

ICS 11.020

CCS C 05



团 体 标 准

T/CALC 011-2025

公共交通领域心脑血管疾病应急救助规范

Guidelines for emergency rescue of cardiovascular and cerebrovascular
diseases in public transportation

2025-09-17 发布

2025-10-01 实施

中国生命关怀协会 发布

目次

前 言.....	1
引 言.....	2
1 适用范围.....	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义.....	3
4 基本要求.....	4
5 应急救助制度与流程.....	4
6 应急救助措施.....	7
7 公共交通场所环境和配套设备设施.....	9
8 法律责任承担及免除.....	10
附录 A（规范性）公共交通领域心脑血管疾病应急救助的流程图.....	12
附录 B（规范性）卒中的识别救助流程图.....	13
附录 C（规范性）晕厥的识别救助流程图.....	14
参考文献.....	15

前 言

本标准按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》规定进行编写。

本标准由中国生命关怀协会心脑血管疾病防治工作委员会提出。

本标准由中国生命关怀协会归口。

本标准在制定过程中综合考虑我国公共交通领域的实际情况，并参考了国际复苏联合会(ILCOR)、美国心脏协会(AHA)等相关指南的最新科学共识，力求兼具中国特色与国际视野。

本标准主要起草单位：国家心血管病临床医学研究中心、首都医科大学附属北京安贞医院、天津市环湖医院、天津市胸科医院、天津大学中心医院(天津市第三中心医院)、中国医科大学附属第一医院、河北医科大学第一医院、北京市昌平区医院、北京大学护理学院、北京大学第三医院、浙江中医药大学护理学院、四川大学华西医院、苏州大学、苏州大学附属第一医院、甘肃省人民医院、中国人民解放军南部战区总医院、中国人民解放军联勤保障部队第九六四医院、郑州大学第一附属医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、天津市急救中心、石家庄市人民医院、华中科技大学同济医学院附属同济医院、大庆油田总医院、大庆龙南医院、吉林大学第二医院、武汉市第一医院、山西省心血管病医院、齐齐哈尔医学院附属第二医院、阿勒泰市人民医院、山西医科大学第一医院、内蒙古自治区人民医院、武汉市中心医院、新乡医学院第一附属医院、呼伦贝尔市第四人民医院、潍坊市益都中心医院、东莞市东坑医院、北京市朝阳区紧急医疗救援中心、天津市疾病预防控制中心、北京释善堂中医研究院、央广交通传媒有限责任公司、中交(天津)轨道交通投资建设有限公司、鑫湘(天津)医疗科技有限公司、天津卫盾安全科技有限公司、中科环境修复(天津)股份有限公司、鉴升(天津)检测有限公司、天津赛默尔生物科技有限公司、医康智联(北京)科技有限公司、才人堂集团有限公司、北京望衡律师事务所、北京德恒(太原)律师事务所、北京华盈卫士应急救援有限公司、北京北医源健康信息科技有限公司、天津观澜康泰文化发展有限公司、久心医疗科技(苏州)有限公司。

本标准主要起草人：贺晓楠、岳伟、金肇、刘义兰、李惠玲、蒋艳、田丽、韩琳、邢彩霞、湛永毅、翟惠敏、孙宏玉、谢红珍、刘延锦、周兰姝、徐凤、李葆华、傅瑜、王砚丽、辛霞、付阿丹、郭舒婕、于瑞英、戴冬梅、邸淑珍、卢根娣、杨晔琴、孙秀岩、李莉、孙中武、孟红燕、张娣、徐岚、李小勤、胡化刚、包冬梅、张俊良、李春辉、张子薇、陈艺、李敏、彭华、韦芳、郭燕梅、杜浩、赵永勤、杨雪梅、黎明(刘志明)、王春英(王柯人)、李传华、刁敬涛、李曦铭、公威、赵佳、许保磊、姜素文、尹彦斌、刘东超、路昕、赵传胜、刘晓云、曾和松、王国涛、秦中国、李智博、孙婷婷、毕雪斐、王博、贺立群、郑淑娟、李军、马继山、刘轶喆、李云鹏、唐峰、郑文龙、寻鲁宁、李丹丹、王晓楠、姜楠、顾宁、韩秀月、魏艳、张洋、张燕锋、蔡建花、王金桥、付峥、刘龙龙、徐国林、张晓丽、赵莹、李鑫、陈绎玮、孙建燕。

本标准顾问：李林康、雷志勇、马长生、张庆民、赵越、米玉红、叶依、于会清、史宝欣。

本标准首次发布。

引 言

依据《中国心血管健康与疾病报告 2025》显示，心脑血管疾病已成为我国城乡居民的首要死因。具体数据方面，心血管病现患人数达 3.92 亿，相较于 2021 年增长了 12.3%；40 岁以上人群的卒中发病率升至 1367/10 万；急性心梗年发病率突破 780/10 万；院外心脏骤停患者存活率仅 1.2%；卒中患者 3 小时内就诊率不足 35%；胸痛患者呼叫 120 前的平均延误时间达 4.7 小时。

心脑血管代谢疾病涵盖高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中等，其主要危险因素包括不合理膳食、缺乏运动、吸烟、饮酒以及肥胖等。此类疾病易急性发作，表现为脑卒中、心肌梗死、心衰、心脏骤停等危急状况。要取得良好治疗效果，患者需长期进行定期体检与病情监测。

在公共交通领域建立应急救助规范具有特殊重要性，主要基于两个关键因素：其一，发病后的 4 分钟是抢救的黄金时间窗口；其二，需填补患者送医前或急救车到达前的专业救助空白。因此，构建一套科学、实用且创新的应急救助标准体系势在必行。

本标准的制定与实施，将为公共交通工作人员提供明确的救助指引，有助于实现对突发疾病患者的早期识别和有效干预，从而显著降低心脑血管疾病突发所造成的死亡率。同时，通过普及非医疗专业人员的应急处理能力，不仅能提升全民急救素养，还将有力推动“健康中国”战略目标的实现，切实保障国民的生命健康权益。

公共交通领域心脑血管疾病应急救助规范

1 适用范围

本标准明确了公共交通领域工作人员针对心脑血管疾病开展应急救助工作的基本要求，涵盖参与人员应具备的素质、接受的培训内容，规定了具体救助的制度与流程、对患者实施救助的程序与措施，以及相关工作人员救助质量的评价和改进方式等。

本标准适用于各级各类公共交通场所及设施中应急救助工作的实践与管理，其他类别公共交通机构可参照执行。

2 规范性引用文件

下列文件是本标准制定和应用过程中的重要支撑性依据。对于注明了具体日期的引用文件，仅该日期所对应的版本适用于本标准；而对于未注明日期的引用文件，其最新版本（包含所有已发布的修改单）均适用于本标准。

- 中共中央、国务院发布《“健康中国2030”规划纲要》
- 全国人民代表大会颁布《中华人民共和国民法典》（2021年1月1日起施行）
- 全国人民代表大会颁布《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》（2020年）
- 中华人民共和国国务院令376号公布《突发公共卫生事件应急条例》
- 中华人民共和国国务院令553号公布《民用机场管理条例》
- 国家卫生健康委办公厅国卫办医发〔2022〕8号关于《医疗质量管理暂行规定的通知》
- 国家卫生健康委员会国卫医发〔2022〕15号发布《全国护理事业发展规划（2021-2025年）》
- 国家卫生健康委员会公布《院前医疗急救管理办法》（国家卫健委令第3号，2020年修订）
- 国家卫生健康委员会国卫办医函〔2021〕602号《公共场所自动体外除颤器配置指南（试行）》
- 中华人民共和国交通运输部法制司发布2022年第37号《铁路旅客运输规程》
- 中国国家铁路集团有限公司铁劳卫〔2024〕28号《旅客列车医疗急救箱管理办法》
《体外除颤产品注册技术审查指导原则》
- GB 18040 民用运输机场应急救护设施配备

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

卒中 stroke

一组由急性脑血管闭塞或破裂引起的表现局灶性或广泛性神经功能缺损的临床综合征，包括缺血性卒中和出血性卒中。缺血性卒中又称脑梗死，指脑血管因血栓或栓塞导致血流中断，引发脑组织缺血缺氧性损伤而迅速出现相应脑功能缺损的一类临床综合征。出血性卒中指由非创伤性原因的脑动脉、静脉、毛细血管破裂导致脑出血的一类急性脑血管疾病，分为脑出血和蛛网膜下腔出血。蛛网膜下腔出血定义为颅内血管破裂后，血液流入蛛网膜下腔引起的急性脑血管病。

3.2

晕厥 syncope

因一过性全脑低灌注引发的短暂意识丧失（TLOC），其发作通常持续数秒至数分钟。发作时，患者因肌张力消失无法维持正常姿势而倒地。其核心特征包括：意识完全丧失，发作迅速且持续时间短暂，患者可自行恢复意识，发作前常伴有前驱症状，如头晕、出汗、视物模糊等。

3.3

心脏性猝死 sudden cardiac death, SCD

因心脏相关病变引发的自然死亡，通常在急性症状出现后1小时内发生，患者常表现为突然的意识丧失、心脏骤停及呼吸停止。

3.4

心脏骤停的救助 emergency treatment of sudden cardiac arrest

通过迅速且适当的医疗干预措施来挽救心脏骤停患者的生命，这些措施包括实施心肺复苏术（CPR）以及使用自动体外除颤器（AED）对患者进行心脏电击除颤等。心脏骤停后的黄金抢救时间仅有4分钟，一旦发现患者心脏骤停，需立即启动心肺复苏术，并配合使用自动体外除颤器。

3.5

黄金4分钟 golden 4 minutes

呼吸、心脏骤停发生后的最初4分钟内，大脑等重要器官尚未因严重缺氧而遭受不可逆的损伤。在此时间段内，及时且规范地实施心肺复苏（CPR），并在必要时进行电除颤，患者的生存率最高。

4 基本要求

4.1 建立三级应急救助管理体系

具体分为战略规划层，包括将应急救助能力建设纳入单位发展规划重点工程，制定三年滚动实施计划、明确资源配置路线图；年度执行层，包括编制《年度应急救助实施方案》、培训考核指标（持证人员覆盖率 $\geq 80\%$ ）、设备维护合格率100%计划、全要素演练等；质量改进层，建立“双随机一公开”督查机制，随机抽查现场应急响应能力、随机抽考工作人员急救知识及公开通报考核结果等。

4.2 建立应急救助质量持续改进机制

定期（如每季度、半年）开展多部门联合演练，并对演练效果进行评估。关键绩效指标应至少包括：应急响应启动时间 ≤ 60 秒、AED设备取用时间 ≤ 90 秒、多部门协同响应时间 ≤ 3 分钟。评估结果应纳入相关部门及人员的年度绩效考核。

5 应急救助制度与流程

5.1 应急救助关怀制度

5.1.1 救助工作制度

当在公共交通设施及场所中发生需紧急救助情况时，应迅速启动救助工作管理制度并有效地进行

事故处置和救援。

a) 多部门联合指挥部协同

交通管理部门负责患者的精准定位工作，同时开展交通疏导行动，例如开辟救护车专用通道。此外，还需协调公共交通进行暂停运营或改线行驶，为生命救援打通“绿色通道”。卫健部门借助120急救中心，对现场救助进行远程指导，并调度距离事发地点最近的医院预留急救资源，确保患者能够得到及时有效的救治。公安部门负责维护现场秩序，严格保护患者隐私，防止因现场混乱等情况对患者造成二次伤害。应急管理部门负责统筹资源调配等各项工作，全力保障现场的安全与秩序，确保应急救援工作安全、有效进行。

b) 事先制定完善的紧急救助预案

公共交通设施及场所的工作人员需熟悉常见的心脑血管疾病的基本定义、患病表现及识别依据。同时，要成立相关应急救援团队，并明确团队成员的责任分工。在公共场所发生紧急情况时，团队成员应能够完成初步的现场判断并开展现场救助工作。此外，还需落实具体公共设施所配备的救援设备情况，如AED、担架等，并掌握公共交通每一站点与其最近医疗救援设施之间的距离。确保各公共交通设施及场所在突发心脑血管疾病事件时，均已制定完备的应急预案并做好充分准备，事发时可快速响应并启动相应处置流程。

c) 救助现场的疏散及管理

在公共交通领域发生心脑血管疾病突发事件时，必须确保患者、救援人员以及其他乘客的人身安全。在开展紧急救助工作期间，要保证周围环境的安全。必要时，应及时疏散周围乘客，维持现场良好的救助环境，切实保障现场的安全与隐私。同时，要避免因现场人群过多而引发二次伤害。

d) 应急协同机制的建立

构建公共交通领域紧急救援的协同机制，涵盖公共运输部门、交警部门、医疗机构等多方主体，加强彼此间的紧急沟通与紧密合作。围绕“统一指挥、信息共享、专业处置、资源整合”的核心原则展开。通过实现及时的信息共享以及开展有效的指挥调度，确保最大限度地降低事故带来的影响和损失。

e) 跨部门预案联动机制

交通运输部门应与卫健部门联合制定《心脑血管事件跨部门应急预案》，搭建信息共享与指挥协同平台，明确120急救中心与公共交通调度中心之间信息直通的渠道。在医院与交通枢纽设置“救援对接点”（如将地铁站指定出口设为救护车接驳区），实现120调度系统与公共交通监控系统、调度系统的信息互联互通，确保患者定位信息、病情信息以及交通状况能够实时同步。

f) 协同演练制度

每半年开展一次多部门联合实战演练。演练设定交通场景中突发疾病的情况，其中交通部门模拟突发疾病场景下的交通状况，公安部门负责管控现场人流，120急救部门进行现场施救并转运患者。演练期间，相关路段交通暂停，现场人流有序疏散。

演练设定严格的时间标准：从事件上报到自动体外除颤器（AED）到达现场的时间应不超过90秒，多部门协同响应时间应不超过3分钟。演练全程由独立考核组（如应急管理局或第三方专业机构）使用秒表和多角度录像设备进行记录，记录结果将纳入各部门年度应急考核指标。

5.1.2 突发事件的救助制度

公共交通设施及场所应当制定完备的应急预案，以此应对可能出现的各类紧急情况。同时，要切实加强应急演练工作，通过模拟多种不同类型的突发事件，检验应急预案的可行性与有效性，进而提升工作人员和乘客应对紧急情况的能力。

应急演练具有重要作用，它能够帮助相关人员熟悉应急响应流程，熟练掌握应急处置技能。以便在实际操作过程中，相关人员便能够迅速且准确地应对各类突发事件，有效降低突发事件带来的不利影响。

5.1.3 救助工作中对接制度

在救助工作中，工作人员应第一时间拨打120急救电话寻求专业帮助，并开启免提功能，以便在120调度员的指导下进行操作，确保患者能够在第一时间就医并得到有效救助。

当在公共交通设施及场所中开展紧急救助时，公共交通设施及场所的工作人员需详细记录患者突发不适后，与其接触的工作人员或其他参与救助的人员信息，以及他们所采取的具体救助措施。

5.1.4 数字化应急响应系统

建立智能监测平台，集成自动体外除颤器（AED）定位以及就近救助员调度等功能。同时，开发乘客紧急求助APP，方便乘客在遇到紧急情况时及时求助。此外，鼓励在关键场站试点部署AI行为监测系统，该系统可用于早期发现乘客的异常行为（如突然跌倒），一旦检测到异常，立即联动后台进行报警。

5.2 应急救助流程

5.2.1 救助流程

5.2.1.1 应急启动流程：

a) 成立应急指挥部作为公共交通领域突发心脑血管疾病事件的最高指挥机构，统筹现场指挥、协调、调度应急救援工作。同时在应急指挥部下设“多部门联合指挥组”（交通、卫健、公安、应急代表等方面人员），通过实时通讯系统共享信息（如患者定位、病情、交通路况）。由现场工作人员上报 → 应急指挥部同步通知各部门 → 联合指挥组协调资源。

b) 成立应急救援小组，由救助、后勤、安保等部门人员组成，负责现场救援、协助120转运、救助等工作。

c) 指挥长由单位主要负责人担任，负责全面协调、指挥应急救援、统筹协调资源工作。

5.2.1.2 突发心脑血管疾病应急启动流程：

a) 在公共交通场所或设施中出现突发心脑血管疾病事件时，现场工作人员应立即上报应急指挥部，报告具体位置、现场情况、患者情况及病情变化情况、有无专业人士在现场、救助需求等。

b) 应急指挥部立刻启动应急预案，第一时间拨打120，指挥应急救援小组前往现场，实施现场救助；列车播放紧急寻求医护人员、对现场及附近配备的救援设备（AED等）充分协调和应用。

c) 应急救援小组到达现场后，迅速开展紧急救援：携带医疗箱至现场，根据患者现场症状有初步判断，若为心脏骤停，则立即进行CPR，现场人员不能及时获取AED时上报指挥部协调并运送至现场。对于病情相对复杂、不易判断者，应在2小时内立即上报应急指挥部，协调鼓励现场医护人员至现场参与救助。

d) 现场持续救助，直至120到达现场，协调跟进后续送医等事项对接。

5.2.1.3 监测流程：

a) 首次接触患者时，评估患者意识、监测患者大动脉搏动和呼吸。若患者无法自主移动且需转运，应使用担架平稳转移至安全区域，避免二次损伤。

b) 抢救过程中注意观察患者意识、呼吸等生命体征变化，如进行CPR，应根据CPR流程每完成5个循环对患者大动脉搏动、意识状况进行评估，注意电除颤后需持续进行CPR，不论除颤是否成功，需继续CPR5个循环后再评估患者生命体征。评估需要中断CPR不能超过10秒。

c) 有条件可进行血糖监测，若判断为低血糖发生，则对症治疗。

5.2.1.4 对接流程：

第一时间拨打120寻求支援和转运。同时保持现场环境安全、通风良好，必要时使用担架将患者转移至指定的开阔区域，同时确保患者呼吸道通畅，清除口鼻异物。

5.2.1.5 与专业医护人员交接流程：

对接过程包括120到达现场后与出车医护对接、到达医院后与接诊医生对接等。公共交通领域工作人员需要详细记录在公共交通领域场所或设施中进行的救助措施、使用的抢救设备、患者服用的抢救药物、患者病情的变化等，上述相关治疗过程的记录应完整提供给接诊医生，便于医护人员进一步对患者病情进行评估和救助。

5.2.2 救助要求及实施

通过标准化培训、情景模拟与演练、流程可视化、明确责任与记录，使工作人员知晓救助流程并实

施。

6 应急救助措施

6.1 卒中

6.1.1 判断依据

6.1.1.1 核心症状快速识别

常见症状可以通过“FAST”简单记忆法来识别，每个字母代表一个检查步骤：

a) F (Face, 面部下垂)：要求患者“露齿微笑”，要求患者微笑并观察是否一侧面部肌肉无法正常移动，尤其需要观察是否有一侧嘴角下垂；

b) A (Arms, 手臂无力)：要求患者举起双手，并观察是否一侧手臂无法上举或上举后很快下落；

c) S (Speech, 言语障碍)：言语不清。要求患者重复一句简单的语句，并听是否言语含糊不清、说话困难或无法讲话；

d) T (Time, 及时记时)：时间对于脑卒中的治疗至关重要。如果观察到上述任何症状，应立即拨打紧急电话并记录出现症状的具体时间。

6.1.1.2 可能出现的其他症状

包括突然出现的剧烈头痛，可能伴有呕吐、眩晕或意识改变；突然的视觉障碍，如单眼或双眼同时出现视力模糊或黑矇；突然的平衡障碍或协调功能丧失，可能导致走路困难或眩晕；突然的面部、臂或腿的麻木或无力，尤其是身体的一侧；认知错乱，包括言语混乱或沟通障碍；在一侧或两侧的肢体中感觉异常，如触觉减退；突然的行为改变，包括激动、易怒或迟钝。

6.1.2 救助要点

6.1.2.1 立即拨打 120：清晰报告精确位置、核心症状及患者状态。请求驾驶员立即停靠最近站点并开启应急通道，提前告知急救中心。

6.1.2.2 核心症状快速识别：使用“FAST”检查法评估患者症状。

6.1.2.3 保持呼吸道通畅：若患者意识模糊或呕吐，立即协助取侧卧位（头偏向一侧，下颌微抬），用纸巾清理口腔呕吐物或分泌物，解开衣领、围巾等束缚。

6.1.2.4 体位管理：禁止随意搬动头部或强行扶起患者（可能加重出血性卒中的颅内压升高）；若患者昏迷，在侧卧位基础上在背部垫软物固定体位。

6.1.2.5 动态监测与记录：严密监测意识状态、瞳孔变化、生命体征等变化，切勿给患者喂水或喂食，避免剧烈摇晃或大声呼喊患者。

6.1.2.6 心理支持与信息收集：用简短语言安抚情绪，避免其因紧张导致血压升高。并通过询问同行者快速收集患者信息，记录后交接给 120 医护人员。

6.1.2.7 对接 120，协助转运病人至急救车。

6.2 晕厥

6.2.1 判断依据

6.2.1.1 意识丧失：患者完全失去意识和知觉，对周围环境和自身状态无感知。

6.2.1.2 发作迅速：发作迅速，可伴有头晕、视物模糊、黑矇、乏力等先兆症状，也可能毫无预兆。

6.2.1.3 持续时间短：意识丧失持续时间较短，通常不超过几分钟，多数在数秒到数分钟内恢复。

6.2.1.4 自行恢复：意识丧失后能自行恢复，通常无需外部干预即可清醒。

6.2.2 救助要点

6.2.2.1 初步评估与急救

确保环境安全，切忌盲目搬动。快速观察周围环境，确保没有车辆、高空坠物、火灾等危险。若环境危险，应在确保自身安全的情况下，将患者小心地移动到安全区域。并立刻让患者就地平躺（勿强行架起来或扶坐），若患者摔倒时撞到头部，不要晃动其身体，先观察是否有伤口或出血。

判断呼吸与意识：轻拍患者双肩，在两侧耳边大声呼唤“先生/女士，您怎么了？能听见我说话吗？”，同时观察其胸腹部有无起伏，判断是否有自主呼吸。

a) 若患者清醒：让其继续平躺5-10分钟，勿着急起身（突然站起可能再次晕倒），酌情考虑是否拨打120。

b) 若无反应且无大动脉搏动，迅速呼救，立即拨打120急救电话，清晰报告精确位置、核心症状及患者状态。并快速开始CPR，积极胸外按压和AED除颤交替进行抢救，具体救治过程应严格遵循C（Compression，胸外按压）-A（Airway，开放气道）-B（Breathing，人工呼吸）的程序。直至患者恢复自主呼吸和动脉搏动或120专业急救人员到达现场接手以后再终止抢救。具体心肺复苏流程如下：

①C（Compression，胸外按压）：病人体位：使病人仰卧于硬板床，去枕，头颈躯干在同一轴线上。按压部位：胸骨下半部，或目测双侧乳头之间胸部中央处。按压方法：用一只手掌根部放在胸骨正中或双乳头之间的胸骨上，另一只手平行重叠压在手背上，保证手掌根部横轴与胸骨长轴方向一致。按压姿势：手臂与胸骨保持垂直，双肘关节伸直，依靠肩部和背部的力量垂直向下按压，按压后使胸廓恢复原来位置，放松时双手不要离开胸壁。按压频率：100-120次/分。按压幅度：成人至少5cm，儿童4-5cm。按压-通气比例：单双人统一为30:2。每5个循环判断一次心肺复苏是否有效。

②A（Airway，开放气道）：清除口鼻分泌物、异物（食指、中指在患者口腔内抠出），颈部无外伤，采用仰头抬颈法。颈部有外伤者采用双手托下颌法。仰头抬颈法：术者将一手置于患者前额用力加压，使头后仰，另一手的食、中两指抬起下颏，使下颌尖、耳垂的连线与地面呈垂直状态，以通畅气道。应清除患者口中的异物和呕吐物，患者义齿松动应取下。托颌法：施救者的食指及其他手指置于下颌角后方向上向前用力托起，并利用拇指向前推动颌部使口张开。

③B（Breathing，人工呼吸）/简易呼吸器：施救者用置于患者前额的手拇指与食指捏住患者鼻孔，吸一口气，用口唇把患者的口全罩住，然后吹气，每次吹气应持续1秒，进行两次吹气。人工呼吸时潮气量应使病人胸廓起伏，能听到病人有呼气声。若使用简易呼吸器，需确保简易呼吸器连接正确，并正确应用“EC”手法，潮气量适宜，避免过度通气。

④再次评估：每5组CPR后检查心跳呼吸一次，评估不超过10秒。

6.2.2.2 基础处理

a) 平卧并抬高下肢：取头低脚高位，双腿抬高20-30厘米（可用衣物垫高），以增加回心血量，改善脑部供血。

b) 松开紧身衣物：解开患者衣领、腰带、领带等过紧的衣物，减轻身体束缚。

c) 开放气道：如果晕厥时间较长，要确保气道通畅，防止发生窒息。将晕厥患者的颈部垫高、下颌托起，使头部后仰，防止舌后坠堵塞气道。若口鼻有分泌物或呕吐物，将头偏向一侧清理，以免呕吐物误吸入气管或肺内引起吸入性肺炎或窒息。

d) 保持周围环境安静、通风，同时注意保暖。疏散围观人群，避免聚集。

6.2.2.3 观察记录患者情况

a) 观察记录生命体征：观察患者的神志；通过触摸颈动脉监测心跳，记录呼吸频率；有条件时可检测血压和体温。

b) 记录症状与诱因：询问在场人员或观察病人晕厥前的活动（如久站、剧烈咳嗽、情绪激动等），为后续诊断提供信息。

6.2.2.4 清醒后处理及对接120转运

a) 意识清醒后处理：大多数单纯性晕厥患者会在1-2分钟内自行恢复意识；若怀疑低血糖，清醒后可给予糖块、巧克力或者糊状的食物，慎用液体（容易呛咳）；体温低的患者要注意保暖，高热的患者要及时降温（如热射病引起的意识障碍）；患者意识不清时禁止喂食物，避免呛咳、呕吐、误吸的发

生。苏醒后不要急于让患者坐起或站立，应继续平躺休息一段时间，可以缓慢喂一些温水，补充水分。扶患者坐起时动作要慢，观察无不适后再缓慢站起，避免因体位再次变化引发晕厥。

b) 对接120，协助转运病人至急救车。

7 公共交通场所环境和配套设备设施

7.1 公共交通场所 AED 配套设备设施

表 1 公共交通场所AED配套设备设施

场所	配置数量
机场、火车站、长途汽车客运站	每楼层至少设置 1 台，楼层面积每超过 4 万平方米增设 1 台
码头	最大日人流量超过 3000 人次的，至少设置 1 台
执法执勤车辆、船舶	每 5 辆日常执法执勤车辆、船舶至少配置 1 台，少于 5 辆的配置 1 台
轨道交通站点	按站厅设置，每个站厅至少设置 1 台
最大日人流量超过 3000 人次的其他人员密集的公共场所	每个场所至少设置 1 台

7.2 设备定位标准

7.2.1 轨道交通系统（地铁/轻轨）

站厅层内AED设备每200米配置1台（按站厅配置），优先设置于安检口旁立柱（双向可视）、自动售票机集中区、站台中部综合服务亭；急救箱每站至少2套，车控室（含血糖仪、电子血压计、血氧仪）、站台端头应急柜（含担架等）。每节车厢配备小型急救包（含止血材料、巧克力食品）、紧急呼叫装置直连司机室。急救包位于驾驶员后方透明舱内，附带破窗锤功能。

7.2.2 航空运输系统

值机区每100米设1台AED；安检后区域餐饮集中区配置血氧监测站、登机口配备移动急救推车。飞机客舱内配置机载AED；应急救助箱，配备肾上腺素自动注射器（用于过敏性休克）。

7.2.3 公路客运系统

短距离交通鼓励配置AED。驾驶室后方嵌入式急救箱；电子屏显示最近医疗点。驾驶室配置一键报警系统，实时传输车辆位置至急救中心。

7.2.4 长途客运站

候车区每100米设1台AED，候车厅每500m²设1个急救站（含轮椅），配备无线生命体征监测仪（可对接120系统）；售票窗口配置紧急呼叫按钮。长途公共汽车内至少装载1台AED。

7.2.5 水路运输系统

最大日人流量超过3000人次的码头，至少设置1台AED。船舶应装载AED，急救包满足海事组织第MSC.256(84)决议《通过海上事故或海上事件安全调查国际标准和做法规则（事故调查规则）》的相关要求，配备海事卫星通讯设备。趸船每50米1个橙色应急柜候船厅。

7.3 设备维护与质量控制

7.3.1 自动体外除颤器（AED）作为一种关键的急救设备，在安放时不可将其锁闭，以免错失宝贵的抢救时间。安放时，应在该场所的平面示意图上明确标识其位置，并在重要出入口、AED放置处设置统一且明显的指示标识。同时，应配备保护外框，并具备警报及警铃功能。

7.3.2 依据现场实际情况，AED可悬挂在墙上，也可以直接贴墙落地放置。但需注意避免AED壁柜等物体影响人行道、走廊、通道或过道的正常通行。整体安装高度应不超过1.8米，尽可能确保拿取的方便

性和快捷性。同时，应提升 AED 的环境适应性和可靠性，使其具备更高的抗跌落高度、更高的防尘防水等级以及更宽的工作温度范围等性能，从而能够适应更多的公共场所环境。自动售卖机、便利店及 ATM 机等 24 小时开放的场所，是 AED 放置的优先选择。若在运输工具上安装 AED，应满足相应的行业标准，例如飞机上配置的 AED，应符合飞机转运标准。

7.3.3 设有 AED 的场所应配备 AED 管理员，管理员需定期检查 AED 电池（有条件的场所可配置具备自检功能的 AED）、耗材的有效日期及其功能。应选择有效期更长的耗材（包括电池和电极片），维持机器正常运作，并做好检查记录，妥善保存以备查验。AED 每次使用结束后，应及时收集使用数据并补充耗材。

7.3.4 AED 安置点应安装摄像头，以便对 AED 的使用与维护情况进行监督和管理。考虑到 AED 设备需“随时待命”，AED 设备可提供 4G 或 5G、基于蜂窝的窄带物联网（NB-IoT）、WiFi 等多种无线传输方式，并支持远程设备管理系统，能够随时对设备的状态、位置、耗材有效期等进行远程管理，确保设备随时可用。提供给 AED 设备配套使用的任何附属电气设备，应满足《体外除颤产品注册技术审查指导原则》相关要求。

8 法律责任承担及免除

本标准涉及的公共交通运营单位及其相关工作人员，其法律责任的承担或免除，依照《中华人民共和国民法典》的相关规定执行。若其他法律另有规定，则从其规定。

因自愿实施紧急救助行为而造成患者损害的，救助人不承担民事责任。前述救助人包括但不限于公共交通运营单位中，已接受或未接受本规范相关培训，以及未取得本规范要求救助培训合格证书的工作人员。

公共交通运营单位配备的、经过本规范专业急救培训且合格的工作人员，在实施紧急救助时，若已严格按照本标准的操作规范和流程进行操作，但因患者自身病情复杂、严重等不可预见或不可控制的因素，导致救助效果不理想或出现一定损害后果的，免除公共交通运营单位及相关工作人员的民事责任。

若因不可抗力因素，如自然灾害、交通严重堵塞等，致使无法及时将患者送达医疗机构或无法获得外部急救支援，进而影响救助效果的，在公共交通运营单位和相关人员无过错的情况下，免除其民事责任。

因公共交通运营单位按照本规范配置的紧急救助设施、设备或药品等产品存在缺陷，从而造成患者损害的，由该等产品的生产者或销售者依法承担责任。在公共交通运营单位和相关工作人员无过错的情况下，免除其民事责任。

此外，社会倡导公众积极参与急救培训，并通过媒体宣传等方式，减少公众在实施救助时的顾虑。

8.1 法律基础

依据《中华人民共和国民法典》第一百八十四条（“好人条款”）及《院前医疗急救管理办法》第二十二条，在实施救助行为时，需同步满足以下条件：对救助过程进行完整记录，确保证据链的合法性，并履行个人信息保护义务。根据最高人民法院于2022年发布的《关于适用〈中华人民共和国民法典〉总则编若干问题的解释》，善意救助者获得责任豁免需同时满足三个要件，即行为的紧急性、专业能力的相当性以及注意义务的合理性。

8.2 证据类型矩阵

表 2 证据类型矩阵

证据类别	具体内容	保存期限
音视频记录	监控录像、执法记录仪记录	≥2 年
电子数据	120 通话录音、AED 使用记录	≥3 年

文书证据	救助登记表、交接单	≥5 年
物证	药品包装、医疗耗材	至结案后 1 年

8.3 自愿救助者保护

应符合《中华人民共和国民法典》第一百八十四条的规定，在公共交通场所内，非负有法定救助职责的乘客或公众自愿对急病患者实施紧急救助，若造成受助人损害的，均不承担民事责任。公共交通运营单位应在现场通过设置标识、广播等方式，明确告知并鼓励此类善意救助行为。

8.4 证据管理技术规范

鼓励使用配备GPS定位和实时上传功能的执法记录仪或急救记录仪，对救助关键过程进行记录。宜采用区块链存证技术，对产生的电子数据（如自动体外除颤器AED使用记录、急救登记表等）进行固定和存储，以此确保其具备司法有效性。所有音视频证据的提取和封存工作应在24小时内完成，且应符合《最高人民法院关于互联网法院审理案件若干问题的规定》中对于电子证据的相关要求。

附录 A
(规范性)
公共交通领域心脑血管疾病应急救助的流程图

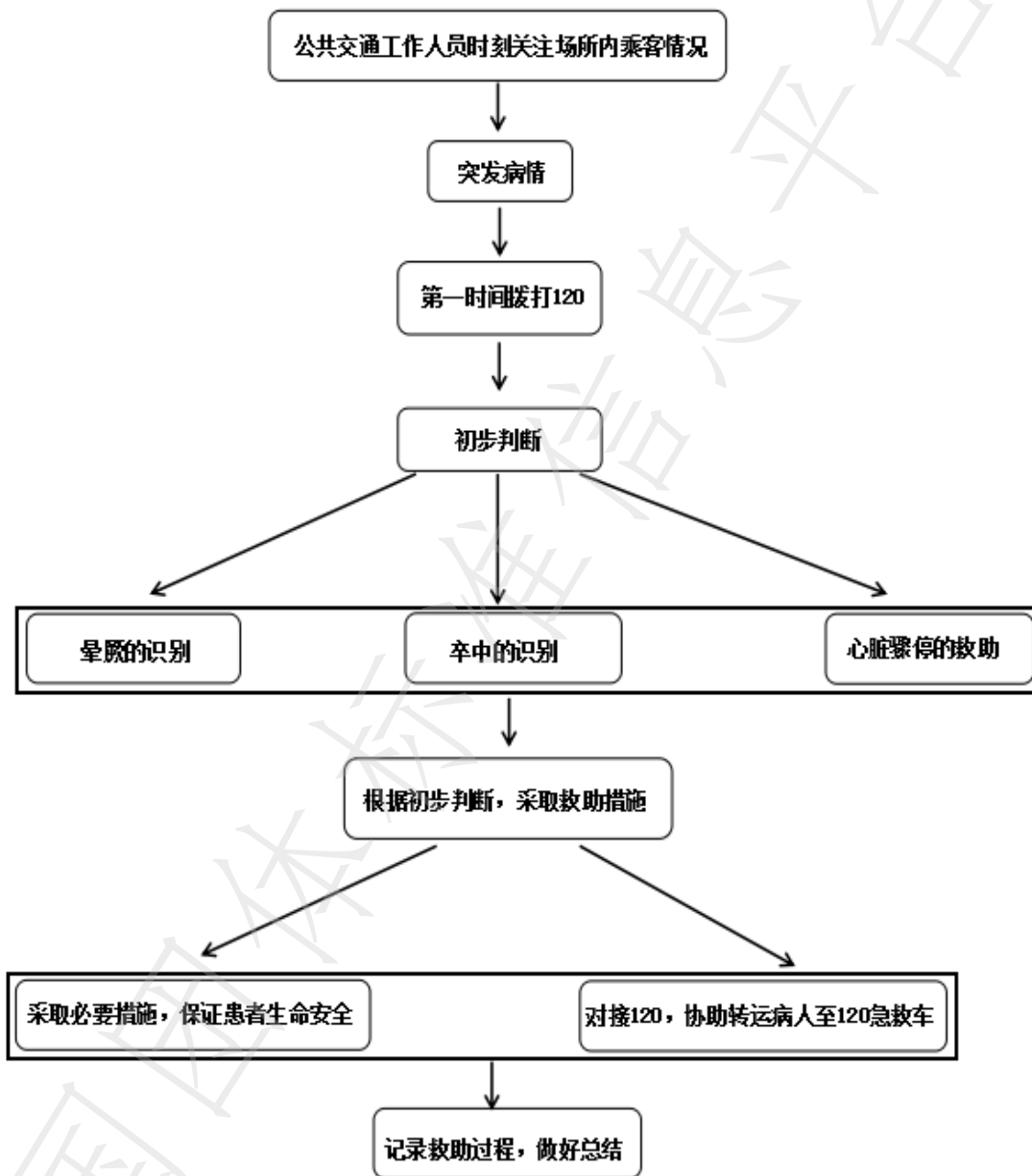


图 A 公共交通领域心脑血管疾病应急救助的流程图

附录 B
(规范性)
卒中的识别救助流程图

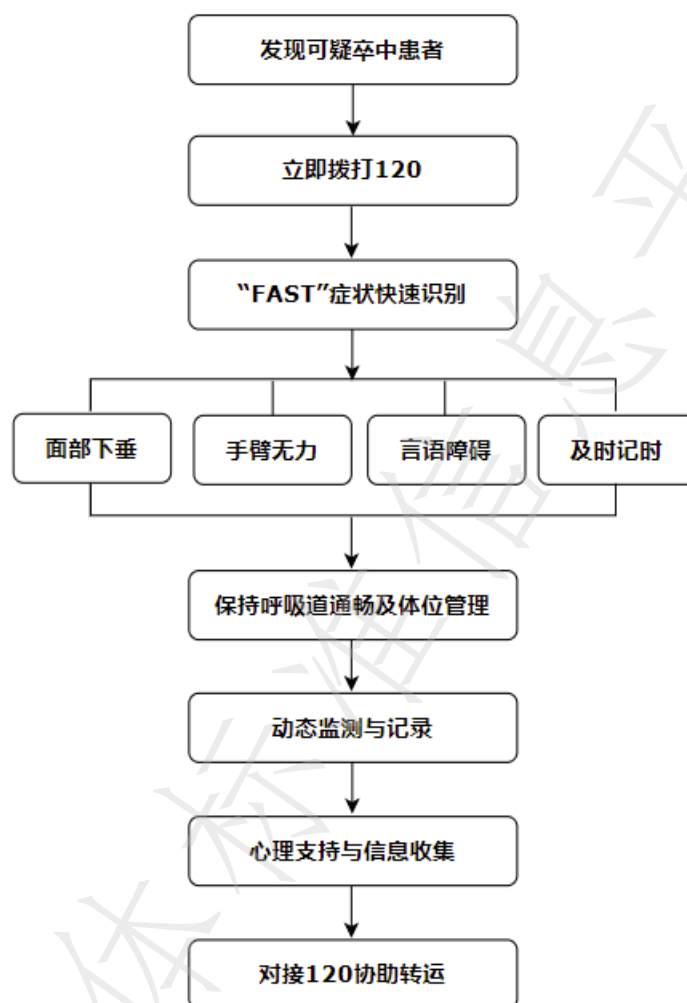


图 B 卒中的识别救助流程图

附录 C
(规范性)
晕厥的识别救助流程图

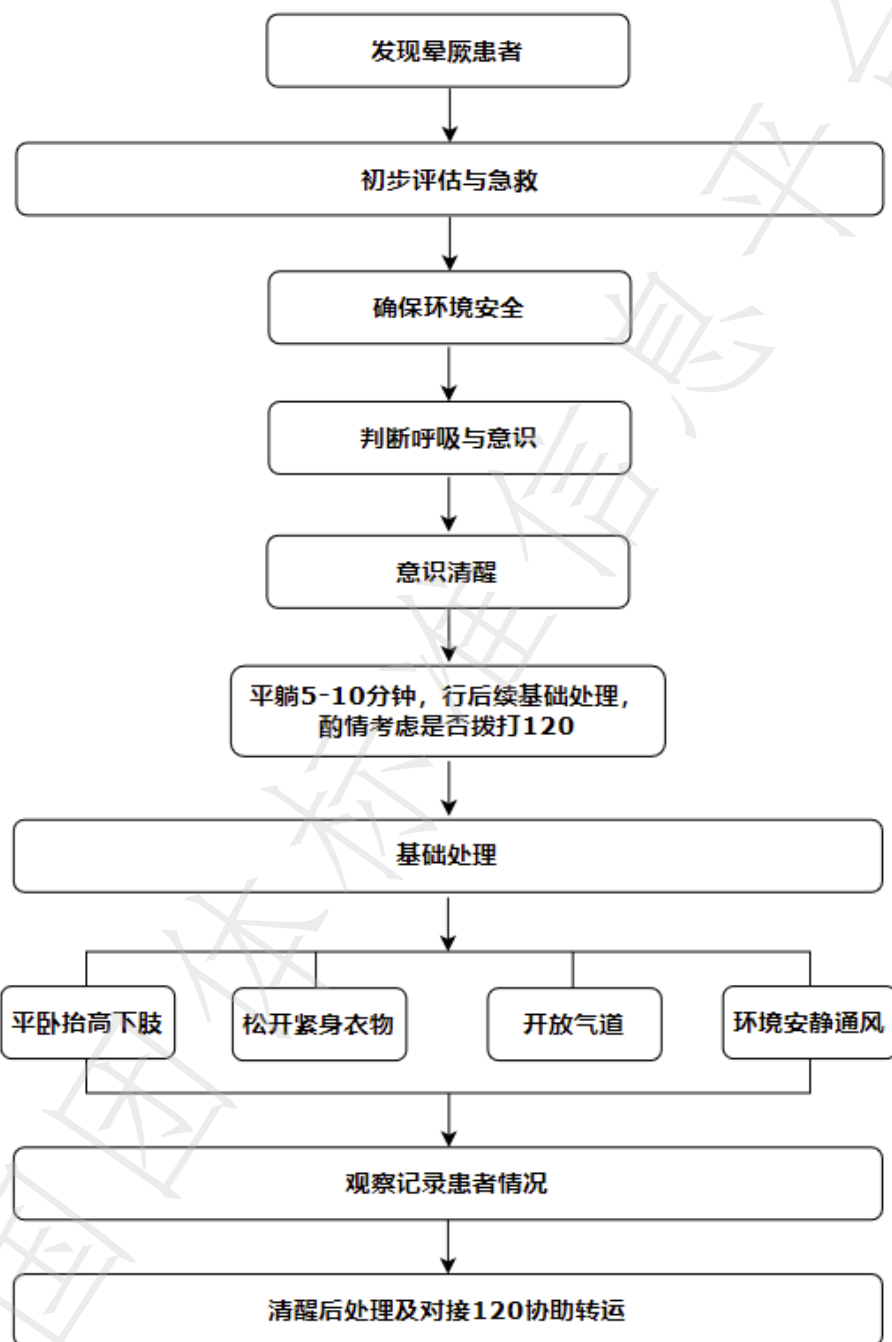


图 C 晕厥的识别救助流程图

参考文献

- [1] 中国高血压危象判断与治疗指南[J]. 中华糖尿病杂志, 2013, 5(8): 449-461.
- [2] American Diabetes Association Professional Practice Committee; 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S27–S49
- [3] American Diabetes Association Professional Practice Committee; 6. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S128–S145
- [4] Perkin, Ronald M. Pediatric hospital medicine: textbook of inpatient management 2. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2008: 105 [2015-11-25].
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018 [J].中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [6] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会等.心脏骤停基层诊疗指南(2019年) [J].中华全科医师杂志, 2019, 18(11): 1034-1041.
-