

29. 周術期の投薬マネジメント(心血管系)

From MY point of view

- 内服薬の管理は、周術期のメリット・デメリットを理解して判断する。
- 継続が推奨されるものは、スタチン(強いエビデンスあり)・ β 遮断薬・ α 作動薬・Ca拮抗薬。
- ACE阻害薬、ARBについては中止が推奨されていたが、近年、慢性心不全患者や高血圧患者で継続が妥当とされてきた。
- 利尿薬は、降圧目的(サイアザイド系)であれば継続が推奨される。
- スタチン以外の脂質異常症治療薬は中止しても差し支えない。
- 狭心症治療薬、抗不整脈薬のエビデンスはないが継続が一般的である。
- ジギタリスは継続が推奨される。
- カテコールアミンは血行動態に合わせて継続する。

出典 1) UpToDate “Perioperative medication management ” last updated Feb. 2017.

2) 『新・麻酔科研修の素朴な疑問に答えます』 稲田英一・編 第一版 2016年9月

- β 遮断薬: 心血管系保護のエビデンスがある。特に、高血圧・頻脈症例で継続が推奨される。ランジオロールで代替し、すみやかに内服再開させる。
- α 作動薬: β 遮断薬よりも強く継続が推奨される。長期内服患者は退薬兆候をきたす可能性があるため、日本ではデクスメトミジンの静注で対応することはできる(海外では経皮クロニジンがある)。
- Ca拮抗薬: 術前から服用している患者であれば継続が推奨される。術後高血圧があれば注射薬を使用する。
- スタチン: 周術期の心血管系イベント抑制効果のエビデンスがあるので、術当日も続ける。日本では注射薬がないためすみやかに内服開始させる。
- ACEI/ARB: 継続は周術期低血圧を起こすが、術後高血圧を減らす可能性がある。2014年のACC/AHAガイドラインでは慢性心不全患者や高血圧患者で継続が妥当とされた。RCTでは心筋梗塞や死亡リスクを増やしたという明確なエビデンスはない。ACEI/ARBが術後のAKIやAfを増やすという報告もあるが、全く逆の報告もあり、今後評価が変わる可能性もある。注射薬はなく、術後高血圧があれば内服再開させる。
- 利尿薬: <サイアザイド系利尿薬>注射薬はなく、術後高血圧があればすみやかに再開する。<ループ利尿薬>低カリウム血症や循環血漿量減少をきたす可能性がある(低血圧が増えるエビデンスはない)。必要時は注射薬で対応できる。<K保持性利尿薬>術後の高アルドステロン血症予防効果を期待して継続してもよい。高K血症の出現に注意が必要して注射薬の使用が可能。<バソプレシン受容体拮抗薬(サムスカ®)>周術期の知見がないが、術後早期に必要な可能性は高い。
- スタチン以外の脂質異常症治療薬: 中止しても安全であり、継続で心血管系イベントが減ったという報告もない。
- 狭心症治療薬: 継続による周術期心筋虚血イベントを抑制するエビデンスはないが、特に異型狭心症では継続されるのが一般的である。注射薬(ニコランジル)や亜硝酸貼付薬で代替する。
- 抗不整脈薬: エビデンスはないが、退薬により不整脈発作が生じるリスクが増大するため継続を考慮する。飲水開始時に再開する。
- ジギタリス: 十分なエビデンスはないが、左心機能低下やAfコントロール目的で投薬されている患者では、入院および再入院を減らすという報告がある。ただし、スキサメニウムとの併用で催不整脈性が増大するので注意。
- カテコールアミン: 血行動態に合わせて増減ながら継続し、安定してから漸減中止する。