

無痛分娩一連の流れ

- 朝病棟へ行き状況確認
- 助産師に**指示書(青色)**を渡す
- PHS(****)を所持する(産科麻酔医師室)
- 産科医・助産師と**ミーティング(8時50分)**
- 1時間ごとに状況確認しながら待機
- 患者から鎮痛希望が出たら、産科医・助産師と話し合った上で**硬膜外鎮痛開始**
- 1時間ごとに**麻酔レベルチェック**
- 待機中は総監督指示によりプレラウンドなどを行う
- 分娩
- 物品の処理
- 硬膜外カテーテル抜去(産後出血など血液凝固系が悪化する病態がないことを確認した上で、を産科医に依頼してもよい)
- ERGA終了
- チェックシート、ポンプを***に提出

無痛分娩マニュアル(PIB)

朝8時までには病棟へ行き、状況確認

- * 内診所見、子宮収縮薬、患者評価

担当助産師に自分の連絡先を伝えておく

- * 青の指示書に記載欄あり

指示書は、陣痛室前室にあります。助産師さんが準備してくれています。

指示書はなくなったら、**** (PHS ****) に印刷を依頼してください。

院内では、無痛専用PHS:****を携帯。
(指示書には番号記載済み)

17時以降の欄に
1st当直医(****)、
2nd自分の名前を記載

麻酔開始タイミングのミーティング(8:50 陣痛室前室)

- * 麻酔科・産科・助産師の3者で

痛みが出てくるまで、観察しつつ待機

- * 1時間ごとに様子を確認する。
- * 電子カルテ上でもCTGは確認できます。

<CTGの確認方法>

電子カルテを開く

参照のタブを開く

項目の一番下にCTG履歴およびCTGリアルタイム項目あり

上から2番目と3番目にCTGリアルタイムとCTG履歴項目あり

痛みが出るまでは待機

術前診察
術後診察
食事交代 など...

無痛分娩管理中も、可能な範囲で行います。
総監督へ連絡し、指示に従ってください。

痛み(生理痛より少し強いくらい)がでたら...

無痛の希望が出たら、産科医・助産師と相談し麻酔開始！
鎮痛希望時と硬膜外穿刺直前の

NRS とビショップスコアを ERGAに記載

ビショップスコア

	0	1	2	3
下降度	sp - 3	sp - 2	sp - 1, sp ± 0	sp + 1 より下降
開大度 (cm)	0	1 ~ 2	3 ~ 4	5 以上
展退度 (%)	0 ~ 30	40 ~ 50	60 ~ 70	80 以上
硬 さ	硬	中等度	軟	
位 置	後	中央	前方	

合計13点満点

9点以上 子宮頸管成熟

8点 分娩誘発可能

4点以下 頸管未成熟

麻酔の準備

薬剤（麻薬以外）

薬剤セットの内容

- ・1%キシロカインポリアンプ × 2
- ・2%キシロカインポリアンプ × 2
- ・0.2%アナペイン100ml × 2
- ・エフェドリン1A
- ・ネオシネジン1A
- ・生食100ml × 2

- ・事前にオーダーされ、陣痛室に置いてあります。
- ・薬剤を使用したら、その都度、助産師に報告し、スマホ(PDA)で認証してもらってください。
- ・**コスト処理** (コストシールの記載、****に返却) は不要です。
- ・薬剤が足りない場合は、産科医にセットの追加オーダーを依頼してください。

麻薬 フェンタニル 10A

- ・事前にオーダーされ、産科麻酔医師室金庫内に保管されています。
- ・麻酔科医が金庫から取り出し、使用してください。



扉の開け方

- ①鍵を差し込み「右」に回す
- ②テンキーを入力する
※****※***** ※
- ③ダイヤルを「開」に回す

- ・当日10時より前は、金庫内にまだ搬送されていない場合があります。その場合は、助産師に問い合わせてください

ポンプ式



ポンプ
ACアダプタ
PCAボタン
架台



・ポンプは

①ピンク

②オレンジ

③水色

の順に使用してください

麻酔開始の手順

ERGAを立ち上げる (ERGA土台部分にも電源あるので注意！)

* LANケーブルを壁の手術部ネットに接続していることを確認

→ 詳細は次頁



ベッド上で側臥位になり、硬麻体位をとる
マンシェット装着

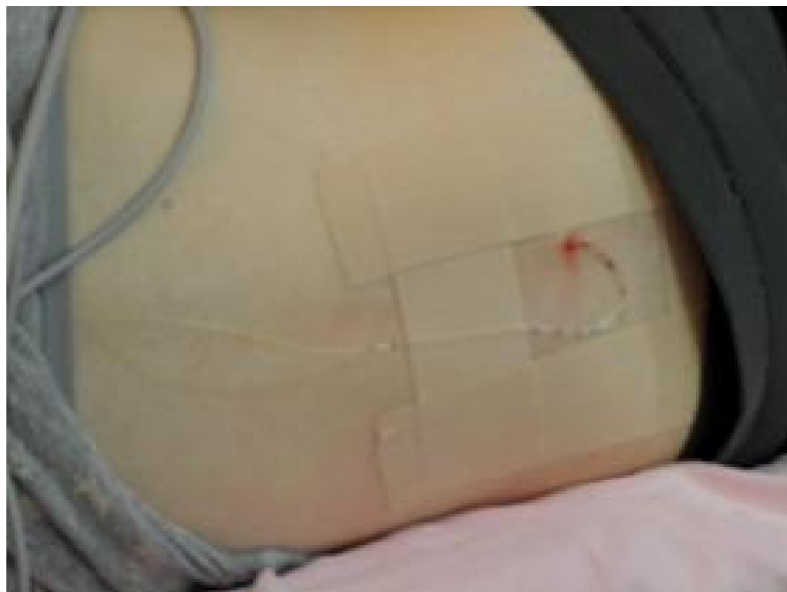
* 局所麻酔薬の硬膜外投与から30分は5分間隔、
その後は15分間隔

硬膜外穿刺・カテーテル挿入

- * すでに臀部への痛みが強い場合には、トーイ針を尾側へ向け、針から薬液を注入することあり。
- * 通常、**L3/4またはL2/3から穿刺し、頭側へ4cm up**

カテーテルが抜けないように、頑丈に固定

- * **サージット使用** (キット内のテープは使用しない)
- * **四方をテープで固定**



無痛分娩のERGA

①電源ON

②患者選択

予備日も含め2日申し込みがあるので、同じ名前が2つ出てきます。
日付で選んでください。

③麻酔方法選択

下の方の欄に、**硬麻(無痛)**があるので、これを選択。

これにより、患者情報入力、手術時間などが省略できます。

④患者IDチェックし(バーコード認証)、記録開始

輸液: 入力不要

局所麻酔薬: **Top-upに使用した0.2%アナペイの量を入力**

PIB: **PCAポンプをONにした時間を入力(「ポンプ開始」)、**

変更事項等あれば入力

ボラス量を変更した場合 例) ボラス量 8ml→6mlに変更

薬液濃度を変更した場合 変更した濃度と、それまでの薬液投与量を記載してください。

例) 薬液濃度 0.1%→0.08%に変更 それまでに150mL投与した。

ポンプから投与した薬剤の情報の入力は不要

硬膜外ボラス投与や静注した薬剤の入力は必要

麻酔レベル、Bromage scale、NRSを記載

⑤麻酔開始=0.2%アナペインを初回投与した時刻

麻酔終了=児娩出時刻

児娩出時刻を入力

⑥チャート終了

⑦電源OFFはチャート終了10分程度たってから

早過ぎると、麻酔記録情報が飛びません！ポンプからの投与は入力不要

カテーテルから薬液注入

テストドース 1%キシロカイン3ml

*** 1%キシロカイン:テストドースのみ使用**

(* 2%キシロカイン:CSに移行する場合のみ使用)

Top-up **0.2%アナペイン**を1～2分間隔で**3mlずつ**投与
(3～5回程度)

3回注入後、反対側の側臥位へ体位変換し、残りを投与

くも膜下腔/血管内誤注入のリスクを軽減するため、
以下にことに注意する。

①**少量分割投与**で投与する。

②

- ・下肢の動きに制限が起きていない
 - ・局麻中毒を疑う所見がない
 - ・胎児徐脈になっていない
- を確認しながら、追加投与する。

**Top-up開始から30分間は部屋から
離れないようにする**

PCAポンプ準備

→ 助産師さんが準備してくれます

薬液バッグに薬液を充填（250mlまで充填可）

*** 0.1%アナペイン+2 μ g/mlフェンタニル**

例) 0.2%アナペイン50ml+NSS46ml+フェンタニル4ml(総量100ml)

*** 作成した分量で、ポンプにリザーバー用量を入力する。**

*** コネクター変更に伴いリザーバーも 黄色に変更になっています**



①フタを外す



②白いキャップを外す



③クランプ開放を確認し、薬剤を充填する



④バッグ内の空気を集め、シリンジで吸引する



しっかり空気を抜くこと！

⑤バッグがフタに挟まれないよう収める



⑥ フタを戻して、ロックする



硬いけどしっかり押し込む

⑦ 機械につける時に青いコネクタを外す

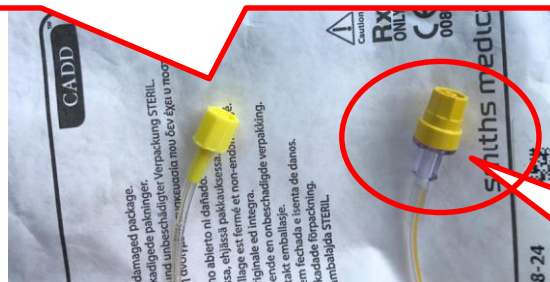


⑧エクステンションチューブを接続する



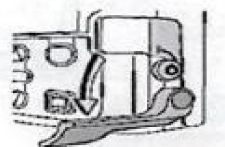
ここに三活を挟んでもよい

エクステンションチューブは一方弁になっているので、接続注意！



患者側

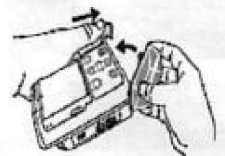
一方弁がついているため大きい



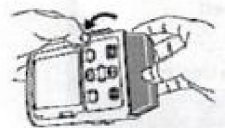
1. カセットラッチを開きます。



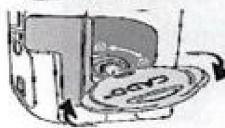
2. カセットフックをポンプの底にあるヒンジピンに挿入します。



3. カセットラッチを下方方向に押し、しっかり固定されるまでカセットを押し上げてください。



4. カセットラッチを閉じます。隙間があると、正しい位置にはまっていません。その場合は装着しなおします。



5. **ポンプキー**をロックに挿入してロック位置まで時計回りに回します。

*** ***(****)についています。



隙間がある場合、カセットが正しくラッチされていません。

薬液を補充するとき



青いコネクタがない場合には、**緑の部分を押しながら**薬液を注入する

PCAポンプを装着

Start1時間後よりボーラス開始の設定。

8ml/hで間欠ボーラス、PCA bolus 5ml (3回/hまで)、LOT10分。

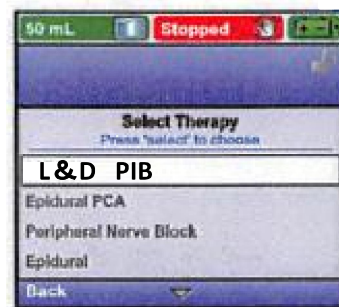
電源を入れます

電源スイッチ
ONにします

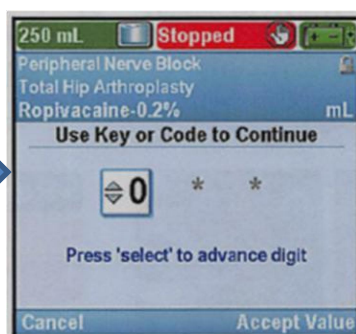
カセットラッチ



ハイを選択



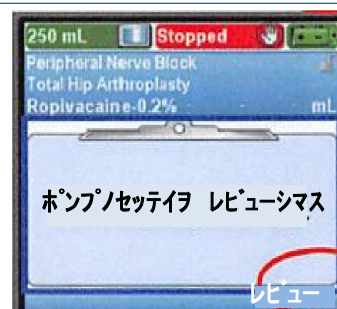
- ①L&D PIB センタク
- ②Epidural センタク
- ③Anapeine センタク



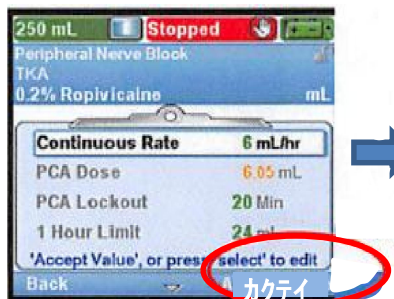
で***と入力



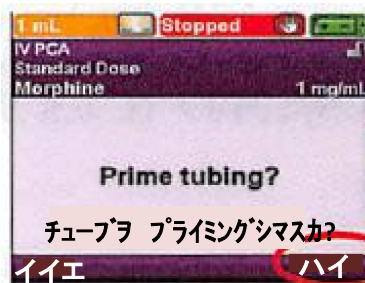
ハイを選択



各値をレビューする



正しければカクティを
押しレをつける



プライミングし、
チューブ内を満たす



ポンプスタート

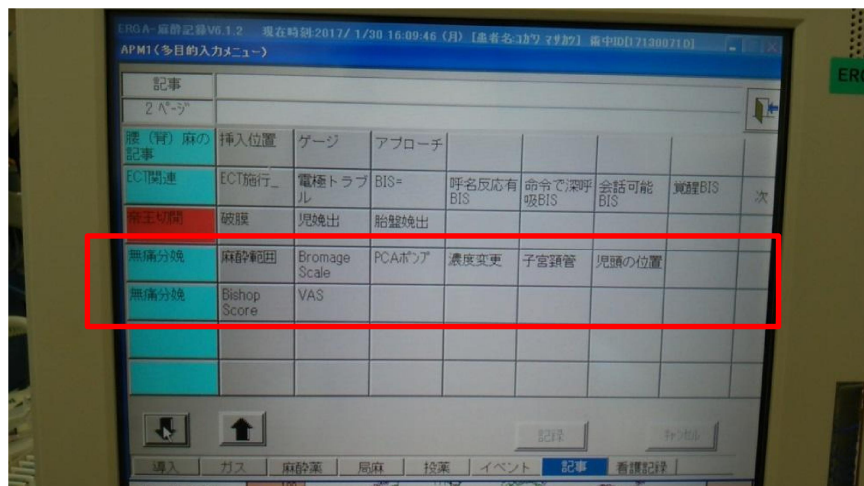
ジソク 0mL/h	PCAドーース 5mL
カンケツ 8mL	PCAロックスアウト 107分
ボーラス 1ジカン07分	ジカンサイタイ トウヨ 3
ジカイボーラス 1ジカン07分	リザーバ 200mL

リザーバーに100ml注入した際には
200→100mlに変更が必要です

分娩第1期: Th10以下、分娩第2期: S領域まで必要

約1時間ごとに患者評価を行う

- * 麻酔レベル、Bromage score、NRSをERGAに記載。
- * ERGAの記事の2ページ参照



Bromage Score

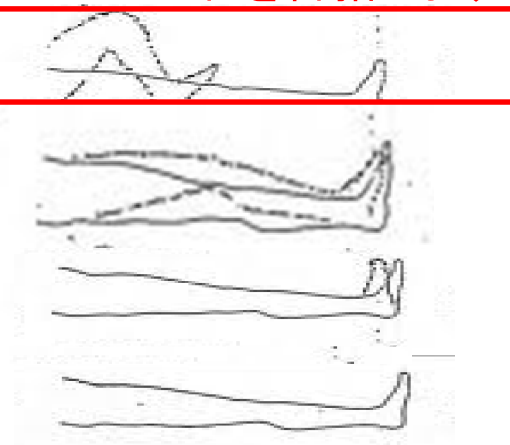
これを目指します！

1: 運動神経ブロックなし

2: 脚の挙上ができない
(膝と足首は動かせる)

3: 足首から先のみ動かせる

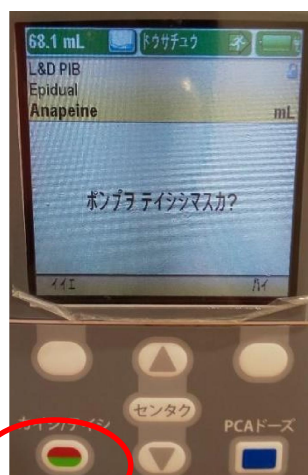
4: 全く動かせない



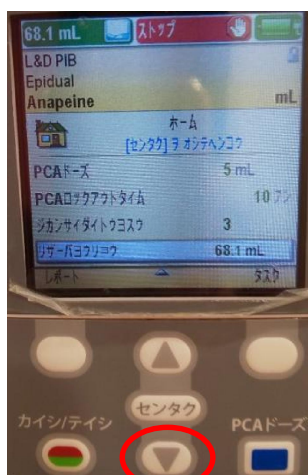
薬液量等の設定変更の方法

* 設定変更はシャットダウンする必要はありません。

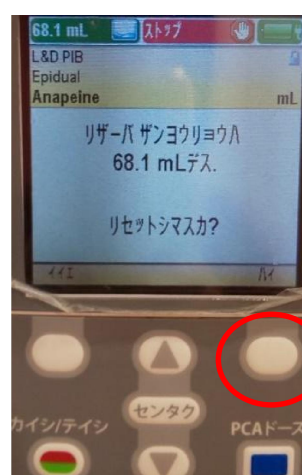
シャットダウンしシンキカンジャを選択するとそれまでの記録が消える可能性があります。



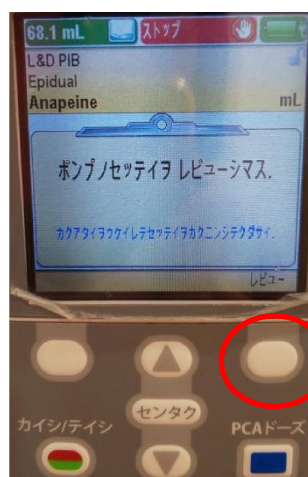
カイシ/ティシボタンを押し、
ポンプを停止する。



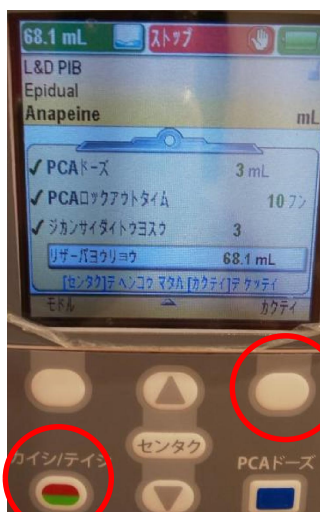
三角ボタンで変更し
たい項目を選択する
(写真はリザーバー
容量の変更の場合)



ハイを押す



各項目のレビューをします



変更後の設定が正しければカクティを押す。
カイシ/ティシボタンでポンプを再開する。

麻酔範囲がTh8以上の場合

分娩第1期: 間欠ボースを 8 mL→7 mL→6 mL と減量する。

分娩第2期: 間欠ボースを 0 mLにし、PCEAまたは随時投与で対応。

*「間欠ボースを変えるとき」参照

Bromage Scale 3 or 4の場合 ➡ 0.08%に希釈

1時間後の評価でもBromage Scale 3 or 4の場合には0.06%に希釈

痛い場合

入れ替えのタイミングを遅らせない
(急激に分娩が進むことがあるため)

①片効きのとき

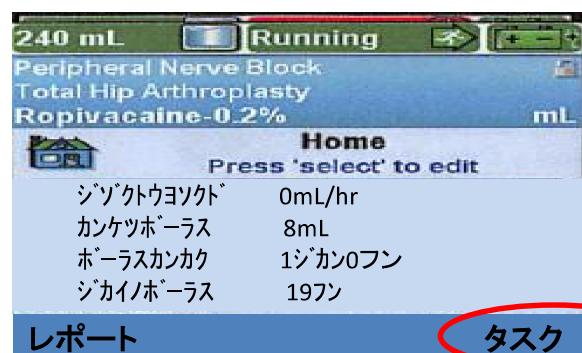
硬膜外カテーテルを1cm引き抜き、レベルの低い方を下にして、
0.2%アナペインをシリンジで投与する(3ml×2回まで)
それでも、片効きが修正できなければ、カテ入れ替え

②両効きだがレベル不足のとき

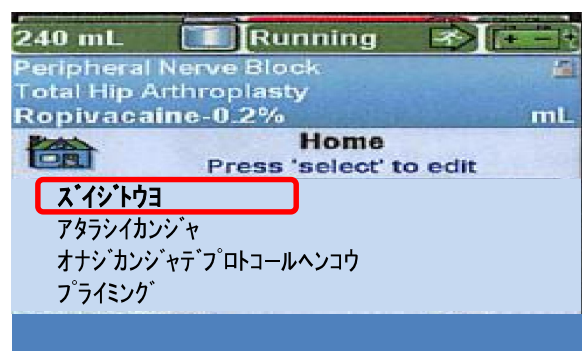
薬液のボース投与(随時投与)

シリンジでボース投与するのではなくポンプの「スイットウヨ」機能を使用

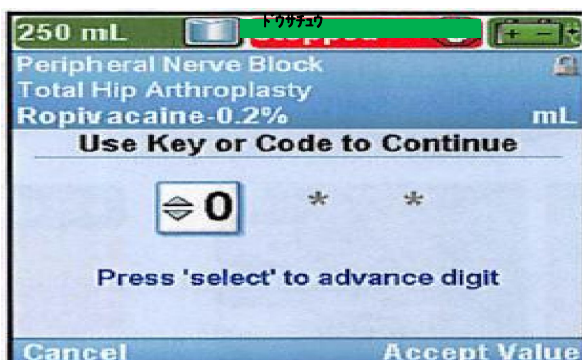
* 随時投与にはロックアウトタイムはありません



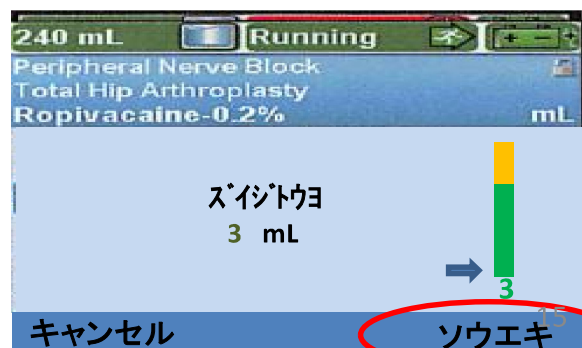
タスクを押す



スイットウヨに
カーソルを合わせて選択



*** を入力



キャンセル
ソウエキを押す

続いて

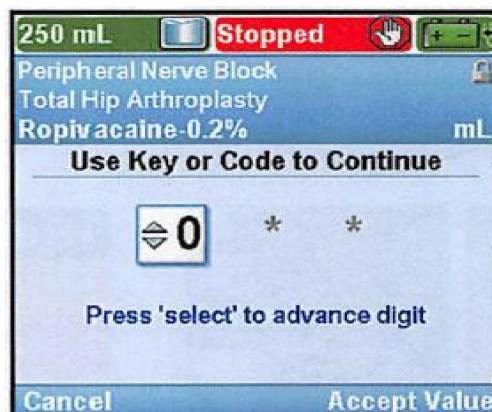
PCAポンプの設定(間欠ボーラス量)を増量する

間欠ボーラス量の変更方法

* 画面が消えているときは、ボタンを押せば点灯します。



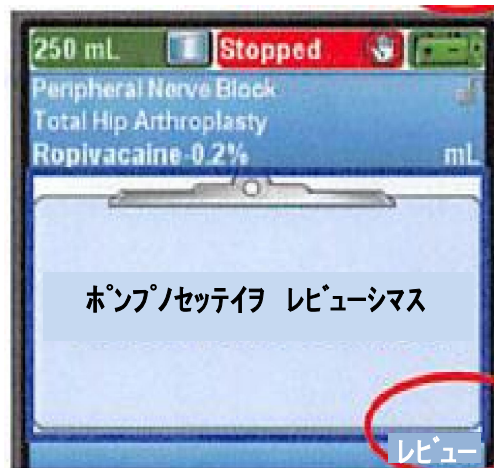
カンケツボーラスにカーソルを合わせ、
センタクボタンを押す



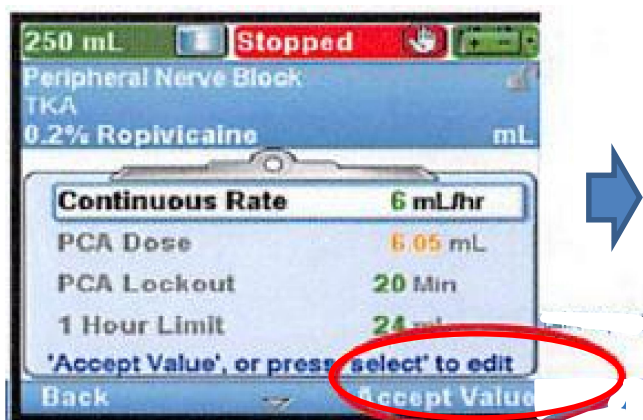
*** を入力



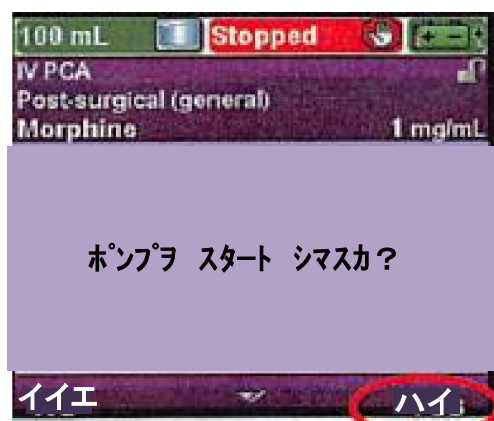
希望の流量に設定し、ボゾンする



カイン/テイシ ボタンを押し、
各項目をレビュー



正しければ、カクテイを
押し、レをつける



ハイを選択

③両効きで、レベルも十分だが痛みが強いとき

産科的疾患（早剥、子宮破裂など）の存在を検討する



否定的であれば、

薬液の濃度を上げる（例：0.1%→0.12%）

濃度変更するとき

①薬液を充填する（AまたはBの方法で充填する）

A: 新しいカセットに、薬液を充填する。

例) 0.12%の場合、

0.2%アナペイン30mL+生食18mL+フェンタニル2mL

B:カセットをそのまま使用し、残液に薬剤を追加する。

****(****)を使用し、追加する薬剤を算出する

「麻酔科オープンファイル」→「産科麻酔と無痛分娩」→「無痛分娩アナペイン濃度変更」

②ポンプの「リザーバーヨウリョウ」を再設定する

③ERGAの記事欄に変更した内容を記載する

例) 0.1%アナペイン〇ml使用、残△ml

0.1%→0.08%へ変更

④麻薬処理

i) 新旧、2つのカセットにそれぞれ返納用シールを貼り記載する

④麻薬処理

ii) 麻薬伝票は合計量を記載する

18

新

フェンタニル 返納用シール		
フェンタニル	2	A を 100 ml に希釈
混合液 残	50 ml	
(フェンタニル原液	2	ml相当を含む)

フェンタニル 返納用シール

フェンタニル	1	A を	50	ml に希釈
混合液 残	20	ml		
(フェンタニル 原液	0.8	ml 相当を含む)		

[illegible]

**分娩第2期になりお産！ となったら
陣痛室から分娩室へ移動します。**

① ERGAを陣痛室から分娩室へ引き継ぐ

ー引継ぎの失敗が多発しております。

次頁以降のマニュアルを参考にして、確実に
行ってください。

同一患者の1日目と2日目のチャートを別で開
かないように注意してください。

②陣痛室のベッドで分娩室へ移動する



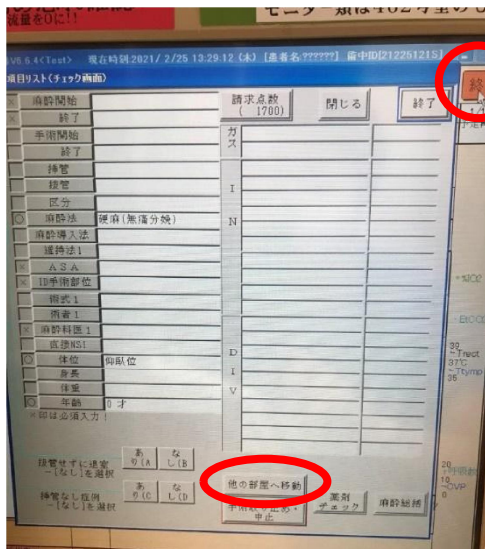
硬膜外カテーテルが
抜けないように
注意してください

陣痛室のベッド

分娩台

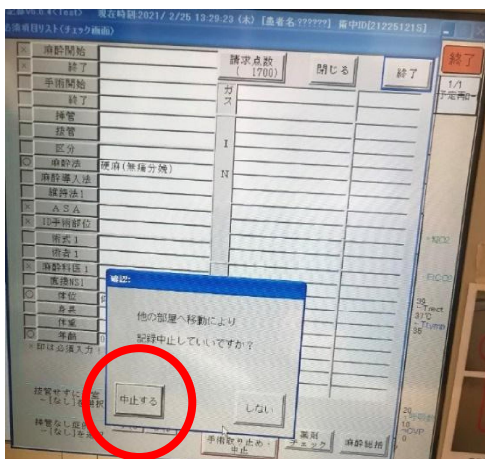
ERGA引継ぎ(陣痛室→分娩室)

陣痛室での操作方法

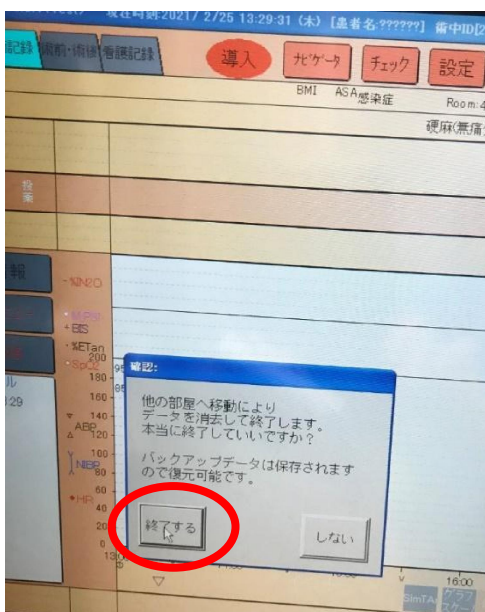


①「終了」(オレンジ色の背景)

②「他の部屋へ移動」



③「中止する」

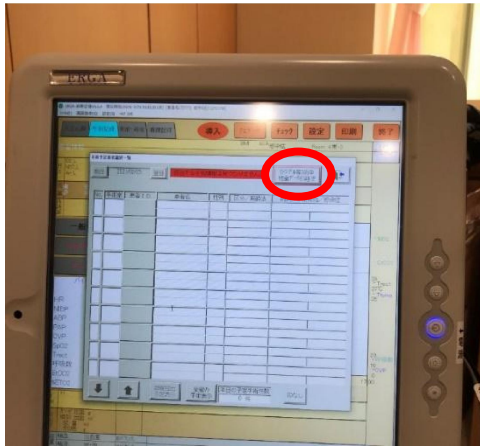


④「終了する」

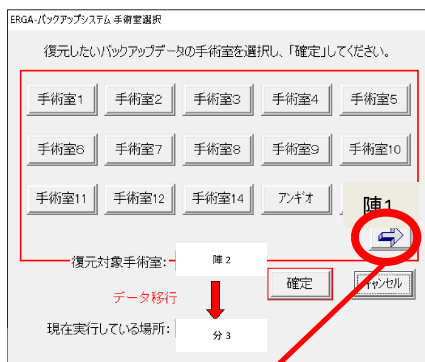
陣痛室での操作はここまで

ERGA引継ぎ(陣痛室→分娩室)

分娩室での操作方法①



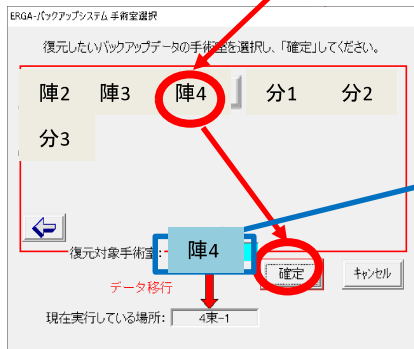
⑤「術中他室データ引継ぎ」



⑥移動前の部屋番号を選択して「確定」

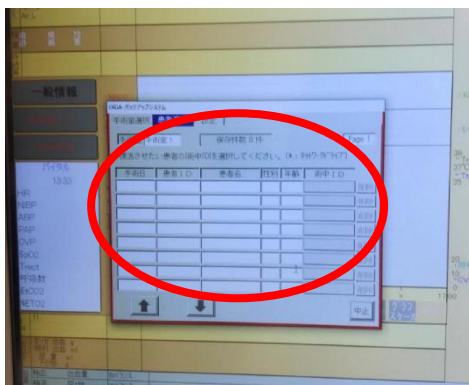
(例 陣痛室4から移動してきた場合「陣4」)

※ 2頁目にもボタンがあるため、必要であれば「⇒」ボタンをタッチして頁を切り替えてください。



※移動前の部屋が選択されているか再度確認する

(例 陣痛室4から移動してきた場合「陣4」)



⑦該当する患者を選択する
(術中IDをタッチ)

次のページへ続く

ERGA引継ぎ(陣痛室→分娩室)

分娩室での操作方法②

ERGA-バックアップシステム データ選択メニュー (現在時刻: 2006/12/08 10:45)

手術室選択 | 患者選択 | データ復旧 | 設定

選択されている患者情報

手術日: 2006/12/08 手術室: 1 術中ID: 06C08091A

患者ID: 12345678 患者名: test1 男 70

は最新の時刻を選択してください。(*ネットワークエラー)

h0: 2006/12/08 09:42 *	最新	h0: 2006/12/08 09:30 *
M1: 2006/12/08 09:26 *		H1
M2: 2006/12/08 09:18 *		H2
M3		H3
M4		H4
M5	古い	H5

⑧最新の時間をタッチ

選択データの時刻(09:42)

バックアップデータを転送します。
よろしいですか?

OK キャンセル

⑨「OK」

分娩体位をとる

産婦が「いきめる」かどうか判断し、
以下の状態では一旦ポンプを止めることを考慮する。

- ・お腹の張りがまったく分からない
- ・Th 8以上の麻酔範囲が広がっている
- ・Bromage scale 2 以上

* 無痛分娩に不慣れな助産師・産科医が担当の場合
産婦が、子宮収縮がわからず、タイミングをつかめていなければ、怒責のタイミングを産婦に声かけするよう指示

胎児除脈を認めれば、母体に酸素投与（産科医と相談）

児娩出

- * S領域の鎮痛が不十分ならば、会陰切開部に**局所麻酔を追加**するよう産科医に依頼
依頼しないと、そのまま切開されます

PCAポンプStop（児娩出時に）

児娩出後は、産褥出血に注意！

- * 弛緩出血リスク（子宮筋腫、羊水過多、遷延分娩など）のある妊婦は要注意
- * 出血量、バイタル変化（HR↑、BP↓、意識レベル↓、呼吸数↑）に注意する。
- * **出血量800mL以上の場合、次ページのフローチャートに沿って対応する**

原因検索【4Ts】

Tone (収縮)

Trauma

(裂傷, 血腫, 内反, 破裂)

Tissue (胎盤)

Thrombin (凝固)

産褥異常出血対応

2022年度版

出血800g以上

バイタル・出血量
意識状態の変化

- ☐ 救急カート
- ☐ 人員確保
- ☐ ECG・SaO₂モニター(Bp2分間隔)
- ☐ エコー準備
- ☐ 経過記録

メインルート

- ・メイン: 全開
- ・側: アトニン10単位(2A)+ラクテック500ml 全開

保温

Bp
HR
RR

2分毎
チェック

追加治療要否の評価

出血持続

2nd call・コマンダー選定

バイタル・出血量
意識状態の変化

- ☐ O₂リザーバマスク 10L投与
- ☐ ルート(20G以上)確保と採血:
血算、凝固2本(フィブケアローテム・検査部)
静脈血ガス・血液型・迦及用
- ☐ 子宮内バルン
- ☐ 膀胱留置カテーテル

積極的に
造影CT考慮
問診票, 同意書

メインルート

- ・メイン: 全開
- ・側①: アトニン25単位(5A)+ラクテック500ml 40ml/h
- ・側②: トラネキサム酸1000mg i.v.

※以下は必要時

- ・側: プロスタモンF 5A+ラクテック500ml 40ml/h (喘息禁)
- ・側: パルタン1A+生食100ml 全開 (HDP禁)

2ルート目
(20G以上)
ボルベン
500ml全開

出血持続

バイタル・出血量
意識状態の変化

出血 $\geq$ 1000g

意識状態変化、RR $\geq$ 24、HR $\geq$ 100、フィブリノゲン $<$ 200mg/dL, スタッフの不安

手術室、ICUの入室手順
に従う

- ☐ 輸血部 連絡
血型、RBC6単位、FFP6単位
- ☐ 家族説明

硬膜外カテーテル抜去

- 清拭後に助産師に呼ばれる。分娩室で抜去する。
- 硬膜外カテーテルの抜去は産科医に依頼してもよい。

→ただし、出血多量の場合は血液凝固状態が悪化するため、翌日以降に凝固系を確認してから抜去することを産科医と確認する。

ERGAの終了

- 「硬膜外カテーテル抜去」を入力し、ERGAを終了させる。
- ERGA終了から**ERGAの電源offは10分以上間をあける。**
10分ほどしないとデータがサーバーにとびません！
- 手順通りに麻酔チャートを終了しないと記録が無くなるので注意。

物品の片付け

麻薬

麻薬注射薬箋の必要事項を記入して下さい

麻薬注射薬箋		(私出用：病棟・外来使用→薬剤部保管)	
処方箋発行日	平成31年03月08日	調剤	鑑査
診療科	病棟名または入・外区分	カルテ番号	
消内	3階西病棟	90000024	
患者氏名	テスト 24	生年月日	昭和15年01月01日
患者住所	診療録の記載の通り	年齢	79
末梢メイン 点滴注射		3100005062665001	
B) 麻薬 フェンタニル		10A	
麻薬施用者免許証番号		麻薬施用者名(署名)	
第 1234567890 号		産科医の氏名	
業務所所在地		浜松市東区半田山一丁目20番地1号 浜松医科大学医学部附属病院	
注射開始時間		注射終了時間	
日 時 分		日 時 分	
特殊		IV-PCA	
硬膜外		その他	
残量		残液量	
4.6 ml		3.4 ml	
返品数		使用数	
6 A		4 A	

ポンプ以外から投与
(硬膜外ボラス投与、静注)
を行った場合は、
この枠に記入して下さい

フェンタニルの返品数・
使用数を記入する

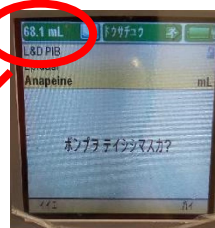
その他に✓を入れ、()内に
自分の名前を記入する

その他
に○

ポンプの残量をもとにフェンタニルの
使用量、残液量を原液換算で記入する
 $\text{残液量(原液換算)} = \text{ポンプ残量} / 25$
(小数点第2位を四捨五入)

持続開始時間は
麻酔時間内の時刻であれば
何時でもOK

ポンプ残量



物品の片付け

麻薬

フェンタニル 返納用シール				
フェンタニル	4	A	を	200 mlに希釈
混合液 残	85	ml		
(フェンタニル 原液 3.4 ml相当を含む)				

ポンプからカセットを外して、
フェンタニル返却用シールを記入し、
カセットに貼付してください

返却用シール
ジッパー付き麻薬袋
は金庫の上にあります

産科麻酔医師室の金庫へ返却

- ・麻薬注射薬箋(前頁を参考に記入する)
- ・フェンタニル 未使用アンプル
- ・フェンタニル 空アンプル
- ・カセット(空の場合でも)

ボーラス投与をした場合

- ・残液入りシリンジ

以上を

①ジッパー付き麻薬袋(オペ室と同じもの)
に入れる

②産科麻酔医師室麻薬金庫に入れる

* 開け方は「麻酔の準備」の

項目を参照



物品の片付け

薬剤

麻薬以外の薬剤は片づける必要はありません

ポンプ式（ポンプ以外）



- ・ACアダプタ
- ・PCAボタン
- ・架台

以上3点は、
産科麻酔医師室の棚に
戻してください

ポンプ



①付箋にID、名前を記載し、
ポンプに張り付ける
(複数の患者の管理を
同時に行ったときに区別するため)

②巾着袋に入れて、チェック
シート(次頁参照)と申し送り用紙
とともに、
手術室麻薬金庫の机に提出する

チェックシート記載

- ①赤字の部分のみ記載して下さい。
(それ以外は空欄でOK)
- ②無痛分娩終了後、尾高さん(手術室麻薬金庫の机)に提出。

ID、名前を記入

転帰に○をつける

誘発日を記入

自分が担当した時間のPCAポンプの使用量とポンプ残量を記載

無痛分娩チェックシート

IDをエンボス

生まれた / 不発(カテ入れあり / ない) / 帝王切開に移行

ASA分類

合併症

分娩前診察総括用紙
退院サマリー

出生日

年

月

日

週

日

歳

(経妊・経産)

第1期

第2期

第3期

分娩時間(分)

出血量

ml

裂傷の程度:(なし・あり(会陰 度 腭 度 頸管 度))

身長

cm

入院時体重

kg

非妊娠時体重

kg

助産録・分娩台帳

IVF-ET

あり

なし

入院形態 (自然陣発・破水入院・計画分娩)

児の蘇生

なし

酸素投与

気管挿管

臍帯巻絡

なし

あり

羊水混濁

なし

あり

子宮内感染

なし

あり

PROM

なし

あり

NICU入室

なし

あり

経産分娩の
クリニカルパス
(無痛分娩)

開大(cm)

展退(%)

下降(st)

硬さ

子宮口の位置

Bishop score

誘発薬剤

アトニン(/)(/)

PGF2α(/)(/)

ラミナリア挿入 (あり・なし)

誘発開始時

児娩出時

娩出2時間後

入院時診療録
(パルトグラム)

母体体温(℃)

1日目

2日目

児の体重

g

アプガー 1分

5分

点

UApH

分娩様式: (正常経産分娩・吸引分娩・クリステル・帝王切開)

Claio

1日目

2日目

3日目

麻酔チャート

麻開-引継引継-娩出

麻開-引継引継-娩出

麻開-引継引継-娩出

PCAポンプ使用量(ml)

引継時残量(ml)

麻酔時間(児娩出まで)(分)

薬剤投与量

キシロカイン(mg)

アナベイン(mg) 用手的投与

アナベイン(mg) PCAポンプ

アナベイン総量

フェンタニル(μg)

会陰切開0.5%キシロカイン(ml)

以前不発退院している? (はい・いいえ)

* 中断、再開がなければ
は左側に記載する
* 麻酔開始はアナベイン
3ml初回投与の時刻
* 0.1% → 1.5 × 使用量(m)
* 0.1% → 使用量(ml) そのまま
* 0.1%アナベイン使用量(ml) × 2

日勤帯に分娩に至らなかったとき

17時頃、三者(麻酔科医、産科医、助産師)で話し合い、
今後の方針を決定する。

① 無痛分娩を中断する場合

- ・子宮収縮薬中絶後、子宮収縮が減弱したら、ポンプの電源をOFFする。
- ・患者には陣痛が強まったら麻酔を再開する旨を説明する。
- ・ERGAは継続とする。
- ・**申し送り用紙を記入し**、麻酔科当直医に申し送り(麻酔状況、分娩進行状況、ポンプの薬液を合計何mL作成したか)を行う。当直医の許可が出たら、自宅待機可能とする。
- ・**分娩の状況によらずポンプの薬液残量は200mL 以上にする**

物品の処理

- ・中断までに使用した、PCAポンプの使用量をチェックシートに記載する。
- ・フェンタニルは麻薬注射薬箋とともにジッパー付き麻薬袋に入れて産科麻酔医師室の麻薬金庫に返却する。
- ・患者氏名・IDを記載した付箋をポンプ本体とカセット一式に貼り、産科麻酔医師室の麻薬金庫に保管する。
- ・患者情報の板に申し送り用紙を挟み、産科麻酔医師室のデスクの上に置く。
- ・ACアダプタ、PCAボタン、架台は産科麻酔医師室の棚に戻す。

[illegible]

ポンプ使用量・残量を記入



用紙は患者情報の板に挟む

金庫へ返却

- ・産科医に引き継ぐ旨をERGAに入力する。 例) 産科医に麻酔担当交代
- ・ERGAは継続とする。
- ・**申し送り用紙の内容を**麻酔科当直医に申し送る。当直医の許可が出たら、自宅待機可能とする。

麻酔科当直医の業務

①夜間に麻酔科医の対応が必要となった場合、
当直医がコールされる。必要に応じて、無痛待機をコールする。

当直医は夜間に実働した麻酔科医の
氏名を当直日誌に記載する。

(引継ぎ後の実働がなければ記載の必要はありません。)

記載例)

無痛分娩 (患者名)浜松花子 ○○先生

②無痛分娩に介入したら、その情報を申し送り用紙に記載する。

麻酔科当直医または前日の無痛待機麻酔科医から
翌日(2日目)の無痛担当麻酔科医へ申し送りを行う。

③夜間の産科医が担当している時間帯に無痛分娩が終了した場合、
病棟から当直医に朝7時30分頃にその旨が連絡される。

麻薬の処理を含む片付けを行う者を、当直医または総監督が
指名する

片づけの際にすること(1～5)

1. 麻薬の処理をする 2. **名前を書いた付箋をポンプに貼り**袋に入れる



3. ERGAを終了させる

4. チェックシートを書く

5. ポンプ、チェックシート、申し送り用紙を手術室麻薬金庫の机に提出

無痛分娩の鎮痛再開

*夜間や2日目に鎮痛再開するときは
必ず麻酔科医が top-upを行う

- ①カテーテル刺入部分の視診を行う
カテが抜けていないことを確認する
- ②血圧計を5分間隔にする
- ③0.2%アナペイン3mlを4回注入する
くも膜下注入や血管内注入がないことを確認しながら
少量ずつを分割して投与する
- ④上記の注入が完了したら、PCAポンプを接続する
電源を入れる
シンキノカンジャデスカ？→**イイエ**
スタートを押す

夜間の場合、

- ⑤申し送り用紙を記載し、その内容とチェックリスト(p.30)を産科医と確認する。

無痛分娩から緊急帝王切開になるとき

①帝王切開の麻酔同意書を取る。

入室時間が決定したら

②電動式PCAポンプを停止する。

③病棟にいる間に、

2%キシロカイン20mLのうち、3mLを4～6回、
硬膜外カテーテルから投与する。

【推奨】上記のように投与する際に、局麻の効果を増強させるために、2%キシロカイン20mlにボスミン原液0.1mLを添加することを推奨する。

④ERGAを終了する。

⑤手術室に移動する際は、移動用モニターを装着し、
血圧測定を適宜行い、エフェドリンを携帯する。

十分な麻酔域が得られない場合は、
他の麻酔法（脊麻、脊硬麻または全麻）に変更する。

⑤術後鎮痛目的に硬膜外カテーテルから
モルヒネ3mgを投与する。くも膜下モルヒネ投与時と同様に
術後呼吸モニターを行うために、
外回り看護師および主治医にその旨を伝える。

⑥硬膜外カテーテルは術後に手術室で抜去する。

⑦無痛分娩で使用した道具類を片付ける。

無痛分娩チェックシート、ポンプの提出は通常と同様に行う。