

## 心不全パンデミックに向けた、 かかりつけ実地医家の役割と診療のコツ

ここが  
ポイント

1. 日本では高齢者の増加に伴い、高齢心不全患者さんが顕著に増加する「心不全パンデミック」により、かかりつけ実地医家が心不全診療の中心的役割を担う時代を迎えています。
2. かかりつけ実地医家が高齢心不全患者さんを診察するとき、①心不全患者の病状がどのように進展するかを理解すること、②心不全の特徴的病態であるうっ血と末梢循環不全を外来診療で簡便に評価する方法を習得すること、そして、③心不全の重症度ステージに沿った薬物療法の治療方針を知ることが、日々の外来診療に役立つポイントです。

### ■ はじめに

日本では高齢者の増加に伴い、「心不全パンデミック」といわれるように高齢心不全患者さんが顕著に増加することが予想されます。基幹病院の循環器専門外来ですべての心不全患者の診療を継続することは困難になるため、基幹病院における治療は急性非代償性心不全が主体となり、慢性期診療は地域において診療所が担うという役割分担が明確な時代を迎えようとしています。そのため、心不全発症の危険因子である高血圧症や糖尿病などの基礎疾患を外来で診察している実地医家は、心不全徴候が顕在化してからも、かかりつけ医として高齢心不全患者さんの診療を継続して担う機会が多くなると思います。

実地医家がかかりつけ医として高齢心不全患者さんの外来診療を担当するときには、心不全再入院を少しでも減らすこと、そして心不全により患者さんのQOLができるだけ損なわれないように努めることが診療の目標になります。本章では、かかりつけ実地医家が高齢心不全患者の診療に携

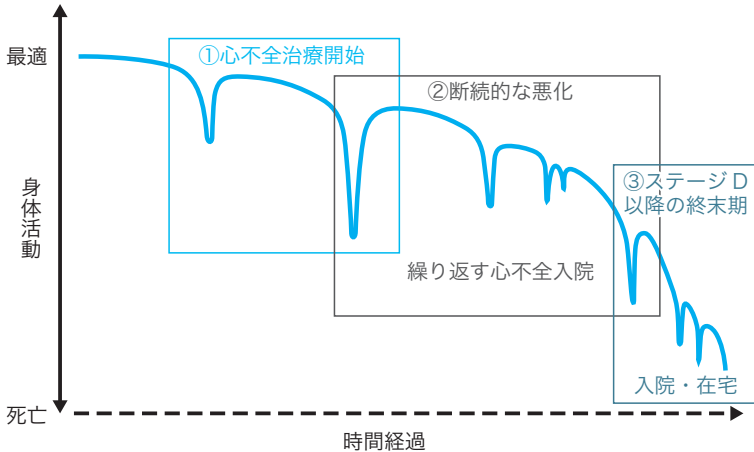
わるときに役立つ、3つのポイントについて説明します。

## 心不全患者の病状がどのように進展するかを理解する

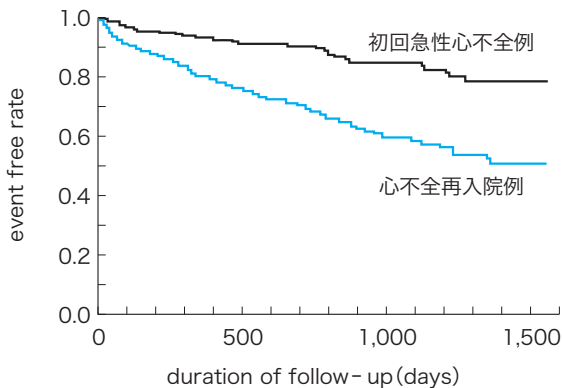
高齢心不全患者さんの病状がこれからどのように変化するのか、病状の進展に伴い入院する危険性がどのように増えていくのかを理解することは、患者さんや介護者である家族に対して、併存症や生活環境の問題など心不全を総合的に管理するための治療方針を説明することに役立ちます。また、地域では病院との医療連携において、再入院の必要性について相談することに役立ちます。そこで、かかりつけ実地医家の外来診療に役立つ第1のポイントとして、Goodlinらが2009年に発表した心不全患者における経年的な身体機能の変化と、最終的に終末期に至る経過をまとめた概念図<sup>1,2)</sup>をもとにして、心不全患者の病状進行について説明します(図1-1)。

はじめに高齢心不全患者さんの病状がどのように変化していくか病みの軌跡を、図1-1に沿って考えてみます。先天性心疾患や若年発症の拡張型心筋症など特定の疾患を除くと、多くの患者さんは成人になりさまざまな病因や誘因により心不全症状が顕在化したときに、初めて心不全に罹患したことを認識します(図1-1①：心不全治療開始時期)。心不全の最大の特徴であり、癌などの疾患と大きく異なる点は、初回発症の心不全で入院した患者さんの9割以上は、退院時には心不全症状は改善し、自覚症状はほとんど消失することです。そのため、退院すると「心不全は治った」と考える患者さんに出会うことがあります。しかし実際には、入院加療により退院時には心不全徴候は軽快していますが、退院後に心不全症状は進行性に悪化することが多いため、入退院を繰り返し、断続的に重症化します(図1-1②：断続的な悪化時期)。例えば図1-2に示すように、循環器専門病院に急性非代償性心不全で入院した患者を対象にして、初回入院症例と再入院症例とで退院後の予後を比較検討すると、再入院症例は初回入院症例に較べて、退院してから1～2年以内に再入院や死亡する割合が有意に高いことから、一度顕在性の心不全徴候が出現し入院治療が

必要になった患者さんは、心不全入院歴のない患者さんに較べて再入院する頻度が高いことは明らかです。そして、多くの場合、入退院を繰り返し断続的に病態が悪化し、やがては終末期（**図1-1**③：ステージD以降の終末期）から死に向かいます。このような典型的経過を辿らず、退院後に再入院しないことや、初回入院の退院直後に突然死を生じることもあります。多くの高齢心不全患者さんは**図1-1**のような経過を辿ります。



**図1-1** 慢性心不全患者における人生の時間経過と身体活動レベルの推移：病みの軌跡 (Goodlin SJ. J Am Coll Cardiol. 2009; 54: 386-96<sup>1)</sup> より改変)



**図1-2** 心不全症例の長期予後

再入院例の生命予後は非常に悪い。(横山広行. 日本循環器学会学術集会2012年. 福岡)

それでは、かかりつけ実地医家は、高齢心不全患者さんの病状進展に合わせてどのような対応をすべきかを考えてみます。初めて心不全徴候が顕在化し、心不全治療を開始するとき（図1-1①）、診察医が第1に行うべきことは入院治療が必要か、それとも外来で治療できる状態であるかを判断することです。一般的に緊急入院の必要性はバイタルサインと自覚症状の強さにより判断します。緊急入院が必要ではないと判断した場合でも、初回心不全であれば症状が顕在化した原因を究明するために、一度は循環器専門医の診察が必要です。また、心不全の原因が急性心筋梗塞や重症不整脈による場合には、心不全徴候が急激に出現するために、かかりつけ医の外来を受診することなく、直接基幹病院へ搬送され入院することが多いと思います。入院治療により呼吸困難に対する酸素療法と水分バランスの適正化が図られ、原因が除かれることにより心臓への負荷が軽減すると、多くの症例では心不全症状が消失し、退院後には外来診療を行うことになります。このような場合に、かかりつけ実地医家は入院担当医から、心不全の増悪した原因と入院中の治療内容について診療情報を提供していただき情報共有することにより、その後の外来診療に反映することが大切です。また、高齢心不全患者で入院中にフレイルが進展することにより、退院後に通常の外来通院が困難であると判断される場合には、かかりつけ実地医家による在宅診療が必要になることがあります。

それでは、初回心不全により入院した患者さんが退院するときには、かかりつけ医は外来診療でどのようなことに注意すべきなのでしょう。心不全で入院した患者さんに対して、退院後1週間以内の患家宅訪問や、直接電話での病状確認を包括的診療管理（第8章で詳述）として実施することにより、心不全による再入院が抑制される可能性が1990年代に報告されました<sup>3)</sup>。しかし、近年施行された大規模無作為化比較試験（RCT：randomized control trial）では、退院後に画一的な包括的心不全管理を導入しても、定期的に循環器科外来に通院する患者と比べて、心不全再入院率、死亡率は抑制されませんでした<sup>4-6)</sup>。このRCTの結果から、「心不全に対する包括的診療管理は無効である」と結論するのではなく、退院時に画一的な心不全管理をするのではなく、個々の患者さんの病状に合わせ

た治療を選択することが必要であると理解すべきです。また、初回入院の場合には、日常生活や食事についての確な自己管理（セルフケアマネジメント）ができるように患者・患者家族に指導することが必要です。症状が消失し退院するときに、「心不全は治った」と勘違いしないように、服薬遵守することの重要性を十分に説明することも大切です。一方、断続的に心不全病状が悪化し、入退院を繰り返す時期（**図1-1** ②）には、患者さんの重症度やフレイルの程度に合わせて、包括的診療管理として必要に応じた在宅診療を取り入れ積極的にかかわることにより、細やかに生活環境を管理し、心不全再入院を抑制することが重要になります。

さらに病状が進行し、終末期心不全になると（**図1-1** ③）、積極的な治療と同時に緩和医療の導入を検討する時期になります。多くの高齢心不全患者さんでは、フレイルによる低栄養状態や認識機能障害、うつ症状が臨床的問題として前面に出てくるため、かかりつけ医は心不全の終末期医療に対する対策として、心不全の症状緩和とQOLの向上、そして終末期をどのように迎えるかを患者・患者家族と検討することが必要になってきます。

## 心不全の特徴的病態であるうつ血と末梢循環不全を 簡便に評価する方法

かかりつけ実地医家が高齢心不全患者の外来診療を担当するとき、心不全の典型的病態であるうつ血所見と、重症心不全で認める組織低灌流所見を評価することは大変重要です。そこで第2のポイントとして、身体的所見に基づいた簡便な血行動態評価方法として、外来診察で実施することができる Nohria-Stevenson の臨床分類<sup>7)</sup> について説明します。慢性心不全患者さんの状態が悪化し非代償性心不全に陥り入院治療が必要になる場合、その6～8割くらいの症例は水分過剰のためにうつ血を生じ呼吸困難を訴えることが報告されていました。さらに最近では、急性・慢性心不全の診断と治療に関する欧州心臓病学会（ESC: European Society of Cardiology）の2016 ESC Guidelines（以下2016 ESC Guidelines）<sup>8)</sup>