

司会の言葉

高野 照 夫*

わが国においても平成9年10月10日より心臓移植が可能となり、平成11年2月28日、はじめての脳死患者から臓器提供があり心臓移植が施行されたと報道された。心臓移植後の生存率はサイクロスポリンが導入された1982年以降向上し、1年生存率は80%、3年生存率は72%を示している。また、心臓移植を受けた患者の85%はNYHA機能分類がクラスIに改善し、クラスIIIおよびIVは2%で、著しい生存率とquality of lifeの向上をもたらした。しかしながら、ドナー心不足は深刻な問題である。

それゆえ、改めてわが国における心臓移植の適応基準をここに上げたい。その対象は、従来の治療法では救命ないし延命の期待がもてない重症心疾患である。(1)適応疾患：拡張型心筋症および拡張相の肥大型心筋症、虚血性心疾患、(2)適応条件：長期間または繰り返し入院治療を必要とする心不全、 β 遮断薬およびアンジオテンシン変換酵素阻害薬を含む従来の治療法ではNYHA心機能分類クラスIIIないしIVから改善しない心不全、現在行われているいかなる治療法でも無効な致死的重症不整脈である。また、医学的緊急度の観点からは、Status 1：補助人工心臓、大動脈内バルーンポンピング (IABP)、人工呼吸、カテコラミンの持続投与が必要な状態、Status 2：待機中の患者で上記以外の状態、Status 3：Status 1, 2で待機中、除外条件 (感染症等)を有する状態のため、一時的に待機登録から削除させた状態に分け、そ

の適応を区分している。一方、1999年11月 UNOS (the United Network for Organ Sharing) 臓器割り当て基準が改訂され、緊急度をさらに細かく Status IA 群と IB 群に分類し、緊急度の高い IA 群のうち、補助循環植え込み (IABP, ECMO, 完全人工心臓) を31日以上使用しているもので合併症 (致死的不整脈、血栓形成、感染、装置の問題) の有無を14日毎に再評価し、IB 群に相当するかどうかの基準を設けた。また、人工呼吸器治療患者は14日毎に、さらに7日以内死亡が予測されるものや、持続的に静脈内強心薬の大量投与例には7日毎に再評価して Status IA にあるか、IB にランクが改善したかを検討し、レシピエントの心臓移植の必要性を厳格に判断することとなった。

心不全の予後は内科的治療の進歩により、著しく改善してきているが、心臓移植の適応患者は欧米同様増加傾向にあり、ドナー心が著しく不足している今日、その適応は、前記 Status 1、特に完全人工心臓装着患者になされているのがわが国の現状である。それゆえ、本シンポジウムII「重症心不全治療の進歩 補助循環と心臓置換」は心臓移植の適応判定において、最も注目されている話題である。ここに再度強調するが、いかに補助循環である IABP, PCPS, VAS を "Bridge to Transplantation"あるいは、"Bridge to Recovery"として用いるかについて詳細に討論する必要がある。これらの問題に関し、各分野の第一線医師により、そのノウハウにつき激しい議論を期待する。

*日本医科大学第一内科