

# PDCA 循环管理在老年脑卒中护理及健康教育中的应用分析

杨红梅

昆明医科大学第一附属医院

DOI:10.32629/carnc.v3i10.18817

**[摘要]** 目的：分析 PDCA 循环管理应用于老年脑卒中患者护理及健康教育中的效果。方法：选取我院 2023 年 6 月至 2025 年 6 月期间收治的老年脑卒中患者共 124 例，随机分为观察组与对照组，对照组接受常规护理教育，观察组在此基础上融入 PDCA 循环管理。结果：观察组 NIHSS、HAMA、HAMD 评分的降幅，及 BI 指数提升幅度显著大于对照组，且护理满意度明显更高（ $P < 0.05$ ）。结论：PDCA 循环管理能够提升老年脑卒中患者的护理质量与健康教育成效。

**[关键词]** PDCA 循环；脑卒中；老年护理；健康教育；康复护理

中图分类号：R473.7 文献标识码：A

Application of PDCA Cycle Management in Nursing and Health Education of Elderly Stroke Patients

Hongmei Yang

First Affiliated Hospital of Kunming Medical University

**Abstract:** Objective: To analyze the effect of PDCA cycle management in nursing and health education of elderly patients with stroke. Methods: A total of 124 elderly patients with stroke admitted to our hospital from June 2023 to June 2025 were randomly divided into an observation group and a control group. The control group received routine nursing education, and the observation group was integrated with PDCA cycle management on this basis. Results: The decrease of NIHSS, HAMA and HAMD scores and the increase of BI index in the observation group were significantly greater than those in the control group, and the nursing satisfaction was significantly higher ( $P < 0.05$ ). Conclusions PDCA cycle management can improve the nursing quality and health education effect of elderly patients with stroke.

**Keywords:** PDCA cycle; Stroke; Elderly care; Health education; Rehabilitation nursing

## 引言

脑卒中有高发病、高致残率，严重威胁老年人群健康<sup>[1]</sup>。患者常有神经功能缺陷，导致多种心理问题，给家庭带来负担。传统的护理与健康教育有基础作用，但其在持续性与个体化上有局限性，效果难以巩固<sup>[2]</sup>。所以构建一种能不断修正完善的护理模式，是临床的一个重要议题。PDCA 循环是经典的质量管理工具，其计划（Plan）、执行（Do）、检查（Check）、处理（Act）四个阶段是改进的闭环<sup>[3]</sup>。为提升护理管理的科学与有效性提供了理论框架。本研究旨在分析 PDCA 循环管理在老年脑卒中患者护理及健康教育中的效果，为优化临床护理路径提供参考依据。

## 1 对象和方法

### 1.1 研究对象

选取我院在 2023 年 6 月至 2025 年 6 月期间神经内科收治的老年脑卒中患者共 124 例作为研究对象，采用随机数字表法（由独立统计师使用 SAS 9.4 生成随机数字序列，区组

长度设为 4。将分配方案装入密封不透光信封，信封编号与患者筛查序号对应，研究者拆解对应编号信封，按内藏卡片标记观察组或对照组）分为观察组与对照组，两组患者的年龄、性别、入院时 NIHSS 评分等基线数据均无显著差异（ $P > 0.05$ ），具有可比性。见表 1。研究过程遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理要求。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

①年龄  $\geq 60$  岁；  
②符合《中国心血管健康与疾病报告》<sup>[4]</sup>中脑卒中的诊断标准，并经 CT 或 MRI 确诊；

③生命体征平稳，意识清楚，具备基本沟通能力；

④患者及家属知情同意。

排除标准：

①合并严重心、肝、肾功能不全或其他终末期疾病；

②存在严重认知障碍或精神疾病史；

③资料不全或中途退出研究者。

### 1.3 护理方法

#### 1.3.1 对照组方法

对照组遵循科室常规护理与健康教育。主要侧重生命体征监测、用药执行和做好预防并发症的基础措施。在患者病情稳定后,给予标准的康复指导建议。健康教育为疾病知识普及、出院注意事项等,以口头宣教和发放通用资料为主,讲解内容与时间固定。

#### 1.3.2 观察组方法

观察组在上述方法基础上加入PDCA循环管理框架,整个过程由专门的PDCA管理小组推动,具体操作如下:

##### 1.计划阶段

患者入院后,PDCA小组开始对其评估。评估包括NIHSS、BI等量表评分,并会评估其认知理解能力、心理情绪状态及个人康复意愿等方面。基于评估结果,小组与患者及家属共同商讨,制定个体化护理教育计划。设定阶段性目标。例如“第一周内,在护士协助下独立完成床上翻身”“第二周内,患者及主要照护者能复述所服用药物的名称、剂量与主要注意事项”等。使护理工作具有明确指向性。

##### 2.执行阶段

责任护士要依据计划执行措施。尤其在早期康复时,强调良肢位摆放、关节活动训练的强度,执行后记录。健康教育要综合床边示范、情境模拟及图文并茂的手册来展开。期间由康复师跟营养师共同参与指导。如针对吞咽障碍患者做进食训练时,护士要现场演示,并指导家属实操。确保康复训练、心理疏导与健康教育内容同步连贯。

##### 3.检查阶段

小组每周做一次固定检查。观察患者各动作完成质量,使用量表做简短评估并采访患者家属了解其感受疑惑。将护理成果与计划目标进行比对,客观分析偏差产生的原因。是患者练习不足?是家属未能掌握辅助技巧?还是健康教育内容理解上出现了偏差?这些原因会被初步归类记录。

##### 4.处理阶段

基于检查阶段的分析结论,小组进行总结并针对干预。对于有良好效果且流程稳定的措施,则将其标准化,使其成为今后类似情况的常规操作。对于发现的问题,不回避,将其正式纳入下一个PDCA循环的起点。如若发现多位患者对“如何预防卒中复发”的理解仍模糊不清,则在下一周期的计划中,设计并加入一个专题互动讨论环节,利用案例进行强化教育。至此,一个循环结束,而改进后的新计划又将启动下一个循环,使得护理与教育质量呈现出螺旋式上升的态势。

两组患者的干预周期均为6个月,确保有时间足够观察不同护理管理模式所产生的效应差异。

#### 1.4 观察指标

神经功能缺损程度:采用美国国立卫生研究院卒中量表

评分<sup>[5]</sup>,总分范围为0~42分。分数越高,神经功能缺损越严重。

日常生活活动能力:采用Barthel指数评分<sup>[6]</sup>,总分0~100分,分数越高,独立性越好。得分>60分表示生活基本自理,而<40分则提示重度功能障碍,需要大量照护。

心理状态:采用汉密尔顿焦虑量表与汉密尔顿抑郁量表评分<sup>[7]</sup>,HAMA包含14个项目,HAMD(17项版本)包含17个项目。每个项目采用0~4或0~2分的多级评分法,总分分别计算。通常HAMA总分≥14分、HAMD总分≥17分可被认为存在明确的焦虑或抑郁症状。

护理满意度:采用本院自制的护理满意度调查问卷,于干预结束后调查,总分0~100分。满意度(%)=(非常满意例数+满意例数)/总例数×100%。

### 1.5 统计学方法

使用SPSS 22.0软件分析,使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料,使用卡方和%表示计数资料,P<0.05为有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 患者的基线资料比较

两组患者的年龄、性别、卒中类型等基线资料差异无统计学意义(P>0.05),有可比性。见表1。

表1 两组患者的基线资料对比[n,(%)、( $\bar{x} \pm s$ )]

组别	观察组	对照组	t/x <sup>2</sup>	P
例数	62	62	-	-
年龄(岁)	68.45±5.72	69.11±6.03	0.621	0.536
性别(男/女)	34/28	36/26	0.131	0.718
卒中类型(缺血性/出血性)	48/14	50/12	0.194	0.660
合并高血压	52(83.87)	50(80.65)	0.138	0.710
合并糖尿病	26(41.94)	24(38.71)	0.107	0.744
入院时NIHSS评分(分)	12.36±3.45	12.58±3.67	0.345	0.731
入院时BI评分(分)	45.23±10.56	43.89±11.24	0.688	0.493

### 2.2 患者干预后各量表评分比较

干预后,观察组的NIHSS、HAMA及HAMD评分显著低于对照组,且BI评分明显更高,差异有统计学意义(P<0.05)。见表2。

表2 两组患者干预后各量表评分对比( $\bar{x} \pm s$ 、分)

组别	观察组	对照组	t	P
例数	62	62	-	-
NIHSS评分	5.24±2.17	7.93±2.86	5.900	0.001
BI评分	78.65±12.34	65.42±13.78	5.632	0.001
HAMA评分	8.41±2.86	12.63±3.45	7.415	0.001
HAMD评分	9.88±3.25	14.32±3.94	6.845	0.001

## Clinical Application Research of Nursing Care

## 2.3 患者的护理满意度比较

干预后观察组的总护理满意度明显高于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 两组患者的护理满意度对比[n,(%)]

组别	例数	非常满意 (例)	满意 (例)	一般 (例)	不满意 (例)	满意度 (%)
观察组	62	38 (61.29)	20 (32.26)	4 (6.45)	0 (0.00)	58 (93.55)
对照组	62	25 (40.32)	22 (35.48)	11 (17.74)	4 (6.45)	47 (75.81)
$\chi^2$	-	5.453	0.144	3.716	4.133	7.521
P	-	0.019	0.704	0.054	0.042	0.006

## 3 讨论

老年脑卒中指发生在65岁以上人群中的急性脑血管疾病，包括脑梗死和脑出血等。其以其高发病、高致残及高复发率为特征，常见多种并发症。不仅严重损害患者的生理功能与生活质量，亦给家庭与社会照护体系带来长期且沉重的负担。老年患者常合并多种疾病、康复代偿能力弱。其疾病过程会更为复杂，且结局不确定性大<sup>[8]</sup>。

临床上对老年脑卒中尝试用常规护理。涵盖生命体征监测、并发症预防及后续康复指导等。健康教育多以疾病知识普及还有口头告知为主。健康教育则多以疾病知识普及、出院医嘱告知等形式呈现。此模式有助于患者生命体征稳定，提供康复框架。但此模式存在局限性。护理措施多侧重程序，缺乏患者的评估与个性化规划。健康教育也与患者实际需求衔接不紧密。此外护理过程对效果缺少评估优化，护理质量易出现平台期。所以常规护理虽必不可少，但在提升患者长期生活自理能力及改善患者心理方面，效果不充分，这为引入更具结构性的管理模式，提供了必要性与实践上的改进空间。

本研究的结果显示，采用PDCA循环管理的观察组患者在改善神经功能及日常生活能力上有明显优势。这与既往部分研究认为程序化管理能提升康复效率的观点相契合。PDCA循环通过初始评估与个性化计划，使护理更具针对性。其执行过程使用规范记录，保证干预措施的依从与一致性。另外观察组患者的焦虑与抑郁缓解程度也优于对照组。脑卒中后心理障碍干预会因缺乏追踪而影响效果。PDCA循环通过“检查”与“处理”，要求护理人员评估患者的心理状态<sup>[9]</sup>。发现负性情绪苗头后，通过循环机制调整心理干预策略，这就是心理干预效果能够深化巩固的关键。但是心理状态的改善是一个受各种因素影响的过程。PDCA模式在其中发挥的具体作用的路径及权重，有待后续的研究设计予以阐明。观察组护理满意度更高，直观反映了患者及家属对PDCA管理模式的认可。此管理模式强调护患共同参与目标制定，沟通更充分。根据患者反馈不断优化护理，会使患者感受到被尊重与个体化关怀，整体就医体验。此结果提示，护理质量的提升不仅

与客观指标有关，也影响患者的主观感受与医患关系<sup>[10]</sup>。本研究也存在局限性。譬如样本来源相对单一，干预时间为6个月，但对于脑卒中的康复周期而言，其长期效果仍无法验证。PDCA循环的有效执行高度依赖于团队的合作素养与持续投入，其对人力资源配置与培训提出了更高要求，这会限制其在资源紧缺环境下的推广适用性，需谨慎看待。

综上所述，PDCA循环管理在老年脑卒中护理中提供了可持续改进的工作方法论，推动了护理实践向科学、系统化的转型，有较高临床实用价值。

## [参考文献]

- [1]王婷,王秀红,胡应兰,等.老年脑卒中患者家庭照顾者自我护理贡献变化轨迹及影响因素的决策树分析[J].护士进修杂志,2025,40(22):2384-2390.
- [2]熊圆方,盘明霞,彭欢,等.基于CiteSpace分析国内脑卒中患者延续性护理的研究热点及前沿趋势[J].中国临床护理,2025,17(8):512-516.
- [3]卢瑛,吴问香,李舒媚.基于FOCUS-PDCA的多学科协作式护理模式在老年急性缺血性脑卒中患者中的应用[J].老年医学与保健,2025,31(4):1089-1093.
- [4]马丽媛,王增武,樊静,等.《中国心血管健康与疾病报告2021》概要[J].中国介入心脏病学杂志,2022,30(7):481-496.
- [5]董茜,胡晓,李琦.美国国立卫生研究院卒中量表的演变与应用:从历史发展到评估标准的改进[J].中国卒中杂志,2025,20(8):1022-1028.
- [6]赵芳.基于BISAP评分系统的护理干预对卒中中偏瘫患者Barthel指数的影响[J].中华养生保健,2024,42(11):153-156.
- [7]周冰洁,陈景旭.青少年抑郁症患者噩梦的临床特征与影响因素分析[C]//中国睡眠研究会.中国睡眠研究会第16届全国学术年会暨湖北科学技术学术年会论文汇编.承德医学院;北京回龙观医院;2024:104.
- [8]蔡金晓,孟祥雨,欧阳汤鹏,等.老年脑卒中患者“社会化住院”发生现状及危险因素分析[J].海军医学杂志,2025,46(9):946-950.
- [9]包青兰.PDCA循环管理在老年脑卒中护理及健康教育中的作用分析[C]//四川省国际医学交流促进会.2025年基层感染质量管理提升学术研讨会论文集(三).赤峰学院附属医院;2025:2-4.
- [10]段晓红,徐雪影,黄素辉.PDCA循环管理在老年脑卒中护理及健康教育中的应用研究[J].医学食疗与健康,2020,18(10):177+180.

## 作者简介:

杨红梅(1995.10-),女,白族,云南大理人,本科,护师,研究方向为临床护理。