

1 同意説明

- ① 産科外来で助産師が意向を聞く。(妊娠 20 週まで) その際計画日以外での陣発や破水した場合、また夜間陣痛がきた場合など対応できないことを十分伝える。

(対象)

経産婦、帝王切開の既往なし、前回分娩より 10 年以内、パートナーと共に外来で医師からの説明を聞いて納得する人、パートナーと共に同意書の内容を日本語で理解ができる人、脊椎くも膜下麻酔・硬膜外麻酔の禁忌・慎重実施(脊椎手術後下肢異常を有するものなど)でない人、高度肥満でない人(BMI35 以上)、

- ② 希望者がいた場合は産科外来で産科医から説明をうける。(パートナーの同席必須)
- ③ 同意が得られたら、同意書を取得する。
- ④ その後妊娠 30 週から 35 週の間で和痛分娩麻酔説明外来予約(水曜日 13 時～)
- ⑤ 和痛分娩麻酔説明外来を受診してもらい、麻酔の同意書を得る。(パートナーの同席必須)

2 入院

- ① 計画分娩の前日(火曜日)入院。

- 1) 同意書確認(外来で取得、スキャンを確認。誘発分娩同意書・和痛分娩同意書・麻酔の同意書の 3 種類)
- 2) 母子手帳、聴力検査用紙回収
- 3) 採血(血算・凝固) 凝固の値を確認:産科医、麻酔科医
- 4) NST モニター
- 5) 産科医の内診
- 6) シャワー浴(更衣は上半身はなにも身につけない、金属類などはずす)
- 7) ルート確保(20G 必須)
- 8) 産科医は明日の点滴などのオーダー入力。助産師は麻酔分娩の物品の準備。

- ② 当日(水曜日)

- 1) 6 時 陣痛室で NST
- 2) 7 時 常勤医師の診察 子宮口 3 センチ以下ならミニメトロ挿入考慮
- 3) 陣痛室にて NST 再開
- 4) NST 上、児心音異常なければ分娩誘発開始。(ミニメトロ挿入の場合は挿入より 1 時間後)
- 5) 陣痛室で朝食摂取、それ以降は飲水のみ可(水・お茶・スポーツドリンクのみ。果肉を含むもの、乳製品、コーヒー、炭酸は不可)
- 6) 9 時 弾性ストッキング着用。トイレを済ませて分娩室へ移動。NST モ

ニター装着、モニター類準備、装着。

- 7) 9時半 硬膜外麻酔導入。バイタルサイン測定。体位は左右側臥位どちらでも可。穿刺は L3/4 から 17GToughy 針にて実施。26GPP 針で DPE、カテーテル留置は 3-4cm 推奨。穿刺時に細胞外液（ラクテック）500ml を急速投与。

(モニターと観察)

- ・ NST：連続
- ・ 血圧：開始後 30 分は 5 分おき、その後は 15 分おき
- ・ 体温：1 時間おき
- ・ パルスオキシメーター：連続
- ・ 脈拍：連続
- ・ 心電図：必要に応じて
- ・ 痛み（NRS）：1 時間おき
- ・ 下肢の運動状態：1 時間おき
- ・ 悪心：1 時間おき
- ・ 麻酔レベル：1 時間おき

- 8) 麻酔科医が維持液（0.08%アナペイン+フェンタニル 2 ug/ml）作成。

フェンタニル 10ml (1A)

0.2%アナペイン 100ml

生食	140ml
----	-------

合計	250ml
----	-------

上記薬液 20ml をバックより取り出しイニシャルドーズとして 5ml ずつ 5 分おきに分割投与。(10-15ml で立ち上がることが多い)

初回投与 30 分後にコールドテストで左右 Th10 が確立されているかをチェック

20ml 投与、開始後に 45 分までに確立されなければ、再留置考慮。ここまで麻酔科医実施。

- 9) 麻酔後、膀胱留置カテーテル挿入。安静度はベット上（座位は可）。体位交換はこまめに行う。

- 10) エイミーPCA を用いて維持液をセットする。(助産師)

- 11) PIE8ml60 分ごと、PCEA8ml LOT20 分 1 時間に 3 回まで可。実施時は産婦に申し出てもらい、助産師が操作を行い記録する。

- 12) 麻酔分娩記録に血圧、脈、SPO2、NRS、悪心、下肢運動を 1 時間おきに

記録。

1 3) レスキューについて。

PIEB+PCEA で取り切れない痛み (NRS > 3) がでたら産科医へコールしレベルチェックを行う。

→左右レベルは均等、抜けがないときは

① 0.2%アナペイン 5ml

② 0.33%キシロカイン 9ml (1%キシロカイン 3ml+生食 6ml)

の順に 15 分空けてボース投与

※PIEB の次回投与を 60 分後に延長すること

※回旋異常の有無、他の危険な産科的要因は無いか注意。

以上で痛みがとれないときは麻酔科コールし、引き抜き、差し直し考慮

引抜きとは：硬膜外カテーテルを 1cm 引抜き (硬膜外腔に 2cm は残るように)、留置長を浅くする。引き抜くだけで効果があることも多い。追加の場合は 0.08%アナペイン 8ml 注入する。

1 4) 分娩に至る前に膀胱留置カテーテル抜去する。

1 5) チューブ抜去

① 胎盤娩出し、ナート終了後に PIB+PCA は停止する。(助産師)

② 分娩後 2 時間で硬膜外カテーテルを抜去する。(産科医)

③ 硬膜外カテーテル抜去後、清拭・更衣実施。(助産師)

1 6) 分娩 2 時間値で異常なければ、帰室はストレッチャーで行う。

帰室前に導尿実施。ストレッチャーで帰室。初回歩行は帰室後初回トイレの際に行う。十分な下肢感覚の回復 (下肢の痺れ、違和感、脱力感がないか) を得たのを確認し必ず付添で行う。

1 7) 日中、分娩に至らなかった場合

15 時半頃、麻酔科医がカテーテルの評価、設定を確認をする。基本的には 17 時以降 PIB+PCA は OFF する。膀胱留置カテーテルは抜去する。夜間歩行可能。ただし、自然に進む場合は PCA のみ継続する。その場合は産科医が 8) と同様の維持液を作成する。17 時以降の引抜きや差し直しは行わない。PCA のみ残るので、この場合は膀胱留置カテーテルを挿入。2 日目以降分娩に至る前にカテーテル抜去し分娩となる。

1 8) 2 日目開始する場合は細胞外液急速投与し、テストドーズから開始。(麻

酔科立ち会い)