

ゴール

喫煙	完全に止めること 環境からのタバコの暴露を止めること	訪問の度にたばこの使用量を尋ねる I (B)	I (B)
		すべての喫煙者に止めるようにアドバイスする I (B)	I (B)
		喫煙者に禁煙の意思を評価する I (B)	I (B)
		禁煙をカウンセリングや禁煙プランで助けること I (B)	I (B)
		フォローアップ、特殊プログラムや薬物療法(ニコチン離脱、bupropion)をアレン 仕事場や自宅で環境からの暴露を亡くすように遂行すること I (B)	I (B)
血圧	140/90mmHg 130/80 mmHg (糖尿病やCKD)	すべての人	
		生活習慣の改善を開始し維持すること 体重コントロール; 身体活動度を上げる、アルコール適度; 塩分制限; 新鮮な果物摂取、野菜、低脂肪酪農製品 I (B)	I (B)
		BP > 140/90mmHg (>130/80mmHg; DM, CKD) 降圧剤は 遮断薬 and/or ACE阻害薬で開始し、血圧ゴールを達成するためにサイアザイドなどの他の薬を使用する I (A)	I (A)
脂質	LDL-C < 100mg/dl 中性脂肪値 > 200mg/dl なら non-HDL-C < 130mg/dl	すべての人	
		食事療法を開始。飽和脂肪酸、トランス脂肪酸、コレステロール (<200mg/日) の制限	I (B)
		植物性スタノール/ステロール (2g/日) と可溶性・粘稠性食物繊維 (10g/日) を摂取	I (B)
		毎日の身体活動度を上げ、体重を管理	I (B)
		3系脂肪酸を魚 [‡] or カプセルで摂取 (1g/日) し、中性脂肪が高い例では高容量を摂取	IIb (B)
		脂質マネージメント	
		すべての患者で心血管イベント入院24時間以内に脂質プロファイルを評価。退院までに下記のスケジュールに沿って投薬を開始。	
		LDL-C < 100 mg/dL I (A) は必須で LDL-C < 70 mg/dL が望ましい IIa (A)	I (A)
		治療前の LDL-C > 100 mg/dL なら LDL 低下薬を開始 §	I (A)
		LDL-C 治療中でも LDL-C > 100 mg/dL なら、積極的 LDL-低下治療 (併用療法) が必要	I (A)
		ベースラインの LDL-C が 70 ~ 100 mg/dL なら LDL-C < 70 mg/dL を目標。	IIa (B)
中性脂肪値が 200 ~ 499 mg/dL なら non-HDL-C < 130 mg/dL を目標。I (B) さらに non-HDL-C < 100 mg/dL が理論的	IIa (B)		
non-HDL-C を低下させる治療オプションは			
LDL-C 低下治療 I (B), or ニコチン酸 ¶ (LDL-C 低下治療後) IIa (B), or フィブレート治療 # (LDL-C 低下治療後) IIa (B)			
中性脂肪値 > 500 mg/dL # なら、膵炎を防ぐために治療オプションは LDL 低下療法の前にフィブレート ¶ or ニコチン酸 ¶; として、中性脂肪低下療法後に LDL-C を治療目標とする。可能なら、non-HDL-C < 130 mg/dL を目標	I (C)		
身体活動度	30分、週7回 (最低5回/週)	すべての人に身体活動歴、負荷試験を評価し、運動処方を行う	I (B)
		すべての患者に中等度から強い有酸素運動(きびきびした歩行を、ほぼ毎日、日常生活活動度を上げるなど)を30-60分するように指導	I (B)
		レジスタンストレーニングを2日/週を勧める	IIb (C)
		ハイリスク例(ACS発症一か月以内、再貫流療法例、心不全)に医学治療プログラムを適応。	I (B)
体重	BMIを18.5 ~ 24.9kg/m ² ウエスト < 85 cm (男性)、 < 90cm (女性)	訪問の度にBMIとウエスト周囲径を評価して、絶えず体重を維持/減量が行えるように指導し、身体活動度、カロリー摂取、定期的な運動でBMIを18.5から24.9を維持する。	I (B)
		ウエスト周囲径が男性 > 85cm、女性 > 90cm ならライフスタイルの改善を行い、メタボリックシンドロームの治療プランを考慮	I (B)
		減量の初期治療の目的はベースラインから約10%を目標にすべき。成功すればさらにより大幅な減量を目標とする。	I (B)
糖尿病	HbA1C < 7%	正常に近いHbA1Cを達成するために、ライフスタイルと薬剤治療を開始する	I (B)
		他の危険因子(eg身体活動度、体重管理、血圧コントロール、コレステロール管理)を積極的介入	I (B)
		患者のプライマリーケア医や内分泌医と一緒に糖尿病ケアを行う	I (C)
		アスピリン75-162mg/日を禁忌がなければ、一生継続する	I (A)

抗血小板剤 / 抗凝固剤		CABGを受けた例では静脈グラフト閉塞を減少させるために、アスピリンを術後48時間以内に開始。投与量は100～325mg/日は有効で、162mg/日以上を一年まで継続する	I (B)
		アスピリンに加え、クロピドグレル75mg/日をACS患者では12カ月、PCIを受けた例ではベアメタルステントでは1ヶ月、SES(シロリムスステント)では3ヶ月、PES(パクリタキセルステント)では6ヶ月継続使用。	I (B)
		ステントでPCI実施した例では、アスピリンは高容量(325mg/日)でベアメタルステントでは一ヶ月、SESでは三ヶ月、PEPでは六ヶ月投与すべき	I (B)
		一過性、慢性心房細動、心筋梗塞後で臨床的な適応(eg,心房細動、左心室血栓)例ではPT-INRは2.0-3.0で制御	I (A)
		ワーファリンをアスピリンand/or クロピドグレルと併用する場合には、出血のリスクが高く、頻回にモニターする	I (B)
レニン・アンギオテンシン	ACE阻害剤	左室駆出率(LVEF<40%)のすべての患者と高血圧、糖尿病、CKD例では一生投与	I (A)
		上記以外のすべての患者に投与	I (B)
	ARB阻害剤	正常LV機能で心血管リスクがよくコントロールされている例や再貫流療法を受けた低リスク例にたいするACE阻害剤の治療オプション	IIa (B)
		ACE阻害剤に不耐例で、心不全やLVEF<40%の心筋梗塞例にARBの使用	I (A)
		ACE阻害剤の不耐能例の上記以外症例に考慮	I (B)
	アルドステロン遮断剤	収縮不全の心不全例にACE阻害剤と併用使用	IIb (B)
心筋梗塞後の例で、重篤な腎障害**や高カリウム血症††のない例、すでに治療域のACE阻害剤や遮断剤が投与され、LVEF<40%、糖尿病か心不全のある例での使用		I (A)	
遮断剤		心筋梗塞、急性冠症候群、左心機能不全(心不全の症状の有無に関係なく)のある例には、禁忌がなければ、投与を開始し一生継続	I (A)
		冠動脈疾患や他の血管疾患や糖尿病のある他の例に対して、禁忌がない例での投与を考慮	IIa (C)
インフルエンザワクチン		心血管病を持つ症例に対してインフルエンザワクチンの投与 I(B)	

†Non-HDL-C=総コレステロール - HDL-C.

‡妊婦や授乳女性はメチル水銀への暴露を最小にするために、魚の摂取を制限する

§ LDL低下薬を使用すると、LDL-C値は30 - 40%低下が得られる。LDL-C<70 mg/dLをターゲットとした例では、多剤併用を考慮。スタチンや他のLDL-C低下薬の併用でLDL-C値は50%以上低下が得られる

||標準的なスタチンとエゼチミブ、胆汁排泄薬、ニコチン酸製剤

¶高容量スタチンとフィbrate系の併用は重症な筋症のリスクが増加する。スタチンの投与量は少なくして、併用療法とすべき。ニコチン酸製剤処方にて代替して、ニコチン酸のサプリメントにすべきで

#中性脂肪がかなり高い例ではアルコールは摂取すべきではない。中性脂肪値>200mg/dLでは胆汁酸排泄剤の併用は相対的禁忌である。

**クレアチニン値 <2.5 mg/dL (男性) <2.0 mg/dL (女性)

††カリウム値 <5.0 mEq/L. であるべき