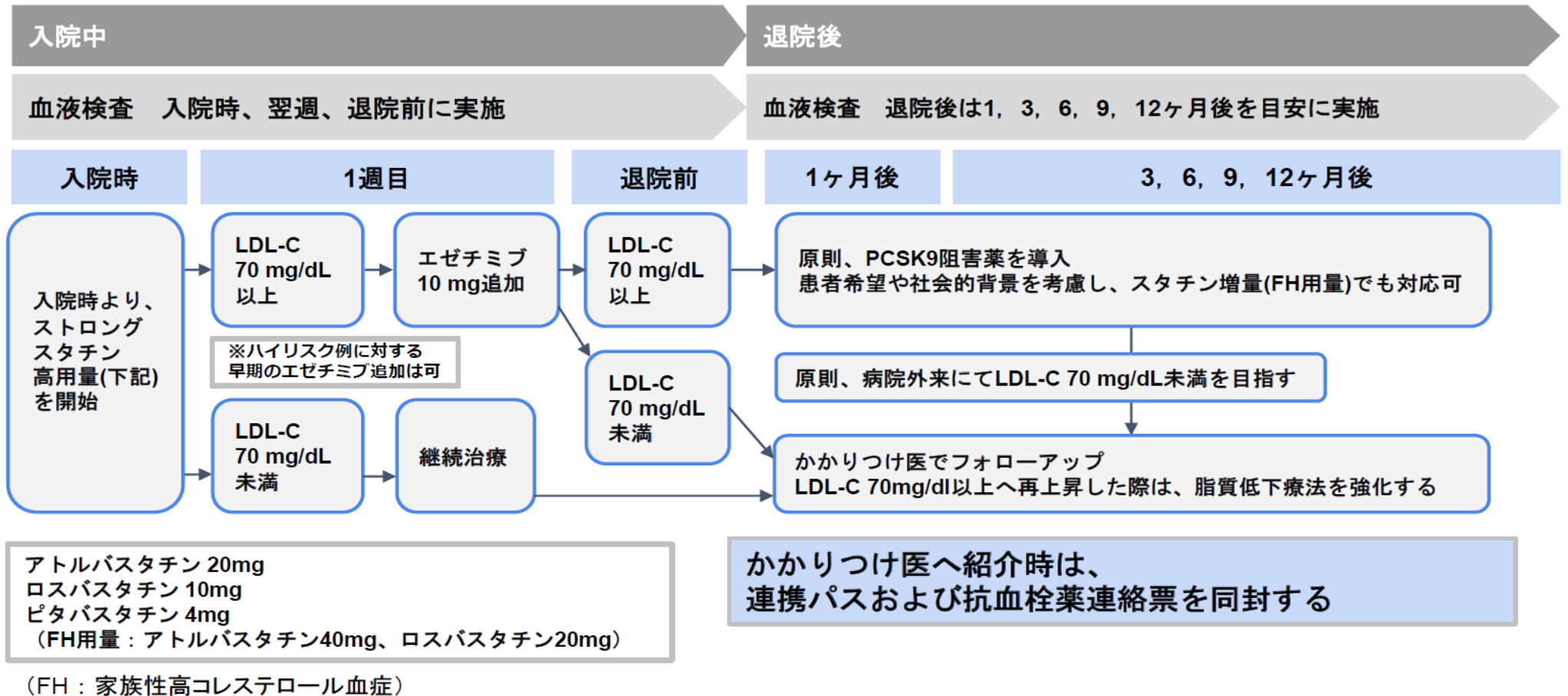


長崎AMI二次予防クリニカルパス (運用フロー)



※ 補足事項

- ・ストロングスタチンを忍容可能な最大用量で継続する。LDL-C 70mg/dl 以上の場合は、下記①→②→③に従い脂質低下療法を強化する。
- ① エゼチミブ追加 (最大 10mg)、② スタチン FH 用量へ増量 (症状詳記必要)、③ PCSK9 阻害薬の導入 (②は適宜、実施するか判断)
- ・血液検査項目： 血球数、肝・腎機能、脂質 (LDL-C、HDL-C、TG)、血糖 (糖尿病患者はHbA1cも測定)、CK (有害事象確認のため)
- ・添付の「よくある質問」の項目も、ご参照ください。

長崎 AMI 二次予防クリニカルパス (FAQ)

No.	よくある質問	回答
1	パス項目の管理目標を教えてください。	急性冠症候群の二次予防としては血圧 < 130/80mmHg、LDL-C < 70 mg/dl、HDL-C \geq 40mg/dl、TG < 150mg/dl、HbA1c < 7.0% が目標です。高齢者では血圧・HbA1c の目標は適宜ご検討ください。
2	LDL-C 値が低ければ薬を減らしても良いでしょうか？	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。
3	AMI の再発はどのような機序で発生するのでしょうか？	PCI を実施した責任病変だけでなく、残存プラークも原因とされています。LDL-C 値が低いほど、冠動脈プラークの退縮や安定化が得られるとの報告もあり、積極的な脂質低下療法が重要と考えます。
4	LDL-C 値が 70~80 mg/dL 程度でも、すぐに対応が必要でしょうか？	AMI の既往があること、ストロングスタチン最大量投与でも LDL-C 値が十分低下していないことから、ハイリスク患者に該当すると考えます。エゼチミブ未投与であれば速やかな追加をお願いいたします。すでにエゼチミブを投与している場合は PCSK9 阻害薬を検討しますので、再度ご紹介下さい。
5	PCSK9 阻害薬（注射薬）の導入が必要な時はどうすればよいでしょうか？	慢性期に LDL-C が再上昇し導入を検討する場合は、紹介元の PCI 実施病院で説明・導入および初回フォローアップを行いますのでご紹介下さい。薬価は、エボロクマブ（レパーサ）3 割負担の場合、15,000 円/月程度が目安となります。自己負担額が課題となる場合は高額療養費制度の利用もご検討ください。最大で 8,000 円/回の自己負担に抑えることができます。（70 歳以上、住民税非課税世帯の場合）
6	スタチン関連有害事象の頻度と対応を教えてください。	スタチン関連有害事象による服薬継続困難理由は、筋障害（7.2%）、全身症状（2.3%）、肝障害（2.1%）と報告されています（日本動脈硬化学会 スタチン不耐に関する診療指針 2018）。有害事象が生じた際には同診療指針のアルゴリズムに沿い、ご対応ください。
7	パスに基づいた薬剤投与はいつまで継続する必要がありますでしょうか？	有害事象がなければ、少なくとも AMI 発症後 1 年間は継続ください。1 年後以降も可能なら同量で継続をお願いします。減量した場合も LDL-C 値をフォローアップいただき、70 mg/dl を超えた際には再増量をお願いします。PCSK9 阻害薬についても最低 1 年間は継続をお願いいたします。
8	高齢者でも積極的な投薬が必要でしょうか？	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パスに沿った対応をお願いいたします。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適宜ご判断ください。

(AMI: 急性心筋梗塞、PCI: 経皮的冠動脈形成術)