

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征合并慢性阻塞性肺疾病的临床分析

雷雅婷

昆明医科大学 云南昆明 650500

〔摘要〕目的 探讨阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征合并慢性阻塞性肺疾病的临床特征。方法 选取在我院因慢性阻塞性肺疾病急性加重期住院的患者,分 42 例 COPD 组和 18 例 COPD-OSAHS 组,对比分析两组的睡眠数据、无创呼吸机血气与肺动脉压。结果 COPD-OSAHS 组患者 PaO_2 、 SaO_2 、 LSaO_2 、 MSaO_2 明显低于 COPD 组,而 PaCO_2 、PASP、AHI、LAT、Ts90% 明显高于 COPD 组 ($P<0.05$)。结论 COPD-OSAHS 患者的低氧血症、肺功能减退程度以及睡眠质量较于 COPD 患者更为严重,应及早采取治疗措施,可在长期氧疗的基础上加上无创通气等。

〔关键词〕阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征;临床分析;慢性阻塞性肺疾病

〔中图分类号〕R766 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 01-021-02

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS), 有着更为复杂的病理生理变化, 预后效果差, 不甚理想^[1]。那什么是 COPD-OSAHS 重叠综合征患者的临床特点? 是否易引发较为严重的分功能损害、低氧血症等合并症? 因此, 本文将进行回顾性分析, 具体如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

选取 2017 年 7 月~2019 年 6 月间在我院因慢性阻塞性肺疾病急性加重期住院的患者, 分 42 例 COPD 组和 18 例 COPD-OSAHS 组。COPD-OSAHS 组男 13 例, 女 5 例, 年龄 38~65 岁, 平均 (55.14 ± 3.22) 岁; COPD 组男 36 例, 女 6 例, 年龄 39~67 岁, 平均 (56.32 ± 3.64) 岁。对比两组基本资料, 无差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

COPD 的诊断条件: 患者出现慢性咳嗽、进行性加重呼吸困难、咳痰以及存有 COPD 危险因素接触史, 应用支气管扩张剂后 $\text{FEV}_1/\text{FVC}<70\%$, 便可确认有不可逆的气流受限存在。

OSAHS 的诊断条件: 患者白天较嗜睡, 夜晚睡眠呼吸不规则, 每小时呼吸暂停+低通气 >5 次, 或是每晚 7 小时呼吸暂停+低通气的次数 >30 次^[2]。

若患者同时满足 COPD 与 OSAHS 的诊断条件, 属于 COPD-OSAHS 重叠综合征。

1.3 观察指标

观察两组的睡眠数据: 呼吸暂停通气指数 (AHI)、夜间最低氧饱和度 (LSaO_2)、最长呼吸暂停时间 (LAT)、夜间平均氧饱和度 (MSaO_2) 以及血氧饱和度低于 90% 监测时间百分比 (Ts90%)。

分析两组的血气和肺动脉压, 测定动脉血氧分压 (PaO_2)、二氧化碳分压 (PaCO_2)、血氧饱和度 (SaO_2)、肺动脉收缩压 (PASP)。

1.4 统计学指标

用 SPSS19.0 分析数据, ($\bar{x}\pm s$) 表示计量资料, 组间比较由 t 检验。 $P<0.05$, 有意义。

2 结果

2.1 比较两组的睡眠数据

COPD 组 LSaO_2 、 MSaO_2 明显高于 COPD-OSAHS 组, 而 AHI、LAT、Ts90% 明显低于 COPD-OSAHS 组 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 比较两组的血气和肺动脉压

COPD 组 PaO_2 、 SaO_2 明显高于 COPD-OSAHS 组, 而 PaCO_2 、PASP 明显低于 COPD-OSAHS 组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1: 两组睡眠数据的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	AHI (次/h)	LSaO_2 (%)	LAT (%)	MSaO_2 (%)	Ts90% (%)
COPD 组	42	6.02 ± 1.08	81.56 ± 5.96	26.14 ± 5.01	91.66 ± 6.63	29.38 ± 3.65
COPD-OSAHS 组	18	44.09 ± 11.88	65.08 ± 8.47	51.69 ± 18.72	80.19 ± 3.58	38.71 ± 4.21
T	-	20.8044	8.6122	14.5654	6.8988	8.6636
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

表 2: 两组血气和肺动脉压的比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	PaO_2 (mmHg)	PaCO_2 (mmHg)	PASP (mmHg)	SaO_2 (%)
COPD 组	42	75.33 ± 6.49	44.18 ± 6.11	30.16 ± 4.45	91.82 ± 3.82
COPD-OSAHS 组	18	61.89 ± 6.67	49.72 ± 5.75	39.01 ± 4.03	85.03 ± 3.08
T	-	7.2910	3.2738	7.2531	6.6602
P	-	0.0000	0.0018	0.0000	0.0000

3 讨论

COPD 与 OSAHS 均是临床呼吸系统中常见的疾病, 发病人群多集中于老年人群, 且男性患者居多。高达 30%-40% 的 COPD 患者合并有 OSAHS, 且 COPD 患者病情越严重, 并发

作者简介: 雷雅婷 (1988.8-), 云南省昆明市, 汉族, 住院医师, 本科, 主要从事临床工作。

(下转第 23 页)

观察组总有效率高于对照组 (95.00% vs 78.33%, $P < 0.05$), 如表 1。

2.2 两组生活质量状况

观察组生活质量评分优于对照组 ($P < 0.05$), 如表 2。

表 2: 两组生活质量状况 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	控制饮食	担心健康	焦虑不安	行为出现障碍	社会反映
观察组	60	56.12 $\pm$ 7.34	64.76 $\pm$ 5.31	80.06 $\pm$ 5.22	62.29 $\pm$ 5.66	66.41 $\pm$ 7.33
对照组	60	48.45 $\pm$ 6.89	35.53 $\pm$ 7.36	74.44 $\pm$ 6.37	53.24 $\pm$ 4.35	62.77 $\pm$ 6.51
t		5.9015	24.9477	5.2859	9.8201	2.8760
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

肠易激综合征 (IBS) 指患者胃肠功能发生紊乱的功能性肠病, 表征是出现下腹不适或腹痛, 且排便习惯发生改变, 大便秘结出现异常, 依据不同的表征, 把 IBS 分成腹泻型肠易激综合征、便秘型肠易激综合征、腹泻与便秘交替型肠易激综合征^[2]。虽然腹泻型肠易激综合征不会威胁患者的生命, 却严重降低生活品质。

西医主张 IBS 的发生同精神、心理、饮食、感染、药物等有着关联性, 主张其病理机制同以下因素存在密切关联: 脑肠轴作用、胃肠激素与神经肽作用、免疫异常、肠道动力学异常、性激素水平变化等。治疗 IBS 患者时, 主要依据实际情况, 采取个性化、多学科性治疗方法, 有非药物治疗与药物治疗, 然而西药的疗效不佳。

从中医角度来看, 中医主张肠易激综合征分为 4 型: 肝郁脾虚型、脾胃虚弱型、脾胃湿热型、脾肾阳虚型。众所周知, 李东垣所著《脾胃论》早已提出: “夫饮食不节则胃病, 形体劳役则脾病, 喜怒忧恐, 损耗元气, 资助心火, 火与元气不两立, 火胜则乘其土位, 此所以病也。” “元气之充足, 皆由脾胃之气无所伤, 而后能滋养元气。脾胃之气既伤, 而元气也不能充, 而诸病之所由生也”。所以历代医家无不肯定“脾胃为后天之本”。然现代人多有起居失常、饮食失节、劳倦过度、精神紧张、药物滥用等耗损阳气的不良生活习惯, 日久则阳气虚衰, 致体内阴寒内盛, 中焦寒饮凝聚, 气血水饮与阴寒互结, 运化失常, 水饮下注。由于五脏六腑的气化, 最终来源于肾气的温化作用。素体肾阳虚衰, 命门火微, 加之脾失温煦, 健运无权, 以致胃之关门不固, 大肠传导失司而泄泻经久不愈。所以我们认为, 腹泻型 IBS 虽涉及脾胃、

肝肾, 但脾肾阳虚是腹泻型的重要病机所在。

本研究表明, 观察组总有效率高于对照组, 且生活质量评分优于对照组 ($P < 0.05$)。由此说明, 应用附子理中汤加茯苓治疗腹泻型肠易激综合征, 可以取得良好效果。

《内经》提出: 治病必求其本, 本即指脾肾。故对于脾肾阳虚治则宜温肾暖脾为法, 附子理中汤加茯苓是在理中汤的基础上加用附子、茯苓, 组方中的白术燥湿健脾、健运中州; 人参补中益气, 培补后天之本, 使气旺而阳复; 干姜温中祛寒, 扶阳抑阴; 淡附片振奋中下焦阳气, 祛寒化湿; 诃子、补骨脂温肾暖脾、固涩止泻, 砂仁温中化湿、行气止泻; 茯苓功效是加强化饮止利健脾, 还具有安神作用, 可用于心悸、失眠, 而现代研究显示 IBS 患者常有焦虑不安, 心悸失眠等症; 以上各药联合应用, 可以温补脾肾、温里散寒化饮、固涩止泻, 明显改善症状, 调节患者负面心理状况, 提高患者生活质量^[3]。

总之, 附子理中汤加茯苓治疗腹泻型肠易激综合征, 疗效突出, 具有很好的临床效果, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 翁棉伟, 陈一斌, 曹健. 肠宁方治疗腹泻型肠易激综合征肝郁脾虚证 35 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2019, 60(19): 1663-1667.
- [2] 肖帅. 研究附子理中汤对脾肾阳虚型肠易激综合征 (腹泻型) 的临床疗效 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(23): 163-164.
- [3] 张明霞, 王泽民, 杜四鹏, 等. 附子理中汤治疗腹泻型肠易激综合征的疗效观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14(05): 704-706+740.

(上接第 21 页)

OSAHS 可能性更大。在现阶段的临床治疗中, COPD-OSAHS 重叠综合征的有效治疗方式尚缺, 一般常依据 COPD 与 OSAHS 两种疾病综合治疗, 其目的在于降低患者睡眠时呼吸暂停的发生次数以及维持患者睡眠时的血氧饱和度^[3]。本文研究发现, COPD 组 PaO₂、SaO₂、LSaO₂、MSaO₂ 明显高于 COPD-OSAHS 组, 而 PaCO₂、PASP、AHI、LAT、Ts90% 明显低于 COPD-OSAHS 组 ($P < 0.05$), 和孙婉璐等人^[4]的结果基本一致。这表明, COPD-OSAHS 患者的低氧血症、肺功能减退程度以及睡眠质量较于 COPD 患者更为严重, 更容易引发肺动脉高压。

综上所述, 低氧血症、睡眠质量差、肺动脉高压以及肺功能受损更为严重的 COPD-OSAHS 患者, 目前临床上常见的治疗方式, 仅是进行夜间氧疗, 但并未改变睡眠效率、呼吸肌功能、肺功能和动脉血气分析, 若是操作不当, 容易加重病情, 所以, 要及早治疗 COPD-OSAHS 患者, 改善低氧血症, 在持续

性的氧疗基础上联合无创通气。

参考文献

- [1] 刘冰, 张书永. 平喘止新汤治疗慢性阻塞性肺疾病合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 36 例临床观察 [J]. 河北中医, 2019, 41(07):1005-1009.
- [2] 赵瑛娟. 用无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的疗效 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(56):130+140.
- [3] 向道成. 呼吸机治疗慢阻肺合并阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床疗效分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(90):145-146.
- [4] 孙婉璐, 陈亚红. 慢性阻塞性肺疾病合并睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床表型与发生机制 [J]. 中国医学前沿杂志 (电子版), 2019, 11(01):15-19.