

生命末期的失智症照護

國立臺灣大學醫學院附設醫院 家庭醫學部 吳幸儒 程劭儀

失智症也需要緩和醫療

隨著人口老化，失智症已成為全球重要的公共衛生議題之一。統計顯示，全球約每三秒即新增一位失智症病人，預估至2050年病人數將增加至現今的三倍。失智症並非僅是記憶衰退的疾病，在病程後期，病人往往合併高度症狀負擔、頻繁住院、決策困難與龐大的照顧需求。緩和醫療的核心，是協助病人與家庭在不可逆的疾病歷程中，減輕痛苦、維持尊嚴。對失智症而言，緩和醫療不應只存在於生命最後數週，而應是一種隨病程逐步整合的照護模式。

照顧失智症病人都應有的緩和醫療能力

近年文獻逐漸強調初級緩和療護的重要性，意指所有臨床醫師都應具備的基本能力，而非僅仰賴安寧緩和與專科介入。相對地，專科緩和療護則用於症狀控制困難、溝通高度衝突或決策極度複雜的個案。失智症的初級緩和療護可歸納為幾個核心面向，包括高品質溝通、預立醫療照護計畫(Advance Care Planning, ACP)、決策能力評估、預後評估，以及適時的安寧緩和轉介¹。

一、高品質溝通

高品質溝通可以增加治療順從性，而溝通往往從「告知壞消息」開始。此時可運用結構化的溝通技巧以降低衝突與焦慮。SPIKES為一套系統化告知壞消息的溝通架構，包括：Set up（環境配置），確保主要照顧者或決策者在場，安排具隱私性的空間，並事先準備完整病

情資料。Perception（認知），先了解病人或家屬對疾病的理解程度。Invitation（邀請）、Knowledge（知識）、Empathy（同理），以邀請式提問開始，逐步提供小而易懂的資訊，並以同理心回應情緒，形成反覆循環的對話。Summary & Strategy（總結與策略），簡要整理重點，並聚焦下一步照護方向。

二、預立醫療照護計畫

預立醫療照護計畫(ACP)在失智症照護中尤其重要，因為病人的認知與表達能力會隨時間逐漸下降。它不應被視為一次性的單點討論，而是一段持續的對話討論。在診斷時期附近、健康狀況出現重大變化，或居住與照護環境改變時，都是重新檢視照護目標的關鍵時點。及早進行ACP，不僅能降低末期不必要的侵入性治療，也能減輕照顧者在關鍵時刻獨自承擔決策的心理負擔。

三、決策能力評估

決策能力是臨床對病人是否能理解資訊、權衡選擇並了解後果的評估。病人需具備以下四項能力，方能被視為具有決策能力：能清楚表達選擇、理解影響選擇的重要資訊、意識到選擇的後果以及說明其決策理由。此評估在失智症照護與ACP討論中尤其重要。

四、預後評估

預後認知不足，是緩和醫療延遲介入的重要原因。儘管晚期失智症具有高度死亡風險，但研究顯示，無論是醫師或家屬，常低估其預後嚴重性。在一項護理之家研究中，僅

有1%的晚期失智症住民被評估為預期壽命少於六個月，實際上卻有百分之七十一在六個月內死亡²。驚訝問題(Surprise question)是臨床上一個簡單的預後判斷工具，試問自己：「如果病人在未來半年/一年內死亡，你會不會感到驚訝？」如果答案是不會，那應視為存活期有限，進一步討論緩和醫療介入的可能性。此外，Advanced Dementia Prognostic Tool(ADEPT)為一常用失智症預後評估的工具，其最初是針對護理之家65歲以上住民設計，用以預測六個月內死亡率。評估的內容包括：在過去九十天內住過療養院、年紀、性別、有喘的狀況、至少有一處大於或等於第二期壓瘡、完全依賴所有日常生活活動、大部的時間臥床不起、由口進食不足、大便失禁、BMI低於18.5、近期體重減輕、充血性心臟衰竭。經過計算得到的分數，則可對照出六個月死亡率³。

五、適時的安寧緩和轉介

當臨床醫師意識到病人預估存活期有限，正是緩和醫療團隊及早共同介入的時機。功能評估分期量表(Functional Assessment Staging Scale, FAST)為評估失智症病人功能衰退的工具，分為1至7級，當等級大於或等於7分，代表病人已經完全依賴他人，無法自行行走、無法以言語進行有意義的溝通，以及無法維持意識。若此時若再加上合併症（如心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、糖尿病等）或次級病症（如譫妄、肺炎、壓瘡、反覆發燒或感染、吞嚥困難、體重下降或營養狀況不佳等），這些情況

表一 失智症緩和療護轉介時機⁴

| 五大面向 | 主要準則 |
|-----------|--|
| 症狀困擾 | <ul style="list-style-type: none"> ● 嚴重身體症狀 ● 靈性痛苦 ● 情緒症狀 ● 行為症狀難以控制 |
| 心理社會或決策因素 | <ul style="list-style-type: none"> ● 提出安寧/善終討論 ● 病人或家屬主動要求 ● 拒絕急診或住院 ● 要求安樂死 |
| 失智類型 | <ul style="list-style-type: none"> ● 快速進展型失智 |
| 併發症與共病 | <ul style="list-style-type: none"> ● 撤除維生醫療 ● 過去一年內≥2次吸入性肺炎 ● 使用人工營養灌食（如餵食管） |
| 醫療使用頻率 | <ul style="list-style-type: none"> ● 過去3個月內≥1次加護病房住院 ● 過去3個月內≥2次急診 ● 過去3個月內≥2次住院 |

將進一步影響病人的預期壽命，這時候就是考慮進行緩和醫療轉介的時機。

國際研究也開始針對失智症病人轉介至專科緩和醫療照護的時機與標準進行整理⁴。JAMA Network Open於2025年發表的研究提出15項主要準則與42項次要準則，協助臨床醫師具體辨識失智症緩和療護轉介時機。轉介主要準則可歸納為五大面向，內容如表一所示。這些準則的價值在於把「應該轉介」轉化為可以被「量化與辨識」的臨床指標。

另一方面，新加坡的PRO-MADE研究嘗試結合人工智慧預測模型，於電子病歷中辨識一年內高風險的晚期失智症患者，並自動觸發照護計畫討論、症狀評估與社區安寧轉介流程⁵。

這種作法把轉介時機從「仰賴醫師經驗」推進到「系統主動提醒」，有助於提高轉介率。

台灣法規與給付制度下的實務現況

在台灣，失智症末期緩和醫療照護主要涉及《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》兩個法案。目前台灣失智症末期之安寧療護收案條件如下（113/10/1第七版修訂）：確診失智症，臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating)3分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅（如ECOG 3分以上），或失智症功能評估分級量表(Functional Assessment Staging Test)等級7C以上。合併一年內，發生以下任一種臨床狀況：

1. 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
2. 營養不良（下列任一情境）：
 - A. 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - B. 明顯的體重減輕：過去三個月下降5%或六個月內下降10%。
 - C. 身體質量指數(BMI)小於16，或白蛋白小於2.5g/dL。
3. 兩次（含）以上跌倒，或者大腿骨骨折。
4. 吸入性肺炎。
5. 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
6. 多處皮膚壓力性損傷（第三、四期）。
7. 敗血症。
8. 反覆發燒，既使已使用抗生素。
9. 過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住

院，或有一次加護病房的住院。

病人自主權利法則透過簽署預立醫療決定，在符合極重度失智時，經兩位專科醫師確診符合臨床條件，兩次緩和醫療照會確認預立醫療決定內容，可啟動預立醫療決定，包括維生醫療與人工營養是否給予。極重度失智症的定義則依據病人自主權利法施行細則第十三條（107/10/3發布）：本法第十四條第一項第四款所稱極重度失智，指確診失智程度嚴重，持續有意識障礙，導致無法進行生活自理、學習或工作，並符合下列情形之一者：

1. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating)達3分以上。
2. 功能性評估量表(Functional Assessment Staging Test)達7分以上。

前項確診，應由兩位神經或精神醫學相關之專科醫師為之。

末期失智症照護技巧

一、疼痛控制：避免被低估的痛苦

研究顯示，失智症患者使用止痛藥的比例較一般人低約百分之二十⁶，主因在於記憶與溝通障礙，使疼痛容易被忽略或低估，因此規律且結構化的疼痛評估格外重要。臨床上可使用PAINAD(Pain Assessment in Advanced Dementia)量表，從五個面向協助判讀疼痛：呼吸型態、負向發聲、面部表情、肢體語言及可安撫性。有效的疼痛控制可連帶改善失智症的行為與心理症狀，減少不必要的鎮靜或約束需求。

二、處方優化：重新檢視失智症藥物的角色

末期失智症患者中，仍有相當比例持續使用失智症藥物，對於已長期使用(>1年)膽鹼酯酶抑制劑的病人，若醫療團隊評估療效有限，特別是在疾病已進入晚期、預後有限的情境下，可考慮在充分溝通後進行試驗性逐步減藥，密切觀察是否出現明顯認知、行為或功能惡化；若有，則可恢復用藥。此做法有助於降低多重用藥負擔與不必要副作用，讓治療更貼近照護目標。

三、進食與吞嚥：從「管灌」轉向「手餵」

一個護理之家研究顯示，百分之九十的晚期失智症患者在生命最後3個月出現進食問題⁷。多項在晚期失智症患者的觀察性研究指出，管灌無法增加存活率或病人舒適度，亦無法降低吸入性肺炎及褥瘡等風險⁸；反之，約五分之一會出現併發症，且超過三分之一需要物理或化學約束以避免拔管⁹。臨床上在放置鼻胃管前，醫師往往未與家屬進行完整討論⁹。依據美國老年醫學會指引與最新研究，不建議在末期老年失智症患者身上常規放置鼻胃管，應改採手餵(hand feeding)，包含姿勢調整及食物質地調整^{10,11}。這不僅更符合舒適照護原則，也能保有進食的人際互動與尊嚴。

四、照顧者負擔：不可忽視的「第二位病人」

末期失智症的照顧壓力多落在家屬身上，且在疾病嚴重度增加與照顧時間拉長時顯著。將照顧者負擔評估納入例行臨床評估，是提升整體照護品質的重要一環。及早轉介教育資

源、喘息服務與社區支持系統，能有效減輕照顧壓力，降低情緒耗竭與醫療決策衝突。當醫師把照顧者視為需要被支持的對象，往往也能改善病人的照護結果。

結語

失智症的緩和照護，並非只在生命最後時刻才啟動的選項，而是一種貫穿整個疾病歷程的照護思維。隨著功能逐步退化與併發症反覆出現，醫療重心也應從單純延緩退化，轉向症狀緩解、目標釐清與生活品質的維護。當臨床醫師在日常照護中實踐初級緩和療護的核心元素，包含高品質溝通、預立醫療照護諮商、預後評估，並在適當時機轉介專科緩和醫療團隊，將使失智症照護轉為主動規劃且以人為本的長期陪伴。臨床研究的應用與台灣現行法律制度的實施，讓醫療團隊在面對生命末期的失智症照護中，能提供更適當的治療計劃，賦予病人更多的自主權及尊嚴，也讓家屬能獲得相對應的支持與陪伴，讓失智症不再只是不可逆的退化歷程，而是一段能被理解、被尊重，以人為本相互支持走過的生命歷程。

文獻參考

1. Neal W: Primary palliative care in dementia. *Neurotherapeutics* 2022; 19(1): 143–51.
2. SL Mitchell, DK Kiely, MB Hamel: Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med* 2004; 164(3): 321–6.
3. SL Mitchell, SC Miller, JM Teno, et al: Prediction of 6-month survival of nursing

- home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. *JAMA* 2010; 304(17): 1929–35.
4. YK Chang, J Philip, JT van der Steen, et al: Referral criteria for specialist palliative care for patients with dementia. *JAMA Netw Open* 2025; 8(5): e2510298.
 5. A Hum, P Kaur, WY Goh, et al: Implementing a transmural model of early palliative care in advanced dementia: the use of a hybrid effectiveness-implementation study design. *BMC Geriatr* 2025; 25(1): 303.
 6. F Landi, G Onder, M Cesari, et al: Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161(22): 2721–4.
 7. SL Mitchell, JM Teno, DK Kiely, et al: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361(16): 1529–38.
 8. LV Estrada, PN Malani, CA Vitale: Eating and swallowing problems in people with advanced dementia. *JAMA* 2025; 334(6): 550.
 9. JM Teno, SL Mitchell, SK Kuo, et al: Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(5): 881–6.
 10. AGS Choosing Wisely Workgroup: American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(4): 622–31.
 11. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee: American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62(8): 1590–3. 🇺🇸

