

断裂的急救链条

▲ 本报记者 宋攀 张雨 见习记者 钱媛媛 实习记者 李彤彤

10 月 25 日，G672 次列车上，李祥突发心肌梗死，幸运的是，心血管病专家胡大一教授正好坐在同一列车上，所需的药品——速效救心丸，身旁的乘客也恰好携带，在胡大一教授的陪护下，他得到了转诊医院的及时救治。

2015 年立春，75 岁的河南老人颂凯（化名）突发气促，被村里的赤脚医生初步判断为肺炎。

120 急救车赶来时，因来前已从家属口中得知患者得了肺炎，医生不假思索地便指导大家把老人从床上抬下，再抬上担架。然而，就在担架上了救护车那一刹那，老人永远地闭上了眼睛。后来医生诊断死因为心肌梗死。

有统计数据推测，像颂凯这样，我国因心原性猝死的人数约为 54.4 万人，占了非事故性突发性死亡的 80%，大多发生在院外，即使在大城市，抢救成功率不足 1%。

对此，胡大一指出：中国的急救系统有很多地方需要改进。

公众救援

医学救援

美国：走群众路线救治猝死

如何改进？这或许可以从国际上的经验得到启示。在美国，猝死抢救成功率可达到 10%，个别城市可达到 30%。

中国医学救援协会常务副会长兼秘书长李宗浩指出，其背后是急救体系中，公众力量的崛起，而其抓手就是 AED（自动体外除颤器）与 CPR（心肺复苏）的普及。

现有研究表明，对于心脏骤停的患者，如果患者在 1 分钟内接受电击除颤，存活机会达到 90%。如果十分钟才行电击除颤，患者存活的机会就下降到不足 5%。而在一座交通拥堵的大城市，急救医疗人员到达现场往

往超过 10 分钟。现场公众的参与对于心肺复苏急救十分关键。

AED 是公众施救的主要措施之一。2000 年 5 月 20 日，美国时任总统克林顿在致全美人民的电台演讲中提到，在芝加哥 O'Hare 机场装备 AED 的最初 6 个月，11 位突发心脏骤停患者中有 9 位获救。在拉斯维加斯的饭店和赌场中，AED 竟使得急救存活率从 14% 显著提高到 57%。

后来，美国通过了“公众可获取的除颤仪”计划，即在美国的公众场所安置 AED，要求在十分钟内公众即可获得自动体外除颤器。

中国：猝死救治链条漏洞频频

目前，国内配置自动体外除颤器的公共场所屈指可数，只有北京首都机场、上海部分地铁站和体育场馆可见。

除了数量上的差距，类似的差距存在于心肺复苏的普及教育。

阜外医院杨进刚医生介绍，美国心脏学会要求中小学生就应该掌握心肺复苏技能，课本中明确有相关培训，两年重复一次；社会培训对象涉及 911 的电话接线员、警察、商场工作人员……

除此之外，李宗浩还认为，AED 的使用因为免责条款的缺失被束之高阁，这是当务之急。

2010 年上海世博会期间，就因为公众现场实施 AED 除颤救治的法律问题未能解决，最终放弃在世博园区内设置 AED，在世博会期间发生的 10 多例猝死患者未能及时救

治，留下许多遗憾，而日本在上届爱知世博会期间发生 5 例猝死，成功救活 4 例。

在免责方面，杭州和上海市进行了积极的探索。2014 年 6 月 8 日，杭州市人大举行了《杭州市院前医疗急救管理条例（草案修改稿）》的立法听证会。《草案修改稿》规定：鼓励具备急救专业技能的公民对急、危、重伤病员实施紧急现场救护，其紧急现场救护的行为受法律保护，不追究有关法律责任。

就在记者准备发稿时，传来了《上海市急救医疗服务条例（草案）》提交市人大审议的消息。草案明确强调，紧急现场救护行为受法律保护；因紧急现场救护行为对患者造成损害的，经过合法程序认定，由政府予以补偿。

☆ 2012 年深圳市科创委关于心原性猝死流行病学调查结果显示，在此前 3 年里，深圳一共发生了 4619 例心原性猝死，只有 143 例被“活着”送往医院，最后只有 3 例出院。也就是说，在深圳，发生了心原性猝死的最终存活率只有 0.6%。

☆ 北京朝阳医院李春盛等报告，2012 年医疗急救系统确认了北京城区的 9897 例猝死，只中有 2421 人（24.5%）进行了心肺复苏。

在心原性猝死的 1693 人（70%）中，虽然有 74.5% 的人目睹了心原性猝死，但仅有 11% 的患者接受了心肺复苏。最终到达医院时，存活的患者仅 4.2%，最终从医院能活着出院的患者仅 1.3%，而仅有 17 人（1%）在出院时神经功能没有受损。

院内外衔接不通 急诊资源被滥用

李宗浩介绍，在一个成熟的急救系统中，同时包含公众救援和医学专业救援。医学专业救援中，作为院外急救的最后一环——院内外衔接对于危重患者而言十分重要。然而我国在这方面同样问题突出。

今年国庆期间，山西日报曾报道，当 120 急救人员将患者运送至山西省人民医院时，接诊人员对 120 大怒：“不是已经告诉你们已经没有床位了吗？怎么还往这送？”

北京朝阳医院急诊科郭树彬指出，一直以来，120 与接诊医院急诊科之间在信息沟通上存在盲区。

“120 往往事先没有明确跟医院联系，如果送来了超过接诊

医院救治水平的危重症患者，就极有可能出现问题。在国外，到达医院之前，急救人员会告知医院患者情况，医院也会采取相关准备。”

在李祥的救治中，胡大一一路相伴的原因之一就是怕患者即使到了救护车上，最后送到没有能力救治的医院，耽误抢救时机。

事实上，有时候，接诊医院虽然在技术水平上有能力接待需要急救的危重患者，也可能面临没有床位的风险。郭树彬分析，当前，非急诊患者在急诊科滞留是普遍现象，有些“急救患者”甚至能在医院住上数年，而真正需要急诊的患者却没有床位。“这与我国康复护理体系不完善、社区医院水平薄弱不无关系。”

专业人员匮乏 救护车比急救医生多

对于院外急救的成功也离不开经验丰富的急救医生。

然而，现实是国内急救中心面临着“招人难”的尴尬。这与急救医生的尴尬处境不无关系。一是因为技术风险大，急救医生需要独自应对千变万化的现场，且大部分抢救的都是危重患者。

二是人身安全风险，包括车祸和患者家属给医生造成身心伤害。一次，急救医生贾大成跪在地上为患者做心肺复苏，患者儿子却拿着菜刀说，“要是救不活，我宰了你。”急救医生被患者掌掴的现象也屡见不鲜。在北京市急救中心，几乎每天都有医生挨打。而贾大成从业多年，也已换了多副眼镜。

让贾大成最为寒心的是，

即使有着如此的工作环境，急救医生却很难得到领导的体谅和关心。有的领导甚至常常把“能干就干，不能干就走人”挂在嘴边。

也正是由于这些问题，愿意干急救医生的人少，这促使急救中心不得不降低门槛招人，急救医生中不少是中专毕业，流动性非常大。

缺人带来的后果，直接表现便是急救满足率的下降。贾大成介绍，北京市急救中心共有 700 多辆救护车，但因为没人，值班情况远远不足，不少车辆闲置。

“生命救治依赖于一个完整的社会链条，任何一环缺失，其代价就是生命。”杨进刚说。