

6. 周術期の抗凝固療法について

From MY point of view

- 2013 年の心房細動治療ガイドライン改定から、CHADS₂スコア 1 点から抗凝固療法の適応となった (プラザキサかエリキュース: DOAC)
- CHADS₂スコア 2 点以上もまずは DOAC が推奨される
- DOAC のなかで、プラザキサは腎排泄率 80% のため、腎機能によって休薬期間が違うので注意が必要
- 手術侵襲と患者の状態に応じて、抗凝固療法の継続 or 中止を判断する必要がある
- 歯科・眼科・皮膚科といった体表手術において抗凝固療法は継続が推奨される (class II a)
- 弁膜症性心房細動にはワルファリンのみが適応。血栓形成の高リスク群であり、その中止の際は必ずヘパリン置換を行う必要がある (自験例)
- ペインクリニック学会から新しく出た「抗血栓療法中の区域麻酔・神経ブロックガイドライン 2016」では手技の出血リスクを高リスク・中リスク・低リスクの 3 つに分類して、そのリスクに応じて休薬期間を定めた
- 不必要な抗凝固療法の中止には NO ! と言える麻酔科医になろう

出典 抗血栓療法中の区域麻酔・神経ブロックガイドライン 2016 (ペインクリニック学会)
心房細動治療 (薬物) ガイドライン 2013 年改訂版
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)

- 硬膜外麻酔・脊髄くも膜下麻酔・深部神経ブロックは中リスク、体表面の神経ブロックは低リスク
- 深部神経ブロックには三叉神経節ブロック・星状神経節ブロック・傍脊椎ブロック・腕神経叢ブロック (腋窩法は体表に分類)・閉鎖神経ブロック・坐骨神経ブロック・腰神経叢ブロックなどが含まれる
- 腹横筋膜面ブロック・腹直筋鞘ブロック・大腿神経ブロック・外側大腿皮神経ブロックは体表面の神経ブロック
- 低リスク群のブロックを施行する際の抗凝固療法の中止は個別に判断する
- 高リスク・中リスクの休薬期間に差はない
- ヘパリンは穿刺 4 時間前に中止、穿刺手技前に APTT と血小板が基準値内であることを確認する、と記載
- 自験例: 79 歳男性、1999 年に MVR 施行、以後は心房細動に対してワルファリンの内服をしていた。2013 年に口腔外科で口腔内手術を施行。ワルファリンは中止され、ヘパリン置換もされなかった。術後は維持量で再開されたが、術後 1 か月後の PT-INR は 1.43 と低値であったためワルファリンは増量された。しかし、術後 3 か月後の年 1 回 follow up 心エコーで巨大血栓を指摘され、開心術へ。

<標本>

