

検索ボックス

検索

<< 2025年03月 >>

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

最近の記事

- (03/15)[出血性結腸憩室炎の長期予後](#)
(03/14)[ペニシリンアレルギーのある患者におけるセファロスポリン系処方指針](#)
(03/12)[めまいの原因についてリスクを層別化するための臨床スコアの開発](#)
(03/10)[二酸化炭素中毒とは](#)
(03/07)[子宮外妊娠](#)

最近のコメント

- [鉄欠乏性貧血における鉄剤の服用](#) by (09/13)
[23価肺炎球菌ワクチンの局所反応](#) by (07/11)
[急性心不全のラシックスの効果減弱](#) by (06/10)
[小児の腸重積・ロタウイルスワクチンとの関係について](#) by (05/02)
[Ⅱ型糖尿病患者にスルホニル尿素薬の有効性について](#) by (04/19)

タグクラウド

カテゴリ

- [小児科](#)(265)
[循環器](#)(321)
[消化器・PPI](#)(191)
[感染症・衛生](#)(333)
[糖尿病](#)(163)
[喘息・呼吸器・アレルギー](#)(128)
[インフルエンザ](#)(120)
[肝臓・肝炎](#)(67)
[薬・抗生剤・サプリメント・栄養指導](#)(59)
[脳・神経・精神・睡眠障害](#)(77)
[整形外科・痛風・高尿酸血症](#)(45)
[ワクチン](#)(99)
[癌関係](#)(14)
[脂質異常](#)(32)
[甲状腺・内分泌](#)(22)
[婦人科](#)(21)
[泌尿器・腎臓・前立腺](#)(65)
[熱中症](#)(7)
[日記](#)(32)
[その他](#)(104)

過去ログ

- [2025年03月](#)(7)
[2025年02月](#)(14)
[2025年01月](#)(16)
[2024年12月](#)(14)

[<< 非重症例のインフルエンザに対する抗ウイルス薬の評価 | TOP | リンパ球性間質性肺炎・シェーグレン症候群 >>](#)

2025年02月25日

成人における脂質異常症の薬剤管理のガイドライン・米国

成人における脂質異常症の薬剤管理のガイドライン・米国

American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline on Pharmacologic Management of Adults With Dyslipidemia



長文のガイドラインのため「サマリー」だけをブログします。

- 成人脂質異常症の一次予防について、AACE（American Association of Clinical Endocrinology）は、治療に関する患者との意思決定のため、ASCVD（動脈硬化性心血管疾患）イベントの将来リスクを予測する有効なツール、または計算機の使用を推奨する。
- 最大耐用量のスタチン投与を受けている成人の脂質異常症患者で、ASCVDを発症している、またはリスクは高いが目標値（LDL-C< 70mg/dL）に達していない場合、AACEは通常に加え、エボロクマブまたはアリロクマブの使用を提案する。
（補足説明；エボロクマブ（Evolocumab）商品名：Repatha（レパーサ）はPCSK9を阻害することで、LDL受容体の数を増加させ、LDLコレステロール（LDL-C）の血中濃度を下げます。
投与方法：140mgを2週間に1回、または420mgを4週間に1回皮下注射する。
アリロクマブは、日本では発売されていません。）
- ASCVDを発症していない成人の脂質異常症患者において、AACEは通常の治療に加えてエボロクマブまたはアリロクマブを使用しないことを勧めます。

・現在のところ、エボロクマブとアリロクマブを比較した直接的なエビデンスはない。
・ほとんどの試験参加者はASCVDのリスクが高いか、二次予防のための治療を受けています。
ASCVDリスクの低い成人で、有益性が有害性を上回るかどうかは不明です。
- 成人の脂質異常症患者におけるインクリシランの使用については、推奨または反対ともに十分な証拠がないです。（推奨なし、証拠不十分）

・全体としてはスタディの数も少なく、心血管疾患のイベント発生の症例数も非常に少ないため、通常の治療に加えてインクリシランを使用することの潜在的な有益性と、有害性のバランスを決定できない。
（補足説明；インクリシラン（商品名：レクビオ[®]）は日本で利用可能です。
2023年9月25日に製造販売承認。レクビオ[®]は、家族性高コレステロール血症や高コレステロール血症の患者さんで、心血管イベントのリスクが高く、スタチン（HMG-CoA還元酵素阻害剤）では効果が不十分、またはスタチンの使用が適さない場合に使用されます。
投与方法は、初回投与後3カ月後に2回目を皮下投与し、その後は6カ月毎に1回の投与となります。）
- スタチン不耐容でASCVDを有するか、リスクが増加している成人の脂質異常症においては、AACEは通常の治療に加えてベムベド酸の使用を推奨する。
（補足説明；ベムベド酸は、HMG-CoA還元酵素の上流に作用する経口脂質低下薬で、スタチンが使えない患者向けの新しい経口脂質低下薬。
LDL-Cを約15～25%低下させ、スタチンと併用可能。
筋肉痛のリスクが低いが、尿酸値上昇に注意が必要。日本では未承認）
- ASCVDを発症しておらず、他の脂質低下薬に耐容性がある成人の脂質異常症患者において、通常の治療に加えてベムベド酸を使用する事は勧めていない。

[2024年11月](#)(12)
[2024年10月](#)(13)
[2024年09月](#)(14)
[2024年08月](#)(12)
[2024年07月](#)(15)
[2024年06月](#)(14)
[2024年05月](#)(14)
[2024年04月](#)(12)
[2024年03月](#)(14)
[2024年02月](#)(13)
[2024年01月](#)(19)
[2023年12月](#)(17)
[2023年11月](#)(13)
[2023年10月](#)(15)
[2023年09月](#)(12)
[2023年08月](#)(16)
[2023年07月](#)(15)
[2023年06月](#)(14)
[2023年05月](#)(15)
[2023年04月](#)(15)
[2023年03月](#)(15)
[2023年02月](#)(14)
[2023年01月](#)(15)
[2022年12月](#)(12)
[2022年11月](#)(16)
[2022年10月](#)(15)
[2022年09月](#)(13)
[2022年08月](#)(17)
[2022年07月](#)(13)
[2022年06月](#)(15)
[2022年05月](#)(15)
[2022年04月](#)(14)
[2022年03月](#)(15)
[2022年02月](#)(14)
[2022年01月](#)(16)
[2021年12月](#)(14)
[2021年11月](#)(17)
[2021年10月](#)(17)
[2021年09月](#)(13)
[2021年08月](#)(16)
[2021年07月](#)(12)
[2021年06月](#)(16)
[2021年05月](#)(16)
[2021年04月](#)(14)
[2021年03月](#)(18)
[2021年02月](#)(19)
以降はカテゴリーで検索してください。

[PDF Site Summary](#)
[RSS 2.0](#)

- ・患者には、ベンベド酸は心筋梗塞をわずかに減少させるかもしれないが、潜在的な有害性（痛風、胆石症、腱断裂）のリスクがある。従って、潜在的な利益と害についての議論を含む共有意思決定アプローチが必要となる。
 - ・低用量のスタチンを含めた不均一な被験者（heterogeneity）のスタディである事に注意が必要。
 - ・一次予防に関するエビデンスは限られている。
最も大規模な臨床試験の二次解析によると、一次予防に有益である可能性が示されたが、被験者数が少なく、参加者全員がASCVDの高リスクであった。
- 7) 心血管系疾患を有する、またはリスクが高い人で高中性脂肪（150～499mg/dL）の成人に対しては、AACEはスタチンに加えてEPA（IPE）の使用を推奨する。
(ただし条件付き推奨でエビデンスの確実性は低い)
- 8) 重度の高トリグリセリド血症（ $\geq 500\text{mg/dL}$ ）の成人におけるEPA（IPE）の使用を推奨するが、推奨しない十分な根拠はない。(推奨しない、証拠不十分)
- ・EPA単剤療法は心筋梗塞をわずかに減少させる可能性があるが、潜在的な有害性（心房細動の発症リスクや、大出血のリスクがわずかに増加する。）のリスクが存在することを説明すべきである。
 - ・重度の高トリグリセリド血症（ $\geq 500\text{mg/dL}$ ）を有する患者は、いずれのスタディにも含まれていなかった。
さらに、EPAまたはIPE単剤療法が肺炎に効果があるかも報告されていない。
- 9) 心血管系疾患を有するか、リスクが高い高中性脂肪（150～499mg/dL）の成人において、AACEはスタチン療法に加えて、EPAとDHAを併用する事を推奨しない。
- 10) 重度の高トリグリセリド血症（ $\geq 500\text{mg/dL}$ ）を有する成人に対するEPAとDHAの併用療法を推奨するエビデンスは、不十分である。(推奨しない、証拠不十分)
- ・1.8g/日以上のEPAとDHAの投与では、心血管イベントや死亡率の臨床的に意味のある減少は認められず、潜在的な有害性（心房細動や大出血のリスクがわずかに増加する）のリスクがあることを患者に説明すべきである。
 - ・重度の高トリグリセリド血症（ $\geq 500\text{mg/dL}$ ）の患者は、いずれのスタディにも含まれていなかった。さらに、肺炎に対するEPAとDHAの効果も報告されていない。
- 11) ASCVDまたはリスクが高い高トリグリセリド血症（150～499mg/dL）の成人において、AACEは通常の治療に加えて、ナイアシンを使用することを推奨しない。
- 12) 重度の高トリグリセリド血症（ $\geq 500\text{mg/dL}$ ）の成人に対するナイアシンの使用を推奨、または推奨しないことを示す証拠は不十分である。(推奨しない、証拠不十分)
- ・ナイアシンとスタチンとの併用は、心筋梗塞の些細な減少につながるかもしれないが、重大な潜在的有害性のリスク（感染症、出血、高血糖の増加）がある。
 - ・ナイアシンとスタチンを含む併用薬はFDAでは、もはや承認されていない。
 - ・重度の高トリグリセリド血症（ $\geq 500\text{mg/dL}$ ）は、いずれのスタディにも含まれていなかった。
さらに、各スタディでは、EPA（IPE）が肺炎の効果については報告されていない。
- 13) ASCVDまたはリスクが高い脂質異常症の薬物療法を受けている成人において、AACEはLDL-C目標値を70mg以下に設定することを提案している。(条件付き推奨、エビデンスの確実性は低い)
- ・2017年に推奨されたLDL-C治療目標値の引き下げ（ $< 55\text{mg/dL}$ ）は、スタチン＋エゼチミブに関する単一の試験によってもたらされた。
しかし、その後の多数のスタディのメタ解析では、心血管イベントや死亡率に差は示されなかった。
 - ・臨床医は、些細な利益や些細な副作用、コスト、患者の嗜好、治療目標が低い場合に、患者間の差別化懸念（equity）の影響などを含め、共有の意思決定に患者を参加させるべきである。

私見)

本院でも、スタチンとゼチーアの副反応を心配される患者さんがいます。
本ブログを参照して、薬を選択します。

[脂質異常症ガイドライン.pdf](#)

0

0

いいね！

ポスト

ブックマーク

【脂質異常の最新記事】

[脂質異常症治療薬のコレステロールとリビトー..](#)

[新しい脂質異常症治療薬・ベンベド酸](#)

[脂質異常症の治療薬・スタチンによる筋症状..](#)

[75歳以上の高齢者における脂質異常症の治..](#)

[non-HDLコレステロールと心血管疾患..](#)

posted by 斎賀一 at 20:37 | [脂質異常](#)

