

## 司会の言葉

木之下 正彦\*

重症心不全とは通常的心不全の薬物治療である利尿薬、ジギタリス、ACE 阻害薬の3者併用治療では十分に代償しえない心不全と定義されると思います。この重症心不全患者の1年生存率は70%以下であり、年間死亡率が30%にも達する。慢性心不全の治療目標である生命予後の改善は多少は損なわれても当面目の前の患者さんの症状、QOLを改善することが重要であります。したがって長期投与が生命予後を悪くすることが危惧される強心薬を投与することも必要になって参ります。従来の強心薬はカテコラミンが主でありましたが、最近では inodilator として分類される PDE 阻害薬、アデニル酸シクラーゼ活性薬が臨床に供されてきました。これらの薬物の特徴、使用方法に造詣の深い虎ノ門病院循環器病センター内科百村先生と国立循環器病センター外科系集中治療科公文先生にご発表いただきます。

重症心不全治療といえども生命予後を改善できる治療法が望まれることは当然であります。現在我が国で使用されている心不全治療薬で心不全の予後を改善するエビデンスのある薬物はスピロノラクトン、ACE 阻害薬、AT II 拮抗薬、 $\beta$  遮断薬であります。また予後を悪くすることのエビデンスのある薬はドブタミン、PDE 阻害薬であります。予後に関してニュートラルであるエビデンス

がある薬はジギタリス、Ca 感受性増強薬であります。

$\beta$  遮断薬は NYHA II, III 度の慢性心不全患者の予後を改善することは証明されていますが、重症即ち NYHA IV 度の心不全患者に対する適応はまだ議論の多いところでもあります。しかし最近では NYHA IV 度の患者の予後も改善する報告が出てまいりましたが、なかにはどうしても  $\beta$  遮断薬に不耐性の症例もあります。このような症例には PDE 阻害薬、Ca 感受性増強薬、アミオダロンの投与が考慮される。この点に関しまして重症症例を数多く経験され、また脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) 濃度の測定が臨床的に有用であることを示されている東京女子医科大学循環器内科松田先生が発表されます。最後に心筋保護作用を有する心房性ナトリウム利尿ペプチド (ANP) の有用性が期待されるところですが、ANP に関して以前から基礎的ならびに臨床的にもご造詣の深い京都大学心臓血管外科西村先生が発表されます。

重症心不全の薬物治療のみでは不十分な症例には、デュアルチェンバーペーシング法、補助循環、外科的治療、最終的には心移植を慮する必要がありますが、今回のシンポジウムでは、現時点での薬物治療の適応と限界を浮き彫りにできれば幸いです。

\*滋賀医科大学医学部附属病院第一内科