

入院時確認事項（前日のPM）

1. 患者基本情報の確認

- ・経妊・経産回数、既往歴、アレルギー、内服薬（サプリメントを含む）、母体合併症、外来でのリスク評価、検査データ、胎児・付属物の異常の有無。
- ・麻酔科リスク評価の確認。

2. 同意書の確認

- ・子宮収縮薬同意書
- ・吸引・鉗子分娩同意書
- ・無痛分娩同意書

3. 検査

- ・血圧、脈拍、体重測定、尿一般検査、SpO₂
- ・胎児超音波検査：推定体重、胎位、AFI、MVP

・NST

・凝固系検査（PT, APTT）施行の確認、未施行の場合は緊急で施行し
結果確認

4. 内診、頸管拡張

・ビショップ不良時：ミニメトロ（ラミセル、ラミナリア）で頸管拡張し、
PG E2 3錠処方（3回分）。なお、翌日の誘発困難な場合はジノプロストンを
処方する。

無痛分娩（当日）

1. AM 0:00～ 絶食＋飲水可(水、お茶、スポーツ飲料のみ)

2. AM 5:30 N5 移動 CTG 装着 well being、陣痛の有無の確認

3. AM 6:00, 7:00 PG E2 内服し、AM7:30-45 分娩担当医師による内診

で、PG E2 内服継続か子宮収縮薬投与か決定する。ミニメトロ挿入が必要な症
例は2錠内服60分後にミニメトロ挿入し、PGE2内服開始を遅らせないこ

と。ミニメトロ挿入後から次の PGE 2 内服もしくはアトニン点滴開始は 1 時間空けること。

※陣発時は PGE 内服をスキップする

※分娩監視装置管理下に PG E2 内服を行う

※ビショップスコアが不良かつ未陣発の場合は PG E2 内服 6 錠まで内服を行う（追加処方）。

4. AM 8:00 または 9:00 子宮収縮薬（アトニンを基本とする）点滴投与を開始

※PG E2 最終内服からアトニン点滴開始まで最低 1 時間空ける。

※初回投与は 12ml/h を基本とするが、子宮収縮を認める場合は適宜減量（6ml/h）しスタートさせること。

※子宮頻収縮(>5 回/10 分)がある場合は投与量の減量、または、中止する。特に鎮痛薬開始直後の 30 分、破膜後、アトニン増量後は注意する。破膜はアトニン増量 20 分以内に行わない、その逆も同じ。

※投与中に胎児機能不全、子宮頻収縮、異常に強い痛みを認めたときは、医師が子宮収縮の状態を触診し、減量(1/2 以下)あるいは中止を検討する。

※過強陣痛発生時の対応

- ・NRFS と子宮頻収縮があるときは、ニトログリセリン 200 μ g 静注
(ミオコール 1A 5 mg/10ml : 1 mg(2ml) を生食 8ml 溶解し、10ml とし、2ml を静注) を考慮する。副作用：母体血圧低下

※人工破膜後の CTG で胎児心音の安定した記録が困難な場合は児頭誘導を装着する。

5. 麻酔開始のタイミング

疼痛があり本人が希望した場合、または医師もしくは担当助産師が必要と判断し、本人が同意した場合のいずれか。内診し、進行状況を麻酔科医と直接情報共有する。

6. 分娩中の合併症

- ・母体血圧低下、局所麻酔薬中毒（耳鳴り、味覚異常、多弁、痙攣、呼吸抑制）、高位脊髄くも膜下麻酔（下肢の運動遮断、低血圧、徐脈、手のしびれ、呼吸困難、嘔声、呼吸抑制、意識消失）とアナフィラキシーショックに注意する。
- ・38°C以上の発熱や搔痒感が強いときはクーリングを実施する。

7. 分娩経過の確認

少なくとも2時間毎に内診し、経過を麻酔科医と共有する。

全開大後の分娩進行不良（初産、経産）をもって産科手術を考慮す

る。分娩第2期停止：初産婦 全開大後3時間 経産婦 全開大後2時

間。産科手術施行前には内診及び超音波検査にて回旋を確認する。

9. 分娩終了後

・分娩終了後はLDRで、感覚や運動（歩行）のチェックをし、改善を認めたら部屋を移動する。

・産後尿閉に関して：産科手術、第2期遷延があった場合、産後1日目の尿意を確認する。尿意がない場合、残尿（朝） $>100\text{ml}$ → 排尿後に残尿測定を施行する。 $<100\text{ml}$ （朝）が2回で終了する。

・無痛分娩に使用したカテーテルは分娩後2時間を目安に抜去を行う。