



# 中山醫學大學附設醫院

## 醫病共享決策輔助評估表

### 長期呼吸器使用的病人要不要接受氣管造口術

#### 適用病人

呼吸衰竭使用呼吸器，經醫師判斷可能需長期依賴呼吸器的病人。

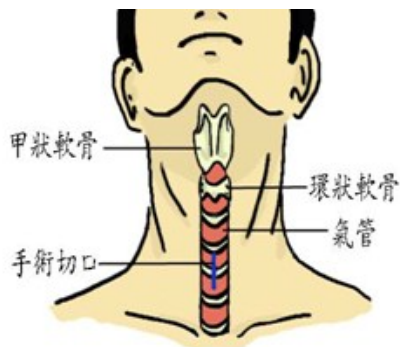
#### 何謂「氣管造口術」：

對於長期呼吸衰竭而必須接受呼吸器治療的病人，必須建立呼吸器和肺部之間的通路，而其中的通路，可分為氣管內插管及氣管造口管路兩種。氣管內插管是經由嘴巴置入管子到氣管中。另外氣管造口管路的使用必須先行「氣管造口術」，「氣管造口術」顧名思義就是用手術的方式從病人頸部建立一個通道，然後即可放入氣管造口管路，方便於病人使用。

#### 介紹

##### (一) 什麼是氣切？

氣切只是個小手術，是「氣管造口術」的簡稱，以全身麻醉的方式在病人的頸部第一二或三四氣管軟骨之間，切開一個小洞插入氣切管，把原來氣管內管（人工氣道）開口從嘴巴移到脖子上來，連接呼吸器，以幫助病人呼吸。



##### (二) 「氣管造口術」的介紹：

為什麼要做氣切？或許您會認為，「既然生命挽救回來，說不定哪天也可以將氣管內管拔掉，成功的脫離呼吸器」、「氣切後會拖更久」、「氣切後一輩子就依賴呼吸器」，所以猶豫不定而延遲開氣切的黃金期。但氣切並不是指拖延病情，反而可以提高呼吸器脫離率，尤其對於意識清醒的病人能有更高品質、舒適的生活。



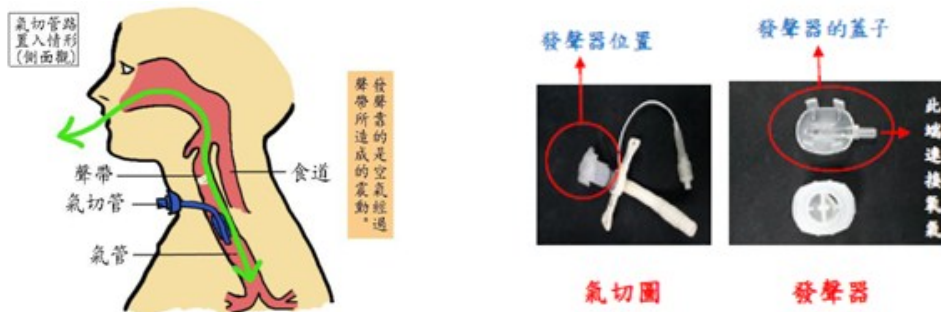
## 中山醫學大學附設醫院 醫病共享決策輔助評估表

### (三) 氣切的優點（與氣管內管比較）

1. 氣切長度只有氣管內管的 1/3，如同用 10 公分的塑膠吸管，呼吸時阻力小較不費力。
2. 氣切管路較短，抽痰較容易。
3. 因氣切管不經口腔，故容易維持口腔清潔，而降低感染機會。不經過喉頭較不會有喉頭水腫的問題，能有較安全的管路更換。
4. 因氣切放置部位在頸部不會造牙齒口腔的不適感而咬管，進而影響呼吸。
5. 氣切放置部位在頸部以氣切帶固定既安全方便，也不會有臉部皮膚破皮的問題，同時較美觀清爽。

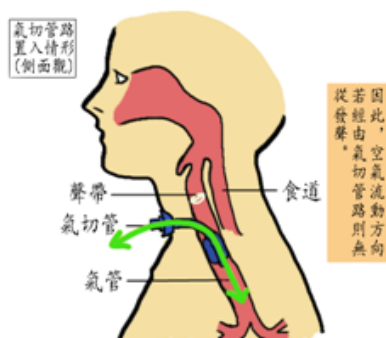
### (四) 氣切後可以說話嗎？

只要鬆開氣切管中的氣囊，讓空氣振動聲帶就可以發出聲音，或是使用特殊裝置（發聲器 Speak Valve），就比較有機會用言語表達需求。



### (五) 氣切後可以吃東西嗎？

氣切跟食道的位置不相同，在吞嚥時會厭軟骨會將通往氣切管的氣道蓋起來，比較不會影響呼吸功能，所以氣切後一樣可以吃東西。





## 中山醫學大學附設醫院 醫病共享決策輔助評估表

### (六) 氣切的缺點（與氣管內管比較）

1. 需作簡易氣切手術或多或少有風險，但術前會會診麻醉科醫師做詳細評估讓風險降到最低。
2. 氣切手術必定會有傷口，做好傷口照護，多數並不會有感染問題。

### (七) 氣切不等於『棄』切

請您試著想像嘴裡含著一根長達 30 公分長的塑膠管（氣管內管）沿路壓著嘴角、牙齒、舌頭、聲帶還要努力的呼吸著，是多麼辛苦與費力，而『氣切』僅有 10 公分，可讓您的家人享有說話表達的能力、吃東西的基本需求之舒適感與較高的呼吸器脫離率，珍惜再次重獲自由呼吸的機會。等待疾病改善後，氣切仍有機會拔除並非永久性。

### 個案背景描述（請勾選√）

#### 1. 您的家人曾經表達若病情需要時，接受氣管造口術的意願？

- 曾經說過可以配合病情及醫師的建議接受氣管造口術
- 好像對接受氣管造口術不會排斥
- 好像表達不願意接受氣管造口術
- 未曾討論過

#### 2. 您的家人對於氣管造口術可能會影響身體外觀的看法？

- 對於身體健康與舒適的重視高過於身體外觀的重視
- 對於因為醫療處置而造成身體外觀的影響好像是不會排斥
- 非常重視自己身體的外觀，無法接受任何不完整的可能
- 未曾討論過

～後面尚有題目，請繼續回答，謝謝～



## 中山醫學大學附設醫院 醫病共享決策輔助評估表

請透過以下六個步驟來幫助您做決定

步驟一：比較每一項選擇的優缺點、併發症

	氣管內插管	氣管造口術(氣切)
術式難易度	熟練的醫師執行快速	需要手術、麻醉
傷口照顧	無傷口，長期插管口腔容易潰爛，臉部皮膚易破損。	有傷口，可能會有出血、感染、癒合差的併發症。
舒適度	較差，嘴巴不能動，喉嚨有管子通過。	較佳，術後短期內傷口疼痛。
從口進食	只能鼻胃管灌食	可，若病人有吞嚥功能。
說話	不能	可，若病人有說話功能，可利用無氣囊或特殊氣切管。
身體心像	較差，嘴巴有管子無法說話，臉上黏貼膠帶。	較美觀清爽。
安全性	較差，氣管內管容易滑脫、不易更換、易狹窄彎折。	較佳，容易更換。
管路更換	須於醫療院所由熟練的醫師執行，換管過程可能因喉頭水腫導致困難插管。	可於醫療院所或居家執行，由醫護人員更換，緊急狀況亦可由受過訓練的居家照護者執行。
口腔衛生	較差，不易刷牙。	較佳。
抽痰	較困難，較易引發呼吸器相關肺炎。	較容易。
脫離呼吸器	較困難，阻力大。	較容易，阻力小。
照顧場所	必須在醫療院所，無法居家照護。	可於醫療院所照護或於居家照護。



步驟二：您選擇治療方式會在意的因素有什麼？以及在意的程度  
請圈選下列考量因素，1分代表對您不重要，5分代表對您非常重要。

考量因素	不重要	較不重要	普通	重要	非常重要
病人自主意願	1	2	3	4	5
經濟考量因素	1	2	3	4	5
病人生活品質 (可以進食或說話等)	1	2	3	4	5
照護的方便性	1	2	3	4	5
自我照護風險	1	2	3	4	5
病人的舒適性	1	2	3	4	5
病人可存活時間	1	2	3	4	5
手術的後遺症	1	2	3	4	5
其他親友的感受	1	2	3	4	5
身體外觀改變	1	2	3	4	5

步驟三：您對治療方式的選擇偏好是？

請圈選下列考量因素，0分代表對您不重要，5分代表對您非常重要。

選擇方式	不重要	較不重要	普通	重要	很重要	非常重要
接受積極治療：選擇氣切手術	0	1	2	3	4	5
接受積極治療：若拔管失敗，選擇重插氣管內管	0	1	2	3	4	5





中山醫學大學附設醫院  
醫病共享決策輔助評估表

接受積極治療：若拔管失敗，接受氣切手術	0	1	2	3	4	5
接受積極治療：若拔管失敗，選擇非侵襲性呼吸器使用	0	1	2	3	4	5
接受緩和治療：拔管後不再重新插氣管內管	0	1	2	3	4	5

【本欄由 SDM 教練填寫】

● 預計可能需要繼續依賴呼吸器的情形：

- 暫時性，可能會有改善（脫離）的可能性
- 永久依賴
- 永久依賴而且可能惡化
- 不確定會好轉或惡化

● 個案目前插管的品質評估情形：

- 個案主訴喉嚨疼痛
- 臉部皮膚破損
- 口腔異味
- 時常皺眉
- 口水多、無法吞嚥
- 口腔黏膜破損
- 躁動不安
- 濃痰、痰液難清除
- 約束

步驟四：經過這樣討論後，您對治療方式的認知有多少？（請勾選√）

問題	對	不對	我不確定
1. 接受氣切手術後，會提升病人的舒適度			
2. 接受氣切手術後，可以降低肺炎發生率及 14% 的死亡率 (Alain et al, 2007)			
3. 接受氣切手術後，可以增加脫離呼吸器的機會			
4. 接受氣切手術後，病人一定可以脫離呼吸器			



中山醫學大學附設醫院  
醫病共享決策輔助評估表

病人資料

5. 接受氣切手術後，氣切管路永遠無法拔除			
6. 接受氣切手術後，可以降低脫離呼吸器時的風險			
7. 接受氣切手術後，可以方便抽痰及呼吸道清潔			
8. 接受氣切手術後，可以降低口腔潰瘍的情形			
9. 接受氣切手術後，就絕對無法說話			
10. 接受氣切手術後，就絕對無法進食			
11. 接受氣切手術後，家屬照護一定會感染			
12. 接受氣切手術後，就必須一輩子躺床			

步驟五：您現在確認好想要的治療方式嗎？

1. 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)

接受氣管造口術

目前繼續維持口(鼻)氣管內管治療，原因：\_\_\_\_\_

2. 目前我還無法決定

我想再與我的主治醫師討論我的決定

我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者…)討論再決定

3. 對於以上治療方式，我想要再了解更多，我的問題有：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

完成以上評估後，您可以將此份結果與您的主治醫師討論。

主治醫師/SDM 教練：

患者/家屬簽名欄：

日期：                      年                      月                      日

～感謝您撥空填寫，敬祝 順心～