

天有不测风云,人有旦夕祸福,意外时刻在发生,生命也时刻受到威胁。统计数据显示,我国急救普及率不足1%。虽然这一数据在大城市的某些人群可以达到5%-10%,但与国外25%-70%相比,存在很大差距。与之对应的是,在我国,医院外心脏性猝死生存率不到1%,而发达国家可达到10%-30%。由于专业救护人员的到达时间受限,当危险发生时,不要把生命的全部希望都寄托在医院和医生身上,急救应从“自救”和“互救”做起,人人都应成为身边人的“急救师”。

救命四分钟

本报记者 陈晓丽

八成心脏和呼吸骤停发生在医院外

在所有的意外中,心脏和呼吸骤停是最紧急的事件,而其中80%以上发生在医院外。为了挽救患者生命,应第一时间进行心肺复苏(CPR)。为了让大众正确掌握这项技能,本报采访了济南市中心医院急诊医学科主任护士孙华、济南市急救中心急救培训科主任李立新。

心肺复苏是针对心搏骤停后所采取的一系列急救措施的总称。实践证明,心跳停止4分钟内立即进行复苏者,存活率可达到50%,4-6分钟开始复苏者,存活率急剧下降为10%,超过6分钟才复苏者,存活率仅为4%,且侥幸存活者可能已经“脑死亡”,而10分钟才开始复苏者,存活率几乎为零。因此,抢救心跳骤停者最宝贵的时间是最初的4分钟。

进行CPR的第一步是要快速评估环境安全,特别是在交通意外等现场,要确保自身安全,或者进行必要的防护。然后判断患者有无意识,可以拍打患者双肩,凑近耳边大声呼唤:“喂!你怎么了?”如均无反应,则确定为意识丧失,并检查有无呼吸或喘息。在判断过程中,拍打力度不可过重,可加大呼唤音量,并大声呼救,尽快拨打120急救电话进行求助。

孙华提醒,对于意识消失、无反应及呼吸异常(仅有叹气样呼吸)的患者都应假定为心脏骤停,并立即实施心外按压,因为检查判断是否为心脏骤停的时间将延误按压开始时间,“而且即使最后发现患者不是心脏骤停,胸外按压也不会造成严重损害。”

按压急救每分钟至少100次

患者应采用仰卧位,救助者为其翻身时要注意整体转动(头、颈、体同轴转动),从而保护颈部。将患者摆放在地面或硬板床,救护人跪于病人右侧,左右两腿自然分开与肩同宽,分别置于病人肩、腰部,并解开病人衣领、领带以及拉链。

李立新介绍道:“判断按压位置的最简单办法就是乳头连线法,即在两乳头连线的中点处按压。”将一手掌根部放在按压区,掌根部长轴与胸骨长轴重合;另一手掌重叠于此手背上,两手手指交叉并抬起;救护者双臂位于病人胸骨正上方,双肘关节伸直;以髋关节为支点,腰部挺直,利用上身重量垂直向下用力按压。每次按压后,双手放松使胸部充分回弹,放松与按压时手掌根部都应始终紧贴胸壁,保持双手位置固定。

胸外按压通过挤压心脏以增加血流量,为大脑和心脏提供氧和能量。在把握按压力度时,成人胸骨下陷的深度至少5cm。“尽管时刻强调按压时要用力按、快速按,多年的实际操作情况显示,多数抢救者按压深度还是不够。”孙华说道。婴儿和儿童的按压幅度至少为胸部前后径的三分之一(婴儿大约4厘米,儿童大约5厘米)。

心肺复苏过程中不应搬动患者并尽量减少中断,为了保证按压力度和频率,每两分钟可更换一次按压者,每次更换尽量在5秒内完成。

人工呼吸配合按压效果更好

值得注意的是,如果是单人抢救,首先应立即进行30次胸外按压后,再开放被救者的气道,并给予两次人工呼吸。而不是先试图开放气道再开始按压。两人以上者可以同步进行。可采用仰头抬颌法、双手抬颌法、仰头抬颌法其中之一,使患者下颌与耳垂连线与地面垂直(使病人鼻孔朝天)。

人工呼吸时应始终保持患者气道开放,捏紧其鼻孔,张大口包裹患者口唇(口对口),正常吸气,采用小潮气量(约400-600毫升),缓慢吹气(一次持续1秒以上),吹气时不能漏气,保证患者胸廓有起伏状。

专家表示,在进行人工呼吸时,应尽量减少按压中断的次数和时间,正确的人工呼吸和按压配合可以达到更好的抢救效果,但是,如果不愿进行人工呼吸,或者难以同时做好两者,应首先保证按压的准确持续进行。

当有以下其中至少一项条件出现时,现场心肺复苏可以停止:伤病员已经恢复自主呼吸和心跳;有其他救护者或医务人员接替抢救;环境安全危及到施救者;救护者精疲力竭。

