

福島薬剤師会・福島県病院薬剤師会福島支部 2024 年(令和 6 年)10 月合同研修会レポート

日時：令和 6 年 11 月 7 日(木)

場所：アクティおろしまち レセプションホールⅢ

「慢性心不全診療における最新の知見について」

講師：福島県立医科大学医学部 循環器内科学講座 准教授 佐藤 崇匡 先生

・心不全の世界共通定義

構造的および／または機能的な心臓の異常を原因とする症状や徴候を呈し、ナトリウム利尿ペプチド高値あるいは肺または全身性のうっ血の客観的エビデンスが、現在または過去に認められる臨床症候群

・一般向け定義

心不全とは、心臓の機能が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなって、生命を縮める病気です

・心不全の身体所見

うっ血→右心不全(むくみ)・左心不全(呼吸困難)

低心拍出(よっぽど重症であまりいない)→身体症状、心原性ショック

・心不全の診断

胸部レントゲン、心電図、血液検査(BNP／NT-proBNP、Hb、HbA1c、Cre、eGFR 等)

心臓超音波検査

・慢性心不全手帳を使って患者に説明

「命を縮める病気です」→心臓の病気は完全に治ることはない

ずっと安定した状態を維持することはできないので、ある程度将来を予測して行動
アドバンス・ケア・プランニング(ACP)、終活、人生会議

いかに残された時間を望ましく過ごすのか考える必要がある

・病みの軌跡

癌などの衰弱は直線的にだんだん悪くなっていくが、心不全は一定の状況で進行していない

一度発症すると入退院を繰り返す、増悪を繰り返しながら加速度的に心機能が悪化

→心不全の症状をそもそも発症させないようにすることが大切

- ・前心不全から心不全の症候にもっていかない取り組みが大切
心臓が悪くなくても、高血圧・糖尿病・動脈硬化疾患→心機能が落ちてくる
予防的な治療が大切
BNP が極めて重要
前心不全で行うこと→心エコー、不整脈チェック、血圧・血糖コントロール等の生活習慣
の管理で心不全発症予防を
奈良宣言(肝機能検査で ALT 値が 30 を超えた場合、かかりつけ医を受診することを勧め
るという日本肝臓学会の呼びかけ)を踏襲、数字を提示していくことが大切
- ・心不全の死亡者数は増加している
急性心筋梗塞の死亡者数は減少(カテーテル治療、薬物治療)
急性期は助かっても慢性期に問題を先延ばしにしたとも言える
虚血性心疾患による慢性心不全が増えているのは欧米食・文化になってきている影響
- ・有病率は全世界で 6000 万人(がん患者数の 5 倍)
40 歳以上が発症する生涯リスクは 1/5
- ・死亡率 駆出率が低下した患者の死亡率 50% 5 年以内に死亡する
(日本はここまで高くはないか、60~70?)
治療の進歩に関わらず大腸癌、前立腺癌、膀胱癌、乳癌より予後不良
- ・医療制度への負担 65 歳以上の入院理由の第 1 位(全世界)
- ・心不全の病みの軌跡
段々悪くなっていく
急性増悪イベントでさらに悪化し予後悪化をさらに加速
病みの軌跡が短期間で進行し患者が気付かない
その場限りでは済まない、よくなって帰ったからよかったね、では済まない
- ・ステージ C
初発心不全→症状の軽快→心不全症状の持続
知らぬ間にステージ D に入っている人が散見される
ステージ C は広い
初期のしっかりとした管理・治療・説明でリスクは減らせる
安定期でしっかりコントロールすることで安定期をより長くできる
心移植できるのは一部の患者だけ、終末期は治療抵抗性へ

- ・心不全治療

治療で自然経過のスロープをなだらかにする

常にベストの治療か見直しを図ることが大切(治療薬も増えた)

心不全患者の非心血管死にも着目する

薬物治療→急性期の救命には静注薬(カテコラミン、静注利尿薬、静注血管拡張薬)

腸管がむくんでいる可能性→利尿剤の内服では生体利用率が下がる可能性

急性期の救命・自覚症状の改善はすべての治療に対して優先される

慢性的なことを考える前にまずは急性期の改善を

- ・LVEF による心不全の分類

LVEF の低下した心不全(HFrEF) : LVEF は 40%未満

LVEF の保たれた心不全(HFpEF) : LVEF は 50%以上

LVEF が軽度低下した心不全(HFmrEF) : LVEF は 40%以上 50%未満

LVEF が改善した心不全(HFrecEF) : LVEF は 40%以上

- ・心不全治療アルゴリズム

[HFpEF] ①うっ血の解除 ②血圧コントロール ③心房細動のマネージメント

④SGLT2 阻害薬

QOL 改善のための治療 : ジギタリス製剤、利尿剤、強心薬

生命予後を改善させる治療 : SGLT2 阻害薬、MRA

本当に左室駆出率で治療を分けていいのかは議論中

一番大事なものは薬で有害事象を起こさないことという意見も

[HFrEF] ジギタリス、利尿剤、強心薬

β ブロッカー、ACE 阻害薬、ARB、ARNI、MRA、SGLT2 阻害薬

- ・薬物治療は何のため？→治療のゴールは人それぞれ

QOL? 生命予後改善? 80代90代は家で本人が過ごしたいように天寿を全うさせる?

その患者が何をゴールとして薬剤を提供するのか考える必要がある

医師と薬剤師で情報共有を

大事なものは・・・①繰り返しの再評価 ②アドヒアランスの確認、患者教育適性化の継続

③患者のゴールを確認

薬の組み合わせによる予後改善効果 ポリファーマシー考慮

積極的かつ包括的治療 より早期から投与(有害事象には気を付けて)

- ・ガイドラインとリアルワールドのギャップ

スピロラクトン、エプレレノン 高カリウム血症や腎機能不全の有害事象

薬物治療が行われていない 薬物治療の適正化を怠っている？

利尿剤の高用量 不要な利尿剤の投与→有害 VS 利点

心不全の重症化

薬の変化→患者に何かしらの変化があった

静注・経口で強心剤が追加 症状が悪化している、予後が悪い

重症化してくると薬害の有害事象が増えてくる→薬物治療を止めていけないといけない

SGLT2 阻害薬の尿路感染症

- ・非薬物療法 運動療法を中心とした心臓リハビリテーションは有効

- ・かかりつけ医の役割

ステージ A・B から C に進行させない→一次予防

ステージ C になったことを見逃さない

ステージ C になったら多職種連携

- ・駆出率 保たれていても保たれていなくても予後は悪い

ただ悪くなったときの治療薬はいろいろある

- ・かかりつけ医がチェックしたいこと 利尿剤の調整 Na、K

- ・慢性心不全の主な増悪因子

不整脈、感染症、アドヒアランス不良、COPD 増悪、過度のストレス、血圧の過剰な上昇、薬剤(NSAIDs →基本的にはアセトアミノフェンにして欲しい。陰性変力作用のある薬)

患者因子が多数を占める 社会環境が極めて大事

心不全増悪→体重増加

内服管理の不徹底が増悪の原因だと分かっている患者は多い

慢性心不全手帳の活用を

セルフケアができるとその後の経過が違ふ

服薬アドヒアランスの違いで死亡率が違ふ(アメリカのデータ)

アドヒアランス不良→社会的支援の介入で予後改善

- ・再入院予防のための介入 多職種で共有を
アドヒアランス確認、塩分・水分制限強化、症状・身体所見強化
口喝の訴え
 - ・トルバプタンは水分フリー？
→実際は水分を摂りすぎて心不全増悪をきたしている症状も少なくない
水分フリーという訳ではない
 - ・高齢心不全→小さくて固い心臓 縮むけれど膨らみますのが大変
 - ・塩分制限→高齢者は食欲低下につながることに注意
 - ・服薬アドヒアランスの改善→多職種で情報共有
心臓移植後の免疫抑制剤は飲む量が変わりやすい
→あえて一方化を外し患者に服薬の理解を促すようにすることもある
 - ・認知機能 薬剤誘発性認知機能障害に注意
 - ・平均寿命と健康寿命に 10 年の差 終末をどう考えるのか
緩和ケアはアセスメントから
治療とゴールは人それぞれであることを分かってあげられる医療従事者に
目標の設定とその達成に足りないものを
予後 1 年をどう考える？
アドバンスケアプランニング
末期心不全患者 ケアプランニング
 - ・薬剤師による心不全服薬管理指導の手引き(日本薬剤師会 HP でダウンロード可)
お金の問題ではなく患者に貢献を
- 各職種が人任せにしない 職種間での情報共有を



文責：研修委員 江尻)