

### 3 無痛分娩

#### 対象

1. 無痛分娩希望があり、産科担当医師から許可された産婦
2. 麻酔科外来受診し説明を受け、同意された産婦
3. 硬膜外麻酔の不応がない産婦（血液凝固異常や脊椎に問題があるなど）

以上3項目該当する産婦

#### 物品

無痛分娩用分娩監視装置（LDR 定位置のもの） 輸液ポンプ2台 点滴棒2本（または1本）

処置用ワゴン（硬膜外カテーテル挿入時） 足台（硬膜外カテーテル挿入時）

診察用丸イス、スタンド無影灯 酸素・吸引スタンドとY字管（スタンドに常時接続させておく）

#### 特殊分娩室より

- ・ ベビー体重計
- ・ 分娩セット
- ・ キックバケツ

#### 前室より

- ・ 針捨てボックス・胎盤計測の量りが乗った台車

#### 準備室より

- ・ 薬剤カート引き出し5段目

産後は速やかに特殊分娩室に戻す。

LDR ピンクカート：麻酔用 50ml ロック付きシリンジ1本

（硬膜外カテーテル挿入時必要物品） 10ml シリンジ2本, 2.5ml シリンジ1本, セイフバイアクセス, テルフェュージョン延長チューブ（三方活栓付き 120cm）, テルフェュージョン延長チューブ（三方活栓なし 3本）, 小児用エクステンションチューブ 3本, ステリクロンBエタノール 0.5, イソジン綿棒, シルキーテックス 5 ベージュ, 硬膜外麻酔キット, 透明救急絆創膏サージット 30（カテーテルの背部貼付用テープ）, 絆創膏, 延長コード, 医療用廃棄ボトル

} 麻酔科医持参

#### 薬剤

分娩誘発に必要な薬剤：当日の内診所見により薬剤を決定する場合は未入力でよい

硬膜外麻酔に必要な薬剤：麻薬は麻酔科医が請求し管理する

#### 麻酔科医が用意する物品

麻薬, 硬膜外麻酔用カテーテルキット PCA ポンプ

#### 入院までのスケジュール

1. 妊娠 32 週までに麻酔科受診を済ませる
2. 当院の母科学級（第4講座）を必ず受講してもらい、麻酔科医師からの説明を聞く
3. 妊娠 34 週までに血液凝固検査結果をもって麻酔科無痛分娩担当医（金曜日）を受診する
4. 産科・麻酔科ともに無痛分娩可能と判断された場合は、本人の意思確認をする

5. 無痛分娩の計画は、産科医が分べん計画を立て、麻酔科医・病棟に連絡（入院日決定）する
6. 基本的に、平日・日勤帯に実施（硬膜外麻酔の開始）  
硬膜外カテーテルが挿入されている場合は夜勤帯でも実施する  
合併症があるため、産科医から無痛分娩の適応をすすめられた場合は、夜間でも実施される
7. 計画前に分娩開始した場合、平日・日勤帯であれば対応可能かどうか麻酔科医に産科医師が確認する（禁食し、飲水のみ可の状態待機）
8. 基本的には分娩室移動がないように LDR 使用を依頼する。無痛分娩が重なった場合は、特殊分娩室で安全確保した上で実施する。
10. 全て自費で実施される

### 入院後のスケジュール

1. 同意書の確認（分娩誘発同意書、麻酔科同意書）
2. 入院費は基本的に全て自費扱いとなること、LDR 使用について再度確認し、特別室使用同意書を確認し入院当日から LDR に入室していただく
3. 入院日：担当医は内診し、必要であれば、ラミナリアによる子宮頸管拡張術施行  
血管確保（18G または 20G）し、生食ロックする  
24 時以降絶食（朝・昼欠食、夕食は誘発終了または分娩終了を考慮して出しておく）  
入院は平日 10 時、日曜日 13 時とする
4. 入院翌日：LDR ベッドは、紙シート（120×100）を敷いてシートで覆う  
8 時～絶食・飲水はお茶・水・スポーツ飲料に限って可能  
点滴開始（輸液ポンプを使用するため、ソファ側のコンセントに延長コードをつないでセットする）  
担当医師は、内診・ラミナリア抜去（内診室にて）  
麻酔時、背中全面を消毒するため、病衣と産褥ショーツのみ装着とする。  
仙骨部・大転子部観察時、パルトゲム右端側に褥瘡の有無に関する記録をする（作成したゴム印を使用する）
5. FHR モニタリング開始（FHR モニター装着）
6. 分娩誘発開始  
誘発分娩に準ずる
7. 分娩進行の確認、または陣痛による痛みが出現し麻酔開始の希望の訴えがあったら産科医と担当麻酔科医に連絡、相談する。
8. 開始決定したら麻酔科医師到着前に排尿を済ませる（麻酔開始後は、転倒予防のためベッド上安静とする）
9. ベッドの端に寄り、左側臥位をとる。病衣を脱ぎ、背中を露出させる。FHR モニタリングのベルトが清潔範囲にかからないよう、殿部にまわす（装着が無理ならば、子宮収縮モニターははずしておく）。産婦の不安除去と体位保持を行う。
10. 産婦によって麻酔開始時期は異なる。産婦の意思を確認する。  
補液の流量は麻酔科医の指示に従う。血圧は、麻酔開始 30 分間は 5 分毎の自動測定に設定。適宜体交を促す。
11. 麻酔開始 30 分間は、母体・胎児の状態に変化が起こりやすいため、ベッドサイドで観察を続ける。  
異常があれば、速やかに産科医に連絡する。麻酔の効果を確認するため、麻酔科医の指示を確認

しながら分娩進行を観察し、体位変換等を実施する。

※子宮収縮の確認がとれないこと、FHR 低下が起こりやすいことから、麻酔挿入中の誘発剤の増量は避ける。

12. 麻酔開始 30 分以降は、15 分毎に血圧測定する
13. 麻酔開始 30 分以降は、麻酔の効果を確認しながら、体位変換を実施する。  
このとき硬膜外カテーテルが抜けないよう、背中を引きずらないように体位変換する。
14. 麻酔により、尿意が鈍くなるため、膀胱充満を確認し、適宜導尿する。
15. 分娩進行に伴い、除痛不十分・血圧低下・下肢脱力等あれば、適宜麻酔科医に連絡する
16. 分娩進行のサインを見逃しやすいため、十分注意して観察する。また、麻酔開始後は、続発的に微弱陣痛が起こりやすいため注意・対応する。必要時産科医に連絡する。
17. 分娩セットは不潔にならないように、特殊分娩室で準備しておく
18. インファントウォーマー・ベビー体重計・分娩セット・汚物用キックバケツを搬入する
19. LDR のクローゼットから酸素スタンド・丸イス・スタンド無影灯を出して準備する
20. 分娩準備
21. LDR のベッドのシーツを腰までまくり、分娩体位を整える
22. 続発的な微弱陣痛から異常分娩が増加する傾向があることに留意して分娩介助する
23. 下肢に力が入らない場合は、外回り介助者が支える
24. 会陰縫合時は、麻酔の効果によっては局麻を使用するため準備しておく
25. 分娩直後に麻酔は終了となる。清拭時に麻酔科医によって硬膜外カテーテルは抜去される
26. 分娩体位から通常の体位に戻す。分娩後の清拭とともにシーツ交換を行う。  
\* 全身清拭時に発赤・水疱のないことを確認する。皮膚の観察を記録し褥瘡発生ないことを最終チェックする。
27. 麻酔終了後の飲食の制限は解除される  
離床まで 3 時間毎の体位変換・圧抜きを行ない、観察したことを記録する
28. 麻酔効果の消失を確認。初回歩行時には転倒に十分注意して実施する。
29. 尿意が鈍るため、膀胱充満に留意して、排尿を促す
30. 以下、通常の産褥経過に準ずる
31. 分娩終了後は、異常がなければ速やかに LDR の片付け、環境整備をし、家族の面会を勧める
32. 特殊分娩室での分娩が速やかに実施されるよう、物品の準備と補充（特のピンクカート）を行う
33. LDR の希望がなければ、翌日転室する

### 注意事項

1. 無痛分娩当日の朝食・昼食は欠食とする。分娩誘発中のお茶・水・スポーツ飲料は可。但し、午前中に分娩に至った場合は、速やかに昼食を依頼する。
2. 計画外の陣痛発来時は、平日であれば麻酔科医に対応が可能か産科医から麻酔科医に確認して対応する。無痛分娩施行が確定していない場合は、確認できるまで延食とする。
3. 硬膜外カテーテルが挿入された場合は、夜間陣痛発来した場合でも無痛分娩の対応をする。麻酔科医師から 30 分間のベッドサイドでの観察が不可能な場合は、産科医に協力を依頼する。
4. 日勤から引き続き夜勤帯で硬膜外麻酔を継続する場合は、上級産科当直医、助産師および麻酔科医の三者で引き継ぎを行う。以降、夜間は「夜間対応フローチャート」に沿って 2 時間おきの観察を

行う。

5. LDR が使用できない場合は、移動に伴うリスクに十分注意して、陣痛室および特殊分娩室で実施する。  
分娩室への移動はベッドで行う。
6. 出血量・胎盤計測は、血液汚染場所を少なくするため、LDR で実施する
7. 麻酔開始しても分娩に至らず分娩誘発を中止し、陣痛が消失又は落ち着いた場合は、麻酔を中止する。その後離床までは3時間毎に体位変換・圧抜きを行ない、観察したことを記録する
8. 誘発が2日以上に及ぶ場合、1日1回は清潔のケア(シャワー又は清拭)を行なう
9. 24時間以上安静の場合は、褥瘡リスクアセスメントが必要となる

2018.2.28 改訂

2019.2.1 改訂