

# 非傳染病直擊

二零一五年 二月



## 安享黃金晚年

### 要點

- ※ 全球及本地人口老化，與年齡有關的慢性疾病負擔也隨之增加。
- ※ 很多在晚年出現的慢性疾病或殘疾，都是年輕時的生活模式和其他風險累積而成的結果。我們鼓勵每個人年輕時採取健康的生活模式，將可達致康健樂頤年。

### 康健樂頤年的關鍵

康健樂頤年始於年輕時的健康行為。

- ※ 不要吸煙
- ※ 積極參與體能活動
- ※ 健康及均衡飲食
- ※ 維持理想的體重及腰圍
- ※ 避免飲酒
- ※ 充足睡眠
- ※ 鍛煉腦筋靈活
- ※ 積極態度，管理壓力
- ※ 與家人、朋友和社會保持密切關係
- ※ 預防意外和受傷
- ※ 保持口腔健康
- ※ 安全使用藥物
- ※ 獲取適當的預防性醫療和健康服務

## 安享黃金晚年

全球人口老化，主要是由於生育率下降和壽命延長。在二零一零年，估計有 5.24 億人，即全球人口的 8%，年齡在 65 歲及以上。預計到二零五零年，這個數字將增加接近兩倍至大約 15 億，即全球人口的 16%<sup>1</sup>。香港的人口也正在老化。在二零一三年，總人口的 14.2%，

即大約 102 萬人，年齡在 65 歲及以上。到二零四一年，這個比例將增加至 30.2%，即年齡在 65 歲及以上的人口將超越 256 萬。同時，老年人口也不斷老化。在二零一三年，人口中年齡在 85 歲及以上的長者佔 2.0%。到二零四一年，這個比例推算將達到 5.8%（表一）<sup>2,3</sup>。

表一：按年齡組別劃分於二零一三年年中和二零四一年年中（推算）年齡在 65 歲及以上的香港人士的數目及百分比

	二零一三年		二零四一年	
	數目（千計）	佔總人口的百分比	數目（千計）	佔總人口的百分比
65至 74 歲	508.5	7.1%	1 052.3	12.4%
75至 84 歲	368.4	5.1%	1 015.3	12.0%
85歲及以上	144.6	2.0%	490.4	5.8%
65歲及以上	1 021.5	14.2%	2 558.0	30.2%

資料來源：政府統計處。

### 老化和慢性疾病

人口老化的同時，與年齡有關的慢性疾病負擔也將隨之增加。例如在二零一零年，在全球年齡 60 歲及以上的長者中，癌症的殘疾調整生命年數為 8 700 萬，但預計由二零零四年至

二零三零年，長者的癌症負擔將增加 69.2%。在二零一零年，全球長者中糖尿病的殘疾調整生命年數為 2 260 萬。到二零三零年，預計此負擔將增加 95.7%（表二）<sup>4</sup>。

表二：在二零一零年，年齡在 60 歲及以上人士中與年齡有關的主要疾病的殘疾調整生命年數，以及由二零零四年至二零三零年的推算變動

疾病類別	二零一零年 殘疾調整生命年數（百萬計） <sup>a</sup>	由二零零四年至二零三零年的推算變動 <sup>b</sup>
癌症	87.0	+69.2%
缺血性心臟病	77.7	+34.7%
腦血管疾病	66.4	+44.4%
慢性阻塞性肺病	43.3	+88.7%
糖尿病	22.6	+95.7%
視障	10.4	+86.3%
認知障礙症	10.0	+82.6%
聽障	7.5	+70.6%

註：<sup>a</sup> 殘疾調整生命年數的估算由Institute of Health Metrics and Evaluation提供；<sup>b</sup> 於二零零四年至二零三零年間的殘疾調整生命年數的增長是由世界衛生組織計算。

資料來源：Prince 等，二零一四年。

多發病（並存多種慢性疾病）隨着年齡的增長而急劇上升，影響個人的生活質素，並與殘疾、依賴他人照顧和死亡有密切關係<sup>4</sup>。一項有系統的文獻回顧報告指出，長者的多發病流行率介乎 55% 至 98%<sup>5</sup>。在香港，於二零一一年十月至二零一二年一月進行的主題性住戶統計調查發現，接近四分之三（73.7%）年齡在 65 歲及以上的人士患有經西醫診斷的慢性疾病，包括高血壓（46.0%）、糖尿病（20.0%）、心臟病（9.8%）、癌症（3.5%）及中風（3.2%）<sup>6</sup>。另一項在二零零八年進行的主題性住戶統計調查亦發現，約五分之二（40.6%）居於家庭住戶而年齡在 60 歲及以上的人士患有兩種或以上的長期疾病（包括不需要定期接受治療的慢性疾病）<sup>7</sup>。

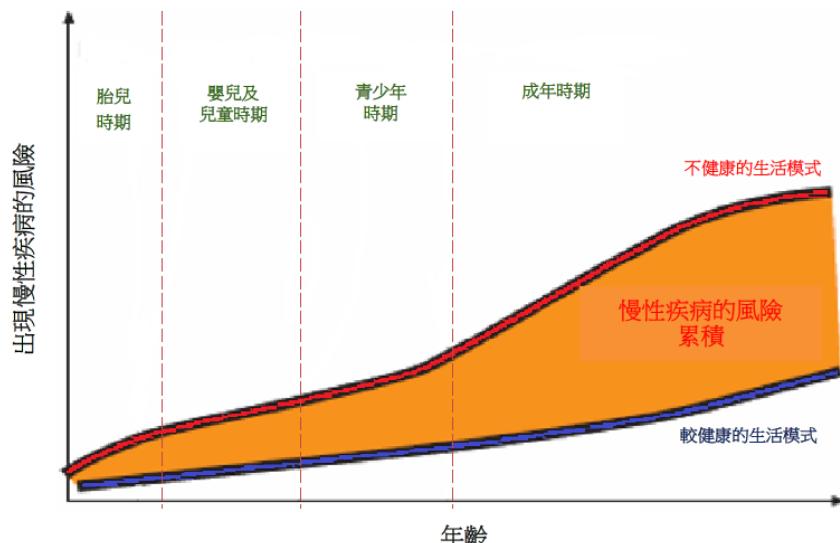
## 影響晚年健康的因素

晚年的健康受人生歷程中多種因素所影響。在不同的文化中，安享晚年的重要決定因素包括生理狀況及身體機能、心理或認知能力、社交關係及資源、有意義的日常活動（有助

維持身分認同和健康），以及安定的物質生活（例如安定的居所、食物或得到所需服務）<sup>8</sup>。

從生物學的角度來看，不同人士在年老時的退化速度有所不同。一般來說，有些身體變化早在三、四十歲開始，例如喪失皮膚彈性、骨質密度減少或視力改變<sup>9-11</sup>。然而，不健康的生活模式和暴露於環境污染物（例如二手煙和紫外線<sup>12, 13</sup>）會加速退化的過程。事實上，很多在晚年出現的慢性疾病或殘疾，是年輕時的生活模式和其他風險累積而成的結果（圖一）。例如在兒童和青少年時期，攝取過量飽和脂肪和鹽，以及缺乏體能活動等不健康的生活模式，可導致成年後出現高血壓，因而增加在老年時患上冠心病和中風的風險<sup>14</sup>。研究顯示，較高健康風險的人士（風險由吸煙、較高的體重指數、中年和成年後期缺乏體能活動等界定）在晚年較早出現殘疾，而且患的殘疾也較多。相反地，採取較健康的生活模式不僅延長壽命，亦令享有健康的時間更長。與高風險組別作比較，低風險組別出現殘疾的年齡可延遲五年以上<sup>15</sup>。

圖一：年齡和慢性疾病的風險累積示意圖



資料來源：世界衛生組織，二零零二年。

## 安享晚年的關鍵

預期壽命的增長令大眾對長壽有更高的期望，不單只壽命得以延長，長壽之餘，亦有較少的殘疾、較為健康及享有較高的生活質素。儘管患上慢性疾病及與其相關的殘疾風險會隨着年齡增長而增加，但這並不表示喪失身體機能是年老的必然結果。與「年老體弱」的誤解相反，很多長者在日常活動中可獨立自如。在香港，一項在二零零八年進行的主題性住戶統計調查發現，居於家庭住戶而年齡在 60 歲及以上的人士，93.1% 沒有自我照顧活動能力缺損的情況，96.3% 能夠完全由自己決定日常的生活事務<sup>7</sup>。此外，一項於二零一四年進行的社區衰老狀況調查，共篩查了 816 名年齡 65 歲及以上的社區居住人士，結果顯示有 35.1% 的人士被分類為非衰老。然而，分別有 52.4% 和 12.5% 的人士被分類為前期衰老和衰老。衰老的比例隨年齡增長上升，由 65 至 69 歲年齡組別的 5.1% 上升至 75 歲及以上的 16.8%。每天持續運動 1 小時或以上的長者較少出現衰老情況。與前期衰老的長者比較，衰老長者一般有較多慢性疾病、用藥數量較多、跌倒和功能缺損的情況較為嚴重。衰老長者亦比前期衰老的長者較多患上缺肌症（因正常老化以致肌肉減少）、輕度認知障礙和出現抑鬱症狀，以及有較差的自評健康程度<sup>16</sup>。

因應人口老化對醫療和社會所構成的影響，香港政府將繼續制定適時的「安老」公共政策，令市民大眾安享晚年的同時，並支持長者積極有為地生活。然而，任何年齡的人士都應該採取行動，透過培養良好的習慣，努力維持健康

和身體機能。即使一生「過度放縱」的年邁長者，現在才實行較健康的生活模式亦不至於為時已晚，也能從中獲得好處。以下是我們為健康的晚年能夠而且應該做的事情：

**不要吸煙** – 吸煙是多種慢性疾病和早逝的主要風險因素之一。因此，在任何年齡戒煙都是有益的<sup>17</sup>。例如，如果吸煙人士在 60 至 75 歲間戒煙，早逝的風險將減少 50%<sup>18</sup>。吸煙者可致電衛生署戒煙熱線 1833 183 尋求免費戒煙建議及協助。

**積極參與體能活動** – 對任何年齡人士來說，體能活動能幫助保持身體健壯年青，減低出現肥胖和多種與年齡有關的疾病的機會，延遲機能衰退和慢性疾病的發生。健康的長者每星期應該進行至少 150 分鐘中等強度的體能活動（例如快速步行或緩慢地游泳）或 75 分鐘劇烈強度的體能活動（例如快速地游泳），或相等的運動量，每節運動最少持續 10 分鐘。除了帶氧活動外，建議健康的長者每星期至少有兩天（非連續）進行抗阻力運動（例如遞進重量訓練計劃），以及每星期至少有兩天進行至少 10 分鐘，針對身體的主要筋肌組的伸展運動（每組肌肉須重複四次或以上，每次 10 至 30 秒的靜態伸展）<sup>19, 20</sup>。

**健康及均衡飲食** – 均衡飲食是年老時維持身體和腦部最佳狀態的重要一環。要根據食物金字塔的建議進食，每天最少吃五份水果和蔬菜。避免進食含高脂肪、高糖和高鹽的食物。

**維持理想的體重及腰圍** – 體重過低或超重對老年的狀態構成威脅。肥胖使人較易患上很多可威脅生命的疾病，包括某些癌症、冠心病、中風和糖尿病。香港的華裔成年人應以介乎 18.5 和 22.9 公斤／平方米之間的體重指數為目標。不論體重指數多少，男性的腰圍應保持在 90 厘米（約 36 吋）以下，而女性的腰圍應保持在 80 厘米（約 32 吋）以下。

**避免飲酒** – 飲酒是多種健康問題的主要風險因素。由於身體結構變化、代謝能力減低和出現其他病症，長者尤其容易受到酒精引致的負面影響。

**充足睡眠** – 長期缺乏睡眠會影響荷爾蒙的分泌、代謝能力，以及損害精神健康。

**鍛煉腦筋靈活** – 終身學習和經常參加鍛煉腦筋的消閒活動能預防認知衰退和與年齡有關的記憶問題。這些活動包括「思考」遊戲（例如打麻雀、捉象棋或玩紙牌）、填字遊戲或文字遊戲、寫作和閱讀。

**積極態度，管理壓力** – 研究顯示，樂觀的人較可能健康長壽地生活<sup>21</sup>。越來越多人認識到，長期的心理壓力會導致主要身體系統出現未老先衰（例如免疫系統）和早逝（例如由冠心病和呼吸系統疾病所引致）<sup>22, 23</sup>，因此管理壓力是一項抗衰老的重要策略。

**與家人、朋友和社會保持密切關係** – 要康健樂頤年，良好的人際關係和緊密的社會聯繫

尤其重要。一項綜合分析回顧發現，與缺乏社會聯繫的人士作比較，建立較強社會關係的人士的生存機會增加 50%<sup>24</sup>。社會聯繫較多樣化和較廣泛的長者會較為快樂，較少感到孤單和焦慮<sup>25</sup>。

**預防意外和受傷（尤其是長者跌倒）** – 採取適當的預防措施保護膝關節免受嚴重或重複的損傷，以減少軟骨受損和在晚年引致功能衰退的風險。對於長者來說，跌倒對健康、安全和獨立自主構成重大威脅。為了減少跌倒的風險，長者可以在活動計劃中加入適量的強化肌肉和伸展活動，以及平衡訓練（例如步行、遞進重量訓練計劃、負重柔軟體操和太極）。

**保持口腔健康** – 口腔狀況欠佳（主要指蛀牙、牙周病及牙齒脫落）與多種系統性健康問題有關。對於長者來說，牙齒不僅對維持充足及均衡的營養重要，也對言語、外表和正面的自我形象有關<sup>20</sup>。無論老少，選擇健康的生活模式、注意口腔衛生及定期檢查牙齒對確保牙齒和牙齦終身健康極為重要。

**安全使用藥物** – 隨着年齡增長，某些藥物或藥物組合對身體或精神的影響可能有所改變。因此，了解藥物的功用、如何及何時服用是十分重要的。請向家庭醫生或藥劑師查詢所用藥物（包括成藥和草藥），以避免可能出現的藥物重複、相互作用或不良藥物反應。應遵從指示按處方服藥。

**獲取適當的預防性醫療和健康服務 — 依照家庭醫生的建議按時接種疫苗。**例如流行性感冒(流感)是長者健康欠佳和死亡的重要原因。對於非居於院舍的長者，接種流感疫苗能把住院數目減少 25% 至 39%，也被證實能在流感季節把整體死亡率減少 39% 至 75%<sup>20, 26</sup>。有些疾病，例如某些癌症、高血壓或糖尿病，在早期可能沒有病徵。按個人風險接受適當的篩查或健康檢查，有助及早處理健康問題和疾病，在它們導致健康損害前有效地治療。進行篩查或健康檢查前，應徵詢並依循家庭醫生的建議。

請緊記，康健樂頤年始於年輕時的健康行為。有關更多康健樂頤年和長者健康的資訊，請瀏覽長者健康服務網站 <http://www.info.gov.hk/elderly>。

#### 參考資料

1. Global Health and Aging. Geneva: National Institute of Ageing and World Health Organization, 2011.
2. 香港特別行政區：政府統計處，二零一二年。香港人口推算 2012-2041。
3. 香港特別行政區：政府統計處，二零一四年。香港統計年刊。
4. Prince MJ, Wu F, Guo Y, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. Lancet 2014.
5. Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev 2011; 10(4):430-9.
6. 香港特別行政區：政府統計處，二零一三年。主題性住戶統計調查第五十號報告書：香港居民的健康狀況。
7. 香港特別行政區：政府統計處，二零零九年。主題性住戶統計調查第四十號報告書：長者的社會與人口狀況、健康狀況及自我照顧能力。
8. Hawkins BA. Aging well: toward a way of life for all people. Prev Chronic Dis 2005; 2(3):A03.
9. Your Aging Eyes. NIH News in Health; January 2011.
10. Cerimele D, Celleno L, Serri F. Physiological changes in ageing skin. Br J Dermatol 1990; 122 Suppl 35:13-20.
11. Davies JH, Evans BA, Gregory JW. Bone mass acquisition in healthy children. Arch Dis Child 2005; 90(4):373-8.
12. Valacchi G, Sticozzi C, Pecorelli A, et al. Cutaneous responses to environmental stressors. Ann N Y Acad Sci 2012; 1271:75-81.
13. Wu JP, Che TT. Secondhand Smoke Exposure in Aging-related Cardiac Disease. Aging Dis 2013; 4(3):127-33.
14. Aboderin I, Kalache A, Ben-Shlomo Y, et al. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes. Key Issues and Implications for Policy and Research. Geneva: World Health Organization, 2002.
15. Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks, and cumulative disability. N Engl J Med 1998; 338(15):1035-41.
16. Screening Reveals over 50% Community-dwelling Population Aged 65 or Above are Pre-frail. Press Release dated 12 January 2015. Hong Kong SAR: Faculty of Medicine, Chinese University of Hong Kong.
17. Gellert C, Schottker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2012; 172(11):837-44.
18. Ten Facts on Ageing and the Life Course. Geneva: World Health Organization, 2014.
19. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization, 2010.
20. 香港特別行政區：基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組，食物及衛生局，二零一二年。香港長者護理參考概覽—長者在基層醫療的預防護理。
21. Peterson C, Park N, Lim ES. Can optimism decrease the risk illness and disease among the elderly. Ageing Health 2012; 8(1).
22. Bauer ME, Jeckel CM, Luz C. The role of stress factors during aging of the immune system. Ann N Y Acad Sci 2009; 1153:139-52.
23. Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. Ann Epidemiol 2004; 14(7):467-72.
24. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med 2010; 7(7):e1000316.
25. Litwin H, Shiovitz-Ezra S. Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. Gerontologist 2010; 51(3):379-88.
26. WHO Expert Committee on Biological Standardization. Biologicals: Influenza. Geneva: World Health Organization.

## 長者醫療券計劃

敬愛的長者們，你是否正計劃接受更多預防性護理服務例如健康評估或牙齒檢查？長者醫療券計劃（「計劃」）將會對你有用。

長者醫療券計劃自 2009 年 1 月 1 日起推行，為長者提供資助，讓他們選擇最切合自己需要的私營基層醫療服務。在計劃下，年屆 70 歲或以上並持有有效香港身份證的長者符合資格每年獲發醫療券，以支付下列已登記參與計劃的私營醫護專業人員提供的醫療服務的費用：西醫、中醫、牙醫、職業治療師、物理治療師、醫務化驗師、放射技師、護士、脊醫及視光師。除了預防性護理服務外，長者還可以將醫療券用於治療和復康服務。

由 2014 年起，每名合資格長者每年的醫療券金額已增加至 2,000 元。未使用的醫療券可累積至其後年份使用，累積金額以 4,000 元為上限。

長者醫療券計劃的設計，是以最方便參與計劃的長者為依歸。醫療券透過「醫健通」電子系統發放和使用，長者毋須登記、領取或攜帶醫療券。當使用醫療券時，長者只需到貼有以下計劃 標誌以方便他們識別已參與計劃的醫療服務提供者的診所或醫護中心，出示他們的香港身份證，並在使用醫療券同意書上簽署便可。



如欲進一步了解長者醫療券計劃，請瀏覽計劃網頁 <http://www.hcv.gov.hk> 或致電查詢熱線 2838 2311 以獲取更多資料。

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](mailto:so_dp3@dh.gov.hk)。

主編  
程卓端醫生

委員

鍾偉雄醫生	李兆妍醫生
范婉雯醫生	李元浩先生
馮宇琪醫生	吳國保醫生
何琬琪女士	尹慧珍博士
何家慧醫生	王曼霞醫生
劉天慧醫生	黃詩瑤醫生