

急性期 医療機関

《脂質低下療法》

ストロングスタチン高用量を開始

LDL-C 70mg/dL
未満の場合

ストロングスタチン
高用量の継続

LDL-C 70mg/dL
以上の場合

ストロングスタチン
高用量 + エゼチミブ

LDL-C 70mg/dL以上の場合
PCSK9阻害薬の追加を検討

目安として	高用量	FH用量
ロスバスタチン	10mg	20mg
ピタバスタチン	4mg	4mg
アトルバスタチン※	20mg	40mg

FHのスクリーニング

下記、2項目以上該当する場合はFHと診断する

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*) あるいは皮膚結節性黄色腫
3. FH あるい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

回復期 医療機関/ かかりつけ 医療機関

《脂質低下療法》

採血

LDL-C 70mg/dL
未満の場合

治療継続

LDL-C 70mg/dL
以上の場合

エゼチミブ未投与
→エゼチミブ追加
もしくはPCSK9阻害薬追加

エゼチミブ投与済
→PCSK9阻害薬を追加

リスク因子の管理

疾病管理

P 8 の二次予防目標達成チェックリストに応じて管理
脂質目標: LDL-C 70mg/dl未満
(左記、脂質低下療法の通りに治療強化)

HDL-C 40mg/dL以上
中性脂肪 150mg/dL未満 (空腹時)

血圧目標: 診察室血圧 130/80mmHg未満
血糖目標: HbA1c 7.0%未満

急性期病院へ受診

《抗血小板薬》

貧血など出血合併症の軽減のため、
2 剤から 1 剤への変更
(アスピリン、クロピドグレル、プラスグレルなど)

必要に応じて心臓カテーテル検査・冠動脈CT・
心筋シンチグラム、投薬調整

下記のいずれかに該当する患者さんは検査や薬剤適正化
(PCSK9阻害薬導入など) を目的に病院を紹介

- 自覚症状を有する (胸痛、息切れ、浮腫、動悸など)
- LDLコレステロールが70mg/dL未満に管理できない
- 血圧や血糖管理が管理目標に到達できない
- PCI後、1年以上経過しても抗血小板薬を2剤服用中

急性期病院へ受診

12か月以降も定期的に検査を受けることが望ましい。また、以下の場合は急性期病院を紹介を検討。
(BNP>100pg/mL、NT-proBNP>400pg/mL、心拡大、心電図変化、LDL-C 70mg/dL以上)

Q コレステロールを下げすぎてはいけませんか？

A. コレステロールが低い方ががんや脳卒中 (特に脳出血) の死亡率が高いという結果が、時々、ニュースなどで取り上げられることがありますが、その多くは追跡調査における「見かけ上の関係」に過ぎないという結論になっています。つまり低コレステロール血症でがんになるのではなく、がんがあるからコレステロールが下がっているという関係です。また、高コレステロール血症の患者さんにおいて薬剤でコレステロール値を下げた場合に脳出血が増加するという明らかなエビデンスはなく、通常の治療の範囲内では心配しなくて良いと思われます。

(出典: 日本動脈硬化学会HP 脂質異常診療のQ&A)



毎回の受診で必ず手帳の
持参を依頼してください