

■ 無痛分娩導入後 CTG 異常を認めた場合の対処法

無痛分娩導入後の CTG 異常のうち、胎児徐脈を認めた場合は、母体体位変換や母体への酸素投与、輸液のボラス投与を行う。子宮過収縮による胎盤血流低下を緩和するため、投与中の促進剤は一時的に中止する。母体低血圧を合併している場合は、エフェドリンやフェニレフリンを投与する。

CTG 異常（急速遂娩を必要とする胎児徐脈など）をひき起こす可能性がある¹⁷⁰⁻¹⁷²⁾。くも膜下オピオイドを併用すると、その頻度はさらに上昇するとされる^{173,174)}。

CTG 異常は、くも膜下への薬剤投与から1時間以内に出現する。無痛分娩による CTG 異常は一過性であり、児の予後に影響しない¹⁷¹⁾。しかし、CTG 異常をひき起こす他の原因（胎盤早期剥離など）を常に念頭に置き、産科医による診察や超音波検査等を行う必要がある。

麻酔導入前からすでに CTG 異常がある場合、導入後にこれが悪化するおそれがある。また、子宮内胎児発育遅延を合併している場合には、導入後に CTG 異常が出現する可能性があるため、無痛分娩効果がより緩徐に現れる EDB のみでの導入を考慮する。

ただし、EDB 単独に比べ CSEA が帝王切開率を増加させることはない¹⁷⁵⁾。

□ 局所麻酔薬中毒

硬膜外カテーテルが血管内に迷入した場合、局所麻酔薬中毒をひき起こすことがある。硬膜外カテーテルからの薬剤初回投与時は、必ず産婦に立ち会い、局所麻酔薬中毒症状（血圧低下、耳鳴り、舌の金属味など）の出現に注意する。

□ 脊麻後頭痛

褥婦の MPH (meningeal puncture headache : MPH いわゆる post dural puncture headache : PDPH) は、偶発的硬膜穿刺によるものが多い。偶発的硬膜穿刺が起きた場合、褥婦の MPH 発生率は 50~60%にのぼる。硬膜穿刺が認識されていないにもかかわらず、MPH が発生する割合は 1%未満である。

一般外科患者の MPH と比べ、褥婦では、硬膜誤穿刺から症状出現までがより早く（1~2日以内）、期間（7~10日間）が長い。

褥婦ではそもそも、頭痛が出現することが多く、鑑別診断（緊張性頭痛、片頭痛、子癇前症、脳静脈血栓症、脳出血、気脳症など）を行うことが重要である。

また、帝王切開術を施行された褥婦よりも、経膈無痛分娩をした褥婦の方が、頭痛の出現頻度が高い¹⁷⁶⁾。分娩第2期の長さとも MPH 出現頻度は比例することが報告されている。原因は「いきみ」により髄液漏出が増大するためと考えられている¹⁷⁷⁾。

□ 下肢の神経障害

分娩後の下肢の神経障害は NA により起こり得るが、一般的には、産科的要因（児頭の骨盤神経叢圧迫や分娩体位）によることが多い。その頻度は 0.6~92/10,000 という報告がある¹⁷⁸⁾。

危険因子として、巨大児や胎位異常による分娩第2期の遷延、器械分娩困難、長時間の碎石位維持などがある。

麻酔科的要因として、脊麻針や局所麻酔薬による神経損傷、硬膜外血種・膿瘍がある。

□ 排尿障害

NA により排尿障害が起きる要因としては、①カテーテルによる頻回の導尿により感染を来す、②膀胱拡張に気づきにくいいため、後に膀胱が収縮不全を起こす、③馬尾症候群などが挙げられる。

しかし、分娩後の排尿障害は産科的要因（分娩第2期遷延、器械分娩、会陰損傷）によるものがほとんどである¹⁷⁹⁾。