



健康貼士

雖然癡呆症目前不能根治，但如能及早發現，可透過藥物治療、心理和心理社會介入等方案以改善症狀。另外，健康、活躍的生活模式有助增加認知能力的儲備，妥善控制疾病則明顯有助減低患上癡呆症的風險。

健腦配方

癡呆症 (又有稱認知障礙症或腦退化症) 是一種臨床綜合症，特徵是認知功能嚴重衰退以致影響患者的日常活動。受影響的認知功能包括記憶、學習、專注、集中、解決問題、計算、語言和定向等能力。

癡呆症是由於腦細胞逐漸死亡而導致，可因應腦細胞受損的原因分為幾種類型。阿茲海默氏症是最常見的一種，佔所有癡呆症個案約 50%至 75%。阿茲海默氏症的成因不明，但相信是由於腦部增加或積聚了一種特別的蛋白 (貝他澱粉性蛋白)，令腦細胞死亡。第二常見的類型是血管性癡呆症 (又稱多發梗塞性癡呆症)，約佔所有癡呆症個案 20%至 30%。血管性癡呆症是由於腦部某些部位的血液流量減少，導致大腦皮層受損，通常是由多次輕微中風引致。其他較少見的類型包括路易癡呆症 (具柏金遜症特徵) 及額顳葉癡呆症。另外，混合型癡呆症 (即具多於一種癡呆症類型的特徵) 也十分普遍，特別是阿茲海默氏症和血管性癡呆症的混合^{1,2}。

癡呆症初期的症狀並不明顯，因此常常被人忽略，以為是正常衰老過程中出現的「一般健忘」。事實上，癡呆症的早期症狀有別於一般的健忘 (表一)。

表一：癡呆症的一些早期症狀與一般健忘的區別

癡呆症的一些早期症狀	一般健忘
* 有在被明確問到時才會提起自己出現記憶力問題；有明顯喪失記憶的情況	* 主動提起自己記憶力欠佳；但對於記不穩的事情仍能提供不少細節
* 對記起近期發生的事情明顯出現困難，交談能力明顯受損	* 能夠記起近期發生的重要事情；交談能力無損
* 說話時會因喚詞困難而經常停頓，經常使用其他代替詞語	* 間中出現喚詞困難
* 在熟悉的地方迷路	* 不會在熟悉的地方迷路
* 對社交活動失去興趣，出現不恰當的社交行為	* 能保持既有的社交能力

改編自：美國醫學會編制的 A Practical Guide for the Primary Care Physician on the Diagnosis, Management and Treatment of Dementia (American Medical Association)。

本期內容

頁數

健腦配方 1

健康簡訊 14

數據摘要 15

本份刊物由衛生署
衛生防護中心
監測及流行病學處出版

香港灣仔皇后大道東
213號胡忠大廈18樓
<http://www.chp.gov.hk>

版權所有



癡呆症的病情通常會隨時間惡化，而惡化模式正反映腦細胞壞死的程度^{1,2}。隨著病情加劇，癡呆症患者在日常生活所受到的限制會越趨明顯，可能需要靠別人的協助才能維持日常的起居生活。最後，部分患者會變得不能活動，需要完全倚賴他人照顧，亦會出現嚴重的記憶和身體機能上的障礙。不同類型的癡呆症的臨床病程可能有輕微差異：阿茲海默氏症初時的症狀並不明顯，病情發展一般較為漸進；而血管性癡呆症的衰退過程往往是梯級式逐步遞進的，患者的身體機能會於平穩期之間因輕微中風而急劇衰退。

癡呆症的風險因素

流行病學研究就增加患上癡呆症的風險，提出了多個不可改變和可改變的因素。

不可改變的風險因素

年齡增長是患上癡呆症最主要的風險因素。在已發展國家，年愈 65 歲患此症的比率約每五歲增加一倍，在發展中國家則約每七歲增加一倍^{1,3}。有癡呆症**家族史**的人，患上此症的風險也會較高。父母或兄弟姊妹曾患上阿茲海默氏症的人士，較直系親屬中沒有此病史的人士患上阿茲海默氏症的風險高 3 至 4 倍⁴。某些**基因**也會影響患上癡呆症的風險。例如，載脂蛋白 E (Apolipoprotein E, 簡稱 ApoE) 基因是個已知能導致阿茲海默氏症的重要決定因素。帶有一個載脂蛋白 E 基因的人士，患上阿茲海默氏症的風險較正常人士高 4 倍；如帶有兩個基因，風險則會增加約 10 倍⁵。載脂蛋白 E ε4 (ApoE ε4) 基因，是載脂蛋白 E 基因眾多變異體之一，它可令一些生活模式風險因素

對癡呆症的不良影響倍增。舉例說，帶有載脂蛋白 E ε4 基因、並曾經吸煙的人士患癡呆症的風險，較沒有這蛋白基因又從不吸煙的人士高出三倍以上⁶。**性別**也可能影響患上各類癡呆症的風險。女性較易患上阿茲海默氏症，部分原因可能是女性的壽命較長，但亦可能是婦女於更年期後雌激素下降所致(有動物研究顯示雌激素具保護神經的作用)⁷。相反，較多男性會患上血管性癡呆症，這可能是因為血管性風險因素(如吸煙和酗酒)在男性當中較為普遍⁸。

可改變的風險因素

多種可改變的生物醫學、行為以及社會人口因素，均與增加患上癡呆症的風險有關(方格一)，當中以血管性風險因素(包括糖尿病、高血壓、高膽固醇、吸煙、肥胖及缺乏體能活動)、抑鬱症、缺乏認知功能活動和頭部創傷等的研究結果最為一致^{9,10}。此外，有越多風險因素的人士，患癡呆症的風險越高。一個追訪了 1 138 名研究對象、合共 6 292 人年的縱向研究發現，在四個血管性風險因素中(包括吸煙、糖尿病、高血壓和心臟病)，有一個、兩個和三個或以上風險因素的人士，患阿茲海默氏症的風險分別是完全沒有這些風險因素的人士的 1.8 倍、2.8 倍和 3.4 倍¹¹。至於有關這些風險因素集群對公共衛生的影響，一項回顧就指出，全球多達一半(1 720 萬宗)阿茲海默氏症個案，可能是由七個可改變的風險因素所導致(即糖尿病、中年高血壓、中年肥胖、抑鬱症、缺乏體能活動、吸煙及低教育程度)。更重要的是，如能把這七個風險因素的普及率降低 10%至 25%，預料全球可減少 110 至 300 萬宗阿茲海默氏症個案⁹。

方格一：可能增加患上癡呆症風險的可改變因素

糖尿病 – 糖尿病患者患阿茲海默氏症、血管性癡呆症及任何一種癡呆症的風險，較沒有糖尿病的人士分別高 46%、148%和 51%¹²。

高血壓 – 高血壓的人士患血管性癡呆症的風險，較沒有高血壓的人士高 59%。中年時 (年齡介乎 40 至 60 歲) 有血壓高，而收縮壓達 160 毫米汞柱或以上的人士，於晚年患上阿茲海默氏症的風險是正常收縮壓的人士的 2.3 倍¹⁴。

高膽固醇血症 – 中年時血膽固醇濃度過高 (每公升 6.5 毫摩爾或以上) 的人士，於晚年患上阿茲海默氏症的風險是血膽固醇濃度正常的人士的 2.1 倍¹⁴。

吸煙 – 吸煙人士患上阿茲海默氏症、血管性癡呆症及任何一種癡呆症的風險，較從不吸煙的人士分別高 79%、78%和 27%¹⁵。中年時每日吸 2 包煙或以上的人士，於二十年後患上癡呆症、阿茲海默氏症及血管性癡呆症的風險比不吸煙的人士高 2 倍以上¹⁶。

過重及肥胖 – 中年時體重指標 (BMI) 屬於過重的人士，於晚年患上阿茲海默氏症、血管性癡呆症及任何一種癡呆症的風險，較中年時體重指標屬於適中的人士分別高 35%、33% 和 26%；而中年時體重指標屬於肥胖的人士，於晚年患上阿茲海默氏症或任何一種癡呆症的風險，則較中年時體重指標屬於適中的人士分別高 104%和 64%¹⁷。中年時中央肥胖也與癡呆症的患病風險有劑量效應關係，腰圍縱徑 (前到後) 位於第二、第三、第四及第五個五分位組別的人士患上癡呆症的風險，較位於最低五分位組別的人士分別高 20%、49%、67% 和 272%¹⁸。

高同型半胱氨酸血症 – 高同型半胱氨酸血症的人士患上阿茲海默氏症的風險，較沒有患此血症的人士高 2.5 倍¹⁹。每增加 5 微摩爾/公升濃度的血清同半胱胺酸，患上癡呆症的風險會增加 50%²⁰。

中風 – 有 10%的中風人士會於首次中風後不久出現癡呆症，而逾三分之一的人士會於再次中風後患上癡呆症²¹。於 65 歲以上的人口中，曾中風的人士患癡呆症的風險較不曾中風的人士高約一倍²²。

方格一：可能增加患上癡呆症風險的可改變因素 (續)

心臟病 – 患有心房顫動的人士患癡呆症的風險是沒有此病症的人士的一倍²³。中年時曾患冠心病的人士於晚年的認知表現(例如運算、遣詞用字、口語表達能力和記憶力)亦會較差²⁴。

頸動脈粥樣硬化 – 頸動脈內中膜厚度(一種量度動脈硬化的方法)位於第五個五分位組別的人士患上癡呆症的風險，較第一個五分位組別的人士高 50%²⁵。

抑鬱症 – 有抑鬱症的人士患上阿茲海默氏症、血管性癡呆症及任何一種癡呆症的風險，較沒有抑鬱症的人士分別高 66%、89%和 55%²⁶。

頭部創傷 – 頭部曾受創傷性損傷的人士患上阿茲海默氏症的風險，較不曾因頭部創傷而失去知覺的人士高 82%²⁷。

缺乏認知功能和體能活動 – 較少參與認知功能活動、體能活動及過分靜態生活的人士患上阿茲海默氏症的風險，要比多參與這些活動的人士高出 285%²⁸。

膳食脂肪攝取量 – 中年時飽和脂肪酸攝取量中等 (位於第二個四分位組別) 的人士，於晚年患上癡呆症和阿茲海默氏症的風險，分別是飽和脂肪酸攝取量低的人士的 2.5 倍和 3.8 倍²⁹。

過量飲酒 – 中年時經常飲酒 (每月數次) 的人士，於晚年患上癡呆症的風險較不常飲酒 (每月少於 1 次) 的人士高 45%³⁰。於較年長的香港華南人士中，大量飲酒的人士 (男士平均每周飲酒多於 400 克；女士平均每周飲酒多於 280 克) 患上認知障礙的風險較滴酒不沾的人士高近 400%³¹。

低教育程度 – 低教育水平的人士患上阿茲海默氏症、阿茲海默氏症以外的癡呆症及所有癡呆症的風險，較高教育水平的人士分別高 80%、32%和 59%；而低至中教育水平的人士的相應風險，較高教育水平的人士分別高 44%、23%和 33%³²。

社交圈子狹窄或獨居 – 社交圈子狹窄的人士患上癡呆症的風險，較社交圈子廣濶的人士高 60%³³。中年時單身、離婚或喪偶的人士於晚年患阿茲海默氏症的風險是中年時已婚或同居的人士的 1.8 至 2.5 倍。自中年起已喪偶的人士，於晚年患阿茲海默氏症的風險則會顯著增加 7.7 倍³⁴。

癡呆症對全球的影響

癡呆症是全球的重大健康問題，不受社會、經濟、種族或地域所界限，影響幾乎遍及世界每個國家。

發病及患病率

據世界衛生組織 (世衛) 與國際阿茲海默症協會估計，全球每年新增的阿茲海默氏症個案幾近 770 萬宗：其中亞洲佔 360 萬 (46%)、歐洲佔 230 萬 (31%)、美洲佔 120 萬 (16%)，而非洲則佔 50 萬 (7%)²。在二零一零年，全球估計有 3 560 萬名年齡 60 歲以上的人士患有癡呆症，佔總人口的 4.7%¹。隨著全球人口老化和醫療技術不斷改善，估計癡呆症患者的數目將以每二十年一倍的升幅增加，至二零三零年和二零五零年，患者數目會分別達到 6 570 萬和 1 億 1 540 萬名，而新增個案大多來自中低收入國家 (表二)^{1,2}。

存活及死亡率

受多項因素及其錯綜複雜的相互影響，確診的癡呆症患者的存活率因人而異。

以不同的方法和假設進行的研究得出的結果顯示，癡呆症患者的平均存活期由 3 至 10 年不等³⁵。一項有關癡呆症患者的存活期和損失壽命年的系統性文獻回顧指出，較早發病的癡呆症患者損失的預期壽命 (9.6 至 19.4 年) 比較遲發病的患者 (1.3 至 9.2 年) 多。非常輕度及輕度癡呆症患者的存活期 (2.9 至 7.0 年) 較中度患者 (1.5 至 3.0 年) 或嚴重患者 (1.4 至 2.4 年) 長。此外，女性損失的剩餘壽命 (1.4 至 15.3 年) 較男性 (0.4 至 11.4 年) 多³⁵。各類型癡呆症的預計存活期亦有差異。一項於一九九二年至一九九九年期間在美國四個社區進行有關心血管健康認知的前瞻性研究，追訪了 3 602 名參與人士達 6.5 年，並探討了他們的死亡情況。結果顯示阿茲海默氏症、混合型癡呆症和血管性癡呆症患者，由發病到死亡的存活期中位數估計分別為 7.1 年、5.4 年和 3.9 年，而認知能力正常的對照個案的相關估計則為 11.0 年³⁶。

表二：按全球疾病負擔研究區域劃分，年齡 60 歲以上人士患癡呆症的估計粗患病率 (二零一零年)、患病人數 (二零一零年、二零三零年及二零五零年) 及其增長比例 (二零一零年至二零三零年及二零一零年至二零五零年)

全球疾病負擔 研究區域	估計粗患病率 (%)	患病人數 (百萬)			增長比例 (%)	
	2010	2010	2030	2050	2010-2030	2010-2050
亞洲	3.9	15.94	33.04	60.92	107	282
歐洲	6.2	9.95	13.95	18.65	40	87
美洲	6.5	7.82	14.78	27.08	89	246
非洲	2.6	1.86	3.92	8.74	111	370
全球	4.7	35.56	65.69	115.38	85	225

資料來源：二零零九年全球癡呆症報告。

一項包括 68 個主要以高收入國家為對象的社區研究的綜合分析估計，65 歲及以上居於社區的癡呆症患者的死亡風險較非患者高 2.6 倍³⁷。中收入國家的相關估計死亡風險則較高，約為 2.8 倍³⁸。在中國，一項涉及 3 531 名 65 歲及以上、居於社區的長者的研究發現，年齡介乎 65 至 74 歲的阿茲海默氏症患者的五年死亡風險比率為 5.4，而血管性癡呆症患者的風險比率則為 7.2。於年齡 75 歲或以上的患者，阿茲海默氏症、血管性癡呆症及「其他癡呆症」的相關死亡風險比率則分別為 2.8、3.5 和 3.6³⁹。

社會成本及其分佈

癡呆症是導致長者殘障和入住院舍的主要原因。從非正式照顧成本（家庭和他人所提供的無酬照顧）、直接社會成本（社區護理專業人員和院舍所提供的服務），以及直接醫療成本來看，癡呆症對社會和經濟有著深遠的影響。於二零一零年，癡呆症的全球每年成本估計達 6 040 億美元，非正式照顧成本和直接社會成本各佔總成本的比例相若（42%），而直接醫療成本則低得多（16%）。在低收入和中低收入國家，大部分的成本均為非正式照顧成本，而在高收入國家，直接社會成本佔的比重則較高。因此，高收入國家的癡呆症個案總成本，較低收入國家高 38 倍，而前者的直接社會成本甚至比後者高 120 倍。單是根據癡呆症的新增個案數字估計，國際阿茲海默症協會相信到了二零二零年，成本就將會上升 85%⁴⁰。

本地情況

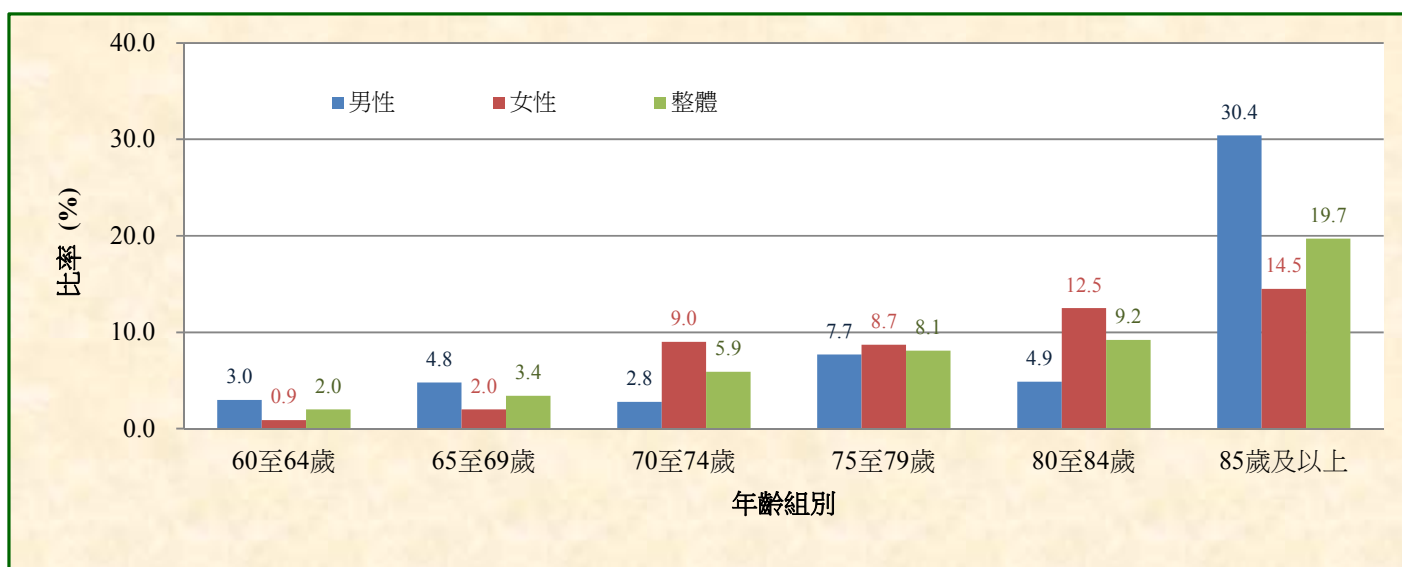
隨著人口老化（據推算，65 歲及以上人口的百分比會由二零一一年的 13.3% 增加至二零三一年的 26.5% 及二零四一年的 30.2%⁴¹），癡呆症已成為香港一大公共衛生問題，而情況將會持續。一項於二零零五年/二零零六年進行的長者認知情況人口研究顯示，有相當多在社區居住的長者患有癡呆症。在年齡 60 歲及以上的長者中，非常輕度癡呆症（臨床癡呆症定量表的分數為 0.5）的整體患病率為 5.8% — 男性為 5.1% 及女性為 6.3%。至於輕度癡呆症（臨床癡呆症定量表的分數為 1）的相應患病率為 5.4% — 男性為 3.1% 及女性為 7.6%。如圖一 (i) 及圖一 (ii) 顯示，非常輕度癡呆症的患病率隨年齡增長而上升，由年齡介乎 60 至 64 歲人士的 2.0% 上升至年齡 85 歲及以上人士的 19.7%；輕度癡呆症的患病率則由年齡介乎 60 至 64 歲人士中的 0.8% 上升至年齡 85 歲及以上人士中的 19.1%。在臨床確診的癡呆症患者中，73.5% 可能是患上阿茲海默氏症、22.4% 可能是患上血管性癡呆症，而 3.9% 則可能是患上具柏金遜特徵的癡呆症⁴²。

值得關注的是，有很多患上癡呆症的長者，因為在家中得不到適切的照顧而需要入住護理院舍。事實上，癡呆症是香港長者入住院舍的主要原因之一。有調查於二零零九年抽樣訪問了 1 820 名護理院舍的典型住院者，結果顯示，護理院舍中的長者患癡呆症的比率高達 30%⁴³。然而，另一個研究

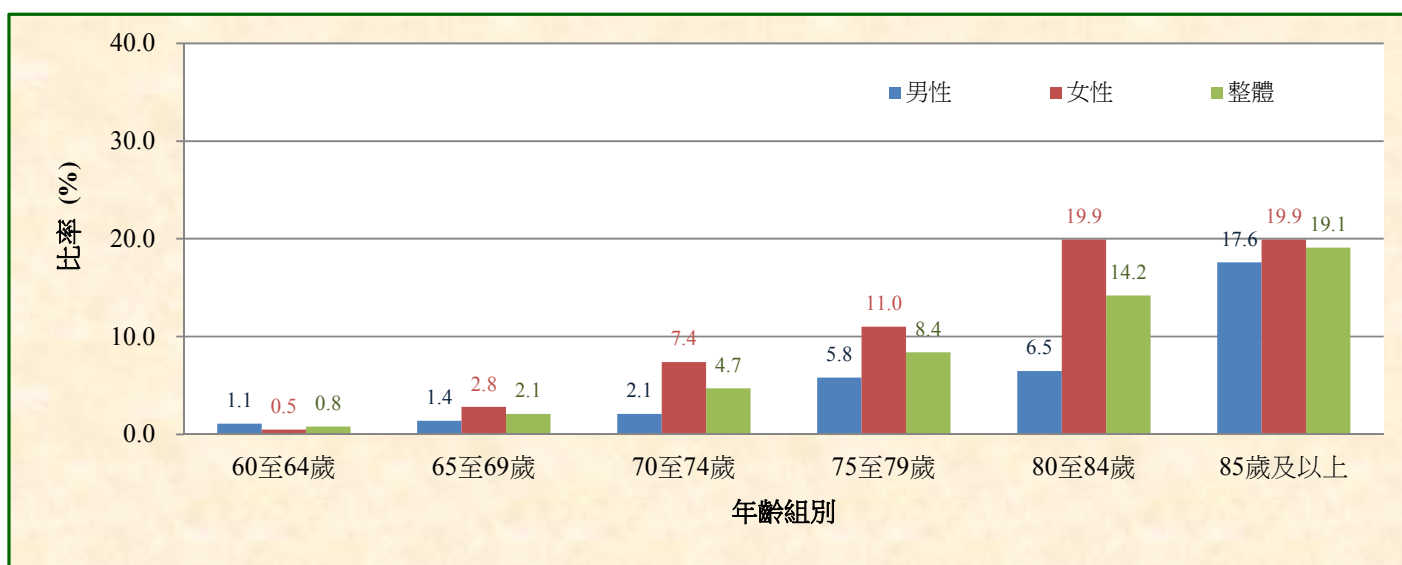
發現，縱使是在長期護理院舍，仍有相當多的癡呆症個案未能被確認出來：護理院舍只能識別出當中 30.0% 的輕度病例個案和 64.3% 的中度病例個案⁴⁴，可見居於護理院舍的長者的癡呆症患病率可能較之前估計的還要高。一項本地研究推算，假設癡呆症的患病率維持不變，年齡 60 歲及以上人士

患癡呆症的數目將會由二零一零年的約 11 萬倍增至二零三六年的 28 萬；而 60 歲及以上人士因此病症而入住院舍的每年成本會由二零一零年的 20 億港元增加至二零三六年的 52 億港元，同期的非正式照顧者的每年成本則會由 99 億港元增加至 259 億港元⁴⁵。

圖一 (i)：按性別及年齡組別劃分非常輕度癡呆症的患病率



圖一 (ii)：按性別及年齡組別劃分輕度癡呆症的患病率

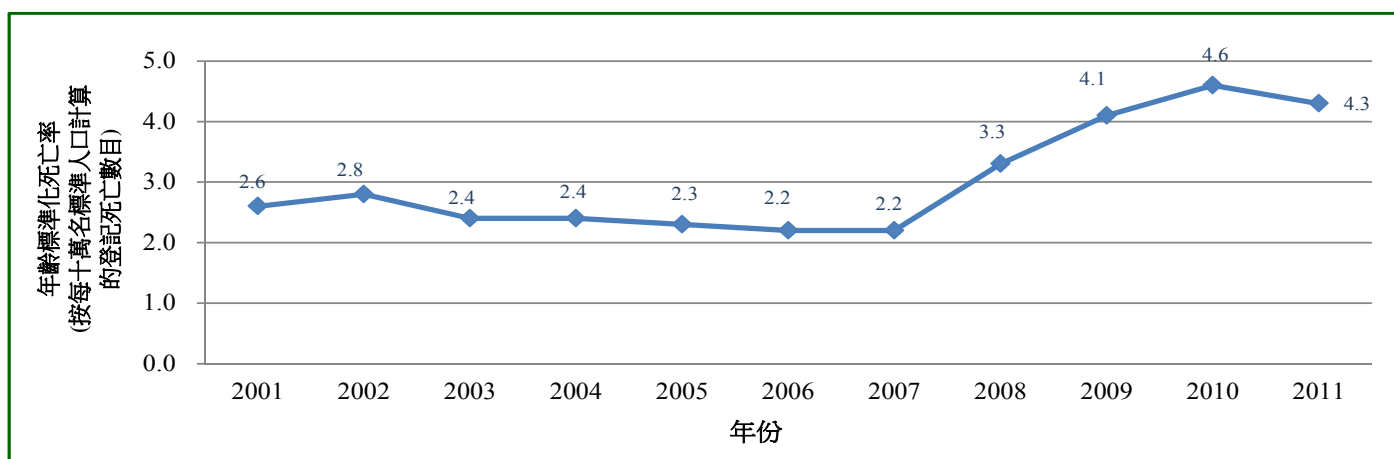


資料來源：Lam et al, 2008。

由於很多癡呆症患者並非直接死於此病，而是死於由此病症導致的其他狀況，如肺炎、中風或跌倒後所引發的併發症，有關的死亡登記數字因此並未將癡呆症列為主要死因，從而低估了因癡呆症而死的個案數目。儘管如此，以癡呆症為次要或首要死亡原因的年齡標準化死亡率由二零零一年每十萬名標準人口的 2.6 人上升至二零一零年每十萬名標準人口的 4.6 人（圖二）。癡呆症的年齡標準化死亡率於

二零零七至二零一一年間上升的部分原因可能是由於社會對此症增加了認知。於二零一一年，癡呆症在主要死因中排名第九，共有 753 宗的登記死亡個案，佔所有登記死亡人數的 1.8%。在二零零一年，死於癡呆症的人士的年齡中位數為 86 歲（男性為 82 歲和女性為 88 歲）；而在二零一一年，死於此病的人士的年齡中位數則上升至 88 歲（男性為 85 歲和女性為 90 歲）⁴⁶。

圖二：二零零一年至二零一一年癡呆症的年齡標準化死亡率



資料來源：衛生署及政府統計處。

及早發現及治療

多年來，癡呆症都被標籤和誤解。很多人以為癡呆症的早期徵狀是老化的正常現象，又或者以為年紀老邁的人才會患上此病症。因此，很多癡呆症的患者和其家人都不會主動尋求治療或協助⁴⁷。在高收入國家，只有 20% 至 50% 的癡呆症個案於接受基層醫療服務時被識別出和記錄下來。在中低收入國家，這個比率更可低至 10%⁴⁸。在香港，一項本地研究訪問了於一九九九年至二零零四年被轉介到瑪嘉烈醫院記憶診所

的 385 名癡呆症確診患者，結果發現由出現症狀到求診的時間中位數為 14.8 個月（由 4.7 個月至 31.6 個月不等），反映出很多癡呆症患者往往到了患病後期才求醫⁴⁹。雖然癡呆症目前不能根治，但如能及早發現，可透過藥物治療、心理和心理社會介入等方案以改善症狀⁴⁸。因此，能夠識別癡呆症的早期警號十分重要（方格二）。

方格二：癡呆症的十大早期警號

1. 喪失記憶力，而其嚴重程度足以影響日常生活，例如：忘記新學到的知識、重要日子或活動，以及不斷重複詢問同樣的問題
2. 策劃或解決問題能力下降，例如：未能遵循熟悉的食譜煮食或處理每月賬單時感到吃力
3. 無論是在家中、工作或消閒時，對完成熟習的工作都感到困難，例如：尋找熟悉的地點，計劃及處理工作步驟出現困難或不能記起喜愛的活動規則
4. 對時間或方位感到混亂，例如：忘記身處何方或如何到達該去的目的地
5. 對視覺影像及空間關係的理解出現困難，例如：經過一面鏡子時或未能辨認出鏡中的影像就是自己本人，並誤以為有其他人在房間內
6. 說話或書寫表達時選字有困難，例如：交談時中途停頓，不知怎樣繼續對話或可能會重覆自己的說話
7. 隨處亂放東西及失去追溯步驟的能力，例如：隨意或胡亂擺放物品，並因為忘掉擺放位置，可能會指責他人偷竊
8. 判斷力差劣或衰退，例如：處理金錢時未能作出正確的判斷；不修邊幅，忽略自己儀容的整潔
9. 對工作或社交變得冷淡，例如：對喜愛的球隊失去興趣或忘記怎樣完成喜愛的嗜好
10. 情緒及性格改變，例如：變得混亂、多疑、情緒低落、膽怯或焦慮；在家中、工作、與朋友一起或離開安逸的範圍時會容易感到不安

改編自：美國癡呆症協會。

增強認知能力儲備，減低患上癡呆症的風險

隨着人口越趨長壽，要徹底預防在晚年出現的癡呆症是不可能的事。然而，我們仍然有可能推遲癡呆症的發病，縮短其患病期——即「壓縮認知病患」³。據估計，只要把發病和疾病進程稍稍延後 1 年，全球在未來 40 年便可減少逾 900 萬宗阿茲海默氏症個案^{9,50}。許多流行病學觀察均證實，健康和活躍的生活模式有助增加認知能力的儲備，妥善控制疾病則明顯有助減低患上癡呆症的風險。以下是一些有助保持腦部健康和減低在晚年患上癡呆症風險的貼士：

不要吸煙。吸煙與血管退化、中風和心臟病等病症有緊密關連，而以上各種病症都會增加患上癡呆症的風險。對吸煙人士來說，戒煙永不言遲。要戒煙的人士，可致電衛生署的綜合戒煙熱線 1833 183，尋求免費的戒煙建議和協助，或從控煙辦公室網頁 <http://www.tco.gov.hk/cindex.html> 免費下載「戒煙達人」的 iPhone 或 Android 戒煙應用程式。

多做體能活動。體能活動對促進腦部適應力和血管健康十分重要。一個綜合了 15 個前瞻性研究的分析指出，劇烈強度和低至中等強度的體能活動可減低患上癡呆症的風險至少 35%⁵¹。與經常久坐不動的人士比較，中年時每周至少兩次於工餘時間進行體能活動的人士，於晚年患上癡呆症和阿茲海默氏症的風險分別低 52%和 62%⁵²。

要保持最佳健康狀態，成年人應每周進行最少 150 分鐘中等強度或 75 分鐘劇烈強度的帶氧體能活動，或相等於混合兩種活動模式的時間的體能活動。

保持健康飲食。含豐富蔬果、適量全穀類食物和魚類（提供奧米茄 3 脂肪酸）的均衡飲食，有助抗氧化和改善碳水化合物的代謝，從而預防認知力衰退。一項同對雙生對照分析的結果顯示，進食中等分量或大量蔬果的人士，患上各種癡呆症或阿茲海默氏症的風險，較不進食或只進食小量蔬果的人士分別低 27% 及 40%⁵³。

維持適中的體重及腰圍。對亞裔人士來說，體重指標應維持於 18.5 至 22.9 之間，而不論體重指標多少，亞裔男性的腰圍都應保持少於 90 厘米（約 35.5 寸），而亞裔女性則應保持少於 80 厘米（約 31.5 寸）。

參與健腦及休閒活動。常動腦筋能預防認知力衰退，因為學習新事物可增強記憶力和促進腦部運作。一項有關認知障礙普及情況的研究，訪問了 512 名年齡 60 歲或以上在社區居住的香港華人，結果顯示，晚年積極參與休閒活動、特別是要動腦筋的活動的人士，明顯有較佳的認知能力。這些活動包括下棋、打麻將或紙牌遊戲；演奏樂器；閱讀、寫作、練習書法及繪畫；使用電腦或瀏覽互聯網等⁵⁴。另一項追訪了澳洲西部 5 506 年齡介乎 69 至 87 歲、居於社區的男長者達 8.5 年的大型隊列研究亦顯示，使用電腦的人士患上癡呆症的風險較不使用電腦的人士約低 30% 至 40%⁵⁵。

保持活躍的社交生活。多與人交往可預防癡呆症。一項為期 5 年的研究追訪了 2 249 名年齡 78 歲或以上不曾被確診患上癡呆症的婦女，結果顯示社交圈子廣濶的婦女患癡呆症的風險，較社交圈子較狹窄的婦女低 26%⁵⁶。因此，應經常與親朋好友聯絡，參加聯誼會或嘗試每天花點時間與人交往。

保護頭部。進行拳擊、欖球或騎單車等休閒或體育活動時，應戴上保護頭盔，以減低頭部受創傷的風險。乘車時，要時刻扣上安全帶。另外，也應遵守職業和工業安全守則。

避免飲酒。酒精有直接的神經毒性，所以長期過量飲酒可導致酒精性癡呆症。過量飲酒亦會增加卡路里攝取和肥胖風險、影響碳水化合物代謝和增加血糖水平。如選擇飲酒的話，要節制飲用量以減少與酒精相關的危害。

維持血壓、血糖和血膽固醇於適中水平。一般來說，健康成年人的收縮壓（上壓）應維持低於 120 毫米汞柱，舒張壓（下壓）應維持低於 80 毫米汞柱；空腹血糖應低於每公升 6.1 毫摩爾；而血總膽固醇則應低於每公升 5.2 毫摩爾。

控制疾病。要妥善控制糖尿病、高血壓、高膽固醇、心臟病、中風以及其他病症。積極自理，並遵從醫護人員提供的治療方案。小心留意抑鬱症的早期症狀，如有需要應尋求治療。

對癡呆症病人照顧者的協助及支援

癡呆症不單嚴重影響患者，對其家人，特別是負責照顧患者的家庭成員亦帶來很大的影響。照顧患者的工作可令人身心俱疲，對身肩多職的人，如既要照顧癡呆症患者，又要看顧孩子的人來說，更是百上加斤。由於照顧者很多時會忽視自己的需要，研究都一致指出他們的健康狀況明顯較沒有照顧責任的人士差。以下是一些有助照顧者減輕勞累和維持健康的貼士：

認識癡呆症。多瞭解癡呆症。照顧者越瞭解這病症，越能妥善照顧患者。

建立健康的生活模式。這包括維持每日最少五份蔬果的均衡飲食、恆常運動、保持足夠睡眠及休息。

照顧患者要定時休息。留點時間給自己——喝杯茶、到屋外走走，聽聽喜愛的音樂或跟朋友聊聊天。選用暫託服務，避免操勞過度。如果情況許可的話，來一趟短期旅行。

尋求支援。其他家庭成員或未能體諒照顧者的辛勞和困難，這可加重照顧者的負擔。因此，應從一開始就讓所有家庭成員參與照顧患者。不妨接受朋友和鄰居提供的協助。與家庭醫生通力合作，亦可確保患者得到更好的照顧和持續的支援。很多機構都有為癡呆症患者及其家人提供各種社區支援服務，形式包括提供資料及建議、情緒支援、經濟援助，以及日間護理、家居照顧或短期住宿服務等（表三）。如有需要，應善用各項服務。

表三：提供有關癡呆症社區支援服務的機構

機構	熱線及網址	服務內容
社會福利署	2343 2255 http://www.swd.gov.hk/	照顧需要評估；轉介服務 社區、短期住宿及院舍照顧服務 照顧者支援；輔導服務 經濟支援
香港認知障礙協會	2338 2277 http://www.hkada.org.hk/	日間中心 到戶訓練；資源中心 照顧者支援；輔導服務 輕度認知障礙和早期癡呆症的檢測服務
聖雅各福群會 健智支援服務中心	2816 9009 http://www.sjscare.org/cgi-bin/content.cgi?left=04&content=040219&lang=big5	日間護理服務 家居護理服務；專業整合服務 家居評估及輔助器具 照顧者互助小組；照顧者簡訊 公共健康教育
賽馬會耆智園	2636 6323 http://www.jccpa.org.hk/tc/home/index.php	日間護理服務 短期住宿服務 家居訓練 照顧者支援 記憶診所

參考資料

- Prince M, Jackson J, eds. World Alzheimer Report 2009. London: Alzheimer's Disease International; 2009.
- Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Larson EB. Prospects for delaying the rising tide of worldwide, late-life dementias. *Int Psychogeriatr* 2010;22:1196-202.
- Breitner JCS. Clinical genetics and genetic counseling in Alzheimer's disease. *Ann Intern Med* 1991;115:601-6.
- Eisenstein M. Genetics: finding risk factors. *Nature* 2011;475:S20-2.
- Kivipelto M, Rovio S, Ngandu T, et al. Apolipoprotein E epsilon4 magnifies lifestyle risks for dementia: a population-based study. *J Cell Mol Med* 2008;12:2762-71.
- Irvine K, Laws KR, Gale TM, et al. Greater cognitive deterioration in women than men with Alzheimer's disease: A meta analysis. *J Clin Exp Neuropsychol* 2012;First:1-10.
- Am I at risk of developing dementia? London: Alzheimer's Society; 2010.
- Barnes DE, Yaffe K. The projected effect of risk factors reduction on Alzheimer's disease prevalence. *Lancet Neurol* 2011;10:819-27.
- Knopman DS, Roberts R. Vascular risk factors: imaging and neuropathologic correlates. *J Alzheimers Dis* 2010;20:699-709.
- Luchsinger JA, Reitz C, Honig LS, et al. Aggregation of vascular risk factors and risk of incident Alzheimer disease. *Neurology* 2005;65:545-51.
- Cheng G, Huang C, Deng H, et al. Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Intern Med J* 2012;42:484-91.
- Sharp SI, Aarsland D, Day S, et al. Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26:661-9.
- Kivipelto M, Helkala EL, Laakso MP, et al. Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: longitudinal, population based study. *BMJ* 2001;322:1447-51.
- Anstey KJ, Sanden C, Salim A, et al. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Am J Epidemiol* 2007;166:367-78.
- Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP, Jr., et al. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Intern Med* 2011;171:333-9.
- Anstey KJ, Cherbuin N, Budge M, et al. Body mass index in midlife and late-life as a risk factor for dementia: a meta-analysis of prospective studies. *Obes Rev* 2011;12:e426-e37.
- Whitmer RA, Gustafson DR, Barrett-Connor E, et al. Central obesity and increased risk of dementia more than three decades later. *Neurol* 2008;71:1057-63.
- Van Dam F, Van Gool WA. Hyperhomocysteinemia and Alzheimer's disease: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;48:425-30.
- Wald DS, Kasturiratne A, Simmonds M. Serum homocysteine and dementia: meta-analysis of eight cohort studies including 8669 participants. *Alzheimers Dement* 2011;7:412-7.
- Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009;8:1006-18.
- Savva GM, Stephan BC, Alzheimer's Society Vascular Dementia Systematic Review G. Epidemiological studies of the effect of stroke on incident dementia: a systematic review. *Stroke* 2010;41:e41-6.
- Kwok CS, Loke YK, Hale R, et al. Atrial fibrillation and incidence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2011;76:914-22.
- Singh-Manoux A, Sabia S, Lajnef M, et al. History of coronary heart disease and cognitive performance in mid-life: the Whitehall II study. *Eur Heart J* 2008;29:2100-7.
- van Oijen M, de Jong FJ, Wittteman JC, et al. Atherosclerosis and risk for dementia. *Ann Neurol* 2007;61:403-10.
- Gao Y, Huang C, Zhao K, et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;10.1002/gps.3845.
- Mortimer JA, van Duijn CM, Chandra V, et al. Head trauma as a risk factor for Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies, EURODEM Risk Factor Research Group. *Int J Epidemiol* 1991;20:S28-35.
- Friedland RP, Fritsch T, Smyth KA, et al. Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members. *Proc Natl Acad Sci* 2001;98:3440-5.
- Laitinen MH, Ngandu T, Rovio S, et al. Fat intake at midlife and risk of dementia and Alzheimer's disease: a population-based study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22:99-107.
- Anttila T, Helkala EL, Viitonen M, et al. Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *BMJ* 2004;329:539.

參考資料 (續)

31. Chan KKK, Chiu KC, Chu LW. Association between alcohol consumption and cognitive impairment in Southern Chinese older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:1272-9.
32. Caamano-Isorna F, Corral M, Montes-Martinez A, et al. Education and dementia: a meta-analytic study. *Neuroepidemiology* 2006;26:226-32.
33. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, et al. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 2000;355:1315-9.
34. Hakansson K, Rovio S, Helkala EL, et al. Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study. *BMJ* 2009;339:b2462-b.
35. Brodaty H, Seeher K, Gibson L. Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2012;24:1034-45.
36. Fitzpatrick AL, Kuller LH, Lopez OL, et al. Survival following dementia onset: Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Neurol Sci* 2005;229-230:43-9.
37. Dewey ME, Saz P. Dementia, cognitive impairment and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:751-61.
38. Prince M, Acosta D, Ferri CP, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet* 2012;380:50-8.
39. Katzman R, Hill LR, Yu ES, et al. The malignancy of dementia. Predictors of mortality in clinically diagnosed dementia in a population survey of Shanghai, China. *Arch Neurol* 1994;51:1220-5.
40. Wimo A, Prince M, eds. World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2011.
41. 香港特別行政區：政府統計處。二零一零年至二零四一年香港人口推算。
42. Lam LCW, Tam CWC, Lui VWC, et al. Prevalence of very mild and mild dementia in community-dwelling older Chinese people in Hong Kong. *Int Psychogeriatr* 2007;20:135-48.
43. Woo J, Chau PP. Aging in Hong Kong: the institutional population. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10:478-85.
44. Cheng ST, Lam LC, Chow PK. Under-recognition of dementia in long-term care homes in Hong Kong. *Aging Ment Health* 2012;16:516-20.
45. Yu R, Chau PH, McGhee SM, et al. Dementia trends: Impact of the ageing population and societal implications for Hong Kong. Hong Kong SAR: Hong Kong Jockey Club; 2010.
46. 香港特別行政區：衛生署和政府統計處。二零零一年至二零一一年死亡數據。
47. Yan E, Wong A, Chan WM, et al. Misconceptions about dementia and its implication for willingness to seek treatment and knowledge in dementia related information. *HK Pract* 2006;28:108-13.
48. Prince M, Bryce R, Ferri C, eds. World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. London: Alzheimer's Disease International; 2012.
49. Sheng B, Law CB, Yeung KM. Characteristics and diagnostic profile of patients seeking dementia care in a memory clinic in Hong Kong. *Int Psychogeriatr* 2009;21:392-400.
50. Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, et al. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2007;3:186-91.
51. Sofi F, Valecchi D, Bacci D, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med* 2011;269:107-17.
52. Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, et al. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2005;4:705-11.
53. Hughes TF, Andel R, Small BJ, et al. Midlife fruit and vegetable consumption and risk of dementia in later life in Swedish twins. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:413-20.
54. Leung GTY, Fung AWT, Tam CWC, et al. Examining the association between participation in late-life leisure activities and cognitive function in community-dwelling elderly Chinese in Hong Kong. *Int Psychogeriatr* 2010;22:2-13.
55. Almeida OP, Yeap BB, Alfonso H, et al. Older men who use computers have lower risk of dementia. *PLoS One* 2012;7:e44239.
56. Crooks V, Lubben J, Petitti D, et al. Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *Am J Public Health* 2008;98:1221-7.

《護老錦囊-- 老年癡呆症照顧篇》

衛生署長者健康服務推出《護老錦囊--老年癡呆症照顧篇》視像光碟，一共兩套，以增加市民對老年癡呆症的認識。本光碟透過故事形式，加上癡呆症護老者分享照顧患者的心路歷程，為護老者在照顧患者常見的疑問上提供專業的意見。

光碟附有中文字幕，每張定價為港幣\$14，在衛生署各長者健康中心及中央健康教育組有售，詳情請瀏覽衛生署長者健康服務網頁 www.elderly.gov.hk。

老年癡呆症 照顧篇

護老錦囊 老年癡呆症 照顧篇 (二) 中度至嚴重

視像光碟 只售\$14

早期 中度至嚴重

視像光碟銷售處：
衛生署長者健康中心
衛生署中央健康教育組
網上購買：www.esdlife.com 政府書店

光碟特色：
以故事形式介紹
照顧老年癡呆症之技巧

網址：www.elderly.gov.hk
查詢電話：2121 8621



健康簡訊

一項研究指出年青時多參與體能活動，對預防晚年出現認知障礙十分重要。

研究涉及 9 344 名年齡 65 歲及以上的婦女 (平均年齡為 71.6 歲)，她們首先自我報告於青少年、30 歲、50 歲和晚年時參與體能活動的情況，然後透過回答一份 26 項的簡短智能評估表，評估她們於調查時的認知能力。結果顯示在青少年、30 歲、50 歲和晚年積極參與體能活動的婦女，患上認知障礙的風險較不活躍的婦女分別低 35%、20%、29%和 26%。在青少年時不活躍、但於 30 歲和 50 歲時轉為活躍的婦女，患認知障礙的風險亦較持續不活躍的婦女顯著為低。

要建立認知能力的儲備，減低晚年出現認知障礙的風險，公眾應在年輕時多參與體能活動，並終生保持活躍。要享受體能活動帶來的裨益，永遠都不會太遲！

[資料來源：Middleton LE, Barnes DE, Lui LY, et al. Physical activity over the life course and its association with cognitive performance and impairment in old age. J Am Geriatr Soc 2010; 58: 1322-6.]



數據摘要

與其他已發展國家一樣，慢性疾病一直是香港人口的主要死亡原因。在二零一一年的42 188宗的登記死亡個案中，惡性腫瘤、心臟病、中風、慢性下呼吸道疾病及糖尿病共佔總登記死亡個案約五分之三。值得注意的是，大多數的慢性疾病是可以透過健康的生活模式來預防的。因此，公眾應保持飲食均衡、多做體能活動、不吸煙以及適當處理壓力，如選擇飲酒的話，亦應多加節制。

二零一一年按十大死因的登記死亡人數及比例死亡率

排名	疾病類別	登記死亡 人數	比例死亡率 (佔所有登記死亡人數中的百分比)
1	惡性腫瘤	13 241	31.4%
2	心臟病	6 334	15.0%
3	肺炎	6 211	14.7%
4	腦血管病(中風)	3 339	7.9%
5	慢性下呼吸道疾病	1 965	4.7%
6	疾病和死亡的外因	1 567	3.7%
7	腎炎，腎變病綜合症和腎變病	1 545	3.7%
8	敗血病	767	1.8%
9	癡呆症	753	1.8%
10	糖尿病	457	1.1%
	所有其他原因	6 009	14.2%
	所有原因	42 188	100.0%

資料來源：衛生署及政府統計處。

主編

梁挺雄醫生

委員

歐韻儀醫生 龔健恆醫生
程卓端醫生 李元浩先生
蔡曉陽醫生 尹慧珍博士
傅玉清醫生 黃浩源醫生

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，

電郵是 so_dp3@dh.gov.hk。