

偶発性低体温

項目	日本版救急蘇生ガイドラインに盛り込むべき内容	採用の理由、および指導上の留意点など
一般的注意	偶発低体温症は生理的機能を著しく低下させ、あたかも死亡しているかのような印象を与える。一方、低体温そのものは脳など重要臓器保護作用を有しており、適切な初期治療が実施された場合には良好な予後が期待できる病態である。偶発性低体温症の初療では、このような病態を考慮しながら対応する必要がある。	
心肺蘇生の適応	病院前では、明らかな死体徴候がある場合や凍結のためにCPRができない場合を除いて、蘇生を試みる	
基本事項	<ul style="list-style-type: none"> ・体温喪失を最小限とするため、冷たく濡れた衣服を脱がせ、断熱する。 ・乱暴な処置は心室細動を誘発することがあるので愛護的に処置を行わなければならない。しかし、そのために救命処置を遅らせてはならない。 	
軽中等度低体温	<ul style="list-style-type: none"> ・中心部体温30 以上の低体温症を軽中等度低体温症とする。 ・非心停止例では積極的外加温法を推奨する 	<ul style="list-style-type: none"> ・32 或いは34 で分類する必要性の根拠が乏しい。 ・積極的・受動的の外加温法を分ける意義に乏しい
軽中等度低体温のBLSおよびALSにおける留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・人工呼吸が必要な場合は加温(42～46)加湿された酸素を接続したBVMにて人工換気を行う。 ・心停止では積極的内加温(腹腔内温洗浄、食道加温チューブ、体外循環)を行いながらBLSおよびALSを行う。ただし、薬剤の投与間隔は長めにとる。 	
高度低体温	<ul style="list-style-type: none"> ・中心部体温30 未満の低体温症を高度低体温症とする。 ・非心停止例では積極的外及び内加温法、心停止例では人工心肺を考慮する。 	
高度低体温のBLSにおける留意点	中心部体温30 未満では電気ショックは1回とする。	
高度低体温のALSにおける留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・中心部体温が30 以上になるまでは薬剤の使用を控える。 ・徐拍の場合でも、経静脈・経胸壁ペースキングは控える。 	
低体温症における呼吸・循環の確認での留意点	高度低体温症が疑われる場合は、30～60秒をかけて呼吸・循環を確認する。	心肺蘇生の適応外と判断される危険性を排除することが必要である。
輸液療法	加温した輸液製剤を投与する。	45～60分以上持続した低体温症では大量輸液が必要となる。
愛護的対応	気管挿管や静脈路確保など必要な救命処置は迅速に実施するが、VFを発生しやすいためにこれらの処置はモニター下に愛護的に行う。	低体温における重症不整脈を来たさないように留意する。
その他の薬剤	ステロイド、バルビタール、抗生物質のルーチン投与は行わない。	ステロイド、バルビタール、抗生物質のルーチン投与を支持する科学的根拠はない。