

# 不同方式置入中线导管以 B 超引导下 塞丁格技术对艾滋病患者的效果

杨赛芬

(长沙市第一医院 湖南 长沙 410005)

**【摘要】**目的：深入探析 B 超引导下塞丁格技术置入中线导管在艾滋病患者治疗中的应用效果。方法：随机调阅 2019 年 1 月至 2020 年 12 月在我院治疗的艾滋病患者 62 例，将其按照不同的方法置入中线导管分为实施传统盲穿法 29 例设定为对照组和实施 B 超引导下塞丁格技术置入中线导管 33 例设置为观察组，记录两组置管用时、导管的留置时间，统计一次性穿刺置管的成功率以及总置管成功率以及置管后的并发症。结果：与对照组相比，观察组置管用时更短，一次性穿刺置管的成功率更高，导管的留置时间更长，差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )；在置管后并发症方面，观察组 (6.06%) 较对照组 (24.14%) 更低，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论：临床上对艾滋病患者实施治疗时，采用 B 超引导下塞丁格技术置入中线导管，并发症更少，效果更佳，有较高的推广价值。

**【关键词】**B 超；塞丁格技术；中线导管；艾滋病；治疗效果

艾滋病患者其免疫系统遭到破坏，血液中的 CD4<sup>+</sup> T 淋巴细胞计数明显降低，导致患者受到一些机会性感染的几率增加。患者需要频繁的住院输液治疗，但是在《输液治疗实践标准》中明确提出，如果患者静脉输液预期治疗时间长达 1~4 周，建议采用中线导管 [1]。这种操作方式简单，不需要进行导管尖端定位，并且导管留存的时间与艾滋病患者的治疗时间窗比较相符，并发症更少，安全性更高。塞丁格技术的应用为艾滋病患者的治疗提供了新的方向，目前国内此类研究较少。本次观察不同的方式置入中线导管对艾滋病患者的效果如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

从 2019 年 1 月至 2020 年 12 月在我院治疗的艾滋病患者中随机选取 62 例，纳入标准：(1) 预计静脉输液时间  $\geq 1$  周；(2) 凝血功能正常；(3) 同意使用中线导管治疗；(4) 患者及家属均对本次研究知情；排除标准：(1) 置管部位有放射治疗史、血栓史、外伤史、血管手术史；(2) 置管部位或者置管途径存在感染源。观察组 33 例中男女占比 19:14，最小年龄 24 岁，最大 43 岁，平均 (32.38 $\pm$ 5.83) 岁，最短住院时间 8d，最长 26d，平均 (14.22 $\pm$ 2.61) d；对照组 29 例中男女占比 18:11，最小年龄 23 岁，最大 44 岁，平均 (32.87 $\pm$ 5.72) 岁，最短住院时间 9d，最长 27d，平均 (14.36 $\pm$ 2.58) d。本研究经过了本院伦理委员会的批准。两组一般资料差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 方法

**对照组** 传统盲穿法置入中线导管。穿刺人员在患者肘前区进行盲穿置管，经贵要静脉、头静脉、肱静脉等置入导管，保证导管尖端位置在腋窝水平或者肩下部位。

**观察组** B 超引导下塞丁格技术置入中线导管。治疗人员先采用 B 超对患者的肘部血管情况进行探查，选取较为理想的静脉，将穿刺侧手臂向外展 90° 左右，对穿刺点部位至同侧肩峰水平之间的距离进行测量，在肘窝上方 10cm 的部位对臂

围进行测量并做好记录。对穿刺部位的皮肤进行消毒，扎上止血带，根据探查到的血管的深度选择合适的导针架，在导针架的针槽中固定好穿刺针，一只手握住超声探头，将超声探头与手臂保持垂直状态轻压血管，另一只手进行穿刺，根据超声屏幕上显示的穿刺信息，穿刺针见回血后缓慢地送入导丝，将穿刺针退出，穿刺点破皮后，沿着导丝将导管送入，然后缓缓的将导丝以及扩张器拔出，将导管送至预定长度后拔出管鞘，进一步确定导管的位置，将内导丝拔出，采用无菌辅料对导管进行固定，对整个置管过程中所用的时间、穿刺情况等做好详细记录。

### 1.3 观察指标

记录两组置管用时、导管的留置时间，统计一次性穿刺置管的成功率以及总置管成功率以及置管后的并发症。

### 1.4 统计学分析

采用 SPSS 20.0 软件，采用 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示各时间，并用  $t$  检验，采用 (n, %) 表示穿刺成功率以及并发症的发生率等，并用  $\chi^2$  检验，差异有统计学意义用  $P < 0.05$  表示。

## 2 结果

### 2.1 比较两组治疗情况

与对照组相比，观察组总置管成功率与其差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。但是置管用时更短，一次性穿刺置管的成功率更高，导管的留置时间更长，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1：

### 2.2 比较两组置管后的并发症情况

在置管后并发症方面，观察组中 1 例出现静脉炎、1 例出现穿刺点渗血，对照组中 3 例出现静脉炎、2 例出现穿刺点渗血，1 例出现导管堵塞、1 例出现导管相关性感染，观察组 (6.06%) 较对照组 (24.14%) 更低，差异有统计学意义 ( $\chi^2=4.065$ ,  $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

本院对艾滋病患者实施治疗时，常用的药物主要有两性霉

表 1 两组治疗情况比较

组别	置管用时 (min)	导管留置时间 (d)	一次性穿刺置管的成功率 (%)
观察组 (n=33)	7.13 $\pm$ 1.26	13.35 $\pm$ 1.02	32 (96.97)
对照组 (n=29)	13.37 $\pm$ 3.17	9.31 $\pm$ 3.07	23 (79.31)
t/ $\chi^2$	10.420	7.132	4.806
P	< 0.01	< 0.01	< 0.05

(转接第 52 页)

## 2 结果

观察组护理效果明显优于对照组,两组指标存在明显差异, $P < 0.05$ 。(如表3)

## 3 讨论

儿童患病后由于病情发展速度快、恶化速度快,加之儿童年龄小,无法准确表达身体不适状态,导致临床诊疗难度较大<sup>[4]</sup>。尽早识别可发展为危重症的患儿,加强监督力度,给予不同病情患儿提供的儿护理干预,可最大程度提升护理监督力度,也可使护理人员有效分配,更好提升护理效率。改良版早期预警评估可以0~4分的5级分级法对患儿的病变危及情况进行合理划分,构建科学的危急值预警系统,可帮助护理人员快速提取患儿的重要信息,也可向患儿提供准确、完整的信息,更有利于医师进行病情判断,为危重症患儿提供及时有效的救治,使护理人员可针对评分更高的患儿加强监护力度,以便及时发现患儿的病情恶化情况<sup>[5]</sup>,尽快给予抢救治疗,更快促进患儿病情恢复,降低并发症发生率,从而使患儿家属的满意度大幅提升。

综上,基于改良版早期预警评估构建儿科护理危急值预警系统,可指导儿科护理工作开展,更好提升护理效果,更好提

升医师与家属对护理服务的满意度。

### 参考文献:

[1] 叶靓,卢华萍.儿童早期预警评分在危重呼吸系统疾病住院患儿护理中的应用[J].重庆医学,2019,19(48):3321-3324.

[2] 顾梅,王雪梅,曹茜,等.建立介入手术改良预警评分的可行性调查[J].介入放射学杂志,2020(3).

[3] 刘洋,马琳玉,申雪兰,等.儿童早期预警评分在中性粒细胞缺乏白血病患者发生感染性休克中的应用效果[J].重庆医科大学学报,2020(2).

[4] 田珺,彭小玉,黄凤毛.改良早期预警评分联合ISBAR沟通模式对提升呼吸内科护理质量的应用研究[J].上海护理,2019,19(03):57-59.

[5] 王艳,吴静,李桂芳,等.ICU护士改良早期预警评分认知和行为现状调查及分析[J].中华现代护理杂志,2019,25(25):3180-3184.

### 作者简介:

黄文影,性别:女,专业:护理,职称:主管护师,科室:儿内科,单位名称:清远市人民医院,级别:三甲。

(转接第80页)

素B、万古霉素、甘露醇、氨基酸、莫西沙星、克林霉素、氯化钾等等,这些药物都会对血管造成不同程度的刺激损害。随着临床研究的逐步深入,有越来越多的研究人员发现,对艾滋病患者实施治疗的过程中采用B超引导下塞丁格技术置入中线导管能够有效提高一次性置管的成功率,并且整个置管操作所用的时间更短,但是导管留置的时间却有所延长<sup>[2]</sup>。所以,中线导管有效的满足了大多数艾滋病患者住院治疗的需求。对于一些肉眼不能直视或者触及、穿刺困难的患者来说,如果采用盲穿的形式进行穿刺,一次性穿刺成功的几率是非常小的,这样不仅增加了患者的痛苦,还在很大程度上延长了直管操作的时间,导致艾滋病职业暴露风险增加<sup>[3]</sup>。

本次研究结果显示,与对照组相比,观察组置管用时更短,一次性穿刺置管的成功率更高,导管的留置时间更长,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。这与陈敏楨<sup>[4]</sup>等人的研究结果是一致的。进一步提示,B超引导下塞丁格技术置入中线导管一次性穿刺的成功率比较高,因为在B超的引导下,操作人员进行置管,能够通过超声屏幕对患者静脉的走向情况进行实时观察,并且还能够根据静脉走向对穿刺针进针的角度以及深度进行及时调整,整个操作在直视下进行,穿刺的准确度更高,穿刺时间明显缩短,并且一次性置管成功率得到了提升。

本次研究结果还显示,在置管后并发症方面,观察组(6.06%)较对照组(24.14%)更低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。这与何晓丽<sup>[5]</sup>等人的研究结果是一致的。因为采用盲穿的方式

进行穿刺,由于穿刺针鞘比较粗,加上开启部位在肘窝周围,不好固定。随着肘关节的运动,导管很容易来回滑动,导致静脉炎、渗血、导管相关性感染等并发症增加。B超引导下塞丁格技术置入中线导管所使用的穿刺针鞘比较细,并且穿刺部位位于肘窝上方,有效的避开了肘关节部位,静脉炎、渗血、导管相关性感染、导管堵塞等并发症大大降低。

综上所述,临床上对艾滋病患者实施治疗时,采用B超引导下塞丁格技术置入中线导管,并发症更少,效果更佳,安全可靠,建议推广应用。

### 参考文献:

[1] 许萌,姚定珠,段丽娜.中心静脉导管在肿瘤合并艾滋病患者中的应用及护理[J].中国农村卫生,2016(04):53.

[2] 何晓丽,黄琼建,李桂红.B超引导下塞丁格技术置入中线导管在艾滋病患者中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(42):13,28.

[3] 张海霞,马晓靖,蒋荣猛,等.安全型留置针穿刺结合改良塞丁格技术经外周置入中心静脉导管在艾滋病患者中的应用[J].中华实验和临床感染病杂志(电子版),2017(4):514-516.

[4] 陈敏楨,潘辰,杨琳.B超引导下塞丁格技术置入中线导管在艾滋病患者中的应用[J].湖南中医杂志,2019,35(06):102-104+106.

[5] 何晓丽,黄琼建,李桂红.B超引导下塞丁格技术置入中长导管在HIV/AIDS患者中的应用及护理[J].中国社区医师,2019,35(15):131+134.