

選択的誘発無痛分娩施行最終チェック

妊 娠 週 数	生殖医療後、妊娠10週以内のCRL, 妊娠12～14週BPDで確定 あり ・ なし
胎 児 発 育	正 常 ・ FGRの可能性 ・ 巨大児の可能性
羊 水 量	過 多 ・ 正 常 ・ やや減少 ・ 過 少 ・ A F I
胎 盤 位 置	子 宮 底 ・ 前 壁 ・ 後 壁 / 右 ・ 中 央 ・ 左
低 置 の 可 能 性	無 ・ 有
臍 帯 巻 絡	無 ・ 有
臍 帯 下 降	無 ・ 有
臍 帯 付 着	無 ・ 有
G B S	正 常 ・ FGRの可能性 ・ 巨大児の可能性
胎 児 異 常	無 ・ 有 (日、外来にて超音波検査)
そ の 他	

母体合併症

血 液 凝 固 異 常	無 ・ 有
薬 剤 ア レ ル ギ ー	無 ・ 有
喘 息	無 ・ 有
麻 酔 事 故	無 ・ 有
腰 部 異 常 ・ 事 故	無 ・ 有
分 娩 異 常 既 往	無 ・ 有
妊 娠 合 併 症	無 ・ 有
そ の 他	無 ・ 有

選択的誘発無痛分娩目的入院予定の場合

硬膜外麻酔困難な場合、希望があれば和痛分娩を行う。

ペチロルファン 1A 1M

本管ルートは フィジ オ140 500mlを40ml/hrでキープする

自動血圧計で15分～30分毎に血圧測定(血圧安定していれば1時間毎に変更可)

その後

ペチロルファン投与後2～3時間に分娩に至った場合には、高頻度に新生児の呼吸抑制が見られるため2回目の投与は慎重に行わなければならない。投与後4時間以上経過か1時間以内に分娩に至った場合は呼吸抑制はあまり気にならないとされている。このため2回目を追加する場合には注意を要する。初産婦なら5～6cm・経産婦なら4cmまでと、全開大以後で分娩まで1時間以内を考慮される場合とするのが賢明であろう。

： AM LDR室でDIVルート確保

フィジオ140 500ml 40ml/hrで分娩終了まで

分娩当日（ 月 日）は朝禁食

- (1) 朝 時 PGE2 0.5mg 内服
1時間おきに 錠内服
1錠目は陣痛周期4分以下なら不要、2錠目以降は陣痛周期3分以下なら不要
- (2) 朝 時から アトニン O 5単位 + ラクトリンゲル 500mlを12ml/hrで開始
30分毎に10ml/hr(アトニン) 増量するが、90ml/hrで連絡する。30分毎に12ml/hr増量する。極量は120ml/h。
- (3) 朝 時から ジノプロスト 3000 γ + ラクトリンゲル 500mlを 30ml/hrで開始
30分毎に30ml/hr増量する。極量は250ml/h。

また下記事項を遵守する。下記事項を遵守する。

- ・直近10分間で陣痛5回未満なら増量可。
- ・過強陣痛や徐脈出現時には直ちに収縮薬点滴を中止し連絡のこと。

EDAの実施

硬膜外麻酔の導入

0.2%アナペイン3ml、5分毎に5回注入

各注入直後から両下肢が暖かくなったり、しびれ、麻痺が出現した場合にはクモ膜下腔へのカテーテル迷入が考えられるので局所麻酔薬の注入は中止し、全脊麻への対応を行う。

5分割の導入を行っている最中や導入終了後、エコーのかかったような耳鳴り、めまい、舌のしびれ金属味などが出た場合には局所麻酔薬の注入を中止し、イントラリピッド 50mlを1分間で静注、これを3回繰り返したのち、10ml/min.で点滴を行う。また導入終了後20分経過後も左右両下肢に局所麻酔薬の効果が全く出ない場合には、カテーテルの血管内迷入などが考えられ、患者にトラブルの可能性があるため無痛分娩が実施できないことを告げて、和痛に切り替える。

導入完了後は、PCEAとする。

0.08%アナペイン+フェンタニル2 μ g/ml (0.2%アナペイン20ml+生食28ml+フェンタニル1A)

PCEAの開始

使用麻酔薬 1) 0.08%アナペイン + フェンタニル2 μ g/ml

流量 8ml/hr、ボーラス5ml、ロックタイム 15分、制限 4回/hr

この場合5mlでは疼痛を訴えることがあり、その場合には0.2%アナペイン 6mlを手動でボーラス投与する。

ボーラスを注入したら、持続注入を1ml/hr増量 最大14ml/hr

持続的経皮酸素分圧モニターを行う。

片側効果となった場合にはカテーテルを1cm抜去し再固定。

麻酔薬注入後は5分毎に血圧を測定するように自動血圧計を設定する。

ただし、PCEA開始後は30分毎の設定にして構わない。

膀胱が過膨張すると産後尿閉などの症状が出ることがあるので、少なくとも3時間毎に導尿してください。

特に点滴量が時間100mlを超えるような場合は注意してください。