

血液系统疾病合并肾脏损伤患者的护理协同管理

哈燕李默 徐亚楠 张倩 常娜
石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘要：目的：探讨护理协同管理模式在血液系统疾病合并肾脏损伤患者中的应用效果。方法：选取2022年1月至2023年12月收治的80例血液系统疾病合并肾脏损伤患者作为研究对象，随机分为对照组和观察组各40例。对照组采用常规护理模式，观察组在此基础上实施护理协同管理模式。比较两组患者的生活质量评分、肾功能指标、并发症发生率及满意度。结果：观察组干预后生活质量评分显著高于对照组，肾功能指标明显改善，并发症发生率显著降低，护理满意度明显提高，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论：护理协同管理模式应用于血液系统疾病合并肾脏损伤患者护理中，能有效改善患者肾功能，提高生活质量，降低并发症发生率，值得临床应用。

关键词：血液系统疾病；肾脏损伤；护理协同管理

血液系统疾病如白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等常合并肾脏损伤，这类患者病情复杂，治疗难度大，护理需求多样化^[1]。传统的单一科室护理模式已难以满足患者的综合护理需求，而护理协同管理模式强调多学科协作，整合血液科与肾内科护理资源，为患者提供系统、连续的护理服务。近年来研究表明^[2]，护理协同管理模式在复杂疾病管理中能显著提高护理质量和患者预后。本研究旨在探讨护理协同管理模式在血液系统疾病合并肾脏损伤患者中的应用效果，为临床护理实践提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年1月至2023年12月在某院接受治疗的80例血液系统疾病合并肾脏损伤患者作为研究对象，使用随机数分配方案将其分为观察组和对照组各40例。观察组男性22例，女性18例；年龄21~75岁，平均年龄(53.68±8.42)岁；疾病类型：急性髓系白血病15例，慢性淋巴细胞白血病8例，多发性骨髓瘤10例，淋巴瘤7例；肾损伤程度：轻度18例，中度14例，重度8例。对照组男性24例，女性16例；年龄22~76岁，平均年龄(54.26±8.75)岁；疾病类型：急性髓系白血病16例，慢性淋巴细胞白血病7例，多发性骨髓瘤9例，淋巴瘤8例；肾损伤程度：轻度17例，中度15例，重度8例。研究对象的基础特征（包括男女比例、年龄分布、疾病类别和肾损害严重程度）在两个实验组间无显著差异($P > 0.05$)，确保了实验结果的科学性。本临床试验已获得院内伦理审查通过，参与者本人或监护人均已阅读并签署了参与研究的知情同意文件。

1.2 方法

对照组患者采用常规护理模式，包括常规生命体征监测、药物治疗护理、病情观察、健康教育和定期随访等。观察组患者在常规护理基础上实施护理协同管理模式，具体方法如下：

(1)建立多学科协作护理团队：由血液科护士长牵头，联合肾内科护士长、资深专科护士、营养师、康复师、临床药师等组成护理协同管理团队，共同制定个体化护理方案。每周定期召开护理查房和病例讨论会，及时调整护理策略。

(2)实施专科护理管理：由血液科和肾内科专科护士共同参与患者护理工作，根据患者病情变化制定个体化护理计划。血液科专科护士负责血液系统疾病的相关护理，如输血反应观察、骨髓抑制期护理、化疗副反应管理等；肾内科专科护士负责肾脏功能监测、水电解质平衡维持、透析护理等。

(3)建立护理质量控制体系：制定血液系统疾病合并肾脏损伤患者护理常规和护理质量评价标准，由护理协同管理团队定期进行质量控制和评价，及时发现并解决护理问题。

(4)实施循证护理干预：根据患者病情和最新的循证护理证据，实施以下干预措施：①液体管理：精确记录出入量，根据患者肾功能状况和水电解质平衡情况调整液体入量；②药物管理：密切监测药物浓度，特别是肾毒性药物的使用，根据肾功能调整用药剂量；③营养支持：根据患者营养状况和疾病特点，制定个体化的营养方案，控制蛋白质和电解质摄入；④心理干预：评估患者心理状态，通过心理疏导、认知行为疗法等缓解患者焦虑、抑郁情绪；⑤健康教育：制定系统的健康教育计划，包括疾病知识、用药指导、生活方式调整等内容，

提高患者自我管理能力。

(5)出院后延续性护理：建立出院患者随访档案，通过电话、微信等方式定期随访，了解患者遵医行为、症状变化和生活质量情况。必要时提供上门护理服务，指导患者家庭护理和自我管理。

两组患者干预时间均为3个月。

1.3 观察指标

(1)生活质量评分：研究采纳SF-36评价问卷监测治疗效果，该量表从八个方面考察患者状况（身体机能、角色限制、疼痛体验、健康感知、精力水平、人际交往、情绪状态及心理健康），每项最高可得100分，得分与生活品质呈正比关系。

(2)肾功能指标：分别于干预前和干预后3个月采集患者空腹静脉血，检测血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)和肾小球滤过率(eGFR)水平。

(3)并发症发生情况：统计两组患者在干预期间出现感染、电解质紊乱、酸碱失衡和出血等并发症的发生率。

(4)服务评价指标：通过特制评估表格收集患者反馈，评估内容涉及专业操作水平、服务人员素养、健康知识传授及就医环境四大领域，评分制为百分制。90分以上视为高度认可，75至89分表示基本肯定，低于75分则代表期望未达标。总体满意率计算方式为：(获得高度认可及基本肯定的人数)除以参评总人数再乘以100%。

1.4 统计学分析

数据处理依托于SPSS 25.0平台完成。连续变量呈现为平均值 $\bar{x}\pm s$ 标准差形式，组间比较应用t统计量；分类数据则以例数(占比)形式呈现，差异性通过卡方检验评估。当概率值P小于0.05时，认为组间差异达到统计学显著水平。

2 结果

2.1 两组患者干预前后生活质量评分比较

干预前，两组患者各维度生活质量评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；干预后，两组患者各维度生活质量评分均有提高，且观察组显著高于对照组，差异具有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组患者干预前后生活质量评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

维度	观察组(n = 40)		对照组(n = 40)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
生理功能	56.34±9.12	78.95±8.46*	55.87±9.25	67.54±7.92*#
生理职能	48.73±8.76	73.46±7.85*	49.12±8.58	62.38±7.43*#
躯体疼痛	59.28±10.34	81.62±9.56*	58.96±10.48	72.19±8.87*#
总体健康状况	52.65±9.52	76.83±8.73*	53.21±9.36	65.37±8.24*#
活力	53.87±8.95	74.92±8.14*	54.26±8.87	64.85±7.96*#
社会功能	57.63±9.46	79.37±8.65*	56.98±9.53	68.43±8.32*#
情感职能	51.32±8.75	75.48±7.92*	50.96±8.83	63.72±7.54*#
精神健康	55.46±9.63	77.59±8.84*	54.87±9.72	66.91±8.65*#

注：与同组干预前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组同期比较，# $P < 0.05$

2.2 两组患者干预前后肾功能指标比较

治疗启动前，实验组与对照组在血肌酐、尿素氮及肾小球滤过率三项肾功能指标上基本一致，无统计学差异($P > 0.05$)；干预方案实施后，双方肾功能均有所

恢复，表现为前两项指标下降而第三项上升，但测试组的恢复效果显著优越，数据对比达到显著性水平($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组患者干预前后肾功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

指标	观察组(n = 40)		对照组(n = 40)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
Scr($\mu\text{mol/L}$)	185.46±32.58	126.73±25.36*	183.92±33.17	154.85±28.74*#
BUN(mmol/L)	12.85±3.46	8.43±2.35*	12.73±3.52	10.36±2.87*#
eGFR(mL/min/1.73m^2)	58.36±10.54	82.47±12.68*	59.12±10.38	71.35±11.92*#

注：与同组干预前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组同期比较，# $P < 0.05$

3 讨论

血液系统疾病合并肾脏损伤是临床常见的复合病症，其发病机制复杂，可能与多种因素有关^[3]。原发性血液系统疾病如多发性骨髓瘤、淋巴瘤等可直接侵犯肾脏组织，化疗药物的肾毒性作用及代谢紊乱都可能加重肾脏损伤^[4]。本研究发现，护理协同管理模式显著提高了患者的生活质量，改善了肾功能指标，降低了并发症发生率，提高了患者满意度。在生活质量方面，观察组患者在干预后各维度评分均显著高于对照组，这可能与护理协同管理模式强调多学科协作，针对患者的实际需求制定个性化护理方案有关。特别是在心理干预和健康教育方面的系统性干预，有助于提高患者的疾病认知和自我管理能力，从而改善生活质量。

在肾功能改善方面，观察组患者干预后Scr、BUN水平显著降低，eGFR明显升高，且改善程度优于对照组。这可能与肾内科专科护士的参与使患者获得了专业的肾脏护理，包括精确的液体管理、肾毒性药物监测和调整等有关^[5]。协同管理模式强调循证护理干预，根据患者肾功能状况制定个体化的营养支持方案，通过定期随访和指导，提高患者的治疗依从性，促进肾功能的恢复。本研究还发现，护理协同管理模式有效降低了患者并发症发生率。观察组患者并发症总发生率显著低于对照组，这与协同管理模式多学科团队能更全面地评估患者风险因素，制定针对性预防措施有关^[6]。专科护士的参与提高了护理质量和专业水平，通过规范的感染控制措施、液体电解质管理和密切监测患者凝血功能，有效降低了感染、电解质紊乱、酸碱失衡和出血风险。护理满意

度调查结果显示，观察组患者满意度显著高于对照组，反映了护理协同管理模式更加注重患者体验，通过提供专业、全面的护理服务和延续性护理，满足了患者多方面需求，增强了患者的安全感和信任感。

综上所述，护理协同管理模式应用于血液系统疾病合并肾脏损伤患者的护理中，通过多学科协作和系统、连续的护理服务，能有效改善患者肾功能，提高生活质量，降低并发症发生率，提高护理满意度，值得在临床中推广应用。

参考文献

- [1] 周朝琼,袁宇珊,何瑶,等. 系统性红斑狼疮患者血液及尿液自身抗体与肾脏损伤的相关研究[J]. 成都医学院学报,2019,14(2):182-186.
- [2] 章颖,毛慧娟. 骨髓瘤相关性肾脏损伤的诊治进展[J]. 中国血液净化,2019,18(5):319-321.
- [3] 徐林芳,刘同强,冯曦. 早期连续性血液滤过及其护理对老年病人造影剂引起的急性肾脏损伤的影响[J]. 护理研究,2010,24(18):1638-1639.
- [4] 田秀兰,黄红友. CVVHF治疗同种异体原位移植肝合并急性肾脏损伤的护理[J]. 护士进修杂志,2007,22(12):1093-1095.
- [5] 李琴. 肾脏损伤保守治疗患者预防深静脉栓塞的护理体会[J]. 当代医学,2018,24(3):163-165.
- [6] 乔建叶. 移动护理模式下沟通系统联合认知行为护理在慢性肾病血液净化患者中的应用效果[J]. 国际移植与血液净化杂志,2025,23(1):28-29.