

わが国における急性心筋梗塞症診療の現況と課題 —多施設共同研究から—

本田 喬 済生会熊本病院心臓血管センター循環器内科

近年、急性心筋梗塞症 (acute myocardial infarction; AMI) の急性期予後は発症早期の再灌流療法によって著明に改善してきた。わが国では発症早期の梗塞責任冠動脈に対するステントを使用した経皮的冠動脈インターベンション (percutaneous coronary intervention; PCI) の普及により、閉塞した梗塞責任冠動脈の血流を迅速かつ十分に回復することによって心筋壊死量を減らし、重症不整脈、心破裂などの機械的合併症や重症ポンプ失調の合併頻度は減少し、入院中の死亡率は5~10%程度となっている。特に、ST上昇型心筋梗塞 (ST elevation myocardial infarction; STEMI) では、“time is muscle”として可及的速やかな再灌流療法が強調されており、ACC/AHAのガイドラインでは病院到着後バルーンによる再灌流までの時間 (door to balloon time) を90分未満にすることが推奨されている。今日、STEMIに対するprimary PCIはルーチンの治療法となっている感があるが、再灌流までの時間や治療成績などの検証は重要である。経験の少ない施設や術者が実施したPCI治療成績の妥当性については常に検証すべきと思われる。

しかし、わが国には未だ全国レベルでのAMIの登録システムはなく、AMIに関する個々の施設からの臨床データや各地の大学病院とその関連施設を中心とした多施設共同研究の臨床データ、あるいは日本心臓血管インターベンション学会がアンケート調査によって毎年2月の1カ月間に入院したAMIを集計したデータや東京都CCU連絡協議会での集計データなどが発表されているに過ぎない。AMIの各種合併症の頻度や死亡率はもとより、再灌流治療の成績などAMIに関する自施設の主要な臨床データを他施設のものと比較検討して、救命率の向上や長期予後改善に努力することは極めて重要である。高齢者のAMIによる死亡率は高く、今後ますます高齢化社会が進むわが国では、AMIに対する診療体制を構築し、発症予防や急性期の救命率向上のための対策が重要と思われる。そこで本特集号では、わが国の、ある地域において多施設共同でAMIの登録システムを構築し、AMIの治療成績を報告しているいくつかの施設に、それらの研究結果の報告をお願いした。わが国におけるAMI診療の現況を知ると同時に、今後の課題についても触れていただいた。自施設の治療成績と比較し、何が自施設の課題であるかを知ることができれば今後のAMI診療の方向性を明らかにすることができるのではないかとと思われる。

本特集が各施設におけるAMI診療の参考になれば執筆者および編者にとって大きな喜びであり、また、今後わが国でも米国のNRMI (the National Registry of Myocardial Infarction) のようなAMIの登録システムが構築されることを切に希望する。