

ICU患者连续性肾脏替代治疗期间口渴管理的最佳证据总结

郭才山¹ 米元元¹ 曲莲莲² 夏久高¹ 孙云平¹ 赵盼¹ 陈延¹ 孙少洋¹ 赵兴¹

(华中科技大学同济医学院附属协和医院1重症医学科,2护理部,湖北省武汉市 430000)

【摘要】 目的 总结ICU患者连续性肾脏替代治疗(CRRT)期间口渴管理的最佳证据,为有效实施口渴管理提供参考。方法 通过计算机检索万方数据知识服务平台、中国知网、维普中文期刊服务平台、中华医学全文数据库、国家科技图书文献中心、英国国家卫生与临床优化研究所、全球权威生物医学与药理学文摘数据库、PubMed等数据库或平台,搜集有关ICU患者CRRT期间口渴管理的相关文献。对纳入文献进行质量评价,并总结ICU患者CRRT期间口渴管理的最佳证据。结果 共纳入11篇文献,包括系统评价1篇,随机对照试验2篇,病例对照研究1篇,专家共识/意见4篇,临床指南1篇,证据总结2篇,最终形成23条最佳证据,涉及早期口渴症状评估、早期口渴症状干预、口渴症状管理、注意事项和健康教育5个方面。结论 总结ICU患者CRRT期间口渴管理的最佳证据,内容具体且可操作性强,可为临床实施口渴管理提供科学可靠的循证依据。

【关键词】 口渴管理;连续性肾脏替代治疗;循证护理学;重症医学科;证据总结

【中图分类号】 R 473 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 0253-4304(2025)02-0311-07

DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2025.02.24

研究表明,10%~15%的ICU患者因肾功能衰竭需要接受肾脏替代治疗^[1],连续性肾脏替代治疗(continuous renal replacement therapy, CRRT)是成人重症慢性肾衰竭患者的主要治疗手段之一。在CRRT期间,危重患者容易发生口渴。既往研究结果显示,在CRRT期间患者的口渴发生率为69.8%~86%^[2]。当机体大量失去水分时,体内的水分平衡会被打破,血液变得相对浓稠。这种变化被大脑中的口渴中枢所感知,进而产生口渴的感觉,驱使机体摄取足够的水分来恢复体液平衡。因此,口渴机制是机体自我保护的一种重要方式,帮助人体维持生命活动所必需的水分平衡。当人体感到口渴时,及时补充水分是非常重要的,以此确保机体功能的正常运转和身体健康。亦有不少学者提出,口腔干燥、口渴等口腔症状可引起维持透析患者生活质量下降、舒适感降低,导致患者发生应激反应,增加患者氧耗和器官代谢负担,影响疾病的转归^[3-6]。ICU是收治急危重症患者的场所,拥有高精尖的治疗仪器和先进的救治手段,并采取封闭式管理,ICU患者的生活护理均由护理人员完成,护理质量直接影响患者的生活质量。然而,在临床实践中,多数ICU医护人员对于患者的口渴问题认识不足,在治疗及护理中常常容易忽视该问题^[7-11]。本研究通过总结ICU患者CRRT期间口渴管理的最佳证据,旨在为临床实践提供科学依据,改善患者的治疗体验和生活质量。

1 资料与方法

1.1 文献检索 遵循“6S”金字塔证据模型,从上到下进行梯度文献检索。英文检索词包括:“Thirst*、Dry mouth*、Hemodialysis filtration、continuous renal replacement therapy、ICU*”。中文检索词包括“口渴、口干、口腔干燥、血液透析滤过、重症医学科”。采用主题词与自由词结合,在万方数据知识服务平台、中国知网、维普中文期刊服务平台、中华医学全文数据库、国家科技图书文献中心、英国国家卫生与临床优化研究所、全球权威生物医学与药理学文摘数据库、PubMed等数据库或平台通过计算机检索,搜集有关ICU患者CRRT期间口渴管理的相关文献。检索时限为2013年5月至2023年5月。

1.2 文献纳入及排除标准 纳入标准:(1)研究对象为年龄≥18岁且处于肾脏替代治疗期的ICU患者;(2)研究内容涉及重症医学科患者口渴管理的研究;(3)文献类型为近10年(截至2023年5月1日)的临床实践指南、最佳证据总结、临床决策、团体标准、随机对照试验、专家共识和系统评价等;(4)文献语种限定为中文或英文。排除标准:(1)重复发表的文献;(2)综述、会议摘要、新闻报道;(3)质量评价为C级的文献;(3)无法获取全文的文献;(4)已另有更新版本的文献。

第一作者简介:郭才山,本科,主管护师,研究方向为重症超声、重症营养。

通信作者简介:赵兴,在读硕士研究生,主管护师,研究方向为重症护理。

1.3 文献质量评价

1.3.1 评价工具:(1)采用英国2017版临床指南研究与评价工具Ⅱ(Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Ⅱ, AGREEⅡ)^[12]评价临床指南的质量。该评价工具包括6个领域共23个条目,每个条目均采用7级评分法进行评价,按选项“很不同意”至“很同意”依次赋值1~7分。每个领域独立评分,其为该领域所有条目分数的总和,并标准化为该领域可能的最高分数的百分比,每个领域分值=(获得的分值-最小可能分值)/(最大可能分值-最小可能分值)×100%。完成所有领域评定后,将对指南质量作最终总体评判。A级(推荐)为指南6个领域得分均≥60%,可不更改直接推荐;B级(不同程度修改完善后推荐)为得分≥30%的领域数≥3个,但有得分<60%的领域,需要不同程度的修改完善;C级(不推荐)为得分<30%的领域数≥3个,由于指南制定方法较差或证据质量差暂时不推荐。(2)采用澳大利亚JBI循证卫生保健中心制定的评价标准(2016版)^[13]分别评价随机对照试验、病例对照研究、专家共识/意见的质量。(3)采用系统综述的方法学质量评价工具(Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews, AMSTAR)^[14]对系统评价进行评估。(4)证据总结类研究,鉴于其在证据金字塔较顶层,该类文献提取的证据和证据级别直接引用。

1.3.2 评价过程:文献质量评价小组由5名成员组成,1人为副主任护师,其余4人均为主管护师。评价工作由接受过完整规范的循证护理培训的两名研究团队成员独立完成,当上述两人在评价过程中发生分歧时则协商解决,若两人协商仍不能达成一致时,则由文献质量评价小组共同讨论决定。若不同文献来源的证据结论相互冲突时,本研究依照循证证据

优先、高质量证据优先、最新发表证据优先的原则纳入文献。

1.4 证据分级及推荐级别的确定 邀请5名临床护理组长、1名循证方法学专家、2名ICU护士长、2名医师,采用澳大利亚JBI循证卫生保健中心开发的证据分级及证据推荐级别系统(2014版)^[15]确定纳入证据的等级及推荐强度。该系统将证据分为5个等级(Level 1~Level 5),其中Level 1为最高等级,Level 5为最低等级。证据级别确定后,根据证据的FAME属性,将证据推荐强度划分为A级(强推荐)和B级(弱推荐)。A级(强推荐)评定标准:措施效益显著高于弊端,经现实检验得以明确;应用获得高质量证据有力支撑,坚实可靠;资源分配呈现有利态势或毫无影响,分配合理有序;全面考量患者价值观、个人意愿及亲身体验,关怀备至。B级(弱推荐)评定标准:干预措施利弊相较,虽有倾向但不够明朗清晰,利弊权衡尚待明确;有证据表明可应用,但证据质量有所欠缺,未达精良;对资源分配影响轻微,或呈有利状态,或无明显波动,影响有限可控;患者价值观、意愿与体验仅部分涉及,甚至有所忽略,考量不够周全。

2 结果

2.1 纳入文献的一般特征 经过初步检索后,共获得498篇文献。经查重并依据纳入标准和排除标准,最终纳入文献11篇,包括证据总结2篇^[16-17],临床指南1篇^[18],系统评价1篇^[19],随机对照试验2篇^[20-21],病例对照研究1篇^[22],专家共识2篇^[23-24],专家意见2篇^[25-26],见表1。

表1 纳入文献的一般特征

第一作者	发表年份	文献来源	文献主题	文献类型
姜利 ^[16]	2022	中国知网	住院患者口渴非药物干预	证据总结
李焯 ^[17]	2023	中国知网	全麻术后患者口渴护理	证据总结
中华医学会外科学分会 ^[18]	2018	中国知网	加速康复外科中国专家共识及路径管理	临床指南
刘鑫 ^[19]	2022	中国知网	非药物干预对缓解术后患者口渴强度效果	系统评价
张琦 ^[20]	2021	中国知网	非药物局部干预改善术后重症监护患者口渴强度效果	随机对照试验
Ford C ^[21]	2020	PubMed	心胸外科手术术后患者早期口服补液的安全性和有效性	随机对照试验
Lin R ^[22]	2022	PubMed	重症监护病房中口渴的发生率及危险因素	病例对照研究
国家卫生健康委员会 ^[23]	2021	国家卫生健康委员会官网	血液净化标准操作规程	专家共识
王正国创伤医学基金会围术期加速康复护理联盟 ^[24]	2022	中国知网	成人术后口渴症状评估与管理	专家共识
Nascimento LAD ^[25]	2021	PubMed	围手术期口渴的概念分析	专家意见
Nascimento LAD ^[26]	2020	PubMed	围手术期患者口渴管理	专家意见

2.2 纳入文献的质量评价结果

来源于中国知网,推荐级别为A级,见表2。

2.2.1 临床指南评价结果:共纳入1篇临床指南^[18],

表2 临床指南的质量评价结果

第一作者	各领域标准化百分比(%)						≥60%的领域数(个)	>30%的领域数(个)	推荐级别
	范围和目的	参与人员	指南的严谨性	指南的清晰性	指南的应用性	指南的独立性			
中华医学会外科学分会 ^[18]	88.89	73.33	79.17	97.22	83.33	89.58	6	6	A级

2.2.2 系统评价的评价结果:共纳入1篇系统评价^[19],来源于中国知网,多数条目的评价结果为

“是”,总体质量较高,见表3。

表3 1篇系统评价的质量评价结果

评价项目	纳入文献	
	刘鑫 ^[19]	
1. 是否提供了前期设计方案?	是	
2. 纳入研究的选择和数据提取是否有可重复性?	是	
3. 是否实施广泛的文献检索?	是	
4. 发表情况是否已考虑在纳入标准中,如灰色文献?	否	
5. 是否提供了纳入和排除的研究文献清单?	否	
6. 是否描述纳入研究的特征?	是	
7. 是否评价和报告纳入研究的科学性?	是	
8. 纳入研究的科学性是否恰当地运用在结论的推导上?	是	
9. 合成纳入研究方法是否恰当?	是	
10. 是否评估了发表偏倚的可能性?	是	
11. 是否说明相关利益冲突?	否	

2.2.3 随机对照试验的评价结果:共纳入2篇随机对照试验,1篇^[20]来源于中国知网,1篇^[21]来源于PubMed数据库。其中,张琦等^[20]的研究,条目4的评价结果为“不清楚”,其余条目评价结果均为“是”;

Ford等^[21]的研究,条目2、4、5和6的评价结果为“不适用”,其余条目评价结果均为“是”;两篇随机对照试验的总体质量较高,见表4。

表4 随机对照试验的质量评价结果

评价项目	纳入文献	
	张琦 ^[20]	Ford C ^[21]
1. 是否对研究对象真正采用了随机分组的方法?	是	是
2. 是否做到了分配隐藏?	是	不适用
3. 组间基线是否具有可比性?	是	是
4. 是否对研究对象实施了盲法?	不清楚	不适用
5. 是否对干预者实施了盲法?	是	不适用
6. 是否对结果评测者实施了盲法?	是	不适用
7. 除要验证的干预措施外,各组接受的其他措施是否相同?	是	是
8. 随访是否完整,如不完整,是否采取措施处理失访?	是	是
9. 是否将所有随机分配的研究对象纳入研究分析?	是	是
10. 是否采用相同的方式对每组研究对象的结局指标进行评测?	是	是
11. 结局指标的评价方法是否可信?	是	是
12. 资料分析方法是否恰当?	是	是
13. 研究设计是否合理? 在实施研究和资料分析过程中是否有不同于标准随机对照试验之处?	是	是

2.2.4 病例对照试验的评价结果:共纳入1篇病例对照试验^[22],来源于PubMed数据库,所有条目的评价

结果均为“是”,总体质量高,见表5。

表5 病例对照试验的质量评价结果

评价项目	纳入文献
	Lin R ^[22]
1. 病例组与对照组除是否患有该疾病不同外,其他因素是否具有可比性?	是
2. 病例组与对照组的匹配是否恰当?	是
3. 是否采用相同的标准招募病例组和对照组?	是
4. 是否采用标准、有效、可信的方法测评暴露因素?	是
5. 是否采用相同的方法测评病例组和对照组的暴露因素?	是
6. 是否考虑了混杂因素?	是
7. 是否采取措施控制了混杂因素?	是
8. 是否采用标准、有效、可信的方法评测结局指标?	是
9. 暴露时间是否足够长?	是
10. 资料分析方法是否恰当?	是

2.2.5 专家共识/意见的评价结果:共纳入2篇专家共识^[23-24]和3篇专家意见^[25-26]。2篇专家共识^[23-24]分别来源于国家卫生健康委员会专业网站和中国知网;2篇专家意见^[25-26]均来源于PubMed数据库。评价结果显示,纳入的专家共识和专家意见的所有条目评价结果均为“是”,总体质量高,见表6。

表6 专家共识/意见的质量评价结果

评价项目	纳入文献			
	国家卫生健康委 ^[23]	王正国创伤医学基金会围术期加速康复护理联盟 ^[24]	Nascimento LAD ^[25]	Nascimento LAD ^[26]
1. 是否明确标注了观点的来源?	是	是	是	是
2. 观点是否来源于该领域有影响力的专家?	是	是	是	是
3. 所提出的观点是否以研究相关人群利益为中心?	是	是	是	是
4. 陈述的结论是否是基于分析的结果?观点的表达是否具有逻辑性?	是	是	是	是
5. 是否参考了现有的其他文献?	是	是	是	是
6. 所提出的观点与以往文献是否有不一致的地方?	是	是	是	是

2.3 证据汇总及描述 经对纳入的有关ICU患者CRRT期间口渴管理的证据进行归纳和汇总,最终得到在早期口渴症状评估、早期口渴症状干预、口渴症

状管理、注意事项和健康教育5个方面的23条最佳证据,其中A级推荐证据22条(95.65%),见表7。

表7 ICU患者CRRT期间口渴管理的最佳证据总结

证据维度	证据内容	证据分级	推荐级别
早期口渴症状评估	1. 评估内容:包括口渴风险因素、口渴程度、干预安全性。责任护士应该定期询问患者是否有口渴感,然后采用相应量表对有口渴症状的患者进行评估 ^[17] 。	Level 4	A级
	2. 评估工具/指标:(1)采用口渴数字评分量表、口渴视觉模拟评分量表进行口渴主观评估 ^[24] ;(2)采用患者口腔黏膜湿润度、患者静息状态唾液流率和患者刺激唾液流率等指标进行口渴客观评估 ^[17] 。	Level 5	A级
	3. 口渴迹象评估:包括口腔干燥或异味、舌苔厚腻、唾液黏稠、腭部口腔黏膜光亮、口腔黏膜易破溃出血、口腔烧灼感、口腔感染 ^[24] 。	Level 5	A级
	4. 口渴强度评估:推荐采用数字评定量表评估患者的口渴强度。该评估工具使用0~10分来表示患者的口渴程度,8~10分表示重度口渴,4~7分表示中度口渴,1~3分表示轻度口渴,0分表示无口渴 ^[24] 。	Level 5	A级
	5. 口腔湿度评估:采用唇舌口腔黏膜滋润程度量表进行口腔湿度主观评估 ^[17] 。建议用静息状态唾液流率≤0.1 mL/min提示患者口腔干燥或口腔湿度测试仪进行客观评估;静息唾液流率越低,患者口腔越干燥,越易出现口渴症状。口腔湿度测试仪垂直放置在距患者舌背区域10.0 mm处10 s,测试仪上的条带高度≥5.0 mm为高度湿润、3.0~4.9 mm为正常湿润、1.0~2.9 mm为轻度干燥、0~0.9 mm为干燥。	Level 2	A级

续表

证据维度	证据内容	证据分级	推荐级别
早期口渴症状干预	6.通过建立简单有效的口渴评估和诊断条目对老年人群、心力衰竭患者、术前/术后患者等人群进行口渴干预 ^[16] 。	Level 4	A级
	7.当患者口渴症状显著缓解,口渴评分降低,自述口渴感减轻,且皮肤亦无明显缺水表征时,患者后续的出入量应维持平衡 ^[16] 。	Level 4	A级
	8.增强医护人员对患者口渴的重视,入院即应用相关量表对所有患者进行评估;收集口渴相关影响因素,针对不同患者的口渴情况,制订不同的诊断和干预模型 ^[16] 。	Level 4	A级
	9.建立针对不同患者的口渴识别系统,判断患者的饮水依从性 ^[16] 。	Level 4	A级
	10.可以采用针灸或者按压穴位的方法来提高患者的唾液流动速率,如水泉穴、鱼际穴等穴位,从而减轻患者的口渴症状。需要注意的是,此操作需要术者能准确地定位穴位,并且掌握适当的力度和技巧 ^[17] 。	Level 1	A级
心理支持	11.护理人员需要多与家属及患者沟通,及时了解患者心理状态,并帮助患者改善不良情绪 ^[17] 。	Level 1	A级
	12.实施人文关怀和有针对性的心理护理,与患者建立良好的护患关系,向患者解释经常口渴且不能经口正常饮水的原因,消除其焦虑、恐惧、压力大等心理因素 ^[17] 。	Level 1	A级
口渴症状管理	13.对于意识清醒且无吞咽障碍的患者,可以采取口含冰块、冰棒或漱口等低温治疗措施来缓解口渴症状。然而,低温治疗对患有心血管疾病,尤其是冠心病、高血压未得到良好控制的患者,可能会导致其血管收缩,诱发心绞痛、心肌梗死等心血管事件。另外,口腔或咽喉部有严重创伤、溃疡、炎症的患者,冰块的低温刺激会加剧疼痛与不适,还可能影响创口愈合,甚至导致局部组织损伤加重。同时,老年患者、儿童及意识不清、无法自主控制吞咽动作的患者,使用口腔含冰块低温治疗容易引发误吸、呛咳等危险,可能造成呼吸道梗阻,进而危及生命。针对上述相关疾病的患者,临床人员应慎用低温治疗的方法来缓解口渴症状 ^[17] 。	Level 1	A级
	14.口腔护理可以在一定程度上保持口腔湿润,但其作用可能较为短暂。为了更有效地缓解口渴,推荐将口腔护理与其他口渴干预措施联合交叉使用 ^[17] 。	Level 5	A级
	15.薄荷醇口香糖在减少患者口渴强度方面具有临床效果 ^[26] 。	Level 4	A级
	16.将雾化器装置用于张口呼吸、气管切开及拔除气管插管的患者,可有效降低患者的口鼻腔干燥,咽喉疼痛等症状 ^[26] 。	Level 5	A级
	17.推荐慢性心力衰竭限制液体摄入的口渴患者咀嚼口香糖,以缓解口渴 ^[16] 。	Level 4	B级
	18.应综合考虑患者的病情、合作能力、吞咽能力等因素,同时还要尊重患者的偏好,在此基础上选择合适的护理方案 ^[17,24,26] 。	Level 5	A级
	19.对于吞咽功能好转、第一次饮水等患者,医务人员需要在患者饮水过程中全程监测其生命体征,避免患者发生误吸、低氧血症等不良并发症 ^[26] 。	Level 5	A级
	20.针对严重口渴或单项措施无效的患者,可实施多种措施联合干预 ^[17] 。	Level 1	A级
	21.患者应避免服用或进食刺激物,如乙醇、咖啡因、吸烟或辛辣食物 ^[26] 。	Level 5	A级
	22.建议将口渴知识纳入术前常规教育中,并根据患者文化程度、年龄等因素选择合适的宣教方式 ^[17] 。	Level 3	A级
健康教育	23.患者在清醒状态时可使用山梨醇或木糖醇的无糖口香糖,以增加唾液分泌,减少口渴的感觉,促进说话和吞咽 ^[17,24,26] 。	Level 5	A级

3 讨论

3.1 口渴早期症状评估是识别口渴发生的必要前提 血液透析患者若长期不控制液体摄入量,会出现透析期间体重增长明显增加,液体过度负荷,从而导致多种心血管疾病并发症发生^[27],故多数维持性血液透析患者必须控制液体摄入。超滤量越高,意味着在透析过程中从患者体内去除的水分更多,患者发生口渴的概率更高。口渴的发生机制主要是血容量减少和血浆渗透压升高,若超滤量过高,则可能导致维持性血液透析患者相对血容量锐减,刺激分布于外周动脉的压力感受器,促进血管紧张素Ⅱ的释放,激活下丘脑渗透压感受器中的血管紧张素Ⅱ1型受体,继而传导信号到大脑皮层而产生口渴感^[28-29]。因此,医护人员需要根据患者的治疗目标量或者干体重,动态调整患者的超滤量,并尽早使用恰当的口渴评估方法,定时对患者进行口渴症状的早期评估,从而预防患者口渴症状的发生。患者在可配合的情况下,可以采用口渴数字评分量表、口渴视觉模拟评分量表等进行口渴主观评估自评。若患者无法配合或者存在自评口渴障碍,则可以采用口渴客观评估,可以从患者口腔黏膜湿润度、患者静息状态唾液流率和患者刺激唾液流率等指标间接了解患者的口渴程度^[17]。但目前口腔湿度测试仪的产品质量参差不齐,大部分医院并未将该设备投入临床使用,且该设备测量唾液流的流程烦琐,仪器临床使用率低^[24],因此对于无法配合或者自评口渴障碍的患者,护理人员需要去关注患者的口腔是否存在干燥或异味、舌苔厚腻、唾液黏稠、腭部口腔黏膜光亮、口腔黏膜易破溃出血、口腔感染等口渴的先驱症状^[17],从而及时识别无法配合或者存在自评口渴障碍的患者。

3.2 口渴早期症状干预是预防口渴加重的关键举措 口渴早期症状干预需要增加医护人员对患者口渴的重视程度,推荐从患者入院便开始进行口渴评估。在血液透析期间,若患者口渴评分上升或者发生口渴的先驱症状时,在病情允许的情况下,应尽量维持患者出入量平衡来预防口渴症状的加重^[16]。针对老年、心力衰竭、术前/术后、神经功能障碍等属性的人群,需要着重关注其早期口渴症状,及时给予干预^[16]。若在限制患者入量的情况下,患者禁饮依从性差,可根据患者的基础疾病情况,寻找止渴替代方法,如使用冰水喷雾湿润口腔;对口腔腺体分泌功能无障碍的患者,可采用针灸或按压穴位来刺激唾液

分泌^[17]。但针灸或按压穴位需要具有一定的手法和技术,必要时可邀请康复理疗科专业人员参与,通过加强多学科协作来改善患者的结局。针对不同患者的不同高危因素,可以开展个性化干预来预防患者口渴症状的加重^[16]。

3.3 口渴症状的正确管理是解决口渴症状的核心要素 证据的11~19条分别从心理支持、症状处理两个方面提供口渴症状的管理方法。(1)心理支持。加强与患者及其家属的沟通和交流,动态了解患者的心理状态及接受干预措施的方法,并给予患者人文关怀和针对性的心理护理,让患者理解禁饮的原因,可以增加患者对禁饮的依从性,支持缓解口渴的措施,并帮助患者建立战胜疾病的信心,改善患者的心理状态,从而消除因口渴给患者带来的负面情绪^[17]。(2)症状处理。对于意识清醒、可配合的患者,可采取口含冰块、咀嚼口香糖等方法来缓解口渴症状^[16-17]。对于不同基础疾病的患者可选择不同的口渴缓解方案。对于有吞咽功能障碍的患者,慎选口含冰块、咀嚼等措施来缓解口渴症状。对于心功能不全的患者,酌情选择非摄入措施来缓解口渴症状^[17]。对于采取单一措施缓解口渴效果欠佳的患者,可以根据患者的基本病情及接受情况,采取多措施联合模式来干预患者的口渴症状。若患者处于情绪爆发期,强烈要求饮水,在不影响患者生命安全的情况下,可以选择少量冰水多次含服,通过刺激患者中枢神经来达到止渴的目的^[19]。

3.4 多元化的健康教育是提升护理质量的重要保障 长期的血液透析及并发症会加重患者的心理负担,从而引起患者口腔干燥、口渴症状^[29]。景颖颖等^[30]研究发现,提高透析患者的一般自我效能感对改善患者的生活质量具有正向促进作用。提高自我效能可增强患者追求健康能力的信念,从而提高自身战胜疾病的自信心和成就感,有效改善患者的负面情绪。因此,医护人员通过多元化、多形式的健康宣教及线下主题活动等形式,不但可以帮助血液透析患者多渠道获取健康知识并提高相关知识水平,而且可以结交病友,互相交流,共勉战胜疾病的信心和动力,帮助透析患者充分发挥自我效能,增强其主观能动性,缓解因疾病造成的心理负担和口腔不良状态。

3.5 小结 本研究从早期口渴症状评估、早期口渴症状干预、口渴症状管理、注意事项和健康教育5个方面获得23条最佳证据,但并非所有证据均适用于

任何情况。因此,在临床转化过程中,需要评估每条证据的可行性和适宜性,选择符合临床价值、患者价值的证据,这有助于确保医疗服务的质量和效果,同时也能够满足患者的期望和需求,以确保最终制定的临床决策方案符合我国的国情和现实的医疗卫生条件。

参 考 文 献

- [1] Bellomo R, Baldwin I, Ronco C et al. ICU-based renal replacement therapy[J]. Crit Care Med, 2021, 49(3): 406-418.
- [2] Yang LY, Yates P, Chin CC, et al. Effect of acupressure on thirst in hemodialysis patients[J]. Kidney Blood Press Res, 2010, 33(4): 260-265.
- [3] McKinley MJ, Cairns MJ, Denton DA, et al. Physiological and pathophysiological influences on thirst[J]. Physiol Behav, 2004, 81(5): 795-803.
- [4] Li DT, Puntillo K. A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients[J]. Appl Nurs Res, 2006, 19(4): 216-219.
- [5] 李阿敏. 维持性血液透析患者口腔健康相关生活质量及影响因素分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20(7): 631-634.
- [6] So HM, Chan DS. Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong[J]. Int J Nurs Stud, 2004, 41(1): 77-84.
- [7] 黄英姿, 杨毅, 刘松桥, 等. 重症监护病房患者不适体验及影响因素的临床调查研究[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2009, 8(3): 254-258.
- [8] Rose L, Nonoyama M, Rezaie S, et al. Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation[J]. Intensive Crit Care Nurs, 2014, 30(3): 145-151.
- [9] Lombardo V, Vinatier I, Baillot ML, et al. How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey[J]. Ann Intensive Care, 2013, 3(1): 19.
- [10] Persenius MW, Hall-Lord ML, Wilde-Larsson B. Grasping the nutritional situation: a grounded theory study of patients' experiences in intensive care[J]. Nurs Crit Care, 2009, 14(4): 166-174.
- [11] 范伟峰. 维持性血透患者口渴相关因素及干预的临床意义[D]. 上海: 复旦大学, 2009.
- [12] 谢利民, 王文岳. 《临床指南研究与评价系统II》简介[J]. 中西医结合学报, 2012, 10(2): 160-165.
- [13] 胡雁, 郝玉芳. 循证护理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 56-75.
- [14] 熊俊, 陈日新. 系统评价/Meta分析方法学质量的评价工具 AMSTAR[J]. 中国循证医学杂志, 2011, 11(9): 1084-1089.
- [15] 王春青, 胡雁. JBI证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 964-967.
- [16] 姜利, 彭小莉, 童辉, 等. 住院患者口渴非药物干预的证据总结[J]. 中国临床护理, 2022, 14(7): 441-445.
- [17] 李焯, 刘芳丽, 袁举, 等. 全麻术后患者口渴护理的最佳证据总结[J]. 中华护理教育, 2023, 20(3): 356-361.
- [18] 中华医学会外科学分会, 中华医学会麻醉学分会. 加速康复外科中国专家共识及路径管理指南(2018版)[J]. 中国实用外科杂志, 2018, 38(1): 1-20.
- [19] 刘鑫, 谢金芹, 张婷, 等. 非药物干预对缓解术后患者口渴强度效果的网状Meta分析[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(19): 1779-1785.
- [20] 张琦, 尤文璇. 非药物局部干预改善术后重症监护患者口渴强度的效果评价[J]. 复旦学报(医学版), 2021, 48(1): 66-70.
- [21] Ford C, McCormick D, Parkosewich J, et al. Safety and effectiveness of early oral hydration in patients after cardiothoracic surgery[J]. Am J Crit Care, 2020, 29(4): 292-300.
- [22] Lin R, Li H, Chen L, et al. Prevalence of and risk factors for thirst in the intensive care unit: an observational study[J]. J Clin Nurs, 2023, 32(3/4): 465-476.
- [23] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于印发血液净化标准操作规程(2021版)的通知[EB/OL]. (2021-11-09) [2024-12-27]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202111/6e25b8260b214c55886d6f0512c1e53f.shtml>.
- [24] 王正国创伤医学基金会围术期加速康复护理联盟. 成人术后口渴症状评估与管理的专家共识[J]. 军事护理, 2022, 39(12): 1-4.
- [25] Nascimento LAD, Garcia AKA, Conchon MF, et al. Concept analysis of perioperative thirst for the development of a new nursing diagnosis[J]. Rev Bras Enferm, 2021, 74(1): e20200065.
- [26] Nascimento LAD, Garcia AKA, Conchon MF, et al. Advances in the management of perioperative patients' thirst[J]. AORN J, 2020, 111(2): 165-179.
- [27] Günen Yılmaz S, Yılmaz F. Evaluation of demographic and clinical risk factors for high interdialytic weight gain[J]. Ther Apher Dial, 2022, 26(3): 613-623.
- [28] Koshy RM, Physiology JR. Osmoreceptors [M]. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2022: 1-7.
- [29] 陈文思, 张红梅. 维持性血液透析患者口渴现状及影响因素分析[J]. 中国血液净化, 2023, 22(1): 64-67.
- [30] 景颖颖, 唐丽春, 汪瑶. 维持性血液透析患者生活质量及影响因素研究[J]. 护理管理杂志, 2015, 15(4): 248-250.

(收稿日期: 2024-11-10 修回日期: 2025-01-12)