

一般社団法人 日本自己血輸血学会

産科領域の貯血式自己血輸血実施基準（2018）

- 本実施基準は妊婦を対象とした基本的原則についてのみ記載した。
- 本実施基準を参考に、各施設が置かれている状況を反映させた院内マニュアルを整備することが望ましい。
- 赤字の部分が産科領域独自の基準であり、その他は成人を対象とする日本自己血輸血学会 貯血式自己血輸血実施指針（2014）と同様である。

施設	● 学会認定・自己血輸血責任医師 ¹⁾ 及び学会認定・自己血輸血看護師 ²⁾ が共同で、貯血式自己血輸血を管理し、その適正化を図ることが望ましい。
適応	● 前置・低置胎盤、既往帝王切開、多胎妊娠、子宮筋腫合併妊娠、母体合併症妊娠など輸血を必要とすることが予想される予定手術とする。 ● 産科手術（帝王切開手術、鉗子分娩などを含む）は保険算定の適応となるが、自然経産分娩は対象とならない（現在、関連学会から保険算定を申請中）
禁忌	● 菌血症の恐れのある細菌感染患者、不安定狭心症患者、中等度以上の大動脈弁狭窄症(AS) ³⁾ 患者、NYHA IV度の患者からは採血しない。
ウイルス感染 者への対応	● 原則として制限はないが、施設内の輸血療法委員会あるいは倫理委員会の判断に従う。
採血時の基準	
年齢制限	● 制限はない。若年者は血管迷走神経反応（VVR） ⁴⁾ に注意する。
Hb 値	● 10.0g/dL 以上を原則とする。
血圧・体温	● 収縮期圧 180 mmHg 以上、拡張期圧 100 mmHg 以上の高血圧あるいは収縮期圧 80 mmHg 以下の低血圧の場合は慎重に採血する。 ● 有熱者（平熱時より 1℃以上高熱あるいは 37.2℃以上）は採血を行わない（採血の可否の決定には CRP 値と白血球数も参考とする）。
目標貯血量	● 最大血液準備量（MSBOS ⁵⁾ ）あるいは外科手術血液準備式（SBOE ⁶⁾ ）に従う。
1 回採血量	● 1 回採血量は 200mL～400 mL とする。 ● Hb 値が 10.0～11.0g/dL の場合は 200mL～300mL の採血が望ましい。 ● 体重 50kg 以下の患者は、400mL×患者体重/50kg を参考とする。
採血間隔	● 採血間隔は原則として 1 週以上とする。 ● 手術予定日の 3 日以内の採血は行わない。
鉄剤投与	● 初回採血の 2-3 週間前から毎日、経口鉄剤 100-200 mg を投与する。 ● 経口鉄剤で不足する場合あるいは経口摂取できない場合は静脈内投与する。静脈内投与する場合には注入速度に注意する。
採血者	● 医師あるいは医師の監督のもとで看護師が行う。 ● 看護師が行う場合には前もって監督医師に連絡する。また、学会認定・自己血輸血看護師などの自己血採血の要点を理解した看護師複数人が行うことが望ましい。 ● 採血時には産科医師あるいは助産師の立会いが望ましい。
皮膚消毒手順	1) 採血者は穿刺前に手洗いを。 2) 70%イソプロパノール又は消毒用エタノールを使用し十分にふき取り操作を行う。 3) 消毒は原則として 10% ポビドンヨードを使用する（ヨード過敏症は 0.5%グルコン酸クロルヘキシジンアルコールを使用する）。 4) 消毒後はポビドンヨードでは 2 分以上、ポビドンヨード・アルコールでは 30 秒以上待った後、穿刺部位が乾燥したのを確認後に穿刺する。
採血場所	● 清潔で静かな環境で行う。採血専用の場所で採血することが望ましい。
採血バッグ	● 回路の閉鎖性を保つため、原則として、プラスチック留置針あるいは翼状針による採血は避け、緊急時に対応できる側管（2 way）のついた金属針の採血バッグを使用する。 ● 原則として点滴中の患者からの自己血採血は避ける。 ● 術後の静脈血栓・塞栓症（VTE）の発生およびバッグ内凝集塊産生を抑制する観点から、保存前白血球除用血液バッグの使用が望ましい。

採血手技	<ul style="list-style-type: none"> ●皮膚消毒後は穿刺部位に触れない。必要時には滅菌手袋を使用する。 ●皮膚病変部への穿刺や同一バッグでの再穿刺はしない。
採血時の姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ●妊婦の最も快適な姿勢が望ましい。 ●採血時は原則としてドナーチェアを使用し、仰臥位低血圧症候群の予防のために完全仰臥位は避ける。
採血中の注意	<ul style="list-style-type: none"> ●胎児心拍数モニタリングで母児の状態を確認しながら採血する。 ●血液バッグ内の抗凝固剤と血液を常に混和する。 ●VVR および仰臥位低血圧症候群の発生に絶えず注意する。 ●子宮収縮抑制剤を持続点滴している患者では、採血中は点滴ラインを一旦抜去後にあるいは経口薬に切り替えて状態が安定しているのを確認後に、採血することが望ましい。 ●原則として、患者の状態から点滴を抜去できない場合は貯血適応から除外する。
VVR 予防	<ul style="list-style-type: none"> ●若年者、低体重者、初回採血者は VVR に対し十分注意する。
VVR への対応	<ul style="list-style-type: none"> ●VVR 出現時は即座に採血を中止し、頭部を下げ下肢を挙上する。必要があれば補液を行う。
エリスロポエチンの投与	<ul style="list-style-type: none"> ●エリスロポエチンは原則として使用しない。
採血後の処置	<ul style="list-style-type: none"> ●チューブをシール（バッテリー式ハンドシーラー使用が望ましい）後に採血バッグを切離し、採血相当量の輸液を採血バッグの側管から行い、その後抜針する。 ●抜針後 5-10 分間（抗凝固剤使用患者は 20-30 分間）圧迫止血する。 ●ペースメーカー装着患者は抜針後、患者から十分離れてシールする。
採血バッグの保管	<ul style="list-style-type: none"> ●専用自己血ラベルに患者氏名、生年月日、ID 番号などを記入した後、採血バッグに貼布する。 ●採血バッグは輸血部門の自己血専用保冷庫で患者ごとに保管する。 ●自己血の保管・出庫には検査技師が介助することが望ましい。
自己血の出庫と返血	<ul style="list-style-type: none"> ●自己血の出庫前に血液型判定や患者血液との交差適合試験を行う。 ●返血時には患者氏名、生年月日、血液型、ID 番号などを複数の医療従事者が確認する。 ●原則として、貯血開始前の Hb 値を目安に返血する。返血リスクがベネフィットを超える場合には返血しない。
同種血への転用	<ul style="list-style-type: none"> ●転用できない。
採血日のドナー患者への注意	<ul style="list-style-type: none"> ●採血前の食事は省かないで必ず摂取する。また、常用薬を服用する。 ●外来患者として自己血採血を行う場合には、付き添いとともに来院することが望ましい。 ●採血後には水分を十分に摂る。激しい運動や労働および飲酒は避ける。また、原則として採血後の車の運転や採血後 2 時間以内の入浴は避ける。 ●帰宅途中または帰宅後に嘔気、立ちくらみなどの遅発性 VVR 様症状が約 10%に発生するので患者にもその可能性を説明する。

1) 学会認定・自己血輸血責任医師

日本自己血輸血学会または日本輸血・細胞治療学会会員であり、別掲の学会認定・自己血輸血責任医師申請書（様式 3-1～3-4）及び登録料 3,000 円を提出し、学会認定・自己血輸血医師看護師制度協議会の基準に合致した場合には、学会認定・自己血輸血責任医師として登録し認定証を送付する。

2) 学会認定・自己血輸血看護師

日本自己血輸血学会または日本輸血・細胞治療学会会員であり、学会認定・自己血輸血医師看護師制度協議会の認定試験に合格した者に対しては、学会認定・自己血輸血看護師として登録し、認定証を授与する。

3) 中等度以上の大動脈弁狭窄症（AS）：左室・大動脈間圧較差が 50mmHg 以上、あるいは手術を要する状態。軽度の AS 合併患者から貯血を行う場合には、原則として、事前に心臓専門医へ相談する。また、採血は心臓専門医の立会い（オンコールを含む）の下に行う。

4) 血管迷走神経反応 (VVR) の判定基準

	必須症状・所見	他の症状
I 度	血圧低下, 徐脈(>40/分)	顔面蒼白, 冷汗悪心などの症状を伴うもの
II 度	I 度に加えて意識喪失, 徐脈(≤40/分), 血圧低下(<90 Pa)	嘔吐
III 度	II 度に加えて痙攣, 失禁	

必須症状・所見がなければ VVR とはいわない。

<厚生省血液研究事業 昭和 59 年度研究報告書集 p56 から引用>

5) 最大手術血液準備量 (Maximal Surgical Blood Order Schedule ; MSBOS)

確実に輸血が行われると予測される待機的手術例では, 各医療機関ごとに, 過去に行った手術例から術式別の輸血量 (T) と準備血液量 (C) を調べ, 両者の比 (C/T) が 1.5 倍以下になるような量の血液を交差適合試験を行って事前に準備する。

<「輸血療法の実施に関する指針」(改定版)(平成 24 年 3 月一部改正) から引用>

6) 手術血液準備量計算法 (Surgical Blood Order Equation ; SBOE)

患者の術前ヘモグロビン (Hb) 値, 患者の許容できる輸血開始 Hb 値 (トリガー ; Hb7~8g/dL), 及び術式別の平均的な出血量の 3 つの数値から, 患者固有の血液準備量を求めるものである。はじめに術前 Hb 値から許容輸血開始 Hb 値を減じ, 患者の全身状態が許容できる血液喪失量 (出血予備量) を求める。術式別の平均的な出血量から出血予備量を減じ, 単位数に換算する。その結果, マイナスあるいは 0.5 以下であれば, T&S の対象とし, 0.5 より大きければ四捨五入して整数単位を準備する方式である。

<「輸血療法の実施に関する指針」(改定版)(平成 24 年 3 月一部改正) から抜粋・引用>

7) 仰臥位低血圧症候群

SHS と略され, 妊娠末期の妊婦や下腹部腹腔内腫瘍の患者が仰臥位になった際, 妊娠子宮や腫瘍が脊柱の右側を上行する下大静脈を圧迫し, それにより右心房への静脈還流量が減少するため, 心拍出量が減少し低血圧となるもの。多くの場合, 妊娠末期の妊婦が帝王切開の準備のため腰椎麻酔をおこなった後に生じやすい。突然にショックとなり, 頻脈, 悪心・嘔吐, 冷汗, 顔面蒼白などの症状を呈する。対応としては, 患者を仰臥位から左側臥位にし, 右心系に血液が戻ってくるようにすることで, 症状は速やかに回復する。

(日本救急医学会ホームページから引用 <http://www.jaam.jp/html/dictionary/dictionary/word/0503.htm>)

日本自己血輸血学会 産科領域における貯血式自己血輸血実施基準 (案) 作成委員会

委員長	日本自己血輸血学会理事長	脇本信博
委員	昭和大学医学部 産科婦人科学講座	関沢明彦
	日本自己血輸血学会 常務理事 日本赤十字社血液事業本部	高橋孝喜
	日本自己血輸血学会 功労会員 東邦大学医学部 産科婦人科学講座	田中政信
	日本自己血輸血学会 評議員 東京都立墨東病院 輸血科	藤田 浩
	日本自己血輸血学会 常務理事 虎の門病院 輸血部	牧野茂義
	日本自己血輸血学会 理事 東邦大学医学部 産科婦人科学講座	森田峰人
	愛育病院 産婦人科	山下隆博

(五十音順)