

慶應義塾大学病院 無痛分娩マニュアル

令和6年9月改定

1. 目的

本マニュアルは、無痛分娩を安全かつ適切に実施するために、医師向けの指針を提供することを目的とする。

2. 対象患者

- 無痛分娩の禁忌に該当しない患者（事前の血液検査実施済み）
- 無痛分娩に関する説明を受け、同意書を取得済みの患者

3. 無痛分娩の実施日

- 実施日：月曜～木曜（予備日：火曜～金曜）
- 1日最大2名の予定（予定外の対応は病棟と協議）
- 緊急対応が必要な場合は、無痛分娩麻酔管理者へ相談

4. 禁忌および慎重対応

- 禁忌
 - 血液凝固障害（血小板数10万以下、PT-INR1.5以上、APTT50秒以上）
 - 重症妊娠高血圧症候群
 - 重篤な心疾患（大動脈弁狭窄症、肥大型心筋症など）
 - 神経疾患
- 慎重対応
 - 脊椎疾患
 - 局所麻酔アレルギー歴

5. 手技の流れ

1. 前日

- 21時以降禁食（清澄水のみ可）
- 帝王切開の可能性がある場合、飲水も禁止

2. 当日準備

- 20G以上の末梢静脈確保
- 分娩誘導開始
- 無痛分娩麻酔担当医へ連絡
- 硬膜外カテーテルをL3/4またはL2/3椎間より挿入（4cm留置推奨）

3. 麻酔管理

- 硬膜外麻酔単独
 - 0.125%レボブピバカイン 9-15ml（3mLずつ注入）
 - その後、持続硬膜外投与を開始
- 脊髄くも膜下麻酔併用（麻酔担当医の判断）
 - 初回ボーラスなし
 - 硬膜外投与を開始

4. 観察項目

- 麻酔開始後10分でNRS評価（目標：NRS \leq 3）
- 麻酔開始後30分間、バイタルサイン監視
- 血圧、心拍数、SpO₂、呼吸数、意識レベル、鎮痛評価を適宜測定

5. 異常時の対応

- 局所麻酔中毒症状（耳鳴り、金属味、しびれ）：投与中止・酸素投与・緊急対応
- 硬膜外麻酔の効果不十分：ボース追加または再穿刺
- 麻酔範囲が広がりすぎた場合：投与速度調整

6. 無痛分娩中の管理

- PCA（患者管理型硬膜外鎮痛）設定
 - ベース：10ml/h（0～12ml/h 調整可）
 - ボース：2ml（0.1～4ml 調整可）
 - ロックアウト時間：20分
- 娩出後の対応
 - 会陰縫合終了後、硬膜外カテーテルを抜去
 - 先端欠損の有無を確認し、記録

7. 副作用と対策

副作用	目安	対応
低血圧	収縮期血圧<100mmHg	輸液負荷、エフェドリン 5mg 静注
運動神経ブロック	2 以上（膝曲げ不能）	硬膜外薬液注入中止・再評価
麻酔高	Th5 以上の感覚低下	投与中止・麻酔担当医へ連絡
鎮静度	スコア 3（声かけで覚醒しない）	至急コール対応
呼吸抑制	呼吸数 <10 回 / 分、 SpO ₂ ≤ 90%	酸素投与・麻酔担当医へ連絡
悪心・嘔吐	強い悪心・嘔吐	プリンペラン投与

8. 緊急連絡先

- 無痛分娩麻酔管理者（麻酔科専門医）
- 無痛分娩麻酔担当医（平日担当医）
- 麻酔科当直（夜間対応）

本マニュアルは無痛分娩の標準的手順を示すものであり、臨床判断に基づき適切な対応を行うことが求められる。