

维持性血液透析患者饮食管理的研究进展

庄培敏¹ 宁云凤² 陈跃先¹

1. 湖州师范学院护理学院, 浙江 湖州 313000;

2. 湖州市第一人民医院, 浙江 湖州 313000

【摘要】 目的 阐述血液透析患者的饮食管理现状, 旨在为透析患者的饮食管理提供参考, 提高其依从性, 提高血透患者日常生活能力和适应社会能力, 减少并发症的发生。方法 文献检索。结果 本文综述了透析患者饮食管理的内容、意义、影响因素、常用护理干预方法。结论 通过对血液透析患者实施饮食管理, 可以提高透析患者接受饮食管理的能力, 从而降低患者饮食的盲目性, 降低并发症发生率, 合理控制透析间期体重, 改善透析患者营养状况, 提高患者的生命质量。

【关键词】 维持性血液透析; 饮食管理; 研究现状; 影响因素

肾衰竭期(End Stage Renal Disease, ESRD)是慢性肾脏病(Chronic Kidney Disease, CKD)第 5 期, 需要替代治疗(包括血液透析(Hemodialysis, HD)、腹膜透析、肾脏移植), 目前最主要的治疗方式是 HD^[1]。白雪莲等^[2]对建库后至 2021 年 2 月有关中国成人 CKD 流行病学调查结果进行了数据分析, 结果表明: 中国成人慢性肾脏病患病率为 13.1%, 女性患病率高于男性, ESRD 的发病率为 0.01% ~ 0.03%, 且随着社会的不断发展和人口老龄化趋势的加重。截至 2017 年全球透析患者数量超过 350 万^[3], 预测到 2025 年, 我国总人数估计达到 87 万例^[4], 透析导致营养不良的发生率高达 76%, 甚至约 6% ~ 8% 患者为重度营养不良^[5]。

维持性血液透析(Maintenance hemodialysis, MHD)治疗可导致患者内分泌及代谢紊乱, 增加并发症发生率及患者死亡率^[6], MHD 诊治必须严格限制液体摄入, 合理管理饮食, 但患者往往难以遵守液体摄入及饮食限制标准, 对血糖、血压控制不佳, 透析不充分, 增加医疗成本, 严重影响生活质量及生存率^[7-8], 因此, 对 MHD 患者进行合理有效的饮食管理具有重要的意义。

1 MHD 患者饮食管理的内容

1.1 MHD 患者饮食指导 2021 年 K/DOQI 指南指出: ①蛋白质: MHD 患者蛋白质摄入量为每日每千克 1.0 ~ 1.2g, 其中摄入的高生物价蛋

白占比达 50% 以上; ②能量: MHD 患者热量摄入量为每日每千克 35kcal, 对于 60 岁以上患者或活动量较小、营养情况较好者应调整至每日每千克 30 ~ 35kcal; 根据患者年龄、性别、病情等, 制定个体化热量平衡计划; ③液体和无机盐: 血透期间患者干体重增加不超过 5%; 限制高盐食物摄入量每日 <5g; 尽量避免食用高钾、含磷多的食品; ④视患者情况适当补给钙质、维持素及微量元素^[9]。

顾勤等^[10]通过文献检索对 MHD 患者在透析期间的饮食管理进行汇总, 得出最佳证据总结共 8 条: ①一般身体状态良好、血液动力学平稳、但营养不良、低血糖发生率高或低蛋白血症的患者建议在 HD 期间进食; ②透析期间反复发生低血压的患者应禁食; ③透析内常发生恶心、呕吐等胃肠道症状的患者、易出现窒息及误吸的患者、自主神经功能衰弱的患者应禁食; ④给予少量多次进餐; ⑤血透期间进食体位采取卧位; ⑥进食量不超过 836.8kJ; ⑦建议食用冷餐; ⑧选择高蛋白膳食或口服补充剂。张驰等^[11]研究表明: HD 期间给予患者含 1000mg 的鱼油可显著减少蛋白质 - 能量消耗, 改善身体、生化参数和生活质量。

1.2 MHD 患者营养评估 临床上常使用的营养评估方法主要包括客观指标和主观整体评估法。早期检测采取主观全面评价(subjective global assessment, SGA)营养评估表, 蛋白质 - 能量营养不良(protein-energy malnutrition, PEM)患者的

随访采用生物电阻抗法 (bioelectrical impedance analysis, BIA) 进行身体成分的评估, 定期监测白蛋白等实验室指标^[12]。

2 MHD 患者饮食管理的意义

良好的饮食管理也有利于延长血透患者的生存时间, 对提高生活品质、减少 HD 并发症发生均有重要的意义。合理饮食结构和营养平衡可以减少对肾脏的损害, 减少合并症的产生, 增加患者的生存率^[4]; 完整和有效的饮食管理系统能够帮助患者提高生活质量的同时降低 HD 并发症的发生率, 使患者生存期得到延长^[6]; 饮食管理可改善 HD 患者的精神, 在生理、社会等多方面产生积极作用, 患者面临诸多挑战, 医护人员应重视患者饮食管理过程, 给予针对性的专业支持, 帮助 HD 患者提高饮食管理的有效性^[13]。

3 MHD 患者饮食管理的影响因素

3.1 家庭因素 MHD 的治疗会对家庭造成经济负担, 需要花较多的人力与时间, 常受到家庭的厌恶, 对患者心理产生较大的压力。强有力的家庭支持, 是 HD 患者对抗病魔的良药, 家庭在饮食管理依从性方面也扮演着至关重要的角色。

3.2 社会因素 包括国家医疗政策、社会支持。

3.3 患者因素 患者文化水平较低; 缺乏 MHD 相关饮食管理知识; 精神因素造成放弃治疗、不重视饮食管理等。

3.4 医护人员因素 对饮食管理知识了解不够全面; 对患者进行宣教不够全面。

4 MHD 患者饮食管理的常用护理干预方法

薛军等^[14]通过集束化策略联合个体饮食方案对 150 例 HD 患者饮食治疗态度和饮食依从性、并发症发生情况进行干预。干预 6 个月后, 1. 观察组的饮食治疗态度得分为 (42.54 ± 5.06) 分及饮食依从性得分为 (55.93 ± 11.35) 分, 均高于对照组的 (39.12 ± 4.44) 分、(48.38 ± 9.86) 分; 2. 观察组高磷血症并发症发生率为 13.16%、高钾血症并发症发生率为 10.53%、低钾

血症并发症发生率为 5.26%、低血压并发症发生率为 5.26%, 低于对照组的 32.43%、28.38%、20.23%、17.57%。集束化策略联合个体饮食方案能够减少 HD 患者并发症的发生、改善饮食治疗态度及饮食依从性。精准饮食管理、医护一体化的治疗方式可以改善 MHD 患者的营养指标, 从而提升生存质量, 对延长患者生存期也有着正面的影响^[15-16]。

刘兰等^[17]通过互联网 + 饮食日记授权教育的饮食管理系统对 120 例 MHD 患者依从性评价测量表、满意度调查问卷、血生化指标、透析间期体重增长 IDWG、改良定量主观综合营养评估 MQSGA 实施干预。结果显示: 1. 干预组患者饮食管理依从性评分为 (17.46 ± 0.502) 分、满意度评分为 (9.56 ± 0.696) 分显著高于对照组的 (16.80 ± 0.654) 分、(8.33 ± 0.851) 分; 2. 干预组患者血钙、血磷、甲状旁腺激素达标率及透析间期体重限制完成率均明显高于对照组; 3. 干预组患者血白蛋白 (88.5%)、改良定量主观综合营养评估达标率 (86.9%) 均明显优于对照组的 (62.3%、68.9%)。互联网 + 饮食日记授权教育计划, 能有效改善 MHD 患者对膳食管理的依从性, 降低并发症的发生率, 从而提高患者营养状况, 并增加患者的信心, 因此值得在临床中推广使用。

侍珍珍等^[18]应用基于行为转变理论对 112 例 MHD 患者饮食管理依从行为、血清营养学指标、营养状况进行干预。干预 6 个月后: 1. 实验组液体限制评分为 (33.45 ± 5.21) 分、摄钾管理评分为 (22.12 ± 2.30) 分、自我护理评分为 (8.45 ± 1.21) 分、面对困难评分为 (21.45 ± 2.21) 分, 明显高于对照组的 (29.45 ± 4.56) 分、(20.34 ± 2.45) 分、(7.12 ± 1.05) 分、(18.65 ± 2.34) 分; 2. 实验组营养不良发生率 (24.53%) 明显低于对照组 (43.14%)。基于行为改变模型的护理干预可以提高 MHD 患者的管理与遵从性行为的培养, 从而提高患者血清营养学指标, 降低 HD 过程的营养不良风险。

杨柳等^[19]通过患者参与的饮食管理模式对 140 例 MHD 患者营养状况指标及营养主观评估量表进行干预。研究结论: 患者参与的饮食管理模式有助于提高 MHD 患者的营养状况。预见性

护理是一种富有前瞻性的管理方法,通过前瞻性的措施可以减少潜在的管理危机,可以降低 MHD 患者并发症发生率,提高机体营养状况,有利于建立良好的护患人际关系^[20]。

综上所述,MHD 饮食管理对患者身体、家庭、社会等多方面产生作用,医疗卫生机构在其膳食管理实践中应根据患者的具体情况,予以不同引导与支持,形成合理的饮食管理信念,提高 MHD 饮食管理的实效性。同时,通过转变医务人员的饮食管理理念、创新健康教育模式、适应新的医学模式转变、延续饮食营养管理效果,达到预期的科学的饮食管理,提高透析充分性,改善患者生活质量^[21]。

参考文献

- [1] 慢性肾脏病患者功能评估及康复服务规范中国康复医学会肾脏病康复专业委员会,中关村肾病血液净化新技术联盟肾康复专业委员会,中国医师协会康复医师分会肾康复专业委员会.慢性肾脏病患者功能评估及康复服务规范[J].中华全科医学,2022,19(12):1983-1988.
- [2] 白雪莲,张佳宜,项国梁,等.中国成人慢性肾脏病患病率的 meta 分析[J].中国医药科学,2022,12(9):49-53.
- [3] HART A, SMITH J M, SKEANS M A, et al. OPTN/SRTR 2015 Annual Data Report: Kidney [J]. American Journal of Transplantation, 2017, 17(1): 21-116.
- [4] 蔡艳菊,肖惠敏.生活方式对维持性血液透析患者预后影响的研究进展[J].中国血液净化,2021,20(2):115-117.
- [5] 王琼才,黄统生,唐妹,等.维持性血液透析患者营养不良的现状以及护理干预[J].当代护士(下旬刊),2020,27(11):3.
- [6] 吴清秀.饮食管理对肾衰竭血液透析病人并发症的影响[J].护理研究,2019,33(12):3.
- [7] 徐志华,周广宇,倪晓威.慢性肾脏病患者营养管理的研究进展[J].长春中医药大学学报,2021,37(6):1422-1424.
- [8] 曾雪燕,贺茂云.自我饮食管理精细化支持模式在血液透析患者中的应用[J].中国临床护理,2019,11(2):135-137.
- [9] 中国医师协会肾脏内科医师分会,中国中西医结合学会肾脏疾病专业委员会营养治疗指南专家协作组.中国慢性肾脏病营养治疗临床实践指南(2021版)[J].中华医学杂志,2021,101(8):539-559.
- [10] 顾勤,吴桃峰,陈静芳.维持性血液透析患者透析期间饮食管理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2021,56(10):5.
- [11] ZHANG C, GE C, WANG J, et al. Effects of fish oil during hemodialysis on nutritional status and quality of life: a randomized double-blinded trial [J]. Food & Nutrition Research, 2020, 8(3): 64.
- [12] SUALEHEEN A, KHOR B H, BALASUBRAMANIAM G V, et al. Benchmarking Diet Quality to Assess Nutritional Risk in Hemodialysis Patients: Applying Adequacy and Moderation Metrics of the Hemodialysis-Healthy Eating Index [J]. 2022, 2(16): S1051-S2276.
- [13] 刘雪琴,刘晓辉,张颖,等.血液透析患者自我饮食管理体验的 Meta 整合[J].中国护理管理,2022,22(2):255-261.
- [14] 薛军,付丽.集束化策略联合个体饮食方案在血液透析患者饮食管理中的应用研究[J].天津护理,2022,30(1):84-87.
- [15] 孙美兰,孙新,杨丽.维持性血液透析患者的精准饮食管理[J].护理学杂志,2022,37(10):20-22.
- [16] 赵盼利,濮晓欢,李贝贝.医护一体化护理模式对维持性血液透析患者营养指标及生存质量的影响[J].护理实践与研究,2021,18(22):3390-3393.
- [17] 刘兰,李秋芳.互联网+饮食日记授权教育在维持性血液透析患者饮食管理中的应用研究[J].医学食疗与健康,2021,19(10):12-13.
- [18] 侍珍珍,唐景凤,庄静.基于行为转变理论的护理干预对维持性血液透析患者饮食管理依从行为及营养状况的影响[J].中国医药导报,2020,17(32):169-172.
- [19] 杨柳,赵琳娜,王淑萍.患者参与的饮食管理模式在维持性血液透析患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2019,25(30):3936-3939.
- [20] 梁颖,付群英,张毅.预见性护理对维持性血液透析患者并发症及营养状态指标的影响研究[J].检验医学与临床,2020,17(21):3203-3205.
- [21] 王露莹,孟露,常立阳,等.慢性肾脏病患者饮食管理体验质性研究的 Meta 整合[J].护理学杂志,2020,35(20):40-44.