



ACLS G2010ガイドライン

G2005からの主な変更点



BLSの変更(1)

■ CPR : A-B-C から C-A-B へ

■ 次の手順に従うことが望ましい

1. 患者の反応および正常な呼吸または死戦期呼吸の有無を確認する。
2. 脈拍チェックを行う(10秒以内にとどめる)。
3. 助けを呼ぶ。
4. 胸骨圧迫を30回行う。
5. 気道を確保し、人工呼吸を2回行う。
6. 胸骨圧迫を再開する。

■ 脈拍チェックに10秒以上かけてはならない

■ 圧迫は100回/分以上のペースで。1セット30回の圧迫の所要時間は約18秒以内とすべき。

■ 胸骨圧迫の深さは以下のとおり。

- 成人: 2 インチ(5cm) 以上
- 小児: 胸部の1/3以上、約2インチ(5cm)
- 乳児: 胸部の1/3以上、約1.5インチ(4cm)

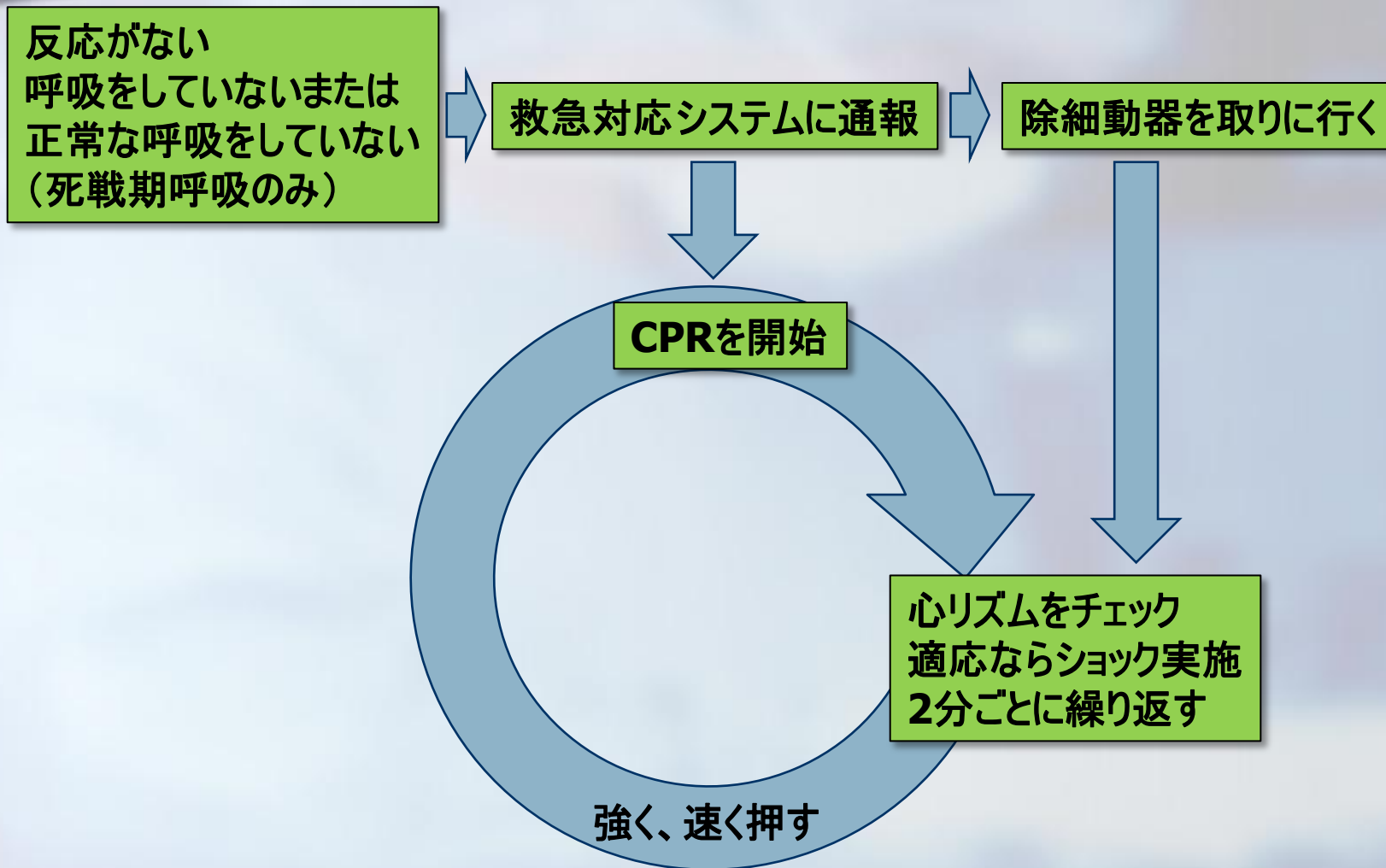


BLSの変更(2)

- 気道確保と人工呼吸
 - 輪状軟骨圧迫法を換気とともにルーチンで使用することは推奨されない。
 - 呼吸の評価から「見て、聞いて、感じる」が削除。
- AEDの使用
 - **1-8歳の小児についてもエネルギー減衰システムを搭載したAEDがあれば使用すべき。エネルギー減衰システムを搭載したAEDがなければ標準のAED使用可。**
 - **1歳未満の乳児は、手動式除細動器のほうが好ましいが、使用できない場合は小児用エネルギー減衰システムを搭載したAEDが望ましい。どちらも使用できない場合は、小児用エネルギー減衰システムを搭載していないAEDを使用してもよい。**



簡略化された成人のBLSアルゴリズム





ALSの変更(1)

■ 気道確保と人工呼吸

- 連続定量波形によるカプノグラフィが周心停止期の挿管患者に対して推奨されるようになった。
- 循環が回復したら、動脈血酸素飽和度をモニタリングする。適切な聞きが利用可能な場合は、酸素投与量を調節して94%以上の酸素飽和度を維持することが妥当である。
- 呼吸窮迫のエビデンスがないか、酸素飽和度が94%以上の場合は酸素投与は不要である。



ALSの変更(2)

■ 薬物療法

- アトロピンは、PEAおよび心静止の管理においてルーチン使用することは推奨されず、心停止アルゴリズムより削除。
- アデノシンは、安定した、鑑別診断が行われていない規則的な単形性の広いQRS幅の頻拍の初期診断において考慮されうる。
- 成人の症候性徐脈および不安定な徐脈の治療では、陽性変時作用薬の静注がペースングの代替法として推奨される。
- モルヒネは不安定狭心症の患者には慎重に投与する。



ALSの変更(3)

■ 除細動

- 心房細動のカルジオバージョン
 - 初回二相性 **120-200J**、初回单相性 **200J**
- 成人の心房粗動またはその他の上室性リズムに対するカルジオバージョン
 - 二相性・单相性にかかわらず初回 **50-100J**
- 成人の安定性単形性VTのカルジオバージョン
 - 二相性・单相性にかかわらず初回 **100J**



ALSの変更(4)

- アルゴリズムの更新情報
 - 従来のACLSの心停止アルゴリズムが簡略化および合理化され、質の高いCPRの重要性(適切なテンポと深さの圧迫を実施する、圧迫を行うたびに胸壁が完全に元に戻るまで待つ、胸骨圧迫の中断を最小限に抑える、過剰な換気を避けるなど)、および中断されないCPRを中心にACLSの処置を構成すべきである点が強調されている。
 - 新しい環状のアルゴリズムも導入されている。



環状のACLSアルゴリズム

大声で助けを呼ぶ
救急対応システムの
出動を要請する



CPRを開始
酸素を投与
モニター / 除細動器を装着



2分間

心リズムを
チェック

VF/VT
であれば
ショックを実施

自己心拍再開(ROSC)

心停止後のケア

CPRを続行

CPRを続行

薬物療法
静脈路/骨髄路を確保
アドレナリンを3-5分ごとに反復投与
難治性VF/VTの場合はアミオダロンを投与

高度な気道確保器具を考慮
定量波形によるカプノグラフィ

治療可能な原因を治療

CPRの質をモニタリング

