

無痛分娩マニュアル

1. インフォームドコンセント

- ① 「分娩の説明・同意書」（別添文書参照）等説明を外来で行う。
- ② 生じうる合併症としては、頭痛、背部痛、出血、感染、神経損傷（お産が原因のこともある）などを説明する。
- ③ 局所麻酔薬中毒やくも膜下誤注入についても説明し、少量分割注入で重篤な結果は回避できると説明して安心も提供する。
- ④ 完全な無痛ではなく、痛みの軽減が実際の目標であることを理解してもらう。
- ⑤ 硬膜外無痛分娩中も軽食や水分摂取ができることを説明する。

2. 麻酔範囲

- ① 分娩第Ⅰ期はT10からL1の範囲の痛覚をブロックし、分娩第Ⅱ期はS2からS4の範囲をさらに遮断する必要がある。

3. 硬膜外鎮痛

- ① ルート確保
- ② バイタル測定
- ③ L2/3 もしくはL3/4 椎間より硬膜外カテーテルを挿入（4 cm 程度硬膜外腔に留置される様、頭側に向けてカテーテルを進める。深すぎると片効きになりやすく、浅すぎると抜ける可能性があるため）
- ④ 硬膜を穿破した場合は、椎間を変えて再挿入する。その場合は、少量分割注入の間隔を通常より長く（2 分程度）あける。
- ⑤ 薬剤注入前にはカテーテルを吸引し、血液や髄液が吸引できないことを確認する。
- ⑥ 1%キシロカイン2mlをカテーテルより注入する。
 1. 注入する都度、血管内への注入を考える所見（耳鳴、金属味、口周囲のしびれ感等）や、くも膜下腔への注入を考える所見（両側下肢が急に運動不能となる等）がないことを確認する。
 2. 異常所見を認めた時点で、以後の局所麻酔薬注入を止め、人工呼吸と局所麻酔薬中毒治療（別途）の準備をする。
 3. 血圧低下に対しては、ネオシネジン 1 A+生理食塩水 9 mlのうち 1 ml静注にて対処する。
 4. T10 までの痛覚消失が得られたら、持続硬膜外注入を開始する。
 5. 20 分ほどしても鎮痛効果が現れない場合は、麻酔範囲を評価する。
 - ① 麻酔効果が全く得られていない場合は、硬膜外カテーテルを入れ換える。
 - ② 麻酔効果が得られているが、T10 に及んでいない場合は、経過観察か0.2%アナペイン 5 ml+生理食塩水5ml を追加する。

6. 間欠的硬膜外注入

① 0.2%アナペイン80ml+生理食塩水80ml、合計160mlをPCA ポンプを使用しPIBモードでポース6ml/hで開始。

②痛みの強い時は0.2%アナペイン80ml+生理食塩水80ml+フェンタニル4ml、合計164mlとする。

③硬膜外無痛分娩中は、軽食、好きな体位で過ごし、少なくとも2時間ごとにバイタル測定をし効果と副作用の有無を確認する。

- 特に、カテーテルのくも膜下迷入による下肢運動不能、カテーテル血管内迷入による鎮痛効果消失や中枢神経症状（前記）、カテーテル神経刺激による放散痛の有無に注意する。

④ 痛みが取れないときは、痛みの程度と分娩進行度により以下を実施

1) 0.2%アナペイン5ml+生理食塩水5mlをワンショット（硬膜外）15分後に血圧測定をする。

2) 1%キシロカイン5mlをワンショットし（硬膜外）15分後に血圧測定
それでも効果がない時は

3) 1%キシロカイン10mlをワンショットし（硬膜外）15分後に血圧測定

⑤ 3時間ごとを目安に導尿。

⑥ 以下の場合に担当医コール。

- 痛み、下肢運動不能、低血圧、胎児心拍数異常、そのほか産婦の訴え

7. 分娩第II期の管理

① 努責のタイミングをうまくとれない場合は、陣痛計や触診を用いながら分娩介助者が努責のタイミングをコーチングする。

② 分娩第II期が遷延したり、NRFS などでは、持続硬膜外注入を減らしたり止めたりする。

8. 分娩後

① 分娩様式、アプガースコア、臍動脈pH を分娩記録に記入する。

② 児娩出が終了したら持続硬膜外注入を終了する。

③ 帰室前に硬膜外カテーテルを抜去し、先端欠損がないことを分娩記録に残す。

④ 帰室時は起立性低血圧や下肢運動麻痺の残存により転倒リスクがあることに注意する。

⑤ 随時、神経障害や頭痛がないことを確認して、診療録・看護記録に記載する。

9. その他の麻酔方法

①分娩室入室後、6. ④の1)～3) の効果がなく痛みが続く場合は、腰椎麻酔を考慮していく。

1) 腰椎麻酔はマーカイン0.5%1ml+生理食塩水1mlで実施し、速やかに分娩とする。