

東京科学大学病院 無痛分娩看護マニュアル

2025 年 3 月 24 日改訂

1. 無痛分娩の適応

- ・無痛分娩希望者で以下の条件を満たす者

① 血算（血小板数）・凝固の結果が判明し異常がない（判断は麻酔科、結果を待てないときは麻酔科に相談）

② CTG の胎児心拍数レベルがレベル 1 あるいはレベル 2

レベル 3 以上の場合は麻酔科と相談（無痛を導入しなくてもよいが、急激な血圧変動を避けるため硬膜外麻酔のみにする、緊急 CS に備えた硬膜外カテ留置のみ行う、等の選択もあり）

- ・医学的に無痛分娩が必要な妊婦（脳血管疾患・心疾患・妊娠高血圧症候群 etc）
- ・計画無痛は経産婦に限り週 2 件まで対応

2. 必要物品

【患者毎に必要な物】

- ・無痛分娩の同意書
- ・無痛分娩用 PCA ポンプ（スミスメディカル CADD Soils）
- ・局所麻酔カスタムパック
- ・ネオラジン液 1.5%消毒用アプリーケーター
- ・NRFit メディケーションカセット・チューブ



【病棟に常備しておく物】

- ・キシロカインポリアンブ 1%、2%
- ・ポプスカイン 0.25%注バッグ 250mg/100ml
- ・メイロン 7%20ml
- ・0.5%高比重マーカイン
- ・エフェドリン 40mg、ネオシネジン 1mg
- ・ニトログリセリン 5mg（分娩カート）
- ・ナロキソン 0.2mg（分娩準備室救急カート）
- ・イントラリポス輸液 20%250ml（分娩準備室救急カート）
- ・ロクロニウム臭化物静注液 50mg/5ml（ステーション金庫）
- ・フェンタニル注射液 0.1mg（ステーション金庫）



3. 看護

【外来】

- ・妊婦健診にて無痛分娩希望の有無を確認し、医師が麻酔科外来の受診オーダーを入れる
- ・希望者は妊娠 32 週までに産科麻酔医による無痛麻酔に関する説明を受ける
- ・妊娠後期（妊娠 36 週前後）の保健指導までに麻酔科受診が終了しているか確認し、電話連絡・受診のタイミングについて説明する
- ・保健指導では主体的に出産に臨めるよう体づくりや心構えができるように支援する

【電話連絡・入院判断（オンデマンド）】

- ・平日は外来から時間外は事務当直からの入電を受けて、助産師が来院の判断をする
- ・来院時は入院セットと「無痛分娩の同意書」を持参するよう指示する
- ・陣痛発来または破水で来院を指示した場合は産科麻酔当直(62133)へ報告する
- ・経産婦や分娩進行が早いと予想される場合には、麻酔科医にその旨を伝える
- ・患者来院後、産科医師とともに診察し入院と無痛導入の判断をする（有痛性の規則的な子宮収縮＋子宮口 3cm 開大が目安）
- ・入院が決定し無痛導入の方針となれば、チュービング・無痛導入の流れにそって対応する

【チュービング・無痛導入の流れ】

- ① 「無痛分娩の同意書」を預かりカルテに保管する
(5 枚全部あること、確認チェックと署名があることを確認→患者にコピーを渡す)
- ② 分娩監視装置と心電図モニターのある部屋（LDR・分娩室・陣痛室）に移動する
- ③ トイレで尿検査を済ませ、お産着に着替えてモニターを装着する
- ④ 飲み物・カトラリー・充電器など必要な物はテーブルの上に準備しておく
- ⑤ 点滴 20G で留置する（クロスマッチ・血算・凝固の採血が必要か確認）
- ⑥ チュービング後すぐに無痛を開始する場合には、麻酔科医師が指示した輸液を投与する
※チュービングのみの場合はライン確保のみで良い
- ⑦ 麻酔科医師の注射指示が出たらリーダーが必要量の麻薬を準備する
カテーテル穿刺に必要な物品・麻酔薬剤は麻酔科医師が準備する
- ⑧ キックバケツを用意しベッドの高さを麻酔科医師が施術しやすい高さとする
- ⑨ 患者の位置を医師が施術する側のベッドの端に寄せ、側臥位とする
- ⑩ 背中を丸めるポーズを促し穿刺しやすい姿勢を保持する
- ⑪ モニターの位置がずれるため調整しながら介助を行う
- ⑫ 血圧計を 5 分間隔の自動測定設定とし SpO2 モニターを装着する（チュービングのみの場合には不要）
- ⑬ 無痛導入開始後は医師指示に従いモニタリング実施。保持したほうが良い姿勢を確認する（薬剤効果の偏りをふせぐため）

- ⑭ 麻酔科指示に従い、血圧・SpO2 測定を行い Dr.call 指示にかかれば報告する。導入後 30 分間は特に合併症が出現しやすいため注意して観察する

<ケアの留意点>

- ・分娩進行に合わせて麻酔科医師で投与モード・投与量が変更されるため、患者の産痛の変化などをよく観察し適宜内診を行う。麻酔科医師と報告を取り合いながら投与モード・安静度の指示を適宜確認する
- ・産科ガイドラインに基づき無痛導入中は ECG モニターを装着する
- ・基本はベッド上安静となるため、体位変換可能であればベッド上で側臥位・座位をとるなど促進ケア・回旋異常予防に努める
- ・導尿は 2-3 時間おきに実施とするが麻酔科医の指示があればトイレ歩行。血栓予防のためにも歩ける時は歩行を促す
- ・医師指示時にはトイレ歩行やアクティブチェアなどの使用は可能だが、転倒やライン抜去には十分注意する
- ・硬膜外カテーテル穿刺部の漏れや擦れ・腫脹・痛みの出現には注意する
- ・食事の制限はない。産婦が食事摂取可能かアセスメントし、配膳・セッティングする
- ・無痛麻酔下では微弱陣痛となった場合、待機的に改善する可能性は低いいため促進剤の投与や人工破膜のタイミングなどを医師と検討する
- ・分娩進行によって麻酔科 Call 指示がある（子宮口全開大・分娩体位をとるタイミングなど）。そのほか、急速な分娩進行を認めたときや人工破膜施行前には麻酔科医師に報告する

【誘発分娩の流れ】

* 前日

- ① 産科医師により誘発分娩の IC を受ける
- ② 麻酔科外来を受診済みであれば「無痛分娩の同意書」を預かりカルテに保管する
- ③ 外来の頸管所見が悪い場合は、午前中から拡張処置を行う（助産師は介助につく）
- ④ NST モニター装着・点滴と採血実施。尿検査がある場合は提出
- ⑤ 午後に再度拡張実施（処置による苦痛が強い場合は医師に無痛処置の相談を行う）
- ⑥ 拡張処置を行った場合には NST モニターを装着する
- ⑦ 頸管所見次第では、夜間に陣痛発来する可能性がある場合や経産婦で前回分娩所要時間が短い場合など、麻酔科医師と相談して前日のうちにチュービングのみ済ませておく場合もある

※夜間～翌日までに患者が陣痛発来する可能性があるため無痛用・分娩用の処置・点滴指示がオーダーされているか確認しておく

*当日

- ① 起床後、患者を LDR へ移動させ更衣・排泄をすませておく
- ② 産科指示に基づき NST モニター装着する
- ③ 7 時半頃～医師診察。頸管所見を確認後分娩方針決定する
- ④ 麻酔科医師とチュービングのタイミングについて相談する
(頸管所見が良い場合は陣痛発来前にチュービングを実施する)
- ⑤ 誘発開始後、陣痛発来したら麻酔科医師に報告する
以下、チュービング・無痛導入の流れに同じ

【分娩後】

- ・分娩後はモニターOFF。医師により産道～会陰創部の精査と裂傷部位の縫合を行う
- ・2 時間値まではベッド上安静とし、こまめにバイタルサインの測定・子宮収縮の程度・出血量の確認を行う。弛緩出血やバイタルが不安定な場合にはセントラルモニターへ切り替える
- ・2 時間値の出血量や創部の状態に問題なければ、麻酔科医師によって麻酔の投与は終了しカテーテル抜去となる。
- ・下肢の可動性や感覚を確認してからトイレ歩行を行う。下肢の脱力がある場合は導尿し車椅子で帰室する。その後も初回歩行時には付き添いを行い歩行介助の査定を行う。

4. 合併症

無痛開始直後：低血圧、胎児一過性徐脈、高位脊髄くも膜下麻酔、局所麻酔中毒

分娩経過中：発熱、痒み、嘔吐

分娩後：硬膜穿刺後頭痛（PDPH）、硬膜外血腫、薬物アレルギー