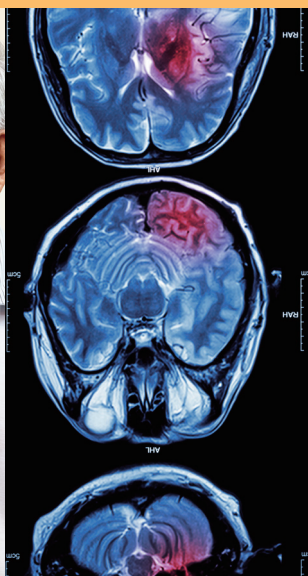




中風

多面睇



衛生署



長者健康服務

© 香港特別行政區政府衛生署 2018

衛生署擁有本書的所有版權，如要在任何地區，以任何方式，任何文字翻印仿製或轉載本書文字或圖像，必須先獲衛生署批准。

書 名：中風多面睇

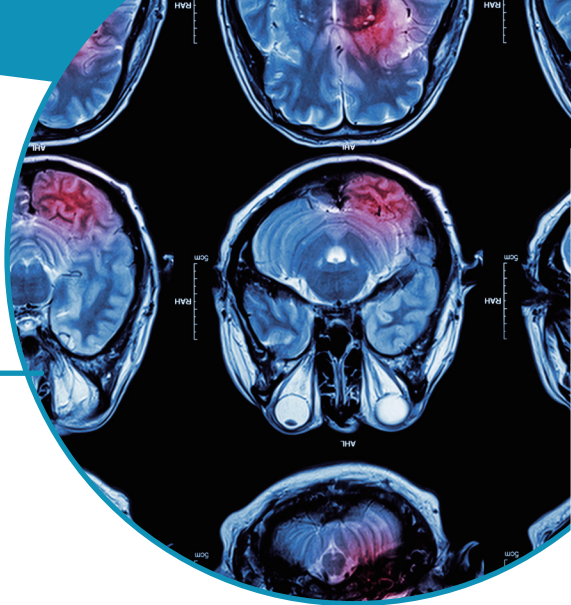
作 者：衛生署長者健康服務

出 版：衛生署長者健康服務

出版日期：2019 年 1 月初版（版權所有，翻印必究）

ISBN: 978-962-8868-71-1

目錄



第一章	中風簡介	4
第二章	個案分析	26
第三章	復康	38
第四章	生活重整	131
第五章	情緒處理	184
第六章	照顧者	191
第七章	預防中風	225
第八章	社區資源	262



衛生署



長者健康服務



網頁 www.elderly.gov.hk

序



近年，全球正受到人口老齡化及非傳染病的挑戰；而中風是其中一個重要的非傳染病。在本港，中風不但是頭號殺手之一，它更是導致身體殘障及認知障礙症的重要原因，對患者及其家人或照顧者不論身、心方面都會帶來沉重負擔。

不少人誤以為所有中風個案所引致的身體殘障都是無法改善的，但其實由於中風初期腦部重塑性較高，透過復康鍛煉，特別是在「黃金康復期」的鍛煉，中風患者的身體功能可以有不少進步的空間。另一方面，即使身體功能未能完全恢復，透過各色各樣的輔助器具和家居環境改善，仍可協助患者重整生活及提升其自理能力，從而減輕其家人或照顧者的壓力。

衛生署長者健康服務特意編寫「中風多面睇」一書，從多角度解構中風的疑惑，包括預防中風的方法、中風後患者的復康鍛煉、生活重整及心理調適、照顧中風患者需具備的照顧和溝通技巧，以及照顧者自身的情緒和壓力處理及生活安排。希望大家透過對中風的多一分了解，能提高警覺性，實踐健康的生活模式以減低中風的風險。另一方面，即使自己或家人不幸地中風，亦要積極面對，勇敢跨越障礙，步上復康之路。

陳漢儀醫生

衛生署署長

2018年10月

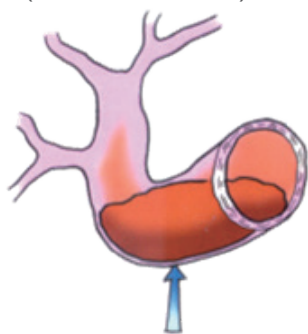
第一章/ 中風簡介



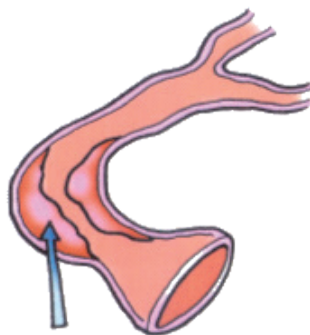
何謂中風？

「中風」一詞由來已久，古時中國醫學認為，人得到「邪風」便會導致突然失去局部感覺和活動能力。對中風的記載最早見於二千多年前，《黃帝內經·素問》，描述該病為「仆擊、偏枯」，即指突然仆倒、半身不遂。東漢張仲景所著《金匱要略》，正式把該病命名為「中風」。然而，現代醫學的中風，不再單單指半身不遂，而是指腦細胞因缺乏血液供應壞死，引致功能喪失，症狀可以包括半邊身體不能活動、半邊身感覺麻木、不能言語、視力模糊、重影等等，嚴重者更可陷入昏迷，甚至死亡。

中風可以分為「出血性中風」(haemorrhagic stroke) 和「缺血性中風」(ischaemic stroke) 兩種：



栓塞性中風



血栓性中風

「出血性中風」，俗稱爆血管，約佔本港總中風人數三成。可分為腦內出血 (intracerebral haemorrhage) 及蛛網膜下腔出血 (subarachnoid haemorrhage)。腦內出血通常由高血壓或先天血管異常引起；蛛網膜下腔出血通常因血管瘤爆破或先天血管異常所致。

「缺血性中風」是因血管閉塞而起，約佔本港總中風人數七成。缺血性中風又可分為三大類：①血栓性中風 (thrombotic stroke) - 血栓 (thrombus) 是血管內壁的血凝塊，這些血凝塊通常在粥樣硬化或受損的血管中形成，令腦部血管變窄，阻塞腦部血流；②栓塞性中風 (embolic stroke) - 是由身體其他部位血管內的血凝塊所破裂出來之移動小血塊 (栓塞 embolus) 造成，這些栓塞隨著血液循環流入腦部，阻塞腦內細小動脈的血液流動；③系統性供血不足 (systemic

hypoperfusion)- 通常是由於不同病因，例如心臟功能衰竭、心律不正、心包積液、心肌梗塞、心臟驟停、休克、肺栓塞、或嚴重出血導致血液從心臟輸出減少，全身供血不足，大腦血流亦不足，以致腦損傷。

中風在香港是主要的殺手病，在二零一七年三千一百多人因中風死亡，大概佔總死亡人數的百分之七。中風的死亡率視乎中風的種類而定，約四成出血性中風患者於中風一年內死亡；八成多蛛網膜下腔出血患者於一年內死亡；約一成半的缺血性中風患者於一年內死亡。奪命以外，中風的可怕還在於其後遺症，各種中風的復原程度不一，總括而言，在中風後的五年間，有三分二的患者有不同程度的神經功能缺損或殘障，約兩成患者患上血管性認知障礙症，兩成再度中風，約一成五需入住院舍。通常以下的患者復原情況較差：

- 本身體弱多病
- 缺乏家人支持
- 中風後抑鬱
- 因中風而失去語言能力
- 中風後痙攣

中風的症狀

一般人對中風的認知包括半身不遂、四肢麻痺無力、口齒不清等，但其實中風的症狀多變，實際出現何種症狀視乎腦部受損的位置和程度而定。

中風的症狀包括：

半身無力、半身麻痺

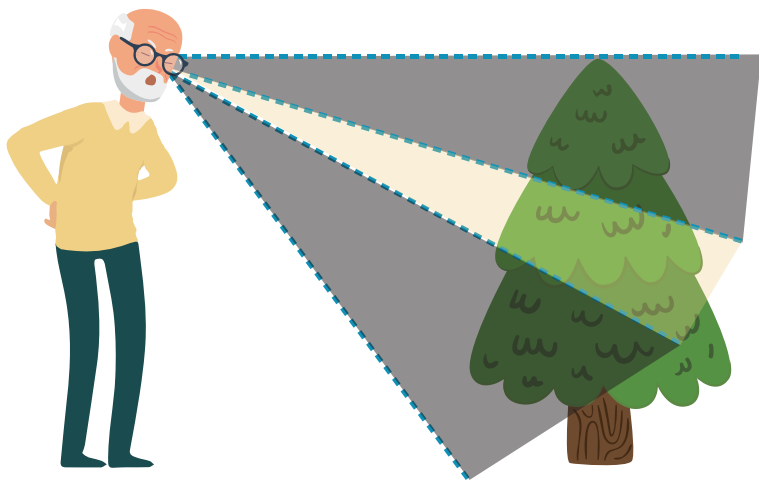
- 半身無力
- 半身麻痺
- 四肢癱瘓
- 神志不清
- 昏迷不醒
- 死亡





- 理解及溝通困難
- 言語不清
- 吞嚥困難
- 嘴歪
- 流口水

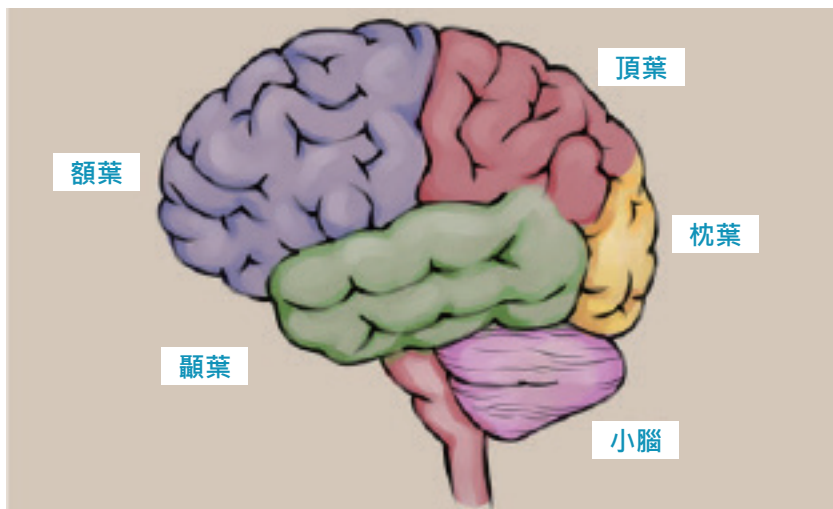
- 視野變窄
- 眼部肌肉失調、出現重影



- 持續的暈眩
- 四肢失去協調及平衡能力



腦部功能和中風的關係



人的腦部主要分為三部份，各部位有獨特的功能，因此當不同部位中風，病徵也會有所不同。

大腦

大腦為腦部最大、最重的一部分，主要負責思維、言語、肌肉活動和各種感覺等。大腦分為左右腦半球，每個腦半球亦分作四個腦葉，各有不同功能：

右腦半球：大部分人的右腦半球控制空間感、人臉認知和集中能力。當右腦半球受損便會令以上功能喪失，例如會出現單側忽略、面盲和集中力下降等。

左腦半球：大部分人的左腦半球負責語言文字上的理解和表達。當這部分受損便會影響有關功能。

額葉 (Frontal lobe)

額葉主管另一半邊身體的肌肉動作和判斷力。如果右邊額葉受損，便有可能令左邊身體癱瘓，亦可能引致判斷力障礙、衝動行為。同時左邊的額葉的布羅卡區 (Broca's area) 也負責言語表達，此區受損的中風患者會無法講出合符文法的流暢句子。

頂葉 (Parietal lobe)

頂葉位於額葉之後，主管身體的感覺。頂葉受損的中風患者可能仍能接收身體的感覺，但不能理解其意義，最嚴重者可出現單側忽略，即完全忽視半邊的身體及一半的外界事物。

顳葉 (Temporal lobe)

主管聽覺和記憶，通常左腦顳葉的韋尼克區 (Wernicke's area) 受損亦會影響患者的語言能力，患者能聽到聲音，但無法理解語言的意思，說話時會組織合乎語法，但毫無意義的句子。

枕葉 (Occipital lobe)

主管視覺，枕葉受損的中風患者無法理解另一邊的影像。

小腦 (Cerebellum)

小腦位於大腦下方，主要負責控制平衡和動作協調。小腦中風影響身體平衡、令動作變得笨拙，同時也可能出現暈眩、嘔吐等。

腦幹 (Brain stem)

腦幹位於腦部最下方，連接大腦、小腦和脊髓神經，負責控制呼吸、血壓、吞嚥、眼部活動和心跳等功能，通常腦幹中風都會致命。即使患者的生命得以挽回，通常上述的基本維生功能都會受影響。

除了腦部各部位獨有的徵狀外，出血性中風，尤其是蛛網膜下腔出血也會有不同的徵狀：

蛛網下腔出血和其他中風的症狀有點不同，通常都是突如其來的劇烈頭痛，有部分患者會有頸部僵硬、半身癱瘓甚至失去意識等。蛛網下腔出血可以致命，若有相似病徵應盡早求醫。

短暫缺血性中風的症狀與中風的症狀差不多，會因大腦的受損區域及程度而有所分別，一般只維持幾秒鐘到幾分鐘，大多數症狀在六十分鐘內消失。常見的症狀有：單邊視野短暫的變暗或失明、溝通說話困難（失語）、半邊身體偏癱或感刺痛（感覺異常）、面部和舌頭出現局部短暫的癱瘓、頭暈、四肢失去協調或平衡能力等。以上的症狀即使消失，仍需立刻求醫，因為短暫缺血性中風後，有一至兩成人會在九十天內再次中風。

及早治療

若懷疑中風，應立即送醫院接受檢查及治療。若能在出現症狀後三小時內證實是缺血性中風，或可及時給予藥物溶解血栓，有效改善病情，大大減少併發症。因此，切勿延誤病情，馬上致電「九九九」，或往附近醫院求醫，而非等待家人回來。

「談、笑、用、兵」

中風的症狀有好多種，但緊記以下症狀，如有發現便應立刻求醫。

- 臉部或手腳突然感到麻痺，特別是只發生在身體的一邊
- 突然意識混亂，說話或理解出現困難
- 單眼或雙眼忽然出現視力問題
- 走路突然不穩，感到暈眩，失去平衡或協調能力
- 無故出現突發性的劇烈頭痛



談

說話或表達能力有問題



笑

面部表情左右不對稱



用

一邊手腳無力



兵

立刻致電 9 9 9

當懷疑自己或他人中風時：

1. 保持冷靜，立即撥電「九九九」或使用緊急召援裝置召喚救護車。
2. 解除緊身衣物。
3. 安慰病者，陪伴他至救護人員到場。
4. 切勿給予飲食。

一般中風患者的治療及康復過程

急症室

目標：穩定病情，確診中風，判斷類型並安排入院

當懷疑中風患者被送到急症室，臨床診斷亦為中風時，情況許可下便會安排電腦掃描，斷定中風類型（出血或缺血性中風）及程度，以決定是否須要血栓溶解藥物治療或外科手術治療。如無須手術治療，患者會入住內科或老人科病房；如須手術治療，則會入住神經外科病房。

病房

目標：穩定病情，減少併發症，制訂並開展復康計劃

住院時間：約一星期

入院後，醫生會先監察並穩定患者病情，同時會進一步檢查患者中風的風險因素，進行治療，以避免再次中風。醫生亦會詳細評估功能缺失，以度身安排復康計劃。除此以外，醫護團隊亦會問及患者的過往病歷、家庭狀況或是財政狀況等，以便為往後的復康及支援作出適切的安排。

通常中風後醫生都會會同專職醫療團隊（如物理治療師、職業治療師）讓患者儘早開始復康訓練。情況許可的話，在中風後第二日，便會開始坐立及步行訓練。

只要中風患者回復基本自理能力，又或病情穩定，而家中又有照顧者，就可以回家。

黃金三小時

坊間對中風治療有「黃金三小時」之說，意即在缺血性中風的首三小時內若能得到血栓溶解治療，會有較大機會回復中風前的能力。然而因每名患者的背景因素不同，如同時患有其他疾病、其他影響風險的背景因素等，血栓溶解治療未必適合每一名缺血性中風患者。但無論如何，懷疑中風，及早求醫乃是有利無害。

老人科日間醫院

對象：居家復康者、院舍復康者

目標：復康，跟進風險因素控制及在家居、院舍的適應

復康訓練時間：約二至三個月

老人科日間醫院有醫生及專職醫療團隊，為居家或院舍中風復康者安排大約每星期兩天的復康訓練，並在有需要時提供醫療建議，修訂治療方針等。

復康醫院

對象：在中風後首兩星期內未能回家的患者

目標：繼續復康訓練，安排家居或院舍照顧，處理併發症等

住院時間：約二至四星期

由專職醫療團隊替患者每天進行復康訓練，以期盡早提昇自理能力，處理日後照顧安排，並治療併發症或風險因素。

在家中還是在醫院復康較好？

中風復康的目標，是令患者盡可能回復正常生活的能力。不少人認為，醫院有醫生、護士和其他專職醫療團隊，因此中風患者留在醫院復康一定會較好。其實不少西方研究發現，一些輕度至中度中風並有家人照顧的患者，如果能提早出院並在家中或老人科日間醫院接受復康訓練，他們的康復速度可能比在醫院復康更快，因為在家復康，每一件生活小事都是生活功能的訓練，使中風者更快回復自理能力，重新適應日常生活。要注意的是，每個中風患者的情況都不同，醫生和專職醫療團隊會決定病人是否適合在家中復康。

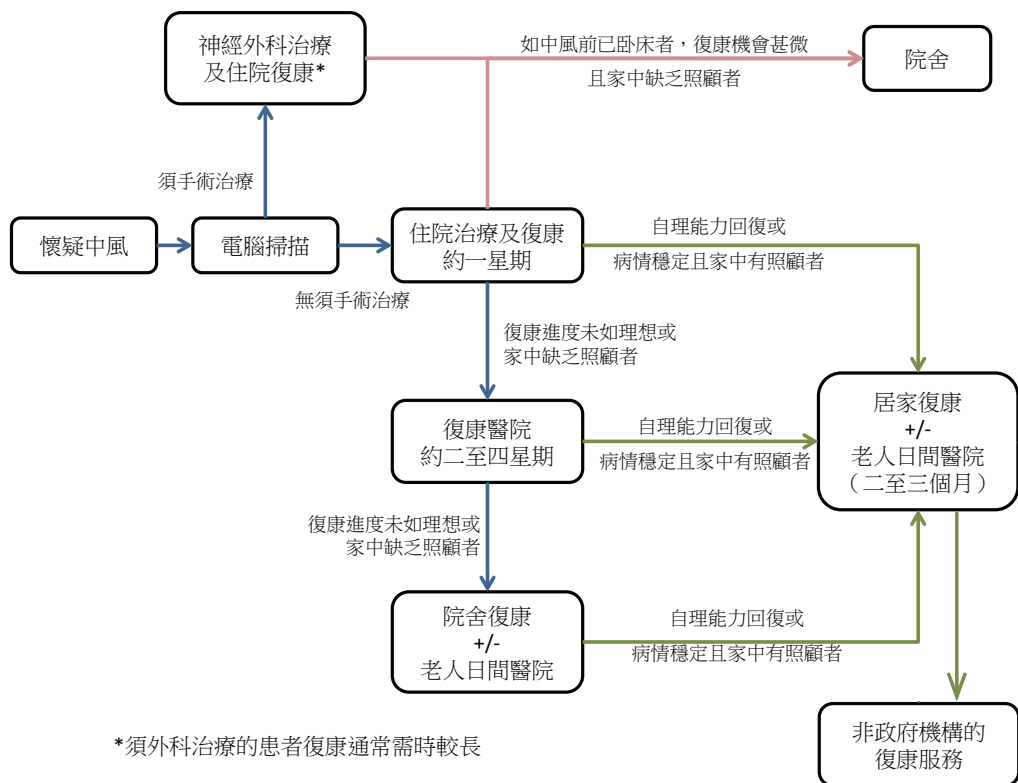
安老或護理院舍

對象：獨居，未能回復自理能力，而又缺乏支援的患者

目標：在復康的同時，獲得暫時或長期照顧

住院時間：視乎個別情況而定

適合未能回復自理能力，而同時家中亦沒有照顧者的中風患者。六十五歲或以上的患者可考慮入住安老院舍*，六十至六十四歲可酌情處理。不足六十歲的則只能入住私營院舍。



以上流程只供參考，實際復康進程因個別患者情況而定。

* 入住政府資助安老院舍須經社會福利署評估及輪候。其餘有關居家復康和院舍復康的比較可參考第 168 頁。

治療中風

中風治療的目標包括：

- 挽救病人生命
- 預防併發症
- 恢復身體功能，重投正常生活（康復治療）
- 預防再次中風

出血性中風

腦內出血

出血性中風的病例，醫生首先會控制好血壓，並審視及控制好患者的出血風險，以阻止中風惡化。同時醫生亦會減低顱內壓，避免腦部供血進一步受阻。

至於以腦外科手術去減壓或移除血塊，並不一定適用於每一位出血性中風患者。實際治療方案還需由醫生按個別情況而定。

蛛網膜下腔出血

和腦內出血一樣，醫生會為蛛網膜下腔出血的患者控制好血壓、出血風險及顱內壓，有需要時亦會以腦外科手術處理。

缺血性中風

在缺血性中風的病例中，有七至八成屬於血栓性中風。治療原則為溶解血栓，打通血管，令缺氧的腦細胞恢復血液供應。然而血栓溶解療法並不適用於所有缺血性中風患者，仍需由主治醫生按個別情況安排。

此外，抗血小板藥物如阿斯匹靈，透過抑制各血小板的活動及積聚，來阻止血塊形成，亦有助預防再次缺血性中風。至於應否使用抗凝血藥如華法林（俗稱薄血丸），則需平衡風險，由醫生視乎個別患者情況而定。

如缺血及腦細胞壞死情況嚴重，有機會導致腦水腫及顱內壓上升，令流向腦部的血液進一步減少，則須要用藥物或手術減低頭顱內的壓力，恢復腦部的血液供應。

醫生或會按膽固醇水平，處方降膽固醇藥物以減少血管粥樣硬化，從而降低缺血性中風之風險；高血壓和糖尿病患者亦須服用相關藥物及作出生活上的調整以改善病情。

短暫缺血性中風（小中風）

由於短暫缺血性中風會完全康復，治療重點在於預防再次中風。治療包括藥物及奉行健康生活，以減少中風的高危因素。藥物主要包括阿斯匹靈用以防止血栓的形成。至於是否需要服用降血壓藥或降膽固醇藥，則要視乎病人的血壓及膽固醇水平。

除藥物治療外，當頸動脈內血凝塊積聚，以致頸動脈狹窄到超過某程度時，醫生便會考慮施行頸動脈內膜手術，以避免中風。此手術通常由血管外科醫生負責，目的是儘量移去血凝塊，恢復血管正常的管徑。



預防再次中風

根據統計，曾中風的病人，再次中風的風險比平常人高約十倍，大約有百分之三的病人會在中風的三十天內再次中風；三分之一則在第一次中風後的兩年內復發；約百分之二十五的患者會在第一次中風後的五年內再次中風。再次中風的風險會隨著時間而逐漸降低，但每次的復發性中風能令殘障程度惡化及增加死亡的風險。

缺血性中風和出血性中風雖然病理機制不同，但兩者的風險因素卻非常相似，例如年齡、性別、家族病史、種族、吸煙、飲酒、缺乏運動、飲食不健康、心理壓力、過重、糖尿病、高血壓、高膽固醇和心臟病等。

細心留意，你會發覺有部分風險因素是無法改變的，例如年齡、性別、種族和家族病史。然而，餘下的大部分風險因素，都可以透過良好的生活習慣或妥善控制病情而得到改善。除此以外，定期進行身體檢查，能及早發現風險因素，並作出改善，以預防中風。

無可避免的風險因素

- 年紀較長
- 男性
- 種族 (黑人的缺血性中風風險較白人高)
- 家族有中風病史

可改善的風險因素

- 吸煙
- 飲酒
- 缺乏運動
- 飲食不健康
- 過重
- 心理壓力



需要妥善控制的：

- 膽固醇過高
- 糖尿病
- 高血壓
- 心臟病 (心律不正)



在第七章，我們會就個別風險因素進行探討。



復康治療： 恢復身體功能，重投正常生活

中風後的復康訓練，主要為協助患者盡量回復身體功能，投入正常生活。大部分患者在中風後三至六個月康復的速度最快，其後會慢慢緩和下來，但若能持之以恆，即使在中風一年後身體機能仍能有進展。復康的過程漫長，並不能一蹴而就。若腦部損傷過甚，目標只能定為回復至保持自我照顧能力；縱使中風病人的肢體功能不能完全恢復，接受有系統的復康訓練仍能儘量提升剩餘的功能。

物理治療

物理治療師主要透過改善患者的身體質素（如關節控制、肌肉強度、平衡能力等）及安排基本生活鍛練，預防中風併發症及協助患者重投正常生活。除此以外，物理治療師亦會教授照顧者照顧技巧，令照顧更得心應手，也可避免意外發生。

職業治療

職業除了工作，也包括日常生活中的各種各樣的活動，例如照顧自己起居生活，廣義的職業包含了職份與責任，就如父職、母職。職業治療師為患者提供自我照顧能力，工作能力及社區生活能力等各種不同類形的專業評估、訓練，及協助中風患者克服身體上由中風所引致的障礙，並致力令患者發揮所長，重新投入日常生活、工作及社區，盡力去提高患者的生活質素，積極面對人生，過有意義的生活。

言語治療

中風病人在發病後，可能會出現言語障礙或溝通問題。言語治療師進行評估後，可幫助患者提高溝通能力。另外，言語治療師亦會為有吞嚥困難的病人作出評估及治療，以幫助他們吞嚥及避免因誤吞食物入氣管而引發肺炎。

心理治療

由於中風是突發事件，而其後遺症亦可引致病人喪失活動或自我照顧能力，所以病人於初期往往會感到害怕，情緒低落、鬱悶及苦惱不安，特別是失語症的患者，因無法表達自己感情及需要而產生消極和挫敗感。為令患者能積極面對新生活，照顧者的關顧非常重要。適切的關懷、鼓勵、支持、聆聽、解釋等，可促進患者的適應能力及改善他們的心理質素。如有需要時，亦可求助於精神科醫生或心理輔導人員。

中風常見的併發症

壓瘡

中風患者因肢體癱瘓而活動受限制，如果患肢缺乏運動及皮膚護理，皮膚便會因長期受壓而影響血液循環，不能得到足夠氧份供應，繼而造成皮膚損害和潰瘍（稱為壓瘡）。在骨凸出之部位如骯骨（臀部）、股骨大轉子（大腿外側）、腳眼、腳踝等部位尤其常見。

此外，大小便失禁或流汗而令皮膚潮濕、浸潤及變軟，局部表皮會出現水腫，如再加上高溫令體熱不易散發，會加劇皮膚缺血缺氧，皮膚因而更易受損而形成壓瘡，此情況於臀部及皮膚之皺摺處最為常見。

因此，時常轉換體位和保持皮膚乾爽對預防壓瘡而言非常重要。（預防壓瘡的詳情可參閱第六章）

肺炎

中風患者由於長期卧床、缺乏運動令肺部未能充分擴張，同時肌肉能力減弱，呼吸能力下降，咳嗽無力引致痰涎積聚等，都容易併發肺炎。另外，吞嚥困難引致噎喉及食物跌入氣管內，亦可引發吸入性肺炎。肺炎是中風患者常見的致命原因之一。部分中風患者因吞嚥功能未能回復而需要利用鼻胃管協助進食（俗稱插胃喉）。

抑鬱

一些中風患者由於不能接受失去活動或自我照顧能力，或不能表達自己，往往會出現抑鬱症狀。有本地研究顯示，約有百分之十七的首次中風患者患上抑鬱症。抑鬱症患者除情緒低落外，還會對日常生活失去了動力和興趣，睡眠及胃口受到影響。嚴重者更有自殺的傾向。故此，中風患者往往會缺乏動力持續參與復康治療，因而嚴重影響康復進度、認知能力和生活質素。因此，中風後抑鬱必須及早察覺及即時介入。

泌尿道感染

若中風患者不能順利排尿，尿液滯留在膀胱內，亦容易引致感染。有些患者因不能排尿而需要使用自流導尿管或長期置留導尿管，若護理不當，也會導致尿道感染。

泌尿道感染的風險因素

喝水量不足

若患者每天攝取水份不足夠而令尿量減少，泌尿道的天然抵禦微生物侵入的能力會減弱，除會增加感染機會，也會令小便失禁變差。此外，水份不足亦可能引致便秘。充滿大便的大腸會壓迫膀胱，除了可令膀胱未脹滿時就有尿意，引致尿頻、失禁外，亦可能導致尿液滯留膀胱，誘發泌尿道感染。

如廁後清潔不當

女性因尿道口與肛門很接近，糞便中的微生物較容易污染尿道口，細菌就能經尿道口入侵泌尿系統。常見的風險因素包括不正確的如廁後清潔（由後面抹向前面）。正確的清潔方法應由前方（即尿道口）抹向後方（即肛門）。

衣物原料

如穿著的內褲為人工合成衣料（如尼龍等），容易刺激尿道，也是引致泌尿道感染的原因。

預防泌尿道感染

預防泌尿道感染，中風患者需保持泌尿道健康、攝取充足水份、定時如廁、養成良好的排便習慣、配合均衡飲食及適量運動，增加身體抵抗力，既可以改善小便失禁，亦可預防泌尿道感染。所謂「病向淺中醫」，如患者有感染的現象，如發熱、刺痛，尿中帶血或尿中沈澱物增加等，應及早治理。

保持水份充足

攝取足夠水份可增加尿量並加強泌尿道天然的抵禦功能。如中風患者無須限制飲水量，應鼓勵多飲流質飲品，每天飲用不少於六至八杯流質飲料（約一千五百至二千毫升）以保持大便暢通及泌尿系統的健康。

失禁護理

中風患者或會因活動能力減弱而未能及時如廁，或不能用言語表達自己的要求而引致失禁。此外，家居環境或可間接導致失禁（如廁所的距離太遠，以致到達時已經「忍唔住」而弄濕衣服）。有些患者採用輔助物品（例如：尿片、護墊），籍以減少麻煩家人及減輕照顧者的負擔。使用尿片需注意皮膚護理，以免皮膚因受濕而導致表層皮膚的抵抗力減弱及容易變軟，使皮膚組織容易受傷，引致壓瘡、尿疹、或皮膚炎。

預防小便失禁需要養成良好排尿習慣，可制定訓練時間表，鼓勵患者每隔兩至三小時排尿，提高患者對排尿的認知。若失禁情況不算嚴重，家人可多留意患者的生理需要，如口渴、飢餓、便急等，按需要協助患者上廁所，廁所的距離不要太遠，避免患者因尿意太急而導致失禁，沾濕床鋪及衣服而令皮膚長時間受浸濕而受損。另外，患者可穿着輕便及易於穿除的衣著，如橡筋褲頭的褲子，讓如廁過程更方便。

如果中風患者不良於行或長期臥床，家人可隔數小時鼓勵患者使用床上便盆。若患者需要用成人尿片，家人需定時為患者檢查是否需要更換新的尿片，並檢查床單是否弄濕，並協助他保持個人衛生，保持臀部清潔乾爽，避免汗液、尿液或大便浸蝕皮膚而引致破損。

護理有導尿管的患者時，須要注意以下幾點：

1. 固定導尿管的位置，避免患者轉動身體位置時導尿管脫出或更深入膀胱而容易引起感染。
2. 拿起儲尿袋時，尿袋的位置不可高過膀胱，以免尿液倒流入膀胱，引起尿道炎、膀胱炎。
3. 自流導尿管應定期或需要時更換，而連接管及儲尿袋最好每天更換，尿道口亦須每天清潔。
4. 患者應多飲水。

預防便秘

1. 鼓勵增加飲水量，多吃水果、蔬菜及含高纖維素食物。根據世界衛生組織的建議，每人每天應攝取 25 克纖維素，所以在每天的膳食中，應多選擇含較高纖維素的食物和配菜如菇菌類、豆類食物，攝取足夠纖維素。
2. 配合適量運動可舒緩便秘，改善因便秘而引起的失禁情況。經常做運動可舒緩壓力，亦能刺激腸道的蠕動，有助預防便秘。不良於行或經常卧床的患者，可嘗試做一些簡易運動：坐着提手、或者按摩腹部以幫助大腸蠕動。

按摩腹部手法：

1. 用兩至三隻手指，輕按下腹打圈，每次每點按揉一分鐘
2. 每日順時針按摩腹部十次

中風的後遺症

痙攣

人體平常靠不同的肌肉平衡去維持正常的姿勢或活動。但當中風令支配肌肉運作的腦細胞受損，在缺乏正常腦部訊息的指揮下，患側容易出現肌肉張力不正常，令身體不能維持正常的姿勢及活動，患側肌肉張力增加，就稱為「中風性肌肉痙攣」；當中以上肢屈曲性痙攣（圖 A.1.）及下肢伸直性痙攣最為常見。



圖 A.1. 上肢屈曲性痙攣

缺乏針對患側的適當復康訓練亦會減慢肌肉張力的康復，而復康期間過度依靠健側出力擺動患肢亦可以誘發或加劇患側的痙攣。

肌肉鬆弛

「中風性肌肉鬆弛」是指患側肌肉張力於中風後變得鬆弛；當中以上肢及腳掌鬆弛下垂最為常見。

中風後的肌肉張力亦有機會隨著病情的性質及進展而轉變；例如中風初期常見的肌肉鬆弛乏力可以慢慢轉化為正常的肌肉張力或痙攣。

溝通功能障礙

當腦部負責處理語言的部位壞死，患者可能會完全聽不懂別人的說話或無法表達自己的意思。除此以外，控制發聲肌肉的部位受損，也會令患者咬字不清，引致表達困難。

失禁

中風患者由於活動能力減弱，或不能自行往廁所，又或未能用言語表達自己的需要，容易引致大小便失禁。除此以外，骨盆底肌肉彈性減弱、感覺減退、膀胱感染、藥物使用及腦部損害等，都是中風患者失禁的成因。當皮膚長期被尿液浸潤下更會出現尿疹、破損或發炎。可見，失禁除了影響生活質素外，還會為健康帶來不良影響。（失禁的護理可參考中風常見的併發症——預防泌尿道感染）

吞嚥困難

受到中風影響，舌頭及咽喉的協調能力可能會變差，令患者吞嚥困難，同時或會伴有口齒不清的情況。如果咽喉的反射作用受到影響，患者會容易噎到，甚至引發吸入性肺炎。

認知功能障礙

患者可能陷入昏迷或意識混亂、說話顛三倒四、記憶力與智力減退甚至不知道患側身體的存在。

部份患者的認知能力會受中風影響，像集中力不足、記憶力衰退、觀察力及分析能力減弱等。嚴重者為血管性認知障礙症 (Vascular Dementia)。血管性認知障礙症約佔本港認知障礙症 (舊稱老年癡呆症) 病例百分之廿二。當腦部出現缺血情況時，腦細胞會因缺乏氧份而壞死；患者的病況會隨著每一次血管出血或血管栓塞而惡化，所以患者的衰退是「梯級式」的遞減；即每隔一段時間，病者的認知功能會出現某種程度的惡化，而在變化期之間則保持穩定。

若能預防中風，就能防止五分一的認知障礙症。

單側忽略 (Hemi-neglect)

部份中風患者會忽略患側身體，這是中風後發生的一種後遺症，一般稱為「單側忽略」。患者在日常生活除了容易跌倒外，穿衣時也會只將一隻手臂放進袖子裡，進食時只吃一側的食物，閱讀時只看見頁面一側的文字等。

單側忽略包括偏側視覺忽略、軀體失認或目光不注意，有時伴隨其他感知障礙，以致受損腦部對側空間和 / 或身體一側缺乏反應，一般以左側忽略比右側常見。

知多一點：症狀如中風相若的「臉癱」——「貝爾氏麻痺」(Bell's palsy)

人體的第七對腦神經稱作顏面神經，它支配臉部各種表情和閉眼的肌肉。當顏面神經受到損傷，就會引起臉部一側的肌肉等功能喪失，症狀如中風相若，有時被誤以為是中風。原發性顏面神經麻痺「貝爾氏麻痺」(Bell's palsy) 是由貝爾爵士在 1821 年首先提出來的，是一種常見的症狀，每十萬人當中約有二十三人會受影響，而且沒有性別、年齡或種族的區別。

病因一般為病毒感染，患者的免疫反應異常，造成顏面神經水腫、發炎、細微出血而引起麻痺。影響的肌肉包括一邊的額頭、臉頰和嘴部周圍的肌肉，患者笑的時候，嘴角歪向正常的一側，患側的法令紋消失，患者因一邊的嘴巴無法緊閉，所以無法正常飲食，尤其是喝飲料。患者往上看時，額頭正常的一邊會有皺紋，而患側則平坦無紋路，另外患側的眼睛無法緊閉，眼睛也有乾澀的現象，因為顏面神經也包含掌管味覺、淚腺、調節聽音大小的神經纖維，因此在顏面神經麻痺的人士中，約有一半患者的合併味覺消失，少部分患者的淚水分泌受到影響。有些患者也會有聽覺過敏，即感覺聲音變大的現象。嚴重時，患者會覺得在同側耳後方有疼痛感。病情嚴重性亦會影響康復前景，八至九成較輕微的病人功能上可完全復元，而較嚴重的患者不能完全復元的機會較高。若在病發起三周內恢復功能，很大機會完全復元；相反，若在病發後三至四個月仍未見功能恢復，出現後遺症的機會較大。



中風除了影響患者的身體機能外，還會從各方面影響到患者的日常生活：

生活方式的改變

- 難以維持以往的生活方式，如以往的社交生活及娛樂、穩定的作息時間等；
- 重新建立生活習慣，例如要花時間進行康復治療、因糖尿病或高血壓要戒口等；
- 需要長期接受診治、復康治療及藥物控制等，例如須定時覆診，有部份還須接受多個專科部門的診治，容易忘記、有錯漏而感到煩厭。

經濟壓力

- 醫療、添置特別器材等均需要相當的費用；
- 患者及照護者或需要辭去工作，家庭收入受影響，帶來經濟壓力。

人際關係

- 失去家庭生活及角色，如因中風以致無法工作、照顧家庭等；
- 家庭和婚姻關係的轉變，尤其是與伴侶及子女的親密程度，如部份家庭成員缺乏體諒及支持、患者因患病而無法與伴侶維持正常的性生活等；
- 覺得他人不能真正體諒自己的感受。不少人有「針唔拈到肉唔知痛」的想法，於是逐漸與人疏離，孤立自己；
- 失去社交生活，如缺乏體力及興趣參與社交活動，覺得孤立無援，有困難也不知向誰尋求協助。

我們會在第四章〈生活重整〉和第五章〈情緒處理〉就以上情形詳加解釋。

第二章/ 個案分析



本章會以個案形式簡單介紹中風的不同形態及常見問題，並略述解決方法。至於情緒處理、生活重整、照顧技巧等的詳情可參閱後面的章節。

個案一（輕度中風，重投工作）

李先生 **年齡：** 55 歲
家庭狀況： 已婚，與妻子及三名五至十二歲兒女同住
職業： 的士司機
身高： 1.75 米 **體重：** 68 公斤
身高體重指數（BMI）： 22.2

李先生是家中經濟支柱，每天工作超過十小時，多數在外用膳，每天下班後會與同行飲啤酒談天說地。李先生一向身體健康，但因工作關係沒定期做運動，也沒有定期做身體檢查，只是偶有頭痛，但經休息或進食自購藥物後頭痛便消失。有一天，他在工作期間突然感覺劇烈暈眩，於是返家休息，但暈眩仍加劇，而且半邊身麻痺無力，家人便致電「九九九」送院。入院後麻痺漸漸消去，身體機能回復正常，醫生診斷為短暫缺血性中風，並發現他患有高血壓。鑑於李先生的情況穩定，醫生處方藥物後安排出院，並指示李先生定期覆診。但醫生提醒他工作不可過於勞累及緊張，及要預防再次中風，而李先生亦非常憂心能否重投工作。

個案分析

一、平時不理身體：

李先生從來沒有做身體檢查，有高血壓而不自知。高血壓正正是中風的風險因素之一，如能及早發現，並且好好控制血壓，或可避免今次中風。

小中風是中風的先兆，李先生應改善生活習慣，預防再次中風，同時亦應留意身體警號，如有不妥應立刻就醫。

李先生應選擇一位家庭醫生，為他訂立個人健康護理計劃，以防患於未然。同時他亦要遵從醫生囑咐多做運動、注意均衡飲食、控制體重，並定時覆診、服藥，以控制高血壓。

二、不健康的生活：

工作壓力

當壓力處理不當會令血壓上升，增加中風的風險。如只靠飲酒來減壓，則會對身心都有損。酒精已確定能在人體致癌。過量飲酒除會增加中風的風險，同時令身體攝取過多的熱量，引致肥胖。飲酒更會削弱思考和判斷能力，若酒後駕駛則易引致意外。有益身心的減壓方法有好多，如做運動、和朋友傾訴等。

常外出用膳

食肆常會用多油多鹽的烹調方法令食物更吸引，而且常常多肉少菜令食物看似更「抵食」，但其實不利健康，容易引致高血壓、高血脂和糖尿病等，增加中風的風險。

外出飲食時，李先生亦可遵從**三低一高**（即低鹽、低糖、低脂肪及高纖維素）的原則選擇食物，或是到貼有「有營食肆」的餐廳用餐，同時亦可按「得舒飲食」的原則去改善高血壓。購買食物時更應留意營養標籤上的資料，有助遵行**三低一高**的建議。詳情可參閱第七章第 251 頁。

缺乏運動

缺乏運動是中風的風險因素。其實運動不單能預防中風，亦能減輕生活壓力，紓緩緊張情緒，每天做三十分鐘運動已能改善身體機能，詳情可參考第七章第 242 頁。

三、擔心未能重投工作

李先生擔心中風後會有後遺症，影響他往後再駕駛的能力。

幸而李先生患的是短暫缺血性中風（小中風），原則上身體機能已完全復原。若李先生擔心未能重投工作，可考慮駕駛能力評估及駕駛復康服務。

四、不懂拒絕朋友邀酒

朋輩壓力往往是戒酒的障礙。李先生可向朋友表明自己已立心戒酒，並清楚解釋戒酒的原因，更可和家人朋友立下約章，以增加戒酒的決心。

參考資料

- 高血壓 第七章第 231 頁
- 「得舒飲食」 第七章第 232 頁
- 戒酒 第七章第 241 頁
- 運動 第七章第 242 頁
- 健康飲食 第七章第 251 頁
- 壓力處理 第七章第 259 頁



個案二（中度中風、與家人同住）

陳先生 **年齡：** 58 歲
家庭狀況： 與家人同住。太太做兼職以幫補家計，兒子在求學階段
職業： 退休廚師
身高： 1.63 米 **體重：** 91 公斤
身高體重指數（BMI）： 34.3 **腰圍：** 40 吋

陳先生個性急躁，患有高血壓及高膽固醇，有時因健忘或嫌麻煩而沒有定時覆診及服藥。熱愛美食的他，沒有聽從醫生吩咐戒口，依然愛吃肥豬肉和味道濃烈的菜式。他沒有運動習慣，每天會飲一杯紅酒以期控制膽固醇，吸煙二十年，於中風前一個月因香煙加價而戒煙。

半年前一個晚上，陳先生晚飯後發現右邊手腳突然麻痺，但沒有理會，心想早些休息便會復原。半夜時，他發現右手不能提起。他非常擔心，並和太太商量。但太太勸他繼續入睡，不要杞人憂天，無謂半夜入急症室。翌日，陳先生因右半身乏力無法起床，於是太太急召救護車，經急症室入院。經檢查後，確診為缺血性中風。陳先生住院期間血壓甚高。過了一星期，陳先生經治療後病情漸趨穩定，語言和吞嚥能力未受影響。不過，陳先生的右邊手腳仍然乏力，未能如常活動，醫生安排物理治療師及職業治療師替他評估及治療。

陳先生現已返家休養，步履仍然不穩，但又不願意使用拐杖輔助，而且因為右手不太靈活而不能用筷子進食，也不能自己刷牙和扣鈕。陳先生覺得自己不中用，不願外出而終日在家無所事事，亦經常埋怨康復進度太慢。他認為戒煙引致他中風，因此非常後悔戒煙及脾氣變得很暴躁，陳太對於照顧丈夫亦覺得非常煩惱。

個案分析

一、對復康訓練感到不耐煩

復康訓練需時，陳先生可和治療師多溝通，以了解進度及抱持合理期望。中風後的首三至六個月的康復進度最快，陳先生應把握時機。日常起居生活的所有活動都可用以訓練陳先生的自理能力，即使一時間未能自理，也可借助輔助用具來照顧自己。陳先生抗拒使用柺杖，然而柺杖可輔助陳先生在康復期間外出活動，避免意外發生之餘亦可拓闊他的活動空間。有更多的社交及活動選擇對中風康復至為重要。若終日賦閒在家，缺乏多元化的活動及挑戰，會對恢復中風前的能力增添困難。

二、再次中風的風險

陳先生缺乏運動，又煙又酒，是中風的高危人士。加上忽視高血壓和高膽固醇，不服藥、覆診，又不戒口，都是他中風的原因。而肥胖、高血壓、高膽固醇等都是中風的危險因素，如未能好好控制以上疾病，陳先生仍有機會再次中風。

陳先生應從改變生活習慣開始，奉行**三低一高**的健康飲食，控制體重，而且應遵照醫生囑咐處理好慢性疾病，以降低再次中風的風險。

三、對吸煙和戒煙的誤解

陳先生認為戒煙是他中風的原因，但其實這是一個誤解。吸煙者中風的機會是非吸煙者的一倍半，所以及早戒煙才是有效預防中風的方法。

四、照顧者的壓力

身體狀況的轉變，不單影響到患者本身，更可能影響到家庭角色、收入等，亦會為照顧者帶來壓力。照顧者正確認識壓力來源及處理方法，對患者的康復至為重要。



個案三

黃太

年齡：80 歲

家庭狀況：與丈夫居於房屋署轄下之長者屋，沒有子女

身高：1.52 米

體重：53 公斤

身高體重指數 (BMI)：22.9

腰圍：35 吋

黃太多次輕微中風，但情況大致穩定，現時一邊手腳輕微乏力，需使用柺杖步行，偶爾亦需要他人協助步行。而她亦患有高血壓及糖尿病，須定期往專科門診覆診。兩老平日晨運後喜歡到茶樓飲早茶，然後買餸回家後便打掃家居。黃太甚少出席附近長者中心的活動，只參加每月一次的例會。

最近黃太體力漸漸衰退，記憶力明顯退步，時常忘記服藥。黃先生要常常陪伴左右，照顧太太的起居飲食。對太太無微不至的照顧令他每天都疲倦不已。他擔心萬一自己病倒，太太便沒人照顧了。因此，他最近睡得很差，半夜左思右想，求助無門。

個案分析

一、活動能力下降

黃太的活動能力下降，可能是中風的後遺症，也可能是中風後未及時鍛煉肌肉力量所致。

中風一段日子後，黃太可能因為缺乏運動或身體衰弱，肌肉力量下降，影響活動能力。黃太可考慮覆診時將情況告知醫生，以轉介物理治療師跟進。物理治療師可以替黃太安排肌力及平衡能力訓練、評估，並改善助行器的使用方法，以改善黃太的活動能力。即使已中風多年，黃太的能力經過鍛煉依然可以有所提升。

二、記憶力退步、自我照顧能力下降

黃太記性漸差，加上自我照顧能力下降，可能是認知障礙症的早期症狀。當情況惡化下去，會增加黃先生作為照顧者的壓力。

黃太出現認知障礙症的早期症狀，若及早求醫，可盡早開始治療及訓練，減少照顧上的困難及壓力。家人應多了解病情、尋求社區服務協助，學習照顧技巧。醫生可以考慮為黃太轉介職業治療師為黃太進行腦部功能訓練，及提供生活建議和輔助器具，以延緩退化，並保持自我照顧能力。

三、丈夫作為照顧者的壓力

黃先生本身也是一位長者，和太太相依為命，但當太太對他的依賴日深，他亦不無壓力。

黃先生可善用社區及親友的支援，避免凡事都由一己之力承擔。同時黃先生亦應確保自己有足夠的閒暇時間和社交活動，好讓緊張的生活和壓力得以紓緩。社區支援例如陪診服務、家務助理、送飯服務等可減輕照顧黃太的壓力。長遠而言，可能要考慮是否需要為太太申請院舍服務。

四、每天飲早茶對血壓、糖尿病的影響

外出進食的食物一般鹽分、脂肪或糖分含量較高，纖維素含量較低，容易令血壓和血糖上升，增加再次中風的風險。

黃太有糖尿病及高血壓，應跟隨健康飲食建議來進食：減少鹽分的攝取、避免進食含高脂肪、高膽固醇、高飽和脂肪及高反式脂肪的食物。她應多進食低脂或脫脂的奶類及其製品，以及選擇較瘦的肉類。她也應減少外出進食的次數，令飲食更加健康。（糖尿病及高血壓的飲食建議，詳情可參閱第七章）另外，黃太應留意自己的體重。如果有過重的情況，應儘量將體重控制至健康的水平。

五、外出交通安排

現時黃太行動不便，不單前往覆診會有困難，更因此令生活圈子大為收窄。拓闊生活圈子，對中風復康及維持個人健康至為重要，對減慢長者能力衰退而言亦不可或缺。

除了乘坐的士外，現時社會上有各種交通安排方便行動不便人士，如易達巴士、復康巴士、醫院管理局的「非緊急救護服務」及醫療輔助隊非緊急救護車服務等，詳情請參閱第八章 - 社區資源。

個案四（嚴重中風，長期照顧）

趙先生 **年齡：** 68 歲
職業： 退休人士
家庭狀況： 與女兒、女婿及外孫共一家四口同住

趙先生患有心臟病及高膽固醇，須定期覆診，因擔心頭暈而甚少外出。有一天，當女兒送子女上學返家後，發現父親臥在床上不醒人事、大小便失禁。醫生確診為嚴重中風。經多月療養後，趙先生情況雖已趨穩定，但右半身癱瘓，進食時常常哽咽，說話含糊不清而且大小便失禁。出院後趙先生不能照顧自己，須由別人餵食，出入用輪椅代步，他感到十分氣餒。趙小姐照顧一家本來已非常吃力，加上現在父親的情況令她感到百上加斤。即使聘請外傭協助照顧，亦需要等候一段時間，她非常煩惱，考慮應否安排父親入住安老院。

個案分析

一、突然失去自理能力

中風患者會因半身乏力或身體協調能力下降而失去自我照顧能力。但若能把握機會，積極進行復康練習，可以令腦部其他細胞重新學習失去的功能，改善自理能力。同時家人亦應鼓勵患者，多運用患肢去料理日常生活所需，不應事事代勞，以免錯過康復的黃金期。

除此以外，職業治療師亦可提供一些特製的用具，方便中風患者照顧自己。（詳情請參閱第四章）

二、失去活動能力

本港大部分的家居間隔並非為輪椅使用者而設，例如門檻太高或門口太窄，都會阻礙輪椅出入。然而，經過職業治療師評估後可進行家居改裝，方便輪椅出入。（詳情可參閱第四章）

三、患者情緒低落

趙先生可能因喪失了自理能力，需要別人的照顧而感到沮喪。另一方面，他也可能擔心康復的進展和日後的生活會否造成家人的負擔。他可以如何處理自己的情緒和壓力以致可以投入康復的過程呢？詳情可參閱第五章。

嚴重中風所帶來的障礙和能力的缺失，對趙先生而言是一個重大打擊。這些缺失令他在日常生活中失去了自由及信心，需要家人的協助。而且，他說話含糊，其他人較難明白其需要、想法和感受。作為家人，趙小姐應多點留意爸爸的面部表情，並運用「是」或「否」的問題形式了解他的需要。說話的內容多些正面的訊息會對趙爸爸有鼓勵作用。另外，雖然趙爸爸可能難於表達，但他都會有其恐懼和憂慮。家人宜將周邊發生的事情向他解釋，以減輕他的無助感和恐懼。

除了減輕患者的負面情緒外，家人亦可協助增加正面情緒活動。例如，在家中或房間可以播放他喜歡的歌曲或喜愛的劇集。在他的視線範圍內，擺放家庭照片。縱使他有較多卧床休息的時間，都可以有輕鬆愉快的情緒！

四、照顧者壓力

為了避免壓力爆發，持續影響身心，趙小姐一方面應適度的讓子女承擔適合他們年齡的自我照顧責任，另一方面可尋求其他家人甚至聘請外傭分擔家務和協助照顧爸爸。除此以外，趙小姐亦可考慮尋求社區支援，如照顧、家務及暫託服務等。在忙碌中，趙小姐都需要家人和親友給予的情感支持。培養不同的興趣，亦有助舒緩壓力。

五、溝通困難

趙先生中風後說話含糊不清，令他和家人的溝通出現困難。未能有效溝通下發生磨擦的機會大增。而未能表達自己意思又會令趙先生感到氣餒，甚至引發情緒問題。

中風後溝通困難，可能是因為大腦處理語言的部分或負責控制說話的肌肉（如喉部或舌頭）的部分受損。言語治療可以幫助趙先生重新學習說話肌肉的運用，有助改善說話和吞嚥的能力。職業治療也可以按患者能力設計一些輔助溝通的工具。但更重要的是家人和朋友的支持，以耐心和鼓勵去幫助患者渡過難關。

六、家居安老或院舍安老

趙先生一直和家人居住，中風後若要搬到安老院，家人或會感到壓力或內疚，而趙先生也未必能接受。但是居家安老的話，家人又未必有足夠的能力照顧患者。

其實，除了入住院舍外，社區亦有提供配套服務給中風患者和照顧者作支援。而長遠的照顧計劃，要衡量家居或院舍照顧患者的利弊得失和家人與患者的感受，並協助患者適應新的照顧安排。

第三章／ 復康



中風會影響大腦指揮身體活動的能力，若情況嚴重，日常生活及自理能力亦會受到限制，所以患者於中風後應積極投入復康運動，來促進活動功能的康復。

1. 「黃金康復期」之後仍有進步空間嗎？

當醫生認為患者病情穩定後，就可以儘快開始復康運動。不少人誤以為中風後失去的能力無法改善，其實腦部甚具可塑性，透過復康鍛煉，腦部可以學習控制關節活動。

由於中風初期腦部重塑性較高，因此中風後首三至六個月的復原速度較快，更被認為是「黃金康復期」。不過，只要持續做復康訓練，不少患者於中風一年後仍可以有進步的空間。

由於中風後患者的肌肉控制、平衡、本體感受、視力等能力均可能受到影響，所以運動的安全考慮尤其重要。而物理治療師可綜合評估上述因素後為患者釐定有效及安全的復康運動計劃。

2. 中風後物理治療復康運動的主要方針：

物理治療師會先評估患者的肌肉張力（痙攣或鬆弛）、關節控制及平衡能力、體能水平、往常運動習慣及居住環境等因素來釐定針對性的中風復康運動計劃。而中風後物理治療復康運動的方針主要包括以下三方面：

1. 改善肢體控制
2. 提升體能
3. 預防痙攣及攣縮

另外，護老者亦可在物理治療師的指導下學習協助患者運動的方法及扶抱技巧，以促進患者的康復及減輕照顧者的負擔。

3. 患則軟柔無力或坐立不穩的中風患者應如何做運動？

不少中風患者都會由以往行走自如變成不能坐穩或站穩，更不曉得如何因應肌肉力量下降、關節控制及平衡能力的限制來訓練患側。

為了令患者及護老者更容易明白及配合中風後復康運動訓練，下文介紹了一些物理治療師常處方給患者在臥、坐、站姿勢下進行的復康運動例子。不過，由於患者病情各異，所以本節所介紹的運動例子未必適合所有患者，而個別患者最好諮詢主診物理治療師有關適合自己的運動。

4. 中風復康過程中需注意的運動原則：

- **循序漸進、避免操之過急：**患側的控制訓練非常重要，因為它是肢體動作及日常活動功能康復的基石，有助提升日後身體動作的質素及預防痙攣惡化。若果復康初期因急於步行而忽略了關節及身軀的控制訓練，不但會減少患側鍛煉的機會，更容易誘發痙攣；例如步行時若過度依靠健側用力來擺動患側，就會加劇不理想的「擺圈式」中風步姿（圖 1a），當腦部學習了這些錯誤的步姿，日後要改正動作就會變得困難。



圖 1a
不理想的「擺圈式」
中風步姿



圖 1b
較正常的步姿

- **善用簡單輔助器具、調動姿勢來運動：**當肢體於中風後出現不同程度的活動障礙，除了可以自行用健側協助或由護老者協助活動患側，亦可用簡單輔助器具；如側臥時以堅挺輕巧的**復康滑板**把患側肢體水平地承托，就可以減低肢體活動時之阻力；而將肢體擺上斜放的復康復康滑板上，更可借用地心吸力協助肢體沿斜板滑下來，令能力較弱的患者也可參與鍛煉。（圖 2-4）



圖 2a



圖 2b

自助方法的例子：以好手揮動患手協助伸指



圖 3a



圖 3b

用簡單輔助器具：把患側手臂水平地承托在復康滑板上可減低手臂活動時之阻力

復康滑板應用注意事項

(1) 注意患者皮膚狀況：復康滑板只適合患肢皮膚正常及沒有缺損的患者。另外，使用時亦宜穿上襪子、長褲及長袖衫以減低皮膚的磨擦。

(2) 復康滑板的要求：要輕巧、堅挺、板面要平滑而且沒有尖角，以減低皮膚於板面滑動時的磨擦及預防受損，詳情可向物理治療師查詢。

(3) 那些復康動作適合使用復康滑板？物理治療師可因應個別中風患者的能力建議是否適合使用復康滑板，及如何應用復康滑板做適合的動作及運動量。



圖 4a



圖 4b

用簡單輔助器具：把患側手臂斜放在復康滑板上可借助地心吸力來協助手臂活動

- **同步及多元化的感官刺激：**患者在進行復康訓練時，除了要專注動作之外，更可加入不同的元素以刺激關節肌肉活動時的感應；例如翹起腳掌時，除了注視活動部位，亦可與健側一起踏滾筒（圖 5），又或由物理治療師指導下學習同步拍打相關肌肉，就可以加強翹起腳掌的反應及腦部對動作的感應統合（圖 6）。



圖 5a



圖 5b

雙腳一起在滾筒上滑動，有助帶動患側翹起腳掌及加強動作的感應統合



圖 6a



圖 6b

注視及拍打活動部位（小腿前外方肌肉）有助刺激負責翹起腳掌的肌肉，加強反應

5. 如何確保平衡運動安全及有效進行？

- (1) 平衡訓練的原則是既要挑戰患者的平衡能力，但又不可超出患者自我平衡能力太多，所以，為安全起見應由物理治療師處方平衡訓練動作。
- (2) 物理治療師可按患者的個別狀況來配搭不同的平衡訓練方法，例如：
 - 循序漸進地為患者設計適合不同姿勢下進行的平衡訓練（圖 7-9）
 - 使用穩固欄杆、高背椅及由護老者扶助進行平衡訓練（圖 10）
 - 進行訓練時，調節動作的幅度、不同的身體重心移動方位、站立及步行的姿勢（圖 11-18）
 - 加強平衡運動所需的前期訓練；如關節控制及痙攣的舒緩運動
- (3) 患者亦要循序漸進、量力而為，以免因運動過量而影響平衡或增加跌倒的風險。
- (4) 患者請諮詢主診物理治療師關於個別復康運動計劃的意見。

按患者的能力及進度，以坐、站、行姿勢逐步增加控制身體重心移動的難度



圖 7a-b 坐

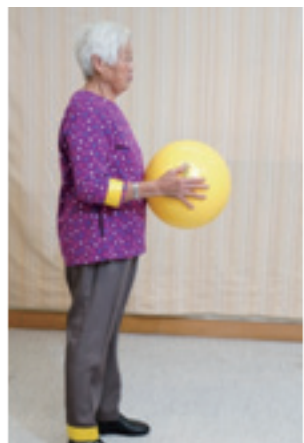


圖 8a-b 站



圖 9a-b 行

按患者的能力及進度，逐步減少借助欄杆或護老者給予的扶助
(圖 10-12)

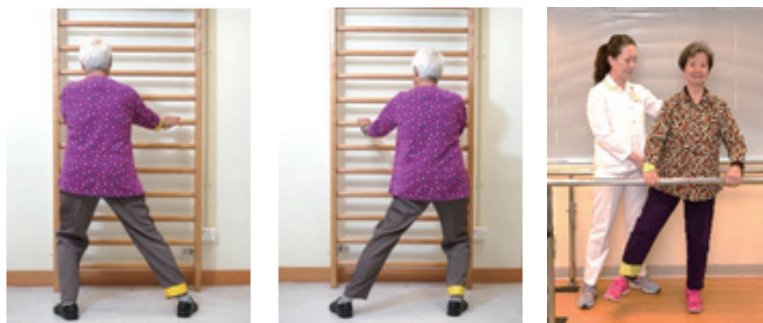


圖 10a-c 借助欄杆或由護老者給予扶助



圖 11a-b 借助運動球



圖 12a-b 沒有輔助

物理治療師亦可以按患者的能力及進度，逐步遞增動作的幅度、手腳與身軀動作的協調、身體重心向不同方位的移動、承托身體重心的面積等（圖 13-18）



圖 13a



圖 13b



圖 14a



圖 14b

重心上下移動：

- 坐著舉手較容易，適合坐著階段之平衡鍛煉
- 站著舉手較困難，所以只適合站立平衡能力有一定水平的患者



圖 15a



圖 15b



圖 16a



圖 16b

重心左右轉動：

- 坐著轉身較容易，適合坐著階段之平衡鍛煉
- 站著轉身及望後較困難，所以只適合站立平衡能力有一定水平的患者

改變站立姿勢或移動步履可以改變身體重心承托面積及重心位置



圖 17a



圖 17b



圖 18a



圖 18b

重心左右轉動：

- 雙手扶欄或由護老者扶助下雙腳交替上下台階，適合已能站穩的患者
- 單手扶欄踏前後較困難，只適合站立平衡能力有一定水平的患者



「臥、坐、站、行」：四個復康階段

臥

坐

站

行

中風患者的康復起點因人而異，視乎活動功能在中風後受影響的程度；嚴重者可以完全癱瘓，輕微者仍可步行，所以本文以「臥、坐、站、行」四個活動能力階段來介紹物理治療師常用於指導中風患者運動的方法，旨在讓患者及家屬對中風的復康運動概念得以認識。但要注意，下文介紹的動作例子未必適合所有患者，為確保安全及功效，患者可向主診物理治療師查詢最適合的復康運動計劃。

中風的復康訓練應按部就班，不能操之過急，因每階段的訓練進度和質素都建基於上一階段的訓練是否已鞏固；例如當「臥」及「坐」的訓練已達到一定的水平後，才適合開始「站」的訓練，若患側及身軀未建立良好的控制，過早或過度依靠健側勉強站立或走路，不但會限制了患側的康復、而且還容易加劇患側的痙攣及跌倒的風險。另外，當進入了另一階段的訓練後，亦需要持續練習上一階段的動作，例如在「站」的階段，仍需持續練習一些「坐」或「臥」的動作，對下一階段的動作之進展及質素會有很大的幫助。

以下會把中風後物理治療的復康訓練分為四部份：第一部份是適合「臥、坐、站、行」姿勢下進行的關節控制、平衡、轉移及功能鍛煉的例子。第二部份是關於強化肌肉運動及帶氧運動。第三部份是預防痙攣及攣縮，正確姿勢及肢體擺位、被動及主動的伸展運動。第四部份是復康運動的常見問題。

第一部份：不同復康階段肢體控制運動

A. 臥床進行的運動



關節控制運動

患者情況：

患側手腳軟弱無力，無法自行起床或活動，自理活動均需要協助，尚未可獨自坐立，大部分時間需要臥床

復康目標：

改善關節控制、肢體感應及肌肉張力

預防併發症如肺炎（請參考第六章）、褥瘡（請參考第六章）、痙攣、關節僵硬

A1. 腕指控制運動

方法 1：自助揮臂擺腕伸指

1. 平臥，好手將患側手臂屈至胸旁，然後向外揮動，帶動患手展掌伸指
2. 將患側手臂向內揮動，帶動患手輕輕握拳



A1.1a



A1.1b

方法 2：扣手自助左右擺腕

1. 平臥，雙手手指互扣於胸前
2. 好手帶動患側手腕左右擺動



A1.2

A2. 屈伸手肘

方法 1：平放復康滑板助屈伸手肘

1. 側卧於健側，平放復康滑板以承托患側手腳
2. 患側手臂在復康滑板上屈伸手肘



A2.1a



A2.1b

方法 2：平放復康滑板助屈伸手肘

1. 側卧於健側，斜放復康滑板（近胸前一邊較高），先把患側手臂屈曲放在滑板上
2. 患側手臂下滑時，借助向下的引力伸直手肘



A2.2a



A2.2b

方法 3：斜放復康滑板助屈臂

1. 側卧於健側，斜放復康滑板（近頭一邊較低），先把患側手臂伸直放在滑板上
2. 患側手臂下滑時，借助向下的引力屈曲手肘



A2.3a



A2.3b

方法 4：斜放復康滑板助屈臂（護老者協助）

護老者可由物理治療師指導下，學習協助患者運動的方法，

以上述動作為例（方法 3）：

1. 護老者協助患者把前臂伸直放在滑板上
2. 當放開患者前臂時，同時囑咐患者借助引力下滑時，盡力屈曲手肘



A2.4a



A2.4b

A3. 舉臂

方法 1：平放復康滑板助舉臂

1. 側臥於健側，平放復康滑板以承托患側手腳
2. 保持患側手臂伸直放在復康滑板上
3. 在復康滑板上水平地上下擺動手臂



A3.1a



A3.1b

方法 2：扣手自助舉臂

1. 平臥，雙手手指互扣
2. 然後自助以健側帶動患側手臂向上提



A3.2a



A3.2b

A4. 滑動肩胛

方法 1：屈伸患臂來活動肩胛（自助）

1. 平臥，先用好手協助患側手臂手肘保持向前伸直
2. 好手協助患側手臂伸向上時，患者要用力令患側肩胛向外及向上移動
3. 好手協助患側手臂下降時，患者要用力令患側肩胛向內及下移動（如圖肩膀後方黃帶顯示之位置）



A4.1a



A4.1b

方法 2：平放復康滑板助屈伸患臂來活動肩胛

1. 側卧於健側，平放復康滑板以承托患側手腳
2. 將患側手臂在復康滑板上向前伸，然後屈曲回胸前，患者要用力令患側肩胛隨著手臂的活動向前後移動。(如圖肩膀後方黃帶顯示之位置)



A4.2a



A4.2b

方法 3：屈伸患臂來活動肩胛（護老者協助）

護老者可由物理治療師指導下，學習協助運動的方法：

1. 護老者協助患者把手臂向前伸直時，同時協助患側肩胛隨著手臂的活動向前移動
2. 患者也需同時用力令肩胛前移



A4.3a



A4.3b

A5. 足踝控制運動

方法：平放復康滑板助翹起腳掌

1. 側卧於健側，平放復康滑板以承托患側腿
2. 保持腿部髖和膝屈曲約 90 度
3. 然後患側腳掌在復康滑板上水平地翹起



A5a



A5b

A6. 屈伸膝部

方法 1：平放復康滑板助屈伸大腿

1. 側卧於健側，平放復康滑板以承托患側腿
2. 保持患側髖部屈曲約 90 度
3. 然後沿復康滑板面水平地屈伸膝部



A6.1a



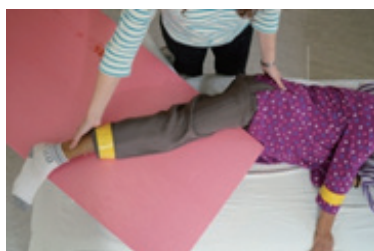
A6.1b

方法 2：平放復康滑板助屈伸大腿（護老者協助）

護老者需由物理治療師指導學習協助患者運動的方法。



A6.2a



A6.2b

A7. 屈伸髖部

方法 1：平放復康滑板助屈伸髖部（自助）

1. 側卧於健側，平放復康滑板以承托患側腿
2. 保持患側膝部伸直
3. 然後沿復康滑板面水平地將大腿前後擺動



A7.1a



A7.1b

方法 2：平放復康滑板助屈伸髖部（護老者協助）

護老者需由物理治療師指導學習協助患者運動的方法。



A7.2a



A7.2b

方法 3：踏床拱橋

1. 平臥，雙手扶穩床邊曲膝踏床
2. 先將雙膝互靠，腳掌微微分開
2. 以腰腿發力抬起臀部



A7.3a



A7.3b

固定雙膝方法：

若患者難以穩定地保持曲膝姿勢，可用好腳踏穩患側腳或用毛巾縛穩雙膝。



A7.3c



A7.3d



A7.3e

方法 4：踏床拱橋（護老者協助）

護老者需由物理治療師指導學習協助患者運動的方法。



A7.4a



A7.4b

方法 5：床邊提放大腿

1. 平臥，曲膝踏床，健手抓穩床邊或屈臂托著頭
2. 將患側腳膝部微微提起，接著放落在床邊預先擺好的矮凳上
3. 然後再將患側腳提起放回床上



A7.5a



A7.5b

方法 6：床邊提放大腿（護老者協助）

護老者需由物理治療師指導學習協助患者運動的方法。



A7.6a



A7.6b

A8. 左右擺髖

方法 1：平放復康滑板助擺腿

1. 平臥，平放復康滑板以承托患側腿
2. 健側腿保持曲膝踏床，患側腿保持膝部伸直及腳掌翹起
3. 然後水平地將患側大腿內外擺動



A8.1a



A8.1b

方法 2：平放復康滑板助擺腿（護老者協助）

護老者需由物理治療師指導學習協助患者運動的方法。



A8.2a



A8.2b

方法 3：曲膝踏床分腿

1. 平臥，曲膝踏床
2. 雙手手指互扣，並保持向上舉姿勢
3. 雙膝慢慢向外分開，接著回復原位，過程中儘量保持雙腳活動節奏相約



A8.3a



A8.3b

注意：使用復康滑板前，請先觀察患者的手肘、手掌、膝內側及內足踝的皮膚狀況是否適合，並請參閱“復康滑板應用注意事項”。

平衡、位置轉移及功能鍛煉

A9. 協助由患側起床

(適合患側力量較弱、未能自行起床或坐穩的患者)



A9.1a



A9.1b



A9.1c



A9.1d



A9.1e



A9.1f

1. 患者平臥，護老者協助患者雙腳曲膝踏床
2. 提示患者把健手放於腹上
3. 護老者扶著患者的肩及盤骨，協助轉向患側
4. 護老者協助患者將雙腳放落床邊
5. 護老者一手按著患者的盤骨，另一手托著其肩部，協助患者由患側起床
6. 提示患者坐起後，雙腳平放地上，雙手按穩床邊

B. 坐著進行的運動



患者情況：

患側肌肉力量和關節控制逐漸恢復，並能獨自坐穩

復康目標：

提升患側肢體控制及力量，改善坐姿及平衡，提高患者基本活動能力及自顧能力。防治後遺症，例如關節僵硬

B1. 腕指控制運動

方法 1：自助揮臂擺腕伸指

1. 好手將患側手臂屈至肩前，手肘承托在枱面上
2. 將患側手臂向外揮動，帶動患手展掌伸指
3. 然後將患側手臂向內揮動，帶動患手輕輕握拳



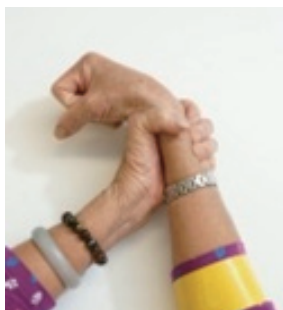
B1.1a



B1.1b

方法 2：水平地擺腕伸指

1. 好手握患側手腕，患手虎口向天微微握拳屈腕
2. 然後將患側手腕及手指伸直



B1.2a



B1.2b

方法 3：向上展掌伸指

1. 將患側手腕承托在圓罐上，掌心向下，手腕手指放鬆下垂
2. 然後患手向上展掌伸指



B1.3a



B1.3b

方法 4：拍臂刺激展掌伸指

患者亦可以在患側手臂發力時，輕輕拍打前臂上方肌肉以刺激動作反應



B1.4a



B1.4b

方法 5：水平地握拳伸指

1. 好手握穩患側手腕，患側虎口向天微微握拳
2. 然後將患側手指向前伸直



B1.5a



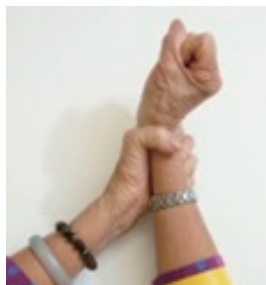
B1.5b

方法 6：水平地屈伸手腕

1. 好手握患側手腕，患側虎口向天微微握拳
2. 然後將患側手腕屈伸



B1.6a



B1.6b

方法 7：向上提腕

1. 將患側手腕承托在圓罐上，掌心向下
2. 然後將患側手腕向上提起



B1.7a



B1.7b

B2. 轉腕

方法 1：斜坡協助翻掌向上

1. 好手扶穩患側手肘，患側手掌放在傾斜的膠碟上，掌心向下
2. 然後借助引力轉腕反掌
3. 亦可用好手轉動患側手臂來協助反掌



B2.1a



B2.1b



B2.1c

方法 2：撥扇轉腕

1. 患側手肘承托在枱上，手握膠碟或扇
2. 然後作撥扇動作轉動手腕



B2.2a



B2.2b

方法 3：雙手扭蓋

1. 患側手抓着細圓罐蓋，好手握另一端
2. 患側手握緊罐蓋，雙手反方向作扭緊及扭開罐蓋的動作



B2.3a



B2.3b

B3. 左右擺腕

方法：左右擺腕抹檯面

1. 患側手臂放枱上，掌心向下
2. 手掌向尾指及拇指方向左右擺動



B3.1a



B3.1b

B4. 屈伸手臂

方法 1：扣手自助屈伸手臂

1. 雙手手指互扣
2. 好手帶動患側手臂屈曲伸直



B4.1a



B4.1b

方法 2：水平地屈伸手臂抹桌

1. 患側手臂屈曲放枱上，手掌按著膠碟，掌心向下
2. 患側手臂在枱上滑動屈伸手肘



B4.2a



B4.2b

方法 3：自助患側手臂向前屈伸

1. 好手於胸前托起患側的手掌及手指
2. 然後患側手臂在好手協助下向前後推拉



B4.3a



B4.3b

方法 4：自助患側手臂在枱面向前屈伸

1. 好手於枱面托起患側手掌及手指
2. 然後患側手臂在好手協助下向前後推拉



B4.4a



B4.4b

方法 5：自助枱面推波

1. 好手協助患側手扶穩枱上的籃球
2. 然後患側手臂在好手協助下把籃球向前後滾動



B4.5a



B4.5b

方法 6：扶傘柄借力伸臂

1. 將傘柄垂直及放於腳跟後方
2. 接著好手協助患側手扶穩傘柄
2. 借助傘柄前傾來帶動患側手臂伸前



B4.6a



B4.6b

方法 7：扶傘柄借力屈臂

1. 將傘柄垂直及放於腳趾旁
2. 接著好手協助患側手扶穩傘柄
2. 借助傘柄後傾來帶動患側手臂屈曲



B4.7a



B4.7b

B5. 舉臂

方法 1：扣手自助向上舉臂

1. 雙手手指互扣
2. 然後以好手帶動患側手臂向上舉



B5.1a



B5.1b

方法 2：肩膀滑輪協助舉臂

1. 雙手握著肩膀滑輪的手柄
2. 好手向下拉以協助患側手臂向上提

注意：

1. 患者如有肩膀脫臼，請先諮詢物理治療師或其他醫護人員。
2. 未能握緊手柄的患者，可用繃帶或紮手帶把患側手固定在手柄上。



B5.2

方法 3：患側手臂向斜上方舉臂

1. 略為坐前，使背部離開椅背
2. 先將患側手掌放在健側髖旁，身微轉向健側，眼望患側手掌
3. 慢慢挺腰及轉身並將患側手臂向外斜上方舉起
(動作如穿袖或拔劍)，視線需隨着患側手掌移動



B5.3a



B5.3b



B5.3c

方法 4：鏡面模擬學習舉臂

1. 舉臂能力較弱或乏力的患者可以將一面直身鏡貼在健側的半邊身來遮閉患側的半邊身
2. 當雙臂徐徐舉起時，患者將健臂的鏡影聯想為患側手臂的動作，令大腦接收到模擬患側手臂活動的視覺訊息，從而強化大腦控制患側手臂的意識



B5.4

B6. 手臂打圈

方法：蛙式擺手

1. 雙臂屈曲放在枱上
2. 像游蛙泳般雙臂儘量對稱地在枱上打圈



B6.1a



B6.1b

B7. 屈伸足踝

方法 1：自助屈伸足踝

1. 將患側腳踝放在健側膝上
2. 好手協助患側腳掌屈伸

注意：患側腿柔韌度不足或有膝痛的患者就不適合做此運動



B7.1a



B7.1b

方法 2：踏滾筒協助屈伸足踝

1. 雙腳踏上滾筒
2. 健側腳掌控制滾筒向前後滾動以帶動患側足踝屈伸



B7.2a



B7.2b

方法 3：踏球協助屈伸足踝

1. 患側腳前掌踏著軟球
2. 患側腿控制軟球向前後滾動以帶動足踝屈伸



B7.3a



B7.3b

方法 4：拍打小腿以刺激翹起腳掌

當翹起腳掌時，同步輕輕地拍小腿前外方的肌肉有助加強翹起腳掌的反應。



B7.4a



B7.4b

B8. 屈伸膝部

方法 1：好腳自助屈伸大腿

1. 以好腳從後方托著患側小腿
2. 在好腳協助下屈伸患側腿

注意：如有腰痛，不宜練習此動作



B8.1a



B8.1b

方法 2：拍打大腿以刺激膝部伸直

1. 將患側腿放在好腳膝上
2. 當伸出小腿時，同步輕輕地拍大腿前方的肌肉有助加強伸直膝關節的反應



B8.2a



B8.2b

方法 3：坐着提膝

1. 坐穩在背靠椅上或床邊（注意：患者需能獨自坐穩在床邊）
2. 交替提起膝部



B8.3a



B8.3b

方法 4：踏坐地單車及健身單車

1. 穩坐在椅子上踏小型單車
2. 或使用健身單車，但上落時要扶穩或由護老者協助

注意：未能踏穩腳踏的患者，可用繃帶把患側腳板固定在腳踏板上。



B8.4a



B8.4b

平衡及轉移

A9. 自行由患側起床 (適合患側稍弱的患者)



B9.1a



B9.1b



B9.1c



B9.1d



B9.1e



B9.1f

1. 平臥，曲膝踏床，雙手按床邊
2. 由好手帶動身體轉向患側
3. 好腳把患側腳移向床邊
4. 雙腳放落床邊
5. 好手按著床邊來借力坐起
6. 雙腳平放地上，雙手按穩床邊（注意：患者需能獨自坐穩在床邊）

B10. 重心前移

方法 1：臀部在椅上前後移動

1. 坐穩，手扶著椅邊或手柄
2. 身體重心移向一側，然後將臀部另一側微微提起並向前移動
3. 輪流將左右臀部升起及向前 / 後移動，如在椅上步行般向前後進退



B10.1a



B10.1b



B10.1c



B10.1d



B10.1e

方法 2：桌上推球帶動身體傾前

1. 好手協助患側手扶穩在籃球上
2. 雙手將籃球在枱上推前拉後，帶動身體重心傾前及仰後



B10.2a



B10.2b

方法 3：坐著推球帶動身體傾前

1. 雙手捉穩或手指互扣以抓住軟球
2. 然後將雙手推前拉後，帶動身體重心傾前及仰後



B10.3a



B10.3b

B10. 重心橫移

方法 1：按椅邊扶肘壓臂

1. 患側手按在椅邊
2. 好手扶穩患側手肘，身體重心移向患側
3. 將身體重心左右來回地移動，使患側手臂的肩、肘、腕有節奏地受壓，有助刺激患側手臂各關節及肌肉



B11.1a



B11.1b

方法 2：轉腰擺臂

1. 在椅上坐前一點，雙手手指互扣並屈臂於胸前
2. 轉腰及將雙手輪流伸向兩側外上方。（如高爾夫球的拉杆動作）



B11.2a



B11.2b



B11.2c

方法 3：抱球轉腰

- 平衡力進步後可持球坐在床邊做此平衡訓練



B11.3a



B11.3b



B11.3c

B12. 小肌肉及手眼協調訓練

方法 1：拔繩

- 患側手抓著尼龍繩頭，然後慢慢地拉出尼龍繩



B12.1a



B12.1b

方法 2：提臂刷牙

- 可用好手扶著或用軟球來承托患側手臂來進行刷牙訓練



B12.2a



B12.2b

方法 3：訓練指力及手眼協調

- 患側手用衣夾練指力或用珠子路軌玩具練習拿著珠子沿著不同的路軌運行



B12.3a



B12.3b

方法 4：訓練手腕手指靈活度

- 患側手轉動不同大小的圓筒
- 用患側手配對不同形狀的積木



B12.4a



B12.4b

C. 站著進行的運動



患者情況：

患側手臂肌肉力量和關節控制逐步改善，能完成簡單的基本活動
能獨立穩定地站立；及由椅子站立及坐下

復康目標：

提高自我照顧能力，日常生活和工作相關的動作訓練

平衡、位置轉移及功能鍛煉

物理治療師會因應患者的站立能力來配合不同的平衡鍛煉方法；一些平衡力較弱的患者或需要在輔助器材下才可做站立平衡鍛煉；例如站立床和站立架 (C1.1a-d)，當平衡力逐步改善，物理治療師便會建議患者扶著欄杆或穩固的高背椅來做運動，及指導護老者如何協助較難保持平穩的患者做運動的方法，以策安全。

當患者的站立平衡達到一定的水平後，物理治療師更可以配合一些器材或儀器以進一步提升患者的站立平衡鍛煉；例如站立平衡搖板 (C1.2a-b) 和電腦回饋引導站立平衡板 (C1.2c-d)。當患者能站立下活動自如時，物理治療師更可按其情況指導一些要求更高的平衡鍛煉，如擲球、打球及虛擬平衡訓練遊戲等 (C1.3a-c)。

C1. 平衡力較弱的患者， 需由物理治療師指導下進行之平衡鍛煉方法例子

全身站立床



C1.1a



C1.1b

站立架



C1.1c



C1.1d

站立平衡搖板



C1.2a



C1.2b

電腦回饋引導站立平衡板



C1.2c



C1.2d

自我平衡干擾訓練 (如擲球、打球)



C1.3a



C1.3b

虛擬平衡訓練遊戲



C1.3c

C2. 自行在床邊由健側轉移至輪椅 (適合患側稍弱的患者)



C2.a



C2.b



C2.c



C2.d



C2.e



C2.f

1. 將輪椅泊近床邊及健側，並且鎖緊煞制，雙手按床坐穩
2. 將臀部移近床邊，使雙膝微微屈曲多於 90 度
3. 好手伸出扶穩輪椅遠端手柄
4. 上身傾前並用好手抓穩輪椅手柄借力，另以患側手按床，手腳同時用力把身體升起
5. 站起時身體轉動至背向輪椅
6. 雙手扶穩輪椅手柄，上身傾前曲膝坐下

C3. 由坐至站的錯誤及正確步驟

錯誤方法：站起時過度依靠健側



C3.1a



C3.1b



C3.1c

站起時過度借助健側，不但會減少患側手腳的參與，站立後更容易令到身體側向一方及較難站穩

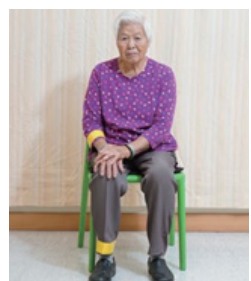
正確方法：站起時雙腳平均發力



C3.2a



C3.2b



C3.2c



C3.2d



C3.2e

站起前先要感到兩側臀部及腳掌平均承托體重，站起時雙腳要盡量對稱地發力，可以單手或雙手按膝以協助患側腳發力，站直後也要留意體重是否平均分佈於雙腳。

電腦回饋訓練有助改善站起時雙腳用力的平均程度及穩定性

透過即時螢幕顯示的回饋，患者可以了解雙腳受力的比例，從而學會調控雙腳用力程度



C3.3a



C3.3b



C3.3c

當中風患者的平衡力及下肢力量逐步改善，便可以加入一些站立運動，以鍛煉肌肉、改善關節柔韌度及控制。

注意

以下介紹的運動 (C4-11) 要求較高的平衡能力，只適合能站立下活動自如的中風患者，平衡尚未穩健的患者應先諮詢主診物理治療師的意見，不要自行嘗試，以防跌倒。

C4. 重心上下移動

功效：有助改善身體重心上下移動時之穩定性

方法 1：按椅邊扶肘壓臂

1. 雙腳並排站立，雙手手指互扣
2. 好手帶動患側手臂向上舉
3. 過程中要保持雙腳平均支撐體重



C4.1a



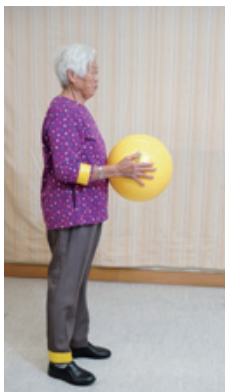
C4.1b



C4.1c

方法 2：雙手向上舉球

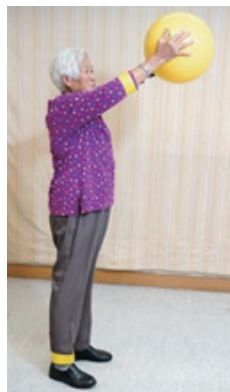
1. 雙腳並排站立，雙手抱球
2. 然後將球向上舉
3. 過程中要保持球在中線及雙腳平均支撐體重



C4.2a



C4.2b



C4.2c

C5. 重心前後移動

功效：有助改善身體重心前後移動之穩定性

方法 1：雙手向前後推拉

1. 雙腳並排站立，雙手手指互扣
2. 好手帶動患側手臂向前推
3. 站穩後再將雙手慢慢收回胸前
4. 過程中要保持雙腳平均支撐體重



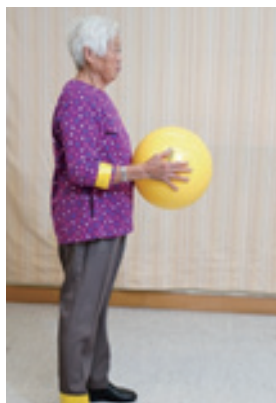
C5.1a



C5.1b

方法 2：住雙手抱球推前拉後

1. 雙腳並排站立，雙手抱球
2. 將球慢慢放向前
3. 站穩後再將軟球慢慢收回胸前
4. 過程中要保持軟球在中線及雙腳平均支撐體重



C5.2a



C5.2b



C5.2c

C6. 重心左右移動

功效：有助改善身體重心橫向移動之穩定性及大腿內側柔韌度

方法 1：枱上橫向推球

1. 分腿站立，健身球放檯上，雙臂承托在健身球上
2. 身體重心輪流橫移向兩側，雙腳亦同步向左右交替屈曲和伸直



C6.1a



C6.1b

方法 2：橫向移動

1. 分腿站立，背靠近牆，雙臂提起及手指互扣
2. 重心向兩側橫移，雙腳向左右交替屈曲和伸直



C6.2a



C6.2b



C6.3a



C6.3b



C6.3c



C6.3d



C6.3e

方法 3：轉身拍手

1. 雙腳分腿站立，雙手先垂下及手指互扣放在腹前
2. 雙手向右側提起拍手，帶動腰轉向右邊，身體重心亦隨之移向右腳，然後回到原位，接着向左邊重複
3. 當平衡能力逐漸改善，便可以將手向側提起的高度增高

注意：轉移過程中身體可以扭動但要保持正直，胸口與主要支撐腳應成一垂直線，此運動要求平衡力較高，運動時可以由護老者從後方扶助患者



C6.4a

C6.4b

C6.4c

C6.4d

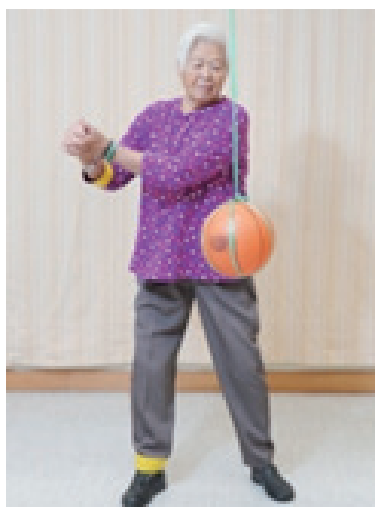
C6.4e

方法 4：轉身舉球

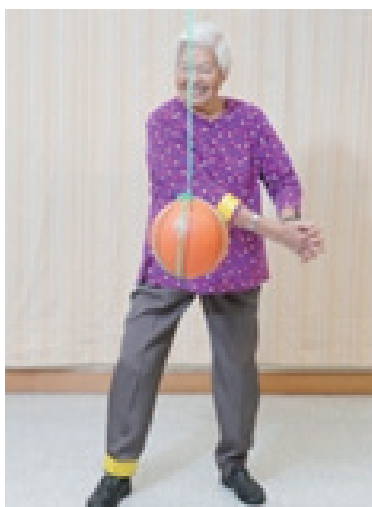
- 步驟及注意事項跟方法 3 相若，但要求雙手可以持球及平衡能力較佳

方法 5：向左右擊球

1. 將一軟球吊在身體正前方腰部水平
2. 分腿站立，雙手手指互扣
3. 先微微轉腰並將雙手拉後，然後輕輕把球擊向另一側



C6.1a



C6.1b

使用社區內的運動器材設施更會增加運動的趣味；例如康樂及文化事務署轄下長者健體園地及部分長者社區中心均有提供的一些簡單運動器材，亦適合一些中風患者使用 (C6.6a-f)。

使用運動器材之前除了注意正確使用方法及安全守則，中風患者更可按物理治療師的建議，選擇合適的運動器材及運動方法以促進康復。

長者在使用健體器材前宜留意以下的安全守則：

1. 患有慢性病、關節痛症、平衡有困難、容易暈眩、新近扭傷或骨折、有植入人造關節、近期曾接受手術、有眼科疾患、中風影響至視域收窄或有其他健康上的疑問，於使用健體器械前請先諮詢醫護人員的意見。
2. 使用健體器械前，須先細閱安全守則及操作說明，以免因錯誤使用而受傷。
3. 使用前先確定器械運作正常。如器材操作異常或發生故障，應儘快通知公園職員，切勿自行修理。
4. 使用健體器械時，節奏宜平均，力度要柔和。
5. 運動前應先做 10 至 15 分鐘熱身運動，運動後也應做 10 至 15 分鐘的緩和運動。
6. 太飽或太餓均不適宜運動，飽餐後須隔一至個半小時方可進行運動。
7. 運動時應穿着舒適透氣的衣服和防滑的運動鞋。
8. 留意個人身體狀況，如感不適，應立即停止使用，並向公園職員或其他在場人士求助，如情況嚴重或持續，請儘快求醫。



C6.6a



C6.6b



C6.6c



C6.6d



C6.6e



C6.6f

康樂及文化事務署的健體園地所提供的健身器材均設有使用方法及注意事項告示牌，例子如下 (C6.6g-h)：



C6.6g
健體園地安全守則



C6.6h
健體園地運動器材使用指引

C7. 提肩舉臂

功效：有助提升患側肩膀柔韌度

方法 1：肩膀滑輪

1. 雙手握着滑輪手柄，輪流向上下伸展，動作幅度要對稱
2. 若患側肩部僵硬，可用好手拉手柄向下，帶動患側上舉，直至感到患側肩部微微拉緊，然後停留 10 秒再放鬆，重複 10-20 次。

注意：患者如有肩膀脫臼，請先諮詢物理治療師或其他醫護人員



C7.1

功效：提升患側肩部活動能力

方法 2：太極推揉器

1. 雙腳分腿站立，雙手握着推揉器的手柄
2. 雙手反方向往外開合轉動，動作幅度要對稱

注意：平衡能力較好的患者可轉動推揉器向下時微微蹲下，推上時則回復站立重複 10-20 次。



C7.2

C8. 屈伸膝部

功效：有助改善患側髖、膝及腳掌提起的控制能力

方法 1：扶欄向前提膝

1. 雙手扶穩欄杆站立
2. 雙腳輪流向上提膝，保持 5 秒，然後放下
3. 左右腳交替做 10-20 次

注意：提膝時應挺胸、微微收緊腹及臀部，不要彎前，著意提起腳掌；單腿站立時身體要保持正中。



C8.1

功效：有助改善患側膝向後屈曲的控制能力及平衡反應

方法 2：扶欄向後提腳

1. 雙手扶穩欄杆站立
2. 雙腳輪流向後屈膝，保持 5 秒，然後放下
3. 左右腳交替做 10-20 次

注意：向後屈腳時大腿部位要保持垂直



C8.2

C9. 扶欄向左右側提腿

功效：有助單腳站立及橫向的平衡反應

1. 雙手扶穩欄杆站立
2. 雙腳輪流向外側提起，保持 5 秒，然後放下。
3. 重複 10-20 次

注意：提腳時腳掌約離地 1 至 2 尺，身體要保持正中，膝部要保持伸直及腳指向前。



C9a



C9b

C10. 轉腰

功效：有助改善腰頸柔韌度及向後轉身的平衡反應

1. 雙手扶穩欄杆站立
2. 右手抓緊欄杆，左手向後伸，腰隨左手轉身望後
3. 回復原位，另一方重複動作，每邊交替做 10 次



C10a



C10b

C11. 俯前仰後

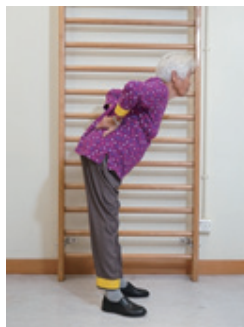
功效：有助改善腰部柔韌度及向前和向後的平衡反應

1. 雙腳分腿站立，雙手叉腰，眼望前方，慢慢向後仰
2. 回復原位，然後向前彎腰
3. 重複 10-20 次

注意：平衡力較弱的患者可背牆或以一手扶欄做此運動以防跌倒，容易頭暈或剛接受眼科手術的人士請先諮詢醫護人員意見。



C11a



C11b

D. 步行訓練



患者情況：

站立時的活動能力、身體及患肢控制已較佳，能獨自穩定地站立並轉移重心

治療目標：學習穩健地步行、提升心肺功能，預防再次中風

D1. 步行前期訓練 - 重心轉移及步履控制

注意

以下介紹的運動要求較高的平衡能力，只適合能站立下活動自如的中風患者，平衡尚未穩健的患者請先諮詢主診物理治療師的意見，不要自行嘗試，以防跌倒。

功效：有助協調步履、改善步行時身體重心左右移動之穩定性

方法 1：踏級

1. 雙手扶穩欄杆站立
2. 雙腳輪流踏上抬階，然後輕輕將部份體重放上抬階



D1.1a



D1.1b

方法 2：踏步進退

1. 好手扶欄，側身弓箭步站立
2. 患側腳從後踏步向前，先以腳跟著地，接著放平腳掌，然後退回後方

注意：患側腳踏前時雙腳左右之間仍應保持約一個拳頭闊的間距才能自然站穩，如果把雙腳腳跟靠得太近像走鋼線般，就會很難平衡。



D1.2a



D1.2b



D1.2c

方法 3：弓步推手、退腳收手

1. 雙腳並排站立
2. 好手托起患側手掌及手指於胸前
3. 患側腳踏步向前然後曲膝轉為弓步，接著雙手向前推
4. 患側腳退回原位時，雙手收回胸前

注意：除了方法 2 的注意事項，更要留意此運動要求平衡力較高，運動時可以由護老者協助



D1.3a



D1.3b



D1.3c

方法 4：踏步推球

1. 雙腳並排站立，雙手抱球
2. 患側腳踏步向前然後曲膝轉為弓步，接著雙手向前推
3. 過程中要保持球在中線及雙腳平均支撐體重

注意：除了方法 2 的注意事項，更要留意此運動要求平衡力較高，運動時可以由護老者協助



D1.4a



D1.4b



D1.4c



D1.4d

方法 5：拖地

1. 雙手握地拖柄，弓步站立，先將後膝微曲，前膝伸直，使重心主要落在後腳，使後腳為主力支撐腳
2. 後腳漸漸伸直，前腳漸漸曲膝，使重心移向前腳，雙臂亦隨著弓步前移時同步把地拖推向前
3. 然後回復開始姿勢



D1.5a



D1.5b

D2. 步行期訓練

透過一些步行前期訓練，先令中風患者學習及鞏固步行所需的關節控制、重心轉移和步履協調，當中風患者打好了根基，開始步行訓練時就較容易學習正常的步姿 (D2.1a-b)，有助減輕不正常的「擺圈式」中風步姿 (D2.2a-b)，後者往往因為過度依靠健側擺動患側來步行，而加劇了不正常步姿和患側的痙攣，甚至會增加跌倒的機會。

較正常的步姿



D2.1a

D2.1b

典型中風患者的「擺圈式」步姿



D2.2a

D2.2b

物理治療師會因應患者的關節控制、重心轉移和站立能力來配合不同的步行鍛煉方法；步行時較難保持平穩的患者或需要配合懸掛式步行器 (D2.3a-b) 和步行訓練平衡架 (D2.3c) 才可安全地做步行鍛煉；當平衡力逐步改善，物理治療師便會按患者的能力及進度，建議使用不同的助行器 (D2.3d-f)，及指導護老者扶助中風患者步行的方法，以確保安全。



D2.3a
懸掛式步行訓練



D2.3b
懸掛式步行訓練



D2.3c
步行訓練平衡架



D2.3d
四輪步行架



D2.3e
四腳枴杖



D2.3f
枴杖

若中風患者步行時的患側關節控制、重心轉移和步履協調較弱，物理治療師或會配合不同的儀器來作輔助訓練；例如肌肉電療步行訓練 (D2.3g)，步姿回饋及分析儀 (D2.3h)，來提升步姿的質素。



D2.3g 肌肉電療步行訓練



D2.3h 步姿回饋及分析儀

當物理治療師評估患者的步行能力達到一定水平後，便可以進行多些步行和上下梯級的訓練。

D3. 行平路



D3.1a

1. 雙腳與助行器並排



D3.1b

2. 助行器放前一步



D3.1c

3. 患側腳踏前一步



D3.1d

4. 然後好腳跟上並排

1. 雙腳與助行器並排，用好手握助行器（拐杖或四腳拐杖）
2. 先將拐杖放前約一步
3. 然後患側的腳踏前一步，與拐杖並排
4. 最後才將好腳跟上患側腳旁邊

D4. 上梯級



D4.1a

1. 雙腳與助行器並排



D4.1b

2. 助行器放前一步



D4.1c

3. 好腳跟上一級



D4.1d

4. 患側腳跟上同一級

上梯級時，採用「一級兩步」及「柺杖、好腳、弱腳」的步驟：

1. 雙腳與助行器並排，用好手握助行器（柺杖或四腳柺杖）
2. 先將柺杖放前約一步
3. 然後好腳上一級
4. 最後患側腳跟上同一級

D5. 下梯級



D5.1a

1. 雙腳與助行器並排



D5.1b

2. 先放助行器落一級



D5.1c

3. 患側腳先落一級



D5.1d

4. 好腳放下同一級

用柺杖下梯級的步驟，也是採用「一級兩步」及「柺杖、弱腳、好腳」的步驟：

1. 下級前，助行器與雙腳並排
2. 先將柺杖放下一級
3. 然後患側腳下一級
4. 最後好腳放下同一級

D6. 上下斜坡

中風患者宜選擇有扶手的斜坡及梯級練習，特別要注意上坡及梯級時要著意抬起患側腳掌，以防絆倒。



D6

第二部份：體能鍛煉

E. 強化肌肉運動

物理治療師可因應中風患者關節控制、肌肉力量及平衡能力等因素，建議在不同姿勢下，使用不同的負荷模式及動作來做不同的強化肌肉運動，例如臂力較弱的患者可以用好手協助患側手臂發力；若患側臂力較好，就可以嘗試一些只用患側手臂發力的單手動作。

中風患者亦可在物理治療師或健身教練指導下學習使用一些合適的健身器材；例如適合家居使用的訓練器材或康樂及事務文化署的健體園地內的一些用作強化肌肉的運動器材。

強化肌肉運動應包括主要的肌肉組別，負荷應由較輕開始，發力時當感到肌肉收緊，便保持 5 秒，然後放鬆，回復原位。中風患者可尋求物理治療師或健體教練的意見及指導。

鍛煉肌肉力量對中風患者有甚麼幫助？

- 肌肉力量的訓練有助進一步提升關節控制能力、自我照顧能力、姿勢、平衡能力及預防骨質疏鬆。

何時適合開始鍛煉肌肉力量？

- 當中風患者的患側關節控制能力逐步改善；例如能自如地活動患肢，就可以加入有阻力的強化肌肉運動。

中風患者應做那類鍛煉肌肉力量的動作？

- 物理治療師可因應中風患者的關節及肢體控制能力、日常生活的動作需要及患側痙攣的情況，設計適合不同能力的動作及所需之阻力，使他們可以在卧、坐或站著進行。

鍛煉肌肉力量要用甚麼器材嗎？

- 阻力模式方面，可以選擇外在阻力或以自己身體重量來作為阻力：
 - 外在阻力包括沙包、啞鈴、水樽、練力膠帶及一些可調校阻力的運動器材
 - 以體重作負荷的例子包括：扶牆做掌上壓及站立下微蹲
- 物理治療師可因應中風患者的復康情況建議選擇哪些阻力訓練器材，除了物理治療部及一些復康中心所提供的運動器械之外，部份康樂及事務文化署的長者健體園地提供的健身器材亦適合作訓練之用
- 選用可調校或遞增阻力的運動器材有助加快進度

動作模式：

- 肌肉組別：可分為大肌肉（例如大腿、小腿）和小肌肉（例如手指）
- 動作方面：可選擇單一關節或以日常肢體的動作，例如屈伸手肘關節或舉臂穿衣來進行阻力鍛煉
- 動作要正確及阻力要適中，以免誘發或加劇患側的痙攣；例如屈臂負荷過重或姿勢不正確容易誘發或加劇患側的痙攣

運動量：

- 強化肌肉運動每週至少 2-3 次，每動作 8-12 下，每次可重複 3 組，長者則 10-15 下為一組，每次重複 1-3 組。訓練後應感到肌肉有一點疲倦。強化肌肉運動應隔天進行，以免增加受傷的風險。

其他：

- 注意要控制動作的速度和保持正常呼吸。用力時呼氣，切勿閉氣以免引起不適；另外亦需配合熱身和緩和運動。
- 詳情可向物理治療師查詢。

E1. 強化肌肉運動器材的例子



E1.a 水樽



E1.b 沙包



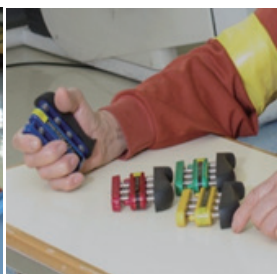
E1.c 啞鈴



E1.d 練力泥膠



E1.e 練指力夾



E1.f 握力器



E1.g 抓力網



E1.h 阻力膠棒



E1.i 練力棒



E1.j 練力膠帶



E1.k 康樂及事務文化署的
健體園地 - 臂力鍛煉器



E1.l 康樂及事務文化署的
健體園地 - 太極推揉器

E2. 強化腿力

方法 1：踢沙包

功效：強化大腿四頭肌

步驟：平臥，將沙包縛在患側足踝上及將患肢膝部承托至微曲，然後翹起腳掌及伸直膝部



E2.1a



E2.1b

方法 2：紫馬用太極揉推器

功效：強化大腿四頭肌、改善下蹲時的力量及穩定性

步驟：分腿自然站立，雙手握著轉輪手柄，將之推上轉輪的最高點，接著雙手帶動轉輪向外及向下旋轉並同時微微下蹲。然後再次站好並帶動轉輪向內及向上旋轉



E2.2a



E2.2b

E3. 強化臂力

方法 1：屈臂（用阻力棒）

功效：強化屈臂力量，改善平衡

對象：能獨立坐穩及上身活動自如的中風患者

步驟：雙腳分開踏地坐穩，雙手握穩阻力棒並放於大腿上，雙手手臂屈向胸口



E3.1a



E3.1b

方法 2：屈臂（用練力膠帶）

功效：強化屈臂力量，改善平衡

對象：能獨立坐穩及上身活動自如的中風患者

步驟：雙腳踏穩一條約四米長的練力膠帶，先把練力膠帶握穩及放在膝上方，掌心向天，然後屈臂（可雙手同步或輪流屈臂）



E3.2a



E3.2b

方法 3：屈臂（用臂力鍛煉器）

功效：強化雙臂力量及握力

對象：能站穩的中風患者

步驟：站著，雙手握著臂力鍛煉器的手柄，然後用臂力將手肘收向身旁



E3.3a



E3.3b

方法 4：伸臂（用練力膠帶）

功效：強化伸臂力量

對象：能坐穩、患側臂力較好的中風患者

步驟：坐穩一條約四米長的練力膠帶，雙手握着帶並先放在大腿上，然後向前伸臂（可雙手同步或輪流伸臂）



E3.4a



E3.4b

方法 5：垂直舉臂（用阻力棒）

功效：強化舉臂力量，改善平衡

對象：能獨立坐穩及上身活動自如的中風患者

步驟：雙腳分開踏地坐穩，雙手握穩阻力棒，好手在下方協助患側手臂向上舉



E3.5a



E3.5b

方法 6：轉身舉臂（用阻力棒）

功效：強化舉臂力量，改善平衡

對象：能獨立坐穩及上身活動自如的中風患者

步驟：雙腳分開踏地坐穩，雙手握穩阻力棒用好手協助患側手臂舉向患側外上方



E3.6a



E3.6b

方法 7：轉身舉臂（用健身滑輪）

功效：強化舉臂力量，改善平衡

對象：能站穩及上身活動自如的中風患者

步驟：雙腳分開，患側手握阻力滑輪手柄，首先身微微轉向健側，患側手放於健側臍前，接著將患側手提向外上方，身體亦隨之微微轉向患側及眼望患側手，動作如穿衣袖



E3.7a



E3.7b

E4. 強化腕力

方法 1：屈腕（使用阻力膠帶）

功效：強化屈腕力量

對象：患側能握穩物件的中風患者

步驟：坐著，雙腳踏著一條約四米長的練力膠帶，握著練力膠帶，掌心向上，雙手以枕頭承托在大腿上，手腕放鬆下垂，然後雙手手腕向上屈



E4.1a



E4.1b

方法 2：提腕（使用阻力膠帶）

功效：強化提腕力量

對象：患側能握穩物件的中風患者

步驟：坐著，雙腳踏著一條約四米長的練力膠帶，握着練力膠帶，掌心向下，雙手以枕頭承托在大腿上，手腕放鬆下垂，然後雙手手腕向上提



E4.2a



E4.2b

F. 帶氧運動

甚麼是帶氧運動？

- 帶氧運動指節奏柔和及持續進行的大肌肉運動，而中等強度之帶氧運動，有助強化心肺功能。

帶氧運動對中風患者有甚麼幫助？

- 不少中風患者因為活動能力受影響而放棄以往喜歡的運動及其他日常生活的體能活動，以至加快了心肺功能的衰退，這不但令到患者的活動能力下降，而且亦會增加再次中風的風險。
- 帶氧運動不但有助改善中風患者的活動能力，而且還可以改善心血管病患的風險，如高血壓、肥胖等，預防再次中風。

那些運動屬於帶氧運動？

- 常見的帶氧運動包括健步行、太極拳、健身單車、游泳、遠足及休閒地進行之球類運動等。



F1.a



F1.b

怎樣才算是中等強度？

- 可用「說話測試」來量度帶氧運動之強度，當運動達至中等強度時，心跳及呼吸會略為加快但仍能說出簡短句子。只要循序漸進、量力而為並依照醫護人員的指導，中風患者亦可以享受到帶氧運動的好處及樂趣。

帶氧運動應做多少？

- 帶氧運動每週應累積不少於 150 分鐘，建議每週做 5 天或以上，每天 30 分鐘，可以一節內完成或以幾節不少於 10 分鐘來累積達至當天所需的 30 分鐘亦同樣有效。

中風患者何時適合開始帶氧運動？

- 當醫生認為中風患者病情穩定及適合，就可以由醫護人員指導下進行。



F2.a



F2.b



F2.c

不同活動能力的中風患者應如何選擇帶氧運動？

- 物理治療師可因應中風患者患側的控制能力建議帶氧運動的合適方法及強度；如健步行、健身單車、游泳或休閒的球類運動。
- 平衡能力及肢體控制較好的中風患者，可嘗試重拾以往喜歡的運動，而一些著重關節控制的帶氧運動（如太極拳），更有助他們進一步改善平衡。活動能力較好的患者可由太極拳導師或物理治療師指導學習太極拳，如未能做到一些要求平衡能力較高的動作：如蹬腿及下勢，可以學習調節動作的方法，令患者較易平衡，如做蹬腿時可減低提腿的高度；及下勢時可減低支撐腿蹲下的幅度 (F.3a-b)。

太極拳蹬腿



F3.a 蹬腿時可減低提腿的高度

太極拳下勢



F3.b 下勢時可減低支撐腿蹲下的幅度

- 活動能力較弱的患者可以選擇步行 (F.4a) 或健身單車 (F.4b)，而手攪式的健身單車更適合鍛煉一些站立平衡力較弱的長者 (F.4c)。



F4.a 公園步行



F4.b 家居健身單車



F4.c 手攪式健身器

中風患者使用健身單車時要注意甚麼？

- 由於中風患者的平衡能力較弱，在上落健身單車時要扶穩；或使用一些車輪與座位之間中通、無需提腿跨過設計的健身單車 (F5.a)
- 若患者未能踏穩或握穩健身單車的腳踏或攪動式健身器的手柄 (F5.b)，可使用縛帶配件以固定手部或腳部 (F5.c)



F5.a
無需跨過車身的健身單車



F5.b
用縛帶配件以固定手部在攪動式健身器



F5.c

- 由於心肺功能普遍在中風後下降，所以開始帶氧運動時應將運動器材的阻力調校至較輕。(F6)



F6 阻力調校鈕

- 除了物理治療部及一些復康中心有提供帶氧運動訓練器材，患者亦可以按物理治療師的建議使用康樂及事務文化署的健體園地或長者社區中心提供的健身器材 (F7.1-4)。



F7.1
健體園地的健身單車



F7.2
手攪式健身器

太極揉推器用法



F7.3a



F7.3b

健騎器用法



F7.4a



F7.4b



F7.4c



F7.4d

中風患者在使用健身運動訓練器材之前，宜先諮詢醫護人員，並按物理治療師的建議選用合適的運動訓練器材。除了遵照運動器材的安全使用指引，患者亦需由專人指導及協助以確保安全。

第三部份：預防痙攣及攣縮

G. 姿勢及肢體擺位

中風後肌肉的張力會變得異常，如加上不正確的姿勢，會容易引致肢體痙攣。痙攣會阻礙關節正常活動，而缺乏活動能力的肢體部位亦容易出現筋腱縮短及關節僵硬（攣縮），所以失去活動能力的患者是痙攣及攣縮的高危一族，更會增加復康的困難。以下會介紹如何正確擺放肢體，來預防及減輕肢體痙攣，為下一步復康掃除障礙。

G1. 卧姿

方法 1：仰卧

正確承托肩部及腿

- 用枕頭承托患側手及腿
- 肩膀向前，手肘伸直放於身旁，手心向上
- 膝部微曲，腳板向上



G1.1 仰卧

方法 2：側卧（患側向上）

正確承托肩部及腿

- 患側肩膀傾前
- 手肘和手指伸直承托於枕頭上
- 患側下肢以枕頭承托，膝部微曲，腳板向上



G1.2a 健側卧



G1.2b 健側卧

方法 3：側卧（健側向上）

- 用枕頭承托健側手臂及下肢
- 患側肩膀向前，手肘和手指伸直，手心向上
- 患側下肢臀部平直，膝部微曲，腳板向上



G1.3 患側卧

G2. 坐姿

日常坐姿

- 座椅闊度及深度合適有助保持坐姿端正，使身體重心平均分佈在兩側腳掌、臀部及手肘；眼望正前方，有助增加患者對患側的認知和覺察，預防患側痙攣及坐姿的問題 (G2.1a-c)
- 若座椅太闊或傾向健側坐，不但會減少患者對患側的認知和覺察，更容易誘發患側痙攣及坐姿的問題 (圖 G2.1d)

正確坐姿



G2.1a

G2.1b

G2.1c

不正確坐姿



G2.1d

日常家具擺放



2.2a 家具放患側 (較理想)

用具放在患側，會增強患者對患側的察覺和使用患側的機會



G2.2b 家具放健側 (不理想)

用具放在健側，會減少患者對患側的認知和覺察的機會

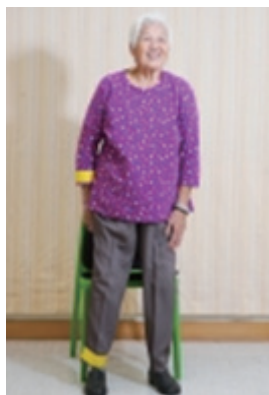
注意：由於部分中風患者的視域也可能受到影響而收窄，患者及護老者切勿把尖銳、鋒利或燙熱的物件放在患側，以策安全

G3. 站姿



G3.1 正中站立 (正確)

站立時將身體重心平均分佈在兩側腳掌，眼望正前方，有助患者增加對患側的認知和覺察，改善平衡及預防患側痙攣



G3.2 傾向健側站立 (不正確)

若站立時傾向健側或將大部分身體重心移向健側，令平衡困難及容易誘發患側痙攣

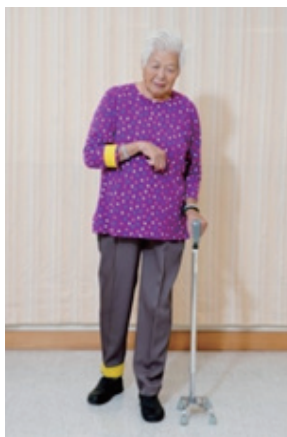
G4. 步姿



G4.1

較自然的步姿

步行時將重心較為平均地分佈在兩側腳掌，眼望正前方，有助促進患側的關節控制，改善步姿、減輕「擺圈式步姿」；及預防跌倒



G4.2a



G4.2b

過度依靠健側來步行

若步行時過度依靠健側發力，身體重心會過度移向健側，不但令平衡困難，更容易誘發患側痙攣及加劇「擺圈式步姿」，令邁步時患側腳掌蹬直下垂，大腿向外擺動

H. 伸展運動

中風患者由於肌肉張力增加、活動能力減低，會較容易出現筋腱收緊、關節僵硬的情況，伸展動作有助預防及減輕肢體痙攣和攣縮，而肌肉筋腱的伸展方法包括被動式和自助式。

H1. 被動式伸展運動

被動運動是指由別人幫助患者活動肢體，提高關節活動幅度的運動。

- 適合的患者：患側肢體癱瘓或無力的患者
- 運動的好處：預防關節僵硬及筋腱收縮

注意事項：

1. 護老者應在物理治療師指導下學習適合個別患者的被動運動，以確保安全及療效，避免因方法不正確而令患者扭傷甚至骨折
2. 動作必須緩慢，力度要柔和
3. 要適當地承托肢體
4. 不可猛力拉扯、用力地與患者的阻力對抗或超過正常的活動幅度
5. 時刻留意患者的反應，若患者感覺不適應立即停止，如不適情況嚴重或持續，應諮詢醫護人員意見

伸展上肢 (被動)

H1-1. 展掌舒指

1. 患者手臂放於身旁，提起前臂
2. 慢慢張開患者手掌及手指
3. 然後輕輕把手腕屈向上，停留 10 秒
4. 然後慢慢放鬆，回復原位
5. 重複 10 次



H1.1a



H1.1b

H1-2. 肘屈伸

1. 患者手臂放於身旁
2. 一手握患者手腕，一手穩定患者手臂
3. 慢慢屈曲患者手臂至盡或可以活動的幅度範圍之內，停留 10 秒
4. 然後慢慢伸直手臂，停留 10 秒
5. 重複 10 次



H1.2a



H1.2b

H1-3. 肩上提

1. 把患側手掌張開
2. 一手握患者手腕，一手托着肩胛骨
3. 儘量保持患者手臂伸直及手腕翹上
4. 把患者上肢向上慢慢舉起至可以活動的幅度範圍內，停留 10 秒
5. 然後慢慢放回原位，重複 10 次



H1.3a



H1.3b

伸展下肢 (被動)

H1-4. 拉小腿

1. 患者下肢伸直平臥床上
2. 一手托着患側腳跟，一手按於足踝以作穩定腿部
3. 慢慢把患側腳跟向下拉，同時前臂壓向腳板，直至感覺拉緊，停留 10 秒
4. 然後慢慢放鬆，重複 10 次



H1.4a



H1.4b

H1-5. 拉趾筋

1. 一手托着患側腳趾，一手捉穩腳掌
2. 把腳趾慢慢向上屈直至感覺拉緊，停留 10 秒
3. 然後慢慢放鬆，重複 10 次



H1.5a



H1.5b

H1-6. 髌膝屈伸

1. 患者雙腿伸直平臥床上
2. 一手托着患側腳板，一手托着患側膝部
3. 慢慢把患側下肢儘量屈曲或至可以活動的幅度範圍之內，停留 10 秒
4. 然後慢慢放回原位，重複 10 次

注意：如患側曾接受人工關節手術，切勿把人工關節屈曲超過 90 度



H1.6a



H1.6b

H1-7. 髖外展

1. 患者下肢伸直平臥床上
2. 一手托着患側足踝，一手按於盤骨以作穩定
3. 慢慢把患側下肢儘量屈曲或至可以活動的幅度範圍之內，停留 10 秒
4. 然後慢慢放回原位，重複 10 次



H1.7a



H1.7b

H2. 自助伸展運動

當患者回復一定程度的肢體活動能力後，便可在物理治療師指導下，學習可自己練習的伸展運動。

- 適合的患者：能自主活動肢體的患者
- 運動的好處：由患者自行持續練習，以保持筋腱的柔軟度，預防肢體痙攣及攣縮

下列自主伸展動作是由前部份的「臥、坐、站、行」的自主運動中的伸展動作匯集而成，動作的步驟及注意事項請參照前文所描述。

各動作將肢體伸展至微微拉緊，維持 10 秒，然後重複 10 次。

伸展上肢 (自助)

功效：改善上肢柔軟度，有助預防手指攣縮、肩膊僵硬

H2-1. 伸展前臂及手指 (用好手幫助)

1. 好手於胸前托起弱臂的手掌及手指
2. 然後患側手臂在好手協助下向前推
3. 直至感覺到前臂下方微微拉緊，然後維持 10 秒
4. 放鬆，回復原位，重複 10 次



H2.1a



H2.1b

H2-2. 提肩舉臂 (扣手自助)

1. 雙手手指互扣放於胸前
2. 好手帶動患側手臂向上舉
3. 直至感覺到肩前及下方微微拉緊，然後維持 10 秒
4. 放鬆，回復原位，重複 10 次



H2.2a



H2.2b

H2-3. 提肩舉臂 (用肩膀滑輪)

1. 雙手握著肩膀滑輪的手柄
2. 好手向下拉以協助患側手臂向上提，直至肩膀感覺拉緊，可維持 10 秒
3. 放鬆，回復原位，重複 10 次

注意：1. 患者如有肩膀移位（或稱脫臼）或有嚴重肩膀痛楚，請先諮詢物理治療師或其他醫護人員

2. 未能握緊手柄的患者，可用繃帶或紮手帶把手部固定在手柄上



H2.3a



H2.3b

H2-4. 伸展肩膀 (扶牆)

1. 患側靠柱或門框，雙腳前後弓步站立
2. 把患側前臂貼在柱邊，手肘平肩屈曲約 90 度，身體保持向前然後弓步將重心前移
3. 直至感覺胸前及肩前微微拉緊，維持 10 秒
3. 放鬆，回復原位，重複 10 次



H2.4

伸展腰部 (自助)

功效：有助改善腰背柔軟度，改善平衡反應及步履協調

H2-5. 側腰

1. 站立，右手按腰側，左手向上伸
2. 慢慢向右方彎腰直至感到左腰側微微拉緊，維持 10 秒
3. 另一方重複，每邊交替做 10 次

注意：平衡力較弱患者可背靠牆做此運動，或以一手扶欄以防跌倒，未能舉起患側手臂的患者則可以垂著手來做側腰



H2.5a



H2.5b

H2.6 轉腰伸展

1. 雙手扶穩欄，雙腳分腿站立
2. 右手抓緊欄杆，左手垂下向後伸，直至背部感到微微拉緊，維持 10 秒
3. 然後回復原位，另一方重複，每邊交替做 10 次

注意：平衡力較弱患者可坐著轉腰



H2.6a



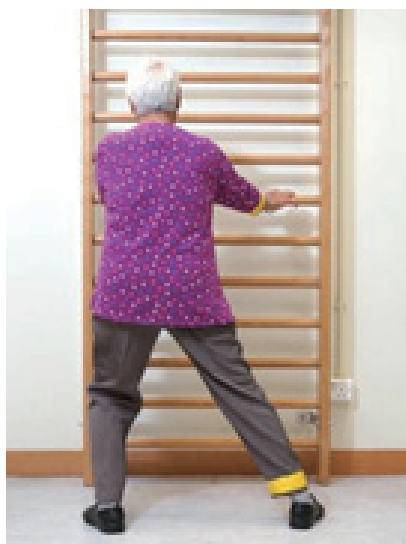
H2.6b

伸展下肢 (自助)

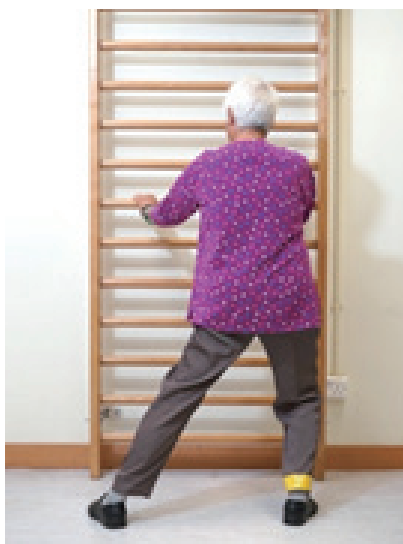
功效：有助改善下肢柔軟度，預防下肢攣縮、改善平衡反應及步履協調

H2-7 伸展大腿內側

1. 雙手扶欄站立，健側大腿向側踏出一步
2. 將重心橫移向健腿，保持腰背挺直
3. 健側微微曲膝下蹲，同時蹬直患側腿
4. 當患側大腿內側微微拉緊後，維持 10 秒
5. 然後回復原位
6. 左右腳交替做 10 次



H2.7a



H2.7b

H2-8. 伸展小腿

方法 1：

1. 雙手扶欄站立，保持腰背挺直
2. 雙腳前後分開成弓箭步，後腿保持伸直及腳踭貼地，維持 10 秒
3. 然後回復原位
4. 左右腳交替做 10 次

方法 2：

1. 將患側腳掌前半放上數寸的枱階上或斜板上
2. 當感到後方小腿有微微拉緊後，維持 10 秒
3. 然後回復原位
4. 左右腳交替做 10 次



H2.8a



H2.8b



H2.8c

第四部份：關於復康運動的常見問題

一、中風後是否越早開始步行越好？

在復康初期，若患側腿未有基本的關節控制能力時，就單靠步行來鍛煉腿部，雖然可能會早一點走路，但會因過早依賴健側，而令腦部沒有機會重新學習指揮患側肢體；而健側過度出力亦容易加劇身體兩側不協調，更加劇不正常的「擺圈式步姿」。

二、什麼叫「擺圈式步姿」？

「擺圈式步姿」就是患側腿向前邁步時大腿向外劃弧提起，腳掌蹬直下垂，來擺動患側大腿和避免腳掌觸地。步行時依賴健側發力來擺動患側邁步，更容易加劇「擺圈式」步姿。



5.1a 「擺圈式」痙攣步姿



5.1b 較正常的步姿

三、怎樣可以預防「擺圈式步姿」？

中風患者切忌急於求成。在復康初期應先以「關節控制訓練」作為基礎，把患側手腳的關節和身軀的控制、姿勢及重心轉移掌握好，然後才較容易將轉腰、擺肩、提膝及腳掌等動作組合成較自然的步姿。研究亦證實，在康復初期，以漸進的方式鍛煉，比單靠功能性鍛煉（例如直接步行），不論在恢復肢體操控或活動能力兩方面，效果都更為理想。

四、有不少患者中風之後，雖然半身乏力，步履不穩，但不願意使用柺杖。家人應如何協助克服使用柺杖的心理障礙呢？

首先要先了解患者不願使用柺杖的原因。他是否擔心形象受損，認為自己不算是太老，所以不需要用柺杖；還是擔心一旦開始使用柺杖，便要長期倚賴用它步行呢？事實上使用適當的輔助用具，令患者可在較安全的情況下做運動，可加速康復進程。因其他原因不使用柺杖，萬一跌倒，後果就不堪設想，到時康復之路就更為艱難了。此外，外出時柺杖也是一個警示，提醒路人不要碰倒患者，亦不失為一個保護。

五、如果已努力進行復康訓練，但久未有進展，是否不會再有進步了？

中風後的康復速度因人而異，主要取決於腦部受損的部位及程度、所接受的復康治療、及個人毅力等因素所影響，而中風後的康復進度一般於中風初期的數月內最為明顯，然後進度會開始放緩或漸趨穩定。

訓練腦細胞重新學習是一個漫長的過程，中風的康復也並非一朝一夕能達成。雖然患者或會覺得重複訓練沉悶單調，但也不要輕易放棄，應持之以恆。物理治療師會按進度調節運動計劃，以制定最佳的復康計劃。即使中風後數年的機能缺損，仍然有機會透過積極鍛煉而得以改善。

此外，患者及其家人可以參加中風患者互助小組，透過與其他病友或家屬交流和分享，從中了解復康的過程及進度，接受更多正面訊息，以減輕中風後的焦慮。患者亦可藉着群體活動帶來的人際互動及社交機會，增強對康復的信心。患者的家人還可在小組中學習更多照顧技巧和獲得其他支援。

六、中風後可以健側彌補患側失去的功能嗎？

中風後雖然可以依靠健側以彌補部份生活功能，但其實患側的鍛煉亦同樣重要。大部份生活動作，如體位轉移（起床、由床過椅）、步行、穿衣、上落梯級，均須要身體左右協調。而且訓練患側亦有助重塑受損腦區所控制的活動能力。

在康復初期，若過度依賴健側發力帶動，又或是健側用了不適合的方法或姿勢來發力，不但會妨礙患側的康復，更容易誘發患側出現痙攣。例如穿衣時舉起患側手臂來穿衣的幅度不足，若果患者靠過度側腰向健側來將患側手臂提高一些來穿衣袖，就容易加劇上肢的痙攣，而較自然的步驟是保持坐姿平衡，先將患肢放鬆及掌心轉向前方，然後才把患側手臂穿入衣袖。

所以中風患者在復康初期，切忌急於回復患病前的生活功能，但求儘快活動患側而忽略了動作的質素，故為了日後的活動能力可恢復得較自然，和避免錯失了患側的康復潛能，應先把患側的基本關節控制訓練做好。

當患側回復了一定的關節控制能力，物理治療師就會為患者釐定進一步的訓練計劃，例如力量訓練、儀器治療和日常生活的功能鍛煉等；例如由起床、由床過椅等。若患側的關節控制能力太弱，或經過一段較長的訓練後仍未見進展，物理治療師才會建議患者以健側為主來完成該項日常生活功能，例如轉身向患側來起床，及轉移位置時將輪椅泊在健側以依靠健側發力。

七、中風後可以如何自我監察活動能力的變化？

中風一段日子後，如果缺乏運動或身體衰退，會令肌肉力量下降，影響活動能力。若發覺活動能力下降，於覆診時應將情況告知醫生，以便轉介物理治療師跟進。物理治療師會再次評估患者的情況而建議運動計劃，以發揮患者最大的康復潛能。物理治療師亦可以指導護老者學習一些簡單的活動能力監察方法以定期為患者進行簡單的測試；例如三米來回步行測試、三十秒重複站坐測試等，便可以較客觀地了解活動能力有沒有轉變，當進度已穩定下來，患者更可以藉著這些測試來自我監察。

職業治療和復康訓練

在物理治療專注於復康運動的同時，職業治療的重點就是協助患者重獲實際的功能。由於每個患者的身體情況都不同，職業治療師其中一個重要的任務，就是協助患者分析因中風而引起的功能障礙，因應患者的需要而設計相關的復康及功能訓練。從如廁、梳洗、進食及穿衣等日常生活，以至工作、消閒及個人嗜好等活動，目的就是幫助中風患者透過進行活動，不斷的練習、訓練並加強患者的能力，學習適應技巧、克服殘障，面對日常生活的事項，以達至最大的獨立功能。

康復訓練

軀幹姿勢控制訓練

中風初期，患者因患側手、腳較不靈活容易以健側代替，在復康過程中，若常用了不適合的方法或姿勢來發力，很容易誘發患側出現痙攣，久而久之形成一個惡性循環，妨礙整體的康復。例如穿衣時患者常會以健側發力，側腰來將患側肩膊提起以便上臂可穿進衣袖，這樣不但容易誘發患肢出現痙攣，也影響平衡及日後的康復進度；因此，康復訓練中需要加入軀幹姿勢控制訓練並與日常生活訓練同步進行。

健側進行活動時，患側及軀幹保持特定姿勢，避免誘發患肢出現痙攣或出現不對稱的軀幹動作，反覆訓練有助重塑受損腦區協調。

以患側支撐身體重量，健側參與活動



使用健側拿起杯子飲水時，患側上肢放在特定位置



穿衣時先保持坐姿平衡，將患側上肢伸直，然後向側下方穿入衣袖



侷限誘發療法

侷限誘發療法原則是以身套限制健側手的使用，再為患側手提供活動訓練，密集的上肢功能訓練，以增加患側手使用頻率，提升功能。此法對中風患者都有顯著功效。

雙側上肢協調訓練

當患側活動能力增強，便可以特定姿勢配合，以健側手的動作來誘發患側手的動作。雙側上肢訓練分為對稱性及不對稱性，運用雙手同時或交替活動，重複練習訓練，誘發患側手主動動作及協調。雙手練習可以改善手部功能、肌肉力量及關節活動幅度，也可以使軀幹移動的距離增加，改善軀幹動作及恢復功能，並可訓練中風患者控制動作的細緻度。

雙手協調的對稱活動



雙手協調的不對稱活動



功能再學習

首先是觀察、比較與分析中風患者進行某個日常活動，例如穿套頭T恤；找出受障礙的活動成分，例如不能把衣領提高到頭頂位置穿著；然後不斷重複練習將手舉起，到可以將手從肩膀提高到頭頂位置；最後將訓練轉移到其他日常生活活動中去，例如把衣服放在衣櫃高處。將訓練轉移到日常生活是為保證患者能將所學的活動技能應用於各種日常活動中。

輔助器具使用訓練

部份中風患者的功能障礙無法完全康復。借助輔助器具，透過重複練習及運用，或可提高患者自理能力。

寫字輔助器具

利用一些特別設計的寫字輔助器具，簡化執筆的機能，方便書寫



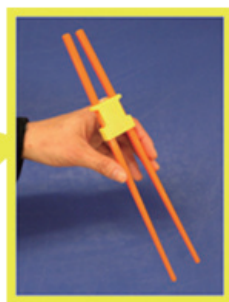
輕輕推動寫字輔助器便能書寫



不同種類的寫字輔助器

筷子輔助器

利用特別設計的筷子輔助器具，減低對手指協調的要求，方便進食



第四章 / 生活重整



雖然中風或會令患者喪失部分自理及活動能力，被迫改變生活習慣，甚至需要辭去工作，然而在復康治療的輔助下，大部分患者仍能按個人喜好，配合現有的能力，重新建立健康而有意義的生活，甚至重投工作。生活重整有助患者恢復正常社交活動，接觸社會，發掘潛能和興趣，並學會面對壓力，尋找快樂。

健康的生活需要在日常生活、休閒和工作三者之間取得平衡。

日常生活是指梳洗、更衣、進食等每天進行的活動。透過重覆鍛鍊，能鞏固生活技巧、回復自理能力；自理能力漸漸回復的同時，亦應安排休閒、社交和工作相關的活動。

休閒活動，是指任何能帶來滿足感的活動，包括動態或靜態、個人或群體的活動。休閒活動可加強患者參與康復訓練的恆心，既可儘量運用尚存的能力，更可以振奮精神、改善情緒、提高自信心。患者應發掘適合自己的娛樂、社交等休閒活動，按個人能力，逐步將休閒活動加進時間表，最終希望能夠重回社會的懷抱，回復自己嚮往的生活。

至於工作相關的活動，患者可以由復康運動起步，當能力逐步提升，再慢慢加入一些與工作相關的技巧及體能訓練。利用身體仍有的功能及身邊資源，學習與症狀共存，找出合適方法，嘗試重投工作，並回復正常生活。

請記著，日子如何渡過，全視乎你怎樣安排。重新建立生活規律時，亦要注意飲食習慣、體能活動、生活中的角色、自理活動及時間管理。平衡生活的各方面，活出精彩人生。

以下是模擬的「一天活動」，你也可以為自己重新編寫你的每「一天」。

時段	自我生活活動	休閒活動	工作有關的活動
早上	起床、梳洗		
			預備早餐
	享受早餐		
		到公園早操 / 散步	
			參與家務活動 / 預備午餐
	休息		
下午	午餐		
		參加興趣班 / 栽種植物、養魚 / 棋局 / 打牌 / 外出散步	
			復康訓練
			處理個人財務 / 整理個人物品 / 參加義工活動 / 學習資訊科技應用 / 參與網絡論壇等
晚上	享受晚餐		
		散步 / 欣賞電視節目	
	梳洗、沐浴		
		運動	
	休息		

這一章會由個人護理著眼，再由衣、食、住、行四方面探討生活功能的復康。

個人護理：沐浴

沐浴除了清潔身體外，亦能在忙碌過後令人精神一振。但對於中風患者而言，因不同程度的功能缺損，自行沐浴的能力亦各有不同，患者可按情況，選擇適合自己的沐浴方式。

使用淋浴間 / 企缸

自己走動的患者：

如平衡能力較差，應安排穩固的沐浴椅，配合防滑墊及扶手讓患者坐著沐浴，以防跌倒。

需要幫助的患者：

可用活動沐浴椅，在浴室外扶抱患者坐在沐浴椅上，再轉移至淋浴間。

坐著沐浴



穩固的沐浴椅，配合防滑墊及扶手
讓患者坐著沐浴

活動沐浴椅



使用浴缸

若中風患者一邊身體的控制能力較差，不論浴缸的高度如何，進出浴缸都容易失去平衡，產生危險，所以要非常小心。

自己走動的患者：

鼓勵患者自己在安全環境進出浴缸，坐在浴缸板或沐浴椅上洗澡，並用扶手和防滑墊，以策安全。

浴缸板



浴缸用沐浴椅



浴缸板使用步驟

- 患者坐在浴缸板 / 浴缸椅上
- 先將靠近浴缸的腿移入浴缸，再用扶手借力
- 將另一條腿移入浴缸，穩坐才開始沐浴

注意：對於需要協助的患者，照顧者可站在患者旁邊扶持，協助進出浴缸

浴缸用沐浴椅



坐在浴缸板上



將靠近浴缸的腿移入浴缸



將另一條腿移入浴缸



穩坐才開始沐浴

中風患者如對溫度的感覺受損，在調教水溫時要特別小心，要先開凍水，才開熱水，慢慢地調節至攝氏三十七至四十一度，才開始沐浴。心血管病患者應避免水溫超過攝氏三十九度，以免增加循環系統的負擔。

沐浴時可用彎曲長柄浴刷清潔較難接觸的身體部位，如背部、腋下和下肢，用裝有手環的浴巾擦背和抹乾背部；患者也可在沐浴時同時洗頭。

坐著沐浴



使用彎柄浴刷清潔身體較難接觸的部位

裝有手環的浴巾



使用手環的浴巾減少抓握的要求

泵裝沐浴液



泵裝沐浴液單手也可使用。肥皂容易跌在地上容易引致意外，儘量避免使用

個人護理：口腔衛生

一般口腔護理

每日早上及晚上都應用含氟化物牙膏刷牙，再使用牙線或牙縫刷清潔牙齒，牙線穿引器可以讓患者以單手輕鬆清潔牙縫。配戴假牙托人士，於清潔牙齒前，應先將假牙托除下。漱口不能代替刷牙，即使只有一兩隻牙齒，仍應每日刷牙。

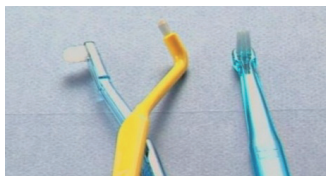
正確刷牙方法

有效的刷牙方法（包括使用牙線）能有效把牙齒表面的牙垢膜刷乾淨，而又不傷牙齒表面、牙齦或其他口腔組織。

- 使用軟毛牙刷。
- 牙垢膜通常積聚在牙齒與牙齦邊緣，因此，刷牙時要把刷毛斜放在這位置。
- 以每兩、三顆牙齒為一組，用適中力度來回最少刷十次。
- 先刷牙齒外側面。
- 再刷牙齒的內側面。
- 刷咀嚼面時可把牙刷放在牙齒表面上來回刷動。

假若患上牙周病，由於牙肉發炎，當刷毛碰觸到紅腫的牙肉時會感到不適，甚至出血，但仍應繼續刷牙，把該位置的牙菌膜徹底清除以免牙周病惡化。使用軟毛牙刷，先將牙刷毛用水浸至更加柔軟，輕力地刷牙，可減少刷牙時的不適，但需要堅持至少一個星期，發炎的牙肉才可回復健康。

如中風患者半身無力或癱瘓，可訓練他用健側的手刷牙或改用電動牙刷。如果未能自己刷牙，照顧者可使用牙刷或電動牙刷為他清潔牙齒。假如患者只有一些單獨或一些位置較深入口腔的牙齒，可選用單頭牙刷，它的刷頭細小可以徹底刷乾淨普通牙刷難以觸及的位置，只要將單頭牙刷圍繞著那些牙齒及牙齦邊緣刷就能有效清潔牙齒。



（單頭牙刷圖）

假牙護理

假牙分為固定假牙（牙橋）和活動假牙（假牙托）。清潔方法有所不同。

固定假牙之清潔方法

由於牙橋牢固地鑲配在真牙上，所以不能除下來清洗。而牙橋與牙肉之間有一道窄縫，會積藏牙菌膜。刷牙是不能夠把該處的牙菌膜清除的，因此除刷牙外，還需要使用特效牙線來清潔。

- 每次刷牙時，用牙膏一起清潔牙橋和真牙
- 使用特效牙線清潔牙橋底部

必須清潔牙橋的底部。特效牙線、牙線穿引器或牙縫刷等都可以有效地清除牙橋底部的食物渣滓及牙垢膜。

活動假牙

使用活動假牙

- 配戴假牙托前，要先以清水濕潤假牙托，以減少磨擦，使其容易裝置。
- 協助患者配戴假牙托前，應注意假牙托是否有破損。
- 協助患者配戴假牙托後，要確定位置是否適當。
- 睡覺前一定要脫下假牙托，以防止假牙托長期覆蓋口腔組織，而引致細菌滋生。
- 當假牙托不用時，必須浸於清水中

清潔活動假牙

每日應最少一次依照以下的方法清潔假牙托。每次進食後應用清水沖洗假牙托。

- 在洗面盆內注滿清水。
- 除下假牙托。
- 假如口中還有真牙或植牙的話，應先用牙膏、牙刷將它們刷乾淨。
- 放少許梘液或洗潔精於牙刷上，刷淨牙托每一處地方，包括牙托的裡面、外面和金屬鈎，然後用清水清洗乾淨。必須在已預備了的一盆清水內清潔假牙托，以防跌碎假牙托。
- 切忌用牙膏清潔假牙，因牙膏內含的微粒會刮花假牙，令細菌滋生。
- 假牙托清潔後，應浸於有蓋的盛器中，以保持濕潤，並每日更換清水，切勿用熱水浸假牙托，以防假牙托變形。

長期配戴不潔的假牙托，可能會導致與假牙托接觸的口腔黏膜出現紅腫、疼痛，甚至潰爛。因此，切勿戴著假牙托睡覺，每晚睡前應將假牙托除下來清洗，並放於清水中浸過夜。

個人護理：穿衣裝扮

保持尊嚴和個人風格，穿衣裝扮是不可或缺的。部分中風患者因行動不便而難以自行穿衣；選擇不正確的衣料亦會令患者皮膚損傷。本章會從獨立穿衣及衣料選擇兩方面探討。

衣料的選擇

天然質料衣服透氣功能較好而且吸汗，中風患者應選擇天然質料的衣物，如棉質衣物。尼龍及一些化學纖維物料，透氣度較差，易令皮膚過分受潮，容易引發皮膚問題。一旦衣服有汗濕便應即時更換，避免長期浸潤皮膚，引發皮膚問題，甚至增加壓瘡的機會。

穿脫衣服的貼士

選擇方便穿著的衣服和褲子，避免太多鈕扣，可用魔術貼代替鈕扣，並採用橡筋頭的褲子。沐浴前可把要穿的幾件衣服疊在一起，以便一次過穿上。患側先穿上衣袖，再到健側；脫去衣服時的次序則相反，即先脫下健側、然後脫下患側的衣袖。穿脫褲子時，應先坐下，以免跌倒。

穿著衣服的常見困難及改善方法

穿衣服方面，照顧者亦應奉行復康訓練的原則，鼓勵患者以自力解難，事事代勞反而會剝奪患者重拾自理能力的機會。

患者在穿衣遇到困難時，照顧者應鼓勵患者，並一起了解穿衣時的難處。先將穿衣過程分拆為多個步驟，並分析哪一步遇到困難，再行改善。

照顧者應提供合適的環境及用具，讓患者積極參與以提高自理能力，既可作為功能訓練，更能讓患者發揮潛能，重拾自信。

問題：穿衣困難

改善方法

對中風患者而言，「開襟」款式上衣在穿著時會更為方便，應為首選的款式。若要穿著「套頭」或「半開襟」式衣服，則應選擇略為寬鬆的款式，因過於貼身的衣服會增加穿著困難。

一些特別設計的衣物可以幫助穿衣困難的患者。有需要的患者可向職業治療師查詢有關改裝建議。

問題：穿著「套頭」衣服時，衣領穿過頭部後，患手便無法靈活地穿進衣袖。

改善方法

穿著「套頭」衣服步驟



1. 拿著衣領，將後幅朝天，衫腳靠近自己，將衣服平放在大腿上，患側袖子放於大腿內側，患手放入袖孔



2. 將患側的袖子向上拉高超過手肘，然後穿著另一邊袖子，再將兩袖拉近肩膀位置



3. 好手拉住健側衣領，身體略向前傾，低下頭將衣領套上



4. 平整衣服，輕鬆完成穿著「套頭」衣服

問題：穿進衣袖後，手肘被衣袖纏著，無法順利穿著其他部位。

改善方法

只要把兩邊衣袖拉到肩膀，夾圈拉近腋窩才把衣領穿過頭部，便可以較為輕鬆地穿著「套頭」衣服。

單側忽略

中風後約有四分之一的患者會忽略一邊身體及一邊的環境和事物，在右腦中風者中最為常見。他們通常會忽略左側肢體，甚至忘記左側肢體是屬於他們的，亦會漠視左邊事物的存在。

問題：因為認知障礙或單側忽略而無法分辨衣服的位置，穿衣服時把衣服翻來覆去，不知從何入手。

改善方法

穿衣前應將所需物品準備妥當，並放在適當的位置，舒適坐著。先以衣領上的標籤作為提示，領口放在遠端，後幅向著自己，將衣服平放於大腿之上，袖子垂於兩膝的中間，然後按步驟穿著（請參考上頁穿「套頭」衣服步驟）。

若因視野忽略，可以加強視覺提示、使用改裝衣服及輔助器具等。例如：可在衣領或衣袖加上鮮明的顏色條子以提示衣服的方向。

穿著「套頭」衣服步驟



衣袖加上鮮明的顏色條子以提示衣服的方向

問題：穿衣時肢體活動幅度較大，腰部乏力的患者容易失去平衡。

改善方法

患者若忽略一邊身體或平衡較差，坐著會容易傾側，應使用有椅背和扶手的椅子讓患者坐穩，雙腳平放在地面。而照顧者則應靠近患者的患側，準備隨時協助。

若因患肢觸覺變差，甚至因單側忽略而穿衣困難，可以利用環境配套協助，如在一面長鏡子前重覆練習穿衣，可幫助患者糾正自己的動作和提高對患側身體的概念。加強訓練肢體的不同感覺亦有幫助，例如讓患者分辨冷、熱，不同物質的軟、硬、粗、幼等感覺。另外還有本體感覺（proprioception）強化訓練，訓練集中於肢體或軀幹的位置與動作的感覺，以及對肌肉張力的感覺包括位置感覺、運動感覺和震動感覺。研究顯示，上肢本體感覺強化訓練能改善上肢功能活動與日常生活活動能力。

問題：女性中風患者穿戴胸圍有困難

穿戴胸圍需要雙手靈活協調。若中風後只剩下單手能靈活運用，需要他人協助穿戴胸圍，會令患者感到沮喪。

改裝或改變穿戴胸圍步驟

中風患者可以利用簡單改裝或使用輔助器便能夠獨立地穿戴前扣或後扣式的胸圍，但一般以前扣式胸圍較易於穿戴。穿戴時，先把胸圍放在腰部位置，扣子放在正前方扣好，而脫下胸圍的次序剛與穿戴次序完全相反。

後扣式胸圍穿戴方法



一、將胸圍一端用衣夾固定在正前方褲頭位置



二、沿著腰部把胸圍扣子位置從後拉至前方



三、扣好連接扣子，若手指微細動作遇上困難，可把扣子改裝為魔術貼



四、將胸圍轉至適當位置



五、將肩帶套進患側手，好手再穿上另一肩帶，左、右漸次調整，拉至正確位置及理順胸圍

運動式胸圍或經改裝的胸圍穿戴方法



1. 坐著，把腳穿進胸圍



2. 把胸圍穿至腰間



3. 將肩帶套進患側手



4. 好手再穿過另一肩帶，左、右漸次調整，拉至正確位置



5. 改裝款前扣式胸圍扣上扣子

胸圍改裝

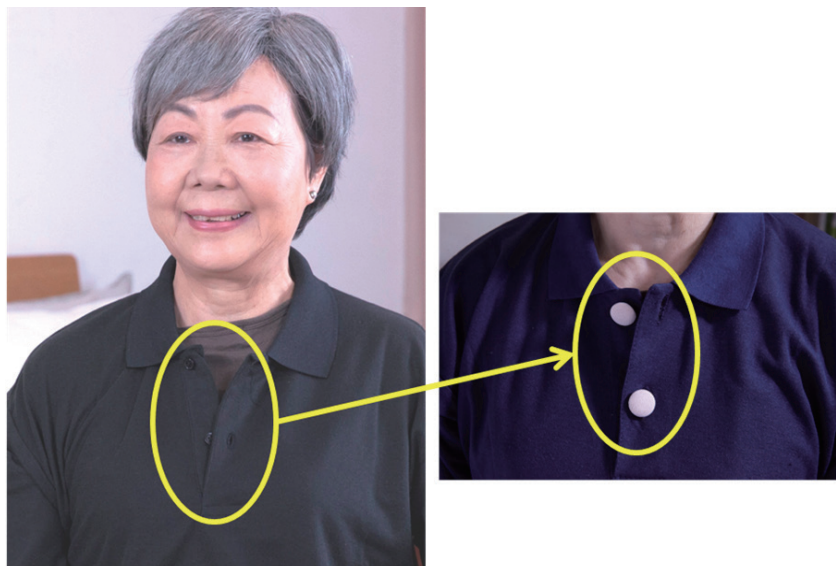


前扣式或後扣式胸圍均可改裝：在扣子旁加上 7-8 厘米 (cm) 的橡皮筋帶連接兩端

穿戴胸圍小貼示

只要花點心思，改變一些穿衣習慣，利用一些日常生活中常見的小工具或簡單改裝，單手也能輕鬆穿戴胸圍，如有需要，可經醫生轉介職業治療師查詢。

衣物改裝小貼示



把細鈕扣改為大鈕扣，減低手指協調的要求

特別設計的康健服裝

一些簡單的改裝可以由親友動手或交由改衣店修改，例如：開襟背心改為魔術貼，患者無需伸展肩關節也能穿著衣服。部分患者可能需要特別設計的康健服裝，以減輕照顧困難，例如：雙拉鏈照顧褲，方便協助患者穿著。

特別設計的康健服裝



注意：一些非牟利機構及醫療用品公司都有提供康健服裝

簡單的衣服改裝



開襟背心由改衣店修改為魔術貼，患者無需伸展肩關節也能穿著衣服

自行扣鈕、拉拉鏈、綁鞋帶及扭毛巾

中風患者手部功能或多或少都會受到障礙，如慣用的手活動失調，日常生活會受到很大影響：扣鈕、拉拉鏈、綁鞋帶、穿襪子及扭毛巾等，需要精細的手部動作及雙手靈活協調，若要單手操作，靈巧度要求更高。透過職業治療活動有助改善手部神經和肌肉攣縮，重新建立手功能。部分患者若未能完全康復，可使用輔助器具代替缺損的功能，提高自理能力。

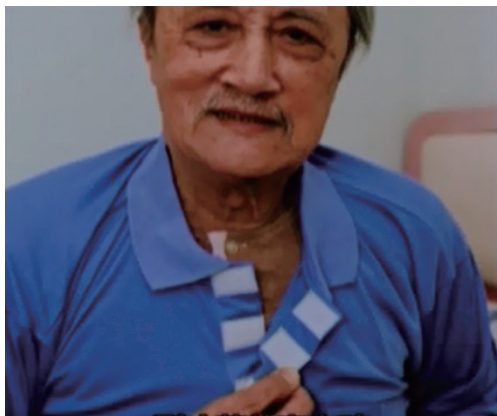
以下介紹以單手或輔助器材扣鈕、拉拉鍊、綁鞋帶、穿襪子及扭毛巾的方法：

單手扣鈕的方法

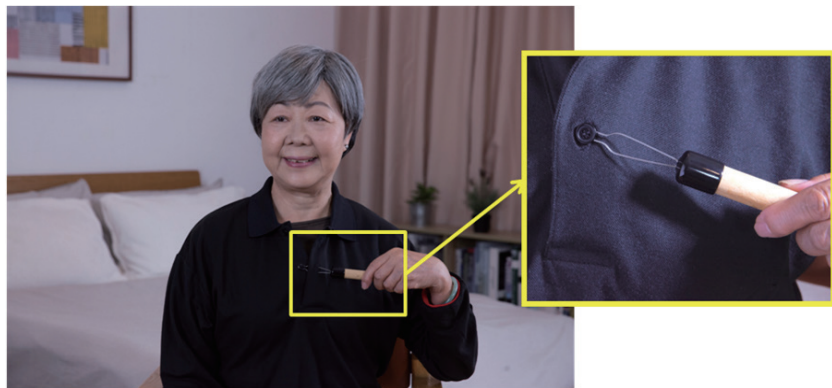
用健側手之拇指及食指拿著鈕門，將鈕門帶至鈕扣之邊緣，用健側手之食指及中指將鈕扣推過鈕門。

患者若未能用上述方法解開或扣上鈕扣，可以改用魔術貼或利用扣鈕輔助器。詳情可諮詢職業治療師。

鈕扣改為魔術貼



扣鈕輔助器



將扣鈕輔助器握柄前的鐵絲扣環穿過衣服的扣眼，再勾住鈕扣向扣眼的方向拉，這樣就可以輕鬆單手扣上鈕扣

拉拉鏈

因為視力、觸覺、手指精細活動的限制，患者難以使用太小的拉鏈頭，此時可以改用魔術貼或利用輔助器。加上「拉鏈輔助器」，或直接購買較大拉鏈頭的衣物。「拉鏈輔助器」亦可以自己製作，在拉鏈頭處綁上易拉的繩圈即可，鎖匙扣圈也可成為很方便的「拉鏈輔助器」。

脫衣服時拉鏈可以不拉到底，只需拉到可以套頭、脫下的程度，可避免扣上拉鏈的困難。

加大拉鏈扣－匙圈款

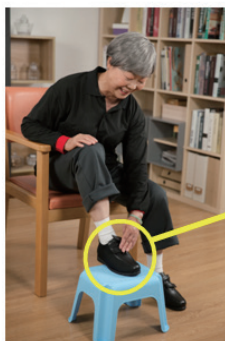


綁鞋帶

單手綁鞋帶實在令很多中風患者感到氣餒，很多患者為免麻煩，改穿容易鬆脫的「懶佬鞋」，其實市面已經有很多既方便又能提供足部承托的鞋款可供選擇，例如用魔術貼的鞋子。

另外，如果患者仍想保留一些已經購買，但需要綁鞋帶的鞋子，患者也可以使用一些輔助器具。在原有鞋帶加上小栓子，或把鞋帶更換為有彈性鞋帶然後打上結子或加上小栓子，以後便不需要再為綁鞋帶了而煩惱了。

附有魔術貼的鞋子



普通鞋帶加上小栓子



把原有鞋帶更換為彈性鞋帶



穿襪

很多中風患者在穿襪子時遇到困難，便索性不穿襪子。可是，不穿襪子會令足部直接接觸鞋子，使足部皮膚浸泡在汗液裡，形成適宜真菌生長的濕熱環境，加上缺乏襪子的保護，皮膚容易破損，令足部容易受真菌感染。

穿襪輔助器



穿鞋時配一雙棉襪子，可以吸汗，減少磨擦並預防感染。在冬天還能替雙足保暖。因此，能獨立穿襪子非常重要。如穿襪子時遇到困難，可以考慮使用穿襪子的輔助器具。

坐在座椅上，將患足交搭在較為靈活的腿上或將患足放在矮凳上，用健側拇指及其他手指將襪頭撐開，套在患側腳趾頭上並往上拉。

使用穿襪輔助器步驟

患者坐著，先將穿襪器放在兩腿中間，用兩腿固定穿襪器，健手把襪子套在穿襪器上，然後把穿襪器放近腳掌，腳掌穿進襪子後，把穿襪器拉出。

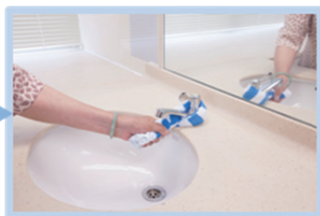


手握穿襪輔助器，將腳伸入穿襪器口，向上拉即可穿上

扭毛巾

可用單手扭毛巾方法或改用小毛巾代替常用洗面毛巾

單手扭毛巾方法



用健手將毛巾掛在水龍頭上，然後將毛巾轉動扭乾。

儀容妝扮

儀容妝扮亦是自理的重要部分，選擇簡約容易穿戴的款式，有助患者輕鬆、獨立地打扮自己。

簡易穿脫手鐲



手鐲穿戴在患手上，可以提高對患側的注意

彈弓錶帶手錶



輕易穿上，無需精細的手指協調

夾式耳環



夾式耳環代替耳針式耳環，單手也可輕鬆穿戴

自行進食和避免哽咽

民以食為天，靠自己的能力，吃自己喜歡的食物，好像理所當然。然而中風患者因為肌肉癱瘓、手眼協調能力下降，或會令控制食具變得困難，即使面對美食，卻不能盡情享受；另一方面，因中風能影響對四圍環境的認知能力和口腔及喉部的協調，超過一半的中風患者，會出現不同程度的吞嚥障礙，令正常食物不能下嚥。凡此種種，都大大影響中風患者的尊嚴、情緒和生活質素。

自行進食

華人及很多亞洲人都用筷子進餐，然而控制筷子並不簡單，需要身體各個部位的配合，包括軀幹姿勢控制、手部運動感覺、視覺、動作計劃能力及精細的手部功能協調等等。由於手部動作精細，中風後手肌痙攣或萎縮更令重拾筷子困難重重。中風初期約有八成患者會出現手部功能障礙，最後亦約有一半以上未能完全復原。手部功能的恢復則視乎中風的嚴重程度、中風前的手部功能及有沒有及早開始復康治療。因此，應儘早進行復康訓練，預防手部肌痙攣或萎縮，以恢復手部功能。

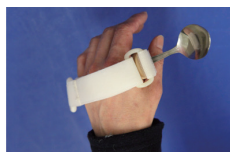
當出現手部功能障礙時，選擇合適的食具方便患者獨立進食同樣重要，例如方便抓握的粗柄輔助匙、彎柄匙及特製筷子輔助器；飲管固定器，可以固定飲管位置，部分患者可能需要因應個人的需要而作食具改裝或特別設計。

筷子輔助器



使用筷子輔助器，手指不靈活也能輕鬆進餐

粗柄匙



使用彎柄匙、粗柄匙、輔助抓握匙及防滑墊等較易進食

保溫餐具



保溫餐具保持食物溫熱，慢嚥細嚼也不怕食物容易變涼

飲管固定器



飲管固定器令飲管固定在杯子邊緣，不會移動

哽咽、吞嚥困難

因中風能影響對四周環境的認知、口腔及喉部的協調能力，超過一半的中風患者，會出現不同程度的吞嚥障礙。吞嚥障礙不僅令中風患者失去享用美食的樂趣，更可導致營養不良甚至吸入性肺炎，嚴重威脅健康。避免哽咽，應從環境、患者和食物等三方面著手：

一、環境因素

在寧靜的環境下進食

若患者的集中力減弱，易因精神不集中而哽咽。因此，應儘量減低進食時的環境滋擾（如電視、收音機等），令精神更集中，避免哽咽。

食物及餐具的擺放位置

若患者出現視野偏差或單側忽略，例如忽略右側時，患者可能會忽略右側的食物及餐具。因此應將食物及餐具放在中央位置，即圖中「2」的位置，先強化中軸的發展，慢慢加強肢體的運用。當患者適應後，可把食物及餐具放在功能障礙的一方，以提高患者對肢體的注意，以右邊身體受影響為例，即在圖中「1」的位置。

例子：右側功能障礙



1



2



3

二、患者因素

只在清醒時進食

由於集中力弱的患者，在精神欠佳時更容易哽咽，因此應避免在剛睡醒、打瞌睡等精神欠佳的狀態下進食。

維持正確姿勢

坐姿挺直，吞嚥時將頭略為下垂，有助會厭軟骨拉下蓋住氣管，保護呼吸道避免食物進入氣管。切忌躺著進食。

餐後清潔

要預防因殘留口腔的食物進入呼吸氣道而引致吸入性肺炎，餐後必須儘快清潔口腔；保持口腔衛生，更可避免食物殘渣的氣味吸引蒼蠅引致蠅蛆病。

避免餐後立即卧床休息

餐後食物未能立即消化，容易引起胃脹，增加括約肌鬆弛的機會。因此應避免在餐後一至兩小時內卧床休息，以免胃酸倒流而灼傷食道或咽喉。

三、食物因素

食物濃稠度

流質飲料如清水、清茶較容易導致哽咽，而糊狀食物、全黏的（濃的忌廉湯）或半黏的流質食物（濃的果汁）一般較易吞嚥。因此，應按患者的能力選擇食物。

輔助器具小貼士

特別設計水杯



固定飲料份量，預防哽咽

適合咀嚼或吞嚥困難患者的膳食安排 - 碎餐及糊餐

正常餐、碎餐及糊餐主要在於食物的質感、大小及形狀有所不同。選擇食物時，要視乎患者的咀嚼及吞嚥能力，選吃合適質感的食物，以避免哽咽。避免供應粗糙、乾、硬、韌的食物如果仁、硬麵包等。質地會黏附口腔的食物如湯丸、年糕等也不宜供應。同時亦避免供應入口容易碎或鬆散的食物如蛋卷、花生酥等。

飲食編排上，仍須按照「健康飲食金字塔」的建議（可參閱第七章第 251 頁），預備均衡、適量及多元化的膳食：每天應包含穀物類、蔬菜類、水果類、肉類和奶類食物，並編排不同種類食物，避免於一天內重複使用相同食材。

使用中風患者喜歡的食材，製作色香味全的食物，更能增進患者的食慾，有助其攝取所需的營養素，同時亦能提升士氣。因此，製作碎餐或糊餐，也應著重餸菜的顏色配搭和香味，多採用不同顏色的食物和配料，以增加餸菜的色彩。上碟時切忌將各種餸菜混合，應如平常的食物一樣按不同菜色來擺放，以提高食物的吸引力。

利用天然調味料能增加餸菜的香味、減少使用高鹽分調味料，並有助提升食慾和增加食量。

*** 家人或照顧者應聽從醫護人員的建議，為患者提供合適質感的食物，以免哽咽。**

碎餐

碎餐食材大致可與常餐相同，但煮食前需要去皮、去骨，再切細粒、剁碎或攪碎。肉類小於半厘米（四分一寸），蔬菜則約一厘米（半寸）。

糊餐

糊餐質感像嬰兒糊，不含粒狀，質感幼滑。食物經過攪拌機攪至糊狀，進食時不用咀嚼，可直接吞下。攪磨食物時可加入湯水、餸汁，也可加入營養豐富的流質食物，例如牛奶、無糖豆漿等。

烹煮時應先將食物煮熟透，才將食物分別攪磨成蓉。避免將生及熟的食物一起處理，以免交叉污染。煮熟的食物不宜放在室溫中超過兩小時，要儘快食用。熱食要保持在攝氏六十度以上。剩餘的食物須妥善保存於雪櫃內。

碎餐及糊餐的食物選擇

碎餐示範	糊餐示範
軟飯〔腍飯〕 鮮番茄煮魚柳・時蔬〔切碎〕 合掌瓜瘦肉湯 〔合掌瓜切細，並隔去瘦肉湯渣〕 木瓜及奇異果粒	飯糊 南瓜蓉煮肉蓉 菠菜蓉配肉汁 鮮搾橙汁

輔助器具

問題：用輔助器具，感覺自己好像不中用！

使用家居生活輔助器具及電器產品能提高效率，令生活更舒適方便，患者亦可參與家務。市面上有不同種類的輔助器具，它們的設計亦非常新穎時尚。

例如：碎肉器可以減少切肉時雙手協調的困難；使用電動開瓶器，單手也可以打開瓶蓋等。

電動罐頭刀



開瓶器



電動開瓶器





居家復康還是院舍復康？

中風後留在熟悉的環境中生活，既不用適應新環境，還能藉著日常生活鍛煉身體機能，得到家人的照顧之餘，亦可得到相熟鄰里的支持，對患者身心都有正面影響。

但由於身體狀況的轉變，中風患者可能會遇到各種生活上的難題。其中常見因素，就是住所設施未能配合身體狀況，阻礙患者繼續留在社區生活。家居職業治療服務評估患者回家生活可能遇到的問題，並提供環境改善、家居改裝及適切輔助器具的建議，以及安排家居訓練等。治療師亦會教導家人和照顧者處理日常生活照顧上的疑難，協助患者盡可能在自己家裡生活。

家居陷阱和改善建議

中風的後遺症如半身不遂、單側忽略、患肢無力及失去平衡感等都令患者容易跌倒，不良於行（見第一章）。而本港大部分的家居都並非為行動不便的人士而設，陷阱隨處可見。如狹窄房間令步行架或輪椅使用者難以轉身；過高的門檻容易絆倒，亦阻礙輪椅通過；浴缸邊緣難以跨越，浴室及浴缸平滑的表面更是跌倒的黑點；而過低的坐廁亦令下肢無力的中風患者難以站立等。接下來我們會由大原則著眼，為家居各部分提出改善建議。

無障礙通道

無障礙通道對輪椅使用者非常重要，香港政府在公共設施方面已經有一系列的指引，屋宇署《無障礙設計手冊》於 2017 年修訂，為新建建築物的設計及建造，以及現存建築物的改建及加建提供暢通無阻的通道的指引。

若中風患者需要在家中使用輪椅，就必須要確保居室**通道出入暢通無阻**。為此，家居環境或需要作出相應改動，讓患者能安全使用輪椅、轉移位置及在最少協助下能使用家居設施，加強自理能力。

家居環境改造的基本原則是以最少規模的改造，締造一個實用、安全、衛生、保障私隱，並能提高患者自理能力及促進其參與日常生活活動的環境。儘量在任何家居環境改造之前，先仔細考慮是否可透過重新放置家具或使用輔助器具，以達至相同的目標。

中風後患者的家具及家居改裝要包括些什麼？

中風後患者因肢體活動受影響，可能需要改變家具擺放位置，選用適合的設施和用具，甚至進行家居改裝，務求幫助患者回家生活。

對於中風患者，無論是否需要用助行器具，家居安全都非常重要。預防地面濕滑，選用適當的**防滑設施**，例如：廁所門口、沐浴間或浴缸內外放置防滑墊；使用防滑地毯時，地板及地毯的顏色須對比鮮明，並應時刻保持通道暢通無阻；尖角家具應配上**防撞膠**，減少因意外碰撞而受傷。

防滑設施



沐浴間或浴缸內外放置防滑墊

防撞膠



尖角家具應配上防撞膠

使用助行器的患者，應在廁所、浴室及有需要的位置加裝扶手；使用穩固的家具及把活動式的家具緊靠牆壁或大型家具，例如把座椅靠牆而放。

以下介紹一些配合輪椅使用及相關的家居環境改裝：

出入通道 - 門

外出及室內設施的門，包括大門、廁所、浴室的門，寬度需足夠讓輪椅通過，門在打開時，門口寬度，即門與相對的門框邊的寬度，一般需有 800 毫米或以上的淨寬度才能讓標準尺寸的輪椅通過。若寬度不足，可能需要改建室內設施，例如改變廁所門及門框以擴闊通道，甚至改建廁所間隔。若改建不可行，患者可能需要他人協助使用較窄身的助推式輪椅或活動便椅進出這些室內的設施。（有關個別環境及患者的特別需要，可尋求職業治療師的專業意見）

門的內外地面高度差

若門的內外地面的差距少於二十毫米，一般不需要特別改造；若相差超過二十毫米，必須修成坡道（斜台）以便輪椅 / 浴椅通過。坡道的地板要防滑及與牆壁的顏色明顯對比。



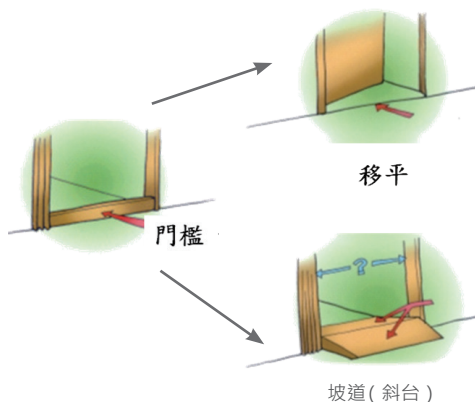
活動坡道（斜台）：改善門的內外地面高度差，坡道的地面及牆壁的顏色要有明顯對比

門檻

門檻亦是輪椅出入的常見障礙，為方便輪椅出入，可以拆除門檻或建斜台。



沒有門檻或地面高度差

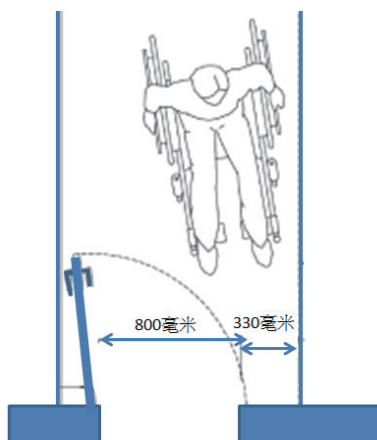


門檻是輪椅出入的障礙，
可以拆除門檻或建造坡道（斜台）

大門把手位置

大門貼近門把手處最少應有 330 毫米闊度，讓輪椅使用者可以靠近把手開門。另外，大門把手過高或過低都會影響輪椅使用者獨立開門，大門把手的高度與經修飾的地面水平之間的距離，應在 950 毫米與 1050 毫米之間，實際高度應配合輪椅使用者的體型。

（如有個別需要可尋求職業治療師的專業意見及支援。）



適合輪椅進出的門闊及把手位置

轉換位置

由輪椅或便椅轉移到其他位置時，最理想是兩個座位高度相同，例如便椅與床的高度相約；若有高度上的差距，亦不應多於五十毫米。為方便患者使用轉移板等輔助器具，座位高度相約非常重要，除可減輕照顧者及患者在位置轉移時的體力消耗外，亦有助他們保持正確體位及姿勢、提高患者的獨立能力、增加參與活動的動力，且避免意外。

座椅應儘量靠近牆壁或穩固的家具擺放，坐廁則必須有背靠（例如座蓋）；而座椅的深度需符合個人體型，有穩固扶手及靠背。在位置轉移時，座椅的扶手可作為支撐，使轉移過程更安全。為避免在轉移位置時容易失平衡跌倒，切忌使用沒有制動裝置的有輪座椅，如辦公室有轆座椅。

進行轉換位置時，座椅的前面要預留足夠空間擺放輪椅，輪椅與座椅之間成直角時，轉移的距離最相近、轉移時較省力氣，患者可按個人需要選擇最合適及安全的位置及體位，令轉移的步驟更順暢、安全。

一般輪椅設計以代步為主，不適宜長時間作座椅使用，若因特別需要長時間坐在輪椅上的患者，應尋求職業治療師的專業意見。



便椅與床的高度相約，方便轉移位置



轉移板是轉移位置的用具，除可有效減輕照顧者及患者在位置轉移時的體力消耗外，亦有助他們保持正確體位及姿勢、減低在位置轉移時意外受傷的機會



特製的座椅活動餐桌板，可提供一個方便、靈活的用餐空間。照顧者可以輕鬆地在座椅上安裝活動餐桌板，讓患者毋須經常轉換位置進行桌面活動或進餐。

座椅活動餐桌板，提供方便、靈活的用餐及活動空間

睡房

睡床過高或過矮、環境狹窄，都不利於轉移至輪椅；床與床褥的高度總和應與輪椅的坐位高度相約，兩者之間的相差不應多於五十毫米。床褥質料要堅挺，厚度在七十五毫米以下，過軟、過厚的床褥會增加轉移的難度。

必要時可以在床邊加裝扶手、床欄或懸垂床桿，供患者起坐或轉移動作時支撐及平衡身體，方便起床。

床欄



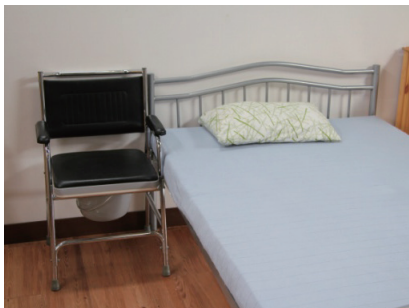
床欄方便患者轉身及起床，必須穩固地安裝在床邊。

懸垂床桿



患者只需要抓緊懸垂床桿的三角形把手便可使用
無論座地式或壁掛式，同樣必須安裝穩固，以確保安全

固定型便椅適當位置



固定型便椅應盡量靠近牆壁，方便患者如廁，可減少因如廁而需轉移的次數

選擇便椅注意事項：

- 座位闊度要配合體型，太闊、太窄都會令患者轉移時難以平衡
- 座位高度應與床鋪的高度相約
- 如使用活動式便椅，轉移前應先移走扶手和腳踏，及鎖緊煞掣方便轉移
- 固定型、沒有車輪的便椅較為穩定，適合放在床邊
- 摺合式便椅雖然方便收藏，但較不穩定，只適合一些平衡能力較高、能獨立轉移的患者使用
- 便椅應放在患者的健側，如健側在右，坐在床邊時，便椅應放在患者右邊

知多一點

固定型便椅或床頭櫃的不同擺放位置的利與弊

固定型便椅或床頭櫃放在健側，雖然方便患者獨立完成生活事項，提高生活的參與，但不利患側位認知。相反，擺放在患側，較為不方便，但有利患側位認知。輔助器具或傢具的擺放更受限於患者的居住環境，因此，選擇位置時必須取得平衡，患者遇上疑問，可尋求職業治療師協助。

廁所、浴室

一般住宅的浴室都比較狹窄，不利輪椅進出，可考慮使用活動式浴椅作位置轉移及沐浴之用，活動式浴椅的車輪比一般輪椅的細小，椅身小巧，方便在狹窄的空間推動。照顧者可以協助患者直接由睡床轉移至浴椅，再推至浴室如廁或沐浴。注意，如要從床轉移至活動式浴椅，與輪椅一樣，必須先鎖緊煞掣，才協助患者轉移。患者穩坐在浴椅後，放回扶手及腳踏，將患者雙手放回扶手內，鬆開剎掣，便可推行。

活動式浴椅



浴室應安裝穩固的扶手，讓患者可緊握借力。扶手要由合格的技工用「爆炸螺絲」安裝。扶手位置必須配合患者及家居的環境，如需專業意見，請諮詢職業治療師有關家居評估及改裝意見。

浴室加裝扶手



浴室內安裝穩固的扶手作為支點，方便患者緊握借力

家居職業治療服務

目的

- 加強患者在家的自我照顧能力
- 改善家居安全及生活環境

家居職業治療 - 家居評估及訓練

透過觀察患者進行日常自理活動，例如更衣、如廁、沐浴、準備飲品和做一些簡單的家務等，職業治療師實地評估患者的自我照顧能力。職業治療師會按患者的需要設計訓練，提高患者的自理能力，或建議合適的輔助器具代替缺損的身體功能。

家居職業治療 - 環境評估

職業治療師會到患者家中，因應患者的健康狀況評估家居室外及室內環境的危機因素，提供減低風險的建議。

■ 室外環境：例如出入口通道、走廊、梯間、升降機等。居所附近的交通配套、商場購物設施等。

■ 室內環境：房門寬度，尤以廁所門的寬度對於使用助行器或輪椅的患者影響最大；門檻亦經常是出入房間的障礙；傢具的尺寸，如椅子高度、款式，只要能配合需要，可提高患者的自理能力。例如有些情況，只要提供有扶手的椅子，患者就能獨立從椅子站起來。另外，合適的家居改裝（例如：安裝扶手、加高廁板等），及添置輔助器具（例如：轉移板、便椅等），令患者可以安全及獨立地生活。

（有關輪椅使用者的家居環境改善建議，可參考第 158 頁）。

只要有足夠支援，配合適當的家居環境改造、選用適合的設施和用具，很多中風患者都可以居家復康。

提供家居職業治療的機構：

醫院管理局、衛生署、社會福利機構、私營機構。

詳情可向你的家庭醫生或社工查詢

居家復康的配套及社區支援

中風患者家人可學習照顧技巧，如扶抱技巧、溝通技巧，個人護理等；詳情可向主診醫生或向公立醫院的醫務社會服務部、綜合家庭服務中心、長者地區中心、長者鄰舍中心或長者活動中心等查詢及尋求協助。

1. 短期的照顧安排

家屬可以先考慮有否其他人（例如：家人、親戚等）協助照顧患者，時間可能是每日數小時。如果沒有的話，可向患者了解他的需要和感受，並考慮自己的能力，商量照顧的安排（例如：家務助理、家庭傭工、日間護理或暫托中心等綜合家居或社區照顧服務）。

2. 長遠計劃

若患者家屬打算聘請家庭傭工，最好符合以下條件：

- 懂得患者的母語（例如：廣東話），方便與患者溝通。
- 已有照顧病患的經驗，尤以照顧過中風患者的經驗為佳。如果家庭傭工缺乏這些經驗，可以向有關中風復康的機構學習照顧技巧。

家屬在決定是否安排中風患者入住院舍前的考慮因素

當中風患者的情況開始穩定，醫院可能已著力請家屬預備接患者回家。萬一患者因中風而失去自理能力，而家屬未能在家居照顧患者，安排患者入住院舍可能是一個選擇。在作出決定前，應詳細考慮以下的因素：

家居照顧

優點

- 無須適應新環境
- 家屬親自安排及參與照顧及護理，不用假手於人，感到安心
- 在家居住，情緒會較輕鬆愉快
- 有家人陪伴及照顧，較有安全感和滿足感

缺點

- 擔心力有不逮，未能妥善照顧及護理患者
- 家屬因要承擔照顧責任，私人時間減少，社交和工作生活或會受到影響
- 如果另聘家傭或接受家居支援服務，會增加家庭開支
- 其他家人未必能給予主要照顧者足夠支援

入住院舍

優點

- 二十四小時專人護理
- 院舍的服務及環境較適合需要高度照顧的體弱患者
- 附有簡單的復康服務
- 減輕家人長期照顧的壓力

缺點

- 需要適應新環境
- 患者容易覺得被遺棄
- 擔心和其他院友和職員是否相處得來
- 家人或會認為自己未能克盡孝道而感到內疚
- 擔心院舍的護理質素
- 入住院舍增加家庭支出

部分家屬對於院舍的照顧和環境抱有負面想法，而且他們擔心職員不了解患者的個性、喜好和習慣，照顧無法如家人般體貼入微。慣了在家的自由，患者一下子要投入群體生活時，家屬亦擔心他們在適應上有困難、會否和其他人合得來、膳食會否適合患者的口味等。

被安排入住院舍的患者常見的情緒反應

患者知道自己要入住院舍時，當想到自己要面對陌生的環境和院友，及可能從此不能和家人共住，或會出現各種負面情緒。這些情緒在入住院舍後的最初數個月最為明顯。以下是常見的心理社交轉變及情緒反應：

a. 恐懼、缺乏安全感

i. 離開熟悉環境，需要面對陌生的人和事

轉換居住環境，對任何人也是一種壓力。另外，中風患者更可能因擔心病情會惡化而感到恐懼。

ii. 「相見好、同住難」：與院友的相處問題

有別於西方研究，華人患者似乎認為人際關係（與院友和院舍護老者建立關係）是適應院舍生活過程中最具挑戰性的一環。有些患者怕「講錯說話得罪人」，寧可減少與人交流（即逃避、退縮），正是一種常見的消極應對方式。

b. 自覺被遺棄、自我價值低落

i. 認為自己無用，是家人的負累

部分患者因中風而被迫退下工作或家庭照顧者角色，或會認為自己無用、不單止對家庭沒有貢獻，反而成了家人負擔。

ii. 認為子女無情，甚至自覺遭家人遺棄

雖然理性上了解家人無法照顧自己時，入住院舍是難以避免的，然而患者心情也很矛盾，甚至會認為家人將他們送入院舍是要遺棄他們。

iii. 院舍生活看似不由自己控制或選擇

院舍群體生活有其既定常規和時間表，較難讓患者決定自己的生活方式。入住初期需要作出一定的調節和妥協。患者或會因面對種種失去而感到哀傷和失落。

患者入住院舍需要面對多方面的轉變。在最初的適應期出現以上情緒反應乃正常現象。家人可以如何協助他們適應院舍生活呢？

- 一、 多探訪患者，了解他們適應的情況，聆聽他們的感受
- 二、 協助用熟悉物品佈置房間環境，增加親切感和歸屬感
- 三、 鼓勵參與院舍內的活動，認識其他院友
- 四、 主動和院舍職員溝通，尤其讓他們了解患者的性格和背景

此外，家人更要留意患者有否出現抑鬱症狀。若發覺患者持續兩星期或以上感到情緒低落、睡眠失調、失去興趣、食慾不振以致體重驟降時，應與院方密切聯繫，並帶患者求診，以便作出適當的評估及處理。

是否坐輪椅就一定要住院舍？

中風後因身體機能受損，部分較嚴重的患者可能需要以輪椅代步。雖然使用輪椅代步可能會帶來不便，但患者卻可以利用輪椅代步儘早參與復康訓練，改善身體功能。因此，輪椅是復康的重要工具，使用輪椅也可視為復康過程的一部分。由於使用輪椅可能面對更多的環境挑戰，很多患者都擔心會因此而要入住院舍；其實，只要有足夠支援，配合適當的家居環境改造、選用適合的設施和用具，很多使用輪椅的患者都可以居家復康。

安排患者入住院舍時要注意的事項

在選擇院舍過程中，儘量讓患者參與挑選和決策過程。家人應陪同患者參觀不同的院舍，作初步了解和篩選。若要進一步了解院舍是否適合患者，可在不同的時間參觀，觀察不同活動的進行。（有些院舍需要預約）

選擇院舍小貼士

- 地點：** 以鄰近的院舍為主，方便探訪
- 環境：** 院舍所在的地點、院舍的衛生和設施、樓宇保養
- 院舍生活：** 留意壁報板上的院規、作息時間、膳食餐單及活動相片及資料
- 院舍的照顧：** 觀察院舍對院友的護理、員工和院友之間的溝通及院舍的氣氛
訪問院友或其家人對院舍的意見及住院經驗
- 收費：** 向工作人員了解院舍服務及收費的詳情

使用助行器和輪椅

當患者開始步行訓練，物理治療師會處方合適的助行器具，方便自行走動，擴闊生活圈子。若患者仍未適合步行訓練，或不良於行，可以選擇一張合適的輪椅，讓患者可以外出及參與一些社交活動。

懂得正確安全地使用助行器具及輪椅非常重要。物理治療師會根據患者的肢體控制能力、康復階段、生活環境及照顧者的需要等，處方最適合的助行器具或輪椅，並教導患者/照顧者正確使用這些器具的方法。

由物理治療師選擇合適的助行器具

各類助行器具（例如：拐杖、四腳拐杖、輪椅）適合不同情況的患者，應由物理治療師經評估後，按患者的需要處方。（圖 1）



圖 1：助行器需調至合適的高度

正確使用助行器具

將助行器調校至合適的高度

手持助行器時，握拐杖的手的手肘應微曲約十至十五度，開步時用者應可保持姿勢自然，不會出現兩側肩膊高低或駝背現象。

以助行器行平路

在一般情況下，先用下肢較強一邊的手握著拐杖，簡稱「好手」。物理治療師會因應患者的平衡及活動能力，建議患者以下步驟行平路。

「三步曲」行平路最穩妥：

- 口訣：**（一）**拐杖**（好手握拐杖）
（二）**弱腳**（對側／患側的）
（三）**好腳**

- 先以好手把拐杖放前一步，然後（患側）弱腳行前一步，最後好腳跟上，完成時拐杖和雙腳並排（圖 2-4）
- 此步法雖然較慢，步幅較短，但最穩健，適合訓練初期或患側下肢控制較弱或平衡力較差的患者



圖 2



圖 3



圖 4

「兩步曲」行平路較自然：

- 口訣：**（一）**拐杖**（好手握杖）與（對側／患側的）**弱腳**同步伸出
（二）**好腳**

- 好手與（患側）弱腳同步行前一步，然後好腳踏前（圖 5-6）
- 此步法較輕快，步幅亦較自然，適合患側下肢控制及平衡力較好的患者



圖 5



圖 6

以助行器上落樓梯

當患側下肢控制及平衡能力達到合適的水平，物理治療師便會建議患者在協助下開始上落樓梯的訓練，在一般情況下，同樣用好手握著柺杖，然後建議患者採用以下步驟上落樓梯。

「三步曲」上落樓梯最穩妥：

- 上樓梯口訣：**（一）**柺杖**（好手握柺杖）
（二）**好腳**
（三）（患側）**弱腳**

- 先以好手把柺杖放上一級，然後好腳跟上，最後（患側）弱腳跟上同一級，完成時柺杖和雙腳並排在同一級（圖 7-9）



圖 7



圖 8



圖 9

落樓梯口訣：（一）**柺杖**（好手握柺杖）
（二）**弱腳**
（三）（患側）**好腳**

- 先以好手把柺杖放到下一級，然後（患側）弱腳踏下，最後好腳跟著踏至同一級，完成時柺杖和雙腳並排在同一級（圖 10-12）



圖 10



圖 11



圖 12

- 此步法雖然較慢，但最穩健，適合患側下肢控制較弱的患者
- * 使用助行器具上落斜路、樓梯的方式因個別患者的能力而異，請諮詢物理治療師。

用雨傘作助行器具好嗎？

有些人會認為，以長柄傘當作柺杖可以一舉兩得，在晴天時可作柺杖，雨天時可用來擋雨，其實長柄傘用作助行器具是不適合的，因為：

- 一、下雨天路面濕滑，如果用了長柄傘擋雨，患者便無助行器可用，容易跌倒。
- 二、長柄傘的柄尖多沒有裝上防滑膠塞，用以借力反而更易滑倒。
- 三、長柄傘的高度不能像助行器般可以調較，如果未能配合使用者的高度，就容易誘發寒背或肩肘痛。
- 四、雨傘的結構本非為受力而設，如用作柺杖有機會令雨傘柄變得彎曲甚至折斷。

輪椅

一張合適的輪椅可以幫助不良於行的患者活動，並令照顧者的工作變得更加省力及安全。物理治療師會因應中風患者的肢體控制能力、康復階段、生活環境及照顧者的需要等因素來處方最適合的輪椅。

輪椅類型

一般的標準輪椅均具備坐墊、靠背、扶手、腳踏、煞掣及前後輪，靠背及坐墊可摺合以減少收藏空間。後輪較細小的輪椅（圖 14）較標準大後輪輪椅（圖 13）輕便，使照顧者運送不能自行推動輪椅的中風患者時更省力，也更適合用於狹窄地方。

單手推動的輪椅則適合步行困難但控制能力佳的中風患者（圖 15）；而電動輪椅（圖 16）就必須經物理治療師或職業治療師處方及訓練後才可確保使用安全。



圖 13 標準大後輪輪椅



圖 14 小後輪輪椅



圖 15 單手推動的輪椅



圖 16 電動輪椅

配件

如果中風患者經常要由輪椅轉移到床邊，就應選擇可輕易拆除腳踏及扶手的輪椅，以縮短轉移的距離及預防絆倒，令到轉移更方便及安全，而扶手可移開的輪椅特別適合體弱患者由輪椅向橫移向床上或另一張檯上。



圖 17 可拆除腳踏的輪椅



圖 18 可拆除扶手的輪椅

輪椅的規格

當選定了合適類型，便要留意輪椅的規格；輪椅的座位寬度及深度必須要配合體型，過闊的座位容易讓身體傾斜向一方，過窄則有礙血液循環；而座位過深則令背部失去承托，引致彎腰駝背，影響身體功能，甚至復康進度。而輪椅的總長度及寬度與家居環境有密切關係，如有個別需要，請向醫護人員查詢。

特別適合外出用的輪椅

照顧者如需經常協助坐輪椅的中風患者外出，可以考慮下列選擇：

- 一、以較輕的物料製造的輕便輪椅，例如鋁合金製的
- 二、靠背可以向後摺疊的輪椅，可方便攜帶及放進車尾箱 (圖 19)
- 三、輪椅後方把手設有煞掣，有助安全地推輪椅上落斜路 (圖 24)

外出時需要使用輪椅的患者，除了可以使用無障礙的公共交通設施，如公共巴士及鐵路之外，亦可以使用香港復康會所提供的輪椅接送服務（如復康巴士、易達巴士）。



圖 19 可以摺疊的輕便輪椅



圖 20 輪椅乘客需扣穩安全帶

正確使用輪椅

輪椅基本操作：

- **上輪椅前**

測試煞掣

- 正常輪椅在煞掣鎖緊後應該不能被推動

觀察車輪

- 正常車輪應有坑紋，緊貼地面，若發現車輪表面嚴重磨蝕就要更換

- **坐上輪椅後**

為確保安全，患者必須扣穩安全帶（圖 20），將雙手放在輪椅內及雙腳平放於腳踏上；輪椅停定後應把煞掣鎖緊。

- **上落石壘及斜坡**

- 上石壘時，照顧者可用一腳踏著輪椅後方的槓桿，就可以輕易將前輪升起。（圖 21）



圖 21 腳踏著輪椅後方的橫桿將車頭微微升起

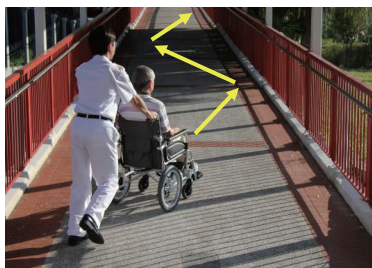


圖 22 上斜坡用「之字形」的路線

- 上斜坡時，為确保安全及省力，照顧者可以用「之字形」的路線推輪椅上斜。(圖 22)
- 從石墾下來或落斜坡時，輪椅及照顧者應背向下方，同時照顧者應留意後方情況，然後扶穩輪椅慢慢後移。(圖 23)
- 一些輪椅把手設有煞掣(圖 24)，可以令上落斜更加安全。



圖 23 落斜坡時，輪椅及照顧者應背向後方

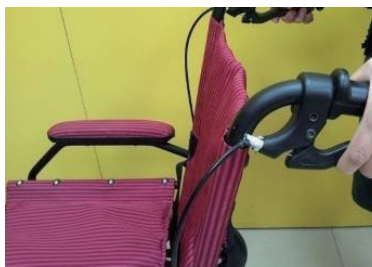


圖 24 輪椅後方把手設有煞掣，可以令上落斜更加安全

外出交通安排「殘疾乘客在限制區上落車證明書」

司機在限制區內上落乘客，乃屬違法。不過，為方便殘疾人士出入，警方同意行使酌情權，在不會對其他道路使用者構成危險或造成重大阻礙的情況下，容許的士、私家車、私家小巴和私家巴士的司機在限制區（快速公路和二十四小時限制區除外）上落殘疾人士。殘疾人士可將一份填妥的「殘疾乘客在限制區上落車證明書」交給司機，上面列出有關該次車程的資料（日期、時間及上落車地點）和車牌號碼（圖 25）。

指定類別的殘疾人士，可向香港社會服務聯會申請此類證明書。復康機構的會員或使用有關機構服務的人士可直接向有關機構申請；其他殘疾人士則可與香港傷健協會、香港復康聯盟、香港康復力量及復康資源協會聯絡。

申請人士可致電香港社會服務聯會 (2864 2929) 查詢詳情，有關各聯絡機構的聯絡電話號碼，請參考運輸署網頁。

運輸署網頁：http://www.td.gov.hk/tc/public_services/services_for_the_people_with_disabilities/index.html

圖 25. 殘疾乘客在限制區上落車證明書

No.: 編號: CD 048008		No.: 編號: CD 048008	
The Hong Kong Council of Social Service 香港社會服務聯會 Certificate for Picking Up or Setting Down of Passengers with Disabilities in Restricted Zones 殘疾乘客在限制區上落車證明書			
Veh. Reg. No.: 車輛登記號碼: taxi/private car/private light bus/ private bus 的士/私家車/私家小巴/私家巴士		(This certificate is only applicable to taxi, private car, private light bus and private bus) (此證明書只適用於的士、私家車、私家小巴及私家巴士)	
Pick up place: 上車地點: _____ Set down place: 落車地點: _____ Time: 時間: _____ Date: 日期: _____	Veh. Reg. No.: 車輛登記號碼: _____ Name of Passenger: 乘客姓名: _____ Time: 時間: _____ Date: 日期: _____	Pick up place: 上車地點: _____ Set down place: 落車地點: _____ Name of Contact Organization: 聯絡機構: _____ Tel. No.: 電話: _____	

運輸署
TRANSPORT DEPARTMENT

致市區的士、新界的士、大嶼山的士、私家車、私家小巴及私家巴士司機：

殘疾乘客在限制區上落車證明書

- 為方便殘疾乘客，警方同意在不嚴重阻礙或危及其他道路使用者的情況下，行使酌情權，准許的士、私家車、私家小巴及私家巴士在限制區內上落殘疾乘客，快速公路或全日 24 小時限制除外。
- 在限制區內，的士、私家車、私家小巴及私家巴士司機只可上落殘疾乘客，不得等候。
- 警務處及運輸署特委託香港社會服務聯會發出證明書，以便你證明曾經在前頁所述的日期、時間和地點上落殘疾乘客。
- 請注意此證明書只供獲簽發予在限制區上落車的的士、私家車、私家小巴及私家巴士殘疾乘客使用，不得轉讓。
- 視障人士可使用點字填寫此證明書上之資料。

運輸署署長

易達巴士

易達巴士是香港復康會屬下之機構，而其「長者接載服務」是一項受醫院管理局委託承辦的服務計劃，為有行動困難的 60 歲或以上年長病友及其同行照顧者，提供往返醫院、覆診、治療及其他活動的接載服務。

使用者須先申請成為會員後方可使用此服務。易達巴士會安排相同或相近行程之會員乘坐同一路線的巴士，以便接載更多有需要的乘客，但此服務並不包括接送病人上樓或下樓，使用者需能自行或有同行照顧者協助往返目的地至上落車之路旁。

電話：2348-0608

復康巴士

由香港特別行政區政府勞工及福利局資助的「復康巴士」，為行動不便人士提供無障礙之交通服務，接載他們往返工作地點、學校或社交場所。復康巴士分別提供固定路線、電召服務、聯載服務及穿梭巴士四個範疇，使用者可因應自己的需要選用適合的服務。

電話：2817-8154

醫院管理局「非緊急救護服務」

醫院管理局設有非緊急救護車，為入院、轉院、出院及到專科門診覆診的病人提供點對點運送服務。對象為行動不便（需臥床、使用輪椅而住所無升降機、年老獨居及需使用步行輔助器等）或有精神或感官障礙（如視障而出院時沒有親友協助）而未能使用公共巴士、的士、患者院舍車輛、復康巴士等交通工具的病人。有需要病人可向專科門診或病房職員提出申請。如經醫護人員評估符合上述使用條件，可獲免費安排非緊急救護車接送，往返住所及醫院。

休閒活動

除了日常生活的自理活動以外，休閒活動亦是維持身體健康、促進復原的重要一環。和親友相聚、外出郊遊，既可紓緩復康期間的鬱悶，亦可促進各種功能的康復。

休閒活動的好處

儘管中風影響身體機能，令患者的活動選擇受到限制，但不論中風的程度或復康階段，多參與休閒活動都帶來好處：

- 透過參與休閒活動，運用各類身體機能、認知、社交等能力，可預防多方面的功能退化，亦有助患者重拾失去的能力
- 有意義的活動，令每天過得更充實、愉悅；可減少白天因無聊而睡覺、夜間失眠等問題
- 維持現有肢體能力及減緩衰退、預防關節肌肉攣縮、減少因長期臥床而引起的併發症
- 透過參與各類活動，展示才能，增添自信及成功感，享受活動的箇中樂趣
- 藉參與活動來抒發情緒，促進情感及社交能力，有助減少失落及孤寂的感覺

不願參與休閒或社交活動的原因

研究顯示，溝通困難、焦慮和疲倦是中風患者不願參加社交活動的主要原因。而且中風患者容易感到疲倦，很難預計是否有充足體力應付，所以寧願不外出。疲倦更會增加精神和身體上的負荷，令患者易怒、對於光和聲音較敏感。如果環境太嘈雜和太光，更會令人煩躁不安。長此下去，患者越自我孤立，情緒會變得越差。家屬不妨直接了解患者不想參與聚會的原因，然後見招拆招。

出席社交活動時，即使有一、兩個較投契的朋友，都能減少孤單感，這有利於情緒復康。家屬宜陪同患者參加協助中風患者和家屬的活動，彼此有更多的實務和情緒上的支援。另外，他們可以鼓勵患者致電以前的舊同事和朋友。如果居住地點附近有公園和社區中心，陪同患者外出散心或參與活動，與鄰里多點接觸，也是擴闊社交圈子的好方法。

活動的類別

- **體能活動**

可透過體能活動鍛煉四肢活動能力、手眼協調、心肺功能等等。

如：早操班、運動小組、踏健身單車、步行訓練等。

- **智力活動**

可透過智力活動鍛煉思考能力及專注力，強化判斷力、學習能力、記憶力等。

例如：記憶遊戲、智力遊戲、電腦遊戲、打麻將、閱報紙分享等。

- **社交活動**

可透過社交活動鼓勵患者積極投入，多與別人分享，減少負面情緒。

例如：和親友相約外出、飯聚等。

- **消閒活動**

可透過消閒活動讓患者享受生活、興趣及個人嗜好。

例如：唱歌、打麻將、欣賞表演、效遊、外遊等。

- **創作活動**

可透過創作活動鼓勵患者發揮所長，同時也可加入肢體的訓練元素。

例如：書法、繪畫、手工藝等。

中風後保持活躍對身體和精神健康都非常重要。透過活動能帶來體能、認知的鍛煉機會，也能加強自信心、創造力、社交技巧，和促進情緒健康。中風患者不論年齡，維持舊有的嗜好或娛樂活動好比治療。雖然，中風後想要積極參與活動未必容易，只要得到適當的支援及積極參與，中風後依然可以活得精彩。

中風患者安排休閒活動小貼士

中風患者往往由於半身乏力而放棄以往喜歡的運動，以至心肺功能及體力衰退。然而，患者除了進行適當及適量的復康運動外，休閒時亦可加入運動元素。持續運動能重塑患者腦部神經組織功能，令患者身體機能康復不斷進步。輕度至中度中風的人士在體能許可的情況下，可以考慮一些較為簡單、安全，但有助鍛煉心肺功能及肌肉力量的運動。

郊遊

不妨先參與中風患者及家屬的支援組織所舉辦的本地一天遊。若能適應，便可考慮海外旅遊。可選擇較短的路綫，或往度假村、沙灘等。

外遊

使用輪椅人士的注意事項

- 需要使用輪椅的人士出外遠遊，可以先通知航空公司或旅行社，以便在機場或飛機上作出特別安排。
- 不少酒店均有專為殘疾人士而設的房間。可在出發前上網了解各地的「無障礙」設施，例如公共設施、酒店設備等，只要輸入「Accessible Travel」、「Disabled Travel」等關鍵字，便可找到有關網站。
- 先進國家如美、加、歐洲，東南亞地區如日本、韓國等的大城市，「無障礙」設施充足，機場通道寬闊，並設有坡道、殘疾人士專用停車位、專用洗手間等。鐵路車站亦設有電梯及輪椅升降機，可供殘疾人士使用。公共巴士也設有方便輪椅上落的斜板，及供輪椅停放的空間。
- 旅遊前應檢查輪椅的性能，以保安全。遇有輪胎漏氣，可到當地單車或摩托車公司充氣。

第五章/ 情緒處理



中風影響患者的活動和自理能力，同時亦為患者帶來不少的心理壓力，甚至有四成的中風患者會出現抑鬱的徵兆，直接影響療程及進展。在這一章我們會討論中風後的心理變化、面對壓力及其處理方式。

初期得知中風的反應

患者的心理及情緒一般經歷四個階段：

迷惘期
嘗試努力明白中風及其嚴重程度，內心忐忑不安；即時感到強烈的混亂感、極度驚訝、不知所措、無助、焦慮及驚恐
擾亂期
面對突如其來的壓力及生活的轉變覺得茫然
恢復期
用各種方法控制病情，如改變舊有生活習慣、接受復康治療等
重整期
逐漸接受中風的事實及懂得與其「共同生活」

並非每一名中風患者都會經歷以上每一個階段，視乎患者的處理方法及社交支援的程度而定。

後期情緒適應及生活調適

大多數患者會漸漸學習控制病情，並且習慣與其共存，通常患者的情緒亦會逐漸穩定下來。而部份病患者會感到沮喪與憤怒、慨嘆為什麼會有這「無妄之災」，對身邊的人和事產生反感及怨恨。

情緒處理不當帶來的負面影響

中風初期，患者有抑鬱、無助、焦慮等情緒反應是正常的，然而若一直未能適應患病後的轉變，便可能有以下的問題：

健康惡化：採取不適當的處理方法，令健康受損。如漠視自己的病情，不注重生活習慣，又或一意孤行，不理會醫生的勸喻，沒有遵從復康計劃、依時和依指示服藥等，不單拖慢康復進度，更可能引發再次中風。

增加照顧者的負擔：部份患者對病情反應過敏感及焦慮，在日常生活只扮演「病人」的角色，增加其依賴別人的心態。

中風後抑鬱症 (post-stroke depression) 是中風患者常見的情緒問題。中風後，因身體及認知能力的缺損、角色轉變，甚至日常生活都需要他人協助，情緒也因而變得低落和抑鬱，容易孤立自己。研究發現，約三成中風患者於中風後容易患上抑鬱症，而發病高峰期多在中風後三至六個月。抑鬱症患者除情緒低落外，還會對日常生活失去動力和興趣，睡眠及胃口受到影響；嚴重者更有自殺的念頭。此類患者會更加缺乏動力持續參與復康治療。隨著時間過去，患者的康復進度、認知能力和生活質素都會受到嚴重影響。

抑鬱情緒可以在早至中風後七至十日出現。若得不到妥善處理，會令患者不能積極地配合復康治療，減慢復原進度。所以，家人除了關注中風者身體上的問題外，也要留意其中風後的情緒變化，及早向醫生尋求適當的治療。

抑鬱症的症狀

生理方面

容易疲倦
食慾不振、體重驟降
睡眠失調（例如：失眠或早醒）

情緒方面

情緒低落
經常感到沮喪或絕望
暴躁、緊張或焦急

行為方面

變得孤僻、拒絕參與活動
反應緩慢
對向來喜愛的事物不再感興趣

思想方面

難以集中精神
對過往感到內疚
對現在感到無助，對未來沒有希望
有自殺念頭

此外，有部份照顧中風患者的家屬發現，患者中風前後性格出現明顯轉變，包括耐性減低、自信心減低、挫敗感增加、有較多不滿和較以前更執着，不容易妥協。部份患者可能情緒不穩，容易無故激動，甚至失去控制情緒的能力，需向醫生求助。

除了了解患者情緒背後的因由之外，家人和患者溝通的態度和用詞儘量要正面和積極，更要在生活上提供實質幫助，讓他們明白康復的過程中，亦有家人與他們同行。

情緒問題的風險因素

一、完美主義

完美主義者難以接受任何瑕疵、出錯或誤差。他們難以接受中風後身體機能未能完全回復。他們認為自己已盡力護理病痛和殘障，若仍不見康復好轉是不公平、不能接受的，甚至想放棄生命。

二、不聞不問

有些人很消極，不理會與病情有關的資料或建議，採納「駝鳥政策」；或將嚴重的病情淡化，甚至只接受正面的訊息，對於不利自己的健康訊息，當作與自己無關，變得過分樂觀，未能妥善控制病情。

三、情緒化

有些人只顧擔心、難過、自責、埋怨不公平或氣憤，被這些情緒佔據絕大部份思緒，但缺乏積極行動調理身心。

四、相信宿命論

有些人認命，認為人遲早會死，做甚麼也挽救不了，這是個「定局」，又或是命運的安排，於是坐以待斃。存有這類思想的人往往缺乏自信，認為自己無能力改善病情，所以選擇放棄的態度過日子。

五、退縮與孤立

有些人常自憐、自卑、認為命不如人，害怕因病被人嫌棄，認為與人傾訴亦無任何幫助，只是「有苦自己知」，採取拒絕與人交往，造成長期孤立，缺乏別人的支援和安慰，情緒變得更鬱結、無助，對身心健康更為不利。

處理情緒問題的方法

一、增加認識，積極行動

康復的第一步就是先接受患病的事實，並積極向醫護人員了解治療方法並加以配合。明白自己的病情，了解康復的過程和速度，抱持合理的期望能免去不必要的負面情緒。

主動了解自己的病況及復康計劃，例如詢問醫生及物理治療師等。嘗試接受中風的事實，積極配合復康計劃，幫助身體盡快復原。也可以參與為中風患者及其家人設立的支援小組、患者互助組織，及接受復康支援服務等，亦可向病人資源中心和健康資訊熱線查詢有關的資料，以增加對疾病的了解。

有時患者想快些復原，操之過急反而換來更大的沮喪和挫敗感。康復是需要按部就班的，配合醫護人員的建議，訂下合理期望，才是康復的心理良方。

二、樂觀態度，輕鬆踏步

保持正面思維及樂觀的態度有助處理哀傷和加快復原。正面的人生觀可使患者主動調適生活習慣，激發注重健康和珍惜生命的動力，選擇過健康的生活，除去不良的生活習慣及嗜好，如戒煙、戒酒、戒掉肥膩食物等。

獎勵自己，做喜歡的事，為復康的道路加添色彩。又或者安排多些輕鬆的活動，日子不需要單調乏味，分散注意力之餘，亦可減少疾病困擾的時間。

三、投入參與，由你做主

如能力所及，在日常自理、各類病情控制的過程中加強患者負責的部份，可減少其無力感。集中鼓勵患者「我能掌握自己的康復進度！」的思想：

- 我能做得到的事，我自己做！
- 我可以依時服藥及覆診，以控制病情。
- 我可以做運動，預防再次中風。
- 我雖然有病，我仍可活得健康及多姿多采！

四、樂觀態度，輕鬆踏步

中風後，患者因失去的能力而會容易感到憤怒、覺得自己無用及連累了家人。他們亦可能會擔心日後再中風，常常感到不安和憂慮。患者應主動與親友傾訴，減低自己的心理壓力及紓緩情緒。透過加入互助組織，認識同路人，學習不同的適應方式。多些同聲同氣的人士，共鳴更多，情緒得到改善，對於康復有莫大幫助。

社交生活及支援可幫助提升自信，減低抑鬱情緒及增強樂觀的態度。即使有病，不等於要孤立自己，要向醫護人員學習處理病症的方法，要多與病友交換復康心得，彼此勉勵，並坦然接受親友的關懷和慰問。

中風患者可主動尋找及認定可以與之訴心事的親友，就算未能解決問題，至少身邊有支持，給予情緒發洩的機會，總好過自我壓抑，正所謂「一人計短、二人計長」，即使有病也要病得不孤單，你的親友亦可從你的傾談中，更能明白你的感受及需要協助的地方，相應地作出配合。

五、身心鬆弛，動靜皆宜

不少的研究證實，長期壓力及緊張的生活會引發抑鬱、焦慮等負面情緒，從而影響腦部的分泌及免疫系統的機制，引發不同的疾病及影響其穩定性。要擺脫這惡性循環（緊張→病痛→緊張→病情越難穩定），鬆弛運動是不可或缺的。患者可按照自己的身體狀況學習適當的鬆弛法（如深呼吸鬆弛法、漸進式肌肉鬆弛法）。與此同時，培養個人的興趣（如養魚、閱讀等）亦可改善情緒。

此外，適量運動對一個中風患者來說，其重要性更不容忽視。在治療及復康的過程中，很容易感到身心疲累，有時甚至認為少動為妙。缺乏運動，經常臥床休息，只會令患者感到渾身乏力，更會錯失藉運動鍛煉身體機能的機會。其實運動如耍太極、散步等，可令身心舒暢，提升免疫力，更可藉機與友人聯誼，建立關係。

六、尋求協助，方法多多

在漫長的康復過程中，中風患者或會面對各種壓力，在有需要時尋求協助，可減少「孤軍作戰」的感覺。現時本港有不同的組織及機構，向中風患者及其照顧者提供各類型的服務和資訊，詳情可參閱第八章〈社區資源〉。

第六章／ 照顧者



中風後，由於患者需要較長的時間康復，照顧工作很多時就會落在家人（例如：配偶、子女、媳婦）身上。視乎患者的自理能力及復原進度，照顧者的生活會受到不同程度的影響：最輕微的尚能大致維持原本的生活方式，最嚴重的要放棄工作，減少社交活動，成為全職照顧者。照顧者有機會面對不同問題，包括：

體力：各類照顧工作，如扶抱轉移、協助患者轉身、協助患者做運動、換尿片等都需要體力勞動。照顧工作不單消耗體力，姿勢錯誤或用力不當，可能令患者及自己都受傷。

情緒：患者面對突如其來的殘疾，有可能會向照顧者發洩負面情緒，加上照顧者自己的生活及角色轉變，亦會為照顧者本身帶來消極情緒和壓力。

金錢：假若患者本來就是家庭經濟支柱，或是照顧者須辭去工作才可全職照顧患者，這會令家庭收入減少。另外，加上治療、復康、改裝家居或聘請傭工的開支，都可能會為整個家庭添上不少經濟壓力。

時間：承擔照顧工作的同時，照顧者可用於社交、工作、休閒和休息的時間會減少，從而間接加重體力、情緒和財政上的負擔。

以上問題如處理不當，不單會為照顧者身心加添壓力，甚至影響彼此關係和照顧質素。因此，認識潛在問題，及早準備應對方法，對患者和照顧者都有莫大的裨益。

這一章會從照顧技巧、情緒和壓力處理、溝通技巧和照顧者自身的生活安排四方面著眼，希望能為新手照顧者作好裝備，並為有經驗的照顧者溫故知新。

照顧技巧

學習正確的照顧技巧，不單能令照顧工作事半功倍，亦能避免患者和照顧者因用力不當而受傷。

口腔衛生

口腔健康是身體健康的重要部份，口腔問題不單帶來牙痛和口氣，更會引發各種嚴重的身體疾病。然而中風患者或會因手無力、肌肉不協調等未能自行清潔口腔，不單令生活質素大打折扣，食物或會殘留在口腔內，發出異味，甚至吸引蒼蠅在口腔內產卵而引致蠅蛆病，嚴重影響衛生，甚至危及生命。此外，使用鼻胃管進食的中風患者亦為照顧者帶來不少挑戰。

替中風患者刷牙的技巧，請參閱第四章第 137 頁。

清潔口腔

患者如有假牙托，先將假牙托除下，並浸於冷水中。清潔口腔的次序是由口內至外，先清潔兩側面頰內、牙齦、牙齒（包括牙面、牙縫、牙齒與牙肉之間的地方）、上顎、舌頭及唇。清潔動作要輕，清潔上齒動作由上而下，清潔下齒動作由下而上。每清洗一下就要更換棉花棒。

鼻胃管護理

需鼻胃管提供營養的中風患者，如患者能自行漱口可用吸管吸取漱口水及清水漱口；至於不能自行清潔口腔的患者，照顧者應每日早晚為患者清潔口腔和鼻腔，同時觀察口腔情況，如發現有任何異常或發炎徵狀，例如：出血、有臭味、口腔黏膜潰瘍、甚至牙齒腐爛鬆脫或含膿等，應儘快請教醫護人員。

良好的口腔護理可以減少牙患，保持口腔清潔可預防蠅蛆病。每年或按牙科醫生的建議定期檢查口腔，及早發現牙患及接受適當的治療。

皮膚護理

中風可令患者失去活動及語言機能，和影響自我照顧能力，而長期臥床、缺乏活動，背部、臀、腳跟及肩膀等部位與床褥接觸磨擦，受到壓力，影響血液運行，皮膚容易破損，引致壓瘡；中風亦可能令患者出現大小便失禁引致尿疹、皮膚破損或皮膚炎。

皮膚需保持乾爽，避免汗液、尿液或糞便侵蝕皮膚而引致皮膚損傷。

- 使用防水透氣的床上用品
- 切勿使用尼龍纖維等物料，因為物料不透氣易引起皮膚毛病，布料缺乏彈性亦加大盤骨與墊間之壓力，容易引發皮膚問題，如褥瘡。
- 選擇棉質衣服，因吸汗及透氣功能好

一旦衣服有汗濕便應即時更換。衣物改裝或使用特別設計的褲子，可以方便家人替患者更換尿片，減少轉移的步驟。



衣物改裝



特別設計的褲子

觀察皮膚狀況

在每次更換尿片、洗澡及協助其轉變姿勢時，必須觀察患者之皮膚狀況，尤其注意受壓的骨凸部位。注意皮膚有否發紅或發白，是否乾燥或過份濕潤、是否和暖、有否發熱徵狀、壓瘡或傷口等，及早發現壓瘡或其他異常情況以便作出適當的處理。護理傷口時，應監察傷口是否有分泌物及其氣味、傷口範圍和深度等。

協助沐浴

沐浴是極其私隱的活動，患者因為無法自行沐浴才讓他人協助。因此，照顧者應了解和評估患者的心理狀態及自理能力，編排合宜的護理程序。若中風患者的能力許可，應儘量鼓勵患者自己沐浴，助其重拾自理技巧和自信心，減少倚賴別人，提高生活質素及減慢機能退化。

確保安全舒適的沐浴環境

浴室不宜大開窗戶或房門，以免患者著涼。保持光線充足，對有視障的患者尤其重要；保持地面乾爽，需要時採用防滑墊，減低跌倒機會；室內要保持空氣流通，維持理想濕度及溫度。如需要使用暖爐時，應選用防水款式，以免漏電。

使用淋浴間 / 企缸

肢體能力較佳，能自己走動的患者：患者小心地自行進出企缸，若只有一邊身體有活動障礙，可使用扶手和穩固的沐浴椅，再配以防滑墊，讓其安全地坐著洗澡。（請參考第四章第 134 頁）照顧者須提醒患者在沐浴過程中，遇上緊急情況時要立即求助。照顧者勿離開太遠，以便能在患者呼喚時可即時協助。

照顧者可鼓勵患者，當親屬在家時才自行沐浴。

需要幫助或完全依賴照顧者協助的患者：在浴室外扶抱患者，安排患者穩當地坐在活動沐浴椅上，再推入淋浴間內協助其洗澡。洗澡時必須鎖緊煞掣，以防沐浴椅移動或翻側。患者坐在沐浴椅上坐姿要正確和穩定，有需要時使用安全帶。

使用浴缸

若中風患者一邊身體的控制較差，不論浴缸的高度如何，進出浴缸都容易失去平衡，產生危險，所以要非常小心。

肢體能力較佳，能自己走動的患者：鼓勵患者自己進出浴缸，坐在浴缸中的浴缸板或穩固的沐浴椅上洗澡，並用扶手和防滑墊，以策安全。

需要幫助的患者：若只有一邊身體有活動障礙，照顧者可站在患者不靈活的一邊，扶穩患者進出浴缸。（患者坐在沖涼板上，先將健側腳放入浴缸，再用扶手借力，將患側腳扶住入浴缸，坐穩才開始沐浴。）

完全依賴照顧者協助的患者：先用輪椅將患者推進浴室，然後扶抱患者坐在沖涼板上（需要兩人協助）；亦可使用人手操控或電動起重椅機運送患者進出浴缸沐浴。

沐浴時間和溫度

沐浴時間不宜過久，避免用過熱的水洗澡以免導致皮膚乾燥痕癢或甚至燙傷。中風患者如對溫度的感覺受損，在調校水溫時要先開凍水，再加熱水，並先以手腕內側或手肘測試水溫，或用溫度計測試溫度，保持水溫在攝氏三十七至四十一度（心臟病患者應避免水溫超過攝氏三十九度，以免增加心臟負擔）。亦可使用恆溫器（或稱火力調節掣）來保持水溫穩定，避免因為水壓不穩而出現水溫忽熱忽冷的情况。

花灑高度

可安裝能活動調校的花灑座，使患者無須多次轉移身體位置便可以拿到花灑，減低因失去平衡引致滑倒的機會。

難洗部位

沐浴時可用長柄浴刷清潔較難清洗的部位，如背部、腋下和下肢，及用裝有手環的浴巾擦背和抹乾背部。

選擇沐浴用品

泵裝沐浴液配合沐浴球或沐浴海棉，患者單手也可使用。避免使用肥皂，因為肥皂容易滑手，跌在地上容易滑倒。

抹身和穿衣

洗澡後宜用毛巾輕輕印乾，避免用力抹乾身體，並趁皮膚仍然輕微濕潤時，塗上潤膚膏，有助保護皮膚。

選擇方便穿著的衣服如「對襟」衫，避免太多鈕扣，以拉鍊或魔術貼代替鈕扣，並採用橡筋或拉鍊褲子。可把要穿的幾件衣服或褲子疊在一起，以便穿上。穿衣或褲子時，先穿上不靈活一邊的衣袖或褲子，再穿上較靈活的一邊。脫去衣服或褲子時的次序則相反，先脫去靈活的一邊，再脫去較不靈活的另一邊。穿著或脫下褲子時，可先坐穩後才穿上褲管，然後再站立把褲子穿好，脫褲時亦可坐著慢慢把褲管脫下。

(穿脫衣服的常見困難和解決方法可參閱第四章第 140 至 146 頁)
注意：沐浴或穿衣時，不要拉扯不靈活一邊的上肢，以免肩膊受傷。

照顧者協助中風患者沐浴過程中，應留意患者皮膚狀況，如出現傷口、紅疹或水泡等。使用安全及正確的扶抱技巧、保持良好的姿勢及做好安全措施，有助預防扭傷身體、跌傷或燙傷等意外。

如從床上轉移患者到浴室洗澡有困難，可考慮使用洗澡便椅或椅子。如難以轉移到浴室洗頭，可以考慮充氣式洗髮水盆，方便替患者在床上洗頭。



洗澡便椅 / 椅子

儀容整理

若患者手部因指節收縮而變形，要特別注意手部清潔及指甲應剪短；頭髮要定期修剪，最好保持短髮易於打理，還要協助男士刮鬍子，保持儀容美觀。

失禁處理

當患者大便失禁時，照顧者可戴上即棄膠手套，以衛生紙去除糞便，然後以濕紙巾或用棉花塊沾暖水及小許梘液替患者清洗臀部。(女性患者要注意會陰清潔，清洗方向要從會陰抹向肛門部位，以免誤將肛門之細菌帶往尿道導致泌尿道感染。)

可考慮使用防水透氣之床上用品及椅墊，便無需時常更換床單而增加照顧上之困難，清潔及處理亦會較易。

預防壓瘡

中風患者因肢體癱瘓而活動受限制，如患肢缺乏運動及護理，皮膚可能會因長期受壓而影響血液循環，不能得到足夠氧份，繼而受損和潰瘍，是為壓瘡。在骨凸出之部位如骯骨（臀部）、股骨粗隆（大腿外側）、腳眼、腳踭等部位尤其常見。

此外，若因大小便失禁或流汗而令皮膚潮濕、浸潤及變軟，局部表皮會出現水腫，如再加上高溫令體熱不易散發，缺血缺氧加劇，皮膚因而更易受損而形成壓瘡，此情況於臀部及皮膚之皺摺處最為常見。

除了了解壓瘡的成因外，更要認識壓瘡的初期徵狀及常見位置，並作出相關的預防措施，例如避免皮膚長期受壓、適當的皮膚護理和及早活動以紓緩痙攣等。

壓瘡的初期徵狀

第一階段：皮膚發紅，可能沒有破皮，或只有表皮受損及皮下軟組織發炎。

第二階段：部份皮膚開始變厚，破皮可能擴展至真皮，皮膚此刻出現破損、小水泡或呈現一個小凹狀傷口。

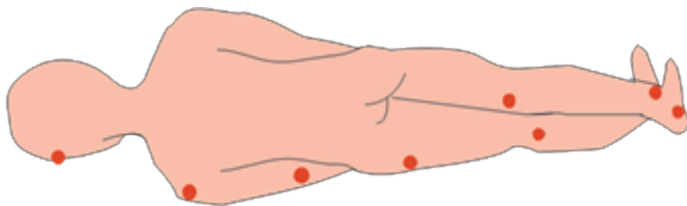
壓瘡常見的位置

仰臥：枕骨、肩胛骨、手肘、腳趾和腳跟

俯臥：額部、手肘、下頷、胸前、生殖器官、膝蓋和腳趾

側臥：耳廓、肩膊、手肘外側、股骨粗隆、膝內側、膝外側、足踝和腳跟

坐姿：枕骨、肩胛骨、骯骨、坐骨和腳跟



壓瘡常見的位置圖

減低皮膚受壓及護理的方法

輕微中風者，鼓勵自我照顧及勤轉換姿勢，以免皮膚因長期受壓而形成壓瘡。嚴重中風者，應最少每兩小時替患者轉換姿勢，以便減低骨凸部位長期受壓，以保持微細血管的營養供應。

協助患者轉換姿勢的技巧

移動或協助患者轉換姿勢時，切勿強行拖拉患者，引致身體與床鋪或坐椅產生摩擦和撞擊，繼而導致皮膚損傷，加速壓瘡形成。

減壓輔助器具

可考慮使用各類型的減壓輔助器具，如羊皮墊、氣墊床墊、坐墊、啫喱座墊或軟枕頭等，以便放於受壓部位，預防皮膚長期受壓而形成褥瘡，而有關用品可往醫療器材公司選購或向職業治療師查詢。



預防壓瘡的皮膚護理

皮膚受壓部位之皮膚特別護理：除保持皮膚乾爽外，可用潤膚膏或潤膚露按摩骨凸皮膚受壓部位，促進血液循環。但切勿用酒精按摩皮膚，以免皮膚太乾燥而變得敏感痕癢。

維持皮膚健康需攝取均衡營養，可以根據健康飲食金字塔的均衡飲食原則，或遵從醫護人員及營養師飲食建議攝取足夠營養。此外，維持室內空氣流通，溫度及濕度適中；飲充足的水分可避免皮膚因身體水分不足而乾燥。避免吸煙亦很重要，還要有充足睡眠及適量運動，以促進血液循環，和維持皮膚健康。

預防筋腱收緊、關節僵硬和痙攣

有部份的中風患者因活動能力較弱，需要長期臥床或使用輪椅，但物理治療仍會對這些患者有所幫助。

正確姿勢

患者經常保持正確姿勢，可紓緩筋腱收緊和痙攣情況；亦可減低褥瘡形成的機會，更可增強患側的認知，及保持患側的活動能力。（請參考第三章）

被動式或協助式運動

物理治療師會教導照顧者被動式或協助式運動，照顧者可以在家中或院舍經常協助患者多做運動，保持患側的關節和筋腱柔軟和活動幅度，避免關節僵硬、收縮等情況出現。（請參考第三章）

以下是一些因長期臥床或坐輪椅而引起常見的併發症及物理治療的處理方法

- 關節僵硬 - 因長期缺乏活動，關節附近的軟組織會收緊，令關節不能活動，甚至變形，影響日後的康復。
✓ 處理方法：由於患側需要一段時間才能回復活動能力，在缺乏活動時，患側關節很容易變得僵硬，因此在活動能力未恢復時，需要為患者做被動式運動，在患側逐漸回復控制後，則要轉為多做自助式運動或功能訓練。
- 手、腳肌肉痙攣 - 由於腦細胞受損，不能控制肌肉活動，肌肉的張力逐漸增加，引致肌肉痙攣，甚至會有攣縮。
✓ 處理方法：應把患側手和腳放於有助預防及紓緩痙攣的姿勢。
- 手、腳水腫 - 由於缺乏活動，血液循環減慢，血液回流受阻，而令體液積聚做成水腫。
✓ 處理方法：可把腫脹的肢體乘高，及作輕輕按摩；如果肢體可自行活動，多運動可增加血液循環，都有助減少水腫。

- 不正確姿勢 - 臥姿、坐姿不正確或缺乏承托，患側的視覺或肢體感應出現障礙，均容易形成不良姿勢。
 - ✓ 處理方法：不論坐、臥或站時，均要留意姿勢是否正確，以免患者習慣了不正確的姿勢，影響康復，另外，要多由患側與患者接觸，以增強其對患側的認知能力。
- 肩膊痛 - 如照顧者在扶抱患者時，拉扯病人患側手臂，會拉傷患肢肩膊而引致痛楚或造成關節脫位。
 - ✓ 處理方法：在扶抱患者時，應使用正確的扶抱技巧，不應拉扯病人患側手臂。在休息時亦應適當地承托患者手臂，及多鍛煉手臂肌肉以鞏固肩膀。
- 胸肺併發症 - 長期臥床的長者因體弱、呼吸較淺及咳嗽力減弱，容易令痰涎積聚於肺部，引起胸肺的併發症。
 - ✓ 處理方法：胸肺物理治療能幫助增加身體氧氣供應、清除痰涎、保持氣道暢通及強化呼吸的肌肉。其中包括：

1. 呼吸運動

長者可以每天練習深呼吸，用鼻吸氣，儘量擴張胸部，然後用口慢慢呼出。可重複二至五下。若有需要，物理治療師會教導長者使用呼吸訓練器幫助做深呼吸練習。



呼吸訓練器

2. 咳嗽技巧

正確配合呼吸和咳嗽的技巧，能更有效把痰咳出，如有疑問可諮詢物理治療師。

3. 姿位排痰法

如有需要，在物理治療師指導後利用特定的姿勢把積聚的痰液引流至較大的支氣管，使其較容易經咳嗽排出。

4. 拍痰法

照顧者在物理治療師指導後，可用特別的手法輕輕拍打胸背，使痰液鬆動，如配合姿位排痰法，對幫助排痰效果更佳。

要預防肌肉關節攣縮及足部下垂，患者無論坐、卧都要保持患肢在舒適的良好姿勢。部分患者因機能控制受損，身體平衡出現問題，坐姿經常傾向一邊，平日可以用毛巾，枕頭或特製用具承托肢體，部分患者可能需要特別坐墊及用具糾正坐姿，以預防關節攣縮變形。職業治療師亦會為患者設計手托 / 支撐用具，如使用肩托帶 (shoulder sling)、手托 (hand splint) 和腳托 (foot sling) 等。另外，職業治療師亦會為患者設計一些配合訓練適當肌肉張力的手部活動及遊戲，避免關節攣縮。

若患者出現足部下垂，會影響步行及容易絆倒，應及早矯正。方法包括多做腳掌控制的運動，或使用足踝托架 (ankle and foot orthosis)、步行輔助器具及鞋子改裝等。

扶抱及轉移技巧

由於中風患者在很多日常活動中均需要協助，物理治療師會教導照顧者正確的扶抱技巧，例如，如何協助患者由床坐起，或是如何從床轉移往輪椅；如果能運用正確的方法，不但令患者在位置轉移時安全和舒適，更可減少照顧者不必要的受傷或勞損。

1. 事前準備

在扶抱患者前，應先了解他的情況及能力，以決定扶抱方法，如果患者能配合，便要先解釋和指導扶抱時如何配合；即使患者未能配合，仍需在扶抱前告訴患者你準備幫助他轉移，再預備及適當地放置用具，例如：助行器或輪椅。

2. 使用正確姿勢

扶抱患者時，要保持自己腰背挺直、把腹肌收緊，及利用紮馬來保持腰背挺直、轉移方向和重心。

3. 緊抱及靠近患者

扶穩患者可使他更有安全感，而儘量靠近患者可減低照顧者腰背的壓力。

4. 一腳指向目的地，以下肢發力

扶抱患者前，照顧者先把其中一隻腳腳尖指向目的地，能有助暢順地移動重心，減輕腰背的負荷。

5. 需要二人或以上時，由一人發號施令

與其他人合作時，由其中一人發號施令，可避免因不合拍而耗力或受傷。

6. 量力而為

需要時應找其他人協助或使用合適的輔助轉移器具。

7. 扶抱患者時，切勿拉扯患者患側的手臂，以免拉傷肩膀。

姿勢轉移的例子：

1. 仰卧 → 側卧

- 患者屈曲雙腳
- 照顧者手扶患者肩膀及盤骨幫助將身體轉側



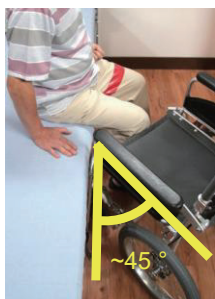
2. 側卧 → 坐

- 照顧者幫助患者把雙腳放落床邊
- 然後一手按盤骨，一手托肩膀幫助患者坐起



3. 床 → 椅

- 把椅放於床邊成四十五度角
- 一人扶抱時，站在患側旁



- 二人扶抱時，站在患者左右兩旁，並需注意二人的合作
- 一隻手支撐著患者腋下，另一隻手扶著患者坐骨位置，扶著患者站立離開坐位，然後轉身，再坐下



- 如果使用輪椅，必須先鎖上煞車掣，如輪椅的扶手和腳踏是可拆式類型，轉移前先把它們移開會更方便。

照顧者可因應不同環境及需要而靈活運用以上的原則，若有疑問，可向物理治療師查詢，亦可參考衛生署長者健康服務網頁有關「扶抱技巧及位置轉移」的短片 (http://www.elderly.gov.hk/tc_chi/videos/lifting_and_transfer.html)。

護老者在扶抱與轉移的過程中，肢體有需要進行不同的動作，如果用力不當或動作錯誤，有可能會對身體造成勞損；因此除了需學習正確扶抱技巧以外，適當的熱身和伸展運動，有助促進肢體血液循環，增加關節及筋腱的柔韌性，以及改善姿勢，使護老者保持肢體處於最佳活動狀態，減低受傷機會。以下是十式簡單而實用的熱身運動：

一：原地踏步

功效：改善心肺功能和整體的血液循環，以達到熱身的功效。

步驟：雙腳原地踏步。適應後，可以稍為加快速度。

時間：保持 2-5 分鐘。



二：紫馬提舉

功效：整體活動身體，以預備扶抱或搬抬時的紫馬姿勢，並改善和預防「寒脊」。

步驟：雙腿並排左右分開至雙肩闊度，重心下移，雙膝慢慢微曲紫馬，腰背稍向前傾；雙手向下作抱起物件姿勢；雙膝和腰背慢慢伸直；雙手提起，同時用鼻深深吸氣，並反手使手掌向天伸展；最後，雙手放下時用口呼氣。留意屈膝時，膝蓋不要越過腳尖。動作要緩慢，以達至改善膝部紫馬能力。

次數：整個動作重複五至十次。



三：轉肩

功效：放鬆肩頸位置的血液循環和鬆弛肌肉。

步驟：雙手指尖放在肩膀上，手肘在前方向上提起，再向後轉動畫圈。
注意雙手手肘所畫的圈要盡量大和盡量後。

次數：整個動作重複五至十次。



四：側頸

功效：伸展肩頸位置的肌肉。

步驟：把頭側往右邊，直至左頸側有輕微拉緊，保持十秒。然後把頭側往左邊，直至右頸側有輕微拉緊，保持十秒。動作要緩慢，以免拉傷。

次數：整個動作左右兩邊重複做五至十次。

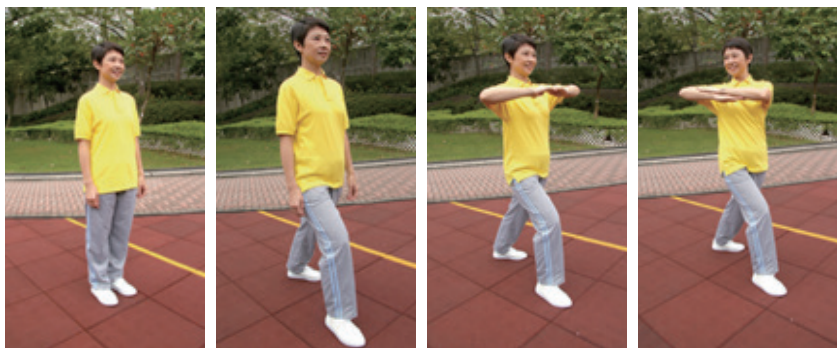


五：轉腰後望

功效：伸展腰、頸、大腿前方和小腿的肌肉。

步驟：雙手平放在胸前，首先右腳前左腳後弓箭步站立，兩腳盡量向前後分至小腿有輕微拉緊。向右轉腰並往後望，直至左腰和頸側有輕微拉緊，保持十秒。動作要緩慢，以免拉傷。不要雙膝伸直站立原地扭動身體，以免扭傷膝蓋。

次數：整個動作左右兩邊重複做五至十次。



六：伸展前臂

功效：伸展和放鬆前臂和手腕肌肉；以預防和舒緩因長期進行搬運或扶抱工作而引起的前臂和手腕勞損。

步驟：先伸直手肘，提高手至平肩並手掌向上提起；另一手把手掌向後拉，直至前臂和手腕有輕微拉緊，然後維持姿勢十秒。保持手臂平肩，握拳向下，另一手把拳頭向下拉，直至前臂和手腕有輕微拉緊，然後維持姿勢十秒。

次數：整個動作左右兩邊重複做五至十次。



七：伸展上臂及腰背

功效：伸展和放鬆上臂和上背肌肉。

步驟：把左手放在上背，右手把左手肘向右拉，然後輕側上身，直至感覺左上臂和上背有輕微拉緊，維持十秒。留意頸部要保持伸直，不要垂下頭。

次數：整個動作左右兩邊重複做五至十次。



八：側腰

功效：伸展和放鬆腰背肌肉。

步驟：雙腿並排分開至雙肩闊度，左手放在腰上，右手提高，側腰向左，直至感覺右腰有輕微拉緊，維持十秒。留意腰不要向前彎，動作要緩慢，以免拉傷。

次數：整個動作左右兩邊重複做五至十次。



九：向後彎腰

功效：活動腰部關節，以改善活動幅度和柔軟度。

步驟：雙腿並排分開至雙肩闊度，雙手放在後腰上，向後彎腰，直至胸腹有輕微拉緊或腰背有輕微壓力，維持十秒。留意腹部不要向前推。不要把頭仰向後，雙眼望向前方。整個動作要緩慢，以免拉傷。

次數：整個動作重複做五至十次。



十：伸展大腿內側

功效：伸展大腿內側，以改善活動幅度和柔軟度，預備扶抱或搬抬時的紮馬姿勢。

步驟：雙腿並排盡量左右分開，雙手放在後腰上，重心移向左，左膝曲右膝直，直至右大腿內側有輕微拉緊，維持十秒。留意屈膝時，膝蓋不要越過腳尖，腰部要挺直。整個動作要緩慢，以免拉傷。若站立不穩，可手扶穩固家具或欄杆。

次數：整個動作左右兩邊重複做五至十次。



其他照顧資訊可參閱

衣物選擇.....第四章第 139 頁

使用輪椅.....第四章第 175-178 頁

情緒和壓力處理

面對突如其來的角色轉變，照顧者感到壓力十分常見。然而，過大的精神壓力會影響照顧者的情緒及生活，亦會影響照顧質素。認識壓力的徵狀及學習正確處理壓力的方法，有助照顧者輕鬆面對。

認識壓力的徵狀

當我們面對壓力時，身體便透過自主神經系統和內分泌系統而引起神經亢奮和緊張徵狀，包括：易發脾氣、頭痛、心跳加速、呼吸困難、肌肉酸痛、消化不良等。長時間面對壓力，而又未能紓壓，便會出現心力交瘁的情況，包括：疲倦失眠、厭煩不安、食慾不振、冷漠畏縮等。

心力交瘁

長期照顧患病的家人，照顧者在不知不覺間承擔了很大的壓力。如果不妥善處理，就會變得心力交瘁、身心俱疲。

一、身體：

長期感到疲累，即使在睡眠休息後，體力也似無法恢復。漸漸身體多了小毛病（如腰酸骨痛、胃痛、傷風感冒、失眠），增加服藥次數，但效用卻相應減低。

二、思想：

變得消極和負面（如：經常自責、埋怨其他人，覺得患者和自己的處景均無出路）、容易有沮喪和挫敗感、自我形象低落。

三、情緒：

幽默感減少，忽略休息和閒暇時間，經常鬱鬱寡歡，無故哭泣、容易發脾氣。

四、人際關係：

減少和人接觸，對病者、家庭成員、其他照顧者（如醫務人員）、社會上的支援機構和制度，產生怨憤、消極、不合作甚至敵對態度。

長期受壓的不良後果

- 一、為心理健康帶來負面影響，例如憂鬱、緊張、易怒。
- 二、影響免疫系統，削弱抵抗力，令人容易生病。
- 三、出現問題行為，例如：利用藥物、酒精、吸煙等不良嗜好紓壓，又或者在不知不覺間透過責罵、暴力等發洩負面情緒，影響與家人的關係。

這樣的話，非但照顧不到患者，連照顧者自己身心健康也會受到影響。照顧者應多留意自己的身心狀況，並參閱以下建議，予以糾正，若有需要，宜向醫生查詢。

照顧者的情緒反應

內疚：擔心自己是否「未盡全力」，沒有給患者最好的治療和日常護理

沮喪：感到已盡力照顧患者，但康復進度仍未如理想，感到「有心無力」

抑鬱：長期照顧中風患者使照顧者心力交瘁，產生負面情緒，例如抑鬱、焦慮、脾氣暴躁，對患者產生埋怨等。嚴重者更會將情緒發洩在患者身上

恐懼：照顧者本身亦要面對老化甚至疾病的纏繞，擔心自己有一天未能照顧患者

哀傷：眼見患者病情沒有改善，甚至瀕臨死亡，感到哀痛

處理壓力

首先要了解壓力的來源，以對症下藥。我們應該細心分析，嘗試找出問題的核心所在。

照顧者的壓力來源

一、突如其來的角色轉變

中風通常都是突然發生，在毫無準備下，照顧者短時間內要負起照顧責任，要面對生活習慣的轉變，工作、餘暇的時間減少等，都為照顧者帶來不少壓力。

二、缺乏照顧技巧和知識

雖然每名患者的嚴重程度不同，需要家人照顧日常起居生活的程度不一。然而大部份家中照顧者都沒有接受過訓練，突然要開始應付照顧工作絕不容易，不論時間還是體力上亦是負擔。他們缺乏照顧技巧，在處理一些日常問題，例如扶抱患者時，更可能會發生意外，令自己和患者受傷。

三、沉重的工作量

由於中風患者部分的腦組織受到破壞，有可能影響他們的記憶力、集中能力、組織計劃能力、手眼協調、力度判斷、視覺、聽覺和語言能力等。患者的能力衰退，往往會為照顧者帶來不少挫敗感，例如中風患者無法專注地學習新的技能，或很快忘記新的技能和指示；又或者一些簡單的生活小事（如刷牙：開水喉、擠牙膏、刷牙）也不能自理，需要照顧者多方面協助。

長期照顧中風患者的起居飲食、情緒困擾等都會消耗照顧者的精神和體力。

四、責任重大

照顧者本身可能已身兼數職，既要工作，照顧家人，又要處理家務；現在再加上照顧中風患者，百上加斤。做每一件事都覺得力不從心，多方不討好。時間和體力都不勝負荷，在職照顧者更擔心會影響到他們的工作表現（例如需要請假陪伴中風患者覆診）和工作投入感（例如工作時需致電回家問候，甚至即時處理中風患者的情況）。

五、忽視自己的需要

患者在中風後往往會變得倚賴，既希望別人協助他們的起居飲食，亦盼望家人能長伴左右。基於責任和對患者的疼惜，照顧者就會在不知不覺間承擔起額外的責任，令自己分身不暇，漸漸減少和外界的接觸。

過度投入照顧中風患者，而忽略自己的需要和生活，會令照顧者喪失自我、感到生活失控、喜怒哀樂受制於患者的病況和情緒。

當照顧工作忙得不可開交時，照顧者往往會犧牲了自己的休息時間，如減少和朋友相聚、運動、參加社區活動等，但這樣做只會喪失了紓緩壓力的重要渠道。

六、患者的情緒問題

中風初期，部份患者可能會因難於接受身體的殘障、擔心康復進度和日後的生活狀況，而感到抑鬱和恐懼。康復期間，當中風患者覺得進度未如理想時，也許會灰心失望，脾氣暴躁，甚至自暴自棄。

患者整天呆在家中會容易感到無聊。再加上中風後殘障的打擊，患者有可能變得消極、易怒甚至發洩在照顧者身上。嚴重者更會有輕生念頭。

七、經濟壓力

中風後，患者和照顧者或需要辭去工作，為家庭經濟帶來壓力。有時候，添置特別器材或家居改裝亦帶來不少額外開支。

八、家庭衝突

當照顧工作繁重，分工不清時，容易引起家人的矛盾衝突，令關係惡化。尤其是當病況沒有進步，需要考慮接受其他的治療方法；或是考慮患者的長遠照顧和費用、各家庭成員的分工時，更難免會產生衝突或怨憤。

處理壓力的原則

能夠控制的儘量控制

和患者討論生活上的計劃及安排，和家人商議分擔照顧的責任等。

不能控制的儘量接受面對

儘量接受現實，嘗試從正面的角度看待現況；負面的想法、情緒會引發身體的不良反應，而相反地正面的思想可以減少這情況發生。不能控制的儘量接受面對。

如果覺得壓力太大，可以學習「見步行步，見招拆招」的方式，對自己和他人的期望亦要實際些。

總之盡力控制那些可以受控或改變的事情，接受那些不能更改或控制的事情，但也需要在必要時婉拒不必要的壓力；例如：照顧者已經全時間照顧中風患者，子女向照顧者提出想一個星期幾次一家大細去長者家吃晚飯，如果照顧者覺得吃不消的話，需要坦誠和子女道出困難，不宜強迫自己答應別人所有要求。

照顧過程中最大壓力的部份是甚麼？ 最有得著的部份又是什麼？

研究指出，照顧中風患者的家屬反映，處理患者的情緒（包括抑鬱、孤單和焦慮）、記憶困難和身體上的護理（處理排泄物）是最感壓力的部分。雖然照顧中風患者的過程艱苦，但超過九成照顧者表示在照顧過程都有得著，亦更加珍惜生命。而部分家中照顧者會因為和患者相處多了而更了解對方，關係得到改善。他們亦認為，患者在家中得到照顧，自己也較為安心一點。

減壓方法

學習處理情緒反應和善待自己

在照顧的過程中，情緒起伏在所難免，學習適當的處理方法，有助疏導情緒和紓緩壓力。嘗試多點了解自己的需要，不要對自己太過苛求或以其他人的標準和進展去衡量自己的表現，不妨多鼓勵自己，例如：「我已盡力而為，下次再努力，不要氣餒！」每天可預留一些時間善待自己，做自己喜歡的事或活動，例如在家中看書、種植盆栽或到公園散步等。此外，學習「自我鬆弛練習」亦有助紓緩身心壓力。

保持患者獨立及自我照顧能力

研究發現，在照顧患者時過於服侍周到，反而令其感到挫敗和憤怒，認為中風引起的殘障令自己變得不中用。而事事代勞更剝奪患者重拾自理技巧的機會，餘下的自理能力更會因此而逐漸退化，變相加重了照顧者的負擔。

因此，照顧者可鼓勵患者做一些能力範圍內的事，以增強其自理能力，並提高控制周圍環境的感覺。例如：假若患者懂得自己進食，儘管動作緩慢或協調欠佳導致不整潔，最好還是讓他自行進食。若患者能扶著慢行的話，就不要勉強他臥床、坐輪椅或攙扶他；只需從旁留意，以防跌倒即可，並且應耐心等待，不要催促他。

這樣可增強患者的自信心，善用他現存的身體能力及腦功能，以避免繼續把自己當作一個無用的人；同時亦減低他們的倚賴心態和照顧者的工作壓力。照顧者亦應留意他的身心靈需要。在服侍過於周到與疏忽這兩極端做法中求取平衡，避免「好心做壞事」。

此外，當患者能夠做到基本要求時，照顧者要謹記稱讚，並鼓勵他們繼續努力。當病者發現自己的自我照顧能力提升時，而控制環境的感覺亦會同時增強，從而加強他們的自信，減少照顧者的工作壓力。

面對壓力時，不恰當的心態

逃避問題

當感到壓力太大之時，有些人會採取逃避、離開壓力處境的方法。

但長期而言，逃避壓力是一種消極的方法，當我們不能面對壓力時，亦不容易找出紓緩壓力的方法。

要求完美

對自己、別人要求完美的人，容易把自己困在一個框框內，以致無法從不同觀點了解周圍環境，也容易產生不滿足、不快樂的感覺。

把問題個人化

有時大家可能會認定事情的發生是歸咎於別人針對自己，學習用客觀的態度分析事物，針對事情本身而非針對個人。

依賴藥物來解決問題

有些人會藉著藥物（如：鎮靜劑和酒精等）來減輕壓力，這些藥物或可以有短暫的效用，但長期來說，不能增強我們應付壓力的能力。停止使用鎮定劑時，焦慮的症狀會進一步惡化。當飲用過量含酒精的飲料後，我們會受到酒精影響，如失眠、降低工作效率、情緒失控，更可能做出傷害自己或他人的行為。

照顧者和抑鬱症

研究指出，在患者中風後三年內，家中照顧者的壓力慢慢減少，而他們的抑鬱症狀也在患者中風後首年內減少。這有可能是由於照顧者已掌握中風的知識和開始慢慢熟習照顧技巧，而且患者在康復治療後，身體機能也有改善。不過，如果照顧者因為長期照顧中風患者而缺乏社交活動和支援，壓力則會越來越大，長此下去，照顧者的抑鬱症狀會越來越嚴重。

不少研究都發現，如果照顧者以較積極的方法處理壓力和主動尋求社交支援，便會較少患上抑鬱症的機會。所以，照顧者要對患者訂下合理的期望，鼓勵患者儘量運用現有的能力，避免造成依賴。學習照顧中風患者的技巧，多留意社區上的支援，並且和家人商量輪流分擔照顧患者的工作。在閒暇時，儘量投入和朋友相聚的時光或做一些令自己愉快的活動，照顧者的精神壓力和情緒便可以處於較佳的狀況。

自我鬆弛練習

自我鬆弛練習能幫助我們調節緊張的身心狀態，從而令身體肌肉放鬆、身心舒暢，對身處緊張狀態的人士尤其適合。

深呼吸鬆弛練習

1. 用鼻吸一口氣；
2. 用口呼氣（想像是在慢慢吹熄一支點著的蠟燭），
內心說：「好舒服！」
3. 重複以上兩個步驟

漸進式肌肉鬆弛法

預備：

1. 預備舒適、寧靜及燈光柔和的環境。
2. 穿著舒適和寬鬆的衣物。
3. 坐在一張有適當承托，有靠背及扶手的座椅上。

練習重點：

1. 慢慢逐一收緊身體各部份的肌肉，並感受肌肉收緊時的張力，
然後慢慢放鬆，並享受放鬆時的舒緩感覺。別過急收放。
2. 重複各部份的動作三至四次，每次維持收緊或放鬆狀態約三至五秒。
建議每日練習一至兩次，也可彈性選擇容易繃緊的部份來練習。
3. 練習期間宜保持穩定及緩慢的呼吸，也可以閉目來做。
4. 完成練習後，宜繼續深呼吸及全身放鬆，切勿立即站立。
最少待數秒後，才慢慢站立。

動作：

1. 雙手緊握拳頭，並感到前臂肌肉慢慢繃緊，維持動作五秒。然後慢慢放開拳頭，放鬆手掌及手腕。
2. 屈起雙手，手腕盡量貼近肩膀及收緊，並感到前臂肌肉慢慢繃緊。
維持動作五秒，然後慢慢將雙手放下，放鬆雙手。

3. 用力慢慢縮起及昇高雙肩，盡量使肩膀貼近耳朵，並感到肩膀和頸項中間的肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢將雙肩放下，放鬆雙肩。
4. 慢慢將下巴和頭部向下，並感到頸後肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢放鬆下巴和頸部。
5. 頭部和眼向前不動，只將眼眉向上推，並感到前額肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢放鬆眼眉及前額肌肉。
6. 慢慢緊閉雙眼，並感到眼部附近肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢放鬆雙眼。
7. 咬緊牙關，並感到下顎兩側的肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢放鬆牙關及面部肌肉。
8. 用力合上咀唇並感到咀唇附近肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢放鬆咀唇。
9. 慢慢用鼻吸氣，使胸腹擴張，並感到胸腹肌肉慢慢隆起。維持動作五秒，然後慢慢用口呼氣，放鬆胸部和腹部。
10. 將手踭伸向背部，連同肩膀向後收緊，胸部前挺，並感到背部肌肉慢慢繃緊，維持動作五秒，然後慢慢回復原位。放鬆背部、肩、胸和手臂，再靠回座椅。
11. 盡量收縮腹部，並感到腹部肌肉向內慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢放鬆腹部。
12. 慢慢提起雙腳，保持雙膝伸直，腳趾伸向前，腳底朝向地下，並感到大腿肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢回復原位，放鬆雙腿。
13. 慢慢提起雙腳，保持雙膝伸直，但這次是把腳趾伸向上，腳底朝向前方，並感到小腿肌肉慢慢繃緊。維持動作五秒，然後慢慢回復原位，放鬆雙腿。（注意：有腰、背、膝痛者，宜單腳進行）
14. 最後，保持呼吸緩慢，全身放鬆。完全放鬆時，你會感到：全身肌肉鬆弛，能夠安然坐臥。呼吸均勻、緩慢及有節奏。思緒平靜、神態輕鬆自若，甚至可能有少許睡意。

了解患者的心理狀況

中風在短時間內為患者帶來變化，除了影響生活機能外，亦帶來生活及情緒上的困擾。因此，了解患者的身心變化，對維持良好的溝通至為重要。

了解病情、康復進度及處理方法

照顧者需要了解患者的病情和康復進度，減少對患者的誤解。例如認知能力受損的患者的記憶力會衰退，如果明白這點，便不會因為患者健忘而感憤怒。相反，照顧者因應病者的能力而提出要求，做一些他們有能力做到的事，這樣亦可以減少照顧者的壓力。

了解患者的心理反應

中風患者可能會失去的能力或要面對的問題：

- 身體功能、體力
- 語言能力和與別人溝通的能力
- 控制身體機能的能力，如大小便控制、性能力等
- 外貌上的轉變
- 身體功能、體力
- 個人尊嚴的衝擊
- 自理能力下降

面對這麼多的失去 / 轉變，很多時會有以下的心理反應：

否認、震驚：不接受及相信身體會出現暫時或永久殘缺；

憤怒：不明白自己為何會中風，沒有明顯的康復進展，
不滿意家人的照顧和安排或抱怨醫護人員等；

緊張：擔心自己會否康復，再次中風等；

憂鬱：當不能逃避因中風帶來殘障的現實時，會漸漸變得憂鬱；

情緒不穩：變得多愁善感，經常悶悶不樂，容易哭泣；

情緒失控：向家人或照顧者破口大罵，以宣洩情緒；

倚賴：失去部分認知能力和身體功能，為患者帶來很大的無助感和無力感。因此傾向倚賴照顧者服侍起居飲食，又或者希望家人能經常陪伴左右；

自卑：身體上的殘缺，如說話模糊不清、走路需用拐杖等，令患者自慚形穢。他們或會害怕被家人離棄、長期倚靠別人，連累家人；

孤立、逃避：基於自卑心態，中風病人或會變得不願接觸外人，對許多事情（例：獨自外出，乘搭交通工具等）都不願嘗試。

明白以上的身心變化，有助照顧者了解患者的情況及其情緒變化。在照顧時，有相應的措施及應對方法。例如：當患者失禁時，照顧者不會指責對方，亦更能體諒患者的難處及情緒。

照顧者和患者互相分享感受

照顧者應主動了解患者的想法和需要，同時亦可主動把自己照顧過程中的感受告訴患者（如：辛勞、擔心、孤立無援、有心無力和內疚等）。

但在分享的過程中，要心平氣和、避免強烈的負面情緒。

溝通技巧

對於語言有障礙的患者，照顧者可運用身體語言，如動作、眼神或以實物和圖片取代文字或提供多項答案的提問方式協助溝通。

與患者意見不合時，應如何處理？

避免爭辯不休

不論是患者或照顧者都面對著壓力：患者面對疾病的痛苦及死亡的恐懼；照顧者應付沉重的照顧壓力（由照顧病者的起居飲食以至其他家庭成員的生活所需）。故此，大家較容易為一些瑣碎事而產生不滿的情緒，以致說出一些傷害對方的說話。

有些時候，大家可能只當平日的爭執為小問題看待。可是，當這些問題一個又一個的積聚下來，到將來真的爆發的時候，便很容易產生危機，令親友或自己受到更大的傷害。

患者脾氣暴躁時，照顧者可選擇離開現場一會兒，讓他平靜自己的情緒。待冷靜後，照顧者需要向患者反映剛才的感受，並平和地了解清楚彼此的需要。

適當控制 / 抒發情緒

當感到忿怒、生氣時，可以：

- 一、減慢自己的行動及暫緩對對方的回應，不要立刻說話，而先深呼吸，並叫自己冷靜下來；
- 二、離開現場；
- 三、休息一會，放鬆身心；
- 四、事後細心想想自己生氣的原因：想想自己忿怒的反應是否太過敏感；想想在當時的環境，能否以其他方法來處理。

長期與患者相處所引致的磨擦、精神壓力及生活方式的轉變會引起很多矛盾、衝突和不滿。這些情緒需要適當的處理，才可以使照顧者及患者保持關係。時刻檢討自己的生活和情緒反應，能有效防止衝突再次發生。

照顧者自己的生活安排

重新釐訂個人目標

面對突如其來的角色轉變，照顧者本來的人生規劃好有可能被打亂，但照顧者不應為照顧患者而全盤放棄自己的生活。可先列出個人目標，排列好優先次序，並且編定時間表按步就班完成。此外，考慮自己現時的處境和實現這些目標是否出現困難。假如出現困難的話，可衡量輕重而作出取捨，並邀請家人或朋友幫助自己達成所訂定的目標。

生活的目標包括：

- 長期的目標：包括自置物業、改善家人的生活、子女的教育計劃、改變自己一些不良生活習慣或性格上的弱點。
- 短期的目標如旅行、探親、參加一些短期的課程等。

善待自己，維持現有生活

在工作及照顧病者的同時，照顧者也不能忽略自己的需要。雖然要平衡照顧自己的需要及追求自己的目標並不簡單，但每天應該安排一些時間和空間做自己喜歡的事，令生活和照顧工作取得平衡發展。

如果可行的話，儘量減少因為要照顧患者而突然轉變以往的生活，例如：上班、社交活動等。嘗試訂立一個時間表，規定每天的例行工作，減少不必要的日常變化，這樣做可以幫助我們集中精神應付突如其來的變化，使照顧者與病者建立共識。同時我們亦應把護理的程序簡化，不要事事苛求完美，避免因而增加自己及患者的挫敗感。

保持健康生活

雖然照顧者可能因為照顧患者而減少外出，但仍需要作息定時、注意均衡飲食、保持適當的運動。須知道照顧者擁有健康的身體，才有精力繼續照顧患病的家人。

維持正常社交

鄰里守望相助和親友的關懷慰問對患者和照顧者相當重要。雙方亦可以主動參與長者中心的活動，接受義工探訪，維繫社區的接觸，為自己增加更多正能量，對患者的康復和減輕照顧者的壓力有一定的幫助！

尋求支援

照顧中風患者不無壓力，對照顧者本身的身心健康也有影響。若能在家人、朋友間，或是從社區中尋得支援，定能令照顧工作事半功倍。

尋求家人和朋友的支援

有些照顧者會覺得自己是家中唯一可以照顧患者的人，形成強烈的「孤苦」感覺。認為自己一旦倒下來，便沒有其他人可接替照顧工作，無形中更加添自己的壓力。其實，照顧者大可嘗試與親友商討分擔照顧患者的責任以減輕壓力，例如輪流照顧病人、將家務分工。

最好能事先預備一份清單，以方便其他家人接手。內容包括：

- 患者的一天生活流程
- 起居習慣
- 飲食方面的喜好
- 服藥種類、數量、時間及注意事項等

儘管未必有親友的實質幫助，照顧者亦需與朋友保持聯絡，傾吐心聲，有助紓解精神困擾。當你與信任的親友傾訴時，壓力已經在不知不覺間得到紓解。此外，也許因為他們是旁觀者，往往可以提供一些客觀意見以作參考。

尋求社區支援

在照顧患者的初期，照顧者可能因突然而來的轉變及精神壓力，而未能適應。假如經濟許可的話，可考慮聘請家庭傭工或聘用家務助理，以減輕工作量和紓緩壓力。當聘請家庭傭工後，照顧者必須給予明確的工作指示及督導、相關的護理知識及給予對方心理準備，方能獲得具質素的護理。

現時政府及非政府福利機構均提供不同種類的社區支援服務，包括日間或住宿暫託服務、經濟協助、家務助理、緊急召援服務等，詳情可參閱第八章。

此外，照顧者可主動參與互助小組。透過小組活動，與其他病者和照顧者互相交流心得，並分享病者康復和照顧過程中的苦與樂，這些鼓勵和支持有助照顧者和病者繼續應付生活上的挑戰。

其他家人可以如何支援照顧者？

照顧中風患者壓力之大無容置疑。中風患者的缺損程度越大，照顧者的負擔越重。照顧者也許需要時時刻刻都照顧患者，自己未必能有充分的休息時間，有時甚至不懂得尋求協助。

主動分擔照顧工作

最直接的幫助，就是主動分擔照顧工作。即使不同住，仍可以幫忙看顧患者，即使只是兩、三小時，也能讓照顧者騰出一點喘息空間。如果家人較多，更可分工輪流看顧患者。家人照顧患者前，應先向照顧者了解照顧上的細節，例如服藥、膳食的預備，和平日患者的情緒、行為及相關處理方法等。

當聆聽者

照顧者長期面對壓力，情緒需要適當渠道抒發。家人可以多點致電了解近況，聆聽照顧上的喜與樂，並關心他們的健康。如果可以在照顧者閒暇時，陪伴他們做他們喜歡的活動也是幫助放鬆減壓的方法。

第七章/ 預防中風



中風和一些慢性疾病如高血壓、糖尿病和高膽固醇息息相關，若能妥善控制這些疾病，往往可減低中風的風險。而要妥善控制這些疾病，應從改善生活習慣開始。在這一章，我們會先討論各種和中風有關的身體問題及其與生活習慣的關係，再而探討預防中風的方法。

需要妥善控制的：	良好的生活習慣：
<ul style="list-style-type: none"> • 過重或肥胖 • 膽固醇過高 • 糖尿病 • 高血壓 • 心臟病 / 心律不正 	<ul style="list-style-type: none"> • 不吸煙 • 不飲酒 • 適量運動 • 健康飲食 • 壓力處理

過重或肥胖

根據美國國立衛生研究院 (National Institutes of Health)，過重或肥胖人士較容易患上高血壓、糖尿病、高血脂或心血管疾病。因此，過重或肥胖的人士中風的風險亦較高。

一個人是否過重不是單單依靠體重便可決定。要判斷是否過重，可參考世界衛生組織就亞洲成年人所提出的「體重指數」 (Body Mass Index – BMI) 及腰圍 (waist circumference)。

計算體重指數的方法如下：

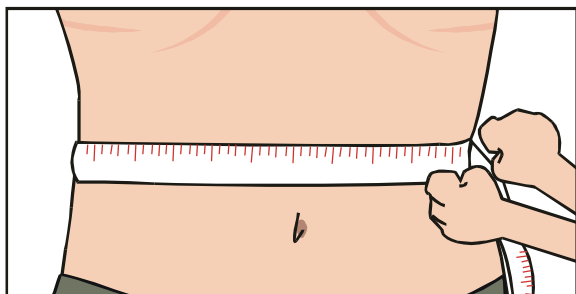
$$\text{體重指數} = \frac{\text{體重 (千克)}}{\text{身高 (米)} \times \text{身高 (米)}}$$

類別	體重指數
過輕	< 18.5
正常	18.5 - 22.9
過重	23 - 24.9
肥胖	≥ 25

* 「體重指數」是其中一種較常用來顯示體重是否適中的指標，但它不是專為長者而設計，長者使用時只可用作參考。

中央肥胖

中央肥胖，俗稱「大肚腩」，量度中央肥胖的指標是腰圍。儘管「體重指數」不至於肥胖的人士，亦應量度腰圍作為參考。腰圍應在肋骨底至盤骨頂的中間位置量度。如男性的腰圍超過九十厘米（約三十五吋半）或女性的腰圍超過八十厘米（約三十一吋半），便會有較高機會患上與肥胖相關的疾病。



	男	女
中央肥胖（腰圍）	≥ 90 厘米 或 \geq 約 35.5 吋	≥ 80 厘米 或 \geq 約 31.5 吋

* 腰圍指標同樣不是專為長者而設計，長者只可作參考。

要減輕體重，或維持健康體重，謹記量入為出：

入：應按照健康飲食金字塔的建議，實踐均衡和多元化飲食，以「三低一高」（低鹽、低糖、低脂）和「日日記得二加三」為原則（兩份水果三份蔬菜）。

詳情可參閱第 251 - 254 頁。

出：建立良好的運動習慣，詳情可參閱第 242 - 250 頁。

若於控制體重方面有任何疑問，可向你的家庭醫生或營養師查詢，切忌自行服用減肥藥物。

甚麼是代謝症候群 (Metabolic syndrome) ?

代謝症候群是健康警號，會增加患上二型糖尿病、冠心病、心肌梗塞、中風等心血管病的機會。

根據國際糖尿病學會 (International Diabetes Federation) 的定義，中央肥胖的人士如同時有兩種心血管疾病風險因素，便是患有代謝症候群。

風險因素	高危範圍
三酸甘油酯偏高 (Triglycerides)	≥ 1.7 mmol/L
高密度膽固醇偏低 (好膽固醇 ,HDL)	男： <1.0 mmol/L 女： <1.3 mmol/L
血糖偏高	空腹血糖 ≥ 5.6 mmol/L
血壓偏高	收縮壓 ≥130mmHg 或 舒張壓 ≥85mmHg

膽固醇過高

膽固醇是構成細胞膜、膽汁及各種荷爾蒙的主要成份，對身體的正常運作有一定的作用。但若過量便會對健康做成影響。身體內的膽固醇主要可分兩個來源：

- 一、從食物中攝取，它只存在於動物性食物如肉、魚、海鮮和奶類等
- 二、由肝臟自行製造

一般而言，人體能自動調節體內的膽固醇水平，如進食含較高膽固醇的食物後，肝臟自然會減少製造膽固醇。而當飲食中膽固醇的含量較少時，身體便會製造多些膽固醇，以配合需求。但當這方面的調節失效，體內膽固醇的含量便會在進食高膽固醇食物後顯著上升。因此，要有效地控制膽固醇水平，必須注意飲食。

當體內的膽固醇多於身體所需的時候，它便會積聚在血管壁內，引致血管漸漸硬化和變窄。體內膽固醇過高，早期往往沒有任何徵狀，直至血管因膽固醇的積聚，阻塞血液的流通時，種種問題便會浮現。例如，若供應血液給心臟的血管受阻，令心肌缺血，便會導致心絞痛、冠狀動脈栓塞或心臟病發；如果供應血液給腦部的血管受阻，便會引致缺血性中風。由於大部份膽固醇過高的患者初期都沒有徵狀，定期量度血膽固醇及維持健康生活以保持它在理想的範圍內非常重要。

膽固醇在血液中會與各種不同密度的脂蛋白結合，然後被輸送到身體各部份。驗血除了測試血液內的總膽固醇含量外，還應量度低密度脂蛋白膽固醇（「壞」膽固醇）、高密度脂蛋白膽固醇（「好」膽固醇）和三酸甘油脂的水平。

要保持適中的膽固醇水平，可從日常飲食及生活習慣做起。

飲食習慣

- 一、均衡飲食
- 二、避免高膽固醇的食物
- 三、避免高飽和脂肪的食物
- 四、避免高反式脂肪的食物
- 五、採用健康烹調方法
- 六、多吃高水溶性纖維的食物

生活習慣

- 一、不吸煙
- 二、不飲酒
- 三、適量運動
- 四、保持理想體重

當然，除了靠自己控制膽固醇外，亦應定期由家庭醫生按需要安排身體檢查。如果醫生斷定需要以藥物控制膽固醇水平，亦當遵從，準時服藥，不應諱疾忌醫。

糖尿病

血糖過高會破壞血管，因為高血糖會引起血管病變，減低血管擴張能力，使血管變硬變窄及容易破損。糖尿病患者的缺血性中風風險是一般人的二至四倍。中風亦是香港糖尿病患者的主要殺手。

最常見的糖尿病是二型糖尿病，約佔所有糖尿病患者的百分之九十至九十五，患者多為中年以上人士。二型糖尿病因胰島素分泌不足或身體使用胰島素的能力減弱而引起，它的確實病因不明，估計和遺傳、肥胖、不良飲食習慣或缺乏運動有關。隨著生活習慣轉變，此類型糖尿病已日趨普遍，並且有年輕化的趨勢。然而二型糖尿病發病較慢，病徵較不明顯，初期並不容易察覺。

吃得糖多是否會引致糖尿病？

吃得糖多並不會直接引致糖尿病，但由於不少糖分高的食物（如汽水、糖果、含糖飲品）並不「飽肚」，我們可能會不知不覺地進食過量，如加上缺乏運動的話，則容易發胖，間接提高患上糖尿病的機會。

很多糖尿病患者在患病初期都沒有明顯病徵。很多時在身體檢查時才發現患病，但部份人士亦會出現下列病徵：

- 一、小便頻密及尿量增多，經常口渴；
- 二、容易疲倦，體重下降；
- 三、視力模糊；
- 四、傷口發炎及不易癒合；
- 五、足部麻痺、刺痛或無力。

糖尿病的診斷

雖然叫糖「尿」病，但糖尿病的診斷並非憑驗尿，而是要驗血才能確診。

糖尿病的治療

糖尿病的治療方法因人而異。輕微的可以透過實踐健康生活，如控制體重、改善飲食及定時運動來穩定血糖的水平，較嚴重的則需要口服降血糖藥甚至注射胰島素。

要預防中風，便要好好控制糖尿病，實踐健康生活：均衡飲食及維持適中體重、培養運動的習慣，避免吸煙或吸入二手煙，及不飲酒；亦要聽從醫生吩咐服藥。

高血壓

高血壓是導致中風最主要的風險因素。根據世界衛生組織釐定的標準，在休息狀態下，如果

- 一、收縮壓（上壓）持續在 140 毫米水銀柱（mmHg）或以上；或
- 二、舒張壓（下壓）持續在 90 毫米水銀柱（mmHg）或以上；或
- 三、收縮壓與舒張壓持續偏高；

便界定為高血壓。持續的意思是連續三次量度血壓，都高出標準；而每次檢查最少相隔兩星期。但偶然一、兩次的血壓升高，可能由於其他因素引致，不一定是高血壓。

與血壓水平正常人士比較，有前期高血壓（即收縮壓處於 120 至 139 mmHg 之間，或舒張壓處於 80 至 89 mmHg 之間）的人士，中風的機會會比正常增加超過五成。

高血壓在患病的初期，往往沒有任何病徵或警告訊號。很多患者在血壓過高以致出現併發症時，才發覺自己已患有高血壓。雖然大部分高血壓患者，都沒有任何病徵，但亦有部分患者會出現頭暈、頭痛、疲倦、耳鳴、臉上發熱、手腳麻痺等的病徵。

雖然有九成的高血壓成因不明，但以下人士患上高血壓的風險較高：肥胖、飲酒過量、吸煙、壓力過大、缺乏運動、高脂高鹽飲食。

高血壓的預防及治療

多進食含豐富鉀、鎂及鈣的食物

有研究指出，如飲食中缺乏鉀、鎂及鈣會增加患高血壓的風險。含豐富鉀質的食物包括蔬果（如菜心、菠菜、薯仔、番薯、香蕉、橙）、奶類食物（如低脂乳酪、低脂奶、低脂芝士）及乾豆類與乾豆類製品（如黃豆、豆腐）。含豐富鎂質的食物包括綠葉蔬菜（如菠菜、西蘭花）、乾豆類製品、硬殼果類（如杏仁）及種籽類（如葵花子仁）等。含豐富鈣質的食物包括奶類食物、深綠色菜及乾豆類製品等。

患有高血壓人士，可以參考「得舒飲食」DASH（Dietary Approaches to Stop Hypertension）計劃，它有助維持理想血壓水平，同時降低低密度脂蛋白膽固醇（俗稱壞膽固醇）及減少患心臟病的風險。

「得舒飲食」強調多吃蔬菜、水果和低脂肪奶類食物，蔬果含豐富的鉀及鎂，低脂肪奶類食物含豐富鈣質，這些礦物質有助維持理想的血壓水平。它建議多攝取蔬果、乾豆及全穀物類等含高纖維素的食物，亦建議多選擇瘦肉類、魚、家禽、乾豆類、果仁及低脂肪奶品類等含較低脂肪、飽和脂肪、反式脂肪及膽固醇的食物。同時也建議減少進食含鹽分較高的食物及減少進食添加額外糖分的食物及飲品。

得舒飲食

多吃

蔬果、乾豆及全穀物類
瘦肉類、魚、家禽、乾豆類、
果仁及低脂肪奶品類

少吃

鹽分較高的食物
添加額外糖分的食物及飲品

得舒飲食食譜： 甜酸豆腐乾 (四人分量)

材料：

1. 白豆腐乾 6 件 (約 210 克)
2. 青椒 (中) 1 個 (約 120 克)
3. 番茄 2 個 (約 250 克)
4. 腰果 1 安士 (30 克)
5. 植物油 2 茶匙

甜酸汁：

1. 鹽 $\frac{1}{4}$ 茶匙
2. 糖 $2\frac{1}{2}$ 茶匙
3. 白醋 2 湯匙
4. 茄汁 2 湯匙
5. 生粉 $1\frac{1}{2}$ 茶匙
6. 清水 6 湯匙

製法：

1. 豆腐乾洗淨、瀝乾，切長方形片。
2. 青椒和番茄洗淨去瓤，切塊。
3. 腰果洗淨後放置焗爐焗至金黃色，或用白鑊炒香。
4. 下油先爆香番茄及青椒，再下甜酸汁料煮滾，加入豆腐乾兜勻，煮片刻，最後加入腰果便成。

當然，除了健康飲食外，萬一被診斷患有高血壓，而須要藥物治療時，定當遵從醫生指示。有部分患者可能需要終身服藥以控制血壓。現時口服降血壓藥的治療效果十分理想。患者接受治療後，仍然可以享受正常的生活，不會引起太大的不便。

心臟病 / 心律不正

心臟病，尤其是心律不正（心房纖顫）或置有人工心瓣的人士，可能會導致血液積聚於心臟，形成血栓，當血栓流到腦部時，會阻礙腦部的血液供應，引致中風。舉例說，心房纖顫的患者中風的機會是非患者的五倍。有部分心臟病患者須要服用「薄血藥」去預防血栓形成。他們應遵照醫生囑咐定時服藥，並且按指示戒口，因部分食物會影響薄血藥效力，提高中風風險。

心房顫動與中風

心房顫動（簡稱房顫）是一種常見的心律不正疾病，心臟快速而不規則的跳動。正常情況下，心房和心室會相繼並有規律地收縮，把帶氧血液輸送至身體各部份。心房顫動是由於心房電流出現問題，導致心跳節奏變得不規則、時快時慢，心房收縮完全失去規律不受控制。心房顫動情況可以是短暫間歇性，亦可以是長期永久性。早期的心房顫動多數是陣發性，但若沒有及早處理，令情況惡化，便會轉變為持續性甚至永久性。

無論是陣發性或持續性的心房顫動，都有可能誘發中風。這是由於房顫動令心房不規則跳動，導致血液因不能有效地泵進心室而滯流在心房，形成血塊，當血塊突然剝落並流至腦部血管，便可能造成阻塞（embolism 栓塞），引致缺血性中風。**心房顫動患者較一般人患上中風的機會高五倍**，而年紀愈大患心房顫動的機會就愈高。臨床數據顯示超過三成以上長者中風是因心房顫動引起。研究亦發現本港過去十五年間因心房顫動而引致的缺血性中風個案大幅增加三倍，而且心房顫動所形成的血塊亦較大，堵塞腦部血管的範圍較廣，所引致的中風亦較嚴重。

心房顫動成因

心房顫動的病因可以是與心臟結構病變有關，包括心瓣病、心臟衰竭、冠心病、心肌炎、心包炎等，但亦有部分心房顫動患者是沒有心臟結構病變。肺病、肺血管栓塞或甲狀腺功能亢進等亦可引致房顫。心房顫動的高危因素亦包括年老、長期高血壓、糖尿病等。

心房顫動病徵

心房顫動患者的病徵包括：心悸、心口鬱悶、心口痛、暈眩、氣促、疲倦、身體虛弱等。這是由於心房顫動發生時，心跳不規則，減低心臟泵血的功能及效率，導致以上的病徵出現。但亦有部分患者沒有明顯病徵，他們亦不知道自己患有心房顫動。

心房顫動診斷

心房顫動一般可以透過檢查脈膊及靜態心電圖來診斷，但部分房顫可能是間歇性，因此有需要做二十四小時心電圖監察來確診。患者需要配戴著心電圖監察儀二十四小時，以記錄患者的心跳來診斷房顫。

心房顫動治療，預防中風

心房顫動的治療方法是因應患者的病情而決定，要視乎患病期長短、病徵嚴重程度、房顫的病因、有否伴隨其他病症等。一般來說，心房顫動的治療可以是透過藥物、電復律、或導管消融術，轉復正常心律，或以藥物控制心率至正常範圍。視乎情況，可能有需要服用抗凝血藥預防血塊形成，減低患上缺血性中風機會。若心房顫動是因甲狀腺功能亢進所引致，便要適當地治療甲狀腺才可有效處理心房顫動。

心房顫動患者是中風的高危一族，特別是以下群組：年齡超過 65 歲、長期高血壓、患糖尿病、心臟衰竭、周邊血管病變等。高危患者普遍都需要服用抗凝血藥，以預防心房血塊形成，減低中風機會。

抗凝血藥可分為傳統及新型兩類。傳統抗凝血藥包括華法林 (Warfarin)，但效果不容易預期，有較多副作用，容易與其他藥物產生相互作用或相沖，亦會與含維他命 K 的食物相沖影響藥效，因此需要特別小心用藥，並需在飲食方面作出調節（戒口）及定期每三個月抽血檢查抗凝血指數 (INR)，以調校藥量。

新一代的抗凝血藥包括：Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban，這些新藥的效果較好、出血風險較低、與藥物間的相互作用較少、亦不會受食物影響，所以不需要在飲食方面有禁忌，亦不需要定期抽血來決定藥量。但並非所有心房顫動患者都適合服用新一代的抗凝血藥，這些新

心房顫動篩查

由於人口老化，隨年齡增長，患心房顫動的機會愈高，因此預計未來由心房顫動而引致的中風患者數目會大幅增加。正因為心房顫動與中風有莫大關係，所以若能及早診斷出心房顫動患者，在未發病前針對治療，給予抗凝血藥，便能有效預防中風。因此心臟科醫生建議 65 歲以上的長者，尤其是患有高血壓或糖尿病的長者，應該定期檢查脈膊及做心電圖，以確定心律是否正常，及早發現心房顫動問題，並作出適當治療，預防中風。

健康生活模式

預防心房顫動或中風，亦必須從日常生活做起，實踐健康生活模式，包括均衡飲食，每天應該進食足夠新鮮蔬菜和水果，少吃紅肉和含有高脂肪的食物，避免吸煙飲酒，定時做適量的運動，這樣便能有效預防心臟血管病。

不吸煙

吸煙除了致癌外，還是中風的風險因素。煙草內的尼古丁令血壓上升，煙內的化學物質還會破壞血管，增加血液的濃度，令血液容易凝固，堵塞血管。煙草內的一氧化碳更會減少血液的帶氧能力，增加缺血性中風的風險。凡此種種，令吸煙者中風的機會比不吸煙者高出一半。吸煙數量越多，中風機會越大：每日吸煙少於十支的人士，中風風險增加三成半；每日吸煙十至二十支的人士，中風風險增加四成半；每日吸煙超過二十支的人士，中風風險增加八成。

不過，只要開始停止吸煙，功效便立竿見影。戒煙二十分鐘後，血壓、心跳和脈搏會回復到正常水平；十二小時後，血液中的一氧化碳水平回復正常，帶氧能力提升。在二至十二星期後，循環系統和肺功能都會改善。而中風的風險能於五至十五年間降低至未吸煙的水平。

戒煙前的準備：

1. 認清戒煙的原因
2. 訂下一個戒煙日期，爭取家人和朋友的支持
3. 並在戒煙日前儘量減少吸煙

由戒煙日起：

- 保持完全不吸煙，一口煙也不吸
- 棄掉所有煙仔，煙灰缸及打火機
- 儘量遠離有人吸煙的地方
- 如有人向你遞煙，堅定地告訴對方你已戒煙，並主動勸對方戒煙

縱然大部份人都知道吸煙的害處，然而不是每一名煙民都能成功戒煙，皆因令人繼續吸煙的因素很多，包括生理、心理和環境因素。

生理和心理因素

煙草中的尼古丁令人上癮，當煙齡愈長，吸煙愈多，便需要更高劑量的尼古丁去維持「正常」的感覺。停止吸煙時，身體因缺乏尼古丁而感到不適：如頭暈、頭痛、喉乾舌燥、疲倦易怒、精神不集中等，從而再渴望吸煙。我們稱之為退癮症狀。一般而言，在戒煙的首星期退癮徵狀會較為明顯，尤其是煙癮大的吸煙者，但在一周後會逐漸減退，大部分不適的情況只會維持約兩至三星期。如有需要，可請教家庭醫生。

處理退癮徵狀	
退癮徵狀	處理方法
頭暈、頭痛	深呼吸、確保有充足睡眠與休息
喉乾舌燥	多喝水、清茶或果汁；刷牙、漱口
咳嗽	多飲水或服用喉糖
刺痛感覺	溫水浴、按摩
疲倦易怒、精神不集中	學習鬆弛練習、靜坐、冥想或試圖回想一些愉快的經歷，使自己冷靜下來
食慾增加	吃新鮮水果蔬菜、避免飲濃茶、酒或咖啡

除了靠自己意志戒煙以外，還可以參加政府或志願機構的戒煙服務，或使用輔助藥物協助戒煙。

戒煙輔助藥物能紓緩戒煙初期的不適，一般使用三至六個月。最好有家庭醫生指導或諮詢註冊藥劑師。常用的戒煙輔助藥物大致可分為尼古丁替補療法和非尼古丁替補療法兩種。

常見的尼古丁替補療法包括尼古丁香口膠、尼古丁貼、尼古丁糖等。

非尼古丁替補療法類的藥物不含尼古丁，但亦有紓緩退癮症狀的功效，例如瓦倫尼克林等（Varenicline）。

處理退癮徵狀

有部分戒煙人士擔心尼古丁都是一種有害物質，使用尼古丁協助戒煙尤如飲鳩止渴。尼古丁替補療法其實是利用尼古丁紓緩退癮症狀，但尼古丁補充劑並不像煙草般，含有四千多種有害物質。所以經醫生指導下使用尼古丁替補療法協助戒煙遠遠比吸煙安全。

然而想吸煙的感覺可能會維持更久，是為心癮。部份煙民以吸煙為消遣，戒煙時常感到百無聊賴，記掛著手中煙的感覺，為之手癮。

- 分散注意力

煙癮起時可以洗個臉、聽聽最喜愛的音樂、找人傾訴，讓自己冷靜下來。如有需要，可閉目養神數分鐘或做些伸展運動。

- 深呼吸、多飲水

千萬不要小看深呼吸和飲水，這兩個簡單不過的方法能有效減退煙癮。只要做幾次緩慢的深呼吸運動，便可以將緊張情緒紓緩下來，重新提高專注力。

- 拖延

若然煙癮難耐，請在拿起煙支或購買前，等一等！儘量把動作或腳步放慢，或在心中慢慢地唸一到十，這時趁機回想一下自己戒煙的原因。如果已掏出煙支，請先把它握在手心中但不要點燃它，再重覆以上的步驟。只要能順利度過那幾分鐘的關鍵時刻，煙癮往往可以退卻下來。

環境因素

四周環境亦常常不利煙民戒煙。煙齡較長的煙民，吸煙已經成為生活習慣，身邊的朋友、工作和生活環境等都充滿著吸煙的誘惑，戒煙時或要面對朋輩壓力。

面對環境誘惑，其實有好多方法：

- 避免處身在充滿二手煙的環境；別人邀請吸煙時要堅決拒絕；
- 酒精會減低對煙草的警覺性，所以為安全起見，避免飲酒；
- 避免喝含咖啡因的飲品，例如：咖啡、濃茶、可樂等，因為它會引起你吸煙的意慾；
- 如果習慣在無聊和沉悶時吸煙，可以嘗試培養新的嗜好，例如看電影、打球、上圖書館或博物館，或與朋友一起運動，以打發多餘的時間；
- 公告天下
告知親友你正在戒煙，爭取家人、朋友和戒煙伙伴的支持；
- 趨吉避凶
先審視自己的吸煙習慣，找出誘發心癮的高危情況，便要避之則吉，例如心情煩悶時、與其他吸煙者在一起時、飲酒時、到售賣煙草和有人吸煙的地方等；可重新編排生活，選擇去一些禁煙的公共場所，避免與人打賭或讓自己身處於高風險的環境中去測試自己的定力，因為失敗的機會極高；
- 消除誘惑
清除身邊一切和吸煙有關的物件，例如棄掉香煙、煙灰缸及打火機；同時將禁煙標誌放在當眼的地方，時刻提醒自己；
- 獎勵自己
為自己訂立獎勵制度，如在一定期間內成功戒煙的話，便買一份禮品來獎勵自己，但獎賞決不可以是香煙。

戒煙資源

衛生署控煙辦公室

衛生署控煙辦公室除了執行控煙法例外，還統籌衛生署的戒煙服務，並為市民提供戒煙資訊。

<https://www.tco.gov.hk/>

戒煙熱綫

1833833

衛生署戒煙熱線由註冊護士於辦公時間內提供專業戒煙輔導，亦設有 24 小時電腦來電處理系統，為使用者提供廣東話、普通話及英語的戒煙資訊和戒煙藥物資訊。使用者亦可透過電腦系統進行即時尼古丁依賴程度測試，及以傳真方式索取戒煙資訊。

東華三院戒煙綜合服務中心

由衛生署資助，於二零零九年一月一日成立，為本港市民提供社區為本的戒煙服務。此服務分別於本港六個地區（包括灣仔、觀塘、荃灣、沙田、將軍澳及屯門）為戒煙者提供全面及一站式的戒煙服務。

服務目標

- 協助吸煙人士戒除煙癮及重建健康生活
- 協助公眾人士認識吸煙及二手煙的禍害

網址：<http://icsc.tungwahcsd.org/>

不飲酒

有人認為紅酒有助血管健康，但實際上有關的研究結果甚具爭議。更重要的是，飲酒會增加中風的風險。過量飲酒會影響血壓和凝血因子，增加出血性中風的風險；此外亦能誘發心律不正，亦會增加缺血性中風的風險。

飲酒和吸煙一樣危害健康，世界衛生組織的國際癌症研究機構，將酒精飲料歸納為第一類致癌物質，也即是說它明確致癌。長期飲酒有機會引致口腔癌、喉癌、咽癌、食道癌、肝癌，也可能增加患乳癌和大腸癌的機會。

除此以外，酒精本身亦含熱量，過量飲用會令人肥胖，亦會增加中風的機會。攝取過量酒精還會降低思考和判斷力，酒後駕駛或操作機械引致意外；另外，酒精亦會降低自制能力，引發暴力事件或發生不安全性行為等。此外，酒精更會影響血壓水平；妨礙營養吸收，導致營養不良；酒精亦會損害肝臟，減低身體對營養素的利用；乙型肝炎帶菌者，更應戒絕酒精，以免對肝臟造成更多傷害。

因此，並沒有所謂安全的飲酒份量。其實要預防中風或心臟病，有更多更健康的選擇，如健康飲食、多做運動等，絕對沒有必要飲酒，患上患癌症和猝死的風險。

戒酒資源

「遠酒高飛」酗酒治療計劃

此計劃由東華三院籌劃。由跨專業團隊為酗酒人士提供全面的評估、治療及輔導服務。其他服務包括住院轉介、家庭支援、熱線電話、義工服務以及平衡生活的活動。

電話：2884 9876

電郵：cc-atp@tungwahcsd.org

網址：<http://atp.tungwahcsd.org/>

戒酒無名會

戒酒無名會是一個為酗酒人士提供戒酒平台的義務組織，於世界上不同地方設有分支。

電話：2578 9822

網址：<http://www.aa-hk.org/>

屯門酗酒診療所

此項為醫院管理局轄下的專科服務。診所接受轉介為酗酒人士提供多種服務，包括：（甲）綜合性評估；（乙）戒酒服務；（丙）精神及心理問題治療；（丁）婚姻輔導、家庭治療及社工服務；（戊）成立自助小組；和（己）轉介其他治療服務。

電話：2456 8260

網址：<http://www.ha.org.hk/cph/ch/services/at.asp>

充足運動

缺乏體能運動會增加患高血壓、肥胖、糖尿病、心臟病及中風的風險。相較於活躍的人士，缺乏體能運動的人士患缺血性中風的風險高出約一倍半。運動能強化體能、燃燒體內積存過多的熱量、有助控制體重、預防中央肥胖、減少心臟負荷。除了減肥以外還有助改善血壓、血脂和膽固醇水平（減低「壞」膽固醇及增加「好」膽固醇）。相反，如果體重增加，血壓亦會容易上升，研究顯示運動能降低中風及心臟病的風險達 20-30%。即使患有高血壓或前期高血壓，也有研究發現運動能降低上壓及下壓水平。

運動可按功效分為四大類（帶氧運動、伸展運動、強化肌肉運動、身心運動），而益處亦各有不同。

1. 帶氧運動

功效：

有助改善體適能、心肺功能、促進血液循環，更可改善認知能力，紓緩緊張和抑鬱情緒、消耗過多的熱量、控制體重，及有助預防及控制慢性疾病。

運動模式及例子：

以大肌肉活動為主，有節奏地重複進行的運動。可選擇中等或劇烈程度的運動。中等強度的運動例子包括急步行、太極、社交舞、行山等；劇烈運動包括跑步、游泳（中等速度）等。

建議運動量：

- 中等強度運動
每週 150 鐘或以上，例如每週 5 天或以上，每天 30 分鐘。
或
- 劇烈運動
每週 75 分鐘或以上，例如每週 3 天或以上，每天 25 分鐘。
運動中段可作休息，亦可將運動分為數節不少於 10 分鐘來累積。

2. 強化肌肉運動

功效：

強化肌肉有助提升活動能力、改善姿勢、控制體重及減低跌倒的機會；負重的強化肌肉運動更可強化骨骼，有助預防骨質疏鬆、骨折。

運動模式及例子：

可利用外來阻力或身體的重量來強化肌肉。例如器械運動、舉啞鈴或水樽、踢沙包、做仰臥起坐等。

主要訓練的肌肉群：

鍛煉 8-10 組主要肌肉群，特別是一些有助保持姿勢、日常活動功能的肌肉群。例如：上肢二頭肌和下肢四頭肌。

建議運動量：

每週 2-3 次，每個動作做 8-12 下為 1 組，重複 3 組。長者則宜用較輕的重量，每個動作做 10-15 下為 1 組，重複 1-3 組。

進階：

可慢慢增加負荷，例如每次加半磅（水樽約加 250 毫升水）。另外可增加每組的運動次數或逐漸將每週的運動頻率增加至三天。初期的負荷以略為吃力，及完成後以肌肉微微疲倦，但並不會引致肌肉痠痛或其他不適為宜。

注意事項：

保持正確姿勢，動作保持緩慢及順暢，避免急速及突然的動作。發力時呼氣，放鬆時吸氣。切忌發力時閉氣，因為這樣會令血壓驟變。避免連續兩天做同一組肌肉，以免過勞。

3. 伸展運動

功效：

改善關節、肌肉、筋腱及其他軟組織的柔韌性。

運動模式及例子：

伸展身體不同部位的大關節肌肉群，包括上、下肢及腰背。可以選擇不同的伸展動作或一些有助提升柔韌度的運動，例如瑜伽。

主要訓練的肌肉群：

特別是一些因不良姿勢或傷患而縮緊了的筋腱；例如小腿後方的肌肉、胸肌、斜方肌等。

建議運動量：

每週 2 次或以上，每組肌肉伸展 4 次或以上。

每個動作伸展至輕微拉緊，然後保持 10-30 秒。

進階：

逐步增加伸展幅度。

其他注意事項：

伸展運動在熱身後才進行效果會更好。動作要柔和，不要過分用力或用「彈動式」的伸展方法。

4. 平衡運動

功效：

增強平衡能力以預防跌倒。

運動模式及例子：

應包含能保持關節靈活、強化肌肉及要求身體重心轉移的動作。例如：左右交替踏步、單足站立、太極拳等。尤其是太極拳對增加心肺功能、維持肌肉力量和改善認知能力都有功效。

建議運動量：

每週 3 次。

進階：

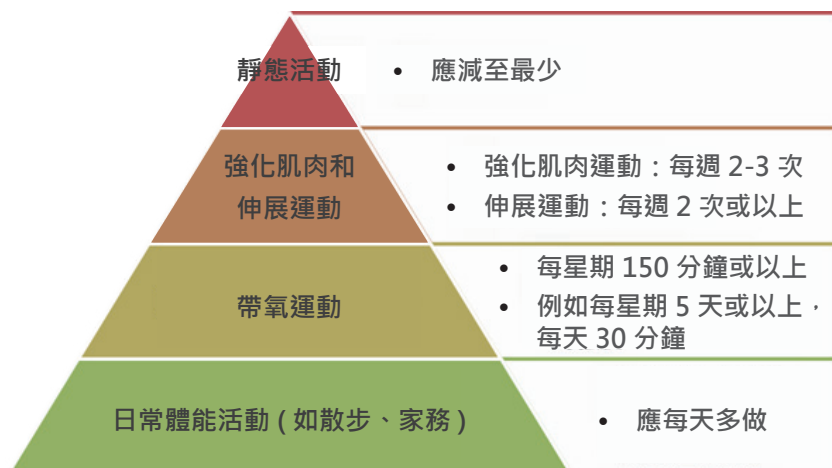
可加長運動的時間。

其他注意事項：

在練習一些單足站立的動作時，應手扶穩固欄杆或傢具以防跌倒，若有腰、膝關節炎，髖關節、膝關節曾接受人工關節手術者，可能需減少某些動作的幅度，甚至避免該動作（例如：深蹲動作、獨立下勢、蹬腿等）。

運動以外的其他日常活動也有助預防中風

所有體能活動均有助促進健康，雖然運動的效果最顯著，但多做其他日常生活的體能活動，例如一般步行等亦有助促進新陳代謝、燃燒體內積存過多的熱量，對減低引起中風的心血管疾患的風險因素亦有一些幫助。要達到健康的生活模式，可以參考「體能活動金字塔」。



(圖)：「體能活動金字塔」

第四層：儘量少做靜態活動，即少呆坐

第三層：每星期應做適量的強化肌肉力量運動及伸展運動

第二層：每星期應多做不同模式的帶氧運動及康樂活動

第一層：每日應多做日常體能活動，如步行、家務等

對於一向沒有運動習慣的人來說，如欲開始運動，應從何入手呢？

一、先瞭解自己的健康狀況

運動前應先瞭解自己的健康狀況，然後根據此選擇合適的運動和個人裝備。

運動前之健康風險評估

健康風險評估：包括運動風險篩選問卷及由醫護人員進行之健康風險評估，並因應健康狀況建議患者是否適合運動、需接受治療或醫護人員個別的運動建議。

運動前可以參考「體能活動適應能力」問卷 (PAR-Q)，若有一項或以上的運動風險，運動前應先諮詢醫生意見。

「體能活動適應能力」問卷（適用於 15 至 69 歲人士）

	是	否
1. 醫生曾否說過你的心臟有問題，以及只可進行醫生建議的體能活動？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 你進行體能活動時會否感到胸口痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 在過去一個月內，你曾否在沒有進行體能活動時也感到胸口痛？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 你曾否因感到暈眩而失去平衡，或曾否失去知覺？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 你的骨骼或關節（例如脊骨、膝蓋或髖關節）是否有毛病，且會因改變體能活動而惡化？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 醫生現時是否有開血壓或心臟藥物給你服用？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 是否有其他理由令你不應進行體能活動？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

加拿大運動生理學學會（Canadian Society for Exercise Physiology）

二、選擇合適的運動

健康人士可根據「體能活動金字塔」來均衡的選擇合適的運動。假如患有心臟病、高血壓、糖尿病、關節炎這類慢性疾病，又或曾接受骨科手術、容易跌倒，或者平日甚少運動，應先諮詢醫護人員以處方合適的運動。

三、合適的運動量

很久沒有運動的人士，應先將目標訂低一點，慢慢地增加至建議運動量。例如每次十分鐘，每天累積半小時帶氧運動，逐漸增加至一次持續半小時；每週由一次逐漸增加至隔天或每天。

帶氧運動的運動量亦視乎運動的劇烈程度、持續時間及頻密程度。做較長時間中等強度的運動與做一段較短時間的劇烈運動，兩者對健康都帶來益處。

可參考以下方法來監察運動是否達到建議運動量，及身體的適應情況。應以較輕運動量開始，循序漸進、量力而為。

監察運動強度的方法

1. 「說話測試」- 運動的劇烈程度與呼吸節奏的關係

輕鬆程度運動：運動時仍能唱歌

中等程度運動：運動時能夠如常說話，但不能唱歌

劇烈程度運動：運動時呼吸急促得不能如常說話

2. 「目標心跳率」

在運動時量度自己的心跳。中等程度的運動相當於最高心跳（即 220-年齡）的 50% 至 70%。

目標心跳 = 最高心跳（220 - 年齡）X 50% 至 69%

不同年齡人士的目標運動心跳率

年齡（歲）	目標心跳（每分鐘跳動次數）
20	100-138
25	98-135
30	95-131
35	93-128
40	90-124
45	88-121
50	85-117
55	83-114
60	80-110
65	78-107
70	75-104

四、運動時注意事項

如果在運動期間，出現頭暈、氣喘、心驚、作嘔、作悶或痛楚增加等情況，就應立即停止，需要時應及早求診。另外，運動過後肌肉亦不應過份痠痛，而過重或患有退化性關節炎人士於運動過後若出現腰膝不適或腫脹，則有可能是運動的負荷已超出了關節的承受能力，他們較適合選擇一些較輕負荷、低撞擊的運動，例如游泳、太極及步行等運動。

五、不同病患的特別注意事項

高血壓：

應定期覆診，讓醫生評估運動風險（包括服用的血壓藥是否影響身體對運動的反應）並提出建議。患者須按醫生處方服藥，不應擅自停藥。若果血壓未受控制，更切忌參與劇烈運動（如競賽運動、長跑等）。

冠狀動脈心臟病：

運動前要帶備三硝酸甘油酯（即「劑底丸」），運動時要量力而為，留意身體警號，也要確保運動前後有足夠的熱身及緩和時段。在運動後宜以溫水淋浴，避免用過冷或過熱的水，以免影響血壓急升急降增加心臟壓力。

糖尿病：

運動時帶備適量小食，應付運動後可能出現的低血糖情況。需留意運動後低血糖症可在運動後數小時後才出現。需注射胰島素的患者更應留意血糖水平，如有需要可在運動前後檢查血糖指數。

退化性膝關節炎：

避免一些會增加膝關節勞損的動作，例如蹲下及屈腿轉膝。另外要避免需要急速轉換方向或速度，或者突然扭動膝部的動作，而一些會增加關節勞損的運動也應該避免，包括急步跑、遠足、走樓梯、跳繩等；在使用運動器材時，也應避免把阻力調校得太高。

肥胖人士：

每星期 5-7 天，累積每週 150 至 250 分鐘中等強度帶氧運動，可避免體重上升，如果能達到每週 250 分鐘或以上，更能有效減輕體重。另外要選擇低撞擊力的運動，避免令負重關節承受過大壓力引至勞損。

運動安全守則

一、準備舒適的衣服鞋襪

衣服應選用吸汗和透氣的質料，鞋的尺碼要適中，底部則應有軟墊及防滑坑紋，襪子要有吸汗作用。

二、注意天氣轉變

大風、大雨、太冷、太熱或當有「酷熱天氣警告」時，應避免作戶外運動。當空氣質素健康指數屬於「高」、「甚高」或「嚴重」時，患有心臟病或呼吸系統疾病（例如冠心病、哮喘、慢性阻塞性呼吸道疾病）的人士宜減少體力消耗及戶外活動。

三、注意飲食

避免於太飽或太餓時做運動，更不應空肚做運動。

四、量力而為

當發燒或有其他身體不適時，就不要勉強做運動。而初做運動人士，應從較低運動量開始，在適應後可慢慢增加運動時間、次數或重量。

五、糧水充足

帶備充足的清水或運動飲料，以補充因流汗而失去的水分。如果持續運動超過一小時，應帶備小食補充體力。

六、結伴同行

與朋友一起運動，既可增加樂趣，又可互相鼓勵和照顧。如游泳則應選擇到有救生員的泳池或泳灘。

七、注意熱身及緩和運動

運動前別忘記進行熱身運動。足夠的熱身運動是當你感覺到身體和暖及心跳加快。其實五至十分鐘的熱身運動如原地踏步，已經可以提升體溫，有助增進肌肉及關節的柔軟度，增進運動表現。另外，熱身後做一些伸展運動，亦有助增加肌肉及關節柔軟度，減少受傷的機會。運動後應重複熱身及伸展運動，使身體逐漸回復至靜止水平，讓心跳、呼吸及體溫逐漸平伏，並減少運動後肌肉痠痛。

健康飲食

中風和高血壓、高膽固醇、肥胖及糖尿病息息相關，能預防和控制好這些問題，就能減低中風的風險，而健康飲食就是其中一種最有效的方法。「健康飲食金字塔」把食物分為不同的類別，為均衡飲食提供參考指引。金字塔底層的食物類別是每天的主要食糧，應佔日常飲食最多的分量；位於較高層的食物進食量應相對減少，而最頂層的食物類別應儘量少吃。各類食物的進食量可參考「健康飲食金字塔」之建議，並於每類食物中，選擇不同的食物，例如交替地進食穀物類如飯、粉、麵、粥等，或交替地選吃水果類如橙、提子、木瓜、香蕉等，以達致多元化的飲食模式，讓身體攝取所需的營養素，促進健康。

健康飲食金字塔(長者)



以上的「健康飲食金字塔」是給長者的建議，「健康飲食金字塔」的建議會因應不同的年齡而有所不同，一般成年人的建議可參考下圖：

健康飲食金字塔 (成人)



- * 一碗 = 250-300 毫升；
- 一杯 = 240 毫升；
- 一份水果 = 一個中型水果 (如蘋果、橙)；
- 一份蔬菜 = 半碗煮熟的蔬菜 (如菜心、白菜)

低鈉質 (鹽分) 飲食

高血壓與鈉質 (鹽分) 有直接關係，要預防或改善高血壓，便應減少攝取鈉質。2014 年食物環境衛生署的總膳食研究指出，香港成年市民 (二十至八十四歲) 每人每日平均攝取鈉質超過兩克半，遠高於世界衛生組織所建議的兩克 (即一茶匙鹽)。含鈉質較高的食物，主要為加工食物 (如罐頭、臘腸)、醃製食物 (如梅菜、燒味)、涼果 (如話梅、陳皮)、部分調味料 (如豉油、蠔油) 等。

食物鈉質含量表

食物	分量	鈉質含量 (毫克)
鹽	1 茶匙	2325
豉油	1 茶匙	335
蠔油	1 茶匙	164
薑粒	1 茶匙	0
熱狗腸	1 條 (57 克)	584
罐頭鹽水浸吞拿魚	1/2 杯	287
豬肉	2 兩半	48
生菜	2 兩半	10
橙 (中型)	1 個	1
* 世界衛生組織所建議成人每日鈉攝取量：2000 毫克 (2 克)		

從以上列表所見，天然調味料及食物如薑粒、生菜及橙含非常低鈉質，部分天然食物甚至不含鈉質。相反，部分食物及調味料如一茶匙豉油含有七分一茶匙鹽，而一條熱狗腸含四分一茶匙鹽。所以多選用天然調味料及未經醃製的食物，能減少從飲食中攝取的鈉質，有助身體健康。

以下是減少鹽分攝取的貼士：

- 儘量在家用膳，因外出進食的食物，一般都含較高鈉質（較多鹽或調味料）；
- 在家用膳時，避免於餸菜中放入太多的鹽；多用天然調味料如芫荽、葱、薑、蒜頭、胡椒粉、果皮、檸檬汁等；
- 用膳時，避免習慣性加入或蘸豉油、醬汁等；
- 購買現成食品或罐頭食品時，應先查閱營養標籤，選擇較低鈉的食物；亦要避免在烹調或食用時再加調味料。

低脂肪飲食

肥肉、豬油、雞翼、雞腳、五花腩、全脂奶類及其製品如牛油、忌廉等高飽和脂肪食物，應儘量避免或減少進食。多吃低脂或脫脂的奶類及其製品，以及選擇較瘦的肉類，如魚肉、雞肉及瘦豬肉等。某些植物類食物亦含較多飽和脂肪，如椰子、棕櫚油和可可油等，應儘量少吃。另一方面，宜選用含較多不飽和脂肪的食油，例如芥花籽油或橄欖油等。

椰子油健康嗎？

椰子油含高飽和脂肪，約達百分之九十，較牛油（百分之六十）及豬油（百分之四十）所含的更多。有部分研究聲稱指出椰子油能醫百病，包括心血管疾病、控制體重等，但這些研究時間較短，而且對於控制體重或改善體重指數效果皆不顯著。由於椰子油對健康的好處仍有待研究，大部分專家仍建議應以不飽和脂肪酸代替飲食中的飽和脂肪酸，更應避免使用椰子油。

避免反式脂肪

應減少進食反式脂肪含量較高的食物，如炸薯條、薯片、沙翁、酥餅、牛角包、忌廉蛋糕、夾心餅、曲奇餅等。因為反式脂肪會增加血總膽固醇及低密度膽固醇水平（俗稱「壞」膽固醇）和降低高密度膽固醇水平（俗稱「好」膽固醇），增加患有中風及心臟病的機會。

高纖、高鉀、高鈣飲食

含較高纖維素、鉀質及鈣質的食物，有助控制血壓，宜多進食。纖維素含量較高的食物包括新鮮蔬菜、水果、全穀麥五穀類食物，如紅米、麥片、乾豆類食物等。研究顯示，鉀質攝取量低的人中風機會是其他人的兩倍半。高鉀的食物包括：綠葉類蔬菜、水果（如香蕉、橙、西柚等）、乾豆、果仁、奶等。含豐富鈣質的食物則包括奶類食品、深綠色蔬菜及豆製品，如硬豆腐、未經油炸的枝竹及腐皮、加鈣豆奶等。

閱讀營養標籤

大部分的預先包裝食物都附有營養標籤，令消費者可以了解食物的營養含量，以配合日常的飲食需要。購買食物時，不妨比較同類食物的營養標籤資料，選擇較健康的產品，如低脂肪、低鹽、低糖、高纖維素等。對於有特別膳食需要的人士，營養標籤的資料更可幫助他們選擇適合的食物。

營養標籤包括能量及七種指定標示營養素（包括蛋白質、總脂肪、飽和脂肪、反式脂肪、碳水化合物、糖和鈉）。消費者應先找出營養標籤在食物包裝上的位置，留意營養標籤上的食物參考進食量（如「每100克／毫升」、「每食用分量」或「每包裝」），以確定所列出資料的參考食物是多少分量。然後一併閱讀能量和營養素含量，以了解該食物的營養素含量，亦可與其他食物的營養成分作比較。

食品所含的營養素資料會在這表上找到

表上所列的營養素以100毫升的分量作標示

食品所含的營養素

營養資料	
每100毫升	
熱量	50千卡 (208千焦)
蛋白質	3克
總脂肪	2克
飽和脂肪	1克
反式脂肪	0.2克
碳水化合物	5克
糖	5克
鈉	52毫克

食品的能量和各營養素含量

比較以不同分量顯示的營養標籤

由於營養標籤有可能會以不同的分量顯示，閱讀時應多加留意。以下用麵包為例子：

例子：麵包

A牌麵包		B牌麵包	
營養資料		食用分量：2片(50克)	
每100克		每食用分量	
熱量	287千卡	熱量	130千卡
蛋白質	8.5克	蛋白質	4.8克
總脂肪	5.4克	總脂肪	2.2克
飽和脂肪	0.9克	飽和脂肪	0.5克
反式脂肪	0克	反式脂肪	0克
碳水化合物	51克	碳水化合物	23克
糖	4.3克	糖	1.9克
膳食纖維	5.7克	膳食纖維	2.3克
鈉	575毫克	鈉	172毫克

這兩包麵包的營養標籤分別以「每 100 克」及「每食用分量」作為參考食量，要比較這兩種產品，便要先確保以相同的食物分量作出比較。在這個例子，B 牌子的麵包以「每食用分量」標示，而「每食用分量」是 50 克。因此，要比較 A 和 B 的營養含量，應先將 B 牌子的麵包營養標籤內的資料乘兩倍，即以 100 克的營養資料為基礎，才與 A 牌子的麵包作比較。

例子：麵包

A牌麵包		B牌麵包	
		食用分量：2→4片(50→100克)	
營養資料		營養資料	
每100克		每食用分量	
熱量	287千卡	熱量	130→260千卡
蛋白質	8.5克	蛋白質	4.8→9.6克
總脂肪	5.4克	總脂肪	2.2→4.4克
飽和脂肪	0.9克	飽和脂肪	0.5→1克
反式脂肪	0克	反式脂肪	0→0克
碳水化合物	51克	碳水化合物	23→46克
糖	4.3克	糖	1.9→3.8克
膳食纖維	5.7克	膳食纖維	2.3→4.6克
鈉	575毫克	鈉	172→344毫克

例子：麵包

A牌麵包		B牌麵包	
		食用分量：4片(100克)	
營養資料		營養資料	
每100克		每食用分量	
熱量	287千卡	熱量	260千卡
蛋白質	8.5克	蛋白質	9.6克
總脂肪	5.4克	總脂肪	4.4克
飽和脂肪	0.9克	飽和脂肪	1克
反式脂肪	0克	反式脂肪	0克
碳水化合物	51克	碳水化合物	46克
糖	4.3克	糖	3.8克
膳食纖維	5.7克	膳食纖維	4.6克
鈉	575毫克	鈉	344毫克

作出比較後，雖然 B 牌子的飽和脂肪含量稍高，但熱量、總脂肪、糖及鈉的含量都較 A 牌子低，所以 B 牌子的麵包應是較佳的選擇。

除了比較不同營養標籤上的資料外，也要留意「營養素含量聲稱」如「高」、「低」的字眼。這些聲稱說明食品中某種營養素的含量水平，例如：「低糖」餅乾、「低脂」牛奶、「高纖」麵包等，是必須達到指定的含量準則，才可作出相關聲稱。

如何閱讀及運用「營養素含量聲稱」，可參考以下例子（注意：市面上預先包裝食物的營養標籤會列出較詳細的營養素含量資料。為了更易作出解說，以下的營養標籤例子只顯示相關的營養素。）

例子一：「低脂」奶

這盒牛奶標示為「低脂」，根據法律規定，「低脂肪」是指每 100 毫升液體食物含不超過 1.5 克脂肪。如果需要知道脂肪含量，可在營養標籤上找出「總脂肪」一列，在這個例子是 1.4 克，符合「低脂肪」的要求。

C牌「低脂」奶	
淨含量236毫升	
營養資料	
每100毫升	
熱量	50千卡
總脂肪	1.4克
飽和脂肪	1.3克
膽固醇	8毫克
鈣	117毫克

例子二：「低鈉」餅乾

以下有兩個牌子餅乾，D牌子標示「低鈉」，E牌子卻沒有任何標示，然而鈉質含量相若。那我們是否應該選擇標示「低鈉」的D牌子呢？

其實標示「低鈉」、「低脂」、「低糖」並不代表食物一定比較健康。當你比較這兩個牌子的營養標籤，便會發現E牌子的總脂肪、飽和脂肪和反式脂肪含量較D牌子少。所以選擇E牌子餅乾會較佳。

D牌「低鈉」餅乾	
淨重量350克	
營養資料	
	每100克
熱量	478千卡
總脂肪	30克
飽和脂肪	6克
反式脂肪	0.9克
鈉	120毫克

E牌餅乾	
淨重量340克	
營養資料	
	每100克
熱量	461千卡
總脂肪	21克
飽和脂肪	4克
反式脂肪	0.2克
鈉	110毫克

「營養素含量聲稱」只作參考之用，消費者不應只專注於涉及聲稱的營養素。建議消費者查應看食品的營養標籤，以取得其整體營養特性的詳細資料，從而選擇較健康的食物。

如果想知道更多關於營養標籤或「營養素含量聲稱」的資料，可瀏覽食物安全中心網站 www.cfs.gov.hk。

壓力處理

除了生理因素外，心理壓力也和中風有關。抑鬱症、生活緊張、生活節奏急速、精神疲勞或過分用腦都會影響血壓。抑鬱更能令血小板凝聚，增加缺血性中風的風險。科學研究指出，抑鬱症狀會增加首次中風的風險，六十五歲以下的抑鬱症患者中風機會是其他人的四倍。即使是不同國家的研究，也一致發現有抑鬱徵狀的人會較容易中風。所以，預防抑鬱症有助減低中風的機會。而充足的睡眠、均衡飲食、恆常運動、保持良好的社交生活和維持積極正面的生活態度等都可以預防抑鬱症。

一項外國研究，訪問了六百位年齡十八至六十九歲的中風人士。結果發現，在過往一年或以前面對較長期心理壓力的人士比起沒有長期心理壓力者，多三倍半機會患上缺血性中風。所以，我們要多留意自己所承受的壓力，並使用健康的方法減壓，例如運動、唱歌、找人傾訴、進行戶外活動等，並以積極的態度面對問題。

此外，A 型性格的人也有較大的中風風險，特別是缺血性中風。A 型性格通常個性倔強、易爭好辯、攻擊性強、生活緊張。當他們遇到不如意或不合乎期望的事情時，容易覺得別人帶有敵意，並用較強橫的態度和方法表達不滿。故此，為了自己的健康，A 型人士要學習在生活中用平和的態度應付日常問題和人際關係。用堅定而誠懇的態度和別人相處，其實會更容易得到別人的合作。

定期身體檢查

身體檢查有助發現隱疾和疾病風險因素，以及早制定治療及預防方案。身體檢查並沒有既定的時間表和化驗套餐。一位理想的家庭醫生，能就你的身體狀況、家族病史等，評估各種疾病的風險，從而制訂個人化的身體檢查及預防方案。

全面的健康檢查應包括五部份：

一、風險評估

醫生就個人的病歷、家族病史、職業、生活習慣及疫苗注射記錄等作出風險評估，再安排合適的化驗檢查。

二、身體檢查

醫生會綜合各項因素來作針對性的體格檢查，以便整體評估。

三、個人化的化驗及檢查

醫生會就風險評估的結果作針對性的化驗及檢查，如為乙型肝炎帶菌者安排肝功能及甲胎蛋白檢查等。

四、結果分析

任何化驗均有「假陰性」及「假陽性」的可能，醫生會因應年齡、性別、身體檢查結果等因素分析解讀。並非所有「不正常」結果都等於身體有問題，醫生亦會就有懷疑的結果安排進一步的化驗或診斷。

五、輔導及跟進

健康檢查不僅為了發現隱疾，更為減低患病風險。所以除了結果分析，醫生亦會提供改善健康的建議，以預防疾病。

避免「化驗套餐」

市面上許多「化驗套餐」標榜「價廉物美」，然而：

- 一、每個人的情況不盡相同，「大包圍」式的檢驗浪費時間和金錢；
- 二、檢查化驗不無風險，如內窺鏡有機會刺穿內臟、注射顯影劑亦有過敏甚至致命的風險等；
- 三、不少化驗項目只適用於輔助診斷及跟進病情，用於發現隱疾的功效存疑，如腫瘤或癌症指標等。

因此，應由家庭醫生作出全面評估後，才按個人需要接受化驗檢查。

每個人都應為自己及家人找一位值得信賴的家庭醫生。家庭醫生深入了解你的長期健康狀況，能為自己及家人提供第一站、全面及持續的基本醫療，除了健康諮詢、身體檢查外，又能統籌轉介其他專科。家庭醫生會注重身體、情緒、心靈，以至家庭和工作環境對個人的影響，並提倡健康生活、提供疾病預防的建議等。

可登入《基層醫療指南》查閱各區家庭醫生的資料。



第八章/ 社區資源



長期照顧中風病人對照顧者造成不少壓力，甚至有機會影響彼此關係和護老質素。照顧者可以嘗試尋求社區的資源協助，以減輕壓力。現時政府及社福機構均提供不同種類的社區支援服務，如綜合家居照顧服務、改善家居及社區照顧服務、長者暫託服務及長者日間護理中心等。長者及其家人可聯絡就近的綜合家庭服務中心 / 綜合服務中心、醫務社會服務部、長者地區中心、長者鄰舍中心或長者活動中心查詢詳情。

有關中心資料可參考以下社會福利署長者社區照顧及支援服務網址：
http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_elderly/sub_csselderly/

另外，**殘疾人士地區支援中心**採取以地區為本的策略，為居住在社區中的殘疾人士、其家人和照顧者提供一站式服務和支援，例如強化居住在社區中的殘疾人士的家居及社區生活技能，協助他們融入社區。中心並為殘疾人士的家人 / 照顧者提供訓練及支援，提升他們照顧殘疾人士的能力，紓緩他們的壓力。

有關資料可參考以下社會福利署康復服務網址：
http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_rehab/sub_listofserv/id_supportcom/id_dsc/

嚴重殘疾人士家居照顧服務透過提供一系列的綜合到戶服務，滿足居住在社區中的嚴重肢體傷殘 / 嚴重智障人士的個人照顧、護理及康復訓練需要，減輕其家人 / 照顧者的壓力，改善他們的生活質素。

有關資料可參考以下社會福利署康復服務網址：
http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_rehab/sub_listofserv/id_supportcom/id_hcs/

嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務（綜合支援服務）包括現金津貼及綜合到戶支援服務兩部份。現金津貼是支援需要經常護理照顧的嚴重肢體傷殘人士，減輕他們租用輔助呼吸醫療儀器及／或購買醫療消耗品的負擔，讓他們可以持續留在熟悉的社區中生活；綜合到戶支援服務是為嚴重肢體傷殘人士作好離院準備，並配套一站式的綜合到戶服務，協助他們全面融入社羣，同時加強對家人／照顧者的支援，減輕他們的壓力。服務內容包括護理服務、康復訓練、個人照顧服務、接送服務、照顧者支援服務、家居暫顧服務、社會工作服務及非辦公時間緊急支援服務等。

有關資料可參考以下社會福利署康復服務網址：

http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_rehab/sub_listofserv/id_supportcom/id_iss/

日間社區康復中心為剛離院病患者提供專業及社會心理康復訓練服務，目的是提高他們的活動機能及自我照顧能力、強化他們的家居及社區生活技能、協助他們重整生活規律、建立健康及富意義的生活模式，以協助他們融入社區生活。日間社區康復中心亦會為剛離院病患者的照顧者／家人提供訓練活動、教育課程及日間照顧服務，強化他們的照顧能力及紓緩壓力，改善他們的生活質素。

有關資料可參考以下社會福利署康復服務網址：

http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_rehab/sub_listofserv/id_supportcom/id_crdc/

嚴重殘疾人士日間照顧服務是為嚴重殘疾人士提供一系列的日間照顧服務，如護理照顧、康復服務，社交及個人照顧服務，藉以加強家人或照顧者照顧嚴重殘疾人士的能力，增加嚴重殘疾人士繼續在社區生活的機會。

有關資料可參考以下社會福利署康復服務網址：

http://www.swd.gov.hk/tc/index/site_pubsvc/page_rehab/sub_listofserv/id_supportcom/id_dcsd/

此外，照顧者可主動參與中風病人互助小組，透過小組活動，與其他病人和照顧者互相交流心得，並可分享病人復康和照顧過程中的苦與樂。這些鼓勵和支持有助照顧者和中風病人繼續應付生活上的挑戰。照顧者與病人如有興趣參與，可直接聯絡以下參考資料中的病人組織，或向相關醫護人員／醫院病人資源中心查詢。

其它資源參考

復康機構

香港復康會

地址：香港九龍藍田復康徑 7 號 1 樓

電話：2534 3300 傳真：2855 1947

電郵：enquiry@rehab society.org.hk

網址：www.rehab society.org.hk

病人組織

腦同盟

地址：香港鰂魚涌英皇道 1120 號康山花園第六座地下香港復康會社區復康網絡

電話：2560 2102 傳真：2967 6750

電郵：neuro_united@ymail.com

網址：www.nuhk.org

慧進會

地址：九龍深水埗白田邨昌田樓地下一號慧進會服務中心

電話：2361 6997 傳真：2776 7963

電郵：braindamaged_shg@yahoo.com.hk

網址：www.braindamaged.org.hk

新健社

地址：九龍深水埗東京街李鄭屋邨孝廉樓地下

電話：2307 8257 傳真：2307 8573

電郵：hk_stroke_a@yahoo.com

網址：www.hk-stroke-a.org.hk

腦友心

地址：九龍黃大仙橫頭磡村宏禮樓地下社區復康網絡

電話：2794 8811 傳真：3747 4621

電郵：braincarehk@gmail.com

網址：www.braincare.org.hk

健康及疾病資訊

衛生署長者健康服務

電話資訊熱線：2121 8080

網址：www.elderly.gov.hk

智友站

網址：www.smartpatient.ha.org.hk

戒煙資訊及服務

衛生署控煙辦公室

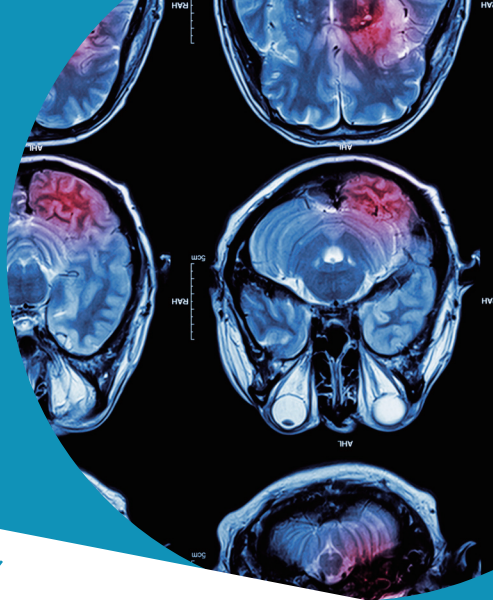
網址：www.tco.gov.hk

衛生署綜合戒煙熱線

電話：1833 183

醫院管理局無煙熱線

電話：2300 7272



附錄／ 參考資料



附錄 - 參考資料

第一章 中風簡介

二零零一年至二零一七年主要死因的死亡人數，衛生署衛生防護中心
<https://www.chp.gov.hk/tc/statistics/data/10/27/380.html>
Accessed on 26th October, 2018

AJ Coull, JK Lovett, PM Rothwell. Population based study of early risk of stroke after transient ischaemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services. British Medical Journal 2004 - bmj.com

Cheung C.M., Tsoi T.H., Hon S.F.K., Au-Yeung M., Shiu K.L., Lee C.N, Huang C.Y. Outcomes after first-ever stroke. Hong Kong Med J 2007; 13:95-9

Feigin V.L., Barker-Collo S, Parag V, et al. Auckland Stroke Outcomes Study. Part 1: Gender, stroke types, ethnicity, and functional outcomes 5 years poststroke. Neurology 2010; 75(18):1597-607.

Yu Y.L., Fong J.K.Y., Ho S.L., Cheung R.T.F.. Neurology in Practice, 4 ed. Hong Kong: Hong Kong University Press; 2008

第五章 情緒處理

中風後抑鬱，房協長者通 2012

NCBI, National Institute of Health. Epidemiology and treatment of post-stroke depression 2008

NCBI, National Institute of Health. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors 2015

第七章 預防中風

2008年食物及藥物（成分組合及標籤）（修訂：關於營養標籤及營養聲稱的規定）規例

香港心臟專科學院：65歲以上人士把脈檢查心房顫動

http://www.checkyourpulse.org.hk/videos/?gclid=EAlaIQobChMIhaTCtd3y2AIVjYyPCh334gawEAAYASAAEgLd8vD_BwE

心臟疾病資料庫（第二版）2017，羅鷹瑞、楊清源合著，香港中文大學出版

香港中文大學醫學院：心房顫動引致中風研究 2017

http://www.cpr.cuhk.edu.hk/tc/press_detail.php?id=2563

American Heart Association. Trans Fat. Published August 2014.

http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/NutritionCenter/HealthyEating/Trans-Fats_UCM_301120_Article.jsp Accessed May 29, 2015.

Heart and Stroke Foundation of Canada. Trans Fatty Acids (‘Trans Fat’) and Heart Disease and Stroke. Published September 2011.

http://www.heartandstroke.on.ca/site/c.pvl3leNWJwE/b.4672101/k.E7D/Position_Statements__Trans_fatty_acids.htm Accessed May 29, 2015.

本書亦備有電子版本，如欲瀏覽請掃描以下 QR Code





衛生署
Department of Health

衛生署長者健康服務
網頁 www.elderly.gov.hk

