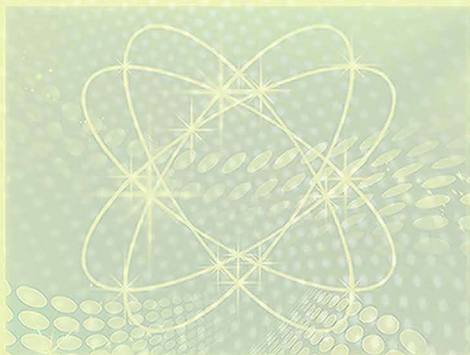


战伤现场救护手册

田竞 孙蕊 主编



人民军医出版社

战伤现场救护手册

ZHANSHANG XIANCHANG JIUHU SHOUCE

主 审 毕光远 郎大山
主 编 田 竞 孙 蕊
副主编 李宏宇 赵佳钧 吴春燕
编 者 (以姓氏拼音为序)

王 迪 王渊博 田 竞
刘 珊 刘明山 孙 蕊
李 宇 李秀岩 李宏宇
吴春燕 邹德莉 张 贺
张永国 林时秀 赵佳钧
袁鸿杰 贾立辉 郭威孝
陶 杰 黑任轶 解 冰
滕 玥



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

战伤现场救护手册/田竞,孙蕊主编. —北京:人民军医出版社,2015.6

ISBN 978-7-5091-8344-1

I. ①战… II. ①田… ②孙… III. ①军事医学—损伤—急救—手册 IV. ①R826.1-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 100065 号

策划编辑:李欢 文字编辑:王璐 责任审读:黄栩兵

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8127

网址:www.pmmp.com.cn

印、装:三河市春园印刷有限公司

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:4.125 字数:84千字

版、印次:2015年6月第1版第1次印刷

印数:0001—3100

定价:15.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

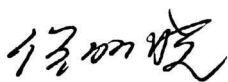
为了更好地帮助广大基层官兵掌握战伤自救互救技术的要点和难点,改变枯燥的传统教学模式,提供便捷的自学途径,编者采用图解的形式分8章归纳了战伤救治的基本原则,详细介绍了止血、包扎、固定、搬运、通气和现场心肺复苏六大战(现)场自救互救技术的实施要点和技术难点,以及几种特殊伤的救治要点,并对全书内容进行了精要归纳,设置了综合复习题。本书图文并茂,通俗易懂,实用性和指导性强,适合作为广泛基层部队官兵开展自救互救教学的辅助教材,亦可供广大人民群众阅读参考。

序

战场上的自救互救，既是战伤救治工作的起点，也是降低阵亡率、伤死率和致残率的关键点。掌握扎实的自救互救技能，对于基层部队官兵而言，既是维护和再生战斗力的直接方法，也是更好地履行多样化军事任务的根本保障。

本书在总结沈阳军区总医院机动卫勤分队多年战伤自救互救课目教学经验的基础上，详细描述了止血、包扎、固定、搬运、通气和现场心肺复苏六大战（现）场自救互救技术的实施要点和技术难点，同时对部分内容进行了精要性归纳，对于基层官兵掌握自救互救技术要领，丰富战伤救治相关知识和技能将起到一定的辅助作用。

这本手册凝聚了编著人员的心血与心愿，希望在广大基层官兵开展战伤自救互救技能学习时，能成为一本有所裨益的教辅材料。



沈阳军区总医院院长

2015年4月于辽宁沈阳

前 言

自救与互救既是战伤救治的起点,也是提高救治效率、减少战场伤亡的关键点。掌握扎实的战伤自救互救技能,是保持和再生战斗力的重要方法,也是我军历来重视的重点训练科目。

在新时期军事变革的大背景下,随着观念和思维方式的更新、教学训练和知识传输方法的多样化,传统的教学模式已不能满足年轻官兵学习战伤自救与互救课程的需要,教条式的转达和机械性的训练,不仅难以达到训练要求,更会让年轻官兵产生逆反心理。据了解,很多一线年轻官兵希望能够有一些辅助教材来提升对战伤救治科目的训练兴趣与热情,帮助理解其中拗口难懂的内容,更希望能把一些细节通过生动、形象的方式表达出来,让学习过程不再枯燥,在业余时间亦可自学自练。

为此,我们结合多年来编写教辅材料和实施战伤救治科目教学的经验,编写了这本《战伤现场救护手册》,通过图解的形式,将战救技术的操作方法、技术难点生动地展示在广大官兵面前。这种撰写战伤救治技术教辅材料的方法,对于我们来说也是一种尝试,其中存在的疏漏和不足之处,希望通过我们与广大官兵的共同努力,在日后的工作中不断完善。

田 竞

沈阳军医总医院

2014年12月27日

目 录

第 1 讲 战伤自救互救的基本观念	(1)
一、敌情观念	(1)
二、无菌观念	(2)
三、爱伤观念	(2)
四、整体观念	(2)
第 2 讲 止血技术	(3)
一、出血量和出血性质的判断	(3)
二、指压止血法及常用压迫部位	(4)
三、止血带止血法	(9)
四、其他常用止血方法	(12)
第 3 讲 伤口包扎	(14)
一、注意事项	(14)
二、三角巾包扎方法	(15)
三、绷带包扎方法	(38)
第 4 讲 骨折及其常用固定方法	(51)
一、骨折	(51)
二、常用固定方法	(54)
第 5 讲 伤员搬运	(61)
一、基本原则	(61)
二、特殊伤员的搬运	(62)
三、常用搬运方法	(64)
第 6 讲 气道阻塞及通气方法	(70)
一、气道阻塞	(70)

二、通气方法	(71)
第 7 讲 心搏呼吸骤停与心肺复苏步骤	(73)
一、心搏、呼吸骤停	(73)
二、心肺复苏步骤	(74)
第 8 讲 特殊伤救治	(78)
一、脑膨出伤	(78)
二、开放性气胸	(78)
三、张力性气胸的急救	(79)
四、腹部内脏脱出	(80)
五、颌面、颈部伤	(80)
六、脊柱、骨盆损伤	(81)
七、化学性烧伤	(82)
附录 A 知识点汇编	(83)
附录 B 综合复习题	(96)
后记	(123)

第1讲

战伤自救互救的基本观念

战(现)场急救技术范围包括止血、包扎、固定、搬运、通气和基础生命支持。在火线上,伤员自己实施止血、包扎等急救措施叫作自救;由邻近人员帮助进行急救的,叫互救。

战伤自救互救是我军的光荣传统,也是使伤员得到及时救治的重要保证。火线伤自救互救不仅是整个战伤救治工作中的重要环节,也是保存和恢复战斗力的重要保证。以往战争中火线抢救的经验证实,有50%左右的战伤是依靠自救互救实施救治的。因此,战伤自救互救工作也被世界各国,特别是发达国家军队所高度重视,对及时抢救伤员、防止伤情加重、挽救伤员生命发挥了重要作用。

对战伤自救互救应特别加强以下观念,以提高救助效果,为后续治疗创造条件。

一、敌情观念

战伤自救互救往往发生在火线条件下,遮蔽物低、敌火力猛、伤员发生多。此时实施战伤自救互救技术,一定要考虑现场情况,树立救治时的敌情观念,避免把整个救治活动暴露在敌人火力下,一定要先将伤员移动到较高遮蔽物后,再实施急救。在没有遮蔽条件的时候,应该采用低姿,或者使用就便物品、装备进行简单遮蔽,再实施现场急救。

二、无菌观念

战场条件下,开放性伤口极易发生感染,也是导致伤员死亡的重要原因之一,因此,实施救治时,应注重无菌操作,避免因为操作不当加重局部感染,造成伤员不必要的痛苦和危险。三角巾急救包和一些制式的卫生敷料均采用无菌包装,在打开时应避免污染靠近伤员创口的一侧;折叠三角巾、绷带等包扎材料时,也不应该在地面、装备车辆等表面,以防造成污染。

三、爱伤观念

战伤发生后,战斗员的身体和心理同时遭受创伤,伤口外露出血,伤员可能因疼痛发生抽搐、喊叫,对救护人员的视觉、听觉造成一定程度的冲击。此时救护人员应克服个人的紧张、恐惧情绪,在实施救治的过程中,应动作轻柔、操作仔细,避免在伤员身体上来回移动或反复移动、翻动伤员,条件允许时适当辅以对伤员的心理安抚,帮助伤员克服伤痛及创伤带来的恐惧感。

四、整体观念

战伤救治既要注重个体的整体救治,也需要注重团体的整体救治。就个体而言,应注重先救命、后治伤,先止血、后包扎,在短时间内判断伤员伤情,抓住主要矛盾,把宝贵的时间集中到挽救伤员生命上;就整体而言,并非喊叫声越大的伤员伤情越重,应该能够及时发现伤势危重的伤员,采取必要的救治措施,为后续的救治创造有利条件。

第2讲

止血技术

枪弹伤、爆震伤、冲击伤等造成的战伤出血，往往是导致伤员休克或死亡的重要原因。在自救互救过程中，迅速、准确地找到出血点进行有效止血，能在很大程度上挽救伤员生命。

一、出血量和出血性质的判断

1. 出血量判断 失血量和失血速度是威胁生命的关键因素。几分钟内急性失血 1000ml，生命即会受到威胁；十几小时内慢性失血 2000ml，不一定引起死亡。失血量超过总血容量的 20%，就会出现休克等症状。以失血量的多少分为大、中、小出血。

(1) 小出血：失血量 $< 500\text{ml}$ ，失血量占总血容量的 10%~15%，症状不明显。

(2) 中出血：失血量 $< 1500\text{ml}$ ，失血量占总血容量的 15%~30%，头晕，眼花，心悸，面色苍白，呼吸困难，脉细，血压下降。

(3) 大出血：失血量 $> 1500\text{ml}$ ，失血量占总血容量的 30% 以上，严重呼吸困难，心力衰竭，休克，出冷汗，四肢发凉，血压下降。

2. 出血性质判断

- (1)毛细血管出血:呈点状或片状渗出,色鲜红,可自愈。
- (2)静脉出血:较缓慢流出,色暗红,多不能自愈。
- (3)动脉出血:呈喷射状,色鲜红,多经急救能止血。

二、指压止血法及常用压迫部位

(一)指压止血法

指压止血法是一种简单而有效的临时止血法,多用于头部、颈部及四肢的动脉出血。其方法是:根据动脉走行位置,在伤口的近心端,用手指将动脉压在临近的骨面上止血;也可用无菌纱布直接压于伤口止血。然后再更换加压包扎法或用止血带进行止血。

可应用指压止血法止血的血管主要有以下 3 个特点。

- 1. 单独支配 即该血管可独立支配身体某处的血供,按压后,受伤部位的血流可得到暂时控制。
- 2. 走行表浅 在某一解剖部位,该血管走行相对表浅,可以准确触摸和进行按压。
- 3. 骨性衬垫 在血管走行表浅部位的深处,有骨骼衬垫于血管下面,按压时将血管压向骨骼以达到阻断血流的目的。

【贴士】 触摸动脉的小细节

触摸动脉搏动时应避免使用拇指,因为拇指中部正好有一根自身的动脉,容易在触摸寻找动脉的过程中产生错觉。因此,在指压止血时,应用示指或中指寻找动脉,然后更换为拇指按压。

(二)常用压迫部位

1. 头面部出血 一侧头面部大出血,可用拇指或其他四指压迫同侧气管外侧与胸锁乳突肌前缘中点之间,此处可摸到一个强烈的搏动(颈总动脉),将血管压向颈椎止血(图 2-1)。

【贴士】 注意事项

此法仅用在紧急情况下,而且严禁同时压迫两侧总动脉,否则易发生脑供血不足,严重者会危及生命。

2. 颜面部出血 一侧颜面部出血,可用示指或拇指压迫同侧下颌骨下缘、下颌角前方约 2 厘米处的一个凹陷,此处可摸到明显的搏动(面动脉),压迫此点可以止血(图 2-2)。

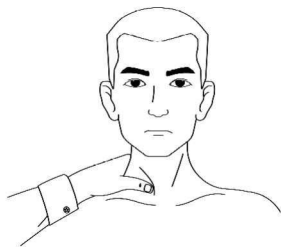


图 2-1 头面部出血压迫止血部位

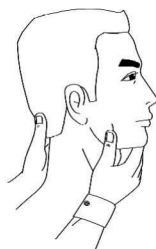


图 2-2 颜面部出血压迫止血部位

【贴士】 注意事项

有时需两侧同时压迫才能止住血。

3. 头顶部出血 一侧头顶部出血,可用示指或拇指压迫同侧耳前方搏动点(颞浅动脉)止血(图 2-3)。

4. 肩腋部和上肢出血 可用拇指压迫同侧锁骨上窝中部的搏动点(锁骨下动脉),将动脉压向深处的第 1 肋骨止血(图 2-4)。

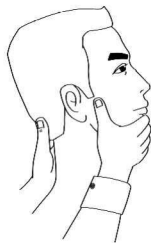


图 2-3 头顶部出血压迫止血部位

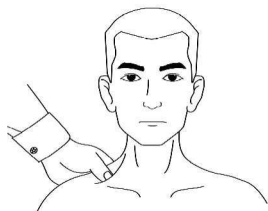


图 2-4 肩腋部和上肢出血压迫止血部位

5. 前臂出血 可用拇指或其他四指压迫上臂内侧(尺侧)肱二头肌与肱骨之间的搏动点(肱动脉)止血(图 2-5)。

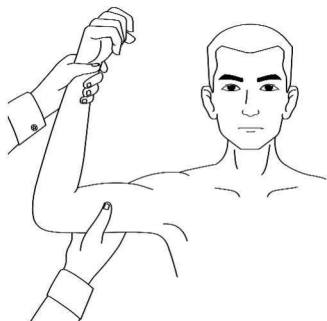


图 2-5 前臂出血压迫止血部位

【贴士】 注意事项

一般为救护员右手压迫伤员右上臂,左手压迫伤员左上臂。

6. 手部出血 互救时可用两手拇指分别压迫手腕横纹稍上处内、外侧(尺、桡侧)搏动点(尺、桡动脉)止血。自救时,用健手拇指、示指分别压迫上述两点(图 2-6)。

7. 手指部出血 由于指动脉走行于手指的两侧,故手指出血时,应捏住指根的两侧止血(图 2-7)。

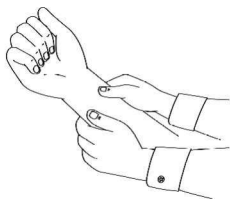


图 2-6 手部出血压迫止血部位

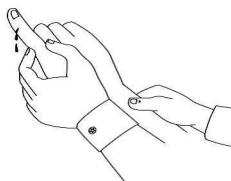


图 2-7 手指部出血压迫止血部位

【贴士】 注意事项

压迫手指两侧时应略偏手背侧,因动脉走行时略偏背侧,否则可能造成止血效果不佳。

8. 大腿以下部位出血 大腿及其以下部位动脉出血,可用双手拇指重叠用力压迫大腿上端腹股沟中点稍下方的一

个强大的搏动点(股动脉)止血(图 2-8)。

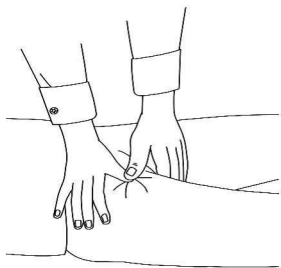


图 2-8 大腿以下部位出血压迫止血部位

【贴士】 注意事项

自救和互救时均可采用双手拇指重叠压迫的手法,互救时也可以用掌根压迫。

9. 足部出血 可用两手拇指分别压迫足背中部近足腕处(胫前动脉)和足跟内侧(胫侧)与内踝之间(胫后动脉)止血(图 2-9)。

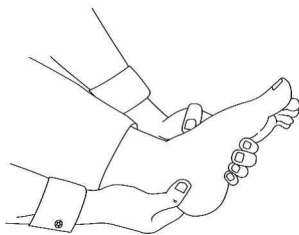


图 2-9 足部出血压迫止血部位

【贴士】 夜间确定出血部位的方法

夜间采用一问、二摸、三看的方法确定出血部位。

一问：若伤员神志清醒，可询问其受伤部位。

二摸：可用手摸被血浸湿的衣服，并要注意血迹的温度和黏度。

三看：可借用月光、照明弹、信号弹等光线，仔细观察伤员身体各部。

三、止血带止血法

止血带止血法是战伤救护中对出血伤员常用的止血方法，多用于四肢较大的动脉出血。目前，我军装备的制式止血带主要是橡皮止血带、加压充气止血带、弹力止血带、绞棒式止血带。此外，还可利用三角巾、绷带等物品，进行绞棒止血。随着卫勤装备的不断革新，止血带的单手操作越来越方便，使自救效果更加明显。

在止血带的操作中应注意以下几个方面。

1. 先扎止血带后包扎，扎止血带的部位应该加衬垫，而不能直接扎在皮肤上，以免损伤皮肤。

2. 扎止血带要松紧适度，以达到压迫动脉为目的。太松，仅仅压迫了静脉，使血液回流受阻，反而出血更多，并会引起组织淤血、水肿；太紧，会导致软组织、血管和神经的损伤。

3. 前臂及小腿扎止血带不能达到止血的目的，故不宜采用。

4. 止血带必须扎在靠近伤口的近心端，而不强求标准位置。