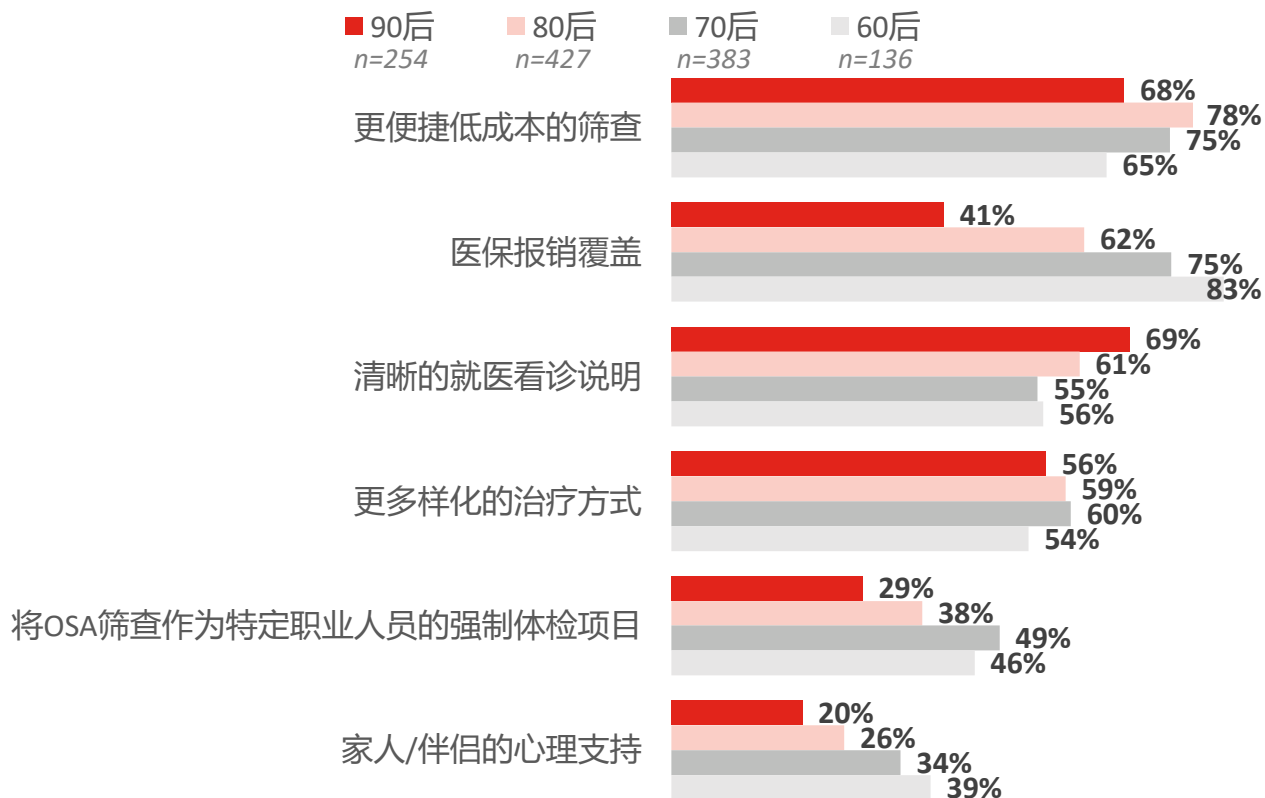
90后对OSA诊疗的体验、流程和社交存在顾虑，中老年群体更聚焦有效性和医保覆盖问题

- 90后对治疗的担心主要源于治疗过程麻烦（68%）及对生活质量受损（61%）的担忧。90后对社交圈知晓得病的比例高于其他年龄段。60后、70后则回归对治疗有效性及治疗费用的关注，侧重于疾病的实质性改善和实际落地花销。
- 诊疗诉求随年龄增长从“路径指引”转向“经济负担”。90后核心诉求为清晰的就医指引（69%），旨在降低进入诊疗路径的认知门槛。60后则表现出极高的医保报销覆盖需求（83%），经济保障是驱动其接受长期治疗的决定性因素。

诊疗关注点 - 分年龄段



诊疗诉求/期待 - 分年龄段



Q: 关于 OSA 的诊断和治疗, 您最担心或最关注的问题是? (多选)

Q: 您认为针对 OSA 的诊断或治疗, 哪些方面最需要提升? (多选)

OSA在我国属于高患病率、危及多系统健康的慢性疾病，疾病负担沉重

疾病定位

严重危害健康的慢性呼吸系统疾病、睡眠呼吸疾病¹

慢性呼吸系统疾病

《成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊治指南（2025）》提及OSA是一种以反复上气道塌陷、夜间间歇性低氧和睡眠片段化为特征的常见的睡眠呼吸疾病，是一种慢性疾病。需开展长期、多学科协作的治疗与管理。

睡眠呼吸疾病

《医疗机构睡眠门诊建设和管理专家共识（2025版）》明确提出门诊服务应覆盖睡眠障碍全疾病谱的预防、筛查、诊断、治疗、康复管理及睡眠健康促进。出诊形式包括睡眠综合门诊及专病门诊（失眠门诊、睡眠呼吸暂停门诊、发作性睡病门诊等）。

说明：

1.睡眠呼吸疾病，在ICD11疾病分类中又名睡眠相关呼吸暂停，在此类别下的代表病种有中枢性睡眠呼吸暂停、阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA）、睡眠相关低通气或低血氧障碍、其他睡眠相关呼吸障碍。

疾病负担沉重

患者基数庞大。在30~69岁的成年人中，我国OSA患病率达23.6%，相当于每4人中就有1人，约1.76亿人受影响，患病人数居全球首位，其中，中重度患者为8.8%。但实际整体诊断率仅约1%，大量患者仍未得到及时识别与治疗。数据显示，60%~90%的OSA患者伴肥胖，OSA在肥胖人群中的患病率约为40%。

疾病危害深远，累及多系统健康。OSA与多种临床疾病显著相关，且一些不良临床结局的发生风险与OSA严重程度密切相关。目前证据一致表明OSA增加了心脑血管疾病（如冠心病、卒中、高血压）、代谢性疾病、认知功能障碍、慢性气道疾病（如慢性咳嗽、哮喘、慢阻肺）等疾病风险，以及交通事故和职业事故风险。

经济负担沉重，带来一定社会成本。OSA患者常出现日间疲劳、困倦，还可能存在警觉性、注意力、认知功能、社交能力及生活质量下降，这些日间功能下降会增加工作及驾驶事故风险。研究显示，OSA患者发生工伤的风险比普通从业者高1.64倍，职业司机的OSA患病率高于普通人群且OSA与交通事故风险增加密切相关。OSA还给社会带来沉重的经济负担，增加了患者的医疗花费。

参考资料：

- 1.中华医学会呼吸病学分会.成人阻塞性睡眠呼吸暂停诊治指南(2025)
- 2.成人阻塞性睡眠呼吸暂停高危人群筛查与管理专家共识(2022)
- 3.阻塞性睡眠呼吸暂停严重度评估参数及诊断技术(2025)
4. Benjafield AV, et al. Lancet Respir Med. 2019;7(8):687-698.

OSA 诊疗三大核心卡点：认知误区深、筛查机制缺、就诊渠道不明

患者疾病认知不足，认为“打鼾不是病”，绝大多数患者仅在出现严重靶器官损害时才溯源就诊

52%

觉得自己症状不算严重

44%

打鼾说明睡得香/劳累，是正常现象

我觉得很多人逻辑里面，打呼是睡得香的表现，就是不会觉得这是一种问题。我当时没想到是这么**重度的OSA**，就是我是个中度或者什么初级的，结果后来发现是重度，我还是比较**吃惊的**。

——OSA 确诊患者W先生，46岁

未开展高危人群筛查，疾病症状隐匿性强，患者不知自己患病

39%

未接触过该疾病的筛查

(就诊以前) 爱人**只是觉得我打呼噜**，我们当时也不是很了解。

——OSA 确诊患者C先生，33岁

(打鼾) 很多年。大概30多岁就开始有了。人很容易犯困会觉得头很重。反正对自己的健康影响也是比较大，是**持续了很长一段时间之后**去做的睡眠监测。

——OSA 确诊患者Z先生，59岁

以为就是岁数大了，前列腺自然就有这问题了。那时候没觉得这件事情好像要特别让我当一个事儿去看，**没觉得要去医院看病**，夜里上两回厕所就上了，也不影响也挺正常，早上起来头昏沉沉，口干，就觉得肯定觉没睡好，然后**睡眠质量差了**，就这么想，没去医院看病。

——OSA 确诊患者W先生，55岁

基层医疗机构缺乏 OSA 相关诊疗能力，患者无便捷的筛查/就诊渠道

45%

不清楚该看什么科室

38%

检查流程复杂麻烦

等了一段时间，从最初有(呼吸暂停)这种情况，然后到我真正去检查，有两年多。(觉得去医院检查)比较**麻烦**，主要是没太重视。超出我的预期，我**没想到会那么严重**。

——OSA 确诊患者W先生，41岁

现行政策与生态支持：OSA相关政策分散、依附提及为主、基层刚起步

顶层设计

健康中国2030纲领性提及

将睡眠健康列为组成部分，睡眠指标纳入健康中国指标

慢性呼吸疾病方案附带提及

《慢性呼吸系统疾病防治行动实施方案》中未单独列出，仅提及相关慢性病需同防同治同管

临床指南相对完善

明确CPAP为一线治疗方案；针对合并肥胖症的中重度患者首次系统纳入药物治疗路径

落地情况

睡眠门诊建设硬性要求

要求每地市至少1所医院提供睡眠门诊服务；出台“儿科和精神卫生服务年”行动方案

各地推进落实

强化对“儿科和精神卫生服务年”行动的组织领导，制定具体实施方案

实际建设成果

2025年，全国333个地级市、直辖市的87个区县都已经完成睡眠门诊设置

探索试点

诊断项目探索纳入医保

部分省份将“睡眠呼吸监测”纳入医保，如江苏、浙江、江西、甘肃等

治疗项目探索纳入医保

个别省份探索将治疗项目纳入医保如江苏省将OSA正畸治疗、射频消融纳入医保

社区创新试点

上海市、银川市等地探索OSA社区管理模式

诊疗支持

治疗服务初步开展

三甲医院可提供药物、CPAP、口腔矫治器、手术等综合治疗；二甲医院已启动相关科室建设及医疗设备完善

人才培养启动

新增工种“睡眠健康管理师”开展“睡眠技师专项能力培训项目”

早筛、早诊、早治，并逐步纳入慢病管理体系

呼吁OSA纳入慢病管理体系

当前，睡眠健康仍是我国公共卫生与慢病管理体系中的相对薄弱环节。随着2025年国家卫生健康委将“睡眠门诊”建设纳入为民服务实项目，睡眠疾病正逐步从临床问题上升为值得政策层面系统关注的重要议题。

OSA具有典型的慢性病特征，其长期、隐匿、系统性影响，使其不仅局限于单一疾病范畴，更与心血管、代谢等多类慢病风险密切相关。当前我国OSA仍面临认知不足、诊疗不均及管理缺失等挑战，与庞大的患者规模形成明显反差。

从公共健康视角出发，有必要推动OSA逐步纳入慢病管理体系之中，通过政策引导、分级诊疗及多学科协同，构建更系统、更连续的管理模式，使其从“被忽视的睡眠问题”，转变为“可管理的慢性疾病”，为整体慢病防控提供新的切入点。

——北京大学人民医院呼吸睡眠医学科主任、世界睡眠学会秘书长、亚洲睡眠学会主席 韩芳教授

早筛、早诊、早治

目前，睡眠问题仍是大众健康关注中的盲区，OSA尤为典型。

临床上，大多数患者往往在疾病发展至中重度，甚至出现严重的心血管或代谢合并症后才就诊。目前，OSA的诊疗正在逐步形成从筛查、诊断到治疗的规范化路径，且随着技术发展，筛查手段日益简便，将为疾病前移管理提供现实基础，手术、呼吸机、药物治疗等手段也多有突破。越早识别并干预OSA，不仅有助于改善睡眠质量，更可在源头降低心血管、代谢等多重慢病风险。

因此，提升高风险人群识别能力与基层医疗机构筛查水平，推动多学科协同与规范化管理，让OSA从“被动发现”走向“主动干预”，实现早筛、早诊、早治，是当前防治工作的关键方向。

——上海交通大学医学院附属瑞金医院呼吸与危重症医学科主任、中国医师协会睡眠医学专业委员会主任委员 李庆云教授

重点发现



打鼾人群分布

男性及高龄群体风险高，女性充当家庭健康哨兵

男性打鼾比例高

男性受访者习惯性打鼾比例高达 67%，远高于女性。

高龄人群风险突出

60后受访者中，本人打鼾的比例高达 81%，且超过半数的受访者存在本人与家属均打鼾的情况。

女性监测角色突出

86% 的女性受访者能观察到家人打鼾，她们是家庭睡眠健康的首要监测者和潜在就医推动力。



伴侣关系

习惯性打鼾对伴侣的影响从睡眠剥夺延伸到心理负担、伴侣身体健康和家庭和谐

睡眠剥夺与健康损害

54% 的家属因伴侣打鼾导致睡眠质量下滑或日间精神不佳。41% 的家属认为自身的身体健康已经受到伴侣打鼾的波及。

持续性焦虑

46% 的家属因为担忧打鼾者的身体健康而影响情绪或心理状态。

恶化家庭关系

34% 的受访者表示打鼾已导致家庭关系紧张。49% 的伴侣因打鼾发生过争执、抱怨和吵架。



OSA危害感知

个体典型症状感知深，与肥胖关联性及共病风险警惕不足

典型症状感知

高危人群夜间憋气比例高但认知仍不足，受访者对OSA导致的睡眠质量下降（59%）和精力损耗（55%）感知最明显。

共病风险关联

仅有接近半数受访者认识到，OSA与高血压、心血管疾病，尤其是肥胖等健康问题密切相关。

致命风险忽视

仅有 31% 的受访者认为其会增加死亡风险，对交通安全（29%）等公共风险的关注度不足。

重点发现



OSA认知与就医

90后成OSA认知“低洼地”，就医意愿与干预行动力低于60后

90后成认知洼地

尽管90后受访者中有三成人群几乎每晚发现自己或家人呼吸中断，但超过半数的90后从未听说过OSA。

就医意愿代际分化

60后群体中已有就医计划或行动的比例合计达 26%，而90后仅为 2%，且近一半90后明确表示完全不考虑就医。



OSA诊疗阻碍

认知偏差与就医门槛是主要就医阻碍

主观轻视

52% 的未就医者认为“症状不算严重”，44% 的人群将打鼾误解读为“劳累或睡得香”。

就医门槛

不清楚挂号科室及流程繁琐是跨代际的现实阻力；此外，年长者对长期佩戴呼吸机的依从性及治疗费用较为顾虑。



OSA干预现状

专业医疗干预渗透率低，大众对系统性支持需求迫切

专业医疗干预渗透率低

调整睡姿（50%）及调整生活方式（49%）是最常用的干预手段，而接受专业呼吸机和药物的治疗率均不足 1%。

系统支持诉求迫切

无论哪个年龄段，普遍诉求更可达、更可负担、非长期依赖的诊疗体验。不同年龄群体均有六成以上关注治疗时长。治疗的有效性、便捷度（不麻烦）和费用负担也有五成以上的关注比例。74% 的受访者期待将更便捷、低成本的筛查纳入常规体检。



CMAT-34142

本内容由礼来中国参与支持

如想了解更多疾病信息的信息，请咨询医疗卫生专业人士