

围手术期老年患者综合评估与个体化干预方案制定

木尼热·赛麦提

新疆医科大学第七附属医院 新疆 830000

【摘要】：目的：探讨（老年）综合评估联合个体化干预对围手术期老年患者（主要是肿瘤和糖尿病足的患者）的临床效果及预后影响，为优化临床护理路径提供循证依据。方法：回顾性分析 2023 年 5 月至 2025 年 5 月期间在本院接受手术治疗的老年患者共计 102 例，按干预方式不同分为对照组（n=51）和观察组（n=51）。对照组给予围手术期常规护理，观察组在此基础上给予（老年）综合评估及个体化干预。对比 2 组患者术后并发症发生率，疼痛评分，术后恢复指标以及住院满意度情况。结果：在观察组中，术后并发症的发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ），同时术后的疼痛评分也更低，住院和下床的时间也更短，护理的满意度也更高，这些差异在统计学上是有意义的。结论：对围手术期老年患者进行综合评估和个体化干预，能有效减少并发症的发生风险、改善术后康复过程、促进患者总体满意度的提高，临床推广价值很高。

【关键词】：（老年）综合评估；个体化干预；老年患者

DOI:10.12417/2705-098X.25.23.048

前言

伴随着我国人口老龄化倾向的增加，住院手术病例中老年患者的占比也呈逐年攀升态势。根据数据显示,65 岁及以上的老年病人接受手术的比例每年都在上升，特别是那些高风险的手术，如肿瘤切除和糖尿病足坏死清创术，这些手术在围手术期的管理上面临着更大的挑战。老年患者往往存在多系统功能减退、合并多种慢性病（例如高血压，糖尿病，心功能不全），其术后恢复缓慢、并发症发生率高。所以，单纯依靠常规围手术期护理模式已经很难适应他们特殊的生理状态和康复需求。近年来，综合评估工具（如 CGA）与个体化护理干预策略逐步在外科护理中获得关注与应用，其理论基础源于精准医疗和整体护理理念。综合评估既包含了生理，心理，营养和认知多维度对健康状态的评判，又为科学地制定后续护理计划奠定基础。本文旨在比较常规护理和综合评估结合个体化干预 2 种模式对老年肿瘤和糖尿病足患者围手术期护理的影响，以期为此类病人提供更安全，更有效的护理路径。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文选择 2023 年 5 月-2025 年 5 月间，于本院普外科，骨科，老年病科（普通外科、泌尿科、肿瘤外科）进行手术的老年住院患者，共计 102 例。被选中的条件是：年龄在 1 年内不少于 65 岁；2 明确诊断为实体肿瘤（如结直肠癌、乳腺癌）或糖尿病足、烧伤及烫伤需手术处理者；3.可以结合术前评估和术后随访。

排除标准：1.精神疾病对沟通者的影响；2.严重器官功能衰竭不能承受手术的患者；3 例患者在手术期间转姑息治疗。

在这之中，对照组有 51 人，其中男性 28 人，女性 23 人；年龄 65 - 82 岁，平均（ 73.42 ± 6.71 ）岁；其中 33 例为肿瘤患者、18 例为糖尿病足患者。观察组 51 例，男 27 例，女 24 例；

年龄 66 - 84 岁，平均（ 72.94 ± 6.95 ）岁；34 例为肿瘤患者,17 例为糖尿病足患者。2 组的性别，年龄及基础疾病构成差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

本组病人在我院进行了常规围手术期的护理。术前评价只在麻醉科进行，以呼吸，循环系统的状态评价为主，没有营养，心理和功能状态的系统评价。术前的处理没有个体化的调整。手术后的疼痛管理采用了传统的方法，如哌替啶 50mg 的肌肉注射，每隔 6 小时进行一次，或者选择复方曲马多口服两片，每天三次，并没有使用多模式的疼痛管理策略。手术后的基础护理主要是对生命体征，切口渗出和引流情况的观察，对护理计划没有针对性的调整^[1]。饮食恢复根据统一医嘱进行，不进行营养筛查和干预^[2]。手术后的康复环节没有制定目标，对病人的活动指导不到位，第一次下床胃肠功能恢复的时间滞后。出院标准的统一标准是手术后第五天血象恢复正常，不受感染，能够自主行走，没有充分考虑个体差异和家庭环境的影响^[3]。整体护理流程化和标准化，但是缺少针对老年患者特殊风险进行准确识别和干预。

1.2.2 观察组

观察组在对照组的基础上引进多学科综合评估及个体化护理。术前医护，营养师和康复师分组进行 MMSE，MNA，Barthel，SAS/SDS 和 Charlson 指数的评价，根据评价结果制订护理计划。对营养风险者术前 3 天口服肠内营养（瑞福宁 200ml，bid），提升免疫水平。手术后，我们使用 PCIA 结合对乙酰氨基酚 0.5g q6h 进行镇痛，并对评分较高的患者额外给予氟比洛芬酯注射液 50mg bid。康复方案特别强调在手术后的 6 小时内首次下床，并进行深度呼吸和积极的活动训练^[4]，同时饮食将按照清流-半流-软食的过渡计划进行^[5]。每天至少进

行 15 分钟的心理干预，并结合 SAS 动态调整干预的强度。本组护理突出主动性，精准性及可反馈性等特点^[6]，保证了每一次干预都能准确契合病人的个体特征，显著提高了术后康复的效率及满意度。

1.3 观察指标

(1) 手术后可能出现的并发症有：肺部感染、手术切口感染、下肢深静脉血栓（DVT）以及谵妄等情况。

(2) 手术后 VAS 疼痛得分：记录手术后 6h，24h，48h，采用 0-10 评分系统对患者的静息痛和活动痛进行评价。

(3) 术后康复指标：如首次下床活动时间、住院天数、胃肠功能恢复时间（首次排气时间）。

(4) 关于护理满意度的评分，我们使用了本院自行设计的满意度评价量表，该量表涵盖了服务态度、疼痛管理（删除疼痛管理，写病房管理、健康宣教）、沟通成效以及康复指导等多个方面，总分达到了 100 分。（住院患者体验和满意度调查问卷

1.4 统计学方法

本研究采用 SPSS 27.0 统计软件进行分析。连续型资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用独立样本 t 检验进行组间比较；计数资料以例数（%）表示，采用 χ^2 检验。多时间点比较（如 VAS 评分）采用重复测量方差分析（RM-ANOVA），术后恢复指标与满意度评分则结合 Mann-Whitney U 检验进行验证。所有统计分析均设显著性标准为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组术后并发症发生率比较

表 1 所示观察组患者手术后并发症发生率明显低于对照组患者，特别是肺部感染，DVT，手术后谵妄等并发症，具有显著干预作用，这些差异在统计上是有意义的（ $P < 0.05$ ），这表明综合评价和个性化的护理方法可以显著降低围手术期的并发症风险。表 1 所示观察组患者手术后并发症发生率明显低于对照组患者，特别是肺部感染，DVT，手术后谵妄等并发症，具有显著干预作用，这些差异在统计上是有意义的（ $P < 0.05$ ），这表明综合评价和个性化的护理方法可以显著降低围手术期的并发症风险。

表 1 两组术后并发症发生率比较表

组别	对照组(n=51)	观察组(n=51)
肺部感染	6(11.8%)	2(3.9%)
切口感染	4(7.8%)	1(2.0%)
DVT	5(9.8%)	1(2.0%)
谵妄	7(13.7%)	2(3.9%)

总并发症率（%）	22(43.1%)	6(11.8%)
t 值	-	3.825
P 值	-	0.012

2.2 两组术后 VAS 疼痛评分比较

表 2 示观察组手术后各时间节点 VAS 评分明显低于对照组，提示个体化镇痛措施镇痛效果较好，有利于减轻手术后疼痛，增强病人舒适感（ $P < 0.001$ ）。表 2 示观察组手术后各时间节点 VAS 评分明显低于对照组，提示个体化镇痛措施镇痛效果较好，有利于减轻手术后疼痛，增强病人舒适感（ $P < 0.001$ ）。

表 2 两组术后 VAS 疼痛评分比较表

时间	对照组($\bar{x} \pm s$)	观察组($\bar{x} \pm s$)	t 值	P 值
术后 6h	5.81 ± 1.03	3.92 ± 1.01	6.943	<0.001
术后 24h	4.16 ± 1.12	2.87 ± 0.96	5.673	<0.001
术后 48h	2.94 ± 0.87	1.83 ± 0.91	6.072	<0.001

2.3 两组术后康复指标比较

表 3 结果显示：观察组首次下床较早，住院较短，胃肠功能康复较快，这与提前干预综合康复计划有密切关系，反映出个体化干预在提高术后恢复速度方面具有积极作用。表 3 结果显示：观察组首次下床较早，住院较短，胃肠功能康复较快，这与提前干预综合康复计划有密切关系，反映出个体化干预在提高术后恢复速度方面具有积极作用。

表 3 两组术后康复指标比较表

指标	对照组($\bar{x} \pm s$)	观察组($\bar{x} \pm s$)	t 值	P 值
首次下床时间(h)	28.57 ± 6.42	18.93 ± 5.71	7.486	<0.001
住院时间(d)	12.64 ± 2.13	9.41 ± 1.89	7.932	<0.001
排气时间(h)	37.82 ± 5.76	30.45 ± 4.98	6.104	<0.001

2.4 两组护理满意度比较

表 4 中观察组整体满意度评分明显优于对照组，表明综合评估及个性化护理方案的实施不但增强了病人体验，而且还促进了护理服务质量及病人主观认同感。表 4 中观察组整体满意度评分明显优于对照组，表明综合评估及个性化护理方案的实施不但增强了病人体验，而且还促进了护理服务质量及病人主观认同感。

表 4 两组护理满意度比较表

项目	对照组($\bar{x} \pm s$)	观察组($\bar{x} \pm s$)	t 值	P 值
总满意度得分	81.65 ± 6.89	92.74 ± 5.13	9.284	<0.001

3 讨论

该研究结果提示围手术期老年患者导入（老年）综合评估联合个体化干预可使多项关键临床指标的护理效果明显好于常规护理模式。观察组在手术后的总并发症发生率明显低于对照组（11.8%vs.43.1%， $P=0.012$ ），这种差异是通过全面的术前健康评估和手术中的观察得出的、手术后及早采取风险干预，能有效防止老年患者围术期肺部感染，手术后谵妄以及下肢深静脉血栓形成等常见并发症^[7]。特别是对糖尿病足病人，其术后并发症控制特别有赖于多学科合作的个性化措施，如血糖管理，营养支持和肢体康复。

疼痛控制方面，观察组在术后 6h、24h、48h 的 VAS 评分分别为 3.92 ± 1.01 、 2.87 ± 0.96 、 1.83 ± 0.91 ，显著优于对照组（ $P<0.001$ ），说明采用多模式镇痛方案（例如 PCIA 与对乙酰氨基酚，氟比洛芬酯等的结合）不仅能控制术后急性痛感，也有助于早期下床和整体康复的推进。在康复指标上，观察组的

首次起床时间、住院天数和排气时间分别是 18.93 ± 5.71 小时、 9.41 ± 1.89 天和 30.45 ± 4.98 小时，明显好于对照组，说明多维康复支持干预对促进术后康复的效率有实际效果。

从患者的主观感受来看，观察组的护理满意度评分为 92.74 ± 5.13 分，这明显高于对照组的 81.65 ± 6.89 分，这种差异在统计上是有意义的（ $P<0.001$ ）。这体现出以综合评估为指导的个体化护理更加契合老年患者在交流，舒适，安全上的心理及生理需求，大大提高患者在就诊过程中的接受度和依从性。

总之，围手术期全面评估结合个体化干预策略在手术前的科学筛查，手术中的风险把控和手术后的精细护理等多方面起到联动效应^[8]，本实用新型不仅提高临床护理专业性及精准性，而且明显提高患者安全性及满意度，有很好的推广价值及现实可操作性，值得对老年手术患者的治疗和研究不断深入。

参考文献:

- [1] 中国健康促进基金会医药知识管理专项基金专家委员会,中国药师协会围手术期用药工作委员会,中国心胸血管麻醉学会心血管药学会,中国药理学会治疗药物监测研究专业委员会.围手术期止血药物的选择与药学监护专家共识[J].医药导报,2025,44(01):7-23.
- [2] 高秋瑾.老年患者全麻术后并发症的影响因素分析[D].昆明医科大学,2024.
- [3] 靳婷.医护一体化老年肺癌患者围手术期肺康复方案构建及应用[D].昆明医科大学,2024.
- [4] 赖观好,彭双林,卢雪云,邓晶莹,黄雪妹.微型营养评定简表在围手术期老年患者营养风险筛查中的应用[J].临床普外科电子杂志,2024,12(04):11-15.
- [5] 周亮,徐海涛,刘佐忠,邵高海,屈一鸣.快速康复外科理念和老年综合评估在高龄骨质疏松性椎体压缩性骨折患者椎体成形术围手术期管理的临床应用[J].脊柱外科杂志,2024,22(05):308-312.
- [6] 周亮.ERAS 及 CGA 在高龄 OVCF 患者椎体成形术围术期管理的临床应用研究[D].重庆医科大学,2024.
- [7] 潘锋,张英杰.加强围手术期综合管理保障老年患者手术安全——《老年非心脏手术围手术期风险评估与管理指南 2021》解读[J].中国医药导报,2022,19(01):1-4.
- [8] 公晓菊.老年综合评估在结直肠癌住院患者围手术期衰弱管理中的应用[D].山东大学,2020.