

R Q 5 : 産痛を緩和するには？

産婦は分娩中の産痛が緩和されるようにケアを受けることができる。

医療者は出産施設において産痛緩和法にどのようなものがあり（例：自由姿勢・歩行、温罨法、入浴、マッサージ、指圧、鍼、アロマセラピー、硬膜外麻酔等）、その施設でどれを提供できるかについて、妊娠中からそのメリットとデメリットの情報を提供し、状況が許す限り、産婦が選択できるようにする。

医療者は、様々な産痛緩和法を熟知して、それを実施する場合は安全面に配慮する。さらに、必要に応じて家族に産痛緩和法を教育し、家族も主体的に分娩に臨めるように援助する。

硬膜外麻酔は他の産痛緩和法よりも産痛緩和効果は高い。しかし、分娩第2期遷延、オキシトシン使用頻度の増加、器械的分娩の増加、胎児機能不全による帝王切開分娩のリスク等を高める可能性がある。したがって、硬膜外麻酔のメリットとデメリットについて、産婦が理解したうえで、産婦が選択できるようにする。

【推奨の強さC】

背景

分娩時に産婦が感じる痛みはがん性の疼痛よりも強いといわれており、分娩の進行に伴い痛みは増強する。分娩に伴う痛みは産婦にとって恐怖ともなり、分娩進行や胎児に悪影響を与え、産後に PTSD になり得る。安全で、快適なお産のために産痛の緩和を図ることは重要である。

研究の概要

RQ5 検索式、研究デザインフィルタを使用して追加検索を行った結果、MEDLINE 236 件、CINAHL 22 件、CDSR 12 件、DARE 11 件、CCTR 21 件、TA 3 件、医学中央雑誌 19 件の結果を得た。これをスクリーニングした結果、6 件のエビデンス文献を採用した。検索外の追加文献 2 件、前回採用の文献 19 件のうち引き続き採用した 6 件と合わせて、本研究では合計 14 件のエビデンス文献を採用した。

研究の内容

文献名	研究デザイン	簡単なサマリー	E L
「母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査」厚生労働科学研究平成 23 年度分担研究報告書	層化無作為抽出法による質問紙を使用した横断調査（疫学調査）	産痛緩和ケア 47 都道府県 11 地方における大学病院、一般病院、診療所、助産所 施設で平成 23 年 8 月～12 月に 1 か月 検診に来院した褥婦 4020 名を対象	2++

		<p>に自記式調査を行った。</p> <p>妊娠中から出産後までの医療サービス等とそれに対する満足度とのロジスティック解析で、独立して有意な関連をもつ変数として、マッサージ等で痛みをやわらげてくれた (adjusted odds ratio 1.84, CI 1.30-2.60, $p < 0.0006$) 場合には、医療サービスに対する満足度が有意に低かった。</p>	
<p>安達久美子、島田三恵子. 座位による産痛緩和効果の検討. 日本助産学会誌 2001.8 ; 15 (1) 6-13.</p>	<p>RCT, クロスオーバー</p>	<p>体位・姿勢</p> <p>妊娠 37～41 週の 50 人の産婦を対象に、座位と仰臥位による産痛を、VAS を用いて測定し比較検討した。部位を特定しない全体的な産痛（発作時痛； $p = 0.016$、持続痛； $p = 0.002$）および腰背部の産痛（発作時痛、持続痛；ともに $p < 0.001$）は座位の方が有意に低かった。しかし腹部の産痛は 2 群間に有意な差はなかった。痛みを強く感じる部位は、仰臥位で 52%、座位で 34%の産婦が腰部を最も痛いと感じていた。</p>	1+
<p>Kumiko Adachi, Mieko Shimada, Akira Usui (2003). The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity, Nursing Research: 52(1), 47-51.</p>	<p>RCT, クロスオーバー</p>	<p>初産婦 39 名、経産婦 19 名を対象にして、最初に仰臥位または座位、それから交互の体位にした。G1 は頭部を 10 度挙上した水平なベッド上仰臥位 15 分から始め、G2 は 15 分間座位から始め、それから仰臥位に変えた。座位の痛みスコアは仰臥位より、陣痛時の総合痛 ($p = .011$)、持続する総合痛 ($p = .001$)、陣痛時の腰痛 ($p < .001$)、持続する腰痛 ($p < .001$) 有意に低値であった。背中の痛みは有意に減少したが、腹部の痛みは有意な減少はなかった。</p>	1+

<p>Fausto J. Molina, Pedro Alvarez Sola, Claudia Pires. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 1997; 13(2): 98-103.</p>	<p>RCT, クロスオーバー</p>	<p>15分間の垂直姿勢（座位、立位、歩行）あるいは水平姿勢（側臥位、仰臥位）を行うことによる腹部と腰部の痛みの程度を比較した。垂直姿勢から始める群、水平姿勢から始める群はランダムに割り付けられた。それぞれの姿勢をとる前に自由な姿勢を15分間とることによって、前の姿勢の影響を取り除くよう工夫されていた。痛みの程度は The Present Pain Intensive of the Argentine Pain Questionnaire(APQ)、Huslissio'n visual analogue scale を使用して、子宮口 2-3 cm 時、4-5 cm 時、6-7 cm 時に測定された。腹部の痛みは 5-9cm 時 ($p < 0.05$)、腰部の痛みは 4-5cm、8-9cm 時 ($p < 0.05$)、6-7cm 時 ($p < 0.01$) に有意な差が見られた。分娩が進行するにつれ、子宮収縮の痛み、腰痛ともに水平姿勢で痛みを強く感じていた。</p>	<p>1+</p>
<p>R. Stremmler, E. Hodnett, et al. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. <i>BIRTH</i> 2005; 32(4): 243-251.</p>	<p>RCT</p>	<p>後方後頭位の児の初産婦を対象とした分娩第2期での手と膝を置く姿勢に関して検討した多施設(13施設) RCT。研究時間の1時間のうち30分は四つん這い姿勢続けるように指導された群(70人)とこの姿勢をしない群(対照群)(77人)に無作為に割り付けられた。主要アウトカムは研究時間終了後の超音波による胎位、2つ目は痛みの程度であった。主要アウトカムに関しては2群間に有意差を認めなかった(介入群11名(16%)・対象群5名(7%); リスク比 2.4 [95% CI 0.88 to 6.62])。痛みに関しては四つん這い群の方が有意に低かった。(visual analogue</p>	<p>1+</p>

		scale: 平均差 -0.85 [95% CI -1.47 to -0.22], p=0.0083; Present Pain Intensity スコア: 平均差 -0.50 [95% CI -0.89 to -0.10], p=0.014; SF-MPQ スコア: 平均差-2.60 [95% CI -4.91 to -0.28], p=0.028)。その他分娩様式、児の状態などの分娩結果に関しては有意差を認められなかった。	
Dahlen HG; Homer CS; Cooke M; Upton AM; Nunn RA; Brodrick BS; Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. Midwifery, Vol. 25 (2), pp. e39-48, 2009.Date of Electronic Publication: 2007.	RCT	<p>温罨法</p> <p>分娩第 2 期における産婦と助産師の会陰部への温罨法使用経験について明らかにする。</p> <p>分娩第 2 期において会陰部に温罨法をする介入群 (360 名) と温罨法を行わない対照群(357 名)との比較検討をした。</p> <p>両群において会陰縫合が必要な割合は差がなかった、また、会陰裂傷なし、第 2 度裂傷、会陰切開の頻度にも差がなかった。しかし、第 3、4 度裂傷については、介入群が対照群の半数であり、対照群がより深刻な裂傷をおこしていた (odds ratio 2.16, 95%CI1.1-4.3, p =0.02)。</p> <p>分娩時の痛みの経験について、「悪い」、「これまでの人生の中で最も悪い」とした人の割合は、対照群に比べて少なかった(p=0.001)。産褥 1 日目の痛みスコアは (0-10 VAS) で、介入群のほうが対照群に比べ低かった (3.86 vs 4.67,p=0.001)。産褥 2 日目の痛みスコアも同様に介入群で低かった (3.00 vs 3.71,p=0.001)。産後 6 週間、3 か月では両群に痛みの差はなかった。</p> <p>分娩第 2 期の会陰部の温罨法は、</p>	1 +

		会陰部の疼痛を減少させ、産婦を安楽にする。	
Caroline A Smith, Carmel T Collins, Caroline A Crowther, Kate M Levett. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Published Online: 6 JUL 2011, Assessed as up-to-date: 1 FEB 2011	RCT、システマティックレビュー (*鍼灸については、対象文献が口述の Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis と同様のため、指圧についてのみ記載した)	<p>指圧</p> <p>指圧群と指圧なし群（プラセボまたは何も行わない）との比較。</p> <p>○産痛強度：①指圧群 VS プラセボ群では、指圧群で産痛が緩和した (SMD -0.42, 95% CI -0.65 to -0.18, two trials, 322 women).</p> <p>②指圧群 VS プラセボ+ケアなし群では、指圧群で産痛が緩和した SMD -0.42, 95% CI -0.65 to -0.18, two trials, 322 women).</p> <p>○出産満足度：両群に有意差はなかった (MD 4.80, 95% CI -2.29 to 11.89, one trial, 211 women).</p> <p>○麻酔の使用：①指圧群 VS プラセボ群では、両群に差はなかった (RR 0.54, 95% CI 0.20 to 1.43, one trial, 75 women). ②指圧群 VS プラセボ+ケアなし群では、両群に差はなかった (RR 0.94, 95% CI 0.71 to 1.25, one trial, 145 women).</p> <p>○帝王切開：①指圧群 VS プラセボ群では、指圧群で帝王切開が少なかった (RR 0.24, 95% CI 0.11 to 0.54, one trial, 120 women). ②指圧群 VS プラセボ+ケアなし群では、指圧群で帝王切開がすくなかった (RR 0.48, 95% CI 0.22 to 1.04, one trial, 222 women).</p> <p>○器械分娩：両群に差はなかった (RR 0.81, 95% CI 0.39 to 1.67, one trial, 212 women).</p> <p>○5分後 Apgar score 7点未満：分析対象となる調査結果はなかった。</p>	1

		<p>○オキシトシンの使用：①指圧群 VS プラセボ群では、指圧群でオキシトシンの使用がすくなかった(RR 0.66, 95% CI 0.46 to 0.94, one trial, 120 women). ②指圧群 VS プラセボ+ケアなし群では、両群に差はなかった(RR 1.01, 95% CI 0.77 to 1.31, one trial, 222 women).</p> <p>○分娩所要時間：指圧群で、分娩所要時間が短縮された(SMD -1.06, 95% CI -1.74 to -0.38, two trials, 195 women)</p> <p>○不安：指圧群で不安が少なかった(MD -1.40, 95% CI -2.51 to -0.29, one trial, 75 women)</p> <p>指圧は分娩時の産痛緩和法として役立つであろうと思われるが、データが十分でなく、臨床的に高いエビデンスをもって効果を示すことができない。今後の更なる調査が求められる。</p>	
<p>Mi Kyeong Lee, Soon Bok Chang, Duck-Hee Kang. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2004; 10(6): 959-965.</p>	RCT	<p>Sp6（三陰交）の指圧による痛みの軽減効果を介入群（36人）と対照群（39人）で比較した。指圧群には30分間、陣痛時に三陰交の指圧、対照群には同部位に触れるだけを行った。指圧群は指圧直後、30分後、60分後のいずれの時点においても、対照群より痛みが小さかった（$p < 0.05$）。さらに分娩所要時間（3cmから娩出まで）が短縮した（$p = 0.006$）。</p>	1

<p>Mei-Yueh Chang, Shing-Yaw Wang, Chung-Hey Chen. Effect of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. Journal of Advanced Nursing 2002; 38(1): 68-73</p>	<p>RCT</p>	<p>マッサージ 初産婦（マッサージ群 30 人、対照群 30 人）を対象に、分娩第 1 期のマッサージの有無による痛みを比較した。マッサージ群は陣痛時にパートナーによるマッサージ（腹部の軽擦、仙骨の圧迫、肩・背中を揉む、を産婦の好みにあわせて実施）を受けた。両群とも分娩の進行に伴い痛み、不安が増加した。しかし、マッサージ群は、対照群と比較して子宮口開大 3-4cm 時（平均差：-0.57、95%CI：-0.84,-0.29）、子宮口開大 5-7cm 時（平均差：-0.43、95%CI：-0.71,-0.16）、子宮口開大 8-10cm 時（平均差：-0.70、95%CI：-1.04,-0.36）であり痛みが低く、さらに子宮口開大 3-4cm 時の不安（平均差：-16.27、95%CI：-27.25,-2.28）も低かった。マッサージ群の約 9 割が、マッサージを痛みの緩和、心理的サポートであったと述べた。</p>	<p>1+</p>
---	------------	--	-----------

<p>S-H Cho,H Lee,E Ernst ; Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis, BJOG 2010;117:907-920.</p>	<p>RCT、システマティックレビュー</p>	<p>鍼</p> <p>10のRCT調査の2038名のデータのうち、7つの調査はVASによるデータ解析が可能であった。その結果、針灸は、よりすぐれた鎮痛があるとは、実施後1時間、(pooled mean difference - 8.02;95% CI - 21.88, 5.84; $P = 94\%$)、2時間 (- 10.15; 95% CI - 23.18, 2.87; $P = 92\%$)で、示されなかった。産婦の鎮痛の満足度は、電子針とプラセボの比較では、15分後(- 4.09; 95% CI - 8.05, - 0.12)、30分後 (- 5.94; 95% CI - 9.83, - 2.06),電子針と無介入との比較では、30分後のみ (- 10.56; 95% CI - 6.08, - 5.0) 差がみられた。meperidine の実施では針灸群が他の鎮痛に比べて有意に低かった (pooled risk ratio 0.20; 95% CI 0.12, 0.33) また、他の鎮痛の使用度も針灸群が低かった (0.75; 95% CI 0.66, 0.85)。副作用は認められなかった。</p> <p>RCT のレビューの結果からは、針灸が対照群に比べて、産痛緩和効果があるという明らかな証拠は示されなかった。さらなる調査が求められる。</p>	<p>1+</p>
<p>Smith CA, Collins CT, Crowther CA ; Aromatherapy for pain management in labour (Review) , Cochrane Database of Systematic Reviews (COCHRANE DATABASE SYST REV), 2011.</p>	<p>RCT、システマティックレビュー</p>	<p>アロマセラピー</p> <p>分娩期のアロマセラピーの効果について2つのRCT、535名を対象とした調査を検討。</p> <p>分娩期におけるアロマセラピー使用群 (介入群) と不使用群 (他の産痛緩和方法を含む) (対照群) との比較検討した研究のレビュー</p> <p>産痛の程度、器械分娩(risk ratio</p>	<p>1+</p>

		<p>(RR) 1.04, 95% confidence interval (CI) 0.48 to 2.28, one trial, 513 women; RR 0.83, 95% CI 0.06 to 11.70, one trial, 22 women), and 帝王切開 (RR 0.98, 95% CI 0.49 to 1.94, one trial, 513 women; RR 2.54, 95% CI 0.11 to 56.25, one trial, 22 women)に有意の差はなかった。麻酔の使用 (RR 0.35, 95% CI 0.04 to 3.32, one trial, 513 women; RR 2.50, 95% CI 0.31 to 20.45, one trial, 22 women), 経膈分娩 (RR 1.00, 95% CI 0.94 to 1.06, one trial, 513 women; RR 0.93, 95% CI 0.67 to 1.28, one trial, 22 women) 分娩所要時間・陣痛促進(RR 1.14, 95% CI 0.90 to 1.45, one trial, 513 women).についても有意の差はなかった。</p> <p>アロマセラピーが産痛緩和効果にあるという結果は導き出されなかった。更なる調査が必要である。</p>	
<p>Cluett ER, Burns E; Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;(2):CD000111.</p>	<p>RCT, システマティックレビュー</p>	<p>入浴</p> <p>分娩時の入浴の効果について、入浴群と入浴をしない他の緩和法を使用した群(対照群)とした12のRCT、3243名を分析対象とした。</p> <p>8つの調査は、分娩第I期を対象としており、1つの調査は分娩第I期の始めと終わりでの比較であった、2つの調査は分娩第I期とII期の調査であり、他は分娩第2期の調査であった。</p> <p>分娩第I期においては、2つの調査では、VASによる産痛測定においては差はなかった (MD -0.01;</p>	<p>1+</p>

		<p>95% CI -0.54 to 0.52)が、epidural /spinal/paracervical analgesia /anaesthesia の使用率が入浴群において、対照群より低かった (478/1254 vs 529/1245; risk ratio (RR) 0.90; 95% confidence interval (CI) 0.82 to 0.99, six trials)、分娩所要時は入浴群で短縮した (mean difference -32.4 minutes; 95% CI -58.7 to -6.13)。器械分娩(RR 0.86; 95% CI 0.71 to 1.05, seven trials), 帝王切開 (RR 1.21; 95% CI 0.87 to 1.68, eight trials), オキシトシンの使用 (RR 0.64; 95%CI 0.32 to 1.28, five trials) においては差がなかった。5分後の Apgar score 7 点未満 (RR 1.58; 95% CI 0.63 to 3.93, five trials), NICU への収容 (RR 1.06; 95% CI 0.71 to 1.57, three trials), 新生児の感染 (RR 2.00; 95% CI 0.50 to 7.94, five trials)については有意差はなかった。</p> <p>3つの調査で、分娩第2期の入浴と入浴しないものについて比較しているが、そのうちの1つの調査で分娩に満足していない者が、入浴群において少なかった (RR 0.24; 95% CI 0.07 to 0.80)。</p>	
--	--	---	--

<p>Millicent Anim-Somuah1, Rebecca MD Smyth, Leanne Jones ; Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Dec 7;(12):CD000331.</p>	<p>RCT、システマティックレビュー</p>	<p>硬膜外麻酔</p> <p>38 の調査、 9658 名の女性を分析対象としたシステマティックレビュー、メタアナリシス。硬膜外麻酔使用群と対照群（産痛緩和を行わないかまたは他の産痛緩和法：①プラセボ、②催眠、③バイオフィードバック、④皮内または皮下の滅菌水注射、⑤入水、⑥アロマセラピー、⑦リラクゼーション、⑧鍼灸または指圧、⑨マッサージ、⑩TENS、⑪吸入麻酔、⑫オピオイド、⑬非オピオイド薬、⑭局所麻酔を使用）との比較調査。</p> <p>硬膜外麻酔は、対照群よりも産痛緩和効果が高かった (MD-3.36, 95%CI -5.41 to -1.31, three trials, 1166 women)、追加の産痛緩和法の必要性が低かった (RR 0.05, 95% CI 0.02 to 0.17, 15 trials, 6019 women);、アシドーシスのリスクを低下させた(RR 0.80, 95% CI 0.68 to 0.94, seven trials, 3643 women)、Naloxone の投与リスクも減少した (RR 0.15, 95% CI 0.10 to 0.23, 10 trials, 2645 women)。しかしながら、硬膜外麻酔は、他の産痛緩和法よりも器械分娩のリスクを増加させた (RR 1.42, 95% CI 1.28 to 1.57, 23 trials, 7935 women)、母体低血圧を増加させた (RR 18.23, 95% CI 5.09 to 65.35, eight trials, 2789 women)、歩行遅延があった (RR 31.67, 95% CI 4.33 to 231.51, three trials, 322 women)、母体の発熱リスクが高かった (RR 3.34, 95% CI 2.63 to 4.23, six trials, 2741</p>	<p>1+</p>
---	-------------------------	--	-----------

		<p>women), 尿閉のリスク高かった (RR 17.05, 95% CI 4.82 to 60.39, three trials, 283 women)、分娩第Ⅱ期所要時間が長かった (MD 13.66 minutes, 95% CI 6.67 to 20.66, 13 trials, 4233 women)、オキシトシンの使用を増加させた (RR 1.19, 95% CI 1.03 to 1.39, 13 trials, 5815 women)、胎児機能不全による帝王切開のリスクを増加させた (RR 1.43, 95% CI 1.03 to 1.97, 11 trials, 4816 women)。硬膜外麻酔使用群と対照群で、全体の帝王切開のリスク (RR 1.10, 95% CI 0.97 to 1.25, 27 trials, 8417 women)、長期に渡る腰痛のリスク (RR 0.96, 95% CI 0.86 to 1.07, three trials, 1806 women)、5分後の Apgar score 7 未満のリスク (RR 0.80, 95% CI 0.54 to 1.20, 18 trials, 6898 women)、母親の産痛緩和の満足度 (RR 1.31, 95% CI 0.84 to 2.05, seven trials, 2929 women)について差はなかった。</p> <p>硬膜外麻酔は、他の産痛緩和法よりも産痛緩和効果は高い。しかし、分娩第Ⅱ期の延長、オキシトシン投与の必要性を高くし、器械的分娩のリスクを増加させる。硬膜外麻酔を使用するか否かについては、女性と医療者との間で、協議されなければならない。</p>	
--	--	---	--

<p>Tamagawa K, Weaver J: Analysing adverse effects of epidural analgesia in labour. British J Midwifery, 2012 Oct,20;(10):704-708</p>	<p>文献レビュー</p>	<p>硬膜外麻酔に伴うリスク</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回旋異常：1562名を対象とした前向きコホート調査（最終的に約半数が対象除外基準となった）の結果、硬膜外麻酔の使用で、後方後頭位と横定位のリスクが4倍になった。 ・器械分娩：硬膜外麻酔使用による鉗子分娩と会陰切開により母の肛門括約筋の損傷は40倍になるとしている。また、硬膜外麻酔の使用で経産婦は器械分娩が6倍となる。 ・帝王切開分娩：2052名を対象とした調査及び2721名をローリスクの初産婦を対象としたコホート調査の結果では、初産婦での硬膜外麻酔の使用による明らかな帝王切開分娩のリスクがある。 ・オキシトシンの使用：硬膜外麻酔の使用によって血中のオキシトシンレベルを低下させる。 ・児の発達：465名のアスペルガー症候群の子どもの母親は出産時に硬膜外麻酔を使用していることが多かったとしている。但し、因果関係については不明であり、更なる調査が求められる。 ・母乳栄養：352名の正期産児を対象とした調査では、硬膜外麻酔の使用は、分娩早期の母乳栄養を阻害するとしている。また、1054名の初産婦を対象とした調査では、麻酔を使用しなかった群において母乳栄養の期間が長かった。 <p>女性のエンパワーにより自然に分娩するためには、産痛緩和法としての硬膜外麻酔について、再考していく必要がある。</p>	<p>2++</p>
---	---------------	---	------------

科学的根拠（文献内容のまとめ）

体位について、分娩第 1 期において、垂直姿勢（座位、立位、歩行）と水平姿勢（側臥位、仰臥位）の産痛を比較をした RCT クロスオーバー調査（Adachi ら、Molina ら）では、垂直位のほうが有意に痛みが減少していた。分娩第 2 期において、四つん這い姿勢を続けるように指導された群とこの姿勢をしない群で産痛を比較した RCT（Stremler ら）では、四つん這い群で有意に痛みが低かった。

温罨法について、分娩第Ⅱ期の会陰部への使用の調査（Dahlen ら）では、鎮痛効果があることが示されていたが、分娩第Ⅰ期における効果については明らかな結果は得られなかった。

指圧についての RCT・システマティックレビュー（Smith ら）、一つの RCT では、指圧により産痛が軽減したとされている。

鍼を実施することについては、RCT・システマティックレビュー（Cho ら）では、産痛を軽減し、他の無痛法の実施を減少させるという調査と、効果が明らかでないとする調査があり、エビデンスとして一致した結果が得られなかった。

マッサージについての RCT（Chang ら）では、産痛緩和効果があることが示された。

アロマセラピーについての RCT・システマティックレビュー（Smith ら）では、アロマセラピーが産痛緩和効果にあるという結果は導き出されなかった。

入浴についての RCT・システマティックレビュー（Cluett ら）では、産痛緩和については、効果について示されたものと、示されなかったものがあり、エビデンスとして一致した結果は得られなかった。

硬膜外麻酔については、RCT・システマティックレビュー（Anim-Somuah ら）では、硬膜外麻酔は、他の産痛緩和法よりも産痛緩和効果は高いことが示された。しかし、硬膜外麻酔により、分娩第 2 期遷延、オキシトシン投与の使用頻度が増加し、器械的分娩や帝王切開分娩が増加するリスクがあることが示されている。また、医師の技術による差異、全脊髄麻酔、神経損傷による後遺症などの問題がある。これらのリスクについても女性と医療者の間で協議されることが望ましい。

入浴、アロマセラピーについては、分娩に関する明らかなデメリットは示されていない。

自由姿勢、温罨法、指圧、マッサージ、鍼に関しては、産痛緩和の効果についての検討がされていたが、デメリットになる根拠を示す研究はされておらず、これらの方法のデメリットは明らかにされていない。

呼吸法、ラマーズ法、ソフロロジー法による産痛緩和の科学的根拠となる近年の文献は見当たらなかった。

議論・推奨への理由

臨床では経験的に行われている産痛緩和のケアが様々あるが、その効果を検証して報告している文献は少なかった。そのため文献からエビデンスがあったもの限定して記す。

分娩第 1 期に自由な姿勢で、行動の制限なく過ごすこと、分娩第 1 期後半の入浴、マッ

サージや指圧、鍼は産痛の緩和に役立つと考えられる。しかし、いずれの産痛緩和法が他より優れているという根拠となるものはなかった。また、臨床で経験的に行われているケアのほとんどが、それを行うことによるデメリットも明らかにされていなかった。したがって、産婦のニーズ、分娩進行に応じて産痛緩和法を選択すること、それを実施する場合は安全面に配慮して観察を行う必要がある。

痛みの緩和法について、医療者やパートナーなど他者が行うタッチングやマッサージは、産婦自身が行うマッサージに比べ痛みの軽減が顕著であるという報告があり、実際にマッサージや指圧、鍼などケア提供者が産婦の身体に触れる方法は主観的評価が高かった。分娩中、他者に何かをしてもらうこと、人に触れてもらうということは、産婦が心地よさを感じ、産痛を緩和するためにも必要であると思われる。ただし、産婦によっては触れられることを拒否することがあるため、産婦の個別性を尊重した緩和法を提供するべきである。そのためには、医療従事者は様々な産痛緩和法を熟知しているとよい。また、産痛緩和法を実際行うことも大切であるが、臨床における経験から常に人がいること、話をしていること、さらに触れることや話をするにより、産痛緩和法の効果がさらに高くなると考えられる。

鍼は産痛緩和に効果があるが、鍼を人体に刺すことは、鍼灸師の国家資格が必要であるため、どの施設でも、誰にでもできるわけではないが、今後は鍼灸師と協同した分娩を模索することができると思う。産痛緩和に使用する鍼は、注射針と同じ扱いで消毒ではなくディスポを使用することが必要である。

無痛分娩は実施している施設が限られており、女性が無痛分娩を希望する場合、それを実施できる施設を選択すると思われるが、鎮痛の長所だけでなく、短所についても説明される必要があるだろう。

代替療法・補完療法によって産痛緩和を行うことは、医療介入による鎮痛を減少させ、産婦の満足度を高めるであろう。