

• 述评 •

扫描 2005 国际心肺复苏与心血管急救指南会议(4)
——意外事故处理与急救培训

沈洪 王革新

除疾病原因需行急救外,现场急救的更多情况是中毒、创伤及意外伤害,所接触最多的是院前急救人员,规范所实施的急救措施、获得更科学的客观依据是制定指南所寻求的目标。建立针对院前意外事故的处理与急救医疗体系,一直为指南会议所关注。也许由于约定俗成的急救做法使得科学的循证做起来不太容易,这里只能简略提及会议所讨论的部分相关内容。

1 急性哮喘的处理

哮喘患者应尽量接受连续性治疗,一旦急性发作,基层急救人员应提供相应的救助。在有哮喘史、有哮喘症状或哮喘发作、需急用速效气雾剂等情况中,救助人员应立即采取以下措施:①拨打急救电话或启动紧急医疗服务系统(EMS),为需救助者提供气雾剂;②为需紧急救助者开治疗处方(注意某些气雾剂包括长效和预防性用药不适用于急救时使用);③确保药物未超过其有效期。

2 急性中毒的处理

美国临床毒理学会、欧洲毒物中心和临床毒理学家协会一致认为,如患者吞服了中等剂量的某种毒物(已知可被活性炭吸附),可考虑给予活性炭。在中毒患者治疗中,给一个剂量的活性炭并不能作为治疗常规。有实验表明,活性炭的效用随时间延长而减弱,中毒 1 h 以内服用活性炭常可发挥其最大效用,但仍无任何证据表明活性炭能提高临床解毒效果。若中毒者没有完善的气道保护措施,禁忌使用活性炭。尚未确定的推荐意见是:在急救情况下使用活性炭可能有效。而在未经毒物控制中心调查前,急救者对服毒者不能经口给予任何东西。对吞服大量工业性强腐蚀性或固体腐蚀性剂的患者,可考虑给予大量清水。

3 创伤的现场处理

3.1 创伤的固定:院前急救时,无论伤者风险大小都推荐使用颈椎固定。头部或颈部受伤时,当时无严重的病理征或急救者不能确定颈椎是否受损时,都推荐使用颈椎固定托,受到严重创伤或虽创伤较轻但有症状的伤员进行急救时也推荐固定颈椎。大量研究表明,培训急救人员学会应用颈椎固定装置可有效地固定颈椎。然而,另有研究认为,短期内应用颈椎固定可能掩盖某些潜在的威胁生命损伤,导致疼痛和并发症,甚至可能引起更加严重的并发症,如致命性疼痛。应鼓励伤者自觉限制运动,用手掌支撑头颈部防止患者转动头部。全颈椎固定的患者可能是有害的,尚无证据表明其具有益处。无明确证据表明成角骨折患者在院前急救中把患者肢体伸直固定会提高临床效果。

3.2 压迫止血:所有研究表明,对出血点给予直接压迫可控制出血,但对压力强度和止血点两者效用和安全性方面的研究尚无结果。推荐急救时用压力止血,这是一种有效、安全、可行的方法。对能严格控制止血带压迫时间及压力的专业救援者来说,使用止血带是安全的;而外行救助者应用止血带的安全性和有效性难以确定,且可能具有潜在危险性。因此,外行救助者只有在万不得已的情况下或以前经过特殊训练者才可使用止血带。

3.3 体表损伤的处理:软组织扭伤、挫伤,肌腱和韧带拉伤以及骨折等肌肉与骨骼损伤,院前或院内急救时推荐或应考虑对伤者伤肢实施降温处理。推荐外行救助者对表皮创伤者使用自来水或生理盐水冲洗伤口,这对促进伤口愈合和降低感染率均有作用,与使用碘酒冲洗伤口、促进伤口愈合和降低感染率也有相同的作用。皮肤或眼睛接触腐蚀性毒物时,用大量清水冲洗是最基本和最适当的急救措施。推荐外行救援者对皮肤破损或损伤者使用抗生素药膏,且使用 3 种以上抗生素药膏要优于使用 2 种或单一 1 种抗生素药膏。

4 生存链的急救概念

生存链作为一个模式概念,包括早期识别求救、早期心肺复苏(CPR)、早期除颤、早期进一步生命支持

作者单位:100853 北京,解放军总医院急诊科(沈洪);卫生部国际交流中心处长(王革新)

作者简介:沈洪(1958-),男(汉族),上海市人,教授,博士研究生导师,主任医师,全军急救医学专业委员会主任委员。

4 个环节。其中任何一个环节薄弱或缺乏,都会使患者生存机会变得渺茫。生存链更强调心脏停搏后复苏几个关键环节的重要及其相互关联,虽然生存链已广泛用于复苏的教学和临床实践,但至今尚无有关生存链应用对生存率影响的研究结果。

5 生命支持方案的培训

目前尚无公开的研究结果评价如何来确定基本生命支持(BLS)技术需重新培训的时间间隔,但多数认为 BLS 技能会忘却得很快,在初级培训后的 3 个月内即出现忘记。建议对 BLS 应保持重复培训,间隔为 3~6 个月,这样可以延缓遗忘,且可在培训后 1 年内不会出现技能的遗忘。对复训的频率和最适合的方法,还需进一步深入研究,并对技能衰退的速度进行独立研究。对 BLS 进行书面测验可反映 BLS 的操作技能,但研究结果与时间不尽一致,问题在于学生使用的各种书面测验方法。只有建立一套标准的反映 BLS 结果的书面考试系统,问题才能得到解决。认为书面 BLS 测试分数能反映 BLS 技术能力的观点是不正确的。因此不能建议用书面考试或问卷作为 CPR 能力的惟一判断标准。

对医务人员开始培训 CPR 时,应鼓励大家探讨口对口人工通气时感染疾病的危险,更加关注实际的科学数据。应在所有的 CPR 培训课程中强调口对口人工通气时感染疾病的危险性。

一项随机试验比较了两种复苏方法,其一是简化法(将手放在胸部中央),另一是标准法(按解剖标志),二者并无显著差异,其目的只是指导教学。虽然正确按压位置可能会增加复苏损伤,也很少有证据说明按解剖标志会使按压手的放置位置更精确,手标准放置法反而会拖延从人工呼吸后到胸外按压的时间,从而减少每分钟的按压次数,增加复苏期间无灌注的时间。

在接受高级心脏生命支持(ACLS)训练后的 3 个月内,其中 ACLS 精神运动技能开始减退,理论知识也会减退,不过是速度要慢一些。如要保持这些知识和技能,就需要重复学习有关内容及新进展,从而保持最高水平。技术减退在接受 ACLS 训练 3 个月后才开始,持续 12~18 个月,所以医务工作者需经常性地重复学习。

6 自动体外除颤器的培训

回顾以往文献提出更新自动体外除颤器(AED)的培训计划。AED 训练手册包括:训练程序,教与学人员的比例,老师与训练辅助器材和完成培训的标准。AED 培训指南应为:①使指导方法适合学员学习的需要。研究表明,接受医学培训越多者,达到高水平 AED 需培训的时间越短。②将教师指导与计算机手段结合在一起,缩短和简化学习过程。③确定周期培训和(或)重新培训的标准,确保技术能力的提高。通过短期简单指导可以有效掌握 AED 技术,教师指导和计算机辅助教学能提高 AED 的培训效果,定期培训或重新训练以及实际操作可提高 AED 掌握水平。建议指南强调传统的短期培训方法与计算机培训程序相结合是有益处的,要特别强调用 AED 训练器进行定期培训和重新培训的必要性。

7 社区急救医疗宣教

社区媒体对 CPR 策略的宣传教育可改善人群生活方式和健康习惯的理念;可改进高血压高危人群生活方式和健康习惯;可丰富人群健康知识,改进生存质量;可丰富高危人群健康知识,改善生存质量;可提高高危人群对心脏事件症状的重视程度。无证据说明社区媒体宣传教育 CPR 策略能降低住院率或出院率,但却能降低病死率。有证据表明,公众关注到从有症状到入院所耽搁的时间,尽力提高救护车对可疑急性心肌梗死患者的快速转运,从而可能通过减少院前延误来降低患者的病死率。

8 复苏后的生存质量

心脏停搏后出院生存率很低。但大规模的研究证实,就人群整体而言,心脏停搏复苏后的存活患者往往可继续正常生活,说明复苏不会导致大量人群出现生存质量的恶化。研究表明,存活的绝大部分成年人生存质量和总体是一致的,尽管经常有关于患者存在认知缺陷,如记忆力减退和(或)患忧郁症等。整体而言,心脏停搏后合并缺氧性脑病的比例较小,后者可引起严重的神经学缺陷,对患者及其家庭产生巨大的影响。无论在院前还是院内,从生存质量的角度看,普通人群中心脏停搏者的 CPR、除颤、心血管急救措施是一项有价值的治疗方法。

(续完)

(收稿日期:2005-06-26)

(本文编辑:李银平)