

分娩镇痛

这本手册将告诉你一些关于分娩与生育疼痛的知识，以及缓解疼痛的方法。你的看护人（例如助产士、麻醉医师或产科医师）会提供更多关于你所在医院或生育中心所提供镇痛类型的信息。如果你对分娩中将会遇到的情况及可行的镇痛方法有所了解，那么生育对你来说将是一次令人满意的经历，这就是我们希望达到的效果。

纵观这本手册，我们使用了参考文献来显示我们的信息来源。这些内容在 13 到 15 页列出。

由产科麻醉医师协会撰写



分娩是什么感觉？

- 当你怀孕时，你会感到子宫（肚子）时常会紧张。这一现象称为布雷顿希克斯宫缩。而当分娩开始时，子宫紧张会更加频繁，强度也会大得多。
- 子宫紧张会引起阵痛，并且越接近分娩越疼痛。不同妇女分娩疼痛的方式有所不同。
- 一般来说，第一次分娩时间最长。
- 如果使用药物来启动（诱导）分娩或加速分娩，宫缩会更加疼痛。
- 多数妇女采用多种方式来应对分娩疼痛（见 13 页参考文献 1）。让自己心胸开阔、情绪柔顺不失为一种好的方法。

准备分娩

产前亲子班有助于你为分娩作好准备。授课者包括助产士及其他组织，这些组织为即将为人父母者提供支持。课程有助于让你了解分娩期间发生的情况，并帮助你减轻焦虑。

在产前课上，助产士会告诉你可以通过哪些手段来减轻分娩疼痛。如果你想了解更多关于硬膜外麻醉（一种从背部注射的麻醉方法，使下半身麻醉）的信息，助产士可安排你与麻醉医师面谈。如果你不能参加产前课，你仍然应该向助产士询问减轻疼痛的可行方法，然后可以与在分娩期间照顾你的助产士讨论此事。

选择分娩的地方会影响分娩的疼痛程度。如果分娩之处使你觉得舒适，那么对于分娩你可能会更为放松，而不会那么焦虑（见 13 页参考文献 2）。对于某些妇女这意味着在家生产，而其他妇女在医院或生育中心会觉得安心，因为这些地方会对她们提供支持。许多医院试图使产房有家的感觉，并鼓励你播放喜爱的音乐，使你感到放松。

如果你计划在医院或生育中心生产，那么去看看那里的设施如何，这对你很有用。

分娩期间有朋友或生育伙伴陪伴对你很有帮助（见 13 页参考文献 3），将你的担忧和要求告诉生育伙伴很重要，他们可以帮助你生产时集中注意力。

可以采用的镇痛方法有哪些？

很难预先判断最适合的镇痛方法是哪一种。分娩期间和你在一起的助产士应该是向你提建议的最佳人选。这里将介绍一些主要的镇痛方法。



自助法

- 使呼吸平静能增加肌肉氧供，从而减弱疼痛强度。同时，由于将注意力集中到呼吸上，因此受到疼痛干扰的程度也会减轻。
- 在疼痛状态下是很难放松的，因此在真正进入分娩期前就应该进行练习。你可以学习一些不同的放松方法。
- 分娩期间接受按摩常使人非常舒适和安心。

分娩时使用分娩池

目前关于分娩池优点与风险的研究还不多。但据显示，水中分娩会使疼痛减轻，并且可能不那么需要硬膜外麻醉来减轻疼痛（见 13 页参考文献 4）。但也有一些担忧，如果水温过热，那么在分娩期间胎儿可能会出现窘迫征象，但研究显示水中分娩与水外分娩相比，母婴并不会承受更大的风险。助产士将持续监测分娩进展与胎儿的健康状况。

许多妇产科单位都有分娩池，但当你需要时却不一定能够使用。最好向助产士核实是否有分娩池以及能否使用。

辅助疗法（不使用药物）

辅助疗法（例如芳香疗法）能帮助某些妇女在分娩期间应对疼痛。如果你考虑采用这样的方法，最好先咨询经过相关培训的人士。这本手册不包含顺势疗法（使用高度稀释的成分来减轻疼痛）与草药（产自植物）。

芳香疗法

- 芳香疗法包括用浓缩精油来减轻恐惧，改善健康状况，并鼓励你坚持下去。

反射学

- 反射学基于这样的观点，即手、脚上的点与身体其他部位的点是相关联的。我们并不知道其原理，但它可能是通过与针灸相似的机理来发挥作用的（见下文）。反射理疗师常常会按摩脚上的某些点，而这些点与分娩时身体的疼痛部位是相关的。

催眠与针灸

已有越来越多的妇女在分娩期间使用这两种疗法。但很少有妇产科单位为正常健康人提供这些服务，因此在分娩前需要找一个合格的治疗者。

催眠能将你的注意力从疼痛上引开。你可以接受自己进行催眠的训练（自我催眠），这需要你在怀孕期间多加练习。或者请一位催眠治疗师在你分娩期间陪伴在你身边。

针灸是指用针插入身体上的穴位以减轻疼痛。治疗者在你分娩期间需要陪伴在你身边。

某些研究提出，采用了这些疗法的妇女感到分娩在控制之中，并且只使用了较少的药物来减轻疼痛（见 13 页参考文献 5）。但并非全国各地都有这样水平的治疗者，并且他们的收费可能会相当昂贵。



经皮电刺激神经疗法 (TENS)

- 温和电流通过四个粘在背上的平垫，使你产生麻刺感。你可以自行控制电流强度。
- TENS 有时在分娩起始阶段有帮助，特别是对于头痛的妇女。如果你租用了一台这样的装置，你就可以在家开始练习。某些医院也可以外借。
- 这种疗法对身体没有已知的危害。

也许你在分娩期间只需借助 TENS，但随后你更有可能需要一些其他的镇痛方法。



Entonox

Entonox 是一种由 50% 一氧化二氮与 50% 氧组成的混合气体。有时也称为笑气-空气混合气。

- Entonox 可通过面罩或口罩被吸入。
- 见效直接、迅速，并且在数分钟内逐渐减弱。
- 有时会引起短时头晕或轻微恶心。
- 对身体无害，并提供额外的氧气，因此对母婴均有好处。
- 不能完全消除疼痛，但能发挥一定作用。
- 可以在分娩期间的任何时候使用。

你可以控制吸入 **Entonox** 的量，但更重要的是掌握最佳作用时间。应在刚开始感到宫缩时立即吸入 **Entonox**，从而在疼痛最严重的时候达到最大的镇痛效果。**Entonox** 不能在宫缩间期使用，也不能长期使用，因为它能使人头晕和激动。一些医院还在 **Entonox** 中添加了其他物质，使其更加有效，但也许会使人更加嗜睡。

阿片样物质：吗啡样止痛药

阿片样物质包括哌替啶及二醋吗啡（在英国的使用越来越多）。其他阿片样物质包括吗啡、美普他酚、芬太尼及雷米芬太尼。所有这些吗啡样止痛药均以相似的方式发挥作用。

- 助产士常将阿片样物质注入手臂或腿上的大块肌肉。
- 其镇痛效果常常是有限的，大约半小时后起效，持续数小时。
- 其镇痛效果弱于 **Entonox**。
- 虽然阿片样物质镇痛效果有限，一些妇女仍然认为这类药物使她们感到更加放松，对疼痛也不那么担心了（见 13 页参考文献 6）。
- 其他妇女则对阿片样物质的镇痛效果感到失望，觉得自己有一点难以控制。

副作用

- 阿片类药物会使人嗜睡。
- 引起恶心的感觉，但通常会服用抗恶心药进行缓解。
- 延迟胃排空，如果需要进行全身麻醉，这会造成问题。
- 使呼吸减慢。如发生这一现象，应通过面罩吸氧，并监测血氧水平。
- 延迟婴儿的第一次呼吸，可通过注射予以解决。
- 使婴儿嗜睡，这意味着婴儿不能像正常时那样进食（特别是使用哌替啶时）。
- 如果只是在分娩前服用阿片样物质，那么对婴儿造成的影响会很小。

病人自控镇痛（PCA）

为使阿片样物质起效更快，也可用注射泵将其直接注入静脉，可通过按下与泵相连的按钮来进行控制。在某些医院，如果不能实行硬膜外麻醉（一种从背部注射的麻醉方法，使下半身麻醉）或者你不愿意实行，那么可以采用 **PCA**。

PCA 使你在感到需要时能自行摄入小剂量阿片样物质。你能控制所使用阿片样物质的剂量。出于安全考虑，**PCA** 对摄入阿片样物质的速度进行了限制。但如果长期使用 **PCA**，某些阿片样物质会在体内积累，增大对你和胎儿的副作用。

在某些妇产科单位，你可以通过 PCA 使用一种称为雷米芬太尼的阿片样物质（见 13 页参考文献 7 和 8）。雷米芬太尼会被机体迅速降解，因此每次用药的副作用不会太持久。这种阿片样物质有很强的镇痛作用，但它减缓呼吸的效应也更强，因此你的呼吸需要接受仔细监测。但这些效应很快就能被逆转，不会对胎儿造成影响。

硬膜外麻醉与腰麻

- 硬膜外麻醉与腰麻是最复杂的镇痛方法，由麻醉医师执行。
- 麻醉医师是经过专门培训的医生，提供镇痛与帮助入睡的药物。手术中的镇痛可通过全身麻醉、硬膜外麻醉和腰麻进行。要了解更多剖宫产术中采用的麻醉类型，请阅读《剖宫产术麻醉剂》手册。手册最后一页告诉你怎样进行这些麻醉。
- 硬膜外麻醉与腰麻是最有效的镇痛方法。
- 硬膜外麻醉时，麻醉医师将针头插入背部低位，通过针头将硬膜外导管（一根非常薄的管子）置入脊椎神经附近。针头取出后硬膜外导管仍然留置原位，使人在整个分娩期间都能接受止痛药。止痛药可以是使神经麻醉的局部麻醉剂、小剂量的阿片样物质或这两种药物的混合物。
- 硬膜外麻醉要发挥镇痛效果需要 40 分钟（包括将止痛药注入硬膜外导管并使其发挥效应）。
- 硬膜外麻醉不会使人感到嗜睡或恶心。
- 进行硬膜外麻醉时，产科医生可能需要用到吸杯（一种置于胎头处的抽吸装置）或产钳帮助胎儿产出。
- 如果需要使用吸杯、产钳或进行剖宫产术，通常需要进行硬膜外麻醉以达到镇痛效果。
- 硬膜外麻醉对胎儿基本没有影响。

腰麻与腰麻-硬膜外联合麻醉（CSE）

硬膜外麻醉起效很慢，特别是分娩晚期进行的硬膜外麻醉。如果止痛药直接进入背部神经周围的液囊，那么起效会大大加快。这种麻醉方法称为腰麻。与硬膜外麻醉不同，腰麻是采用一次性注射的方式进行的，无需导管。如同时插入硬膜外导管，则称为腰麻-硬膜外联合麻醉。

在某些医院，如果妇女要求采用除硬膜外麻醉以外的强效镇痛方法，那么医院几乎都会采用腰麻-硬膜外联合麻醉。而在其他医院，腰麻-硬膜外联合麻醉仅用于少数妇女。

哪些人适合或不适合硬膜外麻醉？

大多数人都可以进行硬膜外麻醉，但具有某些健康问题者（例如脊柱裂、背部既往手术或凝血问题）不适合。发现这些问题的最佳时机是在分娩期前。如果分娩期复杂或较长，助产士或产科医师会建议进行硬膜外麻醉，这会对你和胎儿有所帮助。

如果你超重，进行硬膜外麻醉会更加困难，需时也较长。但一旦药物注入体内，你会享受到硬膜外麻醉的所有优点。



硬膜外麻醉包括哪些步骤？

首先将套管（一根精制的塑料管）插入手或手臂上的静脉，通常会进行滴注（静脉输液）（在分娩期间你还会因为其他原因而需要滴注，例如输入加速分娩的药物或当你出现恶心症状时）。助产士会要求你向一侧蜷曲或取前屈坐姿，然后麻醉医师用杀菌剂清洁你的背部。麻醉医师在皮下注入局部麻醉剂，使得置入硬膜外导管不会引起太大的创伤。硬膜外导管被置入背部，邻近脊椎内的神经。麻醉医师必须小心避免刺破脊髓周围的液囊，否则会在随后引起你的头痛。麻醉医师插入硬膜外导管时你应该保持不动，但在硬膜外导管被扎带固定就位后可以自由活动。

硬膜外导管就位后立即通过导管注入止痛药。安置硬膜外导管通常需要 20 分钟，发挥镇痛作用又需要 20 分钟。硬膜外麻醉开始起效时，助产士会定期测量血压。麻醉医师通常会将一个冰袋放到你的肚子和腿上并询问你感到有多冷，以此检查硬膜外止痛药是否对正确的神经发挥作用。某些时候，硬膜外麻醉最初发挥效应不佳，此时麻醉医师需要进行调节，甚至将硬膜外导管取出并重新置入。

在分娩期间，你可以通过硬膜外导管注入额外剂量的止痛药，方法包括快速注射（注入），用注射泵进行缓慢平稳滴注，或使用病人自控硬膜外镇痛（PCEA）泵。采用病人自控硬膜外镇痛时，你可以在需要时通过按下与泵相连的按钮为自己注入一定量的止痛药。每个医院通常只有这些方法中的一种或两种来保持硬膜外麻醉的镇痛效果。

硬膜外麻醉填加后，助产士会定期测量血压，与硬膜外麻醉开始时类似。

硬膜外麻醉的目的是去除宫缩引起的疼痛。一般情况下，硬膜外麻醉还能在胎儿娩出后完全去除疼痛。一些妇女愿意在分娩时保留一些感觉，以便对胎儿娩出的过程有更好的感受。硬膜外麻醉难以精确调节，因此如果想在胎儿娩出时保留一些感觉，那么你更可能有的不舒服的感觉。

就目前而言，通常都可以在不使下半身特别麻木或使双腿虚弱无力的情况下减轻分娩疼痛。这种先进方法被称为“可活动硬膜外麻醉”。

你可以在硬膜外麻醉后对婴儿进行母乳喂养。

如果我需要进行手术分娩，应该做些什么？

如果需要行剖宫产术，通常用硬膜外麻醉代替全身麻醉。将强效局部麻醉剂注入硬膜外导管，使下半身非常麻木，适于进行手术。这种方法对于你和胎儿要比全身麻醉更安全。

如果你需要行剖宫产术，但尚未进行硬膜外麻醉，此时常采用腰麻，但局部麻醉剂剂量将加大。

要了解剖宫产术中所采用硬膜外麻醉与腰麻的更多信息，请阅读《剖宫产术中麻醉》手册。手册最后一页告诉了你怎样进行这些麻醉。

硬膜外麻醉的优点与风险

我们如何获取事实依据？

我们的事实依据来自随机研究与观察研究。

- 在随机研究中，妇女采用两种治疗方法中的一种或另一种，对不同治疗方法的效果进行对比。每位妇女接受两种治疗中的哪一种是随机决定的（类似于抛硬币）。研究通常对分娩时采用硬膜外麻醉的妇女与采用其他止痛药（例如阿片样物质或 Entonox）的妇女进行对比。

第 14 页参考文献 9 对所有已发表的分娩中硬膜外麻醉随机研究进行了综述。

此综述由 **Cochrane** 数据库完成，**Cochrane** 数据库是一个独立的科学组织。我们下面将谈到的硬膜外麻醉的效果均来自此综述，除非我们特别注明了其他参考文献。

在一些随机研究中，所有妇女均进行了硬膜外麻醉，但麻醉所使用的阿片样物质剂量是随机确定的。

- 观察研究则对大量接受硬膜外麻醉的妇女进行监测，观察麻醉过程中及麻醉后有何现象。这是发现极罕见事件风险的唯一途径。

下列信息基于随机研究的结果。

进行硬膜外麻醉的优点

- 硬膜外麻醉减轻分娩疼痛的效果优于其他治疗。
- 采用硬膜外麻醉能减少新生儿血液中的酸量（见 14 页参考文献 10）。
- 与采用其他途径使用阿片样物质相比（注入肌肉或静脉），采用硬膜外麻醉时，婴儿出生时需要用药物使其开始呼吸的情况较少。

硬膜外麻醉未造成差别的项目

- 采用硬膜外麻醉时，需要行剖宫产术的几率不会增大。
- 长期背痛的几率也不会增大。背痛在怀孕期间很常见，并且常常延续到产后一段时间。硬膜外麻醉后，背部可能会出现一个触痛点，只在极少的情况下会持续数月（见 14 页参考文献 11）。

采用硬膜外麻醉时的风险

- 采用硬膜外麻醉时，产科医师用吸杯或产钳使胎儿娩出的几率为 14%，而不进行硬膜外麻醉时则为 7%。
- 进行硬膜外麻醉会延长第二产程（宫颈完全扩张），更加需要药物（催产素）来增强宫缩。
- 发生低血压的几率会增大。
- 硬膜外麻醉发挥效应时你会感到双腿虚弱无力。
- 你会发现排尿困难，可能需要将一根管道插入膀胱（导尿管）来排出尿液。
- 可能会感到瘙痒。
- 可能会发热，这与胎儿窘迫相关。
- 如果通过硬膜外麻醉使用了较大剂量的阿片样物质，新生儿可能更需要辅助呼吸（见 14 页参考文献 12），你成功进行母乳喂养的机会也会减小（见 14 页参考文献 13）。

其他风险

- 平均而言，硬膜外麻醉不会增大出现头痛的风险。但大约每 50 位硬膜外麻醉的妇女中有 1 位，其脊髓周围的液囊被硬膜外注射针刺破（这一现象称为“硬脊膜穿刺”）。如果你发生这种情况，如不治疗会出现持续数天或数周的严重头痛（见 14 页参考文献 14），在这种情况下麻醉医师会告诉你并提出治疗建议。

下列信息基于观察研究的结果。

- 硬膜外麻醉与腰麻的风险列于 18 页表格（参见 14 和 15 页参考文献 15 到 20）。
- 大约每 13,000 位妇女中有 1 位在硬膜外麻醉后会发生产长期神经损害，导致肌肉无力、麻刺感或单腿麻木等问题。但不管是否进行硬膜外麻醉，分娩后的神经损害都有可能发生（见 14 页参考文献 15），实际上未进行硬膜外麻醉时的发生率要高出 5 倍，大约每 2,500 位妇女中有 1 位。
- 没有证据表明分娩时硬膜外麻醉会引起脊柱内神经的持续炎症（即肿胀与溃疡）。见 15 页参考文献 21。

如果你担心硬膜外麻醉有导致严重问题的风险，你可以与麻醉医师谈一谈。

参考文献

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 remifentanil 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, Feierman 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.

此手册由产科麻醉医师协会母亲知识委员会撰写。

该委员会由下列成员组成：

Michael Kinsella 博士（主席）

Charis Beynon（英国全国生育联合会代表）

Shaheen Chaudry 女士（消费者代表）

Rachel Collis 博士（顾问麻醉医师）

Rhona Hughes 博士（皇家产科医师与妇科医师学会代表）

Gail Johnson（皇家助产士学会代表）

Rosie Jones 博士（顾问麻醉医师）

Ratnasabapathy Sashidharan 博士（顾问麻醉医师）

我们要感谢 Michael Wee 博士（母亲知识委员会前任主席）、Michael Bryson 博士、Roshan Fernando 博士以及 Felicity Reynolds 教授为旧版做出的工作。

- 这本手册中的信息基于可靠的证据。我们从中获取事实依据的一些出版物列在 13、14 和 15 页。
- 我们还为母亲们推出了一本名为《剖宫产术麻醉剂》的手册，以及两部刻制在双碟 DVD 上的影片，分别为《应对分娩疼痛》与《剖宫产术麻醉剂》。
- 你可以在我们的网站上找到这两本手册及部分译文。
- 你还能从下面网站获取分娩镇痛的信息
英国全国生育联合会网站 www.nct.org.uk 或
助产士信息与资源服务（MIDIRS）网站 www.infochoice.org
- 我们与皇家麻醉医师学会合作，推出了更多关于硬膜外麻醉的信息，包括《硬膜外麻醉或腰麻后头痛》与《腰麻或硬膜外麻醉相关神经损害》。你可以从此处下载 www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf 或 www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf

你可以在下面网站填写订单，获取更多这两本手册（50 或 750 册包装）和双碟 DVD：
www.oaaformothers.info

产科麻醉医师协会秘书处

电话: +44 (0)20 8741 1311

电子邮箱: secretariat@oaa-anaes.ac.uk

网站: www.oaaformothers.info

© 产科麻醉医师协会 2008

第 3 版, 2008 年 1 月

采用硬膜外麻醉或腰麻减轻分娩疼痛的风险		
风险类型	发生几率如何?	有多常见?
血压显著下降	每 50 位妇女中有 1 位	偶尔
未发挥足够效应来减轻疼痛，从而需要采用其他方式来缓解疼痛 在剖宫产术中未发挥足够效应，从而需要进行全身麻醉	每 8 位妇女中有 1 位 每 20 位妇女中有 1 位	常见 有时
严重头痛	每 100 位妇女中有 1 位（硬膜外麻醉） 每 500 位妇女中有 1 位（腰麻）	少见
神经损害 （腿或脚上麻木区域，或腿部虚弱无力） 效应持续 6 个月以上	暂时性 - 每 1000 位妇女中有 1 位 持续性 - 每 13,000 位妇女中有 1 位	罕见 罕见
硬膜外脓肿（感染） 脑脊膜炎 硬膜外血肿（血凝块）	每 50,000 位妇女中有 1 位 每 100,000 位妇女中有 1 位 每 170,000 位妇女中有 1 位	非常罕见 非常罕见 非常罕见
意外意识丧失	每 100,000 位妇女中有 1 位	非常罕见
严重损伤，包括瘫痪	每 250,000 位妇女中有 1 位	极其罕见

从已发表文献中获取的信息并未对所有这些风险给出准确数据。上面给出的数据为估计值，在不同医院可能会有所区别。