

综合中医理念介入的风险控制管理方案在老年骨科手术患者中的应用效果

刘建风

赣州市肿瘤医院 江西 赣州 342300

【摘要】目的：分析综合中医理念介入下的风险控制管理方案对手术治疗老年骨科患者的护理效果。方法：选择2024年1月-2025年12月的80例老年骨科手术患者，根据随机数字表法将患者分为对照组与观察组，各40例。对照组采用常规管理，观察组采用综合中医理念介入的风险控制管理方案。对比两组视觉模拟疼痛评分（VAS）、匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）以及焦虑自评量表（SAS）评分；应激指标；并发症率；围手术期指标。结果：观察组VAS评分、PSQI、SAS低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组术后并发症率低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组应激反应指标优于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组围手术期指标优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：采用综合中医理念介入的风险控制管理方案对老年骨科手术患者进行干预，可缓解应激损伤程度，预防术后并发症的发生，降低疼痛、睡眠以及负性情绪程度。

【关键词】：综合中医理念；风险控制管理；老年骨科；围手术期；并发症防控

DOI:10.12417/2705-098X.26.15.040

在人口老龄化逐渐严峻的背景下，因为骨质疏松、股骨颈骨折、胸腰椎压缩性骨折以及膝关节退行性病变的发生率不断提升，导致骨科手术的需求量逐年提高^[1]。此类群体的生理特征具有复杂性特点，包括：多个脏腑机能发生衰退、出现气血亏虚、经脉瘀阻、基础慢性病的伴发率高，于围手术期中患者需要承担多重风险，比如：麻醉应激、切口疼痛、卧床制动、胃肠蠕动减慢以及静脉血流滞缓。通过常规西医风控管理，只能够将管理目标放置在生命体征的监测、抗凝药物的使用、体位管理以及感染消杀等工作上，对于老年患者的个性化差异有所忽视，并未针对中医层面的本虚标实的病理状态实施针对性干预，部分患者在手术后仍然会存在应激亢进、隐性血栓、顽固性便秘、睡眠障碍等相关性问题^[2]。传统中医围手术期管理的核心理念在于：治未病”、气血同源、情志相胜、经络调和，这与西医事后处置的风控逻辑完全不同，能够为患者提供事前预判、事中干预以及事后固本的全流程风险性管理^[3]。本文通过选择80例患者实施对照研究，分析综合中医理念介入的风险控制管理方案的干预效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2024年1月-2025年12月的80例老年骨科手术患者，根据随机数字表法将患者分为对照组与观察组，各40例。对照组男有22例，女有18例；年龄为65-82岁，平均为（73.46±4.21）岁；骨折类型主要包括：髌骨骨折17例，胸腰椎骨折14例，下肢长骨骨折9例。观察组男有20例，女有20例；年龄为66-84岁，平均为（74.12±3.95）岁；骨折类型主要包括：髌骨骨折19例，胸腰椎骨折12例，下肢长骨骨折9例。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①年龄≥65岁；②符合切开复位内固定或者微

创椎体成形术的适应症；③意识清晰，可依从中医外治和对应量表的评估；④患者及其家属知情同意，在干预知情书上签字。

排除标准：①伴发肝肾功能衰竭或者恶性肿瘤；②伴发皮肤溃破、凝血功能障碍，无法作穴位贴敷和中药熏洗干预；③既往存在精神性疾病病史；④手术前长时间应用镇静安神或者活血化瘀类中药。

1.2 方法

对照组：采用常规管理：手术前做好心肺功能、凝血、血糖筛查工作，对其麻醉以及血栓风险进行评估，手术前对患者开展健康宣教；手术中护理人员需配合麻醉医师监测血压、心率，严格按照无菌操作；手术后常规给予患者低分子肝素皮下注射抗凝、气压泵，防止下肢血栓的形成，每间隔2h翻身一次，指导其通过腹式呼吸预防肺部感染的发生，为患者提供统一化的饮食指导，弱疼痛剧烈，则需要给予其非甾体抗炎药镇痛，干预周期为手术前3d到手术后14d。

观察组：实施综合中医理念介入的风险控制管理方案：

（1）手术前的未病先防风控（于术前3d-术前1d实施）：首先辨识患者的中医体质，由主管中医师和舌脉、乏力程度、情绪状态相结合进行分型。对于气虚型患者，需要给予其黄芪、党参代茶饮，发挥补益肺气作用，预防手术后气血发生脱失；对于肝郁型患者，需要采用耳穴压豆（神门、心、肝），每天需按压3次，每次持续2min，改善其手术前的焦虑应激；对于血瘀型患者，需要轻柔按摩患者的双下肢足三里、血海穴位，改善患者的末梢血流。同时对其实施中医情志疏导，和“喜胜忧”理论相结合，使用叙事性沟通以缓解患者对于手术的恐惧感，防止情志过激导致其血压过度波动。

（2）术中既病防变风控：手术中需要维持其手术室温度

范围至 24-26℃内，按照中医“寒凝血瘀”理论，使用恒温保温毯包裹外露躯体，防止躯体受凉，避免寒邪入络导致其经脉瘀阻程度加重；麻醉诱导前 5min 需要对内关穴进行轻柔按揉，降低迷走神经的兴奋性，防止术中发生恶心呕吐、血压骤降。

(3) 术后瘵后防复风控（于术后 1d-术后 14d 实施）：①疼痛与经络风控：手术后 6h 手术切口未出现活动性出血后，对于阿是穴、委中穴位，需要进行揞针埋针，并联合下肢中药熏洗（熏洗方为：红花、伸筋草、透骨草、艾叶组方，水温 38-40℃），每天 1 次，以降低患者局部气滞血瘀型疼痛程度；②血栓风控：以“久病入络、卧床致瘀”理论为基础，对患者实施中医踝泵导引术，每天 4 组，每组 15 次；③脾胃与感染风控：手术排气之前对其腹部进行顺时针摩腹，选择穴中脘、天枢，每次持续 10min，加快胃肠蠕动速度预防便秘；手术后卧床患者对其肺俞、膻中穴位进行叩击，发挥宣肺理气作用，防止痰液淤积导致患者发生肺部感染；④睡眠风控：每晚临睡前使用酸枣仁粉贴敷于涌泉穴，调节阴阳以改善其夜间失眠。

1.3 观察指标

①疼痛、情绪和睡眠指标：使用 VAS 视觉模拟评分评估疼痛，0 分代表无痛，10 分代表存在剧烈疼痛，分值和疼痛成正比。使用 SAS 焦虑量表（满分为 100 分）评估情绪，使用 PSQI 匹兹堡睡眠质量表（满分为 21 分）评估睡眠，分值和不良情绪、睡眠质量成正比。

②应激指标：采集患者空腹下的静脉血 5ml，离心分离获取血清后，使用电化学发光法检测皮质醇、去甲肾上腺素。

③术后并发症率：包括下肢深静脉血栓、肺部感染、功能性便秘、压力性损伤。

④康复指标：包括首次下床独立活动时间、骨折骨性愈合时间。

1.4 统计学处理

采用 SPSS25.0 统计学软件，其中均数+标准差符合正态分布，以 ($\bar{x} \pm s$) 用来表示计量资料，通过计算 t 值进行验算，率 (%) 用来表示计数资料，通过计算 X^2 进行验算。

2 结果

2.1 疼痛、情绪和睡眠指标对比

观察组均低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 1；

表 1 疼痛、情绪和睡眠指标对比 ($\bar{x} \pm s$) (分)

组别	对照组	观察组	t	P	
例数	40	40	-	-	
VAS	干预前	5.82±0.64	5.79±0.61	0.215	0.831
	干预后	4.21±0.57	2.93±0.48	10.864	0.000

SAS	干预前	58.96±6.65	58.32±6.34	0.441	0.661
	干预后	52.37±4.25	41.62±3.94	11.732	0.000
PAQI	干预前	15.65±1.35	15.79±1.51	0.437	0.663
	干预后	11.42±1.36	6.75±1.08	17.007	0.000

2.2 应激指标对比

观察组低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 2；

表 2 应激指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	40	-	-
皮质醇(nmol/L)	592.36±41.25	468.72±37.49	14.029	0.000
去甲肾上腺素(ng/L)	428.74±32.61	315.29±29.45	16.330	0.000

2.3 并发症率对比

观察组低于对照组 ($P < 0.05$)，见表 3；

表 3 并发症率对比[n (%)]

组别	对照组	观察组	X^2	P
例数	40	40	-	-
下肢血栓	3	0	-	-
肺部感染	2	0	-	-
便秘	3	1	-	-
压疮	1	1	-	-
发生率	9(22.50)	2(5.00)	5.165	0.023

2.4 康复指标对比

观察组少于对照组 ($P < 0.05$)，见表 4；

表 4 康复指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	观察组	t	P
例数	40	40	-	-
下床时间(d)	7.42±1.16	4.85±0.93	10.932	0.000
骨折愈合时间(周)	12.63±1.42	10.21±1.15	8.376	0.000

3 讨论

从西医层面上来看，超过 65 岁老年患者发生骨骼肌量流失、血管内皮退行性损伤等多种情况，手术侵入性操作则会导致患者出现全身性应激瀑布反应，进而使其血流动力学发生紊乱、胃肠蠕动受到抑制、降低其静脉血流速度，再加上术后需要长期卧床，从而使其发生疼痛亢进、血栓、感染以及睡眠障

碍等多种并发症。常规西医干预中,一般会使用药物、器械进行干预,无法对老年患者的全身性机能衰退起到修复作用,因此远期风险的防控具有一定局限性。

研究发现:观察组疼痛、情绪和睡眠指标低于对照组,原因在于:使用揞针局部阿是穴埋针,能够对局部瘀阻脉络进行直接疏通,会对外周神经产生刺激作用,逐渐释放出内源性阿片肽,发挥即时镇痛作用;按摩远端血海、足三里穴位,能够补益患者脾胃气血,充盈其周身的经络气血,改善疼痛。同时,中药熏洗组方中的红花可发挥活血通经作用,伸筋草能够松解筋脉挛缩,在温热药力作用下,能够透过皮肤直达下肢筋膜,从而消除其术后软组织的水肿,进而降低牵拉痛,实现全程疼痛管控^[4]。

研究发现:观察组应激指标低于对照组,原因在于:手术前作耳穴神门、心穴压豆,能够发挥宁心安神的作用,对患者大脑边缘系统情绪中枢起到调节作用,减轻手术前的心理应激程度;手术中通过保温能够规避寒邪侵袭,寒邪容易损伤阳气,发挥阻滞气机的作用,恒温保温可以发挥固守卫阳效果,提升

自主神经节律的稳定性;内关穴能够起到宽胸理气、调和心肺的作用,对术中迷走-交感神经交替的紊乱程度起到抑制效果,降低应激激素的分泌量^[5]。

研究发现:观察组并发症率低于对照组,原因在于:中医踝泵导引术与足少阴肾经拉伸相结合,肾气充足会推动气血,联合血海能够活血化瘀,从而改善患者的血流动力学体积血管内皮的气血濡养效率;肺俞、膻中的穴位叩击,能够发挥宣肺降气功效,加快痰液的自主排出,避免痰液发生淤积感染;通过对患者全身气血进行补益,能够进一步提高皮肤局部血氧供给量,防止受压迫区域组织发生坏死^[6]。

研究发现:观察组康复指标优于对照组,原因在于:手术前给予其黄芪药膳,可发挥补益肺气的效果,气血维持充足则能够濡养肝肾,肝肾精血充盈则会提升骨骼成骨细胞增殖速度,进一步减少其骨性愈合时间。

综上所述,老年骨科患者通过综合中医理念介入的围手术期风险控制管理,可降低疼痛,缓解应激反应,预防并发症的发生,促进其术后康复。

参考文献:

- [1] 徐姣姣,石桂梅,饶列,等.系统分级复温措施干预对老年骨科手术患者寒战和术后认知功能的影响[J].中国当代医药,2022(29):50-53.
- [2] 陶佳萍,吴桔青,姚晓芳.全程风险管理预控护理模式在老年骨科手术患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022(006):51-54.
- [3] 凌佳丽."脾肾互赞"理念指导的中医护理在骨科患者术后康复中的应用[J].中医药管理杂志,2025(12):141-143.
- [4] 周亭好.中医学风险主动自查管理模式在骨科安全管理中的应用[J].中医药管理杂志,2024,32(1):186-188.
- [5] 李莉,李德龙,杜鹏,等.VTE 风险控制管理策略在骨科手术后静脉血栓栓塞症预防中的应用研究[J].内蒙古医学杂志,2025,57(7):836-839.
- [6] 张爽,崔海月,侯丽娜.老年骨科手术期间构建综合中医理念介入的风险控制管理方案的临床观察[J].河北中医,2024,46(5):829-833.