

みらいウィメンズクリニックの標準的無痛分娩管理法

硬膜外鎮痛・持続硬膜外鎮痛:PCEA

無痛分娩に関する当院の方針

無痛分娩は、単に分娩時の痛みを緩和するだけでなく、心疾患や妊娠高血圧症候群などの合併症があれば、分娩時の痛みが循環系に与える影響を硬膜外麻酔によって軽減し、母体に有益な効果をもたらすとされており、また合併症の無い症例であっても、精神的な緊張が強かったり、骨産道・軟産道に問題があったりする場合でも、無痛分娩により精神や筋肉の緊張が緩和され、分娩進行に良い影響を与えることがあります。このように無痛分娩は、分娩を安全に行うための手段の一つと考えられています。

当院が無痛分娩を行う第一の目的は、「無痛分娩を行うことで、分娩をより安全な方向へ導くこと」であります。そして第二の目的は、分娩時に発生する痛みから解放されたいという無痛分娩のニーズへの対応であります。

2018年3月29日に、厚生労働省より「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」が出されました。当院では提言の内容に沿って無痛分娩に関する診療体制の見直しを行い、その内容を「みらいウィメンズクリニックの標準的無痛分娩管理法」としてまとめました。

本プロトコールは低リスク妊婦を対象とした標準的な無痛分娩管理法です。合併症を持つ場合、分娩進行などの状況によって標準管理法から逸脱する場合があります。

無痛分娩を行う体制（1～5）

1. 無痛分娩説明会

- 毎月1回開催します。
- 産科麻酔科医（院長）より硬膜外鎮痛の手順、分娩中の過ごし方、利点、副作用、合併症、分娩への影響などを説明（ビデオ視聴）します。
- 終了後に質疑応答の時間を設けます。

2. インフォームドコンセントの取得

- 妊娠 34 週に産科麻酔科医より無痛分娩の同意書を渡し、入院までに署名

し持参して頂きます。

- 分娩進行中に無痛分娩を希望した場合は、随時説明し同意書に署名して頂きます。

3. 硬膜外鎮痛を担当する産科麻酔科医師

- 全て院長が対応します。
- 産科麻酔の経験 20 年以上、麻酔科標榜医取得 8 年以上です。
- 硬膜外カテーテル留置 2,600 例の経験があります（2018 年 9 月現在）。
- 循環虚脱、呼吸不全などの母体急変に対して適切な蘇生処置を行うことができます。
- 日本 ACLS 協会 BLS プロバイダー（2020/5/31）、ACLS（年度内更新予定）、新生児蘇生法「一次コース」インストラクター（2018/12/19）。
- 日本医科大学千葉北総病院麻酔科研修：2007/11/01-2010/10/31
- 麻酔科標榜医：2010/10/28 麻 第 26463 号

4. 無痛分娩の安全診療のための院内講習会

- 2017/05/24：新生児蘇生法「B コース・スキルアップコース」
- 2017/10/17：新生児蘇生法「B コース・スキルアップコース」
- 2017/12/13：医療安全講習会（当院における産科麻酔の現状と課題 1-より安全な麻酔を考える-）
- 2018/05/31：新生児蘇生法「B コース・スキルアップコース」
- 2018/07/12：医療安全講習会（当院における産科麻酔の現状と課題 2-より安全な麻酔を考える-）
- 2018/07/18：BLS 講習会

5. 無痛分娩を施行する場所

- 原則として陣痛室または LDR です。
- 母体に自動血圧計装置と SpO₂ モニタリングを行います。
- 急変時に対応する設備があります（酸素供給、口腔内吸引装置、救急カート、人工呼吸装置）。
- 胎児心拍数陣痛図の装着が可能で、医師外来室、医師当直室、ナースステーションでモニターの監視ができます。

- 以下の救急用医薬品を、カートに整理して手術室に配備し、すぐに使用できる状態で管理します。

(ボスミン注、硫酸アトロピン、エフェドリン、ネオシネジンコーワ注、静注用キシロカイン、ホリゾン注、プロポフォール、エスラックス、ブリディオ静注、硫酸マグネシウム、20%イントラリポス、ビカーボン、生理食塩水)

無痛分娩の管理（6～11）

6. 硬膜外鎮痛前の情報収集

- 入院時に妊娠後期の血液止血凝固能を含む血液検査、尿検査の結果をチェックします。
- 既往歴、家族歴、服用薬、アレルギー、身体所見（気道・脊柱・神経障害の有無を含む）などの確認をします。
- 特に局所麻酔薬にアレルギーのある方は DLST 検査（薬物リンパ球刺激試験）を行う場合があります。
- 妊娠経過、胎児合併症、胎児推定体重を確認します。
- 助産師外来にて作成された、分娩に関する要望（バースプラン）を確認します。

7 硬膜外鎮痛開始時の確認事項

- 破水や感染の有無、現在の分娩の進行状況、Visual analog scale（VAS: 視覚的疼痛尺度）→ 本文末尾の注①参照
- 無痛分娩を開始することの患者様の同意
- 産科麻酔医、助産師が分娩エリアにおいて硬膜外鎮痛開始後の状態変化に対応
- 末梢静脈路が確保され、輸液が開始されている
- 自動血圧計、パルスオキシメータが装着され、血圧、脈拍数、SpO₂ の測定が開始されている

8 硬膜外カテーテル留置

- 担当看護師、助産師により硬膜外穿刺機材を展開、担当産科麻酔科医は、清潔な手袋をしてから麻酔（鎮痛）手技を行います。

- 穿刺部位の皮膚消毒はポピドンヨードを用います。
- 右側臥位 L2-3 より穿刺を行い、L2-3 で穿刺が困難な場合は L3-4 を選択します。
- 傍正中アプローチは硬膜誤穿刺のリスクが少なく、当院では第一選択としています。
- 穿刺、カテーテル留置手技中に放散痛の訴えがあったら、カテーテルを引き、放散痛の位置を確認します。
- 穿刺部位、硬膜外腔までの距離、脊髄くも膜下穿刺の有無、硬膜外カテーテル挿入長、吸引テストの結果、放散痛の有無（ある場合にはその部位）、その他のイベントについて、担当看護師・助産師に報告し、カルテに記載します。

9 鎮痛薬投与

- 痛みの程度や、分娩の進行状況によって、薬剤の種類や容量を変更する場合がありますので、担当看護師、助産師はその都度産科麻酔科医師に相談します。

➤ 鎮痛の導入

テストドーズおよび吸引テストを行った後に、0.375%ロピバカインを 3-4mL 投与します。

➤ 鎮痛の維持

随時注入法と持続注入法（Patient controlled epidural analgesia: PCEA 法）によって行います。

【随時注入法】 毎回吸引テストを行った後に、0.375%ロピバカインを 3-4mL 投与します。投与間隔は VAS 5 以上で、前回投与から 30-60 分以上経過していることを確認します。

【持続注入法（PCEA 法）】 初回鎮痛の導入 15 分後に、PCEA 装置を用い、0.105%ロピバカイン+0.0002%フェンタニルを 4mL/時間で持続注入を開始します。開始後 30 分以上経過し、疼痛が VAS 5 以上となったら、3mL/1 回のボラス注入を行います。

➤ 随時注入法と持続注入法（PCEA 法）の選択の目安

硬膜外鎮痛開始後、3時間前後で分娩となると想定される場合は、随時注入法。3時間以上を要すると想定場合は、持続注入法となります。→ 本文末尾の表①参照

- 麻酔薬注入方法の選択、随時注入法の場合の麻酔薬追加投与のタイミングや容量については、産科麻酔科医が決定します。

10 硬膜外鎮痛中のルーチン管理

① 硬膜外鎮痛開始から分娩後2時間を通して

- 医療スタッフはベッドサイドにいます。あるいは患者にナースコールボタンで呼ばれた際は、訪室できるエリアにいます。
- 産科麻酔科医は、担当助産師に PHS で呼ばれた際は、1 分以内で訪室できるエリアにいます。
- 自動血圧計を装着し、連続的に血圧と脈拍数を監視します。パルスオキシメータは 30 分毎、あるいは必要時に装着し、SpO₂ を評価します。
- 少なくとも2時間毎に以下をチェックし、異常があった場合は無痛分娩麻酔チャートに記録します。
 - ◇ 冷感消失・低下域の評価
 - ◇ 体位交換、Bromage スケールの評価→ 本文末尾の注②参照
 - ◇ 体温測定
 - ◇ 導尿
- 絶食。経口補水液（OS-1）の摂取は可能です。ただし帝王切開術の可能性が高まったら絶飲食とします。

② 硬膜外鎮痛開始直後から 60 分後まで

- なるべく仰臥位を避けます。
- 意図せぬ脊髄くも膜下注入がないかを監視します。
- 硬膜外無痛分娩開始後のバイタルチェックは、0-15 分まで 3 分間隔、15-30 分は 5 分間隔、30-60 分は 15 分間隔とします。
- 低血圧（収縮期血圧が 80mmHg 以下）を認めた時には、下肢拳上と輸液急速負荷（300-500mL）を行います。昇圧剤投与については産科麻酔科医が決定します。
- 胎児心拍数の低下がないかを監視します。
- 十分な鎮痛が得られているか、VAS の評価を行います。
- 左右の冷感低下、消失域の評価を行います。
- Bromage スケールによる運動神経遮断評価を行います。

- ③ 硬膜外鎮痛開始 60 分後から怒責開始まで
 - 自動血圧計とパルスオキシメータを装着し、30 分毎に血圧と脈拍数を監視します。測定間隔は母児の状態によって適宜変更します。
 - 分娩の進行状況、胎児の状態を把握します。

- ④ 怒責開始から LDR 退室まで
 - バイタルチェックは 5-15 分毎に行います。
 - 胎盤がスムーズに娩出されることを確認します。
 - 産後出血量を確認します。出血量が多い時には血液検査、輸液・輸血をはじめとした全身管理を開始します。必要時母体搬送の検討を行います。
 - 産道裂傷や会陰切開部の縫合が終了する頃に、硬膜外注入を終了します。
 - 硬膜外カテーテル抜去は医師が行います。出血量が多い場合や凝固障害が予想される時には慎重な判断が必要となります。

- ⑤ LDR 退室後
 - 感覚・運動神経遮断からの回復を観察します。麻酔終了後 6 時間で完全に回復していない場合は産科麻酔科医に相談します。

11 トラブルシューティング

- ① 産婦が痛みを訴えた時
 - VAS、痛みの部位と性状、分娩進行状況、冷覚低下領域を確認し、無痛分娩麻酔チャートに記載します。
 - 産科麻酔医は薬剤の追加投与を検討します。
 - 冷覚低下域に左右差があるようなら、体位変換、カテーテルの引き抜き（0.5-1.0cm 位）を検討します。

- ② 怒責開始から LDR 退室まで
 - 産科麻酔医がベッドサイドへ駆けつけます。
 - 母体の意識レベル、血圧、脈拍数、SpO₂ を確認します。
 - 低血圧の場合、子宮左方転位し、昇圧薬を投与します。
 - 過強陣痛の時は、産科麻酔医が希釈塩酸リトドリン注を投与する場合があります。

- 緊急帝王切開の可能性が出た段階で、手術麻酔のための硬膜外投与薬、手術室の準備を始めます。

③ 重大な合併症に対する対応

③-1 局所麻酔薬中毒→ 本文末尾注③参照

- 局所麻酔薬中毒を起さないための予防策（吸引テスト・少量分割投与）が最も重要です。
- 初期症状（金属味・不穏・興奮）を認めた時には、直ちに局所麻酔薬の投与を中止します。救急カートを用意し、心電図を装着、患者の監視を続けます。
- 意識障害、痙攣、重症不整脈、循環虚脱などを認めた場合には、手術室に常備してある 20%イントラリポス 250mL を静脈内投与します。投与量は下記に示します。

◇ 1.5mL/kg ボーラス→15mL/kg/h(総量 12mL/kg まで)

◇ 上記量を、2 回までボーラス可

◇ 持続投与は 30mL/kg/時間まで増量可

◇ 体重 40kg で Max 500mL(イントラリポス R2 本分)

◇ 1 分で 100mL、次に 20 分かけて 400mL を投与する

- 同時に、必要に応じて補助呼吸や人工呼吸を行いつつ、循環作動薬や輸液を用いて循環動態の安定を図り、母体搬送の準備を行います。

③-2 全脊椎くも膜下麻酔→ 本文末尾注③参照

- 薬剤容量に見合わない麻酔効果などから、意図しない脊髄くも膜下投与に早い段階で気づき、全脊椎くも膜下麻酔を未然に防ぐことが最も大事です。
- 鎮痛開始後の呼吸循環の管理中、全脊椎くも膜下麻酔を疑う所見（投与量に見合わない麻酔の効き）が見られたら硬膜外カテーテルの吸引テストを行い、髄液が引ければそれ以上の薬液注入は行いません。
- 心電図モニターを追加し、その場を離れず麻酔効果が減弱するまで患者を監視します。
- 全脊椎くも膜下麻酔を強く疑う所見（意識消失、徐脈、低血圧、呼吸抑制）が見られたら、気道確保を行い、手順に従い呼吸の補助を行いつつ、循環作

動薬や輸液を用いて循環動態の安定を図ります。

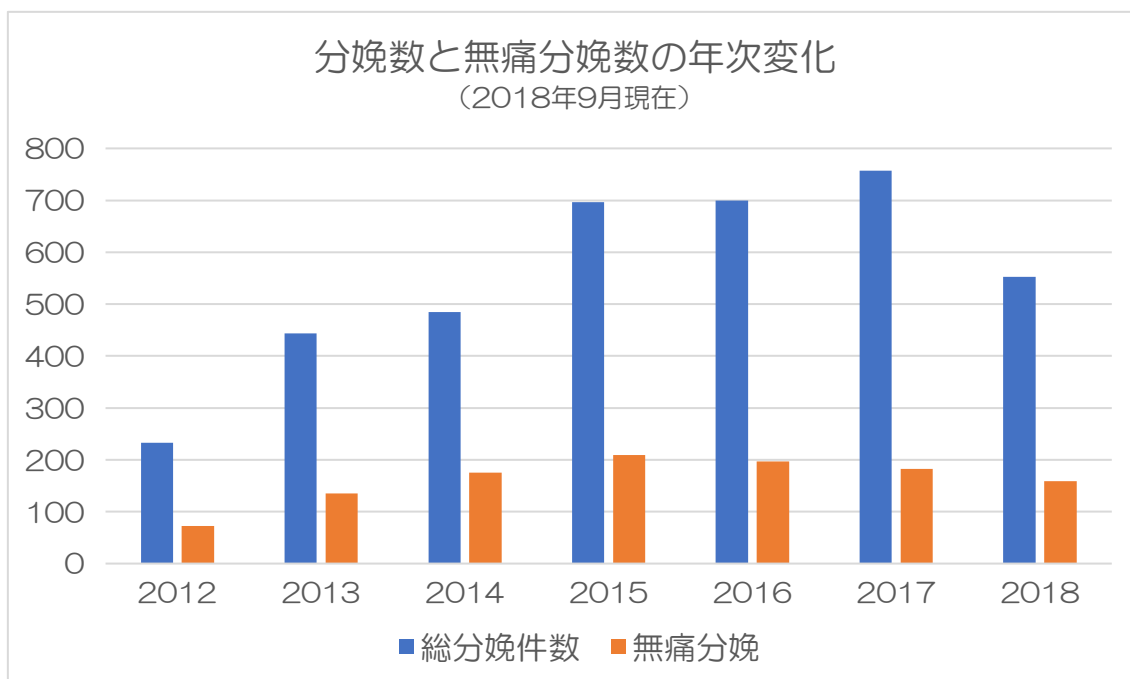
③-3 硬膜外血腫（無痛分娩後）

- 両側性に感覚または運動障害がある、帰室時よりも感覚側は運動障害が悪化、拡大している、硬膜外麻酔穿刺部に叩打痛があるなど硬膜外血腫を疑う所見が一つでも見られたら、連携医療施設整形外科医に可及的速やかに相談します。

みらいウィメンズクリニックの無痛分娩実績（12～14）

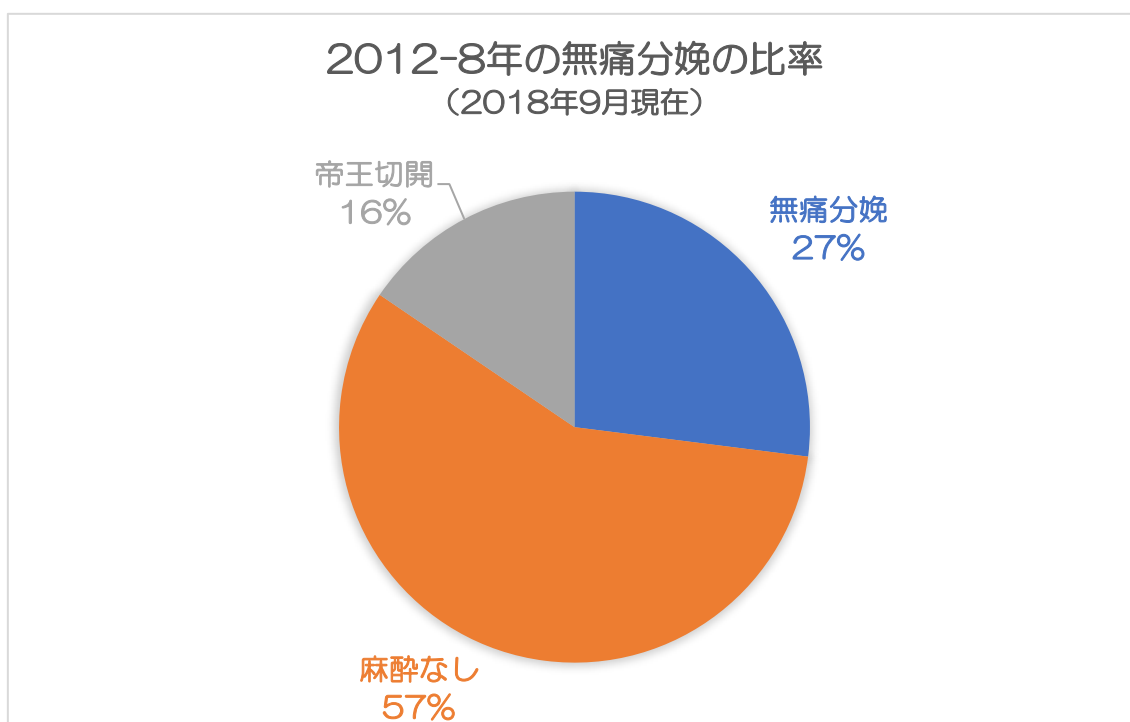
12 当院の無痛分娩実績

- 当院は 2011 年 12 月に開院、2012 年 1 月より硬膜外麻酔を用いた無痛分娩を導入しています。図 1 は分娩数と無痛分娩数の年次変化です。近年の分娩件数は概ね 700 件で、その約 30%が無痛分娩です。



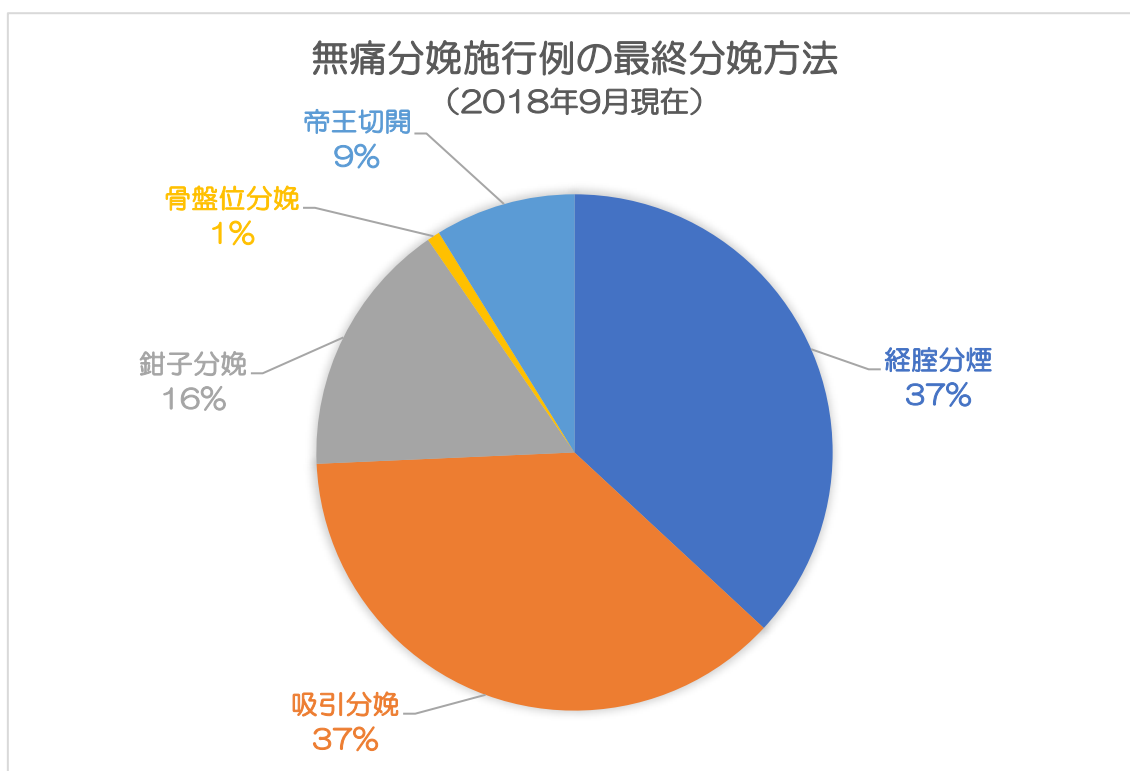
13. 当院の無痛分娩の比率

- 2012-2018年の7年間（2018年9月現在）では、全分娩数の27%の方が無痛分娩を行いました。これは経膣分娩を選んだ妊婦の32%にあたります。



14. 無痛分娩を行った場合の最終分娩方法

- 無痛分娩を行った方の9%は帝王切開に切り替えています。ただし、児頭骨盤不均衡や母体合併症のある妊婦など、帝王切開の可能性のある方が、経膈分娩を希望する場合に行われる無痛分娩施行例も含まれます。経膈分娩の場合でも吸引分娩は37%、鉗子分娩は16%で麻酔を行わない時より増加します。骨盤位経膈分娩は7件で全例無痛分娩を行っています。



15. 無痛分娩の説明書

硬膜外無痛分娩について

目的

硬膜外無痛分娩とは、母体の臍下領域の区域麻酔を行うことによって、子宮収縮や産道の開大、会陰部の伸展に伴う疼痛を軽減する分娩です。

方法

- i) ベッドの上で横になり、背中を丸くします。
- ii) 背中を消毒し、腰のあたりに局所麻酔をします。
- iii) そこから針を刺し、細いカテーテルを挿入します。
- iv) カテーテルから局所麻酔薬を注入し、痛みをとります。
- v) 局所麻酔薬の注入方法には、患者さまの痛みの程度に合わせて医療者が注入する「随時注入法」と、少量の局所麻酔薬が精密持続注入ポンプから持続的に注入され、痛みの程度が増してきたら患者さま自ら注入を行う「PCA (Patient controlled analgesia) 法」があります。方法の選択は陣痛の程度や子宮口の開き具合により、医師が判断します。



開始する時期

- i) 陣痛の痛みが徐々に強くなった時点で開始します。
- ii) 陣痛が5分間隔で、子宮口が3～5 cm開いた頃が開始の目安です。

分娩中の過ごし方の違い

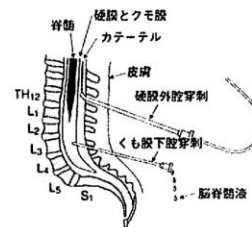
- i) 陣痛が発生し、入院時点から絶食と飲水制限となります。
- ii) 麻酔の程度により歩行制限、トイレをベッドの上で行う場合があります。

硬膜外無痛分娩の良い点

- i) 他の痛みどめの方法より効果が確実に胎児への影響がありません。
- ii) 帝王切開が必要になった場合にも、同じ麻酔方法で行うことができます。
- iii) 分娩後の回復が早く、体力の温存ができます。

硬膜外無痛分娩で起こりうる問題点

- i) 低血圧、感染、出血、神経障害（異常感覚）、頭痛（約1%）。
- ii) 陣痛が弱くなった場合、子宮収縮剤を使用することがあります。
- iii) 吸引・鉗子分娩になる可能性が若干高まるとも言われています。
- iv) 局所麻酔薬の血管内誤注入による痙攣や、くも膜下誤注入による広範囲な麻酔効果が起こる場合があります。



16. 無痛分娩の問診票

麻 醉 問 診 票

氏名 みらい はなこ (カルテ番号: 4444)

これは今回の手術・検査・分娩における、安全な麻酔方法を選択するための問診です。

- | | | | |
|----|----------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 1 | 喘息と言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 2 | リュウマチと言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 3 | 高血圧と言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 4 | 心臓病と言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 5 | 結核と言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 6 | 糖尿病と言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 7 | 腰痛症などの神経症がありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 8 | ポルフィリン症と言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 9 | 筋肉疾患(斜頸、斜視など)と言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 10 | アレルギーと言われたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| | | (|) |
| 11 | 最近、風邪をひきましたか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 12 | 特殊なホルモン剤(ステロイドなど)で治療したことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 13 | 最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 14 | ふだん常用している薬がありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| | | (|) |
| 15 | 今までに、手術や麻酔を受けたことがありますか。(歯科麻酔も含む) | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 16 | 今までに、輸血を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 ()歳 |
| 17 | 血族の中で、麻酔・手術で異常な反応を起こした方がいますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 18 | 咳や痰が多いですか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 19 | 階段や坂道で、息切れがしますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 20 | 立ちくらみや、眩暈がしますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 21 | 顔や足が、むくんだことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 22 | 痙攣を起こしたり、気を失ったりしたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| 23 | お酒は飲みますか。どの程度ですか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| | | (|) |
| 24 | タバコは吸いますか。どの程度ですか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 本/日 年 |
| 25 | 麻酔について希望することがありますか。 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

2019年 05月 05日
医療法人社団 愛弘会
みらいウィメンズクリニック
問診担当: 医師 荻原 弘光

患者氏名 _____

17. 無痛分娩の同意書

カルテ番号 4444 患者氏名 みらい はなこ

硬膜外麻酔同意書

医療法人社団 愛弘会
みらいウイメンズクリニック院長 荏原弘光 殿

1. 麻酔方法

静脈麻酔 硬膜外麻酔 脊髄くも膜下麻酔 全身麻酔

2. 実施予定の具体的な医療行為

静脈カテーテル刺入・点滴 硬膜外麻酔用の細いチューブ留置
 くも膜下穿刺 気管挿管 胃管留置 尿道カテーテル留置
 その他 ()

3. 起こりうる合併症

喉の痛み 嘔声（声のかすれ、出にくい） 歯が折れる 嘔気 感染
 出血 低血圧 神経障害（感覚異常） 硬膜穿刺後頭痛（約1%）
 局所麻酔薬の血管内誤注入による痙攣。
 局所麻酔薬のくも膜下誤注入による広範な麻酔効果。
 陣痛が弱くなった場合は、子宮収縮剤を使用する事がある。
 吸引分娩、鉗子分娩になる可能性が若干高まる。

4. 非常に稀にしか起こらないが重篤な合併症

悪性高熱症 アナフィラキシーショック（重篤なアレルギー） 誤嚥性肺炎
 心筋梗塞 脳梗塞 神経損傷 硬膜外血腫・腫瘍
 その他 ()

手術方法の変更や麻酔の効果等により、途中で麻酔方法を変更する場合があります。説明していない医療行為でも、症状の変化により必要に応じて行う事もあります。

緊急処置を行う必要が生じた場合に、ご家族の同意を得る時間的余裕が無い時には、担当医の判断で適宜行います。同様に輸血同意書が無い場合でも、救命のために輸血や血漿分画製剤を使用する事があります。

担当医により十分な説明を受け、理解しましたので、麻酔実施に同意します。

年 月 日

患者氏名 ㊟

家族等氏名 ㊟

(患者との関係:)

注① Visual analog scale (VAS:視覚的疼痛尺度)

患者様の感じる痛みの強さを知るための視覚的なスケールです。痛みの推移を追跡することで、治療効果がわかります。長さ 10cm の黒い線（左端が「痛みなし」、右端が「想像できる最大の痛み」）を患者様に見せて、現在の痛みがどの程度かを指し示します。

注② Bromage スケール

踵膝を十分に動かせる場合はⅠ（遮断されていない）、膝がやっと動く場合はⅡ（部分遮断ブロック）、踵のみが動く場合はⅢ（ほぼ完全ブロック）、踵膝が動かない場合はⅣ（完全遮断ブロック）となる。

交感神経、温覚、痛覚、触覚、圧覚、運動神経という順にブロックされていく、という法則を利用すると Bromage スケールで麻酔効果が判断できます。

注③ 局所麻酔薬中毒・全脊椎くも膜下麻酔

硬膜外麻酔の合併症は、局所麻酔薬のくも膜下誤注入による全脊椎麻酔と、局所麻酔薬の血管内誤注入による局所麻酔薬中毒があります。全脊椎麻酔とは、中枢神経系に大量の局所麻酔薬が作用して、全ての末梢神経に麻酔がかかってしまった状態をいい、硬膜外麻酔の際に、大量の局所麻酔薬がクモ膜下腔に入ることによって発生します。脊髄液中に投与された麻酔薬が、頭側に広がり肋間神経や横隔膜神経を麻痺させ、呼吸困難・呼吸停止を起こします。症状は、脊髄クモ膜下麻酔や硬膜外麻酔を行ってからすぐに症状が現れますが、20分から1時間後に現れる場合もあります。呼吸停止し意識が消失しても、人工呼吸を行ってれば、10分から20分程度で意識は戻るとされており、呼吸管理が重要です。

局所麻酔薬中毒は硬膜外カテーテルが血管内に迷入し、それに気付かないまま局所麻酔薬の注入を行うことで引き起こされます。局所麻酔薬は、末梢神経の Na チャネルをブロックすることにより局所麻酔作用を発揮しますが、電気依存性 Na チャネルは、末梢神経のみならず中枢神経や心筋、骨格筋にも分布しており、血中濃度が上昇すると全身組織の Na チャネルにもブロック作用を及ぼすようになります。局所麻酔薬中毒の二大症状は中枢神経毒性と心毒性で、それぞれの Na チャネルは局所麻酔薬に対し異なる反応性を持ちます。一般に血中濃度の上昇により、まず中枢神経毒性が発現し、次に心毒性が発現するとされています。

中枢神経毒性の症状は、初期症状（舌・口唇のしびれ、めまい・ふらつき、金属様の味覚、複視・耳鳴）から始まり、次いで興奮症状（多弁、呼吸促迫、血圧上昇、痙攣）、抑制症状（昏睡、呼吸停止、血圧低下）と変化します。中枢神経毒性は濃度依存性で、血中濃度の上昇に伴って段階的に症状が出現してくるので、初期症状が認められた時には、まず局所麻酔薬の投与を中止し、マスクによる酸素投与が必要です。次に言葉によるコンタクトによって興奮症状の進行状況を把握し、適度な換気を促すことで、痙攣閾値の低下を防止することができます。痙攣が発生した場合には、速やかにラリンジアルマスク等で気道を確保し、100%酸素による過換気を行い、抗痙攣薬としてジアゼパム（ホリゾン）やプロポフォールを使用します。

局所麻酔薬による合併症の予防としては、局所麻酔薬の投与量を減らす、少量分割投与、局所麻酔薬中毒の発症リスクが少ない局所麻酔薬の選択、穿刺後の吸引テストの実施、血管内投与を検知する症状の把握が重要です。

硬膜外カテーテルは最初定位置であっても、体動その他の理由で、くも膜下腔や血管内へ迷入する可能性があることを理解する必要があります。PCEA による持続硬膜外注入中の観察項目は、①VAS による鎮痛効果の把握、②デルマトームによる麻酔範囲の把握、③生体モニターによる血圧・心拍数の連続測定、④分娩監視装置による胎児心拍数パターンの把握、⑤下肢の運動の状態と放散痛の有無の把握などです。

表①

無痛分娩麻酔時間（2015年12月6日～2016年10月23日）

	随時注入法	PCEA 法
平均麻酔時間	03：48	08：47

2015年12月6日から2016年10月23日に実施した無痛分娩症例の、無痛処置開始から分娩までの平均麻酔時間は、随時注入法で3時間48分、PCEA法で8時間47分でした。