



## 福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科からのご案内 「家族性高コレステロール血症 および 類縁疾患」

謹啓

時下、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。日ごろは格別のお引き立てをいただき誠にありがとうございます。

家族性高コレステロール血症は、日本では 300 人に 1 人、全国で 40 万人とされる遺伝性疾患（日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版）です。その心臓血管病リスクは一般の 13 倍で、男性 73%、女性 65%が心臓血管病死とされるため（馬淵宏、日本臨床 2013）、若年からの厳格な治療管理が必要です。

スタチンが有効な治療薬ですが、近年新しい治療薬も処方可能となり、その予防効果は格段に改善されています。一方、福島県の家族性高コレステロール血症は、6300 人（人口 190 万人あたり）と推定されますが、ほとんどの例で診断されず必要な治療がなされていないと危惧されます。

もし、ご診療の中で脂質治療に難渋される方（スタチン不応性などで治療目標未達成など）や家族性高コレステロール血症疑いの方がいらしたら、私どもに紹介いただけますと幸いです。何卒宜しくお願い申し上げます。

家族性高コレステロール血症を見つけるポイント（動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版 抜粋）

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 高 LDL コレステロール血症（未治療時の LDL-C 180 mg/dL）</li> <li><input type="checkbox"/> 皮膚結節性黄色腫 腱黄色腫（手背，肘，膝等またはアキレス腱肥厚）あるいは皮膚結節性黄色腫</li> <li><input type="checkbox"/> FH あるいは早発性冠動脈疾患の家族歴（第一度近親者）</li> </ul> |
|--|

・アキレス腱肥厚は X 線撮影により男性 8.0 mm 以上，女性 7.5mm 以上 あるいは 超音波により男性 6.0 mm 以上，女性 5.5mm 以上にて診断する。

・早発性冠動脈疾患は男性 55 歳未満，女性 65 歳未満で発症した冠動脈疾患と定義する。

・2 項目以上を満たす場合に FH と診断する。

・2 項目以上を満たさない場合でも，LDL-C が 250 mg/dL 以上の場合，あるいは 2 または 3 を満たし LDL-C が 160 mg/dL 以上の場合には FH を強く疑う。

チェックポイント①：両親、祖父母、兄弟、子供のうち、男性は 55 歳未満、女性は 65 歳未満で心臓の病気にかかった方はいらっしゃいますか？

チェックポイント②：両親、祖父母、兄弟、子供のうち、LDL コレステロールが高い方はいらっしゃいますか？

紹介いただける方がいらっしゃれば、添付の福島県立医科大学附属病院患者サポートセンター外来予約係に診療情報提供書をお送り下さい。新患外来予約日を決めて先生とご本人にご連絡します。

敬具

福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学講座 島袋 充生

## 診療情報提供書 貴院の書式でも構いません。



福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科学 新患外来担当医 宛

年 月 日

名刺を貼付頂いても結構です。

紹介元 医療機関名	
所在地	
TEL ( ) - FAX ( ) -	
診療科名・ 医師氏名	

福島県立医科大学附属病院

<患者サポートセンター外来予約担当>

FAX 024 (547) 1075

TEL 024 (547) 1074

予約申し込み受け付け時間

月～金曜日 9:00～19:00

土曜日 9:00～12:00

紹介方法など事前のお問い合わせは、糖尿病内分泌代謝内科新患担当宛 お気軽にご相談下さい。

電話 024-547-1306 (月-金 9時-17時)、FAX 024-547-1311、dem@fmu.ac.jp

ふりがな	
患者氏名	様
生年月日： 年 月 日生 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
ご住所：〒	
ご連絡先 (いずれかで可)：携帯 ( ) -	TEL ( ) -
※連絡する際の希望 (時間帯、自宅・携帯など) ( )	

■紹介目的 以下該当する項目にチェックまたは○をつけてください。

### 家族性高コレステロール血症または類縁疾患

高 LDL コレステロール血症 (未治療時の LDL-C 180 mg/dL)

腱黄色腫 (手背、肘、膝などの腱黄色腫あるいはアキレス腱肥厚) あるいは皮膚結節性黄色腫

FH あるいは早発性冠動脈疾患の家族歴 (2親等以内の血族)

その他 ( )

■外来受診日は月曜日から金曜日午前です。ご要望があれば記入下さい。

○月初旬希望、○曜日希望等、※ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

既に予約が決定している場合はご記入ください。	
予約確定日	年 月 日 ( ) :

■備考：病歴、既往歴、検査結果、処方等の診療情報がございましたら、可能な範囲でご記載あるいは添付下さい。当科受診日まで郵送、Fax あるいは受診当日患者様持参でも構いません。