

Țaulean Cristina, Jubîrcă Svetlana, Pancu Viorica
MANAGEMENTUL NEMEDICAMENTOS AL DURERII ÎN TRAVALIULI
IMSP Institutul Mamei și Copilului

SUMMARY

NON-DRUG PAIN MANAGEMENT IN LABOUR

Key words: labour, pain, non-drug management

Background. *The pain that women experience during labour is affected by multiple physiological and psychosocial factors and its intensity can greatly vary. The labour pain has been reported to be the most severe pain that a woman experiences in her lifetime. Most women in labour require pain relief.*

A wide range of pain management methods are used by women during childbirth. Commonly, these include non-pharmacological interventions (hypnosis, biofeedback, intracutaneous or subcutaneous sterile water injection, immersion in water, aromatherapy, relaxation techniques (yoga, music, audio), acupuncture or acupressure, manual methods (massage, reflexology), transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)) and pharmacological interventions (inhaled analgesia, opioids, nonopioid drugs, local anaesthetic nerve blocks, epidural and intrathecal injections of local anaesthetics or opioids, or both).

Conclusions. *During pregnancy, women should be told about the benefits and potential adverse effects their babies and on themselves of the different methods of pain control.*

Most methods of non-pharmacological pain management are non-invasive and appear to be safe for mother and baby.

Overall, women should feel free to choose whatever pain management they think would help them most during labour. Also, women who choose non-drug pain management shouldn't hesitate, if needed, to move onto a drug intervention.

РЕЗЮМЕ

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

Ключевые слова: Роды, боль, немедикаментозные методы обезбоживания

Справочная информация: *Боль, которую испытывают женщины во время родов, зависит от множества физиологических и психосоциальных факторов, и ее интенсивность может сильно различаться. Боль во время родов, является самой сильной болью, которую испытывает женщина на протяжении всей жизни. Большинство женщин в родах требуют облегчения боли.*

Женщины во время родов могут использовать широкий спектр методов обезбоживания.

Обычно они включают нефармакологические вмешательства (гипноз, биологическая обратная связь, внутритрикожная или подкожная стерильная инъекция воды, погружение в воду, ароматерапия, методы релаксации (йога, музыка, аудио), акупунктура или акупрессура, ручные методы (массаж, рефлексология), чрескожная электрическая стимуляция нервов TENS) и фармакологические вмешательства (ингаляционная анальгезия, опиоиды, неопиоидные препараты, блокада крупных нервных стволов, эпидуральные и интратекальные инъекции местных анестетиков или опиоидов),

Выводы. *Во время беременности женщинам следует рассказывать о преимуществах и потенциальных неблагоприятных последствиях для себя и своего ребенка различных методах обезбоживания.*

Большинство немедикаментозных методов обезбоживания являются неинвазивными и безопасными для матери и ребенка.

В целом, женщины могут выбрать, какой метод обезбоживания им помогает больше всего во время родов.

Женщины, которые выбирают немедикаментозные методы обезбоживания во время родов, должны знать что если необходимо, они могут перейти на лекарственное вмешательство.

Cuvinte cheie. travaliu, durere, metode non-farmacologice.

Actualitatea problemei. Durerea în naștere este probabil cea mai severă durere experimentată de o fe-

meie pe parcursul vieții. Pentru fiecare gravidă travaliul reprezintă un moment de activitate fizică intensă, de stres, iar modul de a percepe durerea este o reflecție a circumstanțelor emoționale, cognitive, sociale și

culturale ale gravidei. Intensitatea durerii în travaliu și naștere variază de la o femeie la alta, iar fiecare naștere a unei femei poate fi diferită.

Scop și obiective. Evidențierea mecanismelor durerii în travaliu și a metodelor non-farmacologice de management ale acesteia.

Materiale și metode. Am efectuat un review al literaturii de specialitate referitor la metodele non-farmacologice utilizate pentru reducerea durerii în travaliu.

Rezultate și discuții.

Nașterea este însoțită de durere cu un caracter intermitent, ritmic și se suprapune contracției uterului. La începutul travaliului contracțiile uterine sunt rare, slabe ca intensitate, scurte ca durată și sunt însoțite de durere ușoară. Pe măsură ce nașterea progresează, contracțiile își intensifică durata, frecvența, intensitatea și sunt însoțite de dureri puternice.

Cervixul este locul de unde pornesc stimulii nociceptivi aferenți. Cu progresarea nașterii, cervixul se dilată împreună cu segmentul inferior, corelându-se cu severitatea durerii. Receptorii de durere se găsesc în formă de terminațiuni nervoase senzitive, care răspund calitativ doar la stimuli dureroși specifici. Durerea se sesizează doar atunci când presiunea intrauterină depășește 20-30 mmHg și nu se simte între contracțiile uterine.

Fibrele nervoase aferente, care transmit impulsurile dureroase, includ fibre senzitive viscerale (tip C, nemielinizante viteza de conducere lentă 0,5-2 m/sec) și somatice (tip A-delta mielinizate cu viteza de conducere 6-30 m/sec), care pornesc bilateral din cervix, traversează țesutul paracervical, baza ligamentului larg, plexul hipogastric inferior, mijlociu și superior, însoțind fibrele nervoase simpatice [12].

Durerea are diferite localizări anatomice în timpul travaliului și nașterii.

În prima perioadă a nașterii (perioada de dilatare) durerea apare în timpul contracțiilor uterine și este viscerală sau sub formă de crampe, cu origine în uter și cervix, fiind produsă de distensia țesuturilor și dilatare. În această fază durerea este transmisă prin nervii spinali Th10-L1. durerea poate iradia în peretele abdominal, regiunea lombo-sacrală, crestele iliace, regiunea gluteală și coapse.

În perioada a II-a a nașterii (perioada de expulzie) durerea apare din distensia vaginului, perineului și planșeului. În această fază durerea este transmisă prin nervii pudendali și spre măduva spinării prin rădăcinile nervoase S2-S4. Întinderea ligamentelor uterine este caracteristică celei de-a doua perioadă a travaliului. Această durere este o combinație între forma viscerală a contracțiilor uterine, întinderea cervicală și durerea somatică prin distensia vaginului și perineului [9, 12].

Durerea în travaliu și naștere se resimte în mod diferit. Modelul durerii poate fi diferit la nulipare com-

parativ cu multiparele. Nuliparele acuză o durere senzorială mai severă în prima perioadă a nașterii. Poziția adoptată de femeie poate afecta semnificativ percepția durerii. Travaliul indus medicamentos este mai dureros comparativ cu cel spontan.

Metodele de suport în travaliu:

1. metode nemedicamentease;
2. suport emoțional;
3. suport informațional/instrucțional;
4. metode medicamentoase [3, 6].

Poziții în travaliu și naștere

Poziția aleasă de cadrele medicale este cea ginecologică sau litotomia dorsală, care este incomodă pentru parturientă, exercită presiune pe coccis, conduce la o deschidere pelvină mică, forțează gravida să împingă împotriva gravitației, crește presiunea pe perineu, crește presiunea pe vasele de sânge ce asigură aportul sanguin uterin și ca urmare limitează circulația sanguină către făt, ca urmare apare un ritm fetal accelerat.

Poziții comode pentru parturientă și făt, benefice travaliului și procesului de expulzie sunt:

- poziția laterală stângă;
- poziția verticală;
- poziția ghemuit;
- rezemată pe spate sau aplecată;
- dans lent;
- poziția așezat pe scaunul de naștere, minge;
- poziția în genunchi și palme [8].

Tehnici de respirație

Se începe cu respirația lentă: două inspirații, de fiecare dată când se efectuează o respirație. Când se utilizează respirația lentă ar trebui ca parturienta să se afle la jumătatea ritmului normal de respirație. Închideți ochii și inspirați până la numărul 4 prin nas și expirați prin gură. Parturienta va încerca să folosească o focalizare, care ar ajuta-o să orienteze atenția de la durere spre obiectul real sau imaginea din mintea sa (de ex. o persoană apropiată) Se utilizează respirația rapidă: pe măsură ce contracțiile uterine devin mai intense, poate fi necesar trecerea la respirații scurte și superficiale pentru a trece peste durerile mai intense. Fiecare parturientă trebuie să găsească propriul ritm care o va ajuta să se simtă confortabil [3, 6].

Endorfinele

Killerii naturali ai durerii sunt endorfinele produse de glanda pituitară (epifiza), în timpul evenimentelor stresante sau în momentele de durere intensă.

Triggerii secreției acestora sunt unele alimente: ciocolata, ardeii iuți și proceduri ca: masajul, acupunctura [12].

Masajul

Este una din tehnicile preferate de reducere a durerii în timpul travaliului și nașterii. Masajul în naștere are ca efect creșterea nivelurile de endorfine, serotonină, dopamină și reduce nivelurile de norepinefrină și cortizol. Oboseala parturientei se reduce, mușchii spasmați se relaxează, crește rezistența fizică, se re-

duce anxietatea și femeile tolerează durerea mai ușor. Masajul facilitează crearea unei relații de încredere între parturientă și moașă [10, 12].

În timpul contracției, partenerul de naștere își mută mâinile până la nivelul feselor și taliei (în timpul respirației femeii) și apoi le mișcă spre exterior.

În continuare partenerul mută mâinile mai jos efectuând mișcări line. Aceste mișcări sunt utile în durerile lombare ale parturientei.

Masajul poate fi extins pe întreg spatele, ținând mâinile pe fiecare parte a coloanei vertebrale. Acest masaj se face lent și cu mișcări ușoare după fiecare contracție pentru a ajuta la relaxare.

Masajul în regiunea toracică și omoplați: se efectuează atunci când se utilizează și un aparat pentru stimulare TENS cu aplicare la nivel lombar (când nu este posibil un masaj în regiunea lombară).

Presiunea sacrală: se masează cu palma sau cu pumnul în direcția acelor de ceasornic sau în sens invers.

Masajul pentru picioare ajută la respirație și relaxare, dacă nu este posibil un masaj de spate (de ex. aparat TENS) [10].

Stimulare nervoasă electrică transcutanată (TENS)

Două perechi de electrozi sunt atașați în regiunea Th10-L1. Stimularea electrică de intensitate joasă, aplicată continuu parturientelor o dată cu debutul contracțiilor uterine regulate. Blocarea transmiterii impulsului în fibrele aferente ce emerg de la uter spre măduva spinării și facilitează eliberarea de endorfine [3, 4, 7].

Mingea de gimnastică anti-spargere

Aflarea pe o minge de gimnastică încurajează o mișcare naturală de legănare și rotire a pelvisului și poate ajuta fătul să coboare prin canalul de naștere.

Poziția parturientei pe minge facilitează travaliul.

Mișcarea ușoară pe minge reduce durerea contracțiilor, iar partenerul poate masa spatele parturientei [5].

Împachetări calde sau reci

Pernele calde (termică) sau reci (cu gheață) aplicată în regiunea lombară poate atenua durerile de spate [11].

Hidroterapia

Scufundarea în apă caldă suficient de adânc pentru a acoperi abdomenul femeii este o metodă de relaxare. Temperatura apei trebuie să fie de 35-37 grade. Cercetările internaționale au demonstrat că utilizarea hidroterapiei pentru ameliorarea durerii în timpul travaliului nu este asociată cu riscuri pentru parturientă și nou-născut. Nu există limită de timp pentru aflarea în apă caldă, parturienta poate sta cât dorește [1].

Aromaterapia

Uleiuri esențiale în travaliu: lavanda, trandafir, uleiuri de citrice (cum ar fi cel de mandarină), jasmîn, mușcate, piper negru, smirnă, ghimber, imortele.

Se evită: nucușoara, care poate avea efecte halucinogene; rozmarin - crește tensiunea arterială, salvie, care poate provoca hemoragiile uterine; boabe de ienupăr, care poate afecta rinichii.

Uleiurile esențiale se inhalează, se utilizează în timpul masajului sau se adaugă în apa caldă.

Moleculele inhalate sunt transmise prin sistemul olfactiv spre creier, care reglează emoțiile parturientei.

Aplicate extern pe piele uleiurile esențiale sunt absorbite în circulația sanguină [9, 11].

Suport psiho-emoțional

Internarea parturientei în sala de naștere trebuie efectuată într-un mod prietenos și binevoitor, confidențial și politic. Moașa este persoana ce încurajează, convinge parturienta că actul nașterii este ceva normal și firesc.

Persoana de suport – se poate afla cu gravida în salonul de travaliu, dacă acesta este prevăzut pentru o singură pacientă. Aceste saloane sunt numite „saloane de parteneriat la naștere” și oferă posibilitate persoanei de suport să fie împreună cu gravida până la naștere, în timpul acesteia și 2 ore după naștere.

Persoana de suport poate ajuta gravida să respire corect, îi poate masa spatele, îi amintește despre necesitatea de a se relaxa, oferă sentimentul de securitate [2, 3, 11].

Concluzii.

1. Parturientele pot să aleagă modalitate de gestionare a durerii în travaliu și cele care aleg metodele non-farmacologice pot solicita în caz de necesitate o intervenție medicamentoasă.

2. În timpul sarcinii, gravidele trebuie informate despre metodele de gestionare a durerii în travaliu și despre beneficiile și potențialele riscuri ale acestora. Metodele non-farmacologice de management ale durerii în naștere sunt neinvazive și sigure atât pentru parturientă cât și pentru făt.

3. Este importantă adaptarea metodelor utilizate pentru reducerea durerii în travaliu necesităților, dorințelor, prejudecăților individuale ale parturientei.

Bibliografie.

1. Benfield R. D. Hydrotherapy in labor. Journal of Nursing Scholarship 2002;34(4):347–52.

2. Cho S. H., Lee H., Ernst E. Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2010;117 (8):907–20.

3. Gallo R.B.S., Santana L.S., Marcolin A.C., Duarte G., Quintana S.M. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. Journal of Physiotherapy 2018; 64: 33–40.

4. Gentz B.A. Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. Clinical Obstetrics and Gynecology 2001; 44(4):704–32.

5. Hau W.L., Tsang S.L., W. et al. The use of birth ball as a method of pain management in labour. Hong Kong J Gynaecol Obstet Midwifery, 12 (2012), pp. 63-68

6. Huntley A.L., Coon J.T., Ernst E. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;191(1): 36–44.

7. Jones L., Othman M., Dowswell T. et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

8. Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G.J., Dowswell T., Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Sao Paulo Med J*, 129 (2011), p. 362

9. Leeman L., Fontaine P., King V., Klein M.C., Ratcliffe S. The nature and management of labor pain: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician* 2003;68(6):1109–12.

10. Silva Gallo R.B., Santana L.S., Jorge Ferreira C.H. et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *J Physiother* 2013, 59: 109–116.

11. Simkin P.P., O'Hara M.A. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186(5):131–159.

12. Wunsch M.J., Stanard V., Schnoll S.H. Treatment of pain in pregnancy. *Clinical Journal of Pain* 2003;19(3):148–55.

© Rodica Catrinici, Alina Varzari, Diana Mitriuc

Rodica Catrinici, Alina Varzari, Diana Mitriuc
FACTORII DE RISC ȘI PARTICULARITĂȚILE DE EVOLUȚIE A SARCINII POSTTERMEN
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 1*

SUMMARY

RISK FACTORS AND PARTICULARITIES OF EVOLUTION OF POSTTERM PREGNANCY

Key words: postterm pregnancy, risk factors

The post-term pregnancy remains a current problem, due to the large number of complications occurring during childbirth and the increased rate of obstetric interventions due to this pathology. The study on the thesis was performed retrospectively discriminative and its purpose was to determine of the risk factors and the evolutionary particularities in the post-term pregnancy. Anamnestic-clinical data and pregnancy evolution have highlighted the following risk factors for post-term pregnancy: primiparity – 66,3% ($p < 0,001$), delayed menarche 54,0%, irregular menstrual cycle – 59,4% ($p < 0,001$) and ($p > 0,05$), aggravated gynecological and obstetrical anamnesis – 45,46% ($p > 0,05$), extragenital anamnesis – 57,2% ($p > 0,05$). Natural childbirth – 83,8% ($p < 0,001$), caesarean section – 16,2% ($p < 0,001$).

РЕЗЮМЕ

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ ПЕРЕНОШЕНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ключевые слова: переносная беременность, факторы риска

Переносная беременность остаётся актуальной проблемой из-за большого числа осложнений, возникающих во время родов и из-за увеличения частоты акушерских вмешательств, обусловленных данной патологией. Исследование было ретроспективным описательным, главной целью которого явилось определение факторов риска и особенностей течения переносной беременности. Клинико-анамнестические данные и течение беременности выявили следующие факторы риска переносной беременности, как: первые роды (первородящие) – 66,3% ($p < 0,001$), позднее менархе – 54,0%, нерегулярный менструальный цикл – 59,4% ($p < 0,001$) и ($p > 0,05$), осложненный акушерский и гинекологический анамнез – 45,46% ($p > 0,05$), экстрагенитальный анамнез – 57,2% ($p > 0,05$). Роды через естественные родовые пути встречались в 83,8% ($p < 0,001$), а кесарево сечение – 16,04% ($p < 0,001$) случаев.