

表 10-15 CSA における薬剤投与量の例

1 回注入量：

ブピバカイン 1.75～2.5mg + フェンタニル 15～20 μ g
または sufentanil 5.0m μ g

持続投与量：

0.05%～0.125% bupivacain + fentanyl 2～5 μ g/mL を
0.5～3.0mL/時
または sufentanil 2.5～5.0 μ g/時

Tao W, et al: Continuous spinal analgesia for labor and delivery: an observational study with a 23-gauge spinal catheter. Anesth Analg, 2015 を参考に作表.

③ 合併症

感染，神経損傷，神経毒性，MPH（いわゆる PDPH），髄液漏などがある。

c. Dural puncture epidural technique (DPE)

Needle through needle 法を用い，硬膜外腔同定後ペンシルポイント針*で髄膜を穿刺するが，その際，くも膜下ではなく留置した硬膜外カテーテル

*：硬膜穿刺孔を作製するペンシルポイント針は，26G または，それより太い針が推奨されている。27G では効果が得られない¹⁸¹⁾。

表 10-16 DPA で初回に投与する薬剤の例

Cappiello¹⁵⁷⁾ 0.25% ブピバカイン 12mL

Suzuki¹⁵⁸⁾ 2% mepivacaine 15mL

Chau¹⁵⁹⁾ 0.125% ブピバカイン 20mL
+ fentanyl 2 μ g/mL

初回投与後，鎮痛の程度を確認したのち PCEA を開始する。

から薬剤投与を行い，穿刺孔からくも膜下に緩徐に薬剤を投与する方法をとる（表 10-16）。EDB 単独で無痛分娩を行うよりも効果発現時間がより速く，また，CSEA で行った際の弊害を避けられるとの報告があり，欧米で注目されている³⁵⁾。

① 利 点

EDB 単独に比べ効果発現時間が早く，仙骨領域の鎮痛が可能，片効きになる頻度が低い。

CSEA に比べ，導入時の CTG 異常，子宮過収縮や，母体低血圧の頻度は低い。

② 問題点

MPH（いわゆる PDPH）のリスクはある。

■ 「無痛分娩に携るすべての医療者のために」

無痛分娩に携わる場合，医療従事者は麻酔法，その弊害，併発症，偶発症を含め，分娩経過についても十分な知識を必要とする。

産科医が無痛分娩を行う場合は，NA の重篤な合併症（全脊麻による呼吸停止や局所麻酔薬中毒など）に対応できるだけの準備と技術が不可欠である。

麻酔科医が無痛分娩に従事する場合，「陣痛」という痛みのみにとらわれて鎮痛薬（高濃度の局所麻酔薬など）を投与すると，分娩進行の妨げになる可能性がある。

安全で，かつ産婦の満足度が高い無痛分娩を提供するためには，無痛分娩が自然分娩とはまったく異なる分娩であることを，まず医療従事者側が認識していなくてはならない。

精度の高い硬膜外カテーテルを挿入し，低濃度の局麻薬と少量のオピオイドで十分な産痛緩和が得られ，産婦の満足度が高い分娩に立ち会えることは，無痛分娩に従事する医療従事者としてその充実感は計り知れない。