

鳥取大学医学部附属病院 術前中止薬一覧

こちらに記載されているものは、手術や侵襲的処置を必要とする場合の基本的な術前中止期間を記載しています。内視鏡検査前の術前中止は、別途「抗血栓薬服用患者における消化器内視鏡診療ガイドライン」に基づき行われています。術前中止およびその再開については術式、侵襲度、また患者の状態に応じて主治医が判断します。2025年5月現在

| 採用薬（商品名）                                                                                                                                                                                                                                                          | 当院非採用薬                                                         | 休薬期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 再開時期                                                                                                                                                                                                                                              |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------|-----------------|------|------|------|-------------|------|------|-------------|-------------------|
| 血液凝固防止薬                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| エリキュース錠                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | 通常手術前24時間以上<br>ただし、腎機能【15≦Ccr≦30】かつ出血低リスク手術・手技時 手術前36時間以上<br>出血高リスクの手術や侵襲的手技時 手術前48時間以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 原則として、術後6～24時間以内に再開する<br><br>・出血リスク中等度から高度の手術の場合、出血による気道トラブルのリスクの高い手術の場合は、24時間以内に再開できないことはやむを得ないが、可能な限り早期に再開する<br>・持続硬膜外ブロック実施中の場合には再開しない。硬膜外麻酔中等、術後早期に血液凝固防止薬や抗血小板薬を再開する必要がある場合は麻酔計画に影響するため、麻酔担当医に伝える<br><br>・判断に困るケースは脳卒中対応チーム、脳神経外科、循環器内科に相談する |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| イグザレルトOD錠                                                                                                                                                                                                                                                         | リバーロキサバン                                                       | 手術前24時間以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ブラザキサカプセル                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                | 通常手術前24時間<br>完全な止血機能を要する大手術・出血の危険性が高い患者の手術では手術前2日以上（48時間以上） <div><div>腎機能<br/>（CCr,mL/min）</div><div>手術前に最後のダビガトラン投与を行ってからの中止時期</div><table><tr><td></td><td>出血リスク<br/>（Standard）</td><td>出血リスク<br/>（High）</td></tr><tr><td>&gt; 80</td><td>24時間</td><td>2～4日</td></tr><tr><td>&gt; 50 to ≦80</td><td>24時間</td><td>2～4日</td></tr><tr><td>&gt; 30 to ≦50</td><td>少なくとも2日<br/>（48時間）</td><td>4日</td></tr></table></div> |                                                                                                                                                                                                                                                   |         | 出血リスク<br>（Standard） | 出血リスク<br>（High） | > 80 | 24時間 | 2～4日 | > 50 to ≦80 | 24時間 | 2～4日 | > 30 to ≦50 | 少なくとも2日<br>（48時間） |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | 出血リスク<br>（Standard）                                            | 出血リスク<br>（High）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| > 80                                                                                                                                                                                                                                                              | 24時間                                                           | 2～4日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| > 50 to ≦80                                                                                                                                                                                                                                                       | 24時間                                                           | 2～4日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| > 30 to ≦50                                                                                                                                                                                                                                                       | 少なくとも2日<br>（48時間）                                              | 4日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| リクシアナOD錠                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                | 手術前24時間以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ワーファリン錠                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                | 4～7日間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ヘパリンカルシウム皮下注                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | 手術前12時間以上                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| 抗血小板薬                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| アンブラーグ錠、サルボグレラート塩酸塩錠                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                | 手術前12～24時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 原則として、術後24～72時間以内に再開する<br><br>・出血リスク中等度から高度の手術の場合、出血による気道トラブルのリスクの高い手術の場合は、72時間以内に再開できないことはやむを得ないが、可能な限り早期に再開する<br>・持続硬膜外ブロック実施中の場合には再開しない。硬膜外麻酔中等、術後早期に血液凝固防止薬や抗血小板薬を再開する必要がある場合は麻酔計画に影響するため、麻酔担当医に伝える                                           |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ジピリダモール散<br>ベルサンチン錠                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                | 手術前48～72時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| イコサペント酸エチル<br>エパデール                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                | 7日間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| エフィエントOD錠                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                | 14日間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ・判断に困るケースは脳卒中対応チーム、脳神経外科、循環器内科に相談する                                                                                                                                                                                                               |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| オバルモン錠<br>リマプロストアルファデクス錠                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                | 手術前24時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| コメリアンコーワ錠                                                                                                                                                                                                                                                         | ジラゼブ                                                           | 手術前12～24時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| シロスタゾールOD錠<br>ブレタールOD錠                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                | 手術前72時間 ※脳血管内手術では継続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| バイアスピリン錠<br>タケルダ配合錠<br>キャブピリン配合錠                                                                                                                                                                                                                                  | アスピリン、アスファネート、バファリン、ニトギス、<br>バッサミン、ファモター<br>★解熱鎮痛目的アスピリン製剤は除く。 | 4～7日間<br>※脳血管内手術では継続<br><br>※小手術の場合には継続する場合あり。呼吸器内視鏡検査では7～10日の休薬（ガイドラインより）。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| セロクラール錠                                                                                                                                                                                                                                                           | イフェンプロジル                                                       | 手術前24時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| パナルジン錠<br>チクロピジン                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                | 10～14日間 ※脳血管内手術では継続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| プロサイリン錠<br>ベラプロストNa錠<br>ケアロードLA                                                                                                                                                                                                                                   | ベラサスLA、ドルナー                                                    | 手術前24時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ブラビックス錠<br>クロピドグレル                                                                                                                                                                                                                                                | コンプラビン、ロレアス                                                    | 10～14日 ※脳血管内手術では継続                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ロトリガ粒状カプセル<br>オメガ-3脂肪酸エチル粒状カプセル                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                | 7日間 ※エパデールに準じる                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | トラピジル、ロコルナール                                                   | 手術前24時間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | プリンタ錠                                                          | 5日間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| 微小血栓形成阻害剤                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | カブリビ注射用                                                        | 7日間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| 採用薬（商品名）                                                                                                                                                                                                                                                          | 当院非採用薬                                                         | 休薬期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| レニンアンギオテンシン系薬剤                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| 〔周術期の降圧薬の使用（高血圧治療ガイドライン2019 p176 外科手術後の血圧管理）〕<br>降圧薬は手術当日まで服用させるのが原則で、術後できるだけ早く再開する。特にβ遮断薬を使用している場合は、投与によりβ受容体の数が増えているため、急に中止するとリバウンドの反跳性高血圧や心拍数増加のリスクがあるので、投与を中断しないよう注意が必要。<br>注意：レニンアンギオテンシン系薬剤と他の成分を含む降圧薬配合剤については、医師に他の降圧薬単剤での内服継続の必要性を確認する。例）カルシウム拮抗薬とARBの配合剤 |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | アデカット                                                          | 手術当日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| アジルバ錠、顆粒<br>ザクラス配合錠LD、HD                                                                                                                                                                                                                                          | ジルムロ                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| イルベタン錠<br>イルベサルタン錠                                                                                                                                                                                                                                                | アバプロ                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| イルトラ配合錠LD、HD<br>アイミクス配合錠LD、HD                                                                                                                                                                                                                                     | イルアミクス                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| エースコール錠<br>オルメテックOD錠<br>オルメサルタンOD錠<br>レザルタス配合錠LD、HD                                                                                                                                                                                                               | デモカプリル                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| カプトリル錠<br>コバシル錠                                                                                                                                                                                                                                                   | カプトプリル<br>ペリンドプリルエルブミン、ペリンドプリル<br>アラセプリル、セタプリル                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| タナトリル錠<br>イミダプリル塩酸塩錠                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | チバセン、ベナゼプリル<br>オドリック、トランドラプリル                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ディオバン錠<br>バルサルタン錠<br>エックスフォージ配合OD錠<br>アテディオ配合錠                                                                                                                                                                                                                    | アムバロ、コディオ、バルヒディオ                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ニューロタン錠<br>ロサルタンカリウム錠<br>プレミネント配合錠LD                                                                                                                                                                                                                              | ロサルヒド                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| プロプレス錠<br>カンデサルタン錠<br>エカード配合錠HD                                                                                                                                                                                                                                   | カデチア、カムシア、ユニシア                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ミカルディス錠<br>テルミサルタン錠<br>ミカトリオ配合錠<br>ミカムロ配合錠AP、BP<br>ミコンビ配合錠BP                                                                                                                                                                                                      | ミコンビAP<br><br><br>テラムロ<br>テルチア                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ラジレス錠150mg<br>レニベース錠<br>エナラプリルマレイン酸塩錠                                                                                                                                                                                                                             |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
| ロングス錠<br>エンレスト錠                                                                                                                                                                                                                                                   | ゼストリル、リシノプリル                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                   | 手術前24時間 |                     |                 |      |      |      |             |      |      |             |                   |

鳥取大学医学部附属病院 術前中止薬一覧

こちらに記載されているものは、手術や侵襲的処置を必要とする場合の基本的な術前中止期間を記載しています。内視鏡検査前の術前中止は、別途「抗血栓薬服用患者における消化器内視鏡診療ガイドライン」に基づき行われています。術前中止およびその再開については術式、侵襲度、また患者の状態に応じて主治医が判断します。2025年5月現在

| 採用薬（商品名）                                                                                                                                                                                                                                                            | 当院非採用薬                           | 休薬期間                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 抗がん剤、他類似薬                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                                            |
| アバチン点滴静注用                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  | 医師の指示<br>添付文書参照（創傷治癒遅延）                                                                                                                    |
| ペバシズマブBS点滴静注                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                                            |
| インライタ錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
| ヴォトリエント錠                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                            |
| オフェブカプセル                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                            |
| サイラムザ点滴静注                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                                            |
| ザルトラップ点滴静注                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                                            |
| スーテントカプセル                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                                            |
| スチバーガ錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
| トーリセル点滴静注液                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                                            |
| ネクサバル錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
| レンビマカプセル                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | カブレルサ、ラパリムス錠、カボメティクス、フリュザクラ      |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | イムブルピカ、カルケンス、ベレキシブル              | 医師の指示 添付文書参照（出血）                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | ブルキンザ                            | 手術前3～7日間                                                                                                                                   |
| 採用薬（商品名）                                                                                                                                                                                                                                                            | 当院非採用薬                           | 休薬期間                                                                                                                                       |
| PDE5阻害薬 他類似薬                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                                            |
| ザルティア錠、シアリス錠                                                                                                                                                                                                                                                        | アドシルカ錠、タダラフィル                    | 医師の指示<br>硝酸薬あるいは一酸化窒素（NO）供与薬（ニトログリセリン、亜硝酸アミル、硝酸イソソルビド等）と併用禁忌。本剤の血管拡張作用により、術中に上記薬剤を併用した際、血圧が過度に下降するおそれあり。併用する際は手術前中止が推奨される                  |
| アデムバス錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
| レバチオ錠                                                                                                                                                                                                                                                               | バイアグラ、シルデナフィル                    |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | レビトラ錠、バルデナフィル                    |                                                                                                                                            |
| 肺高血圧治療剤                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | ウプトラビ                            | 医師の指示 （抗血小板作用あり）                                                                                                                           |
| 糖尿病薬                                                                                                                                                                                                                                                                |                                  |                                                                                                                                            |
| 下表の医薬品について添付文書ではすべて禁忌（重症感染症、手術前後、重篤な外傷のある患者）に設定されている。インスリンによる血糖管理が望まれるので本剤の投与は適さない。術期には絶食、ストレスなどにより血糖値が乱れやすく、術前に血糖を速やかにコントロールするため、内服薬を避けて調整が容易なインスリンの頻回注射が主体となる。<br><b>ビグアナイド系薬剤（BG）は乳酸アシドーシスのリスクがあるため、休薬期間2日間（48時間以上）を必要とする。</b> インスリンへの切替が必要か判断が難しい場合、内分泌代謝内科に相談す |                                  |                                                                                                                                            |
| インスリン分泌促進薬                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                                            |
| グルファストOD錠                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  | 手術当日                                                                                                                                       |
| ミチグリニドOD錠                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                                            |
| グルベス配合錠                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                                                                                                            |
| レバグリニド                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
| シュアポスト錠                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                                                                                                            |
| スターシス錠                                                                                                                                                                                                                                                              | ナテグリニド、ファスティック                   |                                                                                                                                            |
| SU剤                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                                                                                                                            |
| アマリール錠、グリメピリド錠                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  | 手術当日                                                                                                                                       |
| オイグルコン錠                                                                                                                                                                                                                                                             | グリベンクラミド                         |                                                                                                                                            |
| グリミクロン錠                                                                                                                                                                                                                                                             | グリクラジド                           |                                                                                                                                            |
| αグルコシダーゼ阻害薬                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                                                                                                                                            |
| グルコバイ錠、アカルボース錠                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  | 手術当日                                                                                                                                       |
| セイブル錠、ミグリトールOD錠                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                            |
| ベイスン錠、ボグリボース錠                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                                                                                                                                            |
| グルベス配合錠                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                                                                                                            |
| インスリン抵抗改善薬                                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                                                                                                                                            |
| アクトス錠、ピオグリタゾン錠                                                                                                                                                                                                                                                      | ソニアス、リオベル                        | 手術当日                                                                                                                                       |
| ビグアナイド系薬剤                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                                                                                                                                            |
| メトグルコ錠、メトホルミン塩酸塩錠                                                                                                                                                                                                                                                   | エクメットLD、グリコラン、メタクト、メトアナ          | 手術前48時間以上                                                                                                                                  |
| エクメット配合錠HD、イニシンク配合錠                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                                                                                                                            |
| ツイミーグ錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
| 採用薬（商品名）                                                                                                                                                                                                                                                            | 当院非採用薬                           | 休薬期間                                                                                                                                       |
| 選択的DPP-4阻害薬                                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                                                                                                                                            |
| ビルダグリプチン錠、エクア錠                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  | 手術当日                                                                                                                                       |
| ジャヌビア錠                                                                                                                                                                                                                                                              | グラクティブ                           | 手術当日                                                                                                                                       |
| テネリアOD錠                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                                                                                                            |
| トラゼンタ錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
| ネシーナ錠                                                                                                                                                                                                                                                               | リオベル                             |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | オングリザ、サキサグリプチン                   |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | スイニー                             |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | ザファテック錠 （週1回製剤）                  | 手術当日                                                                                                                                       |
| マリゼブ錠 （週1回製剤）                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  | ※但し、待機的手術時は1週間前から休薬。判断が難しい場合、内分泌代謝内科に相談する。                                                                                                 |
| GLP-1作動薬（内服）                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                                            |
| リベルサス錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  | 手術当日                                                                                                                                       |
| GLP-1作動薬（注射薬）                                                                                                                                                                                                                                                       |                                  |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | バイエッタ皮下注ペン                       | 手術当日                                                                                                                                       |
| ビクターザ皮下注                                                                                                                                                                                                                                                            | ゾルトファイ配合注 ※インスリンとの配合製剤           |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | リクスミア皮下注<br>ソリクア配合注 ※インスリンとの配合製剤 |                                                                                                                                            |
| 持続性GLP-1受容体作動薬（注射薬）                                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                                                                                                                                            |
| トルリシティ皮下注 （週1回製剤）                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  | 手術前1週間                                                                                                                                     |
| オゼンピック皮下注 （週1回製剤）                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | ウゴービ皮下注 （週1回製剤）                  |                                                                                                                                            |
| 持続性GIP/GLP-1受容体作動薬                                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | マンジャロ皮下注                         | 手術前1週間                                                                                                                                     |
| SGLT2阻害薬                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                            |
| カナグル錠                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  | ★注意★<br>・本薬効群が「糖尿病」に対して処方されているかどうかを確認すること<br>（「慢性心不全」もしくは「慢性腎臓病」に対して投与されている場合、「心不全治療薬、慢性腎臓病治療薬」のカテゴリを参照すること）<br><br>手術前72時間（食事制限を伴う手術時にのみ） |
| カナリア配合錠                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |                                                                                                                                            |
| ジャディアンス錠                                                                                                                                                                                                                                                            | トラディアンス配合錠BP                     |                                                                                                                                            |
| トラディアンス配合錠AP                                                                                                                                                                                                                                                        |                                  |                                                                                                                                            |
| スーグラ錠                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                                            |
| スージャヌ配合錠                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                            |
| フォシーガ錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | デベルザ                             |                                                                                                                                            |
| ルセフィ錠                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |                                                                                                                                            |
| 心不全治療薬、慢性腎臓病治療薬                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                            |
| SGLT2阻害薬                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                            |
| カナグル錠                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  | ★注意★<br>・本薬効群が「慢性心不全」もしくは「慢性腎臓病」に対して処方されているかどうかを確認すること<br>（「糖尿病」に対して投与されている場合、「糖尿病薬」のカテゴリを参照すること）                                          |
| ジャディアンス錠                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                                                                                                            |
| フォシーガ錠                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  | 手術当日（食事制限を伴う手術時にのみ）                                                                                                                        |

# 鳥取大学医学部附属病院 術前中止薬一覧

こちらに記載されているものは、手術や侵襲的処置を必要とする場合の基本的な術前中止期間を記載しています。内視鏡検査前の術前中止は、別途「抗血栓薬服用患者における消化器内視鏡診療ガイドライン」に基づき行われています。術前中止およびその再開については術式、侵襲度、また患者の状態に応じて主治医が判断します。2025年5月現在

| 採用薬（商品名）                                                                                                                                                                         | 当院非採用薬                      | 休薬期間                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 女性ホルモン関連薬                                                                                                                                                                        |                             |                                                                                                                                    |
| 4週前から中止する薬剤あり                                                                                                                                                                    |                             |                                                                                                                                    |
| 女性ホルモン製剤は重大な副作用に血栓症があり、低用量ピル（経口避妊薬）は一律に添付文書で術前4週間休薬が義務付けられている（禁忌）。しかし、配合されているエストロゲン活性の強さやその薬剤の使用目的などで休薬の指針が異なる。患者ごとに血栓の妥当性のリスクを考慮してホルモン薬の中止の有無とその時期を決定する必要がある。                   |                             |                                                                                                                                    |
| アンジュ28錠                                                                                                                                                                          | アンジュ21錠                     | 4週間                                                                                                                                |
| トリキュラー錠21                                                                                                                                                                        | シンフェーズT28,トリキュラー錠28         |                                                                                                                                    |
| ジェミナ配合錠                                                                                                                                                                          |                             |                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                  | マーベロン21,28、ファボワール21,28      |                                                                                                                                    |
| ヤーズ配合錠、ヤーズフレックス配合錠                                                                                                                                                               | フリウエル配合錠LD、ドロエチ配合錠          |                                                                                                                                    |
| ルナベル配合錠LD、ULD                                                                                                                                                                    | ラベルフィーユ21,28                |                                                                                                                                    |
| アリッサ配合錠                                                                                                                                                                          |                             | 4週間                                                                                                                                |
| プラノバール配合錠                                                                                                                                                                        |                             |                                                                                                                                    |
| ウェルナラ配合錠                                                                                                                                                                         |                             | 4週間<br>手術までに余裕があれば「中止が望ましい」。術前4週確保のために手術を延期する必要なし。                                                                                 |
| ジュリナ錠 0.5mg                                                                                                                                                                      | エストラジオール錠0.5mg              |                                                                                                                                    |
| プレマリン錠 0.625mg                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                                    |
| エストラーナテープ                                                                                                                                                                        |                             |                                                                                                                                    |
| エストリール錠                                                                                                                                                                          | ホーリン錠                       |                                                                                                                                    |
| ディビゲル1mg                                                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                    |
| メノイドンコンビパッチ                                                                                                                                                                      |                             | ※術前中止薬の対象としない薬剤<br>・エストリール膣錠、ルテインス膣錠、ルテウム膣坐剤、ウトロゲスタン膣用カプセル、ノルパデックス（タモキシフェン）、フェアストン（トレミフェン）、アミデックス（アナストロゾール）、フェマール（レトロゾール）、エフメノカプセル |
| ル・エストロジェル0.06%                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                                    |
| ヒスロンH錠200mg（癌）                                                                                                                                                                   |                             | 医師の指示                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                  | メドロキシプロゲステロン酢酸エステル錠200mg（癌） |                                                                                                                                    |
| 採用薬（商品名）                                                                                                                                                                         | 当院非採用薬                      | 休薬期間                                                                                                                               |
| 骨粗しょう症治療剤                                                                                                                                                                        |                             |                                                                                                                                    |
| エビスタ錠                                                                                                                                                                            | ラロキシフェン                     | 手術前72時間<br>静脈血栓塞栓症（深部静脈血栓症、肺塞栓症、網膜静脈血栓症を含む）の リスク上昇。 半減期24.3時間                                                                      |
| ビビアント錠                                                                                                                                                                           | バゼドキシフェン                    | 手術前72時間<br>休薬期間の規定はないが、半減期23±6時間とエビスタとほぼ同じであることから休薬期間もエビスタに準じた                                                                     |
| 飲酒量低減薬                                                                                                                                                                           |                             |                                                                                                                                    |
| セリンクロ錠                                                                                                                                                                           |                             | 1週間<br>※オピオイドを使用する手術・処置の場合                                                                                                         |
| 乳児血管腫治療剤                                                                                                                                                                         |                             |                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                  | ヘマンジオールシロップ小児用0.375%        | 手術前48時間                                                                                                                            |
| 健康食品・サプリメント                                                                                                                                                                      |                             |                                                                                                                                    |
| ■ 手術前に服用中止が望ましい健康食品・サプリメントの成分（一部の例）<br>イチョウ葉エキス、セントジョーンズワート（セイヨウオトギリソウ）、EPA/DHA（エイコサペンタエン酸/ドコサヘキサエン酸）、レスバトロール、ガーリック（ニンニク）、朝鮮人参、ジンジャー（生姜）、カバ、エフェドラ、フィバーフュー、バレリアン、エキナケア、ノコギリヤシ、アロエ |                             |                                                                                                                                    |
| 健康食品・サプリメントの中には、抗血栓作用や、薬剤の効果を増強又は減弱させる作用などを持ち、手術に影響するものが存在する。米国麻酔科学会（ASA）では、術前中止が望ましい健康食品・サプリメント（ハーブ）として上記成分を注意喚起している。国内において、術前摂取を中止すべき成分、その時期についての明確なガイドラインはない。                 |                             |                                                                                                                                    |
| 国内には様々な健康食品・サプリメントが販売されており、成分や含量も様々で、影響度も明らかとなっていない。                                                                                                                             |                             |                                                                                                                                    |
| 手術への影響を最小限にするために、患者さんの継続希望を考慮した上で、可能な限り早めに健康食品・サプリメント摂取を中止するよう推奨する。                                                                                                              |                             |                                                                                                                                    |

- <参考文献>
- 1) 「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」日本循環器学会（2009年改訂版 2015/10 更新版）
  - 2) 「心房細動治療（薬物）ガイドライン2015年改訂版」日本循環器学会，日本心臓病学会，日本心電学会，日本不整脈学会
  - 3) 「脳卒中治療ガイドライン2009 」日本脳卒中ガイドライン委員会（日本脳卒中学会、日本脳神経外科学会、日本神経学会ほか）追補2017 ※4
  - 4) 「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」日本消化器内視鏡学会 直接経口薬(DOAC)を含めた抗凝固薬に関する追補2017
  - 5) 「手術医療の実践ガイドライン(2013年 )」 日本手術医学会
  - 6) 「科学的根拠に基づく抗血栓療法患者の抜歯に関するガイドライン2020年版」日本有病者歯科医療学会、日本口腔外科学会、日本老年歯科医学会
  - 7) 「SGLT2阻害薬の適正使用に関する Recommendation」 日本糖尿病学会
  - 8) 各種添付文書およびインタビューフォーム