

Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ Χ.Α.Π. ΣΤΟ ΛΕΚΑΝΟΠΕΔΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ

Ρούπα Ζωή¹, Νίκας Μάριος², Σωτηροπούλου Πόπη³, Βασιλόπουλος Άρης⁴, Ρεκλείτη Μαρία⁵, Χαριλάου Γεώργιος⁶

1. Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου
2. Κοινοτικός Νοσηλευτής, MSc, PhD©
3. Επισκέπτρια Υγείας, MSc, PhD©, Καθηγήτρια εφαρμογών ΤΕΙ Αθήνας
4. Νοσηλευτής, MSc, PhD© Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Λαμίας
5. Νοσηλεύτρια, MSc Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου
6. Νοσηλευτής, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Περίληψη

Εισαγωγή: Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και το σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας ύπνου αποτελούν δύο παθήσεις που συχνά συνυπάρχουν σε ένα άτομο. Η άπνοια στον ύπνο συχνά οφείλεται σε διακοπή της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου, λόγω απόφραξης των ανώτερων αεροφόρων οδών κατά τη εισπνοή, προκαλώντας έτσι στον πάσχοντα χρόνιο ροχαλητό, πρωινούς πονοκεφάλους, αυξημένο σωματικό βάρος, υπέρταση και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η εντόπιση του προβλήματος στα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στο Λεκανοπέδιο Αττικής.

Υλικό και Μέθοδος: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 500 άτομα, εκ των οποίων 274 άνδρες και 226 γυναίκες. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου, ειδικού στην αποτύπωση εμφάνισης άπνοιας στους ασθενείς έπειτα από προσωπική συνέντευξη με τον ερευνητή. Η επεξεργασία και απεικόνιση αυτών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.

Αποτελέσματα: Οι άνδρες που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν προβάδισμα έναντι των γυναικών, 54.8% έναντι 45.2%. Με βάση τις απαντήσεις στα ειδικά ερωτηματολόγια βρέθηκε ότι το 98.0% των ερωτηθέντων εμφανίζουν φυσιολογική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Το 35.4% από αυτούς δεν εμφανίζει καθόλου άπνοια, ενώ το 36.0% του δείγματος παρουσιάζει άπνοια σε φυσιολογικά όμως επίπεδα. Σημαντικό είναι το γεγονός όμως ότι περίπου 1 στους 3 ηλικιωμένους, 28.6%, παρουσιάζει άπνοια υψηλού κινδύνου.

Συμπεράσματα-Εισηγήσεις: Η Χ.Α.Π είναι μία σύνθετη νόσος που εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του συνδρόμου άπνοιας ύπνου, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Λέξεις Κλειδιά: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, αποφρακτική άπνοια ύπνου, ημερήσια υπνηλία.

Εισαγωγή:

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια αποτελεί μία ομάδα παθήσεων, περιλαμβάνοντας τη χρόνια βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα, με κοινό χαρακτηριστικό την απόφραξη των αεραγωγών του πνεύμονα, μειώνοντας έτσι σε σημαντικό βαθμό την ροή του αέρα κατά την εκπνοή και παγιδεύοντας τον αέρα εσωτερικά^{1,2,3,4,5}.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούν μία ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα, με πολλές ιδιαιτερότητες και ανάγκες. Αρκετές φορές, τα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια παρουσιάζουν επιπλοκές στην αναπνοή τους κατά τη διάρκεια του ύπνου, οι οποίες χαρακτηρίζουν το Σύνδρομο Άπνοιας Ύπνου. Ως άπνοια ορίζεται η διακοπή της αναπνοής, της ροής του αέρα, σε κοιμώμενο άτομο, που διαρκεί τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα, προκαλώντας ηλεκτροεγκεφαλική «αφύπνιση» και πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο.

Τα κυριότερα κλινικά χαρακτηριστικά του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου (ΣΑΑΥ) αποτελούν η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, το ροχαλητό, η απότομη αύξηση του σωματικού βάρους που οδηγεί σε παχυσαρκία, η νυχτερινή συχνοουρία και οι νυχτερινές επιδρώσεις, οι πρωϊνοί πονοκέφαλοι, η ευερεθιστότητα με διαταραχές άγχους και κατάθλιψης, καθώς επίσης και η μείωση της μνήμης και της σεξουαλικής δραστηριότητας, κυρίως των ανδρών^{6,7,8,9,10,11}.

Η διάγνωση του Συνδρόμου Αποφρακτικής Άπνοιας γίνεται με μελέτη του ηλικιωμένου ασθενούς σε ειδικό εργαστήριο, κατά τη διάρκεια του ύπνου, με καταγραφή παραμέτρων του ύπνου και της αναπνευστικής λειτουργίας. Άλλες μέθοδοι που βοηθούν στην αξιολόγηση της λειτουργίας της θέσεως και του βαθμού απόφραξης των αναπνευστικών οδών κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι οι απεικονιστικές μέθοδοι της υπολογιστικής και μαγνητικής τομογραφίας, η ακτινοσκόπηση, η ρινοφαρυγγοσκόπηση και το υπερηχογράφημα. Η μοναδική μη απεικονιστική μέθοδος, αλλά συγχρόνως η μοναδική που αξιολογεί άμεσα τη λειτουργική επάρκεια σε πολλαπλά σημεία των ανώτερων αναπνευστικών οδών, είναι η μέτρηση της διαφοράς πιέσεων κατά μήκος της υπερώας και μέχρι το ρινοφάρυγγα^{12,13,14}.

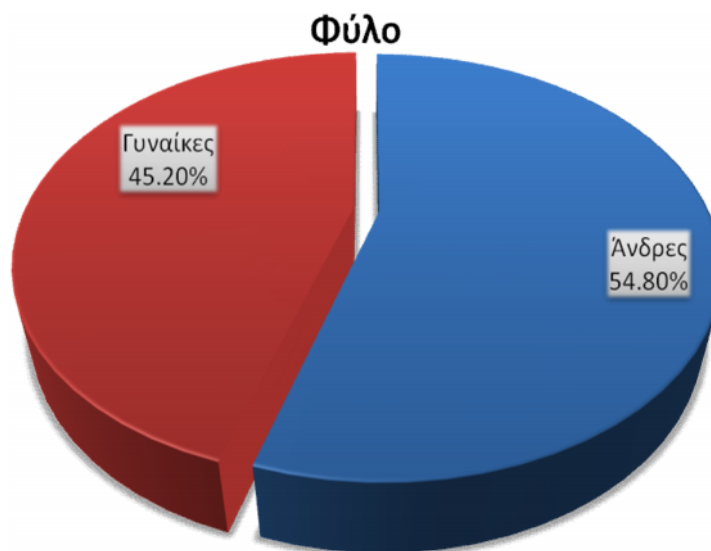
Για τον καθορισμό της αντιμετώπισης λαμβάνονται υπόψη η βαρύτητα της κλινικής εικόνας, τα ευρήματα της μελέτης στα κέντρα ύπνου καθώς επίσης και η βαρύτητα της Χ.Α.Π. από την οποία πάσχουν οι ασθενείς. Η θεραπεία στο σύνδρομο της άπνοιας έχει ως στόχο την αύξηση της διαμέτρου του αυλού του φάρυγγα κατά τη διάρκεια του ύπνου. Τα μέτρα αντιμετώπισης μπορεί να είναι γενικά, μη παρεμβατικά, αλλά και χειρουργικά σε δυσκολότερες περιπτώσεις. Αυτά περιλαμβάνουν τη μείωση του βάρους, την αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ πριν από τη βραδινή κατάκλιση, τη χορήγηση Συνεχούς Θετικής Πίεσης Αεραγωγών (CPAP), την τοποθέτηση ρινοφαρυγγικού σωλήνα για την παράκαμψη της απόφραξης, τη μόνιμη τραχειοστομία και χειρουργικές επεμβάσεις της ρινός, των γνάθων και του φάρυγγα^{12,15,16,17}.

Αποτελέσματα:

Πίνακας 1

Κατανομή του φύλου

	Φύλο	
	N	%
Άνδρες	274	54.8%
Γυναίκες	226	45.2%
Σύνολο	500	100.0%



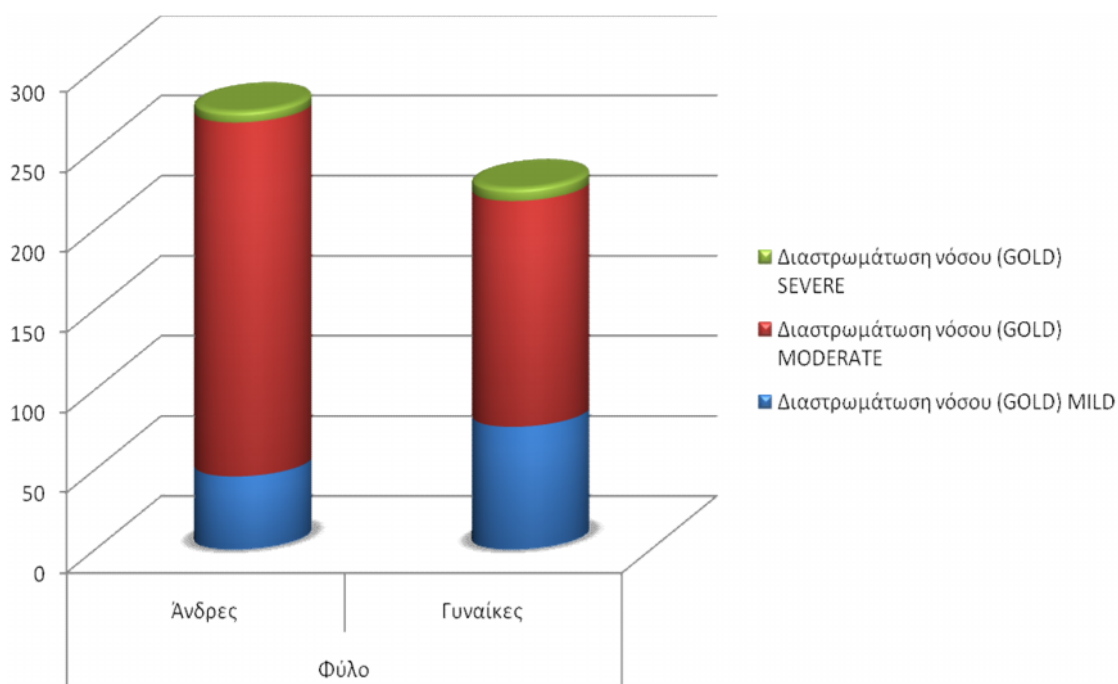
Από τον πίνακα 1 παρατηρούμε ότι οι άνδρες του δείγματος έχουν ένα μικρό προβάδισμα έναντι των γυναικών, 54.80% έναντι 45.20%.

Ιστόγραμμα 1

Διαστρωμάτωση της Χ.Α.Π. ως προς το φύλο των συμμετεχόντων

		Διαστρωμάτωση νόσου (GOLD)									Σύνολο		
		MILD			MODERATE			SEVERE			N	Row %	Col %
		N	Row %	Col %	N	Row %	Col %	N	Row %	Col %			
Φύλο	Άνδρες	46	16.8%	37.4%	221	80.7%	61.0%	7	2.6%	46.7%	274	100.0%	54.8%
	Γυναίκες	77	34.1%	62.6%	141	62.4%	39.0%	8	3.5%	53.3%	226	100.0%	45.2%
Σύνολο		123	24.6%	100.0%	362	72.4%	100.0%	15	3.0%	100.0%	500	100.0%	100.0%

Κριτήριο: Fisher's exact $p < 0.001$

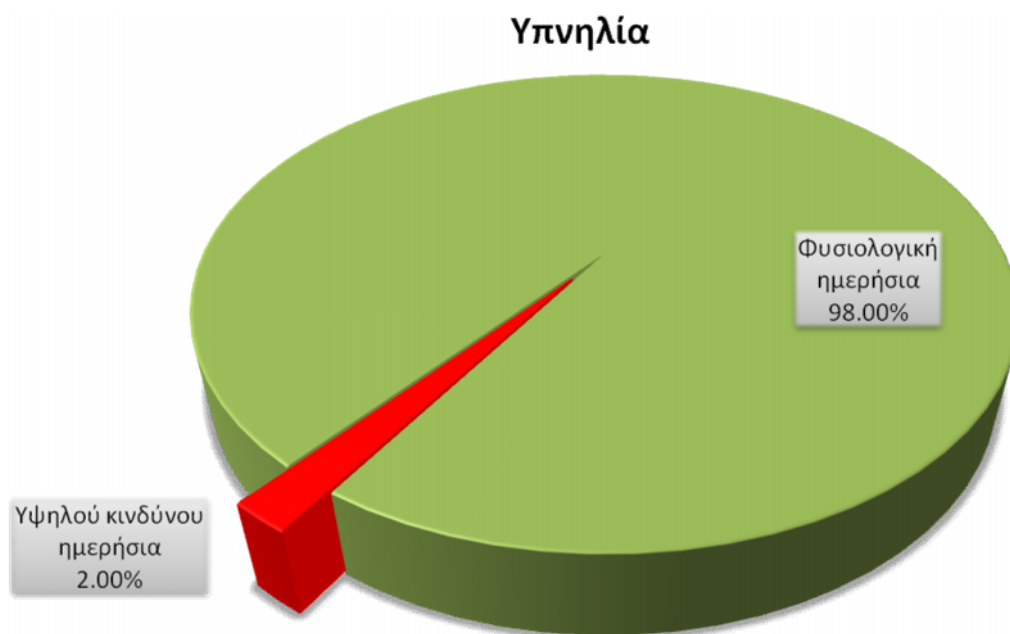


Σύμφωνα με το ιστόγραμμα 1, παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη διαστρωμάτωση της ήπιας μορφής Χ.Α.Π. ανάμεσα στα δύο φύλα, με τις γυναίκες να υπερτερούν των ανδρών, με ποσοστό 62.6% έναντι 37.4%. Το αντίθετο ισχύει στην περίπτωση που οι ηλικιωμένοι πάσχουν από Χ.Α.Π. μέτριας μορφής, όπου οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά, 61% έναντι 39% των γυναικών. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά τη Χ.Α.Π. βαριάς μορφής.

Πίνακας 2

Επίπεδο Ημερήσιας Υπνηλίας με βάση την κλίμακα Epworth Sleepiness Scale

	Υπνηλία	
	N	%
Φυσιολογική ημερήσια	490	98.0%
Υψηλού κινδύνου ημερήσια	10	2.0%
Σύνολο	500	100.0%

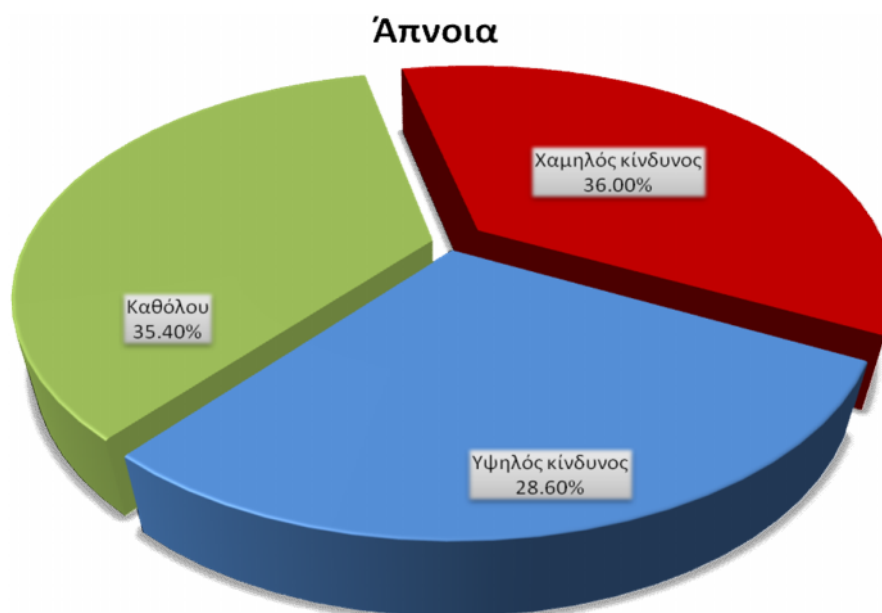


Σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι του δείγματος, 98.0%, δεν εμφανίζουν υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας.

Πίνακας 3

Εμφάνιση Άπνοιας με βάση το ερωτηματολόγιο Berlin

	Άπνοια	
	N	%
Καθόλου	177	35.4%
Χαμηλός κίνδυνος	180	36.0%
Υψηλός κίνδυνος	143	28.6%
Σύνολο	500	100.0%



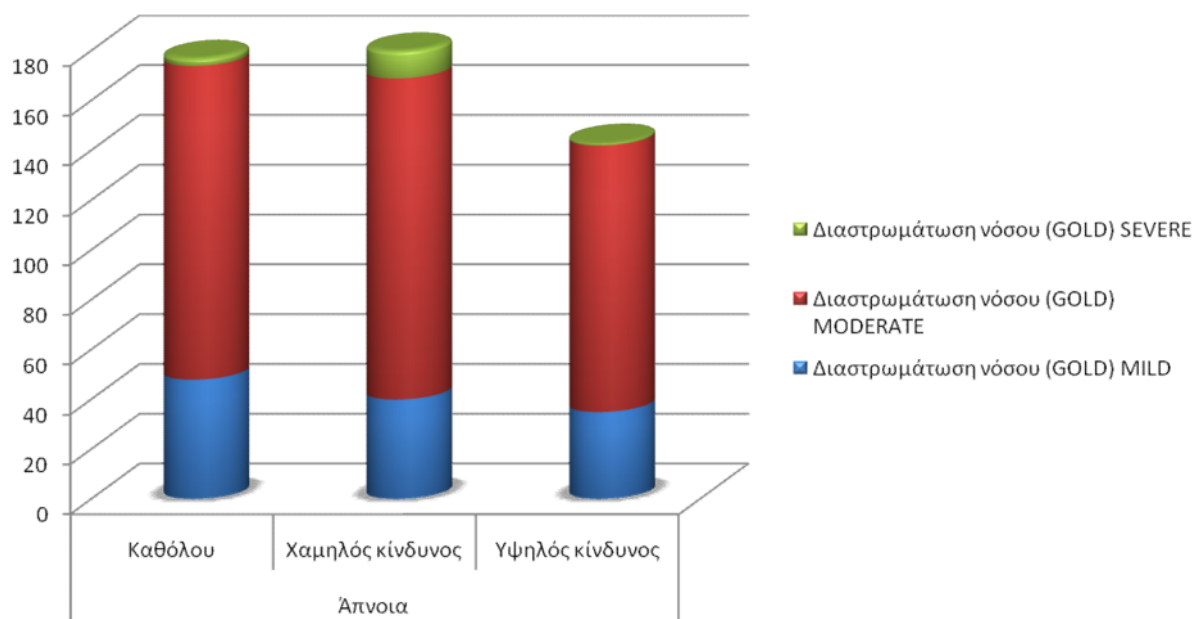
Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Berlin, που χρησιμοποιήθηκε σχετικά με το αν ο πληθυσμός του δείγματος εμφανίζει άπνοια, 28.6% των ηλικιωμένων εμφανίζει άπνοια σε επικίνδυνο βαθμό για την υγεία του, 36.0% μικρότερου βαθμού άπνοια, ενώ 35.4% καθόλου άπνοια.

Ιστόγραμμα 2

Διαστρωμάτωση της Χ.Α.Π. ως προς την εμφάνιση άπνοιας στο δείγμα

		Διαστρωμάτωση νόσου (GOLD)									Σύνολο		
		MILD			MODERATE			SEVERE			N	Row %	Col %
		N	Row %	Col %	N	Row %	Col %	N	Row %	Col %			
Άπνοια	Καθόλου	48	27.1%	39.0%	126	71.2%	34.8%	3	1.7%	20.0%	177	100.0%	35.4%
	Χαμηλός κίνδυνος	40	22.2%	32.5%	129	71.7%	35.6%	11	6.1%	73.3%	180	100.0%	36.0%
	Υψηλός κίνδυνος	35	24.5%	28.5%	107	74.8%	29.6%	1	.7%	6.7%	143	100.0%	28.6%
Σύνολο		123	24.6%	100.0%	362	72.4%	100.0%	15	3.0%	100.0%	500	100.0%	100.0%

Κριτήριο: Fisher's exact $p=0.051$



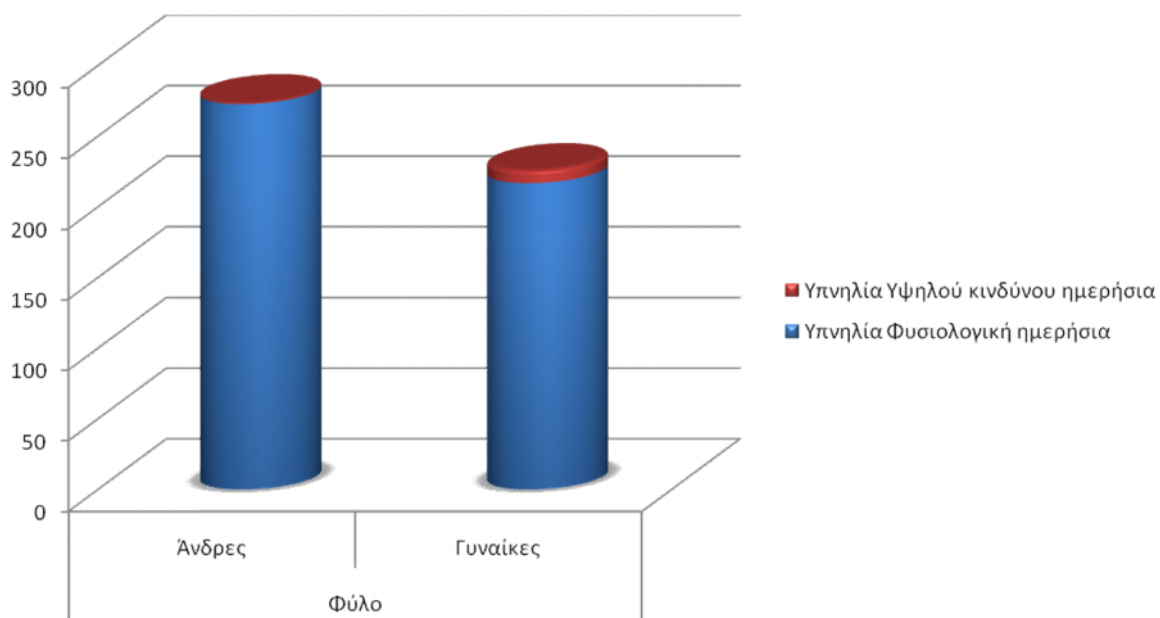
Από τη σύγκριση πιθανότητας άπνοιας και διαστρωμάτωσης της Χ.Α.Π, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διάφορες μορφές Χ.Α.Π. Μοναδική εξαίρεση η συχνότερη ύπαρξη βαριάς μορφής Χ.Α.Π. σε άτομα που εμφανίζουν μικρού κινδύνου άπνοια.

Ιστόγραμμα 3

Εμφάνιση Ημερήσιας Υπνηλίας ανά Φύλο

		Φύλο						Σύνολο		
		Ανδρες			Γυναίκες			N	Row %	Col %
		N	Row %	Col %	N	Row %	Col %			
Υπνηλία	Φυσιολογική ημερήσια	273	55.7%	99.6%	217	44.3%	96.0%	490	100.0%	98.0%
	Υψηλού κινδύνου ημερήσια	1	10.0%	0.4%	9	90.0%	4.0%	10	100.0%	2.0%
Σύνολο		274	54.8%	100.0%	226	45.2%	100.0%	500	100.0%	100.0%

Κριτήριο: Fisher's exact $p=0.007$



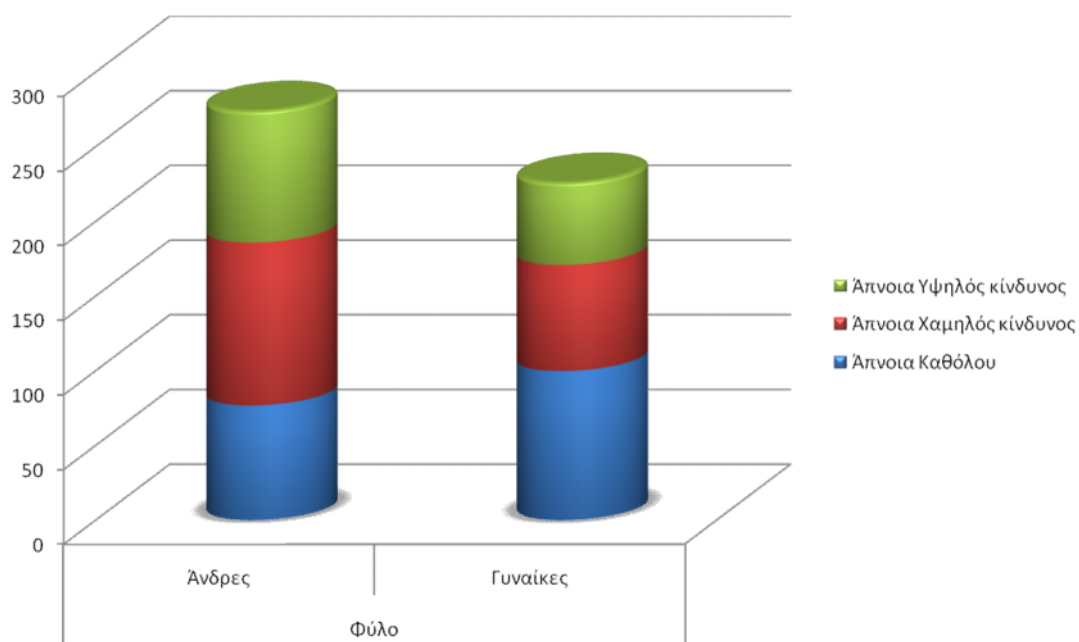
Από το ιστόγραμμα 3 διαφαίνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, τόσο στη φυσιολογική, όσο και στην υψηλού κινδύνου υπνηλία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Ιστόγραμμα 4

Εμφάνιση Άπνοιας ανά Φύλο

		Φύλο						Σύνολο		
		Άνδρες			Γυναίκες			N	Row %	Col %
		N	Row %	Col %	N	Row %	Col %			
Άπνοια	Καθόλου	77	43.5%	28.1%	100	56.5%	44.2%	177	100.0%	35.4%
	Χαμηλός κίνδυνος	109	60.6%	39.8%	71	39.4%	31.4%	180	100.0%	36.0%
	Υψηλός κίνδυνος	88	61.5%	32.1%	55	38.5%	24.3%	143	100.0%	28.6%
Σύνολο		274	54.8%	100.0%	226	45.2%	100.0%	500	100.0%	100.0%

Κριτήριο: Pearson's chi-square P=0.001



Από το ιστόγραμμα 10, σχετικά με το ποιοι βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν άπνοια, παρατηρείται ότι οι άνδρες βρίσκονται σε περισσότερο επικίνδυνη θέση σε σχέση με τις γυναίκες.

Συμπεράσματα-Προτάσεις:

Συμπερασματικά, γίνεται αντιληπτό ότι, καθώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και η αναλογία τους ως προς το γενικό πληθυσμό αυξάνει, είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι αλλαγές που πρέπει να επέλθουν, ούτως ώστε να στηριχθεί η προσπάθειά τους να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο το οποίο ανήκουν^{18,19,20,21,22}. Σημαντικό βήμα αποτελεί η δημιουργία επιπλέον κοινωνικών δομών στήριξης και παρακολούθησης των ηλικιωμένων ατόμων, με σκοπό την ανίχνευση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι ηλικιωμένοι. Τέτοιες δομές αποτελούν τα κέντρα ύπνου, στα οποία λαμβάνει χώρα η διάγνωση του Συνδρόμου Άπνοιας Ύπνου, τα κέντρα αποκατάστασης ασθενών που πάσχουν από Χ.Α.Π και Σ.Α.Α.Υ, τα Κ.Α.Π.Η, καθώς επίσης και τα εξειδικευμένα προγράμματα στο σπίτι πνευμονικής αποκατάστασης, πολύ σημαντικά για άτομα με κινητικές δυσκολίες ή που δεν έχουν κοντά τους προσβάσιμες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας^{23,24,25,26}.

Επιτακτική, όμως, θεωρείται και η επάνδρωση των ειδικών αυτών κοινωνικών δομών στήριξης με επαρκές προσωπικό, το οποίο θα έχει τις κατάλληλες γνώσεις, ούτως ώστε να είναι σε θέση να σχεδιάσει, να προγραμματίσει αλλά και να εφαρμόσει στρατηγικές προσέγγισης των ηλικιωμένων ατόμων, με σκοπό τη συναισθηματική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξή τους²⁷.

Από τότε που η ηλικία σχετίζεται άμεσα με τη φυσική ασθένεια, καθώς και με την απώλεια της ανεξαρτησίας και της αυτοφροντίδας, το γήρας αποτελεί έναν σημαντικό τομέα μελέτης του συστήματος υγείας²⁸. Οι συνθήκες διαβίωσης, η κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ηλικιωμένοι, καθώς και η συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίνεσθαι, αποτελούν ζητήματα τα οποία πρέπει να μελετηθούν περαιτέρω, γι' αυτό και μελλοντικές έρευνες θεωρούνται αναγκαίες, καθώς κύριος σκοπός δεν είναι μόνο να προσθέτουμε επιπλέον χρόνια στη ζωή των ηλικιωμένων, αλλά ποιότητα ζωής στα χρόνια που τους απομένουν.

Βιβλιογραφία:

1. Κονταξάκης Β.Π, Χριστοδούλου Γ.Ν: «Τρίτη Ηλικία», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000, σελ.167-171, 179-184, 211-221, 223-235.
2. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές Διαδικασίες», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1997, 1^{ος} Τόμος, σελ.273-284.
3. Ohri M. Chandra, Steiner C. Michael: “COPD: the disease and non-drug treatment”, Hospital Pharmacist, Oct 2004, vol.11, p.359-364.
4. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS: “Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease”, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2001, 163:1256-76.
5. Nazir SA, Erbland ML.: “Chronic obstructive pulmonary disease: an update on diagnosis and management issues in older adults”, Drugs Aging, 2009, 26(10):813-31.
6. Κουτσορελάκης Ι., Βαγιάκης Εμ.: «Σύνδρομο της άπνοιας στον ύπνο», Επιστημονικά Θέματα, 2008, σελ. 24-28.
7. American Academy of Sleep Medicine Force: “Sleep-related breathing disorders in adults: Recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research”, Sleep, 1999, 22:667-89.
8. American Thoracic Society: “Indications and standards for use of nasal continuous positive airway pressure(CPAP) in sleep apnea syndromes”, Am J Respir Crit Care Med, 1994, 150:1738-45.
9. Young T., Palta M., Dempsey J., Skatrud J., Weber S., Bard S.: “The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults”, N engl J Med, 1993, 328:1230-35.
10. Φαρσάρης Ν., Αθανασίου Ε. Αθ., Γκούμας Π.: «Σύνδρομο αποφρακτικής Άπνοιας Ύπνου, σύγχρονες απόψεις σχετικά με την αιτιολογία, κλινικά χαρακτηριστικά, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση», Ελληνική Ορθοδοντική Επιθεώρηση, 2003, Τόμος 6, σελ.7-42.
11. American Thoracic Society: “Indications and standards for cardiopulmonary sleep studies”, Am Rev Respir Dis, 1989, 139:559-68.
12. Bear SE, Priest JH: “Sleep Apnea syndrome: correction with surgical advancement of the mandible”, J Oral Surg, 1980, 38:543-49.

13. Boraz RA, Martin HE, Michael JD: "Sleep apnea syndrome: report of case", *J Dent Child*, 1979, 46:50-2.
14. Chaban R., Cole P., Hoffstein V.: "Site of upper airway obstruction in patients with idiopathic obstructive sleep apnea", *Laryngoscope*, 1988, 98:641-7.
15. Onen F., Onen H.: "Obstructive sleep apnea and cognitive impairment in the elderly", *Psychol Neuropsychiatr Vieil*, Sept 2010, 8(3):163-9.
16. Jelic S.: "Diagnostic and therapeutic approach to coexistent chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2008, 3(2):269-75.
17. Zamarron C., Garcia Paz V., Morete E., Del Campo Matias F.: "Association of chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea consequences", *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2008, 3(4):671-82.
18. Bowns I., Challis D., Tong Ms: «Case finding in elderly people: validation of a postal questionnaire», *Br J Gen Pract*, March 1991, 41(344):100-4.
19. Hinohara S.: «W.H.O report: Nursing aspects in the care of the elderly, report on a working group», Jan. 1979, 31(1): 119.
20. Forbes WF, Hayward LM, Agwani N.: "Factors associated with the prevalence of various self-reported impairments among older people residing in the community", *Can J Public Health*, 1991, 82:240-4.
21. Murphy F.: "Loneliness: a challenge for nurses caring for older people", *Nurs Older People*, June 2006, 18(5):22-5.
22. Lang FR: "Regulation of social relationships in later adulthood", *J. Gerontol. B Psychol Sci Soc Sci*, Nov. 2001, 56(6) :321-6.
23. Chaikovskaia Vv, Vialyk Tl: «The characteristics of the delivery of hospital care to the elderly, under the current conditions», *Lik. Sprava*, March 2000,(2):122-4.
24. Cantor M. and Little V.: "Aging and Social Care", *Handbook of aging and social sciences*, 2nd ed., New York, 1985, pp.745-781.
25. Chappell N.: "Aging and social care", *Aging and the social sciences*, Binstock&E.Shanas Eds, New York, pp. 450-451.
26. Aris Sissouras, Maria Ketsetzopoulou, Nikos Bouzas, Evi Fagadaki, Olga Papaliou, Alike Fakoura: "Providing integrated health and social care for older persons in Greece", *National Centre for Social Research*, March 2002, p.1-33.
27. Penning M.: "Health, Social Support and the utilisation of Health Services among older adults", *Journal of Gerontology*, Vol.50B, 5:330-9.

28. R.S. Sarasa Kumari: "Socio-economic conditions, morbidity pattern and social support among the elderly women in a rural area", Sreekarym-Panchayat, India, 2001, p.1-78.