

【抗凝固薬・抗血小板薬の手術・検査における 休薬ガイドライン】

本ガイドラインは、当院において、抗凝固薬・抗血小板薬内服中の患者の治療の際、抗凝固薬・抗血小板薬の休薬についての、臨床上の指針となるものである。

本ガイドラインは、決して主治医の裁量権を制限するものではないが、このガイドラインに準じ、個人差を考慮・検討して診療を行うことが望ましい。

【同意を得る重要性について】

内服中の抗凝固薬・抗血小板薬の効果を損なわず、かつ、出血性合併症の危険を増加させないで安全な治療が行えることが理想である。しかし、これらの薬の効果は個人差も大きいため「休薬するほうがいいのか」、「休薬しないでも大丈夫なのか」を確実に判断することは難しい。

従って、治療の場合には、休薬しても休薬しなくても必ずある程度の危険を伴うことを、患者とその家族にまず説明し、同意を得た上で、休薬するか休薬しないかを決めることが重要である。

1 疾患のリスク分類と手技のリスク分類

個々の患者の休薬に関するリスクを、疾患のリスク分類と手技のリスク分類の両面から分類し、適切な対応方法を決定する。

1) 疾患のリスク分類

低リスク疾患	<ul style="list-style-type: none"> ●非弁膜症性心房細動 ●冠動脈疾患 ●合併症のない深部静脈血栓症 ●閉塞性動脈硬化症 ●大動脈弁の機械弁 ●生体弁
高リスク疾患	<ul style="list-style-type: none"> ●弁膜症合併の心房細動 ●肺塞栓合併の深部静脈血栓症 ●塞栓症（脳、四肢、腎臓などを含むすべての塞栓症） ●僧帽弁の機械弁

2) 手技のリスク分類

低リスク手技	<ul style="list-style-type: none"> ○消化器内視鏡における非観血的手技（※1） ○拔歯を含む一般歯科治療 ○眼科手術（白内障等） ○皮膚小手術 ○腹膜透析カテーテル留置・出口作成 ○内シャント設置術 ○血管造影（冠動脈等） ○ペースメーカー植え込み
高リスク手技	<ul style="list-style-type: none"> ○消化器内視鏡における観血的手技（※1） ○予定の大手術、鏡視下手術

	<input type="radio"/> 腎生検 <input type="radio"/> 髄液穿刺 <input type="radio"/> 胸腔穿刺 <input type="radio"/> リザーバー植え込み <input type="radio"/> 気管支鏡下生検
--	---

※1 消化器内視鏡検査

非観血的	<ul style="list-style-type: none"> ・生検 ・粘膜凝固 ・胃ろうチューブ交換 ・マーキング ・クリッピング ・切開のない消化管および膵、胆道ステント挿入等
観血的	<ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡的切除 (EMR、ESD、ポリペクトミー) ・超音波ガイド下穿刺 ・消化管ブジー拡張 ・内視鏡下乳頭切開術 (EST) ・胃ろう造設等の消化管処置 ・胃、食道静脈瘤治療等

2 リスク分類別薬剤の処置前休薬期間 マトリックス図

		低リスク手技	高リスク手技
		<input type="radio"/> 消化器内視鏡における非観血的手技 <input type="radio"/> 拔歯を含む一般歯科治療 <input type="radio"/> 眼科手術(白内障等) <input type="radio"/> 皮膚小手術 <input type="radio"/> 腹膜透析カテーテル留置・出口作成 <input type="radio"/> 内シャント設置術 <input type="radio"/> 血管造影(冠動脈等) <input type="radio"/> ペースメーカー植え込み	<input type="radio"/> 消化器内視鏡における観血的手技 <input type="radio"/> 予定の大手術、鏡視下手術 <input type="radio"/> 腎生検 <input type="radio"/> 髄液穿刺 <input type="radio"/> 胸腔穿刺 <input type="radio"/> リザーバー植え込み <input type="radio"/> 気管支鏡下生検
疾患のリスク分類	手技のリスク分類		
低リスク疾患	<ul style="list-style-type: none"> ●非弁膜症性心房細動 ●冠動脈疾患 ●合併症のない深部静脈血栓症 ●閉塞性動脈硬化症 ●大動脈弁の機械弁 ●生体弁 	A	C
高リスク疾患	<ul style="list-style-type: none"> ●弁膜症合併の心房細動 ●肺塞栓合併の深部静脈血栓症 ●塞栓症(脳、四肢、腎臓などを含むすべての塞栓症) ●僧帽弁の機械弁 	B	D

1) ワーファリン内服中の対応

A	(1)休薬不要 (2)処置当日のPT-INR2.5以上で処置延期 (生検はPT-INR2.0以上で延期)	C	(1)必要があれば投与科に事前にコンサルトする (2)処置の3~5日前から休薬 (3)処置当日のPT-INR1.5以下を確認する (4)処置2日後から内服再開
B		D	(1)処置科に入院 (2)必ず投与科に処置の可否、代替治療の必要性とその方法、再開の時期などについて事前にコンサルトする(3週間以上前が望ましい) (3)麻酔科的処置が必要な場合には同様に事前にコンサルトする (4)処置の3~5日前から休薬 (5)休薬中には代替治療(ヘパリン持続点滴)を行うことが望ましい

2) ワーファリン以外の抗凝固薬内服中の対応 (プラザキサ)

A	(1)休薬不要	C	(1)処置の3日前から休薬 (2)処置3日後から内服再開
B		D	(1)処置科に入院 (2)処置の3日前から休薬 (3)休薬中には代替治療(ヘパリン持続点滴)を行うことが望ましい

3) 抗血小板薬内服中の対応

A	(1)アスピリン(バイアスピリン、バファリン等)の単独内服中の場合 ⇒ 継続投与 (2)チクロピジン(パナルジン)、クロピドグレル(プラビックス)の単独内服中の場合 ⇒投与科にコンサルトする (3)シロスタゾール(プレタール)の単独内服中の場合 ⇒①継続投与 ②休薬する場合は処置の2日目から休薬 ③他の抗血小板薬の休薬中の代替薬として使用可能 (4)2剤以上の抗血小板薬併用中の場合 ⇒投与科に事前にコンサルトする(3週間以上前が望ましい)	C	(1)必ず投与科に事前にコンサルトする(3週間以上前が望ましい) (2)麻酔科的処置が必要な場合には同様に事前にコンサルトする ※薬剤別の詳細は、「院内Web」→「診療科・医局・医師」→「消化器科」へ 『☆抗血小板・抗凝固薬の内視鏡施行時休薬日数』参照
B		D	

4) 抗血小板薬とワーファリンとの併用の場合の対応

A	(1)両薬剤について必ず投与科に事前にコンサルトする(3週間以上前が望ましい)	C
B		D

<参考文献>

- 2008 年度合同研究班報告：循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン（2009 年改訂版）
- 日本消化器内視鏡学会リスクマネージメント委員会：内視鏡治療時の抗凝固薬、抗血小板薬使用に関する指針