術 前 麻 醉 諮 詢 門 診

通常即將面臨手術麻醉病患對於麻醉相關的疑慮，不外乎是「到底是全身麻醉好？還是半身麻醉好？」、「會不會一麻就不醒呢？」但患者術前的種種麻醉疑慮未必都能獲得詳細告知與資訊。一般常見的醫療糾紛，特別是手術及麻醉，即多半肇因於醫病溝通不足所造成。屏東基督教醫院麻醉科鑑於此特別設立「術前麻醉諮詢門診」，以幫助患者充分了解自己的身體與疾病狀況，做好病患即將面臨手術檯的心理準備。

壹、 重要性：據國外醫學期刊報告，如果麻醉醫師術前能和病患充分溝通，即可有效地降低病患之焦慮和緊張，這比給病患任何鎮靜劑都還有效。國內新版的麻醉同意書，即規定麻醉醫師必須盡到充分告知患者的義務。

貳、 以病患為中心的服務：屏東基督教麻醉科在 2006 年就已規劃一個以病患為中心，人性化、精緻化的「術前麻醉諮詢門診」。此門診無需另外掛號，由接受完整訓練的麻醉專科醫師駐診；駐診區並設立視聽衛教區，使病患可透過多媒體的衛教方式，來加深了解將要面對的麻醉及術前、術後流程，以及因應之道，讓麻醉醫師事先做好與患者、家屬的麻醉風險評估和管理，以建立更好的心理準備，共同面對人生的一段辛苦過程。「術前麻醉諮詢門診」提供的麻醉照顧，除了相關知識外，更重要的是，麻醉人員體會病人、家屬擔憂的心。

參、 醫病充分溝通：許多臨床經驗顯示，充分的訊息有助於穩定病患情緒及免除恐慌；醫師也比較能瞭解病患的生理和病理，以掌握醫病知識大門的鎖，對醫病關係的建立是正向的。目前國內各大醫療機構開始設置「麻醉術前門診」，各家做法不盡相同，但醫病充分溝通，是必要的條件。患者透過「術前麻醉諮詢門診」的衛教方式，進行各項相關意見的交換，可使病患得到更多的麻醉相關訊息，使病患可從容面對生命的挑戰，及早建立正確的因應之道。而隱居幕後的麻醉科醫師，也可藉此跨出開刀房，直接面對患者。並透過醫病的互動，患者將可得到更好的麻醉醫療照護，尤其透過視聽衛教的溝通和討論，醫療主體將不再侷限於疾病治療，將更貼近病患的需求，進而邁入全人醫療的境界。

肆、 不需收費的門診：屏東基督教醫院除了以門診方式呈現麻醉前訪視外，由於該項服務已經包含在健保麻醉給付中，故不需額外收取費用。由麻醉醫師於術前為病患的身體狀況把關，按病人的病史及症狀篩選適當的檢查並確立麻醉計劃，既可減少不必要或重複的檢驗開單，又可減少病患的不確定感及痛苦。若有必要麻醉醫師還可立即建議其負責手術的外科醫師會診其他相關專科，對其病情作適當檢查及治療，以為手術麻醉病患安全作好一層把關。

伍、 麻醉術前訪視門診時間：週一～週五；14:00 ~ 16:00

陸、 麻醉術前訪視評估內容：麻醉術前評估會談內容通常包含下列多項重要項目：

一、讓麻醉醫師瞭解既存的病症，不只是即將要解決之外科病症，還包括過往病史：

1、全身性的內科病史：

尤其是以前已有之心血管疾病，這是影響手術預後之最重要的情況。若有既存或潛在之心血管疾病，有可能引發麻醉中或手術後之腦中風或心肌梗塞。如有糖尿病，肝腎疾病，氣喘或過敏病史，也得和麻醉醫師表明，因為樣樣都會影響麻醉處置與風險。

2、外科病史：

已往開過腹部內手術或關節置換，若是同部位再次手術，不僅手術難度高，花費時間長，出血量會異常多，通常也會增加輸血之必要與風險。已往開過腦部或心臟血管手術，結果究竟改善了神經或心臟功能多少，會影響麻醉方式之決定。此外像洗腎病患手上有作過動靜脈瘻管手術，再次麻醉時，我們通常不用這邊手臂來量血壓。

3.用藥史：

如正在使用降血壓藥，冠心擴張劑，通常我們會讓這類藥物繼續使用至手術當天空腹時。但降血糖劑、類固醇，可停用，至手術室內，再改用靜注型式降血糖劑、類固醇，效用較準確迅速。抗凝血劑(包括阿斯比靈)，通常得停用 3-5 天，較利於手術，以免流血不止。但抗凝血之必要存在如心臟瓣膜置換術後，或缺血性腦梗塞患者，我們會改以靜脈注射肝素來施行抗凝血處方。長期服用中藥患者，莫忘向麻醉醫師提醒，是為評估有無類固醇長期攙合使用之可能。

4.過往麻醉經驗與過敏經驗：

麻醉與手術過程中，會同時給予多種藥物，是常有過敏不良併發症發生之可能。如過往病史能提供相關藥物不良效應線索，絕對有助此次手術與麻醉有最佳結果。例如：前次手術後，嚴重噁心嘔吐或疼痛，我們可藉此判定患者對止痛藥之反應不同，是過或不及，來調整此次用止痛藥之種類與劑量。甚至如血親中有麻醉後惡性高熱症，整個家族都有此風險，有可能會罹患這麻醉最重大夢魘。如預先告知，調整麻醉用藥，是能避開此風險的。

二、麻醉方式可能的選擇及其利弊分析：

由手術種類部位、手術醫師習慣偏好，患者既存病症，大致已決定了

麻醉施行方式。麻醉醫師會向患者解釋麻醉方法，其必要的步驟，可能遭遇的間題、因應之道、或有他種可替代方案。事前充裕溝通，往往可以得滿意結果。譬如:中國人舊俗觀點認為腰椎麻醉，針刺龍骨恐會造成腰酸背疼，事實上，這是誤解。麻醉醫師可藉此會談的機會，解釋腰椎麻醉之利弊，教育患者

正確抉擇之能力，而不是一昧恐懼某些不實之資訊。但患者之自主意識也會得到充分尊重，如耶和華見證人教會信徒，堅持不願接受輸血治療，麻醉醫師通常會竭盡所能，避免輸血且能安渡手術間期。

三、將患者之體能，築成適應手術之最佳狀況：

如心肺功能不良，將以內科藥物或物理治療調整，使心肺功能改善。如老煙槍，該停一停燻黑肺腑的習慣動作。如貧血或即將接受的手術可能大量出血，則可以事先輸血補充，或預存血來因應。如是血凝結功能不好，得輸用血凝集因子或血小板來改善。容易嘔吐的患者，可能預先得服用止吐劑或制酸劑，來抑制嘔吐以及可能造成的吸入性肺炎，這可是十分嚴重的併發症。

四、禁食醫囑：

除了急迫性的急診手術，一般麻醉常規是成人必須於手術前禁食八小時，包括所有食物、水份及藥物(另有醫囑必用者可排除之)。12 個月以下的嬰兒只須禁食(包括奶水)三至四小時，12 個月至 13 歲內之嬰幼兒則須禁食達六個小時。雖然空腹及乾渴本身也會造成身心極大的不適，連成人也難適應，嬰幼兒更是難忍，不免哭鬧。但不禁食可造成之麻醉危險，輕則吸入性肺炎，重可致命，仍不應輕易破此常例。不過若是誤食或依醫囑服用藥物藥水，得明白告知麻醉醫師，針對飲食狀況，加以特別處置。千萬勿故意隱瞞，反倒會誤事。

五、與麻醉醫師會談之結論，即是定下麻醉計劃，這將決定以下數件要項：

1. 有無需要增加額外特殊檢查項目或治療計劃；
2. 何時手術、麻醉方式、禁食起始時間；
3. 預先給藥內容(premedication) ；
4. 有無特殊麻醉監視設備或輔助治療，例如：預存血，備血，特殊血液凝集因子；
5. 手術後有無特殊照顧必要： 像心肺功能不佳的人，可能得預先安排重症加護中 心病床之術後照顧；開胸，開心，開腦之病例，往往術後得長時間呼吸器輔助換氣；還有極怕疼痛的患者，可預先要求作術後止

痛，會使術後恢復狀況最好。