

東京バースクリニック 無痛分娩看護マニュアル

妊娠中の看護

1. 妊娠後期には無痛分娩教室を受けていただき、不安が強い場合は必要に応じて個別に行い、インフォームドコンセントをしっかりとる
2. 妊婦の希望に合わせて意思決定が行えるように支援する

入院時

1. 母児の情報収集の確認とリスクの評価
既往歴、家族歴、服用薬、アレルギー等
妊娠経過(母児ともに)
身体所見(気道、脊柱、神経障害の有無を含む)
2. 産婦の疑問や不安の解消に努める
3. 説明と同意書(無痛分娩、子宮収縮剤、深部静脈血栓症・肺塞栓症)の有無、署名の確認を行う
4. 分娩中の管理(点滴、内服薬、モニター、注意点等)について産科医、麻酔科医から指示を受ける
5. 計画分娩の場合、産科医の指示に従い、診察や処置の介助を行う。
ミニメトロ挿入、陣痛促進剤投与など
6. 処置の前後には、胎児心拍数陣痛図(CTG)で児の状態の観察、陣痛の程度を観察し、異常があれば医師に連絡する
7. 過去 1 ヶ月の採血データ(Pt10万以上、APTT50 秒未満であることを)を確認する

※上記を 1 項目でも満たした場合は担当医師へ確認する

無痛分娩当日

1)準備

1. 無痛分娩開始前にレスキュー薬を確認する
 - エフェドリン希釈液(1ml を生食 9ml で 10ml に希釈)
 - ネオシネジン希釈液 1mg/1ml(1ml を生食 9ml で 10ml に希釈)
 - ノルアドレナリン希釈液(1mlを生食 19mlに希釈)
 - アドレナリン 0.3(～0.5)mg 筋肉注射
 - 20%イントラリボス 100ml
2. 保温された細胞外液、膠質液の確認をする
3. 保冷庫の温度点検をする
4. 救急蘇生カートの点検をする
5. LDR 器械作動点検(分娩台、吸引器、モニター類)をする
6. 新生児蘇生物品の点検、作動点検をする
7. 産科止血セット(分娩時大量出血に対応する救急バッグ)の物品点検をする

2)情報共有

1. 始業開始前、分娩に関する多職種によるブリーフィングを実施する
産科医師、麻酔科医師、助産師で医療的介入、時期の情報共有を行う
助産師は、産婦のバースプランの情報提供を行う

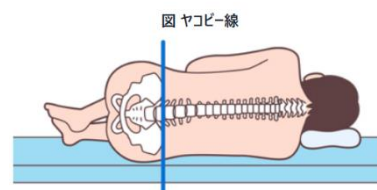
3)分娩進行中の管理と記録

1. 陣痛間隔や強さ、児の健康を確認の上、医師の指示に従って PGE2 錠の内服を1時間おきに6回まで行う(6:00 スタート)
※陣痛発来時は医師へ報告し内服をスキップする
PGE2 錠内服前に医師の内診指示がある場合は、診察(介助)をおこなう
2. 無痛分娩開始前に、18G または 20G で末梢静脈ルートを確保し輸液を開始する
3. DVT リスクの評価を行い、必ず弾性ストッキングを装着する
4. 陣痛の痛みの程度を NRS で評価し、麻酔開始の産婦の希望を確認する
5. 産婦が無痛分娩開始を希望したら、分娩担当産科医師および麻酔科医に報告する
6. 無痛分娩開始について産科医の了解を得た後、麻酔科医師へ麻酔を依頼する
7. 無痛分娩開始前に産婦の体温、血圧、心拍数、SpO₂、呼吸数を確認する
8. 分娩進行中は、常に CTG モニターを装着し母児が健康であることを確認する
CTG モニターの自動血圧計、パルスオキシメーターを装着し、産婦の血圧、脈拍、SpO₂ を記録する

4)麻酔導入の介助

1. ディスポーザブル帽子とサージカルマスクを装着
(助産師、麻酔科と産科医師および同室者、産婦は帽子のみ)
2. 血圧、脈拍数、SpO₂、呼吸数や CTG の異常、陣痛の程度を確認する 血圧計は自動計測
2~2.5 分おきに設定する
3. 産婦が硬膜外麻酔導入の体勢をとる介助を行う

患者さんを横向きにし、医師が穿刺しやすいように患者さんの背中がベッドサイドと平行になるように移動してもらう。穿刺予定部位を背中側に突き出し、両膝をお腹に抱えるよう、頭はおへそを覗き込み、胎児のように丸まってもらい脊椎間を広げ穿刺しやすくする。介助者は患者さまのお腹側から肩と膝を支える。



4. タイムアウトを実施 (電子カルテ内のタイムアウトシート使用)
 - 1)点滴の滴下確認
 - 2)母体生体情報モニターの装着(血圧/SpO₂)・測定間隔の設定・直近の測定値
 - 3)レスキュー薬(エフェドリン、ネオシネジンなど)
5. 産婦のカテーテル挿入への恐怖や体位保持への苦痛軽減のため、適宜声掛けを行いスムーズに麻酔導入が終了するよう援助する
6. 穿刺後、カテーテル刺入部位が確認でき、羊水や血液で汚染されないように、ドレッシング材で刺入部を覆う 体動でカテーテルが抜けないようにテープを背中にしっかり固定する

5)麻酔導入後の管理と記録

1. 麻酔導入後、産婦を半側臥位にし、血圧、脈拍数、SpO₂、呼吸数と麻酔の副作用症状の観察、記録と CTG モニタリングを行う
2. 【麻酔の副作用症状と対応】

症状	目安	対応
低血圧	収縮期血圧は通常の 80%以下 または 80mmHg 以下	麻酔科医師コール、下肢挙上、 急速輸液 昇圧剤投与
異常呼吸	RR10 回/分以下 または 26 回/分以上 または SpO ₂ 95%以下	麻酔科医師コール、酸素投与
CTG 異常	胎児心拍レベル 3～5	産科・麻酔科医師コール、 子宮収縮促進剤中止 バイタルサイン確認、 酸素投与、急速輸液 緊急帝王切開準備
過強陣痛		産科・麻酔科医師コール 医師の指示によりラピッドトコライシス
脊髄くも膜下注入サイン	足が動かしにくい、低血圧、徐脈、 手のしびれ、呼吸苦 呼吸抑制	麻酔科医師コール、 救急カートを LDR 内に移動
血管内注入サイン	局所麻酔中毒症状 舌のしびれ、 耳鳴り、金属味、興奮、痙攣、昏睡 呼吸停止、重篤な不整脈、心停止	産科・麻酔科医師コール、応援要請、 心電図装着 脂肪乳剤準備、 AED 準備

3. 特に麻酔薬投与後の母体低血圧と頻収縮それに伴う胎児心拍数の減少に注意する

硬膜外無痛分娩開始後のバイタルチェックについて

0～15 分：2.5 分ごと

15～30 分：5 分ごと

30～60 分：15 分ごと

＊開始後 60 分以降は自動血圧計とパルスオキシメータにて、血圧・脈拍数・SpO₂ を

15～30 分毎に監視する。測定間隔は母児の状態によって適宜短縮する。

30 分間は患者さまから離れず、意図せぬ脊髄くも膜下投与がないか、血管内投与がないかを確認

6)無痛分娩経過中のケア

1. 鎮痛の維持は、シリンジポンプによる持続投与、または CADD Solis による Programmed intermittent bolus(PIB、計画的間歇ボーラス投与)で行われることもあるため、PCA(患者自己調節鎮痛法)を使用の際は、必ずナースコールすることを伝える
2. 血圧、脈拍数、SpO₂、呼吸数は 1 時間毎、体温は 2 時間毎に測定しパルトグラムに記載する
3. 30 分ごとに胎児心拍レベルの評価を行い、分娩終了までは持続モニタリングする
4. 2 時間毎に Bishop score を確認する

5. 2 時間毎に Bromage スケールに沿って運動神経麻痺の状態をチェックしパルトグラムに記載する
 6. 腰部・臀部の感覚鈍麻が出やすいため少なくとも 2 時間毎に体位変換をする
- ※産婦の運動神経麻痺の状態をアセスメントし、膝立て可能であれば座位や四つん這いの体位も可
7. 麻酔により膀胱充満感を感じないため、膀胱充満による分娩遷延と排尿障害の予防ために 2～3 時間毎に導尿をおこなう
 8. 弾性ストッキングが正しく着用されているか観察する
 9. DVT リスクアセスメント評価に従って個々に DVT 防止策を行う(足関節運動など)
 10. 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、助産師が徴候を把握
 11. 硬膜外カテーテル刺入部の出血・腫脹の有無、カテーテルの抜けやずれの有無を観察する
 12. 陣痛の強さ、持続時間、胎位胎向は触診で確認(麻酔不使用時と同様に観察、助産診断する)
 13. 人工破膜後、必要にあわせて胎児直接心電図を使用し胎児状態の観察を行う
 14. あらかじめ分娩時の努責呼吸法の指導を行う
 15. 胎児児頭の回旋異常の有無を観察する
- 回旋異常がある場合は内診とポータブルエコーで評価し、児頭が回旋し易い産婦の体位を工夫する
16. 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、産婦の傍で経過を観察し援助する
- 分娩第一期は 30 分～1 時間毎に疼痛軽減の程度、薬効の評価を行う
- 麻酔状態の評価 初回注入前・注入後 15 分・30 分で、その後は追加注入前に行う。

※以下の場合には麻酔科医師に緊急連絡

以降の局所麻酔薬注入を止め、人工呼吸と局所麻酔薬中毒治療の準備

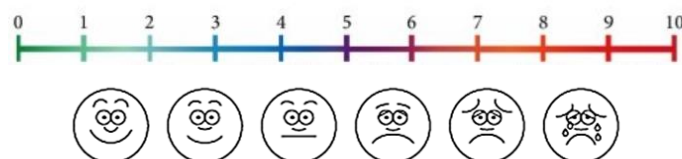
意識レベルの低下、血管内誤注入(耳鳴り、金属味、口周囲のしびれ感等)や

くも膜下誤注入(両下肢の急激な運動不能)を疑う所見を認めた場合

★数値的評価スケール(NRS)

0 を「痛みなし」、10 を「想像できる最大の痛み」として、

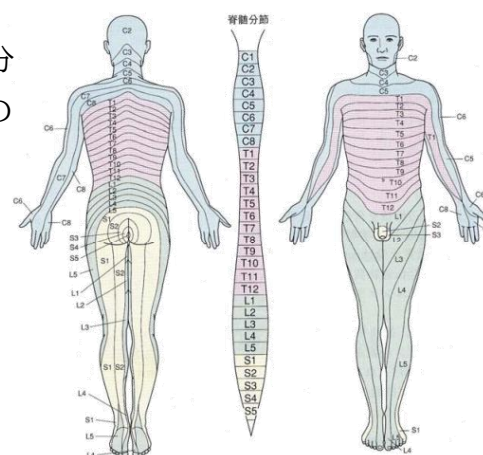
患者さまに現在の痛みの強さを数字で示してもらう



★運動神経ブロック評価(コールドテスト)

氷嚢またはエタノールで前額部に触れ、同じ感覚の部分を探す。同じくらいの冷たさを感じた部分より一つ下のレベルをブロック範囲とする。

- | | |
|----------|----------|
| T4=乳頭 | C6=手首 |
| T6=剣状突起 | C7=手掌・手背 |
| T8=肋骨弓下端 | L4=拇趾 |
| T10=臍 | L5=足背 |
| T12=鼠けい | S1=小趾 |



★運動神経ブロック評価(Bromage スケール)

- 0＝膝を伸ばしたまま、足の挙上は可能
- 1＝膝の屈曲は可能だが、伸ばしたまま足の挙上は不可能
- 2＝膝の屈曲は不可能だが、足首の屈曲は可能
- 3＝足が全く動かない

★鎮静スコア

- 0＝意識清明
- 1＝名前の呼びかけで開眼
- 2＝刺激で開眼
- 3＝刺激に反応しない
- S＝通常睡眠

7)分娩時のケア

1. 過度な股関節屈曲にならないような分娩体位をとる
2. 分娩体位作成後、自動血圧測定間隔を 5～15 分毎に設定し、測定する
3. 分娩後に使用する子宮収縮剤、アイスノンを準備する
4. インファントウォーマーの確認(聴診器、吸引器、肩枕、パルスオキシメーター等)
5. 硬膜外麻酔の作用により有効な努責が加えられない可能性があるため、産婦を励まししながら努責を誘導する
6. 吸引分娩・鉗子分娩へ移行する可能性を踏まえての準備と分娩介助を行う
(急速墜娩の器械、新 生児救急カートの準備)
7. 児の蘇生は新生児蘇生法(NCPR)アルゴリズムに沿って観察・ケアを実施する
8. 胎児娩出後は CTG モニターから胎児心拍コードのみ抜去し、母体モニターに切り替える

8)分娩後のケア

1. 創部の縫合終了後は 15 分毎の VS 測定を終了し、1 時間毎に体温、血圧、脈拍数、SpO2、呼吸 数を測定し、子宮底と出血量を確認する
(出血量が多い場合は産科医師の指示のもと観察を行う)
多量出血や HDP などモニター管理が必要な状態でなければ母体モニターは終了
2. 分娩後、循環動態の変動により利尿期となる為、定期的な排尿介助を行う(歩行開始までは導尿)
3. 分娩時に異常出血や出血傾向がないこと、産褥復古状況が良好であることを確認の上、分娩 2 時間後以降に硬膜外カテーテルを産婦人科医が抜去する
分娩時出血 1000ml 以上は採血データを確認後に抜去する
4. DVT リスクアセスメント評価による DVT 防止策を実施する
5. 分娩3～4 時間後を目安に分娩室内で歩行を開始する
それより前に分娩室を退室するときには、ストレッチャーを用いる
6. 歩行開始時は体温、血圧、脈拍数、呼吸数、SpO2 を測定し、転倒に注意しトイレ歩行へ付き添う
7. 分娩後 6 時間経過後も下肢の違和感、痺れ、麻痺の有無を確認する
8. 麻酔覚醒と共に、後陣痛や会陰切開部痛を自覚することへの対応と鎮痛薬の処方を検討する

[歩行までの確認事項] (1 時間毎に観察)

- ・ 産褥復古状況 (異常出血の有無, 子宮硬度)
- ・ 膝立て保持の有無
- ・ 左右下肢の知覚鈍麻の有無
- ・ 左右足関節底背屈の可否
- ・ 硬膜外麻酔刺入部の観察

[産後尿閉のフローチャート] (尿閉が続く場合は, 産科医師へ相談)

1. 自然排尿の確認
2. 自然排尿がない場合、4 時間を目安に排尿誘導

産科手術、第 2 期遷延があった場合、膀胱麻痺プロトコルに従って対応する

バースレビューの実施 出産体験を十分に傾聴し受け止める。

出産を終えた女性が自己の出産体験を表現することを助けるため、産褥 2 日目頃に出産に立ち会った助産師が行う