

# 2019年7月24日演講照片 台大醫學院202講堂



主講者：  
葉育彰 醫師

臺大醫院 外科加護病房 主治醫師  
臺大醫學院 麻醉科 臨床副教授



# 演講大綱

肥胖是演化的趨勢，造成肥胖的三大因子有都市生活、飲食過量和久坐的生活型態。當然，減重的第一步是藉由飲食調整和規律運動以避免過重，第二步才是藉由手術介入病態性肥胖的治療。在臺灣接受減重手術病人的體重大多介於110-200公斤(身高體重指數介於40-70)，跟國外病人動輒250-300公斤(身高體重指數大於70)差很多，未來需進一步整合團隊資源以提升身高體重指數大於70病人的泛手術期醫療品質。

肥胖會帶來很多病生理問題，以麻醉角度來看，比較令人擔心的是肥胖病人的呼吸道是否有問題，評估時通常會問病人平時睡得好不好，在家時是否需要戴輔助呼吸器，檢查一下呼吸道。再來需檢查心臟是否有問題，通常若病人可爬到三樓代表心臟較沒問題。在肝臟部分需注意脂肪肝對肝功能的影響。另外要特別注意的是經常臥床不活動的病人要注意下肢是否有栓塞和感染問題。

我們的術前麻醉訪視優點是主治醫師親自前往訪視，但缺點是前一天訪視時若發現少做什麼檢查，安排相關檢查卻不一定能趕在手術前完成。未來可考慮針對特殊病人族群安排術前麻醉訪視門診，在看完外科門診後轉到術前麻醉訪視門診，麻醉醫師可協助確認術前檢查是否完整。

病人進行麻醉時，第一個計畫是如何預先給氧及進行氣管內管插管，通常，大多數人會覺得肥胖病人進行氣管插管較難，其實不一定，反倒是面罩換氣有時會較困難，因此預先給氧是很重要的步驟，通常肥胖病人在預先給氧和麻醉誘導時會維持頭部和上半身較高的姿勢以避免肺功能餘積下降太多，確保預先給氧的效果最好。萬一插管不順利時，應先恢復給氧及換氣，尋求協助或使用進階插管器械幫忙。

麻醉誘導和術中用藥要很小心，例如病人體重為170公斤時，我們不會真的把藥物劑量加倍，應用預測體重去計算藥物劑量，也就是病人身高170公分且體重170公斤時，應用170公分的預估體重約60公斤的體重去計算藥物劑量，特別BMI大於60的病人，心臟多有問題，用藥得更小心。神經肌肉阻斷劑一般來講也是不用太多，也是用預估體重計算劑量。

目前術中外科手術擺位採頭高腳低的姿勢，有利於病人的呼吸系統，但因為腹腔鏡氣腹的影響，仍要適當使用吐氣末正壓以避免肺塌陷。此外頭高腳低的吃是會因降低回心血流量而影響循環系統，低血壓時可適當地併用輸液和升壓藥治療。

手術結束時拔除氣管內管時要很小心，應記得幫病人撐開可能塌陷的肺泡，進行自發性呼吸練習時要避免二氧化碳蓄積和肺再塌陷缺氧的問題。一般身高體重指數大於60的病人術後會轉送至加護病房進行術後照護。

減重手術併發症有很多種類，目前胃袖狀切除術後嚴重併發症的發生率約1%，相對嚴重的併發症是出血和深層靜脈栓塞。

未來趨勢就是籌組加速術後恢復的團隊，從術前評估檢查、術中麻醉和手術處置到術後照護與復健，都能依實證醫學的證據並視病人特別情況進行最適化治療，讓減重手術病人術後能快速恢復到可出院狀態，即早回復正常健康的生活。