

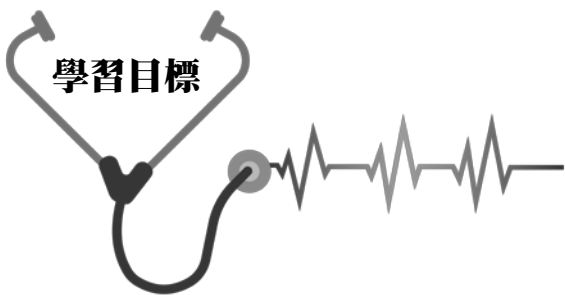
(08 章頭頁)

(08 章頭頁)

211

C
H
8
百歲開心人

學習目標



212

- ✧ 分辨超高齡開心手術病人與一般開心手術病人，在術前評估與術後照護的不同。
- ✧ 建立並執行醫病共享決策（Shared Decision Making,SDM）流程，面對各類病人，提供完善治療決策資訊。

年過百歲的杜爺爺是特戰部隊出身，平時身體健壯，煮飯、洗衣樣樣都難不倒他，偶爾發生的小感冒也能在診所就醫後痊癒，但近來咳嗽一陣子了，家人以為是爺爺年輕時抽菸與老化的影響，沒有太注意，想不到3月底，杜爺爺突然呼吸喘，被兒女送到台北慈濟醫院急診室，醫師診斷為急性心臟衰竭，必須立即住院進行治療。

照護說明 8-1

身體硬朗的百歲杜爺爺，因急性心臟衰竭被送進急診室治療。住院以藥物治療兩週後，狀況改善有限，於是會診心臟外科，評估手術治療的可能性。

◆ 心臟內科主治醫師

杜爺爺從急診入院時，意識清楚，但是氣若游絲，

因為急性心臟衰竭，血液出不去，呼吸喘連下床都不行。檢查發現，杜爺爺的主動脈瓣已經縮小到只剩 0.6 平方公分，有嚴重的心臟擴大和肋膜持續積水狀況，讓爺爺連動一下都會很喘。用藥物積極治療心臟，但因為爺爺心臟衰竭已非常嚴重，所以持續肋膜積水，而給以氧氣治療肺積水。入院兩週後，發現藥物治療的方式似乎到了極限，於是會診心臟外科，希望能提供爺爺其他方式的治療。

◆ 心臟外科主治醫師

一般正常主動脈瓣開口至少要在 2.5 平方公分以上，杜爺爺的只剩 0.6 平方公分，應該是狹窄讓心臟無法輸出血液，導致循環不足，心臟擴大。雖然入院初期，心臟內科用藥物控制病情，但因為杜爺爺的主動脈瓣嚴重狹窄讓血液循環不足，加上右冠狀動脈狹窄，隨時有休克風險，情況已很危急；再者，一般主動脈狹窄小於 1.0 平方公分以下，就已經符合手術治療的適應症，所以必須盡快進行瓣膜置換及冠狀動脈繞道手術。

◆ 專科護理師

嚴重主動脈瓣狹窄是很危險、隨時會致命的疾病，只要一瞬間心臟無法輸出血液，人就無法存活。所以雖然杜爺爺年過百歲，遇到如此急症，還是得有動手術的心理準

備。在兩週的藥物治療成效有限後，團隊還是做出手術治療的建議。

術前，主治醫師審慎評估了杜爺爺的手術風險、整體狀態，以及術前生活型態，才決定為爺爺開刀。雖然爺爺已百歲高齡，但家屬表示爺爺平日居家生活、行走都沒問題，在家的生活也能自理，顯示身體狀況還不差。

「爸爸已經一百歲了，到底要不要開刀？」「開刀後會完全康復嗎？」「成功機會大嗎？會對生活造成什麼影響？」對手術種種的疑惑，讓杜爺爺家屬十分不安。基於醫病共享決策（Shared Decision Making,SDM）精神，主治醫師將治療爺爺的兩種手術方法，清楚說明讓家屬了解，醫療團隊透過家庭會議解釋不同手術方式的利弊，家屬們最終選擇傳統開胸手術。

照護說明 8-1

百歲年紀的病人，不論要動什麼樣的手術，風險都較高，但為拯救病人生命，不得已還是得做取捨。醫療團隊基於醫病共享決策精神，提供家屬完整的手術說明與不同方法的利弊，讓家屬決定手術方法。

◆ 主治醫師

對於是否讓百歲心臟衰竭的病人做手術，不僅家屬不安難抉擇，對醫護團隊何嘗不是一項大考驗。因為杜爺爺在治療前，腦部血流不足，意識狀況也不好，無法自主表達，所以治療計畫只能和家屬討論。於是在搶救生命的前提下，召開家庭會議，詳細說明杜爺爺的急性症狀、手術適應症、手術風險及預後情況。一開始也跟病人家屬講得非常清楚，爺爺可以開刀，但是可能會做氣切，家屬可以接受這些狀況，決定用傳統的開胸手術。

照護如此高齡的病人，需要經驗豐富的醫護團隊，提供術前術後的細心照顧。因此決定手術方式後，隨即為杜爺爺進行詳細的術前評估，因為爺爺的情況很危急，有隨時休克的風險，於是趕緊安排相關檢查，檢查確認後盡快進行手術。

做主動脈瓣膜置換手術前必須做心導管檢查，因為同一時間可能合併冠狀動脈問題，若不解決，手術會有難度，恢復也會受影響。杜爺爺轉到心臟外科時，看到肋膜積水嚴重，所以做兩邊的肋膜引流，先讓他呼吸不那麼喘，緩解症狀。接著會診心臟內科，由心內醫師做心導管檢查，發現右冠狀動脈嚴重狹窄，確認這個手術真要做到徹底，

就必須做主動脈瓣膜置換手術，加冠狀動脈繞道手術。

杜爺爺主動脈瓣鈣化的很厲害，正常的主動脈瓣應該薄如蟬翼一樣透明，但是爺爺的已經結塊，透過心導管檢查發現，爺爺的心血管只有極細微的血流，隨時可能會休克。

預定手術的前一天去看杜爺爺時，發現他心跳很快，肋膜積水雖然沒了，但是心臟擴大沒有改善，呼吸喘，意識有變化，代表心臟輸出的血液量非常低，隨時會有休克風險，於是立即決定當天做手術，心臟外科主任協助一起完成。

◆ 專科護理師

團隊在家庭會議中，將杜爺爺這樣百歲病人動手術的可行性、風險和預後，對家屬解釋得非常清楚，也說明術後可能需要氣切，以及氣切會有一段過渡期，一旦呼吸順暢，拿掉氣切管，氣切口就會癒合；氣切不是不可逆的，狀況變好，是有機會可以撤掉氣切管的。

了解狀況後，家屬成員能接受這樣的結果，經過評估討論，決定讓爺爺以傳統開胸手術治療心臟衰竭。

◆ 社工師

根據主治醫師的說明，杜爺爺的情況在目前醫療技術上有兩種手術做法，一種是健保沒有給付，需自費至少一百萬的經導管主動脈瓣置換術（Transcatheter Aortic Valve Replacement ,TAVR）；另一種是傳統開胸手術，但手術風險評估顯示死亡率高達 30%到 40%。

基於手術風險及手術費用評估，藉由家庭會議，仔細說明兩種手術的優缺點，以及風險評估及預後；社工師這邊也進一步了解評估杜爺爺的家庭經濟狀況，確認杜爺爺的家庭經濟無虞，無須費用補助相關協助。最後家屬基於整體評估，決定選擇傳統開胸手術。

案例說明 8-3

在心臟團隊成員的共同照護下，杜爺爺的手術順利完成，術後在加護病房恢復良好，沒有任何感染症狀。術後一段時間，營養吸收無法完整，以致體力恢復緩慢，呼吸氣管遲遲不能移除，於是團隊會診胸腔外科，為杜爺爺進行氣管切開術，讓他可以平順呼吸，不再倚靠呼吸器，之後體力也漸漸恢復，意識清楚，能下床用輪椅活動。

220

照護說明 8-3

適當時機做適當處置，可有效解決病人遇到的復原困境。杜爺爺的心臟手術順利完成，但術後體力恢復慢，呼吸管無法移除，影響營養的攝取與吸收。於是會診胸腔外科，為爺爺氣切，解決呼吸問題，體力漸漸恢復。

◆ 主治醫師

手術過程順利平安，術後住到加護病房，醫護團隊共同照護。每天去看他，恢復過程比起一般六、七十歲的病人緩慢。術後，要拿掉呼吸管，除了心肺功能要好外，還要營養狀況好，動了大手術後，能量來源是白蛋白，但鼻胃管灌食，營養沒辦法像吃得那樣齊全，造成杜爺爺開完刀有一段時間處於營養過低的狀態。

做了心臟超音波檢查，杜爺爺心臟收縮功能跟置換的瓣膜都很好，確定心臟功能恢復；肺部方面每天照 X 光追蹤沒有感染，沒有痰液，心肺都恢復；就差在體力，就是他自己呼吸咳痰如果不夠好，沒有辦法自己深呼吸吐氣，若拔掉呼吸器，很容易立即呼吸衰竭。但總不能讓病人一直經口插管，所以向家屬建議折衷的辦法，首先插著呼吸管會讓爺爺無法講話吃東西，我們目的就是希望他能吃東西恢復元氣，而且有呼吸管就得接呼吸器，這樣連下床活動能力都沒有，於是會診胸腔外科醫師做氣管切開手術，做氣切造口，主要是減少病人的不適與呼吸道阻力，讓他不用費那麼大力氣就吸得到氣，即使有痰也很容易從氣切造口出來，不會變成惡性循環，解決了病人呼吸的問題。

◆ 復健治療師

呼吸問題解決後，杜爺爺體力漸漸恢復，復健治療開始進行。可是爺爺的頭腦很清楚，眼神很靈活，術後有時候會耍脾氣。進到術後復健階段，杜爺爺對復健採不配合態度，看到復健師都會逃跑，或是賴皮躺在床上睡覺不肯起來。對於老人家而言，在一個不熟悉的環境，會產生排拒心態，以致不願意配合做復健。所以後來，團隊決定白天時讓爺爺到復健科做復健，不讓他老躺在床上。歷經這個過程，團隊合作一起努力下，爺爺漸漸復原，可以發聲，可以做一些日常生活動作。

◆ 居家照護中心

杜爺爺術後可以不用氧氣，可用輪椅在病房活動。出院前，出院準備中心到爺爺家做居家環境了解，看接回家休養後的生活起居照護是否有問題；教導家屬氣切管、鼻胃管的照護。醫療團隊評估若精神體力恢復良好，出院後的第一次回診也許就可以移除氣切管，拿掉後自然收口便可以自然呼吸；體力更好時，再移除鼻胃管，就能自己進食。

預計三個月到半年，團隊持續提供復健居家照護，逐步讓爺爺的生活恢復到以往正常狀態。

【全人醫療觀點】

醫護團隊看著杜爺爺從氣若游絲，到手術復原可以出院，回家養足體力後還可以移除氣切口和鼻胃管，爺爺和家屬們都非常感謝。對於高齡百歲爺爺的「開心」手術，醫療團隊在治療與照顧當中，就病情說明、手術評估及與家屬的溝通等，所關照到的和在強大壓力下順利完成手術的種種，下面就全人醫療層面一一說明。

一、有效的醫病溝通

一百歲病人心臟手術風險很大，醫療團隊的評估是依據歐洲心臟手術風險評估指標的公式，透過年紀病史、心臟疾病嚴重度去評估，杜爺爺的評估結果是心臟手術死亡率落在 30%到 40%。

台灣是高齡化的社會，因此高齡心臟病人手術變多，手術可能性隨之增加，手術風險也隨著年齡提高而增高。術前非常詳細的向病人及家屬說明，是傳統開胸手術做主動脈瓣置換，健保可以給付；但現今還有另一種新式手術，是由股動脈導管進去，做主動脈瓣的 TAVR（經動脈主動脈瓣置換手術），這個目前沒有健保給付，光手術就

要一百多萬，還不包含其他住院費用，這對一般人來說是心理和經濟上蠻大的負擔。基於醫療自主，還是把風險利弊、選擇性及可能性都告訴病人和家屬，也建議他們可以去詢問第二醫療意見。

二、周全的術前準備

手術前跟家屬強調，手術後最好的狀態，可能就是氣切口、推著輪椅回家，家屬們可以接受，才進一步確認是否動手術，以及手術的模式。選擇傳統開胸手術，是家屬共同的決定，杜爺爺的兒子提到，爺爺堅定的告訴孫子他的求生意志很強；爺爺年輕時是特戰部隊軍人，生活很自律，這點可以做為一般民眾的典範，告訴大家長壽不是來自任何先天天賦，而是來自規律的生活與嚴謹的飲食習慣。

雖然開刀前做的電腦斷層，顯示爺爺的血管變化維持得還不錯，但基於種種因素，手術仍有約 30%到 40%死亡率的風險。主治醫師執行手術時壓力不小，以前跟老師學，前輩學，觀摩不少心臟手術的案例，但從沒有看過百歲開心臟者，其心中忐忑可想而知。站在醫師的角度，必定為病人考慮最好的治療方式，確定執行手術，團隊也同步做最好的準備，以面對任何可能發生的情況；另外，這

樣風險和困難度高的手術，找資深的前輩幫忙指導，加上整個團隊一起完成，更提升手術成功率。

三、術前術後照護群策群力

手術不分大小，但術前的檢查準備非常重要，不能輕忽任何手術，先為病人做全身詳細檢查、病史詢問，確實去為病人診察做身體評估，與病人的溝通互動，了解為什麼杜爺爺身體會突然變這樣。

治療疾病不是單一醫療人員可以完整照顧，尤其像杜爺爺這樣的高齡又重症病人。心臟外科牽扯的全身疾病，無論是胸腔、感染還是心臟內科的檢查，都需要跨團隊合作，還有後續病房照護與復健，缺少任何一個區塊都不行。醫師可以站在協調，不是下達命令的角度，看哪些部分需要加強，適時請其他職類專業人員協助。醫院整體的專業度協調度、適時補位，才是讓病人平安出院的關鍵。

【醫學小百科】

◎醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)

(一) 緣起

「醫病共享決策」(SDM) 這個名詞最早是 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雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人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。

共享決策是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。

為達到資源共享，因此建置 SDM 平台，此平台亦是決策輔助工具交流的平台，不但可以提供給有需要的醫療機構使用，亦可減少資源浪費。

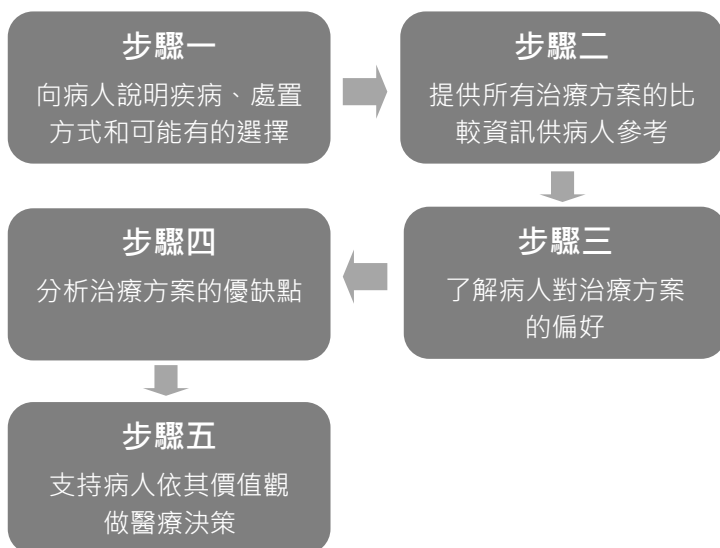
醫病共享決策平台網址連結：

<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>

(二) 醫病共享決策輔助工具介紹

醫病共享輔助工具是專門為病人所設計的工具，協助病人了解疾病、臨床進程、治療選擇的意義，及提出自己在意的考量及期待，利用圖形化的說明及互動式的工具，以最新的實證醫學證據用病人能夠理解的方式做說明，為醫師及病人做出共同的醫療決策，藉以提升醫病溝通的效率。

(三) 醫病共享決策輔助工具包括幾個步驟



資料來源：英國國民健保署 NHS.

(四) 醫病共享決策輔助工具目的

1. 減輕醫療人員準備溝通資訊的負擔。
2. 幫助病人表達重要的好惡與價值觀。
3. 確認病人已瞭解做決定前應該具備的疾病或治療知識。
4. 降低病人決策前的焦慮。
5. 提升病人參與醫療決策
6. 提升病人對醫療服務滿意度。
7. 增加病人對於醫療的順從度。
8. 提升醫療品質。
9. 建立更好醫病關係。

資料來源：衛生福利部。



【延伸思考】

1. 面對高齡「開心」病人，在搶救生命、尊重病人與家屬的價值與偏好的前提下，選擇心臟手術治療之外，還有其他治療選項嗎？
2. 醫療團隊在治療與照顧當中，在身、心、靈層面，關照到哪些面向？
3. 病人和家屬選擇風險相對較高的手術方式時，團隊除了給予最大的支持與盡所能的醫療處置外，還可以提供什麼訊息與協助？