经验交流

文章编号:1000-5404(2013)07-0688-02

NPPV联合降压药物对老年OSAHS合并高血压患者血清HGF水平及血压的影响

张 鹏[1],欧阳松云[1],孙培宗[1],陈瑞英[1],代丽萍[2] (450000 郑州,郑州大学:第一附属医院呼吸睡眠科[1],公共卫生学院[2])

[关键词] 老年人;OSAHS;高血压;肝细胞生长因子;无创正压通气

[中图法分类号] R332.3;R563.8 [文献标志码] B

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome,OSAHS)是一种全身性疾病,成人发病率为2%~4%,并与高血压密切相关[1-2]。文献[3]报道血清中肝细胞生长因子水平(hepatocyte growth factor,HGF)与OSAHS、高血压严重程度相关。本研究比较老年OSAHS合并高血压患者进行常规降压药物或无创正压通气(NPPV)联合降压药物治疗效果,观察HGF水平及血压变化情况,探讨NPPV对老年OSAHS合并高血压患者疗效的影响。

1 对象与方法

1.1 一般资料

根据文献[4-5]选择年龄≥60岁的中、重度OSAHS合并原发性高血压患者197例,包括男性172例,女性25例,(68.57±3.87)岁。按随机数字表法分为常规降压药物治疗组(对照组)99例,NPPV联合常规降压药物治疗组(NPPV组)98例。所有病例收于我院2010年7月至2012年7月,有继发性高血压、3个月内曾患急性心肌梗死、心力衰竭、严重心律失常或脑血管意外者除外。本研究获医院伦理委员会批准,入组患者均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 监测方法 患者均填写嗜睡量表(epworth sleepiness scale,ESS)[4]、行PSG监测及24 h动态血压。PSG监测仪采用美国Sandman Elite高级睡眠诊断系统。动态血压采用DS 242型动态血压监测仪(日本Seimitsu Sokki公司)。治疗6个月后重复以上监测项目。

1.2.2 标本采集及检测 受试者于次晨空腹抽取静脉血3 mL。采用双抗体夹心酶联免疫吸附(ELISA)法测定所有标本血清HGF。试剂盒由上海森雄科技实业有限公司提供。

1.2.3 治疗与随访 NPPV组患者行NPPV治疗,先行Auto-CPAP压力滴定,对不耐受CPAP的患者换用Bi-PAP机;对照组继续服用降压药,单药效果不佳时联合用药。每2周随访1次,督促患者服药及NPPV治疗,并根据血压情况调整降压药物,共随访6个月。

1.3 统计学处理

数据以$\bar{x}\pm s$表示,采用SPSS 17.0统计软件,两组间比较采用t检验,治疗前后比较采用配对设计的t检验。

2 结果

两组血压均较治疗前下降,NPPV组较对照组血压下降幅度大,差异有统计学意义($P<0.05$);NPPV组非杓型血压节律所占比例较前减少,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.01$),见表1。

随访6个月期间,NPPV组患者中19例(19.2%)停用降压药,仅NPPV治疗便可使血压维持在正常范围,对照组均需持续服用降压药控制血压。NPPV组使用1种以上降压药的人数由28例(28.6%)减为20例(20.4%),对照组使用1种以上降压药的人数无改变,且有5例患者需在原来基础上加用1种降压药,两组比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。NPPV组及对照组全天平均血压控制正常率为76.8%、58.4%,夜间血压控制正常率为84.2%、24.7%,两组比较差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表1 两组高血压患者治疗前后血压比较

组别	n	24 h平均收缩压($\bar{x}\pm s$, mmHg)	24 h平均舒张压($\bar{x}\pm s$, mmHg)	白天平均收缩压($\bar{x}\pm s$, mmHg)	白天平均舒张压($\bar{x}\pm s$, mmHg)	夜间平均收缩压($\bar{x}\pm s$, mmHg)	夜间平均舒张压($\bar{x}\pm s$, mmHg)	非杓型(%)
NPPV组	98							
治疗前		142.25±3.34	92.13±2.35	152.05±3.10	94.30±4.23	141.40±4.10	92.85±6.35	83(84.7)
治疗后		136.90±3.40^{ac}	84.50±3.25^{ac}	141.40±4.16^{ac}	85.75±3.42^{bc}	135.40±7.32^{ac}	87.05±4.87^{bc}	13(13.3)^{ac}
对照组	99							
治疗前		142.20±2.69	92.05±6.13	150.00±6.55	94.85±6.84	143.00±5.89	91.40±5.14	79(79.8)
治疗后		140.35±2.21^{d}	90.59±1.87^{d}	146.39±1.79^{d}	91.10±2.15^{d}	142.85±3.87	89.10±2.99	69(69.7)

a:$P<0.01$,b:$P<0.05$,与对照组治疗后比较;c:$P<0.01$,d:$P<0.05$,与各组治疗前比较

3 讨论

本研究对合并OSAHS的高血压患者,经常规降压药物治疗或NPPV联合降压药物治疗6个月后,HGF水平均有下降,但联合NPPV治疗的患者HGF下降幅度明显高于单纯降压药物治疗组($P<0.01$),说明NPPV治疗后,随着缺氧的改善,血

[基金项目] 郑州市科技局资助项目(10PTGG380/19)

[通信作者] 欧阳松云,E-mail:ouyangsy@163.com

[优先出版] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130116.1643.006.html(2013-01-16)

管内皮损伤减轻,HGF水平下降;从血压控制情况看,单纯药物治疗全天血压控制正常率为58.4%,夜间血压控制正常率24.7%,而联合NPPV组为76.8%、84.2%,高于单纯药物组,夜间血压控制效果尤为明显。这是因为降压药可在一定程度上降低血压,减轻持续高血压对血管内皮的损伤,血清HGF水平有所下降,但对OSAHS引起的血管损伤及血压升高无治疗作用,即使联合用药或增加剂量降压效果仍不理想。而NPPV联合降压药物治疗,不仅可以降低白天血压,还可有效缓解OSAHS对血管内皮及血压的影响,因此HGF水平下降更明显,血压控制正常率较高。并且联合NPPV治疗的患者"非杓型"血压节律人数明显减少,而单纯药物治疗对"非杓型"节律几乎无改善。因而,对难治性高血压患者应注意OSAHS的存在,对合并OSAHS的高血压患者,NPPV联合药物治疗效果更佳。

参考文献:

[1] Young T, Palta M, Dempsey J, *et al*. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults[J]. N Engl J Med, 1993, 328(17): 1230-1235.

[2] 睡眠呼吸暂停与心血管疾病专家共识写作组. 睡眠呼吸暂停与心血管疾病专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(11): 812-820.

[3] 明怀坤, 欧阳松云, 孙培宗, 等. 血清肝细胞生长因子水平与OSAHS合并高血压的相关性[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2010, 9(3): 249-252.

[4] 中华医学会呼吸病学分会睡眠呼吸疾病学组. 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(4): 195-198.

[5] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2011, 3(5): 42-93.

(**收稿**:2012-10-28;**修回**:2013-01-03)

(编辑 邓强庭)

文章编号:1000-5404(2013)07-0689-02

经验交流

食管癌晚期合并食管狭窄支架置入术后209例临床护理

李春花,赵国策,樊超强,刘 璐,卢 兵,黄其密 (400037 重庆,第三军医大学新桥医院消化内科)

[**关键词**] 食管狭窄;食管癌;置入术;食道支架;食管覆膜支架;镍钛记忆合金网状;临床护理

[**中图法分类号**] R473.5 [**文献标志码**] B

食管癌晚期由于合并食管狭窄,患者常伴有进食困难,饮水呛咳等消化道梗阻症状,影响患者的营养摄入,降低患者对肿瘤放化疗的耐受,严重威胁患者的生命。食管支架置入是目前食管癌晚期合并食管下狭窄姑息治疗重要手段之一[1-3]。而该手术成功的关键是加强术前评估及心理护理,术后严密观察病情变化,及时采取预见性护理措施,预防并发症发生。且正确的饮食指导,有效的心理护理可帮助患者缓解进食困难,加快患者康复,提高治疗远期效果,对延长患者生命,提高其生存质量意义重大。2010年1月至2012年10月住院209例食管癌晚期合并食管狭窄患者进行食管覆膜支架置入,患者均获得较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2010年1月至2012年10月第三军医大学新桥医院消化内科住院的食管癌晚期合并食管狭窄患者209例,其中男性188例,女性21例,年龄45~86(58.7±11.9)岁。患者均经电子胃镜及病理组织学确诊。食管癌晚期不宜手术者109例(其中合并食管气管瘘9例),食管癌术后吻合口狭窄患者68例,食管癌放疗后狭窄者32例。梗阻部位食管上段癌38例(18.2%),食管中段癌87例(46.4%),食管下段癌74例(35.4%)。209例食管癌患者均有进行吞咽困难,消瘦等症状。吞咽根据Stooler分级:0级为无吞咽困难;1级为能吞咽部分固体食物;2级为能吞咽软食;3级为仅进食流质饮食;4级为完全吞咽困难。本组病例吞咽困难分级1级32例(15.3%),2级69例(33.0%),3级81例(38.8%),4级27例(12.9%)。本研究经医院伦理委员会批准,患者术前均签署知情同意书。

1.2 手术方法

患者取仰卧或侧卧位,肩部垫高,头偏向一侧,有义齿者取出义齿。应用短效静脉麻醉药的丙泊酚注射液进行全身麻醉,术中进行心电监护。首先用电子胃镜观察食管癌病变及狭窄部位和程度,如电子胃镜能通过狭窄处,在电子胃镜直视下置入导丝,并测量狭窄长度,通过电子胃镜或在X线监测下经口腔送入超滑导丝至胃内,然后用探条或球囊扩张,测量食管癌狭窄长度,选择合适的覆膜支架。镍钛合金采用:Boston Scientific,Model:US/18-15/16/95,12 cm cover REF 1312-1315。食管支架置入后再次进镜观察支架位置和张开情况,或用X线透视观察食管支架置入的位置及是否畅通。

1.3 围术期护理

食管癌晚期合并食管狭窄患者,由于长期不能进食,这些患者多有恐惧心理,一定要加强术前护理和心理疏导。术前认真讲解置入食管支架的作用、步骤,以取得患者的配合[4-5]。认真做好患者及家属的饮食宣教,耐心讲解饮食不当的危害性及注意要点。术后进食不要操之过急,采用循序渐进的方式,从流质饮食到半流质饮食过度,少进或不进直径超过1.0 cm

[**通信作者**] 李春花,E-mail:lch567@sohu.com

[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20130228.1714.008.html(2013-02-28)