

長者跌倒 要點

- ※ 跌倒是導致長者患病和死亡的重要原因之一。
- ※ 在香港，65歲及以上在社區居住的長者當中，每年大約每5人便有1人跌倒。而跌倒的人當中，約有75%會受傷，包括頭部創傷和骨折。
- ※ 跌倒是會無緣無故發生的，往往是由跌倒的人和周遭環境的多項風險因素的相互影響所致。

給長者和護老者的預防跌倒的提示

- ※ 跌倒是可以預防的，它並不是衰老的必然部分。
- ※ 如要評估自己或家中長者跌倒的風險，請向家庭醫生求助。
- ※ 培養健康的生活方式，減低跌倒的風險，永不會遲。由今天開始，為健康作出改變：
 - * 多做體能活動
 - * 維持均衡及定時飲食
 - * 不要吸煙
 - * 避免飲酒
 - * 妥善控制長期病患
 - * 遵照醫生處方，小心服用正確分量的藥物
 - * 穿著合適的衣服，尤其是防滑鞋
 - * 配戴合適的眼鏡
 - * 解決聽力損失問題，例如正確使用助聽器
 - * 適當使用助行器具
- ※ 對家居環境作出簡單的改變，可保障你的安全和減低跌倒的風險：
 - * 經常保持家裡通道暢通無阻
 - * 修補破損、凹凸不平的地面
 - * 在門檻上塗上顏色鮮明的油漆或貼上顏色鮮明的貼紙（在地台水平不一之處，以加強對比）
 - * 保持室內光線充足
 - * 清理地面上的水和油漬
 - * 避免使用可移動或有破損的地毯
 - * 在浴缸或淋浴處放置防滑膠墊，並在有需要時安裝扶手
 - * 把衣物及其他家居必需品放置在容易拿取的地方
 - * 選擇高度合適的睡牀和穩固的椅子

長者跌倒

跌倒和相關的損傷是一個重要的公共衛生問題。每年，全球估計有42.4萬人因跌倒而死亡，是僅次於道路交通意外的第二大非故意損傷死亡的原因。雖然大部分跌倒事故並非致命，但全世界大約有3 730萬人次因跌傷而需要接受治療¹。

在較年長的人口中，跌倒是導致他們患病和死亡的重要原因之一。每年，大約有28%至35%年齡在65歲及以上在社區居住的長者跌倒。70歲以上在社區居住的長者中，相關的比例則上升到32%至42%²。雖然大部分跌倒事故只導致輕微或中度的傷害（例如表面的傷口和擦傷、瘀傷和扭傷），但10%至15%跌倒的人會嚴重受傷，例如頭部創傷和骨折（2%至6%）^{2,3}。舉例說，髖骨骨折可令在社區居住的長者的失去活動能力和自我照顧能力下降，以及令他們往後需要入住院舍。長者因跌倒而導致髖骨骨折／損傷而入院治療，其後需長期入住護養院的可能性，是那些非因跌倒而入院的長者的三倍⁴。跌倒還會對長者造成心理和社交方面的影響，包括失去信心、自尊消減、減少日常活動或因害怕再次跌倒而拒絕參與社交活動。一些以人口為本的研究顯示，約有一半至三分之二在社區居住的長者害怕跌倒；當中40%至66%的長者會因此而限制自己的日常活動⁵⁻⁷。事實上，在全球各地，60歲以上的人因跌倒而死亡的比率在成年人當中是最高的¹。

隨着全球人口老化，長者當中出現與跌倒有關的問題似乎有增加的趨勢²。在美國，65歲及

以上長者因跌倒而需要住院的人次，在二零零一年至二零零八年期間增加了50%⁸。同樣地，在荷蘭65歲及以上長者每年因與跌倒有關的頭部創傷而需要住院的人次，由一九八六年的932人次增加到二零零八年的3 010人次（增幅達223%）⁹。在中國內地，每年估計有2 000萬名長者發生2 500萬次的跌倒事故，耗用直接醫療費用約50億元人民幣，以及社會成本高達600至800億元人民幣¹⁰。因此，預防長者跌倒並將其有害的影響減至最低，是一個重要的全球公共衛生目標。

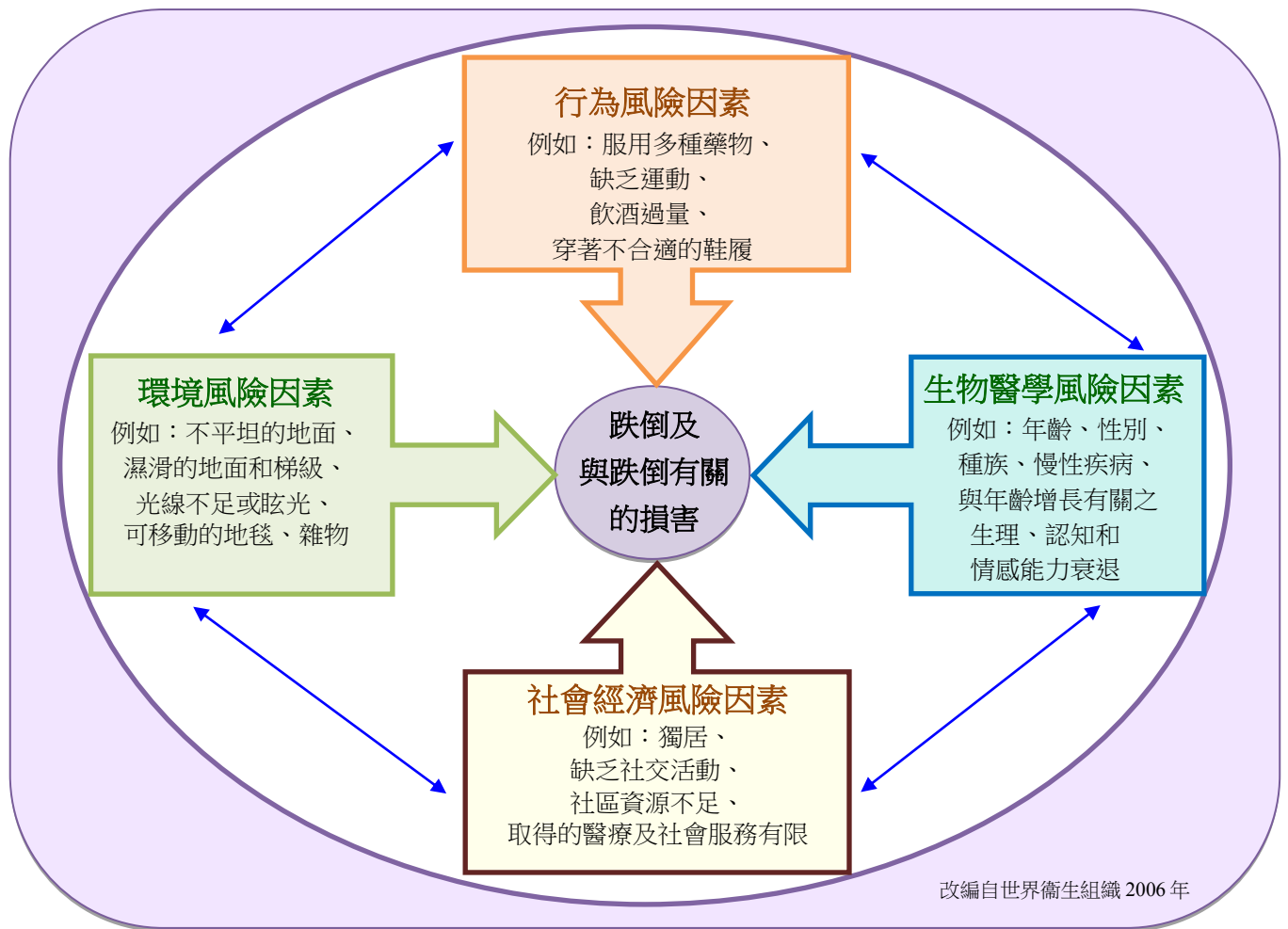
長者跌倒的風險因素

跌倒是不會無緣無故發生的。它往往是由於跌倒的人和周遭環境的多項風險因素的相互影響所致（圖一）²。

生物醫學風險因素

一項近期對前瞻性研究（主要來自美國和歐洲）的系統性回顧和綜合分析，探討了31項在社區居住的長者當中常見的跌倒風險因素（包括社會與人口狀況、醫療、心理、活動能力、感官和服用藥物）。結果顯示，年齡每增加五歲，跌倒的風險便增加12%，而女性的跌倒風險更可增加達30%。曾經跌倒、出現頭暈和眩暈、患有帕金森病或認知障礙和步姿問題，跌倒的風險大約為兩至三倍。其他風險因素如日常獨立活動能力缺損、抑鬱、曾經中風、小便失禁、風濕性疾病、糖尿病和痛症，都可令跌倒的風險增加約25%至65%¹¹。

圖一：與長者跌倒相關的風險因素



行為風險因素

很多長者會使用助行器具協助平衡和活動，以及服用多種藥物醫治各種慢性疾病。然而，不適當使用助行器具和藥物或會增加跌倒的風險。上述系統性回顧和綜合分析顯示，使用助行器具[由於使用不當、用者自身虛弱或其他原因]的跌倒風險約是 2 倍，而服用藥物的數量（就增加一種藥物而言）、使用鎮靜劑和降血壓藥物則會增加跌倒的風險約 5%至 38%¹¹。

環境風險因素

在許多長者跌倒的事故中，實際環境也扮演十分重要的角色。對於在社區居住的長者，家居危機可令跌倒風險增加達 38%¹²。家居

危機的例子包括濕滑的地面、可移動和摺起的地毯、缺乏夜間照明裝置、欠缺扶桿或扶手、電線或其他障礙物阻塞通道，以及把物品放置在高櫃上¹³。

值得注意的是，跌倒的風險會隨着風險因素的數目而增加。一項研究顯示，在社區居住的長者一年的跌倒風險，會隨着每多一個風險因素的出現而增加，由沒有任何風險因素的 8%增加至有 4 個或以上的風險因素的 78%¹⁴。雖然部分風險因素（例如年齡增加和認知障礙）是不可改變的，但是透過改變行為、改善家居及其他環境狀況、妥善控制所患疾病和推行健康促進政策，很多風險因素都可以預防或改變的²。

本地情況

在香港，跌倒是長者受傷的主要原因（50%）¹⁵。本地的研究指出，在社區居住的中國人長者當中，每年跌倒事故的發生率約佔 18% 至 20%¹⁶⁻¹⁸。發生兩次或更多跌倒事故的相關比率約為 5% 至 6%^{16,18}。此外，有 75% 在社區居住的長者在跌倒後受傷；因跌倒後導致嚴重受傷和骨折的個案分別有 7% 和 6%¹⁶。在二零一二年，65 歲及以上長者因跌倒的公立及私家醫院住院病人出院及死亡人次為 19 939 宗（6 102 宗為男性；13 837 宗為女性）¹⁹。在二零一二年，65 歲及以上長者因跌倒而死亡的登記個案為 187 人，男性約佔三分之二，而超過五分之二的跌倒致命個案是在家中發生的（表一）²⁰。

就中國人長者而言，他們的跌倒風險因素與白種人所報告的風險因素大致相近²¹。一項關於在社區居住的長者跌倒和與跌倒有關損傷的本地研究發現，57% 跌倒的長者表示在發生跌倒事故當時存在環境風險因素（包括光滑的地面、地面不平坦、路邊緣及障礙物）。過鬆的鞋或光滑的鞋底亦佔可能導致長者跌倒的因素的 27%¹⁶。沒有晨運習慣的長者跌倒的風險，較每周最少晨運兩次的長者高 40%¹⁷。

表一：二零一二年按性別及發生地點劃分的 65 歲及以上長者因跌倒而死亡的登記死亡數字（百分比）

	數目 (百分比)
性別	
男性	125 (66.8%)
女性	62 (33.2%)
發生地點	
家中	83 (44.4%)
住宿院舍	27 (14.4%)
貿易及服務場所	12 (6.4%)
街道及公路	11 (5.9%)
學校、其他機構及公共行政場所	7 (3.7%)
工業及建築場地	1 (0.5%)
其他註明的地點	44 (23.5%)
沒有註明的地點	2 (1.1%)
總計	187 (100.0%)

資料來源：衛生署及政府統計處。

預防跌倒

許多人錯誤地認為跌倒是衰老的正常階段²²。事實上，透過及早識別可改變的風險因素、改變行為和奉行健康的生活方式，以及針對性的跨專業介入服務，均有助預防長者跌倒事故的發生。

識別和改變跌倒的風險

預防跌倒由意識到和主動識別已知會增加跌倒風險的因素開始²。長者如關注跌倒問題，感到他們會有跌倒的風險或曾經跌倒，都可諮詢家庭醫生，並進行跌倒的風險評估。這項評估可包括身體檢查和重新檢視現行服用的藥物，以找出可能增加他們跌倒風險的潛在疾病或狀況。醫生亦可利用一些簡單的測試，評估長者的身體平衡和控制姿勢能力（例如單腳平衡測試，要求長者在沒有協助下單腳站立五秒；計時起立行走測試，觀察長者在沒有其他人協助下從椅子上站起，向前步行三米，轉身走回到椅子並坐下）²³。按情況需要，家庭醫生可將有跌倒風險的長者轉介給專家或其他健康護理專業人員，接受進一步評估和治療。他們包括：眼科醫生治理白內障和青光眼；專科護士提供理遺護理；物理治療師為長者設計運動，以改善平衡力和步態訓練；職業治療師進行家居安全評估和家居危機改善工作；足病治療師治理足部問題和就鞋履安全提供意見；視光師為長者進行視力檢查和就佩戴合適的眼鏡提供意見；營養師提供飲食建議；以及社工為長者進行心理社交需要和服務評估。對於殘疾或有認知障礙和有護理需要的體弱長者，社會上有不少切合他們需要的資源，包括「一線通平安鐘」、家居照顧服務和日間護理中心等。

改變行為和奉行健康的生活方式

許多跌倒事故的成因都與個人或生活方式有關，而這些因素是可以改變的。然而，不少長者錯誤地以為在晚年才改變他們的行為和奉行健康的生活方式實已太遲²。事實上，對於整天不離沙發的人，以及飲食不健康、吸煙和大量飲酒的人來說，為改善健康而作出改變，永不言遲。健康的生活方式可延緩與年齡增長有關之功能衰退和疾病的出現，從而減低跌倒的風險。以下是長者可作出改變的一些例子：

- ✓ **多做體能活動**，這是預防跌倒的第一道防線。長者可把體能活動融入日常生活，例如多步行和行樓梯，而練習太極可改善肌肉強度、身體的平衡力和協調能力，尤其有助預防跌倒。
- ✓ **維持均衡和定時的飲食習慣**，以吸收足夠的營養和維持強健的體魄。擁有健康的骨骼可預防因跌倒而造成的髖骨或其他骨折；確保從飲食中攝取到足夠的鈣質和維他命 D（有助身體吸收鈣質），以減慢骨質的流失；並限制鹽分的攝取，因過多鹽分會令鈣質從骨骼流失。鈣質豐富的食物包括牛奶、芝士、乳酪、硬豆腐、高鈣豆漿、芥蘭、莧菜和白菜。維他命 D 含量相對較高的食物則包括含油量高的魚（例如鮫魚和三文魚）和蛋黃。接觸天然陽光亦可讓皮膚自然產生維他命 D，但需避免曬傷。

- ✓ **不要吸煙**。吸煙可引致各種慢性病，令骨質減少，影響腸臟吸收鈣質，以及干擾維持骨骼健康所需的荷爾蒙的均衡分泌。即使是高齡人士，為了健康而戒煙亦永不言遲。事實上，許多長者都能夠成功戒煙。有關免費的戒煙輔導和幫助，可致電衛生署綜合戒煙熱線 1833 183。
- ✓ **避免飲酒**。酒精可影響身體的協調能力和平衡力，與藥物產生相互影響或增大其藥效，因而使人更可能會滑倒和跌倒。長者會較易受到酒精影響。
- ✓ **妥善控制長期病患**。積極自理，並遵從治療方案。
- ✓ **遵照醫生處方，小心服用正確分量的藥物**。隨着年齡增加，一些藥物或藥物組合的藥效或會改變。當中部分的藥效可使人昏昏欲睡或頭暈。因此，可請家庭醫生或藥劑師重新檢視所有服用中的藥物—包括處方及非處方藥物—以識別可能會引起副作用或相互影響的藥物。應清楚了解藥物的效用、服用方法和時間。
- ✓ **穿著合適的衣服及鞋履**。避免穿著過長、過鬆或過緊的褲子。選擇防滑鞋，避免穿著高跟鞋、鞋底薄和硬的鞋，或其他太鬆的鞋。避免只穿著拖鞋或襪子行走^{2,3}。
- ✓ **應配戴合適的眼鏡**，以保持視力正常和預防發生與視力有關的跌倒事故。如發覺視力出現任何問題，應立即求醫。
- ✓ **解決聽力損失問題**。如有需要，可向你的醫生或聽力學家查詢適當配戴助聽器或其他聽力設備，加強你的聽力。

適當使用助行器具，例如手杖、四腳架、助行架和輪椅。不要依靠雨傘作為步行輔助用具。請物理治療師協助選擇適當的助行器具，並學習如何妥善保養和使用它們。

確保家居安全

對於在社區居住的長者，大部分的跌倒事故都是在家中或住處附近發生。為了改善家居安全，並將跌倒的風險減至最低，長者可採取以下的措施：

- ✓ **經常保持家裡通道暢通無阻**。定期清理家裡通道的雜物，例如箱子、報紙、電線或電話線。
- ✓ **修補破損、凹凸不平的地面**。
- ✓ **在門檻上塗上顏色鮮明的油漆或貼上顏色鮮明的貼紙**（在地台水平不一之處，加強對比）³。
- ✓ **保持室內光線充足**，特別是在黑暗的地方。把電燈的開關掣設在方便的位置。在睡房、浴室和通道安裝夜明燈，以避免在夜間跌倒。
- ✓ **清理地面上的水和油漬**。
- ✓ **避免使用可移動或有破損的地毯**。如有需要，應使用防滑地毯和修補地毯破損的地方。使用地毯膠貼固定地毯邊緣，防止地毯邊緣摺起。
- ✓ **在浴缸或淋浴處放置防滑膠墊**，並在有需要時安裝扶手，幫助長者進出。
- ✓ **把衣物及其他家居必需品**（例如食物、廚房用品及食具）**放置在容易拿取的地方**。放置物品的地方，不應在低於腰部或高於肩膊的位置，以避免要過度彎腰、俯身或伸展。在有需要時應使用適當的工具，例如長柄取物夾、長柄清潔刷、長柄鞋抽等。
- ✓ **選擇高度合適的睡牀**，確保坐在牀邊時雙腳能平放在地上。**應選擇高度適中和穩固的椅子**。

在二零一二年，防控非傳染病督導委員會之下成立了損傷工作小組，負責處理本港在預防損傷方面的事宜。工作小組的成員來自公營和私營機構，包括社區組織、學術界、醫護專業人員、社會服務界、公營機構和政府部門。在二零一三年一月舉行的會議上，工作小組識別了跌倒以及其他三個優先範疇，包括運動創傷、(跌倒以外的)家居受傷和遇溺，作為優先處理的範疇。請密切留意工作小組就預防跌倒所提出的建議。

更多關於健康長者生活或健康教育的資源(例如數碼影像光碟《簡化 24 式太極拳—長幼齊學益身心》；健康長者生活的書籍、健康飲食或運動)可於長者健康服務網站 <http://www.elderly.gov.hk> 瀏覽，或致電 24 小時電話資訊熱線：2121 8080 (廣東話) 查詢有關詳情。

參考資料

1. Falls. Fact sheet no. 344. Geneva: World Health Organization; 2012.
2. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Preventing Falls and Harm from Falls in Older People. Best Guidelines for Australian Community Care. Canberra: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia; 2009.
4. Gill TM, Murphy TE, Gahbauer EA, et al. Association of injurious falls with disability outcomes and nursing home admissions in community-living older persons. *Am J Epidemiol* 2013;178:418-25.
5. Howland J, Lachman ME, Peterson EW, et al. Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist* 1998;38:549-55.
6. Jang SN, Cho SI, Oh SW, et al. Time since falling and fear of falling among community-dwelling elderly. *Int Psychogeriatr* 2007;19:1072-83.
7. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Eijk JT, et al. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing* 2007;36:304-9.
8. Hartholt KA, Stevens JA, Polinder S, et al. Increase in fall-related hospitalizations in the United States, 2001-2008. *J Trauma* 2011;71:255-8.
9. Hartholt KA, Van Lieshout EM, Polinder S, et al. Rapid increase in hospitalizations resulting from fall-related traumatic head injury in older adults in The Netherlands 1986-2008. *J Neurotrauma* 2011;28:739-44.
10. Wang J, Chen Z, Song Y. Falls in aged people of the Chinese mainland: epidemiology, risk factors and clinical strategies. *Ageing Res Rev* 2010;9 Suppl 1: S13-7.
11. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, et al. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology* 2010;21:658-68.
12. Letts L, Moreland J, Richardson J, et al. The physical environment as a fall risk factor in older adults: Systematic review and meta-analysis of cross-sectional and cohort studies. *Aust Occup Ther J* 2010;57:51-64.
13. Report on Seniors' falls in Canada: Division of Aging and Seniors, Public Health Agency of Canada; 2005.
14. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-7.
15. Yeung JH, Chang AL, Ho W, et al. High risk trauma in older adults in Hong Kong: a multicentre study. *Injury* 2008;39:1034-41.
16. Chu LW, Chi I, Chiu AY. Falls and fall-related injuries in community-dwelling elderly persons in Hong Kong: a study on risk factors, functional decline, and health services utilisation after falls. *Hong Kong Med J* 2007;13:S8-12.
17. Ho SC, Woo J, Chan SS, et al. Risk factors for falls in the Chinese elderly population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996;51:M195-8.
18. Lee JS, Kwok T, Leung PC, et al. Medical illnesses are more important than medications as risk factors of falls in older community dwellers? A cross-sectional study. *Age Ageing* 2006;35:246-51.
19. 香港特別行政區：醫院管理局及衛生署。二零一二年住院病人數字。
20. 香港特別行政區：衛生署及政府統計處。二零一二年死亡數字。
21. Kwan MM, Close JC, Wong AK, et al. Falls incidence, risk factors, and consequences in Chinese older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:536-43.
22. Debunking the Myths of Older Adult Falls. Washington, D.C: National Council on Ageing.
23. 香港特別行政區：衛生署基層醫療統籌處。二零一三年。香港長者護理參考概覽 - 長者在基層醫療的預防護理。

健康簡訊

一項研究發現，本港 65 歲及以上人口中髖骨折的發病率呈下降趨勢。

該項研究利用醫院管理局有關髖骨折個案的年度數據，以及政府統計處的人口統計資料，計算出由二零零一至二零零九年 65 歲及以上人口的髖骨折發病率和骨折後死亡率。結果顯示，65 歲及以上男士的髖骨折年齡調整發病率由二零零一年的每十萬人口 381.6 宗下降至二零零九年的每十萬人口 341.7 宗。在 65 歲及以上的女士當中，同期的相關數字亦由每十萬人口 853.3 宗減少至每十萬人口 703.1 宗。然而，在骨折後死亡率方面，該研究則並未發現任何顯著的改變。

目前，我們並不清楚導致老年人髖骨折情況改善的確實原因。預防跌倒服務的設立、體能運動或太極的推廣，以及抗骨質疏鬆藥物的普及，都可能降低長者髖骨折的發病率，但確實的原因仍須作進一步研究。

[資料來源：Chau PH, Wong M, Lee A, et al. Trends in hip fracture incidence and mortality in Chinese population from Hong Kong 2001-09. Age Ageing 2013; 42(2): 229-33.]

非傳染病直擊 旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，

意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。

如有任何意見或疑問，請聯絡我們，電郵 so_dp3@dh.gov.hk。

主編
程卓端醫生

委員

鍾偉雄醫生

馮宇琪醫生

許燕芬醫生

劉天慧醫生

李兆妍醫生

李元浩先生

吳國保醫生

曹家碧醫生

雲永綺女士

尹慧珍博士

王曼霞醫生

黃詩瑤醫生