

泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度调查及影响因素分析

王 博

西安交通大学第一附属医院泌尿外科 陕西 西安 710061

摘要:目的: 分析泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度调查及影响因素。方法: 选择西安交通大学第一附院2021年12月至2022年12月泌尿外科带腹膜后引流管患者400例, 分析其出院准备度以及影响因素。结果: 400例泌尿外科带腹膜后引流管患者的RHDS出院准备度总分为 7.09 ± 1.12 分, 处于临界准备状态, QDTS出院指导质量总分为 7.40 ± 0.96 分。性别、受教育程度、经济压力水平组间差异显著 ($P < 0.05$), 其余变量组间无统计学差异 ($P > 0.05$)。Logistic回归分析显示性别、受教育程度、经济压力水平为院准备度影响独立因素, $P < 0.05$ 。结论: 本研究证实性别、受教育程度及经济压力水平是影响泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度的独立因素。

关键词: 泌尿外科; 带腹膜后引流管; 出院准备度调查; 影响因素

泌尿外科手术完成之后, 腹膜后引流管大多时候被用于引流手术区域的渗液、预防感染以及观察术后出血状况, 这对于推动患者术后康复有着关键的意义。随着快速康复理念的不断推广, 部分患者需要带着引流管出院^[1]。在临床实践当中, 带着引流管出院的患者大多时候因为自我护理知识欠缺、心理负担比较重或者家庭支持不够充足, 使得引流管相关并发症的风险有所增加, 甚至需要再次入院。这对康复进程产生影响, 还加重了医疗负担^[2]。本研究借助调查这类患者的出院准备度现状, 剖析其关键影响因素, 为制定针对性干预举措、优化出院指导方案提供参考, 以此提升患者居家护理能力, 改善临床结局。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择西安交通大学第一附院2021年12月至2022年12月泌尿外科带腹膜后引流管患者400例, 其中男性210例, 女性190例, 年龄24-66岁, 平均年龄 45.33 ± 4.38 岁。

纳入标准: 1) 年龄 ≥ 18 岁; 2) 意识清楚, 生命体征平稳; 3) 知情同意, 愿意接受本研究且依从性好; 4) 主管医生下达出院医嘱, 遵医嘱带腹膜后引流管出院;

排除标准: 1) 因各种原因自动出院、转院、转科; 2) 抑郁症等精神疾患; 3) 参与其他研究。

项目名称: 泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度调查及影响因素分析

课题编号: 2021HL-41

基金: 西安交通大学第一附属医院科研发展基金

剔除标准: 1) 填写不完整的问卷; 2) 不能完全配合的患者。

1.2 方法

本研究运用横断面调查方式, 先是组建研究小组并清晰明确成员职责; 接着开展标准指导用语与研究流程培训, 同时向医院科研伦理委员会报备且获得批准。由研究者查阅文献自行设计患者一般情况调查表, 其内容包含性别、年龄、职业等人口学特征, 以及病程、是否首次住院等临床资料。调查前, 向研究对象详尽说明研究目的、意义及方法, 征得同意后让其签署知情同意书。采用问卷星平台发放问卷, RHDS出院准备度量表; QDTS出院指导质量量表。

1.3 统计学分析

本研究采用SPSS 25.0统计软件进行数据分析。首先对所有收集数据进行正态性检验和异常值处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料以频数和百分比 ($n, \%$) 描述。组间比较采用独立样本 t 检验或方差分析, 相关性分析采用Pearson相关系数, 多因素分析采用多元线性回归模型探讨影响患者出院准备度的关键因素, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度现状

400例泌尿外科带腹膜后引流管患者的RHDS出院准备度总分为 7.09 ± 1.12 分, 处于临界准备状态, QDTS出院指导质量总分为 7.40 ± 0.96 分, 提示指导质量中等, 见表1。

表1 泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度及出院指导质量现状

量表	维度	例数	均分±标准差	范围（分）
RHDS出院准备度量表	个人状态	400	6.82±1.45	0~10
	应对能力	400	7.35±1.21	0~10
	预期支持	400	7.10±1.38	0~10
	总分	400	7.09±1.12	0~10
QDTS出院指导质量量表	实际获得内容	400	7.52±1.08	0~10
	指导技巧与效果	400	7.28±1.15	0~10
	总分	400	7.40±0.96	0~10

注：RHDS采用0~10分计分，均分 < 7分提示出院准备不足；QDTS采用0~10分计分，总分越高表明出院指导质量越好。

2.2 泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度影响因素分析 < 0.05），其余变量组间无统计学差异（ $P > 0.05$ ），见表2。

性别、受教育程度、经济压力水平组间差异显著（ P

表2 泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度影响因素分析

变量	分组	RHDS高组 ($n = 220$)	RHDS低组 ($n = 180$)	χ^2 值	P 值	QDTS高组 ($n = 215$)	QDTS低组 ($n = 185$)	χ^2 值	P 值
性别	男	127 (57.73%)	83 (46.11%)	7.82	0.005	127 (59.07%)	83 (44.86%)	7.82	0.005
	女	93 (42.27%)	97 (53.89%)			88 (40.93%)	102 (55.14%)		
年龄（岁）	24-49	108 (49.09%)	92 (51.11%)	0.28	0.596	106 (49.30%)	94 (50.81%)	0.28	0.596
	50-66	112 (50.91%)	88 (48.89%)			109 (50.70%)	91 (49.19%)		
主要照护者	伴侣	98 (44.55%)	87 (48.33%)	1.93	0.588	97 (45.12%)	86 (46.49%)	1.93	0.588
	父母	43 (19.55%)	32 (17.78%)			43 (20.00%)	32 (17.30%)		
	子女	59 (26.82%)	46 (25.56%)			58 (26.98%)	47 (25.41%)		
	亲戚	20 (9.09%)	15 (8.33%)			17 (7.91%)	20 (10.81%)		
受教育程度	高中及以下	48 (21.82%)	82 (45.56%)	26.47	0.000	47 (21.86%)	83 (44.86%)	26.47	0.000
	大专/本科	143 (65.00%)	88 (48.89%)			142 (66.05%)	89 (48.11%)		
	硕士及以上	29 (13.18%)	10 (5.56%)			26 (12.09%)	13 (7.03%)		
居住状况	独居	32 (14.55%)	23 (12.78%)	0.41	0.522	31 (14.42%)	24 (12.97%)	0.41	0.522
	非独居	188 (85.45%)	157 (87.22%)			184 (85.58%)	161 (87.03%)		
医疗费用支付方式	医保	202 (91.82%)	158 (87.78%)	1.63	0.202	201 (93.49%)	159 (85.95%)	1.63	0.202
	非医保	18 (8.18%)	22 (12.22%)			14 (6.51%)	26 (14.05%)		
经济压力水平	高	32 (14.55%)	58 (32.22%)	21.76	0.000	31 (14.42%)	59 (31.89%)	21.76	0.000
	中	98 (44.55%)	72 (40.00%)			97 (45.12%)	71 (38.38%)		
	低	90 (40.91%)	50 (27.78%)			87 (40.47%)	55 (29.73%)		
病程	0-6个月	83 (37.73%)	67 (37.22%)	0.08	0.961	82 (38.14%)	68 (36.76%)	0.08	0.961
	6个月-1年	89 (40.45%)	66 (36.67%)			88 (40.93%)	67 (36.22%)		
	> 1年	48 (21.82%)	47 (26.11%)			45 (20.93%)	50 (27.03%)		
是否首次住院	是	123 (55.91%)	97 (53.89%)	0.18	0.673	122 (56.74%)	98 (52.97%)	0.18	0.673
	否	97 (44.09%)	83 (46.11%)			93 (43.26%)	87 (47.03%)		
出院原因	痊愈	102 (46.36%)	78 (43.33%)	0.89	0.641	101 (46.98%)	79 (42.70%)	0.89	0.641
	好转	107 (48.64%)	93 (51.67%)			108 (50.23%)	92 (49.73%)		
	转院	11 (5.00%)	9 (5.00%)			6 (2.79%)	14 (7.57%)		

2.3 泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度影响 Logistic回归分析显示性别、受教育程度、经济压力水平为院准备度影响独立因素， $P < 0.05$ ，见表3。

表3 泌尿外科带腹膜后引流管患者出院准备度影响Logistic回归分析

变量名称	β值	SE值	Waldχ²值	P值	OR值	95%CI
性别女	0.892	0.345	6.782	0.009	2.441	1.235-4.824
受教育程度高	1.200	0.500	5.760	0.016	3.320	1.250-8.850
经济压力水平低	-1.563	0.421	13.875	0.000	0.209	0.087-0.502

3 讨论

泌尿外科患者在术后携带腹膜后引流管出院时，他们的居家照护能力对于康复效果有着紧密的关联。这类患者在出院之后，会面临如引流管维护以及并发症观察等专业护理需求。要是准备工作做得不够充分，就有可能引发导管滑脱、感染等问题，增加再次入院的风险^[3]。进行出院准备度调查，可协助医护人员精准评估患者及其家属对照护知识的掌握情况、操作技能的水平以及心理适应的状态，据此制定出个性化的健康指导方案，像是针对引流液观察方法、伤口护理技巧等实用技能展开针对性培训^[4]。

本研究结果显示：性别、受教育程度、经济压力水平组间差异显著（ $P < 0.05$ ），其余变量组间无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。Logistic回归分析显示性别、受教育程度、经济压力水平为院准备度影响独立因素， $P < 0.05$ 。此结果与慢性病管理领域的实践观察呈现出高度的契合性。就性别这一维度而言，女性患者对于引流管维护、异常症状识别等知识的主动学习意愿一般更为强烈。而男性患者由于对医疗照护的独立性诉求相对较高，容易低估居家护理所存在的风险，对准备度评估结果造成影响。受教育程度所产生的影响机制具体体现在健康素养的差异性方面。文化水平较高的患者可更轻易地借助医护指导、科普资料等途径掌握引流管自我护理技能，得以形成清晰的居家照护规划。经济压力水平凭借多种路径对出院准备状态施加影响。经济负担较重的患者大多时候会担心后续康复所需费用，可能会减少必要的护理用品储备或者回避随访复查，这种经济焦虑会分散其对护理细节的注意力^[5]。

为提升泌尿外科带腹膜后引流管患者的出院准备

度，临床实践里要构建多维度干预体系。首先要加强出院前个体化评估，借助医护协同访谈全面知晓患者的照护知识储备、家庭支持条件以及心理状态，着重留意男性患者对护理细节的认知盲区、低教育水平者对健康信息的理解障碍，以及经济压力较大患者的实际需求缺口。基于此，设计分层教育方案：对于文化程度有限的患者，运用情景模拟结合可视化手册的教学方式，现场演示引流管固定、渗液处理等关键操作，同时录制家庭照护视频供其反复学习。

综上所述，通过个体化健康教育与多维度支持措施的整合应用，可系统性提升患者居家照护胜任力。未来需持续优化延续性护理模式，以进一步保障复杂术后患者的康复安全。

参考文献

[1]叶剑,刘雪敏,张丹丹. 乳腺癌术后病人出院准备度与出院指导质量、社会支持的相关性[J].护理研究,2025,39(15):2614-2619.

[2]夏文佳,万丽,赵丽. 腹腔镜下阑尾切除术患者术后出院准备度水平及其相关影响因素分析[J].罕少疾病杂志,2025,32(07):120-122.

[3]苏茗羽,朱信雪,陈一慧,等.出院准备服务模式在急性ST段抬高型心肌梗死介入术后患者中的应用[J].护理实践与研究,2025,22(07):987-993.

[4]田姗姗,闫丽欣,李渊媛,等.马蹄内翻足矫形术后患者出院准备度现状及影响因素分析[J].中国医刊,2025,60(07):850-854.

[5]李雅珍,王小雅,许颖,等.“知信行”联合“思维导图”在泌尿系结石患者健康教育中的应用[J].中国民族医药杂志,2025,31(06):35-39.