

## 循環器内科

## 心原性ショックの現状と課題

循環器内科診療部長 毛利 正博  
Mohri Masahiro

ショックは低血圧と末梢灌流障害で定義される症候群で、今なお集学的な治療を要する重篤な病態です。心原性ショックは、敗血性ショックと並んでもっとも頻度の高い疾患ですが、わが国におけるその病態や治療の現状、予後について、これまでまとまった報告はなく、多くの点が不明でした。

2012年から日本循環器学会の蘇生科学委員会が、心肺停止を除く心原性ショックの全国前向き登録研究（JCSショックレジストリー）を開始し、それぞれの地域で循環器救急救命医療を担当している全国80施設から2年間に登録された約1,000名の患者さんの詳細なデータを解析しました。当科は全国で3番目に多い症例を登録し、私も全体解析班の班長としてその結果の取りまとめや発表に参加させていただきましたので、結果の一部をご紹介します。

心原性ショックで搬送された患者さんの30日以内の死亡率は34.3%で、原因疾患としては急性冠症候群（心筋梗塞や不安定狭心症）が約半数を占めていました。その他、図1に示す種々の疾患が基礎疾患として確認されましたが、30日死亡率は20%から60%ときわめて高いことが判明しました。

急性心筋梗塞に限定しますと、心不全やショックの合併の有無により分類されるKillipクラスが今なお広く用いられています。我が国では欧米に比べて、再灌流療法（カテーテルインターベンション [PCI]、抗血栓治療）が多くの患者さんで速やかに施行可能な医療体制が整っており、さらに心不全治療（種々の強心薬、大動脈バルーンパンピング [IABP]、人工

心肺を用いた経皮的循環サポート [PCPS]、呼吸管理など）の進歩はめざましいものがあります。これらの治療介入によって、肺うっ血や肺水腫を合併した心筋梗塞（Killipクラス II, III）の院内死亡率は劇的に改善し、Killipが報告した17%~38%から、今日では5%前後まで低下してきています。このような状況にもかかわらず、本邦においてもショック（Killipクラス IV）を合併すると、心筋梗塞の死亡率は約6~7倍も増加するということが今回の全国調査で初めて明らかになりました。

30日死亡率

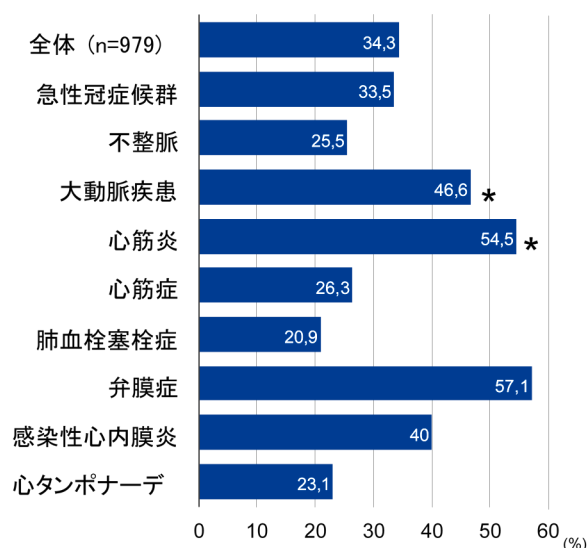


図1. 本邦における心原性ショックの30日死亡率。  
\*は急性冠症候群と比べて有意(p<0.05)に高値であることを示す。(文献1より改変)

私たちは、ショックが慢性心不全急性増悪症例においても予後不良因子であることをすでに報告していますが、ショックを合併した症例に対しては、病院到着前の対応、病因に応じた治療、低血圧・臓器低灌流に対するアプローチなど、多職種、専門領域をこえたプロフェッショナルによる連携が必要です。JCSショックレジストリーでは患者背景、治療内容、施設設備などが予後に及ぼす影響についても詳細な解析が行われており、このレジストリーで得られた知見をもとにした治療戦略の確立が模索されています。

#### 参考文献

1. Ueki Y, Mohri M, et al. Characteristics and predictors of mortality in patients with cardiovascular shock in Japan: results from the Japanese Circulation Society Cardiovascular Shock Registry. *Circ J* 2016; 80: 852-859.
2. Hyakuna Y, Hashimoto T, Mohri M. Clinical characteristics and in-hospital mortality of very elderly patients hospitalized for acute decompensated heart failure: experience at a single cardiovascular center in Japan. *Acta Cardiol* 2016;71: 604-611.

