

## 【無痛分娩管理マニュアル】

### 1. 目的

- 1) 陣痛の痛みをできるだけ取り除くことで緊張や恐怖を軽減し、母児双方に負担のない分娩すること。
- 2) しかし、完全に痛みをとってしまうと陣痛がなくなり分娩停止となるため、完全に痛みをとるのではなく、「痛みがやわらく」ことを目標とする。

### 2. 対象者

- 1) ご本人およびご家族が無痛分娩をご希望されている方

### 3. 無痛分娩が可能な条件

- 1) 正期産の方 (37 週 0 日～41 週 6 日)
- 2) 胎児推定体重が 2500g 以上の方
- 3) 胎児心拍数/波形が正常の方
- 4) 極度の肥満がない方
- 5) 流行性の感染症 (コロナ・インフルエンザなど) がない方
- 6) 同意書に記載されている疾患やアレルギーがない方
- 7) 妊娠後期の採血検査で凝固因子異常がない方

### 4. 無痛分娩の方法

- 1) 硬膜外麻酔のみを用いた疼痛緩和
- 2) 365 日 24 時間対応
- 3) ご希望により「オンデマンド無痛分娩」「計画無痛分娩」「お守り無痛分娩」より選択

### 5. インフォームド・コンセント

- 1) 無痛分娩オンラインクラス (麻酔科医・助産師担当) を妊娠 30 週 6 日までに受講して頂く。
- 2) 無痛分娩 (お守り無痛分娩含む) をご希望する場合は、妊娠 35 週前後の妊婦健診時に、無痛分娩説明書をお渡しし産婦人科医より説明をする。
- 3) 無痛分娩 (お守り無痛分娩含む) ご希望される場合は、同意書に署名をして提出して頂く。

### 6. 硬膜外麻酔を担当する医師

- 1) 硬膜外カテーテル挿入は原則として麻酔科医が行う。

### 7. 分娩を担当する医師

- 1) 無痛分娩管理に習熟した産婦人科医が担当する。

### 8. 硬膜外麻酔カテーテルを挿入する場所

- 1) 原則として LDR で行う。

### 9. 分娩誘発・促進を行う場所と設備

- 1) 無痛分娩の薬剤投与開始後は、原則として LDR とする。
- 2) 胎児心拍数陣痛図を測定する分娩監視装置 (CTG 装置) を常備し、母体の血圧・脈拍数・SpO2 を常時測定可能な状態とする。

3) 昇圧剤・抗麻薬剤・子宮弛緩剤・抗アレルギー剤などの必要薬剤と蘇生キットを、直ちに用意できる状態とする。

## 10. 無痛分娩開始のタイミング

1) 陣痛の回数、陣痛の強さ、分娩進行のスピード、内診所見、およびご本人の希望するタイミングなどを総合的に判断して、無痛分娩を開始するタイミングを決定する。

## 11. 硬膜外麻酔カテーテルの挿入方法

- 1) 側臥位にて自動血圧計および SpO<sub>2</sub> モニター装着を行う。
- 2) 皮膚消毒はイソジン消毒液を用いるが、アレルギーなどで困難な場合はクロルヘキシジン消毒液を用いる。
- 3) 局所麻酔は原則として 1%キシロカインを用いる。
- 4) 原則として L3/4 で穿刺を行うが、穿刺困難な場合は L2/3 か L4/5 で行うことがある。
- 5) カテーテル挿入後、1%キシロカインまたは 0.5%キシロカインを 1~3ml 硬膜外腔に注入し、血圧や心拍数、呼吸数などのバイタルサインを確認する。
- 6) 続いて、分娩進行の状況に応じて、1%キシロカインまたは 0.5%キシロカインを 5~10ml 硬膜外腔に追加注入し、知覚鈍麻が得られた範囲を確認する。
- 7) 疼痛コントロール・分娩の進行に応じ、シユアヒューザーでの薬剤持続投与を開始する。
- 8) シユアヒューザーの薬液組成は下記を基本とするが、状況に応じて麻酔科医の判断で調整をする。

シユアヒューザー基本薬液組成：0.2%アナペイン 20ml+生理食塩液 20ml+フェンタニル 2ml  
シユアヒューザー規格：持続注入量 4.2ml/hr・PCA 投与量 2.0ml・ロックアウトタイム 30分

- 9) 効果が全く得られない場合や明らかな片効きの場合は、カテーテルの位置を調整するか留置をやり直す。
- 10) 未陣発で先にカテーテル留置をした場合は、30分程度分娩監視装置を装着し、バイタルサインを観察した後、3階居室へ帰室する。

## 12. 無痛分娩を中断するタイミング

以下の場合、薬剤投与量の調整や薬剤投与を一時中断する

- 1) お腹の張りが全くわからない場合
- 2) 足が全く動かせない場合は、
- 3) 母体の血圧低下、SpO<sub>2</sub> 低下など全身状態に著変をきたした場合
- 4) 胎児心拍の低下を繰り返す場合
- 5) その他、麻酔科医・産婦人科医が無痛分娩を継続することで安全な分娩ができないと判断した場合

## 13. 急変時対応

### 1) 高位・全脊髄くも膜麻酔

- ・硬膜外麻酔中止
- ・麻酔用マスクを装着し 100%酸素で用手換気。(アンビューバッグの場合は 15L/分で)
- ・可能なら気管内挿管
- ・ラクテック点滴全開
- ・低血圧に対して頭低位
- ・エフェドリン 5~10mg 静注
- ・子宮左方移動
- ・徐脈に対してアトロピン 0.5 mg 静注

### 2) 局所麻酔薬中毒

- ・硬膜外麻酔中止
- ・麻酔用マスクを装着し 100%酸素で用手換気。(アンビューバッグの場合は 15L/分で)
- ・可能なら気管内挿管
- ・20%イントラリポス 1.5ml×体重kgワンショット静注、その後 1.5ml×体重kg/時で点滴静注
- ・痙攣：ラボナール 100 mg、セルシン 5～10mg 静注、ミダゾラム 2～5 mg
- ・ラクテック点滴全開
- ・低血圧に対して頭低位
- ・エフェドリン 5～10mg<sup>4</sup> 静注
- ・子宮左方移動
- ・徐脈に対してアトロピン 0.5 mg静注

### 3) アナキラフィシーショック

- ・被疑薬の中止あるいはラクテックス製品の排除
- ・硬膜外麻酔の中止
- ・麻酔用マスクを装着し 100%酸素で用手換気。(アンビューバッグの場合は 15L/分で)
- ・子宮左方移動
- ・ $\beta$ 2 刺激薬吸入
- ・抗ヒスタミン薬静注
- ・ステロイド静注
- ・アドレナリン筋注 (0.5 mg)
- ・ラクテック点滴全開

### 4) 意識消失、ショックバイタル、CPA、呼吸困難・停止の場合

- ・麻酔科医、産婦人科医を直ちに連絡、院内緊急招集
- ・硬膜外麻酔の中止
- ・気道確保 (エアウェイ、下顎挙上など)、点滴全開、酸素投与、AED 準備
- ・子宮左方移動
- ・スーパー母体救命コール