

無痛分娩

目的：分娩による痛みを和らげること

適応条件：①本人の同意が得られ同意書がある事（外来にて36週までに確認）

- ②胎児が母体外生活可能であること
- ③経膈分娩可能であること（GMにて通過性を確認）
- ④母体が分娩に耐えられること
- ⑤母体が分娩準備状態であること
- ⑥十分な分娩監視ができること
- ⑦Epi挿入は平日の日勤帯でしか行わない
- ⑧薬剤注入は医師が行うこと

使用物品：

【カテーテル挿入時】

硬膜外麻酔用カテーテルキット、5ccシリンジ1本、キシロカインポリアンブル1本、イソジン消毒液、ステリ(緑)、テガダーム大、テガダーム小、固定用ワーデル、ハイポエタノール、黒マジック、Dr用滅菌手袋(6.5or7.0)

【薬剤投与時】

携帯用ディスポーザブル注入ポンプ、50ccシリンジ（神経麻酔分野用：黄色）、10ccシリンジ（神経麻酔分野用：黄色）、神経麻酔用採液針（黄色）、フェンタニル2A、0.25%ポプスカイン、生食100ml

手順	留意点	根拠
① 本人の希望があり、妊娠中に医師より説明を受け、同意書がある事を確認する。 ② ラクテック500mlにて20Gルートキープを行う。 ③ CTGモニター装着。 ④ 血圧計、SPO2を用意する。 ⑤ 医師が開いたカテーテルキット内のカップにキシロカイン、イソジンを準備する。 ⑥ 患者に左側臥位または座位になってもらい背中を丸めるような姿勢になってもらう。 ⑦ カテーテル挿入が安全に行えるよう介助する。	頸管熟化子宮口開大が認められておりGMにて通過性が確認できていること。 医師の指示を確認する。	麻酔開始後の血圧低下に備えて点滴準備を行う。

⑧ カテーテル挿入できたら、固定の介助を行う。 ⑨ 挿入部位、初回投与量、ボーラス投与の有無、持続投与開始の有無と流量を確認する。 ⑩ 血圧測定を 5 分おき、30 分間測定する。 ⑪ 副作用の有無、CTG モニター監視を引き続き行う。 ⑫ 持続投与開始後は 1 時間おきに血圧測定を行い、Spo2 の継続モニタリング開始。持続投与開始時にラクテックも投与しているか確認、投与していなければラクテック投与開始。 ⑬ 持続投与開始後、分娩第 2 期まで長時間経過する予測であれば膀胱留置カテーテルを挿入する。挿入したら日時と何 Fr かを尿バックと固定テープに記入する ⑭ 児娩出後速やかに Epi の流速を 0ml/h にする。足おろし後医師に抜去依頼する(必ず 2 時間値までに抜去する)	使用麻酔薬のプロトコール参照 子宮口全開大時に抜去する	副作用(アナフィラキシー、全脊髄くも膜下麻酔、局所麻酔薬中毒)の早期発見に努める。
--	---	--

【局所麻酔薬中毒について】

原因：カテーテルの血管内迷入によって麻酔薬（Na チャネルブロッカー）の血中濃度が上昇し、神経伝達を抑制することで起こる。

症状：※局所麻酔薬の血中濃度に依存して重症化していく。

耳鳴り、味覚異常（鉄の味）、多弁、興奮、呂律困難、せん妄症状、痙攣、意識消失、不整脈、呼吸停止、心停止

初期対応：速やかに局所麻酔薬の投与を中止、応援要請

心電図装着、救急カート準備（心肺蘇生に対応できるように）

治療：Lipid rescue の実施

→①イントラリポス輸液 20%を 1.5ml/Kg（100ml）を 1 分かけて投与

②0.25ml/kg/分（1000ml/時）で持続投与開始

③5 分後、循環改善が得られなければ再度 1.5ml/Kg（100ml）を投与するとともに持続投与

④さらに、5 分後に再度 1.5ml/kg（100ml）を投与（ボーラス投与は 3 回が限度）

⑤循環の回復・安定後もさらに 10 分間は脂肪乳剤の投与を継続すること

痙攣に対しては気道確保（必要であれば呼吸補助）と抗痙攣薬（セルシン＝ホリゾ

ン) 使用する。

【注意事項】

分娩時は発汗や体勢変更等でテープが剥がれやすくなったり、自然抜去しやすいため
適宜テープ固定の確認やライン整理をする必要がある。

参考文献：改訂第2版図表でわかる無痛分娩プラクティスガイド 村越毅 2022

2023.12.20 更新