

1. 入院時の看護

当院無痛分娩は計画分娩ではなく、対象者が陣痛発来または破水のため入院になった時点から開始する。

* HDPや心疾患合併などで計画分娩が必要な場合は計画無痛分娩となる場合もある。

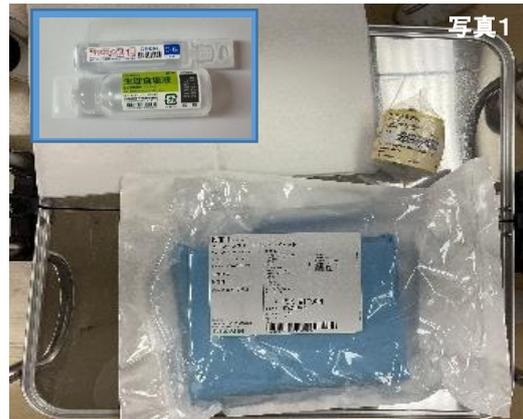
1) 対象者が陣痛発来または破水にて入院した場合

無痛分娩チェックリストを使用し準備を行う

- 情報収集: 既往歴、妊娠経過、アレルギー、内服薬確認、外来採血結果確認
 - 同意書(無痛分娩同意書、誘発分娩同意書、帝王切開術同意書、輸血・血漿分画製剤同意書)のサイン確認と回収
 - 産婦人科当番医又は夜間当直が院外の場合は産科待機医師へ無痛分娩妊婦が来院したことを連絡
 - 医師とともに内診
 - 分娩衣に更衣
 - FHR モニター装着
 - 医師にて無痛分娩パス適応
 - 薬剤部に無痛分娩妊婦が来たこと、必要な薬剤の取り込み、硬膜外用麻酔薬は交付しないよう依頼(すぐ使うなら麻薬カクテルも依頼する)
 - 20G2Way で 2 本ルートキープ、採血CBC
 - 絶食の説明、3 連ルートでフィジオ 140 500ml を 100ml/h で開始
 - 陣痛や所見により医師より麻酔科コール、薬剤部に硬膜外用麻酔薬のカクテル依頼をする
 - 麻薬のカクテルができたなら薬局からコールあり、麻薬処方箋を持って薬剤部へ取りに行く
- * 薬剤開始タイミングで硬膜外チューブを挿入できるようにアセスメントする**
- 麻酔科到着までに薬剤取り寄せ、チュービング物品の準備(表1、写真1:セット内物品内容は写真2参照)

表 1 チュービング物品

- ❖ 硬膜外挿入キット
- ❖ テガダーム・固定用テープ
- ❖ キャビロンスプレー
- ❖ ヘキザックアルコール
- ❖ 体位固定用まくら
(体格大きければ青ピロー2 個)
- ❖ 1%キシロカイン 1A+生食 20ml1 本
- ❖ 医師用防護具: 清潔手袋・帽子
- ❖ 助産師: 帽子・マスク着用
- ❖ 産婦: 帽子・マスク着用



- チュービング前にヴィーン F500ml急速投与(合併症などで急速負荷できない場合は医師の指示に併せて流量調整する)
- 救急カートの準備

□ 心電図、SpO2 モニター、自動血圧計装着

2. 硬膜外挿入時の看護(助産師 2 名必要)

医師	分娩係	リーダー又はメンバー
<p>【麻酔科医師】 分娩室到着 帽子・マスク・滅菌手袋 装着後、硬膜外挿入</p> <p>【産婦人科医師】 □PCA ポンプを起動させておく</p>	<p>硬膜外挿入介助</p> <p>□ヴィーン F500ml が全開投与されているか確認</p> <p>□清潔操作で必要物品を出す</p> <p>* アレルギー症状防止のため、ヘキサックアルコールはキット内にかからないように注意する</p>  <p>□留置カテーテルをテープ固定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・穿刺部:テガダーム ・カテーテル:メフィックス 	<p>リーダー又はメンバー</p> <p>□挿入前 VS 確認(BP・HR・SpO2・RR)</p> <p>□モニターのインターバルを 2.5 分に設定</p> <p>□産婦の体位固定:右側臥位</p>  <p>□挿入時の気分不良、疼痛の有無など確認</p> <p>□膝や股関節に疼痛などある場合はできるところまで屈曲</p>

3. 麻酔薬投与開始時の看護

- 産婦人科医師にて PCA カセット(0.25 ポプスカイン 56ml+生食 136ml+フェンタニル8ml 混注分)を接続
 - * チュービングと同時に麻酔薬を開始する場合は麻酔科医師が接続、それ以外は産婦人科医師が接続
- 産婦を半座位にする
- 無痛分娩チャート用紙に沿って VS 測定(BP・P・RR・SpO2)
 - ・麻酔薬投与開始前
 - ・開始後～30分:5分毎
 - ・30分～:15～30分毎
 - ・60分～:1時間毎
- 麻酔薬開始後、以下の症状確認
 - ・耳鳴り
 - ・金属の味
 - ・口まわりのしびれ感
 - ・両下肢しびれ
- 麻酔レベルの評価:1時間毎
 - * ブロメージスケールを使用し運動遮断評価を行う:スケール2以上は Dr コール
 - * コールドテストで麻酔レベルをチェック、必ず左右差を確認し、デルマトームを用いて記録する
 - * 無感覚にしてはいけない!!!**(子宮の収縮感と努責感は残す)
- 痛みの評価:1時間毎
 - ・NRSにて聴取
- 体温測定:1～2時間毎(発熱時は医師へ報告)
- 内診、導尿、体位変換:2～3時間毎

4. 分娩期の看護

1) 観察(硬膜外麻酔中の観察+分娩期の観察)

- 嘔気
- 嘔吐
- 頭痛
- 呼吸苦
- 疼痛スケール
- 下肢しびれ感
- 下肢知覚異常の有無
- Bromage スケール
- 硬膜外カテーテル挿入部位の異常:刺入部出血・腫脹・抜去の有無

2) ケア

- 微弱陣痛や分娩遷延など予想される場合は、促進剤の使用を医師と相談する
 - ・無痛分娩開始後1時間未満は陣痛促進剤を開始しない(子宮収縮増強による児心音低下防止のため)
 - ・8cmを超えて微弱陣痛の場合は、分娩第2期遷延を予防するために促進を検討する
(子宮口4~5cmでも陣痛が弱く分娩進行しないようであれば促進を検討。夜間複数妊婦がいる場合は医師と相談し促進タイミングを検討する。)
 - 回旋異常や第2期遷延となりやすい為、体位の工夫や分娩進行を促進するケアを実施する
 - ・側臥位、四つん這い、あぐら、座位
 - ・PIEB後、PCA後15分程度は効かせたい部位を下にした体位を取り、その後回旋を促す体位へ変換
 - 産痛緩和ケア
 - ・マッサージ、アロマ、不安の除去
 - ・温罨法:低温やけどに注意する。ホットパックが直接皮膚に当たらないように工夫する
ホットパックを当てている部位を1回/h観察し、当てる部位を変更する
 - 努責・呼吸法の誘導
 - 吸引分娩の準備
 - 新生児の準備(蘇生の準備)
- ※微弱陣痛で妊婦が寝ていない場合に、ペチロルファンを医師のオーダーで使用可。

5. 分娩終了時の看護

- 分娩終了時、医師の指示のもとPCAポンプの電源をOFFにする
- 分娩時出血に問題がない場合、清拭中に医師が硬膜外チューブを抜去する
- 分娩終了後に出血が多い場合は、採血施行、止血機能をチェックして抜去するかを検討する

6. 歩行までの看護

- 子宮復古の観察
- 膝立保持の有無
- 左右下肢の知覚鈍麻の有無
- 左右足関節底背屈の可否
- 硬膜外挿入部の観察
- 麻酔終了後6時間で感覚、下肢の違和感・しびれ・麻痺の有無を観察し完全に回復していないときは産婦人科医師または麻酔科医師に報告

*** 歩行時の注意点**

- 初回歩行時は転倒に注意。トイレ歩行は付き添う
- 自尿確認
- 分娩翌日、産婦人科医師の回診。神経障害、頭痛、排尿障害の有無を観察し記録する