

## 図2 心筋梗塞症二次予防要約表

一般療法		
食餌療法	<p>血圧管理</p> <p>脂質管理</p> <p>体重管理</p> <p>糖尿病管理</p>	<p>減塩 1日 6g 未満 Body Mass Index*1 18.5 ~ 24.9 kg/m<sup>2</sup> 純アルコール 1日 30 ml 未満 最大酸素摂取量 50% 程度の運動</p> <p>脂肪摂取量総エネルギーの 25% 以下 飽和脂肪酸摂取量 7% 以下 多価不飽和脂肪酸 (特に ω-3 系多価不飽和脂肪酸) の摂取を増やす</p> <p>コレステロール 1日 300 mg 以下 Body Mass Index*1 18.5 ~ 24.9 kg/m<sup>2</sup></p> <p>Body Mass Index*1 18.5 ~ 24.9 kg/m<sup>2</sup></p> <p>HbA1c 6.5% 未満</p>
運動療法		1 回最低 30 分、週 3~4 回 (できれば毎日) 歩行・走行・サイクリングなどの有酸素運動、日常生活の中で身体活動 (歩行・仕事など) を増やす 冠危険因子を有する患者、中等度ないし高リスク患者は監視型運動療法
禁煙指導		喫煙歴の調査、禁煙指導、受動喫煙回避
飲酒指導		多量飲酒を控える
うつ、不安症、不眠症		カウンセリング 社会・家庭環境等の評価
患者教育		生活習慣の修正 服薬方法等、再発予防の知識を教育 患者及び家族に心筋梗塞・狭心症等の急性症状と対処法の教育
薬物療法 禁忌のないことを確認して薬物投与		
抗血小板薬・ 抗凝血薬		アスピリン 50~162 mg これが禁忌の場合 トラビジル 300 mg 投与 心房細動、左室瘤合併例でのワルファリン投与
β遮断薬		低リスク群*2 以外の心筋梗塞 梗塞後狭心症、高血圧を合併するもの 急性期に心不全のあったものや梗塞範囲の大きいもの (投与に関しては心不全の状態に応じて少量から開始し、徐々に増量する)
脂質代謝異常改善薬		高 LDL コレステロール血症にスタチン投与
硝酸薬・ ニコランジル		梗塞後狭心症や新たな心筋虚血に硝酸薬屯用又は短期間投与 安定狭心症を伴う心筋梗塞にニコランジル投与 [IIa]
カルシウム拮抗薬		β遮断薬が使用できず、心不全、房室ブロックのない症例で心筋梗塞後の心筋虚血の軽減、または頻脈性心房細動の脈拍コントロール目的でベラパミルまたはジルチアゼム投与 [IIa]
ACE 阻害薬・ アンジオテンシン II 受容体拮抗薬		ハイリスク患者 (広範囲梗塞、左心不全) の発症早期に低用量から増量して ACE 阻害薬投与 中等度以上の左心機能低下例 (EF < 40%) に ACE 阻害薬投与 急性期からアンジオテンシン II 受容体拮抗薬投与
抗不整脈療法		心房細動に対する心拍数コントロール 心室期外収縮、非持続性心室頻拍、持続性心室頻拍、心室細動に対する β 遮断薬 (禁忌例を除いて積極的に) [IIa] 症候性の心室期外収縮 (≥ 10 個/時間) および非持続性心室頻拍 (LVEF ≥ 40%) に対するアミオダロン [IIa] 安定した血行動態の持続性心室頻拍に対するアミオダロンあるいは dl-ソタロール [IIa] 植込み型除細動器が使用できない例で心室細動あるいは血行動態の破綻を来す持続性心室頻拍に対するアミオダロン [IIa] 植込み型除細動器…心室細動あるいは血行動態の破綻を来す持続性心室頻拍 …左心不全を伴う非持続性心室頻拍で EPS*3 により持続性心室頻拍、心室細動が誘発される例
侵襲的治療法		
発症 24 時間以降 退院までの冠動脈 インターベンション		責任冠動脈には 薬剤抵抗性心筋虚血 (無症候性心筋虚血を含む) の場合 非責任冠動脈には 薬剤抵抗性心筋虚血 又は残存心筋の心筋虚血により心機能低下が著しい場合

\*1 Body Mass Index 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

\*2 低リスク群 左心機能正常かほぼ正常で再灌流に成功し、重症心室性不整脈のないもの

\*3 EPS 電気生理学的検査 (electrophysiological study)