

香港中文大學那打素護理學院
「流金頌」培訓計劃

CTP001：健康老齡化及代際關係之凝聚
非正規及家庭照顧者培訓工作坊（一）

主題：透過提高照顧者的老齡化智商以提升長者的
成功老齡化

工作坊第 2 堂

1. 下列是老年病人的特性，但何者不正確？
 - a. 醫源性問題不多
 - b. 失能與依賴
 - c. 多種慢性疾病並存
 - d. 在看似不相關的器官呈現症狀

工作坊第 2 堂

1. 下列是老年病人的特性，但何者不正確？
- a. 醫源性問題不多
 - b. 失能與依賴
 - c. 多種慢性疾病並存
 - d. 在看似不相關的器官呈現症狀

醫源性疾病 (Iatrogenic disease)

醫源性疾病指：

在診斷、治療、預防等醫學行為過程中，引起新的疾病。

引起醫源性問題的原因是多方面的，可由診斷、藥物療法、手術療法、創傷性療法、有創性檢查、放射檢查及治療、物理療法甚至醫療語言、醫院環境等因素造成。

醫源性疾病的引發原因

醫源性疾病的發生相當一部分是因醫務人員在診治過程中處置不當而引起。

那些和復雜病情或不能治愈疾病交織在一起出現的醫源性問題，長期用藥後逐步出現的醫源性損害或某一種治療結束後若干年後才發生的不良事件，則不易被認識。

醫源性疾病發生率

解放軍白求恩國際和平醫院主任醫師李小平等在上世紀90年代初期，對7494名患者住院期間醫源性疾病的發生情況進行過調查，發生率為9.2%。

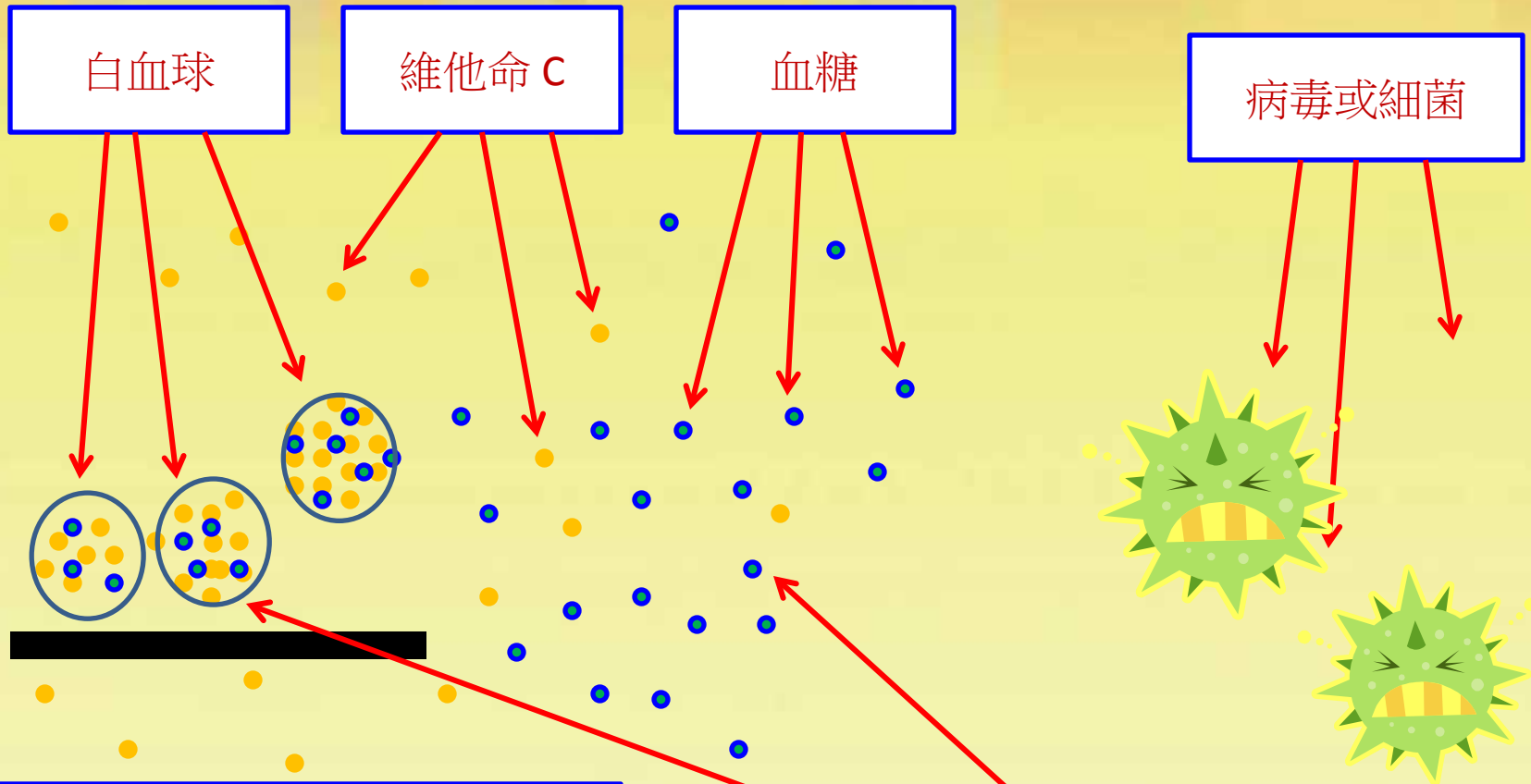
工作坊第 2 堂

2. 糖尿病患者因高血糖導致白血球功能下降，而當患者發生感染時，感染使高血糖更上升，高血糖使感染更不易控制，此即為
- a. 長者病的慣常情況
 - b. 日落症候群
 - c. 疾病的交互作用
 - d. 交叉鏈結反應

工作坊第 2 堂

2. 糖尿病患者因高血糖導致白血球功能下降，而當患者發生感染時，感染使高血糖更上升，高血糖使感染更不易控制，此即為
- a. 長者病的慣常情況
 - b. 日落症候群
 - c. 疾病的交互作用**
 - d. 交叉鏈結反應

高血糖引致白血球功能下降



白血球細胞內的維他命 C 濃度
需要比細胞外高 50 倍才能夠
有效地將各種病毒與細菌殺死

因為血糖的結構與維他命 C 的結構相似，假如血液裡的血糖濃度突然或不規則地增加，就會引致白血球未能吸收足夠的維他命 C，以致減低白血球有效地將各種病毒與細菌殺死的功能

感染引致高血糖更升高

任何類型的疾病、感染、情緒壓力、生理壓力、手術、牙科問題、或受傷等都會令身體出現壓力

身體需要更多能量與壓力源戰爭

分泌「反調節荷爾蒙」

肝臟釋放額外的血糖來提供能量

抑制胰島素作用，更難降低血糖水平

血糖水平提高

更難控制感染

日落症候群

日落症候群（**sundown syndrome**），在黃昏、傍晚或晚上時，有些癡呆症患者會發生焦躁、激動、吵鬧、大叫、甚至攻擊他人等精神行為問題，或原本就有的精神行為異常會變得更嚴重更混亂。並不是每位癡呆症患者都會有日落症候群。

日落症候群發生率

各家研究的結果差異很大，約2.4-66%的癡呆症患者會發生日落症候群，以在老人院的發生率較高，可能是其患者的癡呆較嚴重之故。

引致日落症候群的原因

60多年前就已經發現日落症候群的存在，但真正原因仍不清楚。

可分別由患者本身及環境兩方面因素探討其可能原因。

患者本身的因素：

1.生理時鐘不正常，其生理狀況反而在下午或晚上時達到高峰。2.白天太過勞累，到了下午體能就無法負荷。

引致日落症候群的原因

與環境相關的因素：

1. 傍晚時照顧的人手不夠，又是老人院工作人員交接班時間，較無暇兼顧照護病人，造成病患精神不安或身體不舒服，因之混亂。
2. 白天照光不足，干擾患者的生理時鐘。

引致日落症候群的治療

日落症候群的治療，因人、因地而異，沒有一定的準則。

可由改善環境與藥物治療兩方面著手。例如：

1. 在發生日落症候群的時間或之前安排一些患者可參加的簡單日常活動。
2. 安撫病人，試著了解他，走入他的世界，或轉移他的注意力。

引致日落症候群的治療

- 3.房間的光線要充足，減少不必要的噪音或吵雜的活動，以舒緩患者的恐慌。
- 4.對無法表達的病患，看他是否身體不舒服，如關節疼痛、小便失禁、需換尿布等。
- 5.必要時，需由醫生給與短效的鎮靜劑、低劑量抗精神藥物或褪黑激素等等，劑量調整，需要照顧者及家屬的細心觀察及耐心配合，才能達到效果。

工作坊第 2 堂

3. 「用藥過多」是指處方或用藥超過病人臨床實際狀況之所需。此一問題常源於下列原因，但何者不屬之？
- a. 醫生反射式地開處方，聽到病人說一個問題就開一種藥
 - b. 病人的問題已不存在，醫生的處方或藥物也跟著停用
 - c. 醫生開了同一成份但不同藥名的藥
 - d. 多位醫生在不同時間看同一位病人的相同問題，結果每位醫生都開同類的藥給病人

工作坊第 2 堂

3. 「用藥過多」是指處方或用藥超過病人臨床實際狀況之所需。此一問題常源於下列原因，但何者不屬之？
- a. 醫生反射式地開處方，聽到病人說一個問題就開一種藥
 - b. 病人的問題已不存在，醫生的處方或藥物也跟著停用**
 - c. 醫生開了同一成份但不同藥名的藥
 - d. 多位醫生在不同時間看同一位病人的相同問題，結果每位醫生都開同類的藥給病人

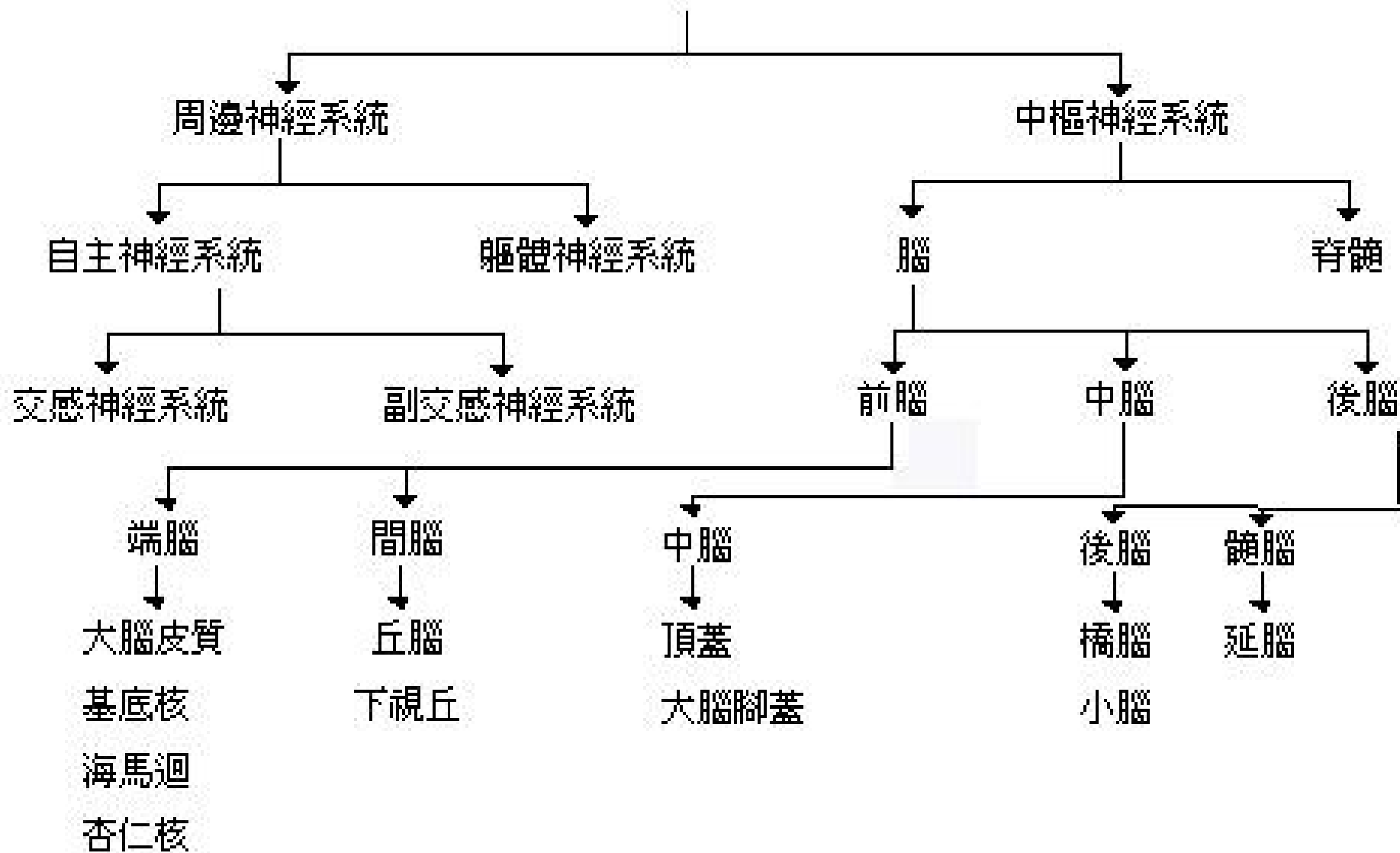
工作坊第2堂

4. 下列是神經系統正常老化的變化，何項是不正確的？
- a. 神經元的樹突增加，影響神經傳導物質釋放，使長者對外界刺激的反應較年輕時為慢
 - b. 長者大腦的重量較其年輕時減少約6-11%
 - c. 健康活躍的長者，大腦中少有神經纖維糾結
 - d. 脂褐質是不會溶解的黃色或褐色素顆粒，會堆積在神經細胞質中，而降低該細胞的活性

工作坊第 2 堂

4. 下列是神經系統正常老化的變化，何項是不正確的？
- a. 神經元的樹突增加，影響神經傳導物質釋放，使長者對外界刺激的反應較年輕時為慢
 - b. 長者大腦的重量較其年輕時減少約6-11%
 - c. 健康活躍的長者，大腦中少有神經纖維糾結
 - d. 脂褐質是不會溶解的黃色或褐色素顆粒，會堆積在神經細胞質中，而降低該細胞的活性

神經系統 (NS)



中樞神經系統的老化與變化

腦解剖上的變化

- 20-30歲達最高重量，80-90歲最低重量(消失了7%之重量)。
- 腦皮質的退化與年齡有關，不一定與失智有關。
- 腦的退化不是均勻的，灰質與白質的消失也不一定成正比。

灰質與白質

- 中樞神經系統由在胚胎時期神經管分化形成
- 由其構造與組成上可分為灰質與白質。
- 灰質在構造組成上主要由神經元、神經膠細胞及血管所構成
- 灰質組織在新鮮未染色狀態時呈灰色，故稱灰質

灰質與白質

大腦與小腦其灰質位於外層，稱為皮質；而白質位於內部深層，稱為髓質。在脊髓則恰好相反，白質位於灰質的外層。

常規染色下，中樞神經系統不易區分，通常利用特殊染色如金、銀染色等方式將神經元染成褐紅色，而神經纖維則染成為深褐色或黑色。

灰質與白質

- 而白質則由神經纖維，神經膠細胞及血管所構成
- 白質組織因含量高量之磷脂質，在新鮮未染色狀態時呈白色，故稱白質

中樞神經系統的老化與變化

代謝上的變化

- 大腦血流速度在年老與年輕人差別不大。
- 年老與年輕的腦對於氧氣消耗及呼吸係數沒有明顯差別，但年老者使用葡萄糖稍低 (代用酮體)。
- 阿茲海默症：腦內血管對二氧化碳的反應正常。
- 多發梗塞性失智症：腦內血管對二氧化碳的反應下降**33%**、大腦血流速度下降、動靜脈氧氣差別正常及氧氣代謝下降。

中樞神經系統的老化與變化

功能上的變化：記憶

- 短程記憶 (**recent memory**) 隨年齡增加而衰退。
長程記憶亦需較久之時間才可回顧。
- 記憶之問題與以往之教育、工作及個性等有關。

中樞神經系統的老化與變化

功能上的變化：睡眠

- 老年人之睡眠特色：早睡、不易入睡、熟睡期減少(中間睡睡醒醒)、早起、白天較嗜睡、較易有睡眠呼吸中止症候群。

自律神經系統的老化與變化

- 血液中正腎上腺素之基礎量上升，表示長者需較大量的賀爾蒙來維持交感神經系統之功能。
- 自律神經系統的老化以溫度調節及姿勢性低血壓最受注目。
- 長者對溫度之調節較差，接受訊息的速度及判斷較遲鈍(冷不知冷、熱不知熱)。
- 長者製造體溫之能力較差，不易在寒冷時顫抖，皮膚血管之收縮亦不理想。

姿勢性低血壓

什麼是姿態性低血壓（Orthostatic hypotension）呢？

是由平躺的姿勢改為直立時，血壓明顯下降（定義為收縮壓下降大於二十或舒張壓下降大於十毫米汞柱）

產生的症狀包括頭昏、頭疼、視力模糊或暫時性視覺消失、虛弱、嗜睡、甚至昏厥。

姿勢性低血壓

姿勢性低血壓是一種表徵，許多疾病都有可能產生姿勢性低血壓，

如：

- 1) 藥物、
- 2) 血液輸出量不足
- 3) 自主神經系統問題
- 4) 原發性姿勢性低血壓
- 5) 心臟問題等。

周邊神經系統的老化與變化

視覺的變化

- 晶狀體之彈性消失，所以有老花現象。
- 高頻率對比的觀察輕度消失，對光之適應下降。
- 對於分辨在移動之物體能力亦逐漸變差。

周邊神經系統的老化與變化

聽覺的變化

- 單純調聽力閾 (pure tone threshold) 的提高及語言判別 (speech discrimination) 能力降低。
- 長者對所有單純調的聽力均衰退，但尤以高頻率之音波最為明顯。

周邊神經系統的老化與變化

平衡感的變化

- 耳前庭系統功能之退化，不如聽力系統退化來的明顯，當它受損時，期代償作用也比聽力系統受損時的代償作用來得好。

周邊神經系統的老化與變化

味覺的變化

- 長者對感覺甜與鹹的味覺會隨老化而下降，在五十歲與八十五歲時消失最明顯 (味蕾數目減少)。
- 再加上唾液分泌少及牙齒脫落等，會對長者造成很多問題；例如進食量減少，鹽分及糖份之攝取量卻相對增加，較易出現營養不良、高血壓、糖尿病等。

周邊神經系統的老化與變化

嗅覺的變化

- 自五十歲左右，人的嗅覺功能便開始下降。
- 嗅蕾及傳遞的神經纖維也在減少。減低進食之吸引力、較難偵查到煤氣洩漏或煙火之發生。

周邊神經系統的老化與變化

觸覺及痛覺的變化

- 七十歲以後對熱度引起之痛閾較年輕人高出10%。與皮膚的接受器或中樞神經減退有關。
- 觸感亦有老化，不過到七十歲後皮膚之觸感有增加之趨勢，可能與皮膚變得較薄有關。
- 身體各部位觸感之退化程度不一致。

工作坊第 2 堂

5. 有關「睡眠呼吸暫停」的描述，下列何者錯誤？
- a. 有三分之一的長者會經歷睡覺時停止呼吸
 - b. 主因睡眠週期當中，氧氣輸送量較清醒時為低
 - c. 若加上長者的心臟血管疾病、血流欠佳，便會導致喘不過氣，有的長者會因此死亡
 - d. 這種現象與多量服用安眠藥無關

工作坊第 2 堂

5. 有關「睡眠呼吸暫停」的描述，下列何者錯誤？
- a. 有三分之一的長者會經歷睡覺時停止呼吸
 - b. 主因睡眠週期當中，氧氣輸送量較清醒時為低
 - c. 若加上長者的心臟血管疾病、血流欠佳，便會導致喘不過氣，有的長者會因此死亡
 - d. 這種現象與多量服用安眠藥無關**

長者睡眠情況

一般認為老年人的睡眠時數理應較少，這是錯誤的觀念。

老年人雖然晚上睡眠時數減少，但在白天卻經常小睡，

因此以一天24小時來講，斷斷續續加起來的睡眠時數，未必會比年輕人少。

長者睡眠的變化

隨著長者神經系統的老化，睡眠功能也跟著起了顯著的變化。

整個睡眠清醒週期往前提前，吃完晚餐後約七、八點就想睡覺，凌晨三、四點就起床再也睡不著，而且入眠期增長，淺度睡眠期增加，深度睡眠期減少，快速動眼期亦稍微減少但幅度不大，並且在睡眠過程中常常覺醒，造成整個睡眠效率的降低。

長者睡眠的變化

同時，長者亦因身體各系統功能的衰退，產生了一些慢性病（例如高血壓、糖尿病、心臟病、神經病變等），而這些慢性疾病和控制慢性疾病藥物的長期使用都可能會產生對睡眠的干擾。

再加上年老退休、或喪偶、或自己獨居、或經濟方面的壓力，亦常造成睡眠衛生的混亂及一些精神方面的疾病。

長者睡眠問題

在美國的統計中，65歲以上的長者只有

12%沒有睡眠的困擾，

19%抱怨入睡困難，

29%抱怨睡眠不能持續，經常中途醒來，

18%則抱怨天未亮就醒過來，而其中有28%的長者抱怨失眠。

睡眠呼吸暫停綜合症類型

長者睡眠呼吸暫停綜合症可分為三類型。

- 1. 中樞性呼吸暫停：**是由中樞神經系統驅動暫停，引起鼻和口腔氣流與胸腹式呼吸運動同時暫停；
- 2. 阻塞性呼吸暫停：**鼻和口腔沒有氣流活動，但胸腹式呼吸仍存在；
- 3. 混合性呼吸暫停：**由患者在睡眠中交替出現中樞性與阻塞性呼吸暫停。

造成老年人睡眠困擾的因素

1) 睡眠呼吸暫停症候群：年紀大是造成睡眠呼吸暫停症候群的一個危險因素，尤其是男性長者。隨著腦幹及神經功能的衰退，常會造成中樞型或阻塞型的睡眠呼吸暫停症候群。

尤其是長者的腦部功能較差，如果再加上呼吸暫停引起缺氧或睡眠斷斷續續，常會雪上加霜，使長者的心智功能減退，症狀很像癡呆症。

造成老年人睡眠困擾的因素

2) 週期性肢體抽動疾患及不寧腿症候群：週期性肢體抽動疾患及不寧腿症候群兩者皆是隨著年紀增大，症狀變的頻繁且嚴重，

而干擾到睡眠，使得睡眠間斷斷斷，

患例常以失眠為主述，但也可見到以嗜睡為主要症狀表現。

週期性肢體抽動亦常伴隨著不寧腿症候群，兩者對藥物治療的反應相當良好。

造成老年人睡眠困擾的因素

3) 內科疾病的困擾：隨著年紀增長，許多退化的慢性疾病一一浮現，像關節炎、呼吸方面的疾病、夜間頻尿、心臟病等都會造成長者睡眠的干擾。

一些治療控制內科疾病的藥物亦會造成失眠症或嗜睡症。另外，一些好發於長者的神經疾病像帕金森症、腦中風、癡呆症及脊髓小腦退化症等，也都會造成睡眠的問題。

造成老年人睡眠困擾的因素

4) 睡眠清醒生物時鐘規律的改變：

人一旦過了**50**歲後，就比較無法適應違反睡眠清醒生物時鐘規律的行為，如夜間工作者或快速跨越多時區的旅行。

另外長者的睡眠清醒生物時鐘規律亦會往前提前，變成早睡早起的睡眠清醒型態。

造成老年人睡眠困擾的因素

5) 抑鬱症：由於長者可能無法工作，若年輕時無良好的養老計畫，一旦到了老年，經濟來源均需依賴他人，並且可能因喪偶而獨居，或為疾病所苦而有厭世之感。

有些長者情緒較低落，甚至產生抑鬱症及其他精神方面的疾病。

而這些精神方面的疾病亦會影響到睡眠。

造成老年人睡眠困擾的因素

6) 日落症候群（sundowning syndrome）：

許多長者獨居於家中，或住在老人院，或因疾病長年躺在病床上無法自由行動。

由於長者腦部功能均較退化，且因長時間侷限在所居住的環境中，不見天日，缺乏外在環境（例如太陽光線）的刺激，太陽下山後，光線變得晦暗時，造成病人有幻覺、躁動及意識不清的現象，稱為日落症候群。

處理方式

- 謹守睡眠衛生的原則，限制白天的小睡，在白天儘量讓病人多暴露在白天的陽光下（尤其是日出及日落），
- 不要常常變換睡眠的環境
- 臥室內儘量使用柔和的燈光，必要時可服用藥物控制。

造成老年人睡眠困擾的因素

7) 快速動眼期行為疾患（REM behavior disorder）

一種好發於長者的疾病

據國外統計，有**40%**的患者有神經方面的疾病，剩下約**60%**病人，多屬於特發性，找不到特別原因。

患者在快速動眼期睡眠時常將夢裡的情境，直接表現在現實環境中，而他們的夢又大多跟暴力有關，因此常常傷害到患者本身或枕邊人。

工作坊第2堂

6. 「抑鬱症」的治療方法，下列何項有誤？
- a. 選擇性血清素回收抑制劑 (SSRIs) 乃2000年代的抗抑鬱藥
 - b. 對於非常退縮且藥物反應效果欠佳者，過去的醫療方法包括電痙攣療法 (ECT)
 - c. 三環類抗抑鬱劑不可與MAO抑制劑合用
 - d. 抗抑鬱劑的使用，應從最低劑量開始，且因多數具安眠作用，故最好睡前投予

工作坊第2堂

6. 「抑鬱症」的治療方法，下列何項有誤？
- a. 選擇性血清素回收抑制劑 (SSRIs) 乃2000年代的抗抑鬱藥
 - b. 對於非常退縮且藥物反應效果欠佳者，過去的醫療方法包括電痙攣療法 (ECT)
 - c. 三環類抗抑鬱劑不可與MAO抑制劑合用
 - d. 抗抑鬱劑的使用，應從最低劑量開始，且因多數具安眠作用，故最好睡前投予

電痙攣療法 (ECT)

電痙攣療法是一種快速而有效的治療方法

用一定量的電流通過腦部，激發中樞神經系統放電，全身性肌肉有節奏地抽搐。

在專業醫生的操作下，病人的痛苦程度有機會減少，它能使抑鬱症狀和抑鬱情緒迅速得到緩解，總有效率可達 70%-90%。

電痙攣療法 (ECT)

運用催眠或肌肉放鬆使患者進入睡眠狀態後，將電流通過患者的一邊或兩邊頭側部，來影響腦部神經傳導物質，達到治療的目的。

患者醒來後，對這一切毫不知情，並且會有幾分鐘時間，感到奇怪，不過幾分鐘後，就會恢復正常。

電痙攣療法 (ECT)

這種療法進行大概2至4周，每周三次。

通常電痙攣療法進行完後，常常還要繼續進行心理療法和藥物治療。

進行電痙攣療法，要知道它只能短期改善症狀，並且復發的可能性很大。

因此很多醫生建議患者進行後續治療，如使用其他藥物。短期記憶功能喪失是電痙攣療法主要的副作用，但一兩周後會自動恢復。

抗抑鬱藥的選擇

更多

副作用：手震、昏睡、口乾、心跳、腸胃及肝臟機能損害等。
藥藥相沖：許多藥物會有相沖作用，引發危險。

更少

50-60年代舊藥

80-90年代發展的新藥

2000年代發展的新藥

三環素抗抑鬱劑(TCAs)

- 選擇性血清素回收抑制劑 (SSRIs)
- 血清素、去甲腎上腺素回收抑制劑 (SNRIs)
- 去甲腎上腺素、多巴胺回收抑制劑 (NDRIs)

雙靶血清素回收抑制劑 (Dual Binding SSRI)

例如：阿米替林 (Amitriptyline), 鹽酸米帕明 (Imipramine), 二苯噻庚英 (Dothiepin)

例如：氟西汀 (Fluoxetine), 帕羅西汀 (Paroxetine), 舍曲林 (Sertraline), 西酞普蘭 (Citalopram), 文拉法辛 (Venlafaxine), 安非他酮 (Bupropion), 查諾頓 (Trazodone)

例如：依他普侖 (Escitalopram)

舊式抗抑鬱藥

➤ 三環素(Tricyclics)

- Amitriptyline (阿米替林)
- Trimipramine (曲米帕明)
- Imipramine (鹽酸米帕明)
- Chlomipramine (氯米帕明)

➤ 單胺氧化酶抑制劑(MAOI)

- Phenzelzine (苯乙肼)
- Isocarboxazid (異卡波肼)
- Tranylcypromine (內心百樂明)

新一代抗抑鬱藥 (1)

➤ 選擇性血清素再吸收抑制劑(SSRI)

- Fluoxetine (Prozac 百憂解)
- Fluvoxamine (Faverin 無鬱寧)
- Sertraline (Zoloft 樂復得)
- Paroxetine (Seroxat 克憂果)
- Citalopram (Cipram 舒憂)
- Escitalopram (Lexapro 立普能)

➤ 血清素及去甲腎上腺素再吸收抑制劑(SNRI)

- Venlafaxine (Efexor 速悅)
- Duloxetine (Cymbalta 千憂解)
- Milnacipran (Ixel 鬱思樂)

新一代抗抑鬱藥 (2)

- 去甲腎上腺素及特殊血清素抗鬱劑(NASSA)
 - Mirtazapine (Remeron 樂活憂)
- 去甲腎上腺素及多巴胺回收抑制劑(NDRI)
 - Bupropion (Wellbutrin)
- 血清素促效劑 (SSRE)
 - Tianeptine (Stablon)
- 可逆性單胺氧化酶抑制劑(RIMA)
 - Moclobemide (Aurorix)

抗抑鬱藥之副作用

➤ 舊式抗抑鬱藥:

- 口乾、視力模糊、便秘、思睡、低血壓、心跳加快、心律不正等
- 服用過量可引至心律不正及死亡

➤ 新一代抗抑鬱藥(如選擇性血清素調節劑SSRI):

- 作嘔、坐立不安、失眠、口乾、視力模糊、肚瀉、手顫、頭暈、性功能失調等
- 副作用較舊式抗抑鬱藥輕
- 過量服用亦較□安全

工作坊第 2 堂

7. 以下是典型的老人癡呆症病程變化階段，那項敘述有誤？
- a. 中期：常會出現視聽幻覺、幻想、迫害妄想
 - b. 早期：最常見的是病人算術能力退步，而造成財務管理不當，譬如亂花錢、給錯錢等
 - c. 晚期：日常生活活動功能 (ADL) 獨立執行有困難，需人部份協助
 - d. 中期：此時期有遊走症狀

工作坊第 2 堂

7. 以下是典型的老人癡呆症病程變化階段，那項敘述有誤？
- a. 中期：常會出現視聽幻覺、幻想、迫害妄想
 - b. 早期：最常見的是病人算術能力退步，而造成財務管理不當，譬如亂花錢、給錯錢等
 - c. 晚期：日常生活活動功能 (ADL) 獨立執行有困難，需人部份協助**
 - d. 中期：此時期有遊走症狀

工作坊第 2 堂

8. 有關癡呆症患者及其家庭的護理，下列那點是不對的？
- a. 癡呆症晚期個案，已經無法以言語溝通，我們仍可以溫和的聲音和握手與其「對話」
 - b. 癡呆症長者比較容易感受到語言的訊息，因此他們的反應是建立在對語言內容的理解
 - c. 面對癡呆症長者的記憶缺失，可以提示他們記憶或現實的線索，如：圖片標示、日曆、紀念品等
 - d. 規律的生活及環境當中的一致性，能夠增加癡呆症長者生活上的安全感

工作坊第 2 堂

8. 有關癡呆症患者及其家庭的護理，下列那點是不對的？
- a. 癡呆症晚期個案，已經無法以言語溝通，我們仍可以溫和的聲音和握手與其「對話」
 - b. 癡呆症長者比較容易感受到語言的訊息，因此他們的反應是建立在對語言內容的理解**
 - c. 面對癡呆症長者的記憶缺失，可以提示他們記憶或現實的線索，如：圖片標示、日曆、紀念品等
 - d. 規律的生活及環境當中的一致性，能夠增加癡呆症長者生活上的安全感

老人癡呆症的初期病徵

- 一般健康長者的健忘都是因為大腦生理的老化所引起的，不會有進行性的惡化現象，也不會對日常生活造成障礙。
- 老人癡呆所表現出來病態健忘會忘掉的整個事情，比如說完全不記得自己剛才吃過的東西或才見過的人等。
- 而且健忘的嚴重程度已經在生活上造成障礙，所以初期的癡呆症被稱作「健忘期」。

老人癡呆症中期病徵

- 第二期被稱為「混亂期」。
- 因為在這個時期病人的智能障礙已進展到無法接納新訊息。
- 同時還會發生誤會、妄想、幻覺、意識混濁、譫妄、徘徊等精神症狀。
- 在這個時期中，有些病人的身體功能也開始有明顯的衰退情形，如不擅於控制大、小便，偶爾會有失禁的現象。

老人癡呆症的後期病徵

- 第三期亦是後期，已真正進入「癡呆期」。
- 此時病人的記憶力、定向能力都降至極低的程度，對新近發生的事以及過去大部分的事都不記得了。
- 喪失了時間觀念及對地點的辨識能力。
- 逐漸失去認人的能力，以致無法辨別人的臉，認不出自己的配偶或子女，連自己的名字也記不得了。

老人癡呆症的後期病徵

- 病人無法跟其他人做簡單的應對，而且只說得出幾個字，所以說出的話變得毫不連貫也不相關，結果別人都無法了解他在說什麼。
- 有些人會出現玩自己糞便的行為，口中可能還會喃喃自語地唸著已逝的父母或祖先的名字，有時則要求別人幫他作媒。
- 到病程進入末期時，病人失去體力，進入永久的臥床狀態，最後更陷於靜呆狀態。直至最末期時，病人始成為所謂的「植物人」的狀態。

工作坊 (二)

-- 完 --