你我一起決定-「SDM」醫病共享決策

文/民眾 網泡茶

最近跟很久沒見面的麻吉一起吃飯，聊天中才知道他那和藹可親的爺爺，因年紀大，感染肺炎住院，因沒有辦法自己呼吸，需靠插管和呼吸器才能呼吸，一直住在醫院裡，我聽著很是心疼。

想起高中時代，常跟麻吉下課去爺爺開的小吃店吃麵，爺爺總是笑著對我們說，小孩子讀書需要營養，所以要多吃一點。我們的麵裡總比別人多加好多料，讓我們大快朵頤。麻吉說，爺爺生病後，麵店暫時歇業了。於是跟麻吉約了隔天去醫院探望爺爺。

來到醫院呼吸加護病房，我看著插著管子躺在床上的爺爺，爺爺的嘴巴含著管子(醫療稱此為氣管內插管)，看起來極為不舒服。幫助爺爺呼吸的機器運作著，突然嗶嗶響，聲音如此大聲，我看爺爺皺起眉頭，護理師急忙過來安撫爺爺，告訴爺爺不要咬管子，好不容易爺爺情緒才穩定下來。

麻吉說：「爺爺插著管子很久了，嘴巴都破皮。」，我問麻吉：「一定要插管子嗎?沒有其他方法嗎?」麻吉說醫師有提過建議爺爺做氣管切開術(俗稱氣切)，需要從脖子劃開一個洞，放個氣切管。過兩天家裡做決策的長輩會到醫院跟醫師及醫院的專業人員開家屬座談會。我很好奇想知道氣管切開術和氣管內插管有什麼不同?因此向護理師詢問。護理師立即拿了幾份衛教單張給我們，還很仔細的跟我們說明，其中有一份醫病共享決策輔助評估表，主題是『呼吸衰竭使用器，經醫師判斷可能需長期依賴的病人。』。

護理師告訴我們，近年來，為了能對病人做出更有效的診斷與治療，推行了「SDM」醫病共享決策，希望透過醫生提出各種處置方案的優缺點，也尊重病人，讓病人能提出自己的需求及喜好，來共同討論最適合病人的治療方式。我們將資料帶回去仔細研讀。

在家屬座談會中，醫師用這份醫病共享決策輔助評估表向家屬說明何謂「氣管造口術」、什麼是氣切、氣切的優點（與氣管內管比較），也提供圖片、模具給我們看。讓我們家屬了解爺爺如果做『氣切』，就不用一直嘴巴咬著管子，讓爺爺可以說話表達、可以恢復自己吃東西，也有比較高的機會做呼吸訓練來脫離呼吸器；等待疾病改善後氣

切管是可以拔除，重獲自由呼吸的機會，氣切脖子的開口是能重新癒合的。經過醫師詳細的解釋，麻吉的爺爺決定接受做氣切。

一個月後，我們再去醫院探望爺爺，爺爺正在努力的做呼吸訓練，爺爺露出慈祥的笑容，揮揮手向我們打招呼。護理師說爺爺做氣切後情緒穩定很多，也很認真配合做呼吸訓練，呼吸狀況進步很多，離開呼吸器的日子一天天向前邁進。醫師也耐心詳細的跟我們說明爺爺目前呼吸訓練的計畫進度及狀況。

我們為爺爺加油打氣，我跟爺爺開玩笑說：『爺爺要加油，希望爺爺趕快能自己呼吸，擺脫呼吸器，因為我好想爺爺煮的好吃的麵。哈～』麻吉敲了我的頭，爺爺跟我們都開心的哈哈大笑。

經過麻吉爺爺這次住院做氣切的經驗，讓我們知道，隨著時間的推移，民眾就醫自主意識的提高，會想要了解對自己最好的治療。而且除了醫師解釋說明外，加上推行醫病共享決策，透過醫師提供每個方案的優缺點，幫助病人及家屬做決策。病人可以有自主權，選擇醫師提出的每個方案，依照自己的喜好程度及需求來選擇最適合自己的治療方式。

醫療越來越有人性化，希望往後能更推廣這樣的醫病共享決策，幫助更多有需要的人！

本院「長期呼吸器使用的病人要不要接受氣管造口術？」醫病共享決策輔助評估表

【破除迷思 氣切不可怕】文章

本院醫病共享決策網站更多資訊