

卫生健康事业发展 70 周年巡礼·慢性病管理



专家简介:范利,主任医师,教授,博士生导师;中国人民解放军总医院原副院长,中国人民解放军总医院国家老年疾病临床医学研究中心主任;中国老年医学学会会长,中国医师协会常务理事,国家卫健委健康促进与教育专家指导委员会委员,中国人民解放军航天员健康中心医学委员会副主任,清华大学“一带一路”战略研究院专家指导委员会委员,北京医师协会高血压分会副主委;担任《中华保健医学杂志》《中华老年多器官疾病杂志》主编,《中国老年学杂志》副主编。
Email:FL6698@163.com

我国老年人慢性病防控迫在眉睫

范利

(中国人民解放军总医院国家老年疾病临床医学研究中心,中国老年医学学会,北京 100853)

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2019.04.001

1 老年慢性病和共病的发病率居高不下

目前我国已快速进入老龄化社会,虽然我国的医疗、生活水平明显改善,人均寿命延长,但老年人机体功能下降,带病存活期延长,失能半失能老人增多,这是因为老年人慢性病和共病(是指同时患有 ≥ 2 种慢性疾病)的发病率持续增高。不同研究表明老年共病的发生率为 55%~98%。共病导致的失能、失智成为老年人最大的威胁。据中国人民解放军总医院国家老年疾病临床医学研究中心 2018 发布的《中国老年疾病临床多中心报告》显示,随着人口老龄化的加剧,老年住院患者迅速增加,老年慢性病和共病尤为突出。该报告统计分析了我 28 个省(区、市)的 69 万余人次老年住院患者近 10 年(2008 年 1 月至 2017 年 12 月)临床数据资料,发现老年住院患者共病比例高达 91.36%,人均患病 4.68 种。在老年共病中,缺血性心脏病合并高血压居于首位,恶性肿瘤合并高血压近三年间增长速度较快,年均增长率达 42.99%。其中恶性肿瘤、高血压、缺血性心、脑血管疾病,糖尿病是位居前五位的主要慢性病。因此掌握老年慢性病和共病的发病特点,积极预防老年人慢性病和共病的发生发展,加强

多学科联合诊疗,强化老年共病诊疗与防控管理已时不可待。

2 老年慢性病和共病的综合管理

2.1 优化就诊流程,制定个性化的综合诊疗方案

因老年人常伴有多种慢性疾病及不同程度的功能丧失,传统的诊断手段,多种繁杂的检查和治疗流程已难以适合年迈、体弱多病的老人。要便捷优化诊治流程,许多老年患者一来医院经常是挂好几个专科,即心脏科、内分泌科,又有脑血管科、消化科。每个科都针对这些症状给做一些检查、开一些药,所以老年人来医院奔波一上午,检查一大堆,最后拿好几张药方,很多药重叠,老年人无所适从。其实,这些共病老人需要多学科的联合门诊进行一站式医疗服务,针对老人的躯体、认知和心理功能以及社会/环境等多方面因素,做一个慢性病综合评估,开一张既有药物又有科学运动、健康饮食的综合治疗处方,不但节省时间、简化了流程、减少了老人的折腾,还协调了各科室的共性问题。因此对共病老人要开设老年共病多学科门诊,强调人性化的医疗服务,药物不要多,流程不要繁,医疗不过度,随访管理最重要。

2.2 用药处方要科学合理安全 世界卫生组织

(WHO)统计显示:全球有 1/7 的老人不是死于自然衰老性疾病,而是死于不合理用药。来自中国人民解放军总医院国家老年疾病临床医学研究中心 2018 多中心报告显示,老年住院患者中用药 5 种以上比例占 43.8%。多病共存、联合用药和多重用药 (Polypharmacy) 现象是一个全球性的问题,并且越来越严重。由于老年人的机体器官和肝肾功能的衰退,长期用药或联合用药也会使老年人的用药风险陡增。加之老年人的记忆力、理解力减退,视力、听力下降,用药依从性差,常常会出现药物漏服、误服、重服的现象。其用药风险也会相应增大,出现不良反应增多。因此,合理、安全用药对于老年患者来说至关重要。首先需加强多学科联合诊疗和综合管理,制定合理用药方案及策略。特别需要注意同时服用多种药物之间的交互影响作用以及对其他靶器官的毒性作用。比如,抗肿瘤药物的心脏毒性、大量应用广谱抗生素带来的菌群失调;抗血小板药物引发的出血问题等。在用药剂量上应从小剂量开始,根据实际情况逐步调整给药剂量,尤其是肾功能不良的患者,其药物排泄减慢,剂量更应减少,可用可不用的药物尽量不用,减少多种药物的联合使用,以免出现药物间的相互作用和配伍禁忌。

在用药时间点上,应注意药物的药效与时间的关系,饭前吃、饭中吃,还是饭后吃不仅取决于药物本身的药理作用,还应充分考虑食物对药物吸收的影响;有些药物应避免与西柚汁、牛奶、茶水等同服的问题也应当注意,以免影响药效或引发过敏反应。对于老年人而言,个体化给药至关重要,应根据患者的疾病史、用药史、过敏史、肝肾功能、心肺功能及基因遗传等因素来综合考虑,以确定合理的给药方案。

2.3 加强健康生活方式的管理 WHO 官网公布的近年来全球十大死因中,心脏病和脑卒中连续 15 年占据着第一、第二的位置。心脑血管疾病不是不能预防的。WHO 公布结果显示,只要调整好生活方式,保证饮食健康,不吸烟,少饮酒,合理运动,减少腹型肥胖,如果这些方式全都做到了,仅发生心肌梗死的概率就能降低 80%。慢性病的发生 60% 以上与生活方式相关,而基因遗传的因素只占到 10% ~ 20%,关键在于健康生活方式的建立对于推迟疾病的发病年龄具有很重要的作用。发病的时间推迟了,老年人的健康时间就得到延长,患病的进程就会减慢。人不可能长生不老,无疾而终。但是通过我们的健康教育,健康生活方式的建立,早期的健康干

预和长期的健康维护,完全可以把发病的时间后移,老化进程减慢,慢性病发病率减低。我国慢性病的高发说明我国早期的健康教育起步晚了,老年人已经罹患了很多慢性疾病,在这种情况下,就应该加强对老年人慢性病的管理、控制与干预。“重点还是应该放在健康教育上,从青少年到中年再到老年,都要进行全程干预。公共卫生教育的目的,是让全社会的人们从小就形成健康的生活方式,对疾病危险因素进行防范,不至于到老了,疾病来得那么快,那么多,那么猛,要针对各年龄段可改善的危险因素进行早期健康宣教减少慢性病发生,如加强运动和营养补充,增加老年人肌肉的容量和力量,延缓衰弱发生,可防跌倒防失能。加强认知活动早期训练可以延缓老年失智的发生。“健康教育是一个长远的全民工程,是一个国家的基本国策。”实施健康中国战略,不从源头上去防范疾病,就堵不住慢性病泛滥之灾。

2.4 医养结合是共病老人的刚性需求 基于我国老龄化的国情和老年慢性病、共病的高发特点,单靠养老是不行的,医养结合已成为必然,医养结合的主要任务是治未病、疗慢病、促康复、抗衰老;其重点关注防治慢性病共病、维持老人躯体功能和心智健康,以“提高老年人生活质量、融入社会生活”为目标。我认为应对人口老龄化的中国之道,在于构建融合居家养老和机构养老优点的“居家型机构”养老模式。居家型机构的医养结合有三大必备元素:(1)营造身心并护,精神慰藉的大家庭式居住和抱团式扶助氛围的生活环境,提供机构式连续性的医疗和护理服务保障,形成一体化的医康护养社会和国家投资及医保机制;(2)重视老年人的康复医疗,最大程度地维持和恢复老年人的基本功能,积极参与社会生活,改善生活质量;(3)保障老年人摄入健康合理的营养,我国老年人存在营养不良和营养过剩双重负担,营养问题高发可导致慢性病的发生或病程的延长。科学、均衡、全面营养支持不仅是对无法正常饮食的疾病人群及老年人群营养保证的刚性需求,也是预防慢性病复发和衰弱失能的关键。

因此,对老年慢性病和共病的防控关键把健康教育和慢性病管控做好,在不同等级的医院治疗不同的疾病,做好院前的健康防护、院中的治病救急,院后的健康干预和康复管理,形成连续动态全程的新型管理模式,就会在全国形成一张紧密的防控网,让老百姓把疾病挡在体外,把健康握在手中。

(收稿日期:2019-04-30)