

診療科ダイジェスト

循環器内科



常勤医4名体制で診療にあたっています。
ACSを含めた緊急入院にも、できる限り対
処します。



循環器診療におけるトピックス

循環器内科 副院長 田畑 論子



日本は超高齢化により、人生100年時代を迎え、加齢と共に有病率が増加する心不全の患者数も増加の一途を辿っています。80歳以上の新規心不全発症率は約8%とも言われており、今後も心不全患者の増加が予想され、心不全パンデミックが懸念されます。

そんな中で、慢性心不全治療薬は長らく新規薬剤の採用がなく、β遮断薬・アンジオテンシン変換酵素阻害薬(ACE-I)/アルドステロン受容体拮抗薬(ARB)・ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(MRA)の3剤で担われてきました。しかし、世界中が新型コロナウイルス感染症に翻弄された2020年前後から新たな心不全治療薬が次々と採用され、今後の心不全診療に新たな光が差し込みました。今回はこれら新規心不全治療薬について御紹介します。

日本循環器学会ガイドラインに記載されている通り、心不全はstage A~Dに分類され、心不全徴候を呈し、外来受診した段階ですでにstage Cとなります。心不全の自然経過の多くは増悪覚解を繰り返し、徐々に身体機能の低下を来し、stage Dへ移行していきます(図1)。我々循環器内科医は、心不全の再入院予防・心予後改善に期待し、心保護薬を処方してきました。

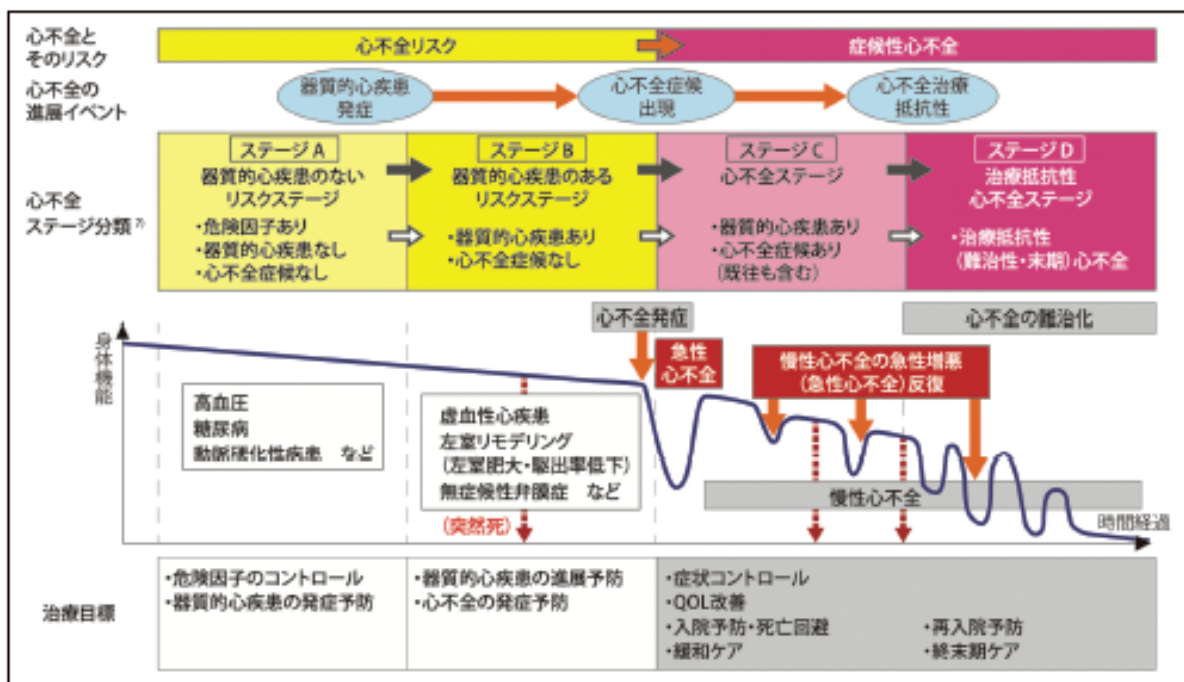


図1 心不全とそのリスクの進展ステージ
日本循環器学会 / 日本心不全学会合同ガイドライン 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)より抜粋

一般的な心保護薬は先に述べた通り、β遮断薬・ACE-I/ARB・MRAでしたが、初めに糖尿病治療薬として発売されたSGLT2阻害薬(エンバグリフロジン)の糖尿病患者における心不全入院の低減効果が2015年に報告されました。その後、糖尿病の有無に関わらず、左室収縮力が低下した慢性心不全患者、いわゆるHFrEF(Heart Failure with reduced EF)患者においても心不全の悪化・心血管死を有意に減少させたことが報告され、現在はエンバグリフロジン・ダバグリフロジンの2剤がHFrEF患者に対しての保険適応となっています。さらに、今

まで有効な心不全予防作用を示す薬がなかった左室収縮力が保たれている慢性心不全患者(HFpEF: Heart Failure with preserved EF)においても有効性が示され、エンバグリフロジンでは適応拡大されています。また、慢性腎不全に対する腎機能低下軽減効果も報告されており、心腎連関の観点からも期待される薬剤です。

次にサクビトリル・バルサルタンナトリウム水和物(アンジオテンシン受容体・ネプリライシン阻害薬: ARNI)については、アンジオテンシン受容体拮抗薬に加え、新たな作用機序である内因性ナトリウム利尿ペプチドの分解を行うネプリライシンの阻害作用をもつ薬剤であり、内因性ナトリウム利尿ペプチドを増加させ、利尿作用・血管拡張作用による体液量減少・心負荷軽減を促します。本薬剤は HFrEF 患者を対象とした PARADIGM-HF 試験において従来標準治療薬であるエナラプリル群と比較して有意に心不全増悪を減少させました。HFpEF 患者を対象とした PARAGON-HF 試験の結果も加味され、左室収縮力低下の有無に関わらず、慢性心不全患者に処方可能となっています。

このように新たな薬剤が心不全治療に大きな変革をもたらした中で、欧米のガイドラインではβ遮断薬・MRAに加え、SGLT2 阻害薬・ARNI を速やかに標準治療とし、Fantastic 4 として紹介しており、日本循環器学会のガイドラインも2021年にフォーカスアップデート版という形で急性・慢性心不全診療を刷新し、ACE-I/ARB からARNI への切り替えや SGLT2 阻害薬の追加を治療アルゴリズムに明記しています(図2)。

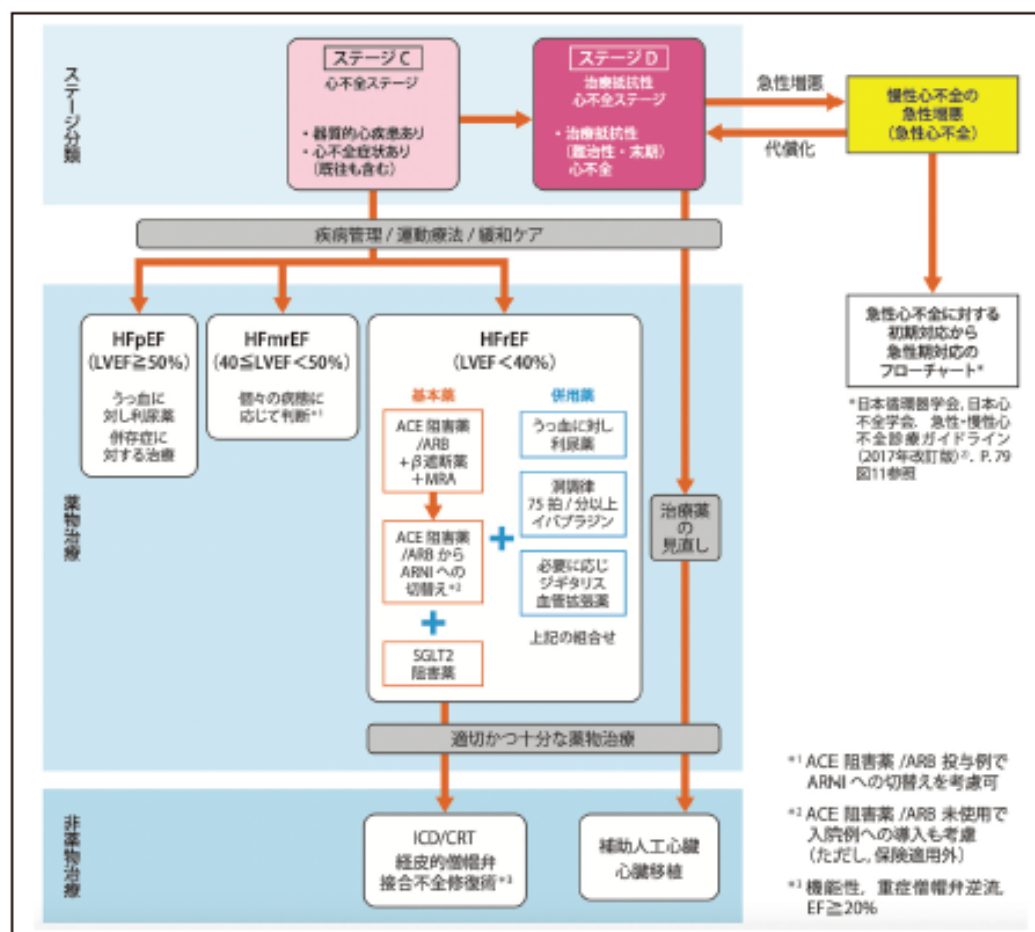


図2 心不全治療アルゴリズム (2021年 JCS/JHFS ガイドライン フォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療より抜粋)

その他、洞調律患者における心拍抑制作用を持つイバブラジンや可溶性グアニル酸シクラーゼ刺激薬であるベルシグアトなど、まだまだ新たな治療薬・治療法が期待できるものと思われますし、特に HFpEF 患者に対する治療についての報告も今後増加してくるものと期待しています。

先生方の御診療でも心不全治療でお悩みになる症例も多いことと思いますので、これら新規治療薬の導入などお気軽に御相談下さい。今後とも宜しくお願い申し上げます。