

麻醉 - 很可怕嗎？



台大醫院新竹分院麻醉部 林彥君 醫師

「醫師啊，我明天要手術，要怎麼麻醉啊？」「會不會睡了就醒不過來？」「半身麻醉要打龍骨很可怕，打完會不會一輩子腰酸背痛或是半身不遂啊？」「是麻醉師幫我做麻醉嗎？」每一位要接受外科手術的病患，心中一定出現過上述這些疑問。其實麻醉是一門相當複雜的科學，並不單純是讓你睡著而已！

台大醫院新竹分院麻醉部林彥君醫師表示，早期尚未建立完善的麻醉專科制度時，手術麻醉常由外科醫師或是助手進行，因此一般民眾的觀念裡常認為是「麻醉師」在進行麻醉。然而在麻醉專業當中，並沒有所謂的「麻醉師」。根據醫事法規定，「麻醉專科醫師」如同其他專科醫師，必須接受四年的麻醉住院醫師訓練且通過專

科醫師考試，才能執行麻醉醫療業務。麻醉醫師必須具備全面的醫學知識，因為手術病患除了外科疾病外，還可能合併其他內科疾病，如高血壓、心臟病、糖尿病及肝、腎功能不良等。專心於手術進行的外科醫師無暇顧及這些內科疾病，必須靠麻醉醫師來處理；之外，麻醉醫師還必須應付外科手術進行中隨時可能發生的異常狀況，比方說出血或是手術本身所造成的生理變化。因此，麻醉醫師的角色就像是外科系中的內科醫師。

林彥君醫師指出，麻醉的施行通常分為區域麻醉（包含半身麻醉）及全身麻醉。區域麻醉的原理是使用局部麻醉藥物注射於傳導感覺及控制身體移動的神經附近，使其暫時失去功

能，讓手術得以進行。全身麻醉則較為複雜，在臨床上是藉由各種靜脈麻醉藥物或吸入性麻醉藥的組合使用，來達成全身麻醉的效果。至於全身麻醉跟區域麻醉哪種比較好？其選擇主要是根據手術方式、手術時間以及病人本身的疾病狀態，由專業的麻醉醫師評估並與外科醫師及病人做詳細地溝通後以決定對病人最為安全的麻醉方式。

另外，常有民眾質疑手術麻醉前為什麼不能吃東西或喝水？原則上要進行手術麻醉的病人在手術前一天的午夜十二點過後就不能再進食（包含固體與液體食物），主要是為了避免麻醉後容易發生嘔吐、造成吸入性肺炎的危險。為了手術的安全，民眾應遵循醫囑，確實

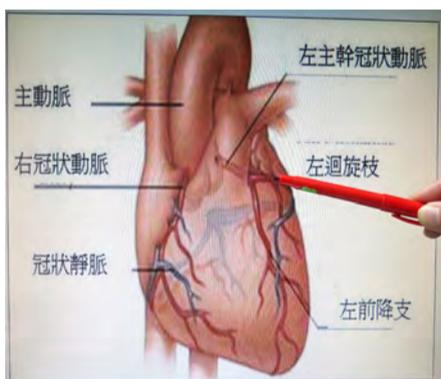
禁食。

林彥君醫師表示，許多民眾常認為麻醉是高風險的醫療行為，但其實病患本身的疾病狀態才是決定麻醉風險程度的最主要因素。根據美國麻醉醫學會所制定的標準，麻醉病患可分為五個等級，第一級為完全健康，第五級為瀕危狀態，手術前後死亡率隨著等級上升而越來越高。

總之，以病患安全為中心，從麻醉前的完整評估，與患者清楚明白地溝通可能的麻醉方式以及可能面對的併發症或風險，並且於手術當中給與適當的麻醉與生理監測，到手術麻醉後的恢復期的照顧，確實落實這完整的麻醉照護流程，才能建立良好的醫病互動關係。

衛生福利部豐原醫院急診醫學科 朱俊盈主任

「急性冠心症不典型症狀」 長時間觀察 可避免... 「嚴重疾病」的造訪



101 年國人十大死因中心臟疾病高居第二位佔 11.1%，其中又以急性心肌梗塞的發作，可能造成患者的突然死亡，衛生福利部豐原醫院急診室每天均有急性冠心症的患者以不典型的症狀就醫，而每週約有 30 位患者要求提早離院，但離院患者約有 2.7% 會在 3 天內重返急診，若忽略病情需小心可能出

現不可預期的變化。

48 歲男性無高血壓或糖尿病病史，已戒菸 10 年，一日中午因胸悶及盜汗（短暫）的現象遂至豐原醫院急診室就診，生命徵象穩定，心電圖正常，但抽血檢驗心肌酵素顯示上升且相當高，立即以急性冠心症治療，再次進行心電圖檢查仍然正常，

收住院後經心導管檢查顯現左側迴旋枝有一段完全阻塞，經由血栓吸收導管打通阻塞血管，患者恢復良好，3 天後出院。

急診醫學科朱俊盈主任指出，心

臟和其它身體器官一樣，也需要有動脈血管來供應氧氣和養分，三條主要的動脈為左側的左前降支、左迴旋枝及右側的右冠狀動脈。急性心肌梗塞的發作典型症狀為胸口壓迫感、可以轉移下巴、左側肩膀、上臂及前臂之內測，可能合併胸悶、呼吸困難及盜汗，此時透

過心電圖檢查可以顯現 ST 節上升，需立即打通阻塞的冠狀動脈，心導管治療或靜脈注射血栓溶解劑，並同時抽血檢驗心肌酵素。急性冠心症的診斷依症狀、心電圖及心肌酵素為主，但患者可能出現不典型症狀，如沒有胸悶、胸痛、心電圖（6~8%）正常、心肌酵素在發作後 3~4 小時才會上升，因此有部分患者不容易早期診斷。

朱俊盈主任表示，至急診就醫醫師會優先考慮及排除是否有嚴重的疾病，不管是否為典型，因急性冠心症的不典型表現，如只要轉移症狀，但無胸悶、胸痛或只有上腹痛、消化不良、腹瀉、右側胸痛、背痛、劇烈頭痛等，均被報告過是急性冠心症，而其嚴重疾病也可能出現不典型症狀，因此需要給急診醫師評估的時間。