

建立社区对动态大规模伤亡事件的应变能力：支持第一护理提供者的多机构白皮书

作者

战术紧急伤员护理委员会

FirstCareProvider.Org 网站

Koshka 安全学校基金会

“无论何时，在灾难现场，普通人都是最重要的人。”

阿曼达雷普利

不可想象的：灾难来袭时谁能幸存——以及为什么

介绍

在复杂多变的灾难发生后的最初时刻，经过授权和训练有素的社区成员可以作为急救人员 (FCP) 发挥关键作用。这些 FCP 通常可以立即接触到受重伤的受害者，并可以提供及时的、挽救生命的干预措施；FCP 是创伤生存链中的第一个环节。公共安全和急救机构必须承认这一运作现实，并应带头努力将 FCP 纳入整个社区危机应对计划，该计划建立在平民战术紧急伤员护理 (TECC) 医疗指南的分层应用之上。利用 TECC 作为 FCP 培训的基础，不仅可以促进患者护理的连续性，还可以促进接受 TECC 培训的院前护理提供者接管伤员的护理。

背景

自然灾害和人为灾害正在带来越来越复杂的应对挑战。当前的美国应急响应模型在很大程度上依赖于训练有素的公共安全机构的可用性和专业知识。很多时候，这会导致公众和我们的领导人认为可以立即获得专业的紧急医疗服务。不幸的是，急救人员接触受害者时经常会出现延误，尤其是在复杂的高威胁事件中（例如挪威的袭击事件、奥罗拉枪击事件、Westgate Mall 袭击事件）。救援工作组模型和 3-ECHO 计划等举措正在为急救人员创建“暖区/间接威胁护理”操作范式，并且是缩短从受伤到首次医疗干预时间的重要的第一步。然而，尽管专业医疗提供者的积极和权宜之计部署，从受伤点到挽救生命的干预仍然存在时间差距，只有急救人员才能解决。

战术紧急伤员护理委员会 (C-TECC) 是一个由民用医疗主题专家组成的志愿者团体，于 2011 年发布了他们的第一份讨论 FCP 概念的指南。C-TECC 流程和指南是仿照成功的军事战术战斗伤员护理 (TCCC) 指南并进行了修改以说明平民高威胁响应的独特方面。在军队中，TCCC

在作为综合伤亡管理系统（例如 Ranger First Responder 系统）的一部分进行部署时，在降低死亡率方面最为成功。然而，民用和军用行动反应之间的巨大差异、独特的平民患者群体、法律限制以及后勤和资源的差异，阻碍了 TCCC 直接应用于民用行动。TECC 指南考虑了平民高威胁响应的这些独特方面，并允许地方领导人有效地实施“整个社区”高威胁伤亡响应计划。

TECC First Care Provider 概念在美国和国际上都有很强的历史先例。心肺复苏 (CPR) 从基于医院的干预到整个社区响应范式的转变可能是最具说明性的。Elam 博士在 1954 年证明 CPR 在科学上是“合理的”。1957 年，Safar 博士描述了复苏的 ABC，并且在 1960 年代，包括美国红十字会在内的国家医学协会将 CPR 视为护理标准。在 1970 年代，CPR 原则进入了公共领域，并且在过去几年中已经演变为非医疗第一提供者的“仅手”CPR。几十年来，这些旁观者护理原则已被证明是有效的，并且已经发展到包括自动体外除颤器和中风识别。今天，我们全国有数百万训练有素的“旁观者”，他们可以在几秒钟内启动心脏复苏，可以识别需要、使用和应用自动体外除颤器，甚至可以对患者进行辛辛那提卒中量表并提供结果以到达紧急情况医疗服务人员。

备受瞩目的波士顿马拉松爆炸案将国家政策制定者的注意力集中在第一响应社区中许多人一直都知道的事情上：旁观者将在场，旁观者将采取行动，通过这样做，旁观者可以有效地协助对这些事件的应急响应，以拯救生命。将旁观者成功转变为有效的急救人员的关键是结合社区教育和培训、急救人员整合以及解决现场安全、沟通、教育和对分层整体社区响应范式的承诺的标准操作程序的开发。

第一护理提供者

First Care Provider 代表了从受伤点到最终护理的创伤生存链中的第一个环节。3,4 First Care Provider 授权的系统提供了一个通用、灵活的旁观者发起的创伤协议。这种基于 TECC 原则的共享语言使 FCP 和到达的医疗/救援资产能够有效整合并根据“同一张乐谱”工作。与创伤护理领域的许多最新进展一样，FCP 概念可以追溯到平民恢复力更强的时代。更强大的 FCP 计划的动力源于越来越频繁的事件发生，在这些事件中，地理或操作障碍阻碍了专业急救人员及时接触受害者。

要将旁观者成功转变为有效的急救人员，需要国家政策制定者、急救机构和当地社区领导人的承诺，共同提供培训和教育机会。几个国家组织最近提出了关于“旁观者”干预的建议。其中许多努力为全国对话做出了贡献，但仅提供了有限的医疗建议，这些建议仅侧重于外部出血控制。5 基于过去 15 年的军事数据，这些最近的旁观者倡议假定受伤、死亡和平民主动暴力和大规模伤亡事件的人口模式与作战行动相同 6。这个有缺陷的结论假设急救人员应该“只做军方所做的事”。尽管在民用事件中越来越多地使用军用武器和战术，但循证医学的原则排除了将军事 TCCC 整体应用于民用环境。在最基本的情况下，军事医疗响应范式未能考虑平民大规模伤亡事件的简单差异，包括平民人口统计、特殊人群、受伤模式（即枪伤优于爆炸物）、缺乏弹道装甲保护、资源可用性、和财务限制。政策和运营专家必须以基于高可靠性组织 (HRO) 原则的更细致、更复杂的思维方式应对创建成功的 FCP 计划的挑战；特别是不愿简化、尊重专业知识以及对弹性的承诺。

建议和未来方向

成功的社区急救人员计划的制定和实施有四个关键要求：行政领导和运营政策制定、公共创伤包的预先定位、急救人员培训和急救人员培训。

1.行政领导和业务政策制定

成功的 FCP 整合需要基层倡议和国家公共政策领导。领导者必须超越对传统 911 响应的完全依赖，并克服普遍不愿引入在更广泛人群中授权医疗行动的政策。实施激励 FCP 计划采用和标准化的公共政策会鼓励政府和私营部门采取行动。非医疗领导对于创建有效的整个社区系统以降低潜在可预防的创伤死亡率至关重要。

2. 公共创伤包

在有针对性的暴力事件中，美国的许多政府大楼和公共访问企业都严重准备不足，无法支持 FCP 对创伤性损伤进行干预。公共创伤包的部署有两个关键作用。首先，它们提供视觉提示以提示急救人员采取行动。其次，如果装备得当，它们可以提供关键材料来支持救生干预，而不仅仅是控制出血。公众获得现成的医疗设备应该是社区安全多管齐下方法的一部分。民间专家和医学证据，而不是军事建议，应该指导设备的选择。指示外伤设备位置的标志应清晰易懂，反映当前在消防设备、自动体外除颤器和紧急出口规划方面所做的努力。

3.急救员培训

专业急救人员的培训目前侧重于统一指挥、行动协调和直接救生干预。此外，传统上，这种培训会边缘化现场的旁观者和未受伤人员。这必须改变。急救人员必须熟悉 FCP 的能力，他们的行动计划必须将这些可用的提供者作为响应中的力量倍增器。新模型必须训练急救人员识别 FCP，进行快速威胁评估，适当衡量 FCP 技能水平，为 FCP 提供明确的任務，并将 FCP 作为力量倍增器。

4. 急救员培训

First Care Provider 模型使社区成员能够采取拯救生命的行动。来自全球的数据表明，经过培训的个人可以采取行动并提高医疗和创伤性紧急情况下的生存率。经过培训的急救人员表现出独立运作的意愿，能够识别严重的伤害并能够适当地分配资源以使相关人员获得最大利益。First Care Provider 培训应提供有针对性但全面的方法来解决潜在可预防死亡的主要原因，如战术紧急伤亡护理委员会指南中详述的那样。

外出血控制是许多创伤的关键技能，但它不是万能的。最近的事件表明，接近伤员、识别重大伤害和迅速后送至医疗机构至少与立即控制出血同等重要。关于穿透伤和爆炸伤的所有可预防死因 12 的教育应该是最终目标，并且可以通过有限的时间投资来完成。除了通过应用 TECC 降低死亡率外，该培训还将通过授权个人在危机时期采取行动来提高弹性。

FCP 计划还应提供以下方面的教育：

- 基本气道管理、伤员移动、伤员心理安慰护理
- 改善旁观者/急救人员与 911 紧急调度系统之间的沟通
- 减轻身体和心理风险的策略
- 与急救机构互动和整合的基本方法，包括如何发出求救信号和如何指挥伤亡人员

结论

急救人员是高威胁创伤生存链中的初始环节。FCP 缩短了受伤和可能挽救生命的医疗护理之间的时间。美国的专业急救人员训练有素，是高威胁灾难应对的基石；然而，现有条令、公众期望和操作能力之间存在非常实际的操作差距。不断演变的威胁矩阵和不断升级的大规模暴力事件的复杂性将使大多数专业响应机构不堪重负，并要求启动基于社区的响应网络。急救人员对于减轻这种风险至关重要。First Care Providers 应该接受 TECC 指南原则的培训，类似于他们的急救机构。TECC First Care Provider 模型将培养受过教育的民众，他们可以在大规模伤亡事件中充当关键的力量倍增器，并在日常操作中为外伤提供无缝过渡的护理。