

短期內無法脫離呼吸器的病人 要不要接受氣管造口術

每個人的健康狀況及各醫院提供的治療方案、程序都不盡相同
請與您的主治醫師及醫療團隊討論，才能得到最符合您情況的資訊喔！

前言

您的家人病情漸趨穩定，但短期內仍需要使用呼吸器。目前除了維持氣管插管（稱為氣管內管）之外，另一種合理的選擇是以氣管造口術（俗稱的氣切）來連接使用呼吸器。兩種方式在病人的生活品質、照護過程及身體外觀會有不同。在決定選項之前，請您仔細考量什麼是病人所期待或較合適的方式。

適用對象 / 適用狀況

因呼吸衰竭接受呼吸器治療而病情轉為穩定的病人，經由醫師判斷短期內無法脫離呼吸器者。

疾病或健康議題簡介

病人因呼吸系統或身體疾病導致呼吸衰竭，常需使用呼吸器協助呼吸。目前臨床上使用的呼吸器，都是經由一條置放在病人氣管內的塑膠管子壓送氧氣及抽吸二氧化碳進出肺部。在使用呼吸器之初，醫師通常經由病人的口腔或鼻道置入氣管內管來連接使用呼吸器。在病情穩定之後若短期內無法脫離呼吸器，由於長期使用氣管內管較易發生問題，醫師常會建議將氣管內管更換為氣管造口管路。雖然醫師會建議氣管造口術，但因兩種方式各有其優缺點，不同病人和家屬有不同的考量和在意的點，故在決策之前，需要您對兩種處置方式有充分的了解。

醫療選項簡介

氣管內管經口腔或鼻道（虛線）置入。

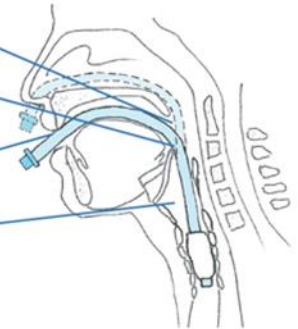
管道佔據咽部，故無法經口進食。

管道較長，較易瘀積痰液造成阻塞，亦較易併發肺部感染。

若發生管路滑脫，須重新插管，風險較高。

管道經過聲帶，故無法說話，且可造成聲帶受損。

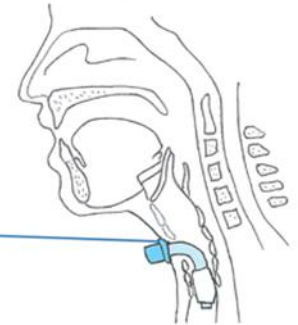
氣管內管置入



以外科手術方式經頸部氣管第二、三軟管間切開，置入通氣管（稱為氣切管）。

需切開直徑約2公分之造口。

氣切管置入



您目前比較想要選擇的方式

- ☐ 氣管造口術
- ☐ 維持置入氣管內管
- ☐ 目前還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、選項的比較

	氣管造口術	維持置入氣管內管
病人的生活品質	1. 改善病人口腔衛生及舒適度，減少口腔及嘴唇的潰瘍。 2. 經過訓練病人可以說話及進食。病人舒適感較佳，溝通較方便	1. 經口置入：嘴巴無法閉合，口腔黏膜及臉部皮膚容易破損。 2. 經鼻置入：置入部位不適，鼻黏膜及臉部皮膚容易破損。 3. 氣管內管長時間放置，容易導致喉嚨腫脹疼痛及聲帶受損。
病人的照護方式	1. 因使用氣切管較易照護，病人有較大的機會返家、長照機構照護。 2. 抽痰及呼吸道照護較為容易，且可以有效的清除呼吸道分泌物。 3. 對咽喉部損傷較少，降低鼻竇炎風險，減少鎮靜需求。 4. 更換管路較容易，並可減少長期使用口(鼻)插管之併發症。	1. 因置入氣管內管較難照護，病人長期留在醫院照護的機會較大。 2. 管路較長，在抽痰及呼吸道照護較為困難，且較難清除呼吸道分泌物。
呼吸訓練	病人如果成功脫離呼吸器只需將呼吸器移除，管路仍可留置，若訓練失敗只需將呼吸器直接接回。	在呼吸器脫離訓練的過程若拔管失敗就要面臨是否再重新插管，且可能會有困難插管的風險。
管路併發症	1. 氣胸、管路錯位、感染。 2. 呼吸器引發的肺部感染率較低，約13%。 	1. 氣胸、管路滑脫、感染。 2. 呼吸器引發的肺部感染率較高，約24%。 
手術併發症	1. 出血：手術中輕微出血約2至2.5%，但罕見情況下會發生致命性出血。 2. 其他：皮下氣腫、甲狀腺受損、喉反神經受損、氣管穿孔、氣胸。	

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？ 以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐題圈選一個比較偏向您的情況

考量項目	毫不在意 → 非常在意						如果這個理由對您非常重要，建議您可以考慮選擇的方案
病人的舒適性	0	1	2	3	4	5	
病人仍能夠進食	0	1	2	3	4	5	
病人仍能夠說話	0	1	2	3	4	5	
病人身上有一個造口	0	1	2	3	4	5	
病人返家照護的方便性	0	1	2	3	4	5	
其他親友的感受	0	1	2	3	4	5	
病人發生感染	0	1	2	3	4	5	
病人發生口或鼻腔粘膜受損	0	1	2	3	4	5	
管路滑脫的風險	0	1	2	3	4	5	

步驟三、對於上面提供的資訊，您是否已經了解呢？

- | | |
|--|---|
| 1. 接受氣管造口術(氣切手術)後，會提升病人的舒適度。 | ☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道 |
| 2. 維持置入氣管內管，病人的嘴巴無法閉合(或氣管內管塞入鼻道)，口腔(或鼻道)黏膜及臉部皮膚容易破損。 | ☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道 |
| 3. 病人接受氣管造口術(氣切手術)後，絕對無法說話。 | ☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道 |
| 4. 病人接受氣管造口術(氣切手術)後，可以降低口腔潰瘍的情形。 | ☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道 |
| 5. 維持置入氣管內管，病人不須面臨手術的風險。 | ☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道 |
| 6. 病人接受氣管造口術後，更不容易脫離呼吸器。 | ☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道 |

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

☐ 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)

☐ 氣管造口術

☐ 維持置入氣管內管

☐ 目前還無法做決定，原因：_____

☐ 我目前還無法決定

☐ 我想要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。

☐ 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：_____

瞭解更多資訊及資源：

醫病共享決策平台 <https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>

參考文獻

1. Chia-Lin Hsu, Kuan-Yu Chen, Chia-Hsueh Chang, Jih-Shuin Jerng, Chong-Jen Yu, Pan-Chyr Yang. Timing of tracheostomy as a determinant of weaning success in critically ill patients: a retrospective study. Crit Care. 2005; 9(1): 46–52.
2. Cipriano A, Mao ML, Hon HH, Vazquez D, Stawicki SP, Sharpe RP, Evans DC. An overview of complications associated with open and percutaneous tracheostomy procedures. Int J Crit Illn Inj Sci. 2015 Jul-Sep; 5(3): 179–188.
3. Durbin CG Jr. Tracheostomy: Why, When, and How? Respir Care. 2010 Aug;55(8):1056-1068.
4. Nseir S, Di Pompeo C, Jozefowicz E, Cavestri B, Brisson H, Nyunga M, Soubrier S, Durocher A. Relationship between tracheotomy and ventilator-associated pneumonia: a case control study. Eur Respir J. 2007 Aug;30(2):314-320.
5. Damuth, E., Mitchell, J. A., Bartock, J. L., Roberts, B. W., & Trzeciak, S. (2015). Long-term survival of critically ill patients treated with prolonged mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Respiratory Medicine, 3(7), 544-553.
6. Johnson-Obaseki, S., Veljkovic, A., & Javidnia, H. (2016). Complication rates of open surgical versus percutaneous tracheostomy in critically ill patients. The Laryngoscope, 126(11), 2459-2467.

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

【版本】2020年第三版，更新日期：2020.6.4

【經費來源】本工具由衛生福利部「醫病共享決策推廣計畫」項下經費支應。經費來源及研發團隊成員與此工具相關醫療選項沒有利益衝突、經濟利益或贊助關係。

【研發團隊】2016年第一版：召集人 余忠仁 / 執行團隊 刁于純、王宗曦、王秉彥、王英偉、古世基、石崇良、吳宜蓁、吳錦桐、李宜恭、周幸生、林宏榮、侯文萱、徐圭璋、翁文能、高國晉、梁蕙雯、許巍鐘、陳厚全、黃閔照、楊志偉、葉森洲、潘延健、譚家偉(依姓名筆劃排序)
廖熏香、游育苓、吳碧娟、徐珮嘉

2018年第二版：刁于純、古世基、李宜恭、侯文萱、紀景琪、陳可欣、廖熏香、劉人瑋、劉建良、鄭浩民
(依姓名筆劃排序)
羅恒廉、吳碧娟、李于嘉

2020年第三版：刁于純、李宜恭、侯文萱、郭寶仁、陳可欣、陳易宏、陳祖裕、廖熏香、劉人瑋、劉建良、鄭浩民 (依姓名筆劃排序)
陳嘉珮、王郁涵、徐尚楓