

OSAS患者的围术期管理

Practice Guidelines for the Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea

An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Management of Patients with Obstructive Sleep Apnea

Anesthesiology 2014; 120:268-86



患者，女，67岁，84公斤，156cm。因“左肾结石”在气管内插管全麻+硬膜外麻醉下行经皮肾镜碎石取石术。既往有高血压糖尿病史，控制可；二年前因鼾症行矫正术，术后一年复发。麻醉诱导前T10-11行硬膜外穿刺置管，先后推注0.25%罗哌卡因20ml；然后给予咪唑安定0.03mg/kg，丙泊酚1.0mg/kg，芬太尼4ug/kg，罗库溴胺0.6mg/kg诱导，顺利插入气管导管。俯卧位下手术。麻醉维持七氟醚吸入，顺苯磺酸阿曲库胺、瑞芬太尼泵注。



手术麻醉经过顺利。术毕硬膜外推0.1mg/ml吗啡的镇痛液5ml，接镇痛泵行PCEA,送入PACU。拔管前脱氧SpO₂达92%，血气尚在正常范围
拔管后鼻导管给氧SpO₂ 94%，面罩给氧SpO₂ 96%，观察约1小时后送回病房，继续鼻导管给氧。



术后约5小时（凌晨零点左右），护士巡查时发现该患者嗜睡，打鼾，呼吸不规律，SpO₂降至84%左右，呼之能醒，嘱深呼吸后SpO₂能升至90%以上，值班医生欲将患者送往ICU，遭家属拒绝，遂改面罩给氧。约1小时后护士再次巡查时发现患者面色青紫，呼吸暂停，呼之不应，SpO₂已降至60%，紧急气管插管，送入ICU，行呼吸机控制呼吸...

事发至今已一年余，患者仍未恢复意识，尚在治疗中（费用近百万元）

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征



阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征（Obstructive Sleep Apnea Hypopnea Syndrome, OSAHS）是一种严重威胁人类健康的常见多发病，已成为危及生命的隐形杀手。睡眠呼吸暂停综合征的最终恶果是患心脑血管病，而心脑血管病已居全球疾病死因首位。

肥胖的病人很大一部分都有阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA）。据估计，中年人中4%的男性和2%的女性患有有临床症状的OSA。肥胖是一个很重要的独立的致病因素和高危因素；60~90%的OSA患者都是肥胖者（即体重指数BMI > 29kg/m²）。



据美国国家睡眠性疾病研究委员会（NCSDR）1993年和2000年的估计，美国可能患OSA的总人数分别约为1800万和4000万人。不幸的是，约80%~95%的OSA患者并没有被诊断出来；因此，绝大多数需要麻醉和手术的OSAS患者术前并没有得到诊断，而麻醉医生就可能是围手术期诊断OSAS的**最后一道防线**。



OSAS的定义

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征是指睡眠时周期性地出现部分或完全的上呼吸道阻塞引起的呼吸暂停和低通气,伴有打鼾,睡眠结构紊乱,频繁发生血氧饱和度下降,白天嗜睡等症状。



OSAS患者由于睡眠时发生低氧和高碳酸血症，最终引起全身多器官多系统渐进性损害，被WHO列为潜在致死性疾病。

OSAS围术期有发生上呼吸道梗阻的潜在危险，且多伴有高血压或心脏病，故所施行手术不论是否与矫正**OSAS**有关，均应列为麻醉的高危患者。

OSA的诊断



主要根据病史、体征和PSG监测结果。临床有典型的夜间睡眠打鼾伴呼吸暂停、日间嗜睡(ESS评分 ≥ 9 分)等症状，查体可见上气道任何部位的狭窄及阻塞， $AHI / >5$ 次 / h者可诊断OSAHS；对于日间嗜睡不明显(ESS评分 < 9 分)者， $AHI \geq 10$ 次 / h或 $AHI \geq 5$ / h，存在认知功能障碍、高血压、冠心病、脑血管疾病、糖尿病和失眠等1项或1项以上OSAHS合并症也可确立诊断。

**阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南
(2011年修订版)**



多导睡眠图 (Polysomnography PSG), 是诊断 OSAHS 的“金标准”。具体指的是：成人7小时的夜间睡眠中，呼吸暂停和低通气每小时>5次，持续时间>10秒。

表 1 成人 OSAHS 病情程度与呼吸暂停低通气指数 (AHI) 和(或)低氧血症程度判断依据

程度	AHI(次/h)
轻度	5 ~ 15
中度	> 15 ~ 30
重度	> 30
程度	最低 SaO ₂ (%)
轻度	85 ~ 90
中度	80 ~ < 85
重度	< 80

**阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南
(2011年修订版)**

OSA鉴定与评估



A、预示OSA可能的临床体征和症状

1、有患病倾向的体格特征

成人患者：体重指数（BMI） $35\text{kg}/\text{m}^2$

儿科患者：年龄和性别的第95百分数

颈围17英寸（男性）或16英寸（女性）（1英寸=2.54厘米）

颅颌面畸形影响气道

解剖学鼻塞

扁桃体几乎可触及，或在中线可触及

2、睡眠时有明显的气道阻塞史

存在以下2个或2个以上因素：（若患者独自生活或睡眠未被他人观察，则需满足以下1个因素）

打鼾声大（声大足以穿透关闭的门）

频繁打鼾；睡眠中有观察到的呼吸暂停；睡眠中因气哽觉醒；睡眠中频繁觉醒



儿科患者

睡眠中间歇发声；父母报告有无休息的睡眠、呼吸困难或睡眠时呼吸用力；患儿具有夜惊；患儿睡眠体位特殊；患者新发遗尿症

3、嗜睡（具有以下1个或1个以上特征）

日间嗜睡或睡眠充足仍感觉疲乏

尽管睡眠充足，在非刺激环境下仍能轻易入睡（如：看电视、阅读、搭乘或驾驶汽车等）

儿科患者：父母或教师告知，患儿在白天嗜睡，容易烦躁，具有过度攻击性、急躁、精神不容易集中

儿科患者：在通常的觉醒时间，患儿不容易被唤醒。

如果患者具有以上2个或2个以上体征或症状，患者OSA的可能性较大。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/088064137035006112>