

醫病共享決策 (SDM) 緣起

攜手合作・共創最佳醫療決策

「共享決策」(Shared Decision Making, 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。



共享決策是什麼？

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。

共享決策的三大核心要素



知識

醫師提供實證醫療資訊與所有可行選擇。



溝通

醫病雙向交流與討論，彼此交換想法與資訊。



尊重

尊重病人的價值觀與偏好，共同做出最適合的決定。



資源共享・提升醫療品質

為達到資源共享，衛生福利部醫病共享決策平台整合衛生福利部醫病共享決策平台計畫項下所辦理之課程資源，並提供通過決策輔助工具競賽審查之優良工具上架，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。



整合課程資源
提供專業教育訓練



優良工具上架
經審查之決策工具

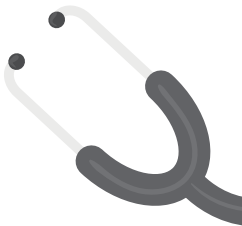


資源共享平台
減少重複開發與資源浪費



2022年起，醫病共享決策平台資源已整合至
台灣病人安全資訊網
整合資源以便於醫療人員搜尋及使用





肺癌篩檢，我需要做低劑量電腦斷層嗎？

1. 前言

肺癌是一種生長於支氣管或肺泡的惡性腫瘤，每年都高居癌症死因首位。但肺癌初期症狀不明顯，不易診斷，然而肺癌若能早期發現、早期治療會有較佳的存活率。一項大型研究指出，低劑量電腦斷層掃描作為肺癌篩檢工具針對高危險族群可降低肺癌死亡率，也是目前最準確的篩檢方式。對於肺部結節(肺部檢查異常有白色點狀陰影)，特別是偵測小於一公分的結節，此項檢查相較於胸部 X 光，具有更高的敏感性，同時，根據結節的大小和 CT 影像的形態特徵，評估良性和惡性的可能性，提供後續臨床處置建議。

但是，接受此項檢查的族群中發現良性小結節的比例非常高(50-80%)，醫師可能會開立定期追蹤，所以清楚判斷結節有無形態變化外，但也可能因追蹤檢查而增加身體的輻射劑量。

2. 適用對象 / 適用狀況

參考台灣肺癌學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會及中華民國放射線醫學會聯合訂定之「台灣低劑量電腦斷層肺癌篩檢共識宣言」，指出適合做肺癌篩檢之族群及其建議：

- ☐ 年齡介於 55-74 歲，抽菸史超過 30 包/年，目前仍在抽菸或戒菸時間未超過 15 年。
- ☐ 一等親或是家族內有一位以上的肺癌病患。
- ☐ 有肺部病史(慢性阻塞性肺病、肺結核)、氣暴露及特定職業暴露(如石綿)民眾。
- ☐ 不符合上述條件

3. 疾病介紹

肺癌是一種生長於支氣管或肺泡的惡性腫瘤，在台灣，肺癌高居國人癌症死因首位，每年超過 9,000 人死於肺癌，在許多歐美先進國家，肺癌也是死亡率最高的癌症，而我國每年新增肺癌個案人數約有 1 萬 3,000 人肺癌。肺癌成因中「吸菸」是影響最大的危險因子，其他包括環境因素(如二手菸、空氣污染、油煙、氫氣、石棉、砷)、疾病史(結核病、慢性阻塞性肺病病史或肺癌家族史)等，也被指出會增加得到肺癌的機會。

肺癌初期通常症狀不明顯，但瞭解肺部的「求救信號」，有助提高自我警覺，察覺早期症狀，及早發現，及早治療。常見的肺癌症狀包括：

- 持續咳嗽且未見好轉
- 聲音沙啞
- 咳痰帶有血絲或咳血
- 骨關節疼痛
- 呼吸急促、呼吸出現喘鳴聲
- 無預警的體重下降、食慾不振
- 持續胸痛且有惡化情形

肺癌篩檢，我需要做低劑量電腦斷層嗎？

4. 醫療選項介紹

低劑量電腦斷層掃描(以下稱 LDCT)是胸部電腦斷層檢查的一種，做為肺癌篩檢工具確實有機會早期發現肺癌，特別是用於偵測小於一公分的肺部結節，具有更高的敏感性。同時，根據結節的大小和 CT 影像的型態特徵，評估良性和惡性的可能性，提供後續臨床處置建議。

國際實證指出，對「重度吸菸族群」進行 LDCT 篩檢是有效的，相較胸部 X 光可降低其 20% 肺癌死亡率；但民眾若不是前述高危險群，還沒有足夠證據顯示篩檢有效。

LDCT 檢查可能衍生的風險，提醒事項是民眾在決定做篩檢前需要了解的：

- ★假警訊：美國大型試驗指出，對重度吸菸者進行篩檢，每 4 人就有 1 人為陽性，但每 100 個陽性結果中只有約 4 人確診為肺癌，高偽陽性恐造成民眾不必要的心理負擔。
- ★確診侵入性檢查有併發氣胸的風險。
- ★有造成過度診斷與治療的疑慮。
- ★長期且持續的 LDCT 追蹤檢查，會增加輻射暴露的風險。

您目前比較想要選擇的方式是：

- ☐ 要接受低劑量電腦斷層掃描(LDCT)篩檢肺癌
- ☐ 不要接受低劑量電腦斷層掃描(LDCT)篩檢肺癌，接受胸部X光
- ☐ 我還不能決定

在此，請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一

低劑量電腦斷層掃描篩檢好處？與胸部 X 光比較

	低劑量電腦斷層掃描	胸部 X 光
肺結節偵測 ※可偵測肺結節【1】的大小	小於 1 公分	2-3 公分
肺癌死亡率【2】 ※每1000位接受肺癌篩檢者。	18 位死於肺癌	21 位死於肺癌
整體死亡率【2】 ※每1000位接受肺癌篩檢者。	70 位死亡	75 位死亡
檢查費用	約 6,000-8,000 元	約 200 元
錯誤警訊【2】	偽陽性機率 每 1000 位有 365 位 ※偽陽性：指受檢者沒有肺癌，但篩檢結果卻是懷疑有肺癌，此時必需靠追蹤或侵入性檢查確認	偽陽性機率 每 1000 位有 142 位
不必要的後續檢查【2】	不必要檢查機率 每 1000 位有 25 位	不必要檢查機率 每 1000 位有 7 位
侵入性檢查引起的主要併發症【2】	主要併發症發生率 每 1000 位有 3 位 ※侵入性檢查引起主要併發症包含：肺臟出血、氣胸、肺塌陷或感染	主要併發症發生率 每 1000 位有 1 位
輻射暴露【3】	1.4 毫西弗 ※輻射暴露：單次照射後產生的輻射量，輻射暴露會增加一個人罹癌的可能。※毫西弗：人體暴露輻射線的劑量單位	0.1 毫西弗

參考資料：
1. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365(5):395-409.
2. National Cancer Institute. Patient and physician guide: National lung Screening Trial (NLST)[accessed 2015 Apr 13]. Available from: <http://www.cancer.gov/newscenter/qa/2002/NLSTstudyGuidePatientsPhysicians>
3. New Decision Aids Support Shared Decisionmaking for Lung Cancer Screening. Content last reviewed May 2018, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available from: <https://www.ahrq.gov/news/blog/ahrqviews/lung-cancer-screening-decisionmaking.htm>

肺癌篩檢，我需要做低劑量電腦斷層嗎？

步驟二

偏好考量

考量項目	完全不同意	一點不同意	同意	有點同意	非常同意
及早發現,可及早治療肺癌	1	2	3	4	5
因發現偽陽性病灶而困擾	1	2	3	4	5
篩檢陽性必須持續再檢查	1	2	3	4	5
輻射線暴露	1	2	3	4	5
過度診斷、治療造成嚴重併發症	1	2	3	4	5
心理壓力引發焦慮	1	2	3	4	5
經濟因素	1	2	3	4	5

步驟三

您對醫療選項的認知有多少？

(以下問題若有任一項”我不確定”，請洽醫護人員再次說明)

認知問題	對	不對	不確定
1. 抽菸是導致肺癌的最重要危險因子			
2. 做完低劑量電腦斷層可以減少您得肺癌機率			
3. 每 1000 位吸菸者做完低劑量電腦斷層篩檢 可避免其中 100 位死於肺癌			
4. 低劑量電腦斷層篩檢輻射暴露量為 1.4 微西 弗,高於胸部x光			
5. 低劑量電腦斷層掃描篩檢出的肺結節 95% 都是良性			
6. 所有肺部腫瘤都會致命			
7. 戒菸是降低肺癌發生的最佳方式			

步驟四

您現在確認好醫療方式了嗎



我已經確認檢查方式,我決定選擇:(下列擇一)

- ☐ 要接受低劑量電腦斷層掃描(LDCT)篩檢肺癌
- ☐ 不要接受低劑量電腦斷層掃描(LDCT)篩檢肺癌,接受胸部 X 光
- ☐ 不接受任何檢查

對於自己的決定有多確定

- ☐ 完全確定 ☐ 不是很確定 ☐ 完全不確定

我還沒做決定,但比較偏向於

- ☐ 要接受低劑量電腦斷層掃描(LDCT)篩檢肺癌
- ☐ 不要接受低劑量電腦斷層掃描(LDCT)篩檢肺癌,接受胸部 X 光
- ☐ 不接受任何檢查
- ☐ 我想要與家人朋友討論後再作決定

對於上述的治療方式,我還想要提問的是:

您對於本次醫病共享決策討論的過程的滿意度為何？

非常不滿意-----非常滿意

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐



前言

睡眠呼吸中止症 (Obstructive Sleep Apnea, OSA) 是一種常見且潛在嚴重的睡眠障礙。由於上呼吸道阻塞導致呼吸中斷，造成睡眠過程中反覆缺氧，長期下來可能會導致心血管疾病、中風、代謝性疾病，甚至腦損傷等風險。

常見症狀



白天症狀	夜間症狀
常頭痛口乾	睡著時噎到或需喘氣
注意力不集中	床伴發現呼吸暫停
高血壓 心血管問題	淺眠多夢 睡不好
嗜睡	鼾聲大持續

危險族群

1. 肥胖者 (BMI>30)
2. 男性40歲以上、女性更年期後
3. 有家族病史
4. 罹患三高
5. 頸圍大、下顎小或扁桃體肥大者
6. 吸菸、飲酒與鎮靜劑使用者



怡仁綜合醫院
YEE ZEN GENERAL HOSPITAL

在地守護 懂關心您

@ www.yeezen.com.tw

☎ (03) 485-5566

🏠 32645 桃園市楊梅區楊新北路321巷30號



怡仁綜合醫院

從打鼾到窒息

睡眠呼吸中止症不可忽視



入睡時若呼吸道受擠壓變窄
呼吸氣流受阻會產生震動、打呼聲

正常睡眠

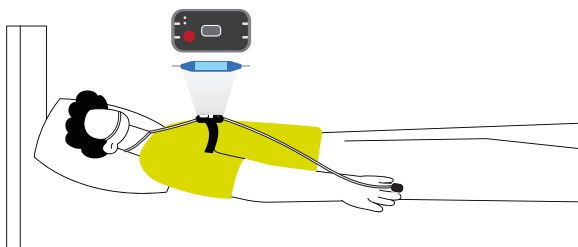
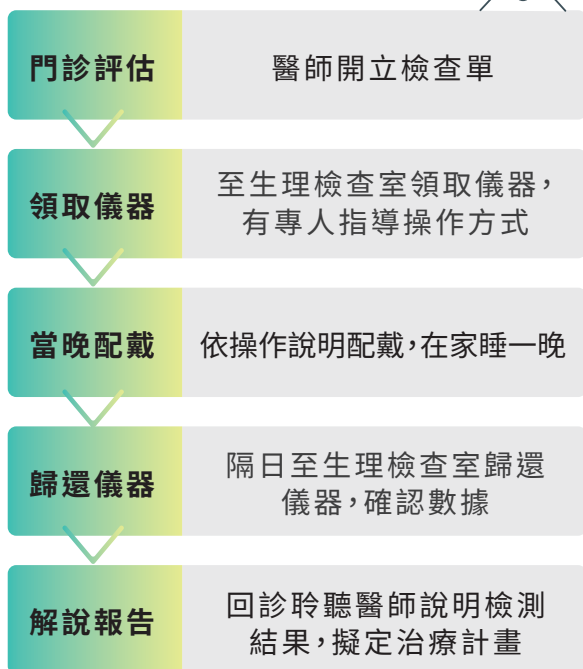


呼吸道受阻



居家睡眠多項生理功能檢測

居家睡眠多項生理功能檢測是一種簡便、有效的檢測方法，用於初步篩查是否有睡眠呼吸中止症的風險。此檢測在家中進行，能夠測量並記錄夜間的呼吸、血氧濃度、心率、睡眠姿勢等數據，評估睡眠過程中的呼吸中止情況。



治療方式

治療睡眠呼吸中止症的方法多樣，可根據自身需求與偏好，與醫師討論選擇合適的方案，提升睡眠品質與健康。



	生活習慣改變	正壓呼吸器	外科手術
要做的事	側睡、運動、減重、避免酒精或鎮靜藥物、戒菸	經醫師評估可配戴正壓呼吸器的患者，進行配帶	經醫師評估有上呼吸道結構性阻塞且適合接受手術治療
優點	不需要手術及適應呼吸器	不需要手術即可改善睡眠呼吸中止	解決因生理結構因素所造成之阻塞
缺點	改善效果有限，且僅適合輕度睡眠中止症	初期配戴需要適應期且建議每晚配戴	手術風險、術後咽喉異物感，有復發風險
費用	無	自費購買儀器	健保給付及手術差額負擔

偏好考量

1 非常不重要 2 不重要 3 普通 4 重要 5 非常重要

生活的影響 ○1 ○2 ○3 ○4 ○5

併發疾病 ○1 ○2 ○3 ○4 ○5

治療效果 ○1 ○2 ○3 ○4 ○5

需要適應期 ○1 ○2 ○3 ○4 ○5

經濟考量 ○1 ○2 ○3 ○4 ○5

治療方式

- 睡眠呼吸中止症不治療也不會對健康有不良的影響-○是 ○否 ○不清楚
- 睡眠呼吸中止症會增加心肌梗塞以及中風的風險-○是 ○否 ○不清楚
- 外科手術會有副作用，所以最好不要接受手術-○是 ○否 ○不清楚
- 配戴正壓呼吸器造成的不適可以調整機器後得到改善-○是 ○否 ○不清楚
- 減重是能有效改善睡眠呼吸中止的方式之一-○是 ○否 ○不清楚

確認好醫療方式了嗎？

- 透過生活型態調整與減重來改善
- 嘗試配戴正壓呼吸器
- 進行手術治療
- 我想和其他人討論後再作決定

前言

造成退化性關節炎的主因為「勞損」，長期不當受力或是過度使用造成關節軟骨磨損，久而久之硬骨也會受損，並產生骨刺、關節變形，甚至關節腔完全磨損等狀況。

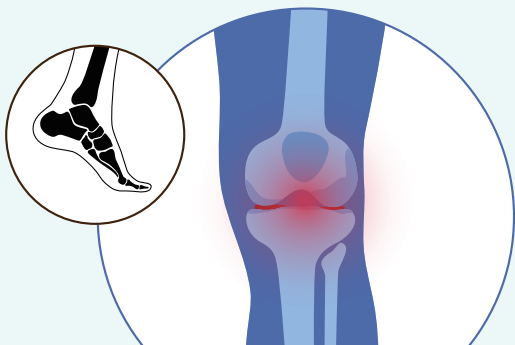
常用的治療方法有使用消炎止痛藥來緩解疼痛、控制發炎，但當口服止痛藥無法改善時，這時就可能需要考慮關節內注射療法，也就是直接將藥物注入關節腔，進而達到止痛、消炎的效果。

適用對象/適用狀況

退化性關節炎，症狀較輕微或不適合接受關節置換手術者。

疾病介紹

如果關節長期有過度負重、韌帶鬆弛、肌力不足導致受力不均等問題，關節內軟骨就可能產生磨損，關節週邊組織也會發炎，產生骨刺，合併有腫、痛、僵硬等症狀，此時就稱為退化性關節炎。



怡仁綜合醫院

在地守護 懂關心您



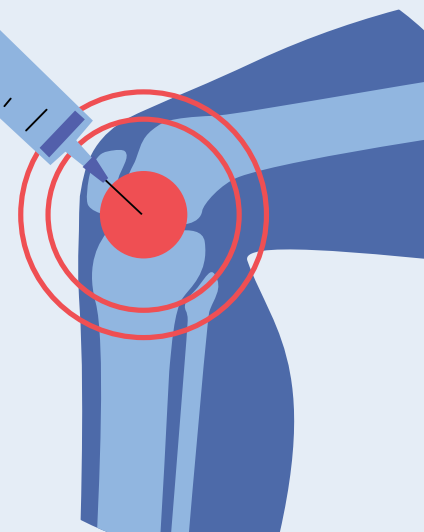
怡仁綜合醫院

關節內注射治療 修復受損的 關節軟組織

關節慢性疼痛治療的新選擇



PRP注射



關節注射治療比較



	玻尿酸注射治療	高濃度葡萄糖增生注射治療	高濃度自體血小板血漿注射治療(PRP)
原理	潤滑受損軟骨，抗發炎等效果	多點注射在損傷的關節軟骨、韌帶，可達修復效果	富含豐富生長因子，協助軟骨修復
療程	一次療程一至三次注射，依玻尿酸種類有不同注射頻率	平均一至二週施打一次，約需三~八次治療	平均一至二週施打一次，約需一至三次治療
缺點	需侵入性注射治療	需侵入性注射治療	需額外抽取本人血液
費用	需符合健保給付條件；自費價格中等	自費價格中等	自費價格較高

偏好考量

1非常不重要 2不重要 3普通 4重要 5非常重要

- 1.疼痛問題 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 2.經濟考量 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 3.治療方便性 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 4.治療效果 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 5.副作用 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 6.住院與否 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 7.其他考量： _____

對醫療選項認知

退化性關節炎一定要開刀？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

長期吃止痛藥不會造成身體的傷害？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

增生注射治療可以降低局部發炎反應？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

接受注射治療未來疼痛就不會再復發？

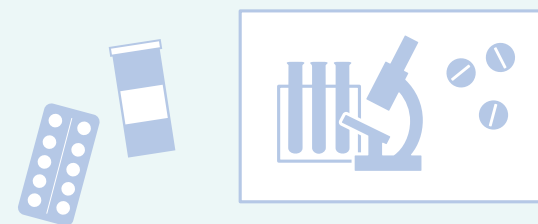
☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

接受增生注射治療後，若搭配運動訓練，會更有效？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

確認好醫療方式了嗎？

- ☐ 維持藥物與復健治療
- ☐ 接受玻尿酸注射治療
- ☐ 接受高濃度葡萄糖增生注射治療
- ☐ 接受高濃度自體血小板血漿注射治療
- ☐ 我想和其他人討論後再作決定



您對於本次醫病共享決策討論的過程滿意度為何？

- ☐ 非常滿意
- ☐ 滿意
- ☐ 普通
- ☐ 不滿意
- ☐ 非常不滿意



面對末期腎臟病， 我應該選擇哪一種治療方式？

前言

當醫師診斷您的腎臟功能進入到末期，無法利用藥物及飲食有效控制病情。這時候您需要選擇一種適合自己的治療模式來取代腎臟功能，以維持生活品質甚至延續生命。

這份資料主要是可以幫助您了解末期腎臟病有哪些的治療模式，醫療團隊會陪著您，了解您的想法及最在意的事情，幫助您找出適合自己的選擇。

適用對象 / 適用狀況

有意願接受腎臟替代療法的慢性腎臟病第 5 期病人。

疾病或健康議題簡介

所謂「慢性腎臟病」是指腎功能異常持續三個月以上，當慢性腎臟病惡化到第五期，也就是腎絲球過濾率在 15ml/min/1.73m^2 以下且出現尿毒症狀時，就必須考慮接受腎臟替代療法。常見的尿毒症狀與併發症有噁心、嘔吐、疲倦、呼吸急促、電解質失衡、貧血、營養不良、水腫、意識不清、昏迷等。

若無接受腎臟替代療法意願，則可考慮安寧緩和醫療，治療目的以減輕身體疼痛與不舒服為主，接受此類治療的末期腎病變患者不再接受腎臟移植、血液透析或腹膜透析。由於無法像腎臟替代療法可以延續生命，安寧緩和醫療通常會在合併下列三種情況下被考慮：

- (1) 病人意識不清
- (2) 病人年齡大於 80 歲
- (3) 罹患其他符合安寧療護的疾病如癌症、其他器官衰竭如心臟衰竭、呼吸衰竭長期依賴呼吸器等。

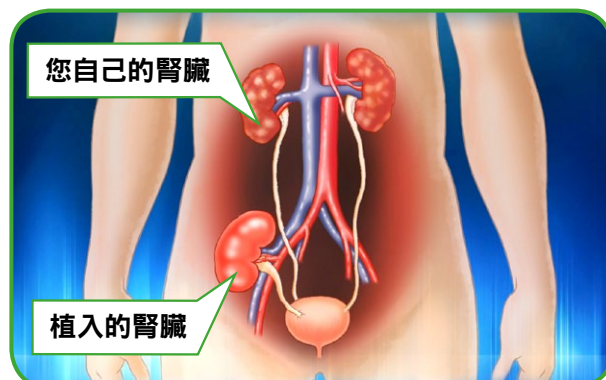
若您與家人經過考量後，選擇接受安寧緩和醫療，可以進一步與您的腎臟醫療照護團隊洽詢。

醫療選項簡介

腎臟替代療法包括腎臟移植、腹膜透析、血液透析。

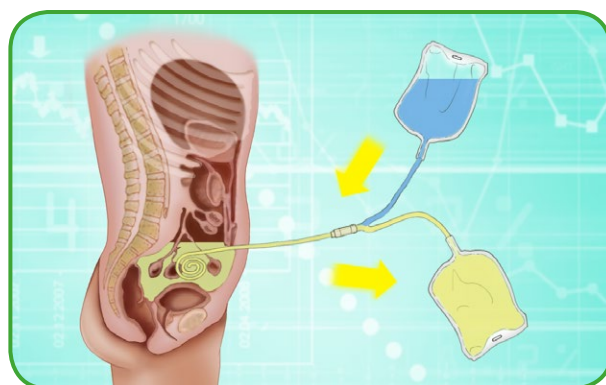
● 第一種： 腎臟移植，俗稱「換腎」

需要開刀將捐贈者的健康腎臟植入到病人肚子，來代替原本損壞的腎臟功能，而原本的腎臟大部分情形下不會被摘除。換腎的來源可以是活體親屬捐贈，但必須是在五等親以內之血親或配偶，或者是等待腦死患者大愛捐贈的器官。一般而言，腎臟移植有較佳的存活率和生活品質。



● 第二種： 腹膜透析，俗稱「洗肚子」

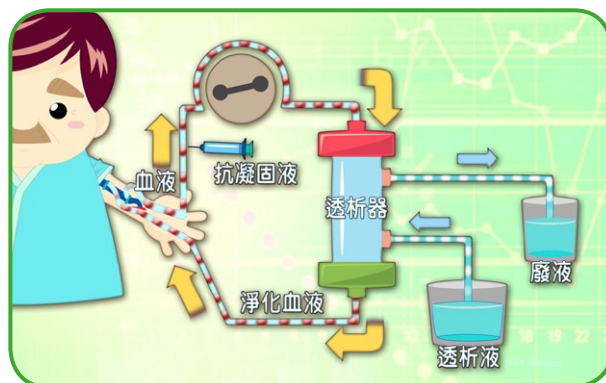
就是利用肚子內的腹膜進行尿毒素的交換，只要按時將藥水灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，就可以完成腹膜透析。在進行腹膜透析前要先開刀植入一根導管讓藥水能進出腹腔。腹膜透析有兩種選擇，一種是連續性可攜帶式腹膜透析，另一種是有機器幫忙的全自動腹膜透析，全自動腹膜透析通常是在夜間執行。



● 第三種： 血液透析，俗稱「洗血」

在進行血液透析之前要先開刀，在您手臂上做好動靜脈瘻管，俗稱「手筋」。

血液透析每次大約 4 小時，通常每星期得跑 3 次洗腎院所，透析時需要在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機，讓機器清除血中毒素後，另一支針會將洗乾淨的血送回體內。



您目前比較想要選擇的方式是：

請您勾選 ☒

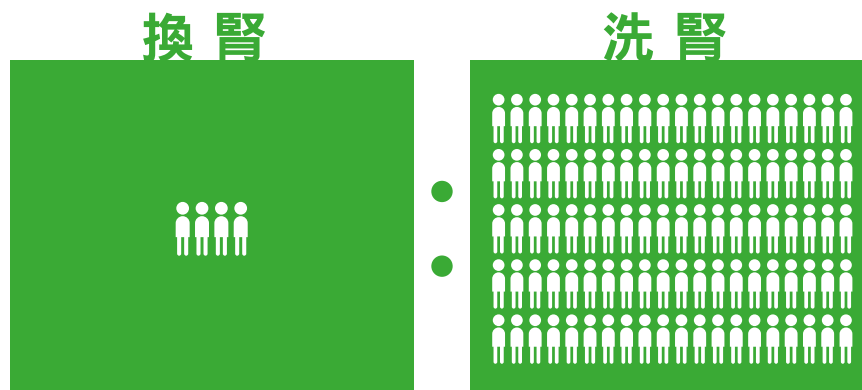
- ☐ 腎臟移植「換腎」
- ☐ 腹膜透析「洗肚子」
- ☐ 血液透析「洗血」
- ☐ 我現在還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一、選項的比較

● 台灣腎臟移植情形^[1,2]

目前等待腎臟移植有效人數約 7000 多人，其中每年接受腦死屍體器官捐贈接近 200 人，接受活體腎臟移植約 100 人，活體在腦死大愛器官捐贈來源不足，親屬的活體器官捐贈相對提供另一種選擇。截至 2014 年，腎臟移植人數和透析人數的比例大約 4：100



● 腎臟移植及透析病人的存活率^[2,3]

- ① 腎臟移植病人存活率，主要是受移植腎來源、年齡、原本共存疾病，例如心血管疾病、糖尿病的嚴重度所影響。
- ② 洗腎前就接受腎移植比洗腎後才接受腎移植存活率更好。
- ③ 台灣腦死捐贈的腎臟（大愛捐贈的腎臟）平均使用超過 10-15 年以上，而活體移植（活體腎）更可達 15-20 年以上。
- ④ 接受移植的病人 5 年存活率達 90% 以上。
- ⑤ 原本是血液透析或腹膜透析患者接受腎臟移植，兩者的存活率是類似的。
- ⑥ 腹膜透析和血液透析病人長期的存活率及生活品質相近，若是經由事先的準備與規劃才進入透析，兩者的短期存活率也沒有差異。

● 腎臟移植？腹膜透析？血液透析？該怎麼選？

目前腎臟替代療法：腎臟移植、腹膜透析、血液透析都各有優缺點，您可以仔細想想各個治療模式對您生活的影響，選擇一種治療盡量能符合您想要過的生活。

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
存活	存活率 ^[2]	有較佳的存活率	與血液透析的存活率相似	與腹膜透析的存活率相似
生理影響	手術	較大的手術： 腎臟移植手術	腹膜透析導管 植入手術	手臂瘻管建立手術
	治療方式	終身服用抗排斥藥物	按時將藥水藉著導管灌到肚子內，每日換透析藥水 3 至 5 次，或接機器在夜間執行	在瘻管上打上兩支針，一支針將血液引流到洗腎機清除毒素，另一支針將洗乾淨的血送回體內
	常見副作用 (併發症)	■ 換腎後長期抗排斥藥物服用，會增加感染與腫瘤風險^[4,5] ■ 移植後癌症發生率為一般人的 3.75 倍^[5] ■ 移植後，前三年內的感染率為平均觀察一年每一百人有 45 人發生感染^[4]	■ 腹膜透析病人容易因腹腔導管及藥水留置肚子增加腹內壓力，產生腹膜炎及疝氣的合併症^[6] ■ 腹膜炎：國內報告發生率約為每年每一百人有 18.5 人會發生^[7] ■ 疝氣：追蹤 3～12 年研究發現，發生率約為每一百人有 6~7 人會發生^[8,9]	■ 快速移除毒素及水分，可能發生透析時低血壓、噁心 / 嘔吐、抽筋、頭痛等，以透析治療中發生低血壓最常見，約每 100 人有 25 人會發生^[10] ■ 洗腎血管栓塞或感染^[6] ■ 血液透析病人容易因洗腎血管感染導致菌血症：國內報告發生率約為每一百人有 15 人發生^[11]
			透析病人癌症發生率為一般人的 3.43 倍 ^[12]	

	比較	腎臟移植	腹膜透析	血液透析
生活影響	治療時間	無	依作息可自行調整，每日 3-5 次換液時間，每次約 30 分鐘 全自動腹膜透析夜間由機器自動換液時間約 8-10 小時	照透析院所安排，每週三次，每次 4 小時
	治療場所	無	家中或任何乾淨適合換液場所	透析醫療院所
	執行治療者	無	自己或照顧者	醫護人員
	飲食	飲食限制少	飲食限制中等	飲食限制較多
	活動	無	腹膜透析管路影響 不建議游泳及泡澡	洗腎用動靜脈瘻管 手臂不建議提重物
	生活品質 ^[3]	生活品質較好	與血液透析比較 整體生活品質相似	與腹膜透析比較 整體生活品質相似
	費用 ^[2]	健保給付		
優缺點比較	優點	■ 存活率高 ■ 不需要再透析而提高生活品質	■ 居家操作，自主性高 ■ 保留殘餘腎功能佳	■ 由醫護人員操作 ■ 短時間高效率的清除毒素及水分
	缺點	■ 無器官來源 ■ 終身服用抗排斥藥物 ■ 抗排斥藥物增加感染與腫瘤風險	■ 腹部植入管子且外露，無法游泳泡澡 ■ 每日更換藥水數次	■ 手臂要建立瘻管 ■ 一星期至透析院所 3 次，每次 4 小時 ■ 每次透析要接受 2 次扎針

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐一圈選一個比較偏向您的情況。

接受換腎 的理由	比較接近 ← 一樣 → 比較接近							接受洗腎 (腹膜透析或血液透析) 的理由
有五等親的家屬或配偶 願意捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	沒有適合的 家屬捐腎給我
我願意接受 家屬捐腎給我	<	<	<	<>	>	>	>	我不願意接受 家屬捐腎給我
我知道換腎手術的風險 及副作用，但為了不用 洗腎，承擔風險是值得 的	<	<	<	<>	>	>	>	擔心換腎手術失敗
我可以接受終身服用抗 排斥藥物及其風險	<	<	<	<>	>	>	>	我不能接受終身服用抗 排斥藥物及其風險
我不願意長期洗腎	<	<	<	<>	>	>	>	我可以接受洗腎
其他：	<	<	<	<>	>	>	>	其他：

接受腹膜透析的理由	比較接近	一 樣						比較接近	接受血液透析的理由
我很害怕打針	<	<	<	<>	>	>	>		我可以忍受打針
換藥水的時間 對我而言比較有彈性	<	<	<	<>	>	>	>		我可以配合 到醫院洗腎的時間
我可以找到 適合的換藥水地點	<	<	<	<>	>	>	>		我沒有適合的 換藥水地點
我很在意血液透析 併發症	<	<	<	<>	>	>	>		我很在意腹膜透析 併發症
我可以學習換液技術及 如何自我照顧，或我的 家人可以協助	<	<	<	<>	>	>	>		我想要由醫護人員幫我 執行洗腎就好
我不能接受 手臂開刀做瘻管	<	<	<	<>	>	>	>		我不能接受 腹部開刀植管子
其他：	<	<	<	<>	>	>	>		其他：

步驟三、您對治療方式的認知有多少？請試著回答下列問題：

- 接受腎臟替代療法，是為了延續生命，改善尿毒症狀及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 三種腎臟替代療法中，腎臟移植有最好的存活率及生活品質？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 腹膜透析與血液透析兩者長期的存活率及生活品質相近？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定
- 選擇腹膜透析治療，要學換藥水技術，但自主性較高，時間較彈性，可以依照自己的生活作息調整換藥水時間？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

5. 選擇血液透析治療，需要先接受手臂瘻管手術，洗腎時要到醫療院所，治療過程均由醫療人員操作，每次洗腎要打兩支針，每週三次、每次 4~5 小時？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

6. 接受腎臟移植後，需要一輩子服用抗排斥藥？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 我不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

☐ 我已經確認好想要選擇的治療模式，我決定選擇：(下列擇一勾選)

☐ 腎臟移植

☐ 等待腎臟移植時，選擇腹膜透析治療

☐ 等待腎臟移植時，選擇血液透析治療

☐ 腹膜透析

☐ 血液透析

☐ 我想要與家人朋友討論後再作決定

☐ 我想要與我的主治醫師及照護團隊討論後再作決定

☐ 對於上述的治療模式，我想要再了解更多，我的問題是：

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的醫師討論。

本文件於 106 年完成，製作文件內容僅供參考，各醫院提供之治療方案及程序不盡相同，詳情請與您的主治醫師及醫療團隊討論。

瞭解更多資訊及資源

1. 醫病共享決策平台：<http://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>
2. 健康 99 網站：<http://health99.hpa.gov.tw/default.aspx>
3. 財團法人中華民國腎臟基金會：<http://www.kidney.org.tw/know/know.aspx>
4. 財團法人腎臟病防治基金會：<http://www.tckdf.org.tw>
5. 健康好腎活：<http://www.ckdlife.com.tw/index>
6. 財團法人器官捐贈移植登錄中心：<https://www.torsc.org.tw>

參考資料

- [1] 財團法人器官捐贈移植登錄中心。引自 <http://www.torsc.org.tw>。
- [2] 國家衛生研究院、台灣腎臟醫學會：2016 台灣腎病年報。苗栗縣：國家衛生研究院，2016。
- [3] 國家衛生研究院：2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引。苗栗縣：國家衛生研究院電子報，2015；628。取自 http://enews.nhri.org.tw/enews_css_list_new2.php?volume_index=628&showx=showarticle&article_index=10815&enews_dt=2015-11-19。
- [4] Snyder JJ, Israni AK, Peng Y, Zhang L, Simon TA, Kasiske BL. Rates of first infection following kidney transplant in the United States. *Kidney international* 2009; 75(3): 317-26. doi: 10.1038/ki.2008.580.
- [5] Li WH, Chen YJ, Tseng WC, et. al. Malignancies after renal transplantation in Taiwan: a nationwide population-based study. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2012; 27(2): 833-839. doi: 10.1093/ndt/gfr277.
- [6] Kidney Research UK. Dialysis: making the right choices for you- The Dialysis Decision Aid Booklet. Available from <https://www.kidneyresearchuk.org/file/health-information/kr-decision-aid-colour.pdf>.
- [7] 2016 年健保倉儲醫療給付檔案分析系統

- [8] Lee YC, Hung SY. Different Risk of Common Gastrointestinal Disease Between Groups Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis or With Non-End Stage Renal Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(36): e1482. (健保資料庫)
- [9] Yang SF, Liu CJ, Yang WC, et al. The risk factors and the impact of hernia development on technique survival in peritoneal dialysis patients: a population-based cohort study. *Peritoneal Dialysis International* 2015; 35(3): 351-359. (健保資料庫)
- [10] NKF KDOGI Guidelines. Available from https://www2.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_cvd/intradialytic.htm
- [11] Wang IK , Chang YC, Liang, CC, et al. Bacteremia in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Internal Medicine* 2012; 51(9): 1015-1021.
- [12] Lin MY, Kuo MC, Hung CC, et al. Association of dialysis with the risks of cancers. *PLoS One* 2015;10(4):e0122856. doi: 10.1371/journal.pone.0122856.

血糖控制不理想時

我還有其他治療方法可以選擇嗎



1. 糖尿病是甚麼？



食物經過消化分解變成葡萄糖進入血液後，需藉由胰臟分泌的胰島素讓葡萄糖進入細胞，作為能量來源或儲存使用。

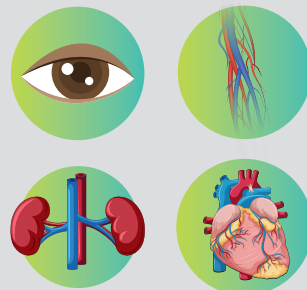


當胰島素分泌或作用不足時，葡萄糖因無法進入細胞，造成血糖上升並持續性高於正常值，便稱為糖尿病。

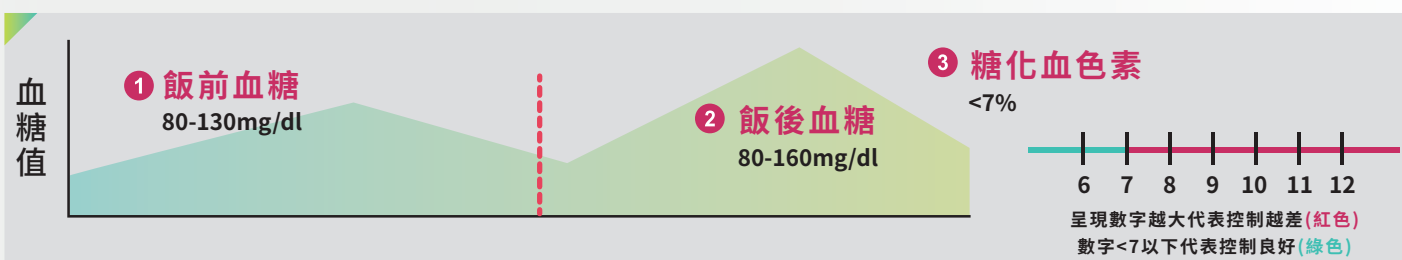
2. 血糖控制的重要性

長期高血糖，容易造成眼睛、腎臟及末梢神經的小血管病變以及增加腦中風、心肌梗塞、心臟衰竭等心血管疾病。

透過生活型態調整及規則用藥，可以有效的控制血糖，並減少糖尿病併發症的風險，改善生活品質。



3. 血糖控制的目標是多少呢？



4. 該如何控制糖尿病



定時定量
低醣飲食



規律運動



定期自我監測
血糖



使用口服藥、胰島素、
腸泌素的降血糖藥物

當我的血糖 未達治療目標時



01

維持 現行藥物

優點

- ✓ 治療方式熟悉
- ✓ 新發副作用風險低
- ✓ 無額外金錢開支

缺點

- ✗ 血糖進步有限
- ✗ 控糖未達標併發症風險上升
- ✗ 糖毒性進一步惡化高血糖
- ✗ 有較大的生活型態調整壓力

02

加入其他 口服藥物

優點

- ✓ 有機會改善血糖
- ✓ 口服治療不需注射技術
- ✓ 控糖進步併發症風險下降

缺點

- ✗ 需適應新發藥物可能發生之副作用
- ✗ 可能須自費使用
- ✗ 可能因胰島功能不佳導致效果不彰
- ✗ 無其他可加入之口服藥物選項

03

開始皮下 注射治療

優點

- ✓ 控糖效果顯著
- ✓ 減少改善高血糖併發症
- ✓ 大部分健保給付
- ✓ 治療效果不因胰島功能變化

缺點

- ✗ 需皮下注射
- ✗ 須適應新藥可能發生之副作用
- ✗ 腸泌素可能須自費使用或某些口服藥物須改為自費使用



什麼是胰島素針劑治療？

胰島素針劑是經過皮下注射之後，透過皮下血液循環進入身體發揮降血糖效果。

按作用時間長短分為速效、長效、及混合型，依據個人的飲食、活動、血糖目標等需求進行治療計畫擬定及調整。

優點

- ✓天然
- ✓保存胰島功能
- ✓降血糖效果較好
- ✓可依個別生活型態選定治療方式和劑量調整

缺點

- ✗需皮下注射可能造成皮膚不良反應
- ✗可能產生低血糖及體重增加的副作用
- ✗須注意藥劑保存

那類昇糖素肽-1受體促進劑又是什麼呢？

類昇糖素肽-1（簡稱為GLP-1）是一種由腸道分泌的荷爾蒙，會依照血糖濃度控制胰島素的分泌。適用於已經接受口服血糖藥物或胰島素治療後，血糖仍未到達理想控制的病患，做為合併治療的選擇。

優點

- ✓降血糖效果較為優異
- ✓血糖過低風險較少
- ✓減少皮下注射頻率
- ✓降低食欲、增加飽足感
- ✓控制體重

缺點

- ✗需皮下注射可能造成皮膚不良反應
- ✗可能產生噁心、嘔吐、便秘、口乾等腸胃道副作用
- ✗價格昂貴，健保為有條件給付
- ✗須注意藥劑保存



血糖控制不理想時？

我還有其他治療方法可以選擇嗎



步驟一：為何我會害怕皮下注射針劑治療？

	非常同意	同意	沒意見	不同意	非常不同意
	5	4	3	2	1
1.我害怕流血及疼痛	☐	☐	☐	☐	☐
2.我怕學不會打針	☐	☐	☐	☐	☐
3.我擔心打針會傷身體 (變成要洗腎)	☐	☐	☐	☐	☐
4.我擔心打針會造成依 賴性 (要打一輩子)	☐	☐	☐	☐	☐
5.我擔心使用過後的針頭 處理很麻煩	☐	☐	☐	☐	☐
6.我擔心針劑很難保存 及攜帶	☐	☐	☐	☐	☐
7.我覺得打針是最後的 治療方式	☐	☐	☐	☐	☐
8.我擔心打針會出現低 血糖或體重增加	☐	☐	☐	☐	☐
9.害怕旁人的眼光	☐	☐	☐	☐	☐
10.我還有其他的考量 因素：	☐	☐	☐	☐	☐





步驟二：關於血糖控制

我知道我目前的血糖控制狀況

☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 不同意 ☐ 非常不同意

我知道血糖控制不好會發生的併發症

☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 不同意 ☐ 非常不同意

我知道胰島素可以幫助我控制血糖進而減少併發症

☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 不同意 ☐ 非常不同意

我知道糖尿病注射藥物的作用及副作用

☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 不同意 ☐ 非常不同意

步驟三：經過輔助工具的了解之後

1. 我已經確認好想要治療的方式，我決定：

☐ 接受胰島素治療/腸泌素治療

☐ 維持目前口服藥物治療，且加強修正自我的生活型態

☐ 不進行任何治療改變，因為 _____

2. 目前我還無法決定：

☐ 我想再與我的主治醫師討論我的決定

☐ 我想再與其他人，如：配偶、家人討論我的決定

3. 對於以上的治療方式，我想提問：





步驟四：這份決策輔助評估表

我覺得這份衛教資料非常有幫助

☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 不同意 ☐ 非常不同意

我覺得這份衛教資料內容清楚簡單

☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 不同意 ☐ 非常不同意

我覺得衛教人員的解釋很清楚

☐ 非常同意 ☐ 同意 ☐ 不同意 ☐ 非常不同意

最後～謝謝您，花了寶貴時間提出您的想法與意見，
讓主治醫師及衛教師更能了解您對於目前治療上的想法及意見。

 主治醫師/衛教師：

 患者/家屬簽名欄：

日期： 年 月 日



短期內無法脫離呼吸器的病人 要不要接受氣管造口術

前言

您的家人病情漸趨穩定，但短期內仍需要使用呼吸器。目前除了維持氣管插管（稱為氣管內管）之外，另一種合理的選擇是以氣管造口術（俗稱的氣切）來連接使用呼吸器。兩種方式在病人的生活品質、照護過程及身體外觀會有不同。在決定選項之前，請您仔細考量什麼是病人所期待或較合適的方式。

適用對象 / 適用狀況

因呼吸衰竭接受呼吸器治療而病情轉為穩定的病人，經由醫師判斷短期內無法脫離呼吸器者。

疾病或健康議題簡介

病人因呼吸系統或身體疾病導致呼吸衰竭，常需使用呼吸器協助呼吸。目前臨床上使用的呼吸器，都是經由一條置放在病人氣管內的塑膠管子壓送氧氣及抽吸二氧化碳進出肺部。在使用呼吸器之初，醫師通常經由病人的口腔或鼻道置入氣管內管來連接使用呼吸器。在病情穩定之後若短期內無法脫離呼吸器，由於長期使用氣管內管較易發生問題，醫師常會建議將氣管內管更換為氣管造口管路。雖然醫師會建議氣管造口術，但因兩種方式各有其優缺點，不同病人和家屬有不同的考量和在意的點，故在決策之前，需要您對兩種處置方式有充分的了解。

醫療選項簡介

氣管內管經口腔或鼻道（虛線）置入。

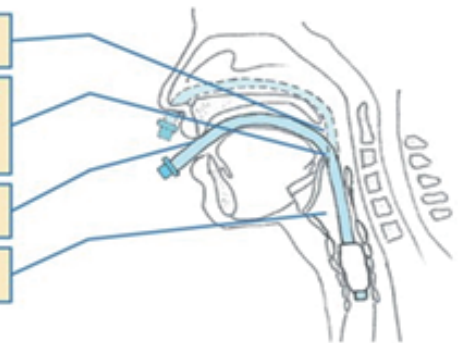
管道佔據咽部，故無法經口進食。

管道較長，較易瘀積痰液造成阻塞，亦較易併發肺部感染。

若發生管路滑脫，須重新插管，風險較高。

管道經過聲帶，故無法說話，且可造成聲帶受損。

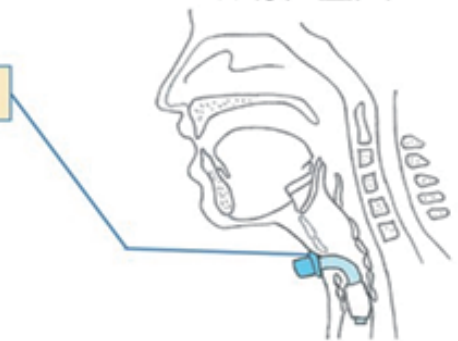
氣管內管置入



以外科手術方式經頸部氣管第二、三軟管間切開，置入通氣管（稱為氣切管）。

需切開直徑約2公分之造口。

氣切管置入



您目前比較想要選擇的方式

- ☐ 氣管造口術
- ☐ 維持置入氣管內管
- ☐ 目前還無法做決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一

選項的比較

氣管造口術

維持置入氣管內管

生活品質

- 1.改善病人口腔衛生及舒適度，減少口腔及嘴唇的潰瘍。
- 2.經過訓練病人可以說話及進食。病人舒適感較佳，溝通較方便

- 1.經口置入：嘴巴無法閉合，口腔黏膜及臉部皮膚容易破損。
- 2.經鼻置入：置入部位不適，鼻黏膜及臉部皮膚容易破損。
- 3.氣管內管長時間放置，容易導致喉嚨腫脹疼痛及聲帶受損。

照護方式

- 1.較易照護，病人有較大的機會返家、長照機構照護。
- 2.抽痰及呼吸道照護較為容易，且可以有效的清除呼吸道分泌物。
- 3.對咽喉部損傷較少，降低鼻竇炎風險，減少鎮靜需求。
- 4.更換管路較容易，並可減少長期使用口(鼻)插管之併發症。

- 1.較難照護，病人長期留在醫院照護的機會較大。
- 2.管路較長，在抽痰及呼吸道照護較為困難，且較難清除呼吸道分泌物。

呼吸訓練

如果成功脫離呼吸器只需將呼吸器移除，管路仍可留置，若訓練失敗只需將呼吸器直接接回。

在呼吸器脫離訓練的過程若拔管失敗就要面臨是否再重新插管，且可能會有困難插管的風險。

管路併發症

- 1.氣胸、管路錯位、感染。
- 2.呼吸器引發的肺部感染率較低，約13%。



- 1.氣胸、管路滑脫、感染。
- 2.呼吸器引發的肺部感染率較高，約24%。



手術併發症

- 1.出血：手術中輕微出血約2至2.5%，但罕見情況下會發生致命性出血。
- 2.其他：皮下氣腫、甲狀腺受損、喉反神經受損、氣管穿孔、氣胸。

步驟二

您選擇醫療方式會在意的項目有什麼 以及在意的程度為何？

請依照下列各項考量，逐題圈選一個比較偏向您的情況

考量項目	毫不在意						建議您可以考慮選擇的方案	
	非常在意						插管	氣切
病人的舒適性	0	1	2	3	4	5		
病人仍能夠進食	0	1	2	3	4	5		
病人仍能夠說話	0	1	2	3	4	5		
管路滑脫的風險	0	1	2	3	4	5		
病人發生口或鼻腔粘膜受損	0	1	2	3	4	5		
病人身上有一個造口	0	1	2	3	4	5		
病人發生感染	0	1	2	3	4	5		
病人返家照護的方便性	0	1	2	3	4	5		
其他親友的感受	0	1	2	3	4	5		

步驟三

對於上面提供的資訊，您是否已經了解呢？

1. 接受氣管造口術(氣切手術)後，會提升病人的舒適度。	☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道
2. 維持置入氣管內管，病人的嘴巴無法閉合(或氣管內管塞入鼻道)，口腔(或鼻道)黏膜及臉部皮膚容易破損。	☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道
3. 病人接受氣管造口術(氣切手術)後，絕對無法說話。	☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道
4. 病人接受氣管造口術(氣切手術)後，可以降低口腔潰瘍的情形。	☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道
5. 維持置入氣管內管，病人不須面臨手術的風險。	☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道
6. 病人接受氣管造口術後，更不容易脫離呼吸器。	☐ 對 ☐ 不對 ☐ 不知道

步驟四

您現在確認好醫療方式了嗎？

- ☐ 我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)
- ☐ 氣管造口術
 - ☐ 維持置入氣管內管
- ☐ 我目前還無法決定
- ☐ 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。
 - ☐ 我想要再與其他人(包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...)討論我的決定。
- ☐ 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：

瞭解更多資訊及資源：

醫病共享決策平台

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

參考文獻

1. Chia-Lin Hsu, Kuan-Yu Chen, Chia-Hsueh Chang, Jih-Shuin Jerng, Chong- Jen Yu, Pan-Chyr Yang. Timing of tracheostomy as a determinant of weaning success in critically ill patients: a retrospective study. Crit Care. 2005; 9(1): 46-52.
2. Cipriano A, Mao ML, Hon HH, Vazquez D, Stawicki SP, Sharpe RP, Evans DC. An overview of complications associated with open and percutaneous tracheostomy procedures. Int J Crit Illn Inj Sci. 2015 Jul-Sep; 5(3): 179-188.
3. Durbin CG Jr. Tracheostomy: Why, When, and How? Respir Care. 2010 Aug;55(8):1056-1068.
4. Nseir S, Di Pompeo C, Jozefowicz E, Cavestri B, Brisson H, Nyunga M, Soubrier S, Durocher A. Relationship between tracheotomy and ventilator-associated pneumonia: a case control study. Eur Respir J. 2007 Aug;30(2):314-320.
5. Damuth, E., Mitchell, J. A., Bartock, J. L., Roberts, B. W., & Trzeciak, S. (2015). Long-term survival of critically ill patients treated with prolonged mechanical ventilation: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Respiratory Medicine, 3(7), 544-553.
6. Johnson - Obaseki, S., Veljkovic, A., & Javidnia, H. (2016). Complication rates of open surgical versus percutaneous tracheostomy in critically ill patients. The Laryngoscope, 126(11), 2459-2467.

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。

【版本】2020年第三版，更新日期：2020.6.4

【經費來源】本工具由衛生福利部「醫病共享決策推廣計畫」項下經費支應。經費來源及研發團隊成員與此工具相關醫療選項沒有利益衝突、經濟利益或贊助關係。

【研發團隊】2016年第一版：召集人 余忠仁／執行團隊 刁于純、王宗曦、王秉彥、王英偉、古世基、石崇良、吳宜蓁、吳錦桐、李宜恭、周幸生、林宏榮、侯文萱、徐圭璋、翁文能、高國晉、梁蕙雯、許巍鐘、陳厚全、黃閔照、楊志偉、葉森洲、潘延健、譚家偉(依姓名筆劃排序)
廖熏香、游育苓、吳碧娟、徐珮嘉

2018年第二版：刁于純、古世基、李宜恭、侯文萱、紀景琪、陳可欣、廖熏香、劉人璋、劉建良、鄭浩民(依姓名筆劃排序) 羅恒廉、吳碧娟、李于嘉

2020年第三版：刁于純、李宜恭、侯文萱、郭寶仁、陳可欣、陳易宏、陳祖裕、廖熏香、劉人璋、劉建良、鄭浩民(依姓名筆劃排序) 陳嘉珮、王郁涵、徐尚楓

醫策會醫病決策共享網頁公版輔助工具連結

<https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/xcadm?xsmsid=0M116340530701707231>