

探讨综合性护理方法在尿毒症患者血液透析治疗中的实践价值

苏发香

武威市人民医院 甘肃 武威 733000

摘要：目的：分析综合性护理方法在尿毒症患者血液透析治疗中的应用效果。方法：选取我院2022年1月至2024年12月接收的86例尿毒症血液透析患者，按照随机数字表法分为观察组与对照组，每组各43例。对照组采用常规护理模式，观察组采用综合性护理方法，比较两组患者并发症发生情况、生活质量评分及治疗依从性。结果：观察组患者并发症发生率低于对照组，生活质量各维度评分高于对照组，治疗依从性优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：在尿毒症患者血液透析治疗中应用综合性护理方法，可有效降低并发症发生风险，提升患者生活质量与治疗依从性。

关键词：综合性护理方法；尿毒症；血液透析治

尿毒症作为慢性肾衰竭终末期的典型表现，患者肾功能严重受损，需依赖血液透析维持生命。血液透析治疗虽能延长患者生存期，但治疗过程中易出现感染、低血压、内瘘堵塞等并发症，且长期治疗易导致患者生活质量下降、治疗依从性降低，影响整体治疗效果^[1]。常规护理模式多聚焦于治疗操作配合，缺乏对患者生理、心理及社会适应等多维度的干预，难以满足患者全面护理需求。因此，探索科学有效的护理方法对改善尿毒症血液透析患者预后至关重要^[2]。本研究通过对比常规护理与综合性护理的应用效果，旨在为临床护理方案优化提供数据支持，助力提升尿毒症血液透析患者的治疗安全性和生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2022年1月至2024年12月接收的86例尿毒症血液透析患者。按照随机数字表法分为观察组与对照组。观察组男性23例，女性20例；年龄28-72岁，平均年龄（52.36±8.12）岁。对照组男性22例，女性21例；年龄30-73岁，平均年龄（53.12±7.85）岁。两组一般资料比较，（ $P > 0.05$ ），具有可比性。纳入标准：符合尿毒症诊断标准，且需长期维持性血液透析治疗（透析频率≥2次/周，每次透析时长4h）；意识清晰，能配合护理与评估工作；患者及家属均知情同意并签署知情同意书。排除标准：合并严重心、肝、肺等脏器功能衰竭者；存在精神疾病或认知障碍无法配合研究者；近3个月内发生严重感染、出血等并发症者；中途退出研究或随访失联者。

1.2 护理方法

对照组采用尿毒症血液透析常规护理模式：（1）治

疗前准备：核对患者信息，协助患者完成体重、血压、心率等基础生命体征监测；检查血液透析设备的完整性与安全性，确保设备处于正常工作状态。（2）治疗中护理：严格按照血液透析操作规范进行血管通路穿刺，确保穿刺成功并固定牢固。（3）治疗后护理：透析结束后规范拔针，采用压迫止血法按压穿刺点15-20分钟，观察穿刺点有无出血、渗血情况。（4）基础健康指导：定期向患者发放血液透析健康宣传手册，告知患者饮食控制要点。

观察组在对照组常规护理基础上，采用综合性护理方法，围绕生理护理、心理护理、社会支持护理及延续性护理四个维度开展干预：（1）生理护理优化。
①血管通路专项护理：建立患者血管通路档案，详细记录内瘘或中心静脉导管的建立时间、使用情况及维护记录；每次透析前评估血管通路状况，内瘘患者检查内瘘震颤、杂音情况，中心静脉导管患者检查导管有无脱出、堵塞、感染迹象；透析后采用“压迫+冷敷”联合止血法，压迫力度以不阻断内瘘血流为宜，冷敷10-15分钟减少穿刺点肿胀。
②并发症预防护理：针对低血压、感染、内瘘堵塞等常见并发症制定专项预防方案。低血压预防：透析前评估患者干体重，根据患者体重变化调整脱水量，避免脱水速度过快；透析中若患者出现血压下降，立即减慢血流量，给予生理盐水100-200ml静脉输注，必要时遵医嘱使用升压药物；指导患者透析前避免空腹，透析中减少进食量，防止血容量波动。感染预防：严格执行无菌操作规范，穿刺前对穿刺部位进行“碘伏消毒+酒精脱碘”，消毒范围直径≥8cm；透析过程中保持治疗环境清洁，定期开窗通风，每月对透析室进行空气消毒与细菌培

养；指导患者注意个人卫生，透析后穿刺部位24小时内避免接触水，若出现穿刺部位红肿、疼痛、渗液等感染迹象及时就医。内瘘堵塞预防：透析后确保内瘘压迫止血适度，避免过度压迫导致内瘘血流缓慢；指导患者进行内瘘功能锻炼，如每日用内瘘侧肢体进行握拳、屈伸动作10-15分钟，促进内瘘血流循环；定期监测内瘘血流量，若发现内瘘血流量明显下降（<200ml/min），及时排查堵塞原因并处理。③营养支持护理：根据患者个体情况制定个性化营养方案，由营养师评估患者营养状况，结合患者透析次数、原发病类型制定饮食计划；每周为患者提供营养咨询服务，指导患者合理搭配食物，如增加优质蛋白（鸡蛋、牛奶、瘦肉）摄入，每日蛋白摄入量控制在1.2-1.5g/kg，同时控制钾、磷摄入，避免食用香蕉、橙子、动物内脏等高钾高磷食物；对于食欲不佳的患者，采用少食多餐方式，提供易消化的食物，必要时遵医嘱给予营养补充剂。（2）心理护理干预。①心理状态评估：采用焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）对患者进行每月一次的心理状态评估，了解患者情绪变化情况；通过日常沟通交流，倾听患者内心诉求，分析患者心理问题产生原因。②个性化心理疏导：针对焦虑患者，采用放松训练法，如指导患者进行深呼吸训练（吸气4秒、屏息2秒、呼气6秒）、渐进式肌肉放松训练，每次15-20分钟，每日1-2次，缓解焦虑情绪；针对抑郁患者，采用认知行为疗法，帮助患者纠正负面认知，引导患者树立积极治疗信念，分享治疗成功案例，增强患者治疗信心。③家属心理支持：邀请患者家属参与心理护理过程，向家属讲解尿毒症血液透析治疗的相关知识，让家属了解患者治疗过程中的心理需求；指导家属给予患者情感支持，如多与患者沟通交流、陪伴患者参与治疗，避免对患者产生负面情绪影响；对于存在

经济压力的家庭，协助家属了解医疗保障政策，减轻家庭经济负担带来的心理压力。（3）延续性护理。①出院后随访管理：建立患者延续性护理档案，记录患者出院后病情变化、护理需求及干预措施；采用“电话随访+微信随访+上门随访”相结合的方式，出院后第1周每日电话随访1次，第2-4周每2天随访1次，1个月后每周随访1次，了解患者居家护理情况，及时解答患者疑问。②居家护理指导：通过微信公众号、短视频等方式为患者推送居家护理知识，如血液透析患者居家应急处理方法、日常运动指导。③定期复查提醒：根据患者复查计划，提前3天通过电话或短信提醒患者复查时间、复查项目，协助患者预约挂号；复查后及时了解患者检查结果，与医生沟通调整护理方案，确保护理措施与治疗方案同步。

1.3 观察指标

（1）并发症发生情况：低血压、感染、内瘘堵塞、肌肉痉挛等并发症的发生例数。（2）生活质量评分：采用肾脏疾病生活质量量表（KDQOL-SFTM1.3）评估，每个维度满分100分，评分越高表示生活质量越好。（3）治疗依从性：根据患者治疗期间的表现制定治疗依从性评价标准，分为完全依从（按时透析、遵医嘱服药、严格控制饮食与液体摄入、定期复查）、部分依从（偶有延迟透析或漏服药物，饮食控制较好）、不依从（经常延迟透析、漏服药物，饮食控制不佳，不按时复查）。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）资料分别行 χ^2 、 t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 两组并发症发生情况比较

观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1 并发症发生情况比较[n (%)]

组别	例数	低血压	感染	内瘘堵塞	肌肉痉挛	总发生	发生率（%）
观察组	43	1 (2.33)	1 (2.33)	0 (0.00)	1 (2.33)	3 (6.98)	6.98
对照组	43	3 (6.98)	3 (6.98)	2 (4.65)	2 (4.65)	10 (23.26)	23.26
χ^2							4.482
P							0.034

2.2 两组治疗前后生活质量评分比较

治疗6个月后，观察组各维度评分均高于对照组（ $P <$

0.05）。见表2。

表2 治疗前后生活质量评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	例数	时间	生理功能	心理功能	社会功能	症状与不适
观察组	43	治疗前	58.26±7.35	56.38±8.12	55.17±7.84	53.29±8.05
----	----	治疗后	76.58±6.92	74.32±7.56	73.85±7.21	72.64±7.63

续表:

组别	例数	时间	生理功能	心理功能	社会功能	症状与不适
对照组	43	治疗前	57.98±7.51	55.89±8.34	54.86±7.92	52.97±8.13
----	----	治疗后	65.34±7.18	63.25±7.89	62.18±7.53	61.52±7.86
t值(治疗后)	----	----	7.825	6.934	7.512	6.847
P值(治疗后)	----	----	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组治疗依从性比较

观察组高于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 治疗依从性比较[n (%)]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	依从率(%)
观察组	43	28 (65.12)	13 (30.23)	2 (4.65)	95.35
对照组	43	19 (44.19)	15 (34.88)	9 (20.93)	79.07
χ^2					4.441
P					0.035

3 讨论

常规护理模式虽能满足血液透析治疗的基础操作需求，但缺乏对患者整体健康状况的关注，在并发症预防、心理干预、社会支持等方面存在明显不足^[3]。因此亟需构建一种覆盖患者生理、心理、社会多维度且贯穿治疗全程的综合性护理模式，以满足尿毒症血液透析患者的全面护理需求。

从表1数据可知，观察组并发症发生率(6.98%)低于对照组(23.26%)，这一结果充分体现了综合性护理在并发症预防方面的优势，其核心原因在于综合性护理对生理护理的优化升级。在血管通路护理方面，观察组建立的血管通路专项档案，能够动态追踪患者血管通路的使用与维护情况，实现“一人一档”的个性化管理，避免了常规护理中血管通路维护的随机性与片面性。针对并发症的专项预防方案，更是从“被动应对”转向“主动预防”^[4]。而感染预防中严格的无菌操作规范、透析环境管理与患者个人卫生指导，形成了“治疗中+治疗后”的感染防控闭环，有效减少了穿刺部位感染、肺部感染等问题的发生。表2数据显示，治疗前两组患者各维度生活质量评分无显著差异($P > 0.05$)，但治疗6个月后，观察组均高于对照组，这一结果表明综合性护理可从多维度提升患者生活质量，其作用机制体现在生理、心理、社会支持三方面的协同干预。从生理层面来看，

综合性护理通过并发症预防与营养支持护理，改善了患者的生理健康状况。心理层面的干预则直接改善了患者的情绪状态与心理感受^[5]。表3数据显示，观察组治疗依从率(95.35%)高于对照组(79.07%)，这一结果表明综合性护理可有效提升患者的治疗依从性，其关键在于延续性护理与多维度干预对患者认知与行为的引导。延续性护理的开展打破了常规护理“治疗期间干预，出院后中断”的局限，通过“电话+微信+上门”相结合的随访模式，实现了对患者居家护理的全程指导与监督。多维度干预带来的生活质量提升与心理状态改善，也进一步强化了患者的治疗依从性。

综上所述，在尿毒症患者血液透析治疗中应用综合性护理方法，能够通过生理护理优化降低并发症发生风险，通过心理护理与社会支持护理改善患者情绪状态与社会参与度，通过延续性护理提升患者居家护理能力与治疗依从性，最终实现患者生活质量的全面提升。

参考文献

- [1]胡月,肖晓琴,许虹.保护动机理论的综合性护理干预对维持性血液透析尿毒症患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2023,29(9):32-35.
- [2]热孜万·海比布,高宏媛.综合性护理在血液透析联合血液灌流治疗尿毒症患者护理中的应用价值分析[J].临床个性化医学,2025,04(1):751-757.
- [3]胡燕,鄢琦玲,郑燕飞.综合性护理干预在尿毒症合并冠心病行维持血液透析患者中的应用效果[J].透析与人工器官,2020,31(4):77-79.
- [4]孙会月,刘金梅,刘淑营.综合性护理干预对尿毒症血液透析患者的影响[J].透析与人工器官,2020,31(3):68-70.
- [5]唐艳.综合性护理干预对维持性血液透析尿毒症患者的影响[J].中外医药研究,2024,3(7):96-98.