

【無痛分娩看護マニュアル】

DIV ST3500ml + プリンペラン1A としたものを持続する。

抗生剤 メロペネム 0.5g DIV 6～8時間おき

チューブ挿入高さ

硬膜外 L3~4 より上向き 5～6 cm

0.2%に希釈したアナペインをテストドーズとして 3 ml 使用する。

(1%アナペインを生食で希釈して作る)

フェンタニル 1A を硬膜外より注入し、

0.2%に希釈したアナペイン合計 10ml を 2 回くらいに分けて (5ml+5ml) 注入すると痛みが取れる

オキシトシンにて促進誘導調整を必要かどうかアセスメントする。

子宮収縮の状態をみながら 2～3 分おきの収縮になるように調整する。

痛みが出てきたら NRS にて評価する。その都度 0.2%に希釈したアナペインを医師の指示に応じて 5～8ml 調整しながら注入する。

ペリフィクスを使用しその都度、疼痛のコントロールを図る。

通常は 0.2%に希釈したアナペイン 20ml+フェンタニル 2ml を使用する。

分娩後は収縮剤多めに使用しないと出血が多くなるので、必要に応じてオキシトシン等を追加する。

硬膜外麻酔開始後の観察

- ・低血圧の予防と治療に細心の注意を払う。バイタルサインは生体モニター（血圧と S P O₂）を 2.5 分毎に設定して 30 分間は測定し記録を残す。
- ・血圧低下が見られたら D r コールし昇圧剤投与の介助を行う。
- ・胎児心拍モニターはフルモニターとし、胎児心拍数の変化に注意する。子宮収縮の状態も観察する。
- ・鎮痛効果の観察をする。麻酔薬は初回注入後、痛みが出てきてからの間欠注入とするため、痛みが出てきたら D r コール。
- ・母体発熱の有無を適宜観察する。

トラブルの対応

- ・硬膜外鎮痛開始後も痛い→D r コールし必要に応じて入れ替えの介助。痛覚消失範囲が十分であるにも関わらず痛みを訴えた場合、病的プロセスが進行中である可能性を忘れない（HELLP による上腹部痛や子宮破裂など）
- ・胎児心拍の異常→原因が母体低血圧である場合には体位変換と酸素投与を速やかに行い D r コール。昇圧剤投与、補液追加の指示を仰ぐ。胎児除脈が改善しなければ緊急帝王切開の準備を行う
- ・くも膜下誤注入→カテーテル抜去の介助。急激に意識消失、徐脈、低血圧が認められたら補液、昇圧剤投与の介助。酸素 10L マスク投与。バック・マスクの準備。呼吸停止が認められたら「母体急変時の初期対応」に準じあわてず、ただちに人工呼吸で対処する。子宮は左方転位とする。
- ・血管内誤注入→テストドーズの際の症状（耳鳴り、口周囲違和感、金属味など）が認められたらカテーテルの入れ替えの介助。痙攣に至った場合酸素投与 10L 行い気道の用手的確保しバック・マスク換気。セルシン静注の介助。

分娩第 2 期の対応

- ・ある程度陣痛の感覚が戻って来たところで努責のタイミングを産婦がわかる方が有効に努責をかけることが出来る旨を産婦に説明する。
- ・介助者が触診で努責のタイミングを指導する。

分娩後のカテーテル抜去のタイミング

- ・分娩後切開縫合等の処置が済み、更衣する時に D r コールし抜去介助し、先端欠損していないことを確認する。