# 从“接得上骨头”到“留得住生活”

## ——写在徐州仁慈医院老年骨科中心成立之际

文/图 本报记者 晏飞

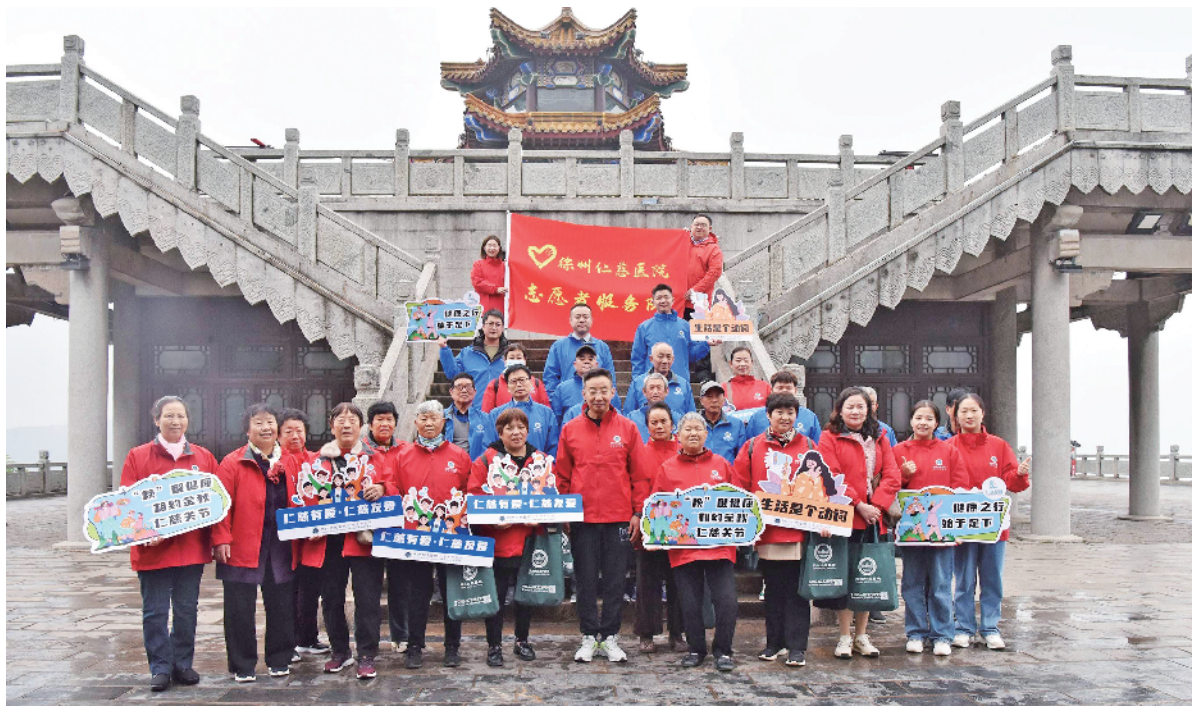
老年骨伤骨病从来不是骨科单一维度的问题，它拷问的是一家医院对“高龄”这件事的整体理解与系统应对能力。

73岁的老人肋骨骨折，患者家属面对的是一个看似简单却无处安放的问题：该去胸外科，还是去骨科？理论上，两个科都能收。但真到了要选的时候，可能每一头都卡着。肋骨骨折看似属于骨科，但要命的不是骨头，而是胸腔内的并发症，这些并发症往往和骨科有紧密联系。科室归属之问的背后，其实是老年患者共病共管、系统承接的问题。

97岁的老人股骨颈骨折，摆在医生面前的往往不是“怎么治”，而是“能不能治”。高血压、糖尿病、心脏功能不全、肺功能低下，麻醉关、感染关、血栓关，每一关都可能让手术止步。即便手术成功，长期卧床带来的肌肉流失、功能衰退，又可能把老人推向另一种困境。

在徐州仁慈医院，有一些没有写在任何文件里却人人都在遵守的规矩。骨折的老人一旦进了急诊，各个环节会不自觉地往前赶，麻醉、内科、康复的人会在手术决策形成之前就出现在该出现的位置，而不是等骨科“叫会诊”才动；手术方案讨论时，“能不能再小一点、再快一点”几乎是本能性的追问；老人术后第一次下地，床旁一定有人盯着，这件事不需要谁专门交代。

这些规矩没有条文，慢慢沉淀成了科室的临床本能。徐州仁慈医院成立的老年骨科中心，本质上不是在“建立”一套新东西，而是给这些已经在运转的、不成文的规矩，一个正式的名字和一条完整可复制的路径。




重阳节登山活动。

### 中心化的本质：医疗系统的前后延伸

在对徐州仁慈医院正在筹备的老年骨科中心采访时，MDT、绿色通道、围手术期安全、加速康复外科（ERAS）、全周期等术语被反复提及。徐州仁慈医院党委副书记、副院长石荣剑表示，老年骨科中心的竞争力，不在于某一台机器人或某一种内固定技术，而在于把评估、麻醉、手术、康复、护理、随访压缩进一条连续的责任链里。谁能让这条链真正转起来，谁就能把“高龄手术”从高风险冒险变成可预期、可管理的常规能力。

“共病共管、评估先行、全程管理，这应该是老年骨科中心的标准化路径。”张传开主任医师说，“我们的目标不是把某一种手术做得更漂亮，而是让合并多种基础疾病的老年患者能够安全地走完从术前评估到术后康复的闭环。”

10月22日，夏冰主任工作室暨X一微创置换与加速康复中心揭牌，明确“一体化关节疾病诊疗路径”和“围手术期管理科学化”。在徐州仁慈医院的规划中，这不是另起炉灶，而是以髋部骨折这个专病为切口，把已经跑出来的微创节奏和MDT默契沉淀为一条规范化路径，再向老年脊柱、骨质疏松性骨折等病种延伸。换言之，先有可复制的专病路径，再有老年骨科中心的综合能力。

依托六级电子病历和数智医院体系，徐州仁慈医院建成高龄患者围手术期多学科评估与决策辅助系统，将加速康复外科理念贯穿始终。在评估适宜、流程保障的前提下，部分患者术后不进ICU、直接拔管回普通病房、第二天即可下地，用流程再造打破“高龄等于保守”的惯性。



为患者手术。

### 技术密度、康复纵深、护理支撑与公益底盘

徐州仁慈医院的起点并不低，甚至在某些环节上可以和国内知名的老年骨科中心掰手腕。

技术层面，徐州仁慈医院骨科作为江苏省临床重点专科，已经形成涵盖关节、脊柱、创伤、手外、足踝、运动医学、小儿骨科、中医骨伤、创面修复的完整亚专科体系，年手术量4万余例。更关键的是，它在苏皖鲁豫省际交界地区率先铺开的数智化诊疗体系。天玑、Mako、贝朗导航、裸眼3D显微镜……让接受数智化手术的患者术后功能恢复时间较传统手术缩短30%以上。老年患者的手术耐受窗口本就狭窄，毫米级精准操作、更小组织创伤、更短麻醉时间，有助于提升围手术期安全系数。但精准微创让老人“过得去”手术这一关，本身并不自动换来出院后的行走、买菜、接送孙辈。

真正把手术成果转化为生活能力的，是康复。对老年骨科患者而言，康复不是“术后附加项”，而是决定老人能不能把手术换来的那一点功能留在生活里。一位髋部骨折老人术后第三天能不能安全坐起、第五天能不能在助行器下迈出第一步、出院时家属知不知道回家后怎么防跌倒，这些看似琐碎的节点，恰恰是“治好”与“白治”之间的分界线。徐州仁慈医院连续多年组织云龙山登高活动，一批又一批关节置换术后的老人重新走上山顶，甚至有人来到珠峰大本营。有患者把这件事概括为“重新获得的生活半径”，手术解决的是“能不能不疼”，康复回答的是“不疼了以后还能做什么”。老年骨科中心要守住的，正是这条从病床延伸到客厅、菜场和户外的线。

护理层面，徐州仁慈医院的“免陪护”病房模式已经运行两年有余，覆盖全部科室，关节外科、脊柱外科等重点病区选择该模式的患者接近90%，累计服务2000余人次。对于老年骨科患者而言，这项能力的价值容易被低估。一位髋部骨折术后的老人，真正的风险高发时段往往不在手术台上，而在回到病房后的第一个夜晚、第一次下地、第一次如厕。“免陪护”意味着专业护理员与康复治疗师在病区内形成不间断的照护覆盖，家属不必在“陪护”与“工作”之间撕裂，老人也不必因为“怕麻烦子女”而推迟下地、减少活动。这种“康复为延伸、护理为支撑”的一体化模式，走在了全国前列。

公益层面，徐州仁慈医院的积累更为深厚。“关节置换圆梦计划”面向四类困难群众提供免费髋膝关节置换，首例低保八旬老人术后第二天即离床活动，实现“零自费”手术。“仁慈助老·健康同行”关节健康扶贫公益行动则将帮扶对象制度化覆盖到低保、特困、低保边缘和刚性支出困难家庭，恪守“医学评估优先、医疗标准不降、服务质量不减”原则。连续二十余期以纯公益形式举办的骨科“雷锋会”，已经把优质医疗资源下沉做成常态。老年骨科中心成立后，这些散落在公益项目中的善意可以找到稳定的临床载体，让困难老人不再只是在一次义诊或一个专项计划中被“看见”，而是进入一条制度化的老年骨科照护通道。

### 把“不敢做”变成“有把握做”

在夏冰主任工作室暨X一微创置换与加速康复中心揭牌仪式上，夏冰称，65岁以上髋部骨折患者术后一年死亡率在20%至30%之间。髋部骨折因此被称作“人生最后一次骨折”。这并非修辞上的夸张，而是对延迟手术与失能连锁反应的临床概括。

把高风险手术变成可管理路径的能力，正是老年骨科中心要着力构建的。徐州仁慈医院已有的智慧骨科体系解决的是“手术怎么做得更安全”的问题；康复与“免陪护”护理解决的是“术后怎么动得更放心”的问题；公益网络解决的是“困难老人怎么进得来”的问题。中心要做的是把这三段能力焊接成一条完整的临床路径，手术时机不再被“等会诊”“等调糖”“等床位”反复消耗，术后康复与出院后的延续照护被纳入同一张计划表。中心化的意义，不在于多挂一块牌子，而在于让“高龄”从一个需要反复权衡的风险变量，变成一个被系统承接的常规参数。

老年骨科中心要接住的，不只是一根断骨，更是一个人继续生活的重心。手术把骨头接上，康复把生活接住，制度让这条线不断。高龄不应是手术的否决项，而应是医疗系统必须作答的必答题。

从“以疾病为中心”转向“以健康为中心”，从“单点治疗”转向“全生命周期服务”，老年骨科中心改变的不仅是诊疗路径，更是医学目标的落点：不再只是“把骨头接上”，而是“让老人重新回到生活里去”。

石荣剑说：“如果用一句话概括这个中心的追求，那就是让老年人不仅‘活得久’，而且‘站得稳、走得出、过得好’。对老年人而言，最好的医疗不止于把病治好，更在于把生活还回来。”