

2 结果

53例患者穿刺一次成功,40例导丝直接进入贵要静脉,13例调节穿刺针角度后导丝进入静脉;2例在第一次置管时导管头进入颈内静脉,再次偏头法加指压法后进入上腔静脉。未出现局部血肿现象及心律失常。

3 讨论

经外周静脉置入中心静脉导管技术自20世纪90年代在临床上应用以来,以其携带方便、留置安全、痛苦小,以及授权护士操作等优点,在静脉化疗、TPN、长期输液及危重患者中得到迅速推广^[2]。常规穿刺可经贵要静脉、头静脉或肘正中静脉,也可以经颈外静脉穿刺,肘上贵要静脉因其解剖位置恒定、走行较直、血管管径适中、屈肘不受明显影响且易于换药护理,相对于颈外静脉来说肘部出汗较少,感染几率较少,不影响美观,常作为首选穿刺部位。贵要静脉起始于手背静脉网的尺侧,逐渐转至前臂的屈侧,经肘窝处接受肘正中静脉,沿肱二头肌内侧继续上行至上臂中点稍下方穿深筋膜注入腋静脉。贵要静脉在腋骨内上髁下2横指处的管径约(2.1±0.3)mm,接肘正中静脉处的管径约(2.3±0.2)mm,穿深筋膜处的管径约(2.8±0.2)mm,肘上贵要静脉几乎都位于上臂的1/2~1/3处的深筋膜下^[3]。由于贵要静脉于肘上相对表浅,B超探头比较容易探及,穿刺前要仔细确认,一是血液流向,二是探头轻压管腔会变瘪。Seldinger技术在介入治疗中广泛应用,利用导丝引导血管鞘置入可减少局部损伤,且在有血管通路存在的情况下,可以多次置管操作,不损伤留置导管。穿刺进针点一般选在肘上4cm~10cm之间,固定穿刺架后,穿刺针直接进入血管中央,当针芯拔出抽到回血后,多数情况下导丝都能顺利进入血管腔内,为了减小导丝头端与静脉内壁的切割作用,防止内膜损伤,我们常规把导丝头端塑形为一小“J”形,当导丝进入血管后B超探头能清楚显示,如果回血较好,导丝送入有阻力,可先撤出穿刺架,将穿刺针放平约15度角后,使穿刺针方向尽量与血管平直,导丝便能顺利进入。置入血管鞘之前,应验证导丝是否在血管内,可将导丝前推或后撤两次,如无阻力感,即可置入血管鞘。

留置管从贵要静脉进入最终到达上腔静脉,要经过几个静

脉汇合口,依次为腋静脉入腋静脉、头静脉入锁骨下静脉、颈外静脉和颈内静脉入头臂静脉,前三支静脉与主干均呈较小的锐角,导管不易进入其中,颈内静脉进入头臂静脉的角度相对较大,加之导管为直头,向上行进时可能误入颈内静脉,为了减少此种情况发生,我们采用偏头法和指压法结合,明显提高了导管到位率。偏头法为患者头转向穿刺侧,使下颌尽量靠近肩部,以尽量减小颈内、外静脉与锁骨下静脉夹角或部分阻断颈内静脉^[4],使导管能顺利进入头臂静脉,此种方法适合肩颈部无病变,身体不肥胖、颈部活动不受限制的患者。颈内静脉下行至胸锁关节处与锁骨下静脉汇合成头臂静脉,继续下行与对侧的头臂静脉汇合成上腔静脉,其体表投影位于耳垂下至胸锁关节的连线,较易定位。助手在患者的胸锁关节处采用指压法可使颈内静脉受压变瘪,从而阻断了PICC进入颈内静脉的通道,使其顺利进入上腔静脉,此方法对肥胖和颈部活动受限者较使用。当导管送入至25cm~30cm时(位置大约在锁骨下静脉中段),根据患者情况采取上述方法阻断颈内静脉或变小颈内静脉与锁骨下静脉夹角,将导管送至预定位置,再用B超观察导管是否进入颈内静脉,本组2例在第一次置管时导管头进入颈内静脉,再次偏头法加指压法后进入上腔静脉,拍片后确定。

总之,B超下定位穿刺贵要静脉其准确率较高,插管过程中可以实时观察导管的位置情况,如有异位,可立即调整;采用改良Seldinger技术置入血管鞘成功率高,可减少局部损伤,且在血管通路存在的情况下,可以多次置管操作,不损伤留置导管;合适的颈内静脉阻断方法能提高导管到位率。■

参考文献

- [1] 胡君娥,龚兰,唐运番,等.彩色多普勒血流显像技术引导下行PICC静脉置管[J].护理学杂志,2007,22(5):39-40.
- [2] 骆小京.经外周静脉穿刺植入中心静脉导管在NICU的应用[J].中华护理杂志,1999,34(4):232-233.
- [3] 王学东.贵要静脉的应用解剖[J].局解手术学杂志,2008,17(3):162-163.
- [4] 潘小宁.12例老年病人PICC置管的护理[J].中华现代护理杂志,2005,11(2):990.

doi:10.3969/j.issn.1009-4393.2012.1.015

小儿支气管哮喘的治疗进展

方成波 周强

【摘要】 支气管哮喘是一种病因及机制复杂的慢性气道炎症性疾病,以反复发作的咳喘或持续性咳喘为临床特征,严重影响患儿的身心健康。近年来,随着研究的不断深入,其治疗方案也在不断更新。目前常见的治疗方案主要包括西医药物治疗、中医免疫调节、中西医结合治疗等。此外,早期健康宣教的作用也逐渐受到重视,本文就目前治疗哮喘的常见药物方案、主要免疫调节指标、健康宣教等作一综述,同时浅析今后的研究方向,以期达到小儿支气管哮喘治疗的规范化,达到更好地控制哮喘。

【关键词】 小儿支气管哮喘;中西医结合;免疫调节;健康宣教

儿童支气管哮喘是儿童最常见的呼吸道慢性疾病,随着其

发生率逐年升高,已经成为全球性的公共健康问题,严重影响着儿童生长发育。支气管哮喘是多种细胞(肥大细胞、嗜酸性粒细胞、T细胞、气道上皮细胞及中性粒细胞等)和细胞因子共同参与的呼吸道慢性炎症性疾病,可导致气道高反应性,一旦接触尘螨、

作者单位:537200 广西桂平市人民医院内科(方成波) 537200 广西桂平市妇女儿童医院儿科(周强)

灰尘等变应原,患者即出现气道阻塞和气流受限,表现为反复发作的咳喘、气促、胸闷等症状,常于夜间或晨起发作或加剧,多为一过性发作,少数需经药物治疗缓解。现将儿童支气管哮喘治疗方面研究进展报道如下。

1 西医疗疗

1.1 糖皮质激素

糖皮质激素(GCS)预防哮喘发作的主要作用机制包括:①促进Macroeortin 和lipomodulin的释放,抑制肥大细胞释放花生四烯酸,从而抑制前列腺素及白三烯的生成;②抑制嗜酸性粒细胞的活化;③抑制细胞因子的合成;④降低微血管通透性,抑制腺体分泌;⑤增加 β_2 激动剂的支气管舒张作用,减少耐药性;⑥通过抗炎作用降低气道高反应性。目前吸入激素是中、重度哮喘唯一安全有效的治疗方法,较早吸入皮质激素可以防止不可逆气道阻塞。儿童最常用的吸入性GCS为布地奈德^[1]。其肝内灭活快,全身不良反应少。

1.2 茶碱类

代表药物氨茶碱,可使平滑肌的张力降低,亦能使血浆中去甲肾上腺素浓度升高,减少介质释放,抑制钙离子内流,并提高膈肌收缩力。此外茶碱类还有抑制细胞因子的合成和释放,抑制炎性细胞活化及免疫调节的作用。茶碱类药物血清浓度超过20mg/L时可见毒副作用,如恶心、呕吐、失眠、烦躁等,严重者出现心律失常,其血清浓度超过40mg/L,可发生惊厥、脱水、高热等症状,甚至导致猝死^[2]。因此使用时应注意监测血清浓度,现临床常用茶碱控释片。

1.3 β_2 受体激动剂

β_2 受体激动剂是目前治疗儿童急性哮喘发作的首选药物,但因长期应用有增加死亡率的风险,并不推荐常规应用^[3]。主要作用机制包括:①兴奋支气管平滑肌上的 β_2 受体,降低气道阻力;②降低血管通透性;③加强黏液纤毛功能;④减少肥大细胞及嗜碱性粒细胞释放炎性因子。目前应用于临床的分为短效 β_2 受体激动剂,以沙丁胺醇为代表;和长效 β_2 受体激动剂,以沙美特罗为代表。

1.4 白三烯拮抗剂

白三烯受体拮抗剂代表药物孟鲁司特,能有效抑制白三烯所致的血管通透性增加,同时抑制白三烯引起的呼吸道嗜酸性粒细胞浸润。因其抗炎作用弱,起效慢,故而不提倡单独使用,主要用于联合用药或不适于吸入激素的患儿。但该药物对变应原、NSAIDS、寒冷和剧烈运动所引起的哮喘疗效显著^[4]。

2 中医治疗

支气管哮喘属中医学哮证范畴,病机为气机升降,出纳失常,肺气失宣、失降、失纳。中医理论对其认识呈现百家争鸣的特点^[5-6]。如:①“痰瘀互阻、肺失疏降”;②“多脏关联”;③“风邪为患”;④从传统“不开黑箱”角度将其纳入“疑难杂症”的范畴。但进入新世纪后,中西医在以下几方面取得了共识:①本有内因的基础,加之外因的诱导,内外因素联合致病。②以呼吸道的不通畅为主要特征,症状基本一致。③承认其反复性、危害性、难治性。④强调整体角度认识。此外,推拿、按摩、气功等疗法也能起到很好的治疗效果。

3 健康宣教

明确过敏原,消除诱因是防止发病的重要措施之一。主要内容为:①了解哮喘发病诱因,熟悉哮喘的先兆表现及处理。②熟悉常见药物的作用特征。③掌握必要的心理干预方法,降低患儿焦虑状态。④加强患儿缓解期体育锻炼以增强体质。⑤加强家庭教育,与患儿家属积极沟通,加强联系,制定长期健康教育计划。

常见方法包括^[7-8]:①健康教育讲座。②科普书籍、报纸、杂志、网络媒体等。③召开患儿家长交流座谈会。④初诊时,为患儿提供小册子,主要内容为预防哮喘的技巧。⑤开展系统健康教育,调动患儿作为疾病主体的能动性,同时加强患儿家长的预防治疗意识。

4 小结

据调查,国内的支气管哮喘患病率为1%~4%,2000年中国0~14岁城市儿童的患病率达到0.5%~3.4%,平均1.97%,个别地区甚至在5%以上,且患病率及死亡率均呈逐年上升趋势。患儿哮喘的发生、发展与免疫反应关系密切,目前免疫疗法是小儿支气管哮喘的主要治疗方法之一。中医注重整体观念和辨证论治,在小儿支气管哮喘的治疗方面具有独到的见解和丰富的经验。临床医生在实践中应综合考虑,合理施治^[9]。■

参考文献

- [1] 于东游.布地奈德雾化吸入治疗小儿支气管哮喘的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2010,3(3):41.
- [2] 王秀娥.氨茶碱联合盐酸氨溴索治疗小儿支气管哮喘临床疗效观察[J].中国医药指南,2010,08(23):58-59.
- [3] 肖喜庆,杨海涛.布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入治疗小儿支气管哮喘急性发作33例疗效观察[J].中国社区医师(医学专业),2010,12(12):91.
- [4] 杜惠容,王远明.孟鲁斯特钠治疗小儿支气管哮喘疗效观察[J].临床合理用药杂志,2011,04(4):18-19.
- [5] 王旭.中医治疗小儿支气管哮喘的研究探要[J].实用中医内科杂志,2010,24(7):16-18.
- [6] 马洪滨.中医治疗小儿支气管哮喘的临床体会[J].中国现代药物应用,2011,05(2):144-145.
- [7] 李晓阳.健康教育对小儿支气管哮喘的影响[J].中国实用护理杂志,2010,26(33):88-89.
- [8] 沈晓明,王卫平.儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:266-266.
- [9] 孙伟红,麦恒凤.小儿支气管哮喘治疗的进展[J].当代医学,2011,16(12):27-28.