

病歷號碼：

姓名：

出生年月日：

醫病共享決策輔助評估表

決策題目：

食道癌患者腸道營養路徑的選擇

前言：

食道癌病人深受吞嚥困難、吞嚥疼痛、進食後咳嗽及嘔吐等食道阻塞生理症狀困擾，約8成病人在診斷時已經存在至少3個月內體重減輕超過10%的惡病質，屬於營養不良風險最高的族群之一（許等，2016; Jordan et al., 2018; Yu et al., 2018）。因此維持足夠營養對於食道癌病人十分重要，而營養狀況對其存活率、治療成效及生活品質有非常緊密的影響（謝等，2018; Chen et al., 2018）。您的醫療團隊將與您共同討論，經由雙向溝通找出最適切的項目。

適用對象 / 適用狀況：

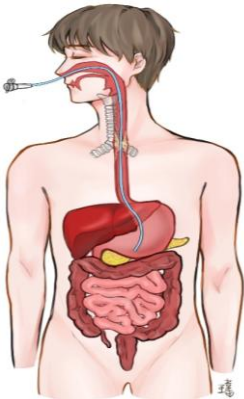
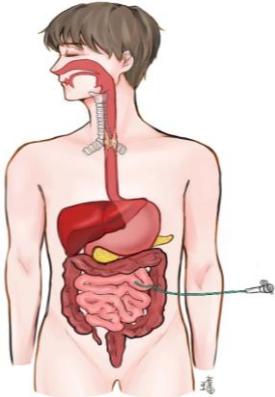
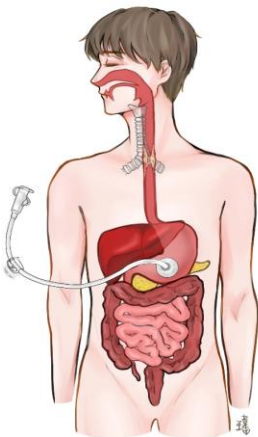
診斷食道癌，且胃鏡下顯示食道狹窄造成食物堆積，及吞嚥明顯困難的病人。
您預計接受哪一種治療方式？

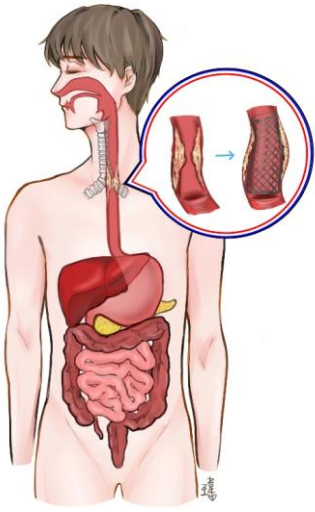
☐ 手術治療 ☐ 同步化學放射治療 ☐ 不接受癌症治療

疾病或健康議題簡介：

食道癌病人因食道癌病灶阻塞食物進入的通道造成嚴重的吞嚥困難、進食後嘔吐、營養及體重流失，導致嚴重惡病質。實證文獻與治療指引也強烈建議食道癌併食管狹窄的病人，及早建立進食通道並開始腸道營養及腸道免疫營養補充，可有效提升其罹病後癌症治療成效與生活品質（謝等，2018; Chen et al., 2018; Yu et al., 2018）。因此，需經由胃腸道灌食來代替由口吃的飲食攝取，以維持足夠身體營養需求及體能。

醫療選項介紹：

 1、鼻胃管	適應症： ☑小兒胃鏡仍過得去 ☑長時間無法正常由口腔進食及吞食的狀況 ☑引流胃部氣體及液體，以減輕內部壓力 ☑預防吸入性肺炎發生 ◆ 鼻子到胃長度約 50-60 公分 (因體型或構造會不同)
 2、外科手術空腸造口	適應症： ☑食道腫瘤較長 ☑連小兒胃鏡都不容易通過 ☑長時間無法正常由口腔進食及吞食的狀況 ◆ 腹壁到空腸長度約 25-45 公分 (因體型或構造會不同)
 3、經皮內視鏡胃造口	適應症： ☑食道腫瘤較短 ☑小兒胃鏡仍過得去 ☑長時間無法正常由口腔進食及吞食的狀況 ◆ 腹壁到胃長度約 2-6 公分 (因體型或構造會不同)

 4、食道支架	適應症： ☒惡性或良性吞嚥困難 ☒食道滲漏、穿孔及瘻管 ☒考慮不進行食道癌放射線治療 ◆ 長度約 10-15 公分 (因構造會不同)
---	--

您目前比較想要選擇的方式是：

- ☐ 鼻胃管
- ☐ 外科手術空腸造
- ☐ 經皮內視鏡胃造
- ☐ 食道支架
- ☐ 不要放置任何的管路當作進食通道
- ☐ 給我的醫師決定

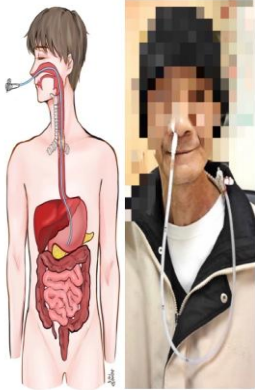
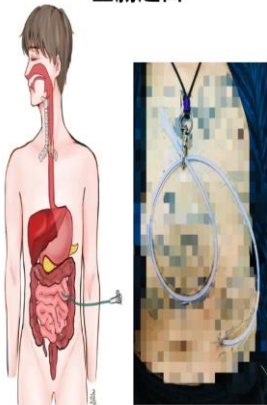
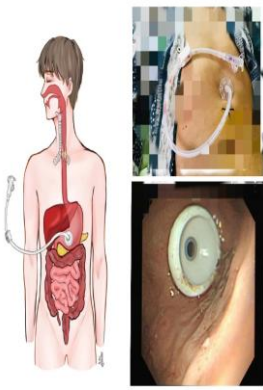
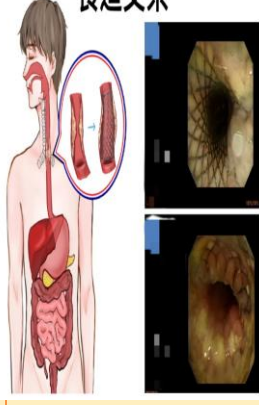
在此，請透過以下四個步驟來幫助您做決定：

步驟一：治療選擇

四種進食通道的比較：

臨床上常見的進食通道有鼻胃管、外科手術空腸造口、經皮內視鏡胃造口及食道支架，皆可有效改善您的營養狀態，醫師會依您適合執行的選項做出建議，也請您提出偏好考慮之處，來進行雙向討論。因此，我們做了一個比較表，提供您參考。

常見進食通道比較表：

	鼻胃管	空腸造口	經皮內視鏡胃造口	食道支架
圖片	鼻胃管 	空腸造口 	經內視鏡胃造口 	食道支架 
執行方式	<u>一般方式：</u> 選擇適合的灌食管大小及材質，測量病人鼻尖經耳垂至胸骨劍突處的距離，協助病人半坐臥姿勢，抹上水性潤滑液，請病人配合深呼吸吐氣放鬆而後吞口水動作，使灌食管容易由鼻腔經食道滑入胃部，到確立公分數後，使用膠帶固	<u>在手術室內執行，需全身麻醉</u>，由外科醫師以傳統開腹方式或腹腔鏡手術，將 14 號鼻胃管植入小腸內至少 20 公分，而後縫線將管子固定在腹部皮膚上，術後約 2-3 週拆線，如果營養不好，傷口癒合差，會一個月後再拆線。	<u>在胃鏡室執行</u>，躺上檢查台後，喉咽部噴局部麻醉劑，使用胃鏡於胃內打氣，確定穿刺位置後在腹部上消毒，鋪上無菌單，接著在該穿刺部位皮下施打局部麻醉劑，然後進行穿刺後放入導線，之後移除胃鏡，將餵食管置入並定位，外頭有夾子來防止管子內	<u>在影像醫學科治療室執行</u>，躺上檢查台後，喉咽部噴局部麻醉劑，使用胃鏡於確定食道病灶（狹窄、滲漏、穿孔及瘻管）處，加上 X 光透視並標記食道癌腫瘤的最上面界線與最下面界線後，選擇可以完全覆蓋或部分覆蓋病灶，徑長 18mm 的自動擴張

	鼻胃管	空腸造口	經皮內視鏡胃造口	食道支架
	定於鼻部，用空針快速打氣入胃部，用聽診器確定位置。 <u>胃鏡導引：</u> 放置過程為小兒胃鏡由鼻孔通過腫瘤然後進入胃，導線由胃鏡的進入胃竇部；胃鏡緩慢移出，將導線留置於胃。將鼻胃管植入，然後將導線移除。鼻胃管的位置由空的灌食空針打空氣進入，並用聽診器聽診確認上腹部胃部有蠕動。		滑，放置餵食管的時間一般在 30 分鐘左右完成，根據個人解剖位置的差異，難度會有不同，也可能花費更長時間。	性金屬支架(長度可為 10、12、15 公分)。當導線通過腫瘤或狹窄區域時，順著導線建立的路放入食道支架。當支架完全覆蓋後，由 X 光來觀察食道支架是否有移位。
成功率	99%	95-98%	95%	95%
優點	1.臨床經常使用，安全性高 2.不需麻醉 3.提供營養、維持體重及電解質平衡 4.預防營養不良造成的身體併發症	1.提供腸道營養 2.維持體重及電解質平衡 3.較易預防營養不良造成的身體併發症（虛弱、水腫、肌肉及皮下脂肪萎縮等）	1.不需全身麻醉，由內視鏡引導完成 2.其他同空腸造口	1.張開腫瘤狹窄之食道，改善進食 2.防止瘻管造成的各種感染及影響生命徵象情況 3.其他同經皮內視鏡胃造口

	鼻胃管	空腸造口	經皮內視鏡胃造口	食道支架
缺點/ 合併症	1.鼻黏膜受傷、疼痛、出血 2.餵食管容易滑脫與移位、阻塞 3.長期使用才會容易造成食道潰瘍、食物逆流或鼻竇炎情形	1.麻醉風險 2.傷口感染、出血、疼痛、腹內臟器受傷 3.腸阻塞、穿孔或腹膜炎 4.餵食管滑脫、阻塞 5.容易有傾倒症候群症狀 6.若體重下降，容易腸液滲漏造成皮膚浸潤發炎	1.傷口感染、出血、疼痛 2.餵食管滑脫、阻塞 3.若體重下降，容易胃液滲漏造成皮膚浸潤發炎 4.胃潰瘍、胃出血	1.出血、穿孔、疼痛、感染 2.支架移位 3.身體外來物的感覺。 4.食物的聚積造成支架的阻塞 5.腫瘤向內生長造成阻塞、腫瘤蔓延生長至支架兩端造成阻塞 6.胃食道逆流。 7.食道炎、潰瘍。 8.急性及慢性胸痛
禁忌症	1.鼻子或咽喉部位完全阻塞 2.食道完全阻塞 3.顏面骨折 4.剛作完鼻子或咽喉部位手術 5.鼻子或咽喉部位構造異常 6.嚴重食道潰瘍或食道靜脈瘤	1.腸阻塞 2.發炎性腸道疾病 3.大量腹水 4.無法矯正之凝血異常 5.嚴重敗血症、生命徵象不穩	1.腸阻塞 2.無法矯正之凝血異常 3.嚴重敗血症、生命徵象不穩定 4.嚴重胃潰瘍、幽門以下小腸阻塞、胃排空障礙、腫瘤	1.無法矯正之凝血異常 2.上消化道出血時
價格	1.一般材質鼻胃管：健保給付（2週更換一次） 2.矽膠鼻胃管：85元/條	1.手術費：約 9407 元（健保給付） 2.麻醉：約 10204 元（健保給付）	1.（第一次）經皮內視鏡胃造口術：約 7196 元（食道癌病人有健保給付）	食道支架：約 50939 元（食道癌病人有健保給付）

	鼻胃管	空腸造口	經皮內視鏡胃造口	食道支架
	(1 個月更換一次) 3.兩截式矽膠鼻胃管：約 250 元/條 (1 個月更換一次)	*第一次視個別情況，2 週至 4 週更換為矽膠鼻胃管，之後 1 個月更換一次	2.半年換管：約 4070 元 (食道癌病人有健保給付，若小於半年要更換則自費)	*之後連續 3 天追蹤胸部 X 光確認支架位置
管路照護	1.每天確定管路位置 2.注意有無從嘴巴跑出來 3.每天更換固定在鼻子上的貼布 4.可以洗澡	1.每天確定管路位置 2.每天更換固定在腹部上的紗布 3.注意皮膚浸潤狀況 4.可以沖澡 5.一周 2-3 次可用氣泡飲料 (氣泡水、雪碧、可樂) 浸泡後清潔管腔，預防食物殘垢發霉	1.每天確定管路位置 2.每天更換固定在腹部上的紗布 3.注意皮膚浸潤狀況 4.可以沖澡 5.術後第 2 天開始，每日旋轉圓盤及管路 1 圈，預防沾黏 6.一周 2-3 次可用氣泡飲料 (氣泡水、雪碧、可樂) 浸泡後清潔管腔，預防食物殘垢發霉	無
灌食注意事項	1.食物直接進到胃，較無傾倒症候群症狀 2.每餐灌食前需要反抽胃內食物，看	1.食物直接進到小腸，食物濃度不可以太濃每個品項需要稀釋 2.灌食速度需依照	1.因管徑較大，可以灌天然攪打食物 2.食物直接進到胃，較無傾倒症候	1.食管支架置入後，在支架尚未完全擴張前，第 1 天禁食，第 2-3 天需流質飲食，

	鼻胃管	空腸造口	經皮內視鏡胃 造口	食道支架
	消化狀況(反抽前 可打 5-10CC 空 氣，預防反抽時吸 力造成的胃黏膜 損傷)	個人舒適程度調 整，建議緩慢流 速，注意傾倒症 候群症狀(腹 漲、腹絞痛、噁 心、嘔吐與腹瀉 等腹部的症狀， 伴隨盜汗、虛 脫、頭暈、潮紅 與心悸等全身性 症狀)	群症狀	預防支架移位 2. 支架置入後 36-48 小時內不 要喝冰水，因會 影響支架擴張， 只可以喝溫開水 3. 細嚼慢嚥所有食 物，避免吃濃稠 或高纖維質的食 物，如果需要， 須分 5-6 次吃， 慢慢小口配水或 湯吞下 4. 需坐起來吃飯， 進食後保持坐姿 勢至少 30-60 分 鐘，預防胃食道 逆流 5. 如果感覺食物 “卡”在你的喉嚨 裡，可喝可樂。 6. 可喝氣泡水幫助 食物下推至胃 7. 可喝含有消化酶 的果汁(木瓜/ 鳳梨)，幫助“消 化”一些附著在 支架內部的食物

	鼻胃管	空腸造口	經皮內視鏡胃 造口	食道支架
外觀	灌食管顯露在外	管路外露，但可用衣服遮蓋	管路外露，但可用衣服遮蓋	無管路
身體 傷口	無	左腹部手術傷口	上腹部傷口	無，由口進食

步驟二：偏好考量

您選擇進食通道最在意的是什麼？還有在意的程度分別到哪裡？

請圈選下列考量項目，1 分代表您非常不在意，5 分代表對您非常在意

考量項目	我非常 不在意	我不 在意	沒意見	我在意	我非常 在意
外觀	1	2	3	4	5
維持體重	1	2	3	4	5
營養失調	1	2	3	4	5
建立進食通道後的併發症	1	2	3	4	5
身體清潔	1	2	3	4	5
傷口照顧	1	2	3	4	5
灌食照顧及胃腸適應	1	2	3	4	5
吞嚥困難及疼痛	1	2	3	4	5
管路阻塞及滑脫	1	2	3	4	5
減少更換管路的時間	1	2	3	4	5
經濟	1	2	3	4	5
習俗考量	1	2	3	4	5
存活率	1	2	3	4	5
其他考量：	1	2	3	4	5

請依照您覺得最在意的前三項排序：

- 1、_____
- 2、_____
- 3、_____

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	不太確定
1. 食道癌是營養不良風險最高的族群之一			
2. 持足夠營養對於存活率、治療成效及生活品質沒有影響			
3. 鼻胃管是進食通道中最容易在外觀上被看見的，也最容易造成吞嚥疼痛和不舒服			
4. 空腸造口是進食通道中最容易造成傾倒症候群的			
5. 任何進食通道都是一個月換一次管子			
6. <u>經皮內視鏡胃造口</u> 可以灌天然攪打食物			
7. 選擇食道支架前，不用考慮自己是不是要接受放射線治療			

步驟四：您現在確認好醫療方式了嗎？

- 經過上述的分析及思考，我了解食道癌合併食管狹窄的我，適合哪種進食通道，所以我選擇(下列擇一)：
 - ☐鼻胃管
 - ☐外科手術空腸造口
 - ☐經皮內視鏡胃造口
 - ☐食道支架
 - ☐不要放置任何的管路當進食通道

☐我還沒確定，因為

☐需要與家人朋友再討論

☐我需要與我的醫療團隊成員再討論

☐其它：_____

☐我還有問題要問：_____

- 您對於本次進食通道選擇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

1

2

3

4

5

瞭解更多資訊及資源：

- 高醫體系 SDM 平台，網址：



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。

參考文獻

- 1 許玉娟、成佳憲、李章銘、黃培銘、陳佳慧 (2016)·食道癌患者於治療期間面臨的困境與其照護策略·台灣醫學, 20 (6), 634—635。
 - i. 衛生福利部醫病共享決策平台 (2020, 9 月 22 日)·即將接受頭頸部手術、化學及放射線治療的我, 適合哪種進食方式呢?。
<https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/AssistTool/AccessibilityForm?sn=24&tid=70D6FADD3E288723>
- 2 謝伊晴、邱哲琳、楊雀戀 (2018)·食道癌病人的營養照護·臨床醫學月刊, 82 (6), 720-724。
[https://doi.org/10.6666/ClinMed.201812_82\(6\).0132](https://doi.org/10.6666/ClinMed.201812_82(6).0132)
 - i. Chen, M. J., Wu, I. C., Chen, Y. J., Wang, T. E., Chang, Y. F., Yang, C. L., Huang, W. C., Chang, W. K., Sheu, B. S., Wu, M. S., Lin, J. T., & Chu, C. H. (2018). Nutrition therapy in esophageal cancer-Consensus statement of the Gastroenterological Society of Taiwan. *Diseases of the Esophagus*, 31(8). <https://doi.org/10.1093/dote/doy016>
- 3 Jordan, T., Mastnak, D. M., Palamar, N., & Kozjek, N. R. (2018). Nutritional Therapy for Patients with Esophageal Cancer. *Nutrition & Cancer*, 70(1), 23-29. <https://doi.org/10.1080/01635581.2017.1374417>
- 4 Nickson, C. (2020, November 3). Nasogastric tube vs PEG vs Jejunostomy. LITFL.
<https://litfl.com/nasogastric-tube-vs-peg-vs-jejunostomy/>
- 5 Song, J. H., Ko, J., Min, Y. W., Kim, K., Lee, H., Min, B. H., Lee, J. H., Rhee, P. L., & Kim, J. J. (2020). Comparison between percutaneous gastrostomy and self-expandable metal stent insertion for the treatment of malignant esophageal obstruction, after propensity score matching. *Nutrients*, 12(9), 2756. <https://doi.org/10.3390/nu12092756>
- 6 Townsend, C. M. (2021). *Sabiston textbook of surgery E-book: the biological basis of modern surgical practice*. Elsevier Health Sciences.
- 7 Vermeulen, B. D., & Siersema, P. D. (2018). Esophageal stenting in clinical practice: an overview. *Current treatment options in gastroenterology*, 16(2), 260-273. <https://doi.org/10.1007/s11938-018-0181-3>
- 8 Yu, F. J., Shih, H. Y., Wu, C. Y., Chuang, Y. S., Lee, J. Y., Li, H. P., Fang, P. T., Tsai, D. L., Chou, S. H., & Wu, I. C. (2018). Enteral nutrition and quality of life in patients undergoing chemoradiotherapy for esophageal carcinoma: a comparison of nasogastric tube, esophageal stent, and ostomy tube feeding. *Gastrointest Endosc*, 88(1), 2131.e24. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2017.11.030>