

福岡市医師会方式 急性心筋梗塞地域連携パス

本パスのアウトカム

8週まで抗血小板剤の副作用がない。
6-9ヵ月まで：再狭窄によるイベントがない。
それ以降：危険因子の管理ができています。

患者氏名： () 才) ◎入院月日 (20 年 月 日) ◎パス番号 ()

入院時からの経過		◎退院時 (月 日)	4週間後 (月 日)	6週間後 (月 日)	8週間後 (月 日)	3ヵ月後 (月 日)	6~9ヵ月後 (月 日)	1年後 (月 日)
受診先		急性期病院	回復期・かかりつけ医等の医療機関又は急性期病院	回復期・かかりつけ医等の医療機関	回復期・かかりつけ医等の医療機関	回復期・かかりつけ医等の医療機関又は急性期病院	急性期病院	回復期・かかりつけ医等の医療機関又は急性期病院
主達成目標	狭心症症状もしくは虚血所見の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	心不全症状の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
・狭心症 症状がない ・心不全の 悪化がない	喫煙 (◎退院時以外、各経過時に確認する)	入院前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	冠危険因子							
	血圧 mmHg (目標 130/80mmHg未満)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脂質							
	LDL-C mg/dl (目標100mg/dl未満)	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	T-Cho mg/dl (目標180mg/dl未満)	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
糖尿病 [HbA1c (%)]	%	%	%	%	%	%	%	
体重 (kg)	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
合併症	白血球数 個/ μ l							
	血小板数 万個/ μ l							
	肝障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
抗血小板薬の 継続又は変更	チクロピジン又はクロピドグレル	<input type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続
	変更薬 ()	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
	変更薬 ()	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
	変更薬 ()	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止
検査 検査項目の○は実施 空欄は実施しなくて可	血算、生化学	○	○	○	○	○	○	○
	心電図	○	○	○	○	○	○	○
	胸部レントゲン	○					○	
	心エコー	○					○	
	冠動脈造影又は冠動脈CT	○					○	
注意事項等記入欄								
退院時情報	☆ [退院時患者状態] 部位： <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 中隔 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 下壁 <input type="checkbox"/> 右室 治療 (<input type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> 血栓溶解 <input type="checkbox"/> 保存的治療) PCI実施日 (20 年 月 日) PCI施行部位 (責任冠動脈にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 右冠動脈 # <input type="checkbox"/> 左回旋枝 # <input type="checkbox"/> 左前下行枝 # <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5 通常型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤溶出型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 残存病変 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 退院時の狭心症症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 退院後心臓リハビリ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 退院後運動許容範囲 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (参照；*) 退院時心エコー Dd/Ds : / (mm) EF : %	☆ [退院時処方] アスピリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 チエノピリジン系 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 硝酸薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ACEIorARB <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 β 遮断薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 スタチン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細は退院時サマリーをご覧ください	☆ [確認冠動脈造影又は冠動脈CT所見:20 年 月 日] 再狭窄 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 再狭窄へのPCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 残存/新規病変 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 # <input type="checkbox"/> 右冠動脈 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 # <input type="checkbox"/> 左回旋枝 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 # <input type="checkbox"/> 左前下行枝 # PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 #5 <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5 PCI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
	* Dd/Ds : 左室拡張末期径/収縮末期径 * EF : 左室駆出分画 * PCI : 冠動脈インターベンション							

* A : 入院前の労作可能 B : 日常生活範囲の労作可能 C : きわめて温和な労作可能 ☆の部分は急性期病院が記入

■急性期病院 電話番号 092 - -	■回復期病院 電話番号 092 - -	■かかりつけ医 電話番号 092 - -
------------------------	------------------------	-------------------------

20 年 月 日 主治医

福岡市医師会共通 急性心筋梗塞地域連携パス

急性期病院が割り振ります

本パスのアウトカム

8週まで抗血小板剤の副作用がない。
6-9ヵ月まで：再狭窄によるイベントがない。
それ以降：危険因子の管理ができています。

患者氏名：福岡 花子 (才) ◎入院月日 (20 11年 4月 4日) ◎パス番号 (a b c 11-0001)

入院時からの経過		◎退院時 (4月 15日)	4週間後 (5月 2日)	6週間後 (5月 16日)	8週間後 (5月 30日)	3ヵ月後 (7月 4日)	6~9ヵ月後 (11月 12日)	1年後 (4月 10日)															
受診先		入院時からの期間になります	急性期病院	回復期・かかりつけ医等の医療機関又は急性期病院	回復期・かかりつけ医等の医療機関	回復期・かかりつけ医等の医療機関	回復期・かかりつけ医等の医療機関又は急性期病院	急性期病院	回復期・かかりつけ医等の医療機関又は急性期病院														
主達成目標	狭心症症状もしくは虚血所見の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり															
	心不全症状の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり															
・狭心症 症状がない	喫煙 (◎退院時以外、各経過時に確認する)	入院前 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり															
	血圧 mmHg (目標 130/80mmHg未満)	124/66 mmHg	120/62 mmHg	130/56 mmHg	128/60 mmHg	142/78 mmHg	165/82 mmHg	128/78 mmHg															
	脂質																						
	LDL-C mg/dl (目標100mg/dl未満)	124 mg/dl				134 mg/dl	148 mg/dl	104 mg/dl															
	T-Chol mg/dl (目標180mg/dl未満)	195 mg/dl				220 mg/dl	248 mg/dl	180 mg/dl															
・心不全の 悪化がない	糖尿病 [HbA1c (%)]	6.4				6.8	7.2	6.6															
	体重 (kg)	56				58	59	56															
	冠危険因子																						
合併症	白血球数 個/μl	5860	4800	1800	4800		5200	4800															
	血小板数 万個/μl	26	20	18	23		18	20															
	肝障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり															
	クレアチニン (mg/dl)	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6	0.7															
抗血小板薬の 継続又は変更	チクロピジン又はクロピドグレル	<input checked="" type="checkbox"/> 投与 <input type="checkbox"/> 非投与	<input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	<input checked="" type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続															
	変更薬 ()	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止															
	変更薬 ()	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止															
	変更薬 ()	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 中止															
検査 検査項目の○は実施 空欄は実施しなくて可	血算、生化学	○	○	○	○	○	○	○															
	心電図	○	○		○	○	○	○															
	胸部レントゲン	○					○																
	心エコー	○					○																
冠動脈造影又は冠動脈CT		○					○																
注意事項等記入欄																							
退院時情報	☆ [退院時患者状態] 部位： <input checked="" type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 中隔 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 下壁 <input type="checkbox"/> 右室 治療 (<input checked="" type="checkbox"/> PCI <input type="checkbox"/> 血栓溶解 <input type="checkbox"/> 保存的治療) PCI実施日 (20 年 月 日) PCI施行部位 (責任冠動脈にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 右冠動脈 # <input type="checkbox"/> 左回旋枝 #11 <input checked="" type="checkbox"/> 左前下行枝 # 6 <input type="checkbox"/> 左主幹部 #5 通常型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 薬剤溶出型ステント <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 残存病変 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 退院時の狭心症症状 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 退院後心臓リハビリ <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 退院後運動許容範囲 <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (参照：*) 退院時心エコー Dd/Ds： 44/28 (mm) EF： 58 %	☆ [退院時処方] アスピリン <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 チエノピリジン系 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 硝酸薬 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ACEIorARB <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 β遮断薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 スタチン <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 経口糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 詳細は退院時サマリーをご覧ください	☆ [確認冠動脈造影又は冠動脈CT所見:20 年 月 日] 再狭窄 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 再狭窄へのPCI <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 残存/新規病変 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>右冠動脈</td> <td>#</td> <td>PCI</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>左回旋枝</td> <td>#</td> <td>PCI</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>左前下行枝</td> <td>#</td> <td>PCI</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>有</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>左主幹部</td> <td>#5</td> <td>PCI</td> <td><input type="checkbox"/>無</td> <td><input type="checkbox"/>有</td> </tr> </table> *Dd/Ds：左室拡張末期径/収縮末期径 *EF：左室駆出分画 *PCI：冠動脈インターベンション	<input type="checkbox"/> 右冠動脈	#	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 左回旋枝	#	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 左前下行枝	#	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 左主幹部	#5	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 右冠動脈	#	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有																		
<input type="checkbox"/> 左回旋枝	#	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有																			
<input type="checkbox"/> 左前下行枝	#	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有																			
<input type="checkbox"/> 左主幹部	#5	PCI	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有																			
* A：入院前の労作可能 B：日常生活範囲の労作可能 C：きわめて温和な労作可能 ☆の部分は急性期病院が記入																							

急性期病院・回復期・かかりつけ医のいずれかで記入してもかまいません

空欄部分は実施しなくても可です

■急性期病院 ●●病院 電話番号 092 - 123 - 4567	■回復期病院 △△病院 電話番号 092 - 345 - 6789	■かかりつけ医 ◆◆医院 電話番号 092 - 111 - 2222
--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

【急性心筋梗塞地域連携パス 診療計画書】

患者さん用

患者氏名: _____ 様 入院日(発症日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

	病院名	診療科	担当医名	連絡先
(A)急性期病院				
(B)回復期病院				
(C)かかりつけ医				

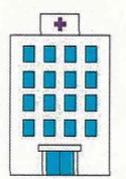


※スケジュールは変更される場合があります

医療機関受診日	(A)	(A)(B)(C)のいずれか	(B)(C)のいずれか		(A)(B)(C)のいずれか	(A)	(A)(B)(C)のいずれか
	退院時	4週間後	6週間後	8週間後	3ヵ月後	6~9ヵ月後	1年後
受診時に行う検査等	年 月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	年 月 日
血圧検査 (目標 130/80mmHg未満)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
体重測定	kg				kg	kg	kg
治療 (投薬等)	チクロピジン又はクロピドグレル □投与 □非投与	□中止 □継続	□中止 □継続	□中止 □継続	□中止 □継続	□中止 □継続	□中止 □継続
変更薬()		□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止
変更薬()		□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止
変更薬()		□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止	□開始 □中止
検査	血液検査	○	○	○	○	○	○
心電図	○	○		○	○	○	○
胸部レントゲン	○					○	
心エコー	○					○	
造影又はCT検査	○					○	

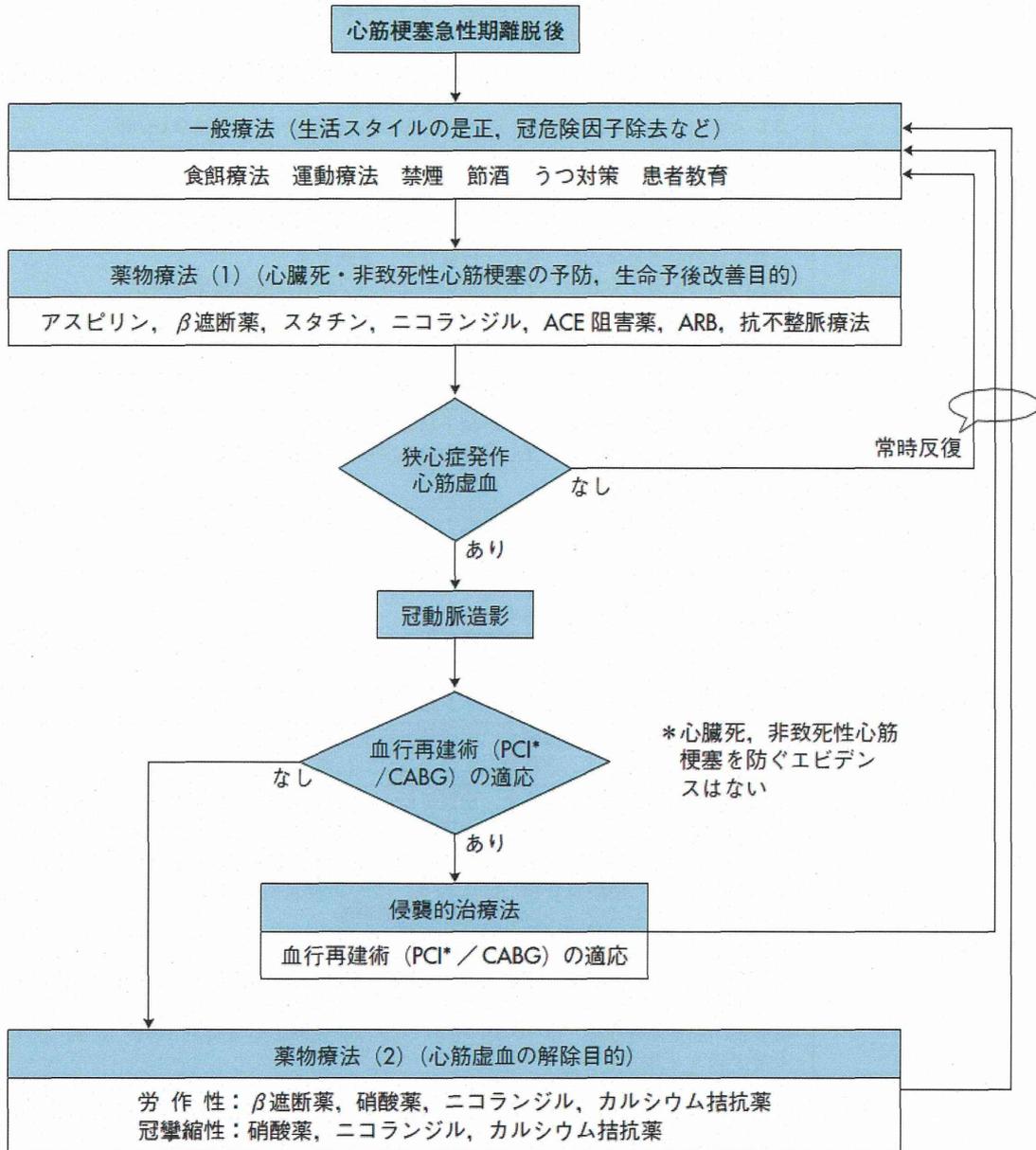
日々の生活で注意すべきこと

<p>観察項目</p> <ul style="list-style-type: none"> 胸が痛い 胸が重苦しい 胸がしめつけられる 動悸がする 息切れがする めまいがある 足が腫れる 	<p>※1日1回脈を測りましょう。</p> <p>左のような症状があったときは、がまんせず受診してください。</p>	<p>目標 : 狭心症症状がない 心不全の悪化がない</p>
<p>食事</p> <ul style="list-style-type: none"> 塩分を控えた食事を心がけましょう(塩分1日6g以下に控えましょう) 水分は適量を心がけて下さい 食事(カロリー)は1日1600kcalにしましょう その他() 	<p>運動</p> <ul style="list-style-type: none"> 脈が()回/分を超えない程度に、徐々に歩行時間を伸ばしましょう 30分程度の散歩などの運動をしましょう 食後2時間は、できるだけ安静にしましょう 	
<p>生活</p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴は首までつからず胸までにして、ゆっくりと入りましょう。食後2時間以内の入浴は、できるだけ控えましょう 	<p>(清潔等) 出血するようなケガに気をつけましょう。便秘に注意しましょう</p>	



3. 各種スケール

図1 心筋梗塞症二次予防 フローチャート



循環器病の診断と治療に関するガイドライン
(2004-2005年度合同研究班報告) より

図2 心筋梗塞症二次予防要約表

一般療法		
食餌療法	血圧管理 脂質管理 体重管理 糖尿病管理	減塩 1日 6g 未満 Body Mass Index*1 18.5～24.9 kg/m ² 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 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 コレステロール 1日 300 mg 以下 Body Mass Index*1 18.5～24.9 kg/m ² Body Mass Index*1 18.5～24.9 kg/m ² HbA1c 6.5% 未満
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 トラピジル 300 mg 投与 心房細動, 左室癒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 非責任冠動脈には	薬剤抵抗性心筋虚血 (無症候性心筋虚血を含む) の場合 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)

図3 血糖および脂質などのコントロール指標

指標	優	良	可		不可
			不十分	不良	
HbA1c (JDS値) ^{注1)} (%)	5.8未満	5.8～6.5未満	6.5～7.0未満	7.0～8.0未満	8.0以上
空腹時血糖値 (mg/dL)	80～110未満	110～130未満	130～160未満		160以上
食後2時間血糖値 (mg/dL)	80～140未満	140～180未満	180～220未満		220以上

日本糖尿病学会編：糖尿病治療ガイド2010, 25頁, 文光堂, 2010より

標準体重の維持	BMI 22前後
血圧	130/80mmHg未満
LDLコレステロール ^{注2)}	120mg/dL未満 (冠動脈疾患があるときは100mg/dL未満)
中性脂肪(早朝空腹時)	150mg/dL未満
HDLコレステロール	40mg/dL以上

注1) HbA1c値の国際標準化について

近い将来HbA1c値は現在のJDS値(日本糖尿病学会基準値)から国際標準値となるが、その場合はJDS値に一律に0.4%を加えた値となる。

注2) LDLコレステロールは、以下のFriedewaldの式で計算することが望ましい。

$$\text{LDLコレステロール} = \text{総コレステロール} - \text{HDLコレステロール} - \text{中性脂肪} / 5$$

ただし空腹時の中性脂肪値が400mg/dL以上の場合は、「LDLコレステロール = 総コレステロール - HDLコレステロール」を用い、その場合の目標値は150mg/dL未満(冠動脈疾患があるときは130mg/dL未満)となる。

図4 発症からの経過時間別に見た各心筋傷害マーカーの診断精度

	<2h	2~4h	4~6h	6~12h	12~24h	24~72h	>72h
ミオグロビン*	○	○	○	○	○	△	×
心臓型脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) *	○	○	○	○	○	△	×
心筋トロポニン*	×	△	◎	◎	◎	◎	◎
CK-MB	×	△	◎	◎	◎	△	×
CK	×	△	○	○	○	△	×
ミオシン軽鎖	×	△	○	○	○	○	○

◎ 感度, 特異度ともに高く診断に有用である
 ○ 感度は高いが, 特異度に限界がある
 △ 感度, 特異度ともに限界がある

× 診断に有用でない
 * 全血迅速診断が可能である

<福岡市医師会 急性心筋梗塞ワーキンググループ構成メンバー>

代 表	国立病院機構九州医療センター 副院長	冷牟田浩司
副代表	济生会福岡総合病院 副院長	山本 雄祐
	福岡赤十字病院 副院長	稲生 哲治
	福岡大学病院 循環器内科講師	岩田 敦
	福岡市医師会成人病センター 副院長	勝田 洋輔
	権藤内科医院	権藤 公和
	佐田厚生会佐田病院	仁位 隆信
	恵光会原病院	久原伊知郎
	芝尾クリニック	芝尾 敬吾
	福岡市医師会会長	江頭 啓介
	福岡市医師会副会長	下村 国寿
	福岡市医師会専務理事	入江 尚
	福岡市医師会理事（主務）	竹中 賢治
	福岡市医師会理事	寺坂 禮治
	福岡市医師会理事	田中三津子

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）・脳卒中や心筋梗塞に関する医療連携構築に関する研究（H25-心筋-一般-001）
（主任研究者・日本医科大学救急医学・横田裕行）・心筋梗塞連携分析分科会（分担研究者・福岡市医師会成人病センター・小池城司

平成 27 年度福岡市内循環器疾患基幹病院アンケート調査

アンケート日：平成____年____月____日

アンケート回答者：

医療機関名：_____病院_____科

役職：_____

氏名：_____

平成 27 年の急性心筋梗塞症例数（緊急 PCI 実施症例）：_____例

質問 1

「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」があることを知っていますか？

- 1.知っている 2.知らない

質問 2

質問 1 で「1.知っている」と答えた方にお尋ねします。これまでにこの「福岡市医師会方式急性心筋梗塞地域連携パス」を使用したことがありますか？

- 1.使用したことがあります、現在も使用している。
2.使用したことがあるが、現在は使用していない。
3.使用したことがない。