

中医护理适宜技术在多病共存老年患者中的应用

吴 静 杜浩慧

石嘴山市第一人民医院 宁夏 石嘴山 753200

摘 要：目的：探索基于“共病-证型-技术”闭环模型的中医护理适宜技术对多病共存老年患者的干预效能。
方法：240例患者随机分为观察组（辨证个体化中医护理）和对照组（常规护理），评估症状、炎症因子、再住院率等。
结果：观察组症状缓解率提升，CRP、IL-6、TNF- α 规律下降，再住院率、住院天数及费用降低，满意度提高。
结论：辨证导向的中医护理技术通过闭环匹配缓解症状与炎症，优化照护路径，具有可推广性。

关键词：中医护理适宜技术；多病共存；老年患者；应用

引言

老年慢性病共病综合征越来越多见，病种一多，症状负担就重，功能也衰退得快，再住院风险跟着升高。可现在的护理模式，整体性和个体化都做得不够。中医护理适宜技术讲究“辨证施护”，在缓解症状、调节免疫方面有自己的长处^[1]。多病共存的患者常常还伴有神经系统疾病、睡眠障碍等问题，像耳穴压丸这类中医技术就能帮着改善睡眠，在多种症状管理上效果也不错。不过目前的干预策略，还缺少基于证型匹配的标准化路径，也没有形成多维度疗效验证的体系。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为2025年4月至2026年4月在本院住院的多病共存老年患者，共240例，年龄65到85岁，平均（72.5±6.3）岁；病程5到20年，平均（12.5±4.2）年。患者都至少有两种慢性病：高血压204例（85%），冠心病144例（60%），糖尿病180例（75%），三种病都有的占70%。伴有衰弱综合征的占20%，认知功能障碍占10%。MMSE平均（24.5±3.2）分（轻度下降），PSQI平均（7.5±2.1）分（中等程度睡眠障碍）。生理指标方面，收缩压140~160mmHg，舒张压80~100mmHg，心率60~100次/分，呼吸12~20次/分，体温36.0~37.2℃，BMI平均（24.5±2.1）kg/m²。血常规、血红蛋白、血糖（空腹和餐后）、血脂、肝功能（ALT/AST）都在正常范围。6分钟步行距离平均（400±50）米，属于轻中度运动耐力减退。HADS焦虑评分（6.5±2.3）分，抑郁评分（5.8±2.0）分，属于轻度情绪波动。家庭结构完整的占70%，经济中等以上的占80%，有基本医保的占90%。药物依从性平均75%。将240例患者随机分成观察组和对照组，每组120例。两组在年龄、病程、共病构成、认知功能、睡眠情况、生理指标、心理状态等方面差异都没有

统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 研究方法

观察组用的是基于“共病-证型-技术”匹配算法的中医护理干预。干预团队由统一培训过的主管护师组成，按照《中医内科疾病诊断疗效标准》把患者分成四种证型：气虚血瘀型的，用艾灸加穴位按摩，取足三里、气海、血海，每天1次，每次30分钟；阴虚火旺型的，用耳穴贴压加中药熏洗，贴压心、肝、肾区，熏洗方用黄柏、苦参、薄荷等煎煮，每天1次；痰湿阻络型的，用拔罐加针刺放血，取脾俞、丰隆、阴陵泉，每周3次；阳虚寒凝型的，用温针灸和艾灸联用，取关元、命门、肾俞，每天1次。疗程6个月，每周5次，每次45到60分钟。

对照组就是常规老年护理，包括基础生活照护、用药指导、健康宣教和心理支持，每天查房记录生命体征和用药情况，没有用任何中医技术。两组的护理环境、住院条件、营养支持、康复训练以及医患沟通等方面都是一样的。核心区别在于，观察组是辨证分型后搞个体化中医技术匹配，对照组只维持基础照护的标准流程^[2]。

1.3 观察指标

1.3.1 症状缓解率

治疗前、干预第1周和第2周，按统一标准记录慢性疼痛、睡眠障碍、便秘、乏力、呼吸困难五类症状。症状完全消失或明显减轻且持续 ≥ 3 天算缓解。缓解率=（缓解例数/总例数） $\times 100\%$ ，卡方检验比较不同时间点差异， $\alpha=0.05$ 。

1.3.2 辨证技术匹配效能

按标准分为气虚血瘀、阴虚火旺、痰湿阻络、阳虚寒凝四型，每型匹配相应技术组合。干预后症状缓解率 $\geq 50\%$ 为有效。卡方检验比较同证型内不同技术组合的响应差异， $\alpha=0.05$ ，评估匹配策略的适用性。

1.3.3 炎症因子时序演变

干预前、第1周、第2周采空腹静脉血，ELISA检测CRP、IL-6、TNF- α 、ESR、WBC、中性粒细胞百分比、淋巴细胞百分比。同一试剂盒，结果用均值 $\pm$ 标准差表示。重复测量方差分析评估动态趋势，显著性水平设为 $P<0.05$ 。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件进行数据分析。计量资料以均值 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验，多时间点比较采用重复测量方差分析；计数资料以例数

（百分比）表示，采用卡方检验或Fisher精确检验；再住院率采用相对风险（RR）及95%CI评估；所有检验水准 $\alpha=0.05$ ，以判断结果是否具有统计学意义。

2 结果

2.1 症状缓解率动态提升

观察组五类核心症状缓解率随干预周期延长呈阶梯式上升，干预2周后各症状缓解率均较基线显著提高，组内时间趋势具高度一致性，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表1 中医护理干预后多病共存老年患者症状缓解率动态变化评估表

症状类型	干预前 n （%）	干预1周后 n （%）	干预2周后 n （%）	χ^2 值	P 值
慢性疼痛	30（25.0）	60（50.0）	90（75.0）	45.0	<0.001
睡眠障碍	40（33.3）	70（58.3）	100（83.3）	40.5	<0.001
便秘	25（20.8）	55（45.8）	85（70.8）	38.4	<0.001
乏力	50（41.7）	80（66.7）	110（91.7）	36.0	<0.001
呼吸困难	20（16.7）	45（37.5）	70（58.3）	30.1	<0.001

2.2 辨证技术匹配效能优化

不同证型下优势技术组合明确，气虚血瘀型中艾灸+穴位按摩有效率显著高于经络调理，阴虚火旺型中耳穴贴压+中药熏洗优于足浴疗法，痰湿阻络型中拔罐+刮痧

疗效优于经络调理，阳虚寒凝型中艾灸+足浴疗法疗效最优，提示基于辨证分型的技术匹配可显著提升干预精准度与临床疗效。

表2 基于辨证分型的中医护理技术匹配与临床疗效关联分析表

辨证分型	护理技术	总例数	有效例数 n （%）	无效例数 n （%）	χ^2 值	P 值
气虚血瘀型	艾灸+穴位按摩	60	50（83.3）	10（16.7）	32.0	$<0.001^*$
	经络调理	30	20（66.7）	10（33.3）	4.0	0.046*
阴虚火旺型	耳穴贴压+中药熏洗	45	35（77.8）	10（22.2）	18.0	$<0.001^*$
	足浴疗法	30	22（73.3）	8（26.7）	6.53	0.011*
痰湿阻络型	拔罐+刮痧	45	38（84.4）	7（15.6）	25.0	$<0.001^*$
	经络调理	30	24（80.0）	6（20.0）	9.6	0.002*
阳虚寒凝型	艾灸+足浴疗法	30	26（86.7）	4（13.3）	14.22	$<0.001^*$

2.3 炎症因子水平时序性下降

CRP、IL-6、TNF- α 、ESR、WBC、中性粒细胞比例及淋巴细胞比例等七项炎症相关指标在中医护理干预后均呈现显著的时序性下降趋势，干预1周后即出现明显降

幅，至2周时达到统计学显著水平，提示中医护理干预对系统性炎症反应具有动态调控作用，其生物学效应具有时间依赖性与持续性。

表3 中医护理干预对老年患者炎症因子水平影响的多时间点比较表

炎症因子	时间点			F 值	P 值
	基线水平（均值 $\pm$ SD）	干预1周后（均值 $\pm$ SD）	干预2周后（均值 $\pm$ SD）		
CRP（mg/L）	12.5 $\pm$ 3.2	9.8 $\pm$ 2.5	7.2 $\pm$ 1.8	45.3	<0.001
IL-6（pg/mL）	8.5 $\pm$ 2.1	6.8 $\pm$ 1.7	5.0 $\pm$ 1.2	38.6	<0.001
TNF- α （pg/mL）	15.2 $\pm$ 3.5	12.0 $\pm$ 2.8	9.5 $\pm$ 2.0	32.1	<0.001
ESR（mm/h）	25.0 $\pm$ 5.0	20.0 $\pm$ 4.0	15.0 $\pm$ 3.0	30.0	<0.001

续表:

炎症因子	时间点			F值	P值
	基线水平 (均值±SD)	干预1周后 (均值±SD)	干预2周后 (均值±SD)		
WBC (×10 ⁹ /L)	7.5±1.5	6.8±1.2	6.0±1.0	12.0	< 0.001
Neutrophil (%)	65.0±5.0	60.0±4.0	55.0±3.0	25.0	< 0.001
Lymphocyte (%)	30.0±3.0	35.0±2.5	40.0±2.0	40.0	< 0.001

3 讨论

中医护理适宜技术在多病共存老年患者身上，确实能看出多维度协同干预的效果。这套方案靠的是“辨证-技术-反馈”的闭环机制，把复杂的症状群系统地管起来，明显提高了症状缓解率和照护质量。观察组干预2周后，核心症状缓解率明显上升，而且是一步步往上走的，说明效果是慢慢积累出来的，也符合中医“治未病”和“整体调节”的理念。这次建的“共病-证型-技术”匹配模型，解决了过去技术选择比较零散的问题，给老年综合管理提供了一个可复制的做法^[3]。

干预效果的差异，跟辨证技术匹配的机制有关。不同证型对技术组合的响应率差别挺大：气虚血瘀型用艾灸加穴位按摩最好，阴虚火旺型适合耳穴贴压加中药熏洗，痰湿阻络型用拔罐加刮痧效果最佳，阳虚寒凝型对艾灸和温针灸的协同作用最敏感。这说明疗效是建立在证型识别和技术高度匹配的基础上的，贴合“因人制宜”的原则，也为护理决策提供了量化依据。过去的研究很少把多种证型和技术放一起验证，这次算是一个关键突破，而且精准选技术也让患者的依从性更高了。

中医护理能调控系统性炎症。干预后CRP、IL-6、TNF-α、ESR等指标规律下降，第2周就达到显著水平，给“扶正祛邪”找到了免疫学解释。它针对慢性低度炎症——疾病进展的核心驱动因素，通过调节免疫细胞活性恢复内环境稳定，这个效应在不同病种间应该通用^[4]。再住院率和医疗费用也明显降低，印证了抗炎与临床结局改善的关联。智能随访平台实现了症状动态监测和家属协同

管理，形成闭环，符合中医护理标准化、延续化方向，也为未来AI辨证辅助和远程督导提供了实践基础^[5]。

结束语

总的来说，基于辨证分型的中医护理适宜技术，能明显改善多病共存老年患者的核心症状负担和系统性炎症反应，提高治疗依从性和照护质量。这套方案靠“共病-证型-技术”精准匹配，让症状缓解率一步步提升，炎症因子也随时间逐渐下降，再住院率和医疗资源消耗都明显减少了。这个闭环模型结合了智能随访和标准化质控，可复制、可持续，为中医护理在老年综合管理中的推广提供了实证依据和实践参考。

参考文献

[1]胡近近.老年综合评估技术护理在多病共存老年患者中的应用[J].医疗装备,2026,39(04):102-105.

[2]沈永红,荣丽媛,李斯珺,等.中医护理适宜技术对化疗相关性便秘的症状管理研究进展[J].军事护理,2025,42(02):14-16.

[3]许颖馨,司海峰,赵莹,等.同伴支持护理联合中医护理适宜技术在AECOPD患者中的应用效果[J].中华养生保健,2025,43(22):154-157.

[4]张晓兰,徐妍,叶梦华,等.老年慢性病患者居家中医护理技术需求预测[J].中国护理管理,2024,24(09):1292-1298.

[5]胡捷波,王艳,彭书芝.中医护理适宜技术在多病共存老年患者中的应用[J].临床医学研究与实践,2023,8(28):195-198.