

無痛分娩とは

広島中央通り 香月産婦人科

第10版 2024.3.18

無痛分娩とは麻酔などの手段を用いることによって陣痛を緩和・鎮痛しながら分娩に至るプロセスを表す用語です。分娩時に自力でいきむことができるよう完全な痛み~~の~~消失を目指すのではなく、痛みを制御し安全に分娩することを目指すため和痛分娩とも表現されます。同じ薬物を用いて同じように麻酔を行っても鎮痛の効果には個人差がありますので、結果として十分に痛みを除ききれない場合もあります。

無痛分娩はデメリットがあり通常分娩より注意した管理が必要です。欧米では分娩が大規模病院に集約化されているため常駐した産科医と麻酔科医による無痛分娩が盛んに行われていますが、一般開業医での分娩が多い日本では人的資源に余裕がなく実施率は数%にすぎません。無痛分娩の対応は、自然陣痛発来(陣発)後に行うオンデマンドと予定をたてて行う計画無痛に大別され、当院では硬膜外麻酔による計画無痛を行っています。

当院の無痛分娩

麻酔方法

腰の部分からカテーテル(薬が入っていく細い管)を挿入する硬膜外麻酔を行います。数10分で効果が現れますが、経過中に麻酔のカテーテルがずれて麻酔の効きが変化することや、左右で麻酔の効果が異なることがあります。それらによって鎮痛効果が望めない場合は、カテーテルの位置調整や入れ替え、脊椎麻酔の追加を行うことがあります。

管理方針

- 当院では安全性を配慮して平日入院で管理しています(分娩まで2-3日かかることがあるので月・木曜日の入院としています)
- 当院では妊娠39週で入院調整していますが、希望者の約2割は自然陣発や破水で計画無痛前に入院となります。子宮頸管熟化の状態や胎児の大きさなどで直前に再調整することもありますので、予約時はあくまで仮日程とご判断ください。
- 計画無痛予定日の前に陣発や破水で入院となった場合には夜間休日の無痛対応はできませんが、翌朝の状況で担当医が無痛管理可能と判断した場合に行うこともあります(陣発妊婦の約半数は実施できています)
- 無痛分娩の予約枠が空いた場合には、遅い時期にしか予約枠が取れなかった希望者や、差し替えキャンセル待ちの希望者に変更します(差し替え対象者の約7割が無痛実施できている)
- 無痛分娩は経膈分娩に必須なものではありません。当院ではマンパワーなど医療資源に限界がありますので、管理体制が不十分となる状況が生じた場合には計画無痛の対応ができなくなる場合があります。安全を優先した判断になりますので、何卒ご了承ください。

硬膜外麻酔の手順

- ① 分娩台/手術台の上で横になり背中を丸くする
- ② 背中を消毒し、腰のあたりに局所麻酔
- ③ カテーテルを挿入し、麻酔薬を注入してクモ膜下迷入になっていないか確認(試験投与)
- ④ 数回にわけて麻酔薬を注入し、目標の領域で鎮痛効果が得られているか確認(初期投与、コールドテスト)



血圧計や心電図、パルスオキシメーター、胎児心拍モニターなどで母体と胎児の状態を確認し、分娩進行だけでなく麻酔効果や有害事象などを定期的に確認します。薬の効き目は保冷剤をあてて確認します。へその上くらいまで冷たさの感覚が鈍くなっていると陣痛や分娩の痛みは十分緩和されます。分娩進行中に突発痛や麻酔効果の左右差がありましたらスタッフに声をかけてください。

ある程度の痛みがでてきたらCADDという器械をつかって鎮痛剤を定期的に投与します(少量分割投与)。痛みが強いと感じた場合は自分で薬剤を追加投与できます(PCEA)。ただし安全性を配慮して連続投与ができないようにボタンがロックされるようになっています。分娩進行してくるとPCEAの追加だけでは鎮痛が不十分になることがあり、その場合は別にレスキュー用の薬を使用することで痛みを緩和することもできます。

カテーテルは出産後当日あるいは翌朝に抜去します。

無痛分娩の適応と禁忌

適応 希望する場合

母体合併症のため負荷をかけない方がよい場合(心疾患、妊娠高血圧、もやもや病など)

禁忌 拒否する場合、

感染症、出血傾向、極度の脱水、大動脈弁狭窄、閉塞性肥大型心筋症、多発性硬化症、

メリット 痛くないお産、産後の回復が早いことが期待されます。

お産に対する恐怖や痛かった記憶が少なくなり次の妊娠へ前向きな気持ちが芽生えることが期待されます。

デメリット

麻酔に関するリスク

カテーテル入れ替え(7%)、低血圧(10-20%)、背部痛(30-40%)、発熱(10-20%)、悪心嘔吐(1-2%)、末梢神経障害(約1%、自然分娩でも児が産道を通ることで0.3-2%に生じる)、搔痒感(約1%)、胎児一過性徐脈、硬膜穿破後頭痛(0.4%)、膀胱麻痺・尿閉(0.4%)、アナフィラキシーショック、硬膜外血腫(1/数万)・膿瘍(0.08%)、髄膜炎、硬膜下血腫、カテーテルの断裂遺残など

特に注意が必要な合併症

- くも膜下迷入(約1%) : 全脊髄くも膜下麻酔

下肢の運動麻痺、血圧低下、気分不良、徐脈、意識消失、呼吸抑制、心肺停止など

- カテーテルの血管内迷入(約6%) : 局所麻酔薬中毒

耳鳴り、味覚異常、多弁、痙攣、意識消失、呼吸抑制など

(数字は一般頻度、出典：照井 Dr の硬膜外無痛分娩 南山堂 2011 など)

分娩に関するリスク

- 微弱陣痛、分娩第 2 期遷延(子宮口全開大から分娩まで)、回旋異常などにより吸引分娩などの分娩補助を行う頻度が増えますが、帝王切開や児の長期予後に影響するような胎児仮死は増えないといわれています
- 痛みが抑制されているため、異常な痛みを伴う病気(子宮破裂や常位胎盤早期剥離)の発見が遅れる可能性があります
- 産後の子宮収縮が弱く、吸引分娩の影響もあり産後出血が多くなる可能性があります

入院後の流れ

- 1) 内診で子宮頸管熟化(子宮口が軟らかく開いているかどうか)を評価し誘発の方針を決定します
 - 2) 点滴確保と採血後に硬膜外麻酔のカテーテルを挿入(分娩誘発と前後することがあります)
 - 3) 分娩誘発の例
 - ① 入院当日は内服薬か腔坐剤で熟化の刺激を行い、夕方に小さいバルーンを子宮の入り口に挿入して器械的子宮頸管拡張を行う(腔坐剤だけで陣発、分娩進行することもあります)
 - ② 翌朝 7 時から陣痛促進薬の点滴による分娩誘発を開始する(その後少し大きめのバルーンに入れ替えて頸管拡張の刺激を併用することもあります)
 - ③ 痛みをしんどいと思うようになってから、CADD で定期的な麻酔薬投与を開始する
- 麻酔薬を定期的に投与するようになった後で夜勤帯になった場合は、人員配置が少なくなり管理が不十分になるため無痛対応ができなくなることがあります。
- 頸管熟化がよいほど分娩誘発は成功しやすくなります。入院時の頸管熟化がとても良い場合は、バルーン併用の点滴による分娩誘発をすぐに始めることもありますが、逆に頸管熟化が全くない場合には計画無痛の入院自体を後日に延期するか自然陣発後の対応になることがあります(その場合無痛分娩ができるとは限りません)
- 自然陣痛とは異なるため、誘発刺激を行っても有効な陣痛にならず分娩がほとんど進行しない場合があります。その場合、カテーテルを抜去して退院し、後日の再トライや自然陣発後の対応になることがあります(その場合無痛分娩ができるとは限りません)

硬膜外麻酔中の過ごし方

分娩進行中に、胎児心拍の状態ですぐ早く分娩を終了させた方がよさそうだと判断される場合や、分娩が遷延して経膈分娩が難しいと判断される場合には、帝王切開の準備として絶飲食にする場合があります。足の感覚や筋力が鈍くなるので基本ベッド上で過ごしていただきます。トイレなど歩行時には介助しますのでスタッフに声をかけてください。尿意を感じにくくなることもあるため、定期的な排尿や導尿を行うことがあります。

分娩直前で子宮収縮にあわせていきむのが難しい場合には、助産師がタイミングや呼吸法を教えますのでそれに合わせてください。

注意してもらいたい症状

- 足が全く動かない
 - 息苦しい、気分が悪い
 - 痛みが全く取れない
- これらを認める場合はすぐにナースコールしてください

費用 12万円（無痛分娩麻酔管理料として通常の分娩費用に加算）

分娩誘発に関わる処置や薬剤、入院費用は、保険あるいは自費で別途自己負担になります。

緊急帝王切開になった場合や分娩が進行せず一旦退院となった場合には、それまでの管理料として6万円を入院費に加算します。再入院時に無痛対応した場合にはさらに追加となります。

上記内容について理解し処置を希望される場合は同意書の提出をお願いします。また、同意の撤回はいつでも可能です。

広島中央通り香月産婦人科
無痛分娩管理者
院長 信実孝洋