



2007年6月

編者的話

歡迎閱覽新的
老人精神科速治服務
(ESPP; Elderly Suicide
Prevention Service)
快訊!

周日早上在沙田路大橋下，城門河邊，與賣雪糕飲品的婆婆久別重逢，內心百感交集。

對於我們這些經常在吐露港一帶騎自行車的人而言，婆婆確是一位老朋友。她風雨無阻，年復一年地在大橋下擺檔，為運動人士提供飲品和小食。

然而大約四個多月前，一個冷血無恥的歹徒竟向她下手，搶走她身上僅有的百多元和電話，還用利刀和拳腳重創了她。幸好有路過者報警求援，婆婆才得以及時送院救治，而疑犯亦即時就逮。

當我從婆婆手中接過雪條，傾聽她細訴遇襲的經過，及崎嶇的康復道路時，我感到眼前這瘦小的身影，實在與她那堅強不屈，自強不息的精神太不相稱了。在婆婆身上，我看到我們身邊無數看似平凡，但其實絕不平凡的長者的縮影。他們經歷了無數風浪，捱盡生活的煎熬，仍然談笑自若，樂觀積極面對人生。

今期我們繼續刊出陳平順醫師的精彩文章，說明中醫對治療抑鬱症的看法。文章結合了中醫的經驗，和西方心理學的理论，見解十分獨到。張忠豪精神科資深護師，為我們介紹新界東聯網防止老人自殺服務的概況。而屬同一聯網的謝淑燕精神科註冊護士，則講述她在四年間的得著與感受，可謂溫馨、刺激，兼而有之。劉家獻醫生的自殺學新知，為「痛不欲生」這句成語作了新的註腳，並探討了抑鬱與失智（痴呆）症的關係。

本刊的園地公開，我們歡迎您的問題和意見，更歡迎您投稿！我們的電子郵箱是 espshk@yahoo.com.hk

目錄:

編者的話	1
速治服務介紹	2
從中醫角度縱觀老年抑鬱病(下)	5
教學活動	8
自殺學 新知	9
讀者來信	11
編輯委員會	12

—— 編者



新界東醫院聯網
NEW TERRITORIES
EAST CLUSTER

張忠豪精神科資深護師
新界東老人精神科速治服務

速治服務介紹

新界東老人精神科速治服務成立於2002年10月，服務範圍包括上水，粉嶺，大埔，大學，沙田，大圍及馬鞍山，服務長者人口約十萬，速治診所坐落於北區醫院精神科門診部和李嘉誠精神科門診部內，老人精神科社康護士(防止自殺組)的辦公室位於北區醫院精神科內，我們總共有三位同事，負起外展的工作。

隨著香港人口急速老化，長者服務要不斷發展，才能滿足實際的需要。在現今社會，抑鬱症是長者常見的疾病，此病會使患者經常被負面情緒干擾，嚴重時，對我們的身體健康，生活作息，社交生活和人際關係帶來很大的傷害，甚至會有自殺想法，作出自殺的行為。

正因為此，速治服務是希望及早在社區找出一些有嚴重抑鬱症，甚至有自殺想法，嘗試過自殺行為的長者，給與適當治療。

當社康護士在社區接了新的個案，護士會在7個工作天內，進行家訪及作出初步評估，然後安排患者在通常2兩星期內，到速治診所接受老人精神科醫生診治，並定期覆診，同時，護士會跟進個案6個月，加上各專業同事如醫生，護士和醫務社工會舉行定期開會，作出跟進。

在區內有五間長者地區服務中心，包括粉嶺秀群松柏社區服務中心，大埔救世軍長者社區服務中心，沙田東華三院王澤森長者地區中心，基督教香港信義會沙田社區服務中心和基督教香港信義會馬鞍山長者地區中心。我們定時會與它們接觸，討論個案的轉介和舉辦講座，推廣有關長者抑鬱症的知識。

不經不覺當老人精神科護士(防止自殺組)已快三年，每當接觸一個個案，都深深體會到長者的“痛”。無論是由於本身還是親人健康的問題，或者是失去至親，又或者是人際關係不協調，社會資源的貧乏，每每使他們跌落抑鬱的深淵。長者們教誡我要更加珍惜現在，保持健康的身體，珍惜身邊愛我們的人。每事盡力而為，抱著謀事在人，成事在天的心境去面對。而世事變幻才是永恆，我們要適應生活不同的改變，無論苦與樂，得與失，似乎都是一個循環，無可避免，都是生命的一部份。

生命的意義就是生命的本身，抱著樂觀的生活態度才是開心的鎖匙。



新界東醫院聯網
NEW TERRITORIES
EAST CLUSTER

速治服務介紹



我們是情緒的主人講座 2006年
健康長者農場(粉嶺丹竹坑)
香港基督教女青年會

老年抑鬱症簡介 2005年
秀群松柏社區服務中心
香港基督教女青年會



認識長者抑鬱情緒訓練 2004年
精叻義工訓練日營
基督教香港信義會沙田社區服務中心





挑戰和學習

謝淑燕精神科註冊護士
新界東老人精神科速治服務

光陰似箭，眨眼間，成為新界東老人精神科速治服務的其中一員，已有四個年頭了。這個嶄新的崗位對我來說不僅是個挑戰，更是一個寶貴和難得的學習機會。

工作上面對的，是有抑鬱症及自殺傾向的長者和他們的家人，而中國人的傳統是不輕易向別人傾吐心裏感受的，這為我們的評估工作帶來挑戰。

經過四年的摸索、反省、學習和鍛煉，不知不覺間，我發覺自己的溝通技巧，變得純熟和進步了一些，耐心增多了一些，同理心增強了一些，對別人的感受變得敏感了一些，表達能力強了一些，人生的態度亦較前積極了一些。這不單有助我能成功及迅速地與長者和他們的家人建立互信的關係，亦改善了我與家人，朋友及同事之間的溝通。我希望，也相信這種種改變能繼續一點一滴地增加下去。

一直認為自己既是專業人員，情緒應該不受工作影響。卻發現原來當要向一些自己定期家訪，而他/她們又絕對信任地向自己傾吐心事的長者話別，通知他/她們家訪將會終止時，自己竟然會覺得那麼難以啓齒和不捨。

然而，這崗位亦為我帶來了一些「另類」的體驗，例如要到一些從來未想過會有人住的「郊外」進行家訪時，發現原來長者的家，是位於一個令你兜兜轉轉也找不到出路的「迷宮」裡；又或是在步行途中遇到湯碗般粗的大蛇在爬行，令你急忙掩口以防自己大叫；又或是與一群凝望著你的野狗狹路相逢，令你禁不住喊「救命」。

十分渴望知道在下一個四年裡，我將會有甚麼得著和體驗。



新界東醫院聯網
NEW TERRITORIES
EAST CLUSTER

速治服務介紹



從中醫角度縱觀老年抑鬱病(下)

陳平順中醫師
中醫學博士研究生

老年抑鬱症的治理原則

老年抑鬱症大概可依臨床辨証分為肝氣鬱結型，宜用柴胡疏肝湯加減疏肝解鬱，理氣暢中；氣鬱化火型，宜用丹梔逍遙湯加減清肝瀉火，解鬱和胃；心脾兩虛型，宜用歸脾湯加減健脾養心，益氣補血；陰虛火旺型，宜用滋水清肝飲加減滋陰清熱，鎮心安神。整體來說，治理老年抑鬱症要有機地結合老人科、內科和精神情緒科的醫學護理理論和經驗，並以大醫精誠和提燈關顧的專業情懷去治理患者，絲毫孟浪不得。以下乃重要的治理原則和思維要點：

一：樹立親情心

醫護人員無論在診治、康復、預防抑鬱障礙工作中，要把患者當作自己親人一樣，處處為患者著想，沒有融洽的醫患關係，沒有同情心和責任感，沒有仔細觀察和詢問，難以掌握病位，病性，病勢，不付愛心和誠心，難啟患者心扉，難獲接納治理。

二：具備救治心

醫護人員應意識到老年抑鬱患者或存著自殺、自傷、自殘的思維和行動，時刻不能放鬆警惕。醫護不但要有拯救生命之心，還須顧及患者生活和家庭的幸福，並能糾正患者不良觀念、性格及生活環境。

三：具備大醫意識

醫護眼中不只見到病房中的抑鬱的患者，還應看見病房外，社群中的致病條件，中老年人的病態心理社會意識，從而提出具創意的建議，並為社區保健和康復作出貢獻。解決中年人的問題可以減少老年



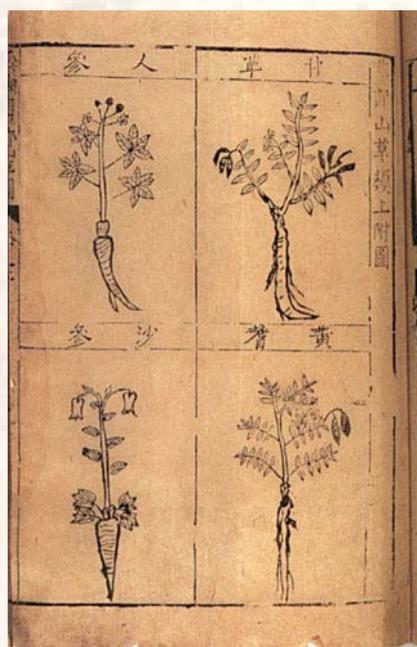
明代名醫李時珍，編成巨著《本草綱目》，共收載本草藥物一千八百多種，是中醫學寶貴資產



從中醫角度縱觀老年抑鬱病(下)

抑鬱症的數目，而中醫養生之道結合精神心理健康運動可促成全民健康效應，此乃預防醫學所在。

四：具備預防之心



《本草綱目》明、清善本

除了大層面之外，還要預防患者自殺、自殘或自我放棄導致醫療無效。保持與患者家屬的緊密聯繫，樹立安全防範意識，並進行珍惜生命的宣傳教育。

五：注意中西藥物使用安全

現代患者往往中西藥物兼服，未來主流醫學極可能有中西藥物合用的處方。醫護必須進修有關知識，警惕及教育患者和親屬注意中西藥物必須相隔四小時服用，也要防範已知並警惕未知的中西藥物相克和毒副作用。水能載舟亦能覆舟，藥能癒人也能病人。醫護必須明白中西藥物的各自和合用的優劣。需具科學觀點，不可有偏見，中藥扶正祛邪，治本尤勝，西藥起效快速，毒副作用較多。

運用中西藥物，要掌握有效用藥、用量，並考慮服藥時間和藥品價格。最後還得判辨患者的藥後不適，是否藥物不當或是有效的藥力作用引起的暈眩現象，後者局部症狀雖然短暫加劇，但整體狀況良好，不用擔心。

六：強調中西結合綜合性康復療法

治理老年抑鬱症，除了運用有效的中西藥物外，還需強調食療和運動的重要。中西食物療法的選擇多姿多采，醫護具有這方面知識，可教育患者和家屬，或與營養師共同設計有關膳食。抑鬱症患者較為被動，運動的種類、強度、時間等，需接受指導並需要有安全意識。醫護人員鼓勵患者調攝情志，改善生活環境，安排志趣活動，群體活動和有規律性生活。現代心理療法如集體輔導、認



從中醫角度縱觀老年抑鬱病(下)

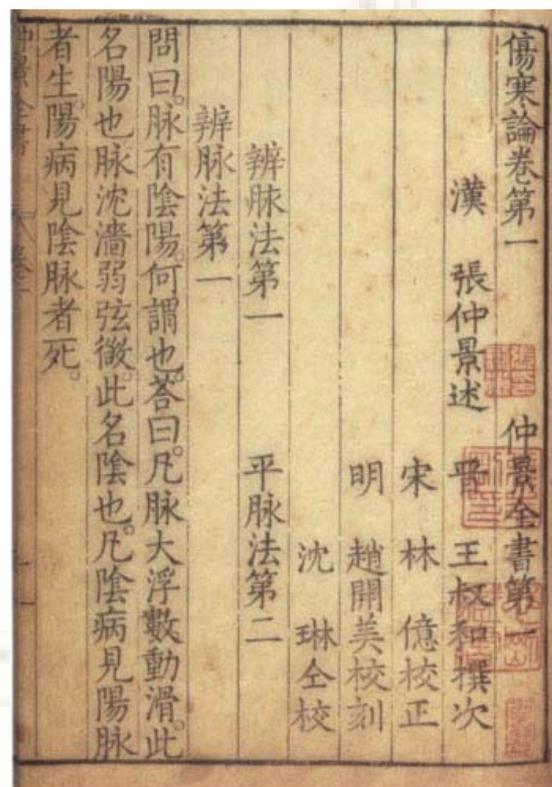
知輔導或馬斯洛 (Maslow) 人本目標進取輔導結合中醫情志輔導如以情勝情法、順情法、語言法、談心法、獎勵法，使患者心情愉快，笑口常開。

結論

以中西醫結合療法治理老年抑鬱症是科學的，有效的和前瞻的。年華老去，權位放下，名利漸趨虛無，理應重新調適身心，重組另類價值觀和信念。最重要是維持樂觀進取，創展其他志趣，並鼓勵以助人為樂，克服負性情緒和心態，便能達致如孔子所云：「發奮忘食，樂而忙憂，不知老之將至云耳。」

再者，展望不久將來，能推廣更有效的中西醫結合療法，去治理身心病、心身病或種種其他科別的疾病。中醫學有句話說：「正氣存內，邪不可干；邪之所湊，其氣必虛。」人體正氣虛弱，來自生理素質的缺憾，或病理狀態的影響，有生物性、物理性、化學性、免疫性、協調性、調適性和精神性等。將來治理老年抑鬱症或任何疾病，不只是狹窄地只顧清除有機體中的生物性病源體微生物，而是要全面地處理人體小宇宙和外面大宇宙的整合，是謂天人合一治療法。所以，未來的結合性醫學模式應是：

生物-心理-社會-精神-宇宙模式。



《傷寒論》漢·張仲景著



教學活動

Date	Time	Activity and Topics/ Speaker	Location	Target Audience	Telephone Number	Geographic location of target participants
26-6-2007	3-5 pm	ESPP Talk by Mr Tang, NO ESPP	YFS, PGS Office	Care attendants of Nursing Homes	27278494	Nursing Homes of E. Kowloon and TKO
2-10-2007	7-8:30 pm	ESPP Talk by Mr Tang, NO ESPP	Salvation Army Tak Tin Centre, Kwun Tong	Staff of Salvation Army	27278494	Salvation Army Centres of E. Kowloon and TKO

因座位有限，歡迎所屬區域之機構及人仕參加，請先致電查詢報名方法





自殺學新知 (1)

劉家獻醫生

九龍西聯網精神科醫生

痛不欲生

常常聽到人們說「痛不欲生」，的確，痛苦的感覺，能令人產生不如死去的衝動。而生理上的長期痛症更是引致自殺的一個主要因素 (1)。本來，痛是一個重要及有用的警號，它提示我們要注意一些身體的變化，或逃避一些危險的處境，但是，一些長期或不知原因的痛，往往會令到患者極難受，甚至意志消沈，繼而產生抑鬱的病徵。二零零一年，香港大學麻醉學系進行了一個研究，發現全港大約有百分之十一的人有長期痛症的問題 (2)。究竟在這些長期痛症患者之中，又有多少人患上不同種類的精神病呢？

二零零三至零四年期間，在香港一間教學醫院的痛症診所內，進行了一項精神健康研究 (3)。當中，百分之六十三的病人被發現在過去六個月內患有各種精神病。大約二成的病人患上不同種類的焦慮症。除此之外，超過四成的痛症病人被診斷患上不同程度的抑鬱症。經過統計分析後，研究人員發現以下的因素會增加痛症病者出現抑鬱病的機會：

(一) 較高的痛楚指數	(危險比：13)
(二) 骨科的病征	(危險比：15)
(三) 缺乏獨立的自我照顧能力	(危險比：19)
(四) 面對社交及娛樂的困難	(危險比：38)

以往不同的研究均顯示，抑鬱症與自殺是有密切關係的。所以，如果我們能夠根據以上的風險因素，有效地找出那些痛症病人較容易患上抑鬱病，並採用跨越專科共同治理的理念給予適當的治療，就可以降低自殺的人數。

參考資料:

1. Fishbain D.A. (1999) The association of chronic pain and suicide. Seminars in clinical neuropsychiatry, 4(3), 221-227.
2. Ng J.K.F., Tsui S.L., Chan W.S. (2003). Prevalence of common chronic pain in Hong Kong adults. The Clinical Journal of Pain, 18 (5), 275-81
3. 資料由葵涌醫院會診精神科何培達醫生提供



自殺學 新知 (2)

劉家獻醫生

九龍西聯網精神科醫生

抑鬱與失智（痴呆）症

隨著全球人口老化，患上失智症（痴呆症）的人數將不斷增加。根據美國阿茲海默症學會的統計，六十五歲以上患有失智（痴呆）症的人有百分之十，八十五歲以上則有近百分之五十。目前全世界估計約有二千二百萬人患有此症，其中一半病情屬中度或嚴重。男和女的發病率並沒有太大的分別，但由於女性壽命較長，因此女性患者的數量亦相對地高於男性。

大量的研究顯示，失智（痴呆）症病人的腦內病變與抑鬱症的形成有一定的關係。根據流行病學的研究，大約百分之三十至五十的失智（痴呆）症病人有抑鬱的病徵，但嚴重程度可能較一般抑鬱症為小。於另一個中國人社會的流行學研究中，發現百分之十六的失智（痴呆）症病人有可診斷的不同類形的抑鬱症。除此之外，當進行診斷時，我們要特別留意一些獨特的病徵，包括：脫離人際接觸，性情變得孤獨及暴躁。抑鬱病徵通常發生在失智（痴呆）症的初期，其發生率會隨著病情深化而上升。但是到了病症的晚期，抑鬱病徵的發生率卻會轉而減少。

文獻亦有顯示，在抑鬱的失智（痴呆）症病人當中，大約有百分之四十五有自殺的念頭。在另一個屍體解剖的研究中，雖然自殺人仕的臨床失智（痴呆）症的診斷並不比非自殺人仕多，但是於自殺人仕的腦內，發現有較多失智（痴呆）症的病變。

參考資料:

1. Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S., Schneider L.S., & Lebowitz B.D. (2002). Provisional diagnosis criteria for depression of Alzheimer Disease: Rationale and background. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 10, 129-141.
2. Ballard C., Bannister C., Solis M., et al. (1996). The prevalence, association and symptoms of depression among dementia sufferers. Journal of Affective Disorder, 36, 136-144.
3. Rubio A., Vestner A.L., Stewart J.M., Forbes N.T., Conwell Y. & Cox C. (2001). Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. Biological Psychiatry, 49, 137-145.
4. Liu C.Y., Fuh J.L., Teng E.L., Wang S.J., Wang P.N., Yang Y.Y., Liu H.C. (1999). Depressive disorders in Chinese patients with Alzheimer's disease. Acta Psychiatrica Scandinavica, 100, 6, 451-455.



讀者來信

問題：抑鬱症是否需要長期服用藥物，如果不服藥，我的病會否自行痊癒？

抗抑鬱藥是一些可調節大腦某些化學傳遞物質的藥物，使病人低落的情緒回復正常。個別病人會有不同程度的反應。療程的長短因人而異，病人一般都需要接受六至十二個月或以上的治療，以控制及防止病症復發。

根據外國一些研究指出，服用藥物的時間越長久，病情復發的機會越少。所以病人需要定期覆診，而醫生會與病人商討，按照病情，決定應該繼續藥物療程，還是逐步減少份量，以至最後完全停止服藥。

問題：如果病人覺得心情不佳，自己可否加藥，防止病情惡化？

當病人接受藥物治療初期，情緒仍相當低落，家人的支持是特別重要的。家人亦應留意病人對藥物所產生的反應，以便於覆診時告知醫生，使醫生更加了解病人病情的進展。

家人也可留意病人家裡的環境是否舒適和諧，與家人的關係是否融洽體諒，家裡是否有一些很大的難關要面對。這些原因都可以令到病人心情不佳。

如發覺病人的病情真的嚴重了很多，也不應胡亂加藥，因為這可能會令到病人的情況惡化，耽誤病人的痊癒，更可能引致藥物過量，產生副作用。家人應盡速安排病人約見醫生，由醫生評估病人的情況，然後給予適當的治療。





永遠懷念徐成君先生

本快訊編輯委員會委員徐成君先生於二零零七年五月二十七日因病遽然辭世。

徐先生一九九零年畢業於葵涌醫院精神科護士學校，及後服務香港瑪麗醫院並晉升至老人精神科專科護士。

徐先生一生好學，在百忙的工作中仍力學篤行，並獲取香港大學護理學學士及碩士學位。

徐先生克盡厥職，盡心竭力服務社群，貢獻良多，深受病人愛戴，同仁器重，今英年早逝，誠醫護界一大損失。本編輯委員會委員同感深切哀痛，謹向徐先生的家屬，致以深切慰問。

速治服務快訊編輯委員會
二零零七年六月一日

編輯委員會

本刊由老人精神科速治服務快訊編輯委員製作。委員會成員來自醫院管理局各聯網屬下的老人／老齡精神科服務：

潘佩璆醫生	九龍東聯網精神科顧問醫生
陳華發醫生	東區尤德夫人那打素醫院精神科顧問醫生
左美約醫生	新界東聯網精神科副顧問醫生
劉家獻醫生	葵涌醫院老齡精神科醫生
呂少鋒	東區尤德夫人那打素醫院老人精神科專科護士
陳德良	九龍醫院精神科護士長
徐成君	瑪麗醫院老人精神科專科護士
彭樹良	青山醫院老人精神科社康護士



本刊預計全年出版三期，為電子刊物
本刊文章內容屬個人意見，並不代表編輯委員會立場
歡迎轉載、連結或翻印本刊文章，惟須註明出處、作者及不可作出刪改



我們歡迎讀者以電郵方式提問及賜教。電子郵箱地址為：

espshk@yahoo.com.hk