

無痛分娩看護マニュアル

I 目的

硬膜外麻酔を使用し、陣痛の痛みを緩和する

<適応>

1. 入院前に無痛分娩に関し説明を受け、同意を得ている経産婦
2. 無痛分娩禁忌に該当しない

<禁忌>

1. 血液凝固障害(血小板 10 万以下・PT-INR1.5 以上・APTT50 秒以上)※1
2. 重度の妊娠高血圧症候群(循環血液量減少顕著で交感神経遮断により低血圧になるため)
3. 感染(菌血症・ウイルス血症・敗血症、刺入部感染)、
易感染性(白血病・骨髄異形成症候群など)※2
4. 心後負荷が好ましくない重症大動脈弁狭窄症、肥大型心筋症など※3
5. 神経疾患(進行性の脊髄病変 ex 多発硬化症)
事前相談検討例: 脊椎疾患※4、局所麻酔アレルギー歴あり

※1 血小板 10 万以上でも高リン脂質抗体症候群などで抗血小板薬と抗凝固薬を併用している場合は禁忌、また低分子量ヘパリン投与も禁忌

※2 敗血症を示唆する臨床所見がなく、抗菌薬があらかじめ投与されていれば、子宮内感染例での硬膜外無痛分娩は安全と考えられる

※3 心疾患合併妊婦の硬膜外無痛分娩については当院対応不可

※4 腰椎椎間板ヘルニアでは十分に硬膜外無痛分娩について説明し、麻酔前に神経学的所見を診察して記載したうえ、麻酔科 OK なら可能
側弯症で矯正術後は、穿刺困難のため不可

※5 双胎は禁忌ではないが、多胎では子宮容積が単胎よりも増加しているため、仰臥位性低血圧症候群を一層注意。また、娩出後の弛緩出血リスクが高く、その時点で交感神経遮断が残っているため低血圧が遷延しやすい

※5 追記 帝王切開術後の経膈分娩(TOLAC)でも硬膜外無痛分娩は可であるが当院では対応不可

II 必要物品

無痛分娩に関するもの

その他は誘発分娩・分娩介助の手順書に準ずる

【書類】

無痛分娩同意書

麻酔同意書

無痛誘発分娩スケジュール表(入院診療計画書)

無痛誘発分娩記録用紙

【使用器具】

血圧計装備のあるNST

SPO2

【使用薬剤】

<硬膜外カテーテル挿入時>

・ハルトマン 500ml

[使用物品]

点滴ルート挿入時マニュアルに準ずる

<無痛分娩時>

・0.2%アナペイン 100ml × 2

・フェンタニル 2ml × 1

・生食 50ml × 1

・エフェドリン1A

・生食 20ml

[使用物品]

輸注ポンプ

硬膜外用延長チューブ × 2

硬膜外麻酔薬用黄色シリンジ 50ml × 2

硬膜外麻酔薬用黄色シリ 10ml × 3

硬膜外麻酔薬用専用注射針 × 7

延長チューブ × 2

<和痛分娩時>

・ペチロルフアン

[使用物品]

注射針

シリンジ

血圧低下時

・エフェドリン 40mg 1ml + 生食 7ml

(=エフェドリン 5mg/ml)

[使用物品]

エフェドリン用シリンジ 10ml × 1

20G 注射針(ピンク) × 1

Ⅲ 手順

手順	備考
<p>外来</p> <p>【当院で妊婦健診を受けている場合】</p> <p>1. 助産外来で無痛分娩を希望された場合、その日の妊婦健診担当医師に報告、医師診察を受ける</p> <p>2. 妊婦健診担当医師が無痛の適応判断・当院の無痛分娩について説明した上で、医師が予約を取得する</p> <p>3. 30-31 週 妊婦健診 医師診察にて医師が分娩台帳の誘発枠を押さえる 硬膜外麻酔オーダー/入院オーダー入力</p> <p>32-33 週 妊婦健診 助産外来にて無痛分娩の入院オリエンテーション実施</p> <p>34-35 週 妊婦健診 当科医師より硬膜外麻酔 IC 後に硬膜外麻酔、無痛分娩、誘発分娩の同意書説明</p> <p>【他院で妊婦健診を受けている妊婦】</p> <p>1. 禁忌に該当しない場合、妊婦健診の予約枠でオーダーコメントに無痛相談と入力し予約を取得する</p> <p>以下、当院で妊婦健診を受けている患者様と同じ</p>	<p>・無痛分娩と誘発分娩の説明あり</p> <p>・無痛は火曜日に実施することを説明する</p> <p>・無痛分娩パス 15 番引出し内にあり ・入退院支援センターで入院手続きするように説明</p> <p>・後期検査あり(心電図・採血・臍培養)</p> <p>・電話での無痛分娩の予約枠取得は不可 必ず 32 週で受診し、医師が無痛の説明をする</p> <p>・受診の際には、現在妊婦健診を受けている病院から紹介状を持参して頂く</p>

病棟

【入院】

1. 14 時に入院

無痛分娩スケジュール説明

点滴やオーダーが入力されているか確認

2. 分娩衣に着替えてもらう

3. ルート確保し(三活装着)外液開始

4. NST 装着

5. OP 室より出棟時間の連絡がきたら、
産婦にトイレに行って頂く

6. OP 室へ出棟する

7. 車いすで帰宅

帰宅後ドップラーにて心拍確認する

8. 硬膜外カテーテル先端をガーゼで保
護し分娩着にテープで留める

9. 誘発前診察の介助実施

・無痛・誘発・麻酔の同意書を預かる

・入院日の食事は可

・夜 9 時以降禁食、飲水は可

・分娩当日は少量飲水可

・移動給食カレンダーを翌日朝から欠食に変更する

・その他のご案内や、処置等に関しては 誘
発入院の手順に準ずる

・OP 室へは歩行で可(車椅子持っていく)
〈手術室の持参物品〉

・診察券

・麻酔同意書

・E5 術前チェックリスト

以上 3 つをファイルにあることを確認する

・タオルケット

・OP 室では間接介助に入る

硬膜外ルートは、

・麻薬使用については麻薬の手順書確認

・和痛分娩の手順参照

ペチロルファン使用は 4 時間おき

1 日 3 回まで

<p>10. 使用薬剤オーダー確認、 必要物品の準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・麻薬伝票(フェンタニル、ペチロルフアン 2日分)を日勤の常勤医に処方依頼 ・麻薬は金庫に保管する <p>11. 夜間陣痛発生した場合は、当直医へ報告</p> <p>【分娩当日】</p> <p>誘発に関しては、誘発分娩手順に準ずる</p> <p>1. 7:30 に陣痛室入室</p> <p>2. CTG 装着 血圧計マンシエット装着、SPO2 モニター装着</p> <p>3. 8:00 頃医師診察・メロの入れ替え実施</p> <p>4. 診察終了後再度 CTG 装着</p> <p>5. 産科医と助産師がダブルチェック行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が薬剤の MIX を実施する ・助産師が使用する薬剤を認証 <p>6. 陣痛促進剤、補液投与開始</p> <p>7. 痛みが4/10 になったら、医師に報告し、テストドーズを医師が実施する</p> <p>※テストドーズの 30 分後に医師が麻酔範囲のチェックを行う(アイスノンは医師が持参する)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・陣発し分娩進行する場合は上級医へ報告 <p>陣発を認めた場合、テストドーズの準備をする(分娩当日の以下参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が作成した薬剤名をシリンジに記載する(以下) ・エフェドリンは赤マジックで、濃度も記載する ・0.2%アナペイン 5cc × 3 本(硬膜外麻酔用シリンジ) ・エフェドリン 1A + 生食 9cc ・0.2%アナペイン 4cc + フェンタニル 1A2cc + 生食 4cc(硬膜外麻酔用 5cc シリンジ 2 本に分注する) ・延長チューブ 1 本を硬膜外ルートに薬液で満たしてから接続する <p><BP 測定></p> <p>テストドーズ開始後 30 分は 5 分間隔 以降は 15 分毎実施</p> <p><体温測定></p> <p>1 時間に 1 回実施</p>
--	---

<p>8. 通常通りパルトへ入力する 特記事項は記事へ入力 持続麻酔開始後より、観察項目を入力</p> <p>9. Dr コール基準に該当した場合は速やかに産科医師へ報告し指示を仰ぐ 医師来棟までに行える点滴下速度の調整、体位変換など出来ることは実施する</p> <p>10. 分娩進行を認めたら医師へ報告、延長チューブ 2 本接続し硬膜外持続注入開始を確認し ・医師が硬膜外カテーテルの陰圧確認、ボース、輸注ポンプの設定や接続を行う</p> <p>11. 人工破膜や分娩室入室のタイミングは医師と相談しながら決定していく</p> <p>12. 分娩介助は通常の手順に準ずる</p>	<p>※テストドーズ内容に関しては、医師マニュアル参照</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パルトグラムのその他へ観察項目 ペインスケール・下肢動き・下肢しびれ・麻酔範囲を入力 産痛はペインスケールを用いて評価 ※ペインスケールは 3/10 以下の鎮静を目指す 下肢動き、しびれは+・±・-で評価 麻酔範囲は、医師のカルテ参照し、問題なければ範囲内と記入 ※麻酔範囲は臍部～大腿部 <p><Dr コール基準></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ペインスケール 4/10 以上 ・BP90 以下 ・NRFS ・下肢が全く動かない、下肢や腰部に放散痛がある ・体温 38.0℃以上の発熱 ・エフェドリンは医師が注入する <ul style="list-style-type: none"> ・陣痛発来は、モニター上腹部緊満が規則的に 10 分以内にあり、且つ内診所見の進行がみられた時点とする <p>※硬膜外持続麻酔の内容に関しては、医師マニュアル参照 (目安はペインスケール 4/10 以上で子宮口 3-4 cm以上開大)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・持続麻酔の流量は基本 10ml/hr(痛みの程度や進行状況により調節する場合あり) ・硬膜外カテーテルの黄色キャップ、延長チューブの白いキャップは捨てずに保管しておく(撤退した際やフェンタ薬剤返品の際にキャップを使用する為) ・持続開始時の血圧測定間隔はボース時と同様(ボース 10 分後に測定)→以降は 15 分毎 ・3 時間毎にトイレへ誘導し歩行できない又は自尿がみられない場合は導尿を実施
---	---

<p>13. 分娩終了したら食事の再開</p> <p>14. ナート終了後硬膜外持続注入は中止</p> <p>15. 分娩終了2時間後に医師が硬膜外カテーテル抜去 その他は分娩時手順参照</p> <p>16. 4時間値観察時は頭痛の有無・下肢の感覚も併せて観察する</p> <p>17. 翌日頭痛、下肢の感覚確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・怒責の開始は出来るだけ遅らせる (SP+2~3程度まで待つ) ・会陰切開は医師が痛みの確認、場合によってはキシロカイン使用 ・15時以降は栄養科へ電話連絡する ・医師が輸注ポンプを止め、硬膜外持続注入の延長チューブを外す 外した延長チューブの付いたシリンジは残液がある場合捨てずに返却する(麻薬返却手順参照) ・医師とカテーテルの先確認を行う ・下肢しびれ、動き、立位が取れるか確認 ・4時間値で異常が無ければ、通常分娩後の取り扱いで可 ・症状あった場合は産婦人科医師へ連絡する ・分娩時コスト 輸注ポンプ、SPO2、硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入 エピドラ抜去(ドレーン抜去からコメントにエピドラ)
<p>誘発撤退の場合</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 硬膜外カテーテルは延長チューブまでを残しキャップをして、分娩衣に固定しておく 2. 陣痛が治まっており、RFSであれば自室へ戻っても良い 3. 食事の再開と翌日朝より欠食のPC入力 4. 翌日の点滴・麻酔薬等の準備 5. 2日目誘発パス入力確認 	

※記録について

- ・無痛の観察項目はパルトグラムのその他→フリーコメントで作成し入力
- ・「テストドーズ 医師カルテ参照」
「持続注入開始 医師カルテ参照」を記事に入れ、特記事項があれば記事へ記録観察項目への入力はテストドーズ終了後から実施
- ・病棟管理日誌、母子手帳には「無痛誘発分娩」と記載する
- ・分娩後バイタル表・医師記録(テストドーズ)を医師事務さんに依頼しスキャンする

IV 資料・その他

- 1.町田市民病院硬膜外無痛分娩マニュアル(初版～第9版)
- 2.慶応大学病院 無痛分娩マニュアル (第14版)

最終改訂:2026年2月20日