

## 一末期失智個案之居家安寧照護經驗

謝惠婷<sup>1</sup> 林儀蒂<sup>1</sup> 黃伯瑜<sup>2</sup> 邱榮鵬<sup>2</sup> 黃建榮<sup>3</sup> 許中華<sup>2</sup>

失智症的盛行率近年來隨著人口老化逐漸攀升，由於其漸漸失能的病程及不可治癒性，使得末期失智症的照護成爲一重要之議題，若在不了解失智症的自然病程下給予很多不必要的醫療，反而增添患者與家屬的痛苦。臺灣於2009年9月1日起，已正式由中央健保局公告將老年期及初老期器質性精神病態納入安寧療護健保給付，推廣末期失智的安寧照護。

本文藉由家庭醫師配合「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，照顧一位末期失智患者之經驗，不僅分享居家照護模式，也探討末期失智病人常面臨的兩個問題：營養與水分給予的方式及預立醫療決定。

(*台灣家醫誌* 2018; 28: 45-53) DOI: 10.3966/168232812018032801006

**關鍵詞：**末期失智症、預立醫療諮商、預立醫療決定、居家整合醫療

### 前 言

隨著醫療衛生進步，臺灣自1993年已邁入高齡化社會，也延長了因疾病所帶來的失能期，再加上少子化影響，失能者的醫療及長期照護成爲一個重要的議題。因老化而逐漸失能的疾病中，失智症占了相當大的比例。根據衛生福利部委託臺灣失智症協會進行之失智症流行病學調查，以及國家發展委員會於2016年8月公布的人口推估報告，2016年失智症人口推估已逾26萬人，到了2061年將逾85萬人，大約每100人就有近5人爲失智症所苦<sup>[1]</sup>。失智症造成病人逐漸失能、臥床，終至死亡的疾病特質，使得居家醫療扮演了十分重要的角色，再加

上其不可治癒性，也讓失智症的末期安寧照顧越來越受到重視。

居家醫療照護是由醫療團隊至照護對象住家提供醫療服務，目的爲(1)提升失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性，(2)鼓勵醫療機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院，以及(3)改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病患整合性之全人照護<sup>[2]</sup>。本文藉由家庭醫師照顧一位末期失智患者之經驗，以敘事醫學的方式，不僅分享居家照護模式，也探討過程中所面臨到與末期失智病人相關之安寧照護議題。

<sup>1</sup>台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區家庭醫學科、<sup>2</sup>中醫科、<sup>3</sup>新陳代謝科

受理日期：106年7月20日 修改日期：106年10月16日 同意刊登：106年11月13日

通訊作者：林儀蒂 通訊地址：台北市中山區林森北路530號 台北市立聯合醫院林森中醫昆明院區家庭醫學科

## 個案報告

李奶奶，95歲，喪偶多年，育有三男三女，兒孫分居於海外或台灣。十多年前，奶奶開始出現認知及行為異常被診斷為失智，一直固定於某醫學中心治療。兒女僱用了一位台籍看護二十四小時照顧，主要醫療決策者為二兒子及小女兒。

隨著病程進展，奶奶認知及身體功能逐漸衰退，幾乎終日臥床（臨床失智評估量表CDR由4分進展到5分；巴氏量表：0分），完全依賴看護照顧。2015年底，奶奶因腸阻塞反覆住院，檢查偶然發現胃和胰臟頭部有兩顆不名來源腫瘤（大小約2-3公分），因奶奶年事已高加上重度失智，家屬們討論後拒絕侵入性檢查或治療，並選擇緩和醫療。出院後奶奶開始於安寧療護門診追蹤。

二兒子因心疼媽媽就診都大費周章且無法久坐輪椅候診，輾轉得知有居家安寧服務時，想尋求離家近的本院接受照護，於是來門診詢問。當時二兒子表示協同醫療決定的妹妹出國，可之後再與她討論。經評估後，本院醫療團隊於2016年3月11日開始居家訪視。

兩週後，小女兒回國了，團隊與二兒子、小女兒及看護召開緩和醫療家庭諮詢會議，溝過程發現女兒對我們存有不信任感，她原本傾向在原醫學中心追蹤，而且雖同意安寧療護，但內心仍十分不安…

「我不想讓媽媽辛苦，我們不要插管急救，也不要放鼻胃管，那太痛苦了…媽媽上次腸阻塞被放鼻胃管，一直掙扎一直拔，看起來很不舒服…」

「肚子裡的腫瘤真的不需要再安排一些檢查了嗎？」

「我也很掙扎，選擇安寧是不是就放棄她了…」

我們告訴她「選擇安寧絕不是放棄奶奶，而是想讓她有好的生活品質，走得尊嚴。肚子裡的腫瘤還需再觀察，反而重度失智後續的感染、進食或其他併發症才是常會面臨的挑戰…奶奶身體若有狀況，團隊可以到家評估，減少她就醫不便，盡量以奶奶舒適為原則。」

會議過後，兒女們決定接受本院居家安寧照護。私下詢問二兒子得知，小女兒對奶奶的感情很深且主見很強，最初她堅持進一步檢查奶奶腹部腫瘤，後來發現奶奶在檢查室一直躁動哭鬧、住院中不停拔除鼻胃管，她才意識到這些醫療行為是讓奶奶痛苦的，所以接受了安寧療護，但內心仍有很多矛盾。「妹妹很孝順，但就是很多事還是看不開…而且有大醫院迷思，認為這樣才能給媽媽最好的照顧…」

2016年4月中，奶奶因為呼吸喘、發燒被送往急診，後來診斷為肺炎而於某醫學中心住院，期間一度瀕臨呼吸衰竭須考慮插管治療，家屬當時陷入猶豫，醫療團隊持續與兒女保持電話聯繫…

「媽媽狀況不太好，醫師說如果痰更多、更喘，就要插管治療了…我不想讓媽媽辛苦，可是醫師說也許有機會拔管，這樣到底要不要答應…」

「媽媽被放鼻胃管了，因為一直昏睡，沒吃東西，可是灌食後她真的氣色比較好耶…是不是該長期放啊？比較不擔心營養問題…」

所幸奶奶經治療後平安康復，而鼻胃管也因奶奶自拔，且可逐漸由口進食，所以沒有再放置。返家後團隊立即安排訪視，並再次與家屬討論對於奶奶病情的想法。兒女表示，如果奶奶又發

生呼吸衰竭，他們已決定不插管治療，但女兒開始會詢問是否有長期置放鼻胃管的必要性。

2016年5月中，奶奶出現反覆發燒、呼吸喘且血氧下降的現象，兒女們希望能以居家醫療方式先處理，於是團隊安排臨訪，幫奶奶進行身體評估、抽血及單導驗尿檢查，檢查後發現泌尿道感染，因奶奶明顯嗜睡，與家屬討論後置放暫時性鼻胃管給予二線口服抗生素並增加水分給予。經過幾天治療，奶奶意識較為清醒，開始自拔鼻胃管，雖可慢慢由口進食，但女兒仍擔心…

「還是再放鼻胃管好了，否則媽媽如果水喝太少、營養不夠又不乖乖吃藥，又會泌尿道感染，還是放回去好了……」當時告知她長期鼻胃管放置可能造成的不適及併發症「奶奶一直去拔管子，代表她其實是不舒服的…長期鼻胃管灌食對重度失智患者來說並不會存活比較久，有些觀察性研究甚至發現管灌餵食與吸入性肺炎或褥瘡的風險增加有相關，如果可以從嘴巴慢慢餵是最好的，只是照顧者比較辛苦，需要耐心陪伴…」但女兒仍堅持放置鼻胃管，所以護理師前去重新放置。

一個月後，奶奶又因發燒、呼吸喘被送往急診，診斷為輕微右下肺肺炎，因家屬不希望個案住院，於是在急診待兩天即要求自動出院並由本院團隊接手後續治療。幾天後，奶奶再次自拔鼻胃管，女兒又陷入掙扎…

「媽媽又拔鼻胃管了，是不是真的很不舒服……國外好像比較建議胃造瘻，還是要做這手術……」

當時奶奶症狀已好轉，且多次醫訪後，女兒比較可以溝通，經評估確認奶奶可由口進食不會嗆咳，在團隊解釋及

陪伴下，女兒可接受暫不放置鼻胃管。

「你們說的我都懂，也知道她沒生活品質，但我捨不得啊…她意識清楚時什麼都沒交代，只說以後的事請我幫忙處理，但從沒人告訴我，要替她做這麼多困難的決定，讓我覺得在主宰她的生命…這樣做不知道是對還是不對…」拍拍她的肩，抬頭看著奶奶沉靜的睡顏，這問題，是無解了…

漸漸地，經由一次次的訪視，女兒對醫療團隊的笑容變多了，逐漸給予團隊信任及肯定。目前本院團隊仍持續每兩週到府評估開藥，若有需要團隊就會安排時間臨訪，盡量讓奶奶的醫療需求在居家完成。

## 討 論

失智症病人末期常因持續性的中樞神經退化，造成吞嚥與活動功能逐漸喪失，進而導致感染、營養不良及失能臥床等狀況終至死亡。後期醫療處置，常會糾結在病人、家屬和醫護人員情感與理性的掙扎中，若在不了解失智症末期的自然病程下給予很多不必要的醫療，反而增添患者與家屬的痛苦。

以下討論會依陳炳仁所著〈失智症安寧緩和醫療照護指引〉<sup>[3]</sup>為主軸，再輔以其他文獻，討論團隊在照顧奶奶過程中，也是照顧末期失智患者很常面臨的兩個問題：營養與水分給予的方式及預立醫療決定。

末期失智症患者營養與水分給予方式

吞嚥困難是末期失智症患者常出現的症狀，有一個研究針對323位住在護理之家的末期失智病患追蹤18個月發現，已出現進食問題的病人，6個月的死亡率

為38.6%，而90%的死亡病人，在臨終的最後3個月都有進食困難的症狀<sup>[4]</sup>。當病患面臨脫水、營養不良、體重減輕或吸入性肺炎時，人工營養與水分的給予，常是家屬與醫護人員所需抉擇的難題。

### 一、評估與處置

正常吞嚥機轉可分為認知期（利用感官感覺正要享受的食物）、準備期（食物進入嘴巴後咀嚼磨碎形成食糰，幫助吞嚥的加工過程）、口腔期（舌頭將食糰後送到咽部的過程）、咽部期（食糰進入咽喉並送入食道的階段，由吞嚥反射控制）及食道期（食物從食道被送到胃）共五期，其中任一個環節出問題皆可能導致吞嚥障礙。而造成末期失智病患進食障礙的原因主要有四種：

(1) 認知期異常，忘記什麼是食物或如何處理食物，而無法啟動或進行進食動作、(2) 準備期及口腔期異常，導致口腔部吞嚥困難，食物會殘留口中或是漏出來、(3) 咽部期異常，吞嚥反射出問題而導致噎咳，最容易造成吸入性肺炎、(4) 因憂鬱或其他心理因素導致不願意進食。診斷是哪一類問題之前，需要先思考並排除急性內科疾病，例如：感染、中風、藥物副作用等狀況，某些較明確與容易處理的問題，例如牙科問題與便秘，應該要先發現並處理<sup>[3,5,6]</sup>。

初期可以藉由改變食物質地（盡量以質地細滑、濕潤但不溢出汁液、容易形成食糰為原則）、給予隨時可食用的零食、少量多餐、提供喜愛的食物或使用營養補充品來改善。另外也可照會專業團隊來協同評估<sup>[3]</sup>。到了後期病患進食障礙程度加重，甚至不吃不喝時，管灌飲食常是被用來給予營養與水分的方法。然而目前許多研究結果及醫學會指引皆顯示，提供失智末期病患管灌營養

並無法帶來任何預期好處，且影響其舒適與愉悅度，並增加治療風險<sup>[7-12]</sup>。根據英國國家健康照護專業組織(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)指引與歐盟失智症緩和療護白皮書的建議<sup>[13,14]</sup>，在吞嚥困難是暫時現象的階段，可以考慮使用人工管灌餵食，但對於因疾病嚴重度惡化導致長期吞嚥困難或不願進食的失智症晚期病人，管灌餵食不應視為必要處置，尤其是過去已有預立醫療決定的病人，更需尊重其自主權，考量倫理法律規範。

二、末期失智患者經口進食，餵食者需學習細心手工餵食(careful hand feeding)技巧，如表1所示<sup>[3,15]</sup>。

### 三、經口增加水分攝取方法

前面提到，目前多數指引皆建議失智症晚期的病人，應技巧地由口餵食。但是水分攝取是一大挑戰，因為水的流速快，容易造成吞嚥困難病人噎咳。如何由口增加水分攝取，除了依循上述的細心手工餵食技巧，還可用一些方法輔助，例如用小湯匙慢慢餵、添加增稠劑來增加水分黏稠度，像是臨床上常用的快凝寶，或在水中加入麥粉、地瓜粉、蓮藕粉、太白粉等天然增稠劑，讓水形成勾芡狀以利吞嚥。但臨床發現，病人對這種加入增稠劑的水，有時反而會因為不喜歡喝而造成脫水，所以照顧者需注意溫度、濃稠度的調配，也可依病人喜好加些蜂蜜、檸檬汁…等調味，或做一些半流質食物，如小麥粥、馬鈴薯泥、南瓜濃湯、稠粥…等，來增加病人水分的攝取<sup>[3,15,16]</sup>。

### 失智症患者的預立醫療決定(Advance decision, AD)

根據研究，失智症從診斷到生命結

表1 末期失智患者餵食細心手工餵食(careful hand feeding)技巧

細心手工餵食技巧
1. 選擇病人喜歡的食物與用餐環境，可與家人或朋友一起用餐，增加用餐的愉悅度
2. 盡量利用感官的刺激（例如視覺、嗅覺、冷熱、味覺…等），來刺激病人食慾及吞嚥能力
3. 在清醒與功能較好時進食
4. 避免分心：手工餵食全程，照顧者要非常專注於病人，不應一心多用
5. 餵食前需做好口腔清潔及潤濕口腔
6. 適當擺位：擺位可因個人而易，但原則上盡量讓病人進食姿勢保持直立，最好約90度，脖子微微前傾，此姿勢對大部分病人來說較可避免被食物噎到或吸到肺裡
7. 少量多餐：可減少食物份量，餵食時間縮短，分多次餵食，每一口的大小要小於一茶匙，盡量定時定量
8. 注意食物的形狀、濃稠度、濕度、軟硬度及沾黏度等，盡可能的均質
9. 可搭配給予較濃縮的高蛋白質、高熱量營養配方，增加營養素及熱量的補充
10. 照顧者需有耐心，避免急迫或強迫性餵食，餵食每一口之前，需確認口腔內已沒有殘餘食物再餵下一口
11. 餵食者應經常提醒病人吞嚥，吃一口就要吞好幾次，甚至對一些聽得懂指令的失智末期病人，可請他們憋氣後再吞嚥，並鼓勵吞嚥後輕輕咳嗽
12. 照顧者要留心病人所發出的非語言訊息，以瞭解他是否有吞嚥困難或噎到的情況
13. 使用飲食輔具，例如特殊容器、單向吸管或防滑墊…等
14. 餵食後，可將床頭抬高至少30度且至少維持1小時，避免食物或胃酸逆流

資料來源：修改整理自參考文獻3,7,8,15

束的時間約6-8年<sup>[17]</sup>，但確切存活期仍難以預估，因此患者自主理解與決策能力喪失的時間，常比其生命末期的時間點提早許多。若未有預立醫療決定或曾表達意願，會造成代理人必須做出困難且煎熬的選擇。根據研究，預立醫療諮商是最能避免末期失智病人接受不願意或非必要醫療處置的方法，也可增加病人與代理人、病人與醫療人員的互動，減少衝突，增加決定的滿意度<sup>[4,18]</sup>。因此對於失智症患者，在病患仍有自主決策表達能力時先進行預立醫療諮商，相對於癌症病患更顯得必要且迫切。

#### 一、預立醫療諮商(Advance care planning, ACP)與預立醫療決定

「預立醫療諮商」是指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進

行之溝通過程，商討當病人處於特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達意願時，對病人應提供之適當照護方式以及病人得接受或拒絕之維持生命治療與人工營養及流體餵養。目的是個人為其將來可能失去決定能力的情況，在自己仍具清楚意識及決定能力時，為自身的醫療處置預做規劃<sup>[19]</sup>。經過預立醫療諮商後，意願人將此意願立下書面的文件，稱之為預立醫療決定<sup>[19]</sup>，與「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」意義不同，其範圍更為廣泛。

#### 二、失智症患者的預立醫療諮商與預立醫療決定

失智症患者的預立醫療諮商若能越早開始愈好，過程中需協助其充分瞭解疾病相關內容、可能的併發症、治療以

及預後，鼓勵病人表達之後想選擇的醫療照護方式、生活型態，以及死亡的議題，並立下正式書面文件<sup>[20]</sup>。

輕度失智症患者，仍有相當能力可以進行互動和溝通。根據研究結果顯示，早期認知障礙病人參與討論未來的醫療決策，與沒有認知障礙者有同樣的結果<sup>[21]</sup>。對這群病人，需採重點與直接溝通方式，要把握一個原則「少就是多」，問題要簡單，讓病人有充分的時間思考與討論。應安排在認知障礙者精神較好的白天，減少干擾，討論時可用情境會比較容易了解<sup>[22]</sup>。

而中、重度失智症患者，其意思與行為能力的判定，在醫療場域中，難以視為全有或全無，除非病人完全昏迷，否則也可藉由病人最直接的感受，來協助醫療決策。例如，一個接受鼻胃管灌食的失智者，幾乎天天將鼻胃管拔除並說不舒服。那麼，即使他已被鑑定不具有完全的意思能力，其拒絕行為仍應受到重視，做為醫療決策的重要考量<sup>[3,23]</sup>。

醫療人員應尊重失智者在病程惡化前所表達之意願，並充分考量各式治療的好處與風險、倫理、以及社會對疾病負擔和生活品質等領域的共識，以病人-家屬-專業醫療照護人員共同參與決策的方式，來做出符合最佳利益與需求的決定<sup>[3,24]</sup>。

在台灣，礙於民情忌諱談死亡，預立醫療諮商並不普遍，往往最後是由家屬代替醫療決策，臨床常出現衝突與困境，如家屬意見不同，或是家屬的代理決策與醫療專業人員建議的處置方向有極大落差，建議運用「醫療倫理四大原則」<sup>[25]</sup>協助思考，並召開家庭會議，運用同理心溝通技巧來獲得家屬對醫療決策的共識。若仍無法決定，也可運用

「限時嘗試治療」(time-limited trials)，一方面可評估療效，一方面也可讓無效醫療顯現，協助決策，讓醫療人員與家屬均能安心放心<sup>[3]</sup>。

### 結論與反思

末期失智之安寧照護有許多議題受到關注，本文選擇「營養與水分給予方式」及「預立醫療決定」來探討，主要是因為照顧個案後，深深感受到這兩個議題的重要性。

由上述討論可知，提供失智末期病患管灌營養並無法帶來任何預期好處，反而會引起不適及增加風險。個案其他兒孫都可接受個案不放置鼻胃管，但小女兒因與個案感情最深，加上個案未做預立醫療決定，讓小女兒常陷入情感與理智的拉扯。即便個案不斷自拔鼻胃管，團隊持續溝通、開家庭會議，教導經口餵食技巧，對話總是結束在「醫師，我都懂…但我捨不得…」。詢問過幾位失智症專家，面對這種情況，也只能照代理人的意思去做，之後再視情況調整，因為我們想做到的是「生死兩相安」，不只讓死者安息，也希望生者無憾。一路看著小女兒內心的掙扎，更讓我體會到失智症患者的預立醫療決定有多麼重要。

此外，從這個案也看到居家照護的重要性。這段時間，團隊定期到案家評估、開藥，個案不適時安排臨訪，執行抽血、驗尿等相關檢查，若個案住院，也盡速銜接出院照顧，減少了不下數十次的門診回診及急診就診，也縮短了住院天數，讓個案可以盡量待在最熟悉的家裡接受照顧。

總結來說，失智症患者若在意識清楚時就做好預立醫療諮商，立下預立

醫療決定，不只預防病人受苦，還可預防家屬、醫療團隊受苦，甚至可以預防社會失能。而居家醫療的照護模式不只解決病床不足、病人不肯出院的問題，也解決病人不敢回家的問題。更重要的是，也可透過居家團隊到病人家裡把急性病痛解決後，再成功轉銜給未來要承接的家庭醫學科醫師、社區護理，或是安寧團隊，也為高齡化社會的長期照護網路，提供了銜接、鋪路，使整個社會真正做到老有所終<sup>[26]</sup>。

### 參考文獻

1. 台灣失智症協會。2017年06月30日，取自 [http://www.tada2002.org.tw/tada\\_know\\_02.html#01](http://www.tada2002.org.tw/tada_know_02.html#01).
2. 中央健康保險署：105年全民健康保險居家醫療照護整合計畫。台北：中央健康保險署，2016。
3. 陳炳仁：失智症安寧緩和醫療照護指引。陳炳仁等編。第一版。台南：奇美醫療財團法人奇美醫院，2016。
4. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361: 1529-38.
5. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA: Dysphagia in the elderly: management and nutrition consideration. *Clin Interv Aging* 2012; 7: 287-98.
6. Up-to-Date: Palliative care of patients with advanced dementia. <http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-patients-with-advanced-dementia>. Accessed April 30, 2017.
7. 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: 1590-3.
8. Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS: Oral feeding options for people with dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 463-72.
9. Sampson EL, Candy B, Jones L: Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2): CD007209.
10. Teno JM, Pedro G, Mitchell SL, Kuo S, Fulton AT, Mor V: Feeding tubes and the prevention or healing of pressure ulcers. *Arch Intern Med* 2012; 172: 697-701.
11. Kuo S, Rhodes RL, Mitchell SL, Mor V, Teno JM: Natural history of feeding-tube use in nursing home residents with advanced dementia. *J Am Med Dir Assoc* 2009; 10: 264-70.
12. 李雅玲、黃俐穎、黃勝堅：管灌餵食的醫療與倫理考量。北市醫誌 2016；13：277-84。
13. National Institute for Health and Care Excellence, NICE (2016). Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42?unlid=376178711201510614248>. Accessed June 30, 2017.
14. Van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, et al; European Association for Palliative Care (EAPC): White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2014; 28: 197-209.
15. Up-to-Date: Swallowing disorders and

- aspiration in palliative care: Assessment and strategies for management. <http://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-assessment-and-strategies-for-management>. Accessed September 30, 2017.
16. Up-to-Date: Stopping artificial nutrition and hydration at the end of life. <http://www.uptodate.com/contents/stopping-artificial-nutrition-and-hydration-at-the-end-of-life>. Accessed September 30, 2017.
  17. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A: Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007-11.
  18. Arcand M: End-of-life issues in advanced dementia: Part 1: goals of care, decision-making process, and family education. *Can Fam Physician* 2015; 61: 330-4.
  19. 病人自主權利法。2017年6月30日，取自 <http://law.moj.gov.tw/Law/LawSearchResult.aspx?p=A&t=A1A2E1F1&k1=病人自主權利法>。
  20. Mitchell SL: Clinical practice. Advanced dementia. *N Engl J Med* 2015; 372: 2533-40.
  21. Karel MJ, Moye J, Bank A, Azar AR: Three methods of assessing values for advance care planning: comparing persons with and without dementia. *J Aging Health* 2007; 19: 123-51.
  22. Dening KH: Advance care planning in dementia. *Nurs Stand* 2015; 29: 41-6.
  23. 謝宛婷、王敏真、陳炳仁：意思能力喪失之病人的醫療決策--英國意思能力法案(Mental Capacity Act 2005)給台灣的啟發與省思。醫品雜誌 2016；10：52-61。
  24. 蔡甫昌、許毓仁、黃宗正、陳晶瑩、邱銘章：失智症患者治療與照護之倫理議題。台灣醫學 2015；19：499-507。
  25. Jonsen A, Siegler M, Winslade WJ (辛幸珍等譯)：臨床倫理學：臨床醫學倫理決策的實務指引。台北：合記出版社，2011。
  26. 王實之、黃肇明、翁林仲、王如娥、黃勝堅：P4醫學精神在居家醫療整合照護的實踐—北市聯醫的經驗。北市醫誌 2016；13：136-50。
- 【註】本文在撰寫的過程中無接受任何來源之贊助(financial disclosure)，以及無利益衝突(conflict of interest)之可能性。

## The Experience of Home-based Palliative Care for a Patient with Advanced Dementia

Hui-Ting Hsieh<sup>1</sup>, Yi-Di Lin<sup>1</sup>, Po-Yu Huang<sup>2</sup>, Jung-Peng Chiu<sup>2</sup>, Chien-Jung Huang<sup>3</sup>  
and Chung-Hua Hsu<sup>2</sup>

As the population ages, the prevalence of dementia is rising worldwide. The role of palliative care in avoiding unwanted or unnecessary treatments is becoming increasingly important for advanced dementia as a non-cancer incurable life-limiting illness covered in Hospice Palliative Care Act since 2009.

The article focuses on our experience of providing a 95-year-old women with advanced dementia with home-based palliative care based on the Integrated Home Medical Care Project. In presenting the experience, we not only share the home-based care model but also discuss two common palliative issues of advanced dementia: eating problems and advanced directives.

*(Taiwan J Fam Med 2018; 28: 45-53) DOI: 10.3966/168232812018032801006*

**Key words:** advance care planning, advance decision, advanced dementia, integrated home medical care

---

<sup>1</sup>Departments of Family Medicine, <sup>2</sup>Chinese Medicine, <sup>3</sup>Endocrinology and Metabolism Medicine, Taipei City Hospital Linsen Chinese Medicine & Kuming Branch, Taiwan.

Received: July 20, 2017; Revised: October 16, 2017; Accepted: November 13, 2017.