

特集 透析患者の心臓病—診療の最前線を学ぼう

企画のねらい

加藤 明彦*

心不全、心筋梗塞、心臓突然死などの心疾患は、現在も慢性透析患者の死因の上位に位置する。一方で、病態の解明や大規模臨床試験に基づくエビデンスを踏まえて、心疾患の診断と治療法は大きく進歩している。

たとえば、心不全の薬物治療は、従来の強心配糖体や利尿薬による治療から、神経体液性因子の活性化を抑制する治療へと進歩している。現在、左室駆出率が低下した心不全（HFrEF）に対しては、アンジオテンシン変換阻害薬・アンジオテンシン受容体拮抗薬・ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬などのレニン・アンジオテンシン・アルドステロン系抑制薬や β 遮断薬が推奨される。一方、左室駆出率が保たれた心不全（HFpEF）では、うっ血の改善を目的とした利尿薬の投与と心不全増悪に結びつく併存症に対する治療が行われる。しかしながら、これら標準的な治療を行っても心不全患者の予後は依然として不良であり、より有効

表 LVEF の低下した心不全（HFrEF）に対し、新たに保険適応となった慢性心不全治療薬

クラス名	一般名	用法・用量	重度腎機能低下者への投与 (添付文書)
If チャネル阻害薬	イバブラジン	5 mg/day より開始、維持量 5, 10 または 15 mg/day, 1 日 2 回食後投与、目標安静時心拍数 50~60 回/min に維持できるように用量調節	禁忌でない
アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬 (ARNI)	サクビトリルバルサルタン	100 mg/day より開始、維持量 100, 200 または 400 mg/day, 忍容性があれば目標用量まで徐々に増量, 1 日 2 回投与	サクビトリルの血中濃度が上昇
SGLT2 阻害薬	ダパグリフロジン	10 mg/day を 1 日 1 回投与	eGFR が 30 mL/min/1.73 m ² 未満あるいは末期腎不全 (ESRD) の患者を対象とした臨床試験は実施していない。

* 浜松医科大学医学部附属病院血液浄化療法部



な治療薬の開発が進められている。最近では、HFrEF に対して過分極活性化内向き電流 (If) チャネル阻害薬イバブラジンとアンジオテンシン受容体ネブリライシン阻害薬サクビトリルバルサルタンの予後改善効果が証明され、わが国でも使用できる。また、糖尿病治療薬である SGLT2 阻害薬ダパグリフロジン、VICTORIA 試験では可溶性グアニル酸シクラーゼ刺激薬ベルイシグアトの HFrEF における予後改善が証明され、慢性心不全治療薬として承認されている。さらに、非薬物療法（非侵襲性陽圧換気療法、心臓再同期療法、和温療法）の有用性も示されている。

冠動脈疾患では、画像診断法、デバイス治療および外科手術について大きな進歩がみられる。心臓弁膜症については、2021 年 2 月から大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI) 治療が透析患者に対しても施設限定(約 30 施設)で保険適応となっている。また、肥大型心筋症や心房細動に対する薬物療法およびアブレーション治療についても、その有用性と問題点が明らかになっている。

本特集では、最新の心疾患診療の進歩を紹介していただくとともに、透析患者における心疾患治療の現状と今後の展望について解説していただく。