

養和之道



第四十三期 二零一五年二月

家庭醫學及基層治療 如有一寶

趙志輝醫生 家庭醫學專科醫生



家庭醫生走在最前，為病人診症。以往長者泛指介乎60至65歲人士，今日醫學昌明，人均壽命有所延長，長者年齡現在可達75至80歲，甚至是90歲。

近年長者病症日趨普遍，症狀往往不為人所察覺，難以診斷。

俗語有云：「治未病」。此文將簡介家庭醫生如何診斷長者，讓您對長者健康加深了解。

常見症狀及病症

症狀包括疲倦、食慾不振、體重下降、氣喘、傷口復原緩慢（特別是足部）、慢性痛症、暈眩、顫抖、性功能障礙、失禁、前列腺病症等。

其他常見症狀包括咳嗽、傷風、腹瀉、腹部不適。上述情況較常見於長者。

常見疾病包括認知障礙症、柏金遜症、風濕病、骨質疏鬆症、長者抑鬱、糖尿病、高血壓、血脂、痛風症、膝部骨關節炎、跌倒、中風、肺炎、器官衰竭等。

長者與青年

生理：

- 視覺、聽覺、活動能力減弱，身高下降等
- 長者甚少告知醫生其生理症狀，以致症狀常被忽略
- 因患有多種病症以致多重用藥
- 容易出現併發症，如因流感引致肺炎、中風導致吸入性肺炎等
- 衰竭、腫瘤、心血管疾病風險增加

心理：

- 焦慮和抑鬱（抑鬱尤其容易為人忽略）、空巢症候群
- 認知障礙症 / 柏金遜症的症狀與一般情緒不穩有相同症狀，容易混淆

社交：

- 獨居、步行需別人攙扶、只能留在家中、四肢無法郁動、肌肉萎縮

長者不願求診原因及協助方法

- 未能察覺症狀，如將咳嗽誤當普通傷風咳嗽。長者甚少體力活動，少有明顯氣喘情況出現，但也不能排除肺炎或肺癌的可能
- 以為症狀是年長之必然，如將便秘看成年老所致。腸狀活動有變，可能是腸癌症狀
- 視力衰退，令肉眼未有發現症狀，如未見糞便帶血、血尿或足部情況
- 嘗試按傳統方法自行處理，但做法不太正確
- 怕麻煩子女、浪費金錢，又或因性格固執或心存恐懼所致
- 部分患者欠缺社交生活及與家人疏離，乏人照顧
- 行動不便，無法求醫

協助長者時，宜就其症狀或實際需要進行溝通，尊重長者之餘，傾談中亦應讓長者明白自己想法不太正確，以及如何改善情況。

現時長者大多眉精眼企，甚至比時下青年人更醒目，惟少數長者仍需協助，予以支援。

您或您的家庭有沒有家庭醫生？家庭醫生可以如何協助您及您的家人？

- 如未有家庭醫生，可參考以下網址：
<http://www.hksh.com/chi/doctors/index.html#c19>
<https://apps.pcdirectory.gov.hk/Public/Main/Main.aspx>
- 如有家庭醫生，應定期接受身體檢查

家庭醫生會與您及您的家人緊密合作。家庭醫生熟悉患者的生理、心理及社交狀況，能提供合適、全人而有效的治療，並及時安排轉介。家庭醫生亦理解您的需要與憂慮，治療以人為本，按不同情況提供持續護理，如慢性病症等。



今期邀得多位專科醫生，
分享不同長者病症的資訊。

常見誤解

- 身體功能雖會隨年齡衰退，但如能持續運動，長者的免疫及肌骨功能其實與青年人相差無幾
- 輕微症狀則表示疾病輕微；嚴重疾病如糖尿病、缺血性心臟病、大腸癌等，未必有顯著症狀
- 體重下降、食慾不振等，或許是末期疾病的先兆。與其尋求治療，倒不如好好享受餘生

協助長者小貼士

- 協助長者定期接受生理檢查，預防勝於治療
- 留意情緒問題：長者抑鬱其實非常普遍，自殺隨時無聲無息，應多加聆聽長者心聲，理解其需要
- 與長者多溝通，設身處地為長者著想，協助尋求社交支援。留意家中危機處處，如長者有可能會在家中跌倒

跌倒

- 多重因素所致
- 發生率及死亡率高
- 病人入院前會接受跌倒評估，藉電子風險評估及個人護理計劃，按風險程度、情況轉變、術後或跌倒後予以指導及再度評估
- 入院時提供資料單張，院內IE buddy播放預防跌倒的影片
- 跨部門專科護理
- 黃色手帶標明病人跌倒風險，以茲識別
- 或轉介職業治療師跟進病人家居環境，予以改善
- 夜間光線不足、地上有物件或電線，容易令長者跌倒。宜穿著稱身衣服及內衣，浴室及廁所增設扶手
- 提供預防跌倒、病人及護理教育等資訊
- 本院預防跌倒小組定期進行審計及風險管理

認知障礙症

李頌基醫生 腦神經科專科醫生



認知障礙症（前稱老人癡呆症，又通稱腦退化症），是一種因為大腦出現病變或受其他疾病影響而引致認知功能減退的病症。一般成年人會隨著年齡逐漸長，感覺記憶力比從前減弱，但認知障礙症患者記憶力衰退的程度遠高於正常老化，其他認知功能亦同時出現變化，包括語言能力、時空辨認、思考及判斷力、性情及情緒等，影響正常生活。

認知障礙症主要影響年長人士，年齡越大，受影響的比率越高。估計香港65至69歲長者中，約百分之二患有認知障礙症；80至84歲長者受影響的比率則超過百分之九。認知障礙症主要成因是阿滋海默氏症，佔大約六成個案，其次是血管性認知障礙症，佔大約兩成個案，另外約一成個案有這兩種成因並存。其他比較罕見的成因包括額顳葉認知障礙症、路易體認知障礙症、常壓性腦積水、亨廷頓氏症、克雅二氏症及受腦部感染（如梅毒、愛滋病）、缺乏維生素（B12或葉酸）、內分泌失調（甲狀腺功能不足）、慢性酒精中毒影響等。

阿滋海默氏症病人的腦細胞出現退化性病變，積聚β澱粉樣蛋白而形成澱粉蛋白斑和神經纖維纏結。家人會察覺到患者有記憶力衰退、判斷力轉差、性情變化、情緒焦慮或低落、多疑或妄想等現象，因而影響工作能力、日常生活及與家人的關係。由於阿滋海默氏症現時還沒有藥物可以控制病情，患者的認知功能會隨著時間持續衰退，到最後完全喪失自我照顧甚至活動能力。患有血管性認知障礙症病人的認知功能則會隨著每次再出現小中風進一步衰退，因此有效控制中風的風險因素，可以減低病情惡化的機會。

要治療認知障礙症，最重要是透過血液檢查及腦部掃描找尋可治療的成因，如常壓性腦積水、甲狀腺功能不足、缺乏維生素

B12或葉酸及腦部感染等。此外，抑鬱症病人亦可能會呈現疑似認知障礙症的病徵，接受相關治療後病情亦會有所改善。由於大多數認知障礙症患者是年長人士，極有機會同時出現血管性認知障礙症，因此不論屬於任何成因，亦應積極控制血壓、血糖、膽固醇及吸煙等中風風險因素。排除以上因素後，認知障礙症的治療主要是利用藥物紓緩病徵及幫助患者家人提供家居照顧。現時有效紓緩病情的藥物包括乙醯膽鹼酯酶抑制劑（如Aricept、Exelon、Remyntal）及NMDA受體抑制劑（Ebixa），醫生會根據患者的病情及接受程度處方藥物。

認知障礙症患者的護理主要有賴家人的耐心照顧。家人必須了解患者記憶及認知功能的局限而作出配合，例如固定的日常生活程序、提供輔助記憶的提示、避免與患者爭論、安撫患者焦慮不安的情緒及保障個人安全措施等。此外，家人亦應預期患者的認知功能會逐漸惡化而協助患者及早作出預前指示和個人財政等安排，以方便日後照顧。有關認知障礙症患者照顧方面的細節，可參閱馮淑敏博士的著作《媽媽的腦袋中空了》。家人照顧認知障礙症患者面對相當大壓力，醫療團隊必須動員社區資源提供支援。



帕金森症 Parkinson's Disease

蔡德康醫生 腦神經科專科醫生



長者震顫、行動不便等情況看似普遍，然而當中有多少是正常衰老所致，有多少與患病有關？這個問題連醫生也無法即時解答。活動能力受損是帕金森症的主要症狀，在長者中較為普及，年紀愈大，患病機會愈高。

帕金森症是一種原發性的神經系統衰退疾病。原發性的意思是指它不是由其他疾病或成因而引致的疾病。臨床上的診斷主要靠清晰的症狀及病情的演變來確定。過往確斷的最高標準是腦神經組織的病理變化，而帕金森症的定義是原因不明的黑質神經細胞減少，細胞質內出現路易士體（Lewy body），臨床上表現帕金森綜合症為主要症狀的進行衰退疾病。但近年來醫學上有很多突破性的發現，加深我們對帕金森症的了解，開始初步認識神經組織病變和衰退的成因及過程。病理變化未必是診斷帕金森症的最高標準，而愈來愈多證據亦顯示帕金森症不是一種單一的疾病。發病的成因非常複雜，現時尚未清楚明白，沿用的定義不能適用於全部的帕金森症。有少部分案例是由單一遺傳基因突變而引致的帕金森症，但絕大部分的帕金森症都是遺傳因素和環境因素相互影響而成。

德國的病理學家（H. Braak）發現在病人的中腦黑質（Substantia Nigra）出現病變之前，路易氏體（Lewy body）已經在腦幹中廣泛存在。隨著腦部退化的情況日趨嚴重，路易氏體的分佈也逐漸擴散到大腦其他部分。中腦黑質的多巴胺腦細胞聯繫網絡廣泛地分佈至大腦的各個部分，包括中腦皮質（Mesocortical）、中腦邊緣系統（Mesolimbic）、黑質紋狀體系統（Nigrostriatal）等主要通路（如主理包括情緒反應的邊緣（Limbic）系統），可見帕金森病可能導致焦慮、抑鬱等情緒問題。最新的研究顯示路易氏體可以在中央神經系統以外的神經組織出現，例如大腸及皮膚，可以引致多種非運動症狀，如便秘、體位性血壓低等。

帕金森症可以引致很多不同的障礙及症狀，最重要的特徵是運動功能障礙，主要徵狀包括震顫、僵硬、動作緩慢和走路姿勢不穩，然而這些徵狀在患病早期不會全部出現，尤其是走路容易失衡乃較後期的徵狀。一般來說，只要出現其中兩種徵狀，便可確診為帕金森綜合徵（Parkinsonism）。

帕金森綜合徵不等於帕金森症，當中只有七成個案是由帕金森症所引致。中毒、中風、腦血管病、腦創傷、腫瘤和腦室積水等也可能引致帕金森症徵狀。此外，一些成因不明的腦神經退化疾病也會出現類似徵狀，惟患者通常亦有一些非帕金森徵狀的特徵。這類疾病統稱為「帕金森疊加綜合症」（Parkinsonism Plus Syndrome）。

診斷帕金森症的第一步，是確認病者有帕金森綜合症。由於最早期出現的徵狀會因人而異，病徵可能不大明顯（例如動作不太暢順或做一些簡單動作也感到吃力），要確診並不容易。單純抑鬱或焦慮，往往也會影響運動功能，情況與早期帕金森症相似。很多帕金森症患者亦會有情緒低落或困擾。

要確診一些輕微運動功能障礙是帕金森綜合症還是精神問題，有時十分困難。此外，大多數手腳震顫多為成因不明的原發性震顫，不是帕金森症所致。細心的臨床評估對診斷震顫成因至為重要，然而，即使是經驗豐富的腦神經科專科醫生，也不一定可以立即就最早期的徵狀下結論，有時要觀察幾個月甚至一年方能確診帕金森綜合症。如出現典型的靜止性震顫和明顯動作遲緩，帕金森綜合症的臨床診斷就比較容易確定。

確診帕金森綜合徵後，便要找出病因。正如前述，類似病徵有約三成機會是由其他疾病引致。透過驗血和腦部結構造影（磁力共振或電腦掃描）等檢查，可找出其他引致帕金森綜合徵的非帕金森症疾病。

一般而言，如臨床確認帕金森綜合徵並已排除其他病因，再加上患者沒有其他非帕金森症徵狀，便可以確診為帕金森症。由於診斷涉及很多主觀判斷而無客觀檢驗以茲證實，診斷難以百份百準確。有鑑於此，醫生會觀察患者病情的發展及對藥物的反應，不時作出檢討及反覆考慮其他疾病的可能性。若患者出現以下情況，就能更加肯定病徵乃帕金森症而非其他疾病所致：

1. 徵狀首先在身體的一邊（左或右）出現，其後兩邊都受影響，最先出現徵狀的一邊比較嚴重
2. 服用「左旋多巴」（Levodopa）藥物後，情況會改善逾百份之八十，藥效能維持最少兩年
3. 服用「左旋多巴」一段長時間後，藥物會令患者做出不自主的動作
4. 運動障礙逐漸惡化，速度因人而異：大部分患者的惡化程度相當緩慢，一般超過十年方會出現較為嚴重的傷殘

近年出現以放射性示顯劑（Radiotracer）顯示「多巴胺」神經細胞活動情況的新科技，有助準確診斷早期甚至臨床前帕金森症。



症。這類特別造影檢查包括氟多巴正電子掃描（Fluorodopa PET）及雷利必得正電子掃描（C-Raclopride PET）。由於檢查需要特別儀器和試劑，臨床上尚未廣泛應用，日後有望成為診斷早期帕金森症的指標。養和醫院是香港現時唯一一間提供這類造影檢查的醫院。大部分患者一般無須透過此種新式造影檢查方能確診：臨床評估是現今最重要的診斷方法，由富經驗的腦神經科醫生作臨床診斷，準確度可高達九成。

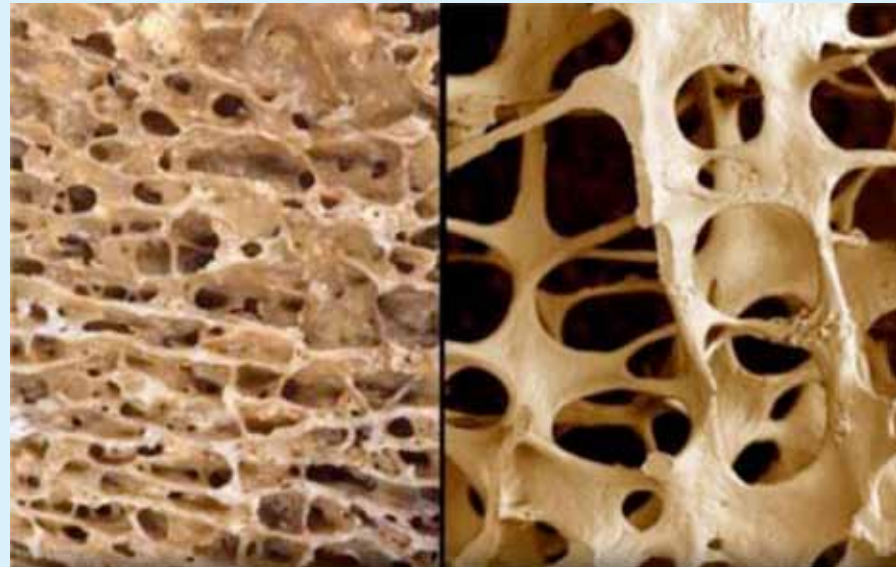
雖然現時仍沒有根治此症的方法，但透過藥物、手術及其他輔助性治療，可以大大紓緩病徵，令患者能夠獨立生活兼生活質素有所提升，享有正常壽命。現時治療帕金森症仍以藥物為主，手術治療則適用病情已屆後期或藥物未能提供滿意效果。藥物的主要作用是補充腦內缺少的傳導物質多巴胺，左旋多巴進入腦部後會轉變成天然的多巴胺，是治療帕金森症最有效的藥物。除左旋多巴外，新一代多巴胺受體激動劑及其他藥物亦有很好的效果。只要使用及調較適當，可以令患者長時間保持理想的活動能力。多個研究亦證實運動對治療帕金森症非常有效，可以改善病情，提升患者的平衡力。

現今科學雖然未能完全破解帕金森症，至今無法根治，但已有顯著的突破：在認識、診斷及治療各方面，均有很大進步，可以紓緩病情、提升活能能力及生活質素，並讓病人擁有正常壽命。

骨質疏鬆症

崔綺玲醫生 內分泌及糖尿科專科醫生

骨質疏鬆症是一種骨骼疾病，該病的特點是低骨質量和骨組織的微結構受破壞，最後導致骨骼脆弱，增加骨折的機會。英文“Osteoporosis”的字面意思就是「多孔的骨」。



正常的骨骼

骨質疏鬆症患者骨骼

骨質疏鬆症的成因

我們一生中，骨骼和身體其他組織一樣，會進行新陳代謝，融骨細胞把舊的骨骼組織分解，造骨細胞再生長成新的骨骼組織。但30至35歲後，骨骼的分解開始超越生長的速度，令骨質漸漸流失而變得脆弱和多孔。當骨質密度低至一定程度，便會發展成骨質疏鬆症。

骨質疏鬆症的症狀和後果

骨質疏鬆是經年累月慢慢地形成，是一種無聲的疾病，大部分患者沒有症狀，時常直到骨折發生時才發覺。不過有部分的患者可能會感到背痛，身型變矮或彎腰駝背。

骨折可以出現在身體任何部位，尤其是脊椎、股骨及手腕。骨折帶來的影響很大，包括長期背痛、行動不便，甚至增加死亡的風險。

骨質疏鬆症是一個嚴重的健康問題。在65歲以上的人士中，每兩位女性中就有一位因骨質疏鬆症而引致骨折；而男性則每五位中便有一位。大多數的骨折成因往往只是輕輕跌倒而引起。在50歲以上婦女中，股骨骨折帶來的死亡率高達2.8%，與乳癌死亡率相同。

骨質疏鬆症主要危險因素

年齡 — 35歲過後，年齡愈大，總骨質便愈少，患上骨質疏鬆症的風險也愈高。

更年期 — 停經前，每年大約有百份之一的骨質會因年齡漸長而逐漸流失；更年期後，卵巢的分泌功能停頓，體內的雌激素水平驟降，骨質流失會加速至每年百份之二至七，所以停經後的首五至十年是骨質流失的高峰期。

遺傳性 — 有骨折的家族歷史、身體纖瘦、白皮膚、亞洲人種等遺傳因素人士，患骨質疏鬆症的風險亦會增加。

營養和生活方式 — 缺乏鈣質及維他命D的飲食習慣、營養不良、過量飲用含咖啡因飲品（如咖啡、濃茶）、攝取過量鈉質（鹽分）、缺乏負重運動，抽煙和酗酒等，都與骨質疏鬆症有莫大關係。

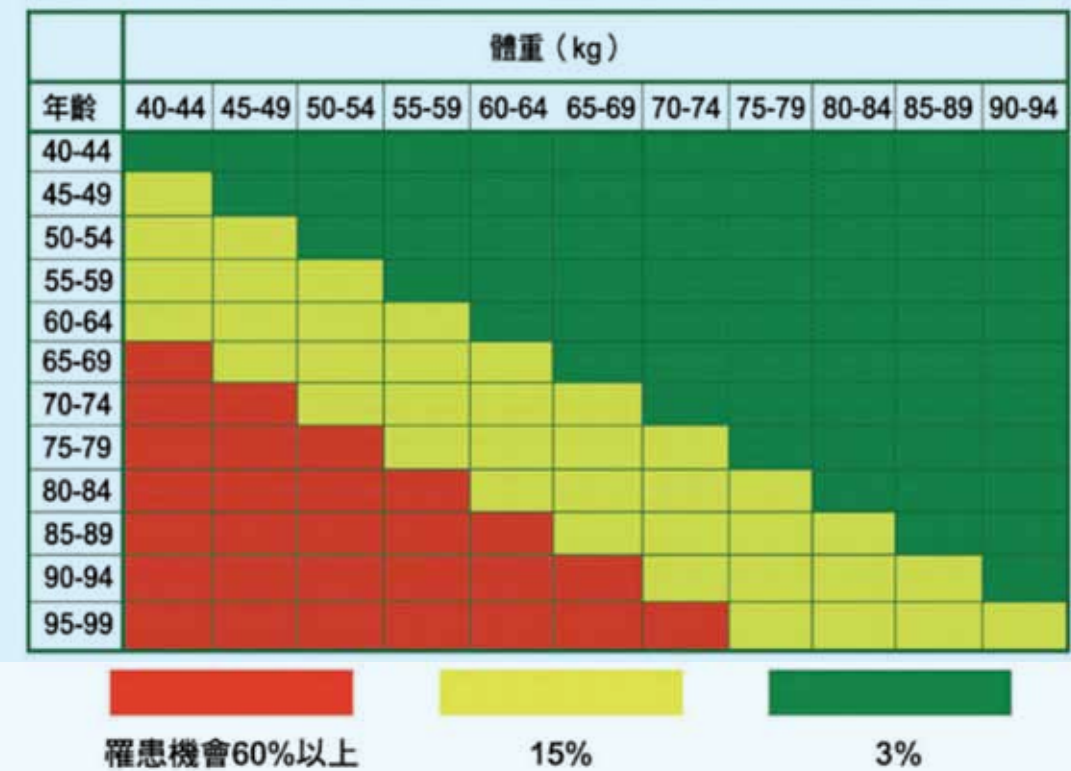
藥物治療和其他疾病 — 某些藥物治療（如類固醇）；疾病（如甲狀腺問題、風濕性關節炎）、女性雌激素不足（如因化療、電療或手術而提早停經）、男性的睪丸素過低等。

骨質疏鬆症的診斷

1. 自我評估

用體重和年齡的分析，利用亞洲人骨質疏鬆自我評量表（Osteoporosis Self-assessment Tool for Asians，簡稱OSTA），為亞洲婦女做初步自我評估，計算患上骨質疏鬆症的風險。（見圖）

亞洲人骨質疏鬆症自我評量表



2. 骨質密度測試

現今市面有多種骨質密度儀，可供檢查身體不同地方的骨質密度（BMD）。雙能量X光骨質密度測量儀（DEXA）是最準確診斷的方法之一，其他技術包括定量計算機斷層掃描（QCT）、放射線骨質密度儀和超聲波。

雙能量X光骨質密度測量儀（DEXA）是一種安全無痛的X光檢查，診斷過程只需10分鐘。檢查結果能反映出特定區域中的骨密度，有關結果指數被稱為T值（T-score）。

世界衛生組織（WHO）對DEXA骨質密度測試所得的T值有以下指引：

診斷	T值
正常	> -1 SD
低骨質	-2.5 SD < T值 < -1 SD
骨質疏鬆	T值 < -2.5 SD

預防骨質疏鬆症

以下因素可預防或減慢骨質疏鬆症的惡化：

鈣 — 無論是何年齡或健康狀態，我們都需要鈣質來保持骨骼健康。身體每天都在流失鈣質，即使流失不能阻止，它在維持骨質方面依然扮演一個重要的角色。

美國國家科學院（The National Academy of Science）建議成年人每日攝取鈣量如下：

- 19至50歲：每天 1,000毫克
- 50歲以上：每天 1,200毫克

乳製品如牛奶、乳酪和芝士均含豐富鈣質。其他含豐富鈣質的食物包括有骨沙甸魚及綠葉蔬菜（如芥蘭、西蘭花）。如果飲食缺乏充足鈣質，可考慮服鈣補充劑。

維他命D — 維他命D能幫助身體吸收鈣質。每天曬太陽約15分鐘，人體皮膚便能自行製造足夠的維他命D。此外亦可透過含豐富維他命D的食物去補充，如蛋黃、肝臟及脂肪高的魚類（如三文魚）。如飲食不能提供充足的維他命D，可考慮使用維他命D補充劑。建議每日攝取量為 400至800 IU。

恆常負重運動 — 像肌肉一樣，骨骼需要運動來保持強健。無論什麼年齡，運動既能減少骨質流失，更對身體有其他好處。每天做20至30分鐘負重運動，如步行、緩步跑、行山、舞蹈、行樓梯、器械健身和舉重，都能有效減少骨質流失。

預防跌倒 — 有五成骨折都是因跌倒造成，如能預防跌倒，即使骨質密度較低，也能避免骨折。平衡訓練的運動，尤其是太極，均有助減少跌倒機會。另外，穿著防滑鞋子、浴缸加置防滑墊、地面保持乾爽、室內有足夠照明、佩戴度數合適的眼鏡等，也可減低跌倒的風險。

治療骨質疏鬆症

患者需要進食含豐富鈣質及維他命D的食物或補充劑，戒煙及減少飲酒，定時運動及預防跌倒。醫生評估後，可處方治療骨質疏鬆的特效藥物。

1. 抗骨吸收藥物

A. 雌激素補充療法 (Hormone Replacement Therapy HRT)

雌激素可用於骨質疏鬆症高危女性身上，避免骨質繼續流失及減少骨折風險。雌激素同時能減少心臟病、改善腦部認知行為及改良泌尿功能。副作用包括陰道流血、乳房疼痛及膽囊疾病，長期使用會增加患上乳癌及靜脈栓塞的風險。

B. 選擇性雌激素受體調節劑 (SERMs, 如Raloxifene)

此藥能防止骨質流失。臨床研究顯示：它能減低脊椎骨折的機會，而不會提高乳癌及子宮癌的罹患率，甚至有降低乳癌風險的效果。不過，SERMs跟雌激素一樣，可增加患上靜脈栓塞的風險，引起潮熱及腿部痙攣。

C. 雙磷酸鹽類 (Bisphosphonates, 如Alendronate、Risedronate、Ibandronate)

此藥藉著依附在骨骼表面，從而防止融骨細胞在上面融骨及流失，減慢骨質流失之餘，亦能減低脊椎及非椎性骨折。應於早上進食前以一大杯清水空肚服用，期間患者須保持身體挺直，而服藥後30分鐘內則不能進食或服用其他藥物。副作用包括胸口炙痛、消化不良、食道侵蝕潰瘍。長期（五年以上）服用雙磷酸鹽或會增加顎骨壞死及「非典型骨折」的風險，惟發生的可能性很低。

D. 降血鈣素 (Calcitonin)

此藥能減慢骨質流失，功效並不如荷爾蒙補充療法及雙磷酸鹽類般顯著，但能紓緩骨痛。降血鈣素有兩種型態的藥劑，分別是注射型及噴鼻劑。

2. 骨形成促進劑 - 副甲狀腺激素

(Parathyroid hormone - Teriparatide)

此藥透過刺激新骨生長的速率，重建骨骼，增加骨質密度，以減低骨折的機會。患者須每天自行注射，療程最長24個月。副作用包括注射部位疼痛或紅斑、關節痛、頭暈、腳部抽筋。

3. 雙重作用的骨製劑

A. 生物科技製造的RANKL抑制劑 (Denusamab)

此藥能減低融骨細胞的形成及活躍程度，從而減少骨質的融化及流失。另一方面，造骨細胞可以在製造新骨以強化骨骼。此藥好處在於只需每隔六個月才作一次皮下注射，較每月或每週使用的口服藥方便，避免因忘記服藥而令藥效不彰。這種針藥的藥性不會在體內累積，停藥後會自然分解。副作用包括注射部位較常出現蜂窩性組織炎，注射部位容易出現局部濕疹。

B. 銻化合物 (Strontium Ranelate)

每日使用一次沖劑，能減慢骨質流失，同時刺激骨骼生長，增加骨質密度。常見副作用包括腸胃不適（如腹瀉）、頭痛等。最近有數據分析顯示，部份患者服用後，心臟疾病相對風險增加。

另外，正在進行研發及臨床試驗的藥物有cathepsin K抑制劑、sclerostin抑制劑等。

骨質疏鬆症患者在服用任何藥物前，必須先量度骨質密度，再由醫生處方合適藥物。切勿在未經醫生指示下，自行購藥服用。



物理治療改善婦女「尿失禁」

羅家儀 高級物理治療師

據統計，全港約有一至四成婦女罹患不同程度的失禁。許多婦女將「尿失禁」視為衰老的自然過程，又或感到難以啟齒，治療有欠積極。其實，只要以正確的盆腔底肌肉運動，再加上膀胱訓練及行為治療，就能有效地改善這問題。

常見的尿失禁可分為兩大類：第一類是應力性失禁，即咳嗽或做運動時，腹腔壓力增加，盆腔底肌肉鬆弛，導致膀胱頸阻力降低，產生遺尿。成因多是分娩、肥胖、長期咳嗽、停經等。有些婦女更會同時出現盆腔底器官下垂。另一類是急切性失禁，源於膀胱肌肉過份敏感或不正常收縮，通常是感到有尿意便要立即排尿，失去控制排尿的能力。成因是神經系統不協調或其他不明原因，導致膀胱肌肉不由自主地收縮。部分婦女同時出現以上兩類尿失禁，稱為混合性失禁。



盆腔底肌肉鍛練：物理治療師會教導病人，藉鍛練達致收緊盆底肌及提升膀胱，改善小便失禁



表面電刺激及內置式電刺激有助鍛鍊病人肌力

一項權威研究Cochrane Review (2010) 指出，透過物理治療訓練盆腔底肌肉，能有效減少失禁症狀，對應力性失禁而言，效果更為顯著。有研究亦發現此類運動可改善輕微盆腔底器官下垂。物理治療師會為婦女制訂一套盆腔底肌肉鍛練方案，配合如電刺激或生物反饋等輔助儀器，以增強肌肉的力量、耐力和協調。平日咳嗽、打噴嚏或抱嬰兒前亦可嘗試收緊盆腔底肌肉。正確收縮盆腔底肌肉和持續訓練是成功關鍵。持續訓練最少三個月，可達致更佳效果。膀胱訓練能有效提升膀胱肌肉的伸展，小便記錄則能讓婦女了解自己的情況和評估進度，再透過定時排尿計劃和收緊盆腔底肌肉，延遲急切排尿感覺，以達正常小便次數及份量，改善失禁情況。在日常生活亦應養成良好的習慣，如保持均衡飲食、減少飲用含咖啡因或酒精的飲料、多吃高纖食物和盡量避免負重活動。恆常運動有助保持適當體重，避免過胖。

任何年齡的女性皆需強而有力的盆腔底肌肉。不論是產後或停經，盆腔底肌肉鍛練計劃均有助改善盆腔底支撐力及排尿控制。



肌電觸發刺激主動及被動訓練：透過肌電圖顯示，當盆腔底肌肉收縮力達到預設值，會自動提供電流刺激肌肉，以增加其收縮力



生物反饋儀器利用音訊或視訊，通過患者自身反饋，得以正確收縮盆腔底肌肉。儀器亦會量度肌肉收縮力及時間，鼓勵病人積極鍛鍊



如何令家居舒適安全？

劉慧思 一級職業治療師

家，是安樂窩，是一個供家人歇息的地方。可是，對一些長者而言，家也可能是危險地帶。

隨著醫療科技進步，人類平均壽命亦得以延長。2012年香港人口普查顯示，男士平均壽命為80歲，而女士則有86歲。大部分長者的身體機能會隨年齡下降，再加上周遭環境未必能配合其體能需要，跌倒意外也就經常發生。數字顯示，2008年約有3萬2千多名長者因跌倒入院，當中約有八成出現骨折，接近200人因此死亡。曾經跌倒的長者，普遍都害怕會再次跌倒，令他們減少活動。長期缺乏足夠活動，會令身體機能下降，造成惡性循環。

由此可見，長者跌倒絕非等閒事：輕則令身體痛楚，重則導致身體殘缺，心靈受創，漸漸失去自理能力，加重家人及照顧者的負擔。

為何長者會是跌倒的高危一族？正如前文提及，其中一個原因是長者的身體機能會隨年齡退化。身體機能泛指肌肉力量、肢體靈活性、平衡反應、協調能力、視力及視覺空間、記憶力等。如長者患有長期疾病（如糖尿病、中風、帕金森症、腦退化等），身體機能會進一步下降，跌倒的風險也就更大。

除此之外，一些常用藥物如安眠藥、止痛藥、抗感冒等，長者服用後會感到昏昏欲睡及四肢無力，倘若本身機能同時衰退，可謂雪上加霜。有些長者不了解或不接受自己能力退化，表現得過份自信，拒絕使用適當助行工具，又或日常動作心急大意，妄顧安全，也是容易跌倒的原因。

甚麼才是適合長者的家居環境及配置？

長者在家必定會安坐休息。一張適合其高度並配合身形的靠背椅子，比沙發更適合長者。由於沙發的坐位偏低，坐位太低、太深或太軟均令長者轉移不便，易失平衡。此外，睡床及廁座的高度也應配合身高，才能令轉移時更加暢順。如有需要，可選擇使用輔助工具，例如床邊扶手或加高廁座器，保障安全。下肢乏力、平衡力弱並經常跌倒的高危長者，應穿著髌關節保護墊褲，減低跌倒時對髌關節的撞擊。

另外要留意家中地板或地磚是否破爛令地面不平，又或清洗打蠟後變得濕滑。地面如有積水或油漬，一定要盡快清理。地皮如鋪有地氈，要留意地氈有否出現鬆皺摺。有些家庭喜歡在洗手間或廚房門前放置小地毯，要留心小地毯是否捲曲。建議選用底部有防滑膠的小地毯。切忌以抹布作地毯使用，否則會容易令長者絆倒。



不平滑、易捲曲的地毯或地布，會容易跌倒



地面有不平或破爛，要盡快修補

家居通道要保持暢通，避免在長者必經的主要通道囤積雜物。地上鬆散雜亂的電線要妥善收好。如家中有樓梯，建議在兩旁裝上防滑扶手。

香港大部分住所面積細小，洗手間的活動空間相對狹窄，在窄小的空間內轉移，對行動困難的長者可算是一大挑戰。不小跌倒意外都是在濕滑的浴室發生，故此必須盡量保持地面乾爽，加鋪防滑膠墊及在適當位置安裝扶手，方便長者使用。

洗澡時宜選用穩固的沖涼椅，讓長者安坐淋浴。如要以浴缸淋浴，可用浴缸板或浴缸轉移椅協助長者進出浴缸，避免進出時失去平衡而跌倒。

擺放洗澡用品及毛巾衣服時也要注意，應放在長者伸手可及的位置，以減低長者因過度伸展、轉身或蹲下取物時失去平衡而跌倒。



於浴室內安裝適當的扶手，使用洗澡椅坐著洗澡，洗澡時更加安全



在浴室內安裝適當的扶手及放置防滑墊，減低跌倒風險

大部分香港家用洗手間及廚房都建有門檻，門檻不宜過高，應相等或小於1吋。如長者視力不良而門檻又不能改動，建議在門檻上加上鮮明的顏色作對比，以作視覺提示。

患有尿頻的長者，晚間睡眠時需上廁所數次。從睡夢中醒來還得趕急如廁，跌倒風險自然增加。建議可在睡房擺放便椅，以縮短睡房跟廁所的距離。晚上睡覺時也應使用夜鳴燈或感應式照明燈，保留少量柔和燈光。

對一些記憶力衰退的長者，應盡量簡化家中物件及傢俱的擺放，避免經常轉換位置。這類長者較難適應新事物，一個熟悉及佈置簡單的環境，最能令他們感到安全。如長者記憶力欠佳且有遊走的情況，可於家中使用活動感應裝備，外出時可使用有位置追蹤功能的長者電話，以策安全。亦建議獨居長者使用平安鐘，以便於緊急情況下求助。

總括而言，長者應培養良好生活習慣，恆常作合宜的運動，保持身體機能。家人亦要多加關心長者的身體狀況，留意居所環境以作配合，這樣便可為長者提供一個既舒適又安全的家。



長者抑鬱

馮淑敏博士 臨床心理學家及醫療心理學家

李永浩博士 臨床心理學家及醫療心理學家

醫學發展迅速，人類壽命愈來愈長。世衛數據顯示，香港人壽命全球排行第四，整體平均預期壽命約為83.8歲，男性為82歲，女性85.6歲。然而，人生不單只是重「量」，更要重「質」，除了累積財富，健康生活同樣重要。

長壽，跟生活質素及心理健康並無必然關係。人年歲漸長，漸漸要面對適應失去工作、健康、身體機能、摯親，以至是自我價值和人生意義。面對衰老，壓力難免，長者偶然間情緒低落，亦屬正常。遇上不如意事或不幸降臨親朋，長者很容易感到悶悶不樂、自覺無助，甚至絕望。負面情緒一般只會短暫出現，隨時間自然排解。當然，性格、應變能力、社交支援及身體狀況人人不同，不論年齡，面對人生種種失去及不幸，有的會較易出現抑鬱症狀，甚至發病。整體而言，即使是長者，也有患上臨床抑鬱的風險。「質素—壓力模式」(Diathesis Stress Model) 或能有效解釋長者容易出現抑鬱問題的原因。

冰山一角

長者抑鬱經常不被察覺及診斷，全因症狀常被當作是年老必然出現的情況。家屬一方面掉以輕心，往往誤以為抑鬱症狀會隨時間不治而癒；患病長者又怕給別人添煩，寧願將負面情緒埋藏

心底。長者悶悶不樂，一般源於為過去事情感到懊悔，又自覺對身外的改變無能為力，即使抑鬱情緒愈發嚴重，患者又怕被說成神智失常，最後往往諱疾忌醫，延誤病情。

年長患者亦會經常出現種種身體毛病，倘若親人或醫護人員期間未有同時留意患者的心理狀況，而診斷身體不適時病理又有欠清晰，抑鬱症狀就會為人忽略。再加上長者求醫時，往往認為只應談及自己身體有何不妥而非心理狀況，遇上跟抑鬱症的植物性症狀相同的生理病時，診斷長者抑鬱便難上加難。長者一般較年青病人更擔心生理上的症狀，以致多數個案只當作焦慮症而非抑鬱治療。再者，抑鬱更有可能源於同時患有兩種不同疾病，又或症狀因記憶及認知障礙而被忽略，無法及時察覺（尤其在認知障礙症早期）。

評估

抑鬱可憑單一症狀診斷出來，當中需要仔細記錄患者病歷及檢查其心理狀況，找出與抑鬱有關的特定症狀。其他標準化心理測試如老人抑鬱量表(Geriatric Depression Scale, GDS) 亦有助評估，如能獲患者家人提供其他資料則更佳。相關身體檢查及實驗室測試，亦有助排除其他引發同類症狀的疾病。

香港一般以ICD-10或DSM-V標準進行診斷。常見抑鬱症狀如下：

甲. 情緒：

- 差不多終日以至每日情緒低落/抑鬱
- 對日常活動或嗜好失去興趣
- 想法負面 / 消極
- 自覺無力、絕望及沒有價值
- 緊張、易怒、憂慮

乙. 生理：

- 疲累
- 食慾顯著有變
- 體重顯著增加或下降
- 影響睡眠
- 性欲下降
- 無明顯醫學成因的身體不適（如頭痛、胃痛、慢性疼痛）

丙. 認知：

- 健忘
- 無法集中精神
- 思考力減弱
- 自尊心下降
- 猶豫不決
- 不當自責及罪疚感
- 有自殺念頭

丁. 行為：

- 謝絕社交活動
- 精神運動急躁及/或退化
- 不修邊幅
- 感到了無生趣
- 無法履行職責

要有效診斷，症狀必須持續逾兩星期，以致身體功能有變，情緒顯著低落，影響日常生活。

本地情況

研究顯示(Sun, Xu, Chan et al, 2011)，本港顯著臨床抑鬱症狀的出現率為9.7%，數字接近西方國家，惟嚴重抑鬱相對較低。

長者抑鬱大多能夠治癒，延誤治療只會令情況惡化，症狀嚴重者更屬自殺高危族，不得不防。本地調查發現，香港長者自殺率為一般整體人口比率的兩至三倍，三成自殺長者是60歲或以上，九成患有抑鬱症。

長者抑鬱的心理治療

心理學家會用心聆聽，嘗試準確剖釋病人想法，與年長患者建立良好默契，以助他們釋放負面情緒，進一步提供合適建議及心理治療。心理學家亦會提供有關抑鬱的普遍情況、性質及發病等資訊。研究(Reynolds et al, 1999)亦顯示，認知行為治療或人際心理治療的成效，不但跟向認知功能正常的年長中度或輕度抑鬱患者處方藥物並無分別，且能更有效預防日後復發。心理治療旨在讓患者明白個人思想如何影響及引發抑鬱情緒，誘導患者想法回歸現實及更加正面。如抑鬱成因是喪親或關係問題，可考慮相關輔導或婚姻治療。

如抑鬱屬中度或嚴重，一般以藥物治療加上心理治療，二合為一效果最佳。抗抑鬱藥(如SSRI、SNRI等)能夠增加腦部神經傳遞物質(血清素、去甲腎上腺素、三環類及其他抗抑鬱藥)，紓緩抑鬱症狀及預防復發。留意患者的社交環境，亦有助他們解決日常生活的困難，讓情緒變得正面。

總括而言，長者抑鬱情況普遍卻為人忽略，以致患者往往無法得到有效治療。其實只要治療得宜，大部分年長患者皆能康復無虞，生活質素得以改善。

積極享受黃金歲月

年紀愈大，身體也自然大不如前。想繼續老當益壯、心境開朗，最重要的是有適當休息，每日有適量運動，閒時做自己喜歡的事，與親朋無事常相見。能讓人從容面對衰老的，不只是財富、健康、自理能力、社交網絡，而是經年累月的智慧和人生經驗。一個人快樂與否，取決於自己的心境和人生目標。黃金歲月，理該不再是往日的拚搏，而是讓自己細味往日成功的點滴。誠如發展心理學家Erik Erikson所提倡，人如活得踏實，年老時應該感到充實和快樂。要迎接以後的黃金歲月，長者需要接受人生崗位有變，學習調整自己的生活步伐，睡眠有時，進食有時，積極投入社交生活，正面面對種種挑戰、困難及生離死別。只要心態正面，態度正確，長者仍能享受快樂人生。畢竟大好時光猶在，何不嘗試活得開懷有意義？

參考資料：

1. Tam, CWC & Chiu, HFK. Depression and suicide in the elderly. Medical Bulletin, 2011: 16(.9), 13-16.
2. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM.et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. JAMA 1999;281:39-45.
3. “WHO Life expectancy”. WHO. Retrieved 1 June 2013.
4. Erikson, E. Childhood and Society. New York: Norton, 1950.



長者常見的藥物問題

馬凱雯 藥劑師

長者因罹患多種慢性疾病，需要長期使用多種藥物，再加上身體機能衰退，較易產生藥物不良反應、藥物與藥物或藥物與食物之間的交互作用。長者和家人必須有正確和安全的用藥知識，才能減低錯誤用藥的機會。

常見三大長者用藥現象

- 多種藥物**
長者因多種慢性疾病纏身而需服用不同藥物，而且生理機能減退，藥物的副作用和不良反應更為明顯及嚴重
- 重複用藥**
長者可能同時服用多位醫生處方的藥物、中西藥合併使用或自行購買成藥，增加重複用藥和藥物交互作用的機會
- 錯誤用藥**
 - 自行增減劑量、停藥、忘記吃藥或儲存藥物方法有誤，都容易令病情不穩
 - 長者因視力、聽力、認知障礙或未受教育而無法閱讀用藥指示，增加錯誤用藥的機會
 - 每種藥物都有不同服用方法（如餐前、餐後、早上、睡前等），容易混淆長者

長者與年輕人用藥的分別

長者的身體機能會隨年齡增長而老化，這些變化會影響藥物的

吸收、分佈、代謝和排泄。長者接受藥物治療時須從低劑量開始，然後調整至維持劑量。

- 吸收方面**
長者的胃酸分泌減少、胃液酸度降低、腸胃血流量減少、腸胃蠕動變慢，皆會減慢部份藥物的吸收。由於小腸蠕動變慢，延長藥物逗留在小腸的時間，增加腸部吸收藥物的份量
- 分佈方面**
長者體內的白蛋白（albumin）和血漿 α 1酸性糖蛋白（ α 1-acid glycoprotein, AAG）會隨年齡及生理狀況改變。
 - 酸性藥物如warfarin、naproxen、phenytoin、tolbutamide等主要和白蛋白結合。長者的血漿白蛋白減少，使游離藥物的濃度增加，增加藥物的療效和副作用
 - 鹼性藥物則與AAG結合。AAG的濃度會隨著年齡、生理狀況（如發炎、外傷或癌症等）而增加。增加鹼性藥物與蛋白的結合，減少游離藥物的濃度，可能會降低其療效
 - 長者的瘦肉質量及全身水分減少，脂肪組織相對增加。分佈於瘦肉組織或水溶性藥物，會因其分佈容積減少，使藥物在血漿中的濃度增加。脂溶性藥物在身體的分佈體積相對增加，可能導致藥物的半衰期延長，增加藥物的毒性
- 代謝方面**
長者的肝臟血流量及肝細胞量減少，會影響肝酶素的數量，延長多種藥物的半衰期，減低藥物的代謝，增加其毒性。受影響藥物包括diazepam、theophylline等
- 排泄方面**
長者的腎臟體積和腎小球數目減少，排泄率減低，增加藥物的血中濃度和其危險性。常見受影響的藥物有allopurinol、aminoglycosides、digoxin等

長者需注意的藥物及其副作用

毛地黃

由於長者的排泄率減低，可能會增加藥物血中濃度，造成如心律不整、心律遲緩等不良反應

降血壓藥

容易產生低血壓、脫水、疲倦、尿失禁等副作用

鎮靜安眠藥

容易產生呼吸抑制、過度鎮靜、步伐不穩等副作用

非類固醇消炎止痛藥

容易產生胃潰瘍或胃出血

支氣管擴張劑

代謝減慢而延長半衰期，可能引起噁心、心律不整等不良反應

口服降血糖藥/胰島素

低血糖反應

抗膽鹼作用/副作用藥物

- 產生嗜睡、視力模糊、散瞳、口乾、便秘、尿滯、認知改變等作用
- 導致青光眼、癲癇、肝及腎功能不良，前列腺肥大及尿滯長者需避免使用此類藥物
- 常用藥物包括第一代抗組織胺藥物、止瀉藥、抗精神病藥、止吐抗暈藥、嗎啡類止痛藥、抗柏金遜症藥等

常見問題:

- 家中長者服用十多種藥物，該如何避免誤服?
家人可以幫助長者整理藥物，確保藥物沒有重複，減低長者

重複用藥或服用錯誤劑量的機會。同時，家人應確保藥物連同標籤一併存放，切勿將所有藥物放於同一藥樽或藥袋內。長者可以使用特製藥盒，提醒自己服藥，養成按時服藥的良好習慣。如藥物數量及服法繁複，應向醫生或藥劑師尋求協助，安排合適的服藥時間，又或要求醫生處方一些長效的藥物劑型，以減少服食次數。服藥後如感到不適，應盡早告知醫生，不應自行增減藥物的服用量。如家人對長者的藥物有任何疑問，應向其主診醫生查詢。

- 家中長者很容易頭暈跌倒，不知是哪些藥物所致?
鎮靜安眠藥、抗精神病藥、抗抑鬱藥、抗癲癇藥、鴉片類止痛藥均會影響長者意識，產生眩暈等副作用，引致跌倒。降血糖藥會造成低血糖症狀，產生眩暈。利尿劑、抗高血壓藥、血管擴張劑會引起體位性的低血壓，長者應避免從低位或躺臥姿勢即時坐起或站立，減少因體位性低血壓造成暈眩而跌倒的機會。抗膽鹼作用藥物會產生嗜睡、視力模糊、認知改變、意識混淆等副作用。若長者需長期使用抗組織胺藥物，可避免使用抗膽鹼作用較強的第一代藥物（如diphenhydramine、chlorpheniramine、dexchlorpheniramin、promethazine），改用鎮靜作用較低的新一代抗組織胺藥物（如loratadine、cetirizine、fexofenadine）。
- 家中長者吞服藥丸有困難，該怎麼辦?
不少吞嚥有困難的長者會先把藥丸壓碎或拆開膠囊。如把慢性釋放藥物壓碎服用，會導致腸胃過量吸收，增加毒性及影響療效。腸衣錠藥物如阿士匹靈，表面有一層保護膜，讓藥物不易在胃部溶解；若將藥丸壓碎，會導致胃部和食道受損。病人宜先諮詢醫生的意見，方把藥物壓碎服用。醫生也可考慮處方藥水、栓劑或較細小的藥物代替。長者吞服粉末狀藥物時，應把粉末與足量的溫開水攪勻後立即吞服，再用少量溫開水漱口吞下，以免直接吞服所致的吞嚥困難。

腦退化症磁力共振掃描

羅吳美英醫生 放射科專科醫生

現今常見腦退化症分為：

1. 認知障礙症

認知障礙症患者接受磁力共振掃描，會發現顳葉出現萎縮跡象，海馬體體積不合比例地縮少。

病人如有輕度認知功能受損，一般是處於由正常衰老過度至患上認知障礙症的階段。輕度認知功能受損患者可接受5分鐘非顯影磁力共振掃描，量度腦部體積。檢查利用Neuroquant軟件，能夠客觀、準確地計算內側顳葉（包括海馬體、腦室及其他腦部結構）的體積，提供極佳基準以作日後參考。檢查亦可記錄病況是否漸趨穩定或其進展。

2. 多發梗塞性腦退化症

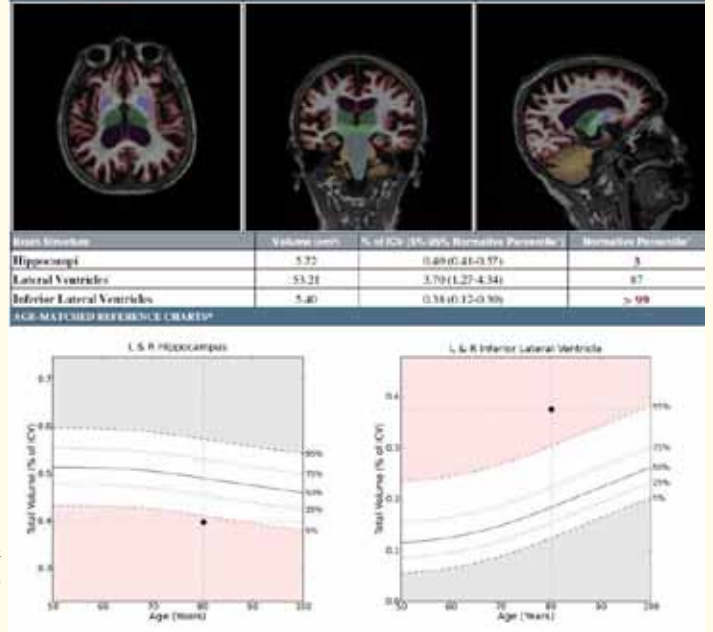
磁力共振掃描會顯示患者出現多重病灶性梗塞，當中包括灰質、皮下白質、基底核及（腦橋）腔隙性腦梗塞，以及有腦部萎縮跡象。

Neuroquant量化分析顯示雙側海馬體呈對稱形態呈體積細小。腦室（包括顳角）收縮。整體情況與腦退化症症狀相符。

3. 額顳葉腦退化症（Pick Disease）

磁力共振掃描會發現患者前額顳葉萎縮，白質信號增加。

病灶皮質萎縮會影響額葉及/或顳葉，亦包括眶額及內側額葉萎縮等情況。腦顳上回、腦部中央前回及後回後部則不受影響。



養和之道

歡迎投稿

誠徵與醫護有關之作品，例如病人心聲、醫護心聲等，形式不拘，主編有權作修訂及決定是否刊登。請將稿件郵寄養和醫院護理行政部，或直接投入醫院大堂意見箱。信封請註明「養和之道」，原稿將不予發還。謝謝！

如閣下欲繼續收到「養和之道」通訊，請填妥下列表格寄回本院護理行政部，本院將在隨後一年內定期奉上。本港及國內費用全免。如需郵寄往海外，則需付郵費港幣五十元正（一年內郵費），請隨表格附上劃線支票，

抬頭註明「香港養和醫院有限公司」或「HONG KONG SANATORIUM & HOSPITAL LIMITED」，多謝合作。

姓名： _____
地址： _____
