

从心



香港圣公会福利协会 编
Hong Kong Sheng Kung Hui Welfare Council

出发

老年痴呆症
全人照顾手册



 中国社会出版社

国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

从心出发



香港圣公会福利协会 编
Hong Kong Sheng Kung Hui Welfare Council

老年痴呆症
全人照顾手册



 中国出版社

国家一级出版社 全国百佳图书出版单位

图书在版编目 (CIP) 数据

从心出发：老年痴呆症全人照顾手册 / 香港圣公会福利协会编. —北京：中国社会出版社，2013. 10

ISBN 978 - 7 - 5087 - 4557 - 2

I. ①从… II. ①香… ①老年痴呆症 - 护理 - 手册 IV. ①R473. 5 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 233407 号

书 名：从心出发：老年痴呆症全人照顾手册

编 者：香港圣公会福利协会

责任编辑：刘云燕

出版发行：中国社会出版社 邮政编码：100032

通联方法：北京市西城区二龙路甲 33 号

电话：编辑部：(010) 66064025

邮购部：(010) 66081078

销售部：(010) 66080300 (010) 66085300 传真 (010) 66051713

(010) 66080360 (010) 66080880 (010) 66080880

网 址：www. shcbs. com. cn

经 销：全国各地新华书店

印 刷：中国电影出版社印刷厂

开 本：210mm × 295mm 1/16

印 张：13. 5

字 数：200 千字

版 次：2013 年 11 月第 1 版

印 次：2013 年 11 月第 1 次印刷

定 价：35. 00 元

序

内地跟不少国家都面对相同的情况,就是庞大的高龄人口,2011—2015 年,全国 60 岁以上高龄人口将由 1.78 亿增加到 2.21 亿,平均每年增加老年人 860 万。我国不单有更多的老年人口,我们的长辈更日趋长寿。中国老龄化的挑战是未富先老,由于社会化养老机制尚不完善,对失能、失智长者而言,缺乏必要照顾的情况更为突出。因此,开发更多元而高效的照顾方式实属当务之急。

寿龄增高或会带来不同的缺损,而认知能力衰退的情况随年龄增高日益严重,对长者、家人以至邻里均会带来困扰和压力。香港圣公会福利协会一直以推动创新和高素质服务为方向,特别是在香港和内地推动老年痴呆症的照顾,当中包括:照顾环境的设计、患者的照料,从业人员的培训及实证为本的调研。经一段时间的反复实践及改良,福利协会现将经验汇集成应用册集:《从心出发——老年痴呆症全人照顾手册》一书,旨在抛砖引玉,在养老服务中引发更多既用心又具创意创新的照顾方法的交流,造福耆老。

《从心出发——老年痴呆症全人照顾手册》会从理论、实践、应用三大方向介绍针对老年痴呆症患者、家属及从业人员所策划的项目。任何手法、项目都只是“术”,只属技巧技能的层面,重要的是“道”:“以人为本”的使命和理想。珍视人的尊严的价值观才是我们服侍长者的引路明灯。

《从心出发——老年痴呆症全人照顾手册》得以面世,在旁扶持的良师益友众多,心存感激,恕不逐一言谢。唯须强调能为长者提供適切服务,使同工对生命有更深的体会,是个祝福,也是恩典,只能铭记于心。

香港圣公会福利协会总干事 李正仪博士

目 录

理念篇

1	认识老年痴呆症	3
1.1	定义与种类	3
1.2	不同阶段	5
1.3	出现的问题（行为和心理病征 BPSD）	5
1.4	内地老年痴呆症的现状	8
2	评估与治疗	9
2.1	评估方法	9
2.2	预防及治疗	11
3	全人的照顾	14
3.1	“以人为本”全人照顾的理念	14
3.2	跨专业团队	16
3.3	“以人为本”全人照顾的实践	19
3.4	家人参与的重要性	25
3.5	员工训练	27

实践篇

1	一对一个别化的服务	31
1.1	行为问题的处理与分析	31
1.2	多元化的一对一服务	40
2	治疗小组及团体活动	63
2.1	活动计划	63
2.2	活动分析（Task Analysis）	64
2.3	活动类型与内容简介	66
2.4	小组技巧及注意事项	106

3 居家服务	111
3.1 院舍环境设计	111
3.2 家居环境安全	129
3.3 自理能力训练	134

应用篇

1. 个案分享	141
1.1 辅助自主 舒缓情绪	141
1.2 环境支援 争吵不再	143
1.3 角色重整 稳定情绪	145
1.4 加强专注 促进社交	148
1.5 娃娃治疗 增强联系	149
2 小组分享	151
2.1 话当年我“智”醒——缅怀小组计划书	151
2.2 缤纷“翠”“智”小组计划书	165
3 院舍分享：广州市老人院	181
3.1 服务简介	181
3.2 跨专业团队合作	187
3.3 服务实施	188
3.4 服务成效	190
3.5 案例分享	191
结 语	196
附录1：培训方案	197
附录2：照顾者分享	199
参考资料	201

1 认识老年痴呆症

1.1 定义与种类

1.1.1 定义

老年痴呆症（Dementia），近年中国香港有专家倡议易名为“认知障碍症”，在中国内地卫生部发布的规范名称为“阿尔茨海默病”，在中国台湾地区又名失智症，是因大脑神经细胞病变而引致大脑功能衰退，是一种长期退化疾病。年纪愈大，患病的机会越高。长者的近期记忆功能退化、长期记忆功能慢慢退化及自我生活能力的退化，情况严重者甚至连日常生活能力都会受到损害，有的还会有情绪和行为方面的问题。

1.1.2 种类

老年痴呆症的种类繁多，成因各有不同，主要分为五大类：

阿尔茨海默病（Alzheimer's Disease）是最普遍的一种类型，此种退化性疾病的成因未明，现在没有有效的治疗方法。通常长者的衰退是渐进式的。

血管性痴呆症（Vascular Dementia）是因一连串的脑中风或血管疾病所带来的积聚的脑部损坏而造成。长者的衰退是梯级式的。

额颞叶痴呆症（Frontotemporal Dementia）是因为大脑局部退化而引起的。脑部退化集中于额叶和颞叶两部分。在病发初期，记忆问题常常并不明显。但在后期，患者会出现明显的记忆和行为问题，此病征并不常见，发病大多在中年。

路易体痴呆症（Lewy Body Dementia），路易体原是帕金森症中的病理改变，但路易体亦出现于患有路易体痴呆症的长者的大脑各部分。患者除了有失智和大脑功能退化外，亦呈现帕金森的症状，如：手震、行动缓慢及僵硬等。而大部分患者亦会出现精神科的症状，病情易反复，对药物的副作用（如：外锥体征状）反应很大。

由一些疾病而引发的并发症，例如帕金森、艾滋病等。此外，情绪抑郁、营养不良、甲状腺分泌失调、缺乏维生素 B₁₂、脑外伤等也是导致痴呆的原因。

1.1.3 老年痴呆症的十大警号

老年痴呆症有一些预警信号，长者如果出现以下情况，就要留意是否已患上了老年痴呆症：

- (1) 短期记忆衰退，影响工作能力：如忘记驾驶汽车和煮饭
- (2) 执行熟悉的事情时感到困难：如不能自己刷牙、洗澡等（非身体功能下降所引发的情况）
- (3) 把东西放在不合适的地方：如将假牙放到鞋里，或者将雪糕放在枕头下
- (4) 判断力下降：如不懂根据天气的转变而穿上合适的衣服，在炎热的天气仍然穿上数件衣服
- (5) 思考/计算方面有困难：如长者不能明白过往常用的成语，或对简单的加减乘除运算感到困难
- (6) 对时间及方向感到混乱：长者会在熟悉的街道上迷路，不知自己身在何处，甚至不能辨认家人
- (7) 语言表达或理解有困难：不能用适当的语句来表达自己的意思，令人无法理解
- (8) 情绪/行为的转变：长者的情绪变化无常，行为也同从前不一样
- (9) 性格转变：长者容易变得迷惑、多疑和害怕
- (10) 失去做事的主动性：长者变得被动，需要提示和鼓励才会做家务或参与社交活动

（香港认知障碍症协会，2012）

1.1.4 老年痴呆症可能出现的问题

通常，老年痴呆症长者会出现三方面问题：

第一，认知能力缺损（Cognitive Deficit），例如长者逐渐失去记忆、思维、语言等能力，忘记约会、遗失个人物品、不认识熟悉的人、忘记怎样回家、交谈时答非所问等。

第二，功能性缺损（Functional Deficit），例如不会穿衣服、如厕、打电话、到超市购物等，长者往往不知道自己的这些变化，因此容易与家人或照顾者发生争执。

第三，伴随着智能衰退，老年痴呆症长者会出现各种行为和心理病征（Behavioural Psychological Symptoms of Dementia，简称 BPSD），如容易发脾气、抑郁、不断提问、出现幻觉、怀疑他人偷自己的财物，甚至会捡垃圾，又或者很冷淡，不愿参加任何活动。很多老年痴呆症照顾者认为，这些行为问题比记忆衰退更加令人难以容忍和处理。

1.2 不同阶段

按照老年痴呆症长者的表现特征，可以分为健忘期、混乱期和痴呆期三个阶段。

1.2.1 健忘期

长者的正常健忘一般都是由大脑生理的老化所引起的，不会对日常生活造成障碍。但是老年痴呆症长者表现出病态健忘，会忘掉整件事情。比如，完全忘记自己刚才吃过的东西或见过的人等。

1.2.2 混乱期

这个时期的长者已经无法接纳新的信息，同时还会发生误会、妄想、幻觉、意识混乱、谵妄、徘徊等精神症状。同时，长者的身体功能也开始有明显衰退，如不能够控制大小便、偶尔会有大小便失禁的现象发生。

1.2.3 痴呆期

发展到第三个阶段，长者已真正进入到痴呆期，出现以下状况：

长者的记忆力、定向能力都降至极低的程度，对最近发生的事以及过去大部分的事都会忘记。

丧失时间观念及对地点的辨识能力。

逐渐失去认人的能力，无法分辨别人的脸，认不出自己的亲戚、朋友，甚至配偶和子女。

长者无法跟其他人进行简单的对话，通常只能说出几个字，或者说出的话毫不连贯且不相关，让别人无法理解。

有些长者会出现玩自己粪便的行为，口中可能会喃喃念着已逝亲人的名字，有时甚至要求他人为他做媒等。

到病情末期，长者失去体力，进入长期卧床的状态，思想处于停滞状态。

1.3 出现的问题（行为和心理病征 BPSD）

1.3.1 行为和心理病征 BPSD 定义及常见症状

1996 年国际老年精神科协会（International Psychogeriatric Association, IPA）召开的关于老年痴呆症行为问题的会议发表了 BPSD 的定义声明：BPSD（Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia）指老年痴呆症长者的感知、思想、情绪或行为等经常出现困扰的症候群。



香港圣公会福利协会（2012）：光影·浓情——社区关爱耆乐融融摄影比赛，公开组 优异，“陪伴左右”。廖启忠摄

BPSD 的常见症状

行为表现 Behavioural	心理及精神现象 Psychological
活动障碍 Activity Disturbances	情绪障碍 Affective Disturbances
躁动 Agitation	焦虑 Anxiety
坐立不安 Restlessness	激动暴躁 Irritability
过度活跃的 Hyperactive	抑郁的情绪 Depressive Symptoms
游走 Wandering	忧郁症 Major Depression
不恰当、异常的动作行为（包括性）Inappropriate Activity	情绪不稳定 Emotional Instability
丧失意志力 Cognitive Abulia (loss of will power)	冷漠 Apathy
攻击行为 Aggression	妄想及错认 Delusions and Misidentification Syndromes（怀疑有人要偷自己的东西，被迫害妄想、多疑，怀疑自己不是住在家中，误以为配偶/照顾者是假冒的骗子，感到被遗弃）
咒骂或语言性攻击 Verbal	幻觉 Hallucinations
身体的冲突 Physical	（包括视觉、听觉、嗅觉、触觉、味觉）
食欲或饮食失调 Appetite and Eating Disorders	
昼夜作息失调 Disturbed Diurnal Rhythms	
不合礼仪的行为 Socially Improper Behaviours	

（香港圣公会福利协会，2010）

1.3.2 行为和心理病征 BPSD 的成因

（1）脑部病变的影响

老年痴呆症长者的脑部结构发生病变，导致精神化学物质欠缺，因而出现抑郁症、躁动、睡眠节律改变甚至精神分裂等精神病症候群。

（2）环境和照顾方面的影响

长者因患上老年痴呆症而变得衰弱，逐渐丧失自我照顾和表达需要的能力，如果环境和照顾方面不能满足长者的需要，可能导致长者出现各种行为和心理病征。

（3）BPSD 的常见诱因

- 生理状况和被忽视的身体不适

如：发热、感染、药物反应、疼痛、睡眠不好、便秘、身体不适等。

可运用的评估和观察工具：生命体征（体温、脉搏、呼吸速率、血压、清醒程度）、血糖指数、饮食出入量表及其他异常（如红肿、热痛）。

- 精神及心理症状

如：忧郁症、焦虑、害怕、幻觉、妄想。

可运用的评估和观察工具：焦虑、抑郁量表，还可通过观察和沟通。

- 脑部病变影响认知功能

如：定向力、记忆力、注意力、组织能力、语言理解、表达、抽象思考、判断力等。

可运用的评估和观察工具：

简短智能测验 Mini Mental State Examination

功能性评估量表 Functional Assessment Staging

- 环境、照顾及社交对长者影响

不安全的环境、没有活动、太多或太少感官刺激、沟通困难、受干扰等。

评估和观察：

有什么情况会令他/她开怀？

有什么情况会令他/她生气？

有什么情况会令他/她感到困窘或局促不安？

有什么情况会令他/她感到心绪烦乱？

他/她有没有感到忧虑？忧虑什么？

什么情况下他/她会放松？



香港圣公会福利协会
(2012)：光影·浓情——社
区关爱耆乐融融摄影比赛，
公开组 亚军，“与子偕老”。
杨雪雯摄

1.4 内地老年痴呆症的现状

国际老年痴呆症协会（Alzheimer's Disease International, ADI）在 2012 年全球报告中估计，世界约有 3600 万老年痴呆症（Senile Dementia, SD）长者，且将会以每 20 年增长一倍的速度，在 2030 年达到 6600 万人，于 2050 年达到 1.15 亿人。其中 58% 的老年痴呆症长者生活在中低收入的国家，到 2050 年这一数据将升至 71%。

中国是世界上老年人口基数最大的国家，也是痴呆长者基数最多的国家。有研究指出，中国有 600 万 ~ 700 万老年痴呆症长者，且 65 岁及以上老龄人口中老年痴呆症长者数量以每年 5% ~ 7% 速度增长（Song & Wang, 2010）。从患病率看，我国 60 岁及以上人口的老年痴呆症患病率平均为 3.5%，老年痴呆症患病率会随年龄而增长，每 5 年为一阶段，60 ~ 64 岁为 1.4%，65 ~ 69 岁为 1.89%，70 ~ 74 岁为 3.12%，75 ~ 79 岁为 5.95%，80 ~ 84 岁为 9.82%，85 ~ 89 岁为 16.62%，90 岁及以上为 37.99%（陈传峰等，2012）。从有关学者所整理的不同地区的研究数据来看，60 岁及以上老年人口的老年痴呆症患病率在北京地区为 1.28% ~ 7.5%，在上海地区为 3.34% ~ 3.9%，其他各省份的平均患病率则介于 1.27% ~ 5.6% 之间（陈传峰等，2012）。

2 评估与治疗

2.1 评估方法

2.1.1 医疗评估机制

老年精神科医生在提供老年痴呆症服务中担当着非常重要的角色。医生既能够通过详尽的评估诊断长者是否患有老年痴呆症，以药物医治一些由身体因素而导致的老年痴呆症状；他们更能够处方一些药物令初期长者维持智能，减慢脑部退化。此外，老年痴呆症的长者比较容易因身体状况或不适而引发情绪及行为问题，有时还会出现精神疾病症状。医生需要了解长者的情况，处方适合的药物并进行定期评估，以避免一些药物产生的副作用。也就是说，选择药物作暂时处理行为问题的同时，需要以使用最少的药物为原则。

2.1.2 全面评估

由于患有老年痴呆症的长者的能力及症状与其脑部受损部分有很大的关系，所以详尽的评估可让照顾者更能掌握长者不同程度的缺损和需要。如果缺乏合适的评估，照顾者可能会因不明白长者的需要而引发下列情况：

第一，提供不足够的协助，令长者感到挫败。

第二，提供过量的协助，剥夺长者的能力，令长者衰退情况加速。

此外，由于老年痴呆症长者常常会出现情绪问题，例如：焦虑及抑郁等问题。定期评估，且及早发现问题而作出情绪支持是非常重要的。为满足长者身、心、社、灵各方面全人的需要，建议长者在以下各方面作出全面的评估：

(1) 认知 (Cognitive)

评估长者的导向力、即时记忆力、短期记忆力、长期记忆力、集中跟踪指示能力、语言能力、策划能力等。

建议由职业治疗师进行评估。通常使用的评估工具是简短智能测试 (Chinese Mini-Mental State Examination, CMMSE)。

(2) 体能 (Physical)

与其他脑部疾病相反，一般老年痴呆症长者在早期至中期仍能保持良好的活动能力，

但若其运动中枢受损，他们的活动能力便会出现严重问题。长者会开始向侧面、前后倾倒，灵活性、平衡能力及组织活动能力会降低，甚至出现抽筋等现象。

建议由物理或职业治疗师进行评估。通常使用长者活动能力评估表（Elderly Mobility Scale, EMS）。

（3）自理能力（Activities of Daily Living）

评估自理能力是一个非常重要的环节，因缺乏自理/自我照顾能力可能会严重影响长者的自信及自尊心。照顾者需要评估长者能力及缺损，加上适量的协助，才能保持长者的自我照顾能力及自信心。一些照顾者错误以为协助长者进行所有自理可以让长者享福，更可以节省时间。其实，过分协助不但会令长者提早退化，还会降低他们的自信，以致令长者拒绝接受协助，更有甚者可能会产生一些行为问题。

建议由职业治疗师进行评估。通常使用自我照顾能力评估表（Modified Barthel Index, MBI）。

（4）高层自理能力（Instrumental Activities of Daily Living）

在长者患病早期比较重要，因为这些能力在患病初期已被影响，包括理财、独自外出、处理药物、计划能力等，及早评估了解长者能力可帮助照顾者作出适当的安排，例如设立联名户口等。

建议由职业治疗师进行评估。通常使用复杂性日常生活活动（Lawton Instrumental Activity of Daily Living, IADL）。

（5）社交（Social）

很多长者可能比较被动，而评估长者的社交状况时就要多留意长者过往的背景、喜好及以往的社交模式等。如长者较被动便需要一些由工作人员安排的社交活动，但若长者一向习惯独处，也需要尊重他的私人空间。

建议由社工进行评估。通常使用长者兴趣活动检查表（Activities Checklist），Individualized Lifestyle Profile。

（6）心理及情绪支持（Psychological and Emotional Support）

随着病情恶化，很多老年痴呆症长者会出现抑郁的症状，影响日常生活，严重者甚至导致死亡。照顾者需要留意症状，尽早寻求医生的协助。此外，家人/亲友支持网络对长者的情绪也十分重要。随着长者病情恶化，照顾者或许缺乏与长者沟通的知识和技巧，继而与长者逐渐疏远，以致影响彼此间的关系。

建议由社工进行评估。通常使用老人抑郁量表（Geriatric Depression Scale, GDS），Cornell Scale for Depression in Dementia，脑精神症状量表（家居版）（Chinese version Neuropsychiatric Inventory—Home Version, CNPI）。

（7）行为（Behavioural）

部分长者会出现行为问题，照顾者需要作定期评估，了解行为处理方法的有效性。

建议由护士或职业治疗师或社工进行评估。通常使用烦乱行为量表（Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CMAI）。

(8) 其他

跌倒危机评估，建议由护士或物理治疗师或职业治疗师进行评估，通常使用 Morse Fall Scale。

家居环境评估，建议由物理治疗师或职业治疗师进行评估，通常使用居家安全及环境评估表（Safety Assessment of Function and Environment for Rehabilitation）。

照顾者压力评估，建议由社工进行评估，通常使用 Zarit Burden Interview Assessment。

2.2 预防及治疗

2.2.1 预防

患有老年痴呆症的长者常会出现一系列行为和心理病症，令自己和照顾者深感困扰。正所谓“预防胜于治疗”，处理这一问题的最好方法当然是预防。特别是因脑血管疾病（如中风）所导致的老年痴呆症，建立健康生活习惯、饮食清淡、经常运动、避免吸烟和饮酒等都能够起到预防作用。若已患病，适当的环境设计有助于预防行为问题的产生。环境设计的原则主要有以下几方面：（1）安全；（2）辅助长者的缺损，在辅助长者导向能力下降方面，可以加强环境中的导向资料；（3）提供感官刺激，环境刺激能有效帮助长者，照顾者可以在环境中添加长者熟识的物品；（4）家的感觉，每个人都希望自己住的地方充满家的温馨和舒适，照顾者应该鼓励长者家人在院舍多放置一些长者喜欢和熟悉的物品。此外，提供适合的生活环境，规律及有适当活动及运动的生活节奏，尊重的态度和没有压力的气氛，都能减少老年痴呆症长者行为和心理病征的发生。

2.2.2 治疗

当长者出现行为和心理病征时，首先要排除是因身体有其他急性疾病而导致的精神错乱——纷乱（Delirium）。如果行为和心理病征发生得比较突然，并伴随着明显的功能性衰退，或神志不清、瞌睡等现象，便有可能是纷乱，必须找医生检查。排除了纷乱，下一步辨识了解该病征的可能成因，全面评估需要，然后有针对性地尝试用非药物方法处理。当然，不是每个行为和心理病征都能够成功运用这种方法得以妥善解决，当行为问题严重影响长者和照顾者，而非药物方法无效时，就要考虑使用药物治疗。需要重申的是，药物治疗只是解决老年痴呆症行为和心理病征的众多方法之一，并非任何行为和心理病征都适用。医生一般会综合考虑长者病征的类型、可能成因、严重程度及有无其他解决方案后，才决定是否使用药物治疗。

(1) 常见药物的疗效及副作用

治疗老年痴呆症行为和心理病征的主要是精神科药物，大致分为四类：镇静类抗精神病药（Anti-psychotic）、抗抑郁药（Anti-depressant）、稳定情绪药（Mood Stabilizer）和胆碱酯酶抑制剂（Cholinesterase Inhibitor）。比较新的药物还有 NMDA 受体拮抗剂如忆必佳 Ebixa。

各类药物的疗效及副作用

药物类别	疗效	副作用
镇静类抗精神病药	可有效控制幻觉及妄想 	传统的抗精神病药如 Haloperidol，副作用较严重，可能导致长者出现行为缓慢，神情呆滞、手抖、失去平衡等帕金森类病征。这些副作用和药物剂量有关，剂量越高越严重，停止服药后还需要一段时间才会消失。部分长者的口和脸会出现不由自主的运动（迟发型不自主运动），这种病征可能永不消失。此类药物因副作用严重，一般在别无其他选择的情况下才会使用。新一代镇静类抗精神病药一般副作用较小，如 Quetiapine 便没有帕金森类副作用
抗抑郁药	主要用来治疗抑郁、冲动和焦虑之类的病征	常见副作用是肠胃不适、头晕等；新一代抗抑郁药，一般较为安全且副作用较小
稳定情绪药	原来是治疗羊癫症的药物，可用来治疗痴呆症长者冲动和焦虑之类的病征	副作用较轻微，会出现肠胃不适、疲倦等状况。部分长者可能出现手抖现象。严重时会出现肝炎、血病或皮肤过敏，但较为罕见
胆碱酯酶抑制剂	对治疗幻觉、冷漠等行为问题有较好疗效	副作用不大，主要会出现头晕、肠胃不适，饭后服用和服用一段时间后可逐渐减轻不适症状
NMDA 受体拮抗剂	用来治疗较后期的痴呆症长者，可以舒缓衰退，减轻激动、焦虑之类的病征	副作用轻微，可能会出现头晕、头痛、便秘

（香港圣公会福利协会，2010）

（2）整合照顾——个人照顾计划

一般来说，非药物的干预包括适合的环境、富有意义的活动、生活日程和适切的照顾，能较有系统并结合医疗的整合照顾，是在院舍中提供。长者开始接受院舍服务时，院舍内跨专业员工便会通过分析及了解长者身、心、社、灵各方面全人的需要，从而设计、执行及评检长者的个人照顾计划，下面以流程图形式介绍整个“个人照顾计划”的运作过程。