

胃造口管 更換尊嚴

臺中慈濟醫院胃造口手術





左起：臺中慈濟醫院營養師沈首如、營養師阮盈禎、一般外科高國堯醫師、肝膽腸胃科蔡松茂醫師、傷造口護理師張華茹。攝影／江柏緯

當無法正常以口進食或吞嚥困難，
從鼻孔接出像大象鼻子一樣長長的鼻胃管，
是常見的畫面；
但如果需要長時間利用管灌營養，
臉上的象鼻子或許會造成病人的心理陰影。

胃造口，
由肝膽腸胃科醫師執行經皮內視鏡胃造口手術，
或一般外科醫師執行胃造口手術，
是另一種適合的選擇。

文、攝影／曾秀英
審定／臺中慈濟醫院肝膽腸胃科蔡松茂醫師、一般外科高國堯醫師

九十一歲的張奶奶，兩年半前中風跌倒，因吞嚥困難插鼻胃管，她常自言自語「鼻子怎麼變那麼長，像大象？」更糟的是，鼻胃管會讓奶奶覺得不舒服、不適應，就忍不住一直去拔掉，每拔一次，管子又得重穿一次，從鼻孔穿啊穿的直到進了胃部，過程並不好受，卻不得不重覆做，幾次之後，奶奶的雙手不得已被綁起來約束。激動的她還是想要掙脫、扯掉管子，痛苦的表情早已不是子女印象中開朗的母親，卻也無能為力。

張奶奶在美國當外科醫師的孫子返臺探視時，對於臺灣接受長期照護的住民幾乎個個都插著鼻胃管，感到不可思議，因為「在美國住進護理之家，一定做胃造口，不會有鼻胃管。」他說。

沒有象鼻子 恢復神采笑口常開

雖然因此讓家人有了不同的思考，但張奶奶的子女當時仍不敢貿然動手術，考慮很久也請教其他醫師，其中一位醫師的意見是：「人的鼻子已經有兩孔了，可以用就好了，當然不要做造口，多出一個洞，還有麻醉風險。」這話一語道出國人的迷思，但聽起來好像都對，讓家人更添猶豫。

本來鼻胃管就是要定期每個月換新的，再加上張奶奶自拔鼻胃管導致的頻繁插管，造成喉嚨感染，引發咳嗽，甚至發燒、肺炎，一年多達兩三次，經過幾個月考慮後，因為不忍心奶奶繼續痛苦下去，家屬便積極詢問「胃造口」手術的做法。



張奶奶的兒子問：「媽，您記得以前還插著鼻胃管的樣子嗎？是不是覺得自己怎麼會有個象鼻子？」



張奶奶裝了胃造口，沒有了鼻胃管，開心的跟老公問好道愛。

二〇一六年六月，由肝膽腸胃科醫師蔡松茂為張奶奶裝胃造口；有點像照胃鏡一樣的方式，以內視鏡手術，半小時就完成。術後恢復很快，讓張奶奶的家人十分滿意，奶奶的兒子張先生說，最重要的是，一年來不再出現感染發燒的情形，跟鼻胃管相較，同樣是灌食，不經過食道、喉嚨，問題少很多，照顧更方便。

沈首如營養師說，張奶奶以胃造口供給營養，每天灌食一千二百到一千三百卡，「我們觀察奶奶的營養狀況維持良好，生活品質也提升了，替張奶奶覺得很高興。」

張先生還在意一件最重要的事：愛

漂亮的媽媽以前掛著鼻胃管，每天無精打采，如今造口蓋在衣服下，恢復中風前的神采。他說：接受日本教育、又在美國長住超過廿年的媽媽，現在有道不盡的「阿里阿多」，還對另一半說「I Love You」，天天笑口常開。

胃造口也可找外科 腹腔鏡優於傳統手術

但並不是所有的病人都適合內視鏡胃造口，這時，可由一般外科醫師透過腹腔鏡手術完成胃造口。相對於傳統外科胃造口手術，腹腔鏡胃造口的傷口小、恢復期短。

五十歲出頭的賴先生在商場征戰多

年，長年跟客戶熬夜打牌、喝酒應酬，生活作息不規律，五年前發現口腔潰瘍一直不能癒合，警覺身體出狀況，就醫確診罹患口腔癌，歷經手術與放射治療幸運撿回一條命，但也留下口腔不能咬合與張口的後遺症，醫師建議長期放鼻胃管灌食，然而他不能接受面貌改變，始終無法從疾病陰霾走出來。

賴太太捨不得另一半身陷情緒低谷，也願意嘗試胃造口手術，經會診一般外科，由高國堯醫師完成手術，拿掉鼻胃管的賴先生，自此展開不同人生。因為不必再擔心他人異樣眼光，夫妻安排為期三日的旅行，賴先生彷彿找回往日時光，返回臺中慈濟護理之家



病人在裝好胃造口後，就可練習自行管灌營養。



肝膽腸胃科蔡松茂醫師觀察剛裝的胃造口術後傷口恢復情形。

誰適合胃造口？

美國胃腸協會建議，當無法由口進食獲得適當營養時，最佳的長期腸道營養選擇是經皮內視鏡胃造口。

1. 生理狀況穩定
2. 預期生命有六個月以上
3. 須長期依賴鼻胃管灌食者且預期無法於二到六個月內恢復吞嚥能力。
例如：中風、漸凍人、鼻咽癌等
4. 長期放置鼻胃管曾發生合併症：上消化道出血、胃食道逆流、反覆引起吸入性肺炎或胃潰瘍出血、插上鼻胃管困難 / 不舒服
5. 需長期胃減壓者：如胃無力、腸阻塞
6. 腹部狀況可承受胃造口處置
7. 其他：覺得鼻胃管影響外觀、厭食症、氣切患者

(阮盈禎營養師提供，資料來源：長期照護雜誌)

後，開心跟所有人分享他的喜悅，甚至端午節辦歌唱比賽，也史無前例的準備拿手歌曲〈榕樹下〉參賽，賴太太看見攜手半生的結髮人，終於走出生命低潮，默默流下欣慰的眼淚。

改善肺炎發作 胃造口送營養

一位鼻咽癌導致咀嚼吞嚥困難的林先生，則是撐到連喝水都會從鼻孔、嘴角流出來時，主動要求做胃造口手術。林先生是業務人員，「菸不可能不抽，檳榔一天兩包，大瓶的高濃度高粱酒，一餐乾掉三分之一瓶算是小Case(意思)。」

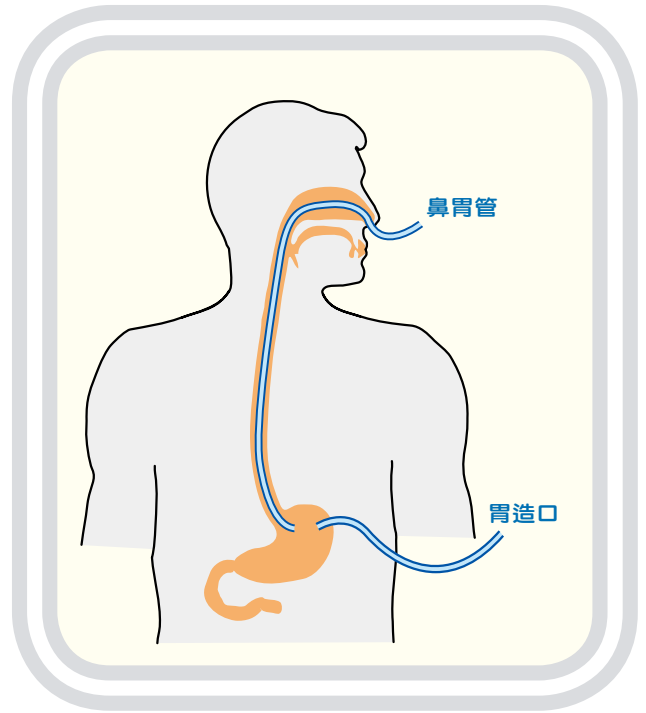
長期浸淫在高風險的不利因子下的林先生，十一年前因健檢發現腫瘤，



經皮內視鏡完成的胃造口外觀。

確診鼻咽癌三期，經治療後腫瘤消除追蹤情況良好，但放射治療在多年後仍有揮不去的後遺症，林先生說：「放射治療立即的傷害是馬上沒唾液，中長期傷害是對冷熱感覺遲鈍，常常中暑，三年前開始，嘴巴慢慢無法控制，講話講不好、吞也吞不好，會不停嗆到，反覆感染、發燒然後變肺炎，就醫吃藥都沒用，最後用吸管也沒辦法喝開水，會從鼻孔、嘴角流出來。」

隨著吞嚥功能愈來愈差，林先生吃東西的量愈來愈少，一百七十三公分的身高，體重從罹病前的九十幾公斤，掉到最瘦只剩下四十八公斤，因為十



鼻胃管與胃造口比較示意圖

鼻胃管與胃造口灌食的比較

	鼻胃管	經皮內視鏡胃造口
優點	適合連續式灌食法	適合批式灌食法或連續式灌食法
缺點	不適合長期使用	有傷口，需造口護理
管路更換	PVC：兩週一次 矽膠質：每月一次	視管路材質而定， 約每半年到一年半換一次
住院	無須住院	第一次放置需住院三到七天， 之後在胃鏡室執行換管，無須住院
外觀	外觀可見管路，造成病患生理和心理的不適感	可用衣服覆蓋，外觀與正常人無異， 自尊感高
費用	PVC 鼻胃管：健保給付，矽膠質鼻胃管：自費	灌食管：健保給付
方便性	隨時隨地可置放或移除	需住院才可置放或移除
營養攝取	管徑較小，易阻塞，食物選擇較少	管徑較大，較不易阻塞，食物種類的選擇，明顯多於使用傳統鼻胃管患者

(阮盈禎營養師提供，資料來源：臺灣老年醫學雜誌、臨床營養學：醫療營養治療(一版))

分在意外界異樣眼光，他完全不考慮鼻胃管，查遍網路資料，最後主動找蔡松茂醫師做「胃造口」手術，期待因為不再由嘴巴進食，改善肺炎發作頻率。

入院那天，蔡松茂醫師發現林先生還處於肺炎發燒狀態，決定先治療肺炎，確認都沒有問題才做胃造口。這讓一心期待早點完成手術的林先生，當下完全沒辦法接受，一直纏著拜託醫師說，發燒、肺炎，早已是家常便飯，沒一點感覺，甚至搬出「胃歸胃、肺歸肺」的想法，要求醫師趕緊幫他的胃做一個孔，讓他快點灌食就好。醫療專業當然不可能如此，蔡松茂醫師耐心治療肺炎，痊癒後再進行內視鏡胃造口手術。

如今，林先生自己動手灌食，他說「既方便又乾淨」，還自問自答，早知道這麼好，就不必走到無法挽回才來做。他建議有一樣困擾的病友儘早做胃造口手術，不要非等到營養沒吸收，連肺都壞了才想做，萬一肺部受損只剩百分之七十功能，那就得不償失了。

如需灌食六個月以上 胃造口安全又方便

肝膽腸胃科蔡松茂醫師指出，胃造口的內視鏡手術，醫學名稱為「經皮內視鏡胃造口」(Percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG)，傷口僅一公分大小，在輕度鎮靜下無痛執行，做法是用胃鏡先進到胃，找到適合的位置，用針筒由腹部外穿刺進去，針從肚皮孔進去一路到胃裡，再由此路徑放入一條導線，接著用胃鏡把導線往上拉回口腔、嘴巴，套上灌食管，再如穿針引線般把灌食管拉進胃，最後從肚皮穿出就可以做為灌食入口。一體成形的管子，管徑分零點六公分、零點八公分大小，大一點的可以灌蔬菜汁、稀粥或精力湯。

不適合內視鏡胃造口的病人，則需要由外科團隊接手。

一般外科高國堯醫師表示，胃部大彎處是胃部最能自由移動的部分，醫師在這個位置開一個一公分傷口，胃造口的管子經皮下脂肪與腹膜直

不適合內視鏡胃造口

1. 消化道阻塞，如：咽喉、食道腫瘤太大堵住通道、胃出口阻塞、小腸或大腸阻塞。
2. 易出血體質。
3. 上腹部曾做過大手術以致結構改變。
4. 胃附近的腸子沾黏、有腹水等。

接穿進胃，管子尖端有個像水球的東西，打十西西的水撐起球，跟腹壁縫合固定在一起，較不會滑脫，有點像導尿管概念，之後就可以從胃造口灌營養品。高國堯醫師補充說，胃做過手術的病人沒辦法再做胃造口，可改為腸造口，同樣可以達到灌食目的。

一九八〇年開始，歐美國家推展經皮內視鏡胃造口，大幅減少外科手術胃造口的麻醉及手術風險，發展至今將邁向第四個十年，然而國人囿於習俗、民情，普遍不希望在身上打洞、開刀，避免破壞身體完整，因此普遍

接受度不高，要說服病人或家屬放置胃造口餵食仍有相當難度。

隨著人口老化的腳步，醫療科技的進步延長人類存活年限，老年病人逐漸增加，腦中風、失智或其他慢性神經退化性疾病、腦部外傷和咽喉食道疾病病人，持續性吞嚥困難，導致反覆性吸入性肺炎和營養不良等問題比比皆是，安全、方便的管灌餵食在臨床上成為重要課題，除了以鼻胃管提供短期必要營養外，灌食如達六個月以上的病人，胃造口餵食更符合生理性，併發症相對也較少，也是另一種選擇。



若不適合內視鏡裝胃造口，可由外科手術完成。圖為一般外科高國堯醫師。

管路營養 用心照護

文／張華茹 臺中慈濟醫院傷造口護理師 攝影／曾秀英



身為傷造口護理師，通常要由我們來處理的傷口，已經是遇到「麻煩」的了。例如，有放胃造口的病人來找我，就是遇到滲漏、皮膚發炎、潰爛或是傷口感染的問題了。所以，如何正確的照護管路，也是傷造口護理師的主要工作之一。

當無法由口腔攝取營養支持來源時，可透過鼻胃管、胃造口或空腸造口等營養管道餵食。

放置營養管路後，除了灌食，還需要每日的觀察及護理，以避免合併症發生。以鼻胃管為例，因部位久置常發生鼻黏膜壓傷；胃及空腸造口管路因消化

液滲漏或傷口癒合不良等情形，常發生造口周圍皮膚炎或皮下膿瘍等問題。

管路阻塞也是灌食中常遇到的狀況，這和投予的藥物、黏稠配方、沖洗技術不當、未消化蛋白或酵母殘留，以及胃部消化物殘留導致管路阻塞有關，不建議使用碳酸飲料做為管路疏通方式，避免物質會與管路內溶液凝結，可以使用溫水沖洗或用食用小蘇打沖洗管路，若管路完全阻塞、折到或移位時，可能必須拆除或重新放置。

為了避免相關腸道內營養管路合併症產生，需注意以下照護重點。

胃造口及空腸造口管路注意事項：

1. 放置途徑透過手術方式經皮膚插入管路，將管路固定腹壁上，部位照護需每日以食鹽水清潔管路及周圍皮膚，以無菌 Y 紗覆蓋固定，必需確認管路固定不會出現橫移現象，避免活動時發生管路滑脫，餵食前後以三十至六十毫升飲用水沖洗管路避免阻塞。
2. 若出現以下併發症需尋求外科或傷口護理師協助：
 - (1) **滲漏**：評估管路是否通暢，氣囊充氣是否足夠，或是灌食速度過快。
 - (2) **皮膚炎**：為消化液或腸道內容物刺激所引起，嚴重時可能會產生念珠菌感染，可能必須投予抗菌藥物；若對皮膚固定裝置、膠帶或其產品造成過敏接觸性皮膚炎時，必要時需移除產品減少對皮膚刺激。
 - (3) **造口周圍組織增生**：管路移動長期受到刺激導致，肉芽組織過度增生也會造成出血或疼痛等問題。
 - (4) **發炎感染**：嚴重影響傷口癒合或皮下膿瘍時，需會診外科醫師評估管路是否移除。

以上管路不慎拉出，千萬不可自行推入，避免造成組織損傷，應立即回診由醫師評估處置。

鼻胃管照護注意事項：

1. 鼻胃管放置途徑會經過外鼻孔→鼻竇（鼻中膈）→內鼻孔→鼻咽→咽喉→會厭→食道（過橫膈膜）→胃（胃大彎）。以灌食空針檢視位置正確後，再以膠帶固定於鼻梁處。
2. 灌食流質食物或藥物時，需注意反抽管路評估胃消化狀態，檢視管路位置無滑脫情形後，再給予灌食，留意管路是否暢通，可於灌食前後，以三十至六十毫升飲用水沖洗管路，避免鼻胃管阻塞或食物殘留。
3. 灌食速度應緩緩地灌入，或將灌食空針舉高，超過病人胃部約四十五公分，利用重力自然引流，讓食物緩慢經鼻胃管流入。灌食後應維持半坐臥姿勢，至少三十分鐘至一小時，而且不要隨便翻動病人、拍背或抽痰，以免發生嘔吐，而引發吸入性肺炎危險。每日需更換固定鼻胃管膠帶，避免相同位置，將管路旋轉以預防鼻翼或鼻黏膜受壓。



臺中慈濟醫院傷造口護理師張華茹為病人處理胃造口發炎情形。

投入傷造口護理領域約六年了，我熱愛我的工作，但也常遇到讓我手足無措的傷口。病患期許傷口能癒合，但傷口狀態往往與病因有關，例如營養狀態、年齡、血循、氧合、放化療或內外科疾病因素會影響傷口癒合機制，胃造口管路照護最怕遇到的就是感染或滲漏情形，病患透過胃造口灌食營養，但傷口癒合不良或感染時，消化液或灌食液從傷口滲漏，不僅皮膚刺激疼痛，屢次換藥也影響生活品質，例如擔心滲漏不敢下床或不敢灌食太多。最近一位下咽癌病患放置胃造口，因傷口感染已兩次清創縫合仍未改善，又因消化液滲漏造成皮膚炎，疼痛感讓病人及家屬備感無奈，護理過程中使用過傷口引流袋、皮



上：鼻胃管 下：胃造口管

膚保護膜減少滲漏的刺激也改善皮膚狀況，最終還是因長期化療的副作用導致傷口癒合不良而拆除管路，經一個半月的介入護理，傷口已逐漸癒合。病患如導師，也是生命的勇者，陪著病患共同面對傷口到癒合，看到病患的笑容就是我最大的成就感了！🌱