



動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版 普及啓発共催セミナー in Kobe

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、動脈硬化性疾患予防ガイドライン普及啓発共催セミナーを下記日程にて開催することとなりましたのでご案内申し上げます。ご多用中とは存じますが、何卒ご参加下さいませようお願い申し上げます。 謹白

日 時：平成24年12月13日(木)18:30~20:30

場 所：ANAクラウンプラザホテル神戸 9階「ローズマリー」

〒650-0002 神戸市中央区北野町1丁目 TEL:078-291-1121

Opening Remarks 18:30~18:35

神戸市立医療センター中央市民病院 院長/日本動脈硬化学会 理事長 **北 徹 先生**

基調講演

18:35~19:20

座長 神戸大学大学院医学研究科循環器内科学 教授 **平田 健一 先生**

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版の概要と改訂のポイント

大阪大学医学部附属病院 循環器内科 病院教授
ガイドライン委員 日本動脈硬化学会大阪地区委員 **山下 静也 先生**

Panel Discussion 19:20~20:30

司会 神戸市立医療センター中央市民病院 院長
日本動脈硬化学会 理事長 **北 徹 先生**

神戸大学大学院医学研究科循環器内科学 教授 **平田 健一 先生**

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版はこうして実地臨床に生かす

パネリスト 大阪大学医学部附属病院 循環器内科 病院教授
ガイドライン委員 日本動脈硬化学会大阪地区委員 **山下 静也 先生**

京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 教授
日本動脈硬化学会近畿ブロック委員 **荒井 秀典 先生**

竹内内科 院長 **竹内 素志 先生**

三菱神戸病院 副院長 内科部長 **松本 健 先生**

神戸市立医療センター中央市民病院 腎臓内科 部長代行 **吉本 明弘 先生**

※ セミナー終了後、情報交換会をご用意しております。

※ 本セミナーは日本動脈硬化学会認定動脈硬化専門医更新単位（5単位）の申請が出来ます。

※ 当日は、ご参加頂いた確認の為、ご施設名、ご芳名の記帳をお願い申し上げます。

尚、ご記帳頂いたご施設名、ご芳名は医薬品および医学・薬学に関する情報提供の為に
利用させて頂くことが御座います。何卒ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

共催：一般社団法人日本動脈硬化学会/第一三共株式会社

パネルディスカッション

「動脈硬化性疾患予防ガイドライン2012年版は
こうして実地臨床に生かす」

【症例③】 62歳 男性

【主訴】 PCI後フォローアップ目的

【現病歴】 10年前より高血圧と高コレステロール血症を指摘されていたが、加療を受けていなかった。**1年前に不安定狭心症**と診断され、左冠動脈前下行枝にステント留置術が行われた。その後、降圧薬として**ARB・Ca拮抗薬**合剤が、脂質低下薬は**ストロングスタチン常用量**が処方されている。ステント治療後の冠動脈造影では再狭窄はなく、胸痛なく経過している。

【生活歴】 喫煙なし、飲酒はビール350mL/日、運動は週2回30分間のウォーキング

【家族歴】 父が高血圧、狭心症(65歳時)、母が高コレステロール血症

【現症】 身長 165 cm, 体重 70 kg, **BMI 25.7** kg/m², ウエスト周囲長 86cm
血圧 126/80 mmHg

【空腹時検査データ】

血糖 90 mg/dL, HbA1c 5.6%(NGSP)

Cr 0.7mg/dL, eGFR 87.6 mL/min/1.73m², 尿蛋白(-)

＜血清脂質値 (mg/dL)の推移＞

	TC	TG	HDL-C	LDL-C(計算)
2年前	240	195	34	167
PCI後	162	85	38	107
現在	192	155	38	123



症例3：本症例のリスク評価は？

1. **二次予防**（本例＋）
2. **家族歴**（男性55歳、女性65歳未満のCADの家族歴は危険因子となる）：早発性冠動脈疾患の家族歴ではない。
3. **メタボリックシンドローム**（BMI25.7, ウエスト86cm, HT, HL, 高TG, 低HDL）（＋）
4. **CKD**（－） 5. **糖尿病**（－）



本症例に対しどのように対処しますか？

1. このままの薬物治療を継続する。 ×
2. スタチンを増量する。 ?
3. エゼチミブまたはレジンを追加する。 ○
4. EPAを追加する。 △
5. フィブラートを追加する。 △

症例 3 : 本症例のポイント

1. **急性冠症候群**によりPCIを受けた二次予防患者であり、脂質異常症と高血圧症の薬物治療を受けている。
2. **LDL-Cが123 mg/dL(<100)**であるとともに**高TG血症(155<150)**、**低HDL-C血症(38<40)**を呈している。
3. **Non HDL-Cが154 mg/dL(<130)**である。
4. **メタボリックシンドローム**を合併している。

症例 3 : 解 説

- 急性冠症候群(ACS)を1年前に発症した二次予防の患者である。
- 二次予防のLDL-Cの管理目標は100 mg/dL未満であるが、本症例は目標を達成していない。食事療法のアドヒアランスを確認し、必要に応じて薬物治療の変更を検討する。
- なお、本症例は高TG血症、低HDL-C血症を合併していることから、併用する薬剤の選択が重要である。スタチンの増量、エゼチミブまたはレジン、EPA製剤、フィブラートの併用が考えられるが、LDL-Cの目標値の達成と有害事象の管理の双方を評価しながら治療プランを決定することが大切である(第11章)。
- また、高TG血症、低HDL-C血症があり、non HDL-C 130 mg/dL未満の達成も含めた薬物治療も考慮する。なお、別紙は二次予防の際により厳格な治療が必要とされる患者病態を示している。



症例 3 : 二次予防対象患者のなかでも より厳格な管理が必要な患者病態

- 急性冠症候群
- 喫煙
- 糖尿病
- 慢性腎臓病（CKD）
- 非心原性脳梗塞・末梢動脈疾患（PAD）
- メタボリックシンドローム
- 主要危険因子の重複



コメント：メタボリック症候群を呈する 急性冠症候群の既往患者の二次予防

- 食事療法では、コレステロール、飽和脂肪酸およびエネルギー制限、減塩が必要であり、包括的な指導を行う。運動も効果的。

- 1) **ストロングスタチン常用量**が心血管イベントを抑制するが本例ではすでに投与されている。スタチンの用量依存性少ない。
- 2) **エゼミチブ**：スタチンとの併用でさらに25-28%のLDL低下作用あり。肥満症例で特に有効。TG低下・HDL増加作用も有する。**レジン**（陰イオン交換樹脂：コレスチラミン、コレスチミド）はLDL低下作用あるがTG低下作用なし。高TG血症合併には無効。
- 3) **EPA**はTG低下作用は弱い、スタチンとの併用により高TG・低HDL血症患者では冠動脈イベント抑制効果を示した（JELIS試験：Lancet 2007, サブ解析：2008）。
- 4) **フィブラート**とスタチンの併用は原則禁忌だが腎機能に注意しながら併用すると二次予防に有効。