AMCoR
Asahikawa Medical College Repository http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/

日本臨床麻酔学会誌 (2006.10) 26巻6号:167.

心肺蘇生2005年度ガイドライン

藤田 智

ガイドライン２００５―新たな挑戦―

旭川医科大学救急医学講座　藤田　智

心肺蘇生のガイドラインは何年かごとに改定されているが、２０００年のガイドラインが出て、それに基づく講習会が日本でも行われるようになり、それに参加したときの驚きは、今でも忘れることができない。早期除細動の必要性が強調され、それぞれの心電図に伴ったアルゴリズムに則って治療をしていくことのすばらしさは、従来蘇生を行いながらこれでいいのかといつも心に不安を持っていたものにとっては、暗闇に道を照らす松明を手にしたように感じたものであった。

その後、AED を用いて蘇生に成功した症例が数多く報告され、我々の蘇生に対する努力はようやく報われるようになってきたと感じていた矢先に、実は蘇生率がそれ以前とあまり変わっていないという報告がでてきた。そのために２００５年のガイドラインでは、いろいろな研究を元にいくつかの変更がなされた。特に大きな変更は BLS の部分で、表１に示すように、より質の高い BLS が要求されるようになった。そのため心臓マッサージと換気の比（CVR）は、１５：２では心臓マッサージの中断時間が多いことから３０：２へ変更された。さらに、一般の人にもわかりやすくということで年齢によって心ＣＶＲを変えるということも原則としてなくなった。また、心マッサージを継続すると疲労によって心マッサージをする力、回数が減少するということから、約２分で交代することが推奨されるようになった。

表１
Push Fast
Push Hard
Do not interrupt
Do not hyperventilate

２０００年のガイドラインでの花形のひとつであった、VF に対する３連続除細動も、３連続の間心電図の解析、除細動と継続すると心臓マッサージの中断が長くなる、３連続除細動が有効な症例の多くは１回目の除細動で波形が変化しているということから、Single shock に変更された。このように BLS 部分で大きな変更点が出たことから、これらが蘇生の成功にどのような影響を与えるか、今後の研究が待たれるところである。