

早期护理干预降低维持性血液透析内瘘并发症的效果

张 欣

成都康福肾脏病医院 四川 成都 610041

摘要：目的：探讨早期护理干预对降低维持性血液透析患者动静脉内瘘并发症的效果。方法：选取2023年1月至2024年1月在我院接受维持性血液透析治疗的80例患者作为研究对象，按照随机数字表法分为观察组和对照组，每组40例。对照组采用常规护理干预，观察组在常规护理基础上实施早期护理干预。比较两组患者内瘘并发症发生率、内瘘功能指标及生活质量评分。结果：观察组血栓形成发生率为2.5%，感染发生率为5.0%，动脉瘤发生率为2.5%，均显著低于对照组的15.0%、20.0%、12.5%（ $P < 0.05$ ）；观察组内瘘血流量高于对照组，内瘘通畅时间长于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组SF-36评分高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：早期护理干预可有效降低维持性血液透析患者内瘘并发症的发生率，改善内瘘功能，提高患者生活质量，值得临床推广应用。

关键词：早期护理干预；维持性血液透析；内瘘并发症；护理效果

维持性血液透析是终末期肾病患者赖以生存的重要治疗方式，而动静脉内瘘作为血液透析患者的“生命线”，其功能良好与否直接影响透析效果及患者生存质量。然而，内瘘在使用过程中易出现血栓形成、感染、动脉瘤等并发症，不仅缩短内瘘使用寿命，还增加患者痛苦及经济负担。目前，临床常规护理在并发症预防方面效果有限，因此探寻有效的护理干预措施至关重要^[1]。本研究旨在探讨早期护理干预对降低维持性血液透析内瘘并发症的效果，为临床护理提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年7月至2025年6月在我院接受维持性血液透析治疗的80例患者作为研究对象。按照随机数字表法将患者分为观察组和对照组，每组40例。观察组中，男22例，女18例；年龄35-72岁，平均（53.6±8.2）岁；透析时间3-18个月，平均（9.5±3.1）个月。对照组中，男23例，女17例；年龄36-71岁，平均（54.2±7.8）岁；透析时间3-17个月，平均（9.2±2.9）个月。两组一般资料方面比较（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：符合维持性血液透析指征，首次行自体动静脉内瘘成形术，内瘘成熟后开始使用，患者及家属知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并严重心、肝、肺等重要脏器功能衰竭者；存在凝血功能障碍者；有精神疾病或认知功能障碍无法配合护理及研究者；内瘘成形术前存在血管病变者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

采用常规护理干预，具体措施如下：（1）内瘘知识宣教：向患者及家属讲解内瘘的重要性、日常保护方法、

并发症的早期表现等，发放健康宣教手册。（2）穿刺护理：由经验丰富的护士进行内瘘穿刺，采用绳梯式穿刺法，避免同一部位反复穿刺。穿刺后按压止血，力度以不出血且能触及血管震颤为宜，时间一般为15-20分钟。

（3）日常观察：指导患者每日自行触摸内瘘震颤、听血管杂音，如发现异常及时告知医护人员。定期监测内瘘血流量，每周1次。（4）饮食指导：指导患者低盐、低脂、优质蛋白饮食，保证充足的热量摄入，避免辛辣刺激性食物。（5）用药指导：告知患者遵医嘱服用抗凝药物，不得擅自增减药量或停药，观察药物不良反应。

1.2.2 观察组

在常规护理基础上实施早期护理干预，具体措施如下：（1）术前护理干预：①血管评估：由血管通路专科护士采用血管超声（探头频率7.5-10MHz）评估患者上肢血管条件，测量桡动脉、头静脉等血管的直径（ $\geq 2\text{mm}$ 为理想）、血流速度、血管壁弹性，记录血管走行有无弯曲、分支。根据评估结果联合肾内科医生制定个性化内瘘成形术方案，如血管条件较差者选择肘部内瘘。②心理干预：采用焦虑自评量表（SAS）评估患者心理状态，SAS评分 ≥ 50 分者进行针对性心理疏导。通过一对一沟通，讲解手术流程（麻醉方式、切口位置、缝合方式）、成功率及术后恢复过程，播放手术视频，邀请术后恢复良好的患者分享经验。每周2次，每次20-30min，直至术前1d SAS评分 < 50 分。③术前训练：指导患者进行握力训练，使用握力球（重量500g），每次握捏30次，休息1min，每日3次，每次10-15min。同时进行腕部运动，缓慢屈伸腕关节，每次10个回合，每日3次，增强血管弹性与充盈度。训练期间记录患者耐受情况，调整训

练强度。(2)术后早期护理:①严密监测:术后24h内每2h观察1次内瘘部位情况,记录皮肤颜色(红润、苍白、发绀)、温度(与对侧比较)、肿胀程度(用软尺测量周径),触诊震颤强度(分级:0级无震颤,Ⅰ级微弱,Ⅱ级中等,Ⅲ级强烈),听诊杂音性质(连续性、音调高低)。术后24-72h每4h观察1次,72h后每日观察2次。若出现震颤减弱、杂音消失或局部肿胀明显,立即通知医生处理。②物理干预:术后24h内采用冰袋(外包无菌毛巾)局部冷敷,每次15-20min,每日3-4次,减轻肿胀与疼痛;术后24h后若仍有肿胀,改用温热敷(40-45℃毛巾),每次15min,每日2次,促进血液循环。记录肿胀消退时间。③功能锻炼:术后第2天开始指导患者进行内瘘侧肢体功能锻炼:握拳运动:缓慢握拳至最大程度,维持3s后松开,每次10-15min,每日3-4次;腕部环绕运动:顺时针、逆时针各环绕10圈,每日3次;握力进阶训练:术后7d开始使用1kg握力球,训练强度同术前。记录患者每日锻炼完成情况。(3)并发症早期预防:①血栓预防:动态监测凝血功能,每周2次检测凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、血小板计数,根据结果调整抗凝药物剂量(如华法林剂量调整以国际标准化比值维持在1.8-2.5为宜)。透析结束后采用弹性绷带加压止血,压力调节至刚好止血且能触及震颤,记录止血时间。指导患者避免内瘘侧肢体受压(如睡觉时不枕于头下、不穿紧身衣袖),监测血压变化,避免低血压(收缩压<90mmHg),出现低血压时及时补液处理。②感染预防:穿刺前严格皮肤消毒,直径≥8cm,消毒后待干再穿刺;穿刺过程中严格无菌操作,戴无菌手套、口罩、帽子。穿刺后覆盖无菌透明敷料,每日观察穿刺点有无渗血、渗液,敷料污染或松动时及时更换。指导患者保持内瘘部位清洁干燥,洗澡时使用防水保护套,避免沾水。出现局部红肿、疼痛时,及时取分泌物进行细菌培养,根据结果选用敏感抗生素(如头孢类)局部湿敷或口服。③动脉瘤预防:制定穿刺点轮换计划,绘制内瘘血管走行图,标记每次穿刺位置,确保穿刺点均匀分布,避免同一区域反复穿刺。指导患者避免内瘘侧肢体负重(提重物<5kg),监测血压,将血压控制在130/80mmHg左右,避免血压剧烈波动。定期(每月1次)超声检查血管壁厚度,发现血管壁变薄或膨出时及时干预。(4)定期随访管理:①建立随访档案:记录患者基本信息、内瘘相关检查结果、护理措施执行情况。②随访方式:术后1个月内每周1次电话随访,询问内瘘使用感受、有无不适症状,督促功能锻炼;术后1-3个月每2周1次电话随访;3个月后每月1次电话随访。同时,

每月1次门诊随访,进行内瘘功能评估(血流量、震颤、杂音)、生活质量评分,检查护理措施依从性(如锻炼完成率、饮食控制情况),根据随访结果调整护理方案(如功能锻炼强度、饮食计划)。记录随访过程中发现的问题及处理措施。

1.3 观察指标

(1)内瘘并发症发生率:统计两组患者血栓形成、感染、动脉瘤的发生情况,计算发生率。(2)内瘘功能指标:检测两组患者内瘘血流量(采用超声多普勒血流仪检测)和内瘘通畅时间(从内瘘开始使用至出现功能障碍的时间)。(3)生活质量评分:采用健康调查简表(SF-36)对两组患者进行生活质量评分,总分100分,得分越高表明生活质量越好。

1.4 统计学方法

采用SPSS31.0统计学软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 内瘘并发症发生率比较

观察组低于对照组($P < 0.05$)。详见表1。

表1 内瘘并发症发生率[n(%)]

组别	n	血栓形成	感染	动脉瘤
观察组	40	1(2.5)	2(5.0)	1(2.5)
对照组	40	6(15.0)	8(20.0)	5(12.5)
χ^2		9.024	9.665	10.058
P		$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.2 内瘘功能指标比较

观察组内瘘血流量显著高于对照组,内瘘通畅时间显著长于对照组($P < 0.05$)。详见表2。

表2 内瘘功能指标($\bar{x} \pm s$)

分组	n	内瘘血流量(ml/min)	内瘘通畅时间(个月)
观察组	40	285.6±32.4	18.5±3.2
对照组	40	230.2±28.6	12.3±2.8
t		9.241	5.685
P		< 0.05	< 0.05

2.3 生活质量评分比较

观察组高于对照组($P < 0.05$)。详见表3。

表3 生活质量评分($\bar{x} \pm s$,分)

分组	n	SF-36评分
观察组	40	75.3±6.8
对照组	40	62.5±5.4
t		5.041
P		< 0.05

3 讨论

终末期肾病是一种严重威胁人类健康的疾病,维持性血液透析是其主要治疗方法之一。动静脉内瘘因具有血流量充足、使用寿命长、并发症少等优点,成为维持性血液透析患者最理想的血管通路。然而,在临床实践中,内瘘并发症的发生仍较为常见,如血栓形成、感染、动脉瘤等,这些并发症不仅影响透析的顺利进行,还可能导致内瘘功能丧失,增加患者的痛苦和经济负担^[2]。血栓形成是内瘘最常见的并发症之一,其发生与血管狭窄、血流缓慢、高凝状态等因素有关。感染的发生多与穿刺操作不规范、患者自身免疫力低下、内瘘部位清洁不当等因素相关。动脉瘤的形成则与反复穿刺同一部位、血管壁损伤、血压控制不佳等因素有关^[3]。因此,采取有效的护理干预措施,预防和减少内瘘并发症的发生,对于提高维持性血液透析患者的治疗效果和生活质量具有重要意义。

本研究结果显示,观察组血栓形成、感染、动脉瘤发生率均显著低于对照组($P < 0.05$),表明早期护理干预可有效降低维持性血液透析患者内瘘并发症的发生率。分析其原因,早期护理干预中的术前评估和准备可优化患者的血管条件,减少手术风险;术后早期的密切观察和功能锻炼可促进内瘘成熟,改善局部血液循环,降低血栓形成的风险;并发症早期预防措施可及时发现和处理潜在的感染和动脉瘤风险因素,从而减少并发症的发生^[4]。从内瘘功能指标来看,观察组内瘘血流量显著高于对照组,内瘘通畅时间显著长于对照组($P < 0.05$),说明早期护理干预有助于改善内瘘功能,延长内瘘使用寿命。这可能是由于早期护理干预中的功能锻炼可增强血管壁的弹性和韧性,增加内瘘血流量;同时,对并发症的有效预防可减少内瘘功能障碍的发生,从而

延长内瘘通畅时间^[5]。在生活质量方面,观察组SF-36评分显著高于对照组($P < 0.05$),提示早期护理干预可提高维持性血液透析患者的生活质量。这是因为早期护理干预减少了内瘘并发症的发生,减轻了患者的痛苦和心理负担;同时,良好的内瘘功能保证了透析的充分性,改善了患者的身体状况,从而提高了患者的生活质量^[6]。

综上所述,早期护理干预通过术前、术后的一系列针对性措施,可有效降低维持性血液透析患者内瘘并发症的发生率,改善内瘘功能,提高患者生活质量,是一种安全、有效的护理方法,值得在临床推广应用。在今后的临床工作中,我们还需进一步优化护理方案,根据患者的个体差异制定更加个性化的护理措施,以达到更好的护理效果。

参考文献

- [1]齐渤洋.早期护理干预降低维持性血液透析内瘘并发症的效果[J].吉林医学,2024,45(4):971-973.
- [2]蔡学兰.早期护理干预在维持性血液透析患者动静脉内瘘并发症预防中的应用效果[J].医学信息,2022,35(4):186-189.
- [3]陈华梅.早期护理干预对维持性血液透析患者动静脉内瘘并发症发生的影响[J].透析与人工器官,2022,33(2):84-87,129.
- [4]卫同霞.早期护理干预降低维持性血液透析患者内瘘并发症效果的观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(6):322-323.
- [5]张琪.早期护理对维持性血液透析患者动静脉内瘘并发症发生率的影响[J].中国医药指南,2021,19(5):184-185.
- [6]赵玮.评价早期护理干预降低维持性血液透析患者内瘘并发症的效果[J].饮食保健,2021(7):217.