

ガイドラインに基づいた心不全診療のポイント

彦根市立病院診療局長／循環器内科主任部長 中野 顯 先生

講演要約

心不全患者は現在 100 万人を超えると推計され今後も増え続けると予想されている。有効な根治療法がないために 5 年生存率は 50%前後であり、一度発症すると不可逆的に進行する。2017 年に改訂された心不全診療ガイドラインでは、心不全とそのリスクの進展のステージを時間軸に沿って ABCD で分類し、それぞれの治療目標が設定されている。糖尿病などの基礎疾患を持つ段階をステージ A と分類しているが、この段階での将来的な心不全への進展予防が重要であることが強調されている。よって、厳格な降圧療法・糖尿病や脂質異常のコントロールが必要であり、中でも新しい糖尿病治療薬である SGLT2 阻害薬は、心不全入院などのイベント抑制に非常に優れた薬剤であるとの報告が多く、心不全進展予防を目的とした薬物療法の中で重要な位置付けとなる薬剤と考えられる。これらの治療をおこなっても、または十分な対応を受けなかった場合は、その後時間経過で心不全による初回入院、つまり急性心不全を発症することとなり、この段階を本ガイドラインではステージ C と分類している。この初回入院の際には、来院後なるべく早期にクリニカルシナリオ分類や Nohria-Stevenson 分類にしたがってトリアージを行うことが推奨され、利尿剤が必要と判断された場合は 60 分以内にフロセミドの静注をすること、つまり Door to furosemide time を 60 分以内にするのが院内死亡率および腎機能悪化の抑制に寄与することが示されている。利尿剤の使用にあたっては、初期治療による反応が不良な症例や低ナトリウム血症が顕著な症例においては、水利尿薬であるトルバプタンの積極的な併用が推奨されている。

このような初回心不全入院からの退院後の管理は再入院を予防するための慢性心不全治療が必要となる。慢性心不全治療にあたっては、左室収縮低下の有無により HFrEF(左室収縮の低下した心不全)と HFpEF(左室収縮の保持された心不全)に分けて治療アルゴリズムが示されている。HFpEF に関しては現時点では予後を改善する有効な治療法がないことがわかっており、アミロイドーシスなどの心筋症のスクリーニングと利尿剤をうまく使ってうっ血治療を行うことが重要で、ここでも従来の利尿剤に加えて水利尿薬であるサムスカの併用が有効である。HFrEF に関しては、ACE 阻害薬(忍容性がない場合は ARB)と β 遮断薬を最大量まで使用し、左室収縮や心不全症状の改善が乏しい場合は、エプレノンなどのミネラルコルチコイド受容体拮抗薬を追加する従来の治療が推奨されている。しかしながら、最近のいくつかの大規模臨床試験の結果

(PARADIGM-HF、DAPA-HF、EMPHASIS など) 考慮すると、今後の HFrEF 治療は大きく変化していくことが予想される。すなわち、アンジオテンシン 2 と ANP の分解酵素であるネプリライシンの二重阻害薬 (ARNI)、SGLT2 阻害薬、 β 遮断薬、MRA の組み合わせが標準治療となると予想される。

一方で、超高齢化社会の心不全診療においては、標準的治療を一律におこなうことは必ずしも正解ではなく、再入院の予防を目的とした多職種が介入した地域連携認、知障害・フレイルなどの患者における ACP の活用なども必要であると考えられる。

ポイント

- 1) 2017 年改訂心不全ガイドラインは、リスクの進展ステージを時間軸意識した治療体系を組み立てる変革であった。
- 2) 急性期初期対応として、**Door to furosemide time** が重要である。
- 3) 初期治療による反応が不良な症例や低ナトリウム血症が顕著な症例においては、水利尿薬であるトルバプタンの積極的な併用が推奨されている。
- 4) 今後、新しい心不全治療薬のアンジオテンシン 2 と ANP の分解酵素であるネプリライシンの二重阻害薬 (ARNI)、SGLT2 阻害薬、 β 遮断薬、MRA の組み合わせが標準治療となると思われる。

中野先生、コロナ禍が危惧される時期にご講演ありがとうございました。

福井総合病院 佐竹 一夫