

## 常见问题- 缓解分娩疼痛

### 分娩是什么感觉？

当你怀孕时，你可能感觉你的子宫不定期的收紧。这叫做阵痛。当你进入分娩时，这种紧缩感会更频繁更强烈。

这紧缩可能会导致疼痛，感觉就像痛经，越接近分娩这种疼痛就会越强烈。每个女人都有不同的分娩疼痛感。

通常，你的第一次分娩会是最长的。

如果使用药物引起分娩或加速分娩，你的宫缩会更疼痛。

大多数的女人会用一系列的方法去应对产痛<sup>1</sup>。这是一个不错的主意使头脑开放和放松。

1. 产前护理. 健康的女人和她们的婴儿在分娩中的护理。妇女和儿童的国家护理中心。英国国家健康与临床优化研究所委托。2007 RCOG Press, 伦敦

### 我如何准备分娩？

产前教育班会帮你准备好生产。这些课程是由助产士和其他帮助他人成为父母和分娩的组织运营的。这些课会帮助你了解分娩时会发生什么并且帮你减少焦虑。

在产前教育班，助产士会告诉你什么可以减少产痛。如果你需要更多硬膜外麻醉（一种注射到你后背的会使你下半身麻醉的药物）的信息，助产士会帮你安排麻醉师见面进行讨论。如果你不能去产前教育班，你还是应该问你的助产士什么可以帮你减少疼痛。你可以和助产士讨论谁将在分娩过程中照顾你。

你选择的分娩地会影响到疼痛的程度。如果你在分娩地觉得轻松，你在分娩中会更放松和不那么紧张。<sup>2</sup>对于一些女人来说这意味着在家分娩，但是其他女人会觉得在医院或分娩中心会更安心。很多医院试着让产房看起来更像家并且鼓励你放你喜欢的音乐来帮助你放松。

如果你计划在医院或分娩中心分娩，在那里走一走看看他们有什么设施会是非常有帮助的。

让一个朋友或者陪产者在分娩过程中陪你是很有帮助的。<sup>3</sup>跟你的陪产者讨论你的担心和需要是非常重要的，他们可以帮你更好的把重点放在分娩上。

2. Waldenstrom U, Nilsson CA.在生育中心分娩保健有经验。一项随机对照研究. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73: 547-554.

3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. 给妇女在分娩期间的支持. 系统评价数据库2003, Issue 3. 产品编号: CD003766. 日期: 10.1002/14651858.CD003766.

## 什么简单的方法可以帮助我应对宫缩？

- 平稳的呼吸会增加身体里的氧气以提供给你的肌肉，也会缓解疼痛。然后，把重点放在呼吸上会减少你对宫缩的注意。
- 让你在疼痛中时放松可能很困难，所以在分娩前练习一下会很有帮助。有很多方法都可以帮助你学习如何放松。
- 你也许会觉得在分娩中接受按摩可以让你感到舒服和安心。

## 如何使用分娩池来帮助分娩？

研究发现如果你在水中分娩会减少疼痛并且你也很少会需要麻醉来减轻疼痛。<sup>4</sup>

问题会是如果水温太高会导致在分娩过程中婴儿有痛苦，但是研究说明在水中分娩对你和婴儿的风险不会比你在水外更大。助产士会继续监控你的进度和婴儿的健康。

很多产科诊所都有分娩池，但是当你需要的时候或许不可用。如果有池子的话和你的助产士商量是否能用是可行的。

4. Cluett ER, Burns E. 在水中分娩和出生. *系统评价数据库* 2009, 发行 2. [DOI:[10.1002/14651858.CD000111.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3)]

## 有什么辅助疗法（不使用药物的）和他们会如何帮助你？

一些研究建议辅助疗法可以帮助女人感觉她们可以掌控分娩并且使用少量药物来缓解疼痛。<sup>5</sup>

如果你考虑使用这些，得到专业人士的建议是非常重要的。只有很少一部分的产科诊所可以在国民医疗系统里提供这些服务，所以你应该在分娩前找到一个合格的治疗师。

- **芳香疗法**使用浓缩精油来减轻恐惧，提高健康 和给您鼓舞。
- **反射疗法**是建立在你的手和脚上的一些使你放松穴位上。我们并不知道它的原理，但应该和针灸（参考下面）差不多。一个足疗师通常会在分娩中按摩在你脚上那些导致你感到疼痛的穴位。
- **催眠疗法**可以转移你的疼痛。你可以通过训练来催眠你自己（自我催眠），并且在你怀孕时你需要多练习。否则，一个催眠师需要在你分娩时在你身边
- **针灸**是使用一些针放在你身体的穴位上来帮助你减痛。理疗师需要在你分娩时陪在你身边。

其他疗法包括顺势疗法（使用稀释的材料来减痛）和草药疗法（来自植物）。

5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. 用于减轻产痛的另类疗法. *系统评价数据库* 2006, 发行 4. 文章编号: CD003521. 发行日期: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

## 什么是经皮神经电刺激？

- 一种温和的电流通过四个平板粘在你的背上。可以创造麻刺感。你可以自己控制电流的强度。
- 一般在分娩初期很有帮助，尤其是背痛。如果你租用一个经皮神经电刺激器，你可以开始在家使用。有些医院也会借给你一个。
- 经皮神经电刺激器不会对你的孩子有任何影响。
- 如果你只使用经皮神经电刺激来应对分娩，你很有可能在分娩后期需要使用其他方法来缓解疼痛。

## 什么是安桃乐（笑气止痛）和如何使用它？

安桃乐是由50%的一氧化碳和50%的氧气组成的气体。通常被告知为**笑气止痛**。

- 你通过面罩或吹嘴来呼吸安桃乐。
- 简单并且见效快，在几分钟内就能见效。
- 有时会导致你有轻微头痛或有一点不舒服一小段时间。
- 它不会伤害到你的孩子并且给你更多的氧气，对你和孩子都是非常好的。
- 它不会使你觉得完全不痛，但也会减痛。
- 你在分娩时可随时使用。

你可以控制安桃乐的用量，

**但是得到最好的影响必需要把时间设定好。**当你感觉宫缩要开始时应及时开始吸入安桃乐，你就可以让它完全起到作用当疼痛更厉害时。你不应该在宫缩时使用或长期使用，这会导致你头晕和引起刺痛。在一些医院，其他物质可能会加在安桃乐中使它作用更强，可能会导致你瞌睡。

## 什么是鸦片类药物（吗啡/杜冷丁/海洛因等）？

鸦片类药物是同一种止痛方式的止痛药。通常在分娩病房使用，包括吗啡，杜冷丁和海洛因（在英国用的越来越多）<sup>7</sup> 研究发现和杜冷丁相比女人注射海洛因后对止痛（疼痛缓解）更满意。<sup>8</sup>

鸦片类药物例子包括美普他酚，芬达尼和瑞芬太尼。

- 助产士通常会注射鸦片类药物到你的胳膊或大腿的大块肌肉里。
- 通常疼痛的缓解是有限的，你会在注射后的半小时里开始感到药效，药效会持续几个小时。
- 相比于安桃乐，鸦片类药物在减痛方面药力小一点。
- 尽管疼痛的缓解是有限的，一些妇女表示药物使她们感觉更放松并且减少她们对疼痛的担心。<sup>6</sup>
- 有些妇女表示她们对鸦片类药物的药效感到失望并且她们感觉失去控制。

6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. 吗啡或杜冷丁在阵痛作用上缺乏系统管理。 . 英国妇产科杂志 1996;103:968-972.

7. 土耳其 JP1, Prout RE, 肌肉注射鸦片类药物用于阵痛接生的妇产科: 英国实践调查. Int J Obstet Anesth. 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.

8. Wee MYK, 土耳其 JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDVIP trial: 两个中心随机对照 i.m. 海洛因和 杜冷丁用于分娩. International Journal of Obstetric Anaesthesia. 2012;21(S1) S15.

## 鸦片类药物（吗啡/海洛因/杜冷丁）有什么副作用？

- 他们可能导致你瞌睡。
- 他们可能导致你感到不舒服，但是通常会给你抗病药物来停止这个。
- 他们会延迟胃排空，如果你需要全身麻醉这将会是一个问题。
- 他们可能会放缓你的呼吸。如果这个发生，你会被戴上氧气罩并监视你的氧气量。
- 他们可能会放缓你的孩子的第一次呼吸，但你的孩子可以被注射一针帮他呼吸。
- 他们可能会导致你的孩子困倦，这表示他们不能正常的喂养（尤其是你用了杜冷丁）。
- 如果你在孩子出生前你使用了鸦片类药物，这对你孩子的影响是非常小的。

## 什么是静脉自控阵痛？

鸦片类药物也可以直接注射到静脉以让其更快的生效，使用一个带有按钮的输液管这样你就可以自己用按钮来控制剂量。如果医院没有或你不想要无痛分娩（一种注射在你背上的可以使下半身麻醉的药），一些医院会提供静脉自控镇痛。

当你感到你需要镇痛时静脉自控镇痛允许你给自己小剂量的鸦片类药物。你需要控制药量。为了安全，静脉自控镇痛会限制你使用的药量。然而，如果你使用静脉自控镇痛太长时间，一些鸦片类药物会积累在你的身体里，也许会对你和你的孩子有副作用。

在一些分娩诊所，你使用的静脉自控镇痛药叫做瑞芬太尼<sup>9,10</sup>。你的身体会很快分解瑞芬太尼，所以每一剂药效不会持续很久。这种药的药效非常大但是也会放慢你的呼吸，所以你的呼吸需要非常认真的检测。大约使用瑞芬太尼静脉自控镇痛的百分之二的女性需要停止使用，因为他们的呼吸放慢的太厉害<sup>11</sup>。呼吸放缓严重是很少见的，所以它是一个很严重的问题<sup>12</sup>

瑞芬太尼静脉自控镇痛对你孩子的影响非常小。

9 Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. 瑞芬太尼和一氧化碳在分娩镇痛的比较斯堪的纳维亚麻醉报告 2005; 49: 453-458.

10 Volikas I, Butwick A. 瑞芬太尼静脉自控镇痛对孕妇和新生儿的副作用. 英国麻醉学杂志 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. 在分娩中作为选择性无痛分娩的静脉自控镇痛。对使用短效鸦片类药物瑞芬太尼的质疑. 法国比利时的部分调查 (瓦隆大区和布鲁塞尔). Acta Anaesthesiologica Belgica 2009; 60: 75-82

12. Muchatuta NA, Kinsella M. 瑞芬太尼用于分娩镇痛: 呼吸麻醉时刻 2013; 68: 231-235.

## 什么是硬膜外麻醉？

硬膜外麻醉是最复杂的减痛方法，需要麻醉师来执行。麻醉师是受过专业训练的使用药物使你以睡着来减痛的医生。减痛手术可以是全身麻醉，硬膜外麻醉或脊髓麻醉。需要更多关于剖腹产麻醉的信息，请查询我们的“剖腹产常见问题”。

关于硬膜外麻醉的几个事实：

- 硬膜外麻醉是最有效的减痛方法。
- 做一个硬膜外麻醉，麻醉师会在你背的下方脊髓神经上叫硬膜外导管（一个非常细的导管）的地方插入一个针。硬膜外导管的左边是拔针的地方以致你在分娩时有止痛药。止痛药可以局部麻醉来麻木你的神经，小剂量的鸦片类药物，或两种的混合物。
- 硬膜外麻醉可能需要40分钟才能起效（包括把它放入你硬膜外导管和止痛药开始起作用的时间）。
- 硬膜外麻醉不会导致你困倦或 不舒服。
- 使用硬膜外麻醉会增加产科医生使用吸罐（在婴儿的头上使用吸盘）的几率或使用钳子来接生你的孩子。
- 如果你需要吸罐，钳子或剖腹产，硬膜外麻醉会是减痛的最佳选择。
- 硬膜外麻醉几乎不会对婴儿有任何影响。

### 什么是脊髓麻醉和脊髓硬膜外麻醉联合？

硬膜外麻醉起效慢，尤其是你在分娩后期才使用。如果止痛药直接进入你后背周围神经的液袋，他们会起效更快。这叫做脊髓麻醉。不像硬膜外麻醉，它是一次性没有导管的注射。如果硬膜外导管同时使用，就叫做脊髓硬膜外麻醉联合。

在一些医院，医生几乎给所有想要更强的止痛药效的女性脊髓硬膜外麻醉联合而不是只给硬膜外麻醉。而有的医院，脊髓硬膜外麻醉联合只给少数女性。

### 每个人都可以使用硬膜外麻醉吗？

大多数女性可以使用硬膜外麻醉，但是一些有药物隐患（比如脊柱裂，以前曾在背上做过手术或有凝血问题）的女性可能不适合此麻醉。找出是否能使用的最佳时间在分娩前。如果你有一个复杂且长时间的分娩，你的助产士和接生医生会建议你使用硬膜外麻醉以帮助你和你的孩子。

如果你过胖，硬膜外麻醉可能更难且需要更长时间来注入正确的地方。一旦注射进去并且开始起效，你会享受到所有的好处。



## 硬膜外麻醉的手术程序是怎样的？

首先，会在你的手或手臂的静脉中插入一根插管（很细的塑料管），同时还会给你打点滴（静脉液体滴注）——

在生产过程中你亦会因为其他原因接受静脉点滴，比如使用药物帮助加快产程或者缓解恶心症状。你的助产士会让你侧卧蜷曲身体，或者坐位身体前屈，这时你的麻醉师会对你的背部进行消毒处理。麻醉师接着会在你的皮下注射局部麻醉剂，这样硬膜外麻醉术通常就不那么疼了。硬膜外导管会被植入你的背部，靠近你脊椎的神经。麻醉师会非常小心避免刺破围绕脊髓周围的脊液腔，否则会引起术后头痛。因此你在麻醉师设置硬膜外导管的时候，一定要保持静止不动；不过硬膜外导管一经胶布固定位置，你就可以自由活动了。一旦硬膜外麻醉的导管设置完毕，你就可以通过它接受止痛药物了。通常来说，设置硬膜外麻醉需要二十分钟左右的时间，麻醉药物开始发挥止痛作用也需要二十分钟的时间。麻醉一旦开始产生作用，你的助产士就要定期给你测量血压。麻醉师会在你的腹部和腿部放置冰块或喷洒凉水，并询问你的感觉，以此确定硬膜外麻醉止痛药物是否作用于正确的神经上。

## 硬膜外麻醉导管植入后，要怎样才能使其持续有效？

在生产过程中，如果需要通过硬膜外导管输入额外的止痛剂量，你可以使用镇痛泵快速注入（补充药量）、慢速稳定输入的方法，或者使用硬膜外自控镇痛泵（PCEA）的方式。使用硬膜外自控镇痛泵的时候，你可以在需要的时候按下连在镇痛泵上的按钮自己输入所需剂量的镇痛药物。每家医院都会使用其中一种（或可能两种）方式来使硬膜外麻醉持续有效。

在每次补充麻醉之后，助产士都会定期测量你的血压，测量方式与植入硬膜外导管时一样。

## 什么是具行动能力硬膜外麻醉？

具行动能力硬膜外麻醉是指产痛减少，但是下肢并未十分麻痹，双腿也不觉无力的麻醉方式。硬膜外麻醉的剂量难以精确调整，所以如果你希望在宝宝产出时还能有感觉的话，生产过程中同时也会可能有不适的感觉。

## 硬膜外麻醉会对我的宝宝产生什么影响？

使用硬膜外麻醉不会影响孩子出生时的身体状况，<sup>1</sup>实际上新生儿的血液中不太可能会有酸液存在。

<sup>2</sup>生产中使用的硬膜外麻醉也不会增加母乳喂养的难度。<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.



## 硬膜外麻醉怎样在手术中让我保持舒适？

如果你需要剖腹产，通常会接受硬膜外麻醉而不是全身麻醉。在你的硬膜外麻醉导管中会注入一剂非常强的局部麻醉药物，这样手术时你的下半身会十分麻木。这对于你和你的宝宝来说都比全身麻醉更为安全。有时硬膜外麻醉的效果对于剖腹产手术来说不够有效。这个机率是二十分之一。如果这发生在你的身上，你可能还会需要另一种麻醉方式，比如：脊椎麻醉或全身麻醉。

如果你需要进行剖腹产，而之前并未接受硬膜外麻醉，则通常会对你使用脊椎麻醉，但使用的剂量会较自然生产中使用的局部麻醉药物剂量高。

有关剖腹产中使用硬膜外和脊椎麻醉的信息，请阅读我们剖腹产部分的常见问题解答。

## 使用硬膜外麻醉会不会提高剖腹产的几率或者造成术后背痛呢？

使用硬膜外麻醉并不会提高接受剖腹产的几率。

也不会提高长期背痛的几率。怀孕期间的背痛是非常常见的，通常会延续到产后。在硬膜外麻醉之后，你的背部会有一个痛点，可能会持续几个月的时间，但是不会提高长期背痛的几率。

## 接受硬膜外麻醉有什么风险？

- 在接受硬膜外麻醉的妇女中，有百分之一到二百分之一的人会有头痛现象（[链接](#)）
- 永久性的神经损伤在硬膜外麻醉术中是十分罕见的，大约是1：24,000（见[神经损伤常见问题解答链接](#)）
- 硬膜外麻醉效果可能不足够减轻产痛，因此需要使用其他减痛方式，大约八分之一的几率。
- 接受硬膜外麻醉生产中使用产钳的几率更高。
- 使用硬膜外麻醉生产中，第二产程（宫颈完全扩张）会加长，更可能会使用药物（催产素）来加强宫缩。
- 有更大可能发生低血压。
- 硬膜外麻醉发生作用时腿部无力。
- 你会有小便困难。可能会使用插入膀胱的导管（导尿管）进行排尿。
- 你可能会会有瘙痒反应。
- 你可能会会有低烧。

---

<sup>3</sup> 15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010 65: 145-153.

## 接受硬膜外麻醉怎么会使我头痛呢？

在大约一百名接受硬膜外麻醉的妇女中会有一个人发生脑脊液的蛛网膜被硬膜外穿刺的针刺穿（硬脊膜穿通）。如果发生在你的身上，若不经治疗在之后的几天或几周内都会有严重的头痛。如果你确实有严重的头痛的话，你的麻醉师会跟你讨论并建议可能的治疗方案。（更多详情请参阅我们的‘硬脊膜穿通后’宣传单）

### 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 GJ, 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 ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. [DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3]
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. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.
8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDVIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.
9. 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.
10. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanil PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanyl. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75–82
12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanyl for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013; 68: 231–235.
13. 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.
14. 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: 1344-135310A.
15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010 65: 145-153.
16. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; 312: 1384-1388.
17. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 522-526.
18. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.
19. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; 58: 1114-1118.
20. 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.
21. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 183-188.
22. 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.
23. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 109-120.
24. Major complications of central neuraxial block: Report on the 3rd National Audit project of the Royal College of anaesthetist. 2009. RCOA

该常见问题解答是由“产科麻醉协会下属母亲需知小组”撰写的。

该下属小组的成员包括

坡娃 马卡妮医生（主席）

伊安 伦奇医生（秘书长）

莎赫伊 绍德瑞夫人（客户代表）

玛丽 穆莎比医生（麻醉师顾问）

克莱儿 坎德利尔医生（皇家妇产医生学院代表）

盖尔 约翰逊（皇家助产士学院代表）

希拉里 斯维尔斯医生（麻醉师顾问）

斯摩瑞蒂 塞尔（外界理事）

在此我们也要向致力于前期版本的理事会成员表示感谢。

- 你可以在我们的网站上找到有关剖腹产麻醉和其他信息，以及多种不同语言的翻译和词汇表
- 你也可以在国家生育信托基金会的网站上获取缓解产痛的相关信息：[www.nct.org.uk](http://www.nct.org.uk)，或查询助产士信息及资源服务（MIDIRS）的网站：[www.infochoice.org](http://www.infochoice.org)
- 我们与皇家麻醉师学院还共同制作了更多有关硬膜外麻醉的信息，包括“硬膜外麻醉及脊柱麻醉术后头痛”和“与硬膜外麻醉和脊柱麻醉注射相关的神经损伤”。你可以从下面网站的链接下载：[www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf](http://www.rcoa.ac.uk/docs/hesa.pdf) or [www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf](http://www.rcoa.ac.uk/docs/nerve-spinal.pdf)

OAA 秘书处

电话：020 76318883

电邮：[secretariat@oaa-anaes.ac.uk](mailto:secretariat@oaa-anaes.ac.uk)

网址：[www.labourpains.com](http://www.labourpains.com)

产科麻醉师协会 2013

第四版 2013 七月

感谢无国界慈善机构提供此翻译版本



使用硬膜外麻醉缓解产痛的风险

风险类型	发生几率	普遍性
瘙痒	根据不同的药物和剂量，从三分之一到十分之一不等。	常见
血压严重下降	五十分之一	偶发
不能足够缓解产痛，因而需要其他方式减痛  不能足够缓解剖腹产引起的疼痛，因而需要全身麻醉	八分之一到十分之一          二十分之一	常见          偶发
严重头痛	百分之一（硬膜外麻醉）    五百分之一（脊椎麻醉）	不常见
神经损伤  (腿或足部局部麻痹，或单侧腿部无力)   副作用持续超过六个月	暂时性一千分之一到二千分之一    永久性一二万四千分之一	较罕见          罕见
脑膜炎    硬膜外麻醉或脊椎麻醉入针处脓肿（感染）   硬膜外麻醉或脊椎麻醉入针处血肿（血块）	十万分之一    五万分之一    十六万八千分之一	极罕见          极罕见    极罕

<p>因为脓肿或血肿造成的严重损伤，包括瘫痪（截瘫）</p>	<p>十万分之一</p>	<p>见  极罕见</p>
<p>大剂量局部麻醉药物意外注入脊柱血管</p> <p>大剂量局部麻醉药物意外注入脑脊液，导致呼吸困难及非常罕见的意识丧失</p>	<p>十万分之一</p> <p>二千分之一</p>	<p>极罕见</p> <p>较罕见</p>

已发表的文件中提供的信息并未列出这些风险的准确数据。上述数据均为估计数据，可能与不同医院的数据不符。