睡眠呼吸暂停综合征 85 例分析与治疗研究

应一珍
（浙江省缙云县钭氏伤科医院　缙云 321403）

关键词：睡眠呼吸暂停综合征；分析；治疗；临床研究
中图分类号：R 746.3　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)02-0048-01

睡眠呼吸暂停综合征（SAS）是指各种原因导致睡眠状态下反复出现呼吸暂停（或）低通气，引起低氧血症、高碳酸血症，从而使机体发生一系列病理生理改变的临床综合征。可分为中枢性睡眠呼吸暂停综合征、阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征，以阻塞型多见。现对 85 例阻塞型睡眠呼吸暂停综合征分析如下：

1　临床资料

1.1　一般资料　本组 85 例中，男性 55 例，女性 30 例，男女比例 1.83:1；年龄 41~70 岁，平均年龄 57 岁，其中 41~50 岁 25 人，51~60 岁 29 人，61~70 岁 31 人；伴肥胖的 67 人，占 78.82%；伴糖尿病和高血压病的 38 人，占 44.70%；伴高血压病及肥胖的 65 人，占 76.47%。

1.2　临床表现　白天临床表现：嗜睡，头晕乏力，精神行为异常，晨起头痛，个性变化，性功能减退。夜间临床表现：打鼾，呼吸暂停，憋醒，多动不安，多汗，遗尿，睡眠行为异常。全身器官损害表现如高血压、冠心病、肺心病和呼吸衰竭，缺血性或出血性脑血管疾病、精神异常、糖尿病等。体征：肥胖，颈围 >40cm，鼻甲肥大，鼻中隔偏曲，下颌短小。

1.3　实验室和其它检查　血液检查，严重者血红细胞计数和血红蛋白不同程度的增加，动脉血管分析可有低氧血症，高碳酸血症和呼吸性酸中毒，胸部 X 线可有肺动脉高压、高血压、冠心病等表现，肺功能检查可有不同程度的通气功能障碍，心电图有高血压、冠心病等，出现心室肥厚、心肌缺血或心律失常等变化。多导睡眠图是诊断该病的重要标准。

2　治疗

2.1　一般治疗　(1)减肥：包括饮食控制、药物或手术。(2)睡眠体位改变：侧位睡眠，抬高床头。(3)戒烟酒，避免服用镇静药。

2.2　药物治疗　本病目前无特殊药物治疗，如有变应性鼻炎、鼻阻塞等，可用缩血管药或非特异性抗炎药喷鼻，能减轻临床症状。

2.3　手术治疗　对鼻中隔偏曲、鼻甲肥大、鼻息肉、软腭过低、松弛、悬雍垂粗长及扁桃体肥大、下颌疾病等可进行手术治疗。

2.4　治疗结果　本组资料的病人，经上述综合性治疗，大多数病情得到缓解，一部分病人随着体重减轻、血压降低、血糖正常而获得较好疗效。

3　讨论

睡眠呼吸暂停综合征近年来随着肥胖、高血压、糖尿病等疾病的增多而增多，阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征，多数有上呼吸道特别是鼻、咽部位狭窄的病理基础，如肥胖、变应性鼻炎、鼻息肉、扁桃体肥大、软腭松弛、悬雍垂过长过粗、舌体肥大、舌根后坠、下颌后缩、颞颌关节功能障碍和小颌畸形等。睡眠呼吸暂停综合征与肥胖、高血压、糖尿病有着密切的关系，减肥、治疗高血压、控制糖尿病对治疗睡眠呼吸暂停综合征有重大意义。由于该综合征在药物治疗上目前无特效药物，应更加重视早发现、早预防工作，尤其从少年儿童做起，树立正确的饮食、体重观，减少肥胖，重视高血压、糖尿病的及早诊治。有此综合征病人的家庭人员要细心关怀，适时注意其睡眠时的状态，及时提醒，警惕打鼾声的不规则、高低变化或中断。

（收稿日期：2006-06-12）

中心静脉导管负压引流治疗恶性胸液 24 例分析

蒋加雁　　卢岚
（浙江省平阳县第二人民医院　平阳 325405）

关键词：恶性胸腔积液；闭式导管；中心静脉导管
中图分类号：R 521.7　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2007)02-0048-02

恶性胸腔积液（简称恶性胸液）是呼吸科常见病，传统的处理方法是反复胸腔穿刺。我院呼吸科应用中心静脉导管接一次性负压引流器闭式引流治疗恶性胸液患者 24 例，取得良好效果。现总结如下：

1　资料与方法

1.1　资料　我院 2002 年 1 月 ~2006 年 9 月住院的恶性胸液患者 24 例，均为中等量积液以上，男 14 例，女 10 例；年龄 43~82 岁，平均（67.9± 8.7）岁。

1.2　方法　结合胸部叩诊及 B 超定位，一般选第八或九肋间腋后线为穿刺点，消毒铺巾，2%利多卡因局麻穿刺针经皮穿刺成功后，将导丝经穿刺针送入胸腔，拔出穿刺针，将中心静脉导管（16Ga/20cm，美国 ARROW 公司生产）沿导丝送入胸腔 8cm 左右，抽出导丝，用穿刺保护膜固定导管，导管外端接一次性负压引流器（容量 1 000mL，扬州华夏医疗器械有限公司生产）。注意每小时引流量不超过 1 000mL，每天不超过 3 000mL，夜间取下引流器，导管外端消毒后盖上肝素帽。

鼻饲匀浆膳在喉癌术后患者中的应用与效果观察

吴颃云[1] 金一飞[2]

（1 浙江省杭州市江干区人民医院 杭州 310016；2 浙江省杭州市肿瘤医院 杭州 310008）

关键词：喉癌术后；匀浆膳；鼻胃管；营养支持

中图分类号：R 739.65 **文献标识码**：B **文献编号**：1671-4040(2007)02-0049-02

鼻胃管饲营养是喉癌术后常规的营养支持方法，自制匀浆膳是鼻饲营养中最经济的供给内容。我院于 2004 年 8 月~2005 年 9 月间共收治了 24 例喉癌患者，术后均采用自制匀浆膳进行营养支持，取得了满意的应用效果。现介绍如下：

1 对象

本组 24 例，男性，年龄 54~72 岁，平均年龄 64.5 岁。均为喉癌术后，其中行全喉切除术 16 例，半喉切除术 8 例。BMI 在 19.0~23.0 之间，各项生化指标均正常。消化道功能正常，无其他重要脏器疾病，均符合鼻胃管营养支持的适应证[1]。

2 方法

2.1 *营养支持* 患者均于术后第 2 天开始鼻饲营养支持，为期 13~16d，期间完全靠匀浆膳提供机体所需的营养素。匀浆膳的食物组成为我院常规配方（内容见表 1），按匀浆膳常规配制方法配制[2]。营养素的供给：能量为 30~35kcal/（kg•d）、热氮比为 100kcal:1g[3]、脂肪的热能比为 25%~30%。匀浆膳的能量密度为 1 kcal/mL。

表 1 1 000mL 匀浆膳的食物组成及营养成分 g

食物名称	重量	蛋白质	脂肪	碳水化合物	能量(kcal)
牛奶（光明牌）	200	6.2	6.4	10.0	
鸡蛋（红皮）	50	6.1	5.25	0	
花生仁	20	5.0	8.86	3.2	
米粉（高蛋白，亨氏）	50	7.86	1.0	37.96	
明虾肉	150	20.1	2.7	5.7	
番茄	425	3.6	0.8	13.2	
白糖	47			47	
黄豆	25	8.28	3.98	9.33	
食盐	2				
合计		57.37	29.04	127.22	999.72

2.2 *灌注方法* 患者取半卧位或床头抬高 30° 的仰卧位，用 50 mL 针筒从鼻胃管间隙推注，每次 200~350mL 于 15~30min 内注完，每天 6~7 次。第 1 天为半量半浓度试推，第 2 天为全量半浓度推注，第 3 天为全量全浓度推注。每次灌注后用温开水冲洗鼻胃管。匀浆膳在制备、输送、保存及饲喂的每一过程中，都严格遵守卫生要求，严防细菌污染，保证卫生安全。24h 内未用完部分作抛弃处理。

2.3 *营养观察指标* 体重、血清白蛋白。

2.4 *统计学方法* 采用 spss 软件统计。

3 结果

在鼻饲营养支持期间，无 1 例病人发生腹泻；有 1 例患者出现腹胀，经处理（灌注次数由 6 次 /d 改为 7 次 /d，服多酶片 3 片，Tid）后顺利进行完鼻饲营养支持。患者的营养观察指标均维持在正常水平，营养支持结束时与术前体重的平均值分别为 60.2kg 与 60.1kg、血清白蛋白的平均值分别为 44.22g/L 与 44.40g/L，鼻饲营养支持结束时与术前相比无明显差异（P>0.05）。

4 讨论

手术后因有创伤或感染，有糖耐量下降及蛋白质的分解增加，且喉癌术后的鼻饲多是短期应用，故应增加氮量，降低热氮比为 100:1；若为术后长期应用者，则应根据营养和肝胆功能等指标的变化来调整营养治疗的需要量[3]。匀浆膳由多种食物混合组成，能提供较高的能量和蛋白质及全面均衡的营养，满足患者的营养需要，提高免疫力，促进伤口愈合。同时，匀浆膳来源于正常饮食，渗透压接近于等渗，容易被患者适应。本组患者在术后，通过鼻饲营养支持，前后的体重与血清白蛋白均无明显变化，未出现任何营养不良状态，说明本

若 B 超检查为少量胸液（液性暗区小于 2cm），予拔管，需化疗者，胸腔内注入药物后拔管。

2 结果

24 例均一次置管成功，留管时间 5~18d，平均（10.2±3.7）d。2 例导管堵塞处理后再通，无 1 例发生气胸、皮下气肿、感染、出血、复张性肺水肿等并发症。

3 讨论

恶性胸腔积液是恶性肿瘤晚期常见的并发症，预后很差，绝大多数以姑息疗法为主。传统的反复胸穿抽液方法存在胸液引流不充分、操作不方便、多次穿刺增加病人痛苦等不足，近几年国内较多开展小导管引流治疗胸腔积液[1,2]，但多采用外接引流袋或接 50mL 注射器多次抽液，而对加负压引流报道不多。我们体会，采用中心静脉导管胸腔内留置外接一次性负压引流器治疗较常规胸穿抽液具有以下优点：（1）一次性置管，减轻患者痛苦，减少医务人员工作量；（2）中心静脉导管可送入胸腔底部，使胸液引流更充分；（3）导管组织相容性好，细软有弹性，不易扭曲、压扁，固定也方便，患者较舒适；（4）适当负压引流使导管不易堵塞，引流更彻底，流速可调，控制引流速度，不至于发生纵隔摆动及复张性肺水肿；（5）术后体位不受限制，夜间取下引流器，导管外端盖肝素帽，导管固定于侧胸壁，基本不影响睡眠；（6）胸腔内注入药物也较为方便。缺点主要是导管细可能发生堵塞，但 24 例中仅 2 例导管堵塞，予改变患者体位、稍旋转导管并注入生理盐水 10~20mL 冲洗后再通，仍可顺利完成引流。24 例患者无 1 例发生气胸、皮下气肿、感染、出血、复张性肺水肿等并发症，较为安全，中心静脉导管内置术操作也较为简单，损伤小，值得推广。

参考文献

[1]周定，王平辉，杨小红，等.胸腔内置管引流与间断抽液治疗恶性胸液的疗效[J].中华结核和呼吸杂志，2001，24（2）：120~121

[2]吕群.中心静脉导管内置术治疗结核性胸膜炎 20 例[J].中华结核和呼吸杂志,2001，24（6）：350

（收稿日期：2006-10-11）