

腦傷的病人要不要接受氣管造口術

一、何謂氣管造口術？

成人重症患者使用呼吸器無法在短期間內移除，臨床醫療人員就會對患者或家屬建議氣管造口術(俗稱的氣切)，因為讓病人口中咬著一根管子，導致其口腔不易清潔而產生異味甚至潰爛，也有可能容易發生呼吸器相關性肺炎。

當您的家人短期內無法移除呼吸器，但病情相對穩定，除了維持口(鼻)插管治療之外，也可以選擇用氣管造口術(俗稱的氣切)治療，對病人生活品質、照護方式及外觀上會有所改變，請您想想什麼是病人以及家人所期待的治療方式，並做出最適合的選擇。

二、氣管造口術(氣切)適用對象

1. 經由醫師判斷長期呼吸衰竭需插管，短期內無法脫離呼吸器且病情穩定的病人
2. 病人咳痰能力不佳，曾經移除呼吸器但又常反覆插呼吸管的病人
3. 意識不清(昏迷指數GCS \leq 8分)
4. 聲帶麻痺或聲帶受損，導致呼吸困難需長期插呼吸管者

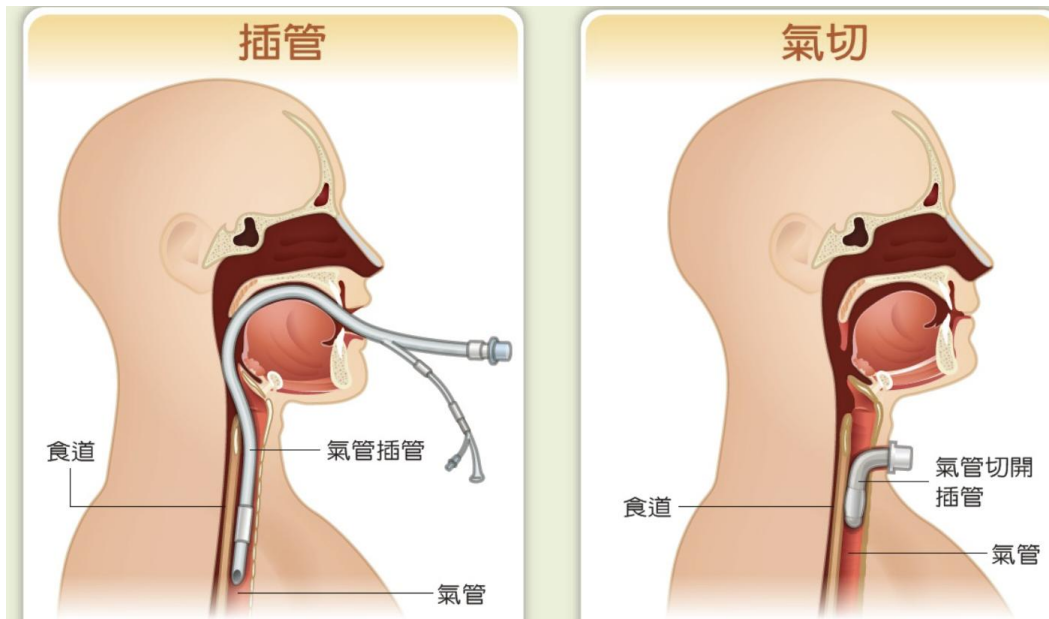
三、儘早做氣管造口術有其優點

研究顯示，若預期插管使用人工呼吸器超過14天的話，儘早做氣切對病人的預後有正面效益，甚至包含脫離呼吸器的機會也會增加，對後續的生活品質也會提高。

腦部受傷加上昏迷指數低(GCS \leq 8分)，因吞嚥功能及呼吸氣道保護能力變差所以宜儘早做氣切，有實證資料顯示對病人在5天內做氣切，其呼吸器使用天數及加護病房住院天數皆降低；但對於死亡率來說，早或晚做氣切並無顯著差異。其實氣切只是暢通呼吸道的另一種方式，氣切的病人若之後甦醒，經過訓練仍然可以說話及進食，而且氣切管是可以移除的。至於後續病人生活品質的改善與銜接照護及是否能脫離呼吸器仍須視病情的狀況來決定。

四、長期經由口腔/鼻腔放置氣管內管有其缺點

氣管內管有其副作用：(1)無法說話：氣管內管通過聲門，病患無法說話，難以溝通；(2)咽喉疼痛：氣管內管穿過喉嚨造成極大不適，病人可能會躁動，嚴重者需使用鎮靜劑或約束病人；(3)無法由口進食：氣管內管通常經口插管，嘴巴被固定不能動，無法從嘴巴吃東西，僅能從鼻胃管灌食；(4)壓迫傷害：氣管內管長時間壓迫口腔與呼吸道黏膜，導致口腔潰瘍、喉嚨長肉芽腫、聲帶受損；(5)口腔衛生差：口腔無法刷牙，容易滋生細菌。



●兩種插管類型比較：

手術類型	經口腔氣管內插管	氣管造口術（氣切）
方法	將呼吸管（約 22-25 公分）經由口腔、穿過聲門進入氣管，	在頸部的中間直接做一個傷口，置入氣切管（約 6-8 公分）
優點	不需開刀，沒有傷口 緊急建立呼吸道的首選	<ol style="list-style-type: none"> 1. 較口腔插管舒服 2. 更換管路容易 3. 抽痰和呼吸道的照護容易 4. 降低肺炎風險 5. 研究顯示更易脫離呼吸器及較短的加護病房住院天數
缺點	<ol style="list-style-type: none"> 1. 口腔不易清潔 2. 感染風險較高 3. 抽痰抽不乾淨 4. 無法說話 5. 長期放置造成聲門傷害和氣管軟化症 	頸部中間會有一個傷口（約 1 公分）

五、治療潛在風險

氣切常見的併發症包括：氣胸、管路錯位、感染。以及手術及術後出血的風險，現在氣切管的建立多採用經皮穿刺方式，甚至可以在病床旁邊執行，上述併發症比例已大幅降低，只有少數高風險病人仍需要到開刀房執行氣切手術。

原則上對於長期需要呼吸器的病人，氣切的好處是遠大於經口腔插管，然而因為民情風俗、文化背景的不同，國人對氣切的接受度一般而言都不高，甚至有誤解，認為氣切就跟永久植物人劃上等號。事實上氣切後的病人甦醒且脫離氣切

造口的案例所在多有。

請透過以下三個步驟來協助您做決定

☆步驟一：您選擇治療方式會在意的因素有什麼？以及您在意的程度

★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	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要
成功率					
復發率					
併發症					
後續追蹤及照護					
影響生活品質					

☆步驟二：您治療方式的認知

1. 我已經瞭解氣管造口手術的潛在風險
 知道 不知道
2. 我已經瞭解有哪些手術種類及方式的選擇
 知道 不知道
3. 我已經瞭解不同治療方式的優點與缺點
 知道 不知道

☆步驟三：您已確認好手術方式了嗎？

1. 我做決定前還需要
 更深入了解每個手術方式 需要和其他人討論看看
 需要和醫師更詳細的討論 不用了，我已經做好決定
2. 我對於自己的決定有多確定
 100%確定 75%確定 50%確定 完全不確定

3. 目前為止，您偏好哪項治療選擇？

- 氣管造口術（氣切）
 繼續使用經口腔 / 經鼻 插呼吸管

參考文獻：

Holevar, M., Dunharm, M., Brautigan, R., Clancy, T. V., Como, J. J., Ebert, J. B., Tisherman, S. A. (2009). Practice management guidelines for timing of tracheostomy: The EAST Practice Management Guidelines Work Group. *J Trauma*, 67 (4), 870-874.
Flaatten H, Gjerde S, Heimdal JH, Aardal S.(2006). The effect of tracheostomy on outcome in intensive care unit patients. *Acta Anaesthesiol Scand* ;50:92-98.

Boynton, J. H., Hawkins, K., Eastridge, B. J., & O'Keefe, G. E. (2004). Tracheostomy timing and the duration of weaning in patients with acute respiratory failure. *Critical Care*, 8 (4), R261-R267. doi: 10.1186/cc2885.

瞭解更多資訊及資源：

全民健康基金會

<https://www.twhealth.org.tw/journalView.php?cat=14&sid=238&page=4>

~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。~

