

香港長者護理參考概覽一 長者在基層醫療的預防護理

2021年修訂版

Developed by :

基層醫療概念模式及
預防工作常規專責小組
Task Force on Conceptual Model and
Preventive Protocols

基層醫療工作小組
Working Group on Primary Care



醫務衛生局
Health Bureau

With the professional advice of :



衛生署
Department of Health



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY

Supported by :



香港醫學專科學院
Hong Kong Academy of Medicine



香港社會醫學學院
Hong Kong College of Community Medicine



香港內科醫學院
Hong Kong College of Physicians



香港家庭醫學學院
The Hong Kong College of Family Physicians



香港理工大學醫藥及社會科學院
Faculty of Health and Social Sciences, The Hong Kong Polytechnic University



香港中文大學醫學院
Faculty of Medicine, The Chinese University of Hong Kong



香港大學李嘉誠醫學院
Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong



社會福利署
Social Welfare Department



香港牙醫學會
Hong Kong Dental Association



香港西醫工會
Hong Kong Doctors Union



香港醫務委員會執照醫生協會
The Association of Licentiates
of Medical Council of Hong Kong



香港醫學會
The Hong Kong Medical Association



病人互助組織聯盟
Alliance for Patients' Mutual Help Organizations



香港心理學會
臨床心理學組
Division of Clinical Psychology,
Hong Kong Psychological Society



香港老年學會
Hong Kong Association of Gerontology



香港老年學護理專科學院
Hong Kong College of Gerontology Nursing



香港職業治療學會
Hong Kong Occupational Therapy Association



香港物理治療師工會
Hong Kong Physiotherapists' Union



香港紓緩醫學學會
Hong Kong Society of Palliative Medicine



香港老人科醫學會
The Hong Kong Geriatrics Society



香港眼科視光師學會
The Hong Kong Society of Professional Optometrists



基層醫療
PRIMARY CARE

首次出版年份：2012
最後更新日期：2021

目錄

初版前言	4
證據陳述及建議級別的註解	6
建議概述	7
意向聲明	11
1 香港長者的健康概況	12
1.1 老齡化人口統計	12
1.2 影響積極老齡化和損害長者生活質素的常見健康問題	13
1.2.1 生理	14
1.2.2 心理	15
1.2.3 社交網絡與支援	16
2 針對長者健康的整合及協作模式	17
2.1 以人羣為本並貫穿人生歷程的方針和以個別高風險人士為本的 方針.....	17
2.2 基層醫療與專科及醫院服務提供者之間的協調	18
2.3 跨專業醫療服務	18
2.4 跨界別協作	19
2.5 提升病人和照顧者的能力	20
3 基層醫療在長者的預防護理方面所擔當的角色	21
4 《香港長者護理參考概覽 — 長者在基層醫療的預防護理》的發展	22
4.1 目的和目標	22
4.2 組織和結構	22
4.3 以實證為本的方針	23
5 為長者提供預防護理的建議	24
5.1 疫苗接種	24
5.2 實踐健康的生活模式	26
5.2.1 吸煙	26
5.2.2 飲酒	27
5.2.3 體能活動	29
5.2.4 體重管理和營養.....	31
5.2.5 社交和消閒活動.....	34
5.2.6 睡眠衛生.....	35

5.3	牙齒健康護理	36
5.4	及早識別和治理常見的長者健康問題.....	37
5.4.1	慢性病	37
5.4.2	癌症	43
5.4.3	機能殘疾	47
5.4.4	精神障礙	54
5.4.5	其他	58
5.5	對社交網絡和支援的評估	59
6	為不同身體機能狀況的長者提供以實證為本的建議做法	63
6.1	生活模式建議 — 以人羣為本的方針	63
6.2	風險評估與及早識別	64
6.3	為不同身體機能狀況的長者提供護理 — 個別高風險人士為本的方針	65
6.3.1	獨立和沒有已知慢性疾病的長者.....	67
6.3.2	獨立和患有慢性疾病的長者.....	69
6.3.3	為身體殘障的長者提供護理.....	70
7	未來方向	73
附錄 1	在基層醫療為長者提供預防護理的概念模式	74
附錄 2	提供與長者健康護理相關實用資訊的網址	76
附錄	詞彙	82
鳴謝	85
參考資料	93

初版前言

加強基層醫療服務是醫療改革諮詢文件《掌握健康 掌握人生》提出的建議之一，於二零零八年進行第一階段公眾諮詢時，獲得市民廣泛支持。鑑於有關建議獲得廣泛支持，健康與醫療發展諮詢委員會重新成立基層醫療工作小組（工作小組），並由食物及衛生局局長擔任主席，以探討加強和發展本港基層醫療策略的建議。

工作小組現已成立四個專責小組，負責研究醫療改革諮詢文件所載列的具體建議，其中之一是基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組（專責小組）。專責小組負責就以實證為本的概念模式，向工作小組提供建議，並提供在本地基層醫療環境下使用的相關參考概覽。專責小組亦負責發布、修訂及建議策略以推廣所採用的模式及概覽。

與持份者多番討論後，專責小組已制訂出一套適用於治理慢性疾病的基本概念模式。這套模式以全民為本，貫穿各個人生歷程，並以一個共識作為基礎，就是我們需要一套切合個人需要及處理個人風險，全面而持續的醫療方針。根據此概念模式，糖尿病及高血壓的參考概覽已於二零一一年制訂。此參考概覽涵蓋範圍廣闊，包括第一層預防及生活模式轉變、高危羣體評估、及早偵測及治理疾病，以及確保患上較複雜病症或傷殘人士在社區內所得到醫療服務的質素。此參考概覽亦重點提及有需要協調跨專業團隊的意見、推動病人參與，以及與社區及其他界別連繫。

迄今為止，專責小組正在著手制訂另外兩份參考概覽，分別關於兒童及長者。這些參考概覽包括一份核心文件，輔以一系列針對不同人口組別有關疾病治理及預防性護理的不同單元，旨在：

(a) 提供通用參考，指導及協調本港不同界別的醫護專業人員，從而

在社區內為兒童及長者提供持續、全面和實證為本的治理；

- (b) 提升病人和照顧者的能力；
- (c) 讓市民大眾更清楚知道促進兒童及長者健康和預防疾病的重要性。

這些概覽借鑑國際經驗及最佳實證，為基層醫療服務提供整體參考，以支援在本港推廣基層醫療服務的政策。然而，鑑於臨牀實踐及病人參與須與科學進步的步伐一致，為確保概覽反映最新醫學發展及實證，藉以為最佳實踐提供參考，專責小組成立了四個臨牀諮詢小組，定期檢討及更新參考概覽。臨牀諮詢小組由來自學術界、專業團體、公私營基層醫療界別的專家及病人組織組成，他們以個人名義擔任小組成員，而並非以所屬的機構作為代表。

本港不同界別專業醫護人員的支援及認可，對推廣採納此參考概覽起著重要作用。我們希望參考概覽有助加強預防性護理方面的工作、透過跨專業護理促進醫護服務的協調及治理的持續性、推廣以實證為本的實踐、提升父母及照顧者的能力，以及加強醫療服務提供者之間的聯繫合作，以更妥善的方式為社區內的兒童及長者提供護理服務，從而改善上述兩個特定人口組別的健康。

葛菲雪教授

基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組召集人

證據陳述及建議級別的註解 [^]

證據級別

1++	高質素的隨機對照試驗統合分析、系統綜述，或偏頗風險極低的隨機對照試驗
1+	嚴謹的隨機對照試驗統合分析、系統綜述，或偏頗風險偏低的隨機對照試驗
1-	隨機對照試驗統合分析、系統綜述，或偏頗風險偏高的隨機對照試驗
2++	高質素的病例對照研究或隊列研究系統綜述 高質素的病例對照研究或隊列研究，因干擾、偏差或偶發機會而得出結果的風險極低，因果關係屬高概率
2+	嚴謹的病例對照研究或隊列研究，因干擾、偏差或偶發機會而得出結果的風險偏低，因果關係屬中概率
2-	干擾、偏差或偶發機會風險偏高的病例對照研究或隊列研究，有很大機會屬非因果關係
3	非分析研究，例如病例報告、病例系列
4	專家意見

建議的級別

甲級	進行至少一次統合分析、系統綜述，或隨機對照試驗評級為 1++，並直接適用於目標人口；或 隨機對照試驗的系統綜述或包含大量主要評級為 1+的研究的大量證據，直接適用於目標人口，以及顯示結果的整體一致性
乙級	包含大量評級為 2++的研究證據，直接適用於目標人口，以及顯示結果的整體一致性；或 評級為 1++ 或 1 的研究所得出的推斷證據
丙級	包含大量評級為 2+的研究證據，直接適用於目標人口，以及顯示結果的整體一致性；或 評級為 2++的研究所得出的推斷證據
丁級	證據級別 3 或 4；或 評級為 2+的研究所得出的推斷證據

[^]根據 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)分級。

建議摘要

5.1 疫苗接種

- 建議 65 歲或以上的長者和高風險羣組每年接種季節性流感疫苗。(第 24 頁)
- 建議 65 歲或以上而沒有高風險情況的人士接種一劑13價肺炎球菌結合疫苗或一劑23價肺炎球菌多醣疫苗。長者若有高風險的情況而以前未曾接種過肺炎球菌疫苗，應先接種一劑13價肺炎球菌結合疫苗，再於一年後接種一劑23價肺炎球菌多醣疫苗。如該高風險人士過去曾經接種其中一種肺炎球菌疫苗(13價或23價)，應於上一次接種的一年後接種另一種肺炎球菌疫苗。(第 24 頁)

5.2 實踐健康的生活模式

吸煙

- 在每個可能的機會詢問長者的吸煙狀況，並建議所有吸煙人士戒煙。(第 26 頁)

飲酒

- 評估所有長者攝入酒精的分量和次數。(第 27 頁)
- 提供有關飲酒的建議，以盡量減少與酒精相關的危害。(第 27頁)

體能活動

- 在每個可能的機會評估所有長者目前的體能活動量，並按長者的健康狀況鼓勵定期體能活動。(第 29 頁)

肥胖

- 建議為所有長者進行超重或肥胖篩檢，並給予行為改善的建議，以保持適中的體重。(第 32 頁)

牙齒健康

- 建議將口腔衛生作為整體健康教育的一部份進行推廣，並定期評

估口腔健康問題。(第 36 頁)

5.4.1 慢性疾病

高血壓

- 建議長者每年接受高血壓篩檢。(第 38 頁)

糖尿病

- 建議 45 歲或以上的人士定期接受糖尿病篩檢。(第 39 頁)
- 如先前的結果屬於正常，每三年接受糖尿病篩檢一次；如發現風險因素，應更頻密地接受篩檢，例如每 12 個月一次。(第 39 頁)

高血脂

- 建議 50 至 75 歲的人士定期接受高血脂篩檢。(第 41 頁)
- 如先前的結果在理想範圍內，每三年接受高血脂篩檢一次；如發現心血管疾病風險因素，應更頻密地接受篩檢，例如每 12 個月一次。(第 42 頁)

5.4.2 癌症

子宮頸癌

- 年齡介乎 25 至 64 歲並曾經有性行為的女性，應每年接受子宮頸細胞檢驗一次。如連續兩年的結果均屬正常，之後可以每三年接受檢驗一次。(第 44 頁)
- 65 歲或以上的女性，如連續三次檢驗結果均屬正常，之後可以停止接受檢驗。(第 44 頁)
- 65 歲或以上的女性，若從未接受過子宮頸細胞檢驗，或認為有檢驗的需要，也應進行子宮頸細胞檢驗。(第 44 頁)

結腸直腸癌

- 年齡介乎 50 至 75 歲沒有病徵、屬平均風險的人士，應考慮以以下其中一種方法接受結腸直腸癌篩檢，包括每年或兩年一次進行大便隱血測試、每五年進行一次軟式乙狀結腸鏡檢查或每十年進行一次結腸鏡檢查。(第 46 頁)

5.4.3 機能殘疾

聽覺障礙

- 建議對在社區居住的長者進行聽覺障礙的機會性篩查。(第 48 頁)

視覺障礙

- 建議對在社區居住的長者進行視覺障礙的機會性篩查。(第 50 頁)

失禁

- 建議對長者進行尿失禁的機會性篩查。(第 51 頁)

跌倒

- 建議有機會時評估長者跌倒的風險。(第 53 頁)

5.4.4 精神障礙

抑鬱

- 建議對長者進行抑鬱的機會性篩查。(第 55 頁)

認知障礙症

- 基層醫療工作者如基於直接觀察、病人報告或是家人或照顧者提出的關注，懷疑病人認知能力受損或變差，應評估病人的認知功能。(第 56 頁)

5.4.5 同時服用多種藥物和不良藥物反應

- 醫護專業人員為年長病人處方新藥時，應覆檢所有藥物(包括非處方藥物和草藥療方)，以免出現藥物重覆、相互作用或不良藥物反應。(第 58 頁)

5.5 對社交網絡和支援的評估

- 建議對長者的社會支援網絡進行機會性篩查，包括社交需要、社會支援的範圍和可供使用的情況。(第 59 頁)
- 建議為照顧者提供切合個人需要的支援，使他們能夠保持身心康泰。(第 60 頁)

意向聲明

本概覽是根據全球最佳實證編制而成。與所有概覽一樣，本概覽旨在支援疾病治理的決定，並肯定所有人都是獨一無二的個體，有他們本身的需要。專責小組致力提供準確及最新的資訊。由於概覽只是支援疾病治理的決定，因此並非強制執行。概覽亦不應詮釋為有任何法律效力的文件，而是應當詮釋為專業實務參考。個別病人的治療標準須依據具體個案所涉及的所有事實及實際情況而釐定。隨着科學知識及技術日益進步，醫療方式亦不斷發展，有關標準亦可能會轉變。疾病治理須由負責就具體治療程序或醫療計劃作臨牀決定的適當基層醫療人員進行。負責的基層醫療人員須與病人討論可行的診斷及治療方案之後，以訂定具體的治療程序或醫療計劃。

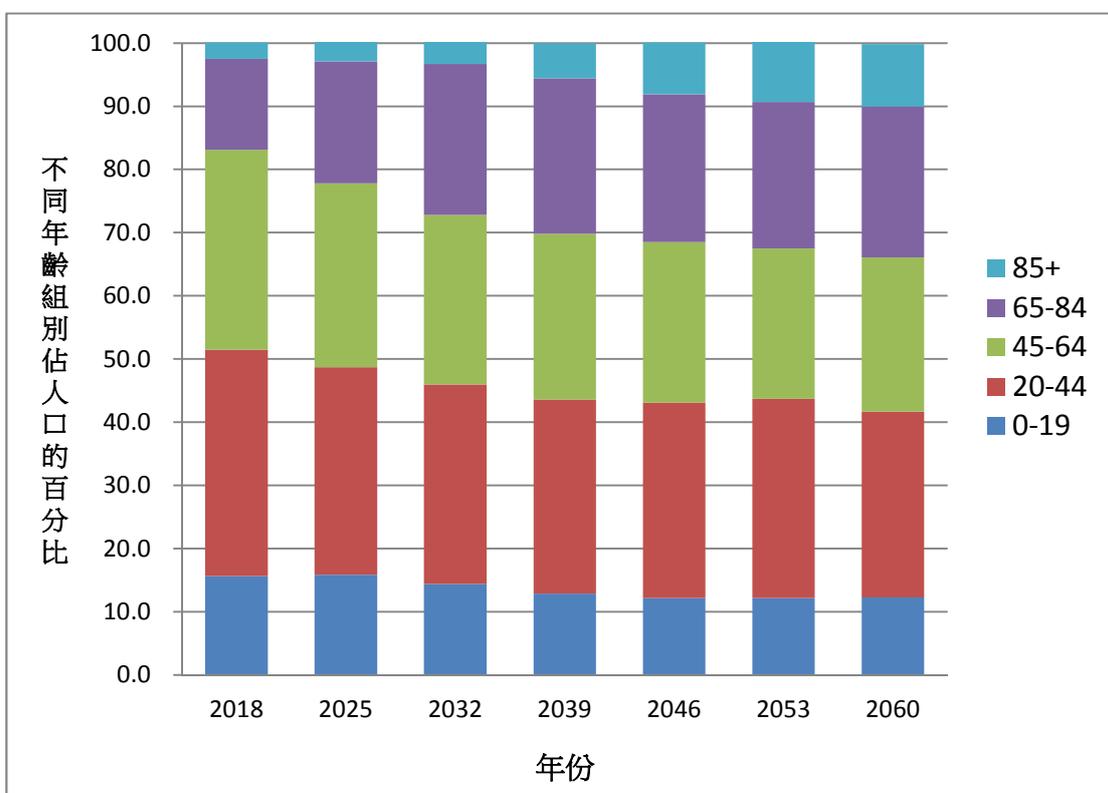
1 香港長者的健康概況

1.1 老齡化人口統計

香港人口正在轉型，長者的數目和在人口中所佔的比例，都在大幅增加。

預計到了二零三九年（圖1），香港65歲及以上居民的數目，會由二零一八年的大約130萬人(佔人口的17%)增加至大約250萬人(佔推算人口的30%)。而到了二零六零年，此數目會增加至大約270萬人(佔推算人口的33.5%)。85歲及以上的人口比例預計會由二零一八年佔人口的2.6%增加至二零三九年的5.6%。而到了二零六零年，此比例會進一步增加至9.9%¹。

圖1 二零一八至二零六零年按年齡組別劃分的香港人口趨勢



大多數長者都是獨立和健康的。然而，與較年輕的年齡組別相比，較高比例的長者需要高度的照顧和社區支援，以應付他們複雜的需要。這些需要通常在他們人生的最後幾年出現，又或者與存在多年的慢性病或殘疾有關。過去數十年，長者撫養比率，即65歲或以上人口數目與每1 000名15至64歲人口的比例，一直穩步增加，而且預測在未來30年，情況會一直持續，預計會由二零一八年的238增加至二零三九年的496，並在二零六零年進一步增加至588。這表示在未來20至40年，每1 000名15至64歲的人士，便要供養496至588名長者¹。

這情況對現有的醫療系統同時帶來挑戰與機遇。隨着人口老化，預料常見的慢性病患者率會進一步增加，社會對各種長者健康服務的需求亦必然上升。另一方面，假如長者能夠保持健康，在一個鼓勵他們積極參與的環境生活，則毫無疑問，他們的經驗、技能和智慧定會成為社會的寶貴資源。

因此，制訂策略使長者保持健康和良好的身體機能，是促進積極老齡化的首要工作。

1.2 影響積極老齡化和長者生活質素的常見健康問題

長者的健康與福祉受很多因素所影響，包括生理、心理、社會、文化、經濟和環境因素(附錄1)。個別的生理、心理和社會因素，可單獨或共同影響長者，對他們的日常活動起作用。

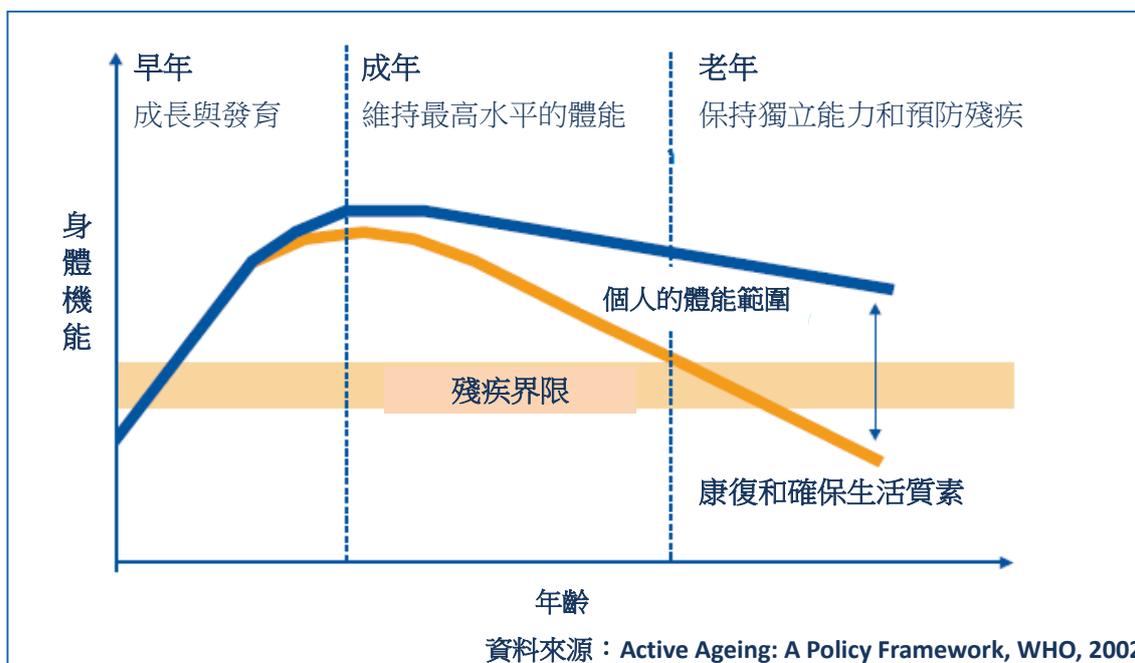
1.2.1 生理

殘疾和機能衰退

雖然殘疾並不是老化的必然部分，但年紀越大，的確越是常見。隨着人口增長和預期壽命增加，長者的數目會有所增加，而殘疾長者的數目也會隨之增加。

在老化的過程中，大部分器官在機能和保持體內平衡的能力上都會衰退。隨着生理機能因年齡增長而衰退，意味着長者在疾病預防和復元上的能力降低，更易受適應能力下降所影響。機能衰退通常會令機能受局限，影響個人的獨立能力和生活質素(圖 2)。視乎機能衰退的程度而定，有些長者的活動能力會大受限制，而另一些長者則相對較少受到局限。

圖2 不同人生歷程的身體機能變化



慢性痛症是香港長者常見的情況。研究發現，慢性痛症影響本港 60 歲及以上人口中的 37.1%，而 37.2% 報稱有多個痛處³⁻⁶。患慢性痛症的人口中，逾 32% 表示有中度至嚴重的殘疾³。在本地一項訪問了 4 000 名 65 歲及以上在社區居住的長者的研究中，他們普遍患有背部(48%)、膝部(31%)、頸部(22.5%)和臀部(8.9%)肌肉筋骨痛症的情況，導致一定程度的機能和心理障礙⁷。

二零一四年綜合住戶統計調查所得的本地數據顯示⁸，在全港人口中的 70 歲或以上人士，42.6% 有令日常生活受到限制的殘疾。主要問題包括身體活動能力受限制(31.6%)、視覺有困難(15.8%)和聽覺有困難(14.2%)。另一項研究調查了 2 032 名 70 歲或以上的香港華人長者，估計影響他們各式日常生活的殘疾的普遍率，結果發現，殘疾的普遍程度由最低的影響進食(0.8%)至最高的影響上落樓梯和洗澡(26.0%)不等⁹。

功能性殘疾損害生活質素，反之，活躍的生活有助長者保持獨立，並藉着增加社交接觸，改善精神健康。

1.2.2 心理

除生理機能外，心理(認知和情感)及社交機能，對長者的生活質素也同樣重要。這些機能對長者獨立應付社區生活、參與康樂及社區活動、與親友交往以及豐富其個人和摯親的生活有決定性影響。

(a) 認知障礙

認知障礙的特徵是記憶受損、處理日常事務日漸困難，及後發展至失去獨立生活的能力。一項本地研究顯示，認知障礙症的發病率隨着年齡增加，差不多每五年增加一倍。在 90 歲前，大約每四名長者便有

一名患有認知障礙症¹⁰。

一項較近期的本地研究估計，在70歲或以上在社區居住的華人長者之中，8.9%患有輕度認知障礙症¹¹。按性別比較，女性的患病率(12.3%)較男性(5.0%)高。隨着人口老齡化，認知障礙症的患病率在日後定必成為一個令人關注的問題。

(b) 情緒問題

精神健康問題(例如抑鬱)可以造成相當大的痛苦，導致個人社交疏離和生活質素下降，對患者的家人和社會帶來負面影響。抑鬱在基層醫療中很常見，但患病率則難以確定。一項本地研究顯示，在社區居住的華人長者的患病率，男性為11.0%，女性為14.5%，與西方國家的患病率大致相若¹²。

1.2.3 社交網絡與支援

人際關係的中斷和孤單是重要的壓力來源。相反，而互相支持的社交聯繫和親密的關係則是重要的情緒力量來源。長者有較大的機會失去家人和朋友，因此更易處於孤單和社交隔離的狀態。在本地長者人口當中，約10%獨居，67%與一名家人同住，即長者人口中約共78%獨居或只與一名家人同住^{13a}。在另一項本地調查，即使健康情況轉差，大多數長者(81.4%)都寧願在家居住，而不願入住院舍^{14a}。

社交支援和增加社交接觸不但可以改善生理和心理健康，更可減低患病的機會^{15, 16}。

2 針對長者健康的整合及協作模式

2.1 以人羣為本並貫穿人生歷程的方針和以個別高風險人士為本的方針

老年經常被認為是身體的機能衰退，生活愈趨倚賴，並且必須面對慢性或長期病患的一個時期。其實當人步入老年，身體的健康和機能不單與遺傳有關，更與怎樣生活息息相關。因此，老齡化必須從貫穿人生歷程的角度來看待。

由於年輕時形成的風險因素會導致年長時健康欠佳，因此通過適當的策略來預防和改變所有人生階段的風險因素就至為重要。預防疾病的策略可分為人羣為本或個別高風險人士為本的方針，以處理在不同人生階段決定健康的因素。

人羣為本的方針是為大規模改善人口的健康狀況(包括平均健康水平和健康狀況的人口分布)而制定的。這方針通過在人口層面促進健康和實施公共健康策略(例如推廣健康生活模式和接種疫苗)，以處理在人生歷程裏的風險因素。

個別高風險人士為本的方針特別集中於按人口統計、健康特徵或人生階段，被確認屬於高風險的人士。個別高風險人士為本的方針涉及個人層面的疾病識別和跟進，通常在基層護理環境進行。

附錄1總結了基層醫療為長者提供預防疾病護理的概念模式，當中是採用人生歷程方針，並輔以人羣為本的預防和治理策略。

2.2 基層醫療與專科及醫院服務提供者之間的協調

要成功推行本概覽所建議的各項預防策略，策略必須適應本地的架構、環境和需要。以最有效地提供預防措施為目標，基層醫療與專科及醫院服務提供者必須緊密合作，並設立一套更為積極主動、包括第一、第二和第三級預防護理的系統。

2.3 跨專業醫療服務

長者通常會因為有多種並存的疾病而有複雜的護理需要。因此，預防服務最好綜合在更廣闊及運用多種不同策略的護理計劃當中。這些策略包括由所有持份者協作的跨專業醫療服務方針，並且嵌進整個更廣闊、能夠支援綜合和協調護理服務的系統之中。成功的模式包括以下的護理“支柱”(詳見圖 3 的說明)：

- 服務提供系統的設計，必須可以促進醫療服務提供者之間的恆常溝通與協作，從而達到互相協調和持續的服務。
- 以臨牀資訊系統提供優質的病人資料，並支援跨專業醫療團隊之間進行即時資訊流通。
- 持續的專業支援，使不同界別的醫護專業人員可根據已知的實證，提供最佳的作業方式。

還有遍及這些提供優質的長者預防護理服務的“支柱”的共同理想：

- 推廣以持續護理、全人及以病人為中心的家庭醫生概念。
- 通過公眾教育和增強病人的能力，加強疾病的預防。
- 讓社區夥伴參與其中，使醫療護理與社會關懷之間建立更緊密的連繫。

圖 3 長者預防護理的綜合基層護理服務模式(套用：Active Ageing: A Policy Framework. WHO. 2002)



2.4 跨界別協作

有慢性病及複雜的護理需要的長者，經常要來回使用各層的醫療系統。因此，醫療服務必須有妥善的協調，以免服務延誤和重疊，確保暢順的持續護理服務。

面對長者在醫療護理方面有廣泛的需要，我們需要不同界別，包括專科醫生、老人科醫生、基層醫療服務提供者、專職醫療團隊、專業團體和社區夥伴等攜手合作的綜合服務方針。一個包含協調支援網絡的協作平台，對幫助長者在社區中享有獨立和有質素的生活十分重要。

2.5 提升病人和照顧者的能力

通過對人生不同階段推廣健康，使人們得以控制和改善健康，是康健樂頤年的基石。有關健康的知識、態度和信念是生活模式和健康行為的重要決定因素。由於這些行為會影響現在和未來的健康狀況，以增長知識或改變態度和信念為目的的健康介入措施，是健康推廣和教育的重要一環。

有研究清楚顯示，在基層醫療對病人進行教育和輔導有助他們對健康的瞭解，從而影響他們採取對健康有保障的行為¹⁷。

此外，病人視他們的家庭醫生為醫療資訊和疾病預防意見的首要聯絡者和可靠來源。因此，家庭醫生正處於一個提供健康教育信息和提升病人能力的有利位置。提升病人能力不但有助病人了解他們的疾病和健康需要，更可建立信心、發展自理技巧和加強與社區支援的連繫。這對於健康知識較差的長者來說尤其重要。有研究顯示，健康知識較差的病人健康狀況一般較差，入院率較高，也有較大可能不依循處方治療和自理計劃。他們傾向遇到較多服藥和治療上錯誤，並較少使用預防護理服務¹⁸。適當提升病人的能力後，長者不但可以參與自理和慢性病治理，更較有能力在健康上作出適當的決定，善用複雜的醫療系統，以確保獲得優質的護理。

3 基層醫療在長者的預防護理方面所擔當的角色

積極的老齡生活是多方面的，包括較少患病和與疾病相關的殘疾、高度的認知和生理機能，以及積極投入的生活¹⁹。隨着年齡增長，遺傳因素的影響相對減低，而生活模式這類非遺傳因素的影響會增加²⁰。許多可以患病的風險因素，都可以靠個人或者改變生活環境作出調整。因此，預防護理，特別是在促進健康方面，對於積極老齡生活來說非常重要。

作為第一個接觸點的專業人員，基層醫療服務提供者正好處於為長者提供預防性健康護理的重要位置，包括健康推廣、風險評估，以及為情況穩定和出院後的病人提供跟進護理。如需要進一步的護理服務，基層醫療服務提供者就擔當協調者的角色，建議和轉介病人接受有需要和適當的醫療服務，例如專科和住院護理。

患有慢性病的長者通常在醫療護理上有多重需要，為發展綜合服務的醫護人員帶來考驗。因此，一個健全的、着重提供以社區為本、全面、持續和協調的護理服務的基層醫療系統，可以幫助長者獨立地生活、預防功能上的衰退，並為照顧者提供支援。

4 《香港長者護理參考概覽－長者在基層醫療的預防護理》的發展

4.1 目的和目標

《香港長者護理參考概覽－長者在基層醫療的預防護理》提供最新和以實證為本的建議，以期望影響現行的作業方式，從而改善長者的健康。概覽旨在：

- 為本港不同界別的所有醫護專業人士提供一套通用的參考，從而為社區的長者提供持續和全面的護理；
- 建議以實證為本和適合基層醫療環境的介入措施，以促進健康、預防疾病和應付長者主要的健康風險；以及
- 教育和提升長者及其照顧者的能力，讓他們掌握更多有關促進健康、預防疾病和主動控制疾病的知識和技巧。

4.2 組織和結構

本參考概覽包括一份核心文件及一系列單元。核心文件根據附錄1所載之概念模式就長者在基層醫療的預防護理提供實證為本的建議，而各單元則詳述有關長者健康的各個議題。為充分利用現有資源，相關的實用資料已列於附錄2方便讀者參考。

4.3 以實證為本的方針

本參考概覽所載的建議是以研究證據、專家意見和預防護理服務背後的價值作為基礎。為了顯示支持性證據的可靠程度，我們採用了 **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)** 的分類，發展出一套類型學(載於第 6 頁)，將各類建基於例如現有資料的系統綜述、專家經驗，以及對個別介入措施進行個案研究的研究證據分級。一般來說，甲級建議有第 1 級的證據支持，至於第 2 及 3 級證據則被視為一般水平的證據。

5 為長者提供預防護理的建議

5.1 疫苗接種

長者患上流感和肺炎球菌感染等若干傳染病及其相關的併發症的風險很高。

基層醫療醫生在預防和治理傳染病方面，擔當重要角色，包括就傳染病預防和防疫注射提供意見。附錄2載列的網址提供有關疫苗接種的有用資料。

建議

建議65歲或以上的長者和高風險羣組 *每年接種季節性流感疫苗。

甲

建議 65 歲或以上而沒有高風險情況的人士接種一劑13價肺炎球菌結合疫苗或一劑23價肺炎球菌多醣疫苗。長者若有高風險的情況而以前未曾接種過肺炎球菌疫苗，應先接種一劑13價肺炎球菌結合疫苗，再於一年後接種一劑23價肺炎球菌多醣疫苗。如該高風險人士過去曾經接種其中一種肺炎球菌疫苗(13價或23價)，應於上一次接種的一年後接種另一種肺炎球菌疫苗。

甲

支持證據

雖然流感影響所有年齡的人，但 65 歲或以上人士患上流感而出現嚴重病情、併發症和死亡的比率較高。接種流感疫苗是預防流感及其併發症的一個有效方法。就長者而言，疫苗可以把嚴重病情和併發症的個案減少多達 60%，並把死亡個案減少 80%²¹⁻²³。接種流感疫苗可把不在院舍居住的長者的住院

1+

個案減少 25 至 39%。研究也顯示，接種疫苗可減低流感季節的整體死亡率，減幅為 39 至 75%²⁴。

入侵性肺炎球菌疾病屬於嚴重疾病，整體死亡率可由肺炎球菌菌血症的 20%至肺炎球菌腦膜炎的 30%不等，其中以長者患有入侵性肺炎球菌疾病的死亡的比率尤其高²⁵。在流感大流行期間，繼發性細菌性肺炎是導致患病和死亡的重要原因。

2+

*高風險羣組包括

- 於護理院舍居住或工作的人士
- 有長期健康問題，包括患有長期心血管疾病(患有高血壓但無引發併發症的人士除外)、肺病、新陳代謝疾病或腎病、肥胖(體重指數30或以上)、免疫力低的人士以及患有長期神經系統疾病，以致危及呼吸功能或難於處理呼吸道分泌物或因此病增加異物吸入肺內風險的人士，或欠缺自我照顧能力的人士。因為這些人士感染流感後引發併發症和死亡的風險增高
- 醫護人員
- 家禽業從業員
- 從事養豬或屠宰豬隻行業的人士

如要了解更多有關疫苗接種的資料，請參閱附錄2。

5.2 實踐健康的生活模式

許多長者主要的慢性健康問題都是可以預防的。在人生中累積的各種健康風險，加上在中年形成的健康風險因素，會導致年長後的健康較差。不過，通過及早預防，加上適當的風險因素管理，人生各個階段都可以獲得健康。很多健康的生活習慣不但有助改善生理和精神健康，更與長壽、減低慢性病風險和增加質量調整生命年有正面的關連^{26, 27}。因此，推廣健康的生活模式，應該是康健樂頤年的一個主要焦點。

5.2.1 吸煙

吸煙是全球可預防死亡和疾病的主因之一。科學證據確定，吸煙人士面對更多死亡和患病的風險，相關疾病包括癌症、心臟病、中風、動脈粥樣硬化、慢阻肺病及其他呼吸疾病。在任何年紀戒煙都有好處，而越早戒煙，所減少的風險就越多。

建議

在每個可能的機會詢問長者的吸煙狀況，並建議所有吸煙人士戒煙。

甲

支持證據

基層醫療醫生可以有系統地提供當時適切的意見，並向所有吸煙的求診病人提供支援，從而影響吸煙率^{28, 29}。

1+

有證據顯示，70歲以後戒煙，仍然對健康有正面的作用^{30, 31}。

5A(詢問、建議、評估、協助、安排)模式是一個具系統的戒煙輔導框架。

- 每次會面時詢問吸煙的情況
- 評估戒煙的意願
- 建議所有吸煙者戒煙
- 在動機、技巧和藥物處方方面給予協助
- 安排跟進和提供持續支援

如要了解更多有關戒煙服務的資料，請參閱附錄2。

5.2.2 飲酒

飲酒是中風、冠心病、高血壓、若干癌症和胰臟炎等不同健康問題的主要風險因素。由於身體的變化、新陳代謝減慢和患有其他疾病，長者特別易受酒精影響而危害健康。因此，如長者選擇飲酒，必須減少飲酒分量，以減低酒精相關疾病的風險³²。

建議

評估所有長者攝入酒精的分量和次數。

提供有關飲酒的建議，以盡量減少與酒精相關的危害。

甲

支持證據

美國預防工作小組在二零零四年發現，有充分證據顯示，在基層醫療環境進行篩檢，可準確識別飲酒到達危害水平或模式的病人。 1+

有證據顯示，在基層醫療採取扼要的行為輔導介入治療及跟進，可減少酗酒及酒精相關的危害^{33, 34}。

酒精使用障礙鑑別測試(AUDIT)是一項有廣泛研究支持，在基層醫療環境用以識別酒精相關問題的檢查工具。世界衛生組織去年制定這個由十條問題組成簡單測試，用以篩檢過量飲酒情況和協助簡單評估³⁵。

由四個項目組成的酒癮問題普查問卷(CAGE) (即覺得有需要減少飲酒、被人批評而感到煩惱、因飲酒而產生內疚和起牀後需要立即飲酒)，是另一個基層醫療常用的篩檢測試，用以識別病人是否濫用或倚賴酒精。

濫用酒精的行為輔導介入措施也可參考5A框架(即詢問、評估、建議、協助、安排跟進)。建議徹底戒酒，因為即使飲酒分量甚少，也會對長者的身體造成有害的影響。至於選擇繼續飲酒的長者，建議男性每日最多飲兩個標準酒量[#]，女性每日最多一個標準酒量。

如要了解更多有關飲酒的風險和本地提供輔導服務的中心資料，請參閱附錄2。

每標準酒量含有10克純酒精。一個標準酒量定義為10克純酒精，

即相等於約250毫升酒精含量為5%的啤酒、一小杯(100毫升)酒精含量為12%的葡萄酒或一個酒吧杯分量(30毫升)酒精含量為40%的烈酒。

5.2.3 體能活動

缺乏體能活動是多種慢性疾病的獨立風險因素，同時與高血壓、高膽固醇和身體超重等其他風險因素有關連。另一方面，定期進行體能活動對長者的健康和機能需要格外重要，因為體能活動有助：

- 減低引發糖尿病、肥胖、高血壓和心臟病等慢性病況的風險和控制病情，這方面對於長者尤其重要^{36, 37}；
- 改善活動能力、身體機能和獨立能力³⁶⁻⁴⁰。通過強化肌肉力量和改善平衡與姿勢，也可減低跌倒的風險^{41, 42}；
- 改善心理與社交健康、生活質素及融入社交生活⁴³。

建議

在每個可能的機會評估所有長者目前的活動量，並按長者的健康狀況推廣定期體能活動。

甲

支持證據

隨機對照試驗和系統性綜述確定，定期進行體能活動，可以同樣改善健康的長者及患有功能受損和抑鬱的長者的心理和生理機能⁴⁴⁻⁴⁶。

1+

世界衛生組織在二零一零年發表的《關於身體活動有益健康的全球建議》提出，65歲或以上長者應每周完成至少150分鐘中等強度帶氧體能活動，或每周至少75分鐘高強度帶氧體能活動，或中等和高強度兩種活動量的組合。帶氧活動應該每次至少持續10分鐘⁴⁷。即使是一小節的體能活動，例如每次10分鐘，若可重覆進行都會有益處。由於健康理由不能完成所建議體能活動量的長者，應在能力和條件允許範圍內盡量多活動。

除帶氧活動外，我們建議健康的長者每周至少有兩天(非連續)進行抗阻力鍛煉，例如遞進重量訓練計劃、負重柔軟體操、上落樓梯和其他運用主要肌肉組的肌肉強化活動。此外，我們也建議長者每周至少有兩天進行伸展運動，針對身體的主要筋肌組每次至少進行10分鐘伸展，每組肌肉重覆四次或以上(每次靜止伸展維持10至30秒)。另一方面，對患有糖尿病、高血壓、骨關節炎、骨質疏鬆症和心臟病等慢性病的長者，有關體能活動的建議應相應加以調整。詳情已載於衛生署印製的《運動處方醫生手冊》，也可瀏覽<http://exerciserx.cheu.gov.hk/tc/index.asp?MenuID=5>。

有助長者養成恆常進行定期體能活動的習慣的策略包括：

- 在處方較平常強度高的運動水平前，評估長者的情況，並監察增加運動量後會否出現任何不良反應；
- 按個人情況設計活動的進度，以切合個別長者的耐力和喜好，以盡量減低受傷的風險，同時加強遵從性；
- 讓長者參與設計和推行計劃，並安排切合特殊需要的活動種類；
- 在活動(耐力、力度、柔軟度和平衡)、強度(輕度、中度和劇烈)和形式(個人、小組和團體)等方面，提供靈活的組合；

- 提供進行家居活動的機會；
- 嘗試為在相似人生階段的人(例如退休人士、親屬喪亡者)製造進行體能活動的機會；
- 進行令人享受的活動，並加入更闊的社交元素；
- 處理社會和環境障礙，特別考慮負擔能力；
- 締造安全和便利長者活動的環境。

如要了解更多有關體能活動的資料，請參閱附錄2。

5.2.4 體重管理和營養

(a) 健康飲食習慣和均衡飲食

有關飲食模式與健康成效之間的關係，已受到廣泛研究。有足夠證據顯示，進食低脂、低飽和脂肪、低反式脂肪酸、低膽固醇以及多吃水果、蔬菜和含纖維的全穀物食品的人士，冠心病的患病和死亡率會較低。

攝取過多鹽分與高血壓有關連，並會引致心血管疾病，包括中風、心臟病發和心臟衰竭。有研究顯示，高血壓病人因採用防治高血壓的飲食計劃(Dietary Approaches to Stop Hypertension)而受益，計劃包括食用豐富的水果、蔬菜、含較低食物膽固醇的低脂奶類食品以及低飽和及總脂肪的食物⁵⁸。

因此，我們建議長者採用的健康飲食計劃，應包括豐富的水果、蔬菜(每日大約五份水果和蔬菜)、含較低食物膽固醇的低脂奶類食品以及低飽和及總脂肪食物⁵⁹。

除營養含量外，吃喝次數與牙齒健康也有關係，因為吃喝次數過於頻密，會增加蛀牙的機會。最好減少食用和飲用含糖食物的次數。如基於醫療或健康理由而不能避免，長者應向牙醫求診，以加強預防護理。

如要了解更多有關營養與飲食習慣的資料，請參閱附錄2。

(b) 肥胖

體重指標是不同國家的科研人員和醫療機構最常用作肥胖分類的方法。根據衛生署所採用的華裔成年人體重指標分類，體重指標達 23.0 kg/m^2 至少於 25.0 kg/m^2 即屬超重，而體重指標達 25.0 kg/m^2 或以上即屬肥胖。華人人口中央肥胖的定義，是男性和女性的腰圍分別大於或等於 90 厘米和 80 厘米。

肥胖與增加冠心病、高血壓、中風和二型糖尿病的風險有關連，也會增加肌肉筋骨疾患(例如膝關節炎)的患病率。

此外，肥胖也與生活質素降低有關，包括減低活動能力和在社會上被歧視。

建議

建議對所有長者進行超重和肥胖篩檢，並給予行為介入的建議，以保持適中的體重。

乙

支持證據

肥胖病人減輕體重，與減低糖尿病患病率、血壓下降和改善
血脂異常有關連⁴⁹⁻⁵²。

1+

體重指標和腰圍是可靠和有效的工具，用以識別基於超重和肥胖而有死亡及患病風險的個別人士。雖然在一般成人人口中肥胖的確與較高的死亡率有關，但對於年紀較長的人士(65歲及以上)來說，這種關係具有爭議⁵³⁻⁵⁷。對於這個重要的公共衛生問題，需要進行大規模並控制各項混雜因素的前瞻性研究才能解決。

行為介入的方式包括飲食教育和運動輔導，以助病人掌握所需技能和支援，改善飲食模式和進行更多體能活動。5A框架(即評估、建議、同意、協助和安排跟進)也可以作為指導體重管理的有用工具。

(c) 體重過輕和營養不良

我們知道，長者體重過輕與健康欠佳有關連⁶⁰。當攝取的營養未能達到營養要求，就會出現營養不良，而這情況很多時候是由於下列其中一個或以上因素造成：進食不足、患有令營養流失的疾病、營養吸收欠佳等。

營養不良在老年病人當中很普遍。一項本地研究顯示，入住療養及康復院舍的老年病人中有16.7% 出現營養不良，而完全倚賴他人、在安老院居住或者使用輪椅或長期臥牀的病人，出現營養不良的風險較高⁶¹。

營養不良會令健康逐漸衰退、體能和認知功能狀況變差、更多使用醫療護理服務、較早入住院舍和增加死亡率⁶²。及早識別有營養問題或營養方面有風險的長者，可以通過推行早期介入措施，盡量減低或扭轉營養不良所帶來的負面影響。

決定一名長者是否營養不良是有困難的。目前沒有可靠的實驗室化驗，可作為識別長者營養不良的有效篩檢工具。已知道與營養不良同時出現的貧血、低白蛋白血症和淋巴細胞減少症，或可顯示有急性或慢性病症，但並不是長者營養不良篩檢的可靠指標。

至於在社區居住的長者的營養狀況篩檢，最好的篩檢工具應該方便在基層醫療環境使用，而且切合實際⁶²。連續體重量度可以作為篩檢和監察營養不良的簡單工具⁶³。營養不良通用普查工具⁶⁴、微型營養評價法^{65, 66}和華人營養普查法⁶⁷，都是為評估在院舍居住的長者出現營養不良風險而發展的評估工具。有關營養不良通用普查工具、微型營養評價法和華人營養普查法的詳情，會在有關單元詳述。

處理長者人口營養不良的情況，必須採用跨專業醫療團隊的方針，同時治理病症及運用社交和飲食形式的介入方式。

5.2.5 社交和消閒活動

長者應該享受積極老齡生活，通過積極參與日常活動，提升他們的生活質素⁶⁸。除體能活動外，社交和消閒活動都是積極老齡生活的重要範疇。

消閒是愉快經驗的來源。有證據顯示，經常參與消閒活動會有助促進

生理、精神和社交健康⁶⁹⁻⁷¹。參與消閒活動也可減低抑鬱程度，提升應付與老年化有關的生活轉變的能力⁷²。

一項本地研究顯示，在香港的華人長者之中，看電視和聽收音機這類單獨進行和多坐少動的活動，佔最高的參與率；而玩撲克或打麻將，是他們最少參與的活動⁷³。性別、就業狀況、教育水平、是否接受社會福利、自我評價的健康和體能狀況，都與大部分消閒活動的參與率有莫大關係⁷³。

為推廣積極老齡生活，我們建議老年人按照他們的社會經濟和健康狀況，更積極參與多元化的消閒活動。由於參加社區長者中心活動是長者社交消閒的一種最經常參與的活動，這些中心的角色應予加強，藉以為長者提供社交網絡和支援的平台⁷⁴。附錄2標示了為長者提供社交和消閒活動的社區中心。

5.2.6 睡眠衛生

長者出現睡眠障礙的情況很普遍。一項本地調查顯示，在本港社區居住的70歲或以上的華人長者，有38.2%患有失眠(例如入睡困難、晚間經常醒來或過早睡醒)⁷⁵。長者出現失眠通常基於多個因素，並與生活質素較差甚至患病和死亡率增加有關⁷⁶。

健康的生活模式(例如定期運動、戒煙、節制飲酒)與良好的睡眠衛生可有助改善睡眠。

如要了解更多有關睡眠衛生的資料，請參閱附錄2。

5.3 牙齒健康護理

牙齒對長者來說十分重要，因為牙齒不但可保持身體有足夠和均衡的營養，也對語言、外表和整體健康狀況起重要作用。口腔健康問題在長者當中相當普遍，並與生活質素下降有關連⁷⁷。二零零一年口腔健康調查發現，在社區居住的65至74歲長者當中，8.6%沒有牙齒，而過半數在社區居住的長者有未經治療的蛀牙⁷⁸。

口腔健康欠佳與整體健康欠佳是互相影響的，主要由於兩者有共同的風險因素，例如嚴重牙周病與糖尿病、缺血性心臟病和慢性呼吸疾病有關連⁷⁹⁻⁸¹。另一方面，關節炎、中風和認知障礙症這些影響長者手部活動能力和自我照顧能力（即擦牙和清潔牙縫）的疾病，對長者的口腔健康都有深遠影響。因此，在相關的健康教育和促進活動中，應強調要注重與口腔有關的生活模式。

建議

建議把口腔衛生納入一般性的健康教育內，並定期評估口腔健康問題。

丙

支持證據

有研究顯示，口腔健康欠佳(即主要指蛀牙、牙周病和牙齒脫落)與許多系統性的健康問題有關連。預防口腔健康問題，對口腔本身和整體健康都有好處。有研究顯示，只要適當自理和妥善使用專業牙齒護理服務，便可以使口腔長期保持健康^{82, 83}。

2++

為符合長者的最佳利益，所有範疇的基層醫療專業人員都應該為長者提供口腔和整體健康的信息。目前，牙醫會向病人，特別是有嚴重牙周病問題的病人，提供有關戒煙和糖尿病篩檢的意見⁸⁴。基層醫療服務提供者也可以提供口腔健康信息，包括日常口腔衛生、減少吃喝和吃零食的次數，以及定期檢查牙齒的重要性。

口腔和牙齒對進食功能至為重要。因此，與進食、營養不良和頭頸部的痛症和感染有關的任何系統性問題，都應該考慮口腔和牙齒問題為可能的致病因素。有身體殘疾(例如中風、帕金森氏綜合症或關節炎)或認知殘疾(例如認知障礙症)的長者，在維持口腔自理和使用專業牙齒護理服務方面，會逐漸變得困難。所以應建議這些長者盡早尋求預防性牙齒護理。一般而言，提出“是否有咀嚼問題”和“是否有清潔牙齒的問題”這類簡單的問題，便可評估“進食能力”與“口腔衛生護理能力”。如長者有上述問題，便應鼓勵他們向牙醫求診。

如要了解更多有關口腔健康的資料，請參閱附錄2。

5.4 及早識別和治理常見的長者健康問題

5.4.1 慢性病

心臟病和癌症已成為導致長者殘疾和死亡的主因。一項本地調查顯示，在65歲及以上的長者中，超過8成報稱患有慢性疾病。當中，最普遍的是高血壓、高血脂、糖尿病及心臟病^{14b}。

因此，常見慢性病(例如高血壓、糖尿病、高血脂)的篩檢，對於減低長者殘疾和死亡至為重要。另一方面，由於介入措施發揮效用需時，開始篩檢這些常見的慢性病時，應顧及長者的個別因素(例如體弱多病、並存病和預期壽命)。

(a) 高血壓

高血壓通常沒有被診斷出來^{13b}。高血壓也是冠心病、中風、心臟衰竭和慢性腎病的主要風險因素。

良好的血壓控制與減低心肌梗塞、中風和心臟衰竭的患病率有關連。

建議

建議長者應每年進行高血壓篩檢。

甲

支持證據

對高血壓進行篩檢的好處備受確認，而及早治療高血壓可大幅減少心血管疾病事件的發生率⁸⁵。

1++

對主要的抗高血壓治療實驗進行的大規模前瞻性統合分析，確定了抗高血壓治療對長者大有好處。65歲以上病人按比例所得的好處並不少於較年輕的病人⁸⁶。

一項近期的結果研究顯示，即使是人口中最年老的一層(即80歲或以

上)，抗高血壓治療不但可以預防心血管疾病事件，也可以延長壽命⁸⁷。

在篩檢過程中識別的高血壓個案，應依照有關程序確診和跟進。由於長者的臨牀概況各異，因此，控制血壓的治理計劃應按個別情況而釐訂，並應逐步調低血壓，小心監察。《香港高血壓參考概覽－成年高血壓患者在基層醫療的護理》提供有關評估和治理高血壓的有用資料，可瀏覽

https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/tc_chi/reference_framework/hypertension_care.html。

(b) 糖尿病

糖尿病及其併發症，特別是沒有被識別或未有妥善控制的病情，會引致健康欠佳、殘疾和早逝。已確認在二型糖尿病患者中出現心血管併發症的重要風險因素包括年老、吸煙、高血壓、高血脂和不理想的血糖控制。

有證據顯示，實踐健康的生活模式，可大大減少患上二型糖尿病的風險。及早識別和有效治理是控制糖尿病的關鍵。

建議

建議45歲或以上的人士定期接受糖尿病篩檢。

乙

如先前的結果屬於正常，每三年接受糖尿病篩檢一次；如發現風險因素[#]，應更頻密地接受篩檢，例如每12個月一次。

丁

支持證據

由於高血糖情況是逐漸形成的，而且未必出現病徵，患有糖尿病的人可能經過數年也沒有被診斷出來⁸⁸。不過，患有糖尿病而沒有被診斷出來的人，出現心血管併發症的風險會增加。及早偵測前期糖尿病和糖尿病，以及提供有效的介入措施，可防止前期糖尿病惡化至糖尿病，並且能減低出現糖尿病併發症的風險^{89,90}。

2++

空腹血糖值和餐後二小時血糖值是糖尿病篩檢的兩項測試，兩者各有優劣。美國糖尿病協會建議採用空腹血糖測試作為篩檢，因為測試容易快捷，對病人更為方便，易於接受。如再次在不同環境下測出空腹血糖值高於或等於每公升7毫摩爾，或餐後二小時血糖值高於或等於每公升11.1毫摩爾，即確定患有糖尿病。

《香港糖尿病參考概覽－成年糖尿病患者於基層醫療的護理》提供有關評估和治理糖尿病的有用資料，可瀏覽https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/tc_chi/reference_framework/diabetes_care.html。

糖尿病的風險因素包括：

- 家族(直系親屬)患有糖尿病
- 超重／肥胖的人
- 曾經出現葡萄糖耐量異常或空腹葡萄糖異常

- 女性腰圍 ≥ 80 厘米；男性腰圍 ≥ 90 厘米
- 高血壓
- 代謝綜合症
- 有臨牀病徵的心血管疾病(例如冠心病、中風、周邊血管疾病)
- 出現其他心血管風險因素(例如低密度脂蛋白膽固醇較高、高密度脂蛋白膽固醇較低或三酸甘油脂較高、吸煙、缺乏體能活動)
- 曾經患有妊娠糖尿病／懷有巨嬰的女性
- 多囊卵巢綜合症
- 曾長期接受全身性的類固醇治療

(c) 高血脂

低密度脂蛋白膽固醇水平較高和高密度脂蛋白膽固醇水平較低，是冠心病的重要風險因素^{92, 93}。由於長者患冠心病的絕對風險較高，因此，長者出現潛在可預防冠心病事件的總數也較高⁹⁴。認識血脂概況有助決定預防心血管疾病的策略，包括心血管疾病的風險評估及使用降血脂藥物的考慮。

另一方面，患有高血脂的人絕大多數都不察覺病況。衛生署進行的人口健康調查顯示，總膽固醇屬於高水平邊緣或高水平的情況(高於5.2 毫摩爾／公升)，隨着年齡而有所增加，15至24歲人士有15.5%屬這種情況，而65至84歲人士則有44.0%。在總膽固醇水平較高的人士當中，超過三分之二(70.2%)並不知悉他們的情況^{13b}。

建議

建議 50 至 75 歲的長者定期進行高血脂篩檢。

乙

如先前的結果在理想範圍內，每三年接受高血脂篩檢一次；如發現心血管疾病風險因素[#]，應更頻密地接受篩檢，例如每12個月一次。

丁

支持證據

降血脂藥物治療可大幅減低血脂水平不正常人士患冠心病的患病率。得悉血脂水平有助識別有高風險患上心血管疾病的人，以及計劃其後的介入措施⁹⁶⁻⁹⁸。

2+

至於沒有心血管疾病或糖尿病病歷、也沒有病徵的人，應使用各種根據弗雷明漢研究制定的心血管疾病評估工具，從整體心血管疾病風險的角度檢視他們的總膽固醇和低密度脂蛋白膽固醇的水平。

由於總膽固醇與高密度脂蛋白膽固醇的比率常用作心血管疾病的風險評估，因此，總膽固醇和高密度脂蛋白膽固醇可以作為初步評估工具。此外，當血脂到達需要作出介入的水平，便應檢查和監察低密度脂蛋白膽固醇水平。

如有下列任何一項，會增加患心血管疾病的風險：

- 吸煙
- 肥胖
- 直系親屬患有早發性心血管疾病的家族病歷
- 被診斷患有下列疾病的病人：
 - 糖尿病
 - 高血壓

- 高血脂，低密度脂蛋白膽固醇水平較高及／或高密度脂蛋白膽固醇水平較低
- 冠心病、周邊血管疾病或缺血性中風
- 慢性腎病

5.4.2 癌症

癌症一直是香港的主要病因和死亡原因。家庭醫生在預防和及早識別癌症方面擔當重要角色，並可提供以實證為本的意見或在適當時進行篩檢。隨着以循證醫學出現，現在非常重視以已發表的證據來提出預防措施的建議。即使如此，仍然經常會因為從多個來源所得的證據和從不同醫療當局所提出的建議有差異而令情況不明朗。癌症預防及普查專家工作小組(“癌症專家工作小組”)轄下一個專家小組已檢視本地的情況，並提出適用於本地人口有關癌症篩檢的建議，載列於下文表 3⁹⁹。

表 1 癌症專家工作小組就香港常見的癌症作全民篩檢的建議⁹⁹

癌症類別	全民普查的建議
肺癌	不建議無病徵人士或吸煙人士接受以胸肺 X 光檢查或痰液化驗方式進行肺癌篩檢。 現無足夠證據建議或反對無病徵人士接受低劑量螺旋式電腦掃描作集體篩檢。
肝癌	不建議一般風險的無病徵人士接受以甲種胚胎蛋白測試或超聲波檢查進行肝癌篩檢。 (個別高危人士，例如慢性乙型或丙型肝炎感染者，或因任何原因患有肝硬化，在諮詢專業醫護人員後，可接受甲種胚胎蛋白測試或超聲波檢查，作為定期肝癌篩檢。)

鼻咽癌	沒有足夠證據建議使用針對特定艾巴氏病毒抗原的甲型免疫球蛋白測試，或者以艾巴氏病毒脫氧核糖核酸測試，進行全民鼻咽癌篩檢計劃。
乳癌	對於一般風險而無徵狀的本地婦女： 1)沒有足夠證據建議支持或反對進行全民乳房X光造影普查。 2)沒有足夠證據建議以定期乳房自我檢查作為乳癌篩檢方法。 3)與此同時，也沒有足夠證據建議接受臨牀乳房檢查。
前列腺癌	沒有足夠科學證據建議或反對為無病徵的男士以前列腺特異抗原血清測試及/或肛門指診，來進行全民前列腺癌普查。

(a) 子宮頸癌

子宮頸癌是癌前病變可被識別和治療的少數癌症之一。如能及早識別和治療細胞變化，多達九成常見子宮頸癌類別的個案是可以預防的。

建議

年齡介乎25至64歲並曾經有性行為的女性，應接受每年一次的子宮頸細胞檢驗。如連續兩年的結果均屬正常，之後便可每三年接受檢查一次。

65歲或以上的女性，如連續三次檢查結果均屬正常，之後便可以停止接受檢查。

65歲或以上的女性，若從未接受過子宮頸細胞檢驗，或要求

乙

進行子宮頸細胞檢驗，也應進行篩檢。



支持證據

因為子宮頸癌患者的存活率非常視乎確診的階段，識別最早期的子宮頸癌可以挽回生命。篩檢計劃已證明在識別和預防子宮頸癌方面十分有效^{102, 103}。不同地區人口推行帕氏抹片檢查後，子宮頸癌的死亡和患病率都一致大幅減低。

2+

每隔三年檢查一次，費用較為相宜，且與每年一次檢查相比，預防入侵性子宮頸癌的效用也沒有大幅降低¹⁰⁴。不過，有較高風險迅速罹患子宮頸癌的女性(例如免疫能力不足者)，經醫護人員酌情決定後，可考慮接受較頻密的檢查。

另一方面，無性經驗，或因良性疾病已接受全子宮切除手術並切除子宮頸的女性，無須接受子宮頸檢查。

有關衛生署推行的子宮頸普查計劃的資料，可瀏覽 <http://www.cervicalscreening.gov.hk/cindex.php>。

(b) 結腸直腸癌

結腸直腸癌的新症數目正在上升。在二零一五年，結腸直腸癌的新症共有 5 036 宗，在香港最常見的癌症中位列第二¹⁰⁵。

約半數結腸直腸癌新症在第三期或以上獲得診斷¹⁰⁶，並約有 90% 新症患者為 50 歲或以上人士。

在二零一五年，香港的年齡標準化發病率*，男性為 41.5，女性為26.2，與新加坡、日本和英國的數字大致相若。

此外，結腸直腸癌是癌症死亡個案的主因，在男性及女性中均排第二位，在二零一六年共有 2 089 宗死亡個案，佔所有癌症死亡個案的 14.7%。

在這種癌症早期時進行治療對患者生存率的改善已得到普遍的肯定。在許多國家(例如美國、英國、澳洲和新加坡)，已經推行篩檢計劃。

建議

年齡介乎 50 至 75 歲沒有病徵、屬平均風險#的人士，應考慮以以下其中一種方法接受結腸直腸癌篩檢，包括每年或兩年一次進行大便隱血測試、每五年進行一次軟式乙狀結腸鏡檢查或每十年進行一次結腸鏡檢查。

甲

支持證據

對於屬平均風險的個人，結腸直腸癌篩檢獲證實可改善存活率¹⁰⁷⁻¹⁰⁹，並已在海外受到廣泛推薦^{110,112,113}。

1++

就個別病人進行篩檢，建議基層醫療服務提供者與病人根據個別的風險概況，討論何為最佳的篩檢方法。我們也建議醫療服務提供者顧及大便隱血測試的敏感度較低，而軟式乙狀結腸鏡檢查和結腸鏡檢查相

關的潛在併發症和損害，為病人提供充分解釋，特別說明有關測試的限制以及接受篩檢的潛在風險和好處，讓病人作出知情的選擇。

有關大腸癌篩查先導計劃的資料，可瀏覽衛生署網頁
www.colonscreen.gov.hk/tc/public/index.html

至於是否推行全民結腸直腸癌篩檢，一項全民篩檢計劃在進行前必須有詳細的規劃，當中要考慮的因素包括公眾接受程度、適當的篩檢政策、篩檢的成效，以及醫療制度對於應付篩檢和治理篩檢測試陽性結果的準備程度和能力。在華人人口進行篩檢，能否有效減低結腸直腸癌的患病和死亡率，至今仍缺乏已公布的數據；也缺乏研究證明在香港推行結腸直腸癌篩檢的成本效益⁹⁹。目前，一項以社區為本的本地篩檢計劃現正進行，以測試在香港推行大規模計劃的可行性。此外，也有一項持續進行的研究，分析在香港推行結腸直腸癌篩檢計劃的成本效益。在未來數年，將會獲得更多本地數據。

* 為方便比較，香港的年齡標準化發病率是使用二零零八年GLOBOCAN所採用的同一種年齡標準化方法計算而成，當中的年齡標準化比率是根據Segi所建議(一九六零年)並經Doll等人所修訂(一九六六年)的標準世界人口計算，並採用10個年齡組別計算而成。

平均風險界定為沒有病徵的人，其本人或家族並無患有結腸直腸癌或腺瘤性息肉的病歷，也沒有已知可增加結腸直腸癌風險(例如發炎性腸道疾病)的固有疾病。

5.4.3 機能殘疾

長者特別容易因為健康問題與心理壓力和環境轉變的相互作用，導致身體機能受損。有些臨牀狀況(即癱瘓、站立不穩和跌倒、智力障礙、醫源病、失禁、視力受損、聽覺受損、失眠、孤立)特別多在長者身上出現，對於積極老齡生活和生活質素有莫大影響。

一些以不同人口中在社區居住的長者為對象而妥善進行的病理學研究顯示，通過對使用不同的身體機能篩檢工具進行訓練，完成訓練的人員能夠識別有不良結果風險的長者¹¹⁴⁻¹¹⁸。

評估長者的不同機能範疇，可有助及時提供所需的醫療服務，以免他們喪失機能，從而有助他們保持健康，達到獨立生活的理想水平。

(a) 聽覺障礙

聽覺障礙是影響長者最常見的一種殘疾，卻常被忽略和診斷不足。

隨着年齡增長，聽覺殘疾的罹患率會大幅增加。40-49歲人士出現聽覺有困難的比率為0.4%。而此比率在70歲或以上人士則上升至14.2%⁸。

聽覺障礙可影響個人的生活質素和獨立生活的能力。有研究顯示，聽覺障礙與增加長者社交孤立和抑鬱有關連¹¹⁹。

建議

建議伺機對在社區居住的長者進行聽覺障礙篩檢。

丙

“你或你的家人是否認為你可能聽覺受損？”這問題可作為聽

丁

覺障礙的第一項篩檢工具。

支持證據

沒有直接證據支持必須為沒有病徵的長者進行例行聽覺受損篩檢^{120 121}。不過，基於聽覺障礙的出現率甚高，而助聽器亦有其效用，有建議認為可進行**聽覺障礙機會性篩檢**¹²²。基層醫療服務提供者在識別患聽覺障礙的長者和協助他們取得包括助聽器等康復服務方面，也可以擔當重要角色¹²³。聽覺矯正不足可以成為患者接受醫護服務的阻礙，而一項隨機對照試驗顯示，聽覺受損與長者生活質素受到重大不良影響有關連，而這些影響是可以藉著使用助聽器而改善的¹²⁴。

2+

“你或你的家人是否認為你可能有聽覺受損？”這條全面的篩檢問題，即使有可能遺漏了輕微聽覺障礙的患者，可以作為聽覺障礙的第一項篩檢工具^{125, 126}。

如對這條篩檢問題的回應是確定的，便應該進一步接受臨牀評估。患有慢性中耳炎或突發性耳聾，或其日常生活受聽覺障礙影響的病人，應獲轉介至耳鼻喉科醫生作進一步評估¹²⁷。

(b) 視覺障礙

詳情請參閱視覺障礙單元

https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/english/pdf_viewer.html?file=download207&title=string248&titletext=string189&htmltext=string189&resources=07_Module_on_Visual_Impairment

年老是大部分視覺障礙的重要風險因素。40-49歲人士出現視覺障礙的比率為0.5%。而此比率在70歲或以上人士則上升至15.8%⁸。

視覺障礙的常見成因(即未經矯正的屈光不正、白內障、青光眼、老

年性黃斑點退化)通常是慢慢形成的。長者可能會因為病徵相對輕微而較少主動提及視覺障礙。

即使視覺敏銳度只是輕微受損，也可能對生理和心理狀況構成重大影響。視覺障礙與長者跌倒，以及身體機能和生活質素(包括獨立生活的能力)下降有一定關連，而視覺障礙越嚴重所帶來的影響就越大¹²⁸。

建議

建議伺機對在社區居住的長者進行視覺障礙篩檢^{96, 129}。

丙

支持證據

儘管缺乏直接證據證明在基層醫療環境為長者進行視覺障礙篩檢與臨牀情況改善有關連¹³⁰，但有研究顯示，對於有未經矯正的屈光不正的長者，及早識別和治理是有好處的¹³¹⁻¹³⁴。在基層醫療環境進行的視覺敏銳度測試並非入侵性，而且有可能藉此識別和轉介那些可以通過介入措施改善視覺敏銳度的長者。

2+

以施氏視力表測定視覺敏銳度是一項容易施行的測試，並已證實可有效識別嚴重眼疾^{135, 136}。具輔助作用的針孔測試可有助核實由屈光不正所造成的視覺敏銳度損失。如需要更全面的眼睛和視力評估，可考慮轉介病人予其它醫療專業人員(例如眼科醫生、視光師)。

雖然使用阿姆斯勒方格表或眼底鏡檢查以作視覺障礙的篩檢證據有限^{130, 137}，但這些儀器可以用於評估在基層醫療環境中表示有視力問

題的長者。此外，臨床視野檢查可以識別可能因青光眼這類眼疾造成的視野缺損。

有關單元會詳述以施氏視力表輔以針孔和阿姆斯勒方格表進行的測試。

(c) 失禁

長者失禁的患病率非常高(約佔女性長者人口 30%)¹³⁸，而大部分患者的家庭醫生亦不知道他們有失禁問題¹³⁹。雖然尿失禁不會對生命構成威脅，卻會對心理及社交造成重大影響，包括失去自尊、社交局限和抑鬱¹⁴⁰。

建議

建議伺機對長者進行尿失禁篩檢。

丙

支持證據

雖然沒有證據證明必須在一般人口中進行篩檢，但建議在較高風險者(曾經一產多胎的女性；超重的女性；患有糖尿病、中風、心臟病、腦神經失調、最近曾接受手術或呼吸系統疾病的人士，以及體弱的人士、長者或在院舍接受長期護理的人士)當中找出個案⁹⁶。

2++

要識別是否有尿失禁，可以提出這個簡單的問題：“你曾否漏尿或尿濕？”¹⁴¹。

患有尿失禁的病人應接受評估，以決定診斷類別和病因。通常可以根據病歷、身體檢查及尿液細菌培養和顯微鏡檢查作出評估。

- 壓力性尿失禁是在活動、咳嗽、打噴嚏、大笑、步行、提舉重物或運動期間可能漏出少量尿液。這情況在女性中較為普遍，不過男性也會出現這情況，特別是剛接受前列腺手術的男性。懷孕、生育和更年期是主要成因。如要識別是否患上壓力性尿失禁，可以查問：“在身體突然用力、提舉重物、咳嗽或打噴嚏時，你會否漏尿？(陽性似然比為 2.2；陰性似然比為 0.39)¹⁴²。
- 急迫性尿失禁是突然想小便，而且感覺強烈。這情況通常與尿頻和夜尿症有關連。這類失禁常見於膀胱過度活躍或不穩定、患有神經疾病和前列腺肥大的人士。
- 混合性尿失禁是壓力性尿失禁和急迫性尿失禁的結合，在女性長者中較為常見。
- 滿溢性尿失禁通常出現於過滿的弛緩性膀胱。

尿失禁通常可以在基層醫療環境成功治理。簡單的失禁治理要訣包括：

- 建議和教導病人做盤骨底肌肉訓練，藉此強化控制排尿的盤骨底肌肉
- 建議定時上廁，以改善控制膀胱的能力
- 建議在需要時使用尿墊和吸水力強的衣物

如需要進一步評估或治理，應考慮轉介病人予其他專科醫生，例如老人科醫生、婦科醫生和泌尿科醫生。

詳情請參閱長者跌倒單元

https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/english/pdf_viewer.html?file=download198&title=string235&titletext=string189&htmltext=string189&resources=06 en Module on Falls in elderly

(d) 跌倒

跌倒的風險隨着年齡而增加。在65歲或以上長者受傷事件中，跌倒佔74.5%。¹⁴³在香港，一項在醫院進行的研究顯示，65歲或以上住院的長者跌倒中，有9.9%因此骨折，31.3%軟組織受損¹⁴⁶。跌倒不但與老年人口患病率和死亡率有關連，也與長者整體機能較差和較早入住長期護理設施有關。長者跌倒較容易受傷，也是長者患有痛症和殘疾的主因，跌倒可以導致長者日常生活更受局限，失去獨立能力。

因此，減低長者跌倒的風險是一項重要的公共衛生目標¹⁴⁷。

建議

建議有機會時評估長者跌倒的風險。

丙

支持證據

雖然處理跌倒風險的臨牀評估計劃的整體好處被受爭議^{148, 149}，但根據多項對照研究和系統性綜述，偵查曾經跌倒的紀錄和進行與跌倒相關的評估，加上採取介入措施，有機會減低日後跌倒的可能性¹⁵⁰⁻¹⁵²。

2+

病人通常不會主動提及曾經跌倒，因此必須直接詢問以便找出個案。可以詢問病人過去十二個月內可曾跌倒作為篩檢方法。如下列篩檢問題的答案是確定的，接受篩檢的人便屬於高風險組別，必須接受進一步評估。

- 在過去的十二個月內，有否跌倒過兩次或以上？
- 有否因跌倒而需要求醫？
- 有否出現導致下肢疲弱、平衡力較差及／或步態障礙的臨牀病況(例如中風、帕金遜病、骨關節炎)？

可進行“起立－行走”計時測試，以進一步釐定跌倒的風險^{153, 154}。測試的做法是觀察一名病人不靠雙手從座椅站起，向前步行三米，然後轉身折返，走回起點坐下。超過 14 秒才完成測試的病人，跌倒的風險會增加，需要進一步評估。如長者因為在過去十二個月內曾多次(即兩次或以上)跌倒而需要醫療護理，或顯示步態及／或平衡異常，也應考慮轉介予專科醫生(例如老人科醫生)，進行多種因素的跌倒風險評估。

5.4.4 精神障礙

(a) 抑鬱

抑鬱與能量和動力降低、自尊心下降和人際相處困難有關連，並可能引發迴避社交和負面思想的循環，繼而使抑鬱惡化。長者抑鬱的風險因素包括自我評價的健康不佳、多種並存病、慢性痛症、視力問題、日常生活的障礙、經濟壓力和缺乏社會支援^{12, 155}。在香港，長者自殺也是嚴重的問題，長者抑鬱如能及時得以確認和及早治療，有機會改善生活質素、減少殘疾和預防早逝¹⁵⁶。

建議

建議伺機對長者進行抑鬱篩檢。

乙

支持證據

許多抑鬱的長者通常會因常見的生理病徵而求診，因此抑鬱在基層醫療層面容易被忽略¹⁵⁷。這情況或許反映經常求診者有較大機會是抑鬱的患者，也正好表明在基層醫療環境對抑鬱進行機會性評估的潛在價值^{158, 159}。系統性綜述也發現證據¹⁶⁰，支持在基層醫療環境進行抑鬱篩檢可以改善患者的識別率。

2+

進行抑鬱篩檢和自殺風險評估後，應緊接適當的跟進和治療^{96, 160-162}，而服務提供者應確保設有一套評估抑鬱患者的程序，以識別病徵的嚴重性和相關機能障礙的程度。

15項長者抑鬱量表(GDS-15)和病人健康狀況問卷-9(PHQ-9)都是篩檢抑鬱的可靠和有效工具，在本地獲得廣泛使用^{163, 164}。

這兩種工具都有較短的版本。粵語版的長者抑鬱量表-4(GDS-4)已發展成為一項初步篩檢工具，並且在基層醫療環境中通過驗證¹⁶⁵⁻¹⁶⁷。

病人健康狀況問卷-2(PHQ-2)由兩條問題組成(即“在過去兩個星期，你可有感到情緒低落、抑鬱或絕望？”及“在過去兩個星期，你可有感到做任何事都沒有興趣或不能令你開心？”)。該問卷有良好的敏感度，可以在初步篩檢時使用¹⁶⁸⁻¹⁷⁰。

篩檢結果如屬陽性，便應進行全面的診斷面談，以標準的診斷準則評定病人是否患有抑鬱症。

有關單元詳述長者抑鬱量表和病人健康狀況問卷。

(b) **認知障礙症**

詳情請參閱認知障礙單元

[https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/english/pdf_viewer.html?](https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/english/pdf_viewer.html?file=download215&title=string258&titletext=string189&htmltext=string189&resources=07)

[file=download215&title=string258&titletext=string189&htmltext=string189&resources=07](https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/english/pdf_viewer.html?file=download215&title=string258&titletext=string189&htmltext=string189&resources=07) Module on Cognitive Impairment

認知障礙症不僅對病人本身，也同樣對其家人和照顧者具破壞性。

有研究顯示，只有五分一至一半的認知障礙症個案在基層醫療的常規過程中被識別和記錄¹⁷¹⁻¹⁷⁴。缺乏識別對改善認知障礙症患者及其家人和照顧者的生活質素構成重要阻礙。

另一方面，及早診斷認知障礙症患者可以讓患者及其家人預料和計劃如何面對日後會遇到的問題。此外，在早期採取治療介入措施，可有效改善生活質素，減輕照顧者的壓力，並把入住院舍的需要推遲。

由於認知障礙症患者通常並不察覺自己的問題，並可能因其他理由而求診(例如健康狀況變差、營養狀況變壞、意外次數增加、社交能力下降)，基層醫療工作者需要有高度的警覺性，留意認知障礙症的不同表徵。

建議

基層醫療工作者如基於直接觀察、病人報告或是家人或照顧者提出的關注，懷疑病人認知受損或變壞，應評估病人的認知功能。

乙

支持證據

現有的證據並不支持對沒有被懷疑認知受損的病人進行例行篩檢^{120,123, 175-177}。不過，使用目前認可的認知及記憶測試，可以藉診症的機會識別早期認知障礙症患者，從而預早準備護理計劃和個人輔導⁹⁶。

2+

此外，也有證據顯示，基層醫療服務提供者可在一般的診症過程中，在有限的時間內作出有一定準確性的診斷^{178, 179}。

如病人覺醒但記憶受損，並有至少另一個較高層次的認知功能區域受損 (即判斷、抽象思考或執行複雜的任務的能力受損，失認症、失用症、視覺空間意識受損、在功能缺損情況下的人格轉變)，而影響正常社交及生活上的功能，就有可能患上認知障礙症。

簡短智能測驗(MMSE)[#]被各項研究認為是認知障礙篩檢最好的工具¹⁸⁰。簡短智能測驗界定認知受損的分界點，按個人的教育水平而有差異 (如從未接受過教育，分界點即少於或等於18；如受過一至兩年教育，分界點即少於或等於20；如受過兩年以上教育，分界點即少於或等於22)¹⁸¹。

鑑於在基層醫療的時間限制，建議其他篩檢工具也可以採用¹⁸²。中文簡短認知測驗(AMT)是驗證長者的認知功能是否異常的簡單測試¹⁸³。中文簡短認知測驗被認為可以針對檢測認知障礙症，但敏感度不及簡短智能測驗。一個經驗證的中文簡短認知測驗本地版本已普遍在香港使用¹⁸⁴。如需要對認知障礙症作進一步評估或治理，應考慮轉介病人予專科醫生(例如老人科醫生、神經科醫生、老人精神科醫生)。

[#] 請留意，簡短智能測驗(MMSE)受版權保護，採用時須獲得版權擁有者的授權。

中文簡短認知測驗會在有關單元中詳述。

5.4.5 其他

同時服用多種藥物和不良藥物反應

由於長者體內平衡機制和適應能力下降，他們特別容易受藥物的副作用和不良相互作用所影響¹⁸⁵。長者較常被處方多種藥物，因而有較高風險發生不良藥物事件。在各種與藥物相關的不良事件當中，譫妄和跌倒是兩種已被認定為長者藥物處理欠佳的併發症，而兩者都與患病和死亡率增加有關¹⁸⁶。

增加服用藥物也與口乾有關連，而口乾不但對生活質素構成負面影響，也是導致蛀牙的風險因素¹⁸⁷。應評估口乾的藥物副作用，如口乾情況對口腔功能有顯著影響，應建議長者約見牙醫。

建議

醫護專業人員為年長病人處方新藥時，應覆檢所有藥物(包括非處方藥物和草藥療方)，以免出現可能的藥物重覆、相互作用或不良藥物反應。

乙

支持證據

長者使用多種藥物或同時服用多種藥物，會增加不適當處方、不良藥物事件和入院的風險，而其中不少可以通過藥物覆檢而避免^{185, 188-190}。

2+

5.5 對社交網絡和支援的評估

對長者作出評估，應該顧及全面，包括生理、心理和社交層面的護理需要，並在計劃護理的過程讓照顧者及其他服務提供者參與，從而建議最適切的服务。

社交網絡和支援，對於長者在社區獨立生活甚為重要。如果他們有適當的社會支援，例如家務助理服務、送飯服務和照顧者支援，許多長者都可以在社區獨立生活。

良好的自我價值觀可有助長者改善健康，因此應鼓勵長者保持活躍，參與消閒活動，並保持與人接觸交往。

建議

建議伺機對長者的社會支援網絡進行篩檢，包括社交需要、社會支援的範圍和可供使用情況。

丙

支持證據

社交背景對長者疾病的所有範疇都有關，並對疾病的病因和病癒的可能性都有影響¹⁹¹。不論個人是否正面對壓力，社交上的支援可直接對其健康帶來助益，也可間接減輕因壓力而對個人健康所帶來的負面影響¹⁹²。

2+

照顧者的壓力

照顧者對於支援長者在家中居住擔當重要角色，並可能把長者移居護理安老設施的需要推遲¹⁹³。

另一方面，照顧者的角色既有其特殊的需要，也有機會感到情緒困擾、孤單和孤立無援，可能會因負擔過重而不能繼續承擔照顧者的責任¹⁹³。

壓力和重擔可以對照顧者的健康構成負面影響，甚至令照顧者和長者的健康都變差，更可能在某些情況下導致虐老。因此，除了評估長者的需要外，也應該評估照顧者的需要和支援。

建議

建議為照顧者提供切合個人需要的支援，使他們能夠保持身心健康。

乙

支持證據

照顧者健康變差與照顧能力減弱，與照顧角色所付出的時間和程度有明顯的關係。提供高度照顧的人與無須承擔照顧責任的人相比，健康欠佳的機會是兩倍¹⁹⁴⁻¹⁹⁶。

2+

此外，也有證據顯示，對照顧者作出評估，並支援他們的需要，對照顧者和被照顧者都有較好的結果，包括減少在在照顧過程中出現虐待的情況^{193, 197}。

照顧別人可以感到充實滿足。但當照顧者不獲認同，缺乏實際和情緒上的支援時，他們也會身心俱疲，形同透支。

為照顧者訂定肯定他們的貢獻的策略，在給予照顧的方式上讓他們提出意見，並支援他們的精神和生理的健康，使他們得以兼顧工作、家庭和社區生活。

有證據顯示，支援照顧者的資源對照顧者的健康有幫助，並可以把長者移居護理安老設施的需要推遲¹⁹⁸。

附錄2 載有給照顧者照顧長者的實用資料。

虐老

虐老指任何危害一名長者福利或安全的行動或行為。虐老是一個複雜的問題，通常由於個人、家庭和社會上許多風險和防護因素的相互作用所導致。一項本地研究顯示，過去一年，約有 20% 長者曾經歷不同形式的虐待。言語虐待是最常見的一種虐老形式(20.8%)，其次是社交虐待／疏忽照顧(3.9%)和身體虐待(2.0%)。一般來說，參加研究的受虐待長者較多是與家人同住的女性長者。他們通常視力和記憶力較差，較多患有慢性疾病，並且視自己為家庭的依賴者^{199, 200}。

被虐待的長者很可能表現身體不適、焦慮徵狀、情緒低落和迴避社交。醫護工作者應對這些行為和特徵提高警覺，並在遇上有這些表現的長者時，主動評估發生虐老的可能性。

為了盡量減低出現虐老的機會，照顧者應學習照顧的技巧，並把照顧工作跟別人分擔。此外，也應加強給有受虐風險的長者使用的社區支援。

如要了解更多有關虐老的資料，請參閱附錄2。

6 為不同身體機能狀況的長者提供以實證為本的建議做法

本文件所載以實證為本的建議涵蓋基層醫療中最重要的元素，包括健康風險評估、及早識別常見健康問題，以及推廣健康生活模式。為了獲得最佳健康裨益，在推行預防疾病的服務上，可結合以個別高風險人士為本和以人羣為本這兩種方針，以分散風險至較低水平，從而取得較大的健康成效。

6.1 生活模式建議 – 以人羣為本的方針式

由於本港人口的不健康生活方式和患有慢性疾病的情況相當普遍²⁰¹，因此採取以人羣為本的介入措施後，即使風險因素水平只出現輕微下降，預計亦會為整體人口的健康帶來重大改善。以人口健康的方針為基礎，首先應着眼於那些有可能改變的行為風險因素，包括不健康飲食、缺乏體能活動、吸煙和酗酒。

正如第 5 章所述，建議醫護人員在有機會時向長者推廣健康生活模式、接種疫苗和注意牙齒健康護理。這些建議概述於以下表 2。

表 2 建議使用以人羣為本的方式，提供關於生活模式的意見

預防護理	建議
1. 接種疫苗	每年安排接種季節性流感疫苗。 適當時，安排接種肺炎球菌疫苗。(第 5.1 章)
2. 吸煙	戒煙建議(第 5.2.1 章)
3. 飲酒	飲酒宜有節制(第 5.2.2 章)
4. 體能活動	建議定期進行體能活動(第 5.2.3 章)

5. 飲食與營養	建議保持健康飲食習慣和均衡飲食(第 5.2.5 章)
6. 口腔健康	提供口腔衛生方面的建議，並就進食和保持口腔衛生方面所遇到的困難進行評估(第 5.3 章)

6.2 風險評估與及早識別

除推廣健康生活模式外，通過及早識別風險因素及慢性疾病來推行預防疾病策略，也能大大減低長者對醫療服務的需求，同時可改善他們的健康成效。

為了讓更多長者參與預防疾病護理，可在指定就診時間為長者進行有系統的健康評估，及早識別風險因素和常見的健康問題。基於從有系統的健康評估中取得的風險狀況及身體機能的資料，便可以為不同類型的長者制訂個人化的疾病預防護理計劃，包括獨立和健康的長者、獨立和患有慢性疾病的長者，以及身體殘障的長者。

關於採取以目標與社區為本及積極方式，來推行包括找出個案、評估、護理計劃和護理協調的預防疾病護理的做法，已詳列於健康評估單元。

即使如此，值得注意的是，篩檢就是對認為自己健康的人進行檢驗。如懷疑他們患了某種疾病，就必須即時展開臨牀評估及治理工作。此外，篩檢屬於整體機制下的一環，當中除進行檢驗外，還要衡量其好處、壞處和篩檢對象的負擔能力。因此，篩檢計劃應在有相關的檢查及支援服務可隨時配合的情況下，才可推行。

6.3 為不同身體機能狀況的長者提供護理—個別高風險人士為本的方針

長者對護理次數的需求各有不同，很多時須視乎他們的身體機能水平來提供預防疾病護理服務。對於健康活躍的長者，大多採取貫穿人生歷程的措施，這着重促進健康和預防疾病兩方面的工作。另一方面，對於健康欠佳而有額外特別需要的長者，便須進行全面評估，以制定個人化的護理計劃。此外，健康活躍的長者因不幸事故而突然變成殘障，也是常見的情況。在考慮所有這些情況後，便應為身體機能處於不同階段的長者採取個別高風險人士為本的方針（圖 4 及圖 5）。基本上，長者越依賴他人照顧，需要護理的程度便越高。第一級預防和及早識別健康風險，適用於身體機能處於所有階段的老年人。當老年人患上慢性疾病，便應更着重於第二級預防。當老年人所患的慢性疾病惡化，導致他們身體出現殘障的時候，除繼續實施第一和第二級預防外，也應實施第三級預防。

圖 4 保持長者獨立能力的貫穿人生歷程透視圖

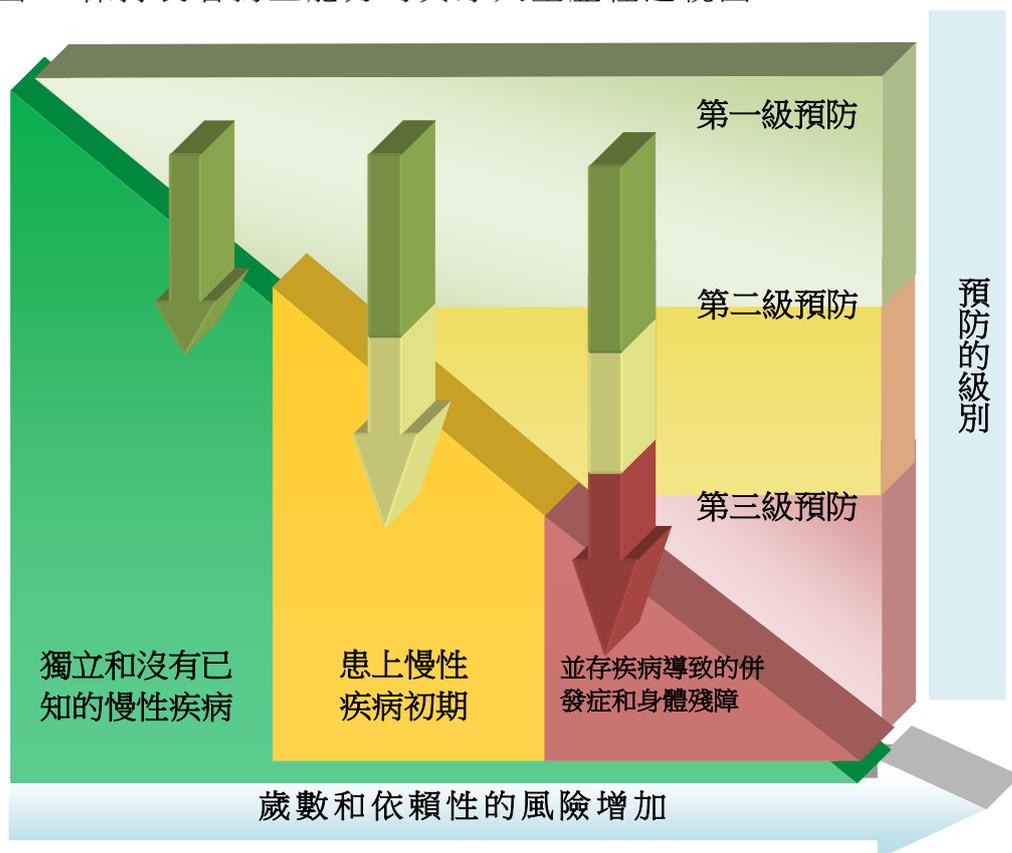
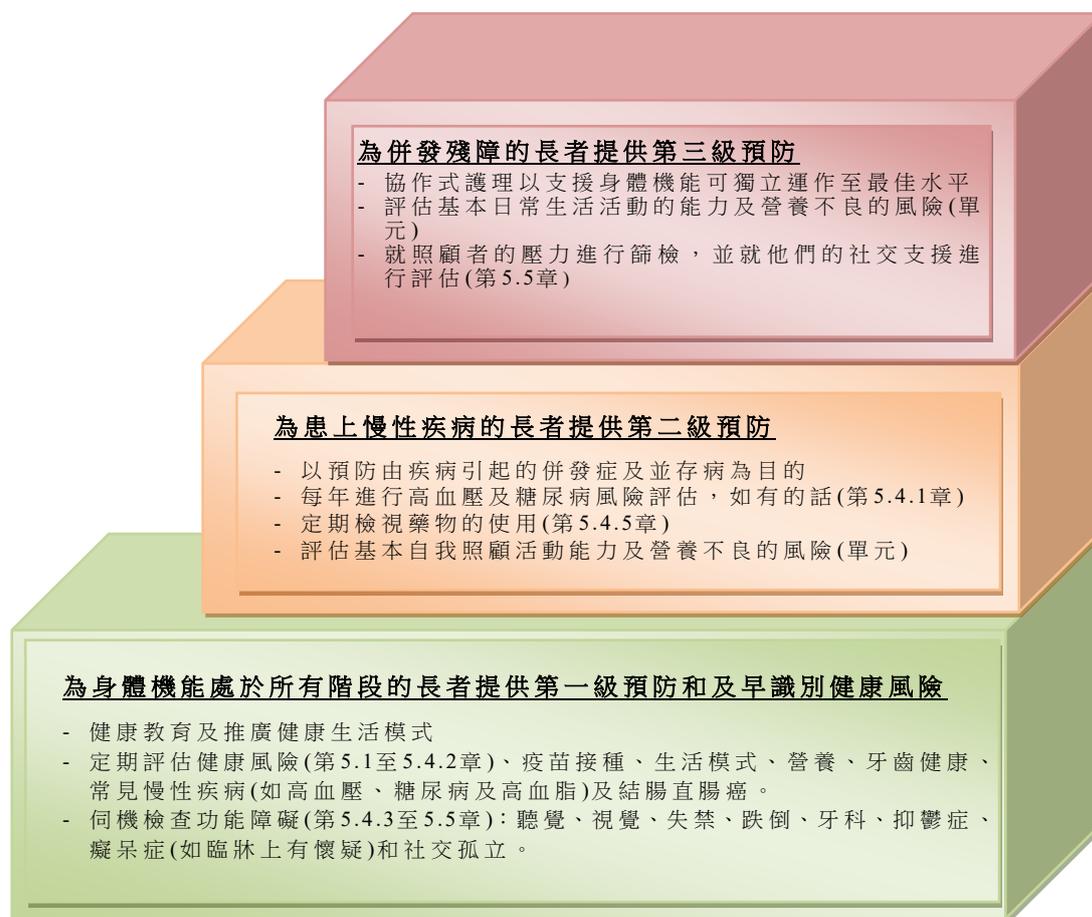


圖 5 貫穿人生歷程的長者疾病預防護理策略



6.3.1 獨立和沒有已知慢性疾病的長者

保持態度積極和身體健康對生活素質來說，十分重要。人們因老化而身體出現機能下降，至少部分原因可能在於他們的生活模式、行為、飲食和環境，而這些都是可以改變的²⁰²。越來越多證據也顯示，即使疾病的風險因素在晚年才改變，也會對個人健康有利。

因此，為這類長者所設立的基本目標，是要預防或延遲他們患上慢性疾病，並維持最佳身體機能狀態，從而幫助他們延展健康積極的人生。

為此，促進健康及有系統的健康評估對這類長者來說十分重要。建議的評估項目載述於以下表 3。

表 3 對獨立和沒有已知慢性疾病的長者採取疾病預防護理的建議

預防護理	建議	次數
1. 健康教育及健康促進	接種疫苗、健康生活模式、營養、口腔衛生(第 5.1 至 5.4.2 章)	每次有機會時
2. 高血壓篩檢	量度血壓 (第 5.4.1 a 章)	每年
3. 糖尿病篩檢	驗血檢查空腹血糖值 (第 5.4.1 b 章)	每隔一至三年
4. 高脂血症篩檢	驗血檢查血脂水平 (第 5.4.1 c 章)	每隔一至三年
5. 超重及過輕篩檢	檢查體重指標 +/- 腰圍(第 5.2.4 章) 監察體重及評估營養不良的風險 (第 5.2.6 章及單元)	每年
6. 子宮頸癌篩檢	檢視子宮頸細胞檢驗結果 (第 5.4.2 a 章)	如連續兩年的每年一次子宮頸細胞檢驗結果均屬正常，則可每三年檢驗一次 (詳情參閱第 頁)
7. 結腸直腸癌篩檢	檢視糞便隱血試驗結果 (第 5.4.2 b 章)	每隔一至兩年

8. 功能障礙篩檢	聽覺、視覺、失禁、跌倒、牙科、抑鬱、認知障礙症#和社交孤立(第5.4.3至5.5 章)	伺機檢查或臨牀上有需要時
-----------	---	--------------

基層醫療工作者如懷疑長者出現認知障礙或衰退，應評估其認知功能

6.3.2 獨立和患有慢性疾病的長者

一般來說，患有慢性疾病的長者在臨牀上有很大差異。他們所患的慢性疾病數目，病情的嚴重程度，以及身體功能上的限制，往往有很大差別。由於慢性疾病會產生協同效應，因此，各種不同的疾病所產生令人殘障的綜合作用，會較個別疾病產生的作用為大²⁰³。而且，隨着個別長者所患的慢性疾病數目增加，死亡率、身體功能狀態欠佳、非必要住院，以及藥物不良事故等風險也會相應增加²⁰⁴⁻²⁰⁶。

多種慢性疾病會同時導致長者失去身體功能、減低自我效能感，以及增加患上抑鬱症的風險，最後導致他們健康欠佳和出現身體殘障^{203, 207}。因此，為這些長者提供疾病預防護理服務的目標是參照第二及第三級預防，以適當地管理他們的慢性疾病，讓他們的身體功能可維持獨立運作。

為患有慢性疾病的獨立長者提出預防疾病護理方面的建議，載述於以下表 4，而有關各項身體功能的評估範圍，將於單元中詳述。

表 4 為患有慢性疾病的獨立長者提出的疾病預防護理建議

預防護理	建議
1. 高血壓及糖尿病 (如有)風險評估	就第二及第三級預防進行風險評估 (第 5.4.1 章)

2. 檢視所使用的藥物	檢查在使用藥物及同時服用多種藥物兩方面的相關問題(第 5.4.5 章)
3. 進行關於超重及過輕的篩檢	檢查體重指標+/-腰圍(第 5.2.4 章) 監察體重及評估營養不良的風險(第 5.2.6 章及單元)
4. 伺機檢查功能障礙	聽覺、視覺、失禁、跌倒、牙科、抑鬱、 認知障礙症 [#] 和社交孤立(第 5.4.3 至 5.5 章)
5. 進行關於自我照顧及應付日常生活的能力的篩檢	使用基本自我照顧活動能力及日常家居及社區活動能力評估工具，就日常生活遇到的困難進行篩檢(單元)
6. 評估社交網絡和支援	評估對社交及照顧者支援方面的需求(第 5.5 章)

[#] 基層醫療工作者如懷疑長者出現認知障礙或衰退，應評估其認知功能

6.3.3 為身體殘障的長者提供的護理

患有多種嚴重疾病(如中風、認知障礙症或關節炎)的長者會更易因身體的殘障而妨礙他們融入社區。現有證據顯示，長者身體功能衰退與多個不良後果有關連，包括入住院舍時間更長、比率更高，而且死亡率也更高。入住院舍反過來又會導致長者的身體功能下降，如營養不良、行動能力減弱，以及出現失禁、跌倒、譫妄、藥物問題和抑鬱。

在這組別中，慢性痛症也十分常見，並會令他們在身心及社交方面受損。因此，切合這長者組別的方式是及早介入，以預防他們的身體功能進一步受損，讓他們的身體機能保持最佳狀態，以便他們融入社會。這組別的長者有多種需要，因此可讓他們接受全面評估，而且應包括身心及社交方面的護理(如自我照顧的能力、聽覺及視覺受損、失禁、跌倒、抑鬱、認知能力受損、營養不良、同時服用多種藥物、社交支援及照顧者的壓力)。

為身體殘障的長者提供疾病預防護理的建議，載於以下表 5，並會在單元中詳述。

表 5 為身體殘障的長者提供疾病預防護理的建議

預防疾病護理	建議
1. 評估自我照顧及應付日常生活的能力	使用基本自我照顧活動能力及日常家居及社區活動能力評估工具，以評估長者在社區中應付日常生活的功能狀態(單元)
2. 就功能障礙伺機進行檢查	聽覺、視覺、失禁、跌倒、牙科、抑鬱、認知障礙症# 和社交孤立(第5.4.3至5.5章)
3. 評估營養不良的風險	檢查體重指標及監察體重(第 5.2.6 章及單元)
4. 檢視所使用的藥物	檢查在使用藥物及同時服用多種藥物兩方面的相關問題(第 5.4.5 章)
5. 評估社交網絡及支援	檢查照顧者的壓力(第 5.5 章)

基層醫療工作者如懷疑長者出現認知障礙或衰退，應評估其認知功能

一旦發現長者出現身體機能上的問題，基層醫療工作者可選擇自行採取初步介入措施，或選擇轉介病人至其他專科或社區中心，讓病人得

到其他有用的資料或服務。基層醫療工作者在以下方面的角色尤其重要：

- 為長者及其家屬提供切合他們需要的本地資源及服務資料，以便提供協助及支援。為支援健康欠佳的長者及其照顧者而提供有關社區資源的資料，載於附錄2。
- 與其他醫護專業人員及專科醫生在護理長者方面作出協調，並把以社區為本的安老服務和有需要的家庭連繫起來。
- 告知所有身體殘障的長者關於合適的社區為本中轉服務的途徑，確保他們可得到經協調及以社區為本的中轉服務。
- 識別健康欠佳長者的照顧者的特別需要，為他們提供策略，以促進他們的身體和情緒健康，以及照顧他們的福祉，包括連繫家庭支援小組及精神健康服務。
- 了解健康欠佳的長者的家屬在經濟上的需要，並提供相關支援渠道。
- 識別照顧者的壓力，並確保所有照顧者都認識自我照顧策略，以及優質護理方案。
- 主動地把健康欠佳的長者及其家屬與社區為本的機構及組織連繫起來，鼓勵他們參與康樂及社交活動。
- 採取以家庭為中心的方式為健康欠佳的長者提供護理服務，讓家屬在醫療、經濟及社交等方面可參與決定，包括長者的晚期護理安排。

7 未來方向

透過制訂及推廣各個參考概覽，同時配合基層醫療服務模式的其他體制上的改革，我們希望能造就更強調預防護理的範式轉移。

本參考概覽將會與時並進，逐步擴展及更新。本參考概覽的應用性取決於能否契合本地的社會結構、環境及需求。若要達到最有效地提供預防護理的目的，需要基層醫療的所有持份者同心協力，透過跨專業合作，建立涵蓋第一層、第二層及第三層預防護理的全面而更積極主動的系統。藉各參考概覽，我們希望能夠：

- 一) 推廣家庭醫生的概念，強調持續、全人及以病人為本的護理工作。
- 二) 提升大眾對疾病預防的重視。
- 三) 促進基層醫療的專業醫護人員與其他專業人士攜手合作，提供協調的服務。
- 四) 透過一個整合的系統，令社區各服務提供者相互交流合作。

附錄 1 在基層醫療為長者提供預防護理的概念模式

		健康決定因素			
	個人生活 模式因素	生理及心理因素	家庭及社交因素	社區及環境因素	服務的提供
65 歲 或以 上的 成人	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康飲食習慣 ● 定期體能活動 ● 體重管理 ● 吸煙者要戒煙 ● 預防與酒精相關的問題 ● 個人衛生及社會衛生 ● 每日口腔衛生及定期牙科檢查 ● 優質睡眠 ● 消閒及興趣 – 長者小組活動，如看書、讀報、下棋、打麻雀、耍太極、練五禽戲等 	<p><u>生理因素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 風險因素： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 跌倒 ➢ 高血脂 ➢ 肥胖或營養不良 ➢ 吸煙 ● 常見疾病： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 癌症，如子宮頸癌和結腸直腸癌 ➢ 糖尿病 ➢ 高血壓 ➢ 退化性關節炎 ➢ 慢性阻塞性肺病 ➢ 骨質疏鬆症 ● 功能評估： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 聽覺 ➢ 視覺 ➢ 活動能力 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家庭支援 – 教育照顧者及提供支援 ● 社交網絡及支援 ● 入住院舍 ● 為“老老”人提供護理 	<ul style="list-style-type: none"> ● 實際環境 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 住屋 ➢ 水 ➢ 居住及工作環境 ● 貧窮及社會地位 ● 環境風險因素(如暴露於傳染原、有毒或放射性物質、極端溫度) ● 預防受傷 	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 取得健康服務的途徑(包括牙科服務) ➢ 健康教育及促進 ➢ 牙科預防服務 ➢ 眼科服務 ➢ 社區護理服務 ➢ 自我照顧的建議 ➢ 接種疫苗 ➢ 控制風險因素 ➢ 治理功能障礙 ➢ 復康服務 ➢ 治理急性及慢性疾病 ● 預防與藥物相關的醫源病發生 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 中醫 ➢ 求醫行為 ➢ 選擇醫生行為

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 基本自我照顧活動能力及日常家居及社區活動能力 ➤ 進食的能力 ➤ 保持口腔衛生的能力 ➤ 失禁 ● 慢性痛症 ● 肌肉骨骼痛症 ● 濫用藥物及輔導 <p><u>心理因素</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 認知功能 ➤ 認知障礙症 ➤ 情緒問題 ➤ 預防自殺 ➤ 壓力管理 ➤ 處理策略 ➤ 人生轉型 ➤ 家庭轉變 			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 配合社會服務 ● 教育 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 健康認知能力 ➤ 應付日常活動及疾病併發症的技巧 ● 社交 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 取得社會福利服務的途徑 ➤ 照顧者支援 ➤ 暫托服務 ➤ 預設護理計劃 ➤ 喪親支援 ➤ 經濟援助 ➤ 擴展社交網絡 ➤ 正面面對衰老 ➤ 配合健康服務 ● 晚期護理安排
--	--	--	--	--	---

附錄 2 提供與長者健康護理相關實用資訊的網址

健康專題	有關材料	資源及網址
健康晚年	<p>給服務提供者的健康教育資訊</p> <p>給市民的健康教育資訊</p>	<p>衛生署 http://www.elderly.gov.hk/tc_chi/service_providers/education_kit.html</p> <p>衛生署 http://www.elderly.gov.hk/cindex.html</p> <p>香港中文大學 http://www.cuhk.edu.hk/med/shhcgg/healthyageing/healthyageing_c.html</p> <p>香港房屋協會 http://www.hkhselderly.com/tc/health</p>
長者疫苗接種	<p>接種流感及肺炎球菌疫苗的建議</p> <p>長者疫苗資助計劃及疫苗接種統計</p> <p>季節性流感疫苗接種的常見問題</p>	<p>衛生防護中心疫苗可預防疾病科學委員會 http://www.chp.gov.hk/tc/sas6/101/110/106.html</p> <p>政府疫苗接種計劃 http://www.chp.gov.hk/tc/view_content/17980.html</p> <p>衛生防護中心常見問題 https://www.chp.gov.hk/tc/features/100764.html</p>
吸煙	戒煙實用小貼士	<p>控煙辦公室 http://www.tco.gov.hk/tc_chi/quitting/quitting.html</p> <p>東華三院 http://icsc.tungwahcsd.org/index.php?lang_id=1</p>

	<p>提供戒煙服務的本地中心</p>	<p>香港吸煙與健康委員會 http://www.smokefree.hk/tc/content/web.do?page=Methods</p> <p>衛生署 http://www.tco.gov.hk/tc_chi/quitting/quitting_scc.html</p> <p>東華三院 http://icsc.tungwahcsd.org/services_info.php?id=10</p> <p>醫院管理局 http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10098&Lang=CHIB5&Dimension=100</p> <p>更多戒煙服務提供者 http://www.smokefree.hk/tc/content/web.do?page=Services</p>
<p>酒精和相關問題</p>	<p>有關飲酒的篩查、介入及酒精相關害處的資訊</p> <p>提供處理酒精相關問題服務的本地中心</p>	<p>衛生署 www.change4health.gov.hk/tc/alcoholfails/</p> <p>世界衛生組織 http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/zh/index.html</p> <p>屯門酗酒診療所 http://www3.ha.org.hk/cph/ch/services/at.asp</p> <p>“遠走高飛”酗酒治療計劃 http://atp.tungwahcsd.org/</p> <p>戒酒無名會 http://www.aa-hk.org/</p>

		<p>美國國家衛生研究院 http://nihseniorhealth.gov/exerciseforolderadults/faq/faqlist.html (只有英文版)</p> <p>英國衛生部 http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_127931 (只有英文版)</p> <p>英國國民保健服務處 https://www.nhs.uk/live-well/exercise/physical-activity-guidelines-older-adults/ (只有英文版)</p>
睡眠	睡眠衛生	<p>衛生署 http://www.elderly.gov.hk/tc_chi/healthy_ageing/mental_health/goodsleep.html</p>
口腔衛生	牙科護理	<p>衛生署 http://www.toothclub.gov.hk/chi/adu_01.html http://www.elderly.gov.hk/tc_chi/healthy_ageing/selfcare/oral.html</p>
給病人及照顧者的資源	<p>常見的慢性疾病</p> <p>認知障礙症</p>	<p>醫院管理局智友站 https://www21.ha.org.hk/smartpatient/SPW/zh-hk/Disease-Information/Chronic-Diseases-Zone/List/</p> <p>衛生署 http://www.elderly.gov.hk/tc_chi/common_health_problems/dementia/dementia.html</p> <p>香港認知障礙症協會 http://www.hkada.org.hk/ecmanage/page2.php</p> <p>香港耆康老人福利會 http://www.loveyourbrain.org.hk/</p>
	病人小組	<p>醫院管理局智友站 https://www21.ha.org.hk/smartpatient/SPW/zh-hk/Useful-Resource/Patient-Group/Category-List/</p>

		<p>殯明會 http://www.cccg.org.hk/</p> <p>寧舍 http://www.hospicehome.hk/</p> <p>網上追思及撒灰服務 http://www.fehd.gov.hk/tc_chi/cc/promotion.html</p>
--	--	---

篩檢

篩檢是運用測試、檢驗或其他可快速應用的程序，就未辨認的疾病或身體損害進行假設性識別。篩檢測試明顯地會把可能患某種疾病的人和可能沒有患某種疾病的人分開。篩檢測試的原意並非為達到診斷的目的。如懷疑某人患了某種疾病，就必須即時展開臨牀治理工作。此外，篩檢屬於整體機制下的一環，當中除進行測試外，還通常要衡量其好處、壞處和篩檢對象的負擔能力。因此，在檢查服務可予提供及有關的支援服務可隨時配合的情況下，才可推行篩檢計劃。

全民篩檢

全民篩檢是運用某個為疾病而設，並被認為是重要的篩檢測試，有系統地向經議定的政策、協議、質素管理、監察及評估框架下特定目標組別的所有個人提供，並且會產生合乎成本效益的淨好處，而社區也認為是可以接受的。

機會性篩檢

當某些個人基於與某疾病無關的原因求醫，尤其是該些可能有易患該疾病傾向的個人，例如有特別風險因素或增加風險的個人，並且在自然史上，該疾病可在及早檢測後控制得更好時，便會為該些個人提供機會性篩檢。全民篩檢與機會性篩檢的分別載於下表。

	全民篩檢	機會性篩檢
目標	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 目標是普遍人口 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 目標是個人而不是普遍人口
過程	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在展開篩檢計劃前，應有足夠人手及設施，以進行測試、診斷、治療及項目管理。 ➤ 積極邀請目標人羣參加。 ➤ 是一個有組織的綜合過程，篩檢程序中的所有活動均經過策劃、協調和受到監察。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 由個人而不是因應邀請決定求醫。 ➤ 基層醫療醫生在應診過程中遇有適當機會時，會建議病人接受機會性篩檢，以預防疾病。 ➤ 視乎應診時的情況，選取疾病進行機會性篩檢。有關的機會性篩檢必須合法和有方案可供選擇。
示例	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 子宮頸癌篩檢 年齡介乎 25 至 64 歲而曾有性行為的婦女如連續兩年的每年一次子宮頸細胞檢驗結果均屬正常，便會每三年獲邀請進行一次子宮頸細胞檢驗。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 認知障礙症機會性篩檢 即使病人不是基於認知問題相關的病情而求醫，但基層醫療醫生在應診過程中會知道病人是否有認知障礙症的跡象。基層醫療醫生會把握機會，進行認知障礙症機會性篩檢。

第一級預防

第一級預防的目的是藉着個人和共同努力，包括減低環境風險、改善營養狀況、接種疫苗預防可傳染疾病，或改善供水情況，以減低發病率。這是公共衛生方面的一項核心工作，當中包括健康促進。

第二級預防

第二級預防的目的是縮短疾病持續的時間，從而降低罹患率。如疾病屬不可根治，則第二級預防可能會提高病人的生存率和生活質素。第二級預防的目的很少是為了預防疾病發生；當癌前病變未惡化為腫瘤前被及早發現而得以切除時才可以發生。這是一套可供個人和社區及早偵測疾病，以便即時介入來控制疾病和減少殘障的措施，例如採取篩檢計劃等。

第三級預防

第三級預防包括多項措施，以緩減長期疾病和殘障對病人帶來的影響為目的，如避免或者減低病人蒙受的損害、殘障及傷殘、減少病人受苦，以及延長病人的潛在壽命年數或有用的壽命。

鳴謝

健康與醫生發展諮詢委員會基層醫生工作小組感謝基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組，以及臨牀諮詢小組的成員對「香港長者護理參考概覽－長者在基層醫療的預防護理」的製作和審閱所作出的寶貴貢獻。

健康與醫療發展諮詢委員會基層醫療工作小組成員名單 (2012年)

主席：	
周一嶽醫生	食物及衛生局局長(至二零一二年六月)
高永文醫生	食物及衛生局局長(由二零一二年七月開始)
食物及衛生局：	
袁銘輝先生	食物及衛生局常任秘書長(衛生)
成員：	
陳秀荷女士	安盛金融有限公司首席醫療及保障業務總監
陳煥堂醫生	養和醫院副院長及婦女健康及產科部主管
徐旺仁醫生	卓健亞洲有限公司行政總裁(至二零一二年三月)
陳崇一醫生	香港浸信會醫院行政總監
張德喜先生	病人互助組織聯盟外務副主席 (至二零一二年五月)
趙佩燕醫生	衛生署基層醫療統籌處處長(至二零一二年九月)
蔡堅醫生	香港醫學會前會長
朱亮榮教授	醫院管理局瑪麗醫院港島西聯網老人科顧問醫生主管
朱偉星醫生	醫院管理局港島東聯網部門主管及顧問醫生(家庭醫學及基層醫療)及副服務總監(基層及社區醫療)
鍾慧儀女士	醫院管理局總行政經理(專職醫療)
馮玉娟女士	醫院管理局總護理行政經理
葛菲雪教授	香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院院長及

	公共衛生講座教授
何錦霞女士	匯豐保險(亞洲)有限公司醫療及團體人壽總經理
許家驊醫生	鉅陽太陽能技術控股有限公司行政總裁
林露娟教授	香港大學家庭醫學及基層醫療學系主任及教授
劉燕卿女士	消費者委員會總幹事
李弘逸醫生	聖保祿醫院家庭醫學專科醫生
梁芷薇醫生	衛生署基層醫療統籌處處長 (由二零一二年九月開始)
梁世民醫生	香港牙醫學會會長
李國棟醫生	家庭醫學專科醫生、智經研究中心理事
劉良教授	澳門科技大學副校長(研究及拓展)
羅思偉醫生	醫院管理局策略發展總監
史泰祖醫生	皮膚科及性病科專科醫生
蔡惠宏醫生	香港家庭醫學學院前任院長
黃自傑醫生	Head - Corporate Medical Scheme Service 韋予力醫生醫務所
汪國成教授	東華學院校長 (任期截至二零一二年十月為止)
胡志城教授	香港理工大學眼科視光學院眼科視光學客座講座教授 兼榮休教授
楊超發醫生	西醫工會會長

基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組的成員名單 (2012年)

召集人：	
葛菲雪教授	香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院院長及 公共衛生講座教授
成員：	
區仕仁醫生	醫院管理局新界西聯網服務總監(社區醫療)

陳漢威醫生	港島西聯網服務總監(基層及社區醫療) 東華三院馮堯敬醫院內科及老人科部門主管
陳麗雲教授	香港大學社會科學院副院長
陳煥堂醫生	養和醫院副院長及婦女健康及產科部主管
徐旺仁醫生	卓健亞洲有限公司行政總裁 (至二零一二年三月)
張德喜先生	病人互助組織聯盟外務副主席 (至二零一二年五月)
蔡堅醫生	香港醫學會前會長
朱亮榮教授	醫院管理局瑪麗醫院港島西聯網老人科顧問醫生主管
朱偉星醫生	醫院管理局港島東聯網部門主管及顧問醫生(家庭醫學及基層醫療)及副服務總監(基層及社區醫療)
鍾慧儀女士	醫院管理局總行政經理(專職醫療)
馮玉娟女士	醫院管理局總護理行政經理
許家驊醫生	鉅陽太陽能技術控股有限公司行政總裁
許燕芬醫生	衛生署家庭醫學顧問醫生
林露娟教授	香港大學家庭醫學及基層醫療學系主任及教授
林璨醫生	醫院管理局威爾斯親王醫院家庭醫學部門主管、新界東聯網統籌專員(社區協作服務)、新界東聯網統籌專員(家庭醫學)
李兆妍醫生	衛生署家庭醫學顧問醫生(長者健康服務)
梁世民醫生	香港牙醫學會會長
梁士莉醫生	衛生署助理署長(家庭及長者健康服務)
梁挺雄醫生	衛生署衛生防護中心監測及流行病學處主任、社會醫學顧問醫生(非傳染病)
李國棟醫生	智經研究中心理事
劉良教授	香港浸會大學中醫藥學院院長
羅思偉醫生	醫院管理局策略發展總監
史泰祖醫生	皮膚科及性病科專科醫生
蔡惠宏醫生	香港家庭醫學學院前任院長

汪國成教授	東華學院校長（任期截至二零一二年十月為止）
黃望斯醫生	醫院管理局港島東聯網職康中心總監及家庭醫學及基層醫療副顧問醫生
胡志城教授	香港理工大學眼科視光學院眼科視光學客座講座教授兼榮休教授
楊超發醫生	西醫工會會長
楊允賢醫生	聯合醫務保健集團顧問醫生 東區尤德夫人那打素醫院兒科名譽顧問醫生

「參考概覽-老年人在基層醫療環境的預防護理」臨床諮詢小組成員名單 (2012年)

召集人：	
葛菲雪教授	香港中文大學公共衛生及基層醫療學院院長及公共衛生講座教授
共同召集人	
陳漢威醫生	港島西聯網服務總監(基層及社區醫療) 東華三院馮堯敬醫院內科及老人科部門主管
成員：	
區仕仁醫生	基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組成員
歐陽淑賢博士	香港理工大學康復治療科學系物理治療助理教授
陳鍾焜醫生	家庭醫學專科醫生
陳選豪醫生	私人執業醫生
陳慧敏醫生	社會醫學專科醫生
陳彥超醫生	基督教聯合那打素社康服務家庭醫學專科醫生
張漢明醫生	香港醫務委員會執照醫生協會會長
張德喜先生	病人互助組織聯盟
吳國強醫生	衛生署專業發展及質素保證高級主任醫生

鄭慧慈女士	香港職業治療學會副主席(二)
趙鳳琴教授	醫院管理局聯網統籌專員(精神科)、威爾斯親王醫院精神科學系系主任
朱亮榮教授	醫院管理局港島西聯網瑪麗醫院老人科顧問醫生主管
方乃權博士	香港理工大學康復治療科學系職業治療助理教授
馮振威先生	醫院管理局聯網專職醫療服務統籌專員(物理治療) ／廣華醫院部門經理
馮玉娟女士	基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組成員
何錦儀女士	香港老年學護理專科學院副主席
李兆妍醫生	衛生署家庭醫學顧問醫生(長者健康服務)
江明熙醫生	香港老人科醫學會會長
江永明醫生	香港社會醫學學院院士
關兆煜先生	醫院管理局九龍醫院護理總經理
郭志銳教授	香港中文大學內科及藥物治療學系老人科教授
賴錦玉教授	香港理工大學護理學院教授
林正財醫生	基督教靈實協會行政總裁
林定楓先生	社會福利署地區福利專員
林大邦教授	香港大學李嘉誠醫學院家庭醫學及基層醫療學系教授 及研究生教育總監
林璨醫生	基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組成員
劉浩濂醫生	香港家庭醫學學院副院長(一般事務)
羅桂媚小姐	香港眼科視光師學會司庫
李恩宏醫生	卓健醫療服務有限公司醫療標準監察委員會成員及卓健醫療服務醫務董事
李小碧女士	醫院管理局基督教聯合醫院部門經理(營養飲食治療)
李子芬教授	香港中文大學那打素護理學院講座教授及院長
梁萬福醫生	香港老年學會會長

梁世民醫生	香港牙醫學會會長
羅澤全先生	香港心理學會臨床心理學組副主席(公關)
馬曼芳女士	香港物理治療師工會副主席
繆潔芝醫生	醫院管理局高級行政經理(老人及社區服務)
莫俊強醫生	香港內科醫學院老人科專科委員會主席
吳顯波先生	香港職業治療學會代表、醫院管理局九龍醫院職業治療部高級職業治療師
余達明醫生	香港醫學會會董
蘇漢澄醫生	衛生署牙科服務牙科醫生
鄧文量醫生	天一醫療機構有限公司醫生
謝文華醫生	香港紓緩醫學學會委員
脫安生醫生	私人執業醫生
黃自傑醫生	Head - Corporate Medical Scheme Service 韋予力醫生醫務所
黃至生教授	香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院家庭醫學及基層醫療學部副教授
汪國成教授	東華學院校長（任期截至二零一二年十月為止）
胡志城教授	香港理工大學眼科視光學院眼科視光學客座講座教授 兼榮休教授
楊超發醫生	西醫工會會長

香港參考概覽專家小組在2021至2023年期間，支援此參考概覽的更新及發展工作。醫務衛生局衷心感謝專家小組成員的寶貴貢獻。

香港參考概覽專家小組成員 (2021-2023)

香港中文大學家庭醫學範疇之代表	黃至生教授 (召集人)
香港大學骨範疇之代表	忻振凱醫生 林楚賢醫生(自 2021 年 5 月起) (召集人)
香港大學心臟範疇之代表	謝鴻發教授
香港大學內分泌及糖尿範疇之代表	李智豪醫生
香港大學家庭醫學範疇之代表	林大邦醫生
香港大學老人範疇之代表	阮君毓醫生
香港中文大學心臟範疇之代表	甄秉言教授
香港中文大學內分泌及糖尿範疇之代表	馬青雲教授
香港中文大學老人範疇之代表	郭志銳教授
香港中文大學老人精神範疇之代表	林翠華教授
香港中文大學骨範疇之代表	容樹恒教授
醫院管理局心臟範疇之代表	余朝燊醫生
醫院管理局內分泌及糖尿範疇之代表	梁彥欣醫生
醫院管理局家庭醫學範疇之代表	陸雲醫生
醫院管理局老人範疇之代表	康佩玲醫生
醫院管理局骨範疇之代表	李威儀醫生
醫院管理局兒童範疇之代表	高步雲醫生
香港家庭醫學學院代表	劉浩濂醫生
香港社會醫學學院代表	江永明醫生
香港心臟專科學院代表	陳藝賢醫生
香港內科醫學院內分泌及糖尿範疇之代表	江碧珊教授

香港內科醫學院老人範疇之代表	佘國耀醫生
香港兒科醫學院代表	梁卓華醫生
香港骨科醫學院代表	丘偉鵬醫生
香港醫學會代表	蔡堅醫生
香港西醫工會代表	江炎輝醫生 陸偉亮醫生(自 2021 年 8 月起)
香港醫務委員會執照醫生協會代表	張漢明醫生
香港護理專科學院代表	曾家傑博士
香港物理治療學會代表	黃宇樂博士
香港職業治療學會代表	鄭慧慈女士
香港營養師協會代表	林思為女士 莫穎嫻女士 (自 2022 年 1 月起)
衛生署學生健康服務代表	鍾偉雄醫生
衛生署老人健康服務代表	李兆妍醫生
衛生署家庭健康服務代表	盧艷莊醫生
衛生署專業發展及質素保證代表	潘明慧醫生

參考資料

1. Projected Mid-year Population by Age Group and Sex (September 2017), Census and Statistics Department, HKSARG. Available at: <https://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/sp190.jsp?productCode=D5320182> [cited 11th June 2018]
2. Deleted
3. Wong WS, Fielding R. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general population of Hong Kong. *J Pain*. 2011 Feb;12(2):236-45.
4. Ng KF, Tsui SL, Chan WS. Prevalence of common chronic pain in Hong Kong adults. *Clin J Pain*. 2002 Sep-Oct;18(5):275-81.
5. Chung JW, Wong TK. Prevalence of pain in a community population. *Pain Med*. 2007 Apr;8(3):235-42.
6. Miu DK, Chan TY, Chan MH. Pain and disability in a group of Chinese elderly out-patients in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2004 Jun;10(3):160-5.
7. Woo J, Leung J, Lau E. Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. *Public Health*. 2009 Aug;123(8):549-56.
8. Persons with disabilities and chronic diseases, Social data Collected via the General Household Survey: Special Topics Report No.62, Census and Statistics Department. HKSARG. 2014. Available at: <https://www.censtatd.gov.hk/hkstat/sub/sp380.jsp?productCode=C0000055> [cited 2018 Jun 11]
9. Woo J, Ho SC, Yuen YK, Yu LM, Lau J. An estimation of the functional disability burden in elderly Chinese age 70 years and over. *Disabil Rehabil*. 1996; **18**(12): 609-12.
10. Chiu HF, Lam LC, Chi I, Leung T, Li SW, Law WT, et al. Prevalence of dementia in Chinese elderly in Hong Kong. *Neurology*. 1998; **50**(4): 1002-9.
11. Lam., et al., *Prevalence of very mild and mild dementia in community-dwelling older Chinese people in Hong Kong*. *International Psychogeriatrics*, 2008. 20:1, p.135-148.
12. Chi., et al., *Prevalence of depression and its correlates in Hong Kong Chinese older adults*. *Am J Geriatric Psychiatry*, May 2005;13:5.
- 13a. Department of Health. Topical Health Report No. 3 Elderly Health. Hong Kong SAR: Department of Health; 2004.
- 13b. Department of Health. Report on Population Health Survey 2014/15. Hong Kong SAR: Department of Health; 2017.
- 14a. Socio-demographic Profile, Health Status and Self-care Capability of Older Persons, Thematic Household Survey Report No. 40. Census and Statistics Department, HKSAR, August 2009.

- 14b. Census and Statistics Department. Health Status of Hong Kong Residents, Thematic Household Survey Report No. 63. Hong Kong SAR: Census and Statistics Department; December 2017.
15. Ganster DC, Victor B, The impact of social support on mental and physical health. *Br J Med Psychol*, 1988;61:17-36.
16. Schwarzer R, Leppin A, Social support and health: a theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1991;8:99-127.
17. Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. *J Gen Intern Med*. 2006; **21**(8): 874-7.
18. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: National Academies Press, 2004.
19. Rowe JW, Kahn RL. Successful Ageing. *The Gerontologist* 1997;37:433-440.
20. Marenberg, M., Risch, N., Berkman, L., Floderus, B., & deFaire, U. Genetic susceptibility to death from coronary heart disease in a study of twins. *New England Journal of Medicine* 1994;330: 1041-1046.
21. Fact sheet on influenza, World Health Organization. Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/index.html>. Accessed on 9th July 2011.
22. Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, Mullooly JP, Hak E. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. *N Engl J Med*. 2007; **357**(14): 1373-81.
23. Chan., et al., Efficacy of dual vaccination of pandemic H1N1 2009 influenza and seasonal influenza on institutionalized elderly: A one-year prospective cohort study. *Vaccine*, 2011: 29; 7773-7778. Epub 2011 Aug 5.
24. WHO Expert Committee on Biological Standardization (ECBS). World Health Organization. Available at <http://www.who.int/biologicals/areas/vaccines/influenza/en/>. Accessed on 19th July 2011.
25. Moberley SA, Holden J, Tatham DP, Andrews RM. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (1): CD000422.
26. Myint PK, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw KT. Combined effect of health behaviours and risk of first-ever stroke in 20,040 men and women over 11 years' follow-up in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC)-Norfolk prospective population study. *BMJ* 2009;338:b349.
27. Myint PK, Smith RD, Luben RN, Surtees PG, Wainwright NWJ, Wareham NJ, et al. The relationship between lifestyle behaviours and quality adjusted life years in middle and older age. *Age Ageing* 2011;40:589-95 .

28. Litt, J., et al. GPs Assisting Smokers Program (GASP II): report for the six month post intervention period. Adelaide: Flinders University. 2005.
29. Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med.* 2006; **145**(11): 845-56.
30. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 1994; **309**(6959): 901-11.
31. Lam TH, Li ZB, Ho SY, Chan WM, et al. Smoking, quitting and mortality in an elderly cohort of 56 000 Hong Kong Chinese. *Tobacco Control* 2007;16:182–189. doi: 10.1136/tc.2006.019505.
32. National Health and Medical Research Council. Australia guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: NHMRC. 2009.
33. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004; **28**(4): 608-18.
34. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004; **140**(7): 557-68.
35. Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, and Maristela G. Monteiro, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization. June 2006. Available at http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf. Accessed on 12th Sept 2011.
36. Burns SL, McMurdo, M. E. . A review of non-pharmacological methods to control hypertension in older people *Reviews In Clinical Gerontology* 2001; **1111**(3): 237-44.
37. Witham MD, Struthers AD, McMurdo ME. Exercise training as a therapy for chronic heart failure: can older people benefit? *J Am Geriatr Soc.* 2003; **51**(5): 699-709.
38. McMurdo M, Rennie L. A Controlled Trial of Exercise by Residents of Old People' s Homes *Age and Aging* 1993; **22**(1): 11-5.
39. Skelton D, McLaughlin A. Training functional ability in old age *Physiotherapy.* 1996; **82**(3): 159-67.
40. Skelton D, Young A, Greig C, Malbut K. Effects of resistance training on strength, power and selected functional abilities of women aged 75 and over *Journal of the American Geriatrics Society* 1995; **43**: 1081-7.
41. Gardner MM, Robertson MC, Campbell AJ. Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med.* 2000; **34**(1): 7-17.



42. Simey PW, Skelton D, Dinan S, Laventure B. Tailored exercise is key to preventing falls. *BMJ*. 2002; **325**(7373): 1177.
43. British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health (2001) Review 1— Benefits of Physical Activity on Psychological Well-being for Older Adults British Heart Foundation National Centre, Loughborough.
44. Cress ME, Buchner DM, Questad KA, Esselman PC, deLateur BJ, Schwartz RS. Exercise: effects on physical functional performance in independent older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999; **54**(5): M242-8.
45. Elward K, Larson EB. Benefits of exercise for older adults. A review of existing evidence and current recommendations for the general population. *Clin Geriatr Med*. 1992; **8**(1): 35-50.
46. Munro J, Brazier J, Davey R, Nicholl J. Physical activity for the over-65s: could it be a cost-effective exercise for the NHS? *J Public Health Med*. 1997; **19**(4): 397-402.
47. Global Recommendations on Physical Activity for Health. World Health Organization 2010. Available at <http://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>. Accessed on 29th July 2011.
48. Deleted
49. Bethesda, NHLBI Obesity Education Initiative. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the Evidence Report. 1998 NIH Publication No. 98-4083.
50. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension*. 2000; **35**(2): 544-9.
51. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002; **346**(6): 393-403.
52. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001; **344**(18): 1343-50.
53. Woo J, Ho SC, Sham A. Longitudinal changes in body mass index and body composition over 3 years and relationship with health outcomes in elderly Hong Kong Chinese aged 70 years and over. *J Am Geriatr Soc* 2001; **49**: 737-746.
54. Lee SW et al, Survival benefit of abdominal adiposity: a 6-year follow-up study with Dual X-ray absorptiometry in 3,978 older adults. *AGE* (2012) **34**:597–608.
55. CM Schooling, TH Lam, ZB Li, SY Ho, WM Chan, KS Ho, MK Tham, BJ Cowling, GM Leung. Obesity and mortality in a prospective Chinese elderly Cohort. *Hong Kong Medical Journal*, 2007, v. 13 n. 4 Suppl 4, *Hong Kong Med J* Vol 13. No 4. Supplement 4, p.S13-S16. Available at <http://hdl.handle.net/10722/57389>. Accessed on 23 July 2012.

56. Auyeung TW, Lee JSW, Leung J, Kwok T, Leung PC, Woo J. Survival in older men may benefit from being slightly overweight and centrally obese: a 5-year follow-up study in 4,000 older adults using DXA. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65A(1): 99-104.
57. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009 March 28; 373(9669): 1083–1096.
58. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 2001;344 :3-10.
59. Pigaone MA, al e. Counselling to promote a healthy diet in adults. A summary of the evidence for the US preventive services task force. *Am J Prev Med* 2003; **24**: 75-90.
60. McMinn J, Steel C, Bowman A. Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. *BMJ* 2011;342:d1732.
61. Shum N C, Hui WH, Chu CS, et al, Prevalence of malnutrition and risk factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital. *Hong Kong Med J* 2005;11:234-42.
62. Bauer JM, Kaiser MJ, Sieber CC. Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assement. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic care* 2010, 13:8-13.
63. American Dietetic Association. Unintended weight loss in older adults evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL): American Dietetic Association (ADA); 2009 Oct. Available at <http://guidelines.gov/content.aspx?id=15436#Section420>. Accessed on 17 July 2012.
64. Elia M. Screening for Malnutrition: A multidisciplinary Responsibility. Development and Use of the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for Adults. Redditch: BAPEN. 2003.
65. Guigoz Y, Vellas B & Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. 1996. *Nutr Rev* 54, S59-S65.
66. Hui WH, Law CB, So KY, Wong SL, et al. Validating a modified version of the Mini-Nutritional Assessment (MNA) in institutionalized elderly Chinese people. *Hong Kong Journal of Gerontology*. Dec 2001. Vol 15. No1&2:p35-41.
67. Lok K, Woo J, Hui E, Kwok T. Usefulness of the Chinese Nutrition Screening (CNS) tool in predicting 12 month mortality in elderly Hong Kong Chinese living in institutions. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2009. Volume 13, Number 2
68. World Health Organization. Active ageing policy framework. Geneva: WHO; 2002.

69. Singh-Manoux A, Richards M, Marmot M. Leisure activities and cognitive function in middle age: evidence from the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:907-13.
70. Coleman D. Leisure based social support, leisure dispositions and health. *J Leis Res* 1993;25:350-61.
71. Warr P, Butcher V, Robertson I. Activity and psychological wellbeing in older people. *Aging Ment Health* 2004;8:172-83.
72. Steinkamp MW, Kelly JR. Social integration, leisure activity, and life satisfaction in older adults: activity theory revisited. *Int J Aging Hum Dev* 1987;25:239-307.
73. Chou KL, Chow NWS, Chi I. Leisure participation and its correlates in Hong Kong Chinese Older Adults. *Ageing and Society*, 2004, v. 24 n.4, p.617-629. Available at <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/43490/1/94160.pdf> Accessed on 15 March 2012.
74. Cheung MC, Ting W, Chan LY, et al. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*. June 2009. Vol 4 No 1.
75. Chiu, H.F.K., Leung, T., Lam, L.C.W., et al., Sleep Problems in Chinese Elderly in Hong Kong. *Sleep*, 1999. 22(6):717-726.
76. Wroble, R., Nagle, B., Insomnia in the Elderly: Assessment and Management in a Primary Care Setting. *JOCM*, 2000. 7(3):50-58.
77. Gerritsen, A. E., P. F. Allen, et al. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life outcomes* 8(1): 26.
78. Oral Health Survey 2001: Common Dental Diseases and Oral Health Related Behaviour. 2002, Hong Kong Special Administrative Region: Department of Health.
79. Joshipura KJ, Rimm EB, Douglass CW, Trichopoulos D, Ascherio A, Willett WC. Poor oral health and coronary heart disease. *J Dent Res*. 1996; **75**(9): 1631-6.
80. Scannapieco FA. Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol*. 1999; **70**(7): 793-802.
81. Shlossman M, Knowler WC, Pettitt DJ, Genco RJ. Type 2 diabetes mellitus and periodontal disease. *J Am Dent Assoc*. 1990; **121**(4): 532-6.
82. Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J: The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 749-757.
83. Kressin, N. R., U. Boehmer, et al. (2003). Increased preventive practices lead to greater tooth retention. *J Dent Res* 82(3): 223-227.

84. Lalla, E., C. Kunzel, et al. (2011). Identification of unrecognized diabetes and pre-diabetes in a dental setting. *Journal of Dental Research* 90(7): 855.
85. Screening for high blood pressure: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2007; **147**(11): 783-6.
86. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008; 336:1121–1123.
87. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887–1898.
88. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knudman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. *Diabetes Care.* 1992; **15**(7): 815-9.
89. American Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2021. *Diabetes Care.* 2021;44(Suppl. 1):S152-S33.
90. American Diabetes Association. 3. Prevention or delay of type 2 diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2021. *Diabetes Care* 2021;44(Suppl. 1):S34–S39.
91. Deleted
92. Anderson KM, Castelli WP, Levy D. Cholesterol and mortality. 30 years of follow-up from the Framingham study. *JAMA.* 1987; **257**(16): 2176-80.
93. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med.* 1992; **152**(1): 56-64.
94. Grundy SM, Cleeman JI, Rifkind BM, Kuller LH. Cholesterol lowering in the elderly population. Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. *Arch Intern Med.* 1999; **159**(15): 1670-8.
95. Deleted
96. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for Preventive Activities in General Practice. 9th Edition. South Melbourne: RACGP; 2016[cited 2019 Jan 25]. Available at <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Redbook9/17048-Red-Book-9th-Edition.pdf>.
97. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Lipid Disorders in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. June 2008. Available at <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/lipid/lipidrs.htm>. Accessed on 13th Oct 2011.

98. Pignone MP, Phillips CJ, Lannon CM, Mulrow CD, Teutsch SM, Lohr KN, et al. Screening for Lipid Disorders, Systematic Evidence Review No. 4 (Prepared by the Research Triangle Institute-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under contract No. 290-98-0011). AHRQ Publication No. AHRQ 01-S004. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2001.
99. 2018 Recommendations of Cancer Expert Working Group on Cancer Prevention and Screening – An Overview for Health Professionals. Centre for Health Protection, HKSARG. 2018. Available at: https://www.chp.gov.hk/files/pdf/overview_of_cewg_recommendations_professional_hp.pdf [cited 2018 Oct 2]
100. Deleted
101. Deleted
102. International Agency for Research on Cancer (IARC) Working Group on the Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *Br Med J*. 1986; **293**(6548): 659-64.
103. Sasieni PD, Cuzick J, Lynch-Farmery E. Estimating the efficacy of screening by auditing smear histories of women with and without cervical cancer. The National Co-ordinating Network for Cervical Screening Working Group. *Br J Cancer*. 1996; **73**(8): 1001-5.
104. WHO, *Bulletin of the World Health Organisation*, 1986; 64:607-618.
105. Colorectal Cancer Fact Sheet. Centre for Health Protection, Department of Health, HKSARG. 2018. Available at: <https://www.chp.gov.hk/en/healthtopics/content/25/51.htm> [cited 2018 Jun 12]
106. Hong Kong Cancer Registry. Cancer Facts. Colorectal Cancer in 2015. Hospital Authority: Hong Kong Cancer Registry. 2015. Available at: http://www3.ha.org.hk/cancereg/pdf/factsheet/2015/colorectum_2015.pdf [cited 2018 Jun 12]
107. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet*. 1996; **348**(9040): 1472-7.
108. Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. *BMJ*. 1998; **317**(7158): 559-65.
109. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-Update based on new evidence. *Gastroenterology*. 2003; **124**(2): 544-60.
110. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer. March 2009.
111. Deleted

112. Sung JJ, Lau JY, Young GP, Sano Y, Chiu HM, Byeon JS, et al. Asia Pacific consensus recommendations for colorectal cancer screening. *Gut*. 2008; **57**(8): 1166-76.
113. Zauber AG, Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Wilschut J, van Ballegooijen M, Kuntz KM. Evaluating test strategies for colorectal cancer screening: a decision analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008; **149**(9): 659-69.
114. Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, Leveille SG, Markides KS, Ostir GV, et al. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000; **55**(4): M221-31.
115. Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med*. 1995; **332**(9): 556-61.
116. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol*. 1994; **49**(2): M85-94.
117. McGee HM, O'Hanlon A, Barker M, Hickey A, Montgomery A, Conroy R, et al. Vulnerable older people in the community: relationship between the Vulnerable Elders Survey and health service use. *J Am Geriatr Soc*. 2008; **56**(1): 8-15.
118. Min LC, Elliott MN, Wenger NS, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc*. 2006; **54**(3): 507-11.
119. Carabellese C, Appollonio I, Rozzini R, Bianchetti A, Frisoni GB, Frattola L, et al. Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *J Am Geriatr Soc*. 1993; **41**(4): 401-7.
120. UK NSC. Turning Evidence into Policy. UK National Screening Committee Annual report. March 2011.
121. Chou R, Dana T, Bougatsos C, Fleming C, Beil T. Screening adults aged 50 years or older for hearing loss: a review of the evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med*. 2011; **154**(5): 347-55.
122. Macphée GJ, Crowther JA, McAlpine CH. A simple screening test for hearing impairment in elderly patients. *Age Ageing*. 1988; **17**(5): 347-51.
123. Functional Screening for Older Adults in the Community. Health Promotion Board - Ministry of Health Singapore. Clinical Practice Guidelines 1/2010.
124. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, Tuley MR, Velez R, Charlip WS, et al. Quality-of-life changes and hearing impairment. A randomized trial. *Ann Intern*

- Med. 1990; **113**(3): 188-94.
125. Gates GA, Murphy M, Rees TS, Fraher A. Screening for handicapping hearing loss in the elderly. *J Fam Pract.* 2003; **52**(1): 56-62.
 126. Nondahl DM, Cruickshanks KJ, Wiley TL, Tweed TS, Klein R, Klein BE. Accuracy of self-reported hearing loss. *Audiology.* 1998; **37**(5): 295-301.
 127. Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care: scientific review. *JAMA.* 2003; **289**(15): 1976-85.
 128. Powe NR, Schein OD, Gieser SC, Tielsch JM, Luthra R, Javitt J, et al. Synthesis of the literature on visual acuity and complications following cataract extraction with intraocular lens implantation. Cataract Patient Outcome Research Team. *Arch Ophthalmol.* 1994; **112**(2): 239-52.
 129. Periodic health examination, 1995 update: 3. Screening for visual problems among elderly patients. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *CMAJ.* 1995; **152**(8): 1211-22.
 130. Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening older adults for impaired visual acuity: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2009; **151**(1): 44-58, W11-20.
 131. Long CA, Holden R, Mulkerrin E, Sykes D. Opportunistic screening of visual acuity of elderly patients attending outpatient clinics. *Age Ageing.* 1991; **20**(6): 392-5.
 132. Murray A, Jones L, Milne A, Fraser CM, T. L, Burr J. A systematic review of the safety and efficacy of elective photorefractive surgery for the correction of refractive error.
 133. Tielsch JM, Sommer A, Witt K, Katz J, Royall RM. Blindness and visual impairment in an American urban population. The Baltimore Eye Survey. *Arch Ophthalmol.* 1990; **108**(2): 286-90.
 134. Wormald RP, Wright LA, Courtney P, Beaumont B, Haines AP. Visual problems in the elderly population and implications for services. *BMJ.* 1992; **304**(6836): 1226-9.
 135. Strahlman E, Ford D, Whelton P, Sommer A. Vision screening in a primary care setting. A missed opportunity? *Arch Intern Med* 1990: 150:2159-64
 136. Long CA, Holden R, Mulkerrin E, Sykes D. Opportunistic screening of visual acuity of elderly patients attending out-patient clinics. *Age Ageing* 1991;20:392-5.
 137. Reginald G A, Paul P L, Kathryn P L, et al. Sensitivity, specificity, and predictive values of screening tests for eye conditions in a clinic-based population. *Ophthalmology* 1996;103:1751-1760.
 138. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and

- study type. *J Am Geriatr Soc.* 1998; **46**(4): 473-80.
139. Harrison GL, Memel DS. Urinary incontinence in women: its prevalence and its management in a health promotion clinic. *Br J Gen Pract.* 1994; **44**(381): 149-52.
140. Wyman JF, Harkins SW, Fantl JA. Psychosocial impact of urinary incontinence in the community-dwelling population. *J Am Geriatr Soc.* 1990; **38**(3): 282-8.
141. O'Neil B, Gilmour D, Approach to urinary incontinence in women. Diagnosis and management by family physicians. *Can Fam Physician.* 2003; **49**:611-8.
142. Holroyd-Leduc JM, Tannenbaum C, Thorpe KE, Straus SE. What type of urinary incontinence does this woman have? *JAMA.* 2008; **299**(12): 1446-56.
143. Centre for Health Protection. Unintentional Injury Survey 2018 [document on the internet]. HKSAR:Centre for Health Protection; 2021 [cited 11 Oct 2021]. Available from: https://www.chp.gov.hk/files/pdf/report_of_unintentional_injury_survey_2018_en.pdf.
144. Deleted.
145. Deleted.
146. Chu LW, Pei CK, Chiu A, Liu K, Chu MM, Wong S, et al. Risk factors for falls in hospitalized older medical patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999; **54**(1): M38-43.
147. Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Annu Rev Public Health.* 1992; **13**: 489-508.
148. Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008; **336**(7636): 130-3.
149. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (2): CD007146.
150. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *Lancet.* 1999; **353**(9147): 93-7.
151. Michael YL, Whitlock EP, Lin JS, Fu R, O'Connor EA, Gold R. Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* **153**(12): 815-25.
152. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med.* 1994; **331**(13): 821-7.

153. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986; **34**(2): 119-26.
154. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med.* 1988; **319**(26): 1701-7.
155. Wong., et al., The influence of multi-morbidity and self-reported socio-economic standing on the prevalence of depression in an elderly Hong Kong population. *BMC Public Health*, 2008,8:119.
156. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA.* 1997; **278**(14): 1186-90.
157. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ.* 1999; **318**(7181): 436-9.
158. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med.* 2000; **9**(4): 345-51.
159. Livingston G, Thomas A, Graham N, Blizard B, Mann A. The Gospel Oak Project: the use of health and social services by dependent elderly people in the community. *Health Trends.* 1990; **22**(2): 70-3.
160. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; **136**(10): 765-76.
161. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2005; **172**(1): 33-5.
162. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 2009; **151**(11): 793-803.
163. H F K Chiu, et al, Reliability, validity and structure of the Chinese Geriatric Depression Scale in a Hong Kong Context: a preliminary report. *Singapore Med J* 1994: Vol 35:477-480.
164. Chen et al. Reliability and validity of the PHQ-9 for screening late-life depression in Chinese primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25:1127-1133.
165. Wong MT, Ho TP, Ho MY, Yu CS, Wong YH, Lee SY. Development and inter-rater reliability of a standardized verbal instruction manual for the Chinese Geriatric Depression Scale-short form. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2002; **17**(5): 459-63.
166. Yeong YLE, Chan HWF. Validation study of Chinese Geriatric Depression Scale (4-item version) on depression screening in older in-patients. 12th Annual Congress of Gerontology, Hong Kong.2004. 74. 2004.

167. Cheng ST, Yu CS, Lee SY, et al. The Geriatric Depression Scale as a Screening Tool for Depression and Suicide Ideation: A Replication and Extension. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*; 2010; 18: 256- 265.
168. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003; **327**(7424): 1144-6.
169. Yu X, Stewart SM, Wong PT, Lam TH. Screening for depression with the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) among the general population in Hong Kong. *J Affect Disord*. **134**(1-3): 444-7.
170. Cheng CM, Cheng M. To validate the Chinese Version of the 2Q and PHQ-9 Questionnaires in Hong Kong Chinese patients. *The Hong Kong Practitioner*. Oct 2007, 29: 381-390.
171. Lopponen M, Raiha I, Isoaho R, Vahlberg T, Kivela SL. Diagnosing cognitive impairment and dementia in primary health care -- a more active approach is needed. *Age Ageing*. 2003; **32**(6): 606-12.
172. Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linkoping study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000; **11**(4): 223-9.
173. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med*. 2000; **160**(19): 2964-8.
174. Wilkins CH, Wilkins KL, Meisel M, Depke M, Williams J, Edwards DF. Dementia undiagnosed in poor older adults with functional impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2007; **55**(11): 1771-6.
175. USPSTF on Screening for Dementia: Systematic Evidence Reviews, No. 20. 2003.
176. Public Health Resource Unit, NHS. Appraisal for screening for Alzheimer's Disease. 2009.
177. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003; **138**(11): 927-37.
178. Cooper B, Bickel H, Schaufele M. The ability of general practitioners to detect dementia and cognitive impairment in their elderly patients: a study in Mannheim. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992; **7**: 591-8.
179. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ*. 1988; **297**(6656): 1107-10.
180. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; **12**(3): 189-98.
181. Chiu HF, Lam LCW, Chi I, Leung T et al. Prevalence of dementia in Chinese elderly in Hong Kong. *Neurology* 1998; **50**: 1002-9.
182. Brodaty H, Low LF, Gibson L, Burns K. What is the best dementia screening



- instrument for general practitioners to use? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; **14**(5): 391-400.
183. Hodgkinson M, Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing*, 1972;1:233-238.
184. L W Chu, et al. Validation of the Abbreviated Mental Test (Hong Kong version) in the elderly medical patient. *HKMJ*, 1995;1: 207-211.
185. Williamson J, Chopin JM. Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: a multicentre investigation. *Age Ageing*. 1980; **9**(2): 73-80.
186. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA*. 1996; **275**(11): 852-7.
187. Thomson, W. M., J. M. Chalmers, et al. (2006). A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. *Gerodontology* 23: 205-213.
188. Hajjar ER, Hanlon JT, Artz MB, Lindblad CI, Pieper CF, Sloane RJ, et al. Adverse drug reaction risk factors in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2003; **1**(2): 82-9.
189. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging*. 2003; **20**(11): 817-32.
190. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2006; **54**(10): 1516-23.
191. van Oostrom MA, Tijhuis MA, de Haes JC, Tempelaar R, Kromhout D. A measurement of social support in epidemiological research: the social experiences checklist tested in a general population in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health*. 1995; **49**(5): 518-24.
192. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985; **98**(2): 310-57.
193. Department of Health and Ageing. The carer experience: an essential guide for carers of people with dementia. Canberra: Commonwealth of Australia. 2002.
194. Carers UK. In poor health: The impact of caring on health. 2004.
195. Hirst M. Health Inequalities and Informal Care. Social Policy Research Unit: University of York. 2004.
196. Lou VWQ. Caregiving burden: congruence of health assessment between of health assessment between caregivers and care receivers. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*. 2010; **5**(1): 21 - 4.
197. Guberman N, Keefe J, Fancey P, Hahmiash D, Barylak L. Assessment Tools Serving the Needs of Caregivers: Summary of a Research Project. School of Social Work, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada. 2001.

198. Droes RM, Breebaart E, Meiland FJ, Van Tilburg W, Mellenbergh GJ. Effect of Meeting Centres Support Program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia. *Aging Ment Health*. 2004; **8**(3): 201-11.
199. Yan EC, Tang SK. Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse. *J Interpers Violence*. 2001;16:1158-74
200. Yan E, Tang CS. Proclivity to elder abuse: a community study on Hong Kong Chinese. *J Interpers Violence*. 2003;18(9):999-1017.
201. Centre for Health Protection. Behavioural Risk Factor Survey (April 2010). HKSAR: Centre for Health Protection. Available from: http://www.chp.gov.hk/files/pdf/brfs_report_april_2010_eng.pdf. Accessed on 12th Nov 2011
202. Victor CH, K. Howse. Effective health promotion with vulnerable groups: older people. London: Health Education Authority; 1999.
203. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, et al. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2009; **39**(1): 33-43.
204. Lee TA, Shields AE, Vogeli C, Gibson TB, Woong-Sohn M, Marder WD, et al. Mortality rate in veterans with multiple chronic conditions. *J Gen Intern Med*. 2007; **22 Suppl 3**: 403-7.
205. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med*. 2007; **22 Suppl 3**: 391-5.
206. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002; **162**(20): 2269-76.
207. Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; **49**(2): 91-100.
208. Porta M. *A Dictionary of Epidemiology*. 5th ed: Oxford University Press; 2008.
209. Wald N. Opportunistic screening. *Journal of Medical Screening*. 1994; **1**: 208.
210. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice 8th edition [Internet]. c2009. [cited 5 Jun 2012]; Available from: <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/redbook/>. Accessed on 3rd Dec 2012
211. Australian Health Ministers' Advisory Council. Population Based Screening Framework [Internet]. c2008. [cited 5 Jun 2012]; Available from: [http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/pop-based-screening-fwork/\\$File/screening-framework.pdf](http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/pop-based-screening-fwork/$File/screening-framework.pdf)

-
212. National Health Committee. Screening to Improve Health in New Zealand: Criteria to assess screening programmes [Internet]. c2003. [cited 5 Jun 2012]; Available from:
http://www.nsu.govt.nz/files/NSU/Screening_to_improve_health.pdf
213. Oxford Handbook of Public Health Practice. 2nd ed: Oxford University Press; 2006. Part 3: Sect. 3.6, Assuring screening programmes.

