

我已經安排手術，我有哪些止痛方式可以選擇

醫病共享決策輔助評估表

決策題目：

我已經安排手術，我有哪些止痛方式可以選擇

前言：

能否有效地緩解手術後疼痛，是眾多病人在手術前擔心與憂慮的主要原因之一；即便是現代醫學進步快速，某些手術方式對軟組織的傷害較少，使術後疼痛的程度減輕，然而部份的傳統手術或重大手術，例如：脊椎手術、關節手術、開腹手術、癌症及整型重建手術等，因為無可避免較大範圍的組織損傷，導致比較劇烈的術後疼痛的發生。

適用對象 / 適用狀況：

害怕疼痛、手術後有需要止痛的病人

疾病或健康議題簡介：


一般而言，因為組織受傷而在癒合過程產生疼痛是必然現象，但會因個人的感受度、組織受損害的範圍及手術過程的複雜度而有不同程度的疼痛。未治療的疼痛可能導致以下情形：

1. **生理方面：**導致身體肌肉過度緊張，延緩組織的復原。
2. **心血管系統方面：**使血壓上升、心跳加速而增加心肌耗氧量、限制呼吸功能、減少病人活動力，延長臥床時間；間接導致腸胃活動變慢、延後排氣、進食時間以及靜脈（肺）栓塞，而延長住院的時間。
3. **心理方面：**可能因為疼痛而使病人感覺無助、焦慮及失眠，皆可影響傷口的癒合。

雖然是無可避免，但手術後疼痛是可以利用適當的方法來緩解，而透過良好及適當的手術後止痛，可使病人正常呼吸、血壓及心跳穩定，另外因為疼痛減輕而可以提早下床活動，減少術後併發症的發生；同時也讓病人得到一個安寧的睡眠，促進傷口痊癒。因此術後給予適當的止痛是必要的。

醫療選項簡介：

選項	說明
一、傳統止痛藥	<ol style="list-style-type: none">1. 傳統的止痛藥可以從最簡單的乙醯胺酚、非類固醇類消炎止痛藥以至強效的類嗎啡類止痛藥，通常是以口服方式投予，但在無法採用口服方式時，會使用肌肉或靜脈注射方式給藥。2. 目前有新型注射型非類固醇類消炎止痛藥-得術泰可供選擇，每次投藥後止痛效果可達 12-24 小時，但需自費使用。3. 通常會由手術醫師預立醫囑，視病人狀況由護理人員依醫囑給藥。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"><div style="text-align: center;"><p>口服藥</p></div><div style="text-align: center;"><p>注射劑</p></div><div style="text-align: center;"><p>新型注射型非類固醇類消炎止痛藥-得術泰</p></div></div>

<p>二、病人自控式止痛</p>	<p>藉由科技的進步，使用微電腦病人自控式注射幫浦，由麻醉醫師依病人狀況設定，使用藥物多為類嗎啡類止痛藥，並以靜脈注射方式給藥，並依疼痛感受，病人可以自行追加劑量，可以更有效維持血液中止痛藥物濃度，有更好的止痛效果。</p> <div style="text-align: center;">  <p>微電腦病人自控式注射幫浦</p> </div>
------------------	--

<p>三、區域神經阻斷術</p>	<p>在手術前、手術中或手術後，由麻醉醫師針對手術方式及傷口狀況施行區域神經阻斷術，以緩解手術後立即發生的疼痛，使用此方法止痛也可以減少傳統止痛藥的用量。</p> <div style="text-align: center;">  <p>區域神經阻斷術</p> </div>
------------------	---

您目前比較想要選擇的方式是

<input type="checkbox"/> 傳統止痛藥	<input type="checkbox"/> 病人自控式止痛
<input type="checkbox"/> 區域神經阻斷術	<input type="checkbox"/> 目前尚未決定

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

步驟一、比較每個選項的優點、缺點、風險、副作用(併發症)、可能的費用

選項 考量	傳統止痛藥	病人自控式止痛	區域神經阻斷術
術後恢復品質	1. 止痛效果 40-60% ★ ★ ★ ☆ ☆ 2. 口服或由原有之靜脈點滴給藥。 4. 使用 新型注射型非類固醇類消炎止痛藥-得術泰 止痛效果更佳，滿意度可達 75%，但需自費使用。	1. 止痛效果 85-90% ★ ★ ★ ★ ☆ 2. 可穩定維持血液中止痛藥物濃度。 3. 適當的止痛可以使病人提早離床活動，改善病人的身心狀況，促進傷口癒合，減少併發症。	1. 止痛效果 85-95% ★ ★ ★ ★ ☆ 2. 可以減少因全身性藥物造成的副作用，如：噁心、嘔吐、皮膚癢、鎮靜及嗜睡等症狀。 3. 與傳統止痛藥併用時 可加強止痛效果，減少復健運動時之肌肉痙攣。
照護方便性	1. 醫師依病況開立醫	1. 麻醉醫師依病人情況	1. 麻醉醫師在手術前、手術

	囑，由護理人員執行給藥。	設定機器，病人依疼痛程度自行用藥。 2. 病人自主性高。	中或手術後執行，藥效期間無需特別照護。
止痛時效及效果	1. 口服藥及肌肉注射藥物吸收較不穩定，需待疼痛發生後再處理。	1. 手術後當病人感覺疼痛時，可使用止痛機器按鈕自主投藥，止痛效果及時。	1. 在手術前、中或後由麻醉醫師執行；可緩解手術後立即發生的疼痛，藥效期間可有效減輕疼痛，但只能維持 8-12 小時，仍需使用其他藥物或重複施打。 2. 若同時併用傳統止痛藥，止痛效果更佳。
副作用或併發症	1. 非類固醇類消炎止痛藥 容易造成消化道潰瘍或出血(7-15%)，但在短期用藥(<5 天)並不常見。 2. 類嗎啡類止痛藥 可能發生噁心(40%)、暈眩/嘔吐(15-25%)、小便困難/便秘(5-30%)、皮膚搔癢(2-10%)等。	1. 類嗎啡類止痛藥 可能發生噁心(40%)、暈眩/嘔吐(15-25%)、小便困難/便秘(5-30%)、皮膚搔癢(2-10%)等。 2. 症狀可能比傳統方式明顯，但可經由調整設定而減輕。 3. 嚴重副作用可能發生呼吸抑制，必要時可使用解毒劑處理，發生率極低(<0.01%)。	1. 注射部位疼痛，極少數病人會發生傷口感染(<0.07%) 或神經病變(0.02-2.84%)。 2. 做完神經阻斷後，阻斷側部分肌肉的知覺和肌力會有短暫減弱的狀況，要注意保護患側避免碰撞及預防跌倒。
經濟考量	1. 大部份健保給付。 2. 若使用新型注射型非類固醇類消炎止痛藥-得術泰-仍需自費，每劑 450 元，藥效 12-24 小時。	1. 需自費。 2. 一次治療時程 3 天約 8500 元。	1. 需自費。 2. 費用依執行項目不同而異，每次治療約 3000-5000 元，若需重複執行則重複計價。

步驟二、您選擇醫療方式會在意的項目有什麼？以及在意的程度為何？

請圈選下列考量項目，0 分代表對您完全不在意，5 分代表對您非常在意

考量項目	完全不在意 非常在意						備註：如果您非常在意這件事，建議您可以考慮選擇的方案
	0	1	2	3	4	5	
1. 術後恢復品質	0	1	2	3	4	5	區域神經阻斷術、病人自控式止痛術
2. 照護方便性	0	1	2	3	4	5	病人自控式止痛術、區域神經阻斷術
3. 止痛時效及效果	0	1	2	3	4	5	病人自控式止痛術、區域神經阻斷術

4. 副作用或併發症	0	1	2	3	4	5	區域神經阻斷術
5. 經濟考量	0	1	2	3	4	5	傳統止痛藥

步驟三、您對醫療選項的認知有多少？

1. 我已經瞭解我可以依個人意願選擇手術後止痛方案	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定
2. 我已經瞭解不同止痛方案的優缺點	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定
3. 我已經瞭解適當有效的止痛可以提升手術後恢復的品質	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定
4. 我已經瞭解使用止痛藥可能會有副作用的發生，也知道經由調整用藥的劑量與方式可以減輕副作用的嚴重度，所以一旦發生副作用時，我會告訴我的醫療團隊，尋求解決	<input type="checkbox"/> 對	<input type="checkbox"/> 不對	<input type="checkbox"/> 不確定

步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)

- 目前還無法做決定
- 傳統止痛藥
- 病人自控式止痛
- 區域神經阻斷術

我目前還無法決定：

- 我想要再與我的主治醫師討論
- 我想要再與其他人 (包含配偶、家人、朋友或第二意見提供者...)討論我的決定
- 對於以上治療方式，我想要再了解更多，我的問題有：

文獻回顧

1. Edward R Mariano, MD, MAS, FASA Management of acute perioperative pain in adults: Uptodate Apr 27, 2022
2. Aubrun F, Mazoit JX, Riou B. Postoperative intravenous morphine titration. Br J Anaesth 2012; 108:193.
3. Buvanendran A, Kroin JS. Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain. Curr Opin Anaesthesiol 2009; 22:588.
4. Chin KJ, Singh M, Velayutham V, Chee V. Infraclavicular brachial plexus block for regional anaesthesia of the lower arm. CochraneDatabase Syst Rev 2010; :CD005487.
5. Elia N, Lysakowski C, Tramèr MR. Does multimodal analgesia with acetaminophen, nonsteroidal antiinflammatory drugs, or selective cyclooxygenase-2 inhibitors and patient-controlled analgesia morphine offer advantages over morphine alone? Meta-analyses of randomized trials. Anesthesiology. 2005;103(6):1296.
6. Favuzza J, Brady K, Delaney CP. Transversus abdominis plane blocks and enhanced recovery pathways: making the 23-h hospital stay a realistic goal after laparoscopic colorectal surgery. Surg Endosc 2013; 27:2481.

7. Fredrickson MJ, Krishnan S, Chen CY. Postoperative analgesia for shoulder surgery: a critical appraisal and review of current techniques. *Anaesthesia* 2010; 65:608.
8. Hadi I, Morley-Forster PK, Dain S, Horrill K, Moulin DE. Brief review: perioperative management of the patient with chronic non-cancer pain. *Can J Anaesth*. 2006 Dec;53(12):1190-9.
9. Kandarian BS, Elkassabany NM, Tamboli M, Mariano ER. Updates on multimodal analgesia and regional anesthesia for total knee arthroplasty patients. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2019;33(1):111. Epub 2019 Apr 6.
10. Kehlet H, Dahl JB. The value of "multimodal" or "balanced analgesia" in postoperative pain treatment. *Anesth Analg* 1993; 77:1048.
11. Lloyd R, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Intravenous or intramuscular parecoxib for acute postoperative pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; :CD004771
12. Mariano ER, Dickerson DM, Szokol JW, et al. A multisociety organizational consensus process to define guiding principles for acute perioperative pain management. *Reg Anesth Pain Med*. 2022;47(2):118. Epub 2021 Sep 22.
13. O'Neal JB, Freiberg AA, Yelle MD, et al. Intravenous vs Oral Acetaminophen as an Adjunct to Multimodal Analgesia After Total Knee Arthroplasty: A Prospective, Randomized, Double-Blind Clinical Trial. *J Arthroplasty*. 2017;32(10):3029. Epub 2017 May 18.
14. Rosero EB, Joshi GP. Preemptive, preventive, multimodal analgesia: what do they really mean? *Plast Reconstr Surg* 2014; 134:85S.
15. Wegener JT, van Ooij B, van Dijk CN, et al. Value of single-injection or continuous sciatic nerve block in addition to a continuous femoral nerve block in patients undergoing total knee arthroplasty: a prospective, randomized, controlled trial. *Reg Anesth Pain Med* 2011; 36:481.

出版日期 / 更新日期： 2022 年 10 月 08 日

完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。