

無痛分娩 看護マニュアル（助産師・看護師向け）

1. マニュアルの目的

本マニュアルは、当院における硬膜外麻酔による無痛分娩において、助産師・看護師が安全で質の高いケアを提供できるよう、観察ポイント、ケアの流れ、緊急時対応、産後ケアについて文章化したものです。妊婦の身体的・精神的安全に配慮しながら、分娩の自然な流れをサポートするための知識と行動を統一することを目的としています。

2. 無痛分娩の特徴と看護のポイント

無痛分娩は、硬膜外麻酔・脊椎麻酔によって分娩時の痛みを軽減し、妊婦のストレスを緩和する方法です。妊婦の意識は明瞭であり、痛みが軽減されることで余裕をもって分娩に臨むことができますが、麻酔による副作用や合併症への注意が必要です。助産師・看護師は、分娩進行の把握、呼吸法やいきみの指導、心理的サポートを適切に行うとともに、異常の早期発見と対応を担います。

3. 分娩前・麻酔導入時の看護

【事前準備と確認】

- ・バイタルサイン（血圧・脈拍・SpO₂・体温など）の測定を行い、安定していることを確認します。
- ・胎児心拍モニタリング（NST）を行い、胎児状態を把握します。
- ・妊婦の食事・水分摂取状況を確認し、絶食指示の遵守状況をチェックします。
- ・点滴ルートを確認し、導尿の準備を行います。
- ・麻酔導入時は側臥位または座位をとり、安全に体位変換できるよう介助します。

4. 無痛分娩中の観察・支援

無痛分娩中は、助産師が麻酔効果の範囲（麻酔域）を確認する場面があります。麻酔の有効性を確認し、過小または過大投与を避けるためにも、感覚の消失領域を評価することが重要です。

【コールドテスト（麻酔域の冷感の確認）】

氷片またはアルコール綿を使用し、左右対称に胸部から腹部・大腿部・下肢にかけて軽く当てていき、冷感の有無を確認します。

患者の感覚が消失している高さ（デルマトーム）を把握し、記録します。通常、分娩第I期はT10～L1、第II期はS2～S4の麻酔が必要です。

【デルマトームの基礎知識】

デルマトームとは、脊髄神経が支配する皮膚領域のことを指します。感覚レベルを理解することで、麻酔が適切な範囲に届いているかを判断できます。

5. 麻酔域の確認とデルマトームの理解

【母体の観察】

- ・麻酔導入後は、血圧を5分ごとに測定します。特に導入後30分間は頻回な観察が必要です。
- ・左右の感覚や運動機能に差がないか、下肢の動きやしびれの有無を確認します。
- ・吐き気、耳鳴り、しびれ、意識の変化といった局所麻酔中毒の兆候に注意します。
- ・排尿の有無を確認し、排尿困難があれば導尿を検討します。

【胎児の観察】

- ・胎児心拍モニタリングを継続的に行い、基線の変化や一過性徐脈が見られた場合にはすみやかに対応します。
- ・母体体位を変える、酸素投与を行うなど、分娩介助者と連携しながら胎児の安全を確保します。

5. 分娩時のサポート（分娩第Ⅱ期）

【いきみのコーチング】

麻酔によって陣痛の痛みは軽減されていますが、いきみの感覚も鈍くなるため、妊婦が自発的にいきむタイミングがつかみにくくなります。

NST や内診によって子宮収縮を把握し、助産師がタイミングを伝えることが重要です。

「いま赤ちゃんが下りてきていますよ」「長く、ゆっくりいきみましょう」など、妊婦が安心していきめるような声かけを意識します。

6. 分娩直後の観察と評価

【Apgar スコア評価表】

【胎児の評価】

出生直後に Apgar スコアを 1 分・5 分で評価します。以下の 5 項目を各 0～2 点で評価し、合計点で新生児の状態を判断します。

【項目】	0 点	1 点	2 点
皮膚色	全身チアノーゼ	四肢チアノーゼ	全身ピンク
心拍数	なし	< 100 回/分	≥ 100 回/分
反射刺激	無反応	顔をしかめる	咳・くしゃみ・泣く
筋緊張	だらんとしている	いくらかの屈曲	活発に動く
呼吸	なし	不規則・弱い泣き声	良好・強い泣き声

合計 7 点以上が正常、4～6 点は注意、3 点以下は直ちに蘇生処置が必要とされます。体温保持、臍帯処理、早期接触・授乳支援も行います。

【母体の評価】

- ・会陰部の出血量、子宮の収縮状態、子宮底の高さを観察します。
- ・麻酔効果の持続時間を確認し、下肢運動機能や感覚が回復しているか確認します。
- ・血圧、脈拍、意識状態を 10～15 分ごとに観察し、異常がないか確認します。

7. LDR から病室への移動時の注意点

- ・起立時にふらつきや立ちくらみがないか、起立性低血圧に注意します。
- ・下肢の感覚や筋力が回復しているかを確認します。
- ・歩行や車椅子への移乗には必ず介助をつけ、転倒リスクを回避します。

8. 産褥期の看護

- ・初回授乳のタイミングでは、妊婦の疲労度を見ながら体位やクッションの調整を行います。
- ・膀胱・腸管機能の再開状況を確認します（排尿・排便）。
- ・会陰部の痛み、出血、発熱などの異常所見を記録・報告します。
- ・精神的ケアとして、不安・緊張・産後うつの兆候などを観察し、必要に応じて医師へ連携します。

9. 緊急対応のフロー

状況	初期対応	医師への報告・記録
低血圧（収縮期 BP < 90）	足挙上・輸液促進・酸素投与	医師へ即時報告・バイタル記録
下肢運動不能	麻酔範囲・意識・呼吸状態を評価	麻酔科へ連絡
胎児徐脈	体位変換・酸素・輸液対応	分娩介助者と共有・医師へ報告
激しい頭痛・しびれ	安静・水分補給・必要時鎮痛対応	症状記録と医師報告

10. おわりに

無痛分娩中のケアには、観察力・判断力・的確な行動力が求められます。妊婦とその家族の安心につながる看護を提供することが、安全で満足度の高いお産の実現につながります。チームでの連携を大切に、確実な情報共有と声かけを行いましょう。

11. 出血量推定のための Shock Index (SI)

Shock Index（ショックインデックス）は、収縮期血圧に対する脈拍数の比で算出され、分娩時の出血の重症度を推定するために用いられます。

SI = 脈拍数 ÷ 収縮期血圧

通常、SI が 0.5～0.7 は正常範囲とされ、0.9 を超えると出血性ショックを疑います。

【Shock Index と推定される出血量】

Shock Index (SI)	臨床的意義	推定出血量の目安
0.5 未満	正常	出血なしまたは軽度（～250ml）
0.5～0.9	軽度の循環変動	250～500ml
0.9～1.3	中等度のショックを示唆	500～1000ml
1.3 以上	高度なショックの可能性	1000ml 以上