

FTS 理论下多学科合作对合并基础疾病的老年腰椎手术患者自我效能感的影响

徐 婷

(萍乡矿业集团医学公司总医院, 江西 萍乡 337000)

摘要 目的:观察快速康复外科(FTS)理论下多学科合作对合并基础疾病的老年腰椎手术患者自我效能感的影响。**方法:**选用萍乡矿业集团医学公司总医院 2018 年 7 月-2019 年 7 月收治的 63 例合并基础疾病的老年腰椎手术患者为研究对象,依照区组随机化分组法将其分为对照组 31 例和观察组 32 例。对照组仅使用常规护理,观察组则在其基础上联合 FTS 理论下多学科合作护理。比较 2 组围术期基本情况(手术时间、住院时间、并发症发生率),观察术前、术后 10 天 2 组患者自我效能感[一般自我效能感量表(GSES)],对比术前、术后 10 天 2 组患者腰椎功能[腰椎 JOA 评分表(JOA)]以及术前、术后 1 个月 2 组患者生活质量(生活质量测定量表)。**结果:**2 组手术时间以及术后并发症发生率无统计学意义($P > 0.05$);观察组住院时间明显低于对照组($P < 0.05$);术后 10 天,2 组 GSES、JOA 主观症状、临床症状及总分与术前相比均有显著升高($P < 0.05$),观察组明显高于同一时间对照组($P < 0.05$);术后 1 个月,2 组生活质量测定量表健康状态、生活感觉、生活能力、生活满意度维度评分及总分均有显著升高($P < 0.05$),且观察组明显高于同一时间对照组($P < 0.05$)。**结论:**对合并基础疾病的老年腰椎手术患者实施 FTS 理论下多学科合作护理,能加快患者腰椎功能恢复,缩短住院时间,增加其自我效能感,改善术后生活质量,具有较高临床应用价值。

关键词 快速康复外科;多学科合作;基础疾病;腰椎手术

中图分类号:R 493 文献标识码:B 文章编号:1673—6567(2022)015—0059—04 DOI 编码:10.13214/j.cnki.cjotadm.2022.015.015

快速康复外科(FTS)理念是以精细操作、最小化损伤、最大化标准根治、减少对组织干扰为基本,采取的多形式干预方式,通过将外科医生、麻醉师、护士和理疗师等重组为一个康复团队,医护人员相互密切协作,采取一系列干预措施,旨在减少患者手术应激以及降低术后并发症发生风险,以期待患者能安全渡过围术期的同时,缩短其住院时间^[1]。而多学科合作是指利用多学科技术,让各类外科医生、麻醉师、营养师等医护人员通过合作,为患者完成一个无痛、无风险且能尽快康复出院的围术期处理过程。目前 FTS 最成功应用是结直肠切除术,能有效促进术后肠梗阻的恢复^[2]。然而该方式对腰椎手术研究较少,且常规护理模式下腰椎手术患者并发症较高,住院时间较长。并且对于合并基础疾病的老年腰椎手术患者而言,在进行手术治疗时,应积极考虑到患者可能会发生的并发症,以便在术前、术中、术后采取针对性护理措施,使患者能顺利度过围术期。对此,本研究为 FTS 理论下多学科合作对合并基础疾病的老年腰椎手术患者自我效能感的影响,将其观察过程整理报告如下。

临床资料

1 一般资料:选用萍乡矿业集团医学公司总医院 2018 年 7 月-2019 年 7 月收治的 63 例合并基础疾病的老年腰椎手术患者为研究对象。(1)纳入标

准:诊断为腰椎间盘突出症^[3];需行手术者;年龄在 60 岁以上;患者了解并愿参与此次研究;合并基础疾病者。(2)排除标准:精神疾病患者;运动完全受限者;先天免疫缺陷者。根据区组随机化分组法将其分为对照组 31 例和观察组 32 例。对照组:男 24 例,女 7 例;年龄 60-74 岁,平均为(67.68 ± 5.14)岁;病程为 3-9 年,平均病程为(6.54 ± 2.12)年;基础疾病类型:糖尿病 12 例,高血压 9 例,冠心病 7 例,良性肿瘤 3 例。观察组:男 26 例,女 6 例;年龄 60-76 岁,平均为(68.51 ± 5.14)岁;病程 3-10 年,平均病程为(6.91 ± 2.27)年;基础疾病类型:糖尿病 13 例,高血压 7 例,冠心病 7 例,良性肿瘤 5 例。2 组临床资料具有可比性($P > 0.05$)。

2 方法:对照组按常规手术流程进行,并给予常规护理,包括健康教育、用药护理、安全护理以及术后随访等。观察组则在对照组基础上联合 FTS 理论下多学科合作护理,具体方法如下:(1)组建 FTS 合作护理小组。小组成员包括内分泌科、血管外科、肿瘤科等外科医生、主刀医师、麻醉师、护士、营养师、理疗师等医护人员,小组成员相互沟通合作,外科医生、主刀医师共同探讨腰椎手术治疗方式,遵守精细操作、最小化损伤、最大化标准根治、减少对组织干扰等原则,合理设计手术方案,其他医护人员共同探讨术前、术中、术后、院外相关护理,并总结出护理方

案。(2)术前准备。术前,应针对患者合并基础疾病情况,组织心内科、肾内科、神经科等多学科联合会诊,调整基础疾病治疗方案,改善患者身体情况,使患者能耐受手术。如:合并糖尿病患者,为防止手术过程中使用相应药物的影响,需进行全面检查、综合分析、调整用药,防止麻醉和手术诱发的血糖急剧升高。合并高血压的患者,术前需根据血压、心电图等调整降压药使用方案,在术中和术后也要监测其血压变化。医护人员还要详细进行术前宣教,告知病人及家属腰椎手术围术期的治疗方案,让患者对自身情况有一个更全面的了解;并进行术前心理护理,减轻患者恐惧、焦虑,让患者更好地配合医护人员。(3)术中护理。护士需在术前、术后 2 小时之内采取保温措施,使用床单元加温机,维持患者正常体温。(4)麻醉药物选择。选择起效快和代谢快的药物,根据手术时间,确定药物含量,保证患者术后能快速复苏。(5)术后护理。麻醉师指导患者或家属使用自控镇痛泵实施术后镇痛;营养师、理疗师等医护人员指导患者合理饮食,并进行适当运动锻炼,例如可以采用仰卧姿势,将腹部逐渐抬起,形成一个拱桥形,即可增加腰椎的稳定性,还能加强背部肌肉;此时需注意必须保证患者量力而行,若患者身体虚弱,需选择较温和的锻炼方式,可选择散步、瑜伽等非针对腰椎运动;针对合并有糖尿病、高血压等基础疾病患者,需注意控制含糖、钠等食物摄入;术后多与患者聊天,了解患者心理状态,因腰椎手术的特点,患者术后早期可能无法进行活动或出现明显术后疼痛等情况,此时需进行术后心理指导,告知其发生原因,以避免恐动症的发生;并根据其身体情况,告知其行为能力,为患者讲解术后注意事项,告知手术的重要性和安全性,消除其思想顾虑,增强患者自信心,并让患者认真看待自身缺点,避免其因行为过重,而导致腰椎再次受损。(6)院外随访护理。患者出院后,安排患者家属监督、指导患者进行适当运动,要求其家属理解患者、帮助患者,提高患者康复信心,并于术后 1 个月安排患者回院复查,观察其腰椎恢复情况。

3 观察指标:(1)比较 2 组围术期基本情况。包括手术时间、住院时间以及术后 1 周并发症发生率。(2)观察术前、术后 10 天 2 组患者自我效能感,使用一般自我效能感量表(GSES)进行评估^[4]。该表根据自信理论看待个体处理生活压力的能力,共有 10 个评分题,根据真实情况采用 1-4 级评分,分数越高,说明自信心越强,自我效能感越高。(3)对比术

前、术后 10 天 2 组患者腰椎功能,使用腰椎 JOA 评分表(JOA)进行评分^[5]。该表含主观症状(9 分)和临床症状[临床体征(9 分)、日常生活受限(14 分)、膀胱功能(-6-0 分)]。(4)对比术前、术后 1 个月 2 组患者生活质量,使用生活质量测定量表^[6]进行评估:包括健康状态(2 项)、生活感觉(7 项)、生活能力(6 项)、生活满意度(10 项)4 大维度,每项均采用 1-5 级评分,分数越高说明患者生活质量越高。

4 数据分析:数据分析采用 SPSS21.0 软件,计量资料使用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料使用例及百分数(*n*,%)表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示有显著差异。

5 结果

5.1 2 组围术期基本情况比较:术后 1 周,观察组发生 1 例(3.12%)术后感染,2 例(6.25%)术后持续疼痛,对照组发生 2 例(6.45%)术后感染,5 例(16.13%)术后持续疼痛;2 组手术时间以及术后并发症发生率无统计学意义($P > 0.05$),观察组住院时间明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 2 组围术期基本情况比较($\bar{x} \pm s, n, \%$)

组别	例数	手术时间(min)	住院时间(d)	并发症发生率
观察组	32	57.72 ± 13.54	12.64 ± 2.76	3(9.37)
对照组	31	58.49 ± 14.56	15.81 ± 3.25	7(22.58)
<i>t</i>	-	0.217	4.177	$\chi^2 = 1.186$
<i>P</i>	-	0.828	<0.001	0.276

5.2 2 组患者自我效能感比较:术前,2 组患者 GSES 评分比较无统计学差异($P > 0.05$);术后 10 天,2 组 GSES 评分与术前相比均有显著升高($P < 0.05$),且观察组明显高于同一时间对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 2 组患者 GSES 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	GSES		<i>t</i>	<i>P</i>
		术前	术后 10 天		
观察组	32	13.41 ± 4.63	29.35 ± 7.93	9.819	<0.001
对照组	31	12.37 ± 4.79	23.48 ± 8.52	6.430	<0.001
<i>t</i>	-	0.876	2.831	-	-
<i>P</i>	-	0.384	0.006	-	-

5.3 2 组患者腰椎功能比较:术前,2 组患者 JOA 主观症状、临床症状及总分比较无统计学差异($P > 0.05$);术后 10 天,2 组 JOA 主观症状、临床症状及总分均有显著升高($P < 0.05$),且观察组明显高于同

—时间对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 2 组患者腰椎功能比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	主观症状		临床症状		JOA 总分	
		术前	术后 10 天	术前	术后 10 天	术前	术后 10 天
观察组	32	3.52 ± 1.04	7.15 ± 1.62 ^a	7.68 ± 2.54	18.51 ± 3.22 ^a	11.20 ± 2.59	25.66 ± 3.10 ^a
对照组	31	3.21 ± 1.03	5.24 ± 1.31 ^a	6.79 ± 2.83	14.35 ± 4.66 ^a	10.00 ± 2.48	19.59 ± 4.03 ^a
<i>t</i>	-	1.188	5.135	1.314	4.133	1.877	6.713
<i>P</i>	-	0.239	<0.001	0.193	<0.001	0.065	<0.001

注:与术前比较,^a $P < 0.05$

5.4 2 组患者生活质量比较:术前,2 组生活质量量表评分比较无统计学差异 ($P > 0.05$); 术后 1 个月,2 组生活质量测定量表健康状态、生活感觉、生活

能力、生活满意度维度评分及总分均有显著升高 ($P < 0.05$), 且观察组明显高于同一时间对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 2 组患者生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	健康状态		生活感觉		生活能力	
		术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月
观察组	32	2.61 ± 0.51	5.71 ± 0.68 ^a	10.27 ± 1.41	24.65 ± 5.88 ^a	8.29 ± 1.33	19.25 ± 3.54 ^a
对照组	31	2.64 ± 0.52	5.32 ± 0.69 ^a	9.92 ± 1.54	21.27 ± 5.64 ^a	8.46 ± 1.47	17.48 ± 3.27 ^a
<i>t</i>	-	0.231	2.259	0.941	2.327	0.481	2.059
<i>P</i>	-	0.818	0.027	0.350	0.023	0.632	0.043

续表 4 2 组患者生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生活满意度		总分	
		术前	术后 1 个月	术前	术后 1 个月
观察组	32	12.69 ± 1.53	31.68 ± 7.82 ^a	33.85 ± 4.61	81.29 ± 13.46 ^a
对照组	31	12.71 ± 1.44	27.56 ± 8.31 ^a	33.73 ± 4.35	71.63 ± 14.92 ^a
<i>t</i>	-	0.053	2.027	0.106	2.700
<i>P</i>	-	0.957	0.047	0.915	0.009

注:与术前比较,^a $P < 0.05$

讨 论

腰椎手术可以在短时间内减轻或消除患者痛苦,但其操作难度大、风险高,为保证良好的手术效果,现实施 FTS 理论下多学科合作护理。FTS 理论下多学科合作是为整合、协调各项医疗资源,为患者提供优质的医疗护理服务,以促进患者术后康复。不仅能保证良好的手术效果,还能为医院节省医疗资源、提高学科团队合作能力^[7]。

FTS 核心是在围术期应用各种已被证实的有效方法以减少患者的手术应激反应和并发症,缩短其住院时间,提高患者满意度。而多学科合作则是以患者为中心,针对特定疾病,依托多学科团队,制定规范化、个体化的综合治疗方案,加快患者术后康复,恢复其正常生活能力^[8]。本研究发现观察组住院时间明显低于对照组,这说明 FTS 理论下多学科合作护理能有效缩短腰椎手术患者住院时间,原因

可能是该护理模式选择起效快和代谢快的麻醉药物以及术后镇痛等方式,有效减轻患者手术应激反应,也为其早期活动创造了条件,并通过指导患者合理饮食,适当运动等方式,增强患者自我恢复能力,从而有效缩短住院时间。而本研究还发现 2 组术后并发症发生率无统计学意义,然而有研究指出,低体温会增加术中出血量,诱发术后切口感染、凝血障碍等情况,采取保温措施,可有效减少术后并发症^[9],这可能本次研究样本量较少有关,可增大样本量再次研究。自我效能感是指个体对自己面对环境中的调整能否采取适应性行为的知觉或信念,在行为层面,自我效能感常用自身能力相联系,而在感觉层面,自我效能感往往与抑郁、焦虑及无助相联系^[10]。本次研究中,2 组自我效能感与术前相比均有显著升高,观察组明显高于同一时间对照组,这说明 FTS 模式护理能有效增加患者自我效能感,原因可能是 FTS 模式下通过术前心理护理和术后心理护理等手段,通过让患者了解自身行为能力,减轻患者恐惧、焦虑心理,增强患者自信心,从而有效增加患者自我效能感。本研究还发现术后 10 天,2 组 JOA 评分有显著升高,且观察组明显高于同一时间对照组,这说明 FTS 模式护理能有效促进患者腰椎功能恢复,原因可能是通过保温措施、术后镇痛、指导患者运动等手段,增加患者体质,使其腰椎得到合理锻炼,从而有利于其腰椎功能恢复^[11]。而在术后 1 个月复查随访

发现,观察组生活质量明显高于对照组,这可能是因为在 FTS 理论下,遵守最小化损伤原则,想方设法减少创伤,避免其手术对患者造成不良影响;并且在多学科合作护理中不仅在围术期期间进行多学科护理,还安排营养师、理疗师等医护人员于术后、院外进行相应护理指导,调整患者身体情况,加快身体功能恢复,还安排其家属指导、帮助患者,使患者感到被关怀,从而有效改善患者术后生活质量^[12]。

综上所述,对合并基础疾病的老年腰椎手术患者实施 FTS 理论下多学科合作护理,能有效缩短其住院时间,增加其自我效能感,加快其腰椎功能恢复,改善术后生活质量,对患者预后有利。

参考文献

[1] 乔丽艳,郝占元,左灵.加速康复外科理念下麻醉管理在腰椎手术中的应用[J].中国医药导报,2021,18(4):107-110,138.

[2] 林碧绿.快速康复外科理念在腹腔镜下子宫肌瘤切除术患者中的效果研究[J].中国妇幼健康研究,2018,29(7):914-916.

[3] 冷双全,武晓丽,王化刚.手术治疗腰间盘突出症 113 例[J].吉林大学学报(医学版),2006,32(4):719-719.

[4] 申继亮,唐丹.一般自我效能感量表(GSES)在老年人中的使用[J].中国临床心理学杂志,2004,12(4):342-344.

[5] 何丽英,魏洁,刘俊英.JOA 评分量化诊断系统在腰椎术后个性化护理方案制定中的意义[J].河北医药,2010,32(12):1640-1641.

[6] 万崇华.常用生命质量测定量表简介[J].中国行为医学科学,2000,9(1):73-75.

[7] 任秋平,罗艳丽.多学科合作快速康复外科模式在肝癌围术期的应用[J].华西医学,2017,32(3):400-403.

[8] 张晓莹,张翠英,王元玲.多学科协作护理模式在伴有基础疾病的老年胸腰椎骨折围术期中的应用[J].海南医学,2019,30(7):949-952.

[9] 何云霞,于敏,戴雨梅,等.基于 FTS 理念下多模式护理干预在乳腺癌手术患者中的应用[J].实用临床医药杂志,2017,21(16):194-196.

[10] 任晓冉,陈鸿芳,陈玉,等.老年腰椎间盘突出症患者自我效能水平及其影响因素[J].中华老年多器官疾病杂志,2020,19(9):26-30.

[11] 徐王兵,李勇,钟发明,等.2 种脊柱微创手术治疗老年 L₅/S₁ 椎间盘突出症疗效比较及对患者 VAS 及 JOA 评分的影响[J].陕西医学杂志,2020,49(1):72-75.

[12] 宋莹莹,张岚,刘秀梅,等.多学科协作干预对腰椎术后恐动症患者康复结局的影响[J].护理学杂志,2019,34(9):76-79.

作者简介:徐婷,本科,主管护师,单位:萍乡矿业集团医学公司总医院,邮编:337000,手机:15979250523

收稿日期:2021-03-09

(上接 58 页)

生活质量评分高于对照组($P < 0.05$);观察组不良反应发生率低于对照组($P < 0.05$);观察组患者的疼痛、肿胀、瘀斑临床症状消失时间明显短于对照组,2 组差异显著($P < 0.05$)。说明四物汤加减应用于外伤性骨折患者治疗中具有确切的疗效。诸药同用能起到有效改善患者微循环,能促进患者患肢血运畅通,促进骨折的愈合,有效缩短患者的恢复时间。

综上所述,在外伤性骨折患者的临床治疗中,应用四物汤加减治疗,能给予患者更具针对性的治疗,改善局部氧供给情况,促进血液循环,能促进患者症状的改善,减轻患者的痛苦与负担,为创伤性骨折愈合提供良好的软组织环境,加快其骨折的愈合,临床治疗效果显著,且应用四物汤治疗的不良反应率较低,临床应用具有较高的用药安全性,值得推广。

参考文献

[1] 李跃京,刘锋伟,李彦州,等.芎活四物汤联合介入疗法治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折的疗效及对患者骨代谢的影响[J].陕西中医,2018,39(007):938-940.

[2] 魏星星.加味桃红四物汤治疗胫腓骨骨折术后肿胀的疗效以及对骨折愈合的影响[J].中国中医药现代远

程教育,2018,16(23):102-104.

[3] 冯遵浩.分析桃红四物汤、手法复位夹板或石膏固定治疗四肢闭合性骨折及影响机体炎性细胞因子的实际效果[J].中外医疗,2018,37(33):24-26.

[4] 马云霞,毛廷森,李辉,等.桃红四物汤加减对外伤性脾切除术后血栓形成及血小板水平的影响[J].中国临床医生杂志,2019,47(5):616-619.

[5] 韩亚力,罗奕,曾佳学.桃红四物汤合防己黄芪汤治疗胫腓骨骨折术后肿胀的疗效以及对骨折愈合的影响[J].中华中医药学刊,2018,36(7):1707-1710.

[6] 王晓彤,林海雄,肖志勋,黄冬欢,金远林,黄枫.桃红四物汤加减辅助治疗外伤性骨折临床疗效和安全性的系统评价[J].中国药房,2017,28(36):5106-5110.

[7] 吴志红.桃红四物汤对外伤性骨折初期的临床价值分析[J].当代医学,2014,20(29):148-149.

[8] 程汉智.加味桃红四物汤治疗上颈椎骨折术后早期颈部疼痛的临床研究[D].福州:福建中医药大学,2016.

[9] 陶熙,贺前松.外伤性骨折初期桃红四物汤治疗效果研究[J].西南国防医药,2016,26(03):303-304.

[10] 王厚义,于秀英,何勇.四物汤分期加减治疗外伤性骨折的有效性以及对患者疼痛症状的影响[J].内蒙古中医药,2021,40(11):49-50.

收稿日期:2020-09-21