

オピニオン

急性・慢性心不全診療ガイドライン (2017 年改訂版)

中 川 喬 市*

今回、わが国の心不全ガイドラインが改訂された。慢性心不全ガイドライン(2010 年)と急性心不全 GL(2011 年)が一本化され、日本循環器学会と日本心不全学会の合同で「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017 年改訂版)」として公開された。文献を含めて 154 ページに及ぶ充実したものである。

主な改訂点は、①心不全の定義を明確化すると共に、一般向けにわかりやすい定義も新たに記載した。②心不全とそのリスクの進展のステージと治療目標を新たに記載した。③心不全を、左室駆出率(LVEF)が低下した心不全(Heart Failure with reduced Ejection Fraction), LVEF が保たれた心不全(HF preserved EF), LVEF が 40~49 % の心不全(HFmrEF [mid-range])に分類して記載した。さらに、HFpEF improved, HF with recovered EFについても記載した。④心不全診断アルゴリズムを新たに作成した。⑤心不全進展のステージをふまえ、心不全予防の項を新たに設定した。⑥心不全治療アルゴリズムを新たに作成した。⑦併存症の病態と治療に関する記載を充実させた。⑧急性心不全の治療において、時間経過と病態をふまえたフローチャートを新たに作成した。⑨急性心不全における補助人工心臓治療のアルゴリズムを新たに作成した。⑩緩和ケアに関する記載を充実させた。最後の章に、「今後期待される治療」として“新しい治療薬”を 4 種類紹介し、かつ、“経皮的僧

帽弁接合不全修復システム(MitraClip)”のような新技術もこの章において紹介された。

「心不全とそのリスクの進展ステージ」については、まずリスクステージを、リスク因子をもつが器質的疾患のない患者：ステージ A, 器質的疾患をもつが心不全症候のない患者：ステージ B に分類し、次に、器質的疾患をもち、心不全症候を有する患者：ステージ C, および、概ね 2 回以上の心不全での入院があり、有効性の確立されたすべての治療法によって、NYHA 心機能分類(New York Heart Association functional classification)Ⅲ度より改善しない、治療抵抗性の患者：ステージ D の 4 段階に分類して扱うこととした。

「心不全の診断」では、自覚症状およびその他ルーチン諸検査を行い、次いで BNP (脳性ナトリウム利尿ペプチド)または NT-proBNP 値の測定を行う。BNP : 35~40pg/mL あるいは NT-pgBNP : 125pg/mL 以上の場合には心エコー法を行う。本法による LVEF の値により心不全を評価し、それが 40%未満のものを HFrEF, 50%以上に保たれたものを HFpEF と定義する。

心不全進展ステージが A および B では、そのリスクの進展の予防を心がける。C では予後の改善と症状の軽減を目標とする。D, 特にその末期では症状の軽減を目標とする。

「心不全の治療」としては、ステージ C において、HFrEF に対しては ACE, ARB, MRA などのレニン-アンジオテンシン-アルドステロン(RAA)系抑制薬および β 遮断薬が有効である。また、利尿薬、必要に応

* Kyoichi Nakagawa : 医療法人喬順会中川内科

じてジギタリス，血管拡張薬を用いる。HFpEF に対しては利尿薬を用い，同時に併存症に対する治療を行う。HFmrEF に対しては個々の病態に応じて判断する。ステージ D に対しては，治療薬の見直し，補助人工心臓，心臓移植が最終手段となり，緩和ケアの状態になる。利尿作用をもつ糖尿病薬 SGLT-2 阻害薬(2014 年発売)は，本ガイドラインの「心不全予防」の章において，糖尿病・肥満合併症例に対する適応薬として取り入れられた。

なお，原因疾患が虚血性心疾患の場合は，主訴が労作時息切れのみで典型的な胸痛を訴えないことが時に

みられ，その場合，BNP/NT-proBNP の上昇も認めず，安静時心エコー法にも異常が認められないことがあるため，心筋虚血の病変の確認は冠動脈 CT 検査などに頼らなければならない。終わりに，心不全による再入院から患者を守るためには，外来診療における細心な治療に加えて，多職種チームとの連携を適切に行い，また患者の自己管理とその指導を行うことが肝要である。

利 益 相 反

筆者は本論文について，開示すべき利益相反はありません。