

ACS は、主に plaque rupture に起因するものであり、安定狭心症の治療とは明確に分けて考える必要がある。

ACS は 1. ST 上昇型の心筋梗塞(STEMI)と 2. 不安定狭心症 / ST 非上昇型の心筋梗塞(UAP/NSTEMI)に分類可能である。

まず、STEMI の治療についてであるが、迅速に再還流療法を施行することが、まず第一と考えられる。歴史的には再還流療法の手段として、静注による血栓溶解療法と PCI との間の多くのランダムイズ trial がなされてきた。1990 年代前半のごく初期の trial を除けば、1ヵ月死亡率、再梗塞率、出血性の合併症、TVR の率など、多くの end point において PCI の優位性が示唆されてきた。この傾向は PCI の技術、器具の進歩により、さらに顕著となっている。STENT の導入により急性冠閉塞の危険が著しく減少してからは、多くの施設において PCI が第一選択として施行されている。また STENT の使用は POBA に比べて、主に TVR、MACE の減少に寄与している。現時点での血栓溶解療法の意義としては、AMI 発症後 90 分以内に PCI を施行できる施設に転送することが不可能の場合の前処置として行うことにより、予後が改善する可能性があることである。やはり原則は door to balloon の時間をできるだけ短くすることである。

次に UAP/NSTEMI の加療についてであるが、急性期に薬物療法を行い、待機的 PCI を施行する治療法(保存的療法)とすぐに PCI を施行する方法(侵襲的療法)がある。この2つの方法についても多くの比較研究がなされ、論議されているが、多くの研究が、特にトロポニン陽性例、High risk 症例、痛みの遷延する例においては、侵襲的療法が保存的療法より優っていることを示唆している。この傾向は今後 PCI の技術が進歩するにつれ、より明らかになってくるものと思われる。

また、IHD の長期予後の観点からは、急性期治療だけではなく、慢性期の生活指導、薬物療法が一層重要である。禁煙の徹底、食事指導などの生活指導を行うとともに、抗血小板剤、βブロッカー、ACEI、スタチンなど明らかに長期予後を改善することが認められている薬剤をしっかりと投与することが大変重要である。