

20年前までの統計では日本はPCIやCABGの成績がよく5年生存率は75%であった。欧米よりも生存率のいい理由は、リスクファクターの違いに現れている。つまり高血圧、糖尿病、高脂血症などが少ない。(糖尿病は同じ)さらに心機能(EF)がいいことも原因であった。しかし20年の間にリスクファクターが増加し、心血管事故は5倍に増えた。治療として考えられているのは、アスピリン、ベータ遮断薬、禁煙、食事療法、糖尿病の治療、運動療法、教育などである。血管の保護目的であればアスピリン、スタチン、ベータ遮断薬、ACE阻害薬がいいが、これらの組み合わせの虚血性心疾患患者に対するすべての死亡に対する効果を検討した報告では(BMJ2005,330:1089-)スタチン、アスピリン、ベータ遮断薬の組み合わせでは死亡率の減少は83%であり、またACEを加えると75%の減少であった。

高血圧に関しては降圧により心死亡を減少することはわかっているが、どこまで下げればよいかは結論が出ていない。ACE阻害薬とCa拮抗薬との比較では、前者は血圧が下がらなくても心事故を減らす、後者は血圧が下がらないと心事故を減らせなかった。(Lancet2003,362,1527-)冠動脈患者に関しては降圧により死亡率を減らす、心不全患者に対しては降圧は変わらなかった。

高脂血症に関しては4S、CARE、LIPID、WOSCOPによりスタチンの効果はいうまでもなく、心事故のみならず、全死亡率を減らすことがわかっている。順天堂大学の調査ではLDL-Cを70mg/dl以下にすると心事故を減らすことができた。この最大の理由はプラークの安定化であるとされる。一方死亡率に関してはLDL-Cが100mg/dl以下が必要であったが、あまりに低くすると死亡率が上がりJカーブを描くことがわかった。ちなみにプラークが退縮するのに必要なLDLの減少率は50%であった。

糖尿病に関しては死亡率は欧米と比べるとそれぞれ糖尿病群では17.2%VS35.9%、糖尿病でない群では9.2%VS17.9%であった。また糖尿病に関してはUKPDSの結果が示しているように介入を途中でかけると微小血管に関しては改善したが、大血管に関しては不変であった。つまり糖尿病に関しては予防が大事であり、新規発症を抑えるという意味ではARBが可能性有り。また糖尿病薬に関してはイベント発生率で見るとインスリン抵抗性改善薬のほうがスルフォニル尿素よりも著しく改善した。

なおメタボリック症候群に関しては糖尿病よりもたちが悪く、メタボリックシンドロームがあると糖尿病があるよりも予後が悪くなるということがわかってきた。