

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）

【ダイジェスト版】

心筋梗塞二次予防に関するガイドライン(2006年改訂版)

Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006)

合同研究班参加学会：日本循環器学会，日本冠疾患学会，日本集中治療医学会，日本心血管インターベンション学会，
日本心臓血管内視鏡学会，日本心臓病学会，日本心臓リハビリテーション学会，日本心電学会，
日本心不全学会，日本動脈硬化学会，日本脈管学会

班 長	石 川 欽 司	近畿大学循環器内科	班 員	林 孝 浩	近畿大学循環器内科
班 員	上 島 弘 嗣	滋賀医科大学福祉保健医学		山 口 巖	筑波大学大学院人間総合科学研究科病態制御医学循環器内科
	小 川 久 雄	熊本大学大学院医学薬学研究部循環器病態学	協力員	伊 藤 昭	九州大学大学院医学研究院・医学薬学府・医学部循環器内科学
	金 政 健	近畿大学高血圧・老年内科		浦 澤 一 史	北海道大学大学院医学研究科循環器内科
	齋 藤 宗 靖	自治医科大学附属大宮医療センター総合医学第一		木 村 彰 男	近畿大学循環器内科
	佐々木 淳	国際医療福祉大学大学院保健医療学		坂 本 知 浩	熊本大学大学院医学薬学研究部循環器内科
	筒 井 裕 之	北海道大学大学院医学研究科循環器病態内科学		武 安 法 之	筑波大学大学院人間総合科学研究科病態制御医学循環器内科
	中 村 保 幸	京都女子大学家政学部生活福祉学科		谷 樹 昌	駿河台日本大学病院循環器科
	長 尾 建	駿河台日本大学病院救命救急センター			

外部評価委員

笠 貫 宏	東京女子医科大学循環器内科	藤 原 久 義	岐阜大学大学院医学研究科再生医科学循環・呼吸病態学
西 山 信一郎	虎の門病院分院内科総合診療科	永 井 良 三	東京大学大学院医学研究系循環器内科

(構成員の所属は2006年11月現在)

目 次

改訂にあたって
はじめに
クラスⅠ
一般療法
薬物療法
侵襲的治療法
クラスⅡa
一般療法
薬物療法

侵襲的治療法
クラスⅡb
一般療法
薬物療法
侵襲的治療法
クラスⅢ
薬物療法
侵襲的治療法

(無断転載を禁ずる)

改訂にあたって

本邦における心筋梗塞二次予防のガイドラインは日本循環器学会や日本心臓学会など複数の学会の合同で作成し、2000年に初めて誌上発表された。今回、ここに発表するガイドライン（2006年改訂版）はその改訂版である。この改訂版は新たにガイドライン作成班が構成され、初版の後に発表されたエビデンスを収集し、薬剤など二次予防手段の心筋梗塞二次予防効果を判定し直し、新たに登場した薬剤や二次予防手段にも評価を加え、ガイドラインとして作成したものである。このガイドラインが広く活用され、心筋梗塞の予後が改善することが望まれる。

はじめに

この小冊子は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）、心筋梗塞二次予防に関するガイドラインを要約したもの（ダイジェスト版）である。内容の詳細はガイドライン全文を参照し、正しく活用していただきたい。

目的：

このガイドラインは心筋梗塞二次予防がエビデンスに基づき、より効果的に実施され、心筋梗塞の治療が向上するよう作成されたものである。

心筋梗塞二次予防の定義：

心筋梗塞二次予防とは心筋梗塞後の症例を心事故から予防することをいう。心事故とは心臓死（致死性心筋梗塞、心臓突然死、心不全死）及び非致死性心筋梗塞を指す。これに薬剤抵抗性狭心症、冠血行再建術、心不全に

よる入院などを加える場合もある。

ガイドラインの対象患者：

このガイドラインは心筋梗塞後、陳旧化した症例主に適応されるものである。心筋梗塞発症直後の症例や不安定狭心症となった症例にはそれぞれのガイドラインを参照すること。

勧告の分類（クラス分類, Classification of Recommendations）と証拠のレベル（エビデンス分類, Level of Evidence）：

心筋梗塞二次予防の方策はクラス分類（表1）とエビデンス分類（表2）により評価されている。

クラス分類では薬剤などが二次予防に有効（Benefit）であることが明らかなもの（クラスI）、有効であろうがまだ確定していないもの（クラスIIa, IIb）、無効あるいは有害（Risk）かもしれないもの（クラスIII）に分類されている。各クラス分類の有効、有害の関係は、以下の如くとなる。

クラス I	Benefit >>>	Risk
II a	Benefit >>	Risk
II b	Benefit ≥	Risk
III	Benefit ≤	Risk

エビデンス分類とはクラス分類がなされた根拠が多数の大規模無作為割付臨床試験で示されたもの（エビデンスA）か、観察的研究など（エビデンスB）か、単なる専門家の考え（エビデンスC）かを示したものである。

心筋梗塞二次予防の内容：

このガイドラインでは本邦でのエビデンスを尊重し、前述の分類を用いて二次予防の方策を以下の如く作成した。

表1 勧告の分類
(Classification of Recommendations ; クラス分類)

クラスI：手技・治療が有用・有効であることについて証明されているか、あるいは見解が広く一致している。
クラスII：手技・治療の有用性・有効性に関するエビデンスまたは見解が一致していない場合がある。
II a：エビデンス・見解から有用・有効である可能性が高い。
II b：エビデンス・見解により有用性・有効性がそれほど確立されていない。
クラスIII：手技・治療が有用・有効ではなく、ときに有害となる可能性が証明されているか、あるいはその見解が広く一致している。

表2 証拠レベル
(Level of Evidence ; エビデンス分類)

A 最高のレベル 多数の大規模無作為割付臨床試験により得られたデータである。
B 中間のレベル 少数の患者を対象とした無作為割付臨床試験あるいは非無作為割付試験又は観察研究の綿密な分析から得られたデータである。
C 低レベル 専門家の合意が勧告の主要な根拠となっている。

クラス I

一般療法

I 食餌療法

i) 血圧管理

1. 減塩 1 日 6 g 未満とする。 (エビデンス A)
2. 体重の管理として、Body Mass Index (BMI, kg/m²) を 18.5-24.9 の範囲に保つ。 (エビデンス A)
3. 1 日純アルコール摂取量を 30 ml 未満とする。 (エビデンス A)
4. 最大酸素摂取量 50 % 程度の中等度の身体活動が、高血圧の治療と予防に有用である。 (エビデンス A)

ii) 脂質管理

1. 脂肪の摂取量を総エネルギーの 25 % 以下に制限する。 (エビデンス A)
2. 飽和脂肪酸の摂取量を総エネルギーの 7 % 以下に制限する。 (エビデンス A)
3. 多価不飽和脂肪酸、特に ω -3 系多価不飽和脂肪酸の摂取量を増やす。 (エビデンス A)
4. コレステロール量の摂取を 1 日 300 mg 以下に制限する。 (エビデンス A)
5. 体重の管理として、Body Mass Index (BMI, kg/m²) を 18.5-24.9 の範囲に保つ。 (エビデンス A)

iii) 体重管理

1. 体重管理として、Body Mass Index (BMI, kg/m²) を 18.5-24.9 の範囲に保つ。 (エビデンス A)

iv) 糖尿病管理

1. HbA1c が 6.5 % 未満になるようにする。 (エビデンス B)

II 運動療法

1. 運動負荷試験に基づき、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を行う。 (エビデンス A)
2. 日常生活の中の身体活動 (通勤時の歩行、家庭内外の仕事など) を増す。 (エビデンス B)
3. 冠危険因子を有する患者、中等度ないし高リスク患者*1 は監視型運動療法が推奨される。 (エビデンス C)

*1 中等度リスク

- 軽度~中等度の左室機能不全 (EF=31-49%)
- 発症 3 週間以降に行った運動負荷試験で運動能力 5~6 METS 以下
- 処方された運動強度が施行困難
- 運動により心筋虚血が誘発される (0.1-0.2 mV の ST 低下, 心エコー, シンチグラム)

高度リスク

- 著しい左室機能不全 (EF \leq 30%)
- 安静時ないし運動誘発性の危険な心室性不整脈
- 運動中の 15 mmHg 以上の収縮期血圧低下, 負荷量を増加しても血圧が上昇しない
- 心肺蘇生からの生還者
- うっ血性心不全, 心原性ショック, 危険な心室性不整脈を合併した心筋梗塞
- 重篤な冠動脈病変および運動療法誘発の著しい心筋虚血 (0.2 mV 以上の ST 低下)

III 禁煙指導

1. 喫煙歴の有無について調査する。 (エビデンス A)
2. 喫煙歴があれば、禁煙するように支援する。また、退院後、受動喫煙が生じないようにするように指導する。 (エビデンス B)

IV 飲酒管理

1. 多量飲酒を控える。 (エビデンス C)

V うつ、不安症、不眠症への対策

1. 心筋梗塞後の患者のうつ、不安症、不眠症へのカウンセリング、社会・家庭環境等の評価を行う。 (エビデンス C)

VI 患者教育

1. 心筋梗塞患者は、退院までに生活習慣の修正、服薬方法、等の再発予防のための知識についての教育をしっかりと受ける必要がある。 (エビデンス B)
2. 患者本人およびその家族は、心筋梗塞・狭心症等の急性症状について理解し、それに対する適切な対処を取れるように教育を受ける必要がある。 (エビデンス C)

薬物療法

I 抗血小板薬・抗凝血薬

1. 禁忌がない場合のアスピリン（50–162 mg）の永続的投与。（エビデンス A）
2. アスピリンが禁忌の場合のトラピジル（300 mg）の投与。（エビデンス B）
3. 心房細動，左心室瘤合併例でのワルファリンの使用。（エビデンス A）

II β遮断薬

1. 低リスク群*2 以外の心筋梗塞（急性期及び陳旧性のもの）。（エビデンス A）
2. 梗塞後狭心症，高血圧を合併するもの。（エビデンス B）
3. 現在，心不全はないが急性期に左心不全のあったものや梗塞範囲の大きいもの。（エビデンス A）

*2 低リスク群：左心機能が正常かほぼ正常で再灌流療法が成功したもの

III 脂質代謝異常改善薬

1. 高 LDL コレステロール血症にはスタチンを投与する。（エビデンス A）

IV 硝酸薬（ニコランジル含む）

1. 梗塞後狭心症や新たな心筋虚血が認められる患者に対して硝酸薬を頓用または短期間使用する。（エビデンス C）

V カルシウム拮抗薬

クラス I 該当なし

VI ACE阻害薬・アンジオテンシン II 受容体拮抗薬

i) ACE 阻害薬

1. ハイリスク患者（広範囲梗塞，左心不全例）に対して発症早期に低用量から始め次第に増量する。（エビデンス A）
2. 中等度以上の左心機能低下（EF<40%）があり，低血圧（収縮期圧<100 mmHg）を含む ACE 阻害薬に対する禁忌のない患者。（エビデンス A）

ii) アンジオテンシン II 受容体拮抗薬

1. 禁忌の無い限り，心筋梗塞の急性期から投与する。（エビデンス B）

VII 抗不整脈療法

i) 上室性不整脈

1. 心房細動に対する心拍数コントロール。（エビデンス B）

ii) 心室性不整脈

クラス I 該当なし

iii) 植込み型除細動器

1. 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。（エビデンス A）
2. 左室機能不全（EF≤40%）を伴う非持続性心室頻拍で，電気生理学的検査により持続性心室頻拍または心室細動が誘発される。（エビデンス B）

侵襲的治療法

II 発症後 24 時間以降退院までの期間における急性心筋梗塞責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 薬物療法に抵抗性の心筋虚血（無症候性心筋虚血を含む）。（エビデンス A）

III 発症後 24 時間以降退院までの期間における非責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 薬物療法抵抗性の心筋虚血。（エビデンス A）
2. 残存心筋の心筋虚血により心機能低下が著しい場合。（エビデンス A）

クラス IIa

一般療法

I 食餌療法

i) 血圧管理

1. K, Ca, その他ミネラルの摂取を適切に摂る。（エビデンス B）

II 運動療法

1. 軽度リスク*3 の患者および監視型運動療法を終了した患者は，非監視型在宅運動療法が推奨される。（エビデンス C）

*3 軽度リスク

- 左室機能不全が著しくない（EF≥50%）
- 安静時・運動療法時ともに心筋虚血所見が認めら

れない

- 安静時あるいは運動誘発性の危険な不整脈が認められない
- 合併症のない心筋梗塞，冠動脈バイパス術後，冠動脈インターベンション術後
- 発症 3 週間以降に行った運動負荷試験で 6 METS 以上の運動能力を有する

薬物療法

I 抗血小板薬・抗凝血薬

1. 低用量アスピリン（50 mg）とジピリダモール（150 mg）又はチクロピジン（200 mg）との併用。（エビデンス B）
2. 閉塞性動脈硬化症または脳梗塞を合併する場合のクロピドグレルの単独投与。（エビデンス B）
3. 出血性の合併症のリスクが低いと考えられる場合のアスピリンとワルファリンの併用。（エビデンス A）

II β遮断薬

1. 低リスク群*²（急性期及び陳旧性のもの）。（エビデンス A）

III 脂質代謝異常改善薬

1. 高中性脂肪血症とくに低 HDL コレステロール血症を伴う場合はフィブラートも考慮する。（エビデンス B）

IV 硝酸薬（ニコランジル含む）

1. うっ血性心不全を合併した広範囲梗塞の患者に対して心不全治療目的で硝酸薬を投与する。（エビデンス A）
2. ニコランジルを安定狭心症を伴う陳旧性心筋梗塞患者に対して長期間投与する。（エビデンス B）

V カルシウム拮抗薬

1. β遮断薬が禁忌または忍容性が不良で，左室機能不全やうっ血性心不全あるいは房室ブロックがない患者に，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のコントロール目的で，ベラパミルまたはジルチアゼムを投与。（エビデンス B）

VI ACE 阻害薬・アンジオテンシン II 受容体拮抗薬

i) ACE 阻害薬

1. 急性心筋梗塞発症後 24 時間以内に，低血圧を含む ACE 阻害薬に対する禁忌のない患者，特に以下に示す合併症がある場合はより積極的な使用が望まれる。
 1. 軽度の左心機能低下（EF=40–50%）（エビデンス A）
 2. 高血圧（エビデンス A）
2. 心血管事故発生の高リスク群（心筋梗塞の再発作，脳血管障害，末梢動脈疾患，およびコントロール不良な冠危険因子を有する例）。（エビデンス B）

ii) アンジオテンシン II 受容体拮抗薬

1. ACE 阻害薬の使用が推奨されるものの，忍容性等の問題で ACE 阻害薬の使用が難しい例。（エビデンス B）

VII 抗不整脈療法

i) 上室性不整脈

1. 心房細動発作により血行動態が不安定となる例に対する発作予防のためのアミオダロン。（エビデンス C）

ii) 心室性不整脈

1. 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（禁忌例を除いてできる限り積極的に投与する）。（エビデンス A）
2. 症候性の心室期外収縮（10 個/時間以上，連発性は 2 回/日以上）および非持続性心室頻拍（EF≥40%）に対するアミオダロン。（エビデンス B）
3. 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。（エビデンス B）
4. 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。（エビデンス C）

iii) 植込み型除細動器

1. 高度の左室機能不全（EF≤30%）。（エビデンス A）

侵襲的治療法

II 発症後 24 時間以降退院までの期間における急性心筋梗塞責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 実測 70 % 以上の有意狭窄があり、梗塞領域の残存心筋に心筋虚血が証明される場合。
(エビデンス A)

III 発症後 24 時間以降退院までの期間における非責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 冠動脈造影上で実測 70 % を超える有意狭窄があり、心筋虚血が証明された場合。
(エビデンス B)

クラス IIb

一般療法

I 食餌療法

iv) 糖尿病管理

1. 極端な低炭水化物食を摂る。
(エビデンス C)

薬物療法

I 抗血小板薬・抗凝血薬

1. アスピリンが禁忌の場合のチクロピジンの投与。
(エビデンス C)
2. アスピリンが禁忌の場合のワルファリン単独投与。
(エビデンス B)
3. 冠動脈ステント留置後のアスピリンとシロスタゾールの併用。
(エビデンス C)

V カルシウム拮抗薬

1. アムロジピンを代表とする長時間作用型ジヒドロピリジン系カルシウム拮抗薬を、他の薬物でコントロールができない狭心症または高血圧症を合併する心筋梗塞患者に投与。
(エビデンス A)
2. ST 上昇を伴わない心筋梗塞または初期治療として血栓溶解療法を施行された心筋梗塞患者で、左室機能不全やうっ血性心不全を伴っていない場合は長時間作用型ジルチアゼムを投与。
(エビデンス B)

VI ACE 阻害薬・アンジオテンシン II 受容体拮抗薬

i) ACE 阻害薬

1. 最初から高用量を用いる場合。
(エビデンス B)
2. 急性期からのアンジオテンシン II 受容体阻害薬との併用。
(エビデンス B)

ii) アンジオテンシン II 受容体拮抗薬

1. 急性期からの ACE 阻害薬との併用。
(エビデンス B)

VII 抗不整脈療法

i) 上室性不整脈

1. 心房細動発作予防のためのアミオダロン。
(エビデンス B)

ii) 心室性不整脈

1. 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あるいは dl-ソタロール。
(エビデンス B)

iii) 植込み型除細動器

1. 左室機能不全 (EF=31-40 %) を伴うが、持続性心室頻拍または心室細動はなく、電気生理学的検査によっても持続性心室頻拍または心室細動が誘発されない。
(エビデンス B)

侵襲的治療法

II 発症後 24 時間以降退院までの期間における急性心筋梗塞責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 実測 70 % を超える有意狭窄があるが、梗塞領域の残存心筋の有無が確認できていないか、心筋虚血の証明がなされていない場合。
(エビデンス C)

III 発症後 24 時間以降退院までの期間における非責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 冠動脈造影上で実測 70 % を超える有意狭窄があるが心筋虚血が証明されない場合。
(エビデンス C)
2. 3 枝病変もしくは左冠動脈主幹部の有意狭窄。
(エビデンス C)
(冠動脈バイパス術による血行再建術も考慮する)

クラスⅢ

薬物療法

I 抗血小板薬・抗凝血薬

1. ジピリダモールの単独投与。

(エビデンス B)

II β遮断薬

1. 重症心不全、完全房室ブロック、著しい徐脈や低血圧などの絶対的禁忌及び心拍数 60/分以下、収縮期血圧 100 mmHg 以下、中等度心不全、末梢循環不全、PR 間隔 0.24 秒以上、房室ブロック 2 度、気管支喘息発作、冠攣縮などの相対的禁忌。

(エビデンス C)

IV 硝酸薬（ニコランジル含む）

1. 虚血発作や心不全のない心筋梗塞の慢性期患者に対して硝酸薬（長時間作用型）を長期間持続投与する。

(エビデンス C)

V カルシウム拮抗薬

1. 短時間作用型ニフェジピンの梗塞発症後の早期投与および心筋梗塞患者のルーチン治療。
- (エビデンス A)
2. ジルチアゼムないしベラパミルを、左室機能不全やうっ血性心不全または房室ブロックを伴う急性心筋梗塞患者に投与。
- (エビデンス B)

VI 抗不整脈療法

i) 上室性不整脈

1. 心房細動発作予防のための I 群薬。

(エビデンス B)

ii) 心室性不整脈

1. 心室期外収縮、非持続性心室頻拍に対する I 群薬、III 群薬（アミオダロン、dl-ソタロールを除く）。

(エビデンス A)

iii) 植込み型除細動器

1. 可逆的な原因による心室頻拍または心室細動。
- (エビデンス C)
2. 中等度以上の左室機能不全 (EF ≤ 40%) を伴わず、持続性心室頻拍または心室細動を認めない。

(エビデンス C)

侵襲的治療法

II 発症後 24 時間以降退院までの期間における急性心筋梗塞責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 実測 70% 未満の中等度狭窄。

(エビデンス C)

III 発症後 24 時間以降退院までの期間における非責任病変に対する冠動脈インターベンション

1. 心筋虚血のない実測 70% 未満の中等度狭窄。

(エビデンス C)

表 3 はこれらの内容のうち、臨床の場で使用頻度の高いクラス I（一部 II a）の要約を示した。また、図 1 はこれら心筋梗塞二次予防を各症例に適応する際の代表的な手順をフローチャートとして示した。

注意事項：

このガイドラインは多数のエビデンスを総括したもので、いわば平均的なものである。個々の症例にこれを適応する場合、それぞれの症例の特異性に十分注意して活用すべきである。

表3 心筋梗塞二次予防要約表（クラスI及びこれのない場合IIaを用い〔IIa〕と示した）

一般療法		
食餌療法	<p>血压管理 脂質管理 体重管理 糖尿病管理</p>	<p>減塩 1日 6g 未満 Body Mass Index*1 18.5～24.9 kg/m² 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 コレステロール 1日 300 mg 以下 Body Mass Index*1 18.5～24.9 kg/m²</p> <p>Body Mass Index*1 18.5～24.9 kg/m² 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・ 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	<p>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</p>	

*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1 心筋梗塞二次予防 フローチャート (2004~2005)

