

# 給醫療同仁的叮嚀 用心照顧病患 但不要忽視自己的疼痛

文·圖／麻醉部疼痛科 主治醫師 江易穎·護理師 吳亭蓉

隨著醫療品質的提升，疼痛逐漸受到重視而成為病人生命徵象紀錄單上的第5個生命徵象。醫療人員往往以照顧病患為優先，在進行醫療、護理與行政文書作業的同時，您是否曾經忘了照顧自己，即使身體發出疼痛警訊，仍咬牙忍耐，吃苦當作吃補？

文獻記載，每4個成年人就有1人在1個月內曾為疼痛所苦，其中高達1成的人幾乎天天都有或輕或重的各種疼痛。各種疼痛中，最常見的是腰痛，其次是頭痛與關節疼痛。除了一般人都會遇到的病痛之外，踏入醫療職場，包含工作負荷、個人習慣等許多潛在的危險因子，更使得醫療人員長時間處於職業性疼痛的風險之下。

## 晚睡早起，低頭診病 肌肉關節拉警報

在醫療職場發生的疼痛問題，多半是各個部位的肌肉損傷與骨關節炎，這些狀況統稱為職業性過度使用症候群（Occupational overuse syndrome），廣義來說也可以算是過勞的一種。此外，一些不當使用或未採取適當防護所導致的神經性壓迫疼痛，是另一種職業傷害。

上班看電腦、打病歷，下班查資料、趕報告，在智慧型手機流行之前，醫療職場早就出現低頭族的始祖。以前的醫師護理師抬頭挺胸，走路有風，現在的醫師護理師難得抬頭，晚睡早起開會猛點頭，在病人面前照樣盯著螢幕、敲著鍵盤，三讀五對也要湊近一點看，可不能馬虎帶過。老是低頭的結果，除了肌肉拉傷、肩頸痠痛之外，更可能導致頸椎關節發炎退化疼痛，甚至椎間盤凸出造成神經壓迫（圖1、圖2）。

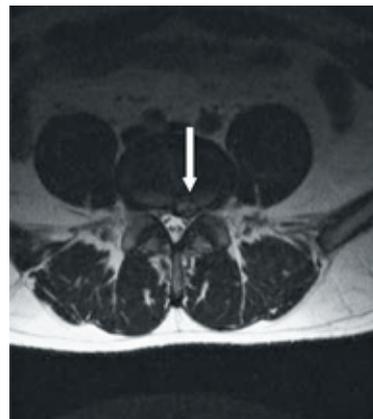


圖1：椎間盤突出造成神經根壓迫



圖2：椎間盤突出造成脊髓壓迫

## 長期抗戰，細火慢燉 熬出一身好本領

在醫院值夜班的實習醫師與住院醫師都有一身好本領，不管多忙，只要一有機會碰到床，馬上入定養肝，動也不動，因為不知道什麼時候又會被CALL醒，而且明天一早晨會前要看病人，晨會之後又有一天好忙了。經過三十多個小時的奮鬥，下班回家上了床立刻又進入昏迷狀態。隔天早上原應精神百倍、生龍活虎，未料睡到落枕，轉肩不轉頭，即便如此，不但繼續上班，還可以充當僵直性脊椎炎的活教材，可謂鞠躬盡瘁。

隨著坐在電腦桌前的時間延長，職業傷害的風險也隨之增加。在沒有適當支撐或襯墊的狀況下，長時間打字及使用滑鼠，使得罹患手腕隧道症候群、手肘尺神經麻痺的機率大增。萬一體力不支趴倒桌面，雖以手臂當枕，沒有造成頭部顏面部的撞傷壓傷，但醒來發現手背麻木手腕下垂，這可不是別號「周末夜症候群」的橈神經麻痺嗎？原來不在溫柔鄉也會中大獎！

## 刀鉗齊飛，久站練功 開刀房裡血淚史

開刀房大手術，從一早奮戰到天黑，不知道下一餐是何時，為了防止餓扁的肚子撐不住鬆垮的手術褲，造成自己和同事身心受創，一早就很認命地勒緊褲帶，結果因為股神經外皮支壓迫，造成大腿外側麻痺。手術進行了十多個小時，多半站著，少有機會休息，左三右七，腳痠換腳，因站姿不當，關節軟骨磨耗，久而久之便引發了髕關節疼痛或薦腸骨關節疼痛。

手術中剪刀鉗子不停飛舞，才知道所謂「媽媽手」的拇指肌腱炎不是只有媽媽才有。萬一流血急又快，趕忙抓起空針推血，大戰方休，連麻醉科也領教到「媽媽手」的滋味。好不容易手術結束，病人體重破百，環顧四周找不到移位滑板，索性手腳並用，左頂右托，大家認命搬吧！背痛可是工業國家45歲以下民眾失能的首因，為了避免傷到腰，記得站高一點，多用點大腿的力氣，拉傷扭傷事小，萬一造成椎間盤凸出甚至脊椎壓迫骨折，恐怕改天輪到自己當病人被搬來挪去。

其他醫師進開刀房幫忙，輪到守病房，雖然不用上刀但也未必輕鬆，樓上叫完樓下叫，上上下下一天不知道要跑多少回。折騰到最後，即使上下一層樓也只好搭電梯，儘管電梯幾乎每層都停，開開關關，很不環保，還得閃避旁人質疑的眼神，但硬著頭皮也要搭，要不然誰知道明天早上醒來會不會足底筋膜炎發作，走一兩步就痛不欲生，連鞋拔子也踩不下去。

## 姿勢不良，反覆拉傷 醫療職場多勞損

國際疼痛研究協會將疼痛定義為「令人不快的，與實際或潛在的組織損傷有關聯的，感覺和情感的體驗」。在醫療職場，符合疼痛定義的體驗處處可見，從頭、背、手、腳一路數來，不勝枚舉。長久下來，職業性過度使用症候群便成為反覆性拉傷（Repetitive strain injury）的同義詞。

**反覆性拉傷**通常是因為工作習慣不符合人體工學，例如長時間低頭閱讀、打字、執行精密操作，甚或打瞌睡時頭部缺乏適當支撐，坐臥姿勢不良，桌椅高度不適合或缺乏適當襯墊，負重，用脖子夾電話，長時間進行反覆操作或保持固定姿勢等，都是在醫療職場發生反覆性拉傷的常見原因。文獻指出，職場上反覆性拉傷發生率高達近7成，其中以肩、頸、背、腕、手最多，好發部位因工作型態不同而異。

## 疼痛不適，應即就醫

### 溝通檢查找病根

身為醫療人員，若有疼痛不適，不妨關心一下自己，留意LQOPER（疼痛部位、性質、程度、發作型態、誘發、加重與緩解因子以及合併症狀）等重要的病徵細節。就診時，除了病史與理學檢查之外，可能會安排影像檢查。

但是，影像與症狀常常是「差很大」，縱使疼痛劇烈也並不表示影像檢查可以找到明顯的病灶。反之，就算是沒有症狀的人接受健康檢查，單就影像也有高達50%的機率或多或少會有一些異常發現，此時可以多與醫師溝通，不需要被影像檢查誤導而過度擔心。如果考慮到神經性疼痛，可能會做肌電圖、神經傳導相關檢查，必要時甚至需要表皮神經切片來確定診斷。如同影像檢查，各種檢查均須考慮其敏感度與假陽性。總之，最高指導原則就是與醫師密切溝通，配合治療。

## 解決疼痛，多管齊下

### 藥物使用學問大

疼痛治療講求治標又治本。有些病程未獲良好控制或難以控制的疾病，疼痛症狀往往隨著病情起伏不定，疼痛問題也因而比較棘手。治療病因固然重要，但是造成失能、情緒障礙與社交問題的往往是疼痛。要解決疼痛，必須從疼痛症狀與潛在病因雙管齊下，才能克盡全功。

藥物方面，解熱鎮痛劑具有溫和的中樞性止痛效果，雖然不會有腸胃不適的副作用，但應注意肝功能，避免服藥過量。如果疼痛較為嚴重或是與發炎有關，則非類固醇消炎藥或類固醇藥物的幫助較大，但有消化性潰瘍、腎臟疾病、血栓或出血體質者，應在醫師指導下使用。

若為神經性疼痛，2-4成的患者使用抗憂鬱劑或抗癲癇藥物，會有止痛效果。因此，大家不必因為看到處方簽上的適應症出現憂鬱症、癲癇等字樣而感到錯愕，就連部分感冒藥、肌肉鬆弛劑甚至是心律不整用藥，也都可能出現在醫師的止痛處方呢！無論是傷害性疼痛或神經性疼痛，某些外用的藥膏、貼片也會有所幫助。如果以上藥物都無法使疼痛獲得有效控制，則必須由醫師審慎考慮是否要合併處方鴉片類止痛藥。

## 注射療法，針到痛除

### 合併復健更有效

疼痛治療為本院麻醉科的使命之一，對於職場常見的傷害，除了藥物治療之外，有時在疼痛門診會運用各種注射技術來克服，

特別是用藥效果不佳或有明顯副作用的局部疼痛，往往更需要這麼做。

一般而言，肌肉、軟組織的傷害，若有明確的誘發點，或者可以摸到小肌肉緊繃的硬結，使用激痛點注射會有針到痛除的明顯效果。與神經相關的疼痛，若是椎間盤凸出造成神經根壓迫，在嚴重到需要手術之前，可以嘗試使用硬脊膜外注射或神經根阻斷，緩解神經受壓迫而發炎腫脹所引起的疼痛。如果能合併復健治療或使用護具，效果會更好。

其他周邊神經的疼痛也可以視部位選用影像或電針導引，進行神經阻斷（圖3、圖4）。當腰椎、頸椎疼痛，而影像檢查排除了椎間盤凸出或其他原因的神經壓迫，則可嘗試利用脊椎小面關節注射來診斷並且治療脊椎關節炎（圖5）。如果1次注射的療效良好，可以考慮神經射頻燒灼（圖6），使止痛效果維持一段較長的時間。至於骨關節炎，除了關節腔注射、關節周邊軟組織的激痛點注射之外，另有稱為增生性治療的技術。

利用注射來加速組織增長與修復，目的是促使組織修復的速度超過磨耗的速度，或者強化脆弱容易受傷的部位。這種方法不求立竿見影，而是講究固本培元，不過需要與醫師較長時間的配合。

## 急性疼痛，健康警鐘

### 自我保護要及時

由於疼痛的多樣化，疼痛治療沒有萬靈丹。依照不同的病因，骨科、外科、神經內外科、復健科、身心科等，都可以提供各領域的專業建議。除了西醫之外，中醫、針灸、整脊、推拿、按摩、瑜伽等，對疼痛也有一定程度的幫助。重要的是，疼痛多半是對於已經或可能發生的傷害所發出的警報，雖然不受歡迎，但急性疼痛可適時提醒我們自我保護，避免在專注投入醫療工作之際，疏於照顧自己而導致損害發生，或是在損傷復元的過程中，又出現二度傷害。🌐

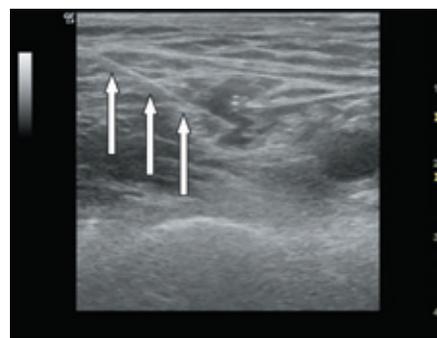


圖3：超音波導引下，注射針清楚可見



圖4：超音波定位股神經（↑）與股動脈（↓）

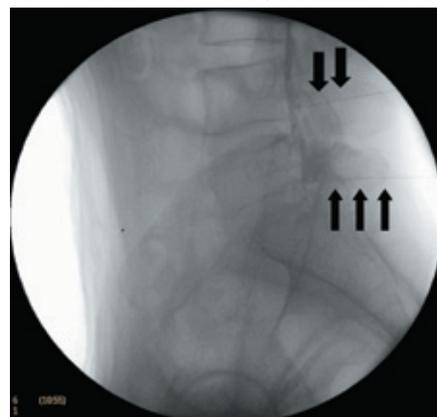


圖5：利用X光透視儀與顯影劑輔助定位

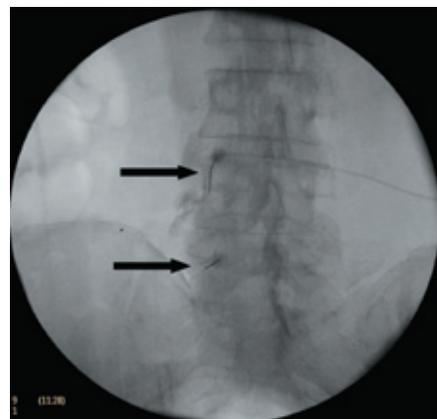


圖6：神經射頻燒灼術可長時間止痛