

髖骨骨折的處置： 老年醫學的視角

台大醫院 老年醫學部 劉介修 詹鼎正

論文題目：Hip Fracture Management: Tailoring Care for the Older Patient.

期刊：JAMA. 2012; 307(20): 2185-2194.

髖骨骨折是老年醫學的重要議題。首先，髖骨骨折好發於老年人，其發生率隨著年齡的增加而提昇，特別是超過六十五歲之後，發生率急遽提高。根據美國的統計，超過八十歲者的髖骨骨折發生率可高達千分之十人年。

其次，髖骨骨折為老年人口帶來嚴重的後果。髖骨骨折者有較高的死亡率，其中有13.5%在骨折後六個月內死亡，有24%在一年內離開人世。另一方面，髖骨骨折也是老年失能的主要原因之一，只有一半的骨折者能回復到骨折前的日常生活功能（ADLs），只有四分之一的人能恢復之前的工具性日常生活功能（IADLs）。同時，髖骨骨折者住進護理之家的比率更是其他老年人的五倍。

此外，髖骨骨折的恢復期較長，需要不同專業團隊的參與，同時它與其他老年病症候群，如跌倒，有許多共病的狀況與危險因子。因此，若能掌握老年醫學的原則，將有助於強化髖骨骨折的照護。

本文針對髖骨骨折的老年照護，從老年醫學的整合性照護觀點，提供術前、術中、術後以及出院後的不同階段的處置原則。

術前除了疼痛控制外，主要的評估包括骨折前的功能狀態、手術風險、矯正主要的臨床問題、決定術式等。病人術前若已完全臥床、生命預期值有限（如嚴重失智）、或者有嚴重的心肺疾病等高開刀風險者，則需更審慎

衡量手術對病人的利弊。此外，術前需特別注意是否有凝血異常、電解質不平衡等主要的臨床問題並予以矯正。再來，則是根據不同的髖骨骨折類型，採取不同的術式。最後則是儘早開刀，可以減少術後疼痛、併發症以及住院天數。

術中需要注意的部分包括了預防性抗生素的投予、抗凝血劑的使用，以及尿管等議題。術中投予24小時第一代頭孢子素能減少約60%的感染。低分子量肝素的使用，可作為靜脈血栓的預防措施。使用間歇性導尿，比尿管留置能讓患者更快恢復正常解尿。

術後的照護焦點在於疼痛控制、譫妄與壓瘡的預防，以及提早開始活動等。大多數髖骨骨折患者在術後都未獲得適當的疼痛控制，這除了影響患者的復健外，也延長了住院天數。低劑量（每天不超過10mg）的鴉片類止痛劑，能減少譫妄發生的風險。

譫妄在髖骨骨折患者術後相當常見，更是造成患者失能、死亡或者住進護理之家的原因。其實術後譫妄是可以預防的，措施包括水份與電解質的平衡、妥適的疼痛控制、避免不必要的藥物、提早移除尿管和提早活動等。此外，也有研究指出，「周全性老年評估」能減少20%譫妄風險和發生天數。

壓瘡能夠透過患者風險評估、頻繁地翻身以及適當床墊的使用等加以預防。此外，患者在術後需要儘早活動，延遲活動除了增加譫妄、肺炎和住院天數外，也提高失能與死亡率。原則上，術後第一天就要開始動，術後第四天就要爬樓梯。

由於髖骨骨折通常需要約一年的恢復期，本文最後提出了患者出院後的照護重點。包括出院規劃與照護銜接、持續復健、疼痛控制與評估、預防再次骨折、以及憂鬱和害怕跌倒等心理面向等。

出院的照護始於適當的出院規劃，醫護人員應該於出院前評估後續安置處的適當性，交付完整清楚的病歷摘要確實交班。患者於出院後需接受定期的追蹤，包括X光檢查、疼痛控制和評估等。

此外，曾發生髖骨骨折者其再發骨折的機率高於其他族群，因此骨質疏鬆和跌倒的評估和預防，也是相當重要的關鍵。在這段追蹤期間，醫護人員應與病人和照顧者溝通療程，並注意照顧者困難，關注患者是否有憂鬱、害怕跌倒等心理議題，並予以進一步評估和處置。

最後，針對有嚴重全身性疾病、生命預期待有限、或者反覆住院的患者，醫護人員應該與家屬溝通緩和醫療的可能性，進行積極的症狀控制，並提供照顧者必要的支持與協助。📍

