

是愛還是拖累？ 由氣切的抉擇 談醫病共享決策

「如果有一天，我只能靠機器呼吸，請幫我拔管，絕不要氣切，這樣沒意義的活著，倒不如死了算了…」一段來自陳爺爺瘦弱枯槁雙手，用盡全力寫下顫抖的字跡，至今讓我久久不能自己。

劉佳圓

國泰綜合醫院亞急性呼吸照護病房護理師



是救命？還是折磨？天人交戰，在醫院的各個角落，反覆上演著，讓人省思，是該尊重病人的決定，放手給予尊嚴離開，還是執著緊握放不開的手，繼續拉扯著？…

亞急性呼吸照護病房(RCC)主要收治連續使用呼吸器滿21天(含)以上仍無法脫離呼吸器之病患，經該加護單位醫師評估病情穩定後入住。病患入住加護病房並使用呼吸器滿21天，經醫師評估病況穩定且短期內尚無法脫離呼吸器者，會建議家屬及病患進行氣切手術，若家屬猶豫不決或不同意手術，則需持續與家屬及病患溝通討論，避免因氣管內管長期留置而帶來其他相關合併症。

陳爺爺，80歲，兩年前因吸入性肺炎緊急放置氣管內管，經過積極治療及自主呼吸訓練，成功移除口中氣管內管並轉出加護病房。但幾週後

又再次因為吸入性肺炎且肺部纖維化，喘不過氣，醫師表示需要插管治療以維持呼吸，經兒女討論後同意二次插管，起初家屬及病患本人都抱持希望，覺得很有機會脫離氣管內管，但是一次一次練習的失敗，一次又一次削減了病患及家屬的希望，那失落的感受，令人難以承受。因為病情及床位管理，轉至亞急性呼吸照護病房。醫師向家屬表示：「長期插管對病患來說很不舒服，且管路長期置放容易引發相關合併症，幫陳爺爺氣切好嗎？」這番話語與家屬討論著，家屬流著淚表示要與病人討論後決定，不知道是插管的痛，還是病患有著強烈的求生意志，感受到家屬的掙扎，陳爺爺流著淚點頭表示願意氣切，經歷了一個多月的努力，當中經歷感染、發燒、全身冒汗，差點就走了，但他的身體依然撐了下來，陳爺爺自主呼吸訓練成功滿5天，也在團隊評估下，更換成可以練習說話的氣切管路型號，開始了發聲練

習，經跨團隊成員陪伴下，也由口中開始吞嚥那想念的滋味，布丁、蒸蛋、木瓜牛奶、雞腿..等，不再透過鼻胃管進食；從床上抬手抬腳復健運動，物理治療師陪伴下站立於床邊，更進步到可以於攙扶下行走於床緣，陳爺爺開心的說沒想到自己可以恢復成這樣的狀態，原本以為該就這樣死去，卻可以吃回以前的食物，家人陪伴下漫步走在陽光走廊，最後陳爺爺開心且平安出院。

現今臺灣忙碌的醫療環境下，醫病溝通問題的改善面臨了不少挑戰，包含病人複雜多重的疾病、醫師要照顧的病人太多，導致與病人溝通時間有限、醫療專業與民眾間知識落差大、醫病關係緊張等。以往人們對於醫療關係的態度是「醫生就是對的」，然而隨著知識傳遞方式的進步及網路快速的發展，醫學知識的來源不再僅限於醫生，民眾逐漸希望能參與醫生的醫療處置，和醫

生一同決定後續的醫療行為，更期待醫生在進行醫療診斷與評估時，能將病患個人的經驗、喜好、價值觀及社會文化習慣納入，因此，若能增進病人對健康知識的瞭解，由醫療人員和病人共同參與醫療決策的「共享決策(Shared Decision Making, 簡稱SDM)」，是進行醫療決策的理想模式；也希望可以提升病人的健康知識後，協助提升醫療品質、降低醫療費用。

當病人發生呼吸衰竭時，會先進行氣管內插管並使用呼吸器維持通氣需求，待病人病情穩定或呼吸衰竭因素改善後，經醫療相關人員評估病患在短期內(2-3週)能脫離呼吸器，將進行呼吸器脫離訓練。訓練後再判斷病患是否能脫離呼吸器，若病患有機會順利脫離則移除氣管內管，視為脫離呼吸器成功；反之，移除失敗病患則將重新置放氣管內管並繼續進行呼吸器脫離訓練，若評估無法順利脫離呼吸器則持續使用呼吸器以維持通氣需求。對於需要依賴呼吸器維持通氣的急重症病患，氣管內管放置時間久且無法脫離呼吸器使用時，醫師會建議執行氣切。但由於風俗民情、文化背景及醫療制度不盡相同，國人對於氣切接受度原本就不高，認為這是很嚴重且難以救治所執行的處置，常將氣切和死亡畫上等號，東方人講究身體髮膚受之父母不敢毀傷孝之始也，覺得身體心像亦會受損，因此接受氣切手術比率相較於其他國家較低，接受氣切時間也較其他國家來的晚。國外研究顯示若預期插管使用人工呼吸氣超過14天，儘早執行氣切對於病患預後有正面效益，除了脫離呼吸器機會增加外，對於後續生活品質相對也會提高。因此在呼吸器依賴病人的照護過程中，病患對於氣切的必要性，以及氣切後在呼吸器脫離及照護品質上，應是醫療團隊共同關注的議題，各醫療團隊成員也須扮演其不同的角色共同合作，協助病患及家屬做正確的決定。