【立川綜合病院　抗血栓薬　周術期休薬期間の目安】

※記載されている休薬期間は、あくまでも「目安」です。実際は患者の状態や出血リスク、休薬による血栓のリスク等に応じて判断をしてください。
※抜歯、白内障手術、体表の小手術、出血リスクの低い消化器内視鏡で術後出血への対応が容易な場合等は、継続下での実施が推奨されています。
※脊椎麻酔・硬膜外麻酔・深部神経ブロックを行う際は下記休薬期間より数日長い休薬期間が必要な場合があります。詳細は麻酔科医にご相談ください。
※通常、術後24～72時間以内に再開をしてください。薬剤によっては負荷投与を考慮してください。

分類	一般名	商品名（青字は当院採用）	術前休薬期間の目安（手術当日を含まない）	
抗血小板薬 ※次ページ以降の資料を参照	アスピリン	バイアスピリン錠	休薬なしor 7日（出血リスクが高い手術の場合）	
		アスピリン		
		アスピリン腸溶錠		
	ｱｽﾋﾟﾘﾝ・ﾗﾝｿﾌﾟﾗｿﾞｰﾙ配合剤	タケルダ配合錠		
	ｱｽﾋﾟﾘﾝ・ﾎﾞﾉﾌﾟﾗｻﾞﾝ配合剤	キャブピリン配合錠		
	アスピリン・ クロピドグレル配合剤	コンプラビン配合錠	アスピリン、クロピドグレル両剤の項目を参照 （アスピリン、クロピドグレルそれぞれの処方に変更）	
		ロレアス配合錠		
	クロピドグレル硫酸塩	プラビックス錠	5日	
		クロピドグレル錠		
	プラスグレル塩酸塩	エフィエント錠、OD錠	7日	
		プラスグレル錠、OD錠		
	チクロピジン塩酸塩	パナルジン錠、細粒	7日	
		チクロピジン塩酸塩錠		
	チカグレロル	ブリリンタ錠	3日	
	シロスタゾール	プレタールOD錠、散	2日	
		シロスタゾール錠、OD錠、内服ゼリー		
	イコサペント酸エチル （EPA）	エパデールS、カプセル、EMカプセル	1～7日	
		イコサペント酸エチルカプセル、 粒状カプセル		
	ベラプロストナトリウム	ドルナー錠	1日	
		ベラプロストNa錠		
		ベラサスLA錠		
		プロサイリン錠		
		ケアロードLA錠		
	サルポグレラート塩酸塩	アンプラーグ錠、細粒	1日	
		サルポグレラート塩酸塩錠		
抗凝固薬 ※次ページ以降の資料を参照			出血リスクの低い手術	出血リスクが中等度から高度の手術
	ダビガトランエテキシラート メタンスルホン酸塩	プラザキサカプセル	(Ccr≧80)：24時間 (79≧Ccr≧50)：36時間 (49≧Ccr≧30)：48時間	(Ccr≧80)：48時間 (79≧Ccr≧50)：72時間 (49≧Ccr≧30)：96時間
	エドキサバントシル酸塩水和物	リクシアナ錠、OD錠	(Ccr≧30)：24時間 (29≧Ccr≧15)：36時間	48時間
	リバーロキサバン	イグザレルト錠、OD錠、細粒分包、 ドライシロップ小児用		
		リバーロキサバン錠、OD錠		
	アピキサバン	エリキュース錠		
	ワルファリンカリウム	ワーファリン錠、顆粒 ワルファリンK細粒、錠	3～5日 ※1 必要に応じてヘパリン置換を考慮（別紙参照） ※2 内視鏡生検のPT-INR値・院内基準（別紙参照）	3～5日
冠血管拡張薬	リマプロストアルファデクス	オパルモン錠	1日	
		リマプロストアルファデクス錠		
冠血管拡張薬	ジピリダモール	ペルサンチン錠	1日	
		ジピリダモール散、錠		
	ジラゼプ塩酸塩	コメリアンコーワ錠	1日	
		ジラゼプ塩酸塩錠		
	トラピジル	トラピジル錠	1日	
		ロコルナール錠		
高脂血症薬	オメガ-3脂肪酸エチル	ロトリガ粒状カプセル	1～7日	
		オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル		

参考資料：2020年JCSガイドライン　冠動脈疾患における抗血栓療法　等
※T-Macss上のPDF版では薬剤名の検索が可能です。

術前休薬検討小委員会　2026年9月15日 改訂（ver.6）

【非心臓手術・処置の出血リスク】

JCSガイドライン 冠動脈疾患患者における抗血栓療法(2020)より

出血リスク	低	中	高
一般外科領域	ヘルニア形成術，瘢痕ヘルニア形成外科手術，胆嚢摘出術，虫垂・結腸切除術，胃・小腸部分切除術，乳房手術，体表手術（膿瘍切開，皮膚小切開 手術）	痔核切除術，脾臓摘出術，胃切除術，肥満手術，直腸切除術，甲状腺切除術	肝切除術，膵頭十二指腸切除術
血管外科領域	頸動脈内膜剥離術，下肢動脈バイパス術，下肢動脈内剥離術，胸部・腹部ステントグラフト内挿術（TEVAR・EVAR），四肢切断術	開腹による腹部大動脈手術	開胸による胸部・胸腹部手術
整形外科領域	手の手術，肩・膝の関節鏡，軽度の脊椎手術	人工肩関節手術，主要な脊椎手術，膝手術（前十字靭帯，骨切り術），足の手術	主要な人工関節手術（股関節，膝関節），主要な外傷手術（骨盤，長骨），高齢者の近位大腿骨骨折手術
泌尿器科領域	膀胱鏡，尿管力テーテル，尿管鏡	前立腺生検，精巣摘除術，包皮環状切除術	根治的腎摘除，腎部分切除，経皮的腎瘻増設術，経皮的砕石術，膀胱切除術，根治的前立腺切除術，経尿道的前立腺切除術（TURP），経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT），陰茎切除術，部分精巣摘除術
胸部外科領域	肺楔状切除術，診断目的の胸腔鏡，胸壁切除術	肺葉切除術，肺全摘術，縦隔鏡検査，胸骨切開，縦隔腫瘤切除術	食道切除術，胸膜肺切除術，肺剥皮術
消化管内視鏡	上部消化管内視鏡，下部消化管内視鏡，生検を伴わない超音波内視鏡，カプセル内視鏡，内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP），内視鏡的粘膜生検（超音波内視鏡下穿刺吸引術を除く），バルーン内視鏡，マーキング（クリップ，高周波，点墨など），消化管・膵管・胆管ステント留置法（事前の切開手技を伴わない），内視鏡的乳頭バルーン拡張術	ポリペクトミー（ポリープ切除術），充実性病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引術，内視鏡的消化管拡張術，内視鏡的粘膜焼灼術，経皮内視鏡的胃瘻造設術，内視鏡的食道・胃静脈瘤治療	アカラシアにおける内視鏡的消化管拡張術，内視鏡的粘膜切除術，内視鏡的粘膜下層剥離術，内視鏡的乳頭括約筋切開術，膵嚢胞病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引術
その他	歯科処置（抜歯，歯周外科手術，膿瘍切開，インプラント挿入），白内障手術，気管支鏡など	気管支生検，経気管支的針吸引など	脊椎または硬膜外麻酔，腰椎穿刺，脊髄手術，頭蓋内手術，後眼房手術など

【血栓リスク（CREDO-Kyoto リスクスコア）】

JCSガイドライン 冠動脈疾患患者における抗血栓療法(2020)より

血栓リスク（心筋梗塞・ステント血栓症・虚血性脳卒中）の予測スコア

因子	ポイント
CKD（透析または eGFR＜30 mL/分/1.73 m^2）	2
心房細動	2
PVD	2
貧血（ヘモグロビン値＜11 g/dL）	2
年齢（≧ 75 歳）	1
心不全	1
糖尿病	1
慢性完全閉塞（CTO）	1
スコアの範囲	0～12

0～1 ポイントを低リスク，2～3 ポイントを中リスク，4 ポイント以上を高リスクに分類

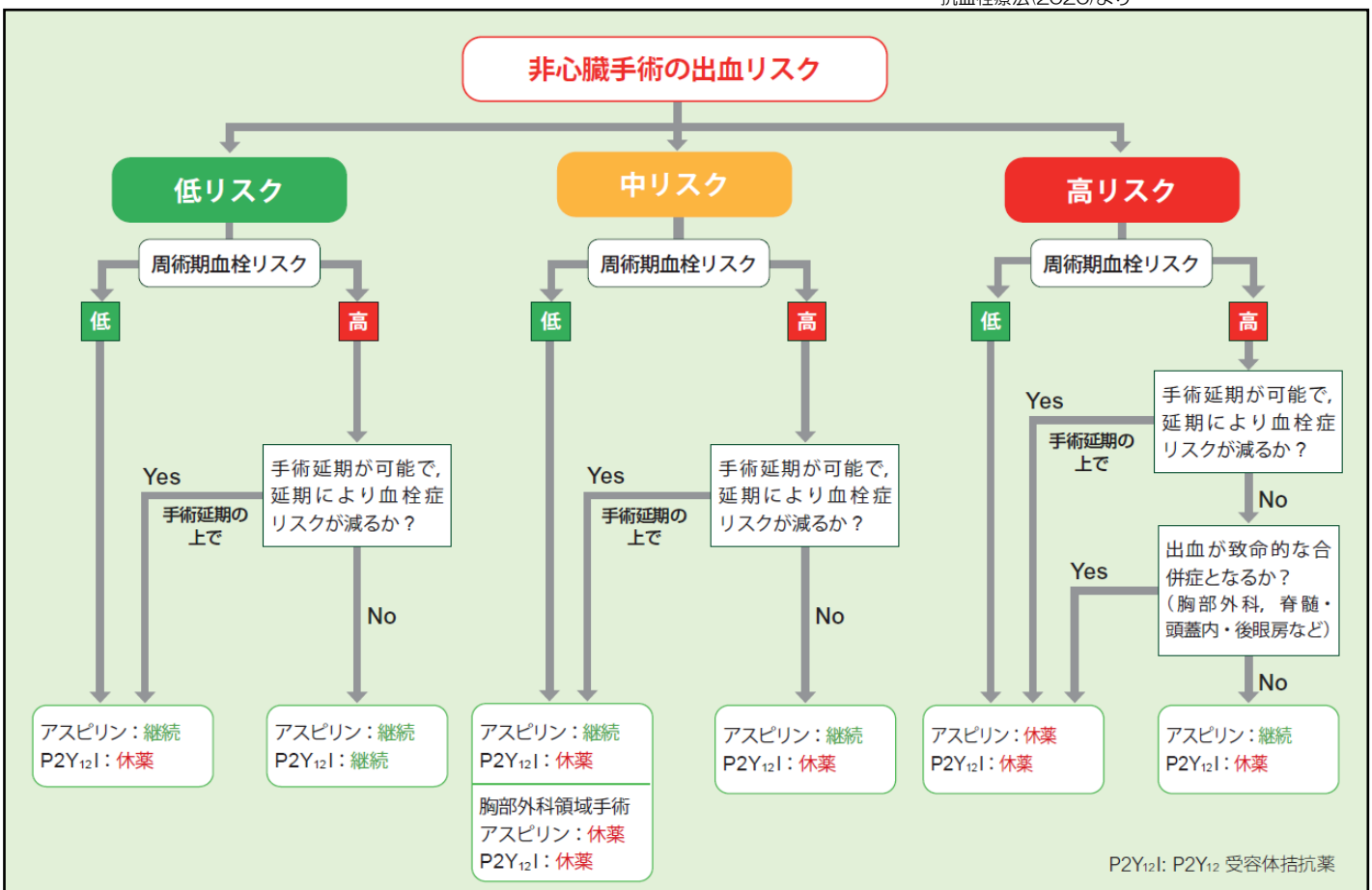
【ステント血栓症リスク因子】

JCSガイドライン 冠動脈疾患患者における抗血栓療法(2020)より

- 第一世代のDES
- 3本以上のステント留置
- 3病変以上の治療
- 分岐部2ステント
- 総ステント長＞60 mm
- SVGに対するステント
- DAPT治療下における ステント血栓症の既往
- 小血管のステント

【冠動脈疾患患者における非心臓手術施行時の抗血小板薬の休薬】

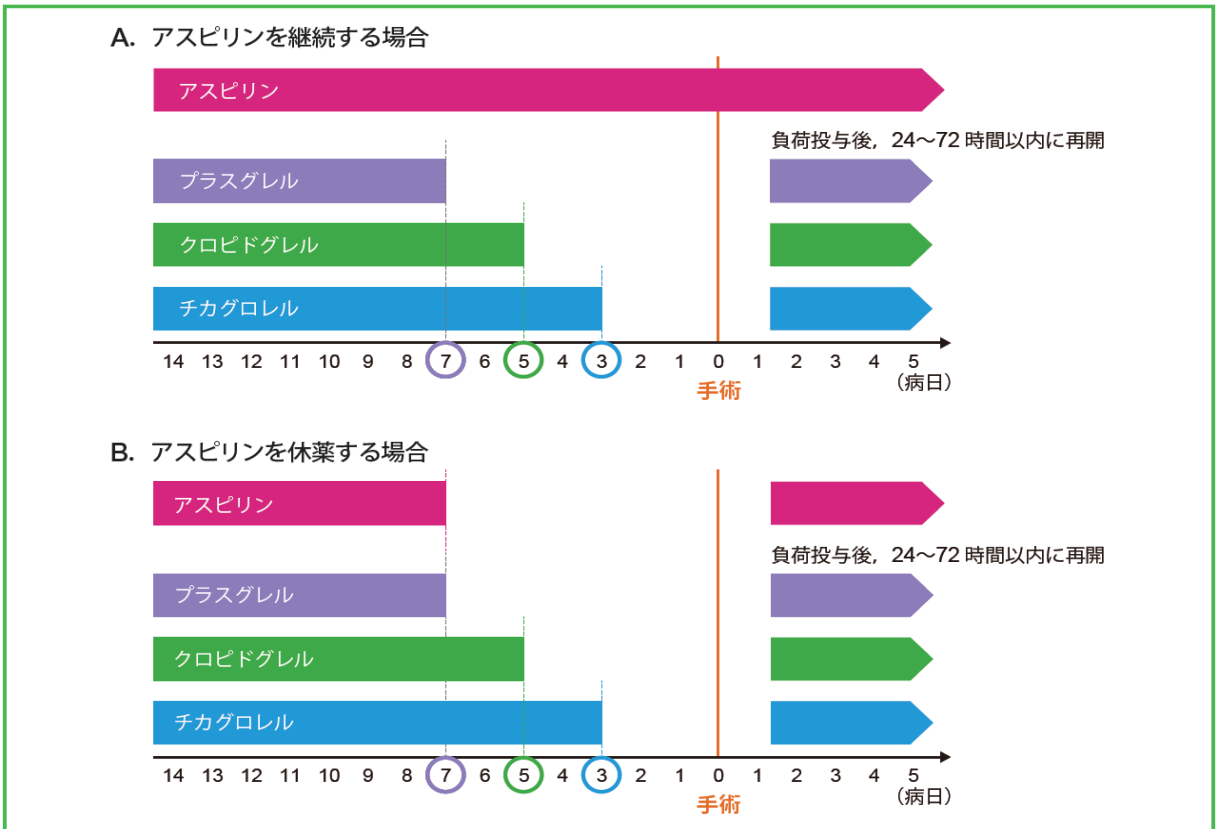
JCSガイドライン 冠動脈疾患患者における抗血栓療法(2020)より



手術の出血リスクに加え、患者の出血リスクも考慮した上で判断する。
「周術期血栓リスク：高」には、推奨されるDAPT 期間中の患者も含まれる。その他、血栓リスクに関しては、前ページ等も参照。
消化管内視鏡処置に関しては、日本消化器内視鏡学会等6学会合同による「抗血栓薬服用者に対する消化管内視鏡診療ガイドライン(2012年、2017年追補)」も参照。

【待機的手術における抗血小板薬の術前の休薬時期と術後の再開時期】

JCSガイドライン 冠動脈疾患患者における抗血栓療法(2020)より



アスピリンは継続を基本とするが、出血リスクが高い手術において、周術期血栓リスクが低い患者や出血が重篤な状態を引き起こしうる患者などでは、手術の7日前からのアスピリン休薬を考慮する。

【待期的手術における抗凝固薬の術前の休薬時期と術後の再開時期】

JCSガイドライン 冠動脈疾患患者における抗血栓療法(2020)より

○:服用　△:手術の施行時間や患者の病状等もふまえ内服の可否を決定。術前のカッコ内は推奨される最終服薬のタイミングを表す。×:休薬

A. 出血リスクが極めて低いまたは止血が容易である手術（抜歯，体表手術など）

	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	手術日（術後）	1日後	2日後	3日後
DOAC	○	○	○	○	△（≧12時間）	△ 術後6～8時間以降	○	○	○
ワルファリン	○	○	○	○	○	△ 術後24時間以内	○	○	○

B. 出血リスクの低い手術

		5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	手術日（術後）	1日後	2日後	3日後
ダビガトラン	CCr ≧ 80 mL/分	○	○	○	○	△（≧24時間）	△ 術後6～8時間以降	○	○	○
	CCr 50～79 mL/分	○	○	○	△（≧36時間）	×*		○	○	○
	CCr 30～49 mL/分	○	○	○	△（≧48時間）	×*		○	○	○
リバーロキサバン アピキサバン エドキサバン	CCr ≧ 30 mL/分	○	○	○	○	△（≧24時間）		○	○	○
	CCr 15～29 mL/分	○	○	○	△（≧36時間）	×*		○	○	○
ワルファリン		△（＞3～5日）	△（＞3～5日）	×*	×*	×*	△* 術後24時間以内	○*	○*	○*

C. 出血リスクが中等度から高度の手術

		5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	手術日（術後）	1日後	2日後	3日後
ダビガトラン	CCr ≧ 80 mL/分	○	○	○	△（≧48時間）	×*	△* 術後の出血の状況に応じて，可能な限り早期（術後6～8時間以降）		△* 術後出血が問題となる場合は48～72時間以降を考慮	
	CCr 50～79 mL/分	○	○	△（≧72時間）	×*	×*				
	CCr 30～49 mL/分	○	△（≧96時間）	×*	×*	×*				
リバーロキサバン，アピキサバン，エドキサバン		○	○	○	△（≧48時間）	×*				
ワルファリン		△（＞3～5日）	△（＞3～5日）	×*	×*	×*	△* 術後24時間以内	○*	○*	○*

＊ 周術期のヘパリン代替療法は原則として推奨されない。ただし、人工弁置換術などで確実な抗凝固療法の継続が必要とされる患者では、周術期のヘパリン代替療法は考慮される可能性がある。また、術後の出血が問題となる場合には、術後の血栓塞栓症予防と容易な出血の管理を目的としてヘパリン投与が考慮される可能性はある。

【※1　ヘパリン置換に関して】

周術期のヘパリン代替療法は原則として推奨されない。ただし、以下の場合などで確実な抗凝固療法の継続が必要とされる患者では、周術期のヘパリン代替療法を考慮する。

- 人工弁（機械弁）置換術　　・僧帽弁狭窄症合併の心房細動
- 血栓リスクの高い非弁膜症性心房細動（3ヶ月以内の脳梗塞既往やCHADS2スコアが非常に高い等）

また、術後の出血が問題となる場合には、術後の血栓塞栓症予防と容易な出血の管理を目的としてヘパリン投与を考慮する。

※ヘパリン置換を行う場合は以下を参照のうえ、詳細は医師の裁量にて実施する　※注射セットあり

- 手術・処置の3～5日前（当日を含まない）からワルファリンを休薬
- ワルファリン休薬の2日後からを目処にヘパリンを開始

  導入量：ヘパリン3000単位（3mL）静注

  維持量：ヘパリン1万単位（10mL）＋生食10mL　1mL／hr（12,000単位／日）
- ヘパリン開始6時間後にAPTTを測定し、投与量を調節

  APTT＜40秒（対照値の1.5倍）：0.2mL／hr 増量

  APTT≧67秒（対照値の2.5倍）：0.2mL／hr 減量

  連日ヘパリンを投与する場合は1日2回APTTを測定し、目標値に到達後は1日1回測定

※ ACTは高用量投与時の指標であるため、APTTによる投与量の調節を推奨します。
※「APTT対照値」をオーダした場合、その値の1.5倍～2.5倍となるように調節する。

- 当日は手術・処置の6時間前にヘパリンを中止
- 術後24時間以内を目安にヘパリンとワルファリンを再開

  術直前の維持量から再開し、3～5日継続しPT-INRが目標値に到達次第ヘパリンを中止

【※2　ワーファリン内服患者に対する生検について】

内視鏡学会における「抗血栓薬服用患者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」では抗凝固薬であるワーファリン内服患者はあらかじめ血液検査でPT-INRを確認する必要があり、PT-INR値が高い場合には生検は施行しないとされている。
当院内視鏡室では、ワーファリン内服患者は原則、検査当日にPT-INR採血を行い、『PT-INR値が3.0未満であれば生検可能』としていたが、消化器内科医から3.0未満では出血リスクが高いと提唱があり、当院の検査基準が見直しされたので考慮すること。

変更前

PT-INR値が3.0未満の場合は生検可能。3.0以上は生検禁

↓

変更後

PT-INR値が2.5未満の場合は生検可能。2.5以上は生検禁

2026.9.9　救急外来　内視鏡室