

التقييم السريري لمرضى انقطاع التنفس أثناء النوم

الدكتور عزيز محمود*

الدكتور يوسف يوسف**

ريم خدام***

(تاريخ الإيداع 4 / 2 / 2010. قُبِلَ للنشر في 27 / 4 / 2010)

□ ملخص □

تم تقييم 100 مريض يعانون من متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم، و ذلك من خلال أخذ القصة المرضية والأعراض السريرية و الفحص السريري، و خاصة بما يهم اختصاصنا، و هو فحص الأنف و البلعوم و البلعوم الأنفي و الحنجرة و اللسان، و أجري لقسم من المرضى تخطيط أثناء النوم و ذلك لتأكيد التشخيص، بينت الدراسة أن الشخير و النعاس النهاري و الاستيقاظ من النوم هي أكثر الأعراض شيوعاً لدى مرضى متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم، وأن ضخامة اللهاة مع ترهل شراع الحنك و ضخامة كتلة اللسان FTP3 حسب تصنيف Friedman و ضخامة اللوزات الدرجة TS3 هي أكثر الموجودات السريرية شيوعاً في هذه المتلازمة، كما أن السمنة و حجم العنق تعطي فكرة هامة عن شدة المرض، و يأتي تخطيط النوم وسيلة ذهبية لتأكيد التشخيص، و ذلك بإعطاء معلومات عن وجود انقطاع النفس أو ضعف النفس و الشخير كما يقيس معدل جريان الهواء و دراسة حركات الصدر و البطن.

الكلمات المفتاحية: متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم، الشخير.

* أستاذ - قسم الأذنية - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

** أستاذ - قسم الأذنية - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

*** طالبة دراسات عليا (ماجستير) - قسم الأذنية - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Clinical Evaluation of Obstructive Sleep Apnea Patients

Dr. Aziz Mahmoud *
Dr. Yousef Yousef**
Reem Khaddam ***

(Received 4 / 2 / 2010. Accepted 27 / 4 / 2010)

□ ABSTRACT □

One hundred patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSA) were evaluated in this study, after taking clinical history and symptoms especially which are related to Otolaryngology, by nose, nasopharyngeal, throat and tongue mass exam.

The study shows that the snoring, daytime sleepiness and arousal from sleep are the common symptoms, it also shows that the large uvula, low palatal arch, tongue mass FTP3 and TS3 are the most common clinical features of obstructive sleep apnea. Polysomnography is important in the evaluation of OSA and to get a perfect diagnosis.

Keywords: obstructive sleep apnea, snoring.

*Professor , otolaryngology section, faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

** Professor, otolaryngology section, faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

***Postgraduate student, otolaryngology section, faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

متلازمة انقطاع التنفس الإنسدادي أثناء النوم (Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSA) أو ما يعرف حديثاً باضطراب التنفس أثناء النوم (Sleep Disorder Breathing (SDB) هي اضطراب شائع في النوم، يحدث بسبب انسداد في الطرق التنفسية العليا و خاصة على مستوى البلعوم، بفترات انقطاع تنفس تقدر بحوالي 30 مرة خلال فترة النوم الطبيعية ، إن سبب هذه المتلازمة متعدد العوامل ، حيث هناك تداخل بين الاضطرابات التشريحية في الطرق التنفسية العليا (خاصة على مستوى الأنف و البلعوم) و بين الاضطرابات الفيزيولوجية للنوم من خلال عدم فعالية عضلات التنفس ، هناك نوعان لمتلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم :

1- نوع مركزي : هو توقف النفس المؤقت بسبب آلية دماغية مركزية تسبب تثبيط لعمل عضلات التنفس، رغم عدم وجود أي عائق في الطرق التنفسية.

2- نوع محيطي : هو توقف جريان الهواء في الطرق التنفسية بسبب وجود عائق انسداد في الطرق التنفسية .

و يجب التفريق بين انقطاع النفس Apnea و ضعف النفس Hypoapnea :

انقطاع النفس Apnea : هو توقف جريان الهواء في الطريق التنفسي عند فتحتي الأنف و البلعوم لمدة عشر ثوان على الأقل، و قد يستمر حتى دقيقتين مسببا بذلك نقص الحجم السعوي و نقص الأكسجة.

ضعف النفس Hypopnea : هو انخفاض الجريان الهوائي في الطريق التنفسي الناتج عن انخفاض حركات الصدر و البطن حتى 50% من قوتها.

مشعر انقطاع النفس AI : هو عدد مرات انقطاع النفس أثناء النوم في الساعة.

مشعر اضطراب التنفس RDI: هو متوسط عدد مرات انقطاع النفس و ضعفه خلال ساعة نوم واحدة.

قسمت الجمعية الأمريكية للنوم الـ OSA إلى ثلاث درجات:

1- خفيف: عدد مرات انقطاع النفس (5-20) مرة خلال ساعة نوم.

2- متوسط: عدد مرات انقطاع النفس (21-40) مرة خلال ساعة نوم.

3- شديد: عدد مرات انقطاع النفس أكثر من 40 مرة خلال ساعة نوم.

أهمية البحث وأهدافه:

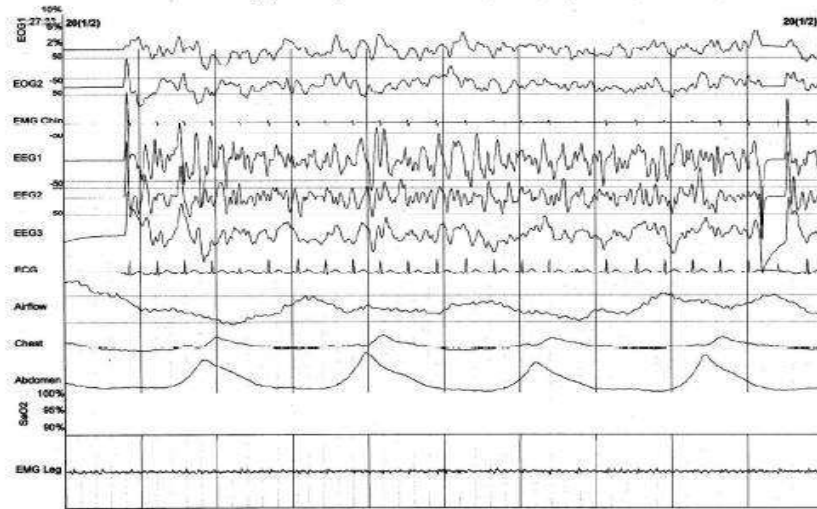
تهدف الدراسة إلى تقييم سريري كامل لمرضى لديهم أعراض OSA، و ذلك من خلال تفصيل القصة السريرية لمعرفة أهم الأعراض لدى المرضى، ثم إجراء فحص سريري كامل، خاصة فحص الأنف و البلعوم والحنجرة لمعرفة أكثر الاضطرابات التشريحية المرافقة لهذه المتلازمة شيوعاً و يتم تصنيف هذه الاضطرابات ضمن مشعرات هامة تقيم شدتها و تأثيرها على شدة الأعراض، كما يتم فحص المرضى لمعرفة عوامل الخطورة المرافقة كقياس الوزن لكشف وجود البدانة ، حجم العنق و ارتفاع الضغط الشرياني، كما يهدف البحث إلى تبيان أهمية تخطيط النوم لتأكيد التشخيص، و ذلك من خلال تسجيل الحوادث أثناء النوم مثل ضعف النفس أو وقف النفس و نقص الأكسجة و وجود الشخير و تسجيل حركات الصدر و البطن.

و بناء على نتائج الفحص السريري و تخطيط النوم يتم اختيار العلاج الملائم لكل حالة مرضية

كما تهدف الدراسة إلى إعطاء فكرة هامة عن الشخير كعرض مرضي هام مترافق مع هذه المتلازمة وأهمية تمييزه عن الشخير الاعتيادي أو البسيط، و من خلال تقييمنا السريري للمرضى يتم ترشيح المرضى القابلين للعلاج، إما بواسطة CPAP أو العلاج الجراحي .
كما تهدف الدراسة إلى التنويه لعواقب هذه المتلازمة، مثل العواقب القلبية الوعائية و حوادث السير بسبب النوم.

طرائق البحث ومواده:

أجريت الدراسة على عينة مؤلفة من 100 مريض من مراجعي مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية خلال الفترة الواقعة بين شهري آذار 2008 و آذار 2009 .
تم فحص المرضى فحصا شاملا عن طريق فحص الأنف و البلعوم و تحري البلعوم الأنفي و الحنجرة بواسطة المنظار الصلب ، كما أجري للبعض مخطط النوم PSG .
و تم إجراء تخطيط النوم لبعض المرضى و ذلك لتأكيد التشخيص ، و فيما يلي مخطط نوم طبيعي



الشكل رقم (1) يبين مخطط نوم طبيعي

طريقة تحضير المرضى:

تم إجراء دراسة كاملة للمرضى، وأخذ قصة مرضية مفصلة لكل مريض حسب الاستمارة التالية :

استمارة البحث

المعلومات الشخصية

اسم المريض : العمر : الجنس : الطول : الوزن :
 مشعر كتلة الجسم BMI : مدخن : كحولي :
 مكان السكن : المهنة : رقم الهاتف :

الأعراض و العلامات

- 1- الشخير المزمن العالي.
- 2- اللهاث المعاوض (الرعاش).
- 3- النعاس خلال اليوم: مقياس النوم لايبورث (ESS) Epworth Sleep Scale. حسب الجدول رقم (1):

الجدول رقم (1) مقياس النوم لايبورث

3 احتمال قوي	2 احتمال متوسط	1 احتمال خفيف	0 لا يوجد نعاس	ESS
				النعاس أثناء مشاهدة التلفاز
				الجلوس غير النشط في مكان عام
				الجلوس و التحدث إلى شخص
				الجلوس بهدوء بعد الغداء دون كحول
				التوقف في السيارة لعدة دقائق دون قيادة
				الجلوس و القراءة
				السفر في حافلة لمدة ساعة أو أكثر
				الاستلقاء بعد الظهيرة

يعتبر من 0-10 طبيعي، 10-12 ضمن الحد الأعلى الطبيعي، 12-24 غير طبيعي.

- 4- الاستيقاظ خلال النوم.
- 5- البدانة : مشعر كتلة الجسم BMI و تقاس بالقانون التالي : الوزن (كغ)/مربع الطول (بالمتر).
- 6- زيادة حجم العنق.
- 7- بلعوم صغير تشريحياً.
- 8- ارتفاع الضغط الجهازي .
- 9- أعراض مرافقة أخرى: صداع صباحي ، اضطراب وظيفة جنسية ، نوم قلق ، كسب وزن حالي، قلس معدي مريئي ، ارتفاع الضغط الرئوي ، ضعف النفس، RDI .

الموجودات السريرية

الموجودات الفموية الأنفية :

- 1- ترهل شراع الحنك.
- 2- حجم اللوزات TS .
- 3- انسداد الأنف: انحراف الحاجز الأنفي ، بوليبيات، ضخامة القرينات.
- 4- ضخامة اللسان: تصنيف Friadman Tongue Position (FTP) لتقييم كتلة اللسان و علاقتها مع شراع الحنك .
- 5- ضخامة اللوزة اللسانية.

6- تشوهات فوق المزمار .

الملاحح الوجهية الفموية السريرية لـ (ET AL) Guilleminaul

- 1- حجم الذقن: عريض = 0 ، صغير مثلثي = 3 .
- 2- وضع الفك العلوي و السفلي: متقدم = 0 ، متراجع بشكل ملحوظ = 4 .
- 3- ارتفاع الحنك الصلب : توضع منخفض = 0 ، توضع عالي = 2 .
- 4- شكل الوجه: مربع = 0 ، الوجه الطويل = 3 .
- 5- طول الحنك الرخو: قصير = 0 ، طويل = 2 .
- 6- عرض البلعوم : عريض = 0 ، ضيق = 2 .

المجموع الكلي = 19

أكثر من 13 يعتبر مرتفع

النتائج والمناقشة:

النتائج:

تم توزيع المرضى حسب الجنس، فبلغ عدد المرضى الذكور 80 مريضاً و الإناث 20 مريضة، كما هو مبين في الجدول رقم (2) .

الجدول رقم (2) يبين توزع المرضى حسب الجنس

جنس المرضى	ذكور	إناث
عدد المرضى	80 مريض (80%)	20 مريضة (20%)

نستنتج من الجدول أن الذكور أكثر إصابة من الإناث

كما تم تقسيم المرضى حسب العمر، فجاءت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (3).

الجدول رقم (3) يبين توزع المرضى حسب العمر

عمر المريض	4- 15 سنة	16- 35 سنة	36- 45 سنة	فوق 45 سنة
عدد المرضى	8 مريض (8%)	30 مريضاً (30%)	45 مريضاً (45%)	17 مريضاً (17%)

نستنتج من الجدول السابق أن الفئة العمرية 36- 45 سنة هي أكثر الفئات شيوعاً للإصابة بالمرض

تم تقسيم المرضى حسب الشكوى، كما هو مبين في الجدول رقم (4) .

جدول رقم (4) يبين توزع المرضى حسب الأعراض

الشكوى التي دفعت المريض لمراجعة الطبيب	عدد المرضى
الشخير	95 مريضاً (95%)
النعاس النهاري	70 مريضاً (70%)
النوم النهاري المفرط	63 مريضاً (63%)
اللهاث	40 مريضاً (40%)
الصداع الصباحي	20 مريضاً (20%)

العنائة أو الاضطرابات الجنسية	مريضان (2%)
البوال الليلي	5 مرضى (5%)
الاستيقاظ من النوم	80 مريضاً (80%)
القلس المعدي المريئي GERD	10 مرضى (10%)

نستنتج من الجدول السابق أن الشخير هو العرض الرئيسي لهذه المتلازمة يليها النعاس النهاري و الاستيقاظ فجأة من النوم تم تقييم شدة و تواتر الشخير، حسب الجدول رقم (5) الشدة :

- 0- لا يوجد
- 1- معتدل فقط في غرفة النوم
- 2- متوسط في أرجاء البيت
- 3- شديد خارج البيت

التواتر:

- 0- لا يوجد
- 1- اعتيادي : 1-2 يوم في الأسبوع
- 2- مستمر : 2-3 يوم في الأسبوع
- 3- يوميا : 6-7 في الأسبوع

الجدول رقم (5) يبين توزع المرضى حسب شدة و تواتر الشخير

التواتر			الشدة				الشخير
3	2	1	لا يوجد	3 شديد	2 متوسط	1 معتدل	
3	2	1	لا يوجد	3 شديد	2 متوسط	1 معتدل	0 لا يوجد
يومياً	مستمر	اعتيادي					
70	25	5	0	10	75	10	5
عدد المرضى							

نستنتج من الجدول السابق أن الشخير الذي عانى منه معظم المرضى هو شخير يومي؛ أي بتواتر كل ليلة و بشدة متوسطة

كما تم تقييم درجة النعاس النهاري حسب ESS (Epworth Sleep Scale) كما في الجدول رقم (6).

الجدول رقم (6) يبين توزع المرضى حسب ESS

24-13	12-11	10-5	المجموع
55	30	15	عدد المرضى

نستنتج من الجدول السابق أن معظم المرضى يعانون من نعاس نهاري مفرط شديد أكثر من 13 درجة يؤثر في نشاطاتهم اليومية.

كما تم تقسيم المرضى حسب الـ BMI كما في الجدول رقم (7)

الجدول رقم (7) يبين توزع المرضى حسب الـ BMI

BMI	اقل من 27	30-27	35-31	40-36	أكثر من 40
عدد المرضى	15	5	5	25	50

نستنتج من الجدول السابق أن معظم مرضى الـ OSA يعانون من السمنة المفرطة، و ذلك يكون الـ BMI أكبر من 40 لدى النسبة العظمى منهم.

تم توزيع المرضى حسب موجودات فحص الأنف، حسب الجدول رقم (8).

الجدول رقم (8) يبين توزع المرضى حسب موجودات فحص الأنف

فحص الأنف	عدد المرضى
انحراف الحاجز الأنفي	38 مريضاً (38%)
ضخامة القرينات	23 مريضاً (23%)
بوليبات أنفية	3 مرضى (3%)

نستنتج من الجدول السابق أن انحراف الوتره هي أكثر الموجودات الأنفية شيوعاً لدى المرضى

تم تقسيم المرضى حسب الموجودات الفموية كما هو مبين في الجدول رقم (9).

جدول رقم (9) يبين توزع المرضى حسب الموجودات الفموية

فحص الفم	عدد المرضى
ترهل شرع الحنك	65 مريضاً (65%)
تطاول اللهاة	75 مريضاً (75%)
ضخامة اللوزات	59 مريضاً (59%)
ضخامة اللسان	40 مريضاً (40%)
ضخامة الناميات	6 مرضى (6%)
موجودات مرضية حنجرية	لا يوجد (0%)

نستنتج من الجدول السابق أن تطاول اللهاة و ترهل شرع الحنك هي الموجودات الفموية لدى المرضى، علماً أننا نلاحظ عند معظم المرضى تشاركاً أكثر من اضطراب تشريحي، فبلغ عدد المرضى الذين يعانون من تطاول اللهاة و ترهل شرع الحنك 61 مريضاً، و عدد المرضى الذين يعانون من ترهل شرع الحنك مع تطاول اللهاة مع ضخامة اللوزات 69 مريضاً.

تم تقسيم مرضى ضخامة اللوزات TS كما هو مبين في الجدول رقم (10).

جدول رقم (10) يبين توزع المرضى حسب درجة ضخامة اللوزات

TS	TS0	TS1	TS2	TS3	TS4
عدد المرضى	3	33	20	41	3

TS0- مرضى استئصال اللوزات السابق

TS1- لوزات مرئية ضمن المسكن

TS2- لوزات خارج المسكن تسد 25% من الطريق الهوائي

TS3- لوزات تسد 25 - 75 % من الطريق الهوائي

TS4- لوزات تسد أكثر من 75 % من الطريق الهوائي (Kissed Tonsils)

نستنتج من الجدول السابق أن معظم المرضى لديهم ضخامة لوزات شديدة TS3 .

كما تم تقسيم مرضى ضخامة اللسان حسب تصنيف Friadman Tongue Position (FTP) كما هو مبين في الجدول رقم (11).

جدول رقم (11) يبين توزع المرضى حسب درجة ضخامة اللسان

FTP4	FTP3	FTP2	FTP1	FTP
4	6	30	60	عدد المرضى

FTP1 - كامل اللوزات و اللهاة و السويقات اللوزية مرئية عند فتح الفم.

FTP2 - اللهاة فقط مرئية عند فتح الفم.

FTP3 - الحنك الرخو مرئي فقط.

FTP4 - الحنك الصلب مرئي فقط.

نستنتج من الجدول السابق أن معظم المرضى لديهم ضخامة لسان معتدلة FTP2 .

تم تقسيم المرضى حسب الملامح الوجهية الفموية لـ (ET AL) Guilleminaul حسب الجدول رقم (12).

جدول رقم (12) يبين توزع المرضى حسب الملامح الوجهية الفموية لـ (ET AL) Guilleminaul

العرض الداخلي	طول الحنك الرخو		شكل الوجه		ارتفاع صفيحة الفك العلوي		وضع الفك السفلي و العلوي		حجم الذقن		عدد المرضى	
	عريض	ضيق	طويل	قصير	مربع	طويل	أنفي	متراجع	متقد	مثلثي		عريض
3=	0 =	2=	0=	3=	0=	توضع عال	0=	بشكل ملحوظ=4	0=م	3=	0=	
57	43	78	22	27	73	10	90	2	98	20	80	

تم تصنيف المرضى حسب وجود عوامل خطورة مرافقة :

جدول رقم (13) يبين توزع المرضى حسب عوامل الخطورة المرافقة

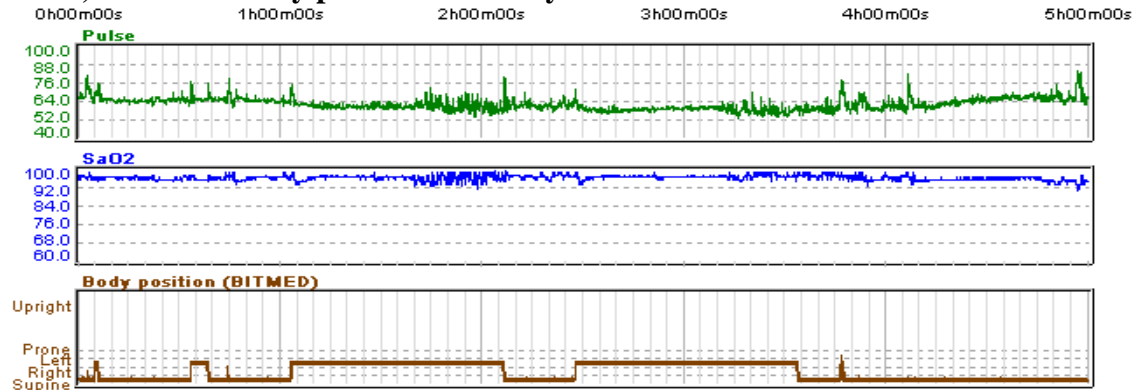
عدد المرضى	عوامل الخطورة
65 مريض (65%)	السمنة المفرطة
33 مريض (33%)	زيادة حجم العنق
20 مريض (20%)	ارتفاع الضغط الجهازي
40 مريض (40%)	التدخين
20 مريض (20%)	الكحولية

تم إجراء تخطيط نوم لـ 32 مريضاً، و فيما يلي عينة من مخططات النوم التي تم إجراؤها:

المريض الأول: ذكر بعمر 50 سنة ، الطول 1.80 م ، الوزن 95 كغ، BMI= 29.32 kg/m²

SLEEP DATA

Pulse, SaO2 and body position summary



Total recording time: 300.45 min

EVENT DATA

Event summary



Event	Total events	Index/hour	Mean duration	Max. duration
Obstructive apnea	212	42.34	12.86	14.00
Central apnea	0	0.00	0.00	0.00
Mixed apnea	0	0.00	0.00	0.00
Desaturation	16	3.20	45.68	84.94
Movement	0	0.00	0.00	0.00
Obs. hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Central hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Mixed hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Snore	99	19.77	0.88	2.98

Total duration of apneas: 45.44 min

Total duration of hypopneas: 0.00 min

Mean duration of apneas: 12.86 s

Mean duration of hypopneas: 0.00 s

Maximum duration of apneas: 14.00 s

Maximum duration of hypopneas: 0.00 s

Apnea index: 42.34

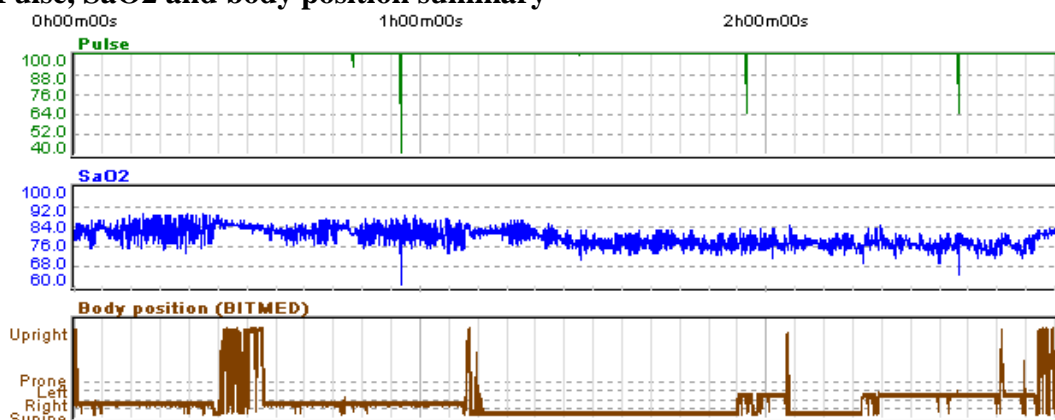
Hypopnea index: 0.00

Apnea-hypopnea index: 42.34

المريض الثاني: ذكر بعمر 57 سنة ، الطول 1.54 م ، الوزن 113 كغ ، BMI= 47.65 kg/m²

SLEEP DATA

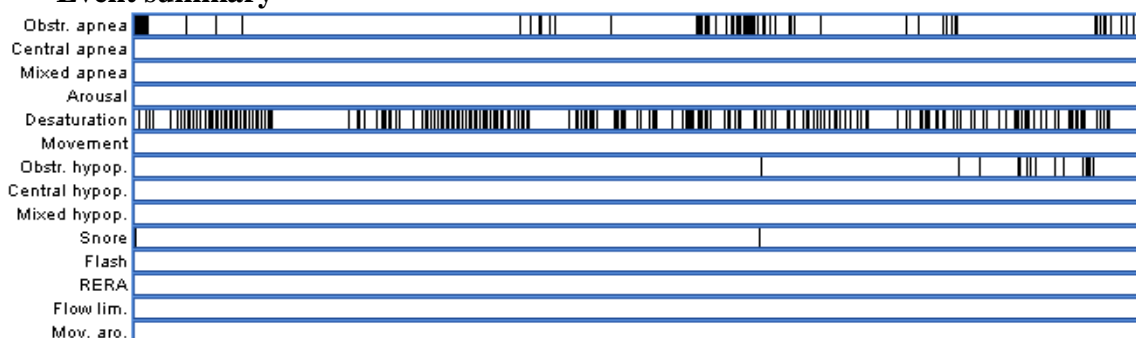
Pulse, SaO2 and body position summary



Total recording time: 171.34 min

EVENT DATA

Event summary



Event	Total events	Index/hour	Mean duration	Max. Duration
Obstructive apnea	45	15.76	22.31	138.00
Central apnea	0	0.00	0.00	0.00
Mixed apnea	0	0.00	0.00	0.00
Desaturation	195	68.28	14.38	38.86
Movement	0	0.00	0.00	0.00
Obs. hypopnea	15	5.25	13.33	20.00
Central hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Mixed hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Snore	3	1.05	3.33	6.00

Total duration of apneas: 16.73 min

Total duration of hypopneas: 3.33 min

Mean duration of apneas: 22.31 s

Mean duration of hypopneas: 13.33 s

Maximum duration of apneas: 138.00 s

Maximum duration of hypopneas: 20.00 s

Apnea index: 15.76

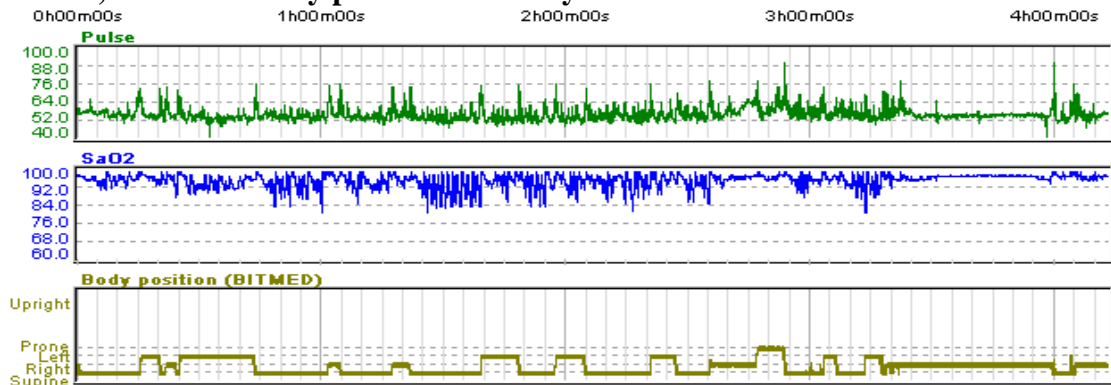
Hypopnea index: 5.25

Apnea-hypopnea index: 21.01

المريض الثالث : ذكر بعمر 46 سنة ، الطول 1.80 م ، الوزن 80 كغ ، BMI: 24.69 kg/m²

SLEEP DATA

Pulse, SaO2 and body position summary



Total recording time: 253.46 min

EVENT DATA

Event summary



Event	Total events	Index/hour	Mean duration	Max. duration
Obstructive apnea	377	89.25	12.74	14.00
Central apnea	0	0.00	0.00	0.00
Mixed apnea	0	0.00	0.00	0.00
Desaturation	93	22.02	44.43	99.93
Movement	0	0.00	0.00	0.00
Obs. hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Central hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Mixed hypopnea	0	0.00	0.00	0.00
Snore	3	0.71	2.67	4.01

Total duration of apneas: 80.04 min

Total duration of hypopneas: 0.00 min

Mean duration of apneas: 12.74 s

Mean duration of hypopneas: 0.00 s

Maximum duration of apneas: 14.00 s

Maximum duration of hypopneas: 0.00 s

Apnea index: 89.25

Hypopnea index: 0.00

Apnea-hypopnea index: 89.25

دراسات مقارنة:

1-دراسة D Brooks, R L Horner, L F Kozar بعنوان Obstructive sleep apnea as a cause of systemic hypertension - كلية الطب في جامعة تورنتو - كندا عام 1997، أظهرت الدراسة تشارك ارتفاع التوتر الشرياني الجهازى لدى 135 مريضاً من أصل 350 مريضاً لديهم متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم فوق عمر الخمسين، أي بنسبة 38.5% بينما بلغت في دراستنا 20 مريضاً من أصل 100 مريضاً أي بنسبة 20%.

2-دراسة Caroline Van De Heyning BSc, Mieke Kerremans BSc, Diana Rinkevich MD بعنوان Obstructive Sleep Apnea Syndrome: More Insights on Structural and Functional Cardiac Alterations - قسم أمراض القلب و التنفس -مشفى Antwerp الجامعي - بلجيكا عام 2005. حيث بلغ عدد العينة 43 مريضاً، كان معدل الـ BMI 35 ، أما في دراستنا فكانت النسبة العظمى أكثر من 40، كما كان معدل العمر في الدراسة نفسها 45 - 55 سنة، أما في دراستنا فقد كان معظم المرضى من الفئة العمرية 36 - 45 سنة.

3-دراسة Ahmed Bassiouny, Magued Mashaly, Safaa Nasr بعنوان Quantitative analysis of uvular muscles in cases of simple snoring and obstructive sleep apnea - قسم أمراض الأذن و الأنف و الحنجرة -جامعة القاهرة - مصر عام 2007 . شملت الدراسة 79 مريضاً لديهم أعراض متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم منهم 33 مريضاً لديهم ضخامة لهما مع ترهل شراع الحنك، أي بنسبة 41.77% بينما بلغت هذه النسبة في دراستنا 61%.

المناقشة:

-تعتبر الـ OSA أكثر حالات اضطرابات النوم شيوعاً.
-تعتبر هذه المتلازمة شائعة عند المرضى الذكور البدينين متوسطي العمر .
-يعتبر الشخير العرض الرئيسي لهذه المتلازمة بنسبة 95% من المرضى ، حيث كل مريض لديه OSA يعاني من الشخير، فكان من المهم جدا التمييز بين مرضى الشخير البسيط أو الحميد ،حيث بلغ عدد المرضى الذين يعانون من الشخير 95 مريضاً، و وصف هذا الشخير من قبل الشريك أو الأهل بأنه شخير شديد يتجاوز حدود الغرفة و بتواتر يومي.

-تم التشخيص بواسطة الفحص السريري الكامل للمرضى بتظهير الأنف بالمنظار الصلب، و فحص البلعوم المباشر عن طريق فتح الفم دون إبراز اللسان ، فتبين أن تشارك تطاول اللهاة و ترهل شراع الحنك و ضخامة اللوزات و ضخامة اللسان من أهم الموجودات التشريحية المترافقة مع هذه المتلازمة، حيث بلغ عدد المرضى الذين يعانون من تطاول اللهاة و ترهل شراع الحنك 61 مريضاً، و عدد المرضى الذين يعانون من ترهل شراع الحنك مع تطاول اللهاة مع ضخامة اللوزات 69 مريضاً.

-تم ترشيح المرضى الذين يعانون من اضطرابات تشريحية على مستوى الأنف و البلعوم إلى العمل الجراحي ، فبلغ عدد المرضى الذين خضعوا لعمل جراحي 25 مريضاً و تضمنت هذه العمليات UPVV بالجراحة التقليدية أو الليزر ، إضافة إلى عملية استئصال الحاجز الأنفي المنحرف و القرينات المتضخمة.
-تعتبر ضخامة الناميات سبباً شائعاً لهذه المتلازمة عند الأطفال.

-تم إرسال المرضى الذين لم نكتشف لديهم أي اضطراب تشريحي في الطرق التنفسية العلوية إلى الدراسة من قبل الاختصاصات الأخرى كالعصبية و الصدرية و القلبية ، و ذلك للتفريق بين انقطاع التنفس الانسدادي عن انقطاع

التنفس المركزي الذي قد ينجم عن آفات في جذع الدماغ (احتشاء أو التهاب) أو عن أمراض صدرية كنتنفس شابين ستوكس و قصور القلب الاحتقاني .
 - يتم التشخيص الأكيد لهذه المتلازمة عن طريق جهاز تخطيط النوم ، و الذي يحدد سبب انقطاع التنفس و يساعد في تقديم الاقتراحات للعلاج المناسب ك CPAP أو العلاج الجراحي .

الاستنتاجات والتوصيات:

- 1- مقارنة الشخير كعرض شائع لمتلازمة OSA ذات العواقب الرئوية و القلبية الخطيرة.
- 2- ضرورة المقارنة الكاملة للمرضى الذين يعانون من الشخير، و ذلك للتفريق بين الشخير البسيط و بين متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم .
- 3- ضرورة تشارك أخصائي الأذنية و أخصائي الصدرية و أخصائي العصبية و طبيب جراحة الوجه و الفكين في اتخاذ قرار التشخيص و العلاج و ضرورة تبادل الخبرات بين المشافي .
- 4- إرشاد المرضى الذين يعانون من أعراض متلازمة OSA، وأهمها عرض الشخير لإجراء كافة الاستقصاءات التشخيصية والعلاجية، و ذلك للوقاية من العواقب البعيدة لهذه المتلازمة خاصة بوجود العلاج المناسب.

المراجع:

- 1- HARWICK, J. *Sleep Disorders otolaryngologic clinics of north america*. Saunders,USA, 2007, 691-700.
- 2- MATTHEO,W. *Obstructive sleep apnea* . Grand Rounds Presentation, UTMB, Dept. of Otolaryngology,Dec 2004, 15.
- 3- WEITZMAN ED, POLLAK CP, BOROWIECKI BB.*The hypersomnia-sleep apnea syndrome:site and mechanism of upper airway obstruction*. In:Gullilleminault C,Dements WC , editors.*Sleep Apna Syndromes* ,Kroc Foundation Series.vol.11.New York:Alan R Liss Inc. ;1978.p 235-48.
- 4- THOMAS, R. ; DE WATER, *Standards of Practice Portable recording in the assessment of sleep*. Thieme Medical Publishers, Inc New York, 1994;17:378-92.
- 5- MCEVORY RD,SHARP DJ,THORNTON AT .*The effects of posture on obstructive sleep apnea*. Am Rev Respir Dis, 1986;133:662-6.
- 6- PENZEL T,CONRADT R. *Computer based sleep recording and analysis*.Sleep Med Rev 2000;4:131-48.
- 7- TUCK S,REMMERS J. *Mechanical properties of the passive pharynx in Vietnames pot-bellied pigs.II. Dynamics*.J Appl Physiol, 2002;92;2236-44.
- 8- WOODSON BT. *Expiratory pharyngeal airway obstruction during sleep: a multiple element model*. Laryngoscope, 2003;113:1450-9.
- 9- BUDHIRAJA R,GOODWIN JL,PARTHASARATHY S .*Comparison of nasal pressure transducer and theemistor for detection of respiratory events during polysomnography in children* . sleep, 2005;28(28) ;1117-21.
- 10- KHEIRANDISH-GOZAL L. *Practical aspects of snoring sleep in children*. Paediatr Respir Rev, 2006;7(S1):S50-4.
- 11- ENBURG O,LAMP B,FABER L,*Sleep-disordered breathing in patients with symptomatic heart failure a contemporary study of prevalence in and characteristics of 700 patients*. Eur J,Heart Fail 2007;9(3):251-7.
- 12- Horner R,*Impact of brainstem sleep mechanismof pharyngeal motor control*. Respir physiol 2000;119:113-21.
- 13- D Brooks, R L Horner, L F Kozar. *Obstructive sleep apnea as a cause of systemic hypertension, 1997*. 10Mar .2010.
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC507773/?report=abstract>>
- 14- Caroline Van De Heyning BSc, Mieke Kerremans BSc, Diana Rinkevich MD. *Obstructive Sleep Apnea Syndrome: More Insights on Structural and Functional Cardiac Alterations, 2005*. 10Mar .2010.
<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T18-4JGJJ6G-1&_user=10&_coverDate=04%2F04%2F2006&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1247495124&_rerunOrigin=scholar.google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=e83761713b7655486218227e5326b3c7>

