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

長期呼吸器使用的病人要不要接受氣管造口術

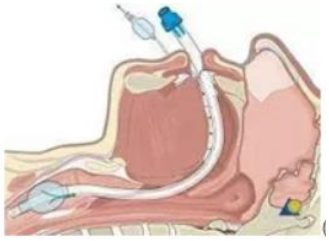
適用病人

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；醫師評估過仍無法移除氣管內管病人（如：曾拔除氣管內管但失敗病人）。

前言

呼吸衰竭而必須接受呼吸器治療的病人，約有10%的病人需要長期使用呼吸器(呼吸氣使用大於21天)。使用呼吸器需建立呼吸器和肺部之間的通路，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，約長達30公分長的塑膠管（氣管內管），沿路壓著嘴角、牙齒、舌頭、聲帶，連吞口水都有嗆咳的可能，而即使被壓迫著還要努力的呼吸，也無法進食。



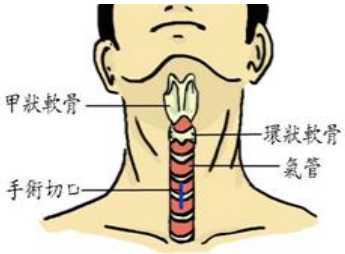
圖片引自網路

『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正中氣管上方建立一個長約1~2公分的通道，然後即可放入氣管造口管路，方便於病人呼吸、容易抽痰，並在有可能脫離呼吸器之情況下較不影響其言語、吞嚥等功能(需長期訓練)，所實施之術式。

介紹

(一)什麼是「氣管造口術」？

「氣管造口術」又稱「氣切」或「氣管切開術」。就是在氣管切開一個約2公分的開口，之後放入一個約6-7公分長的通氣管，建立氣管與外界的通道。氣切的目的是為了取代氣管內插管，好讓病人藉由這個較短的通道呼吸與抽痰，更可以降低長期插管對口腔及喉嚨的損傷。



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。

(二) 「氣管造口術」手術效益：

1.建立呼吸道，是救命的手術。

2.預防長期經口插管導致之喉-氣管狹窄。

3.便於抽痰，改善肺炎或其他下呼吸道感染。

4.使頭頸部大手術能方便遂行。

(三) 「氣管造口術」手術風險：

1.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.氣切手術的危險性不高，即使糖尿病患者亦可施行。

3.氣切手術的併發症包含：氣胸(1%)、縱膈腔積氣(<1%)、皮下氣腫(1%)、出血、氣管內管移位、吸入性肺炎、氣管狹窄、氣管食道及皮膚氣管廔管、感染、及因內科疾病、麻醉亦或年老等原因所引起之併發症：如代謝性酸中毒，肺炎，換氣不足，食道插管，支氣管痙攣，低血壓，心律不整，心臟停止，二氧化碳栓塞，肺水腫，胃酸逆流併吸入性肺炎，心衰竭等。大多可經由補救措施改善。

【參考文獻】：

Combes, A., Luyt C. E., Nieszkowska, A., Trouillet, J. L., Gibert, C., & Chastre, j., (2007). Is tracheostomy associated with better outcomes for patients requiring long-term mechanical ventilation? *Crit Care Med*, *35*(3), 802-807.

曾沛瑜，該不該氣切？生命痛苦抉擇這樣判斷，康健雜誌。(http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=68330&page=4)

陳耿彬，破除迷思 氣切不可怕，中山醫訊。(http://web.csh.org.tw/web/222010/?p=1129)

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

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

衛教影片 QR code

中興RCW氣切的迷思

氣切病人分享

～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

病人資料

請透過以下五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)
管路長度	30 公分	<10 公分
舒適度	較差，嘴巴需維持張開不能閉合也不能移動，喉嚨有管子通過。	較佳，術後短期內傷口疼痛。
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。
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。較易固定，不易移位脫落，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，可以降低肺炎發生率及14%的死亡率 (Combes et al, 2007)。
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。	可於醫療院所或於居家照護。

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

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					
經濟考量因素					
病人生活品質 (可以進食或說話等)					
照護的方便性					
病人的舒適性					
病人可存活時間					
手術的後遺症					
其他親友的感受					
身體外觀改變					

步驟三：初步看完資料，您對治療的認知有多少？（請勾選√）

	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			
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，氣切管路永遠無法拔除			
5. 接受氣切手術後，可以方便抽痰及呼吸道清潔			
6. 接受氣切手術後，可以降低口腔潰瘍的情形			
7. 接受氣切手術後，就絕對無法說話			
8. 接受氣切手術後，就絕對無法進食			

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

【進階評估】

以下由 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
  - ☐ 口腔黏膜破損
  - ☐ 臉部皮膚破損
  - ☐ 躁動不安
  - ☐ 口腔異味
  - ☐ 濃痰、痰液難清除
  - ☐ 時常皺眉
  - ☐ 約束
  - ☐ 口水多、無法吞嚥

步驟四：(後測)經過詳細解說及討論後，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			
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，氣切管路永遠無法拔除			
5. 接受氣切手術後，可以方便抽痰及呼吸道清潔			
6. 接受氣切手術後，可以降低口腔潰瘍的情形			
7. 接受氣切手術後，就絕對無法說話			
8. 接受氣切手術後，就絕對無法進食			

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

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)

   ☐ 接受積極治療：選擇氣切手術

   ☐ 接受積極治療：若拔管失敗，選擇重插氣管內管

   ☐ 接受緩和治療：拔管後不再重新插氣管內管

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…)討論我的決定

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 輔導員：

患者/家屬簽名欄：

日期：　　年　　月　　日

～感謝您撥空填寫，敬祝 順心～