

# 基于“5A”护理模式在腰椎术后老年患者功能性便秘预防策略研究

马佳 赖家盈<sup>通讯作者</sup> 卢水霞 苏朝辉 周康

中山大学附属第五医院脊柱外科, 广东珠海, 519000;

**摘要:** 目的: 探讨基于“5A”护理模式预防脊柱外科腰椎术后老年患者功能性便秘的影响, 为该类病人提供有效的护理支持。方法选取 2023 年 3 月至 2025 年 1 月于中山大学附属第五医院脊柱外科诊断为腰椎间盘突出并接受腰椎手术患者 92 例, 采用随机数字表法分为研究组和对照组, 其中研究组 46 例, 对照组 46 例。研究组则实施“5A”护理模式, 对照组采用常规护理模式, 比较两组的术后 1 周内便秘发生率、首次排气排便时间、腹痛症状积分情况、护理满意度等观察指标。结果研究组应用“5A”护理模式的老年患者功能性便秘发生率、首次排气排便时间及腹痛症状积分均显著低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 护理满意率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论应用“5A”护理模式可明显预防腰椎术后老年患者功能性便秘发生率, 促进患者通气排便, 缓解腹部疼痛程度, 消除负面情绪, 提高护理满意度。

**关键词:** “5A”护理模式; 腰椎手术; 老年患者; 功能性便秘; 预防

**DOI:** 10.69979/3029-2808.25.08.030

功能性便秘属于非器质性肠道功能性疾病, 其主要症状为排便周期延长, 大便干硬, 排便困难等, 可发于各个年龄阶段, 我国成人的发病率为 4%~6%, 并且随着年龄的增大, 患病率明显上升, 老年人发病率达到 25%~50%, 成为老年患者腰椎术后常见的并发症之一<sup>[1-2]</sup>。老年患者功能性便秘的发病率虽然较高, 但是人们对疾病的认知和重视程度较低, 很多患者长期服用刺激性泻药, 从而导致病程延长, 排便时过度屏气用力可能会诱发急性心脑血管事件, 极大地影响了患者的生存质量以及生命安全, 而且伴随有焦虑, 抑郁等精神心理共病, 进一步影响着患者的生存质量<sup>[3]</sup>, 所以, 针对个体化的护理干预对于住院患者功能性便秘来说非常关键。以自我管理为导向的“5A”护理模式是以常规护理为基础的人性化护理模式, 包括评估、建议、达成共识、帮助和安排随访 5 个步骤, 是知信行模式与延续性护理相结合<sup>[4-5]</sup>, 用于脑卒中、糖尿病等疾病的护理或普外科术后护理, 在脊柱外科围手术期护理应用较少, 本研究拟探讨该模式对腰椎术后老年患者功能性便秘的预防效果及护理满意度等情况。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

本研究为回顾性队列研究。采用随机数字表法, 选

取 2023 年 3 月至 2025 年 1 月于中山大学附属第五医院脊柱外科对诊断为腰椎间盘突出并接受腰椎手术 92 例老年患者为研究对象。纳入标准: ①年龄  $\geq 60$  岁, 性别不限; ②符合《腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识》<sup>[6]</sup> 腰椎间盘突出症诊断标准的患者; ③均行腰椎后路减压融合内固定术, 且均为初诊且首次进行手术; ④研究内容和目的均知情并同意参加本次临床研究。排除标准: ①排除日常生活能力丧失, 完全依赖, 无法言语交流者; ②排除合并其他严重器质性疾病者; ③排除合并精神性疾病者。本研究共纳入 92 例患者; 分为研究组和对照组, 其中研究组 46 例, 对照组 46 例。其中研究组男性 25 例, 女性 11 例; 年龄中位数 66.0 (60.0, 83.0) 岁。对照组男性 21 例, 女性 15 例; 年龄中位数 69.0 (60.0, 85.0) 岁。两组病人一般资料比较差异无统计学意义。本研究已通过中山大学附属第五医院伦理委员会审查批准 (伦理号: 2025k59-1)。

### 1.2 方法

对照组行常规护理干预, 术前给予常规健康教育, 如通过播放视频、发放健康教育手册、口头宣教等详细告知腰椎间盘突出症发病原因、手术治疗可行性、目的及意义、术后康复训练方法及注意事项, 针对负性情绪病人予以心理疏导; 术中密切监测病人体征, 注意体位

摆放,做好保暖措施;术后养成定时排便的习惯,为病人提供舒适、私密的排便环境,指导病人掌握正确的排便姿势以及进行合理饮食指导。

## 2 研究组

### 2.1 成立质量改进管理小组

成立由护士长、责任护士、老年专科护士及主管医生组成的质量改进管理小组。脊柱外科主管医生在首诊时根据标准筛选符合标准的患者入组,护士长和责任护士负责干预方案的设计以及开展功能性便秘知识培训及考核,责任护士询问患者病史与收集资料、整理数据和分析数据等工作,依据功能性便秘的诊断标准进行便秘评估,根据评估结果确定“5A”护理模式管理,规范化的老年专科护理培训体系由具有主管护师及以上职称的临床护理专家牵头实施,内容为“5A”护理模式管理老年患者功能性便秘的护理实践,包括老年功能性便秘的诊断标准、治疗方式选择以及“5A”护理模式规范护理行为。培训实施采用“理论-实践-考评”三维联动模式,培训结束后进行理论考核,成绩达90分及以上者方可获得临床实践进入护理小组。

### 2.2 干预措施

在对照组基础上行“5A”护理模式(评估-建议-达成共识-帮助-随访)5个环节干预。具体方法如下:

#### 2.2.1 评估(Assess)

患者入院后收集患者临床资料(年龄、性别、发病原因、既往病史、疾病症状、影像学检查、手术治疗情况等),深入了解患者对功能性便秘的认识程度,包括疾病知识、运动管、药物知识、情绪管理和饮食知识,以及家庭基本经济情况和社会支持,综合评估病人疾病认识、用药、心理、早期康复训练、自我管理程度和目标设定,将患者的个人信息录入信息管理随访系统,建立电子版个人档案。

#### 2.2.2 建议(Advice)

责任护士根据首次评估情况建立个体化档案,联合“5A”护理质量改进小组成员对腰椎手术患者构建腰椎术后便秘精准化管理路径。

(1)管理团队的脊柱外科主管医生主要是使患者了解功能性便秘的发生、发展和预后,腰椎术后与功能性便秘、心理水平与功能性便秘的关系做详细介绍,制定分阶段肠道功能康复目标。

(2)责任护士通过评估便秘患者收集的信息联合中医治疗,制定个体化的便秘措施,告知患者功能性便秘引发的严重后果,如焦虑、抑郁及诱发脑血管意外等事件,以及讲解中医治疗功能性便秘的方法及有效案例,讲解治疗的意义和重要性。(3)老年专科护士教会患者每天摄入膳食纤维25~30g;晨起饮1杯白开水(200~300mL),据个人喜好加入蜂蜜、金银花等,同时每日摄入足够的液体约2000mL;训练病人每日定时如厕;进行腹部按摩、缩肛运动、盆底肌训练等早期康复训练。另外,协助中医科医师开展中药敷脐、耳穴压豆、穴位贴敷等中医疗法改善功能性便秘问题。小组成员共同解决首诊患者存在的问题,为患者提供合理性建议。

#### 2.2.3 达成共识(Agree)

由责任护士与患者及家属共同制定个人康复目标,并把诸如饮食改变,排便训练,治疗时段等详细方案定下来,每天监督达到这些目标。

#### 2.2.4 帮助(Assist)

每周举办线上加上线下的有关便秘的知识讲座,利用幻灯片加视频教学,大家多多交流;老年专科护士每班次查看病人的大便情形,注意腹满,腹痛等情况,尽早给予指导;

#### 2.2.5 安排随访(Arrang)

用微信或者打电话做为期三个月每周一次的随访,记录病人吃喝以及排便情形,随时改变照顾方案,督促按时前往医院复查,3个月以后由医生重新规划下一次的门诊时间。

## 3 观察指标

### 3.1 疗效评价

术后1周内功能性便秘发生率:分别记录两组每日排便情况,从术后第1天开始计算,连续记录至术后1周,分别统计两组术后1周内便秘发生率。每周排便少于3次、大便干硬、粪便量减少、排便不尽感、排便困难,被认定为功能性便秘。

### 3.2 观察两组术后恢复指标

首次排气排便时间、腹痛症状积分情况。

### 3.3 护理满意率

采用自制满意度调查表进行评估,总分100分,其中90分以上为非常满意、60~90分为满意、60分以下

为不满意。满意率=(非常满意+满意)/总例数×100%

#### 4 统计学方法

运用 SPSS21.0 软件进行统计学分析, 正态分布的计量资料以均数±标准差表示, 采用独立样本 t 检验; 计数资料以例数、百分比进行描述, 组间比较采用 x<sup>2</sup> 检验; 等级资料比较采用秩和检验, 以 P<0.05 表示差异有统计学意义。

表 1 两组患者的术后 1 周内功能性便秘发生率比较

组别	n	无	有	术后 1 周内功能性便秘发生率
研究组	46	38	8	17.39%*
对照组	46	30	16	34.78%

注: \*与对照组比较, P<0.05

#### 5.2 “5A” 护理模式干预后两组患者术后恢复指标比较

研究组术后排气时间和术后排便时间低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。护理前两组病人腹痛

#### 5 结果

##### 5.1 “5A” 护理模式干预后两组患者术后 1 周内功能性便秘发生率比较

“5A” 护理模式干预后研究组术后 1 周内功能性便秘发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05), 见表 1。

症状积分比较差异无统计学意义 (P>0.05); 护理后两组疼痛评估较护理前均有所提升 (P<0.05); 且护理后研究组病人疼痛评估相较于对照组明显提高 (P<0.05), 见表 2。

表 2 两组患者的术后恢复指标比较

组别	n	术后排气时间(h)	术后排便时间(h)	腹痛症状积分(分)	
				护理前	护理后
研究组	46	26.23±4.89*	40.67±8.43*	5.03±0.79	1.73±0.88**
对照组	46	34.49±5.36	53.35±9.84	5.53±0.86	2.54±1.05*

注: \*与对照组比较, P<0.05; \*\*与对照组及护理前比较, P<0.05

#### 5.3 “5A” 护理模式干预后两组患者术后护理满意率比较

“5A” 护理模式护理后研究组的护理满意率为 93.48%, 较对照组的 78.26% 明显提高 (P<0.05), 见表 3。

表 3 两组患者的护理满意率

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意率
研究组	46	24	19	3	43 (93.48) *
对照组	46	16	20	10	36 (78.26)

注: \*与对照组比较, P<0.05

#### 6 讨论

腰椎间盘突出症属于常见脊柱退行性疾病, 发病率约为 2.9%, 其发病与高强度劳动、外伤有关, 会引发坐骨神经痛、腰痛等症状, 大多数腰椎间盘突出症患者在经过保守治疗无效后会选择外科手术治疗, 随着微创技术的发展, 越来越多的腰椎间盘突出症患者选择微创手术治疗, 但术后可能会因为围手术期卧床时间长、活动量少等原因引发功能性便秘等并发症, 临床上对其采取的护理措施大多以药物干预为主, 不够人性化、预见性差, 治疗效果有限, “5A” 护理管理模式是一种多因素

导致的综合护理方案, 它具有循证依据的整合管理能力, 能够通过评估-建议-达成共识-帮助-随访 5 个环节实施护理干预, 从而提高患者的自我管理能力<sup>[7-8]</sup>。从本研究结果可以看出, “5A” 护理管理模式患者术后 1 周内功能性便秘发生率、首次排气排便时间、腹胀症状积分均低于对照组, 表明 “5A” 护理管理模式能够改善患者的代谢指标和自我管理水平, 保证护理的有效性。

#### 参考文献

[1] Barberio B, Judge C, Savarino EV, et al. Global prev

alenceoffunctionalconstipationaccordingtotheRomecriteria:asystematicreviewandmeta-analysis. *LancetGastroenterolHepatol.* 2021;6(8):638-648. DOI:10.1016/S2468-1253(21)00111-4

[2]陈启仪,丁曙晴,杜晓泉,等.功能性便秘中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].*中国中西医结合消化杂志*,2025,33(03):195-216. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2025.03.02

[3]DebbB,PrichardDO,BharuchaAE. ConstipationandFecalIncontinenceintheElderly. *CurrGastroenterol Rep.* 2020;22(11):54. DOI:10.1007/s11894-020-00791-1.

[4]XuP,ZhengW,ZhuY. EffectAnalysisofLungRehabilitationTrainingin5ANursingModeforElderlyPatientswithCOPDBasedonX-Ray. *ComputMathMethodsMed.* 2022;2022:1963426. DOI:10.1155/2022/1963426.

[5]袁华娣,高丽燕,韩娜菲,等.5A护理模式在日间全

髋、全膝关节置换手术患者院前管理中的应用[J].*中国护理管理*,2024,24(9):1318-1323. DOI:10.3969/j.issn.1672-1756.2024.09.008.

[6]中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组.腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J].*中国疼痛医学杂志*,2020,26(1):2-6. DOI:10.3969/j.issn.1006-9852.2020.01.002.

[7]XuP,ZhengW,ZhuY. EffectAnalysisofLungRehabilitationTrainingin5ANursingModeforElderlyPatientswithCOPDBasedonX-Ray. *ComputMathMethodsMed.* 2022;2022:1963426. DOI:10.1155/2022/1963426.

[8]DuanT,GuoY,LuQ,PanH. Effectofpulmonaryrehabilitationtrainingonpostoperativerecoveryinlungcancerpatientsundergoingthoracoscopicpartialpulmonaryresection:ameta-analysis. *AmJTranslRes.* 2024;16(11):6168-6186. DOI:10.62347/NJRM6592.