

急性冠症候群ガイドライン



湘南地区メディカルコントロール協議会

疾患の背景

急性の胸部症状を主訴として救急隊を要請する傷病者は、生命の危機のある重篤な状態であることが多い。原疾患として急性冠症候群（ACS: acute coronary syndrome; 不安定狭心症および急性心筋梗塞をあわせた総称）、急性大動脈解離、急性肺動脈血栓塞栓症、気胸、特発性食道破裂などがあり、いずれも対応可能な医療施設への迅速な搬送が必要である。

このうち急性冠症候群が急性の胸部症状を主訴として救急要請をする疾患のうち最も多い。日本人の死亡原因の第2位は心疾患であり、心不全とともに急性冠症候群がこのうち大半を占める。急性心筋梗塞の死亡率は病院到着前死亡例を含めると約50%といわれており、死亡例の半数は病院到着前で、心室細動や無脈性心室頻拍が主要な死因である。これらの致死性不整脈は、症状の発症から4時間以内に最も起こりやすく、救急隊の活動はこの危険時間帯にあたる。

急性冠症候群治療の一次目標は、ST上昇心筋梗塞患者の判別と再灌流療法のための迅速なトリアージである。ST上昇心筋梗塞傷病者に対する標準的治療法は血栓溶解剤による再灌流療法とPCI（Percutaneous Coronary Intervention:経皮的冠動脈インターベンション; バルーン拡張や冠動脈ステント留置術など）による機械的再灌流療法である。ST上昇をともなう心筋梗塞患者に対する再灌流療法は心筋壊死量を減らし、左心室機能を温存し、死亡率を下げる。再灌流までの時間が短いほど効果が大きい。PCIの場合は病院到着からバルーン拡張までの時間が90分以内、線溶療法基準を満たす患者の場合は病院到着から線溶薬静注開始までが30分以内が目標とされる。発症1時間以内に線溶療法を行った場合には死亡率が47%低下する。

救急隊による搬送先医療機関への心電図所見の事前通知は、迅速な再灌流療法を容易にし、その開始までの時間を短縮する。多くの臨床研究で病院到着から再灌流療法開始までの時間を10~60分短縮できることが認められている。心電図モニターでST上昇を認めたとき、すみやかに搬送先医療機関に事前通知することにより傷病者の死亡率低下が期待できる。

ガイドラインの要点

- 1) 急性の胸部症状を主訴として救急隊を要請するすべての傷病者に対し、二次医療機関または救命救急センターの選定を考慮する。
- 2) 初期評価に異常のある場合は、心肺停止へ移行する可能性を念頭において活動する。
- 3) 急性冠症候群の可能性のある傷病者では、可能な限り複数のモニター誘導（II誘導+V3誘導）でST変化を観察することが望ましい。ST上昇の所見を認めた際は直ちに搬送先医療機関にその旨を連絡する。

A. 状況評価

1) 通報者情報の確認

急性の胸部症状を主訴として救急隊を要請する傷病者は、原疾患としてさまざまな可能性があるが、いずれも生命の危機のある重篤な状態であることが多い。指令課職員は入電の内容から心疾患の疑いがあるときは、出動救急隊にその旨を連絡する。

2) 感染防御

ガウン、手袋を着用しマスク、ゴーグル等は必要に応じて着用できるよう携行する。

3) 携行資器材の確認

呼吸管理セット（バッグバルブマスク、高濃度酸素マスク、酸素ボンベ、各種エアウェイ、吸引器）、除細動器、観察用資器材（聴診器、ペンライト、血圧計、心電図モニター、パルスオキシメーター、体温計）を携行する。

4) 現場確認

関係者を確認し、情報を収集する。

B. 初期評価

1) 意識と気道の評価

意識レベルの評価を JCS または GCS で評価し、気道開通状態を評価する。気道が開通していない場合は手動的気道確保を行う。胸部症状に引き続き意識レベルの低下を引き起こした場合、心不全に伴う低酸素血症及び換気不全に引き続く高二酸化炭素血症を考慮し、CPA への移行の危険が高い状態として対処する。

2) 呼吸の評価

呼吸回数、呼吸様式を評価する。特に著明な喘鳴、泡沫状喀痰や起坐呼吸の有無について評価する。姿勢に関しては坐位のほうが、仰臥位より楽かどうかについて、本人に確認する。起坐呼吸があれば、起坐位とし高濃度酸素投与を行う。

3) 循環の評価

脈拍数、不整脈の有無、血圧等のバイタルサインを測定し、心拍数 ≥ 100 /分かつ収縮期血圧 < 100 mmHg はショックに準じ、ショックの徴候の有無を評価する。また、急性大動脈解離が疑われれば、左右上肢に加え下肢も測定することが望ましい。ショックの徴候やチアノーゼがあれば、高濃度酸素投与を行う。

4) 観察と同時に必ず行うべき処置

a. 体位管理

①絶対安静を保ち、体動を極力防止する。

②症状にあわせた体位をとる。

傷病者の希望する体位か半坐位とする。

明らかな起坐呼吸の場合、起坐位とし下肢下垂も考慮する。

b. 酸素投与

心疾患が疑われる傷病者のすべてに、少なくとも 4L/分以上の酸素投与を行う。初期評価の異常を認めれば、高濃度酸素投与を行う。

c. 早期の心電図モニター装着

致死性不整脈から心肺停止への移行に備えるため、早期から心電図モニターを装着する。

d. 気道確保、呼吸・循環の補助、CPR

気道の自力維持が困難な事例には気道確保を行う。浅呼吸、徐呼吸では補助換気を行う。不穏または呼吸運動の減弱は呼吸停止の前兆として捉える。心肺停止に移行すれば心肺蘇生を開始する。

C. 全身観察

【重点項目】

1) 胸痛の経過

・症状の発症時刻を確認する。虚血を示唆する胸部不快感の持続時間が 15 分以上 12 時間以内であれば再灌流療法の適応が考慮される。

・症状が最も強かった時刻を確認する。症状は現在も持続しているのか、軽快しているのか増悪しているのかを確認する。

2) 胸痛の性状、随伴症状

・胸痛の部位や性状、随伴症状を確認する。

・部位；左前胸部、胸部中央、胸部全体、痛む部位の移動があるか（胸部→背部→腰部）

・性状；圧迫感、絞扼感、苦悶感

・放散痛の部位；肩、上肢、頸部、背部

・随伴症状；呼吸困難、悪心・嘔吐、冷や汗、めまい、気の遠くなる感じ

3) 身体所見のチェック

- ・起坐呼吸の徴候がないか確認する。
- ・脈の左右差、頸静脈の怒張・虚脱、胸郭の左右差、変形、奇異呼吸、胸部の圧痛、皮下気腫、胸部聴診上の連続性呼吸音（喘鳴）、断続性呼吸音（ラ音）、呼吸音の減弱、左右差について確認する。

4) 複数の誘導でのモニター評価

- ・傷病者の状態が許せば、通常のⅡ誘導の観察・記録に引き続き、**V3相当誘導**を観察し、記録する。ただし、複数の誘導での所見を確認するために現場滞在時間が著明に延長することがあってはならない。
- ・**V3相当誘導**は、モニター電極の**赤**を**胸骨上端（鎖骨の間）**に接続し、モニター電極の**緑**を**V3の位置**に接続し、**黄色**は**左肩**のままとする（図1）。
- ・**V3の位置**は、V2（第4肋間胸骨左縁）とV4（第5肋間と左鎖骨中線の交点）の間とする（図2）。
- ・モニター電極は、貼り替えに伴う電極の粘着力の低下やその後の継続観察の利便性から、通常のⅡ誘導の3点に加えあらかじめ**胸骨上端（鎖骨の間）**および**V3の位置**の合計5点に貼っておくと良い（図1）。
- ・Ⅱ誘導のST上昇にて下壁梗塞を、**V3相当誘導**のST上昇にて**前壁中隔梗塞**を検出することができる。

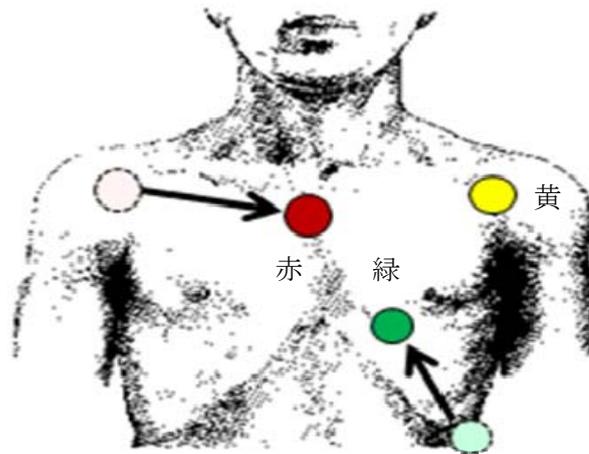


図1 Ⅱ誘導からV3相当誘導へ

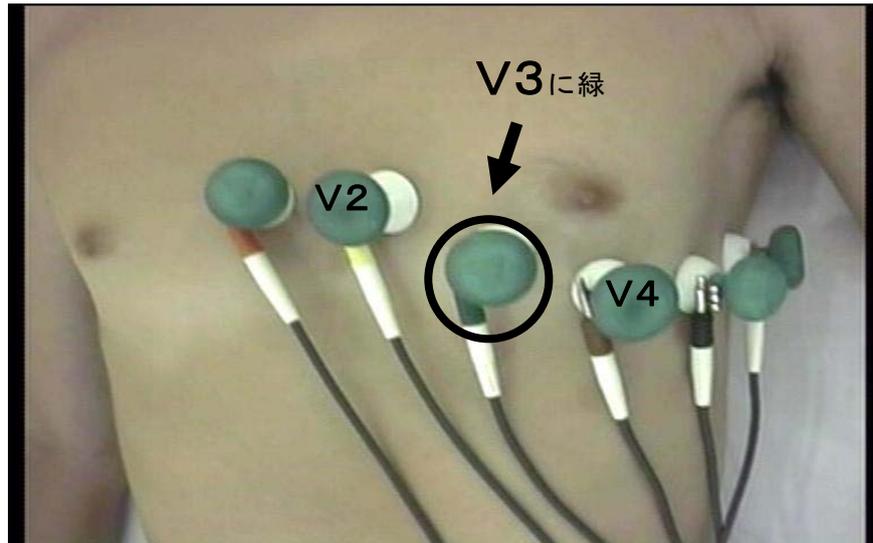


図 2. V3 の位置

* V2 (第 4 肋間胸骨左縁) と V4 (第 5 肋間と左鎖骨中線の交点) の間

5) モニター上の ST-T 変化の評価

下記のいずれに分類されるかを報告する。

イ) ST 上昇。

ロ) ST 低下。または症状の強弱や時間の経過に伴う ST-T 変化。(虚血性心疾患が強く疑われる。)

ハ) 一見正常。または判定困難。

ST 上昇を認めた場合、可能な限り早い段階でその旨を搬送先医療機関へ連絡する。

6) モニター上の不整脈の評価

下記のいずれに分類されるかを報告する。

イ) 不整脈なし

ロ) 不整脈あり

このとき可能であれば不整脈の種類を判別を行うが、判別が困難であれば不整脈の有無のみを評価する。

D. 評価と病院選定

- ・起坐呼吸またはショックのいずれかがある場合は、救命救急センター等の三次医療機関またはこれに準じる二次医療機関の選定を考慮する。
- ・急性大動脈解離の可能性がある場合は、救命救急センターまたは心臓血管外科医による緊急対応可能な医療機関の選定を考慮する。
- ・急性冠症候群、心不全や不整脈の可能性がある場合、緊急心臓カテーテル検査の適応の可能性があるため、循環器専門医のいる医療機関の選定を考慮する。

E. 車内活動

1) 酸素切り替え、モニター/血圧計の装着

2) バイタルサインおよびモニター波形の再評価

重症の心血管疾患、呼吸器疾患の場合、数分で病状が進行する場合が多い。接触時と比較して変化がないか車内収容後に再度確認する。

3) 病院連絡

4) 傷病者情報の聴取/詳細観察

- ・現場で行えなかった、または中断した現病歴聴取、全身の詳細観察を行う。
- ・既往歴について聴取する。

高血圧、糖尿病、狭心症・心筋梗塞、ニトログリセリン等の薬剤服用の有無と効果、脳疾患、心疾患、肝疾患、腎疾患、悪性腫瘍、血液疾患、外傷/手術（とくに2週間以内）、出血性疾患、アレルギー、喘息、常用薬剤

5) 継続観察

- ・バイタルサインのチェックとすでに行った処置の再確認を5分毎に行い記録する。
- ・搬送中の誘導は、原則ST変化を認めた誘導とする。
- ・傷病者の容態が急変したときは、直ちに初期評価へ戻り観察し直す。
- ・病状に変化が見られたとき、長時間搬送時には医療機関へセカンドコールで内容を報告する。

F. 搬送・移送上の留意事項

- ①絶対安静を保ち、体動を極力防止する。
- ②症状にあわせた体位をとる。
傷病者の希望する体位か半坐位とする。起坐呼吸が著しい場合は起坐位で下肢下垂も考慮する。
- ③搬送または移送上やむなく坐位から水平仰臥位としなければならなかったときは、可能となり次第もとの半坐位または起坐位にもどす。
- ④酸素化が十分なされているかの観察を常に行い、不十分であれば補助換気など必

要な処置を行う。車内までの移送中に不十分な観察・処置のために心肺停止に至らしめ、車内収容時に初めて気づくといった事態は回避しなければならない。

G. ニトログリセリン舌下錠服用中の傷病者への留意事項

- ①ニトログリセリンやニトロール等の亜硝酸製剤の舌下錠や噴霧剤を従来から服用している場合で、傷病者自身あるいは家族が主治医の指示どおり行う意志があるときは原則として傷病者本人または家族の介助にて服用させる。
- ②服用後、症状が軽減せずに再服用を判断する場合は、指示書に記載してある経過時間等を遵守させる。
- ③血圧 90mmHg 未満の低血圧または脈拍 50/分未満の徐脈または 100/分以上の頻脈の場合はニトログリセリンの禁忌である。このような場合、登録指示医師の指導・助言要請を考慮する。

【参考】

○急性冠症候群を疑う胸部症状

- ・ 数分間持続する胸部中央の圧迫感、膨満感、絞扼感あるいは疼痛
- ・ 放散する胸部不快感（→肩、頸、上肢、あご、背中、肩甲骨のあいだ）
- ・ 次の随伴症状を伴う胸部不快感（→めまい、気の遠くなる感じ、冷や汗、嘔気）
- ・ 説明のできない突然出現した息切れ（胸部不快感の有無によらない）

○急性冠症候群の可能性の少ない胸痛

圧痛を伴う胸痛、刺すような胸痛、体位で変動する胸痛

○急性大動脈解離が疑われる胸痛

激しく、引き裂かれるような、突発した、移動性の胸痛または背部痛

○急性冠症候群のピットフォール

症状は左前胸部痛とは限らない。胸痛を伴わない、喉、前頸部、上肢等の痛みのみのあることがある。さらに消化器症状を疑わせる嘔気、嘔吐、心窩部痛、冷や汗やめまいのみのものであることもある。特に高齢者、女性、糖尿病患者で非典型的な症状であることが多く、注意が必要である。

○妊婦の胸痛

肺動脈血栓塞栓症の可能性を考慮する。

急性冠症候群プロトコール

状況評価

- ①通報者情報の確認
- ②感染防御
- ③携行資機材の確認
- ④現場確認

処置

- ①心肺蘇生
- ②気道確保
- ③補助換気／人工呼吸
- ④体位管理
原則的に傷病者の希望する体位か半坐位
肺水腫の疑い → 半坐位または起坐位
- ⑤酸素投与
心疾患疑いの傷病者 → 4L/分以上投与
高濃度酸素投与の適応
 - ・初期評価で異常を認めるもの
 - ・ショックの徴候
 - ・起坐呼吸・異常呼吸音
- ⑥除細動器の準備
意識障害、起坐呼吸、ショックを伴う傷病者では搬送中CPAへの移行の可能性を考慮
- ⑦ST-T変化を認めた場合、速やかに搬送先医療機関へ連絡する。

初期評価

- ①意識レベル
- ②気道開通の評価
- ③呼吸の評価
- ④循環の評価

全身観察

- 重点項目
- ①胸痛の経過
 - ②胸痛の性状、随伴症状
 - ③身体所見のチェック
 - ④モニター上のST-T変化の評価
(複数誘導を含む)
 - ⑤モニター上の不整脈の評価

評価
病院選定

- ・急性冠症候群の可能性あり、かつ起坐呼吸またはショックのいずれかがある。
→ 救命救急センター／これに準じる二次医療機関
- ・急性冠症候群の可能性あり
→ 緊急心臓カテーテル検査の適応の可能性はある
- ・急性大動脈解離の可能性あり
→ 救命救急センター／心臓血管外科医による緊急対応可能な医療機関

車内活動

- ①酸素切り替え、モニター血圧計の装着
- ②バイタルサインおよびモニター波形の再評価
- ③病院連絡
- ④詳細な問診

搬送中の誘導（Ⅱ誘導かV3相当誘導か）は、原則ST変化を認めた誘導とする。