

1. インフォームドコンセント

- (ア) 妊娠 36 週頃を目安に麻酔科外来を受診し、和痛分娩における硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔について説明する
- (イ) 麻酔によって生じ得る合併症として、背部痛・頭痛・出血・感染・神経損傷などを説明する
- (ウ) 局所麻酔薬中毒やくも膜下誤注入についても説明する
- (エ) 完全な無痛が目的ではなく、安全に痛みを軽減する（和痛）ことが目標であることを理解してもらう
- (オ) 麻酔中は絶食が必要であるが、清澄水であれば少量ずつ摂取できることを説明する

2. 同意書の取得

- (ア) 和痛分娩の麻酔同意書は上記の内容を説明した上で麻酔科外来にて取得する

3. 和痛申込および手術申込

- (ア) 2025 年 6 月現在、月曜日・水曜日開始の 2 日間の日程で 1 日 2 症例、週 4 枠（月が祝日の週は火・木曜日開始）を基本とする
- (イ) 上記手術枠の管理は、産婦人科の和痛分娩枠として院内共有し管理する
- (ウ) 和痛分娩における麻酔記録は麻酔情報管理システム（ORSYS）にて行うため和痛分娩受諾と同時に手術申込を行う
- (エ) 臨時の申し込みは、上記枠に空きがあれば、麻酔科リーダーに対応可能か確認する

4. 麻酔開始時期

- (ア) 麻酔開始時期は患者の鎮痛希望を考慮した上で、産科、助産師、麻酔科でコミュニケーションをとり総合的に決定する

(イ) 麻酔開始時期に関して患者に説明し、理解を得る

5. 麻酔方法

(ア) 和痛分娩麻酔は、硬膜外麻酔もしくは CSEA にて行う

(イ) ORSYS にて患者認証を行い、麻酔記録を開始する

(ウ) 静脈路が確保されているか確認する

(エ) 心電図、血圧、経皮的酸素飽和度をモニタリングし、血圧を 5 分ごとに測定する

6. 麻酔範囲

(ア) 分娩第 I 期は Th10 から L1 の範囲の痛覚を遮断、分娩第 II 期は S2 から S4 の範囲をさらにブロックする必要がある

7. 硬膜外麻酔

(ア) 麻酔実施医・介助者は帽子とマスクを、患者は帽子を装着する

(イ) 穿刺体位は側臥位もしくは坐位で行う

(ウ) L3/4 より硬膜外カテーテルを挿入し、硬膜外腔に 4cm 程度留置されるよう頭側に向けてカテーテルを進める

(エ) テストドーズは必要に応じて 1%メピバカイン 3ml 程度を用いて実施する

(オ) 薬剤投与：注入前の吸引テストと少量分割投与を徹底する

① 注入する都度、血管内への注入を疑う所見（耳鳴り、口周囲の痺れ、金属味等）や、くも膜下腔への注入を疑う所見（両側下肢の急激な運動障害等）がないことを確認する

② 異常所見を認めた時点で、局所麻酔薬注入を止め人工呼吸と局所麻酔薬中毒治療の準備をする

③ 投与から 15 分間は血圧を 2.5 分おきに測定する

④ 血圧低下に対しては、エフェドリン 4-5mg やフェニレフリン 0.05-0.1mg 等の静注にて対処する

(カ) 初期鎮痛：0.08~0.25%ポプスカイン 12~20ml を 3~4 分置き 3~4 回に分けて分割投与する

8. 鎮痛効果の確認

- (ア) 初回投与から 20 ~30 分後に麻酔効果を評価し、麻酔範囲両側 Th10~S2、鎮痛の効果（例：NRS \leq 2）が得られるか確認する
- (イ) 鎮痛効果の評価は冷覚もしくはピンプリックテストにて行う
- (ウ) 鎮痛効果に左右差を認める場合は硬膜外カテーテルを 1cm 引抜き、追加の局所麻酔薬を投与し効果を判定する
- (エ) 2 度の評価で左右差が解消できない場合にはカテーテルを再挿入する
- (オ) 十分な鎮痛効果を確認した後、PCEA ポンプを接続する

9. PCEA 設定

- ① 間欠的ボーラス投与 (PIEB) + PCEA モード
 - 0.25% ポプスカイン 32ml + フェンタニル 4ml + 生食 64ml = 総量 100ml
 - 間欠投与 (PIEB) : 7ml
 - 間欠投与間隔 : 45min
 - PCA ドーズ : 5ml
 - LOT : 15min
- ② 上記初期設定を基本とし、患者と状況に応じて調整する

10. 脊髄くも膜下麻酔

- (ア) 分娩の進行が早く娩出が間近な場合などは効果発現の早い CSEA を考慮する。また、分娩の初期に鎮痛希望あった場合も、CSEA を行うことで局所麻酔の総量を減らすことができる
- (イ) 実施前の準備、血圧測定などは硬膜外麻酔と同様に行う
- (ウ) くも膜下投与薬剤例：
 - ① フェンタニル 0.3ml + 0.5% 高比重マーカイン 0.5ml + 生食 1.2ml
 - ② フェンタニル 0.5ml + 生食 1.5ml
- (エ) 麻酔薬投与後 30 分以内に見られる胎児徐脈に対しては、低血圧や子宮筋緊張亢進を念頭におき対応する

11. その他

- (ア) 硬膜外和痛分娩中は、絶食とし、飲水は 100ml/時間までとする

(イ) 麻酔担当コール条件は“別紙”参照

12. 夜間の和痛分娩

(ア) 日勤帯終了前に分娩の進行状況と夜間帯の方針について確認する

(イ) 夜間和痛分娩マニュアルは“別紙”参照

13. 帝王切開への移行

(ア) 産科医は帝王切開への移行と緊急度を宣言し、麻酔担当医と各部署へ連絡する

(イ) 麻酔担当医は速やかに麻酔方法（全身麻酔、硬膜外麻酔、脊髄くも膜下麻酔）を決定し、産科・手術室スタッフと共有する

(ウ) 超緊急帝王切開の場合は ORSYS の手術申し込みは省略可

14. 分娩後

(ア) 胎児・胎盤娩出後、頸管処置の段階で追加の鎮痛が必要なければ硬膜外麻酔は終了し、PCEA を終了する

(イ) 分娩後も数時間は局所麻酔薬の影響により起立性低血圧や下肢運動麻痺の残存により転倒リスクがあることに注意する

(ウ) 胎盤娩出後2時間まではバイタルに留意し、麻酔記録を継続する。産後出血2時間値で異常なく、患者の状態が安定していれば助産師が ORSYS の記録を終了する

(エ) カテーテルは産後出血2時間値が問題なく、弛緩出血に対する追加処置などの必要性がほぼ無くなった時点で、日勤帯の場合は麻酔担当医が、夜間帯以降は産科医が抜去する

15. 術後回診

(ア) 翌日の術後回診にて、神経障害や硬膜穿刺後頭痛の出現がないことを確認する