

高齡髖關節骨折對病人、家庭、及醫療體系的衝擊

文／臺中榮總骨科部主治醫師 卓依誠

骨科部 卓依誠 醫師



【主治專長】

困難骨折創傷手術、骨盆骨折、微創人工關節置換術、退化性關節炎治療、骨質疏鬆症治療及預防、關節或人工關節再置換手術。玻尿酸及自體血小板血漿 PRP 注射、椎間盤突出、坐骨神經痛、脊椎狹窄滑脫、運動傷害、關節鏡手術

【門診時間】

週四、五下午，2212 診間

台灣的老年人口(年齡大於 65 歲)自 2013 年底突破 12%，人口老化之速度高居世界第二位，在 2020 及 2030 年分別將提升至 16.1%和 24.5%，預估在 2025 年將達到 500 萬人。而隨著老齡化社會的進展，伴隨而來另一個議題就是骨質疏鬆的發生。骨質疏鬆症是一種沈默的疾病，大多沒有明顯的症狀，有些中高齡患者，可能只有出現身高變矮、駝背的外觀變化，這些患者平常不會覺察到它的存在，大多不以為意，但是只要一個輕微跌倒，或是突然過猛外力，如彎腰搬運物品，就可能造成骨折。骨折後引發嚴重的疼痛、無法

行動、可能長期殘疾，影響健康生活品質，甚至死亡。

高齡髖關節骨折和骨質疏鬆是息息相關的。依中央健康保險署紀錄，發生髖部骨折的老人，一年內死亡率，女性為 11.2%、男性為 18%。髖部發生骨折會感到髖部疼痛、患肢無法負重、甚至跌坐在地無法自行爬起。骨折後不僅會造成日常活動的功能障礙，最嚴重甚至會威脅到生命，是不得不正視的問題。也有許多家屬認為單純骨折的情況下，長輩年紀大開刀風險高，因此向醫師提出不開刀治療。但在髖部骨折卻不盡然是這樣。許多時候，治療骨折不僅是根

據骨折的嚴重程度，病人對功能的需求更是決定如何治療的關鍵。

髖部骨折並非造成死亡的直接原因，許多病人死亡是因為長期臥床引起併發症，如嗆傷、肺炎、褥瘡、泌尿道感染、下肢靜脈栓塞等。如採取保守治療不開刀，則這些老年人會因為疼痛臥床二至三個月，即便之後疼痛改善，仍有七成老年人面臨到長期臥床的問題。因此，髖部骨折最好的治療方式為盡早進行手術，依骨折形態可選擇使用鋼釘固定或半人工髖關節置換，讓病人早日下床活動，避免併發症的發生。此外，手術時機延遲過久，未進行有效疼痛控制，失智及術後瞻妄皆會影響手術後照護。

而要解決上述的問題，需要多部門及多科別的合作，分別從手術技術、內科合併症的照護，疼痛控制，麻醉選擇，骨質疏鬆治療，復健指導等面相共同介入。

在21世紀初期，全球便陸續有整合治療計畫的擬定及結果的報導及文獻證實，多科別的整合治療，以臨床路徑的方式擬定的治療計畫，確實可以在死亡率、併發症、醫療費用、功能恢復，以及認知功能的維持上得到顯著的改善。

臺中榮民總醫院為了降低高齡髖關節骨折病人死亡率及改善術後照顧的品質，自2018年11月24日起組成高齡髖關節骨折整合治療團隊，提供60歲以上的

髖關節骨折病人整合醫療照護服務。在住院費用及天數方面，收案病人均微幅提高，但在整合照護下，病人出院後一年內之急診、門診、住院等費用及次數皆可顯著降低。此整合性服務的導入可證明，雖住院期間造成醫療費用些微增加，卻可以大幅降低一年內醫療體系的負擔。

總而言之，骨質疏鬆是我們未來需要正視的一個課題。老人家髖關節骨折是一項相當危險的情況。它不僅會增加照顧家庭有形和無形的壓力，更會增加老人家死亡的風險。俗語說，預防勝於治療，最好的方式就是避免其發生。長者因身體功能下降(視力、聽力、肌力、平衡感)，行動較不方便，容易跌倒。室內發生跌傷的第一位為臥室、第二位為客廳、第三位為浴室。保持家中乾淨、浴廁乾燥及走道淨空，注意居家照明，為長輩們創造一個安全的環境，才是給長輩最好的禮物。🏥

跌倒高危病人「防跌四要」守則

Four Needs in Preventing Falls in High-risk Patients

病人意識不清 要隨時陪伴	座椅要有扶 手、靠背支撐	如廁起身 要協助	下床、起身及行 走過程要陪伴
			
Need in continual company (for an unconscious patient)	Need to sit in seats with armrests and back support	Need in toilet assistance in standing up	Need in company in getting out of bed, getting up and walking