

口對鼻用力吹氣為第一現場、第一時間、第一優先急救術

Mouth to nose is the first priority resuscitation in the first time and scene

作者：李德福

服務單位：德福診所

前言：

行醫時遇猝死，若急救失敗，可能毀前程。醫師必備正確急救術。筆者遇猝死，馬上口對鼻吹氣配合高品質壓胸術並儘快電擊，成功率近100%，此三項為急救成功之鏈，缺一不可。

個人代表性急救方法：

1. 查房時病人突然猝死，馬上呼叫急救，且輕提下巴以手帕蓋住患者鼻子，口對鼻吹氣，兩人急救壓吹比5：1，3～4分鐘後電擊成功。
2. 做踏車運動心電圖突然vf，單人急救口對鼻壓/吹比5：1，3～4分鐘後電擊成功。
3. 冠狀動脈攝影引發vf，馬上電擊後變心收縮停止很久，口對鼻用力吹氣馬上出現正常心跳。
4. ICU病人監視器忽變vf，馬上電擊成功，未做CPR。
5. 第四次靜注aspegic 4分鐘後，雙手及全身發癢、刺激性乾咳，再12分鐘後氣喘發紺，靜注decadron 10mg，接著無呼吸嚴重發紺、昏迷、臉浮腫、眼臉外翻、口水外流，口對鼻用力吹氣，第一次受阻，第三次吹通後恢復呼吸及意識。本例為藥物過敏性喉頭血管神經水腫。

討論：

有9篇報告指出專業人員CPR(用ambu bag-mask 等)並於3～5分內電擊，成功率介於49～75%。醫院外用口對口平均4～5分鐘電擊，成功率10.4%。電擊時間相似，為何成功率差那麼大？原因是前者用ambu 等吹氣是由自然通道鼻孔進氣，暢通無阻。而口對口非自然通道、操作複雜、且有牙舌擋道不易進氣。要連吹兩口氣，很浪費時間，以壓速100/分、壓/吹比15：2算，每壓胸9秒要停壓6秒來吹氣，故其換氣及壓胸品質皆差，即血液流量及含氧量均差。依研究院外電擊每慢1分鐘成功率減10%。以醫院內成功率扣減因較慢電擊3分即30%。若醫院外改用口對鼻，推估成功率有近70%之希望。口對鼻符合衛生，非常簡單，輕提下巴後馬上口對鼻用力吹氣可提高存活率。因吹氣順暢，只吹一口氣不妨礙壓胸，故有高品質之連續壓胸結果，即血液流量及含氧量都很好。再者，因提供足夠力道之進氣量可促進冠狀血流。依Sonés 指示，冠狀動脈造影時若發生嚴重徐脈或心縮停止要馬上咳嗽。咳嗽（或深呼吸）時大量空氣進入肺臟換氣，瞬間會增加冠狀血流趕走造影劑，馬上恢復心跳。咳嗽時胸壁用力擠壓可維持正常血壓，有心肺腦復甦效果。故心跳停止15秒內意識尚未喪失者，馬上大聲叫他咳嗽。已無反應者，馬上口對鼻用力吹氣再按壓，即有類似咳嗽魔術之效果。因血液中已充滿氧氣、ATP 等能量基質故電擊較易成功。

結論：

依國際CPR 醫療等級歸類，口對鼻目前屬IIa 級～非常有說服力，值得推薦使用。它必定大幅度提高醫院外急救成功率。醫院內在第一時間若先用口對鼻馬上急救、不回頭拿ambu 等可望100%成功，免除醫療糾紛。一旦大家都用口對鼻，本法將晉升第一級實證A level。