

# 醫病共享決策

失智症末期-

吞嚥進食困難進食方式治療選擇

員林基督教醫院  
神經內科



# 大綱

認識醫病共享決策

醫病共享決策 輔助工具(PDAs)

進入醫病共享決策-失智症末期吞嚥進  
食困難進食方式治療選擇



# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

- ✓病人安全年度目標：鼓勵民眾及其家屬參與病人安全
- ✓2014年TPR統計，可能因「溝通因素」引起的病安事件中，有31.6%屬於「醫療團隊與病人間」的溝通問題。
- ✓常見醫療糾紛原因：診斷過程未詳細告知、不滿醫療程序、醫病關係信賴不足、醫療知識進步，不滿醫療品質...等
- ✓國際間已有研究主張，醫病共享決策(shared decision making, SDM) 是進行醫療決策的理想模式
- ✓依據文獻，臨床上有運用共享決策的研究，應用範圍含括：癌症治療 (乳癌、結腸癌)、呼吸道疾病 (支氣管氣喘)、慢性疾病 (DM、高血壓)、骨科手術...等。
- 研究結果顯示：可協助提升醫療品質、降低醫療費用

## 醫病共享決策的優點

降低人為疏失

增加病人對於醫療的順從度

避免不當的使用藥物

避免不必要的手術

節省醫療費用

增加病人滿意度

提升醫療品質

# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

- 在1997年由Charles提出操作型定義，至少要有醫師和病人雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項。



Shared  
Decision  
Making

資料來源：醫策會



# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

進入醫病共享決策-失智症末期  
吞嚥進食困難進食方式治療選擇





# Shared Decision Making

向病人說明疾病、處置方案和可能有的選擇

提供所有治療方案的比較資訊供病人參考

了解病人對治療方案的偏好

分析治療方案的優缺點

支持病人依其價值觀進行醫療決策



# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

## 疾病簡介

## 末期失智症的簡介與功能率

正常腦



重度阿滋海默症患者腦

失智症末期-極嚴重的認知能力衰退

- 失智症是一種進行性且無法治癒的疾病，依病程可分為輕度知能障礙、輕度（初期）、中度（中期）、重度（末期）失智症這是該疾病的最後階段(末期)，此時患者會喪失回應環境，進行對話的能力，最後無法控制行動。他們可能只會說單詞或片語。
- 該階段的患者需要別人照顧他們的日常生活，包括吃飯或上廁所。他們還可能失去微笑，在無支撐的情況下坐下以及抬頭的能力。反射作用變得異常。肌肉變得僵硬。吞嚥能力下降。

資料來源：

[https://www.alz.org/asian/about/what\\_is\\_alzheimers.asp?nL=ZH&dL=ZH](https://www.alz.org/asian/about/what_is_alzheimers.asp?nL=ZH&dL=ZH)



# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

## 疾病簡介

- 失智症造成的腦損傷可能會影響參與調節食慾和吞嚥功能的大腦區域。大多數的失智症末期患者在這階段會變得少吃或根本不吃，因此可能導致體重下降和營養不良。
- 什麼是吞嚥困難的徵兆？

明顯的吞嚥困難指標	不明顯的吞嚥困難指標
<input type="checkbox"/> 咀嚼或吞嚥時感到疼痛	<input type="checkbox"/> 呼吸型態改變
<input type="checkbox"/> 食物容易堆積在口中	<input type="checkbox"/> 不明原因的高燒
<input type="checkbox"/> 難以控制口中的食物或水經常流	<input type="checkbox"/> 進食後喉嚨會有咕嚕的聲音
<input type="checkbox"/> 口水	<input type="checkbox"/> 舌頭有震顫的情形
<input type="checkbox"/> 聲音沙啞	<input type="checkbox"/> 口水分泌過少，容易口乾
<input type="checkbox"/> 進食前中後容易嗆咳	<input type="checkbox"/> 飲食型態改變，例如：進食時間拉長
<input type="checkbox"/> 吞東西的時候感覺喉嚨卡卡的	<input type="checkbox"/> 常有清喉嚨的舉動
<input type="checkbox"/> 吞東西的時候容易嗆入鼻子	<input type="checkbox"/> 反覆性的肺炎
<input type="checkbox"/> 感覺有東西卡在喉嚨(異物感)	<input type="checkbox"/> 不典型的胸痛
<input type="checkbox"/> 非刻意性的體重下降	



# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

## 治療選擇

### 方案一：口餵食

照顧者以少量多餐，或準備可以用手拿的小型食物來餵食患者，吃得下就吃，如果會噎到或暫時不想吃，那就不勉強，盡量讓患者覺得吃東西是舒適的。

可照會語言治療師強化吞嚥肌肉的強度，以達到增進吞嚥之功能或照會營養師嘗試將食物增稠，以流質或泥狀替代食物，指導高熱量食物飲食技巧或利用食物液體增稠劑、膠化劑、軟化劑進行食物的增稠、重新塑型或軟化食物維持原型，可易於吞嚥困難患者進食。

# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

## 治療選擇

### 方案一：口餵食-食物輔助商品

- 液體增稠劑，快速易溶解，維持透明感，不改變飲品原有外貌擴散性及安定性佳，可迅速溶解不結塊。

#### 液體增稠劑



- 代替糊餐，果凍新食感，重新塑型，協助吞嚥。



#### 酵素膠化劑



- 食物軟化，軟化食物纖維維持食物原型，食物口感變柔軟不用擔心咀嚼、吞嚥問題。



#### 食物軟化劑

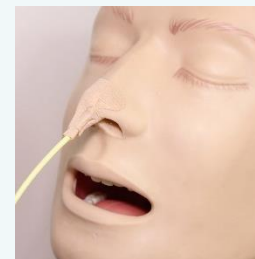
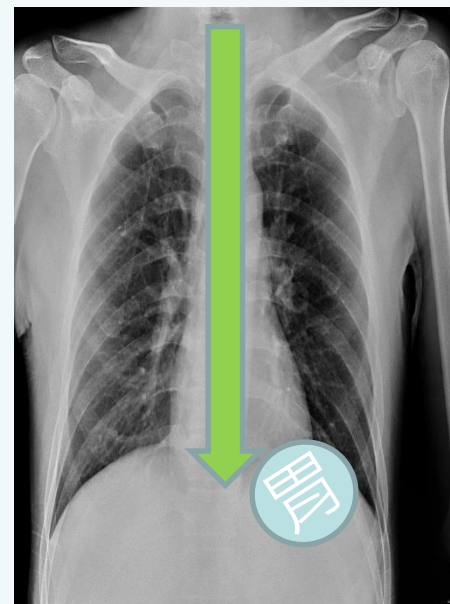
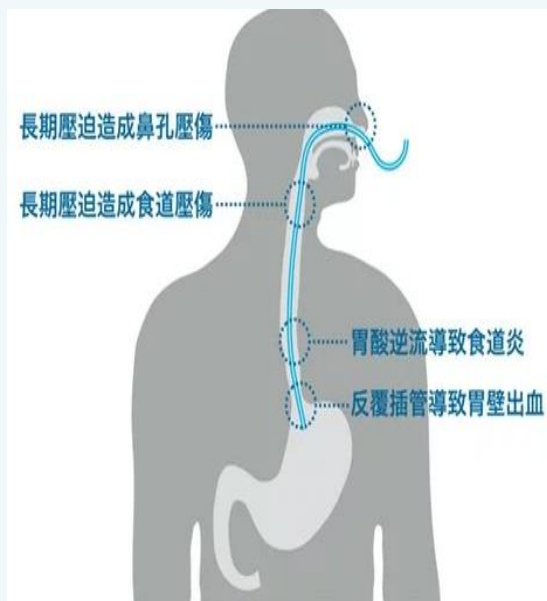


# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

## 治療選擇

### 方案二：鼻胃管灌食

利用細管自鼻子插入經喉嚨到達胃部，此管路用以人工灌食像流質食物或配方奶等食品。



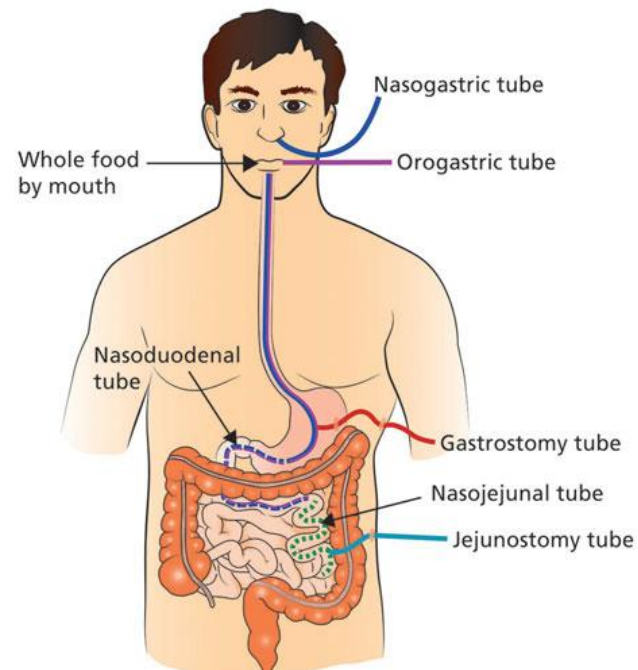
# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

## 治療選擇

### 方案三：經皮內視鏡胃造瘻口術(PEG)

適應症：針對吞嚥困難，而腸道功能尚稱完整，且需長期腸道餵食的患者。針對有嚴重食道逆流、胃輕癱、或和餵食有關的反覆性吸入性肺炎的患者，可以把PEG管改良成空腸延長管(jejunal extension tube)予以餵食。某些良性或惡性胃腸道阻塞的病人，也可放置出口性PEG (Venting PEG) 來提供持續性胃減壓的效果。

操作方式：操作的時間約30分鐘。內視鏡經口插入胃腔內，將胃腔充氣到飽滿，使胃前壁緊貼腹腔內。體外位置選定後，利用穿刺器，穿通腹壁及胃壁進入胃腔。



# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM ) -優缺點比較

方式	由口餵食	鼻胃管管灌(N-G tube)	經皮內視鏡胃造口術PEG
優點	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 患者比較舒適</li> <li>2. 對食物有味覺，可獲得由口進食的滿足感</li> <li>3. 保持和家人的互動，與照顧者有好的接觸，不會剝奪社交感</li> <li>4. 不需約束患者</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 方便置入或移除鼻胃管</li> <li>2. 沒有傷口</li> <li>3. 健保給付費用</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 不易脫落，不易自拔</li> <li>2. 不需時常更換</li> <li>3. 不會造成鼻孔、食道壓傷、潰瘍、出血</li> <li>4. 可用衣服蓋住，外表看不出</li> </ol>
風險	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 餵食時間長，耗費人力</li> <li>2. 食物準備也需要比較費心與費時，陪伴者需耐心餵食</li> <li>3. 因疾病進展，容易會有嗆咳或吸入性肺炎問題</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 研究顯示，鼻胃管無法降低得到吸入性肺炎的風險</li> <li>2. 鼻胃管刺激鼻咽處之不適</li> <li>3. 可能造成皮膚黏膜壓瘡</li> <li>4. 外觀之不適</li> <li>5. 擔心自拔管路，可能需約束患者</li> <li>6. 無法改變疾病的進程與死亡的過程</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健保給付費用</li> <li>2. 腹部有傷口</li> <li>3. 放置新管、移除或更換舊管，均須由胃腸科醫師在病房或胃鏡室中進行</li> <li>4. 傷口感染或膿瘍、疼痛</li> <li>5. 消化液外漏導致皮膚浸潤受損</li> </ol>
合併症/褥瘡	低	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 容易造成鼻腔潰瘍</li> <li>2. 沒有顯示管灌會降低壓瘡發生或促進壓瘡癒合</li> </ol>	執行過程中有腸胃穿孔、出血等風險。沒有顯示管灌會降低壓瘡發生或促進壓瘡癒合
管路費用	無	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一般鼻胃管材質健保</li> <li>2. 矽膠材質自費</li> </ol>	健保(低於半年時間需自費管路費用)
管路放置時間	無	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 一般鼻胃管材質14天</li> <li>2. 矽膠材質1個月(自費)</li> </ol>	半年到一年時間



# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

了解偏好

您選擇治療方式會在意的因素?以及在意的程度?

考量項目	在意程度						備註：如果您非常在意這件事，建議您可以考慮選擇的方案
	完全不在意					非常在意	
1. 患者的舒適度	0	1	2	3	4	5	由口進食
2. 擔心管路自拔	0	1	2	3	4	5	由口進食
3. 患者本身的意願	0	1	2	3	4	5	
4. 患者的營養考量	0	1	2	3	4	5	管路灌食
5. 外表美觀考量	0	1	2	3	4	5	經皮內視鏡胃造口術PEG灌食
6. 餵食時間考量	0	1	2	3	4	5	管路灌食
7. 餵食的方便性	0	1	2	3	4	5	管路灌食
8. 餵食方法的合併症	0	1	2	3	4	5	由口進食
9. 家庭成員給的壓力	0	1	2	3	4	5	管路灌食
10. 傷口考量	0	1	2	3	4	5	由口餵食、鼻胃管管灌(N-G tube)
11. 有管路更換頻率	0	1	2	3	4	5	經皮內視鏡胃造口術PEG灌食
12. 其它我所在乎的: _____	0	1	2	3	4	5	

# 醫病共享決策 (Shared Decision Making, SDM) - 文獻查證



## ➤ Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Nasogastric tube feeding				
	Percutaneous endoscopic gastrostomy				
Mortality irrespective of follow-up time Follow-up: 0 to 6 months	366 per 1000	RR 0.86 (0.58 to 1.28)	644 (9 studies)	⊕⊕⊕⊕ low 1.3	Favours neither PEG nor NGT.
Pneumonia irrespective of follow-up time Follow-up: 0 to 6 months	415 per 1000		(7 studies)	⊕⊕⊕⊕ low 1.3	Favours neither PEG nor NGT.
Adverse events irrespective of follow-up time Follow-up: 0-17 months	380 per 1000	RR 0.83 (0.51 to 1.34)	597 (6 studies)	⊕⊕⊕⊕ moderate 1.3	Favours neither PEG nor NGT.

經皮內視鏡胃造口術與鼻胃管之比較  
併發症 吸入性肺炎 死亡率等相似

## ➤ Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances

Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Nasogastric tube feeding				
	Percutaneous endoscopic gastrostomy				
Treatment failure Feeding interruption, blocking or leakage of the tube, non-adherence Follow-up: 0 to 6 months	391 per 1000	RR 0.18 (0.05 to 0.59)	408 (8 studies)	⊕⊕⊕⊕	Favours PEG
	70 per 1000				

經皮內視鏡胃造口術與鼻胃管之比較  
內視鏡胃造口術有較少的處置失敗率

# 醫病共享決策 ( Shared Decision Making , SDM )

共同決策

您現在確認好治療方式了嗎？

- 我已經清楚『失智症末期吞嚥進食困難進食選擇方式』差別？
- 我做決定前還需要和其他人(如家人等) **討論看看**？

由口餵食

VS

鼻胃管管灌  
(N-G tube)

VS

經皮內視鏡胃  
造口術PEG

如果還有想要進一步討論的問題，  
歡迎隨時提出。



謝謝聆聽 敬請指教

