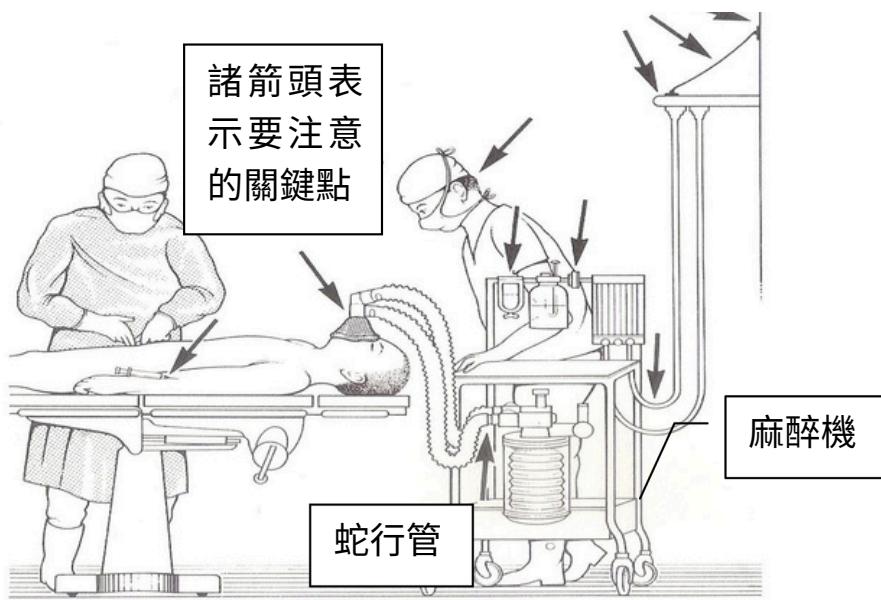
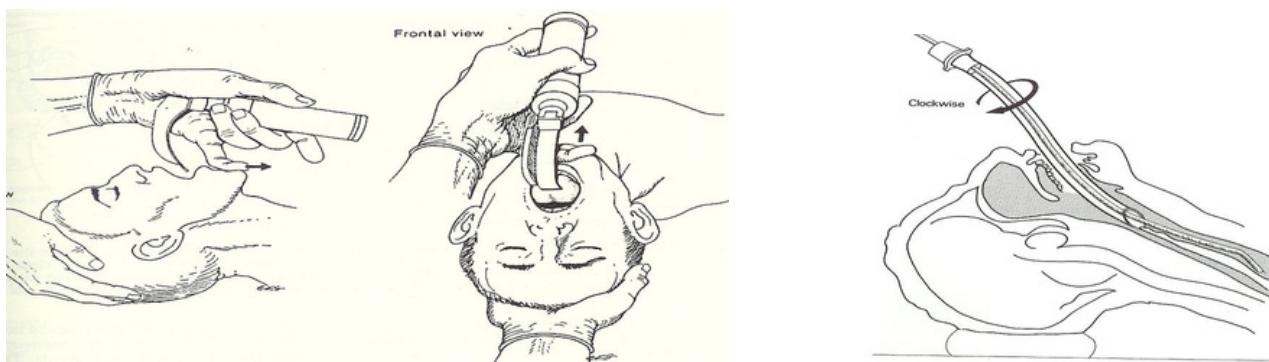


全身麻醉：基本上使病人手術時失去知覺，無痛及肌肉鬆弛。使病患在沒有壓力中讓手術順利進行。麻醉從藥物誘導入睡、麻醉深度維持及患者甦醒等三個階段分別說明。

- 一、手術前準備：包括麻醉機、生理監測器檢查，麻醉藥物準備，對病人身份再確定，檢查隱形眼鏡、假牙是否移除，並詢問患者是否有適當禁食時間(若禁食時間不足八小時會有吸入性肺炎的危險)及過去曾患疾病或麻醉史等。
- 二、誘導麻醉：主要目的是以靜脈安眠劑及肌肉鬆弛劑使患者快速入睡，以便作氣管插管。



三、麻醉維持期：一旦誘導完成，麻醉氣體直接由氣管內管進入肺來維持麻醉深度。

- 1、麻醉深度的調整：術中以病人的心跳、血壓作依據。
 - 2、補充點滴量及輸血的依據：依出尿量及出血量。
 - 3、量體溫：防止手術中失溫，或對因麻醉藥引發的惡性高溫作第一時間的處理。
- 四、麻醉甦醒：決定在體內藥物經由肝臟及腎臟移除或消化的速度。
- 1、譫妄期：因麻醉變淺及術後疼痛使病人有不可控制之動作、嘔吐、痙攣、血壓升高及心跳加速等生理反應。所以保護病人、控制血壓及評估拔除氣管內管時機為此階段首要。
 - 2、一般而言病人十分清醒、呼吸穩定且氣量夠就可拔管，如血壓不穩、意識不清、呼吸不順暢則會延後拔管。



五、恢復室照顧：對病患手術後的照顧持續到恢復室，在恢復室中有和麻醉中一樣的生理監測器。

1、疼痛：麻醉後的恢復期間最常處理的是疼痛，常以強效的嗎啡止痛藥暫時止痛。也可能出現高血壓或低血壓、心律不整、顫抖等情形；極少部份會發生呼吸困難、發紺、意識不清、嚴重電解質異常等情形，本科將嚴密監控並在發現之第一時間積極處理，若非短期內可恢復時，則要轉至加護病房照顧

2、病患自控式止痛的必要性：以往手術後疼痛看作必然現象，要患者忍一忍這是不合生理及人道醫療。因疼痛會躁動、血壓上升、增加身體器官的負擔、現在有了「病患自控式止痛」，不只是手術患者的一個福音也給病人一個人道的自我選擇。

六、基於病人安全考量，麻醉醫師依據醫療準則，有可能視情況臨機施予適當且必要的侵入性處置，例如放置鼻胃管、導尿管、靜脈導管、動脈導管、中央靜脈導管、肺動脈導管、經食道心臟超音波等積極性作為。

七、聲音沙啞、喉嚨痛、噁心、嘔吐是全身麻醉後常見的症狀。急診手術禁食時間不足者或因腹內壓高(例如：腸阻塞、飽餐後外傷、懷孕等)之患者易造成吸入性肺炎。氣喘、長期抽煙及慢性肺疾病者易支氣管痙攣。體質異常者易藥物過敏。長骨骨折、手術中使用骨泥或長期卧床者易肺栓塞。高血壓無規律控制者易中風及心肌梗塞。而長時間麻醉、手術採用特殊體位，亦有可能會產生褥瘡或神經壓傷的併發症。少數遺傳性骨骼肌疾病會因麻醉藥引發惡性高溫（發生率0.03%、其中死亡率70%）。

八、麻醉風險

對於部份接受麻醉之病人而言，無論是全身麻醉、區域麻醉或靜脈麻醉，均有可能會發生副作用或是併發症，嚴重者甚至可能死亡，這種因麻醉而來的危險與您身體狀況有關。根據美國麻醉醫學會所制定的標準可分為以下等級：

第一級：正常、健康。(手術麻醉死亡率為0.06-0.08%)

第二級：有輕微的全身性疾病，但無功能上的障礙。(手術麻醉死亡率為0.27-0.4%)

第三級：有中度至重度的全身性疾病且造成部份的功能障礙。(手術麻醉死亡率為1.8-4.3%)

第四級：有重度全身性疾病，具有相當的功能障礙且時常危及生命。(手術麻醉死亡率為7.8-23%)

第五級：瀕危狀態，不管有無手術預期在24小時內死亡。(手術麻醉死亡率為9.4-51%)

麻醉科人員在手術室陪伴您