## 重症加護內科

• 學經歷 • 台灣大學理學院心理系 波蘭西里西亞大學醫學院學士後醫學系 高雄榮民總醫院重症醫學部重症加護內科主治醫師

○ 專 長 ● 重症醫療|胸腔醫學|一般內科學



主治醫師 郭書宏



礙於國情與民情的 因素,雖然氣管造口術 (簡稱氣切)相較於延

長氣管內管插管使用有較多的優點且較少之 合併症發生,還是一直難為普羅大眾於第一 時間接受,當中廣為流傳的說法諸如氣切後 就一輩子難以脫離機器,或氣切後要終身臥 床的錯誤論點,及對於鍾愛之親屬身體完整 性維護的取捨,更是讓病人家屬端難以下決 定的重要關鍵。

人工氣道通常是一種緊急處置,當病人 出現呼吸困難需進行急救時,通常會先以氣 管內插管,輔以呼吸器協助換氣,維持生命 並延長治療時機。但非所有病人皆能順利脫 離呼吸器,若長期插管會造成口腔、咽喉甚 至氣管的損傷,包含表皮黏膜損傷、水腫、 牙齒損傷、聲帶麻痺、接觸性肉芽腫、吞嚥 困難、氣管軟化、氣管食道瘻管等合併症產 生。

為降低經口鼻插管所造成之併發症並改 善病人舒適度,醫師會建議儘早執行氣管造 口術,它是一種外科手術,在頸部氣管處, 切開一個暫時性或永久性開口,接著放入一 個涌氣管(或稱氣切管)以提供病人呼吸及 清除痰液之通道。氣管造口術主要有兩種 方式:(一)傳統氣管切開手術:在手術室進 行,於全身麻醉下,外科醫師在病人頸部第 二、三氣管軟骨間,劃開長約2至5公分的 傷口,剝離皮下組織後於上述氣管軟骨間, 插入氣切管以幫助病人呼吸;(二)經皮氣管 切開手術:可在手術室、加護病房,或呼吸 照護病房進行。病人在局部麻醉或靜脈注射 麻醉下,在病人頸部第二、三氣管軟骨間, 劃開長約1至2公分的傷口,於支氣管鏡引 導下(視臨床狀況需求安排),以擴張器與導 引裝置將氣切管插入氣管以幫助病人呼吸。 與傳統手術相比,經皮氣管切開手術所需手 術與麻醉時間較短,傷口較小,出血或傷口 感染發生率較低。氣管切開術的常見併發症 包括傷口出血、傷口感染。罕見併發症包括 氣管狹窄、氣管軟化、氣管破裂、氣管與鄰 近構造(例如食道、大血管等)形成瘻管。 長期使用氣管內管的病人,也可能發生這些 罕見併發症。此外依病人狀況以及所進行的 手術與麻醉,也有不同程度的麻醉相關併發 症風險。

根據目前最佳的證據,當病人一旦進 入慢性呼吸器依賴狀態,其出院死亡率,出 院後一年內死亡率皆比非慢性呼吸器依賴狀 態病人為高,且相關風險大幅受到面臨氣切 決定時(住院21天)年齡、是否仍使用升壓劑 及是否為急性腎衰竭須洗腎狀態、經評估無 法脫離呼吸器診斷、住院時就有慢性腎臟疾 病相關診斷、共病因子、及糖尿病等診斷影 響。但雖預後不佳,當中仍有20%病人能夠 出院返家,甚至當中有一半的病人能夠經由 適當的治療和幫助得以脫離呼吸器。多一些 了解,權衡氣切帶來的好處與可能造成的壞 處,評估當下病人的狀況及預後,審慎衡量 幫助及副作用,讓關心與愛,不造成傷害。