



作者简介:沈干,主任医师,硕士生导师。长期从事保健管理、老年疾病的临床和研究工作。安徽省保健医学会会长,中华医学会老年医学分会委员,中国医师协会养生专业委员会前任理事长,安徽省医学会老年医学分会前任主任委员,《中国临床保健杂志》编委会副主任。主编《实用保健医学》。获安徽省科学技术奖二等奖 3 项。Email: yue0551@163.com

与时俱进 创新老年医学思维

沈干¹,戴滕²

[1. 安徽省保健医学会,合肥 230001;2. 中国科学技术大学附属第一医院(安徽省立医院)老年医学科]

中图分类号:R-1 文献标识码:A DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2018.01.001

人民健康是民族昌盛和国家富强的重要标志^[1]。十九大报告把人民健康上升为国家战略,充分体现了党和国家对人民健康问题的高度重视,特别是关于老年健康方面的论述,为老年医学的发展指明了发展方向,提供了重大发展机遇。积极应对人口老龄化,构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境,推进医养结合,加快老龄事业和产业发展势在必行。

1 老年人医疗现状

近几十年来,老龄化快速增长。据 2010 年全国第六次人口普查显示^[2],60 岁及以上老年人口达 1.8 亿、占总人口 13.3%,65 岁及以上 1.2 亿、占总人口 8.9%。2016 年末全国老年人口已超过 2.3 亿,老龄化水平达到 16.7%^[3]。预计到 2020 年,全国老年人口将达 2.4 亿,到 2050 年,将超过 4 亿,约占总人口的 1/3,老龄化水平达 30% 以上。据安徽省 2016 年统计公报显示^[4],2016 年末,该省 60 岁及以上老年人口 1102.2 万、占总人口的 17.8%,65 岁及以上 743.5 万、占总人口 12%,人口老龄化水平位居全国前列。由此可知,我国老龄化发展速度之快、老年人口基数之大、高龄人口之多都与我国经济发展水平极不相称。

多项资料显示,老年人患病现状可归纳为四高

一低,即患病率高、致残率高、医疗支出高、不良反应发生率高,生活质量降低^[5]。60 岁以上老年人慢性病患率为其他人口患病率的 3.2 倍,同时患有 3 种以上慢性病的老年人占 66.6%;因慢性病导致一种以上的伤残率,75 岁以上的人占将近 50%,60 岁以上的人口是全部人口伤残率的 3.6 倍;老年患者急诊量占 60%,住院日占 49%,长期照料床位占 85%;老年患者的药物不良反应发生率为 15%;因慢性病影响了个人或家庭的生活质量,65~74 岁老年人占 26%。我国老年人的疾病预防、健康保健、临床医疗及康复的经济支出迅速增长。

2 老年病的特点

2.1 流行病学特点 老年流行病学调查发现,慢性病患率为 76%~89%,明显高于成年组(23.7%)。在老年慢性病中,因各种疾病致残者占 41.9%~55.6%。WHO 发布慢病高危密码“3450”,即 3 种不良生活方式(吸烟、不合理饮食和缺乏体力活动)导致 4 种慢病(心脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病和糖尿病)死亡率增高,最终可能使 50% 患者丧命^[6]。

2.2 病因特点 以感染性疾病最常见^[7],其中革兰阴性杆菌多见且多为耐药菌,厌氧菌、真菌,混合感染也逐渐增多,近年来抗生素的滥用使得条件致

病菌成为重要病原菌。此外,老年人生理功能低下,免疫力下降,多重因素致病,发病病因多数不清楚,无特效治疗方法,导致病程长、恢复慢。所以,从年轻时就着手预防至关重要。

2.3 临床特点 ①多病共存^[8]:老年人属于特殊人群,一般人均患有 2 种以上值得重视的疾病,正如某评论形象地所述,“老年人的问题是打包而来的”。②多数症状和体征不典型:老年患者机体反应低下,患病时症状体征均不明显而不易察觉,症状出现后又呈现多样化,同一种疾病在不同的老年人身上差异很大。③多重用药和药物不良反应多^[9]:相关研究指出,44%~60% 老年人使用了无指征药物、非必需药物、无效药物或重复用药,形成了“处方瀑布 (prescribing cascade),药到病成”的现象,产生诸多药物不良反应。④多专业医师参与治疗:目前在治疗控制老年病病情方面缺乏特效方法,这就需要医师知识面广而深、综合判断,由于多病共存、多种老年综合征、多种老年问题以及多种药物治疗,目前需要老年科或老年全科医生与多专业医生共同参与。

3 老年医学的原则

①全人医疗 (holistic medicing, 整体医疗):全人医疗是为老年人提供生理、功能、心理和社会等全方位的医疗保健服务,让治疗更加全面与完整。强调全面医疗,照顾老年人各个层面需求,其目的不仅是治病,还要解除痛苦。②多学科协作诊疗:现代老年医学的中心思想是全人医疗,强调整合专业性团队合作,通过多学科协作诊疗 (interdisciplinary team work),不仅能提供全人医疗服务,还能制订比单一专科人员更有效的防治计划。③全程照料 (continuum of care):全程照料包括疾病预防、疾病治疗、疾病康复、临终关怀等全过程,强调医疗管理的连续性,即“无缝隙连接”。④注重生活质量:老年医学除了追求生命的长度,还要注重生活的质量,在拥有健康的生活、正常的活动能力、较高的生活质量后才能有尊严地面对死亡。

4 老年医学的三大核心

4.1 核心管理方法——多学科团队 老年病多学科团队 (interdisciplinary teams) 由美国纽约约翰-哈特福德基金会首先发起,开始于 20 世纪 90 年代。通常由老年科医师或全科医师、护师、药师、康复治疗师、社会工作者、精神卫生科医师、营养师等人员参与,为老年人提供全方位的医疗服务。多学科团

队服务,一是由健康的概念和老年健康的标准所决定,健康的概念现已转变为多维的“躯体-心理-社会-环境-道德平衡观”,老年健康的标准也从躯体、精神心理和社会适应等多方面进行界定。二是由老年病的特点所决定,老年疾病的复杂性和特殊性决定了其管理不能采取普通疾病的管理模式。三是由老年医学的目标所决定,最大可能地保持老年人的功能自主独立性,让老年人尽可能回归家庭与社会,因此要对老年人进行各种功能状况的评估,以便制定正确、合理和可为的照护计划。四是由老年人的社会阅历所决定,由于老年人文化背景、宗教信仰与生活习惯的多样性等社会特点使老年疾病的诊断和治疗变得更加复杂,因此需要有多学科团队的积极参与^[10]。

4.2 核心内容——老年综合征 老年综合征 (geriatric syndrome) 是指多种疾病或多种原因导致老年人发生的同一种临床表现或者出现的问题^[11]。是躯体疾病、心理、社会及环境等多种因素累加的结果,即“多因一果”。例如:跌倒可由感官障碍、中枢神经疾病、骨骼肌肉疾病、代谢障碍、各种急性疾病、精神疾患,多重用药以及环境因素等所致。

常见老年综合征包括痴呆、谵妄、头晕、失眠、疼痛、压疮、抑郁症、跌倒、肌少症、吞咽障碍和尿失禁等^[12]。老年综合征是老年人在病态状态下最常见和最重要的临床表现,可导致老年人衰弱,衰弱反过来又加重病因和老年综合征,形成恶性循环,使病情复杂化和严重化、住院时间延长、医疗费用和病死率增加,同时具有较高的共病率、住院率、致残率和病死率,现已成为老年医学重点关注的领域。

4.3 核心技术——老年综合评估 老年综合评估 (CGA),是指采用多学科方法评估老年人的躯体情况、功能状态、心理健康和社会环境状况,并制订和启动以保护老年人健康和功能状态为目的的防治计划,最大程度地提高老年人的功能水平和生活质量^[13]。CGA 已成为现代老年医学的核心技术之一,是老年医学的精髓所在。

CGA 主要包括以下四个方面^[14-16]:全面的医疗评估、躯体功能评估、认知和精神心理评估以及社会/环境评估。全面的医疗评估重视多种老年慢病、老年综合征的筛查以及多重用药管理,让易被误解为“正常衰老现象”如听力下降、记忆障碍、营养不良和尿便失禁等得到应有的处理,同时避免该用的药未用、该停的药未停引起药物副作用而加重病

情。躯体功能评估可及时发现老年问题,并进行预防,例如有平衡和步态障碍者有跌倒骨折的风险、生活不能自理者如得不到支持和帮助其健康情况会持续恶化、下降的视力和听力得不到纠正会使老年人行为退缩和脱离社会。认知和精神心理评估一般需要精神、神经科医生通过评估量表完成。老年人容易发生心理障碍,有关数据显示上海市老年人患各种心理疾病的人数已经从 3 年前的 8% 增加到了 19.9%。社会/环境评估主要包括对社会参与、社会支持和经济状况等的评估,其次还包括对老年受虐和老年文化差异等的评估。

对于合并有严重疾病、严重痴呆、完全失能的老年人以及健康老年人可酌情开展部分评估工作^[17]。CGA 不仅仅用于康复和护理,在诊治疾病时同样可以用,并且在疾病不同时期有不同侧重。对于医护人员,通过 CGA 可以提高对老年疾病诊断的准确率,能够全面了解或掌握老年患者的病情变化和功能状态,及时指导医疗、康复和护理方案的制订,适时进行疗效的评价,并有助于为患者选择适宜的照料环境和服务设施,有效实施老年健康管理、老年康复和老年中长期的照护服务。对于老年患者及家属,通过 CGA 可以促进患者尽早康复,及时回归家庭与社会,最大限度地维持老年人的功能状态和提高其生活质量,预防老年综合征的发生,提高其健康期望寿命,节约医疗费用。

5 展望

老年医学发展任重道远,因此要加强临床研究,推广适宜技术,提高老年疾病诊治水平;开展老年流行病学调查研究,分析影响老年群体健康的因素,提高防病能力;加强老年基础医学研究,从分子、基因水平探索人类的衰老机制和老年疾病的发病原因等。现代老年医学综合诊治的最终目的是提高和维护功能,减少病痛,提高生活质量。

参考文献

- [1] 习近平. 把人民健康放在优先发展的战略地位[J]. 中国科技产业, 2016, 30(9): 8-9.
- [2] 中华人民共和国国家统计局. 2010 年第六次全国人口普查主要数据公报(第 1 号)[J]. 中国计划生育学杂志, 2011, 54(8): 511-512.
- [3] 中华人民共和国国家统计局. 中华人民共和国 2016 年国民经济和社会发展统计公报(1)[N]. 人民日报, 2017-03-01(10).
- [4] 安徽省统计局, 国家统计局安徽调查总队. 安徽省

2016 年国民经济和社会发展统计公报(1)[N]. 安徽日报, 2017-02-24(7).

- [5] MARTÍN-SÁNCHEZ FJ, RODRÍGUEZ-ADRADA E, LLORENS P, et al. Key messages for the initial management of the elderly patient with acute heart failure[J]. Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia, 2015, 50(4): 185.
- [6] 世界卫生组织. 慢病高危密码 3450[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(4): 373.
- [7] KOMIYA K, ISHII H, UMEKI K, et al. Impact of aspiration pneumonia in patients with community-acquired pneumonia and healthcare-associated pneumonia: a multi-center retrospective cohort study[J]. Respiriology, 2013, 18(3): 514-521.
- [8] WISE J. Polypharmacy: a necessary evil[J]. BMJ, 2013, 347(347): f7033.
- [9] BLANCOREINA E, ARIZAZAFRA G, OCAÑARIOLA R, et al. Optimizing elderly pharmacotherapy: polypharmacy vs. undertreatment. Are these two concepts related? [J]. Eur J Clin Pharmacol, 2015, 71(2): 199-207.
- [10] 宋岳涛. 老年病的多学科整合管理[J]. 中国现代医生, 2012, 50(22): 118-120.
- [11] 刘森, 何耀, 吴蕾, 等. 老年综合征的定义、评估工具及应用[J]. 中华保健医学杂志, 2015, 17(6): 513-515.
- [12] WON CW, YOO HJ, YU SH, et al. Lists of geriatric syndromes in the Asian-Pacific geriatric societies[J]. Eur Geriatr Med, 2013, 4(5): 335-338.
- [13] 于普林. 老年医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 210-215.
- [14] SHEN S, HE T, CHU J, et al. Uncontrolled hypertension and orthostatic hypotension in relation to standing balance in elderly hypertensive patients[J]. Clin Interv Aging, 2015, 10: 897.
- [15] CHU JJ, CHEN XJ, SHEN SS, et al. A poor performance in comprehensive geriatric assessment is associated with increased fall risk in elders with hypertension: a cross-sectional study[J]. JGC, 2015, 12(2): 113-118.
- [16] ZHOU J, YANG Y, QIU X, et al. Relationship between anxiety and burnout among chinese physicians: a moderated mediation model[J]. Plos One, 2016, 11(8): 113-118.
- [17] VALÉRO S, MIGEOT V, BOUCHE G, et al. Who needs a comprehensive geriatric assessment? A French Onco-Geriatric Screening tool (OGS)[J]. J Geriatr Oncol, 2011, 2(2): 130-136.

(收稿日期: 2018-01-06)