

· 临床探讨 ·

多导睡眠监测仪监测重度 OSAHS 患者的常见问题及处理方法*

王洪洪, 骆敏[△], 陈曦, 章榕, 余蕾蕾

(中国人民解放军海军总医院耳鼻喉科, 北京 100048)

摘要:目的 探讨重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)患者行多导睡眠监测的常见护理问题及对策。**方法** 回顾性分析 85 例重度 OSAHS 患者多导睡眠监测的护理情况。**结果** 85 例患者在监测过程中, 导联线脱落 26 例; 血压超过 160/120 mm Hg 30 例, 心律失常 8 例, 给予紧急护理应急预案监测成功; 血氧饱和度低于 40% 者 21 例, 中断监测给予呼吸机治疗, 未完成睡眠监测。**结论** 做好夜间睡眠监测的护理是提高 OSAHS 患者安全的保证。

关键词: 多导睡眠监测; 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 血氧饱和度

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.05.028 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2017)05-0676-02

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是指睡眠时上气道反复发生塌陷、阻塞引起的睡眠时呼吸暂停和通气不足, 伴有打鼾、睡眠结构紊乱, 频繁发生血氧饱和度下降, 引起诸多的并发症(包括过度嗜睡、日间精神萎靡、心律失常、高血压及猝死等)^[1]。重度 OSAHS 是一种潜在威胁生命的慢性疾病, 许多患者及家属对此疾病并不了解, 未经治疗的 OSAHS 患者 5 年病死率高达 11%~13%^[2], 且易并发心律失常、高血压, 甚至呼吸衰竭或猝死。多导睡眠监测(PSG)是诊断本病的金标准^[3]。PSG 监测应在夜间监测, 需连续监测 7~8 h, 本文总结重度 OSAHS 患者夜间监测期的护理体会, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2014 年 10 月至 2015 年 10 月在本科行 PSG, 确诊为重度 OSAHS 的 85 例患者进行回顾性分析, 其中男 73 例, 女 12 例; 年龄 35~77 岁, 中位年龄 56 岁。

1.2 主要仪器 澳大利亚 Somte V2 36 导监测仪。

1.3 方法

1.3.1 评估患者 重度 OSAHS 患者的憋气症状较重, 常伴有多种并发症, 因此监测前必须熟悉病史并做详细记录, 询问患者打鼾时间、憋气时间、有无心慌、血压及血糖的控制情况。评估患者的整体情况, 便于在监测中重点观察, 心内科会诊的重度高血压患者需严密观察病情变化。

1.3.2 心理护理 向患者讲解监测前的注意事项及检查目的, 介绍监测环境, 告知患者电极固定牢固、不易脱落, 使其精神放松, 消除紧张情绪。对自护行为能力较差的患者予以家属参与健康教育的模式以便更好地配合监测^[4]。

1.3.3 环境及物品准备 睡眠环境是影响监测质量的重要因素, 因此为患者布置一个安静、舒适的监测环境非常重要。入院测量身高、体质量、血压, 根据病情监测血糖。告知床旁呼叫器, 便于夜间与监测护士联系。床下备小便器, 放于患者易取处。准备好常用消毒物品及连接导联的必备物品。嘱患者监测当晚洗澡、洗头, 勿用护肤品擦脸, 女性勿涂指甲油以免影响血氧指夹红外光的透视, 男士须刮胡须; 可更换睡觉时穿的舒适衣物, 如睡衣、拖鞋、洗漱用具等。监测当日禁止自行服用任何中枢兴奋药或抑制药, 避免饮酒、咖啡、浓茶等兴奋性饮料。

设置陪护床, 如有坠床病史的患者监测时应加床挡。所有重度 OSAHS 患者均应有家属陪护。

1.3.4 急救准备 大多监测患者因长期的夜间缺氧导致并发症复杂化, 所以对重度 OSAHS 患者做好充分的急救准备。无创正压呼吸机、抢救车以及相关设备(急救药品、注射器及输血输液器、简易呼吸气囊、舌压板、氧气装置、吸引器、气管插管导管、气管切开包、除颤仪等)推至床头以备备用。对工作人员定期进行规范的急救操作训练, 制订积极情况应急预案。

1.3.5 病情观察 重度 OSAHS 患者监测过程中病情变化明显。护理人员要全程监护, 认真观察患者呼吸暂停次数、持续时间, 尤其凌晨时要注意加强巡视^[5]。随着睡眠的不断加深和时间的延长, 其危险因素也不断增加^[6]。若患者出现大汗淋漓, 呼吸困难则应终止监测, 立即给予半卧位, 给氧, 严密观察并通知值班医生配合相应的急救处理。保持呼吸道通畅, 注意预防和及时治疗鼻腔阻塞性疾病, 有助于重度 OSAHS 患者的改善。同时, 由于鼻部、咽喉部疾患等导致的 OSAHS 者, 建议外科治疗并给予加强护理。

2 结果

85 例患者睡眠呼吸暂停低通气指数(AHI)均大于 30 次/小时, AHI 最高为 122.4 次/小时。最低血氧饱和度均小于 65%, 符合重度低氧血症; 呼吸暂停时间 167~187 s。血氧饱和度低于 40% 的 21 例患者中断监测, 给予呼吸机治疗; 导联线脱落患者 26 例, 经夜间巡视及时发现, 给予安装并正常记录; 出现血压 > 160/120 mm Hg 者 30 例, 心律失常者 8 例, 均给予紧急护理应急预案监测成功。

3 讨论

重度 OSAHS 患者病情严重, 易有突发情况发生, 护士遇到问题需紧急处理。常见的问题及处理方法如下。

3.1 重度 OSAHS 患者易出现睡眠图形判读困难 (1) 电极脱落。出汗、油脂分泌过多及脸部结构各异是导致电极脱落或缺失的原因^[7-8]; 患者频繁变换体位易导致电极拽脱。应用防水胶固定脸部电极, 用透气性和黏性好的高性能胶布固定及增加巡视次数或通过监控视频查看各导联线有无异常, 判断有无脱落电极脱落, 是否需要重新安装。(2) 电极阻抗过大。因频

* 基金项目: 军队临床高新技术重大项目(2010gxjs045)。

△ 通信作者, E-mail: luomin1995@126.com。

繁呼吸暂停,患者身体不断挣扎,血内的二氧化碳增加导致大脑皮质觉醒,出现过度换气,出汗多,导电膏融化,电极阻抗增大。应重新对皮肤进行处理,安装电极,必要时打开空调或电扇降低室内温度。(3)血氧数据间断。血氧监测仪探头固定部位易滑落,应妥善固定,松紧适宜,以免影响血液循环。安装电极时,尽可能使患者处于仰卧位,这样既有利于患者放松,也有效地避免最大腹围平面的位移^[9]。注意电极定位和同定电极的牢固性。一般认为健康人夜间血氧饱和度不应低于 90%,因此,有学者认为氧减饱和度指数(即每小时血氧饱和度低于 90%的次数)可作为判定 OSAHS 患者缺氧程度的一个参数,并发现与呼吸暂停低通气指数明显相关^[10]。

3.2 呼吸暂停患者的护理 健康人仰卧位时最小矢状咽径明显小于侧位,后腭和后舌更靠近咽喉壁^[11]。OSAHS 患者常伴有上气道狭窄和咽喉壁顺应性的增高,再加上重力作用,平卧时气道塌陷更明显,通气功能受阻,睡眠质量受到影响,表现出睡眠结构紊乱,反复出现呼吸暂停和血氧下降。重度 OSAHS 患者夜间憋气时间较长,监测时要加强巡视,当呼吸暂停时间大于 90 s 时应仔细观察患者面色、口唇颜色或血氧饱和度;若连续 4 次低于 40%,及时停止监测,改用持续正压通气治疗。患者若能长期应用正压通气呼吸机进行治疗,可以形成良性循环,对降低危险因素与缓解病情均有重要意义^[12]。若发生窒息,及时将患者头侧向一边,拉出舌体,清除口腔分泌物,并协助值班医生给予气管插管或气管切开。

3.3 心律失常患者的护理 当发现患者心率超过 130 次/分,出现大汗淋漓、胸闷、心悸、头晕等不适时,应立即通知医生并撤下监测导联,取半卧位或端坐位,尽量避免左侧卧位,吸氧并给予心电监护,及时请心内科会诊。患者一旦有猝死的表现,如意识突然丧失、抽搐、大动脉搏动消失、呼吸停止、血压测不到等应立即进行抢救,实施心肺复苏。密切观察和监测生命体征,积极配合医生的诊断治疗。有吸烟史患者积极配合戒烟,因为烟草中含有尼古丁,尼古丁作用于冠状动脉,可使其出现痉挛进而引起心肌缺血^[13]。心肌缺血的加剧,可影响到心脏的整个传导系统,会出现各种心律失常。林晖等^[14]研究显示,OSAHS 组患者心律失常的发生率明显高于非 SAHS 组患者。Franklin 等^[15]研究 10 例有夜间胸痛的患者,发现其中 9 例存在睡眠呼吸暂停,经持续正压通气治疗后,夜间胸痛减轻,夜间心肌缺血事件减少。因此,OSAHS 是临床引发心律失常的重要因素,应引起重视。雷志坚等^[16]的研究显示,OSAHS 患者改变体位睡眠后心律失常显著减少甚至完全消失,提出改变体位可作为防治 OSAHS 患者心率失常发生的有效措施。

3.4 高血压患者的护理 OSAHS 是高血压的独立危险因素,30%~50% OSAHS 患者患有高血压,且 70%的顽固性高血压患者存在睡眠呼吸暂停综合征,两者均为严重危害健康的疾病。入院后测血压,询问患者日常血压情况并做对比,血压高于 160/120 mm Hg 并主诉不适,应通知医生给予相应处理。老年人降压应控制在 140~159 mm Hg,以防心脑血管并发症的发生。研究表明,随着 OSAHS 病情的加重,糖代谢异常及出现高血压的比例增加,合并代谢综合征的 OSAHS 患者病情更严重^[17]。

综上所述,重度 OSAHS 患者病情严重且进行 PSG 监测时间较长,在监测中易出现各种突发情况,实施紧急护理应急预案在保证患者生命安全的同时,能有效提高监测数据完整

性,满足诊疗的需要。

参考文献

[1] 陈曦,李进让. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征对青年患者血压的影响[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013,19(4):325-329.

[2] 杨华,梁勇. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的治疗与护理进展[J]. 护理学报,2007,14(6):31-33.

[3] 肖朝阳,张华. 88 例睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床观察[J]. 中国医药指南,2011,9(23):96-97.

[4] 王凌娟,吕静霞,刘鹏. 阻塞性呼吸暂停低通气综合征患者家属参与健康教育的实践与结果[J]. 中国护理管理,2013,13(2):98-101.

[5] 多景华,张淑艳. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征与多系统疾病[J]. 医师进修杂志,2010,24(10):52-53.

[6] 徐春玲,肖丽,刘效英. 中重度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 143 例围手术期护理[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(24):20-22.

[7] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会咽喉学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊断和外科治疗指南[J]. 中华耳鼻咽喉外科杂志,2009,44(2):95-96.

[8] 曹振宇,殷善开. 多导睡眠监测导联安装的几点体会[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2006,40(6):473.

[9] 方芳,施勤,陈蕾,等. 影响多导睡眠监测的相关因素与护理干预[J]. 护理研究,2010,16(10):3-4.

[10] Cao J, Chen B Y, Dong LX, et al. Analysis of the arterial oxygen desaturation index of the patients with coronary heart disease and obstructive sleep apnea syndrome during sleep[J]. J Clin Cardiol(China), 2001, 17(1):24-25.

[11] Smith AM, Battagel JM. Non-apneic snoring and the orthodontist: radiographic pharyngeal dimension changes with supine posture and mandibular protrusion [J]. J Orthod, 2004, 31(2):124-131.

[12] 刘志青,李乐之. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者持续正压通气治疗依从性的影响因素及对策[J]. 中国老年学杂志,2009,11(8):44.

[13] 王辉,张娅楠. 46 例睡眠呼吸暂停综合征中医诊治体会[J]. 中国保健营养,2013,23(4):2082-2083.

[14] 林晖,田俊萍,等. 睡眠呼吸综合征患者动态心电图指标分析[J]. 湖南中医药大学学报,2011,8(31):37-39.

[15] Franklin KA, Nilsson JB, Sahlin C, et al. Sleep apnea and nocturnal angina[J]. Lancet, 1995, 345(1):1085-1087.

[16] 雷志坚,刘建红,刘航,等. 体位干预对轻中度阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者的效果观察[J]. 广西医学,2012,34(7):850-851.

[17] 杜娟,李敏,顾晨娟,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征与代谢综合征的相关研究[J]. 世界临床药物,2014,5(10):71-73.