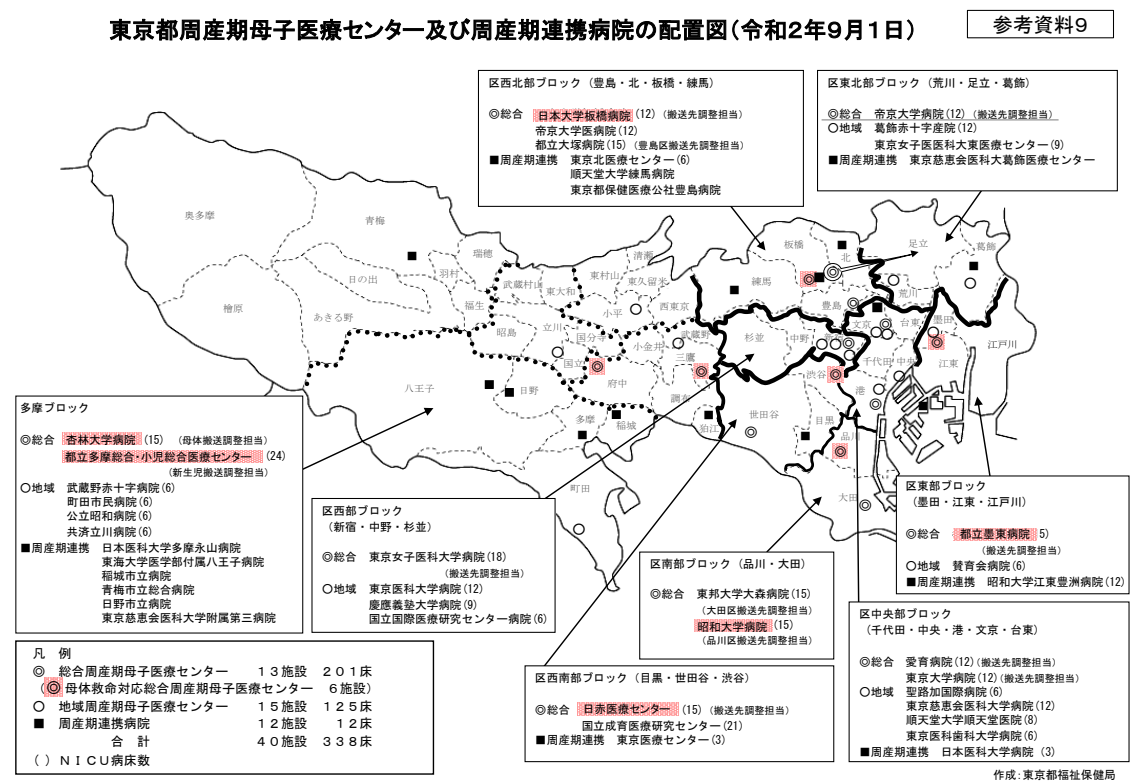


急変時の体制について

東峯婦人クリニック 2025 年 4 月

妊娠～分娩後までの母児の緊急時には、下記の区東部ブロックと連携し、速やかに救急搬送いたします。

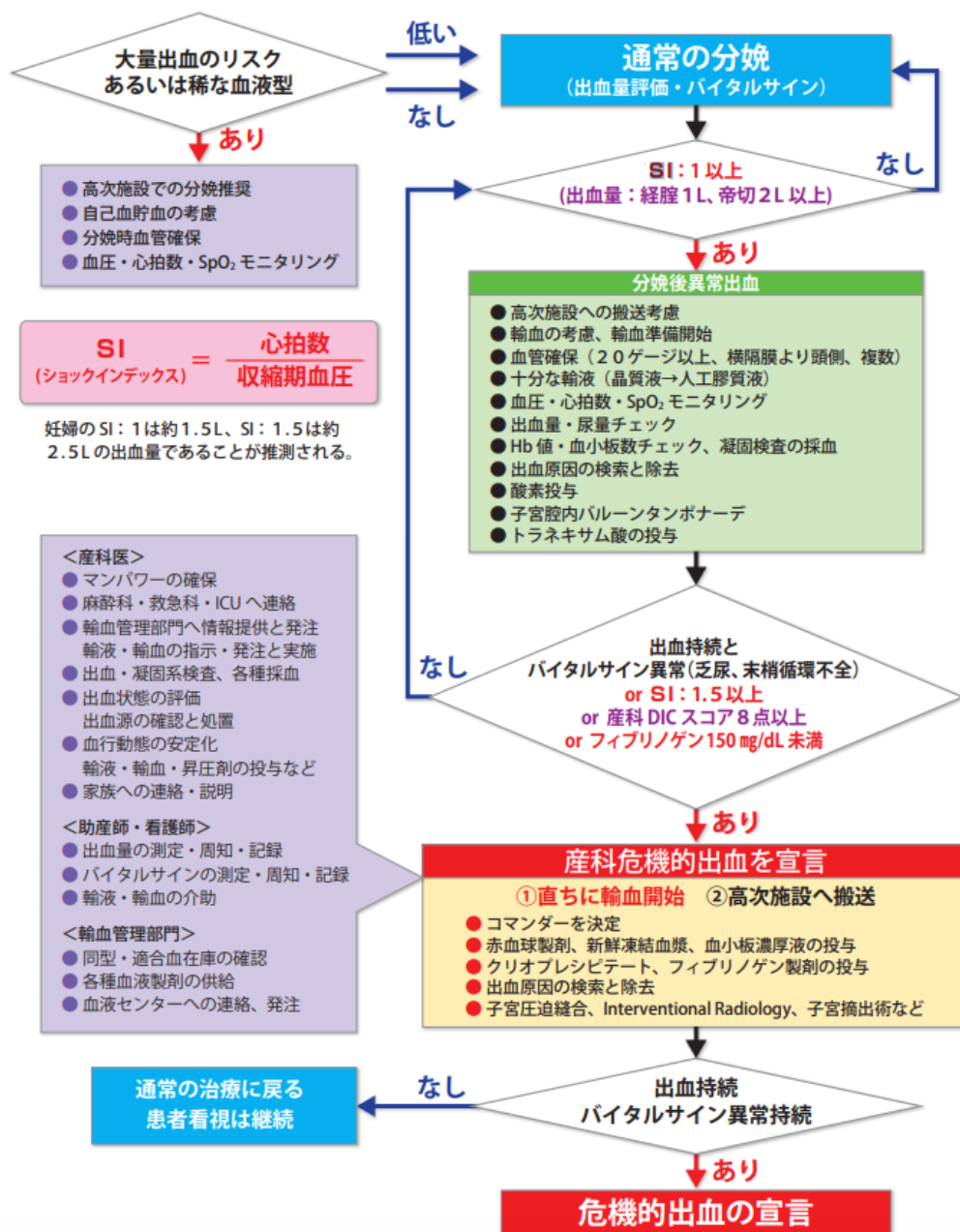


産科危機的出血への 対応指針 2022

日本産科婦人科学会
日本産婦人科医会
日本周産期・新生児医学会
日本麻酔科学会
日本輸血・細胞治療学会
日本IVR学会
(五十音順)

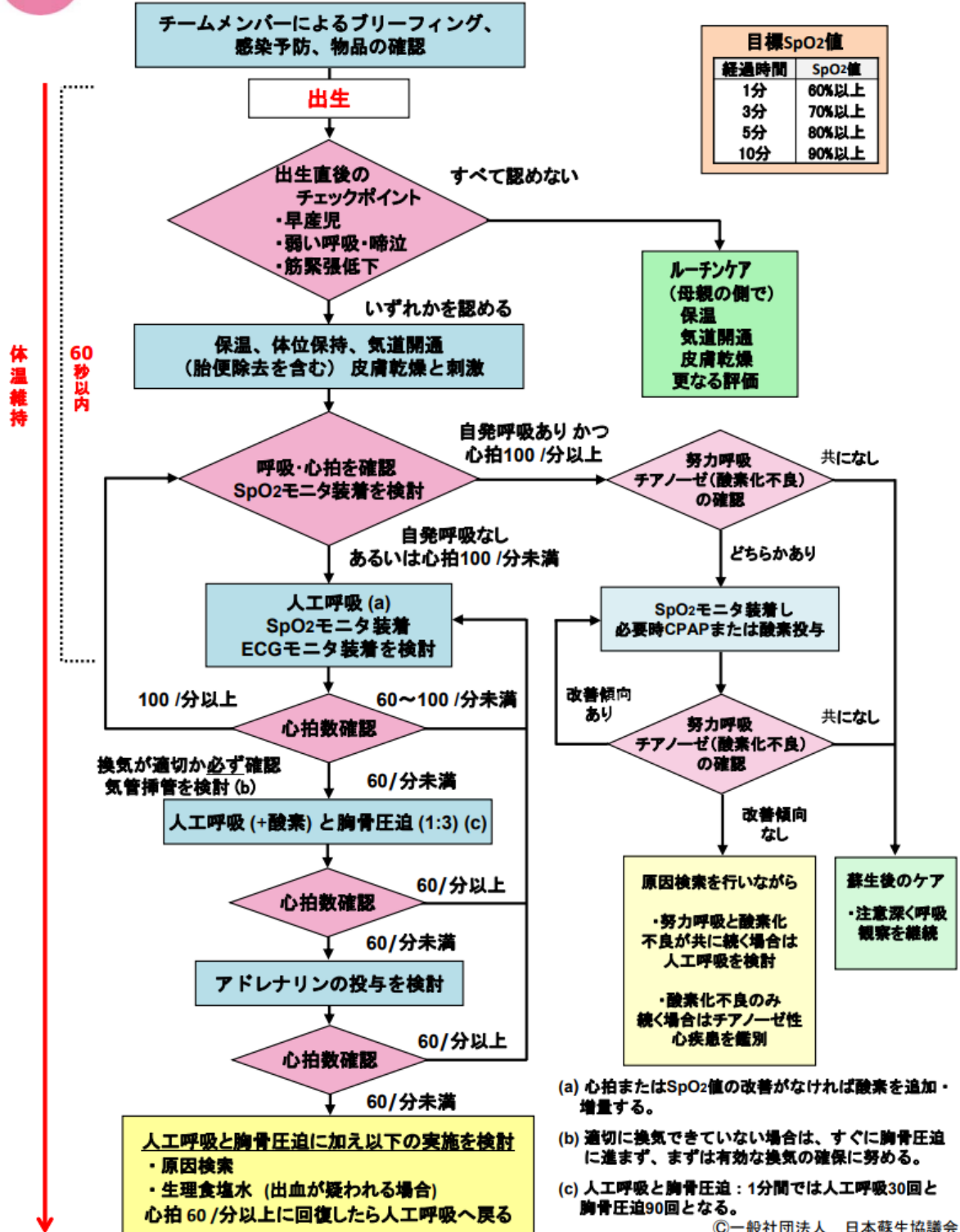
2022年1月(改訂)

産科危機的出血への対応フローチャート





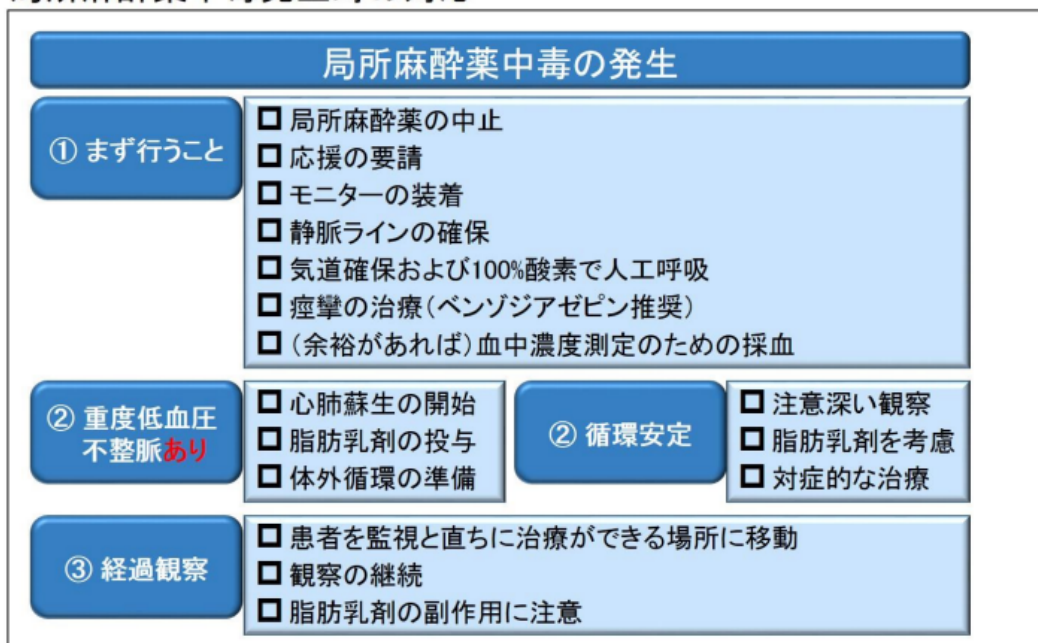
2020年版 NCPR アルゴリズム



局所麻酔薬中毒の診断

観察とモニタリング	局所麻酔薬中毒の診断は、局所麻酔薬の使用後に発現する臨床症候に基づいて行われるため、十分な患者観察とモニタリングが重要である。
中枢神経系の症候	・ 初期：大脳皮質の抑制系の遮断に伴う刺激症状（舌、口唇のしびれ、金属様の味覚、多弁、呂律困難、興奮、めまい、視力、聴力障害、ふらつき、痙攣など） ・ その後：興奮経路の遮断による抑制症状（譫妄、意識消失、呼吸停止など） ・ 典型的な神経症状が緩徐に悪化する経過をとらず、直接にけいれんや心停止で発見されることもあるため注意
心血管系の症候	・ 初期の神経症状に伴った、高血圧、頻脈、心室性期外収縮 ・ その後、洞性徐脈、伝導障害、低血圧、循環虚脱、心静止などの抑制徴候 ・ 局所麻酔薬の直接の血管内への注入の場合などは、神経症候なしで循環虚脱 ・ 心電図上は、PR延長、QRS幅の増大が特徴的
非典型的症候	・ 先駆症状を呈する症例は16% ・ 症候の発現の遅延または神経症状なしでの循環症状の出現がみられる症例は41% ・ 全身麻酔下や深鎮静下では症状の発現の発見が遅れるので注意
発症までの時間	発症までの時間は様々であり、状況に応じて十分な観察が必要である。

局所麻酔薬中毒発生時の対応



バイタルサインのモニタリング

- 意識状態
 - 呼吸数（10秒数えて6倍）
 - 血圧
 - 脈拍
 - SpO₂
- 自動計測装置装着

分娩出血のモニタリング

- 時間性器出血量
- 子宮収縮
- 子宮底部位置の確認
- 外陰部血腫の有無
- 経時的な疼痛の増強

モニタリングのいずれかに異常があれば原因を精査

ここまで来たら危機的状況

- 意識レベル低下 (i)
- SI > 1 (ii) かつ出血持続
- SI > 1.5 (ii)
- SpO₂ < 95% (room air)
- 頻呼吸／努力呼吸 (iii)

応援要請

- 一次施設の場合
救急車要請 (iv)
- 高次施設の場合
院内急変コール

急変対応

- 一次施設の場合
高次施設へ搬送
- 高次施設の場合
集中治療室へ入室

(i) 胸骨を拳でグリグリする、または爪をペンなどで強く圧迫しても開眼しない

(ii) SI : Shock Index $\frac{\text{心拍数}}{\text{収縮期血圧}}$

(iii) 呼吸数増加はショックや呼吸不全を反映する。発熱時に22回／分以上であれば要注意！
収縮期血圧、意識障害もチェック

(iv) 人手が足りなければ気道確保やマスク換気などの救急救命処置で急変対応のサポートを得ることができる

心停止

応援要請

- 一次施設の場合
救急車要請/AED取り寄せ
- 高次施設の場合
院内急変コール/AED取り寄せ

胸骨圧迫

胸骨下半分を30回圧迫する⁽ⁱ⁾

- 強く(約5cm [6cmを越えない])
- 速く(100~120回/分の速さで)
- 絶え間なく(中断を最小にする)

(i)

妊娠後半の母体では、子宮を左方に転位させながら行う

気道確保+人工呼吸

- 頭部後屈あご先挙上
- 経鼻エアウェイ
- バッグ・バルブ・マスク⁽ⁱⁱ⁾で100%酸素による換気を1回1秒で2回、胸が軽く上がる程度の換気量で行う(気管挿管は熟練している場合のみ細めのチューブで)

(ii) 方法

可能な限りリザーバーを装着、
人手があれば二人で行う

- 1) 一人が両手でマスクを密着させながら気道確保を行う
- 2) もう一人がバッグを押して換気を行う。このとき、胸郭の動きが最小限確認できる換気量でゆっくりと換気する

心肺蘇生継続

- 胸骨圧迫30回と人工呼吸2回を繰り返す
- 上肢に静脈路を確保する
- AEDが到着次第装着する
(AED使用の際はCTGモニターを取り外す)⁽ⁱⁱⁱ⁾

(iii)

母体が心停止になっている状態では、CTGモニターを確認する必要がなく、不要なものは外して他の処置を施行しやすくする

AEDに従う

電気ショック不要、または
電気ショック1回後心拍再開しないとき
アドレナリン1mg IV 3~5分ごとに反復投与

電気ショック不要時、心電図波形があれば脈拍チェック(10秒以内)

あり

換気10回/分
2分ごとに
脈拍チェック

なし

- 一次施設の場合
**高次施設へ搬送
するまで継続**
- 高次施設の場合
**蘇生チームが到着
するまで継続**

質の高い心肺蘇生を継続しても心拍再開しない場合、集学的治療として死戦期帝王切開を考慮する

