



Hong Kong Psychogeriatric Association Newsletter

香港老年精神科學會會訊

Dec 2025 Issue



Topic 1

**My Reminiscence
on Developing
Psychogeriatric
Services in
Hong Kong**

我對開拓香港老人
精神科服務的回憶

Message from the Newsletter Committee

This belated issue of HKPGA newsletters took months to complete because of sad news about Dr. C.S. Yu and the disastrous fire in Tai Po....we wish that they rest in peace.... We are sure that HKPGA members are offering support to the victim's families in their capacities. The first article is from Dr. S.W. Li, our former President, reminiscing about the old days when he developed old age psychiatric service at Castle Peak Hospital through a live interview. The next one is by Dr. Alan Kong, our new Secretary, sharing his thoughts after the CRSSC visit. We need your submissions to keep the newsletters growing. Please email a Word file to info@hkpga.org and visit www.hkpga.org for format and archives of the HKPGA newsletters.

Topic 2

**參觀醫院管理局
社區復康中心
(CRSSC)**

My Reminiscence on Developing Psychogeriatric Services in Hong Kong

我對開拓香港老人精神科
服務的回憶

李: Dr. S. W. Li, Consultant
Psychiatrist, Castle Peak Hospital
我: interviewed and recorded by
Dr. Charles Yip & Dr. C.L. Lam



我問: 李醫生最初為何選擇投身老人精神科的工作？

李答: 那要先說我為何選擇了精神科。當年(1980年)我醫科畢業, 熱門的(專科)工作都是內科, 外科及兒科, 精神科其實極不熱門, 甚至沒有人想做。次年快做完houseman (見習醫生)的時候, 大家都要到醫務衛生署總部面見。去選擇投身於哪一(專)科。其它同學想進入熱門科的都被問了大半個小時。因為我表示想做精神科, 再被問想不想到青山醫院工作, 我說沒有問題, 然後我只是用一、兩分鐘就完成了面見。可以見得精神科當時就是冷門到這個程度。

至於在houseman之前發生了甚麼事令我想做精神科的。就要說到一次到大陸旅行的經歷。在考試合格到做houseman中間有一個月的空檔(假期), 我去了大陸旅行(1980年大陸剛剛開放, 我便到大陸旅行)。有一天早晨, 火車到了西安, 在火車站走出來時大概是早上七時左右。剛巧有一個「瘋子」(精神病人)在我附近大吵大鬧擾攘, 試圖走向我們。那時候香港人跟大陸人比較容易辨認, 香港人都穿著得比較鮮色, 大陸人就比較穿得灰灰黑黑的。那個病人隨即被便衣警察拖到後面, 然後後面傳來有人被打的聲音。那時候我想: 精神病是可以醫治的, 打是沒有用的。我覺得精神病被誤解得很嚴重。社會上很多時都沒有對精神病有正確的處理方法。

我那時候比較理想主義。我回到香港之後自己就想一想, 不如就由自己做起去做精神科。我媽媽很反對, 說我是不是也瘋了。但我堅持, 她也就okay (妥協)了。於是1981年做完houseman之後就去了青山醫院做精神科。

那時精神科培訓有一種「擔凳仔」的文化, 做了醫生五年之後都會去英國接受training (培訓)。因為那時香港是英國殖民地, 所以大多數醫生也是會到英國培訓的, 為期大概半年至一年左右。我跟趙鳳琴教授(Prof. Helen Chiu)和羅允堂醫生同一年去英國受訓。我自己選擇了去Maudsley Hospital。Prof. Chiu去了Cambridge, 羅允堂醫生就去了Oxford。我去了Maudsley九個月, 分開三個培訓部分, 很幸運其中一個部分跟了Prof. Robin Jacoby學習老人精神科。可是培訓完回來之後並沒有機會應用, 因為那時候香港沒有老人精神科這個學科和相關服務。所以學習老人精神科其實是一個幸運的coincidence(偶然), 因為那時香港醫院沒有這一科, 也沒有想過將來會有。



然後,由1990年頭到1993年尾,我離開香港去了紐西蘭工作。在1993年,那時的港督彭定康發表第一份施政報告,表示要發展一個community-oriented psychogeriatric service (社區導向的老人精神科服務)。那時候香港亦剛剛開始有醫院管理局(醫管局)。醫管局剛誕生的時候朝氣勃勃,亦想配合彭定康在施政報告提及發展老人精神科的建議,於是真的舉辦全球招聘。我亦是在紐西蘭聽到有全球招聘而回來應徵的。那時候有很多人回來應徵。有一個post (position)在葵涌(醫院),有一個post在青山(醫院)。醫管局舉行聯合招聘。我最終得到了青山醫院老人精神科開山consultant position (顧問醫生)。所以這是幾個相連的事件,以致我之後到了青山醫院發展老人精神科。(李醫生感慨地說)有時候人生就是這樣,其實我是沒有怎麼plan(計劃)的。最後我就開展了香港老人精神科的工作。

我問: 李醫生在老人精神科的工作有沒有遇到什麼困難或挑戰?

李答: 要說到老人精神科開始的時候,首先要補充一下,我去紐西蘭之前,除了在葵涌醫院工作了兩年,其實大部分時間都在青山醫院工作,所以跟當時青山醫院的同事也算是熟絡的。但是可能由於青山同事對於社區導向的概念不是十分了解,我回到青山醫院的時候,醫院反而想我做in-patient service (住院服務),已經預備了幾個chronic ward(長期病房),安排了很多老年病人讓我去接收管理。對醫院來說,其實做了這些安排就可以了,不用去做其他較為艱難的事情。但是因為我有自己的信念:要發展一個以社區服務為主的老人精神科,就算醫院同事們不理解,我也要照樣去做。

當年做社區老人精神服務其實很難。例如:我一開始不肯接收那些chronic in-patient,堅持要做社區服務,我要去跟其他同事不斷解釋,解釋的時候也難免有衝突。另一方面,青山醫院沒有提供任何資源給我。我要去屯門醫院借office(辦公室)。那時候也是我自己找上屯門醫院的H.C.E.(醫院行政總監)和hospital secretary(醫院秘書處),經過一番爭取才有資源開始做這個服務。所以我們的‘community base’一開始是在屯門醫院的。總括來說,開拓服務一開始是艱巨的。沒有事物是天掉下來的,全部都要靠自己爭取回來。例如剛才說的辦公室,屯門醫院借了院內psychiatric unit(精神科部門)外面走廊數個office給我們,為我們提供地利。但是文房四寶及茶水,就要自己去處理。所以後來還是要跟青山醫院有一定的negotiation(談判),包括爭取一些人力資源及一些recurrent expenses(經常性開支)。就這樣我們在屯門醫院駐守了幾年。之後才搬到了(青山醫院)14A。這是一個由quarter(宿舍)改建的辦公室,這也是跟醫院管理層談判中爭取回來的。相比之下,我們沒有葵涌醫院(老人精神科)發展得那樣順利。我們經歷了很多奮鬥和掙扎。外人都是不知道的,以為我們一向都很順利。

另外,因為我們的理念是community-based,我覺得屯門醫院也不算是很接近社區,於是我們跟(屯門)仁愛堂合作。仁愛堂提供地方,我們提供人手。在仁愛堂做一個memory clinic(記憶診所)。那時候我跟仁愛堂的負責人關係很好,例如:他們提供中醫服務,我也有協助他們。那時候他們舉辦了籌款活

動, 在沙田舞龍, 當時是破了健力士世界紀錄中最長舞龍的紀錄。新聞也有報道, 最後籌到了大概二百萬(港元)左右。我跟仁愛堂合辦memory clinic, 是因為仁愛堂不屬於醫療系統, 他們位置在屯門市中心, 所以辦memory clinic十分合適。我們派醫生在那裏診症效果十分好, 因為那裏可以capture(發現)到早期的病人, 他們有人手去找到這些病人, 推動力亦十分好。可是, 醫院管理層在這個事情上面有很多誤解。例如: 我覺得這個安排是十分棒的。因為事實上我們用了很多其他人的resource(資源), 但管理層就覺得我們「蝕底」了, 認為別人用了我們的資源。這件事情就好像(中國人)嫁女一樣, 不知道到底是賺了還是蝕了。一段時間之後醫院管理層還是反對了這個合作安排。我也沒有辦法, 這個計劃也唯有(在2018年)擱置了。但是仁愛堂還是想繼續這個計劃的, 於是我找了羅允堂醫生幫他們繼續做, 由仁愛堂出錢給羅醫生。在2022年之後則由丁(錫全)醫生接手做。所以, 要開拓社區服務其實一點也不容易, 要做一個推動者或改革者也不容易。

說到底, 那時候真的遇到不少阻滯, 但我們勝在夠齊心。那時候香港有四個老人精神科unit(單位), 包括我們, 葵涌(醫院), Prof. Helen Chiu(威爾斯醫院), 以及俞家駒醫生 (QMH)那邊。那時候我們四個人都很熟很齊心, 在各方面的發展都有一個agreed的方向(共識)。所以, 當年老年精神科成立的時候很早就已經誕生了psychogeriatric working group和Hong Kong Psychogeriatric Association (HKPGA): 它們有著不同的purpose(目的)。working group 主要在醫管局裏面爭取資源, 而HKPGA就是為老人精神科服務set standard(建立專業水平)以及對外面協作, 這些都是很好的發展方向。另外, 還有Prof. Helen Chiu當年在academic and service development(學術及服務發展)上也有很好的見解, 例如: 首先需要有一些standard tool, 以及要知道相關精神病的prevalence(盛行率), 所以我們當時第一批study(研究)也是做這些課題的。那時我也有參與the Shatin study, Prof. Helen Chiu 當然也有。然後我們又做了一些MMSE(Mini-Mental State Examination)的local studies, 這些都是當時很需要的研究。另外, 在workgroup產生第一個的dementia protocol, 就是由俞家駒醫生寫的。

我問: 除了困難與挑戰以外, 有沒有一些令你特別難忘的事件?

李答: 第一件事是我們(老人精神科)比老人科更早到老人院開始外展服務, 早了一至兩年。我覺得這是一個很值得發展的服務。當時我跟Prof. Helen Chiu和俞醫生是怎樣分工的呢? 我自己比較擅長寫service(服務)的部分, 所以service protocol是我寫的。例如: 要寫一系列protocols, 當中的steps(步驟)和怎樣去老人院, 很多內容都是我寫的, 因為一開始要由有寫到有(要逐步實行), 我覺得算寫得不錯, 也很快就寫好了。這些都是難忘的經歷。也慶幸我們早有預備, 因為之後HA(醫管局)要我們「交數」: 要提交一些statistics(統計數字), 因為我們當時已經有了standard procedures (標準步驟), 所以我們也算是容易過關的。其他的service, 例如CPT(社區精神外展隊)沒有我們那樣齊心和一早預備好, 那時候HA最需要就是我們(老人精神科)和CPT的statistics, 我見他們之後提供統計數據也挺麻煩的。

第二件事就是關於到社區診症。1985年我到英國training。英國和香港最大的分別就是英國很多時都會上門到病人家中診症, 而在香港我們是不會上門到病人家中診症。在我回香港之後, 我選擇了幾個病人上門診症, 想繼續運用我的clinical skills(臨床技術)。其中一個症(病人)十分有趣, 那是一個有psychosis(精神錯亂)的「婆仔」(女長者), 她有paranoid delusion(偏執妄想), 在元朗的村屋住, 由Angela (社區精神科護士)去探訪她。因為Angela跟她是同姓的, 所以她歡迎Angela去探訪她。但是只是探訪病人(對於治病)是沒有用的, 要病人服藥才有作用。幾次探訪之後Angela知道她有失眠的情況, 就跟她說下次帶一個朋友一起探她, 其實就是帶我一起去探她。我見到她之後跟她談了很久, 探了幾次之後就跟她說其實我是醫生, 讓我幫幫你吧。於是就給她開了藥, 當然除了安眠藥以外也有antipsychotic(抗精神病藥)。服了藥之後她的paranoid delusion大幅減少, 之後我就跟她說我不能經常來探訪她, 叫她不如來我們門診部, 她才正式開始來門診覆診。

可惜她不久之後就得到了cancer。是CA lung(肺癌), 她被轉送到南朗醫院。不能來門診覆診了。她臨終前大概兩三個月左右, 她叫她的養女帶她回來看我。醫院的門診內有一間診症室是專門給一些

身體不適的病人使用,我還記得那時候我在那間房見她。我問她為什麼要回來,她說還是想來見我一面。這場面是感人的,因為她臨終前也想來見我一面,當中(顯示對我)有很大的信任。她當時說很信任李醫生,想我跟她說到底她身體有什麼事,因為醫院那邊的人其實也不敢跟她說清楚。那我也直接跟她說她有末期肺癌,餘下的日子也不多了。在她過身之後,她的養女送了一塊小小金牌給我,那時候我收到那個小金牌也真的相當感動,那金牌現在還在我家中。(李醫生利申)我當然有申報給HIA。我覺得這是一件好事,因為她送禮物是在跟我沒有瓜葛之後,她已經沒有所求,是一種真心對我的讚賞。所以這個病人令我十分難忘,我在明報月刊曾經寫過這個case(個案)。

我問: 李醫生分別到過英國和紐西蘭training和工作, 在外國的經驗和香港有什麼不同的地方?

李答:當年1985年我到英國有很大的cultural shock(文化衝擊)。第一是當地的商店星期日是不開門的,我覺很有趣。另外,我們在書本讀到的是individual and clinical patient(個別臨床病人)的情況,但那並不是全部。你以為英國和香港(的醫療)是一樣的嗎? 實際是很不同的。舉例來說,香港這邊無論任何情況醫院都會「收症」(接收病人)。英國那邊不同,當年英國的情況是如果病床已滿,無論怎樣情況都不會再收症。所以香港的制度是 stress fall onto the hospital, 英國的制度是 stress fall onto the patient。那時候我在Maudsley (Hospital) 做門診,有一個病人需要入院,大概下午四點鐘左右的時候,我就打電話回Maudsley醫院的收症病房,逐個病房打電話,但因為病房都滿了,沒有地方肯接收病人。唯有再打電話去隔鄰的King's Hospital, 問有無病床及可否收症,但是所有病房都沒有床位。而且我每次打電話都要把病人的情況從頭說一次。問了很多醫院。記得那天最後都是沒有地方肯收留該病人。最後我找到了類似A&E holding ward(臨時病房)的地方可以(讓病人)留院一晚。那時已經是晚上八時,之後我才搭巴士回家。

這些就是在書本上看不到的情況,跟你想像的情況實際是不一樣的。所以我們千萬不要盲目跟隨他們,有些事情是在他們的制度下才可以這樣做的。我們是不可能的。例如: 有一個psychosis的病人需要入院,我們不能說不收症。我們的醫療制度相對是比較理想的。他們那邊病房的權力很大。他們認為處理好自己的ward就可以。(李醫生講笑地說)你的病人就算有炸彈也是你的事,不關他們的事。這也算是我記憶中一個非常有趣的現象。



至於在紐西蘭那邊也有一些有趣的事情。我以往在青山醫院跟護士(的關係)都很close(接近),大家就像一個小家庭一樣,可惜現在都不是這個情況了。當年我在紐西蘭那邊跟同事也是很close的,例如:我在Invercargill那邊,我們unit做presentation(簡報),醫生會present,護士會present,occupational therapist(職業治療師)會present,還有social worker(社工)會present。那裏連receptionist(接待員)都要present。因為reception都是要面對病人的,他們的內容都十分精彩。所以不能小看他們,他們的工作其實也是therapeutic(治愈)的。我透過這些機會對其他同事也另眼相看。其實每一個對待(接觸)病

人的人, 都可以做一些therapeutic的事。

還有在紐西蘭那邊整個Invercargill我們的unit只有一個consultant一個M.O.(medical officer)。這個MO 就是我, 什麼都要做, 照顧整個district, 不只是一個省, 而是幾個省。那個district大概是南島五分之一那樣大左右。這樣大的地方就是兩個醫生看顧全部需要。例如prison(監獄)也是我負責去見病人。我留意到他們的prison不是「監頭」(監獄長)話事的, 而是「監躉」(犯人)話事的。監頭只是名義上話事, 實際上是監躉的頭目主事。另外, 我又去過police cell(拘留室), 原來真是好像戲劇裏面那樣, 每一個警署入面都有兩個有鐵欄的cell, 收留那些飲醉酒的人士之類的。當年我真正就有個症(病人)飲醉酒, 我要到那裏看他。此外, 原來法院和police station真是有地下通道連接的。紐西蘭是這樣, 我不知道香港是不是這樣。在紐西蘭那邊我走過那些地下通道去法院那邊, 因為要跟法院的法官「講數」。我們兩個consultant一起走過去, 走過那條隧道。這些有趣的事, 沒有經歷過真的不會知道。

另一樣有趣的事情在香港是沒有的。在紐西蘭Hamilton有個病人的媽媽說兒子(舊病)復發了, 這個兒子又不肯回來覆診。我們要到病人家裏去「捉」(強行帶)他回來。那邊就只有一個護士和我去捉他, 那時我已經是consultant。我們就乘搭警車, 在他屋前距離一個街口泊車, 然後我跟警察說好, 如果五分鐘之後我們沒有(由屋內)出來, 警察就要衝進去救人。其實回想這件事也頗危險的。當時我們兩人入屋去見他。由於他是我的病人, 我們的rapport是很好的。我跟他說回來覆診。幸運地他當時同意回來, 否則就真的要搞一場「大龍鳳」(大事件)要警察衝進來了。在那邊可能因為地方少, 繁文縟節也比較少, 我也算是比較肯冒險的, 所以會有醫警合作。我想在香港應該沒有人會像「猛龍特警」那樣做吧。其實紐西蘭還有很多有趣的事情都不能盡說。

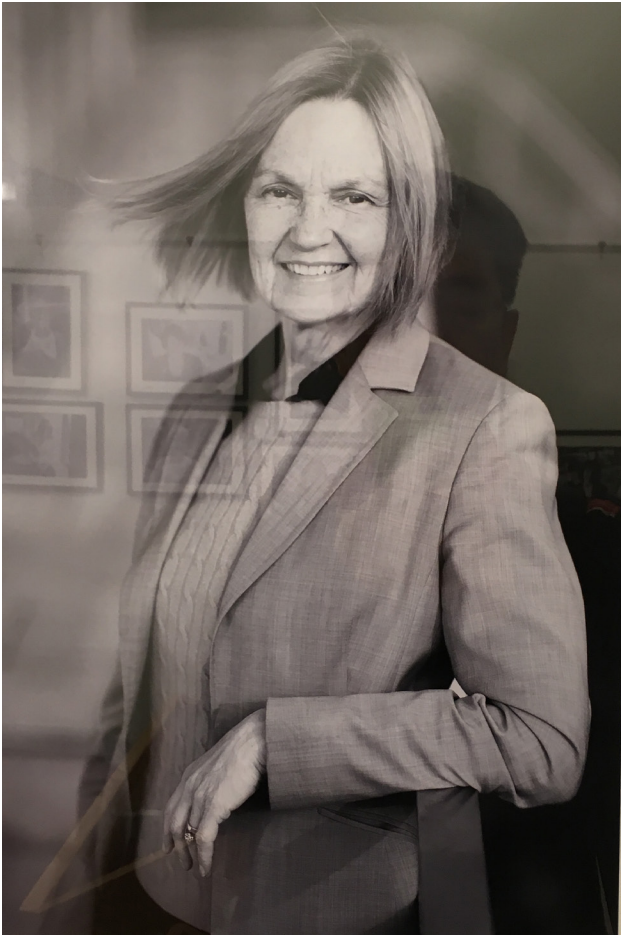
我問: 李醫生可否分享一下在你的career(事途)以來有沒有一兩位對你有特別有影響的人?

李答: 有影響的就一定要說到Prof. Robin Jacoby。我認識他也是是在一個偶然的機會。因為我當初去Maudsley其實不是事前想要學老人精神科。那時候我去Maudsley training政府給了資助, 但卻沒有指明特定要學什麼。我們去到Maudsley首先要見Dean(院長)。他貴人事忙並不會待你很特別。我們的priority(排名)很後。因為我們來自殖民地, 又是亞洲人, 又沒有預定學什麼, 好像是一個小卒。所以被安排到門診部, 因為他們的門診沒有人想做。不過也算是得到相關經驗。另外, 我又rotate過在Queen Square (在British Museum大英博物館附近)的alcohol unit(酒精部門), 當時跟Dr. Maria Ron和另一位顧問醫生。他們巡房的場面很有趣、很classic(經典)。情景就是一個穿著西裝, 權力很大的consultant, 後面有很多registrar跟著他。比當時(香港大學的)「安叔」(Prof. Ong)更加厲害。十分像電影情節那樣。經過這兩水之後, 我正在煩惱, 因為已經是要「第三水」(third rotation)了。那天我坐在Maudsley的canteen裏正在煩惱, 剛好Prof. Jacoby和幾位consultant坐在我附近。Prof. Jacoby

問我在煩惱些什麼, 我說因為沒有地方可以做rotation。於是他就說不如我去跟他training, 我當然說好。事情就是這樣發生的, 不是預定的。



跟Prof. Jacoby學習也很有趣的, 因為我們當時這一班20至30人。像聯合國那樣, 來自不同的地方。有來自中東油國的王子, 有來自非洲的minister等。Prof. Jacoby那時常要我跟他做home visit, 我不明白他為何選擇我。初時他跟我開玩笑說, 他的車是(經典外國車型)“甲蟲仔”(兩座位的那款), 如果壞了, 我夠高大可以幫他推車。後來他才跟我說, 因為我夠stimulating(引起刺激), 所以才帶我home visit training。因為其他人不夠stimulating, 所以不找他們。所以我往後經常跟我的trainee(



受訓醫生)說,你們到別人地方學習,要跟那些人建立 relationship, 要stimulate他們, 亦要介紹香港。Prof. Jacoby 對我的影響力是肯定的。

第二位要說的就是沈秉韶醫生。原因是我最初在青山醫院工作, 同事們對我有許多誤會。那時候我跟院長有衝突, 覺得他經常針對我, 所以我在青山醫院頭一兩年做得不開心的。我就決定不再做精神科。那時候我很多精神科的書都從台灣買回的翻版書, 我已經賣了出去。決心要離開。走之前, 我去見一見盧懷海醫生。他問我為什麼要走? 他說其實也不是什麼大不了的事, 與其走, 不如轉到葵涌(醫院)吧。於是我就由青山轉到葵涌。在葵涌醫院第一日上班, 沈秉韶醫生就說要見我。我就在院長室對面一間conference room(會議室)見他。沈醫生跟我說我的情況都已經傳到他耳邊, 言下之意是說知道我是「難搞」的。不過他說我們重新開始吧。所以之後我便在葵涌醫院工作。在葵涌工作是開心的。就是這樣我才繼續留在精神科。若不是這樣我其實已經離開了精神科。世事就是這樣奇妙。重新開始, 這一招重要。要好好學習。(李醫生總結)以往不計, 重新開始。

我問: 多謝李醫生跟我們分享了很多歷史, 我們知道李醫生之前寫了一本書”戰後香港精神科口述史”, 可否跟我們推介一些片段, chapter及分享一些你珍藏的相片?

李答: 我當然不敢說是自己的那個chapter。其實好多chapter都很好看。不過, 今次我選擇Prof. C.N. Chen的那一個chapter。Prof. Chen代表的不只是精神科, 而是代表整個香港醫學界的情況。因為當時我們醫學界(在80年代), 有很多head(of department)都是外來的。香港那時要借助很多外來的力量。我們精神科的開山祖師(Prof. Yap)也是外來的。Prof. C.N. Chen也是其中一位。Prof. Chen的整個orientation(帶領方向)做得很好, 例如: 那個psychosomatic的概念很清晰。他做事很好, 帶出來的效果亦很好。中大和港大的training很不同, 中大(精神科)做得比較多。

我問: 我們接著討論一下現在以及將來。首先問一問李醫生認為如何可以令年輕一代的醫護人員去認識以及選擇投身於老人精神科?

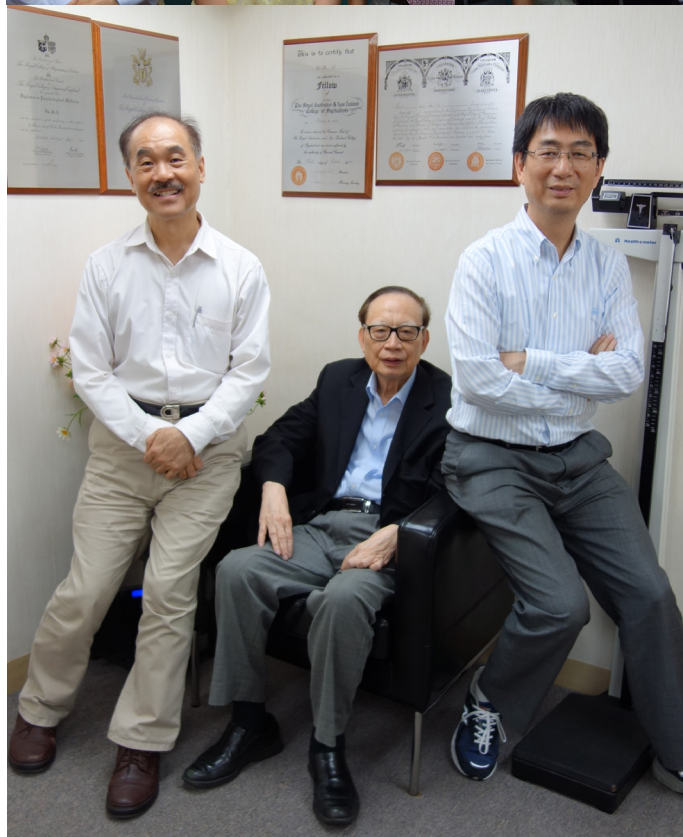
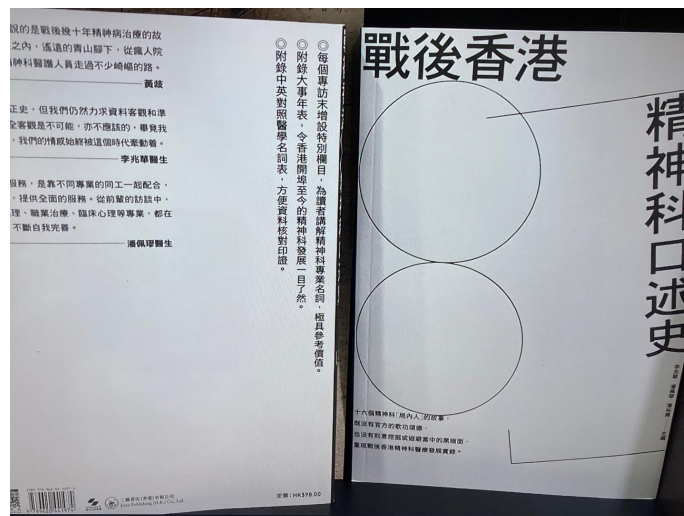
李答: 我自己在青山(醫院)工作的時候, 最重要就是要做兩件事, 第一件事就是be seen(被看見), 我的unit要被人看到是一個好的unit。因為良禽擇木而棲, 作為一個醫生也想去一個好的unit。所以第一是要搞好自己的unit。第二件事就是要認真的為他們trainee著想, 不能令別人「蝕底」。例如很多醫生從我們那兒走出去做admin(行政工作)。他們如果出去升級, 我不會有說話。也不會阻礙他們發展。真的為別人好的時候, 別人是知道的。就是這樣簡單。

我問: 李醫生對於老人精神科, HKPGA或mental health policy(精神健康政策)發展的發展方向有沒有什麼期望?

李答: 就是期望你們了。當年我有一個構想, 因為那時候我跟屯門醫院老人內科那邊很熟。事緣我1983年在葵涌醫院工作, 沈秉韶醫生跟瑪嘉烈醫院老人科的consultant很熟絡。安排了我與Prof. Helen Chiu到瑪嘉烈(醫院)恆常「跟」他們的geri round(巡房)。而當時全港只有瑪嘉烈一個老人科單位, 他們還沒有開枝散葉。所以他們之後很多geri consultant當時也在那裏, 我們跟他們(geri consultant)識於微時。因此我和Prof. Helen Chiu跟老人科的關係特別好, 因為我們跟round時在後排跟他們談話, 跟他們熟絡了。在我回到青山醫院老人精神科之後, 我其實想我們的senior trainee(高級受訓醫生)去屯門醫院跟他們的老人科attach(交流)半年。換轉他們的senior trainee也到我們這邊attach半年, 這樣其實可以節省了很多consultation-liaison(會診)的工作, 因為大家都學習了對方不少知識, 可以基本處理大家的病症。我當時認為這個計劃很棒, 但醫院(管理層)又不理解, 並不贊成。到現在我還認為這個計劃是很好的, 將來其實也可以再考慮。因為attach也只是半年, 整個senior training(高級受訓)有三年時間, 對trainee本身是一件十分好的事。醫院的說法是這樣會蝕底了, 你們過去別人的地方, 醫院很難給予資源。我覺得不是這樣的。我覺得這個mutual rotation其實是三贏的。

(我問:我們代表HKPGA十分感謝李醫生今天的分享, 讓我們獲益良多)

李醫生珍藏的相片：



Start REXULTI® Early Go Beyond the Ordinary



*For MDD patients with inadequate response
to the first and second ADT trials^{1,2}*



 **CANMAT Guideline 2023**

1st line treatment for patients with
difficult-to-treat depression¹



**REXULTI® is indicated as an adjunctive therapy to
ADT for adults with MDD^{2*}**

* with inadequate response to prior ADT during the current episode

ADT: antidepressant treatment; MDD: major depressive disorder.

Reference: 1. Lam RW, et al. Can J Psychiatry. 2024;69(9):641-687. 2. REXULTI® Hong Kong Prescribing Information. (Revised in September 2021).



Otsuka Pharmaceutical (H.K.) Ltd.

Rm 1801, 18/F, Lee Garden Three, 1 Sunning Road, Causeway Bay, Hong Kong.
Tel: 2881 6299 Fax: 2577 5206

Scan here for
abbreviated
prescribing
information of
REXULTI®





參觀醫院管理局社區復康中心 (CRSSC)

聯合醫院老人精神科 江嘉麟醫生

香港人口逐漸老化，大家有沒有留意到一些公共交通工具如小巴，的士的司機都是白髮一族？其實很有可能他們就是住在附近的街坊爺爺，以及需要到醫院覆診的長者病人。作為一名駐院老人精神科醫生，我有時在病房及門診需要替一些長者司機做精神健康評估甚至治療，但常對駕駛能力這方面的評估感到有點‘棘手’，需要與職業治療師詳細討論才能作出適合的建議，在考慮病人的工作需要和保障大眾的交通安全中也要取得平衡。

這次香港老人精神科學會組團參觀了位於伊利沙白醫院的醫院管理局社區復康中心，正正解答了我心中的疑問，例如：精神科病人是否適合做職業司機？中心的主要服務範圍包括「輔助科技及獨立生活評估」、「駕駛復康」及「性康復」三項專科復康服務。我們主要參觀了前兩項服務的設施(見上期Council News介紹)，有趣之餘亦對成年病人的職業復康評估與支援加深了解。

我對駕駛頗有興趣，最吸引我的設施莫過於三種駕駛模擬器，分別為私家車，巴士及摩托車。團友們試了私家車及巴士模擬器都說有點困難。我則試了摩托車模擬器，經導師指導下尚能正常控制摩托車，比平日揸開的四輪車更刺激，但最終都未能取得合格分數。我不禁對各位能過關的駕駛者多了幾分敬佩，尤其是年紀漸長仍努力服務社會的長者司機們，也感受到評估服務所需要的嚴謹。

參觀設施後，中心導師都詳細講解相關服務及作個案分享。現時醫管局醫護人員、專職醫療人員、醫務社工或運輸署都可以轉介其下的病人至中心作評估及訓練。大家遇到合適的個案可以考慮轉介，有空的話可以再次組團親身體驗一吓以上設施，有趣又實用。



IS NOW AVAILABLE IN HONG KONG



The **FIRST** disease-modifying therapy received
FULL approval from FDA for early Alzheimer's Disease¹⁻³

LEQEMBI® allows those affected by early AD*
to preserve precious time and live an independent life.⁴



Dual-acting LEQEMBI® clears not only plaques,
but also protofibrils, the most neurotoxic form of Aβ.^{4,5}



*MCI due to AD and mild AD

Abbreviations: Aβ, amyloid-beta; AD, Alzheimer's Disease; FDA, Food and Drug Administration; MCI, mild cognitive impairment.

References: 1. U.S. Food & Drug Administration. Available online. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-converts-novel-alzheimers-disease-treatment-traditional-approval>. Last accessed: 28 June 2024. 2. LEQEMBI® Hong Kong Prescribing Information (Version April 2024). 3. Hoing LS, et al. *Alzheimers Res Ther*. 2024;16(1):105. 4. van Dyck CH, et al. *New Engl J Med*. 2023;388(1):9-21. 5. Hampel H, et al. *Mol Psychiatry*. 2021;26(10):5481-503.

LEQEMBI® Abbreviated Prescribing Information

LEQEMBI® (Lecanemab) concentrate for solution for infusion 200 mg/2 mL, 500 mg/5 mL

Indication: LEQEMBI is indicated for the treatment of Alzheimer's disease. Treatment with LEQEMBI should be initiated in patients with mild cognitive impairment or mild dementia stage of disease, the population in which treatment was initiated in clinical trials. **Dosage and administration:** The recommended dosage of LEQEMBI is 10 mg/kg that must be diluted then administered as an intravenous infusion over approximately one hour, once every two weeks. If an infusion is missed, administer the next dose as soon as possible. **Contraindications:** LEQEMBI is contraindicated in patients with serious hypersensitivity to lecanemab or to any of the excipients of LEQEMBI. **Warnings and precautions:** Amyloid Related Imaging Abnormalities (ARIA): ARIA, characterized as ARIA with edema (ARIA-E) and ARIA with hemosiderin deposition (ARIA-H), can be caused. ARIA usually occurs early in treatment and is usually asymptomatic, although serious and life-threatening events, including seizure and status epilepticus, rarely can occur. When present, reported symptoms associated with ARIA may include headache, confusion, visual changes, dizziness, nausea, and gait difficulty. Focal neurologic deficits may also occur. Symptoms associated with ARIA usually resolve over time. The risk of ARIA, including symptomatic and serious ARIA, is increased in apolipoprotein E ε4 (ApoE ε4) homozygotes. Intracerebral hemorrhages greater than 1 cm in diameter have also occurred in patients treated with LEQEMBI. **Hypersensitivity reactions:** Hypersensitivity reactions, including angioedema, bronchospasm, and anaphylaxis, have occurred in patients who were treated with LEQEMBI. Promptly discontinue the infusion upon the first observation of any signs or symptoms consistent with a hypersensitivity reaction, and initiate appropriate therapy. LEQEMBI is contraindicated in patients with a history of serious hypersensitivity to lecanemab or to any of the excipients of LEQEMBI. **Infusion-related reactions:** Infusion-related reactions were mostly mild (69%) or moderate (28%) in severity. Symptoms of infusion-related reactions include fever and flu-like symptoms (chills, generalized aches, feeling shaky, and joint pain), nausea, vomiting, hypotension, hypertension, and oxygen desaturation. In the event of an infusion-related reaction, the infusion rate may be reduced, or the infusion may be discontinued, and appropriate therapy initiated as clinically indicated. Prophylactic treatment with antihistamines, acetaminophen, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, or corticosteroids prior to future infusions may be considered. **Adverse reactions:** The most common adverse reaction (led to discontinuation in 2% of patients treated with LEQEMBI) was infusion-related reactions in one study, and ARIA-H microhemorrhages in another study. Common adverse reactions (reported in at least 5% of patients treated with LEQEMBI 10 mg/kg every two weeks and at least 2% higher than placebo) include headache, cough, diarrhea, ARIA-E, superficial siderosis of central nervous system, rash, and nausea/vomiting. Refer to the full Prescribing Information for other adverse reactions. **Use in specific populations:** **Pregnancy:** There are no adequate data on the safety of LEQEMBI use in pregnant women. **Lactation:** There are no data on the presence of LEQEMBI in human milk, the effects on the breastfed infant, or the effects of the drug on milk production. **Pediatric use:** Safety and effectiveness of LEQEMBI in pediatric patients have not been established. **Geriatric use:** No overall differences in safety or effectiveness of LEQEMBI have been observed between patients 65 years of age and older and younger adult patients. **Storage:** Unopened vial: Store in a refrigerator at 2°C to 8°C. Store in the original carton to protect from light. Do not freeze or shake. **Diluted solution:** [See Dosage and Administration (2.4)]. Please refer to the full Hong Kong Prescribing Information for details.

Eisai (Hong Kong) Company Limited

Unit A, 29/F, Lee & Man Commercial Center, 169 Electric Road,
North Point, Hong Kong
Tel: (852) 2516 6128 | Fax: (852) 2561 5042



Photos of Chinese Tripartite Psychogeriatric visits and HKPGA meetings 2025













Council News

The Chinese Tripartite Psychogeriatric Meeting 2025 and the 27th Annual Scientific Symposium cum Annual General Meeting (AGM) of HKPGA were successfully held on 15th November 2025. The symposium kicked off with the welcome speech by Dr. Edmond L.K. CHAN, and Chairperson of the Guardianship Board, Ms. Alexandra D. W. LO, who delivered the opening speech. Prof. WANG Huali, Chair of the Peking University of Mental Health (sixth hospital) gave the keynote lecture on National Dementia Action Plan. Then the representatives from Hong Kong (Prof. Calvin P.W. CHENG), Taiwan (Dr. CHANG Chun Wei) and the mainland (Dr. SUN Tingting) presented their insight on sleep disorders in the elderly, needs assessment, and EEG complexity as biomarker in depression and mild cognitive impairment respectively. Lastly, Dr. WONG Yu Ching of Castle Peak Hospital shared the award-winning validation study of the Hong Kong Chinese Version of Telephone Screening Protocol.

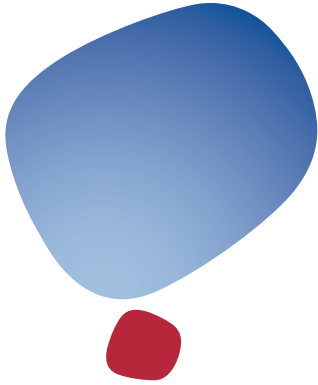
The Office Bearers and Council Members of HKPGA for the year 2025-2027 were elected in the AGM.

HKPGA Council 2025-2027

President	Dr. CHAN Lap Kei, Edmond
Immediate Past President	Dr. LI Siu Wah
Vice-President	Dr. CHENG Pak Wing, Calvin
Vice-President	Mr. SUN Hoi Tung, Adrian
Honorary Treasurer	Mr. WONG Man Lung, Ben
Honorary Secretary	Dr. KONG Ka Lun, Alan
Council Member (Medical)	Dr. WONG Mei Cheung, Mimi
Council Member (Nursing)	Mr. KONG Winchung, Samuel
Council Member (Clinical Psychology)	Dr. LAU Wing Lam, Rosanna
Council Member (Voluntary Sector/ Others)	Dr. YIP Yuk Cheong, Charles
Council Member (Occupational Therapy)	Ms. LEUNG Shun Chi, Yama
Council Member (Physiotherapy)	Ms. TANG Lai Wah, Fiona
Chairperson of the Newsletters Committee	Dr. LAM Chi Leung
Chairperson of the Training Committee	Dr. CHOW Po Ling, Paulina

The HKPGA would like to thank the following sponsors for their generous support:

Major sponsor:



Otsuka

Other sponsor:



Johnson&Johnson



Treat MDD Patients with **NEUROLOGICAL DISEASES**



significant reduction of depressive
symptoms. e.g. anhedonia, apathy^{^,1,2}



significantly and clinically relevant
improvements in cognitive performance^{*,1,2}



significant improvement in health-related
QoL and functioning^{†,1,2}



significant improvement in overall clinical
severity^{#,1}

[^] as assessed by MADRS score; ^{*} as assessed by DSST & RAVLT; [†] as assessed by BASQID & IADL; [#] as assessed by CGI-I

MDD, Major Depressive Disorder; DSST, Digit Symbol Substitution Test; RAVLT, Rey Auditory Verbal Learning Test; QoL, Quality of Life; BASQID, Bath Assessment of Subjective Quality of Life in Dementia; IADL, Instrumental Activities of Daily Living; CGI-I, Clinical Global Impression-Improvement

Reference: 1. Cronquist Christensen M et al. Poster P.0096 presented at the 35th ECNP Congress, Vienna, Austria, 15-18 October 2022; 2. Cronquist Christensen M et al. Poster LP86 presented at the 15th CTAD Congress, San Francisco, USA, 29 November-2 December 2022



To facilitate information access, the HKPGA newsletter may provide third party information through its pages. The HKPGA shall not be responsible for such information, product or services provided by these third parties. Provision of such information on the HKPGA newsletter does not give rise to any statement, representation, endorsement or warranty by the HKPGA with respect to such information, product or service provided by these third parties. Such information has been compiled and issued by these third parties and that the HKPGA has no control over the information provided thereon.



Please join or renew your HKPGA membership by downloading the HKPGA Membership Application Form at www.hkpga.org/main.php?id=30

Newsletter Committee:

Dr. LAM Chi Leung (Medical Centre for Cognition and Emotion, HK)

Dr. Connie YAN (Mercy Mental Health, Australia)

Dr. Alan Kong (United Christian Hospital)

To save the environment, please update your email address via info@hkpga.org