



中国红十字会救护员教材



[修订本·黑白版]

救护员指南

中国红十字会总会 编



社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)

红十字运动简介

红十字运动的诞生

红十字运动起源于战地救护。瑞士人亨利·杜南（1828～1910年）是红十字运动的创始人。红十字运动创始于1863年，1986年正式称为国际红十字与红新月运动，简称红十字运动。

红十字运动的三个组成部分

红十字运动由三个部分组成：红十字国际委员会（简称国际委员会）、红十字会与红新月会国际联合会（简称国际联合会）、国际红十字会或红新月会（简称各国红会）。各国红会是本国政府人道工作的助手，是独立自主的全国性团体，根据各自的章程和本国立法从事符合红十字运动任务和基本原则的人道工作。截至目前，全世界共有187个国家红会。

“五八”世界红十字日

1901年，亨利·杜南先生因其对红十字运动做出的巨大贡献而荣获首次颁发的诺贝尔和平奖。1948年5月8日，在亨利·杜南先生诞辰120周年的这一天，各国红十字会第一次举办了纪念活动。从此，每年的5月8日被定为世界红十字日，红十字运动的各组成部分在这一天都要举行一系列活动，纪念红十字运动的创始人亨利·杜南先生，宣传红十字会的宗旨、性质和任务，传播人道法和红十字运动的基本原则，以此来扩大红十字运动的影响。

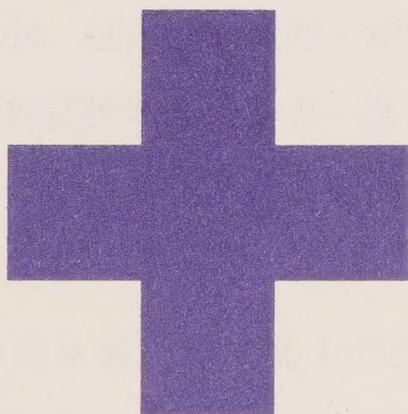


中国红十字会救护员教材

[修订本·黑白版]

救护员指南

中国红十字会总会 编



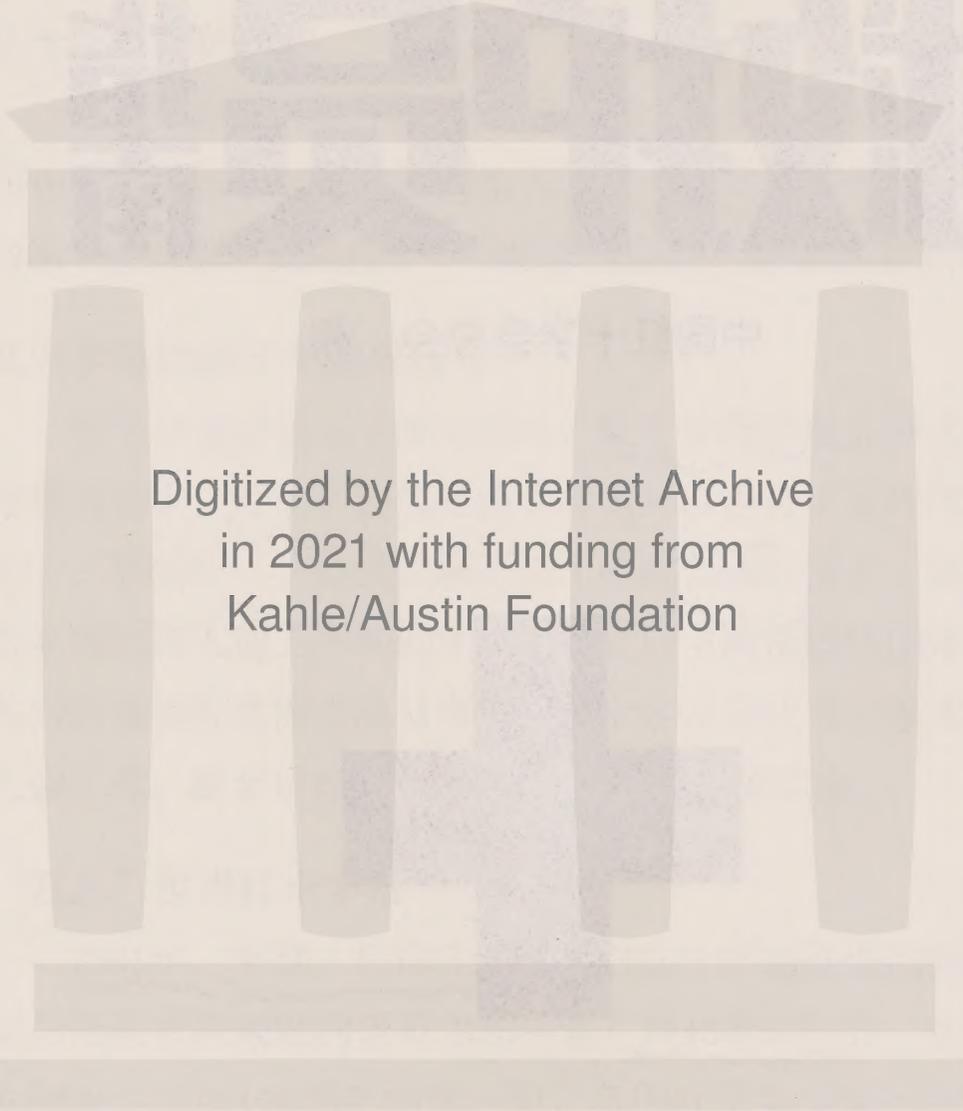
社会科学文献出版社
SOCIAL SCIENCES ACADEMIC PRESS (CHINA)



中華民國二十九年十月一日

五十年紀念特刊

【黑白照·本頁題】



Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Kahle/Austin Foundation

亨利杜楠 (1828.5.8 - 1910.10.30)

5月8日为世界红十字日。 1901诺贝尔奖

序言

当突发灾难、紧急事故或意外伤害不幸降临在你面前，在生死攸关的危难关头，在没有专家在场或救护人员不足而灾难形势严峻的关键时刻，应该怎样自救互救、拯救生命、防止伤残、减轻伤痛？这个问题会在人们不经意时突然出现，使你措手不及，力不从心……

你有热情和兴趣参与红十字会的现场、初级、群众性紧急救护吗？你怎样才能学习和掌握应对灾难所必备的救护技能和基本知识呢？红十字会可以给你这个机会，你所期望的，可以从这本指南中得到。也许由于你的主动和热情，在灾难降临的时候，红十字会的救护队伍里会多一名志愿者，专家会多一位帮手，人们会多一份希望，你真的可以通过自己的努力，把损失减少到最小程度。

中国红十字会从事人道主义工作的社会救助团体，她以保护人的生命和健康为宗旨，以服务弱势群体、减少人的痛苦为己任。为了使更多人掌握救护知识，中国红十字会编写了此书。相信此书的出版会给广大读者以救护的知识和技能，在关键时刻能够给他人提供帮助，奉献爱心。

中国红十字会总会

第一章 救护概论	1
第一节 现场应急救护目的.....	2
第二节 现场应急救护原则.....	3
第三节 现场应急救护程序.....	5
第四节 现场应急救护的注意事项.....	10
第二章 心肺复苏	15
第一节 概述.....	15
第二节 心肺复苏基础知识.....	16
第三节 急救“生存链”.....	20
第四节 现场心肺复苏顺序及操作技术.....	22
第五节 自动体外除颤器 (AED)	31
第六节 气道异物梗阻.....	33
第三章 创伤救护	45
第一节 概述.....	45
第二节 创伤出血与止血.....	48
第三节 现场包扎技术.....	58
第四节 特殊创伤处置.....	68
第五节 骨折固定.....	80
第六节 关节脱位与扭伤.....	89
第七节 伤员的搬运护送.....	90

第四章 阅读篇	101
第一节 常见急症	101
1. 晕厥	101
2. 急性冠状动脉综合征	102
3. 脑卒中	103
4. 糖尿病急症	103
5. 支气管哮喘	104
6. 癫痫	104
第二节 意外伤害	106
1. 交通事故	106
2. 烧烫伤	108
3. 中暑	110
4. 电击伤	111
5. 淹溺	112
6. 犬咬伤	113
第三节 突发事件	114
1. 火灾	114
2. 地震	116
3. 踩踏	118

第一章 救护概论

应急救护对于挽救伤病员的生命、防止伤病恶化和促进伤病员恢复有重要的意义。应急救护人员在各种不同的环境中，应在保证自身安全的前提下，冷静地采取各种有效的救护措施，从身体和精神上救护伤病员。非医疗专业人员只要认真完成应急救护课程的培训，就能掌握应急救护的技能，增强救护他人的信心，成为一名合格的救护员。



第一节 现场应急救护目的

一、挽救生命

在现场（图1-1）采取任何急救措施的首要目的是挽救伤病员的生命。

二、防止恶化

尽可能防止伤病继续发展和产生继发损伤，以减轻伤残，减少死亡。

三、促进恢复

救护要有利于伤病的后期治疗及伤病员身体和心理的康复。



图1-1 事故现场



第二节 现场应急救护原则

一、保证安全

发生事故的现场可能存在危险因素，救护员进入现场，首先要考虑环境是否安全。

(一) 现场可能存在的主要危险因素

(1) 交通事故中受损的汽车有可能起火、爆炸或再次倾覆。

(2) 脱落的高压电线或其他带电物体。

(3) 化学物质、腐蚀性物质、放射性物质的泄漏。

(4) 地震后的建筑物倒塌，余震的发生。

(5) 有毒气体，如一氧化碳等。

(二) 现场的安全防护措施

(1) 关闭受损汽车的发动机，防止起火爆炸；同时拉起手刹，防止车辆滑动；在车后位置放置警示标志。

(2) 抢救触电者时，要首先设法切断电源。

(3) 戴防护手套，必要时穿防护服。

(4) 在室外遇到雷雨天气时，要避开高压线、大树，不要使用手机。



二、防止感染

应急救护时要做好个人防护及伤病员的保护。

(1) 救护员在处理伤病员的伤口前应洗手，戴医用（乳胶）手套。如果没有医用手套，也可用塑料袋代替。

(2) 有条件时戴口罩。

(3) 处理有大量出血的外伤时应戴防护眼镜或防护罩。

(4) 在进行人工呼吸时，要使用呼吸面膜或呼吸面罩。

三、及时、合理救护

现场如果伤病员较多，救护员应根据先救命、后治伤的原则进行救护。

(1) 如果现场安全，不宜移动伤势较重的伤病员；如果现场存在危险因素，应将伤病员转移到安全的地点再进一步救护，避免造成二次伤害。

(2) 伤势较重的伤病员避免进食、进水，以免造成窒息。

四、心理支持

伤病员由于发生疾病或受到意外伤害，常会出现情绪紊乱，救护员要关心和理解伤病员的情感，采取保护伤病员的措施。



第三节 现场应急救护程序

应急救护时，要在环境安全的条件下，迅速、有序地对伤病员进行检查和采取相应的救护措施(即D.R.-A.B.C.D.E程序)。

一、评估环境

在事故现场，救护员要冷静地观察周围，判断环境是否存在危险(danger)，必要时采取安全保护措施或呼叫救援。只有在确保伤病员、救护员及现场其他人员安全的情况下才能进行救护。

二、初步检查和评估伤(病)情

(一) 检查反应(response)

首先要检查反应，判断意识。救护员用双手轻拍伤病员的双肩，并在其耳边大声呼唤，观察是否有反应(图1-2)；如是婴儿，用手掌拍其足底(图1-3)。



图1-2 检查成人反应



图1-3 检查婴儿反应

如伤病员没有反应，要立即呼救；如伤病员有反应，应继续检查伤病情况，采取相应救护措施。

（二）检查气道（airway）

对没有反应的伤病员，要保持气道通畅。采用仰头举颏法打开气道（图1-4）。



图1-4 打开气道

（三）检查呼吸（breathing）

用扫视的方法判断伤病员有无呼吸，检查时间不超过10秒。



（四）检查循环（circulation）

如发现伤病员没有呼吸（或叹息样呼吸），即可以假定伤病员已出现心搏骤停，应立即实行心肺复苏。

如伤病员有呼吸，应继续检查伤病情况，注意伤病员有无外伤及出血，采取相应救护措施，并将伤病员安置于适当体位。

（五）检查清醒程度（disability）

在抢救过程中，要随时检查伤病员的伤病程度，判断伤病情况是否发生变化。

（1）完全清醒：伤病员眼睛能睁开，能正确回答救护员的问题。

（2）对声音有反应：伤病员对救护员的大声问话有反应，能按指令动作。

（3）对疼痛有反应：伤病员对救护员的问话没有反应，但对疼痛刺激有反应。

（4）完全无反应：伤病员对任何刺激都没有反应。

（六）充分暴露检查伤情（exposure）

在伤病员情况较平稳、现场环境许可的情况下，应充分暴露受伤部位，以便进一步检查和处理。

三、呼救

发现伤病员伤病情严重时，应及时拨打急救电话“120”（北京市为“120”或“999”）。当拨通急救电话后要清楚地回答急救中心接线员的询问，并简短说明以下情况（图1-5）：



(1) 伤病员所在的具体地点。最好说明该地点附近的明显标志。

(2) 伤病员人数。

(3) 伤病员发生伤病的时间和主要表现。

(4) 可能发生意外伤害的原因。

(5) 现场联系人的姓名和电话号码。

拨通急救电话后，如果不知该说什么，一定要清楚准确地回答电话接听者的问话，并等接听者告诉可以结束时，再挂断电话。



图1-5 打电话求救



四、现场基本救护程序（图1-6）

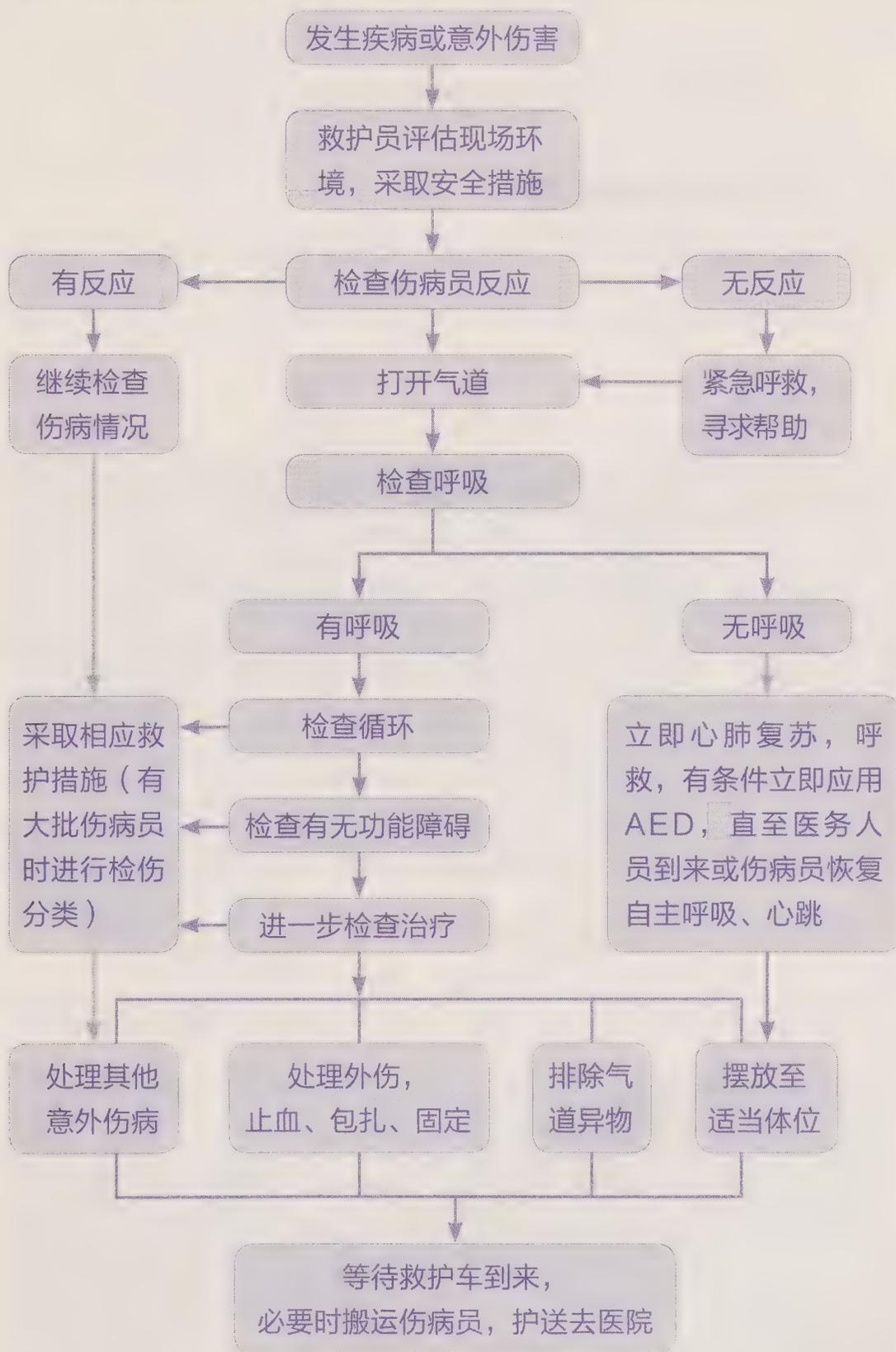


图1-6 现场基本救护程序



第四节 现场应急救护的注意事项

一、大批伤病员的救护

重大事故现场常有大批伤病员等待救援。急救人员不足时，要按照国际救助优先原则（简明检伤分类法）救护伤病员（表1-1）。

表1-1 简明检伤分类法

优先级别	伤情	标志颜色	主要体征
第一优先	危重	红色	呼吸频率>30次/分或<6次/分；有脉搏搏动，毛细血管充盈时间>2秒；有意识或无意识
第二优先	重	黄色	呼吸频率为6~30次/分；有脉搏搏动，毛细血管充盈时间<2秒；能正确回答问题、按指令动作
第三优先	轻	绿色	可自行走动
死亡	致命		无意识、无呼吸、无脉搏搏动

伤病员的分类应以醒目的标志卡表示，标志卡的颜色采用红、黄、绿、黑四色系统（表1-2）。

表1-2 标志卡含义

红色	第一优先（或即刻优先），表示伤病员情况危重，有生命危险，如果得到紧急救治则有生存的可能
黄色	第二优先（或紧急优先），表示伤病员情况严重但相对稳定，允许在一定时间内救治
绿色	第三优先（或延期优先），表示伤病员可以自行走动，不需要紧急救治
黑色	表示伤病员无意识、无呼吸、无脉搏搏动或已死亡



二、重伤病员体位

为了维护伤病员的生命，有利于伤病员的恢复，在救护车到来前，应将重伤病员放置于适当的体位。

(一) 复原体位

适合意识不清，但有正常呼吸，且不怀疑有脊柱损伤的伤病员。处理方法如下（图1-7a~i）。

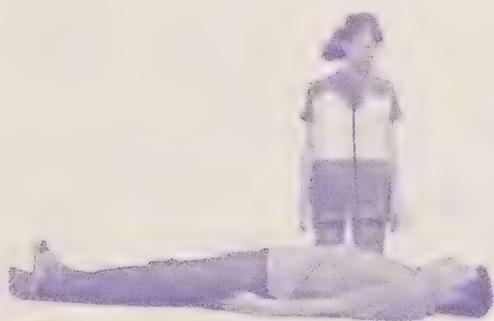


图1-7a 救护员体位



图1-7b 上肢屈肘



图1-7c 另一侧上肢屈曲,手置于肩部



图1-7d 一侧膝部屈曲



图1-7e 翻转成侧卧位



图1-7f 面部枕于手上



图1-7g 打开气道



图1-7h 调整下肢



图1-7i 复原体位

(1) 救护员跪在伤病员一侧，将同侧的上肢外展，肘部弯曲成直角，置于头外侧。

(2) 将对侧的上肢屈曲放在其胸前，手置于肩部。

(3) 将对侧膝部弯曲。

(4) 救护员用一手拉对侧肩部，用另一手拉伤病员弯曲的膝部，使其翻转成侧卧位。

(5) 调整伤病员的头部，使其稍后仰，并使面部枕于手上，保持气道通畅。

(6) 调整伤病员位于上侧的下肢，使髋关节和膝关节弯曲置于伸直腿的前方。

(二) 疑似颈椎损伤的体位

若怀疑伤病员有颈椎损伤，可将伤病员置于改良的复原体位（high arm in endangered spine, HAINES体位）。处理方法如下：



(1) 救护员跪在伤病员一侧,将对侧的上肢向上伸直,再将同侧的上肢放在其胸前。

(2) 弯曲伤病员同侧的膝部。救护员一手承托伤病员头颈部,另一手推伤病员的髌部或膝部,使其翻转成侧卧位。

(3) 救护员一只手继续保护伤病员的头颈部,并使一侧面部枕于伸直的上臂上,屈曲的下肢置于伸直腿的前方,保持脊柱呈一直线。

(三) 俯卧位转为仰卧位

如果伤病员意识不清,且处于俯卧位,应将伤病员翻转为仰卧位。处理方法如下(图1-8a~f):

(1) 救护员跪在伤病员一侧,将伤病员双侧上肢向上伸直,将对侧足部搭在同侧小腿上。

(2) 救护员用一手承托伤病员头枕部,用另一手抓紧其对侧腋下,缓慢将其翻转成仰卧位。

(3) 将伤病员向上伸直的上肢放在身体侧面。



图1-8a 救护员体位



图1-8b 上肢向上伸直



图1-8c 一手托头枕部,另一手插入腋下



图1-8d 翻转为仰卧位



图1-8e 将上肢放在身体侧面

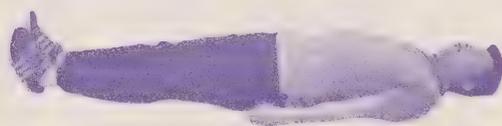


图1-8f 心肺复苏体位

(四) 孕妇体位

伤病员如果是孕妇,应首选左侧卧的复原体位或改良的复原体位(HAINES体位,图1-9)。

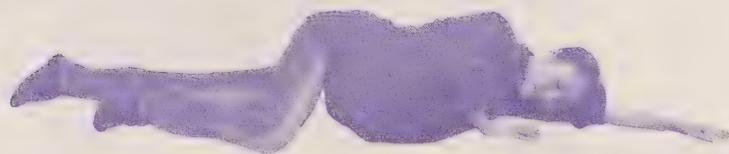


图1-9 孕妇体位

第二章

心肺复苏

第一节 概述

心肺复苏（cardiopulmonary resuscitation, CPR）是最基本和最重要的抢救呼吸、心搏骤停者生命的医学方法，可以通过徒手、辅助设备及药物来实施，以维持人工循环、呼吸和纠正心律失常。

为了能使更多心搏骤停患者获救成功，非常有必要让更多人接受CPR的学习和培训，使之成为应急救护的主力。目前认为，高质量CPR是自主循环恢复后获得的最佳预后基石，挽救生命并且恢复身体正常功能状态是CPR的终极目标。



第二节 心肺复苏基础知识

在日常生活中，心脏急症是发生心搏骤停最常见的原因，许多意外伤害如电击伤、淹溺、中毒及严重创伤等都可导致呼吸、心搏骤停。一旦发现心搏骤停者，必须争分夺秒，采取现场心肺复苏，才有可能挽救心搏骤停者生命。

一、呼吸系统与其功能

（一）呼吸系统的解剖结构

呼吸系统由呼吸道和肺组成（图2-1）。

（1）呼吸道：由鼻、咽、喉、气管、支气管及分支组成，是气体进出的通道。

（2）肺：为气体交换的器官，位于胸腔内纵隔的两侧，分为左右肺。

（3）膈肌：分隔胸腔与腹腔，是重要的呼吸肌。膈肌收缩时胸腔扩大，空气进入肺内；舒张时胸腔缩小，肺内气体呼出。

（二）呼吸生理功能

机体的呼吸过程是通过外呼吸（肺呼吸）、氧气在血液内由血红蛋白携带运输、内呼吸（细胞呼吸）来完成的。氧气由肺泡进入毛细血管，组织呼出的二氧化碳从毛细血管到达肺泡，通过肺“吐故纳新”后，心将富含氧的血液输送到全

身，满足生命活动需求。

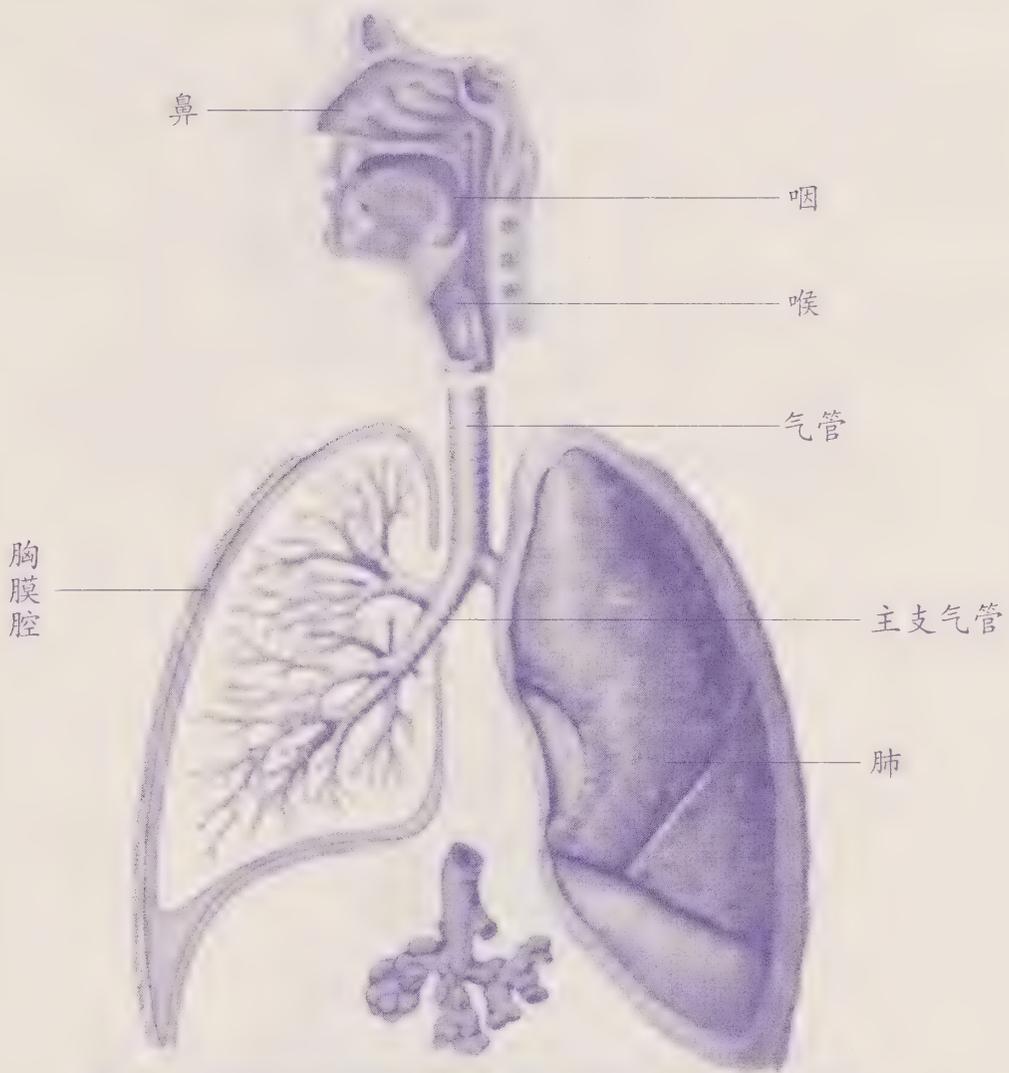


图2-1 呼吸系统的构成

二、心血管系统与其功能

心血管系统由心、动脉、静脉、毛细血管组成。

(一) 心的结构

心是一个肌性收缩器官，位于胸腔纵隔内，周围裹以心包，心脏内包含四个腔，即左心房、右心房、左心室、右心室（图2-2a、b）。心如同“动力泵”，推动血液定向流动。

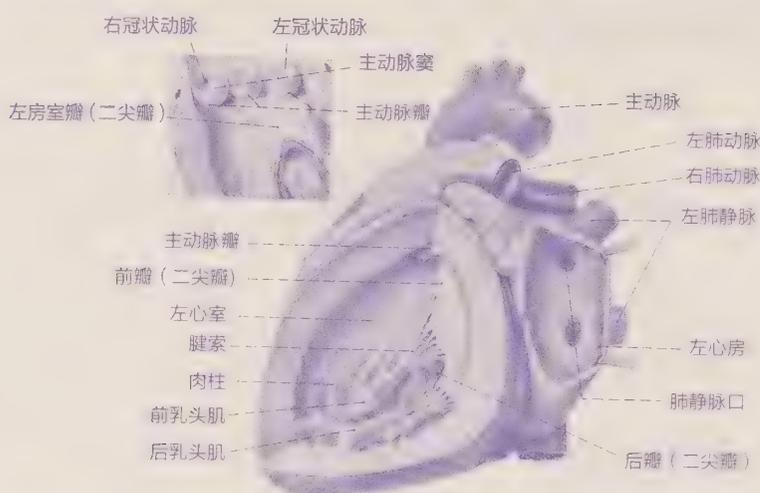


图2-2a 左心房和左心室内腔

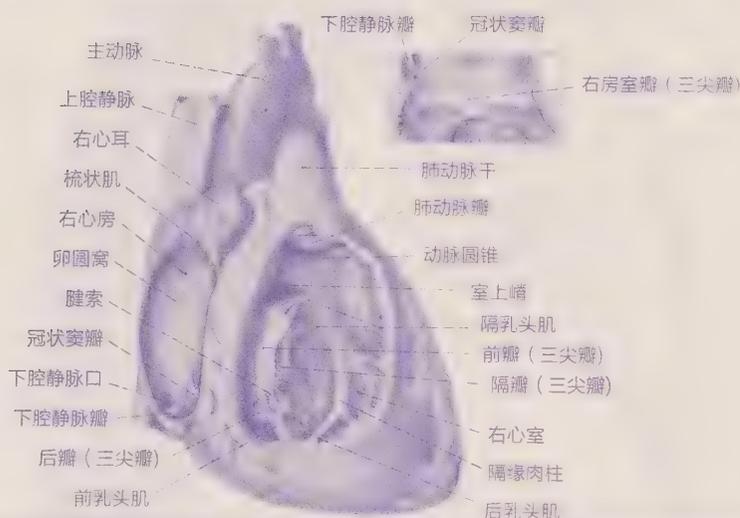


图2-2b 右心房和右心室内腔

心肌的生理特征：心肌组织具有兴奋性、自律性、传导性和收缩性四种生理特征。心传导性由特殊的心肌细胞来执行，其功能是产生并传导冲动，维持心的正常节律，包括窦房结、房室结、房室束及浦肯野纤维。

(二) 血液与循环

(1) 体循环：由左心室搏出携带氧气和营养物质的动脉血液，经主动脉及其各级分支流向全身毛细血管，通过毛细血



管完成组织内气体和物质交换，将代谢产物及二氧化碳汇入小静脉，经上、下腔静脉流入右心房。

(2) 肺循环：回到右心房的静脉血液由右心室搏出，经肺动脉至毛细血管网进行气体交换，再将高含氧的动脉血液经肺静脉汇入左心房。

(3) 毛细血管：介于小动脉和小静脉之间的为毛细血管网，在此进行血液与组织间气体及物质交换（图2-3）。



图2-3 血液循环



第三节 急救“生存链”

一、“生存链”的概念

1992年美国心脏协会（AHA）心肺复苏指南提出“生存链”的基本概念。具体描述了早期识别求救、早期心肺复苏、早期电除颤以及早期高级生命支持。2010年心肺复苏指南继续强调，有效基本生命支持（basic life support, BLS）是高级生命支持（advanced cardiovascular life support, ACLS）成功的基础，复苏开始尽可能地减少中断高质量CPR，在数分钟内对室颤/无脉室速(VF/VT)的患者进行电除颤，并提出新“生存链”的第五个环节即心搏骤停后多学科综合优化救治的重要性。

二、“生存链”（图2-4）



图2-4 “生存链”

（一）第一环节——早期识别、求救

早期发现心脏性猝死的征兆，如胸痛、气短等，一旦发



生心搏骤停，出现“无反应、无呼吸，以及无循环指征”，快速求救于急救医疗服务系统（Emergency Medical Service System, EMSS）。

（二）第二环节——早期心肺复苏

现场急救人员发现心搏骤停者后应立即开始心肺复苏，这样，患者生存率会成倍增加。对婴儿和儿童，心肺复苏的意义更大。

（三）第三环节——早期电除颤

如果有更多的人懂得使用自动体外除颤器（AED），对提高院外心搏骤停者的生存概率会起关键作用。

（四）第四环节——早期高级生命支持

早期高级生命支持是另一个关键环节。一般须由2人以上组成的院前急救小组对心搏骤停者提供更有效的生命支持。

（五）第五环节——心搏骤停后综合救治

即使已出现自主循环恢复（return of spontaneous circulation, ROSC），仍要强调多学科综合优化救治，从心搏骤停识别开始，经CPR后一系列救治，直至患者存活出院。



第四节 现场心肺复苏顺序及操作技术

现场急救人员首先对患者有无反应、意识、呼吸和循环体征做出基本判断。只要发现无意识、无呼吸（包括异常呼吸），立即向EMSS求救后开始CPR。

一、识别判断

只要发病地点不存在危险，并适合实施CPR，应就地抢救。

判断成人意识：轻拍患者双肩，并大声呼叫：“你怎么了？”患者无动作或应声，即判断为无反应、无意识。

判断婴儿意识：拍击足底。

二、呼叫、求救

发现患者无反应、无意识及无呼吸（或叹息样呼吸），应立即高声呼叫：

“快来人呀，有人晕倒了！”

“我是救护员。”

“请先生（女士）帮忙拨打‘120’，如果有除颤仪请取来。”

“有会救护的请帮忙。”

当拨通急救电话后，要清楚地回答急救接线员的询问，并进行简要说明（见第一章第三节）。

三、心肺复苏体位

如果急救人员判断患者无反应、无呼吸或是呼吸异常，将患者置于心肺复苏体位。



图2-5 救护员位置

(一) 救护员位置

现场急救人员位于被复苏者的一侧，宜于右侧，近胸部部位（图2-5）。

(二) 心肺复苏体位

如果被救者处于俯卧位或其他不宜复苏体位，急救人员应将被救者翻转为复苏体位（见第一章第四节）。

四、徒手心肺复苏

(一) 胸外

心脏按压

(1) 确定按压部位。

① 两乳头连线中点（图2-6a、b）；



图2-6a 选择按压部位

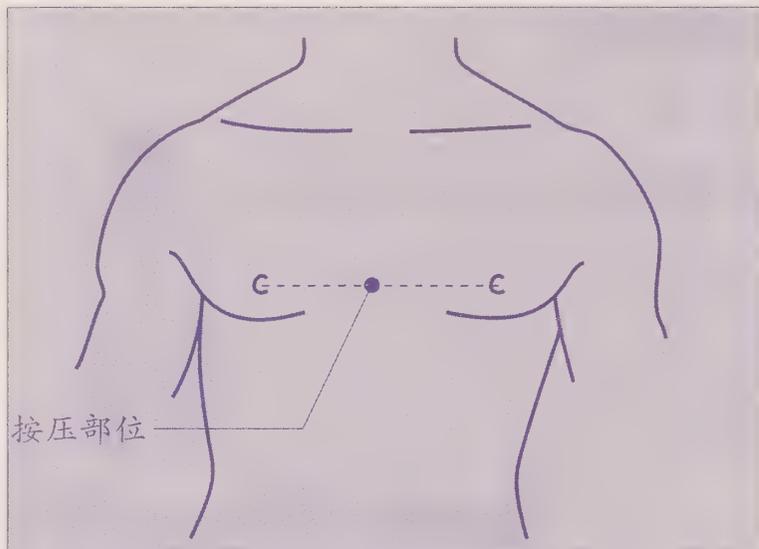


图2-6b 按压部位示意图

② 难以准确判断乳头位置时（如体型肥胖、乳头下垂等），可采用滑行法。

（2）双手十指相扣，一手掌紧贴患者胸壁，另一手掌重叠放在此手背上，手掌根部长轴与胸骨长轴确保一致，有力压在胸骨上（图2-7）。



图2-7 按压手法



(3) 肘关节伸直，上肢呈一直线，双肩位于手上方，以保证每次按压的方向与胸骨垂直（图2-8）。

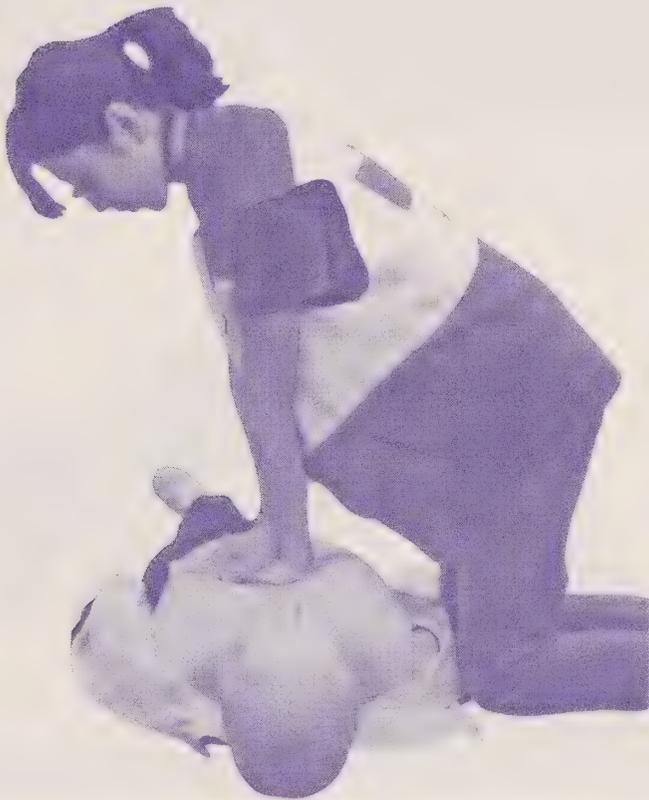


图2-8 按压姿势

(4) 对正常体形的患者，按压胸壁的下陷幅度至少为5厘米，但不超过6厘米。

(5) 每次按压后，放松使胸廓恢复到按压前位置，放松时双手不离开胸壁，连续按压30次。

(6) 按压频率为100~120次/分钟。

(7) 按压与放松间隔比为1:1。



表2-1为高质量心肺复苏的标准。

表2-1 高质量心肺复苏的标准

CPR时为保证组织器官的血流灌注，必须实施有效的胸外按压。有效的胸外按压必须快速、有力。

- 成人按压频率为100~120次/分钟
- 按压深度为5~6厘米
- 每次按压后胸廓完全恢复，按压与放松比大致相等
- 尽量避免胸外按压的中断
- 同时，应避免过度通气

(二) 人工呼吸(口对口吹气)



图2-9 口对口吹气

按压30次后，观察患者口中有无异物，如有，将异物取出。

(1) 用仰头举颏法将气道打开，确保气道开放通畅。

(2) 口对口吹气(图2-9)：救护员用手捏住患者鼻孔，防止漏气，用口把患者口完全罩住，缓慢吹气2次，每次吹气应持续1秒钟，确保通气时可见胸廓起伏。吹气不可过快或过用力，推荐500~600毫升潮气量。

(3) 以30:2的按压通气比例，进行5组CPR，重新评价。



(三) 如患者自主呼吸及心搏已恢复, 应将其翻转为复原体位 (见第一章第四节), 随时观察生命体征

(四) 如患者自主呼吸、心搏未恢复, 继续CPR

(五) 淹溺或其他因窒息所致心搏骤停者, 应立即进行2分钟急救 (约5组CPR), 再去打电话。如有2人以上时, 一人打电话, 另一人马上实施CPR

五、儿童心肺复苏

(一) 操作步骤

(1) 呼叫判断有无意识、呼吸。

(2) 无意识、无呼吸或异常呼吸, 先行2分钟的CPR。

(3) 呼叫EMSS, 继续CPR。



图2-10a 选择按压部位



图2-10b 单手掌根按压



图2-10c 双手掌根按压



(二) 儿童CPR标准流程

(1) 开放气道：观察口腔，如有异物进行清除。采用仰头举颏法打开气道，下颌角与耳垂连线和平卧面呈60度角。

(2) 人工呼吸：采用口对口吹气2次，吹气频率为12~20次/分钟，每次吹气时间约1秒钟，可见胸廓起伏。

(3) 胸外心脏按压（图2-10a~c）：按压部位为胸骨下1/2处，采用单掌或双掌按压，频率为100~120次/分钟，按压幅度至少为胸廓前后径的1/3，每次按压后胸廓复位。按压通气比为30:2。行5组CPR评估一次效果。

六、婴儿心肺复苏

(一) 操作步骤（图2-11a~f）

(1) 用手拍打足底，判断有无意识。判断有无呼吸。

(2) 无意识、无呼吸或异常呼吸，先行2分钟的CPR，按压通气比为30:2，每次按压后胸廓充分复位。行5组CPR评估一次效果。

(3) 呼叫EMSS，继续CPR。



图2-11a 判断意识



图2-11b 高声呼救



图2-11c 打开气道



图2-11d 口对口鼻人工呼吸



图2-11e 选择按压部位



图2-11f 两手指垂直向下按压

(二) 婴儿CPR操作流程

(1) 开放气道：观察口腔，如有异物进行清除。采用仰头举颏法打开气道，下颌角与耳垂连线和平卧面呈30度角。

(2) 人工呼吸：采用口对口鼻人工呼吸，吹气频率为12~20次/分钟，每次吹气时间约1秒钟，可见胸廓起伏。

(3) 胸外心脏按压：按压部位紧贴胸部正中乳头连线下方水平，采用双指按压法，按压频率为100~120次/分钟，按压幅度至少为胸廓前后径的1/3，每次按压后胸廓复位。



七、成人、儿童、婴儿CPR标准对比（表2-2）

表2-2 成人、儿童、婴儿CPR标准对比

项目 \ 分类	成人 (青春期以后)	儿童 (1~12岁)	婴儿 (出生至1岁)	
判断意识	轻拍双肩、呼喊	轻拍双肩、呼喊	拍打足底	
检查呼吸	确认没有呼吸或没有正常呼吸(叹息样呼吸)	没有呼吸或只是叹息样呼吸		
检查脉搏	检查颈动脉	检查颈动脉	检查肱动脉	
	仅限医务人员, 检查时间不超过10秒钟			
胸外按压	CPR步骤	C-A-B	A-B-C 此步骤亦适用于淹溺者	
	按压部位	胸部正中乳头连线水平(胸骨下1/2处)	胸部正中乳头连线下方水平	
	按压方法	双手掌根重叠	单手掌根或双手掌根重叠 中指、无名指(两手指)或双手环抱双拇指按压	
	按压深度	达到5~6厘米	至少为胸廓前后径的1/3	至少为胸廓前后径的1/3
	按压频率	至少100次/分钟, 但不多于120次/分钟, 即最少每18秒按30次, 最快每15秒按30次		
	胸廓反弹	每次按压后即完全放松, 使胸壁充分恢复原状, 使血液回心		
	按压中断	尽量避免中断胸外按压, 应把每次中断的时间控制在10秒以内		
人工呼吸	开放气道	头后仰呈90度角	头后仰呈60度角	头后仰呈30度角
	吹气方式	口对口或口对鼻		口对口鼻
	吹气量	胸廓略隆起		
	吹气时间	吹气持续约1秒钟		
按压吹气比	30 : 2	30 : 2		

第五节 自动体外除颤器（AED）

一、心搏骤停

患者的心脏突然停止搏动，在瞬间丧失了有效的泵血功能，从而引发一系列临床综合征。急病、创伤、中毒等是引起心搏骤停的常见原因。

心搏骤停发生后，由于血液循环的停止，全身各个脏器的血液供应在数十秒内完全中断，迅速使患者处于临床死亡阶段。

心搏骤停中最常见的心律失常是室颤（VF）或无脉性室速（VT），早期电除颤对心搏骤停患者的救治至关重要。

二、AED的使用操作

（1）打开电源开关，按语音提示操作。

（2）AED电极片安置部位：电极片的安放关系到除颤的效果，心尖部电极应安放在左腋前线之后第五肋间处，另一片电极放置胸骨右缘、锁骨之下（图2-12a、b）。婴儿及儿童使用AED时应采取具有特殊电极片的AED，安放电极片的部位可在左腋前线之后第五肋间处，及胸骨右缘锁骨之下，也可在胸前正中及背后左肩胛处。

（3）救护员语言示意周边人员都不要接触患者，等候AED分析心律是否需要电除颤（图2-13）。



图2-12a 电极片安放的位置



图2-12b AED

(4) 救护员得到除颤信息后，等待充电，确定所有人员未接触患者，准备除颤。



图2-13 示意躲开患者

(5) 按按钮电击除颤（图2-14）。



图2-14 除颤

(6) 继续CPR 2 分钟后，再分析心律。

第六节 气道异物梗阻

气道异物梗阻是一种急症，如不及时治疗，数分钟内即可导致窒息甚至死亡。

一、气道异物梗阻的病因和判断

任何人突然发生心搏骤停都应考虑到气道异物梗阻，尤其是年轻人呼吸突然停止，出现发绀、无任何原因的意识丧失。婴儿和儿童的窒息多发生在进食中，或由于进食非食物物品，如硬币、果核、玩具等。

二、气道异物梗阻的表现

患者表现为突然的剧烈呛咳、反射性呕吐、声音嘶哑、呼吸困难、发绀，常常不由自主地以一手紧贴于颈前喉部（图2-15）。

（一）完全性气道异物梗阻

较大的异物堵住喉部、气道处，患者面色灰暗、发绀、不能说话、不能咳嗽、不能呼吸，昏迷倒地，窒息，呼吸停止。



图2-15 “V”形手势

（二）不完全性气道异物梗阻

患者可以有咳嗽、喘气或咳嗽微弱无力等症状，呼吸困难，张口吸气时，可以听到异物冲击性的高啼声。面色青紫，皮肤、甲床和口腔黏膜发绀。

三、现场急救原则

询问意识清楚的患者：“你被卡（呛）了吗？”（图2-16）如点头告知，同意救治，现场即刻实施救治，同时尽快呼救，寻求帮助，拨打急救电话“120”或“999”。



图2-16 询问患者

四、气道异物梗阻急救方法

（一）成人急救法

1. 背部叩击法（图2-17a、b）

适用于意识清楚、有严重气道梗阻症状患者。

（1）鼓励患者大声咳嗽。

（2）救护员站到患者一边，稍靠近患者身后。

(3) 用一手支撑患者胸部，排出异物时让患者前倾，使异物能从口中出来，而不是顺气道下滑。

(4) 用另一手的掌根部在两肩胛骨之间进行5次大力叩击。

(5) 背部叩击法最多进行5次，如果通过叩击减轻梗阻，不一定每回都要做满5次。



图2-17a 支撑胸部



图2-17b 背部叩击

2. 腹部冲击法

(1) 自救腹部冲击法：适用于不完全气道梗阻患者，意识清醒，而且具有一定救护知识、技能的人。

① 患者本人可一手握空心拳，用拳头拇指侧抵住腹部剑突下、脐上腹中线部位（图2-18）。

② 另一手紧握此拳头，用力快速将拳头向上、向内冲击5



次，每次冲击动作要明显分开（图2-19）。



图2-18 选择冲击部位



图2-19 腹部冲击

③ 还可选择将上腹部抵压在坚硬的平面上，如椅背、桌缘、走廊栏杆，连续向内、向上冲击5次（图2-20）。重复操作若干次，直到把气道内异物清除为止。



图2-20 椅背冲击



(2) 互救腹部冲击法(海氏冲击法,图2-21a、b):适用于意识清醒伴严重气道梗阻症状、5次背部叩击法不能解除气道梗阻的患者。

①患者立位或坐位。

②救护员站在患者身后,双臂环绕患者腰部,令其弯腰,头部前倾。

③救护员一手握空心拳,握拳手的拇指侧紧抵患者剑突和脐之间。

④另一手抓紧此拳头,用力快速向内、向上冲击。

重复5次,如果梗阻没有解除,继续交替进行5次背部叩击。



图2-21a 选择冲击部位



图2-21b 腹部冲击

3.胸部冲击法(图2-22)

适用于不宜采用腹部冲击法的患者,如孕妇和肥胖者等。

(1)救护员站在患者的背后,两臂从患者腋下环绕其胸部。



图2-22 胸部冲击

(2) 一手握空心拳，拇指置于患者胸骨中部，注意避开肋骨缘及剑突。

(3) 另一手紧握此拳向内、向上有节奏冲击5次。

4.胸部按压法(图2-23)

适用于无意识或在腹部冲击时发生意识丧失的气道梗阻患者。操作方法同成人心肺复苏。

(1) 患者仰卧位，救护员位于患者一侧。

(2) 按压部位与心肺复苏时胸外心脏按压部位相同。



图2-23 胸部按压



5.流程（图2-24）

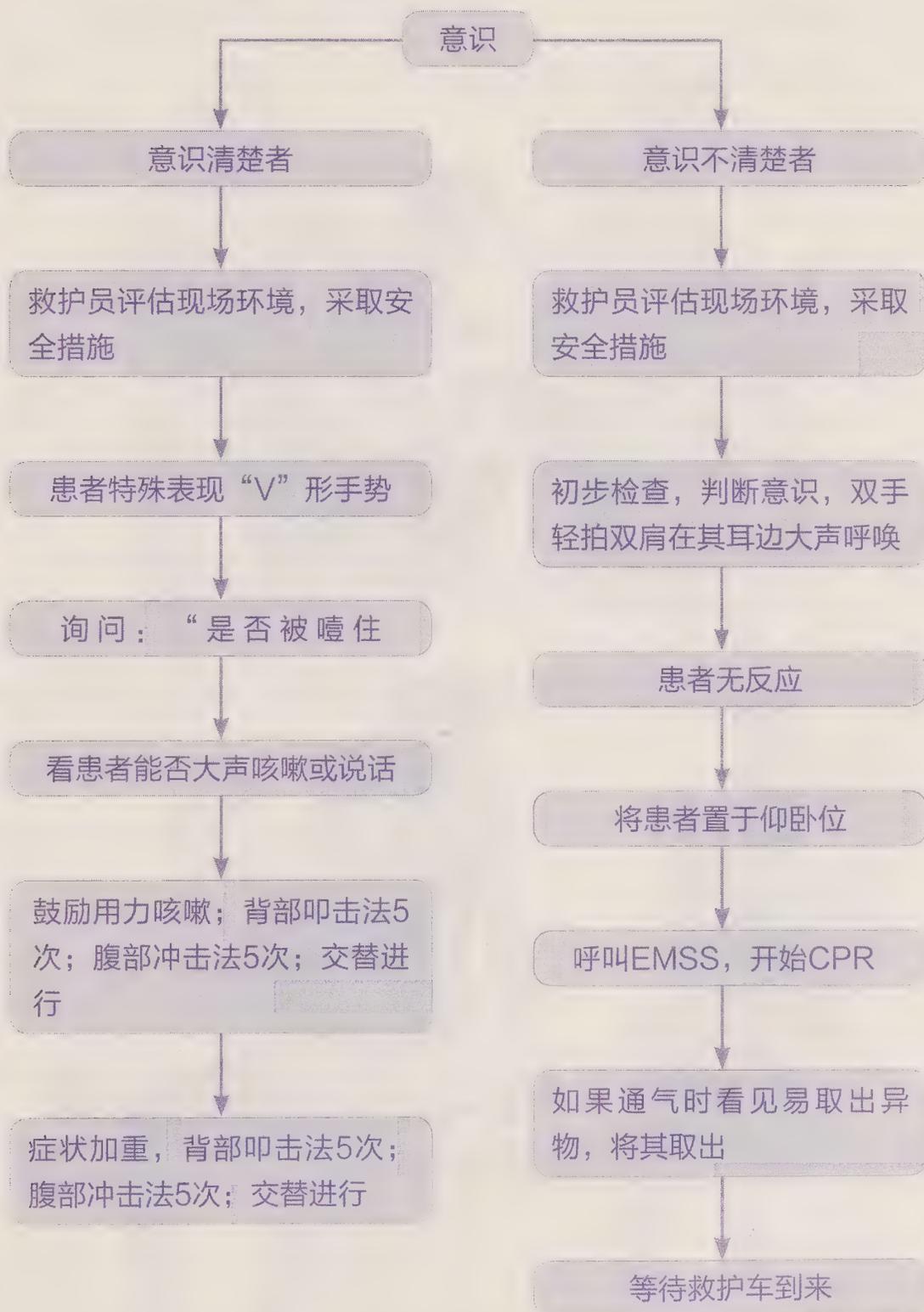


图2-24 成人气道异物梗阻现场救治流程



(二) 儿童急救法

1. 操作方法

同成人急救方法（图2-25a~c）。



图2-25a 背部叩击



图2-25b 腹部冲击



图2-25c 胸部按压

2. 流程图

同成人流程图。



(三) 婴儿急救法

1. 背部叩击法 (图2-26a~d)



图2-26a 抱起婴儿



图2-26b 使婴儿仰卧于手臂上



图2-26c 翻转成俯卧位, 固定下颌角



图2-26d 背部叩击



(1) 救护员将婴儿的身体置于一侧的前臂上，同时手掌将后头颈部固定，头部低于躯干。

(2) 用另一手固定婴儿下颌角，并使婴儿头部轻度后仰，打开气道。

(3) 两前臂将婴儿固定，翻转呈俯卧位，保持头向下，利用重力帮助移除异物。

(4) 救护员采取坐或跪的姿势，使婴儿安全地躺在腿上。

(5) 用一手的大拇指固定支撑婴儿的头，另外1个或2个手指放在下颌的另一边。保持下颌的角度，不要挤压下颌软组织。

(6) 用另一手的掌部在肩胛骨之间给予5次快速的拍打。

检查每次拍打背部是否解除了气道梗阻，如解除，不一定要做足5次。

2.胸部冲击法(图2-27)

适用于意识清楚伴严重气道梗阻症状、5次背部叩击法不能解除气道梗阻的婴儿。

(1) 两手及前臂将婴儿固定，翻转为仰卧位，头部向下。

(2) 在两乳头连线中



图2-27 胸部冲击

点给予胸部冲击按压，深度约为胸廓前后径的1/3。

(3) 重复5次。

(4) 如果仍不能解除梗阻，继续交替进行5次背部叩击和5次胸部冲击。

3.取异物(图2-28)



图2-28 取异物

4.胸部按压法(图2-29)

适用于无意识、意识不清或是在背部叩击和胸部冲击实施中发生意识丧失的气道梗阻婴儿。

按压方法同婴儿心肺复苏。



图2-29 胸部按压



5. 流程（图2-30）

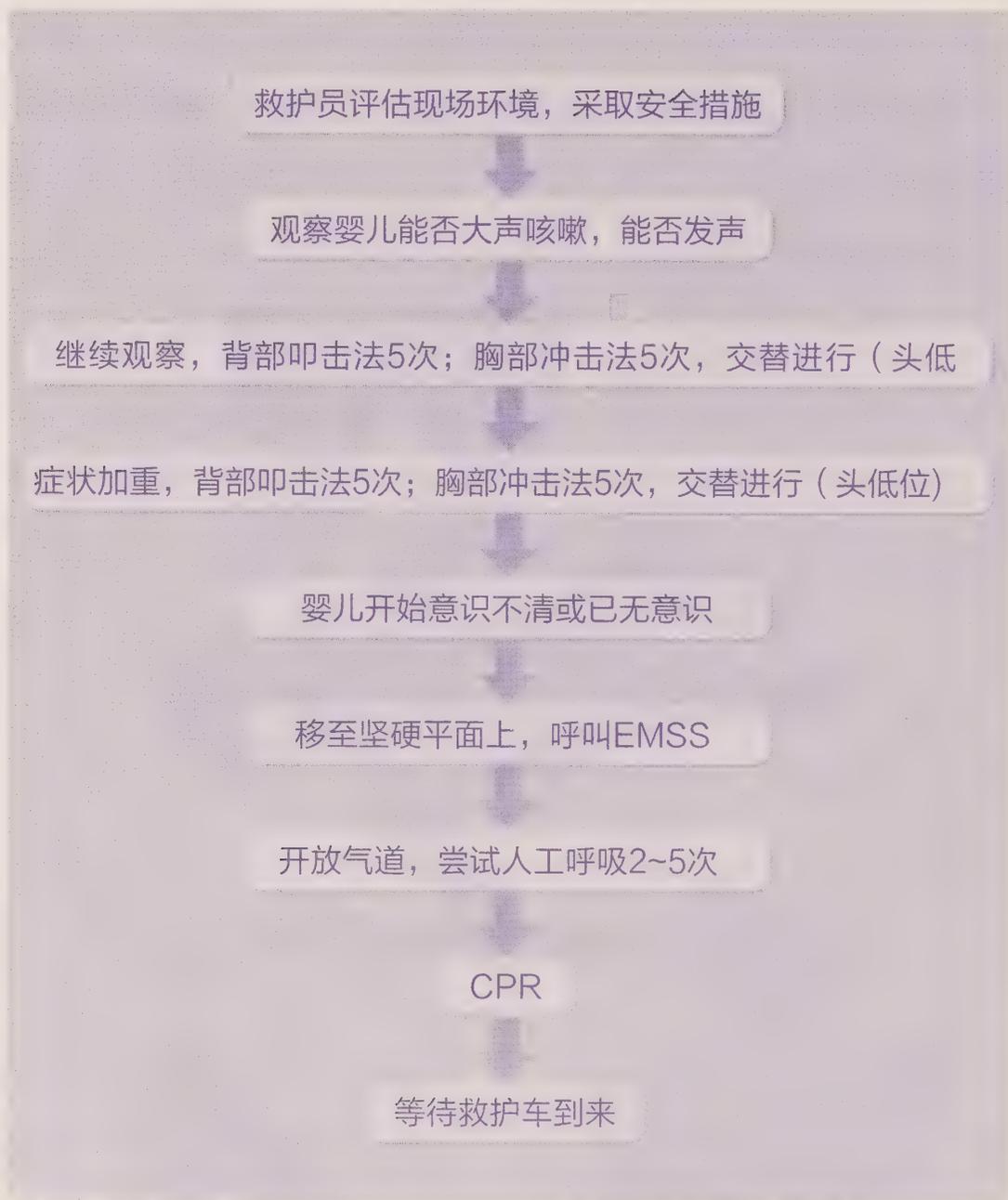


图2-30 婴儿气道异物梗阻现场急救流程

第三章

创伤救护

第一节 概述

创伤是常见的对人体的伤害。严重创伤的应急救护需要快速、正确、有效，以挽救伤员的生命，防止损伤加重和减轻伤员的痛苦。本章重点介绍应急救护创伤的基本原则，止血、包扎、固定、搬运四项基本技术，以及特殊损伤的早期处理原则和基本方法等。

一、创伤常见原因及特点

创伤主要指机械性致伤因素（或外力）造成的机体损伤。广义的造成创伤的原因还包括物理、化学、生物等因素。创伤常见原因有：撞击、碾压、切割、烧烫、电击、坠落、跌倒等。

创伤的特点是发生率高，危害性大，对严重的创伤如救治不及时，将导致残疾和威胁生命。

二、创伤主要类型

由于创伤有损伤形态、受伤部位等不同，对创伤可以用



不同的方法分类。

(1) 按有无伤口分类,可分为开放性损伤和闭合性损伤。

(2) 按受伤部位分类,可分为颅脑伤、颌面伤、颈部伤、胸部伤、腹部伤、脊柱伤、骨盆伤、四肢伤等。

(3) 按受伤部位的多少及损伤的复杂性分类,可分为单发伤、多发伤、多处伤、复合伤等。

在应急救护伤员时,应根据伤员的创伤类型采取相应的救护方法。

三、创伤应急救护的目的

创伤应急救护的目的是争取在最佳时机、最佳地点、尽最大努力去救治最多的伤员。

四、创伤应急救护原则

在应急救护中,救护员要遵守救护原则(见第一章第二节)。在有大批伤员等待救援的现场,应突出“先救命,后治伤”的原则,要尽量救治所有可能救活的伤员。

五、现场伤员的初步检查

对现场伤员初步的检查和评估顺序见第一章第三节。对于伤势较重的伤员,一般在情况较平稳(如止住了活动性出血或解除了呼吸道梗阻)后,应立即检查伤员头、胸、腹是否有致命伤。检查顺序如下:

(1) 观察伤员呼吸是否平稳,头部是否有出血。



(2) 双手贴头皮触摸检查是否有肿胀、凹陷或出血。

(3) 用手指从颅底沿着脊柱向下轻轻、快速地触摸，检查是否有肿胀或变形。检查时不可移动伤员。如果怀疑有颈椎损伤，应固定颈部。

(4) 双手轻按双侧胸部，检查双侧呼吸活动是否对称、胸廓是否有变形或异常活动。

(5) 双手上下左右轻按腹部四个象限，检查腹部软硬，是否有明显包块、压痛。

此外，还应注意伤员是否有骨盆、下肢以及脊柱的损伤。



第二节 创伤出血与止血

严重的创伤常引起大量出血而危及伤员的生命，在现场及时、有效地为伤员止血是挽救生命必须采取的措施。

血液由血浆和血细胞组成。成人的血液量约占自身体重的8%，每公斤体重含有60~80毫升血液。

一、出血类型

(一) 按出血部位分

出血是指血管破裂导致血液流至血管外，按其出血部位分为外出血和内出血。外出血是指血液经伤口流到体外，在体表可看到出血；内出血是指血液流到组织间隙、体腔或皮下。身体受到损伤时可能同时存在内、外出血。

(二) 按血管类型分

按血管类型可分为动脉出血、静脉出血和毛细血管出血。

(1) 动脉出血。动脉血含氧量高，血色鲜红。一旦动脉受到损伤，出血可呈涌泉状或随心搏节律喷射。

(2) 静脉出血。静脉血含氧量少，血色暗红。一旦静脉受到损伤，血液可大量涌出。

(3) 毛细血管出血。任何出血都包括毛细血管出血，血色鲜红，出血量一般不大。



（三）失血量与症状

（1）轻度失血。突然失血占全身血容量20%（成人失血约800毫升），可出现轻度休克症状：口渴、面色苍白、出冷汗、手足湿冷、脉搏快而弱（可达每分钟100次以上）。

（2）中度失血。突然失血占全身血容量20%~40%（成人失血800~1600毫升）时，可出现中度休克症状：呼吸急促、烦躁不安，脉搏可达每分钟100次以上。

（3）重度失血。突然失血占全身血容量40%（成人失血约1600毫升）以上时，可出现重度休克症状：伤员表情淡漠，脉搏细、弱或摸不到，血压测不清，随时可能危及生命。

二、外出血止血方法

（一）止血材料

常用的材料有无菌敷料、绷带、三角巾、创可贴、止血带，也可用毛巾、手绢、布料、衣物等代替（图3-1）。



图3-1 止血材料



(二) 少量出血的处理

伤员伤口出血不多时，可做如下处理：

(1) 救护员先洗净双手（最好戴上防护手套）。

(2) 表面伤口和擦伤用干净的流动的水冲洗。

(3) 用创可贴或干净的纱布、手绢包扎伤口。

注意：不要用药棉或有绒毛的布直接覆盖在伤口上。

(三) 严重出血的止血方法

控制严重的出血，要分秒必争，立即采取止血措施，同时呼叫救护车。

1. 直接压迫止血法（最直接、快速、有效、安全的止血方法，可用于大部分外出血的止血）

(1) 救护员快速检查伤员伤口内有无异物，如有表浅小异物要先将其取出。

(2) 将干净的纱布或手帕等作为敷料覆盖到伤口上，用手直接压迫止血（图3-2）。必须是持续用力压迫。



图3-2 直接压迫止血

(3) 如果敷料被血液浸透，不要更换，再取敷料在原有敷料上覆盖，继续压迫止血（图3-3），等待救护车到来。



图3-3 继续压迫止血

2. 加压包扎止血法

在直接压迫止血的同时，可用绷带（或三角巾）加压包扎。

（1）救护员首先直接压迫止血，压迫伤口的敷料应超过伤口周边至少3厘米。

（2）用绷带（或三角巾）环绕敷料加压包扎（图3-4）。



图3-4 加压包扎止血

（3）包扎后检查肢体末梢血液循环（图3-5）。



图3-5 观察末梢血液循环

3.止血带止血法

当四肢有大血管损伤，直接压迫无法控制出血，或不能使用其他方法止血以致危及生命时，尤其在特殊情况下（如灾难、战争环境、边远地区），可使用止血带止血。

（1）表带式止血带止血（图3-6a、b）。



图3-6a 加衬垫，上止血带



图3-6b 标明时间

· 如上肢出血，在上臂的上1/3处（如下肢出血，在大腿的中上部）垫好衬垫（可用绷带、毛巾、平整的衣物等）。

· 将止血带缠绕在肢体上，将一端穿进扣环，并以拉紧至伤口停止出血为度。

· 在明显的部位注明结扎止血带的时间。

（2）布带止血带止血（图3-7a~d）。

在事故现场，往往没有专用的止血带，救护员可根据现场情况，就便取材，利用三角巾、围巾、领带、衣服、床单等作为布带止血带。但布带止血带缺乏弹性，止血效果差，如果过紧还容易造成肢体损伤或缺血坏死，因此，尽可能在短时间内使用。



图3-7a 垫好衬垫



图3-7b 上止血带



图3-7c 穿绞棒



图3-7d 标时间

- 将三角巾或其他布料折叠成约5厘米宽平整的条状带。
- 如上肢出血，在上臂的上1/3处（如下肢出血，在大腿的中上部）垫好衬垫（可用绷带、毛巾、平整的衣物等）。
- 用折叠好的条状带在衬垫上加压绕肢体一周，两端向前拉紧，打一个活结（也可先将条状带的中点放在肢体前面，平整地将带的两端向后环绕一周作为衬垫，交叉后向前环绕第二周，并打一活结）。
- 将一绞棒（如铅笔、筷子、勺把、竹棍等）插入活结的外圈内，然后提起绞棒旋转绞紧，以伤口停止出血为度。
- 将棒的另一端插入活结的内圈固定。



- 结扎好止血带后，在明显的部位注明结扎止血带的时间。

(3) 注意事项。

- 止血带不要直接结扎在皮肤上，应先用平整的衬垫垫好，再结扎止血带。

- 结扎止血带的部位应在伤口的近心端。上肢结扎应在上臂的上1/3处，下肢结扎应在大腿中上部。对于损毁的肢体，也可把止血带结扎在靠近伤口的部位，有利于最大限度地保存肢体。

- 止血带松紧要适度，以伤口停止出血为度。

- 结扎好止血带后，要在明显部位加上标记，注明结扎止血带的时间，应精确到分钟。

- 结扎止血带的时间一般不应超过2小时，每隔40~50分钟或发现伤员远端肢体变凉，应松解一次，松解时如有出血，可压迫伤口止血。松解约3分钟后，在比原结扎部位稍低的位置重新结扎止血带。

- 禁止用铁丝、电线、绳索等当作止血带。

三、可疑内出血的现场判断与处理

(一) 可疑内出血的一般判断

- (1) 伤员面色苍白，皮肤发绀。

- (2) 口渴，手足湿冷，出冷汗。

- (3) 脉搏快而弱，呼吸急促。

- (4) 烦躁不安或表情淡漠，甚至意识不清。

- (5) 发生过外伤或有相关疾病史。



(6) 皮肤有撞击痕迹，局部有肿胀。

(7) 体表未见到出血。

(二) 可疑内出血的应急救护措施

(1) 拨打急救电话或尽快送伤员去医院。

(2) 伤员出现休克症状时，应立即采取救护休克的措施。

(3) 在急救车到来前，应密切观察伤员的呼吸和脉搏，保持气道通畅。



四、出血救护流程（图3-8）

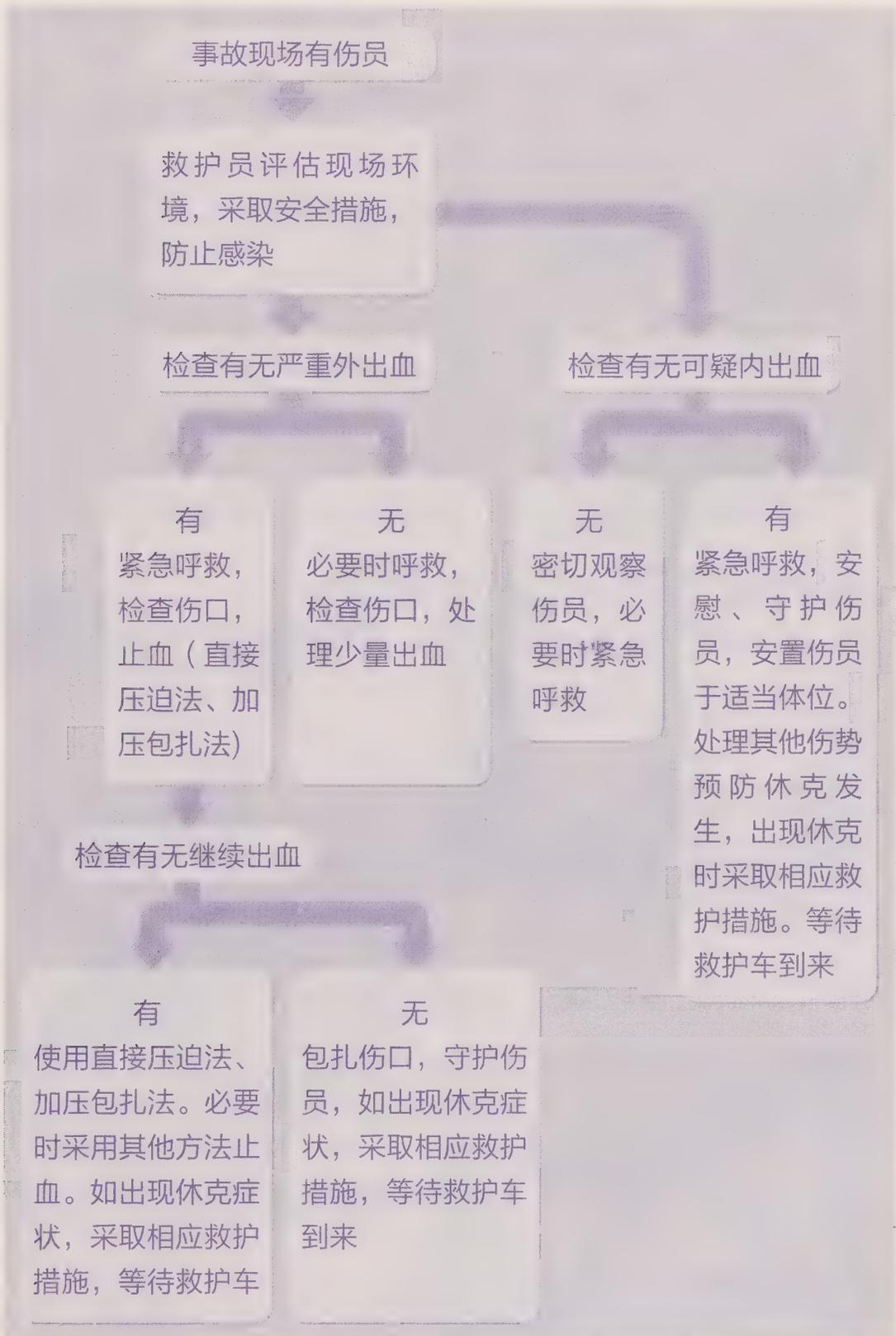


图3-8 出血救护流程



第三节 现场包扎技术

快速、准确地包扎伤口是外伤救护的重要一环。它可以起到快速止血、保护伤口、防止进一步污染、减轻疼痛的作用，有利于运转和进一步的治疗。

一、包扎的目的

- (1) 保护伤口，防止进一步污染，减少感染机会。
- (2) 减少出血，预防休克。
- (3) 保护内脏和血管、神经、肌腱等重要解剖结构。
- (4) 有利于转运伤员。

二、包扎材料

常用的包扎材料有创可贴、尼龙网套、三角巾、绷带、弹力绷带、胶带及就便器材如手帕、领带、毛巾、头巾、衣服等（图3-9）。



图3-9 包扎材料

三、包扎要求

包扎伤口动作要快、准、轻、牢。包扎时部位要准确、



严密，不遗漏伤口；包扎动作要轻，不要碰触伤口；包扎要牢靠，但不宜过紧；包扎前伤口上一定要加盖敷料。

四、包扎方法

（一）绷带包扎

（1）环形包扎。

此法是绷带包扎中最常用的，适用于肢体粗细较均匀处伤口的包扎（图3-10）。

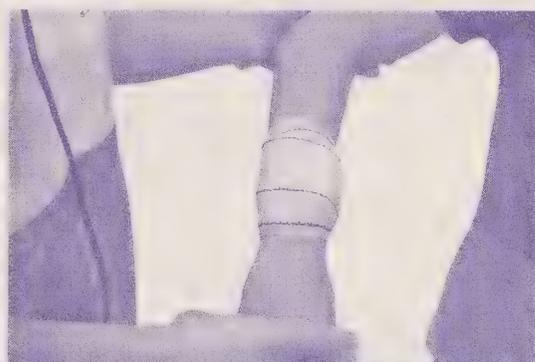
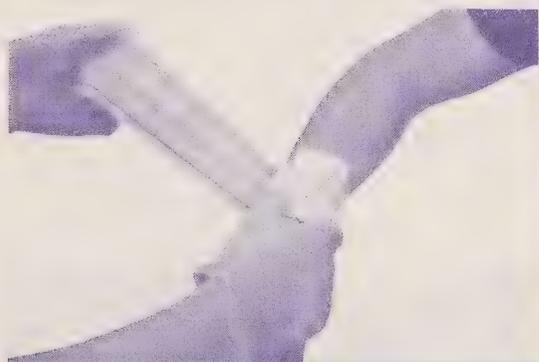


图3-10 环形包扎

（2）螺旋包扎。

适用于粗细相等的肢体、躯干部位的包扎（图3-11）。



图3-11 螺旋包扎



(3) 螺旋反折包扎。

适用于肢体上下粗细不等部位的包扎，如小腿、前臂等（图3-12）。



图3-12 螺旋反折包扎

(4) “8”字包扎。

手掌、手背、踝部和其他关节处伤口选用“8”字包扎（图3-13）。



图3-13 “8”字包扎

(5) 回返包扎

适用于头部、肢体末端或断肢部位的包扎（图3-14a~c）。



图3-14a 头部回返包扎一



图3-14b 头部回返包扎二



图3-14c 肢体末端回返包扎

(二) 三角巾包扎

使用三角巾，注意边要固定，角要拉紧，中心伸展，敷料贴实。在应用时可按需要折叠成不同的形状，适用于不同部位的包扎。



(1) 头顶帽式包扎 (图3-15)。



图3-15 头顶帽式包扎



(2) 双肩包扎 (图3-16)。



图3-16 双肩包扎

(3) 单侧胸部包扎 (图3-17)。



图3-17 单侧胸部包扎

(4) 腹部包扎 (图3-18a、b)。



图3-18a 全腹部包扎



图3-18b 侧腹部包扎

(5) 手(足)包扎 (图3-19)。

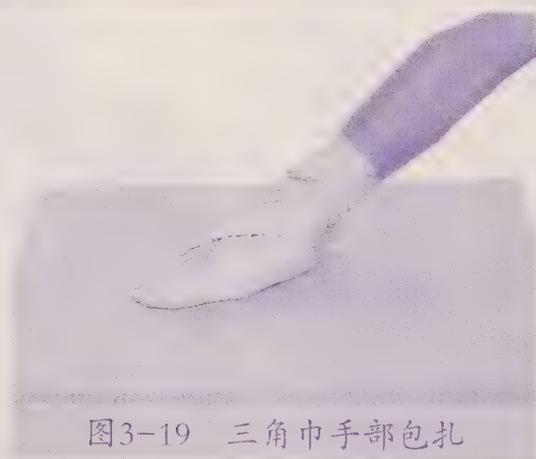


图3-19 三角巾手部包扎



(6) 膝部(肘部)带式包扎(图3-20)。



图3-20 三角巾膝部包扎

(7) 悬臂带。

① 小悬臂带：用于上臂骨折及上臂、肩关节损伤(图3-21)。



图3-21 小悬臂带



② 大悬臂带：用于前臂、肘关节等的损伤（图3-22）。



图3-22 大悬臂带



五、伤口包扎流程（图3-23）

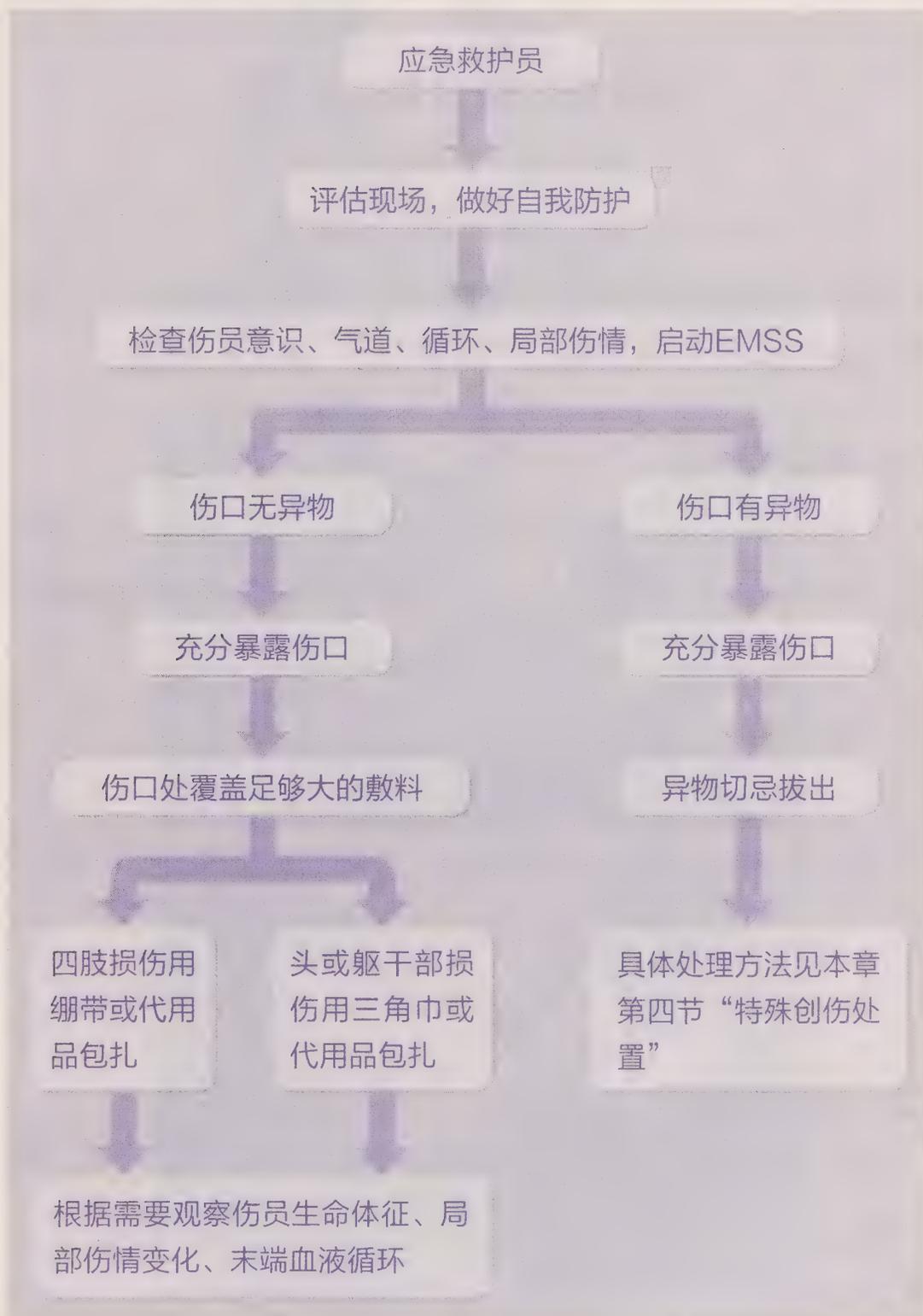


图3-23 伤口包扎流程



第四节 特殊创伤处置

创伤一般是在各种不确定情况下发生的，发生创伤后受伤的程度和表现各种各样，有些伤比较特殊，如腹部开放性损伤（肠管外溢）、眼球脱出、异物扎入、肢体离断伤等。

一、颅底骨折

颅底骨折通常为强烈间接暴力引起，如高空坠落、车祸等。伤员可有皮下出血，鼻腔、口腔、外耳道流出血性脑脊液（耳鼻漏），严重者可有脑神经损伤的相应表现。

现场救护的要点是：

- （1）环境安全，救护员做好自我防护。
- （2）伤员平卧，头部略抬高，立即启动EMSS。
- （3）严禁擤鼻涕，切勿冲洗和填塞耳道、鼻孔。
- （4）检查意识、气道、呼吸、脉搏，保持呼吸道通畅。

二、开放性气胸

胸壁有伤口，胸膜腔与外界相通，空气可自由进出，胸膜腔负压消失，伤侧肺压缩。伤员表现为气促、呼吸困难，严重者出现休克。

现场处理（图3-24）：



图3-24 开放性气胸现场处理



- (1) 环境安全，救护员做好自我防护。
- (2) 伤员无昏迷、休克，取半卧位，立即启动EMSS。
- (3) 立即用纱布或清洁敷料压在伤口上。
- (4) 三角巾折叠成宽带，绕胸固定敷料于健侧腋后线打结。
- (5) 三角巾胸部包扎。
- (6) 观察伤员意识、呼吸、脉搏，保持呼吸道通畅。

三、腹部开放性损伤（肠管溢出）

现场处理（图3-25a~f）：

- (1) 环境安全，救护员做好自我防护。
- (2) 伤员仰卧屈膝位，迅速启动EMSS。
- (3) 可用保鲜膜、塑料袋或干净敷料浸湿拧干后覆盖，外套环形圈。
- (4) 选大小合适的碗（盆）扣在环形圈上方。



图3-25a 盖保鲜膜



图3-25b 扣碗

(5) 三角巾折叠成宽带，绕腹固定碗（盆）于健侧腹侧方打结。



图3-25c 以宽带固定碗



(6) 三角巾全腹部包扎。



图3-25d 三角巾全腹部包扎

(7) 伤员双膝间加衬垫，固定双膝，膝下垫软垫。



图3-25e 加垫

(8) 观察伤员意识、呼吸、脉搏，保持呼吸道通畅。



图3-25f 观察伤员

四、肢体离断伤

严重创伤，如车祸、机器碾轧伤、绞伤等可造成肢体离断，伤员伤势较重。多数肢体离断伤，血管很快回缩，并形成血栓，出血并非喷射性。

(一) 伤员的处理 (图3-26a~c)



图3-26a 用止血带止血



图3-26b 回返式包扎伤肢

(1) 环境安全，救护员做好自我防护。

(2) 伤员取坐位或平卧，迅速启动EMSS。

(3) 迅速用大块敷料或干净的毛巾、手帕覆盖伤口，并用绷带回返式包扎。

(4) 如出血多，加压包扎达不到止血目的，可用止血带止血。



图3-26c 固定伤肢

(5) 临时固定伤肢,如上肢离断采用大悬臂带悬吊伤肢，随时观察伤员生命体征。

(二) 离断肢体的处理 (图3-27)

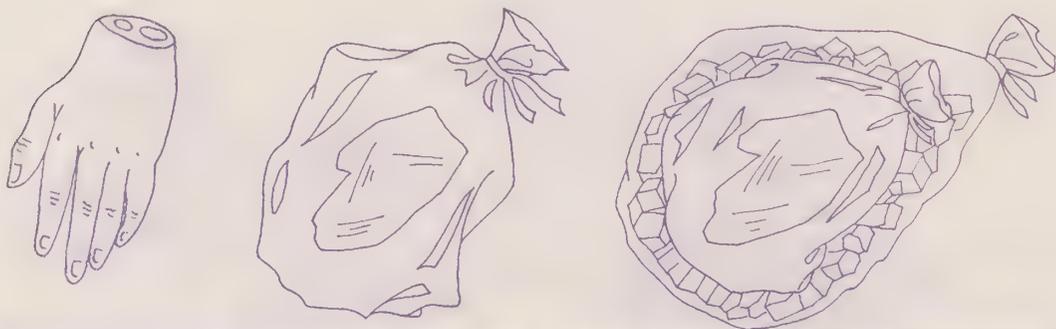


图3-27 离断肢体的处理

(1) 将离断肢体用干净的敷料或布包裹，将包裹好的断肢放入塑料袋中密封。

(2) 再放入装有冰块的塑料袋中，交给医务人员。

(3) 断肢不能直接放入水中、冰中，也不能用酒精浸



泡，应将断肢放入2~3℃的环境中。

五、伤口异物的处理

较大的异物（尖刀、钢筋、竹棍、木棍、玻璃等）扎入机体深部，不要拔除，因为可能会引起血管、神经或内脏的再损伤或大出血。

现场处理（图3-28a~c）：



图3-28a 伤员取坐位



图3-28b 用两个绷带卷夹住异物



图3-28c 固定布卷及异物

- (1) 环境安全，救护员做好自我防护。
- (2) 伤员取坐位或卧位，迅速启动EMSS。
- (3) 用两个绷带卷（或用毛巾、手帕、布料等做成布卷代替）沿肢体或躯干纵轴，左右夹住异物。
- (4) 用两条宽带围绕肢体或躯干，固定布卷及异物。
- (5) 在三角巾适当部位穿洞，套过异物暴露部位，包扎。
- (6) 将伤员置于适当体位，随时观察生命体征。

六、骨盆骨折的处理

车祸、高空坠落、塌方砸伤等往往可造成骨盆骨折。骨盆骨折常合并内脏损伤，因骨盆血运丰富，骨折后易发生大出血。

现场处理（图3-29）：



图3-29 骨盆骨折的处理

- (1) 环境安全，救护员做好自我防护。
- (2) 伤员取仰卧位，迅速启动EMSS。
- (3) 用三角巾或代用品（衣服、床单、桌布等）自伤员腰下插入后向下牵至臀部。
- (4) 将伤员双下肢屈曲，膝间加衬垫，固定双膝。
- (5) 三角巾由后向前包绕臀部捆扎紧，在下腹部打结固定。
- (6) 膝下垫软垫。
- (7) 随时观察伤员生命体征。

七、特殊伤现场处理流程（图3-30a、b）

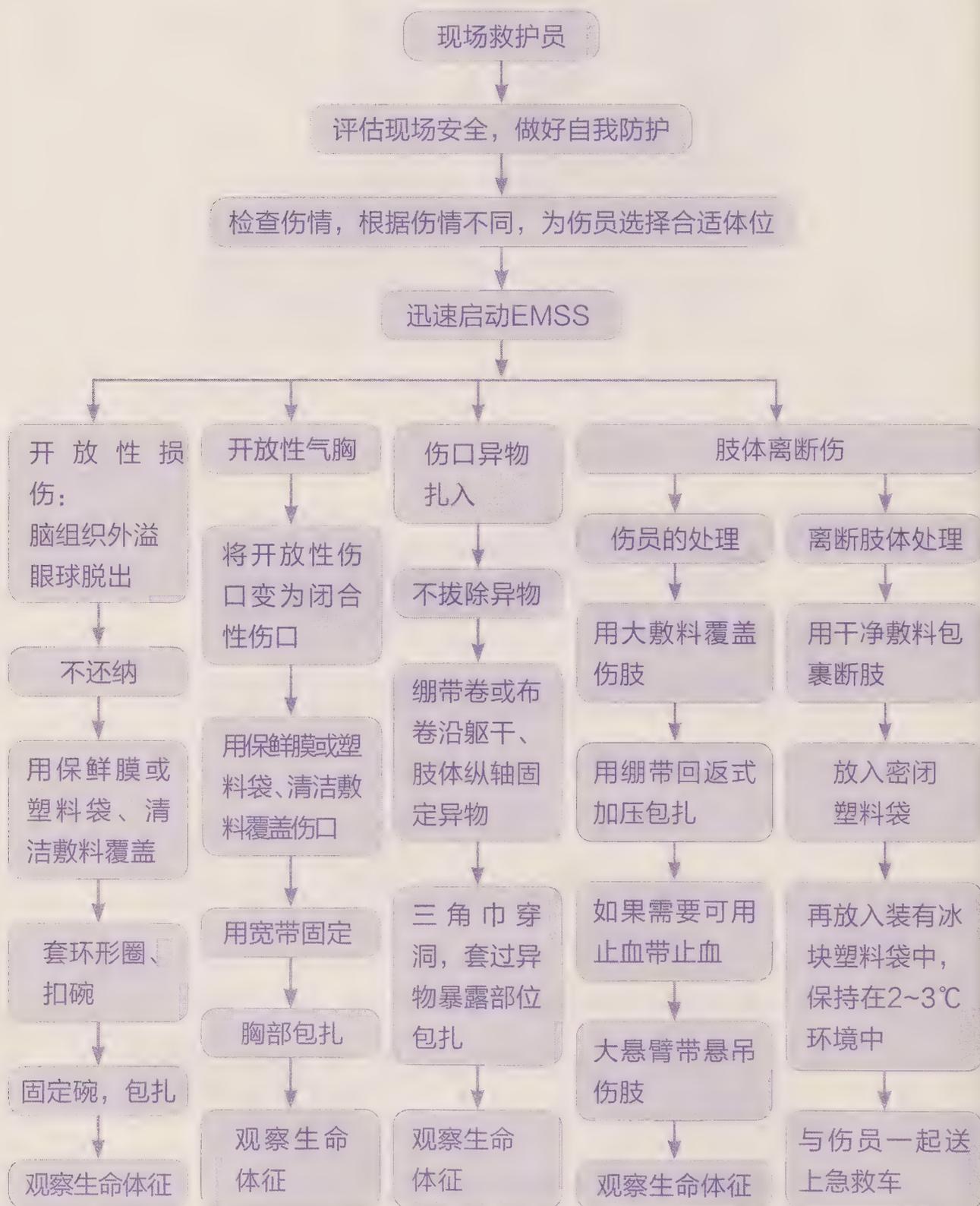


图3-30a 特殊伤现场处理流程一

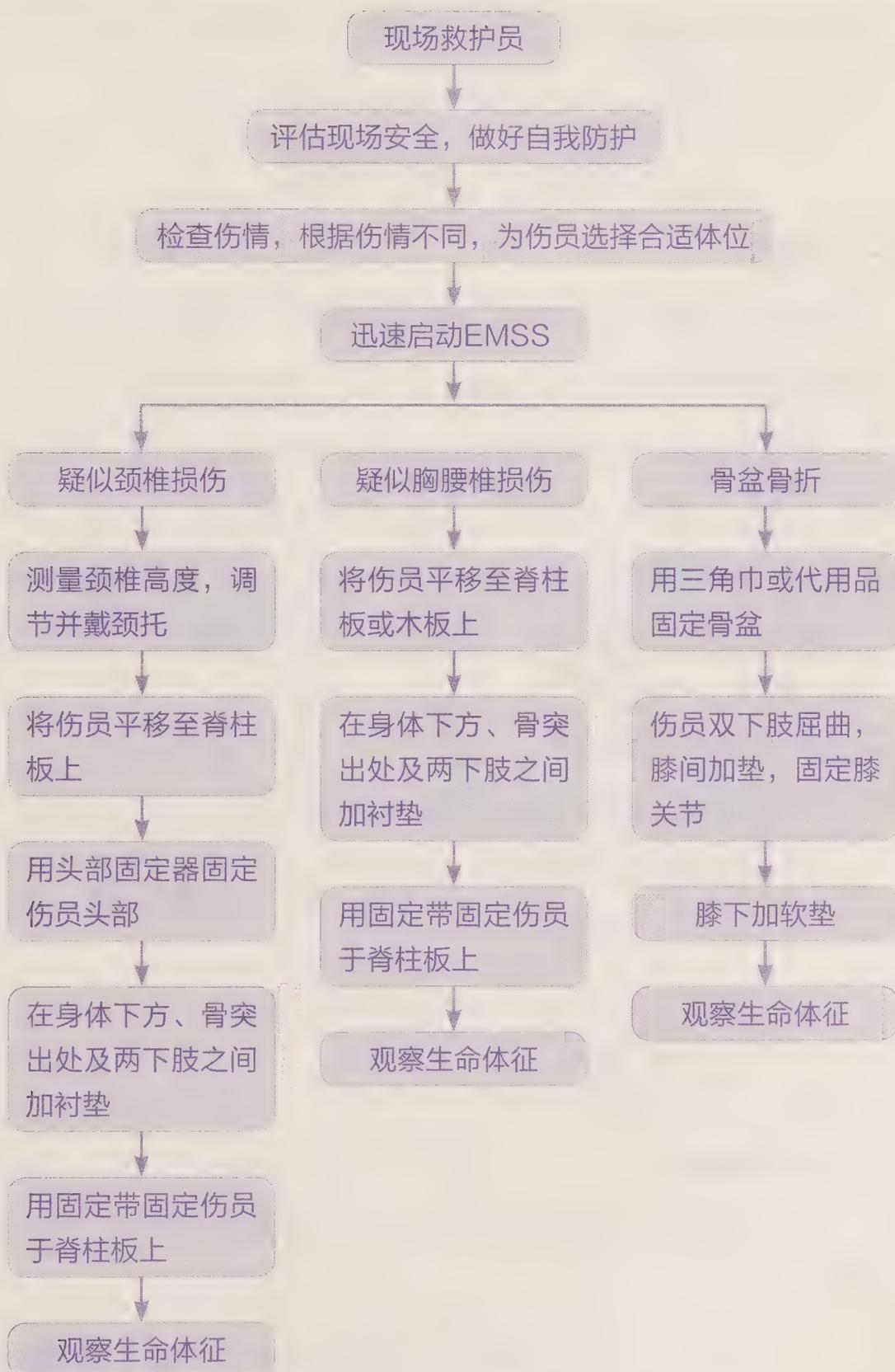


图3-30b 特殊伤现场处理流程二



第五节 骨折固定

一、概述

骨由于受直接、间接外力和积累性劳损的作用，其完整性和连续性发生改变，称为骨折。

现场骨折固定是创伤救护的一项基本任务。正确良好的固定能迅速减轻伤员伤痛，减少出血，防止损伤脊髓、神经、血管等重要组织，也是搬运伤员的基础，有利于转运后的进一步治疗。

二、骨折固定的目的

- (1) 制动，减少伤员的疼痛。
- (2) 避免损伤周围组织、血管、神经。
- (3) 减少出血和肿胀。
- (4) 防止闭合性骨折转化为开放性骨折。
- (5) 便于搬运伤员。

三、骨折判断

(1) 疼痛。突出表现是剧烈疼痛，移动时有剧痛，安静时则疼痛减轻。

(2) 肿胀或瘀斑。出血和骨折端的错位、重叠，都会使外表呈现肿胀现象，瘀斑严重。



(3) 功能障碍。原有的运动功能受到影响或完全丧失。

(4) 畸形。骨折时肢体会发生畸形，呈现短缩、成角、旋转等。

四、固定材料

颈托、脊柱板、夹板、铝芯塑性夹板、杂志、硬纸板、报纸、头部固定器等（图3-31）。

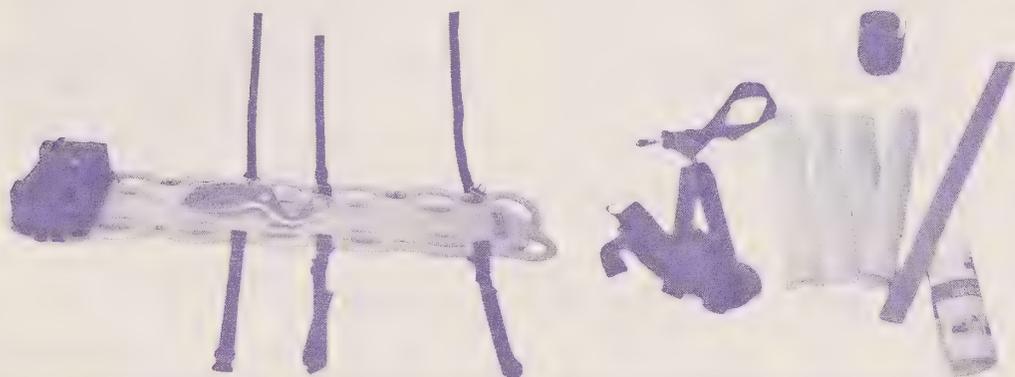


图3-31 骨折固定材料

五、固定原则

(1) 现场环境安全，救护人员做好自我防护。

(2) 检查伤员意识、呼吸、脉搏及处理严重出血。

(3) 用绷带、三角巾、夹板固定受伤部位。夹板与皮肤、关节、骨突出部位之间加衬垫。

(4) 夹板的长度应能将骨折处的上下关节一同加以固定。

(5) 固定时，在可能的条件下，上肢为屈肘位，下肢呈伸直位。

(6) 骨断端暴露，不要拉动，不要送回伤口内，开放性



骨折现场不要冲洗，不要涂药，应该先止血、包扎再固定。

(7) 暴露肢体末端以便观察血运。

(8) 固定伤肢后，如有可能应将伤肢抬高。

六、固定方法

根据现场的条件和骨折的部位采取不同的固定方式。固定要牢固，不能过松或过紧。在骨折和关节突出处要加衬垫，以加强固定和防止皮肤损伤。

根据伤情选择固定器材，必要时将受伤上肢固定于躯干，将受伤下肢固定于健肢。

操作要点：

(1) 置伤员于适当位置，就地施救。

(2) 夹板与皮肤、关节、骨突出部位之间加衬垫。

(3) 先固定骨折处的上端（近心端），再固定下端（远心端），绑带不要系在骨折处，骨折处两端应该分别固定至少两条绑带。

(4) 前臂、小腿部位的骨折，尽可能用两块夹板固定。

(5) 上肢为屈肘位（肘关节不能屈除外），下肢呈伸直位。

(6) 暴露指（趾）端，便于检查末梢血液循环。

（一）上肢骨折

1. 上臂骨折（肱骨干骨折）

(1) 铝芯塑性夹板固定（图3-32）。



图3-32 铝芯塑性夹板固定

(2) 躯干固定：现场无夹板或其他可利用物时，可将伤肢固定于躯干（图3-33）。



图3-33 躯干固定

- ① 伤员屈肘位，大悬臂带悬吊伤肢。
- ② 伤肢与躯干之间加衬垫。
- ③ 用宽带将伤肢固定于躯干。
- ④ 检查末梢血液循环。

2.前臂骨折（桡、尺骨骨折）

（1）夹板固定（图3-34）。



图3-34 前臂骨折夹板固定

（2）躯干固定：与上臂骨折固定方法相同，制动带可稍窄。



(3) 衣服固定：用衣服托起伤肢，将伤肢固定于躯干（图3-35）。



图3-35 前臂骨折衣服固定

(二) 下肢骨折

1. 大腿骨折（股骨干骨折）

(1) 夹板固定（图3-36）。



图3-36 大腿骨折两块夹板固定

(2) 健肢固定 (图3-37)。



图3-37 大腿骨折健肢固定

- ① 用三角巾、绷带、布带等四条宽带自健侧肢体膝下、踝下穿入，将双下肢固定在一起。
- ② 在两膝、两踝之间及两腿间隙垫好衬垫，依次固定骨折处上下两端、小腿、踝部，固定带的结打在健侧肢体外侧。
- ③ “8”字法固定足踝。
- ④ 趾端露出，以便检查末梢血液循环。

2. 小腿骨折 (胫、腓骨骨折)



(1) 夹板固定(图3-38)。



图3-38 小腿骨折两块夹板固定

(2) 健肢固定: 与大腿固定相同, 可用四条宽带或三角巾固定, 先固定骨折处上、下两端, 然后固定大腿, 踝关节“8”字法固定(图3-39)。

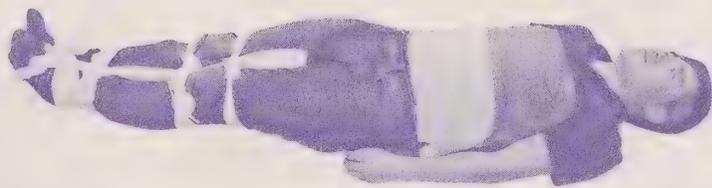


图3-39 小腿骨折健肢固定

(三) 脊柱骨折

脊柱常因直接暴力或间接暴力引起损伤, 造成骨折或脱位, 若损伤脊髓及马尾神经, 常产生截瘫和大小便失禁。非专业人员没有经过严格的培训, 不主张移动伤员, 应该等待专业医护人员进行处理。

七、骨折固定流程（图3-40）

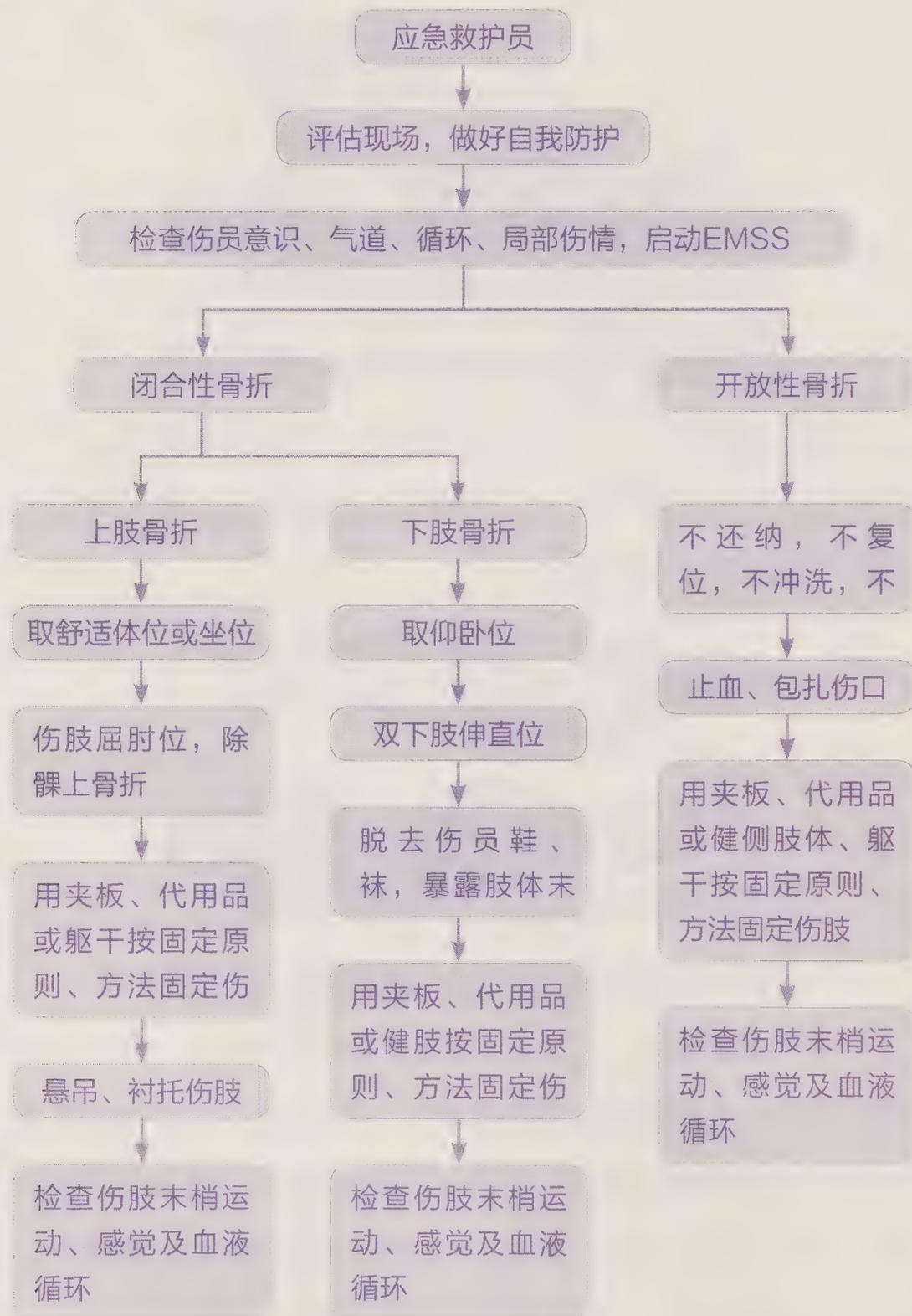


图3-40 骨折固定流程



第六节 关节脱位与扭伤

关节脱位又称为脱臼，指的是组成关节的骨之间部分或完全失去正常的对合关系。关节脱位多由于外力撞击或肌肉猛烈牵拉引起。关节脱位多见于肩关节、肘关节、下颌关节和指关节。常合并韧带损伤。

救护方法如下：

- (1) 扶伤员坐下或躺下，尽量舒适。
- (2) 不要随意搬动或揉受伤的部位，以免加重损伤。
- (3) 用毛巾浸冷水或用冰袋冷敷肿胀处30分钟左右。
- (4) 按骨折固定的方法固定伤处。在肿胀处可用厚布垫包裹，用绷带或三角巾包扎固定时应尽量宽松。
- (5) 在可能的情况下垫高伤肢。
- (6) 每隔10分钟检查一次伤肢远端血液循环。
- (7) 尽快送伤员到医院检查治疗，必要时呼叫救护车。
- (8) 受伤后72小时内不要热敷受伤部位。



第七节 伤员的搬运护送

如果现场环境安全，救护伤员应尽量在现场进行，在救护车到来之前，为挽救生命、防止伤病恶化争取时间。只有在现场环境不安全，或是受局部环境条件限制，无法实施救护时，才可搬运伤员。

一、搬运护送目的

- (1) 使伤员尽快脱离危险区。
- (2) 改变伤员所处的环境，以利抢救。
- (3) 安全转送医院进一步治疗。

二、搬运护送原则

- (1) 搬运应有利于伤员的安全和进一步救治。
- (2) 搬运前应做必要的伤病处理（如止血、包扎、固定）。
- (3) 根据伤员的情况和现场条件选择适当的搬运方法。
- (4) 搬运护送中应保证伤员安全，防止发生二次损伤。
- (5) 注意伤员伤病变化，及时采取救护措施。

三、搬运护送方法

(一) 徒手搬运

1. 单人徒手搬运法



(1) 扶行法 (图3-41)。



图3-41 扶行法

(2) 背负法 (图3-42)。



图3-42 背负法



(3) 拖行法。

① 腋下拖行法 (图3-43)。



图3-43 腋下拖行法

② 衣服拖行法 (图3-44)。



图3-44 衣服拖行法



③ 毛毯拖行法（图3-45）。



图3-45 毛毯拖行法

(4) 爬行法（图3-46）。



图3-46 爬行法



2. 双人徒手搬运法

(1) 轿杠式 (图3-47)。



图3-47 轿杠式



(2) 椅托式 (图3-48)。



图3-48 椅托式

(3) 前后扶持法、拉车式 (图3-49a、b)。



图3-49a 前后扶持法



图3-49b 拉车式



3.三人徒手搬运法（图3-50）



图3-50 三人徒手搬运

(二) 使用器材搬运

担架是运送伤员最常用的工具，种类很多。一般情况下，对肢体骨折或怀疑脊柱受伤的伤员都须使用担架搬运，可使伤员安全，避免加重损伤（图3-51）。



图3-51 担架（脊柱板）搬运伤员



1. 常用担架

(1) 折叠铲式担架：可双侧打开，将伤员铲入担架，常用于脊柱损伤、骨折伤员的搬运。

(2) 脊柱板：用于脊柱损伤、骨折损伤的现场搬运。

(3) 帆布担架：用于无脊柱损伤、无骨盆或髋部骨折的伤员。

2. 自制担架

(1) 木板担架：可用木板、床板等制作。

(2) 毛毯担架：可用床单、被罩、雨衣等替代。



附：全身骨骼（图3-52）。

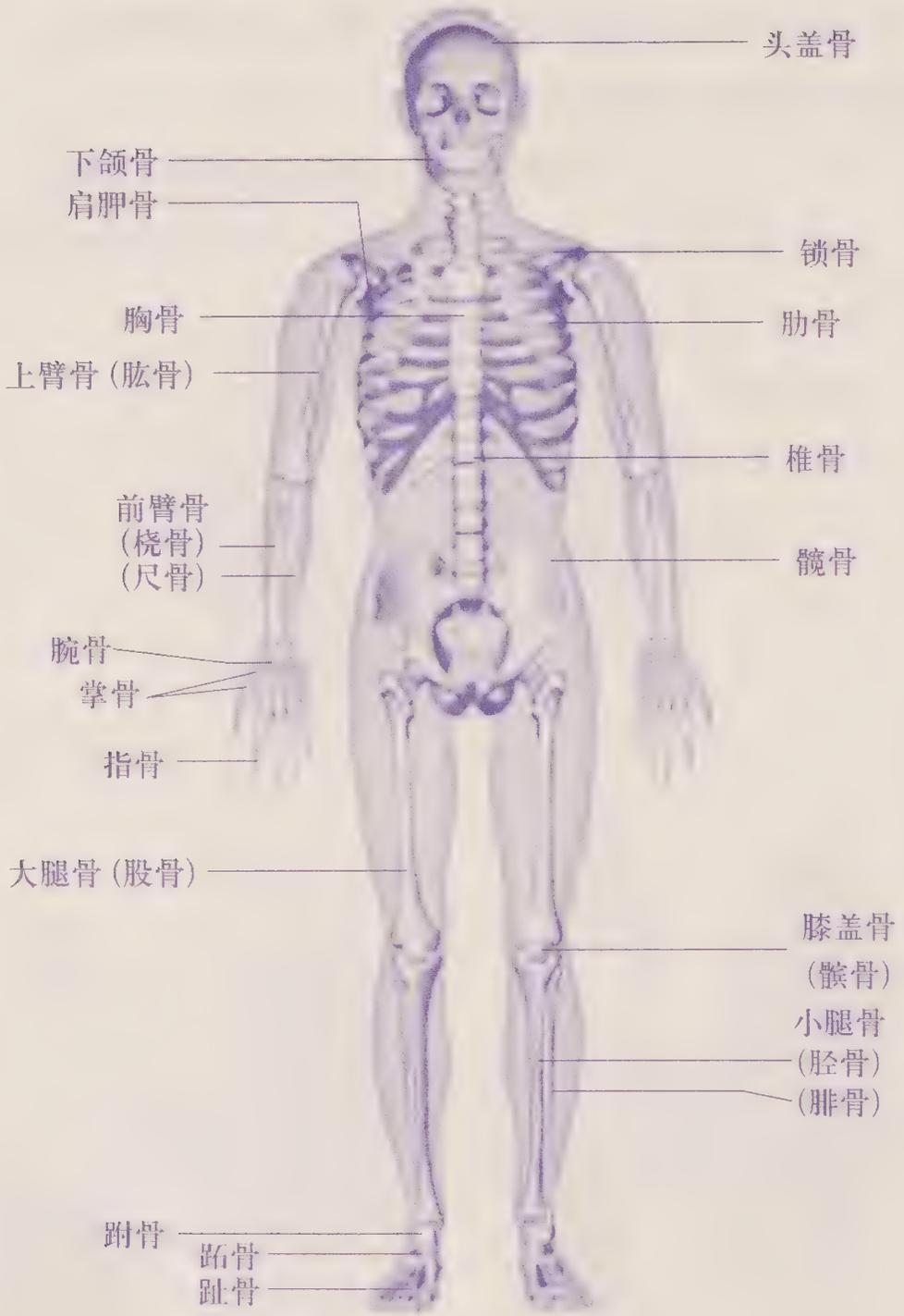


图3-52 全身骨骼

第四章

阅读篇

第一节 常见急症

1. 晕厥

晕厥俗称昏厥，是指患者突然发生严重的、一过性的脑供血障碍，从而导致的短暂意识丧失。发作时意识完全丧失，患者不能维持正常姿势而就地摔倒。

(一) 临床表现

突然发生迅速的、短暂的、自限性的，并且能够完全恢复的意识丧失，即所谓“来得快，去得快”。意识丧失的持续时间多在30秒钟以内。

(二) 应急救护原则

(1) 立即将患者以仰卧位置于平地上，头略放低，松开过紧的衣领和腰带等。

(2) 开窗通风，保持室内空气清新。

(3) 观察患者的神志及生命体征，检查有无摔伤。

(4) 上述处理未见好转，应拨打急救电话，或将患者送至就近的医院进一步诊治。

2. 急性冠状动脉综合征

急性冠状动脉综合征（急性冠脉综合征）是冠状动脉内的不稳定粥样斑块破裂，导致血栓形成和（或）血管痉挛，造成血管严重狭窄或阻塞，从而引起以急性心肌缺血、坏死为特征的综合征。

(一) 临床表现

胸痛、胸闷、出汗、恶心、呕吐、面色苍白、口唇青紫、有恐惧和濒死感等。

(二) 急救原则

(1) 立即原地静卧休息。

(2) 立即拨打急救电话，要求装备有除颤设备的救护车前来。

(3) 密切观察病情，如已出现呼吸、心跳停止，应立即予以心肺复苏。

(4) 正确协助患者服药。

① 硝酸甘油：首次舌下含服0.5毫克（1片），如症状无缓解，患者血压未降低，可每隔5分钟含服1片，连续4~5次。

② 阿司匹林：300毫克，嚼服。

(5) 有条件时可以协助患者吸氧。



3. 脑卒中

脑卒中又称为中风，是由于脑局部血液循环障碍所导致的神经功能缺损综合征，是引起中老年人死亡的主要原因之一。脑卒中可分为出血性卒中（脑出血、蛛网膜下腔出血）和缺血性卒中（脑梗死、脑血栓）两大类。

(一) 临床表现

肢体麻木、运动和语言障碍、意识障碍、头痛、呕吐。

(二) 急救原则

(1) 将患者安置在一个舒适的位置，防止误吸或气道梗阻。

(2) 及时拨打“120”或送就近医院。

(3) 保持通风，如有条件可予吸氧。

(4) 观察生命体征，如出现呼吸、心跳停止，应立即进行心肺复苏。

(5) 暂时禁止患者进食、进水。

4. 糖尿病急症

糖尿病急症主要有糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗状态、低血糖症等。本节重点介绍低血糖症。

(一) 临床表现

出汗、颤抖、心悸、焦虑、紧张、有饥饿感、软弱无



力、面色苍白、四肢发冷、脉搏快而饱满等。

(二) 应急救护原则

- (1) 安静平卧位，注意观察生命体征，保持气道通畅。
- (2) 有条件时可测试血糖水平。
- (3) 意识清醒者鼓励进食甜食或糖水。
- (4) 严重者拨打急救电话，迅速护送至医院。

5. 支气管哮喘

(一) 临床表现

多数患者有支气管哮喘发作史。常见症状有咳嗽、喘息、呼吸困难、胸闷、发绀，严重时被迫采取坐位或端坐呼吸。

(二) 应急救护原则

- (1) 将呼吸困难的患者移至舒适的位置、空气流通的环境，松开衣物，保持气道通畅，如有条件应立即给予吸氧。
- (2) 经过培训的救护员可帮助呼吸困难的患者使用自备的支气管扩张药。
- (3) 立即呼叫“120”，送就近医院进一步诊治。

6. 癫痫

癫痫被称为“羊角风”。

(一) 临床表现

反应迟钝、流口水、两眼上翻、肢体僵硬，突发、不可控



制，出现节律性肌肉收缩（抽搐），大小便失禁，呼吸不规则。

（二）应急救护原则

（1）立即扶住患者，平放地上，以免摔伤。

（2）保持呼吸道通畅，如有条件予以吸氧。

（3）移除可能造成伤害的物体，松开衣物并通风。将毛巾或衣物垫在患者头下方，以保护患者头部，不要限制呼吸道。

（4）拨打急救电话，送就近医院诊治。

第二节 意外伤害

常见的意外伤害有交通事故、烧烫伤、淹溺、电击伤、中毒、中暑、冻伤等。

1. 交通事故

交通事故是最常见的、死亡率最高的意外伤害（图4-1）。



图4-1 交通事故

应急救护原则

- (1) 紧急呼救，立即拨打“120”“122”“110”。
- (2) 评估环境是否安全，做好自我保护。
- (3) 除处境十分危险外，切勿立即移动伤员。
- (4) 呼救同时，将事故车辆关闭引擎，打开危险报警闪光灯，拉紧手刹或用石块固定车辆，防止其滑动。摆放三角形警示牌（图4-2）。



图4-2 摆放三角形警示牌

- (5) 实行先救命、后治伤原则，争分夺秒，抢救危重伤员。
- (6) 在救护过程中，要保护事故现场，以便给事故责任划分提供可靠证据。



2. 烧烫伤

烧烫伤是生活中常见的意外。由火焰、沸水、热油、电流、热蒸气、辐射、化学物质(强酸强碱)等引起。

(一)烧烫伤分度

烧烫伤对人体组织的损伤程度一般分为三度(表4-1)。

表4-1 烧烫伤分度

I度 (红斑性烧烫伤)		轻度红、肿、热、痛,感觉敏感,表面干燥无水疱
II度 (水疱性烧烫伤)	浅II度	剧痛,感觉敏锐,有水疱,疱皮脱落后,可见创面均匀发红,水肿明显
	深II度	感觉迟钝,有或无水疱,基底苍白,间有红色斑点,创面潮湿
III度		痛感消失,无弹性,干燥,无水疱,如皮革状、蜡白、焦黄或炭化;严重时伤及肌肉、神经、血管、骨骼和内脏

(二)急救救护原则

除去伤因,脱离现场,保护创面,维持呼吸道通畅。

(1) 立即用冷的自来水(15~25℃)持续冲洗(或浸泡伤处)降温直至疼痛缓解(图4-3);烧伤面积较大时(20%以上),同时紧急呼救,启动EMSS。

(2) 迅速剪开取下伤处的衣裤、袜类,切不可强行剥脱,取下受伤处的饰物。

(3) I度烧烫伤可涂外用烧烫伤药膏。

(4) II度烧烫伤,表皮水疱不要刺破,不要在创面上涂



任何油脂或药膏，应用清洁的敷料或毛巾或保鲜膜覆盖伤部（图4-4），并立即送医院。

（5）严重口渴者，可口服少量淡盐水或淡盐茶水，条件许可时可用烧伤饮料。

（6）窒息者，进行人工呼吸。

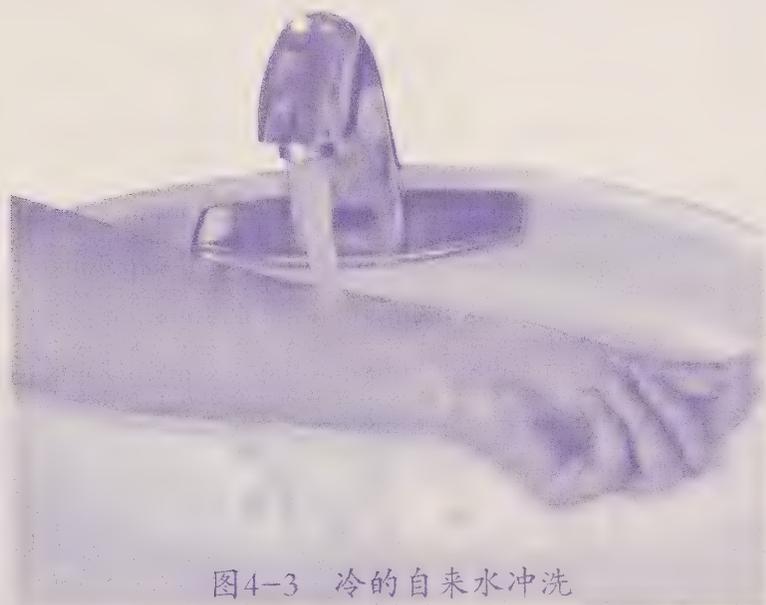


图4-3 冷的自来水冲洗



图4-4 盖敷料



3.中暑

高温是发生中暑的根本原因。体内热量不断产生，散热困难；外界高温又作用于人体，体内热量越积越多，加之体温调节中枢发生障碍，身体无法调节，最后引起中暑。

(一)临床表现

多汗、口渴、乏力、头晕、头痛、眼花、耳鸣、恶心、胸闷、心悸、体温正常或略高。

(二)应急救护原则

(1) 立即将患者转移到阴凉、通风或温度较低的环境(图4-5)。

(2) 口服淡盐水或含盐清凉饮料，还可服用藿香正气水、十滴水、人丹等。

(3) 体温升高者，可采用冷敷(用冰袋冷敷双侧腋下、颈动脉处及腹股沟区等)、冷水擦浴全身(除胸部)。

(4) 必要时呼叫“120”。



图4-5 将患者转移到阴凉处

4.电击伤

电击伤是指一定量的电流通过人体引起的机体损伤和功能障碍（图4-6）。电流对人致命的伤害是引起室颤、心搏骤停、呼吸肌麻痹，其中心搏骤停是触电后立即死亡的主要原因。因而及时有效的心肺复苏、心脏除颤是抢救成功的关键。



图4-6 电击伤

（1）迅速切断电源，或用干木棍、竹竿等不导电物体将电线挑开。电源不明时，不能用手直接接触伤员，在确定伤员不带电的情况下立即救护。

（2）在浴室或潮湿地方，救护员要穿绝缘胶鞋，戴胶皮手套或站在干燥木板上以保护自身安全。

（3）紧急呼救，启动EMSS。

（4）立即给呼吸、心搏骤停者进行心肺复苏，有条件的尽早使用AED进行心脏电除颤。

（5）烧伤局部应进行创面的简易包扎。

5. 淹溺

淹溺是指人被淹没在水中并导致呼吸道障碍及窒息的情况。淹溺的过程很快，一般4~6分钟就可致人呼吸、心跳停止而死亡。因此，要争分夺秒积极抢救。

水中救护要点：

(1) 充分做好自我保护。如救助无能力者，千万不要贸然跳入水中，应立即高声呼救。

(2) 迅速接近落水者，从其后面靠近，不要被慌乱挣扎中的落水者抓住。

(3) 有条件的采用可以漂浮的脊柱板救护落水者。

岸上救护要点：

(1) 立即清除口鼻异物，保持呼吸道通畅。

(2) 无呼吸、心跳者，立即给予2次人工吹气，然后做胸外心脏按压，5组后判断复苏效果。

(3) 不要轻易放弃抢救，特别是低体温情况下，抢救应坚持到医务人员到达现场。

(4) 一旦恢复呼吸、心跳，可用干毛巾为淹溺者擦拭全身，自四肢、躯干向心脏方向摩擦，以促进血液循环。



6. 犬咬伤

(一) 犬咬伤与狂犬病

犬咬伤和狂犬病逐年增加，已成为全球性的严重的公共卫生问题。狂犬病是被感染狂犬病病毒的动物如常见的狗、猫等，咬伤、抓伤、舔舐伤口或黏膜而引起的急性传染病。

(二) 狂犬病的临床表现

特有的恐水、怕风、咽肌痉挛、进行性瘫痪（麻痹），因恐水严重，又称恐水症。一旦发病，进展迅速，生存的可能性极小，病死率几乎为100%。

(三) 应急救护原则

- (1) 戴双层橡胶手套进行伤口处置。
- (2) 立即用肥皂水或清水冲洗伤口至少15分钟。
- (3) 不包扎伤口，立即到疾控中心注射狂犬病疫苗和破伤风抗毒素。

第三节 突发事件

1. 火灾

(一) 概述

在各类自然灾害中，火灾是不受时间、空间限制，发生频率较高的灾害。也是最经常、最普遍地威胁公众安全和社会发展的主要灾害之一。

(二) 火灾避险原则

报警、扑救、撤离。

不论何时何地，一旦发现火灾，立即向“119”报警。

报警内容：单位、地址、起火部位、燃烧物质、火势大小、有无人员被困、进入火场路线以及联系人姓名、电话等。

(1) 电器着火：要立即切断电源，用干粉或气体灭火器灭火，不可泼水。

(2) 油锅着火：迅速关闭燃气阀门，盖上锅盖或湿布，还可以把切好的蔬菜倒在锅里。

(3) 室内的沙发、棉被等物品着火：可立刻用水浇灭。

(4) 液化气罐着火：立即关闭阀门，可用浸湿的被褥、衣物等捂盖。

(5) 身上着火：不要奔跑，立即躺倒，翻滚灭火或跳入就



近的水池，其他人也可用厚重衣物或被子覆盖着火部位灭火。

如果火势较大，超过自己的扑救能力时，应想方设法尽早撤离（图4-7）。保持镇静，简易防护，匍匐逃生，也可利用阳台、窗口逃生，建立避难场所，等待救援，必要时发出信号，寻求援助，万不得已被迫跳楼时要缩小落差。



图4-7 火场撤离

（三）应急救护要点

- （1）做好自我保护。
- （2）迅速转移伤员。
- （3）立即抢救生命。保持呼吸道通畅（判断伤员是否有

呼吸道烧伤），对呼吸、心搏骤停者实施心肺复苏。

(4) 保护烧伤创面。

(5) 伤员转运。应急救护后，应立即送往医院救治。

2.地震

(一)概述

地震在自然灾害中属于受灾面积广、破坏性强、死伤人数多的地质灾害，往往会在瞬间给人类和社会造成巨大损失。

(二)各种场所的避震

● 室内避震

(1) 迅速躲在低矮、坚固的家具旁或室内承重墙墙角等易形成避震空间的地方（图4-8）。



图4-8 室内避震

(2) 躲进开间小、有支撑物的房间，如卫生间、储藏室等。

(3) 千万不要跳楼，也不要滞留在床上。

(4) 不要到外墙边、窗边或阳台上避震。

(5) 不要躲在楼梯处和电梯里。

● 学校避震

(1) 上课时发生地震，要在老师指挥下迅速抱头、闭眼、躲在各自的课桌旁边（图4-9）。震后迅速有序撤离。



图4-9 教室避震

(2) 在操场或室外时，可原地蹲下，双手保护头部，注意避开高大建筑物或危险物。

(3) 不要跳窗、跳楼或在楼梯处停留。

● 公共场所避震

(1) 震时就近在牢固物旁蹲伏，震后有序撤离，避免拥挤。不要乘坐电梯，不要在楼梯处停留。

(2) 在体育场馆、影剧院内，就地蹲下或趴在排椅旁，注意避开悬挂物，用书包等物保护头部。

(3) 在商场、展览馆、饭店等处，要选择内墙角、柱子

旁、结实的柜台、商品（如低矮家具等）旁，迅速蹲下。避开玻璃柜台、门窗和橱窗等。

（4）在公交车上，要抓牢扶手，降低重心，躲在座位附近。

● 户外避震

（1）就地选择开阔地蹲下或趴下，不要立即返回室内。

（2）避开高大建筑物，特别要避开有玻璃幕墙的建筑、过街桥、立交桥、高大的烟囱、水塔等。

（3）避开危险物，如变电器、电线杆、路灯、广告牌等。

（4）避开其他危险场所，如生产危险品的工厂、储藏易燃易爆品的仓库等。

（5）如果在野外，不要在山脚下、悬崖边停留。遇到山崩、滑坡，要向垂直于滚石前进的方向跑。

（6）要避开河边、湖边、海边，以防河堤坍塌、溃坝、洪水或出现海啸。

（7）避开桥面或桥下，以防桥梁坍塌。

3. 踩踏

（一）概述

踩踏事件是指在某一事件或某个活动过程中，因聚集人群过度拥挤，致使部分人因行走或站立不稳而跌倒未能及时爬起，被人踩在脚下或压在身下，短时间内无法及时控制的混乱场面。

(二)避险原则

(1) 不要在人群拥挤的地方停留。

(2) 在公共场所发生意外情况时，要听从工作人员的指挥，有序撤离。

(3) 发现慌乱人群向自己方向涌来时，要快速躲到一旁，或在附近的墙角蹲下，等人群过后再离开。

(4) 万一被卷入拥挤的人群，要保持镇静，顺人流方向走。不要弯腰提鞋、系鞋带或拾物。

(5) 发现前面有人突然摔倒，立即停下脚步，同时大声呼救，告知后面的人不要向前靠近。

(6) 在拥挤混乱的情况下，要双脚站稳，保持身体平衡，抓住身边的栏杆、柱子或看台的椅子等物。

(7) 被人群拥着前行时，要撑开手臂放在胸前，背向前弯，形成一定的空间，以保持呼吸道畅通（图4-10）。



图4-10 在人群中拥着前进的姿势



(8) 万一被人挤倒在地，不要惊慌，设法使身体蜷缩呈球状，双手紧扣，置于颈后，保护好头、颈、胸、腹部等重要部位（图4-11）。如有可能，要设法靠近墙壁或其他支撑物。并尽一切可能在最短的时间内站起来。



图4-11 被挤倒后的姿势

(三) 应急救护原则

- (1) 踩踏事故发生后，立即报警。要听从统一指挥，有秩序地撤离。
- (2) 检伤分类，先重伤后轻伤。
- (3) 对呼吸、心搏骤停的患者立即实施心肺复苏。

图书在版编目(CIP)数据

救护员指南：黑白版/中国红十字会总会编. —修订本.
—北京：社会科学文献出版社，2016.3（2017.12重印）
中国红十字会救护员教材
ISBN 978-7-5097-8528-7

I. ①救… II. ①中… III. ①急救-教材 IV. ①459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2015）第 303406 号

救护员指南（黑白版 修订本）

编者 / 中国红十字会总会

出版人 / 谢寿光

项目统筹 / 许春山

责任编辑 / 王珊珊

出版 / 社会科学文献出版社·教育分社（010）59367278

地址：北京市北三环中路甲 29 号院华龙大厦 邮编：100029

网址：www.ssap.com.cn

发行 / 市场营销中心（010）59367236 59367278

印装 / 三河市尚艺印装有限公司

规格 / 开本：889mm × 1194mm 1/32

印张：4 字数：20千字 图片数：186幅

版次 / 2016年3月第6版 2017年12月第22次印刷

书号 / ISBN 978-7-5097-8528-7

定价 / 8.00元

本书如有印装质量问题，请与读者服务中心（010-59367028）联系

 版权所有 翻印必究

红十字运动的合法标志

红十字标志、红新月标志、红水晶标志。



红十字运动的七项基本原则

1965年召开的第20届红十字与红新月国际大会，正式通过了现行的红十字运动的七项基本原则：人道、公正、中立、独立、志愿服务、统一、普遍。

(1) 人道 (humanity)。国际红十字与红新月运动的本意是不加歧视地救护战地伤员，不管是国际冲突还是国内冲突。努力防止并减轻人们的疾苦，不论这种疾苦发生在什么地方。本运动的宗旨是保护人的生命和健康，保障人类的尊严；促进人与人之间的相互了解、友谊与合作，促进持久的和平。

(2) 公正 (impartiality)。本运动不因国籍、种族、宗教信仰、阶级和政治见解而有所歧视。仅根据需要，努力减轻人们的疾苦，优先救济困难最紧迫的人。

(3) 中立 (neutrality)。为了继续得到所有人的信任，本运动在冲突双方之间不采取任何立场，任何时候也不参与涉及政治、种族、宗教或意识形态的争论。

(4) 独立 (independence)。本运动是独立的。虽然各国红会是本国政府人道工作的助手并受本国法律的制约，但必须始终保持独立，以便任何时候都能按本运动的原则行事。

(5) 志愿服务 (voluntary service)。本运动是志愿救济运动，绝不期望以任何形式得到好处。

(6) 统一 (unity)。任何一个国家只能有一个红十字会或红新月会。它必须向所有的人开放，必须在全国范围内开展人道工作。

(7) 普遍 (universality)。国际红十字与红新月运动是世界性的。在这个运动中，所有红十字会都享有同等的地位，负有同样责任和义务，并相互支援。

中国红十字会救护员教材

[修订本]

救护员指南

(黑白版)

应急救护对于挽救伤病员的生命、防止伤病恶化和促进伤病员恢复有重要的意义。非医疗专业人员只要认真完成应急救护课程的培训，就能掌握应急救护的技能，增强救护他人的信心，成为一名合格的救护员。



技术指导：孙长怡 冯 庚

摄影：刘胜宇 李秋雨

装帧设计：孟 斌 姜宜彪

ISBN 978-7-5097-8528-7



9 787509 785287 >

ISBN 978-7-5097-8528-7

定价：8.00元