

急诊医学，要还“救”于民

张文武 窦清理 陶伍元 王从华

以 1987 年 5 月中华医学会急诊医学分会成立为标志^[1-2]，急诊医学在我国的建设与发展已经有 30 余年了，国家也于 1995 年正式将急诊医学确立为国家临床医学二级学科。尽管各地急诊医学的建设与发展很不平衡，但经过从事急诊急救工作的医务人员的不懈努力，绝大多数三级医院建立了完善的急诊医学科^[2-4]，包括急诊诊室、急诊抢救室、急诊手术室、急诊留观室、急诊综合病房、急诊重症监护室等，部分医院急诊医学科的业务用房面积过万平方米、医护人员过百人、年经济收入过亿元。对急危重症的救治水平显著提高，某些方面已达到甚至超过欧美发达国家。

然而，作为急诊医学重点内容之一的针对心搏呼吸骤停者的心肺复苏 (cardiopulmonary resuscitation, CPR)，尤其是院外 CPR 成功率却不理想。目前我国每年心源性心脏骤停者高达 55 万，平均每天 1 500 人以上；而院外心源性心脏骤停者的生存率不到 1%，远远低于欧美国家的 10%~12%。主要原因是院外“第一目击者 (first responder)” CPR 的实施率远远低于欧美国家，且质量不高。我国大、中型城市中院外 CPR 实施率平均仅为 4.5%，而这一指标，在美国为 46.1%，加拿大为 29%，瑞典为 46%~73%，日本为 32.2%，澳大利亚为 21.2%。我国所有经历过 CPR 培训合格的公众不到全国人口的 1%，而美国这一数据为 33%，法国为 40%^[4-5]。

如何提高我国这三低数据 (公众 CPR 培训率低、院外 CPR 实施率低、院外 CPR 成功率低) 呢？笔者认为急诊医学要还“救”于民，增强公众急救意识，培训公众急救知识与技能，使社会公众“人人会急救”，从而提高我国公众现场救护实施率和院外 CPR 成功率。为此，急诊人应发挥主力军与引领者作用。

1 急诊医学为什么要还“救”于民

1.1 是急诊医学发展的需要

众所周知，区域内 CPR 成功率是衡量区域内急诊医学水平重要标志之一。早在中华医学会急诊医学分会成立之初，我国急诊医学奠基人之一王一镗教授就提出了发展我国急诊医学重要方针之一应是“三分提高，七分普及”，普及急诊医学的基本知识极为关键^[6]。王一镗教授一直认为 CPR 是“20 世纪最伟大的奇迹”，因为它“仅用双手，就可以挽救人的生命”。面对心搏呼吸骤停者，“时间就是生命”，抢救时间早 1 min，成功率将上升 10%；心脏骤停 4 min 内，抢救成功率约 50%；心脏骤停 6 min 内，抢救成功率约 10%；超过 6 min 后，成功率仅为 4%；超过 10 min，抢救成功率几乎为 0^[7]。中国红十字会总会、原国家卫生部、交通部、公安部、铁道部、商业部、中国民航局、国家旅游局、煤炭工业部、石油工业部、地质矿产部和中国建筑总公司等共计十二个国家部一级单位也下发了应向群众普及初步急救技术和心肺复苏术的文件^[8]。虽然已有数十年，但由于缺乏责任主体和责任人去进一步落实，同时国内急诊医学界对 CPR 的研究虽已取得可喜成就，但因主要集中在基础研究领域^[9]，造成与 CPR 相关的“三低” (公众 CPR 培训率低、院外 CPR 实施率低、院外 CPR 成功率低) 持续存在。因此，必须使社会公众参与到急诊医学建设与发展中来，增强公众急救意识，培训公众急救知识与技能，树立公众“人人学急救，急救为人人”的理念，使公众“人人会急救”，从而提高我国公众现场救护实施率和院外 CPR 成功率。

1.2 是“健康中国”建设的需要

在 2016 年 8 月 19 至 20 日召开的全国卫生与健康大会上，习近平同志出席会议并发表了重要讲话，指出“把人民健康放在优先发展战略地位”，没有全民健康，就没有全面小康。“健康中国 2030”主要建设指标中包括到 2030 年重大慢性病过早病

死亡率比 2015 年降低 30%^[4]。因此,对社会公众普及健康知识及急救技能,提高心脏骤停 CPR 成功率,也是实现“健康中国 2030”目标的需要。

1.3 法律层面已有保障

造成我国公众 CPR 培训率低和“第一目击者”CPR 的实施率低的另一个原因是无法律保障,担心被追责。为保护善行,鼓励善举,备受关注的《中华人民共和国民法总则》已于 2017 年 10 月 1 日正式实施,其中被俗称为“好人法”的第 184 条规定为:“因自愿实施紧急救助行为造成受助人损害的,救助人不承担民事责任。”这从法律层面解决了“没人敢救”的问题。

1.4 社会公众已有获取基本急救知识与急救技能的强烈意愿^[10]

习近平同志在最近召开的党的十九大报告中指出:“我国社会主要矛盾,已经转化为人民日益增长的美好生活需要和不平衡不充分的发展之间的矛盾”。因此,对社会公众普及急救知识与急救技能,也是解决我国社会主要矛盾的需要。

2 急诊医学如何还“救”于民

2.1 要把培训公众急救知识与技能作为急诊医疗服务体系建设的重要组成部分

通常认为,急诊医疗服务体系(emergency medical service system, EMSS)由院前急救、院内急诊和危重病救治三个环节组成,它是急诊医学在临床实践中的具体表现形式。2004 年,中华医学会急诊医学分会第五届委员会提出了建设具有中国特色的 EMSS“三环理论”思想,其核心是 EMSS 的三个基本环节,即院前急救体系、院内急诊体系、重症监护治疗体系,三个体系环节缺一不可,三环相互衔接、相扣,从而实现院前急救、院内急诊和重症监护治疗全程一体化的急诊医疗服务模式^[1-2]。现代救护强调在伤病突发的第一现场,由第一目击者在第一时间作出迅速正确的反应,凸显出现场救护极为关键^[7,11]。2008 年王一镱教授指出,院前急救不完全等同于现场救护(目前我国的院前急救,约定俗成地是专指由“120”急救中心的急救人员经救护车到现场后所开展的现场初步急救),而现场救护的需求十分巨大,认为我国的 EMSS 应由下列“四环”构成^[8],即现场救护、院前急救、急诊科、急诊 ICU。可见,现场救护是 EMSS 极为关键、不可替代的首要环节。以最急需现场救护的心搏呼吸骤停为例,

在发病的现场(如家庭、道路、工作和娱乐休闲场所等)最初数分钟对于抢救至关重要,此时通常只能依靠“第一目击者”来实施现场救护。因此,向社会公众普及、培训初步急救知识和技能(包括心肺复苏术、通气、止血、包扎等),将是提高现场救护水平的关键环节^[7-8,11]。中华医学会急诊医学分会、中国医师协会急诊医师分会等专业学(协)会,要把培训公众急救知识与技能作为 EMSS、急诊学科建设与发展的主要内容;国家卫计委、各省市卫计委等各级卫生行政管理部门,要把培训公众急救知识与技能的情况(如区域内公众 CPR 培训人数、CPR 培训率等)作为急救中心、医院急诊医学科等年度考核、重点学科建设评估的重要指标。

2.2 明确医疗机构(医院)是责任主体,急诊人是主力军、是引领者

对区域内社会公众培训急救知识与技能,提高公众 CPR 培训合格率和院外 CPR 实施率,区域内的医疗机构和从事急诊急救工作的医务人员责无旁贷^[4,7]。

据国家卫计委统计信息中心报告,截至 2017 年 6 月末,全国医疗卫生机构数为 98.9 万,共有医院 3 万家,其中公立医院 12 566 家,民营医院 17 153 家;三级医院 2 286 家,二级医院 8 118 家,一级医院 9 461 家,未定级医院 9 854 家。共有基层医疗卫生机构 93.3 万个,其中社区卫生服务中心(站)3.5 万个,乡镇卫生院 3.7 万个,村卫生室 63.8 万个,诊所(医务室)20.7 万个。2016 年末,全国卫生人员总数 1 117.3 万人,其中卫生技术人员 845.4 万人,乡村医生和卫生员 100.0 万人。对区域内社会公众培训急救知识与技能,是各级医疗机构(医院)公益性的具体体现。如果上述全国 1 117.3 万卫生人员能积极投入对公众培训急救知识与技能,必将大幅度提高公众 CPR 培训率、公众现场救护实施率、院外 CPR 实施率、院外 CPR 成功率。因此,各级政府与卫生行政管理部门、各级行业学(协)会,要把培训公众急救知识与技能的情况(如区域内公众 CPR 培训率、院外 CPR 实施率等)作为医疗机构(医院)等级评审、年度考核等的重要指标。

那么,怎样做才能事半功倍?随着我国医疗体制改革的不断深入,分级诊疗制度的实施,各种方式医联体的建设,初步形成了一家三级甲等医院+数家二级医院+数十家社区医院或社区健康服务中心(社康中心)的区域性医疗网。这为建立健全包含家庭-社区救护(现场救护)、院前急救、院内急

诊和危重病救治 (ICU) “四位一体化”的区域性急救医疗网打下了坚实基础。基本思路是:区域性医疗网中的三级医院建立培训中心,培训中心由医院医务科(处)、护理部、健康教育科、急诊医学科/院前急救科等科室负责人与业务骨干组成,医院业务院长担任培训中心主任。培训中心挂靠急诊医学科/院前急救科,设专职工作人员若干名。培训中心的职责主要有:制定培训内容与教材;遴选与考评培训导师;确定培训人群与培训分层;依培训人群不同制定培训内容与课时;制定培训考核评价标准;制定复训时间、内容与方式;购置与管理培训教具;制作培训所需的音频资料、影像资料与人体模特演练等工具;主动深入社区、学校与单位等,掌握培训需求并做培训计划、内容与方式;制定年度培训规划与经费预算;加强与政府应急办、红十字会、慈善会、媒体等沟通,争取社会支持等。在履行培训中心上述职责中,急诊人应起主力军与引领者作用,尤其要负责对区域性医疗网中的各级医务人员(包括社区医务人员)进行急救知识与技能的培训,并从中择优选出可对区域内社会公众培训急救知识与技能的医务人员,作为培训导师。按此思路去做,区域性医疗网中可遴选出数百位培训导师,全国医疗机构(医院)可遴选出数百万位培训导师,完全能满足我国对社会公众培训急救知识与技能的巨大需求。

2.3 统一组织实施、统一培训导师、统一培训教材、统一培训人群、统一复训

目前,对社会公众培训急救知识与技能的有各级红十字会、应急办、急救中心以及医疗机构(医院)等。因编制的限制,急救中心的培训导师有限;红十字会、应急办组织培训的培训导师大多是招募自医院急诊医学科和心内科等科室的医生,由他们兼职从事培训,这些都因缺乏足够的培训导师而难以满足我国对 CPR 培训的巨大需求。缺乏培训导师是瓶颈之一。而具有最多培训导师来源的是医疗机构(医院)。因此,对区域内社会公众培训急救知识与技能必须由区域性医疗网中的三级医院建立的培训中心来具体负责,做好统筹规划安排,统一遴选与考评培训导师、统一培训教材、统一培训人群、统一复训、统一组织实施。由目前“无序”培训向“有序”培训转化,“表演型”培训向“实用型”和“规范化”培训转化。红十字会、应急办代表卫生行政管理部门负责对培训中心督察、考核。

2.4 政府层面支持是保障

第一目击者现场救护水平可以体现一个国家、一个地区和一个城市的文明程度。因此,对社会公众培训急救知识与技能,从而提高社会公众“自救互救与他救”的能力,不仅是“健康中国”建设的需要,而且是解决我国社会主要矛盾的需要,更是政府的责任。目前,缺乏培训经费是最大的瓶颈!政府应加大投入,财政应有专项经费支持,同时红十字会、应急办应牵头争取多渠道公益基金等资助、参与,确保经费充足。加强文化、舆论等宣传,形成社会共识。国家要把对社会公众培训急救知识与技能纳入国家卫生发展规划,各级政府要把公众 CPR 培训率、院外 CPR 实施率、院外 CPR 成功率纳入区域卫生发展规划,并作为区域内医疗机构(医院)公益性的考核指标。

参考文献

- [1] 江观玉.我国急诊医学二十年[J].中华急诊医学杂志,2006,15(6):485-486. DOI:10.3760/j.issn.1671-0282.2006.06.001.
- [2] 李春盛.承前启后继往开来:对我国急诊医学发展的思考[J].中华急诊医学杂志,2007,16(1):5-6. DOI:10.3760/j.issn.1671-0282.2007.01.001.
- [3] 于学忠.祈福中国急诊[J].中华急诊医学杂志,2016,25(1):2. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2016.01.002.
- [4] 陈玉国.踏遍青山人未老,风景这边独好[J].中华急诊医学杂志,2017,26(1):1-3. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2017.01.001.
- [5] 葛波涌,王明太,王玉波.社区普及徒手心肺复苏对猝死患者抢救的意义[J].中华急诊医学杂志,2017,26(8):974-976. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2017.08.032.
- [6] 王一镗.再论发展我国急诊医学的重要方针之一——三分提高、七分普及[J].中国急救医学,2010,30(2):97-98. DOI:10.3969/j.issn.1002-1949.2010.02.001.
- [7] 祝益民,刘晓亮.现场救护需强化三个“一”理念[J].中华急诊医学杂志,2016,25(8):997-999. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2016.08.005.
- [8] 王一镗.必须大力提高现场救护的水准[J].中华急诊医学杂志,2008,17(4):341-342. DOI:10.3760/j.issn.1671-0282.2008.04.001.
- [9] 何小军,陈振英.2016 中国心肺复苏研究发展蓝皮书[J].中华急诊医学杂志,2017,26(8):979-981. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2017.08.034.
- [10] 胡苏珍,何忠杰.公众“白金十分钟”急救实施意愿及影响因素研究[J].中华急诊医学杂志,2017,26(8):976-978. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2017.08.033.
- [11] 吕传柱.中国院前急救近十年的发展及未来展望[J].中华急诊医学杂志,2011,20(6):568-570. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0282.2011.06.002.

(收稿日期:2018-01-07)

(本文编辑:郑辛甜)