

简明急救学

陈翼生 王一 主編
张才 钱 倩



江苏人民出版社

学叔冠明简

主 編

陈翼生 王一鍾

张才芝 钱 倩

編 著 者

(以姓氏笔划为序)

王一鍾	王明秀	王兆銘	刘正确
关哲昭	沙允文	陈翼生	陈华辉
杜竞輝	林祖庚	林美光	周士一
周金鎔	侯熙德	唐宏縉	张才芝
馬文珠	曹子恩	蔡 青	钱 倩
樊 蘊			

江苏人民出版社

· 內 容 提 要 ·

本书是南京医学院附属医院各科专科医师集体編写的。內容着重叙述內、外、妇产及小儿等科臨床常見急症的急救处理，例如休克、出血、骨折、燙伤、呼吸困難、暈厥、咯血、中毒、惊厥、昏迷、妇科腹痛、产科出血等。对于各科急症的急救原則和具体措施方面，都作了比較詳細的介紹。本书可供人民公社医院医师和一般臨床医师参考。

簡 明 急 救 学

陈翼生 王健 主编
张才芝 钱倩

江苏省书刊出版业营业許可証出〇〇一—号

江苏人民出版社出版

南京湖南路

江苏省新华书店发行 南京人民印刷厂印刷

开本 850×1168 1/32 印张 6 3/16 字数 157,000

一九六三年二月第一版

一九六三年二月南京第一次印刷

印数 1—2,000

責任編輯：皮国藩

封面設計：徐凤樓

前 言

在日常生活或生产过程中，往往会发生一些意外的损伤或急症，例如休克、出血、烫伤、骨折、腹痛、中毒、昏迷、惊厥以及呼吸困难等等，这些损伤和急症，都要及时、正确、有效地抢救和治疗，这就属于急救的范围。

十分明显，急救都是在紧急的、意外的场合下进行的。急救处理是否正确、及时，不仅直接影响到病人的生命，而且和以后一系列的正规治疗和预后也有十分密切的关系，所以急救处理，本身就包含着预防的意义。

急救的任务是很艰巨的。急救时，医护人员要沉着、镇静、有条不紊的进行工作，切忌慌乱。在做这一步工作时，不但要考虑这一步工作做得对不对，还要考虑下一步应该怎样做，同时要注意保护性医疗制度。要考虑到精神因素对病人的影响，即使病情严重，也不能在行动上、神色上有所表露。医师的镇静、乐观的态度，对病人来说，是一种鼓舞。急救时的检查，要全面而又简单，要掌握重点。急救的目的不外乎抢救病人的生命，预防病势的进一步发展，预防各种并发症。所以，从事急救的医护人员必须紧密合作，争取时间，及时进行各种急救处理。因此，每一个临床医师和护理人员，都必需掌握和熟谙急救的知识。我们编写本书的目的，就在于提供一些有关各种急症的急救知识，以便公社医院医师和一般临床医师参考。本书是集体编写的，虽然经过反复讨论和修改，但限于水平，缺点和错误仍恐难免，敬希读者多多给予批评和指正。

編 著 者

目 录

第一章 外科急症	1
一 休克	1
二 出血	9
三 骨折	14
四 烫伤	17
五 电击伤	22
六 冻伤	23
七 软组织的创伤和感染	26
八 血胸和气胸	29
九 腹部创伤	32
十 外科急腹症	35
十一 泌尿系统损伤	42
十二 脑外伤	47
十三 破伤风的预防	61
十四 狂犬病的预防	64
十五 蛇咬伤	65
十六 伤员的运送	67
十七 绷带	70
十八 氧吸入疗法	76
十九 人工呼吸法	78
二十 器械敷料的消毒法和工作人员的无菌准备	82
第二章 妇产科急症	87
一 妇科腹痛	87
二 妇科流血	91

三	产科腹痛及流血	95
四	难产	106
五	胎儿与新生儿窒息	108
第三章	内科急症	111
一	呼吸困难	111
二	心悸	114
三	晕厥	118
四	心绞痛	121
五	急性心肌梗死	122
六	咯血	123
七	呕血	126
八	急性吐泻	128
九	食物中毒	131
十	急性中毒	133
十一	溺水	143
十二	中暑	144
十三	青霉素过敏性休克	146
十四	昏迷	147
第四章	儿科急症	158
一	小儿高热	158
二	小儿惊厥	160
三	小儿青紫	169
四	小儿呕吐	175
五	小儿失水、酸中毒及液体疗法	179
六	小儿误服药物的急救	183
七	小儿误吞异物的急救	187
	附：常用急救药品剂量、用法及用途表	189

第一章 外科急症

一 休 克

休克是一种严重的临床綜合病征，是一种由于外伤、出血、手术、中毒、溶血、过敏、疼痛、精神紧张等因素造成中枢神经系統的机能障碍和血压下降，同时伴有一切机能抑制的现象。

病因 掌握休克主要的病因和促使休克发生发展的誘因，对休克的預防和治疗有很大的帮助。下面分別叙述休克的常见病因：

一、創伤：創伤大多可能引起休克。外伤后的剧烈疼痛与失血的刺激进入中枢神经后，由于这种刺激对神经系統的損害，中枢神经就产生抑制，以免大脑皮层細胞的过度疲憊与衰竭；在此同时，由于中 对皮层下中枢的正常調节作用的失常，而使皮层下中枢的功能发生紊乱，因而产生血管扩张、液体丧失、循环机能不全等变化，使心脏的血液的輸入和排出量急剧减少而发生休克。

創伤休克的发生，通常和下列三个因素有密切的关系：

(一)創伤的严重性：愈是严重的創伤，休克的发生率愈高。但是不能认为創伤并不严重而忽略休克的发生，这样会忽略必要的防治措施而貽害病人。

(二)創伤的部位：一般认为在胸部、腹部、会阴部以及股骨骨折、损伤性截肢的創伤中，休克的发生率較高。

(三)誘发和加重休克发生的因素：失血是主要的誘因之一，即使是少量的失血，也能造成外伤性休克的准备状态。恐惧和精神紧张，能够增加休克发生的机会，所以在灾害与战争的环境中，

休克比較多見。飢餓、寒冷與疲勞，降低了機體的抵抗力，也可能誘發休克，故在嚴寒的冬季、潮濕的環境和遭受飢餓、缺乏睡眠的病人，特別容易發生休克。

二、燙傷：原发性休克发生于燙傷的短時間內，一般將在2小時內發生。這是由于燙傷面積較大時，皮膚的許多感受器遭到劇烈的刺激和精神緊張所引起。继发性休克發生在燙傷后2—72小時，主要是血漿樣體液的喪失或水與電解物及膠體的平衡失調。

三、手術：外科手術對機體是嚴重而複雜的創傷，手術性休克是創傷、失血、熱量喪失、缺氧等因素作用的結果。麻醉也可能誘發休克。

四、中毒：嚴重的感染，腸梗阻的晚期，由于毒素的作用，損害大腦皮層功能，能引起嚴重的中毒性休克，而且死亡率比較高。

五、過敏：某些藥物和化學藥品的接觸可以引起過敏性休克，如青霉素過敏所引起的休克。

六、溶血：溶血性休克是輸血時最嚴重的併發症，溶血最主要的原因是錯誤的輸入血型不相符合的血液。在輸入異型血液後的短時間內，病人感到腰部不適，頭痛，胸部有緊迫感，起初面部潮紅，以後蒼白，口唇及手足發紺，呼吸困難，脈搏增速到100—120次/分，收縮期血壓降至70—80毫米汞柱，出現明顯休克。

發病機制 根據巴甫洛夫學說，當強烈的刺激進入中樞神經後，由于中樞神經的功能無法勝任強度的刺激，即進入超限抑制狀態，以避免致命的損害，以保護神經細胞免受過強過久的刺激，使機體有恢復的機會。這是具有保護意義的，對生物來說是一種高度適應的能力。Э. А. Асратян氏曾經制訂了休克的惡性循環圖解，說明了休克的發生是中樞神經系統的改變，血液循環動力的改變和血液及組織化學的改變相互作用的結果(圖1)。

症狀 休克的臨床症狀，主要有下列幾點：

一、一般情況和外貌：嘴唇蒼白或呈灰土色，全身皮膚蒼白或呈青灰色，遍體濕涼，面容痛苦而憔悴，眼球下陷；有時自訴口

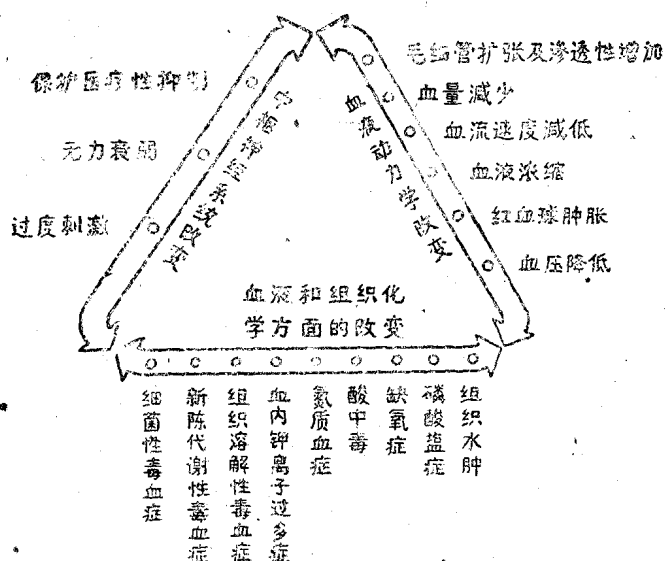


图1 休克的恶性循环图解 (3.A. Acparan)

渴,畏寒和眩晕。

二、精神状态: 经过初期的躁动后,变为抑制而淡漠,反应迟钝,对周围事物不感兴趣,但并不是真正没有知觉。当刺激而产生疼痛时,仍有呻吟及防御性动作。部分病人的神志可依旧清楚。

三、周围循环功能失调: 主要表现为皮肤苍白,脉搏细弱而呈丝状,频率增加到每分钟120—140次或更多,血压逐渐下降,初期仅表现为舒张压略增高,收缩压稍降低,以后收缩压可降至90—70毫米汞柱或更低。

四、呼吸和体温: 可无明显改变。多数病例呼吸浅而急促,体温下降 1° — 2° C;在大量失血后,呼吸常深而快。

五、化验室检查: 血液红血球及血色素量常增加。如休克因失血所致,血液常呈稀释,尿量减少,尿比重增加,晚期可出现酸中毒症状。二氧化碳结合力显著降低,血浆非蛋白氮量增加。

诊断 根据上述症状,诊断休克时,我们应当特别注意争取

早期診斷、早期治療，才能收到良好的效果。對於一切有發生休克可能的病人，要注意觀察患者的一般情況和外貌的變化。早期的躁動或反應遲鈍，面色蒼白或有冷汗出現時，即應想到發生休克的可能。脈搏、血壓應多次的測量，必要時每15—30分鐘測量1次，發現脈率增加到每分鐘90—100次，或者強度微弱而無力時，必須引起警惕。血壓測量中發現收縮壓低到90毫米汞柱，脈壓低於30毫米汞柱時，表示已有初期休克。在觀察血壓變化的同時，必須考慮到患者原來的血壓高度，患者的年齡以及一般健康狀態。譬如量得收縮壓為100—110毫米汞柱，這在一個年青人來說是正常的，但是在原來收縮壓高達140—150毫米汞柱的患者來說，已經有了明顯的降低，那就需要採取必要的預防與治療措施了。

按照休克發生發展階段和輕重程度，可以分成四度。熟悉這四度分類，對觀察休克的程度是有幫助的。

第一級，輕度休克：神志清楚，一般情況尚好，輕度疲憊，脈搏升高不超過100次/分，血壓在正常範圍或只表現脈壓的降低，此時無面色蒼白、出冷汗等周圍循環衰竭的徵象。

第二級，中度休克：臨床上可明顯辨別休克的存在。面色蒼白，精神萎靡，血壓在70—90毫米汞柱，脈搏在90—120次/分之間。

第三級，重度休克：一般情況嚴重，神志遲鈍，手足及鼻尖發涼，冷汗淋漓，脈搏細弱，頻率在每分鐘120次以上，收縮壓降至70毫米汞柱以下。

第四級，重危休克：情況十分嚴重，神志遲鈍，脈搏細如游絲，次數不能測出，血壓亦不能測得或血壓甚低，預後不良。

預防 休克在臨床上是一種非常嚴重的綜合病徵。雖然近年來在休克的治療方面有很大的進展，但休克一旦發生後，其死亡率仍然是很高的。應充分認識到預防休克的重要性。在沒有發生休克以前，應採取妥善的預防措施，盡最大的努力避免休克的發生。

平時應該注意勞動保護和生產安全，防止發生意外的創傷，對

易燃物品、汽油、氧气等应注意保存和安全操作，避免引起燃烧和烫伤工作人员。在医疗中应建立安全的常规，杜绝和减少休克发生的一切原因。饥饿、寒冷、过度的疲劳、剧烈的疼痛都能诱发休克，应尽量设法防止。

遇到创伤的病人，迅速进行急救，有创口出血者用加压绷带，不得已时采用止血带止血，防止机体因失血而造成休克，并采用有效止痛剂或封闭疗法，减少中枢神经对于疼痛的刺激，必要时采用输血补液、氧气疗法等，以预防休克的发生。

严重烫伤的病人，病情变化非常复杂，在当时和以后都有发生休克的可能，应及时的输血浆及全血或右旋糖酐，适当的创面处理和应用止痛剂、人工冬眠。这些措施有降温、止痛、预防休克的良好效果。

肠梗阻、严重感染的病人，除了对症治疗和改善一般情况外，尽一切努力消除病因。例如一个肠扭转的病人，在没有解除肠扭转之前，一切治疗方法都是帮助不大的。

手术与麻醉对于病人来说，是一个沉重的创伤与刺激。根据病人体力情况，考虑对手术的耐受力，选用简单而损伤小的手术方法，及时的输血补液，能减少和防止因手术而产生的休克。

树立对病人高度负责的精神，对配血和输血工作加强检查，防止血型的错误。一旦发现不良反应时，需将患者与供血者的血型重新校对，防止溶血性休克的发生。

注射青霉素之前，应做好皮肤敏感试验，对阳性反应的病人应停止使用，改用其他药物。

治疗 预防和治疗，在原则上是一致的。预防比治疗容易，早期治疗又比晚期治疗效果好的。现将休克的具体治疗措施分述于下：

一、体位：对于创伤的病人，应尽量给予适当的休息，避免搬动。必须搬动者，采取病人舒适的体位，可用平卧位。已有休克现象者可将担架或床脚垫高20—30厘米，采取头低位；但头部及胸部

，受伤者不宜采用头低位。

二、保温：按气候不同情况作适当的保温，不能受寒，也不能过热。因为湿热而过多的出汗是无益的。如用火炉取暖，应设法消除烟尘。

三、饮食：如病人能进食、且无消化道损伤者，可给予热茶、热糖水或酒类饮料，对治疗休克有一定作用。

四、创伤处理：主要包括止痛、止血。止血应及时，最好应用压力绷带法。先在出血部位盖几层无菌纱布，然后缠上施用压力的绷带。对小血管及中等血管出血，此法很有效。止血带最好避免使用，因为应用不当，会带来很大的害处。不得已而采用时，松紧要适宜，每隔1—2小时应松解数秒钟后再缠上，不能用敷料将止血带复盖起来，应暴露在外面，以便于病人到达医疗单位时，及时的发现和处理。

止痛可以用患肢固定、奴佛卡因封闭疗法和应用镇痛剂。搬动四肢损伤的病人时，应先牢靠地用夹板固定伤肢。患肢固定时，既要防止搬运中途松脱，又要注意预防压迫性坏死或缺血性挛缩。奴佛卡因封闭疗法应看创伤部分进行；胸部创伤用颈迷走交感神经封闭，腹部骨盆部损伤用腰封，四肢损伤用套式封闭，并可采用吗啡注射。对呼吸困难及胸部损伤的病人，避免应用吗啡，应改用杜冷丁等其他镇痛药物。

五、输血输液：这是预防和治疗休克中主要的一项，能促使血液动力学、循环血量、动脉血压恢复，并使毛细血管渗透性减低，防止血浆丧失及失水。其主要措施有输血、输血浆、输液、抗休克溶液、动脉内注射高渗溶液等。

(一)输血：输血能补充失血和恢复循环血量，对大多数休克病人是非常重要的。尤其是创伤性休克的病人。一般在临床上出现明显休克时，其失血量至少达全身总血量的30%，因此应迅速给予输血。轻度休克可输血250—500毫升，中度休克需500—1,000毫升，重度休克需1,000毫升以上。但对胸部及头部创伤的病员，

輸血必須慎重，避免過量、過速，以免加重肺或腦水腫。對心血管機能不全、血容量不減少的病人，如急性心肌梗塞形成、心包填塞等，禁忌輸血。

緊急的情況，尤其是患者處於瀕死狀態時，應緊急地施用動脈輸血，加壓快速注射，在5—10分鐘內輸血500毫升。如在手術期中，可直接輸入升主動脈，最好是節律性地壓縮气囊象心臟的動作一樣。通常可以在橈動脈、肱動脈、脛後動脈用暴露動脈後穿刺法，在180—220毫米汞柱壓力下將血液輸入動脈內。

(二)輸血漿：輸入血漿可以增加蛋白質，糾正血液濃縮，改善血液膠體狀態。輸血漿不需測定血型。輸給的血漿量應按創傷的失血量，燙傷時的面積和深度及血液檢查結果等具體情況而定。

但血漿的來源有限，價值昂貴，故歷年來有很多血漿代用品問世。近來推薦國產右旋糖酐，對抗休克和升高血壓有明顯的作用。

(三)輸液：主要為了糾正病人的脫水和電解質平衡失調，尤其是在熱天出汗較多的時候，在已有休克發生而暫時無法獲得全血或血漿時，亦應先給以補液。可按具體情況適量補給5%葡萄糖溶液、生理鹽水、林格氏溶液等。蘇聯中央血液學和輸血研究所提出應用抗休克溶液，其處方為氯化鈉7.5克，氯化鉀0.4克，氯化鎂0.1克，磷酸鈉0.0518克，葡萄糖10克，雙蒸餾水加至1,000毫升。另一處方是氯化鈉15克，氯化鉀0.2克，氯化鈣0.2克，加水到1,000毫升。

(四)高滲溶液注射：在嚴重休克的情況下，動脈輸血是有很好療效的，但在緊急情況下，往往很難獲得可用的血液，在這種場合下，動脈內加壓注射高滲溶液，可在一定時間內使血壓升高，贏得時間，以便進一步再給以輸血等治療。一般以應用10%乳酸鈉溶液和50%葡萄糖溶液為最佳。臨床應用時，可從股動脈內加壓

* 右旋糖酐是一種有效的血液代用品，和血漿的膠體滲透壓相等，一般臨床應用的右旋糖酐是生理鹽水溶液，含6%右旋糖酐。

冲击式逆行注射50%葡萄糖溶液40—60毫升，必要时可重复使用，或加入麻黄素，每公斤体重1毫克，效果更好。这种疗法操作便利，价格低廉，无不良反应，是值得推广的方法。

六、氧气疗法：由于血液及组织缺氧，可因此而导致病人死亡。早期给予氧气吸入，可用氧气通过鼻管或吸入器，每分钟约供氧5升，必要时可用闭式或加压给氧法，效果更好。

七、药物疗法：在镇痛方面可应用吗啡皮下注射，每次0.01克，必要时间隔4小时重复使用。有脑损伤、呼吸困难的和年老患者禁用吗啡。杜冷丁对呼吸的抑制作用比吗啡轻得多，可以皮下或肌肉注射50—100毫克。巴比妥类、溴剂等亦可酌情应用。

在兴奋中枢神经及心脏血管系活动方面可以用10%咖啡因溶液（每日2—5毫升），2%樟脑油溶液（每日5—20毫升）5%麻黄素（1毫升加于1,000毫升葡萄糖溶液内静脉注射），肾上腺皮质激素（每日1—2毫升皮下注射）。

八、手术疗法：应尽可能避免手术，待经过各项综合抗休克治疗，休克情况好转后再施行手术。但有下面三种情况时，需在输血及其他抗休克疗法下施行手术：

（一）开放性气胸的缝合；

（二）腹腔内脏的穿孔及持续性内出血的剖腹探查修复术；

（三）为解除上呼吸道阻塞而施行气管切开术。

手术必须简单，尽可能减少出血和刺激，动作要迅速，最好应用局部麻醉，不得已时应用全身麻醉，则以乙醚吸入较为安全，手术前后与手术期间都必须给予输血及氧气吸入等其他抗休克治疗。

小结 休克是一种严重的临床综合病症，在急救中占有重要地位。休克因创伤、烫伤、手术、中毒、过敏和溶血等原因引起，饥饿、寒冷、过度的疲劳和剧烈疼痛等亦可诱发和加重休克。其发病机制为上述这些原因引起中枢神经系统的抑制。必须重视休克的早期诊断，即注意病人的一般情况和外貌，以及血压、脉搏、呼吸

等特征。休克分为轻度、中度、重度和重危休克等四级。应注意休克的预防和早期治疗。治疗要采用注意体位、保温、输血输液、合理的创伤处理、氧气和药物疗法等综合措施。

复习思考题

1. 试述休克的病因和发病机制?
2. 为什么要重视休克的早期诊断? 早期诊断休克应注意哪些方面?
3. 治疗休克应注意哪些原则?

(王一镗 林祖庚)

二. 出 血

出血是急救中经常遇到的重要问题,因为急性的大量出血,可以立刻致人于死。绝大多数的出血是由外伤所引起的。体表的出血,一看就能知道,因此也容易受到应有的重视,而体腔内的出血,例如血胸或腹腔内出血,则诊断比较困难,如不能得到及时的诊断和正确的处理,往往会危及患者的生命。

受伤当时发生的出血,称为原发性出血。本节所讨论的,主要是这一种出血。也有在原发性出血停止后,经过了一个时期,又发生出血,称之为继发性出血,也应该予以适当的重视。这种继发性出血又可分为下列二种:

一、反应性出血:原发性出血停止后,24小时内又出血,常是因为休克减轻而血压上升,冲走原来堵在破裂血管口的栓子所引起。

二、迟发性出血:多发生在手术后或伤后7—10天左右,均因创口感染或结扎线被吸收或脱落所致。

症状 出血的症状如下:

一、外出血:有血液流至体外,可以看到,诊断容易。

(一)局部征象:按出血的血管不同,局部征象也有区别。

1. 动脉出血：自伤口近心端向外喷出，与心脏搏动一致，呈鮮紅色，容易找到出血点，流血不易自止。

2. 静脉出血：自伤口远心端慢慢流出，血色暗紅，可以找到出血点。

3. 毛细管出血：从伤面慢慢渗出，血色鮮紅，沒有一定的出血点，易自行停止。

4. 实质性出血：与毛细管出血相似，慢慢渗出，但較危險。

(二)全身征象：与失血多少和流血速度有关。短時間內迅速大量出血，如超过体内血液总量的40%，可立即引起死亡。如出血慢，虽超过总血量的40%，可以不致立即死亡。由于大量失血，常出现休克征象，病人头昏目眩，出冷汗，皮肤苍白发凉，恐惧不安，口渴，呼吸快而表浅，脉搏細弱，血压下降，体温低于正常，紅血球与血色素减低。

二、内出血：内出血的病人，主要出现休克及体腔内积血的征象。根据出血的部位不同，可有下列不同的局部征象：

(一)腹腔内出血：有腹膜刺激症状，量多时可有移动性浊音。

(二)胸腔内出血：往往有程度不同的呼吸困难，叩診时患侧为浊音，听診时患侧呼吸音减低或消失。

(三)心包内出血：有心脏填塞症状，如心收缩不整，浊音界增大，心跳微弱，患者不安，恐惧，面色紫紺，頸静脉怒张等现象。

治疗 出血时的急救治疗，主要是迅速彻底的止血。外出血可以明显看到，容易立刻止血；内出血则需要早期作出正确的診斷，然后才能考虑正确的治疗。

因为急性的出血，病人往往发生休克，所以在治疗出血的时候，应注意休克的預防和治疗。其一般措施，不外使患者鎮靜、休息，必要时可注射嗎啡止痛，以减少精神上的刺激和不安，适当注意保温。如为肢体的损伤出血，应注意伤肢的固定、抬高和包扎；已有休克现象者，应取头低脚高位。

外出血的治疗，須根据出血情况，应用各种止血方法；同时尽

可能及时补足失血量。内出血的病人：在作出正确的诊断以后，应该立即在大量输血的同时，施行手术，以达到彻底止血的目的。

即使小量的失血，也可以使病人进入休克的前期状态，使病人容易发生外伤性休克或加深休克的程度。出血的病员尤其是已有休克的病员，均有循环血量的减少，应即设法补充，以预防和治疗休克。血量的补充主要依靠输入全血，此时输入生理盐水和葡萄糖溶液，往往是无效的，尤其在內出血没有停止以前，有时甚至是有害的。

外出血的止血方法，主要有临时止血法和永久止血法二类，现分述如下：

一、临时止血法：多应用在急救时。

(一)直接压迫法：在出血部位复盖无菌纱布，然后用绷带扎紧。如无消毒的敷料，不得已时，也可用干净布类代替。

(二)间接指压法：人体上有些动脉靠近体表的骨骼，可用手指将受伤动脉的近心端向附近的骨部压迫，可以停止出血。急救人员须熟悉人体上几个重要的压迫止血点和止血法：

1. 颈总动脉压迫法：将手放在病人颈根部，用大拇指在气管与胸锁乳突肌之间，在血管搏动处，正对第六颈椎横突，压迫颈总动脉。当头部出血，用直接压迫法无效时，可用此法。

2. 颞动脉压迫法：在耳前正对下颌关节，压迫颞动脉，可止住同侧头顶部的出血。

3. 枕动脉压迫法：在耳后乳突部与枕后粗隆间，压迫枕动脉，可以止住头顶后部的出血。

4. 颌外动脉压迫法：下颌角前半寸凹内，压迫颌外动脉，可止住同侧面部的出血；有时须左右两侧同时压住。

5. 锁骨下动脉压迫法：急救员站在病人前面，用拇指在锁骨上窝、胸锁乳突肌的外缘，向下内后方对第一肋骨，压迫锁骨下动脉，其余四指放在颈后，可以止住同侧颈部及上肢的出血。

6. 肱动脉压迫法：上肢外展旋后，手掌向上时，可在肱二头