

一例中途拒绝实施无接触式清洁间歇导尿患者的管理个案分析

谢艳礼 刘建娴

东莞松山湖东华医院神经内科 广东 东莞 523820

摘要: 本文通过对一例中途拒绝实施无接触式清洁间歇导尿患者的管理个案分析,发现该护理个案实施过程中存在患者宣教不全、护理方案落实监管不到位、医护治疗方案配合欠佳的问题。由此提出提升患者知识宣教的全面性、优化护理方案落实的监管机制、改善医护团队协作,加强治疗方案配合、强化患者为中心的护理理念、激励机制与文化建设、落实监督与考评制度的管理改进措施,有助于日后临床中护理管理个案更好更顺利的实施,包括如何更好地进行患者教育及提高患者的依从性。

关键词: 无接触式清洁间歇导尿;管理个案分析

间歇导尿术是一种医疗操作技术,仅在需要将导尿管插入膀胱,排空后再拔除,不进行留置。随着医疗技术进步,间歇导尿术已成为一种安全有效的治疗方法,并广泛应用于临床。国际尿控协会推荐其为治疗神经源性膀胱功能障碍的首选方法^[1-3]。

间歇导尿术包括无菌性间歇导尿(SIC)和清洁间歇导尿(CIC)。CIC又分为传统清洁导尿和无接触式间歇导尿。它们的共同点是通过导尿管插入膀胱,动态调整导尿频率和量,模拟正常尿液循环,减少膀胱内尿液停留时间,降低感染和阻塞风险。传统CIC通常由患者或家属操作,直接接触患者私处和尿道口,有一定感染风险。无接触式CIC则使用特殊设备形成闭环导尿系统,减少手与尿路直接接触,有效降低感染风险。

1 研究目的

通过分析本案例中护理措施实施过程和患者主观感受及行为的改变,意在:

1.1 提升护理质量,促进护理专业发展

从护理管理角度找出方案实施过程中的优势和不足,优化护理流程、规范操作,提高护理效果。护理管理个案研究积累临床经验,提高管理技巧,为护理方法推广、创新及教学提供实际案例,推动学科发展。

1.2 改进患者护理计划,预防医疗并发症,提升患者生活质量

个案分析帮助护理人员深入了解疾病特点及患者个体差异,制定个性化护理计划,关注心理支持和社会适应,全面改善患者生活和治疗体验。

1.3 推动循证护理实践,指导护理决策,促进护理专业发展

个案具体实施为循证护理提供数据支持,复杂有意义的护理管理个案为类似病情提供决策支持,通过分析问题,特别是医疗并发症原因,采取针对性措施,有效预防未来类似问题。

2 案例介绍

2.1 患者基本信息

黄某,73岁,男性,因“言语不清4小时”入院。

现病史:患者于4小时前出现言语不清,伴有饮水呛咳、呕吐、四肢乏力、大汗淋漓、小便失禁,症状持续,休息后无明显加重缓解。遂于至我院急诊就诊。NIHSS评分4分。洼田饮水试验:3级。BMI:30.12 kg/m。

既往史:在军中右上肢截肢多年(具体不详)。既往高血压病史10余年。既往口服阿司匹林、氯吡格雷抗血小板治疗(具体不详)。否认糖尿病及心脏病病史。

查体:体重85 kg,呼吸20次/分,体温36.8℃,心率90次/分,血压148/94 mmHg。神清,言语欠清,理解力、判断力、定向力、计算力正常,查体合作,对答切题,双侧瞳孔等大等圆,对光反射灵敏,双眼向右凝视,左侧鼻唇沟浅,口角右歪,伸舌左偏,四肢肌力4级,双侧感觉对称。病理征(-)。颈软无抵抗,布氏征、克氏征阴性。肺部听诊未闻及啰音,心律齐未闻及杂音,腹软无压痛,双下肢无水肿。

辅助检查:我院急诊头、颈部CTA+灌注+三维重建提示头颈部动脉粥样硬化。右侧椎动脉V3及V4段重度狭窄或闭塞。颅脑CT平扫示双侧额叶脑白质腔隙性脑梗塞。心电图提示窦性心律 频发室性期前收缩 T波倒置、左心房肥大。

初步诊断:1.脑梗死(延髓背外侧,大动脉粥样硬化

性) 2.右侧椎动脉重度狭窄或闭塞

2.2 治疗方案

患者诊断脑梗死明确,发病在4.5小时内,经评估符合静脉溶栓指征,无溶栓禁忌,向家属交代病情、静脉溶栓必要性及相关风险,家属对溶栓获益及风险表示理解,选择静脉溶栓并签字。DNT时间为21分钟。溶栓后患者未诉特殊不适,无牙龈出血、头痛、呕吐、意识障碍及肢体无力加重,NIHSS评分6分。

2.3 护理难点

患者入院后接受静脉溶栓治疗,嘱其卧床休息,予床边心电图监护。患者自述排尿困难,检查发现膀胱膨胀,伴有腹肌紧张,叩诊呈实音。初步判断为因排尿姿势改变引起的排尿障碍。护理人员协助患者站立床旁尝试排尿,久站下可排出少量尿液,尿频。患者卧床状态同时伴有大小便排便困难,护理人员使用40ml开塞露塞肛,并协助其使用床边坐便椅排便,可解出大量大便和小便。解除卧床状态后,患者仍诉排尿不畅。护士遵医嘱留置尿管,并提出间歇清洁导尿技术方案以解决排尿障碍。

2.4 对策实施

在药物对症治疗,合并针灸刺激、腹部磁疗电按摩、经颅磁刺激等康复手段外,护理上予实施无接触式清洁间歇导尿技术解决患者排尿障碍、促进盆神经功能恢复的手段。患者神清,膀胱感觉存在,可配合饮水和导尿计划,间中可自解少量小便,日导尿频率为3-4次/天。3天后患者拒绝配合导尿计划,给予重新留置尿管。

3 方案问题分析

3.1 存在问题

患者前期实施间导配合度好,中途拒绝,导致未能实施完整的间导方案。

3.2 原因分析

采用鱼骨图分析法对现存问题进行人机料法环分析,发现主要问题存在以下环节:

医疗人员对无接触式清洁间歇导尿技术认可度低,部分医生和护士因不了解其优势和效果,在临床推广中遇到困难。护士在专科评估方面能力不足,难以准确判断患者是否适合该技术,或在执行过程中无法正确评估患者需求和反应。医生开具相关检查和治疗时存在延迟,影响护理工作及时性。患者对该技术了解不足,缺乏必要知识,导致接受度和配合度不高。科室内部制度不完善,缺乏明确标准和流程,以及有效的监督机制。护士长和护理组长在监督和跟踪执行情况时存在不足,未能及时发现问题,导致规范执行率低。

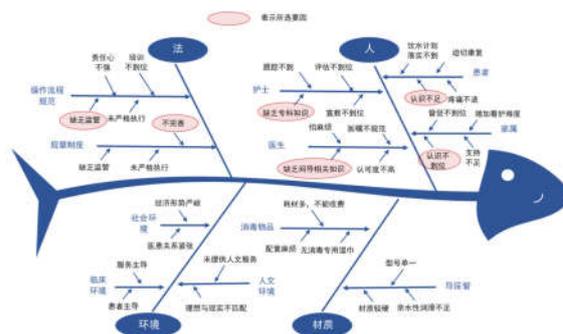


图3.2 鱼骨图分析

3.3 分析总结

患者方面:结合病史和与患者交流得知,患者既往军旅生活导致膀胱容量大(最多可达1000ml),能憋尿,且高估自身能力,认为能自行排尿则属正常,实际上为充盈性溢尿,属于膀胱障碍。其次,患者认为护士工作繁忙,认为要求间歇导尿会增加护士负担,未能遵循定时按需导尿,排尿后也未按尿量提醒护士进行导尿。此外,患者对无接触式清洁间歇导尿技术了解不足,缺乏相关知识,导致其对该护理方式的接受度和配合度不高。

护理方面:护士过于依赖患者的主动请求,未详细跟踪患者的饮水情况、自行排尿情况和膀胱触诊情况,无法准确掌握患者的排尿动态,导致每次间歇清洁导尿时都是因为患者的膀胱极度膨胀、下尿道疼痛,而不得不进行导尿,插管后排出的尿量约为1000ml。膀胱的过度膨胀和松弛,以及护士操作手法不一致,导致后续间歇导尿时黏膜受损,引起下尿道出血。这增加了患者对间歇清洁导尿方案的质疑,打击了其配合治疗的信心,同时下尿道的损伤使得每次间歇插管伴随尿路疼痛,导致患者后期抗拒该方案。

医疗方面:以患者为中心,在病情稳定时节省住院费用,各类辅助检查不及时,未进行B超残余尿量检测及泌尿系统感染系列检查,导致护理对患者病情掌握不全面。尽管疼痛和尿道出血是导尿常见并发症,但患者及家属过于担忧,虽然护理愿意调整间歇导尿频率和方式,使用利多卡因胶浆辅助导尿^[4-5],最终医生选择重新留置尿管,以缓解重复间歇插管引起的疼痛和黏膜损伤,解决排尿困难问题。

综上所述,存在患者教育不充分、护理方案执行监管不到位、医护治疗方案配合不佳的问题。

4 管理措施改进

经过头脑风暴,提出下列具体措施。

4.1 提升患者知识宣教的全面性

系统化宣教内容:根据患者的病情特点,将治疗流程、护理注意事项、健康生活指导等信息整理成标准化、

通俗化的宣教模板,确保内容结构清晰、严谨全面。

多样化宣教方式:结合患者需求,通过面对面沟通、小组课堂、宣教手册、视频讲解等多种形式,让患者更容易理解和接受。

动态评估宣教效果:引入健康教育评估工具,以评估患者对宣教内容的掌握程度,发现不足后及时调整宣教方法。

加强随访和持续教育:通过电话、远程问诊等方式进行后续追踪和教育,帮助患者巩固健康知识。

4.2 优化护理方案落实的监管机制

明确责任分工:将护理任务细分至责任护士,并建立明确的岗位职责,确保落实。

引入质量控制管理:设立科室质控小组,由质控小组定期对护理方案的执行情况进行审查,发现问题及时解决。

开展护理技能培训,推行数字化管理工具:采用护理管理系统,定期组织专项培训、专项考核,提高护理人员的专业素养和执行力。对护理方案的实施进行数字化追踪,便于随时查看进度和完成情况。

提高执行反馈机制:鼓励护理人员及时报告方案落实中的问题并提出建议,通过反馈优化护理计划。

4.3 改善医护团队协作,加强治疗方案配合

建立有效的沟通渠道:通过晨会、交接班会议或线上群组讨论等形式,确保医护双方及时交流患者病情和治疗计划。

实行多学科联合护理:组织医疗团队定期开展多学科会诊、医护大查房,统一治疗目标,协商护理细节,提升协作效果。

实施联合绩效考核:将医护团队的协作状况纳入考核体系,通过绩效评价提升团队操作的积极性和默契。

设立沟通协调岗:在复杂病症中设置专门的协调护理人员,负责医疗组与护理组之间的沟通桥梁,避免信息遗漏。

4.4 强化患者为中心的护理理念

建立个性化护理计划:依据患者的实际需求、生活习惯以及经济条件,为每位患者量身定制个性化的护理目标及措施。

激发患者的主动参与:邀请患者加入治疗决策过程,加强医护患之间的互动,提升患者的依从性与安全感。

患者反馈机制:收集患者对护理服务的定期反馈,利用数据分析不断改善护理流程。

4.5 激励机制与文化建设

表彰优秀团队与个人:对在患者宣教、护理落实及

团队配合中表现突出的医护人员给予奖励与表彰,激励全员改进。

营造协作文化:通过案例学习、团队建设会议等方式,树立医护合作典范,加强全员的协作意识。

4.6 落实监督与考评制度

定期审查护理方案执行率:设立专项考评小组,每月或每季度评估护理方案的落实情况,并将结果反馈至执行团队。

完善奖惩机制:明确奖惩政策,通过正向激励和适当惩戒提升团队的执行责任感。

通过以上措施,能够有针对性地解决患者宣教、护理方案落实以及医护配合中的问题,加强护理管理的规范化与科学性。

讨论

患者入院后出现排尿异常,经过诊疗方案讨论,采用间歇清洁导尿技术来解决排尿障碍并促进排尿功能恢复。患者起初积极配合,但随着方案实施过程中出现问题,其积极性下降并拒绝继续配合。在实施数天间歇清洁导尿技术后,患者重新留置尿管,观察数天后,患者尿液颜色清澈且尿液检验未显示感染迹象,再次拔除尿管,患者能够自行排尿,单次尿量 > 500ml,残余尿量 < 100ml,排尿功能恢复正常。

在此护理管理案例中,暴露了许多细节和流程问题。通过对此案例的分析,总结出一些普遍性问题:宣传教育不全面、护理方案执行监管不到位、医护治疗方案配合不够。结合该案例的特殊性,反思方案中的不足,有助于今后临床护理管理案例的更好实施,包括如何更有效地进行患者教育以及提高患者的依从性。

参考文献

- [1]蔡文智,陈思婧,神经源性膀胱护理指南(2011年版)(二)[J].中华护理杂志,2011,(第2期):210-216.
- [2]蔡文智,陈思婧,神经源性膀胱护理指南(2011年版)(一)[J].中华护理杂志,2011,(第1期):104-108.
- [3]中国康复医学会康复护理专业委员会,神经源性膀胱护理实践指南(2017年版)[T].护理学杂志,2017,(第24期):1-7.
- [4]胡平,孟海兵,梁桂金,宋伟,郑增露,甘金娣.利多卡因胶浆辅助导尿对老年男性前列腺增生患者导尿管留置成功率及并发症的影响[J].中国当代医药,2023,(第36期):125-128.
- [5]徐雯1,张豪杰2,沈晓咏3,唐东方3,曹钟强1,沈云1.利多卡因胶浆预防老年男性患者导尿管相关膀胱不适的效果观察[J].老年医学与保健,2021,(第5期):1068-1070.