

之多模式止痛療法 手術後急性疼痛

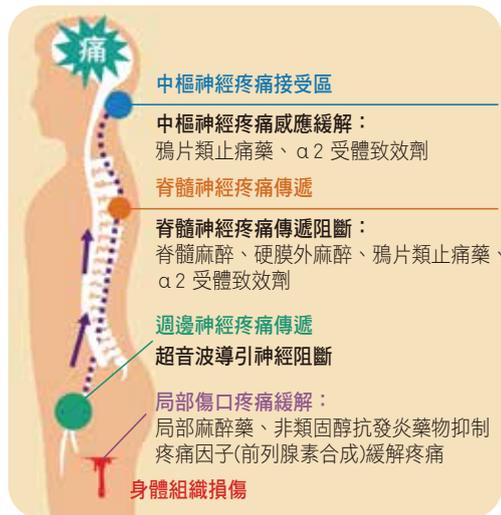
文 / 張筱姪
國泰綜合醫院麻醉科、心血管中心主任主治醫師

實證醫學研究指出，近 20% 的病人在術後 24 小時內經歷手術後急性疼痛。若術後急性疼痛未得妥善照護，可能影響身體癒後與恢復進度。病人因傷口疼痛情形，有可能造成心跳加快、血壓上升、交感神經過度興奮而抑制腸胃蠕動延後排氣與進食時間、肌肉緊繃導致傷口癒合受影響、無法配合復健、無法深呼吸或不敢活動，導致術後併發症發生率增加，增加住院天數而延後恢復日常生活行動能力。

相較傳統單模式止痛，以鴉片類為主的單一止痛藥物，病人使用後會有噁心、嘔吐、腸蠕動變慢症狀，這是使用鴉片類藥物止痛藥物時有可能會發生的副作用。美國麻醉醫學會建議應以多模式止痛協助病人手術後疼痛控制，紐澳麻醉科醫學會指出多模式止痛可以減少鴉片類止痛藥使用的劑量與副作用。麻醉科醫師於手術前給予病人整體性評估，病人過去病史、藥物使用情形、接受手術治療方式與開刀部位等，安排適當的多模式止痛療法，包含結合多種止痛藥物治療之病人自控式止痛、硬脊膜外導管止痛，或藉由超音波導引介入性神經止痛等方式，幫助病人術後急性疼痛得以緩解。

病人自控式止痛：是將止痛藥物裝入一台隨身型微電腦機器內，經麻醉醫師依據病人疼痛程度與對止痛藥物的需求，設定安全輸注劑量範圍，機器便會給予定量的止痛劑量，維持病人身體內止痛藥物濃度穩定，減少

疼痛傳導路徑與多模式止痛



多模式止痛與傳統單模式止痛比較

	多模式止痛	傳統單模式止痛
止痛方式	併用2種以上止痛藥物或止痛方式	鴉片類為主的單一止痛藥物
術後止痛藥物劑量	需求量降低	容易過多或過少
術後疼痛程度緩解	疼痛指數偏低	疼痛指數偏高
術後噁心嘔吐	發生率較低	發生率較高
術後腸阻塞	發生率較低	發生率較高
術後住院天數	住院天數短	住院天數較長

間歇性給藥而造成的止痛藥物濃度不足或藥物濃度突然增加造成身體之副作用，病人亦可依自己的需求按壓機器上的按鈕，若按壓次數或藥物劑量超過安全設定範圍時，機器會停止給予藥物以保護病人使用安全。

硬脊膜外導管止痛：適用範圍胸、腹腔重度手術後造成之傷口疼痛、減痛分娩等。經由麻醉醫師在病人背部的硬脊膜外腔暫時放置一條導管，再將機器接在導管上，醫師會經由評估由機器控制給予定時定量的止痛藥物以維持藥物濃度，達持續而穩定之減痛效果。

自控式止痛或硬脊膜外導管止痛，有些病人使用後可能會發生鴉片類藥物止痛藥物的副作用，經醫護人員評估調整劑量即可改善。維護病人安全為最高原則下，經麻醉醫師、外科醫師評估病人如有下列症狀，如：病情不穩定、血壓過低、藥物過敏、意識不清等，則不建議使用自控式止痛裝置。當病人包含上述症狀或凝血功能異常、嚴重的心臟疾等則不建議使用硬脊膜外導管止痛裝置。

超音波導引介入性神經止痛：是麻醉科醫師藉由超音波精準定位神經位置，並即時監控針頭注射施打部位減少神經傷害可能性，減少全身性鴉片止痛藥用量及副作用，縮短手術後復原時間，增加止痛效果及滿意度。經麻醉醫師評估病人如有下列症狀，如：對止痛藥物過敏、注射處部位有感染情形或有出血傾向，則不建議使用超音波導引介入性神經止痛。

麻醉科術後止痛小組每天會固定時間至病房訪視，病人可隨時向病房護理人員及術後止痛小組表達疼痛緩解程度或有無副作用發生，我們會依您的狀況調整適當止痛藥物。目前自控式止痛、硬脊膜外導管止痛或超音波導引介入性神經止痛不屬於全民健保制度給付範圍，病人須自費使用，如您有需要可向麻醉前評估門診或病房護理師表達使用意願。積極的多模式術後止痛服務，讓病人傷口疼痛得以緩解達到控制，以提升術後恢復期整體舒適度與生活品質並提早康復出院，是全體醫護人員衷心期盼。

超音波導引豎脊肌神經止痛示意圖



參考文獻出處：

1. 麻醉科醫學會 <https://www.anesth.org.tw/>
2. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. Br J Surg. 2020 Jan;107(2):e70-e80..
3. Gan T.J. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. J Pain Res. 2017;10:2287-2298