



律敦治及鄧肇堅醫院



Ruttonjee & Tang Shiu Kin Hospitals

認知障礙症

照顧者手冊



律敦治及鄧肇堅醫院
內科及老人科
職業治療及物理治療部
~聯合製作~



認知障礙症

照顧者手冊



目錄

- 2 甚麼是認知障礙症
- 3 認知障礙症的原因及種類
- 5 大腦與記憶功能
- 6 認知障礙症常見徵狀
- 9 診斷及評估
- 10 如何治療認知障礙症
- 13 常見問題及照顧提示
- 26 護腦貼示
- 30 物理治療
- 36 職業治療
- 39 參考網頁及社區資源



甚麼是認知障礙症

認知障礙症「前稱老人癡呆症/腦退化症」，是大腦神經細胞病變，引致腦部功能不正常地衰退的病患之統稱；也是一種因腦部功能喪失而出現的疾病，它會影響記憶、思維、語言、判斷能力、行為及性格。患者的記憶力及其他認知功能（例如學習、理解、語言運用、方向感及判斷力等）會逐漸失去；有些病人也會有抑鬱、幻覺或人格改變的病徵。

健正常常的腦部裡，神經細胞是利用神經傳導物作溝通，其中乙醯膽鹼對學習和記憶擔當著很重要的角色。在腦部循環的乙醯膽鹼分解酶是一種酵素，作用是分解乙醯膽鹼來管理及控制訊息的傳達。在認知障礙症患者的腦部裡，乙醯膽鹼的濃度是異常的低。引致腦部的神經細胞之間失去連接，信息因而無法傳遞，令這些細胞無法負起記憶、學習和溝通的職責。患者經確診後，平均可生存八至十年；有些患者退化較快；有些卻可在確診後生存達二十年之久。

此症的患者多屬老年人。世界各地的研究顯示，六十五歲或以上的人士中約有百分之五至十患上各種類型和不同程度的認知障礙症，而發病率亦會隨年齡而增加，故此症常被稱為「老年腦退化症」。事實上，六十五歲或以下的人士也可能患上認知障礙症，醫學上稱這種情況為「早發性腦退化症」。一般來說，這些患者較多有家族病史，而疾病的進程也可能會較快。





甚麼人較容易患上認知障礙症

認知障礙症可以發生在任何人士身上，但有下列風險因素者，患上此病的機會可能會增加：

- 1. 年歲愈大
- 2. 有腦退化症家族史
- 3. 心血管疾病
(如高血壓，高血脂等)
- 4. 糖尿病
- 5. 腦損傷歷史
- 6. 飲酒過量

認知障礙症的原因和種類

大多數認知障礙症是不可逆轉的退化現象，意味著大腦的退化是無法停止或逆轉。

最常見的認知障礙症是阿爾茨海默症 (Alzheimer's Disease)。它佔了香港認知障礙症個案總數的三分之二，而主要的早期病徵為明顯的記憶力衰退。此病成因複雜，醫學界亦正積極尋求根治之法。

其次是血管性的認知障礙症 (Vascular Dementia)，是由中風或慢性腦血管栓塞引起，約佔認知障礙症個案總數的三成。中風如多次復發，患者的認知能力可能會呈「梯級式」衰退。病者也常併發其他心腦血管病。

其他成因包括有退化性病患，例如柏金遜症和路易氏體認知障礙症 (Lewy Body Dementia) 等。路易氏體認知障礙症

認知障礙症 照顧者手冊

的病發率佔整體患者約15%；因患者腦部有神經炎斑，引致大腦之膽素激性神經傳導會出現缺陷。特徵是患者的認知及日常生活功能時好時壞、起伏變化大和有明顯的聽幻覺或視幻覺。

某些造成認知障礙症的成因如果能及早發現，癡呆的情況可能有機會停止或逆轉，這些成因包括：

- ◆ 腦腫瘤
- ◆ 血糖的變化，鈉或鈣水平的血濃度變化
- ◆ 維生素B12水平下降
- ◆ 正常壓力的腦積水
- ◆ 服用某些藥物，包括Cimetadine和一些降膽固醇藥物
- ◆ 長期酒精濫用
- ◆ 腦部創傷
- ◆ 中毒，例如：藥物或重金屬

患者有時會存在兩種（或以上）的病因，最常見的是阿爾茨海默症和中風或慢性腦血管栓塞引起的認知障礙症並存。

輕度認知功能損害Mild Cognitive Impairment (MCI)是介乎於老化所引起的正常健忘和患上認知障礙症的中間階段。MCI患者有輕微思維和記憶問題，但並不妨礙日常活動。他們知道自己容易遺忘。不是每個MCI患者都會發展為認知障礙症。

MCI的症狀包括：

- 忘記最近發生的事情
- 無法同時處理多於一件的事務
- 解決問題有困難
- 需要更長的時間來執行困難的智力活動

大腦與記憶功能

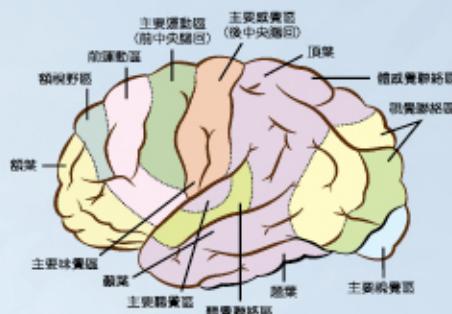


記憶功能需要腦部的網絡連結，至少包含三個步驟：

學習→固化→提取，是很複雜的。迫使腦部重複記憶一些事物便會儲存得較久。

記憶喪失與大腦的關係：

大腦區域	喪失範疇
前顳葉	記憶
左內顳葉	語意記憶
海馬回	短程記憶
扁桃核	恐懼、憤怒
頂葉	地形空間上的記憶
間腦	短期逆行記憶
丘腦	言語前程失憶



十大警號

如果你在家人及朋友身上，發現下列十大警號中的數個警號，則他們有可能是患上認知障礙症。應儘速找醫生作初步診斷，再轉介專科門診（包括老人精神科，老人科或內科）作出深入診斷：

1. 失去短期記憶，影響工作能力
 2. 執行熟悉的工作亦感到困難
 3. 語言表達或理解有困難
 4. 對時間及方位感到混亂
 5. 判斷力減退

6. 思考 / 計算方面有困難
7. 隨處亂放東西
8. 情緒 / 行為變得變幻無常
9. 性格轉變
- 10.失去做事的主動性

認知障礙症常見徵狀（初期 / 中期 / 晚期）

認知障礙症最早出現的徵狀通常是健忘。病徵會因病情的嚴重性而分為三期，包括初期、中期及晚期。

各期特徵

初期（健忘期）：

- 近期記憶的減退，在熟悉的環境中迷路
- 出現家居小意外：如忘記關水喉、關火、鎖門後忘記取出鎖匙、無故的跌倒
- 無法處理熟悉的日常事務，工作技巧和判斷力減退
- 對個人喜好及興趣逐漸減退失，性格改變
- 情緒容易低落，失去社交技巧及減少與親人交往
- 言語表達問題，如想不起熟悉物件的名稱或合適詞彙
- 處理需要思考的事務有困難，如玩遊戲和學習新資訊等
- 睡眠習慣改變





中期（混亂期）：

因為智力進一步的衰退，患者生活逐漸出現混亂，常見智力衰退徵狀及衍生的行為及情緒表現包括：

- 失去時間概念，日夜顛倒
- 沒有方向感、迷路，不能辨識房間或洗手間位置而出現失禁
- 計劃及判斷力欠佳，變得被動，需要提示才會洗面、刷牙，要預先安排甚至有人在旁協助才能完成個人清潔自理項目
- 患者亦可能因為記憶、辨識力、語言運用和理解障礙而容易激動、暴躁、疑心重、妄想被迫害及凡事爭拗等

晚期：

患者的智力衰退嚴重，有形容患者的智力倒退到「嬰兒期」。其智力行為和情緒表徵包括：

- 完全喪失自理能力，大小便失禁，無法辨認親人
- 不能執行基本日常生活活動，如吃飯、穿衣或洗澡，不能步行或行動障礙變得嚴重，導致需長期坐卧
- 不能了解語言的意思、只能發出無意義的聲音，甚至無語
- 呆滯及冷漠嗜睡
- 吞嚥問題



初期照顧提示

1. 痘症早期的處理是避免危險及可能構成的意外，例如與患者商討財務的處理、確保患者身上攜帶可識別身份之物品及手提電話等聯絡工具。

認知障礙症 照顧者手冊

2. 家人應注意家居環境潛藏的危機，盡快處理以確保家居安全。
3. 簡化環境和活動（如為患者預先準備膳食及藥物、緊急聯絡電話單、平安鐘、溝通紙條、記事簿）、定立有規律的生活均有助患者應付生活。
4. 家人應多關懷患者，與患者見面，觀察他們的行為，以更了解其生活小節及心理需要。
5. 從經驗所得，只有少數長者會主動尋求家人或醫護人士的協助，不過大部份長者是需要家人的支持和協助才能及早得到適當的診治。
6. 家人可預約記憶診所或老人科醫生作評估及診斷，亦可聯絡區內專為認知障礙症患者而設的日間中心跟進。

中期照顧提示

1. 在此階段，患者需要廿四小時的看護，因為患者已不能單獨應付大部份的生活需要，出現危險和意外的機會很大。
2. 家人面對的照顧壓力亦因患者的混亂、情緒和行為問題而增加。
3. 建議家屬和照顧者參與訓練課程和支援小組，有助家屬和照顧者認識有關此症的知識，如行為問題處理和溝通技巧等。
4. 家屬亦可安排患者使用日間訓練或短期住宿等服務。
5. 此階段的患者更需要持續參與社交活動和合適的訓練以延緩各方面的衰退。
6. 簡化的環境和活動是家居活動的要旨，可安排如摘菜、摺毛巾、寫書法等家居活動，讓患者能專注其中，並與日常生活聯繫。



晚期：智力衰退嚴重

照顧提示

1. 此時期患者需要全天候的護理，除非能有充裕的家居支援或有其他可協助日常護理的人手（如家庭傭工），否則家人很可能要考慮較長期的院舍照顧。
2. 由於周遭環境對晚期患者仍有影響，家人或照顧者可為患者安排一些如音樂及按摩等感官刺激活動，令他們繼續與外界保持溝通或聯繫。

診斷及評估

認知障礙症患者會由醫生透過病史及身體檢查確診。醫護人員除詢問病史和作身體檢查外，也會進行精神狀態檢查。

醫護人員亦會進行一些檢驗以幫助確定是否有其他可能造成認知障礙症或使病情變得更壞的疾病。包括：



- 甲狀腺疾病
- 維生素缺乏症
- 腦腫瘤
- 藥物中毒
- 慢性感染
- 嚴重抑鬱症
- 精神狀態檢驗
- 腦部磁力共振

如何治療認知障礙症

治療認知障礙症的方法主要分為藥物治療及非藥物治療。治療目的是取決於導致認知障礙症的原因和控制症狀，有些患者可能需要留院一段短時間。而認知障礙症的病情亦可以透過良好的生活習慣、社交活動、智力訓練及藥物等方法減緩衰退速度。

非藥物治療

很多學術文獻已證實多種非藥物治療的方法，包括：認知訓練、現實導向、確認治療、多感官刺激及其他心理行為治療等，均能有效地改善患者的情緒和行為問題。減慢患者各方面機能的退化和提升生活質素。

除了尋求不同的治療方法外，照顧者亦需要相關的社區服務支援，例如：日間中心、到戶/家居訓練、暫托服務和照顧者支援等。越來越多的證據顯示一些智力練習對認知障礙症是有幫助的。

目標

透過非藥物治療方法，以多元化的活動為認知障礙症患者提供合適的訓練和有意義的活動，從而保持大腦刺激延緩退化速度。透過精心設計的活動訓練，使患者在身體，情緒及社交方面得到全面的照顧，改善其生活質素。

一般活動及訓練之內容：

1. 實現導向

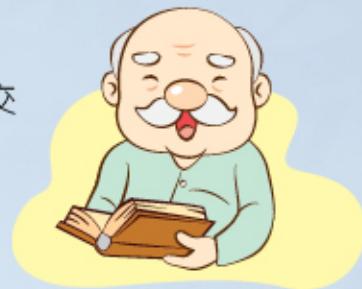
是透過一些特別的技巧或方法進行的治療。運用環境提示幫



助接收現實環境的訊息，減低精神混亂，幫助患者在日常生活上達致最高功能，保持與現實接觸，避免脫節。

2. 懷緬治療

懷緬活動容易融合於生活及日常交談，可藉個別面談或小組分享進行。使用患者昔日熟悉的物件（如：舊相片、衣服、音樂、書籍……等）鼓勵患者有組織地回想及討論往事來增強患者的自信心，以及促進與別人溝通和交往。



3. 感官刺激治療

因認知障礙症病患者神經元的損壞及感官功能退化，他們難以理解周圍環境，提供合適的感官刺激，如展示一些有意義及熟悉的氣味、動作、感覺、視像、聲音和味道，減少他們的焦慮和混淆。

4. 記憶訓練

記憶力衰退的原因是大腦中的海馬體受損，我們從不同的活動去鼓勵患者學習方法去延遲記憶力衰退。如閱讀報章、打麻雀、打紙牌或觀看喜愛電影等。

5. 美勞與手工藝製作

患者從簡單的步驟完成製成品，令他們感受到製作的樂趣及成功感，從而增加患者的自我價值。患者亦能從活動中自由地表達個人的思想和感受。

6. 生日會、節日慶祝及戶外活動

藉著不同節日活動及生日會，聯繫小組患者及照顧者互相支持和關懷。使他們感到被重視及愛惜。

藥物治療

- 針對治療早期及中期認知障礙症的藥物有：Aricept (Donepezil)、Exelon (Rivastigmine) 和 Reminyl (Galantamine)，主要運用「乙醯膽鹼酶抑制劑」(Cholinesterase Inhibitors)，以防止大腦內的一種稱為「乙醯膽鹼」的化學物質被分解。很多醫學研究指出，減少「乙醯膽鹼」的流失對控制早期及中期病情有一定程度的功效。同時，「乙醯膽鹼酶抑制劑」亦能幫助控制因路易體認知障礙症引起的幻覺、血管性類型及由帕金遜症引起的病情。
- 抗氧化劑（如維生素E）可能減慢部份患者的腦部退化。
- 個別患者也可能需要服用治療心理和精神症狀（如失眠、情緒波動或幻覺等）的藥物。
- 患者可能需要藥物來控制一些因喪失判斷力、衝動和精神混亂所引起的行為問題（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia BPSD）。可能的藥物包括：
 - 抗精神病藥物（Haloperidol，Risperidone 及 Olanzapine）
 - 影響血清素的藥（Trazodone，Buspirone，Fluoxetine，Imipramine 及 Citalopram）適當的藥物如抗抑鬱劑、抗精神藥物和抗痙攣藥物等都有可能緩解BPSD。它們需要醫生謹慎的處方，以平衡藥物治療的效果與它們的副作用。因為BPSD不會永遠持續，患者經每三至六個月治療後，醫生應對藥物重新評估，以確定是否仍需使用它們。
- 當患者步入中期階段，而上述藥物的功效亦未見十分顯著時，便會考慮加入另一種稱為Ebixa (Memantine) 的藥物。這亦能穩定患者的病情，減慢進一步的衰退。



常見問題及照顧提示

患者在生活上一般會出現失禁、容易摔跌、進食、溝通及行為問題。亦可能引致某些併發症，包括被照顧者虐待和感染等。

1. 摔跌

患者跌倒是一個頗為普遍的問題。跌倒後，輕者會引致患者受傷骨折，嚴重者會傷及腦部，造成中風、癱瘓或引致死亡，所以此問題不容忽視。

認知障礙症患者跌倒的主要成因

1. 腦部退化而造成的肌肉痙攣，減低活動及平衡能力，增加跌倒的機會
2. 認知能力降低，而減低對周圍環境的警覺性和判斷力，容易迷失方向，增加跌倒的機會
3. 視力有問題或有眼疾
4. 穿著不合身的衣物和鞋
5. 精神科藥物的副作用，如：
 - ◆ 姿位性低血壓
 - ◆ 身體僵硬而造成活動困難
 - ◆ 嗜睡
6. 環境因素如：
 - ◆ 潛伏於家居的危險
 - ◆ 潛伏於室外地方的危險



預防跌倒應注意的事項

1. 適當的物理治療，如平衡運動、舒展運動及肌力鍛練運動，能增加患者的平衡及活動能力，減低跌倒的機會。
2. 選用適當的助行器具，能協助增加患者的活動能力，如有需要，可向物理治療師查詢。
3. 為患者安排有規律的生活日程，以減輕混亂情況。
4. 協助患者參與有意義的活動，減少遊走的傾向。
5. 用夜明燈指引上洗手間的路線，或床邊放一個便盆。
6. 配戴合適的眼鏡或尋求醫生治療根治視力的問題。
7. 使用清晰及用較大字體的指示牌，讓患者容易尋找地方和物件。
8. 穿著稱身的衣物、舒適及防滑的鞋，褲腳長度適中，避免穿著拖鞋。
9. 密切留意藥物對認知障礙症患者的副作用：

❖ 姿位性低血壓

如患者在轉移身體位置時，特別由坐至企容易感到頭暈，應提醒患者做轉移動作時要緩慢，以避免因頭暈而跌倒。

❖ 身體僵硬

身體僵硬會減低平衡能力，容易跌倒。若有這情況出現，應告知醫生，從藥物上幫助病人，並參照物理治療師教導的舒展運動，保持關節的活動能力。

❖ 嗜睡

認知障礙症患者在嗜睡的情況下，集中力和對環境的判斷力是很低的，會最容易跌倒，家人應對患者多加留



意。若嗜睡情況嚴重，應告知醫生。

10. 環境

室內：

- ❖ 使用防滑不反光地板，濺濕了要立刻抹乾；地板和傢俬顏色的對比要強烈
- ❖ 減少用門檻，其高度最好低於一英寸，顏色亦要與地板不同
- ❖ 坐廁高度適中，需要應加設扶手
- ❖ 傢俬選擇要沒有尖角，穩固而不易給患者推倒；擺設與傢俱要固定位置，因患者在熟悉的環境較為適應
- ❖ 電線及電話線不要橫放在地上
- ❖ 家居用品要放在容易拿取的地方，避免患者攀爬取物

室外：

- ❖ 上街時，要留意街上行走的小朋友、行人、跑步者及踏單車的人士，以免推倒患者

11. 據研究顯示，認知障礙症患者較易形成骨質疏鬆症，增加跌倒帶來骨折的機會。

2. 失禁

容易使患者及家屬感到尷尬，亦會引致皮膚受損。

主要原因包括：

1. 生理毛病，如泌尿或排洩系統問題
2. 找不到或無法辨認廁所
3. 未能及時脫下衣服如廁

建議改善方法

1. 以魔術貼代替拉鍊或鈕扣，男性患者宜選擇寬鬆的內褲。
2. 為患者安排定時排尿練習或提示性排尿練習，小便後，給予鼓勵與讚賞。
3. 在家張貼提示廁所方向的標記。
4. 在廁所門口貼上廁所的標誌；於廁板上貼上顏色膠紙作提示，方便患者辨認坐廁位置等。
5. 若進食不到足夠的纖維或缺少適當的運動，便容易產生便秘，以致失禁。因此要飲足夠水份、多吃蔬果和穀類食品。
6. 護老者應向患者清楚解釋失禁的原因，可避免他感到尷尬，切記不要責備他。
7. 為避免弄污傢具，應選用可清洗的蓋套，在床褥上可加上一層薄膠套。
8. 如有需要，可使用輔助工具如尿壺、便椅及成人紙尿片。

3. 進食

伴隨著病情的進展，患者的日常生活功能亦會受影響；常見的進食問題有：

1. 忘記已進食而不斷索食
2. 忘記怎樣使用食具而吃得一團糟
3. 咀嚼或吞嚥有困難
4. 忘記喝水以致缺水
5. 專注力弱忘記進食步驟





吞嚥困難徵兆

- ❖ 口腔不清潔
- ❖ 進食時不專心
- ❖ 食慾下降，體重下降
- ❖ 進食時間增加
- ❖ 食物殘留在口腔內
- ❖ 不停咀嚼
- ❖ 忘記進食步驟
- ❖ 進食後說話含糊不清
- ❖ 流口水
- ❖ 吞嚥時出現咳嗽、氣喘



怎樣改善進食能力

1. 確保口腔清潔

- ❖ 謹記餐前確保假牙已佩戴穩妥，餐後要檢查口腔內有沒有食物殘留，並清潔口腔及牙齒
- ❖ 維持早晚刷牙及浸洗假牙的習慣

2. 環境輔助

- ❖ 患者容易分心，所以需安排寧靜的進餐環境，減少干擾，如途人 / 電視聲浪等
- ❖ 可用顏色對比鮮明的餐墊以協助患者辨認餐桌上的餐具

3. 選擇合適的餐具

- ❖ 簡化餐具
- ❖ 患者容易有誤認物件的情況，所以可選擇淨色或簡單圖

案的碟和碗，以免患者誤認為餐具有異物

4. 確保合適的坐姿

- ◆ 頭部正中，下頷微微向前
- ◆ 背部挺直；若患者未能自行坐直，請諮詢職業治療師是否需要使用輔助器具

5. 如患者食慾下降，可增加食物種類及質感，吸引患者進食

- ◆ 選擇不同顏色食物
- ◆ 較濃氣味 / 味道的食物如洋蔥（需留意患者是否有其他疾病如糖尿 / 高血脂等）
- ◆ 可選擇甜味，或按患者喜好，調校冷熱溫度
- ◆ 有些補充營養奶粉適合一些過瘦或吸收能力不良的人使用，但需諮詢護士 / 營養師

6. 留意進食速度及份量

- ◆ 小口進食，以小匙羹控制每口進食份量
- ◆ 若需餵食，速度不要太快，亦不要催促
- ◆ 可使用一些增加液體濃稠度的產品，以改善吞嚥困難情況，但需諮詢治療師

7. 提示進食步驟

- ◆ 進食前時必須向患者解釋現在是餐膳時間
- ◆ 紿予口頭提示或示範如「拿起匙羹、舀飯、放入口」
- ◆ 若不果，可給予動作提示如拍拍他的手臂或指一指匙羹
- ◆ 若無效，可捉著他的手直至將匙羹放到咀邊，練習幾次後觀察患者是否能自行進食
- ◆ 如完成以上步驟患者仍未能自行進食，便給予餵食
- ◆ 餐後謹記檢查口腔內有否食物殘留



- ◆ 若進食時間已超過45分鐘，或見患者開始疲倦或不能集中精神，可先休息一會再進食。不要勉強完成整份餐膳

8. 便秘

- ◆ 嚴重的便秘可能引起躁動不安等情緒，影響睡眠，甚至昏亂，要正視便秘問題
- ◆ 培養患者良好的排便、進食及運動習慣。選擇吃纖維高的食物，如全穀類、水果和蔬菜等

9. 體重過輕 / 重

- ◆ 或許是飲食失調的一個警號，家人要留意患者是否已經不能安排餐膳或忘記進食的時間，又或者有情緒問題。盡快尋求專業人士的意見，以便及早介入
- ◆ 暴飲暴食是因為患者喪失了時間觀念和飽餓的認知，家人可預先安排患者的餐膳，小心選擇及放置家中的食物及數量

若出現以下行為，需採用適當的處理技巧：

◆ **躁動或拒絕進食**

不要餵食，可用活動分散其注意力，待冷靜下來後才繼續

◆ **忘記或不停索食**

不要爭辯，可用時間表記錄進食或安排少食多餐和健康小食

4. 溝通

患者在記憶、理解、語言表達及社交能力的衰退都直接影響他們的日常溝通能力。照顧者在認知障礙症各階段中，需留意患者的語言能力退化表現，提供合適的協助。

初期

1. 患者與人交談出現困難，難以表達自己的意思。
2. 難以用適當名稱去形容物件，但用詞不適當時，患者通常能夠自我糾正。
3. 經常使用空泛的語句去代替人物 / 物件及地方的名稱，例如「我去嗰度囉」、「我食緊啲嘢」、「我同嗰個人去街」等。
4. 經常使用一些「口頭禪」，例如「係咁架啦」、「你話點就點啦」、「好難講」、「無所謂啦」、「唔清楚」等。

中期

1. 未能以完整句子表達自己。
2. 失去說出人物 / 物件名稱的能力，特別是一些抽象的名稱。
3. 可能失去說話時聲音及語調運用的能力。
4. 在詞語使用上出現混亂，例如將「糖」誤說為「鹽」，將「女兒」誤說為「媽媽」。
5. 間歇性地出現有條理的對話，或者患者會忽然說出一些久已遺忘的事情。
6. 使用母語以外的語言能力可能會消失。例如患者的母語為英語，青年時期來港後，才用廣東話為第二語言，在這種情況下，說廣東話的能力會較易衰退。



晚期

1. 表達語句時失去文法。
2. 可能喪失語言能力，甚至不會說話，或只發出難以理解的聲音。

如何與認知障礙症患者溝通

溝通是包括語言和非語言兩種方式的，透過適當的溝通技巧，耐心的態度去聆聽，採用合適的表達方式；患者可感受到外界對他的支持，從而減少無助或挫敗感。

1. 留意週圍的環境，嘈雜的環境會阻礙接收訊息的能力。
2. 如發現患者的聽覺或視覺有障礙時，找醫生作詳細檢查。
3. 首先向患者作自我介紹。
4. 以患者慣用的名字稱呼，但須徵得他 / 她同意。
5. 談話時採用簡短及淺易字句，說話時速度適中、咬字清楚、語調平和及盡可能用他熟悉的方言。
6. 嘗試以當日發生的事情、人物、地點、天氣等作為談話的開始。
7. 選擇患者熟悉的話題，保持對話流暢。
8. 向患者發問之題目，可附帶一些選擇。例如：「你在香港抑或中國大陸結婚？」。
9. 紿予患者充裕時間回應問題，患者回答時，給予即時鼓勵如微笑和口頭讚賞等。
10. 應耐心地聆聽患者的說話。
11. 嘗試了解患者一些「語意不清」語句的真正意思。
12. 當對方找不到適當用語或應對出現困難時，不宜即時作

出糾正，以免令對方難堪，可作出提示或轉換話題。例如在回應時說：「你剛剛提及曾經去過…」，可讓患者填補未完成的句子。

13. 在適當時展示幽默。
14. 避免以命令方式與患者溝通和爭論，用較大聲調時，會令其感到被「呼喝」。
15. 多採用面部表情、身體動作等的非語言方式與患者溝通。但須留意以下幾點：
 - ◆ 照顧者的關懷及平和的態度，可促進非語言溝通
 - ◆ 面向患者，保持眼神接觸，留意患者溝通時的情緒表現及反應
 - ◆ 身體接觸可有效地表達對患者的關懷和愛護，如用手輕拍長者肩膊、手背等，但須注意有些患者或不喜歡這種方式
 - ◆ 以手勢和身體動作輔助表達談話內容，如招手代表歡迎，揮手代表再見
 - ◆ 如患者聽覺有問題，但仍有一定閱讀能力，可用書寫方法和他／她溝通

5. 行為問題

在認知障礙症患者中是很常見的。在疾病進程的某一段階會出現思維和行為的問題。其中最常見的症狀是自我疏離、食慾改變、思維異常、容易焦慮或情緒激動。其他包括具攻擊性或重複的動作、叫喊、遊蕩、抑鬱、多疑、妄想和失眠。



6. 重覆行為表現

患者可能根本不知道自己在做什麼，而行為的本身亦反影出他缺乏安全感。千萬不要生氣和責備患者，可嘗試叫他做別的事情來轉移他的注意。在沒有危險的情況下，不予理會也可能是其中的一種解決方法。

7. 暴力表現

患者過激的反應有時會引致暴力行為，其對象有時甚至會是護老者或家人。照顧者應該保持鎮定，千萬不要以暴易暴，並嘗試轉移患者的注意，找出導致暴力表現的原因：是否因為手頭上的工作困難？或是對某人不滿？如果暴力行為重覆出現，便要與醫生商量，考慮以藥物控制病情。

8. 家居安全與護理

智力衰退影響認知障礙症患者記憶、思考和判斷能力，以致出現生活起居混亂的情況。照顧者若能提供一個既安全簡潔又有環境提示的家居，可大大提高患者的活動能力和家居安全。

1. 地板

- ◆ 保持乾爽，採用淨色、防滑及不反光物料

2. 照明

- ◆ 確保每處地方都有足夠的光線

3. 睡房

- ◆ 以患者熟悉的個人物品佈置房間
- ◆ 物件放在伸手可及的地方，避免爬高或蹲下取物件

認知障礙症照顧者手冊

- ❖ 可安裝夜燈和指示牌協助患者於晚間找尋廁所方向

4. 走廊

- ❖ 電線要整齊綑好避免外露
- ❖ 確保通道暢通無阻，不要擺放地毯
- ❖ 台階和門檻要清晰顯示，或盡量避免使用
- ❖ 安裝合適的扶手

5. 大廳

- ❖ 傢具要固定擺放，勿隨意改動位置，盡量騰出空間
- ❖ 選擇邊緣圓滑的傢具，避免使用摺枱或摺櫈
- ❖ 於當眼位置擺放日曆和時鐘
- ❖ 電話旁放置常用電話號碼紙

6. 廚房

- ❖ 危險物品（如消毒劑、清潔劑、利器等）要鎖好
- ❖ 烹食後關掉爐具總掣
- ❖ 建議患者在照顧者陪同下使用廚房
- ❖ 若患者經常表現混亂或有胡亂進食的問題，應把廚房門鎖上

7. 門窗

- ❖ 大門經常上鎖，安裝開門響鬧裝置、隱敝的門鎖或密碼鎖。在家裏的門上貼上「停」字牌，提醒患者
- ❖ 門與牆均髹上相同的顏色，但患者經常使用的房間門可用特別顏色或熟悉的物品以辨識
- ❖ 安裝固定的窗花，或把活動式窗花鎖好

8. 浴室及廁所

- ❖ 用防滑地磚，地面要經常保持乾爽，安裝合適的扶手
- ❖ 使用恆溫熱水器並將水溫設定至最低的熱度



- ◆ 以圖示提醒患者水龍頭的冷熱水調較方向
- ◆ 若使用浴缸，應安裝扶手及沖涼椅或坐板

9. 防走失措施

- ◆ 切勿單獨留患者在家
- ◆ 把患者基本資料及家屬聯絡方法放進其隨身物品內；可用刻名手鉗或資料牌
- ◆ 讓鄰居、管理員和附近商鋪店員得悉患者可能迷路，並告知他們聯絡家人的方法
- ◆ 準備患者的近照備用
- ◆ 在患者身上掛防走失器或定位電話

使用的輔助工具

1. 離牀警報器，當患者離牀時，便會鳴叫，及時通知家人。
2. 可錄音的感應門鈴，提醒患者勿外出。
3. 感應閃鈴或接觸式門戶警報器，提醒家人。



護腦貼士

大多數造成認知障礙症的原因是無法預防的。控制高血壓和糖尿病、健康飲食和定期運動，可以減少由中風引起血管性認知障礙症的風險。雖然暫時未能根治，但若能在生活上關注護腦，保持大腦的健康，將能有助減低患病的機會。

以下是十個簡單有用的護腦貼士：

1. 常用腦袋

大腦如一座機器，多用會運行更佳和更快。大腦的發展是依循「用進廢退」原則，故要多從事益智活動，學習新事物，創造新的感官經驗，莫凡事都一成不變，例如：

- ◆ 下棋或打麻將
- ◆ 廣泛閱讀書報雜誌
- ◆ 進修多種語言或其他技能
- ◆ 自助旅行



2. 均衡飲食

三餐儘量高纖、少鹽與低脂，多攝取含豐富蛋白質、Omega-3、維他命B群、葉酸與天然抗氧化劑的食物，例如牛奶、新鮮海魚、深色蔬菜、水果、全穀類、綠茶和紅酒等。飲食應跟隨「健康飲食金字塔」，多吃不同的食物以吸收不同的營養，避免缺乏某些營養。





3. 規律運動

運動可以刺激腦部，讓人產生愉悅、滿足感，減緩神經細胞流失的速度。養成運動的習慣，例如每天步行三十分鐘。即使只是散步、爬樓梯或做家務，同樣有健腦作用。除此之外，氧氣和「葡萄糖」是腦部最基本的必需能源，所以運動不但增加血流量到腦部，還可增加血的供應量。



4. 社交活動

多參與社交活動，避免人際孤立或退縮。文獻證實，常與家人、親友、鄰居、同事往來的互動者，除心智較不易衰退外，壽命也會較長。



5. 心境開朗

研究發現，長期處於壓力荷爾蒙下會造成神經元的大量死亡，導致腦部海馬體等區域的萎縮。因此應該學習壓力調適的知識及技巧，如練習放鬆、正向思考和自我肯定等。

6. 充足睡眠

每天維持六至八小時的睡眠時間，同時需保持良好睡眠品質與環境。若無法充分休息，大腦的疲勞難以恢復，記憶力及注意力等功能受損，中風機會亦隨之增加。



7. 遠離煙酒



不要抽煙、酗酒與吸毒，以免破壞腦部生化機制的平衡，引發器官和身體組織的病變。

8. 注意體重及血壓

避免吃肥膩食物以防止患上心臟病、高血壓和糖尿病，這會增加患上認知障礙症的機會。應隨時留意自己的體重、血壓、血糖、膽固醇等指數是否在標準範圍，必要時尋求專業的醫療協助，切勿輕視其併發症對大腦的潛在威脅。





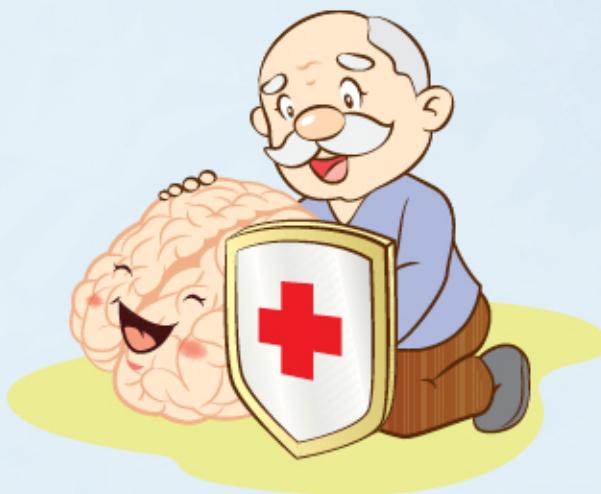
9. 定時進餐

三餐依時進食可以減少腦部營養不平衡的情況。一些研究指出「肚餓」的感覺會引起煩躁，情緒不安的反應。研究亦指出，吃早餐能幫助集中精神，因為腦細胞是依賴葡萄糖作燃料，經過一晚休息後，血液中的葡萄糖會較低，因此養成進食早餐的習慣對維持腦部健康亦非常重要。



10. 保護大腦免受外來撞擊

保護腦袋，降低頭部遭受意外傷害的風險。



物理治療

(一) 早期及中期

1. 保持肢體活動能力和步行

早期及中期患者仍可活動自如，適當的運動可幫助患者保持體力和四肢活動的幅度，增加肌肉力量及促進手腳協調，從而提升生活質素。因患者記憶力減退，患者與家人可制定運動時間表，提醒患者定時運動。

頸部



向前



向後



左右側



左右轉動



身軀



左右轉動



左右側



上肢



向前舉高

(可利用雨傘或膠樽)



向側舉高



上肢



屈曲及
伸直手肘



牆上壓



手指



手指開合





下肢



半蹲



原地踏步



向外提起



脚尖及脚跟企



伸直膝關節

2. 助行器的使用

中期患者會的步行能力會逐漸減退，經物理治療師評估後，運用合適的助行器協助患者作步行運動，可提高患者的步行能力和減少跌倒。



柺杖



四脚柺杖



助行架



輪子助行架



(二) 晚期

晚期患者會完全失去活動能力。照顧者應學習正確扶抱技巧，以及為患者作適當的關節伸展，可預防關節僵硬及促進患者活動功能。家屬及照顧者可向物理治療師查詢。

1. 照顧者訓練

扶抱技巧



一人扶抱



二人扶抱

被動式運動



上肢



下肢

職業治療

職業治療師在記憶診所擔當的角色是協助病人及照顧者減低因記憶問題所帶來的困擾，減輕照顧者的負擔，令病人保持日常生活的獨立能力，生活更愉快。

1. 治療師替病人作出專業的認知能力評估。



2. 指導照顧者對病人正確的溝通技巧，並對生活程序的編排作出建議。



3. 作出改善家屋環境的建議，從而減輕病人的功能障礙，提升家居安全。



4. 指導照顧者協助病人進行合適的記憶訓練方法及懷緬活動。

相片重溫



記憶訓練





參考網頁及社區資源

機構：長者安居服務協會 - 香安鍾

電話：1878 238

網頁：<http://www.schsa.org.hk/b5g/service/felderring.html>

機構：香港復康會社區復康網絡 - 長期病復康一線通

電話：2794 1122

網頁：<http://www.rehabsociety.org.hk/1230.html>

機構：香港認知障礙症協會-照顧者熱線

電話：2338 2277

網頁：<http://www.hkada.org.hk/ecmanage/page22.php>

機構：銀杏(失智)症網上資源中心

網頁：<http://www.ginkgogroup.org/>

機構：社會福利署長者日間護理中心網上資訊

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_cseselderly/id_dayrespite/

機構：社會福利署長者日間暫托服務網上資訊

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_cseselderly/id_dayrespite/

機構：社會福利署 - 護養院

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_residentia/id_nursinghom/

機構：社會福利署 - 長者住宿暫託服務

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_residentia/id_respiteser/

機構：社會福利署 - 綜合家居照顧服務

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_cseselderly/id_618/

認知障礙症 照顧者手冊

機構：**社會福利署 - 護老者支援服務**

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_csselderly/id_carersuppo/

機構：**社會福利署 - 綜合社會保障援助(綜援)計劃**

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_socseco/sub_comprehens/index.html

機構：**社會福利署 - 公共福利金計劃**

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_socseco/sub_ssallowance/

機構：**社會福利署 - 醫務社會服務**

網頁：http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_medical/

機構：**復康巴士**

電話：2817 8154

網頁：<http://www.rehabsociety.org.hk/rehabus.html>

機構：**易達巴士**

電話：2348 0608

網頁：<http://www.rehabsociety.org.hk/ets.html>

機構：**監護委員會**

地址：九龍尖沙咀漢口道28號亞太中心8樓807室

電話：2369 1999

傳真：2739 7171

網頁：<http://www.adultguardianship.org.hk/>

機構：**長者安居服務協會 - 一線通平安鐘服務**

機構：**復康用具資源中心**

電話：2364 2345

機構：**香港紅十字會**

電話：2152 9339



港島東健康資源網 - 認知障礙症服務簡介

網頁：<http://www.healthyhkec.org/resources/elderly/dementia>



香港老人科醫學會 - 認知障礙症教育系列

網頁：<http://hkgs.org/en-media.html>





認知障礙症

照顧者手冊

版權所有 • 不得翻印

2020年修訂