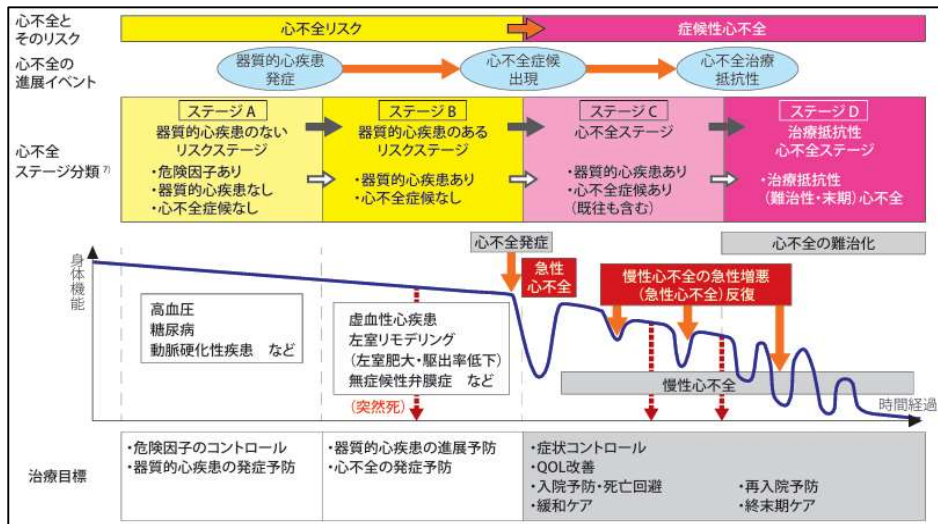


## 心不全診療ガイドライン2025年版

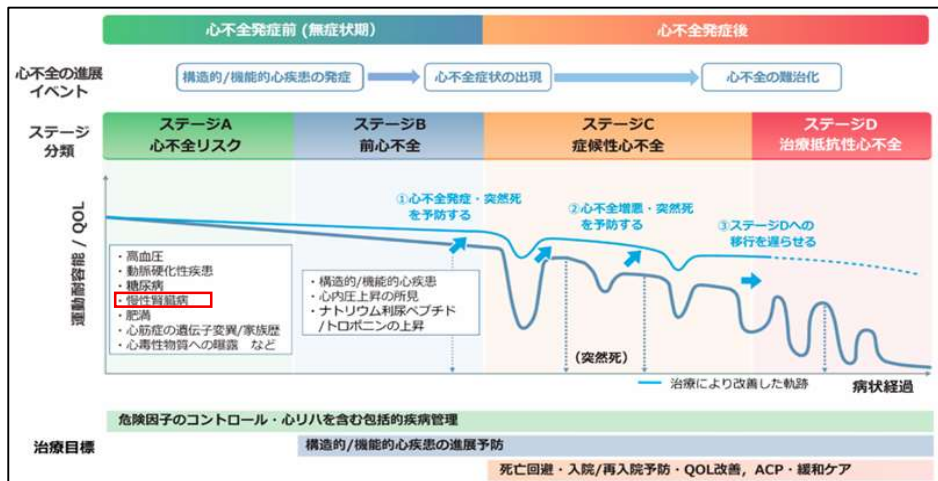
我が国の死因別死亡総数は**心疾患**が**がん**に次いで第2位とされ、中でも**心不全**が最も死亡数が多いとされています。2023年で心不全入院患者は28.5万件ですが、心不全発症を予測するデータが少ないため**正確な罹患率の把握は難しい**とされています。それでも2030年には130万人になるとの予測があるそうです。**調剤後薬剤管理指導料**に慢性疾患患者が追加されたのも頷けるところです。

### 1) 2017年の心不全ガイドラインと2025年の心不全ガイドラインの違い

#### a. 2017年急性・慢性心不全診療ガイドラインでの心不全の進展ステージモデル図



#### b. 2025年心不全診療ガイドラインでの心不全の進展ステージモデル図



#### ①ざっくりとした両ガイドラインの違い

- ・2017年は「急性・慢性心不全」の名称でしたが今年の改定では急性期から慢性期にかけて切れ目のないフォローをする目的で単に「心不全」としてあります。
- ・2021年にも一部のアップデート版が出されましたが、2025年に全面改訂となりました。
- ・a. と b. の違いは色彩が明らかに違っており、表現がより分かり安くなってまとめられている印象があります。

- ・慢性心不全患者の半数以上が慢性腎臓病（CKD）を合併していることもあり、危険因子のコントロールの中に見えにくいですが慢性腎臓病もその他の項目と合せて今回は具体的に記載されています。
- ・慢性心不全の進行も予防対策を十分にすると進行を遅らせるイメージ図（青線）も付記されています。
  - ☛ 2017年版では一端心不全になると急速に悪化するというイメージでしたが2025年版では予防策を講じることで心不全の悪化をかなり緩徐にできるというイメージになっています。背景には様々な日常生活状の予防策の評価や新規の薬剤の登場が上げられると思われます。

## 2) 「改訂のポイントについて」のまとめ

ここからは日経ドラッグインフォメーション7月号からの引用になりますが。

### ①押えて起きたい心不全の3つの種類（LVEF：左室駆出率）

1. 左心室の収縮機能が保持された心不全(HF pEF；へフペフ→LVEF $\geq$ 50%)
  - ☛ 左心室の拡張の不全で起こる心不全で全身へ血液が送られにくいことには変わりがない。
2. 左心室の収縮機能が軽度低下した心不全(HF m r EF；→LVEF[40%~50%])
3. 左心室の収縮機能が低下した心不全(HF r EF；へフレフ→LVEF $\leq$ 40%)

### ②2025年改訂ガイドラインまでの推奨薬

- ・慢性心不全に対する推奨薬はうっ血状態に利用される利尿薬を除きHF r EFに対する対象薬しかなかった。慢性心不全の目に見える症状に対して血管拡張薬やジギタリスなどが利用されていた。
- ・近年はSGLT2阻害薬がHF p EFにも推奨され使われてきていた。

### ③2025年改訂ガイドラインでの推奨薬(Class別推奨度の説明は下記④を参照)

- ・SGLT2阻害薬が全てのLVEFの心不全に対してClass Iの推奨薬となった。

エンパグロフロジン(ジャディアス®)とダパグリフロジン(フォーガ®)

- ・MR(ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬)

- a. スピロノラクトン(アルダクトン®A)とエプレレノン(セララ®)：推奨度はClass II b  
ステロイド骨格型の上記2剤がHF m r EFとHF p EFへの推奨II bとして追加された。
- b. フィネレノン(ケレンディア®錠)：推奨度はClass II aで上記2薬より高くなっている。  
非ステロイド骨格型。HF m r EFとHF p EFへの推奨が追加された。

☛ 推奨度が高くなったのはそれだけ臨床的なエビデンスが揃っていると考えるのが妥当ですが現在のフィネレノンの適応症は「2型糖尿病を合併する慢性腎臓病」のみですから薬剤師の立場としては糖尿病の無い心不全患者にフィネレノンが投与されていれば疑義照会の対象とするのか？悩ましいところです。ただ現時点ではバイエル薬品が慢性心不全の適応追加を申請しているそうです。

- ・ネプリライシン阻害薬：HF m r EFでII a、HF p EFでII b（2021年版での同様の推奨）
- ・ベルイシグアト(sGC刺激薬：ベリキューホ®)：患者の身体活動による分類(NYHA分類)でのII~IVでLVEF 40%未満の心不全ではClass II aの推奨。

### ④推奨度の意味(2025年改訂版心不全診療ガイドラインより)

Class I：手技・治療が有効・有用であるというエビデンスがある。または見解が広く一致している。  
Class II a：エビデンス・見解から有効・有用である可能性が高い。Class II b：エビデンス・見解から有効性・有用性がそれほど確立されていない。

## 3) 慢性心不全治療薬で最低限度押えて押えておきたい点

- ・HF p EFへの推奨薬(II a以上)はこれまで無かったがSGLT2阻害薬とフィネレノンが加わった。
- ・HF r EFへの薬物治療で心機能の改善がありHF p EFに移行したとしてもその薬物治療は継続されます。患者さんから薬を止めたいと相談されても「それはダメ」と言うべき例です。(終わり)