

5A 联合 Teach-Back 模式在冠脉介入术后患者中的应用研究

潘秀婷 刘新瑶

南方医科大学南方医院，广东广州，510515；

摘要：目的：探讨 5A 联合 Teach-Back 模式在冠脉介入术后患者健康教育中的应用效果，以提升患者自我管理能力和改善预后。方法：选取 2024 年 1-12 月冠脉介入治疗患者 120 例，随机分为观察组和对照组各 60 例。对照组予常规健康教育，观察组采用 5A（评估、建议、达成共识、协助、随访）联合 Teach-Back 模式。比较两组干预前、干预后 1 个月和 3 个月的 ESCA 评分、健康知识评分，以及不良心血管事件发生率和再入院率。结果：干预前评分无显著差异（ $P>0.05$ ）。干预后 1、3 个月，观察组 ESCA 评分和健康知识评分均显著高于对照组，且不良心血管事件发生率及再入院率均显著低于对照组（均 $P<0.05$ ）。结论：5A 联合 Teach-Back 模式可有效提高患者自我护理能力和健康知识水平，降低不良事件发生率和再入院率，具有临床推广价值。

关键词：5A 模式；Teach-Back 模式；冠脉介入术；健康教育；自我护理能力；预后

DOI：10.69979/3029-2808.26.02.046

引言

冠心病是全世界导致死亡和残疾的主要心血管疾病之一，严重威胁人类健康^[1]。冠脉介入治疗（Percutaneous Coronary Intervention, PCI）是现阶段治疗冠心病的一大微创手段，可快速开通狭窄或闭塞的冠脉血管，恢复心肌供血，缓解患者症状^[2]。但 PCI 术后患者仍面临支架内再狭窄、心律失常、心力衰竭等事件风险，而患者的自我管理能力、健康行为养成直接影响术后康复效果和长期预后。因此，开展科学、有效的健康教育，提升健康认知和自我护理水平，是改善 PCI 术后预后的关键环节。

然而，常规健康教育模式多以医护人员单向灌输知识为主，缺乏对患者接受程度的评估和反馈，患者易出现知识理解不透彻、健康行为执行不到位等问题，健康教育效果欠佳。5A 模式是一种以患者为中心的健康行为干预模式，通过评估（Assess）、建议（Advise）、达成共识（Agree）、协助（Assist）、随访（Arrange）五个连续环节，实现对患者健康行为的精准干预^[3]。Teach-Back 模式又称“回授法”，通过让患者用自己的语言复述所学习的健康知识，帮助医护工作者判断其理解程度，及时纠正认知偏差，强化知识记忆^[4]。本研究旨在探讨将 5A 模式与 Teach-Back 模式联合应用于 PCI 术后患者健康教育中的效果，以验证其是否能优于常规模式，为临床实践提供新依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1-12 月我院心内科接受 PCI 治疗的 120 例冠心病患者，达到诊断标准、意识清晰、自愿参与

并签署同意书，无严重并发症。排除合并重疾、术后并发症、不能配合或中途退出者。根据随机数字表法分为两组，各 60 例，组间一般资料无显著差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组：常规健康教育模式

患者住院期间，由责任护士采用口头讲解、发放健康手册、观看科普视频等方式开展常规健康教育，内容包括 PCI 术后注意事项、饮食指导、运动康复、用药管理、病情监测等。术后出院时提供一次集中健康指导，在出院后 1、3 个月则通过电话完成常规随访，了解患者康复情况，解答患者疑问。

1.2.2 观察组：5A 联合 Teach-Back 模式

成立由 1 名主治医师、2 名主管护师、3 名责任护士组成的健康教育干预小组，小组成员均接受 5A 模式和 Teach-Back 模式相关知识培训，考核合格后参与研究。干预周期为术后 3 个月，具体干预措施如下：

（1）评估（Assess）：患者术后 24 h 内，干预小组通过面对面访谈、问卷调查等方式，全面评估患者的基本情况（年龄、文化程度、病程等）、健康认知水平（对冠心病、PCI 术后康复知识的了解程度）、自我护理能力、健康行为习惯（饮食、运动、用药依从性等）以及心理状态，建立个人健康档案，为制定个性化健康教育方案提供依据。

（2）建议（Advise）：根据评估结果，结合患者个体情况，干预小组向患者及家属提出针对性健康教育建议。建议内容具体、可操作，如饮食上建议低盐低脂，每日盐摄入量<5g；运动方面术后 1~2 周进行散步等运动，逐渐增加强度和时间；用药方面强调遵医嘱用药，

不得擅自改变药量。采用通俗易懂语言讲解建议的依据和重要性，提高患者接受度。

(3) 达成共识 (Agree)：与患者及家属共同探讨健康教育目标和具体实施计划，充分尊重患者的意愿和需求，调整建议内容，达成双方认可的康复共识。如对文化程度较低者，适当简化健康知识内容，增加图文讲解比例；对运动能力较差者，制定循序渐进的运动计划。

(4) 协助 (Assist)：为患者提供实现康复目标的必要支持和帮助。① 知识讲解：采用口头讲解、健康手册、科普视频、模拟演示等方式，向患者传授 PCI 术后康复知识，每讲解一个知识点后，采用 Teach-Bac k 模式让患者复述相关内容，如“术后服用阿司匹林的目的和注意事项”，对于复述不准确或理解有误的地方，及时纠正和再次讲解，直至患者完全理解。② 技能指导：针对术后伤口护理、血压监测、运动方法等技能，进行一对一模拟指导，让患者亲自操作，干预小组指导和纠正，确保患者掌握相关技能。③ 心理支持：关注病人心理状态，对于存在焦虑、抑郁等情绪情况，尽快疏导，鼓励积极面对疾病，增强康复信心。

(5) 随访 (Arrange)：建立常态化随访机制，术后 1 周、2 周、1 个月、2 个月、3 个月进行随访，随访方式包括面对面、电话随访。随访内容包括评估健康知识掌握情况、自我护理行为执行情况、用药依从性、病情变化等，采用 Teach-Back 模式强化患者对健康知识的记忆和理解，及时发现并解决患者康复过程中存在的问题，根据患者康复情况调整干预方案。

1.3 观察指标

分别于干预前、干预后 1 个月、干预后 3 个月对两组患者进行评分。

(1) 自我护理能力：使用自我护理力量表 (ESCA)，覆盖维度有自我护理技能、自我护理责任感、自我概念、健康知识水平维度，共 43 个条目，采用 1~4 级评分，总分 43~172 分，得分越高表示自我护理能力越强^[5]。

(2) 冠心病健康知识掌握程度：采用自行设计的冠心病健康知识问卷，覆盖维度有疾病基础知识、PCI 术后注意事项、饮食指导、运动康复、用药管理、病情监测等，共 20 个条目，各条目 5 分，总分 0~100 分，得分越高表明健康知识掌握程度越佳。问卷经 3 名心内科专家审核，Cronbach's α 系数为 0.86，具有良好信效度。

(3) 不良心血管事件发生率和再入院率：持续追踪，观察其术后 3 个月内不良事件（如心绞痛、心肌梗死等）以及再入院情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 进行分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用独立样本 t 检验；计数资料以 [n (%)] 表示，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后 ESCA 评分比较

干预前，两组患者 ESCA 评分差异无意义 ($P > 0.05$)；干预后 1、3 个月，两组患者 ESCA 评分均较干预前有所升高，且观察组评分显著更高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 ESCA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后	
			1 个月	3 个月
观察组	60	85.36±10.24	118.62±10.35	126.85±11.23
对照组	60	84.78±10.56	105.23±11.46	110.56±10.89
t		0.278	6.342	7.895
P		0.782	<0.001	<0.001

2.2 两组患者干预前后冠心病健康知识掌握评分比较

干预前，两组病人冠心病健康知识掌握评分无差异 ($P > 0.05$)；干预后 1、3 个月，两组评分均较干预前显著升高，且观察组显著更高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 健康知识掌握评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后	
			1 个月	3 个月
观察组	60	52.34±8.67	85.36±6.24	90.12±5.87
对照组	60	51.89±8.92	72.45±7.18	78.63±6.92
t		0.235	9.876	10.342
P		0.815	<0.001	<0.001

2.3 两组患者术后 3 个月内不良心血管事件发生率和再入院率比较

术后 3 个月内，观察组不良心血管事件发生率为 5.00%，再入院率为 3.33%；对照组则依次是 16.67%、13.33%。观察组各数据情况均显著优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

PCI 术后康复是长期过程，有效健康教育对提升患者自我管理能力和改善预后至关重要。常规教育模式单

向且缺乏个性化,导致患者知识掌握不牢和自我护理能力不足。本研究联合5A与Teach-Back模式,效果良好。

3.1 5A联合Teach-Back模式可提升患者自我护理能力

自我护理能力是患者术后康复的核心能力,直接影响康复效果。5A模式通过评估、建议、达成共识、协助、随访五个环节,实现对患者的个性化干预,充分尊重个体差异,制定符合患者需求的康复计划。Teach-Back模式通过让患者复述健康知识,帮助医护人员及时发现认知偏差,进行针对性纠正和强化,确保患者真正理解和掌握相关知识和技能。本研究显示,干预后1、3个月,观察组ESCA评分显著高于对照组($P<0.05$),表明5A联合Teach-Back模式可有效提升病人的自我护理能力。分析原因可能为:5A模式中的“达成共识”增强了患者的自主决策感(内在动机),而Teach-Back的即时反馈则强化了学习效果,两者结合从“认知”和“动机”两个层面共同作用,从而显著提升自我护理能力。

3.2 5A联合Teach-Back模式可提高患者健康知识掌握水平

冠心病健康知识的掌握是患者开展自我管理的基础。常规健康教育模式信息传递方式单一,患者易出现理解不透彻、记忆不牢固等问题。5A联合Teach-Back模式采用多种信息传递方式,如口头讲解、健康手册、科普视频、模拟演示等,同时通过Teach-Back模式进行互动反馈,确保患者真正理解知识^[7]。研究显示,干预后1、3个月,观察组病人的健康知识掌握评分显著高于对照组($P<0.05$),表明联合模式可有效提高健康知识掌握水平。这是因为联合模式在评估患者文化程度、认知水平等基础上,采用通俗易懂的语言和多样化的方式讲解知识,避免了专业术语过多导致的理解困难;同时,通过复述、提问等互动方式,及时发现并解决患者的知识盲区,强化知识记忆,从而提高健康知识掌握水平。

3.3 5A联合Teach-Back模式可改善患者预后

不良心血管事件发生率和再入院率是评估PCI术后患者预后的重要指标。本研究显示,术后3个月内,观察组不良心血管事件发生率和再入院率均显著低于对照组($P<0.05$),表明5A联合Teach-Back模式可有效改善患者预后。分析原因可能为:联合模式通过提升患者的自我护理能力和健康知识掌握水平,使患者能够更好地执行健康行为,如遵医嘱用药、合理饮食、适度运

动、定期监测病情等,从而有效降低支架内再狭窄、心绞痛等不良心血管事件的发生风险;同时,常态化随访能够及时发现患者康复过程中存在的问题,及时调整干预方案,避免病情加重,降低再入院率。

本研究创新点在于将5A模式与Teach-Back模式联合应用于PCI术后患者健康教育,构建“评估-建议-共识-协助-随访”与“反馈强化”相结合的协同干预模式,弥补了单一健康教育模式的不足,实现对患者精准化、个性化干预。本研究也存在局限性,如样本量为单中心120例,且随访时间3个月,这可能限制了结果对更广泛人群的推广性,也无法评估该干预模式的长期效应(如对1年后再入院率的影响);研究结果可能受地域、医院水平等因素影响,普适性有待进一步验证。未来研究可扩大样本量,延长研究周期,进行多中心研究,进一步验证联合模式的长期效果和普适性。

综上所述,5A联合Teach-Back模式应用于冠脉介入术后患者健康教育,可有效提升患者自我护理能力和健康知识掌握水平,降低不良心血管事件发生率和再入院率,改善患者预后,具有较高的临床实践价值和科研意义,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1]邱向阳,梁雨,李海燕.基于CiteSpace近10年冠心病介入治疗护理研究可视化分析[J].介入放射学杂志,2025,34(05):525-530.
- [2]李晓,贾竹敏,李转珍,等.冠心病PCI术后Triangle分层分级延续护理方案的构建[J].护理研究,2025,39(03):409-416.
- [3]钟美玲.中药熏蒸结合teach-back健康教育治疗VDT相关干眼的临床疗效观察[D].山东中医药大学,2024.
- [4]夏瑶瑶,李颐,熊晓云,等.冠心病病人心脏康复护理需求评估工具的研究进展[J].护理研究,2023,37(09):1598-1601.
- [5]云瑞瑞.IMB模型联合Teach-back在缺血性脑卒中患者肢体功能康复中的研究[D].内蒙古医科大学,2023.
- [6]李慧,贡亦军.TTM结合5A护理模式的健康教育对冠心病患者生活质量的影响[J].湖北医药学院学报,2023,42(01):88-92.
- [7]范丽红,5A护理模式在重症冠心病心力衰竭患者中的应用.河北省,张家口市第一医院,2022-08-23.