

「実地医家における心筋梗塞治療実態調査研究（MIC-K）」 のご報告

長村好章

山田循環器科医院／院長

石川辰雄

石川循環器クリニック／院長

大林完二

大林内科医院／院長

皆さまにご協力をいただいております。「実地医家における心筋梗塞治療実態調査研究（MIC-K）」の途中経過を報告させていただきます。

MIC-Kに参加のご賛同をいただいた施設数は367施設です。2007年2月より登録を開始し、2011年3月に567例と、おかげさまで目標の500例を超えるご登録をいただきました。皆さん、本当にありがとうございました。

登録およびデータの入力、Web入力方式と調査用紙方式の併用としており、「発症状況」を“A情報”，「専門施設での状況」を“B情報”，「通院時の情報」を“C情報”としてご入力いただき、発症から6カ月ごとに経過観察を行い、2016年3月の終了を予定しています。

表1に示しますように、参加367施設中、181施設から累計567症例のご登録をいただき、地区別では、東京・神奈川地区が102例、北海道地区が95例と、多数の登録をいただいております。本日は2012年6月30日現在までに集計された563例につき、内容を一部ご報告いたします。

まず“A情報”についてですが、図1上段の円グラフは発症時の診断名です。急性心筋梗塞が61.3%（345例）、急性冠症候群が38.7%（218例）でした。下段左は発症時の受診施設で、54.7%（308例）がご登録いただいた実地医家の先生の医院（自

医院）を受診、31.4%（177例）は専門病院を直接受診され、退院後に先生方の外来に通っています。

下段右は急性期治療の実施施設で、84.9%（478例）が専門病院で治療されています。自医院が15.1%（85例）ありますが、これはPCIなどの急性期治療が可能な施設ということになります。図2はリスクファクターについてですが、91.5%で何らかのリスクファクターが認められ、その内訳としては高脂血症、高血圧症がそれぞれ約60%、糖尿病が31.6%、喫煙が25.8%に認められています。

次に“B情報”ですが、図3に専門施設へ入院後

表1 MIC-K登録施設数と登録症例数

地区	参加施設数	症例登録施設数	累計症例数
北海道	21	9	95
東北	26	14	30
東京、神奈川	78	36	102
関東甲信越	27	15	39
千葉、埼玉	29	15	31
東海	38	14	59
近畿	33	18	50
京滋、北陸	29	13	42
中国	26	11	38
四国	16	10	19
九州、沖縄	44	26	62
全国	367	181	567

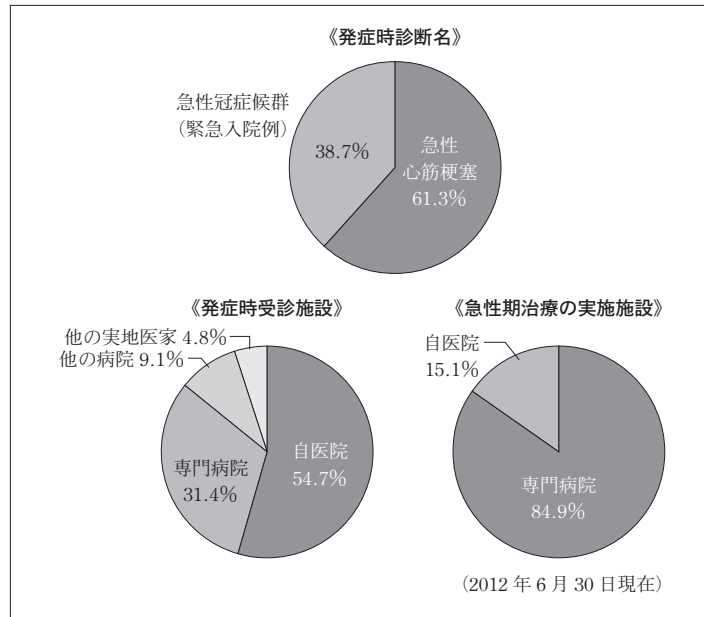


図1 発症状況 (A情報) ① (n = 563)

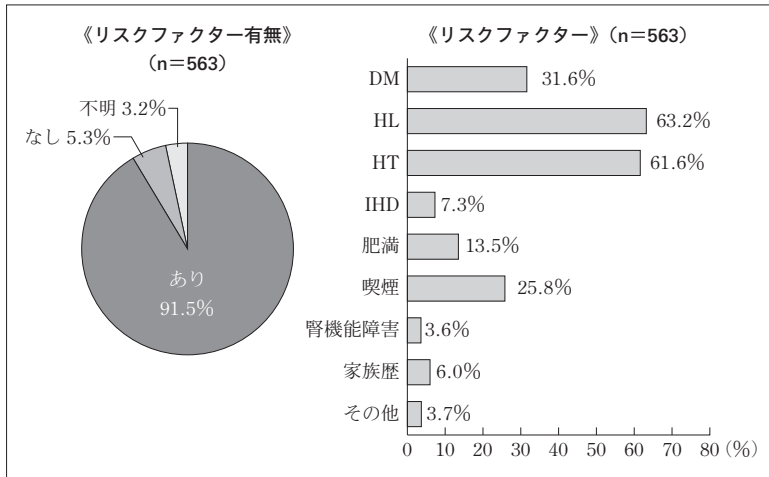


図2 発症状況 (A情報) ②

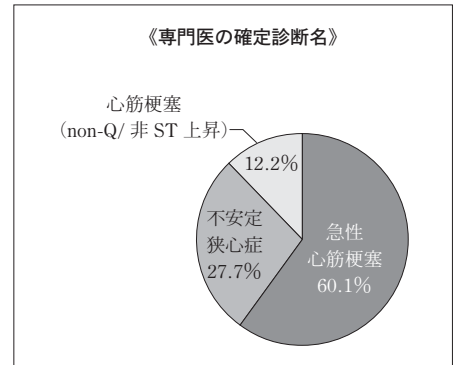


図3 専門施設状況 (B情報) ① (n = 548)

に確定された診断名を示します。図1上段のグラフと比較して頂きたいのですが、急性心筋梗塞が60.1% (329例)、不安定狭心症が27.7% (152例)、non-Q/非ST上昇型心筋梗塞が12.2% (67例)でした。発症時に「急性冠症候群」と診断された38.7%のうち、約1/3がnon-Q/非ST上昇型心筋梗塞だったことになります。図4は再灌流療法についてで、91.8%で何らかの再灌流療法が施行され、その内訳としてはPOBA 19.5%、ベアメタルステント (BMS) 44.0%、薬剤溶出性ステント (DES) 42.2%で、血栓吸引療法が13.5%で行われております。図5は再灌流療法前後の冠動脈所見を示します。施行前は有意狭窄1枝56.2%、2枝

26.8%、3枝12.2%、再灌流療法施行直後では0枝50.5%、1枝17.0%、2枝6.8%となっています。

次に「C情報」ですが、実地医家の先生に通院を始めた時点の使用薬剤 (図6) は、抗血小板薬が95.7%と、ほぼ全例に使われており、スタチン67.5%、ARB 43.0%、β遮断薬44.0%と続いています。本日話題となる硝酸薬については、28.2%で処方されています。

以上、集計途中の一部を報告させていただきましたが、昨年と同様、「虚血の既往の有無による心筋梗塞発症率」を本年も集計してみました (図7)。心筋梗塞や狭心症の既往のない「突然の発症」例では、ST上昇型の急性心筋梗塞が64.5%、non-Q/

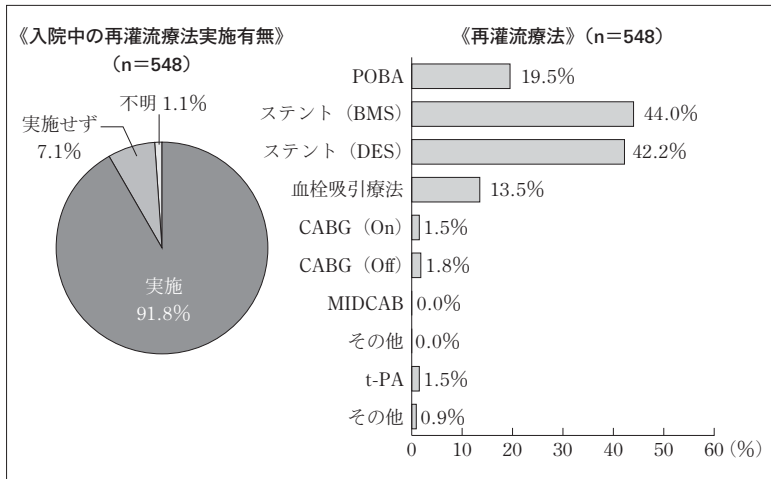


図4 専門施設状況 (B情報) ②

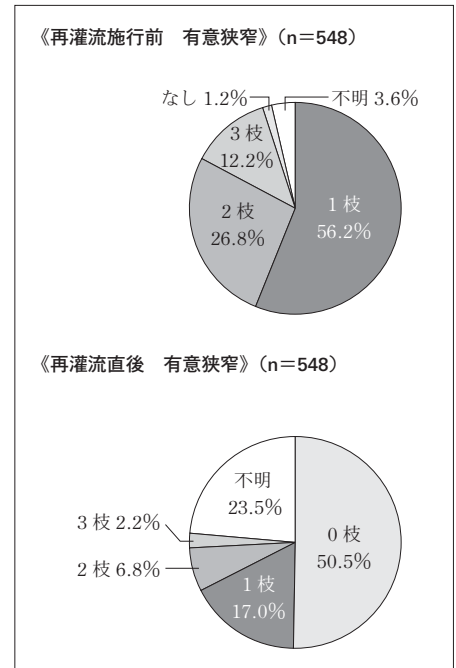


図5 再灌流療法前後の冠動脈所見

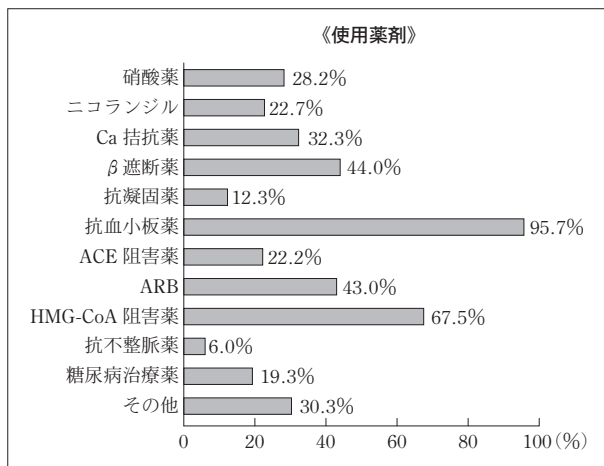


図6 通院開始時 (C情報) (n = 554)

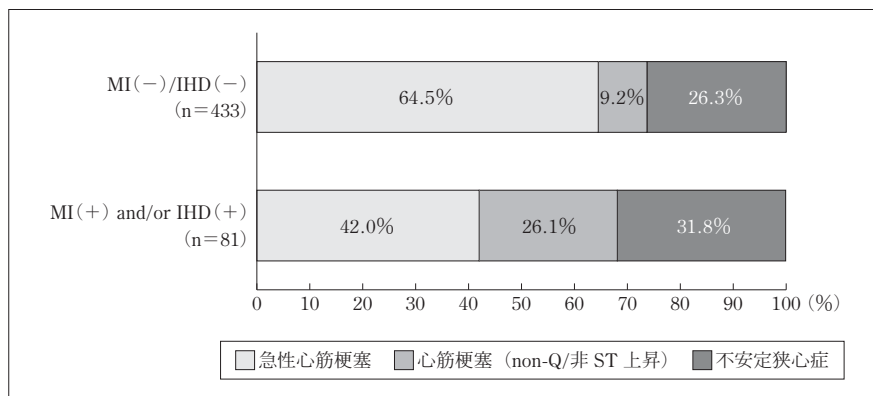


図7 虚血の既往による心筋梗塞発症率

非ST上昇型の心筋梗塞は9.2%でした。一方、虚血の既往のある症例では、前者が42.0%、後者が26.1%と、虚血の既往の有無によりSTEMI, non-STEMIの発症率に差がみられています。経験上、

そうした傾向がある印象は持っておりましたが、そのことがある程度数字示されたと考えます。今後さらに検討させていただきます。

MIC-Kの経過観察期間は登録後5年間です。日

本初の「実地医家による心筋梗塞のEBM」を、この冠不全研究会から発信するため、今後も引き続き経過観察のほど、ご協力よろしく願いいたします。

コメント

山科 (座長) 本会のもう1つの調査集計報告として、山田循環器科医院の院長の長村好章先生より、「心筋梗塞治療実態調査研究 (MIC-K)」についてご報告をいただきました。長村先生は、昭和44年に東京慈恵会医科大学を卒業され、昭和50年東京女子医大心研内科助手、昭和58年東京都立府中病院内科医長を経て、平成6年より山田循環器科医院の院長をお務めです。平成10年から本冠不全研究会

の幹事の労を頂戴しております。

現在進めているMIC-Kについて、分かりやすく経過報告をしていただきましたが、最後のスライドは、心筋梗塞の既往がある方では非ST上昇型で再発することが相対的に多いということですね。これらの方は、多くの場合、通院で治療が継続されていたということもあるのでしょうか。

長村 そうだと思います。今後も経過を追うことで、よりはっきりすると思います。

山科 薬剤についてですが、後ほど小島先生からも硝酸薬についてお話しますが、今回の報告では、その硝酸薬あるいは β 遮断薬が若干アンダーユーズである印象があります。その辺りのことも含めて、二次予防のガイドラインのお話しなども拝聴したいと思います。