

無痛分娩マニュアル

担当職員（特に麻酔管理者）に向けて

麻酔を行う前に確認する事項

当院の硬膜外麻酔禁忌に該当しないこと、診療録を閲覧し産婦特有のリスクの有無を確認。出産歴、内診所見を確認し、適切な麻酔方法を選択する。

<禁忌>

- 初診時のBMIが28kg/m²以上
- 出血傾向・血液凝固異常（抗凝固薬内服中の方、HELLP症候群、血友病など）
- 感染症（穿刺部位や敗血症などの全身感染症）
- 麻酔薬のアレルギー

麻酔導入のタイミング

初産婦	基本的にはオンデマンド（自然陣痛初来後に麻酔導入）で行う。前期破水や予定日超過の症例では先行して陣痛促進剤を開始してから麻酔導入する。症例によるが、麻酔を導入するタイミングは「子宮口4cm」を目安とするがその他の内診所見や産婦のリクエストも加味して総合的に判断する。
経産婦	基本的には計画分娩。先行して陣痛促進剤を開始してから麻酔導入となる。経産婦は初産婦に比して進行が早いため「子宮口4cm」に固執せず産婦のリクエストがあれば早めに麻酔導入可とする。

硬膜外穿刺

感染対策	職員、産婦ともに帽子、マスクを必ず着用する。
体位	側臥位（左右は担当医師による）、座位で穿刺する場合もある。
穿刺部位	L3/4 の穿刺を原則とする。脊椎超音波を行う場合がある。
硬膜外腔の確認方法	抵抗消失法で行う（生理食塩水を使用、空気は原則使用しない）。
カテーテル留置長	頭側に 4～5cm 留置する。
吸引試験	髄液や血液の逆流の有無をしっかりと確認する。
テストドーズ	1%キシロカイン 3ml を投与する。
バイタル測定	麻酔導入開始時～15 分後は 2.5 分間毎。 15 分後～30 分後 5 分間毎。 30 分後～15-30 分間毎。

初期鎮痛

吸引試験を行ったのち、①を基本として担当医の判断で分割投与する。

- ① 0.2%アナペイン 5ml+フェンタニル 1ml (50 μ g) +生理食塩水 4ml(計 10ml)
- ② 0.2%アナペイン 5ml+生理食塩水 5ml (計 10ml)
- ③ 0.2%アナペイン 10ml

分娩の進行具合により①～③を選択する。

※分割投与は 5ml ずつ、3～5 分間隔で患者を観察しながら投与する。

鎮痛の維持

初期鎮痛後は CADD-Solis(smiths medical 社)を使用した PIEB(Programmed Intermittent Epidural Bolus)モードで鎮痛管理を行う。

<鎮痛薬の組成>

0.2%アナペイン 40ml+フェンタニル 4ml(200 μ g) +生理食塩水 56ml(計 100ml)

(0.08%アナペイン+フェンタニル 2 μ g/ml)

<PIEB のモード設定>

ボーラス間隔	45 分間
間欠ボーラス	6ml
PCA ドーズ	6ml
ロックアウトタイム	15 分間

突発痛への対応

「突発痛対応マニュアル」を参照。

無痛分娩中の過ごし方

経口摂取	固形物は禁止。清涼飲料水（水、茶、スポーツドリンク）は可とする。 （ただし、帝王切開が予想される場合は絶飲食とする）
安静度	歩行は原則禁止。
排泄	2~3 時間ごとに導尿を行う。夜間は尿道バルーンを留置する。
モニタリング	CTG、血圧、心拍数、SpO ₂ モニターを装着する。

分娩後、カテーテル抜去

分娩終了時点で S 領域まで良好な鎮痛が得られている場合は PIEB を中止する。分娩 2 時間値の出血量が問題ないことを確認したら硬膜外カテーテルは抜去する。抜去後はカテーテルの先端を必ず確認し、ガーゼ付きフィルムを貼付する。創部裂傷の再縫合などの処置が必要になるかもしれない場合は、硬膜外カテーテルは留置しておいても良い。不要と判断した時点で可及的速やかに抜去する。

緊急時の対応（麻酔科コール基準）

- ・ Bromage（ブロメージ）スケール 2（他資料参照）
- ・ ブロックレベル（コールドテスト）が Th4 以上
- ・ 全脊髄くも膜下麻酔を疑う症状、局所麻酔中毒の初期症状が出現