

拡張不全の病態・診断と治療の最前線

榊原記念病院院長

磯部 光章

(聞き手 齊藤郁夫)

齊藤 心不全の中で拡張不全を中心にうかがいます。

まず疫学ですが、今どういう状況なのでしょう。

磯部 心不全は高齢化に伴って非常に患者さんの数が増えています。最近では心不全パンデミックという言葉を使います。日本では実態がよくわからないのですが、100万人以上の患者さんがいらっしゃいます。かつ、高齢化に伴って年々発症が増えているので、非常に深刻な状態で、2025年になると高齢者が増えて、年間に37万人ぐらい新たに心不全患者が発症するのではないかと、そういう懸念を持っています。

齊藤 その中で、拡張不全はどうなのでしょう。

磯部 拡張不全という概念は比較的新しい概念で、21世紀になってからよく認識されるようになりました。もともと心不全というのは心臓の収縮が悪くて心拍出が少なくて起きる病気ととらえられていたのですが、疫学的に調べてみると、収縮が悪くない方が実は

非常に多いということがわかってきました。従来は左室の駆出率 (ejection fraction) をもって、収縮の悪い方を心不全といていたのですが、実は駆出率が50%以上のほぼ正常な収縮力を持った心不全の方が、収縮が悪い方と同じぐらいの数いらっしゃるようになりました。かつ、それが増えているのです。おそらく高齢化に関係しているものだと思います。そういった状況で、現在は収縮の悪い心不全と収縮が正常な心不全、そういうかたちで心不全を分類するようになっています。

齊藤 この拡張不全でのリスクファクターはどうでしょうか。

磯部 一般的に比較的高齢の女性の方に多い疾患です。もちろん男性もあります。実は病気の原因が様々で、加齢が一番影響を与えたいと思います。よくあるリスクは高血圧です。あとは、糖尿病の方も拡張不全になりやすいといわれています。そういったいわゆる原疾患に加えて、リスクになるような因子がたくさんあります。高齢の方に

よく見られる腎機能低下、貧血、それから睡眠時無呼吸もリスクになります。

例えば心房細動になる、過剰な水分を急に摂取してしまった、あるいは感染など、そういったものがきっかけとなって急激に発症する。拡張が悪いので肺のほうに水がたまってくるのです。我々は血管不全 (vascular failure) といっていますが、収縮が悪くて血液のアウトプットが減るといよりも、肺のほうにうっ血を起こして急激に呼吸困難を起こす、そういった特徴のある臨床像を呈します。

齊藤 症状は息切れということでしょうか。

磯部 息切れというより、もう少し激しい症状です。呼吸困難で起坐呼吸になって、昼間症状がなかった方が、夜になって、急速に起坐呼吸になって、救急車で来られる。そういうパターンが非常に多い。我々がよく見てきた、いわゆる収縮不全を伴った心不全というのは徐々に体重が増えてくる、あるいはむくんでくるのが一般的に多いのですが、そういうことがなく、比較的急性に肺うっ血で呼吸困難で来られる。急性に発症する。急性の心不全は治療できますが、その後、拡張不全として慢性に経過する。かつ、それを繰り返す。再入院が非常に多い疾患です。

齊藤 診断の決め手は何でしょうか。

磯部 従来の心不全と同じように、やはり臨床症状が一番の決め手です。

呼吸困難あるいは動悸、軽い場合は息切れであったりですが、症状を丹念に聞いて理学所見をきっちり取る。急性の場合には肺のうっ血があるので、肺のクラックルズやⅢ音が聞こえます。右心不全を合併すると頸静脈が怒張しますし、うっ血、浮腫、肝腫大というような症状が重要です。一般的な収縮不全のかたちと基本的に同じです。血圧は比較的高いことが特徴です。

以上で心不全を疑ったら、まず胸部レントゲンを撮ってください。やはり決め手はエコーになります。エコーで収縮不全は比較的簡単に診断できるのですが、少し細かいエコーの検査をすると拡張不全も診断できます。あとは、収縮不全と同じように、BNPあるいはNT-proBNPが血中で増加します。ですから、診断は基本的に臨床症状プラス身体所見、それと胸部レントゲン、エコーと血液のBNP、そういうかたちで総合的に診断することだと思います。不整脈を合併しますので、心電図も撮ってください。

齊藤 治療はどうでしょうか。

磯部 治療はエビデンスがある薬物治療というのは現在まだ知られていません。病態も多様ですし、一般的にはまず肺うっ血で急性に呼吸困難で来られた方は利尿薬が中心になります。利尿薬は、症状もとりますし、よく効きますが、拡張不全そのものの病態をよくする薬ではありません。これまで収

縮不全に有効性が高いといわれているβブロッカーとかACE阻害薬、あるいはアルドステロン拮抗薬などが拡張不全の患者さんで調べられてきましたが、必ずしも有用性が示せません。現状では決定的な有効な原因治療はありません。

大事なことは、うっ血が引いた後、先ほど言いましたような増悪因子になる血圧をコントロールする。あるいは糖尿病や肥満の方であれば体重のコントロール、逆に低栄養の方であれば適正な栄養、貧血の治療といった、非薬物療法あるいは生活指導を行う。そういった一般的な治療がこの病気の重要な部分ですし、再入院を予防するための重要な手立てになると思います。

もちろん、心房細動等、不整脈があれば、それはそれで管理が必要です。心房細動は拡張不全を非常に悪くしますので、心房細動になった途端にこの病気が悪くなるのはよくあることです。

もう一つは、直接急性増悪の誘因となる水分の過剰摂取があります。私どもがよく経験するのは、熱中症対策から水を取れ取れと、マスコミを通じていろいろなキャンペーンが張られます。拡張不全のある方に過剰な水分は非常に危険です。適正な水分を適切に取ることを心掛けていただきたいと思います。

齊藤 そうしますと、利尿薬がよいということですね。

磯部 日本循環器学会のガイドラインが最近出しましたが、新しいガイドラインでエビデンスレベルが高いのは利尿薬だけです。ただ、うっ血がなければ利尿薬は不要です。

齊藤 サイアザイドでいいですか。

磯部 一般的にはループ系の利尿薬を使うことが多いです。急性にきた場合はやはりループ系の利尿薬を使っただいて、難治性の場合はバソプレシン拮抗薬のトルパタンを考慮します。さらに難治性で、うっ血がなかなかとれない方にはサイアザイドが有効なことがあります。

齊藤 薬も重要ですが、生活指導が極めて重要ですね。

磯部 そうですね。

齊藤 高齢の患者さんをサポートすることが非常に重要になりますね。

磯部 収縮不全も同じなのですが、これだけ高齢化して患者さんが増えてきますと、病院だけの治療ではなくて、高齢の患者さんの再入院を予防しQOLを保っていくという目標が必要です。自宅での治療、診療が大事になってきますので、かかりつけ医の役割はたいへん大きいと思います。その中でも多職種、理学療法士、栄養士とか薬剤師、あるいは看護師、ソーシャルワーカー、そういった職種の方たちがかかわって、リハビリを行いながら、かつ今後中心となっていく地域包括ケアの中で、患者さんを自宅で守っていく、そういう

かたちで再入院の予防を考えていかなければなりません。

それから、基本的に高齢の方のこういった心不全はある意味で末期医療の要素が大きいです。そういうことも認識して、最近よくいわれるような終末期医療を考える。あるいはそれ以前にアドバンスケアプランニングといたしますが、そういった終末期に向けて患者さんがどういう生活を、あるいは治療を希望するのか、自分の意志が表明できなくなったときに誰が代理意志決定者になるのか、などの患者さんの希望

を考えながら治療していく。そういった視点が今後大事になってくると思います。

齊藤 超高齢社会が進行する日本で非常に重要な疾患ですね。

磯部 最初に申し上げました心不全パンデミックというのは、そういった社会的な問題も解決しないと心不全が解決しない。社会が困窮していく。医療費も非常に増大してきますし、そういった問題をはらんだ病態だと思います。

齊藤 ありがとうございました。