

讓痛止息

疼痛治療與控制

企劃／醫發處公傳室

人體有數百萬個神經接收器，按照身體各部位的實際需要而分布。當某些感覺神經突然失控，不管是失去功能、或是過度興奮，人體所能感覺到的都是痛。

對於一個已經失去雙腿，卻仍然時時感覺腿的疼痛、痛徹心扉的人，他如何面對每一天？對於一個已經中風癱瘓、神經卻常常「亂跑」、「亂放電」的阿嬤，問人為什麼她都已經中風了，還要讓她承受這種痛？……

一個人一生中有六成的機率會遇上慢性疼痛，而人口比率中，每十個人可能有一位會遇上。與其讓疼痛擾亂人生，不如了解疼痛的真義，找到疼痛專家成為生活的盟友，讓疼痛止息。



請問，你喜歡痛嗎？

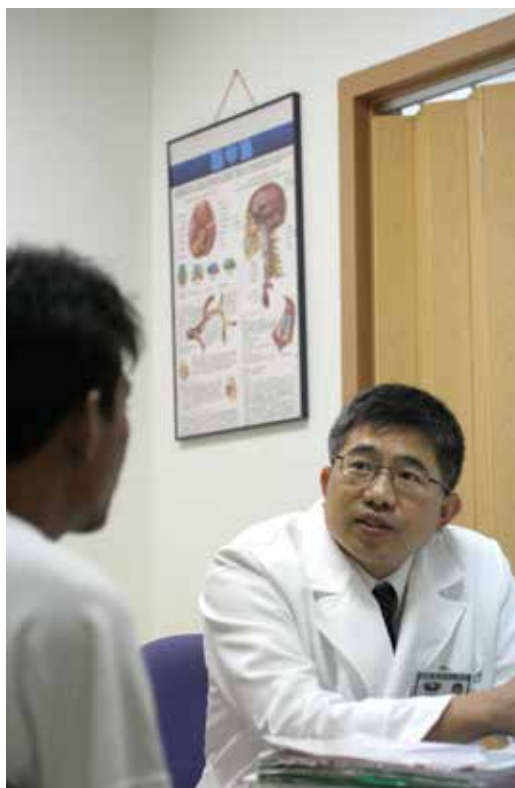
大部分人的答案應該跟我一樣，會回答「不喜歡」。有人買了新鞋，剛穿上沒多久，鞋子打腳疼的受不了，只想趕緊找個地方把鞋脫掉。有人長了智齒，痛得不得了，就趕緊掛號看牙科去。側頭一想，可能每個人在一天中、不同的時間裡，從頭到腳、或多或少都有那麼幾次疼痛的感覺吧：頭痛、牙痛、脖子痛、肚子痛、腳痛……，甚至心痛。

疼痛實在是好東西

萬一，一個人沒有疼痛的感覺，會發生什麼事呢？

「……因為她拒穿合適的鞋子，她也不會跛足而行或站立時交替身體重心(因為她不會覺得不舒服)，以致於施予關節過大的壓力，終至非截肢不可……她手腳的殘肢，因潰瘍而慢性壞死，因為她嚙咬舌頭的神經質習慣，她的舌頭已裂開……」在《疼痛》這本書中，作者保羅·班德描述出他所接觸到的個案——恬雅，一個罹患「先天性對痛無感症」(congenital indifferenceto pain)、沒有痛覺的小女孩的遭遇，這個小生命接下來的命運，讓人不願去揣想。

想一想，當手指被燙到，卻不痛，不懂得縮回來，一定會導致嚴重的灼傷！裴駿是新店慈濟醫院的新陳代謝科主治醫師，他提起診間曾有患者高興的跟他



患者來到疼痛門診診間，可以盡吐心中鬱結，除了身體的痛需要打針吃藥，心裡的痛也需要宣洩的出口。石明煌副院長甚至樂於建議患者也聽聽身心醫學科醫師的建議，而服用抗憂鬱的藥並不等於「精神病」。

說：「裴醫師，我昨天早上不小心腳踩到鐵釘，不會痛耶！」得到的卻是醫師的警告與叮囑。因為糖尿病最可怕的地方，就是患者肢體末梢神經麻痺後，失去了痛感，那可是非常糟糕的狀況。

所以保羅·班德醫師在書中宣稱：「疼痛實在是樣好東西，病人潛在的痛感愈多，就愈容易保護自己，從傷害中解脫出來。」



一把小小的疼痛尺，有助於醫師了解患者經過治療後，疼痛有無改善。

長期慢性的疼痛，特別門診對治

瞭解了疼痛對人的益處，可以啟動人類自我保護的機制，讓我們能夠接受一時的疼痛；但是，如果把疼痛的時間、空間、部位、強度等等因素的其中一項或兩項加重比例，對一個人會是怎麼樣的折磨呢？

長相斯文俊秀、不到三十歲的阿村，外貌與常人無異，卻是血友病患者，兩年前因為腳腫痛到無法行走而必須動手術治療。其後回到花蓮休養，將近兩年

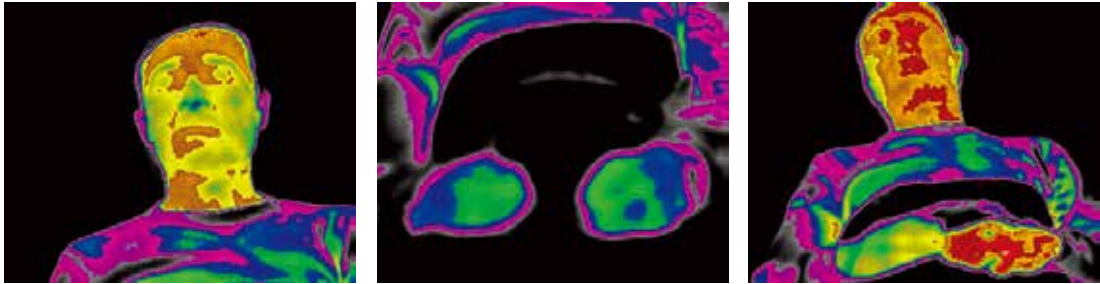
的時間因流血及腳關節炎的疼痛，幾乎天天到各醫院的急診室報到求救。由於治療凝血問題的第八因子針劑索價昂貴，而止痛藥劑又屬管制藥品，雖然阿村在不知不覺中一年花去健保局二千多萬元醫療費用，但他的痛依然無解。在今年的三月間，花蓮慈濟醫院請阿村來到石明煌醫師的診間，開始了「疼痛治療」。

對於中央健保局，這個治療案例應該算是成功的，因為花費的醫療費用從每個月兩百多萬降低至不到六萬元；而更重要的，這幾個月

的治療，對阿村來說，為生活開啓了回歸正常軌道的可能性。他的疼痛得到一定的

控制，不用再每天跑急診，而且還能在健保局東區分局打工、上半天班。

在接受大愛電視台的訪問時，阿村提及身為罕見疾病患者，受到社會的誤解與不平的待遇，他臉露無奈的接著說：「後來有一次我曾經試過告訴公司我有血友病，那時剛好是SARS期間，結果公司說我常進出醫院，會有傳染給其他同事的風險，就要我走人了。」然後從開完刀一直到三月期間，都沒有工作，阿村說：「沒有公司願意」。阿村的身體長期承受巨痛，而曾經受社會差別對



熱感射頻圖像顯示，右圖為經過星狀結神經阻斷術注射治療後，頭部以及手部的溫度上升，患者原本手部的疼痛就會消失。一次療效約四至八小時，若疼痛又發生，便繼續施打，若療效持續超過了一天，就停止注射。此阻斷術可能發生永久性的止痛效果。(左及中圖為治療前的對照圖像)

待、排擠的感受，讓他內心的痛楚又加劇。

經過了三、四個月的疼痛治療，阿村的生活品質變好了。他說：「不會痛，就比較睡得著，吃得下，脾氣也不會煩躁。」「耐性會比較好，不會動不動就發脾氣。」

「還有，來這邊(健保局)工作的關係，磨練自己啊，要不然，以前遇到剛剛這種態度不好的人(民眾)，早就跟他對罵起來了。」

病人說會痛，就是會痛

每個病人來到醫院，目的也就是要解決他身體上或心理上的痛，現在的病人也知道，如果頭痛，應該看腦神經科，肚子痛就看腸胃科……；可是如果病人看了他覺得該看的科別，該做的、能做的診治也都處理，疼痛依然像夢魘般纏繞不去，那麼這樣的病人除了在各急診室奔波之外的選擇，就是來看疼痛門診。

疼痛能夠衡量嗎？事實上，每一個

人對於「疼痛」的感受都不相同。疼痛可大分為急性疼痛及慢性疼痛，根據 Mccaffrey, Meinhart(1983)的文獻中指出疼痛的定義是指不論如何，一個人感覺到痛就是痛，一個人說痛也就是痛，從語言及非語言上的行為表現來試著判定。由此可知我們應該尊重每個人對於他自己的疼痛感受。

但是每位來看疼痛的病患一定都說很痛，那麼醫師怎麼判別呢？石明煌副院長拿出了一樣法寶——疼痛尺。一根像平常小學生用的二十公分量尺，但上面一條線段的兩個端點分別是「不痛」和「最痛」，尺上罩一層可滑動的透明膠片，讓患者自己在「不痛」和「最痛」的兩端間滑動膠片位置，選定後，石醫師對照看到尺反面上的刻度。原來，不痛和最痛的位置，就等於疼痛指數零分到十分，十分是最痛的程度。石醫師不用去比較甲患者和乙患者誰痛的較嚴重，而只要專注於眼前這位患者上次來和這次來，疼痛指數有沒有降低。

至於阿村說疼痛治療之後比較「不會



神奇的麻醉藥物，能讓人體的神經接收器停止反應，感覺不到疼痛。

痛」，讓他較能恢復日常生活了，應該是疼痛指數降到零了吧？答案是他的疼痛指數在五到六分之間，但相較於幾個月前七到九分間的疼痛，阿村已經感覺好很多了。

談到花蓮慈濟醫院疼痛門診的開辦，石明煌副院長算算時間，也快三年了，最早是二〇〇二年十月份開始的；石副院長說：「剛開辦時，一個診次都只有二、三個人，現在則固定有十到十二人。但是我希望一個診次最多只有十五個病患。」原因是，這個科別可能是一些疼痛一直無法解除的患者生存的最後一道防線，所以，石副院長會花很長的時間與每一位患者溝通，了解疼痛的狀況及緣由，才能決定給什麼藥劑治療，甚至還必須了解患者心裡打了幾個結，有沒有機會解開。

打開心結，減緩疼痛

目前疼痛門診的病患，大部分是由其他科別的醫師轉介過來的，而因為時間花得長，不希望患者等候太久，多半採預約方式，而目前主要針對慢性疼痛的處理。石副院長解釋道，慢性疼痛的定義是，超過三個月以上持續的疼痛，而其他藥物都治不好。其中一大部分是癌症末期患者，另外還有來自神經內外科的患者，如：三叉神經痛、帶狀皰疹、中風或脊椎損傷後的疼痛；來自骨科的患者，如：截肢、骨髓炎重複手術……等；至於內科，很大比例是胰臟炎，不少是從玉里、關山來的。

每一位患者都很痛、診間門一開就有人想衝進來先看診，負責看診的醫師承受的住這麼多的痛所集結成的負面能量

嗎？阿村提起在診間告訴過石副院長的話，「之前聽人說，這種安眠藥，吃個十顆人就死了。我之前睡不著，醫生開這種藥，我都沒吃保留下來，數一數，一百顆，吃了總能解脫了吧。結果，沒事。石明煌主任對我說，『已經得到（白血病）就得到了，不然怎麼辦？自殺？這輩子還不完，說不定下輩子還要還。』」後來，石副院長都會問阿村有沒有剩藥，有的話要還他。石副院長說起他評估患者疼痛控制成功與否的兩大條件：一是能恢復日常生活，第二則是能夠積極的工作謀生。所以已經成為疼痛門診常客的患者，和石副院長的關係也逐漸轉變為像朋友、家人般熟稔。這個穿白袍的醫師，知道他們的痛是真的，還願意聽聽他們心裡的話，吐吐苦水，不會急著趕他們出診間。在走出診間的同時，生活上多了一位盟友，心裡也升起一絲希望。

三成的病患，痛無法完成解除

全台灣只有約不到二十位麻醉科醫師開立疼痛門診，因為對於麻醉科醫師而言，經濟上的不符成本是一個現實的考量。或許，個性上的適合與否也是重要的影響因素吧。在課堂上教學生疼痛治療、疼痛控制，石副院長分享他的臨床經驗，有百分之十的病人，醫師說一說話、叮嚀一下，病人就不痛了；百分之二十的病人，給幾次藥、或幾次治療就全好了；還有百分之四十的病人則是給



教導醫學院學生對於疼痛治療要有「無可就藥的樂觀」，石明煌自己是個好範例。

多少藥，就好多少。只有最後百分之三十的人，不管醫師怎麼做他都還是痛。所以石副院長教學生一個結論，疼痛治療，「要有無可救藥的樂觀」。

口服藥物、肌肉貼片、肌肉注射麻醉劑、血管注射麻醉劑，從患者這次疼痛的程度，及患者服用藥物有否副作用，石明煌副院長會決定此次的用藥量、及控制方法。

而其中最常用的兩種藥物，一是抗癲癇的藥物，另一種則是抗憂鬱或焦慮的藥物。抗癲癇藥主要是治療神經性痙攣，可以減少不正常的放電，達到止痛的效果。而病患對抗疼痛的能力，是從不能忍受到有能力忍受，但是若超過六個月期間就可能有憂鬱傾向，服用抗憂

鬱藥能夠使對抗疼痛的神經傳遞物質增加，或許痛沒有減少，但是會感覺比較不痛。為排除一般人的誤解，石副院長強調：「這兩種藥物對這些患者很好用，總比市面上的止痛劑來的好。」

阻斷交感神經，可能永遠不痛

值得一提的疼痛控制方法是周邊神經阻斷術。石副院長特別提起星狀結阻斷術，這是交感神經阻斷術之一，有些慢性疼痛是交感神經過度興奮所造成的，譬如：慢性複雜性區域性疼痛症候群、或是神經病變的痛，會造成身體的感覺異常。以七月份一位神經外科病患為例，賴先生是一位船員，他在一次車禍之後造成脊椎損傷，卻非常幸運地恢復了運動神經，但是此後，

每每微風輕輕吹拂，他就全身皮膚刺痛，下雨天雨滴到身上，他卻感覺到像鐵鎚一棒棒往身上敲；奇怪的是，用力拍打身上，他反而不會痛。這樣異於常人的反應一脫口，人家以為他瘋了！

經過石副院長採星狀結阻斷術之後，這位船員賴先生的疼痛指數從九分降下來到五分，他感覺舒坦多了。此阻斷術對於頭部及上胸部的疼痛非常適合，做法是將神經暫時性阻斷，神奇的是它卻可能產生永久性的效果，讓患者與疼痛隔絕。至於因為疼痛而將局部神經永久阻斷的療法，石副院長會建議患者要審慎考慮，因為一旦施行永久性的破壞，是不可能恢復的，局部神經或許不再疼痛，卻同步失去了所有其他的感覺。

痛，擁有神奇的法力，痛苦的存在，是生命的必然；真慶幸有人願意為別人的疼痛煩憂，讓別人的疼痛減緩；或許也能助人更珍惜，帶著疼痛的生命。



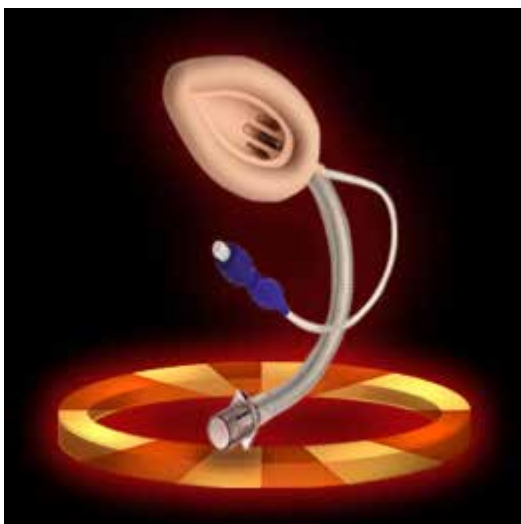
麻醉醫師大部分的時間都隱身於開刀房內，讓患者睡著之後便退場交由外科醫師主刀。

安全的睡著 舒服的醒來

體貼的麻醉

文／黃秋惠、劉芳助

從西元一八四六年在美國第一次使用麻醉術進行手術至今，經過一百六十年的垂煉，使現今的麻醉技術及藥劑已臻至十分成熟及純熟的境界。然而，麻醉「麻的好不好？」其實會讓病患的感受大不同，「麻的對不對？」影響的則是病患的生命安全。我們多希望每位動手術的患者，經過麻醉之後，都像睡了一場溫暖的覺，舒服的醒來，醒來後，身上的病苦也一併消失了。



氣管喉罩的結構圖像。

現代人身體出狀況要動手術，都知道會先麻醉。可知道在麻醉術發明之前的狀況？還記得看過某一期科學人雜誌談到麻醉的發明，特地將文章找出來，撰述者是中央研究院史語所的王道還先生，文章中他描述起早期西方醫學的外科治療「……但外科醫師處理的情況，往往十分駭人……外科病人的主訴是外傷與腫瘤，血、膿與惡臭，加上病人因為忍受不了割治的痛苦，大呼小叫地掙扎……」沒有經過麻醉處理就動手術，淒厲的景象讓人不敢想像；看到這段描述，所有曾經動過手術的人應該都會吐口大氣的說：「還好現在有麻醉！」。

全身麻醉，呼吸暫時停止

對一個生病必須動手術治療的人來說，不就是要麻醉，不就是在身體被切

開的時候睡著嗎，不會痛就好了，會有什麼差別呢？身為醫療消費者的我們，先要簡單的認識麻醉。

若以涵蓋身體的區域來分，麻醉有三種方式——全身麻醉、半身麻醉、及區域麻醉。如果是進行如：腦部、心臟等重大手術，就必須採取全身麻醉，花蓮慈濟醫院麻醉科李毅醫師說道：「全身麻醉要讓病人插管，有『三不政策』，就是要讓病人『不會痛』、『不能動』、『不知道』。病人的呼吸都停止，就靠呼吸器。」

半身麻醉，喉罩確保呼吸

而類似斷了一根手指的接合手術，就可以採用區域麻醉法。另外，假如一個門診手術只須耗時約一小時，開完刀患者就能回家，此時就可以視情況採行「靜脈麻醉」，把麻醉藥順著點滴流進身體裡，患者睡著了，而且還能自己呼吸，手術完成，患者也就醒來了。此時，由於沒有進行氣管插管，在外科醫師執行手術、進行切割的同時，有可能會抑制患者的呼吸，甚至造成呼吸停止。此時，喉罩就派上用場。

「喉罩」是一項非常體貼病患、又兼顧安全的產物；麻醉醫師在施行靜脈注射、或使用吸入性麻醉藥使患者沒有知覺之後，將患者嘴巴張開，將喉罩放進喉頭部位，可以避免舌頭垂下阻塞氣管。此外，從喉罩的接頭尚能串接到麻醉機和監視器，麻醉醫師可以清楚的監



患者經麻醉失去知覺後，麻醉醫師將患者嘴巴張開，置入喉罩(上圖)，就能避免患者舌頭垂下阻塞氣管。而經由喉罩串接到儀器上，讓麻醉醫師在患者無知覺這段期間能精準掌控患者的生理機制，確保安全。

測患者呼出的二氧化碳含量、呼吸頻次及深度，讓患者在失去知覺之時，安全無虞。

花蓮慈濟醫院麻醉部李毅主任歷經醫學中心評鑑的艱辛，談到麻醉專科評鑑時，評鑑委員很滿意住院醫師訓練的一大原因，就是喉罩。委員們非常讚賞住院醫師使用喉罩的熟練度，也認同慈濟醫院喉罩的高應用率。只是加一樣小器械，就能讓病人的安全多一層防護網，

何樂而不為。「朋友還從國外打電話回來，」李毅說道，「說他在英國，看到我們有關喉罩應用的論文，被編排在醫學教科書裡。」慈濟醫院使用喉罩的經驗能得到國際認同，聽得出李毅主任以慈濟醫院的麻醉部為榮。

掌握身體每個細節，讓手術順利

依簡單的法則將麻醉法大分三類，乍聽之下很容易，一旦真正須施行麻醉時，絕對需以病人的整體狀況作全面性的考量。舉新店慈濟醫院近日有一個案為例，新店慈濟醫院產科醫療團隊為一位極端肥胖合併子癩前症的婦女剖腹產，順利生下小寶寶，關鍵之一就是高難度的半身麻醉。

剖腹生產的麻醉就是非常複雜的過程，而此位三十歲的媽媽在懷孕前的體型屬於「病態型肥胖」(BMI值超過三十四)，到了懷孕末期又併發俗稱「妊娠毒血症」的「子癩前症」，有高血壓及尿蛋白等症狀，究竟該採何種麻醉方式，才是對媽媽和寶寶最好、最安全的決定？

面對兩條寶貴的生命，醫療團隊相當謹慎，最後以安全性為考量，決定第一優先採用半身麻醉。把準媽媽推進開刀房之後，麻醉醫師慢慢施加麻醉藥，前後花了一個小時時間，一邊觀察產婦的生理反應有否異常，以避分子癩前症加劇。而且，由於這位準媽媽的背部脂肪層較厚，麻醉針可能不夠長，由一位



面臨複雜症狀的準媽媽生產，包含麻醉醫師在內的醫療團隊，戰戰兢兢地迎接寶寶的平安出生，同時保護媽媽的安全與健康(右二為新店慈院麻醉醫師李俊毅)。

助理以手擠壓她的背，麻醉醫師將麻醉針緩緩推入產婦的體內，才完成半身麻醉。由於麻醉科和婦產科醫師合作無間，術後也給予妥善照顧，因此媽媽的身體狀況非常好，不但血壓維持在正常範圍，子癇前症的併發症，比如說抽筋的現象，也沒有發生在這位媽媽身上。

新店慈院麻醉科李俊毅主任表示，這個媽媽是他十多年臨床經驗當中，第一例同時有極端肥胖及子癇前症症狀的產婦。他主張採用半身麻醉，而非全身麻醉的理由在於，全身麻醉的風險實在太

高，「首先，產婦有水腫的現象，黏膜也會水腫，插管相對會有困難，而且容易受傷」。其次，若要插管的話，很可能讓原本就有高血壓的她血壓更高，對於心臟和腦部都不好，她的腦壓也會跟著升高；而子癇前症的產婦最怕發生腦壓病變，一旦發生，媽媽和寶寶都有立即性的危險。

李俊毅醫師提到他的第三個考量點，他說，「這位準媽媽體型過胖，即使空腹時間再長，腹部都有東西，容易嘔吐，就容易產生吸入性肺炎。在人工麻



現在動手術前，病患可以與麻醉醫師面對面，直接詢問了解麻醉大小事，選擇最適合自己的麻醉方法(圖為花蓮慈院麻醉部李毅主任於開刀房)。

醉的過程當中，如果產生呼吸方面的併發症，一般人可能可以撐個三到五分鐘，但對這位媽媽，可能只要三十秒到一分鐘就會有生命危險」。同時考慮到身體所有的症狀，心跳、血壓、腦壓、開刀時的反應……，加以掌握因應，讓手術結果順利，就是所有麻醉醫師最艱困的挑戰。

記得認識麻醉醫師 選擇最適麻醉法

您動過手術嗎？認識幫您進行麻醉的醫師嗎？在過去，沒有一個病人會認識他的麻醉醫師是誰。或許連麻醉醫師也認定自己是幕後付出的無名英雄。

「你好，我是麻醉科李醫師……」花蓮慈濟醫院的李毅自然地說起他與患者在手術前會面的開場白，原來患者開始可以認識到自己的麻醉醫師了。

其實，在手術之前，能夠讓民眾了解麻醉的過程及安全性，就能減緩術前的緊張和焦慮，安心接受手術。這也是新店慈濟醫院開辦麻醉衛教諮詢門診的用意。新店慈院的李俊毅醫師指出，在進行諮詢時，仍是本著「以病人為中心」，診間備有完善的儀器可以測量血壓、心電圖和呼吸血氧指數等等，相當於半套健康檢查。而且麻醉科醫師會直接在電腦上看到患者的X光片及所有檢查報告，為患者提供全面性的解

說，確保患者的權益和安全。

在此一提手術麻醉的副作用。根據臨床經驗及醫學文獻紀錄，所有手術後病人不能忍受的除了醒來後的疼痛，居然很大一部分是「噁心、嘔吐」。而花蓮慈院的李毅醫師分享他的臨床經驗，最容易發生噁心嘔吐的條件是：女性、不抽煙的女性、會暈車或曾經有術後噁心嘔吐的病史者。所以在手術前填寫麻醉同意書之前，詳細了解患者的特性，包括是否有過敏史、開過刀否、這次的手術在什麼部位……等等，若發現患者有較高的機率產生副作用，便會採取預防措施，又一個小小的貼心動作，就讓患者免去麻醉藥效退去後那死去活來的噁心嘔吐。

如同侯文詠這位麻醉醫師作家曾寫過的片段，「我為病人麻醉，我很清楚地知道我將照顧他們，直到他們甦醒。」

麻醉Q&A

開刀技術日漸複雜，屢創醫療奇蹟，醫學能夠如此進步，麻醉扮演了非常重要的關鍵角色。當民眾迫不得已必須接受手術治療時，就會碰觸到怎麼麻醉、如何選擇麻醉方法、麻醉前後要注意的事情……等問題。事先作好心理準備、充分了解所有資訊，才能妥善因應，也能配合讓手術發揮最佳治療效果。

於此請大林慈濟醫院麻醉部主任賴裕永醫師為大家回答臨床上最常碰到的麻醉疑問。



Q1: 為何手術後，會有嘔心感，且容易吐出胃內物，這是麻醉造成的嗎？

A1: 手術後的噁心、嘔吐是多重因素所造成的。其中包括有病人本身、麻醉及手術相關的因素有：全身麻醉、使用類嗎啡的止痛劑、女性病患、曾有暈眩或之前手術後產生噁心嘔吐的病史、不抽煙者、以及某些手術如腹部手術、婦科手術、腹腔鏡、乳房、耳鼻喉科及斜視等手術。所以手術後如果產生噁心嘔吐算是常見的副作用。而且想要完全預防是不可能的任務，當然對於高危險群的病人，作適度的預防措施可以減低發生的機率。所以在手術之前，由外科醫師、麻醉科醫師作

詳細的評估及本身完整的病史報告，才可達到預先防範及事後治療的效果。

Q2: 為什麼半身麻醉，卻讓我有大石壓胸口、呼吸困難，不久又開始想吐？

A2: 您的問題在臨床上的確偶有發生，特別在產科麻醉機會又更高。由於每個人對麻醉藥物反應不盡相同，相同的劑量可以在不同人產生不同的麻醉程度。特別是孕婦所需要的麻醉藥物差異又更大。因此遇到較敏感的準媽媽，相同劑量麻醉到達胸部甚至頸部，以致不只腳麻，連手都麻的。

半身麻醉麻得過高，如果處置合宜，其實對手術的進行並無大影響，術後也不致產生麻醉的後遺症。但這時病人卻可能產生二大感受問題。首先病人感覺呼吸困難。由於麻醉劑量太高，這時連胸部的肋間肌也麻醉了，以致會感覺胸口有壓迫感，很可能讓病人覺得呼吸困難，這時護士小姐給您戴上氧氣罩可以避免缺氧問題。

其次，是由於麻醉劑量太高，大部份的自主神經也被阻斷，它所支配的血管擴張，身體內的血液這時就大量停留在擴張的靜脈血管中，只剩下少部份的血液在循環裡，血壓這時下降了，腦部的灌流不足，自然出現嘔吐等休克症狀。由於低血壓會影響母親及胎兒的氧氣供給必須立即處理，我們可以快速給予大量點滴，讓病人採取頭高、腳低，避免麻醉藥物繼續往上，並給予一些交感神經藥物，使血管收縮讓血液回流到正常循環之中，至於胸口壓迫感就等手術完成、麻醉藥品代謝後，肋間肌恢復功能自然，症狀就不見了。

Q3：我是位七十歲男人，我有糖尿病將近十五年了，一直都口服降血糖藥物控制，固定運動。下星期我將接受攝護腺切除術，請問我的血糖要控制到多少才可接受手術麻醉，麻

醉會採何種方式呢？

A3：很明顯您是位好病人，對糖尿病有關的衛教有相當的瞭解及施行。根據最新國際糖尿病學會(IDF)及美國糖尿病學會(ADA)所新定之標準，正常空腹血糖是80~110，飯後二小時之血糖值140為正常。所以對於糖尿病患者將接受手術時依手術的急、慢性手術時間、手術本身(住院手術或門診手術)、病患控制血糖(藥物治療)的情形、有無糖尿病的併發症等種種因素來決定麻醉及手術的方式。對於常規手術，病患都會先住院，所以我們麻醉專科醫師可作手術前訪視及評估。急診及門診手術者祇好當場詢問病史。

對於糖尿病患者，目前無一個統一的術前血糖標準，但一般公認的原則是讓血糖儘量控制到接近正常值，常規手術患者、口服藥服病患手術當天早晨那一劑應停用，胰島素注射者，應於手術前一天停止注射。這些措施是為避免手術中產生低血糖，這些患者手術前的點滴液是5%葡萄糖。但最重要的是，不管是常規或急診手術，手術中需追測到術後。

對於麻醉方式都儘量施行下半身麻醉方式，因糖尿病患者大多都是老年人，多多少少都伴有糖尿病併發症如高血壓、高血脂、血管硬化導致心臟、腦、腎、血管病變、中

樞及周邊神經病變，全身麻醉對這些伴有併發症患者危險極高，但如無可避免一定必須施行全身麻醉時，一切監視系統，特別是血糖追蹤都必須裝置。

對於老先生這種血糖控制良好的患者，攝護腺屬於下半身(肚臍以下)，通常以下半身麻醉方式即可。另一個特別要點是傷口感染及癒合都與血糖控制情形有關。因這些也是糖尿病併發症之一。

Q4: 醫生，我應該會自然生產，但是我很怕痛，做無痛分娩就不會痛了嗎？會不會有不良影響？

A4: 無痛分娩所使用的方法是硬脊膜外麻醉，麻醉醫師會先在妳背部打一針，並在硬脊膜外放置一條給藥的細管，一旦有產痛，可以用人工或自控式止痛機器從細管給藥止痛。基本上，只要正確使用，不會對孕婦或胎兒有什麼不良的影響。其注意事項如下：

- 1.為避免突發狀況(如子宮破裂)太晚察覺，造成孕婦或胎兒危險，無痛分娩不能作到完全無痛。
- 2.無痛分娩不會對胎兒造成不良影響，但可能會使產程延長一到二小時。
- 3.如果子宮收縮時最痛為十分，原則上做無痛分娩時，希望能將疼痛控制在三到五分之間，又因為

加藥後需十五至三十分鐘方能達到止痛效果，所以在七到八分痛時即可要求護士加藥，不要等到十分痛時才要求護士加藥，不然會多痛十五至三十分鐘。

- 4.為避免影響生產時用力，在子宮頸開到九到十公分時就不會再加藥，此時將會是最痛的時候，離生產結束約三十分鐘，必須忍耐一下。當然如果忍耐不住仍可請護士加藥。
- 5.此種麻醉止痛方法約有10~15%失敗率，如果失敗，可能必須重打或改用其他止痛方法：如脊髓麻醉、靜脈注射止痛藥物。
- 6.背部打針時，請盡量配合不要亂動，以免硬脊膜被戳破致產後發生頭痛現象。
- 7.背部打針的部位可能會痛二至五天，可用熱敷或口服止痛藥緩解，一般不會造成長期背痛。生產完的背痛多半與懷孕期間姿勢不良有關。

