

7. 分娩

7-14 無痛分娩

I 目的

- 1 患者の不安、緊張を取り除く
- 2 産痛、母体疲労の緩和

対象：無痛分娩希望者で産科医と麻酔科医に「無痛分娩の適応あり」と評価され、
「無痛分娩の麻酔についてのご案内」用紙で説明を受け、同意が得られた妊婦

II 必要物品



- ①分娩監視装置（付属マンシエット、付属S p O₂計）
- ②分娩監視装置のベルト
- ③分娩キット(防水シート：ピンク・ブルー)、足袋、膿盆3個、ガーゼ、アルファパッド、処置シート（腹部用）、臍帯クリップ、ガウン）
- ④分娩セット（メーヨ板、金属コップ、シャーレ、クスコ、長鑷子2本、マチュウ持針器2本、コッヘル2本、ペアン3本、短鑷子、長クーパー、臍帯剪刃、綿球）

- ⑤フェイスシールド付きマスク ⑥滅菌手袋
- ⑦シューズカバー ⑧動脈血採血キット 2 本
- ⑨ 23 G 針 3 本（局所麻酔用 1 本、動脈血採血用 2 本）
- ⑩ 18 G 針 1 本（生化スピッツ用 1 本）
- ⑪ 20 c c シリンジ（局所麻酔用）、10 c c シリンジ（生化スピッツ用）、
生化スピッツ 1 本
- ⑫滅菌蒸留水、ザルコニン液 0.05%、カインゼロゼリー 1 本
- ⑬必要な薬剤（医師指示のもとキシロカイン、アトニン、など）
- ⑭ルートキープに必要な物品（看護手順「1－4 静脈内注射」に準ずる）
- ⑮黄色のバイオハザードマーク入り専用ポリペール 20ℓ
- ⑯橙色バイオハザードマーク入り付専用段ボール箱（ビニール袋入り） 60ℓ
- ⑰リナセート D 500 ml ⑱リナセート F 500 ml
- ⑲サージカルキャップ ⑳オルテックス 40 cm
- ㉑無痛分娩麻酔科カート ㉒救急カート ㉓生体モニター
- ㉔滅菌プローブカバー ㉕電子カルテ 2 台（麻酔科医師用、看護師用）
- ㉖パーテーション、診察ライト（LDR 560 で分娩の場合）

Ⅲ 方 法

1 入院日（無痛分娩前日）

- 1) 産科医から患者に子宮頸管拡張・分娩誘発・帝王切開・血液製剤に関する説明を行い、同意を得る
- 2) 受け持ち助産師とリーダーは無痛分娩の同意書を電子カルテで確認する。
また、子宮頸管拡張・分娩誘発・帝王切開・血液製剤に関する同意書の記載内容をダブルチェックする
- 3) 受け持ち助産師は無痛分娩の患者用パスでオリエンテーションを行う
- 4) 患者に採血（血液・凝固検査・術前感染症検査）の目的・理由を説明し、実施する
- 5) 患者に分娩監視装置の目的・理由を説明し、排泄を促す
- 6) 子宮収縮の有無、胎児の状態を評価するため、分娩監視装置を装着する
- 7) ナースコールを手の届く位置に置き、気分不快や排泄時などの時に押すことを患者に説明する
- 8) 子宮収縮と痛みの有無、胎児の状態を産科医に報告する
- 9) 異常がある際は分娩監視装置の除去は、産科医の指示で行う
- 10) 産科診察の目的・理由を説明し、患者に同意を得て診察の介助を行う
- 11) 診察時はバスタオルやカーテンでプライバシーの保護に努め、患者に声をかけ、診察台からの転落に注意する
- 12) 産科医は患者確認を行い、内診で子宮口の開大を評価する
- 13) 子宮口開大が 3 cm 未満であれば産科医が子宮頸管拡張の説明を患者に行う

- 1 4) 受け持ち助産師は子宮頸管拡張の介助を行う。疼痛を伴う処置のため、口呼吸を促し、力をぬくように声かけを行う
 - 1 5) 子宮頸管拡張の器具が抜けてしまった場合は、スタッフへ伝えるよう説明する。また、排泄時に子宮頸管拡張の器具が抜け出た場合は、トイレは流さずスタッフへ伝えるよう説明する
- 2 入院翌日（無痛分娩当日）
- 1) 患者に部屋移動の説明を行い、同意を得てLDRへ移床する
LDR室内の物品配置は画像の通りとする



- 2) 患者に無痛分娩当日のスケジュールを患者用パスで説明する
- 3) バイタルサインの説明を行い、実施する
- 4) 患者に排尿を促し、輸液の説明を行い、右前腕ヘルートキープを実施する
- 5) 輸液ポンプを使用してリナセートDを60ml/hで投与する
- 6) 分娩監視装置の説明を行い、継続モニターを開始する
- 7) ナースコールを手の届く位置に置き、気分不快や排泄時などの時に押すことを患者に説明する。受け持ち助産師は、ベッド柵が上がっていることを確認する
- 8) 産科診察の説明を行い、同意を得て産科医は子宮頸管拡張の器具を取り除く。産科医と助産師は内診をする
- 9) 分娩誘発を開始する
- 1 0) 受け持ち助産師は、患者に痛みの自覚や程度を、0から10の数値で伝えていただくことを説明する
- 1 1) 分娩誘発は子宮収縮薬を輸液ポンプで12ml/hから開始し、30分毎に12ml/hずつ増量させる（最大120ml/h）
- 1 2) 患者から痛みの増強や緩和の希望があったら、産科医へ報告する
- 1 3) 受け持ち助産師は、痛みに対して呼吸法を指導し、痛みの部位をマッサージしながら不安の軽減をする。また、患者に内診の説明を行い、同意を得て産科医と実施する
- 1 4) 産科医は子宮収縮状態と胎児の状態を評価し、麻酔科医と無痛分娩開始の協議をする

- 1 5) 無痛分娩導入決定後、産科医から患者に無痛分娩開始の説明をし、患者の同意を得る
- 1 6) 患者に分娩監視装置のS p O₂計、オルテックスを巻いた上から自動血圧計を装着する

3 硬膜外カテーテル留置の介助と看護

麻酔導入時の物品配置は画像の通りとする



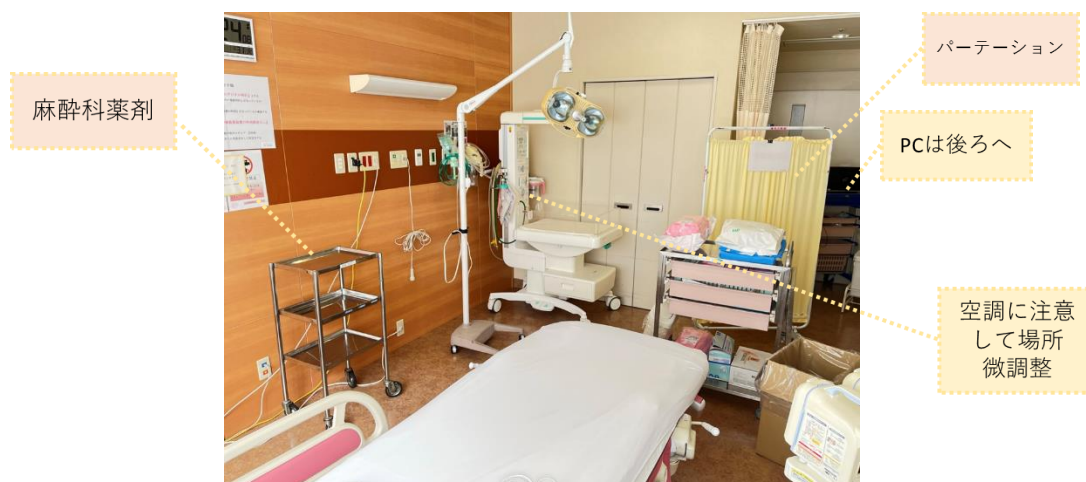
- 1) 患者が痛みを我慢できない時に行く
- 2) 麻酔科医は患者に硬膜外カテーテル留置の説明を行い、同意を得る
- 3) 麻酔科医はP P E、患者、受け持ち助産師はサージカルキャップ装着する
- 4) 麻酔科医は無痛分娩麻酔チャートでタイムアウトを行う。氏名と生年月日を患者に名乗ってもらい、助産師はリストバンドで確認する。麻酔科医が妊娠週数やアルコール、薬品のアレルギーの有無を患者に確認し、血液凝固異常なし、合併症、既往歴を発声する
- 5) 麻酔科医の指示で2分毎に血圧を測定する
- 6) 受け持ち助産師は、硬膜外カテーテル留置終了まで、痛みに対し呼吸法を指導、患者の表情をみながら声をかけ、不安や緊張を和らげる

- 7) 麻酔科医は硬膜外カテーテル留置時の体位を患者に説明し、同意を得る
- 8) 受け持ち助産師は、痛みがない時に声をかけながら患者を右側臥位にして、プライバシーに配慮し、腰背部を露出させる
- 9) 分娩監視装置のベルトを腸骨より下までおろす。胎児心音は外さない
- 1 0) 子宮収縮測定用を外すため、受け持ち助産師は、患者の子宮壁に触れ陣痛間隔を評価する
- 1 1) 患者が患者本人の腹部を覗き込むように右側臥位のまま前屈し、膝を外側から抱え込むように声をかける。患者左側のベッド柵を下ろした後、受け持ち助産師は患者の前面に立ち体位を固定する
- 1 2) 麻酔科医が硬膜外カテーテルを挿入する
- 1 3) 受け持ち助産師は、患者の表情をみながら声をかけ、不安や緊張を和らげ、呼吸法を一緒に行いながら、痛みの緩和を行う
- 1 4) 血圧低下、脈拍異常、呼吸抑制、顔面蒼白、意識レベルの低下、胎児心音の異常など観察を十分に行う
- 1 5) 硬膜外カテーテル留置終了後、麻酔科医の指示に従って体位変換を行う
- 1 6) 分娩監視装置と衣服を整え、掛け物を掛ける。患者の左側のベッド柵を上げる。気分不快や違和感などを確認する

4 麻酔管理と分娩中の看護

- 1) 麻酔科医の指示で血圧は、麻酔開始後 1 5 分間は 2 分間隔、注入後 1 5 ～ 3 0 分間は 5 分間隔、3 0 分～ 6 0 分は 1 5 分間隔、その後は 3 0 分毎に測定する。間隔変更時には患者に説明し同意を得る。また、マンシエツト部位の痛みの有無を確認する
- 2) 麻酔体位をとってから麻酔導入後 3 0 分はアトニンの増量は不可
- 3) 麻酔科医の指示でリナセート F を、全開投与する
- 4) 麻酔科医は患者に麻酔投与開始を説明し、同意を得て実施する
- 5) 麻酔開始後 1 5 分以降は麻酔科医と相談しリナセート D を 1 0 0 m l / h で持続投与する
- 6) 麻酔科医は、患者に機械式ポンプを用いた持続投与は 5 m l / h であること、P C A ボタンの使用方法は、5 m l / 回、ロックアウトタイム 1 5 分、3 回 / h までであることを説明する。また、初回プッシュ時は麻酔科医が同席する、P C A ボタンは毎回患者が押すこと。助産師や家族が押すことはできないことも麻酔科医から患者に説明する
- 7) 受け持ち助産師は内容についての質問を受け、理解できたかを確認する
- 8) 受け持ち助産師は麻酔開始から 1 時間毎に内診、導尿、体温測定をする
- 9) 痛みの増強があり麻酔科医がボーラスする際は、分娩が進行している可能性がある為、受け持ち助産師は患者に説明を行い、同意を得て内診を行う
- 1 0) 低血圧や下肢運動不能、鎮痛効果がない、患者から麻酔に関する質問がある場合などは麻酔科医に報告する。胎児心拍異常は産科医に報告する

- 1 1) 子宮口の開大が 10 cm になったら、産科医、麻酔科医に報告し、分娩体位にする。分娩時の物品配置は画像の通りとする



- 1 2) 受け持ち助産師は、努責のタイミングを子宮収縮に合わせて誘導し、胎児心拍の変化に注意する
- 1 3) 受け持ち助産師は、分娩進行状態を患者に伝え、励ます
- 1 4) 児娩出後、受け持ち助産師は患者に児を抱かせ、産科医、麻酔科医とともに労う
- 1 5) 縫合終了後麻酔科医へコールし機械式ポンプを用いた麻酔薬の持続投与を停止してもらう
- 5 分娩終了後の看護
 - 1) 分娩2時間値終了後に硬膜外カテーテルは産科医が抜去する
 - 2) 硬膜外カテーテルの抜去後から鎮痛薬の内服を開始する
 - 3) 起立性低血圧や下肢運動麻痺（つま先や膝の動かしにくさ）の残存の有無を確認する
 - 4) 患者に部屋移動の説明を行い、同意を得る
 - 5) 患者の状態に合わせた移送方法で病室に移床する
 - 6) 食事は分娩2時間後から再開する

IV 観察・注意事項

- 1 入院日（無痛分娩前日）の24時以降は禁食とする。飲水量の制限はないが、水・お茶・スポーツドリンクのみとする
- 2 子宮頸管拡張後のシャワー浴は行わないよう説明する
- 3 持続血圧測定時は上腕にオルテックスを巻き、圧迫による皮膚症状に留意する
- 4 硬膜外カテーテル留置や麻酔による急変に備えて救急カートを準備する
- 5 無痛分娩当日に分娩が見込めない場合は、産科医は患者に状況説明を行う。翌日に再度無痛分娩を行う時は、硬膜外カテーテルの留置を継続する
- 6 異常分娩に備え吸引分娩や鉗子分娩、緊急帝王切開の準備をする

- 7 緊急帝王切開の可能性がある場合、飲水中止を患者に説明する
- 8 N I C Uへの情報共有のタイミングは、入院時・胎児心拍異常時・分娩誘発開始時・無痛分娩開始時・分娩体位時・まもなく出産時、出産後である
- 9 分娩体位にする時は、麻酔範囲に注意し、転落防止などに努める
- 10 分娩後は子宮収縮不良による弛緩出血を起こしやすいため、バイタルサインの観察を行う
- 11 異常出血がない、運動神経ブロックがないことを産科医が確認し、硬膜外カテーテルを抜去する。ただし、異常出血の処置を行う場合は、硬膜外カテーテルの留置を継続し、鎮痛管理を行う。大量出血の場合、翌日の血液・凝固検査を評価してから硬膜外カテーテルを産科医が抜去する
- 12 頭痛、下肢の感覚麻痺、運動障害（つま先や膝が曲がらない）、排尿障害などがある場合、産科医に報告する
- 13 麻薬の残液は、機械式ポンプの薬剤カセットごと返却する
- 14 無痛導入後、麻薬は速やかに受け持ち助産師またはM F I C U責任者が麻薬金庫に保管する。病室に置いたままにしない
- 15 無痛分娩終了後、麻酔科医師がプログレスノートに記載するため、受け持ち助産師またはM F I C U責任者は使用量と残液量に間違いがないか計算し麻薬伝票と麻薬台帳に記載する。空アンプル（箱に入れて保管）、カセット、残液の入ったシリンジ、麻薬伝票、プログレスノートの控え印刷用紙を揃え麻薬金庫に保管する。他患者と混在しないように1患者1トレイで保管する
- 16 M F I C U責任者は各勤務帯で申し送りをし、翌朝（日曜祝日は平日の朝）に管理者へ申し送りをする

V 記載事項

無痛分娩の経過記録や副作用・合併症の有無は周産期管理システムのS e r i oからパルトグラムへ入力する

2022年5月26日作成

2024年9月12日改訂

2025年4月1日改訂