



長期呼吸器使用的病人要不要接受氣管造口術

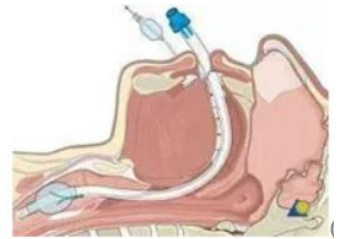
適用病人

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。



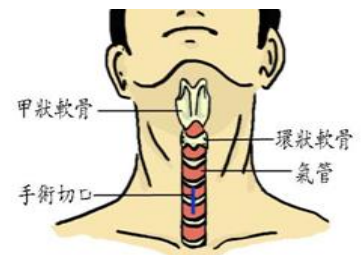
圖片引自網路

『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。





中山醫學大學附設醫院 醫病共享決策輔助評估表

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瘻管、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。



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

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

請透過以下四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

步驟二：您選擇治療方式會在意的因素與程度為何？

考量因素	1分 ————— 考量程度 ————— 5分				
	從不	很少	偶而	經常	總是
我會考量病人本身的想法	1	2	3	4	5
	不希望	不太希望	普通	希望	非常希望
我希望家人能夠由口進食、說話	1	2	3	4	5
	不希望	不太希望	普通	希望	非常希望
我願意承擔家人手術的風險	1	2	3	4	5
	不願意	不太願意	普通	願意	非常願意
我重視家人氣管放置位置的舒適度	1	2	3	4	5
	不重視	不太重視	普通	重視	非常重視
我可以接受家人長期照護的醫療費用	1	2	3	4	5
	不能接受	不太能接受	普通	能接受	非常能接受
我希望家人可以居家照護	1	2	3	4	5
	不希望	不太希望	普通	希望	非常希望

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

步驟四：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)

- 接受氣切手術
- 維持氣管內插管
- 訓練拔管，若拔管失敗，再考慮氣切手術
- 拔管後不再重新放置氣管內管

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～



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

最後，請花一點時間幫我們完成下列評估

您的肯定跟建議，是我們動力

醫療決定品質評估

	不同意	不太同意	普通	同意	非常同意
1. 在下決定前，幫助我知道每個選項的優點及缺點	1	2	3	4	5
2. 在下決定前，幫助我辨識想詢問醫生的問題	1	2	3	4	5
3. 在下決定前，幫助我表達疑慮與想法且受到醫療人員重視	1	2	3	4	5
4. 在決定治療方式時，了解在意問題的好處及壞處	1	2	3	4	5
5. 在決定治療方式時，得到足夠的幫助或建議來作決定	1	2	3	4	5
6. 在決定治療方式時，作了最適合的決定	1	2	3	4	5
7. 在協助你下決定時，醫療人員的努力程度	1	2	3	4	5
8. 這樣的醫病溝通方式，能減少我的焦慮	1	2	3	4	5
9.這份決策輔助工具，是否有哪些描述、圖片、呈現方式或題目，讓您不容易理解或作答？請簡述：					
10.是否有想知道且關係到抉擇的問題，但這份決策輔助工具沒有說明？請簡述：					

參考：醫策會「病人安全共進計畫 成效評估調查問卷（民眾版）」

有建議也歡迎提出



中山醫學大學附設醫院
醫病共享決策輔助評估表

【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.
- Fernando, S. M., McIsaac, D. I., Rochweg, B., Bagshaw, S. M., Muscedere, J., Munshi, L.,...Dave, C. J. I. c. m. (2019). Frailty and invasive mechanical ventilation: association with outcomes, extubation failure, and tracheostomy. *Intensive Care Med*, 45(12), 1742-1752.
- Mahmood, K., & Wahidi, M. M. J. C. i. C. M. (2016). The changing role for tracheostomy in patients requiring mechanical ventilation. *Clin Chest Med*, 37(4), 741-751.
- 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>)