

無痛分娩

看護マニュアル

寿泉堂綜合病院 産婦人科

当院での無痛分娩の目標

陣痛の痛みがコントロールできて
かつ安全な無痛分娩を提供すること

無痛分娩の際に準備する備品

①.麻酔器:分娩室に設置なし。手術室に常備。人工呼吸器は 7階HCUに常備。

②.除細動器:救急外来および 7階病棟に常備しすぐ使用可。AEDにおいては 6階病棟南側廊下に常備。

③.母体用生体モニター(心電図、非観血的自動血圧計、パルスオキシメーター):病棟に常備。

④.蘇生用設備・機器:分娩室前に救急カート常備

□バッグバルブマスク(BVM) □酸素マスク □喉頭鏡

□気管チューブ(6.5Fr・7.0Fr)

□スタイルット □経口エアウェイ □吸引装置

□吸引カテーテル □酸素流量計

⑤.緊急対応薬剤:分娩室に無痛分娩用救急セットとして常備

□アドレナリン □硫酸アトロピン □エフェドリン

□静注用キシロカイン □セルシン

□硫酸マグネシウム □静注用脂肪乳剤(20%イントラリポス)

□ボルベン

無痛分娩を受ける予定の産婦が入院したら (※原則、前日入院)

- ①. 無痛分娩の同意書、陣痛促進剤の同意書を確認し、無痛分娩の意志を確認する。
(※ 術前検査および説明・同意書類はあらかじめ外来健診中に済ませておく)
- ②. バイタルサイン(血圧、脈拍、体温、SP02)を測定する。
- ③. 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後、医師へ報告する。医師は内診を行う。
- ④. 薬物アレルギーの有無、止血・凝固系の異常をきたす基礎疾患、髄膜炎など感染症の有無を確認する。
- ⑤. 硬膜外カテーテル留置の時期(※原則計画分娩のため、翌日)を医師に確認する。
- ⑥. 無痛分娩麻酔チャートの準備と硬膜外カテーテル留置の準備を行う。
- ⑦. 翌日のチュービング後の薬剤オーダーの処方を事前に確認しておく。

硬膜外カテーテル挿入にあたって

①. 準備物品 □硬膜外カテーテルキット

- 1%キシロカインポリアンプ □滅菌手袋(1 医師用)
- 防水シーツ
- 消毒薬:クロロヘキシジン(アルコール禁の場合はイソジンで可)
- 固定用テープ:メッシュポア :約 40cm と約 3cm の長さに切り、
先端を丸くカットする。
- 分娩監視装置 or ドップラー:処置中は除去可、処置後は速や
かに装着。

②. 挿入の流れ

- ・防水シーツを敷き、産婦を右側臥位とし、背中を丸めるように
補助する。医師は消毒。
- ・カテーテルが挿入されたら、抜けないように背中と前胸部に
テープで固定。背骨と交差しないように固定。
- ・カテーテル固定後、仰臥位にもどし、バイタルサイン、下肢の違
和感、耳鳴り、金属味など異常がないことを確認する。
⇒異常があれば、急変時対応(全脊麻、局麻中毒)に移行する。
- ・分娩監視装置を装着し、胎児心拍レベルを評価、誘発再開。痛
みが強くなれば申し出るように説明する。

無痛分娩開始にあたって

- ①. 産婦を分娩室へ移動させ、産婦が無痛分娩開始を希望されたら、医師に報告する。
(産婦にあらかじめ、NRS・0～10、両下肢の動き、コールドテストを説明しておく)
- ②. 救急カート、リザーバー付きマスク、バッグバルブマスク(BVM)、脂肪乳剤(20%イントラリポス)を準備する。
- ③. 心電図モニター、SpO₂ モニターを装着する。
- ④. ルートの確認。計画無痛であれば陣痛促進剤投与中であり、ルートは2本朝から確保済しておく。
- ⑤. 医師による少量分割投与開始時、血圧、脈拍、体温を測定し、記載する(※専用の用紙へ)。
- ⑥. 硬膜外鎮痛開始後は、バイタル測定値、痛みのスケールや麻酔レベルの評価を記載する。
- ⑦. ロックキーは収納箱内で管理する(紛失しないように！)。
- ⑧. PCA は専用バッグに入れ、産婦の首からぶら下げて移動してもらう。
- ⑨. 局麻総投与量(総量、ボーラス回数、回数(累積ドーズ、要求力イスウ)を確認し、記載する。

無痛分娩中の管理について①

- ①. 硬膜外鎮痛開始後は絶食になること、飲水は可能であること、必要時輸液を行うことを産婦に説明する。
- ②. 硬膜外鎮痛中は分娩監視装置は原則連続で行う。
- ③. トイレは運動遮断がなければ歩行可。歩行困難時ポータブルトイレか導尿、承諾があれば Ba カテーテル。
- ④. 自己プッシュによるボーラス時はスタッフに申告するように産婦に指導する。

その都度、麻酔レベル、痛みのスケールの評価を行い、局麻中毒および全脊麻の症状の有無、内診で分娩進行の有無、硬膜外カテーテル穿刺部の異常の有無を確認する。記録用紙へ記入する。

無痛分娩中の管理について②

①. 鎮痛効果がない場合 もしくは 鎮痛効果が突然なくなった場合

→麻酔レベル、局麻中毒症状の有無を確認。異常あれば急変対応(局麻中毒)へ移行。

→カテーテル入れ替え、少量分割投与再開時は再度 5 分毎のバイタル測定から。

②. 片効きの場合→まずは効いてない側を下に。10~20 分後も効

果不十分であれば医師に報告。

→カテーテル 1cm 抜去、少量分割投与再開時は再度 5 分毎のバイタル測定から。

③. 麻酔レベルは達成しているが運動遮断が強い場合→Bromage

スケールでスケール 2 以上なら医師報告。

④. 突然陣痛の痛みがなくなり、下肢が動かなくなった場合→PCA

の中止。急変時対応(全脊麻)へ移行。

⑤. 痛みが増強した場合→まず内診。カテーテル自然抜去の有無、局麻中毒症状の有無を確認し、これら問題なく麻酔レベルが達してなければ自己ボーラス追加。

⑥. 胎児心拍レベルの異常

→まず内診。母体酸素投与、体位変換、陣痛促進中止、輸液(ラクテック)全開滴下。

無痛分娩中の管理について③

①. 硬膜外鎮痛実施中、人手の少ない時間帯に突入した場合

- i) 分娩進行があれば硬膜外鎮痛および陣痛促進を継続する。
- ii) 分娩終了の見込みがつかないときは陣痛促進剤を中止し、陣痛が弱くなれば PCA スマートポンプも一旦中止する。その後、自然に陣痛が増強し、痛みの訴えがあった場合は、PCA スマートポンプを再開する。

②. オーバーナイトで硬膜外鎮痛を必要とする場合の管理

- i) 経口摂取の希望があり嘔気がなければ軽い食事は摂取可とする。希望がなければ輸液(ソルデム 3A、5%ブドウ糖など)で対応する(スタッフ対応で可)。
- ii) 運動遮断がなければトイレ歩行可。歩行困難なら承諾の Ba テーテル挿入も可。承諾がなければポータブルトイレか導尿で対応する。
- iii) 分娩監視装置は陣痛間欠が長く胎児心拍レベルに問題なければ除去可。
- iv) 分娩室に余裕がなければ病室での管理も可。その場合心電図モニター、SP02 モニターを装着する

無痛分娩中の管理について④

- ①. 活動期に入れば、内診は 30 分毎に行い、分娩進行状況を評価する。
- ②. 子宮口全開大後、分娩監視装置の陣痛波形や触診で努責指導を行う。
- ③. 子宮口全開大後、初産婦は 3 時間、経産婦は 2 時間を遷延分娩とし、医師に報告する。
- ④. 硬膜外鎮痛下では診断が困難になる以下の母体急変の原因疾患があることに常に留意する。これらの疾患が疑わしい場合は医師へ報告。(常位胎盤早期剥離 後腹膜血腫 子宮破裂 子宮内反症)
- ⑤. 無痛分娩終了後、PCA スマートポンプを中止する。清拭時もしくは帰室時に、医師に硬膜外カテーテルを抜去してもらう。
- ⑥. バイタルサインに異常がないこと、下肢に異常がないことを確認し、初回歩行を行う。
- ⑦. 麻酔薬総投与量、ボーラス回数、産婦要求回数を記載する。