

Clinical Scenario による 急性心不全治療 —Clinical Scenario の、そのむこうへ—

新しい急性心不全治療について考えるときは、まず、その歴史的な変遷を知るべきであろう。Harvard 大学によるコホート研究が Boston 西部の村である Framingham でなされ、初めてうっ血性心不全 (congestive heart failure) の診断基準が報告されたのが 1971 年のことである。この「Framingham 診断基準」には、うっ血性心不全に特異的な臨床症状・兆候が記載されており、約半世紀を経た今、なお世界中の心不全ガイドラインに引用されている。

しかし、半世紀という時間は治療に大きな革新をもたらした。

最初の革新はループ利尿薬による「うっ血を取り除く治療」である。1962 年に開発されたループ利尿薬であるフロセミドは、広く世界で使用され、うっ血性心不全から「うっ血」を取り除くことに成功し、短期予後を劇的に改善した。そして、その結果、慢性心不全 (chronic heart failure) という概念が整理されることとなった。慢性心不全とは慢性に進行する心機能低下を特徴とする症候群とされ、「症状・兆候のない心不全」(今で言うところの AHA/ACC での stage B) という概念さえ定義した。

次の革新は神経体液性因子抑制薬による「長期予後を改善する治療」である。2000 年前後に相次いで施行された大規模臨床試験による RAAS 阻害薬と β 遮断薬によるコペルニクス的な長期予後改善効果は、世の中を席卷した。そして、この治療薬も新たな臨床的問題を励起することになる。それは既存の治療薬が効果を持たない HFpEF (左室収縮能が維持された心不全) の発見と、慢性心不全の急性増悪という病態の理解である。

急性心不全もしくは慢性心不全の急性増悪への理解とともに、その評価方法にも大きな変遷がある。

1976 年 Forrester は、Swan らとともに Forrester 分類を報告した。これは急性心筋梗塞による急激な pump failure を原因とした心不全に対して、血行動態のゴールと治療および薬物選択を与えてくれるものであり、CCU もしくは ICU で汎用される評価方法となった。

やがて救急医療の充実により心筋梗塞では人が亡くならない時代がやってくると、急激な pump failure を原因としない慢性心不全の急性増悪が主な心不全の機序となった。かかる心不全には Forrester 分類が機能せず、2003 年に発表された Nohria-Stevenson 分類がこれをカバーすることとなった。wet や cold といった単語で直感的に病態を理解させるこの評価方法は、頸静脈怒張や肝静脈反射もしくは脈圧の測定などで、特に末期重症心不全患者の血行動態を非侵襲的に把握することができ、あの Framingham 診断基準と同様、身体所見の重要性を再確認させるものであった。

しかし、急性増悪への理解が進むにつれて、Nohria-Stevenson 分類は「Fluid Overload」(すなわち wet) の評価にはその力を遺憾なく発揮するが、いわゆる Afterload Mismatch に静脈還流の増加という現象を加えた「Fluid Central-Shift」においては、その評価に限界があることが発見された。そして 2008 年に Mebazza によって提唱された Clinical Scenario 分類を迎え、現在に至ることとなる。

Clinical Scenario 分類は、急性心筋梗塞による pump failure を伴う急性心不全、慢性心不全の急性増悪、さらに左心室以外を原因とする心不全を包括し、まさに急性非代償性心不全 (acute decompensated heart failure) を統括した概念として整理されている。本特集のテーマ「Clinical Scenario による急性心不全治療」は、今、最も新しい Clinical Scenario を基軸とし、時代の先端を行く臨床の達人たちによって作成された急性心不全治療のエッセンスである。

最後に、本特集は医学書院の伝統ある「呼吸と循環」誌から「循環器ジャーナル」誌として Renewal される初回号にふさわしい内容であることを付け加えるとともに、これからの若い臨床医諸君が奮闘し、Forrester や Stevenson、そして Mebazza がそうしてきたように、私たちを「Clinical Scenario の、そのむこうへ」導いてくれることをこころより期待する。

日本大学医学部内科学系循環器内科学分野 加藤真帆人