

醫病共享輔助決策工具表

病歷號		給表日期	
填寫人	☐ 本人 ☐ 家屬	回收日期	

我有乙型主動脈剝離，選擇什麼治療方式較適合呢？

前言

隨著經濟進步、西風東漸之生活飲食習慣、人口老化、工作壓力增加及高血壓、糖尿病、肥胖等諸多代謝性疾患的盛行等種種因素，心臟血管疾病已名列國人十大死因第二位。近年來極端氣候常常造成同季節甚至同日溫差大，就算不是很冷，一旦氣溫突然下降容易引起血管收縮、血壓突然上升，易造成主動脈內膜破裂剝離和休克，最近因年輕藝人疑似因主動脈剝離猝死，這個疾病也更加受到社會大眾的關注。

主動脈剝離大多好發在50到70歲男性，但根據研究顯示發生率僅十萬分之三的疾病，仍有一到兩成機率會發生在50歲以內的族群。

適用對象 / 適用狀況

乙型主動脈剝離病人

疾病或健康議題簡介

乙型主動脈剝離可能影響腎臟、腸道、脊髓、下肢等，往往需要住入加護病房，密切觀察。一般主動脈直徑為2-3公分，當您將降主動脈直徑擴大至6公分，或急性發作、經過藥物治療仍無法控制血壓、持續感到有撕裂性疼痛、血流灌注不足，表示您主動脈剝離程度加劇並有破裂風險，需選擇手術治療。

醫療選項簡介

乙型主動脈剝離可能使用藥物、傳統手術或主動脈支架手術來處理，相關說明如下：

1. 藥物治療：

但若仍無法控制血壓、持續感到有撕裂性疼痛、血流灌注不足，表示您主動脈剝離程度加劇並有破裂風險

2. 傳統手術：

手術採左側開胸，傷口長度約20至22公分，手術過程需進行低溫體外循環，將剝離的胸主動脈病變處切除，手術視野清楚，可完整檢視病變部位，並以人工血管進行置換。手術後一年死亡率為24.3%，五年死亡率為46.7%，術後五年內，大約有三分之一的病人，會因其他部位的主動脈剝離或破裂，需再行一次手術。手術常見的早期併發症是中風、暫時或永久性的神經損傷、呼吸功能不全、腎功能不全、心肌梗塞、左側聲帶麻痺、傷口感染、癱瘓等。長期併發症包括新的剝離形成，或沿血管往上裂，形成甲型主動脈剝離。

3. 微創主動脈支架手術：

醫師經由小傷口手術方式將特殊導管放入病人兩側大腿動脈血管逆行送至降主動脈，在X光的導引下，把一個特殊設計的覆膜支架送到主動脈裡，確認位置後再展開主動脈支架，讓主動脈的血液在主動脈支架裡流動，以強化主動脈壁較脆弱的部位，不會再繼續灌入內膜裂孔，避免血流持續衝擊已膨大且變薄之動脈血管內壁，而造成破裂。手術後一年死亡率為14.3%，五年死亡率為49.7%，術後早期併發症包括血液灌流不良、形成甲型主動脈剝離、下肢癱瘓。長期併發症包含血管破裂、支架移位、滲漏，或形成甲型主動脈剝離。微創手術後若發生滲漏或移位，應再行微創手術治療，若血管破裂，則需行傳統手術治療。

您目前比較想要選擇的方式是：

- ☐藥物治療
- ☐傳統手術
- ☐主動脈支架手術
- ☐目前還無法決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、選項的比較

	傳統手術	微創手術
手術方式	左側開胸，手術過程需進行低溫體外循環，將剝離的胸主動脈病灶切除，以人工血管進行更換。	將特殊導管經由病人兩側大腿動脈血管逆行輸送至降主動脈，經X光定位後，將金屬支架的人工血管，在膨大的血管前後架接一段管道讓血流通過，避免血流持續衝擊已膨大且變薄之動脈血管內壁造成破裂。
傷口大小	手術採左側開胸，傷口長度大約20~22公分。	手術由腹股溝劃開，傷口長度約2~3公分，將特殊導管由此置入。若使用血管縫合器，則術後腹股溝穿刺傷口只有0.5公分。
住院天數	病人平均住院天數為 19.6天 住加護中心平均住院天數為 6天	病人平均住院天數為 14.9天 加護中心平均住院天數為 4天
死亡率	傳統手術因為手術時間長，手術過程採低溫及暫時心臟停止，故有較高的死亡風險。 手術過程中死亡率為18.6% 一年死亡率為24.3% 五年死亡率為46.7%	微創手術因為手術時間短，無須低溫及暫時心臟停止，故有較低死亡風險。 手術過程中死亡率為7.4% 一年死亡率為14.3% 五年死亡率為49.7%
併發症	常見併發症為癱瘓(2.9%)、心臟併發症(8.9%)、中風(2.9%)、神經系統併發症(6.9%)、急性腎功能衰竭(25.4%)、敗血症 (14%)	常見併發症為滲漏(7.2%)、癱瘓(1.3%)、心臟併發症(5%)、中風(1.3%)、神經系統併發症(4.8%)、急性腎功能衰竭(16.6%)、敗血症(4%)

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?

考量項目	重要程度					
	最不重要					非常重要
病患自主意願	0	1	2	3	4	5
經濟考量因素	0	1	2	3	4	5
照護的方便性	0	1	2	3	4	5
後續恢復程度	0	1	2	3	4	5
自我照護風險	0	1	2	3	4	5
病人的舒適性	0	1	2	3	4	5
照護院所距離	0	1	2	3	4	5
家庭工作影響	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.微創手術常見的併發症是支架移位及血管滲漏，有可能需要再次進行手術治療 ☐是 ☐否
☐不知道
- 2.傳統手術平均住院天數比較高 ☐是 ☐否 ☐不知道
- 3.傳統手術傷口比微創手術大，手術時間也比較長 ☐是 ☐否 ☐不知道
- 4.傳統和微創手術都會造成急性腎衰竭，但傳統手術發生比率較高 ☐是 ☐否 ☐不知道
- 5.微創手術後每年須電腦斷層檢查追蹤 ☐是 ☐否 ☐不知道

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

經過以上分析與判斷，我已了解乙型主動脈剝離手術相關資訊，

☐我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：（下列擇一）

☐傳統手術治療

☐微創手術治療

☐持續藥物治療

☐目前還無法做決定

☐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。

請問您此次使用醫療決策輔助工具的經驗和看法

為提升本院醫病共享決策之推動品質，懇請您就此次使用醫病共享輔助決策工具的經驗，提供寶貴意見，回答內容均為保密，敬請安心作答。

1.您此刻是否已經做好醫療選項(治療方案)的決定?

☐我目前仍無法決定。

☐我在使用本輔助工具前已做好決定。

☐我在使用本輔助工具前有決定，但使用本輔助工具後改變決定的選項。

☐我在使用本輔助工具後才做好決定。

2.您對醫病共享決策使用的經驗

我認為利用醫病共享決策的方式，能.....		非常不同意	不同意	普通	同意	非常同意
1	能充分提供我目前面對醫療決策的相關知識	1	2	3	4	5
2	有助於我更了解目前面對的各種醫療選項優、缺點內容	1	2	3	4	5
3	幫助我瞭解可以選擇的醫療方式	1	2	3	4	5
4	提供我有機會向醫療人員提出我的疑問	1	2	3	4	5
5	促進我對醫療過程的參與	1	2	3	4	5
6	促進我和醫療人員間的溝通	1	2	3	4	5
7	讓我更信任醫療人員對我的醫療處置	1	2	3	4	5
8	幫助我做出最適合的醫療選擇	1	2	3	4	5

	請問本次醫療決策選擇的確認	否	是
1	您是否對您的最佳選擇感到確定?	0	1
2	您是否知道每個選項的好處與風險?	0	1
3	您是否清楚哪些好處與風險對您是最重要的?	0	1
4	您是否有的得到足夠的幫助、意見和支持去做選擇?	0	1

瞭解更多資訊及資源：

參考資料

- ✓ Chou, H.P., Chang, H.T., Chen, C.K., Shih, C.C., Sung, S.H., Chen, T.J... & Chang, C.Y.(2015) Outcome comparison between thoracic endovascular and open repair for type B aortic dissection: A population-based longitudinal study. Journal of the Chinese Medical Association, 78(4),241-248. doi: 10.1016/j.jcma.2014.10.003.
- ✓ Conrad, M. F., Ergul, E. A., Patel, V. I., Paruchuri, V., Kwolek, C. J., & Cambria, R. P. (2010). Management of diseases of the descending thoracic aorta in the endovascular era: A medicare population study. Annals of Surgery, 252(4), 603-610. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181f4eaeef
- ✓ Garbade, J., Jenniches, M., Borger, M.A., Barten, M.J., Scheinert, D., Gutberlet, M., Walther, T., Mohr, F.W. (2010). Outcome of patients suffering from acute type B aortic dissection: A retrospective single-centre analysis of 135 consecutive patients. European Journal of Cardiothoracic Surgery, 38(3),285-292. doi: 10.1016/j.ejcts.2010.02.038.
- ✓ Narayan, P., Wong, A., Davies, I., Angelini, G.D., Bryan, A.J., Wilde, P., Murphy, G.J.(2011). Thoracic endovascular repair versus open surgical repair -which is the more cost-effective intervention for descending thoracic aortic pathologies. European Journal of Cardiothoracic Surgery, 40(4),869-874. doi: 10.1016/j.ejcts.2011.01.010.
- ✓ Mastroroberto, P., Onorati, F., Zofrea, S., Renzulli, A., Indolfi, C.(2010). Outcome of open and endovascular repair in acute type B aortic dissection: A retrospective and observational study. Journal Cardiothorac Surgery, 5(23),1-7. doi: 10.1186/1749-8090-5-23
- ✓ Patel, H.J., Williams, D.M., Upchurch, G.R., Dasika, N.L., Deeb, G.M. (2009). A comparative analysis of open and endovascular repair for the ruptured descending thoracic aorta. Journal of Vascular Surgery, 50(6)1265-1270. doi: 10.1016/j.jvs.2009.07.091.
- ✓ Sachs, T., Pomposelli, F., Hagberg, R., Hamdan, A., Wyers, M., Giles, K... & Schermerhorn, M.(2010) .Open and endovascular repair of type B aortic dissection in the Nationwide Inpatient Sample. Journal of Vascular Surgery, 52(4),860-866. doi: 10.1016/j.jvs.2010.05.008.
- ✓ Wilkinson, D. A., Patel, H. J., Williams, D. M., Dasika, N. L., & Deeb, G. M. (2013). Early open and endovascular thoracic aortic repair for complicated type B aortic dissection. Annals of Thoracic Surgery, 96(1), 23-30. doi: 10.1016/j.athoracsur.2013.01.041
- ✓ Zeeshan, A., Woo, E.Y., Bavaria, J.E., Fairman, R.M., Desai, N.D., Pochettino, A... & Szeto, W.Y. (2010). Thoracic endovascular aortic repair for acute complicated type B aortic dissection: Superiority relative to conventional open surgical and medical therapy. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 140 (6),109-215. doi: 10.1016/j.jtcvs.2010.06.024.

完成以上評估後，您可以攜帶此份結果與您的主治醫師討論