

無憾

No Regrets

重度與末期失智症之照護



社團法人台灣失智症協會

目錄

Contents



第一章 ① Chapter

重度失智症的臨床表現 5

第二章 ② Chapter

重度失智症患者的照顧方法 09

第三章 ③ Chapter

財務管理 31

第四章 ④ Chapter

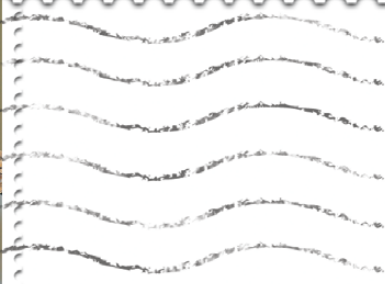
家屬調適與機構選擇 35

第五章 ⑤ Chapter

末期失智症之照護 39

第六章 ⑥ Chapter

圓滿生命終點 55



導讀
No Regrets

無憾



導讀 無憾

No Regrets

失智症的發展就像倒帶人生，病情越到重度，患者的心智和外顯行為愈發後退，照顧者很難去適應昔日的嚴父慈母，竟退化到如襁褓嬰兒，時時對著旁人流露無助眼神；於是如何在患者清醒的片刻，掌握住與他們的緊密互動，替彼此留下最真摯的祝福，以避免遺憾，成為照護重度失智患者的大課題。



Chapter. 1

重度失智症的臨床表現

重度失智症患者，對很多事已無法做判斷，也無法解決問題，大部分的個人日常活 都需要協助，在家中已無能力勝任家事，也無法獨立參與社交活動。



重度失智症的患者，此時記憶大多嚴重喪失，只有片段記憶，表達能力及定向感都變的更差了。對很多事已無法做判斷，也無法解決問題，大部分的個人日常活動，例如洗澡、上廁所及飲食，都需要協助，在家中已無能力勝任家事，也無法獨立參與社交活動。換言之，就是在認知、行為及功能性都明顯下降，且變得更為依賴。



重度失智症的臨床表現

- **日常生活自理能力變差，需他人協助。**例如：不知如何進食、不知如何穿脫衣物、不會洗澡，也不知道如何刷牙、漱口，甚至無法如廁等，相關的自我照顧能力越來越差，幾乎無法自理，依賴度相當高。
- **語言表達及理解能力持續的變差，使溝通更形困難，**無法適當的表達需求或理解指令。



- **肢體功能減退**，平衡障礙、行動緩慢、步態不穩，使得獨立行走愈加困難；加上判斷力及空間辨識感變差，致無法辨識周圍環境之安全性及適當操控環境，因此易發生跌倒或碰撞等意外事件。
- **生理狀況變差**，如因吞嚥困難影響進食情形，導致營養狀況改變、體重下降；也因平衡及肢體的障礙，增加跌倒之危險性，另外感染的問題也增加，最常見的就是肺炎。





Chapter.2

重度失智患者的照顧方法

陪伴與照顧重度患者，除了耐心、愛心及反哺的心情外，特別是要學習照顧方法與技巧，這樣對照顧者不僅有實質的助益，對於患者的生活品質也得以提升。



一、日常生活照顧

1. 飲食攝取

病程進入到重度時，患者可能已經不知道如何吃東西，食物放入口中可能不知如何咀嚼，無法辨識食物或因肢體障礙而影響到進食的動作等，甚至出現吞嚥困難的情形，直接影響到個案營養之攝取，因而出現營養缺失或不均衡的情形，也可能發生體重下降的情形。



◎ 照顧方法

- 1** 佈置或安排患者在他喜歡或習慣的進食環境中用餐，並在固定的時間提供患者熟悉的食物。
- 2** 由於患者進食障礙情形增加，進食時間延長，因此可以調整為少量多餐的方式。
- 3** 由於患者可能已經忘了如何進食，因此照顧者可以陪伴患者一起進食，在旁示範、提醒或引導患者完成進食的動作。儘量讓患者自行進食，必要時才給予餵食。照護者在為患者做任何動作時，都應事先告知，即使患者無法完全理解。
- 4** 選擇適宜的餐具，如長柄 / 粗柄的湯匙方便患者用手抓，防滑的器皿幫助患者容易拿到食物，材質輕不易破的餐具安全性高。裝食物之器皿必須與食物顏色對比鮮明，幫助患者容易看到食物，如裝飯的碗可選擇深色的，裝深色菜的盤子要選擇顏色淺的，且器皿不要有太多花紋，最好是素色。



5 食物的質地要視患者的狀況調整，還能咀嚼的就不要全用軟質食物；已無法咀嚼的患者，就可以選擇軟質食物，像是稠一點的稀飯、剁碎的食物、豆花布丁類；若無法合宜的使用餐具（如筷子），除可用湯匙、叉子外，也可以選擇用手拿取的小塊食物（一口一個）。

6 食物的溫度及配色都應該要留意。播放患者喜歡的音樂及橙橘香味可能可促進患者食慾。

7 當患者常出現噎嚥的情形時，應避免太稀的流質食物，如湯、果汁等，可選擇質地較稠的食物，烹煮時芡芡，或是加入洋菜同煮，使質地



變稠，也可以購買「快凝寶」（至居家照護用品店購買）加入流質中，會提高液體的濃稠度。



8 足夠的飲水量是需要的，因每位患者的狀況不同，可能因有其他疾病而需要限水，因此照顧者應與醫



師討論每日建議的飲水量。而水分的給予是需要適當計畫的，如每隔 1-2 小時給予 100-150 cc 的水，但傍晚後，即應減少給水量，以免因夜間起床解尿而影響睡眠或造成尿床。

- 9** 一般來說重度失智患者因活動量都已減少，每日攝取之熱量約在 1,200~1,500 kcal 即足夠所需，家屬應避免過度餵食導致超重及後遺症。較精準的每日建議攝取熱量，可透過下面的方式計算得知：

1. 基本能量消耗 (BEE)：

男性： $66 + (13.7 \times W) + (5 \times H) - (6.8 \times A)$

女性： $655 + (9.6 \times W) + (1.8 \times H) - (4.7 \times A)$

【W：實際體重 (kg)，H：身高 (cm)，A：足歲年齡】

2. Energy Expenditure (E.E.) =

基本能量消耗 × 活動因素 × 壓力因素

活動因素：臥床 × 1.2；輕度活動 × 1.3；中度活動 × 1.4

壓力因素：一切正常壓力因素為 1.0

實例：

王奶奶 80 歲，身高 158 公分，體重 60 公斤，目前臥床，一切正常。

基本能量消耗 (BEE)： $655 + (9.6 \times 60) + (1.8 \times 158) - (4.7 \times 80) = 1139$

$E.E. 1139 \times 1.2 \times 1 = 1366$ (建議王奶奶每日攝取熱量為 1366 卡)

10 另外經常記錄體重、腰圍，是一種最簡易監測營養的方式，必要時可掛醫院營養諮詢門診或申請長期照護專業人員（營養師）出診的服務，由營養師進行營養評估及協助擬定營養改善計畫。

11 需要時紀錄每日的輸入輸出量，可以協助照顧者或醫療人員客觀的了解患者的營養均衡情形。若照顧者有 2 人以上時，也可以做為交班的依據，如此患者的飲食方能得到完善持續的照護。

2. 身體清潔

失智患者在重度時可能尚有肢體活動能力，但是已無法完成洗澡程序。然而身體的清潔是維持基本生理需求很重要的一件事，所以通常需靠他人協助來清潔身體。除了可以達到清潔、舒適、預防感染的效果，我們也可以在協助患者清潔身體過程中，早期發現身體異常的警訊。

◎ 照顧方法

1 依患者個別狀況選擇適合且固定的時間洗澡，必要時依患者的狀況彈性調整；可安排在傍晚或如廁後，原則上避免安排在飯後洗澡。

2 是否須每日洗澡，可依季節或患者狀況調整。無洗



澡當日，可於解便後協助患者在便盆椅或馬桶上清洗會陰部。若有特殊狀況無法至浴室沐浴，可選擇床上擦澡。

- 3** 協助沐浴前，應備妥相關洗澡用品，如清潔衣物、毛巾、沐浴用品、洗澡椅等。避免進出浴室取物，讓患者獨處於浴室，造成意外發生。
- 4** 因患者之肢體功能減退，平衡較差，較合宜的是讓患者採坐姿沐浴。椅子的選擇要注意其穩固性，可選擇防滑座椅或洗澡專用椅。
- 5** 照顧者需要隨時依患者的能力，給予協助或提醒，若患者仍有部分能力，應讓患者洗他能洗的身體部位，如前胸、下體、雙手或大腿等，過程中須注意安全。
- 6** 洗澡過程應注意安全性、舒適性與隱私的維護。浴室的室內溫度要控制合宜，室內、外溫差不要太多，若使用電熱氣應注意安全。
- 7** 在協助沐浴過程中動作及語氣應盡量輕柔，讓患者有舒適的洗澡感受。照護者在為患者做任何動作



時，都應事先告知，即使患者無法完全理解。

- 8** 當患者仍排斥洗澡時，試著找到可轉移患者注意力的事物，亦可藉患者喜歡的音樂或水中玩具來增加患者洗澡之配合度及愉悅。

- 9** 浴室內扶手的裝設、防滑墊或地磚的鋪設、門檻高低差之消除或降低都屬於環境改善，而另一重要環境因素為避免



磁磚的反光及色差的處理，地板、牆面跟馬桶最好能用不同顏色，運用顏色對比讓患者能清楚辨識浴室環境及設備。

- 10** 洗澡後之皮膚照護也很重要，老年人皮膚較乾燥，缺乏油脂，故可適當的使用乳液、嬰兒油或凡士林。

3. 口腔清潔

重度失智長輩可能已經忘了如何刷牙，看到牙刷及牙膏不知如何使用；然口腔清潔卻是相當重要的，



一旦發生蛀牙、牙周病或牙齦發炎等口腔疾病時，患者通常無法表達，會出現不安、躁動的混亂行為或拒絕進食等。要讓患者能夠順利坐上牙科治療椅順利就醫，不是件容易的事，因此事前的防範及口腔清潔是很重要的。

◎ 照顧方法

- 1** 若能在飯後刷牙，當然最好，否則至少應讓患者漱口，但睡前潔牙應該要儘可能完成。
- 2** 牙刷、牙膏及漱口水的選擇應該要以患者能接受的為原則，如不要太涼、太辛辣，或是患者原本即不喜歡的味道也不要考慮。若擔心患者不會吐出，也可考慮不用牙膏或使用可食用的兒童牙膏。漱口水不必特別購買，可以用開水、食鹽水，若患者對綠茶是可接受的，以綠茶水漱口能減少口臭問題。天氣冷時，建議使用溫開水漱口。
- 3** 通常患者可能已不知如何進行刷牙步驟，此時照顧

者可以透過跟著患者一起刷牙的方式，引導著患者執行。若患者真的都無法自己執行，則照顧者就需要幫患者完成刷牙及口腔清潔的程序。拒絕刷牙時，也可用牙間刷幫患者清潔齒縫後再喝開水，即可達到清潔效果。

- 4 當患者的口腔衛生發生問題需就醫時，應前往設有身心障礙特別牙科門診的醫院就醫，選擇受過特殊訓練的專業人員為失智患者進行處置，以免造成不必要的抗拒及引發其他不被預期的行為問題。

4. 排泄如廁

失智症患者到重度時，由於患者對自身便意之覺察與反應能力都降低、語言表達能力持續的變差，無法適當的表達需要、活動減少等因素，使失禁、便秘問題隨之而來。

◎ 照顧方法

- 1 規律的排便習慣是很重要的，如選擇固定的時間，最適合的排便時間點是在早飯後半小時，此時腸胃反射最強。



- 2** 重度患者可能因吞嚥咀嚼之困難而減少纖維質的攝取，加上活動量減少，會使排便較不順暢；此時可增加纖維質攝取、增加飲水量、按摩腹部都有利於排便。仍無法解決時，可與醫師討論後服用促進腸蠕動或軟便的藥物來協助改善之；非不得已，不建議灌腸。
- 3** 定時引導或帶患者如廁以清空膀胱，可降低尿失禁的情形，且避免因尿液儲留，引發的焦躁不安或泌尿道發炎的機會。
- 4** 患者可能已經無法區辨「如廁」這一件事，此時可試著誘尿，如吹口哨、聽流水聲（打開水龍頭）、壓或以手刀部位輕敲擊下腹部（須先向患者說明，將其尿擠壓或引出來，或是轉移注意力後再敲擊下腹部）。
- 5** 若是可以，照顧者可試著紀錄患者大小便的時間、次數及狀況，以便掌控患者的排泄情形。
- 6** 患者若仍有便意、尿意感時，需安排方便的如廁動線及設施、容易辨識的馬桶（馬桶與地板牆壁的顏色對比）、於通道加裝夜間紅外線感應燈，

有助患者如廁；若是有照顧者陪同，且患者能接受，可試著在臥室放置便盆椅，方便患者就近使用。



- 7** 若患者已無法如廁，且失禁問題造成照顧者的困擾，即可考慮使用紙尿褲。選擇吸收力較佳的材質，或是像內褲一樣的復健褲，可增加患者的接受度。患者夜間若願意使用紙尿褲，可增加患者及照顧者雙方的睡眠品質，否則就需鋪橡皮中單或看護墊，以免尿失禁弄濕整個床單及被褥。



5. 合宜穿著

患者穿脫衣的功能變差，無法選擇衣物，無法計畫穿著的順序，甚至連如何穿都不會，另外對溫度之區辨有困難，因此會無法自行穿著合宜之衣物。

◎ 照顧方法

- 1** 給予簡單款式的衣服，最好是前開式的，要易穿脫、簡單、舒適、輕便、保暖之衣物，若是提供患者熟悉的衣服更好。
- 2** 給患者穿衣服時，要把穿著的順序排好，以便於按順序穿上，有時可以自己穿脫示範給患者看，教導患者時，一個口令一個動作，患者比較容易了解與執行。
- 3** 對於仍能執行穿衣動作之患者，可協助將每日衣物放置固定地方或是一套套掛好。

6. 規律作息

日夜顛倒的現象也常會發生在重度失智患者身上，患者白天嗜睡，可是一到晚上則精力充沛，常要出去或搬東西，等到家人要睡覺時就會吵鬧不休，或是患者晚飯後就睡覺，半夜起來吵鬧。

◎ 照顧方法

1 照顧者應在白天幫患者安排活動，如早上可外出曬曬太陽（亮光療法）；帶患者去逛逛公園、賣場或人多之處，提供一些外在刺激，有些患者喜歡去特定的公共場所或餐廳，或喜歡看著人來人往，因此可以交錯的安排戶外及室內的活動。

2 重度失智患者仍能進行一些簡單活動，如丟球、

塗鴨、撲克牌簡單接龍、玩沙尋寶、聽唱老歌或平劇；甚至讓患者參與簡單的家事工作，像摘菜、摺衣服、擦桌子，不管做得對不對、好不好都沒關係；白天盡量不要讓患者睡覺，如此晚上才有較佳的睡眠品質。了解患者有興趣的活動，如玩洋娃娃、哄娃娃睡覺等，儘量提供患者參與機會。





- 3 睡前可聽些患者喜歡之輕柔音樂、一杯溫牛奶、合宜之燈光，晚餐過後即不要吃刺激性食物，亦不要討論激動的話題或電視節目。
- 4 若睡眠問題無法以非藥物方法改善，則須與醫師討論使用助眠藥物或調整藥量。每位患者對藥物的反應不一，需與醫師配合逐步調整藥量至最適合之劑量。適當的藥物不但可幫助患者有好的睡眠品質，同時更重要的是照顧者也能獲得足夠休息。

二、維持肢體功能及行動的安全

患者變得較不愛動，肢體關節活動度及肌力都減退，在平衡及步態上出現障礙，因此獨立活動時，就會有安全上的問題。

◎ 照顧方法

- 1 **肢體關節運動**：患者若還能有一些行動能力，可以每日帶著患者做一些簡易的運動，如簡易太極拳、十巧功或其他關節的運動，但不論做什麼運動，只要能讓每一個關節都達到全關節活動的目的即可。若患者已不太能進行自主的活動時，則

可以透過一些日常活動，讓患者達到肢體活動目的，如讓患者自己梳頭髮、自己拿東西吃、步行至廁所如廁、自己執行部分身體清潔的動作等；也就是不要幫患者做完所有的事，要讓患者保有個人最大的活動力。

2 預防跌倒：重度失智患者有較高的

跌倒風險，應注意居家環境安全，減低障礙環境，如門檻高低差之消除、色差的調整、充足的光線、清除通道及地面之障礙物、尖銳的傢俱突出處要適當保護、患者活動範圍之內最好有扶手或安全可靠扶持之物品、無濕滑等措施。此時期患者的活動力較差，為避免患者自行下床時發生危險，可在床旁加裝床欄杆、離床警示器或紅外線感應器，床旁家具也要注意安全，不要有銳角，以免萬一跌倒而被尖銳物所傷，同時不





要隨便大幅度調整居家家具擺設，以免患者不適應，反而發生意外。若居家無電梯，可考慮更換住宅或集中下樓次數，且必須有充分、安全之協助。

- 3 行動輔助用具：**出門可選擇適合患者使用的行動輔助用具，如單拐、四角拐或助行器：當活動力更差或無法承受較長距離之路途時，則可選擇用輪椅，以避免過度勞累，並提供安全感，因為一次的跌倒會讓患者害怕再行走，同時極有可能會讓失智的狀況更嚴重。



離床警示器



三、維持較佳的生理狀況及預防感染

由於表達上的障礙、進食營養狀況的改變及無法維護自己處在安全環境中或無法判斷高危險因子，致使患者暴露於易受感染的情境中。

◎ 照顧方法

- 1 定期健康檢查：**由於表達之困難，因此定期健康檢查可以早期發現患者的健康狀況，及早矯正或是及早介入，避免問題變嚴重。
- 2 慢性病的定期回診：**重度失智患者常合併有高血壓、糖尿病、痛風、風濕性關節炎等慢性疾病的問題，當病情有變化時，患者自己無法清楚陳述，因此依醫囑定期回診檢查，是非常必要的。照顧者並應了解各慢性病照護的注意事項，以避免危險因子。隨時紀錄患者之狀況，如血壓、血糖或輸入輸出量，何時開始有異常行為等，各種觀察到之主、客觀資料，如此才能提供醫師判斷之參考。同時就醫時，應選擇患者可接受的醫師，並由固定一、二位醫師看診，以提供完整醫療照護；避免經常更換醫師，造成患者之病程進展無法完整持續的追蹤。
- 3 肺炎之預防：**肺炎是最常見之感染問題，由於活動力降低相對使肺部擴張較差，排痰能力也下降，一旦感冒容易導致肺炎。因此，除了在發現感冒症狀（咳嗽、發燒…）時就應帶患者就醫外，



每年施打疫苗。感冒流行期間應避免出入公共場所，注意營養之均衡、適當運動及休息都是有益的。

4 預防泌尿道感染：由於少動、排尿不乾淨、會陰清潔欠佳、飲水量不足等都會導致泌尿道感染。當有頻尿、發燒或尿液顏色及性狀改變之異常現象時，應及早就醫確認



診斷。而一旦有過此感染後，日後發生機會即增加，平日即應提供患者足夠飲水量，如果患者不排斥，可給蔓越莓汁或果汁。經常觀察尿液性狀，便後立即予會陰清潔。

5 預防傷口感染：由於表達障礙，或是不知自己已有傷口，若未進行傷口護理，極可能演變為感染性傷口。尤其若失智患者又同時有糖尿病時，應注意足部護理，一有傷口應立即給予傷口護理。末肢循環不好的患者，亦容易發生肢端的皮膚損傷。有時原只是個小傷口，會因細菌感染發展為蜂窩組織炎，而導致需住院治療。而修剪指甲是另一個引發傷口感染的危險因子，若患者已無法自行完成，照顧者應協助修剪，但要注意勿造成



傷口，尤其是患者若有灰指甲時，修剪指甲更應小心，可先將指甲泡軟後（將有灰指甲之手或腳泡溫水約 15 分鐘），再以

特殊指甲剪修剪之。因此在協助沐浴時應觀察皮膚，平時避免碰撞、提供足夠營養、避免長時間壓迫皮膚、避免浸潤在潮濕環境中等都是重要預防措施。一旦有皮膚發紅的現象，應立即去除壓力源，有破皮的情況產生時，應尋求專業人員協助給予適當之傷口照護，切記勿自行塗抹不明或非醫囑藥物。

- 6 住院 / 手術治療：**當患者因一些疾病必須進行開刀治療時，應與醫師充分討論個案目前失智的狀況，以選擇對患者最佳的麻醉方式及手術後照護。當患者住院後，尤其是開刀或住在加護病房時，易產生譫妄及行為混亂的情形。家屬需與醫護團隊充分討論，安排合宜的病室空間、熟悉的家人陪伴、白天夜晚的明確區隔。在合宜的情況



下儘量縮短住院天數，在醫囑同意下，申請回家後居家護理服務，甚至居家的特別護士服務，讓患者在家中接受熟悉及安全的亞急性照護。

四、言語及記憶障礙

失智症愈到後期，對家人認識的程度也會越來越差，也就是會把家人當作陌生人看待，對家人的照顧有時會反抗，令家人很生氣；在表達需求時因無適當言詞或失語，患者可能也會因無法清楚表達或聽不懂家人說的意思而生氣。

◎ 照顧方法

1 照護者在為患者做任何動作時，都應事先告知，

以增加患者之安全感。若患者可接受，可多以肢體接觸傳達對患者的關愛，促進患者的放鬆與安心。家屬可多擁抱患者，按摩手部及肢體，甚至抱著患者左右輕搖也可讓患者情緒穩定下來。



2 當患者發脾氣時，照顧者宜以溫和口氣安撫患者，善用患者健忘特性，稍候再處理。當照顧者在當下實在無法克制自己的情緒時，應離開那情境，由其他照顧者接手，若無其他人手，亦應確保患者所處情境是安全的，方才離開。

3 引導患者時，多使用讚美語言，以增進患者之配合度、降低抗拒。若患者仍拒絕，可以試著轉移注意力，待安靜下來，再慢慢引導他。

4 患者在與人互動、溝通或表達需求時，因其用字、用辭受限，對話語之理解力變差，因此訊息傳達時，應簡單明瞭，最好少於 10 個字。



5 可以搭配肢體語言、圖片或是實景作輔助，使患者易於了解。

6 說話的聲調應溫和、友善，因患者也許聽不懂他人所說的話，但卻能感受到說話者的語氣和態度。



Chapter.3 財務管理

無法自己處理財務，簽署文件有問題，家人間是否因此產生糾紛衝突、或茫然不知何去何從 ...

可向理財或法律相關單位諮詢適宜的處理方式。

重度失智症患者的可能已無法自己處理財務，
簽署文件有問題（可能連簽名都是困難），
家人間是否因此產生糾紛衝突、或茫然不知何去何
從。





當問題產生時，相對要花較多的精力及代價去處理財務問題，包括患者名下之動產、不動產甚至債務或未來面臨到的遺產等種種問題。

◎ 因應方式

- 1 家人可召開家族會議，共同商討患者個人財產的處理方式或未來因應之道。
- 2 可向理財或法律相關單位（法律扶助基金會）諮詢適宜的處理方式。

法律扶助基金會洽詢電話（02）6632-8282





Chapter.4

家屬調適與機構選擇

當患者及照顧者需求兩相拉扯，因而造成雙方極大壓力，照顧者身心健康變差、患者的照護品質也下降。



於一天 24 小時照顧患者，照顧者的生活品質連帶受到影響。加上看著被照顧的親人病況一天一天的變壞，照顧者可能會出現挫折感、生氣、憤怒、悲傷、憂鬱等情緒反應。當患者及照顧者需求兩相拉扯，因而造成雙方極大壓力，照顧者身心健康變差、患者的照護品質也下降，此即抉擇繼續在家照護或選擇機構照顧的時間點了。

◎照顧方法

- 1** 若在家照顧，應由家族間共同決定，並尋求正式及非正式的支持系統、照護或社會福利資源的介入，讓照護者可以得到喘息，患者的照護品質也可提升。各縣市長期照護管理中心是正式服務的窗口，家屬可洽詢之。(詳細資料參考宣導手冊「失智症家屬調適與社會資源」。)
- 2** 若不願將患者送至機構，但在家的照護已使照顧者必須休息一陣子，當然更換替手是一個方式，另外也可以選擇陽光假期（正式喘息服務），將患者暫時託付給 24 小時機構照護，照護者得到一段完整的休息後再繼續原有之照護。



- 3** 當患者在家接受照護已是弊多於利時，家人可依據經濟能力考量送機構的可能性。一般的養護機構、長期照護機構、護理之家、有失智專區的照護機構、失智症團體家屋，都是可以選擇的。但建議家屬應先行參觀了解機構的服務理念、硬體環境、照護人力（護理、社工、照護服務員及外籍看護工的人力比）、對失智症的專業照顧能力，另外詢問機構是否有對患者初入住時，擬訂個別性的新入住適應輔導計畫等。另外，非預約的機構拜訪，較易看到機構對住民較真實的照護情況。

上網查詢機構三年內被評鑑之等第也是一個重要考量因素。但高品質的服務及專責照顧的機構勢必收費較貴，此時家人尚可詢問機構有無優惠措施，或是本身是否符合任何政府相關的補助或福利。

- 4** 重度失智患者開始出現較多的身體照顧，家屬可以透過相關團體辦理之照顧訓練課程、講座而習得照護的知識及技巧，同時繼續參加家屬團體，跟目前同狀況的家屬分享照護經驗，是得到支持的重要來源。





Chapter.5

末期失智症之照護

失智症末期，患者情緒表達更加困難，需要更細心的評估與體會，方能了解及解決他的需求。儘管如此，患者仍是有感覺的，也有被愛的需要，所以在照顧過程要盡量維持他的生活品質及尊嚴。



末期失智患者會漸漸退化為完全臥床狀態，此時家屬的照顧重心也漸漸傾向身體的照顧了。因為患者情緒的表達更加困難，許多的不舒適或壓力，需要更細心的評估與體會，方能了解及解決他的需求。儘管如此，患者仍是有感覺的，也有被愛的需要，所以在照顧過程要盡量維持他的生活品質及尊嚴。此外，患者可能會有嚴重的進食障礙及營養問題，家屬將面臨是否要插胃管之抉擇，再加上患者常會有反覆的感染，如肺炎或尿道感染等，使得患者及家屬常要奔波於醫院之中，甚至需要住院。



此時，家屬需有心理準備，患者已面臨人生的盡頭，如何善終將是家屬要準備的事宜了。

壹、末期失智症的臨床表現

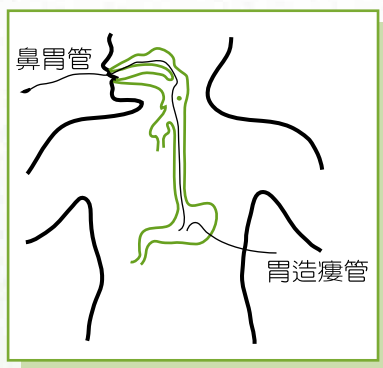
- 1 無法自我進食，體重減輕。
- 2 活動功能減退，易產生長期臥床之合併症。
- 3 排泄功能減退，大小便失禁。
- 4 易發生感染。

貳、末期失智患者的照顧方法

一、維持適當的營養攝取

通常這個階段，患者更無法完成進食的動作、吞嚥及咀嚼有困難，因此可能會有營養不足的情形，家屬要如何提供足夠之營養，是一個不太容易的照護工作。一旦噎嚥更嚴重，甚至出現吸入性肺炎時，醫療人員通常會建議使用鼻胃管或執行胃造瘻管手術，家屬將面臨該如何提供患者舒適及足夠營養的抉擇。

- 1 如果患者有吞嚥問題，不要躺著餵食，應採坐



姿，若無法坐起應在床上採半坐臥姿。餵食前後勿予激烈肢體關節活動或抽痰等照護活動。餵食後，半小時內勿予翻身、變換姿勢或其他照護活動。

- 2** 餵食過程中若有噎到或咳嗽時，應停止餵食，等患者較舒緩時，檢查口腔內是否還有食物，稍作休息後再重新餵食。但若患者有嚴重咳嗽或引起嘔吐時，即應停止餵食，出現發紺現象時應速送醫。
- 3** 當患者情緒激動或想睡時不要餵食；當患者不咀嚼，食物含於口內，應輕敲或按摩下頷部，引導其有咀嚼的動作。
- 4** 兩種不同質感的食物（如固體和液體），會使患者搞不清楚是該咀嚼還是吞嚥，所以應該分開提供給患者。
- 5** 選擇質地合宜的食物：家屬可依患者的吞嚥能力來選擇食物的質地，例如軟質固體食物：像是荷包蛋、炒蛋、鮪魚沙拉、肉泥沙拉、罐頭水果、雞蛋布丁、豆腐等；或濃稠的液體食物：酸凝酪、水果泥、冰



淇淋、霜淇淋、奶油或澱粉勾芡的濃湯、奶昔，也可經由添加濃稠劑（快凝寶），使較稀薄的食物稠度提高。

- 6** 當醫師建議使用鼻胃管或胃造瘻管時，家人應與醫護人員討論必需使用的原因、二種管路間的比較、優缺點，而家人還需考量患者及其他家人們的接受度及日後照顧上可能會有的問題。若決定使用管路提供飲食時，出院後的管路更換服務，即可申請健保給付之居家護理服務，包括醫師及護理人員的定期到家訪視評估及定期更換管路。但因此措施具侵入性，因此家人將面臨困難之抉擇，充分的事前討論是很重要的。

二、維持皮膚的完整性

末期失智患者會因行動障礙而有較長時間坐在輪椅 / 椅子上或臥床，因無自行移位的能力，因此較容易發生骨突處（如二側髖骨、薦椎、足跟、肩胛骨、後枕部、耳廓等處）及皮膚皺摺處（如腹股溝、乳房下部）因受壓時間過久而發紅破皮，甚至形成褥瘡。

1 應至少 2 小時翻身一次，可訂一個翻身表（如 9 點左側臥、11 點平躺、1 點右側臥、3 點左側臥、…）。

2 翻身時，應給予良好適當的支托，如翻身後之上側肢體，可各墊一枕頭，以免懸空，並在背部墊枕頭，以免滑動後翻向平躺。

3 有時可透過減壓床墊

或氣墊床，以減少受壓，但減壓床墊或氣墊床不能取代翻身（此輔具可申請補助，可向相關單位洽詢。不同輔具有不同功能，可洽詢輔具中心）。

4 若有需要可選擇三折床，使照顧者輕鬆的讓患者坐起，但要注意半坐臥姿或坐姿時，薦椎處承受壓力大，此時應將膝關節處微提高，以減緩薦椎壓力。





- 5 衣服、床單要注意平整，切忌有縐摺，若被單或尿布因尿液浸濕，也應立即更換，因潮濕環境易使皮膚浸潤而破損。
- 6 會陰部清潔後，忌使用痱子粉或中藥爽身粉，因為粉劑會隨著流汗、潮濕而凝結成塊，反造成皮膚壓力。
- 7 易受壓部位，若有因壓迫發紅，可輕拍發紅區域及周邊，以促進局部血液循環；亦可使用軟墊、小枕頭或水球（橡膠手套中裝八分滿的水）緩衝骨突處之壓力。
- 8 若已有局部破皮，應以生理食鹽水清潔，可覆蓋薄人工皮或 Tegaderm 透明敷料，以保護破皮傷口，勿用紗布，以免沾黏傷口，一旦除去紗布時會破壞新生組織；因此若有沾黏，勿強力除去紗布，可以生理食鹽水浸溼紗布後，沾黏消失再除去紗布。
- 9 當傷口破損處有分泌物或深層破損或有黑色結痂時，應就醫、諮詢專業人員或聯絡申請居家護理服務，切忌自行敷藥或使用不明藥物、敷料。

- 10 翻身時，仍能翻向皮膚破損處，若為薦椎處仍應有坐起的時間，唯須縮短時間。
- 11 翻身最簡單的檢測方式，就是自己依患者的躺臥方式，照樣試試即可知道是否是一舒適的臥位。
- 12 照顧者應在協助翻身移位時，注意自己的施力、使力及支托點，確保自己的姿勢不會傷到自己或患者；而許多醫院或居家護理單位都會辦理照顧訓練班，照顧者可參予此課程，學習照護技巧。

三、維持肢體關節之功能性狀態，避免攣縮

末期失智患者因肢體關節少動或不動而導致肌肉萎縮、關節屈曲僵硬變形，不僅影響外觀、也影響穿脫衣物、擺位。

- 1 因患者無法自行活動肢體，所以需要我們定時的協助患者肢體的運動。運動時需一手固定關節的近端，另一手抓住關節的遠端，依各關節的正常範圍，依緩慢而漸進之方式運動：

關節包括：頸、肩、肘、腕、手指、腕、膝、踝、足板。

運動包括：屈曲、伸展、內旋、外旋、內展、外展及抗阻力。

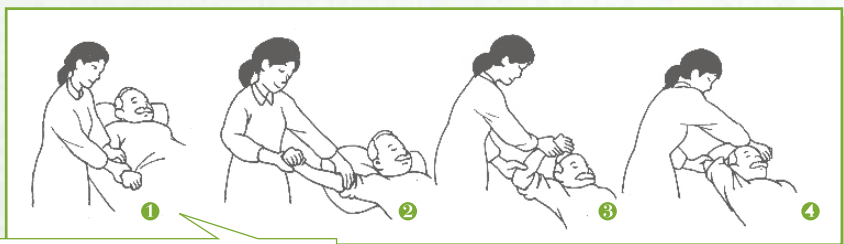
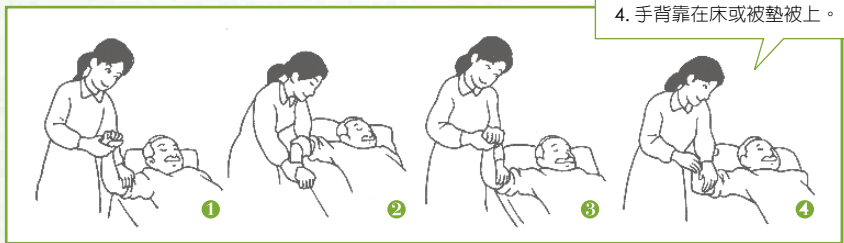


2 若關節攣縮已發生，則就剩餘角度做關節活動，即關節活動度的極限，且注意力道，不可太用力，若強行伸展，恐造成骨折。在予活動之前可先將關節熱敷 15 分鐘，以減少僵硬及促進舒適。

3 每一關節運動重覆 10 次，一日 2 至 3 回。

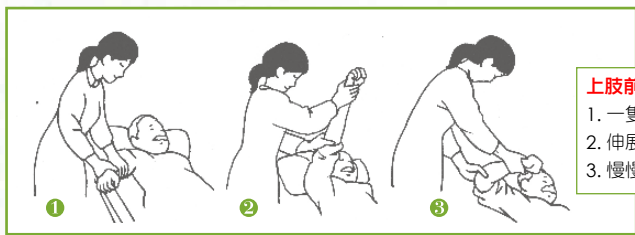
肩的旋轉運動

1. 上肢伸向側方，聳起肘部。
2. 前臂向腳的方向倒下。
3. 向反方向的頭部倒下。
4. 手背靠在床或被墊被上。



上肢側舉運動

1. 一隻手放在肘上，另一隻手握手腕。
2. 肘伸展的同時，將上肢拉到側方。
3. 上肢轉至頭上。
4. 有妨礙時肘可彎曲。



上肢前舉運動

1. 一隻手放在肘上，另一隻手握手腕。
2. 伸展肘，從體側向上舉。
3. 慢慢轉向頭上。

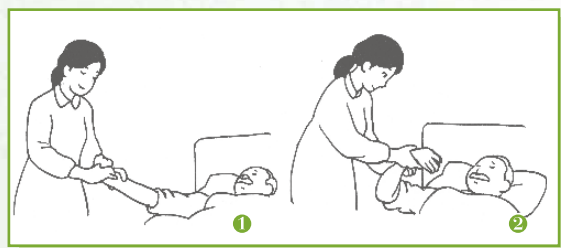


上肢內灣運動

1. 一隻手放在肘上，另一隻手握手腕。
2. 伸展肘向上抬起，慢慢向內側彎。
3. 經過胸前後繼續彎曲。
4. 逐漸恢復原狀。

肘部伸曲運動

1. 用一隻手握手腕。
2. 彎曲肘部。



前臂旋轉運動

1. 用雙手握手，上肢側放彎曲。
2. 將手掌轉向臉的方向。
3. 將手掌轉向腳的方向。

**手腕前後彎曲的運動**

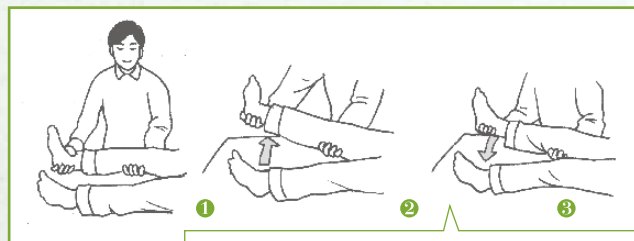
1. 用一隻手握手腕，另一隻手握拇指以外的四指。
2. 伸展手指，手腕向後彎曲。
3. 彎曲手指，手腕同時向前彎曲。

**拇指翹起的**

1. 用一隻手將拇指以外的四根手指伸展壓住，用另一隻手壓彎拇指。
2. 將拇指向後伸展彎曲。
3. 拇指畫圓圈旋轉。

**手腕向拇指、小指彎曲的運動**

1. 一隻手腕的梢下，另一隻如圖握住。
2. 使手腕伸直，手向小指側彎曲。
3. 然後向拇指彎曲。

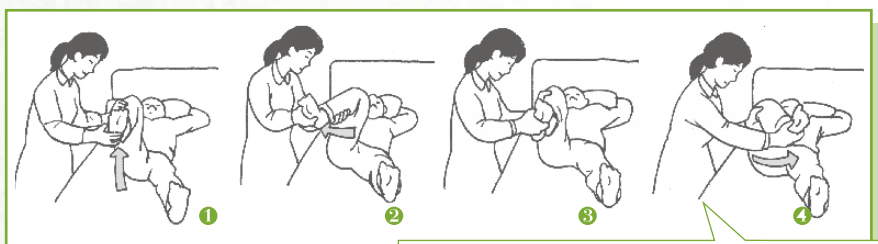
**下肢向外開放再復原運動**

1. 一隻手插入膝蓋下方，另一隻手握腳跟，膝蓋伸直微抬起腳跟。
2. 將抬起的腳跟拉向看護者的方向。
3. 恢復原位。



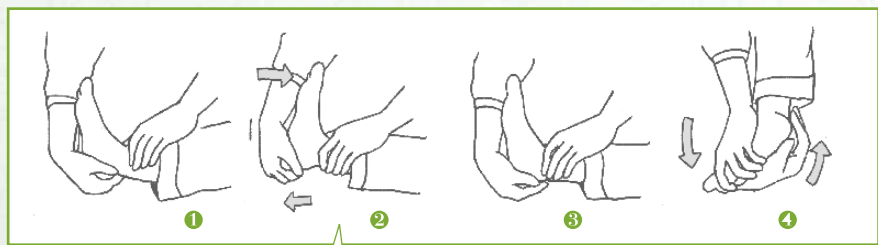
股關節、膝關節的屈伸

1. 一隻手插入膝蓋下方，另一隻手握腳跟。
2. 抬起下肢，同時彎曲膝蓋。
3. 繼續用力彎曲膝蓋。
4. 伸展膝蓋抬腳，下肢恢復原位。



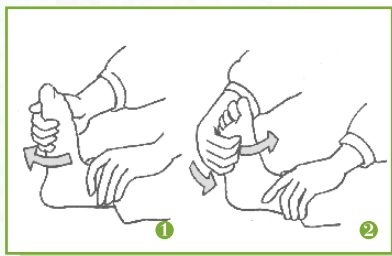
下肢旋轉運動

1. 一隻手握腳跟，一隻手置膝蓋下方，抬起腳彎曲膝蓋。
2. 握住膝蓋下方，將握腳跟的手拉向看護者的方向。
3. 恢復姿勢。
4. 同樣支撐下肢，反方向移動。

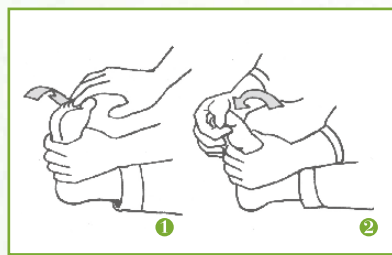


腳腕屈伸運動

1. 如圖握麻痺側的腳跟，另一隻手握腳腕。
2. 用手臂推腳掌，以拉腳跟的要領使腳腕彎曲。
3. 放鬆手的力量，恢復原位。
4. 握腳腕的手滑向腳背握住，握腳跟的手向上推展腳腕。

**腳腕旋轉**

1. 一隻手握腳尖，另一隻手握腳腕，腳向外側旋轉。
2. 向反方向的內側旋轉。

**腳趾運動**

1. 將腳趾向腳背方向彎曲。
2. 將腳趾向腳掌方向彎曲。

4 若有需要學習翻身移位之照護技巧時，亦可參加如上述之訓練班或申請居家護理師、物理治療師到宅提供指導。

四、維持排泄功能

患者可能都已無法自行大小便，功能也減退，可能會發生便秘、泌尿道感染、或尿儲留，因此如何維持其較佳的排泄狀況，是此時期的重點。

1 平時可記錄患者吃了多少食物或水分，以及大小便的次數、量、顏色、時間，如此，可幫助您對患者日常飲食與排泄情況的掌控。

- 2** 定時排便是很重要，每日早餐飯後 30 分鐘是較適當之時間。若排便有困難，增加纖維質飲食、足夠水份、予腹部按摩都是可行的。若上述方式，仍

無法解便，可增加軟便的食物，如木瓜、香蕉等，或是與醫師討論開立軟便劑或促進排便的藥物；非不得已不要灌腸或用手指挖便。

- 3** 定時協助如廁，並應觀察是否有尿液排出，若會失禁，也許就考慮使用尿布，尿布的選擇應吸收好的，若患者並不太活動（不會拉扯尿布），在床上時可選擇用看護墊，不要整個包覆，較透氣。對男性患者，亦可考慮尿套的使用，尤其是使用尿布會有紅臀者，且較經濟。

- 4** 若尿流量減少，應注意觀察每日攝入及輸出量間之關係、是否有泌尿道感染、是否有下肢水腫，男性更應了解是否有攝護腺肥大的問題，必要時要就醫。

輸入量/輸出量 記錄表(範例)

姓名：

98年 3月1日				
時間	輸入種類	量	輸出型態	量
7:00	水+藥	150 cc	小便	350 cc
7:30	稀飯半碗	300gm		
8:10			大便	腹瀉
8:30	水+藥	150 cc		
9:30			小便	250 cc
10:30	果汁	300 cc		
11:30			小便	200 cc
12:00	中餐(稀飯+菜+湯)	500gm		
合計		約 2500 cc		2000 cc+大便 2 次



五、預防感染與肺炎

臥床、活動減少、反應變差、營養狀態改變都會使患者抵抗力降低，也較容易轉變為嚴重的健康問題。

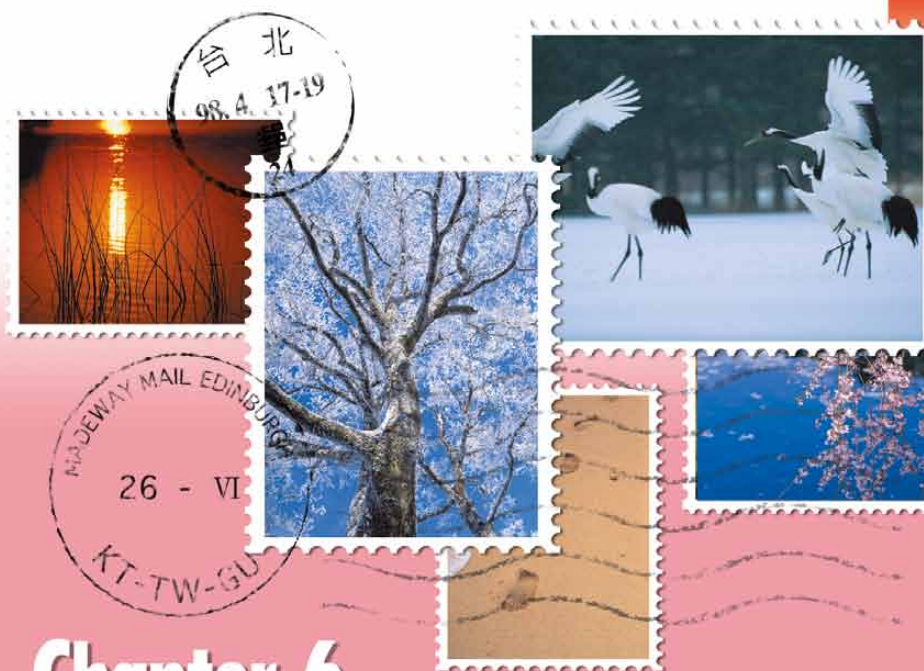
- 1** 維持牙齒與口腔的清潔：可減少口腔內細菌的滋生與感染，患者吃完食物要協助他刷牙，可用濕紗布塊清潔牙齦、舌頭，和口腔內部。
- 2** 進食時注意相關餵食問題，以避免嗆咳及嘔吐，若有嘔吐應立即將頭側向一邊，以免造成吸入性肺炎。
- 3** 每年施打流感疫苗，家人或探訪者有感冒或其他具傳染性健康問題時，應避免接觸患者，必要時要尋求照顧替手。
- 4** 照顧患者前後都應遵守洗手的原則，室內要保持空氣的流通、溫度要適宜，營造安全舒適的居住空間，可以避免感染事件的發生。
- 5** 一旦發生感冒，痰液增加時，除了就醫服藥外，應給予胸腔物理療法：若家中有蒸氣吸入器時，可先與蒸汽吸入約 15 分鐘，必要時依醫囑加入

化痰藥物；之後即與患者安排舒適臥位，將手拱成杯狀，扣擊肺臟部位之背部區域 (扣擊時，好似 " 捕捉 " 到一袋空氣般，而不是拍打，範圍由肋骨下沿至肩胛骨)，以約 1 秒鐘一下的速度執行，當正確操作叩擊動作時會產生空而低沉的聲音。



注意事項

- 胸腔物理療法應在用餐至少 2 小時後才可執行
- 治療區域有已知或懷疑的癌細胞和轉移性疾病時不可執行
- 執行時發生劇烈疼痛、支氣管痙攣、抽搐等異常情形都應停止扣擊。
- 不可拍在脊柱上，為降低扣擊之不適，可在皮膚上墊一毛巾。
- 叩擊方向應由下往上拍打且勿來回拍擊，以免導致痰液往更深部移動。
- 其他特殊狀況可事先請教醫師或護理人員。



Chapter.6

圓滿生命終點

以安寧療護的理念來提供末期的失智病患及家屬全方位的照顧，對失智患者不刻意加速或延緩死亡的到來；提供身體、心理上舒適的照顧；並提供家屬支持服務，讓家屬陪伴患者舒適平和活著直到辭世。



一、插管的抉擇

隨著病情的進展，患者咽喉部肌肉功能會逐漸變差，吞嚥變困難、進食量變少、又無法透過餵食技巧來改善患者的吞嚥障礙，或反覆發生吸入性肺炎，醫生可能會建議插鼻胃管。醫師若認為需長時間放置，則會建議家人選擇胃造瘻管，此餵食管路可能是維繫患者生命的途徑，但是否真的能夠延長患者生命，目前仍然有爭論。對多數人來講，這是一個生活品質的問題，也是頗為難以抉擇的議題。



有些患者在多次呼吸道感染後，可能呼吸功能、排痰能力下降，有時在多次之後或某次急性搶救時，醫師可能會建議執行氣管切開，以處理排痰及呼吸阻塞的問題，家人可與醫師討論是否有其它方式可以處理，或是氣切是必須要做的抉擇。而在未發生此抉擇之前，是有一些預防之道，如：在患者出現吞嚥困難時，小心地餵食；避免感冒；痰多時，要給予適當的濕化痰液及胸腔物理療法，以協助排除痰液。

照顧末期失智患者家人可能需提早討論在面對重要決定時，如何抉擇，同時思考患者本人的意願。

二、安寧照護的抉擇

安寧緩和醫療目前在健保給付上僅限於癌症及運動神經元疾病（漸凍人）二類病患，失智症尚未被納入。但對於失智症病患來說，到達末期時，已是人生盡頭，且為不可逆，因此宜





以安寧療護的理念來提供末期的失智病患及家屬全方位的照顧，對失智患者不刻意加速或延緩死亡的到來；提供身體、心理上舒適的照顧；並提供家屬支持服務，讓家屬陪伴患者舒適平和活著直到辭世。

失智症患者與其它疾病患者不同之處在於，患者本身一旦被診斷出失智症時，其認知及判斷力可能都已有某種程度之障礙，也已無法表達放棄急救之基本權利的選擇；除非患者在未失智前曾明確表明不要急救的願望



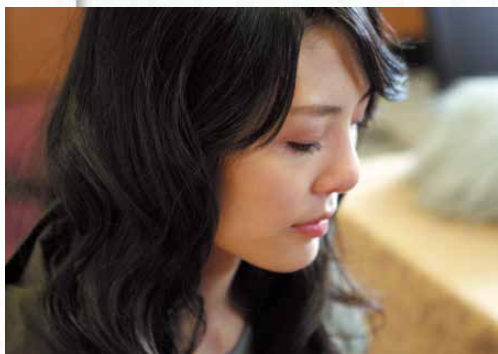
或已立下生前遺囑，否則在重度失智時，是否急救或積極治療的選擇就背負在照顧的家屬身上。而決定者在事後也有可能因其他家人的抱怨，而對自我產生懷疑，甚至有罪惡感。

因此家族事先共同討論一個對患者最好的決定是必要的；如此患者在臨終時才不會因緊急送醫時，接受許

多不必要的積極性治療或急救措施。經過家族討論後，家人都能清楚決定緊急時是否送醫、送醫的原則、能接受及應拒絕的醫療照護。臨終時衣物的準備、喪葬儀式的準備、希

望採取的宗教儀式等等相關事宜；事前清楚的計畫，及早面對臨終，對患者及家人都是一個平和圓滿的善終過程，也讓家人對失智患者的照護畫下一個讓生死兩無憾的句點。

有任何疑問可撥打失智症關懷專線 0800-474-580 或上網查詢 www.tada2002.org.tw



無憾

關懷失智症宣導教材—**重度與末期失智症之照護**

發行單位： 社團法人台灣失智症協會

發行人：邱銘章

編審小組：陳達夫、周貞利、徐國強、柯宏勳、朱育瑩、王寶英

執行小組：湯麗玉、李會珍、陳筠靜

出版：社團法人台灣失智症協會

地址：106 台北市中正區南昌路二段 206 號 10 樓之 1

失智症關懷專線：0800-474-580 (02)3365-2415

電話：(02)3365-2826

傳真：(02)3365-2827

劃撥帳號：19688567

戶名：台灣失智症協會

網址：www.tada2002.org.tw

電子信箱：tada.tada@msa.hinet.net

設計印製：大乙傳播事業有限公司

版次：102 年 9 月再版

版權所有 / 歡迎索取

邀請各大企業、公益團體、熱心人士捐款助印

每本 (含光碟乙片) 工本費新台幣壹百元整