

PDCA 管理模式对输尿管结石微创手术患者膀胱功能恢复及疼痛的影响

于江琪

(河南中医药大学第一附属医院门诊部 郑州 450099)

摘要:目的:探讨 PDCA 管理模式在输尿管结石微创手术患者中的应用效果。方法:选择 2018 年 5 月~2020 年 5 月就诊的输尿管结石患者 92 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 46 例。对照组采取常规护理,观察组实施 PDCA 管理模式。比较两组膀胱功能恢复情况,干预前和干预 7 d 后疼痛情况采用视觉模拟评分法评分,以及护理满意度。结果:观察组膀胱功能恢复情况优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组干预后疼痛评分为(2.64 ± 0.21)分,低于对照组的(3.58 ± 0.22)分,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理总满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:PDCA 管理模式能够促进输尿管结石微创手术患者膀胱功能恢复,减轻患者疼痛程度,利于术后康复,提高护理满意度。

关键词:输尿管结石;微创手术;PDCA 管理模式;膀胱功能;疼痛

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.17.073

微创手术是治疗输尿管结石的主要方法,具有安全性高、创伤小等优点,但术后患者多伴有疼痛且持续时间较长,加之对疾病相关知识缺乏了解、担心预后等,对膀胱功能恢复造成一定影响,不利于术后康复^[1-2]。PDCA 管理模式依据患者病情和实际情况制定针对性护理措施,通过分析问题、确定目标、制定计划、实施计划及控制检查等措施,有助于减少工作差错,从而达到细节量化、全程互动的管理效果,有助于促进患者康复。本研究旨在探究 PDCA 管理模式在输尿管结石患者中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 5 月~2020 年 5 月于我院就诊的输尿管结石患者 92 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 46 例。观察组男 24 例,女 22 例;年龄 34~69 岁,平均(50.16 ± 5.24)岁;结石位置:左侧 18 例,右侧 19 例,双侧 9 例;结石大小 10~13 cm,平均(11.56 ± 0.21)cm。对照组男 25 例,女 21 例;年龄 33~70 岁,平均(50.18 ± 5.25)岁;结石位置:左侧 17 例,右侧 18 例,双侧 11 例;结石大小 10~13 cm,平均(11.57 ± 0.20)cm。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究获医院医学伦理委员会批准。纳入标准:符合《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2011 版)》中输尿管结石诊断标准^[3];均行微创手术治疗;患者及其家属知晓本研究。排除标准:伴恶性肿瘤;严重肝肾功能不全。

1.2 护理方法 对照组接受常规干预,向患者详细讲解输尿管结石发病机制和微创手术过程、术后护理注意事项等;嘱患者戒烟、戒酒,养成良好生活习惯;出院后每周电话随访 1 次,了解患者恢复情况,给予针对性生活、饮食指导。观察组实施 PDCA 管理模式:(1)计划(P)。由护士长、责任护士等组成

PDCA 管理小组,与患者进行一对一针对性访谈,全面评估患者病情、心理状态、生活习惯等,依据评估结果和实际情况,制定针对性管理方案。(2)实施(D)。导尿管护理,密切观察引流是否通畅、引流液颜色和性质,出现异常立即通知医生对症处理;每日更换引流袋,严格遵循无菌操作原则,预防尿路感染;嘱患者养成定时排尿的好习惯,每日饮水量 $>2\ 000\text{ ml}$,避免憋尿和用力排尿。康复训练,指导患者行膀胱功能训练,定时用夹子夹闭尿管,嘱患者定时排尿;拔除尿管后,采用吹口哨、听水流声等方式,诱导患者排尿,鼓励其尽早下床活动;嘱患者每次排尿期间刻意中断排尿,指导患者行下肢和臀部肌肉放松训练,收缩尾骨、耻骨周围的肌肉,感受肌肉的收缩、舒张,5 min/次,3~4 次/d。疼痛护理,告知患者术后疼痛属于正常现象,减少患者不必要的担心;采用看书、听音乐、冥想疗法(依据患者喜好播放舒缓、轻柔音乐,嘱患者双目轻闭,随音乐节律有节奏的深呼吸,引导患者回忆美好事物,15~20 min/次,2 次/d)等方式分散患者的注意力,给予患者关心、照护,减少人员探视,保持病房内环境整洁、舒适,执行各项操作时注意动作轻柔,减少对患者的伤害。饮食指导,以高维生素、清淡易消化饮食为主,嘱患者多食新鲜蔬菜瓜果,减少菠菜等富含草酸食物的摄入,避免使用动物肝脏等富含嘌呤食物。(3)检查(C)。由护士长每天检查护理工作情况,及时指出护理人员工作过程中的问题并纠正,针对护理工作中遇到的问题及时反馈。(4)处理(A)。定期组织质量管理会议,针对护理过程中存在的问题进行分析及总结,及时找出问题发生的原因,提出相应的改进措施。

1.3 观察指标 (1)膀胱功能恢复情况。嘱患者饮水并自主排尿,采用腹部 B 超测定残余尿量,依据

尿量评价患者膀胱功能恢复情况。Ⅰ级：患者膀胱功能恢复良好，无排尿障碍，残余尿量<80 ml；Ⅱ级：患者膀胱功能恢复尚可，有残余尿量 80~150 ml；Ⅲ级：患者膀胱功能恢复一般，残余尿量>150 ml；Ⅳ级：患者拔除尿管后排尿障碍明显。(2)于干预前和干预 7 d 后采用视觉模拟评分法(VAS)评估患者疼痛程度，在标尺两端标有0~10,0 分表示无痛,10 分为重度疼痛,得分高则疼痛程度越严重。(3)护理满意度。干预 7 d 后采用医院自制护理满意度调查表评估护理满意度,分为非常满意、满意和非常不满意,总满意度=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验,*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组膀胱功能恢复情况比较 观察组膀胱功能恢复情况优于对照组(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组膀胱功能恢复情况比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	Ⅰ级	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级
对照组	46	11 (23.91)	20 (43.48)	9 (19.57)	6 (13.04)
观察组	46	34 (73.91)	10 (21.74)	2 (4.35)	0 (0.00)
<i>Z</i>			5.008		
<i>P</i>			0.000		

2.2 两组 VAS 评分比较 两组干预前 VAS 评分比较(*P*>0.05);观察组干预 7 d 后 VAS 评分低于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	干预前	干预 7 d 后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	46	4.18± 0.25	3.58± 0.22	12.220	0.000
观察组	46	4.13± 0.23	2.64± 0.21	32.447	0.000
<i>t</i>		0.998	20.962		
<i>P</i>		0.321	0.000		

2.3 两组护理满意度比较 观察组护理总满意度高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组护理满意度比较[例(%)]				
组别	<i>n</i>	非常满意	满意	总满意度
对照组	46	19 (41.30)	19 (41.30)	38 (82.61)
观察组	46	30 (65.22)	14 (30.43)	44 (95.65)
χ^2				4.039
<i>P</i>				0.044

3 讨论

微创手术能够有效提高定位的准确性,成为目前治疗输尿管结石的主要方法,但手术具有创伤性,对输尿管会造成一定程度的损伤,术后患者多伴有不同程度的疼痛和不适感,影响膀胱功能恢复^[4-5]。加强围术期护理工作对于加快患者术后康复进程和

减轻术后疼痛尤为重要。常规护理以疾病护理为重点,护理人员遵循护理程序实施干预,有利于促进患者术后康复,但单一护理措施难以满足患者全方位护理需求,不利于患者全面恢复^[6]。

本研究结果显示,观察组膀胱功能恢复情况优于对照组,干预 7 d 后 VAS 评分低于对照组,护理满意度高于对照组(*P*<0.05),表明 PDCA 管理模式能够促进输尿管结石微创手术膀胱功能恢复,有效缓解患者疼痛程度,提高护理满意度。PDCA 管理模式是一种质量持续改进、全面、动态化的管理方法,通过计划、实施、检查等一系列过程,较常规护理模式更加标准化、程序化,更具层次性。通过排尿中断练习,能够提高逼尿肌、膀胱括约肌的收缩、协调能力,利于膀胱恢复正常收缩状态,从而促进患者膀胱功能恢复^[7-8]。通过膀胱功能训练,能够加快患者自主排尿,从而减少尿管留置时间,不仅能够改善患者膀胱功能,还可减轻患者不适感,促使患者身心保持舒适^[9]。PDCA 管理模式注重加强疼痛干预措施,通过冥想、谈心等方式,缓解患者紧张、焦虑等消极情绪,提高患者对疼痛的耐受性,有效降低疼痛程度,促使患者身心康复。PDCA 管理期间通过加强饮食指导,对患者形成系统化管理,保证患者营养摄入均衡,而良好饮食干预不仅利于切口恢复,还能够提高患者机体免疫力,对于术后康复具有积极意义。PDCA 管理过程中通过准确、及时、全面的质量监控,能够及时发现问题并调整相应护理方案,在不断改进中提高护理水平,有助于提升护理质量。

综上所述,PDCA 管理模式在输尿管结石微创手术中应用效果良好,改善患者膀胱功能,降低疼痛程度,有助于加快患者术后康复,提高护理满意度。

参考文献

[1]俞慧琴,李瑞鹏,诸靖宇.输尿管结石患者经输尿管软镜取石术后发生院内感染的危险因素及预防措施[J].中华全科医学,2019,17(2):303-305.
[2]王欢,刘荣新,李燕.临床护理路径在输尿管软镜联合钬激光治疗肾结石中的应用[J].贵州医药,2017,41(7):774-775.
[3]那彦群,叶章群,孙光.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南(2011 版)[M].北京:人民卫生出版社,2011.25.
[4]许思怡,邓琴,蒙小琴,等.输尿管镜钬激光碎石术后患者医院感染的影响因素分析及护理干预对策[J].中华医院感染学杂志,2018,28(22):3462-3465.
[5]李灿永,曹彬.经皮微创肾镜碎石术对上尿路结石患者并发症及疼痛程度的影响[J].国际泌尿系统杂志,2017,37(5):688-691.
[6]王晓雪,朱婉莹,常煜颀,等.预见性护理干预在微创经皮肾镜取石术治疗输尿管结石中的效果探讨[J].中国医疗设备,2018,33(1):123-124.
[7]黄月娥,赵格格.聚焦解决模式对输尿管结石患者术后疼痛及应对方式的影响[J].贵州医药,2018,42(9):1139-1140.
[8]石庆敏.基于循证理论的疼痛护理对输尿管结石微创手术患者术后疼痛及康复的影响[J].中国医刊,2017,52(11):72-75.
[9]张颖,江静霞,梁辉,等.输尿管镜取石术治疗肾结石患者的术中护理[J].护士进修杂志,2017,32(21):1997-1998.

(收稿日期: 2020-11-25)