

(表1) 心 臓 突 然 死

| 疫学的知見(+) | 突然死の確率(平均) | 高リスク群 | その他のリスク要因 |
|-------------|---|--|---|
| 肥大型心筋症 | 年間2%~4% | 下記リスク因子を複数有する ・心停止の既往 ・持続性心室頻拍の自然発作 ・非持続性心室頻拍(3連発以上, HR>120) ・HCMによる突然死の家族歴(特に、一親等内または多数の突然死症例を有する場合) ・失神発作の既往 ・運動負荷に伴う血圧低下(血圧上昇25mmHg未満;対象は40歳未満の症例) ・著明な左室肥大(最大壁厚>30mm) | ・左室流出路圧較差が50mmHgを超える場合などの血行動態の高度の異常 ・中等度から高度の僧帽弁逆流 ・50mmを超える左房拡大 ・電気生理学的検査での持続性心室頻拍/心室細動の誘発 ・発作性心房細動 ・心筋灌流の異常 ・危険度の高い遺伝子変異 ・若年症例 |
| 先天性QT延長症候群 | LQT1(112人), LQT2(72人), LQT3(62人)の誕生から40歳までの心イベント(失神, 心停止, 突然死)の発生率は、それぞれ63%, 46%, 18%に認め、それらの致死率は、LQT1とLQT2では4%であるのに対し、LQT3では20%と高い。 | ・β遮断薬治療にもかかわらず失神を繰り返す例, 突然死の家族歴のある例 | ・LQT1では、運動時(特に水泳)や情動的ストレス時 ・LQT2では精神ストレス, 突然の聴覚刺激や出産直後, QTc>500ms以上の例 ・LQT3では安静時や睡眠中, 男性 |
| Brugada 症候群 | 無症候性0.5%/年。 | ・心電図で0.2 mV以上の自然発生のcoved型ST上昇を示す例(1%/年で心事故) ・心室細動・心停止の既往例(11.5%/年で重篤な心事故) ・失神の既往例(1.4%/年で重篤な心事故) ・持続性心室頻拍や心室細動が誘発される例(心事故発生率は5%/年)これに自然発生のST上昇があれば(7%/年), さらに失神を伴えば(14%/年) | |
| 心筋梗塞後 | 心筋梗塞後1年間の死亡率は10~20%(とくに発症6ヵ月以内の死亡率が最大), その大半が突然死 | ・急性期以降に持続性心室性頻拍や心室細動が認められた例 ・心筋梗塞発症13時間以後に発生した非持続性心室頻拍, 10個/時間以上の心室期外収縮 ・心機能低下(30~40%以下), さらに心室不整脈を合併すると, 心臓突然死の相対危険度はいずれも認めない例の4~8倍増す。 | ・狭窄病変の数と急性期の再灌流治療の成功や責任冠動脈の開存の有無 |
| 大動脈弁狭窄症 | 成人(平均年齢60歳)の15~20%に突然死が見られる。また, 死亡例70例中44例は突然死であったという報告もある | ・自覚症状(胸痛, 心不全症状および失神)を認める(8~34%に突然死) ・QT Dispersion(QTD)が70ms以上の増大例。 | |
| 僧帽弁逸脱症 | 僧帽弁逆流を伴わない例での突然死は極めて稀 | 僧帽弁逆流を伴う(50~100倍突然死発生頻度上昇, 年間死亡率は1.8%) | |
| WPW 症候群 | 0.02~0.15%/年 | ・男性でかつ若年者 ・心房細動や回帰頻拍の既往例 ・複数のKent束を有する例。 | ・Ebstein奇形合併 |
| 心不全 | 9~22%に突然死を認める | | |
| 拡張型心筋症 | 30~40% | | 左脚ブロックの合併, 持続性心室頻拍または心室細動の既往および左室駆出率 |
| 人工弁置換例 | 人工弁置換術後遠隔期では, St Jude Medical 弁装着患者における突然死の頻度は0.5~2.4%と報告されているが, 生体弁による置換術後では突然死の発生率は0.2~1%と低い | | |
| 肺動脈弁狭窄症 | 時に突然, 蒼白になる「心不全発作」があり急死することがある。(中略)年間の自然死亡が20~30歳で3.4%, 30歳以降で6~7%である。(中略)軽症例はより軽症化, 中等症例は重症化する傾向がある。 | | |
| 異型狭心症 | Yasueらの異型狭心症254例(平均観察期間80.5ヵ月)の成績では, 10年生存率は93%と良好であったが, 死亡例12例中の7例が突然死であった。Nishizakiらの心室頻拍が記録された例の平均73ヵ月の観察では, 2例(25%)に突然死を認め, 心室頻拍を伴う例では予後が不良とされている | | |

| 疫学的知見(-) 教科書(+) | 教科書の記述内容 |
|--------------------|--|
| 房室ブロック | 3度(完全)房室ブロックでは, 生命予後は不良で, 特に失神の既往例では悪い(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 洞不全症候群 | 具体的な記述はないが, 突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |

| | |
|----------------------------|--|
| 持続性心室頻拍 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版)。基礎心疾患に伴う持続性VTは、心臓突然死や心不全死をきたし、予後不良である。Adams-Stokes発作など重篤な症状を有するか、重篤な基礎心疾患を伴うか、あるいは左心機能低下を伴う場合には、心臓性突然死をきたしうる。(新臨床内科学) |
| 不整脈性右室心筋症 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版)。不整脈源性右室異形成と呼称されてきたが、1995年のWHO/ISFC分類で心筋症に含まれた。右室の広範な脂肪変性と線維化によって右室機能障害と右室流出路起源の心室頻拍、心室細動をきたし、突然死の原因となる。(朝倉内科学) |
| 心サルコイドーシス | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 筋ジストロフィー | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 慢性肺疾患 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 心房粗動 | 通常生命予後はよいが、高度頻脈(1:1伝導)や基礎心疾患(大動脈弁狭窄、肥大型心筋症など)により突然死をきたしうる。(新臨床内科学) |
| 全身性進行性硬化症 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 糖尿病 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| カテコラミン感受性多形性心室頻拍 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 非Brugada型特発性心室細動 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 連結期の短い期外収縮による多形性心室頻拍 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 副収縮からの多形性心室頻拍 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 心臓粘液腫 | 僧帽弁口や肺静脈閉塞により肺静脈圧が上昇して肺高血圧や肺うっ血をきたし、呼吸困難、咳、血痰、めまい、さらに突然死をきたす(新臨床内科学)。左房粘液腫は僧帽弁口あるいは肺静脈弁口を閉塞するため肺静脈圧を上昇させるので、二次的に肺高血圧が生じ(右心不全)、突然死の原因にもなる。(朝倉内科学) |
| (冠動脈奇形)起歩走行異常 | 思春期以降の突然死の原因になる。(新臨床内科学) |
| 左冠動脈肺動脈起始症 | 乳児例では1歳までに死亡する例が多く、成人型では突然死のリスクが高い。(新臨床内科学) |
| QT短縮を伴う心室頻拍/心室細動 | 具体的な記述はないが、突然死を起こす疾病として記載がある(心臓突然死の予知と予防のガイドライン2010年改訂版) |
| 疫学的知見(-) 教科書(-) | |
| 上記以外 | |