

院士寄语

总结经验,更新理念,坚定走老年骨科创新之路

中国工程院院士、中华医学会骨科学分会主任委员、中国医师协会骨科分会会长 张英泽

老年骨科患者个体差异大,但生理机能与青壮年相比普遍较差,伤后需进行早期、快速、规范的评估及个体化康复治疗。因此,笔者于2012年将老年骨科学组改为老年骨科,即全国首个由骨科医师和内科医师共同正式编制的老年骨科。该科室专门收治65岁以上的老年骨科患者,由内科医师担任科室副主任,采用多专业团队合作模式,共同管理患者,建立了多专业协同术前评估,短、简、快的个体化术前准备,以及全方位、多角度、系统性的围术期管理等诊疗过程,成功实现了由单一临床科室和单一专业医师管理、诊治、会诊的传统模式,向多专业医师协作共管、共担、会诊、共治混编团队的转变。经过十年的运营,笔者在长期临床实践中对骨科技术进行不断的完善与创新,取得了良好的预期临床效果。笔者总结了老年骨科十年的发展历程,更新了传统观念和理念,更加坚定了老年骨科的创新之路。

一、总结经验,更新理念

传统观念认为,老年骨科患者,特别是常合并心脑血管、肝肾系统或呼吸系统等内科疾病的80岁以上老年骨科患者,多采用保守治疗,易发生压疮、心血管及呼吸系统等并发症,其中60%的患者在伤后一年内死亡,而生存期超过一年的患者,亦有60%以上无法恢复至伤前状态^[1-3]。因此,骨科医师将之称为生命中的最后一次疾病。老年骨科成立十年来,我们采用积极的治疗理念,由内科医师积极防治并发症的同时,术前加强营养支持,及时给予输血、白蛋白、氨基酸等肠外营养支持,对各种生化指标的术前标准,亦不按年轻患者的标准,而是适当降低要求,收到了理想的治疗效果。老年骨科十年共收治100岁以上的老年患者9例,90岁以上的273例,80岁以上的1671例,70岁以上的2173例。虽然有95%的患者合并心脑血管疾病、25.0%合并呼吸系统疾病、22%合并糖尿病,但95%以上的手术都顺利完成,并取得显著疗效,一年以上的生存率超过85%。我们的经验是:(1)65岁以上的老年骨科患者,应采取积极的手术理念、规范的术前准备和完善的术后并发症防治策略。(2)老年骨科患者的各种生理指标,无需按年轻患者的生理指标标准进行严格要求。由于老年人已慢慢适应自己的生理变化,即便存在部分生理生化指标弱化,在进行多学科综合评估后,多不影响手术的安全性。如心电图ST段低平并不妨碍老年患者手术的安全性。(3)临床医师应在术前与麻醉科医师进行充分的

沟通交流,与有经验的麻醉医师合作,并做好术前麻醉准备工作及术中麻醉应急对策,以确保万无一失。(4)主刀医师应与患者及其家属进行耐心的沟通,建立彼此的信任,既不可把一切手术意外推卸给患者年龄大、并发症多,也不能恐吓患者及家属。术前交代清楚术中的危险因素及手术的安全性,取得患者及家属的信任,让患者和家属树立信心。(5)对于80岁以上的老年骨科患者,尤其合并呼吸系统疾病者,尽量不采用气管插管麻醉,以减少术后气道并发症。(6)尽量采用微创手术,缩短手术和伤口暴露时间。因老年患者多存在骨质疏松,务必注意锁定板和锁定钉的正确使用,进行相对坚强固定及早期练习活动,预防血栓、压疮和泌尿系感染的发生。两权相害取其轻,两权相利取其重,只要我们认真积极地防微杜渐就能取得良好的手术效果。

二、坚持微创理念,革新技术方法

老年患者,特别是80岁以上的老年患者,对手术的耐受性较差。老年患者的骨折多为低能量损伤,骨折移位程度较低,且老年患者肌肉和软组织萎缩,肌力减弱,骨折断端重叠移位较轻,容易复位。因此,老年患者较年轻患者更易实施闭合复位微创固定,我们采用顺势复位的理念,在术前利用各种复位理念和方法,根据患者的年龄、骨质状况、骨折部位、骨折类型、软组织条件等进行智微固定,争取达到最好的闭合复位^[4-5]。选择最小的切口和相对坚强的锁定和固定材料,不但不破坏骨折周围的血运,减少了对骨折周围软组织的激惹及次生损伤,而且伤口小、暴露时间短、感染几率少。由于有相对坚强的固定方法和材料,从而最大限度的减少术后外固定支具和牵引的使用,有利于患者翻身及早期下床活动,有效降低了静脉血栓形成及肺部感染的风险,缓解了术后疲劳和睡眠障碍的困扰,有益于精神心理和机体功能的恢复。顺势复位的要点:(1)顺应机体的机械轴线,恢复软组织与骨关节的运行轨迹和记忆。(2)最大程度保护软组织,减少对软组织的次生损伤和激惹。(3)减少创伤造成的凝血机制增强,预防性的避免血栓形成。

三、理论、理念的转变与创新

老年骨科患者的各种生理机能和生理指标是在漫长的生理机能不断退变的基础上逐渐形成的,身体的各个脏器也在漫长的退变过程中适应新的生理指标和生理机能。我们不能强调老年患者的各种术前准备标准与年轻患者的要求相同。由于老年患者的消化机能减弱,要将术前6小时禁食水进行因人而异、因病情而异的调整,需根据老年患者伤前的消化机能和饮食习惯进行缩短或延长。此外,老年患者的术前合并症应进行最大限度的治疗和调整,但无需达到绝对正常值后再进行手术。老年患者对死亡的恐惧心理比年轻

DOI: 10.3877/cma.j.issn.2096-0263.2020.01.001

作者单位:050051 石家庄,河北医科大学第三医院创伤急救中心,河北省骨科研究所,河北省骨科生物力学重点实验室

通信作者:张英泽,Email:yzling_liu@163.com

患者更严重,对治疗的要求也更高,所以术前应适当给予老年患者镇静药物。老年患者术后亦无需长期禁食水,条件允许时应鼓励患者尽早正常饮食。低营养或糖尿病患者可给予专门的营养餐,同时控制静脉液体量和防止输液相关并发症的发生。我们的经验是:(1)坚定理想信念。理想即积极手术,信念即手术成功。我们不但要树立正确的理想和信念,更要掌握科学的技术和方法。方法并非千篇一律,必须因骨折的情况制定个体化治疗方案。(2)制定科学规范的手术方案。既要大胆更要认真,针对术中可能出现的问题提前制定行动预案和应对措施,准备好各种器材设备,避免术中并发症发生后,由于缺乏应急预案和各种抢救材料设备而耽误了抢救的最佳时机。(3)胆大心细、遇事不慌。具备手术条件的患者应尽量手术,没有条件的患者也要创造条件积极手术。术前营养支持增加患者对手术的耐受性和医患对手术的信心是手术成功的关键,保守治疗看似平稳,实则埋下了巨大的隐患。

人的生命只有一次,延长患者寿命,让患者幸福生存每一天,是我们医师对患者应该承担的责任。人生像一篇散文,优美沉静却经久耐读;也像一部小说,起伏难料却有始有终;更像一首诗,简洁空灵却意味深长。作为一名医生,给患者提供准确的诊断和更好的治疗,给患者家庭带来幸福,给社会健康提供保障,便是人生的价值和内容。一名好的医师,不仅需要大医情怀、敬业奉献的精神,也需要越来越好的

专业知识技能,更需要不断创新意识。创新是引领老年骨科未来发展的航标,是骨科医师不断进取的基石,是优良传统的新血液。当前,在华夏大地肆虐的新型冠状病毒肺炎疫情,牵动着每一位医务工作者的心,我们更应不忘初心、牢记使命、大爱无疆、众志成城,踏踏实实走出我国老年骨科高质量发展之路。

参考文献

- 1 Roberts SE, Goldacre MJ. Time trends and demography of mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968-98: database study [J]. *BMJ*, 2003, 327(7418): 771-775.
- 2 Goldacre MJ, Roberts SE, Yeates D. Mortality after admission to hospital with fractured neck of femur: database study [J]. *Br Med J*, 2002, 325(7369): 868-869.
- 3 Miller CW. Survival and ambulation following hip fracture [J]. *J Bone Joint Surg Am*, 1978, 60(7): 930-934.
- 4 郑占乐, 常恒瑞, 吕红芝, 等. 胫骨平台骨折张氏微创手术中研磨复位技术处理过度复位的临床研究 [J/CD]. *中华老年骨科与康复电子杂志*, 2017, 3(3): 157-161.
- 5 邵佳申, 郑占乐, 吕红芝, 等. 双反牵引微创治疗后外侧胫骨平台骨折的疗效分析 [J/CD]. *中华老年骨科与康复电子杂志*, 2017, 3(5): 302-305.

(收稿日期:2020-02-10)

(本文编辑:吕红芝)

中国工程院院士、中华医学会骨科学分会主任委员、中国医师协会会长 张英泽. 总结经验,更新理念,坚定走老年骨科创新之路 [J/CD]. *中华老年骨科与康复电子杂志*, 2020, 6(1): 1-2.

中华医学会