「急性冠症候群　再発予防フロー　静岡県版」に係るQ&A

<table>
<tr><th></th><th>区分</th><th>質問案</th><th>回答案</th></tr>
<tr><td>1</td><td>対象</td><td>どのような患者がこのフローの対象となるか。</td><td>本フローは、一般的な急性冠症候群におけるLDL-Cの管理を主眼に置いたものであって、急性冠症候群全体の急性期から慢性期（維持期・生活期）に至るまでの管理を網羅的に記載したものではありません。
このため、症例によっては、必ずしも本フローに従う必要はなく、個々の患者の状況に応じた治療を行ってください。
また、本フローによる運用に併せて、栄養・食事指導、禁煙指導、運動指導を実施してください。</td></tr>
<tr><td>2</td><td>対象</td><td>急性冠症候群に対してバイパス術による血行再建術を受けた症例も同等の対応で良いか。</td><td>バイパス術に起因する問題がなければ同等の対応で問題ありませんが、個々の患者の状況に応じた治療を行ってください。</td></tr>
<tr><td>3</td><td>対象</td><td>高齢者でも積極的な投薬が必要か。</td><td>再PCIなどの侵襲的治療を避ける目的で、有害事象がなければ、本フローに沿った対応をお願いします。
低ADLや認知症がある場合、併存疾患のため予後不良である場合などは、必ずしも本フローに従う必要はなく、個々の患者の状況に応じた治療を行ってください。</td></tr>
<tr><td>4</td><td>目標</td><td>家族性高コレステロール血症について、LDL-Cの目標値はどうなっているのか。</td><td>家族性高コレステロール血症（FH）は，常染色体優遺伝形式をとる遺伝性代謝性疾患であり、日本の急性冠症候群患者に占めるFHの割合は全体で2.7～5.7%です。冠動脈疾患のリスクが極めて高く、LDL-Cの管理目標は１次予防で100mg/dL未満、２次予防で70mg/dL未満となっています。ホモ接合体では目標値を達成できない場合も多く、達成困難な場合は専門医に御紹介ください。</td></tr>
<tr><td>5</td><td>目標</td><td>LDL-Cの目標値が健診等の目標値に比較して更に低いことを心筋梗塞後の患者にどのように納得してもらえれば良いか。</td><td>心筋梗塞後など高リスク患者についてはLDL-C低値であればあるほど心血管イベントの発症リスクが低いこと（The lower, the better.）が大規模臨床試験で証明されているためであり、国内の研究でも血管内超音波を用いた冠動脈のプラーク評価でACS後のプラークの安定化や進展抑制効果があるとされています.</td></tr>
<tr><td>6</td><td>目標</td><td>LDL-C値の管理中の注意点は何か。</td><td>急性冠症候群発症直後には、LDL-Cが平時より低下するため、過小評価されてしまうケースがあります。退院後1回目の測定時は、前回の測定時と比較して　LDL-Cが変動することがあるので特に注意が必要です。
また、スタチン服用後、LDL-Cが低下した後（約1-2か月後）に、LDL-Cが再上昇するエスケープ現象が起こることがあり、その後のイベント発症の独立した因子であることが報告されています。</td></tr>
<tr><td>7</td><td>診療</td><td>かかりつけ医療機関では、採血検査が外部委託となることが多く、結果を当日患者へ伝えることができない。その血液検査結果を急性期病院へ持って行き、その結果で急性期医療機関が治療方針を立て、かかりつけ医へ指示いただくことも可能か。</td><td>急性期医療機関とかかりつけ医とで相談していただき、対応しやすい方法で問題ありません。</td></tr>
<tr><td>8</td><td>診療</td><td>心電図所見は自動解析を利用しても良いか。</td><td>自動解析を参考にすることは妥当ですが、適宜急性期医療機関と連絡を取ることが望ましいです。</td></tr>
<tr><td>9</td><td>多職種連携</td><td>心臓リハビリテーションや運動療法はどのように行われるのか。</td><td>心臓リハビリテーションでは、運動療法が重要な柱となり、そのほか、食事療法（減塩、脂質管理等）、飲酒管理、禁煙、カウンセリング（うつ、不安症、不眠症への対策）が行われます。それぞれの管理目標値は、次のとおりです。（心臓リハビリテーションを保険診療で受けられるのは開始後150日間）
<table>
<tr><th>項目</th><th>管理目標</th></tr>
<tr><td>運動</td><td>1回当たり10～30分を目安
強めの運動は1～2回／週以上
軽めの運動は3回／週以上</td></tr>
<tr><td>減塩</td><td>6g未満／日(高血圧予防)</td></tr>
<tr><td>脂質管理</td><td>総摂取エネルギーのうち飽和脂肪酸の割合4.5%以上7%未満
食品から摂るコレステロール200mg／日以下</td></tr>
<tr><td>飲酒</td><td>アルコール20g/日</td></tr>
<tr><td>たばこ</td><td>減煙ではなく、禁煙(副流煙を含む)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th></th><th>区分</th><th>質問案</th><th>回答案</th></tr>
<tr><td>10</td><td>治療薬</td><td>スタチンの用量の目安はどのぐらいか。家族性高コレステロール血症（FH）ではどうか。</td><td>スタチン系薬剤の用量は、おおむねの目安は次のとおりです。
また、家族性高コレステロール血症（FH）のスクリーニングの基準は以下のとおりです。
以下のうち２項目以上を満たす場合は、FHに該当する。
1. 高LDL-C血症（未治療時のLDL-C値180 mg/dl 以上）
2. 腱黄色腫（手背、肘、膝等またはアキレス腱肥厚*）又は皮膚結節性黄色腫
3. FH又は早発性冠動脈疾患の家族歴（第一度近親者）
＊X線撮影:男性8.0mm以上、女性7.5mm以上、超音波:男性6.0mm以上、女性5.5mm以上
<table><tr><th>目安として</th><th>高用量</th><th>FH用量</th></tr><tr><td>ロスバスタチン</td><td>10mg</td><td>20mg</td></tr><tr><td>ピタバスタチン</td><td>4mg</td><td>4mg</td></tr><tr><td>アトルバスタチン</td><td>20mg</td><td>40mg</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>11</td><td>治療薬</td><td>LDL-C値が低ければ薬を減らしても良いか。</td><td>日本循環器ガイドラインでは、LDL-C目標値達成ではなく、ストロングスタチン最大量投与が優先して推奨されています。
有害事象に該当しない場合は原則として継続をお願いします。</td></tr>
<tr><td>12</td><td>治療薬</td><td>抗血小板薬は、いつまで２種類必要か。</td><td>それぞれの患者の手術、デバイスの種類によって異なります。抗血小板薬２剤併用の期間は、出血リスク、血栓リスク、抗凝固薬内服の有無等を勘案して決定してください。</td></tr>
<tr><td>13</td><td>治療薬</td><td>他の病院で手術が予定されている場合、抗血小板薬はどうすれば良いか。</td><td>手術の際の抗血小板薬の中止については、手術の出血リスク、周術期の血栓リスク、抗血小板薬の種類等によって異なります。そのため、不明な点は、専門医へ御連絡ください。</td></tr>
<tr><td>14</td><td>治療薬</td><td>高額なエボロクマブ、インクリシラン導入に当たり患者への説明はどのようにしたら良いか。</td><td>患者との共有意思決定として患者の希望や価値観を一層大切にし、双方の意思決定と合意形成を図ってください。患者とその家族が，診療方針について医療者とよく話し合い，納得する検査や治療を共同で選択してください。（2024年多様性に配慮した循環器診療ガイドライン）</td></tr>
<tr><td>15</td><td>治療薬</td><td>EPAなどω3系不飽和脂肪酸の投与は推奨できるか。</td><td>各ガイドライン（急性冠症候群ガイドライン 2018年改訂版,2022年JCS ガイドライン フォーカスアップデート版 安定冠動脈疾患の診断と治療,動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版）を参照いただき、必要症例には投与を御検討ください。
近年、本邦ではEPA/AA比が低下していることにも注意が必要であり、急性冠症候群の発症と関連があるという報告もあります。</td></tr>
<tr><td>16</td><td>副作用</td><td>脂質低下薬の副作用にはどのようなものがあるか。</td><td>スタチンには主に筋肉痛や筋力低下、エゼチミブには筋肉痛や肝機能障害、PCSK９阻害薬には注射部位反応、肝酵素異常などがあります。いずれも医師の診断が必要となりますので、異常がありましたら早めの受診を勧めてください。
なお、スタチン関連有害事象については、「スタチン不耐に関する診療指針2018」（日本動脈硬化学会）も参照の上、対応を御検討ください。</td></tr>
<tr><td>17</td><td>発症・再発</td><td>急性心筋梗塞の再発はどのような機序で発生するのか。</td><td>PCIを実施した責任病変だけでなく、非責任病変の残存プラークも原因とされています。LDL-C値あるいはLDL-C/HDL-C比が低いほど、冠動脈プラークの退縮や安定化が得られる報告もあり、積極的な脂質低下療法が重要と考えます。</td></tr>
<tr><td>18</td><td>発症・再発</td><td>若年者でも心筋梗塞を発症することはあるのか。</td><td>59歳以下の若年群では、男女ともに30年間一貫して発症率が増加し続けていることが報告されています。
若年発症の背景として、食生活やライフスタイルの欧米化に伴い脂質異常症の罹患率が本邦で増加傾向にあることや、急性心筋梗塞発症者では喫煙率が高いことなどが関与していると考えられています。よって、若年からの生活習慣の是正が推奨されます。</td></tr>
<tr><td>19</td><td>発症・再発</td><td>心筋梗塞の発症に喫煙による影響はあるのか。</td><td>喫煙は動脈硬化性疾患の主要な危険因子の1つであり、心血管疾患の再発率を高めることが報告されています。 また、喫煙によりHDL-Cが低下し、禁煙することで HDL-Cが上昇することが認められているため、喫煙歴のある方に対しては禁煙指導や支援を行うことが推奨されます。</td></tr>
<tr><td>20</td><td>発症・再発</td><td>心筋梗塞の発症のリスクを軽減するために取り組めることはあるか。</td><td>禁煙や健康な食事、運動などを含む生活習慣の改善の遵守は心血管リスクへの重要な予防効果があります。ガイドラインでは、運動療法として1回30分間、週3回以上の有酸素運動トレーニングを行うことなどが推奨されています。詳細な処方を行うには心肺運動負荷試験（CPX）の確認が望ましいです。</td></tr>
<tr><td>21</td><td>その他</td><td>高額療養費制度とはどのような制度か。</td><td>１か月の医療費の支払額（自己負担額）が限度額を超えた場合に、その超えた金額分の支給が受けられる制度です。自己負担額は、年齢や所得によって異なります。
全ての方が制度の対象となるわけではありませんが、医療費が高額となった月に制度を利用できる場合があります。制度の対象となった場合や自己負担限度額の詳細については、厚生労働省ウェブページ「高額療養費制度を利用される皆さまへ」を御確認ください。</td></tr>
</table>

	区分	質問案	回答案
22	その他	高額療養費制度以外に、医療費のサポートを受けられる制度はあるか。	医療費控除、付加給付（高額な医療費を支払った場合に一部を給付）などの制度があります。全ての方が制度の対象となるわけではなく、加入している保険によって利用できる内容が異なるため、患者自身が加入している保険者にお問い合わせください。
23	その他	電子タバコは喫煙に含まれるか。	加熱式たばこは、たばこ葉やその加工品を用いるため、喫煙に該当しますが、いわゆる電子タバコ（専用カートリッジ内の液体を加熱して煙霧を発生させ、吸入するもの）はニコチンを含まず、たばこ類似品となっています。電子たばこの使用と疾病及び死亡リスクとの関連について現時点では明らかでないものの、健康被害を起こす可能性は否定できません。
24	その他	急性心筋梗塞発症後は感染症に対するワクチン接種を積極的に行うべきか。	季節性インフルエンザワクチンの心血管イベント抑制効果を検討した無作為化比較試験のメタ解析にて、1年以内の心筋梗塞の既往のある高リスク群でワクチンの有用性が認められており、積極的な接種が推奨されます（推奨クラスⅠ/エビデンスレベルB）。また、肺炎球菌ワクチンの心血管イベント抑制効果に関する一定の見解は得られていないものの、肺炎予防は高齢者や心疾患を合併する集団では有用である可能性があると報告されており、『接種を考慮』とされています（推奨クラスⅡa/エビデンスレベルC）（上記は急性冠症候群ガイドライン 2018 年改訂版より一部改変）。