

無痛分娩介助と管理

2022.11

目 的	<p>1. 分娩時の痛みを和らげる。</p> <p>2. 母児ともに安全に分娩ができるよう援助をする。</p>
適 応	<p>1. 無痛分娩を希望し、同意書取得ができること</p> <p>2. 無痛分娩ローリスク基準参照</p>
必要物品	<p>1. 入院～分娩</p> <p>「産婦入院時の対応」及び、「誘発分娩介助」の手順参照</p> <p><無痛分娩関連></p> <p>○同意書(硬膜外無痛分娩の同意書、輸血同意書)</p> <p>○キウイ吸引 ○分娩用鉗子</p> <p>○10%ポビドンヨード製剤 スワブスティックポビドンヨード</p> <p>○ネラトンカテーテル 12Fr ○ネオパール ○ポピラール消毒液 10%</p> <p>○潤滑ゼリー ○尿器 ○体位変換用枕 ○児受け板(MBC より)</p> <p>2. 硬膜外麻酔導入(ハイリスクオペ室に準備)</p> <p>○処置用ワゴン(硬膜外カテーテル挿入時) ○硬膜外麻酔用キット</p> <p>○キシロカイン注シリンジ 1%10ml</p> <p>○キシロカイン注シリンジ 1%10ml(ISO-6)</p> <p>○生食注 20ml 「CMX」</p> <p>○3M マルチポア 粘着性綿布伸縮包帯：15cm×4枚、40cm×1枚</p> <p>○消毒薬(クロルヘキシジングルコン酸塩エタノール消毒液 1%またはアルコール使用不可の場合はイソジン) ○滅菌手袋(麻酔担当医用) ○緑ロールシート</p> <p>○麻酔効果確認用アイスノン(Ns 室の冷凍庫にあるもの)</p> <p>○保冷バック(アイスノン保管用) ○丸椅子 1つ</p> <p>○帽子、マスク(待機室前のオーバーテーブルに用意) ○キックバケツ</p> <p>○タオルケットまたは布団 ○記録用のノートパソコン</p> <p>○心電図モニター ○非観血的自動血圧計</p> <p>○パルスオキシメーター(シールタイプ) ○硬膜外専用 PCA ポンプ</p> <p>○硬膜外麻酔時の薬液：薬剤科で調剤 ○足台</p> <p>○パーテーション ○ハイリスクオペ室用ナースコール</p> <p>3. 児受け</p> <p>○児受け(正常分娩)の手順参照</p> <p>※インファントウォーマーはブレンダー付き</p> <p>※新生児体重計は NICU より借りる(分娩直後でも可)</p>

4. 母体蘇生

- 酸素経鼻カニューラ ○リザーバー付き酸素マスク
- 吸引装置 ○吸引チューブ ○吸引カテーテル(12Fr～16Fr 麻酔カート横)
- バックバルブマスク(麻酔器引き出し)
- 喉頭鏡 ○喉頭鏡の柄 ○気管チューブ(6.0、6.5、7.0)
- McGRATH、専用ブレード#3 ○スタイレット ○カフ注用緑シリンジ 10ml
- 経口エアウェイ ○気管挿管固定用テープ ○ラリンジアルマスク(#3、#4)
- 点滴ラインセット ○採血用シリンジ 30ml
- 採血スピッツ予備(紫：血算、茶：生化、黒：凝固、黄：交差適合試験、外プレ：輸血前感染症、外プレ(分離剤なし)2本…局所麻酔中毒時の血中濃度を測る用①キシロカイン②アナペイン)
- 輸血セット(麻酔カート下段) ○麻酔器(使用前後で点検)
- 抑制帯(上腕用) 4本
- 昇圧剤
 - アドレナリン注 0.1%シリンジ「テルモ」
 - エフェドリン注射液 40mg、ネオシネジンコーワ注 1mg
- 抗不整脈薬
 - アトロピン注 0.05%シリンジ「テルモ」
 - 静注用キシロカイン 2%
- 鎮静剤
 - セルシン注射液 10mg
 - 1%プロポフォール注(冷所保存)
 - ディプリバン注キット 50ml(冷所保存)
- 筋弛緩薬
 - ロクロニウム注 50mg(冷所保存)
 - スキサメトニウム注 100mg(冷所保存)
- 筋弛緩回復薬(抗ロクロニウム薬)
 - ブリディオオン静注 200mg
- 緊急子宮弛緩薬
 - バソレータ注 5mg
- 補液
 - ラクテック注 500ml(Ns 室内薬品棚)
 - ボルベン輸液 6パーセント 500ml
- 局所麻酔薬
 - アナペイン注 2mg/ml 10ml(無痛分娩前日に薬剤部から取り寄せる)
- 局所麻酔薬中毒治療薬
 - イントラリポス輸液 20%100ml(無痛分娩前日に薬剤部から取り寄せる)
 - 生食注シリンジ「テルモ」 10ml(Ns 室内薬品棚)
- その他
 - 生食注 20ml「CMX」、大塚生食注 2ポート 100ml

方法	<p>1. 妊婦健診外来時</p> <p>1) 硬膜外麻酔希望患者に対し必要事項を外来時に産科医師より説明し、了解を得る。</p> <p>2) 産科医師は、妊婦健診時に周産期カルテの分娩方針の欄に「無痛分娩」と記載し、麻酔科外来の予約をとる。</p> <p>3) 麻酔科外来受診：妊娠 35 週頃(水曜日午前・午後、金曜日午後のいずれか) 麻酔科外来受診までに、術前採血・心電図を施行する。 麻酔科外来で、麻酔科医師が患者の硬膜外刺入部に明らかな感染症・外傷が認められないこと・口腔内を確認し、歯牙のぐらつきがないか、口腔内異常所見がないか・硬膜外麻酔挿入時の姿勢がとれることを確認する。</p> <p>4) 情報収集</p> <p>① 妊娠経過</p> <p>② 妊娠週数</p> <p>③ 妊娠・分娩歴</p> <p>④ 児の推定体重</p> <p>⑤ 産科医師の許可が明記されているか(硬膜外無痛分娩の同意書・輸血同意書が患者へ渡っているか)</p> <p>⑥ 麻酔科受診が済んでいるか</p> <p>⑦ 採血結果、心電図確認(麻酔科外来受診までに実施予定)</p> <p>5) 無痛分娩決定を外来担当者より情報を得た時点で、周産期カルテ内の保健指導欄 36 週の枠に、【無痛分娩同意書・輸血同意書取得、麻酔科受診、無痛分娩を希望される方へ・無痛分娩の流れについて】と記載し、妊婦健診 36 週時点の保健指導担当のスタッフが実施をしたことの確認、用紙を渡すことができるよう入力する。 また、無痛分娩を希望される方へ・無痛分娩の流れについての用紙を各 1 枚ずつ印刷し、外来バックへメモを貼り入れておく。用紙を入れた時点で、患者カルテの付箋に外来バッグに用紙が入っていることを入力する。</p> <p>6) 外来妊婦健診時(妊娠 36～37 週頃)に、「無痛分娩を希望される方へ」の用紙と、「無痛分娩の流れについて」をそれぞれ 1 枚ずつ渡す。 手術用ブラ(チューブトップブラ)を入院当日に購入してもらいたいこと、産褥ショーツを無痛分娩時用に 2～3 枚程度追加準備してもらいたいことを伝える。</p> <p>7) 無痛分娩の予定が入った時点で、産科主治医が周産期センター看護長へ伝える。周産期センター看護長は、救命救急センター看護長、薬剤科へ連絡をする。</p> <p>2. 入院当日(無痛分娩前日)</p> <p>1) 麻酔担当医は、入院決定がされていることを確認後、硬膜外麻酔に必要な持続硬膜外注入液と麻薬のオーダーを入力する(入院当日の 12 時まで)。 オーダー入力後、手術室クラークが鉛筆書きで「無痛分娩用」と記載した麻薬伝票を薬剤科へおろした後、周産期センターリーダーに連絡が来る。 入院当日の 12 時までに手術室クラークより麻薬伝票について連絡がない場合</p>
----	--

は、手術室クランクへ連絡し確認をする。

2) 産婦が入院してきたら、部屋(個室または大部屋)へ案内する。

3) 入院書類一式(硬膜外無痛分娩同意書、輸血同意書含む)を受け取る。

4) 入院時入力項目は分娩時入院と同様で行う。

※褥瘡リスクアセスメント・褥瘡予防治療計画書は無痛分娩に当日に作成するため、入院時には作成しない。

※無痛分娩実施日は弾性ストッキング装着が必要となるため、静脈血栓症のリスク評価と予防調査票の予防法決定の欄に「弾性ストッキング」と「早期離床、積極的運動を勧める」にチェックされていることを確認する。

5) 術前採血結果、心電図をパソコン画面で確認する。

6) 分娩衣に着替えてもらう。弾性ストッキングのサイズ測定を行い、適したサイズの弾性ストッキングを患者へ渡し、無痛分娩実施日に装着するよう説明する。

7) 尿カップを渡し、検尿を行い、汎用をとる。(分娩時入院と同様に行う。)

8) 主治医診察(必要時、子宮頸管拡張を行う): 子宮頸管拡張の手順参照

9) バイタルサイン測定 (体温・血圧・脈拍・呼吸数・SpO₂): ケア実施入力

血圧は安静になった状態で仰臥位で1回、その後側臥位となり、左右それぞれの腕で血圧測定を行う(仰臥位、左側臥位で左右の腕、右側臥位で左右の腕を1回ずつ、計5回測定)。

測定値は左右の腕と体位、血圧値をそれぞれ記事記録に記載する。

★記載方法: 右側臥位 右上腕(下): 値 左上腕(上): 値

左側臥位 右上腕(上): 値 左上腕(下): 値

※硬膜外麻酔は挿入時から側臥位となり、側臥位のまま血圧測定を行っていくため、仰臥位との値の差が出てしまう。そのため、側臥位で血圧測定をし基準としていく(血圧測定の際が体幹より上になると、血圧の値が低く出てしまうため)。

10) CTG モニター装着

11) 入院当日の保清は、子宮頸管拡張の有無等によって個々で対応する。

12) 20G 留置針にて血管確保を行う(生食ロック)。点滴挿入は助産師で可。

13) 患者の背中に湿疹がないか受け持ちが確認する。背中に湿疹を認めた場合、PDA で写真取り込みをし、麻酔科担当医へ報告する。

14) 外来で渡している「無痛分娩の流れについて」の説明用紙に沿って患者へ説明をする。

その際、無痛分娩実施日の0時(24時間表記)から絶食であること、水・お茶・スポーツドリンクは飲水してよいことを必ず説明する。

※緊急帝王切開、全脊椎麻酔の際の誤嚥予防のため。

また、麻酔科外来で医師より渡されている「硬膜外麻酔についての説明書」を再度よく読んでもらうよう声をかける。

15) 無痛分娩当日は、家族と連絡がすぐにとれ、病院へ来れる体制にしてもらうよう伝える。

16) 無痛分娩チェックリスト《入院時》に沿って、書類やその他確認事項をチェックしていく。

- 17) RRS 要請基準血圧記載用紙を、血圧の値を参考に記載する。
 ※血圧測定側(点滴挿入側とは違う腕)の値を記載。RRS 要請基準の上下値に合わせ記載する。
- 18) 日勤リーダーは、電子カルテ上、無痛分娩当日の朝食・昼食を欠食にする。
- 19) 日勤リーダーは、アナペイン注 2mg/ml 10ml 2 本、イントラリポス輸液 20%100ml 5 本、物流請求業務にて薬剤部へ請求し、病棟へあげてもらふ。(常備はせず、無痛分娩がある場合にのみ薬剤部から取り寄せる。)
 薬剤があがってきたら、トレーに入れ Ns 室冷蔵庫横の棚に置いておく。
- 20) 日勤リーダーは、局所麻酔中毒時用の血中濃度(キシロカイン、アナペイン)を測るための採血スピッツ(外プレ：分離剤なし)を外注担当へ連絡し、2 本取り寄せる。
- 21) 看護長または副看護長は、翌日無痛分娩があることを救命救急センター看護長へ連絡する。また救急科医師に明日の救急科担当の医師を確認する。(無痛当日に確認でも可)
3. 無痛分娩当日
- 1) 朝 6 時から補液開始(内容：ラクテック 500ml を 80ml/h)
 ※ロックルートははずして接続する。
 金属類やコンタクトレンズ、下着類の除去、化粧をしていないか確認をする。
- 2) 分娩誘発開始前までに、患者に産褥ショーツへ履き替えてもらふ。スタッフにて弾性ストッキングを装着する。
- 3) 朝 6~7 時頃、当直医と深夜受け持ちスタッフにて内診し、分娩誘発を開始していく：分娩誘発手順参照
 分娩誘発開始時、点滴接続はボトル側の側管へつなげる(患者に一番近い側の側管は緊急時のイントラリポス投与等で使用するため空けておく)。
 ※内診所見で進行が見られた場合は分娩誘発時間を遅らせることがある。
- 4) 分娩誘発開始後の疼痛評価は、NRS を使用する。評価方法を産婦へ説明する
- 5) 分娩誘発開始時は CTG モニターを連続監視とし、2 時間ごとにバイタルサイン測定(体温・血圧・脈拍・呼吸数、SpO₂)を実施する。
 ※硬膜外麻酔開始前は、通常誘発分娩と同様に助産師が適宜内診可(内診所見の進行や、痛み増強時や産婦の意思を確認し、麻酔開始の訴えがあった場合は適宜麻酔担当医へ連絡する。)
- 6) 日勤担当助産師は、AED が所定の位置にあることを確認する。
- 7) 無痛分娩必要物品チェックリストに沿って以下を点検・準備する。
 ハイリスクオペ室へ、アナペイン 2mg/ml 10ml 2 本、イントラリポス輸液 20%100ml 5 本入りのトレーにラクテック 500ml 2 本、キシロカイン注シリンジ 1%10ml 2 本(硬膜外カテーテル挿入前の局所麻酔用)、採血スピッツ(紫、茶、黒、黄、外プレ、分離剤なしの外プレ 2 本)、30ml シリンジ 1 本、ニプロ輸液セット 1 袋、硬膜外カテーテル挿入時に使用する生食注 20ml 「CMX」 1 本、硬膜外カテーテル抜去時またはテープ貼り替え時に使用する 10%ポビドンヨード製剤 スワブスティックポビドンヨード 2 本、シルキーポア 1 枚、局所麻

酔中毒時イントラリポス輸液の前後フラッシュで使用する生食注シリンジ「テルモ」10ml2本、導尿で使用するネラトンカテーテル12Fr 2本、ネオパール2つ、ポピラール消毒液10%1本、潤滑ゼリー数袋、尿器1つ、体位変換用枕(三角枕)、吸引分娩用のキウイ、鉗子分娩用の鉗子、ゴーグル(ハイリスクオペ室前ロッカー内)、タオルケット1枚、ハイリスクオペ室用ナースコール、PCAドーズを記載する用紙を挟む板(バインダー)1つ、ボールペン1本、DVDデッキ1つ、延長コード、ゴージョー1本、サラサイド除菌クロス1袋を処置台ワゴンに乗せて持って行く。

- 8) ハイリスクオペ室内の不要物品(アルゴの機械、眼科機械)を陣痛待機室へ出す。NICU 扉側にパーテーションを立てる。
- 9) 麻酔器のパイピングを行う。口腔内用吸引を準備し、ONにする。
※安全のためにパイピングのコードは床に這わせ、浮かないようにする。
- 10) ハイリスクオペ室内の空調がONになっていることを確認する。
- 11) ハイリスクオペ室ベッド上のオペ用マットを除去し、手台も分娩用に変更する(手台は患者の左側のみつける)。ベッド上にタオルケットを1枚置く。
- 12) 緊急時帝王切開にスムーズに移行できるように、手術用の手台の抑制帯付きクッションを外しておく(左右とも)。抑制帯(上腕用)を計りの隣の処置台の上に置いておく。
- 13) CTG モニターのコードレス機能が作動することを確認する。
- 14) ハイリスクオペ室用ナースコールの電源を入れ、コールが鳴るか確認をする。
- 15) ハイリスクオペ室内の処置台に硬膜外麻酔キット、処置台下にキシロカイン注シリンジ1%10ml1本、生食注20ml「CMX」1本、消毒薬(クロルヘキシジングルコン酸塩エタノール消毒液1%またはアルコール使用不可の場合はイソジン)を置く。3M マルチポア 粘着性綿布伸縮包帯15cm×4枚、40cm×1枚も置く(3M マルチポア 粘着性綿布伸縮包帯は箱での請求(1箱12ロール入り)であるため、残2ロールになったらクラークへ請求依頼する)。
※アルコール禁の患者の場合は、硬膜外カテーテル挿入後、イソジン拭き取り用にタオルが必要。そのため、準備の段階でディスポのピンクタオルを保温庫に1つ入れておく。
- 16) 待機室のオーバーテーブルに帽子、マスクを箱で出しておく。
- 17) 救命救急センターナース用として、カードキー⑥を準備しておく(準備段階でMBCへ行く際にカードキーのセンサーが感知するか確認する)。
- 18) 担当助産師がハイリスクオペ室内のホワイトボードに、患者情報を記載する。
- 19) 前日に記載したRRS要請基準血圧記載用紙を、心電図モニター下に貼る。
※前日と点滴挿入側が変更していないことを必ず確認する。
- 20) 受け持ち助産師、外回り助産師は空いているPHSを使用する。
- 21) 周産期センターリーダーと担当助産師は、RRSフローチャート(ラミネートA3用紙1枚、Nsステーション用A4用紙1枚)、緊急時PHS番号表(名札サイズ)に本日の麻酔担当医、産科担当医と当日病棟担当医師(Ns室ホワイトボードで本日の病棟担当医師を確認する)、新生児科担当医、救急科担当医の名前・PHSの番号を記載する。緊急時PHS番号表(名札サイズ)には、外回り助産師

の PHS 番号も記載する。

担当助産師は、RRS フローチャートと RRS 要請基準の用紙(A3 用紙 1 枚)をハイリスクオペ室内ホワイトボード下に掲示する。また、緊急時フローチャート A3 用紙 3 枚をホワイトボード横に掲示する。

※緊急時 PHS 番号表(名札サイズ):周産期センターリーダーが席を外している時でもすぐに RRS に対応できるように作成。

22) 麻酔担当医は朝 9 時のブリーフィング前までに麻酔器の作動に問題がないか確認をする。

23) 準備やブリーフィング等で患者の状況を確認できないため、周産期センターリーダーや他のスタッフへ分娩誘発の状況を確認してもらうよう申し送る。

24) 朝 9 時からハイリスクオペ室にて当日の産科担当医・麻酔担当医・無痛分娩担当助産師でブリーフィングを行う(無痛分娩当日朝用チェックリスト使用)。医師の PHS へ繋がるか確認する。無痛分娩入院時チェックリストも持参する。その他分娩介助に必要な情報を把握し、周産期センター・NICU・MBC の各リーダーは産科担当医・麻酔担当医と情報を共有しておく。

25) 疼痛評価、内診評価から硬膜外麻酔の決定は麻酔担当医が行う。産婦によって麻酔開始時期は異なる。

※具体的には、産婦の子宮収縮感や疼痛が強くなってくる(NRS 4 以上)、また 4cm 程度の子宮口開大が認められた時点で硬膜外カテーテル挿入を検討する。経産婦であれば、分娩誘発剤を投与する前に硬膜外カテーテルを挿入し、鎮痛を開始することも可能。硬膜外からの鎮痛には 30 分程度要することを念頭に入れて、麻酔担当医と産科担当医が相談し硬膜外麻酔開始時期を決定する。

26) 硬膜外麻酔決定後

① 硬膜外麻酔決定後、周産期センターリーダーより薬剤部へ持続硬膜外注入液の調剤を依頼する(調剤には 30 分～1 時間程時間を要す)。

② 調剤を依頼した際に、周産期センターリーダーは周産期センター看護長または副看護長へ連絡をする。周産期センター看護長または副看護長は救命救急センター看護長へ連絡をし、カードキーを救命救急センター看護長へ渡しに行く(渡しに行くのは助手でも可)。

※無痛分娩終了後、救命救急センター看護長よりカードキーを返却してもらう。

③ 調剤ができ次第、薬剤部から周産期センターリーダーへ連絡がくる。薬剤部から連絡がきたら看護長または副看護長へ伝え、看護長または副看護長が薬剤部へ取りに行く。薬剤部から、『持続硬膜外注入液・麻薬・0.2%アナペイン 10ml×2 本』をセットに渡される。『持続硬膜外注入液の注射箋原本と麻薬注射箋のコピー』も薬剤と一緒にあがってくる。

④ ハイリスクオペ室に持続硬膜外注入液と麻薬が到着したら、麻酔担当医に渡す。麻酔担当医が持続硬膜外注入液に麻薬を混注する。

27) ノートパソコン 1 台、麻薬注射箋、無痛分娩入室時：硬膜外カテーテル挿入前チェックリスト、麻酔効果確認用アイスノン(そら豆型、カバーを付けて)

2 つを Ns 室冷凍庫よりアイスノン用保冷バックに入れ、ハイリスクオペ室へ持って行く。

28) 丸椅子上に緑ロールシート 1 枚、滅菌手袋(麻酔担当医使用サイズ 1 枚)を置いておく(ハイリスクオペ室入口側に準備)。

29) キックバケツ 1 つを丸椅子近くに置いておく。

30) 心電図モニターの電源を入れ、血圧測定を 5 分間隔に設定する。

31) 患者入室前に、BGM 用としてハイリスクオペ室内の CD デッキで音楽を流す(オルゴールなど)。

32) 麻酔担当医が、麻酔チャートの立ち上げをする。

4. 硬膜外麻酔開始～分娩

1) 入室前、担当助産師は周産期センターリーダー・外回り看護師へ、ハイリスクオペ室に入室する旨を報告する。周産期センターリーダーへ患者が入室後に、部屋の CTG モニターを片付けてほしいことを伝える。

2) ハイリスクオペ室入室後、周産期センターリーダーはパソコン画面上で患者の部屋移動はしない(ハイリスクオペ室の欄がないため)。

3) 担当助産師は、患者家族に、硬膜外カテーテル挿入時はロビーで待機してもらいたいこと、硬膜外カテーテル挿入後ハイリスクオペ室へ案内する旨を説明する。

4) 患者に排尿を済ませてもらい、帽子を着用し、手指消毒の実施後、ハイリスクオペ室へ入室する。その際「お産セット(ピンクのバッグ)」を一緒に持参する。ハイリスクオペ室へ入室の際は携帯電話の電源を切ってもらいたいことを再度説明する。(分娩時の写真撮影は機内モードなら可:2020年9月ME確認済)

5) 外回り看護師も入室する。術者・介助者等ハイリスクオペ室へ入室する場合は帽子・マスクを着用。

6) 外回り看護師は、患者入室時間をホワイトボードへ記載する。

7) ハイリスクオペ室入室後、ベッドへ臥床してもらう。

8) ハイリスクオペ室用の CTG モニターに装着し直す(モニターのベルトはなるべく臀部側にずらしておく)。

9) 掛物の下で右腕の袖を脱ぐ。

10) 血圧計(右腕の場合は袖を脱ぐため、手洗い用の白い紙 1 枚を挟んでからマンシットを巻いていく)、SpO₂ モニター(シールタイプ)、心電図モニターを装着。血圧は 5 分間隔で測定する。体温測定、呼吸数の実測もする。

11) 心電図モニター波形が出たら、心電図モニター画面右下の紙出力を押し、入室時の心電図波形を印刷する(無痛分娩が終了後、破棄)。

12) 硬膜外カテーテル挿入前に、麻酔担当医・産科担当医・担当助産師・外回り看護師でブリーフィングを行う(無痛分娩入室時:硬膜外カテーテル挿入前チェックリスト使用)。

13) 硬膜外カテーテル挿入介助～持続硬膜外麻酔切り替え

【挿入開始～挿入まで】

① 患者にできる限りベッドの端に寄ってもらい、左側臥位になってもらう。この時、脱いだ分娩衣を寄せておく。

- ② 外回り看護師は、硬膜外麻酔キットを袋から取り出し、処置台へ乗せ、硬膜外麻酔キットの包布を清潔に注意しながら開く。
※硬膜外麻酔キットのシールは物品シール台紙に貼る(なくさないように！)。
- ③ 担当助産師は産婦の不安除去と、体位保持を行う。体位保持は産婦のお腹側に立ち、患者が背中を丸める姿勢がとれるように支える(必要時、足台使用)。
- ④ CTG モニターのベルトが清潔範囲にかからないよう、臀部に移動させる。
- ⑤ 麻酔担当医の指示にて担当助産師はベッドの高さを調節する。
- ⑥ 麻酔担当医は消毒でベッドが汚れないよう緑ロールシーツを 1 枚、左側臥位になっている患者の腰背部に引く。
- ⑦ 麻酔担当医が滅菌手袋を装着し、硬膜外麻酔の準備をする。
- ⑧ 麻酔担当医に確認をしながら、外回り看護師は、消毒用カップに消毒薬(0.5%ヘキシジンまたはアルコール使用不可の場合はイソジン)を入れる。
※生食カップの中に消毒薬が入らないように注意する。
生食用の空のカップの中に生食 20ml を入れる。
キシロカイン注シリンジ 1%10ml を清潔操作でトレーの中に出す。
- ⑨ 麻酔担当医が穿刺部位の位置を確認した後に消毒をする。その後、透明穴あきドレープをかけるため必要時介助をする。
- ⑩ 硬膜外カテーテル挿入後のテープ固定までは姿勢が崩れないように注意する。また、痛みがある場合は局所麻酔薬を追加できるため身体を動かさず、声に出してもらおうよう伝える。
- ⑪ 麻酔担当医はカテーテル挿入中、患者に下肢のしびれがないかを確認していく。

【挿入後】

- ① 外回り看護師はカテーテル挿入時間をホワイトボードへ記載する。
- ② 麻酔担当医がカテーテル挿入後、試験投与(テストドーズ)として 1%キシロカインを 3ml 注入する。以下の症状が無いか確認していく。
- ③ ・くも膜下迷入している場合：両下肢の運動神経が麻痺してくる
・血管内に迷入している場合：耳鳴りや味覚異常(鉄の味)などの症状を呈する
- ④ 血圧低下に対しては、輸液速度の変更や、エフェドリン 4mg やネオシネジン 0.1mg 等の静注にて対処する。(薬品作成方法は手順参照)
また、麻酔担当医に確認し血圧測定間隔の短縮を行っていく。
- ⑤ 外回り看護師は、テストドーズの時間をホワイトボードへ記載する。
- ⑥ テストドーズで問題がない場合、硬膜外カテーテルをテープ固定する。
刺入部は透明テープ、透明テープの四隅・カテーテル上を 3M トランスポアサージカルテープで固定する。テープ固定時は、外回り看護師が麻酔担当医の指示のもとカテーテルの保持、介助を行っていく。
テープ固定までは、助産師または看護師が体位保持をしていく。
※アルコール禁の場合、テープ固定前に保温庫で温めておいたピンクのデ

イスポタオルでイソジンの拭き取りをする。

- ⑦ 麻酔担当医と担当助産師で、硬膜外カテーテル挿入部位【○cm】で固定したのかを確認し、麻酔担当医は麻酔チャート、外回り看護師はホワイトボードに記載する。

※麻酔担当医がベッドサイドから離れる時は、必ずベッド柵をつける。その際、担当助産師は体位保持をしたまま、患者から離れない。

- ⑧ 左側臥位のまま、麻酔担当医が硬膜外カテーテルより 1 回目の 0.2%アナペイン 3ml を注入する。麻酔開始の時間を麻酔担当医は麻酔チャートに、外回り看護師はホワイトボードへ記載する。

★麻酔開始とは、硬膜外カテーテル挿入後、0.2%アナペインを注入した時間をいう。

- ⑨ 麻酔開始後、30 分間は血圧測定を 5 分間隔で継続し、心電図モニター(波形、心拍数、呼吸数、SpO₂)を確認する。必要に応じてより頻回に実施する。

- ⑩ 麻酔開始後 30 分は母体・胎児の状態に変化が起りやすいため、ベッドサイドで離れずに観察を続ける。異常があれば速やかに麻酔担当医へ報告する。

※子宮収縮の確認がとれないこと、FHR 低下が起りやすいため、麻酔開始 30 分間の誘発剤の増量は避ける（分娩誘発用のタイマーを麻酔開始時に 30 分で開始する。）

- ⑪ 麻酔担当医が 0.2%アナペインを 3ml ずつ、緩徐に 2~3 分おき、左側臥位 1 回、右側臥位 2 回、計 4 回(合計 12ml)カテーテルより注入する。体位変換時はスタッフ 2 名以上でカテーテルに注意しながら行っていく。

※0.2%アナペイン注入時間は、麻酔担当医は麻酔チャート、外回り看護師はホワイトボードへ記載していく。

- ⑫ 体位変換時に分娩衣を全介助で着用させる。血圧計は分娩衣の上から巻きなおす。ベッドの高さを低くし、ベッド柵をつける。

※ベッドの高さ調整をする際は、ベッド周辺の物品の巻き込みに注意する。

- ⑬ 麻酔担当医がコールドテストにて(アイスノン使用)、麻酔効果の確認(デルマトーム参照)をし、必要に応じて体位変換を行う。

※麻酔担当医がコールドテストで麻酔効果の確認をするまでは、担当助産師や外回り看護師は痛みの程度は確認しない(ゆっくり麻酔効果は表れるため、すぐに確認すると患者の不安につながる恐れがある)。

- ⑭ 注入する都度、血管内への注入を疑う所見(耳鳴り、金属味、口周囲の痺れ感等)や、くも膜下腔への注入を疑う所見(両側下肢が急に運動不能となる等)がないことを確認する。

※異常所見を認めた時点で、以後の局所麻酔薬注入を止め、症状に応じて局所麻酔薬中毒治療または全・高位脊麻の治療の準備をする。(「局所麻酔中毒の際の対応フローチャート」「全・高位脊麻の際の対応フローチャート」を参照)

- ⑮ 麻酔開始後は、ベッド上安静であること、ヘッドアップは不可であること、何かあればナースコールで教えて欲しいことを伝える。
また、本人に体位変換は適宜行ってもらいたいこと、下肢も適宜動かしてもらおうよう伝える。

【持続硬膜外麻酔への切り替え】

- ① 麻酔担当医にて 5～10 分毎に鎮痛のレベルを NRS にて評価をする。
- ② Th10～S 領域までの温覚→痛覚消失が得られたら、麻酔担当医が硬膜外専用 PCA ポンプを使用し、持続硬膜外麻酔を開始する。
※担当助産師が、持続硬膜外麻酔接続時に注射薬の実施入力をする。それと同時にパソコン上で麻薬の実績入力を行う(麻薬伝票はバーコード出力がないため)。
外回り看護師は、持続硬膜外麻酔を開始した時間をホワイトボードへ記載する。
※持続硬膜外麻酔用延長チューブについているシールは物品シール台紙へ貼る(シール運用であるため、シールが下りたら請求で発注がかかり上がってくる。物品が来るまでに時間要す。)
- ③ 担当助産師は、麻薬使用后、転倒転落アセスメントスコアの変更・集計を行い、必要時看護診断を立案する。
- ④ 20 分ほどしても鎮痛効果が現れない場合は、麻酔担当医とともに麻酔範囲を評価し、以下を検討し麻酔担当医が実施する。
・麻酔効果が全く得られていない場合には、硬膜外カテーテルを入れ替える。
・麻酔効果が得られているが、Th10 に及んでいない場合は、経過観察か 0.2%アナペイン 3ml を最大 2 回まで追加する。
- ⑤ 外回り看護師は、硬膜外麻酔キットの片付けを行う。
→針が 2 本(穿刺針含む)入っているため針刺しに注意し、針捨てボックスに破棄する。その他はキックバケツ内へ破棄する。
- ⑥ 外回り看護師は、患者家族へ声を掛け、ハイリスクオペ室内へ案内する。案内の際、携帯電話の電源を切ってもらいたいことを説明する。ハイリスクオペ室へ案内後、補助動作時(背中をさする)は、硬膜外カテーテル挿入部位を避けてもらいたいことを説明する。
- ⑦ 外回り看護師は、待機室オーバーテーブル上にあった帽子・マスクを片付ける。その後、オーバーテーブルをハイリスクオペ室へ移動させ、DVD デッキ、PCA ドーズを記載する用紙を挟む板(バインダー)1 つ、ボールペン 1 本を置く。
- ⑧ 外回り看護師は、患者の自室のベッドを待機室ベッドと交換をする。
- 14) 麻酔開始 30 分以降は 15 分毎に血圧測定をする(設定を 15 分へ変更する)。
硬膜外麻酔中は、心電図モニター(波形、心拍数、呼吸数、SpO₂)にて連続モニタリングとする。体温測定と呼吸数の実測は 1 時間間隔で行う。分娩誘発剤の増量を検討する。
- 15) 麻酔開始 30 分以降は、麻酔の効果を確認しながら 2 時間毎に体位変換を実施

する。(原則側臥位：仰臥位低血圧症候群を予防するため)

体位変換の際は、硬膜外カテーテルが抜けないよう、背中を引きずらないようにする。必要時、体位変換用枕を使用する。

16) 体位変換の際、テープ固定のずれがないか、患者の下側になっている腰背部・側腹部の発赤がないか確認をする。

17) DVT 所見がないか観察をし、患者本人へ足首を曲げたり伸ばしたり動かすように説明をする。

18) 麻酔担当医とともに 1 時間ごとに麻酔効果と副作用の有無、NRS で疼痛評価、硬膜外カテーテルの固定位置に変化がないかを確認し、麻酔担当医が麻酔チャートに記載する。

※特に、カテーテルのくも膜下迷入による下肢運動不能、カテーテル血管内迷入による鎮痛効果消失や中枢神経症状、カテーテル神経刺激による放散痛の有無に注意する。

19) 持続硬膜外麻酔を接続後、1 時間後より間欠ボラスとして 8ml/h ずつ投与される。接続後、1 時間後より PCA ドーズが使用できることを麻酔担当医より説明する。(PCA ドーズを使用した時間を記載できる用紙を渡す)

20) 麻酔により尿意が鈍くなるため膀胱充満を確認し、3 時間毎に導尿する。その際に内診も実施し、分娩進行状況を確認する(必要時、V スキャンを使用し膀胱充満の確認をする)。

※使用した尿器は外回り看護師に廃棄を依頼、その際新しい尿器を持参してもらう。

21) 分娩進行が予測された場合、内診し分娩進行状況を確認する。

22) 分娩進行に伴い、以下の場合に麻酔担当医コール。

① 緊急連絡

1. 全・高位麻酔を疑う所見を発見(意識消失、呼吸困難、呼吸停止、低血圧、徐脈、悪心、不安、瞳孔散大、対光反射消失、腹部に置いたアイスノンの冷たさが分からない)

→【全・高位脊麻を疑う所見を発見】のフローチャート参照

2. 局麻中毒を疑う所見を発見

中枢神経刺激症状：舌・口唇のしびれ、多弁、金属様の味覚、呂律困難、興奮、めまい、ふらつき、視力・張力障害、痙攣

中枢神経抑制症状：せん妄、意識消失、呼吸停止

心血管刺激症状：高血圧、頻脈、心室性期外収縮

心血管抑制症状：洞性徐脈、伝導障害、低血圧、循環虚脱、心静止)

→【局所麻酔中毒を疑う所見を発見】のフローチャート参照

※イントラリポス輸液を投与する時の注意点(2020 年 12 月薬剤部・麻酔科へ確認済)

・1st ルートの側管より投与する場合は、メイン輸液と側管の誘発剤点滴は必ず滴下を中止する。

・必ず投与前後で生食フラッシュをする(他薬剤と混ざらないようにするため)

・2st ルートをとれる場合は、メイン輸液はラクテック注または生食で可。

・2st ルートからイントラリポス輸液を投与する場合、メインが生食ではない時

は投与前後で生食フラッシュをする。

3. RRS 要請基準 1~9 項目に該当するもの

→【無痛分娩 RRS】要請基準、フローチャート参照

※RRS 起動後、周産期センターリーダーはハイリスクオペ室内保冷庫の鍵を開ける。

- ・RRS 起動後、ブリーフィングで方針決定した際には、受け持ちや外回り看護師から周産期センターリーダーへその旨を伝える。
- ・家人へ連絡するタイミングとしては、スタットコールが発動したときや緊急帝王切開が決定したときである。その他、適宜主治医指示に従う。
- ・家人が立ち会いしていた場合は、状況が落ち着いたところで医師から説明がありますと伝え、一旦ロビーで待機してもらうよう説明する。
- ・緊急帝王切開になる場合は、【緊急帝王切開チェックリスト】を使用し準備を進める。

② 通常連絡

1. 鎮痛不十分(陣痛の痛み) NRS 5~6 以上
2. 運動神経ブロック
3. 感覚神経ブロック コールドテスト Th5 以上
4. 対処困難な副作用及び合併症
5. 産婦の訴え

③ 情報共有のため、児心音低下がある場合は、担当助産師が周産期センターリーダーへ報告し、産科担当医・新生児科担当医・NICU リーダーへも情報を伝えていく。

23) 分娩介助の方法は分娩介助の手順参照。

- ・分娩セット、児受け(ベビー体重計含む)など分娩介助に必要なものを準備する。(分娩セットはハイリスクオペ室のものを使用する。児受け板はMBCふきのとうの部屋から借用する。)
- ・出血量カウントのため、処置台ワゴン(硬膜外用ワゴン)にJMSシーツを敷き、その上にハイリスクオペ室内の秤を乗せる。
- ・分娩進行のサインを見逃さないように、適宜内診をする。
胎児心拍数波形に変化が生じたときは、日本産科婦人科学会の胎児心拍波形分類に基づく対応と処置に従う。
- ・また麻酔開始後は、続発的に微弱陣痛が起りやすく、異常分娩(吸引分娩、鉗子分娩)が増加する傾向があることに留意して分娩介助を行う。必要時産科担当医に報告する。
- ・下肢に力が入らない場合は外回り介助者が支える。
- ・努責のタイミングをうまくとれない場合は、陣痛計や腹部触診を用いながら分娩介助者が、努責のタイミングをコーチングする。
- ・分娩第Ⅱ期が遷延、または胎児心拍レベルが低下した場合は、麻酔担当医へ報告し指示により持続硬膜外麻酔を減量または中止する。

5. 分娩後の対応

- 1) 児娩出後、麻酔担当医が持続硬膜外麻酔を終了し、硬膜外カテーテルとの接続をはずす。持続硬膜外麻酔終了から麻酔効果消失までは 2～3 時間程度であることを意識する。
- 2) 児娩出時間、胎盤娩出時間を外回り看護師はホワイトボードへ記載する。
- 3) 出血量のカウントは随時行っていく。出血量は産科担当医、麻酔担当医へ報告していく。
- 4) 麻酔担当医が麻酔チャートに児娩出時間(麻酔終了時間)、胎盤娩出時間、出血量を入力する。
- 5) 全身清拭前に、麻酔担当医が硬膜外カテーテルを抜去する(10%ポビドンヨード製剤 スワブスティックポビドンヨード 1 本、シルキーポア 2 号 1 枚使用)。その際、先端欠損がないことを確認し、麻酔担当医が麻酔チャートに記載する。
※シルキーポアを渡す際は、貼り付け部が不潔にならないように注意する。
外回り看護師は、硬膜外カテーテル抜去時間をホワイトボードへ記載する。
- 6) 硬膜外カテーテル抜去時に麻酔担当医が最終レベルチェック(麻酔効果の確認)をする(担当助産師は麻酔効果の位置を麻酔担当医へ確認する)。それ以降のレベルチェック(麻酔効果の確認)は助産師にて行う。
- 7) 持続硬膜外麻酔終了後、残った持続硬膜外注入液・麻薬の空アンプル・麻薬伝票を看護長または副看護長に渡す。看護長または副看護長が麻薬破棄報告書を準備し、看護長または副看護長が麻薬使用簿に記載する(麻酔担当医がいれば麻薬の使用量と残量を計算し麻薬破棄報告書に記載してもらう)。
看護長または副看護長へ直接渡せない場合は NICU の金庫で管理し、その旨を看護長または副看護長へ伝えられるよう申し送る。
- 8) 分娩終了または中止した段階で周産期センター看護長または副看護長から救命救急センター看護長、救急科担当医へそれぞれ報告をする。
- 9) 使用しなかった薬剤(イントラリポス輸液 20%100ml とアナペイン注 2mg/ml 10ml)に関しては、クラークへ依頼し薬剤部へ返却していく。
- 10) 使用しなかった分離剤なしの外プレを検査室へ連絡後、リフトで返却する。
- 11) オペ室へ硬膜外麻酔キットを 1 つ請求する(オペ室へは電話で請求し、助手さんに取りに行ってもらおう)。
※硬膜外カテーテル予備(Perfix® Soft Tip Catheter)を使用した場合はその都度、オペ室から取り寄せる(シール運用のものではない)。
- 12) 分娩体位から通常の体位に戻し全身清拭をする時に、背中・臀部などに発赤・水泡がないことを確認する。皮膚の観察をし、褥瘡発生がないことを確認し、記録に残す。
※褥瘡発生がある場合は報告し、褥瘡リスクアセスメントシートを変更する。
- 13) 清拭時に心電図モニターを除去する。以降モニタリングは正常分娩と同様で可。
- 14) 麻酔終了後、飲食・飲水の制限は解除されることを説明する。ヘッドアップは通常の産褥管理に準ずる。
- 15) 清拭終了後、ベッドで待機室へ戻る。ベッドは自室で使用していたものを使用する。歩行のタイミングは経膈分娩と同様の 6 時間値とする。

- 16) 分娩後は 1・2 時間値で体温、血圧、脈拍、呼吸数、SpO₂、子宮収縮、会陰部の観察、悪露量、麻酔効果の確認を行う。また、分娩後 6 時間値前に尿意が出現した場合は導尿または床上排泄で対応をする。
- 17) 離床まで 2 時間ごとの体位変換・圧抜きを行い、適宜観察したことを記録する。
- 18) 分娩・麻酔終了後の初回歩行時は麻酔効果の消失を確認し、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十分に注意して必ず助産師が付き添いのもと実施する。
初回歩行時に、背中止血テープを抜去し、出血がないことを確認する。
必要時、転倒・転落リスクアセスメントシートを変更・作成する。
- 19) 尿意が鈍るため、膀胱充満に留意して、定期的に排尿を促す。
- 20) フォローアップとして、翌日に麻酔担当医が麻酔後回診をし、神経障害や頭痛がないことを確認して麻酔担当医が記事記録に記載する。
※下肢の神経障害の有無、刺入部の疼痛の有無、頭痛の有無を確認する。
・以下通常の産褥管理へ。

6. 片付け

- 1) 機材や廃棄物の片付けを行う (LDR と同様)。
- 2) 床の清掃を行う。
- 3) 麻酔器の電源が落ちていることを確認後、パイピングを外す。
- 4) 麻酔カート上の使用した薬剤の片付け、ごみ箱内を必要に応じて破棄する。
- 5) 周産期センターや NICU から持参した物品など(パーテーション、ベビー体重計、その他使用しなかった物品)を元の場所に片付ける。
- 6) ハイリスクオペ室から陣痛待機室へ移動させた不要物品(アルゴの機械、眼科 cx 機械)を戻す。
- 7) 分娩用の手台を外し、手術用の手台に付け替える。その際除去していた抑制帯付きクッションを装着する。計りの隣の処置台の上に置いていた、抑制帯(上腕用)を片付ける。
- 8) ホワイトボードを消す。
- 9) 無痛分娩必要物品チェックリストに従い使用した物品や薬品を補充し、次回分娩時の準備をする。
※RRS 起動時はハイリスクオペ室使用後点検に沿って補充を行う。
また RRS 起動後ハイリスクオペ室内の保冷库鍵を開けるため、終了後は必ず鍵を閉める。また、閉めた際は必ずダブルチェックで閉めたことを確認する。

7. 分娩の記録をする。

- 1) 周産期カルテ
 - ①入室・硬膜外カテーテル挿入・テストドーズ・麻酔開始・2~4 回目のアナペイン・持続硬膜外カテーテル接続・VS 変動時・硬膜外カテーテル固定確認した時・アトニン増量時・内診時・導尿時・体位変換時・硬膜外カテーテル抜去時等はパルトグラムへ記載する。

※麻酔担当医が記載する麻酔チャートと時間の誤差がないように記入する(麻酔チャート印刷後、それぞれの時間を必ず確認する)。

②バイタルサイン、麻酔効果、薬剤投与等は麻酔担当医が麻酔チャートに記録するため麻酔チャート参照と記載する。

③患者の状態に変化があった時は必ず詳細を記録する。

④分娩結果の立ち会い医師欄に麻酔担当医の医師名を記載

⑤その他の記載は誘発分娩参照。

2) 出生証明書：助産師名で発行(器械分娩の時は医師名で発行)

3) 母子手帳

①分娩方法は【経膈分娩】で記載

②医師の欄に麻酔科医師の名前も記載

4) 分娩台帳

①医師欄に麻酔科医師名も記載

②麻酔欄には【局 1%キシロカイン 硬膜外 L〇/〇】

③麻酔欄横に【無痛分娩】と記載

④薬剤欄に硬膜外麻酔に使用した薬剤に関しては【麻酔記録参照】と記載
その他、促進剤や酸素等は記載

5) 病棟日誌

病名欄には【無痛分娩】と記載し、その下に週数を記載する。

パソコン上の病名は【自然頭位分娩】で入力する。

6) 分娩処置伝票

【無痛分娩(1回につき)】をチェックする。

※硬膜外カテーテル挿入時に使用する 1%キシロカインやその後の処置に必要な薬剤(例：エフェドリン)は分娩処置伝票の「無痛分娩」内に含まれるため、注射依頼や会計は不要。だが、使用後の薬剤は請求業務にて補充する。

また、会陰裂傷や会陰切開がある場合も、無痛分娩のため会陰部には 1%キシロカインは使用しないため、キシロカインにはチェックは入れずに、会陰裂傷の汎用を取る。

7) 汎用(電子カルテ、紙)

心電図モニター、輸液ポンプ、無痛分娩(1回につき)をとる。

8) 転倒転落アセスメントスコア

麻薬を使用した時(持続硬膜外麻酔開始時)、麻薬の使用を終了した時(持続硬膜外麻酔終了時)にそれぞれ集計・評価し直す。必要時、看護診断を立案する。

9) 褥瘡リスクアセスメント、褥瘡予防治療計画書

①帝王切開後と同様に、入院当日は作成せずに、無痛分娩当日に作成する。チェック項目は帝王切開と同様で可。

②ハイリスクオペ室で過ごす。褥瘡リスクアセスメント、褥瘡予防治療計画書の項目 4. 褥瘡予防治療計画の除圧・摩擦・ズレ：体圧分散寝具の使用のマット名は〈エバーフィット〉を選択する。

10) 必要度：患者の状態に合わせて入力する。

11) 育児ボード：【無痛分娩】と記載する。

	<p>12) 麻酔記録 麻酔担当医より、麻酔チャート 3 枚つづりのコピー、持続硬膜外麻酔投与記録を渡されたら、スキャナーへ回す。</p>
<p>注意事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・硬膜外麻酔中は、麻酔担当医の許可なく、鎮痛薬、鎮静薬、制吐薬、抗搔痒を投与しない。 ・硬膜外麻酔を挿入したが分娩に至らなかった場合も、16 時半までに麻酔は終了する予定のため、麻酔終了後より食事摂取が可能となる。 <p>☆硬膜外麻酔について</p> <p>麻酔範囲…分娩第 1 期 Th10 から L1 の範囲の痛覚をブロック 分娩第 2 期 S2 から S4 の範囲をさらに遮断する必要がある。</p> <p>～硬膜外鎮痛～</p> <ul style="list-style-type: none"> ・L3/4 椎間(もしくは L2/L3)より硬膜外カテーテルを挿入(4 cm 程度硬膜外に留置されるよう、頭側に向けてカテーテルを進める。深すぎると片効きになりやすく、浅すぎると抜ける可能性があるため)し、テストは 1%キシロカインを 3cc 注入する。その後カテーテルを固定する。 ・硬膜を穿破した場合は、椎間を(上位椎間に)変えて再挿入する。その場合は、少量分割注入の間隔を通常より長く(2 分程度)あける。 ・薬剤注入前にはカテーテルを吸引し、血液や髄液が吸引できないことを確認する。 <p>※血液が吸引できた場合→すぐに抜去する ※透明な液体が吸引できた場合→髄液がどうかはっきりしない(テストのキシロカインの可能性があるので、麻酔レベルをチェックし、麻酔レベルが下がるのを一度待つ。レベルが下がった段階で再度吸引テストを行う。 ※効果的に穿刺ができなかった場合は、基本的に「中止」する。</p> <p>～持続硬膜外注入～</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 0.1%アナペインとフェンタニル 2μg/ml の溶液(希釈方法は、0.2%アナペイン 50ml+フェンタニル 4ml+生食 46ml、合計 100ml)を専用 PCA ポンプを使用する。 (薬剤部に持続硬膜外注入液の調剤を依頼、麻薬は麻酔担当医がハイリスクオペ室で混注していく) ② 注入速度は「Base 0ml/hr, volus 8ml/hr、PCA 5ml/1 時間に 3 回まで・使用間隔は 10 分」とする。 <p>※局所麻酔中毒時の血中濃度確認(キシロカイン、アナペイン)</p> <p>スピッツ：検査室にしかない、分離剤なしの外プレ使用(外部へ検査を出すため分離剤は不要)</p> <p>キシロカイン：SRL 伝票欄外(右下)にキシロカインと記載→検体とともに検査室へおろす→外注へ</p> <p>アナペイン：その他 PDF→kensa→検査 HP→検体保管依頼書を記載→検体とともに検査室へおろす→外部へ。スピッツはそれぞれ 1 本ずつ使用するため、前日までに検査室に取り寄せておく(2020 年 9 月検査部へ確認済、アナペインの血</p>

	<p>中濃度に関してはどこに提出するかは未定)。</p> <p>☆当日に分娩とならなかった場合</p> <ul style="list-style-type: none">・硬膜外カテーテルを挿入したが、日中には分娩に至らず、その日の夜や翌日に分娩となった場合：無痛分娩(分娩に至らなかった場合(1日目))の汎用を取る。
--	--