

項目	和痛分娩	目的	硬膜外麻酔を用いて陣痛の痛みを和らげることにより、痛みに対する恐怖や緊張などのストレスを軽減し、分娩を円滑に進行させる。
必要物品	・クーデックエイミーPCA ・エイミーMPユニット※機械充電前日確認 ・硬膜外ペリフィックスフィルターセット ・脊髄くも膜下麻酔針26G 12mm ・NRFitペリフィックスカスタムキット（脊髄くも膜下・硬膜外麻酔キット） ・シルキーボア ・心電図モニター ・その他 正常分娩マニュアルに準ずる	禁忌	・帝王切開の既往のある人 ・脊椎くも膜下麻酔・硬膜外麻酔の禁忌・慎重投与の人 ・高度肥満でない人（BMI35以上）
		必要薬剤	・細胞外液（ラクテック500ml） ・0.2%アナペイン100ml ・フェンタニル0.5mg/A ・1%リドカイン 10ml ・生食20ml ・生食100ml 2P ・ステリクロンBエタノール液0.5 500ml
手順		看護のポイント	
I. 入院日		・誘発分娩同意書・和痛分娩同意書・麻酔の同意書の3種類がスキャンされているか確認する。 ※緊急時帝王切開同意書の有無は担当医師に従う ・局所麻酔中毒のリビッドレスキューを事前に計算しておく。 ・子宮口3センチ以上であれば、頸管拡張不要。 ・20G 1本確保。 ・明日の点滴オーダーを確認する。麻薬の処方有れば薬剤部へ事前に取りに行き、金庫管理とする。（当日朝9時までに準備で可）	
1）通常の分娩の入院同様に入院オリエンテーション実施、今後のスケジュールを説明する。 2）同意書を確認する。 3）採血を実施する。（血算、凝固） 4）弾性ストッキングのサイズを測定し、産婦へ渡す。 5）体重測定をする。 6）NSTモニターを装着する。 7）産科医に内診をしてもらう。 8）シャワー浴実施。 9）ルート確保。三方活栓3ヶ 10）和痛分娩の物品、薬品の準備を行う。 11）翌日昼止め入力		・上半身は下着を身につけていないことを確認。 ・アクセサリー類も外してもらう。 ・子宮口3センチ未満ならミニメトロ挿入を考慮する。 ・ミニメトロ挿入している場合は、挿入より1時間経過し児心音に異常ないことを確認してから分娩誘発を開始する。 ・ルートには三方活栓3つ、延長ルート1本（サフィード50cm、3.8ml） ・水、お茶、スポーツドリンクのみ可。果肉を含むもの、乳製品、コーヒー、炭酸は不可 ・トイレで使い捨てTパンツに履き替えてもらう。 ・NST、心電図モニター装着。産婦には帽子をかぶってもらう。	
II. 和痛分娩実施当日（硬膜外麻酔挿入開始まで）			
1）6時に陣痛室へ移動し、NST装着開始。 2）7時に常勤産科医の診察を介助する。 3）陣痛室にてNSTを再開する。 4）NST上、児心音異常なければ分娩誘発開始する。 5）陣痛室で朝食摂取。摂取後は飲水のみ可。 6）9時に弾性ストッキングを着用してもらい、トイレを済ませてから分娩室2へ移動する。			
III. 硬膜外麻酔挿入時の介助		・直接介助者は帽子、マスク、未滅菌手袋着用。 ・前胸部はバスタオルで覆い、露出を最小限にする。 ・産婦には分娩台の端に来てもらい、水平になるよう体位を調整する。 ※麻酔穿刺部位にNSTモニターベルトが重ならない様にする露出をしっかりと ※右側臥位の場合は左側の袖は外す ・硬膜外麻酔挿入前のバイタルサイン測定を実施する。 ※記載はPCの換温表で可	
1）9時半に麻酔科医が来棟。 2）間接介助者は産婦に側臥位（左右どちらでも可）になってもらい、寝衣を下から背中全体が見えるようにめくりあげる。 3）分娩台の高さを調整する。感染用段ボールBOX設置（DR側） 4）分娩台の柵を下ろし、産婦の下に未滅菌防水シーツをひく。 5）細胞外液を急速投与（250ml/h 自然滴下で可）開始。 6）直接介助者はワゴンにNRFitペリフィックスカスタムキットの外袋を清潔操作であけて置く。麻酔科医がカテーテルキットを開いたら、清潔操作で薬液を入れる。 綿球3ヶ→ステリクロンエタノール液 白カップ→生食20ml ピンクカップ→1%リドカイン		・ステリクロンエタノール液が白・ピンクカップに混入しないよう注意。 ・挿入中はバイタルサインの変動に注意する。また適宜産婦へ声かけし、体位保持を介助する。	
7）側臥位から仰臥位へ体位変換し、分娩台を少しギャッチアップする。			

- 8) 麻酔科医がアルコール綿を用いて、レベルチェックする。
- 9) レベルチェックで問題なければ、膀胱留置カテーテル挿入する。

IV. 硬膜外麻酔挿入後の看護

- 1) 寝衣、モニター類、ルート類を整える。
- 2) バイタルサイン、NRS、下肢の運動状態、悪心確認。
- 3) 麻酔科医が維持液（0.08%アナペイン+フェンタニル2ug/ml）作成。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分おきに分割投与する。（10-15mlで立ち上がることが多い）
- 4) 麻酔科医が初回投与後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確認する。20ml投与し、開始後45分までに確立されていなければ、再留置を考慮する。
- 5) 助産師がエイミーPCAを用いて維持液をセットする。
- 6) 膀胱留置カテーテルを挿入する。状況で3時間毎導尿も検討
- 7) 記録は和痛分娩用テンプレートを用いてパルトグラムを入力。
また麻酔分娩記録には血圧、脈拍、SPO2、NRS、悪心、下肢運動麻酔レベルを決められた時間で記録する。
- 8) レスキューについて
PIEB+PCEAで取り切れない痛み（NRS>3）が出現時は、産科医コールし、レベルチェックをする。左右レベルが均等で、抜けが無いときは産科医がレスキューを実施。レスキュー実施しても痛みが取れないときは麻酔科コールし、引抜きや差し直し考慮。
※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）、留置長を浅くすること。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。
- 9) 分娩になりそうであれば、分娩前に膀胱留置カテーテルを抜去する。

V. 分娩終了～分娩後2時間

- 1) ナート終了後にPIEB+PCEAを助産師が停止する。
- 2) 分娩後2時間は通常通り分娩室で過ごす。
分娩後2時間で、産科医に硬膜外カテーテルを抜去してもらう。
- 3) 硬膜外カテーテル抜去後、清拭・更衣を行う。

VI. 帰室～初回歩行

- 1) 帰室はストレッチャーで行う。
- 2) 初回歩行は付添にて行う。
- 3) 産後の食事のオーダーを確認する。

VII. 分娩に至らず、翌日へ持ち越し場合

- 1) 15時半頃、麻酔科医がカテーテルの評価、設定の確認をし、産科医と方針を決定する。
- 2) 有効陣痛とならず撤退する場合は、17時以降にPIEB+PCEAをOFFにする。分娩誘発も終了とする。
- 3) 膀胱留置カテーテルを抜去し、夜間は歩行可能。

- ・左右差の有無を確認する。
- ※進行が早そうな場合3時間毎の導尿も検討

- ・血圧計は開始30分は5分間隔に設定する。

（モニターと観察項目）

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

（維持液）

フェンタニル	10ml/A
0.2%アナペイン	100ml
生食	140ml
合計	250ml

- ・PIE8ml 60分毎、PCEA8ml LOT20分 1時間に3回まで可。
- ・PCEAは産婦に必要時申し出てもらい、助産師が実施、記録する。
- ・安静度はベット上安静。体位交換は30分に1回は行う。
- ・排便時は分娩台で。

1. 0.2%アナペイン 5ml
2. 0.3%リドカイン 9ml (1%リドカイン3ml+生食6ml)

- の順に15分空けてボラス投与。
- ・PIEBの次回投与を60分後に延長する。
- ・回旋異常の有無、他の危険な産科的要因が無いか注意する。
- ・PIEB (programed intermittent epidural bolus):一定の時間が経過したら、薬液が投与される仕組み（45分から60分）。
- ・PCEA(patient controlled epidural analgesia):患者が疼痛を感じた時に自分でボタンを押し、薬液が投与される仕組み。

- ・下肢の痺れ、違和感、脱力感がないか確認し、十分な下肢感覚の回復を得てから初回歩行を行う。

- ※夜間陣痛発来も懸念される場合はPCAのみの対応（誘発終了時検討）
※PCA使用の場合は禁食 モニタリング 補液開始 陣痛室若しくは入分
・初回歩行は付添を行う。

4) 自然に進行する場合はPCEAのみ継続する。その場合は産科医がIV-3)と同様の維持液を作成する。 5) 翌日再度開始する場合は、細胞外液を急速投与しイニシャルドーズから開始する。	・ 17時以降の引抜きや差し直しは行わない。PCEAは残るので、膀胱留置カテーテルは挿入のままとする。 ※麻酔終了後2時間より飲食可能 また麻酔再開時は食後1時間以上経過とする。
VIII. 硬膜外麻酔合併症時の対応 1) 低血圧：エフェドリン投与 2) 搔痒感：ナロキソン投与 3) 発熱：冷却、感染症ワークアップ 4) アナフィラキシー：ボスミン投与 5) 全脊髄くも膜下麻酔：人工呼吸 6) 局所麻酔中毒：心肺蘇生、リビッドレスキュー 7) 硬膜穿刺後頭痛（PDPH）：鎮痛薬、硬膜外自己血パッチ 8) 神経損傷、硬膜外血腫：MRI、神経内科または脊髄外科コンサルト	・ 救急カートにリビッドレスキューカードあり。入院時体重確認。

麻酔の返却

終了後 フェンタニルが混注しているバック以外は破棄で可

フェンタニルの麻酔施行書に麻酔科DRが使用量記載。

備考で維持液の内容、使用量記載後 フェンタニルの空アンプルと残薬バックを薬剤部へ返却

2023年6月 作成

2025年6月 改正