資料２

ガイドライン策定の流れ

１．クリニカルクエスチョン（CQ）の設定

⇩

２．疾患名およびCQの内容に基づき選定されたキーワードを元に、文献を網羅的に検索

検索結果はデータベースに取り込む。

⇩

３．上記の検索で収集した文献のタイトルと著者抄録を査読し、フルテキストを取り寄せる文献を採択

これらにつきフルテキストを取り寄せ、各章担当者が査読する。

この時点で、主要な文献が抜けているなどの検索漏れに気づいた場合、適宜、追加検索（ハンドサーチを含む）を行う。

⇩

４．フルテキストを査読し、アブストラクトフォームを作成

研究デザイン、サンプル数、統計手法、追跡率などに基づき、文献のエビデンスレベルを判定。

⇩

５．アブストラクトフォームを作成したもののなかから、本文に採用するものを選択し、サイエンティフィック・ステートメントを執筆。

⇩

６．サイエンティフィック・ステートメントに基づき、背景、推奨文も執筆。推奨にはグレードをつける。

⇩

７．アブストラクトフォームと本文の照合・校正

アブストラクトフォームの記述量などにばらつきがないか、同じ文献でアブストラクトフォームが重複している場合、それらの整合性、本文のエビデンスレベルとアブストラクトフォームのエビデンスレベルがあっているかなどを確認

⇩

８．ガイドライン本文の最終案を、内部評価のために関係学会に配布

ＣＤ-ＲＯＭに焼き、アンケートを添えて評価を依頼する。評価期間は約３ヶ月。

アンケートの戻りは事務局。

⇩

９．評価を受けて、修正等につき委員会にて検討。適宜修正し、完成した稿を出版社編集部へ脱稿

⇩

１０．出版社編集部と、初校、再校などの工程を経て刊行

資料3

VTE予防ガイドライン作成工程

Step			項目	内容	担当	備考	進捗状況や予定	予定期間
Step. 1	全体の構成確認	1.1	ガイドラインの構成決定	作成の目的・対象・利用者の確定、 ガイドラインの章立て決定	委員会で討議		改訂版であるためほぼ確定	Sep-09
		1.2	CQ(Clinical question)の決定	現状の臨床現場における重要なquestionに沿って作成	委員会および領域別に討議			Oct-09
		1.3	各委員の担当領域の決定	エビデンスとなる文献採択及び 本文(Scientific Statement、推奨文、推奨グレードを含む)作成担当領域の決定	委員会で討議		専門領域別に作成するためほぼ決定	Sep-09
Step 2	文献収集	2.1	文献検索のキーワード決定	商用データベースによる検索のための検索式を決定	各領域担当委員/IMIC	question毎に検索することも可能。網羅的に検索した場合はノイズの多さと、絞って検索した場合は漏れのリスクがある。		Oct-09
		2.2	文献検索	海外文献:Medline、CochraneDB　国内文献:医中誌	IMICによる代行検索			Nov-09
		2.3	検索結果の取り込み	検索カテゴリー別に専用ガイドラインサイトにアップ	IMIC			Nov-09
Step 3	文献採択	3.1	文献一次選択	検索結果の文献タイトル、著者抄録を査読し、フルテキストを取り寄せる文献を選択 採択結果をガイドライン専用サイトにアップ	各領域担当委員			Dec-09
		3.2	追加検索	検索漏れなどの確認、委員による文献の追加	委員会・事務局/IMIC	各委員が把握している文献を追加。(ハンドサーチによる追加)		Dec-09
		3.3	フルテキスト取り寄せ	一次採択文献のフルテキスト取り寄せ PDF化してガイドライン専用サイトにアップ	IMIC	入手できた文献からアップする。取寄せに時間のかかる文献、入手困難な文献もある。		Dec-09
Step 4	構造化抄録作成	4.1	アブストラクト入力フォーム作成	ガイドライン専用サイトにアップ	IMIC			Jan-10
		4.2	アブストラクトフォーム作成	フルテキストをもとに構造化抄録作成	各領域担当委員	フルテキストから不要と判断された文献については、構造化抄録を作成しない方法をとるガイドラインもある。		Jan-10
		4.3	アブストラクトテーブル作成	採択した文献の内容を研究デザインごとに一覧表にする	各領域担当委員			Jan-10
Step 5	引用文献採択	5.1	本文に引用する文献選択(二次選択)	構造化抄録、アブストラクトテーブルを参考に、エビデンスとなる文献の採択	各領域担当委員			Feb-10
		5.2	エビデンスレベル、推奨グレード決定	研究デザイン、サンプル数、統計手法、追跡率などに基づき、文献のエビデンスレベルを判定	各領域担当委員			Feb-10
Step 6	本文執筆	6.1	エビデンス	エビデンスとした文献の抄録記載、 エビデンスレベル、文献番号付与	各領域担当委員			Mar-10
		6.2	サイエンティフィック・ステートメント(解説)	エビデンス文献からCQに沿ったコメント・解説を記載	各領域担当委員			Mar-10
		6.3	推奨	CQに対する結論といった形で推奨を作成、推奨グレードを記載、その根拠となった文献の内容をエビデンスレベルとともに記載、その根拠となった文献の内容をエビデンスレベルとともに記載	各領域担当委員			Mar-10
		6.4	本文の作成	CQ、推奨の他、序文、作成方法、アルゴリズムなどを作成	担当委員			May-10
Step 7	ガイドライン試案の完成	7.1	委員会として本文を検証、試案を作成	全体のバランス、CQに合致しているか、推奨グレード、エビデンスとなる文献の確認、エビデンスレベルの確認など	委員会で討議			Jul-10
		7.2	本文とアブストラクトフォームの照合・校正	アブストラクトフォームのばらつき、重複アブストラクトフォームの整合性、エビデンスレベルの照合など	委員会・事務局/IMIC	誤字・脱字などのチェックを含みます。		Jul-10
Step 8	関連学会への回覧		外部評価	評価期間は通常約3ヶ月		関連学会のHPなどに掲載し、コメントを収集することも検討		Sep-10
Step 9	最終版の完成		評価の反映		委員会で討議	寄せられたコメントを反映するか決定		Oct-10
Step 10	印刷・製本			出版社編集部と初校、再校などの工程を経て刊行		入稿から印刷まで、1ヶ月程度		Nov-10

資料 4

肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症 予防ガイドライン改訂
委員へのアンケート調査 結果

①リスク分類は何段階にすべきか。

2 段階　1 名
3 段階　22 名
4 段階　4 名

◆各委員からのコメント：
・海外ガイドラインとの整合性が必要。
・簡便な表が独り歩きして裁判等に用いられる心配あり。
・薬物予防が必須と誤解される恐れがある。

◇事務局コメント：
・日本で最もエビデンスが豊富な整形外科学会では、現時点では 3 段階は時期尚早と判断している。脳神経外科学会でも、出血性リスクに対しては非常に慎重な対応を求めており、4 段階を選択している。以上のご意見、ならびに現在、わが国では 4 段階のリスク分類が漸く浸透してきた現状を鑑み、事務局としては 4 段階リスク分類を提案したい。

②薬物的予防をより推奨するか。

より推奨する　9 名
これまで通り　14 名

◆各委員からのコメント
・理学的予防も薬物予防もわが国のエビデンスが少ない。
・新規薬物の保険適応範囲がまだ狭い。

◇事務局コメント：
・薬物予防を臨床現場より上手く使用するための啓蒙は大変重要だが、改訂ガイドラインを薬物中心に片寄ることなく、理学的予防法の長所も引き続き取り上げていきたい。

③セクション分類

ACCPに準ずる　22名
若干修正　4名

◆各委員からのコメント：
・本邦ガイドラインに準ずる。
・脊椎手術の項も必要。癌の項目の必要性の可否。

◇事務局からのコメント：
・基本的には初版のガイドラインに準じつつも、ACCPでのセッション分類も十分に参考にして決定する。提案するセッション分類は別紙のとおり。

④長距離旅行後血栓症の記載は必要か。

必要　9名
不要　10名

◆各委員からのコメント：
・社会的には必要。
・災害被災者での予防も含めてはどうか。

◇事務局からのコメント：
・必要性は十分あるが、今回は多くの新しい学会に参加頂いており、院外予防まで広げるのは困難と考える。次回改訂への課題としたい。

⑤VTEスクリーニングは必要か。

必要なし　14名
必要　2名
高リスク例のみ　6例

◆各委員からのコメント：
・エビデンスのないことを記載するのは、混乱を招くのではないか。
・現時点では各施設の判断に任せるべきである。

◇事務局からのコメント：

・エビデンスがない部分であり ACCP でも否定的であるため、今回は推奨しない。ただし、参考程度の記載をするか否かは担当者に検討して頂く。

⑥VTE 発生時の対処法の記載は。

記載　8名
参考程度に　14名
不要　4名

◆各委員からのコメント：
・範囲が広すぎる。
・別のガイドラインに譲るべき。

◇事務局からのコメント：
・治療までの記載は範囲も広く複雑であり、また日循などの診断治療ガイドラインもあるため、本ガイドラインには記載しない。ただし、参考程度の記載をするか否かは担当者に検討して頂く。

⑦推奨レベルの記載は

記載すべき　13名
参考程度に　6名
不要　4名

◆各委員からのコメント：
・欧米と日本のエビデンスとの使い分けはどうするか。
・治験のエビデンスしかないので薬物予防のみが推奨レベルがあがってしまう。

◇事務局からのコメント：
・推奨レベルの記載はガイドラインの基本であるため、難しい作業ではあるが、今回は取り入れてみたい。

⑧癌と腹腔鏡の記載法

まとめて記載　18名
各々のセクションで記載 4名

◆各委員からのコメント：
・内科癌患者が増える傾向があり、癌はまとめた方がよいのではないか。
・手術をしない側からは、まとめた方が分かりやすい。

◇事務局からのコメント：
・癌に関しては、癌領域の学会にもご参加いただいたので独立した記載としたい。合わせてそれぞれの領域においても詳しい記載をして頂く。腹腔鏡に関しては、整合性を取りつつそれぞれの領域において記載頂く。

⑨公開方法

出版社	19名
学会誌	11名
HP	15名
自費出版	1名

◆各委員からのコメント：
・ダイジェストを学会誌に掲載してはどうか。

◇事務局からのコメント：
・本編は、他のガイドラインと同様に出版社からの出版としたい。ただし、著作権や版権は本委員会で持つ方向で。ホームページでの公開も前向きに検討したい。

以上。

資料 5

VTE 予防ガイドラインにおけるリスクレベルや勧告の記載方法

◆「各論」では疾患や処置のリスク分類のみ一覧表として記載し、それに対する予防法は個別に文章で記載する。

（脳神経外科手術の記載例）

【各疾患や手術のリスクレベル】

リスクレベル	脳神経外科手術
低リスク	開頭術以外の脳神経外科手術
中リスク	脳腫瘍以外の開頭術
高リスク	脳腫瘍の開頭術
最高リスク	（VTE 既往や血栓性素因のある）脳腫瘍の開頭術

【勧告】

・開頭術を受ける患者では IPC による VTE 予防を推奨する。（Grade 1A）

・開頭術を受ける患者でより VTE リスクの高い場合には、術後出血のリスクが低下した後に薬物的予防の併用も考慮する。（Grade 2B）

・etc・・・

（上記は単なる例としての記載であり、勧告内容は架空のものである。）

◆「総論」においては、リスクレベルと目安となる VTE 発生率、ならびに（出血リスクのない場合の）一般的予防法を表で記載。

表 1　リスクレベルと静脈血栓塞栓症の発生率，および対応する予防法

リスクレベル	下腿 DVT (%)	中枢型 DVT (%)	症候性 PE (%)	致死性 PE (%)	推奨予防法
低リスク	2	0.4	0.2	0.002	早期離床および積極的な運動
中リスク	10～20	2～4	1～2	0.1～0.4	ES あるいは IPC
高リスク	20～40	4～8	2～4	0.4～1.0	IPC あるいは低用量未分画ヘパリン
最高リスク	40～80	10～20	4～10	0.2～5	(低用量未分画ヘパリンと IPC の併用) あるいは (低用量未分画ヘパリンと ES の併用)

(低用量未分画ヘパリンと IPC の併用) や (低用量未分画ヘパリンと ES の併用) の代わりに，用量調節未分画ヘパリンや用量調節ワルファリンを選択してもよい。
DVT：深部静脈血栓症，ES：弾性ストッキング，IPC：間欠的空気圧迫法，PE：肺血栓塞栓症

＊ 推奨予防法を記載するか否かは、更に検討を要する。

資料 6

VTE 予防ガイドライン改訂版　目次

・総論

・特論（局所麻酔関連）

・一般外科領域

・胸部外科領域

・心臓血管外科領域

・泌尿器科領域

・婦人科領域

・産科領域

・整形外科領域

・脊髄損傷

・脳神経外科領域

・重症外傷・重症熱傷

・内科疾患領域

・癌領域

・集中治療領域

・精神神経科領域

＊目次の順序は更に検討を要する。

肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン改訂委員会
2009.10.25 全体会議 概要

日 時　　2009 年 10 月 25 日（日）10 時から 15 時
場 所　　東京 TKP 大手町カンファレンスセンター　WEST カンファレンスルームB

議　事

1. 報告事項

①安藤太三先生（藤田保健衛生大学心臓血管外科教授）および片山泰朗先生（日本脳卒中学会、日本医科大学内科神経・腎臓・膠原病リウマチ内科部門教授）が本委員会へのご参加を了承された。

2. クリニカル・クエスチョンの検討（資料 1～17）

①手術を要する領域に関する検討：資料 18 に示す記載方法が簡潔であり、各領域でこの記載方法に沿って再検討することとなった。必要なものがあれば、各領域で追加検討を行うこととした。

②特論に関する検討：局所麻酔と抗凝固療法（新しい薬剤も含めて）に関して重点的に検討することとした。

③総論に関する検討：付加的なリスクに関することを中心にクリニカル・クエスチョンを策定することとした。

④産科に関する検討：外来通院中の妊婦に対する VTE 予防に関して本ガイドラインで言及するか否かが検討され、担当委員からは前向きな検討を行う旨が伝えられた。

⑤内科領域に関する検討：脳卒中、心不全、呼吸不全、感染症などの急性疾患を中心に検討することとした。

⑥集中治療領域に関する検討：主に内科系集中治療に重点をおいて検討することとした。また、集中治療領域に麻酔科学会の先生方にも加わって頂くこととした（資料 19）。

⑦癌領域に関する検討：手術に関連する予防に関しては主に各外科系領域で記載することとし、それ以外の化学療法などに関する部分などを扱うこととした。また、外来化学療法中の VTE 予防に関しても言及され、検討されることとした。

⑧精神神経科領域に関する検討：欧米にもエビデンスが少ないため作成に困難が予想されるが、内科系を中心に十分な協力体制をとっていくこととした。

・一般外科手術患者において予防的抗凝固療法の必要な患者は。
Key Words ; general surgery, general surgical patients, prophylaxis, venous thromboembolism, anticoagulation, (patient population),

・一般外科手術患者における推奨 VTE 予防期間は。
Key Words ; general surgery, general surgical patients, duration of prophylaxis, venous thromboembolism,

・一般外科手術患者における VTE リスク付加因子はどのようなものがあるか。
Key Words ; general surgery, general surgical patients, venous thromboembolism, risk factors, risk

・腹腔鏡手術患者において予防的抗凝固療法の必要な患者は。
Key Words ; laparoscopic surgery, general surgical patients, prophylaxis, venous thromboembolism, anticoagulation, (patient population),

・ 癌患者における VTE 付加危険因子、推奨 VTE 予防方法と予防期間は。
Key Words ; cancer patients, prophylaxis, duration of prophylaxis, venous thromboembolism, risk factors, risk

資料 2

呼吸器・縦隔手術でのクリニカルクエスチョンと文献検索用のキーワード

1. 胸部外科手術患者において予防的抗凝固療法の必要な患者は
   Key Words; thoracic surgery, general thoracic surgery, prophylaxis, venous thromboembolism, anticoagulation

2. 胸部外科手術患者において推奨されるVTE予防期間は
   Key Words; thoracic surgery, general thoracic surgery, duration of prophylaxis, venous thromboembolism

3. 胸部外科手術患者におけるVTEリスク付加因子はどのようなものがあるか
   Key Words; thoracic surgery, general thoracic surgery, venous thromboembolism, risk factors, risk

4. 胸腔鏡手術患者において予防的抗凝固療法の必要な患者は
   Key Words; thoracoscopic surgery, video-assisted thoracic surgery, thoracoscopy, prophylaxis, venous thromboembolism, anticoagulation

5. 硬膜外チューブによる術後疼痛管理中の患者における推奨VTE予防方法と予防期間は
   Key Words; epidural anesthesia, epidural block, epidural hematoma, prophylaxis, duration of prophylaxis, venous thromboembolism, venous return, anticoagulation, intermittent pneumatic compression, compression stocking

6. 食道がん術後のVTE予防に推奨される予防法は？
Key Words: esophageal cancer, surgery, venous thromboembolism, prophylaxis

7. 食道がん手術のVTE予防は何時まで行うべきか？
Key Words: esophageal cancer, surgery, venous thromboembolism, prophylaxis, duration

資料 3

クリニカルクエスチョン（胸部大動脈瘤）

1．虚血性心疾患患者で VTE のリスクは増加するか
Key words; ischemic heart disease (angina pectoris, unstable angina, acute myocardial infarction) AND VTE AND incidence AND mortality OR morbidity

2．冠動脈バイパス術後の VTE 発生頻度はどれくらいか？
Key words; CABG AND VTE AND incidence

3．冠状動脈バイパス術後の薬物学的 VTE 予防は必要か
CABG AND VTE and pharmacological prevention OR anticoagulant therapy OR thromboprophylaxis

4．冠動脈バイパス術後の理学的 VTE 予防法はどの程度普及しているか
CABG AND IPC OR elastic stocking OR mechanical prevention

5．Off-pump CABG では術後 VTE リスクは on-pump CABG よりも増加するか
Off-pump CABG AND on-pump CABG AND VTE AND risk

6．冠動脈バイパス術後の VTE 予防に抗血小板薬は有効か
CABG AND VTE AND prevention AND antiplatelet drugs OR aspirin

7．大動脈解離に対する保存的治療例で VTE リスクは増加するか
Acute aortic dissection AND medical treatment AND VTE AND incidence

8．胸部大動脈瘤術後患者の VTE 発生頻度はどれくらいか
Thoracic aortic aneurysm AND replacement AND VTE

資料 4

1) AAA患者でVTEリスクは増加するか？

Key Words ;

AAA(abdominal aortic aneurysm) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (prevention, diagnosis, and treatment).

2) AAA患者に予防的抗凝固療法は必要か。

Key Words ;

AAA(abdominal aortic aneurysm) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (risk, incidence, thromboprophylaxis).

3) AAA手術患者でVTEリスクは増加するか？

Key Words ;

AAA(abdominal aortic aneurysm) AND (graft replacement, operation) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (prevention, diagnosis, and treatment).

4) AAA手術患者に予防的抗凝固療法は必要か。

Key Words ;

AAA(abdominal aortic aneurysm) AND graft replacement AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (risk, incidence, thromboprophylaxis)

5) AAAの血管内治療（EVT）患者でVTEリスクは高いか？

Key Words ;

EVT(endovascular treatment, stent graft) AND AAA(abdominal aortic aneurysm) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (prevention, diagnosis, and treatment).

6) AAAの血管内治療（EVT）患者に予防的抗凝固療法は必要か。

Key Words ;

EVT(endovascular treatment, stent graft) AND AAA(abdominal aortic aneurysm) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (risk, incidence, thromboprophylaxis)

資料５

・閉塞性動脈硬化症でVTEリスクは増加するのか。
Key Words ;
(ASO, PAD, peripheral artery occlusive disease, peripheral obstructive arterial disease) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (risk, incidence, prophyla*).

(ASO, PAD, peripheral artery occlusive disease, peripheral obstructive arterial disease) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (prevention, diagnosis, and treatment).

・バイパス手術でVTEリスクは増加するのか。
Key Words ;
(ASO, PAD, peripheral artery occlusive disease, peripheral obstructive arterial disease) AND bypass surgery AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (risk, incidence, prophyla*).

(ASO, PAD, peripheral artery occlusive disease, peripheral obstructive arterial disease) AND bypass surgery AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (prevention, diagnosis, and treatment).

・血管内治療（ＥＶＴ）にてＶＴＥリスクは今も高いのか
EVT(peripheral arterial intervention) AND AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (risk, incidence, prophyla*).

EVT(peripheral arterial intervention) AND AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, deep venous thrombosis) AND (prevention, diagnosis, and treatment).

・ＡＳＯの手術、ＥＶＴ、下肢切断後にＶＴＥ予防法は必要か。
(lower extremity amput*, below-knee amput*) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, DVT) AND (risk, incidence, prophyla*).

(lower extremity amput*, below-knee amput*) AND VTE(venous thromboembolism, pulmonary embolism, DVT) AND (prevention, diagnosis, and treatment).

・下肢静脈瘤の VTE リスクは増加するのか。
Key Words ; varicose veins, venous thromboembolism, risk,

・ストリッピング手術の VTE リスクは増加するのか。
Key Words ; varicose veins, stripping operation, venous thromboembolism, risk,

・静脈内 Laser および高周波焼灼術における推奨 VTE 予防方法と予防期間は
Key Words ; varicose veins, endovenous laser therapy, endovenous radiofrequency ablation, prophylaxis, duration of prophylaxis, venous thromboembolism, risk,

・下肢静脈瘤硬化療法患者において、予防的抗凝固療法の必要な患者は。
Key Words ; varicose veins, sclerotherapy, prophylaxis, venous thromboembolism, anticoagulation, (patient population),

資料 7

VTE予防ガイドライン

泌尿器科領域

CQ	内容	Key Word 1	2	3	4	5	6	7
CQ 1	泌尿器科手術における付加的リスクは何か？	VTE	urologic surgery	risk factor	urological patients	urological cancer		
CQ 2	経尿道的手術後のVTE発生のリスクレベルと有効な予防法は何か？	VTE	urologic surgery	TUR	Prostate	Bladder cancer	prophylaxis	
CQ 3	がん以外の泌尿器科手術後のVTE発生のリスクレベルと有効な予防法は何か？	VTE	urologic surgery	benign	incontinence	urolithiasis	prophylaxis	
CQ 4	泌尿器がんの開腹手術後のVTE発生のリスクレベルと有効な予防法は何か？	VTE	urologic surgery	urologic cancer	prostatectomy	cystectomy	nephrectomy	prophylaxis
CQ 5	泌尿器腹腔鏡手術後のVTE発生のリスクレベルと有効な予防法は何か？	VTE	laparoscopic surgery	nephrectomy	partial rephrectomy	adrenarectomy	prophylaxis	

クリニカルクエスチョン　産婦人科領域

＜産科＞（以下、リスクはすべて VTE リスクを意味する）

Q1:　正常経腟分娩のリスクは？

Q2:　経腟分娩でも吸引分娩や鉗子分娩のリスクは、正常分娩より増加するか？

Q3:　高度の裂傷や大量出血のため分娩後の処置に長時間要する場合のリスクは、正常分娩より増加するか？

Q4:　高齢妊婦（35 歳以上、40 歳以上）のリスクは、35 歳未満より増加するか？

Q5:　肥満妊婦（BMI27 以上、30 以上）のリスクは、BMI27 未満より増加するか？

Q6:　長期ベッド上安静（重症妊娠悪阻、切迫流産、切迫早産、妊娠高血圧症候群重症、多胎、前置胎盤など）の場合、そうでない妊婦よりリスクは増加するか？

Q7:　習慣流産（不育症）・子宮内胎児死亡・子宮内胎児発育不全・常位胎盤早期剥離などの既往（抗リン脂質抗体症候群や先天性血栓性素因の可能性）の場合、そうでない妊婦よりリスクは増加するか？

Q8:　血液濃縮（例えば妊娠後半期のヘマトクリット 37%以上）の場合、そうでない妊婦よりリスクは増加するか？

Q 9:　卵巣過剰刺激症候群の場合、そうでない妊婦よりリスクは増加するか？

Q 10:　著明な下肢静脈瘤の場合、そうでない妊婦よりリスクは増加するか？

Q11:　帝王切開のリスクは、正常分娩より増加するか？

Q12:　複数のリスク因子を持つ帝王切開の場合、通常の帝王切開よりリスクは増加するか？

Q13:　血栓性素因や VTE の既往妊婦の場合、そうでない妊婦よりリスクは増加するか？

資料 8

＜VTE 合併妊産婦への対応＞

Q1: 妊娠中 VTE 発症時の対策は？

Q2: VTE 治療後の妊娠中の予防は？

Q3: DVT が一時的なリスクによるもので明らかな血栓性素因を認めない場合は？

Q4: 明らかな血栓性素因がある場合や、他の付加的な血栓症リスクがある場合は？

Q5: VTE の既往妊婦の次回妊娠時の対策は？

Q6: VTE の既往がない血栓性素因を有する妊婦の妊娠中対策は？

Q7: 人工心臓弁を装着している妊婦の妊娠中対策は？

Q8: 抗凝固薬投与中の授乳に関しては？

Q 9: 抗凝固薬はいつまで投与中すべきか？

＜参考＞
P: patient（どのような対象に）
I: intervention（どのような予防を行ったら）
C: comparison（予防を行わない場合に比べて）
O: outcome（どれだけ結果が違うか）

＜婦人科＞

Q1: 手術時間 30 分以内、または 45 分以内の場合、それ以上の手術よりリスクは増加するか？

Q2: 手術時間 3 時間以上の場合、それ以下の手術よりリスクは増加するか？

Q3: 年齢によりリスクは増加するか？40 歳未満、40-60 歳、60 歳以上ではどうか。

Q4: 巨大な子宮筋腫や卵巣腫瘍手術では、通常の良性疾患手術よりリスクは増加するか？

Q5: 骨盤内高度癒着の手術では、通常の良性疾患手術よりリスクは増加するか？

Q6: 腹腔鏡下手術では、開腹手術よりリスクは増加するか？長時間の場合はどうか？

Q7: 砕石位の手術では、それ以外の体位で行う手術よりリスクは増加するか？長時間の場合はどうか？

Q8: ピル服用者や閉経後のホルモン補充療法施行婦人の手術では、そうでない婦人よりリスクは増加するか？

Q 9: 悪性疾患手術（卵巣癌、子宮体癌、子宮頚癌など）の場合、良性疾患手術よりリスクは増加するか？

Q 10: 悪性疾患の場合、根治手術とそうでない手術ではリスクは異なるか？

Q11: リンパ節郭清（とくに傍大動脈領域まで）を施行した場合、リスクは増加するか？

Q12: 出血量や輸血量とリスクに因果関係はあるか？

Q13: 血栓性素因や VTE の既往がある場合、リスクは増加するか？