

# RBC TRIGGER TABLE

Ver2.0 Jan 2019.

- 輸血は、Hb値のみではなく患者の状態を考慮して開始する
- いずれの場合でも、Hbを10以上にする必要はない
- 日常生活に支障がなく、薬物療法により改善が期待できる場合（鉄欠乏、VitB12・葉酸欠乏、EPO欠乏）は輸血を控える
- 輸血には副作用とインシデントの危険が伴うため、科学的根拠に基づく輸血療法の実践に努める
- 赤血球輸血を開始するトリガー値と推奨を以下に示す

Hb g/dL	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0
再生不良性貧血/ 骨髄異形成症候群	輸血開始		酸素化障害など合併時高めに設定	特殊な場合を除き必要な場合は、ほとんどない	
造血腫瘍化学療法/ 造血幹細胞移植	輸血開始			極端に高いトリガー値は有害である可能性がある	
固形癌化学療法	輸血開始				
腎不全による貧血	輸血開始		・ESA製剤と鉄剤治療等を優先、Hb 7以上では特殊な場合を除き輸血はせず、最小限の輸血を推奨 ・将来的に腎移植の適応と考えられる患者においては、赤血球輸血は可能な限り回避		
消化管出血での急性期貧血	輸血開始			特殊な場合を除いて必要となることはほとんどない	
周術期貧血	輸血開始			高齢者または冠動脈疾患を合併していない場合には、Hb 7~8を推奨	
心疾患、虚血性心疾患 非心臓手術	輸血開始				
人工心肺使用手術による貧血	輸血開始				術前心肺機能、年齢によってはHb 9以上も考慮
重症または敗血症患者の貧血	輸血開始		担癌患者の場合、Hb 9も考慮		

引用：『血液製剤の使用指針』 厚生労働省医薬・生活衛生局 平成30年9月  
科学的根拠に基づいた赤血球製剤の使用ガイドライン（改訂第2版）

# PC TRIGGER TABLE

Ver2.0 Jan 2019.

- 出血傾向がみられる場合、必要に応じ凝固・線溶系検査などを行い、血小板減少または機能異常がない場合、血小板輸血の適応とはならない
- ITP, TTPでは通常、血小板輸血を予防的に行わないことを推奨する
- 血小板機能異常症は、重篤な出血や止血困難な場合に適応となる
- HITで明らかな出血症状がない場合は、予防的投与は推奨しない
- 血小板輸血後10分から1時間のCCI（補正血小板増加数）が低値の場合は、抗HLA抗体の有無を調べることを推奨する
- 血小板輸血を開始するトリガー値と推奨を以下に示す

PLT 万/ $\mu$ L	1.0	2.0	3.0	5.0	10.0
活動性出血	原疾患の治療とともに、血小板数を5万以上に維持				
外傷性 頭蓋内出血	血小板数を10万以上に維持する				
待機的手術 患者の術前 /周術期	周術期は5万以上に維持する			5万以上あれば、通常、血小板輸血は必要ない	
複雑な心臓 大血管手術	血小板減少あるいは機能異常によると考えられる止血困難な出血（oozingなど）5~10万に維持する 機能異常が強く疑われ、出血が持続する場合には、10万以上を考慮する				
頭蓋内手術	血小板数を10万以上に維持する				
中心静脈カ テ挿入時	2万 以上				
腰椎穿刺	5万以上を目指す				
出血傾向の 強いDIC	急速に5万未満へ減少し、出血症状を認める場合				
急性白血病 /造血幹細 胞移植	⏪ 患者安定状態（発熱や重症感染症などが無い、急速な血小板減少がない）1万未満で予防投与する				
	状況に よって				
急性前骨髄 球性白血病	病期や合併症の有無等に 応じて、2~5万				
再生不良性 貧血/骨髄異 形成症候群	⏪ 血小板数が5千以上あって、出血症状が皮下出血斑程度の軽微な場合には、血小板輸血適応とはならない				
固形腫瘍 化学療法	⏪ 1万未満に減少し、出血傾向を認める場合には、1万以上を維持するよう投与				

引用：『血液製剤の使用指針』 厚生労働省医薬・生活衛生局 平成30年9月