

2023年 台灣骨質疏鬆治療指引摘要

前言

隨著人類壽命的延長，骨質疏鬆症已成為全球主要負擔。骨質疏鬆症增加了各個部位的骨折風險，尤其是脊椎和髖部骨折。台灣髖部骨折的發生率在亞太地區排名第一，全球排名第九。大約三分之一的台灣婦女一生中會有椎體、髖部或手腕骨折的風險。男性也有約五分之一的風險。中華民國骨質疏鬆症學會(TOA)自2002年以來發布了臨床實踐指引，並每兩年更新一次。該內容包括骨質疏鬆症的預防和治療指引，提供台灣臨床醫療人員骨質疏鬆的照護準則。全文可以在骨質疏鬆學會的網站免費下載。(https://www.toa1997.org.tw/download/)

戴大為　醫師

成大醫院骨科部主治醫師
中華民國骨質疏鬆症學會秘書長

本文摘要於2023年最新指引及骨質疏鬆症&肌少症診治照護全書(作者:戴大為，原水文化，暢銷增訂版出版日期：2023年2月16日)。

台灣髖部骨折對死亡的影響

骨質疏鬆所造成的髖部骨折死亡率比許多癌症還高。在1999年，台灣髖部骨折的老年人一年內的死亡率約為15%　(標準死亡率為13%)，其中男性高達22%(標準死亡率為14%)。到了2009年，髖部骨折一年內的死亡率，女性為11.2%，男性為18%；但在2010年同年齡族群的標準死亡率，女性已經大幅降至2.8%，男性也降至3.6%。因此，現代的髖部骨折對死亡率的影響反而比以前更大。

身體檢查

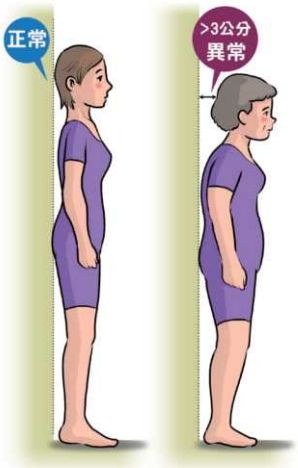
通過身體檢查，也可以初步篩查骨質疏鬆症的可能性。但要進一步確認診斷，需要進行X光或雙能量X光吸收儀(DXA)來檢查骨密度。關鍵的身體檢查包括身高、體重和駝背姿勢：

1)**身高下降**：如果當前身高比年輕時的身高**矮4公分以上**，則強烈懷疑骨質疏鬆症。定期每六個月追蹤身高變化，有助於早期發現脊椎壓迫性骨折。

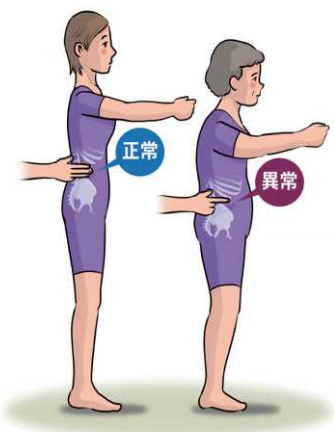
2)**低體重**：低體重是骨質疏鬆症的風險因素之一。

3)**牆與頭枕部距離(WOD)**：這是一種快速篩查胸椎壓迫性骨折的方法。受測者以背靠牆站立，WOD是頭部枕骨區域和牆壁之間的水平距離，正常的WOD應該是小於1公分。如果距離**超過3公分**，則強烈懷疑存在潛在的脊椎壓迫性骨折。**超過6公分**幾乎肯定代表可能有壓迫性骨折。

4)**肋骨-骨盆距離(RPD)**：這是一種快速篩檢腰椎壓迫性骨折的方法。RPD是側面軀幹中肋骨下緣和骨盆上緣之間的垂直距離，正常距離應該是2-3個手指寬或大於5公分。RPD小於1個手指寬(2公分)幾乎肯定代表有脊柱異常。



圖一、牆與頭枕部距離(WOD)
(圖片來源：骨質疏鬆症&肌少症診治照護全書)



圖二、肋骨-骨盆距離(RPD)
(圖片來源：骨質疏鬆症&肌少症診治照護全書)

雙能量X光骨密測定(DXA)測量骨密度（BMD）

超音波定量（QUS）或其他骨密度測定只能用作初步篩查工具，無法作為確定診斷的依據。如果發現異常，則應通過DXA進行髖部或腰椎或兩者的檢查進行確認。**DXA骨密度檢測建議至少在兩個部位進行測量，包括腰椎或任一髖部**。

骨密度T值 -1.0為正常；T值在-1.0至-2.5之間為低骨密度或低骨量（osteopenia or low bone mass）；當T值小於或等於-2.5時，則可診斷為骨質疏鬆症。若同時有骨鬆性骨折時，可以稱為嚴重骨質疏鬆症。即使T值大於-2.5，也可以根據低創傷性骨折的存在進行臨床診斷。

對於尚未接受積極治療的患者，不建議在1年內重複DXA骨密度測量，通常建議至少間隔兩年。

鈣和維生素D

每日攝取適量的鈣和維生素D，可能可以降低骨鬆骨折的風險。TOA在2022年發布了一份關於骨質疏鬆症患者鈣和維生素D攝取的官方聲明：

1. 針對停經後婦女骨質疏鬆症患者，每日建議的鈣質攝取量為至少1200毫克。50歲以上男性之骨質疏鬆症患者，每日建議的鈣質攝取量為至少1000毫克。所有骨質疏鬆症患者的每日維生素D攝取量為至少800國際單位。（包含飲食及補充劑）。
2. 同時補充足量鈣質與維生素D，可以有效降低骨折風險。但單獨補充鈣質或單獨補充維生素D，則無足夠證據顯示可以有效降低骨折風險。
3. 攝取過量的鈣質(超過1500毫克)並不會產生更多益處，且可能有潛在結石或心血管疾病風險。
4. 補充鈣質與維生素D無法取代藥物治療。骨質疏鬆症患者、已發生脆弱性骨折患者，應同時接受抗骨鬆藥物治療並補充足量鈣質及維生素D。

臺灣上市骨質疏鬆治療藥品與療效統整

		藥物	使用頻率與方式	預防脊椎骨折	預防脊椎之外的骨折	治療男性骨質疏鬆	治療類固醇造成的骨質疏鬆	初級骨折預防
抗骨質吸收藥物	雙磷酸鹽類藥物	Alendronate（如：福善美）	每週口服	++	++	++	++	++
		Risedronate（如：瑞骨卓）	每月口服	++	++	++	++	++
		Zoledronate（如：骨力強）	每年靜脈注射	++	++	++	++	++
		Ibandronate（如：骨維壯）	每季靜脈注射	++	+	+	無證據	無證據
	單株抗體	Denosumab（如：保骼麗）	每半年皮下注射	++	++	++	++	+
	雌激素與選擇性調節劑	Estrogen 女性荷爾蒙	每天口服	++	++	不宜	不宜	++
		Raloxifene（如：鈣穩）	每天口服	++	+	不宜	無證據	++
		Bazedoxifene（如：芬安）	每天口服	++	+	不宜	無證據	無證據
		Tibolone（如：利飛亞）	每天口服	++	無證據	不宜	無證據	無證據
造骨促進劑	副甲狀腺素類	Teriparatide（如：骨穩）	每天皮下注射	++	++	++	++	無證據
	單株抗體	Romosozumab（如：益穩）	每月皮下注射	++	++	+	無證據	+

※ 資料來源：2023 年台灣成人骨質疏鬆症防治共識及指引
++：有足夠醫學證據。+：有部分間接證據。
初級骨折預防乃針對無骨折病史之低骨量或骨質疏鬆患者。
抑鈣素（Calcitonin）鼻噴劑已於 2013 年停止使用。鍶化合物（Strontium ranelate）於 2018 年退出國際市場。

減少骨質流失藥物健保給付規定 含：保骼麗、福善美、骨力強、鈣穩等。

1. 骨質密度T值≦−2.5 且有 1 處髖部或脊椎骨折。
2. 骨質密度T值介於−1至−2.5，且有2處或2次以上髖部或脊椎骨折。

造骨促進劑健保給付規定 含：益穩挺、骨穩、艾歐骨得等。須符合以下 3 個條件

1. 骨質密度T值≦−3.0。
2. 脊椎或髖部多於 2 處骨折。
3. 無法耐受其它骨鬆用藥副作用，或使用 12 個月後仍然產生新的骨折。

圖三、台灣現有骨鬆治療藥物(圖片來源：骨質疏鬆症&肌少症診治照護全書)

圖四、骨鬆藥物健保給付規定（圖片來源: 骨質疏鬆症&肌少症診治照護全書)

藥物治療

根據其作用機制，用於預防和治療骨質疏鬆症和骨鬆骨折的藥物可以分為三類：抗吸收劑，骨形成劑和混合型。台灣可用的藥物及其基於證據的適應症列於**圖三**中。

使用所有類型的抗骨質疏鬆症藥物治療期間，應檢查**血鈣和磷濃度以及腎功能**，以評估鈣離子濃度和腎功能的變化。骨鬆治療最少要超過三年以上，較能有效且持續減少骨折風險，千萬不可過早停藥。如果累積用藥量少於處方劑量的一半，幾乎沒有預防骨折的效果。

對於極高骨折風險的患者(例如多發性骨折、骨密度T值低於-3.0)，可以考慮積極使用促進骨生成藥物來治療，快速提升骨密度(例如: 骨硬化素單株抗體romosozumab或副甲狀腺素類藥物。中高骨折風險患者，可以依照患者特性選用雙磷酸鹽類藥物、RANKL單株抗體denosumab或選擇性雌激素受體抑制劑。健保給付規定如**圖四**。

藥物假期

口服雙磷酸鹽治療5年後，如果骨折風險不再高（例如骨密度T值高於-2.5或沒有新的骨折發生），可以考慮停藥觀察（雙磷酸鹽假期，drug holiday）。如果骨折風險仍然高或非常高，則可以將治療延長5年（總共6-10年）。對於使用注射雙磷酸鹽（例如zoledronate）的高風險患者，建議在治療3年後重新評估使用的必要性，或直到骨折風險不再高。對於非常高風險的患者，建議繼續治療6年，然後重新評估是否繼續治療。雙磷酸鹽假期的結束應基於個人患者情況，例如骨折風險增加，骨密度下降或骨代謝顯著變化。

使用單株抗體藥物（denosumab）的患者不能擅自停藥。停藥可能會造成快速反彈性骨流失，增加骨折風險。若預計停藥，可以接續施打zoledronic acid至少兩劑，可以有效減少骨流失。

使用造骨促進劑（例如：骨硬化素單株抗體romosozumab或副甲狀腺素類藥物）後，亦需要接續其他抗骨吸收劑繼續治療。

藥物治療的持續時間應根據個人情況和風險評估而定。另外，藥物治療應該與其他非藥物治療措施相結合，例如飲食，運動和減少危險因子。

結語

骨質疏鬆症是年長者的隱形殺手，若未及時診斷，隨之而來的骨折、行動能力降低，所造成的健康及照護問題需要社會付出極大成本。詳細照護準則請至骨鬆學會網站下載專區下載2023年最新骨鬆治療及預防指引。更多案例、衛教及治療資訊歡迎參考骨鬆專科醫師學分班及衛教師班參考教材：骨質疏鬆症&肌少症診治照護全書（作者：戴大為，原水文化，暢銷增訂版出版日期：2023年2月16日）**(圖五)**



骨質疏鬆症學會
2023年治療及預
防指引全文下載

骨質疏鬆＆肌少
症診治照護全書
【暢銷增訂版】
戴大為/原水文化

圖五、治療指引、骨質疏鬆症&肌少症診治照護全書