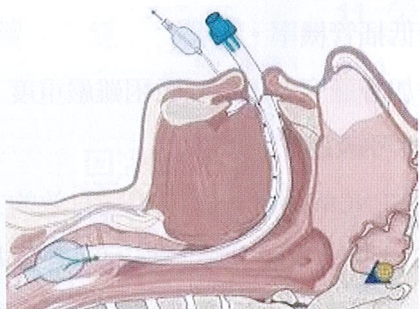


# 破除迷思 氣切不可怕

文/胸腔內科 陳耿彬 主治醫師

在醫療上常會聽到「插管」、「拔管」、「氣切」等名詞，在家屬面對家人需要搶救時，這些名詞聽來懂但又不知是甚麼樣的治療？在面對抉擇時間，如何選擇對病人最合適的治療方式？今天我們來談談。

「插管」，醫療上的「插管」處置很多種，在呼吸道方面，指的是插入呼吸管，又稱為「氣管內插管」，經由口腔或鼻腔、穿過喉嚨、聲門和聲帶再進入氣管，一般會依據病人病情狀況接上呼吸器幫助呼吸（圖一）。



（圖一）

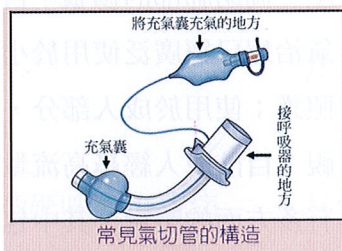
甚麼樣的情況需要接受插管治療？可簡單分為以下三種：

- 第一種狀況是急救，在施行心肺復甦後，若病人沒有辦法自行呼吸，會進行氣管插管，持續進階急救。
- 第二種狀況是在一般手術全身麻醉插管的病人，通常在術後就可立即拔管或在加護病房觀察至病情穩定後即可拔管。
- 第三種狀況常見於加護病房或病房的病

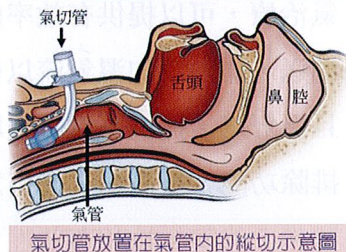
人，因肺炎感染或其他疾病的病情惡化導致呼吸衰竭，需接受插管使用呼吸器支持呼吸，隨著治療有些病人能漸漸穩定恢復自行呼吸，但有些病人的狀況愈來愈差，無法回復。

若氣管內管插管時間過久，容易造成口腔潰瘍或出血、氣管潰瘍、氣管狹窄或聲帶受損等併發症。醫療上，通常預估病人需要使用呼吸器超過3週以上的時間，多會建議將插管改成氣切。

何謂「氣切」？即「氣管切開術」或「氣管造口術」（圖二）的簡稱。就是在氣管切開一個約2公分的開口，然後放入一個約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。



常見氣切管的構造



氣切管放置在氣管內的縱切示意圖

（圖二）



對於呼吸衰竭而必須接受呼吸器治療的病人，呼吸器和氣道之間的通路一般可經由氣管內管或氣切管提供。在急性呼吸衰竭期間，一般經由氣管內管提供呼吸支持。而在接受呼吸器支持的病人中，約有10%的病人需要長期使用呼吸器（呼吸氣使用大於21天）。

國人在傳統上較西方人排斥氣管造口術。可能曾看過或聽說過親友在死亡時身上有氣切管，而把病況不佳與氣切連結在一起的錯誤印象。或是家屬多會擔心讓病人在接受一次手術會不會更痛苦、氣切管會不會很痛、或是做了氣切管代表病人永遠不會好了。

其實氣切手術，會使用局部麻醉或全身麻醉，而且病人使用氣切管的不舒服會比使用氣管內管輕微，相對併發症也較少，病人在執行呼吸訓練也比較容易。雖然絕大部分接受氣切的病人本身的疾病可能是無法康復到正常的，隨著疾病和年齡進展，導致呼吸衰竭，需靠氣切手術以維持較佳的長期氣道，提供抽痰所需甚或連接呼吸器。但若沒有氣切，這些病人可能會更早離開世間。

氣切管與氣管內管相比，有諸多優勢：

立即之好處為病人的舒適、比氣管內管容易替換清潔、抽痰也較容易，若脫離呼吸器的病人活動較方便、也可言語溝通。在物理上，氣切管比傳統氣管內管長度較短，因此呼吸道阻力較小，病人較有機會成功脫離呼吸器。

為與病人獲得最佳之治療決定，本院導入醫病共享決策（Shared Decision Making，SDM）。SDM最早是1982年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上，為促進醫病相互尊重與溝通而提出。在1997年由Charles提出操作型定義，至少要有醫師和病人/家屬雙方共同參與，醫師提出各種不同醫療處置之實證資料，病人及家屬則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項。

在短期（小於21天）無法脫離呼吸器的狀況，醫師會評估病人的病況，預估最終脫離呼吸器的可能性、預計呼吸器依賴時的生活品質及預期壽命。這些都要與病人或病人的指定醫療代理人（通常為親屬）討論。經由醫病共享決策，較能達到病人期望的治療結果。