5A协同护理联合回授法在肾病内科腹膜透析置管患者居家管理中的应用研究

王炳淑
浚县人民医院　河南　鹤壁　456250

摘　要：目的：探讨5A协同护理联合回授法在腹膜透析置管患者居家管理中的应用效果。**方法：**选取2024年1月至2025年6月于本院行腹膜透析置管的112例患者，随机分为对照组与观察组各56例。对照组接受常规居家管理，观察组实施5A协同护理联合回授法干预。比较两组自我管理能力、透析充分性、并发症及生活质量。**结果：**观察组干预后自我管理能力、生活质量各维度评分均高于对照组（$P < 0.05$）；透析充分性指标优于对照组（$P < 0.05$）；腹膜炎等并发症发生率低于对照组（$P < 0.05$）。**结论：**5A协同护理联合回授法能有效提升患者自我管理能力，改善透析质量，降低并发症，值得推广。

关键词：5A协同护理；回授法；腹膜透析；居家管理

引言：慢性肾脏病是全球性公共卫生问题，终末期患者数量持续攀升。腹膜透析因操作便利、血流动力学影响小且能保护残余肾功能，已成为重要替代治疗方式。但其长期性和复杂性对患者居家自我管理能力提出极高要求，管理不当所致腹膜炎、出口处感染等是技术失败主因，构建系统有效的居家护理方案迫在眉睫。5A协同护理模式以评估、劝告、达成共识、帮助、安排为框架，强调多角色协同与全程管理；回授法通过患者复述确保知识准确内化。两者联合有望优势互补，但相关研究鲜见。本研究旨在探讨该方案的应用价值，为优化护理策略提供循证依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2024年1月至2025年6月于本院肾病内科行腹膜透析置管的112例患者。纳入标准： ≥ 18岁，首次置管且术后病情稳定，意识清楚，具备读写沟通能力，照护者固定，知情自愿。排除标准：严重脏器功能障碍，精神/认知障碍，有腹透史或6个月内拟行肾移植，恶性肿瘤或预期生存 < 6个月。随机分为对照组与观察组，各56例。对照组男32例、女24例，年龄（52.3±10.7）岁；原发病：慢性肾小球肾炎26例，糖尿病肾病18例，高血压肾病9例，其他3例；文化程度：初中及以下24例，高中/中专18例，大专及以上14例。观察组男30例、女26例，年龄（53.1±11.2）岁；原发病：慢性肾小球肾炎24例，糖尿病肾病19例，高血压肾病8例，其他5例；文化程度：初中及以下26例，高中/中专17例，大专及以上13例。两组一般资料差异无统计学意义（$P > 0.05$），具有可比性。本研究经医院伦理委员会审批通过（伦理批件号：2024伦审第028号）。

1.2 方法

1.2.1 对照组干预方案

对照组接受常规居家管理：住院期间由责任护士进行腹膜透析操作培训，涵盖换液操作、出口处护理、导管维护、饮食及用药指导；出院时发放《腹膜透析居家管理手册》，含操作流程、并发症识别及自我监测等内容；出院后每月门诊复查时接受常规宣教和咨询，随访周期为每月1次[1]。

1.2.2 观察组干预方案

观察组在常规管理基础上实施5A协同护理联合回授法干预。

（1）组建团队：由1名腹膜透析专科护士、1名主治医师、1名营养师、1名心理咨询师及2名护理骨干组成，家庭照护者纳入协同体系。

（2）5A流程：①评估环节，出院前3天完成系统评估，涵盖疾病认知、操作技能、居家环境、社会支持、心理状态及营养状况，采用相关量表测评作为基线。②劝告环节，一对一沟通，告知规范管理意义及不规范操作后果，阐明行为改变必要性，注重共情。③达成共识环节，遵循SMART原则制定个体化目标，签署契约书，循序渐进动态升级。④帮助环节，采用“讲解-示范-练习-回授”循环培训至操作规范且复述准确率达100%；建立标准化管理清单；建微信群答疑，每两周线上病友交流会；心理咨询师每月疏导1次；对照护者专项培训。⑤安排环节，出院后第1周电话随访，第2周家庭访视现场

纠偏；制定个体化复查计划（1个月后返院，之后每1～3个月1次），复查后团队综合评估调整方案，形成管理闭环。

（3）回授法嵌入：贯穿5A各环节，每次传递信息后要求患者复述或演示，护理人员评价准确性，发现偏差立即纠正并重新回授直至掌握。重点回授腹膜炎识别、出口处感染预防、饮食管理及导管意外处理，采用开放式提问，干预周期6个月[2]。

1.3 观察指标

（1）自我管理能力：采用汉化版腹膜透析自我管理能力量表，含5个维度共30个条目，Likert 5级评分，总分30～150分，于干预前后评估。

（2）透析充分性：干预6个月后检测每周Kt/V（目标≥1.7）、每周Ccr及残肾Kt/V。

（3）并发症：记录腹膜炎（ISPD标准）、出口处/隧道感染、导管相关并发症及容量超负荷发生情况。

（4）生活质量：采用KDQOL-SF™1.3量表，选取症状与问题、肾脏病负担、社会支持及总体健康感知4个维度，线性转换0～100分，于干预前后评估。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0分析，计量资料以$\bar{x}\pm s$表示，组内比较用配对t检验，组间用独立样本t检验；计数资料以例数（%）表示，组间比较用χ^2检验或Fisher精确概率法。$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组自我管理能力比较

干预前，两组自我管理能力各维度评分及总分差异均无统计学意义（$P>0.05$）。干预6个月后，两组各项评分均较干预前上升，但观察组上升幅度更为显著。观察组自我管理能力总分由干预前的（86.4±12.7）分上升至（125.8±10.3）分，对照组由（87.1±13.2）分上升至（104.6±14.5）分，观察组干预后总分显著高于对照组（$t=6.482$，$P<0.001$）。各维度评分比较见表1。

表1 两组干预后自我管理能力各维度评分比较（$\bar{x}\pm s$，分）

维度	观察组（$n=56$）	对照组（$n=56$）	t值	P值
操作技术管理	26.5±2.8	21.7±3.9	5.826	<0.001
饮食管理	25.1±3.2	20.9±4.3	4.975	<0.001
用药管理	24.8±2.5	21.2±3.6	5.012	<0.001
病情监测	25.3±3.0	20.5±4.1	5.483	<0.001
情绪管理	24.1±3.6	20.3±4.2	4.326	<0.001

2.2 两组透析充分性比较

干预6个月后，观察组每周Kt/V、每周Ccr和残肾Kt/V均优于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$），见表2。

表2 两组透析充分性指标比较（$\bar{x}\pm s$）

指标	观察组（$n=56$）	对照组（$n=56$）	t值	P值
每周Kt/V	1.96±0.31	1.78±0.35	2.418	0.017
每周Ccr（L/1.73m^2）	62.4±10.7	55.8±12.3	2.687	0.008
残肾Kt/V	0.71±0.28	0.58±0.25	2.126	0.036

观察组Kt/V达标（≥1.7）率为85.7%（48/56），高于对照组的71.4%（40/56），差异有统计学意义（$\chi^2=4.526$，$P=0.033$）。

2.3 两组并发症发生情况比较

干预期间，观察组腹膜炎发生率为7.1%（4/56），出口处/隧道感染率为5.4%（3/56），导管相关并发症率为3.6%（2/56），容量超负荷率为3.6%（2/56），总并发症发生率为17.9%（10/56）；对照组上述指标分别为19.6%（11/56）、14.3%（8/56）、10.7%（6/56）、10.7%（6/56），总并发症发生率为41.1%（23/56）。观察组总并发症发生率显著低于对照组（$\chi^2=6.217$，$P=0.013$）。其中腹膜炎发生率组间差异有统计学意义（$\chi^2=4.256$，$P=0.039$）。

2.4 两组生活质量比较

干预6个月后，观察组KDQOL-SF各维度评分均高于对照组：症状与问题（78.6±10.4 vs 70.2±12.7）、肾脏病负担（74.3±11.8 vs 65.7±14.2）、社会支持（80.1±9.6 vs 73.8±11.3）、总体健康感知（72.5±10.9 vs 64.8±12.5），差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

3 讨论

3.1 5A协同护理联合回授法提升居家自我管理能力的机制分析

观察组自我管理能力提升显著优于对照组，证实联合方案有效性。机制有三：5A模式通过“评估-劝告-达成共识-帮助-安排”递进框架，将抽象目标具体化，借助主动参与和契约签订激发内在动机；回授法通过复述或演示精准识别认知偏差并即时纠偏，解决信息衰减问题，确保关键知识内化；多学科协同将医师、营养师、心理咨询师及照护者纳入统一体系，提供操作、营养、心理及社会立体化支撑，克服单一护士主导的碎片化局限，全方位巩固自我管理行为[3]。

3.2 5A协同护理联合回授法对透析充分性的影响

观察组每周Kt/V、Ccr及残肾Kt/V均显著优于对照组，达标率由71.4%升至85.7%，表明干预能实质性提升透析质量。透析充分性受操作规范性、饮食管理及容量控制等多重因素影响，而联合干预正着力于此。回授法反复强化显著提高了患者对换液流程、留腹时间等操作细节的依从性；营养师介入结合回授确认，增强了限盐限水和优质蛋白摄入的执行力，从源头减少溶质负荷；有效容量管理则良好保护了残余肾功能[4]。上述结果提示，系统性护理管理不仅能改善行为“软指标”，更能转化为透析效率“硬指标”的提升，具有确切临床获益。

3.3 5A协同护理联合回授法降低并发症的效应分析

观察组总并发症发生率（17.9%）远低于对照组（41.1%），腹膜炎和出口处感染率降幅尤为显著。回授法要求患者完整复述无菌操作、手卫生及出口处观察等核心步骤，有效暴露并纠正隐藏的理解误区，建立牢固的风险预警机制，从源头降低污染概率。同时，5A模式中的“安排”环节通过主动家庭访视，及时发现并纠正导管固定、敷料更换等现场问题，将风险消灭于萌芽。容量超负荷事件的减少，综合反映了饮食管理和超滤监测能力的协同提升。

3.4 5A协同护理联合回授法对生活质量的改善作用

观察组KDQOL-SF各维度评分均显著高于对照组，说明干预能从多路径改善患者主观福祉。机制包括：并发症有效控制直接减少躯体痛苦与住院频率；自我管理能力增强赋予更高掌控感与自信心，缓解习得性无助；多学科全程参与提供坚实专业后盾，缓解营养与心理后顾之忧；病友互助与家庭照护者赋能重建社会支持网络，减轻孤立感[5]。尤为突出的是，“肾脏病负担”维度改善最为明显，提示该模式在降低疾病长期性认知负荷方面具有独特优势，对维系患者长期治疗信心至关重要。

结束语

本研究将5A协同护理与回授法整合应用于腹膜透析置管患者居家管理，形成了“系统框架引导行为改变、双向反馈保障信息内化、多学科协同提供全面支持”的复合干预方案。结果表明，该策略能显著提升患者自我管理能力，改善透析充分性，降低腹膜炎等并发症，提高生活质量。方案可操作性强，具有推广价值，建议纳入腹膜透析护理常规，并探索其在其他慢性病居家管理中的应用。

参考文献

[1]王维凤,王艳波,王帆,等. 5A护理模式临床应用新进展[J]. 中国医药科学,2022,12(1):47-50,124.

[2]赵茹锦,王晓燕.关于肾病内科腹膜透析患者的临床护理分析[J].养生保健指南,2021(33):232.

[3]刘飞扬,苗金红,王琦. 4R理念循证路径对慢性肾衰竭腹膜透析患者的应用效果[J]. 河南医学研究,2024,33(12):2286-2289.

[4]何明,钟碧燕,杨春东.茂名地区腹膜透析相关性腹膜炎的危险因素分析[J]. 医药前沿,2023,13(22):49-51.

[5]王晔,高旭,吴导花,等.持续非卧床腹膜透析患者自我管理能力现状及影响因素分析[J].中国医药导报,2024,21(15):30-32.