

2005年にAHA CPR&ECCガイドラインが改定され、今回の変更点の中から強調されたポイントと、それをもとにしたPCIにおけるACLSを講義いただきました。

優れたCPRの強調----胸骨圧迫は強く、早く。5サイクル(2分間)間隔のCPRを軸に、リズムチェック・除細動を行い、CPRの中断を最小限にする。ショック後も直ちにCPRを行う。気管挿管は胸骨圧迫を中断するため、高い優先順位ではない。

a) VF/pulselessVT

一刻も早いDC。モニター付除細動器よりAEDのほうが早い。  
 ルート確保、モニター装着管理、モニターに応じた薬剤投与、が大事。  
 薬剤投与は従来と変更無く、エピネフリン、抗不整脈薬。

b) 無脈性電気活動 PEA

脈が触れなければモニター上洞調律に見えてもPEA！モニターに頼らない。  
 PEAは特異的な臨床状態が原因となることがあり、原因の特定と治療が重要。  
 PEAのうちに対処しないと、心静止になる。  
 薬物投与はエピネフリンを3~5分毎投与可、バソプレッシンは1回のみ可。  
 抗不整脈薬も考慮、リドカインよりアミオダロンがよいがどちらでもよい。

c) 急性冠症候群 1)

初期評価(12誘導心電図に基づく迅速な診断とリスク評価)  
 初期一般治療(MONA) Mモルヒネ--2~4mg/5~10分、O酸素--4L/分  
 Nニトログリセリン、Aアスピリン--160~325mg

急性冠症候群 2)

- ・ 頻脈、高血圧--- 遮断薬、発症12時間以内の禁忌に該当しない全ての患者
- ・ 徐脈、心ブロック--アトロピン 関連する重大な兆候症状がある場合  
     経皮的ペーシング 高度ブロック、アトロピン抵抗性  
     経静脈的ペーシングの準備の間、エピネフリン・ドパミン使用考慮
- ・ 低血圧 ドパミン開始、著明な血圧低下にはノルエピネフリン開始  
     BP>80ではドパミン、BP>90ではドブタミンが有効  
     IABPの考慮

以上ガイドライン内容を踏まえ、PCIでのACLSを原則以下のように施行する。

	BLS	ACLS
VF/VT	BVM換気、胸骨圧迫、DC	気管挿管、胸骨圧迫、薬剤、DC
PEA	BVM換気、胸骨圧迫、DC	気管挿管、胸骨圧迫、薬剤、鑑別診断