

老年骨科治疗模式的探讨

梁俊生

中图分类号: R68 文献标识码: A 文章编号: 1006-7108(2008)12-0918-03

摘要: 从我国人口老龄化的现状出发, 根据老年骨科患者的生理、心理特点, 进一步在目前骨科治疗模式的基础上探索老年骨科的治疗模式, 以期更好的满足老年患者的需求, 促进人口老龄化与老年骨科工作的协调发展。

关键词: 老龄化; 老年骨科; 治疗模式

Discussion on the pattern of treatment in presby-orthopaedics LIANG Junsheng. Tangshan No. 2 Hospital, Tangshan 063000, China

Abstract: To investigate the pattern of treatment in presby-orthopaedics which was established on the pattern of treatment in present-orthopaedics. It was according to the psych-physiolo characteristics of older patient in orthopaedics and the condition of aging. It would meet the requirement of older age patients and promote the coordinated development between aging and older age orthopaedics patients.

Key words: Aging; Orthopaedics; Pattern of treatment

近半个世纪来由于科学的迅猛发展、人类的平均寿命的不断延长, 老年人在总人口中所占比例不断增加, 老年医学也随之蓬勃的发展起来。于 1982 年 4 月在北京召开的“中华医学会、老年医学会”上规定: 年龄大于或等于 60 岁即被称为老年人(不分性别、职业、宗教、种族)。

1 人口老龄化的现状

1.1 世界人口老龄化的现状

2000 年, 全球 60 岁以上老年人口约 6 亿, 占总人口的 9.8%, 2005 年上升到 8.2 亿, 占总人口的 13.8%, 并以每年 2.4% ~ 3.0% 的速度增长, 预测 2025 年可达 10 亿, 2050 年将上升到 20 亿, 占总人口的 21.3%^[1]。在一个国家或地区的总人口中, 如果 60 岁以上人口所占比例超过 10.0%, 或者说 65 岁以上老年人口所占比例超过 7.0%, 这个国家或地区即进入老龄化社会, 称老龄化国家或老龄化地区, 现在世界上所有的发达国家和部分发展水平较高的发展中国家都已成为老龄化国家^[2]。21 世纪人类将全面进入老龄化社会。

1.2 我国人口老龄化的特点

目前, 我国人口老龄化的基本特点是: 老龄人口多, 发展速度快, 地区间老龄化程度和比重不一, 疾病谱发生改变, 患病人数增多。

1.2.1 老年人口数量增多: 我国是世界上老年人口最多的国家。顾秀莲副委员长 2006 年 10 月 17 日在中国老年学学会 20 周年庆典会上讲话中强调: 到 2005 年底, 我国 60 岁以上人口为 1.47 亿, 占总人口的 11.2%, 预测到 2050 年, 将达到 4.34 亿, 占总人口的 31.0%。

1.2.2 老年人口发展速度增快: 我国人口基数多, 老年人口增长的速度亦快。进入 20 世纪 80 年代后, 我国 60 岁以上人口以 3.2% 的年增长速度增长, 80 岁以上高龄老人以 5.4% 左右的速度增长, 90 岁以上高龄老人以 7.1% 的速度增长^[3]。据统计, 我国人口结构由成年型迈向老年型只用了 18 年, 而英国用了 45 年, 瑞典用了 85 年, 法国用了 115 年^[4]。

1.2.3 不同地区的老龄化程度和比重不一: 我国是农业大国, 农村人口占 80.0% 以上。老年人口绝大部分分布在农村, 这与发达国家相反。目前, 发达国家约有 73.0% 的老年人生活在城市, 以城市为主, 农村为辅, 而我国老年人口居住以城市为辅, 农村为主, 约有 70.0% 以上的老年人生活在农村^[5]。另外, 城乡老龄化程度显著不同, 农村老龄化比城市严重, 农村老龄化平均为 7.5%, 城市平均为 6.4%^[6]。一

般说来,农村老年人没有退休金,养老主要靠子女承担。同时,在广大农村,设立养老机构如养老院、敬老院、护理院还不多,这种状况与我国农村老年人口发展趋势极不相称^[5]。

1.2.4 老年人疾病谱发生改变,患病人数及病种增加。进入老年后,因机体生理功能老化,免疫功能下降,易患各种疾病。根据卫生部资料统计,我国慢性病的患病率为 17.0%,其中 60 岁以上人群的患病率是一般人群的 2.5~3.0 倍,达 42.5%~51.0%,约半数的老年人中患有 1 种或几种慢性病,比一般人群要高几倍。

随着经济的发展、生活方式的改变、人口老龄化以及疾病谱的转变,今天的骨科医师,不得不面对越来越多的老年骨科患者,而目前老年骨科的治疗模式仍在探索当中,没有一家真正象“小儿骨科”一样运作成熟的老年骨科。如果我们的骨科医师仍旧回避给老年患者,尤其是患有多种慢性疾病的老年患者进行手术治疗,或是尽量将手术简单化,只会与社会的进步发展和人民对生活质量提高的要求背道而驰。因此有必要对目前老年骨科患者的特点做一总结,以进一步探讨更完善的老年骨科治疗模式。

2 老年骨科患者的特点

2.1 老年骨科患者的生理、心理特点

2.1.1 生理特点:随着年龄的加大,老年人日渐衰老,且衰老呈现以下特性:普遍性、内在性、进行性、有害性。

2.1.2 心理特点:①心身衰老与感知迟钝:随着机体器官老化,功能衰退,导致老年患者的反映迟钝,表现为:注意力分散,闷闷不乐,唠叨罗嗦,丢三落四,记远事不记近事等。②孤独固执,焦急失眠:老年人情绪易伤感、激惹,心胸狭窄、入睡难,多梦易醒,情绪波动时难以入睡。③恐惧多疑,依赖性强,行为幼稚:老年人对病痛最易产生过虑、多疑、恐惧,易偏听偏信,迷信某些医疗方法,甚至对某些药物的名称、色彩、剂型、价格也非常关注,有时由于体弱、病痛,行为变得幼稚。④男人女性化,女人男性化:感情兴奋性降低,抑郁倾向增大,实用主义增强,顽固坚持某种立场,态度,不灵活,即所谓人格强硬。

2.2 老年骨科患者的病情特点

由于老年患者的心理、生理特点,决定了老年骨科的患者在疾病的发生、演变等方面存在着自己的特色。

2.2.1 病史的追问:由于老年人记忆力衰退,很难

准确回答问题,对于 20~30 年前的患病情况更缺乏真实性,加之反映迟钝,不易觉察自身疾病,有时虽患重病也毫无感觉。因此,家族史、既往史、现病史都很难准确的提供。此外,部分患者由于常常担心健康变坏或家庭不能满足其要求又反复提出各种主诉,类似神经官能症,使医生更难掌握真实的病情。

2.2.2 发病特点:老年患者起病通常缓慢,病初症状不显著,要经过一段时间才表现出来,同时其发病的诱因也与年轻人不同,病程往往迁延日久,呈现慢性病化趋势,残疾率也相应增加。

2.2.3 症状不典型:老年患病与青壮年比较,症状和体征常不典型,往往自觉症状轻而实际病情重。这与老年人的衰老、感受性降低、反映迟钝、免疫功能低下等有关。

2.2.4 多病共存:当进入老年期后,各脏器系统相继发生病变,患病时常为几种病变并存,被称为多发病变。因此临床表现复杂,既可以一病多症,也可以一症多病,使治疗增加复杂性,导致较高并发症、死亡率。据资料统计,住院老年人中同时有 4 种重要疾病者占 50% 以上,而这些疾病大部分都是内科系统的慢性疾病,如:高血压、糖尿病、冠心病等。

2.2.5 病情发展迅速:由于老年人心、脑、肺、肾等多种器官生理功能的衰退,在遭受创伤、感染、出血性疾病的情况下,病情很容易迅速进展而加重病情,引起意识障碍,同时老年人的脏器和组织重量减少,呈萎缩状态,老年人的代谢较青年人平均减少 10%,而老年人的口渴中枢反应迟钝,轻微的因素即会引起水和电解质的紊乱。例如:对青年人不成问题的发烧、腹泻、坏死组织吸收、降压药物引起的体位低血压等都可以作为诱因而加重病情。

3 老年骨科患者治疗上的特点

3.1 老年骨科患者围手术期的特点

大部分老年骨科患者都不是单纯的骨科疾病,往往是多病共存,而且这些并存疾病多是慢性内科疾病(糖尿病、高血压、呼吸系统疾病、心血管系统疾病等),入院后仍需要进行系统性治疗,以便更好的配合手术,这就决定了老年骨科患者在术前、术中、术后除了和其他骨科患者采取同样的措施外,还要根据基础疾病的不同进行有针对性的处理。

3.2 多科医师协作的特点

许多研究资料显示,接受外科手术的老年人,其死亡率及术后并发症的发生率均显著高于中青年患者^[7],更有资料说明老年患者术后死亡人数

占整体手术后死亡人数的 75%^[8]。这些资料反映了老年骨科虽然属于外科治疗范畴,但又有自身特点,除了应该具备普通骨科的治疗原则及方法外,还需要内科和骨科医师根据手术的复杂程度、创伤的大小、手术时间的长短、人工内植物的复杂程度、内置物是否留有抗生素不能到达的死腔等因素来共同确定一个个体化、综合性的治疗方案,以求达到最好的疗效^[9]。因此老年骨科患者手术前、中、后的治疗方案及原则都不同于普通的骨科,除了需要专业的骨科医师外,还需要内科医师给与保驾护航,使手术顺利进行。

3.3 国内老年骨科患者传统治疗模式的特点

目前国内老年骨科患者在治疗模式上存在两种状况,一是会诊制:即请相关科室会诊,系统诊治并存疾病,由相关科室从并存症的角度来确定手术时机。这种制度的缺点是:内科医生不熟悉骨科情况,不清楚手术将会对患者造成多大干扰,骨科医生依赖内科医生,不学习基本内科知识,术后也缺乏早期发现、处理内科并发症的能力。另一种是转出转入制:术前患者在内科调整,手术时转入骨科,术后再转入内科病房。这种模式的缺点是术前骨科准备不充分,术中出现内科变化时处理不及时,术后骨科情况观察不及时,指导不专业。

3.4 新老年骨科治疗模式的探讨

我院针对老年骨科患者增多的趋势建立老年骨科,共开放床位 40 张,收治年龄在 65 岁以上的骨科患者,其中尤以创伤骨科患者居多。科室以骨科医生为主同时配有相关专业的内科医生、麻醉师相对固定,这样就使得患者在术前能有一个良好的内科疾病调整机会,使之能在最佳状态下接受手术,术中有内科医生的积极参与使之更专业化,术后可有一个良好的内科医师保驾护航。麻醉科医生相对固定可增加麻醉医生的实践机会,患者术后镇痛更专业化。术前骨科、内科、麻醉科一起会诊使患者有一个良好的评估降低手术风险,这样使患者内科疾病、骨

科疾病均得到全程专业化治疗,同时使内科医生、麻醉科医生更了解不同手术给患者带来的创伤,科室的一切工作都是为骨科患者治疗成功服务。

总之,随着老年人口的逐渐增多,加之老年群体的特殊性,当他们遭受到各种创伤需要骨科处理时,目前单纯的骨科治疗模式已越来越不能完全满足老龄患者的需求,故笔者认为,有条件的医院,应该建立一个专业的老年骨科单元,这个老年骨科单元应该由多学科医师(包括骨科、内科、麻醉科)、护士和治疗师参与,经过专业培训,将老年骨科患者的手术、治疗、康复等有机的融为一体,使更多的老年患者得到及时、规范的诊断和治疗,有效地降低病死率、致残率,改进患者预后,提高患者的生活质量,缩短住院时间和减少花费,而以上的努力将会更加有利于出院后的后续管理和社区治疗。

【参 考 文 献】

- [1] 杨玉娟.人口老龄化与社区健康保健.护理研究,2003,17(9):1005-1006.
- [2] 章越松,任光圆.论人口老龄化进程与全科医学的互动关系.人口学刊,2001,128(5):56-59.
- [3] 林婷,黄俊山,姜小鹏.城镇老年人对健康服务的需求、利用状况及护理对策.中华护理杂志,2005,40(8):628-630.
- [4] 杨亚玲.人口老龄化的挑战与思考.中国卫生事业管理杂志,1999,10(10):425-427.
- [5] 张多来,李俊玲,张秀云,等.人口老龄化与老年护理伦理问题研究.中国卫生事业管理,2000,11(11):740-742.
- [6] 王德文,张恺悌.中国老年人口的生活状况与贫困发生率估计.中国人口学,2005,10(1):58-66.
- [7] Santos AL, Gelperin A. Surgical mortality in the elderly. J Am Geriatr Soc, 1975, 23:42-46.
- [8] Vowles KJD. Surgical problems in the aged. Bristol: John Wright & sons, 1979:123.
- [9] Chen Bing, Shen Huiliang. The control criterions of blood glucoses for aged orthopedic patients with diabetes in perioperative period. Chinese Journal of Bone Joint Injury, 2005, 3(3):172-174.

(收稿日期:2008-07-22)