

「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

石川辰雄
石川循環器クリニック/院長
長村好章
山田循環器科医院/院長
大林完二
清水クリニック

皆さまの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)」の途中経過を報告いたします。

MIC-K は、2007年2月から2011年3月までを登録期間とし、500例以上の登録が目標でしたが、最終的に567例に達しております。5年間を経過観察期間としておりますので、既に観察期間が終わった症例もありますが、2016年3月が終了となりますので、ご継続のほどよろしくお願いたします。

表1は地区別に登録施設数と症例数をみたもの

で、東京・神奈川地区が36施設、102例と一番多いのですが、北海道からも多数の登録を頂いております。これは旭川市の木原医院、木原先生のご尽力によるところが大きく、ご協力感谢您しております。

現在集計途中で、抜けているデータ、整合性に問題のあるデータなどをきめ細かに再調査させていただいております。詳しいデータはまだ紹介できないのですが、2014年6月20日現在、565例についての集計内容を一部ご報告いたします。

表1 MIC-K 登録施設数と登録症例数

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

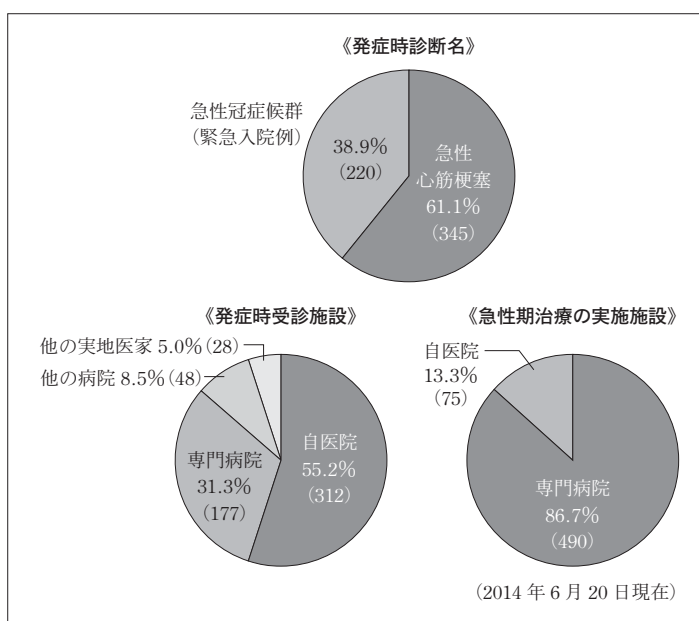


図1 発症状況 (A情報) ① (n = 565)

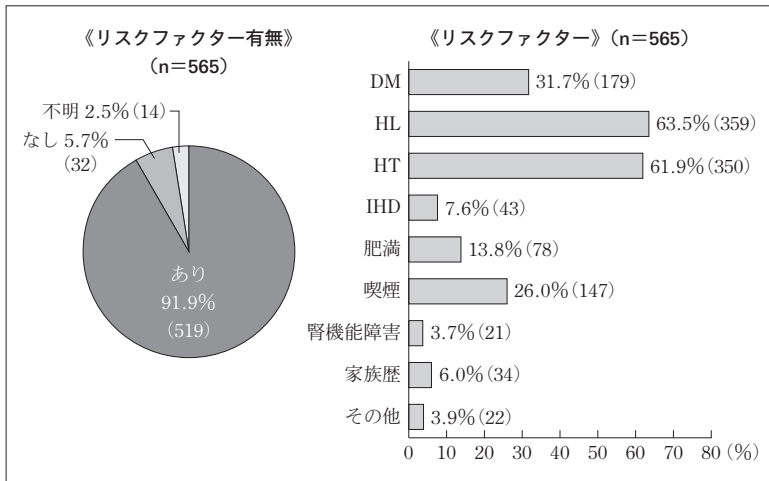


図2 発症状況 (A情報) ②

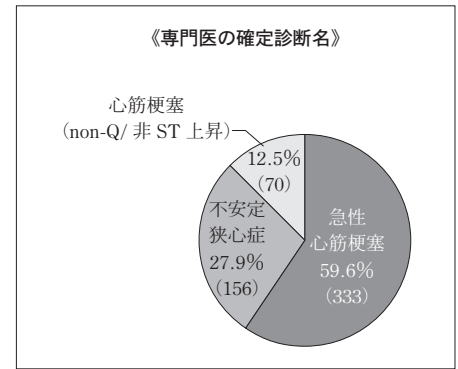


図3 専門施設状況 (B情報) ① (n = 559)

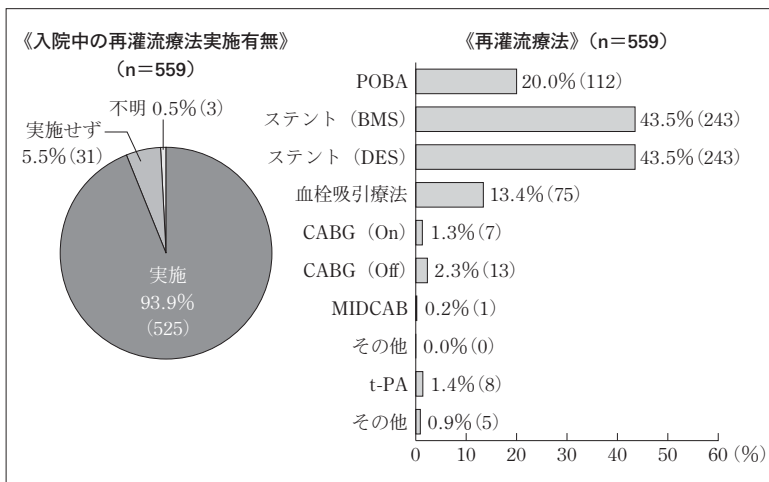


図4 専門施設状況 (B情報) ②

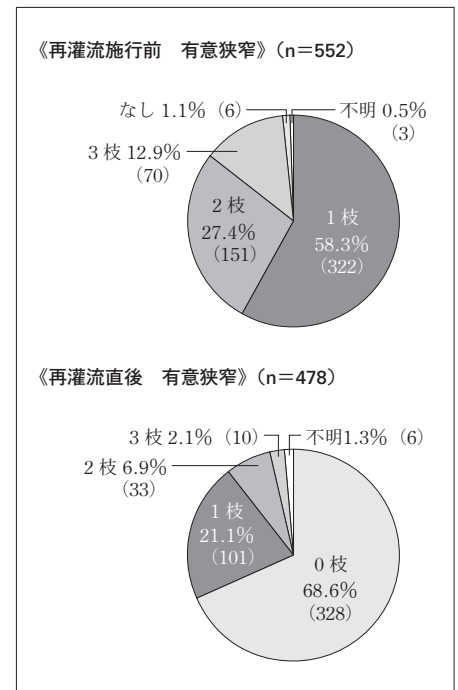


図5 再灌流療法前後の冠動脈所見

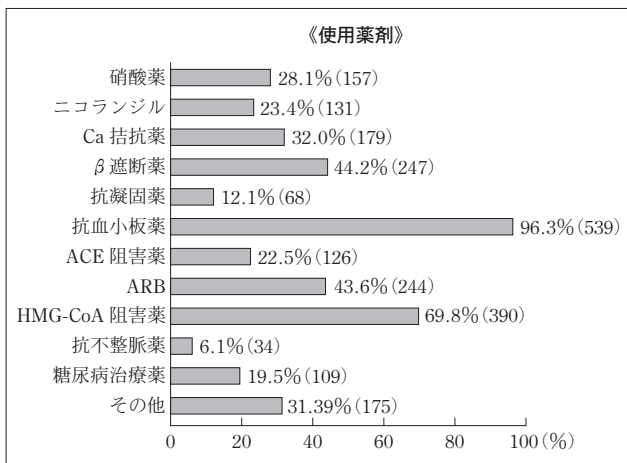


図6 通院開始時 (C情報) (n = 559)

図1, 2に発症状況 (A情報) を示します。診断名は急性心筋梗塞 61.1%, 急性冠不全が 38.9%で、発症時受診施設は、実地医家の先生 (自院) を受診

された患者が 55.2%, 専門医療機関を受診し、自院に逆紹介された患者が 31.3%です。86.7%が専門施設で急性期治療を受けていますが、自院が PCI 等の急性期治療が可能な有床診療所で、治療を行ったケースも 13.3%あります。リスクファクターの有無では、「あり」が 91.9%を占め、内容としては高脂血症、高血圧が約 6割、喫煙、糖尿病が約 3割で見られます。

専門施設 (急性期治療) 状況 (B情報) について図3~5に示します。確定診断は、図1の発症時診断で急性冠症候群と診断された患者のうち、約 1/3が non-Q/非ST上昇型の心筋梗塞と診断されているという印象です。

再灌流療法が 93.9%で実施され、多くがステン

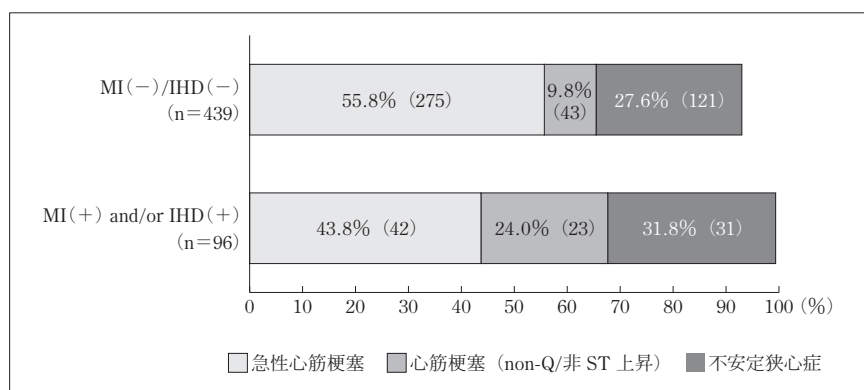


図7 虚血の既往による心筋梗塞発症率

トによる治療ですが、ベアメタルステントとDESの割合は43.5%と同一になっています。その他にPOBA (20.0%), 血栓吸引療法 (13.4%) が行われており, CABG もオンポンプ7例 (1.3%), オフポンプ13例 (2.3%) の計20例で行われています。

再灌流前後の冠動脈所見では, 再灌流後に0枝となったのが68.6%で, 1枝が58.3→21.1%, 2枝が27.4→21.1%, 3枝が12.9%→6.9%です。

通院開始時の状況 (C情報) として使用薬剤を図6に示します。抗血小板薬はほぼ全例 (96.3%) で処方されており, HMG-CoA 阻害薬が69.8%, ARBとβ遮断薬がそれぞれ約4割, 硝酸薬も約3割で処方されています。

図7は, 今回の発症以前の虚血の既往の有無別に, 今回の診断名をみたものです。初発症例での心筋梗塞は55.8%, 過去に虚血の既往があった症例では43.8%で, 既往がある群ではnon-Q/非ST上昇型の心筋梗塞の割合が多くなっており, 興味深いところです。

表2に臨床イベントの内訳を示します。567例中169例 (29.8%) で何らかのイベントが認められており, 心血管死が6例 (1.1%) です。その他のイベントは, PCI 87例 (15.3%), CABG 5例 (0.9%), 重症心不全による入院8例 (1.4%) が主なものです。

*

ご登録いただいた症例については, 引き続き経過観察にご協力いただきますようお願い申し上げます。また, データが不確かなものについては, 先生方に問い合わせいただき, より正確なデータに作り上げていきたいと思っています。観察期間は5年

表2 臨床イベント内訳

イベント	例数	発症率 (%)
登録症例	567	100.0
臨床イベント	169	29.8
心血管系要因による死亡	6	1.1
非心臓死	12	2.1
非致死性心筋梗塞発症	7	1.2
PCI	87(2)	15.3
CABG	5	0.9
脳血管障害による入院	12(1)	2.1
重症心不全による入院	8	1.4
狭心症増悪による入院	7	1.2
その他	62(1)	10.9

() 内は非致死性心筋梗塞発症との重複例

間で, 最終観察期間は2016年3月ということになりますので, 今後ともご協力のほど重ねてお願い申し上げます。

コメント・質疑応答

倉林 (座長) 心筋梗塞の予後は, 血行再建術の普及とともに非常によくなっており, 病院に到着した患者さんの死亡率は5%前後と, 10~20年前と比較すると隔世の感があります。また, 本研究の登録患者でも, 現時点での心血管死は1.1%という数字で, いかに予後も良好になっているかが分かります。

通院時のβブロッカーの服薬が44.2%ということでした。ガイドラインでは心筋梗塞の患者さんに対するβブロッカーはクラスIの適応であり, 禁忌がない限り処方することには強いエビデンスがあ

るのですが、実際の現場では β ブロッカーを使い控えているという現状も浮かび上がったと思います。スパズムの問題や徐脈、あるいは血圧の急激な低下等を心配されていることが想像されます。一方、スタチンや抗血小板薬の割合は非常に高いのですが、先生は β ブロッカーの心筋梗塞後の患者さんに対する使用についてどうお考えでしょうか。

石川 私の経験では、 β ブロッカーは十分に慎重

に使わなければいけないと考えますし、専門病院で既に β ブロッカーが処方されている患者に関しては、状態をみながら徐々に量をコントロールしています。

倉林 これから症例報告、そして講演と続くわけですが、こうしたアンケートをどのようにフィードバックしたらいいかということで、いい題材をお与えいただいたと思います。