

無痛分娩（看護マニュアル）

手順	留意点・根拠
<p>＜外来＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 初期助産師外来で経産婦に医師より無痛分娩について説明を受けたか確認。説明あり、希望の場合は「無痛分娩をご希望の方へ」パンフレットを配布する。 掲示板に記入する。医師はエントリーをリストに記入する。 2. 12週、24週助産師外来で無痛分娩の希望の有無を確認し、希望の場合は「無痛分娩をご希望の方へ」パンフレットを配布する。 24週バースプランの説明時、無痛分娩に対する希望をバースプランに記入していただくように説明する。 3. 初期以降無痛分娩希望の場合も掲示板に無痛分娩希望であることを記載する。 4. 34-35週後期助産師外来時にバースプラン確認実施。無痛分娩に関する希望を確認。バースプランの取り込み実施する。医師に無痛分娩希望であることを伝える。医師は36週の麻酔外来の予約、レントゲン、採血のオーダーを入れ、検査を実施してもらう。 5. 麻酔科医師は36週の麻酔外来で無痛分娩の説明、同意書について説明し、入院時同意書を持参して頂くように説明する。 6. 麻酔外来のあとに助産師が無痛分娩教室を実施する。（当面は個別） 7. 妊娠37週から内診でビショップスコアを確認し、熟化が認められれば、誘発日が決定され、入院の予約が入る。入院日は誘発分娩の前日とする。 8. 無痛分娩外来は当面、原則水曜日 11:00～12:00（15分）・各1名4枠とする。 <p>＜入院時＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無痛分娩の同意書、陣痛促進の同意書、緊急CSの同意書、急速遂娩の説明書確認をし無痛分娩の意思を確認する。 2. バイタルサイン測定実施。 3. 医師の診察後分娩監視装置を装着し胎児心拍に異常がないことを確認する。 4. 医師は入院時診察をする。 5. 医師と麻酔医・担当助産師と共同し分娩方針についてカンファレンス実施し、記録に残す。 6. 医師が使用する薬剤をオーダーする。 7. 「無痛分娩をお選びの方へ」をお渡しし説明をする。当日0時より禁食、飲水はお茶・水・清涼飲料水のみとなることについて説明する。 <p>＜麻薬処方箋取り扱い＞</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 前日に麻薬処方箋オーダーを産科医師が実施。 ② 前日に薬剤部へ麻薬処方箋を持参し薬剤を取りに行く。 ③ 麻薬処方箋と薬剤を麻薬金庫へ保管する。 	<p>禁忌患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血液凝固能障害（$Plt < 10$ 万、$PT-INR > 1.5$ APTT50秒以上延長 ・重症妊娠高血圧症 ・局所麻酔アレルギー ・感染症 ・神経疾患 ・脊椎疾患（側湾症） ・BM30以上は要相談 <p>*非妊娠時より+15kgはNG *検査費用13000円</p> <p>・無痛分娩希望の患者は34-35週に後期助産師外来を実施（36週に麻酔外来実施のため、最終意思確認及びバースプランの確認を実施するため）</p> <p>・無痛分娩リストは医師が管理する 「無痛分娩ノート」へ</p> <p>・部屋の準備をする。 必要物品の準備・作動確認を実施する。</p> <p>・麻酔カートは57号室前廊下へ （2件併用の場合は57号と58号室の間へ）</p>

手順	留意点・根拠
<p>④ 使用時は麻薬処方箋と薬剤を一緒に取り出し同一トレーで管理する。使用後麻薬処方箋に使用量、残量を記入。薬剤部に返却する。</p> <p>＜硬膜外カテーテル挿入時＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 部屋の準備（作動・物品含む）を確認する。 2. 57号室入室前にPCAポンプの乾電池を入れ、作動確認をする。 3. 6時に57号室に移動。分娩衣装着後分娩監視装置装着、バイタルチェック、血管確保をする。 医師の診察後指示で側管からアトニン点滴開始。メインルートからヴィーンF500mlを維持で開始する。 4. ベットサイドモニターで心電図、SP02モニター、持続血圧モニター開始する。カテーテル固定までバイタル測定2分間隔で開始。（夜勤者） 穿刺時には感染予防のため（帽子・ゴーグル）の着用をする。 3. 防水シートを敷き、産婦を右側臥位とし、右側臥位で補助する。 麻酔担当医が硬膜外カテーテルキットを開く。クロルヘキシジン消毒液2本用意、小カップに生食20mlを入れる。医師が刺入部消毒後、1%キシロカインシリンジにカテラン針23G使用し局所麻酔。 4. 医師がL2/3もしくはL3/4椎管より4～5cm頭側に留置。硬膜穿破した場合は椎管を替えて再挿入。薬液注入は2分以上開けてから実施。硬膜外カテーテル挿入する。挿入後背部にテープ固定を実施する。 5. カテーテル固定後、仰臥位に戻しバイタルサインに異常がないか確認する。 6. 穿刺部位・硬膜外腔到達距離・カテーテル留置長・吸引テスト結果・放散痛の有無・しびれの有無・痛みのスケール(NRS)・血圧・心拍数・SP02・子宮口・児頭下降度・アトニン流量・麻酔高(R/L)・流速(ml/h)投与量をパルトグラムに記録する。 7. カテーテル挿入後は抜去予防のため、バルーンカテーテル挿入しベットの上で過ごす。 <p>＜硬膜外麻酔薬使用時＞</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 子宮口が5cm開大し、または月経痛より少し強いぐらいの痛みを感じ始めた頃、麻酔薬使用開始のため麻酔担当医に連絡する(産科医師の判断で早く始めることは可能)。 2. ヴィーンF250ml-500ml/h（もしくは全開）で血圧低下防止する。 3. 医師は硬膜外薬液注入前の吸引テストを2.5mlor5mlシリンジで血液・髄液の逆流濃霧を確認する。 4. 硬膜外薬注入：ポプスカイン0.25%注バック250mlから20ml神経麻酔用シリンジで左右側臥位で3mlずつ3回（合計9ml）注入し、10分後に痛みを評価（有効な場合10分以内にNRS<3となる）。片効きのときはカテーテルを1～2cm抜き再度薬液を注入する。 バイタルサイン測定。 無痛開始30分まで 2分毎 	<p>・オーバーテーブルで清潔やを確保する（麻酔科医）</p> <p>・ルートは3連のOPE用ルートを使用</p> <p>・前回分娩時分娩所要時間が短時間の場合は、硬膜外カテーテル挿入後医師の指示でアトニン点滴を開始する。</p> <p>・目標麻酔域 両側T10以下 冷感テスト</p> <p>・無痛分娩時はフルモニターで監視する。</p> <p>・痛みのスケール NRS で評価 →NRS3/10以下</p> <p>・運動遮断の評価 Bromage（ブロメージ）スケールで判定↓ 0：運動神経遮断なし 1：膝を曲げられる 2：足首は動く 3：足首も動かない →2以上は減量を検討（努責不可）</p> <p>・分娩進行が緩徐な場合、午前中に人工破膜実施。人工破膜実施前に吉田医師に報告。麻酔効果評価。麻酔評価後に人工破膜を実施する。</p> <p>・麻酔担当医への報告は産科医師が実施</p> <p>・必要に応じて5～15分毎に再投与（血中濃度は約10分で最高となり約40分で半減する）</p>

手順	留意点・根拠
<p>無痛分娩開始から 30 分から 60 分まで 15 分毎 無痛開始 60 分から 30 分毎 15 分ほどは妊婦から離れず観察する。血圧・心拍数・SPO2・意識レベルを確認。カルテに記載する。 異常時は局所麻酔薬注入中止、酸素投与、気道確保、救急カート準備、応援要請。</p> <p>5. 血圧低下に対しては子宮左側移動、輸液投与実施。</p> <p>6. 硬膜外麻薬注入後 30 分後の痛みの評価で T10 まで鎮静が得られたら、医師が持続硬膜外注入を開始する。 無痛分娩中は側臥位とし、30 分毎に効果と副作用に有無を確認。体位変換、内診を実施する。バイタルサインは 60 分以降は 30 分ごとに実施する。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耳鳴り、金属味などの中枢神経症状、神経刺激による放散痛有無の観察を行う。</p> <p>7. 30 分後に鎮痛効果がない場合 ① 鎮痛効果はあるが T10 に及んでいない場合 麻酔科医へ報告 ② 鎮痛効果は全くない場合はカテーテルの入れ替えを行うか硬膜外麻酔の中止を検討となる。</p> <p>8. 16 時まで分娩が進行していない場合はオキシトシン点滴中止、PCEA の中断とする。</p> <p>＜無痛分娩終了後＞</p> <p>1. 胎盤娩出後硬膜外麻酔投与中止。 2. 全身清拭後にカテーテルを医師に抜去してもらい、先端欠損がないことを確認。記録実施する。 3. PCA ポンプの乾電池をはずす。 4. バイタルサインに異常がないこと、下肢異常がないことを確認し初回歩行を行う。</p> <p>＜記録＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・分娩経過はパルトグラム ・1-2 時間毎に痛みのスケール・麻酔のレベル・運動遮断・硬膜外カテーテル穿刺部の確認はパルトグラムの観察項目を右クリックし、観察項目を入力し記入する。 ・バイタルサインはパルトグラムに記入する。(現在は反映しないため) 	<ul style="list-style-type: none"> ・記録はタイムリーに実施する。 ・分娩遷延または努責が上手くできない場合は持続硬膜外注入液を 2-4ml/h 減らしたり、中止し努責を促す。 ・胎児モニタリング波形に注意。 ・破膜時・子宮口全開大・分娩体位を取る際に麻酔科コール。 ・膀胱留置カテーテルは分娩時の妨げになるため、分娩体位を取る直前に抜去する。 ・出血量 500ml 超える際は医師（産科・麻酔科）報告 ・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。

2024/07/01 作成

2024/07/28 改訂

2024/11/20 改定

2024/12/25 改定