

硬膜外産痛緩和マニュアル

【適応】

- ・経産婦、正期産のみ
- ・低リスク

<除外基準>

BMI>35、血液凝固異常や抗凝固止血薬の内服、脊椎疾患（椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、手術歴、重度側弯）、その他重症合併症妊娠

【外来】

- ・症例の選択は産科医師の判断（助産師外来があれば連携して判断）
- ・産痛緩和可能と判断された患者のみ、後期健診以降に麻酔科外来受診とする（採血検査で血算、凝固のデータが出ていることが前提）
- ・レントゲン撮影は現時点（2025.4月）では全例撮像
- ・外来で麻酔方法、合併症、絶食期間について説明
- ・緊急帝王切開の可能性や産痛緩和当日に分娩できなかった場合（1回麻酔を行うと料金が発生する）には中止もありうることを説明
- ・説明内容に同意していただける患者にのみ同意書を渡す（病名：硬膜外産痛緩和、処置内容：分娩誘発 と記入）
- ・同意書は持ち帰ってもらい、入院日に提出するよう説明
- ・外国人の場合は日本語が理解できる（家族でも可）ことが前提。合併症の説明を重点的に。
- ・硬膜外産痛緩和可能かの最終判断は麻酔科医師、外来時に懸念事項がある場合は毎週水曜日 14 時 4C 病棟で行われている多職種カンファで情報共有

【分娩当日の流れ】

<事前準備>

- ・前日夜以降絶食、当日は清涼飲料水のみ可能
- ・朝 8 時 30 分に無痛分娩用 LDR へ移動
- ・仰臥位（場合により子宮左方移動）でバイタルサイン測定
- ・静脈路確保（20G 以上） ヴィーン F500ml を維持量で開始
- ・産科医師の診察後指示で側管からアトニン点滴開始

<麻酔方法>

- ・右側臥位になり穿刺体位をとる（麻酔科が来ていなければコール）
- ・穿刺部位は L2/3 or L3/4(L4/5 は再穿刺用に残しておく）
- ・基本的には硬膜外麻酔で、カテーテル挿入（4cm アップ）後、テストドーズ 1%キシロカイン 2-5ml 投与し、背中を擦らないようにして仰臥位
- ・テストドーズの効果が出ているタイミングで尿バルーン挿入を検討

<麻酔開始>

- ・産科医師の判断で疼痛コントロール開始
- ・人口破膜を行う際はそれによる児心音低下に注意
- ・トップアップ（0.25%マーカイン） 3ml ずつ 9-12ml 少量分割投与。投与毎に吸引テストを行う。血圧低下に注意する。

分娩Ⅰ期はL1-Th10まで、Ⅱ期はS2-4の疼痛管理が必要

- ・ヴィーン F250ml-500ml/h（もしくは全開）で血圧低下防止する
- ・輸液1本終了後は 80-120ml/h で持続投与（適宜調整可）
- ・血圧測定は、無痛開始～30分まで 2分毎
30分～60分まで 15分毎
60分～ 30分毎
- ・血圧低下時は輸液負荷に加えて、昇圧薬の投与を検討（エフェドリンが第一選択薬）
- ・硬膜外に鎮痛薬投与後 30分で痛みの評価。T10まで鎮静が得られたら、持続硬膜外注入を開始する。組成は以下のどちらかとする。

<0.1%ポプスカイン>（基本メニュー）

0.25%ポプスカイン	40ml
フェンタニル	4ml
生理食塩水	56ml

<0.0625%ポプスカイン>（運動障害が強く出現する場合）

0.25%ポプスカイン	25ml
フェンタニル	4ml
生理食塩水	71ml

持続流速：10ml/h(MAX 15ml/h まで)

PCA:4ml（1hに4回まで）

ロックアウトタイム:15分

- ・ 30 分後有効な鎮痛を得られない場合は再穿刺を検討
- ・ 安定したと判断したら麻酔科医は離れてよい。call 基準参照

<分娩時>

- ・ 分娩体位を取る前に必ずコールをもらう
- ・ コールされたら分娩前に S 領域を評価し、足りなければ鎮痛薬の追加投与(1%キシロカイン 5-10ml) or 脊髄くも膜下麻酔の追加を考慮

- ・ 胎盤娩出後硬膜外麻酔投与中止
- ・ 分娩後 1 時間後に出血量 500ml 以下であれば硬膜外カテーテル抜去
(出血多ければカテーテルは抜かずに帰室。翌日の血算・凝固検査をみて産科医に抜去を依頼する)

<記録について>

- ・ 分娩経過はパルトグラム (簡潔でよい)
- ・ 無痛分娩サマリーをカルテに記載する (持続硬膜外の組成も明記する)