

無痛分娩看護マニュアル

妊娠中の看護：

- ・26週と34週の助産師外来にて、硬膜外麻酔による無痛分娩希望者に対するオリエンテーションを行う。
- ・**両親学級は全て受講**し、妊娠および分娩について知識が十分か確認する。
- ・無痛分娩希望者は、当院では原則計画分娩となるが、*条件が合えば、自然陣痛発来時でも受け入れることがあることを説明する。

***マンパワーが不足の場合は、緊急時に無理して無痛分娩を行わないことを説明する。**

- ・37週健診時に説明同意書を回収する。
- ・37週健診で血算および凝固機能検査の採血を行い、結果を確認する。

入院時の看護：

- ・母児の情報収集（既往歴、家族歴、分娩歴、服用薬、アレルギーの有無、今回の妊娠経過、血液検査結果など）とリスクの評価を行う。
- ・硬膜外無痛分娩に関するオリエンテーションの内容を理解できているかどうか、疑問や不安はないか確認する。
- ・医師からの説明を受けたか確認する。
- ・分娩中の管理（薬剤やモニター管理指示、硬膜外麻酔処置の推定時間など）について担当医から指示を受ける。
- ・誘発分娩前の診察介助（メトロイリンテルの挿入など）を行う。
- ・産婦の全身状態の確認し、胎児心拍数陣痛図（CTG）を装着後、児の状態や陣痛の程度を判断、異常があれば直ちに医師へ報告する。

分娩時の看護：

準備：分娩誘発開始前に緊急対応に必要な薬品および物品がそろっているか確認する。

- ・エフェドリン®
- ・ラクトリンゲル、サヴィオゾール®
- ・当院救急セット
- ・産後過多出血（PPH）での当院バッグ
- ・LDR室および手術室器械作動点検：分娩台、麻酔器、リザーバー付き酸素マスクの点検、吸引器、生体情報モニター、インファントウォーマー、ナースコール
- ・新生児蘇生物品の点検

情報共有：産婦の情報をスタッフ間で共有し、緊急時の対応が速やかに行うことができるように、リーダーが役割調整を行う。

入院後の管理と記録：

- ・誘発開始前にはLDR室に入室し、産婦のバイタルサインの確認を行う。
- ・20ゲージ(G)の留置針を使用し、細胞外液にて末梢静脈ルート確保を行う。
- ・誘発開始後は常にCTGを装着し、パルトグラムへ記載する。
- ・産婦の体温は適宜、血圧と脈拍は1時間ごと、呼吸数と経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)は適宜測定し、パルトグラムへ記載する。
- ・誘発分娩に使用される薬剤や、医師の行った処置についての患者への説明内容をパルトグラムへ記載する。
- ・誘発剤の使用については担当医師の指示に従って行い、パルトグラムへ記載する。
- ・陣痛間隔や強さ、痛みの程度を評価しパルトグラムへ記載する。
- ・助産師が行う助産ケアについてもパルトグラムへ記載する。
- ・分娩進行に合わせて内診を施行し、**児頭の回旋**とBishop scoreをパルトグラムへ記載する。
- ・誘発分娩管理中に異常が出現した場合は、速やかに分娩担当医師に報告する。

常に“CUS”にのっとった報告を行う。端的でよいので**気になる点を明確に報告する。**

例) 「～が気になるので来てください。」

- ・分娩進行状況を分娩担当医師へ報告し、硬膜外麻酔処置のタイミングを確認し、準備を行う。

麻酔導入の介助：

準備：麻酔導入開始前に必要物品および緊急対応に必要な物品・薬品がそろっているか確認し、急変時に対応できるようにする。

《必要物品・薬品》

ポピドンヨード、滅菌手袋、滅菌ドレープ、硬膜外麻酔キット、カテリープラススリット、キノソフト、1%キシロカイン®、1%カルボカイン®、生食シリンジ(2.5mL、5mL、10mL)、注射針(18G、23G)、テストテープ

《急変時対応物品・薬品》

リザーバー付き酸素マスク、当院救急セット、除細動器、20%イントラポリス100mL、エフェドリン®、アトロピン®、セルシン®、バックバルブマスク

- ・介助で手術室に入るスタッフは、ディスポーザブルの帽子とマスクを着用する。
- ・手術室に産婦を入室し、生体情報モニターとCTGを装着する。

- ・ 生体情報モニターの自動血圧測定の間隔を**2.5分**ごとに設定する。
- ・ 硬膜外麻酔導入のための物品を揃え、確認する。
- ・ 産婦を側臥位とし、ポピドンヨードで穿刺部位を**2回**消毒を行う。
- ・ 産婦の硬膜外麻酔処置の体勢介助を行う。
- ・ カテーテル刺入部の固定はカテリープラススリットにて医師が行う。
- ・ カテーテル**12cm**（太い青印）および**16cm**のマーク（青印3本）と、刺入部が観察可能な状態で固定されているかどうか確認する。
- ・ **固定がしっかりされているかダブルチェック**する。
- ・ **穿刺部位、カテーテル挿入・固定長、吸引テストの結果、テストドーズとその量**を確認し、パルトグラムへ記載する。

麻酔薬投与後の管理と記録；

- ・ 硬膜外麻酔導入後は産婦を半側臥位にし、生体情報モニターにて母体の状態を、CTGにて胎児の状態を監視し、パルトグラムへ記載する。
- ・ 麻酔薬投与後の母体低血圧とそれに伴う胎児心拍数の低下に注意する。
- ・ 硬膜外カテーテル挿入後の生体情報モニターの測定間隔；

導入から30分（手術室）：2.5分毎、少量分割(連続)投与が始まれば2.5分ごと
30分から60分：10分ごと
60分以降：1時間ごと

- ・ SpO₂モニターを常時装着し、呼吸を観察（**呼吸数、呼吸様式、SpO₂、聴診**）する。
- ・ 血圧低下時は医師へ報告し、下肢挙上や細胞外液投与などを指示に従い実施する。
- ・ 試験投与後**30分**間観察を行い、異常が見られなければ、医師に報告しLDR室へ入室する。
- ・ 生体情報モニター記録紙を出力する。

鎮痛中の分娩管理と記録；

- ・ 産痛が強まり、疼痛緩和が必要と判断した場合は、医師に報告する。
- ・ **2.5mL**シリンジで吸引テスト行った後に**1%カルボカイン®5mL(cc)**を投与する。
- ・ **カルボカイン5mLを30分ごとに投与する少量分割投与が目安となる。投与前に吸引テストをその都度行い、逆流が見られる場合はカルボカインを投与せず**医師に報告する。逆流の疑いがある場合はテストテープを用意し、糖反応の確認を医師と行う。

カルボカイン投与が問題ではなく、投与した後の評価が重要である。

- ・ 医師は少量分割投与初回と2回目投与後の産婦の評価を立ち会う。
- ・ 吸引テスト陽性（**血液逆流、髄液逆流**）あれば、麻酔薬の投与を行わない。
- ・ **カルボカイン投与後、アルコール綿を用いたコールドテストで麻酔レベルの確認**を行い、パルトグラムへ記載する。

- ・ 吸引テストに異常がないことを含め、麻酔薬を投与した時間と**コールドテストの判定**をパルトグラムへ記載する。
- ・ 体温は**60分**ごとに測定し、パルトグラムへ記載する。
- ・ 帝王切開後の鎮痛目的の硬膜外麻酔場合は尿量も60分ごとに測定し、熱型表へ記載す

る。

- ・仰臥位は避け、半座位もしくは軽い半側臥位とし、体位交換を行う。
- ・鎮痛中は歩行不可となるため、導尿を行う。
- ・**麻酔薬投与後ごとに痛みスケールと麻酔レベル（コールドテスト）の判定を行い、パルトグラムへ記載する。**

痛みスケール

- ・痛み程度(Subjective)を記載
- ・**痛みが全くないか脚が動かないは報告**

麻酔レベル

- ・**高位麻酔（臍より上部に冷感なし）は報告**
- ・**片効きなら報告**

- ・痛みスケールと麻酔レベルの判定で異常があると思われた場合は、速やかに医師に報告し、急変症状がないか継続的に観察を続けていく。
- ・片効きにて、医師がカテーテルの位置変更を行う場合は介助する。
- ・硬膜外カテーテル刺入部の出血や腫脹の有無、固定されているカテーテルのズレがないかどうかを**1時間ごと**（無痛分娩時）に観察する。
- ・陣痛の状態や胎位胎向、回旋等の評価を行い、分娩進行状況を判断する。
- ・呼吸法の指導、アロママッサージを行うなど産婦に必要な助産ケアを説明しながら実施し、産婦のそばで経過を観察していく。
- ・**パルトグラムには少なくとも30分ごとに分娩経過の状況およびケア内容を記載し、変化があるときは、その都度詳しく記録の記載を行う。**
- ・分娩準備ができたなら分娩介助者は努責および呼吸法の指導を改めて行う。
- ・吸引分娩もしくは鉗子分娩へ移行する可能性を踏まえて準備をし、分娩介助を行う。
- ・胎盤娩出までの記録をパルトグラムおよび分娩録に記載し、また生体情報モニター用紙を出力する。

急変時および合併症への対応：

- ・**局所麻酔中毒初期症状（鉄の味を感じる、興奮や多弁など）**を認めた場合は医師へ直ちに報告し、投薬を中止し応援スタッフを呼び、患者監視を行い記録する。
- ・**生体情報モニター（心電図も）を装着する。**

- ・**リザーバー付きマスクで酸素10L投与を開始**
- ・救急セット・除細動器を準備

20%イントラポリス100mL（1本）を**1分**で投与、
その後20分で400mLを投与（1本100mLを5分ずつ）する。
搬送準備（診療情報提供書確認、カルテ各種記録コピー、検査データコピー、救急搬送依頼書作成など）を同時に行う。

- ・**痙攣、意識障害、不整脈（PR延長、QRS幅の増大）**を認めた場合は医師の指示のもとで支持療法実施し、母体救命のため周産期センターへの搬送の準備を行う。
- ・脊椎くも膜下投与、高位脊髄くも膜下麻酔による**鎮痛域の不自然な広がり（手が握れない、声が出ない）**や呼吸苦などを認めた場合は直ちに**バックバルブマスクによる換気を行う**。

・生体情報モニターにて継続的にバイタルサインを観察しながら、麻酔効果が減弱するまで厳重に患者監視を行い記録する。

- ・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®
- ・除脈→アトロピン®
- ・搬送準備

・感覚、運動障害の進行、穿刺部位付近の叩打痛が見られる等、硬膜外血腫が疑われる所見がある場合、速やかに医師に報告する。

分娩終了後の管理と記録：

- ・出生児の管理および蘇生は、**新生児蘇生法アルゴリズムに沿って行う。**
- ・分娩時に異常がない場合でも生体情報モニターの装着を継続し、1時間ごとに母体のバイタルサインや子宮収縮状態、出血量、膀胱充満の有無、痛みスケールと麻酔レベルの確認を行い分娩録に記載する。
- ・鎮痛薬使用最終時間から生体情報モニター測定間隔を調整する。

麻酔薬最終使用時間から30分間：2.5分ごと
30分から60分まで：10分ごと
60分以降：1時間ごと

- ・**分娩後2時間まで定期的な観察を行い、異常がなければ歩行開始し、自然排尿できるようは可能かトイレへ誘導する。**
- ・自然排尿が見られない場合、膀胱充満あれば導尿施行する。
- ・膀胱充満の有無や水分摂取量等観察し、自然排尿が見られるまではトイレへ誘導していく。
- ・病室へ帰室する前に、カテーテルの抜去を医師に依頼する。異常がないか確認してブラットバンを貼る。
- ・分娩後、カテーテル留置を継続すると医師から指示があった場合のカテーテル抜去時期は医師の判断となる。
- ・麻酔の覚醒とともに後陣痛や会陰切開および裂傷部位の**痛みの状況を確認する。**
- ・鎮痛薬導入後から分娩後2時間までの生体情報モニター用紙は、ピンクの台紙に貼り、電子カルテにスキャンする。

術後鎮痛目的でシリンジェクター装着の場合、20時の回診で麻酔レベルを確認する。

観察と記録のまとめ：

- ・鎮痛中のパルトグラム記載→カテーテル挿入時間、部位、カテーテルの固定
テストドーズ投与時間とその後の経過
吸引テストおよびカルボカイン投与とその時間
生体情報モニターの血圧、SpO₂、体温

痛みスケールと麻酔レベル

- 急変時の症状
- 穿刺部位の異常、**カテーテル固定の状態**
- 分娩進行状況等の分娩に関連する観察事項
- ・分娩録→通常の記録と同様に産後2時間（カテーテル抜去）まで観察し記載
鎮痛中に異常があれば分娩経過に記載
- ・熱型表→分娩後2時間、帰室してからの記録
術後鎮痛目的の場合は**尿量**も
- ・装着中の全ての生体情報モニター用紙を出力し電子カルテにスキャンする