

忍痛小心反作用 認識手術後慢性疼痛與 ERAS止痛策略

文 / 楊琮翔

國泰綜合醫院ERAS中心主任

身

為麻醉科醫師，術後疼痛訪視也是重要的工作。早上踏入病房時，常會看見這樣的場景：有些長輩即便安裝了術後自控式止痛，卻仍緊繃著身體、強忍疼痛。詢問之下，發現他們抱持著「擔心藥物副作用」、「能不用就不用」的觀念，徹夜難眠也不願按壓按鈕。這種對「忍痛」的堅持，以現代醫學觀點，其實是會拖慢復原，甚至埋下長期健康隱憂的誤解。

術後止痛：不只是舒適，更是復原的關鍵

術後疼痛若未能妥善管理，會引發一連串的「負面骨牌效應」。術後因恐懼疼痛而不敢活動，呼吸變淺導致肺部換氣不足，增加肺炎風險。長時間臥床則會導致肌力萎縮，並大幅提升靜脈血栓的併發症機率。

警惕「手術後慢性疼痛」的危機

若急性疼痛在第一時間未能獲得抑制，強烈的痛覺訊號會持續衝擊神經系統，導致「中央敏感化」。這就像警報系統因為過度刺激而「鎖死」在開機狀態。即便傷口已經癒合，神經末梢仍會持續發送錯誤的疼痛訊號。醫學上定義，手術後疼痛持續超過3個月，且排除感染等病理因素者，即為「手術後慢性疼痛」。這種疼痛常伴隨灼熱、麻木、撕裂感，治療難度高。長期疼痛不僅增加復健訓練難度，進而導致身體機能退化，更是容易導致失眠、焦慮、憂鬱，甚至產生對疼痛的認知偏差，形成生理與心理的惡性循環，嚴重剝奪生活品質。

風險與數據：必須正視的挑戰

手術後慢性疼痛的發生率比大眾預期高得多。統計顯示，剖腹產或腹股溝疝氣修補術的發生率約在5%至20%之間。而涉及較多神經分佈的胸腔手術、乳房切除術，以及重大關節置換術，發生率甚至可高達30%至50%。哪些人屬於



高風險族群？首先，術前已患有長期疼痛者，其神經系統本就處於高度敏感狀態，手術易誘發「火上加油」。其次，術後急性疼痛控制不佳、術前表現出極度焦慮，以及手術時間長或涉及廣泛神經損傷者，皆屬於高危險群。

實證醫學的「疼痛防禦網」：ERAS與多模式止痛計畫

現代醫療已從「被動止痛」轉向「全面防禦」。術後加速康復（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）旨在透過跨領域合作，將疼痛管理的戰線提前部署。超前止痛不再等待麻醉醒來才給止痛藥，而在手術前口服Acetaminophen或NSAIDs等止痛藥物，提前調控神經傳導路徑與痛覺閾值，降低身體在遭受手術疼痛時發出的疼痛訊號。多模式止痛讓術後不再單一依賴鴉片類藥物，藉此降低噁心嘔吐、皮膚癢、呼吸抑制與便秘等副作用。透過結合多種技術，例如施打硬脊膜外止痛阻斷脊椎層級傳遞、利用超音波導引進行精準的神經阻斷術、以及傷口局部浸潤，從源頭讓傷口周邊呈現最佳止痛狀態。這些精準給藥技術，落實「提早下床」的核心目標，進而減少術後併發症。

術後積極介入，重拾生活

若疼痛在術後3個月仍持續存在，請不要認為這是「手術後的宿命」。此時應尋求專業疼痛團隊協助。治療重點將轉向調節神經傳導異常，包括使用神經穩定調節藥物，或透過脈衝式高頻熱凝療法、介入性神經阻斷注射，修復異常的神經訊號。同時，結合心理諮商與認知行為治療，能幫助減緩對疼痛的恐懼，重新找回對生活的自主權。

您的痛，值得被溫柔對待。如果您或家人即將面對大型手術，請記得：勇敢表達疼痛，讓專業醫療團隊以實證、精準與客製化的方式，陪您穩健地走過康復的每一哩路。