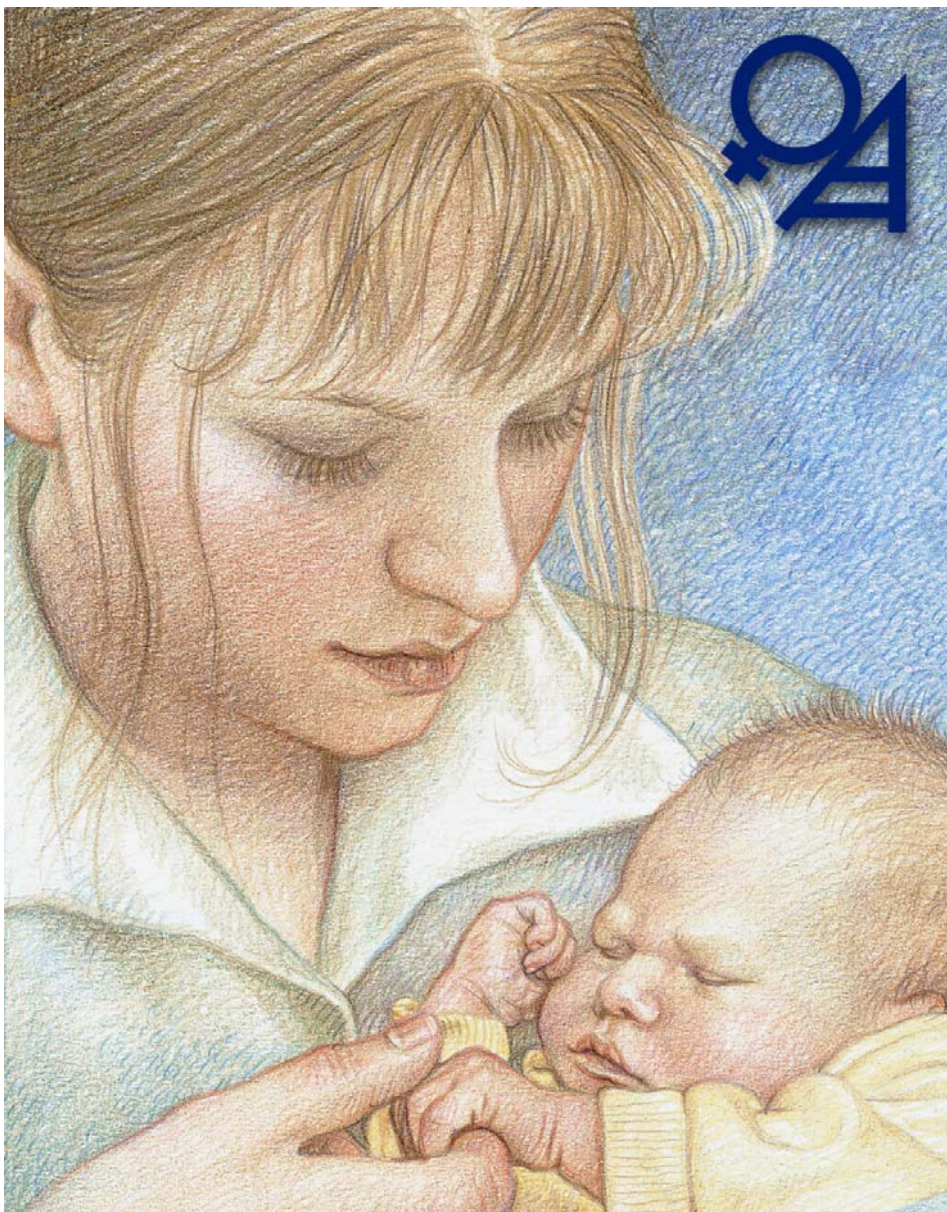


分娩鎮痛

這本手冊將告訴你一些關於分娩與生育疼痛的知識，以及緩解疼痛的方法。你的看護人（例如助產士、麻醉醫師或產科醫師）會提供更多關於你所在醫院或生育中心所提供鎮痛類型的資訊。倘若你對分娩中將會遇到的情況及可行的鎮痛方法有所瞭解，那麼生育對你來說將是一次令人滿意的經歷，這就是我們希望達到的效果。

縱觀這本手冊，我們使用了參考文獻來顯示我們的資訊來源。這些內容在 15 到 17 頁列出。

由產科麻醉醫師協會撰寫



分娩是什麼感覺？

- 當你懷孕時，你會感到子宮（肚子）時常會緊張。這一現象稱為佈雷頓希克斯宮縮。而當分娩開始時，子宮緊張會更加頻繁，強度也會大得多。
- 子宮緊張會引起陣痛，並且越接近分娩越疼痛。不同婦女分娩疼痛的方式有所不同。
- 一般來說，第一次分娩時間最長。
- 倘若使用藥物來啟動（誘導）分娩或加速分娩，宮縮會更加疼痛。
- 多數婦女採用多種方式來應對分娩疼痛（見 15 頁參考文獻 1）。讓自己心胸開闊、情緒柔順不失為一種好的方法。

準備分娩

產前親子班有助於你為分娩作好準備。授課者包括助產士及其他組織，這些組織為即將為人父母者提供支援。課程有助於讓你瞭解分娩期間發生的情況，並幫助你減輕焦慮。

在產前課上，助產士會告訴你可以通過哪些手段來減輕分娩疼痛。倘若你想瞭解更多關於硬膜外麻醉（一種從背部注射的麻醉方法，使下半身麻醉）的資訊，助產士可安排你與麻醉醫師面談。倘若你不能參加產前課，你仍然應該向助產士詢問減輕疼痛的可行方法，然後可以與在分娩期間照顧你的助產士討論此事。

選擇分娩的地方會影響分娩的疼痛程度。倘若分娩之處使你覺得舒適，那麼對於分娩你可能會更為放鬆，而不會那麼焦慮（見 15 頁參考文獻 2）。對於某些婦女這意味著在家生產，而其他婦女在醫院或生育中心會覺得安心，因為這些地方會對她們提供支援。許多醫院試圖使產房有家的感覺，並鼓勵你播放喜愛的音樂，使你感到放鬆。

倘若你計劃在醫院或生育中心生產，那麼去看看那裏的設施如何，這對你很有用。

分娩期間有朋友或生育夥伴陪伴對你很有幫助（見 15 頁參考文獻 3），將你的擔憂和要求告訴生育夥伴很重要，他們可以幫助你在生產時集中注意力。

可以採用的鎮痛方法有哪些？

很難預先判斷最適合的鎮痛方法是哪一種。分娩期間和你在一起的助產士應該是向你提建議的最佳人選。這裏將介紹一些主要的鎮痛方法。



自助法

- 使呼吸平靜能增加肌肉氧供，從而減弱疼痛強度。同時，由於將注意力集中到呼吸上，因此受到疼痛幹擾的程度也會減輕。
- 在疼痛狀態下是很難放鬆的，因此在真正進入分娩期前就應該進行練習。你可以學習一些不同的放鬆方法。
- 分娩期間接受按摩常使人非常舒適和安心。

分娩時使用分娩池

目前關於分娩池優點與風險的研究還不多。但據顯示，水中分娩會使疼痛減輕，並且可能不那麼需要硬膜外麻醉來減輕疼痛（見 15 頁參考文獻 4）。但也有一些擔憂，倘若水溫過熱，那麼在分娩期間胎兒可能會出現窘迫徵象，但研究顯示水中分娩與水外分娩相比，母嬰並不會承受更大的風險。助產士將持續監測分娩進展與胎兒的健康狀況。

許多婦產科單位都有分娩池，但當你需要時卻不一定能夠使用。最好向助產士核實是否有分娩池以及能否使用。

輔助療法（不使用藥物）

輔助療法（例如芳香療法）能幫助某些婦女在分娩期間應對疼痛。倘若你考慮採用這樣的方法，最好先諮詢經過相關培訓的人士。這本手冊不包含順勢療法（使用高度稀釋的成分來減輕疼痛）與草藥（產自植物）。

芳香療法

- 芳香療法包括用濃縮精油來減輕恐懼，改善健康狀況，並鼓勵你堅持下去。

反射學

- 反射學基於這樣的觀點，即手、腳上的點與身體其他部位的點是相關聯的。

我們並不知道其原理，但它可能是通過與針灸相似的機理來發揮作用的（見下文）。反射理療師常常會按摩腳上的某些點，而這些點與分娩時身體的疼痛部位是相關的。

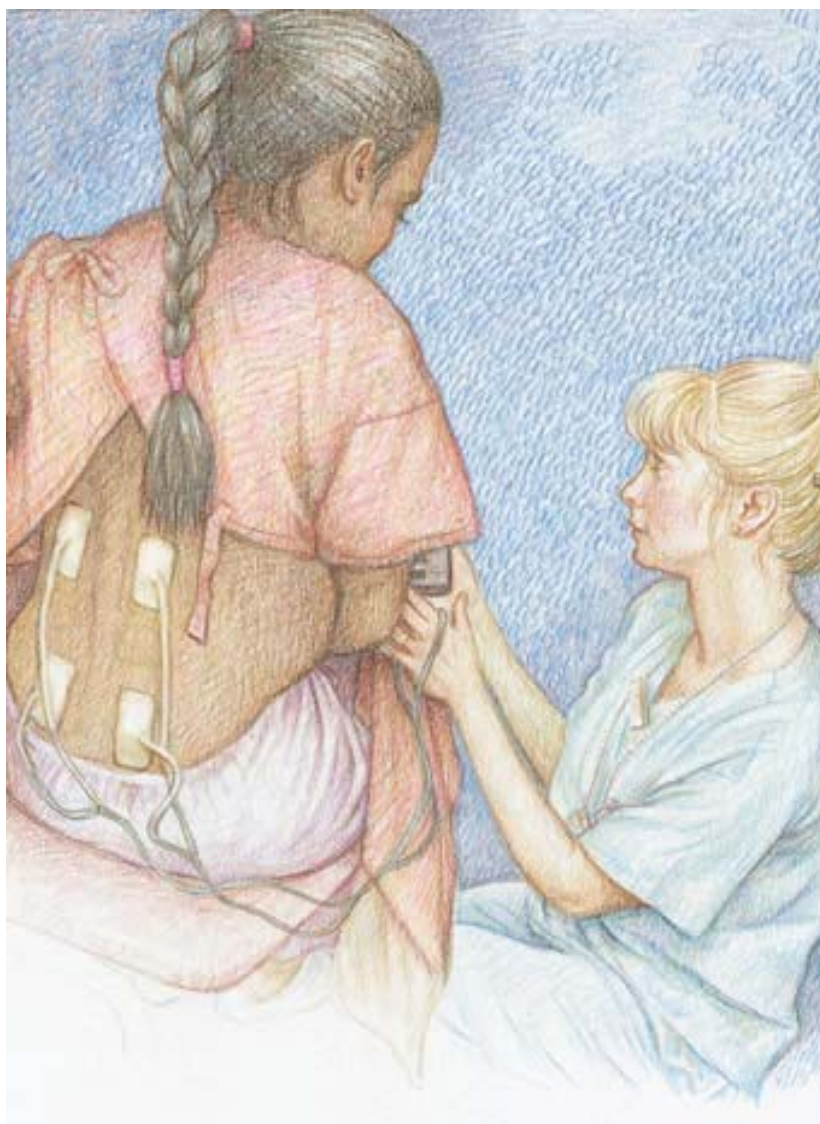
催眠與針灸

已有越來越多的婦女在分娩期間使用這兩種療法。但很少有婦產科單位為正常健康人提供這些服務，因此在分娩前需要找一個合格的治療者。

催眠能將你的注意力從疼痛上引開。你可以接受自己進行催眠的訓練（自我催眠），這需要你在懷孕期間多加練習。或者請一位催眠治療師在你分娩期間陪伴在你身邊。

針灸是指用針插入身體上的穴位以減輕疼痛。治療者在你分娩期間需要陪伴在你身邊。

某些研究提出，採用了這些療法的婦女感到分娩在控制之中，並且只使用了較少的藥物來減輕疼痛（見 15 頁參考文獻 5）。但並非全國各地都有這樣水平的治療者，並且他們的收費可能會相當昂貴。



經皮電刺激神經療法 (TENS)

- 溫和電流通過四個粘在背上的平墊，使你產生麻刺感。你可以自行控制電流強度。
- TENS 有時在分娩起始階段有幫助，特別是對於頭痛的婦女。倘若你租用了一台這樣的裝置，你就可以在家開始練習。某些醫院也可以外借。
- 這種療法對身體沒有已知的危害。

也許你在分娩期間只需借助 TENS，但隨後你更有可能需要一些其他的鎮痛方法。



Entonox

Entonox 是一種由 50% 一氧化二氮與 50% 氧組成的混合氣體。有時也稱為笑氣-空氣混合氣。

- Entonox 可通過面罩或口罩被吸入。

- 見效直接、迅速，並且在數分鐘內逐漸減弱。
- 有時會引起短時頭暈或輕微噁心。
- 對身體無害，並提供額外的氧氣，因此對母嬰均有好處。
- 不能完全消除疼痛，但能發揮一定作用。
- 可以在分娩期間的任何時候使用。

你可以控制吸入 **Entonox** 的量，但更重要的是掌握最佳作用時間。應在剛開始感到宮縮時立即吸入 **Entonox**，從而在疼痛最嚴重的時候達到最大的鎮痛效果。**Entonox** 不能在宮縮間期使用，也不能長期使用，因為它能使人頭暈和激動。一些醫院還在 **Entonox** 中添加了其他物質，使其更加有效，但也許會使人更加嗜睡。

阿片樣物質：嗎啡樣止痛藥

阿片樣物質包括呱替啶及二醋嗎啡（在英國的使用越來越多）。其他阿片樣物質包括嗎啡、美普他酚、芬太尼及雷米芬太尼。所有這些嗎啡樣止痛藥均以相似的方式發揮作用。

- 助產士常將阿片樣物質注入手臂或腿上的大塊肌肉。
- 其鎮痛效果常常是有限的，大約半小時後起效，持續數小時。
- 其鎮痛效果弱於 **Entonox**。
- 雖然阿片樣物質鎮痛效果有限，一些婦女仍然認為這類藥物使她們感到更加放鬆，對疼痛也不那麼擔心了（見 15 頁參考文獻 6）。
- 其他婦女則對阿片樣物質的鎮痛效果感到失望，覺得自己有一點難以控制。

副作用

- 阿片類物質會使人嗜睡。
- 引起噁心的感覺，但通常你會服用抗噁心藥進行緩解。
- 延遲胃排空，倘若需要進行全身麻醉，這會造成問題。
- 使呼吸減慢。如發生這一現象，應通過面罩吸氧，並監測血氧水平。
- 延遲嬰兒的第一次呼吸，可通過注射予以解決。

- 使嬰兒嗜睡，這意味著嬰兒不能像正常時那樣進食（特別是使用呱替啶時）。
- 倘若只是在分娩前服用阿片樣物質，那麼對嬰兒造成的影響會很小。

病人自控鎮痛（PCA）

為使阿片樣物質起效更快，也可用注射泵將其直接注入靜脈，可通過按下與泵相連的按鈕來進行控制。在某些醫院，倘若不能實行硬膜外麻醉（一種從背部注射的麻醉方法，使下半身麻醉）或者你不願意實行，那麼可以採用 PCA。

PCA 使你在感到需要時能自行攝入小劑量阿片樣物質。你能控制所使用阿片樣物質的劑量。出於安全考慮，PCA 對攝入阿片樣物質的速度進行了限制。但倘若長期使用 PCA，某些阿片樣物質會在體內積累，增大對你和胎兒的副作用。

在某些婦產科單位，你可以通過 PCA 使用一種稱為雷米芬太尼的阿片樣物質（見 15 頁參考文獻 7 和 16 頁參考文獻 8）。雷米芬太尼會被機體迅速降解，因此每次用藥的副作用不會太持久。這種阿片樣物質有很強的鎮痛作用，但它減緩呼吸的效應也更強，因此你的呼吸需要接受仔細監測。但這些效應很快就能被逆轉，不會對胎兒造成影響。

硬膜外麻醉與腰麻

- 硬膜外麻醉與腰麻是最複雜的鎮痛方法，由麻醉醫師執行。
- 麻醉醫師是經過專門培訓的醫生，提供鎮痛與幫助入睡的藥物。手術中的鎮痛可通過全身麻醉、硬膜外麻醉和腰麻進行。要瞭解更多剖宮產術中採用的麻醉類型，請閱讀《剖宮產術麻醉劑》手冊。手冊最後一頁告訴了你怎樣進行這些麻醉。
- 硬膜外麻醉與腰麻是最有效的鎮痛方法。
- 硬膜外麻醉時，麻醉醫師將針頭插入背部低位，通過針頭將硬膜外導管（一根非常薄的管子）置入脊椎神經附近。針頭取出後硬膜外導管仍然

留置原位，使人在整個分娩期間都能接受止痛藥。止痛藥可以是使神經麻醉的局部麻醉劑、小劑量的阿片樣物質或這兩種藥物的混合物。

- 硬膜外麻醉要發揮鎮痛效果需要 40 分鐘（包括將止痛藥注入硬膜外導管並使其發揮效應）。
- 硬膜外麻醉不會使人感到嗜睡或噁心。
- 進行硬膜外麻醉時，產科醫生可能需要用到吸杯（一種置於胎頭處的抽吸裝置）或產鉗幫助胎兒產出。
- 倘若需要使用吸杯、產鉗或進行剖宮產術，通常需要進行硬膜外麻醉以達到鎮痛效果。
- 硬膜外麻醉對胎兒基本沒有影響。

腰麻與腰麻-硬膜外聯合麻醉（CSE）

硬膜外麻醉起效很慢，特別是分娩晚期進行的硬膜外麻醉。倘若止痛藥直接進入背部神經周圍的液囊，那麼起效會大大加快。這種麻醉方法稱為腰麻。與硬膜外麻醉不同，腰麻是採用一次性注射的方式進行的，無需導管。如同時插入硬膜外導管，則稱為腰麻-硬膜外聯合麻醉。

在某些醫院，倘若婦女要求採用除硬膜外麻醉以外的強效鎮痛方法，那麼醫院幾乎都會採用腰麻-硬膜外聯合麻醉。而在其他醫院，腰麻-硬膜外聯合麻醉僅用於少數婦女。

哪些人適合或不適合硬膜外麻醉？

大多數人都可以進行硬膜外麻醉，但具有某些健康問題者（例如脊柱裂、背部既往手術或凝血問題）不適合。發現這些問題的最佳時機是在分娩期前。倘若分娩期複雜或較長，助產士或產科醫師會建議進行硬膜外麻醉，這會對你和胎兒有所幫助。

倘若你超重，進行硬膜外麻醉會更加困難，需時也較長。但一旦藥物注入體內，你會享受到硬膜外麻醉的所有優點。



硬膜外麻醉包括哪些步驟？

首先將套管（一根精製的塑膠管）插入手或手臂上的靜脈，通常會進行滴注（靜脈輸液）（在分娩期間你還會因為其他原因而需要滴注，例如輸入加速分娩的藥物或當你出現噁心症狀時）。助產士會要求你向一側蜷曲或取前屈坐姿，然後麻醉醫師用殺菌劑清潔你的背部。麻醉醫師在皮下注入局部麻醉劑，使得置入硬膜外導管不會引起太大的創傷。硬膜外導管被置入背部，鄰近脊椎內的神經。麻醉醫師必須小心避免刺破脊髓周圍的液囊，否則會在隨後引起你的頭痛。麻醉醫師插入硬膜外導管時你應該保持不動，但在硬膜外導管被紮帶固定就位後可以自由活動。

硬膜外導管就位後立即通過導管注入止痛藥。安置硬膜外導管通常需要 20 分鐘，發揮鎮痛作用又需要 20 分鐘。硬膜外麻醉開始起效時，助產士會定期測量血壓。麻醉醫師通常會將一個冰袋放到你的肚子和腿上並詢問你感到有多冷，以此檢查硬膜外止痛藥是否對正確的神經發揮作用。某些時候，硬膜外麻醉最初發揮效應不佳，此時麻醉醫師需要進行調節，甚至將硬膜外導管取出並重新置入。

在分娩期間，你可以通過硬膜外導管注入額外劑量的止痛藥，方法包括快速注射（注入），用注射泵進行緩慢平穩滴注，或使用病人自控硬膜外鎮痛（PCEA）泵。採用病人自控硬膜外鎮痛時，你可以在需要時通過按下與泵相連的按鈕為自己注入一定量的止痛藥。每個醫院通常只有這些方法中的一種或兩種來保持硬膜外麻醉的鎮痛效果。

硬膜外麻醉填加後，助產士會定期測量血壓，與硬膜外麻醉開始時類似。

硬膜外麻醉的目的是去除宮縮引起的疼痛。一般情況下，硬膜外麻醉還能在胎兒娩出後完全去除疼痛。一些婦女願意在分娩時保留一些感覺，以便對胎兒娩出的過程有更好的感受。硬膜外麻醉難以精確調節，因此倘若想在胎兒娩出時保留一些感覺，那麼你更可能有的的是不舒服的感覺。

就目前而言，通常都可以在不使下半身特別麻木或使雙腿虛弱無力的情況下減輕分娩疼痛。這種先進方法被稱為“可活動硬膜外麻醉”。

你可以在硬膜外麻醉後對嬰兒進行母乳餵養。

倘若我需要進行手術分娩，應該做些什麼？

倘若需要行剖宮產術，通常用硬膜外麻醉代替全身麻醉。將強效局部麻醉劑注入硬膜外導管，使下半身非常麻木，適於進行手術。這種方法對於你和胎兒要比全身麻醉更安全。

倘若你需要行剖宮產術，但尚未進行硬膜外麻醉，此時常採用腰麻，但局部麻醉劑劑量將加大。

要了解剖宮產術中所採用硬膜外麻醉與腰麻的更多資訊，請閱讀《剖宮產術中麻醉》手冊。手冊最後一頁告訴了你怎樣進行這些麻醉。

硬膜外麻醉的優點與風險

我們如何獲取事實依據？

我們的事實依據來自隨機研究與觀察研究。

- 在隨機研究中，婦女採用兩種治療方法中的一種或另一種，對不同治療方法的效果進行對比。每位婦女接受兩種治療中的哪一種是隨機決定的（類似於拋硬幣）。研究通常對分娩時採用硬膜外麻醉的婦女與採用其他止痛藥（例如阿片樣物質或 **Entonox**）的婦女進行對比。

第 16 頁參考文獻 9 對所有已發表的分娩中硬膜外麻醉隨機研究進行了綜述。此綜述由 **Cochrane** 資料庫完成，**Cochrane** 資料庫是一個獨立的科學組織。我們下面將談到的硬膜外麻醉的效果均來自此綜述，除非我們特別注明了其他參考文獻。

在一些隨機研究中，所有婦女均進行了硬膜外麻醉，但麻醉所使用的阿片樣物質劑量是隨機確定的。

- 觀察研究則對大量接受硬膜外麻醉的婦女進行監測，觀察麻醉過程中及麻醉後有何現象。這是發現極罕見事件風險的唯一途徑。

下列資訊基於隨機研究的結果。

進行硬膜外麻醉的優點

- 硬膜外麻醉減輕分娩疼痛的效果優於其他治療。
- 採用硬膜外麻醉能減少新生兒血液中的酸量（見 16 頁參考文獻 10）。
- 與採用其他途徑使用阿片樣物質相比（注入肌肉或靜脈），採用硬膜外麻醉時，嬰兒出生時需要用藥物使其開始呼吸的情況較少。

硬膜外麻醉未造成差別的專案

- 採用硬膜外麻醉時，需要行剖宮產術的幾率不會增大。
- 長期背痛的幾率也不會增大。背痛在懷孕期間很常見，並且常常延續到產後一段時間。硬膜外麻醉後，背部可能會出現一個觸痛點，只在極少的情況下會持續數月（見 16 頁參考文獻 11）。

採用硬膜外麻醉時的風險

- 採用硬膜外麻醉時，產科醫師用吸杯或產鉗使胎兒娩出的幾率為 14%，而不進行硬膜外麻醉時則為 7%。
- 進行硬膜外麻醉會延長第二產程（宮頸完全擴張），更加需要藥物（催產素）來增強宮縮。
- 發生低血壓的幾率會增大。
- 硬膜外麻醉發揮效應時你會感到雙腿虛弱無力。
- 你會發現排尿困難，可能需要將一根管道插入膀胱（導尿管）來排出尿液。
- 可能會感到瘙癢。
- 可能會發熱，這與胎兒窘迫相關。
- 倘若通過硬膜外麻醉使用了較大劑量的阿片樣物質，新生兒可能更需要輔助呼吸（見 16 頁參考文獻 12），你成功進行母乳餵養的機會也會減小（見 16 頁參考文獻 13）。

其他風險

- 平均而言，硬膜外麻醉不會增大出現頭痛的風險。但大約每 50 位硬膜外麻醉的婦女中有 1 位，其脊髓周圍的液囊被硬膜外注射針刺破（這一現象稱為“硬脊膜穿通”）。倘若你發生這種情況，如不治療會出現持續數天或數周的嚴重頭痛（見 16 頁參考文獻 14），在這種情況下麻醉醫師會告訴你並提出治療建議。

下列資訊基於觀察研究的結果。

- 硬膜外麻醉與腰麻的風險列於 20 頁表格（見 16 和 17 頁參考文獻 15 到 20）。
- 大約每 13,000 位婦女中有 1 位在硬膜外麻醉後會發生長期神經損害，導致肌肉無力、麻刺感或單腿麻木等問題。但不管是否進行硬膜外麻醉，分娩後的神經損害都有可能發生（見 16 頁參考文獻 15），實際上未進行硬膜外麻醉時的發生率要高出 5 倍，大約每 2,500 位婦女中有 1 位。
- 沒有證據表明分娩時硬膜外麻醉會引起脊柱內神經的持續炎症（即腫脹與潰瘍）。見 17 頁參考文獻 21。

倘若你擔心硬膜外麻醉有導致嚴重問題的風險，你可以與麻醉醫師談一談。

參考文獻

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London.
2. Waldenstrom U Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73: 547-554.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Article Number: CD003766. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD003766.
4. Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Article Number: CD000111. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD000111.pub2.
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Article Number: CD003521. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996; 103:968-972.
7. Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanyl and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49: 453-458.

8. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanil PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.
9. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Article Number: CD000331. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
10. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 109: 1344-1353.
11. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; 312: 1384-1388.
12. COMET Study Group UK. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001; 358: 19-23.
13. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feerman DE, Martin G, Holzman I. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005; 103: 1211-1217.
14. Sudlow C, Warlow C. Epidural blood patching for preventing and treating post-dural puncture headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Article Number: CD001791. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD001791.
15. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 522-526.
16. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.

17. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; 58: 1114-1118.
18. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 37-42.
19. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 183-188.
20. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anaesthesia. *Anesthesiology* 2006; 105: 394-399.
21. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 109-120.

此手冊由產科麻醉醫師協會母親知識委員會撰寫。

該委員會由下列成員組成：

Michael Kinsella 博士（主席）

Charis Beynon（英國全國生育聯合會代表）

Shaheen Chaudry 女士（消費者代表）

DRachel Collis 博士（顧問麻醉醫師）

Rhona Hughes 博士（皇家產科醫師與婦科醫師學會代表）

Gail Johnson（皇家助產士學會代表）

Rosie Jones 博士（顧問麻醉醫師）

Ratnasabapathy Sashidharan 博士（顧問麻醉醫師）

我們要感謝 Michael Wee 博士（母親知識委員會前任主席）、Michael Bryson 博士、Roshan Fernando 博士以及 Felicity Reynolds 教授為舊版做出的工作。

- 這本手冊中的資訊基於可靠的證據。我們從中獲取事實依據的一些出版物列在 15、16 和 17 頁。
- 我們還為母親們推出了一本名為《剖宮產術麻醉劑》的手冊，以及兩部刻在雙碟 DVD 上的影片，分別為《應對分娩疼痛》與《剖宮產術麻醉劑》。
- 你可以在我們的網站上找到這兩本手冊及部分譯文。
- 你還能從下面網站獲取分娩鎮痛的資訊
英國全國生育聯合會網站 www.nct.org.uk 或
助產士資訊與資源服務（MIDIRS）網站 www.infochoice.org
- 我們與皇家麻醉醫師學會合作，推出了更多關於硬膜外麻醉的資訊，包括《硬膜外麻醉或腰麻後頭痛》與《腰麻或硬膜外麻醉相關神經損害》。你可以從此處下載 www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf 或 www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf

你可以在下面網站填寫訂單，獲取更多這兩本手冊（50 或 750 冊包裝）和雙碟 DVD：www.oaformothers.info

產科麻醉醫師協會秘書處

電話： +44 (0)20 8741 1311

電子郵箱：secretariat@oaa-anaes.ac.uk

網站：www.oaformothers.info

© 產科麻醉醫師協會 2008

第 3 版，2008 年 1 月

採用硬膜外麻醉或腰麻減輕分娩疼痛的風險		
風險類型	發生幾率如何？	有多常見？
血壓顯著下降	每 50 位婦女中有 1 位	偶爾
未發揮足夠效應來減輕疼痛，從而需要採用其他方式來緩解疼痛	每 8 位婦女中有 1 位	常見
在剖宮產術中未發揮足夠效應，從而需要進行全身麻醉	每 20 位婦女中有 1 位	有時
嚴重頭痛	每 100 位婦女中有 1 位（硬膜外麻醉） 每 500 位婦女中有 1 位（腰麻）	少見
神經損害 （腿或腳上麻木區域，或腿部虛弱無力）	暫時性 - 每 1000 位婦女中有 1 位	罕見
效應持續 6 個月以上	持續性 - 每 13,000 位婦女中有 1 位	罕見
硬膜外膿腫（感染）	每 50,000 位婦女中有 1 位	非常罕見
腦脊膜炎	每 100,000 位婦女中有 1 位 每 170,000 位婦女中有 1 位	非常罕見
硬膜外血腫（血凝塊）		非常罕見
意外意識喪失	每 100,000 位婦女中有 1 位	非常罕見
嚴重損傷，包括癱瘓	每 250,000 位婦女中有 1 位	極其罕見

從已發表文獻中獲取的資訊並未對所有這些風險給出準確資料。上面給出的資料為估計值，在不同醫院可能會有所區別。