

现代临床 急救诊疗学

主 编 滕维江 周明顺 刘 峰等

天津科学技术出版社

现代临床急救诊疗学

主 编 滕维江 周明顺 刘 峰 等

天津科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

现代临床急救诊疗学/滕维江等主编. —天津: 天津科学技术出版社, 2011. 9
ISBN 978-7-5308-6628-3

I. ①现… II. ①滕… III. ①急诊 IV. ①R459.7

中国版本图书馆CIP数据核字 (2011) 第209205号

责任编辑: 王连弟
责任印制: 王 莹

天津科学技术出版社出版
出版人: 蔡 颢
天津市西康路35号 邮编 300051
电话 (022) 23332399 (编辑室) 23332393 (发行部)
网址: www.tjkjcs.com.cn
新华书店经销
山东省英华印刷厂印刷

开本 787×1 092 1/16 印张 31 字数 880 000
2011年9月第1版第1次印刷
定价: 88.00元

编委会

主 编

滕维江（淄博市第一医院）

周明顺（泰山医学院附属医院）

刘 峰（山东省淄博市职业病防治院）

周晓文（山东大学齐鲁儿童医院）

王良龙（秦皇岛军工医院）

林松梅（青岛市胶州中心医院）

张明顺（泰安市东平县中医院）

副主编

兰亚明（湖北民族学院附属民大医院）

张西军（山东省菏泽市第二人民医院）

梁志峰（东营市第二人民医院）

梁 皓（河南省濮阳市人民医院）



滕维江

男，1956年1月生，副主任医师，副教授，毕业于山东医科大学临床医学系。从毕业至今，在淄博市第一医院从事大内科临床工作30余年。对内科急、危重症及常见病的诊疗方面有丰富经验。尤其在急性心肌梗死溶栓治疗技术方面有独到之处。在脑血管疾病诊断、治疗及各种危重症、中毒性休克的抢救与处理有高深造诣。曾多次参加国内外学术活动，如“心脏监护与静息心电图评价缺血性心脏病致完全性心律失常在治疗中疗效分析”在第三届国际介入心脏病学术大会交流并发证书。在国家级省级刊物发表论文10余篇，其中《甘糖脂对血压、冠心病、血液流变学短期疗效影响》获淄博市自然科学优秀学术成果奖项。兼任中国百名名强专家咨询网特聘咨询专家和淄博市医学会医疗事故技术鉴定专家库专家。

周明顺

于1991年山东医科大学临床医学专业毕业，获学士学位。职称：副主任医师、副教授。现任急诊科副主任、急诊医学教研室副主任。学术团体任职：山东省医学会急诊医学专业委员会委员、泰安医学会急诊医学分会委员。从事急诊医学工作二十余年，擅长各种心脑血管疾病的救治，尤其在脑血栓、心肌梗塞溶栓治疗方面水平较高。对各种急危重症（肺心病、肺栓塞、各型心衰、各种休克、消化道出血、糖尿病昏迷等）能熟练的抢救治疗，快速熟练应用气管插管、呼吸机、电除颤、起搏术、心电监护抢救各种病人，对各种中毒（药物、农药、CO、硫化氢）的救治成功率高，曾成功抢救多例中毒后呼吸、心跳停止病人。并在泰山医学院从事急诊医学教学工作。发表论文10篇，参编著作3部。



刘峰

男，1972年6月生，1996年毕业于济宁医学院临床医学专业，从事中毒与职业病临床诊疗工作十余年。具有扎实的专业基础与丰富的经验，擅长各类急、慢性中毒的诊治，危重病的监测监护，心、肺、脑复苏。多脏器功能障碍的治疗以及其他常见内科和职业病危重症的诊疗。

在《中华劳动卫生职业病杂志》等杂志发表论文10余篇，担任《中国工业医学》杂志青年编委，山东省毒理学会委员等社会职务。

周晓文

副教授，副主任医师，山东大学齐鲁儿童医院重症医学科，从事儿科临床工作20余年，积累了丰富的临床经验。专长于小儿呼吸道疾病，急重症与疑难病例临床，教学，科研工作。曾在上海、天津进修学习小儿危重症急救技术，对儿童危重症抢救有丰富经验。先后在国内学术期刊上发表学术论文10篇，参编学术著作2部。



前 言

急诊医学是研究急危重症疾病发生、发展规律的一门独立学科,所涉及范围较广。急诊医学的发展体现了现代社会和医学科学的进步。在医疗实践中,临床医师能否对常见急危重症迅速做出正确的诊断,采取有效地急救措施,直接关系到病人的生命安危。编写本书正是基于这样的需求,旨在提高临床医师的急救水平,使临床医师从整体上认识常见急危重症疾病的发生、发展规律,全面系统的领会和掌握急诊医学的基本理论、基本知识、基本技能和基本操作,有效的提高急危重症的抢救成功率,减少病死致残率。

本书共包括十四章,内容涉及基本急救技术、急诊常见症状、心肺脑复苏、内外科常见急症、急性传染病、急性中毒及理化环境因素所致急症等。在编写过程中力求文字通俗易懂,并能反映现代医学中的各种急危重症的诊治技术与水平。

由于急诊医学所涉及内容较多,而编者水平有限、时间仓促,书中难免有不足和疏漏之处,希望广大读者给予批评指正。

《现代临床急救诊疗学》编委会

2011年9月

目 录

第一章 现场急救与运送	(1)
第一节 现场急救	(1)
第二节 现场急救技术实施	(2)
第三节 现场救护运送	(15)
第二章 急诊室常见症状	(18)
第一节 高热	(18)
第二节 头痛	(20)
第三节 呕吐	(22)
第四节 急性腹泻	(25)
第五节 咯血	(28)
第六节 昏迷	(33)
第七节 眩晕	(37)
第八节 晕厥	(40)
第九节 瘫痪	(43)
第三章 心肺脑复苏	(46)
第一节 心搏骤停的病因、类型及表现	(46)
第二节 基本生命支持	(49)
第三节 高级生命支持	(58)
第四节 长程生命支持	(62)
第四章 急诊常用诊疗技术	(66)
第一节 胸膜腔穿刺术	(66)
第二节 腹腔穿刺术	(69)
第三节 心包穿刺术	(70)
第四节 洗胃术	(72)
第五节 导尿术	(73)
第六节 腰椎穿刺术	(75)
第七节 骨髓穿刺术	(77)
第八节 食管三腔两囊管的应用	(78)
第九节 急诊人工心脏起搏术	(80)
第十节 溶栓治疗	(84)
第十一节 心脏电复律	(91)
第十二节 呼吸机的临床应用	(94)

第十三节 血液灌流的临床操作·····	(100)
第五章 重症监测 ·····	(103)
第一节 监护病房的设置与管理·····	(103)
第二节 循环功能监测·····	(106)
第三节 呼吸功能监测·····	(112)
第四节 肾功能监测·····	(118)
第五节 肝功能监测·····	(120)
第六节 脑功能监测·····	(121)
第七节 动脉血气监测·····	(123)
第八节 其他器官功能监测·····	(127)
第六章 休克 ·····	(130)
第一节 概述·····	(130)
第二节 低血容量性休克·····	(136)
第三节 分布性休克·····	(143)
第七章 多器官功能障碍综合征 ·····	(159)
第一节 多器官功能障碍综合征的概念·····	(159)
第二节 诱发因素与发病机制·····	(160)
第三节 多器官功能障碍综合征的临床特征·····	(161)
第四节 多器官功能障碍综合征的诊断·····	(162)
第五节 多器官功能障碍综合征的治疗·····	(163)
第八章 内科常见急症 ·····	(165)
第一节 心力衰竭·····	(165)
第二节 急性冠状动脉供血不足·····	(183)
第三节 高血压危象·····	(190)
第四节 急性心律失常·····	(197)
第五节 急性病毒性心肌炎·····	(208)
第六节 感染性心内膜炎·····	(212)
第七节 主动脉夹层·····	(217)
第八节 休克型肺炎·····	(220)
第九节 气胸·····	(225)
第十节 重症哮喘·····	(231)
第十一节 肺栓塞·····	(238)
第十二节 上消化道出血·····	(243)
第十三节 下消化道出血·····	(249)
第十四节 肝性脑病·····	(251)
第十五节 急性肾小管坏死·····	(255)
第十六节 急性尿路感染·····	(259)
第十七节 急性脑血管病·····	(262)

第九章 常见急性传染病	(268)
第一节 流行性感 冒.....	(268)
第二节 流行性腮腺炎.....	(270)
第三节 流行性乙型脑炎.....	(273)
第十章 外科常见急症	(277)
第一节 急性外科感染.....	(277)
第二节 急性腹膜炎.....	(286)
第三节 急性阑尾炎.....	(291)
第四节 胃、十二指肠溃疡急性穿孔	(295)
第五节 急性胆囊炎.....	(297)
第六节 急性梗阻性化脓性胆管炎.....	(300)
第七节 急性胰腺炎.....	(302)
第八节 急性肠梗阻.....	(306)
第九节 创伤性泌尿生殖器急诊.....	(313)
第十节 急性尿潴留.....	(323)
第十一节 肾绞痛.....	(326)
第十二节 急性动脉栓塞.....	(329)
第十三节 深静脉血栓形成.....	(330)
第十四节 急性脓胸.....	(332)
第十五节 骨关节急性感染.....	(334)
第十一章 急腹症	(338)
第十二章 急性中毒	(345)
第一节 总论.....	(345)
第二节 急性药物中毒.....	(352)
第三节 急性农药中毒.....	(364)
第四节 急性灭鼠剂中毒.....	(375)
第五节 急性窒息性毒物中毒.....	(381)
第十三章 理化及环境因素所致急症	(385)
第一节 中暑.....	(385)
第二节 淹溺.....	(387)
第十四章 创伤急救	(390)
第一节 创伤概论.....	(390)
第二节 多发伤.....	(392)
第三节 颅脑创伤.....	(394)
第四节 胸部创伤.....	(399)
参考文献	(402)

第一章 现场急救与运送

第一节 现场急救

现场急救是急诊医学的重要组成部分,是指从伤害发生到伤员进入医院前这段时间现场或转运中的救治,反映了现代医学进步和经济发展的必然需求。世界各地都建立了急救医疗体系,包括院前急救、医院急救、后续专科治疗三部分,现场急救就是该体系中的院前急救。

一、现场急救预案实施

医疗救护系统根据现场事故的特点和本地区抢救能力制定出突发性医疗事故急救预案,事故一旦发生,在预案下实施急救有利于职责分工,达到忙而不乱,急而有序。预案内容包括:目的和要求;人员结构和分工;急救必备器材、药品、物品等;先进通信和交通工具;灾害时检伤和救治原则;患者疏散后转送原则;灾后预防原则;信息收集、反馈和传递等。

二、事故现场检伤和救治原则

对大批伤员救治原则是在最适当时间和地点对为数最多的伤员施行最好的救护。在事故的现场设置临时医疗指挥所,担负检伤、就地急救和分流任务。检伤应由具有专业知识和急救经验的主治医师以上人员担任。按伤情分为四类,可用绿、黄、红、黑不同颜色标识,绿色代表轻度损伤,生命体征正常;黄色代表中度损伤,介于轻伤和重伤之间;红色代表重度损伤,生命体征不稳定,休克、意识不清、呼吸困难等;黑色代表死亡。救治原则为先重后轻、先急后缓、先救命后酌情处理创伤。对心搏、呼吸骤停、大出血、脊椎骨折、重度休克等伤员应先进行现场急救,待病情许可时再转送,否则易引起转送途中病情加重或死亡。现场急救方式有自救、互救、群众性救护及专业性救护等。

三、现场急救疏散后送原则

经检伤和现场急救后伤员应尽快疏散后转送。原则是专科伤员如烧伤、颅脑外伤可直接送专科医院或特色医院;重伤员就近送往技术设备力量较强的市级医院或省级医院;中度伤员和轻伤员,可就近送往区级医院;死亡人员就地等待善后处理。疏散后送应根据伤员人数、伤情及当地各级医疗机构的救治能力,做到合理分流,把最急需进行急救的伤员首先送往最近的医院。

四、事故后预防原则

突发性重大灾难不仅给受灾人群造成重大伤亡,而且常引起一部分人的精神创伤,使生命节律发生紊乱和退缩行为。如恐惧、颤抖、木僵或过度兴奋等现象,即所谓“灾难综合征”,据统计占受灾人75%左右。另外“大灾之后必有大疫”,这要靠流行病、传染病、神经精神病及心理学等专家来研究和防治。

(滕维江)

第二节 现场急救技术实施

急性疾病和意外伤害,是人们随时可能发生和遇到的,但多发生在院前。现场急救是否及时、妥善,直接关系到患者的安危和预后。有的急危重患者,可以说时间就是生命,但是,长期以来,遇到急危重患者,传统的概念和办法就是未经任何必需的现场急救措施,就把患者送到医院治疗,有的甚至弃近求远。很显然,这将严重影响到许多急症患者的救治,甚至使许多患者失去抢救的宝贵时间,其关键是忽视院前急救的重要性。近几十年来,在广大急诊工作者的不懈努力下,人们已经初步认识到现场急救的重要性,重视对所有急性疾病和创伤必须先“救”后“送”,而非先送后救,这是基本原则。认识到无论是危重病或一般急症患者,要求能在其发病时,及时将医疗措施送到身边,立即开始有效的处理,然后安全护送到最近的医院进一步诊断和处理。

接触和发现急性疾病和意外伤害的第一目击者,往往是患者的家属、同事和出事地点的过路群众,如果这些人员懂得现场急救技术,就能对患者进行必要的初步急救,否则就会束手无策,所以,对广大群众进行初步急救的普及训练就显得十分重要。因此,现场急救不再是医院里医生的专利,对医务人员本身也存在着普及急救知识的问题。当然方式不尽相同,但要求则应该是更高。因为现在的医务人员,特别是大医院的医务人员的知识结构,存在着分工过细、过于专业化的问题。例如,一位心内科医师,往往不知道骨折后应该如何急救,某一专业的外科医师往往不知道急性心肌梗死该如何初步急救。因此,从事急救事业的医务人员应该掌握比较全面的知识,做全科或通科医师,才能满足急救事业的需要,才能判别急症患者关键问题所在,分清轻重缓急,给予正确的现场急救。意外伤害往往造成身体各部位、各脏器的严重损害,有时危及生命。伤害后大出血、颅脑外伤、严重骨折及昏迷等,需要迅速进行现场急救。急救人员除熟练地不失时机进行有效的通气、止血、包扎、固定和搬运外,还应立足于现场,开展以心肺复苏为主的挽救生命以及对严重创伤造成伤残等危急情况的紧急医疗救护。

一、现场急救注意事项

- (1)迅速判明需要紧急救护的地点、事件和人数。
- (2)立即采取现场行之有效的救护措施,努力做到早期呼救、早期心肺复苏和早期实施急救技术:解救、止血、包扎、固定和搬运。
- (3)在救护中要保护自己免受伤害。如在救护触电人员时,不能用手直接去拉尚未脱离电源的人;在毒气现场,应戴防毒面具才能进入现场救人。
- (4)在现场救护实施中不应该继续加重患者所受到的伤害。
- (5)现场急救应尽量徒手操作或尽量少借助于器械。
- (6)急救措施力求简单易行,以便容易掌握,但效果必须确实可靠。
- (7)救护人员应该快速掌握伤员的生命体征:神志、瞳孔、呼吸、循环情况以及头、颈、胸、腹、骨盆和四肢伤情。
- (8)注意保护现场。
- (9)发现新情况及时通知有关部门。
- (10)现场急救须紧张有序地进行工作,要推荐一位有经验的医师负责指挥、裁决和指导抢救工作。

二、早期呼救、合理解救、立即抢救

急性疾病、意外伤害、交通事故、突发事件发生后,第一目击者在现场发现危重患者,应立即向急救中心或就近医院呼救。通常呼救的依据是现场环境异常,如出现撞车、起火等异常现象,远处冒着浓烟,有爆炸声、闻到特殊气味,听到救命声等;又如家中有患者陷于昏迷,或患者自诉剧烈心前区疼痛等。呼救内容包括:呼救人(第一目击者)的姓名及身份、伤病员的情况、目前最危急的表现:如神志不清昏倒在地,既往有高血压病史;患者诉胸部剧烈疼痛,既往有冠心病病史;被汽车撞倒,多处损伤,血流不止,伤病员发病现场的地址、电话号码、等候救护车地点,最好有明显醒目的标志。意外伤害事故应该说明受伤大约人数、伤害性质。如一辆满载乘客的公共汽车在交叉路口与大货车相撞,大约有 30 人受伤等。

迅速、准确的呼救,为伤病员获得急救中心或医院及时、有效的院前急救提供了保障。受理呼救的部门,应根据报告的内容,立即派出就近的急救网点救护车赶赴现场,或者根据卫星定位系统(global positioning system, GPS),派出距离呼救现场最近的流动救护车。在救护车派出后,受理呼救人员应立即给呼救人反馈。呼救者要因地制宜,首先要将伤病员从危险的境地中解救出来。正确的解救可以避免进一步损伤,使伤员得到尽快的治疗。而不恰当的解救,则可能引发“二次创伤”,加重伤情使原本较轻的伤情变得严重,甚至致残、致死。同时,不正确的解救方法还有可能将施救者自己卷入危险之中,既危及自己生命,也使被救者失去了得到救治的希望。其次,立即采取急救措施,以在救护人员到达前,使伤病员得到必要的抢救,维持基本生命支持。比如心搏、呼吸停止者,可进行徒手心肺复苏术(cardiopulmonary resuscitation, CPR);开水烫伤了腿部,用剪刀剪去裤腿,然后用自来水充分冲洗烫伤处,以达到降温目的。

三、外伤止血

成年伤病员在短期内失血 1 500 ml 而又没有给予急救则可危及生命。因此,及时而有效地止血对拯救伤病员的生命有重要意义。

(一) 出血的种类

1. 动脉出血

血色鲜红,血液像喷泉一样射出,即短时间内出血量较大,因此其危险性大于静脉出血和毛细血管出血。

2. 静脉出血

血色暗红,血液较缓慢地从破损的血管流出。

3. 毛细血管出血

血色鲜红,血液从创面渗出。

(二) 止血的方法

常用的方法有指压止血法、加压包扎止血法、加垫屈肢止血法和止血带止血法 4 种。

1. 指压止血法

适用于头部、颈部以及四肢较大动脉出血的临时止血,即用手指或手掌压在受伤部的近心端,以压闭血管,阻断血流。此法只适用于急救,压迫时间不宜过长。

(1) 颞浅动脉指压止血法:适用于头顶部和颞部的出血。用拇指或示指在患侧或两侧耳朵的前方、下颌关节附近触摸到动脉搏动后,用力压迫颞浅动脉即可(图 1-1)。



图 1-1 颞浅动脉指压止血法

(2)面动脉指压止血法:适用于面部的出血。在下颌骨下缘的中后部、咬肌的前缘附近摸到该动脉搏动后,用力将其压于下颌骨上(图 1-2)。



图 1-2 面动脉指压止血法

(3)颈总动脉指压止血法:适用于头部和颈部大出血。把拇指或其他四指置于气管与胸锁乳突之间的沟内,在能摸到颈总动脉搏动后,用力将该动脉向后压于第 6 颈椎横突上。压迫颈总动脉有危险性,必须慎用,决不能同时压迫两侧的颈总动脉(图 1-3)。

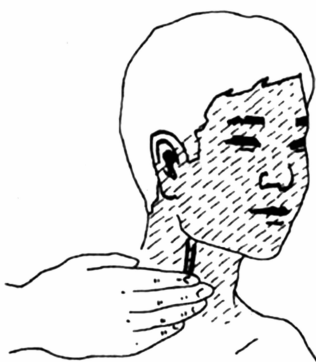


图 1-3 颈总动脉指压止血法

(4)锁骨下动脉指压止血法:适用于腋窝、肩部和上肢的出血。把拇指置于锁骨上窝内的动脉搏动处,其他四指放在颈后,将拇指压向下、内、后方,也就是将锁骨下动脉压向第一肋骨(图 1-4)。

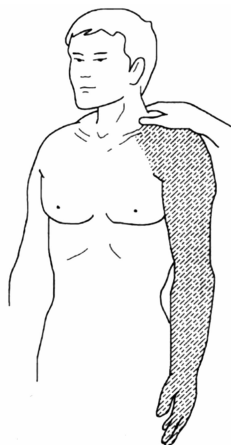


图 1-4 锁骨下动脉指压止血法

(5) 肱动脉指压止血法:适用于上臂下段、前臂和手的出血。将拇指或其他四指置于上臂上 1/3 段、肱二头肌的内侧,触摸到动脉搏动后将动脉向外压于肱骨上(图 1-5)。

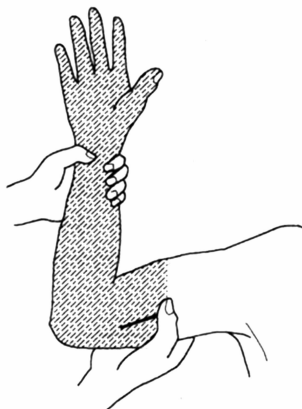


图 1-5 肱动脉指压止血法

(6) 股动脉指压止血法:适用于大腿、小腿和足部的出血,将两手的拇指重叠置于大腿前面上部最明显的搏动点,并使劲将股动脉向后压于股骨上(图 1-6)。



图 1-6 股动脉指压止血法

2. 加压包扎止血法

适用于小动脉、小静脉和毛细管的出血。即采用棉花团或其他代用品折成垫子,放置于覆盖创面的消毒纱布的表面,随后用绷带或三角巾紧紧包扎起来。如伤处伴有骨折,则需另加夹板固定。如伤处有碎骨存在,则不宜采用此法。

3. 加垫屈肢止血法

适用于四肢动脉外伤的临时止血。即采用棉花团、纱布垫或其他的代用品放在腋窝、肘窝或腘窝等部位,或股动脉的搏动点,而后屈曲相应的肢体,并把患肢固定于躯体或健肢。若伴有骨折或伴关节受伤者,不宜用此法。

4. 止血带止血法

适用于四肢动脉外伤出血的临时止血。先在伤口的上方,欲缚止血带的部位用纱布、棉花或衣服垫好,而后用左手拇指、示指、中指夹持橡皮管止血带的头端,用另一手拉紧止血带缠绕肢体两圈,并将该止血带末端放入左手示指和中指之间,拉回固定。如果现场没有橡皮管止血带,可用就便器材以绞紧止血法替代之。即将绷带或纱布卷放置于伤口上方,动脉压迫点的表面,随后绷带绕肢体、打结,并在结下穿一短棒,旋转此棒使绷带绞紧直到不再流血为止,而后把短棒固定在肢体上。使用止血带应注意:止血带应放在伤口的上方。上肢出血时,止血带应缚在上臂的上1/3处,切不可缚在中1/3处,以免损伤斜行于上臂后面中部的桡神经,导致上肢背侧肌肉的运动障碍和皮肤的感觉障碍。下肢的止血带应缚在大腿中、下1/3交界处附近,因为这个部位的血管较邻近于骨骼,较易于达到止血的目的;止血带不可直接接触皮肤,其间必须垫以衣服、三角巾或毛巾等,垫物应平整,不可褶皱;止血带缚的松紧要适度,缚得过紧会引起皮肤和神经的损伤,缚得过松不能达到止血的目的,有时由于缚得不够紧,未能阻断动脉的血流,而破损的静脉的近心端受压使血出的更多;在缚止血带的附近应有明显的标志,标志上注明上止血带的时间;上止血带的持续时间一般不超过2~3小时,且每隔40分钟松解一次,每次历时1~2分钟;这是为了使受缚远侧的组织暂时恢复血液供应,避免因长期缺血而坏死,也不至于因松解时间太长而失血过多。松解动作要轻、慢,松解时或松解后如有出血,可用指压止血法临时止血。松解后再上止血带时,应缚在较高位的平面;如果出血停止,可改用加压包扎止血法,但仍应把止血带留置原处,并密切观察,再出血时立即缚上。

四、包扎

包扎是创伤后急救技术中最常用的方法之一。它有保护创面、压迫止血、固定敷料和夹板以及扶托住受伤的肢体减轻伤员的痛苦等作用。最常用的包扎材料是绷带、三角巾和四头巾,也可就使用毛巾、手绢、被单、布块或衣服等物品。常用的包扎法有以下几种。

(一) 绷带包扎法

1. 环形法

是最基本的绷带包扎法,将绷带作环形重叠缠绕,但第一圈的环境应稍作斜状,第2~3圈作环形,并将第一圈斜出的一角压于环形圈内,最后用胶布将绷带尾部固定,也可将绷带尾部剪成两头并打结(图1-7)。

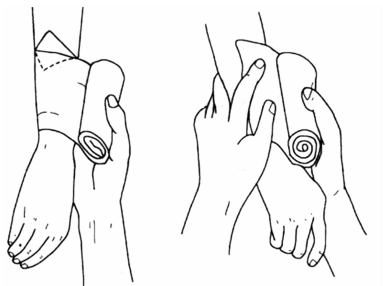


图 1-7 环形包扎法

2. 蛇形法

此法多用于夹板的固定。将绷带按环形法缠绕数圈后,以绷带的宽度作间隔斜向上缠或下缠。

3. 螺旋形法

先将绷带按环形法缠绕数圈,随后上缠的每圈均盖住其前一圈的 $\frac{1}{3}$ 或 $\frac{2}{3}$,即是螺旋形上缠(图 1-8)。

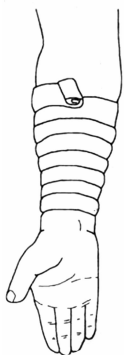


图 1-8 螺旋形包扎法

4. 螺旋反折法

先将绷带按环形缠绕数圈后,再作螺旋形缠绕,待缠绕到肢体较粗的部位,将每圈绷带反折盖住前圈的 $\frac{1}{3}$ 或 $\frac{2}{3}$,依此由下而上地缠绕。

5. “8”字形法

此法用于关节部位。先将绷带由下而上缠绕,再由上而下成“8”字形来回缠绕(图 1-9)。

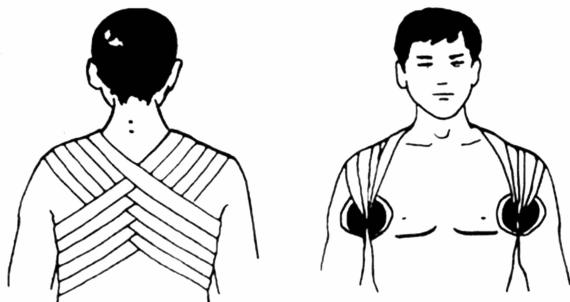


图 1-9 “8”字形包扎法

(二)三角巾包扎法

1. 头部普通包扎法

先将三角巾底边折叠约两横指宽,把底边的中部放在前额,两底角接到头的后方相互交叉,打平结,再绕至前额打结(图 1-10)。

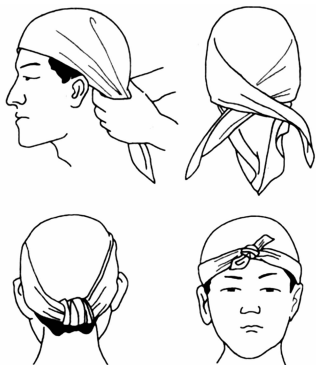


图 1-10 三角巾头部普通包扎法

2. 头部风帽式包扎法

在三角巾顶角和底边中央各打一结,形成风帽。把顶角结放在前额,底边结放在头部的后下方,包住头部,两底角往面部拉紧并折成 3~4 个横指宽后包绕下颌,交叉后拉至头部后方打结固定,或两底角直接在下颌处打结(图 1-11)。

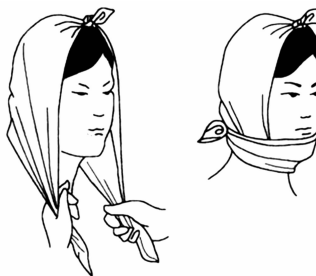


图 1-11 三角巾风帽式包扎法

3. 面部面具式包扎法

在三角巾的顶角打一结,结头下垂套住下颌,左、右两底角从面侧部提起,形成面具样。拉紧左、右底角并压住底边,两底角交叉后绕至前额打结。包扎完成后可根据需要在眼、口和鼻孔处剪一小洞(图 1-12)。

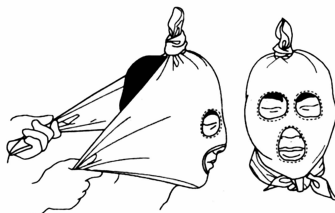


图 1-12 面部面具式包扎法