

论肾脏内科住院医生与尿毒症患者关于初始透析治疗的沟通策略与艺术——一项基于文献与临床实践的教学探讨

程璐 任倩 付平

四川大学华西医院，四川成都，610041；

摘要：启动透析治疗是尿毒症患者生命中的一个重大转折点，对于患者及其家庭而言，这常被视为一个“坏消息”。肾脏内科住院医生（包括专科医师、规培及专培医生）作为与患者沟通的主力军，其沟通技巧、共情能力及信息传递方式，直接影响患者的治疗依从性、生活质量和长期预后。本文基于文献综述与临床实践经验，系统论述针对不同类型尿毒症患者（包括慢性肾脏病老病患、老年衰弱患者、年轻患者等）的个体化沟通策略，重点探讨如何运用 SPIKES 模型进行坏消息告知，以及通过共享决策模型实现治疗选择的最优化。文章还详细分析了透析方式选择（血液透析与腹膜透析）及血管通路建立等关键环节的沟通要点，旨在为肾脏内科住院医生提供实用性强、可操作性高的沟通指导，最终提升医疗服务质。

关键词：医患沟通；尿毒症；透析治疗；坏消息告知；共享决策；肾脏内科

DOI：10.69979/3029-2808.26.02.067

慢性肾脏病（CKD）在全球范围内具有较高的患病率，其终末期即尿毒症（ESRD）是严重的健康问题。当肾小球滤过率降至 $15 \text{ mL/min}/1.73\text{m}^2$ 以下或出现严重并发症时，肾脏替代治疗（RRT）成为维持生命的必要手段^[1]。然而，对患者而言，被告知需要开始透析治疗往往会产生巨大的心理冲击，这种冲击堪比癌症诊断带来的心理创伤^[2]。这一特殊的医患沟通过程具有独特的挑战性：它不仅涉及专业的医学知识传递，还包括对患者生活方式的重大改变、对生命依赖性的恐惧以及对未来的不确定性。肾脏内科住院医生作为临床一线工作者，在此过程中扮演着关键角色。然而，传统的医学教育往往侧重于疾病知识和操作技能的培养，在沟通技能特别是“坏消息”告知方面的系统训练相对欠缺^[3]。本文结合最新文献和临床实践，旨在为肾脏内科住院医生提供一个系统化、结构化的沟通框架。该框架强调将医学证据与患者的价值观念、个人偏好和具体生活情境相结合，实现真正以患者为中心的个体化沟通。

1 理论基础：坏消息告知与共享决策模型

在与尿毒症患者讨论透析之初，住院医生应具备坚实的沟通理论基础。两个核心模型至关重要：坏消息告知模型和共享决策模型。

1.1 坏消息告知模型：SPIKES 协议的应用

SPIKES 协议是一个广泛应用于临床的坏消息告知

框架，包含六个关键步骤^[4]：（1）环境设置（Setting）环境设置是成功沟通的基础。建议选择安静、私密的谈话空间，确保有充足的时间（建议 30–45 分钟），避免中途打扰。理想的座位安排是医患双方呈一定角度就坐，这样可以促进眼神交流，同时避免直接对立的感觉。谈话前应准备好患者的病历资料和最新检查结果。（2）患者感知评估（Perception）在传递信息前，通过开放式问题了解患者对病情的认知程度，例如：“您最近对自己的身体状况有什么感受？”或“您之前了解过肾脏功能方面的问题吗？”这一步骤有助于评估患者的信息接收基线，为后续沟通奠定基础。（3）信息邀请（Invitation）尊重患者的信息接收偏好，可以询问：“关于接下来的治疗选择，您希望了解详细的情况，还是先听一个大概的介绍？”这种方式既体现了对患者的尊重，也有助于提高信息传递的效率。（4）知识传递（Knowledge）信息传递应当清晰、有层次。首先使用缓冲性语言，如：“我需要告诉您一个比较严肃的情况。”然后分步骤说明诊断结果、疾病严重程度和治疗必要性。避免使用过于专业的术语，尽量用通俗易懂的语言解释医学概念。（5）共情回应（Empathy）识别并回应患者的情感反应至关重要。可以采用 NURSE 沟通技巧^[5]：命名（Naming）情感（“这消息一定让您很震惊”）、表示理解（Understanding）、表示尊重（Respecting）、提供支持（Supporting）和深入探索（Exploring）。适当

的沉默和肢体语言也能传达支持。(6)策略总结(Strategy)在患者情绪平复后,共同制定下一步计划。明确说明后续安排,如专科护士的约见、进一步检查等,让患者感受到持续的支持和明确的方向。

1.2 共享决策模型

共享决策(Shared Decision Making, SDM)是现代医学倡导的重要沟通模式,其核心是医患双方共同参与治疗决策^[6]。在透析治疗选择中,共享决策尤为重要,因为不同的治疗方式对患者的生活质量影响显著。信息共享阶段需要全面、客观地介绍所有可行的治疗选择,包括血液透析、腹膜透析、保守治疗等。使用决策辅助工具,如图表、手册或视频材料,可以帮助患者更直观地理解各种选择的利弊。值得注意的是,信息呈现方式要适应患者的文化程度和理解能力,避免信息过载。偏好探索阶段要深入了解患者的价值取向和生活目标。例如,可以询问:“在未来的治疗过程中,您最看重哪些方面?是治疗的便利性,还是对生活的影响程度?”这种探索有助于找到最符合患者期望的治疗方案。临床实践表明,充分考虑患者的个人偏好可以显著提高治疗依从性。共识达成阶段需要整合医学证据和患者偏好,提出个性化的治疗建议。这一过程应该是开放性的,允许患者提出问题并参与决策。例如,对于一位需要经常出差的患者,可以重点讨论腹膜透析的便利性;而对于一位居住地远离透析中心的患者,则需要综合考虑各种因素。

2 针对不同患者群体的沟通策略

2.1 慢性肾脏病老病患

这类患者通常对疾病有一定了解,沟通的重点在于时机的把握和方案的优化。在CKD4期就应当开始渐进式的透析教育,让患者有充分的心理准备。沟通时可以强调:“我们一直在为这个阶段做准备,现在是要启动计划的时候了。”这种表述方式有助于减轻患者的心理负担。同时,要充分利用患者已有的疾病知识,引导其参与治疗决策过程。在实际工作中,我们发现这类患者最关心的问题往往包括:透析的具体时间安排、对现有生活的影响、治疗过程中的不适感等。针对这些关切,需要提供详细、具体的解答,并给予充分的情感支持。研究表明,对疾病进程有较好理解的患者更容易适应透析治疗^[7]。

2.2 老年衰弱患者

对于有多种合并症、预期寿命有限的老年患者,需要特别关注生活质量的问题。在沟通时应当明确讨论保守治疗这一选项,强调即使选择不透析,医疗团队也会提供全面的症状管理支持。研究表明,对部分老年患者而言,保守治疗可能比透析治疗带来更好的生活质量^[8]。与老年患者沟通时,要特别注意其听力、视力等生理限制,采取适当的沟通方式。同时,要重视家属的参与,但也要尊重患者的自主决策权。临床实践表明,采用“慢病管理模式”与这类患者沟通效果较好,即强调症状控制和生活质量的维持,而非单纯的疾病治疗。

2.3 年轻尿毒症患者

年轻患者往往对诊断结果感到突然和难以接受。沟通时需要给予更多的情感支持,同时强调治疗的积极意义——透析可以作为肾移植前的“桥梁”,或者是疾病缓解前的支持手段。引入成功的病例分享和同伴支持往往能起到很好的效果。这类患者通常更关注治疗对工作、家庭和社会角色的影响。因此,在讨论治疗方案时,需要重点考虑透析方式对生活方式的兼容性。例如,对于在职的年轻患者,可以详细介绍自动化腹膜透析(APD)等对工作时间影响较小的治疗选择。研究发现,给予年轻患者充分的信息支持和心理疏导,有助于其更好地适应治疗过程^[9]。

3 透析方式与通路选择的沟通要点

3.1 血液透析与腹膜透析的比较

在介绍治疗方式时,使用生动的比喻有助于患者理解。例如,可以将血液透析比作“专业的深度清洁”,需要定期到医疗机构进行;而腹膜透析则是“持续的日常维护”,可以在家中完成。要客观说明两种方式的优缺点,包括对生活的影响、饮食限制、并发症风险等方面^[10]。特别需要注意的是,要向患者强调两种透析方式在生存率方面没有显著差异,但在生活质量影响上各有特点。

3.2 血管通路的选择

血管通路是血液透析患者的“生命线”。要用通俗的语言解释不同通路的特点,例如将动静脉内瘘比作“修建一条永久性的高速公路”,而中心静脉导管则是“临时性的便道”。强调提前规划通路的重要性,以及不同通

路对长期治疗效果的影响。在实际沟通中，需要向患者详细说明各种通路方式的优缺点。动静脉内瘘虽然需要较长的成熟时间，但是感染风险最低，长期使用效果最好；中心静脉导管可以立即使用，但并发症风险较高。这些信息对于患者做出明智决策至关重要。研究表明，患者对血管通路的理解程度直接影响其治疗依从性和并发症发生率^[11]。

4 住院医生的自我提升与支持系统

有效的沟通不仅需要技巧，还需要医生具备良好的自我觉察能力。定期参与案例讨论、沟通技能培训和督导活动对提升沟通能力至关重要。医生应该学会识别自己在沟通中的情绪反应，并发展出适合自己的应对策略。建立完善的支持系统也很重要，包括科室同事的支持、上级医师的指导以及专业心理支持资源的利用。通过持续的学习和反思，医生可以不断提升自己的沟通能力，为患者提供更优质的医疗服务。

5 结论

与尿毒症患者讨论初始透析治疗是一项充满挑战但又极具价值的工作。通过系统性地应用SPIKES模型和共享决策原则，结合对不同患者群体的个性化沟通策略，肾脏内科住院医生可以有效地支持患者度过这一艰难时期，共同制定出最合适的治疗方案。这不仅有助于提高治疗效果，也能显著改善患者的就医体验和生活质量。未来，我们建议进一步加强住院医生沟通技能的规范化培训，将沟通能力纳入考核体系。同时，开发更多针对性的沟通辅助工具，如决策辅助材料、患者教育视频等。此外，还需要开展更多研究，探讨不同沟通策略对患者长期预后的影响，为临床实践提供更有力的证据支持。

参考文献

- [1] Levin A, et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. Lancet. 2017.
- [2] Schell J O, et al. Discussions of the kidney disease trajectory by elderly patients and nephrologists: a qualitative study. Am J Kidney Dis. 2012.
- [3] Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet. 2004.
- [4] Baile WF, et al. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000.
- [5] VitalTalk. Fast Facts: The NURSE Acronym for Empathic Statements. 2021.
- [6] Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med. 2012.
- [7] Finkelstein FO, et al. Perceived knowledge among patients cared for by nephrologists about chronic kidney disease and end-stage renal disease therapies. Kidney Int. 2009.
- [8] Murtagh FE, et al. Supportive care: comprehensive conservative care in end-stage kidney disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2016.
- [9] Tong A, et al. Patients' perspectives on dialysis decision-making and end-of-life care. Clin J Am Soc Nephrol. 2015.
- [10] Li PK, et al. Changes in the worldwide epidemiology of peritoneal dialysis. Nat Rev Nephrol. 2017.
- [11] Lok CE, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. Am J Kidney Dis. 2020.

作者简介：程璐（1987.12-），女，汉族，四川省达州市人，博士，讲师，研究方向：肾脏病学。

通讯作者：任倩，1995年3月1日，女，汉族，四川省成都市，博士/博士后，职称：助理研究员，职务：住院医师，研究方向：慢性肾脏病。