

慢性肾脏病患者健康教育护理干预的研究进展

陈凤清

福州市第一总医院 福建 福州 350001

摘要:慢性肾脏病(Chronic Kidney Disease,CKD)具有高发病率和致残率,已成为全球公共卫生的严重负担。随着病程进展,患者常伴有代谢紊乱和多种并发症,治疗周期长、费用高,对生活质量造成显著影响。健康教育与护理干预作为慢性病管理的重要环节,能有效提升患者疾病认知和自我管理能力,提高治疗依从性,延缓肾功能恶化并减少并发症。近年来,国内外学者在健康教育策略、护理干预模式和信息化手段方面进行了广泛探索,提出了个体化教育方案、互联网+健康管理以及多学科团队协作等多维度干预模式。这些研究推动了CKD护理的精准化和持续化发展。文章综述了近年CKD患者健康教育与护理干预的主要研究现状及进展,以期为临床实践和未来研究提供参考。

关键词:慢性肾脏病;健康教育;护理干预;生活质量;依从性

引言:

慢性肾脏病(CKD)在全球范围内的患病率呈逐年上升趋势,我国流行病学调查显示成年人群的总体患病率已超过10%,其高致残率与高复发率对患者生存质量及社会经济造成沉重负担。由于早期症状隐匿,不少患者确诊时已进入肾功能中晚期,不得不接受透析或肾移植等高昂治疗。传统治疗虽可延缓病程,但仅依赖药物和常规随访难以满足长期自我管理需求。研究表明,科学系统的健康教育与护理干预能显著提升患者疾病认知、改善饮食控制与药物依从性,促进行为模式转变,从而减缓肾功能损害。近年来,随着“互联网+”医疗与多学科护理模式的发展,健康教育与护理干预的内容与形式趋于多样化、精准化,为提升CKD患者综合管理质量提供了新的机遇。

1 慢性肾脏病患者健康教育的现状与挑战

1.1 慢性肾脏病患者健康认知现状

研究显示,超过60%的CKD患者对自身疾病的严重性及早期预防措施认知不足,尤其对肾功能分期、蛋白尿控制、血压及血糖监测的重要性缺乏明确概念。许多患者仅在症状明显时才主动就诊或关注治疗,忽视了早期干预在延缓肾功能恶化中的关键作用^[1]。调查发现,在饮食管理知识的掌握方面,仅有约30%的患者能够正确描述低盐、低磷饮食原则,例如限制加工食品、减少高磷饮料的摄入。部分患者对“低盐饮食”仅停留在减少咸味的认知,而不了解每日钠摄入应低于5克的具体标准。依从性不足表现为自行停药、忽视规律随访、不能坚持记录尿量、血压或体重等。长期缺乏自我监测不仅增加了肾功能恶化的风险,也提高了突发急性加重的可能性。

1.2 传统健康教育模式的局限性

在对慢性肾脏病的临床治疗中,需要患者长期的通过药物以及饮食等多种治疗方式控制疾病的发展与恶

化。但是由于长期的用药治疗,部分患者的自我管理能力较差,可能会出现部分感染症状,需要再次入院治疗,会进一步的造成患者病症的恶化与肾脏功能的丧失。教育内容以疾病基础理论为主,未能充分结合患者的个体需求、饮食习惯和生活方式,导致实际执行效果较差。同时,教育形式以单向灌输为主,患者互动性低,缺乏有效的反馈与追踪机制。尤其在基层医疗机构,健康教育体系尚不完善,专门负责CKD患者宣教的护理人员数量有限,且部分医护人员缺乏专业的肾病健康管理培训,导致教育内容浅显、针对性不足。

1.3 多学科联合与全程管理的需求

慢性肾脏病的病程长、并发症多,单一科室难以全面满足患者的综合管理需求,因此多学科团队(MDT)联合干预成为趋势。肾内科负责疾病诊断和药物治疗,营养科根据患者的肾功能分期和实验室指标制定个性化膳食方案,通常建议每日蛋白摄入控制在0.6~0.8g/kg,并优选鸡蛋清、鱼肉等高生物利用率蛋白,以避免过量蛋白摄入导致氮质血症。与此同时,肾内科会制

定降压方案, 严格将目标血压控制在 130/80 mmHg 以下。心理科可为患者提供情绪管理、焦虑干预和心理疏导。

社区护理人员则承担起长期随访的任务, 包括每月上门或电话随访, 监测患者的血压、体重、血糖等关键指标, 协助调整日常管理措施。近年来, 互联网健康管理平台被广泛应用, 通过小程序和 APP 搭建线上知识库、健康打卡、饮食记录和互动问答模块, 让患者随时获取权威信息并与护理人员互动, 显著提升了患者的参与感和知识掌握率。此外, 一些平台还引入了实时健康提醒功能, 当血压、体重等指标异常时会自动提醒患者调整饮食或联系医生, 实现动态化和精准化管理。

2 护理干预在慢性肾脏病患者中的应用现状

2.1 护理干预的核心内容与策略

营养管理与饮食干预: CKD 患者需严格控制每日钠盐摄入量 ($<5 \text{ g/d}$), 限制高盐、高磷食物 (如动物内脏、坚果、豆制品) 摄入, 鼓励优质蛋白如鸡蛋清、鱼肉、牛奶等。通过建立个性化饮食日志和定期营养评估, 监测患者膳食结构和热量摄入的合理性。营养师会结合患者的体重、尿蛋白排泄量和血生化指标 (如血清白蛋白、尿素氮) 评估营养状态, 并根据 24 小时尿蛋白结果动态调整蛋白摄入量 ($0.6\text{--}0.8 \text{ g/kg/d}$), 以避免蛋白质代谢产物积聚引起的氮质血症, 同时确保能量摄入 ($30\text{--}35 \text{ kcal/kg/d}$) 满足患者日常代谢需求。

药物管理与不良反应监测: CKD 患者常需长期规律服用降压药物 (ACEI/ARB 类)、磷结合剂、利尿剂、促红细胞生成素等药物, 以延缓肾脏损害和控制并发症。护理干预应包括建立“用药提醒卡”或电子记录, 通过家庭成员监督、护理随访等方式强化患者按医嘱用药的依从性。定期监测血肌酐、血钾、血磷和血红蛋白水平, 尤其关注 ACEI/ARB 类药物引发的高钾血症及利尿剂导致的电解质紊乱。对于存在胃肠反应或药物不良反应的患者, 护理人员需及时向医生反馈, 以调整治疗方案。

血压、血糖控制与并发症预防: 血压控制是减缓 CKD 进展的核心措施, 护理人员需指导患者掌握正确的血压测量方法, 建议每日早晚各测量一次, 并建立血压记录表。对于合并糖尿病的患者, 还应加强空腹血糖和餐后血糖监测, 推荐每周进行至少两次血糖检测。护理干预包括督促患者定期进行尿蛋白、血清尿酸检测, 以早期识别糖尿病肾病或高尿酸血症等并发症, 降低心

管事件风险。

心理护理与情绪调适: 由于 CKD 治疗周期长、生活限制多, 患者常产生焦虑、抑郁或无助感。护理干预可采用认知行为疗法 (CBT) 帮助患者识别并调整负面思维模式, 辅以小组讨论、病友交流、冥想与呼吸放松训练, 以增强心理韧性与治疗配合度。必要时还可邀请心理科医生联合干预, 帮助患者建立积极的疾病应对机制。

2.2 常用护理干预模式

以患者为中心的整体护理模式: 在进行健康教育时, 可以组织医院的医院人员进行疾病相关知识的讲授, 通过宣讲的方式进行, 并在此基础上向患者讲解自我管理的重要性以及对疾病的积极作用, 提高患者对自我管理的认识。进一步的对患者进行电话随访与健康教育, 针对患者的病症以及其他的实际情况, 研究其在自我管理中的问题, 并进行有针对性的指导。还可以向患者发放健康知识宣传手册, 方便患者实时的翻阅。

家庭护理与社区护理干预: 社区护士在患者出院后通过电话随访、上门探访、微信群视频沟通等方式持续追踪患者健康状况, 尤其关注饮食依从性、血压和血糖监测记录。家庭成员被鼓励参与健康管理, 协助患者记录饮食日志、监督规律用药并提供心理支持。多项临床研究显示, 社区护理干预不仅可有效提高血压控制率, 还能使透析起始率降低约 15%, 减少患者再入院率及医疗负担^[2]。

远程护理与移动医疗干预: 借助智能 APP、微信小程序和可穿戴设备 (如智能手环、电子血压计、智能血糖仪) 实现患者日常健康数据的实时上传, 护理人员可在线分析血压、血糖和体重波动, 必要时发出饮食调整或药物方案优化建议。例如, 当患者血压连续 3 天超过 130/80 mmHg 时, 系统将自动提醒患者及时联系医生, 并可推送针对性饮食低盐食谱或生活习惯调整提示。

3 健康教育与护理干预研究的新进展与未来方向

3.1 新型健康教育工具与方法

近年来, “互联网+健康教育”模式迅猛发展, 不仅克服了传统健康宣教受时间、地点限制的弊端, 还实现了教育内容的精准化与个性化。通过微信公众号、患者随访小程序、远程视频课堂、在线问诊及 APP 推送等途径, 医护人员可为患者提供动态健康管理。例如,

上海部分三甲医院开发的“CKD 健康管理云平台”，通过患者每日上传的血压、血糖、体重、饮食记录等数据，系统可利用算法自动生成个性化饮食和运动建议，并以图表形式显示健康趋势，帮助患者直观了解自身状况。平台还设有专家直播课堂与 AI 健康顾问，随时解答患者的用药及饮食疑问，减少不必要的门诊往返。虚拟现实（VR）技术的引入，让患者通过 3D 沉浸体验观察肾脏解剖结构和病变过程，使健康教育从被动接收转变为主动理解。此外，多媒体教育内容融入案例分析、互动问答和动画讲解，学习效果明显优于传统纸质宣传册。最新研究还提出利用大数据和 AI 模型预测患者风险，例如分析血压波动和尿蛋白变化，提前生成个性化健康预警，进一步提高干预效率。

3.2 整合护理干预与健康教育的综合管理模式

多学科团队（MDT）综合管理模式是近年来 CKD 护理干预的重要创新，强调“医—护—患—家”四方协作和全程动态管理。该模式整合肾内科、营养科、心理科、康复科、药学科等多方资源，从患者确诊之初就建立综合干预档案，制定分阶段、个性化的健康管理目标。例如，对于血钾易升高的患者，护士会利用“限钾食物数据库”制定每日饮食计划，并通过每周尿钾检测及血钾水平监控，动态调整饮食建议和药物剂量，确保干预精准有效^[5]。此外，闭环管理平台要求患者每周提交电子健康问卷，涵盖饮食记录、血压血糖监测、体重变化及心理状态，护理团队会基于数据自动生成个性化反馈报告并通

过远程视频随访进行答疑，确保干预方案精准落地和长期可持续。社区护士在该模式中扮演重要角色，通过上门随访和微信群实时交流，加强患者家庭支持系统的参与，形成院内—社区—家庭三位一体的延续性护理网络。研究表明，该模式不仅提高了患者依从性和健康知识掌握率，还有效降低了 CKD 患者的蛋白尿水平、血压异常发生率和透析启动率，在降低再入院率和医疗费用方面具有显著优势。

3.3 未来研究趋势与挑战

未来研究需更加重视循证护理理念，通过多中心、长期随访的随机对照试验，验证不同健康教育与护理干预措施的实际效果，逐步建立科学、标准化且可推广的 CKD 干预流程和量化评估体系。目前仍存在干预周期短、随访不连续及患者依从性差等问题，影响了长期疗效。随着大数据和人工智能的发展，基于血压、eGFR、尿蛋白、血肌酐等临床指标的数据建模与预测分析逐渐成熟，AI 不仅能预测 eGFR 下降趋势，还可结合患者生活习惯、用药记录等信息，智能推送个性化干预方案并实现“智能随访”。然而，该领域仍面临算法解释性、模型稳定性及数据隐私等技术与伦理挑战。此外，患者长期行为改变的可持续性仍是难点，未来可借助家庭与社区支持、设立奖励机制、同伴互助小组及线上康复社群等形式，提高患者参与度和坚持率，从而进一步优化慢性肾脏病全程管理的效果。

总 结：

慢性肾脏病患者的健康教育与护理干预在疾病全程管理中具有不可替代的作用，通过系统化、个体化和信息化的综合干预措施，可显著提高患者的疾病认知水平、治疗依从性和生活质量，有效延缓肾功能恶化。近年来，研究已在互联网教育平台、综合护理模式、远程监测及多学科协作等方面取得显著进展，但仍存在干预标准化不足、个体化精细干预不充分、长期随访机制欠完善等问题。未来需加强多学科团队合作，完善循证护

理策略，结合大数据、人工智能等前沿技术探索更精准的个体干预路径，从而实现慢性肾脏病全程化、智能化和高质量的管理目标。

参考文献：

- [1] 吕凯华, 郭小燕, 杨玉霞. 探讨自我管理护理干预对慢性肾脏病患者自我管理及其健康状况的影响 [J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(03): 303-304.
- [2] 陈兆桂, 汪美琴, 陆怡, 等. 慢性肾脏病患者便秘的发病及影响因素概述 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2024, 25(08): 746-748.