



區域麻醉說明單

壹、什麼是區域麻醉

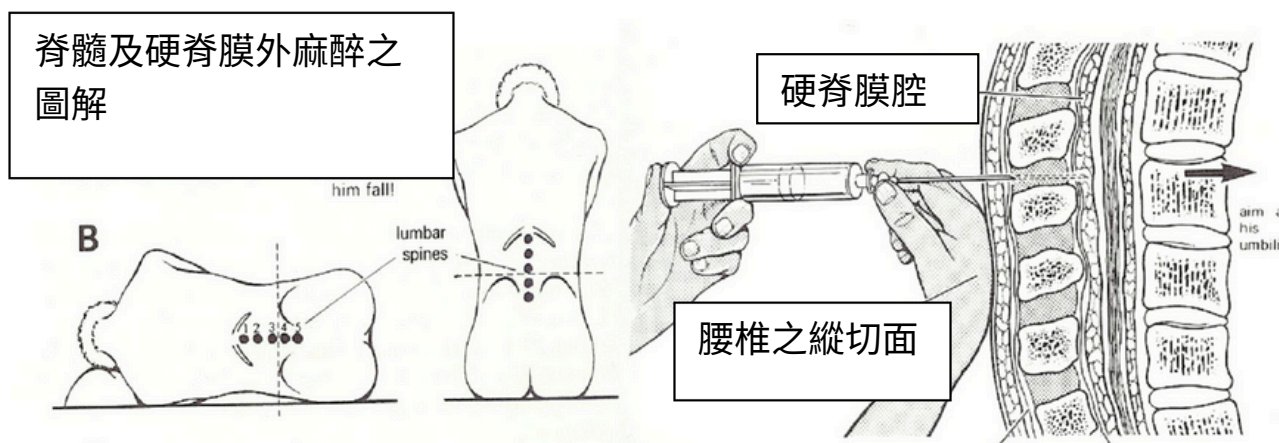
區域麻醉是病患在意識清醒及無痛下接受手術，藉由局部麻醉劑來阻斷手術部位的神經傳導。區域麻醉所得到的好處是少了全身麻醉後的意識不清、嗜睡、術後止痛強度比全身麻醉低、對心臟血管及肺功能的影響較少等。區域麻醉可分為半身麻醉、硬脊膜外麻醉、臂神經叢阻斷等。

貳、準備工作

- 1、篩選不適合接受區域麻醉的患者(如敗血症、凝血功能不良、服用抗凝劑、神經性疾病及神經阻斷之下針部位感染及對局部麻藥過敏等)。對病人身份再確定，假牙是否移除，並詢問患者是否有適當的禁食時間(若禁食時間不足會有吸入性肺炎的危險)，及過去曾患疾病或麻醉經驗等。
- 2、心電圖、血壓、血中含氧量等監測器設立好後立即進行。

參、脊髓麻醉

- 1、其方法是在第三至第五腰間空隙下針，當穿過硬脊膜後注入適量的局部麻醉劑，即可達到良好的麻醉及肌肉鬆弛效果。
- 2、麻醉姿勢有側臥及坐姿兩種，其中以側臥最常用。以消毒液消毒下針範圍形成一個無菌區，再使用脊髓針(使用的脊髓針以27至25號為主比打點滴的20號針細很多，為的是減少組織及神經的傷害，避免腰酸背痛及頭痛的發生率)作穿刺。
- 3、半身麻醉或其他區域麻醉病患有發生腰痛或頭痛的機會，且有極少數可能導致短期或長期之神經傷害(發生率0.015%)。半身麻醉後有可能發生硬脊膜穿刺後頭痛的情形。



肆、硬脊膜外麻醉

- 1、其方法是用18號硬脊膜針經椎間空隙至硬脊膜腔(並沒有像脊髓麻醉刺穿硬脊膜)然後將米粉般細的塑膠軟管置入，以便持續加局部麻醉藥。因硬脊膜腔很窄，硬脊膜外麻醉技術上比較困難，有時會刺破硬脊膜引發頭痛。
- 2、麻醉姿勢採側臥，以消毒液消毒下針範圍形成一個無菌區，再使用硬脊膜針作穿刺。

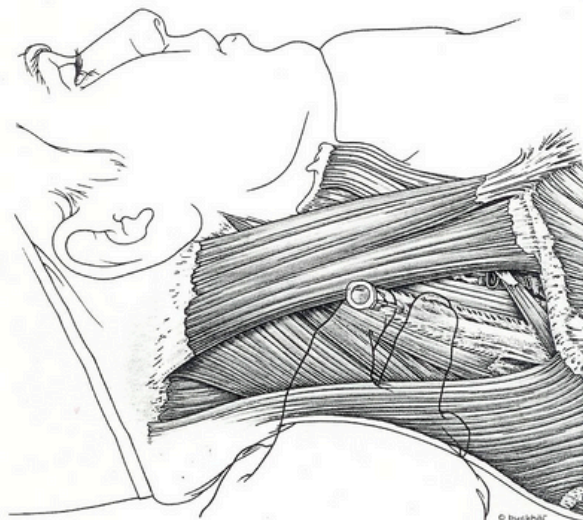


3、麻醉劑注入後6至10分鐘手術部位開始麻木感，因軟管可持續加麻醉

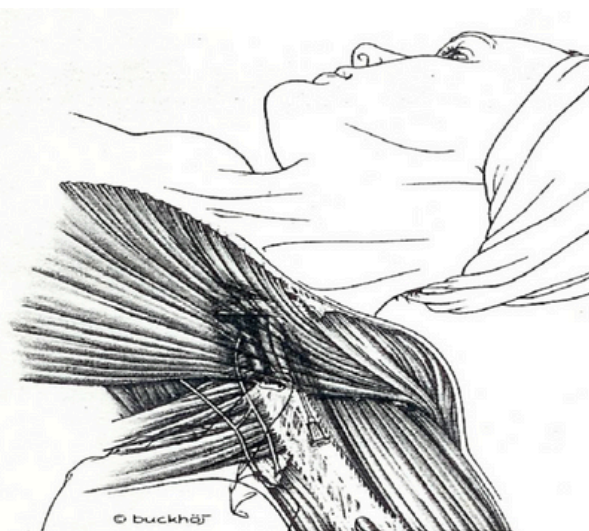
藥所以常用在手術時間長或手術後止痛。

4、可能的併發症有低血壓，局部麻醉藥過量中毒，脊髓受損及意外性的大量局部麻藥注入硬脊膜腔或血管中而造成休克。

伍、臂神經叢阻斷



斜角肌間進入法



腋下進入法

1、可用在手及前臂手術之麻醉，依注入局部麻醉劑的部位可分成腋下、斜角肌間進入法兩種如圖所示。

2、麻醉劑注入幾分鐘後手臂開始麻木及無力，麻醉藥效可維持1至3小時。

3、可能的併發症有局部血腫、神經傷害及意外性的大量局部麻醉藥注入血管中造成休克

陸、若不適合區域麻醉，或因手術時間超過預其及出現併發症時，改為施行全身麻醉。

柒、麻醉風險

對於部份接受麻醉之病人而言，無論是全身麻醉或區域麻醉，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%)