

產痛 ≠ 慘痛

Labor Pain is not Equal to Suffering

■ 高美玲 RN,PhD, 國立台北護理學院護理助產研究所教授兼所長
張靜宜 RN,MSN, 三軍總醫院護理部副護理長

前 言

生產是婦女生命中具有重大意義但卻又充滿挑戰的事件，其間交織著生命誕生的喜悅及生產過程中所面臨的疼痛、不適與不確定感(陳，1998)。Simkin (1995) 指出對婦女來說生產疼痛是一生最痛的事情，而且是將為人母、家屬及產科醫護人員在待產中的第二大關心議題(最大關心議題為母子的健康與安全)。疼痛的定義為：一種在感官及情緒上不愉快的經驗，通常與現存的或是潛在性的組織受損有關(Montes-Sandoval, 1999)。在聖經中，夏娃因為蛇的引誘而偷吃生命樹的果子，神說：「我必多多加增你懷胎的苦楚；你生產兒女必多受苦楚。(創三：16)」因而，似乎生產疼痛成為女人在待產時不可解除的咒詛。然而，生產疼痛一定等於慘痛嗎？在聖經中亦提及：「婦人生產的時候就憂愁，因為他的時候到了；既生了孩子，就不再記念那苦楚，因為歡喜世上生了一個人」(約十六；21)；顯然，在經過生產的疼痛後，婦女仍可享受疼痛後的喜悅，然而，這秘訣又在何處？除了提摩太前書二章15節所提：「女人若常存信心、愛心，又聖潔自守，就必在生產上得救。」，身為護理人員及家屬，能為待產的婦女作些什麼呢？本文除了介紹生產疼痛的機轉，並以另一個角度思索生產疼痛的意義，及介紹醫護人員及家屬在照護待產婦女的一些非藥物性減痛方法，僅以此文獻給天下偉大的媽媽們，期許在大家的努力下，讓生產回歸到它的本質—充滿尊嚴與能量。

生產疼痛的機轉

Nichols 與 Humenick (2000) 及 Jiménez (1998) 將待產疼痛分為慢性／急性(chronic versus acute)及不連貫／強直(episodic versus tonic)兩種，如：侵犯皮膚的疼痛(cutaneous pain)，乃發生在局部真皮層、感覺刺骨強直，就像第二產程會陰的疼痛；出自內心深處的疼痛(visceral pain)：出現在內臟層，感覺非局部性刺骨的隱隱作痛，可能強直的不連貫，如子宮收縮、便秘、脹氣；當第二產程時陰道及會陰受牽扯為軀體的疼痛(somatic pain)(周、何、孫、林、黃，2004)。

生產時疼痛的傳導路徑乃由子宮的感覺纖維沿著交感神經系統路徑，子宮頸神經叢到骨盆神經叢(下腹的神經叢)，經由中間的神經叢到下方腰胸的交感神經鏈及到脊髓(通過第十、十一、十二胸椎及第一腰神經)。另外經由生殖道穿越外生殖器神經到後面的第二、第三、第四薦骨神經(Nichols & Humenick, 2000)。第一產程的感覺神經是由第10~12胸椎及第一腰椎神經(T10~L1)接受體，將痛覺傳遞至中樞系統；第二產程的痛覺神經下降至第2~4薦椎神經，傳遞陰道會陰受牽扯的疼痛，陣痛以第一產程後期肚臍以下腹部最痛，第二產程的痛覺傳到會陰肛門處，並伴有便意(周等，2004)。

疼痛門戶控制理論(gate control theory)乃是由 Melzack 和 Wall 於1965年提出，而 Melzack 和 Casey 於1968年說明：經由神經傳導的機轉所形成的疼痛經驗是由許多不同層面的系統所組成，包括有感覺

辨別系統、情感動機系統與中樞控制系統：由於關節接受器比疼痛傳送訊息快，故在門戶控制理論中建議由刺激搖擺及走路移動來轉移疼痛。

Nichols及Humenick(2000)則認為疼痛乃是因為子宮缺氧至血流供應大大地減少，假若子宮在收縮之間沒有充分地放鬆，血流可能達不到子宮而使疼痛加劇；子宮頸收縮而同時拉緊及施壓於子宮頸神經節造成疼痛(猶如臟器、身體的、神經壓擠痛)；另外收縮(traction)於輸卵管、卵巢、腹膜猶如錐心的疼痛；收縮及拉緊子宮韌帶猶如身體的疼痛；而加壓在尿道、膀胱及直腸，甚至擴張骨盆會陰部肌肉時有可能是臟器(visceral)、身體(somatic)或神經壓擠痛。

生產疼痛的意義

一、疼痛與苦痛

學者對疼痛(pain)的定義為一種在感官及情緒上不愉快的經驗，通常與現存的或是潛在性的組織受損有關(Montes-Sandoval, 1999)。而苦痛(suffering)則包含四大特徵(1)身體及/或精神上受到威脅；(2)無助、失控、受壓迫；(3)沒有能力因應壓力情境；及(4)害怕母嬰死亡(Lowe, 2002)。兩者的區別在於：疼痛多半與身體組織的受傷有關，但苦痛卻不一定有身體組織的損傷；另外，兩者都可以藉由一些方法來減少疼痛及苦痛，例如：人際關係、佈置溫馨的環境、增加對疼痛的認知、舒適技巧、鼓勵、支持等。因此，學者認為待產婦女可能會經歷疼痛，但卻可以透過專業人員的協助免去苦痛(suffering)；然而，婦女也有可能是在待產過程中沒有很大的疼痛，卻因為醫護人員的不友善對待，而造成極大的苦痛，甚或是生產創傷(birth trauma)(Beck, 2004)。

二、生產疼痛的意義

意義治療大師Frankl(1992)曾說：人肯為意義而死，也會為意義而生。只有參透為何，才能迎接任何。對於面臨的苦楚、不適、煎熬、災難，可以用另一種眼光看待，看事情的眼光不同(換個鏡

片)，相對地，該情境對於當事人就產生了不同的意義，我相當欣賞「溫柔生產」書中對生產疼痛(PAIN)的另一番詮釋(The meaning of labor pain)(Harper, 1994/2006)：

(一)P(Pain)為一

- 目的(purpose)：意味著有好事將近。
- 準備(prepare)：促使我們瞭解生產即將開始，因此可以做好準備。
- 喜悅(pleasure)：待產時釋放腦內啡可以創造出令人愉快的感受，而能愉快的遇見我們的小孩。
- 保護(protective)：釋放良好的壓力荷爾蒙來幫助母親與小孩。
- 進展(progress)：表示待產與生產有進展。

(二)A(pAin)為一

- 期望(anticipated)：知道它即將來臨且能準備好等待它。
- 警覺(alerting)：持續的給我們有關於發生什麼事的訊息。
- 結盟(ally)：促進回饋圈來加速生產的進展。
- 察覺(awareness)：指引我們作調整來促使產程進展。
- 令人敬畏的(awesome)：它教導我們，我們是有多麼的堅強與充滿能量。

(三)I(paIn)為一

- 週期性(intermittent)：產程中，僅有1/4的收縮期，3/4的時間為休息期。
- 本能(instincts)：生產過程中或之後，本能持續的被增強。
- 強烈的吸引(intense focus)：生產之後會將深切的注意力轉移到小孩身上。
- 衝擊的經驗(impacting experience)：刺激我們母嬰連結的行為。
- 投入(invovement)：照護與保護母親和小孩的人的投入。

(四)N(paiN)為一

- 正常(normal)：是一個為婦女身體所量身打造的功能。
- 自然(natural)：為生殖器官的生物過程。

- 新生活 (new life)：小孩的降臨與轉換身份成為父母親。
- 滋養 (nurturing)：生產是給予的行動，並使我們與小孩連結。

醫護人員對生產應有的 認知及照護行為

在二十世紀以前，婦女多半於家中生產，然而，隨著醫療科技的進步，婦女開始在醫院生產，以台灣為例，約有99.9%的婦女選擇在醫療機構及由醫師協助生產，這固然略略地增加了生產的安全性，但卻也普遍地讓婦女失去對自己能力的信心，並認定生產過程為一病理過程（必定會有危險，非自然的生理現象），所以需要醫療的干預（如：剪會陰、禁食、禁止下床走動、持續性胎兒監視等），以減少生產過程中的任何意外（郭，2005）。

然而，這些過渡的醫療介入（註：筆者並非反對醫療介入，而是必須適當，並且經過知情同意），會帶來什麼後果？我們是否有依據最佳實證的結果來照護個案？根據Cochrane的資料庫彙集有關「懷孕與生產期有效護理」（Effective Care in Pregnancy and Childbirth）的文獻中發現，過渡的醫療介入不僅無益於生產結果（甚至有些還造成反向的生產結果），而且還增加醫療成本，更糟的是讓婦女失去掌控自己生產過程的能力（Enkin, 1995）。

美國倡導水中分娩的學者Harper（1994/2006）認為心靈與身體的結合在懷孕及生產期間最為明顯，若我們愈能將生產與生命聯繫在一起，我們便愈能看出能量與身心關係的影響。生產是個大好時機，讓我們可以探索、檢驗自身，並體驗生命的創造力。她建議婦女藉由營造溫柔生產來面對生產，這能讓生產的疼痛不再是苦痛。

一、書寫生產計畫書

夫妻應該在懷孕前即思考想要的生產方式（如：自然生產、讓我下床、可以淋浴、不剪會陰、不要灌腸等）、生產地點及接生的人員，事先將這些寫成生產計畫書，並與醫護人員事先溝通，以達成共

識。面對醫師時，你可以詢問下列的問題（若進一步想瞭解生產計畫書，建議可參考「溫柔生產」一書）：

1. 你對懷孕生產的看法為何？你贊成待產中下床、淋浴、不剪會陰、不灌腸…嗎？
2. 你會來替我接生嗎？如果你來不及為我接生，誰是替代人選？
3. 我先生在整個生產過程中可否陪產？他可不可以斷臍、攝影…？
4. 醫院是母嬰親善認證合格的醫院嗎？生產後，我可以馬上抱孩子嗎？我可以純餵母乳…嗎？

二、獲得持續性分娩支持

正常分娩時，體內荷爾蒙會改變以因應生產，特別是catecholamines的分泌會增加，以啟動母親與寶寶「戰或逃」（fight/fright）的反應。然而，分娩若成為孤軍奮戰、恐懼，充滿壓力，則會使catecholamines的分泌更增加，導致子宮收縮變差，分娩時間延長（Harper, 1994/2006）。Hodnett等（2002）以臨床隨機實驗針對400多位待產婦女，比較有無獲得分娩支持對生產結果的影響性，結果發現產婦分娩時有人陪伴、按摩、情感上的支持與鼓勵，在分娩的時間比較短。一項針對專業陪產員（doula）的研究中亦顯示陪產員可以減少減痛分娩使用率、縮短分娩時間、減少止痛藥使用率，有較佳的新生兒出生結果（Campbell, Lake, Falk, & Backstrand, 2006）。

三、學習非藥物性減痛方法

大部分的麻醉性藥物都會經過胎盤而造成胎兒負面的影響，包括中樞神經受損、感覺及運動反應受損、對外界刺激降低，吃奶、吸吮及覓食反射受干擾等（Riordan, 2005）。另外，藥物也導致婦女因為無法藉由移動、身體反應來因應胎兒的姿勢轉移，因此必須藉由醫護人員告知何時應該用力、如何推出寶寶，且會影響分娩的時間，相對地使用器械性分娩的機率也高出沒有使用藥物性減痛法的婦女（Harper, 1994/2006）。分娩時可以運用一些方法來減輕疼痛，例如：下床走動、經常改變姿勢，國立台北護理學院護理助產所利用抗力球及文獻中利於分

娩的姿勢，發展了一套「待產期生產球運動」，並運用於待產婦女，發現在產程進展及減輕疼痛方面，具有相當大的成效(張、高，2006)。另外，藉由淋浴與泡澡，或是採水中分娩，都有助於降低產婦對醫藥的需求。而在分娩中若有清柔的音樂，有人搓揉與按摩、陪伴與握手，經常給予鼓勵讚美，告訴她：「你能辦得到(You can do it!!)」，相信婦女就能對自己生產的能力信心十足，相對地就不再選擇以藥物及麻醉的方式來度過疼痛的產程；而婦女在待產過程中若獲得足夠的愛、受到照顧，那麼與新生兒的情感聯繫也會提昇，就更能照顧自己的寶寶。

結 語

生產是一個健康的生理過程，它可能也可以是疼痛的，然而，婦女透過孕育過程，卻促使婦女成熟、體驗上帝造人的奧秘的機會，它在我們的生命中佔有相當大的意義，除了能影響婦女的情緒、身體與精神方面，亦影響著孩子的生活及其他家人。因此，締造一個優質的溫柔生產環境，實為醫護人員相當重要的工作。🙏

參 考 文 獻

- 周雨樺、何美華、孫瑞瓊、林淑玲、黃樹欽 (2004)·分娩的過程·於余玉眉總校閱，*產科護理學*(三版，226-233頁)·台北：新文京。
- 郭素珍(2005)·人性化生產·*護理雜誌*，52(3)，21-28。
- 陳素賢(1998)·*姿位護理方案對分娩婦女疼痛感受及自我效能之效果*·未發表的碩士論文，高雄醫學大學護理研究所。
- 張靜宜、高美玲(2006)·運用生產球協助婦女待產之經驗·*護理雜誌*，53(3)，98-103。
- Harper, B. (2006)·*溫柔生產—充滿愛與能量的美妙誕生*(蔡永琪譯)(一版)·台北：新自然主義。(原著出版於1994)
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M., & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trail of continuous

- support in labor by a lay doula. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35, 456-464.
- Enkin, M. W. (1995). Effective care in pregnancy and childbirth: The Cochrane pregnancy and childbirth database. *Journal of Perinatal Education*, 4(4), 23-35.
- Frankl, V. E. (1992). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy* (4th ed.). Boston: Beacon Press.
- Hodnett, E. D., Lowe, N. K., Hannah, M. E., Willan, A. R., Stevens, B., Weston J. A., et al. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(11), 1373-1381.
- Jiménez, S. (1998). Assessment: The key to effective pain management. *Journal of Perinatal Education*, 7(1), 35-38.
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5)Suppl, S16-24.
- Montes-Sandoval, L. (1999). An analysis of the concept of pain. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 935-941.
- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. In D. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-443). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Melzack, R., & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: New theory. *Science*, 150(699), 971-979.
- Nichols, F. H., & Humenick, S. S. (2000). *Childbirth education: Practice, research and theory*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Riordan, J. (2005). *Breastfeeding and human lactation* (3rd ed., pp. 232-233). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Simkin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress in labor: A guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth*, 22(3), 161-171.