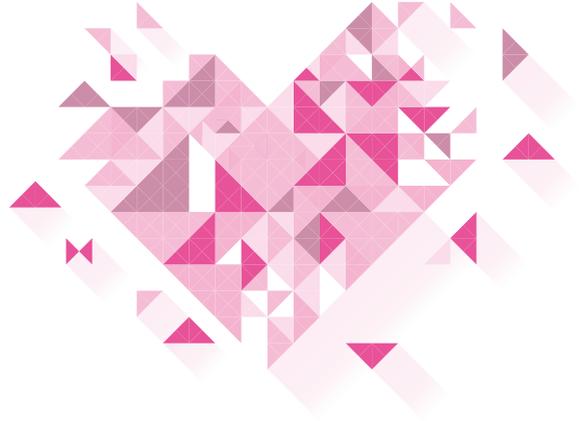


プライマリケアで診る 慢性心不全

改訂 2^版



品川弥人

しながわ内科・循環器クリニック院長

中外医学社

第 2 版の序文

2022年に刊行した初版『プライマリケアで診る慢性心不全』は、多くの一般内科医・プライマリケア医の先生方からご好評をいただきました。日常診療に直結する内容が「すぐに役立つ」「開業医に最適」といった声とともに、多くの現場で活用されてきたことに心より感謝申し上げます。

そして2025年、日本循環器学会/心不全学会による心不全診療ガイドラインが改訂されました。新しいガイドラインでは、“前心不全”の早期発見と一次予防の重要性がこれまで以上に強調され、BNP/NT-proBNPの測定を通じて、無症候性の段階から心不全を捉える診療が推奨されています。また、慢性腎臓病（CKD）を“ステージA：心不全リスク群”として正式に位置づけ、心不全の発症予防のためにも早期からの管理が必要であると明記されました。これはまさに、生活習慣病を日常的に診るプライマリケア医が、心不全診療の最前線に立つ時代が来たことを意味しています。

本書の改訂版では、2025年の最新ガイドラインや最新の臨床試験結果を踏まえ、「日常診療でどう使いこなすか」に焦点を当てて、必要箇所をアップデートいたしました。

特に、前心不全の段階からの介入、BNP/NT-proBNPの測定と臨床判断、心不全増悪の予防と初期対応など、現場で押さえておきたいポイントをわかりやすく解説しています。

かかりつけ医の先生方は、心不全を専門外とすることなく、むしろ最も重要な初期対応者として、予防から治療さらには増悪予防までの要を担っています。本書が、そんな皆さまの日常診療において、よりよい判断をもたらす一助となることを心より願っております。

2026年1月

品川 弥人

3. 心不全の分類

① 複数の切り口による病型分類で病態の理解を深める

ポイント

- 心不全にはさまざまな切り口からみた分類があります。
- 左室駆出率による分類は治療方針の決定に重要で、経時的な変化にも注意します。
- プライマリケアの現場での急性心不全は慢性心不全の急性増悪が多いです。
- 病態と基礎疾患により、左心不全と右心不全のどちらが優位なのかを考えて治療を行います。

心不全の分類にはさまざまなものがあります。左室駆出率（LVEF）が保たれた心不全と左室駆出率が低下した心不全、急性心不全と慢性心不全、右心不全と左心不全。これらはすべて別々に存在するものでなく、それぞれ異なる切り口からみた分類です。さまざまな切り口から心不全をみることで病態の理解が深まります。特に左室駆出率による分類は大切です。左室駆出率によって推奨される標準薬物治療が異なり、かつ経時的な左室駆出率の変化で予後が変わってくるからです。

▶ 左室駆出率による分類

◆ 検査施行時の分類

心不全は左室駆出率によって3つに分けられます **表1**。

まず①左室駆出率が低下した心不全（HF_rEF：LVEF≤40%）です。「ヘフレフ」と読みます。拡張型心筋症や心筋梗塞後の心不全が多く、大規模臨床試験により有効な薬剤の特徴が明確にされています。

②左室駆出率が保たれた心不全（HF_pEF：LVEF≥50%）は拡張障害が主

表1 左室駆出率による心不全の分類

表現型	LVEF
LVEF の低下した心不全 (heart failure with reduced ejection fraction: HFrEF)	40%以下
LVEF の軽度低下した心不全 (heart failure with mildly-reduced ejection fraction: HFmrEF)	41～49%
LVEF の保たれた心不全 (heart failure with preserved ejection fraction: HFpEF)	50%以上
LVEF の改善した心不全 (heart failure with improved ejection fraction: HFimpEF)	初回 40%以下かつ経過で 10%以上改善し 40%を超える

病態で「ヘフペフ」と読みます。加齢、高血圧、心房細動、冠動脈疾患、糖尿病、肥満などが原因になることが多く、プライマリケアの場で多いタイプです。HFpEFはHFrEFと違ってこれまで予後を改善する薬剤が明確ではありませんでしたが、現在はSGLT2阻害薬が標準治療薬と位置づけられ、利尿薬を主体としたうっ血コントロールや原疾患治療と併せた包括的な管理が重要とされています。

最後に③左室駆出率が軽度に低下した心不全（HFmrEF：LVEF 41～49%）です。mrはmildly reducedを意味します。臨床的な特徴としてはHFrEFに近いものとHFpEFに近いものが混在し、一般的にはHFrEFに準じた治療が推奨されます。左室駆出率を経時的にみたときにHFrEFで動きが改善してきたもの、HFpEFで動きが落ちてきた例も含まれています。

◆ 時間軸での左室駆出率の変化

左室駆出率は一定にとどまるものでなく、経時的に変化することがあります。時間軸で左室駆出率をみた場合、左室駆出率が改善した心不全、悪化した心不全、変化しない心不全があります。初回評価のLVEFが40%以下で、経時的評価によってLVEFが10%以上増加し、かつLVEF>40%である心不全患者はHFimpEFと定義されます。左室駆出率が改善した心不全には薬剤が奏効した拡張型心筋症や、頻脈による頻脈誘発性心筋症などが多く¹⁾、予後は比較的良好といわれています。ただし、拡張型心筋症では左室駆出率が改善しても薬

6. 慢性心不全を悪化させない 外来管理

本項では慢性心不全の患者さんを増悪させずに管理するための実戦的なノウハウをお伝えしていきます。心不全の悪化とはどういう現象なのか、悪化を予防する、患者さん自身が悪化に気付く、診察時に悪化を見落とさないためのポイントを説明します。

① 血行動態からみる心不全の悪化とは？

ポイント

- かかりつけ医が対応する心不全の悪化とは、ほとんどがうっ血の増悪です。
- うっ血の増悪サインは、体重増加、浮腫、労作時・仰臥位・安静時での呼吸困難の出現です。
- 体重の変化は簡便で客観的なうっ血の指標です。

➤ 心不全の管理ではうっ血の増悪に注意する

心不全が悪化するとは具体的にどのような現象なのかを知っておきましょう。

心不全の血行動態はうっ血と低心拍出量症候群（LOS: low output syndrome）の2つに集約されます。このうっ血とLOSの有無によって心不全の病態を血行動態的に分類するものがNohria-Stevenson分類です（図1）。わが国で行われた急性心不全患者の登録研究ATTENDレジストリー¹⁾によると、急性心不全の入院時の身体所見では、うっ血を表す所見がほとんどです。Nohria-Stevenson分類では“Wet”つまりうっ血がある症例が約87%を占めています。一方でLOS症状のある症例は20%以下です。入院中に行った治療でも、利尿薬や血管拡張薬を使用したうっ血の治療が約80%で、強心薬や補助循環を必要とするLOSの治療は20%弱です。

つまり、心不全の悪化の多くは血行動態的にはうっ血の悪化なのです。LOSは血圧が低く多量の利尿薬を必要とするような重症心不全を管理するうえでは

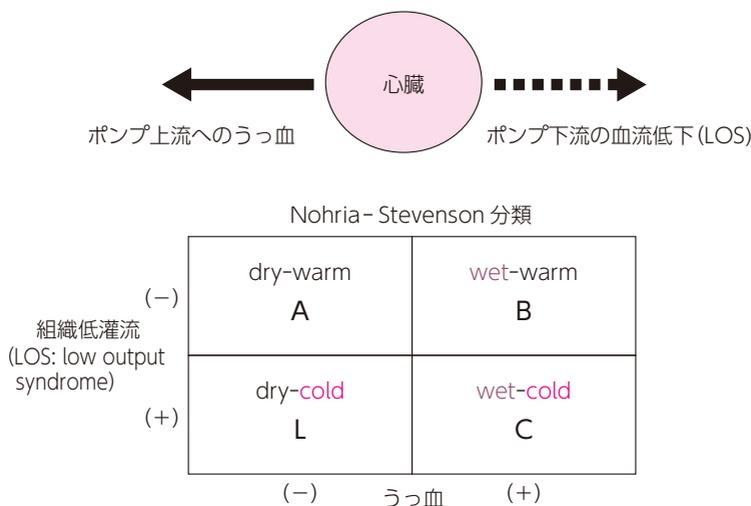


図1 心不全の血行動態

常に注意を払うべき現象です。しかしプライマリケア医が遭遇する心不全の悪化は、ほとんどがうっ血の増悪です。したがって一部の重症心不全を除けば、通常はうっ血の増悪に注意して心不全を管理すればよいことがわかります。

▶ うっ血の早期発見 ～うっ血増悪のサインとは？～

具体的にうっ血が悪化すると、どのような症状や所見が出てくるのでしょうか。心不全の増悪で入院した患者さんは入院前から徐々に浮腫や、労作時・仰臥位・安静時での呼吸苦（起座呼吸や発作性夜間呼吸困難）が出現し、特に入院の1週間前から頻度が増加するというデータがあります（図2-A²⁾。呼吸苦はまず労作時に出現し、次に仰臥位、さらに進行すると安静時と進行します。

また、心不全患者の体重変化を入院した群と対照群で比較したところ、入院した群では対照群に対して、約1カ月前から徐々に体液貯留による体重増加が顕在化していたという報告もあります（図2-B³⁾。体重の変化は簡便で客観的なうっ血の指標になります。是非、日常診療でチェックするようにしましょう。