

世界に冠たる長寿国となった我が国であるが、健康に生活できる健康寿命と平均寿命との間には10年ほどの差があり、人生の最後の10年は医療や介護を要している。超高齢社会の我が国において、医療費増加は著しく、持続性のある医療サービスの維持は喫緊の課題である。高齢化に伴い、循環器領域においては、「心不全パンデミック」と呼ばれる心不全患者の増加が懸念されている。一方、心房細動（AF）も高齢者に発生し、AF患者の30%は80才以上である。このAFと心不全は、相互に関連し合い、それぞれが増悪因子となりうる。心不全の予防にはAFの管理が重要となる。

心機能の低下した急性心不全患者（HF_rEF）では、AFの発症により、頻拍、僧帽弁逆流増悪などに伴い血行動態が破綻しうる。 β 遮断薬や抗不整脈薬といった薬物治療は、血圧低下や心機能抑制のリスクがあり、その使用はしばしば困難である。心不全に伴う左房圧上昇や交感神経活動亢進のため、薬剤で洞調律が得られても高率に再発する。

高齢者に発生する心不全の多くは、心機能は維持されているものの、AFに伴う頻拍により拡張時間が短縮し、左房圧が上昇し肺水腫を発症するHF_pEFと呼ばれる病態が多い。

高齢者においては、慢性腎臓病の合併などにより、容易に抗不整脈薬の血中濃度が上がり、副作用をきたす可能性があり、使用には十分な注意が必要である。近年、いずれに病態においても薬物治療よりも、カテーテルアブレーションによる洞調律維持が、心機能の改善、予後改善効果が高いことが報告されてきた。

臨床試験の結果から、有症候性のAFにおいては、薬物治療よりもアブレーションを第一選択とすることが推奨されるようになった。また、脳梗塞リスクが高いCHA₂DS₂-VAScスコアで3点以上のケースでは、無症候性AFの場合でもアブレーションが予後を改善できる可能性がある。

心機能の低下した心不全患者においては、合併したAFに対して、アブレーションによる洞調律維持が、薬物治療と比較して、有意な心不全再入院、死亡率低下効果が認められ、早期の治療適応を検討すべきである。

左脚ブロックなど、刺激伝導系の異常は左室壁運動の非同期を来し、心機能を増悪させる。このような症例において標準的心不全治療薬は効果を発揮しないことが多い。左室リードを挿入する心臓再同期療法はこのような非同期を改善するが、適切な部位にリード挿入できないこともある。近年開発された刺激伝導系ペーシングは、このような課題を克服できる可能性がある。

心不全患者の増加に対して、我々が取り得る治療として、早期の標準的治療薬の導入、AFの予防・治療、左脚ブロック患者に対するペーシング治療を検討する必要がある、専門施設との連携が重要である。