

# \* サンプル \* 参考にして下さい

## 回収血自己血貯血・輸血説明書

合併症の発生、治癒や治療の確率などを示す数字は、いずれも専門医の間において一般的なものとして理解されている数値です。また、治療に要する時間や期間などは、標準的なものであり、個々の患者さんによってことなることがあります。

1. 病名： \_\_\_\_\_

2. 現在の状況（回収血貯血・輸血が必要な理由）： 手術中の大量出血の可能性

---

3. 予定されている貯血・輸血日： 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4. 回収血自己血の貯血・輸血の必要性・目的：

輸血療法の主な目的は、血液中の成分（赤血球、血小板、血液凝固因子など）が少なくなったり、働きが悪くなったりした時に、その成分を補うことにより症状の改善を期待する治療方法（補充療法）です。

赤血球が不足した場合には、貧血になります。血小板や血液凝固因子が不足した場合には、出血しやすくなります。また、心臓から全身への血液の流れが悪くなることがあり、生命に関わる場合もあります。輸血療法によって、これらの状況を防いだりまたは改善する効果が期待できます。

通常の輸血療法では、日本赤十字血液センターで献血者から採血された血液成分が用いられます。これを「同種血輸血」といいます。同種血輸血には、発熱やアレルギーなどの免疫反応、ウイルス感染、血液製剤中の献血者のリンパ球が輸血を受けた患者さんの臓器を攻撃する輸血後移植片対宿主病などが、稀に発生するという問題点があります。

「自己血輸血療法」は、自分の血液（自己血）を使って輸血します。自己血輸血では、同種血輸血によって発生する可能性のある問題を回避することが期待できます。

自己血をとる方法には、①貯血式（手術前日までに前もって自分の血液を採っておく方法）、②希釈式（手術室に入室後に麻酔科医が手術開始前に血液を採っておき、必要になった時に手術室内で輸血する方法）、③回収式（手術中または手術後に出血している部位から出血した血液を集めて、再び患者さんの体に戻す方法）の3種類があります。

# \* サンプル \* 参考にして下さい

## 5. 回収式自己血の貯血と輸血の方法

手術中や手術後に出血した血液を回収し、患者さんに戻す方法です。手術中（術中回収法）や手術後（術後回収法）の出血を吸引によって集めて、専用の機器（遠心分離器）で必要のないもの（不純物）を除いて、洗浄した後に、手術中や手術後に体へ戻すことが可能になります。

採取（貯血）した血液の保存期間は、常温で4時間、冷蔵で24時間です。これを超えた血液は使用しません。

貯血する血液の量は、手術の種類、手術前の貧血の有無、出血量などを考慮して、決められます。

通常の輸血（同種血輸血）と同様に、貯血する前にB型肝炎、C型肝炎、HIV、成人T細胞性白血病ウイルスなどの検査が必要です。

使用しなかった自己血は廃棄されます。他人への転用（輸血）はされません。

回収式自己血では、赤血球だけしか戻すことができません。そのため、血小板や血液凝固因子が不足した場合には、同種血輸血（他人からの血液の輸血）が必要となる場合があります。また、回収式自己血だけでは足りない場合にも同種血輸血が、必要となる場合があります。

## 6. 回収式自己血の貯血と輸血に伴う危険性

不純物を除いて洗浄し回収しますが、血液に細菌や脂肪が混じる危険性はゼロではありません。細菌が混入した場合には、輸血によって感染症を起こす可能性があります。

輸血によって出血しやすくなったり、逆に血液が固まりやすくなったりする可能性があります。血液が固まると血の塊（血栓）ができ、下肢や肺の血管（静脈）に詰まると静脈血栓塞栓症（エコノミークラス症候群を含む）が起こる可能性があります。脂肪が混入した場合にも肺の血管（静脈）に詰まる可能性があります。

輸血した赤血球が壊れる（溶血する）ことによって、腎臓に障害を与える可能性があります。

## 7. 回収式自己血輸血をしない場合の代替の治療法：

輸血を行わなければ生命の危険がある場合で、自己血の準備がない場合には同種血輸血（他人からの血液の輸血）を行います。

# \* サンプル \* 参考にして下さい

## 同意文書

\_\_\_\_\_ 病院 病院長 殿 産婦人科科長 殿

回収血自己血自己血輸血療法について

1. 回収血自己血の貯血と輸血の必要性・目的
2. 回収式自己血の貯血と輸血の方法
3. 回収式自己血の貯血と輸血に伴う危険性
4. 回収式自己血輸血をしない場合の代替りの治療法

### 【患者さんの署名欄】

私は回収血自己血輸血療法を受けるにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。治療の内容を理解いたしましたので、この治療を受けることについて同意します。また、説明文書「患者さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者さん氏名： \_\_\_\_\_ (自署)

### 【代諾者の署名欄】

私は \_\_\_\_\_ さんが、この治療を受けるにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。治療の内容を理解いたしましたので、この治療を受けることについて同意します。また、説明文書「患者さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

代諾者 氏名： \_\_\_\_\_ (自署) 続柄 \_\_\_\_\_

### 【担当医師の署名欄】

私は、上記の患者さんに本治療について十分に説明した上で同意を得ました。  
説明日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

産婦人科 医師

説明者氏名： \_\_\_\_\_ (自署)