

「有病者歯科診療における最近の知見」

第1回

**抗血栓療法を受けている患者の
歯科治療の注意点**大分大学医学部附属病院歯科口腔外科
高橋 喜浩

はじめに

近年、病院歯科および歯科医院において高齢化と医療技術の向上から全身疾患を有する患者さんに接する機会が増加してきています。その中でも抗凝固・抗血小板療法が行なわれている患者さんの治療を行わなければならないことが多くなっていると思います。そこで今回は、循環器病の診断と治療に関するガイドライン（2002-2003年度合同研究班報告）の一つとして2004年に報告された「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」の一部を紹介し、日常の歯科診療での注意点などと共に、診療の一助となればと思っています。

「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」(JCS2004)について

このガイドラインは、血栓形成に対する抗血栓療法という観点から各種疾患におけるその適応指針を作成することを目的として作成されています。目次では「I.序文」から始まり「IV.補足」までの4部構成となっており、歯科診療と関連は「IV.補足」、「2.抜歯や手術時の対応」の項目の中で記載されているだけです。具体的な内容としては、要約が1から7まであり、そのうち「1.抜歯はワルファリンを原疾患に対する至適治療域にコントロールした上で、ワルファリン内服継続下での施行が望ましい。2.抜歯は抗血小板薬の内服継続下での施行が望ましい」と記載されています。また、本文中では18行にわたってその根拠が記載されています。その中でも注目すべきは、「歯科医と連絡を取り合い、十分な情報提供を行なってワルファリン内服継続下での抜歯を依頼すべきであると考えられる」と記載されている点です。

これまでは、抗凝固・抗血小板療法が行なわれている患者さんが来院された場合、担当医に連絡をして休薬後に抜歯を行っていたケースが多かったかもしれませんが、今後は、このガイドラインを根拠に休薬しないで抜歯をしてほしいと医師からの依頼が増えてくると考えられます。現に増えてきているように感じています。

抗凝固・抗血小板療法中の患者の歯科治療における注意点について

抗凝固・抗血小板療法中の患者の歯科治療で注意すべき点としてはあたりまえですが出血に対する対策です。

では、出血を伴う処置が必要となったときに何に注意したらよいのでしょうか、また、医科の担当医に何を問い合わせたらよいのでしょうか。まずは、抗凝固・抗血小板療法としてどのような薬剤が使用されているかをきちんと把握する必要があります。さらにその薬剤でどの程度止血しにくい状態なのかを知る必要があります。

ワルファリン単独による抗凝固療法では効果の発現程度に個人差あり、投与量のみでコントロールの程度を推し量ることはできません。そのため抗凝固のコントロール状態を問い合わせる必要があります。現在、その指標としてPT-INRの値が一般的になっています。PT-INRとは「患者PT(秒)／基準対照(秒)」に国際感度指数 (ISI) の累乗したものとされています。対照を1としたときにどのくらい血液が固まりにくくなっているかを示していると理解していただければよいと思います。以前行なった普通抜歯での臨床検討では、PT-INR値1.5未満の場合、縫合処置のみで止血可能、2.0未満の場合局所止血材を併用することで

止血可能という結果を得ました。2.0以上の場合、後述するような止血シーネが必要となることがあります。

抗血小板剤単独の場合には、普通拔牙では縫合処置のみで十分に止血可能と考えています。ただし、表1に示すようにアスピリン、パナルジンなどは抗血小板作用が不可逆的で休薬しても血小板の寿命(約10日)とともにその効果が消失していきます。そのため後出血をきたした場合に休薬してもすぐには休薬の効果は現れないため注意が必要です。また、休薬の許可が出た場合でも表1に示すような休薬期間が必要となります。

抗血小板剤単独では止血にはあまり問題ではないと前述しましたが、ワルファリンと併用している場合、PT-INRの値以上に止血困難となることがあります。抗血小板剤の効果を正確に測る指標が無いこと、抗血小板剤の効果を中和する薬剤が無いことや休薬してもすぐにその効果が出ないことなどから併用している場合は可能であれば抗血小板剤のみの休薬が良いと思っています。

侵襲の程度(例えば埋伏歯の拔牙や多数歯の拔牙など)やPT-INR値が2.5を超えてコントロールされているなどどうしても休薬が必要な場合では、ヘパリンに切り替えての外科処置が必要となり、入院下での管理が必要となります。

止血方法について

止血の基本は創の閉鎖と圧迫です。拔牙における止血も同様です。写真1~7に大分大学医学部歯科口腔外科で行なっている止血方法の例を紹介します。水平マットレス縫合(写真2)と単縫合を組み合わせて拔牙窩を閉鎖できれば多くの場合縫合だけでも止血可能となります。閉鎖が困難な場合などでは局所止血材を併用します。

局所止血材は多くの種類と形状(綿状、ガーゼ状など)が市販されています。どのような局所止血材を使用されても良いですが、極力拔牙窩内に充填するのは避けるべきです。充填した局所止血材が膨潤して拔牙創を広げ後出血の原因となったり、止血後は異物となるため拔牙窩治癒不全の原因となったりすることがあるからです。当科では、(写真3, 4)のように拔牙窩の上に蓋をするように局所止血材を置き単縫合しています。この方法でほとんどの場合止血可能となります。それでも止血が困難な場合や後出血をきたした場合には止血シーネ(写真5)による圧迫止血(写真6, 7)を行いません。

今回は止血を中心に述べましたが、抗凝固・抗血小板療法を受けている患者さんは原疾患を有していますので止血以外にも感染対策や血圧のコントロールなど注意しなければならないことが多く医科の担当医との十分な情報交換が必要かつ重要と考えます。

表1 主な抗血小板剤

| 一般名 | 商品名 | 抗血小板作用 | 休薬の目安 |
|---|--|--------|----------|
| アスピリン | アスピリン バファリン錠81mg バイアスピリン | 不可逆的 | 10から14日前 |
| 塩酸チクロピン イコサペント酸エチル | パナルジン エパデール | | |
| ジピリダモール シロスタゾール | ペルサンチン プレタール | | 2から3日前 |
| 塩酸サルボグレート リマプロストアルファデク ペラプロストナトリウム トラピジル 塩酸ジラゼブ | アンブラーグ プロレナール プロサイリン ロコルナール コメリアンコーワ | 可逆的 | 1から2日前 |

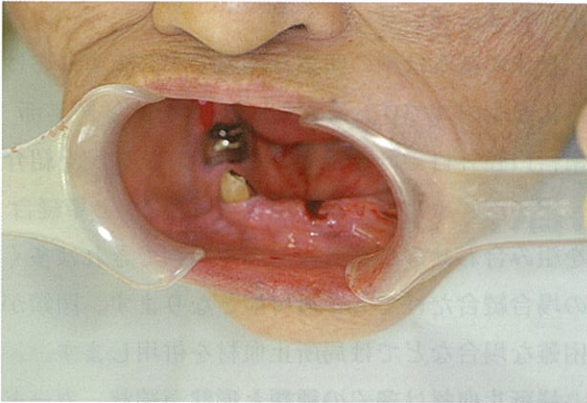


写真1 抜歯直後の状態。

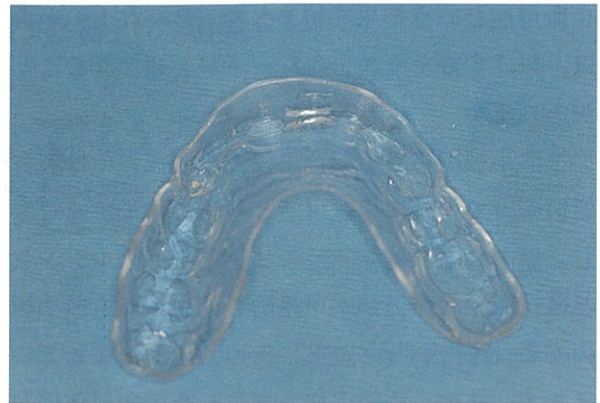


写真5 止血用シーネ

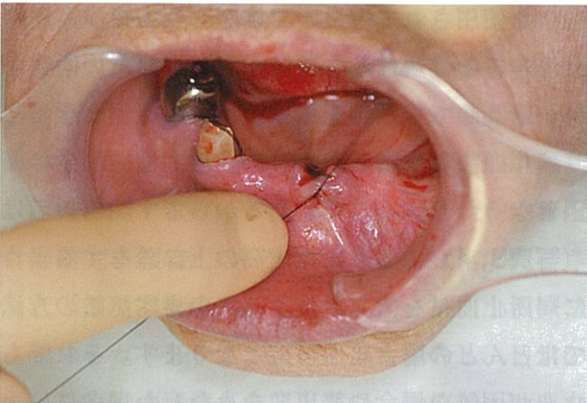


写真2 水平マットレス縫合を行ったところ。
この状態ではほぼ止血できている。



写真6 局所止血材とともに縫合を行うも出血が続いている。

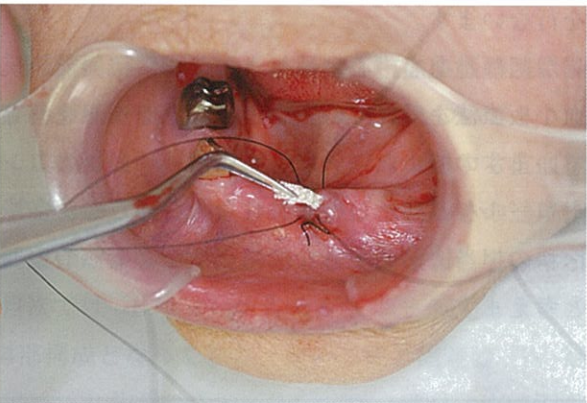


写真3 サージセルガーゼを抜歯窩の上に置いているところ。



写真7 サージカルパックをシーネ内に入れ圧迫止血を行っている。

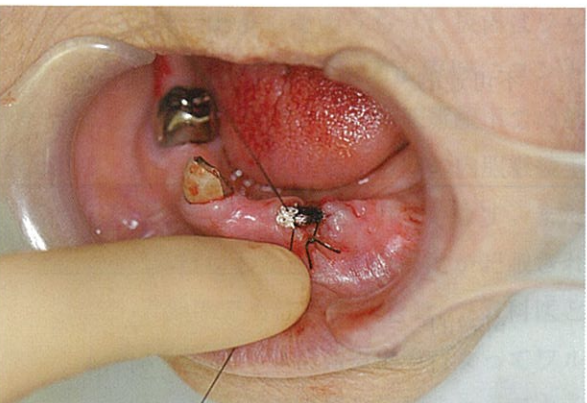


写真4 サージセルガーゼを置いた状態で単縫合を行なう。