

(2019 年 3 月 19 日策定、

2025 年 10 月 6 日改訂)

にしじまクリニック 診療マニュアル

無痛分娩管理マニュアル

対象患者: 無痛分娩を希望する妊娠 37 週以降の妊婦

原則として計画分娩とするが、条件が合えば自然陣痛発来でも受け入れることがある。

その他条件として、

- ・無痛分娩に関する各手技に対する禁忌が無い事、身体所見(体位がとれないような変形や神経異常など)の異常がない事、100kg 以上の場合は無痛分娩に限らず紹介: 急変時気道確保困難
- ・無痛分娩に関わる薬剤アレルギーがない事
- ・出血傾向を伴うような疾患などの既往歴がない事、出血傾向となるような服薬歴がない事
- ・発熱がない事(無痛分娩中に 38℃台の発熱をきたすことがある)

インフォームドコンセントの取得:

35, 36 週健診で担当医より麻酔同意書に沿って説明のうえ用紙をお渡しし、次回健診時に同意のもと署名をしていただき、用紙を回収する。

担当医:

当院常勤の産婦人科専門医(院長、石田副院長、顧問)が無痛分娩管理を主として行う。

麻酔方法:

硬膜外麻酔を主とする。硬膜外麻酔処置が上手くいかない場合は無理をせず、状況に応じてペンタゾシン(ソセゴン®)による鎮痛を検討する。

施行場所:

手術室で行う。術中は母体の生体モニターおよび胎児心拍数陣痛図(CTG)を装着する。
急変時に対応するための設備を常備する。(麻酔器および酸素、吸引装置、救急セット)
薬剤および輸液の経静脈投与ができるよう血管確保を行う。

麻酔前検査:

- ・破水を含めた分娩の進行状況
- ・患者の同意書及び担当医による状況判断
- ・術中の状態変化に対応できる設備の再確認
- ・生体モニター(心電図を含む)の装着、バイタルサイン

・末梢静脈路の確保

手技詳細:

- ・ディスプレイの帽子とマスクを正しく着用する。
- ・流水手洗いおよびアルコール製剤による手指消毒を行なった後、清潔手袋を着用し手技に臨む。
- ・穿刺部はポピドンヨード(または 0.5%クロルヘキシジン[5%マスキン®を 10 倍希釈])で皮膚を消毒する。
- ・穿刺時、皮膚から**棘間靭帯**、続いて**黄(色)靭帯**の部位で抵抗を感じ、次の**硬膜外腔**で抵抗消失を感じた後にカテーテルを挿入する。

硬膜外腔の径は 5～10mm 程度とされる。

穿刺部位は L2-3 もしくは L3-4 (妊婦のヤコビー線は L3 の棘突起を通る)を目安とする。

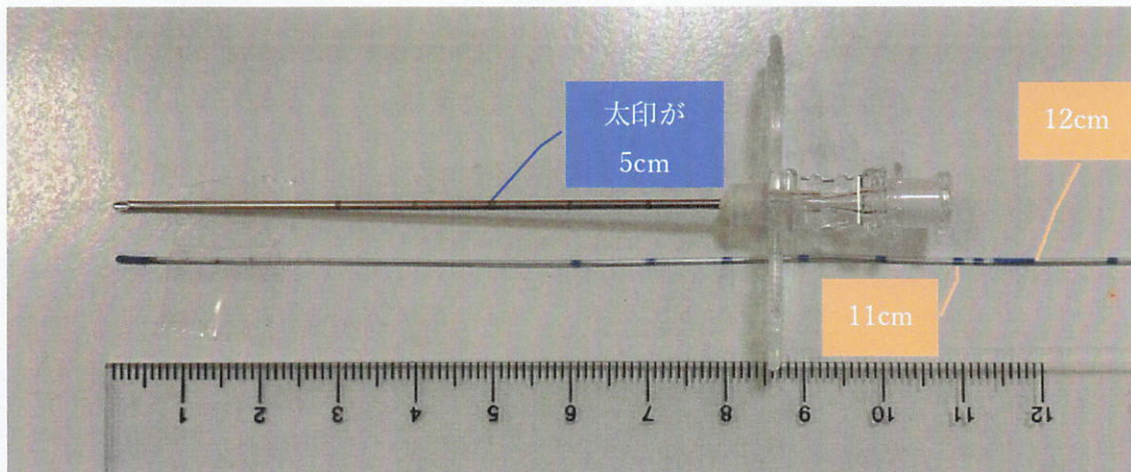
なお術後鎮痛目的には Th12-L1 を穿刺目安とする。

硬膜外腔内のカテーテル留置長は 4～6cm までとする。

硬膜外針は 11cm。よってカテーテルを 16cm 程挿入してから外針を抜く。ただし一度血液逆流があり、2 回目の穿刺の場合はカテーテルの挿入をより短くする。

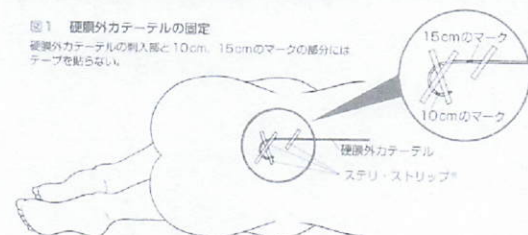
硬膜外膿瘍の予防のために:

- ・帽子マスク着用、時計等を外す
- ・エタノール手指消毒後の滅菌手袋
- ・10%ポピドンヨード皮膚消毒後 2～4 分おく(乾燥させる)
- ・消毒液が針に付着しないように
- ・穴の開いた滅菌透明ドレープを使用



・カテーテル刺入部の固定は、清潔野で固定用テープ 3 本とカテリープラス®にて刺入部全体を覆う。カテーテル 11-12cm 及び 16cm のマーク(青印 4 本)と刺入部は観察可能な状態で固定するのが望ましい。

・穿刺部位、硬膜外腔までの距離、カテーテルの挿入長を把握し挿入手技を行う。その後の吸引テストの結果、放散痛の有無、その他のイベントについて全てをカルテに記載する。



参照：図表でわかる無痛分娩プラクティスガイド
(メジカルビュー社)

鎮痛薬投与：

- ・吸引テストを毎回行った後に投与する。吸引テストは2.5mL シリンジを使用する。
- 処置時の吸引テストはカテーテル注入口を穿刺部位より下に下げて行う(清潔操作に注意)。
- ・導入時は1%リドカイン(キシロカイン®)を3mL 試験投与(注入)する。

麻酔の評価

- ・コールドテスト
- ・痛みスケール(NRS: Numeric Rating Scale)
- ・Bromage スケール

・問題なければ1%メピバカイン(カルボカイン®)5mL を、吸引テストを毎回行った後に投与していく。

1%メピバカイン(カルボカイン®)の作用時間は約1時間である。全脊麻*と局所麻酔中毒を予防するために少量分割投与を行う。「カルボカイン®少量分割投与(注入)」とは「30分おきに1%カルボカイン®5mL(50mg)を投与する事、スキップも可」**ととらえる。

*全脊麻：高位脊髄くも膜下麻酔

**カルボカイン®は1000mg(1パイアル[瓶])/24時間を超えてはならない

(参照 <https://m.pdr.net/Mobile/Pages/Search.aspx?druglabelid=1238>)

生食 86mL に
+0.75%ボプスカイン®10mL(1管)
+フェンタニル 0.2mg/4mL(2アンプル)
=0.075%ボプスカイン®100mL
(フェンタニル 200 µg/mL 添加)

生食 86mL に
+1%アナペイン®10mL(1管)
+フェンタニル 0.2mg/4mL(2アンプル)
=0.1%アナペイン®100mL
(フェンタニル 200 µg/mL 添加)

(フェンタニル 200 µg/mL 程度を添加したボプスカイン®の濃度目安:0.065~0.125%)

低濃度の局所麻酔カクテル(フェンタニル入り)は、30分間あたり4~6mL 投与する。

鎮痛中の管理:

- ・硬膜外カテーテル挿入後のバイタルサインは 30 分まで 2.5 分間隔、30 分から 60 分までは 10 分間隔で行う。
- ・カテーテル挿入後 60 分以降のバイタルサインはモニター管理とし、血圧は 60 分間隔で測定する。なお体温も 60 分間隔で測定(無痛分娩中に 38℃ 台の発熱をきたすことがある)、術後鎮痛目的の場合は尿量も 60 分間隔で測定する。

SpO₂ (経皮的動脈血酸素飽和度) モニターは常に装着する。呼吸状態も適宜観察する。

・1 時間毎に痛みスケール(NRS)と麻酔レベル(コールドテスト)の判定を行う。

痛みスケール

- ・痛みが出てきた(突発痛): 血管内迷入の可能性 (、カテーテルが抜けた、分娩の急激な進行、回旋異常、常位胎盤早期剥離、子宮破裂)
- ・痛みが全くなく脚も動かない: くも膜下迷入の可能性

麻酔レベル

- ・高位麻酔: 全脊麻、コールドテストにて乳頭(Th4)以上のレベルで冷たさを感じない場合は呼吸抑制が起こるととらえる
- ・片効き: 過剰な局所麻酔薬投与の可能性

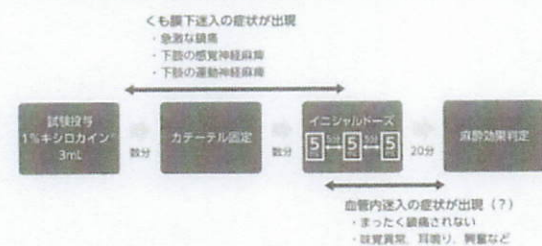
カテーテル挿入が深すぎると片効きになりやすいことがある。ただし、少し余裕をもたせたカテーテル留置長は後に調整が可能であり、体動によるカテーテルのずれた分も担保できる

- ・鎮痛中は歩行不可とし、CTG での連続監視とする。
- ・帰室前(産後 2 時間)に医師によりカテーテルを抜去する。ただし、大量出血後による凝固能の異常が疑われる場合や、妊娠高血圧症の合併など、カテーテルの留置を継続することが望ましい場合には抜去時期を適宜判断する。
- ・帝王切開の術後鎮痛で硬膜外麻酔を使用した場合、カテーテルはクレキサン投与開始前に抜去する。

急変時および合併症への対応:



図1 カテーテルの迷入による症状出現のタイミング (Chapter 37, p. 74 参照)



参照: 図表でわかる無痛分娩プラクティスガイド

第2版

(メジカルビュー社)

・局所麻酔中毒: 早期発見として初期症状(耳鳴り、鉄の味を感じる、興奮や多弁など)を認めた時にはただちに投薬を中止し、応援のスタッフを呼ぶ。

カテーテルが血管内迷入されると容易に発症(60秒以内が50%、5分以内が75%、遅発性は30分で発症)し、重症となりやすい(よって毎回の吸引テストが重要)。血液の逆流が認められた場合にはただちに投薬を中止する。

酸素投与を開始し、救急セット(20%イントラリポスやセルシン®を含む)、除細動器などを準備して妊婦患者の監視を行う。痙攣、意識障害、不整脈(PR延長、QRS幅の増大)などを認めた場合には、それぞれの治療を行いながら母体救命として速やかに周産期センターへの搬送を行う。

20%イントラリポス 100mL (1袋) を1分かけて投与



その後20分で400mLを投与

- ・痙攣→ジアゼパム(セルシン®)
- ・意識障害→A(気道確保が重要) BCの安定化とDの評価
- ・不整脈→イントラリポス

・脊椎くも膜下投与、高位脊髄くも膜下麻酔：局所麻酔薬投与後（5分以内）下肢を動かさない、呼吸苦、

鎮痛域の不自然な広がり（手が握れない、声が出ない〔スタッフが気づく事が重要：目だけキョロキョロしている〕）など、

くも膜下投与を疑う所見が認められた場合には速やかに麻酔薬の投与を中止し、吸引テストを行う。陰圧が比較的容易であればテストテープによる糖反応の確認も行う。吸引テストが「陽性疑い」なら Bromage スケール も行う。

陰圧が容易で髄液が引ける（テストテープの糖陽性）場合はただちに硬膜外カテーテルからの投与を中止し、バイタルサインを継続的にモニターしながら麻酔効果が減弱するまで厳重に患者を監視する。意識消失や呼吸抑制など重度の症状が観察された場合には速やかに**バックバルブマスクによる換気**を行い（経鼻エアウェイの挿入も考慮）、周産期センターへの搬送を行う。

- ・呼吸異常→**バックバルブマスクによる換気**
- ・低血圧→子宮左方転位、輸液、エフェドリン®
- ・徐脈→硫酸アトロピン

バックバルブマスクによる換気

- 約 1 秒かけて胸が軽く挙上する程度に換気
- 1 分に 10～12 回程度の速さで換気

・硬膜外血腫：感覚、運動障害が進行してくる、穿刺部付近に叩打痛があるなどの血腫が疑われる所見が認められた場合には適宜血算や凝固能などの検査を行う。必要に応じて高次医療機関へ搬送し、整形外科医による診察や MRI 検査を依頼する。

参考)

帝王切開へ移行する時：2%キシロカイン 10mL と 8.4%メイロン®1mL を混合し、を 2 回に分けて（5分後）投与すると、約 10 分で麻酔レベルが Th4 に達する。

メイロン®は、効果の発現や神経組織への浸透を促進するために、局所麻酔薬に加える。

ベセルフューザーについて

□1%カルボカイン®の確認

□流量を 14mL/hr とし、PCA ボタンを押し脱気

□カルボカイン®を 60mL 詰める。キャップまわりなどはアルコール綿で消毒してから注入

□先端まで液が充足されたらキャップを外したまま、PCA ボタンを押し 2 回目の脱気

□カルボカイン®初回、またはベセルフューザー接続前のカルボカイン®投与 1 回は 5mL シリンジで吸引テストを行い、医師に報告し 5mL 単回投与を行う。

吸引テストが「陽性疑い」ならベセルフューザーの使用は禁止！

□単回投与で問題なかったら、30 分後にベセルフューザーを産婦の硬膜外カテーテルと接続する。

ベセルフューザー

容量 150mL

流量 OFF, 2~14mL/hr

PCA 5mL/回(ロックアウトタイム 15 分)

* PCA: Patient Controlled Analgesia の略。経膣無痛分娩に関しては

PCA ボタンは患者(産婦)ではなく、当院スタッフが管理を行う。

今後、フェンタニルを添加した無痛カクテルを導入・確立した場合の PCA の設定例;

・持続投与(流量): なし←血管内・くも膜下投与となった場合、非常に危険であるため

PCA ボーラス投与: 5mL、ロックアウトタイム 15 分←産婦自身がボタンを押す