



J I A T I N G J I J I U T U J I E

家庭急救图解

韩 杰 常迎彬 主编



河北科学技术出版社

2001
R459.7
207
2

家庭急救图解

韩 杰 常迎彬 主编



河北科学技术出版社



3 0643 6568 1

图书在版编目(CIP)数据

家庭急救图解/韩杰,常迎彬主编. —石家庄:河北
科学技术出版社,2001
ISBN 7-5375-2517-X

I. 家… I. ①韩… ②常… II. 急救—图解
IV. R459.7-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 076041 号

家庭急救图解

韩 杰 常迎彬 主编

河北科学技术出版社出版发行(石家庄市和平西路新文里 8 号)
河北新华印刷二厂印刷 新华书店经销

850×1168 1/32 6 印张 150000 字 2002 年 2 月第 1 版
2002 年 2 月第 1 次印刷 印数:1—3000 定价:10.00 元
(如发现印装质量问题,请寄回我厂调换)

主 编

韩 杰 常迎彬

参加编写人员

吕柏南 李树仁 张 静 郑翠萍

耿 玮 常迎彬 韩 杰 路红梅

内文插图

梁春瑾

前 言

生活美满，家庭幸福，身体健康——多么美好的生活场景！但是，谁也无法预测人在何时、何地会发生什么疾病，遭遇什么样的事故与灾难。在我们周围的人群中可能会有遭遇各种不幸者，但你是否想过：他们中的一部分人如果能得到及时救治，或许还生活在我们中间！或者将病残减至最低程度。肯定的是，如果我们人人都懂得急救常识与技术，人间会减少一些痛苦与不幸！人类在与自然界长期斗争中已积累了丰富的自救本领，在医学与技术高度发达的今天，学会对社会、生活的关爱，就首先让我们学会急救常识吧！

本书详述了多种情况下的急救方法，图文并茂，浅显易懂，适合于公众作为科普知识阅读。即使作为医务工作者，相信在阅读完本书之后也会有“噢！原来如此”的感觉。

对急救知识多一份了解，也是对家人和朋友的一份关爱；对紧急事故多一份准备，也就等于少了一份伤害！茶余饭后阅读本书，你会从中获益匪浅。

愿天下的好心人一生幸福、平安。

作 者

目 录

生命急救处置

一、生命危急状态判断	(2)
二、昏迷者移动法	(5)
昏迷者搬运法	(5)
昏迷者拖拉法	(7)
三、昏迷体位	(8)
四、意识清醒者搬运	(11)
五、如何呼叫救护车	(12)
六、现场复苏 (基本生命支持、一次救命处置)	
.....	(14)
心肺复苏程序	(15)
人工呼吸与心脏按压配合方法	(22)
现场心肺复苏有效判断	(24)
七、严重出血 (止血法)	(25)
动脉出血与静脉出血判断 (出血性质判断)	(25)
出血量的估计	(26)
现场急救——止血法	(26)
八、生命急救处置顺序	(32)
九、气管内异物 (喉咙哽塞)	(33)
十、电击、雷击伤	(39)

十一、溺水	(41)
附：溺水抢救法	(44)

创伤的紧急处置

一、创伤	(48)
附 1：包扎术	(49)
附 2：悬带使用法	(53)
二、烧伤和烫伤	(56)
烧(烫)伤程度判断	(56)
现场急救	(57)
火灾发生时紧急救护	(61)
三、化学品烧伤	(63)
急救原则	(63)
酸烧伤	(63)
碱烧伤	(64)
磷烧伤	(65)
四、冻伤	(66)
冻疮	(66)
冻伤(局部冻伤、冻僵)	(67)
五、中暑	(69)
六、日炙	(73)
七、雪盲	(74)
八、眼内异物	(75)
九、耳内异物	(77)
十、鼻腔异物	(79)
十一、鼻出血	(80)

十二、齿部受伤	(82)
十三、车祸	(84)
十四、颅脑损伤	(86)
十五、颈背部损伤	(88)
十六、胸部损伤	(90)
肋骨骨折	(90)
损伤性气胸	(91)
十七、腹部损伤	(94)
闭合性腹部损伤(内伤)	(94)
开放性腹部损伤(腹开裂伤)	(95)
十八、腰及阴部损伤	(97)
十九、断肢(指、趾)	(99)
二十、软组织损伤	(101)
附:冷敷法	(102)
二十一、刺伤(扎刺)	(104)
二十二、金属钩针伤	(106)
二十三、手指夹伤	(108)
二十四、骨折	(109)
附 1:夹板使用法	(112)
附 2:担架制作使用法	(115)
附 3:脊柱骨折搬运法	(116)
二十五、动物咬伤	(117)
二十六、蛇咬伤	(119)
二十七、蜇伤	(122)
附:某些蜇咬伤特点	(123)

突发疾病的紧急处置

一、意识障碍（昏迷）	(126)
二、糖尿病昏迷	(129)
三、呼吸困难	(131)
附：换气过度综合征	(132)
四、哮喘发作	(133)
五、心脏病发作	(135)
六、胸部疼痛	(137)
七、急性腹痛	(139)
病情判断	(139)
急性腹痛时疾病的腹部定位	(140)
急救	(140)
八、疾病引发的大出血	(141)
静脉曲张破裂出血	(141)
咯血	(142)
呕血	(143)
九、女性阴道出血	(144)
十、发热	(146)
十一、惊厥	(148)
十二、抽筋	(150)
十三、紧急分娩（紧急接生法）	(153)

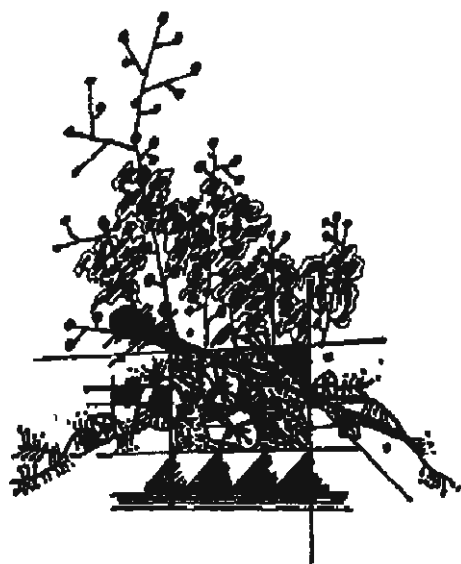
中毒的紧急处置

一、民用燃气中毒	(158)
二、一氧化碳中毒	(160)

三、细菌性食物中毒	(162)
四、动物性毒物中毒	(164)
河豚毒素中毒	(164)
鱼胆中毒	(165)
五、植物性毒物中毒	(166)
毒蕈中毒	(166)
曼陀罗中毒	(167)
发芽马铃薯中毒	(167)
木薯中毒	(168)
含亚硝酸盐类食物中毒	(169)
六、农药中毒	(170)
有机磷农药中毒	(170)
拟除虫菊酯类农药中毒	(171)
氨基甲酸酯类农药中毒	(172)
杀虫脒中毒	(173)
七、镇静催眠药物中毒	(174)
八、急性酒精中毒	(177)
九、家庭用品中毒	(179)

生 命

急救处置



一、生命危急状态判断

生命是否处于危急状态，可通过患者有无意识、呼吸、脉搏、大出血来判断。

患者因受伤、疾病等因素发生呼吸道阻塞、呼吸或心跳停止、大出血等而濒临死亡时，需要对其进行紧急生命救治，其中首先应对患者是否处于危险的生命状态做出判断。

请熟悉、并按以下程序进行患者生命危急状态判断。

1. 有无意识

“喂！你怎么了？”在患者耳边呼叫的同时轻摇二肩或试着拍打，以观察其反应。对于大声呼唤或刺激无反应时，可判断患者为无意识状态。

有意识时检查有无呼吸及大出血。

无意识时患者呼吸道变窄、阻塞，请立即开放气道。



喂！你怎么了？

2. 有无呼吸

使患者头后仰开放气道，观察胸部浮动，通过

判断有无意识

感觉从口鼻进出空气的气流及声音判断有无呼吸。



判断有无呼吸

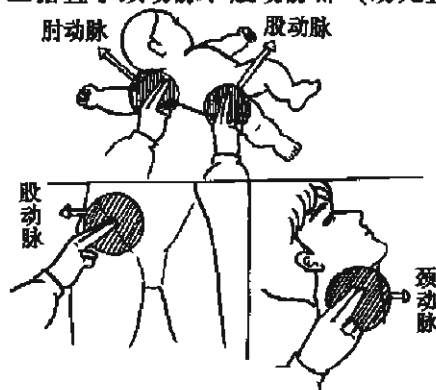
无呼吸状态判断：看不见患者胸部浮动；听不见气流进出口鼻的声音；自己的脸颊、手也感觉不到气息。

呼吸停止时生命处于危险状态，应立即施行开放气道、口对口人工呼吸。

有呼吸时检查有无大出血。

3. 有无脉搏

用食、中二指置于颈动脉、股动脉部（幼儿置于肘动脉或股动脉）



判断有无脉搏

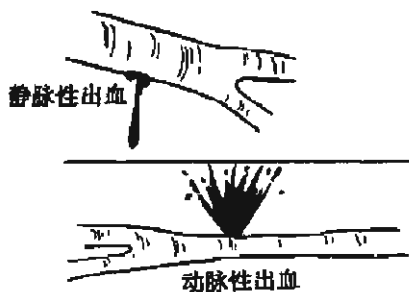
动脉) 约 5~10 秒, 若有脉搏可用指尖感觉。

感觉不到脉搏提示心跳停止, 应立即施行心脏按压。

有呼吸并有脉搏时, 检查有无大出血。

4. 有无大出血

血液从体表伤口呈鲜红色、连续柱状喷出为动脉性出血; 而呈暗红色, 缓慢或断续流出或漏出为静脉性出血。



观察出血情况

短时间内大量出血会使患者处于危险状态, 特别是婴幼儿, 尽管出血量看起来比成人少, 但决不可掉以轻心!

大出血时应对伤处施行紧急压迫止血。

无大出血时, 依照受伤或疾病的情况进行紧急处理。

二、昏迷者移动法

不可扭曲或束紧昏迷者身体及头颈！尽可能用担架、门板运送。

发现昏迷者时，原则上尽可能在不移动患者的情况下进行救治。但若事发现场有危险（如马路上、火灾现场、煤气泄漏、建筑物坍塌等）而无法救治时，需将昏迷者转移至安全地方。

移动昏迷者的同时请向周围人求援，或向 120 电话求救！

移动昏迷者时注意：不可扭曲患者头颈及身体！不可紧抱、束紧患者身体！不可触碰患者伤处！尽可能用担架、门板运送患者！

昏迷者搬运法

●先清理昏迷者口腔中血液、黏液及呕吐物，并检查其呼吸情况。如现场有危险，不可对患者施行人工呼吸，应使昏迷者仰卧，将其两手交叉叠放在腹部；若患者肥胖或距安全地方较远，须先绑扎昏迷者腕部以助搬运。

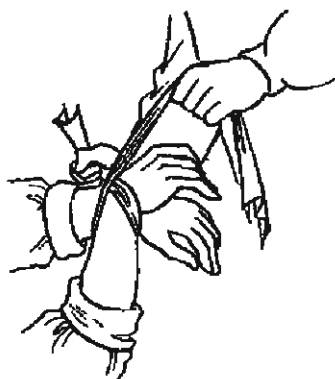


将昏迷者双手交叉放在腹部

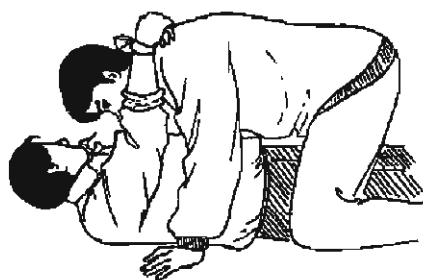
●可用腰带、领带、围巾、绷带绑扎昏迷者腕部。双腕均应先后绕扎牢固，不可松脱、也不宜太紧，以防妨碍手部血液循环。

●昏迷者双腕绑在一起后，绑带的两头打结。

●救护者跨跪在昏迷者之上，将自己的头伸入昏迷者双腕下，将其双腕置于自己的颈后。随即用手撑地抬起身来。

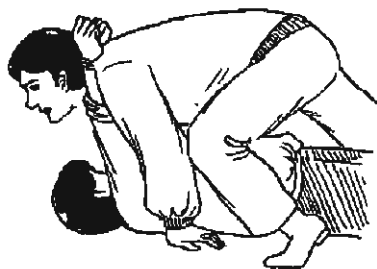


绑扎昏迷者腕部



救护者将头伸入昏迷者双腕下

●救护者尽量吊起昏迷者头及上身使其离地，匍匐前行离开险境。应该用双臂支撑昏迷者体重。



救护者吊起昏迷者头及上身使其离地，匍匐前行

昏迷者拖拉法

适用于搬运昏迷者上楼梯、台阶、斜坡等。

●救护者站在昏迷者头后方，弯腰低头（俯首）、并可望及昏迷者双脚。双手伸进昏迷者腋窝托起。如果昏迷者体型瘦小，就可以拉起拖行。



救护者双手伸进
昏迷者腋窝拖行

●若昏迷者为成人而体型巨大，救护者则须双手伸至昏迷者胸前，用一手握紧另一手腕将昏迷者拉起。切勿用十指交叉法拖拉，因易滑脱！拖拉昏迷者倒后行走时，应取蹲下或滑行姿势，用前臂承托昏迷者头部。如遇下楼、下坡，尽可能用大腿承托其头部。



救护者双手伸至昏迷者胸前，
一手握另一手腕拖行

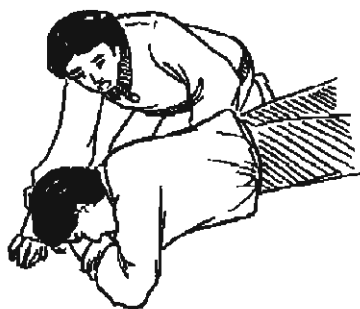
三、昏迷体位

昏迷者呼吸正常时被安置成昏迷体位是当务之急！

昏迷体位包括昏迷侧卧位、昏睡体位，是常见的救生方法。在生命急救过程中如遇患者处于昏迷状态而呼吸正常时，除非疑有骨折（如颈椎、脊柱），将患者安置成昏迷体位是当务之急，其后才施行其他救护处置。

●首先对患者进行病情判断。

●救护者跪于昏迷者一旁，用手指清理呼吸道。将昏迷者靠近救护者一侧的手臂拉直放在其头部后方。



判断病情



将昏迷者一只手臂拉直，
放在头部后方

●将另一只手臂横置其胸前，将距救护者较远侧的昏迷者的足踝置于较近的足踝上。



另一只手臂横置胸前，远侧足踝置于近侧足踝上

●一手垫托昏迷者头部，一手伸至臀部，将昏迷者轻轻翻向救护者跪下的一边，同时用双腿承住患者。



将昏迷者翻向救护者一边

●昏迷体位的两种姿势：

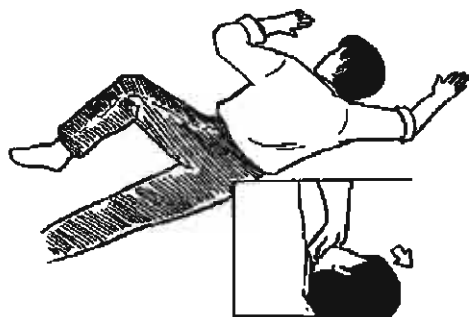
a. 昏迷侧卧位：抬高救护者一侧昏迷者的肩部，使同侧肘



昏迷侧卧位

部与肩平齐，并以肘部支撑上半身身体，弯曲该侧手臂，手掌放于下颏处支撑头部使下巴托起、头后仰，以通畅呼吸道、防止舌后坠。

b. 昏睡体位：将昏迷者靠近救护者一侧的上臂及大腿抬高，使其肘部与肩平齐，大腿与身体形成一适当角度，将其肘部及膝盖弯过来，将昏迷者下巴抬高、头后仰，使颈部拉直。



昏睡体位

四、意识清醒者搬运

意识清醒者的搬运仍不容忽视。

如患者伤势较轻微，仍可站立行走，搀扶患者离开现场即可。

如患者伤势较重，救护者应站在患者受伤一侧；如果伤处在手臂、肩部，则站在对侧。用一手从后拦腰横抱患者，紧紧抓住其臀部的衣物，并将患者一只手臂绕过自己颈后搭在肩头，然后用自己的另一只手握紧患者伸过来的手；假如患者伤口出血不止，则应腾出这只手替伤口止血。应该用自己的身体承起患者体重缓慢前行。

两人同时救援时也可用此法。分别站在患者两侧，但主要由未受伤一侧的救助者承起患者体重。



搀扶患者
离开现场

五、如何呼叫救护车

120 是你生命的救护神!

我国各城市都已使用 120 热线作为统一急救呼叫电话号码。遇有紧急、意外情况发生时，切记急救呼叫电话：120。

打急救电话

120



1. 呼叫 120 时

●电话拨通后，首先冷静告知对方需要救护车，准确报告被救护患者详细位置、地点。例如：

××区××路（街区）××巷
（胡同）××栋××层（号）……

急救电话：120

附近有明显公共标志物也需告知，如邮局、商场、公共建筑物及最接近的路、人口等。

●简洁报告事故、伤情、生病内容，如时间？谁？在哪儿？如何发生？现状？

●告知需救治人数。

●报告通话者姓名、电话号码。

●如有可能，应有人在标志物、醒目处、路口等地点引导救

护车。

2. 救护车到达后

●救护车到达后，向救护人员报告下列事项：

救护车到达前救护内容；

救护车到达前患者病情变化；

患者既往病史，主要病历资料。

●询问将送往哪家医疗机构，务必有至少一位家属同行。

●携带医疗保险卡、钱及简单替换衣物。

六、现场复苏（基本生命支持、一次救命处置）

时间就是生命！第一目击者对患者进行心肺复苏时间越早，患者存活率越高。

对医院外意外场合发生的患者呼吸、心跳骤停，非专业人员在事发现场不需使用器械或药品，徒手即可有效地处理即为现场（心肺）复苏，亦称基本生命支持、一次救命处置。

正确而有效地现场心肺复苏可维持患者的生命，为转送医院进一步进行高级生命支持赢得时间。资料表明：4分钟内施行复苏有一半患者存活，4-6分钟只有10%患者可存活，超过10分钟几无存活可能。因此，争取在最早的时间内对患者进行现场复苏是复苏成功的关键。时间就是生命！！

遇有生命处于危险状态时，最先目击者切勿匆忙“招手拦车”或急于寻找救护人员，应立即对患者进行生命急救。在10秒内，最多数十秒内一旦明确患者呼吸、心跳已经停止，立即施行口对口人工呼吸、胸外心脏按压。

如果你是单独在现场施行生命急救工作，在医务人员到达现场前，请按照以下步骤进行复苏。如果可能，在你从事救护同时，派人去找救护人员。

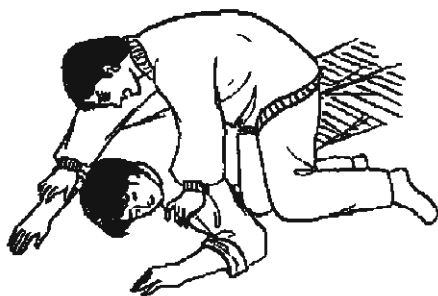
心肺复苏程序

1. 检查有无意识

呼叫、摇动患者，若无反应，可掐人中、合谷穴。时间少于10秒。

有意识时若有呼吸困难，进行人工呼吸。

有大出血时紧急压迫止血。



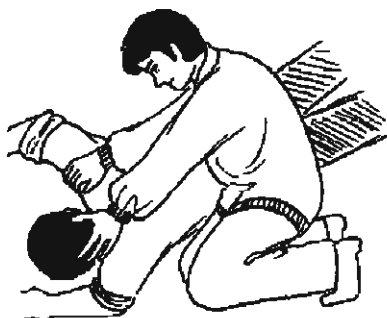
呼叫、摇动患者

2. 呼救

确认患者意识丧失时，立刻呼叫周围人帮助及拨打电话120。



呼救



放置仰卧位

3. 放置仰卧位（心肺复苏体位）

一手支撑患者头颈部，另一手绕过肩膀，整体翻动身体呈去枕仰卧于硬平面上，拉直双腿以利抢救（不要扭曲头颈及躯干）。

昏迷者按照正确的移动法移动。

疑有颈部及脊柱损伤，搬运时不可扭曲患者头颈和身体。

4. 通畅（开放）呼吸道

●清理口腔异物，如呕出物、血液、假牙等。

●开放气道。方法有3种：

a. 仰头抬颈法：一手位于患者前额，另一手位于颈后，头朝后仰。



仰头抬颈法

b. 仰头举颌法：用仰头抬颈法无法打开气道时，拿开位于颈后的手，用食、中二指置于下颌骨下颏处，抬高下颏至上下齿相咬殆时为止。若为婴幼儿，不可过分将头后仰，仅用一食指抬高下颏。



仰头举颌法

c. 双手抬颌法：双手抓紧患者下颌角将下颌上抬。



双手抬颌法

对于呼吸道阻塞而颈椎明显畸形，或疑有颈椎损伤时，尽管不正确的搬动可导致患者永久性瘫痪，但呼吸道梗阻可立即致死！因此，第一步仍为托起下颌、开放气道。

对于意识不清者，也可将舌拉出以开放气道。

5. 检查有无呼吸

用耳贴近患者口鼻，头侧向患侧胸部，时间少于5秒。

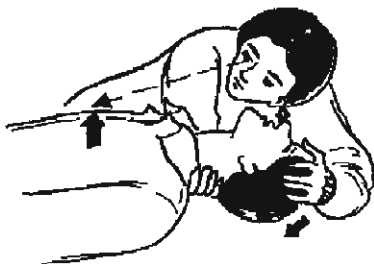
- 用眼睛观察患者胸部有无起伏。

- 用耳听呼吸道有无气流通过。

- 面部感觉呼吸道有无气体排出。

患者胸部有起伏，但耳听及面颊感觉均无气体通过鼻时即可判断为无呼吸。

有呼吸时采取昏迷体位。



检查有无呼吸

6. 人工呼吸

除非患者呼吸停止是由于颈部受到勒束引起，否则不要浪费时间去找人或松解衣物！因呼吸停止6分钟后复苏成功的可能性很小。

(1) 口对口人工呼吸

- 打开气道、捏住鼻子，在通畅气道状态下，用压前额的手捏住鼻子，深吸一口气。

- 吹气。口包严患者的口缓缓用力吹气1~1.5秒至自己无气为止。不可让气从患者口的周围泄

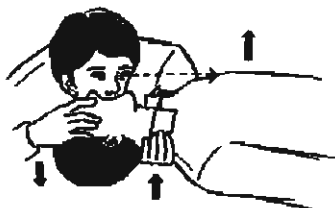


打开气道，捏住鼻子

漏。首先吹气两口！

●观察胸部是否抬起。患者胸部起伏为吹气有效。

第一次吹气后胸部恢复到原来位置即行第二次吹气。吹气后快速与患者口部脱离，放开鼻孔，观察患者呼气。



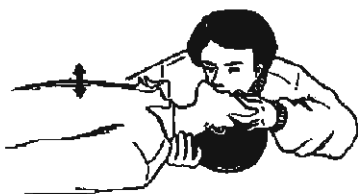
吹气



观察胸部是否起伏

●捏紧鼻孔，再吹气。

●仰头举颏法时抬高下颌至上下齿相咬殆，捏住鼻进行吹气。

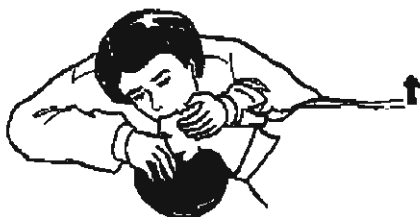


捏紧鼻孔吹气

(2) 口对鼻人工呼吸

面部损伤时可能不易将气体吹入患者口中，可以口对鼻方式吹气。

方法：深吸一口气并用嘴将患者鼻子包住，将患者下巴抬起使其嘴紧闭，用力将气吹入患者鼻腔内，然后将自己的嘴移开，用手把患者的嘴拉开以使气体溢出。



口对鼻吹气

(3) 口对口鼻人工呼吸

婴幼儿时请以口对口鼻方式进行吹气。吹气的量以肚脐以上

腹区不膨胀为宜。

施行人工呼吸时注意：

●首次人工呼吸吹气两口。

●连续 2 次人工呼吸后检查脉搏。

●单人进行现场复苏时，每按压胸部 15 次，吹气两口，即 15:2；双人进行复苏时每按压胸部 5 次吹气一口，即 5:1；有心跳无呼吸时每 5 秒吹气一口（12~16 次/分）。



婴幼儿口对口鼻吹气

7. 检查有无脉搏

时间少于 5 秒。

一手放在患者前额保持气道开放，另一手轻轻触摸颈动脉或股动脉，多为颈动脉。婴幼儿颈部短而胖，应检查肘动脉或股动脉。

有脉搏时持续施行口对口人工呼吸至救护人员到达。

无脉搏时开放气道，反复施行人工呼吸与心脏按压。



检查有无脉搏

8. 心脏按压

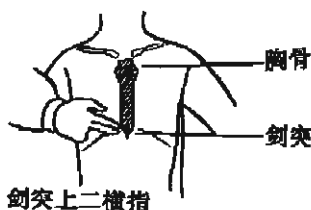
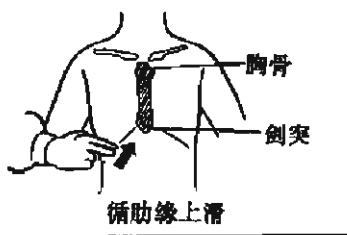
●心前区叩击：一旦确认心跳骤停，立即以“空心拳头”在按压部位以 30~50 厘米的高度，用 50 牛的力量垂直向下猛捶心前区 1~2 次。此法对心跳骤停 1 分钟以内者可起作用。

●寻找心脏按压部位：跪于患者胸侧，手食、中指从肋骨下

缘开始（如箭头方向所示）向腹部中央（剑突部）上移至胸骨下端，取胸骨中下 1/3 交界处（剑突上二横指）。



胸前区叩击

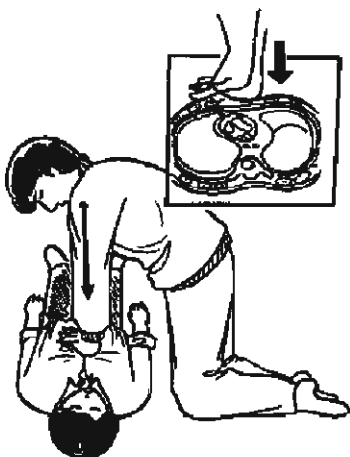


心脏按压部位

●掌根放在按压区,双手掌重叠并翘起,使手指抬高而不压迫胸壁。

●救治者双臂绷直不弯曲与地面垂直,肩、肘、腕关节在一条直线上,利用上半身重量及臂肌、肩的力量,平稳、规律、垂直向下用力按压,深度成人为 4~5 厘米,儿童为 2~3 厘米。

按压至最低点处应有一明显停顿,放松时手掌不要离开胸壁,待

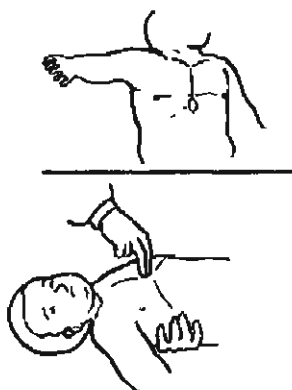


救治者双臂绷直按压

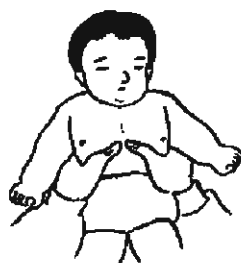
胸部恢复至原来高度后才可完全放松,并在此位置反复按压。

●按压速度 80 ~ 100 次/分,以压迫时间与放松时间相等的节律进行。

●婴幼儿心脏按压部位在左右乳头连线与胸部中央交叉点,用 2 ~ 3 根手指以 100 ~ 120 次/分速度按压,至胸部下陷 1.5 ~ 2.5 厘米为止。



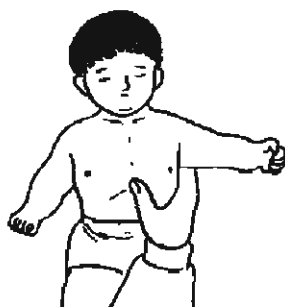
婴幼儿心脏按压



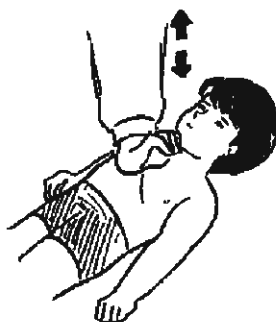
婴幼儿环抱按压法

婴幼儿也可采用环抱按压法。

新生儿可采用单手按压法。



新生儿单手按压法



儿童按压

儿童按压部位与成人相同，但按压时掌根以 80 ~ 100 次/分速度按压至胸骨下陷 2.5 ~ 3.5 厘米。

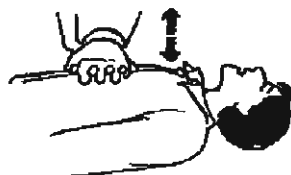
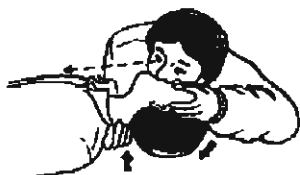
●心脏按压与口对口人工呼吸要持续到呼吸与脉搏充分恢复或医务人员到达时为止。

9. 转送医疗机构

继续进行高级生命支持。

人工呼吸与心脏按压配合方法

人工呼吸与心脏按压原则上应由一人施行，二人施行时应熟悉现场心肺复苏技术。患者无呼吸与脉搏时，必须交替对其施行人工呼吸与心脏按压。



一人施行人工呼吸与心脏按压

1. 一人施行时

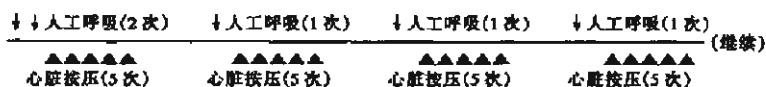
●成人：开始时施行 2 次人工呼吸。检查无脉搏时心脏按压 15 次，其后口对口人工呼吸 2 次，与心脏按压 15 次交替配合反复施行。心脏按压速度 80 ~ 100 次/分。

成人



●儿童（<10岁）：开始时施行人工呼吸2次。若无脉搏，心脏按压5次，其后人工呼吸1次，与心脏按压5次交替配合反复施行。心脏按压速度儿童为80~100次/分，婴幼儿为100~120次/分。

儿童、婴幼儿



2. 二人施行时

二位救治者的位置应将患者夹在中间，或一人位于头侧，二人相互间应不碰撞肩膀。



二人施行人工呼吸与心脏按压

●一人施行5次心脏按压的同时，另一人施行1次口对口人工呼吸，应配合默契。心脏按压速度成人80~100次/分，婴幼儿为100~120次/分。

成人

↓人工呼吸(1次) ↓人工呼吸(1次) ↓人工呼吸(1次) ↓人工呼吸(1次) ↓人工呼吸(1次) (继续)
▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次) ▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次) ▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次) ▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次) ▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次)

儿童、婴幼儿

↓人工呼吸(1次) ↓人工呼吸(1次) ↓人工呼吸(1次) ↓人工呼吸(1次) (继续)
▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次) ▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次) ▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次) ▲▲▲▲▲ 心脏按压(5次)

●吹气必须在心脏按压松弛时进行。

在复苏开始1分钟后，检查1次脉搏、呼吸、瞳孔，以后每4~5分钟检查1次，每次不超过5秒，最好由旁边协助抢救人员进行。若仅一人进行复苏，每次按压时需重新确定按压部位。

现场心肺复苏有效判断

- 面色由青紫、苍白转为红润。
- 心脏按压时可触及大动脉搏动。
- 人工呼吸时胸部抬起。
- 患者意识丧失及昏迷程度减轻。

当患者呼吸与心跳充分恢复，或专业救护人员到达后，现场人员可中止对患者复苏而由专业人员继续进行救治。所谓已有充分心跳是指即使不用心脏按压，也可在大动脉处测到每分钟60次以上的脉搏。

七、严重出血（止血法）

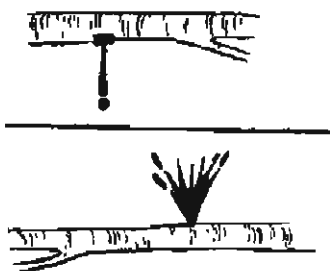
加压包扎止血是最实用、有效的止血法。

从身体表面伤口出血为外出血，而颅内、体腔内出血则为内出血。在抢救严重出血患者过程中，正确及时止血对减少死亡率、致残率极为重要。大多数为外出血，现场急救者都可简单止血。

体腔内出血如呕血、咯血的救治另述。

动脉出血与静脉出血判断（出血性质判断）

观察伤口出血状态及出血颜色。动脉性出血时伤口喷出鲜红色血液，并呈与动脉搏动同步的间歇喷射状，短时间内使大量血液自体内流出；毛细血管性出血多为鲜红色自伤口渐渐流出；静脉性出血时，从伤口持续涌出暗红色血液，但大多数不会出现大量出血。



出血性质判断

出血量的估计

●小量失血：多在 500 毫升以内。患者情绪基本稳定，四肢温暖或稍凉，唇色正常，脉率在 100 次/分以内。

●中等量失血：出血量 500 ~ 1000 毫升。患者情绪烦躁或抑郁，反应淡漠，四肢湿冷，唇发白或紫绀，脉率在 100 ~ 140 次/分。

●大量失血：出血量 2000 毫升以上。患者反应迟钝，甚至模糊不清或躁动不安，四肢冰冷，口唇灰色或青紫，脉搏极弱或测不到，每分钟 140 次以上。

现场急救——止血法

较小的创伤性出血常能自止。严重创伤出血时由于流速较快、出血不易自凝，此时急救的目的是尽快阻止血流。加压包扎是当前最重要而实用的止血方法。

1. 加压包扎止血法

一般小动脉、小静脉出血多能以此法控制。

●患者躺下。如为四肢、头部伤口出血，除非伤处疑有骨折，应将受伤部位高出心脏平面；若为胸部伤口出血，则应使患者坐起，上身偏向受伤一侧。

●立即用相对干净的垫布放在伤口上，双手按压直至流血停止。

如果伤口裂开，应将伤口边缘



将受伤部位高出心脏平面

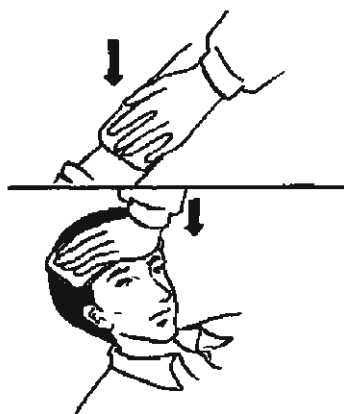
拉拢；如果伤口内嵌有其他物品，要对它的四周、而不要对它施压。

●伤口止血后用清洁毛巾或布料清拭伤口周围碎屑，但不可触及伤口。

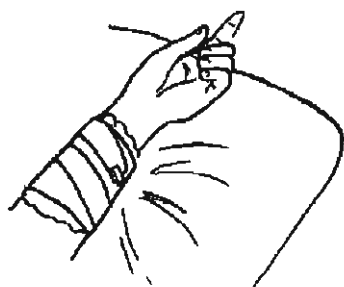
切勿拔出伤口内的锐器如刀、剪等，以免造成更猛烈的出血！！

●敷料放置妥当后用绷带或一厚实敷料（衣物、毛巾等）将整个伤口包扎并保持适当松紧度，以能达到止血为宜。紧急情况下，任何具吸水性能的布料均可用作敷料。

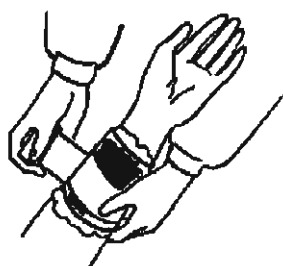
不要用止血带！！



用干净垫布按压止血



包扎伤口

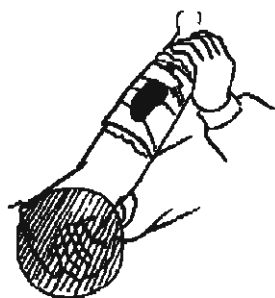


血浸透绷带，再加一层裹紧

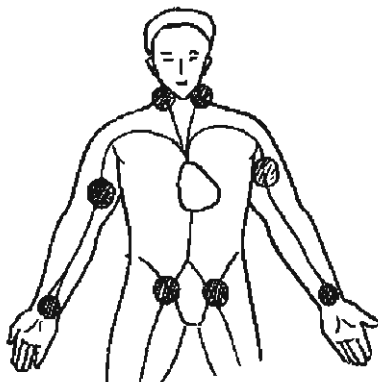
●如果血浸透绷带、敷料，不要将绷带取掉，要多加一层敷布裹紧。

●如果加压包扎无法使出血减速或停止，可选用特定动脉压迫点施压。

●包扎止血后抬高伤肢，以避免因静脉回流受阻而增加出血量。



动脉压迫点加压止血



指压法止血按压部位

2. 指压法

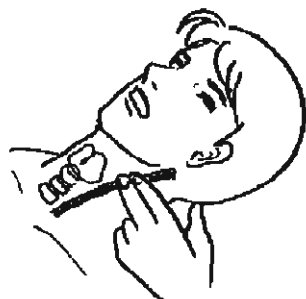
用手指压迫动脉经过骨

骼表面的部分，以达到暂时止血目的。一般效果有限，不能持久，仅限于无法止住伤口出血，或配合伤口加压包扎时，但施压时间切勿超过 15 分钟！其后应根据具体部位及伤情配合其他止血措施。

●头部出血：压迫面动脉、颞浅动脉以止同侧面、头部出血。



止头部出血



止颈部出血

●颈部出血：压迫一侧颈总动脉。在患者喉部放食、中指，

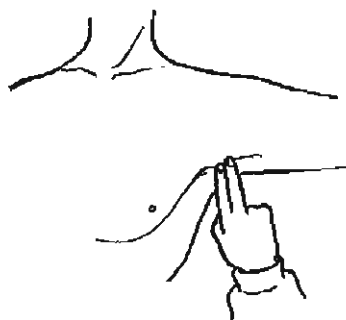
并横向伸向耳下，可触及软的部分转换为硬的骨性部分，其转换的凹陷处即为颈总动脉。

不可同时压迫双侧颈总动脉！

●肩部出血：在颈根部凹陷处（锁骨上窝），胸锁乳突肌锁骨头外侧向后对准第1肋骨压迫。



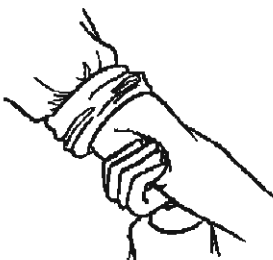
止肩部出血



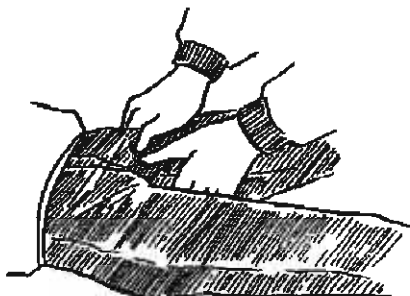
压迫腋动脉止上臂出血

●上臂出血：腋动脉压迫可从腋窝中点向上压向肱骨头。

肱动脉是沿着上臂内侧纵向行走。前臂、手腕及手部出血可用一手举起伤肢，使其与患者肩部大致平齐，另一手则从下抓紧伤肢上臂，四个手指在腋窝与肘之间顺纵行肌肉，齐力将肱动脉压向肱骨。



压迫肱动脉止上臂出血



止下肢出血

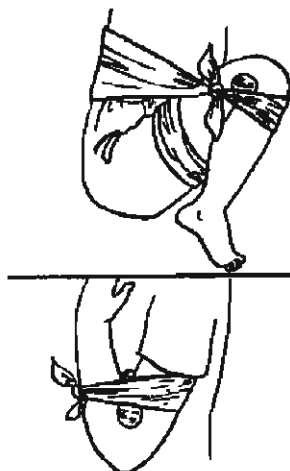
●下肢出血：压迫股动脉以止血。将患者伤肢膝部屈曲，两手紧握其大腿，以两个拇指用力压迫大腿根部腹股沟皱褶中央或稍下方（用一个拇指放在另一拇指上面合力下压）。施压时用力要平稳。

3. 屈曲肢体加垫止血法

肘、膝关节远端肢体出血时可根据情况选用，但患者痛苦大。

●确认伤肢无骨折后，在肘窝、胭窝垫以棉垫卷或绷带卷，将肘、膝关节尽力弯曲，借衬垫物压迫动脉。

●用绷带或三角巾将该肢体固定于屈曲位。



屈曲位

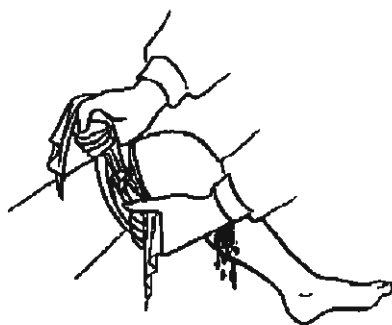
4. 填塞止血法

适用于大腿根部、腋窝、肩部等处的出血或宽而深的伤口出血。用无菌敷料填入伤口，外用大块敷料加压包扎。

5. 止血带止血法

只适用于四肢大动脉出血！一般在加压包扎无效时才使用。若现场无专用止血带，三角巾、围巾、领带、毛巾等也可替代止血带用。

●将三角巾、围巾等撕、拆成5厘米宽，在伤口近心



止血带止血

端（腕、肘或膝之上）紧紧绕上 2 圈绑紧，但上臂止血带不应绑在中 1/3 处，以免损伤桡神经；止血带要尽量接近伤口；不可直接缠在皮肤上，其下必须衬垫。

●用硬棒、金属物置于绑结上绞紧，松紧度以伤口停止出血为宜。

专用止血带标准压力：上肢 33.3 ~ 40 千帕，下肢 53.3 ~ 66.7 千帕。

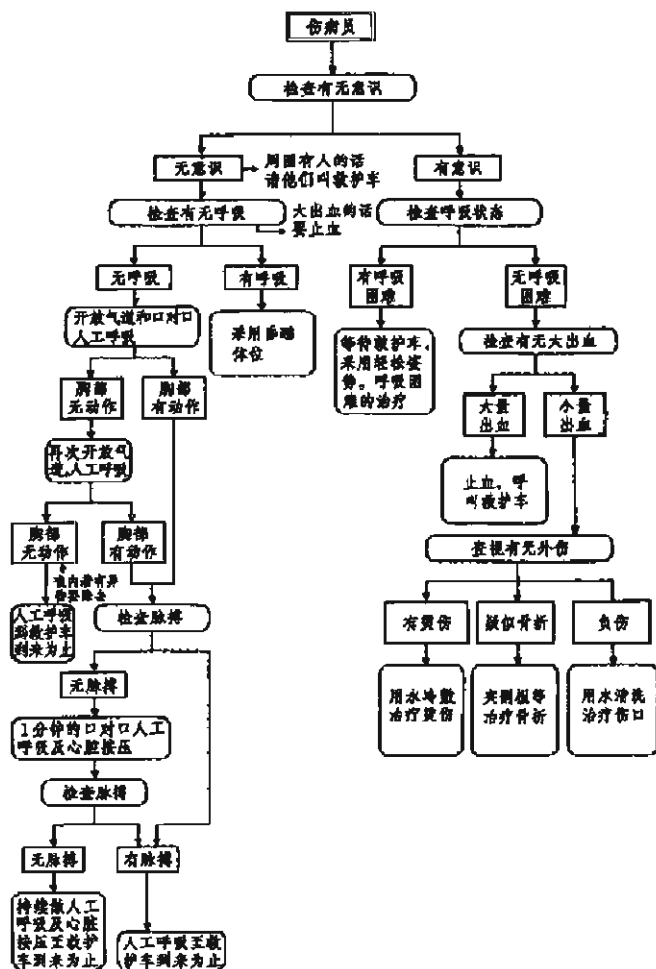
注意：细而窄的绳、索会破坏皮下组织与神经，应禁止使用！

●在绑扎止血带部位写上开始时间，使其一目了然，急送医院。原则上应尽量缩短绑紧止血带时间，最长不超过 3 小时，若超过 1 小时，应在 20 ~ 30 分钟内松绑 1 ~ 2 分钟，让少量血流出以防远端肢体缺血坏死。



在止血部位
写上开始时间

八、生命急救处置顺序



九、气管内异物（喉咙哽塞）

异物阻塞呼吸道后果严重！必须争分夺秒应用各种方法协助排出异物。请重视对幼儿的监护！

食物或其他物品阻塞气道会引起哽塞，尤以幼儿吞食糖果、花生、小玩具等及成人假牙脱落入气管为常见。气管阻塞时，患者会竭尽全力呼吸，但结果反会使阻塞气道的异物更加深入气管，呼吸困难加重，气道完全阻塞则立即致人窒息。因此，遇有发生气管异物的人时，必须争分夺秒，采取紧急救治措施。

1. 表现

- 阵咳。
- 面、颈部充血或青紫。
- 呼吸费力，不省人事，呼吸停止。
- 婴幼儿突然咳嗽、发出哽咽声，呼吸有“啾—啾”声及痛苦的呼吸声，于嬉玩中可突然昏倒。

2. 气管内异物世界通用手势

发生气管内异物时患者无法说话，可用拇指与其他手指捏住颈部，通知其他人自己的咽喉内有异物哽塞，需要帮助。



通知他人自己
咽喉有异物

3. 急救

如果气道部分阻塞，患者会反射性地吸入足够空气做有效咳嗽。只要患者在咳嗽且脸色正常，你就不要帮助他；如果咳嗽微弱无力、呼吸困难，就需要对他施行救护。

若患者有意识、无法咳嗽时，请从协助排出异物开始急救。

若患者无意识时，请即刻开放气道并人工呼吸。

(1) 意识清醒时

第一，继续咳嗽。

患者可继续咳嗽，使异物随痰排出。

若无法咳出异物或咳声减弱时，继续施行下法。

第二，协助排出异物。

a. 拍打背部法：单手手掌支撑患者胸部并将其头

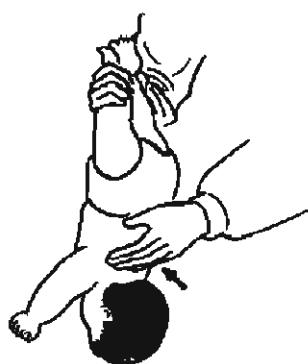
压的比胸低，另一手掌在患者背部两肩胛骨中央用力、快速拍打4~5次。



继续咳嗽



拍打背部



拍打婴儿

如为婴儿，则一手抓住其双足倒提起来，另一手拍打。

如为儿童，则使其俯卧于成人大腿上，头足垂于腿旁拍打。



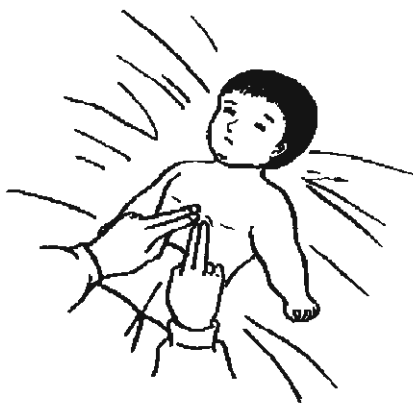
拍打儿童



推压婴儿上腹

b. 推压上腹法：是一种较新概念的清理气道异物的方法。优点在于施压部位较低，又能持续不断将异物清理出来。拍打背部无效时可用此法。

☆婴儿：将婴儿置于自己膝上，面朝外，双手各伸出二指，以指尖于婴儿上腹近脐部位向上轻轻施以平稳压力。



推压幼儿上腹

☆幼儿：仰卧，双手各伸出二指，以指尖置于上腹近脐部位，向上轻轻施以平稳压力。

☆成人：

* 患者站立或坐下，救助者站在患者背后，一手握拳，以拇

指的一边置于患者接近肚脐但远离肋骨下缘之部位，另一手则抓紧握拳之手，随即用力紧抱压迫患者上腹部3~4下，用力方向朝向己方，要用双手施压。



救助者推压腹部



自我推压腹部

* 自我救护：患者一手握拳，以拇指置于上腹部近肚脐部位，另一手抓紧握拳的手向内、向上猛力推压几次。

也可以利用椅背、桌边，两手紧扶椅子两旁俯身椅背上，椅背边缘顶住上腹部近肚脐部位，先向内，再向上使劲推压3~4次。

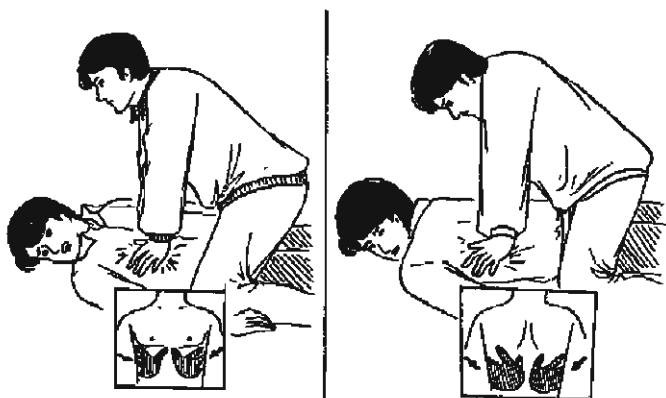
c. 压迫侧胸法：拍打背部无效时可用此法。患者俯卧或仰卧，救助者跪于患者两腿旁，手掌置于患者侧胸部向内侧紧压缩迫。



借助椅背、桌边推压腹部

(2) 无意识或意识逐渐丧失时

第一，无意识时首先开放气道并人工呼吸。



压迫侧胸

未恢复呼吸时继续单手拍打背部；意识恢复后也需送往医院或呼叫救护车。

第二，继续排出异物。气管内异物阻塞的昏迷患者大多数没有意识，此时用前述抬举式拍打背部法多无效果，可用以下方法：

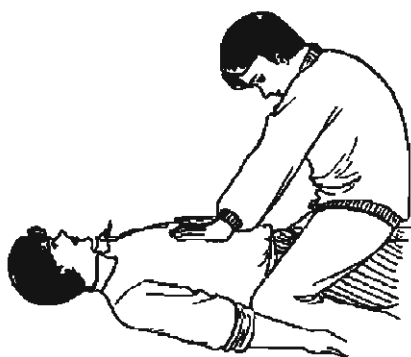
a. 单手拍打背部：首先跪下，将患者身体侧卧朝向自己，在两肩胛骨中央单手用力快速拍打4~5次。

b. 推压上腹：患者仰卧，双腿分开，救助者跨跪在患者臀部两侧，左手置于患者肚脐上方，右手压住左手手背，先往下，再朝上推压患者上腹部（推压上腹法）。



单手拍打背部

此二法仍无效时，继续进行到第三项。



推压上腹



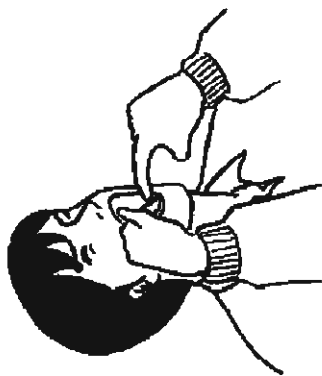
压迫侧胸

第三，压迫侧胸。无意识者上述二法无效时施行此法。此时俯卧或仰卧的操作要领相同。

第四，检查异物是否从口中排出。成人无意识时将患者脸朝侧向，交叉拇、食指打开口腔，用另一手的手指探入脸颊内侧进入口中，碰到异物时将其取出，将患者安置成昏迷侧卧位。

切记儿童不可行此处置！因有时反而会将异物压入更深处。

无法取出异物时，反复施行政程序第一至第四项，直到救护车到达。



检查口中异物

十、电击、雷击伤

常致心跳骤停。立即切断电源，紧急现场复苏！

电击伤常因用电操作不慎，或装备电器、电路失误而发生。自然界的闪电、雷击如同高压电源一样，也会造成死亡。

1. 表现

电流进入人体可将人击倒，造成意识丧失或呼吸、心跳骤停；电流经人体组织向外扩散，会造成深入而广泛损害。但在表面皮肤可能仅留一个肉眼可见的小伤口。

(1) 低压电击伤

低压电指家庭日常用电，或办公室、工厂、商店等照明用电。

- 创面仅限于触电部位，伤口浅，损伤组织范围小。
- 易致心跳骤停而死亡。

(2) 高压电击伤

高压电源包括工业用电、输电线等。电源可经地面传导，甚至距人 18 米也有致人伤亡的危险。

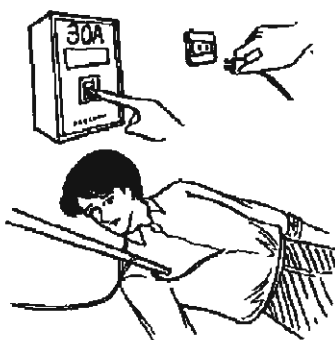
- 有进口及出口 2 个以上伤口。进口较出口创面深而大。
- 进口处皮肤凝固、炭化呈一深凹创面，创面周围暗黄色、渐为黑色，常见坏死肌肉、骨骼；出口创面中心凹陷，感觉丧失。
- 心跳骤停，呼吸麻痹。

- 手掌触及电源时紧握电源之手干枯、炭化。
- 头面部电击伤时,头皮、颅骨损伤,可昏迷、四肢运动障碍。

2. 现场急救

遇上触电事故,尤其是在电气工程人员切断高压电源前,切勿贸然接触伤员!首先明确自己是否有触电危险。穿胶底鞋、站在干燥木板上具有良好绝缘保护性。遭雷电袭击的伤员不具传电性,可立即对其进行抢救。

●迅速切断电源。拉闸,或用木棍、竹竿、椅凳等不易导电物体挑开电线、电器或击倒伤员。



拉闸,用不导电物体挑开电线

扑灭伤员衣物火焰,将伤员移至通风、安全处。令伤员平卧。

●现场心肺复苏。检查伤员呼吸及脉搏,有不规则呼吸、心跳骤停时立即施行人工呼吸及心脏按压。

●伤员尚有呼吸或呼吸恢复正常、但意识丧失时,将其安置成昏迷侧卧位。

对电击伤口、软组织损伤及骨折给予简单包扎、止血、固定等处理,并呼叫救护车急送医院。



包扎、止血、固定

●雷击时身体有水分相当危险,须马上脱离水源如水塘、浴池,擦干身体;在空旷场地发生雷击时宜将身体姿势压低;远离高大树木、水泥地、金属物品。

雷击常致伤员心跳骤停,立即施行心肺复苏。

十一、溺水

不要过分强调倒水而延误抢救时间！溺水者一救出水面，立刻行人工呼吸。

遇溺致死的原因，是由于溺水者在水中挣扎，呼吸时水进入气管后阻塞呼吸道或反射性喉痉挛。只要发生溺水情况，尽快对患者做人工呼吸至关重要！不要浪费时间去找人帮助！

发现溺水者首先从水中救出，即刻行现场复苏！

不要过分强调倒水动作，因其弊多利少，实际意义并不大。

1. 表现

●泳者体力不支、身体下沉，直至垂直悬浮于水中，只有头、颈露出水面。

●游泳动作慌乱无章，在水中挣扎，或静止不动。

●溺水者头面部充血，以口唇及双耳为明显，继而青紫。

●口、鼻大量分泌物、污物。呼吸、心跳骤停。

2. 现场急救

发现溺水者，迅速将其救出水面，放置在地面上。

(1) 保持呼吸道通畅

清除溺水者口腔内呕吐物、泥沙、杂草等异物。

(2) 人工呼吸



迅速救人



保持呼吸道通畅

只要发生溺水情况，溺水者大多已停止呼吸或呼吸微弱，应立刻开放气道，施行口对口人工呼吸。

●用力吹气。

溺水者常吞下大量的水，在接受人工呼吸时会吐出一部分，应不时将溺水者头部推向一侧，清理口腔。

●若仅一人救助而溺水者是在浅水中，应在原处立即实施复苏术；如果有人帮助，当把溺水者抬离水面时就开始行复苏术。



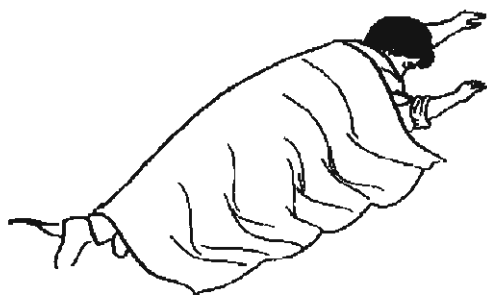
在浅水中即进行人工呼吸

即使移动溺水者，也不可停止人工呼吸！

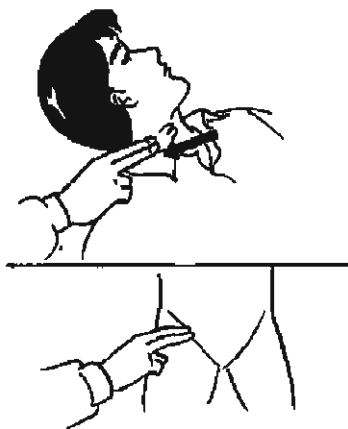
●溺水者一旦恢复呼吸，将其安置成昏睡体位，注意保暖，送往医院。

(3) 检查有无脉搏

在既无呼吸、也无心跳时交替施行心脏按压与口对口人工呼吸，直至复苏成功。溺水者无缺氧表现可等救护人员到达。



昏睡体位，保暖



检查有无脉搏



倒水

(4) 倒水

心跳、呼吸尚可时，可先倒水，动作要快。方法：救助者一腿跪在地，另一腿屈膝，将溺水者腹部置于屈膝的大腿上，头部下垂，用手拍打溺水者背部，使呼吸道、消化道中的水倒出。

但倒水对淡水吸入者并无太大意义，因淡水吸入肺后吸收极为迅速，倒水反而浪费时间；对海水淹溺者可倒出若干水分。只能在不延误心肺复苏前提下适当倒水。紧急复苏时胃内液体可暂

不处理，但应避免加重腹胀程度。

附：溺水拯救法

1. 水中拯救法

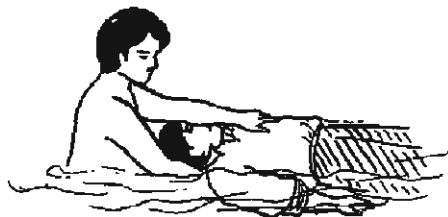
●救助者宜从后方靠近，抱住拼命挣扎的溺水者。若溺水者已精疲力竭时，可游至前方救助。



从后方靠近溺水者

●将溺水者仰翻，脸面朝上。不要让脸沉入水中！不可扭曲颈部！

●尽可能在水中救护。善泳者一边踩水，一边用食指挖除溺水者口中杂物，前臂托住其头部使其后仰。接着对溺水者口部吹



将溺水者脸面朝上

气，一旦看到溺水者胸部隆起即停止吹气，待溺水者呼尽气后再以口对口方式吹气，如此反复一吹一停，停时乘机拖着溺水者游向岸边。

将溺水者拯救上岸后继续施行人工呼吸。若溺水者脉搏消失，立即交替施行心脏按压。在水中无法施行心脏按压。

2. 岸上拯救法

●如溺水者离岸不远，可手持棍棒或将上衣外套抛、伸过去让溺水者抓紧，拖溺水者上岸。最好能找人抓住自己，或用另一手抓住牢固物。



拖溺水者上岸

●如一时找不到可利用的物体让溺水者抓住，可扔一些能浮水的东西如木块、水球给溺水者。

3. 冰上拯救法

●让溺水者双手伸前、双脚向后踩水以防下沉。伸出棍棒、树枝、绳索、围巾等给溺水者抓紧，救护者则伏在冰面上，用力拖出溺水者。

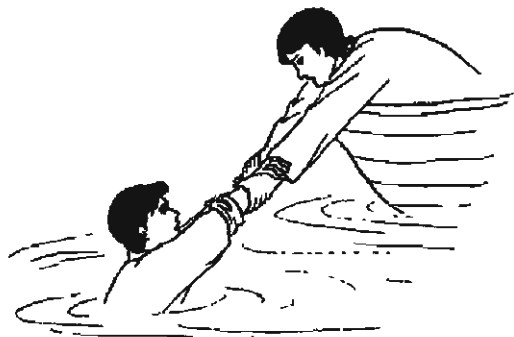
●将溺水者拖出水面后，让他保持俯卧，四肢尽量伸开以分



伏在冰面上拖出溺水者
散体重。紧握其双腕拖至安全的冰地或岸上。

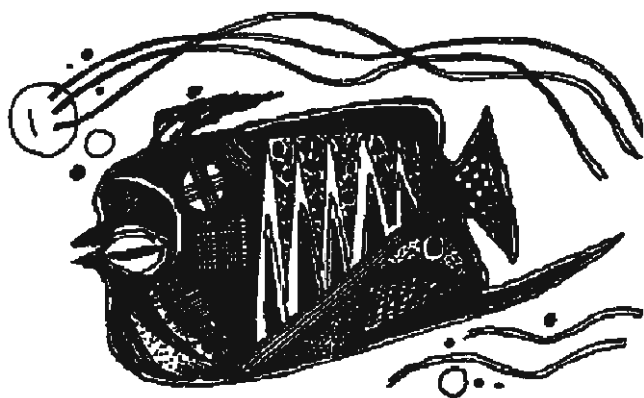
4. 船艇拯救法

如果乘船或艇前去拯救溺水者，应从船尾而不是从船身两侧拖拉溺水者，以免小船倾翻。救人时应俯伏在船上，双脚钩住船上牢固部位，或请他人抓住自己的双脚。然后将头和上身伸出船尾，双手紧握溺水者双腕拉起溺水者。



从船尾拉起溺水者

创伤的 紧急处置



一、创伤

首先进行基本生命支持。伤口止血、冷敷、清创、包扎。

人体受不同致伤因子作用后，可发生各种损伤。机械性致伤因子可造成组织切割伤、刺伤、扭挫伤、骨折等；高温可造成烧伤、烫伤；低温可造成冻伤；强酸、强碱可造成化学烧伤。

创伤可在人体多个部位同时发生（多发性创伤）；开放性损伤（皮肤有破损）较闭合性损伤更严重，常伴不同程度出血。

急救原则

●基本生命支持，即现场复苏（参见第 14 页）。

●伤员及救护者尽量保持镇静。

●止血。有出血时要压迫止血（参见第 26 页）。在出血部位盖上一清洁纱布或手帕，用手或指压迫至出血停止。

●冷敷。伤处肿胀、疼痛严重时用冰毛巾或冰袋冷敷（参见第 102 页）。

创伤后 24 小时内绝对不可热敷！

●清洁伤口。伤口内沾有污物，请用自来水、双氧水冲洗。不可翻开伤口或碰触伤口深处！

刺入、嵌入伤口较大的异物如金属锐器（刀、剪）、木棍、工具等不要拔除！

●伤口包扎。伤口覆盖清洁纱布后用绷带包扎。包扎时不可

使绷带滑动（参见附1）。

●尽快接受医生诊治。

附 1：包扎术

包扎的目的是保护伤口，减少污染，固定敷料及帮助止血。常用的材料是卷轴绷带及三角巾。应急时可临时用床单、围巾、长袜、衣裤等截开作包扎用。

无论何种包扎法，均要求包扎后固定不滑动，松紧适度。

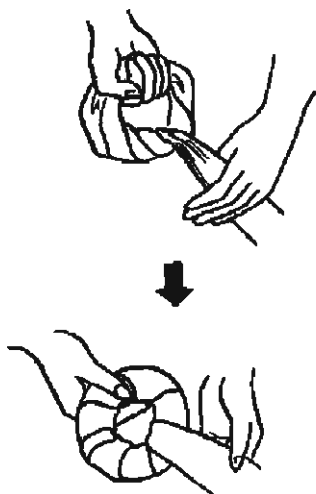
三角巾：适用于各个部位如头、肩、肘、手、胸、背、足部的创伤，且可作悬吊带用，但不便于加压，也不够牢固。三角巾三边以各长 90 厘米为宜。

卷轴绷带：分为织布（纱布）绷带、弹性绷带。常用宽度为 2.5~5.0 厘米。包扎手指或足趾用 2.5 厘米宽、手部 5.0 厘米宽、手臂 6.5 厘米宽、腿部 7.0 厘米宽、躯干 10.0 厘米宽、15.0 厘米宽绷带。

环形垫：围护留有玻璃碎片等异物的伤口上，以免伤口受直接压力。三角巾折成长条可制成环形垫；窄绷带则以一端在手上缠绕 2~3 圈，然后将绷带另一端穿入环形孔拉出，连续缠绕环形带至绕完后打结即成。

管形纱布绷带：无缝的管形纱布绷带有多种尺码，绷带套住损伤部位即可。

弹性网状绷带：网络较宽、弹

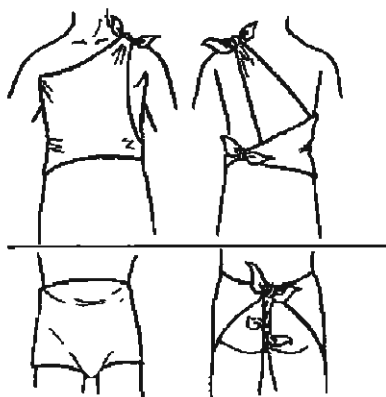


环形垫

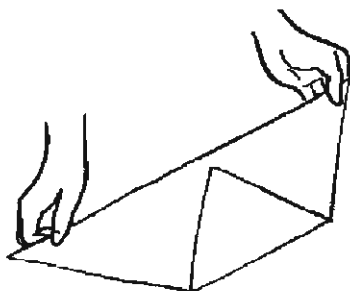
性更强，宜于包扎头部及四肢，可使伤口处敷料及纱布固定不移。

1. 三角巾包扎法

适用于身体各个部位。



三角巾包扎



将三角巾变为宽绷带

急救时如需要宽绷带，可将三角巾尖顶置于底边的中点，然后依同一方向再折1次。

如将宽绷带变为窄绷带，可将宽绷带依相同方向再多折1次，其宽度等于卷轴绷带。



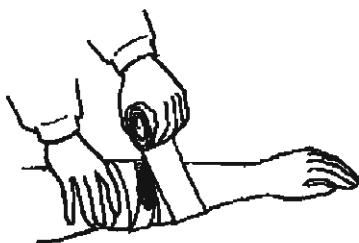
将宽绷带变为窄绷带

2. 卷轴绷带包扎法

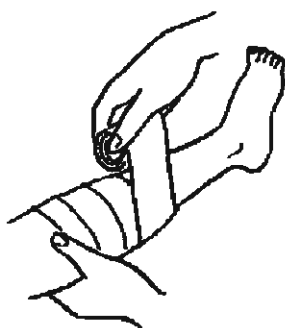
包扎时要掌握“三点一走行”，即绷带的起点、止点、着力

点（多在伤处）和走行方向顺序。

●环绕法：用于额、腕、腰部伤。



环绕法



螺旋法

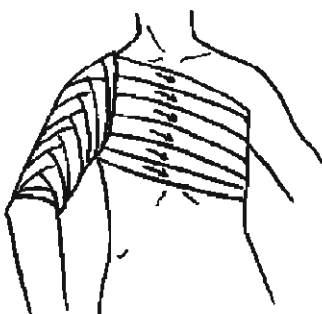
●螺旋法：用于躯干、四肢伤。

●螺旋折转法：用于四肢粗细不均部位伤。

●“8”字形法：有“8”字形法及“人”字形法。常用于关节处。“8”字形法开始先用环绕法，斜过关节时上下交替，于关节处交叉并压住前1圈的 $\frac{1}{3} \sim \frac{1}{2}$ 。



螺旋折转法



“8”字形法

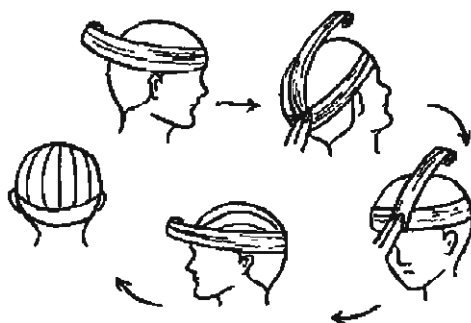
“人”字形法多在关节伸侧交叉，如先缠绕躯干或肢体周径较大处时为降带法，反之为升带法。

●蛇形法：与螺旋法相同，但每周互不覆盖，多用于维持敷料或夹板。

●帽式包扎法：常为单绷带往返缠法。卷轴绷带经耳上由前额至枕部先环绕几圈，由助手在枕后将绷带固定，绷带由枕部折经头顶到额部后也由助手固定，如此反复由前向后、由后向前，左右交替来回包扎。每道盖住前次绷带的 $1/3 \sim 1/2$ 宽，直至包盖头顶为止，最后再环绕头部数周，于健侧打结或粘贴。



蛇形法



帽式包扎法

3. 使用绷带注意事项

●防止肢体活动时滑脱。开始缠绕时即应将绷带起始端压好，然后再缠绕。如需续加另轴绷带，应将二端重叠6厘米。

●包扎四肢时应将指（趾）端外露，便于观察血液循环。

●绷带缠绕的各圈应互相重叠前次绷带的 $1/3 \sim 1/2$ 宽；皮肤不可外露；在不易受压处打结。

●在肢体的骨隆起或凹陷处应衬加棉垫后再包扎。

附 2：悬带使用法

手部、臂部或肋骨骨折，一旦伤处置完毕，应该加用悬带保护伤处。

1. 臂悬带

臂悬带用标准的三角巾做成，用于悬吊上肢和手腕。伤员站立或坐下时，臂悬带才能发挥效能。

●让伤员未受伤的手托住受伤的手臂，张开三角巾斜置于伤员胸部和前臂之间，再将三角巾顶尖拉至伤臂的肘部之外，上端则从未受伤一边的肩膀绕过颈背，置于受伤一边的肩前。



正确放置三角巾



将三角巾合拢打结

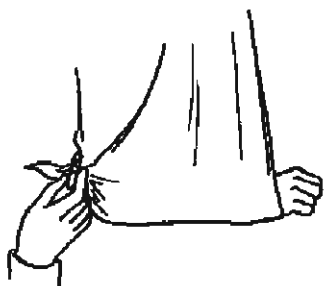
●拉起三角巾下端，包住伤员前臂及手部，在伤员颈根部（锁骨上窝）与上端合拢打结。

●伤员肘部的三角巾顶尖部分用别针别好，或塞进三角巾下也可。检查伤员手指尖、甲是否青紫。如果青紫，则说明绑得过

紧，应予放松。

2. 三角悬带

三角悬带的作用，是将受伤前臂和手部吊起至适当高度，对于固定伤处或减轻肿胀及转送途中的颠簸具有极好的保护作用。



肘部三角巾顶尖部分用别针别好

●如果伤员前臂及手部

受伤，举起其伤臂，使手部搭在另一边肩膀上。可能的话，让伤员自己托住前臂，不要使其移动。

●将三角悬带底边一端置于伤员未受伤的一边肩膀上，顶尖须拉至肘部以下。如此，悬带全幅张开盖住前臂及手部。

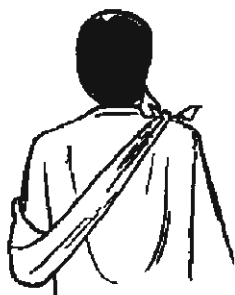


举起伤臂、搭在另一边肩膀上

三角悬带盖住前臂及手部

●随即将悬带下端轻轻塞进肘部、手部或前臂下面，然后将三角悬带底边另一端绕至伤员背后，向上拉至未受伤一边的肩膀上打结。结要打在颈根部。

●肘部的三角悬带带尖部分折好后用别针扣紧或用胶布粘贴。若伤员指尖青紫，应将三角悬带放松些。

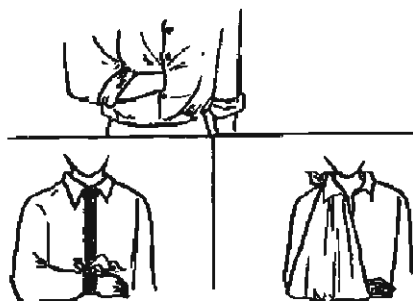


在未受伤一边肩膀打结

肘部三角悬带带尖部用别针扣紧

3. 临时悬带

如果伤员并非前臂或手腕受伤，可以为伤员临时做一条悬带应急。四方形布料、腰带、领带、围巾等均可用作临时悬带。最简单的方法是将伤员手腕塞进扣紧钮扣的上衣、衬衣、大衣里。



临时悬带

二、烧伤和烫伤

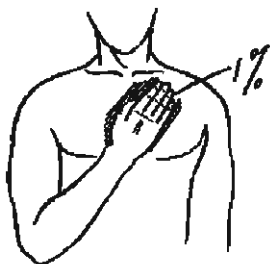
大面积烧伤、烫伤应住院治疗。请学会脱离火场的自救法。

由于火焰、蒸气、热水、电流、放射线或强酸、强碱等化学药品作用于人体所引起的损伤为烧(烫)伤。烧(烫)伤不仅伤及皮肤,也可伤及肌肉、骨骼,严重时会引起全身多脏器变化。

烧(烫)伤程度判断

●烧伤范围:以伤员本人一个手掌指并拢面积约为全身的1%为标准估算烧伤面积。成人烧伤面积20%以上,儿童10%以上及面部、手部较大面积的烧伤均属大面积烧伤。

●烧伤深度:见下表。



估算烧伤面积

	I度(表皮烧伤)	II度(真皮烧伤)	III度(皮下组织损伤)
外观	皮肤发红,有刺痛感	有水疱、表面破溃、有剧烈疼痛与烧灼感	皮肤苍白、针刺也无疼痛感
经过	数日后痊愈	1~2周痊愈	治疗瘢痕、植皮术

第Ⅰ度烧伤的表皮呈发红状态可在家治疗；但患处出现水泡或溃烂状态、表皮分离时属于Ⅱ度以上烧伤，需接受医生治疗。

现场急救

I. 小面积烫伤、烧伤

(1) 冷敷

尽早用自来水冷敷。

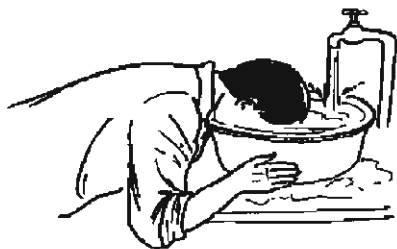
●身体暴露部位烧（烫）伤时，如手、脚烧（烫）伤时立即以自来水冲洗或浸入冷水中，冷敷到患部感觉不出疼痛或灼热感为止。一般冷敷 10～15 分钟。

脸部烧（烫）伤时可屏气将脸浸入冷水，可重复进行。

注意：鼻毛、睫毛烧焦应立即送往医院。

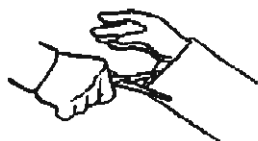
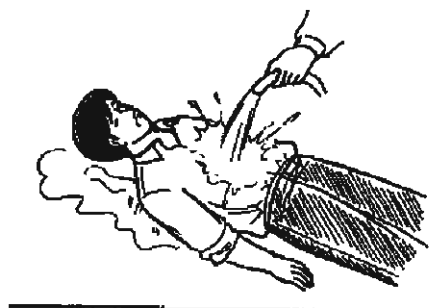


用自来水冷敷



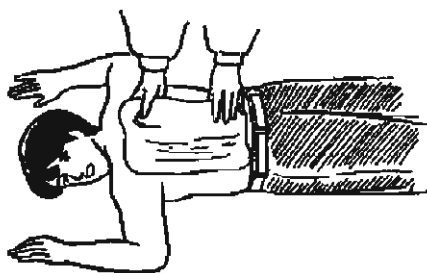
将脸浸入冷水中

●穿着衣服时，立即在浸过开水或滚油的衣服上浇冷水，然后一边浇水一边脱衣，脱下困难时用剪刀将衣服剪开。不要将贴在伤口上的任何衣服（包括被烧焦的）强行剥除！



一边浇冷水一边脱衣

●烧（烫）伤范围较大时，可用浸过冷水的床单、毛巾被等覆盖伤处；也可浸泡在浴缸中，但时间不可过久。



用冷毛巾覆盖伤处

(2) 包扎

●以干净敷布将整个伤区轻轻包扎，敷布的末端可用夹子夹住。如有液体从敷布下渗出，再加一层敷布。数根手指、脚趾烧伤时要一根一根盖上纱布。可将受伤肢体套在干净的塑料袋中加以保护。

●尽可能不要抓破水疱。水疱破后不要涂任何东西，应马上送医院接受医生处理。

(3) 调养

烧（烫）伤冷敷后皮肤发红可继续在家治疗，外涂以京万红、烧伤药膏。

无呕吐时经常饮少量水。

2. 腐蚀性化学品烧伤

●自来水不断冲洗伤区。

●干性化学品如生石灰、硫粉烧伤，立即用软布拭除，脱下染有化学品衣物，避免用水清洗，以防产热而加重局部烧伤。



正确包扎



腐蚀性化学药品烧伤立即用自来水冲洗

●化学品入眼，用自来水或壶中水冲洗，但灼伤的服务必朝下。



3. 大面积烧伤

伤势较重，经过现场急救后必须送往医院住院治疗。

用自来水冲眼

(1) 脱离现场

儿童、老年人、癫痫患者或窒息者应由别人帮助脱离火场；触电烧伤时应切掉电源，详见火灾发生时的紧急救护。

(2) 迅速清除致伤原因

●扑灭伤员身上明火，尽快脱去或剪碎着火、被热液浸渍的衣物，而粘在伤处被烧焦的衣片不必处理。

●脱下鞋袜、手表、戒指、手镯等对烧伤部位具有束缚性的东西。

●化学品烧伤及时用大量清水冲洗。

●热沥青烧伤时，迅速以冷水冲洗，或将粘有沥青的肢体浸入凉水中，然后将冷却变硬的沥青一点一点剥除，或用汽油溶解、擦洗干净。

(3) 伤情严重时

使伤员仰卧，垫起伤员下肢高出身体平面。如头、胸腹部烧伤应将头、肩垫高。

(4) 生命急救处置

首先处理严重威胁伤员生命的紧急情况。

●观察伤员呼吸状态，解除窒息原因。清理口腔、开放气道、保持呼吸道通畅（参见第16页）。

●呼吸、心跳停止时施行现场心肺复苏（参见第17页）。

●有大出血时迅速止血（参见第26页）。

●静脉输液。

(5) 伤员神志清醒

可口服烧伤饮料（每 100 毫升开水加食盐 0.3 克，碳酸氢钠 0.15 克），不宜多喝白开水。

切勿给昏迷者任何饮料。

(6) 大面积烧伤

病情变化复杂，无论伤员清醒与否，均应尽早送往医院做进一步救治。

火灾发生时紧急救护

1. 脱离火区

火灾发生时想尽一切办法脱离火场。

●火场中不要奔跑、呼叫，以免风助火势加重烧伤。避免呼吸道烧伤。可用室内电话，或向室外掷扔家具、电视等向外界报警、求救。

●关闭室内门窗，以防对流空气流加重火情，或使火势及烟雾蔓延至室内。

●火灾现场位居建筑物较低层次时，可利用绳索、床单、被单或联结的衣物将其一端固定于室内牢靠部位如床腿、窗框，另一端系出室外而顺滑逃生。

2. 防止或减少皮肤损伤

●身上衣物着火时迅速倒地，并慢慢就地滚动；或用附近水浇灭火；或跳进浴盆、池塘中。

切勿用双手扑打火焰！

●将棉被、大衣等厚重物浸湿后裹住全身迅速离开现场。

●逃离火场时身体姿势压低、弯腰，或躲避地面明火匍匐前行。

3. 保护眼睛，防止呼吸道烧伤

将湿毛巾或其他浸湿物遮掩脸面、眼、鼻部位迅速逃离。

救助者可用浸湿棉被、毛毯覆盖自己身体，或用毛毯、大衣（非化纤制品）挡在胸前保护自己进入火场，将手中衣物包裹伤员，扑灭其身上火焰，将其救出火场。

三、化学品烧伤

未判明化学品性质前用大量清水冲洗而不必过分考虑使用中和剂。生石灰烧伤千万不要用清水冲洗！

化学品烧伤包括酸、碱、磷等烧伤，损伤部位多为面部及四肢，并以中小面积为主。

急救原则

●迅速清除人体残余的化学物质，脱去被沾染的衣物，但忌用手直接接触而造成继发性烧伤。

●大量清水冲洗。无论何种化学品致伤，最简单的方法是以大量清水冲洗，时间应超过半小时。

身体多处烧伤时首先冲洗头部及五官部位。

●在未判明致伤的化学品类型前，不必过分考虑使用中和剂及对抗剂。

酸烧伤

常见致伤的酸有硫酸、硝酸、盐酸、石炭酸等。多为深Ⅱ度烧伤，创面迅速结痂、干燥、边界清楚，一般不起水疱，肿胀较轻。

1. 表现

●硫酸烧伤痂皮呈棕黑色；盐酸烧伤痂皮为白色、黄色、灰棕色；硝酸烧伤痂皮为黄色，后转为黄褐色。

●硫酸以气态形式吸入后对呼吸道有强烈刺激及腐蚀作用。口服可致口腔、咽喉、食道烧伤，食道、胃穿孔。

●氢氟酸能渗透深部组织，甚至导致骨坏死。

2. 急救

●大量流动冷清水冲洗，不必顾忌酸遇水产热。

●2% ~ 5% 碳酸氢钠溶液或肥皂水洗涤以中和创面上氢离子。

石炭酸不溶于水，可用酒精中和。

●眼内烧伤冲洗后滴入可的松眼药水、抗生素眼膏。

●创面暴露。

●吞服强酸后严禁洗胃及口服碳酸氢钠溶液！可口服牛奶、豆浆、生蛋清、花生油或2%氧化镁溶液，并急送医院。

碱烧伤

常见的有苛性碱（氢氧化钠）、石灰、氨水、电石等。强碱腐蚀性强，能穿透深部组织，使烧伤面积扩大、变深。

1. 表现

●通常碱烧伤创面为白色结痂呈“烂豆腐样”。

苛性碱烧伤创面呈黏液皂状痂，潮红、有小水疱；石灰碱烧伤创面干燥，呈褐色；氨水烧伤浅者皮肤有水疱，深者创面干燥或呈黑色皮革样焦痂。

●氨水易挥发释放出氨，具有刺激性而使呼吸道烧伤。

●生石灰与水结合产生氢氧化钙,并释出大量热而加重烧伤。

●误服强碱后可发生口腔、食道、胃灼伤,产生灼痛、呕吐,甚至食道、胃穿孔。

2. 急救

●及时大量清水冲洗 1/2 ~ 1 小时,冲洗后可用 1% 醋酸、3% 硼酸溶液中和。

切忌在冲洗前应用中和剂,以免产生中和热而加重烧伤!

生石灰烧伤应将粉末擦掉后立即接受医生治疗。

●误服强碱后迅速口服食用醋、3% ~ 5% 醋酸或 5% 稀盐酸中和,然后口服生蛋清、橄榄油。

●吸入性氨中毒急送医疗机构救治。

磷烧伤

附着在皮肤上的磷在燃烧时产生高热,造成较深烧伤。燃烧时产生的白色烟雾(五氧化二磷粉末)可损伤呼吸道。

1. 表现

●一般创面均较深,形成棕褐色、黑色结痂。

●头痛、头晕、乏力。

●急性喉头水肿、窒息。

2. 急救

●大量清水冲洗、尽量去除磷颗粒。残留磷颗粒可用 1% 硫酸铜溶液湿敷创面形成黑色硫化磷,易于用镊子去除,再用清水冲洗硫酸铜液。

●2% 碳酸氢钠溶液湿敷中和磷酸。

●创面湿敷包扎。禁用油质敷料(如凡士林油纱条)。

四、冻伤

搬运冻僵者身体时防止组织折断及扭伤！
不要在冻伤部位直接加热！

低温引起的人体损伤包括局部冻伤、全身冻伤，多发生在寒冷天气下的户外作业、暴风雪袭击、意外事故或不慎接触致冷剂（液氮、固体 CO_2 ）等情况下。

冻疮

身体暴露部位持久暴露在 10°C 以下至冰点以上的低温常致冻疮。

1. 表现

- 手、足、耳等部位红、肿。
- 可有水疱，破溃后常有渗液。
- 局部麻木、刺痛或发痒，温度回升时尤为敏感。

2. 救治

局部涂抹冻疮膏，或用中药活血化瘀。注意手足耳等部位保暖。

冻伤（局部冻伤、冻僵）

身体接触冰点以下低温可引起严重冻伤。分为局部冻伤、全身冻伤（冻僵）两种。

1. 表现

（1）局部冻伤

●冻伤部位先有冰冷、疼痛、痒、僵硬感觉。

●伤处皮肤发硬，或明显红肿、青紫，或变苍白，最终感觉消失，冷、痛等知觉全无。

（2）全身冻伤（冻僵）

●寒战、苍白、唇指发紫。疲乏无力、打哈欠等。

●肢体僵硬。

●出现幻觉，或意识模糊、昏迷。

●严重时呼吸、心跳骤停。

2. 急救

●迅速脱离低温环境或冰冻物体。将伤员移至温暖室内或避风雪处。搬动伤员身体时要轻柔，以免造成组织折断、扭伤。

●衣物、鞋袜同身体冻结者，应以温水（40℃左右）浸透、融化后脱下或剪开。切勿勉强脱卸！

●局部冻伤可用不含酒精消毒剂（1:1000 新洁尔灭）涂擦患处及周围皮肤，以干燥敷布包扎。

●伤员局部、全身快速复温。手、足、脸部冻伤，最简单的复温方法是将伤处置于救助者腋下、胸腹前部位，或以手捂来使冻伤部位慢慢暖和起来。

注意：不要反复揉擦冻伤部位！

温水浴：用 38 ~ 40℃ 温水浸泡伤肢（或手足）20 分钟或浸

浴全身 30 分钟。水量要足够，水温宜恒定。温水浸泡至感觉恢复、肢端转红润、皮温达 36℃ 左右。之后擦干身体，继续保温。

不要直接在冻伤部位加热！

●喝热汤或热茶，加盖衣被保温。

冻伤后切勿饮酒！

●镇痛。可口服或肌注止痛药。

●对心跳、呼吸骤停者应立即开放气道，施行心脏按压及人工呼吸（参见第 15 页）。

●记录伤员尿量情况，送往医疗机构。



饮热汤、热茶，切勿饮酒

五、中暑

迅速降低患者体温，适量补充水盐。

长时间在烈日、高温环境下工作，由于阳光辐射及高温作用；特别是在通风不良、湿度较大环境下，或年老体弱者更易发生中暑。表现为体温升高、排汗增加、中枢神经系统损害。

1. 表现

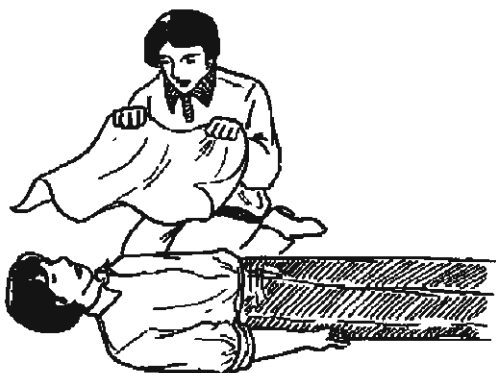
- 高温环境下全身无力，头昏、胸闷、心慌、四肢发麻、口渴、大汗、恶心。
- 面部潮红、皮肤灼热，或面色苍白、四肢湿凉。
- 剧烈头痛、眩晕。
- 精神错乱、昏迷。
- 四肢及躯体抽搐。
- 呼吸急促，脉率增快。
- 体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ ，可达 40°C 以上。
- 日射病：突然剧烈头痛、头晕、耳鸣、眼花、呕吐、烦躁不安、惊厥、意识丧失、体温升高或不升。

2. 急救

主要包括迅速降低患者体温、适量补充水盐。

(1) 轻症中暑

- 首先将患者移至阴凉通风处，休息、扇风。



移至阴凉通风处，扇风

- 给予清凉饮料如浓茶、淡盐水。
- 服十滴水、仁丹、藿香正气水。

涂清凉油。

(2) 重症中暑

1) 降温

●扇风。尽可能用冷毛巾或湿冷被单裹盖患者、冷敷全身，旁边用扇、电风扇等给患者扇风降温。

●高温时用井水、冰水、酒精擦身使皮肤发红，或将患者除头以外全身浸入冰水浴中。

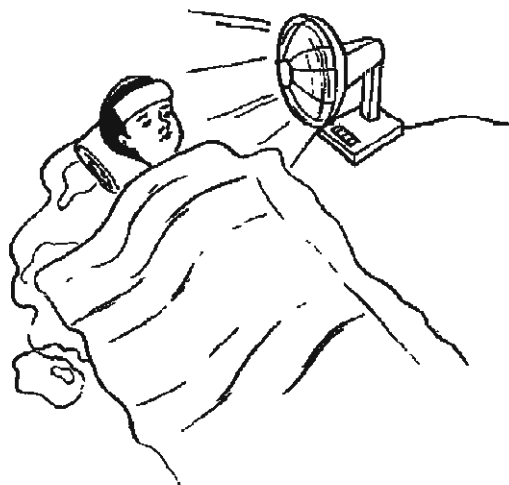
降温过程中必须用力按摩患者四肢及躯干，以加速散热。

- 日射病：头部放置冰袋或冷水湿敷。

●体温降至 38°C 左右时置患者于昏睡体位，继续扇风。若体温再次升高，再重复上述急救过程。



饮清凉饮料



扇风、降温



头部放置冰袋

2) 生命危急处置

患者皮肤干燥、体温升高、意识渐弱时，检查有无呼吸及脉搏。

若无呼吸，立即开放气道，施行口对口人工呼吸。

若无脉搏，立刻施行心脏按压，直至救护人员到达。

3) 补充水盐



昏睡体位、扇风

- 意识清醒时给予含盐饮料（1 升水放一茶匙食盐）1~1.5 升。
- 尽快送往医院接受进一步治疗。

六、日炙

强烈阳光下作业时注意个人防护！

强烈阳光下曝晒时，由于阳光辐射可引起皮肤损伤。海洋热风及咸水、雪地反光等均可使伤情加重。

1. 表现

- 皮肤红、肿、痒、触痛。
- 皮肤水疱。

2. 救治

- 置患者于阴凉处或室内休息，大量饮水或予以饮料。如患者仍需在阳光下活动，穿上薄衣服。
- 伤势不重时可涂痱子水、防晒剂，或在凉水中浸泡。
- 伤势严重时不可自行弄破皮肤水疱，应请医生处理。

七、雪盲

眼罩覆盖双眼及时治疗。久留雪地者应戴防护镜！

滑雪或久留雪地的人，若未戴上太阳镜、墨镜保护眼睛，即可造成雪盲。雪地可折射阳光反射出紫外线使角膜发炎，继而可致失明。患雪盲时如能及时治疗，1~2天后即可康复。

1. 表现

●在阳光闪烁的雪地上活动，3~5小时后视力开始衰退、甚至完全失明。

2. 救治

- 用纱布或临时做成的布料眼罩覆盖患者双眼。
- 医护人员救治。

八、眼内异物

不要反复揉被异物侵入的眼睛！

常见人眼的异物为尘粒、小昆虫、毛发等，或尖锐物体如金属屑、玻璃渣等。化学品进入眼内的救治参见第 60 页。

救治

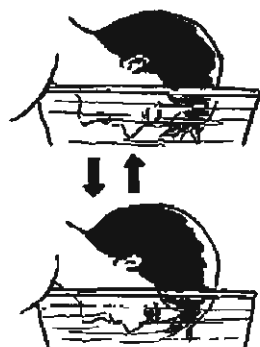
●让异物随眼泪一起流出。如考虑为尘粒、毛发、小昆虫等细小、柔软物体，闭眼或眨眼数次，让异物随眼泪一起流出。

●脸潜入水中眨眼。上法无效时，可将清洁的脸盆盛满水，使脸潜入并在水中眨眼。

●拭除异物。用上述方法眼内异物仍不能排出而异物附在眼白上或在内眼皮上，可试用一块干净布（手帕、棉签）、纸巾以下法将异物拭去：

a. 患者坐在亮光下向上看，将其下眼睑轻轻向下拉，如果看见进入眼中的异物，可用布角将其沾挑出来。

b. 如果未发现异物，可将上眼睑拉下盖在下眼睑上，让患者向下看，然后以食、拇指捏住上眼睑向上翻滑，可



在水中眨眼

发现眼睑及眼球上的异物，用棉签等清除。

●异物刺伤眼睛，用纱布或手帕覆盖眼睛，并将患者送往医院。

●如为尖锐异物贴在瞳孔上，或嵌在眼白上的异物，绝对不要揉受伤的眼睛！可将软布敷在双眼上，使眼睛停止过分活动并找眼科医生治疗。



下拉下眼睑

九、耳内异物

不可用镊子、掏耳勺取出耳内硬物！

儿童常将豆子、珠子等小物品塞入耳内，昆虫、水也可进入耳内。

救治

●塞入性硬物时，异物侧耳朝下向耳后方牵拉，同时在头的另一侧将异物拍出。

注意：不可用镊子、掏耳器取，以免使耳道受伤。无法取出时应就诊于耳鼻喉科。

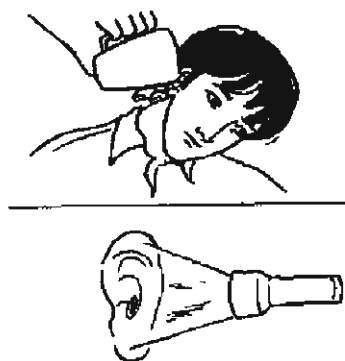
●昆虫飞入时，如果昆虫卡在耳内，可让该侧耳朝上，然后用温热（不要滚烫的）矿物油（甘油、缝纫机油）、橄榄油或婴儿润肤油注入耳中，轻拉此耳面朝向上，使耳道伸直以让昆虫浮出。



一手拉耳，一手拍头

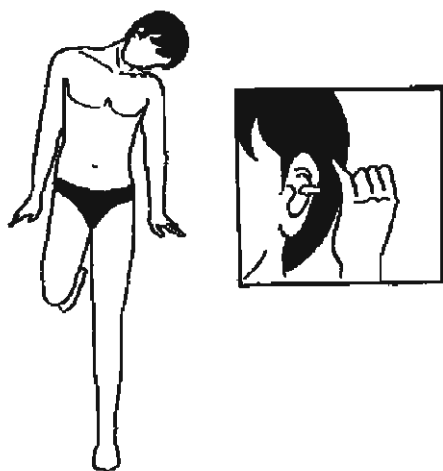
也可在暗处将耳向后拉，利用手电筒照射耳内，昆虫会受到光的引诱爬出耳外。

以上方法均无效时，不要强求，应速到耳鼻喉科就诊。



昆虫飞入耳中注射或手电照射

●水入耳时，进水的耳朝下，用单脚将水跳出。水无法流出时，用棉签一点一点将水吸出。



水进耳中单腿跳或棉签吸

十、鼻腔异物

不可强力、粗暴取出儿童鼻腔内异物！

多见于儿童，由于好奇心而将豆类、谷物、小玩具、钢珠等异物放入鼻内；也有昆虫飞、爬入鼻道；进食时大笑、喷嚏也可将食物呛入鼻内。

1. 表现

- 儿童鼻内有可见的异物。
- 幼儿鼻内有臭味脓涕，但病因、病史不清。
- 进食不慎或呕吐时可将异物呛入鼻腔。
- 鼻内外伤性异物，有外伤史。

2. 救治

- 异物部分暴露于鼻外，可以简单取出。
- 用力擤出。压迫未塞入异物的鼻孔，将嘴闭上，用力擤出。可重复 2-3 次。如患者为儿童，成人可以示范。

●儿童鼻腔内异物不可强力、粗暴试取，以免损伤鼻腔，或使异物更加深入鼻腔，应请医生取出。



鼻内异物用力擤出

十一、鼻出血

禁止头后仰、擤鼻！

鼻部受外伤撞击、手指挖鼻孔时常导致鼻内血管破裂而出血；鼻腔干裂、高血压病及某些血液病时也易出现鼻出血（鼻衄）。血从鼻孔流出的同时还可流入喉内。外伤性鼻出血时还可伴鼻骨骨折。

如果车祸后鼻出血，血中夹混有淡黄色液体，或伴耳道出血，可能是颅骨骨折时的脑脊液漏！

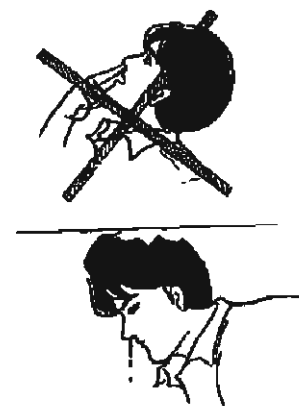
急救

●解除患者恐惧心理。扶患者坐下，头部向前倾垂。松解颈部衣领。

●冷敷鼻部。出血轻时可用冰块或冷毛巾冷敷鼻部。

●压迫鼻根。持续出血时让患者用拇、食指捏住鼻根 10～15 分钟，以后慢慢放松。如仍出血不止，再重复一次。

禁止头后仰！以免鼻出血入



头部向前倾斜，不要后仰

喉而呕吐。



毛巾冷敷鼻部



压迫鼻根止血

●填塞。压迫法无法止血时，可用清洁脱脂棉球或纱布从鼻孔塞入鼻腔内，但不可全部塞入鼻内，应有一部分留在鼻外。

●鼻出血停止后，应告诫患者不可擤鼻及挖鼻孔。

鼻出血不止时可按住鼻子请医生诊治。



用棉纱填塞

十二、齿部受伤

牙齿脱落后带上脱落的牙齿马上找医生！

牙折常因直接碰撞，或间接上下齿相互撞击而发生，以上前牙多见。凡遇齿部受伤，都应尽快请牙医诊治。

急救

●保持呼吸道通畅。立即用手指清除伤员口腔中碎牙及血块。



清理口腔

●如果伤员神志清醒、身体无其他部位严重损伤，可扶伤员坐在椅子上前倾俯首，对着洗手盆或碗、盘。

●如果伤员神志不清，将其摆放成昏迷侧卧位。

●整颗牙脱落、齿槽流血不止，可拿一块消毒纱布、棉球叠

制成比齿槽稍大的垫放在齿槽上，让伤员紧咬该垫 15 ~ 20 分钟。若仍渗血，让伤员将血吐出。若仍出血不止，可再换另一块布、棉垫紧咬 15 ~ 20 分钟，并立即请医生治疗。

●若伤员想保存脱下的整颗牙齿，必须用唾液保持齿根湿润。可将一块清洁纱布放在口内浸湿后包裹牙齿，然后放进火柴盒等容器内，送交医生处置。

十三、车祸

不可任意移动伤员！切勿取出刺入身体的玻璃碎片！

发生交通事故时，当事人及现场目击者敏捷的反应及处理极为重要！必须注意：每次交通事故情况各不相同，应灵活处理。

处理及急救程序

(1) 防止后续事故发生的处理

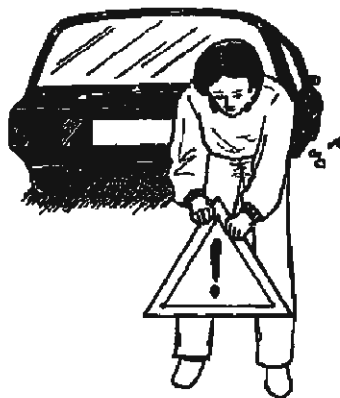
●不可妨碍交通。后续车辆应距失事处保持一定距离，可开亮警示灯，或将三角形危险标志牌放在失事现场后面 90 米处。

●失事车辆着火时，切勿走近。

●防止失事车辆开动。关掉失事车辆发动机，取出钥匙丢在车厢地板或座位上。

●报警。通知“122”交通事故处理中心。若有伤员，通知“120”急救中心，先告知车祸地点、受伤人数及伤势。

(2) 切勿移动伤员



亮警示灯或放标志牌

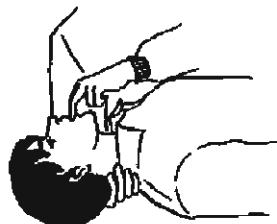
●原则上不可任意移动受害者。除非现场有续发事故的危
险，才可将伤员尽早转移至安全场所。

(3) 检查伤员意识及呼吸状态

●用食指清理伤员口腔血块、分泌
物。

●无意识，也无呼吸、脉搏时紧急开放
气道，施行口对口人工呼吸、心脏按压。

●无意识，但呼吸、脉搏存在，安
置伤员成昏迷侧卧位。



清理口腔分泌物

(4) 止血

●若伤员可以自救，要立即紧捂伤
口止住手、脚、四肢等伤口出血。

切勿取出刺入身体的玻璃碎片！

(5) 察看伤情、紧急处置

发生交通事故时，不仅有大量出血、昏迷，而且可有烧伤、骨
折、体内脏器等损伤，因此应立即在现场进行紧急处置直到救护
人员到达。

(6) 先救什么人

按以下顺序抢救伤员：

不省人事或呼吸停止者；

严重出血者；

不省人事但仍有呼吸者。

(7) 安慰伤员

用毯子、大衣遮盖伤员。

勿给伤员任何食物！

(8) 轻伤也应接受医生检查

发生交通事故时即使没有外伤，也需接受医生诊疗，以便向
警方出具医疗证明。

十四、颅脑损伤

头部慢慢后仰开放气道！头皮撕脱时应保存交给医生。

脑脊液耳、鼻漏时不可堵塞、冲洗、擤鼻！

颅脑损伤分为头皮损伤、颅骨骨折、脑损伤，在意外事故及灾难救治中是急救的重点。

1. 表现

(1) 头皮损伤

●头皮裂伤：头部血液循环丰富，头皮裂伤出血较迅猛。

●头皮血肿：可合并颅骨骨折。

●头皮撕脱伤：大片头皮、甚至合并面部皮肤撕脱，伤口边缘不整。常见于长发卷入车轮、机床中。

(2) 颅骨骨折

●“熊猫眼”外观，为眼眶内出血引起。

●耳、鼻流出澄清无色或血性脑脊液（脑脊液耳漏、鼻漏）。外耳道出血。

●失明，嗅觉丧失，听力减退。

●吞咽困难、窒息。

(3) 脑损伤

包括脑震荡、颅内血肿、脑干损伤。

- 头昏、头痛、恶心、呕吐。
- 颈背部僵硬、强直。
- 意识障碍，短时间内出现昏睡、昏迷。

2. 急救

- 检查意识状态。
- 开放气道。意识不清时清除口中异物、污物。

注意：让伤员头部慢慢后仰，以免颈椎及神经损伤！

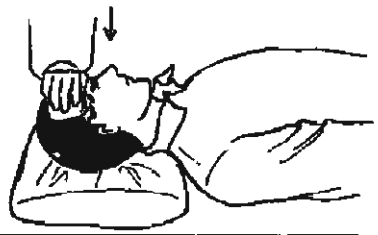
●体位。伤员清醒时抬高其头部 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ；昏迷伤员则要置成昏睡体位。有脑脊液漏者头应偏向患侧。



抬高头部 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$

●止血。头皮裂伤伤口用纱布、手帕压迫止血，或局部加压包扎。

●撕脱的头皮如有蒂部相连，则局部加压包扎；如头皮撕脱组织（包括五官）全面脱离，则以无菌（干净）布巾包好后尽快送医生进一步处置。



●耳鼻出血或脑脊液耳、鼻漏时绝不可填塞、冲洗或擤鼻！防止剧咳及增加腹部压力。



头皮损伤压迫止血

●意识障碍时紧急转送医院。

十五、颈背部损伤

四肢不能活动时不可任意移动伤员！不要在颈椎骨处施加压力！
不要躺在软床垫上！

在抢救颈背部损伤的伤员时，不仅要注意明显的外伤，而且也应警惕不易察觉的颈椎、脊柱骨折，若处理不当可导致终生瘫痪，甚或死亡。

除非事发现场有进一步损伤的危险如火灾、楼房坍塌，否则绝不可轻易移动伤员！

1. 表现

- 伤处疼痛，手脚可有刺痛感。
- 呼吸困难。
- 受伤部位以下身体无知觉，轻捏皮肤无痛感。肢体在无骨折情况下不能活动。

2. 急救

- 伤员平卧，切勿抬高或垫高伤员头部。

尽量不移动伤员！设法速召医务人员。

- 检查呼吸状态。呼吸困难、呼吸麻痹提示颈髓损伤。
无呼吸时立即开放气道，施行口对口人工呼吸。

开放气道时头部缓慢后仰并慎重施行。

●检查四肢情况。四肢不能活动时，尽量不要移动伤员！

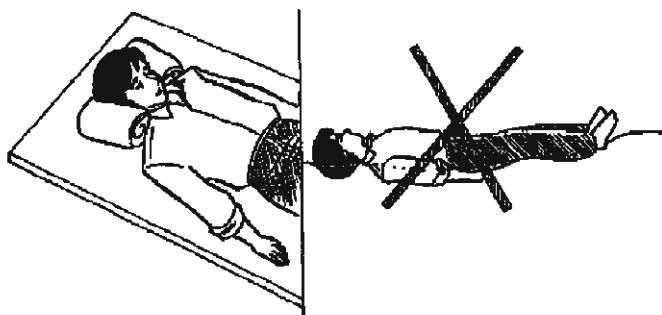
●搬运。处于危险场所时或需紧急救护时，尽可能叫人帮忙移动伤员（参见 116 页）。

不要在颈椎及脊椎骨处施加压力。



尽可能多人搬动伤员

伤员身体应呈伸直仰卧状于硬平板上，头颈两侧可用枕头固定。不可躺在软床垫上。



躺在硬板上，不要躺在软床垫上

●冷敷撞伤部位。

十六、胸部损伤

不要在疑有肋骨骨折处施压！如有空气进出伤口，速将伤口封闭！

胸部损伤分为闭合性、开放性二种损伤。前者多因暴力挤压、撞击胸部所致，可为单根或多处肋骨骨折、胸部挫伤，严重时刺伤肺脏引起闭合性血、气胸；后者多见于刺伤、爆炸伤，引起开放性血、气胸。

肋骨骨折

可发生在一根或数根肋骨。在同一肋骨上可有一处或两处骨折，分别称为单处骨折、双处骨折。还可有多根多处肋骨骨折。

1. 表现

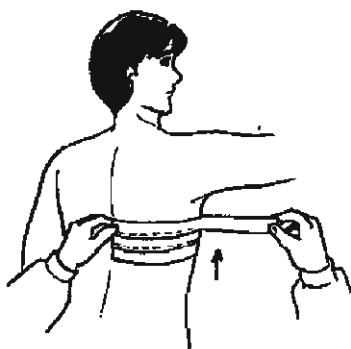
- 伤处疼痛，尤以深呼吸、咳嗽时明显。
- 胸部挤压痛。挤压双侧胸壁时骨折处剧痛。
- 可触及骨折断端、骨摩擦感。
- 胸壁塌陷、反常呼吸。即吸气时多处肋骨骨折处不随胸部扩张反而塌陷，呼气时则相反。可口唇青紫、呼吸急促。
- 皮下气肿、胸部紧绷感。呼吸动作时皮下组织“啪啪”作响，按压肿胀的皮肤犹如捻雪感。

2. 急救

(1) 单根单处肋骨骨折

单根或2~3根单处骨折，尤其位于背侧者，一般在局部胸壁贴大号骨伤药膏或用宽胶布固定胸壁。

方法：伤员取坐位或侧卧位，上肢外展、手掌按压头顶，用宽约7~8厘米的胶布条于伤员深呼气末屏气时紧贴于胸壁，后端起自健侧脊柱旁，前端越过胸骨，从胸廓下缘开始依次向上粘贴胶布条到腋窝下方，上下胶布条重叠1/3宽度呈屋瓦状。亦可用大号骨伤药膏重叠粘贴。



固定胸壁

(2) 多根多处肋骨骨折

重点处理反常呼吸运动。一般用简单有效的压迫包扎固定法。可用毛巾、棉垫、衣物、厚敷料等垫盖于胸壁软化处，再粘贴胶布固定，或用多头胸带包扎胸廓。

损伤性气胸

创伤后，空气经胸壁伤口或肺破裂处进入负压的胸膜腔即形成气胸。

1. 表现

胸壁为利器刺破，空气随呼吸吸入胸腔、压迫受伤的肺部使其萎缩，血液从伤口冒泡而出，为开放性气胸。如果肋骨折断刺进肺中，伤员会咳血，血色鲜红、带泡沫，为闭合性气胸。

●胸部出血或咳血。胸部伤口。

- 伤处疼痛、压痛，尤以深呼吸、咳嗽时明显。
- 进行性呼吸困难，口唇紫绀，休克。
- 胸部绷紧感，广泛皮下气肿。

2. 急救

(1) 开放性气胸

- 伤员躺下取舒适姿势。扶起伤员上身倾向受伤一侧。

●伤口止血。在伤员呼气时用手按住伤口，然后在伤处覆盖敷料。如疑有肋骨骨折，勿在伤处施压。

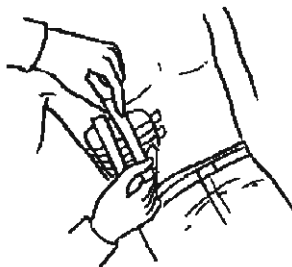
注意：锐器刺伤胸部时不可莽然拔除，否则会引起更大出血或使病情恶化！

●封闭伤口。如果发现空气从伤口处进出，速将伤口封闭。用无菌敷料或清洁布料、棉垫堵塞、封盖伤口，并用胶布贴牢或绷带包扎固定。勿让伤口再有气体进出。

●将伤侧的手臂斜放在伤员胸部，系上三角巾加以固定，速送往医院。



扶起伤员上身，按住伤口止血



勿让伤口有气体进出



伤侧手臂三角巾固定

(2) 闭合性气胸

●伤员躺下，姿势以舒适为宜，扶起上半身倾向受伤一侧。尔后将伤侧手臂斜放在伤员胸前，手掌搭在另一侧肩膀上。

●将三角巾底边一端置于伤员未受伤一侧肩膀上，另一巾尖则拉至肘以下。整条悬巾应垂下盖住受伤一侧的手及前臂。

●将悬巾底边轻轻折入伤员手部、前臂和肘部之下。拿起底边下端，绕过背部至未受伤侧的肩膀上，将上下两端在锁骨上窝处打结。

●将三角巾另一巾尖推入肘部之下，用别针扣好或用胶布贴牢，或塞进绷带内。可能的话，让伤员用另一只手托住悬巾。



伤侧手臂斜放胸前



三角巾盖住伤侧手及前臂

十七、腹部损伤

不可触揉腹部！切勿拔除刺入腹壁的异物！

腹部遇有车祸、刀枪伤或自高处坠下，可导致腹腔内重要脏器如胃、肠、肝、脾、肾、膀胱等破裂或血管断裂。

闭合性腹部损伤（内伤）

伤员腹部表面并无伤口，或伤痕不明显，但可能已有腹内脏器损伤。

1. 表现

- 腹壁可有瘀斑及擦伤。
- 腹痛或腹部压痛。
- 腹壁紧绷犹如木板样硬。
- 恶心、呕吐。
- 面色苍白、皮肤湿冷、脉搏快。

2. 急救

●宽松衣服、安静休息。腹痛时松解腰带，膝下放枕或座垫、衣物等使膝保持一定屈曲以放松腹部。

注意：绝不可触揉腹部！

●检查呼吸及脉搏。轻度腹痛也需在数小时内观察伤员，尤其是注意脉搏及呼吸变化，并且注意腹部疼痛强度有无变化。

注意：腹部受伤后在接受医生治疗前，绝不可使伤员饮水、进食！

开放性腹部损伤（腹开裂伤）

锐器直接刺穿腹壁入腹腔，使腹腔与外界相通，除可导致腹内出血、脏器损伤外，腹内容物还可通过伤口突出体外。

1. 表现

●腹部创伤口、出血均清晰可见；有时腹腔内脏器还会从伤口处突出体外。

●腹痛、恶心、呕吐。

●面色苍白、皮肤湿冷，甚至昏迷。

2. 急救

（1）腹部伤口无内脏突出

●伤员平卧，并将足部稍垫高。切勿用枕头、衣物置于伤员头下。



平卧，足部垫高

●暴露伤口，在伤口敷上纱布或清洁布料以止血。

●用绷带或其他布带裹住伤口，但不可裹得太紧。绷带的结

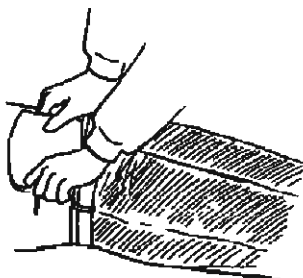
勿打在伤口部位。

●身体保暖，速召医务人员。

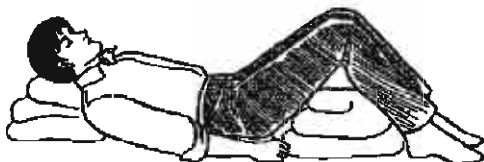
(2) 内脏突出伤口

●伤员仰卧，将衣物及棉被、毯折叠垫于伤员脑后、肩部及屈曲的双膝下面，以便腹壁松弛。

●伤口处理：暴露伤口，用大块纱布或清洁布料轻轻敷盖伤口及突出的内脏，再用绷带或其他布带轻裹敷料。不要紧压伤口。



敷料止血



头、肩、双膝垫高

注意：绝不要试图将突出的内脏塞回腹内！如情况紧急或需要转送、突出脏器体积较大时，可用盆、碗等器皿扣盖住并保护已突出的脏器！

切勿拔除刺入腹壁的异物如刀、剪、棍棒等！

●身体保暖，注意观察呼吸及脉搏情况，速召医务人员或转送医疗机构。

十八、腰及阴部损伤

外阴部肿胀加剧、疼痛不缓解时及早就诊。

交通事故、坠落或运动时均可发生腰及外阴（生殖器）创伤，不仅造成内出血、骨盆骨折，还易合并肾脏、直肠、膀胱、子宫、阴道、尿道等脏器损伤。

1. 表现

- 腰部及阴茎、阴囊或外阴部肿胀、瘀斑、疼痛。
- 其他合并伤表现：骨盆骨折时轻轻挤压下腹两侧凸起的髂骨处，骨盆明显疼痛；肾脏及膀胱损伤时出现血尿等。

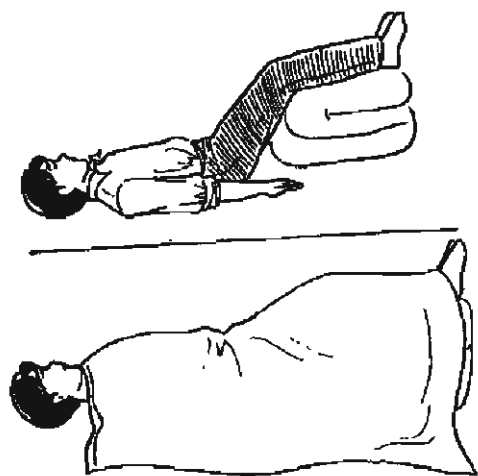
2. 急救

●采取舒适姿势：强力撞伤骨盆时无论是否有骨盆骨折，应让伤员采取仰卧、膝部稍弯曲，脚下放 30 厘米高的物品。疑脚踝骨折时不可弯曲膝部。

●注意呼吸及脉搏情况：疑有骨盆骨折时在骨盆周围用大浴巾固定，同时注意伤员呼吸及脉搏状况。不要任意移动身体，尽快呼叫救护车。

无呼吸及脉搏时施行基本生命支持。

- 检查有无内出血：内出血时，腰、会阴或外阴部肿胀、青



仰卧，脚部垫高 30 厘米

紫伴强烈疼痛。

●局部冷敷、保持安静。撞伤腰、阴茎、阴囊及阴唇时用冷毛巾冷敷伤处。

●外阴部疼痛不断，或肿胀加剧时应及早接受医生诊治。

十九、断肢（指、趾）

伤肢出血时慎用止血带！断肢、残指（趾）不可直接接触冰块及任何液体！争分夺秒将伤员送往医院。

在意外事故中，四肢、手（或指）、脚（或趾）被切断后，若抢救及时，切断肢、指保存妥当，可为手术再植赢得时间。但最重要的是首先抢救生命。除非被切断部分尚有部分组织相连接，切勿自己设法将断肢（指、趾）对接！

现场急救

包括止血、包扎、保存断肢、迅速运送4方面。事故发生时若断肢仍在转动的机器中，切勿强行将肢体拉出，或将机器倒转。应立即停止机器转动，设法拆开机器取出断肢。

●止血：伤员躺下，用大块纱布、手帕等任何干净布料甚至衣物按压伤口止血。除非有大血管出血，慎用止血带！

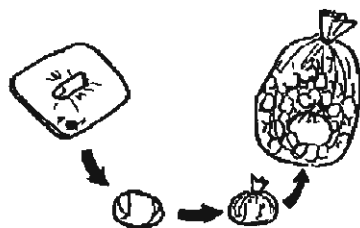
护理伤口时，应提起伤肢，用枕头或折叠的衣物，甚至用救助者自己的膝部承托伤肢。

●包扎：断肢近端伤口可稍加冲洗，放置纱布垫或干净布料，再用绷带包扎固定。上肢切断可用绷带固定在伤员胸前，下肢切断可与另一条腿绑在一起。

●保存断肢：找到断肢、残指（趾）远端，除非断肢污染严

重需要生理盐水冲洗，一般无需清洗，用无菌纱布、清洁布料包好，外套以密封性好的塑料袋并扎紧，周围放置数个装满冰块的冰袋，尽量保持干燥冷藏。

切记：断肢、残指（趾）不可直接接触冰块，更不可直接浸泡在冷水及任何消毒液中！！



保存断肢

●送往医院。被切断的肢、指（趾）手术再植成功率高，应使伤员保持镇静，争分夺秒立即送往骨专科医院。

不完全断肢要将断肢放在夹板上固定后迅速转送。

二十、软组织损伤

软组织损伤后 24 小时内绝不可热敷！

四肢及关节处被强力扯拉、撞击等均可导致该部位软组织扭伤、挫伤。软组织损伤常伴有伤处毛细血管破裂，血液渗入附近的组织引起肿胀、青紫色瘀斑。

1. 扭伤

踝关节是最易扭伤的关节，其中韧带最容易撕裂，并可不易察觉的骨折。肩、肘、膝等处的关节也常致伤。

●损伤关节处肿胀、局部皮肤可青紫。

●损伤关节触痛明显，以韧带撕裂部位压痛尤甚。

2. 挫、扯伤

肌肉损伤是突然过度用力拉扯，或从事不习惯的体力劳动、体育运动所致。

●伤处肌肉疼痛，甚至僵硬、严重痉挛。

●伤处皮肤肿胀、瘀斑。

3. 急救

软组织损伤后 24 小时内绝不可热敷！

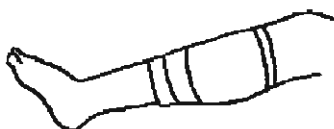
●局部冷敷：如为扭伤，可替伤员除去鞋袜，抬起伤肢，用冷敷法处理；如在户外寒冷时，不必除去鞋袜。

如为扯、挫伤，可将伤肢托起，损伤部位冷敷，但动作要轻柔，不可振摇伤肢。

●绷带包扎制动：如有扭伤，以宽5~10厘米绷、布带先在足踝上绕1圈，接着绕至足背和足底后再绕回足背，可反复。上面一层绷带要覆盖下面一层3/4宽，最后足踝处多绕1圈扣紧。不除鞋袜也可用此法绑紧。



如为扯、挫伤，应将伤肢稳稳托住，用宽绷带绑紧扯伤处，不宜过紧，以免肌肉肿痛。



●1~2天不要负重。

绷带包扎制动

附：冷敷法

1. 冰冷敷布或毛巾覆盖伤处



冰冷毛巾覆盖伤处

2. 冰袋使用方法

●在数个乒乓球大小的冰块上浇上水，使冰块边缘尖棱角融化变钝圆，以防扎伤软组织。

●在冰袋（塑料袋、暖水袋、橡胶手套等）内放入冰块，去除空气后扎紧。

●擦拭冰袋表面水气，用纱布等捆包。

●在冷敷部位覆盖毛巾或用毛巾捆包冰袋冷敷。

二十一、刺伤（扎刺）

伤处红肿、疼痛、刺不易取出时由医生处理！

木刺、竹刺、植物刺刺入皮肤内，如果去除时不小心，可能招致伤处感染；如果刺进较大的刺，或没有刺尾突出于皮肤，请上医院接受医生治疗。

救治

（1）镊子拔除

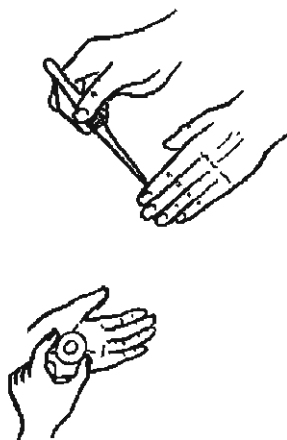
●先将一把小镊子消毒。可煮沸 10 分钟或将镊尖在火焰上烧一烧，不必抹去熏烟迹。



肥皂水擦抹四周皮肤

●肥皂水细心擦抹伤处四周皮肤，不要沾染伤口，再用洁布抹干。

●镊子拔出小刺。刺小时可用放大镜帮助寻找刺的位置，或在被刺的部位上放中间有孔的金属币，边压边拔较为容易。



用镊子拔出小刺

仍无法拔出小刺，略加包扎后请医生诊治。

●小刺拔除后，消毒药水涂抹伤处。

(2) 其他方法

●拔毛器拔除。

●可试用医用胶膏贴在伤处后再撕下，察看是否刺已带出。

●无法取出或伤处红肿、疼痛明显时，请接受医生治疗。

二十二、金属钩针伤

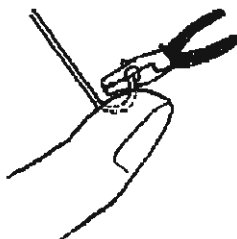
只有紧急情况或找不到医生情况下才可自我救治！

不慎将金属钩、针（鱼钩、缝纫针、注射针头等）刺入皮肤时，要请医生紧急处置。强行拔除可能会使皮肤及软组织损伤更大，并极易感染。只有在找不到医生或在紧急情况时才可自我救治。

救治

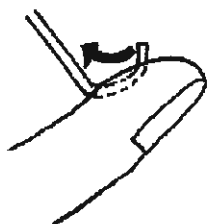
(1) (鱼) 钩针伤

●将鱼钩继续向前推进直到钩尖冒出皮肤，然后将钩尖或钩杆贴近皮肤处截断。



截断钩尖

●观察钩、针弧度，将截去倒钩的部分沿其弧度走行轻轻从皮肤内抽出来，将伤口洗净，贴上敷布。



沿弧度走行将钩抽出

●未刺入皮肤的钩针臂较长，或钩针尖端有倒钩时，可将针尖与针尾部分剪掉以便拔出或方便转送医院。

即使钩针已拔出，也应尽早去医院接受其他治疗。当不好拔出或针断时，更应由外科医生来处理。

(2) 钉刺伤

常为铁钉刺穿鞋底伤及足底。因伤口细窄，易发生破伤风和伤口感染。

拔出钉子后若有双氧水、酒精、碘酒、红汞，均可用来消毒伤口，再敷盖清洁敷料。无论伤口大小、有否出血，必须尽早接受外科医生诊治。



拔出钉子后消毒伤口

二十三、手指夹伤

不可强行将未完全撕脱的指甲剥下。

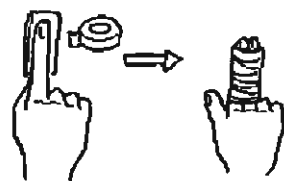
手指被夹伤会产生剧烈疼痛，可能为指骨骨折，同时可伤及指甲，造成甲下积血、脱甲。

救治

●将手指用瓦楞纸（硬纸板）或小木条包扎固定，连同旁边手指一同用胶布或绷带包扎起来。不可包得过紧，送往医院。

●指甲变紫黑的甲下积血。少量积血数日内可吸收；较多出血可日渐疼痛，应由医生处置。

●不可强行将未完全撕脱的指甲剥下，需将指甲放置原位，用纱布包扎请医生治疗。



包扎固定

如指甲脱落，可用双氧水等消毒后以纱布加压包扎止血，数日后疼痛消失，指甲自然愈合、生出新甲。若疼痛感不断，也需接受医生诊疗。

二十四、骨折

疑有骨折时都应按骨折处理。切忌强行拖拉被埋压的重物及伤员！不可任意搬动、扭摆疑有脊柱骨折伤员！

骨头折断即为骨折。通常骨折分为两类：①开放性骨折。骨折附近皮肤或黏膜破裂，骨折处与外界相通，此类极易造成感染。②闭合性骨折。骨折处皮肤或黏膜完整，不与外界相通，此类骨折会因为骨折端刺伤周围血管、神经或内脏而使伤情复杂化。因此，救护骨折伤员时一切动作应格外谨慎、稳妥，如不小心触痛伤处，不仅使伤员剧痛难忍，还会使损伤加重，甚至导致休克。

1. 表现

- 有明显外伤史，可有脑、胸、腹等处合并伤。
- 畸形。伤肢形状改变，如扭曲、成角等。
- 反常活动。骨折后的肢体可有不正常的活动。
- 骨摩擦感。碰触或移动伤处时骨折端相互摩擦可听到骨擦音，或有骨擦感。
- 功能障碍。伤肢丧失部分或全部活动功能。
- 局部疼痛、肿胀或瘀斑。

2. 现场急救原则

如果怀疑骨折，都应当作骨折看待！应迅速请骨科医生诊

治。不论哪一种骨折，急救方法都是相同的，其目的在于用简单而有效的方法现场抢救生命、减少疼痛、保护伤肢，使伤员能安全、迅速地送至附近医院。

(1) 紧急生命救护

伤员生命处于危险状态时，首先进行基本生命支持。即使疑有颈椎、脊柱骨折有可能造成瘫痪，也应把生命救治放在首位。

注意保温。

(2) 救护动作谨慎、稳妥、轻柔

要尽量减少伤肢移动。不必脱去伤员的衣服、鞋袜，以免增加伤员痛苦，或使骨折刺破皮肤、血管、神经。

患肢肿胀较重时可剪开衣袖、裤管。

(3) 创口包扎

用现场最清洁的布块包扎伤口。有大出血时可用止血带，并应记录开始用止血带时间。

骨折端已戳出伤口不应强行复位，可在突出体外的骨折端放置一环形垫或干净的火柴盒后包扎。若伤口骨折端已自行缩回，则送伤员到达医院时须向医生说明。

(4) 妥善固定

原则上不做现场复位。应将骨折部位固定，以避免骨折端更多地损伤周围组织。现场材料如树枝、木板、步枪甚至杂志、瓦楞纸、毛毯等均可用作夹板。若一无所有，也可将伤肢绑在胸前，或将受伤的下肢同健肢捆绑固定。

●四肢骨折。如果是上臂或腿部骨折，一定要先在上肢与躯干间，或在两腿间垫些东西，然后再用夹板将受伤的肢体固定。

前臂骨折：将前臂以垂直位横放在伤员胸前，手掌朝向胸前、大拇指朝上，将裹



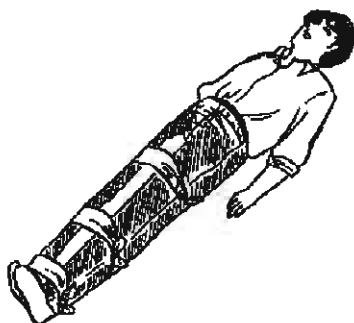
上臂固定

布的夹板（瓦楞纸、杂志等）包住前臂，夹板长度应由肘部至超过手腕位置，将骨折部位上方及下面的夹板绑牢，在伤员颈部套一宽幅带把上了夹板的前臂托住，伤员的手指部略高于肘部。



前臂固定

腿部骨折：轻轻将受伤的腿放直，用衬垫物放在两腿之间，将受伤的腿与未受伤的腿绑在一起。注意多绑几个地方，但在骨折处不可绑任何东西。如能找到结实的木板，则夹板应与整条腿等长。



下肢固定

●骨盆骨折。用三角巾或大被单折叠后环绕骨盆，亦可用宽围裙或腹带包扎固定骨盆。放置在担架或木板后两膝呈半屈位（膝下或小腿处垫枕）。

●颈椎、脊柱骨折。当伤员肢体失去知觉或麻木、大小便失禁时，应怀疑颈椎、脊柱发生了骨折。此时应尤其注意伤员的正确搬运，并适当予以固定位以防头与躯体扭摆，屈曲。

(5) 迅速运输



骨盆固定

伤员经妥善固定后迅速送往医院。伤员在担架上应取平卧位；有恶心、呕吐时应取侧卧位以利呕吐；有颅脑损伤、昏迷者应将头扭向一侧。伤员头部在后、足部在前，以便随时观察病情变化。担架员步调力求一致、平稳。注意防雨、防晒、防暑。

附 1：夹板使用法

骨折或疑有骨折时，应将受伤部位固定不动。未受过救护训练者不宜滥用夹板固定伤肢。如无夹板，临时可用卷紧的毛毯（其长度应超越骨折部位的上下关节）、手杖、雨伞、硬纸筒、竹片、铁锹、木棍等结实物品代替夹板用。

替伤员上夹板时须除去衣物，尽可能不移动伤肢。固定上肢后，最好用绷带包扎后悬于胸前；对于腿部骨折，应先在双膝、足踝之间放置大量垫布以免摩擦，再用绷带将伤腿与未受伤腿绑在一起。

1. 绷带夹紧伤肢方法

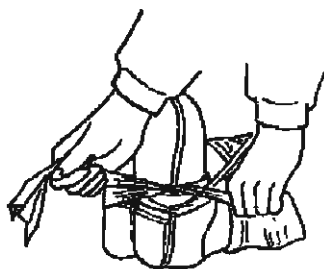
●如果下肢骨折，最简单的方法是用绷带将伤肢与另侧健肢绑在一起。将健肢轻轻挪向伤肢，并在两腿间尤其是双膝、足踝处多加垫料。

●用绷带以“8”字形绳结式绑紧双脚。先将绷带中段置于足踝下面，绷带两端在鞋面上交叉后绕至鞋底。

●将绑带两端在未受伤侧脚上的鞋侧打一平结。

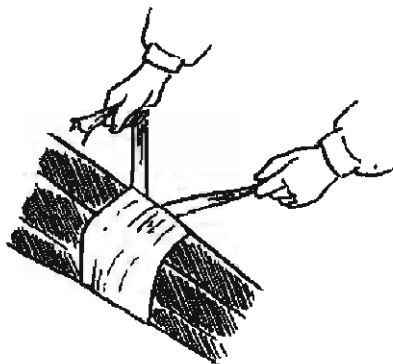


绑紧双脚



打平结

●用绑带将双膝绑在一起。结要打在健肢侧，再在骨折部位上下多加绑带绑好。



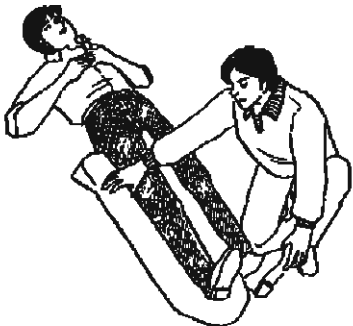
双膝绑在一起

2. 毛毯作临时夹板法

●打开毛毯，从纵长一边尽量卷紧。将毛毯一头置于伤员两腿分叉处，另一头则绕过伤肢足底、放在伤肢外侧直至臀部，然后用2条绑带分别在上下方绑紧伤员双腿。如需运送伤员，须用

5 条绷带分别绑紧。

●将绷带以“8”字形绳结式绑紧伤员双脚及足踝，然后用双重宽绷带绕住伤员双膝绑紧，结打在健侧。



毛毯的放置方法



绷带绑紧、打结

●如果需要，在骨折部位上下加绑另外 2 条（第 3、4 条）绷带，再在伤员大腿或小腿处加绑第 5 条绷带。

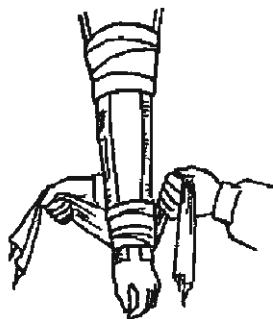
3. 临时用夹板法

●如果肘部骨折，扶伤员坐在椅上，保持伤臂伸直。随即卷折一卷报纸，尽其长度半裹伤臂。让伤员用另一手托住纸夹。

●用绷带先后在纸夹上、下部分别绑紧以固定伤臂。



用报纸半裹伤臂



绑带固定

附 2：担架制作使用法

1. 临时担架制作

病情危重或受重伤者需立即送往医院急救时，若现场无担架可用，可用上衣、门板、屏风等改制临时担架运送伤病员。

●将二三件上衣解开钮扣或拉开拉链、翻出衣袖，用2条木棍分别穿入两袖中。如用扫帚、铁锹，两头应一个在上、一个在下。



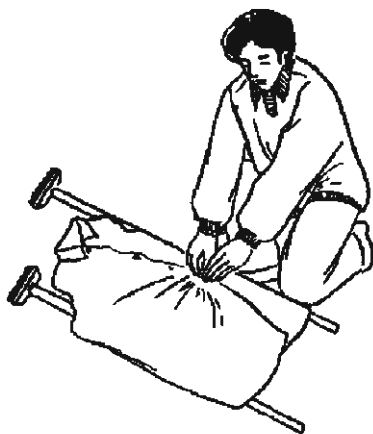
木棍穿入两袖中

●扣上钮扣或拉上拉链，即成临时担架。可能的话，先让人躺上去试抬，确认担架可负重、牢靠后方可用来抬运伤病员。

2. 使用法

将伤病员抬上担架有几种方法，视伤病员病情及救护人员多寡而使用。

●如有两名救护员，则一人推着打开的担架靠近伤病员与其身体平行，另一人轻推伤病员未受伤的一侧翻上担架。



扣上钮扣

若伤病员神志清醒，应推

担架靠近其背部，使其仰卧于担架上。

若伤病员神志不清，推担架靠近其胸、腹部，使其呈昏迷侧卧位于担架上。

●另一方法是将担架一端放近伤病员脚底，由一人提起伤病员双肩，另一人提起其双膝或腿部，将其抬上担架。

●如果伤员四肢骨折，应将担架推至伤员近旁，将伤员、尤其是伤肢平托抬上担架。

●如疑有颈椎、脊柱骨折，要选用木板或硬担架，参照脊柱骨折搬运法将伤员抬上担架。

附 3：脊柱骨折搬运法

对怀疑或确有脊柱骨折的伤员一定要按脊柱骨折正确搬运法抬运伤员，可防止或减轻对脊髓的损伤。若骨折发生时有重物埋压伤员，应移去重物后再搬运伤员，切忌强行拖拉被埋压的重物及伤员！

应选用木板或硬担架抬送，不可任意搬动或扭摆、屈曲头部及躯体！

●先使伤员两下肢伸直，两上肢也伸直放身旁，木板放在伤员一侧。2~3人扶伤员躯干使其呈一整体滚动移至木板上，注意不要使躯干扭转（滚动法）。或3人同时用手将伤员平直托离地面至木板上（平托法）。

●对疑有颈椎损伤的伤员，需专人托扶头部，沿纵轴方向向上略加牵引，使头、颈随躯干一同滚动；或由伤员自己托住头部缓慢移动至木板上。用砂袋或折好的衣物放在颈两侧加以固定。

严禁强行搬动头部！

●绝对禁止一人搂抱、背送，或2~3人徒手抬送伤员！因这些方法增加脊柱弯曲、加重脊椎骨折及脊髓损伤。

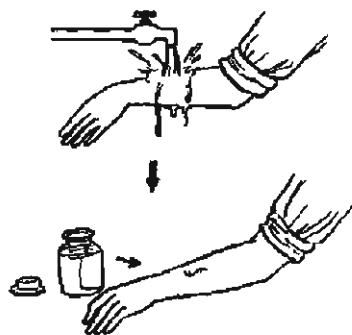
二十五、动物咬伤

必须及早接受医生治疗！

被狗、猫、鼠等动物咬伤后肉眼观伤势并不严重，但因伤口较深、且动物牙齿不干净，涎液中可含有人类致敏原，极易引发感染（破伤风、狂犬病等）及局部过敏。因此，此类患者必须及早接受医生治疗。

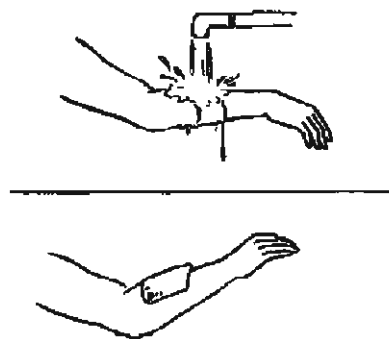
急救

●清洗消毒。皮肤无剥落时，用自来水及大量肥皂水清洗后，以酒精、双氧水等无色消毒液消毒，敷盖纱布后送医院。



冲洗、消毒

●皮肤剥落时处理。咬伤导致皮肤撕脱、剥落、出血时以大量肥皂水清洗、消毒、清创纱布包扎后，尽早接受医院治疗。



冲洗、消毒、包扎

●局部冷敷。受伤部位肿胀较严重时，用冰毛巾、冰袋冷敷。



冰袋冷敷

二十六、蛇咬伤

不能确定是否为毒蛇咬伤时，请按毒蛇咬伤处理。救治越早越好！用口吸出的毒液吐出后应漱口！

毒蛇咬人时毒液从唇腭上一对唇上腺排出，通过毒牙导管或纵沟注入伤员伤口。毒液入血可迅速致人以死亡。我国常见而危害较大的毒蛇有 10 余种。眼镜蛇、金环蛇、银环蛇主要分布于长江以南；蝥蛇分布于广东、广西、福建、台湾；腹蛇、竹叶青蛇以平原及丘陵地区多见；海蛇以沿海地区常见。

1. 毒蛇咬伤判断

可依靠捕获的蛇，或描述蛇的形状，或通过咬伤牙痕来判断。毒蛇咬伤的伤口有一对针尖大小的毒牙痕，且伴有局部、全身症状；如果伤口为 2~4 行锯齿状、浅表而均匀、细小的牙痕，且无局部及全身症状，则可判断为非毒蛇咬伤。

毒蛇和非毒蛇咬伤的鉴别表

临床表现	毒 蛇	非 毒 蛇
牙痕	2 个针尖大牙痕	2 行或 4 行锯齿状浅小牙痕
局部伤口	水肿、渗血、坏死	无
全身症状	神经毒	无
	心脏毒和凝血障碍	无
	出血	无
	肌毒	无

2. 表现

●有毒蛇咬伤史。

●局部表现。咬伤局部轻度麻木感，或局部剧痛、肿胀明显，并迅速向肢体近端蔓延。

●全身表现。多在伤后1~3小时后出现。头晕、四肢无力、流涎；视力模糊、眼睑下垂；言语不清、吞咽困难；颈部强直、牙关紧闭；或发热、烦躁不安、谵妄；皮肤轻度出血及鼻、牙龈出血、便血、黄疸等。

3. 急救

被毒蛇咬伤事关伤员生命，必须现场紧急处理后立即转送医疗机构。下列急救措施施行越早越好，应争取在咬伤后1小时内进行。

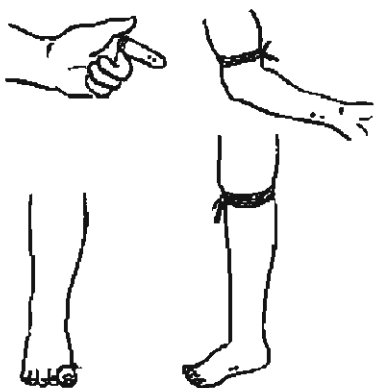
如不能确定是否为毒蛇咬伤，也请按下述措施进行处置。

●首先确定毒蛇咬伤。有明确的蛇咬伤史，局部留有毒牙痕，及局部和全身表现。

●绑扎伤肢。立即在四肢咬伤处上方（近心端）5~10厘米处用绑带、止血带结扎紧，松紧度以不阻断血液循环为宜；绑扎久者可在20~30分钟放松1~2分钟；急救处置结束，或应用蛇药3小时后绑带即可解除。

●制动。伤肢休息。应使伤肢部位保持在心脏平面以下。

●冲洗。立即用冷开水、

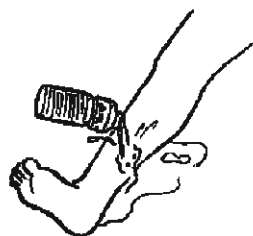


在咬伤处上方结扎

肥皂水（有条件时用生理盐水或 1:5000 高锰酸钾溶液）冲洗伤口。

●扩创排毒。绑扎后用消毒刀片、匕首顺毒牙痕方向纵形切开 0.5 厘米深的切口；如无毒牙痕则经伤口作“十”字形切口，长约 1~1.5 厘米，再用拔火罐、吸乳器反复多次在伤口吸出毒液。

如无以上条件，可在绑带下用手指经伤口挤出毒液，或直接用口吸吮、吐出毒液。吸吮者应无龋齿及口腔黏膜无破损，吸后应漱口。吸后伤口要消毒、盖以消毒敷料湿敷。



冲洗伤口

野外条件恶劣，或躯体被咬伤时，可用火柴烧灼伤口，急送医院。

●局部冰敷。咬伤后 24 小时内进行冰敷可减轻蛇毒毒性、减慢毒素吸收。如无冰块，可用冷泉水或井水浸泡。

●急救处置后立即送往医院。有条件时尽早应用蛇药、抗蛇毒血清、破伤风抗毒素。

●蛇咬伤超过 24 小时不用上法排毒。伤口肿胀明显，可在肿胀处下端每隔 3~5 厘米用消毒衣针或三棱针刺入 2 厘米后拔出，并使伤肢低位下垂，自上而下轻轻按压使毒液自针眼溢出。如此每日 2~3 次，连续 2~3 日。

二十七、蜇伤

不可用力挤压、揉搓伤处！

每个地理区域都有特有的昆虫及危险的动物存在。被蜂（蜜蜂）、黄蜂、毒蛾、蜘蛛、蝎子等蜇、咬伤对人体的损害轻重不一，但有时是致命的。

1. 表现

●一般表现。轻微的昆虫蜇、咬伤伤处有灼痛、肿胀、发红、瘙痒。多数蜇伤会造成头痛、肌肉痛性痉挛、发热、嗜睡等。

●变态反应。蜇咬以下部位如眼、唇、舌可发生肿胀、哮喘及呼吸困难；严重瘙痒；上腹痉挛性痛、恶心及呕吐；皮肤出现瘀斑及荨麻疹；头晕、虚脱、昏迷。

2. 急救

治疗变态反应应由医生处理。局部伤口急救处置：

●被蜂、毒蛾、毛虫等刺伤时会在皮肤上留下毒针、毒毛。用拔毛器一点一点清除干净，或用胶带在受伤处贴上、撕下，也可将毒针、毒毛拔除。或用口吸，配合略加挤压将毒针、毒液吸出。

切记：不可用力挤压或用镊子加压拔出，以免毒液扩散！吸出的毒液不可吞入！



除去毒针、毒毛、毒液

不可用力揉搓伤处，以免毒针、毒毛深入皮肤！

在蜇咬伤处上方5~10厘米绑一条略加施压的绷带，但应使伤员感到舒适效果更好。

- 用自来水冲洗被蜇咬伤部位。
- 伤处局部涂以抗过敏药膏如肤轻松软膏等。
- 局部冷敷，接受医师治疗。

附：某些蜇咬伤特点

蜂 只有蜜蜂会把蜇针留在皮肤内。应将蜇针除去，但不要用力镊子，以免将更多毒液挤入伤口。

蜘蛛 对老年人、幼儿及病人，蜘蛛咬伤后危险较大。如被蜘蛛咬伤后发生伤处剧痛或出现其他变态反应症状，应冷敷伤处并去医院接受治疗。

如果可能，将已致死的蜘蛛带上。

蝎子 有些蝎子毒性较强，处理与蜘蛛咬伤相同。

水母 水母蜇伤危险性较小，但局部灼痛、肿胀较重。可用干燥的沙子将留在皮肤上的蜇刺除去。炉甘石洗剂可缓解症状。

突发疾病的 紧急处置



一、意识障碍（昏迷）

注意患者意识状态判断，保持气道通畅。

意识障碍包括嗜睡、精神错乱、昏迷及患者对周围刺激无反应状态。可能为脑损伤（头部外伤或中风）、失血、缺氧（溺水）或血中发生化学成分变化（糖尿病昏迷）等原因引起。

意识障碍时，机体的正常反射消失，肌肉因失去张力而松弛，尤其由于下颌松弛、舌后坠而堵塞呼吸道，或患者无法将咽喉部以下的分泌物、呕吐物等咳出而塞住气道，更易陷入昏迷而发生呼吸、心跳停止。

急救

（1）检查意识状态

“喂！你怎么了？”在患者耳边轻唤，轻轻摇动或拍打患者双肩。若患者无反应，可判断已无意识。

意识状态判断：以问答方式测验患者，视其反应分为3个阶段：

●**倦睡。**患者恹恹入睡，但易唤醒，不久又恹恹入睡，仍可回答问题、说出本身情况。

●**昏睡。**患者不易回答问题，或答非所问、难以唤醒。

●**昏迷。**患者静卧不动、不能唤醒、毫无反应。

处置依患者意识状态而进行：

呼唤患者时睁眼、并可回答问题 → 首先不必担心，见(3)

回答含糊、迟缓 → 轻度意识障碍，见(3)

呼唤并施加刺激才睁眼 → 明显意识障碍，见(2)

手足能动，但无法睁眼 → 昏睡状态，见(2)

完全无反应 → 深昏迷状态，见(2)

(2) 意识丧失时开放气道

●将患者头后仰，开放气道方法见第 16 页。检查有无呼吸方法见第 17 页。

●如患者呼吸声夹有杂音或咕噜声，可将手指探入患者口腔深部去掏摸，将松动牙齿或假牙取出。

●松懈颈、胸部绷紧的衣物。

●将患者放置成昏迷侧卧位（复原体位）参见第 9 页。如果可能，将患者放在毛毯上。

轻度意识障碍或意识恢复时 → 见(3)

呼吸恢复、但意识未恢复时 → 放置昏迷侧卧位，送医院

无呼吸亦无脉搏时 → 施行人工呼吸、心脏按压，呼叫救护车

(3) 意识恢复后仰睡休息

头部不要垫枕，注意保护体温。

(4) 呕吐时头或身体侧卧位

呕吐物进入气管相当危险，不可卧卧或仰卧。

(5) 清除呕吐物

用不尖锐的拇、食指交叉将患者口腔打开，在另手指尖处绕上纱布清除口腔中唾液或残留呕吐物。

(6) 救护车到达前要注意呼吸状态

对意识丧失者实施急救之后，不要离开昏迷者身边，仍要注意呼吸状态。救护车到达时应向救护人员讲清患者曾处于何种状态？经历了多长时间？发生了什么变化？

二、糖尿病昏迷

立即给予患者糖水或方糖而不必产生顾忌。

有明确病史的糖尿病患者如注射胰岛素或口服降糖药物过量、不足均可引起糖尿病昏迷。

1. 表现

(1) 胰岛素及药物过量

- 面色苍白、出冷汗。脉搏急促、呼吸浅、全身震颤。
- 神志错乱、恍惚。
- 昏倒，迅速陷入昏迷。
- 呼吸无异味。

(2) 胰岛素及药物量不足

- 皮肤干燥、面色潮红。
- 呼吸深如呻吟，有异味如指甲油或烂苹果。
- 逐渐陷入昏迷状态。

2. 急救

●患者已陷入昏迷时，应将其安置成昏迷侧卧位（参见第9页），并立即请医生诊治。

●患者神志尚清时，问明患者曾用何种药物。无论如何，应

即给患者糖水或方糖。饮糖水后如病情大为好转，则属胰岛素或降糖药物用量过多，宜多喝些糖水，以免患者陷入昏迷。



昏迷侧卧位



喝糖水

三、呼吸困难

明确病因，对症治疗。

多在肺、支气管、心因性疾病、气管内异物等情况下发生。

1. 表现

- 呼吸费力伴窒息感。
- 鼻翼扇动、张口呼吸，呼吸深快或浅慢。
- 口唇青紫。

2. 急救

(1) 宽松衣服、采取舒适姿势
宜取端坐位，在小桌、写字台上用棉被垫高，身体靠前或在患者后背放上被褥倚靠。

(2) 摩擦背部

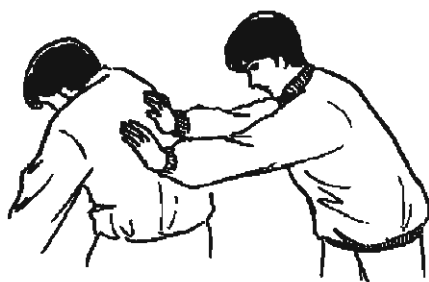
将患者身体稍微前倾并摩擦背部，配合摩擦速度让患者呼吸。转移情绪，呼吸可能变平稳。

(3) 注意呼吸状态

患者突然有强烈的呼吸困难，或呼吸、意识状态逐渐恶化



用棉被垫高



摩擦背部

时，首先开放气道（参见第 16 页）。已无呼吸时施行口对口人工呼吸（参见第 17 页）。

（4）询问病史及病因治疗

●确定患者呼吸困难是由呼吸道梗阻、支气管肺部疾病，还是心脏病导致的心功能不全引起。

●患者若曾接受氧气疗法，可利用便携式吸氧装置吸氧。

●呼吸道异物堵塞急救参见第 33 页。

●哮喘发作时可用喷吸气雾剂治疗。

●心脏病、心功能不全时宜端坐于床上，可用硝酸甘油、消心痛、速效救心丸等治疗。

经过急救患者呼吸变得舒适、平稳后，应进一步治疗。

附：换气过度综合征

年轻女性居多。多由于恐惧、悲愤、兴奋、激动等精神或肉体上的压力而引发突然呼吸痛苦，为摆脱痛苦便竭力呼吸而呈现呼吸困难，伴情绪不安、手足抽搐或麻痹，有时会陷入失神状态。

首先使患者情绪稳定。若呼吸停止数秒，请患者慢慢呼吸以解除患者呼吸困难或不安。

四、哮喘发作

脱离过敏原，应用止喘药物。

有哮喘史的患者对空气湿度、温度等气候变化极为敏感，易引起上呼吸道感染；食物及空气中的过敏物质、情绪激动等因素均可诱发哮喘发作。

1. 表现

- 发病前鼻咽部痒、喷嚏、咳嗽、咳痰、流涕。
- 起病迅速，呼吸困难。患者被迫坐位，两手前撑、两肩耸起、额部冒汗，可有干咳或咳痰，严重时口唇青紫。
- 于发病将停时咳出稀薄痰液，呼吸困难减轻，哮喘迅速停止。
- 哮喘持续状态时，呼吸困难严重，吸气较浅，呼气长而费力。张口呼吸、大汗淋漓、面色苍白、四肢冷汗。脉搏快。

2. 急救

哮喘发作时如能解除病因、及时治疗，病情一般多能缓解。如哮喘持续状态出现，患者可能出现意识障碍，必须紧急抢救。

●脱离过敏原。如患者常在嗅到特殊气味、吸入某物后哮喘发作，如汽油、花粉、化工染料、刺激性气体等，立即帮助患者

离开过敏原。

- 打开门窗以进入较多新鲜空气。

- 采取坐位以缓解症状。

- 有条件时吸氧。身边备有喘乐宁等气雾剂时喷吸 2 次。

- 意识丧失时将患者安置成昏迷体位（参见第 10 页）。

- 急救措施无效或哮喘持续状态发作不缓解时速召救护车送往医疗机构。

五、心脏病发作

保持绝对安静状态！身边有硝酸甘油等药物时立即含服！

这是一种有生命危险的紧急情况，常由于心肌冠状动脉痉挛、狭窄造成心肌缺血、缺氧引起。

1. 表现

●有或无心脏病史。

●左胸心前区或胸部中央严重疼痛并有压迫感，可持续数分钟之久。

●伴有手臂、肩膀、颈背区痛。

●大汗、精神紧张、焦虑、恐惧。

●恶心、呕吐。

●呼吸短促。

●皮肤苍白、青灰色。

●衰弱无力、虚脱甚至休克。

2. 急救

心脏病发作的抢救视患者清醒或昏迷不醒而定。

(1) 意识清醒时

●置患者于舒适体位，坐或半坐均可。躺下会使呼吸困难加

重。

保持绝对安静状态！切莫搬动患者！

●使患者镇静，不给其任何饮料、食物。

●曾接受医生处方治疗者，协助患者服用该药如硝酸甘油、消心痛、速效救心丸等。

●有条件时吸氧。

●呼叫救护车，并告知救护人员患者可能为心脏病发作需用氧气；或将患者送至最近的医疗机构。

●心脏病发作时可误为消化不良，如无法确定，请按心脏病发作来处置。

(2) 意识丧失、呼吸停止时

●置患者于平面仰卧，清理口腔及气道异物（参见第 38、127 页）。

●即刻施行人工呼吸、心脏按压（参见第 17 页）。

六、胸部疼痛

可能为心肌梗死先兆。

突发胸部疼痛的疾病常见有心肌缺血、心肌梗死、肋间神经痛、自发性气胸等。现场救治者尤其应警惕心肌梗死先兆表现。胸部中央或左侧突然产生剧烈疼痛数分钟以上、持续出现冷汗应怀疑有心肌梗死。

心脏病发作时的急救参见第 135 页。

1. 病情判断

●胸痛伴发热，见于肺炎、胸膜炎、脓胸等。

●胸痛伴咳嗽、咳痰、咯血，见于肺结核、支气管扩张。

●胸痛伴胸闷、呼吸困难，见于支气管哮喘、肺气肿、心脏病发作。

●胸痛伴心前区闷痛、紧压感，见于心绞痛、心肌梗死。

2. 急救

●采取轻松姿势。宽松患者紧身衣



手抱枕头于胸前

物，让患者坐在沙发上，手抱枕头于胸前以蜷曲脊背；或让患者坐在床上以保持轻松的姿势。

●注意患者呼吸情况。出现呼吸痛苦、呼吸困难时，扶起上半身让患者靠在被褥上以减轻痛苦。



靠在被褥上

●注意保温。寒冷时替患者盖上毛毯保暖。

●意识丧失时施行紧急生命急救。强烈胸痛持续不断、意识丧失时马上开放气道，施行口对口人工呼吸、心脏按压，同时呼叫救护车或直接将患者送往医院。

七、急性腹痛

不可饮水及进食！不要滥用止痛剂！

人一生或多或少都曾经历腹痛，其原因可有胃痉挛、胃十二指肠球部溃疡、胰腺炎、阑尾炎、胆结石、泌尿系结石等，但急性腹痛多需医生及时诊治，否则可贻误病情、危及生命。因此，出现急性腹痛绝不可掉以轻心。

病情判断

●腹痛伴发热、呕吐，多见于腹内脏器急性炎症，如急性胃肠炎、胆囊炎、阑尾炎等。

●腹痛伴血便，见于急性痢疾、肠套叠、出血坏死性肠炎等。

●腹痛伴血尿，见于泌尿系结石。

●腹痛伴腹部肿块，见于急性肠梗阻、肠套叠、腹部肿瘤。

●腹痛伴休克，可见于内出血、急性胰腺炎、急性胃肠穿孔、急性心肌梗死等。

急性腹痛时疾病的腹部定位

●上腹痛，见于胃部疾病如胃痉挛、急性胃炎、胃十二指肠球部穿孔；心绞痛、心肌梗死；急性胰腺炎等。

●右上腹痛，见于胆道疾病如胆结石、胆囊炎。

●左上腹痛，见于急性胰腺炎。

●右下腹痛，见于急性阑尾炎、尿路结石等。

●下腹痛，见于尿路结石、宫外孕、肠穿孔、肠梗阻等。

急救

患者因急性腹痛而打滚、抱着腹部下蹲或蜷曲、腹部紧绷，或腹痛持续不断及反复均属病情危急状态。

●安静休息。患者头靠低枕、双膝弯曲、平卧以缓解腹部疼痛。

●强烈腹痛时不可饮水及进食！

●呕吐时脸朝向一侧，防止呕吐物进入呼吸道。

●腹痛时若用手压迫、按摩后减轻，可给予热敷。

●未看医生前，不要滥用止痛药！

●强烈腹痛不缓解时，呼叫救护车或去医院诊治。



呕吐时脸朝向一侧

八、疾病引发的大出血

为病情危急情况，速送往医院急救。采取侧卧位。

因疾病引发的出血常见于静脉曲张破裂出血及内出血如咯血、呕血。外部出血虽然来势突然、凶猛，但如及时治疗，多无生命危险。身体内部出血通常隐蔽、严重，倘不及时发觉速送医院救治，患者可能死亡。

静脉曲张破裂出血

下肢静脉曲张破裂出血是因疾病而突然出血的常见原因，可自发性破裂出血，也可由外伤引起。

1. 表现

●下肢静脉鼓胀、弯曲。小腿皮肤颜色可变深、甚或局部有溃烂伤口，出血大多发生于此。

●静脉破裂、流血不止。由于此处静脉压力较高、出血较急，也可呈喷射状。

●患者皮肤湿冷、脉搏快速而微弱，烦躁、眩晕。

2. 急救

●用清洁的纱布垫紧压出血部位。使患者躺下，将静脉曲张出血的下肢置于自己的大腿上，继续按压伤口，不可放松。

●保持患肢举起，在伤口敷上纱布敷料、绷带加压包扎妥当，用枕头或椅子垫起患肢，速召医务人员。

咯血

咯血是指喉部以下的呼吸道出血，经咳嗽由口腔排出。首先须与口鼻出血鉴别。鼻腔出血多从鼻孔流出。咯血多见于支气管、肺疾病，表现因原发疾病不同而异。

1. 表现

●支气管、肺部疾病、心血管疾病等病史。

●咯血伴胸痛：多见于肺炎、肺结核、支气管扩张、肺梗死。

●咯血伴发热：肺结核、肺炎、肺脓肿、支气管肺癌等。

●咯脓血痰：肺脓肿、空洞型肺结核、支气管扩张。

●咯血伴呛咳：多见于支气管肺癌。

●咯鲜红或赤褐血，可有血块。

●皮肤苍白、冷汗淋漓。

●脉搏快速但微弱。

●烦躁、昏厥或坐立不安。

2. 急救

●安慰患者，保持镇静。采取侧卧位，鼓励患者有血即咳出。

●头低足高位有利于咯血的排出。轻拍患者背部，协助血块咯出。

- 尽快掏挖口鼻、咽处血块，方法参见第 38、127 页。
- 迅速呼叫救护车或送往最近的医院。

呕血

消化系统疾病大量出血时，胃内或反流入胃的血液经口腔呕出为呕血。出血之初常不易察觉，只有出血量超过 500 毫升才会呕出，超过 60 毫升会出现黑便，为可见性内出血。

1. 表现

- 有或无消化系疾病史，如胃溃疡、肝炎等。
- 呕血为鲜红色、暗红色、棕褐色。
- 皮肤苍白、脉搏速而弱、烦躁不安。
- 呕血伴烧心、胃区疼痛，多为溃疡病出血。
- 呕血伴上腹痛、消瘦、食欲降低，提示胃癌出血。
- 呕血伴皮肤黄染，常见于肝、胆疾病出血。
- 呕血为暗红色、量多甚至呈喷射状，有肝病史，多为肝硬化合并食管或胃底静脉曲张破裂出血。

2. 急救

- 保持患者安静，勿大声哭叫。
- 立即采取侧卧位，以防呕吐物进入呼吸道造成窒息。
- 口服冰水或冷水、云南白药止血。
- 呼叫救护车、急送医院救治。

九、女性阴道出血

保持阴部清洁，尽快就诊于妇科。

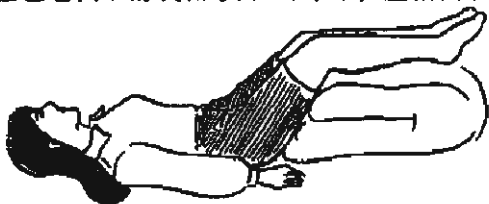
分为怀孕及未怀孕两种情况，但有时在妇女早孕时并不一定能准确判断。临产孕妇阴道流出羊水或夹少量血液为临产先兆，处理参见紧急分娩。

对于未知自己怀孕、早孕的妇女，若有少量阴道出血、有强烈腹痛，可能会出现大量的内出血，也有宫外孕的可能，因此务必呼叫救护车或去最近的医疗机构就诊。

急救

(1) 怀孕时

- 患者安静休息、保暖。
- 患者脸色苍白、脉搏加快、出冷汗，应抬高双腿。



抬高双腿

●脱脂棉或妇女卫生用品覆盖阴部，严重时用“丁”字带固定。呼叫救护车。

●阴道排出物如血块、肉块组织应放入塑料袋内保管，交由医生诊察。

不可将排出物让患者看，以免精神遭受刺激。

(2) 未怀孕时

清洗阴部、覆盖卫生用品，尽快就诊于妇产科。

十、发热

物理降温简便、易行、有效。注意发烧以外表现。

通常由感冒、支气管炎、肺炎、急性扁桃腺炎、肾盂肾炎等各种感染疾病引起。发热可分为低热（ $37.5 \sim 38.0^{\circ}\text{C}$ ）、中热（ $38.0 \sim 38.9^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ 39.0°C 以上）。出现高热时，开始常出现畏寒，寒战过后就会转为高热。当在中热至高热间时，请按高热来处理。

急救

●畏寒、颤抖开始时注意全身保温，此时鼓励患者多饮水。

●发烧后降温、安静休息。首

先选择物理降温。

冷敷法：用冷毛巾或冰袋冷却患者额头不仅降温，还会使其感到舒适。但患者不愿冷敷时不要勉强。持续高热时可冷敷颈部两侧、双侧腋窝及大腿根部。

擦浴法：以温、冷毛巾擦拭额头、双颈侧、双腋窝及大腿根部等大血管部位。体温超过 39°C 时可



多饮水

用酒精浴，即以浸透 30% 酒精的软布擦拭上述部位。

●发汗时替换内衣。

●注意发烧以外表现。不要仅注意退烧，而且要注意发烧伴随的其他表现，如有无皮疹、惊厥、头痛、呼吸困难、意识障碍等。

有皮疹时应向医生说明发烧时间、发疹经过等。

出现惊厥时的急救参见第 148 页。

十一、惊厥

防止跌伤及舌咬伤！惊厥时不要按压患者四肢！

能导致惊厥的疾病很多，如癫痫、脑部疾病、低血糖，或药物中毒、发烧、中暑等，常表现为意识丧失、全身性抽搐（骨骼肌持续性收缩）。如不及时救治，可有严重骨折、跌伤、窒息等危险。

1. 表现

- 诱发疾病的表现，如发高烧、中暑、药物中毒、癫痫等。
- 意识丧失，站立时可突然向前跌倒。
- 全身持续性抽搐，眼球上窜、口部紧闭、颈部及身体呈弓形反张体位，上肢伸直内收、下肢绷直。大小便失禁。可持续10~20秒。
- 阵发性痉挛，全身抽搐后呈阵发性抽搐，频率渐慢、松弛期延长。可持续1分钟。
- 抽搐时心率增快、呼吸暂时中断；皮肤苍白转为青紫。

2. 急救

发热、癫痫等发生惊厥常在数分钟内恢复，急救的目的主要是对症治疗，减少因惊厥而导致的副损伤及并发症的发生。如果

惊厥时间延长或反复发生则需马上送医院。

●防止跌、撞伤。昏倒时为了不发生受伤或烫伤，要将周围危险物清除。惊厥发生时将患者扶持卧倒。

昏迷者的移动法参见第 5 页。

●松解衣物、腰带以利于呼吸道通畅。

●防止舌咬伤。将毛巾或手帕塞入上下齿间，或将筷子缠上纱布让患者咬住。

注意：不可让衬垫物塞住喉咙！

●惊厥时及停止后应将头旋向一侧，让唾液及呕吐物流出、避免窒息；或用不尖锐的拇、食指交叉将口打开，再用食指伸入口中掏出口中异物及分泌物。

●惊厥时不可抱患者四处走动！

●惊厥时不要按压患者四肢，以免发生骨折或脱臼！

●观察呼吸状态。惊厥停止后仍无呼吸、唇及脸色变青紫时施行开放气道、口对口人工呼吸。

●诱发疾病的治疗。发烧时的退热参见第 146 页。中暑的救治参见第 69 页。

●惊厥停止、稳定后尽早送往医院。如果惊厥发生时间长久，应刻不容缓呼叫救护车将患者送往最近的医疗机构。

十二、抽筋

水中抽筋相当危险！

亦称痛性痉挛、强直性肌肉疼痛痉挛。可由肌肉动作不协调、用力过度、疲劳，或突然受寒（气温变低、游泳）等引发。在水中抽筋相当危险。

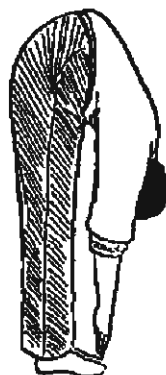
救治

(1) 小腿、足部抽筋

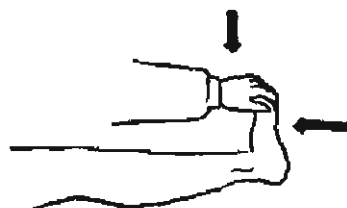
患者可自己或由他人协助治疗。

●患者双腿直立、足趾伸直，俯身弯腰向下，双手触及足趾或足跟，拉直腿部和足部痉挛的肌肉。

●患者自己将足趾向头侧牵拉，使小腿伸直。



弯腰向下，
双手触足



将足趾向头侧牵拉

●患者仰卧，由他人拉直其膝部及足趾，并将其足用力推向膝侧。



将足推向膝侧

(2) 大腿抽筋

●患者坐于地上，救治者一手尽量拉直患者膝部并将其足跟抬高，一手在其膝部用力下压。



用力下压膝部

(3) 手部抽筋

●救治者轻轻用力拉直患者手指，并使患者伸开五指，再按压伸出的指尖。

十三、紧急分娩（紧急接生法）

注意接生器具消毒。不可强力拉拽婴儿及胎盘！

旅行途中或某些特殊场合时，妇女分娩过程发生突然或来得极快。如果发生紧急分娩时，切记分娩是一自然发生的过程，尽可能不要干扰这种过程。大多数分娩都不会有生命危险。

1. 临产表现

●孕妇感到腹部阵痛。痛感由后腰部开始延至下腹部，初为每30分钟痛1次，随后间歇时间缩短、次数越来越频，痛感也逐渐加剧。

●阴道流出清亮羊水，为胎膜破裂所致。

●阴道可能渗出少量鲜血。

2. 准备工作

●房间保温。替产妇铺好床（或长椅）。如无被单，铺上塑料布或干净报纸，再在上面盖上干净的毛巾。

●找1把无锈的剪刀，3根20厘米长的细绳，用酒精或开水煮沸10分钟消毒。

3. 助产法

●安抚产妇保持轻松、镇静。如有羊水流出或阵痛加剧，让

产妇躺在床上。

●如阵痛剧烈，教产妇随阵痛做深呼吸。千万不要屏气！

●阵痛至每2~3分钟发作1次时，教产妇用双手抓紧膝后大腿部分、屏气，腹部用力向下推压。每逢腹部用力向下推压时，同时高举双脚。

●婴儿头部娩出时，不可用力触摸。教产妇停止用力推压，并做短促呼吸犹如喘息。

●婴儿出生多属顺产，但遇有婴儿出生后未能自主呼吸，实施口对口鼻人工呼吸。

4. 接生法

●产妇仰卧，如觉侧卧时舒适则朝左侧卧。双膝宜屈曲，用枕头和垫子垫高产妇头肩部。婴儿头部一旦露出，即用清洁毛巾垫在产妇臀下，另用2块干净毛巾铺于产妇两股之间床褥上。



产妇仰卧

●婴儿头部初露时，先不用手触摸，待头全部娩出后才用双手承托。不要去拉婴儿。

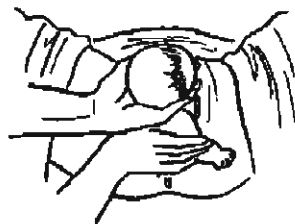
●婴儿肩部出现时，应轻轻用手接住，不可用力强拉。通常一肩先出，此时如将婴儿头部稍微抬高，另一肩就会顺利产出。

●抱住婴儿使其足略比头高，将

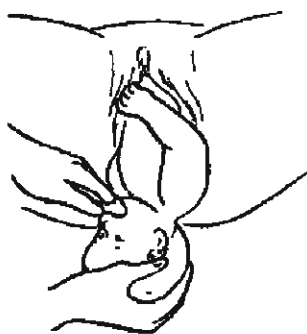


双手承托婴儿头部

婴儿鼻、口腔中黏液和血液擦掉。



轻轻用手接住肩部

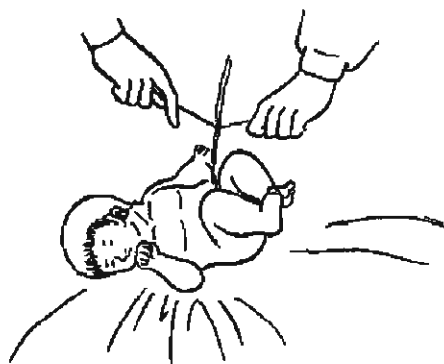


擦去口鼻中的黏液和血液

●如婴儿出生后 1 分钟仍无呼吸，小心抓住婴儿倒提、头部向下，让口中黏液流出。切勿拍打婴儿背部。如有必要，可轻轻吹气入其肺部。

●待婴儿呼吸正常，用 2 根消过毒的细绳分别在距婴儿肚脐约 15 厘米、20 厘米处尽全力扎紧脐带。

●用消过毒的剪刀在二结扎绳间剪断脐带，接着在距婴儿肚



结扎脐带

脐 10 厘米处再结扎 1 次。

●在婴儿侧脐带末端敷上洁净敷料。用毛毯或毛巾包裹婴儿。

●婴儿出生后 10 ~ 20 分钟，胎盘就会露出，不要去拉拽胎盘！如果出血太多，用手轻轻按摩产妇小腹，等到专业医务人员赶到或急送医院。

●脐带绕颈时。婴儿出生时如发现脐带缠绕颈部，不必着急。用一根手指钩住脐带，将脐带翻过婴儿头部。切勿强行拉出脐带或拖出婴儿。

●臀位接生法：如果婴儿臀部先出，毋须担心。用手接住娩出的身体，但不可强拉。待肩部娩出后在肩下托住婴儿，稍微抬高其身体以便婴儿能自由呼吸。

5. 产后处理

●婴儿出生后用清洁的厚毛巾或毛毯包裹，尤须注意包住头顶，但应露出面部及口鼻。将婴儿交给产妇抱住，或放在产妇身边侧卧，头部应稍低、不用枕头。不必替初生婴儿洗澡。产妇排出胎盘后如想哺乳，可抱婴儿给她一试。

●产妇上身用毛毯裹住保暖。产后排出胎盘约需 5 ~ 20 分钟。胎盘和脐带应留下来交由医务人员查验其完整性。替产妇清洗阴部血污物、垫上卫生巾。产后可饮水。

如胎盘排不出，或排出的部分看起来并不完整，应立即送产妇去医院。



剪断脐带



将脐带翻过
婴儿头部

中毒的 紧急处置



一、民用燃气中毒

进入燃气泄漏的室内，绝不可打开电灯、电器开关或拨打电话！

家用燃气包括沼气、煤气、液化石油气等。事故多发生于燃气泄漏、操作失误时。中毒者以缺氧为主要表现，救治不及时会危及生命。

1. 表现

- 早期恶心、呕吐、头痛、头晕、怠倦感。
- 呼吸急促、脉搏加快、四肢无力。
- 抽搐、昏迷。
- 呼吸停止。

2. 急救

●让新鲜空气进入室内。发现紧闭的室内有昏迷者，并可嗅到强烈的燃气异味时，可在室外打碎玻璃门窗。救助者应压低身体姿势，或匍匐进入室内关闭燃气开关，打开门窗。

千万注意：进入燃气泄漏的室内，即便室内黑暗，也不能打开电器或电灯开关或拨打电话，否则有引发爆炸之患！

●将患者移至安全、通风场所。宽松患者衣物，使其仰睡；昏迷者则要置成昏迷侧卧位（参见第9页）。

昏迷者的搬运法参见第 5 页。

●开放气道，检查有无呼吸。

无呼吸时紧急施行口对口人工呼吸（参见第 17 页），同时呼叫救护车。

有呼吸时，若患者意识恢复或清醒，用毛毯等物保暖，待病情稳定后送往医院。

二、一氧化碳中毒

迅速使患者吸入新鲜空气！

急性一氧化碳中毒是较为常见的生活性中毒及职业性中毒。日常生活中煤炉产生的气体中一氧化碳含量较高，当门窗紧闭、排烟不良或烟道不通、漏气、倒风，以及在通风不良的浴室内使用燃气热水器淋浴等均可引起急性一氧化碳中毒。

1. 表现

- 轻度中毒。头痛、头晕、恶心、呕吐、无力。
- 中度中毒。面色潮红、口唇呈樱桃红色，脉搏快、多汗、烦躁不安、步态不稳、嗜睡、昏迷。
- 重度中毒。迅速陷入昏迷，或惊厥、大小便失禁、呼吸浅而快，甚至呼吸停止。

2. 急救

- 一氧化碳比空气轻，救护者应匍匐入室，立即打开门窗，将患者迅速移至空气新鲜、通风良好的场所。
- 患者仰睡、保暖。松开衣扣，使呼吸通畅。
- 有条件时务必吸氧。
- 检查呼吸状态，患者有呼吸但呼吸道梗阻、分泌物较多时清理口腔分泌物。

轻症患者经以上处理后，一般可迅速恢复。

如患者仍处于昏迷，开放气道；如无呼吸，立即施行口对口人工呼吸，并立即送往医院。

三、细菌性食物中毒

催吐时防止呕吐物呛入气管内！

大多发生在食入腐败或不洁的食物、饮料后。由于这些食物被细菌及其毒素污染而产生胃肠性食物中毒、神经性食物中毒表现。引起细菌性食物中毒的病原菌包括沙门菌属、致病性大肠杆菌属、变形杆菌属、肉毒杆菌等。

1. 表现

依致病菌毒素不同，分为胃肠性食物中毒、神经性食物中毒。

(1) 胃肠性食物中毒

●病史。进食可疑污染食物如淀粉制品、乳类、肉类等，家中或同伴数人得病，且食用同一种食物。

●进食被污染食物 1～3 小时后，迅速出现流涎、恶心、呕吐。

●腹泻。大便呈黄水样或黏液便。

●腹痛。呈阵发性绞痛。

(2) 神经性食物中毒

●病史。进食罐头等各类食品，12 小时至几天后胃肠道症状不明显，偶有恶心、呕吐。

- 软弱无力、头昏、眩晕。
- 视物不清或双影。上眼睑下垂。
- 吞咽困难、发音困难、抬头困难、伸舌不灵。
- 呼吸困难。

2. 急救

- 尽早催吐。患者神志清楚且能合作时，催吐法简便易行。

方法：让患者饮温开水 300 ~ 500 毫升，然后自己用手指或压舌板、筷子刺激舌根或咽后壁诱发呕吐，如此反复进行，直到胃内容物完全呕出（胃内容物变为清水样）为止。

儿童可由成人协助饮水及刺激舌根、咽后壁诱发呕吐，但不可在哭闹时进行以防呕吐物呛入呼吸道！

患者处于昏迷时不可催吐！

- 若有呕吐物或吃剩的食物，请收集后放入塑料袋内带给医生，可供治疗依据。

●腹部保暖、安静休息，注意呼吸状态，呼叫救护车送至医院进一步治疗。

四、动物性毒物中毒

速送往医院救治！

常见于进食或误食河豚鱼，或青鱼（鲩鱼）、草鱼、鲤鱼的鱼胆。河豚鱼的血、皮、内脏均含有河豚毒素，体重仅 10 克的幼鱼也含有很强的毒性；青鱼胆生吃或熟吃最易引起中毒，鱼胆的毒性成分尚不明。

蛇毒中毒参见第 119 页。

河豚毒素中毒

1. 表现

进食河豚鱼或曾与河豚鱼混杂存放的其他鱼类后，1/2 ~ 3 小时发病。

●胃肠表现：上腹部不适、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便血等。

●神经麻痹表现：胃肠症状出现后，口唇、舌尖、四肢、全身麻木，四肢无力，上眼睑下垂。

●呼吸浅、呼吸困难。唇发紫，发音困难、昏迷。

●呼吸、心跳停止。

2. 急救

●发现中毒时间不长，予以催吐（参见第 163 页）。有条件时洗胃、导泻。

●速送医院进一步救治。

鱼胆中毒

1. 表现

起病急，服鱼胆几小时后发病。

●恶心、呕吐、腹痛、腹泻。

●可有肝损害表现，如皮肤及眼球发黄。

●肾功能损害表现，少尿、无尿。

●严重时口鼻、牙龈出血，抽搐，昏迷、瘫痪。

2. 急救

●早期表现时可口服牛奶、蛋清。

●速送医院进一步救治。

五、植物性毒物中毒

洗胃应由专业人员进行！

误食有毒植物如毒蘑菇、曼陀罗，或有毒植物处理、烹调不当、进食过量木薯、发芽马铃薯、腌渍品、变质熟剩菜等均可引起植物性毒物中毒，其中的化学成分可对人体脏器造成损害。

毒蕈中毒

毒蕈俗称毒蘑菇。某些有毒蕈类的形态与无毒蕈类形态相似，误食后其中的毒蕈碱、马鞍草酸、瓢蕈毒等具致毒性。

1. 表现

毒蕈中毒可有各种表现，但均有吐、泻症状，一般误食后10分钟至30小时后发病。

- 剧烈恶心、呕吐、腹泻、腹痛。
- 流涎、流泪、多汗、脉搏变慢、呼吸困难、昏迷。
- 头晕、精神错乱（幻觉）、神志不清、昏睡。
- 皮肤发黄、血尿。

2. 急救

●及时排除尚未吸收的毒蕈。可用温开水或浓茶催吐。

有条件时口服药用炭（活性炭）以吸附毒素。或用 1:2000 高锰酸钾溶液或 0.5% 鞣酸液、浓茶洗胃。

●速送至医院进一步救治。

如有可能，带上曾食用的蘑菇样品交给医生。

曼陀罗中毒

全株均有毒，其种子毒性强，儿童内服 3~8 颗即可中毒。主要成分为莨菪碱、阿托品、曼陀罗碱等。

1. 表现

口服后 1/2~2 小时很快出现中毒表现。

●早期口干、吞咽困难、声音嘶哑、脉搏快、呼吸加深、皮肤干燥潮红。

●发热、烦躁不安、幻觉、胡言乱语、神志不清、行走不稳、抽搐。

●昏迷，呼吸、心跳停止。

2. 急救

●催吐。

有条件时用 1:2000 高锰酸钾溶液或 3%~5% 鞣酸溶液洗胃。

●速送至医院进一步救治。

发芽马铃薯中毒

收获未成熟马铃薯或贮存时接触阳光，均可引起马铃薯表皮

发紫或发芽，其中的龙葵素含量很高，为人体毒性物质，尤以芽、芽孔、皮和溃烂处为多。

1. 表现

食入未成熟或发芽马铃薯后数十分钟至几小时即可发病。

●咽喉部瘙痒、烧灼感、呕吐、腹痛、腹泻。

●严重时头痛、头晕、烦躁不安、言语不清、意识障碍、抽搐、呼吸困难甚至呼吸停止。

2. 急救

●催吐。

●洗胃、导泻。芒硝或硫酸镁 20~30 克溶于 200 毫升开水口服。

●速送医院防止休克、呼吸衰竭。

木薯中毒

食用未经妥善处理或生的木薯，其表皮、内皮、薯肉、薯心中的生氰苷可游离出氢氰酸导致人体中毒。

1. 表现

进食木薯 2~3 小时后发病。

●恶心、呕吐、腹痛、腹泻。

●头痛、头晕、心慌、无力、倦怠。

●严重时呼吸深慢、面色苍白、出冷汗、抽搐、昏迷，呼吸及心跳停止。

2. 急救

●立即催吐、洗胃。洗胃可用 1:2000 高锰酸钾溶液、1% 硫

代硫酸钠。

- 急送医院进一步救治。应用解毒剂。

含亚硝酸盐类食物中毒

进食某些蔬菜如小白菜、青菜、韭菜、菠菜、莴苣或新鲜腌渍的咸菜、变质熟剩菜等均含有较多的硝酸盐或亚硝酸盐；大量食用含硝酸盐的井水、腌咸肉或烧煮卤味时加亚硝酸盐过多均可引起中毒。

1. 表现

亚硝酸盐摄入量达 0.2 ~ 0.5 克即可引起中毒。多发生于儿童。

- 口唇青紫、胸闷、呼吸急促。
- 头痛、头晕、恶心、呕吐。
- 嗜睡或烦躁不安、惊厥、昏迷。
- 呼吸心跳停止。
- 皮肤蓝灰、蓝褐、蓝黑（不是紫蓝）色。

2. 急救

- 轻症者休息，大量饮水，可输液。
- 中毒不久，可用 1:5000 高锰酸钾溶液洗胃、导泻。
- 送医院接受进一步治疗。

六、农药中毒

注意作业时个人防护。脱去污染衣裤，肥皂水清洗皮肤。

以杀虫剂应用最为广泛。由于其对人畜的毒性，可在生产、运输、分销、贮存、使用过程中过量接触，以及农作物残留量过多、污染食物或意外服用均可引起中毒。常见的为有机磷类、氨基甲酸酯类、拟除虫菊酯类、杀虫脒四类杀虫剂中毒。

有机磷农药中毒

可经呼吸道、消化道、完好的皮肤侵入体内。剧毒类：甲拌磷（3911）、内吸磷（1059）、对硫磷（1605）、八甲磷；强毒类：苏化 203、三硫磷、甲基对硫磷、敌敌畏；中毒类：乐果、乙硫磷、敌百虫；低毒类：马拉硫磷、氯硫磷、杀螟松。

1. 表现

经皮肤吸收中毒一般在接触 2~6 小时后发病。口服中毒在 10 分钟至 2 小时内出现反应。

●中毒史。如过量接触、误服、自服。

●口中、身上、呕吐物中带有大蒜样臭味。

●恶心、呕吐、腹痛、腹泻、流涎、大便失禁；视力模糊；

咳嗽、咳痰、呼吸困难；多汗。

- 心率增快或减慢。
- 头痛、头晕、烦躁不安；嗜睡、乏力、惊厥、昏迷。
- 呼吸停止。

2. 急救

- 立即将患者撤离现场，脱去沾毒衣物。
- 皮肤沾有毒物时，用微温肥皂水、淡碱水、1%~5%碳酸氢钠溶液彻底清洗污染的皮肤、毛发、指甲。

眼睛内溅有毒液时，以2%碳酸氢钠溶液或生理盐水冲洗。

敌百虫忌用碱性溶液清洗、冲洗！

不能用热水、酒精擦洗皮肤！

- 口服中毒时，立即有效洗胃。应就地取材，以清水或生理盐水洗胃为宜。

洗胃后口服大量药用炭（活性炭）和硫酸镁（30~60克）。

- 保持呼吸道通畅。
- 应用阿托品、解毒剂或速送往医院。

拟除虫菊酯类农药中毒

主要通过消化道和呼吸道吸收，皮肤吸收甚微。此类农药对人类毒性很低。常用品种：敌杀死（溴氰菊酯）、速灭杀丁（氰戊菊酯）。

1. 表现

喷洒药后数小时发病。

- 中毒史。过量接触、误服或自服。
- 皮炎及眼刺激表现。接触后立即面部烧灼、痒感、皮肤红

疹、水疱、流泪、打喷嚏。

- 头昏、乏力、恶心、呕吐、胸闷、流涎。
- 双手颤抖、抽搐或惊厥、呼吸困难、心慌、昏迷。
- 口服中毒后上腹灼痛。

2. 急救

(1) 清除毒物

- 皮肤污染用肥皂水或 2% 碳酸氢钠溶液清洗。
- 口服中毒者催吐，或 2% 碳酸氢钠洗胃。

(2) 置患者于安静处

适量补液，送往医院进一步救治。

氨基甲酸酯类农药中毒

消化道、呼吸道、皮肤均能吸收中毒。对人畜毒性低。常用品种：西维因、灭扑威（叶蝉散）、呋喃丹（呋灭威）。

1. 表现

与有机磷中毒表现相似。

- 中毒史。明显接触史而不注意个人防护；误服、自服、投毒。
- 轻度中毒。见头痛、头晕、恶心、呕吐、多汗、胸闷、视物模糊、乏力、流涎。
- 中度中毒。见轻度呼吸困难及意识障碍；腹痛、腹泻、走路不稳、肌肉颤动、眼周围血性分泌物。
- 重度中毒。见呼吸困难明显、唇发紫、惊厥、昏迷、大小便失禁、意识障碍。
- 皮肤瘙痒、红疹、水疱。

2. 急救

- 脱离中毒环境。
 - 立即脱去污染衣物，2%碳酸氢钠或肥皂水冲洗污染部位。
 - 保持呼吸道通畅。
 - 口服中毒者尽早用2%碳酸氢钠洗胃，每次300~500毫升。洗胃后以50%硫酸镁导泻。
 - 早期使用阿托品。
- 送往医院进一步救治。

杀虫脒中毒

可经消化道、呼吸道及皮肤吸收。

1. 表现

生产性中毒主要经皮肤及呼吸道吸收。

一般在2~4小时发病；口服中毒在1/2~1小时内发病。

●中毒史。喷洒员或包装工人缺乏个人防护（口罩、手套、衣裤），误服或自服25%杀虫脒原液。

●轻度中毒。见头痛、头晕、精神不振、乏力、心慌、恶心、嗜睡。

●中度中毒。见浅昏迷、皮肤青紫、血尿、尿痛、发热。

●严重中毒。见昏迷、皮肤红肿、瘙痒、紫斑，呼吸、心跳停止。

2. 急救

- 脱离现场。
- 清除毒物。脱去污染衣裤，用肥皂水清洗皮肤。
- 口服中毒时迅速用2%碳酸氢钠溶液洗胃。
- 亚甲蓝1~2毫克/千克静点，速送医院进一步抢救。

七、镇静催眠药物中毒

密切观察呼吸变化。急送医院时应向医生提供现场物品。

常见的药物中毒以镇静催眠药物中毒为主，医疗上应用强安定药（氯丙嗪等）治疗各类精神病；用弱安定药（安定、硝基安定）治疗各类神经官能症；以催眠药（苯巴比妥等）治疗睡眠障碍。因此，如患者用药不当而出现强烈副作用，或儿童误服、服毒自杀时均可导致急性中毒。

1. 表现

镇静催眠药物中毒的表现因服毒者对药物的耐受性不同而有所差异，但共同表现为意识障碍。轻症或中毒早期出现嗜睡、昏睡或意识模糊；重症则发生昏迷；昏迷过深可出现呼吸、心跳骤停。

(1) 氯丙嗪（冬眠灵）中毒

- 一次大量应用（口服或肌注）氯丙嗪史。
- 恶心、呕吐、流涎。
- 嗜睡、呼吸困难、体温降低。
- 四肢松弛、全身阵发性抽搐、昏迷。
- 体位性低血压。

(2) 巴比妥类（鲁米那、速可眠）中毒

●轻度中毒。嗜睡但易唤醒，言语不清、感觉迟钝、不能做出判断和定向。

●中度中毒。沉睡但可推醒、不能应答、呼吸浅慢、昏迷。

●重度中毒。深度昏迷，呼吸困难不规则、四肢僵直。

(3) 安定中毒

成人常用治疗剂量为每日 5~30 毫克。副作用少而轻，大剂量服入时中毒。

2. 急救

急性中毒院外急救原则：维持生命功能、排毒、中毒症状对症处理。无论中毒表现轻重如何，都应立即送往医院做进一步救治。

首要任务是明确镇静催眠药物急性中毒。即使患者已呈深度意识障碍、服药情况不明，现场救治者也应从患者病史、近期情绪或突发事件或遭遇、服毒现场情况如药瓶、药袋、门诊病历等方面做出判断。

(1) 维持生命功能

●判断有无意识。

若无意识则判断有无呼吸。

●检查呼吸状态。

若无意识但有呼吸，也应密切观察呼吸变化，以防呼吸抑制出现。

若有呼吸困难，保持呼吸道通畅、开放气道（参见第 16 页）。吸氧，并可针刺人中、涌泉穴。

呼吸停止时施行口对口人工呼吸，同时迅速呼叫救护车。

(2) 排毒

●催吐。口服中毒早期、意识尚清者予以催吐。但氟丙嗪具有强烈镇吐作用，故催吐效果不佳。

●洗胃。早期洗胃效果好。可用 1:2000 高锰酸钾溶液洗胃。
药物解毒应由医生进行。

(3) 对症处理

- 患者应平卧，尽量少搬动头部，以防体位性低血压。
- 昏迷者要置成昏迷侧卧位。
- 保持呼吸道通畅、防止舌后坠。及时清理口腔分泌物。
- 保温。以防体温进一步下降。
- 惊厥时防止舌咬伤及骨折。

(4) 将患者送往医院进一步救治

注意：应将现场药瓶、药袋或门诊病历，或患者呕吐物一并
随患者送交医生，以利毒物分析、诊治及司法判断。

八、急性酒精中毒

防止冻伤等意外情况发生！

一次大量饮酒可引起中枢神经系统抑制，为急性酒精中毒，其表现与饮酒量和血中乙醇浓度以及个人耐受程度有关，严重者会有生命危险。

一口气饮下大量酒会使血液中乙醇浓度骤然升高，乙醇的分解时间也会延长，因此相当危险！

1. 表现

神经精神表现以中枢神经系统抑制为主。

●早期兴奋。头痛、欣快、兴奋、健谈、易激惹、躁动、行为粗鲁，也可沉默。

●中期行为笨拙、步态不稳；言语含糊不清、视物模糊；恶心、呕吐；困倦。

●以后进入昏迷期。昏睡、体温降低、呼吸慢而有鼾音。可出现呼吸、心跳停止。

2. 急救

●轻症患者无需治疗。兴奋躁动时加以约束。

●行为笨拙、步态不稳者让其休息，以免发生意外。

●沉默、困倦时安静休息。宽松衣服、注意保温。

●欲呕吐时脸朝向一侧。可用压舌根法催吐，并让其多饮温开水或热茶。

●户外遇有倒地醉酒者，首先判断意识状态。无论有无意识，应将其移入室内或安全地带，以免冻伤或发生意外。

●醉酒者意识丧失时检查呼吸状态，开放气道，或采用昏睡体位。并呼叫救护车将其送至最近医院。

九、家庭用品中毒

对日用品毒性判断尤为重要。当口腔溃烂时不可催吐！

家庭日用品中毒事件大多发生于幼儿、儿童的误服，有些日用品如香烟、防虫剂、中性清洗剂及医药品对成人而言毒性较小，但对幼儿则可能是危险的。因此，除应对幼儿、儿童进行有效监护外，还应家庭日用品的毒性有一基本了解。

1. 家庭常见日用品毒性判断

(1) 危险、毒性特强、需立即救治

厕所清洗剂、漂白剂。

有机溶剂、石油、灯油。

染发液、烫发液、去甲油（丙酮）、挥发油。

(2) 有毒性、需要医生治疗

防虫剂（樟脑、含萘卫生球）、清洁剂（液体原液）。

化妆水（香水）、生发液。

水银电池。

(3) 量少时几乎无危险

防虫剂、中性清洗剂、干燥剂（氯化钙、生石灰）。

墨水。

(4) 不会中毒

圆珠笔油、绘画颜料、橡皮泥、铅笔芯（石墨）、蜡笔。

火柴、蜡烛、氟化石蜡、肥皂、蚊香、驱蚊液、唇膏。

粉笔、滑石粉、白陶土、氯化钛。

蓖麻油、凡士林、甘油。

去污剂（阴离子型和非离子型）。

温度计液。

2. 急救

●尽快吐出或催吐。一旦觉察患者服食日用品，尽可能让其早点吐出。

口中残留固体物时，用手指、纱布等清除。

若判断为喝下异物时，让患者喝温开水，手指伸入口内刺激舌根及咽后壁使异物吐出。

切记：当判断患者喝下强酸、强碱、石油、灯油、喷雾杀虫剂、家具亮光剂、漂白剂，或不知道具体毒性成分而口腔出现溃烂时绝不可催吐！

●喝饮危险的毒性家庭日用品时需迅速治疗。马上呼叫救护车，或将患者送往最近医疗机构。

如有喝剩的容器、日用品，请一同带往医疗机构交由医生来判断。

如果认为误饮服之物无毒性危险时，也需咨询医生，或打120急救电话请教。

责任编辑\白世德 任晓红
封面设计\玉 萍 林 川
内文插图\姚香瑾

J I A T I N G J I J I U T U J I E



ISBN 7-5375-2517-X



9 787537 525176 >

ISBN 7-5375-2517-X
R·493 定价:10.00元