

きりんウィメンズクリニック武蔵野無痛分娩看護マニュアル

令和7年3月10日作成

穿刺する前の準備

- ・ 無痛分娩の場合、前日 21 時から分娩後まで食事不可。
- ・ 分娩中は少量ずつの飲水可（水、お茶、スポーツ飲料）。
- ・ 分娩室入室後、お産バッグの中に入っているピンク着とショーツ（L ナプキンをつける）へ着替える。※下着は全て外し、アクセサリ等も外す。（患者には化粧やネイルはせず、アクセサリやコンタクトも外して入院するよう案内されている。）
- ・ 更衣後、CTG モニターを装着し母児の状態を確認する。
- ・ ルートキープし、ラクテックを投与する。（20G、延長チューブ×2）
※麻酔導入前に 1 本投与し終わっていることが望ましい。
- ・ 必要時、指示書に沿って陣痛促進剤の投与を開始する。
- ・ 処置の必要物品は別紙参照。不潔にならないよう準備する。
- ・ 処置前に排尿を済ませ、生体モニター（血圧計と SpO2 モニター）を装着する。
血圧測定の間隔は、挿入前：3 分、薬液注入後：2 分、15 分以降：5 分、25 分以降：60 分毎（患者の状態に合わせて適宜）

穿刺時の介助

医師	助産師
	分娩台で側臥位の体勢をとったら、端（背中側）まで身体を寄せる。背中を出し、処置をしやすいようショーツとモニターベルトは骨盤のあたりまでずらしておく。物品準備で使用した防水シーツを背中側に挟む。
穿刺部位を消毒する。	
皮下に局所麻酔施行後、硬膜外腔に針を穿刺する。 硬膜外カテーテルが硬膜外腔に挿入されたら、穿刺針を抜去する。	1%キシロカインを準備しておく。医師が吸い上げる際に介助をする。 - 穿刺しやすくなるよう、患者さんの背中を丸めて体勢を整える。両膝を抱えてお腹を覗き込むようにし、椎骨の間が開くようにする。 ※患者さんが処置中に身体を動かすと危険なため、痛み等の症状があった際は口で教えてもらおうよう先に伝えておく。
局所麻酔薬の試験投与（テストドーズ）を行う。	脊髄くも膜下投与になっていないか（下肢の脱力、急激な血圧低下等）、血管内投与となり局所麻酔薬中毒になっていないか（耳鳴り、味覚異常：鉄の味、多弁等）、注意深く観察する。
カテーテルをフィルムドレッシング剤（テガターム）で固定する。（医師によってはステリを追加で使用することもある）	- 患者の前面から離れてテープ固定を行う。まずドレッシング剤の周りを短いテープ3枚で固定し、その後背部に沿って長いテープ1枚で固定する。 - カテーテルの接続部は、ガーゼ等で包み肩に固定する。
コールドテストを行う。（アルコール綿または保冷材を使用）	

	※PCA を使用する場合 ・ シリンジをバルーンのポートに接続し、0.2%アナペインを 100 c c 重鎮する。 ・ 薬液が注入ラインに流れ先端まで満たされたことを確認し、流量制御器の手前をクランプで閉じる。 ・ ライン内に空気がないことを確認し、患者側のラインに接続する。 ・ クランプを開いて薬液の投与を開始する。
--	--

カテーテル挿入後の管理と記録

- ・ バイタルサインの観察
- ・ ＊硬膜外麻酔導入後、BP・HR・RR・SPO2 を
10 分間は 2.5 分ごと
開始 10 分から 30 分後 5 分ごと
開始 30 分以降測定状態が安定していれば 30 分ごとに確認。
- ・ 麻酔投与後の母体低血圧とそれに伴う胎児心拍低下に注意する。
- ・ 全脊髄クモ膜下麻酔(麻酔レベルの上昇と呼吸抑制)、局所麻酔薬中毒、神経症状
(味覚異常、耳鳴り、多弁) で強く疑う。の早期発見に努める。
- ・ 無痛分娩中は主に側臥位とし、1 時間～1.5 時間ごとに効果と副作用の有無を確認する。
カテーテルのクモ膜下迷入による下肢運動不能、カテーテル血管内迷入による鎮痛効果消失や耳鳴り、金属味など中枢神経症状、神経刺激による放散痛の有無に注意する。
- ・ 硬膜外カテーテル刺入部の出血、腫脹の有無カテーテルの抜けずれの有無を観察する。
- ・ 鎮痛効果の確認、片効き、まだら効きのないことを確認する。(不十分な場合は医師へ報告、あれば医師にてカテ先を調整)
- ・ ＊疼痛スコア記録 (VAS か NRS)
- ・ 下肢の運動機能、感覚機能の評価をおこない記録
- ・ 分娩進行時は原則生体情報モニター、CTG モニターともにフルモニターにて管理する。
- ・ CTG の評価、児の健康状態を確認の上、医師の指示に従ってオキシトシン分娩誘発を進めていく。
- ・ 産婦に分娩進行状況や実施しているケアを適宜説明しながら、産婦のそばで経過を観察し援助する。
- ・ 軽い半側臥位を保ち、30 分～1 時間ごとに体位交換する。仰臥位は避ける。
- ・ 異常出血や多量の羊水流出、過強陣痛を自覚できないことがあるため、徴候を把握する。
- ・ 麻酔により膀胱充満を感じにくい場合があるため、膀胱充満による分娩遷延予防と排尿障害防止のために適宜導尿 or 麻酔により膀胱充満を感じにくい場合があるため、膀胱充満による分娩遷延予防と排尿障害防止のために適宜導尿 or 満満を感じにくい場合があるため、膀胱充満による分娩遷延予防と排尿障害防止のために適宜導尿 or 麻酔により膀胱充満を感じにくい場合があるため、膀胱充満による分娩遷延予防と排尿障害防止のために適宜導尿 or 膀胱留置カテーテルを挿入する。
- ・ 体温チェック、内診を行う。

- ・ II期遷延を避け3時間以内で分娩になるように心がける。医師の指示により吸引分娩、鉗子分娩になる可能性がある。
- ・ 鎮痛によって怒責のタイミングが産婦にはわからないため、怒責誘導を行う。子宮口全開大後は積極的な児頭誘導と怒責で早期娩出を図る(医師の指示)
産婦は肛門括約筋に本来の力が入らないため、裂傷が大きくなる可能性があるので注意深く会陰保護をする。

無痛分娩の合併症

合併症	症状	対応
全脊髄くも膜下麻酔	急な下肢の運動麻痺、コールドテストで胸のあたりまでの冷感消失→徐脈、低血圧→呼吸停止、意識消失、対光反射消失	・ 呼吸停止:ただちに人工呼吸(疑った段階で酸素投与開始) ・ 徐脈:エフェドリン投与(エフェドリン 1A+生食 9ml) ・ 低血圧:輸液負荷、エフェドリン投与、下肢拳上、子宮左方転位
局所麻酔薬中毒	耳鳴り、味覚異常(鉄の味)、多弁→痙攣、意識消失、呼吸抑制→循環抑制、心停止	・ 局所麻酔薬の投与中止 ・ 心電図装着(不整脈の観察) ・ 100%酸素投与、気道確保 ・ 痙攣の場合、抗痙攣薬の投与(セルシン) ・ イントラリボス投与
アナフィラキシー	不穏、低血圧、頻脈、顔面紅潮、呼吸苦	・ 酸素投与 ・ 輸液負荷 ・ アドレナリン筋肉注射(0.3～0.5 mg)
発熱		・ 感染症が除外されれば、クーリングしながら経過観察
低血圧		・ 輸液負荷 ・ エフェドリン投与 ・ 下肢拳上、子宮左方転位

分娩後の管理

- ・ 分娩後の異常出血等なければ、会陰縫合終了後に医師にカテーテル抜去の依頼をする。
抜去時にカテーテル先端を確認する。
- ・ 分娩後 2 時間経過し、下肢の感覚や運動機能回復を確認し、歩行前に転倒リスクを評価する。問題なければ車椅子で帰室する。