無痛分娩

目的

・母子ともに安心、安全、安楽に分娩ができる。
・麻薬を正しく取り扱い、疼痛の緩和を図る。

必要物品

・麻薬
・黄 50 ㎖シリンジ
・神経麻酔用の黄キャップ１８G１$^{1}/_{2}$
・麻酔用の黄エクステンションチューブ
・黄色シリンジ５ｃｃ　４本

OP 室から調達

・他、各基準参照。

黄色のシリンジ５ｃｃ

当院の無痛分娩対象者の基準

・経産婦　39 週以降　※医師の判断により週数は早まることもある
・夜間休日に陣発した場合、無痛分娩は行わない。

手順・ポイント・注意点

手順	ポイント・注意点
1　入院時	
⑴10 時入院、病室へ案内する。	・入院時に必ず無痛分娩同意書など確認する。（**「分娩入院受け入れ手順」**参照）
⑵オリエンテーション後、CTG モニター装着する。	
⑶必要時ラミナリア挿入介助し、抗生剤の内服を確認する。	・**「子宮頚管拡張処置手順」**参照
⑷昼食は絶食。	・入院時採血あれば、20G にてヘパロックし、入室時につなぐことも可。
2　硬膜外カテーテル挿入	
⑴オペ室入室時にピンクの分娩着に更衣促し、ラクテック点滴開始。予備のラクテック 500ml１本持参する。	・分娩着とショーツのみ着用する。
⑵15 時、手術室６番へ入室する。	・時間変更の場合はOP 室から連絡がある。
⑶分娩監視モニター装着し、診療記録に、入室時間・穿刺の時間・穿刺部位・固定の長さ・全身状態・テストドーズの時間・全身状態を記録する。	【手術室入室時の持ち物】 ・予備点滴 ・カテを包むためのガーゼなど
⑷薬剤管理・麻酔科医の介助はオペ室スタッフが行うが、使用した薬剤の申し送りを受け、産科スタッフがコストを取る。	・上記を止めるテープもしくはクリップ ・NST モニター ・車いす
⑸エピカテは、ロックしたあとガーゼで包んでストッキネットで包み、落ちないようテープやクリップで	・ノートパソコンとスピーカー（後からでも可、CTG モニター中に音楽を流す）

分娩着に固定する。	
⑹穿刺後もCTGモニター装着は継続し、産科医師の指示にてCTGモニター終了とする。	・車いす移乗の際は、ふらつきがないか観察し、必要時介助を行う。
⑺車いすにて帰室する。	
⑻オペ室スタッフが準備したブルーの保温シーツに、サポマット２枚をマイクロポアで留める。	・オペ室スタッフが退室する前に、かたづけ方法を確認する。
⑼生体モニターの記録用紙をプリントアウトする。	・ブルーの保温シーツを破かないよう注意する。
⑽帰室後、補液はヘパロックする。	
⑾帰室後は胎児心拍を１時間ごとに確認する。	・生体モニターの記録用紙は、モニター装着時と終了時に記録する。
３　夜間の対応	
⑴20時、必要時ラミナリア入れ替え、抗生剤の内服を確認する。	
⑵21時以降は禁食。飲水は少量の水、お茶は可。	
⑶21時以降は連続CTGモニター。	
⑷翌朝６時　RFS確認後にCTGモニターを一旦中止し洗面を促す。	・医師の指示を確認すること。 ・児心音は消すこと。
⑸必要時、採血の指示あり。	
⑹LDRへ移動し、CTGモニター再開。	
⑺８時ごろ、医師がラミナリア抜去。	
⑻輸液開始。	・点滴は医師指示参照
４　薬液準備(無痛分娩当日)	
⑴リーダーから麻薬の鍵を受け取り、保管庫から麻薬を準備する。看護師２名で麻薬注射箋、患者名、指示の麻薬および処方量をダブルチェックする。 空アンプル(キャップも)、空バイアル本体は捨てずに、処方された箱に破損しないよう注意して戻す。残薬または破損時は注射薬をディスポ注射器に吸い、空アンプル・空バイアルと共に保管庫に戻す。	麻薬の請求方法 ・産科医師が電子カルテでオーダー後、「麻薬処方箋」を渡されるので、使用当日薬剤部に提出する。伝票をもとに、当日、薬剤部に取りに行き、薬剤師から薬剤を受け取り、サイン(フルネーム)する。 ・麻薬の混注は、医師でなく看護師でも可.
⑵産科医が、黄のトップシリンジに神経麻酔用の黄キャップ 18G1 1/2をセットし、0.25 ポプスカイン13ml・フェンタ2ml・生食35ml(全量50ml)を準備し、黄キャップの麻酔用エックステンションチューブNP0.6ml 50㎝をセットし、シリンジに点滴ラベルを貼る。	・ラベルは麻薬の払い出しと共に薬剤部にて受け取る。 ・薬剤準備に必要な物品(必要物品参照)を事前にOP室SPDから調達する(伝票は不要)
⑶麻薬使用後は、必ず看護記録に使用内容を記載、麻薬処方箋と麻薬施用録、使用した麻薬(残薬・破損アンプルも含めて)と共に薬剤部に返却する。	

5　薬液開始

⑴有効な陣痛が開始され、子宮口が開大し始めたら、産科医師に報告し、薬液投与を開始する。

⑵産科医が、リトドリン塩酸塩注１％でテストドーズを行ったあと、薬液を混注した黄シリンジをシリンジポンプにセットし開始するので、VS 等観察し、開始時間を記録する。(薬液の流量調整・設定は、産科医で)

6　薬剤開始後の対応

⑴産科医の指示・実施のもとに、VS の測定・全身状態の観察・実施時間の記録確認をする。

⑵適宜、導尿を行う。

⑶痛みの評価は NRS にて評価を行う。
痛みの目標は NRS３～４とする。

⑷痛みが強い場合の麻酔の流量の調整は産科医師が行う。

⑸産科医師への報告は必要時行う。

①緊急連絡

1．　突然の運動神経遮断
2．　突然の感覚神経遮断
3．　意識レベルの低下

②通常連絡

1．　鎮痛不十分
2．　運動神経ブロック Bromage スケール３
3．　間隔神経ブロックコールドテスト T5 以上
4．　対処困難な副作用及び合併症

以降　**「分娩基準」を参照**

7　硬膜外カテーテルの抜去

産科医師が軟産道縫合後、抜去する。
消毒はアルコール綿を使用し、絆創膏を貼る。（翌日シャワー前までに絆創膏をはがすよう申し送る。）

8　初回歩行

初回歩行は、産科医師も立ち合う。
産後２時間以降トイレ歩行可能。

・硬膜外鎮痛時モニタリング

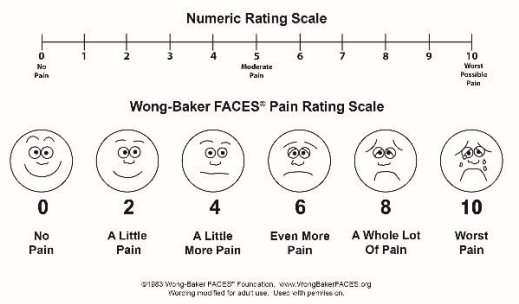
①　硬膜外鎮痛開始時
血圧は２分毎に 30 分間測定する。
その後５分毎に 20 分間測定する。

②　麻酔範囲確認後
血圧測定は 15 分毎とする。
少なくとも 1.5 時間ごとには、
効果・副作用・麻酔範囲を確認する。

③　分割投与時
血管内注入(耳鳴り、金属味、口周囲のしびれ)やくも膜下腔への注入(下肢麻痺)がないことを確認する。

異常を認めた場合には、その時点で局所麻酔の投与を止め、人工呼吸(マスク換気)と局所麻酔中毒の治療の準備をする。

・導尿間隔は、基本２時間毎



2024 年９月１７日作成
2024 年 10 月３日変更