

基層醫療 之 老年醫學

編著
顏兆熊◆宋丕錕



金名圖書有限公司

圖書

基層醫療 之 老年醫學

編著
顏兆熊◆宋丕鋸



金名圖書有限公司

國家圖書館出版品預行編目資料

基層醫療之老年醫學 / 顏兆熊、宋丕鋌 編著

-- 初版, -- 新北市; 金名圖書, 2011.02

面; 公分

ISBN 978-986-6575-33-4 (平裝)

1. 老年醫學

417.7

100002436

有著作權, 不准翻印

基層醫療之老年醫學

編著者: 顏兆熊、宋丕鋌

封面設計: 湯士倫

出版者: 金名圖書有限公司

地址: 新北市中和區建一路1號8樓

電話: (02) 82277736 傳真: (02) 82277735

郵政劃撥: 12189725

<http://www.kingdompubl.com>

E-mail: kdp@ms15.hinet.net

定價: NT\$600

出版日期: 2011年3月初版

ISBN: 978-986-6575-33-4

金名公司出版及總經銷之圖書, 凡有跳頁、缺損等故障情形, 無論何時均可退換, 且退換郵費由金名公司負擔。

序

老人疾病有其特性，然而一直以來醫界對老年醫學並未特別注意，相關的研究也很少。最近幾年情況已稍有改善，但大多數醫師對於老人醫療問題仍相當生疏，此為出版本書的動機。老人的疾病或問題有千百種，因受篇幅所限，本書只能選擇較常見的疾病或問題做介紹，各章內容特別著重疾病在老人的不同表現以及處置上應注意的事項。本書之目標讀者為家醫科醫師、各科住院醫師與開業醫師、長照機構之護理人員以及其他對老人照顧有興趣的醫事人員；故對於需專科醫師才能做的處置（例如手術）未做深入說明。

本書之相關章節蒙下列專家審查、修正，特此誌謝（依姓氏筆劃順序）。

- 王德偉 新泰綜合醫院泌尿科（第30、31章）
余正虹 新泰綜合醫院眼科（第36、37章）
沈德昌 中山紀念醫院新陳代謝科（第10、11、12、13章）
施純彖 新泰綜合醫院心臟科（第6、8章）
范成得 台北市宏恩醫院腎臟科（第27章）
郭明隆 新泰綜合醫院胸腔內科（第22章）
曾堯人 中山紀念醫院復健科（第32、33、35、40、41章）
蔡明勳 新泰綜合醫院肝膽腸胃科（第24章）
賴文源 新泰綜合醫院心臟科（第9章）
謝美芬 新泰綜合醫院家醫科（第3、4、7、16、18、20、21、25、28、42、43章）
顏慕庸 台北市立聯合醫院感染科（第23章）

新泰綜合醫院 副院長
國防醫學院 副教授

顏兆熊

美兆健康管理機構 總院長

台灣健診學會 理事長

國際健診學會 主席（1998~2000）

美國心臟學會 院士

前三軍總醫院 院長

宋丕銀

2011年2月

名詞定義

Case-control study 個案對照研究

回溯性的收集在同一族群中有某疾病（例如乳癌）患者與未有疾病者（對照組），比較兩組接觸某些事件（例如使用女性荷爾蒙）或存在某些因素因子（例如乳癌之家族史）的比率。

Cohort study 世代研究

前瞻性地收集有接觸某些事件（例如懷孕期間使用藥物）的個案，與未有接觸者做比較，追蹤觀察兩組出現某特定結果（生出畸形兒）的機率是否不同。

Randomized controlled trial 隨機式研究

前瞻性地將患者隨機分配為治療組（例如給止痛藥）與對照組（給安慰劑），追蹤觀察兩組出現某些結果（例如疼痛改善）的機率。經由隨機分配可確保兩組除給與的治療外，在各方面都相同。

Meta-analysis 統合分析

收集多篇相關研究，將各研究的結果加總起來做分析。當個別研究的個案數目不夠多時可用此法。

Systematic review 系統性評論

為找尋某問題的答案，經由詳盡的搜尋文獻，之後對個別研究進行嚴謹的評價，找出有確實根據的、可應用的證據，並做出總結。

Likelihood ratio (LR) 可能性比率

某疾病患者出現某結果（例如症狀、影像學或檢驗異常）的可能性 / 無疾病者出現相同結果的可能性。

Odds ratio (OR) 勝算比率

個案（有疾病 / 狀況者）有接觸某危險因子的勝算 / 對照者（無疾病 / 狀況者）有接觸某危險因子的機率。勝算（odds）的算法為 $p / (1 - p)$ ，此處 p 乃是接觸某事件的可能性。勝算比率大約等於相對風險，應用於回溯性之個案對照研究中。

Risk ratio (RR) 風險比率

研究組（例如使用某藥物）發生某種結果的風險 / 對照組（未使用某藥物）發生相同結果的風險。

Relative risk (RR) 相對風險

接觸者發生某種結果的可能性 / 未接觸者發生某種結果的可能性。例如吸菸者發生肺癌的可能性若為20%，未吸菸者發生肺癌的可能性若為1%，則吸菸者發生肺癌的相對風險為20。相對風險與風險比率的意義相同，應用於前瞻性的隨機式或世代研究。

Number need to treat (NNT) 需治療數目

為避免一例不良事件或疾病（例如心肌梗塞），需要治療（例如給與statin藥物）的個案數目。

Effect size (ES) 效應大小或效應值

治療組與對照組之間效應（例如減輕疼痛或改善功能）的平均差異 ÷ 標準差。ES愈大代表效果愈好，ES = 0.2 通常被認為效果小，0.5 代表效果中等，0.8 代表效果大；通常認為ES > 0.4 為有臨床重要性。

Sensitivity 敏感性

某檢驗方法找到某特定疾病的能力。意即：在此疾病所有患者當中，能被此檢驗發現（檢驗結果為陽性）的百分比。

Specificity 特異性

某檢驗方法確認無某特定疾病的能力。意即：在無此疾病的所有人當中，檢驗結果為陰性的百分比。

Positive predictive value 陽性預測值

檢驗結果為陽性者，真正有疾病者的百分比。此預測值與疾病在受測族群中的盛行率有關；若是很罕見的疾病（盛行率低），則假陽性的結果較多，陽性預測值會較低。

Negative prediction value 陰性預測值

檢驗結果為陰性者，真正沒有疾病者的百分比。

目 錄

序

名詞定義

緒 論

第1章 老人之健康問題	1
第2章 周全性老人評估	5
第3章 老人之不當用藥	13
第4章 老人之多重用藥	21
第5章 癌症篩檢	27

心臟血管疾病

第6章 老人之高血壓	43
第7章 老人使用 Statin 藥物	57
第8章 缺血性中風的次級預防	65
第9章 老人之心衰竭	73

糖尿病

第10章 第2型糖尿病的治療	85
第11章 糖尿病與心臟血管疾病	103
第12章 糖尿病性神經病變	113
第13章 老人之糖尿病	125

神經精神科疾病

第14章 失智症之症狀與診斷	131
第15章 失智症認知障礙之處置	139
第16章 失智症之行為精神症狀	143
第17章 失智症之預防	151
第18章 老人之憂鬱症	159

第 19 章	老人之譫妄	169
第 20 章	老人之失眠	179
第 21 章	巴金森氏症	191
呼吸道疾病		
第 22 章	慢性阻塞性肺病	201
第 23 章	老人之肺炎	213
腸胃道疾病		
第 24 章	消化不良與上腸胃道疾患	223
第 25 章	慢性便秘	233
第 26 章	老人之營養不良與體重下降	241
腎臟泌尿科疾病		
第 27 章	慢性腎病	249
第 28 章	老人之泌尿道感染	259
第 29 章	老人之尿失禁	267
第 30 章	良性前列腺肥大	281
第 31 章	老人之尿液滯留	291
骨科疾病		
第 32 章	膝部退化性關節炎	297
第 33 章	老人之下背痛	309
第 34 章	骨質疏鬆症與骨折	319
第 35 章	老人跌倒之風險評估與預防	333
眼科疾病		
第 36 章	老人之視力障礙	343
第 37 章	老人之乾眼症	353
皮膚科疾病		
第 38 章	老人之搔癢	361

第39章 疥瘡	369
第40章 壓瘡	379

老人常見症狀

第41章 慢性疼痛	389
第42章 貧血	401
第43章 下肢水腫	413

生命末期

第44章 末期患者存活時間的預測	421
第45章 臨終照顧	431

老人之健康問題

生命 expectancy 以及健康期望值。營養的
壽命延長，老年（定義為超過 65 歲）
命為 78.97 歲，男性為 75.38 歲，女性為
82.46 歲。我國 65 歲以上的老人人口比率
在 1971 年為 3%，2003 年達到 7%，開始
進入高齡化社會；2010 年 1 月底上升到
10.65%（老年人口數為 2,463,841 人），預
期到 2025 年老人人口比率將達 20%，人口
高齡化的現象亦見於其他開發中或已開發
國家，聯合國估計 2005 年全世界年齡 ≥ 60
歲者佔總人口數的 10%，到 2050 年此比率
將升至 22%，老人的健康照顧會耗用較多
的醫療資源，健保局 (2008) 的資料顯示特
別老人的醫療費用是較年輕者的 3.3 倍，而
34.4% 的醫療資源用於老人身上。

老年醫學 (geriatrics) 乃研究及處理老
人健康問題的一門醫學分支。老人的健康

臨床表現通常是多重因子相互作用的結果
(圖 1-1)。

老化

老化乃年齡增長後身體各器官/系統
所發生的正常的、可預期的、無法恢復的
結構或功能上的退化，此種變化終將導致
死亡。老化會造成器官/系統儲備功能的逐
漸喪失（維持恆定 (homeostasis) 的能力變
差），在較早期若無疾病或重大外在環境
的衝擊，通常不會有不適或表現異常，但
當年齡更大，儲備功能下降至某個臨值以



圖 1-1 造成老人健康問題的諸多因子及其間的相互影響

第 1 章

老人之健康問題

由於醫療進步以及環境衛生、營養的改善，人類壽命延長，老年（定義為超過 65 歲者）人口的數目與比率也明顯增加。據內政部統計，2009 年國人之零歲平均餘命為 78.97 歲，男性為 75.88 歲，女性為 82.46 歲。我國 65 歲以上的老人人口比率在 1971 年為 3%，2003 年達到 7%，開始進入高齡化社會；2010 年 1 月底上升到 10.65%（老年人口數為 2,463,841 人），預期到 2025 年老人人口比率將達 20%。人口高齡化的現象亦見於其他開發中或已開發國家，聯合國估計 2005 年全世界年齡 ≥ 60 歲者佔總人口數的 10%，到 2050 年此比率將升至 22%。老人的健康照顧會耗用較多的醫療資源，健保局（2008）的資料顯示個別老人的醫療費用是較年輕者的 3.3 倍，而 34.4% 的醫療資源用於老人身上。

老年醫學（geriatrics）乃研究及處理老人健康問題的一門醫學分枝。老人的健康問題主要由老化、疾病所引起，與遺傳、生活形態或社會/經濟因素也有關，患者的臨床表現通常是多重因子相互作用的結果（圖 1-1）。

老 化

老化乃年齡增長後身體各器官 / 系統所發生的正常的、可預期的、無法恢復的結構或功能上的退化，此種變化終將導致死亡。老化會造成器官/系統儲備功能的逐漸喪失（維持恆定〈homeostasis〉的能力變差），在較早期若無疾病或重大外在環境的衝擊，通常不會有不適或表現異常。但當年齡更大、儲備功能下降至某關鍵值以

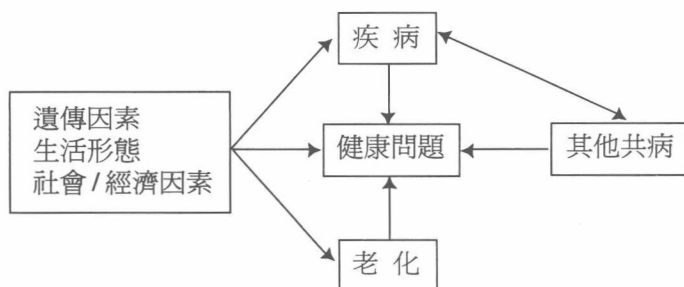


圖1-1 造成老人健康問題的諸多因子及其間的相互影響。

下時，即使是很輕微的壓力事件也可能造成器官功能衰竭，此時可能未出現病痛而快速死亡（無疾而終、壽終正寢）；也可能經歷短期間的病程後死亡。老人若合併有其他疾病，則其表現將會與上述典型的老化歷程有所不同。

老化可能影響疾病的表現，但老化本身並不是一種疾病，它所造成之功能下降進行緩慢、表現不明顯，程度遠不如疾病所致之功能下降。例如年齡較大者可能有些葡萄糖耐受不良或認知退化，但若程度較嚴重則是糖尿病或失智症，不是單純的老化。

不同人老化速度不同，一個人的各器官老化的程度也不同。除年齡外，遺傳因素、生活形態（例如吸菸、活動不足、營養不良）以及社經狀況也可能與老化的速度有關。

老人疾病之特性

老人罹患各種疾病的機率較高，且常同時存在多種慢性病，國民健康局在 2007 年「台灣中老年身心社會生活狀況長期追蹤（第六次）調查」中，訪問 2,699 例 65 歲以上老人，發現 88.7% 有一種以上的慢性疾病，71.7% 有兩種以上，51.3% 有三種以上。較常見者為高血壓（46.7%）、白內障（42.5%）、心臟病（23.9%）、胃潰瘍或胃病（21.7%）、關節炎或風濕症（21.1%）、女性骨鬆症（29.7%）。其他常見之慢性病包括失聰、慢性阻塞性肺病、糖尿病、中

風、大小便失禁、失智症、憂鬱症、前列腺疾病、癌症等。各疾病可能互相影響，造成診斷或治療上的困擾。老人常因慢性病而需長期使用多種藥物，此時藥物可能影響其他共同存在的疾病，藥物與藥物之間也可能發生交互作用影響藥效或增加副作用。

老人疾病之臨床表現與較年輕者不同，可能因老化或因其他共同存在疾病的影響，並可能因而造成診斷的困擾。老人疾病較常出現全身性的症狀、病程較嚴重、治療後復原較慢；且常會有不典型的臨床表現，例如心肌梗塞未出現典型的胸痛，敗血症未出現發燒。有時老人的主訴未直接反應發生病變的器官／系統，例如尿路感染者泌尿道症狀不明顯，卻以精神混亂（譫妄）為主要的臨床表現。

有些常見於老人的狀況例如跌倒、營養不良、大小便失禁、譫妄、壓瘡、功能退化等，統稱老年症候群（geriatric syndrome），可能造成失能、影響到生活品質（Inouye, 2007）。這些狀況非由單一病因引起，而是由不同疾病（或危險因子）經由不同的機轉引起；要找出真正的病因或致病機轉並不容易，處置上常需採多面向介入（multicomponent intervention），有時實在找不到原因，針對症狀做處置是必要且適當的。

老人之健康照顧

急性病患者可以「治癒疾病」做為治療的目標，但在老人常有多重慢性病，此時

疾病可能無法治癒，解除不適、維持或改善功能狀況／生活品質可能是較實際的目標。在此策略下，有些風險較高或會造成不適的治療方式可能不是優先選擇。做醫療決策時應考慮治療的效果與風險、是否有共病以及老人之功能狀況、經濟資源、家庭支持等事項，年齡通常不是最主要的考慮。相同年齡的老人其身體狀況與功能性的差異性可能很大，各人之經濟社會資源、價值觀也不同，故需個別化的照顧計畫。老人之健康問題比較年輕者複雜許多，老人之健康照顧也不是單純的醫療問題，通常需要多面向、多科別的團隊合作。

老人健康照顧的目標之一為盡量維持其獨立生活的能力，但有些老人因嚴重慢性病或認知障礙造成失能，因而需住進護理之家或長期照護機構。這些機構老人的健康狀況、功能狀況都與社區老人有所不同，且機構與社區的環境亦不相同，故社區老人與機構老人的健康風險與醫療處置也有所不同。

老人疾病治療的效果或風險可能與較年輕者不同。雖然老人是用藥的最大族群，但針對老人所做的藥物治療研究卻很少，實際上老人常被故意排除在研究對象外—可能因老人的病況較複雜、可能干擾到結果的評估，也可能擔心老人較脆弱或較不合作。這樣的研究結論是否能應用於老人仍不是很確定，近年來以老人為對象的研究已愈來愈多。很多老人之慢性病無法治癒，故在評估老人之治療成效時，除傳統的評估項目（例如治癒率、存活率）之

外，應更著重功能狀況或生活品質維持或改善的情形。

結語

近來人類壽命已有顯著增加，但老化、死亡仍無可避免。在此情況下，老人健康照顧的重點逐漸由延長存活時間轉變為生活品質的維持，期能避免痛苦、失能的老年。個別老人之健康與功能狀況差異性很大，每個老人需要量身訂做的獨特照顧計畫，治療的目標應依老人的意願而決定。

參考文獻

1. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, et al: Geriatric syndromes: clinical, research and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 780-91.
2. Population Division, DESA, United Nations. World Population Ageing 1950-2050: Executive Summary. Available at http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/62executivesummary_english.pdf. Accessed 01/02/2010.
3. 內政部網站 http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=3754. <http://www.moi.gov.tw/news-detail.aspx?n=3833>. Accessed 01/02/2010.
4. 健保局網站 http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_14723. Accessed 01/02/2010.

第 2 章

周全性老人評估

老人發生各種身體或精神(心理)疾病的機率較高，其嚴重程度通常較年輕者高，且常同時出現數種疾病。老人之生理儲備功能會隨年齡增加而持續降低，因此在發生疾病時代償能力減低。由於疾病的出現與生理功能的退化，老人可能喪失維持日常生活所需的身體或心智功能，引起失能(disability)或喪失獨立生活能力，此時便需要他人的協助/照顧。老人之照顧，不論是醫療照顧或日常生活的照顧，都需要人力與經濟資源。要提供良好的老人照顧，常需社會資源的介入。

老人的健康問題很複雜，且老人的照顧也不是單純的醫療問題。面對這樣錯綜複雜的問題，需要系統性的評估以找出可能存在的問題並針對問題做適當處置，而這些需求通常無法在一般醫療模式下達成。周全性老人評估(comprehensive geriatric assessment)乃多面向、多科別的診斷過程，經由評估衰弱老人的醫學(身體)、心理(認知/精神)、功能狀況以及環境社會經濟等可能影響病程與預後的因素，以便訂定整合性的照顧與長期追蹤計劃(Ellis, 2005; Bernabei, 2000)。

在較年輕的急性病患者，可以「治癒

疾病」做為治療的目標。老人的疾病很多是無法治癒的，此時治療的目標則為改善生活品質，其中很重要的便是維持身體功能。經由周全性老人評估可找出失能的原因、失能的影響並加以矯治，若無法矯治則設法減緩功能退化的速度、增強獨立生活的能力。

周全性老人評估除一般的醫學評估外，特別強調老人的生活品質、功能狀態及預後，牽涉事項較深入、較寬廣，因此需多科別的團隊合作。表2-1為周全性老人評估之內容，但實際執行的項目可能因場所(急性醫院、基層門診、急診、長照機構、居家訪視)與資源不同而有所差異。大多數的周全性老人評估團隊由醫師、護理師、社工組成，有的團隊還包括臨床藥師、營養師、心理師、物理治療師、職能治療師。周全性老人評估有很多項目可由醫師來做，但在實際作業上醫師不太可能有那麼多時間來做所有的評估與必要的安排。基層醫師可先對身體、心理、社會、功能等方面做簡單的評估，必要時再經由會診或轉介完成周全性的老人評估。

周全性老人評估通常不需精密的儀器檢查，但常需使用標準化的工具(量表)來

評估患者的功能狀況以及認知／精神狀況。要完成整套的周全性老人評估需耗費相當時間，但可視情況分次完成不同的評估項目。周全性老人評估不是一次性的任務；為了追蹤舊的問題／需求是否獲得解決，以及評估是否有新出現的問題／需求，需要經常性的再評估。

表 2-1 周全性老人評估的內容 (Wieland, 2003)

類別	評估事項
醫學評估	優先問題清單 合併之疾病及其嚴重性 使用藥物之回顧 營養狀況
功能狀況評估	基本日常生活功能 工具性日常生活功能 活動／運動狀況 步態與平衡
認知／精神狀況(心理)評估	精神狀況(認知)測驗 情緒／憂鬱症測驗
社會評估	非正式的照顧需求與資源 照顧資源／經濟狀況評估
環境評估	居家安全 交通

醫學評估

經由詢問病史與理學檢查可確認現有的疾病(診斷)以及使用的藥物(包括自購之成藥)，做法與臨床上面對一般病患並無不同，但要特別注意老人較常見之視力、聽力、大小便控制、步態、平衡等問題。營養不良在老人很常見(參考第 26 章)，評估營養狀況應量體重、身高、計算身體質量指數(body mass index, BMI)

以及驗血清白蛋白。體重快速減輕除營養不良外，還應考慮是否有癌症、甲狀腺疾病、憂鬱症、被虐待。醫學評估發現問題後，再依各問題的嚴重程度而決定需優先處理的事項。

老人之功能狀況與其行動能力有密切關係，應評估老人是否能正常行動？行動時是否需輔助工具(輪椅、助行器、拐杖)？詢問過去 6 個月跌倒的次數可反應受檢者的步態與平衡狀況。評估步態／平衡最常用的檢查為起身行走測驗(get up and go test)，請受檢者由椅子(坐姿)站起來往前走 3 公尺，轉身走回來再坐下，此期間觀察受檢者的步態與穩定度。

功能狀況評估

功能狀況為決定老人預後的重要因子，事實上年齡本身與預後的相關性反而不如功能狀態那麼重要。評估功能狀況還可了解疾病對患者生活所造成的影響以及需要提供協助的事項。

進食、穿衣、沐浴、移位(在床與坐椅間)、如廁、大小便控制等基本生活功能代表日常生活中自我照顧的能力。基本生活功能受損者通常需要他人全天候或部分時間的照顧。評估基本日常生活功能常用的工具有 Katz 日常生活功能量表(表 2-2)與巴氏日常生活功能量表(表 2-3)。巴氏量表滿分為 100 分代表完全獨立，0~20 分為完全依賴，20~60 分為嚴重依賴，61~90 分為中度依賴，91~99 分為輕度依賴。

工具性生活功能 (instrumental activity of daily living) 包括煮食、購物、打電話、洗衣、處理金錢、整理家務、處理藥物，代表在家中獨立生活的能力。工具性生活功能受損者需要某些協助或服務，但不如基本生活功能受損者那麼多。

認知功能評估

常用的為簡易智能測驗 (mini-mental state examination, MMSE) (表 2-4)，測試內容包括定向能力、短期與長期記憶力、計算能力以及複製幾何圖形的能力，總分為 30 分，教育程度國中以上的受檢者若低於 24 分可能有認知功能異常，小學程度與

未受教育者則在 < 21 分以及 < 16 分時可能有認知功能異常。

畫時鐘測驗 (clock drawing test) 也可用於評估認知功能，做法為要求受檢者在紙上畫一圓型時鐘，並填上阿拉伯數字 1~12，並指定一時間點 (例如 11 點 10 分) 請受檢者畫上時針與分針。

迷你認知評估 (mini-cognitive assessment, mini-cog) 的做法為 (1) 請患者複誦 3 個不相關的字，例如球、狗、電視。(2) 請病患畫一個時間為 11 時 10 分的時鐘，正常結果為能在正確位置畫出 1 到 12 的數字以及正常的時針 / 分針的位置 (評估視覺空間能力與一般執行能力)。(3) 請患者重複步驟 1 的 3 個名字，答對一項給 1 分。

表 2-2 Katz 日常生活功能量表

活動	項目	分數
進食	自行進食不需協助	2
	只需幫忙切肉類或在麵包上塗奶油	1
	需協助進食，或是經由靜脈注射提供營養者	0
穿著	能自行取得衣服並穿上	2
	只在綁鞋帶時需協助	1
	需要協助才能取得衣服並穿上，或是部分或完全未穿著衣服者	0
沐浴	不需協助	2
	只在洗某一部位 (例如背部) 需要協助	1
	需要協助才能洗的部位超過一個或不洗澡者	0
移位	可自行上下床或椅子 (可使用手杖或助行器)	2
	上下床或椅子需要協助	1
	完全臥床	0
如廁	可自行走到浴室、使用便器、自我清潔、穿回衣服並走回來 (在夜間可使用便盆或尿壺)	2
	執行上述動作需要協助	1
	不走到浴室去解小便或大便	0
大小便控制	大小便可完全控制	2
	大小便偶爾無法控制	1
	需要監督大小便控制、需使用導管或呈失禁狀況	0

表 2-3 巴氏日常生活功能量表 (Barthel Index)

項 目	分 數	敘 述
進 食	10	可自行進食或自行取用穿脫進食輔具，不需別人協助
	5	需協助取用穿脫進食輔具
	0	無法自行進食或餵食時間過長
移 位	15	可自行坐起由床移位至椅子或輪椅不需協助，包括輪椅煞車及移開腳踏板，且無安全上之顧慮
	10	在上述移位過程中需些微協助或提醒，或有安全上顧慮
	5	可自行坐起，但需別人協助才能移位至椅子
	0	需別人協助才能坐起或需兩人幫忙方可移位
個人衛生	5	可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮
	0	需別人協助
如 廁	10	可自行上下馬桶，不會弄髒衣褲並能穿好衣服；使用便盆者可自行清理便盆
	5	需幫忙保持姿勢的平衡、整理衣物或使用衛生紙；使用便盆者可自行取放便盆，但需仰賴他人清理
	0	需別人協助
洗 澡	5	可自行完成 (盆浴或淋浴)
	0	需別人協助
平地上走動	15	使用或不使用輔具皆可自行行走 50 公尺以上
	10	需稍微扶持才能行走 50 公尺以上
	5	雖無法行走但可獨立操縱輪椅 (包括轉彎、進門及接近桌子、床沿) 並可推行輪椅 50 公尺以上
	0	無法行走或推行輪椅 50 公尺以上
上下樓梯	10	可自行上下樓梯 (可抓扶手或用拐杖)
	5	需稍微扶持或口頭指導
	0	無法上下樓梯
穿脫衣褲鞋襪	10	可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具
	5	在別人幫忙下可自行完成一半以上動作
	0	需別人完全協助
大便控制	10	不會失禁，必要時會自行使用栓劑
	5	偶而會失禁 (每週不超過一次)，用栓劑需別人協助
	0	需別人協助處理大便事宜
小便控制	10	日夜皆不會失禁，或可自行使用並清理尿布或尿套
	5	偶而會失禁 (每週不超過一次)，使用尿布或尿套需別人協助
	0	需別人協助處理小便事宜

若篩檢結果為陽性 (表 2-5)，則再做進一步檢查。由於 mini-cog 檢查所需時間較短 (約 3 分鐘)，診斷失智症的敏感性為 99%，特異性為 93%，準確性不比 MMSE 差，可做為篩檢失智症的工具 (Borson S, 2000)。

憂鬱症評估

憂鬱症是老人常見、可引起失能，但可治療的疾病。直接詢問老人「在過去兩週你是否感覺悲傷、憂鬱、無望？你是否