

## 《はじめに》

当院では、硬膜外麻酔を用いた無痛分娩を行います。安全を第一優先とするため原則計画分娩にて行います。分娩時にいきむことができるよう完全な痛みの消失を目指すのではなく、痛みを制御し安全に分娩することを目指します。同じように麻酔を行っても鎮痛の効果には個人差があり、十分に痛みを除ききれない場合があります。

《硬膜外麻酔の方法》（事前に、血液検査にて異常がないか確認を行います）

**入院当日の朝から食事は摂取しないでください。（飲水は可）**

- ① 入院後、点滴による血管確保を行い、陣痛誘発剤の投与を開始します。
- ② 背中を消毒し、痛み止めの注射を行い、硬膜外腔という狭いスペースに細いチューブを入れます。
- ③ 原則人工破膜（破水）をして、分娩進行状況により鎮痛薬の注射を行っていきます。

子宮より下の痛みを取り、意識ははっきりしています。子宮口が全部開いたら、普通分娩と同様に『いきみ』を行い出産します。分娩を助けるために子宮底圧迫法・鉗子・吸引分娩を行うことがあります。

## 《当院の方針》

麻酔リスク(背骨の病気や合併症・過度な体重増加など)が高いと医師が判断した方は無痛分娩を行えません。

- ・計画分娩の日程は、原則、妊娠 38～39 週頃で当院にて安全な体制準備が可能な日を指定します。
- ・子宮頸管熟化がよいほど分娩誘発は成功しやすくなります。入院時に頸管熟化が良くない場合は計画無痛の入院自体を延期する場合があります。(その後無痛分娩ができるとは限りません)
- ・陣痛誘発剤を投与しても有効な陣痛にならず分娩が進行しない場合は一度退院し、後日再トライの対応になることがあります。(その後無痛分娩ができるとは限りません)
- ・夜勤帯・休日や、管理が不十分な状況になった場合、安全を優先し無痛対応ができなくなることがあります。

## 《無痛分娩のリスク》

1. 微弱陣痛・分娩遅延：陣痛が弱くなり分娩時間が長くなる場合があります。(吸引・鉗子分娩が必要)
2. 副作用・合併症：アレルギー、足のしびれ、脱力感、腰痛、排尿障害、かゆみ、血圧低下、発熱など。  
1%程度の頻度で産後に強い頭痛が出ます。

極めて稀(5万例に1例程度)に麻酔薬中毒や下肢神経障害などの重篤な合併症が起こることがあります。

(麻酔効果レベルが上がる高位・全脊髄くも膜下麻酔、硬膜外血腫、膿瘍、髄膜炎など)後遺症を残すものは10万例に1例程度

以上の問題は早期発見により、ある程度回避可能です。そのため硬膜外麻酔薬は原則少量分割投与します。異常を早期発見・対応するために点滴、心電図・血圧・酸素飽和度モニターの装着、胎児心拍監視装置の装着を行います。

《緊急時の対応》母児の状況の変化によっては緊急に帝王切開が必要となる場合があります。

## 《無痛分娩中の制限事項》

1. 絶食：誤嚥性肺炎を減らすために、食事を禁止します。
2. 歩行の制限：麻酔により歩行中に転倒する危険があり、原則としてベッド上安静とします。
3. 排尿介助：排尿困難になることがあります、必要に応じ尿道に細い管をいれて導尿します。

説明を読んで、無痛分娩の内容、必要性、合併症、当院の方針等について理解し処置を受けることに同意します。

年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

## 硬膜外鎮痛

図3Aに、お母さんの背中に入った硬膜外鎮痛の管を示します。  
管の付近を拡大したものが図3Bです。図3Cは背骨の断面像です。

