



Syncope diagnosztika a kardiológus szemszögéből

SIMOR TAMÁS

PTE, KK SZIVGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009)

The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed in collaboration with, European Heart Rhythm Association (EHRA)¹, Heart Failure Association (HFA)², and Heart Rhythm Society (HRS)³

Endorsed by the following societies, European Society of Emergency Medicine (EuSEM)⁴, European Federation of Internal Medicine (EFIM)⁵, European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)⁶, American Geriatrics Society (AGS), European Neurological Society (ENS)⁷, European Federation of Autonomic Societies (EFAS)⁸, American Autonomic Society (AAS)⁹

Authors/Task Force Members, Angel Moya (Chairperson) (Spain)*, Richard Sutton (Co-Chairperson) (UK)*, Fabrizio Ammirati (Italy), Jean-Jacques Blanc (France), Michele Brignole¹ (Italy), Johannes B. Dahm (Germany), Jean-Claude Deharo (France), Jacek Gajek (Poland), Knut Gjesdal² (Norway), Andrew Krahn³ (Canada), Martial Massin (Belgium), Mauro Pepi (Italy), Thomas Pezawas (Austria), Ricardo Ruiz Granell (Spain), Francois Sarasin⁴ (Switzerland), Andrea Ungar⁶ (Italy), J. Gert van Dijk⁷ (The Netherlands), Edmond P. Walma (The Netherlands), Wouter Wieling (The Netherlands)

External Contributors, Haruhiko Abe (Japan), David G. Benditt (USA), Wyatt W. Decker (USA), Blair P. Grubb (USA), Horacio Kaufmann⁹ (USA), Carlos Morillo (Canada), Brian Olshansky (USA), Steve W. Parry (UK), Robert Sheldon (Canada), Win K. Shen (USA)

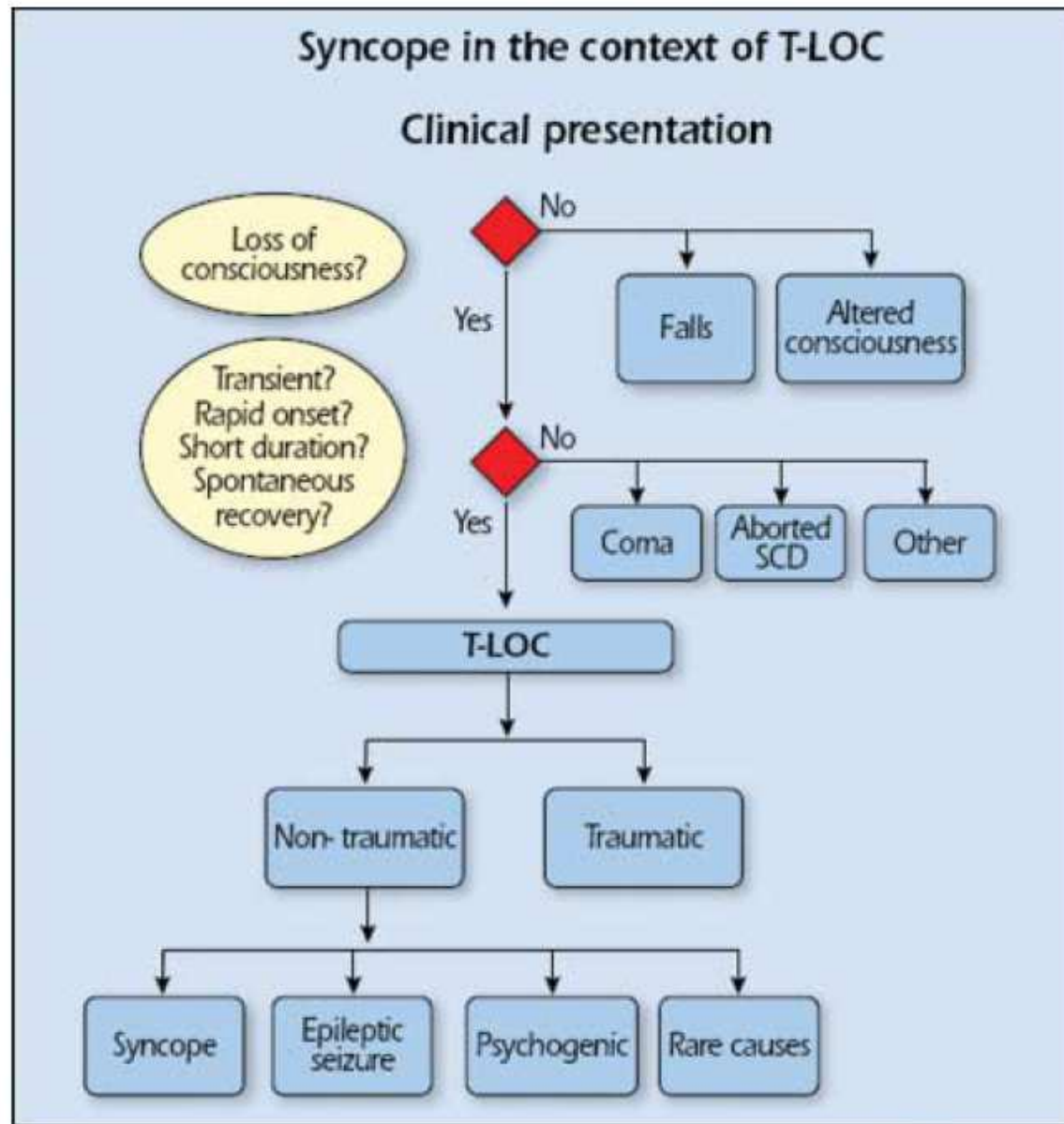


Figure 1 Context of transient loss of consciousness (T-LOC).
SCD = sudden cardiac death.

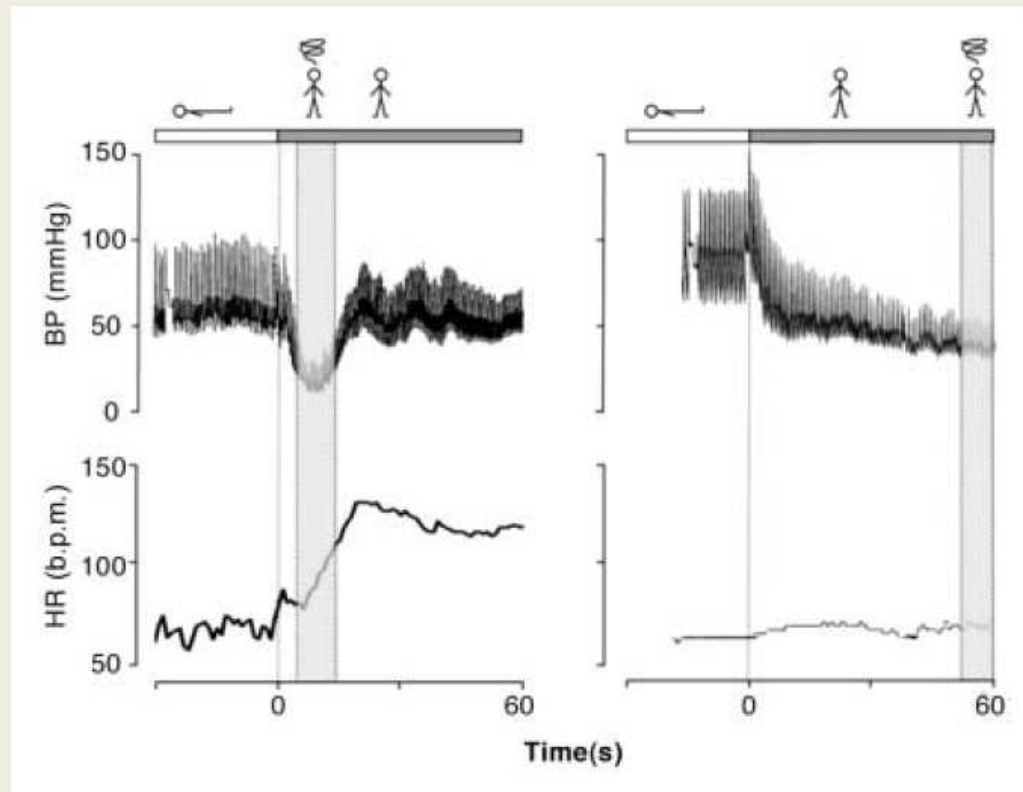


Figure 3 A case of 'initial orthostatic hypotension' (left panel) and of 'classical orthostatic hypotension' (right panel). In the left panel obtained in an otherwise healthy 17-year-old teenager with complaints of severe transient lightheadedness upon active standing, a pronounced initial fall in BP is observed. The nadir is at 7–10 s and followed by recovery of BP. The tracing on the right is obtained in a 47-year-old male with pure ANF. BP starts to fall immediately after standing to very low levels after 1 min upright with little increase in HR despite the hypotension.^{12,13} ANF = autonomic failure; BP = blood pressure; HR = heart rate; b.p.m. = beats per minute.

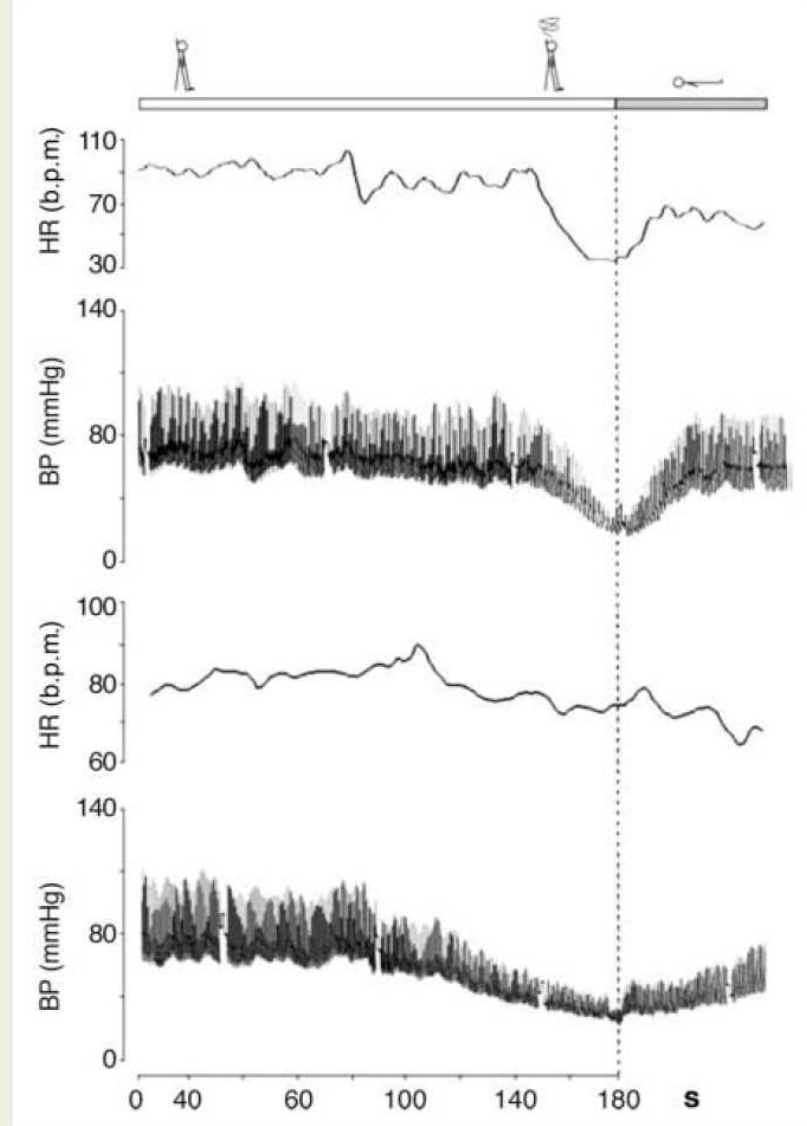


Figure 4 Reflex syncope (mixed form) induced by tilt testing in a 31-year-old (upper panel) and in a 69-year-old patient (lower panel). Note the typical age differences with a much steeper fall in BP in the younger subject compared with the older subject (revised after Verheyden *et al.*¹⁶). BP = blood pressure; HR = heart rate; b.p.m. = beats per minute.

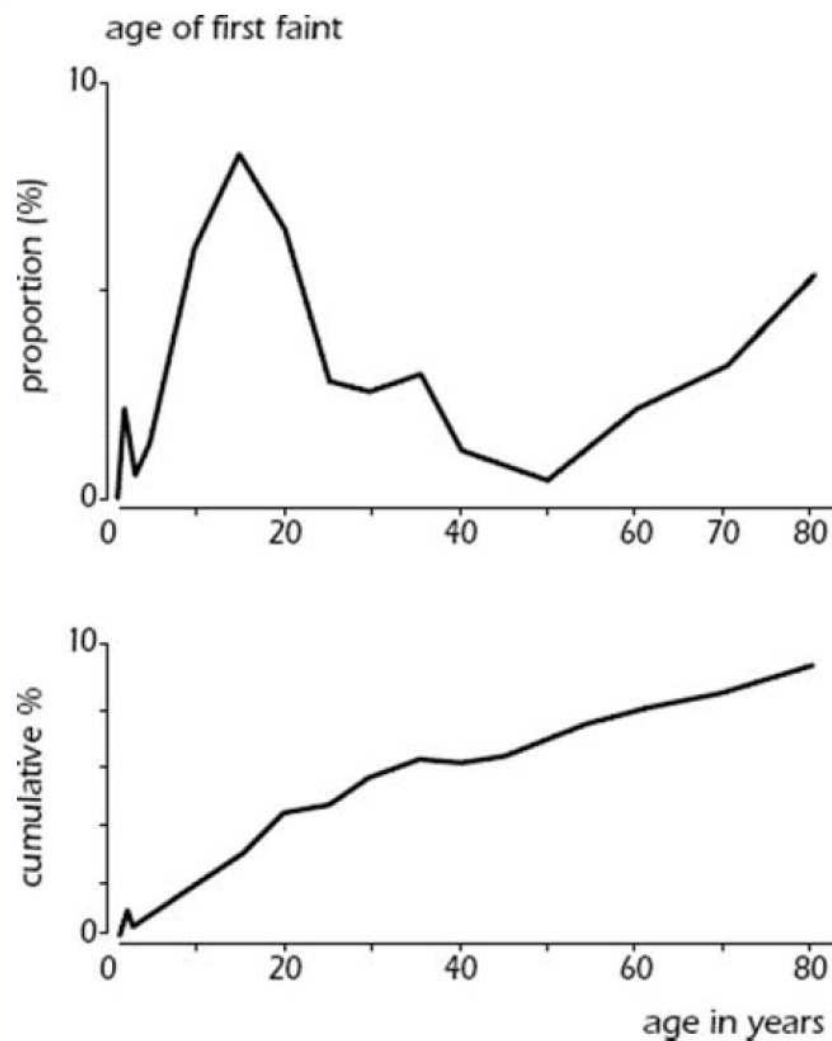


Figure 5 Schematic presentation of the distribution of age and cumulative incidence of first episode of syncope in the general population from subjects up to 80 years is shown. The data from subjects 5–60 years come from a study by Ganzeboom *et al.*²⁴ The data from subjects <5 years are based on those of Lombroso *et al.*²² and those from subjects aged 60–80 years on the study by Soteriades *et al.*³

Cardiovascularis syncope

▶ **Strukturális szivbetegség**

- ▶ Billentyűbetegségek, infarktus, hypertomia, HCM, masszák(pitvari myxoma, tumorok ...), pericardium betegségek, tamponád, congenitális coronaria anomáliák, műbillentyű dysfuctiók.
- ▶ Egyebek: pulmonális embolia, disszekció, pulmonalis hypertoni
- ▶ Hirtelen halál a családi anamnezisben
- ▶ Tehelés alatt, vagy fekvő helyzetben
- ▶ Abnormális EKG
- ▶ Szapora szívverés érzés közvetlen syncope után

Szív eredetű syncope

▶ Arrhythmia, mint primer ok

- ▶ Bradycardia
 - ▶ Sinuscsomóbetegség
 - ▶ AV vezetési zavar
 - ▶ PM dysfunctio
- ▶ Tachycardia
- ▶ Supraventriculáris
- ▶ Kamrai
- ▶ Gyógyszer indukálta

Cardiovascularis syncope

- ▶ EKG, ami arrhythmia okozta syncopet jelez
 - ▶ Bifasciculáris block
 - ▶ Ingervezetés zavarok, QRS>0.12 sec
 - ▶ Mobitz I
 - ▶ Tünetmentes anappropriate sinus bradycardia (<50/min), SA block, sinus pausa >3 sec (gyógyszermentesen)
 - ▶ NSVT
 - ▶ WPW
 - ▶ Hosszú, vagy rövid QT syndroma
 - ▶ Korai repolarisatio
 - ▶ JTSZB ST elevációval V1-3 –ban (Brugada sy)
 - ▶ Negatív T hullámok a jobb precordiális elvezetésekben, ARVD-t jelző epszlon hullám – kamrai késői potenciálok
 - ▶ Pathológiás Q (infarktus jelző)

Carotis sinus massage (CSM) ajánlott



Ajánlás	Osztály	Szint
Indikációk		
40 év feletti életkorban syncopes betegnél	I	B
CSM nem ajánlott TIA, vagy stroke után (3 hónap), Kivéve ha Dopplerrer igazoltan nincs carotis szűkület	III	C
Diagnosztikus kritériumok		
3 sec-t meghaladó asystolia és/vagy 50Hgmm tensioésés		

Rizikóbecslés

Magas rizikót jelző kritériumok, melyek azonnali hospitalizációt vagy intenzív kezelést tesznek szükségessé

Súlyos strukturális, vagy coronaria szivbetegség (szívelégtelenség, alacsony EF, Korábbi AMI)

Arrhythmia okozta syncope: Klinikai vagy EKG eltérések

- ▶ Hirtelen halál a családi anamnezisben
- ▶ Syncope terhelés alatt, vagy fekvő helyzetben
- ▶ Szapora szívverés érzés syncope idején
- ▶ Bifasciculáris block, Ingervezetés zavarok, QRS>0.12 sec
- ▶ Tünetmentes anappropriate sinus bradycardia (<50/min), SA block, sinus pausa >3 sec (gyógyszermentesen)
- ▶ NSVT
- ▶ WPW
- ▶ JTSZB ST elevációval V1-3 –ban (Brugada sy), Negativ T hullámok a jobb precordiális elvezetésekben, ARVD-t jelző epsilon hullám – kamrai késői potenciálok
- ▶ Hosszú, vagy rövid QT syndroma

Jelentős társbetegségek

- ▶ Súlyos anaemia
- ▶ Elektrolitzavarok

Schellong teszt



Ajánlás	Osztály	Szint
Indikációk		
Vérnyomásmérés és pulzusszámlálás fekvő és felállást követően (minimum 3 perc) amennyiben orthostatikus hypotonia valószínű	I	B
Folyamatos non invazív vérnyomásmérés amennyiben a mérés kétséges	IIb	C
Diagnosztikus kritériumok		
Ha a systoles RR >20-al, a diastoles RR >10-el csökken, vagy a systolés RR <90 Hgmm -re csökken	I	C
Ha tünetmentesen a systoles RR >20-al, a diastoles RR >10-el csökken, vagy a systolés RR <90 Hgmm -re csökken	IIa	C

Tilt teszt



Ajánlás	Osztály	Szint
Módszerek		
Fekvő helyzetben 5 perc (vénaabiztosítás nélkül), vagy 20 perc vénaabiztosítással	I	C
Head up Tilt 60 – 70 fokban	I	B
Passzív fázis minimum 20, maximum 45 perc	I	B
300 – 400 ug Nitroglicerín HUT pozícióban	I	B
Vagy isuprel 1 – 3 ug/perc (szívfrekvencia 20-30 %-al emelkedjen	I	B

TILT teszt indikációk

Ánlás	Osztály	Szint
meretlen eredetű egyszeri syncope magas rizikóval (fizikai károsodás potenciális rizikója, vagy munkahelyi rizikó), vagy organikus szívbetegség nélküli szív eredetű rosszullétek, vagy organikus szívbetegség esetén – ha a syncope szív okai ki vannak zárva	I	B
r teszt akkor is indikált, ha klinikailag értéke van annak, hogy a beteg reflex syncope-ra érzékeny	I	C
reflex és orthostatikus hypotonia elkülönítése	IIa	C
syncope és epilepsia differenciálása	IIb	C
meretlen eredetű elesések	IIb	C
gyakori syncope és pszichiatricai kórképek differenciálása	IIb	C
em ajánlott kezelés megítélésére	III	B
uprel nem ajánlott ischemiás szívbetegségben	III	C

TILT teszt diagnosztikus kritériumai

Ajánlás	Osztály	Szint
Strukturális szivbetegség nélkül a reflex hypotonia/bradycardia indukálása, reprodukálható syncope vagy progresszív orthostatikus hypotonia (tünettel, vagy tünetmentesen) igazolása	I	B
Strukturális szivbetegség nélkül a reflex hypotonia/bradycardia indukálása, syncope reprodukció nélkül reflex syncopet igazol	Ila	B
Strukturális szivbetegség mellett az aritmia, vagy a syncope más cardiovascularis okát ki kell zárni és csak akkor lehet pozitív TILT testként elfogadni	Ila	C
TILT teszt indukálta tudatvesztés (LOC) hypotonia/bradycardia nélkül psychogen pseudosyncopet jelent	Ila	C

EKG monitorozás

Ajánlás	Osztály	Szint
Azon betegeknek, akiknél aritmia eredetű syncope előfordulhat. A syncope gyakoriságát respektáló monitorozási intervallum szükséges	I	B
Magas rizikójú betegeknek azonnali kórházi, vagy telemetrikus monitorozás szükséges	I	C
Holter szükséges, ha a syncope/pre-syncope gyakorisága >1/hét	I	B
ILR (implantálható loop recorder) kell azon nem magas rizikójú betegeknek, akiknél ritkábban (ILR telep élettartamán belül) fordul elő syncope	I	B
ILR kell azon magas rizikójú betegeknek, akiknél a korábbi diagnosztika nem mutatta a syncope okát és a beteg nem kapott specifikus kezelést	I	B
ILR használható pacemaker implantatio előtt bradycardiás epizódok vizsgálatára syncopera gyanús betegeknek, vagy olyan betegeknek ahol gyakori a reflex syncope és esetleg traumát is okozhat	Ila	B
External loop recorder használható olyan betegeknek , ahol a syncope gyakoriság < 4 hét	Ila	B

Diagnosztikus kritériumok

Ajánlás	Osztály	Szint
Az EKG monitorozás diagnosztikus, ha a syncope és a brady – tachycardia correlációja bizonyított	I	B
Korreláció hiányában az EKG diagnosztikus, ha periódikusan Mobitz II, vagy III foku AV blokk vagy > 3 sec kamrai pausa (kivéve fiatal sportolók, alvás során, gyógyszeres kezelés hatása alatt, frekvencia kontrioll alatti AF) vagy rapid prolongált PSVT, vagy VT detektálható. Aritmia hiánya kizárja az aritmogén syncope diagnózisát.	I	C
Pre-syncope dokumentálása releváns aritmia nélkül nem adekvát a syncope diagnosztikájában	III	C
Tünetmentes ritmuszavar (előző listában nem szereplő) nem adekvát a syncope diagnosztikájában	III	C
Sinus bradycardia (syncope hiányában) szintén nem adekvát a syncope diagnosztikájába	III	C

Elektrofiziológiai vizsgálat

Ajánlás	Osztály	Szint
ISZB esetén, ha a kezdeti vizsgálat aritmogén eredetet valószínűsít (kivéve ICD egyértelmű indikációit)	I	B
Tawaraszár blockok esetén, ha a non invasiv tesztek nem egyértelműek	IIa	B
Syncope kezdet előtti hirtelen fellépő, vagy rövid palpitációk, amennyiben a non invasiv tesztek nem egyértelműek	IIb	B
Brugada sy, ARVD, HCM esetén EP szelektált beteganyagon indikált	IIb	C
Magas rizikóval járó foglalkozás esetén, ahol a syncope okát mindenképp ki kell zárni – EP szelektált beteganyagon indikált	IIb	C
Normál EKG, palpitáció és szivbetegség hiánya esetén EP nem indikált	III	B

EP diagnosztikus kritériumok

Ajánlás	Osztály	Szint
Sinus bradycardia cSNRT >525 ms	I	B
BTSZB és vagy az alap HV idő >100 ms, vagy másod, vagy harmadfoku AV blokk alakul ki rapid atriális pancelés során, vagy gyógyszerhatásban	I	B
Indukált VT infarktus után	I	B
Indukált SVT, ami hypotóniát, vagy spontán tüneteket okoz	I	B
HV idő 70-100 ms diagnosztikus	IIa	C
EP diagnosztikus indukált polymorph VT, VF ARVD, Brugada esetén és olyan betegeknél, akiket szívmegállás miatt reanimáltak	IIb	B
Polymorph VT, VF indukciója ischemiás szívizombetegség vagy DCM esetén nem minősül diagnosztikusnak.	III	B

Terheléses vizsgálat

Ajánlás	Osztály	Szint
Indikáció		
Akkor indikált, ha a syncope terhelés alatt, vagy közvetlen utána fordul elő	I	C
Diagnosztikus kritériumok		
Akkor diagnosztikus, ha a syncope reprodukálható (terhelés alatt, vagy közvetlen utána) és az EK G eltérések vagy a súlyos hypotonia igazolható	I	C
Akkor diagnosztikus, ha Mobitz II, vagy harmadfoku AV blokk alakú ki terhelés alatt (synctope mellett, vagy anélkül)	I	C

Echocardiographia



Ajánlás	Osztály	Szint
Indikáció		
ECHO indikált a szívbetegség diagnoszis és rizikó stratifikáció céljaira azon betegekben akiknél strukturális szívbetegség gyanúja áll fenn	I	B
Diagnosztikus kritériumok		
Echocardiographia önmagában diagnosztikus, amennyiben a betegnél súlyosfoku aorta sztenosist, obstruktív tumorokat, HOCM-et, thrombusokat, pericardiális tamponádot, aorta disszekciót, vagy congenitális coronaria betegséget igazolt.	I	B

**Köszönöm szives
figyelmüket**

Recommendations: psychiatric evaluation

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Indications		
• Psychiatric evaluation is indicated in patients in whom T-LOC is suspected to be psychogenic pseudosyncope	I	C
• Tilt testing, preferably with concurrent EEG recording and video monitoring, may be considered for diagnosis of T-LOC mimicking syncope ('pseudosyncope') or epilepsy.	IIb	C

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

EEG = electroencephalogram; T-LOC = transient loss of consciousness.

Recommendations: neurological evaluation

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Indications		
• Neurological evaluation is indicated in patients in whom T-LOC is suspected to be epilepsy	I	C
• Neurological evaluation is indicated when syncope is due to ANF in order to evaluate the underlying disease	I	C
• EEG, ultrasound of neck arteries, and computed tomography or magnetic resonance imaging of the brain are not indicated, unless a non-syncopal cause of T-LOC is suspected	III	B

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

ANF = autonomic failure; EEG = electroencephalography; TIA = transient ischaemic attack; T-LOC = transient loss of consciousness.

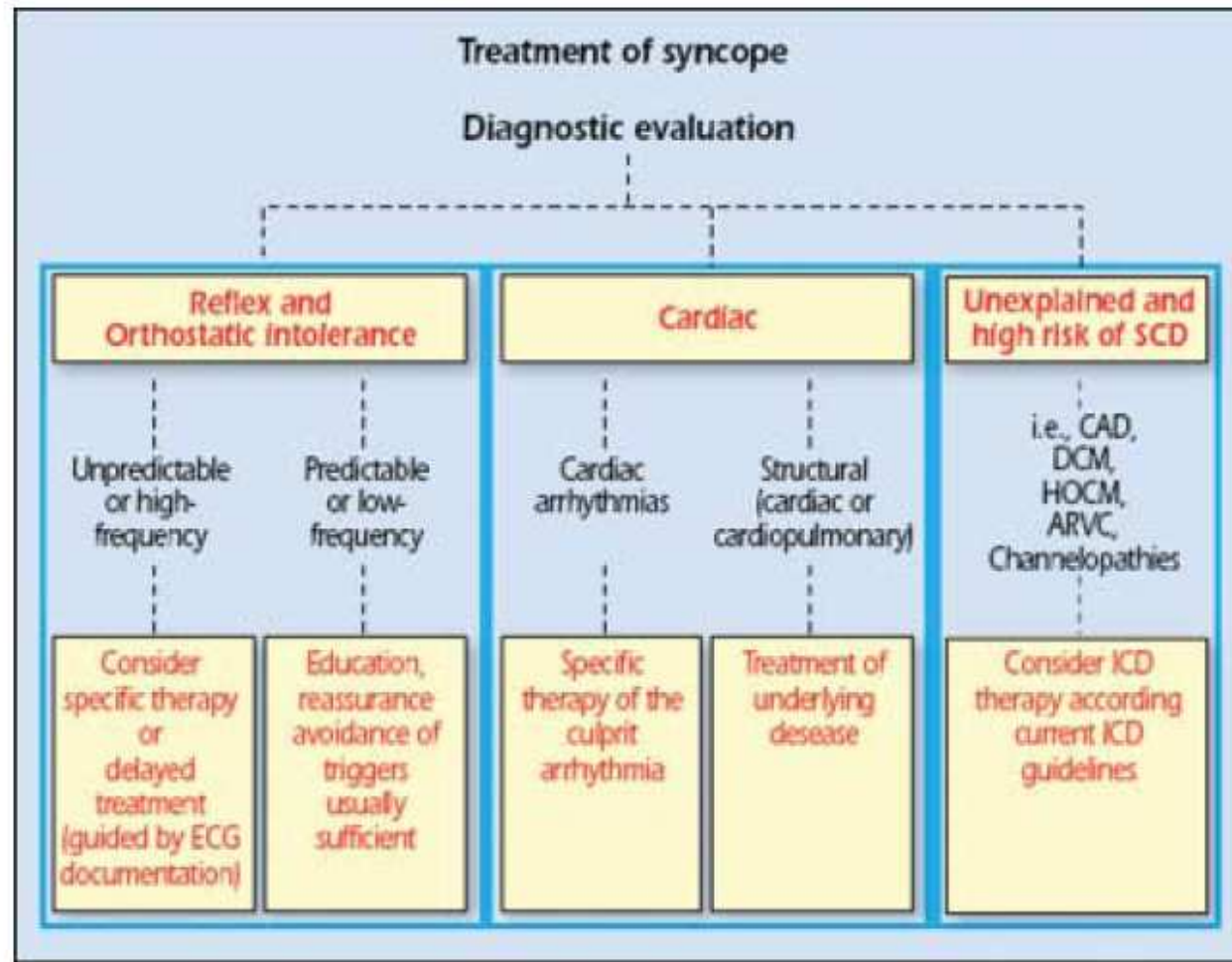


Figure 8 Treatment of syncope. ARVC = arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy; CAD = coronary artery disease; DCM = dilated cardiomyopathy; ECG = electrocardiographic; HOCM = hypertrophic obstructive cardiomyopathy; ICD = implantable cardioverter defibrillator; SCD = sudden cardiac death.

Recommendations: treatment of reflex syncope

Recommendations	Class ^a	Level ^b
• Explanation of the diagnosis, provision of reassurance, and explanation of risk of recurrence are indicated in all patients	I	C
• Isometric PCMs are indicated in patients with prodrome	I	B
• Cardiac pacing should be considered in patients with dominant cardioinhibitory CSS	IIa	B
• Cardiac pacing should be considered in patients with frequent recurrent reflex syncope, age >40 years, and documented spontaneous cardioinhibitory response during monitoring	IIa	B
• Midodrine may be indicated in patients with VVS refractory to lifestyle measures	IIb	B
• Tilt training may be useful for education of patients but long-term benefit depends on compliance	IIb	B
• Cardiac pacing may be indicated in patients with tilt-induced cardioinhibitory response with recurrent frequent unpredictable syncope and age >40 after alternative therapy has failed	IIb	C
• Cardiac pacing is not indicated in the absence of a documented cardioinhibitory reflex	III	C
• β -Adrenergic blocking drugs are not indicated	III	A

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

CSS = carotid sinus syndrome; PCM = physical isometric counterpressure manoeuvre; VVS = vasovagal syncope.

Recommendations: treatment of orthostatic hypotension

Recommendations	Class ^a	Level ^b
• Adequate hydration and salt intake must be maintained	I	C
• Midodrine should be administered as adjunctive therapy if needed	IIa	B
• Fludrocortisone should be administered as adjunctive therapy if needed	IIa	C
• PCMs may be indicated	IIb	C
• Abdominal binders and/or support stockings to reduce venous pooling may be indicated	IIb	C
• Head-up tilt sleeping ($>10^{\circ}$) to increase fluid volume may be indicated	IIb	C

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

PCM = physical counterpressure manoeuvre.

Recommendations: treatment of syncope due to cardiac arrhythmias

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Syncope due to cardiac arrhythmias must receive treatment appropriate to the cause	I	B
Cardiac pacing		
Pacing is indicated in patients with sinus node disease in whom syncope is demonstrated to be due to sinus arrest (symptom–ECG correlation) without a correctable cause	I	C
Pacing is indicated in sinus node disease patients with syncope and abnormal CSNRT	I	C
Pacing is indicated in sinus node disease patients with syncope and asymptomatic pauses ≥ 3 s (with the possible exceptions of young trained persons, during sleep, and in medicated patients)	I	C
Pacing is indicated in patients with syncope and second degree Mobitz II, advanced or complete AV block	I	B
Pacing is indicated in patients with syncope, BBB, and positive EPS	I	B
Pacing should be considered in patients with unexplained syncope and BBB	IIa	C
Pacing may be indicated in patients with unexplained syncope and sinus node disease with persistent sinus bradycardia itself asymptomatic	IIb	C
Pacing is not indicated in patients with unexplained syncope without evidence of any conduction disturbance	III	C

Catheter ablation

- | | | |
|--|-----|---|
| • Catheter ablation is indicated in patients with symptom–arrhythmia ECG correlation in both SVT and VT in the absence of structural heart disease (with the exception of atrial fibrillation) | I | C |
| • Catheter ablation may be indicated in patients with syncope due to the onset of rapid atrial fibrillation | IIb | C |

Antiarrhythmic drug therapy

- | | | |
|--|-----|---|
| • Antiarrhythmic drug therapy, including rate control drugs, is indicated in patients with syncope due to onset of rapid atrial fibrillation | I | C |
| • Drug therapy should be considered in patients with symptom–arrhythmia ECG correlation in both SVT and VT when catheter ablation cannot be undertaken or has failed | IIa | C |

Implantable cardioverter defibrillator

- | | | |
|--|-----|---|
| • ICD is indicated in patients with documented VT and structural heart disease | I | B |
| • ICD is indicated when sustained monomorphic VT is induced at EPS in patients with previous myocardial infarction | I | B |
| • ICD should be considered in patients with documented VT and inherited cardiomyopathies or channelopathies | IIa | B |

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

AV = atrioventricular; BBB = bundle branch block; CSNRT = corrected sinus node recovery time; ECG = electrocardiogram; EPS = electrophysiological study; ICD = implantable cardioverter defibrillator; SVT = supraventricular tachycardia; VT = ventricular tachycardia.

Recommendations: indications for ICD in patients with unexplained syncope and a high risk of SCD

Clinical situation	Class ^a	Level ^b	Comments
In patients with ischaemic cardiomyopathy with severely depressed LVEF or HF, ICD therapy is indicated according to current guidelines for ICD–cardiac resynchronization therapy implantation	I	A	
In patients with non-ischaemic cardiomyopathy with severely depressed LVEF or HF, ICD therapy is indicated according to current guidelines for ICD–cardiac resynchronization therapy implantation	I	A	
In hypertrophic cardiomyopathy ICD therapy should be considered in patients at high risk (see text)	IIa	C	In non-high risk, consider ILR
In right ventricular cardiomyopathy ICD therapy should be considered in patients at high risk (see text)	IIa	C	In non-high risk, consider ILR
In Brugada syndrome ICD therapy should be considered in patients with spontaneous type I ECG	IIa	B	In the absence of spontaneous type I pattern, consider ILR
In long QT syndrome, ICD therapy, in conjunction with β-blockers, should be considered in patients at risk	IIa	B	In non-high risk, consider ILR
In patients with ischaemic cardiomyopathy without severely depressed LVEF or HF and negative programmed electrical stimulation ICD therapy may be considered	IIb	C	Consider ILR to help define the nature of unexplained syncope
In patients with non-ischaemic cardiomyopathy without severely depressed LVEF or HF ICD therapy may be considered	IIb	C	Consider ILR to help define the nature of unexplained syncope

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

HF = heart failure; ECG = electrocardiogram; ICD = implantable cardioverter defibrillator; ILR = implantable loop recorder; LVEF = left ventricular ejection fraction; SCD = sudden cardiac death.

Recommendations concerning driving in patients with syncope

Diagnosis	Group 1 (private drivers)	Group 2 (professional drivers)
Cardiac arrhythmias		
Cardiac arrhythmia, medical treatment	After successful treatment is established	After successful treatment is established
Pacemaker implant	After 1 week	After appropriate function is established
Successful catheter ablation	After successful treatment is established	After long-term success is confirmed
ICD implant	In general low risk, restriction according current recommendations	Permanent restriction
Reflex syncope		
Single/mild	No restrictions	No restriction unless it occurred during high risk activity*
Recurrent and severe*	After symptoms are controlled	Permanent restriction unless effective treatment has been established
Unexplained syncope		
	No restrictions unless absence of prodrome, occurrence during driving, or presence of severe structural heart disease	After diagnosis and appropriate therapy is established

Group 1: private drivers of motorcycles, cars and other small vehicles with and without a trailer; Group 2: professional drivers of vehicles over 3.5 tons or passenger-carrying vehicles exceeding eight seats excluding the driver. Drivers of taxicabs, small ambulances, and other vehicles form an intermediate category between the ordinary private driver and the vocational driver and should follow local legislation.

*Neurally mediated syncope is defined as severe if it is very frequent, or occurring during the prosecution of a 'high risk' activity, or recurrent or unpredictable in 'high risk' patients (see Part 3, treatment).

Table 12 Classification of ECG recordings obtained with ILR, with their probable-related mechanism (adapted from ISSUE classification)

	Classification	Suggested mechanism
Type 1, asystole: R–R pause ≥ 3 s	Type 1 A. Sinus arrest: progressive sinus bradycardia or initial sinus tachycardia followed by progressive sinus bradycardia until sinus arrest.	Probably reflex
	Type 1B, Sinus bradycardia plus AV block: -progressive sinus bradycardia followed by AV block (and ventricular pause/s) with concomitant decrease in sinus rate -or sudden onset AV block (and ventricular pause/s) with concomitant decrease in sinus rate	Probably reflex
	Type 1C, AV block: sudden onset AV block (and ventricular pause/s) with concomitant increase in sinus rate	Probably intrinsic
Type 2, bradycardia: decrease in HR $>30\%$ or <40 bpm for >10 s		Probably reflex
Type 3, no or slight rhythm variations: variations in HR $<30\%$ and heart rate >40 b.p.m.		Uncertain
Type 4, tachycardia: increase in heart rate $>30\%$ of >120 b.p.m.	Type 4 A. Progressive sinus tachycardia	Uncertain
	Type 4 B. Atrial fibrillation	Cardiac arrhythmia
	Type 4 C. SVT (except sinus)	Cardiac arrhythmia
	Type 4 D. VT	Cardiac arrhythmia

AV = atrioventricular; b.p.m. = beats per minute; ECG = electrocardiographic; HR = heart rate; ILR = implantable loop recorder; ISSUE = International Study on Syncope of Unknown Etiology; SVT = supraventricular tachycardia; VT = ventricular tachycardia.

Syncope klasszifikáció

- ▶ Reflex syncope
 - ▶ Vasovagalis
 - ▶ Emocionális ok
 - ▶ Orthostaticus
 - ▶ Szituáció okozta
 - ▶ Köhögés, tüsszentés
 - ▶ Gastrointestinális ok (hasi fájdalmak)
 - ▶ Terhelés utáni
 - ▶ Étkezés utáni
 - ▶ Egyebek
 - ▶ Carotis sinus hyperesthesia
 - ▶ Atipusos formák

Table I Classes of recommendations

Classes of Recommendations	Definition
Class I	Evidence and/or general agreement that a given treatment or procedure is beneficial, useful, effective.
Class II	Conflicting evidence and/or a divergence of opinion about the usefulness/efficacy of the given treatment or procedure.
<i>Class IIa</i>	Weight of evidence/opinion is in favour of usefulness/efficacy.
<i>Class IIb</i>	Usefulness/efficacy is less well established by evidence/opinion.
Class III	Evidence or general agreement that the given treatment or procedure is not useful/effective, and in some cases may be harmful.

Table 2 Levels of evidence

Level of Evidence A	Data derived from multiple randomized clinical trials or meta-analyses.
Level of Evidence B	Data derived from a single randomized clinical trial or large non-randomized studies.
Level of Evidence C	Consensus of opinion of the experts and/or small studies, retrospective studies, registries.