

美国心肺复苏指南 VS 中国心肺复苏共识 在实践中升华 完善中国特色心智慧方案

▲ 解放军总医院第三医学中心急诊科 王立祥



王立祥 教授

近日，《2020年美国心脏协会心肺复苏与心血管急救指南》发布，解放军总医院第三医学中心急诊科王立祥教授从指南与《2016中国心肺复苏专家共识》的关系及其定义、定位、定性、定量、定式等5个方面进行比较分析，以期能够更加辩证、准确和全面地把握二者的“精髓”，相互借鉴，从而指导临床心肺复苏实践。

透过已发布的《2016中国心肺复苏专家共识》，从心脏骤停心肺复苏全生命周期考量，阐述了心脏骤停前期的预防、预识、预警的“三预”方针，心脏骤停中期的标准化、多元化、个体化的“三化”方法，心脏骤停后期的复生、超生、延生的“三生”方略，可谓是美国心肺复苏指南的具体实践和升华，集中体现了心脏骤停心肺复苏全生命周期、全生命支持、全生命管理、全生命教育的中国特色心智慧方案。

定义

共识是中国特色的更全面的心肺复苏方案

与指南相比，共识提供的问题解决方案更丰富，虽然不能像指南那样拥有“足够”科学的证据和说服力，但更具前瞻性和灵活性。

心脏骤停不同于某一单一疾病或医学问题，而是一种综合复杂的临床综合征，目前人类对心脏骤停的认识仍未完全明了，对于心脏骤停的救治存在社会、医疗、健康管理等诸多因素和环节，因此，单一的循证医学评价体系不足以“科学”解决心脏骤停的所有问题。

与当今世界上其他国家和地区制定的心肺复苏标准文件一样，共识在心肺复苏的基本科学和基本技术层面与全球保持一致，完全借鉴指南的基本科学

技术。

但结合中国的实际情况，共识在心肺复苏的技术层面更加强调技术的可及性、综合性和适应性，强化并丰富了指南中特殊情况下针对不同环境和患者合理采用适宜的心肺复苏技术，并补充了部分我国自主研发且广为应用的心肺复苏新技术和理念，形成了共识中在心脏骤停中期的“三化”方法，即标准化、多元化和个体化。

因此，指南是共识的基本科学来源，但共识已完全突破指南的思维定势和科学范围，涵盖的是全生命支持“大复苏”的科学理念，共识正是从心脏骤停前期、中期、后期形成了一个整体的链环，是中国特色的更全面的心肺复苏方案。

定位

核心从“施救者”向“被施救者”转变

指南的定位更加强调以“施救者”为核心，指南从心脏骤停发生后对施救者的呼叫，到施救者到达后的识别判断及具体操作都进行了详尽的建议和规定。其意义在于，突出了“施救者”在心肺复苏活动中的决定性作用，“施救者”的每一步操作直接影响了抢救患者的生存率，因此要对“施救者”进行严格的要求和培训。

而共识的定位更加强调以“被施救者”为核心，共识在“三预”方针中注重对心脏骤停前期患者所处的地理环境及周围人群的预防、自身特点及危险因素

数据的预警；心脏骤停中期的“三化”方法为患者制定个体化的救治方案，通过多元化的途径实施标准化的救治方法；心脏骤停后期“三生”方略为患者提供合乎生命伦理的最佳生命转归。

从“施救者”向“被施救者”这一定位上的转变，是从以医者心肺复苏技术为导向转化为以心脏骤停患者需求为导向的心肺复苏全生命支持的一次新革命，它将突破心肺复苏发展的瓶颈并奠定中国心肺复苏事业发展的坚定基石，是为人类起死回生铸造生命共同体提供的新思路。

定性

生存环救治模式 对生命循环、轮回的东方思考

指南将应对心脏骤停的心肺复苏救治定性为以“生存链”为核心的“线性”救治流程模式，强调流程中的每一环节的重要性和相互关联。“生存链”强调心肺复苏救治过程应重视早期识别、早期胸外按压、早期电除颤、早期高级生命支持以及建立有效的救治体系和康复这6个基本环节（图1）。

而共识将心肺复苏救治定性为“生存环”的救治模式，即心脏骤停前期的预防、预识、预警，中期的标准化、多元化、个体化，后期的复生、超生、延生，强调防治结合、环环相扣、牢不可破，体现



图1 《2020美国心脏协会心肺复苏与心血管急救指南》院内心搏骤停（IHCA）与院外心搏骤停（OHCA）生存链

的是对生命循环、轮回的东方思考（图2）。

“生存链”的救治模式明确了心肺复苏技术实施的重点与核心，但却不可避免地吧抢救人员引向“刻板化”的心肺复苏抢救程序，一定程度上

禁锢了思维，限制了心肺复苏技术和策略的突破与创新。

共识所提出的“生存环”救治模式突破了“生存链”在心脏骤停前期预防和心肺复苏后救治的局限，更考虑到了我国的环

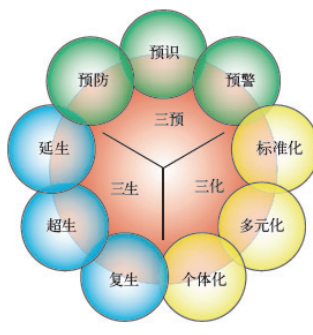


图2 《2016中国心肺复苏专家共识》生存环

境及地域差异，强调心脏骤停综合防治体系的构建，更加科学规范地将心脏骤停发生的前、中、后各个环节融为一个有机整体，使其在理论性、可操作性上更为有效地提高心脏骤停患者的生存率。

定量

“广义生存率”推动心肺复苏事业发展

指南是循证医学的产物，其在“生存率”的定量上就是以“神经功能完好的生存率”这一狭义的“金标准”作为CPR效果的唯一评价指标。按照指南的评价方法，全球院外心脏骤停患者的总体生存率仍然不高，美国的神

经功能良好率为10.8%，中国北京仅为1.0%。这一定量指标已无法完全反映当代CPR的发展与进步，特别在对CPR新技术、

新流程的评价中，指南的定量标准已为全球科学家广泛诟病，成为CPR发展进步的负能量因素。

基于此，共识提出在定量上以“广义生存率”为评价指标，即将自主循环恢复率（ROSC）、短期出院生存率和心脏骤停患者复苏后器官移植成功率等纳入广义指标，适当应用于不同阶段和条件的CPR效果评价，推动CPR新技术、新理念的

表1 部分国家和地区 OHCA 患者的生存率及神经功能良好率

国家（地区）	出院生存率（%）	神经功能良好率（%）
美国		10.8
日本	5.2	2.8
韩国	9.0	3.1
马来西亚	0.9	
新加坡	2.4	1.6
泰国	2.6	1.7
中国台湾	4.6	2.9
中国北京	1.3	1.0

注：OHCA 为院外心搏骤停；空白代表无此项

临床应用与实践。

共识将心脏骤停后期的复生之初级CPR成功率、超生之高级CPR成功率，以及延生之生命接

力率（复苏后器官移植成功率）等均归入“生存率”范畴，即为“广义生存率”在心脏骤停后期的“三生”方略的具体体现（表1）。

定式

在“平面思维”上进行立体三维延伸

指南在定式上以“平面思维”为主，主要围绕提高心脏骤停患者的抢救成功率来阐述如何具体施救；而共识在定式上主要以“立体思维”考量，在指南基础上进行了全方位的、立体的“三维”延伸。

时间维度的延伸，即分为心脏骤停前期、中期、后期，贯穿了整个事件的全过程；空间维度的延伸，

即充分认识单纯胸外按压CPR的局限性，探索腹部提压、膈下抬挤等心肺复苏新路径；生命维度的延伸，即引入“广泛生存率”的价值观、生命观，扩大生命的价值，以达到患者的最佳生命转归。

诗人苏轼的“横看成岭侧成峰，远近高低各不同”提示我们，需要突破思维定势，另辟蹊径。

正如面对肋骨骨折、气胸等有胸外按压禁忌证的患者，我们不能束手无策，而要突破常规“平面思维”模式，依据“腹泵”“心泵”“肺泵”和“胸泵”的原理，创造性地提出通过对腹部进行提拉与按压，使膈肌上下移动改变胸腹内压力，从而建立有效的循环和呼吸支持。

相信在共识的引领下，

同道们共创心肺复苏科学理论、心肺复苏科技转化、心肺复苏科普惠民“三科”心体系，必将为世界奉献心脏骤停心肺复苏全生命管理的东方心智慧！



关联阅读全文
扫一扫