

全球人口老化趨勢持續加劇，尤以台灣人口老化速度更超過許多國家。因應長照，研發各種科技應用與服務體系，是台灣社會亟需面對的課題。鑒於此，本刊 107 年首季即以「長照與生醫工程」為專題，特邀請台灣睡眠醫學學會理事長徐崇堯醫師，撰寫專文，分享其多年的睡眠醫學研究，內涵：老年人、嬰幼兒、孕婦和輪班制工作人員等，容易罹患睡眠障礙的四大族群進行其臨床研究分析。

睡眠障礙診療的新契機

A Fresh Turning Point for the Diagnosis and Treatment of Sleep Disorders

徐崇堯 醫師

Chung-Yao Hsu

高雄醫學大學附設醫院神經部暨睡眠中心
台灣睡眠醫學學會理事長

睡不睡有關係：認識你三分之一的生命

隨著社會的變遷的和高齡化社會的來臨，生活壓力和老年疾病接踵而至，加上天災人禍不斷上演，睡眠障礙變成現代人最困擾的疾病之一，根據台灣睡眠醫學學會的調查，大約佔全台灣人口的百分之十五。

人的一生，有三分之一的時間屬於睡眠。一個人在晚上躺床的時候，大約二十分鐘之內能夠睡著。睡著之後我們先進入「非快速動眼期睡眠 (non-rapid eye movement sleep, NREM sleep)」，這個時期體內的生長激素分泌旺盛，身體正在進行重建和修復的工作，我們常說「嬰兒一眠大一寸」，

就是這個睡眠期。隨著年齡的增長，我們會逐漸失去「非快速動眼期睡眠」中的深度睡眠，所以身體開始衰老。大約在睡著後的一個半小時，我們進入「快速動眼期睡眠 (rapid eye movement sleep, NREM sleep)」，這個時期體內的皮質類固醇分泌旺盛，中心體溫降到了最低點，大腦處於做夢的狀態，其實正在進行去蕪存菁的工作。所以罹患失智症的人，就是沒有了「快速動眼期睡眠」。

這幾年的睡眠醫學研究發現，一個成年人正常的睡眠時間，大約是六到八個小時，以七個小時最為標準。睡眠時間過長和過短的人，死亡率都比睡眠時間適中的人高。這樣的研究結果告訴我們，睡不好的人和很會睡的人都有潛在的問題。其實道理

很簡單，睡眠的功用就是在強化腦力和體力，所謂「休息是為了走更遠的路。」所以睡不好的人，智能容易衰退，身體容易生病，睡太多的人，也一定是晚上的睡眠出現一些自己可能都不知道的狀況，所以才需要補眠。

從這個觀點來看，睡眠障礙不只是晚上睡覺的時候發生的單一性問題，而是牽連到整個大腦和身體各個器官的共通性問題。所以失眠的人不是吃吃安眠藥物就能夠解決的，嗜睡的人也不是喝喝咖啡就能夠解決的。有睡眠困擾的人，有可能罹患睡眠障礙，需要到睡眠中心接受睡眠多頻道生理檢查，才能夠得到正確的診斷。也有可能只是潛在性精神或身體疾病所表現出來的一個症狀，有如冰山一角般，需要各科專科醫師仔細檢查，才能找到病因。治療與睡眠相關的問題，不能頭痛醫頭，腳痛醫腳，就好像治療咳嗽，不能只用止咳藥水一樣。

隨著睡眠醫學的發展，睡眠中心如雨後春筍般的成立，進行睡眠多頻道生理檢查和白日入睡時間測定，協助診斷失眠症、嗜睡症、睡眠呼吸障礙、睡眠動作行為障礙，以及與睡眠障礙息息相關的身體和精神疾病，特別是容易罹患睡眠障礙的四大族群，包括老年人、嬰幼兒、孕婦和輪班制工作人員。睡眠醫學必須從生理學和心理學的角度出發，才能夠解開睡眠如何參與大腦認知功能的運作。

銀髮族的睡眠，危險枕邊人！

「阿爸中風了！」玲玲焦急的從公園打手機回家：「阿爸下了我的車，才開始散步，突然講不出話來，然後右手右腳軟了下去，就倒在地上了。」

清晨七點半左右的這一通電話，喚醒了還在睡夢中的弟妹，阿母也顧不得廚房的菜餚，大家圍繞在電話旁邊。

「救護人員趕來了，」玲玲說：「準備要送往高醫。」

一家人三兩下子就穿好外衣，立刻出發前往醫院的急診室。

還好玲玲及時把爸爸送到醫院救治，讓爸爸撿回了一條命。

我們的大腦裡面有一個構造叫做下視丘(hypothalamus)，裡面藏著兩粒豌豆般大小的神經核，規律的發出訊號，支配人體內一天二十四小時的各種功能和運作，我們稱為「生理時鐘」。由於生理時鐘的影響，很多疾病的發生都集中在一天當中的特定的時段。

根據發表在美國知名「腦中風」雜誌的研究發現，最容易發生腦中風的時間是在早上，特別是起床以後的兩個小時之內，這項發現與一般人認為腦中風最容易發生在半夜或凌晨的想法不同。從另一方面來說，產痛和氣喘倒是容易發生在半夜或凌晨。早上起床以後的這個時段，交感神經興奮，類固醇荷爾蒙濃度增加，心跳和血壓開始上升。同時經過一夜的睡眠，血液也處在比較粘稠的狀態。以上諸多原因都可能提高罹患腦中風的機會。

所以老年人和容易罹患心血管疾病的族群，特別在冬天，早上起床之後一定要小心謹慎。可以先在床上暖暖身，然後慢慢下床來。如廁和盥洗的時候要留意馬桶坐墊的溫度和水溫，解小便不要過於急促，解大便不要過於用力。早餐要補充足夠的水分，但是不要太冰冷。在家中或庭院做些家事，不要太出力或太勞累。出門前要量量血壓，並且注意室內室外氣溫的變化，必要時多加件衣服，不要突然進行或從事過度激烈的運動。

很多腦中風的病人有失眠的困擾，能夠保持規律的作息，適度的到戶外走動，接觸晨光和大地，有助於體內生理時鐘的調整。過度依賴安眠藥物反而會壓制腦神經細胞的活性，阻礙神經系統的恢復。也有不少腦中風的病人有憂鬱的傾向，如果能夠擁有親人和朋友構成良好的支持系統，必要時服用抗憂鬱藥物，能夠強化腦中風復健的成效。

既然腦中風會看時辰，我們也要懂得看時辰來預防腦中風。如果不幸得了腦中風也不要氣餒，我們還是要看時辰，隨著宇宙氣象的作息來生活，學會老祖宗日出而作、日入而息的態度，不要違背體內生理時鐘的節律，變成一個睡眠不定時、飲食不定量的人，如此才可以保有健康的身心。

失眠人口隨著年紀有增加的趨勢，特別是女性，有其他身體病痛以及服用多種藥物的老年人，比較有罹患失眠的機會。診治老年人的失眠，必須

同時考慮失眠的共病性，不能一味地給予鎮靜安眠藥物，可能因為藥物的副作用造成夜間跌倒，引發骨折或顱內出血的危機。

生理時鐘紊亂，你活在那一國的時間？

「醫生，我要在床上躺很久才睡得著。」今年 48 歲的張女士抱怨：「早上勉強起床上班，一整個上午都是昏昏沉沉的，有時候還會打瞌睡。」

「我爸今年高齡 85，得了老年失智症。」陳先生無奈地說：「一整個晚上鬧得全家都不得安寧，早上帶他來看病，卻在候診間呼呼大睡。」

「我們嚴格要求這個 14 歲的兒子晚上十一點之前就得上床睡覺，他在床上竟然躺三、四個小時才睡得著。」王小弟的父母焦急地說：「早上根本叫不起來，能夠去上下午的課已經很不錯了。」

無論是中年婦女、老先生，還是青少年，他們都有失眠的困擾。他們來到高醫睡眠中心接受生理時鐘測定的結果，竟然都不是單純的睡不著和睡不好而已。原來他們的生理時鐘都比台灣時間慢四到六個小時。這就好像我們出國旅行，到與台灣時差兩個小時以內的國家比較能夠適應。到時差愈大的國家去旅行，特別是往東飛的時候，由於我們的生理時鐘還停留在台灣時間，相對地處在慢分的狀態，我們的適應性就越差。所以這三位求診的病人，以台灣的時間為準，他們的生理時鐘就是處在慢分的狀態，雖然住在台灣，活的卻可能是泰國時間，或者更慢，中東時間，或者更更慢，希臘時間，或者更更更慢，英國時間。所以失眠對他們而言，可能只是一種症狀而已，就像咳嗽一樣，輕則是感冒，重則是肺癌。他們並不是吃吃鎮靜安眠藥物，就可以得到改善。

高醫睡眠中心測定生物時鐘的方法如下。首先，求診者必須記錄一個月的睡眠日記，並且填寫睡眠問卷，包括「早晨型、夜晚型偏好量表」、「夜間睡眠品質量表」和「白日困睡量表」。然後在手腕上配戴「腕動儀」7-14 天。如有必要，還得配戴 24-48 小時的「中心體溫測定儀」，15-24 小時的「心率變異性分析儀」，以及接受「全

夜睡眠多頻道生理檢查」。睡眠中心的主治醫師根據這些結果，判斷求診者是否具有生理時鐘慢分或快分的現象。對於有這方面障礙的失眠病患，主治醫師會建議同時接受生理時鐘的調整，包含飲食活動習慣改變、某些特定助眠藥物、褪黑激素，維生素 B12，以及模擬太陽光照治療等等。

「那我搬到英國去住不就好了！」王小弟笑著對徐醫師說。「喔！那麼你可能恢復正常的作息幾個月之後…」徐醫師回答：「又得往西搬到美國去住，再往西搬到太平洋的小島探險，然後再再往西，終於又可以回到台灣來了！」

陳同學是某科技大學三年級的學生，從大三上學期開始常常缺課，或者坐在教室的最後一排夢周公。到了傍晚以後他的精神越來越好，午夜十二點吃完宵夜之後，便開始上網到凌晨四、五點鐘，等待天空出現魚肚白才上床睡覺，一睡就過了中午才起床。考試到了，陳同學勉強早起到學校應試，監考老師不斷提醒，仍然趕不走瞌睡蟲，成績更是直直落，終於落到被「三二」退學的地步。老師與家長會談之後，發覺兩方的意見大不相同。老師認為陳同學得了嗜睡症，老是在學校打瞌睡，父母卻認為他得了失眠症，晚上要他早點睡卻睡不著。

於是，陳同學被帶到神經科睡眠障礙特別門診求診，經過夜間睡眠多項生理檢查和白日多次入睡檢查之後，發覺學校和家庭兩方的猜測都不太正確。於是陳同學被安排到睡眠醫學中心接受了生物節律測定的特別檢查，睡眠技師在他身上安裝輕便的攜帶型感應器，包含腕動儀，用以偵測動靜狀態；中心體溫感應線，用以偵測耳溫變化；心電圖，用以偵測心律變異。陳同學必須配戴這些感應器 72 小時，然後返回睡眠中心，由技師將所有記錄到的生理訊號下載到電腦裡，經由生物節率計算軟體進行分析和判讀。謎底揭曉了！原來陳同學罹患的是「睡眠相位後移症候群(delayed sleep-phase syndrome, DSPS)」，也就是說他腦子裡面的生理時鐘比台灣的時間慢了八個小時，等於是雖然生活在台灣，體內運行的卻是英國時間。所以醫生對他半開玩笑說：「你請父母送你到英國唸書，問題

不就解決了！」陳同學在睡眠中心接受為期一個月的「模擬太陽光照治療」，每天不管多晚起床，都到醫院接受 30 分鐘 10000 燭光的光照。他能越來越早起，光照的時間也不斷提前。加上陳同學遵照醫生的指示，確實做好睡眠衛生，三個月之後，陳同學已經能夠回復正常的生活作息，雖然換了一家學校就讀，成績仍在持續進步中。

對於「睡眠相位後移症候群」的人，最簡單易懂的做法就是「頭重腳輕法」。這裡指的是，將早餐視為一天當中最重要的一餐，而不是晚餐，甚至要避免吃宵夜。並且在早晨強迫自己拉開窗簾，最好能夠外出做運動。若想要在週末或假期補眠，切勿比平常時間晚起超過 2 小時。除了注意上述所說的起床時間外，也要留意睡覺的環境。最簡單的做法便是不要將電腦、手機、書本等，屬於刺激源之物品置於床邊。更重要的是，別將鐘錶放在容易看見的地方，那會讓人在失眠時因看見時間而更無法放鬆睡著。在睡覺 2 小時前，就要開始放鬆身心，做好睡前的準備動作。睡前喝一杯溫牛奶能夠讓中心體溫下降，或做一點單調無聊，能使自己放鬆的事，那麼便不容易失眠，從而提高睡眠品質了。

打鼾可能傷腦又傷心！

打鼾是中老年男人最常發生的睡眠障礙，女人在停經以後也會有此困擾。雖然醫學界一開始認為打鼾只是睡眠禮儀的問題，因打鼾的人往往吵不醒自己，卻害慘了枕邊人。換句話說，打鼾的人似乎一夜好眠，同床共枕的人卻無法一覺到天明。

許多人都可能有打鼾的經驗，但隨著醫學界越來越多的研究指出打鼾不只是睡眠禮儀的問題，會打鼾的人有可能罹患一種叫做「阻塞型睡眠呼吸中止症 (obstructive sleep apnea, OSA)」的疾病，造成夜間血中氧濃度不足和睡眠結構片斷。這種人表面上似乎沒有什麼睡眠方面的問題，實際上睡醒的時候往往沒有飽足感，起床沒幾個小時就開始疲倦想睡，工作的時候容易出錯，某些需要專注的工作甚至會發生意外，開車的時候也可能因此發生交通事故，害人害己。

鼾聲與阻塞型睡眠中止症有何相關呢？鼾聲是

代表睡眠中狹窄呼吸道產生的空氣亂流，而當呼吸道完全阻塞，則形成所謂阻塞型呼吸中止症。這類患者會因為呼吸道不通，在睡夢中產生窒息的現象，進而發生重複性的缺氧及睡眠中斷，造成早上睡醒沒有飽足感，怎麼睡都睡不飽，覺得越睡越累。呼吸中止症也會造成專注力不佳，常有健忘的問題，且工作時容易出錯，甚至開車的時候容易出車禍。隨著醫學的發展，我們驚訝的發現，睡眠呼吸中止症竟然是心血管疾病的隱形殺手；睡眠呼吸中止症與心血管疾病危險因子，如高血壓、高血脂和高血糖 (糖尿病) 等密切相關，在臨床上更有一些高血壓病人，使用了數種治療仍不見起色，檢查後方才發現，原來是呼吸中止症在作怪。

近十年來許多醫學研究顯示，睡眠呼吸中止症幾乎是所謂代謝症候群 (即肥胖症、高血壓、高血脂和糖尿病) 的代名詞。高雄醫學大學睡眠中心領先全球，首次發現睡眠呼吸中止症是造成夜間睡眠當中發生腦中風的重要原因之一，該研究發現亦發表在歐洲知名的神經學期刊。目前對於腦中風有搶救黃金三小時的口號，也就是腦中風病人發生三小時之內必須儘快就醫接受治療。想想一個睡眠呼吸中止症的病人午夜夢迴，發現自己中風卻不知道是否過了黃金三小時，真是再可惜也不過了。

近年來的研究亦發現，在最近的醫學研究更進一步發現，睡眠呼吸中止症會造成大腦認知功能的減退，這也難怪睡眠呼吸中止症的病人常常抱怨注意力不集中、記憶力變差、判斷理解力下降和憂鬱傾向等腦神經精神方面的問題。在影像檢查上，阻塞型睡眠呼吸中止症病人接受核子醫學腦部循環灌注檢查的影像表現，竟然和最常見的老年失智症—阿滋海默症很像，從另一方面來說，阿滋海默症患者若同時罹患睡眠呼吸中止症，在接受失智症藥物治療之後，他們的認知功能和睡眠呼吸中止症同時得到改善。

對於阻塞型呼吸中止症的治療，目前有三大治療方式：外科手術、止鼾牙套與陽壓呼吸器。即便醫界對於睡眠呼吸中止症的成因已經相當的認識，但在現階段，三大治療方式卻各有其瓶頸。外科手術治療只能改善不到百分之六十的病人，且並不是人人都適合進行外科手術治療。止鼾牙套也只對於

輕度和中度的較有療效。目前對於睡眠呼吸中止症最有效的治療方式為陽壓呼吸器，病人必須在睡眠當中佩戴鼻罩，藉著一台小型機器打出大於大氣壓力的氣流，經由鼻腔灌入咽喉，將原本塌陷的呼吸道撐開，達成治療的目的。雖然有其成效，病人的接受度僅達百分之六十而已。在台灣止鼾牙套和陽壓呼吸器都必須自費購買，病人的接受度就更低了。

打鼾，這個自遠古以來人畜共有的睡眠障礙，已經不是一個單純社交上的問題了，若合併睡眠呼吸中止症這個具有破壞性的隱形殺手，更可能影響生活品質及生命安全，盡快就醫是最好的選擇！

老老少少，誰得了夢遊症？

張小弟被滿臉焦急的爸媽帶進神經科門診。

「我兒子得了夢遊症耶！」張太太說：「每晚睡上床睡著以後，不到一個小時，他就突然坐起來開始哭鬧，吵得我們不能安心睡覺！」

「張先生很無奈：「我們想要搖醒他，他越是激動。我們就拿溼毛巾擦他的臉，以為這樣可以讓他清醒，結果剛好相反，他就跳下床來，在臥室裡面跑來跑去，好像熱鍋上的螞蟻一樣。」

「我阿媽硬是要我們帶他去收驚。」張太太靦腆的說：「剛開始好像有點用，後來就一點用處也沒有了。」

「這不叫夢遊症。」我回答：「應該叫做睡遊症才對。」

李先生和一臉狐疑的老婆走進神經科門診。

「我先生好像得了夢遊症！」李太太說：「晚上睡覺的時候，常常罵個不停，有時候還轉身打我踢我，吵得我睡不安穩。」

李太太沈默了一下說：「只要搖得醒，他都說他在做噩夢。我問他，是不是結婚三十年，對我厭倦了，所以白天壓抑著，晚上就裝瘋賣傻揍我！」

李先生一臉無辜：「有一次我從床上摔下來，醒了，發覺頭上撞了個包，膝蓋也淤青了。」

他找了找身上留下來的記號：「你看，我真的不是衝著我太太來的！」

「這不叫夢遊症。」我回答：「應該叫做快速

動眼期睡眠行為障礙症。」

非快速動眼期睡眠「異睡症」主要發生於深度睡眠，包含「困惑性覺醒」、「夜驚症」和「睡遊症」，好發於學齡前的小朋友，通常在前半夜發作。如果發生在成人，有可能因為處於半睡半醒之間，因而造成偏差或自衛行為，病患通常也處於失憶狀態。這類睡眠障礙常有家族傾向，由於兒童的腦部發育尚未成熟，當他們從非快速動眼期睡眠，特別是深度睡眠醒過來的時候，就可能處於半睡半醒的混沌意識中，不伴隨做夢的經驗。小朋友會離開床，走向父母講話，跑到廚房尿尿，或者跑進廁所發呆。「夜驚症」和「睡遊症」其實是一體兩面的關係，他們臉上滿是驚惶害怕，大聲哭鬧，喃喃自語，而且不容易被叫醒。隔天起床之後，對於前一晚所發生的事幾乎沒有記憶。這類睡眠障礙通常不需要治療，如果能夠讓小朋友白天不要玩得太瘋太累，就可以減少夜間發作的機會。青春期以後逐漸痊愈，但是必須接受睡眠和腦波檢查，排除極少數癲癇的可能性。

快速動眼期睡眠「異睡症」主要為「快速動眼期行為障礙症」，與非快速動眼期睡眠「異睡症」剛好相反，好發於五十歲以後的中老年人，男性居多，通常在後半夜發作。正常人在快速動眼期睡眠就是做夢最頻繁的時候，但是全身肌肉除了呼吸和心跳之外，大多處在「癱瘓」的狀態，所以不會把夢境表演出來。當腦部控制快速動眼期的中樞開始退化之後，做夢的時候肢體便失去了正常「癱瘓」的過程，開始拳打腳踢。嚴格來說，這才是正港的「夢遊症」，有這種睡眠障礙的人，即使白天像個彬彬君子，晚上做的夢往往是「動作片」居多，很容易造成睡眠傷害，不是傷到床邊人，就是傷到自己，但是會起床遊走傷及他人的機率很低。這類睡眠障礙可以使用低劑量的藥物得到良好的控制，但是重要的是，大約一半的人在未來十年之內，有可能會得到巴金森病一類的神經退化性疾病。

睡眠動作障礙症大多於睡眠當中消失或減緩，所以睡眠動作障礙症的發生率較低。有些人在夜間躺床的時候，兩腿產生不舒服非動不可的感覺，動一動腳可以暫時改善，稱為「不寧腿症

候群 (restless leg syndrome, RLS)」，常伴隨「週期性肢體抽動症 (periodic limb movement disorder, PLMD)」，主要表現為雙下肢交替抽動，很少造成睡眠傷害，另外包括「睡眠節律性動作障礙症 (rhythmic movement disorder)」和「本體脊髓肌躍症 (Propriospinal myoclonus)」，比較有機會造成自我傷害，很少波及睡伴。如果找到原因可以對症治療，找不到原因也可以使用藥物控制。

睡眠癲癇以額葉癲癇為主，發作時間非常短暫，通常小於一分鐘，發作的型態以過動性發作為主，常常聚集性發作，可以因為動作過大傷及睡伴，病患通常意識清楚。但是不能自我克制。顳葉癲癇也可以在睡眠當中發生，比較有機會造成發作後的譫妄狀態，因為意識障礙而產生偏差或自衛的行為，病患通常處於失憶狀態。如同高血壓、糖尿病是一種身體的疾病一樣，癲癇，屬於一種腦部的疾病。在我週遭的一些人，熟識與不熟識的，當醫生的、當律師的、當老闆的，或者，當農夫的、當勞工的、幫傭的，他們也有癲癇。有些歷史上的名人，畫家、音樂家、文學家、宗教家，他們，也有癲癇。

「全夜睡眠多頻道生理檢查」以及「腦電圖同步錄影記錄」是用以鑑別睡眠相關突發性神經疾患的利器，臨床診斷還必須仰賴受檢者是否在記錄時段有習慣性發作，因為發作時常受眼電圖、肌電圖和肢體動作的干擾，往往要記錄到多次的發作之後才能夠確診，是相對昂貴且費時的檢查。



圖 1. 全夜睡眠多項生理檢查。

港都夜未眠，高醫睡眠醫學團隊蓄勢待發

高醫睡眠醫學整合型團隊涵蓋神經科、胸腔科、耳鼻喉科、牙科、精神科等專科醫師。睡眠門診的病患中，以「失眠症」佔最多數，大約百分之四十，其次為「睡眠呼吸中止症」，大約佔百分之三十，其他睡眠障礙包括「猝睡症」、「陣發性嗜睡症」、「夜驚症」、「夢遊症」、「快速動眼期行為障礙症」、「週期性肢體抽動症」、「磨牙症」、「尿床」、「睡眠癲癇」等加起來，大約佔百分之三十。其中約有一半的病患必須進一步安排接受「全夜睡眠多項生理檢查」，施行該項檢查病患必須留院過夜，由睡眠技師在身上裝配多樣生理偵測器，包含腦電圖、眼電圖、肌電圖、心電圖、口鼻呼吸氣流、胸腹部呼吸帶、脈衝式血氧訊號等，取得完整的睡眠生理資訊，提供睡眠醫療團隊進行判讀。

高醫近年來已經在許多睡眠醫學的診治技術上嘉惠南台灣的民眾。高醫對於「阻塞型睡眠呼吸中止症」的病人進行整合性診治，包含耳鼻喉科的上呼吸道評估及手術治療，牙科的口腔評估及止鼾牙套，胸腔科的肺功能檢查及陽壓呼吸器，神經科的認知功能檢查及睡眠生理分析等。對於「快速動眼期行為障礙症」的病人進行系統性追蹤治療，至於「不寧腿症候群」和「週期性肢體抽動症」，除了詳細找出潛在的病因之外，並進行多巴胺促動劑治療。還有一種好發在年輕族群的睡眠障礙，稱為「猝睡症 (narcolepsy)」，主要表現為白日打瞌睡以及「猝倒」現象，也就是在大笑的時候會覺得身體無力。高醫藉由猝睡症病友會的成立，集中南台灣猝睡症的病友，藉著藥物治療和心理諮詢，使得這些年輕人能夠不輸在起跑點上，順利考上理想的學府或找到合適的工作。

高醫睡眠醫學研究團隊在臨床研究上也有不少輝煌的成果，強調睡眠醫學的本土性。高醫團隊發現，阻塞型睡眠呼吸中止症所造成的缺氧，會降低腦部對於睡眠中斷及睡眠干擾的感知，換句話說，雖然因為呼吸中止症產生了嚴重的睡眠中斷，但患者完全沒有失眠的感覺，甚至覺得自己一夜好眠，所以若非有人提醒，他們有可能忽視了自己罹患了



圖 2. 高醫睡眠中心。

呼吸中止症，而延遲就醫，對生活品質及生命安全產生巨大的影響！高醫團隊還發現，台灣社會常提及的「鬼壓床」，竟然是「睡眠呼吸中止症」常常被忽略的症狀之一。

高醫團隊利用台灣健保資料庫的分析研究，首度發現了睡眠呼吸中止症會增加男性罹患良性攝護腺增生的危險性。在台灣男性中，睡眠呼吸中止症患者罹患良性攝護腺增生的機會是正常男性的 2.35 倍；其中在 51—65 歲的男性患者中，罹患良性攝護腺增生的機會更高達 5.59 倍。良性攝護腺增生的夜間頻尿可能更惡化睡眠呼吸中止症患者的睡眠品質，進一步影響白天注意力及認知功能的表現。患者也可能因為頻尿而把就醫重點放在良性攝護腺增生，而忽略自己頻尿的根本原因有可能是罹患了睡眠呼吸中止症，導致治療效果事倍功半。此項全世界首次發表的研究成果也已正式刊登於國際期刊中。

除此之外，高醫睡眠中心也與嘉義長庚醫院流行病學中心陳錦宏醫師攜手合作，於 2018 年 2 月刊登在兒童感染性疾病雜誌國際期刊的論文，藉著台灣健保資料庫的大數據分析，發現因為腸病毒感染較為嚴重而必須住院的兒童，出院後 10 年之內，較有機會罹患阻塞型睡眠呼吸中止症。該文被世界前三大多媒體新聞通訊社「路透社」特別以專

文報導。高醫特別強調教導兒童勤洗手預防腸病毒的重要性，並且提醒住院病童的父母們，在腸病毒感染痊癒之後，仍要留意病童未來是否會出現睡覺打鼾、白日嗜睡、注意力不集中以及過動等睡眠呼吸中止症的相關症狀，以期儘早安排到各大睡眠中心接受正確的診斷及治療。

高醫研究又發現「快速動眼期行為障礙症」的病人，台灣女性的發生率比西方國家高，但是表現比較溫和，雖然有時候會像夢遊一樣離開房間，卻比較少發生睡眠傷害。高醫研究也發現「猝睡症」的病人，除了上課不能專心，學業成績低落之外，健康相關生活品質比同年齡族群明顯下降，也可能同時罹患其他自體免疫性疾病，例如甲狀腺機能亢進或貝塞特氏症，出現嘴巴和陰部潰瘍以及毛囊炎、眼睛虹彩炎等現象。這些研究成果都已經發表在國際知名期刊上。

港都有美麗的夜景，但願夜深人靜之後，每個人都能擁有「一夜好眠」。

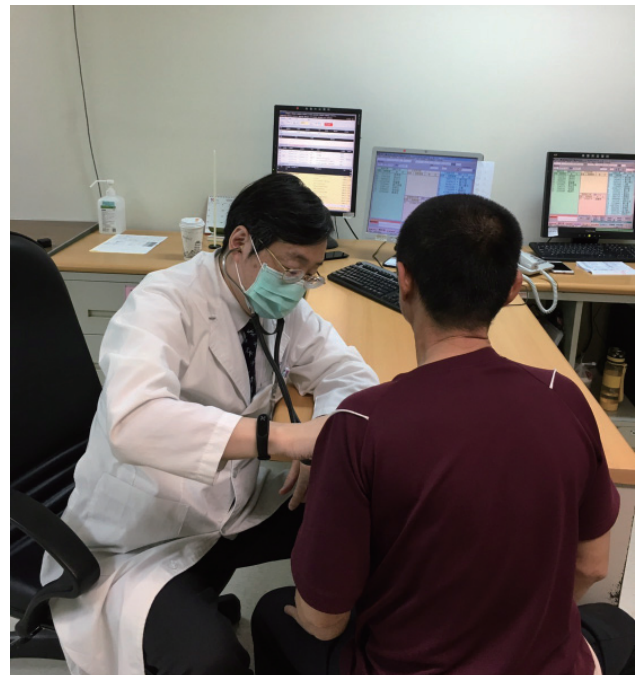


圖 3. 醫師針對睡眠障礙患者進行問診。