

战伤救护治疗原则

(草案)

(内部材料 不得遗失)

中国人民解放军总后勤部卫生部

1962年10月15日

战伤救护治疗原则(草案)

中国人民解放军总后勤部卫生部编

中国人民解放军总参谋部出版部出版发行

中国人民解放军 535 工厂印刷

开本 850 × 1168 毫米 $\frac{1}{16}$ • 印张 1 • 字数 23,000

1982 年 10 月第一版(北京)

1982 年 10 月第一次印刷

通 知

为切实做好战伤救护治疗工作，使伤员在整个医疗后送过程中，有个統一遵循的救护治疗原則，本部組織有关外科专家，根据历次革命战争中战伤救治工作的經驗，和現代战伤救治工作的发展情况，以及目前我軍的装备編制和卫生人員技术水平等条件，研究制定了在一般条件下战伤救护治疗原則（草案），作为平时訓練和战时伤员救护治疗工作的依据。

各級卫生医疗单位，应結合本級战时医疗救护范围和具体情况，将其有关內容，列入訓練課目，进行認真的学习，并在試行中不断总结經驗，提出改进意見。

总后勤部卫生部

1962年10月15日

目 录

- 一、战伤救护治疗的基本原则.....(3)
- 二、作战区各级医疗救护组织的医疗范围.....(5)
- 三、创伤性休克的预防和治疗.....(8)
- 四、创伤感染的预防和治疗.....(12)
- 五、创伤初期外科处理(扩创术).....(15)
- 六、烧伤的处理.....(20)
- 七、颅脑伤的处理.....(26)
- 八、脊柱、脊髓伤的处理.....(32)
- 九、颌面颈部伤的处理.....(35)
- 十、胸部伤的处理.....(41)
- 十一、腹部伤的处理.....(46)
- 十二、骨盆部伤的处理.....(51)
- 十三、四肢伤的处理.....(54)

一、战伤救护治疗的基本原則

(一) 战伤救护治疗工作，必須遵循“救死扶伤，实行革命的人道主义”精神，采取积极措施，减少伤员的死亡和殘廢，力爭早日治愈归队。

(二) 为做好战伤救护治疗工作，必須：

1. 加强火綫搶救工作，广泛开展自救互救；
2. 迅速安全組織伤员后送；
3. 力爭早期对創伤实行初期外科处理和专科治疗。

(三) 战伤救护治疗，必須遵守統一的医疗救护原則，使伤员的处理，在整个医疗后送过程中，具有連貫性和继承性。

(四) 及时地采取措施，解除窒息，防止

休克，为伤员的医疗和后送创造良好的条件。

(五) 一切创伤都是污染的，为了防止感染，大多数的创伤均需实行初期外科处理(扩创术)，并应争取在 12 小时内进行。

(六) 伤员的手术处理，应先做急救手术，次为对后期疗效有重大影响的手术，手术后的重伤员，应根据伤情和当时的具体情况留治一定的时间。

(七) 经过合理处理后的创伤，为避免再次污染，没有适应证时，不应更换敷料。更换敷料时，应严格无菌操作，创面一般不用药物，但应注意引流通畅。

(八) 为使伤员及早地得到初期外科处理和必要的专科治疗，手术力量应适当前伸，以缩短伤员后送距离，争取有效的治疗时机。

(九) 轻伤留治，对巩固与提高部队战斗力有重要意义。团、师救护所应担负轻伤留治，并加强领导和管理，使之早日治愈归队。

(十) 伤员后送，必须在做好伤员分类的基础上，按照医疗救护原则和要求进行。采

取前接与后送相结合，注意选择适于不同伤员体位的后送工具。在后送过程中，保持医疗救护的连续性，保障伤员安全。

二、作战区各级医疗救护组织的医疗范围

作战区医疗组织分为：连卫生员，营救护所，团救护所，师救护所，第一綫野战医院。其医疗范围是：

(一) 连卫生员：

1. 及时而正确地包扎伤口。
2. 一般出血可用加压包扎止血，遇有大出血，加压包扎无效时，可用止血带(注明时间)。
3. 对骨折伤施行临时性固定(可利用躯干、健肢或就地取材)。
4. 保持呼吸道通畅，防止窒息，对窒息的伤员将舌尖牵出用安全针固定于胸前。用填塞法封闭开放性气胸。

5. 口服止痛药物和抗菌药物，适量飲水。

6. 将伤员移至隐蔽地带避免再次負伤，迅速后送。

(二) 营救护所：

1. 組織陣地伤员的搶救和后送。

2. 补充和糾正陣地救护的措施。

3. 对严重的窒息伤员施行气管切开。

4. 預防休克。

5. 換用定型止血带(注明時間)。

(三) 团救护所：

1. 对出血的伤员施行加壓包扎或結扎止血。

2. 对休克伤员和可能发生休克的伤员，采取防治措施，有条件时輸血輸液。

3. 对有窒息危险的伤员，清理呼吸道，保持呼吸道通暢，必要时施行气管切开术。

4. 对开放性气胸，行包扎封閉；对張力性气胸气管偏于一側者，行胸腔穿剌排气。

5. 对尿潴留的伤员，行导尿术或耻骨上膀胱穿刺术排尿。

6. 对仅有少量皮肉相连的肢体离断伤，行伤部截肢术。

7. 对有严重循环障碍的肢体挤压伤，有条件时行切开减压术。

8. 纠正不正确的包扎、固定，需要时更换敷料和夹板。

9. 口服磺胺药，注射抗菌素、破伤风类毒素和破伤风血清。

10. 分类后送伤员，填写伤票。

11. 留治一周内能治愈归队的轻伤员。

(四) 师救护所(第一线野战医院同)：

1. 施行急救手术(如开放性气胸的缝合，剖腹止血手术和窒息伤员的气管切开术等)。

2. 创伤初期外科处理(扩创术)。

3. 积极抗休克，输血输液。

4. 对烧伤伤面施行包扎，在可行情况下对合并伤进行初期外科处理。

5. 使用磺胺药、抗菌素，补充注射破伤风类毒素和破伤风血清。

6. 对创伤传染病进行隔离和治疗。

7. 分类后送伤员，并建立野战病历。

8. 留治二周内能治愈归队的轻伤员。

(五) 展开在兵站地区附近的野战医院：在得到专科力量加强后，对伤员实施早期专科治疗。

三、创伤休克的预防和 治疗

(一) 创伤休克是伤员早期死亡的主要原因之一。在伤后过程中，失血，呼吸、循环的障碍，细菌毒素吸收，止血带的突然解除，疼痛，疲劳，饥饿和寒冷都能诱发和加重休克。各级卫生人员均应注意早期发现休克，及时地采取预防和救治的有效措施。

(二) 创伤休克的分度：

1. 轻度休克：血压在正常上下（收缩

压 100—140 毫米汞柱)，脉搏有力，略快(70—100 次/分)，四肢温度无改变，口唇色泽正常或苍白。

2. 中等度休克：收缩压在 80—100 毫米汞柱，脉搏较弱，100—120 次/分，四肢发冷，苍白，口渴，神志冷淡。

3. 重度休克：收缩压在 80 毫米汞柱以下，脉搏微弱或细数不清，120 次/分以上，四肢厥冷，冷汗，苍白或发绀，口渴严重，神志冷淡或昏迷。

(三) 创伤休克的防治应采取综合性措施：

1. 连营急救时，其任务是早期发现和预防休克，妥善包扎、止血和固定，并注意保温。有剧烈疼痛时给以止痛剂，无胃肠道损伤者给予少量饮水。

2. 团救护所应预防休克并进行救治，必须做到有效止血，可施行封闭疗法和穴位针刺疗法，口服液体，有条件时进行输血输液。

3. 师救护所設抗休克室，作全面彻底的抗休克措施，排除呼吸、循环的障碍，繼續輸血輸液，創造手术条件，待休克症状好轉稳定后方可进行后送。

(四) 輸血：輸血前必須对血型，并做交叉配合試驗；否則，只可輸給低凝集价的O型血液。靜脉輸血时，一般情况下可先輸入25毫升，观察5分钟，如无不良反应再輸25毫升，如仍无不良反应方可全部輸入。輸入第二瓶血时亦应同样处理。如反应严重(寒战、蒼白、休克)，应停止輸血，复查血型，并密切观察病情，改輸血浆。

(五) 輸液：輸液应及时进行，对中等度休克者靜脉輸血輸液共1000—1500毫升，重度休克者2000—2500毫升。輸液时，右旋醣酐每日以不超过1000毫升为宜，不足量除用全血或血浆外应以5—10%葡萄糖液为主。亦可采用葡萄糖盐水或生理食盐水，但都不应超过500毫升，一般情况下应使氯化鈉量不超过5克。当有脑伤及胸部內臟伤以及发

生心力衰竭、尿閉等时，靜脉輸血与輸液緩緩进行，并应控制其总量，不要輸入含食盐的液体。对燒伤、挤压伤等应以补充血浆量为主(見燒伤章)。

(六) 休克伤员經輸血輸液后，如血压仍不回升，应追查原因，如有內出血、气胸、心包积血或敗血病等，須及时处理，并給予高渗葡萄糖液，葡萄糖酸鈣 1—2 克靜脉注射，但不得使用去甲基腎上腺素(正腎上腺素)等升压药物。

搶救危重伤员时，或靜脉輸血无效时，可在血压下降达 60—70 毫米汞柱(收縮压)时加用动脉輸血(新鮮血液 400 毫升)，提高血压后仍繼續靜脉輸血輸液。

(七) 急待手术的伤员經抗休克措施后，在血压回升并稳定在 80 毫米汞柱(收縮压)以上，脉压(收縮压减舒張压)在 20 毫米汞柱以上，脉搏轉慢在 110—120 次/分以下，皮肤轉暖轉紅时，方可施行手术。如有內出血或伤势危及生命时，可在抗休克的同时进行紧

急手术。

(八) 对有剧烈疼痛的伤员,可行肌肉注射吗啡(0.01—0.02克)或哌啶(100毫克),在休克过程中可以半量行静脉注射。但顱脑伤、高位脊髓伤和缺氧发紺的伤员禁用。

四、創伤感染的預防 和治疗

(一) 一切創伤都是污染的,經過一定的时限(6—8小时)后,創伤就形成感染,因此必須在感染形成前进行彻底的初期外科处理。及早使用制菌药物(磺胺类药和抗菌素),可爭取适当延长初期外科处理的时限,扩大手术适应証,减少創伤后化膿性并发症。但制菌药物的使用并不能代替初期外科处理。

(二) 化膿性創伤感染的預防和治疗:

1. 連、营急救时口服磺胺药(磺胺噻唑或磺胺嘧啶)2克。

2. 团、师救护所繼續服用磺胺药,每

4—6 小时一次，每次 1 克加同量的碳酸氢钠；或可改用青霉素肌肉注射 20 万单位，每日二次，伤情特重或腹部穿透伤时用青霉素 60—100 万单位，并可同时加用链霉素 1 克，每日一次。上述药物在連續使用 3 日后再考虑繼續使用或停用。

（三）破伤風的預防和治疗：

1. 指战員平时均須普遍进行破伤風类毒素預防注射，首次皮下注射 1 毫升，一月后重复注射 1 毫升，六个月后再給一次加强量 0.5 毫升。投入战斗前，如距离最后一次注射已超过半年者，应再加强注射 0.5 毫升。伤后在团救护所应注射破伤風类毒素 1 毫升。对未曾接受自动免疫者，根据創伤的严重程度給予肌肉注射破伤風抗毒血清 1,500—3,000—6,000 国际单位，同时在另一部位皮下注射破伤風类毒素 1 毫升，1—2 周后重复皮下注射破伤風类毒素 1 毫升。

2. 破伤風診斷一旦确立，应就地治疗，严密隔离，住避光暗室，保持安靜，加强护

理。治疗性綜合措施包括靜脉和肌肉注射大量破伤風抗毒血清各3—5万国际单位，以后再根据病情每日或隔日作肌肉注射；采用針刺療法、封閉療法及醛类或巴比妥类药物控制痙攣(应交替使用醛类和巴比妥类药物或其他药物，以免中毒或过度地抑制呼吸)。如痙攣時間过长，抽搐时有发紺及气管分泌物排出有困难者，应作气管切开术，制菌药物仍应使用。局部創口可作切开引流，取除异物。給予鼻飼及輸液。

(四) 厌氧性感染(气性坏疽)的預防和治療：

1. 对肌肉丰富部位的彈片伤、盲管伤、大块肌肉撕裂伤、血管伤和粉碎性长骨骨折等，特別是有严重污染者应警惕厌氧性感染的发生。应爭取及早作彻底的初期外科处理和优良的引流，应用制菌药物并严密观察病情。

2. 有厌氧性感染的早期症状者应就地严密隔离，即刻进行創口的外科处理。手术

时采用氧-醚全身麻醉术，切除一切失去活力的肌肉和已坏死的組織，作多数性广泛切开术，手术后患肢必須固定，受累肢体应否截肢按截肢技术原則进行。此外应給予大量抗菌素（青霉素100单位每3—4小时一次，四环素0.5克每8小时一次）。

（五）破伤風及厌氧性感染应就地隔离，一般不后送。

五、創伤初期外科处理 （扩創术）

（一）創伤的初期外科处理是包括切开、切除、清洗、止血、引流和固定等的綜合性措施，是防止感染，促进愈合的最重要治疗步驟。

（二）在伤后6—8小时内即应施行初期外科处理，在有效的制菌药物的作用下，虽延至伤后12—24小时，如果全身和創伤局部沒有明显的感染症状，仍应施行之。