

中西
医急救
在我们
身边

唐
韵
著



Chinese and Western Medicine Emergency Treatment is Around Us

中西医急救在我们身边

Author: Tang Yun 唐韵著

作者简介



唐韵（1973—），女，硕士，主任医师，毕业于上海第二医科大学临床医学系，从事临床一线工作 30 多年。自 2003 年起一直从事急救医学工作。作为青年志愿者赴老挝医疗服务；作为急救医疗队长带领医护人员奔赴四川省人民医院抗震救灾。在內外科急、危重症方面积累了丰富的经验和心得。

ISBN 978-629-7847-72-6



PRICE: RM 50.00



Chinese and Western Medicine Emergency Treatment is Around Us

中西医急救在我们身边

唐 韵 著



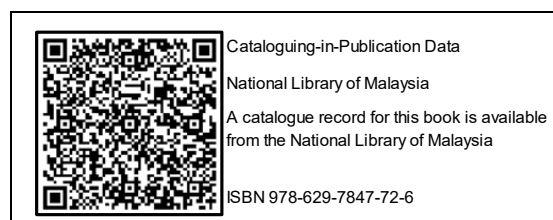
APSNSIE

CIP Information

中西医急救在我们身边 / 唐韵 著 .

Description: Malaysia : 亚太自然科学与信息工程学会 2025

ISBN: 978-629-7847-72-6



Copyright reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission from the Director General of the National Library of Malaysia.

责任编辑 Responsible Editor : 徐少静 Xu Shaojing 校 对 Proofreader : 李嘉慧 Li Jiahui

装帧设计 Layout Designer : 梁晓 Liang Xiao

书 名 Title of the Book: 中西医急救在我们身边

Chinese and Western Medicine Emergency Treatment is Around Us

作 者 Author: 唐 韵

Tang Yun

出版发行 Publisher and Distributor: PERSATUAN SAINS SEMULA JADI DAN KEJURUTERAAN
MAKLUMAT ASIA PASIFIK (APSNSIE)

社 址 Address of the Pres: B-3A-15, ONE SOUTH STREET MALL, JALAN OS, TAMAN SERDANG
PERDANA, 43300 SERI KEMBANGAN, SELANGOR, MALAYSIA.

电子邮箱 E-mail: huge1437@gmail.com

开 本 Format: 170mm × 240mm 1 / 16

印 张 Number of Printed Sheets: 15.25

字 数 Number of Words: 200 千字 200,000 words

版 次 Edition: 2025 年 10 月第一版 First edition in October 2025

印 次 Printing: 2025 年 10 月第一次 First printing in October 2025

非开放获取 • 电子版请联络出版社购买 • 版权归出版社所有 • 侵权必究

Not Open Access. For the electronic version, please contact the publisher for purchase. The copyright belongs to the publisher. Infringement will be prosecuted.

内容 简介



本作品是一本旨在普及和推广急救知识的实用指南，它创新性地将现代西方医学的急救技术与中华传统医学的精髓相结合，为公众提供了一套全面、高效、易于学习的急救体系。本书共分为十章，从基础理论到具体实践，系统地介绍了在日常生活中可能遇到的各类急症及其处理方法。

本书的第一章，“急救医学概论与中西医结合理念”，为全书奠定了理论基础。它不仅阐述了急救医学的定义、重要性与发展，还深入剖析了中医与西医在急救领域的各自特点与优势，强调了中西医结合在急救中的独特价值。通过学习本章，读者将对急救有一个宏观的认识，并理解中西医结合的理念如何为急救提供双重保障。接下来的第二章至第七章，是本书的核心内容，详细介绍了针对不同急症的中西医结合急救技术。第二章“突发心搏骤停”详细讲解了心肺复苏（CPR）和自动体外除颤器（AED）的使用，并介绍了中医辅助技术，如特定穴位按压，以提高抢救成功率。第三章“突发昏迷”则涵盖了昏迷的评估、西医急救原则以及中医的辨证施治方法，并特别强调了气道维护的重要性。第四章“各类急性出血”将西医的止血技术与中医的穴位按压、外用方相结合，提供了针对不同出血情况的有效止血策略。第五章“气道异物吸入”重点介绍了海姆立克急救法，并辅以中医辅助手法，为不同人群提供了实用的急救方案。第六章“跌倒骨折”则详细讲解了骨折的固定与搬运，同时融入中医的理筋正骨手法，以减少二次损伤。第七章“其他常见急症”则涵盖了烧烫伤、中暑、癫痫发作以及急性中毒等，提供了多样的急救方法，确保读者在面对复杂情况时能够从容应对。本书的第八章，“家庭急救箱的准备与日常急救知识普及”，将急救知识融入日常生活中。它指导读者如何准备一个功能齐全的家庭急救箱，并普及常用急救药物的知识，旨在让急救成为一种家庭常识。第九章“特殊环境下的急救与自救互救”，

则将急救场景拓展到更广阔的范围，涵盖了野外、灾害现场和交通意外等特殊情况，教会读者如何在危急时刻进行自救和互救。最后，第十章“中西医急救的未来发展与公众健康教育”，展望了中西医结合急救技术的未来发展方向，探讨了智能科技在急救中的应用，并强调了构建完善的公众急救技能培训体系的重要性，呼吁全社会共同提升急救意识与能力。

总之，这是一本内容全面、结构清晰、注重实践的急救普及读物，不仅是一本工具书，更是一本倡导“生命至上”理念的教科书，旨在让每一个人都能掌握关键的急救技能，在关键时刻挽救生命。



ABSTRACT



This work is a practical guide aimed at popularizing and promoting emergency knowledge. It innovatively combines the emergency techniques of modern Western medicine with the essence of traditional Chinese medicine, providing the public with a comprehensive, efficient, and easy to learn emergency system. This book is divided into ten chapters, systematically introducing various emergencies that may be encountered in daily life and their treatment methods, from basic theory to specific practice.

The Chapter 1 of this book, “Introduction to Emergency Medicine and the Concept of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine,” laid the theoretical foundation for the entire book. It not only elaborates on the definition, importance, and development of emergency medicine, but also deeply analyzes the respective characteristics and advantages of traditional Chinese medicine and Western medicine in the field of emergency care, emphasizing the unique value of combining traditional Chinese and Western medicine in emergency care. By studying this chapter, readers will have a macro understanding of first aid and comprehend how the concept of combining traditional Chinese and Western medicine provides dual protection for first aid. The following Chapters 2 to 7 are the core content of this book, which provide a detailed introduction to the integrated emergency techniques of traditional Chinese and Western medicine for different types of emergencies. Chapter 2 “Sudden Cardiac Arrest” provides a detailed explanation of the use of cardiopulmonary resuscitation (CPR) and automatic external defibrillators (AEDs), and introduces traditional Chinese medicine auxiliary techniques such as specific acupoint compressions to improve the success rate of rescue. Chapter 3 “Sudden Coma” covers the assessment of coma, the principles of Western medicine emergency treatment, and the diagnostic and treatment methods of traditional Chinese medicine,

with particular emphasis on the importance of airway maintenance. Chapter 4 “Various Acute Bleeding” combines Western medicine’s hemostasis techniques with traditional Chinese medicine’s acupoint pressing and topical prescriptions, providing effective hemostasis strategies for different bleeding situations. Chapter 5 “Inhalation of foreign objects in the airway” focuses on the Heimlich emergency method, supplemented by traditional Chinese medicine auxiliary techniques, providing practical emergency plans for different populations. Chapter 6 “Falling and Fracture” provides a detailed explanation of the fixation and transportation of fractures, while incorporating traditional Chinese medicine techniques for strengthening muscles and promoting bone formation to reduce secondary injuries. Chapter 7 “Other Common Emergencies” covers burns, heat stroke, epileptic seizures, and acute poisoning, providing a variety of first aid methods to ensure that readers can handle complex situations calmly. Chapter 8 of this book, “Preparation of Home First Aid Kit and Popularization of Daily First Aid Knowledge,” integrates first aid knowledge into daily life. It guides readers on how to prepare a fully functional home first aid kit and popularizes knowledge of commonly used first aid drugs, aiming to make first aid a common household knowledge. Chapter 9 “First Aid and Self Help Mutual Aid in Special Environments” expands the scope of first aid scenarios to a wider range, covering special situations such as wilderness, disaster sites, and traffic accidents, teaching readers how to perform self rescue and mutual aid in critical moments. Finally, Chapter 10 “Future Development of Traditional Chinese and Western Medicine Emergency and Public Health Education” looks forward to the future development direction of integrated emergency technology, explores the application of intelligent technology in emergency care, and emphasizes the importance of building a sound public emergency skills training system, calling on the whole society to jointly enhance emergency awareness and capabilities.

In short, this is a comprehensive, well structured, and practical first aid popularization book. It is not only a reference book, but also a textbook advocating the concept of “life first”, aiming to enable everyone to master key first aid skills and save lives at critical moments.

前言

在生命的旅途中，我们总会面临各种突发状况。无论是突发的心脏骤停，还是意外的跌倒骨折，抑或是日常的烧烫伤和出血，这些紧急情况的发生往往令人措手不及。在这些危急时刻，一个人的急救知识和技能，可能就是决定生死的关键。然而，尽管急救的重要性不言而喻，但目前公众的急救知识普及率仍然偏低，很多人在面对紧急情况时，常常感到手足无措。正是基于这样的现状，我们编写了这本书，旨在为普通大众提供一本系统、实用、易学的急救指南。

本书的初衷，是将现代西方急救医学的科学性、严谨性与中华传统医学的整体性、辩证性相结合，探索出一条更符合中国国情、更具普适性的急救之路。长期以来，中医和西医在急救领域各自发展，各有其独特的优势。西医急救以其快速、精准的特点，在应对心肺复苏、止血、固定等紧急情况时展现出卓越的效能；而中医则以其对人体整体状况的调理、对症候的辩证分析以及独特的穴位与手法，在急救中扮演着辅助和补充的重要角色。本书的编写，正是希望打破这种界限，将两者有机融合，形成一种“1+1>2”的急救模式，让急救者能够拥有更全面的工具箱，在不同情境下灵活运用。

本书涵盖了日常生活中最常见的急症，从心搏骤停、昏迷、出血、气道异物，到跌倒骨折、烧烫伤、中暑、中毒等。每一章节都从急症的识别、西医急救技术、中医辅助方法以及急救后的照护等多个维度进行详细阐述。例如，在心肺复苏（CPR）的章节中，我们不仅详细讲解了西医的标准操作流程，还介绍了在紧急时刻可用于辅助抢救的特定中医穴位按压法；在跌倒骨折的章节中，我们不仅强调了西医的固定与搬运原则，还引入了中医正骨的理念与手法，旨在减少二次伤害。我们希望通过这种方式，让读者不仅能学会“怎么做”，还能理解“为什么这么做”，从而在实践中做到心中有数，临危不乱。

除了针对具体急症的急救技术，本书还特别关注了急救知识的日常普及。我们详细介绍了如何准备一个功能齐全的家庭急救箱，如何正确拨打急救电话，以及在野外、灾害现场等特殊环境下的自救与互救技巧。我们深信，急救知识不应只存在于医院和专业人员的领域，而应该成为每一位公民都应掌握的基本生存技能。只有当急救意识深入人心，急救技能普及到每一个家庭，我们的社会才能在面对突发事件时，展现出更强的韧性与互助精神。

本书的编写汇集了多位中西医急救专家的智慧与经验，力求内容科学、严谨、实用。然而，急救医学是一门不断发展的学科，我们所呈现的知识体系，仅是当前阶段的一个总结与提炼。同时，由于个人水平与视野的局限，书中难免存在疏漏及不妥之处，敬请读者批评指正。



In the journey of life, we will always face various unexpected situations. Whether it's sudden cardiac arrest, accidental falls and fractures, or daily burns and bleeding, these emergencies often catch people off guard. In these critical moments, a person's first aid knowledge and skills may be the key to determining life and death. However, despite the undeniable importance of first aid, the current public awareness of first aid is still low, and many people often feel helpless when facing emergency situations. It is based on this situation that we have compiled this book, aiming to provide the general public with a systematic, practical, and easy to learn emergency guide.

The original intention of this book is to combine the scientific and rigorous nature of modern Western emergency medicine with the holistic and dialectical nature of traditional Chinese medicine, and explore a more suitable and universal path for emergency treatment that is more in line with China's national conditions. For a long time, traditional Chinese medicine and Western medicine have developed independently in the field of emergency treatment, each with its unique advantages. Western medical emergency treatment, with its fast and precise characteristics, has demonstrated excellent effectiveness in responding to emergency situations such as cardiopulmonary resuscitation, hemostasis, and fixation; Traditional Chinese medicine, on the other hand, plays an important role in assisting and supplementing emergency treatment through its regulation of the overall condition of the human body, dialectical analysis of symptoms, and unique acupoints and techniques. The writing of this book aims to break this boundary, organically integrate the two, and form a "1+1 > 2" emergency mode, allowing first responders to have a more comprehensive toolbox and flexibly apply it in different situations.

This book covers the most common emergencies in daily life, from cardiac arrest, coma, bleeding, airway foreign bodies, to falls, fractures, burns, heatstroke,

poisoning, and more. Each chapter elaborates in detail from multiple dimensions, including emergency identification, Western medical emergency techniques, traditional Chinese medicine auxiliary methods, and post emergency care. For example, in the chapter on cardiopulmonary resuscitation (CPR), we not only explained in detail the standard operating procedures of Western medicine, but also introduced specific acupressure methods of traditional Chinese medicine that can be used to assist rescue in emergency situations; In the chapter on falls and fractures, we not only emphasized the principles of fixation and transportation in Western medicine, but also introduced the concept and techniques of traditional Chinese medicine bone setting, aiming to reduce secondary injuries. We hope that through this approach, readers can not only learn how to do it, but also understand why they do it, so as to have a clear understanding in practice and remain calm in the face of danger.

In addition to first aid techniques for specific emergencies, this book also pays special attention to the daily popularization of first aid knowledge. We have provided a detailed introduction on how to prepare a fully functional home first aid kit, how to dial emergency numbers correctly, and self rescue and mutual aid techniques in special environments such as the wilderness and disaster sites. We firmly believe that first aid knowledge should not only exist in the fields of hospitals and professionals, but should become a basic survival skill that every citizen should master. Only when the awareness of first aid is deeply rooted in people's hearts and the skills of first aid are popularized in every family, can our society demonstrate stronger resilience and mutual assistance spirit in the face of emergencies.

The compilation of this book gathers the wisdom and experience of multiple experts in emergency medicine from both Chinese and Western medicine, striving for scientific, rigorous, and practical content. However, emergency medicine is a constantly evolving discipline, and the knowledge system we present is only a summary and refinement of the current stage. At the same time, due to limitations in personal level and perspective, there are inevitably omissions and inappropriate aspects in the book. We kindly ask readers to criticize and correct us.



第一章 急救医学概论与中西医结合理念·····	1
第一节 急救医学的定义、重要性与发展·····	1
第二节 中医急救与西医急救的特点及优势·····	6
第三节 中西医结合在急救中的理论基础与实践意义·····	11
第四节 日常生活中常见急症的识别与初步判断·····	17
第二章 突发心搏骤停的中西医急救技术·····	23
第一节 心搏骤停的识别与早期判断·····	23
第二节 西医心肺复苏（CPR）与自动体外除颤器（AED）的使用·····	28
第三节 中医在心搏骤停急救中的辅助技术与理念·····	35
第四节 心搏骤停急救后的照护与注意事项·····	40
第三章 突发昏迷的中西医急救技术·····	45
第一节 昏迷的常见原因与紧急评估·····	45
第二节 西医对突发昏迷的急救处理原则·····	49
第三节 中医在突发昏迷中的辨证施治与急救方法·····	54
第四节 昏迷患者的体位管理与气道维护·····	59
第四章 各类急性出血的中西医止血方法·····	65
第一节 割伤、擦伤等体表出血的西医止血技术·····	65
第二节 口腔出血、鼻出血的中西医结合止血策略·····	70
第三节 中医在各类急性出血中的止血穴位与外用方·····	75
第四节 出血性休克的识别与初步处理·····	81

第五章 气道异物吸入中西医急救方法	89
第一节 气道异物吸入的识别与危险性	89
第二节 海姆立克急救法（Heimlich Maneuver）的原理与操作	94
第三节 中医在气道异物急救中的辅助手法与理念	100
第四节 特殊人群（婴幼儿、孕妇）气道异物急救	106
第六章 跌倒骨折的中西医急救手段	113
第一节 跌倒的常见原因与骨折的初步判断	113
第二节 西医对骨折、脱位、扭伤的固定与搬运技术	119
第三节 中医在跌倒骨折急救中的手法与外敷应用	124
第四节 软组织损伤的紧急处理与后续康复	130
第七章 其他常见急症的中西医急救	137
第一节 烧烫伤的紧急处理与中西医结合方案	137
第二节 中暑与热射病的中西医急救措施	142
第三节 癫痫发作与过敏反应的急救要点	148
第四节 急性中毒的识别与初步解毒方法	153
第八章 家庭急救箱的准备与日常急救知识普及	159
第一节 家庭急救箱的必备物品与管理	159
第二节 常用急救药物的了解与正确使用	166
第三节 急救电话的拨打与信息提供	171
第四节 社区与学校急救知识的推广与培训	176
第九章 特殊环境下的急救与自救互救	183
第一节 野外生存与户外运动中的急救	183
第二节 灾害现场（地震、火灾）的自救与互救	189
第三节 交通意外的紧急处理与伤员救助	194
第四节 心理急救与创伤后应激干预	200

第十章 中西医急救的未来发展与公众健康教育	207
第一节 中西医急救技术的发展趋势	207
第二节 智能科技在急救领域的应用前景	210
第三节 公众急救技能培训体系的构建与完善	216
第四节 提升全民急救意识与能力的重要性	220
参考文献	227

第一章 急救医学概论与中西医结合理念

第一节 急救医学的定义、重要性与发展

一、急救医学的核心理念与“黄金时间”

急救医学的核心理念强调在突发疾病或意外伤害发生时，通过迅速、科学、有效的干预措施，最大限度地挽救生命、减轻痛苦并防止病情进一步恶化。这一理念的核心在于“时间就是生命”，尤其是在心搏骤停、严重创伤、急性心肌梗死等危急情况下，每一分钟的延误都可能显著降低患者的生存率与康复质量。因此，急救不仅要求技术上的精准，更要求响应上的极速与协同上的高效。

“黄金时间”是急救医学中一个至关重要的概念，通常指伤病发生后的最初几分钟至几小时，这一时期内的及时干预对预后具有决定性影响。例如，在心源性猝死的情况下，大脑缺氧四至六分钟即可导致不可逆的损伤，而如果在四分钟内进行心肺复苏并使用自动体外除颤器，患者的生存机会将大大提高。同样，在急性脑卒中或严重外伤中，早期识别症状并迅速转运至专业医疗机构，能够显著改善治疗效果并降低致残风险。

从中西医结合的角度来看，急救医学的核心理念不仅包括现代医学的快速生命支持技术，如气道管理、心肺复苏及止血包扎，还融入了中医的整体观与辨证施治思想。例如，在突发晕厥或虚脱情况下，除了常规的体位调整与生命体征监测外，中医的针刺人中、内关等穴位常能起到迅速苏醒的作用；而在某些急性痛症中，推拿或艾灸等方法也可作为辅助手段缓解症状。这种结合不仅拓展了急救手段的多样性，也更注重患者在生理与心理层面的整体恢复。

此外，急救中的“黄金时间”理念也强调社会层面上的协同与准备。它包括公众急救知识的普及、社区应急体系的完善以及医疗资源的快速调度。在许多国家，第一响应人制度、公共场所配备自动体外除颤器以及高效的急救电话系统，都是缩短反应时间、把握“黄金时间”的重要举措。而中医“治未病”的理念也在急救预防中发挥作用，例如通过体质辨识与健康干预，减少某些急症的发生风险。



综上所述，急救医学的核心理念与“黄金时间”概念深刻体现了时间在救治中的极端重要性，而中西医结合的思路则为急救实践提供了更丰富、更人性化的解决方案。这不仅要求专业技术与设备的支持，更需要全社会在意识、制度与资源上的共同努力，才能真正实现“急救在我们身边”的目标。在急救实践中，对“黄金时间”的把握不仅依赖于专业医疗团队的快速反应，也与现场第一目击者的初步处置能力密切相关。社会大众若掌握基础急救技能，如识别心搏骤停的前兆、实施正确的心肺复苏操作或使用自动体外除颤器，就能在专业人员到达前为患者争取宝贵时间。许多突发状况，例如气道异物梗阻或严重过敏反应，最初的几分钟往往是决定生死的关键窗口，此时即便非专业人员的简单干预，如背部叩击或肾上腺素笔使用也可能显著改变预后。

从中医的角度看，某些急症发作时的先兆表现具有独特的辨识与处理价值。例如，在中风发生前，患者可能出现一过性头晕、舌体僵硬或肢体麻木等“小中风”征兆，若及时采用中医的针灸或中药干预，可能延缓或避免严重发作。又如，在一些急性心痛或气逆证候中，迅速按压内关、膻中等穴位，或含服速效救心丸等中成药，能够为后续西医治疗创造更稳定的生理条件。这种基于辨证的即时处理，体现了中医“既病防变”的治则，与现代急救中“防止二次损伤”的理念高度契合。

值得注意的是，急救过程中的心理干预同样不可忽视。突发伤病往往伴随极度恐惧与焦虑，这些情绪反应可能加重病情或影响救治配合度。此时，结合中医“形神合一”的理念，在实施技术性急救的同时，通过语言安抚、穴位按压（如神门、百会）或呼吸引导，帮助患者稳定心神，不仅有助于生理指标的恢复，也体现了医学人文关怀的整体性。现代研究也表明，心理应激状态的缓解能够降低体内儿茶酚胺水平，从而减少恶性心律失常等风险。

在社区与家庭层面，普及急救知识还应包括常见急症的识别与初步处理。例如，幼儿高热惊厥、老年人突发晕厥或糖尿病患者低血糖昏迷等情形，若家人能迅速采取适当体位管理、补充糖分或保持通风等措施，可有效避免并发症。同时，一些中医外治法如刮痧用于中暑、指压止鼻血等，因其操作简便、工具易得，也非常适合非专业人员学习使用，成为家庭急救的有效补充。

最后，急救体系的完善需依靠多环节协作，包括 120 调度系统的优化、院前与院内信息的无缝对接，以及公众场所急救设备的配置与维护。近年来，我国推

动的“互联网加急救”模式，通过手机定位一键呼救、视频指导自救互救等方式，进一步缩短了救援响应时间。而中医医疗机构在参与公共急救网络建设时，也可提供特色技术支持，如在中风、心痛等急症的中西医结合绿色通道中融入针灸、中药注射剂等治疗手段，提升整体救治效率。

二、现代急救体系的构成与发展历程

现代急救体系是一个高度组织化、系统化的医疗救援网络，其构成涵盖了从现场初步处置到院内专业救治的完整链条。该体系通常包括急救指挥调度中心、院前急救系统、院内急诊科以及重症监护病房等多个关键环节。急救指挥调度中心作为整个体系的中枢，负责接收紧急呼叫、协调资源分配并指导现场救援；院前急救系统则通过救护车、急救人员及便携设备，在第一时间抵达现场实施初步抢救；院内急诊科提供进一步的专业诊断与稳定处理；而重症监护病房则承担危重病人的持续生命支持与高级治疗。这些环节紧密衔接，共同构建了一个高效、协同的急救响应机制，旨在最大限度地缩短救治时间，提高抢救成功率。

急救体系的发展历程经历了从简单到复杂、从分散到集中的演变过程。在古代，急救多依赖于家庭或社区的简单自救与互救，缺乏系统性的组织与专业支持。随着医学知识的积累与社会需求的提升，近代开始出现较为规范的急救服务，例如十九世纪中期欧洲部分城市建立的马车救护系统，标志着院前急救的初步形成。二十世纪以来，随着交通事故、自然灾害等突发公共事件的增多，各国逐渐重视急救体系的建设，并开始引入先进的通信技术、运输工具及医疗设备，大大提升了急救的响应速度与处理能力。

二十世纪中后期，现代急救体系进入快速发展阶段。许多国家建立了全国统一的急救呼叫号码（如中国的120、美国的911），实现了急救资源的集中调度与优化配置。同时，急救医学逐渐成为一门独立的学科，强调多学科协作与标准化操作流程的应用。心肺复苏术、自动体外除颤器等技术的普及，进一步提高了院前急救的成功率。此外，急救体系开始注重公众教育，推广基本急救技能，使普通民众也能在紧急情况下提供初步援助，从而形成“第一响应人”机制，弥补专业救援到达前的时间空白。

进入二十一世纪，随着信息技术的飞速发展，现代急救体系呈现出智能化、网络化的新趋势。全球定位系统、大数据分析及物联网技术的应用，使得急救指



挥中心能够更精准地定位事发地点、预测资源需求并优化路线规划。移动医疗设备、远程会诊平台以及人工智能辅助诊断工具，也为现场急救与院内救治提供了更多技术支持。与此同时，急救体系逐步融入公共卫生应急管理系统，成为应对重大突发事件（如疫情、恐怖袭击、自然灾害）的核心力量之一，体现出更强的综合性与适应性。

尽管现代急救体系在许多国家和地区已取得显著成就，但仍面临诸多挑战与发展机遇。在资源分配方面，城乡之间、发达与欠发达地区之间的急救服务覆盖仍存在不平衡现象，需通过政策扶持与技术推广加以改善。此外，急救人员的专业培训与公众的急救知识普及仍需加强，以提升整体社会的自救互救能力。未来，随着人口老龄化、慢性病增多以及气候变化等因素的影响，急救体系将更需要注重预防、预警与长效管理，进一步融合中西医结合理念，探索更多元化、人性化的急救服务模式。

三、急救医学在公共卫生安全中的战略地位

急救医学在公共卫生安全体系中占据着不可替代的战略地位，其核心作用在于通过快速、有效的医疗干预，最大限度地降低突发公共事件对人民生命健康的威胁。在现代社会，各类自然灾害、事故灾难、传染病疫情以及恐怖袭击等突发事件频发，急救医学作为第一道防线，不仅承担着现场伤员救治的重任，还直接关系到整个应急响应体系的运转效率。从宏观层面看，急救医学的能力建设是国家公共卫生安全网络的重要组成部分，其水平高低直接影响社会能否在危机中保持稳定与秩序。

在突发公共事件中，急救医学的作用不仅体现在技术层面，更体现在组织与协调层面。例如，在地震、洪水等大规模灾害中，急救人员需在极端条件下开展检伤分类、紧急处理及转运工作，同时与公安、消防、交通等多部门协同作战，确保救援资源高效配置。这种多部门联动的机制，使得急救医学成为公共卫生应急管理体系中的关键枢纽，其响应速度与处理效果直接决定了事件后续发展的轨迹。

此外，急救医学在传染病防控中也具有特殊意义。例如，在新冠肺炎疫情中，急救系统不仅承担了疑似患者的转运与初步隔离工作，还在疫苗接种、大规模核酸检测等环节提供了重要支持。通过建立完善的预检分诊制度和感染控制流程，急救医学有效阻断了疾病传播链条，为公共卫生安全提供了坚实保障。这种“防

救结合”的模式，凸显了急救医学在重大公共卫生事件中的前瞻性和主动性。

从长远来看，急救医学的发展还与国家整体医疗资源的布局 and 分配密切相关。在偏远地区或医疗资源匮乏的区域，加强急救网络建设能够显著提升基层医疗服务的可及性和质量，减少因抢救不及时导致的死亡和残疾。同时，通过普及公众急救知识培训，社会整体应对突发事件的能力得到增强，进一步巩固了公共卫生安全的群众基础。

值得注意的是，中西医结合的理念在提升急救医学战略地位中发挥了独特作用。中医急救方法如针刺人中、十宣放血等在特定情境下能够快速缓解症状，为后续西医治疗争取时间；而西医的现代生命支持技术则提供了更加精准和稳定的救治手段。两者相辅相成，不仅丰富了急救医学的技术储备，还提高了其在复杂公共卫生事件中的适应性和韧性。

综上所述，急救医学不仅是医疗体系的重要组成部分，更是国家公共卫生安全战略的核心支柱之一。通过不断加强能力建设、技术创新和多部门协作，急救医学将为构建更加稳固和高效的公共卫生安全网络提供坚实支撑。

四、中西医结合急救的理念起源与发展脉络

中西医结合急救理念的起源可追溯至古代中西方医学交流的萌芽阶段。早在丝绸之路开辟时期，中医药知识便随着商贸往来传入西方，而西方医学的一些理论也逐渐被东方接纳。明代末年，西方传教士将部分西洋医学知识带入中国，与中国传统医学产生初步碰撞。清代中期以后，随着西医医院在中国设立以及医学著作的翻译传播，中西医两种体系开始出现理论对话与实践交融。这一时期，一些医学先驱开始尝试将中医的整体观念与西医的局部解剖相结合，为后来的中西医结合急救思想埋下伏笔。

20 世纪初，随着现代医学教育体系在中国的建立，中西医结合的理念得到进一步探讨。不少医学家提出“中西汇通”的主张，试图在保持中医特色的基础上吸收西医长处。特别是在急救领域，中医的针灸止血、草药解毒等方法与西医的外科处理、药物注射开始在实践中相互补充。新中国成立后，政府明确提出“中西医结合”的卫生工作方针，推动中医药与现代医学的协同发展。1958 年，全国中西医结合工作会议首次系统提出“中西医结合防治急症”的研究方向，标志着这一理念从自发探索走向国家战略层面。



20 世纪 70 至 90 年代，中西医结合急救迎来快速发展期。各级医院开始建立中西医结合急诊科室，开展了一系列临床研究与技术推广。例如，在西医心肺复苏的基础上配合中医的参附注射液以增强回阳固脱效果；在创伤急救中结合针灸镇痛与西医的骨折固定；在中风急救中采用西医溶栓与中医活血化瘀并重的治疗方案。大量临床数据表明，中西医结合急救在降低死亡率、减少后遗症、提高生存质量方面具有显著优势。这一阶段的实践不仅丰富了急救技术手段，更深化了对中西医理论融合的认识。

进入 21 世纪后，中西医结合急救逐步走向标准化与国际化。国家卫生健康委员会颁布多项中西医结合急诊诊疗指南，规范了各类急症的中西医协同处理流程。同时，随着循证医学理念的普及，大量多中心随机对照试验为中西医结合急救提供了科学依据。国际范围内，世界卫生组织传统医学战略将中西医结合列为重要发展方向，中国援外医疗队多次在非洲、东南亚等地推广中西医结合急救模式，获得国际认可。如今，中西医结合急救已形成独具特色的理论体系与实践范式，成为全球急救医学领域的重要分支。

未来，随着人工智能、大数据等新技术的发展，中西医结合急救将迎来更广阔的发展空间。通过建立急症病例数据库、开发智能辅助诊断系统，将进一步优化中西医协同救治方案。同时，跨境医疗合作与标准化建设将促进中西医结合急救模式的全球推广，为构建人类卫生健康共同体作出重要贡献。

第二节 中医急救与西医急救的特点及优势

一、中医急救的整体观念与辨证论治优势

中医急救的整体观念体现在将人体视为一个有机整体，强调内外环境的统一与协调。在急救过程中，中医不仅关注局部症状，更重视全身状态的调整。例如，对于突发昏厥的患者，中医会通过望闻问切全面收集信息，判断气血运行、脏腑功能以及精神情志等方面的异常，从而制定综合救治方案。这种整体性思维有助于避免“头痛医头，脚痛医脚”的局限性，能够从根源上识别并处理问题，提高急救的全面性与有效性。

辨证论治是中医急救的另一大优势，它强调根据患者的具体证候进行个体化

治疗。在急救场景中，同一疾病可能表现为不同的证型，如同为中风，可有闭证与脱证之分，治疗原则截然不同。中医通过精细的辨证，能够迅速区分寒热虚实等病机性质，并采取相应的针刺、艾灸或药物干预。这种灵活多变的策略，使急救措施更加精准，减少了误治风险，尤其适用于复杂或常规西医手段效果不佳的病例。

此外，中医急救方法多样，包括针灸、推拿、中药汤剂等，这些手段往往操作简便、副作用小，适合在资源有限或突发情况下快速实施。例如，针刺人中穴可用于缓解晕厥，艾灸关元穴能回阳固脱，而常见的中成药如安宫牛黄丸则在热闭神昏时发挥急救作用。这些方法不仅易于普及，还能与西医急救技术形成互补，提升整体救治效率。

最后，中医急救注重预防与调护，强调“治未病”理念。在急救后阶段，中医会通过调理气血、平衡阴阳来促进患者康复，减少后遗症发生。这种从急救到康复的全周期管理，体现了中医在急症处理中的长远优势，为患者提供了更为连贯和细致的医疗服务。中医急救的整体观念还体现在对人与自然和谐统一的深刻理解上，认为人体健康与外界环境的变化息息相关。在急救过程中，中医不仅关注患者的内在失衡，还会考虑季节、气候、地域等外部因素对病情的影响，从而制定更为全面的干预策略。例如，在高温天气中发生的中暑，中医会结合“暑邪”特性，采取清热解暑、益气生津的方法，而非单纯降温。这种整体性视角有助于在急救时更准确地把握病因，避免因忽视环境因素而导致的治疗效果不佳，进一步提升急救的成功率与适应性。

二、西医急救的标准化流程与科学量化优势

西医急救体系的核心优势在于其高度标准化的操作流程与科学量化的评估手段，这一特点使其在全球范围内成为紧急医疗响应的主流模式。标准化流程首先体现在急救响应的系统化组织上，从接到求助电话开始，调度中心便依据标准化协议初步评估病情紧急程度，并迅速派出相应等级的救护单元。救护人员到达现场后，立即按照“评估—干预—再评估”的循环模式展开工作，确保急救行为的逻辑性和连贯性。这一流程不仅涵盖了基础生命支持如心肺复苏、止血、气道管理等操作，还包括高级生命支持如电除颤、药物治疗及创伤处理等环节，每一个步骤均有明确的执行标准和顺序要求。



科学量化是西医急救的另一显著优势，其依托现代医学技术对患者的生理指标进行实时监测与数据分析，从而为诊断和治疗提供客观依据。例如，在心肺复苏过程中，急救人员会持续监测患者的心电图、血氧饱和度、血压及呼气末二氧化碳等参数，通过这些数据动态调整按压深度、频率以及药物用量。此外，西医急救还广泛运用创伤评分系统，如格拉斯哥昏迷评分、创伤严重程度评分等，对患者的伤情进行分级，以便科学决策转运优先级和治疗方案。这种量化管理不仅减少了主观误判，还显著提高了抢救的成功率和预后质量。

标准化与量化相结合，使西医急救在团队协作中表现出极高的效率。在多学科参与的急救场景中，如严重创伤或心脑血管急症，不同专业的医护人员能够基于统一的流程和数据进行无缝配合，各自分工明确、操作有序。例如，在高级心脏生命支持团队中，一名成员负责胸外按压，另一名管理气道，第三人则负责药物准备和记录，这种分工依赖的正是标准化操作指南和实时共享的量化信息。此外，标准化流程还便于开展质量控制与后续改进，医疗机构可以通过回顾急救数据、分析流程执行情况，不断优化实践指南和培训内容。

值得注意的是，西医急救的标准化与量化优势并未排斥灵活性，而是在科学框架内允许个体化调整。例如，尽管心肺复苏指南规定了统一的按压速率和深度，但急救人员仍会根据患者的年龄、体型及实时生理反馈微调操作。同样，药物治疗虽遵循标准协议，但剂量和时机仍需结合患者的具体反应决定。这种在标准化基础上的动态适配，既保证了急救行为的一致性和可靠性，又兼顾了临床实践的复杂性与多样性。

总体而言，西医急救通过标准化流程确保了急救行为的高效性与可重复性，而科学量化则为其提供了精准的决策支持和效果评估手段。这两大优势共同构建了一个透明、可靠且可持续改进的急救体系，极大地提升了急危重症患者的生存机会与康复质量。

三、中西医急救在不同病种中的互补性分析

在临床实践中，中西医急救的互补性体现在多个病种的处理上，尤其在急危重症的救治中展现出独特优势。以急性心肌梗死为例，西医急救强调快速再灌注治疗，如溶栓或介入手术，以迅速恢复血流，减少心肌坏死；而中医则注重整体调节与气血平衡，可在急性期辅助使用活血化瘀、通络止痛的中药或针灸治疗，

以改善微循环、缓解胸痛症状，并减少再灌注损伤的风险。两者结合不仅提高了抢救成功率，还显著改善了患者的长期预后与生活质量。

对于脑卒中患者，西医急救通过影像学检查明确病变性质后，采取溶栓、取栓等针对性措施，以最大程度挽救神经功能；中医急救则可在急性期及恢复期介入，运用醒脑开窍针法、中药汤剂（如安宫牛黄丸）以促醒、化痰通络，并配合康复手段改善肢体功能障碍。研究表明，中西医结合治疗能有效降低致残率，加速神经功能恢复，且中医药在调节血压、稳定情绪方面具有独特作用。

在严重创伤与休克救治中，西医通过液体复苏、手术止血及血管活性药物维持生命体征；中医则可采用益气固脱、回阳救逆的方药（如参附注射液）辅助提升血压、改善组织灌注，同时通过针灸刺激调节自主神经功能，缓解应激反应。这种互补模式不仅增强了抗休克效果，还减少了多器官功能障碍的发生风险。

此外，在中毒、重症感染等疾病中，西医的解毒剂、抗生素治疗与中医的清热解毒、扶正祛邪疗法相互协同，既能快速控制病情，又可通过调节免疫、保护脏器功能降低并发症概率。例如，在脓毒症治疗中，西医的抗感染与支持治疗结合中医的“扶正”理念（如使用生脉散加减），可显著改善患者免疫状态及器官功能。

总体而言，中西医急救在不同病种中的互补性源于二者在理论体系与方法上的差异性与协同性。西医长于病因明确、机制清晰的快速干预，而中医善于整体调节、功能恢复与个体化治疗。通过有机结合，不仅能提高急危重症的救治效率，还能优化长期疗效，体现“急则治标、缓则治本”的整合医学思想。未来，需进一步推动中西医急救模式的规范化与标准化，以充分发挥各自优势，更好地服务于患者。在急性呼吸窘迫综合征的救治过程中，西医通常采用机械通气、肺保护性通气策略以及糖皮质激素等药物干预，以维持氧合和减轻炎症反应；而中医则从“肺气壅塞”“痰热内蕴”等病机出发，可配合使用宣肺平喘、清热化痰的中药（如麻杏石甘汤加减）或穴位贴敷疗法，以改善气道通畅性、促进炎症吸收。临床观察显示，此类中西医结合干预能够显著降低呼吸机使用时间，减少气压伤发生，并有助于患者肺功能的早期恢复。

对于严重心律失常的急诊处理，西医可通过电复律、抗心律失常药物或起搏器植入迅速纠正心律，稳定血流动力学；中医则依据“心悸”“怔忡”等证候特点，选用益气养阴、安神定悸的方药（如炙甘草汤加减）或耳穴压豆等非药物疗法，



辅助调节自主神经平衡，改善心肌代谢，减少恶性心律失常的再发风险。二者协同不仅提升了即时复律的成功率，也有助于缓解患者焦虑情绪，增强治疗依从性。

在急性胰腺炎的急救中，西医采取禁食、胃肠减压、液体复苏及抑制胰酶分泌等综合措施以控制局部与全身炎症；中医则辨证属“腑实热结”或“湿热蕴结”，可选用大承气汤或清胰汤等通里攻下、清热解毒类方药，经鼻饲或灌肠途径给药，促进肠道蠕动、减轻腹腔内压力及毒素吸收。多项研究表明，中西医结合治疗能更快缓解腹痛、降低感染发生率，并缩短住院时间。

此外，对于多器官功能障碍综合征这类危重情况，西医以器官功能支持为核心，通过呼吸机、血液净化、血管活性药物等手段维持生命；中医则基于“正气虚衰”“毒瘀互结”等病机，运用扶正解毒、活血化瘀类中药（如血必净注射液）或艾灸温阳固脱，辅助改善微循环、调节免疫紊乱及减轻内皮损伤。这种多靶点、整体化的干预策略为改善患者预后提供了更多可能性。

综上所述，中西医急救的协同模式不仅体现在常见急症，更在复杂危重病领域展现出显著优势，其核心在于病因治疗与整体调节的有机结合，既重视生命的即时挽救，也关注功能的长期恢复，从而真正实现从急救到康复的连续性医疗服务。

四、传统中医急救经验的现代科学解读

传统中医急救经验蕴含着古人应对急危重症的智慧结晶，其理论与方法在长期实践中形成了独特体系。随着现代科学技术的不断发展，越来越多学者尝试从现代医学和生物学角度重新审视这些传统经验，探索其内在的科学机制。例如，中医急救中常用的针刺人中穴以促醒的方法，现代研究发现其可能通过刺激三叉神经和面神经分支，进而影响脑干网状结构上行激活系统，促使意识恢复。这一解释为传统急救手法提供了神经生理学的依据，也使得更多国际医学界开始关注并研究中医急救技术的有效性。

在药物急救方面，中医常用的安宫牛黄丸、至宝丹等方剂，现代药理研究表明其具有明显的抗惊厥、镇静、解热及脑保护作用。通过高效液相色谱、质谱分析等技术，研究人员从中分离出胆酸、黄芩苷、麝香酮等多种活性成分，并证实这些成分能够调节神经递质水平、减轻炎症反应、抑制细胞凋亡，从而在脑卒中、高热惊厥等急症中发挥急救效果。这些发现不仅验证了古方的确切疗效，也为现代急救药物的研发提供了新的思路和天然化合物库。

此外，中医急救强调“辨证施治”，即根据患者具体表现采取个体化救治策略，这一理念与现代精准医学不谋而合。例如，在面对厥证（晕厥）时，中医区分气厥、血厥、痰厥等不同证型，并分别采用行气、活血、化痰等治法。现代研究从代谢组学、蛋白质组学角度发现，不同证型对应的生物标志物谱存在显著差异，这为中医辨证提供了分子生物学层面的支持，也启示我们在急救过程中应更加注重个体化治疗。

中医急救中还重视“整体观”，即在处理急症时不仅关注局部病变，还考虑全身状态及环境因素的影响。例如，在救治中暑患者时，中医除了解暑还常兼顾益气养阴，现代医学研究证实，严重中暑会导致全身炎症反应综合征及多器官功能障碍，而中药如生脉散等方剂可通过调节免疫、改善微循环、保护器官功能等多途径发挥协同作用。这种整体调节的思路正逐渐被纳入现代急诊医学的多靶点治疗策略中。

尽管传统中医急救经验在许多方面显示出科学性和实用性，现代解读也仍面临一些挑战。例如，部分急救技术的机制尚未完全明确，缺乏大样本随机对照试验的证据支持，剂型和使用方法也需进一步标准化以适应现代急救环境。因此，未来研究应继续深入，结合现代科技手段，对传统经验进行去芜存菁、创新发展，使中西医急救实现更高效的融合，为患者提供更全面、迅速的急救服务。

第三节 中西医结合在急救中的理论基础与实践意义

一、阴阳五行学说与脏腑经络在急救中的指导作用

阴阳五行学说与脏腑经络理论作为中医学的核心理论体系，在急救医学中具有重要的指导意义。阴阳学说强调人体内外环境的动态平衡，急救过程中若出现阴阳失衡，如高热、休克、昏迷等症状，均可通过调节阴阳来恢复生理稳定。例如，高热属阳盛，需采用清热泻火之法；休克多属阳虚，宜温阳固脱。五行学说则通过相生相克关系解释脏腑之间的生理联系与病理传变，急救时需注意某一脏腑的病变可能影响其他脏腑功能。如心火亢盛可能传至肺金，导致呼吸急促，此时需清心火以保肺金。

脏腑经络理论则进一步明确了急救的定位与干预方向。脏腑是人体功能活动



的核心，经络是气血运行的通道。在急救中，通过判断病变脏腑及相关经络，可以更精准地实施治疗。例如，心脏骤停时，心与心包经功能受损，需立即通过按压心前区或针刺内关穴以激发心气；急性呼吸困难则可能与肺脏及肺经相关，可通过刺激肺经穴位如尺泽、太渊以宣肺平喘。

此外，阴阳五行与脏腑经络的结合应用，使急救措施更具系统性与整体性。例如，在处理急性腹痛时，需根据疼痛性质（寒热虚实）及部位（所属经络）判断其与肝、脾、胃等脏腑的关系，从而选择温中散寒、疏肝理气或通腑泄热等不同治法。这种整体观不仅有助于缓解症状，还能预防病情进一步恶化。

实践表明，将阴阳五行与脏腑经络理论融入现代急救体系，能够弥补单纯西医对症处理的不足，尤其在功能性或身心性急症中效果显著。例如，对于急性焦虑发作或癔症，中医通过调节心神（心藏神）及平衡肝胆气机，常能迅速缓解症状。综上所述，阴阳五行学说与脏腑经络理论为急救提供了独特的诊断思路与治疗途径，是实现中西医结合急救的重要理论基础。在急救实践中，阴阳失衡的判断与调节是救治成功的关键环节之一。阴阳学说认为，人体的健康状态依赖于阴阳双方的动态平衡，一旦这种平衡被打破，便会出现各种急症。例如，高热患者往往表现为面红目赤、口渴喜冷、脉洪大等阳盛症状，此时需迅速采用清热泻火的方法，如使用生石膏、知母等药物，或通过针刺大椎、曲池等穴位以泻热。相反，若患者出现面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝等休克表现，则多属于阳虚或亡阳证，急需温阳固脱，可选用人参、附子等回阳救逆之品，并结合艾灸关元、气海等穴位以振奋阳气。这种基于阴阳理论的辨证施治，能够迅速纠正体内的失衡状态，为后续治疗赢得宝贵时间。

五行学说在急救中的应用主要体现在脏腑关系的调节与疾病传变的预防上。五行相生相克的理论揭示了脏腑之间复杂的生理联系和病理影响，急救时需全面考虑这种相互关系，避免顾此失彼。例如，肝属木，主疏泄，若情志刺激导致肝气郁结，木旺乘土，则可能引发急性胃痛或呕吐，此时除疏肝解郁外，还需兼顾脾胃功能，选用柴胡、白芍等药物以调和肝脾。再如，肾属水，心属火，水火相济则心神安宁，若肾水不足不能上济心火，可能导致心火独亢，出现心烦失眠甚至惊悸等急症，治疗时需滋肾水以降心火，选用黄连、阿胶等药物交通心肾。通过五行生克关系的灵活运用，急救措施更能体现整体性和预见性，有效防止病情恶化或传变。

经络理论在急救中的定位与干预具有独特的实用价值。经络是运行气血、联络脏腑肢节的重要通路，许多急症的发生与经络阻滞或气血运行失常密切相关。急救时通过判断病变涉及的经络，可以快速找到干预点，提高救治效率。例如，心绞痛或心肌梗死时，手少阴心经及手厥阴心包经往往出现异常，刺激内关、郄门等穴位能迅速缓解心前区疼痛并改善心脏供血。急性胆绞痛多与足少阳胆经相关，针刺阳陵泉、胆囊穴等可疏利胆腑、缓解痉挛。此外，经络理论还指导着实用的急救穴位选择，如人中穴用于昏迷急救，十宣穴用于高热惊厥，这些穴位往往能通过刺激经络气血起到醒神开窍、清热镇惊的作用。这种基于经络的定位治疗不仅操作简便，而且效果显著，非常适合急救场景。

将阴阳五行和脏腑经络理论结合运用于急救，能够形成更为系统和完善的诊治策略。在面对复杂急症时，单一理论往往难以全面把握病情，而多种理论的综合应用则可以提供多角度的分析和处理方案。例如，对于急性哮喘发作，既可以从阴阳角度判断其属寒哮或热哮，从而采用温肺化饮或清肺化痰的治法；也可以从脏腑角度分析其与肺、脾、肾的关系，选择补肺健脾或纳气平喘的药物；同时还可以根据经络理论选取肺经、胃经的相关穴位如膻中、丰隆等进行针刺或按摩。这种多层次、多靶点的治疗方式，不仅能够迅速缓解症状，还能调整整体功能，减少复发风险。实践表明，这种综合性思维在现代急救中尤其适用于病因不明或多种因素交织的急症，为患者提供更加个性化且有效的救治方案。

二、现代医学解剖生理学与中医理论的融会贯通

现代医学解剖生理学与中医理论的融会贯通，是中西医结合急救体系的重要理论基础。现代医学以解剖学和生理学为基础，强调对人体结构和功能的精确认识，而中医理论则从整体观念出发，通过阴阳五行、脏腑经络等理论阐释人体的生理病理变化。在急救实践中，二者的结合不仅能够提供更全面的诊断视角，还能优化治疗方案，提高救治成功率。例如，现代医学通过解剖学明确心脏的结构和功能，而中医则从“心主血脉”的理论出发，强调心气充沛与血液运行的协调关系。在心脏骤停的急救中，现代医学采用心肺复苏术维持血液循环，而中医则可通过针刺人中、内关等穴位激发经气，辅助恢复心功能，这种结合使得急救措施更加立体和高效。

在呼吸系统急救方面，现代生理学详细阐述了肺的通气与换气机制，以及氧



气和二氧化碳的运输过程；中医则从“肺主气、司呼吸”的理论出发，强调肺气宣发肃降的功能及其与全身气机的关系。例如，在急性呼吸窘迫的救治中，现代医学通过氧疗、机械通气等方式维持呼吸功能，而中医则可配合使用宣肺化痰的中药或针刺疗法，促进气机畅通，缓解症状。这种融会贯通不仅丰富了急救手段，还增强了对复杂病情的应对能力。

神经系统急救同样体现了现代医学与中医理论的互补性。现代解剖生理学明确了大脑、脊髓及周围神经的结构与功能，以及神经冲动的传导机制；中医则从“心主神明”“脑为元神之府”等理论出发，强调精神、意识与脏腑气血的密切关系。在脑卒中等急症中，现代医学通过影像学检查定位病变，采用溶栓或手术干预；中医则可从调和气血、疏通经络的角度，配合针灸或中药促进神经功能恢复，减少后遗症。这种结合不仅拓展了治疗思路，还提高了患者的康复质量。

循环系统的急救更是中西医结合的重要领域。现代生理学详细描述了心脏的泵血功能、血管的舒缩机制以及血压的调节过程；中医则通过“心主血脉”“气为血之帅”等理论，强调气血运行的动态平衡。在休克或心力衰竭的急救中，现代医学采用液体复苏、血管活性药物等手段维持循环稳定；中医则可从益气固脱、回阳救逆的角度，使用参附汤等方药辅助提升血压和改善微循环。这种理论与实践的结合，使得急救措施更加精准和全面。

消化系统急症如急性腹痛或消化道出血，也充分展示了现代医学与中医理论的融会贯通。现代解剖生理学明确了胃肠道的结构与功能，以及消化液分泌和肠道蠕动的机制；中医则从“脾胃为后天之本”的理论出发，强调脾胃升降运化与全身气血津液的关系。在急救处理中，现代医学通过内镜、手术等方式控制出血或解除梗阻；中医则可配合健脾和胃、理气止痛的中药或针灸疗法，缓解症状并促进功能恢复。这种多角度的诊疗模式，显著提升了急症救治的效果。

三、中西医结合急救的临床应用模型与疗效评估

中西医结合急救的临床应用模型是在长期实践中逐步形成的系统性框架，其核心在于将中医整体观念、辨证论治与西医的病理生理机制、急救技术有机融合。具体而言，这一模型通常包括以下几个关键环节：首先是快速评估与分类，采用西医的生命体征监测与中医的望闻问切相结合，迅速判断病情危重程度；其次是协同干预，即在西医支持治疗（如氧疗、输液、药物控制）的基础上，结合中医

方法如针灸、中药汤剂或推拿，以调节气血、平衡阴阳；再者是动态调整治疗方案，依据中西医各自的疗效指标进行实时优化。例如，在急性心脑血管事件中，西医的溶栓、抗凝治疗与中医的活血化瘀方剂可协同应用，既改善微循环，又降低出血风险，从而提升整体救治成功率。

疗效评估是中西医结合急救体系中的重要组成部分，其方法需兼顾中西医两种医学体系的特点。通常采用多维度评价指标，包括西医的客观生理参数（如心率、血压、血氧饱和度恢复时间）和中医的主观症状改善（如神志、舌苔、脉象变化）。此外，还可引入生活质量评分、并发症发生率、再入院率等中长期指标，以全面反映救治效果。值得注意的是，由于中西医理论差异，评估时需避免简单叠加，而应强调协同增效的验证。例如，通过随机对照试验或队列研究，比较纯西医治疗组与中西医结合组的差异，分析其在症状缓解时间、住院天数及不良反应方面的优劣，从而科学证实结合疗法的实际价值。

在实际应用中，中西医结合急救模型已在多个急症领域展现出显著优势。例如，在创伤急救中，西医的外科清创、固定术与中医的消肿止痛膏药、内服活血药物结合，能加速组织修复、减轻疼痛；在急性中毒处理中，西医的洗胃、解毒剂与中医的排毒中药（如大黄、甘草）协同，可增强毒物代谢、保护脏器功能。这些案例表明，结合模型不仅提高了急救的即时效果，还通过整体调节降低了后续康复的难度。然而，这一模型的推广仍面临挑战，如中西医理论融合的深度不足、标准化操作指南缺失以及医护人员跨学科培训缺乏等问题，需在未来通过更多临床研究和政策支持加以完善。

总体而言，中西医结合急救的临床应用模型与疗效评估体现了现代医学向整合化、个性化发展的趋势。通过建立科学的协作框架和多元评价体系，不仅能优化急危重症的救治流程，还能为患者提供更全面、人性化的医疗服务。未来，随着更多高质量证据的积累和技术的进步，这一模型有望成为急救医学的主流范式之一。

四、中西医结合急救在未来医学中的发展方向

中西医结合急救作为医学领域的重要发展方向，其未来前景广阔且充满挑战。随着现代医学技术的飞速发展，中西医结合急救不仅需要在理论层面深化融合，更需在实践应用中不断创新。未来，中西医结合急救将更加注重整体性与个体化



的统一，强调在急救过程中既运用西医的精准诊断与紧急处理手段，又结合中医的整体观念与辨证施治原则，以达到最佳救治效果。这一方向的核心在于打破传统医学界限，促进两种医学体系的互补与协同，从而提升急救医学的综合水平。

在技术层面，中西医结合急救将借助人工智能、大数据等现代科技手段，实现更高效的诊断与治疗。例如，通过智能设备实时监测患者生命体征，并结合中医的望闻问切进行综合分析，能够更快速地识别急症类型与严重程度。同时，大数据分析可以帮助挖掘中医急救方剂的现代化应用价值，比如明确哪些中药在特定急症中具有显著效果，并通过循证医学研究验证其安全性与有效性。这种科技与医学的结合，不仅提升了急救的精准度，也为中西医融合提供了更多实证支持。

此外，未来中西医结合急救的发展还需注重人才培养与学科建设。目前，许多医学教育体系仍以西医或中医为主，缺乏真正意义上的跨学科整合。因此，需要推动医学教育课程改革，增设中西医结合急救的专业方向，培养既懂西医急救技术又掌握中医辨证施治的复合型人才。同时，加强国际交流与合作，吸收全球急救医学的先进经验，并将中西医结合急救的理念与技术推广到更广泛的地区，尤其是在资源有限的基层医疗中发挥更大作用。

政策支持与标准化建设也是未来发展的关键。政府与相关机构应制定鼓励中西医结合急救发展的政策措施，例如增加科研经费投入、完善相关法律法规、建立中西医结合急救的操作指南与评价体系。通过标准化，可以确保中西医结合急救在不同医疗机构中的实施质量，减少因操作不规范导致的医疗风险。同时，还需加强公众教育，提高社会对中西医结合急救的认知与接受度，使更多人在急症发生时能及时获得有效救治。

最后，中西医结合急救的未来还需注重预防与康复的结合。急救不仅限于现场抢救，还包括后续的康复与长期健康管理。中医在调养身体、增强免疫力方面的优势可以与西医的康复医学相结合，形成从急救到康复的无缝衔接。例如，在心脏骤停抢救后，结合中医药进行调理，有助于减少并发症并加速恢复。这种全方位、全周期的医疗模式，正是未来医学发展的趋势，也将使中西医结合急救在提升全民健康水平中发挥更为重要的作用。

第四节 日常生活中常见急症的识别与初步判断

一、心脑血管急症的早期预警信号

心脑血管急症是日常生活中最为凶险的健康威胁之一，其突发性和高致死率要求我们必须具备早期识别能力。心脑血管急症主要包括急性心肌梗死、脑卒中以及严重心律失常等，这些疾病在发作前往往会出现一系列预警信号，及时发现并采取应对措施至关重要。

急性心肌梗死的早期信号通常表现为胸痛，这种疼痛多为压榨性、紧缩感，常位于胸骨后或心前区，可能向左肩、左臂甚至下颌放射。患者常伴有大汗、面色苍白、恶心呕吐等症状。值得注意的是，部分患者尤其是老年人或糖尿病患者可能表现为不典型症状，如仅仅出现呼吸困难、极度疲劳或上腹部不适，容易被误诊为消化系统疾病。若疼痛持续超过二十分钟且休息或含服硝酸甘油无法缓解，应高度怀疑心肌梗死。

脑卒中的预警信号则更为多样化，常见表现为突发性面部歪斜、一侧肢体无力或麻木、言语不清或理解障碍。患者可能突然出现行走困难、失去平衡或协调能力，或单眼或双眼视力突然模糊甚至失明。部分患者会诉说剧烈头痛，其性质与以往任何头痛不同，可能伴有呕吐或意识障碍。这些症状哪怕只是短暂出现后又自行缓解，也可能是短暂性脑缺血发作，即“小中风”，这是脑卒中的重要前兆，绝不能忽视。

除了上述典型表现外，心脑血管急症还有一些容易被忽略的全身性信号。例如，无诱因的突然冷汗、心悸心慌、头晕目眩甚至晕厥，都可能是心律失常或血压急剧变化的体现。特别是活动后出现气促、胸闷，休息后缓解，这可能是心功能不全的早期表现。夜间阵发性呼吸困难，即平卧时出现呼吸不畅需要坐起才能缓解，也是心力衰竭的重要信号。

需要特别关注的是，心脑血管急症的预警信号存在明显的性别差异。女性心肌梗死患者更可能表现为非典型胸痛，而更多出现不明原因的焦虑、失眠、异常疲劳或上背部疼痛。研究表明，女性在发病前数周就可能出现这些细微变化，但常被归因于压力或更年期症状，从而延误救治。

对于有高血压、糖尿病、高脂血症等基础疾病的人群，或具有心脑血管疾病家族史、吸烟、肥胖等危险因素者，上述任何症状的出现都应引起高度警惕。早



期识别这些信号并立即就医，能够显著提高救治成功率，降低致残率和死亡率。日常生活中，我们应当学会倾听身体发出的警告，及时采取行动，这才是应对心脑血管急症最有效的第一道防线。

二、呼吸道急症与消化道急症的鉴别要点

呼吸道急症与消化道急症在日常生活中较为常见，二者在临床表现上可能具有一定相似性，但其病理机制、危险程度及处理原则存在显著差异。准确识别与初步判断这两类急症，对于采取正确急救措施、避免病情恶化至关重要。以下从症状特点、体征观察及危险因素等方面，对呼吸道急症与消化道急症的鉴别要点进行详细阐述。

呼吸道急症主要包括气道异物阻塞、哮喘急性发作、急性喉炎、气胸等，其核心问题在于呼吸通道受阻或气体交换功能障碍。患者常表现为突发性呼吸困难、喘息、咳嗽、声音嘶哑或无法发声等。例如，气道异物阻塞时，患者可能出现双手掐颈的典型动作，面色迅速青紫，呼吸微弱甚至停止；哮喘发作时，则多以呼气性呼吸困难为主，伴有哮鸣音。此外，呼吸道急症患者常因缺氧而出现烦躁、意识模糊或昏迷，严重时可危及生命。

消化道急症则涵盖急性胃肠炎、消化道出血、肠梗阻、阑尾炎等，其主要矛盾集中于消化系统的功能障碍或器质性病变。常见症状包括剧烈腹痛、恶心、呕吐、腹泻或便血等。腹痛的性质与部位常有助于鉴别，例如阑尾炎初期多为上腹或脐周疼痛，随后转移至右下腹；消化道出血则可能表现为呕血或黑便，伴有面色苍白、脉搏加快等失血征象。需要注意的是，部分消化道急症如剧烈呕吐或腹泻可能导致脱水、电解质紊乱，进而引发全身性症状，但通常不直接影响呼吸功能。

在体征观察上，呼吸道急症更注重呼吸频率、节律及辅助呼吸肌的使用情况。患者可能出现鼻翼扇动、三凹征（锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙凹陷）等表现，听诊时可闻及哮鸣音、湿啰音或呼吸音减弱。而消化道急症则更关注腹部体征，如腹肌紧张、压痛、反跳痛等腹膜刺激征，肠鸣音亢进或消失等。此外，生命体征如血压、心率的变化也可提供线索：呼吸道急症易导致血氧饱和度下降，而消化道大出血则可能引起休克表现。

从危险因素和诱因来看，呼吸道急症常与过敏原接触、感染、外伤或异物吸入有关，例如进食时说话大笑易导致食物误入气道。消化道急症则多与饮食不洁、

暴饮暴食、慢性疾病（如溃疡病史）或肠道结构异常相关。了解患者既往病史和近期活动情况，有助于更准确地判断急症类型。

初步处理时，需根据鉴别结果采取针对性措施。对于呼吸道阻塞，应立即实施海姆立克急救法或背部叩击法；对于哮喘发作，应协助患者使用支气管舒张剂。而对于消化道急症，则需避免盲目止痛，应尽快就医，途中保持患者安静，监测生命体征。需特别注意，某些疾病如心肌梗死可能表现为上腹痛，类似消化道问题，但实为心血管急症，因此需综合多方面信息进行判断。

总之，呼吸道与消化道急症的鉴别需从症状、体征、诱因及既往史等多角度综合分析。掌握这些要点，不仅能提高初步判断的准确性，还能为后续专业救治争取宝贵时间。

三、意外伤害的严重程度评估与风险判断

在日常生活中，意外伤害时有发生，正确评估其严重程度并判断潜在风险是实施有效急救的关键前提。意外伤害的严重程度不仅取决于伤害类型，还与受伤部位、受伤机制、伤者年龄及基础健康状况密切相关。评估时需迅速而系统地观察伤者的意识状态、呼吸、循环及局部伤情，从而区分轻、中、重三种程度，并据此决定是否需立即专业医疗干预。

初步评估应首先关注伤者的整体状况，尤其是意识是否清醒、呼吸是否平稳以及有无大出血等危及生命的情况。若伤者意识模糊、呼吸急促或停止、面色苍白、四肢湿冷，或存在活动性出血且难以控制，通常提示伤害严重，风险较高，需立即呼叫急救并实施初步生命支持。反之，若伤者神志清楚、生命体征稳定，仅局部出现轻微肿胀、擦伤或浅表割伤，则多为轻度伤害，可在清洁消毒后自行处理，但仍需密切观察后续变化。

对于不同类型的意外伤害，评估重点亦有所不同。例如，在跌倒或撞击导致的创伤中，需特别注意有无骨折、内脏损伤或颅脑外伤的迹象。若伤处畸形、活动受限或触及骨擦感，可能提示骨折；若伤者出现持续性腹痛、恶心呕吐或便血，需警惕腹腔内出血或脏器损伤；头部受伤后若出现头痛加剧、呕吐、意识障碍或耳鼻漏液，则可能存在颅内损伤，风险极高。此外，烧伤的严重程度需根据烧伤面积、深度及部位判断，大面积或深度烧伤以及涉及面部、手足、关节等特殊部位的烧伤，均应视为严重伤害，易并发感染或功能障碍，需专业处理。



风险判断还需结合伤者自身因素。老年人与儿童因生理机能较弱或表达能力有限，同等程度的伤害可能带来更高风险；有慢性疾病如糖尿病、心血管疾病或免疫缺陷者，恢复能力较差，更易出现并发症。环境因素亦不可忽视，如伤害发生在偏远地区或恶劣天气条件下，获得专业医疗救助的时间可能延长，此时即使中度伤害也可能因延误而转为高风险。

总之，意外伤害的严重程度评估与风险判断是一个动态过程，需基于及时、全面的观察与初步检查。正确识别危重信号并采取相应措施，能够最大限度减少伤害带来的不良后果，为后续专业救治争取宝贵时间。在日常生活中，普及这些评估知识与技能，对提升公众自救互救能力具有重要意义。在评估意外伤害时，伤者的意识状态是判断其整体状况的首要指标。意识水平的变化往往能直接反映中枢神经系统是否受损或全身生理状态是否稳定。若伤者能够清晰对答、正确执行指令，通常表明大脑供血及氧合基本正常，伤害可能尚未危及生命中枢。反之，若出现嗜睡、烦躁、模糊或完全昏迷，需高度怀疑颅脑损伤、休克或严重代谢紊乱，此类情况属于高风险范畴，必须立即寻求专业医疗支持。值得注意的是，某些伤者可能因疼痛、恐惧或短暂性脑缺血出现一过性意识改变，但仍需持续观察其发展趋势，避免低估潜在风险。

呼吸功能的评估同样至关重要，它不仅关系到氧气的供应，还能间接反映胸腹部是否存在严重损伤。观察呼吸时应注意其频率、节律和深度。正常成人呼吸频率为每分钟十二至二十次，节奏均匀，胸廓起伏对称。若呼吸过快、过慢、出现鼾声、喘鸣或矛盾呼吸，可能提示气道梗阻、胸腔损伤或神经系统抑制。尤其是当伤者面色发绀、辅助呼吸肌参与明显或说话断续不成句时，表明气体交换已严重受限，需立即清理气道并准备人工通气支持。对于胸部穿透伤或多发肋骨骨折者，即使初始呼吸平稳，亦需警惕延迟性气胸或血胸的可能。

循环状态的判断主要着眼于脉搏、皮肤色泽及温度，以及有无活动性出血。触摸桡动脉或颈动脉可初步了解心排血量与血压水平。脉搏细速、微弱或难以触及常是血容量不足的早期表现，需结合皮肤是否苍白、湿冷及毛细血管再充盈时间延长综合判断。明显的外出血应直接压迫止血，但需注意隐匿性内出血的可能，如腹腔脏器破裂或长骨骨折后的大量失血，此类情况初期症状可能不明显，但随着时间推移会迅速表现为休克体征。老年人与心血管疾病患者对失血的耐受性较差，即使出血量不大也可能出现严重代偿失调。

局部伤情的评估需结合受伤机制与临床表现具体分析。开放伤应观察伤口大小、深度、污染程度及有无异物残留，同时注意远端血运、感觉与运动功能是否受损。闭合伤则需通过肿胀程度、压痛范围、关节稳定性及有无骨擦音判断损伤严重性。特殊部位如眼、颈、脊柱的损伤即使外表轻微也可能造成严重后果，必须谨慎处理。所有局部评估都应在不加重损伤的前提下进行，避免不必要的移动或操作。

伤者的主观症状亦是风险评估的重要参考，尤其是疼痛的性质、强度与演变过程。剧烈、持续或进行性加重的疼痛往往提示严重组织损伤，而麻木、无力或感觉异常可能涉及神经血管损害。但需注意，儿童、老年人或认知障碍者可能无法准确表达不适，需通过行为改变、拒动或异常姿势间接推断。同时，合并疾病如糖尿病、血友病或长期使用抗凝药物者，其出血风险、感染概率及愈合能力均与健康人群不同，评估时需纳入这些因素综合考量。

最终，任何初步评估都应视为动态过程的一部分。即使初始判断为轻度伤害，也需告知伤者或其家属观察要点与预警体征，如症状持续或加重应及时复诊。而对于中重度伤害，应在实施初步急救的同时尽快转运至医疗机构，并在途中持续监测生命体征变化。通过系统、细致地评估与风险分层，能够有效提升急救处理的针对性与时效性，为伤者争取最佳预后。

四、家庭环境下急症的初步应对与急救原则

家庭环境作为人们日常生活的主要场所，也是突发急症的高发地点之一。面对家人突然出现的健康问题，正确的初步应对与急救措施往往能够为后续的专业救治赢得宝贵时间，甚至直接决定患者的生命安全。因此，掌握家庭环境下急症的初步应对方法与急救原则，对每个家庭成员而言都至关重要。

首先，保持冷静是应对任何急症的第一步。突发状况容易引发慌乱，但情绪失控不仅无助于解决问题，还可能延误最佳处理时机。家庭成员应迅速评估现场环境是否安全，例如是否存在火灾、触电或气体泄漏等危险因素，确保自身和患者均处于相对安全的环境中。随后，立即观察患者的基本生命体征，包括意识状态、呼吸情况及脉搏等，初步判断病情的严重程度。若患者意识清醒，可尝试询问其不适症状及发生过程；若患者已失去意识，则需迅速检查其呼吸道是否通畅，呼吸与心跳是否正常。



在初步判断的基础上，应根据急症类型采取相应的急救措施。例如，对于突发心脏骤停的患者，应立即实施心肺复苏术，同时呼叫急救服务；对于外伤出血，应首先进行压迫止血，并尽量保持伤口清洁；若患者出现呼吸困难或窒息，需迅速采取海姆立克急救法或调整其体位以保持呼吸道通畅。需要注意的是，家庭急救的核心目标在于维持生命体征稳定，防止病情进一步恶化，而非替代专业医疗。因此，在任何急救操作进行的同时，都应尽快联系专业医疗机构寻求帮助。

家庭急救还需遵循一些通用原则。其一，避免盲目操作，非专业人员不应随意给患者用药，尤其是强效药物，以免因误用导致不良反应或掩盖病情。其二，注意保护患者隐私与尊严，在实施急救时尽量减少不必要的暴露，并用言语安抚患者情绪。其三，记录关键信息，包括患者症状出现的时间、已采取的急救措施以及患者的基础疾病史等，这些信息对后续的专业救治具有重要参考价值。

第二章 突发心搏骤停的中西医急救技术

第一节 心搏骤停的识别与早期判断

一、心搏骤停的典型症状与非典型表现

心搏骤停是一种危及生命的紧急状况，其典型症状包括突然的意识丧失、呼吸停止以及大动脉搏动消失。患者通常会突然倒地，对外界刺激无任何反应，呼喊或轻拍其肩膀均无法唤醒。同时，观察其胸部及腹部无起伏运动，提示自主呼吸已经中断。在检查颈动脉或股动脉时，无法触及搏动，这是判断心搏骤停的关键体征之一。此外，部分患者可能出现面色苍白或发绀，瞳孔逐渐散大且对光反射消失，这些表现均提示大脑及重要器官供血严重不足，必须立即采取急救措施。

然而，心搏骤停并非总是以典型形式出现，某些非典型表现可能使识别变得困难。例如，少数患者可能表现为短暂的抽搐或癫痫样发作，容易被误诊为神经系统疾病。还有一些病例在初期仅表现为极度虚弱、胸闷或呼吸困难，而非突然的意识丧失，这种情况在老年人群或慢性病患者中较为常见。另外，部分心搏骤停患者可能发出异常的呼吸声，如濒死样喘息，这是一种不规则、浅表的呼吸形式，常被误认为是有氧呼吸，导致救助者延误判断。

非典型表现还包括一些容易被忽视的前驱症状，如突然出现的冷汗、恶心、呕吐或不明原因的焦虑。这些症状可能在心搏骤停前数分钟至数小时内出现，但常常被患者或旁观者忽略，直至病情急剧恶化。在某些情况下，心搏骤停甚至可能以腹痛或背痛为主要表现，尤其是当下壁心肌梗死诱发心搏骤停时，疼痛可能放射至腹部，造成诊断上的混淆。

因此，在识别心搏骤停时，不仅要关注典型症状，还需警惕非典型表现。任何突发性的意识改变、呼吸异常或循环衰竭征象，均应引起高度重视。早期判断的关键在于迅速评估患者的反应、呼吸及脉搏，避免因非典型表现而延误抢救时机。对于普通公众而言，掌握这些典型与非典型表现的知识，能够在紧急情况下提供至关重要的初步判断，为后续的专业急救争取宝贵时间。心搏骤停的识别过



程中，时间因素具有决定性意义，每一分钟的延误都可能显著降低患者的生存机会。研究表明，心搏骤停发生后四分钟内开始心肺复苏，患者的存活率可提高两至三倍，而超过十分钟未获得有效救治则生存希望极为渺茫。因此，快速准确地识别不仅是医疗人员的责任，更是普通民众应当掌握的基本急救技能。在日常生活中，任何人都有可能成为第一目击者，此时保持冷静并迅速采取行动至关重要。

除了观察典型体征外，还可以通过简单的评估步骤来确认心搏骤停。首先应确保环境安全，然后轻拍患者双肩并在其耳边大声呼叫，观察是否有任何反应。如无反应，立即检查呼吸状态，观察胸腹部是否有起伏，这个过程不应超过十秒钟。同时，非专业人员可免去脉搏检查步骤，因为研究表明普通人准确判断脉搏的失败率较高，反而会延误抢救。只要发现患者无意识、无呼吸或仅有濒死喘息，即可推定发生心搏骤停，立即启动急救系统并开始胸外按压。

特殊人群的心搏骤停表现也值得特别注意。婴幼儿发生心搏骤停时，可能表现为突然停止哭泣、肌张力消失及对刺激无反应，而呼吸异常可能比成人更为隐蔽。孕妇由于生理变化，心搏骤停时子宫可能压迫大血管，使复苏更加复杂。运动员在剧烈运动中发生心搏骤停，有时会被误认为普通疲劳或中暑，错过最佳抢救时机。了解这些群体特异性表现，有助于提高识别的准确性。

现代科技也为心搏骤停的识别提供了辅助手段。公共场所配备的自动体外除颤器通常具有心律分析功能，能够自动识别可除颤心律。一些智能穿戴设备已经开始配备心率异常报警功能，虽然不能替代专业诊断，但可为高风险人群提供早期预警。此外，通过手机应用程序指导非专业人员完成识别和初步急救的系统正在逐步普及，这些技术创新大大提高了心搏骤停的早期识别率。

最终，提高心搏骤停识别能力需要系统性的培训和公众教育。定期参加急救课程，掌握正确评估方法，能够在关键时刻克服恐慌心理，做出准确判断。医疗机构也应加强社区教育，通过模拟训练和案例教学，使更多人了解心搏骤停的各种表现形式。只有形成全社会参与的急救网络，才能有效应对这一突发状况，挽救更多生命。

二、脉搏、呼吸、意识的快速评估方法

在突发心搏骤停的紧急情况下，快速而准确地评估患者的脉搏、呼吸和意识

状态是实施有效急救的关键第一步。评估脉搏时，急救人员应首先选择靠近体表且易于触摸的动脉，最常用的是颈动脉和桡动脉。颈动脉位于喉结旁开约两指宽处，用食指和中指指腹轻轻按压，感受是否有搏动；桡动脉则位于手腕拇指侧，同样使用指腹进行触诊。评估时间应控制在十秒以内，若无法明确感知搏动，需高度怀疑心搏骤停的可能。需要注意的是，在紧张环境下，施救者自身的脉搏可能干扰判断，因此应保持冷静，避免误判。

呼吸评估需观察胸腹部是否有起伏运动，倾听口鼻附近是否有气流声，感受是否有气息呼出。正常呼吸频率为每分钟十二至二十次，节律均匀。心搏骤停患者常出现濒死样喘息，即不规则、深大且缓慢的呼吸，这并非有氧呼吸，而是中枢神经系统缺氧的表现，必须视为呼吸停止的征兆。评估时应贴近患者口鼻，观察五至十秒，同时注意有无呼吸道阻塞物，如呕吐物或异物，这些都会影响呼吸状态。

意识评估通过呼叫和轻拍双肩实现，大声询问“您怎么了？能听到我说话吗？”，观察患者是否有睁眼、言语或肢体反应。若无任何反应，可判断为意识丧失。此时可进一步通过疼痛刺激，如按压眉弓或掐捏耳垂，观察是否有防御性动作，但需注意避免过度用力造成损伤。意识丧失合并呼吸脉搏异常，强烈提示心搏骤停，需立即启动心肺复苏。

综合评估三要素时，应遵循“意识—呼吸—脉搏”的顺序，因为意识改变往往最先出现。评估过程务必迅速，总时间不宜超过三十秒，以免延误抢救。实践中，非专业人员若无法确认脉搏，可省略该步骤，直接依据意识丧失和呼吸异常启动急救。值得注意的是，某些特殊情况如癫痫发作或晕厥可能呈现类似表现，需结合现场情况鉴别，但原则是“宁误勿漏”，优先按心搏骤停处理。评估过程中还应注意环境安全与个人防护，施救者应首先确保现场无触电、火灾或交通危险等潜在威胁，再接近患者。若存在血液、呕吐物等体液暴露风险，应尽可能使用手套、口罩等防护用具，避免交叉感染。在移动患者前，需初步排除颈椎损伤可能，尤其是车祸、高处坠落等创伤性心搏骤停案例，非必要不随意搬动患者，除非环境极度危险。

对于婴幼儿及儿童的心搏骤停评估，需调整方法。婴儿脉搏检查首选肱动脉，位于上臂内侧中央，用拇指与食指轻夹手臂感受搏动；亦可触摸股动脉，位于腹股沟韧带中点下方。儿童呼吸评估需注意其生理性腹式呼吸特点，观察腹部起伏



更为明显。意识判断需结合年龄特点，对无法言语的婴幼儿可通过拍足底、观察哭闹反应间接评估。儿童心搏骤停常由呼吸道问题或创伤引发，需特别检查气道通畅性。

特殊人群如孕妇、肥胖者或老年人需针对性调整评估技巧。孕妇平卧时增大的子宫可能压迫下腔静脉影响回心血量，评估时应将其右侧臀部垫高十五度，或由助手手动左推子宫。肥胖者颈动脉触诊需稍加深按压力度，但切忌暴力操作。老年人因血管硬化可能导致脉搏减弱，需结合呼吸、意识综合判断，避免因动脉硬化误判为无脉。

评估结束后需立即决定后续行动。若确认心搏骤停，应高声呼救并指定现场人员拨打急救电话、获取自动体外除颤器。电话中需清晰说明地点、事件、人数及已采取措施，保持通话直到调度员指示挂断。若现场有除颤器，应优先使用而非单纯胸外按压。对于非心源性骤停如溺水、触电等，需先解除致伤因素再开始评估与急救。

持续监测与再评估贯穿急救全过程。即使初始评估无误，患者状态可能动态变化，需每两分钟重新检查脉搏呼吸。若自主循环恢复，应将患者置于复苏体位，即侧卧位且下方手臂前伸、上方腿弯曲支撑，避免舌后坠或呕吐物窒息，同时持续监测直至专业人员接手。所有评估结果及干预时间需准确记录，为后续医疗救治提供关键时间线。

三、现场环境与患者病史的紧急询问

在突发心搏骤停的紧急情况下，现场环境与患者病史的紧急询问是急救过程中至关重要的一环。急救人员或现场施救者需要在极短时间内迅速评估现场安全性，并尽可能获取患者的关键信息，以便为后续的心肺复苏及医疗干预提供重要依据。现场环境评估的首要任务是确保施救者自身的安全，避免二次伤害的发生。例如，若事故发生在交通繁忙的道路上，需首先设置警示标志或寻求他人协助疏导交通；若患者位于火灾、触电或毒气泄漏等危险环境中，则必须优先消除危险源或将患者转移至安全区域后再实施急救。

在确认环境安全后，施救者需立即对患者进行初步观察，判断其意识状态和呼吸情况。此时应大声呼唤并轻拍患者双肩，观察其是否有反应。若患者无意识且无正常呼吸，即可初步判定为心搏骤停，需要立即启动心肺复苏。与此同时，

施救者应迅速向周围人群求助，请他人拨打急救电话并尽可能获取自动体外除颤器。在这一过程中，若有其他人员在现场，施救者需分工合作，指定专人联系急救中心，并尽可能收集患者的关键病史信息。

紧急询问患者病史时，应重点关注可能诱发心搏骤停的基础疾病和近期症状。施救者可询问患者家属、朋友或现场目击者，了解患者是否有心脏病史、高血压、糖尿病、呼吸系统疾病等慢性病。此外，还需了解患者近期是否有过胸痛、心悸、呼吸困难、头晕或晕厥等症状。如果患者正在服用药物，应尽可能查明其常用药物种类，特别是抗凝药、抗心律失常药或降压药等，这些信息对后续的医疗处理具有重要参考价值。

若现场有患者的随身物品，如药瓶、医疗警示手环或急救卡等，应快速查看并提取有用信息。许多心脏病患者会随身携带硝酸甘油等急救药物，这些物品往往能提供关键线索。同时，施救者还应留意现场是否有可疑的中毒迹象，如农药瓶、化学制剂或药物残留等，这有助于判断心搏骤停是否由中毒引起。

需要注意的是，在现场紧急询问过程中，时间极为宝贵，施救者需以简洁高效的方式获取信息，避免过多耽误抢救时间。询问应围绕“何时发病、有无病史、是否服药、有无过敏史”等核心问题展开。若现场无他人提供信息，施救者应专注于实施心肺复苏，等待专业急救人员到达后再进行更详细的病史调查。通过快速而有效的现场环境评估与病史询问，能够显著提高心搏骤停患者的抢救成功率，并为后续的中西医结合急救措施奠定坚实基础。

四、儿童及特殊人群心搏骤停的识别特点

儿童心搏骤停的识别与成人存在显著差异，其发生原因多为呼吸系统问题或窒息所致，而非原发性心脏疾病。婴幼儿突发心搏骤停前常出现呼吸窘迫、肤色苍白或青紫、反应迟钝等前驱症状，这些表现需要家长和看护人员高度警惕。由于儿童代偿机制较强，心搏骤停前可能出现较长时期的心动过速或心动过缓，血压维持相对正常，但一旦失代偿，病情会急剧恶化。

孕妇发生心搏骤停时需考虑其生理特殊性。妊娠期子宫增大会压迫下腔静脉，影响静脉回流，导致心排量降低。识别时应注意患者体位，平卧位时症状可能加重。同时要关注胎儿状况，母体心搏骤停会立即导致胎儿缺氧。孕晚期妇女还可能出现仰卧位低血压综合征，需与心搏骤停相鉴别。



老年人心搏骤停的识别更具挑战性。老年患者常伴有多种慢性疾病，症状可能不典型，或被视为其他疾病的表现。他们可能仅表现为突然的意识改变、呼吸困难或极度虚弱，而不出现典型的胸痛症状。此外，老年人服用多种药物可能掩盖或改变心搏骤停的临床表现，需要仔细询问用药史。

肥胖患者的心搏骤停识别需要特别注意。厚厚的胸壁脂肪可能使心音听诊困难，颈动脉搏动触诊也不易准确。这类患者发生心搏骤停时，常见的胸廓运动可能不明显，需要更加依赖其他指标如意识状态、呼吸等来判断。同时，肥胖患者更容易发生气道问题，这也是导致心搏骤停的重要诱因。

运动员群体虽然身体素质较好，但仍可能发生心搏骤停，多与潜在的心脏结构异常或心律失常有关。年轻运动员可能在剧烈运动时突发意识丧失，之前可能有晕厥或胸痛病史。这类患者的心搏骤停往往发生突然，前兆症状较少，需要特别关注运动过程中的异常表现。

残障人士或有沟通障碍的患者，心搏骤停的识别更需要依赖客观体征。对于不能言语或表达不适的患者，护理人员应注意观察其行为改变、面色变化、出汗情况等非语言提示。这类人群可能无法准确描述胸痛或不适感，需要看护者具备更高的警觉性和观察能力。

识别特殊人群心搏骤停时，最重要的是要根据不同人群的特点，调整评估重点和方法。无论何种人群，一旦发现无意识、无正常呼吸或无脉搏，都应立即启动急救程序，同时注意在施救过程中考虑患者的特殊生理状态和可能存在的并发症。及时识别和早期干预是提高特殊人群心搏骤停抢救成功率的关键。

第二节 西医心肺复苏（CPR）与自动体外除颤器（AED）的使用

一、标准 CPR 的操作流程与技术要点

标准心肺复苏操作流程是抢救心搏骤停患者的核心技术，其正确实施直接关系到患者的生存机会与神经功能预后。操作前需首先确认现场环境安全，确保施救者与患者均无二次伤害风险，随后快速判断患者意识与呼吸：轻拍双肩并在双侧耳边大声呼叫，观察胸腹部有无起伏，用时不超过十秒。一旦确认无反应且无

呼吸或仅有濒死喘息，立即指导现场人员拨打急救电话并尽可能获取自动体外除颤器，同时开始胸外按压。

胸外按压是心肺复苏中最关键的环节，需确保患者仰卧于坚硬平面，施救者位于患者一侧。按压部位为胸骨下半段，即两乳头连线中点，一只手掌根部置于该处，另一只手交叉叠放，手指翘起避免接触肋骨。按压时需保持肘关节伸直，以髌部为轴，利用上半身重量垂直向下用力，成人按压深度至少五厘米而不超过六厘米，频率维持在每分钟一百至一百二十次。每次按压后需保证胸廓充分回弹，按压中断时间不得超过十秒，以避免冠状动脉灌注压下降影响复苏效果。

开放气道是保证人工通气有效的前提，常用方法包括仰头提颏法与推举下颌法。对于无颈部损伤嫌疑的患者，通常采用仰头提颏法：一手置于前额用力使头部后仰，另一手食指与中指抬起下颌骨下缘，使下颌角与耳垂连线垂直于地面。若怀疑颈椎损伤，则应采用推举下颌法以避免加重损伤，但此法操作难度较高需经专业培训。

人工通气需与胸外按压紧密配合，每三十次按压后给予两次人工呼吸。施救者正常吸气后，用口完全包覆患者口部并捏紧鼻翼，缓慢吹气一秒钟以上，观察胸廓是否隆起。吹气量以可见胸廓起伏为宜，避免过度通气导致胃内容物反流。若现场无屏障装置或施救者不愿进行口对口通气，可仅进行持续胸外按压，但仍应尽早使用球囊面罩等器械辅助通气。

高质量心肺复苏需持续至自动体外除颤器到位、专业急救人员接管或患者恢复自主循环。操作过程中应每两分钟轮换按压者以防疲劳导致按压质量下降，轮换时中断时间需控制在五秒以内。值得注意的是，现代心肺复苏更强调胸外按压的重要性，所有非必要操作都应让位于持续有效的循环支持。自动体外除颤器的早期应用是提高心搏骤停患者存活率的关键措施，其能够自动识别可除颤心律并指导非专业人员实施电击。当设备到达现场后应立即开启电源，按照语音及图示提示将电极片贴于患者裸露胸部：右侧电极片置于锁骨下方胸骨右缘，左侧电极片置于左乳头外侧腋前线处。贴附前需擦干患者胸部汗液，若胸毛过多应快速剃除以确保电极片与皮肤充分接触。设备分析心律时所有人员不得接触患者，以免干扰心律检测准确性。

除颤器提示需电击时，应确保所有人员与患者无直接或间接接触，高声宣布“所有人员离开”后按下电击按钮。电击后立即重新开始胸外按压，持续两分钟



后再由设备进行下一次心律分析。若设备提示无需电击，则应立即继续心肺复苏而非等待设备重新分析。对于儿童患者，应优先使用儿科电极片或儿科能量衰减器，若无相关设备则可使用成人模式但需注意电极片位置避免重叠。

复苏药物应用需在建立高级气道或静脉通路后由专业医护人员实施。肾上腺素作为首选药物，通常每三至五分钟静脉注射 1mg，其主要通过激动 α 受体增加冠状动脉灌注压。胺碘酮适用于顽固性室颤或无脉性室速，首剂 300mg 静脉注射，第二剂 150mg。给药期间不应中断胸外按压，药物推注后需快速推注二十毫升生理盐水并抬高肢体以促进药物进入中心循环。

心搏骤停后综合管理是维持复苏成果的重要环节，包括目标温度管理、血流动力学优化及神经功能保护。自主循环恢复后应尽快将患者核心温度控制在 $32^{\circ}\text{C} \sim 36^{\circ}\text{C}$ 并维持至少二十四小时，可采用冰袋、冰毯或血管内降温装置。平均动脉压需维持在 65mmHg 以上，必要时使用血管活性药物。严密监测血氧饱和度与二氧化碳分压，避免低氧血症与过度通气导致的脑血流减少。

心肺复苏质量监测是现代急救体系的重要组成部分，包括按压深度、频率、回弹及中断时间的实时反馈。使用带反馈装置的按压板或除颤器可提供客观数据指导施救，胸外按压分数应保持在 80% 以上。呼气末二氧化碳分压监测不仅能确认气管插管位置，还能反映心排血量水平，若持续低于 10mmHg 提示需要改进按压质量。超声检查可用于识别可逆性病因如心脏压塞或肺栓塞，但不应中断胸外按压操作。

特殊人群的心肺复苏需要针对性调整操作手法。孕妇患者应手动将子宫左移或使用楔形垫右倾三十度以解除下腔静脉压迫，若宫高超过脐水平需在复苏四分钟后考虑紧急剖宫产。肥胖患者按压时需加大按压深度并使用双掌叠加法，必要时采用站立位按压以充分利用体重。婴幼儿按压可用两指或两拇指环绕法，深度为胸廓前后径的 1/3，通气时注意避免过度用力导致肺损伤。

二、AED 的正确使用步骤与注意事项

自动体外除颤器是一种便携式医疗设备，能够在突发心搏骤停时通过电击恢复心脏正常节律。正确使用该设备对于提高患者生存率至关重要，其操作步骤需严格遵循以确保安全有效。首先，确认现场环境安全，避免在有水或易燃物的区域操作设备。接着，开启设备电源，按照语音或屏幕提示进行操作。随后，将电

极片准确粘贴于患者裸露的胸部，一片位于右锁骨下方，另一片位于左腋中线第五肋间。确保电极片与皮肤充分接触，如有必要，需剃除过多胸毛或擦干汗水。

设备会自动分析患者心律，此时需确保无人接触患者，以免干扰分析结果。若建议电击，则再次确认所有人员远离患者，按下电击按钮。电击后立即继续胸外按压，并遵循设备提示进行后续操作，直至专业救援人员到达。在整个过程中，需注意避免在患者意识清醒或仍有正常呼吸时使用该设备。此外，电极片应避免直接贴在药物贴片或植入式医疗设备上，以免影响电击效果。定期检查设备电池和电极片有效期，确保设备处于待机状态。

使用该设备时，操作者需保持冷静，严格按照提示执行，不可在移动的车辆或不稳定环境中使用。若患者为儿童，需使用儿科电极片或调节能量设置。值得注意的是，该设备仅适用于无反应、无呼吸或无正常呼吸的患者，不可用于其他类型的急救情况。每次使用后需及时更换电极片并记录使用情况，以便后续维护和数据分析。通过熟练掌握这些步骤与注意事项，普通人也能在紧急情况下有效参与急救，显著提升患者的生存机会。自动体外除颤器的操作流程中，电击后的处理同样至关重要。电击完成后，设备会提示操作者立即重新开始胸外按压，以维持血液循环，防止心脏再次停跳。此时应迅速将双手交叠置于患者胸骨下半段，以每分钟 100~120 次的频率进行按压，确保按压深度达到 5~6cm。每次按压后需让胸廓充分回弹，以保证心脏有足够的血液充盈。设备会在两分钟后再次分析心律，并根据情况决定是否需要进行第二次电击。在整个过程中，操作者应持续关注设备的语音提示和屏幕指示，确保每个步骤都准确无误。

若患者恢复自主呼吸或出现意识反应，应立即停止使用设备，并将患者置于复苏体位，密切观察其生命体征变化。同时，应注意安抚患者情绪，避免其因突然清醒而产生恐惧或焦虑。即便患者情况有所好转，仍需等待专业医疗人员的进一步评估和处理，不可擅自离开或中断监护。在使用设备的过程中，操作者可能会面临各种突发情况，例如患者出现抽搐或呕吐，此时需迅速清理口腔异物，保持气道通畅，并调整电极片位置以确保其粘贴牢固。

值得注意的是，自动体外除颤器并非万能设备，其有效性高度依赖于早期使用和高质的心肺复苏。因此，在等待专业救援的过程中，操作者需坚持进行胸外按压和人工呼吸，尽可能减少中断时间。此外，操作者还应及时向到达的医护人员提供详细的使用记录，包括电击次数、患者反应变化及设备提示信息，以便



后续治疗的连贯性和针对性。通过全面掌握这些操作细节与应对策略，普通人可以在关键时刻发挥重要作用，为患者争取更多的生存机会。

三、单人与双人 CPR 的配合技巧

在突发心搏骤停的紧急情况下，心肺复苏术的实施方式可分为单人与双人操作两种模式。单人操作通常由第一目击者独立完成，而双人操作则需要两名施救者协同配合，以提高复苏效率与成功率。无论是单人还是双人操作，均需严格遵循心肺复苏的基本流程，即胸外按压、开放气道与人工呼吸的循环。

单人操作时，施救者需全程负责所有步骤，包括呼救、检查患者反应与呼吸、开始胸外按压以及进行人工呼吸。操作时，施救者应跪于患者一侧，双手叠放于胸骨下半段，以每分钟 100~120 次的频率进行按压，按压深度需达到 5~6cm。每完成 30 次按压后，迅速开放患者气道，进行两次人工呼吸，每次吹气时间约一秒钟，确保胸廓有明显起伏。单人操作的优势在于启动迅速，无需等待他人协助，但长时间操作易导致施救者疲劳，影响按压质量。

双人操作则更适用于有多名施救者在场的场景。两名施救者分别位于患者两侧，一人主要负责胸外按压，另一人则负责人工呼吸与监测患者情况。负责按压的施救者需保持按压频率与深度，而另一人则在按压间隙进行人工呼吸，两人需密切配合，确保按压与吹气的转换流畅，尽量减少中断时间。双人操作时，建议每两分钟轮换一次角色，以避免按压者疲劳导致效率下降。此外，负责人工呼吸的施救者还需随时观察患者胸廓起伏、面色变化等生命体征，并及时调整操作策略。

在实际操作中，双人配合需特别注意节奏与协调。按压者应在完成三十次按压后迅速移开双手，同时人工呼吸者立即进行两次吹气，整个过程应力求无缝衔接。若使用自动体外除颤器，双人操作中可由一人负责操作除颤器，另一人继续实施心肺复苏，直至除颤器分析心律并提示是否需要电击。双人配合的优势在于分工明确，能更有效地维持高质量复苏，同时减少因单人疲劳导致的按压中断或质量下降。

无论是单人还是双人操作，持续、高质量的心肺复苏是提高患者生存率的关键。施救者需保持冷静，严格按照标准流程操作，并尽可能利用现场资源，如呼叫紧急医疗服务、使用自动体外除颤器等，以最大程度提升抢救效果。双人操作

中，除基本分工外，施救者还需关注团队沟通与角色切换的细节。例如，负责按压的施救者应在疲劳前主动示意换人，另一人则需提前做好准备，确保按压中断时间不超过十秒。轮换时，新按压者应迅速定位按压位置，保持原有频率与深度，避免因交接导致效率下降。人工呼吸者除吹气外，还需持续监测患者颈动脉搏动、瞳孔反应等指标，并及时向同伴反馈，以便动态调整复苏策略。

若现场有第三名施救者，可进一步优化分工，如专人负责记录时间、协调外部救援或管理除颤设备。双人操作中使用除颤器时，一名施救者应持续按压直至除颤器完成充电，另一人则确保所有人员脱离接触后再触发电击。电击后，按压需立即重启，以最小化血流中断时间。这种协同模式不仅能提升操作精度，还能通过相互监督减少技术失误，例如确保按压时手臂垂直、避免过度通气等。

值得注意的是，双人配合需建立在共同训练的基础上。未经协调训练的施救者可能因节奏混乱或指令模糊导致配合失效。因此，建议公众参与急救培训时优先练习双人协作流程，包括标准化口令（如“换人”“停止按压”等）和非语言信号（如手势示意轮换）。此外，双人操作中可引入节拍器或语音提示设备，帮助维持按压频率的一致性，尤其在紧张环境下易出现节奏偏差。

尽管双人模式优势显著，但其适用性仍受现场条件限制。若仅有一名施救者，则需坚持单人操作直至支援到达，此时可优先采用单纯胸外按压式心肺复苏（仅按压不吹气），尤其适用于成人突发心搏骤停且施救者未接受人工呼吸训练的情况。研究表明，在急救早期，持续高质量的胸外按压比中断按压进行人工呼吸更为关键，但若有条件实施完整心肺复苏（按压结合人工呼吸），仍应优先采用标准流程。

总之，心肺复苏的成功依赖于施救者对流程的熟练掌握与灵活适配。单人操作突出快速响应与坚持，双人操作强调协作与可持续性，两者均需以患者为中心，根据环境、资源与施救者能力选择最优方案。日常中加强模拟训练与团队演练，能显著提升突发情境下的救治效果。

四、高质量心肺复苏的关键控制点

实施高质量心肺复苏是提升心搏骤停患者存活率的核心环节，其关键在于对按压深度、频率、回弹、中断时间及通气比例等多项技术指标的精确控制。首先，按压深度需达到五至六厘米，以确保能够有效挤压心脏，推动血液流向重要器官。



过浅的按压无法产生足够的血流灌注，而过深则可能导致肋骨骨折或内脏损伤，因此施救者需通过反复练习掌握力度。其次，按压频率应维持在 100~120 次每分钟，节奏均匀且连贯，过快或过慢均会降低复苏效果。使用节拍器或有节奏的口令辅助有助于保持标准频率。

按压后的胸廓完全回弹同样不可忽视，回弹不充分会减少静脉回流和心脏充盈，直接影响下一次按压的效率。施救者应避免在回弹期将身体重量持续施加于患者胸壁，确保每次按压后胸廓恢复至自然位置。此外，尽量减少按压中断的时间至关重要，任何中断超过十秒都会导致冠脉灌注压迅速下降，影响复苏成功率。团队协作时需明确分工，在检查心律或进行除颤前做好衔接准备，力求中断时间压缩至最低限度。

通气环节需注意避免过度通气，因为过量或过强的吹气可能引起胃胀气，增加反流和误吸风险，同时还会减少胸外按压的时间。成人患者通常采用 30 次按压配合两次通气比例，每次通气时间约为一秒，以可见胸廓隆起为度。若现场有两名以上施救者，应每两分钟轮换按压职责，防止因疲劳导致按压质量下降。最后，使用实时反馈装置或团队间相互提醒的方式，可帮助持续优化按压参数，确保整个复苏过程符合高质量标准。高质量心肺复苏的实施不仅依赖于技术参数的精确执行，更需要施救者具备对患者整体状态的持续评估能力。在按压过程中，施救者应密切观察患者的面色、瞳孔反应及有无自主呼吸迹象，这些细微变化可为判断复苏效果提供重要参考。同时，施救环境的安全性评估也不容忽视，例如在马路或潮湿地面实施复苏时，需确保自身与患者的稳定，防止滑动或二次伤害。若现场有自动体外除颤器，应尽快获取并使用，电击与按压的协同可显著提高复苏成功率。

团队配合是高质量心肺复苏的另一关键要素，尤其在多人参与的急救场景中，角色分工必须清晰明确。一名施救者专司胸外按压，另一人负责气道管理与通气，第三人则可操作除颤器并记录时间节点。团队间需通过简洁明确的口令沟通，例如“轮换按压”“停止按压，分析心律”等，以确保操作衔接流畅。研究表明，高效的团队协作可将按压中断时间控制在五秒以内，显著提升冠脉灌注压的稳定性。

对于特殊人群，如婴幼儿、孕妇或肥胖者，需根据其生理特点调整复苏策略。婴幼儿的按压深度应为胸廓厚度的三分之一，约四厘米，且需使用两指或单手施

行。孕妇患者则需在胸外按压时手动将子宫左移，避免压迫下腔静脉影响回心血量。肥胖患者因胸壁厚度较大，可能需要更深地按压或使用双掌叠加技术以保障有效深度。此外，若患者装有起搏器或除颤器，应避免直接按压设备部位，防止器械移位或损坏。

复苏过程中的情绪管理与人文关怀同样重要。施救者需保持冷静，避免因慌乱而影响技术发挥，同时可通过简短言语安抚在场家属，例如“我们正在全力抢救”或“请保持距离以利于操作”。若复苏未立即生效，施救者应坚持操作直至专业医护人员接手，因为持续的高质量心肺复苏可为后续高级生命支持争取宝贵时间。最后，复苏结束后的器械整理、患者交接以及施救者自身的心理调适也需纳入全流程管理，形成完整的急救闭环。

第三节 中医在心搏骤停急救中的辅助技术与理念

一、中医“开窍”与“回阳”急救思想

中医在急救领域拥有悠久的历史 and 独特的理论体系，其“开窍”与“回阳”思想在心搏骤停等危急重症的救治中具有重要的辅助作用。开窍法主要针对神志昏迷、窍道闭塞的病机，旨在通过刺激特定穴位或使用芳香开窍药物，迅速恢复患者的意识与感知功能。常用方法包括针刺人中、十宣等穴位，或使用安宫牛黄丸、苏合香丸等成药，这些手段能够激发经气、通利窍道，促使患者从昏迷状态中苏醒。回阳法则侧重于挽救阳气衰微、生命垂危的危急状况，通过温阳益气、固脱回阳的药物与治法，如使用参附汤、四逆汤等方剂，或艾灸关元、气海等穴位，以振奋阳气、稳定生命体征，防止阴阳离决。这两种思想体现了中医“急则治标”的原则，强调在危急关头迅速干预以保全生命，同时为后续治疗争取时间。

在实际急救过程中，中医的开窍与回阳技术常与现代心肺复苏术结合使用，形成互补效应。例如，在心肺复苏的同时，配合针刺或药物开窍，有助于改善脑部血氧供应，减轻脑损伤；而回阳法的应用则能增强心脏功能，提高复苏成功率。需要注意的是，中医急救强调辨证施治，需根据患者的具体表现如面色、脉象、呼吸等判断病机属性，选择适宜的治疗方案。此外，这些方法虽具有辅助价值，但仍需在专业医疗人员指导下进行，以确保安全性与有效性。总体而言，中医的



开窍与回阳思想不仅丰富了急救医学的内涵，也为心搏骤停的救治提供了更多元的思路与方法。在中医急救实践中，开窍法的应用需严格遵循辨证原则，依据患者昏迷的不同病因与表现选择相应治法。若因热邪内陷、痰蒙心包所致神昏，多见面赤气粗、舌红苔黄腻，宜选用安宫牛黄丸或紫雪丹等凉开之品，以清热化痰、醒神开窍；若因寒邪闭阻或气郁神蒙，症见四肢不温、苔白脉沉，则需采用苏合香丸等温开药物，以散寒通窍、宣畅气机。针刺选穴亦需因人而异，除常用的人中、十宣外，内关、涌泉等穴位亦可配合使用，通过强刺激手法调动经脉之气，促进意识恢复。值得注意的是，开窍法虽能迅速改善神志状态，但需避免过度刺激导致气机逆乱，尤其对于年老体弱或基础疾病较多的患者，更应谨慎把握刺激强度与持续时间。

回阳法的实施同样需要精准辨证，重点识别阳气衰脱的典型征象，如面色苍白、冷汗淋漓、脉微欲绝等。参附汤作为回阳救逆的代表方剂，以人参大补元气、附子温壮真阳，适用于阴寒内盛、阳气暴脱之证；若兼见下利清谷、四肢厥逆者，则宜选用四逆汤，以干姜温中散寒、甘草调和药性，共同发挥回阳固脱之效。艾灸疗法中，关元穴为元气所存之处，气海穴为生气之海，温和灸或隔姜灸此二穴可温通元阳、固摄真气，尤其适用于血压骤降、循环衰竭的危急情况。需强调的是，回阳类药物多属辛热之品，对于真热假寒或阴虚阳亢者忌用，以免助火伤阴；艾灸操作时需密切观察患者反应，防止烫伤或过度耗伤阴液。

现代研究表明，开窍与回阳法的部分机制已得到初步科学验证。例如，针刺人中穴可通过刺激三叉神经-迷走神经反射，调节呼吸与心血管中枢功能，改善脑血流灌注；安宫牛黄丸中的麝香、冰片等成分能透过血脑屏障，抑制炎症反应并减轻脑水肿。回阳方剂如参附汤则被证实具有正性肌力作用，能增强心肌收缩力、改善微循环，与肾上腺素等西药协同提升复苏效果。然而，中医急救技术的应用仍需注重整体性与个体化，不能简单等同于西医的对症处理。例如，同一心搏骤停患者可能因体质差异表现为“阳脱”或“阴竭”，需通过望闻问切综合判断，动态调整治法与方药。

在临床整合层面，中医急救措施需嵌入现代急救流程的特定环节。例如，心肺复苏初期可同步针刺开窍穴以促醒，恢复自主循环后则根据体征选用回阳药物稳定生命机能。此外，中医的“防脱”思想强调“治未病”，对于高危患者提前干预，如用生脉散益气养阴预防气随液脱，或灸足三里培补后天之本，从而降低

危急症的发生风险。未来研究可进一步探索针刺与药物的标准化方案，以及中西医结合急救的循证评价体系，推动传统智慧在现代医学中的深化应用。

二、人中、内关等急救穴位按压的手法与作用

人中穴位于鼻唇沟的上 1/3 与中 1/3 交界处，是中医急救中常用的重要穴位之一。按压人中穴时，施救者应使用拇指指甲或指腹，以垂直方向用力按压，力度适中，以患者能够耐受为度，每次按压持续五至十秒，间歇两至三秒后重复操作。按压过程中，施救者需注意观察患者的反应，如出现皱眉、肢体活动等迹象，表明刺激已产生效果。人中穴按压的主要作用在于通过强刺激调动机体的阳气，激发心神，促进苏醒，尤其适用于意识障碍或晕厥的急救情况。此外，人中穴按压还能调节气血运行，缓解因气逆或气闭引起的突发症状，为后续抢救措施争取宝贵时间。

内关穴位于前臂掌侧，腕横纹上两寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间，是手厥阴心包经的重要穴位。按压内关穴时，施救者可用拇指指腹对准穴位，其余四指支撑患者手臂，以顺时针或逆时针方向揉按，力度由轻渐重，持续三十秒至一分钟，或交替按压双侧内关穴。内关穴按压具有宁心安神、宽胸理气的功效，能够调节心率，缓解心悸、胸闷等症状，对心搏骤停的辅助抢救尤为关键。在急救过程中，按压内关穴有助于稳定患者情绪，改善心肌供血，为心肺复苏等西医急救措施提供支持，体现中西医结合的优势。

除了人中与内关，中医急救中还常选用百会、涌泉等穴位辅助按压。百会穴位于头顶正中，按压时可提升阳气、醒脑开窍；涌泉穴位于足底，按压能引火下行、镇静安神。施救者应根据患者具体症状灵活选用穴位，例如意识不清时重点按压人中，心悸胸闷时侧重内关，形成多穴位协同刺激的效果。按压手法需结合患者体质与病情调整，避免过度用力导致损伤，尤其在老年或体弱者身上应轻柔操作。

急救穴位按压不仅是一种物理刺激，更是中医整体观念与经络理论的体现。通过按压特定穴位，能够调节气血阴阳平衡，激发脏腑功能，从而在突发心搏骤停时起到辅助复苏的作用。在实际应用中，穴位按压应与现代急救技术如心肺复苏术、电击除颤等方法结合使用，形成中西医互补的抢救方案。施救者需经过培训，熟练掌握穴位定位与手法，以确保急救措施的安全性与有效性。最终，通过



这种综合方法，能够提高抢救成功率，为患者赢得生机。在实施穴位按压急救时，施救者需特别注意操作环境的安全性，确保患者处于平稳位置，避免在按压过程中发生二次伤害。施救前应迅速判断患者的意识状态和呼吸情况，如发现无反应且无正常呼吸，需立即启动急救系统并开始心肺复苏，同时结合穴位按压以增强复苏效果。操作时施救者应保持冷静，手法稳定而有力，避免因慌乱导致按压位置不准确或力度不均，从而影响急救效果。此外，穴位按压虽可作为应急措施，但不能替代专业医疗救治，施救后务必尽快将患者送医接受进一步诊断与治疗。

急救过程中的穴位选择需依据中医辨证原则，如患者面色苍白、四肢厥冷属阳气虚脱，可加按气海、关元等穴以温阳固脱；若患者喉中痰鸣、呼吸急促，则配合按压丰隆、膻中等穴以化痰开窍。这种辨证选穴的方法体现了中医急救的个体化与灵活性，能够针对不同病因病机实施精准干预。施救者还需观察患者反应变化，如按压后患者逐渐恢复意识，应减轻力度并安抚情绪，若仍无改善，则需持续按压并准备采用其他急救手段。

长期实践表明，穴位按压在急救中不仅起到生理调节作用，还具有心理安抚效果，通过接触与刺激能让患者感受到外界关注，减少恐慌情绪，促进机体自我恢复。因此，施救者在操作时应保持与患者的言语沟通或温和提示，即使患者无意识，这种人文关怀也可能通过神经反射产生积极影响。总之，穴位按压是中医急救的重要组成部分，其科学性与实用性已在众多案例中得到验证，值得在公众中普及与推广。

三、中医传统急救药物在心搏骤停中的辅助应用

在心搏骤停的急救过程中，中医传统药物以其独特的理论体系和丰富的临床经验，为现代急救医学提供了重要的辅助手段。这些药物通常基于辨证施治的原则，针对患者的不同体质和病情发展阶段进行选用，旨在通过调节气血、扶正固脱、开窍醒神等途径，辅助维持生命体征，为后续的专业抢救争取宝贵时间。传统急救药物如安宫牛黄丸、苏合香丸、至宝丹等，在心搏骤停的初期处理及复苏后阶段均有其特定的应用场景和价值。

安宫牛黄丸作为中医急救的经典药物之一，其主要功效在于清热解毒、豁痰开窍，常用于热闭神昏的急症。在心搏骤停发生后，若患者伴有高热、烦躁、痰壅气促等热象，安宫牛黄丸可通过其芳香开窍的作用，帮助改善脑部供血，减轻

脑水肿，从而在一定程度上保护中枢神经功能。需要注意的是，该药性偏寒凉，适用于阳热实证，对于虚寒证患者则需慎用或配伍温补药物，以避免加重病情。

苏合香丸则以温通开窍、行气止痛见长，适用于寒闭或气滞血瘀所致的神昏闭证。在心搏骤停的急救中，若患者表现为面色苍白、四肢厥冷、脉微欲绝等寒象，苏合香丸可通过温通经络、振奋阳气的作用，辅助提升血压和改善微循环。其组方中的苏合香、麝香等芳香类药物，能迅速透过血脑屏障，发挥醒神回苏的功效，为心脑血管复苏提供支持。

至宝丹则侧重于化浊开窍、清热解毒，适用于痰热内闭的急症。在心搏骤停伴有痰浊壅盛、意识障碍的情况下，至宝丹能通过涤痰开窍、清心醒脑的作用，帮助恢复神志，减轻脑损伤。其应用需严格遵循辨证原则，确保药证相符，避免误治。

四、中西医结合在心搏骤停现场急救中的协同作用

心搏骤停是一种极其危急的医疗状况，其抢救成功的关键在于迅速、有效的现场急救措施。中西医结合急救模式在此类突发事件中展现出独特的协同优势，通过整合现代医学的先进技术与传统中医的辅助手段，能够显著提升患者的生存率与康复质量。现代心肺复苏技术作为西医急救的核心，强调早期识别、胸外按压、电除颤与高级生命支持，这些措施能够迅速恢复患者的血液循环与氧气供应，为后续治疗争取宝贵时间。与此同时，中医急救理念注重整体调节与气血平衡，通过针刺、艾灸、推拿等非药物疗法辅助西医手段，进一步优化急救效果。

在具体操作中，中西医结合的协同作用体现在多个层面。首先，中医的急救技术可以作为西医心肺复苏的补充手段，例如在胸外按压的同时，配合针刺人中、内关等穴位，能够刺激患者的神经系统，促进意识恢复与自主呼吸的重新建立。其次，中医的整体观与辨证施治原则有助于在西医急救后进一步调理患者的身体状况，减少并发症的发生。例如，通过艾灸神阙、气海等穴位，可以温通经络、扶正固脱，帮助患者稳定生命体征，缓解因心搏骤停导致的气血亏虚状态。



第四节 心搏骤停急救后的照护与注意事项

一、急救成功后的生命体征监测与体位管理

急救成功后，患者虽暂时脱离生命危险，但生命体征仍处于不稳定状态，必须进行严密监测。监测内容包括心率、血压、呼吸频率、血氧饱和度及体温等多项指标。心率监测需持续进行，观察是否存在心律失常或再次停搏的迹象；血压监测应每隔 15~30 分钟记录一次，确保收缩压维持在 90mmHg 以上，以保证重要器官的血液灌注。呼吸频率的监测有助于判断是否存在呼吸抑制或过度通气，同时需注意呼吸节律是否均匀。血氧饱和度应保持在 95% 以上，必要时可通过鼻导管或面罩给予氧气支持。体温监测亦不可忽视，低温或高热均可能影响患者恢复，需采取相应保温或降温措施。

体位管理是急救后照护的重要环节，合理的体位有助于维持呼吸道通畅、促进血液循环及预防并发症。患者应取平卧位，头部可稍抬高 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，以减少颅内压及呼吸困难的发生。若患者存在呕吐风险，则需采取侧卧位，并确保头部偏向一侧，防止误吸。对于意识尚未完全恢复的患者，应避免频繁变动体位，以免引起血压波动或心律失常。长期卧床者需定时协助翻身，预防压疮及深静脉血栓的形成。

监测过程中若发现异常体征，需立即采取干预措施。例如，出现心率过缓或过速时，应根据具体情况使用药物或调整输液速度；血压过低时可考虑补充液体或使用升压药物；呼吸异常则需检查气道是否通畅，必要时进行辅助通气。同时，需密切观察患者的意识状态、瞳孔反应及肢体活动情况，这些均是判断神经系统功能恢复的重要指标。

二、复苏后综合症的早期识别与处理

复苏后综合征是指心搏骤停患者在成功恢复自主循环后出现的一系列病理生理变化，其临床表现复杂多样，涉及多个器官系统的功能障碍。早期识别与及时处理对于改善患者预后至关重要，需要医护人员密切监测并采取针对性干预措施。

在循环系统方面，患者常出现心肌抑制导致的心排量降低和低血压状态。临床表现为皮肤湿冷、尿量减少、精神状态改变等组织灌注不足的征象。此时需

通过有创动脉压监测精确评估血压变化,同时结合中心静脉压、混合静脉血氧饱和度等指标综合判断容量状态与心功能。处理上首先应优化容量负荷,必要时使用血管活性药物如去甲肾上腺素维持平均动脉压高于 65mmHg,确保重要器官的血液供应。若存在心律失常,需根据心电图特征选用抗心律失常药物或电复律治疗。

神经系统功能障碍是复苏后综合征最突出的表现之一,患者可能出现意识障碍、抽搐或认知功能下降。早期脑保护措施包括维持适当的脑灌注压、控制体温在 36℃~37℃之间以避免高热加重脑损伤。对于躁动或抽搐患者,可酌情使用镇静抗惊厥药物,同时密切观察瞳孔变化及格拉斯哥昏迷评分动态演变。近年来研究表明,目标温度管理能显著改善神经功能预后,但需注意避免温度过低导致心律失常等并发症。

呼吸系统常见并发症包括急性呼吸窘迫综合征、呼吸机相关性肺炎等。患者往往需要机械通气支持,此时应采用肺保护性通气策略,将潮气量控制在每公斤体重六至八毫升,平台压低于 30cm 水柱,并合理设置呼气末正压以防止肺泡塌陷。定期进行血气分析监测氧合与通气功能,维持氧饱和度在 94%~98%,避免过度氧合导致氧化应激损伤。同时应加强呼吸道管理,定时吸痰并严格无菌操作以预防感染。

急性肾损伤是复苏后常见并发症,表现为尿量减少及血肌酐升高。需密切监测每小时尿量及肾功能指标,避免使用肾毒性药物,并根据肌酐清除率调整药物剂量。对于持续性少尿或电解质紊乱患者,可能需要进行连续性肾脏替代治疗,以维持内环境稳定。同时应注意评估容量状态,防止容量过负荷导致肺水肿。

胃肠道功能紊乱常表现为应激性溃疡、肠麻痹等。应早期启动肠内营养支持,使用质子泵抑制剂预防消化道出血,并密切观察腹部体征变化。若出现腹胀、肠鸣音减弱等情况,需暂时禁食并给予胃肠减压。肝功能异常也多见,表现为转氨酶升高及凝血功能障碍,需监测相关指标并给予保肝治疗。

内分泌代谢紊乱包括应激性高血糖、肾上腺皮质功能不全等。应严格控制血糖在 140~180mg 每分升之间,避免血糖过高或过低。对于疑似肾上腺功能不全者,可考虑应激剂量糖皮质激素治疗。电解质紊乱如低钾血症、高钠血症等也需及时纠正。

中医药在复苏后综合征的防治中具有独特优势。根据辨证论治原则,可将本



病分为阳气虚脱、痰浊蒙窍、瘀血阻络等证型。对于阳气虚脱证，可用参附汤加味以回阳固脱；痰浊蒙窍证可用涤痰汤加减以化痰开窍；瘀血阻络证则可用血府逐瘀汤活血通络。研究表明，中药注射液如参麦注射液、生脉注射液等能改善心肌收缩力，而醒脑静注射液则有助于促进意识恢复。针灸治疗选取百会、水沟、内关等穴位，施以平补平泻手法，可调节气血运行，改善脑功能。

在整体管理方面，应建立多学科协作团队，包括急诊科、重症医学科、心内科、神经科等专家共同参与治疗决策。制定个体化治疗方案，定期评估各器官功能恢复情况，并根据病情变化及时调整治疗策略。同时应重视与患者家属的沟通，详细解释病情及预后，提供心理支持。

预防并发症是复苏后管理的重要环节。应加强基础护理，定期翻身拍背预防压疮和肺部感染，进行被动肢体活动防止深静脉血栓形成。营养支持应尽早开始，优先选择肠内营养，根据代谢状况计算所需热量与蛋白质。心理干预也不容忽视，对于意识清醒的患者应给予情绪疏导，减轻其焦虑与恐惧。

监测与评估应贯穿整个治疗过程。除常规生命体征监测外，还需运用多种评分工具如急性生理与慢性健康评分、序贯器官衰竭评估评分等量化病情严重程度。神经功能预后评估可使用脑功能分类评分等工具，但需注意在早期避免过早做出悲观预测。

三、专业医疗人员到达前的持续照护

在专业医疗人员抵达现场之前，对心搏骤停患者的持续照护至关重要，这不仅关系到患者能否维持基本生命体征，还直接影响后续医疗救治的效果。首先，持续进行心肺复苏是核心环节，施救者需确保按压深度达到 5~6cm，频率保持在 100~120 次每分钟，并且每次按压后要让胸廓充分回弹，以保障血液有效循环。同时，人工呼吸应与胸外按压交替进行，通常按照 30 次按压配合两次人工呼吸的比例操作，注意吹气时需看到患者胸廓起伏，避免过度通气。若现场有自动体外除颤器，应尽快使用，并严格按照设备提示操作，除颤后立即继续心肺复苏，直至专业救援人员接手。

其次，需密切观察患者的生命体征变化。施救者应定期检查患者的呼吸、脉搏及意识状态，如果发现患者出现自主呼吸或肢体活动，不可立即停止急救，而应保持警惕，随时准备继续实施援助。在此期间，还应尽量保持患者身体平稳，

避免随意移动，防止因体位变动导致进一步损伤。如果患者呕吐，需迅速将其头部转向一侧，清理口腔异物，保持气道通畅，防止误吸。

此外，心理支持与安抚同样不可忽视。心搏骤停事件不仅对患者是重大打击，对现场家属或旁观者也可能造成强烈心理冲击。施救者应在实施急救的同时，以冷静、镇定的态度向周围人简要说明情况，并鼓励大家保持安静、配合救援。如果有家属在场，可以用简单而温暖的语言给予安慰，避免他们因过度焦虑而干扰急救进程。需要注意的是，在整个照护过程中，施救者也要合理分配自身体力，若感到疲劳，应与其他具备急救能力的人交替操作，以保证心肺复苏的质量。

最后，信息记录与交接准备也是持续照护的重要部分。施救者应留意患者发生心搏骤停的时间、开始急救的时间、除颤器使用情况以及任何显著反应，并在专业医疗人员到达时，清晰、准确地告知这些信息，以便医疗团队快速了解病情，采取针对性措施。通过以上多方面持续而细致的照护，能够最大程度地为患者争取生存机会，并为后续的专业治疗奠定良好基础。在持续照护过程中，施救者还需关注环境因素对患者的影响，应尽量将患者放置在平坦坚硬的地面或床板上，避免在软沙发或不平整处实施心肺复苏，以保证按压效果。若现场温度过低，应注意为患者保暖，可用衣物或毛毯覆盖其身体，防止低体温导致代谢减慢或心律失常加重；若环境温度过高，则需将患者移至阴凉通风处，避免中暑或脱水加剧病情。同时，施救者应确保周围环境安全，远离交通要道、火源或水域等危险区域，防止二次伤害发生。

四、急救成功的心理安抚与家属沟通

突发心搏骤停事件不仅对患者造成生理上的巨大冲击，其心理层面的影响同样不容忽视。急救成功后，患者往往处于极度恐惧与焦虑的状态，可能会反复回忆事发瞬间的濒死体验，甚至出现创伤后应激障碍的症状。此时，及时而专业的心理安抚至关重要。医护人员应首先以温和而坚定的语气告知患者已脱离生命危险，并逐步解释当前身体状况及后续治疗计划，帮助其重建安全感。同时，鼓励患者表达内心感受，通过倾听与共情减轻其心理负担。对于出现严重情绪波动的患者，可考虑邀请心理科医师介入，采用放松训练、认知行为疗法等方法进行干预。

家属作为患者最重要的社会支持系统，其在急救过程中的心理状态同样需要



关注。许多家属在目睹亲人突发心搏骤停后，会陷入深深的自责与无助，这种情绪若得不到及时疏导，可能影响其后续照护能力。医护人员应主动与家属沟通，用通俗易懂的语言解释患者的病情变化和治疗进展，避免使用过多医学术语造成理解障碍。同时，要肯定家属在急救过程中发挥的积极作用，增强其信心与应对能力。对于家属提出的疑问，应耐心解答，必要时可安排多次沟通以确保信息传递的准确性与完整性。

有效的家属沟通不仅需要关注信息传递，更要注意沟通时的态度与方式。医护人员应保持镇定、专业且富有同理心的态度，避免在沟通中流露出过度焦虑或不确定的情绪。在告知病情时，可采用“希望与现实并存”的策略，既如实说明患者可能面临的挑战，也强调医疗团队的积极努力与现有治疗手段的有效性。此外，应尊重家属的文化背景与信仰需求，为其提供相应的心理支持资源，如宗教关怀或社会工作者介入。

心理安抚与家属沟通是一个持续的过程，而非一次性任务。随着患者病情的变化，其心理需求也会相应调整。医护人员需定期评估患者及家属的心理状态，并根据实际情况调整干预策略。例如，在患者转入普通病房后，可指导家属如何参与日常照护，通过实际行动减轻其无力感。同时，鼓励家属与患者共同制定康复目标，增强其对未来的希望与掌控感。值得注意的是，部分家属可能在长期照护中产生倦怠情绪，此时应及时提供心理支持，避免照护质量下降。

最后，心理安抚的成功离不开多学科团队的协作。除医护人员外，心理医师、社会工作者、康复治疗师等均应参与其中，共同为患者及家属提供全方位支持。通过团队讨论制定个性化的心理干预方案，确保每一位患者都能获得最适合其需求的心理照护。此外，医院可建立心搏骤停幸存者支持小组，为患者及家属提供交流平台，通过分享经历与应对策略减轻其孤独感与心理压力。

第三章 突发昏迷的中西医急救技术

第一节 昏迷的常见原因与紧急评估

一、颅脑损伤、中风、中毒等常见病因分析

颅脑损伤是导致突发昏迷的常见原因之一，通常由外力作用于头部引起，如交通事故、跌倒或暴力打击等。颅脑损伤可分为闭合性损伤和开放性损伤，前者指颅骨完整但脑组织受损，后者则伴有颅骨骨折和脑组织外露。无论何种类型，颅脑损伤均可能导致脑震荡、脑挫裂伤或颅内血肿，进而压迫脑干或大脑皮质，引发意识障碍。患者常伴有头痛、呕吐、瞳孔不等大或肢体活动障碍等症状，严重时可迅速进展为深度昏迷。急救时需立即评估患者呼吸与循环状态，保持气道通畅，避免移动颈部，以防加重脊髓损伤。

中风是另一种常见的昏迷病因，分为缺血性中风和出血性中风两类。缺血性中风多因脑血管栓塞或血栓形成导致脑部供血不足，而出血性中风则是脑血管破裂所致。两者均可引起脑组织缺氧或受压，进而损害意识中枢。患者往往突然出现面部歪斜、言语不清或一侧肢体无力，随后意识逐渐模糊甚至完全丧失。高血压、糖尿病及心脏病患者是中风的高危人群，急救时应迅速让患者平卧，松开衣领，保持呼吸通畅，同时尽快联系医疗救援。

中毒也是导致昏迷的重要原因，包括药物过量、酒精中毒、化学品吸入或误食有毒物质等。这些毒素可通过抑制中枢神经系统或干扰代谢过程引发意识障碍。例如，镇静催眠药物过量会直接抑制呼吸中枢，而有机磷农药中毒则会导致乙酰胆碱过度积累，引起神经肌肉传导紊乱。患者可能表现为嗜睡、谵妄或昏迷，并伴有呼吸缓慢、瞳孔缩小等症状。急救时需立即清除毒物，如催吐或洗胃，但需注意避免误吸，同时尽快使用特异性解毒剂。

除上述常见原因外，低血糖、严重感染、肝肾功能衰竭及癫痫持续状态等也可导致昏迷。低血糖时，大脑缺乏能量供应，会出现冷汗、心悸继而意识丧失；严重感染如败血症可引起全身炎症反应，损害脑功能；肝性脑病或尿毒症则因代



谢废物堆积影响神经传导。这些病因虽不如前三者紧急，但同样需要迅速识别与处理。急救人员需通过病史询问、体格检查及快速血糖检测等手段初步判断病因，为后续治疗争取时间。

总之，昏迷的病因复杂多样，急救时的初步评估至关重要。通过观察患者呼吸、脉搏、瞳孔反应及肢体活动，结合可能的外伤或中毒线索，可以大致判断病因方向，并采取相应的初步处理措施，为专业医疗救援奠定基础。

二、格拉斯哥昏迷评分（GCS）的简单应用

格拉斯哥昏迷评分是一种广泛应用于临床的神经系统评估工具，主要用于快速判断昏迷患者的意识障碍程度。该评分系统由英国格拉斯哥大学的两位神经外科教授于一九七四年首次提出，经过多年实践与完善，现已成为全球急救医学中最常用的意识状态评估标准之一。其核心价值在于通过三个维度的客观观察，即睁眼反应、语言反应和运动反应，对患者的意识水平进行量化评分，从而为急救人员提供科学、统一的评估依据。

在具体应用过程中，评估者需分别观察并记录患者在刺激下的睁眼、语言和运动反应。睁眼反应分为四个等级：自主睁眼为四分，语言刺激后睁眼为3分，疼痛刺激后睁眼为2分，无任何睁眼反应则为1分。语言反应评估分为五个等级：患者能够正确回答人物、地点和时间5分，回答混乱但尚可交流4分，说出恰当的词语或语句3分，只能发出无法理解的声音2分，完全无语言反应为1分。运动反应则分为6个等级：患者能够按指令完成动作6分，能够定位疼痛刺激5分，对疼痛刺激有回缩反应4分，出现异常屈曲反应3分，出现伸展反应2分，完全无运动反应为1分。

将三个维度的得分相加，即可得到格拉斯哥昏迷评分的总分，范围在3~15分之间。总分越低，表明患者的意识障碍越严重。通常，评分低于8分即可判定为昏迷状态，而评分在3~4分之间往往提示深度昏迷，预后较差。这一评分系统不仅有助于初步判断病情严重程度，还能为后续治疗和转运决策提供重要参考。例如，评分迅速下降可能提示颅内压增高或脑疝形成，需立即采取降颅压措施；而评分逐渐回升则可能反映治疗有效，病情趋于稳定。

需要注意的是，格拉斯哥昏迷评分的应用需结合具体临床场景，并排除一些干扰因素。例如，眼部外伤、气管插管或语言障碍可能影响睁眼和语言反应的评

估，此时应着重观察运动反应，并在记录中注明相关限制。此外，评分结果应动态监测，多次记录，以更准确地反映病情变化。在急救现场，医护人员通常可在2~3分钟内完成初步评估，为后续抢救争取宝贵时间。

尽管格拉斯哥昏迷评分具有操作简便、重复性好的优点，但其仍存在一定局限性。例如，它无法全面反映脑干功能及某些特殊类型的意识障碍，因此在实际应用中常需结合瞳孔对光反射、生命体征等其他指标进行综合判断。总体而言，掌握格拉斯哥昏迷评分的简单应用，对于提高昏迷患者的抢救成功率和改善预后具有重要意义。

三、瞳孔、肢体反应、呼吸模式的观察与判断

在昏迷患者的紧急评估中，对瞳孔、肢体反应及呼吸模式的观察与判断是至关重要的环节，这些体征能够为初步判断病因及病情严重程度提供关键线索。首先，瞳孔的观察应注重其大小、形态、对光反射的灵敏度以及两侧是否对称。正常瞳孔直径约为2~4mm，两侧等大等圆，对光反射灵敏。若出现瞳孔散大且对光反射消失，常提示可能存在颅内压增高、脑疝形成或严重脑缺氧，如脑卒中、颅脑外伤等；而瞳孔针尖样缩小则可能见于有机磷农药中毒、桥脑出血或某些药物过量；若两侧瞳孔大小不等，需高度警惕颅内占位性病变或脑干损伤。此外，瞳孔反应的动态变化也是评估病情进展的重要依据，需反复检查并记录。

肢体反应的评估主要通过疼痛刺激诱发，常用方法包括按压眶上神经、捏掐胸大肌外侧缘或甲床，观察患者有无肢体回缩、躲避或屈曲等动作。根据反应程度，可初步判断昏迷深度及神经系统功能状态。若刺激后肢体迅速回缩，提示皮质脊髓束功能尚存，昏迷可能较浅；若仅出现肢体屈曲或伸直反应，可能为去皮质强直或去大脑强直状态，多见于中脑或脑干受损；若完全无反应，则表明神经系统抑制极深，预后往往较差。需注意两侧肢体反应是否对称，若一侧肢体活动明显减弱或消失，可能提示对侧大脑半球或运动通路病变。

呼吸模式的观察需结合呼吸频率、节律、深度及有无异常呼吸形态。正常成人呼吸频率为12~20次每分钟，节律整齐。昏迷患者常见的异常呼吸模式包括潮式呼吸、中枢性过度通气、长吸式呼吸及共济失调型呼吸等。潮式呼吸表现为呼吸逐渐加深加快，达到高峰后又逐渐减弱直至暂停，周而复始，多见于双侧大脑半球或间脑病变；中枢性过度通气为深快而均匀的呼吸，常见于中脑或脑桥上部



受损；长吸式呼吸表现为吸气相延长，呈抽泣样，多提示脑桥下部病变；若呼吸节律完全不规则，频率与时快时慢，则为共济失调性呼吸，是延髓受损的危重表现。此外，呼吸气味也可提供诊断线索，如酮味提示糖尿病酮症酸中毒，大蒜味见于有机磷中毒，肝臭味可能为肝性脑病。

综合以上三方面的观察，急救人员可初步判断昏迷的可能原因及病变部位，并为后续的西医抢救与中医辨证提供依据。例如，瞳孔散大伴去大脑强直及潮式呼吸，可能提示颅内压急剧升高；针尖样瞳孔伴呼吸抑制，需警惕阿片类药物中毒；而两侧肢体反应不对称伴呼吸节律异常，则可能为脑卒中或脑外伤。在中医理论中，这些体征也可对应邪闭清窍、阴阳离决或痰蒙神窍等证候，从而指导针刺人中、十宣放血或服用安宫牛黄丸等急救措施。需要注意的是，这些观察需在确保患者气道通畅、生命体征稳定的前提下快速进行，并动态监测变化，以准确评估病情进展及治疗效果。

四、患者病史信息对昏迷原因判断的重要性

在突发昏迷的急救过程中，患者病史信息的收集与分析对于准确判断昏迷原因具有至关重要的作用。病史信息能够为医护人员提供关键的诊断线索，帮助缩小鉴别诊断范围，从而迅速采取针对性的急救措施。许多昏迷病例的根本原因往往隐藏在患者的既往病史、用药情况、生活习惯以及近期症状变化之中，若缺乏这些信息，急救工作可能会陷入盲目甚至延误治疗时机。

首先，了解患者的既往病史是判断昏迷原因的基础。例如，若患者有糖尿病史，昏迷可能是由于低血糖或高血糖危象所致；若有高血压或心脏病史，则需警惕脑血管意外或心源性昏迷；若有癫痫病史，则昏迷可能是癫痫发作后的状态。此外，肝肾功能不全、内分泌疾病、慢性感染等也可能导致意识障碍。这些信息能够帮助急救人员快速排除某些可能性，集中精力排查最可能的原因。

其次，用药史的询问同样不可忽视。许多药物过量或不良反应可能导致昏迷，如镇静催眠药、抗精神病药、降糖药或麻醉性镇痛药等。同时，患者是否长期服用抗凝药物或是否有药物过敏史也是重要的参考信息。此外，滥用酒精或毒品的病史同样需要重点关注，因为酒精中毒或药物过量是昏迷的常见原因之一。

再者，发病前的症状和诱因也是病史信息中的重要组成部分。患者昏迷前是否有过剧烈头痛、呕吐、抽搐、胸痛或呼吸困难等症状？是否有过外伤、感染、

情绪激动或环境暴露（如高温、中毒物质接触）等诱因？这些细节能够为昏迷的病因提供直接线索。例如，突发剧烈头痛后昏迷可能提示蛛网膜下腔出血，而高温环境下昏迷则需考虑中暑的可能性。

此外，患者的个人生活习惯和社会史也应纳入考量。长期饮酒、吸烟、饮食不规律或工作压力过大等因素可能与某些昏迷原因相关。例如，酗酒者易发生酒精中毒或韦尼克脑病，而长期熬夜或过度疲劳可能诱发低血糖或心律不齐。

最后，家属或目击者提供的病史信息往往具有较高的可靠性。急救人员应耐心询问并记录关键信息，包括患者最近的饮食、行为变化以及是否有自杀倾向或异常情绪波动等。这些信息不仅有助于医学判断，还可能为心理因素导致的昏迷（如癔症或过度换气综合征）提供诊断依据。

综上所述，患者病史信息是昏迷急救中不可或缺的一环。通过全面、系统地收集和分析病史，急救人员能够更准确地判断昏迷原因，从而制定科学合理的急救方案，提高抢救成功率。因此，在实际操作中，应高度重视病史信息的采集工作，并将其作为昏迷评估的重要组成部分。

第二节 西医对突发昏迷的急救处理原则

一、建立和维持有效气道的重要性与方法

在突发昏迷的急救过程中，建立和维持有效气道是首要且至关重要的步骤，因为气道通畅是维持生命体征的基础。昏迷患者由于意识丧失，肌肉松弛，舌根后坠或分泌物堵塞可能导致气道梗阻，进而引发缺氧甚至窒息，严重时可危及生命。因此，急救人员必须迅速评估患者的气道状态，并采取有效措施确保呼吸道畅通。

首先，评估气道是否通畅是急救的第一步。急救人员应观察患者胸腹部是否有起伏，倾听呼吸音，判断是否存在鼾声、喘鸣或其他异常呼吸音，这些往往是气道部分阻塞的表现。若发现患者无呼吸或呼吸微弱，需立即采取措施。常用方法包括仰头抬颏法或推颌法，这两种手法能有效防止舌根后坠，打开气道。仰头抬颏法适用于无颈椎损伤嫌疑的患者，操作者一手置于患者前额，向后施加压力，另一手指放置于下颌骨下方，轻轻向上抬起颈部；推颌法则适用于可能存在颈



椎损伤的情况，操作者双手置于患者下颌角，向前上方推动，避免头部后仰。

若手法开放气道后仍无法有效通气，或患者口腔内有异物、分泌物堵塞，需立即进行清除。可使用吸引器吸除分泌物，或用手指钩出可见异物，但需注意避免将异物推入更深部位。对于深度昏迷或呼吸停止的患者，可能需要使用口咽通气道或鼻咽通气道等辅助工具维持气道开放。口咽通气道适用于无咽反射的患者，插入时需沿口腔弯曲度放置，避免损伤软组织；鼻咽通气道则适用于有牙关紧闭或口腔创伤的情况，通过鼻腔插入至咽后壁。

在确保气道开放的基础上，维持有效通气同样关键。若患者自主呼吸消失或不足，需立即进行人工通气，如口对口人工呼吸或使用简易呼吸器。人工通气时，应确保每次吹气量适中，避免过度通气导致胃胀气或其他并发症。同时，持续监测患者氧饱和度，必要时给予高浓度氧气支持，以纠正缺氧状态。在整个过程中，需密切观察患者胸廓起伏、肤色及生命体征变化，及时调整急救措施。

二、生命体征的监测与初步稳定处理

突发昏迷患者的生命体征监测是急救处理中的首要环节，必须迅速而系统地进行。急救人员应立即评估患者的意识状态、呼吸、脉搏、血压及体温等关键指标，以判断病情的严重程度及可能的病因。意识状态的评估通常采用格拉斯哥昏迷评分法，通过睁眼反应、语言反应和运动反应三个方面进行量化，分数越低表示昏迷程度越深。呼吸方面，需观察呼吸频率、节律和深度，是否存在呼吸困难或异常呼吸模式如潮式呼吸。脉搏检查应关注速率、节律及强度，同时测量血压以识别是否存在休克或高血压危象。体温测量也不可忽视，高热或低温均可能是昏迷的原因或并发症。这些监测应在患者到达现场后的第一时间开始，并持续进行直至病情稳定或移交专业医疗团队。

初步稳定处理的核心目标是维持患者的基本生命功能，防止病情进一步恶化。首先需要确保气道通畅，这是抢救成功的基石。对于无自主呼吸或呼吸微弱的患者，应立即进行人工通气，如口对口人工呼吸或使用简易呼吸器。若患者存在呕吐物或分泌物阻塞气道，需迅速清理，必要时采用仰头抬颏法或推颌法开放气道。循环支持方面，如发现心跳停止，须立即实施胸外心脏按压，并准备除颤仪以备不时之需。对于血压异常的患者，应根据情况采取相应措施，如低血压者给予补液或升压药物，高血压危象者则需谨慎降压。同时，需建立静脉通道以便及时给

药和补液，监测血糖水平并纠正低血糖或高血糖。在整个过程中，需密切观察患者对处理的反应，随时调整救治策略。

生命体征的监测与初步稳定处理需要紧密结合，形成一个动态、连续的过程。监测数据为处理措施提供依据，而处理效果又通过监测来验证。例如，在给予补液后，需反复测量血压和心率以评估循环改善情况；在使用呼吸支持后，应持续观察血氧饱和度和呼吸状态的变化。这种实时的反馈机制有助于优化救治方案，提高抢救成功率。此外，在初步稳定患者的同时，应尽快明确昏迷的病因，如颅脑外伤、脑卒中、中毒、代谢紊乱等，以便采取更有针对性的治疗。急救人员需保持高度警惕，随时准备应对可能出现的并发症，如心律失常、呼吸衰竭或脑疝等。

在整个急救过程中，团队协作与规范操作至关重要。急救人员应分工明确，各司其职，确保监测与处理工作有序进行。使用必要的医疗设备，如心电监护仪、血氧仪、血糖仪等，可以提高监测的准确性和效率。同时，需详细记录各项生命体征数据及所采取的措施，为后续的医疗交接提供完整信息。值得注意的是，初步稳定处理并非最终治疗，而是为后续的专业救治争取时间和创造条件。因此，在患者病情稍趋稳定后，应尽快将其转运至具备条件的医疗机构，进行进一步的诊断与治疗。

三、呼叫急救与信息传递的规范流程

突发昏迷发生时，第一时间呼叫专业急救服务是至关重要的环节。正确且高效的呼叫流程能够为后续的医疗救援争取宝贵时间，并确保急救人员能够迅速、准确地了解现场情况，从而采取最合适的应对措施。呼叫急救电话时，应保持冷静，语速平稳，清晰说明事发地点，包括市、区、街道、门牌号或显著地标，避免因信息模糊导致救护车延误。若在室内发生，还需注明楼层和房间号，以便急救人员快速定位。

在通话过程中，必须简明扼要地描述患者的基本状况。首先应说明患者是否意识丧失，有无自主呼吸和心跳，这些信息对调度员判断紧急程度和优先派遣资源具有关键作用。如果现场有他人协助，可以分工合作，一人持续观察患者生命体征，另一人负责与急救中心保持沟通。此外，应提供患者的年龄、性别以及已知的基础疾病史，如高血压、糖尿病或心脏病等，这些信息有助于急救团队提前做好相应的药物和设备准备。



信息传递的准确性直接关系到急救效率和救治效果。除了向急救中心提供信息外，还应将了解到的关键情况记录下来，或在急救人员到达时主动告知，避免因紧张而遗漏重要细节。如果患者随身携带药物或有特殊过敏史，也需及时说明，以防止在急救过程中出现用药风险。在等待救护车期间，按照调度员的指导，可能需要对患者进行初步的体位管理或基础生命支持，这些操作也应在信息交流中得到确认和反馈。

完成呼叫后，尽量确保通信畅通，随时接听急救中心的回拨电话，并提供进一步的信息协助。如果事发地点较为偏僻或难以寻找，可安排人员在路口或显著位置引导救护车辆，减少寻找时间。整个信息传递过程不仅要注重效率，还要注意保护患者隐私，避免在公共场合过多暴露其个人信息，同时做到冷静、有序、协作，为专业急救创造最佳条件。呼叫急救服务后，应继续密切观察患者的生命体征变化，包括呼吸、脉搏及意识状态，并做好记录，以便急救人员到达时能第一时间获取最新情况。若患者出现呕吐，应立即将其头部转向一侧，清理口腔异物，防止误吸导致窒息，同时注意保持呼吸道通畅。在等待救援的过程中，尽量避免随意移动患者，特别是怀疑有脊柱损伤时，以免造成二次伤害。

如果现场有自动体外除颤器，且接受过相关培训，可在调度员指导下准备使用，但需注意确保环境安全，避免触电风险。对于已知患有心脏疾病的患者，家属或现场人员应迅速找到其常备药物，如硝酸甘油，并确认是否符合使用条件，但不可盲目给药。若患者出现抽搐，应移开周围硬物，保护其头部和身体，避免约束肢体，记录抽搐持续时间及表现形式，这些信息对后续诊断有重要价值。

在急救人员到达前，应整理好患者的医疗信息，包括近期用药记录、过敏史及既往手术史，以书面形式准备交接，减少口头传递可能产生的误差。如果患者为老年人或儿童，需特别注意其体温和皮肤颜色变化，避免因等待时间过长出现低体温或脱水等情况，可适当覆盖保暖衣物，但不要过热。整个过程中，保持现场秩序，疏散围观人群，确保急救通道畅通，为救援工作提供足够空间和光线条件。

最后，急救人员到达后，应简要、准确地重复患者的关键信息，并配合协助转移，确保搬运过程平稳。如有必要，可派一名熟悉情况的人员随车前往医院，以便与急诊医生详细沟通病史和事发经过，实现院前与院内急救的无缝对接。整个突发昏迷的现场应对，不仅依靠急救团队的专业技能，也离不开现场人员的冷静协作与有效信息支持，从而为患者争取每一秒生机。

四、不同病因导致的昏迷的初步鉴别与应对

突发昏迷是临床常见的急危重症，其病因复杂多样，涉及神经系统、循环系统、内分泌系统等多个方面。初步鉴别病因对于采取正确的急救措施至关重要，因为不同病因导致的昏迷在处理方法上存在显著差异。通常情况下，昏迷的病因可分为脑血管意外、代谢性疾病、中毒、感染、外伤以及心源性因素等几大类。急救人员需通过快速评估患者的生命体征、病史询问以及简单的体格检查，初步判断昏迷的可能原因，并采取相应的应对措施。

对于突发昏迷的患者，首先应评估其呼吸、脉搏和血压等基本生命体征。若患者出现呼吸微弱或停止，应立即进行人工通气或使用简易呼吸器辅助呼吸；若心跳停止，则需立即实施心肺复苏。同时，观察患者的皮肤颜色、体温及有无出汗等情况，这些信息有助于初步判断昏迷的病因。例如，皮肤潮湿多汗可能提示低血糖或休克，而皮肤干燥发热则可能为感染或中暑所致。此外，注意患者有无肢体瘫痪、瞳孔大小及对光反射等神经系统体征，这些表现常与脑血管意外相关。

若初步判断昏迷原因为脑血管意外，如脑出血或脑梗死，患者通常伴有突然出现的头痛、呕吐、一侧肢体无力或言语不清等症状。急救时应保持患者安静，避免随意搬动，尤其是头部，以防加重出血或缺血。同时，尽快将患者送往有条件进行头颅电子计算机断层扫描检查的医疗机构，以便明确诊断并接受针对性治疗。若患者伴有高血压，可酌情使用降压药物，但需注意避免血压下降过快，以免加重脑缺血。

对于代谢性疾病导致的昏迷，如低血糖或糖尿病酮症酸中毒，急救措施有所不同。低血糖昏迷常见于糖尿病患者使用过量降糖药物或未及时进食的情况，患者可表现为皮肤湿冷、心悸、出汗等交感神经兴奋症状。确诊后应立即给予口服或静脉注射葡萄糖，若患者意识未恢复，需持续静脉滴注葡萄糖溶液。而糖尿病酮症酸中毒则表现为深大呼吸、呼气有烂苹果味、脱水等症状，急救时应快速补充生理盐水并给予胰岛素治疗，同时密切监测血糖和电解质水平。

中毒性昏迷多由药物过量、酒精或一氧化碳中毒引起，患者常有明确的毒物接触史或服药史。急救的首要任务是脱离中毒环境，如将一氧化碳中毒者移至通风处，并对口服毒物者进行洗胃或导泻。同时，根据毒物种类使用特异性解毒剂，如纳洛酮用于阿片类药物中毒，乙醇用于甲醇中毒。在等待专业医疗救援的过程中，应保持患者呼吸道通畅，必要时进行人工通气。



感染性疾病如败血症或颅内感染也可导致昏迷，患者常伴有高热、寒战、头痛等症状。急救时应积极控制体温，采用物理降温或药物退热，并尽快使用广谱抗生素。若怀疑为颅内感染，如脑膜炎或脑炎，需在医疗监护下进行腰椎穿刺以明确诊断，并给予抗感染及脱水降颅压治疗。

心源性昏迷多由严重心律失常、心肌梗死或心脏压塞等心脏急症引起，患者可表现为突然意识丧失、脉搏消失或极度缓慢。急救时应立即进行心肺复苏，若为心室颤动，需尽早使用除颤器电击复律。同时，尽快建立静脉通道，给予抗心律失常药物或血管活性药物支持，并准备转运至具备心脏介入条件的医院。

总之，突发昏迷的病因多种多样，急救人员需通过快速、系统的评估，初步判断昏迷的可能原因，并采取有针对性的急救措施。在救治过程中，保持呼吸道通畅、维持生命体征稳定是基础，同时应尽快将患者转运至合适的医疗机构，以便进一步明确诊断和治疗。及时、正确地初步处理对于改善患者预后具有重要意义。

第三节 中医在突发昏迷中的辨证施治与急救方法

一、昏迷的“闭证”与“脱证”中医辨证

突发昏迷在中医理论中属于危急重症，其辨证施治首先需明确区分“闭证”与“脱证”两大基本证型。闭证多因邪气壅盛、蒙蔽清窍所致，表现为神志丧失、牙关紧闭、两手握固、肢体强痉、面赤气粗、喉中痰鸣、舌苔黄腻、脉弦滑而数。此类证候常见于中风闭证、热入心包或痰浊蒙窍等情形，病机关键在于邪实内闭、心神被扰。治疗上应以开窍启闭、祛邪解毒为主，常用安宫牛黄丸、至宝丹或紫雪丹等辛凉开窍之剂，配合针刺人中、十宣等穴位以醒神开窍。

与之相对，脱证则因正气衰败、元神涣散而起，症见神志昏愦、目合口开、手撒肢冷、汗出如油、二便失禁、舌淡苔白、脉微欲绝。此证多出现于大量失血、久病衰竭或阳气暴脱等状况，本质是阴阳离决、生命垂危。急救重点在于回阳固脱、益气救逆，宜急投参附汤、独参汤或生脉散等方药，同时艾灸关元、气海等穴以温阳固脱。临床须严格鉴别二者，因闭证与脱证治法迥异，误治则可导致病情恶化。

辨证过程中还需结合四诊信息细致分析。例如，闭证虽以实证为主，但又有阳闭与阴闭之分：阳闭多兼热象，如面红身热、躁扰不宁；阴闭则常见寒湿痰浊，如静卧不烦、喉中痰声漉漉。脱证亦有阴阳之别：亡阳者汗冷肢厥、面色苍白；亡阴者身热肢温、汗黏而咸。此外，部分患者可能出现闭脱互见之证，如内闭外脱，此时需权衡轻重，灵活采用开闭与固脱并治之法。

在急救实施时，除药物与针灸外，还应注重体位调整、气道通畅及保暖等护理措施。闭证患者宜头部稍高，侧卧以利痰涎排出；脱证则需平卧，注意保温并密切观察生命体征。中西医结合救治时，可同时采用现代医学支持手段，如吸氧、输液等，但中医辨证仍为整体施治的核心指导。最终通过准确辨明闭、脱之证，才能为后续急救赢得宝贵时间，提高救治成功率。突发昏迷的急救处理中，及时准确地辨证分型是救治成功的关键前提。闭证与脱证的鉴别不仅涉及症状观察，更需结合病史与病因进行综合分析。例如，突发昏迷若见于高血压患者情绪激动后，多考虑肝阳暴亢、风火相煽所致的阳闭证；若发生于大失血或久病体虚者，则需警惕气随血脱或阳气衰微的脱证。某些中毒性昏迷虽呈现牙关紧闭、肢体强痉等闭证表现，但若伴有面色苍白、脉微欲绝等征象，则属毒邪内闭兼正气外脱的复杂证候，此时需闭脱同治，既要解毒开窍，又须固护元气。

在药物运用方面，开窍剂的选用需严格对应证型特点。安宫牛黄丸适用于热闭心包兼痰热内蕴者，其方中牛黄、犀角（现用水牛角替代）清热凉血，麝香冰片开窍醒神，尤宜用于高热神昏伴惊厥抽搐者；至宝丹长于化浊开窍，对于痰浊蒙蔽清窍所致深度昏迷更为适宜；紫雪丹则侧重息风镇痉，适用于热闭动风之证。需特别注意这些方剂多含麝香等走窜之品，孕妇慎用，且不宜过量久服。脱证用药则强调峻补元气，参附汤中人参大补元气，附子回阳救逆，适用于阳气暴脱；独参汤单味人参浓煎频服，可固脱复脉；生脉散益气养阴，适于气阴两伤之脱证。现代研究表明，参附制剂能增强心肌收缩力，改善微循环，与西医抗休克治疗具有协同效应。

针灸急救操作需把握刺激量与穴位配伍。闭证针刺人中穴时应向鼻中隔方向斜刺，采用雀啄法强刺激至眼球湿润为度；十宣穴点刺放血需挤压至出血 3~5 滴为宜，配合涌泉、劳宫等穴可增强开窍醒神之功。脱证艾灸关元、气海需持续灸至肢温脉复，配合足三里、百会等穴可升提阳气。研究显示，针刺能调节儿茶酚胺水平，改善脑部血流灌注，而艾灸可通过温热效应激发机体代偿功能。



对于闭脱互见的复杂证候，需根据标本缓急制定治疗方案。若以闭证为主兼见汗出脉弱，可在开窍方中加用人参扶正；若以脱证为主偶见抽搐，则应在固脱剂中佐以镇痉之品。中西医结合救治时，中医辨证可为现代医学提供病机解释与治疗方向，如脱水剂适用于阳闭证之颅内高压，血管活性药物可用于脱证之循环衰竭，而中医整体调节优势可减轻治疗副作用并促进功能恢复。通过建立“辨证分型—急救措施—支持治疗”的三位一体救治模式，能显著提升昏迷患者的抢救成功率。

二、开窍醒神类急救方药的现场应用

突发昏迷作为急危重症，往往需要迅速采取有效措施以开窍醒神、恢复神志。中医急救方药在此类情境中具有独特优势，其应用需根据证型辨证施治，并结合现场条件灵活使用。开窍醒神类药物主要分为凉开与温开两类，适用于热闭、痰闭、寒闭等不同病机。现场急救时，首先应判断患者昏迷的病因与证候特点，选择相应的方药，并注意给药途径与剂量控制。

对于热闭神昏，常见于外感热病或中风阳闭证，患者多伴有面赤、身热、舌红苔黄等症状。此时宜选用安宫牛黄丸、紫雪丹或至宝丹等凉开之品。安宫牛黄丸长于清热解毒、豁痰开窍，尤其适用于高热神昏、烦躁谵语者；紫雪丹兼具息风止痉之效，对伴有抽搐的患者更为适宜；至宝丹则偏于化浊开窍，适用于痰热内闭、神昏不语之证。现场应用时，若患者意识尚未完全丧失，可研末调水灌服；若牙关紧闭，可采用鼻饲或舌下含服方式给药。需注意此类药物性味寒凉，中病即止，不可过服。

痰浊蒙蔽清窍所致昏迷，多见于中风、癫痫或痰厥患者，表现为喉中痰鸣、苔腻脉滑。治宜豁痰开窍，常用苏合香丸、涤痰汤等方药。苏合香丸为温开代表，具有芳香开窍、行气止痛之效，适用于寒闭或痰浊内闭之证；若痰热较重，则可选用礞石滚痰丸或猴枣散以清热化痰、开窍醒神。现场急救时，应注意清除呼吸道痰涎，保持气道通畅，必要时配合吸痰或体位引流。给药时可化水灌服或通过雾化吸入方式发挥局部作用。

气厥或血厥导致的突发昏迷，常因情绪刺激或失血过多引起，需分别论治。对于气机逆乱、壅遏清窍者，可用五磨饮子或通关散以行气开郁；若因失血过多而致血脱神昏，急宜回阳固脱，选用独参汤或参附汤益气摄血，同时配合针刺人

中、十宣等穴以醒神开窍。现场应用时,需迅速辨明病因,气厥者多见呼吸急促、面色苍白,血厥者则伴面色 白、脉微欲绝。给药以口服或鼻饲为主,必要时可采用中药注射液如参麦注射液、生脉注射液等静脉给药。

此外,中医急救还注重内外合治,药物与针灸、推拿等手段协同应用。例如,在给予开窍方药的同时,可针刺水沟、内关、涌泉等穴以增强醒神效果;或采用掐人中、拿合谷等推拿手法刺激患者苏醒。现场急救时,若条件有限,亦可单独使用针灸或推拿作为初步处理,为后续药物治疗争取时间。

需要注意的是,开窍醒神类方药多属治标之法,现场急救后仍需尽快送医查明病因,进行根本治疗。部分药物如安宫牛黄丸含有朱砂、雄黄等成分,不宜长期服用;苏合香丸辛温走窜,孕妇及阴虚火旺者慎用。现场应用时需严格掌握适应证与禁忌证,避免误治。同时,应注意观察患者服药后的反应,如出现呕吐、汗出、神志转清等迹象,应及时调整后续治疗方案。

三、中医针刺、穴位按摩的急救手法

突发昏迷是临床常见急症,中医认为其多由阴阳失调、气血逆乱、痰浊蒙蔽或邪气内闭所致。在急救过程中,针刺与穴位按摩作为中医外治法的重要手段,具有操作简便、起效迅速、适应症广的特点,尤其适用于现场初步处置。以下将分别介绍常用急救穴位及其操作手法、注意事项及辨证选用原则。

针刺急救以醒神开窍、回阳固脱为主要治则,常用穴位包括人中、内关、合谷、十宣等。人中穴位于鼻唇沟的上三分之一与中三分之一交界处,为督脉要穴,针刺该穴可通调阳气、开窍醒神,适用于实证昏迷如中风闭证或中暑。操作时以毫针向上斜刺零点三至零点五寸,采用强刺激手法,连续捻转提插至患者出现皱眉、避让等反应为度。内关穴位于腕横纹上两寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间,属于手厥阴心包经,针刺能宁心安神、宽胸理气,对心悸、晕厥及情绪激动所致昏迷有缓解作用。一般直刺零点五至一寸,平补平泻。合谷穴位于手背第一、二掌骨之间,约当第二掌骨桡侧中点处,为手阳明大肠经原穴,针刺可疏通经络、清热解表,适用于外感高热或中暑所致神昏。操作时直刺零点五至一寸,行泻法。十宣穴为十指尖端,距指甲游离缘零点一寸处,共十穴,点刺出血可泻热开窍、醒神苏厥,尤适用于高热惊厥或中毒昏迷。操作时以三棱针或粗毫针点刺后挤压出血三至五滴。



穴位按摩手法强调持久、有力、均匀、柔和，力求渗透至深层组织以激发经气。常用手法包括指按法、指掐法及点揉法。指按法适用于人中、百会等头部穴位，以拇指指腹垂直向下按压，力度由轻渐重，保持三十秒至一分钟，反复三至五次。指掐法多用于急救重症，如掐人中、掐十宣，以拇指指甲着力，快速重掐穴位，直至患者苏醒或出现反应。点揉法则适用于内关、足三里等四肢穴位，以拇指指端着力，边点压边揉动，每穴操作一至两分钟。按摩时需注意观察患者面色、呼吸及反应，手法需根据体质强弱调整力度，老年及体弱者宜轻柔缓和。

辨证选用穴位是提高急救效果的关键。热闭神昏者，常表现为面红目赤、呼吸气粗，宜选用十宣、曲池、大椎等穴清热开窍；寒闭神昏者，多见面色苍白、四肢厥冷，应选用百会、气海、关元等穴温阳散寒；痰蒙心窍者，多有喉中痰鸣、苔腻脉滑，需加用丰隆、中脘等穴化痰开窍；气脱血脱者，常见呼吸微弱、汗出肢冷，急刺素髻、内关并重灸神阙、关元以回阳固脱。实际操作中需结合病因与证候特点灵活配穴，如中风闭证常取人中、十二井穴点刺出血，晕厥者首选内关、人中配伍运用。

值得注意的是，中医急救手法需严格掌握适应症与禁忌症。针刺及穴位按摩适用于昏迷初期、病情相对稳定且无严重器质性损伤者，若患者伴有颅脑外伤、内脏出血或呼吸循环衰竭时，应及时转送医院综合救治。操作前需评估环境安全，尽量使患者平卧，松开衣领，保持呼吸道通畅。针刺需注意消毒，防止感染，避免在皮肤破损处施术。孕妇及婴幼儿慎用强刺激手法，特殊体质者需询问过敏史及出血倾向。急救过程中应密切观察生命体征，如未见缓解或病情加重，须立即停止操作并寻求医疗支援。

综上所述，中医针刺与穴位按摩作为突发昏迷的应急处理手段，体现了“急则治其标”的原则，通过刺激特定经络穴位调节气血、恢复神志，为后续治疗争取时间。掌握这些手法不仅要熟悉穴位定位与操作技巧，更需具备辨证施治的能力，从而在危急关头发挥中医药的特色优势。

第四节 昏迷患者的体位管理与气道维护

一、侧卧位（恢复体位）的正确操作与意义

侧卧位，又称恢复体位，是急救现场处理昏迷患者时常用且关键的体位管理方法之一。其核心意义在于通过合理的身体摆放，有效预防舌根后坠或呕吐物阻塞气道，从而降低窒息风险，并为后续医疗救援争取宝贵时间。正确的侧卧位操作不仅简单易行，而且适用于多数无脊柱损伤的昏迷患者，是公众应掌握的基础急救技能之一。

操作侧卧位时，首先需确保现场环境安全，并初步判断患者无颈椎或脊柱损伤。施救者应跪于患者一侧，将其近侧手臂向上伸直，与身体呈直角，远侧手臂横放于胸前。随后，弯曲患者远侧膝关节，一手扶住其肩部，另一手握住膝部，缓慢而稳定地将患者转向施救者一侧。调整体位后，需使患者头部后仰并稍偏向一侧，下颌略向前推，以维持气道开放；上方腿部弯曲，膝部支撑身体，防止患者向前倾倒。同时，注意保持患者口鼻朝下，便于分泌物自然流出。

侧卧位的临床应用具有多重意义。其一，该体位利用重力作用使舌体自然前移，避免堵塞咽喉部，显著改善通气状况。其二，当患者发生呕吐时，侧卧位能促使胃内容物从口角流出，减少误吸风险。其三，对于癫痫发作或醉酒后昏迷的患者，侧卧位有助于保持呼吸道通畅，避免继发性损伤。在等待专业救援期间，该体位还可缓解患者腹部压力，减少反流现象。

需特别注意的是，侧卧位并非适用于所有昏迷患者。若患者存在可疑颈椎损伤、多发创伤或呼吸困难，应避免随意移动，优先采用仰卧位并配合人工气道管理。实际操作中还需密切观察患者呼吸、脉搏及面色变化，及时调整体位细节。总之，掌握侧卧位的正确操作方法及其适用情境，能在突发情况下为昏迷患者提供至关重要的初步保护，为后续专业救治奠定良好基础。在实施侧卧位的过程中，施救者需持续关注患者的整体状态，确保体位调整不会造成二次伤害。操作完成后，应再次确认患者气道是否通畅，观察胸廓起伏情况，并检查有无异常呼吸音。若环境允许，可在患者头肩下方垫软物，以增加舒适度并维持体位稳定。对于肥胖或孕妇等特殊人群，需适当调整腿部弯曲角度及头部位置，避免腹部受压或气道偏移。



长期维持侧卧位时，应定期协助患者变换体位，防止局部皮肤受压过久导致缺血或损伤。尤其在寒冷环境中，需注意为患者保暖，避免体温过低影响循环功能。若现场存在多名施救者，可分工协作，一人负责体位管理，另一人监测生命体征并及时联系医疗救援。实践中还可结合其他基础急救措施，如清理口腔异物、检查外伤等，形成完整初步处理流程。

侧卧位的有效性已通过大量实践案例得到验证，尤其在社区急救、灾害救援及日常突发状况中发挥重要作用。普及该技术有助于提升公众自救互救能力，减少因气道梗阻导致的意外死亡。建议通过模拟演练、视频教学等形式强化操作熟练度，确保在紧急情况下能迅速、规范地实施救助。最终，侧卧位作为基础生命支持的重要环节，体现了“时间就是生命”的急救原则，为患者赢得更多生存机会。

二、异物清除与气道开放的急救技术

异物清除与气道开放的急救技术是抢救昏迷患者生命的关键环节，对于维持呼吸功能、防止缺氧及继发性损伤具有决定性意义。当患者因意识丧失导致咽喉部肌肉松弛，舌根后坠或异物堵塞气道时，必须迅速采取有效措施，否则可能在短时间内因窒息导致不可逆的脑损伤甚至死亡。因此，掌握正确、及时的气道管理方法至关重要。

在实施异物清除前，首先需快速评估患者情况。观察患者胸廓是否有起伏，倾听口鼻有无气流声，感受有无呼吸。若确认无呼吸或呼吸微弱，并怀疑存在异物阻塞，应立即采取清除措施。对于可见的固体异物，如食物、假牙等，可用手指小心勾出，但需注意避免将异物推入更深部位。若异物不可见或位置较深，则不宜盲目用手指探查，以免造成黏膜损伤或加重堵塞。

对于昏迷患者，最常用且有效的气道开放方法是仰头提颏法或推颌法。操作者位于患者一侧，一手置于患者前额，用力使其头部后仰，另一手食指与中指放置于下颌骨骨性部位，向上提起，使下颌前移，舌根随之离开咽后壁，从而开放气道。此法适用于无颈椎损伤嫌疑的患者。若患者可能存在颈部外伤，则应采用推颌法，即双手分别放置于患者头部两侧，握紧下颌角，向前上方推动，避免头部后仰，以保护颈椎。

若上述方法仍不能有效开放气道，或确认气道内存在异物阻塞，需立即采用腹部冲击法（即海姆立克法）的变式。对于昏迷患者，操作者应骑跨于患者大腿

两侧，一手掌根放置于患者肚脐与剑突之间，另一手重叠于其上，快速向内向上冲击，利用腹腔压力驱动膈肌上移，产生气流将异物冲出。每进行 5 次冲击后，需检查口腔是否有异物排出，并视情况重复操作。

在异物清除后，需持续保持气道开放，并观察患者呼吸是否恢复。若仍无自主呼吸，应立即进行人工呼吸或使用球囊面罩辅助通气。必要时，可借助口咽通气道或鼻咽通气道等器械维持气道通畅，但需注意选择合适尺寸，避免造成二次损伤。在整个过程中，应密切监测患者生命体征，并尽快寻求专业医疗支援。

值得注意的是，气道管理需结合中西医各自的优势。现代医学强调解剖结构与生理功能的恢复，而中医则注重整体调节与气血通畅。在急救后阶段，可配合针灸或按压人中、内关等穴位，以助苏醒和恢复神志。然而，在急性气道阻塞的处理中，仍应以现代医学的物理方法为首选，确保操作的科学性和有效性。

三、人工呼吸的准备与操作要点

实施人工呼吸前，首先应确保现场环境安全，避免施救者与患者遭受二次伤害。迅速检查患者口腔及咽喉部是否有明显异物，如呕吐物、假牙或食物残渣，若有则立即清除，以防堵塞气道。将患者置于坚硬平坦的地面或硬板床上，保持仰卧位，解开衣领、腰带等束缚物，确保胸廓能够自由扩张。施救者应位于患者一侧，便于操作并观察其胸腹部起伏情况。

操作时，施救者一手轻按患者前额，使其头部后仰，另一手托起下颌，打开气道，保持气道通畅。随后，用按前额的手的拇指与食指捏紧患者鼻孔，防止气体从鼻腔漏出。施救者深吸一口气，用口唇完全包住患者口部，形成密闭状态，缓慢而均匀地将气体吹入，每次吹气时间约一秒钟，同时观察患者胸廓是否抬起。吹气完毕后，立即松开捏鼻的手指，让患者被动呼气，观察胸廓回落情况。

人工呼吸的频率应保持在每分钟 10~12 次，每次吹气量以五百至六百毫升为宜，避免过度通气导致胃内容物反流或气胸等并发症。若患者胸廓未明显抬起，需重新检查气道是否通畅，调整头部位置或清理异物后再次尝试。施救过程中应持续监测患者生命体征，如出现自主呼吸恢复，应立即停止人工呼吸并保持观察。若现场有两人以上参与救援，可交替进行人工呼吸与胸外按压，以减少疲劳，保证操作质量。

值得注意的是，人工呼吸虽为急救关键步骤，但需结合胸外按压才能形成有



效循环支持。施救者应保持冷静，操作规范，避免因慌乱而影响效果。若患者为婴幼儿或儿童，吹气量需适当减少，约为成人的 $1/3 \sim 1/2$ ，同时注意控制吹气力度，防止肺损伤。实施人工呼吸后，应及时记录操作时间与患者反应，为后续医疗救援提供参考信息。实施人工呼吸过程中，施救者需密切注意患者的面色变化，若出现口唇、甲床由发绀转为红润，说明氧合情况有所改善。同时应持续观察胸廓起伏的对称性与幅度，若发现一侧胸廓隆起不明显，需警惕可能存在气胸或肋骨骨折等并发症，此时应调整吹气力度或暂停操作。施救者还应注意听诊呼吸音，若在吹气时听到咽喉部有明显的咕噜声，提示气道内仍有分泌物未完全清除，需立即重新检查并清理气道。

对于特殊人群，如颈部外伤患者，开放气道时应采用托颌法而非仰头抬颏法，以避免加重颈椎损伤。具体操作时，施救者位于患者头侧，双手分别托住患者下颌角，用力向上提起，使下齿列移至上齿列前方，同时保持头部中立位。若患者佩戴义齿且固定良好，可不取出以维持面部结构，有利于口对口密封；但若义齿松动，则必须取出以防脱落阻塞气道。对于口腔严重损伤或无法打开口腔的患者，可采用口对鼻人工呼吸法，吹气时封闭患者口唇，将气体经鼻腔注入。

在人工呼吸间歇期，施救者应快速评估患者颈动脉搏动，若发现自主循环恢复迹象，需相应调整救治策略。若持续实施人工呼吸两分钟后仍无自主呼吸恢复，应考虑使用口咽通气道等辅助器械维持气道通畅。在等待专业救援期间，应每两分钟重新评估一次生命体征，记录瞳孔对光反射、角膜反射等神经系统表现。对于溺水患者，应注意控水处理与人工呼吸的衔接，避免因过度控水延误通气时机。

施救者还需注意自我防护，有条件时应使用呼吸面膜或单向阀面罩等屏障装置，减少直接接触患者分泌物的风险。吹气时应避免过度用力，防止将过多二氧化碳吹入患者肺部，影响气体交换效率。若患者出现呕吐，应立即将其头转向一侧，清除呕吐物后再继续操作。在寒冷环境中实施人工呼吸时，应注意保护患者体温，避免低体温影响复苏效果。最后，所有操作都应在不影响胸外按压的前提下进行，确保循环与呼吸支持的有效结合。

四、预防吸入性肺炎等并发症的措施

对于昏迷患者而言，预防吸入性肺炎等并发症是急救过程中的关键环节。昏迷状态下，患者的吞咽反射和咳嗽反射显著减弱甚至消失，导致口腔分泌物、胃

内容物或异物极易误吸入呼吸道，进而引发吸入性肺炎、窒息或呼吸衰竭等严重后果。因此，采取系统、科学的预防措施至关重要。

第一，体位管理是预防吸入性肺炎的基础措施。应将昏迷患者置于稳定的侧卧位，头部稍微后仰并偏向一侧，此体位有助于口腔和咽喉部的分泌物自然引流至体外，减少误吸风险。若条件允许，可适当抬高床头约 30° ，以利用重力减少胃内容物反流的可能性。需注意避免颈部过度屈曲或伸展，以免影响气道通畅。对于可能存在颈椎损伤的患者，应在保持轴线稳定的前提下调整体位。

第二，持续的气道维护与分泌物清理不可或缺。定期使用吸引器清除患者口腔及咽喉部的分泌物、血液或呕吐物，操作时需轻柔并避免损伤黏膜。若患者存在大量分泌物或呕吐风险，可考虑留置胃管进行胃肠减压，减少胃内容物反流的诱因。对于气道自我保护能力极差的患者，应及时建立人工气道，如气管插管或气管切开，以确保气道通畅并便于分泌物引流。

第四章 各类急性出血的中西医止血方法

第一节 割伤、擦伤等体表出血的西医止血技术

一、直接加压止血法的操作要点与适用范围

直接加压止血法是最基本且应用最广泛的体表出血急救技术之一，其核心原理是通过对伤口施加持续而稳定的压力，促使局部血管收缩并减缓血流，同时为血小板聚集和凝血过程创造有利条件，从而有效控制出血。该方法操作简便、安全性高，适用于绝大多数体表浅层创伤引起的活动性出血，是家庭、户外及医疗机构中最常用的初步止血手段。

操作时，首先应确保施救者与伤者处于相对安全的环境，避免二次伤害。施救者需迅速清洁双手或佩戴一次性手套，若条件有限，至少用清水或消毒液简单冲洗，以减少感染风险。随后，取用无菌纱布、干净毛巾或棉布等物品覆盖于伤口表面，若现场无专用敷料，也可使用清洁的衣物替代。覆盖物应完全遮盖伤口及周围皮肤，避免直接用手接触伤口，以防污染或交叉感染。

施压时，将手掌根部或手指平稳置于敷料上，垂直向下施加均匀压力。压力大小需根据出血情况灵活调整，以能明显减缓或停止出血为宜，但应避免过度用力导致组织损伤或患者疼痛加剧。若血液渗透覆盖物，切勿将其移除，而应在原有敷料上叠加新的无菌材料，继续维持压力，以免破坏已形成的血凝块。持续按压时间通常需保持 5~10 分钟，期间可轻声安抚患者，减轻其紧张情绪。

对于四肢部位的伤口，在实施直接加压的同时，可将受伤部位抬高至超过心脏水平，利用重力作用减少局部血流，增强止血效果。但需注意，若怀疑存在骨折或严重软组织损伤，抬高肢体时应避免移动伤处，以防加重损伤。止血成功后，可用绷带或三角巾适当包扎固定敷料，保持伤口清洁，并密切观察有无再出血或感染迹象。

直接加压止血法适用范围广泛，尤其适合处理浅表割伤、擦伤、撕裂伤等开放性创伤引起的轻度至中度出血。对于动脉出血或深部组织损伤，该方法可作为



应急措施暂时控制出血，但需尽快寻求专业医疗援助。需特别注意的是，若伤口内有异物残留、伴有骨折或涉及重要器官（如眼部、颈部），施压时需谨慎避开危险区域，避免造成二次伤害。此外，该方法不适用于内出血或大面积烧伤的患者，此类情况需立即送医处理。实施直接加压止血法时，施救者需密切观察患者的整体状况，尤其是出血量较大或持续时间较长的情况，防止因失血过多引发休克。若患者出现面色苍白、出冷汗、脉搏细速或意识模糊等休克前兆，应在持续按压止血的同时，及时呼叫急救服务，并协助患者平卧、保暖，抬高下肢以促进血液回流至重要器官。对于儿童或老年人等特殊群体，施压力度需更加谨慎，避免因过度按压导致软组织损伤或骨骼压力性损伤。

在实际操作中，施救者还需注意伤口的具体特征。若伤口边缘整齐、出血呈鲜红色且呈喷射状，可能提示动脉损伤，此时除持续加压外，可尝试在伤口近心端的动脉搏动点进行间接按压，以进一步减少出血量。而对于污染较重的伤口（如泥土、铁锈污染），除紧急止血外，需后续彻底清创并预防破伤风感染。若伤口位于关节等活动部位，止血后需用夹板或硬质材料临时固定，避免因活动导致血凝块脱落而再次出血。

直接加压止血法的有效性高度依赖于施救者的操作规范性与应变能力。在户外或灾害现场等资源有限的环境中，施救者需灵活利用现有材料，如将衣物撕成条状制作加压敷料，或用树枝、皮带等作为辅助固定工具。同时，施救过程中需持续与患者沟通，了解其疼痛感受及肢体远端血运情况（如末梢颜色、温度及感觉），防止因包扎过紧导致循环障碍。

值得注意的是，该方法虽能有效控制多数体表出血，但若按压三十分钟后出血仍未明显减少，或血液持续呈涌出状，可能提示存在深层血管损伤或凝血功能障碍，需立即升级急救措施并尽快转运至医疗机构。对于合并慢性疾病（如血友病、肝硬化或长期服用抗凝药物）的患者，止血时间可能延长，施救时需更加耐心并提前告知医护人员相关病史。

最后，直接加压止血法作为一项基础急救技能，应通过反复练习与模拟训练提升熟练度。公众可通过参加红十字急救课程或观看专业教学视频，掌握正确的按压位置、力度及包扎技巧，并在实际施救中保持冷静、有序的操作，从而最大限度地发挥该方法的止血效果，为伤者争取宝贵的救治时间。

二、指压止血法与止血带的使用原则

指压止血法是一种简单有效的临时止血手段，适用于体表出血的紧急处理。其基本原理是通过手指或手掌对出血部位近心端的动脉施加压力，阻断血流来源，从而达到止血目的。操作时需迅速判断出血点位置，选择正确的压迫点，通常为动脉搏动明显处，如桡动脉、肱动脉或股动脉等。施压时应保持力度适中，既不能过轻导致止血无效，也不能过重造成组织损伤。一般情况下，持续压迫 5~10 分钟即可使出血明显减少或停止。若出血较为严重，可配合抬高伤肢，利用重力作用减少局部血流量，增强止血效果。需要注意的是，指压止血法仅作为临时措施，后续仍需根据伤情采取包扎、缝合或进一步医疗干预。

止血带的使用适用于四肢大动脉出血且其他止血方法无效的危急情况。使用前应明确适应症，避免滥用导致组织缺血性坏死。止血带应选择宽而软的材料，如专用止血带或折叠后的三角巾，严禁使用铁丝、电线等硬质材料。绑扎位置通常位于伤口近心端约五至十厘米处，避开关节部位，以免压迫神经血管。操作时需记录绑扎时间，并以明显方式标注于伤员身体醒目位置，如额头或胸前。止血带每隔四十分钟至一小时需放松一次，每次放松时间为 1~2 分钟，以防止远端组织因长时间缺血而坏死。放松期间可采用指压法临时控制出血。

使用止血带时需密切观察伤员情况，如出现肢体肿胀、皮肤发绀、麻木或疼痛加剧等缺血表现，应及时调整止血带压力或重新绑扎。止血带解除后，应逐步缓慢松开，避免突然放松导致循环重建损伤或休克。值得注意的是，止血带是一种风险较高的急救措施，非必要时不宜使用，且使用后必须尽快将伤员转运至医疗机构进行专业处理。现代医学强调，止血带的使用需严格遵循培训规范，未经训练的人员应优先采用直接压迫或加压包扎等更安全的方法。

在实际应用中，指压止血法与止血带的使用需结合伤情灵活选择。对于浅表割伤或擦伤，通常直接压迫伤口即可有效止血；而对于深部组织损伤或动脉破裂，则需考虑联合使用多种止血技术。急救人员应具备基本的解剖学知识，熟悉主要动脉的体表投影，以提高指压止血的准确性。同时，止血带的使用必须慎之又慎，仅在生命受到威胁时作为最后手段。任何止血操作结束后，均需对伤员进行整体评估，包括意识状态、皮肤温度、脉搏等，以及时发现并处理潜在并发症。



三、止血敷料的选择与包扎方法

在选择止血敷料时，首先需根据伤口的具体情况判断敷料的类型。对于表浅的割伤或擦伤，通常选用无菌纱布或医用棉垫，这类材料具有良好的吸液性和透气性，能够有效吸收渗血并保持伤口干燥，减少感染风险。若伤口出血较为活跃，可考虑使用含有止血成分的敷料，如吸收性明胶海绵或藻酸盐敷料，这些材料能促进血小板聚集，加速凝血过程。对于关节或活动频繁部位的伤口，弹性绷带配合敷料使用能提供更好的固定效果，避免因活动导致敷料移位或脱落。

在包扎过程中，正确的操作步骤至关重要。首先，清洁双手并佩戴无菌手套，确保操作过程的无菌性。用生理盐水或碘伏消毒伤口周围皮肤，注意避免消毒液直接流入伤口，以免刺激组织。将选好的敷料轻轻覆盖在伤口上，完全覆盖伤口及其边缘，避免敷料与伤口粘连，必要时可先涂一层抗菌药膏。使用绷带或胶带固定敷料时，应保持适当的压力，既能有效压迫止血，又不可过紧以免影响局部血液循环。包扎完毕后，需检查敷料是否牢固，肢体远端有无肿胀、发麻等循环障碍表现。

此外，不同类型的伤口可能需要特殊的包扎技巧。例如，对于头部伤口，可采用网状绷带或三角巾固定，既保证敷料稳定又避免过度压迫；对于手指或脚趾的小伤口，可使用指套式敷料或创可贴，确保贴合且不影响活动。定期更换敷料是预防感染的重要环节，一般建议每二十四小时更换一次，或在敷料被血液浸透时立即更换。更换时需观察伤口愈合情况，如有红肿、渗液增多等感染迹象，应及时就医处理。

最后，现代急救中亦有一些新型敷料可供选择，如水胶体敷料或泡沫敷料，这些材料能提供湿性愈合环境，加速伤口修复，并减少换药时的疼痛感。然而，其使用需根据伤口类型和出血程度慎重评估，普通表浅出血仍以传统无菌敷料为首选。总之，合理的敷料选择与规范的包扎方法不仅能有效控制出血，还能为伤口愈合创造良好条件，降低并发症风险。在选择止血敷料时，还需考虑患者的个体差异及环境条件。对于儿童或皮肤敏感者，应优先选择低致敏性材质的敷料，如纯棉纱布或硅胶基产品，以减少皮肤刺激或过敏反应的发生。在户外或缺乏无菌条件的应急场合，可使用预先包装的无菌敷料包，避免因环境限制导致二次污染。若伤者存在凝血功能障碍或正在服用抗凝药物，建议选用高效止血敷料并延长压迫时间，必要时结合局部止血剂如凝血酶原复合物敷料，以增强止血效果。

四、止血后伤口的处理与感染预防

止血操作完成后，伤口的后续处理与感染预防是确保创面顺利愈合的关键环节。首先应对伤口周围皮肤进行清洁消毒，使用无菌生理盐水或碘伏棉球由内向外轻柔擦拭，避免消毒液流入伤口内部造成刺激。若伤口存在污染或异物残留，需用镊子仔细清除，并用双氧水冲洗创面，直至无明显污物为止。

根据伤口大小、深度及位置，选择适当的敷料进行包扎。浅表擦伤可涂抹抗生素软膏后覆盖无菌纱布；较深或渗液较多的伤口宜使用吸水性强的敷料，并注意保持适度湿润以促进肉芽组织生长。包扎时需保证敷料完全覆盖创面，胶布固定应避开伤口区域，定期更换敷料（通常每 24 小时一次，渗液多者需增加频次），每次更换时观察伤口愈合情况。

感染预防需贯穿伤口处理全过程。除严格无菌操作外，可口服或局部使用抗生素类药物。对于污染较重的伤口，建议预防性使用广谱抗生素 3~5 日。患者需保持伤口干燥清洁，避免接触污水及污染物，肢体部位伤口可适当抬高促进静脉回流减轻水肿。

密切观察伤口变化至关重要。正常愈合表现为轻微红肿、无脓性分泌物、疼痛逐渐减轻；若出现持续红肿加剧、搏动性疼痛、发热或脓液渗出等感染征象，需立即就医进行清创引流，并根据药敏结果调整抗生素治疗方案。对于糖尿病患者、免疫功能低下等特殊人群，应延长观察周期并加强抗感染措施。

伤口愈合期间需加强营养支持，适量补充蛋白质、维生素 C 及锌元素，避免辛辣刺激性食物。深度割伤需根据情况注射破伤风抗毒素，动物咬伤等特殊伤口应评估狂犬病暴露风险。通过系统性的伤口处理与感染防控措施，能有效降低并发症发生率，促进组织修复与功能恢复。清洁消毒完成后，需根据伤口具体情况选择合适的敷料进行覆盖。对于表浅且渗液较少的伤口，可选用透气性好的无菌纱布配合医用胶带固定；若创面渗液较多，则应使用高吸水性敷料如藻酸盐或水胶体敷料，以维持适度湿润的愈合环境。包扎时应注意松紧适度，过紧会影响局部血液循环，过松则可能导致敷料移位失去保护作用。对于关节等特殊部位的伤口，可采用弹性绷带进行固定，既保证敷料稳定又不限制关节活动。

更换敷料时应严格遵循无菌操作原则。先洗手并佩戴无菌手套，用镊子轻轻揭除旧敷料，若敷料与创面粘连，需用生理盐水浸湿后再缓慢取下。观察伤口愈



合情况，记录肉芽组织生长状态、渗液性状和量。清洁后涂抹适量的抗生素软膏如莫匹罗星或夫西地酸，再覆盖新敷料。更换频率应根据渗液情况调整，一般每日一次，渗液多者可每日两次。

特殊类型伤口需采取针对性处理措施。对于烧伤创面，宜选用含银离子的抗菌敷料；糖尿病患者的伤口需特别注意控制血糖水平，并使用促进血管生成的敷料。所有伤口处理过程中都应避免使用棉絮类材料，以免纤维残留影响愈合。每次换药后应详细记录伤口变化，包括大小、深度、颜色及周围皮肤状况，为后续治疗提供依据。

患者教育是预防感染的重要环节。应指导患者保持敷料清洁干燥，洗澡时用防水贴保护伤口，避免游泳或泡澡。告知患者不要随意触摸伤口，出现敷料潮湿、移位或污染时应及时更换。同时需强调营养支持的重要性，多摄入富含优质蛋白质和维生素的食物，戒烟限酒以促进组织修复。

严密监测感染迹象不容忽视。除观察局部红肿、疼痛、渗液情况外，还需注意全身症状如发热、乏力等。一旦发现脓性分泌物、恶臭或伤口周围出现红色条纹，应立即就医。对于免疫缺陷患者，即使轻微感染也可能快速进展，需要更频繁的随访观察。通过规范化的伤口管理和持续的感染监测，能最大限度降低并发症风险，加速愈合进程。

第二节 口腔出血、鼻出血的中西医结合止血策略

一、鼻出血的西医压迫与冷敷止血法

鼻出血是日常生活中较为常见的急症之一，西医在处理此类情况时，主要采用压迫与冷敷两种物理性止血方法，这些方法操作简便、效果显著，适用于大多数非严重性鼻出血情况。压迫止血法的核心在于通过外力直接作用于出血点，促使局部血管收缩并形成血栓，从而达到止血目的。具体操作时，患者应保持坐姿，头部略向前倾，以避免血液倒流至咽喉引起呛咳或误吸。随后，用拇指和食指捏紧鼻翼两侧的软组织部位，持续压迫 5~10 分钟，期间应避免频繁松手查看，以免影响止血效果。若出血较为剧烈，可适当延长压迫时间，同时建议使用干净的纱布或棉球轻微塞入鼻孔，以增强局部压力。值得注意的是，压迫部位应准确针对鼻中隔前下区的易出血区，这是大多数鼻出血的发生位置。

冷敷止血法则利用低温使局部血管收缩，减少血流量，从而辅助止血。通常可采用冰袋或冷湿毛巾敷于鼻根、前额或后颈等部位，这些区域的血管分布较为丰富，低温刺激能够通过神经反射引起鼻部血管的收缩。冷敷时间一般持续十至十五分钟，过程中需注意避免冻伤皮肤，建议用薄毛巾包裹冰袋后再行敷用。若条件有限，亦可用冷水拍打后颈或前额，通过简单的物理刺激达到类似效果。冷敷与压迫方法常可结合使用，尤其是在出血量较大或持续时间较长的情况下，先进行冷敷再实施压迫，能够更有效地控制出血。

此外，对于反复性或顽固性鼻出血，压迫与冷敷虽能暂时缓解症状，但仍需进一步排查是否存在鼻腔结构异常、凝血功能障碍或高血压等潜在病因。因此，在采用上述方法止血后，建议患者保持安静，避免剧烈运动、用力擤鼻或挖鼻孔等行为，以防再次出血。若经过20分钟左右的处理后出血仍未停止，或伴有头晕、面色苍白等失血症状，应及时就医，寻求专业医疗干预。总体而言，西医的压迫与冷敷止血法因其操作简单、安全性高而成为鼻出血初期的首选措施，普及这些方法有助于提高公众的自救互救能力。在实施压迫与冷敷止血后，患者需注意后续护理以避免再次出血。首先，应保持环境湿润，避免鼻腔黏膜过于干燥，可使用加湿器或生理盐水喷雾轻柔湿润鼻腔。其次，饮食上宜选择温和、易消化的食物，避免辛辣、过热或刺激性强的食品，以免引起血管扩张。此外，短期内应避免剧烈运动、弯腰或提重物等增加头部压力的活动，睡眠时可适当抬高头部，促进血液回流。若鼻腔内有血痂形成，切勿强行抠挖，应等待其自然脱落或使用生理盐水软化后清理。对于老年人或患有高血压等慢性疾病的患者，需密切监测血压，确保其在稳定范围内，因为血压波动往往是鼻出血反复发作的重要因素。最后，建议患者记录出血的频率、持续时间及诱因，以便就医时提供详细病史，辅助医生进行诊断与治疗。

二、口腔出血的常见原因与急救处理

口腔出血是日常生活中较为常见的急症之一，其发生原因多种多样，既可能是局部因素所致，也可能与全身性疾病密切相关。局部因素包括口腔黏膜损伤、牙龈炎、牙周病、拔牙后出血、口腔溃疡破裂以及口腔肿瘤等。例如，进食过硬食物或刷牙不当可能导致口腔黏膜或牙龈组织受损，进而引发出血。此外，牙周疾病如牙龈炎或牙周炎，由于炎症导致牙龈组织充血、脆弱，轻微刺激即可引起



明显出血。拔牙术后若止血不彻底或患者自身凝血功能较差，也可能出现持续性出血。全身性因素则包括血液系统疾病如血小板减少症、血友病、白血病等，以及长期服用抗凝药物（如华法林、阿司匹林）的影响。高血压患者若血压控制不佳，血管压力增高，也可能增加口腔出血的风险。

在急救处理方面，首先应保持冷静，并迅速采取初步止血措施。患者应立即采取坐位，头部略向前倾，避免血液倒流至咽喉部，以免引起呛咳或误吸。用干净的纱布、棉球或软布直接压迫出血部位，持续施压五至十分钟，多数浅表出血可通过此法有效控制。若出血位于牙龈或牙周区域，可用冰袋或冷毛巾敷于面颊外部相应位置，通过低温促使血管收缩，减少出血。同时，嘱患者避免漱口、吐口水或进食热饮及刺激性食物，以免破坏已形成的血凝块。

若上述方法未能有效止血，或出血量较大、持续时间较长，需考虑进一步处理。对于拔牙后出血，可在伤口处放置吸收性明胶海绵或止血纱布，并继续加压。若怀疑与全身性疾病相关，应及时就医，进行血液检查及相关专科诊治。中医角度认为，口腔出血多与“血热妄行”“气虚不摄”或“阴虚火旺”有关，可配合清热凉血、益气摄血或滋阴降火的中药辅助治疗，如使用云南白药局部外敷，或内服犀角地黄汤、归脾汤等方剂辨证施治。需要注意的是，若患者伴有头晕、心悸、面色苍白等失血症状，应立即送往医院，以防发生休克等严重后果。口腔出血的紧急处理过程中，密切观察患者的全身反应至关重要。若患者出现面色苍白、四肢湿冷、脉搏细速或自觉头晕乏力等症状，可能提示失血量较大或存在潜在全身性疾病，需立即寻求专业医疗援助。在转运途中应保持患者平卧位并抬高下肢，以增加回心血量，同时注意保暖但避免过热，以免加重血管扩张。对于明确因抗凝药物导致出血的患者，需详细记录所服药物名称、剂量及用药时间，为后续医疗干预提供关键信息。

预防口腔出血复发需从病因管理入手。局部因素方面，应指导患者采用软毛牙刷和巴氏刷牙法，避免横向粗暴刷洗；定期进行牙周洁治，控制牙菌斑和牙结石的形成；佩戴义齿者需定期调整基托边缘，防止反复摩擦黏膜。全身性因素管理则强调规范治疗原发病，如血液病患者需定期监测凝血指标，高血压患者应持续控制血压达标。长期服用抗凝药物者须遵医嘱定期复查凝血功能，避免自行调整剂量，日常饮食中注意减少尖锐、坚硬食物的摄入。

从中医养生角度，可推荐患者日常按压迎香、合谷等具有清热止血功效的穴

位，或用金银花、薄荷等清热解毒之品漱口。对于阴虚火旺体质者，建议适量食用梨、荸荠等滋阴降火的食物，避免辛辣燥热之品。值得注意的是，反复发生的口腔出血即使每次出血量不多，也应引起足够重视，需通过口腔颌面外科检查排除血管畸形、早期肿瘤等隐匿性病因，必要时进行血液系统全面筛查。

现代急救医学强调，口腔出血的处理需建立“局部止血、全身评估、病因治疗”的三级防控体系。社区医疗机构可配备口腔急救包，含不同规格的止血海绵、压迫纱条和冷敷装置，并开展公众教育项目，演示正确压迫手法和体位管理。通过中西医结合的方式，既重视局部物理止血的即时效果，也注重整体辨证调理，从而达到控制急症与预防复发相结合的综合防治目标。

三、中医止血穴位在鼻出血中的应用

在中医理论体系中，鼻出血多与肺热、胃火、肝火上炎或阴虚火旺等因素相关，常因外感风热、饮食不节或情志不畅诱发。中医止血强调整体调节与局部干预相结合，通过刺激特定穴位以清热泻火、凉血止血、引血下行，从而达到迅速控制出血的效果。临床应用表明，某些穴位对鼻出血具有显著的即时止血作用，且操作简便、安全性高，适合在家庭或现场急救中推广。

常用止血穴位包括迎香、合谷、上星、少商等。迎香穴位于鼻翼外缘中点旁，鼻唇沟中，属手阳明大肠经，直接作用于鼻腔局部，能疏通鼻窍、清热止血，刺激该穴可迅速收缩局部血管。合谷穴位于手背第一、二掌骨之间，偏第二掌骨桡侧中点处，为手阳明大肠经原穴，具有清泻阳明经热、引火下行的功效，尤其适用于胃火或肺热所致的鼻衄。上星穴在头部前发际正中直上1寸处，属督脉，能清热凉血、镇静安神，对因热邪上扰导致的鼻出血效果显著。少商穴位于拇指桡侧指甲角旁0.1寸，为手太阴肺经井穴，点刺出血可泻肺热、降逆止血，常用于实热证鼻衄。

操作方法以指压、按摩或针刺为主。指压法最为常用，适用于非专业人员操作，如用拇指或食指指尖垂直按压迎香穴，持续3~5分钟，力度以患者感到酸胀为宜；按压合谷穴时，可用对侧拇指强力按压至产生明显酸麻感。针刺法则需由专业中医师操作，常用毫针浅刺或三棱针点刺放血，如点刺少商穴出血数滴，可迅速泻热止血。操作时需注意穴位定位准确、力度适中，避免过度按压导致皮肤损伤。

中医穴位止血的优势在于整体调节，如配合清热凉血中药（如白茅根、生地、



丹皮等)可增强疗效。此外,穴位刺激无药物副作用,适用于儿童、老年人及药物过敏者。但需注意,若鼻出血量大不止或反复发作,应及时就医,排除血液系统疾病或肿瘤等严重病因。总体而言,中医穴位止血是一种高效、安全的辅助疗法,值得在急救实践中广泛应用。按压迎香穴时,应使患者保持坐位或半卧位,头部略前倾,以避免血液倒流至咽喉。操作者以拇指或食指指腹垂直按压穴位,力度由轻渐重,以患者感到局部酸、麻、胀感为宜,持续按压3~5分钟,多数轻度出血可得到控制。若配合深呼吸练习,可进一步舒缓紧张情绪,增强止血效果。对于合谷穴的刺激,常采用对侧手拇指强力按压,并嘱患者同时用鼻孔缓缓呼气,以助引热下行。实证热盛者,可交替按压双侧合谷穴,以增强清热泻火之效。

上星穴的操作需特别注意体位,患者宜平卧或端坐,操作者用拇指指腹以适度力度揉按该穴,方向可循顺时针与逆时针交替,持续约五分钟。此穴位于头部,按压时需避免暴力,尤其对老年人或骨质疏松者应轻柔操作。少商穴点刺放血需严格消毒,先用75%酒精棉球擦拭局部皮肤,以一次性采血针迅速点刺后挤出三至五滴血液,操作后应以无菌干棉球轻压止血。此法清热力强,适用于体质壮实、热象显著者,虚证或体弱者应慎用。

四、中医外用止血散剂与方药的辅助作用

中医外用止血散剂与方药在口腔出血与鼻出血的急救处理中具有独特的辅助作用,其理论基础源于中医整体观念与辨证施治原则。中医认为,出血多因血热妄行、气虚不摄或外伤损络所致,因此外用药物不仅着眼于局部止血,更注重调节气血平衡,促进伤口愈合。常用散剂如云南白药、三七粉等,具有收敛止血、消肿生肌的功效,能够迅速形成保护膜,减少血液外渗,同时通过药性渗透,发挥活血化瘀的作用,防止血瘀滞留。此外,一些经典方药如十灰散、桃花散等,也可根据出血部位和病因辨证选用,以增强止血效果。

在实际应用中,中医外用止血散剂的使用方法需因人而异。对于口腔出血,可先将散剂直接撒于出血处,轻轻按压,利用药物的吸附性与收敛性快速止血。若出血量较大,可配合冷敷或含漱清热凉血的中药汤剂,如生地、丹皮等,以增强疗效。对于鼻出血,则可将散剂用棉球蘸取后塞入鼻孔,并嘱患者稍仰头,避免药物误入气道。需要注意的是,散剂使用时应确保创面清洁,避免感染,且对于过敏体质者,需先进行小范围试用,防止不良反应。

中医外用止血散剂的优势在于其多成分、多靶点的作用机制。例如，云南白药中的三七皂苷能抑制血小板聚集，促进血管收缩；而白及、血竭等药材则具有明显的收敛与抗菌作用。这些药物不仅能够即时止血，还能通过改善局部微循环，加速组织修复，减少疤痕形成。此外，中医强调“止血不留瘀”，因此许多外用散剂在止血的同时兼顾活血，避免血瘀导致的并发症，如局部肿胀或疼痛加重。

然而，中医外用止血散剂的使用也需结合现代医学评估，不可盲目依赖。对于严重出血或疑似动脉破裂的情况，应及时就医，采取西医缝合、电凝等干预措施，而中医散剂仅作为辅助手段。同时，散剂的保存与配制需遵循规范，避免受潮或污染，影响药效。总体而言，中医外用止血散剂在口腔与鼻出血的急救中体现了中西医结合的理念，既发挥了传统药物的特色，又与现代急救技术形成互补，为患者提供了更全面、安全的止血方案。在中医理论指导下，外用止血散剂的配方与制备工艺亦十分讲究。传统散剂多选用道地药材，经严格炮制后研磨成极细粉末，以确保药物能够紧密附着于出血表面，快速发挥药效。例如，三七需经过蒸晒处理以减少其燥性，增强止血效果；而白及则需切片后低温干燥，保留其黏液质成分，提高收敛性与吸附性。制备过程中，药材的配伍比例需根据临床经验与辨证需求调整，如血热妄行者可加重寒凉药材的比例，而气虚不摄者则需加入益气固摄之品。此外，散剂的粒度要求极为严格，通常需过 120 目筛，以避免粗糙颗粒对创面造成二次损伤，同时确保药物能够均匀覆盖出血点，形成致密保护层。

第三节 中医在各类急性出血中的止血穴位与外用方

一、中医“血溢”与“血崩”的急救思想

中医对于急性出血的认识源远流长，早在《黄帝内经》中就有“血溢”与“血崩”的记载，这些概念不仅涵盖了现代医学中的各类出血症状，还体现了中医对出血病因、病机及急救处理的独特见解。中医认为，出血不仅仅是局部血管损伤的表现，更是人体气血失衡、脏腑功能失调的结果。因此，在急救处理中，中医强调“急则治其标，缓则治其本”的原则，即在急性出血时，首要任务是迅速止血以保护生命，同时兼顾调理气血、平衡阴阳，防止病情进一步恶化。

在中医理论中，“血溢”通常指血液不循常道而外溢，包括咯血、衄血、吐



血、尿血、便血等多种形式；而“血崩”则特指妇女非经期阴道大量出血，病情危急。中医认为，出血的病因可分为虚实两大类。实证多因火热炽盛、迫血妄行，或瘀血阻滞、血不归经；虚证则常因气虚不能摄血，或阴虚火旺、灼伤脉络。因此，急救时需根据病因病机采取相应的止血措施，如清热凉血、化瘀止血、益气摄血等。

中医急救止血的方法多样，既包括药物内服与外用，也涵盖针灸、艾灸等非药物疗法。在急性出血时，常用具有收敛止血、凉血化瘀功效的中药外敷或内服，如三七粉、白及、地榆等，这些药物能迅速作用于出血部位，促进凝血，减少血液流失。同时，针灸特定穴位如隐白、孔最、委中等，可通过调节经络气血，达到止血目的。此外，中医还强调情志调节在急救中的作用，因为情绪波动可能导致气血逆乱，加重出血，因此保持患者情绪稳定也是急救的重要环节。

值得注意的是，中医急救止血并非孤立进行，而是与现代医学急救措施相结合，形成互补。例如，在大量出血时，中医止血方法可作为辅助手段，帮助稳定病情，为后续的西医治疗争取时间。同时，中医注重整体调理，在止血后还会通过药物和饮食调理，恢复患者的气血平衡，预防再次出血。这种中西医结合的急救模式，不仅提高了止血效率，也优化了患者的康复过程。在中医急救实践中，针对急性出血的现场处理需遵循快速、安全、有效的原则。首先应让患者保持安静卧位，尽量避免移动，以减少气血扰动和出血加剧的风险。对于体表出血，可采用直接压迫法，并配合具有收敛止血功效的中药外敷。常用的三七粉既能散瘀又能止血，可直接撒于创面；地榆炭能凉血收敛，适用于血热妄行之出血。若出血位于四肢，可配合抬高患肢的方法，利用重力作用减缓局部血流。

根据出血病因的不同，中医会采用相应的急救药物。对于火热炽盛所致的出血，可选用犀角地黄汤加减以清热凉血；对于气虚不摄的出血，独参汤可大补元气以摄血；而瘀血阻络者，则可用云南白药等化瘀止血之品。这些药物通常制备成便于急救使用的散剂、喷雾剂或注射液剂型，如三七总苷注射液就能通过静脉给药快速起效。需要特别注意的是，用药需辨证准确，否则可能适得其反，如虚寒出血误用寒凉药物会加重病情。

针灸疗法在止血急救中具有独特优势，尤其适用于药物不可及的情况。隐白穴作为脾经井穴，针刺或艾灸可健脾统血，对崩漏、便血效果显著；孔最穴为肺经郄穴，善治血证，对咯血、衄血有即时止血之效；委中穴刺络放血则能清泻血

热，适用于实证出血。操作时需选用消毒的一次性毫针，采用平补平泻手法，留针时间视病情可持续二十分钟至半小时。研究表明，针灸能通过神经体液调节改善凝血机制，促进血管收缩。

情志调控在出血急救中易被忽视却至关重要。《素问》言“怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下”，过激情绪会扰乱气机，加重出血。急救时应保持环境安静，医护人员需沉着冷静，用平和语言安抚患者。对咯血者尤需避免惊恐情绪，可指导其采用腹式呼吸放松身心。现代研究证实，情绪稳定能降低交感神经兴奋度，从而减少血流动力学波动，为止血创造有利条件。

中医强调止血后的后续调理至关重要，所谓“止血不留瘀”。血止后常需配伍活血药物如当归、川芎防止瘀血内生，同时根据气血亏虚程度予以八珍汤、归脾汤等补益方剂。饮食上宜选用花生衣、鲜藕节、阿胶等药食同源之品，忌食辛辣动血之物。患者还需静养七日以上，避免劳倦伤气。这种整体调理模式能有效预防再出血，促进机体全面康复，体现了中医“既病防变”的治未病思想。

二、特定穴位如隐白、三阴交等的止血原理与操作

隐白穴位于足大趾末节内侧，距离趾甲角约零点一寸处，属于足太阴脾经的井穴。中医理论认为脾主统血，具有固摄血液在经脉中正常运行的功能。当脾气虚弱或脾不统血时，常会出现各种出血症状，如便血、尿血、崩漏等。刺激隐白穴能够健脾益气、统摄血液，从而达到止血的目的。操作时，可采用毫针浅刺零点一寸左右，或使用艾条温和灸五至十分钟，以局部温热、皮肤微红为度。对于虚寒性出血，尤其是妇科崩漏下血，艾灸隐白穴效果尤为显著。现代研究亦表明，刺激该穴位可通过调节自主神经系统和内分泌功能，增强血小板活性，促进凝血过程。

三阴交穴位于小腿内侧，内踝尖上三寸，胫骨内侧缘后方，为足太阴脾经、足少阴肾经和足厥阴肝经三条阴经的交会穴。该穴具有健脾益血、调肝补肾、调和气血的作用，对多种出血证均有疗效。中医认为肝藏血、脾统血、肾主生殖，三阴交能同时调节这三脏功能，适用于月经过多、崩漏、便血、尿血等症。操作时可直刺一寸至一点五寸，局部产生酸胀感为宜，亦可配合艾灸加强温通止血之效。研究表明，针刺三阴交能调节体内凝血与抗凝血系统的平衡，促进血管收缩，减少出血量。



除上述两穴外，孔最穴作为手太阴肺经的郄穴，亦是临床常用的止血要穴。该穴位于前臂掌面桡侧，尺泽穴与太渊穴连线上，腕横纹上七寸处。肺主气、朝百脉，参与宗气的生成并辅助心脏推动血液运行。刺激孔最穴能清泻肺热、凉血止血，尤其适用于咯血、鼻衄等上部出血证。操作时直刺零点五至一寸，行捻转泻法，使针感向上传导。实验显示，针刺孔最穴可降低毛细血管通透性，增强血管壁弹性，从而有效控制出血。

三、中医传统止血方剂（如白药）的现代应用

云南白药作为中医传统止血方剂的杰出代表，其应用历史悠久，疗效显著，在现代急救医学中依然发挥着不可替代的作用。该方剂由多种名贵中药材精心配伍而成，其中以三七为主要成分，具有活血化瘀、消肿止痛、收敛止血的多重功效。在现代临床实践中，云南白药不仅用于外伤出血的紧急处理，还广泛应用于手术创面、内出血及多种出血性疾病的辅助治疗。其剂型也从传统的散剂发展为喷雾剂、胶囊、贴膏等多种形式，极大地方便了患者的使用，提高了急救效率。

现代药理学研究深入揭示了云南白药止血作用的科学机制。研究表明，云南白药中的活性成分能够显著促进血小板聚集，加速凝血过程，同时有效收缩局部血管，减少出血量。此外，该药还具有明显的抗炎和镇痛作用，能够减轻创伤后的组织水肿和疼痛反应，为伤口愈合创造有利条件。这些研究成果不仅验证了传统中医理论的科学性，也为云南白药的现代化应用提供了坚实的理论依据，使其在急救医学中的地位更加巩固。

在具体应用方面，云南白药适用于多种急性出血场景。对于皮肤擦伤、切割伤等表浅出血，可直接将药粉撒于创面，轻轻按压片刻即可有效止血。对于鼻衄、牙龈出血等情况，可用棉球蘸取药粉塞入出血部位，通常能在短时间内控制出血。此外，云南白药还可用于胃溃疡出血、支气管扩张咯血等内出血的辅助治疗，但需在医生指导下使用。需要特别注意的是，孕妇、对其中成分过敏者以及有严重肝肾功能障碍的患者应慎用此药。

随着现代制剂技术的发展，云南白药的创新应用不断拓展。例如，将白药成分与新型敷料结合制成的止血贴，不仅保留了传统药效，还具备了更好的透气性和舒适性。纳米技术的应用使得药物成分能够更精准地作用于出血部位，提高生物利用度。这些技术创新不仅提升了云南白药的急救效果，也使其更好地融入现

代医疗体系，成为中西医结合急救实践中不可或缺的重要组成部分。

尽管云南白药在急救止血方面效果显著，但在使用过程中仍需注意规范化操作。首先，应确保创面清洁后再用药，避免感染发生。其次，对于深度创伤或动脉出血等严重情况，应及时就医，不可完全依赖外用止血药。最后，要严格遵循药品说明书的使用方法和剂量，避免过量使用可能带来的不良反应。通过科学合理地应用这一传统中药瑰宝，我们能够在急救现场为患者提供及时有效的止血帮助，真正体现中西医结合急救的独特优势。

四、中西医结合在严重出血止血中的协同策略

在严重出血的急救处理中，中西医结合策略展现出独特的协同优势，能够有效提升止血效果并降低并发症风险。中医强调整体调节与局部干预相结合，通过刺激特定穴位以调和气血、固摄血脉，同时配合外用药物直接作用于出血部位，达到迅速止血的目的。而西医则侧重于迅速控制出血源、补充血容量及防治休克，其现代止血技术，如压迫包扎、手术结扎及药物应用等在危急情况下具有不可替代的作用。两者结合，既发挥了中医调理内环境、增强机体自愈能力的优势，又借助西医技术快速稳定生命体征，形成多维度、多靶点的治疗体系。

具体而言，中医穴位刺激如针刺或按压隐白、孔最等止血要穴，能调节气血运行，增强血管收缩功能，促进凝血机制激活。与此同时，外用中药如云南白药、三七粉等可直接敷于创面，通过收敛止血、消肿生肌的作用减少出血量和感染风险。这些中医措施在实施过程中无需复杂设备，操作简便，适合在急救现场或转运途中初步应用，为后续西医干预争取宝贵时间。而西医则可在中医初步止血的基础上，进一步通过输液扩容、使用止血药物如氨甲环酸，或实施外科手段如血管结扎、介入栓塞等彻底控制出血。这种分阶段、多模式的协作不仅提高了止血效率，还减少了单一疗法的局限性。

此外，中西医结合策略还注重整体调理与病因治疗相结合。例如，在创伤性出血中，西医处理外伤并预防感染，而中医则通过穴位刺激调节患者应激状态，改善微循环，增强机体耐受力。对于内科疾病如消化道出血，西医可通过内镜下止血或药物抑制胃酸，而中医则选用具有凉血止血作用的穴位如膈俞、血海，配合外用方巩固疗效，减少复发。这种协同模式不仅着眼于即时止血，更致力于恢复机体平衡，降低再出血风险。



实践表明，中西医结合在严重出血救治中具有显著优势，但其成功实施需建立在充分沟通与协作的基础上。急救人员应掌握基本的中医止血穴位定位与外用方应用技巧，同时熟练掌握西医急救流程，确保在紧急情况下能迅速、有序地结合双方长处。未来，进一步规范中西医结合操作指南、加强相关培训，将有助于推广这一策略，使更多患者受益于这种高效、安全的止血模式。在严重出血的急救现场，中西医结合策略的实施需注重操作的规范性与安全性，以确保急救措施的有效性和患者的安全。中医穴位刺激虽简便易行，但需准确取穴，避免误操作导致不良反应。例如，按压隐白穴时应位于足大趾末节内侧，距趾甲角零点一寸处，采用垂直按压方式，以患者感到酸胀为度，持续 3~5 分钟。孔最穴则位于前臂掌面桡侧，腕横纹上七寸处，按压时可采用拇指掐按或点揉手法，配合深呼吸以增强止血效果。同时，外用中药如云南白药需确保创面清洁后再均匀撒敷，覆盖无菌纱布并适当加压包扎，避免药物过量或污染创面。这些中医手法的正确应用不仅能发挥止血作用，还能减少操作过程中的二次损伤。

西医急救措施在结合中医初步处理后，需迅速评估患者生命体征，优先处理致命性出血。对于动脉性出血或深部创伤，应立即采用加压包扎法，使用无菌敷料覆盖伤口并施加足够压力，必要时配合止血带使用，但需注意记录时间并每隔一小时放松片刻以防组织坏死。同时，快速建立静脉通道补充晶体液或胶体液，维持有效循环血量，并根据出血原因选用适当止血药物，如静脉注射氨甲环酸以抑制纤溶亢进。若出血难以控制，需尽早准备手术干预，如血管结扎或介入栓塞术，以彻底消除出血源。在此过程中，中医的辅助作用不仅体现在初步止血，还能通过调节气血减轻患者应激反应，为西医救治创造更稳定的内环境。

中西医结合的协同优势在复杂出血病例中尤为突出。例如，对于合并基础疾病如高血压或凝血功能障碍的患者，中医可通过刺激太冲、曲池等穴位平肝潜阳、调和气血，辅助稳定血压，减少再出血风险；而西医则针对性使用降压药或凝血因子制剂，从病理环节控制出血诱因。此外，在术后或创伤恢复期，中医外用生肌散或内服益气养血方（如当归补血汤）可促进创面愈合，而西医通过抗感染和营养支持预防并发症，两者结合加速患者康复。这种多靶点、分阶段的协作模式不仅提高了急救成功率，还优化了长期预后。

值得注意的是，中西医结合策略的推广需克服一些实践障碍，如部分急救人员对中医技术掌握不足，或对中西医疗效协同机制理解不深。因此，应加强跨学

科培训，使急救人员熟悉常用止血穴位的定位与操作要领，了解外用中药的适应证与禁忌证，同时保持与西医急救流程的无缝衔接。例如，在实施穴位按压时，需避免在骨折或严重软组织损伤部位施力；使用中药外敷时，需确认患者无过敏史。通过标准化操作流程和模拟演练，提升急救团队的综合应对能力。

总之，中西医结合在严重出血救治中形成了互补共赢的体系，既发挥了中医简便、整体调节的优势，又依托西医技术实现精准干预。随着相关研究和临床实践的深化，这一策略有望进一步融入急救常规，为患者提供更全面、高效的止血方案。未来，还需加强循证医学研究，明确中西医疗效的协同机制，并制定细化指南，推动这一模式的规范化与普及化。

第四节 出血性休克的识别与初步处理

一、休克的早期症状与体征

休克是一种危及生命的紧急状况，其早期识别对于及时干预至关重要。出血性休克的早期症状与体征往往较为隐匿，但仔细观察仍可发现一系列重要线索。患者可能出现面色苍白、皮肤湿冷、口唇发绀等外周循环不良的表现，这是由于有效循环血量减少导致组织灌注不足所致。同时，患者常自觉头晕、乏力、口渴，并可能伴有焦虑不安或精神萎靡等情绪变化，反映大脑供血不足及交感神经兴奋。

在体征方面，早期休克患者的心率通常增快，试图通过增加心排量来代偿血容量不足；呼吸频率也可能加快，以试图改善氧合。血压在早期可能尚维持在正常范围或仅有轻微下降，但脉压（收缩压与舒张压之差）常缩小，提示脉搏输出量减少。此外，毛细血管再充盈时间延长（按压指甲床后颜色恢复时间超过2秒）是评估外周循环的简单有效方法。

值得注意的是，休克早期症状的非特异性可能导致误判，尤其在创伤或内出血等情况下，外部出血量可能与实际失血量不符。因此，对于有潜在出血风险的患者，应高度警惕这些细微变化，并结合病史、创伤机制等综合判断，避免延误救治时机。随着休克的进展，若未能及时干预，患者的代偿机制将逐渐失效，进入失代偿阶段。此时，外周循环障碍进一步加剧，皮肤可出现花斑样改变，尤以四肢末端为著，提示微循环障碍严重。患者意识状态可能由初期的烦躁不安转为



淡漠、嗜睡甚至昏迷，反映脑灌注持续下降及缺氧加重。血压明显下降，收缩压常低于 90mmHg，心率虽仍增快但心音低而弱，脉搏细速难以触及，呈现典型的“休克脉”。呼吸表现为浅快或出现异常呼吸模式，如潮式呼吸，提示呼吸中枢受累及代谢性酸中毒加重。

尿量减少是休克进展的重要客观指标，每小时尿量少于零点五毫升每公斤体重提示肾脏灌注不足，可能继发性肾损伤。此外，患者可出现体温不升或低体温，这与外周血管收缩、代谢减慢及能量衰竭有关。胃肠道症状如恶心、呕吐、腹胀也可能出现，因内脏血流减少导致肠黏膜缺血及功能障碍。实验室检查可发现乳酸水平升高，动脉血氧分压下降，碱剩余负值增大，进一步证实组织缺氧及无氧代谢增强。

在此阶段，休克的逆转更加困难，多器官功能障碍综合征的风险显著增加。因此，强调早期识别和干预的重要性，避免病情进展至不可逆阶段。临床处理需迅速恢复有效循环血量，改善组织氧供，并针对原发病因采取控制出血、抗感染等措施，同时密切监测生命体征及器官功能，实施综合支持治疗。

二、出血性休克的现场评估与判断

现场评估与判断是处理出血性休克的关键环节，直接关系到后续急救措施的有效性和患者的生存机会。首先，急救人员需迅速观察患者的整体状态，包括意识水平、皮肤颜色、体温及呼吸状况。患者若出现烦躁不安、意识模糊甚至昏迷，往往提示脑部供血不足，是休克的重要标志。皮肤苍白、湿冷，尤其是四肢末端发凉，表明外周血管收缩，机体正试图维持核心器官的血液供应。此外，触摸患者桡动脉或颈动脉，若脉搏细速、微弱，甚至难以触及，显示心排量严重下降，循环系统处于代偿边缘。

其次，评估出血量和出血速度对判断休克程度至关重要。明显的外出血可通过直接观察伤口估算，但内出血则需依赖间接指标，如患者有无腹痛、腹胀、皮下瘀斑等表现。对于创伤患者，应快速检查全身有无开放性伤口、骨折或脏器损伤迹象。血压测量是重要手段，但现场若无设备，可通过毛细血管再充盈试验辅助判断：按压患者指甲床或额头皮肤，正常应在两秒内恢复红润，若超过三秒，提示组织灌注不良。同时，询问患者或旁观者受伤机制和出血历史，有助于了解失血时间和潜在风险。

进一步,采用简单的临床评分系统如休克指数(心率与收缩压比值)可快速量化休克状态。若比值大于一,表明休克可能已进入失代偿期。此外,观察呼吸频率和深度:浅快呼吸可能为代谢性酸中毒的代偿表现,反映组织缺氧加剧。患者若诉口渴、头晕或视物模糊,这些主观症状同样不可忽视,它们常发生于血容量下降的早期阶段。综合以上指标,急救人员应能初步区分轻度、中度及重度休克,并据此决定是否立即启动输血、补液或紧急转运措施。整个过程需在数分钟内完成,确保每一步判断均基于多维度证据,避免单一指标的误导性。在评估过程中,密切监测尿量变化也是判断休克严重程度的重要依据,尿量减少往往提示肾脏血流灌注不足,是休克进展的敏感指标之一。急救人员应注意询问患者或家属关于排尿情况,若每小时尿量少于30mL,则需高度警惕休克可能已进入失代偿阶段。同时,观察患者黏膜颜色如口唇、眼睑结膜是否苍白,这些部位的血供状态能直观反映循环血量状况。对于婴幼儿或无法沟通的患者,可通过哭声强弱、皮肤弹性及前囟张力等细节辅助评估。

针对不同原因的出血性休克,评估重点也需有所侧重。创伤性出血应优先排查隐蔽性出血源,如骨盆骨折后腹膜血肿或胸腔内出血,这些情况虽无外出血表现,但可能导致快速且严重的血容量丢失。而非创伤性出血如消化道出血或动脉瘤破裂,则需关注既往病史和突发症状,如呕血、黑便或剧烈胸背痛等表现。此外,年龄、基础疾病及用药史也会影响休克表现,老年患者或服用抗凝药物者可能出血更隐匿,且代偿能力较差,休克进展更为迅速。

现场评估还需结合环境因素与可用资源灵活调整。在偏远地区或灾难现场,缺乏医疗设备时,急救人员可以依靠主观症状和体征的动态变化趋势来判断病情进展。例如,若患者由烦躁转为淡漠、脉搏较前更难触及,表明休克正在恶化,需优先安排转运。同时,应持续进行重复评估,因为出血性休克的状态可能随时间快速变化,初次评估后的数分钟内可能出现代偿机制崩溃。急救团队间的信息沟通也至关重要,确保所有人员对患者状态有一致认知,避免因交接疏漏延误关键干预。

最终,通过系统化的现场评估,急救人员能够形成初步诊断并制定优先级明确的处理方案。评估结果应直接指导后续行动,如立即加压止血、建立静脉通路快速补液或启动大量输血协议。尤其对于重度休克患者,任何延迟都可能导致不可逆的器官损伤,因此评估与干预常需同步进行。整个过程中,保持患者体温、



避免不必要的移动并做好转运准备，都是评估阶段需统筹考虑的因素。只有将多方面的临床信息整合分析，才能为出血性休克患者争取最大的生存机会。

三、休克患者的体位管理与保暖措施

对于出血性休克患者而言，正确的体位管理是维持生命体征稳定的重要环节。在急救现场，应迅速将患者置于平卧位，并将双下肢抬高约 30° ，这一姿势有助于促进下肢静脉血液回流，增加回心血量，从而在一定程度上提升血压、改善脑部供血。需注意避免头部过低，以免影响呼吸或引起颅内压升高，尤其对于可能伴有颅脑损伤的患者更应谨慎。若患者存在呼吸困难或呕吐风险，可调整为半卧位，但需密切监测血压变化，确保体位调整不会加重休克状态。

在体位管理过程中，应尽量减少患者的移动，避免突然改变体位导致血压进一步下降。如需转运，应保持平稳，避免剧烈晃动。同时，注意观察患者的意识状态、皮肤颜色及呼吸频率，任何异常变化都需及时调整处理策略。

保暖措施在休克急救中同样至关重要。出血性休克患者由于有效循环血量减少，常出现皮肤苍白、四肢湿冷、体温下降等表现，此时维持正常体温对防止病情恶化具有积极意义。应迅速移除湿冷衣物，用干燥的毛毯或保温毯覆盖患者身体，尤其注意保护头、颈、手、足等易散热的部位。避免使用过热的热水袋或直接接触皮肤的热源，以免造成烫伤或导致外周血管过度扩张，反而加重休克。

环境温度也应尽量保持温暖，避免患者暴露在风寒或低温环境中。可关闭门窗，减少空气对流，必要时使用取暖设备提高室温，但需确保通风良好，避免一氧化碳积聚。对于意识清醒的患者，可给予温热的糖盐水口服，既能补充能量，又有助于维持体温，但需注意控制摄入量，避免过量引起呕吐。

中西医结合的观点认为，休克患者的体位与保暖管理不仅是一种物理措施，更是调和气血、扶正固脱的重要方法。通过合理的体位调整与有效的保暖处理，能够为后续的医疗干预争取宝贵时间，提高救治成功率。在实施体位与保暖管理的同时，密切监测患者的生命体征变化是不可或缺的一环。急救人员需持续关注患者的脉搏、呼吸、血压及意识状态，任何细微波动都可能提示病情的进展或恶化。若发现血压持续下降或呼吸频率异常加快，需立即调整急救策略，并考虑是否需要更高级的生命支持措施。对于伴有明显失血表现的患者，应在保持体位稳定的前提下，尽快进行液体复苏或输血准备，以纠正有效循环血量的不足。

此外，心理安抚在休克急救中也具有重要作用。许多患者在出血性休克状态下会出现焦虑、恐惧甚至意识模糊，这些情绪反应可能通过神经内分泌机制进一步加重循环紊乱。急救人员应以镇定、温和的语气与患者交流，简要说明正在采取的措施，增强其安全感。对于意识尚清楚的患者，可指导其进行缓慢的深呼吸，有助于降低交感神经兴奋度，减轻应激反应对心血管系统的不良影响。

从中医角度分析，休克状态属于“脱证”范畴，多因气血骤脱、阴阳离决所致。体位管理中的下肢抬高，类似于“引血下行、益气固脱”的治法，有助于暂时稳定气机。而保暖措施则对应“温阳固脱”的原则，通过防止阳气外泄，为后续药物治疗创造条件。现代医学中的体温保护理念与中医“寒主收引、温则通行”的理论不谋而合，均强调维持体温对微循环灌注的重要性。

值得注意的是，体位与保暖管理虽为基本急救措施，但其有效性高度依赖于实施的及时性与准确性。错误的体位摆放或过度保暖反而可能加重病情，例如过度抬高下肢可能增加腹腔压力影响呼吸，或使用过热外源热源导致血管过度扩张。因此，急救人员需经过系统训练，能够根据患者的具体表现灵活调整措施，并在实施过程中不断评估反馈。

最后，所有现场急救措施均需为后续专业医疗干预做好衔接。在维持体位与保暖的同时，应尽早建立静脉通道、吸氧，并尽快转运至具备条件的医疗机构。途中需保持监测的连续性，确保体位与保暖措施的稳定性，避免因搬运或颠簸造成二次损伤。只有将现场急救与院内救治紧密结合，才能最大程度提升出血性休克患者的生存机会。

四、呼叫急救与专业医疗支持的必要性

当发现患者出现面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细速、呼吸急促、意识模糊等出血性休克表现时，第一时间呼叫急救系统是挽救生命的关键步骤。普通民众虽可进行初步止血处理，但无法替代专业医疗团队的综合救治能力。急救人员不仅能提供现场高级生命支持，如快速建立静脉通道、补充血容量、使用止血药物，还能在转运过程中持续监测生命体征，为后续医院治疗争取宝贵时间。

专业医疗支持的必要性体现在多个层面。首先，出血性休克的根本治疗需明确出血原因并实施针对性干预，例如手术止血、血管介入治疗或输血支持，这些



均需医疗机构具备相应设备和技术条件。其次，休克可能引发多器官功能障碍，需通过实验室检查（如血常规、凝血功能检测）和影像学评估（如超声、计算机断层扫描）来指导治疗。此外，医护人员能根据患者情况动态调整治疗方案，包括液体复苏的速率与类型、血管活性药物的使用及并发症防治。

在等待急救人员到达期间，现场人员应保持患者平卧、抬高下肢以增加回心血量，注意保暖但避免过热，同时持续压迫出血点（若可见）。需避免随意移动患者或给予口服液体，以免加重病情。急救呼叫时应清晰地说明患者状态、出血原因、已采取措施及准确位置，并保持电话畅通以便调度员指导。最终，只有将患者及时转入具备抢救条件的医疗机构，才能最大程度降低死亡风险并改善预后。在急救人员到达现场后，其首要任务是对患者进行快速而全面地评估，以确定休克的严重程度及潜在出血部位。通过监测血压、心率、血氧饱和度等生命体征，结合病史询问和体格检查，急救团队能够初步判断休克分期并制定相应抢救策略。例如，若患者存在腹腔内出血体征，如腹部膨隆、肌紧张或移动性浊音，则需优先考虑内脏损伤可能性，并做好紧急手术准备。这种专业评估能力是普通民众无法具备的，它直接关系到后续治疗的方向与效果。

建立有效的静脉通道是休克复苏的基础环节。急救人员通常会选择大孔径套管针进行外周静脉穿刺，必要时实施中心静脉置管，以保证快速输注液体和药物。液体复苏首选等渗晶体液如生理盐水或乳酸林格液，初始剂量常按每公斤体重 20mL 计算，并于 15~30 分钟内快速输注。对于严重失血患者，还需及时准备输血治疗，包括红细胞悬液、新鲜冰冻血浆及血小板等成分血制品，以纠正贫血和凝血功能障碍。这些措施需在严密监测下进行，避免过度输液导致急性肺水肿或稀释性凝血病。

在转运过程中，急救人员持续进行生命体征监测与支持，包括心电图、无创血压、脉搏血氧饱和度等参数的实时观察。同时保持呼吸道通畅，必要时给予氧疗或辅助通气，确保组织氧供。对于意识障碍患者，需采取保护性约束措施防止坠床，并准备好除颤仪及急救药品以应对可能发生的心律失常或心脏骤停。与接收医院的提前沟通也至关重要，急救团队通过无线电或电话汇报患者状况，使急诊科能提前启动创伤团队、准备手术室或介入导管室，实现无缝衔接救治。

最终，患者被送达医院后，立即转入抢救室或手术室进行确定性治疗。外科

医生可能实施剖腹探查、血管结扎或损伤控制性手术；介入放射科医生则可能通过动脉栓塞术控制出血；重症医学团队负责后续的器官功能支持与并发症防治。整个救治过程环环相扣，体现了多学科协作的优势。而这一切都始于最初那通及时准确的急救呼叫，它如同生命链条的第一环，将现场初步救助与专业医疗力量紧密联结，为患者开辟出一条生机之路。

第五章 气道异物吸入中西医急救方法

第一节 气道异物吸入的识别与危险性

一、气道异物梗阻的典型症状与严重程度判断

严重程度的判断需依据患者的临床表现和反应能力。轻度梗阻表现为咳嗽有力、呼吸略有困难但意识清醒，此时鼓励患者继续咳嗽往往能自行排出异物。中度梗阻时，咳嗽变得微弱无效，呼吸困难加剧，伴有喘鸣音，患者开始出现焦虑和面色改变，此时需要立即采用背部叩击或腹部冲击法等急救措施。重度梗阻则表现为完全无法呼吸、咳嗽或发声，患者意识迅速恶化，出现发绀、昏迷等危象，必须立即施行心肺复苏并呼叫急救支援。

值得注意的是，婴幼儿的气道异物梗阻症状可能不如成人典型，常表现为突然发生的呛咳、喘息、拒绝进食或烦躁哭闹，严重时可见呼吸急促、鼻翼扇动和三凹征。老年人或因神经系统疾病导致吞咽功能障碍者，发生隐性梗阻的风险较高，可能仅表现为反复肺部感染或慢性咳嗽，需通过影像学检查进一步明确诊断。及时识别这些症状并准确判断严重程度，是实施有效急救、降低致命风险的关键前提。气道异物梗阻的严重程度评估需结合患者年龄、基础健康状况及异物性质进行综合判断。对于成人患者，若异物为易碎食物如糕点或果冻，可能因材质特性造成不完全梗阻与完全梗阻的快速转换，需持续观察呼吸模式变化。部分患者可能出现非典型表现，如单向活瓣型梗阻时，吸气相通畅而呼气相出现明显喘鸣，此时虽咳嗽功能存在，但氧合能力已显著下降。

急救操作需根据患者体位状态灵活调整。对站立位意识清醒者，应采用海姆立克急救法，施救者需从背后环抱患者上腹部，一手握拳抵于剑突与脐部连线中点，另一手包覆拳头，快速向上向内冲击。对于孕妇或肥胖者，冲击部位应上移至胸骨下半段，采用胸部冲击法。若患者已意识丧失，应立即平卧实施心肺复苏，每次开放气道时均需检查口腔并移除可见异物。

特殊人群的处理原则具有显著差异性。婴幼儿应采用背部叩击与胸部叩击相



结合的五次循环法，操作时需将患儿俯卧于前臂，头部低于躯干，另一手实施叩击。对于义齿佩戴者或饮酒后发生梗阻者，需特别注意假牙松动或呕吐物二次吸入的风险。神经系统疾病患者因保护性反射减弱，即使解除梗阻后仍需严密监测呼吸功能。

预防气道异物梗阻的发生比急救更为重要。进食时应保持坐姿端正，细嚼慢咽，避免说笑或运动时进食。老年人应选择软质食物，必要时改良食物质地。幼儿看护者需熟知玩具安全标准，避免接触小颗粒物品。医疗机构应对高风险人群开展吞咽功能评估，对存在障碍者提供饮食指导与监护建议。

二、部分梗阻与完全梗阻的鉴别要点

当气道内存在异物时，根据阻塞程度的不同，可分为部分梗阻与完全梗阻两种状态，其临床表现、危险性及处理方式存在显著差异。部分梗阻指异物未完全阻塞气道，患者仍能进行一定程度的呼吸，但通气功能受限；而完全梗阻则是异物完全堵塞气道，导致气体无法进出肺部，属于极其危急的状况，若未及时处理，可在数分钟内引发窒息甚至死亡。

部分梗阻的典型表现为患者尚能发声、咳嗽或呼吸，但可能伴有喘鸣音、呼吸急促或费力，面色可能因缺氧而略显苍白或发绀，但意识通常保持清醒。此时患者常有强烈的咳嗽反射，这是机体试图排除异物的自然防御机制。值得注意的是，部分梗阻可能随着异物移动或黏膜水肿而演变为完全梗阻，因此即便症状暂时较轻，仍需密切观察并及时干预。

完全梗阻的患者则无法发声、咳嗽或呼吸，常表现为双手抓握喉部（国际通用窒息求救手势），面色迅速转为青紫，伴随恐慌表情和意识迅速丧失。由于气道完全阻塞，气体交换中断，血氧饱和度急剧下降，若不立即采取急救措施，患者将在短时间内因严重缺氧导致心搏骤停。完全梗阻是真正意义上的生命危急状态，必须争分夺秒实施急救。

鉴别部分与完全梗阻的关键在于评估患者的气道通畅性和呼吸能力。若能咳嗽或发出声音，通常提示为部分梗阻；若完全无声、无法咳嗽且呼吸停止，则为完全梗阻。此外，观察患者的神志状态和面色变化也有助于判断梗阻程度。部分梗阻患者多数意识清楚，而完全梗阻者意识可能迅速丧失。临床实践中，急救人员需在极短时间内完成评估，并据此采取相应措施，例如对部分梗阻鼓励患者咳

嗽，对完全梗阻则需立即实施背部叩击或腹部冲击等急救手法。

值得注意的是，婴幼儿与成人的表现可能存在差异。婴幼儿发生气道异物吸入时，可能表现为突然发生的呛咳、呼吸困难或哭声微弱，完全梗阻时则出现面色灰暗、活动力骤降甚至昏迷。由于其气道更为细小，异物阻塞的危险性更高，且症状进展可能更为迅速，因此需要格外警惕。对于部分梗阻的患者，急救的首要原则是鼓励其通过自主咳嗽尝试排出异物，同时保持冷静并密切监测其呼吸状态。应指导患者尽量保持前倾体位，以利于气流将异物向上推动，并避免盲目使用手指掏挖口腔，以免将异物推入更深部位。若患者咳嗽无力或呼吸困难加剧，需立即准备升级急救措施，如采用背部叩击法辅助排异。部分梗阻虽相对缓和，但随时可能因异物移位或黏膜肿胀而恶化为完全梗阻，因此不可掉以轻心，需持续评估其通气状况与意识水平。

完全梗阻的急救则需迅速启动海姆立克急救法或其他标准气道异物清除技术。对于意识尚存的成人或儿童，施救者应立于患者身后，双手环抱其腹部，快速向上向内施加冲击力，通过增加胸腔内压促使异物排出。若患者已意识丧失，则需立即转为心肺复苏流程，并在每次人工呼吸前检查口腔是否有异物可被取出。完全梗阻的急救必须分秒必争，任何延迟都可能因脑缺氧导致不可逆损伤，因此施救者需果断行动并同时呼救专业医疗支援。

特殊人群的气道异物处理需注意差异化策略。婴幼儿的背部叩击与胸部冲击需采用更轻柔的力度和特定体位（如头低脚高），避免造成二次损伤。孕妇或肥胖者则需采用胸部冲击法替代腹部冲击，以防止内脏损伤。对于卧床或坐轮椅者，需调整施救姿势，确保冲击力有效作用于膈肌下方。此外，若患者为义齿佩戴者或存在神经系统疾病（如帕金森病），其异物风险更高，日常需加强预防措施。

预防气道异物梗阻的关键在于提高公众安全意识，尤其是婴幼儿及老年群体。应避免给幼儿喂食坚果、果冻等易吸入食物，进食时保持安静环境并鼓励细嚼慢咽。老年人因吞咽功能退化，需将食物切碎并避免边吃边谈。日常普及海姆立克法等急救技能培训，可显著提升家庭与社区的应急响应能力。同时，建议高风险人群定期进行吞咽功能评估，从源头上减少异物吸入风险。

三、异物吸入对不同人群的潜在危害

异物吸入对不同年龄和健康状况的人群造成的潜在危害存在显著差异，这种



差异主要源于生理结构、免疫能力以及基础疾病的影响。婴幼儿由于气道较为狭窄且咳嗽反射尚未完全发育，异物一旦进入气道，极易引发完全性阻塞，导致严重缺氧甚至窒息。此外，幼儿常因好奇将小玩具或食物放入口中，增加了异物吸入的风险，若未及时处理，可能迅速危及生命。

对于成年人而言，异物吸入的危害虽较婴幼儿为低，但仍不可忽视。成年人的气道相对较宽，咳嗽反射较为健全，但若异物较大或形状特殊，仍可能卡在气管或支气管中，引起剧烈咳嗽、呼吸困难甚至继发感染。特别是一些特殊职业人群，如从事建筑、木工等行业的工人，因工作环境中粉尘和细小颗粒物较多，长期吸入可能逐渐形成气道异物沉积，导致慢性支气管炎或肺功能下降。

老年人因身体机能退化，吞咽协调能力减弱，更易发生异物吸入事件。许多老年人伴有慢性疾病，如脑血管疾病、帕金森病等，这些疾病会进一步影响吞咽功能，增加进食时异物误吸的概率。一旦发生异物吸入，老年人由于心肺代偿能力较差，更容易出现严重的并发症，如吸入性肺炎、呼吸衰竭等，且恢复过程较为缓慢。

对于患有慢性呼吸系统疾病的人群，如哮喘、慢性阻塞性肺疾病患者，异物吸入的危害更为显著。这类患者本身气道黏膜较为脆弱，异物进入后可能迅速引发强烈的炎症反应，加重原有病情，甚至诱发急性发作。此外，某些异物（如花生、坚果类）可能含有过敏原，对过敏体质者而言，吸入后不仅会造成机械性阻塞，还可能引发过敏性休克，进一步增加救治难度。

孕妇由于生理变化，膈肌上抬、肺容量减少，气道异物吸入后可能导致氧合能力进一步下降，影响胎儿的供氧，甚至引发早产或其他妊娠并发症。因此，孕妇在日常生活中需特别注意进食方式和食物选择，以减少异物吸入的风险。

综上所述，异物吸入对不同人群的危害程度及表现形式各异，需根据个体的年龄、健康状况及生活环境进行针对性预防与急救。了解这些差异有助于提高公众对异物吸入风险的认识，并采取有效措施避免相关事件的发生。婴幼儿的气道结构特点决定了异物吸入后极易引发严重后果。其气管直径仅为成人的 $\frac{1}{3}$ 左右，且喉部位置较高，会厌软骨调节功能尚未完善，这些解剖特征使得异物更容易落入气道深处。加之幼儿咳嗽力量较弱，无法有效排出异物，往往需要外界干预才能解除危机。值得注意的是，某些食物如葡萄、果冻等因其形状和质地特点，特别容易造成幼儿气道完全阻塞，这些都应成为家长重点防范的对象。

四、预防气道异物吸入的日常注意事项

预防气道异物吸入的关键在于日常生活中的细节管理，尤其是在饮食和儿童看护方面。

首先，进食时应保持安静、专注的环境，避免在吃饭时说话、大笑或奔跑，因为这些行为容易导致食物误入气道。对于幼儿和老年人，应特别注意食物的切割方式，将大块食物切成小块，并鼓励细嚼慢咽。坚果、果冻、糖果等易滑入气道的食物，应尽量避免给三岁以下儿童食用，或在成人监督下少量给予。

其次，家中小物件的管理也不容忽视。儿童好奇心强，常会将小玩具、硬币、纽扣等放入口中，因此家长应定期检查地面和儿童活动区域，确保没有容易被误吞的小物品。同时，教育孩子不要将非食物物品放入口中，并通过游戏或故事的方式增强他们的安全意识。对于老年人或行动不便者，应避免在使用假牙时进食黏性较大的食物，以免假牙脱落导致气道阻塞。

再次，养成良好的饮食习惯和餐桌礼仪同样重要。吃饭时坐姿端正，不匆忙进食，不仅能减少异物吸入的风险，还有助于消化。家庭中可以制定规则，如吃饭时不看电视或手机，以减少注意力分散。对于有神经系统疾病或吞咽功能障碍的患者，应在医生或营养师的指导下选择适宜食物质地，如软食或糊状食物，以降低风险。

最后，急救知识的普及和预防意识的提升是长期工作。家长和看护人员应学习基本的气道异物急救方法，如海姆立克急救法，并了解何时需要寻求专业医疗帮助。社区和学校可以组织相关培训，增强公众应对突发情况的能力。通过综合措施，我们能有效减少气道异物吸入的发生，保障生命安全。预防气道异物吸入的关键在于日常生活中的细节管理，尤其是在饮食和儿童看护方面。首先，进食时应保持安静、专注的环境，避免在吃饭时说话、大笑或奔跑，因为这些行为容易导致食物误入气道。对于幼儿和老年人，应特别注意食物的切割方式，将大块食物切成小块，并鼓励细嚼慢咽。坚果、果冻、糖果等易滑入气道的食物，应尽量避免给三岁以下儿童食用，或在成人监督下少量给予。

家中小物件的管理也不容忽视。儿童好奇心强，常会将小玩具、硬币、纽扣等放入口中，因此家长应定期检查地面和儿童活动区域，确保没有容易被误吞的小物品。同时，教育孩子不要将非食物物品放入口中，并通过游戏或故事的方式增强他们的安全意识。对于老年人或行动不便者，应避免在使用假牙时进食黏性



较大的食物，以免假牙脱落导致气道阻塞。

此外，养成良好的饮食习惯和餐桌礼仪同样重要。吃饭时坐姿端正，不匆忙进食，不仅能减少异物吸入的风险，还有助于消化。家庭中可以制定规则，如吃饭时不看电视或手机，以减少注意力分散。对于有神经系统疾病或吞咽功能障碍的患者，应在医生或营养师的指导下选择适宜食物质地，如软食或糊状食物，以降低风险。

急救知识的普及和预防意识的提升是长期工作。家长和看护人员应学习基本的气道异物急救方法，如海姆立克急救法，并了解何时需要寻求专业医疗帮助。社区和学校可以组织相关培训，增强公众应对突发情况的能力。通过综合措施，我们能有效减少气道异物吸入的发生，保障生命安全。

第二节 海姆立克急救法（Heimlich Maneuver）的原理与操作

一、海姆立克急救法的物理原理与作用机制

海姆立克急救法是一种通过物理方式迅速排出气道异物的急救技术，其核心原理是利用外力在患者上腹部产生向上的冲击力，从而模拟人工咳嗽的效果，将阻塞气道的异物排出。该方法基于流体力学与人体解剖结构的特点，当异物卡在气管或喉部时，患者通常无法通过自主咳嗽清除异物，此时外部施加的冲击力可以通过增加胸腔内压力，形成一股向上的气流，推动异物向外移动。

具体而言，急救者站在患者身后，双手环绕其腰部，一手握拳，拳眼向内放置于患者肚脐上方、胸骨下方的位置，另一只手包住拳头，然后快速向内上方用力冲击。这一动作会使膈肌迅速上抬，压缩肺部，使肺内空气在高压下急速冲出，从而形成一股强气流，将卡在气道中的异物推出。整个过程依赖于胸腔内压力的瞬时变化，其作用机制类似于通过外部干预激发人体自身的排异反射。

此外，海姆立克急救法的有效性还在于其针对性地利用了腹部软组织的可压缩性以及胸腹腔的力学传导特性。急救过程中，施救者施加的力通过腹壁传导至膈肌和胸腔，进而影响呼吸道内的气压分布。这种方法不仅适用于成人，经过适当调整后也可用于儿童或婴儿，但需注意力度和位置的控制，以避免造成二次伤害。

值得注意的是，海姆立克急救法并非适用于所有气道异物阻塞情况，例如

当患者已失去意识时，需转而采用其他方法如心肺复苏。然而，在患者意识清醒且无法发声或咳嗽的情况下，这一方法因其操作简便、效果迅速而被广泛推荐。其物理原理的科学性及实际应用中的高效性，使其成为全球公认的气道异物急救标准手法之一。在实际操作海姆立克急救法时，施救者需首先确认患者确实处于气道异物阻塞状态，典型表现包括患者突然无法说话、面色迅速转为青紫、双手不自主抓住颈部区域以及出现极度呼吸困难或完全无法呼吸等现象。一旦确认情况，施救者应立即从背后环抱患者腰部，令其身体略向前倾，以利于气流向上冲击，同时确保拳头位置准确置于肚脐与剑突之间的上腹部区域，避免过于靠上或靠下导致效果减弱或损伤内脏。施力时应快速、有力且方向明确，力求通过短暂而集中的冲击使膈肌上移，肺内残余空气形成高速气流冲出气道。每次冲击后需观察异物是否排出，若未成功可重复操作最多五次，其间应密切注意患者意识状态变化。

对于特殊人群如孕妇或肥胖者，标准手法需稍作调整，可将双手位置移至胸骨下半部分，避开腹部而采用胸部冲击法，以避免对胎儿或腹部脏器造成不必要的压力。同样，对于婴幼儿，操作者需采取坐姿并将婴儿面部朝下放置于大腿上，头部低于胸部，用手掌根部在婴儿背部肩胛骨之间快速拍击五次，再翻转至仰卧位用两指在胸骨下半段进行五次按压，循环操作直至异物排出。这些调整体现了该手法在应用中的灵活性与针对性，但其核心原理仍是通过外部力学干预改变胸腔压力分布。

尽管海姆立克急救法效果显著，施救时仍须高度警惕可能出现的并发症，如肋骨骨折、腹部脏器损伤或胃内容物反流等。因此，只有在确认气道异物阻塞且患者意识清醒时方可施行，若患者中途失去意识，则须立即停止冲击并开始心肺复苏。此外，成功清除异物后，即使患者症状缓解，仍建议尽快就医进行进一步检查，以排除潜在损伤或残留异物碎片的风险。该方法的普及教育对于提高公众自救互救能力具有重要意义，许多医疗机构及社区组织均定期开展相关培训，强调手法规范性与情境判断的准确性。

从更广泛的急救体系来看，海姆立克急救法作为气道管理的基础技能之一，常与心肺复苏术、人工呼吸等技术结合使用，构成了一套应对呼吸系统紧急情况的综合方案。其科学原理与操作规范性经过多年实践验证，已成为国际急救指南中的标准推荐内容，并在日常急救、医疗机构及公共安全教育中得到广泛应用。



二、成人、儿童海姆立克急救法的具体操作步骤

当患者为成人或较大儿童时，若其意识清醒且能够站立，施救者应迅速站于患者身后，双臂环绕其腰部。一手握拳，将拳眼置于患者肚脐上方两横指处，另一手紧握拳头，用力快速向内上方冲击腹部，反复进行直至异物排出。若患者体型较大或施救者难以环抱，可令患者靠墙或椅背站立，施救者从正面实施腹部冲击。需注意冲击方向应避开剑突和肋骨边缘，以免造成二次损伤。

对于意识丧失的成人或儿童，应立即将其平放于坚硬地面，施救者骑跨于患者大腿两侧，以一手掌根置于肚脐与剑突之间，另一手重叠其上，快速向前上方冲击。每冲击5次后检查口腔，若可见异物则小心用手指勾出，不可盲目掏挖。同时需密切观察患者呼吸和面色变化，一旦异物排出应立即停止操作。

针对一岁以上至青春期前的儿童，操作原理与成人相似但需调整力度。施救者可跪蹲在儿童身后，双臂环抱其胸部下方，一手握拳抵住上腹部，另一手包裹拳头发力。冲击力度应控制在既能产生气流又避免损伤脏器的范围内，通常以儿童身体轻微前倾为宜。对体型较小的儿童，可采用单臂实施冲击，另一手固定其肩背部。

特殊情况下如孕妇或肥胖者，传统腹部冲击可能无效或危险。此时应改为胸部冲击法：施救者双臂从腋下环抱患者，握拳置于胸骨下半段，向后快速用力按压。冲击位置需避开剑突和乳房组织，力度以胸廓明显下陷为度。对于坐轮椅者，需固定轮椅后方可实施操作。

所有操作都应遵循“冲击—检查—再冲击”的循环模式，同时安排他人拨打急救电话。若患者出现意识丧失，应立即转为心肺复苏流程。需特别注意：海姆立克法不适用于一岁以下婴儿，该人群需采用背部拍击联合胸部按压法。每次冲击后都应评估异物是否排出，可通过观察咳嗽能力、呼吸音和面色改善情况判断效果。

操作过程中要始终保持患者头部低于胸部，利用重力辅助异物排出。对于部分排出异物的患者，仍应送医检查是否残留碎片。实施腹部冲击后，所有患者都需接受医疗评估，排除可能的内脏损伤或迟发性并发症。实施海姆立克急救法时，施救者需根据患者体位灵活调整操作细节。若患者处于坐位，施救者应跪于其座椅后方，双臂自腋下穿过环抱患者躯干，按标准手法实施腹部冲击。对于卧倒在

地的患者，需先将其转为仰卧位并开放气道，再采用骑跨位进行腹部快速冲击。无论何种体位，都要确保冲击力集中作用于膈肌下方，通过提升腹腔压力驱动肺部残留气体形成人工咳嗽。

操作时需特别注意患者反应变化。若冲击过程中患者突然能发出声音或出现有效咳嗽，应立即暂停操作鼓励其自主咳出异物。当患者意识状态由清醒转为模糊时，应迅速将其安置于地面并开始准备心肺复苏。对于义齿佩戴者，需先检查口腔确认义齿未脱落成为新的梗阻物，必要时取出义齿再继续施救。

施救过程中要持续评估操作有效性。有效的腹部冲击应能观察到患者胸廓起伏和面部潮红改善，同时可闻及气流通过声门的声音。若连续冲击 6~8 次后仍未改善，需重新检查患者体位和手部位置是否正确。对于肥胖患者，可采用环抱式胸部冲击法，将拳眼置于胸骨中下段，向后上方快速发力，利用胸膜腔内压变化推动异物。

特殊群体需采用改良手法。对脊柱损伤患者，应避免剧烈移动颈部，采用侧卧位拍背法结合轻柔的胸廓按压。对气管切开患者，可直接通过造瘘口插入吸痰管尝试抽吸异物。遇到异物为尖锐物体时，切忌使用冲击法以免造成组织穿孔，应立即送医在支气管镜下取出。

所有成功解除气道梗阻的患者都需接受至少 24 小时医学观察。因冲击操作可能导致膈肌损伤、胃内容物反流或肝脾挫伤等并发症。患者出现持续性腹痛、呕血或呼吸困难加重时，需紧急进行影像学检查。院前急救人员应详细记录操作次数、冲击部位和患者反应，为后续治疗提供重要参考。

三、自我海姆立克急救法的操作要领

当独自一人遭遇气道异物阻塞且周围无人援助时，掌握自我海姆立克急救法至关重要。该方法的核心在于利用自身产生的冲击力将阻塞物从气道内排出，其操作需迅速、准确且有力。

首先，应迅速识别自身是否发生严重气道异物阻塞。典型表现包括突然不能说话、咳嗽无声或微弱、面色迅速发绀并伴随窒息感。一旦确认情况危急，需立即采取行动，切忌慌乱奔跑或盲目尝试用手指抠挖，以免异物滑入更深部位。

操作时，可选择一把稳固的带背椅子或类似家具，抑或寻一处墙角。身体略向前倾，使上腹部位于椅背或墙角边缘位置。一手握拳，拇指侧朝向腹部，放置



于肚脐上方、胸骨下方的位置。另一手包裹拳头，快速而用力地向内上方冲击腹部。重复此动作，直至异物排出或能够有效咳嗽。

若周围无合适家具，也可采取跪姿或站立姿势，自行握拳冲击上腹部。需注意冲击方向应朝向膈肌，利用腹腔压力上抬膈肌，压缩肺部空气，形成气流将异物冲出。每次冲击应果断有力，但需避免过度暴力导致内脏损伤。

完成数次冲击后，即使异物未完全排出，也应尝试咳嗽，观察是否恢复部分通气。若症状未缓解，需立即拨打急救电话，并在等待救援期间持续尝试自我急救。此方法虽为自救手段，但其效果依赖于及时且规范的操作，因此平日反复模拟练习十分必要。

最后需注意，自我海姆立克法适用于意识清醒的成人和较大儿童，婴幼儿及孕妇需采用其他特定方式。操作后即使成功排出异物，也建议就医检查是否存在气道损伤或残留异物碎片。在进行自我海姆立克急救法时，保持身体姿势的稳定性和动作的准确性对成功率具有重要影响。选择稳固的支撑物，如椅背或墙角，能够确保冲击力有效作用于上腹部，而非分散至其他部位。冲击时，手臂应保持紧绷，利用身体核心力量而非单纯手臂肌肉发力，以增强冲击效果。每次冲击后，可短暂停顿以评估气道是否通畅，若仍无法呼吸或咳嗽，则需继续重复操作。

若在操作过程中感到体力不支或效果不佳，可尝试变换姿势或调整冲击角度，但需确保动作连贯且迅速。例如，双膝跪地并向前俯身，使上腹部置于大腿上方，再进行冲击，此姿势可能更利于发力。此外，保持冷静的心态至关重要，慌乱可能导致动作变形或延误时机，因此需通过深呼吸（若可能）稳定情绪，集中注意力于技术要领。

自我海姆立克法的原理在于通过快速增加腹腔内压力，推动膈肌上移，压缩肺部空间，从而形成强劲气流冲出异物。这一机制要求冲击必须短促有力，且方向准确指向内上方，模拟他人施救时的力度与角度。需特别注意，冲击位置应严格避开胸骨末端和肋骨下缘，以免造成骨骼或脏器损伤。若操作后出现持续腹痛或不适，可能提示内部损伤，需尽快就医。

对于特殊人群，如肥胖者或孕妇，自我急救需调整手法。肥胖者可尝试将拳头置于胸骨中下段，垂直向内冲击，利用胸膜腔内压力变化达到类似效果；孕妇则需将冲击点上移至胸骨中部，避免压迫腹部。此类调整需提前了解并练习，以确保紧急情况下能迅速应用。

日常中，可通过模拟训练加强肌肉记忆与反应速度，例如对着软垫练习冲击动作，或与亲友互相指导纠正细节。同时，熟悉急救电话的快捷拨打方式，并在手机中存储紧急联系人信息，以便在自救失败时快速寻求帮助。自我海姆立克法虽为临时手段，但结合及时的外部救援，能显著提高生存概率。

四、操作不当的风险与规避方法

实施海姆立克急救法时，若操作不当可能对患者造成额外伤害，因此掌握正确的规避方法至关重要。常见的操作风险包括肋骨骨折、内脏器官损伤以及呕吐物误吸等。这些风险多源于施救者用力过猛、手法不准确或对患者体型判断失误。例如，对婴幼儿使用成人手法可能造成胸腹部严重损伤，而对孕妇或肥胖者采用标准腹部冲击法效果不佳且易损伤肝脏。

为规避操作风险，施救者需首先准确判断异物阻塞程度。若患者能咳嗽或发声，说明气道未完全阻塞，应鼓励其自主咳嗽而非立即采用冲击法。实施腹部冲击时，需精准定位剑突与脐部之间的位置，避免压迫胸骨或肋缘。对于特殊人群应采用改良手法：孕妇和肥胖者需施行胸部冲击法，将手掌置于胸骨中下部进行快速按压；婴幼儿则需采用背部拍击与胸部按压相结合的方式，且用力需严格控制。

施救过程中应密切观察患者反应，若首次冲击未解除阻塞，可重复操作但需调整力度和角度。每次冲击后检查口腔是否有异物排出，切忌盲目用手指掏挖以免将异物推入更深部位。当患者失去反应时，应立即停止冲击并转为心肺复苏流程。所有操作都需以“最小伤害、最大效益”为原则，在参加专业培训的基础上，通过定期演练保持技能熟练度，才能在实际急救中既有效又安全地运用这项救生技术。实施海姆立克急救法时，施救者需保持冷静，避免因慌乱而动作变形或用力失控。正确的姿势与手法是减少风险的关键，施救者应站稳重心，用身体重量而非单纯臂力实施冲击，以确保力量可控且方向准确。对于站立或坐位的患者，施救者需从背后环抱其腰部，一手握拳抵于正确位置，另一手包裹拳部，向内上方迅速发力。若患者已倒地，可将其置于仰卧位，施救者骑跨于其髋部，同样以手掌根部位实施冲击。

施救过程中需特别注意患者体型差异及潜在健康问题。对老年人或骨质疏松者，力度需较常人更轻，避免因骨骼脆弱导致骨折。若患者装有腹部起搏器或近



期接受过腹部手术，应避免采用标准腹部冲击法，改为胸部冲击或鼓励咳嗽排异。对于意识清醒但气道部分阻塞者，施救者应优先指导其向前弯腰，用力咳嗽，并观察异物是否能够自行排出。

当患者为儿童时，需根据年龄调整操作方式。一岁以下婴儿需采用俯卧位，头部低于胸部，连续五次背部拍击后再转为仰卧位进行五次胸部按压，循环操作直至异物排出。幼儿则可采取跪姿施救，使其头部略低于胸部，同样采用背部拍击与腹部冲击结合的方式。所有儿科操作均需以轻柔且精准的动作为主，避免因用力过猛导致内脏损伤。

施救结束后，即使异物已排出，也需建议患者就医检查是否存在隐匿性损伤。部分内脏损伤症状可能延迟出现，例如肝脾包膜下血肿或肠系膜撕裂，需通过影像学检查排除风险。此外，施救者需了解急救的局限性，若多次尝试后阻塞仍未解除，或患者出现意识丧失、呼吸停止等情况，需立即启动紧急医疗系统并转入心肺复苏流程。

持续的教育与训练是规避操作风险的根本途径。施救者应通过模拟人反复练习手法，参加红十字会等机构提供的认证课程，学习如何根据患者体型、年龄及健康状况动态调整策略。社区与学校应普及海姆立克急救法的标准化教学，并强调风险意识，使公众在危急时刻既能勇于施救，又能科学施救。

第三节 中医在气道异物急救中的辅助手法与理念

一、中医“涌吐”疗法的古今应用

中医“涌吐”疗法，作为传统医学中一种重要的急救手段，其历史可追溯至古代医籍的记载。早在《黄帝内经》中，已有关于通过催吐排除体内有害物质的论述，强调“邪在上者，因而越之”，意指病邪居于上焦时，应通过涌吐的方式将其驱除。汉代张仲景在《伤寒杂病论》中进一步细化了涌吐法的应用，提出具体方剂如瓜蒂散，用于治疗胸膈痰实、食积等证。至唐宋时期，涌吐疗法在急症处理中的应用更为广泛，不仅用于食物或药物中毒，还扩展至某些外感热病初起的治疗。明清医家则对涌吐法的禁忌证和适应证进行了系统总结，强调需辨证施治，避免误用伤正。这一疗法在古代不仅体现了中医“急则治标”的思维，也反映了对人体气机升降出入的深刻理解。

在现代急救医学中，中医涌吐疗法虽不再是气道异物处理的首选方法，但其理念与部分技术仍具有辅助价值。需要注意的是，现代医学明确强调，对于意识清醒且能有效咳嗽的患者，应鼓励其通过咳嗽自行排出异物，而非盲目催吐；而对于意识障碍或咳嗽无效者，则需立即采用海姆立克急救法等标准手法。在此前提下，涌吐疗法可视为一种文化传承和辅助思路，例如在某些特定情况下，如异物卡于食管上段且患者意识清醒时，中医或可借鉴涌吐理念，采用刺激咽部的方法诱发呕吐反射，但需严格避免用于婴幼儿、昏迷者或腐蚀性异物吸入者，以防二次伤害。同时，现代研究也探讨了涌吐法在促进胃肠道排空或某些中毒急救中的潜在作用，体现了中西医结合的可能。

涌吐疗法的操作需遵循严谨的步骤与注意事项，以确保安全有效。传统上，涌吐可通过药物或物理方法实现。药物涌吐常用瓜蒂、藜芦等，研末冲服，但因其毒性较强，现代已较少应用；物理方法则包括用手指或压舌板刺激咽后壁或舌根，诱发呕吐反射。操作前必须评估患者状态，确认其意识清醒、无异物穿孔风险，且非妊娠或患有严重心脏病、高血压等基础疾病。操作时应使患者取坐位或半卧位，头部前倾，避免呕吐物误吸，并准备容器承接。呕吐后需用清水漱口，适当休息，观察有无不适反应。值得注意的是，涌吐法不能替代现代标准急救技术，尤其对于气道完全梗阻者，必须优先采用海姆立克法或心肺复苏，并尽快就医。

从中医理论角度分析，涌吐疗法体现了“通因通用”和“给邪以出路”的治疗原则。中医认为，异物或痰浊阻滞上焦，会导致气机不畅，甚至闭塞清窍，危及生命。通过涌吐，可顺势引导病邪从口而出，恢复肺胃之气的正常宣降功能。此法尤其适用于实证、急证，如食积、痰壅或毒物滞留于胃脘时，但需注意中病即止，避免过度耗伤正气。此外，涌吐法常与其他疗法结合，如后续配合健脾和胃之剂以调护脾胃，或辅以针灸刺激内关、足三里等穴位，以平冲降逆、巩固疗效。这种整体观和辨证施治的思路，丰富了急救医学的多维手段，也为中西医结合提供了理论借鉴。

二、特定穴位刺激在咳出异物中的辅助作用

在气道异物吸入的紧急情况下，中医通过特定穴位的刺激辅助咳出异物，是一种历史悠久且行之有效的辅助手段。中医理论认为，人体经络系统内连脏腑，外络肢节，通过刺激特定穴位可以调节气机，增强肺气宣发与肃降功能，从而促



进异物排出。这一方法不仅操作简便，而且安全性较高，适用于家庭及现场的初步急救处理。

具体而言，刺激穴位主要选取与呼吸系统功能密切相关的经穴，如天突穴、膻中穴及肺俞穴等。天突穴位于胸骨上窝中央，属于任脉，直接关联气道与肺脏，刺激该穴有助于宽胸理气、降逆平喘，从而缓解气道痉挛，促进异物移动。操作时，可用拇指指腹适度按压或揉动该穴，力度以患者能耐受为度，持续约一到两分钟，同时鼓励患者进行咳嗽动作。膻中穴位于两乳头连线的中点，同样归属任脉，是气之会穴，刺激膻中能够调畅气机，增强呼吸肌群协调性，辅助咳出异物。可采用按揉或轻拍的方式，配合深长呼吸，以激发咳嗽反射。肺俞穴则位于背部第三胸椎棘突下旁开一点五寸处，属足太阳膀胱经，是肺脏之气输注于体表的重要穴位，刺激肺俞可直接调节肺气，增强其宣发与肃降能力。通常可用掌根或拇指按压，并辅以轻叩手法，以促进气血流通。

此外，配合远部取穴如合谷穴与列缺穴，也能增强整体调节效果。合谷穴位于手背第一、二掌骨之间，属于手阳明大肠经，具有通调气机、疏风解表的作用；列缺穴在前臂桡侧缘，桡骨茎突上方，属于手太阴肺经，是肺经之络穴，联系大肠经，刺激该穴可宣肺理气、利咽止咳。通过按压这些穴位，能够进一步激发身体自我调节机制，辅助气道异物的排出。

需要注意的是，穴位刺激作为辅助手法，应在确保患者意识清醒、呼吸尚存的情况下进行，并避免过度用力导致软组织损伤。同时，需密切观察患者反应，如出现呼吸困难加剧或其他不适，应立即停止并寻求专业医疗援助。总体而言，中医穴位刺激法通过调节气机与增强肺功能，为气道异物急救提供了简单而有效的辅助手段，值得在日常生活中加以推广与应用。在实施穴位刺激的同时，配合适当的体位调整可进一步提升急救效果。中医急救理论强调“气顺则物出”，建议在刺激天突、膻中等穴位时，使患者保持前倾坐位或半卧位，利用重力作用辅助气道异物的移动。此时施术者应立于患者侧后方，一手扶住患者肩部保持稳定，另一手进行穴位操作，如此既能保证操作安全，又能使患者处于利于咳嗽发力的体位。特别要注意的是，婴幼儿患者须采用头低脚高的俯卧位进行拍背配合穴位按压，以免异物深入气道。

操作过程中需特别注意手法力度的层次递进。初始时应采用轻柔的揉法或摩法进行预热，待局部气血流通后，再逐渐加大力度施行按法或点法。每个穴位的

刺激时间应控制在三至五分钟内，避免长时间操作导致局部组织损伤。对于体质虚弱者或老年患者，可采用间歇性刺激法，即按压 30 秒后放松十秒，如此循环反复，既能保证刺激效果，又可防止患者出现不适反应。

三、中医传统急救理念在气道异物急救中的指导意义

中医传统急救理念在气道异物急救中具有深远的指导意义，其核心思想强调“急则治标，缓则治本”以及“整体观念与辨证施治”的原则。在气道异物阻塞的紧急情况下，中医首先注重迅速解除患者的气道梗阻，以挽救生命为第一要务，这体现了“急则治标”的理念。例如，在实施急救手法时，中医强调通过快速、有效的外治法如拍背法或腹部冲击法，帮助患者排出异物，恢复气道通畅，从而避免因缺氧导致的严重后果。与此同时，中医还注重在急救过程中兼顾患者的整体状况，例如根据患者的年龄、体质及症状轻重，灵活调整手法力度和频率，以避免造成二次损伤。

此外，中医的“整体观念”指导急救者不仅关注气道局部的阻塞问题，还要考虑患者的全身反应及潜在病因。例如，对于老年患者或体质虚弱者，气道异物吸入可能与其吞咽功能减退或脾胃虚弱相关，中医在急救后会建议进一步调理脾胃功能，以预防复发。这种理念帮助急救者从更深层次理解疾病的发生与发展，从而在急救后采取适当的后续措施，促进患者全面康复。

中医还强调“辨证施治”在急救中的应用，即根据患者的具体表现选择最适宜的急救方法。例如，对于不同年龄段的患者，中医可能会推荐不同的手法：婴幼儿适合采用拍背法，而成人则可能更适合腹部冲击法。这种个体化的急救策略不仅提高了急救的成功率，还减少了并发症的风险。同时，中医注重“防患于未然”，通过教育公众养成良好的饮食习惯和进食方式，例如“食不言，寝不语”，以减少气道异物吸入的发生概率，这体现了中医“治未病”的预防思想。

总之，中医传统急救理念为气道异物急救提供了宝贵的理论指导和实践方法，其综合性与灵活性使得急救措施更加人性化和高效。通过融合中医的整体观与辨证施治，现代急救体系可以更好地实现急救与预防相结合，提升公众的健康意识和自救互救能力。在气道异物阻塞的急救过程中，中医强调“急则治标”原则的运用，要求施救者迅速判断并采取有效措施以解除气道梗阻，防止因缺氧引发更严重的生理损害。施救时需密切观察患者的面色、呼吸及意识状态，若出现口唇



发绀、呼吸困难或意识模糊等危急表现，应立即施行相应手法，如快速而有力地进行背部叩击或腹部冲击，以促使异物排出。值得注意的是，中医手法注重“力道适中、频率有序”，避免因过度用力导致肋骨骨折或内脏损伤，尤其对于老年或骨质疏松患者更需谨慎。同时，急救过程中应保持患者体位稳定，通常建议站立或坐位前倾，以利用重力辅助异物排出，这一细节体现了中医急救手法中对人体力学与生理特点的综合考量。

在急救初步成功后，中医进一步强调“缓则治本”的理念，即异物排出后需对患者进行全面的身體狀況評估與調理。例如，若患者反復發生氣道異物吸入，中醫可能認為其與脾胃功能失調或肺氣不足有關，建議通過飲食調理或中藥干預增強體質，改善吞嚥協調性。此外，對於兒童或老年人等特殊人群，中醫提倡長期觀察與預防，如定期進行吞嚥功能訓練或調整進食習慣，從根源上降低異物吸入風險。這種既重視即時急救又關注長期健康管理的模式，凸顯了中醫在急救領域的獨特優勢，即不僅解決當下問題，更致力於整體健康的維護與提升。

中醫“整體觀念”在氣道異物急救中還體現在對患者心理與情緒的關照上。突發的氣道阻塞往往伴隨極度恐懼與焦慮，中醫認為情志不暢可能加重氣機逆亂，影響急救效果。因此，施救過程中需保持冷靜、安撫患者情緒，通過語言或動作傳遞安全感，幫助患者配合急救操作。例如，對兒童可採用溫和而堅定的語氣指導其咳嗽或調整呼吸，對成人則可通過簡短指令增強其信心。這種身心並重的急救方式，不僅有助於穩定患者狀態，還能減少因恐慌導致的二次風險，進一步體現了中醫急救中的人文關懷與綜合性思維。

綜上所述，中醫傳統急救理念通過“急則治標、緩則治本”及“整體辨證”的指導，為氣道異物急救提供了科學而人性化的實踐框架。其注重即時效果與長期預防相結合、局部處理與全身調理相協調的特點，使得急救措施更加精準且安全。未來，進一步將中醫急救智慧融入現代醫學體系，將有助於提升公眾應對突發狀況的能力，並推動急救醫學向更全面、更個性化的方向發展。

四、中西醫結合在氣道異物急救中的協同方案

在氣道異物急救的臨床實踐中，中西醫結合方案展現出獨特的協同優勢，能夠有效提升救治成功率並降低併發症風險。中醫輔助手法如背部叩擊法與腹部沖擊法，可在異物阻塞初期迅速實施，通過物理振動和氣壓變化促使異物鬆動或排

出,为后续西医介入争取宝贵时间。与此同时,西医的海姆立克急救法和喉镜、支气管镜等器械操作则提供了更直接和精确的异物清除手段,尤其在严重阻塞情况下具有不可替代的作用。

中医强调“气机通畅”与“整体调节”的理念,在急救过程中不仅关注异物本身的清除,还注重患者气血运行的恢复与心理状态的稳定。例如,在异物取出后,可采用指压内关、合谷等穴位以平喘宁神,缓解患者紧张情绪,减少因应激反应导致的呼吸道痉挛。此外,中医的药物辅助如服用行气化痰的中药方剂,可帮助化解残留异物引起的局部水肿及炎症,促进黏膜修复,从而降低继发感染的风险。

西方医学在评估异物位置、大小及阻塞程度方面具有明显优势,影像学检查如爱克斯射线或计算机断层扫描能够明确异物滞留情况,指导急救措施的选择。若异物嵌入较深或患者出现严重缺氧症状,需立即采用气管插管或环甲膜穿刺等西方医学急救技术,确保气道通畅及氧合供应。在此过程中,中医学的辅助手法可作为初步干预,为西方医学的进一步处理创造更有利的条件。

值得注意的是,中西医结合并非简单的技术叠加,而是基于病情阶段的有机整合。在急救现场,首先推荐采用中医背部叩击或腹部冲击法进行初步尝试;若无效或情况危急,则迅速转为西医的海姆立克法或器械取物。异物清除后,中医的调理方法又可参与后期康复,改善患者整体状态。这种分阶段、多层次的协同模式,既发挥了中医简便易行、副作用小的特点,又充分利用了西医精准高效的优势,从而实现急救效果的最大化。

实践表明,在中西医结合的急救方案中,培训公众掌握基本的中医辅助手法并结合西医急救原则,能够显著提高院前急救的成功率。同时,医疗机构应建立中西医协作机制,确保在专业救治中实现无缝衔接,为患者提供全面、高效的急救服务。未来,还需进一步开展临床研究,优化结合方案的具体操作流程与适应症范围,推动其在更广泛范围内的应用与推广。



第四节 特殊人群（婴幼儿、孕妇）气道异物急救

一、婴幼儿“拍背法”与“胸部冲击法”的操作要点

婴幼儿气道异物吸入是家庭急救中常见的紧急情况，由于婴幼儿气道狭窄、咳嗽力量较弱，异物阻塞风险较高，因此掌握正确的急救手法至关重要。“拍背法”与“胸部冲击法”是世界卫生组织及国内外急救指南推荐的核心技术，适用于一岁以下婴儿发生气道异物阻塞且意识尚存的情况。操作时需严格遵循步骤顺序，并注意力度与位置的准确性，以避免二次伤害。

首先，施救者应迅速判断婴儿是否发生气道异物阻塞。典型表现包括突然不能哭泣或发声、面色青紫、呼吸困难、双手抓喉等。若婴儿仍有咳嗽能力，应鼓励其继续咳嗽，尝试自行排出异物；若咳嗽无效或意识逐渐丧失，则需立即采取急救措施。施救者需保持冷静，一手固定婴儿头颈部，将婴儿面部朝下，俯卧于施救者前臂上，头部略低于胸部，用大腿支撑手臂以保持稳定。随后，用另一手掌根部在婴儿两侧肩胛骨之间用力拍击五次，动作需快速而有力，但注意避免过度用力导致损伤。拍击后立即检查口腔，若可见异物则小心用手指钩出，但切忌盲目掏挖，以免将异物推入更深部位。

若拍背法未能解除阻塞，需立即转为胸部冲击法。将婴儿翻转，面部朝上，保持头低脚高位，同样用前臂支撑婴儿背部，头部固定于手中。施救者用两指（通常是食指和中指）放置于婴儿胸骨下半段，即两乳头连线中点下方约一指宽处，快速向下按压五次，深度约为胸廓厚度的三分之一。按压后再次检查口腔，观察异物是否排出。若婴儿仍未恢复呼吸，需重复进行五轮拍背与五轮胸部冲击的循环操作，直至异物排出或婴儿意识丧失。若婴儿失去意识，应立即启动心肺复苏并呼叫急救系统。

操作过程中需特别注意力度控制，婴幼儿骨骼脆弱，过度用力可能导致肋骨骨折或内脏损伤。同时，始终保持头部低于胸部的位置，利用重力辅助异物排出。施救者需避免在婴儿站立或坐位时进行拍背或冲击，以免异物滑落至气道更深处。完成急救后，即使异物排出且婴儿状态缓解，仍建议就医进一步检查，确保无残留损伤或并发症。日常预防尤为重要，家长应避免给婴幼儿喂食坚果、果冻等易噎食物，并确保玩具零件不会脱落，从而降低异物吸入风险。在实施婴幼儿气道

异物急救过程中，施救者的心理状态与操作节奏同样关键。保持冷静沉着的心态有助于准确判断婴儿反应并有序执行技术动作，避免因慌乱而导致操作失误或遗漏关键步骤。每一次拍背或胸部冲击后都必须暂停片刻，仔细观察婴儿的面色、呼吸及口腔内情况，确保急救措施的有效性和安全性。若婴儿在急救过程中开始哭泣或咳嗽，表明气道可能已部分通畅，此时应暂停操作并鼓励其继续自主排异，但仍需密切监测呼吸状态，防止异物再次滑落造成阻塞。

值得注意的是，部分家长可能在情急之下采用传统“倒提脚踝”的方法，此类做法缺乏科学依据且存在较大风险。倒置婴儿可能加剧颈椎损伤或导致颅内压力变化，反而延误有效救援时机。现代急救指南明确强调，必须采用经过循证医学验证的拍背法与胸部冲击法相结合的标准流程，任何非规范操作都可能对婴幼儿造成额外伤害。此外，施救过程中应确保环境安全，移除周围尖锐物品，为婴儿提供足够的操作空间，避免在施救过程中发生碰撞或跌落等二次意外。

对于特殊体型的婴幼儿，如早产儿或患有先天性疾病的婴儿，操作时需更加谨慎。早产儿胸廓更为脆弱，胸部冲击的力度应适当减轻，但需保证足够的频率和深度以产生有效气道压力。若婴儿已接受过胸部手术或有已知骨骼疾病，应避免在伤口或脆弱区域施力，必要时可调整手指位置至胸骨中段。所有施救动作的核心原则是：在保证安全的前提下，通过快速有序的物理干预建立气道内气流冲击力，促使异物排出。

急救后的观察与后续处理同样不可忽视。即使异物顺利排出且婴儿呼吸恢复正常，仍可能存在黏膜划伤或局部水肿等潜在问题。家长应持续监测婴儿的呼吸音、吞咽能力及精神状态，若出现持续性咳嗽、声嘶或拒食等情况，需立即就医进一步检查。医疗机构可能通过喉镜或影像学检查评估气道损伤情况，并预防性使用抗炎药物避免继发感染。此外，急救事件可能对婴幼儿造成心理创伤，后续需通过安抚和密切陪伴缓解其焦虑情绪。

最终需要强调的是，预防始终优于救治。家长除掌握急救技能外，更应注重日常生活中的风险规避。婴幼儿进食时应保持坐姿，避免边玩边吃或仰卧进食；玩具选购时需符合国家安全标准，定期检查小零件牢固性；家中细小物品如纽扣电池、磁力珠等应放置在婴幼儿无法触及的位置。建议主要照护者定期参加婴幼儿急救培训课程，通过模拟演练提升实操能力，确保在紧急情况下能够迅速、规范、有效地实施救援。



二、孕妇气道异物急救的特殊处理方法

孕妇作为特殊群体，其气道异物急救处理需兼顾母婴安全，因此在操作手法和急救流程上具有显著的特殊性。孕妇腹部膨隆，膈肌上抬，胸腔容积相对减小，若采用常规的海姆立克急救法腹部冲击，可能对胎儿造成压迫甚至损伤。因此，针对孕妇的气道异物梗阻，必须采用改良的急救手法，以确保在有效清除异物的同时，最大限度降低对孕妇及胎儿的风险。

首先，当发现孕妇发生气道异物梗阻时，应迅速评估其意识状态和呼吸情况。若孕妇意识清醒且能够咳嗽，应鼓励其持续咳嗽，利用自身气道反射尝试排出异物，同时立即拨打急救电话寻求专业医疗支援。若孕妇无法咳嗽、发声或呼吸逐渐困难，表明存在完全性气道梗阻，须立即采取胸部冲击法替代常规的腹部冲击法。施救者应立于孕妇身后，双臂从其腋下穿过，双手掌根置于其胸骨下半部分，快速向内上方冲击，直至异物排出或孕妇意识丧失。

若孕妇意识丧失，应立即轻轻将其放置于硬质平面，采取侧卧位或半卧位以避免仰卧位低血压综合征，同时检查口腔内是否有可见异物，可用手指小心清除。若异物未排出且无呼吸，须立即开始心肺复苏，但按压位置需稍高于常规位置，以避免直接压迫子宫。人工呼吸时应注意抬高孕妇肩部，保持气道开放，但避免过度伸颈。在整个急救过程中，须密切观察孕妇有无宫缩、阴道流血等产科急症表现，并及时向急救人员提供相关信息。

值得注意的是，孕妇生理状态特殊，急救时需尤其注意避免剧烈动作或体位突然变化，防止因低血压或胎儿压迫导致意外。此外，若异物为尖锐物体（如鱼刺），切勿盲目用手或器械掏取，以免造成二次损伤，应迅速送医处理。中西医结合视角下，可在急救后辅以安胎理气的中药或针灸调理，但一切治疗均需在专业医师指导下进行。总之，孕妇气道异物急救要求施救者手法精准、判断迅速，并始终将母婴安全置于首位。施救者在实施胸部冲击法时，需注意双臂不可环绕孕妇腹部，所有发力点应集中于胸骨中下段，且冲击方向为向内上方，模拟咳嗽时气流的产生机制，借助胸腔内压力骤增将异物冲出道。每次冲击后需观察异物是否排出，若未见效可重复操作，但需控制力度，避免造成肋骨骨折或胸骨损伤。若孕妇体型肥胖或施救者手臂长度不足，可让其背靠墙壁或椅背，以增强施力的稳定性。对于站立不稳的孕妇，可协助其取坐位，施救者从后方支撑其背部再进行胸部冲击。

若现场无其他施救者，孕妇可尝试自行利用椅背或桌面边缘实施胸部冲击。具体方法为：将胸骨下端抵于硬质家具边缘，身体向前快速倾压，通过自身重力产生冲击力。但此法仅适用于意识清醒且体力尚可的孕妇，且需注意控制倾压幅度，避免腹部撞击硬物。此外，孕妇亦可尝试俯身咳嗽，利用重力辅助异物排出，但需以手扶稳支撑物，防止因头晕或直立性低血压而摔倒。

当孕妇意识丧失且无自主呼吸时，心肺复苏的按压位置需调整至胸骨中段，约两乳头连线中点稍上处，以避免对子宫造成直接压力。按压深度仍保持五至六厘米，但需密切观察孕妇反应及腹部有无异常隆起。人工呼吸前需确保气道开放，可采用提颏法或推举下颌法，但须避免颈部过度后仰。若孕妇口唇发绀或人工呼吸阻力较大，需重新检查气道是否存在未清除的异物。

急救过程中若出现宫缩频繁、胎动异常或阴道流液等情况，需立即记录发生时间及特征，并在转运时向医护人员详细说明。对于妊娠晚期孕妇，可采用左侧卧位放置，以改善胎盘血流灌注。若异物为液体或半流体（如痰栓），可结合拍背法辅助排出，但需避开脊柱及肾脏区域，以手掌空心叩击肩胛骨之间区域。

从中西医结合角度，急救后可针刺内关、足三里等穴位以稳定情绪、调和气血，但需避开合谷、三阴交等孕妇禁忌穴位。中药方面可酌情使用紫苏梗、黄芩等安胎之品，但必须经中医师辨证后使用。最终所有急救措施均需以专业医疗救助为终结，现场处理仅为争取黄金救援时间的重要过渡。

三、特殊人群急救操作的注意事项

在进行特殊人群气道异物急救操作时，必须充分考虑到婴幼儿与孕妇的生理特点及潜在风险，采取针对性的措施以确保急救过程的安全性与有效性。对于婴幼儿而言，由于其气道较为狭窄、呼吸系统发育尚未成熟，且无法准确表达不适，操作时需要格外轻柔并避免过度用力，以免造成二次损伤。通常推荐采用拍背法与胸部冲击法相结合的方式，但需注意力度控制，以手掌根部适度拍击婴儿背部，或采用两指按压胸骨下半段的方式进行冲击，同时密切观察患儿面色、呼吸及反应变化，一旦发现异常应立即停止操作并寻求专业医疗支援。

对于孕妇群体，尤其是中晚期妊娠者，其生理状态较为特殊，增大的子宫可能对膈肌及胸腔产生压迫，影响通气功能。因此，在进行腹部冲击法（海姆立克法）时，须严格避免对腹部的直接压力，以防止对胎儿或孕妇造成伤害。替代方



案可采用胸部冲击法，施救者站在孕妇身后，双手置于其胸骨下半段，向内上方快速推压，以此产生气流推动异物排出。同时，应鼓励孕妇尽量保持身体前倾姿势，以利于气道通畅及异物排出。

此外，无论是婴幼儿还是孕妇，在实施急救前应优先判断其意识状态与呼吸情况。若患者已失去意识或呼吸停止，需立即进行心肺复苏，并尽快呼叫急救服务。在整个急救过程中，应保持冷静，避免因慌乱而导致操作失误。尤其需要注意的是，不要盲目用手指探入口腔试图取出异物，除非异物可见且易于夹取，否则可能将异物推入更深部位，加重气道阻塞。

最后，急救操作后的观察与后续处理同样重要。即使异物似乎已被排出，仍应建议患者接受医疗检查，以排除残留异物或气道黏膜损伤的可能性。特别是孕妇，需确保胎儿心率及母体生命体征稳定。对于婴幼儿，家长或监护人应接受相关预防教育，减少此类事件的发生概率。综上所述，特殊人群的气道异物急救需兼顾专业性、安全性与人性化，才能最大程度保障患者的生命安全。对于老年人群体，尤其是伴有基础疾病如慢性阻塞性肺疾病、心脑血管疾病或骨质疏松者，气道异物急救操作需更加审慎。老年人气道黏膜较为脆弱，咳嗽反射可能因年龄或疾病而减弱，异物阻塞时症状表现往往不典型，易与原有疾病症状混淆，延误识别与处理。施救时应首先评估其意识状态与呼吸能力，若患者尚能咳嗽或发出声音，应鼓励其持续咳嗽，利用自身气流尝试排出异物，避免立即采用冲击性操作。若患者无法有效咳嗽或表现为无声咳嗽、面色青紫，则需立即采取干预措施。

四、何时应立即送医与持续监护

当婴幼儿或孕妇发生气道异物吸入事件时，即使初步急救措施已实施且看似有效，仍存在诸多情况需要立即寻求专业医疗援助。若异物未能完全排出，或患者出现持续性呛咳、呼吸急促、面色发绀、声音嘶哑甚至失声等症状，表明气道可能仍存在部分阻塞或黏膜损伤，此时必须迅速送医。此外，若患者出现意识模糊、嗜睡或烦躁不安等神经系统异常表现，常提示缺氧严重，需紧急医疗干预以维持生命体征稳定。

对于婴幼儿群体，由于其气道狭窄、黏膜娇嫩，即使异物已排出，仍可能因刺激导致喉头水肿或支气管痉挛，从而引发继发性呼吸困难。因此，任何出现呼吸频率异常、鼻翼扇动或三凹征（锁骨上窝、肋间隙、剑突下凹陷）的婴幼儿，

均需立即送往医院进行进一步评估与监护。同时，若婴幼儿哭泣声音微弱或无法发出声音，可能意味着声门或气管仍存在异物残留或严重肿胀，需通过喉镜或支气管镜等设备明确诊断并处理。

孕妇作为特殊人群，其生理状态较为复杂，气道异物吸入不仅可能影响母体氧供，还可能因缺氧或应激反应导致胎儿宫内窘迫。若孕妇在异物吸入后出现胸痛、心悸、头晕或胎动明显减少等情况，需高度警惕母婴双重风险，应立即送医并进行持续胎心监护。此外，若孕妇存在妊娠期高血压、贫血或其他基础疾病，异物吸入可能加重原有病情，因此即使异物已排出，仍建议在医院观察至少二十四小时，确保母婴安全。

在送医途中，应尽量保持患者体位稳定，避免剧烈晃动，尤其是婴幼儿需由家长怀抱并保持头部略低位的姿势，以利于分泌物或残余异物的引流。若患者意识清醒，可鼓励其进行深呼吸和有效咳嗽，但切勿强行拍背或用手指抠挖咽喉，以免造成更深部的异物嵌顿或黏膜损伤。对于婴幼儿，可尝试使用吸引器轻柔清除口鼻分泌物，但需避免操作过于频繁或粗暴。

到达医疗机构后，应详细向医护人员说明异物吸入的经过、已采取的急救措施以及患者的当前状态，以便医生快速制定诊疗方案。通常，医院会通过影像学检查（如爱克斯射线或计算机断层扫描）明确异物位置及是否伴有肺组织塌陷、气胸等并发症，必要时需在全身麻醉下进行内镜取出术。术后患者需在监护室观察 24~48 小时，密切监测呼吸、心率、血氧饱和度等指标，尤其注意有无继发感染、气道水肿或异物残留导致的反复咳嗽。

对于婴幼儿，术后可能因喉部刺激出现一过性声音嘶哑或吞咽困难，需通过雾化吸入减轻水肿，并逐步恢复喂养。孕妇术后则需同时关注胎儿状况，通过胎心监护和超声检查评估宫内环境，必要时给予吸氧或药物支持。所有患者出院后仍需定期随访，尤其注意有无慢性咳嗽、反复肺炎等长期并发症，确保气道功能完全恢复。

第六章 跌倒骨折的中西医急救手段

第一节 跌倒的常见原因与骨折的初步判断

一、老年人、儿童及运动人群跌倒的常见诱因

随着年龄增长，老年人身体机能逐渐衰退，平衡能力下降，肌肉力量减弱，反应速度变慢，这些生理变化使得他们在日常生活中更容易发生跌倒。常见的诱因包括视力减退导致对障碍物判断失误，听力下降影响对周围环境声音的警觉，以及骨质疏松使得骨骼脆弱，即使轻微的碰撞也可能导致骨折。此外，老年人常患有慢性疾病如高血压、糖尿病或关节炎，这些疾病可能引起头晕、乏力或关节疼痛，增加跌倒风险。居住环境中的安全隐患也不容忽视，例如地面湿滑、光线不足、家具摆放不当或缺乏扶手等辅助设施，都可能成为老年人跌倒的诱因。

儿童由于身体发育尚未成熟，协调性和平衡能力较差，好奇心强且喜欢探索周围环境，因此跌倒的风险较高。常见的诱因包括在奔跑、攀爬或玩耍时失去平衡，尤其是在不平坦的地面或楼梯上活动时更容易发生意外。此外，儿童对危险的认知能力有限，可能无法准确判断环境中的潜在风险，例如在湿滑的地面奔跑或从高处跳下。家长或监护人的疏忽也是重要因素，如未能及时看管或提供适当的安全防护措施，都可能增加儿童跌倒的概率。值得注意的是，儿童骨骼相对柔软，跌倒时往往容易发生青枝骨折，即骨骼弯曲而非完全断裂，因此需要特别留意其受伤后的表现。

运动人群由于经常参与高强度或高风险的体育活动，跌倒的风险相对较高。常见的诱因包括运动过程中的技术失误，例如在跑步时踩到不平的地面，或在跳跃落地时失去平衡。运动装备不合适也可能导致跌倒，如鞋底磨损严重或缺乏足够的防滑性能。此外，运动前的热身不足或疲劳状态下继续运动，会降低肌肉的反应速度和协调性，从而增加跌倒的可能性。某些运动项目本身具有较高的风险，如滑雪、滑板或篮球，这些运动需要快速变向或跳跃，容易因失控而跌倒。运动人群还应注意环境因素，例如场地条件不佳或天气恶劣，都可能成为跌倒的诱因。



跌倒后的初步评估至关重要，首先需要观察伤者意识是否清晰，询问其疼痛部位与不适感，并检查有无明显外伤、肿胀或畸形。若伤者意识模糊或无法准确描述症状，应迅速检查其呼吸、脉搏等生命体征，并留意是否出现呕吐、头痛或肢体麻木等异常表现。对于疑似骨折的情况，需避免移动伤者，尤其是颈部和脊柱区域，以防二次损伤。同时，应记录跌倒发生的环境、时间及可能的原因，以便后续医疗人员参考。若伤者出现剧烈疼痛、无法活动或关节变形，需立即固定伤肢并寻求专业医疗帮助。

在急救处理中，若伤者无明显严重损伤但仍感疼痛或局部肿胀，可先让其保持舒适体位，并对受伤部位进行冷敷以减少出血和肿胀。冷敷时应用毛巾包裹冰袋，避免直接接触皮肤，每次敷用 15~20 分钟，间隔一段时间后重复操作。若伤处有擦伤或出血，需先用清水或生理盐水清洗伤口，再使用无菌纱布覆盖并轻轻压迫止血。对于意识清醒且无严重外伤的伤者，可协助其缓慢起身，并在其稳定后进一步观察是否出现延迟性症状。若伤者抱怨头痛、眩晕或恶心，应让其平卧并保持呼吸道通畅，同时密切监测其状态变化。

对于不同人群的跌倒，需采取有针对性的处理措施。老年人跌倒后易发生髋部或腕部骨折，应特别注意其疼痛反应和肢体活动能力，避免随意搀扶以免加重损伤。儿童跌倒后可能因恐惧而哭闹，需先安抚情绪再仔细检查伤情，尤其注意头部撞击后的意识状态和呕吐情况。运动人群跌倒后若涉及关节扭伤或肌肉拉伤，应立即停止活动并采用抬高伤肢和冷敷的方式缓解症状。无论何种情况，若伤者出现意识丧失、持续出血或呼吸困难等严重表现，必须立即呼叫急救服务并保持伤者稳定直至专业人员到达。

预防跌倒的措施应结合环境改善与个人行为调整。在居家环境中，可安装扶手、保持地面干燥整洁、增加夜间照明，并移除通道中的障碍物。老年人应定期进行平衡训练和肌肉强化锻炼，选择防滑鞋具并使用助行器必要时。儿童活动区域需铺设软质地面材料，家长应教导其安全玩耍规则并全程监督高风险活动。运动人群需注重运动前的热身与拉伸，选择合适的运动装备并避免在疲劳或不适状态下强行训练。此外，定期进行视力与听力检查，以及管理慢性疾病，也有助于降低跌倒风险。

二、骨折、脱位、扭伤的症状鉴别与初步判断

跌倒后出现的损伤情况复杂多样,准确区分骨折、脱位和扭伤对于采取正确的急救措施至关重要。这三种损伤在症状上虽有相似之处,但也存在明显差异,需通过仔细观察和初步检查进行鉴别。

骨折是指骨骼的完整性和连续性遭到破坏,通常伴有剧烈疼痛、局部肿胀和功能障碍。患者往往无法活动受伤部位,甚至轻微移动也会引发锐痛。若骨折端发生移位,可能出现肢体畸形或异常活动,触摸时有时可感到骨擦感或听到骨擦音。开放性骨折时,伤口可见骨折端穿出皮肤。此外,由于骨折可能导致内出血,伤处周围可能出现大面积瘀斑,并随时间推移逐渐扩散。

脱位则是关节部位的损伤,表现为关节头脱离关节窝,导致关节失去正常对合关系。典型症状包括关节部位明显畸形、肿胀和剧烈疼痛,关节功能完全丧失,患者常保持特定姿势以避免疼痛。触摸时可发现关节窝空虚,而在异常位置可触及脱位的关节头。与骨折相比,脱位造成的疼痛更集中于关节部位,且不会出现骨擦感或异常活动。

扭伤主要指韧带、肌腱等软组织损伤,通常由关节过度扭转所致。症状以局部疼痛、肿胀为主,但程度一般较骨折和脱位为轻。患者仍可进行一定程度的活动,虽然会感到疼痛和不适。扭伤部位压痛明显,但不会出现畸形、骨擦感或关节空虚等表现。瘀血可能出现在损伤后数小时,通常范围较小且局限于软组织区域。

进行初步判断时,应首先观察受伤部位是否有明显畸形、肿胀和皮肤颜色变化。询问患者疼痛程度和性质,以及是否能够活动伤肢。轻轻触摸损伤区域,检查是否有压痛、骨性标志改变或异常活动。但需特别注意,除非经过专业训练,否则不应强行活动或复位伤肢,以免造成二次损伤。若怀疑骨折或脱位,应立即固定伤肢并寻求医疗帮助;对于扭伤,则可先采取休息、冰敷、加压包扎和抬高等措施缓解症状。无论何种情况,及时就医都是确保正确诊断和治疗的关键。在初步判断损伤类型后,正确的急救处理对于防止伤情恶化至关重要。若判断为骨折,应立即采取固定措施,使用夹板、硬纸板或折叠的毛巾等物品固定伤肢,避免骨折端移动造成进一步损伤。固定范围应包括骨折处上下两个关节,以最大限度限制活动。对于开放性骨折,需用清洁敷料覆盖伤口,但切勿尝试清洗或推回骨折端,以免引入感染或加重组织损伤。同时,应密切观察伤肢远端血液循环和感觉情况,如出现苍白、麻木或剧痛,需警惕血管神经损伤的可能。



对于关节脱位，急救重点在于保持伤肢稳定，避免自行尝试复位。不专业的复位操作可能加重关节囊、韧带或血管神经损伤，导致后续治疗更加复杂。可用三角巾或绷带将伤肢固定于舒适位置，减少关节活动。如肩关节脱位，可用悬臂带将前臂吊起；髋关节脱位则需保持下肢中立位，避免扭转。与骨折类似，需注意观察远端血运和感觉变化，并及时送医。

扭伤的急救处理相对简单，但仍需规范操作。立即停止活动，避免加重损伤。采用冰敷减轻肿胀和疼痛，每次敷十五至二十分钟，间隔一小时重复，但需注意用毛巾包裹冰袋，防止冻伤。弹性绷带加压包扎时，应自远端向近端缠绕，压力均匀，避免过紧影响血液循环。同时，将伤肢抬高至心脏水平以上，利用重力促进液体回流，减轻肿胀。这些措施应在损伤后四十八小时内持续进行，以期达到最佳效果。

无论初步判断结果如何，均需尽快就医进一步明确诊断。影像学检查如爱克斯射线、计算机断层扫描或磁共振成像是鉴别骨折、脱位和扭伤的金标准，能清晰显示骨骼和软组织损伤情况。医生会根据检查结果制定个性化治疗方案，可能包括手法复位、石膏固定、手术干预或康复训练等。延误诊治可能导致骨折不愈合、关节不稳定或慢性疼痛等后遗症，影响功能恢复。

此外，老年人和骨质疏松患者跌倒后更易发生骨折，且症状可能不典型，需格外警惕。儿童骨骼柔韧性好，常见青枝骨折，表现为轻微畸形和疼痛，也需专业评估。日常生活中，加强平衡训练、改善居家环境安全性和使用辅助器具等措施，有助于预防跌倒及相关损伤的发生。

三、开放性骨折与闭合性骨折的识别

开放性骨折与闭合性骨折是骨折分类中最为基础和重要的区分方式，其识别直接关系到急救处理的正确性和后续治疗的效果。开放性骨折是指骨折断端刺破皮肤或黏膜，与外界环境相通，伤口可能由内向外或由外向内形成，通常伴有明显的出血、组织损伤和污染风险。这类骨折由于创口暴露，极易引发感染，尤其是细菌可能通过伤口深入骨骼及周围软组织，导致骨髓炎等严重并发症，因此急救时需要特别注重伤口保护与清洁。闭合性骨折则是指骨折处皮肤或黏膜完整，未与外界相通，虽然外部没有明显伤口，但内部软组织、血管或神经可能受到损伤，表现为局部肿胀、瘀斑和功能障碍。

在识别开放性骨折时，首先应观察受伤部位是否有皮肤破损、出血或骨骼外露。如果骨折断端穿透皮肤，可见骨骼碎片或伤口深处有骨组织，即可初步判断为开放性骨折。此外，伤口周围可能有泥沙、衣物碎片等异物，且疼痛程度较为剧烈，患者常因创口暴露而感到极度恐惧。急救人员需注意，不要试图将外露的骨骼推回伤口内，以免加重损伤或引入更深层次的感染。应立即用无菌敷料或清洁布料覆盖伤口，轻轻包扎，避免施加压力于骨折部位，同时尽快寻求专业医疗援助。

对于闭合性骨折的识别，则主要依赖对受伤部位形态和功能的观察。虽然皮肤表面没有破损，但局部可能出现明显畸形，如肢体缩短、成角或旋转异常，触摸时可能感到骨擦音或骨擦感，这是骨折断端相互摩擦产生的特征性表现。患者常因疼痛而拒绝移动受伤部位，且局部肿胀和瘀血会随时间推移逐渐加重。需要注意的是，闭合性骨折可能伴随内部血管或神经损伤，表现为远端肢体感觉麻木、脉搏减弱或皮肤颜色改变，这些均是识别时需重点关注的表现。

在急救现场，区分开放性骨折与闭合性骨折的关键在于仔细检查受伤区域，避免因疏忽而误判。对于任何疑似骨折的情况，都应假设可能存在开放性损伤，直至仔细检查确认皮肤完整性。如果环境允许，应尽量暴露受伤部位以便全面观察，但需注意动作轻柔，避免二次损伤。无论属于哪种类型，骨折急救的基本原则都是固定伤肢、减少移动、缓解疼痛并防止并发症，而开放性骨折还需额外强调伤口保护和抗感染措施。

此外，中西医结合的观点在骨折识别中亦具有参考价值。中医强调“望闻问切”，通过观察患者面色、表情及受伤部位形态，结合触摸与问诊，可以辅助判断骨折的性质及其对气血运行的影响。例如，开放性骨折因伤口暴露，中医认为易导致“外邪入侵”，而闭合性骨折则可能因瘀血内停而表现为局部肿胀和气血不通。这种整体辨识方法有助于更全面地评估伤情，并为后续中西医结合治疗提供依据。

四、脊柱、骨盆骨折的危险信号与紧急处理原则

脊柱与骨盆骨折是跌倒后可能发生的严重损伤，其危险性不仅在于骨折本身，更在于可能伴随的神经损伤或内出血等并发症。识别这些骨折的危险信号至关重要，因为错误的搬运或延误处理可能导致不可逆的后果。脊柱骨折的危险信号包



括局部剧烈疼痛、活动受限，以及可能出现的感觉异常或运动功能障碍，如肢体麻木、无力甚至瘫痪。若损伤发生在颈椎，还可能伴有呼吸困难或颈部僵硬。骨盆骨折则常表现为骨盆区域广泛性疼痛、压痛，无法站立或行走，严重时可能出现休克症状，如面色苍白、脉搏微弱、血压下降，提示可能存在内出血。

现场急救后，转运过程中的细节管理同样关键，需严格遵循脊柱保护原则，避免因颠簸或体位不当加重损伤。使用硬质担架时，除固定头颈部外，还需在腰背、膝下等生理弯曲处垫软枕以维持自然弧度，减少压力集中；对于骨盆骨折患者，双下肢可轻微屈曲并绑缚固定，以放松腹肌及骨盆周围肌肉，缓解疼痛并降低出血风险。途中需持续监测生命体征，注意有无腹痛加剧、腹胀或排尿困难等表现，这些可能提示腹膜后血肿或泌尿系损伤，需及时向医护人员反馈。同时，保持患者情绪稳定亦很重要，可通过温和言语安抚，避免因焦虑导致肌肉紧张或血压波动。

在医疗介入前，家庭或社区层面的初步处理需格外谨慎，任何非专业的复位或按摩均应禁止。若局部肿胀明显，可外用冷敷以收缩血管、减轻瘀血和炎症，但需避免直接接触皮肤以防冻伤；中医可临时采用按压合谷、内关等穴位辅助镇痛，但需注意不可影响脊柱稳定性。对于疑似休克者，应抬高下肢以促进回心血量，同时覆盖保暖衣物预防体温流失，但切记不可喂水或进食，以免麻醉或手术时发生误吸。这些措施虽为临时之举，却能为专业救治创造更有利的条件，体现“急则治标、缓则治本”的中西医协作思想。在转运过程中，对患者体位的细微调整亦需高度重视，尤其是长途转运时，应定时检查固定装置是否松动，并观察皮肤受压情况，防止褥疮形成。若患者出现呕吐，需立即将其头部转向一侧，并迅速清除口腔分泌物，避免误吸导致窒息或肺部感染，这一细节在颈椎损伤患者中尤为关键。同时，需记录患者疼痛程度、感觉异常范围及肢体活动能力的变化，这些信息可为后续诊断提供重要线索。对于合并骨盆骨折的患者，转运途中还需注意腹部体征，如出现腹肌紧张、反跳痛等表现，可能提示腹腔脏器损伤，需紧急处理。

在医疗人员未到达前，家属或施救者应避免随意移动患者，尤其不可尝试扶坐或搀扶行走，以免骨折端移位加重神经或血管损伤。若环境寒冷，需注意保暖，但切忌使用热水袋或过热物品直接接触损伤区域，因局部感觉障碍可能导致烫伤而不自知。可适当采用中医安神之法，如轻柔按压耳穴神门或百会穴，有助于缓

解患者紧张情绪，但需以不影响脊柱稳定为前提。对于意识清醒者，应简要解释每一步操作的目的，减少其恐惧心理，避免因剧烈情绪波动加重病情。

此外，需密切观察患者排尿情况，骨盆骨折易合并尿道或膀胱损伤，若发现排尿困难、血尿或无尿，需立即告知医护人员。同时，注意患者有无皮下瘀斑扩散或腹部膨隆加剧，这些可能是内出血加重的表现。在等待专业救援时，可保持患者平卧，双膝下垫软枕使髋部微屈，有助于减轻骨盆张力，但需避免过度弯曲以免造成二次损伤。这些细致入微的临时处置虽不能替代专业治疗，却能为后续救治争取宝贵时间，并最大限度降低并发症风险。

第二节 西医对骨折、脱位、扭伤的固定与搬运技术

一、骨折现场的临时固定技术与工具选择

发生骨折后，现场临时固定是急救过程中的关键步骤，其目的在于限制受伤部位的活动，避免骨折断端移动造成周围软组织、血管或神经的进一步损伤，同时减轻患者的疼痛，并为后续医疗转运创造安全条件。实施固定前，需先对伤者进行快速评估，确认其意识状态、呼吸与循环是否稳定，如有危及生命的情况应优先处理。固定操作应尽量保持伤肢处于功能位或自然体位，避免强行复位或矫正畸形，尤其对于开放性骨折，不应将外露的骨端推回伤口内，而应以清洁敷料覆盖保护后再行固定。

固定材料的选择应因地制宜，充分利用现场可用资源。理想的固定工具包括夹板、颈托、三角巾、绷带等专业急救器材，若现场缺乏专业设备，也可使用木板、树枝、硬纸板、杂志、折叠的毛毯等作为临时夹板，甚至可将伤肢与健侧肢体或躯干捆绑在一起进行固定。固定时应注意在骨性突起部位垫软物，如纱布、毛巾或衣物，以防止压伤皮肤；夹板的长度应超过骨折处上下两个关节，以保证有效限制活动。捆绑松紧需适度，以能够容纳一指为宜，过紧可能影响血液循环，过松则无法起到固定作用。

对于不同部位的骨折，固定方法需有所区分。上肢骨折可使用夹板固定后以三角巾悬吊；下肢骨折常需将双下肢捆绑在一起，利用健肢作为支撑；脊柱骨折则必须保持头、颈、躯干呈一直线，使用颈托并置于硬质担架上平移，严禁弯曲



或扭转身体。完成固定后,需反复检查伤肢末端的血液循环、感觉与运动功能,如有异常应及时调整固定带的松紧。同时应密切观察患者情况,做好防休克、保暖等支持措施,并尽快安排专业医疗转运。实施固定操作时,应始终以患者安全与舒适为首要考虑,动作需轻柔且稳定,避免因操作不当引发二次伤害。在固定过程中,应与患者保持沟通,解释操作步骤以缓解其紧张情绪,若患者疼痛剧烈,可适当鼓励其深呼吸,但不可随意使用止痛药物以免掩盖病情变化。对于儿童或意识不清的患者,需有助手协助稳定身体,防止突然移动影响固定效果。

临时固定后,仍需持续观察伤肢情况,特别是远端皮肤颜色、温度、肿胀程度以及毛细血管再充盈时间,若出现苍白、青紫、麻木或刺痛加剧,提示可能血液循环受阻,需立即调整固定带的压力。对于开放性骨折,应记录伤口情况、出血量及骨端暴露程度,转运时尽量保持伤处高于心脏水平,以减少出血和肿胀。

在无专业夹板的情况下,利用现场物品创新固定方法是急救能力的重要体现。例如,折叠的报纸或杂志可卷成筒状加固肢体,领带、围巾或长袜可替代绷带进行捆绑,但需注意这些材料的弹性及强度是否足够。躯干或骨盆骨折时,可用宽布带围绕骨盆或胸部多圈固定,并与硬质担架结合使用,以最大限度减少转运过程中的移动。

最后,急救人员需清楚认识到,现场固定仅为临时措施,绝不能替代专业医疗救治。完成固定后应详细记录操作时间、使用材料及伤者反应,并在交接时向医护人员准确传达,为后续诊断与治疗提供重要参考。及时、正确的固定不仅能有效减轻痛苦,更是预防并发症、促进康复的关键一环。

二、脱位的紧急处理与注意事项

当关节遭受外力作用导致骨端脱离正常位置时,称为脱位。脱位的紧急处理关键在于迅速固定、减轻疼痛并防止二次损伤,同时需尽快就医。首先应让伤者保持静止,避免移动患肢,尤其不可自行尝试复位,以免加重软组织损伤或损伤血管神经。可用三角巾、绷带或临时找到的围巾、衣物等将患肢固定在舒适的位置,通常是与健康侧肢体相似的自然姿势。例如肩关节脱位时,可用三角巾将前臂悬吊于胸前;肘关节脱位则保持屈曲位并用软物支撑。

在处理过程中需密切观察伤肢远端血液循环及感觉运动功能。若出现皮肤苍白、发冷、麻木或剧烈疼痛加剧,可能提示血管或神经受压,需立即调整固定松

紧度或寻求专业帮助。局部可适当冷敷以减轻肿胀和疼痛，但需注意避免冻伤，每次冷敷时间不宜超过二十分钟。转运过程中应保持患肢稳定，避免颠簸或碰撞，必要时可用夹板加强固定。

需特别注意某些特殊部位脱位的危险性，如颈椎脱位需绝对保持头部中立位，严禁随意搬动；下颌关节脱位虽可尝试手法复位，但需由经验者操作。所有脱位伤者均需送至医疗机构进行影像学检查，排除合并骨折的可能，并由医生进行专业复位。复位后仍需固定保护二至四周，逐步进行康复训练以恢复关节功能。在处理脱位伤者时，需特别注意伤者的整体状况与并发症风险。部分脱位可能伴随内出血或休克症状，如面色苍白、出冷汗、脉搏细速等，此时需让伤者平卧并抬高下肢，注意保暖，同时密切监测生命体征。若伤者意识模糊或出现呼吸困难，应立即检查是否存在气道受阻或胸部损伤，并采取相应支持措施。

对于开放性脱位，即伤口与关节腔相通的情况，需先用无菌敷料或清洁布料覆盖伤口，避免加压，防止污染物深入关节。严禁冲洗或涂抹药物，以免增加感染风险。此类损伤需紧急手术处理，因此转运途中需保持伤口清洁，并尽快送至有条件的医疗机构。

儿童关节脱位因其骨骺未闭合，易与骨折混淆，需格外谨慎。固定时应选择柔软材质，避免压迫生长板，并优先选择儿科或骨科专科就诊。老年人则因骨质疏松，脱位常合并骨折，搬运时需更加轻柔，防止加重损伤。

康复阶段需根据医生指导逐步进行功能锻炼，早期以等长收缩为主，后期逐渐增加关节活动度与肌力训练。忽视康复易导致关节僵硬或习惯性脱位，尤其肩、肘等频繁活动的关节需给予充分保护与科学锻炼。定期复查至关重要，以确保关节稳定性与功能完全恢复。

三、伤员的正确搬运方法与体位管理

在骨折、脱位或扭伤等创伤发生后，伤员的搬运与体位管理是急救过程中至关重要的环节。正确的搬运方法能够有效避免二次伤害，减轻伤员痛苦，并为后续医疗救治创造良好条件。搬运前必须首先评估伤员的生命体征及伤情严重程度，确认是否存在大出血、呼吸困难或意识障碍等紧急情况。若伤员情况稳定，方可进行搬运操作，否则应立即寻求专业医疗支援。

搬运伤员时应严格遵循“整体平移、轴线稳定”的原则，尤其对于疑似脊柱



损伤者，必须保持头、颈、躯干呈一条直线，避免任何弯曲或扭转。可使用硬质担架、木板等作为搬运工具，若现场无专业设备，也可利用门板、桌面等替代物实施搬运。搬运过程中需至少三人协同操作，一人负责固定头部并指挥整体动作，另外两人分别托住伤员的肩背部、腰臀及下肢，保持动作同步平稳。

对于上肢骨折伤员，可采用坐位或半卧位搬运，并使用三角巾或绷带将患肢固定于胸前，以减少移动时的震动与疼痛。下肢骨折者则需保持平卧位，患肢下方垫软枕或衣物以减轻肿胀，搬运时特别注意避免患肢受力或扭曲。怀疑骨盆骨折时，应以宽布带环绕骨盆进行固定，双腿并拢捆扎，保持中立位搬运，以防止骨折端移位导致内出血加剧。

体位管理不仅限于搬运过程，在等待救援或转运途中也需持续关注。伤员应置于舒适、安全的体位，尽量避免患处受压或悬空。对于昏迷或呕吐风险的伤员，应采取稳定侧卧位，头部稍后仰并偏向一侧，以保持呼吸道通畅，防止误吸。休克伤员需平卧并将下肢抬高约 30° ，以增加回心血量，改善脑部供血。

特殊部位损伤需采取针对性体位管理。例如，胸椎或腰椎骨折者须始终保持仰卧位，身下垫硬板，避免坐起或弯腰；颈椎损伤者除严格固定头颈部外，还需用沙袋或衣物填充头颈两侧，防止头部晃动。所有体位调整都应在多人协助下缓慢进行，密切观察伤员反应，如有疼痛加剧或神经症状出现应立即停止操作。

值得注意的是，非专业人员在无确切把握时应尽量避免独自搬运重伤员，尤其在高处坠落、交通事故等可能合并多发伤的复杂情况下，盲目移动可能导致损伤加重。此时应优先拨打急救电话，在专业人员指导下实施初步固定与安抚，等待救援人员到达后使用专业设备进行安全转运。

总之，伤员的搬运与体位管理是一项技术性较强的急救操作，需根据伤情类型、现场条件及可用资源灵活调整方法。始终以伤员安全为核心，动作轻柔有序，才能最大限度降低搬运过程中的风险，为后续治疗奠定良好基础。

四、颈椎、脊柱损伤的搬运禁忌与专业要求

颈椎与脊柱损伤的搬运过程极为关键，任何不当操作都可能导致神经功能永久性损伤甚至危及生命。因此，在实施搬运前必须严格评估伤者状况，确认是否存在颈椎或脊柱受损的可能。常见判断依据包括外伤机制、局部疼痛、肢体感觉或运动异常以及大小便功能障碍等表现。一旦怀疑存在此类损伤，应立即按照专

业操作原则进行处理，严禁随意移动伤者或采取坐位、站立位等姿势搬运。

在专业急救人员到达前，应尽量保持伤者原地不动，避免头部与躯干的扭转或弯曲。若现场环境危险必须移动伤者，需采取多人协作的轴向翻身与平移技术，确保头、颈、躯干始终维持在同一轴线。搬运过程中需有一人专门负责固定头部，采用双手托住双侧下颌骨与枕部的方式，轻微施加纵向牵引力，避免任何旋转或侧屈动作。使用硬质颈托固定颈部虽可提供部分支持，但绝不能替代专业的头部固定与整体搬运技术。

专业搬运要求使用脊柱板、铲式担架等专用设备，并在伤者身体与设备间填充软垫以保持体位稳定。搬运过程中应持续监测伤者的呼吸、循环及神经功能状态，并及时记录变化。对于昏迷或无法表达疼痛的伤者，更需谨慎操作，因其体征可能不明显但损伤实际存在。完成固定与搬运后，应迅速将伤者转运至具备相应救治条件的医疗机构，途中需避免剧烈震动或突然变速，并保持与接收医院的信息沟通以便做好接诊准备。

值得注意的是，某些常见错误操作必须严格禁止，例如单人抱扶、拉扯四肢、屈曲身体等动作，这些都可能加重脊柱移位或导致二次损伤。即便在紧急情况下，也不能以牺牲专业操作为代价追求速度。公众及一般救援人员应在平时接受相关培训，掌握基本固定与搬运常识，以便在突发事件中能够为专业救援争取时间并提供有效协助。在实施轴向翻身操作时，必须确保至少三人协同配合，其中一人始终负责头部固定与指挥，另外两人分别位于伤者躯干及下肢两侧，同步实施翻身动作。所有操作人员需听从统一口令，保持动作的同步性与稳定性，避免因用力不均或节奏错位导致脊柱扭曲。翻身过程中应使用卷席式或圆木滚动技术，将伤者作为一个整体进行移动，确保脊柱各部位始终处于中立位。若伤者身着衣物或佩戴饰品可能影响操作，应在不影响伤情的前提下谨慎解除或调整，避免硬物压迫或缠绕造成额外损伤。

对于怀疑存在颈椎损伤的伤者，在固定头部时需特别注意托举手法。操作者应双膝跪于伤者头端，双手掌心向上托住下颌骨与枕骨隆突，前臂紧贴地面以保持稳定，指尖避免压迫气管或颈动脉区域。牵引力应沿脊柱纵轴均匀施加，力度以能够抵抗头部自重为宜，过度牵引可能加剧椎间关节分离。若现场无专业颈托，可使用毛巾卷或衣物折叠后环绕颈部临时固定，但需注意保持呼吸道通畅，并密切观察伤者有无呼吸抑制或恶心呕吐表现。



使用脊柱板搬运时，应确保板面平整无松动，并将伤者身体与板间空隙用软垫填实，特别是腰曲、颈曲及膝窝等部位，以防止途中因晃动导致体位改变。固定带需跨越胸廓、骨盆及下肢等关键部位，松紧度以能插入两指为宜，过紧可能影响呼吸循环，过松则无法有效固定。对于高处坠落或交通事故伤者，需警惕潜在的多发伤，在搬运过程中应同步评估胸腹部损伤及四肢骨折情况，避免因专注脊柱损伤而遗漏其他危重问题。

转运途中需持续评估伤者意识状态、瞳孔变化及肢体活动度，并记录关键时间点的生命体征。若出现神经功能恶化表现如肢体麻木加重、肌力下降或呼吸困难，应及时调整固定方式并加速转运。与接收医疗机构的沟通应包括损伤机制、初步体征、已实施措施及途中病情变化，以便对方提前准备影像学检查或手术资源。最终交接时需提供完整的现场记录与转运日志，确保救治连续性不受影响。

公众教育应强调“不移动即最佳移动”的原则，除非环境危险（如火灾、坍塌、交通事故现场），否则不应擅自搬动疑似脊柱损伤者。日常培训需包括基础解剖知识、损伤识别要点及简易固定方法，通过模拟演练提升实操能力。社区与企事业单位应配备简易脊柱固定设备，并建立与急救系统的快速响应机制，从而形成从现场到医院的完整救护链条。

第三节 中医在跌倒骨折急救中的手法与外敷应用

一、中医“理筋”“正骨”的急救理念

中医在处理跌倒骨折的急救过程中，强调“理筋”与“正骨”两大核心理念，旨在通过手法与外敷相结合的方式，迅速缓解伤者痛苦，促进损伤组织的修复与功能恢复。理筋，即调理筋络，指的是通过轻柔而精准的手法，舒缓因外伤导致的肌肉、韧带等软组织紧张与痉挛，改善局部气血循环，防止瘀血积聚，减轻肿胀与疼痛。正骨，则是针对骨折或脱位的部位，运用专业手法进行复位，使错位的骨骼恢复原有解剖位置，为后续愈合创造良好条件。这两大理念不仅注重即时急救效果，更着眼于整体康复，避免后遗症的发生。

在具体操作中，理筋手法通常包括推、拿、按、摩等技巧，施术者需根据伤者具体情况，轻柔地放松周围肌肉，疏通经络，缓解局部僵硬。例如，对于跌倒

后出现的软组织挫伤，可通过指压穴位如合谷、足三里等，调节气血，减轻疼痛。同时，外敷药物如活血化瘀的膏药或草药泥，能够进一步促进局部代谢，加速瘀血吸收，防止炎症扩散。这些外敷药物多选用中草药如三七、红花、川芎等，具有散瘀、消肿、止痛的功效，与手法治疗相辅相成。

正骨手法则更为专业，需由经验丰富的中医师操作，避免二次损伤。手法包括牵引、旋转、按压等，旨在将错位的骨折端轻柔复位，恢复骨骼正常对线。例如，对于常见的桡骨远端骨折，医师常采用拔伸牵引与端提按压相结合的手法，逐步矫正位移。复位后，常使用小夹板或绷带固定，外敷具有接骨续筋作用的药物，如自然铜、骨碎补等，以稳定骨折端，促进骨痂形成。整个过程中，中医强调“动静结合”，即在固定之余鼓励适当功能活动，防止肌肉萎缩与关节僵硬。

此外，中医急救理念还注重整体辨证与个体化处理。根据伤者的体质、年龄、损伤程度及并发症，调整手法与药物的选用。例如，年老体弱者手法宜轻柔，外敷药物宜温和；而年轻体壮者则可适当加强手法力度，药物也可选用效力较强之品。同时，结合内服中药，如桃红四物汤等，内外兼治，全面提升康复效果。总之，中医的理筋正骨理念在急救中不仅提供即时救助，更为伤者长期功能恢复奠定坚实基础。在处理跌倒骨折的急救过程中，中医理筋与正骨理念的具体实施需结合伤者的实际情况进行灵活调整，尤其需注意损伤部位的局部表现与全身反应之间的关联。施术者应首先通过望、闻、问、切四诊方法，全面了解伤者的身体状况，包括损伤机制、疼痛程度、肿胀范围以及是否存在其他并发症，从而制定个性化的急救方案。例如，若伤者伴有明显气血虚弱的表现，如面色苍白、脉象细弱，则需在理筋手法中更加注重轻柔舒缓，避免过度刺激导致气血进一步耗损。同时，外敷药物的配方也需根据体质差异进行调整，如体质偏寒者宜加用温经散寒的药材如桂枝、艾叶，而体质偏热者则需配伍清热凉血的药物如生地、丹皮。

在理筋操作中，施术者需特别注意手法的力度与节奏，以循序渐进的方式放松损伤周围的软组织，避免因手法过重导致二次损伤。常用的理筋手法包括揉法、捏法、滚法等，通过反复而轻柔的刺激，逐步缓解肌肉痉挛，改善局部微循环。例如，对于跌倒后常见的踝关节扭伤，可先采用揉法放松小腿及足部肌肉，再结合按压太溪、昆仑等穴位，调节经气，减轻肿痛。外敷药物则多选用具有活血化瘀、消肿止痛功效的草药，如将三七、红花、乳香、没药等研末调敷，每日更换1~2次，以持续促进瘀血吸收与组织修复。此外，理筋过程中还可配合艾灸或温敷，



通过温热刺激增强气血流通，加速代谢废物排出，进一步提升治疗效果。

正骨手法的实施则需在明确诊断的基础上进行，通常需借助爱克斯射线等影像学检查确认骨折类型与移位程度，避免盲目操作。中医正骨强调“轻、巧、稳、准”的原则，即在最小创伤的前提下完成复位。例如，对于锁骨骨折，医师常采用膝顶复位法，令伤者坐位，术者以膝部顶住其背部，双手牵引肩部，逐步矫正骨折移位。复位过程中，需密切观察伤者的反应，若出现剧烈疼痛或神经血管症状，应立即停止操作并重新评估方案。复位成功后，常用杉树皮小夹板或石膏绷带进行固定，外敷接骨膏如八厘散或九分散，内含自然铜、土鳖虫、骨碎补等成分，以促进骨痂生长。固定期间，需定期调整夹板松紧度，避免过紧影响血运或过松导致固定失效，同时指导伤者进行未固定关节的适度活动，维持肌肉功能。

整体来看，中医理筋与正骨不仅关注局部损伤的修复，更强调通过调节全身气血与脏腑功能，提升伤者的自愈能力。内服中药的运用在这一过程中尤为关键，常根据辨证分型选用相应方剂。例如，气血瘀滞型可服用桃红四物汤加减，以活血化瘀；肝肾不足型则宜选用六味地黄丸加补骨脂、杜仲等，以强筋健骨。此外，饮食调理亦不可忽视，建议多食用富含钙质与胶原蛋白的食物如黑芝麻、核桃、牛筋汤等，同时避免辛辣刺激与生冷食物，以免影响气血运行与药物吸收。康复后期，可逐步引入功能锻炼与物理疗法，如太极拳、五禽戏等传统养生功法，通过缓慢而有序的动作，恢复关节灵活性与肌肉力量，最终实现功能的最大化恢复。

二、传统中医接骨手法的现代应用

传统中医接骨手法在现代急救医学中依然具有重要的应用价值，其核心理念在于通过手法复位恢复骨骼的正常解剖位置，促进骨折愈合。现代医学研究表明，中医接骨手法不仅能够有效减轻患者的疼痛，还能显著缩短骨折愈合时间，降低并发症的发生率。例如，对于常见的桡骨远端骨折，中医采用“拔伸牵引”“端提按压”等手法，能够在无创或微创的条件下实现骨折端的良好对位，避免了手术带来的创伤和感染风险。此外，这些手法操作简便，适用于多种场合，尤其在资源有限的基层医疗机构或突发急救场景中表现出独特的优势。

随着现代影像学技术的发展，中医接骨手法的应用更加精准和安全。例如，爱克斯射线、计算机断层扫描等影像设备能够在手法复位过程中实时监测骨折对位情况，确保复位的准确性。同时，结合现代麻醉技术，中医手法可以在无痛或

轻度镇痛条件下进行，大大提高了患者的接受度和舒适度。许多中西医结合的临床实践表明，传统手法与现代技术的结合不仅提升了治疗效果，还为患者提供了更加人性化的医疗服务。

此外，中医接骨手法在康复阶段的辅助作用也不容忽视。通过轻柔的按摩和功能锻炼指导，中医手法能够促进局部血液循环，缓解肌肉萎缩和关节僵硬，加速功能恢复。尤其对于老年患者或合并多种慢性病的人群，这种非侵入性的治疗方法更具安全性。现代康复医学越来越多地借鉴中医手法，将其纳入骨折后的综合管理方案中，形成了独具特色的中西医结合康复模式。

尽管传统中医接骨手法在现代应用中取得了显著成效，但仍需注意其适应症和操作规范。例如，对于开放性骨折、严重粉碎性骨折或伴有神经血管损伤的复杂病例，手法复位的风险较高，此时应优先考虑手术治疗。同时，操作者需经过严格培训，熟练掌握解剖知识和手法技巧，避免因操作不当导致二次损伤。现代医学强调在充分评估患者情况的基础上，合理选择和应用中医手法，实现个体化治疗。

总的来说，传统中医接骨手法在现代急救和康复领域中展现出强大的生命力和实用性。其非侵入性、低成本和良好的疗效使其成为中西医结合治疗骨折的重要组成部分。未来，随着更多临床研究和技术的推进，中医手法有望在更广泛的医疗场景中发挥重要作用，为患者提供更加全面和高效的医疗服务。

三、活血化瘀、消肿止痛外敷方剂的制作与使用

在中医急救理论中，跌打损伤所致骨折常伴随局部气血瘀滞、经络不通，表现为肿胀疼痛及功能障碍。针对此类情况，外敷方剂的应用具有悠久历史与显著疗效，其核心在于活血化瘀、消肿止痛，促进局部血液循环，加速组织修复。常用外敷药物多选自具有行气活血、散瘀止痛功效的中草药，如三七、红花、乳香、没药、桃仁等。这些药材通过合理配伍，可发挥协同作用，有效缓解伤处肿痛，改善局部微循环，为骨折愈合创造有利条件。

制作外敷方剂时，首先需精选药材，确保其品质与药效。一般而言，将上述药物按一定比例配比，研磨成细粉，过筛后混合均匀。随后，可根据伤处情况选择适当的基质进行调和。常用基质包括蜂蜜、醋、酒或清水，其中蜂蜜具有润肤和缓释药效的作用，醋能增强药物渗透性，酒则可助药力发散。调和时需注意稠



度适中，过稀易流失，过稠则影响贴敷舒适度。调和完成后，将药膏均匀涂于纱布或棉垫上，厚度约 2~3 毫米，覆盖面积应略大于肿胀区域，以备外敷使用。

外敷前，需先对伤处进行简单清洁，避免污物带入，但若骨折处有伤口或皮肤破损，应暂缓使用或咨询专业人员。敷药时，将制备好的药膏贴于患处，用绷带轻轻固定，松紧适度，以不影响血液循环为宜。通常每日更换一至两次，连续使用三至五日，具体频次与时长需根据肿胀程度与疼痛变化调整。每次更换时，应观察局部皮肤有无过敏或刺激反应，如出现红疹、瘙痒等情况，应立即停用并清洁皮肤。

此外，外敷方剂的使用需结合整体病情与个体差异。对于年老体弱或伴有其他慢性疾病者，应谨慎选择药物配伍，避免过于峻烈的药材。同时，外敷期间需注意休息，适当抬高患肢，以利消肿。若肿痛持续不减或加重，应及时就医，排除并发症的可能。总之，合理制作与使用活血化瘀外敷方剂，不仅能有效缓解骨折急性期症状，也为后续康复奠定良好基础。外敷方剂的应用需注重时效性，通常在损伤后 24~48 小时内使用效果最为显著，因此及时制备与敷贴至关重要。药材的新鲜度与炮制工艺直接影响药效发挥，如三七需选用主根饱满、质地坚实的部分，红花则以花瓣长、色泽红艳者为佳，确保有效成分充分保留。研磨过程中应避免高温，防止挥发性成分流失，细粉粒度以能通过八十目筛为宜，使药物更易被皮肤吸收。调和基质时，冬季可适当增加酒或醋的比例以增强温通效果，夏季则可多用蜂蜜以缓和刺激。

敷贴后的护理同样不可忽视，患者需保持敷料干燥清洁，避免沾水或受到挤压。在敷药期间，可配合轻柔的远端按摩，如手指或足趾的适度活动，以促进气血流通，但严禁直接按压或移动骨折部位。饮食方面，宜清淡并富含蛋白质与钙质，如豆制品、绿叶蔬菜等，避免辛辣刺激及生冷食物，以免加重瘀滞或影响药物吸收。若患者同时接受内服中药治疗，需注意内外药物的配伍禁忌，如外敷方中含乌头类药材时，内服应避免使用相反或相畏之品。

对于特殊人群，如儿童皮肤娇嫩，宜减少刺激性较强的药物比例，并可加入少量冰片以增强清凉镇痛效果；孕妇则忌用破血逐瘀之力较强的桃仁、红花等，以防动胎。外敷方剂虽为局部用药，但其药性仍可通过皮毛吸收进入血络，因此需在专业医师指导下使用，尤其对于长期卧床或体质虚弱的患者，应密切观察全身反应。此外，现代研究表明，某些外敷药材如乳香、没药具有抗炎与成骨促进

作用，能通过调控细胞因子表达加速骨折愈合，这为传统方剂的临床应用提供了科学依据。

总之，外敷方剂作为中医急救与康复的重要手段，其制备与使用融汇了药材选择、配伍技巧及个体化调整的智慧。通过规范操作与细致护理，不仅能有效缓解急性期症状，还能在整体上协调气血，为骨折愈合营造良好环境。在实践中不断积累经验并结合现代医学知识，将使这一传统疗法发挥更大价值。

四、跌打损伤的传统中医急救经验

中国传统医学在处理跌打损伤方面积累了数千年的宝贵经验，形成了独特而系统的急救理论和方法。这些经验不仅注重局部损伤的处理，更强调全身气血的调与脏腑功能的平衡。在急救过程中，中医首先通过望、闻、问、切四诊合参，迅速判断伤情的轻重缓急，区分是新伤还是旧患，以及是否伴有内伤。这种整体观念指导下的急救方法，能够有效避免误诊和漏诊，为后续治疗奠定坚实基础。

在具体操作上，中医急救强调“手法为先”，即通过熟练的整复手法及时纠正骨折和脱位。传统手法包括拔伸、旋转、屈伸、端提、挤按等，这些手法要求施救者具备丰富的经验和精准的力度控制，以期在最短时间内恢复骨骼的正常解剖位置。施行手法时，常配合点穴止痛，如按压合谷、内关等穴位，以减轻患者痛苦，同时促进气血流通，防止瘀血停滞。

外敷药物的应用是中医急救的另一重要环节。根据“血遇寒则凝，遇热则行”的理论，急性期常采用清热凉血、消肿止痛的草药外敷，如大黄、黄柏、栀子等研磨成粉，用醋或蛋清调敷患处。这些药物能够迅速降低局部温度，减轻炎症反应，防止肿胀进一步加剧。对于开放性损伤，则选用具有解毒生肌作用的药物，如三七、白及等，既能止血，又能预防感染，促进伤口愈合。

中医急救还十分注重固定材料的选择与使用。传统小夹板固定法采用柳木、竹片等材料，根据肢体形态塑形，配合压垫使用，既保证固定效果，又避免压迫血管神经。这种固定方法较之石膏更具灵活性，便于随时调整，同时有利于气血运行和肿胀消退。固定时通常要求露出趾（指）端，以便观察血运情况，体现了中医“动静结合”的治疗理念。

在急救过程中，中医强调心理疏导与情志调节的重要性。突然的创伤往往使患者产生恐惧、焦虑等负面情绪，这些情绪会影响气血运行，加重病情。因此，



有经验的医者会在施治时通过言语安慰、解释病情等方式稳定患者情绪，配合安神定志的穴位按摩，如按揉百会、神门等穴，使患者保持镇静，更好地配合治疗。

饮食调理在中医急救中也占有重要地位。根据“药食同源”理论，损伤初期宜食清淡易消化之物，如绿豆汤、冬瓜汤等，忌食辛辣刺激及发物，以免助火生热，加重肿痛。随着病情好转，逐渐增加滋补之品，如骨头汤、核桃仁等，以滋养肝肾，强筋健骨，促进康复。这种分期饮食指导，体现了中医“因时制宜”的治疗原则。

值得注意的是，传统中医急救经验强调“治未病”思想，即在处理当前损伤的同时，注重预防并发症和后期功能障碍。通过早期恰当的手法整复、药物外敷和功能锻炼指导，最大限度地保全患肢功能，减少后遗症的发生。这种防患于治的理念，使中医急救不仅着眼于当下，更关注患者的长期康复质量。

这些流传千年的急救经验，凝聚了无数医家的智慧结晶，其有效性在实践中得到了反复验证。在现代急救医学高度发达的今天，传统中医急救方法仍具有不可替代的价值，特别是在资源有限或无法立即获得西医救助的情况下，这些简便易行、效验确凿的方法更能发挥重要作用。因此，学习和传承这些宝贵经验，对提高全民自救互救能力具有重要意义。

第四节 软组织损伤的紧急处理与后续康复

一、扭伤、挫伤的 R.I.C.E. 原则应用

在日常生活中，扭伤和挫伤是较为常见的软组织损伤类型，通常由于运动、意外跌倒或外力撞击导致。针对这类损伤，国际上广泛采用休息、冰敷、加压、抬高这一处理原则进行紧急处理，该原则包括休息、冰敷、加压和抬高四个步骤，能够有效控制炎症、减轻疼痛并加速恢复过程。以下将详细阐述休息、冰敷、加压、抬高原则的具体应用方法及其注意事项。

首先，休息是处理扭伤和挫伤的第一步，旨在避免进一步损伤并促进组织修复。受伤后应立即停止活动，尽量减少患处的运动和负重，防止损伤加剧。例如，踝关节扭伤后应避免行走或站立，可使用拐杖辅助移动，以确保受伤部位得到充分休息。通常建议在伤后四十八小时内严格保持休息状态，但需注意休息时间不

宜过长, 以免导致肌肉萎缩或关节僵硬, 应在疼痛减轻后逐渐进行轻度活动。

其次, 冰敷是通过低温作用收缩血管, 减少局部出血和肿胀, 同时缓解疼痛。具体操作时, 应将冰袋或用毛巾包裹的冰块敷于受伤部位, 每次持续 15~20 分钟, 每隔 2~3 小时重复一次。需特别注意避免冰块直接接触皮肤, 以防冻伤。冰敷通常在伤后 24~72 小时内进行, 但若肿胀严重或疼痛持续, 可适当延长冰敷时间。冰敷结束后, 可轻轻擦干皮肤, 观察局部反应, 如出现异常红肿或麻木感应立即停止。

加压是通过使用弹性绷带包扎受伤部位, 施加适当压力, 以限制组织液渗出和肿胀扩展。包扎时应从远离心脏的一端开始, 向近心端缠绕, 确保压力均匀且不过紧, 以免影响血液循环。包扎后需定期检查远端肢体(如手指或脚趾)的颜色、温度和感觉, 若出现苍白、发紫或麻木等现象, 说明包扎过紧, 应及时调整。加压包扎一般需维持二十四至四十八小时, 但可根据肿胀情况适当延长或缩短时间。

最后, 抬高患处是利用重力作用促进血液和淋巴液回流, 减轻肿胀和疼痛。应将受伤部位抬高至高于心脏水平的位置, 例如下肢扭伤时可平躺并将腿部垫高。抬高时间应尽可能长, 尤其在休息或睡眠时保持这一姿势, 可显著加速肿胀消退。需注意抬高时应避免过度弯曲关节, 以免影响血液流动。

综上所述, 休息、冰敷、加压、抬高原则的应用需根据具体损伤情况灵活调整, 同时结合个体差异进行个性化处理。若损伤严重或症状持续不缓解, 应及时就医寻求专业诊治。此外, 康复阶段可在医生指导下逐步进行功能锻炼和物理治疗, 以恢复关节活动度和肌肉力量, 预防再次损伤。

二、软组织损伤的冰敷与热敷时机

软组织损伤后, 正确的冷敷与热敷处理是缓解症状、促进恢复的关键环节。冷敷主要适用于急性损伤初期, 通常在受伤后的 48~72 小时内使用。其主要作用是收缩局部血管, 减少组织液渗出, 从而有效减轻肿胀和疼痛, 同时降低炎症反应的程度。实际操作时, 可将冰袋或用毛巾包裹的冰块敷于伤处, 每次 15~20 分钟, 每隔 2~3 小时重复一次, 注意避免冰袋直接接触皮肤, 以防冻伤。

热敷则适用于急性期过后的恢复阶段, 一般在受伤 72 小时之后开始使用。此时局部出血已基本停止, 热敷能促进血液循环, 加速代谢废物吸收, 放松肌肉组织, 缓解僵硬和疼痛, 并有助于损伤组织的修复。常用方法包括热水袋、热毛



巾或红外线理疗仪等，温度不宜过高，以 40℃~45℃为宜，每次敷 15~20 分钟，每日可进行 2~3 次。需特别注意，若损伤部位仍有明显红肿或发热，应暂缓热敷，以免加重炎症。

在实际应用中，冷敷与热敷的选择需根据损伤的具体阶段和表现灵活调整。例如，某些慢性劳损或陈旧伤急性发作时，可能仍存在局部炎症，此时需先冷敷控制肿胀，待急性症状缓解后再改用热敷。此外，对于伴有皮肤破损或感染的损伤，应避免自行热敷，以免引发继发感染，需及时就医处理。

除了掌握时机，敷治过程中的细节也不容忽视。冷敷时应注意观察皮肤反应，如出现过度苍白、麻木或刺痛感应立即停止；热敷时则需防止烫伤，尤其是感觉迟钝者或老年患者应格外谨慎。同时，可结合抬高患肢、加压包扎等方法协同增强效果。正确运用冷热敷不仅能有效缓解软组织损伤的不适，还能为后续康复奠定良好基础。热敷与冷敷的选择不仅取决于时间因素，还需结合个体反应与损伤特点进行动态调整。例如，部分患者在急性期过后仍存在局部微循环障碍或代谢产物堆积，此时可采用交替冷热敷的方法，即先热敷三至五分钟促进血管扩张，再冷敷一至两分钟增强血管收缩，通过反复刺激提升局部血液循环效率。这种方法尤其适用于肌肉劳损或关节扭伤后期的康复阶段，但需注意交替频率不宜过高，以免造成血管功能紊乱。

对于深部组织损伤或伴有血肿的情况，单纯表面冷热敷可能效果有限，可配合药物外敷增强疗效。如将具有活血化瘀作用的中药煎剂温热后湿敷，或采用冷浸式草药贴剂，既能发挥温度调控作用，又可借助药物成分促进组织修复。需要注意的是，药物配伍应遵循专业医师指导，避免过敏反应或药物相互作用。

特殊人群的冷热敷应用需格外谨慎。糖尿病患者因周围神经病变可能导致温度感知迟钝，热敷时易发生烫伤；心血管疾病患者则需避免大范围热敷引起血管过度扩张，导致血压波动。儿童患者因皮肤娇嫩，冷敷时间应缩短至 10~15 分钟，热敷温度需控制在四十摄氏度以下。孕妇的腹部及腰骶部应避免长时间热敷，以防影响胎儿发育。

现代理疗技术的发展为冷热敷提供了更多选择。例如，可控温脉冲冷疗仪能精准维持低温并实现脉冲式刺激，较传统冰袋更能有效穿透深层组织；远红外热疗毯则通过辐射热效应促进血液循环，避免传统热敷温度不均的问题。这些设备虽效果显著，但需在专业人员指导下使用，确保参数设置符合个体需求。

冷热敷后的护理同样重要。冷敷结束后应缓慢复温，可通过轻柔按摩促进局部血液循环恢复；热敷后需注意保暖，避免立即接触冷水或冷空气导致血管痉挛。同时，应结合损伤康复阶段配合适当的功能锻炼，如踝关节扭伤后在热敷后进行渐进式负重训练，可有效预防关节僵硬和肌肉萎缩。

最终，冷热敷的有效性取决于对损伤机制的准确判断和应用的规范性。患者应在专业人员指导下制定个性化方案，并通过定期评估调整治疗策略。只有将冷热敷与其他物理疗法、药物治疗及康复训练有机结合，才能最大限度发挥其协同作用，实现软组织损伤的高效恢复。

三、中医在软组织损伤恢复期的辅助治疗

软组织损伤进入恢复期后，中医通过辨证施治与整体调理的理念，能够有效促进组织修复、减轻后遗症并加速功能恢复。中医认为，此阶段虽急性肿痛已缓解，但局部气血仍不通畅，筋脉失养，易遗留僵硬、酸痛或活动受限等问题，因此需采取综合调理手段。

首先，中药内服是恢复期的重要治疗方法。根据患者体质与损伤特点，常选用活血化瘀、强筋健骨类方剂，例如桃红四物汤加减可促进局部微循环，消除残余瘀血；而舒筋活血汤则能缓解筋膜粘连，改善关节屈伸不利。对于气血亏虚或年老体弱者，可辅以八珍汤或补阳还五汤，既补益气血，又温通经络，从而增强组织自愈能力。需要注意的是，中药方剂应在医师指导下因人施方，避免盲目用药。

其次，外治法在恢复期具有独特优势。中药熏洗与湿热敷是常用方法，多以桂枝、伸筋草、红花、艾叶等药物组方，通过温热效应促进药物渗透，达到温经通络、松解粘连的效果。此外，膏药贴敷如狗皮膏、活血止痛膏等，可持续作用于患处，缓解恢复期常见的酸胀与僵硬感。推拿按摩则需由专业医师操作，通过揉捏、弹拨、按压等手法，逐步松解软组织挛缩，恢复肌肉弹性与关节活动度。

针灸与艾灸也是中医辅助康复的重要手段。针刺取穴多以局部阿是穴为主，配合足三里、合谷等远端穴位，调节气血，缓解疼痛；艾灸则通过温热刺激气海、关元等穴位，增强阳气推动力，促进组织修复。临床实践表明，定期针灸治疗能显著改善损伤后期的血液循环与神经功能。

最后，中医强调“动静结合”的康复理念。在恢复阶段，适当的功能锻炼如太极拳、八段锦等传统养生功法，可循序渐进地恢复肌力与协调性，但需避免过



度负重或剧烈活动。同时，饮食调理亦不可忽视，建议多摄取富含胶原蛋白与维生素的食物，如黑木耳、核桃、牛筋汤等，以滋养筋脉、加速损伤愈合。

综上所述，中医在软组织损伤恢复期通过药物、外治、针灸及功能锻炼等多种方式协同作用，既能缓解症状，又可从根本上改善体质，减少复发风险，体现出整体调节与个体化治疗的显著优势。在软组织损伤恢复期的中医治疗中，情志调摄亦占据重要地位。中医认为，肝主筋、主疏泄，情志不畅易导致肝气郁结，进而影响气血运行，延缓筋脉修复。因此，保持情绪舒畅、避免焦虑或急躁，对恢复至关重要。临床中常建议患者通过聆听舒缓音乐、参与轻度社交活动或进行呼吸调节练习，以助气血调和，促进组织修复。

此外，恢复期的中医护理需注重局部保暖与避寒。风寒湿邪易乘虚而入，滞留于损伤部位，导致气血凝滞，加重酸胀、僵硬等症状。日常应注意穿戴保暖护具，避免空调或风扇直吹患处，睡眠时亦可使用温热护垫或药枕，以维持局部气血通畅，防止外邪侵袭。

对于慢性软组织损伤或反复发作的患者，中医还提倡季节性调理与预防性干预。例如，在秋冬季节气候寒凉时，可提前加强温经通络的中药调理或艾灸保健；而在春夏湿气较重时，则需注重祛湿活血，防止湿邪困阻气机。这种因时制宜的防治理念，有助于从根本上改善体质，减少旧伤复发的概率。

值得一提的是，中医在恢复期治疗中注重“因人而异”的辨证原则。不同年龄、体质及损伤程度的患者，其康复方案需个性化调整。例如，青少年患者气血旺盛，恢复较快，可侧重功能锻炼与活血化瘀；而中老年患者气血渐衰，则需加强补益肝肾、温养筋脉的治法。这种精细化、差异化的治疗策略，正是中医整体观与辨证论治的体现。

最后，医患协作与康复教育亦是中医治疗的重要组成部分。医师需详细向患者解释恢复阶段的注意事项、锻炼方法及饮食宜忌，提高其治疗依从性与自我管理能力。患者积极配合，遵循医嘱逐步实施康复计划，才能最大程度发挥中医治疗的协同效应，实现功能全面恢复。

四、跌倒后如何预防二次伤害与安全指导

跌倒后预防二次伤害的关键在于保持冷静并立即停止活动，避免因慌乱或强行移动导致损伤加重。首先应缓慢评估自身状况，观察是否有剧烈疼痛、活动受

限或畸形表现。若怀疑存在骨折或严重软组织损伤，需保持原有姿势，等待专业救援，切忌自行尝试站立或行走。在确认无严重损伤的前提下，可尝试缓慢改变体位，如由坐姿转为侧卧，再借助稳固物体辅助起身，过程中需注意动作轻柔、分段进行，避免突然发力。

环境安全评估是预防二次伤害的重要环节。跌倒后需迅速观察周围是否存在可能导致继续滑倒或碰撞的危险因素，如湿滑地面、散落物品、不平整路面等。若处于不安全环境，应优先移动到安全区域，但需确保移动方式不会加重损伤。例如，在他人搀扶下缓慢转移，或采用匍匐方式离开危险区域。若独自一人且无法移动，应尽量保持静止，并通过呼救或使用通信设备寻求帮助，避免盲目行动造成进一步伤害。

正确的身体保护措施能有效降低二次伤害风险。跌倒后若出现关节扭伤或肌肉拉伤，应立即采取保护性姿势，如用健康侧肢体支撑身体，避免伤侧承重。对于上肢损伤，可用围巾、衣物等临时固定伤肢，减少晃动；对于下肢损伤，应尽量保持伸直状态，避免弯曲或扭转。若身边有可用物品，如枕头、折叠衣物等，可放置在伤处周围提供支撑，但需注意不要过度加压或捆绑，以免影响血液循环。

后续安全指导应包括逐步恢复活动与日常防护。伤后初期需充分休息，避免过早参与剧烈运动或重体力劳动。恢复期间可进行适度活动，如慢走、轻柔伸展，以促进血液循环和功能恢复，但需严格控制强度与时间，以不引起疼痛为原则。日常生活中应注重环境改造，如保持地面干燥整洁、安装扶手护栏、选择防滑鞋具等，尤其对老年人或行动不便者更为重要。此外，加强肌力与平衡训练，如靠墙静蹲、单腿站立等，能显著提升身体稳定性，预防再次跌倒。若伤处出现肿胀或疼痛加剧，可采取局部冷敷措施以减轻炎症反应，但需注意避免冰块直接接触皮肤，应用毛巾包裹后每次冷敷 15~20 分钟，间隔一小时重复进行。伤后 48 小时内不宜热敷或按摩，以免加重毛细血管出血和组织水肿。对于表皮擦伤，应先用生理盐水或清水冲洗伤口，清除沙粒等异物，再使用碘伏进行消毒处理，最后用无菌纱布覆盖保护，每日更换敷料并观察伤口愈合情况，若出现红肿、化脓或持续疼痛需及时就医。

疼痛管理是恢复过程中的重要环节。轻度至中度疼痛可通过休息、抬高患肢和冷敷缓解，若疼痛影响日常生活，可在医生指导下使用非处方止痛药如对乙酰氨基酚或布洛芬，但需严格遵循剂量说明并注意禁忌症。对于持续性剧痛或伴有



麻木、刺痛等神经症状的情况，必须立即就医排除神经损伤或复杂性疼痛综合征的可能。疼痛缓解后仍应保持警惕，避免因感觉减退而过度使用伤肢，导致二次损伤。

营养支持对组织修复具有积极作用。伤后应增加蛋白质摄入，如鸡蛋、鱼肉、豆制品等，以促进肌肉和软组织修复。同时补充富含维生素C的新鲜果蔬，如柑橘、猕猴桃、青椒等，有助于胶原蛋白合成和血管壁修复。钙与维生素D的充足摄入对骨骼健康尤为重要，可通过奶制品、深绿色蔬菜和适量晒太阳获取。若存在吞咽困难或食欲不振，可考虑流质或半流质饮食，保证每日充足饮水，避免脱水影响代谢恢复。

心理调适同样不可忽视。意外跌倒可能引发焦虑、恐惧或对自身行动能力的怀疑，尤其是反复跌倒者易产生“跌倒恐惧症”，表现为过度谨慎、减少活动甚至社交回避。此时可通过与家人朋友沟通、参加康复小组或寻求专业心理咨询等方式逐步重建信心。认知行为疗法能有效帮助患者识别并改变负面思维模式，通过渐进式暴露训练重新适应日常活动。保持积极心态和适度社交活动对身心恢复均有显著益处。

长期预防策略需结合个人生活习惯与环境因素制定个性化方案。定期进行视力检查与眼镜度数调整，确保视野清晰度；避免服用可能引起头晕或直立性低血压的药物，若必须使用则需注意缓慢改变体位；居住环境应消除门槛、松动地毯等隐患，在卫生间与楼梯处加装防滑垫和扶手；选择合脚且具有良好支撑功能的鞋子，避免穿拖鞋或高跟鞋行走。建议每年进行一次全面体检，特别关注骨骼密度、平衡能力与肌力状况，必要时可借助助行器或护具增强行动安全性。

第七章 其他常见急症的中西医急救

第一节 烧烫伤的紧急处理与中西医结合方案

一、烧烫伤的严重程度判断与“五步法”急救

烧烫伤是日常生活中常见的意外伤害，其严重程度直接关系到后续治疗与康复效果。判断烧烫伤的严重程度主要依据损伤的深度、面积大小、发生部位以及是否合并其他损伤等因素。一般而言，烧烫伤可分为一度、二度和三度。一度烧伤仅伤及表皮层，表现为局部红肿、疼痛，但无水疱；二度烧伤伤及真皮层，可分为浅二度和深二度，前者出现水疱、剧痛，后者痛觉稍迟钝，水疱破裂后基底苍白；三度烧伤则伤及全层皮肤甚至皮下组织，表现为焦痂、无痛觉，皮肤失去弹性。此外，烧伤面积的计算通常采用“九分法”或“手掌法”，以总体表面积百分比进行评估，面积越大、深度越深，伤情越严重。特殊部位如面部、手足、会阴等处的烧烫伤，即使面积较小，也可能因功能影响而视为严重伤情。若伴有吸入性损伤、化学烧伤或电击伤等情况，则需额外警惕系统性并发症。

在烧烫伤发生的初始时刻，采取正确且迅速的急救措施至关重要，中西医结合提倡的“五步法”急救为现场处理提供了清晰、实用的指导。第一步为“冲”，即立即用流动的冷水冲洗伤处十五至三十分钟，以降低局部温度，减轻热力对组织的持续损伤，缓解疼痛和肿胀，但需注意避免水流过猛导致皮肤破损。第二步为“脱”，是指在冷却处理后小心去除伤处的衣物或饰品，必要时可剪开衣物，避免强行撕扯造成二次伤害，如果衣物与伤口粘连，应保留粘连部分，交由专业人员处理。第三步为“泡”，将烧伤部位持续浸泡于冷水中，进一步镇痛和减少渗出，但需注意浸泡时间不宜过长，以免导致体温过低或伤口感染。第四步为“盖”，使用无菌敷料或清洁的棉布遮盖伤处，保护创面，防止污染，切忌使用棉花或有絮状物的材料直接接触伤口。第五步为“送”，尽快将伤员送至专业医疗机构进行进一步诊治，尤其是对于二度以上烧伤、大面积烧伤或特殊部位烧伤的患者，途中需保持伤员平稳，注意保暖和观察生命体征。



从中医角度来看，烧烫伤属于“火毒”外伤，易伤津耗气，甚至内陷营血，因此急救时需兼顾局部与整体。在冷水冲洗的基础上，可选用清热解毒、生肌敛疮的中药外用，如黄连、地榆、大黄等研末调敷，但需注意避免盲目涂抹民间偏方，以免加重损伤或引起感染。现代医学强调早期液体复苏、抗感染与创面处理，而中医则注重调理气血、扶正祛邪，二者结合可为患者提供更全面的康复策略。总之，烧烫伤的急救贵在迅速、科学，正确判断伤情并严格执行“五步法”，能够有效减轻伤害、预防并发症，为后续治疗赢得宝贵时间。

二、中医清热解毒、生肌止痛方剂的应用

在烧烫伤的紧急处理过程中，中医清热解毒、生肌止痛方剂的应用具有重要意义。中医理论认为，烧烫伤属于“火毒”或“热毒”范畴，其病机主要为火热之邪侵袭肌肤，导致局部气血瘀滞、经络阻塞，进而引发红肿、疼痛、水疱甚至溃烂等症状。因此，治疗上应以清热解毒、活血化瘀、生肌敛疮为核心原则，通过内服或外用方剂，促进创面愈合，缓解疼痛，并预防感染。

清热解毒类方剂常用于烧烫伤初期，以清除热毒、减轻炎症反应。例如，黄连解毒汤是经典方剂之一，由黄连、黄芩、黄柏和栀子组成，具有强烈的清热泻火、解毒消肿作用。临床应用时，可根据患者体质和烧伤程度调整剂量，内服后可有效抑制局部红肿热痛，减少渗出，防止毒邪内陷。此外，银花、连翘、蒲公英等单味药材也常配伍使用，制成煎剂或外敷药膏，发挥抗菌消炎、控制感染的效果。

生肌止痛类方剂则侧重于促进创面修复和缓解疼痛。生肌散是代表方之一，主要成分包括乳香、没药、血竭和冰片等，具有活血化瘀、消肿生肌的功效。外用时，可将药粉撒于创面，或调制成膏剂敷贴，能有效刺激肉芽组织生长，加速上皮细胞再生，从而缩短愈合时间。同时，方中的止痛成分如延胡索、白芷等，能通过疏通经络、调和气血，显著减轻患者的疼痛感。

中西医结合方案在烧烫伤处理中强调辨证施治与整体调节。例如，对于轻度烧烫伤，可优先采用中药外敷，如湿润烧伤膏（主要含黄连、地榆等），结合现代消毒清创技术，避免创面感染。对于中度或重度烧烫伤，则需内服中药方剂配合西医抗休克、补液及抗生素治疗，以增强机体抗病能力，减少并发症。此外，针灸和推拿等中医外治法也可作为辅助手段，通过刺激特定穴位（如合谷、足三里），调节气血，缓解疼痛和焦虑。

值得注意的是,中医方剂的应用需根据个体差异和烧伤深度进行个性化调整。例如,儿童或体弱者应减少苦寒药物的用量,以防损伤脾胃;而深二度或三度烧伤则需谨慎外用油性膏剂,避免阻碍渗出物排出。总之,中医清热解毒、生肌止痛方剂不仅丰富了烧烫伤的急救手段,还通过多靶点、整体性的治疗理念,为患者提供了更加安全、有效的康复方案。在临床实践中,清热解毒类方剂的应用需结合烧烫伤的具体分期进行针对性调整。初期热毒炽盛阶段,应以苦寒泻火为主,如使用犀角地黄汤加减,既可清解血分热毒,又能凉血散瘀,防止火毒内攻脏腑。中期热毒渐退而阴液耗伤时,则需在清热解毒基础上加入养阴生津之品,如沙参、麦冬、石斛等,以润泽创面,促进组织修复。后期腐肉未脱、新肉未生之际,宜选用托毒生肌之剂,如黄芪、当归配合金银花,既能补益气血,又可清解余毒,为创面愈合创造有利条件。

外用方剂的制剂工艺对疗效具有重要影响。传统散剂需研至极细,过120目筛,使药粉能均匀附着于创面,形成保护膜。膏剂则讲究“薄贴”技艺,以麻油或凡士林为基质,文火熬制药油,达到“滴水成珠”的标准后再加入药粉,这样制成的膏体渗透性强,既能保持创面湿润环境,又不会阻碍渗出物排出。现代制剂技术还开发出喷雾型、凝胶型等新剂型,如银黄喷雾剂、芦荟凝胶等,更加便于创面护理和换药操作。

辨证用药时需特别注意体质差异与兼夹病证。素体阳虚者虽见热毒之象,亦不可过用寒凉,应佐以肉桂、炮姜等温阳之品,防止冰伏邪气。兼有湿邪者可见创面渗出黏稠、周边水肿,需加入茯苓、泽泻等利湿健脾药物。对于疼痛剧烈者,可在方中加入全蝎、蜈蚣等虫类药,通络止痛效果显著,但需严格控制剂量,避免毒性反应。

现代药理研究证实,许多清热解毒中药具有多重治疗机制。黄连所含小檗碱能抑制金黄色葡萄球菌等常见创面感染菌,同时下调肿瘤坏死因子- α 等炎性因子表达。紫草提取物紫草素可促进成纤维细胞增殖和胶原蛋白合成,加速创面收缩。血竭中的血竭素具有类凝血酶作用,能形成保护性假膜,减少血浆渗出。这些研究为传统方剂的临床应用提供了科学依据。

值得注意的是,严重烧烫伤患者往往伴有全身性病理改变,此时单纯外用中药难以奏效,必须采用中西医结合的系统治疗方案。在西医抗感染、维持水电解质平衡的基础上,配合中药辨证施治,如用生脉散益气养阴防止休克,桃红四物



汤活血化瘀改善微循环，不仅能显著降低并发症发生率，还能通过整体调节增强机体自我修复能力，为患者康复提供全面保障。

三、西医创面处理与感染预防措施

在处理烧烫伤创面时，西医的首要步骤是立即用流动的冷水冲洗受伤部位，持续约 15~20 分钟，以迅速降低局部温度，减轻组织损伤深度。冲洗过程中应避免使用冰块直接接触皮肤，以防造成冻伤或加重组织缺血。随后，需轻柔地移除创面周围的衣物或饰品，但若衣物已与创面粘连，则不应强行撕扯，以免造成二次损伤。对于水疱的处理，西医主张保持其完整性，若水疱较大或位于关节等活动频繁部位，可在严格消毒条件下用无菌针头穿刺引流，但务必保留疱皮以保护创面基底。

创面清洁是预防感染的关键环节，通常使用生理盐水或稀释的碘伏溶液进行温和冲洗，去除污物和坏死组织。清洁后，根据烧伤深度和面积选择适当的敷料。浅度烧伤可涂抹含银离子的乳膏或磺胺嘧啶银软膏，这类药物能有效抑制细菌生长并形成保护膜；深度烧伤则需使用藻酸盐或水胶体敷料，以保持创面湿润环境并促进肉芽组织生长。对于大面积或重度烧伤，可能需采用封闭式负压引流技术，持续清除渗出液并减少细菌定植风险。

感染监测与预防需贯穿整个治疗过程。每日观察创面周围是否出现红肿加剧、脓性分泌物、异常疼痛或发热等感染征象。常规预防性使用抗生素并非首选，但对于污染严重、延迟处理或免疫功能低下的患者，可酌情口服或静脉给予广谱抗生素。破伤风抗毒素的注射不可或缺，尤其当创面被土壤或锈蚀物污染时，必须评估并补种疫苗。

环境控制同样重要，保持创面覆盖与定期更换敷料能有效阻隔外界病原体。更换敷料时需严格执行无菌操作，操作者应戴无菌手套，使用消毒器械，避免交叉感染。对于住院患者，病房空气消毒与隔离措施需到位，特别是耐药菌感染风险较高的医疗场所。此外，营养支持不可忽视，高蛋白、高维生素饮食有助于增强机体免疫力，加速创面愈合。

若创面出现感染迹象，应立即进行细菌培养与药敏试验，针对性选择抗生素。局部感染可加强清创并使用抗菌敷料；全身性感染则需静脉给药并结合液体复苏等支持治疗。严重感染或坏死组织较多的创面可能需手术清创甚至植皮，以彻底

控制感染源并修复组织缺损。在整个过程中，密切观察患者全身反应，如精神状况、尿量及血液指标变化，及时发现并处理脓毒症等严重并发症。

四、中西医结合在烧烫伤急救与愈合中的协同作用

在烧烫伤急救与愈合过程中，中西医结合展现出显著的协同优势，通过现代医学的快速干预与传统医学的整体调理相结合，能够有效减轻患者痛苦、加速创面愈合并减少并发症。现代医学在烧烫伤急救中强调立即冷却、防止感染与维持体液平衡，例如使用冷水冲洗创面以降低局部温度，减轻组织损伤，并应用无菌敷料覆盖以避免细菌侵入。与此同时，中医则从整体辨证出发，认为烧烫伤属于“火毒”侵袭，易导致气血瘀滞、津液亏损，因此采用清热解毒、活血化瘀、生肌敛疮的治法，内外兼治以促进恢复。

在急救初期，西医处理迅速控制损伤程度，而中医则可辅助减轻炎症反应与疼痛。例如，在冷却处理后，可局部涂抹具有清热解毒功效的中药膏剂，如黄连膏或紫草膏，这些药物能抑制细菌生长、减轻红肿，并通过活血作用改善局部微循环。此外，中医内服方剂如犀角地黄汤或银花解毒汤，可根据患者体质进行辨证加减，以清解热毒、养阴生津，从而预防或减轻休克等全身反应。这种结合不仅提升了急救效果，还为后续愈合创造了有利条件。

进入愈合阶段，中西医的协同作用更为突出。西医通过清创、植皮及抗生素应用控制感染与促进肉芽组织生长，而中医则注重调节整体气血、增强机体自愈能力。例如，内服益气养血的中药如八珍汤或当归补血汤，可改善患者营养状态，加速上皮细胞再生；外用生肌散或象皮膏等敛疮生肌药物，能促进创面愈合、减少疤痕形成。此外，针灸与推拿等中医外治法也可辅助应用，通过刺激经络、调和气血，缓解疼痛并改善局部血液循环。

研究表明，中西医结合治疗烧烫伤能显著缩短愈合时间、降低感染率及疤痕发生率，尤其在深二度及以上烧烫伤中效果更为明显。例如，某些临床案例显示，结合中药外敷与西医标准换药的患者，其创面愈合速度较单一西医治疗组提高约20%，且疼痛评分明显下降。这种协同模式不仅体现了“急则治标、缓则治本”的中医理念，也融合了现代医学的精准干预，为患者提供了更为全面与个性化的康复方案。

总体而言，中西医结合在烧烫伤救治中实现了优势互补，既通过西医急救措



施快速控制病情，又利用中医整体观与辨证论治促进长期恢复，最终达到减轻痛苦、优化预后、提升生活质量的目标。这一模式值得在临床实践中进一步推广与深化。

第二节 中暑与热射病的中西医急救措施

一、中暑、热射病的早期症状与快速鉴别

中暑与热射病是高温环境下常见的急症，其早期症状的识别与快速鉴别对于及时救治至关重要。中暑通常表现为头晕、头痛、恶心、呕吐、面色潮红、皮肤灼热、大量出汗等症状，患者可能感到全身乏力、心跳加快，但神志一般保持清醒。热射病则是中暑的严重类型，其早期症状包括体温急剧升高，往往超过四十摄氏度，皮肤干燥无汗，患者可能出现意识模糊、烦躁不安、抽搐甚至昏迷等神经系统异常表现。快速鉴别中暑与热射病的关键在于观察患者的出汗情况、体温水平及意识状态，中暑患者通常还有出汗能力，而热射病患者因体温调节中枢失效，常表现为无汗状态。

在高温高湿环境中长时间活动或劳动的人群尤其需要警惕这些早期症状。例如，在夏季户外作业或运动时，若出现大量出汗伴随心慌、乏力，应高度怀疑中暑；若发现他人突然停止出汗，同时伴有高热和意识障碍，则需考虑热射病的可能。早期识别还包括注意环境因素与个体差异，如老年人、儿童、慢性病患者及服用某些药物（如利尿剂、抗抑郁药）的人群更易发生热射病，其症状可能更为隐匿且进展迅速。

中西医视角下，早期症状的观察重点略有不同。中医强调“暑邪”致病，常将中暑归为“阳暑”或“阴暑”，早期可表现为口渴喜饮、小便短赤、舌红苔黄等热象，或兼有恶寒、头重如裹等湿邪困阻的表现。西医则注重体温、心率、血压等生理指标的监测，尤其是核心体温的升高与神经系统症状的出现，是鉴别热射病的重要依据。快速鉴别时，应结合环境史、症状特点及体征变化，若患者暴露于高温环境且出现上述典型表现，应立即采取降温措施并寻求医疗援助。

此外，早期症状的快速鉴别还需排除其他可能引起类似表现的疾病，如低血糖、脑卒中、感染性疾病等。中暑与热射病的特异性在于其与高温环境的明确关

联，且降温处理后症状多能缓解。因此，在急救现场，通过简要询问病史、观察皮肤湿度与体温、评估意识水平，可以初步区分中暑与热射病，并为后续的中西医结合救治提供依据。及时、准确的早期识别不仅能防止病情恶化，还能显著降低死亡率与并发症风险。在高温环境下，若患者出现早期症状，应立即将其转移至阴凉通风处，解开衣物以利散热，并迅速补充含电解质的清凉饮品，但需避免一次性过量饮水以免引发呕吐。对于中暑患者，可采用湿毛巾擦拭身体、扇风等物理降温方式，同时密切观察其意识与出汗情况的变化。若患者症状持续或加重，尤其是出现高热无汗、意识障碍等热射病征象时，须立即拨打急救电话，并在等待专业救援的过程中持续实施降温措施，如用冰袋敷于颈部、腋下及腹股沟等大血管分布区域。

中医急救方法强调“清热解暑”，可选用刮痧或针刺人中、十宣等穴位以开窍醒神，同时配合服用藿香正气水、十滴水等中成药缓解症状。西医急救则以快速降温为核心，需监测患者体温，若超过 39°C ，应积极采用冷水浸泡、冰敷等手段，力争在半小时内将体温降至 38.5°C 以下。需要注意的是，热射病患者切忌使用退热药物，因其可能加重肝脏损伤或引发其他并发症。

现场急救过程中，还需评估患者有无呕吐风险，若意识不清，应将其置于复苏体位以防误吸，并持续观察呼吸与循环状态。对于出现抽搐的患者，需保护其头部及肢体，避免意外伤害，但不可强行约束动作。急救人员应记录患者症状出现的时间、环境温度及已采取的干预措施，以便向医护人员提供详细病史。

总之，中暑与热射病的现场急救需争分夺秒，以快速降温、维持生命体征稳定为核心，结合中西医适宜技术，为后续专业治疗争取宝贵时间。公众应掌握这些基本急救技能，尤其在高温季节户外活动时，提前准备防暑物资并注意自我保护，能有效降低急症发生风险。

二、西医快速降温与补液的急救方法

当发生中暑或热射病时，西医急救的首要任务是迅速降低患者的核心体温，同时纠正因大量出汗导致的脱水与电解质紊乱。快速降温是抢救成功的关键环节之一，因为持续高热会严重损害中枢神经系统及多器官功能，甚至危及生命。常用的物理降温方法包括将患者迅速转移至阴凉通风处，解开或脱去过多衣物，用凉水喷洒或湿毛巾擦拭全身，尤其是大血管分布区域如颈部、腋窝及腹股沟等处，



以促进散热。若条件允许,可使用冰袋或冰毯进行局部冷敷,但需注意避免冻伤皮肤。对于重症热射病患者,还可采用冰盐水灌胃或静脉输注低温液体的方法进行体内降温,但这一措施需在医疗监护下实施,以防发生心律失常等并发症。

补液治疗同样至关重要,因为中暑患者往往存在显著的血容量不足和电解质失衡。对于意识清醒且能够自主饮水的患者,应鼓励其饮用含电解质的溶液,如口服补液盐溶液或运动饮料,以补充丢失的水分和钠、钾等矿物质。然而,若患者出现意识障碍、频繁呕吐或无法经口摄入足够液体时,需立即建立静脉通路,进行快速补液。通常首选生理盐水或乳酸林格液,初始输液速度可适当加快,以尽快恢复有效循环血量,但需密切监测患者的心肺功能,避免因输液过快导致心力衰竭或肺水肿。

在实施降温与补液的同时,需持续监测患者的生命体征,包括体温、心率、血压、呼吸及意识状态。若体温过高且物理降温效果不佳,可考虑使用药物辅助降温,如非甾体抗炎药或冬眠合剂,但需严格掌握适应症和剂量,避免掩盖病情或引发不良反应。此外,对于出现抽搐、休克或多器官功能衰竭的危重患者,应及时转入重症监护病房,进行综合支持治疗,如呼吸机辅助通气、血液净化或血管活性药物应用等。

值得注意的是,快速降温过程中应避免过度降温导致体温过低,一般建议将核心体温降至 38.5°C 左右即可减缓降温速度,以防发生后续的低体温反应。补液时也需根据患者的实际失水情况、电解质检测结果及尿量调整输液种类和速度,实现个体化治疗。总之,西医急救在中暑与热射病的处理中强调“快、准、稳”,通过迅速有效的降温和科学合理的补液,最大程度地减少高温对机体的损害,为患者争取宝贵的救治时间。在实施快速降温与补液治疗的同时,密切监测患者的神经系统症状及并发症风险亦不可忽视。由于高温可直接损伤脑细胞及血脑屏障,患者可能出现谵妄、躁动或嗜睡等意识改变,此时需加强安全防护,防止意外损伤。若患者发生抽搐,应立即采取保护性措施,如放置软垫于头部周围、清除口腔分泌物保持呼吸道通畅,并酌情使用镇静药物如地西泮静脉注射,但需注意其对呼吸的抑制作用。对于持续高热伴颅内压增高征象者,可考虑头部选择性降温或甘露醇脱水治疗,以减轻脑水肿。

循环系统管理是另一关键环节,高温导致外周血管扩张及大量体液丢失易引发低血容量性休克。除快速补液外,需动态监测中心静脉压、尿量及皮肤灌注情

况，评估血管内容量状态。若血压仍难以维持，可适时应用血管活性药物如多巴胺或去甲肾上腺素，以提升平均动脉压、保证重要脏器血流灌注。同时，高温可能直接损伤心肌细胞，诱发心律失常或心肌酶谱升高，因此需定期行心电图及心肌标志物检查，早期发现并处理心脏并发症。

肾功能保护同样重要，因高热、脱水及横纹肌溶解（常见于劳力性热射病）均可导致急性肾损伤。密切观察尿色、尿量及尿比重变化，若出现肌红蛋白尿或无尿，需充分水化并碱化尿液，必要时尽早启动连续性肾脏替代治疗，以清除肌红蛋白及炎症介质。肝功能损害亦常见于重症患者，表现为转氨酶升高、黄疸甚至凝血功能障碍，需给予保肝药物及新鲜冰冻血浆补充凝血因子。

此外，凝血功能紊乱是热射病危重阶段的突出表现，高温可激活凝血系统，导致弥散性血管内凝血。应定期检测凝血酶原时间、纤维蛋白原及血小板计数，对于明显高凝状态或出血倾向者，需根据情况输注血小板、凝血因子或抗凝治疗。感染防控亦不容忽视，因肠道缺血缺氧可能导致细菌移位，引发脓毒症，故需早期经验性使用抗生素并加强无菌操作。

最终，患者病情稳定后仍需持续监护 48~72 小时，因部分器官损伤可能呈延迟性表现。康复阶段应逐步恢复饮食及活动，并开展健康宣教，指导患者避免高温环境下剧烈运动、及时补充水分及电解质，预防再次发生中暑。通过多系统协同干预与长期随访，方能全面提升救治成功率并改善患者预后。

三、中医刮痧、拔罐与清暑解毒方剂的应用

在中医理论体系中，中暑与热射病多归属于“暑温”“暑厥”范畴，其病机核心在于暑热之邪侵袭人体，导致气阴两伤、清窍蒙蔽或热陷心包。针对此类急症，中医除了采用针刺、放血等急救技术外，刮痧、拔罐与清暑解毒方剂的联合应用亦显示出独特优势。这些方法通过疏通经络、驱邪外出、清热解毒等多重途径，能有效缓解症状、调节机体平衡，并为后续治疗创造条件。

刮痧作为中医外治法的重要组成部分，在中暑急救中具有操作简便、起效迅速的特点。其原理在于通过特制刮板在体表特定部位（如背部膀胱经、颈部、肘窝等）反复刮拭，使局部毛细血管扩张，形成皮下瘀血（即“出痧”），从而促进邪热外透、疏通腠理、调节气血运行。具体操作时，患者需取俯卧位或坐位，暴露背部皮肤，涂抹适量润滑介质（如香油或刮痧油），以均匀力度从上至下刮



拭脊柱两侧的膀胱经区域，重点刺激心俞、肺俞、厥阴俞等穴位。通常刮至皮肤出现紫红色或暗红色痧点即可停止，整个过程需注意避风保暖，刮后饮温开水以助排毒。临床实践表明，刮痧能迅速降低体表温度、缓解头痛头晕、恶心呕吐等中暑症状，尤其适用于暑热犯表、气机壅滞的轻中度中暑患者。

拔罐疗法则以负压吸附作用为核心，通过罐具对体表穴位形成局部充血或瘀血刺激，达到祛风散寒、活血通络、解毒泄热的效果。对于热射病患者，常采用刺络拔罐法：先用三棱针或采血针在大椎、委中、十宣等穴位点刺出血，随即拔上火罐，利用负压吸出少量血液，使暑热毒邪随血外泄。此法能直接清泻营血分热毒，对于高热神昏、烦躁谵语等重症有“急则治标”之效。此外，在背部膀胱经走罐（即推动罐具上下移动）也可疏通太阳经气，助邪从表而解。需要注意的是，拔罐时间不宜过长，一般留罐 5~10 分钟，体质虚弱者应缩短时间；起罐后需清洁皮肤并避免受凉。

清暑解毒方剂的内服则是从脏腑层面调和阴阳、清除暑邪的关键措施。经典方剂如“清暑益气汤”针对暑热伤津耗气之证，以西洋参、麦冬益气生津，黄连、竹叶清热除烦，西瓜翠衣解暑透热，全方共奏清暑热、复气阴之效。“白虎加人参汤”则适用于高热大汗、渴欲饮水的气分热盛证，生石膏、知母清阳明经热，粳米、甘草护胃和中，人参益气保津。对于暑热挟湿者，“新加香薷饮”以香薷、厚朴解表化湿，银花、连翘清热解毒，扁豆花和中消暑。这些方剂需根据患者具体证型辨证选用，煎服时宜轻煎频服，以免药性耗散。

值得注意的是，刮痧、拔罐与内服方剂的联合应用需遵循“辨证施治”原则。例如，对于表闭无汗的阳暑证，可先刮痧开泄腠理，再服香薷饮发汗解表；对于热入营血的神昏患者，则应急刺络拔罐泄热醒神，同时灌服安宫牛黄丸或紫雪丹开窍解毒。现代研究亦证实，刮痧能调节免疫炎症反应，拔罐可改善局部微循环，而清暑方剂中的生物碱、苷类成分具有解热、抗氧化的药理作用，三者协同能显著降低核心体温、减轻器官损伤。

然而，这些中医急救措施的应用需严格把握禁忌症：刮痧与拔罐不适用于皮肤溃烂、出血倾向或极度虚弱者；清暑方剂中寒凉药物较多，脾胃虚寒者需慎用。在热射病危重情况下，中医外治与内服法应作为西医降温、补液等核心治疗的辅助手段，通过中西医结合实现优势互补，最大限度提升救治成功率。

四、中暑的预防与健康教育

中暑是一种常见的热相关疾病，其发生与环境高温、高湿及个体因素密切相关。预防中暑的关键在于增强公众对高温环境的认知与应对能力，通过科学的生活方式与行为调整，有效降低中暑风险。首先，应注重环境温度的监测与调节，在高温天气尽量减少户外活动时间，尤其是中午至下午的高温时段。如需外出，应选择透气、浅色的衣物，并佩戴宽边帽或使用遮阳伞，以减少直接日照对身体的热负荷。此外，保持室内通风与适宜温度同样重要，可通过使用风扇、空调或定时开窗换气等方式，避免室内温度过高导致热量积聚。

其次，合理补充水分与电解质是预防中暑的核心措施。高温环境下人体通过汗液大量流失水分和盐分，若不及时补充，极易引发脱水与电解质紊乱。建议每日饮水量不少于两千毫升，并可根据出汗情况适当增加。饮水应分次、适量，避免一次性大量饮水导致胃肠不适。同时，可适量摄入含电解质的饮品或食物，如淡盐水、运动饮料或富含钾、钠的水果蔬菜，以维持体内水盐平衡。需特别注意，避免饮用过多含糖或含咖啡因的饮料，这类饮品可能加速水分流失。

再次，个体差异与健康状况也是中暑预防中需重点关注的方面。老年人、儿童、慢性病患者及户外工作者属于中暑高危人群，应加强健康管理与防护。对于老年人，由于其体温调节功能较弱，需特别避免长时间处于高温环境，并定期监测体温与水分补充状态。儿童活泼好动，易忽略补水与休息，家长与教育者应加强监督与引导，确保其在高热天气中的安全。慢性病患者如心血管疾病、糖尿病或肾脏疾病患者，因疾病本身或药物影响可能更易中暑，需遵医嘱调整生活习惯与药物使用。户外工作者应合理安排工作时间，采取轮班制或避开高温时段作业，并配备必要的防暑降温设备。

健康教育在预防中暑中扮演着至关重要的角色。公众应通过多种渠道获取防暑知识，如社区宣传、媒体报道、学校教育及专业机构指导等。内容可涵盖中暑的早期识别、应急处理方法及长期预防策略。例如，教导民众识别中暑的先兆症状，如头晕、乏力、恶心等，并及时采取降温、补水等措施。同时，推广简易的防暑技巧，如利用湿毛巾冷敷颈部、手腕等大血管分布区域，以加速散热。此外，鼓励家庭与单位备置防暑药品，如十滴水、藿香正气水等，并在专业人员指导下合理使用。



最后，社会与政策层面的支持也不可或缺。政府及相关部门应加强高温天气的预警与应急响应机制，通过气象预报、公共卫生提示等方式，及时向公众发布高温风险信息。工作场所与公共场所应落实防暑降温措施，如提供休息区、饮用水及急救设备，并为员工或访客创造安全舒适的环境。社区可组织防暑知识讲座或演练，提升居民的自救互救能力。综上所述，中暑的预防是一项系统工程，需要个人、家庭、社区及政府多方协作，通过科学的方法与全面的健康教育，共同构建应对高温疾病的防护网。

第三节 癫痫发作与过敏反应的急救要点

一、癫痫发作现场的保护与处理禁忌

癫痫发作是一种突发的神经系统功能紊乱，常表现为意识丧失、肢体抽搐、口吐白沫等症状。在癫痫发作的现场，首要任务是确保患者周围环境安全，迅速移除可能导致伤害的硬物、尖锐物品或热源，防止患者在抽搐过程中碰撞受伤。同时，应协助患者平卧，尽量选择柔软平坦的地面或垫上衣物、毛巾等软物，避免头部直接撞击硬物。如果患者佩戴眼镜，应及时取下，以免碎裂造成二次伤害。

在保护患者的过程中，有几项重要的处理禁忌需要特别注意。首先，绝对不可强行按压或束缚患者的肢体，这种做法不仅无法阻止抽搐，反而可能导致患者关节脱臼、肌肉拉伤甚至骨折。其次，切勿将任何物品（如勺子、毛巾、手指等）强行塞入患者口中，民间流传的“防止咬舌”做法实际上极易造成患者牙齿损伤、口腔黏膜破裂或异物误入气道引发窒息。现代医学研究表明，癫痫发作时舌根后坠的情况较为罕见，强行塞物风险远大于益处。最后，不要在患者抽搐时尝试喂水、喂药或进行心肺复苏，这类操作可能引起误吸或干扰患者自然的恢复过程。应保持冷静，记录发作开始时间，并观察发作形式及持续时间，这些信息对后续医疗诊断具有重要参考价值。通常情况下，癫痫发作会在几分钟内自行停止，待抽搐结束后，将患者置于稳定侧卧位，有助于保持呼吸道通畅，防止唾液或呕吐物阻塞气道。

如果发作时间超过五分钟，或连续多次发作，或患者伴有外伤、呼吸困难、怀孕等特殊情况，应立即呼叫急救电话，寻求专业医疗援助。在等待救援期间，

应持续观察患者生命体征，并做好陪伴与安抚，避免人群围观，保持空气流通。通过科学、冷静的现场处理，能够最大程度减少癫痫发作对患者造成的二次伤害，为后续医疗干预创造有利条件。在癫痫发作结束后，患者常会经历一段意识模糊或极度疲劳的恢复期，此时应保持环境安静，避免过多询问或移动患者，给予充分休息时间。家属或施救者需密切观察患者呼吸、面色及意识状态，若出现长时间意识未恢复或呼吸异常，应及时联系医疗人员。对于已知癫痫病史的患者，发作后应协助其按时服用常规抗癫痫药物，并记录本次发作情况，便于复诊时与医生沟通调整治疗方案。

日常生活中，癫痫患者及家属应注重预防措施落实，如保持规律作息、避免过度疲劳、减少闪光刺激及情绪剧烈波动。建议患者随身携带病情卡片，注明基本信息、诊断结果、常用药物及紧急联系人，以便突发情况下他人可迅速提供针对性帮助。定期随访神经专科医生，根据病情变化调整治疗计划，是控制发作频率及减轻症状的关键。

社会公众对癫痫的正确认识与理解同样重要，应消除歧视与误解，倡导为患者提供包容与支持的环境。通过普及急救知识，提高大众对突发癫痫的应对能力，能够在紧急情况下为患者争取更多生存与康复的机会。癫痫虽然是一种慢性疾病，但通过规范治疗、科学护理与良好的社会支持，多数患者可以较好地控制病情，提高生活质量。

二、过敏反应的识别与肾上腺素自动注射器的使用

过敏反应是一种可能危及生命的紧急情况，通常由食物、药物、昆虫叮咬或其他过敏原引发。其典型症状包括皮肤出现荨麻疹或红肿、呼吸急促或困难、喉咙发紧或声音嘶哑、面部或嘴唇肿胀、头晕或意识模糊，严重时可能出现血压急剧下降甚至休克。识别过敏反应的关键在于观察症状是否迅速出现并加重，尤其是在接触可疑过敏原后的数分钟至半小时内。患者可能表现出焦虑、面色苍白、出汗等体征，儿童则常见烦躁不安或突然哭泣。及时识别这些信号对采取急救措施至关重要，可显著降低生命危险。

肾上腺素自动注射器是处理严重过敏反应的首选急救设备，其核心成分肾上腺素能迅速收缩血管、放松气道平滑肌，从而缓解呼吸困难并提升血压。该设备通常设计为笔型，便于非专业人员操作。使用前需确认患者症状符合严重过敏反



应指征，并立即拨打急救电话。操作时，首先拔除注射器安全盖，将橙色或黑色端紧贴患者大腿外侧中部，用力按压直至听到“咔嗒”声，保持原位约十秒以确保药物完全注入。注射后应轻轻按摩注射区域以促进吸收，并记录使用时间。需注意，注射器仅限单次使用，且严禁注射于臀部、手指或衣物上。

使用肾上腺素自动注射器后，必须持续监测患者状况并做好后续处理。即使症状暂时缓解，仍需等待专业医疗人员到场，因为部分患者可能需要二次注射或进一步治疗。应帮助患者保持平卧位，抬高双腿以促进血液回流，若存在呼吸困难可调整为半坐位。密切观察呼吸、脉搏及意识状态，记录病情变化以备向医护人员汇报。同时，需确认过敏原并避免再次接触，提醒患者事后进行过敏原检测并随身携带医疗警示标识。定期检查注射器的有效期及液体是否澄清，确保设备处于可用状态。普及该设备的使用知识对家庭、学校及公共场所的急救准备具有重要意义。肾上腺素自动注射器的普及与培训是提升公众急救能力的重要环节，尤其在学校、餐馆和公共场所应配备该设备并对工作人员进行定期操作演练。培训内容需涵盖过敏反应的识别、注射器的正确使用步骤以及后续处理措施，通过模拟实战场景增强应对突发情况的信心与熟练度。社区医疗机构可组织公益讲座，向家长、教师和食品从业者演示注射技巧，并强调“黄金抢救时间”内迅速行动的重要性。同时，应鼓励过敏体质者家属参与培训，确保家庭环境中具备即时施救能力。

设备的管理与维护同样不可忽视，需建立定期检查制度以确保注射器处于有效状态。每三个月需核对有效期，观察药液是否变色或沉淀，若出现异常应立即更换。储存时应避免阳光直射或极端温度环境，防止药物失效。建议在家庭药箱、办公室急救包及随身背包中分别存放备用设备，并标注醒目提示标签。对于儿童患者，学校需与家长签署应急使用协议，明确授权工作人员在紧急情况下实施注射。

社会支持体系的构建需要多方协作，包括政策推动、医保覆盖和公众教育。政府部门可将肾上腺素自动注射器纳入公共场所强制配备清单，并对采购给予补贴。医保体系可考虑将严重过敏患者携带注射器的费用纳入报销范围，减轻经济负担。媒体宣传应注重案例科普，通过真实救援故事提高公众对过敏反应危险性的认知。此外，开发手机应用提供过敏原查询、急救导航和设备提醒功能，能进一步提升应急响应效率。

最终，全民急救意识的提升需要长期投入与系统化建设，从儿童教育阶段即引入过敏防治知识，培养一代人具备自救互救能力。通过医疗机构、社区组织与学校的联动，形成覆盖全社会的急救网络，让每一个突发过敏反应的个体都能在第一时间获得有效救助。

三、中医在癫痫和过敏反应中的辅助急救理念

中医在癫痫与过敏反应的急救过程中，虽非主导，却具有独特的辅助作用，其理念强调“急则治标，缓则治本”，在急性发作期以平肝熄风、开窍醒神、调和气血为主，缓解期则注重整体调理与体质改善。对于癫痫发作，中医认为其病机多与肝风内动、痰浊蒙窍、气血逆乱相关。急救时可采取针刺或指压人中、合谷、内关等穴位，以开窍醒神、平息肝风；若条件允许，可配合安宫牛黄丸等中成药以清热化痰、开窍定惊。需要注意的是，中医急救措施需在确保患者安全、避免二次伤害的前提下进行，且不可替代现代医学的紧急处理。

对于过敏反应，中医将其归为“风邪袭表”“营卫不和”或“正气不足”所致，急症时表现为皮肤瘙痒、水肿、气喘等。辅助急救可选用针刺曲池、血海、足三里等穴位，以祛风止痒、调和营卫；若属寒性过敏，可艾灸神阙、关元以温阳固表。中药方面，可根据辨证选用防风通圣散、玉屏风散等方剂加减，但需注意急性严重过敏反应必须以现代医学肾上腺素等治疗为首选，中医仅为辅助调理。

中医强调“治未病”理念，在癫痫与过敏的预防与长期管理中具有重要价值。通过辨证施治，调理肝脾、益气固表、改善体质，可减少发作频率与严重程度。例如，癫痫患者平日可服用法风化痰、平肝潜阳之品；过敏体质者则注重健脾益气、祛风固表。整体而言，中医在急救辅助及后续康复中体现其整体观与辨证论治的优势，为患者提供更多元、更个性化的健康管理选择。在癫痫发作的急性期，中医急救措施的实施需严格遵循操作规范，首要确保患者周围环境安全，移开可能造成碰撞的硬物，并使其平卧、头部侧向，防止分泌物阻塞气道。针刺或指压人中穴时，应垂直快速进针或用力按压，以刺激神经末梢，促进意识恢复；合谷与内关穴则侧重于调节气血、平肝熄风，可通过持续揉压缓解肢体痉挛。若患者牙关紧闭，切忌强行撬开，以免造成损伤；若备有安宫牛黄丸，可化水缓缓灌服，但其适用证需属热闭心包、痰热内盛之象，寒闭或脱证者禁用。需反复强调的是，这些措施需在呼叫急救车的同时进行，且不能延误现代医学的抗癫痫药物治疗。



对于过敏反应的急性处理，中医辅助手段需根据临床表现灵活选择。若患者以皮肤风团、瘙痒为主，针刺曲池、血海可疏风清热、凉血止痒；若伴有喉头水肿或气喘，需优先保障气道通畅，并迅速采用现代医学的肾上腺素与激素治疗。中医穴位刺激此时仅作为辅助缓解手段，例如按压足三里以调和营卫、增强正气。对于寒性体质患者的荨麻疹或过敏性鼻炎发作，艾灸神阙、关元穴可通过温通经脉、散寒固表的作用减轻症状，但需注意避免烫伤。中药方剂如防风通圣散适用于表里俱实之证，玉屏风散则多用于气虚卫表不固之慢性调理，急性严重过敏时均不可作为首选方案。

在急性症状缓解后，中医的“缓则治本”理念逐步凸显其价值。癫痫患者长期管理可依据辨证分型选用中药，如肝风内动者用天麻钩藤饮，痰火扰心者用黄连温胆汤，旨在调节脏腑功能、减少发作频次。过敏体质的调理则注重健脾益气、固护卫表，常用参苓白术散或玉屏风散加减，并配合饮食禁忌，如避免生冷海鲜等发物。此外，针灸与推拿可作为长期康复手段，例如定期艾灸足三里、气海以增强免疫力，或采用耳穴压豆调节自主神经功能。

中医在急救阶段的介入始终需以现代医学为核心，其优势更多体现在预防复发与整体康复阶段。通过辨证论治与个体化调理，中医能够改善患者体质，降低对诱发因素的敏感性，从而形成与现代医学互补的管理模式。例如，癫痫患者在接受抗癫痫药物治疗的同时，配合中药调理可减轻药物副作用；过敏患者则在规避过敏原的基础上，通过益气固表减少发作程度。这种中西医结合的模式，既保证了急性期的安全性，又为长期健康管理提供了更全面的支持。

四、急救后患者的体位管理与持续观察

癫痫发作停止后，患者常处于意识模糊或疲劳状态，此时正确的体位管理至关重要。应将患者安置于稳定侧卧位，即恢复体位，此姿势有助于保持气道通畅，防止舌根后坠或呕吐物误吸入呼吸道，从而降低窒息风险。头部应稍向后仰，下颌微微抬起，以进一步确保呼吸道畅通。若患者身着较紧的衣物，应及时解开领口、腰带等束缚部位，促进呼吸自由和血液循环。同时，应在患者头下垫软物，如折叠的衣物或枕头，避免头部因无意识活动而碰撞硬物，造成二次伤害。需注意避免在患者口中放置任何物品，既往认为需防止咬伤舌头的做法已被证明可能引起牙齿损伤或异物阻塞气道，现代急救指南已明确反对此类操作。

体位安置后，需持续观察患者的生命体征及意识状态变化。密切监测呼吸频率、节律和深度，注意是否存在呼吸暂停、喘息或鼾声等异常情况，这些可能提示气道未完全通畅或呼吸功能未完全恢复。同时应观察皮肤颜色，若出现口唇、指甲发绀，需警惕缺氧可能，必要时准备辅助通气措施。循环系统的评估也不可忽视，可通过触摸桡动脉或颈动脉搏动初步判断心率及节律，注意是否存在脉搏过快、过慢或不规则等情况。体温监测亦很重要，癫痫发作后可能因肌肉过度活动或中枢调节异常出现体温升高，需适时采取物理降温措施。

除生理指标外，行为反应和神经功能的观察同样关键。注意患者意识恢复的进程，从无反应状态至逐渐可应答、定向力恢复的时间及特点。部分患者在发作后可能经历一段意识混乱期，表现为躁动、语无伦次或行为异常，此时需保持环境安静，避免过多刺激，并防止患者因无意识行为导致自伤或伤人。应记录发作持续时间、发作形式及恢复过程中的任何异常表现，这些信息对后续医疗诊断和治疗调整具有重要参考价值。若患者出现连续发作或无间歇期的癫痫持续状态，或单次发作后意识长时间未恢复，需立即寻求专业医疗援助。

在观察期间，应保持患者身体舒适与环境安全。确保周围无尖锐、坚硬物品，防止患者在无意识状态下受伤。若环境温度较低，应注意保暖，避免受凉；若温度较高，则应保持通风，防止中暑。对于已知患有癫痫的患者，家属或陪护人员应记录本次发作的详细情况，包括发作前有无诱因、发作表现形式、持续时间及恢复过程，以便复诊时向医生提供完整信息。若为首次发作，或发作形式与以往不同，更应密切留意并尽快送医进一步检查。整个过程中，陪护人员需保持冷静，给予患者心理支持，用平稳的语气安抚情绪，帮助其平稳度过恢复期。

第四节 急性中毒的识别与初步解毒方法

一、常见中毒物的来源与症状

在日常生活中，中毒事件时有发生，可能源于误食、误吸或接触有毒物质。常见的中毒物来源包括家庭用品、工业化学品、药物过量以及动植物毒素等。家庭环境中，清洁剂、杀虫剂、化妆品及某些装饰材料可能含有害成分，若使用或存放不当，易导致儿童或成人误触误食。工业场所则常见有机溶剂、重金属及有毒气体泄漏，造成职业性中毒。药物方面，过量服用镇静剂、降压药或误食他人



处方药也可能引发中毒反应。此外，部分动植物如毒蘑菇、河豚、某些花卉或昆虫叮咬也可能释放毒素，威胁人体健康。

中毒症状因毒物种类、摄入量和个体差异而异，但通常表现为多个系统的异常反应。消化系统症状较为常见，如恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，多见于误食有毒食物或化学品后。神经系统症状可能包括头晕、头痛、嗜睡、烦躁、抽搐甚至昏迷，这些常与药物过量或神经毒性物质相关。呼吸系统受影响时，可能出现呼吸困难、咳嗽、胸闷，严重时导致呼吸衰竭，尤其见于吸入有毒气体或烟雾。心血管系统症状如心悸、血压波动、心律失常也不容忽视，某些毒物会直接损害心脏功能。皮肤接触毒物后可能出现红肿、瘙痒、水疱或灼痛，而眼睛接触则会引起流泪、红肿和视力模糊。

识别中毒的关键在于及时观察异常表现并结合接触史进行判断。若发现他人突然出现上述症状，且近期有可能接触毒物，应高度警惕中毒可能。例如，儿童误服清洁剂后迅速呕吐和腹痛，或工人在密闭空间作业后出现头晕和呼吸困难，均需考虑中毒。某些毒物还具有特异性表现，如有机磷农药中毒可能伴有瞳孔缩小和大量出汗，一氧化碳中毒则表现为皮肤樱桃红色和意识模糊。及时识别这些症状，有助于为后续急救争取宝贵时间。

在初步处理中毒事件时，应首先确保自身安全，避免直接接触毒物，并迅速将患者移至通风良好处。同时，尽快查明毒物类型和接触方式，保留相关容器或样本以供医疗人员参考。若患者意识清醒，可询问其接触史，但切勿盲目催吐或给药，以免加重损伤。尤其对于腐蚀性毒物或石油类产品，催吐可能导致二次伤害。立即拨打急救电话，并如实告知医护人员可能的中毒信息，是确保患者获得专业救治的重要步骤。在实施初步急救措施后，应密切观察患者的生命体征变化，包括呼吸、脉搏、意识状态和皮肤颜色等。若患者出现呼吸微弱或停止，需立即进行人工呼吸或心肺复苏，以维持基本氧供。对于皮肤接触毒物的患者，应迅速脱去污染衣物，并用大量流动清水冲洗接触部位至少十五分钟，以减少毒物吸收。眼睛接触毒物时，需用生理盐水或清洁温水持续冲洗，并避免揉搓眼睛。若为吸入性中毒，应保持患者呼吸道通畅，必要时给予氧气支持。

对于不同类型的中毒，需采取针对性的急救处理方法。腐蚀性毒物中毒时，不可催吐或洗胃，以免造成消化道穿孔，而应服用牛奶、蛋清或植物油以保护黏膜。有机磷农药中毒者，需及时使用解毒剂如阿托品，并密切观察胆碱能危象症

状。一氧化碳中毒患者应立即转移至通风处，并进行高流量氧气吸入，有条件时尽早采用高压氧治疗。药物过量中毒时，可根据药物性质使用活性炭吸附或特异性解毒剂，但需在医疗指导下进行。

在等待专业医疗救援期间，应持续安抚患者情绪，避免其过度紧张或移动，以免加速毒物扩散。同时，收集并保存好可疑毒物的容器、残留物或呕吐物样本，以便医护人员进行毒物鉴定。切勿随意使用民间偏方或未经证实的方法，如盲目灌服盐水或草药，以免干扰专业救治。记录患者中毒时间、接触方式、已采取的急救措施及症状变化，这些信息对后续治疗具有重要参考价值。

预防中毒的关键在于加强公众安全意识，妥善存放家庭化学品和药品，并标识明确以避免误用。工作场所应严格遵守安全操作规程，配备防护设备并定期进行应急演练。通过教育和宣传，提高人们对常见毒物的识别能力和急救意识，可有效减少中毒事件的发生及其危害。

二、催吐、洗胃等初步解毒方法的适用性与禁忌

在急性中毒的初步处理中，催吐和洗胃是两种常用的物理性解毒手段，其适用性与禁忌情况需严格区分，以确保施救过程的安全有效。催吐主要适用于意识清醒、配合度高的患者，尤其是误食毒物时间较短（通常在一至两小时内）的情况。通过刺激咽喉部或使用药物（如吐根糖浆）诱发呕吐，可迅速排出尚未被吸收的毒物，减少毒物对胃肠道的进一步损害。然而，催吐方法存在明确的禁忌，例如患者已处于昏迷、惊厥或休克状态，或误服腐蚀性毒物（如强酸、强碱）及挥发性烃类物质（如汽油、煤油）时，催吐可能导致二次损伤，如食管穿孔或吸入性肺炎，因此必须禁止使用。

洗胃作为一种更为彻底的胃肠道去污方法，通常需在医疗机构由专业人员操作，适用于中毒时间较长（一般不超过四至六小时）或毒物量较大的情况。洗胃通过插入胃管，注入温水或特定洗胃液（如生理盐水或活性炭悬浊液），反复冲洗以清除残留毒物。此方法对多种常见毒物如药物过量、有机磷农药等具有较好效果，但同样存在严格的禁忌症。若患者有食管静脉曲张、近期胃肠道手术史或严重心肺功能不全，洗胃操作可能引发大出血、穿孔或循环衰竭等严重并发症，故应避免使用。此外，对于腐蚀性毒物中毒者，洗胃可能加重黏膜损伤，需谨慎评估风险。



在实际操作中，中西医结合的理念可进一步提升初步解毒的安全性。例如，中医认为某些毒物属“热毒”或“湿毒”，可配合使用绿豆甘草汤等清热解毒方剂辅助排毒，但需注意此类方法仅作为辅助手段，不可替代现代医学的紧急处理。同时，施救者需密切观察患者生命体征，如出现呼吸抑制、心率失常等状况，应立即终止催吐或洗胃，并优先维持气道通畅及循环稳定。总体而言，初步解毒方法的选择必须基于毒物类型、中毒时间、患者状态及医疗条件综合判断，盲目操作反而可能加剧病情，延误专业救治时机。在催吐与洗胃操作中，施救者需严格掌握技术要点与注意事项，以确保操作过程的安全性与有效性。催吐时，应协助患者取坐位或半卧位，头部略向前倾，避免呕吐物误吸入气道，同时准备容器承接呕吐物以便后续毒物鉴定。操作过程中需密切观察患者面色、呼吸及意识状态，如出现面色青紫、呼吸困难或意识模糊，应立即停止催吐并采取吸痰、给氧等支持措施。对于儿童或老年人，因咽喉反射较弱或心肺代偿能力较差，催吐风险较高，需更加谨慎评估适应症。

洗胃操作需由受过专业培训的医护人员执行，操作前应确认胃管位置正确（如通过听诊气道水声或检测胃液酸碱度），避免误插入气道。洗胃液的选择需根据毒物性质调整：对于不明毒物或一般药物中毒，常选用温水或生理盐水；对于有机磷农药等脂溶性毒物，可选用碳酸氢钠溶液碱化环境以促进毒物分解；而活性炭悬浊液则适用于吸附多种有机毒物。洗胃过程中需控制每次灌入量（成人一般不超过五百毫升，儿童需按体重酌减），避免过度充盈胃腔引起反流或穿孔，同时记录出入液量差异，防止水电解质紊乱。

部分中毒情况需采用特殊解毒剂辅助洗胃，例如有机磷中毒时可联合阿托品与解磷定，重金属中毒时需使用依地酸钙钠等螯合剂。此类药物需严格掌握剂量与输注速度，避免解毒剂本身引发毒副作用。中西医结合实践中，可在洗胃后予患者服用中药解毒剂如大黄甘草汤以通腑泄毒，或针刺内关、足三里等穴位调节胃肠功能，但需确保这些措施不与现代急救原则冲突。

操作结束后，仍需持续监测患者至少二十四小时，因部分毒物可能经肠肝循环再次释放或延迟吸收。对于昏迷患者，需留置胃管并反复洗胃，同时通过静脉通路给予利尿剂促进已吸收毒物排出。此外，毒物标本（如呕吐物、洗胃液或血液）应妥善保存并送检，为后续诊断与治疗提供依据。整个急救过程中，团队协作与时间管理至关重要，任何环节的疏漏均可能影响救治效果。

三、中医急救方药在中毒中的辅助作用

在急性中毒的救治过程中，中医急救方药能够发挥重要的辅助作用，通过辨证施治的原则，针对不同中毒类型和患者体质特点，采用相应的中药方剂或单味药物进行干预。中医认为中毒属于外邪侵袭，毒邪内陷，导致脏腑功能失调，气血紊乱，因此在急救时不仅注重解毒，还强调调和阴阳、扶正祛邪。例如，对于食物中毒或药物中毒，常采用具有清热解毒、泻下排毒作用的方药，如大黄、甘草、绿豆等，帮助患者加速毒物的排出，减轻中毒症状。

中医在解毒过程中注重整体调理，根据中毒后的临床表现进行辨证分型。如热毒内盛者，可见高热、烦躁、口渴、舌红苔黄等症状，宜选用黄连解毒汤或犀角地黄汤加减，以清热凉血、解毒泻火；若为寒毒或湿毒内困，表现为呕吐、腹泻、四肢不温等，则可选用附子理中汤或藿香正气散，以温中散寒、化湿解毒。此外，对于一些特殊中毒情况，如虫蛇咬伤或植物中毒，中医亦有相应的验方和外治法，如采用七叶一枝花、半边莲等草药外敷或内服，以中和毒素、缓解局部肿痛。

值得注意的是，中医急救方药的应用需在专业医师指导下进行，不可盲目自行用药。尤其是在现代急救体系中，中医方药更多作为辅助手段，与西医的洗胃、导泻、抗毒血清等治疗相结合，形成中西医结合的救治方案，从而提高抢救成功率，减少并发症。同时，中医强调“未病先防”，在日常生活中可通过饮食调理和增强体质，降低中毒风险，体现了“治未病”的预防医学思想。在中医急救方药的的实际应用中，辨证施治的精髓体现在对中毒病机的深入把握和灵活应对。中毒初期，毒邪迅猛，易伤津耗气，故急救时需及时护阴益气，防止邪毒内陷营血。例如，对于热毒炽盛型中毒，除选用清热解毒之品外，常佐以生地黄、玄参等滋阴凉血药物，以兼顾津液亏损；若患者体质素虚或中毒后出现正气不支迹象，则需加入人参、黄芪等补气扶正之药，助正抗邪。这种因人、因证、因时的个体化治疗策略，正是中医急救的独特优势。

此外，中医急救方药不仅限于内服，外治方法亦具有重要价值。对于皮肤接触性中毒或局部毒素侵袭，可采用中药煎汤外洗或捣敷，如用蒲公英、紫花地丁等清热解毒草药外敷，以减轻局部红肿热痛；对于某些挥发性毒物吸入所致中毒，还可运用芳香开窍类药物如麝香、冰片等制成鼻吸剂或熏蒸剂，帮助宣通窍络、醒神开窍。这些外治法与内服方药相辅相成，形成多途径的解毒排毒体系。



四、中毒现场的安全保护与信息获取

在中毒事件发生的现场，首要任务是确保环境安全，避免施救者自身陷入危险。施救者应迅速评估现场是否存在有毒气体、腐蚀性物质、易燃易爆品或其他潜在威胁。例如，若中毒由泄漏的化学气体引起，应立即打开门窗通风，并确保自身处于上风方向位置，避免直接吸入有毒物质。如果现场存在明显的火灾或爆炸风险，应立即撤离并呼叫专业救援队伍，切勿贸然进入危险区域。在确保自身安全的前提下，方可进行下一步的救助行动。

施救者需尽快识别中毒的可能原因，并采取初步保护措施。如果中毒者意识清醒，应询问其接触了何种物质、接触时间以及接触方式，如吸入、食入或皮肤接触等。若中毒者已失去意识，施救者需通过周围环境寻找线索，例如附近是否有药物瓶、化学品容器、农药包装或可疑食物残留等。这些信息对于后续的医疗救助至关重要，应尽可能详细记录，并在急救人员到达时及时提供。

在信息获取过程中，施救者还需注意保护现场证据，避免破坏可能有助于专业医疗人员判断的物证。例如，不要随意丢弃可疑容器或食物，而应将其妥善保管，并标记清楚，以便后续毒物鉴定。同时，施救者应记录中毒者的症状变化，如呕吐物性状、皮肤颜色、呼吸状态、意识水平等，这些信息能够帮助医疗人员快速制定解毒方案。

如果中毒者是通过皮肤或眼睛接触毒物，施救者应立即帮助其用大量清水冲洗受影响部位，减少毒物吸收。但需注意，某些化学物质遇水可能产生更强烈的反应，因此冲洗前应确认毒物性质。若不确定，可优先呼叫急救中心获取指导。对于吸入性中毒，应迅速将中毒者移至空气新鲜处，保持呼吸道通畅，必要时进行人工呼吸。

在等待专业救援的过程中，施救者应持续监测中毒者的生命体征，如呼吸、脉搏和意识状态，并做好实施心肺复苏的准备。同时，尽量安抚中毒者情绪，避免其因恐慌加重病情。切记不要随意给中毒者喂水或食物，除非明确知道毒物性质且专业医疗人员有相应指示，因为错误的处理可能加速毒物吸收或引发其他并发症。

最后，施救者应及时联系急救中心，并提供尽可能详细的信息，包括中毒者年龄、体重、接触毒物的种类和时间、已出现的症状以及已采取的初步措施。这些信息能够帮助急救人员提前做好准备，提高救治效率。在整个过程中，保持冷静、迅速且有序的行动，是最大限度减少中毒损害的关键。

第八章 家庭急救箱的准备与日常急救知识普及

第一节 家庭急救箱的必备物品与管理

一、急救箱中必备的消毒、包扎、止血工具

家庭急救箱中，消毒、包扎与止血工具是应对突发伤害的基础配备，其合理配置与正确使用直接关系到急救效果。消毒工具主要包括碘伏、酒精棉片、生理盐水及无菌纱布等，用于清洁伤口、预防感染。碘伏适用于皮肤表面消毒，刺激性较小；酒精棉片则常用于器械或皮肤小范围快速消毒，但需注意其对破损皮肤可能产生刺痛感。生理盐水可用于冲洗伤口或眼部异物，温和无刺激。无菌纱布应保持密封，用于覆盖伤口前确保其洁净无污染。

包扎工具以绷带、胶布、三角巾及弹性网套为主，用于固定敷料、保护伤口及限制活动。绷带分为纱布绷带和弹性绷带，前者透气性好，适用于一般伤口包扎；后者则提供压力支撑，常用于关节扭伤或肿胀部位。胶布需选择低致敏材质，避免长时间粘贴引起皮肤不适。三角巾可用于制作悬臂带或头部包扎，用途灵活多样。弹性网套则适用于固定敷料于不规则部位，如手指或脚踝。

止血工具是处理创伤出血的关键，包括止血带、止血粉及压力绷带等。止血带仅用于四肢大动脉出血的紧急情况，使用时需记录时间并每隔一段时间放松片刻，以防组织坏死。止血粉可促进血液凝固，适用于浅表伤口，但需注意其可能不适用于深度或污染严重的创伤。压力绷带通过持续施加压力帮助止血，常用于静脉或毛细血管出血。此外，急救箱中还应配备无菌手套及剪刀，以确保操作过程中的卫生与便捷。

日常管理中，需定期检查急救箱内物品的有效期及完好性，避免消毒液挥发或包扎材料受潮。建议每半年全面清点一次，及时补充消耗品并更换过期物品。同时，家庭成员应熟悉各种工具的使用方法，通过模拟练习提升应急处理能力，确保在紧急情况下能够迅速、正确地实施急救措施。在消毒工具的使用过程中，需注意操作顺序与细节，以确保消毒效果最大化。使用碘伏时，应以伤口为中心，



由内向外螺旋式涂抹，避免将周围细菌带入伤口区域。酒精棉片需确保完全浸湿，擦拭时应保持单向移动，不可来回摩擦，以免造成二次污染。对于较大或较脏的伤口，应先用生理盐水充分冲洗，去除可见污染物后再进行消毒。若伤口中存在嵌入性异物，不可强行取出，应用无菌纱布覆盖后立即就医。眼部冲洗时，需将生理盐水从内眼角向外眼角缓慢倾倒，让液体自然流出带走异物。

包扎操作时应注意松紧适度，既要保证敷料固定牢固，又要避免影响血液循环。使用纱布绷带时，应从远心端向近心端缠绕，每圈重叠 $1/3$ 宽度，末端用胶布固定或打结。弹性绷带包扎时应保持均匀张力，在关节处采用八字形缠绕法以增强稳定性。胶布粘贴时应避免直接接触伤口，可与皮肤呈 45° 角斜贴以减少张力。三角巾用作悬臂带时，应确保肘关节呈 90° 屈曲，手腕略高于肘部，以促进静脉回流。弹性网套使用时需注意网孔对齐，避免过度拉伸导致压迫过紧。

止血操作需根据出血类型选择相应工具。使用止血带前应先尝试直接压迫止血，只有在动脉喷溅性出血时才考虑使用。放置位置应靠近伤口近心端，垫上布料避免直接接触皮肤，收紧至出血停止即可。记录时间应精确到分钟，每隔 45~60 分钟放松三至五分钟。止血粉撒布时应覆盖整个创面，厚度约 1mm，再用纱布轻压三分钟。压力绷带包扎时应较常规包扎增加 50% 的压力，但需随时观察远端肢体颜色和温度。对于深度穿刺伤，不宜使用止血粉，应采用填塞压迫法止血。

特殊部位损伤需采用针对性处理方法。头部伤口包扎时应避开眼睛和耳朵，用三角巾包绕头部后在颌下打结。面部伤口宜用窄条胶布交叉固定，避免遮挡五官。胸背部伤口需用大块无菌敷料覆盖，再用胶布沿胸廓周边固定。关节处伤口包扎时应保持功能位，如膝关节微屈 15° ，腕关节背伸 20° 。手指伤口可用指套式绷带，末端留出指腹以便观察血运。足部包扎需注意足趾分开，避免摩擦产生新创面。

所有操作前必须佩戴无菌手套，检查是否有破损。手套穿戴应避免接触外表面，脱除时由内向外反卷。急救剪刀应选用圆头设计，避免误伤皮肤。剪切绷带时可将剪刀尖端朝向远离身体的方向。操作后所有污染物应集中放入专用医疗废物袋，利器需放入防刺穿容器。每次使用后应记录消耗物品，及时补充。定期用酒精棉片擦拭急救箱内外表面，保持清洁干燥。

建议家庭定期组织急救演练，模拟不同伤情下的处置流程。可设置皮肤划伤、

关节扭伤、重度出血等常见场景，逐一练习消毒、包扎、止血的配合操作。操作后相互检查包扎牢固度、松紧度及美观度，指出改进之处。同时应学习识别需要专业医疗介入的指征，如伤口深度超过零点六厘米、出血呈喷射状、存在异物残留等情况。通过反复实践，使急救技能成为家庭成员的本能反应，在紧急情况下能够沉着应对，为专业救治争取宝贵时间。

二、常用急救药品清单与保质期管理

家庭急救箱中应配备一系列常用急救药品，以备不时之需。这些药品主要包括止痛退烧药、抗过敏药、消化系统用药、外用药及消毒用品等。止痛退烧药如布洛芬或对乙酰氨基酚可用于缓解轻度至中度的疼痛或发热；抗过敏药如氯雷他定片西替利嗪适用于缓解过敏症状，如荨麻疹或过敏性鼻炎；消化系统用药包括止泻药如蒙脱石散，以及缓解胃酸过多的药物如铝碳酸镁或雷尼替丁；外用药和消毒用品则涵盖碘伏、酒精棉片、无菌纱布、创可贴和烧伤膏等，用于处理轻微创伤、擦伤或烫伤。此外，根据家庭成员的具体健康状况，还应考虑配备特殊药品，例如心血管疾病患者可能需要的硝酸甘油，或哮喘患者所需的速效支气管扩张剂。确保这些药品种类齐全且剂量适当，能够在紧急情况下提供初步的医疗支持。

药品的保质期管理是家庭急救箱维护中的重要环节。每种药品都标有明确的生产日期和有效期，使用者需定期检查并记录这些信息，通常建议每三个月进行一次全面清查。对于临近失效期的药品，应及时更换，避免使用过期药物导致药效降低或产生不良反应。存储条件也直接影响药品的保质期，大多数药品应放置在阴凉干燥处，避免阳光直射或高温环境，部分特殊药品如胰岛素可能需要冷藏保存。此外，药品的包装完整性也需关注，如有破损或受潮迹象应立即丢弃。通过建立简单的记录表，列出药品名称、购入日期和有效期，可以帮助家庭更有效地管理急救药品，确保在需要时能够安全、有效地使用。

在日常使用中，家庭成员还应了解每种药品的基本用途、剂量及可能的副作用。例如，止痛药应按照说明书或医生建议的剂量服用，避免过量导致肝损伤或其他健康风险；外用药，如碘伏仅适用于皮肤消毒，不可内服或用于敏感部位。对于儿童、老年人或孕妇等特殊人群，需特别注意药品的选择和用法，必要时咨询专业医务人员。通过定期开展家庭急救知识普及活动，模拟紧急情况下的药品使用，能够增强家庭成员的实际操作能力和信心，从而提升整体急救应对水平。



家庭急救箱中药品的合理摆放与分类同样至关重要，这直接关系到紧急情况下取用的效率与准确性。急救箱内应划分明确区域，例如将内服药与外用药分开放置，并在每个区域使用标签进行标注，避免误取误用。内服药可进一步按照功效分类，如解热镇痛类、抗过敏类、消化系统类等，而外用药及消毒用品则应集中放置，并注意保持包装完整性。对于特殊药品如心血管急救药物或哮喘喷雾剂，应置于易于取用的显眼位置，同时避免儿童接触。此外，建议在急救箱内附一张药品清单，列明每种药品的名称、用途、适用人群及注意事项，以便快速参考。定期检查药品的摆放顺序，确保常用药品置于外层或上层，较少使用的药品可放在内侧，这样既能提高取用效率，又能避免频繁翻动导致药品包装损坏或混乱。

正确使用家庭急救箱中的药品还需要家庭成员掌握基本的用药常识与操作技能。每种药品都应有清晰的说明书，使用前需仔细阅读，特别注意剂量、服用方法和禁忌症。例如，止痛退烧药需根据年龄和体重调整剂量，避免超量使用；抗过敏药可能引起嗜睡副作用，服用后应避免驾驶或操作机械。对于外用药，如碘伏和酒精，需了解其适用场景，碘伏适用于大多数创伤消毒，而酒精更适合用于器械或皮肤表面快速消毒，但不适用于大面积伤口。此外，家庭成员应学习如何正确清洁伤口、涂抹药膏或包扎，例如使用无菌纱布时需保持手部清洁，避免直接接触伤口内侧。通过定期复习急救知识或参加培训，可以增强实际操作熟练度，确保在紧急情况下能够冷静、正确地使用药品。

家庭急救箱的维护不仅限于药品管理，还应包括器械与用品的检查与更新。除了药品外，急救箱中通常还配备有体温计、剪刀、镊子、手套等基本器械，这些物品同样需要定期检查其完好性和清洁度。例如，电子体温计应保证电量充足或定期更换电池，剪刀和镊子需保持锋利且无锈蚀，手套需密封保存并在过期或破损时及时更换。此外，无菌物品如纱布、绷带和创可贴应确保包装完好，如有受潮或污染迹象必须丢弃。建议每半年对急救箱中的所有物品进行一次全面整理，清洁器械并补充消耗品，同时根据家庭成员健康状况的变化调整药品配置，例如添加新的慢性病用药或移除不再需要的物品。通过建立维护日历或设置手机提醒，可以帮助家庭养成定期检查的习惯，确保急救箱始终处于最佳备用状态。

最后，家庭急救箱的价值不仅在于物品的齐全，更在于家庭成员是否具备使用它的知识与信心。因此，建议定期组织家庭急救演练，模拟常见紧急情况如发热、创伤或过敏反应，让每位成员实践如何快速取用药品、测量剂量或进行简单

包扎。这种实践能够强化理论记忆，提升应对突发事件的冷静与效率。同时，鼓励家庭成员学习基础急救技能，如心肺复苏或止血方法，并与急救箱的使用相结合，形成全面的家庭急救体系。此外，可以关注专业机构发布的急救指南更新，及时调整家庭急救方案，确保做法科学有效。通过持续的教育与实践，家庭急救箱才能真正成为保障健康的可靠工具，而非仅仅是物品的集合。

三、特殊家庭成员（老人、儿童）急救用品的补充

家庭急救箱作为应对突发状况的重要工具，其配置需根据不同家庭成员的生理特点进行针对性补充。对于老年人和儿童这两类特殊群体，由于其身体机能和常见健康问题存在显著差异，常规急救物品往往无法满足实际需求，因此需要特别增加一些专用物品。

针对老年群体，急救箱中应增加心脑血管相关急救药品。老年人常患有高血压、冠心病等慢性疾病，建议配备硝酸甘油片用于心绞痛急性发作，但需注意药品有效期并定期更换。同时应准备便携式电子血压计和血糖仪，并配备足量的试纸和采血针，以便及时监测生命体征。对于有关节退行性变的老者，可准备弹性绷带、冷热敷袋等物品，用于缓解急性关节疼痛。还需特别准备防滑垫、扶手等防跌倒辅助用具，虽然这些不属于传统急救物品，但对预防老年人意外伤害具有重要意义。

儿童急救用品的配置需要充分考虑其活泼好动、免疫系统尚未完善的特点。应配备不同尺寸的创可贴，特别是卡通图案的儿童专用创可贴，可以减少孩子的恐惧感。由于儿童皮肤娇嫩，需准备无酒精含量的碘伏棉签、儿童专用消毒喷雾等温和消毒产品。对于常见的高热症状，应准备不同剂型的退热药物，如对乙酰氨基酚口服液、布洛芬混悬液等，并特别注意配备根据体重计算剂量的量具。还需准备防呛咳的吸球、儿童专用体温计、防过敏的冰敷袋等特殊物品。

在药品剂型选择上，要特别注意老年人和儿童的生理特点。老年人可能存在吞咽困难，应优先选择液体制剂、速溶片等易于服用的剂型。儿童用药则需避免成人药品减量使用，必须选择儿童专用剂型，并严格按照体重计算给药剂量。所有药品都应清晰标注使用说明、适用年龄和注意事项，建议使用不同颜色的标签区分家庭成员专用药品。

急救用品的管理维护同样需要因人而异。老年人使用的药品要采用大字标签，



并定期检查药品是否过期；儿童药品则要存放在带安全锁的容器中，防止误服。建议每三个月检查一次急救箱，及时补充消耗品，更换临近有效期的药品。同时要为每位特殊家庭成员建立健康档案卡，记录基本信息、过敏史、常用药物及就诊医院等信息，便于急救时快速提供关键信息。

值得注意的是，特殊家庭成员的急救准备不仅要注重物品配置，更要重视照护者的急救技能培训。建议家庭成员共同学习海姆立克急救法、心肺复苏等基础急救技能，并根据老人和儿童的特点进行针对性练习。定期组织家庭急救演练，确保每个成员都能在紧急情况下正确使用急救箱中的物品，真正发挥急救箱的保障作用。

四、急救箱的存放位置与定期检查

家庭急救箱的存放位置应选择在家庭成员均能快速取用且安全可靠的地方。通常建议放置在客厅、厨房或走廊等公共区域的固定柜子内，避免阳光直射、潮湿或高温环境，以防药品变质或器械损坏。同时，急救箱应远离儿童可触及的范围，最好使用带锁或放置于较高位置的储物柜，确保家中小孩无法随意打开，减少误食或误用的风险。若家中有老人或行动不便者，还需考虑其日常活动区域，确保急救箱位置既方便取用又不妨碍正常通行，例如卧室床头柜或卫生间储物架等易达之处。

定期检查是确保家庭急救箱内物品有效性和安全性的关键环节。建议每三个月进行一次全面检查，查看药品是否过期、包装是否完好、无菌物品是否被污染或开封。对于过期药品及耗材应及时清理并更换，同时检查器械功能是否正常，如剪刀是否锋利、体温计是否准确等。每次使用后也需及时补充消耗品，并记录检查日期及内容，建立简单的管理清单，便于追踪物品状态。此外，根据家庭成员健康状况的变化，如新增慢性病患者或幼儿，还需相应调整急救箱内容，补充专用药品或设备。

除了位置与检查，家庭成员对急救箱的熟悉程度也至关重要。所有成年人应了解箱内物品的用途及基本操作方法，定期开展简单的急救知识复习或演练，确保在紧急情况下能迅速、正确地使用相关物品。还可以在急救箱外部或内部粘贴简要的使用说明或紧急联系信息，进一步提高应急效率。最后，建议将家庭急救箱的管理纳入家庭日常事务中，形成定期维护的习惯，从而真正发挥其“第一现

场”急救的重要作用。家庭急救箱内物品的摆放顺序应遵循科学合理、便于取用的原则，通常按照使用频率和紧急程度进行分层归类。急救药品、消毒用品及包扎材料应分门别类放置，并使用透明分隔盒或标签进行明确标识，避免紧急情况下翻找耽误时间。外用药与内服药品需严格区分，严禁混放，防止误取误用。锋利器械如剪刀、镊子等应配有保护套，并固定放置在特定区域，避免划伤或污染其他物品。建议将最常用的物品如创可贴、消毒棉签、止痛药等置于最上层或外侧，而使用频率较低的专用药品或设备可放置在下层或内侧，但需确保所有物品在打开急救箱时一目了然。

急救箱的清洁与消毒同样不可忽视，尤其是接触伤口用的器械和无菌物品，必须保持其卫生状态。每次使用后，应对箱内物品及容器表面进行简单清洁，若有无菌包装破损或污染迹象，应立即更换。建议定期用酒精棉片或稀释的消毒液擦拭急救箱内部，避免细菌滋生。对于重复使用的器械如剪刀、镊子等，使用后需彻底清洗并消毒晾干后再放回，防止交叉感染。若急救箱本身为塑料或金属材质，可选择耐腐蚀、易清洁的款式，并注意避免与化学物品共同存放，以免材质老化或污染箱内物品。

在补充和更新急救箱内容时，应根据季节变化和家庭成员的实际需求进行灵活调整。例如夏季可增加防中暑药品、防蚊虫叮咬药膏及烫伤膏，冬季则需备好冻伤防护用品和感冒类药物。若家中有过敏体质成员，应常备抗过敏药如氯雷他定片及肾上腺素自动注射笔，并确保其在使用期内。对于慢性病患者，如高血压或糖尿病患者，急救箱中还需存放其日常用药及应急药品，如硝酸甘油片或血糖监测设备，并定期检查这些特殊药品的有效期和储存条件。此外，建议在急救箱中放置一份家庭成员健康信息卡，记录重要病史、过敏史及紧急联系人电话，以便救援人员快速了解情况。

最后，家庭急救箱的价值不仅在于其物品的完备性，更在于家庭成员是否具备正确使用意识和能力。因此，建议结合急救箱的维护，定期组织家庭急救小课堂，模拟常见意外场景，练习如何快速取出并应用箱内物品进行初步处理。还可通过社区医疗资源或在线课程，学习心肺复苏、止血包扎等基本技能，使急救箱真正成为保障家庭安全的实用工具。只有将物品准备、知识学习和实际操作紧密结合，才能最大限度地发挥家庭急救箱在突发情况下的关键作用。



第二节 常用急救药物的了解与正确使用

一、外用消毒剂、止痛药、抗过敏药的正确选择与用量

家庭急救箱中，外用消毒剂是处理皮肤创伤的首要选择。常用的消毒剂包括碘伏、酒精和双氧水等，它们各自具有不同的适用范围和使用方法。碘伏适用于大多数浅表伤口的消毒，其作用温和且对组织刺激较小，使用时可用棉签蘸取适量直接涂抹于伤口及周围皮肤。酒精消毒效果较强，但刺激性较大，一般不用于开放性伤口，多用于完整皮肤的表面消毒或器械的清洁。双氧水则适用于较深或污染较重的伤口，能够通过氧化作用清除污物和细菌，但需注意其可能引起轻微刺痛感，且不宜频繁使用。使用消毒剂时需注意保持伤口清洁，避免过度擦拭导致二次损伤。

止痛药在家庭急救中常用于缓解轻至中度的疼痛，如头痛、肌肉酸痛或轻度创伤引起的疼痛。常见的非处方止痛药包括对乙酰氨基酚和布洛芬。对乙酰氨基酚适用于缓解发热和头痛，但对胃肠道刺激较小，成人一般每次用量为五百毫克，每日不超过四克。布洛芬则具有抗炎作用，适用于肌肉酸痛或关节炎引起的疼痛，成人建议每次用量为 200~400mg，每日不超过 1200mg。需特别注意的是，使用止痛药时应严格遵循说明书中的剂量，避免长期或过量使用，尤其是对乙酰氨基酚过量可能引起肝脏损伤，而布洛芬则可能对胃肠道和肾脏产生副作用。

抗过敏药主要用于缓解过敏反应引起的症状，如皮疹、瘙痒或轻度呼吸道不适。常见的抗过敏药物包括氯雷他定片西替利嗪，它们属于第二代抗组胺药，副作用较少且不会引起明显嗜睡。氯雷他定成人一般每日一次，每次十毫克，而西替利嗪建议成人每日一次，每次五至十毫克。对于局部皮肤过敏，还可使用外用的氢化可的松乳膏，每日涂抹一至两次，连续使用不宜超过一周。需注意，抗过敏药仅能缓解症状，若出现严重过敏反应如呼吸困难或面部肿胀，应立即就医。

正确选择药物时，还需考虑个体的特殊情况。例如，儿童、孕妇或老年人使用药物需更加谨慎，最好在医生指导下进行。此外，药物储存也需注意避光、防潮，并定期检查有效期，过期药物应及时更换。家庭急救箱中的药物应搭配清晰的说明书，并在使用前仔细阅读，确保用药安全有效。通过合理准备和正确使用，这些常用药物能够在紧急情况下发挥重要作用，为家庭健康提供初步保障。

二、口服药物（如速效救心丸）的使用时机与方法

速效救心丸是一种常用的急救口服药物，主要用于缓解心绞痛症状。其使用时机通常是在患者出现胸闷、胸痛、心前区不适等心绞痛典型表现时立即服用。药物中的川芎和冰片等成分具有活血化瘀、行气止痛的作用，能够迅速扩张冠状动脉，改善心肌供血，从而缓解症状。需要注意的是，速效救心丸并非适用于所有胸痛情况，如果疼痛持续不缓解或伴有大汗、恶心、呼吸困难等症状，应立即就医，因为这可能是心肌梗死等更严重疾病的征兆。

正确的服用方法是將药丸含于舌下，通过舌下黏膜直接吸收，从而快速进入血液循环，发挥药效。一般每次服用4~6粒，急性发作时可增至十粒。含服时应采取坐位或半卧位，避免站立以防因血管扩张导致直立性低血压而晕倒。服药后五至十分钟内若症状未明显缓解，可重复服用一次，但如果连续两次服药后仍无改善，必须立即拨打急救电话，寻求专业医疗帮助。

日常储存速效救心丸时，应放置在阴凉干燥处，避免阳光直射或高温环境，以免药物成分失效。同时，需定期检查药品的有效期，一般药物有效期为三年，过期药品应及时更换，确保急救时药物的有效性。对于有心脏病史的患者，建议随身携带速效救心丸，并在医生指导下熟悉其正确使用方法，以备不时之需。

此外，使用速效救心丸时还需注意其禁忌症和不良反应。孕妇、低血压患者以及对药物成分过敏者应避免使用。部分患者服药后可能出现头痛、面部潮红或心悸等轻微不适，这些通常是药物起效的正常反应，但如果症状严重或持续，也应咨询医生。总体而言，速效救心丸是家庭急救中非常重要的口服药物，正确使用可以在关键时刻为患者争取宝贵的救治时间。速效救心丸作为急救药物，其使用效果与患者当时的身体状况及环境因素密切相关。若患者处于极度紧张或焦虑状态，可能会影响药物吸收和起效速度，此时应尽量保持冷静，缓慢深呼吸，以辅助药物发挥作用。同时，需注意患者是否同时服用其他心血管药物，如硝酸甘油等，避免药物相互作用导致不良反应或效果重叠。虽然速效救心丸相对安全，但仍需严格遵循医嘱，不可自行增加剂量或频次。

对于老年患者或伴有其他慢性疾病的人群，使用前最好咨询医生，评估其适用性。部分患者可能因体质差异对药物反应不明显，此时不应盲目追加剂量，而应迅速寻求医疗援助。值得注意的是，速效救心丸虽能缓解心绞痛症状，但并不



能根治冠心病或其他心脏疾病，患者仍需接受长期规范治疗和生活方式干预，以控制病情发展。

在日常生活中，家庭成员应学习基本的心肺复苏技能，并与速效救心丸的使用相结合，形成完整的急救应对链。一旦患者服药后症状未缓解甚至加重，应立即启动急救流程，避免延误治疗。同时，建议定期参加医院或社区组织的急救培训，提升对心血管急症的识别和处理能力，从而在危急时刻更好地保护自己和他人。

最后，需强调的是，任何急救药物都不能替代专业医疗救治，速效救心丸的作用在于为患者争取时间，而非彻底解决问题。因此，在使用药物的同时，务必保持与急救系统的畅通联系，确保在第一时间获得专业救援。通过正确使用和科学管理，速效救心丸将成为家庭急救中不可或缺的重要工具。

三、药物过敏反应的识别与处理

药物过敏反应是机体对某些药物产生的异常免疫反应，其表现形式多样，严重程度不一，轻者仅表现为皮肤瘙痒或轻微皮疹，重者可能出现呼吸困难、血压下降甚至休克，危及生命。识别药物过敏反应的关键在于观察用药后出现的异常症状，尤其需要注意的是，过敏反应不一定在首次用药时出现，有时可能在多次接触同一种药物后才突然发生。常见易引起过敏的药物包括青霉素类抗生素、磺胺类药物、解热镇痛药及某些中成药等。因此，在使用任何药物前，应仔细阅读药品说明书，了解其成分及可能的不良反应，特别是有过敏史的人群更需谨慎。

一旦出现药物过敏反应的迹象，应立即停止使用可疑药物，并密切观察症状变化。轻度过敏反应如局部皮疹、轻微瘙痒，通常可通过口服抗组胺药物（如氯雷他定）或外用激素类药膏缓解。同时，应保持皮肤清洁，避免搔抓，防止继发感染。如果症状持续或加重，例如出现大面积皮疹、水肿或发热，应及时就医，由专业医生评估并给予相应治疗，如口服或静脉注射糖皮质激素。

对于严重的药物过敏反应，如过敏性休克，其特点是发病急骤，病情危重，患者可能在短时间内出现面色苍白、出冷汗、脉搏细速、血压下降、意识模糊甚至昏迷。这种情况下，必须立即采取急救措施，首先确保患者平卧，抬高下肢以增加回心血量，同时立即呼叫急救电话。若患者随身携带肾上腺素自动注射笔（如肾上腺素笔），应迅速按说明书使用。肾上腺素能迅速收缩血管、提高血压、扩张支气管，是抢救过敏性休克的关键药物。在等待专业救援的过程中，应密切监

测患者的呼吸和心跳，必要时实施心肺复苏。

预防药物过敏反应的最佳方法是详细记录个人的药物过敏史，并在每次就诊时主动告知医生。对于已知过敏的药物，应绝对避免再次使用，同时注意交叉过敏的可能性，例如对青霉素过敏者也可能对头孢类药物产生交叉反应。此外，家庭常备抗过敏药物如氯雷他定、西替利嗪等非处方药是必要的，但使用前仍需咨询医生或药师，确保用药安全。日常中，普及药物过敏的识别与处理知识，有助于在紧急情况下迅速采取正确措施，减少严重并发症的发生。药物过敏反应的诊断通常依赖于详细的病史询问和临床表现观察，医生会重点了解用药时间与症状出现之间的关联性，以及既往是否有类似反应发生。在某些情况下，皮肤试验或血清特异性免疫球蛋白检测可作为辅助诊断手段，但需注意这些检测方法并非百分百准确，且严重过敏反应急性期不宜进行。对于复杂或不典型的病例，药物激发试验可能是最后的选择，但必须在严密监护下由经验丰富的专业医生操作，因其本身具有诱发严重反应的风险。因此，诊断过程中应综合考虑多方面因素，避免误诊或漏诊。

在处理药物过敏时，患者及家属的心理支持也不容忽视。突如其来的过敏症状，尤其是严重反应，常伴随焦虑与恐惧情绪，及时的安抚与解释有助于稳定患者情绪，避免因紧张导致症状加重。医护人员应向患者清晰说明病情、治疗措施及预后，帮助其建立信心并积极配合治疗。对于儿童或老年患者，更需耐心沟通，必要时可请心理专业人员介入提供支持。良好的心理状态不仅有助于康复，也能减少因情绪波动引发的生理应激反应。

药物过敏的长期管理涉及多方面，包括定期复查、药物清单更新以及紧急行动计划的制定。患者应保存一份详细的个人药物过敏清单，注明过敏药物名称、反应类型及发生时间，并在每次就医、购药或旅行时出示。对于高风险人群，医生可能会建议配备医疗警示手环或卡片，以便在无法沟通时迅速提供关键信息。此外，家庭与工作场所的同伴也应了解患者的过敏情况及基本急救步骤，确保意外发生时能第一时间提供协助。

值得注意的是，药物过敏反应的处理不仅限于西药，中药及保健品同样可能引发过敏。某些中药成分如鱼腥草、穿心莲或复方制剂中的潜在过敏原，也可能导致皮疹、呼吸困难甚至休克。因此，在使用中药时亦需谨慎，尤其是有过敏体质者应先进行小剂量试用，并密切观察反应。同时，避免盲目相信“天然无副作用”



用”的宣传，任何药物都应在专业指导下使用。

公众教育与专业培训是减少药物过敏危害的重要环节。医疗机构应定期开展药物过敏识别与处理的培训，提升医护人员的应急能力。社区及学校可通过健康讲座、宣传册等形式普及相关知识，强调及时就医和正确使用急救药物的重要性。此外，媒体和网络平台也应承担社会责任，传播科学、准确的医学信息，避免误导性内容引发公众恐慌或错误自救。只有通过多方共同努力，才能构建一个更加安全的用药环境。

四、非处方药与处方药的区别与用药安全

在日常生活中，药品的使用是家庭健康管理的重要环节，而药品主要分为非处方药与处方药两大类。非处方药是指不需要医生开具处方即可在药店或超市自行购买的药品，通常用于治疗一些常见且症状较轻的疾病，如感冒、头痛、轻微外伤等。这类药品的安全性较高，副作用相对较小，使用说明较为明确，普通消费者可以根据自身情况选择使用。然而，这并不意味着非处方药可以随意滥用，仍需严格按照药品说明书或药剂师的建议使用，避免因误用导致不良反应或延误病情。

相比之下，处方药则必须由执业医师根据患者的病情诊断后开具处方，并在药师指导下购买和使用。这类药品通常用于治疗较为复杂或严重的疾病，如高血压、糖尿病、感染性疾病等，其药效较强，同时也可能伴随较大的副作用或药物相互作用风险。因此，处方药的使用必须严格遵循医嘱，不可自行增减剂量或更改用药方式，否则可能导致治疗效果不佳甚至引发严重后果。此外，部分处方药还存在成瘾性或特殊禁忌，必须在专业医疗人员的监督下使用。

无论是非处方药还是处方药，用药安全都是至关重要的。首先，消费者在购买和使用药品前应仔细阅读药品说明书，了解药品的适应症、用法用量、禁忌症以及可能的不良反应。对于非处方药，虽然可以自行购买，但仍建议在药剂师的指导下选择最适合的药品；对于处方药，则必须严格遵循医生的处方和指导，不可凭经验或他人推荐随意使用。其次，药品的储存也需注意，应放置在儿童无法触及的地方，避免阳光直射或潮湿环境，以确保药品的有效性和安全性。

第三节 急救电话的拨打与信息提供

一、正确拨打 120、110、119 等急救电话

在紧急情况下，拨打急救电话是获取专业救援的第一步，正确操作能够为生命争取宝贵时间。当遇到突发疾病、意外伤害或其他紧急事件时，应首先保持冷静，迅速判断是否需要外部援助。如果情况严重，如患者出现意识丧失、呼吸困难、大出血或心脏骤停等，应立即拨打 120 急救电话；若涉及刑事案件、交通事故或火灾等，则需拨打 110 或 119。拨打电话前，尽量确保自身安全，避免在危险环境中操作，例如火灾现场应先撤离至安全区域再联系救援。

拨通电话后，应清晰、简明地向接线员说明事件性质、地点和所需帮助类型。首先告知发生何事，例如“有人突然晕倒”或“发生交通事故”；其次提供详细地址，包括市区、街道门牌号、附近标志性建筑或路口，以便救援人员快速定位；若在高速公路或偏远地区，需说明行驶方向、公里数或全球定位系统坐标。此外，应描述患者或现场的基本情况，如受伤人数、伤势严重程度、是否有生命危险，以及已采取的初步急救措施。保持电话畅通，听从接线员的指导，他们可能会提供即时的自救或互救建议，直到专业救援人员到达。

在等待救援期间，不要随意挂断电话，除非接线员明确指示结束通话。如果情况发生变化，如患者状态恶化或现场风险增加，应及时回拨更新信息。同时，尽量安排人员在路口或显眼位置引导救援车辆，节省寻找时间。记住，急救电话是公共资源，切勿滥用或虚假报警，以免占用真正需要帮助者的通道。通过正确拨打急救电话，我们不仅能提高救援效率，还能在关键时刻为生命保驾护航。在紧急情况下，拨打急救电话后，保持现场秩序与初步急救措施的执行同样至关重要。救援人员到达前，现场人员应尽力确保环境安全，避免二次伤害的发生，例如在交通事故现场设置警示标志，或移开可能造成危险的物品。若患者意识清醒，应尽量安抚其情绪，减少焦虑和恐慌，因为心理稳定也有助于生理状态的维持。对于意识不清或无法正常交流的患者，需密切观察其呼吸、脉搏及有无明显外伤，并确保气道通畅，必要时采取侧卧位防止呕吐物阻塞呼吸道。

如果现场有多个受伤者，应按照伤势严重程度进行初步分类，优先处理危及生命的情况，如大出血、窒息或心脏骤停等。对于出血伤口，可用干净布料直接



压迫止血，避免使用止血带除非万不得已且懂得正确操作方法。不要随意移动疑似骨折或脊柱损伤的患者，以免造成进一步伤害，除非现场环境极其危险必须撤离。若患者无呼吸无脉搏且具备急救技能，应立即开始心肺复苏，并尽量利用自动体外除颤器如果可用。

救援人员到达后，应简要清晰地汇报患者情况、已采取的措施以及病情变化，以便专业人员快速接手。尽量保持现场原状，除非涉及安全隐患，避免破坏可能有助于判断事故原因的痕迹或证据。配合救援人员的工作，提供必要的信息和帮助，但不要干扰专业操作。急救过程中，记录关键时间点如发病时间、急救措施实施时间等，这些信息对后续医疗处理有重要参考价值。

最后，急救不仅是技术操作，更体现人文关怀与社会责任。每一个在场者都应以冷静、科学的态度参与救助，团结协作，最大限度提升救援成功率。通过高效有序的现场配合，我们能够为患者争取更多生机，也为构建安全互助的社会环境贡献力量。

二、提供关键信息的“六要素”：地点、事件、人数、症状、联系方式、急救措施

在拨打急救电话时，准确、迅速地提供关键信息是确保救援人员能够及时到达现场并采取有效行动的重要前提。信息提供的完整性直接关系到急救效率，因此必须掌握“六要素”的核心内容，即地点、事件、人数、症状、联系方式和已采取的急救措施。

第一，地点信息必须尽可能精确。不仅要说明所在的市、区、街道和门牌号，还应提供附近的显著标志物，例如大型商场、学校或公园名称，以便急救人员快速定位。若事发地点较为隐蔽或难以描述，可请周围人员协助指引或使用手机定位功能共享位置。在乡村或偏远地区，需明确村庄名称、附近公路编号或重要地形特征，避免因位置模糊耽误救援时间。

第二，事件性质需简明扼要地描述。例如，应明确说明是交通事故、突发疾病、火灾、溺水还是其他意外伤害，并简要陈述事件发生的过程和可能的原因。若涉及刑事案件或群体事件，还需说明现场是否有继续发生危险的可能，以便急救和警务人员协同处置。

第三，人数信息包括伤员或病患的总数，以及其中危重人员的数量。若有儿

童、老人或孕妇等特殊群体，需特别说明，因为不同人群的急救重点可能存在差异。若现场有多人需要救助，应尽可能区分轻伤和重伤，并告知急救人员是否需要增援。

第四，症状描述应详细且具体。包括患者的意识状态（如清醒、昏迷、烦躁）、呼吸情况（是否正常、有无窒息）、出血部位和量、疼痛位置及性质，以及是否有呕吐、抽搐等其他异常表现。若患者有已知病史（如心脏病、糖尿病、过敏史），也应一并告知，这对急救人员初步判断病情及准备相应设备至关重要。

第五，联系方式需保持畅通。拨打电话后，应确保手机电量充足，并尽量保持通话状态，以便急救人员进一步核实信息或指导现场急救。若为他人代拨，需说明自己与患者的关系，并留下可随时接听的电话号码。必要时，可约定在显著位置等候急救车辆，提高对接效率。

第六，已实施的急救措施也应如实汇报。例如是否已进行止血、心肺复苏、服用药物或移动患者等，这有助于急救人员评估现场处理是否得当，并避免重复操作或误判。若不确定操作是否正确，可简要说明步骤，听从专业人员指导调整。

总之，在紧急情况下保持冷静，条理清晰地向急救中心传递以上六类信息，能够极大提升救援成功率。平时可通过模拟练习加深记忆，确保在实际突发事件中能够高效、准确地完成求助。

三、保持通话与听从调度员指令的重要性

在紧急情况下拨打急救电话后，保持通话并听从调度员的专业指令至关重要。调度员不仅是连接求助者与急救资源的桥梁，更是现场急救指导的第一责任人。许多人在拨通电话后因紧张或慌乱而急于挂断，殊不知这可能导致关键信息遗漏或延误救援。调度系统经过专业设计，能够在派出救援力量的同时，通过电话提供即时的自救或互救指导，这些措施往往能为患者争取到宝贵的黄金救援时间。

保持通话有助于调度员持续评估现场情况的变化。例如，若患者突然出现呼吸停止或意识丧失，调度员可立即指导进行心肺复苏，从而提高生存率。同时，调度员可能根据现场描述，判断是否需要升级救援响应级别，或调配更多专业资源。许多急救系统还具备定位和录音功能，持续通话能确保救援人员准确抵达现场，并为事后分析提供重要依据。

听从调度员的指令同样重要，因为他们的指导基于标准化急救流程和实时判



断。非专业人员容易因紧张而采取错误行动，如随意移动伤员或进行不恰当的止血处理，反而加重伤情。调度员会逐步指导求助者实施安全有效的初步救助，如正确按压伤口、保持患者体位稳定或准备相关药物，这些措施能显著降低二次伤害的风险。

此外，心理支持也是调度员工作的重要部分。在紧急情况下，求助者往往处于极度焦虑或恐慌状态，调度员冷静、清晰的指令能帮助其稳定情绪，减少因慌乱导致的失误。通过持续沟通，调度员还能确认救援进展，并及时提醒注意事项，如清除救援通道障碍物或准备患者病历资料，以便急救人员到达后迅速接手。

总之，保持通话与听从调度员指令是急救链中不可或缺的一环。它不仅能优化救援效率，还能在专业救援到达前最大限度保障患者安全。公众应充分认识到这一过程的重要性，并通过日常学习和模拟练习，提高在紧急情况下配合调度员的能力。在紧急医疗事件中，调度员的指导内容通常涵盖基础生命支持技术、意外伤害初步处理以及常见急症的临时应对措施等多个方面。例如，当遇到心脏骤停情况时，调度员会逐步指导施救者进行胸外按压和人工呼吸，并提醒注意按压深度与频率，直至专业救援人员抵达。对于创伤出血患者，则会详细说明如何选择合适敷料、施加有效压力及正确使用止血带，以避免失血过多。这些标准化指令均依据最新急救指南制定，确保现场救助措施的科学性和安全性。

调度员还会根据求助者描述的特定症状，提供针对性建议。如面对疑似中风患者，可能会指导检查面部是否对称、言语是否清晰以及肢体活动能力，并建议保持患者安静平卧、头部稍抬高的体位。若遇到过敏反应导致呼吸困难的情况，则会询问是否备有肾上腺素自动注射笔，并引导正确使用方法。这种个性化指导能有效弥补非专业人员在急救知识上的不足，为后续专业治疗争取关键窗口期。

现代急救调度系统往往配备有智能决策支持功能，可根据输入症状自动生成指导方案。例如，当求助者报告“剧烈胸痛”时，系统会提示调度员询问疼痛性质、放射部位及伴随症状，进而区分心源性疼痛与其他病因，并提供相应处置建议。部分先进系统还能通过语音识别技术，实时分析求助者语气中的紧张程度，自动触发心理安抚话术，形成技术与人的协同响应。

四、急救人员到达现场后的沟通与配合

当急救人员到达现场后，现场人员应保持冷静，迅速、清晰地与急救团队进

行沟通。首先，应主动向急救人员简要说明事发经过、患者当前状况及已采取的急救措施，例如是否进行了心肺复苏、止血或固定等处理。信息传递要准确、简洁，避免过多主观臆断或情绪化描述，以便医护人员快速掌握关键情况，制定抢救方案。

急救人员会根据现场情况迅速展开评估与处置，此时家属或现场人员应积极配合，提供必要的协助。例如，协助维持现场秩序，确保急救通道畅通；根据急救人员指示，帮忙取用急救设备或药品；如有需要，应协助提供患者既往病史、用药过敏史等重要信息。若现场有目击者，可请其协助补充事件细节，但应注意避免多人同时发言造成混乱。

在急救人员实施抢救过程中，现场人员应尽量保持安静，避免干扰医疗操作，同时密切关注急救人员的指示，随时准备配合下一步行动。如需搬运患者或进行转运，应协助清理通道，确保平稳、安全地将患者移送至救护车。此外，如有需要，应指派一名熟悉情况的人员随车陪同，以便在途中向医护人员进一步提供相关信息，确保救治过程的连贯性与有效性。

最后，急救结束后，现场人员可向医护人员简要询问患者后续处置建议及注意事项，以便做好后续准备。同时，应配合急救人员完成相关记录或签字确认工作，确保急救流程的规范与完整。在整个过程中，保持理性、协作的态度，不仅有助于提升急救效率，也能为患者争取更多的生机与康复机会。现场人员在急救团队抵达后，应主动协助提供患者的基本信息，包括年龄、性别、既往病史、过敏史以及当前症状的变化情况，这些信息对医护人员快速判断病情至关重要。如果患者曾服用过药物或有特殊医疗需求，应及时告知急救人员，以避免用药冲突或遗漏关键治疗环节。同时，现场人员还可以根据急救人员的指示，协助记录关键时间点或事件细节，为后续医疗处理提供参考依据。

在急救操作进行过程中，现场人员需注意保持安全距离，避免围观或拥挤，以确保急救人员有足够的空间进行专业操作。如果急救人员需要使用除颤仪、氧气瓶或其他设备，现场人员应迅速协助取用并确保设备处于可用状态，但需严格遵循急救人员的指令，不得擅自操作医疗设备。此外，现场人员还应留意急救人员的体力与情绪状态，必要时可提供饮水或简短协助，以保持团队工作效率。

若现场环境复杂，如发生在交通要道、高层建筑或狭窄空间内，现场人员应主动协助设置警示标志，疏导围观群众，并确保急救车辆进出通道畅通无阻。在



恶劣天气或夜间救援时，可利用手机灯光或其他照明工具协助提供光线，但需注意避免直射患者或急救人员眼睛，以免干扰操作。整个过程中，现场人员应保持冷静与耐心，及时响应急救团队的需求，为抢救工作提供最大限度的支持。

急救团队在完成现场处置后，可能会向现场人员反馈患者的初步情况与下一步救治计划，此时应认真听取并做好记录，以便后续与医院对接。如果急救人员需要现场人员协助完成转运后的清理工作或信息登记，应积极配合，确保整个急救流程的闭环管理。最终，现场人员还应关注自身情绪调节，可在事后通过适当方式疏解压力，同时总结本次急救经验，提升未来应对突发事件的能力与信心。

第四节 社区与学校急救知识的推广与培训

一、开展急救培训的意义与社会责任

开展急救培训对于提升社会整体应急能力具有不可忽视的重要意义。在突发意外事件中，第一时间采取正确有效的急救措施往往能挽救生命、减轻伤害，而急救培训正是普及这些关键技能的核心途径。通过系统学习，普通民众能够掌握心肺复苏、止血包扎、气道异物梗阻处理等基本急救操作方法，从而在医护人员到达前为伤者争取宝贵的抢救时间。尤其对于心搏骤停等紧急情况，几分钟内的有效干预可显著提高生存率，因此广泛开展急救培训直接关系到公众的生命安全。

从社会责任角度来看，推广急救知识不仅是政府和专业机构的职责，更是全社会共同承担的义务。社区、学校、企事业单位等作为社会基本单元，应当积极组织并参与急救培训活动，营造“人人学急救、急救为人人”的良好氛围。这种责任的落实不仅体现在组织层面，更需转化为每个公民的自觉行动。当越来越多的人掌握急救技能，整个社会的抗风险能力和互助水平将得到实质性提升，这也是现代文明社会的重要标志之一。

此外，急救培训的推广还具有深远的社会教育意义。它能够增强公众的风险防范意识，使人们在日常生活中更加注重安全，减少意外发生的概率。同时，学习急救知识也能培养人们的爱心、责任感和团队协作精神，在危难时刻勇于伸出援手，弘扬社会正能量。尤其对青少年而言，在学校阶段接受急救教育，不仅能

获得实用的生存技能，更有助于树立尊重生命、关爱他人的价值观，这对他们的健康成长和社会适应具有积极影响。

因此，各级政府、教育机构、社区组织及社会各界应充分认识到开展急救培训的紧迫性和重要性，加大投入力度，完善培训体系，推动急救知识普及工作制度化、常态化。只有让急救技能成为大众的必备常识，才能真正构建起牢固的社会安全网络，为每一个人的生命健康提供更有力的保障。急救培训的推广不仅需要制度层面的支持，更需注重培训内容的科学性与实用性。培训课程应当根据不同人群的特点和需求进行差异化设计，例如针对学校师生、企业员工、社区居民等不同群体，制定侧重点各异的培训方案。对于普通民众，培训内容应突出基础性、操作性和安全性，注重实际动手能力的培养，避免过于复杂的理论讲解。同时，要采用通俗易懂的语言和形象生动的示范，确保参训者能够快速掌握关键技能，并在紧急情况下准确运用。

在培训方法上，应积极采用现代化教学手段，增强培训的互动性和实效性。除了传统的面对面授课外，还可以结合视频教学、模拟演练、虚拟现实技术等多种形式，使学员能够在接近真实的情境中进行练习。特别是心肺复苏等关键技能，必须通过反复的实操训练来巩固肌肉记忆，确保在紧急情况下能够本能地做出正确反应。此外，培训后还应建立技能巩固和更新的机制，定期组织复训和考核，防止因时间推移而技能生疏。

另一个重要方面是培训师资队伍的建设。合格的急救培训讲师不仅要具备扎实的专业知识和丰富的实践经验，还应掌握良好的教学方法与沟通技巧。相关部门应当建立完善的师资认证和培训体系，确保每一位讲师都能够准确、规范地传授急救知识。同时，要积极培养来自各行各业的急救志愿者，形成一支覆盖广泛、反应迅速的急救力量，为培训工作的深入开展提供人才支撑。

从社会参与的角度来看，急救培训的推广需要多方联动、形成合力。政府部门应发挥主导作用，将急救培训纳入公共服务体系，并提供必要的政策支持和资金保障。教育机构应将急救知识作为必修内容融入学校教育，从小培养学生的安全意识和自救互救能力。企事业单位则应将急救培训作为员工福利和安全管理的重要组成部分，定期组织相关活动。媒体和社会组织也应积极参与宣传推广，提高公众对急救培训的认知度和参与度。

最后，要重视急救培训的效果评估与持续改进。通过建立科学的评估体系，



定期对培训项目的实施效果进行跟踪和分析,及时发现问题并调整优化。同时,要广泛收集参训者的反馈意见,不断改进培训内容和方法,确保急救培训工作能够真正满足社会需求,发挥应有的作用。只有通过这样全面、系统的努力,才能让急救培训在社会中生根发芽,成为守护生命安全的坚实屏障。

二、面向不同人群的急救知识普及方案

针对不同年龄层次和职业特点的人群,急救知识的普及方案应当具有针对性和实用性。对于学龄前儿童,应通过生动有趣的动画、儿歌和游戏等形式,传授基本的求助方式和简单的自我保护知识,例如如何拨打急救电话、识别危险物品等。内容设计需符合幼儿认知水平,强调直观性和重复性,确保孩子们在轻松愉快的氛围中掌握基础安全常识。

对于中小學生群体,急救知识普及应结合生理卫生课程和课外实践活动,系统讲解常见意外伤害的处理方法,如轻微创伤包扎、鼻出血处理、烫伤紧急处理等。同时,可组织模拟场景演练,让学生在实践中加深理解。此外,还应注重培养其互助意识和初步的心肺复苏知识,但需明确操作需在成人指导下进行。

面向成年人群体,特别是职场人士和家庭主要照料者,急救培训应更加深入和专业化。内容可涵盖心肺复苏术、自动体外除颤器使用、气道异物梗阻急救、常见急症识别等。培训形式可采用理论讲解与实操结合,利用模拟人设备进行反复练习,确保学员掌握正确的操作流程和技巧。此外,还应结合家庭常见意外情况,如老人跌倒、儿童误食、宠物咬伤等,提供具体的处理建议。

针对老年人群体,急救知识普及需特别关注其常见健康问题,如心脑血管疾病急性发作、跌倒预防与处理、慢性病突发状况等。教学内容应简明易懂,操作步骤要简化,注重实际可操作性。可通过社区健康讲座、老年大学课程等形式开展,同时配合图文并茂的宣传手册,帮助老年人巩固记忆。

对于特殊行业从业人员,如教师、保安、出租车司机、餐饮服务人员等,应根据其职业环境特点定制培训内容。例如,教师需要掌握学生常见意外伤害处理,保安人员应熟悉突发事件现场管控和初步救援,餐饮工作者需了解食物窒息急救等。培训需强调快速反应和规范操作,并结合行业实际案例进行分析讲解。

在普及过程中,还应充分考虑不同人群的文化程度、语言习惯和学习能力差异,采用方言讲解、多语言资料、可视化演示等多种方式,确保信息传递的有效

性。同时，建立定期复训机制和技能评估体系，帮助公众巩固和更新急救知识，真正实现“人人学急救，急救为人人”的社会氛围。针对不同年龄段和职业特点的人群，急救知识普及方案应注重内容的针对性和可操作性。对于学龄前儿童，应通过生动有趣的动画、儿歌和游戏等形式，传授基本的求助方式和简单的自我保护知识，例如如何拨打急救电话、识别危险物品等。内容设计需符合幼儿认知水平，强调直观性和重复性，确保孩子们在轻松愉快的氛围中掌握基础安全常识。

对于中小學生群体，急救知识普及应结合生理卫生课程和课外实践活动，系统讲解常见意外伤害的处理方法，如轻微创伤包扎、鼻出血处理、烫伤紧急处理等。同时，可组织模拟场景演练，让学生在实践中加深理解。此外，还应注重培养其互助意识和初步的心肺复苏知识，但需明确操作需在成人指导下进行。

面向成年人群体，特别是职场人士和家庭主要照料者，急救培训应更加深入和专业化。内容可涵盖心肺复苏术、自动体外除颤器使用、气道异物梗阻急救、常见急症识别等。培训形式可采用理论讲解与实操结合，利用模拟人设备进行反复练习，确保学员掌握正确的操作流程和技巧。此外，还应结合家庭常见意外情况，如老人跌倒、儿童误食、宠物咬伤等，提供具体的处理建议。

针对老年人群体，急救知识普及需特别关注其常见健康问题，如心脑血管疾病急性发作、跌倒预防与处理、慢性病突发状况等。教学内容应简明易懂，操作步骤要简化，注重实际可操作性。可通过社区健康讲座、老年大学课程等形式开展，同时配合图文并茂的宣传手册，帮助老年人巩固记忆。

对于特殊行业从业人员，如教师、保安、出租车司机、餐饮服务人员等，应根据其职业环境特点定制培训内容。例如，教师需要掌握学生常见意外伤害处理，保安人员应熟悉突发事件现场管控和初步救援，餐饮工作者需了解食物窒息急救等。培训需强调快速反应和规范操作，并结合行业实际案例进行分析讲解。

在普及过程中，还应充分考虑不同人群的文化程度、语言习惯和学习能力差异，采用方言讲解、多语言资料、可视化演示等多种方式，确保信息传递的有效性。同时，建立定期复训机制和技能评估体系，帮助公众巩固和更新急救知识，真正实现“人人学急救，急救为人人”的社会氛围。

三、学校急救教育的课程设置与实践

学校急救教育的课程设置应遵循系统性与实用性相结合的原则，从基础教育



阶段开始逐步深入。小学阶段可设置简单易懂的急救知识模块，如伤口处理、烫伤急救和呼救方法，通过情景模拟、动画演示等趣味性教学方式激发学生的学习兴趣。中学阶段则应增加心肺复苏、异物卡喉急救、骨折固定等更具操作性的内容，并结合生理卫生课程讲解人体结构与急救原理，帮助学生理解急救措施的科学依据。高等教育阶段或职业学校可开设专项急救培训课程，甚至纳入学分考核体系，培养学生具备更专业的急救处置能力。

实践环节是急救教育的关键部分，必须通过模拟演练和实际操作巩固理论知识。学校应配备急救训练教具，如心肺复苏模拟人、三角巾、绷带等，并定期组织学生进行分组练习。每学期至少开展一次全校范围的急救演练，模拟火灾、地震、运动伤害等场景，让学生在实践中掌握疏散、止血、包扎等技能。此外，可以邀请医院急诊科医生、红十字会专业人员进校开展讲座和示范教学，增强课程的专业性和权威性。

课程设置还需注重差异化教学，针对不同年龄段学生的认知能力和心理特点设计教学内容。对低年级学生应强调安全意识培养和简单自救方法，例如“停止、躺下、滚动”的烫伤处理口诀；对高年级学生则可引入团队协作急救训练，如多人配合的心肺复苏术或灾难现场的初步处置。同时，需关注特殊教育需求的学生，提供适合其学习特点的辅助教具和教学方法。

急救教育的成效评估应包含理论考核与实践能力测评两部分。理论部分可通过笔试检验学生对急救原则、步骤的掌握程度；实践部分则需设计标准化场景，由专业教师对学生操作规范性、反应速度等进行评分。此外，还应建立长期追踪机制，通过问卷调查和模拟复测等方式评估急救技能的留存率，为课程改进提供依据。最终目标是让急救知识成为学生终身受用的能力，在关键时刻能够有效实施救助。急救教育课程的实施需要与校园安全管理体系紧密结合，形成常态化的运行机制。学校应设立急救教育专项工作组，由校领导牵头，校医、体育教师、班主任共同参与，制定年度教学计划和应急预案。建立急救设备维护更新制度，定期检查教室、操场、宿舍等场所配备的急救箱物品有效性，确保碘伏、纱布、止血带等耗材在有效期内且数量充足。同时完善校园急救响应流程，明确教师和学生突发事件中的分工与职责，形成从发现伤者、初步施救到联系医疗机构的完整处置链条。

师资队伍建设的保障急救教育质量的核心环节。应组织教师参加红十字会、

急救中心举办的师资培训班，获取急救培训师资格证书，并定期开展校级教研活动，分享教学经验。鼓励医学背景的教师承担专业模块教学，同时通过“师徒制”培养跨学科师资，例如由体育教师重点负责运动伤害防护模块，生物教师讲解人体循环系统原理。建立校外专家资源库，与当地医院、救援队建立长期合作，聘请临床急诊医生作为兼职指导教师，提升教学内容的专业深度。

急救教育应注重与家庭、社区的联动拓展。通过家长会、开放日等活动向家长普及儿童常见意外伤害处理方法，发放家庭急救包配备建议清单，推动急救知识从学校向家庭延伸。与社区服务中心合作开展“急救知识进社区”活动，组织学生为居民演示海姆立克急救法、血压测量等基础技能，既强化学生实操能力，也提升社区自救互救水平。在寒暑假社会实践活动中，可安排学生到急诊科观摩学习，或参与大型活动的医疗志愿服务，在真实环境中深化对急救知识的理解。

课程创新应结合数字化技术发展趋势。开发急救教学移动应用，通过增强现实技术展示三维人体解剖模型，让学生直观了解施救时的手部位置和力度控制。利用虚拟现实设备模拟交通事故、溺水等复杂场景，训练学生在压力环境下的判断力和操作能力。建立在线学习平台，录制微课视频库，方便学生随时复习关键操作要点。同时通过智能教具采集学生操作数据，如心肺复苏的按压深度、频率等参数，生成个性化训练报告，帮助教师精准指导技术动作。

四、中西医结合急救知识的社区化推广模式

中西医结合急救知识的社区化推广模式，是在现代社区治理框架下，将传统中医急救智慧与现代西医急救技术有机融合，通过系统化、组织化的方式向社区居民普及急救知识，提升整体自救互救能力的一种有效途径。这种模式不仅注重知识的传播，更强调实践技能的掌握与应急心态的培养，使急救知识真正融入日常生活，成为社区居民的基本素养。推广模式的成功实施，需要多方协作，包括社区卫生服务中心、街道办事处、物业公司、志愿者组织以及专业医疗机构的共同参与，形成多层次、全覆盖的急救知识普及网络。

社区化推广的核心在于因地制宜，结合不同社区的人口结构、文化特点和资源条件，设计符合实际需求的急救培训方案。例如，在老年人口较多的社区，应重点培训心脑血管疾病突发情况的识别与初步处理，如中风、心肌梗死的中西医结合急救方法；而在有较多儿童的社区，则需要加强婴幼儿窒息、烫伤、溺水等



常见意外伤害的急救知识培训。此外，还可以通过社区健康讲座、急救技能竞赛、模拟演练等形式，增强居民的参与感和实践能力，使急救知识不再是枯燥的理论，而是可以随时应用的实用技能。

中西医结合急救知识的社区化推广，还需要充分利用现代信息技术手段，扩大知识的传播范围和效率。可以通过社区微信公众号、短视频平台、线上直播课程等新媒体渠道，定期推送急救知识科普内容，并结合图文、动画、实操演示等多种形式，使内容更加生动易懂。同时，建立社区急救知识数据库和在线学习平台，方便居民随时查阅和学习，形成“线上学习+线下实践”的双轨推广模式，进一步提高急救知识的普及率和应用效果。

此外，社区化推广还应注重培养一批具备中西医结合急救知识的社区骨干力量，如社区医生、物业工作人员、志愿者等，通过专业培训使其成为社区急救知识传播的中坚力量。这些骨干人员不仅可以组织日常的急救培训活动，还能在突发事件中发挥第一响应人的作用，为居民提供及时的初步救助。同时，可以与附近的医院、急救中心建立联动机制，形成“社区—医院”无缝衔接的急救网络，确保在紧急情况下能够迅速、高效地开展救援工作。

最后，社区化推广的成功离不开持续的政策支持和社会宣传。政府应加大对社区急救知识普及的投入，提供必要的经费和物资保障，并将急救培训纳入社区公共服务体系。同时，通过媒体宣传、公益广告等方式，提高全社会对急救知识重要性的认识，营造“人人学急救、急救为人人”的良好社会氛围。只有在政府、社区、医疗机构和居民的共同努力下，中西医结合急救知识的社区化推广才能取得实效，真正为居民的生命安全保驾护航。

第九章 特殊环境下的急救与自救互救

第一节 野外生存与户外运动中的急救

一、户外运动常见意外伤害的预防与处理

户外运动常见意外伤害的预防与处理是保障参与者安全的重要环节。在野外环境中，由于地形复杂、气候多变以及装备使用不当等因素，意外伤害的发生率相对较高。因此，掌握基本的预防措施和应急处理方法显得尤为重要。首先，预防是关键。参与者应在活动前进行充分的身体准备，包括体能训练和适应性锻炼，以减少因体力不支导致的意外。同时，选择合适的装备和衣物，如防滑鞋、防晒帽和防水外套，能有效降低滑倒、晒伤或冻伤的风险。此外，了解活动区域的地形和天气情况，提前制定详细的行程计划，并告知他人，以便在紧急情况下及时获得援助。

在户外运动中，常见的意外伤害包括扭伤、擦伤、骨折、中暑、失温以及动物咬伤等。对于扭伤和擦伤，应立即停止活动，避免进一步损伤，并对受伤部位进行冷敷，以减轻肿胀和疼痛。如果伤势较重，如疑似骨折，应使用夹板固定伤肢，并尽快寻求医疗帮助。中暑和失温是极端气温下的常见问题，预防措施包括适时补充水分、避免在高温时段剧烈运动，以及穿着适宜的保暖衣物。一旦出现中暑症状，如头晕、恶心，应立即移至阴凉处，补充含电解质的饮料；若发生失温，需尽快采取保暖措施，如更换干衣、饮用热饮，严重时需紧急送医。

动物咬伤或昆虫叮咬也是户外活动中不可忽视的风险。预防方法包括穿着长袖衣裤、使用防虫喷雾，并避免在草丛或树林中长时间停留。若不慎被咬伤，应迅速清洗伤口，并进行消毒，若怀疑有毒蛇或狂犬病风险，需立即就医。此外，户外运动中的溺水风险同样存在，尤其是在水域活动中，参与者应穿戴救生衣，并避免单独行动。一旦发生溺水，应立即进行心肺复苏，并呼叫救援。

综合而言，户外运动中的意外伤害处理需结合中西医的急救知识。例如，在中医视角下，可通过穴位按摩缓解扭伤疼痛，或使用草药外敷促进伤口愈合；而



西医则强调无菌处理和现代医疗设备的应用。无论是预防还是处理，参与者都应保持冷静，遵循科学方法，确保在享受自然之余，最大限度地保障自身与他人的安全。最终，通过系统性的知识学习和实践，每个人都能在户外运动中做到防患于未然，并在意外发生时迅速有效地采取应对措施。在户外活动中，脱水与电解质失衡是较为常见但容易被忽视的健康问题，尤其在长时间、高强度的运动中更容易发生。人体在大量出汗时会流失水分和钠、钾等关键电解质，若不及时补充，可能导致肌肉痉挛、疲劳甚至晕厥。预防脱水的最佳方法是定时定量饮水，建议每小时补充五百至八百毫升水，并在运动前、中、后均保持水分摄入。同时，可通过饮用含有电解质的运动饮料或摄入含盐食物来维持体内电解质平衡。若已出现轻度脱水症状，如口干、尿色深黄，应立即休息并缓慢补充水分；若伴有头晕、心跳加速等严重表现，需尽快就医。

对于户外环境中可能遇到的植物过敏或中毒情况，参与者应提前识别常见有毒植物，如毒藤、毒橡树等，并避免直接接触。穿着长袖衣物和长裤是有效的物理防护方式，也可使用屏障类药膏减少皮肤暴露。若不小心接触有毒植物，应立即用清水和肥皂清洗受影响区域，并使用抗组胺药膏减轻瘙痒和红肿；若出现呼吸困难或大面积皮疹等严重过敏反应，需迅速寻求医疗援助。中医方面，可选用具有清热解毒作用的草药外敷，如金银花、蒲公英等，以缓解局部炎症反应。

在团队户外活动中，组织者和参与者还应重视心理压力的预防与调节。极端环境、意外事件或长时间孤立可能导致焦虑、恐慌甚至决策失误，因此提前进行心理建设和应急模拟训练十分必要。通过呼吸调节、正向自我对话等方法，可帮助保持冷静和专注。若团队中有成员出现剧烈情绪波动，应及时给予支持，必要时暂停活动，确保整体安全。此外，携带急救包时应包括常用药品、消毒用品、止血带等基础物资，并确保至少一名成员掌握基本急救技能，如伤口包扎、心肺复苏等。

总之，户外安全是一个多层面、综合性的课题，需要将事前准备、事中应对和事后反思紧密结合。参与者不仅要了解各种意外的处理方法，更应通过持续学习和实践提升自身应对能力。只有在认知、技能和物资各方面充分准备的基础上，才能最大限度地降低风险，享受安全而愉悦的户外体验。

二、蛇虫咬伤、动植物中毒的紧急处理

在野外活动时，蛇虫咬伤与动植物中毒是较为常见的意外情况，若处理不当可能引发严重后果。首先，对于蛇咬伤，应迅速判断是否为毒蛇所咬。毒蛇咬伤通常留下两个较深的牙痕，并伴有局部剧烈疼痛、肿胀、瘀斑等症状，严重时可能出现呼吸困难、心率失常等全身中毒表现。一旦确认或高度怀疑为毒蛇咬伤，应立即让伤者保持安静，尽量减少活动，以延缓毒液扩散。同时，迅速使用弹性绷带在伤口近心端进行包扎，注意松紧度以能插入一指为宜，避免过紧导致组织缺血。切勿用嘴吸吮毒液，以免毒液通过口腔黏膜进入人体。应尽快将伤者送往医疗机构，途中注意观察其生命体征，有条件时记录蛇的外形特征，以便医生针对性使用抗蛇毒血清。

对于虫类叮咬，如蜜蜂、黄蜂、蜈蚣等，需根据具体种类采取不同措施。蜜蜂蜇伤后，毒刺往往残留于皮肤内，应使用卡片等硬物顺方向刮除，避免用手指挤压，以免毒液进一步注入。随后用清水或肥皂水清洗伤口，并可冷敷以减轻肿胀和疼痛。若出现过敏反应，如呼吸困难、皮疹、头晕等，需立即服用抗过敏药物，并尽快就医。蜈蚣咬伤通常局部症状明显，可用氨水或碳酸氢钠溶液冲洗，以中和酸性毒液。蝎子蜇伤则需警惕神经毒性，应保持伤肢低位，避免剧烈运动，并迅速寻求医疗帮助。

在野外，误食有毒动植物是另一大风险。常见的有毒植物如毒蘑菇、断肠草、乌头等，误食后可能出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻、神经麻痹等症状。一旦发生中毒，应立即停止进食，并尝试催吐，但若患者已意识不清或出现抽搐，则不宜催吐，以免误吸。同时保留食物样本，以便医生诊断。动物性中毒如误食河豚、毒贝类等，通常发病迅速，需立即送医，途中可尝试饮用大量温水稀释毒物，但切勿盲目使用药物。

此外，在野外环境中，预防胜于治疗。活动前应了解当地常见的危险动植物种类及其分布，穿着长袖衣裤、高帮鞋，避免在草丛、树洞等蛇虫易出没的地方徒手摸索。进食野生植物前必须确认其安全性，不随意采摘和食用不熟悉的野果、菌类。随身携带急救包，包括抗过敏药、消毒用品、弹性绷带等，并掌握基本急救技能。通过科学防范和正确应对，可最大程度降低野外活动中的风险，保障自身与他人的安全。对于毒蛇咬伤的处理，除了上述基本急救措施外，还需注意一



些细节问题。毒蛇咬伤后，伤者应避免饮用含酒精或咖啡因的饮料，因为这些物质可能加速血液循环，促进毒液吸收。同时，不要随意切开伤口或用火烧灼，这些民间方法不仅无效，还可能造成二次伤害。在转运过程中，应保持伤肢低于心脏水平，以减少毒液回流速度。若出现休克症状，如面色苍白、出冷汗、脉搏细弱等，应采取平卧位，抬高下肢，保持呼吸道通畅。医疗人员到达后，应详细告知咬伤时间、蛇的特征、已采取的急救措施等信息，以便进行针对性治疗。

在虫类叮咬中，特别需要注意的是蚊虫叮咬可能传播疾病，如疟疾、登革热等。在疫区活动时，应采取有效的防蚊措施，如使用驱蚊剂、穿着浅色长袖衣物、使用蚊帐等。被蚊虫叮咬后，如出现发热、头痛、肌肉酸痛等症状，应警惕虫媒传染病的可能，及时就医并告知医生旅行史。对于蜱虫叮咬，不可直接用手拔除，以免口器断裂残留体内，应使用镊子紧贴皮肤夹住蜱虫头部，缓慢垂直拔出，之后用碘酒消毒伤口，并密切观察是否出现红斑、发热等症状，以防莱姆病等蜱传疾病。

在植物中毒的急救中，需要特别注意某些特殊毒物的处理方法。例如，误食含有强心苷类毒素的植物如夹竹桃、洋地黄等，可引起严重心律失常，此时除常规催吐外，应尽早使用活性炭吸附毒物。对于皮肤接触有毒植物如毒漆树、毒葛等引起的接触性皮炎，应立即用肥皂水清洗接触部位，更换污染衣物，并使用外用皮质类固醇药膏减轻炎症反应。若眼睛接触到植物汁液，应用大量清水冲洗至少十五分钟，并尽快就医。

动物性中毒的急救要特别注意海鲜过敏反应。有些人食用海鲜后可能出现急性过敏反应，甚至发生过敏性休克。此时应立即注射肾上腺素（如有备药），保持呼吸道通畅，并紧急送医。对于已知有严重过敏史者，野外活动时应随身携带肾上腺素自动注射笔，并确保同伴了解使用方法。此外，不要生食或半生食淡水鱼虾，以防感染肝吸虫等寄生虫。

在预防措施方面，除了基本的防护装备外，还应掌握一些实用的野外技巧。例如，在草丛中行走时可使用木棍敲打前方路面，以惊走可能潜伏的蛇类。搭建帐篷时应选择开阔、干燥的地点，远离蚁穴、蜂巢等昆虫聚集处。夜间应使用手电筒照明，避免徒手摸索。对于野外水源，即使看起来清澈，也应煮沸或使用净水剂处理后再饮用，以防水源性寄生虫感染。

最后，要特别强调野外活动时的团队协作与通信保障。出发前应告知家人或

朋友行程计划，携带可靠的通信设备，了解最近的医疗点位置。团队中应至少有一人掌握专业的急救技能，并配备完善的急救物资。遇到紧急情况时保持冷静，按照预先演练的预案进行处置，及时寻求专业救援。通过充分的准备和科学应对，才能确保野外活动的安全性与愉悦性。

三、失温、热衰竭等环境性疾病的急救

在野外活动或户外运动中，环境性疾病是常见且可能危及生命的紧急情况，其中失温和热衰竭尤为突出。失温是指人体核心温度持续下降至正常水平以下的状态，通常由于长时间暴露在寒冷、潮湿或多风的环境中导致。当体温降至 35°C 以下时，人体会出现寒战、意识模糊、言语不清、动作协调能力下降等症状，严重时可能导致昏迷甚至死亡。急救措施应立即将患者移至避风、干燥且温暖的环境，脱去湿冷衣物，用干燥的毯子或衣物包裹身体，并通过温热饮料或食物补充热量，但切忌使用酒精或直接加热方式，以免造成血管扩张加剧热量流失。若患者意识清醒，可鼓励其轻微活动以产生体热；若已失去意识，则需采取侧卧位防止呕吐物阻塞气道，并尽快寻求专业医疗援助。

热衰竭则是由于高温环境下人体水分和电解质大量丢失，导致循环系统功能紊乱的一种疾病。常见症状包括大量出汗、皮肤湿冷苍白、脉搏弱而快、头晕恶心、肌肉痉挛以及极度疲劳。这种情况若未及时处理，可能发展为更严重的热射病。急救时需迅速将患者转移至阴凉通风处，让其平躺并抬高双脚以促进血液回流至大脑。解开紧身衣物，用湿毛巾擦拭皮肤或喷洒凉水帮助降温，但避免使用过冷的水或冰直接接触皮肤，以免引起血管收缩反而不利于散热。同时，应鼓励患者少量多次饮用含电解质的饮料或淡盐水，以补充流失的水分和矿物质。若症状持续或加重，如出现高热、意识障碍等迹象，必须立即送医治疗。

除了失温和热衰竭，其他环境性疾病如冻伤、中暑、高原反应等也需引起高度重视。冻伤多发生在极端低温条件下，尤其常见于手指、脚趾、耳朵等末梢部位，表现为皮肤苍白、麻木甚至硬结。急救时应避免揉搓冻伤区域，以免损伤组织，而应使用温水（约四十摄氏度）缓慢复温，并用无菌敷料保护患处。中暑则是热衰竭的严重进展，特征为体温急剧升高至 40°C 以上，伴有皮肤干热、意识混乱或昏迷，必须立即采取降温措施如冰敷大动脉部位，并紧急呼叫医疗救援。高原反应则因缺氧引起，常见于高海拔地区，症状包括头痛、呼吸困难、恶心等，



处理方式包括下降至低海拔地区、吸氧及休息。

预防始终是应对环境性疾病的最佳策略。在野外活动前，应充分了解当地气候和地形条件，携带适当的防护装备如防风防水衣物、防晒用品、充足的水和电解质补充剂。合理安排活动时间和强度，避免在极端天气下长时间暴露，并学会识别自身及同伴的早期症状，做到及时干预。掌握这些急救知识不仅能提升户外活动的安全性，也能在紧急情况下为生命争取宝贵时间。

四、野外环境下简易急救工具的制作与使用

在野外环境中，遭遇突发状况时，专业的急救设备往往难以立即获得，因此掌握简易急救工具的制作与使用方法显得尤为重要。利用自然材料或随身携带的日常物品，可以快速制作出有效的急救工具，为伤者提供及时的初步处理，避免情况恶化。

树枝、木片或厚实的纸张可以作为临时夹板，用于固定骨折或严重扭伤的肢体。选择长度适宜、较为平直的材料，用衣物、绳索或藤蔓捆绑在伤肢两侧，注意松紧适度，避免影响血液循环。若条件允许，可在夹板与皮肤之间垫上软布或树叶，减少不适感。对于头部或关节处的伤口，可利用较大的树叶或干净的布料制作压迫敷料，帮助止血并保护创面免受污染。

绳索或藤蔓在急救中用途广泛，除了固定夹板外，还可用于制作悬带或三角巾。将一块较大的布折叠成三角形，长边绕过颈部，两端在肩部打结，可以支撑受伤的手臂或手腕。若没有现成的布料，可以利用衣物撕成条状代替。此外，较长且坚韧的植物茎秆或藤蔓可以临时用作担架的支撑杆，配合外套或帐篷布制成简易担架，用于转移行动不便的伤者。

清洁水源在野外急救中至关重要，若无法获得饮用水，可以利用自然材料制作简易滤水装置。找一个中空的竹筒或大型树叶，底层铺细沙，中间放木炭碎末，上层再铺一层细沙，缓缓倒入浑浊的水，下方用容器接住滤出的清水。虽然这种方法不能完全去除微生物，但能显著改善水质，减少感染风险。若有条件，将滤后的水煮沸 10 分钟以上，即可基本达到饮用安全标准。

在缺乏消毒药品的情况下，可以利用某些植物的天然抗菌特性。例如，芦荟、松树皮或某些蕨类植物的汁液具有一定的消炎作用，可用于清洁轻微擦伤或烧伤的创面。但需注意，对植物不熟悉时应谨慎使用，避免引起过敏或中毒。此外，

阳光中的紫外线也有一定的天然消毒效果，将包扎用的布料在阳光下暴晒一段时间，可以减少细菌残留。

火源在野外急救中有多重用途：煮沸饮水、取暖、驱赶野兽以及发信号求救。利用打火石、镁棒或电池与金属丝短路的方法生火，比传统钻木取火更为高效。火堆应设在开阔通风处，远离易燃物，并随时注意控制火势。烟雾信号可用于白天求救，而明亮的火焰在夜间更易被远处发现。

总之，野外环境下制作与使用简易急救工具的关键在于灵活利用现有资源，结合基本急救知识，迅速做出判断与行动。通过实践这些方法，不仅能在紧急情况下保护自己与他人的安全，也能提升户外活动的整体应变能力与信心。

第二节 灾害现场（地震、火灾）的自救与互救

一、地震、火灾中的逃生与避险技巧

地震灾害发生时，首要原则是保持冷静，迅速判断周围环境，选择安全的避险位置。在室内时，应迅速躲到坚固的家具下方，例如桌子、床铺或墙角，避免靠近窗户、玻璃、吊灯等易碎或易坠落的物品。如果条件允许，可以用枕头、被子等柔软物品保护头部，减少可能的撞击伤害。在室外时，应尽量远离建筑物、电线杆、广告牌等可能倒塌的物体，选择开阔的空地躲避。如果身处高楼，切勿使用电梯，应通过楼梯迅速但有序地撤离，避免拥挤和踩踏。地震停止后，应小心检查自身和周围人员是否受伤，并注意余震的可能，保持警惕。

火灾中的逃生同样需要冷静和迅速的反应。首先，应尽量压低身体，靠近地面匍匐前进，因为烟雾和有毒气体通常向上扩散，靠近地面的空气相对较为清洁。用湿毛巾或衣物捂住口鼻，减少吸入有害烟雾。如果门把手发热，说明门外火势可能较大，此时不应贸然开门，应选择其他逃生路径，如窗户或阳台。如果被困在高层，切勿跳楼，应通过窗户向外发出求救信号，等待救援。在逃生过程中，应尽量避免使用电梯，选择楼梯通道，并注意关闭身后的门窗，以减缓火势蔓延。

无论是地震还是火灾，事先的预防和准备同样重要。家庭和办公场所应定期检查电器线路、燃气设备等潜在火源，确保灭火器、逃生梯等应急设备处于可用状态。同时，家庭成员或同事之间应事先约定集合地点，并熟悉逃生路线和应急



预案。通过这些措施，可以在灾害发生时最大限度地减少人员伤亡和财产损失。地震发生后，若不幸被困于废墟之下，应保持镇定，尽力控制呼吸节奏，避免吸入过多粉尘。可通过敲击管道、墙壁或呼救的方式引起救援人员注意，但需注意保存体力，避免过度呼喊导致缺氧或体力耗尽。若身边有水源，应合理分配饮用，维持生命所需。同时，尽量避免剧烈移动，防止周围结构进一步坍塌造成二次伤害。若发现身边有其他人被困，应互相鼓励，共同等待救援。

对于火灾中的烧伤急救，应迅速将伤员移离火源，并立即用大量流动冷水冲洗烧伤部位，持续 10~20 分钟，以降低皮肤温度，减轻组织损伤。切勿使用冰块直接敷在烧伤处，以免造成冻伤。冲洗后，用干净的无菌纱布或清洁的棉布覆盖伤口，避免使用毛巾或有毛絮的材料，以防感染。如果伤员衣物与皮肤粘连，不可强行撕脱，应保留原状，交由医护人员处理。对于严重烧伤者，应保持其呼吸道通畅，监测生命体征，并尽快送医。

在急救过程中，还需特别注意心理干预的重要性。灾害幸存者可能出现恐慌、焦虑或创伤后应激障碍，急救人员或身边人员应给予情绪支持，用平静、肯定的语言安抚其情绪，帮助其保持意识清醒。可通过询问姓名、简单交流等方式分散其注意力，减轻痛苦感。同时，急救人员自身也需保持冷静，确保在高压环境下做出正确判断，避免因慌乱而延误救援。

最后，日常的急救知识普及和演练至关重要。社区、学校及工作单位应定期组织防灾减灾培训，包括模拟地震、火灾等场景的应急演练，提升公众的自救互救能力。此外，家庭应常备急救包，内含绷带、消毒用品、常用药品、手电筒、哨子等应急物资，并确保每位家庭成员了解其使用方法。通过这些准备措施，可以有效提升灾害发生时的应对效率，减少不必要的伤害和损失。

二、被困人员的自救与呼救方法

当地震或火灾等灾害发生时，人员被困的情况十分常见。被困人员首先应保持冷静，避免因恐慌而做出错误判断。在确认自身安全的前提下，应迅速评估周围环境，寻找可能的逃生通道或安全区域。如果无法立即脱困，应尽量寻找坚固的掩体，如桌下、墙角或承重墙附近，以减少坠物或坍塌造成的伤害。同时，应注意避开玻璃、悬挂物等易碎或危险物品，防止二次伤害。

在确保自身暂时安全后，被困人员应设法发出求救信号。可以利用身边的物

品制造声响，如敲击管道、墙壁或地面，引起救援人员的注意。如果条件允许，可以使用手机或其他通信设备拨打紧急电话，但需注意节省电量，仅在必要时使用。此外，可以利用光源，如手机屏幕、手电筒或反射物，向外界传递信号。如果身处较高楼层，可以通过窗户或阳台悬挂鲜艳衣物或布条，吸引救援人员的视线。

在等待救援的过程中，被困人员应尽量保持体力，避免不必要的活动。如果有饮水或食物，应合理分配，确保在救援到来前能够维持生命所需。如果多人被困，应互相鼓励，分工合作，共同维持秩序并提高获救概率。若环境中烟雾或有毒气体，应尽量用湿布捂住口鼻，减少有害物质的吸入，并寻找相对通风的位置躲避。

最后，被困人员应时刻留意外界动静，一旦听到救援人员的声音或机械作业声，应迅速回应并配合指令。救援过程中，应保持耐心，避免因急躁而增加风险。记住，冷静和正确的自救方法是提高生存机会的关键。在地震或火灾等灾害中，被困人员应持续关注自身身体状况，及时检查是否有受伤或出血情况。若有明显外伤，应尽量利用现场可用材料进行简单包扎，如使用衣物碎片压迫止血，避免失血过多。若环境中可用的清洁水源，可先清洗伤口再包扎，以减少感染风险。对于骨折或严重创伤，应尽量保持受伤部位固定，避免移动造成二次伤害。

如果被困环境存在高温、低温或缺氧等极端条件，需采取相应措施保护自己。在高温环境中，应尽量减少衣物层次，保持通风，并利用湿润布料降低体温。在低温环境中，应尽量聚集多人共享体温，或用可用的隔热材料覆盖身体，减少热量散失。若怀疑空间内氧气不足，应避免剧烈活动，放缓呼吸节奏，并尽量靠近可能的通风口。

对于有慢性疾病或需要长期服药的人员，如果身边带有药物，应按照日常规律服用，并注意保存剩余药物以备后续使用。若药物不足或丢失，应尽量保持平静，减少因情绪波动导致的病情加剧，并告知共同被困人员自身情况，以便在救援到来时能第一时间获得医疗帮助。

三、灾害现场的伤员分类与优先级处理

灾害现场的伤员分类与优先级处理是急救工作中至关重要的环节，尤其在资源有限、时间紧迫的情况下，科学合理地分类能够最大限度地提高救援效率，减



少人员伤亡。这一过程通常依据伤员的生理状态、损伤严重程度及生存可能性等因素进行快速评估，并据此确定救治的先后顺序。常见的分类方法包括简单分类与快速治疗法及儿童分类法，这些方法注重实用性和可操作性，便于非专业人员在紧急情况下应用。

在灾害现场，救援人员首先需要对伤员进行初步评估，识别其生命体征是否稳定。通常，伤员被分为四个优先级：第一，优先级为立即处理类，这类伤员存在危及生命的损伤，如大出血、呼吸道阻塞、严重休克或张力性气胸等，若不立即干预可能迅速导致死亡；第二，优先级为延迟处理类，伤员伤势较重但暂时不会危及生命，例如开放性骨折或非大面积的烧伤，可在资源允许时予以救治；第三，优先级为轻伤类，伤员仅受轻微损伤，如小面积擦伤或扭伤，通常可自行处理或等待后续救援；第四优先级为期待处理类或已死亡类，指伤势过重、生存希望渺茫或已确认死亡的伤员，救援资源应优先分配给更有生存可能的个体。

实际操作中，分类过程需结合现场环境、可用资源及灾害类型灵活调整。例如，在地震灾害中，伤员可能因建筑物坍塌导致挤压伤、内出血或窒息，需特别注意呼吸和循环系统的评估；而在火灾现场，一氧化碳中毒、烧伤和呼吸道灼伤则是常见问题，分类时应优先确保伤员气道通畅和烧伤处理。同时，救援人员需保持冷静，避免因个人情感影响判断，以确保优先级处理的客观性和公正性。

此外，灾害现场的动态变化要求分类工作具有持续性和适应性。伤员状况可能随时间恶化或改善，因此需定期重新评估和调整优先级。互救过程中，非专业人员也可通过学习基本分类原则，如检查呼吸、脉搏和意识状态，协助初步分流，为专业救援争取宝贵时间。总之，科学的伤员分类与优先级处理不仅提升救援效果，更是灾害现场自救互救体系的核心组成部分，需要在实践中不断优化与推广。在伤员分类过程中，救援人员需依据统一标准快速判断伤情等级，避免因主观臆断导致资源分配失衡。常用的分类工具包括颜色标签系统，其中红色代表立即处理，黄色表示延迟处理，绿色对应轻伤，黑色则用于标识已死亡或期待处理类别。这种视觉化管理手段有助于在混乱环境中高效协调救援力量，确保危重伤员优先获得干预。同时，分类决策需结合伤员年龄、基础疾病及环境因素综合评估，例如老年伤员或患有慢性病者可能对创伤耐受性更低，需适当提高处理优先级。

现场分类还需注意群体性心理反应的影响，部分伤员可能因惊恐表现出过度反应，掩盖实际伤情严重程度。救援人员需通过客观体征如血压、呼吸频率及瞳

孔反应等指标辅助判断，避免被表面症状误导。对于无法直接评估的损伤（如内出血或颅脑创伤），应依赖机制性推断（如高处坠落或挤压病史）提高分类准确性。此外，儿童伤员因生理特点差异，需采用专门的儿童分类法，重点观察呼吸循环状态及神经反应，因其代偿能力较弱，病情恶化往往更为迅速。

灾害现场的特殊性还要求分类工作与转运安排紧密衔接。高优先级伤员需优先安排后送，并在转运途中持续监测生命体征，防止二次损伤。中低优先级伤员可在现场接受初步稳定处理，待资源充足时逐步转移。对于期待处理类伤员，虽然资源分配优先级最低，但仍需给予人文关怀和心理支持，避免对其造成额外痛苦。整个分类流程需记录在案，便于后续救援力量的交接与追踪，确保伤员管理的连续性与完整性。

最后，伤员分类不仅是技术操作，更是伦理抉择的体现。救援人员需在公平原则下权衡个体生存概率与整体救援效益，尤其在资源极度匮乏时，需以拯救最多生命为核心目标。通过模拟演练和实战培训，可提升救援人员的快速决策能力和心理抗压能力，使其在高压环境中仍能保持分类工作的科学性与人道性。现代技术如便携式生命监测设备和分类辅助系统的应用，也为现场评估提供了更精准的数据支持，进一步优化了灾害救援的响应效能。

四、中西医急救知识在灾害现场的实践应用

在地震或火灾等突发灾害现场，中西医急救知识的综合运用能够显著提升伤员的生存率与康复质量。灾害环境下医疗资源往往极度匮乏，专业救援力量难以第一时间抵达，因此现场人员掌握基础的中西医急救技能至关重要。中医强调“整体观念”与“辨证施救”，在应急处理中注重调节气血、平衡阴阳，而西医则侧重于生命支持与创伤处理，二者结合可形成更为完善的急救体系。

灾害现场常见创伤包括骨折、出血、烧伤及窒息等。西医急救首先强调基础生命支持三要素原则，即检查气道、呼吸与循环，确保伤员生命体征稳定。对于开放性伤口，应立即采用无菌敷料加压止血，并尽可能保持伤口清洁，预防感染。若出现骨折，需利用夹板等物品固定伤肢，避免二次损伤。与此同时，中医可采用针刺或指压穴位辅助止血与镇痛，例如按压合谷穴缓解疼痛，或刺激人中穴促醒昏迷患者。

在烧伤处理中，西医主张立即用大量冷水冲洗伤处，减轻热损伤，并用干净



纱布覆盖保护创面。中医则可配合外用黄连、紫草等具有清热解毒、生肌敛疮功效的草药制剂，帮助缓解红肿、促进组织修复。若伤员出现呼吸道灼伤或吸入性损伤，需保持其呼吸道通畅，必要时进行人工呼吸，而中医可通过艾灸肺俞穴或服用润肺化痰方剂辅助改善呼吸功能。

对于因长时间受困导致脱水或休克的伤员，西医需尽快补充生理盐水或口服补液盐，维持电解质平衡。中医则认为“津血同源”，可配合生脉散等方剂益气生津，或通过按摩足三里、关元等穴位调动气血运行，增强机体抗病能力。若伤员出现意识障碍，中医的“开窍醒神”法如针刺十宣穴或嗅闻薄荷冰片等芳香类药物，可与西医的神经兴奋剂协同起效。

灾害现场的心理干预同样重要。许多幸存者会经历急性应激反应，表现为恐慌、呆滞或过度情绪反应。西医通常采用镇静类药物稳定情绪，而中医则注重“调神安志”，通过耳穴压豆、百会穴按摩或服用甘麦大枣汤等方剂宁心安神，缓解紧张情绪。这种心身同治的模式有助于减少创伤后应激障碍的发生。

需要特别注意的是，在灾害现场运用中医药时需遵循“简、便、廉、验”原则，尽量采用易于获取的外治法或穴位刺激，避免复杂方剂的使用。所有急救措施都应在确保环境安全的前提下进行，并及时将伤员转移至专业医疗点。中西医结合的灾害现场急救不仅拓展了救援手段，更体现了“防重于治、救急于缓”的医学理念，为提升社会整体应急能力提供了重要支持。

第三节 交通意外的紧急处理与伤员救助

一、交通事故现场的安全保护与警示

交通事故发生后，现场的安全保护与警示是急救工作的首要环节，直接关系到伤员及施救人员的生命安全。首先，施救人员应立即将车辆停靠在安全区域，开启危险报警闪光灯，并在事故现场后方适当位置设置三角警示牌。城市道路一般在车后五十米处放置，高速公路则需在一百五十米外设置，若遇雨雾等恶劣天气，距离还应进一步增加。同时，可利用车内反光背心、警示灯等设备增强警示效果，避免二次事故发生。

在确保自身安全的前提下，施救人员应迅速观察现场环境，判断是否存在燃

油泄漏、车辆冒烟、货物散落等潜在危险。若发现车辆有起火或爆炸风险，应立即疏散现场人员，并拨打火警电话求助。若有危险化学品运输车辆涉及事故，需保持安全距离，避免接触不明液体或气体，同时按照应急指示牌的信息联系专业处置单位。

对伤员进行初步救助时，应注意维持现场秩序，劝导围观群众远离事故区域，避免造成交通拥堵或干扰救援工作。若事故发生在夜间或能见度较低的环境中，可使用手机照明或车载灯光辅助警示，同时注意避免光源直射伤员眼睛或影响其他驾驶员视线。最后，在专业救援人员到达现场后，应积极配合其指挥，提供已采取的初步措施及现场情况说明，确保救援工作高效、安全地进行。在确保现场安全警示措施到位后，施救人员需立即对伤员进行初步伤情评估与分类。评估时应遵循“先重后轻”的原则，优先处理危及生命的损伤，如大出血、窒息、严重创伤等。快速检查伤员的意识状态、呼吸与循环体征，可通过轻拍双肩、大声呼唤判断其反应能力，同时观察胸廓起伏并触摸颈动脉搏动以评估生命体征是否稳定。若发现伤员无意识且无正常呼吸，应立即启动心肺复苏程序，并安排他人协助获取自动体外除颤器。

对于有明显活动性出血的伤员，应迅速采用直接压迫法控制出血，使用无菌敷料或洁净布料覆盖伤口并持续加压。若出血严重且直接压迫效果不佳，可考虑在伤口近心端使用止血带，但需记录使用时间并每隔一段时间放松片刻以避免组织坏死。处理出血时应注意自我防护，尽量避免直接接触血液，可使用一次性手套或塑料袋作为隔离屏障。

对疑似脊柱损伤的伤员，须严格保持其头颈部中立位，避免随意搬动或扭转身体。可采用双手固定头部的方法维持稳定，等待专业医护人员携带颈托与担架到场。若现场环境存在即时危险必须转移伤员，应实施多人协作的轴向翻身技术，确保头、颈、躯干呈整体移动。对于昏迷伤员，应将其置于稳定侧卧位，以防止舌后坠或呕吐物导致气道梗阻。

在急救过程中，需持续观察伤员的生命体征变化，并做好简单记录。注意为伤员保暖，可用保温毯或衣物覆盖身体，避免低体温症发生。同时应安抚伤员情绪，用简短明确的语句告知其正在接受帮助，减少其焦虑与恐惧感。若伤员清醒，可询问其疼痛部位、既往病史及过敏史等信息，以便向后续救援人员提供更全面的信息支持。



最后，在专业救援力量到达后，应清晰、准确地交接伤员情况，包括已实施的急救措施、观察到的体征变化及伤员的主观描述。所有现场施救行为均需遵循科学规范原则，既要争分夺秒，又要避免因操作不当造成二次伤害。

二、伤员的初步评估与呼救

在交通意外现场，对伤员进行初步评估是实施有效救助的首要步骤。评估过程需迅速而系统，首先观察现场环境是否安全，避免二次伤害的发生。救援者应确保自身安全后，再接近伤员，快速判断其意识状态，可通过轻拍双肩、大声呼唤等方式检查伤员是否有反应。若伤员无应答，应立即检查其呼吸和脉搏，观察胸廓是否有起伏，并用手指触摸颈动脉搏动，以判断是否存在生命危险。对于意识清醒的伤员，需询问其疼痛部位及不适感，初步了解伤情。

初步评估的重点在于识别危及生命的紧急情况，如大出血、呼吸困难、心跳骤停等。若发现伤员有活动性出血，应立即采取压迫止血措施；若伤员呼吸微弱或停止，需迅速进行人工呼吸或心肺复苏。同时，需注意伤员是否有骨折、脊柱损伤等潜在风险，避免随意移动伤员，以免加重伤势。评估过程中，救援者需保持冷静，有序记录伤员的重要生命体征和伤情信息，为后续专业救援提供参考。

完成初步评估后，应立即进行呼救。拨打急救电话时，需清晰、准确地报告事故地点、伤员人数、伤情严重程度以及已采取的急救措施。急救内容应简明扼要，包括是否有大量出血、意识丧失、呼吸困难等关键信息，以便急救人员做好相应准备。若现场有多个伤员，需根据伤情严重程度进行分级，优先处理危重患者。在等待专业救援的过程中，救援者需持续观察伤员情况，必要时进行简单的维持生命措施，如保持气道通畅、止血、保暖等，最大限度地减少伤亡风险。在实施初步评估与呼救后，现场急救人员需立即展开基础生命支持措施，以维持伤员的关键生理功能。基础生命支持的核心目标是确保伤员气道通畅、呼吸有效及循环稳定，这是降低死亡率和致残率的关键环节。对于意识丧失的伤员，首先应检查并清理口腔内的异物，如血液、呕吐物或碎牙，采用头后仰—抬下颌法开放气道，避免舌根后坠阻塞呼吸道。若伤员无自主呼吸或呼吸微弱，需立即进行口对口人工呼吸，每次吹气时间约 1 秒，观察胸廓是否有起伏，以确保通气有效。同时，应持续监测颈动脉搏动，若发现心跳停止，必须立即实施胸外按压，按压位置为两乳头连线中点，深度 5~6cm，频率 100~120 次 / 分钟，并与人工呼吸以 30 : 2 的比例交替进行。

对于存在活动性出血的伤员，止血是优先处理的事项。直接压迫法是最常用且有效的止血方式，用无菌纱布或洁净布料紧压伤口，直至出血停止。若伤口内有异物，不可轻易移除，以免加重出血，而应在异物周围加压包扎。对于四肢大动脉出血，可采用止血带止血，但需注意记录使用时间，每隔 1 小时放松 1~2 分钟，避免组织坏死。止血过程中，需密切观察伤员面色、脉搏及意识状态，防止休克发生。

在基础生命支持的同时，需对伤员进行全身检查，识别潜在的重伤。重点检查头部、胸腹部及四肢是否有明显变形、肿胀或压痛，警惕内出血的可能。对于怀疑脊柱损伤的伤员，必须保持其头颈躯干呈一条直线，避免扭转或弯曲，使用卷毯法或多人平托法固定后搬运。若伤员出现呼吸困难、发绀等症状，应考虑气胸或血胸的可能，需保持伤员半卧位，减轻胸腔压力。

完成基础处置后，需持续监测伤员生命体征，包括呼吸、脉搏、体温及意识状态，并做好记录。若环境寒冷，应注意为伤员保暖，防止低体温症；若天气炎热，需避免伤员暴露于阳光下，预防中暑。在专业救援人员到达前，急救者应不断安抚伤员情绪，减少其焦虑和恐惧，同时避免给予任何食物或饮料，以免影响后续医疗处置。基础生命支持的有效实施，能够为伤员争取宝贵的抢救时间，显著提高生存机会。

三、骨折、创伤性休克的现场处理

发生交通事故时，伤员常出现骨折及创伤性休克等严重情况，现场急救处理是否及时、得当，直接关系到伤员的后续康复甚至生命安全。骨折通常表现为局部剧烈疼痛、肿胀、畸形或异常活动，伤员可能无法移动受伤部位。此时应首先确保环境安全，避免移动伤员，尤其是怀疑脊柱损伤时，更需保持其身体轴线稳定，防止二次伤害。可使用夹板、硬纸板或折叠的衣物临时固定伤肢，减少疼痛并避免骨折端移位损伤周围血管神经。

创伤性休克多因严重外伤导致大量失血或剧烈疼痛引发，伤员可能出现面色苍白、出冷汗、脉搏细速、呼吸浅快甚至意识模糊等症状。处理时应迅速控制可见出血，采用直接压迫法或止血带（需谨慎使用并记录时间），同时保持伤员平卧，抬高下肢以增加回心血量，注意保暖但避免过热。密切观察伤员意识状态和生命体征，必要时实施心肺复苏。



在现场急救中，中西医结合的方法可发挥独特优势。例如，按压人中穴或合谷穴有助于刺激意识，减轻休克反应；及时覆盖清洁敷料于创伤处，既可防止感染，也有助于止血。应避免随意给伤员饮水或进食，以免影响后续医疗处置。尽快呼叫专业急救人员，并准确描述伤员状况和已采取的措施，为后续治疗争取宝贵时间。在固定骨折部位时，应优先选择具有一定硬度和稳定性的材料，如木板、树枝或硬质塑料板，若现场条件有限，亦可利用书本、折叠毛毯等物品进行临时固定。固定范围需超过骨折处上下两个关节，以充分限制异常活动，例如小腿骨折应同时固定膝部和踝部。捆绑时注意松紧适度，以不影响远端血液循环为宜，可定期检查伤肢末梢的颜色、温度和感觉。若骨折端已穿破皮肤形成开放性损伤，切勿尝试将骨折断端推回原位，而应以清洁敷料或相对干净的布类覆盖伤口，避免污染物深入。

对于创伤性休克的伤员，除常规急救措施外，可配合中医急救技法辅助稳定生命体征。指压或针刺内关穴有助于宁心安神、调节心率；紧急情况下点按涌泉穴可激发阳气、提升血压。同时需保持伤员呼吸道通畅，清除口鼻分泌物，将头部偏向一侧防止误吸。若伤员意识尚存，应不断给予语言安抚，减轻其恐惧和焦虑情绪，避免因情绪波动加重休克。

值得注意的是，许多伤员可能同时存在多发伤或复合伤，需按照“先救命后治伤”的原则有序处置。例如颅脑损伤伴骨折者，应优先处理意识障碍和呼吸异常；胸部外伤者需警惕张力性气胸，表现为进行性呼吸困难、颈静脉怒张，此时需立即排气减压。所有急救操作应体现人文关怀，尽量减少伤员痛苦，为专业救援争取时间。

四、车辆中的自救与互救技巧

车辆发生意外时，保持冷静是自救与互救的首要前提。在事故发生的瞬间，乘客应迅速判断自身所处位置及周围环境，避免因慌乱导致错误行动。若车辆尚未完全停止，应尽量抓紧固定物体，如座椅扶手或安全带，以减少碰撞带来的冲击。驾驶员在确保自身安全的前提下，需立即开启危险报警闪光灯，并尝试将车辆移至路边，避免二次事故的发生。

若车辆因撞击无法移动，乘客需迅速评估自身受伤情况。如有出血，应立即用干净布料压迫伤口止血；若怀疑骨折，应避免移动受伤部位，等待专业救援。

车内常备急救包的使用尤为关键，应熟悉其中物品如绷带、消毒液、止血带等的使用方法，以便在紧急情况下迅速采取初步救护措施。

互救过程中，施救者需首先确保现场环境安全，如车辆未冒烟、无漏油迹象等，再进入车内救助伤员。对于意识清醒的伤员，应询问其受伤部位及疼痛程度，避免随意移动其身体，尤其是颈部和脊柱部位，以防加重损伤。若伤员被困于车内，需根据实际情况判断是否破窗救援，破窗时应选择远离伤员的玻璃角落，并用衣物保护手部，防止玻璃碎片飞溅造成伤害。

对于昏迷伤员，应立即检查其呼吸与脉搏。若呼吸停止，需迅速实施心肺复苏术，同时请他人拨打急救电话。施救时应注意伤员体位，尽量将其放置于平坦硬质表面，保持气道通畅。若伤员呕吐，需将其头部转向一侧，防止呕吐物阻塞呼吸道。

在等待救援期间，应为伤员保暖，避免其因失温导致病情恶化。可利用车内衣物或毯子覆盖伤员身体，同时密切观察其生命体征变化。若环境允许，可在车辆后方放置警示标志，提醒其他车辆注意避让，减少进一步风险。

最后，所有参与互救的人员应分工合作，确保急救措施有序进行。一人负责与急救中心保持沟通，准确报告事故地点、伤员人数及伤情，另一人则持续实施救护操作。通过有效的自救与互救配合，能够显著提高交通意外中的生存率与康复效果。在实施心肺复苏术时，施救者需确保自身姿势正确，双膝跪于伤员一侧，双手交叠置于伤员胸骨下半段，以每分钟 100~120 次的频率进行按压，按压深度应达到 5~6cm，以保证心脏有效泵血。每次按压后需让胸廓充分回弹，避免过度通气，人工呼吸时应注意捏住伤员鼻子，口对口吹气两次，每次吹气时间约一秒钟，观察胸廓是否有起伏。若现场有自动体外除颤器，应尽快取用，按照设备语音提示操作，贴放电极片后确保无人接触伤员，由机器分析心律并决定是否电击。

对于有明显外伤的伤员，应优先处理危及生命的出血。动脉出血呈喷射状，血色鲜红，必须立即使用止血带或替代物在伤口近心端扎紧，并记录扎紧时间，每隔一小时放松一至两分钟，防止组织坏死。静脉出血血色暗红，流速较慢，可通过直接压迫止血。所有开放性伤口均需用无菌敷料覆盖，避免污染，若敷料被血浸透，不要取下，应叠加新敷料继续压迫。

若伤员出现休克症状，如面色苍白、脉搏细速、意识模糊，需将其平卧，抬高下肢约三十度，以增加回心血量，同时松开紧身衣物，保持呼吸道通畅。严禁



给予伤员任何食物或饮水，以免误吸或影响后续手术麻醉。应持续监测伤员意识状态，若其由清醒转为嗜睡或躁动，可能提示颅内损伤或病情恶化，需立即向急救人员反馈。

在多人受伤的现场，应按照伤势严重程度分配救援优先级。首先处理无呼吸、大出血或昏迷的伤员，其次为骨折或烧伤患者，最后才是轻伤者。使用国际通用的检伤分类方法，用红、黄、绿、黑四色标识伤情，红色代表立即救治，黄色为延迟救治，绿色可自行走动，黑色表示已死亡或无救治希望。这种分类能帮助救援资源合理分配，提高整体生存率。

事故现场可能存在的风险如燃油泄漏、电池短路或烟雾吸入等，均需高度警惕。若闻到汽油味，应禁止一切明火，包括吸烟和使用手机，迅速疏散至安全区域。电动车事故需注意高压电系统可能未完全断电，避免直接接触车身或线缆。所有施救者应优先确保自身安全，佩戴手套和口罩等防护用品，减少感染风险。

最后，心理支持也是急救的重要环节。伤员清醒时可能极度恐惧，需用平静语气安抚，告知救援已在路上，鼓励其保持清醒。对于亲历事故的未受伤者，也可能出现急性应激反应，应安排专人陪伴，避免其独自离开现场。通过全面而有序的现场急救措施，能够为专业医疗救援赢得宝贵时间，最大限度保障生命安全和减少后遗症。

第四节 心理急救与创伤后应激干预

一、心理危机干预的“倾听、支持、链接”原则

在心理危机干预过程中，倾听是首要且核心的环节。倾听不仅仅是听到对方的话语，更是通过专注的姿态、眼神的交流以及适时的回应，传递出真诚的关心与尊重。干预者需要保持开放的心态，避免打断或急于给出建议，而是给予对方充分表达情绪和感受的空间。有效的倾听能够帮助处于心理危机中的人感受到被理解，从而缓解内心的孤独与无助感。此外，通过倾听，干预者可以更准确地把握对方的心理状态和需求，为后续的支持与链接提供重要依据。

支持是心理危机干预中的关键步骤，其目的是增强个体的心理韧性和应对能力。支持不仅包括情感上的安慰与鼓励，还应提供实际可行的建议和帮助，例如

引导对方识别自身的优势资源或共同制定应对策略。在支持过程中,干预者需注意保持中立与同理,避免评判或强制对方接受某种观点,而是尊重其自主性,帮助其逐步恢复对生活的控制感。同时,支持还应关注个体的社会网络,鼓励其寻求家人、朋友或社区资源的协助,形成多层次的支撑体系。

链接是指将处于心理危机中的个体与专业资源、社会支持系统或长期帮助渠道有效连接起来。这一步骤旨在确保个体在危机干预后能够获得持续的关注与协助,防止心理问题的恶化或复发。干预者需要根据个体的具体情况,协助其接触心理咨询服务、医疗支持或社会援助机构,并在必要时提供转介服务。同时,链接还应强调个体在恢复过程中的主动性,鼓励其积极参与社会活动,重建正常的生活节奏与社会关系,从而促进心理创伤的修复与成长。在心理危机干预的实践中,链接环节的有效实施往往需要干预者具备敏锐的洞察力和丰富的资源网络。干预者首先需要全面评估个体的具体需求,包括其心理状态的严重程度、社会支持系统的现状以及可用的专业资源范围,从而制定出个性化的链接方案。例如,对于表现出严重抑郁症状的个体,可能需要优先链接精神科医生或心理治疗师;而对于因经济压力陷入危机的个体,则需协助其申请社会救助或就业支持服务。在这一过程中,干预者还需充分考虑个体的文化背景、生活习惯和个人偏好,确保所链接的资源既符合其实际需求,又易于被其接受和使用。

此外,链接的成功与否很大程度上取决于干预者的沟通与协调能力。干预者需要以清晰、温和的方式向个体解释专业资源的作用和获取流程,减轻其可能存在的疑虑或恐惧感。例如,可以详细说明心理咨询的保密性原则,或介绍医疗支持的具体步骤,帮助个体建立对专业服务的信任感。同时,干预者还应主动与相关资源方进行沟通,确保其了解个体的基本情况,并为后续的对接提供必要的过渡支持。这种多方协作的方式不仅能够提高链接的效率,还能避免个体在寻求帮助过程中因信息断层或流程复杂而放弃。

值得注意的是,链接并非一次性行为,而是一个动态且持续的过程。干预者需在个体与资源建立联系后进行定期跟进,了解其使用资源的情况和效果,并及时调整支持策略。例如,如果个体在接受心理咨询后仍面临社会适应困难,干预者可能需要进一步链接社区活动或互助小组,帮助其重建社会关系。这种持续的关心和调整能够有效防止心理危机的复发,并促进个体在长期恢复过程中的稳定成长。

最后,链接环节还应强调个体的主动参与和自主决策。干预者可以通过鼓励



个体自行探索可用资源、参与支持性活动或记录恢复进展等方式，增强其自我效能感与控制感。例如，引导个体使用心理健康应用程序进行情绪管理，或协助其制定逐步恢复社会功能的计划。这种以个体为中心的方式不仅能够提升链接的可持续性，还能帮助其在克服心理危机的过程中积累宝贵的应对经验与内在力量。

二、现场心理急救的技巧与注意事项

在紧急事件现场，心理急救是稳定情绪、减轻心理创伤的重要环节。首先，施救者应保持冷静与镇定，以平稳的语气和肢体语言传递安全感，避免自身情绪波动影响受助者。接近受助者时，需注意保持适当距离，尊重其个人空间，避免过度肢体接触，除非对方明确表示需要安抚。使用简单清晰的语言进行沟通，询问其基本需求和感受，例如“您现在感觉怎么样”或“需要我帮忙联系家人吗”，避免使用复杂或带有刺激性的词汇。其次，积极倾听是心理急救的核心技巧之一。施救者应全神贯注地听取受助者的叙述，不随意打断或急于给出建议，通过点头、眼神接触等非语言方式传递支持。在倾听过程中，注意观察受助者的情绪变化和身体反应，如颤抖、哭泣或语无伦次，这些可能是应激反应的表现。适时表达共情，例如“我理解您现在很难受”，但需避免过度安慰或虚假承诺，以免增加受助者的心理负担。再次，提供实际帮助和信息支持同样重要。协助受助者解决紧迫问题，如联系家人、获取饮水或保暖物品，能够有效缓解其无助感。同时，提供清晰的事件信息和后续步骤，例如告知医疗救援的进展或安全转移的安排，以减少不确定性和焦虑感。需注意避免信息过载，仅分享必要且准确的内容，防止造成二次心理冲击。最后，施救者需密切关注受助者的反应，识别严重应激症状，如持续恐慌、麻木或攻击倾向，并及时寻求专业心理援助。在干预过程中，保护受助者隐私，避免围观或未经同意的拍摄，确保环境尽可能安静与安全。完成初步干预后，应告知受助者后续可获得的资源，如心理咨询热线或社区支持服务，并鼓励其在事件后持续关注心理健康。在心理急救过程中，施救者还需注意自身心理边界的维护，避免因过度共情或长时间暴露于创伤情境而导致替代性创伤。施救者应在干预后及时进行自我调适，例如通过深呼吸、短暂休息或与同伴交流来缓解压力，确保自身情绪稳定才能持续提供有效支持。同时，团队协作尤为重要，多名施救者可分工关注不同受助者的需求，避免个别受助者因过度依赖单一施救者而影响整体救援效率。

对于特殊人群，如儿童、老年人或残障人士，心理急救方法需针对性调整。儿童可能无法准确表达情绪，施救者可通过绘画、玩具等非语言工具辅助沟通，用简单比喻解释事件。老年人可能更关注家庭联系或日常药物获取，需优先协助解决实际需求。听力或语言障碍者则需借助文字、手势或翻译服务实现有效沟通。所有干预均需以受助者的文化背景和个人习惯为基础，避免强加通用方案。

环境管理也是心理急救的重要组成部分。施救者应尽量将受助者安置在相对安静、远离危险源和人群拥挤的区域，可利用屏风、帐篷等工具创造临时私人空间。若现场嘈杂混乱，可引导受助者进行简单的接地练习，例如描述周围环境中三个可见的物体或两种听到的声音，帮助其重新建立与现实的连接，减轻失控感。

心理急救的后续衔接需明确规划。施救者应记录受助者的关键信息（如应激反应程度、已提供的帮助），并在移交专业心理服务时进行口头和书面交接。同时，需向受助者强调短期应激反应的正常性，减少其对自身情绪的羞耻或恐惧，并提供书面资源清单（如心理咨询机构开放时间、紧急热线号码），确保支持链条的连续性。整个过程中，施救者需始终保持耐心与灵活性，因个体差异可能导致同一方法产生不同效果，需随时调整策略。

三、创伤后应激障碍（PTSD）的早期识别

创伤后应激障碍是一种在经历或目睹重大创伤事件后可能出现的心理障碍，其早期识别对于及时干预和恢复至关重要。在日常生活中，许多人可能遭遇交通事故、自然灾害、暴力事件或其他严重威胁生命的情况，这些事件往往给个体带来深远的心理影响。若未能及时识别创伤后应激障碍的早期症状，患者可能长期陷入情绪困扰、社会功能受损甚至出现自伤或自杀行为。因此，了解创伤后应激障碍的典型表现及其发展过程，有助于我们为受影响者提供及时的支持。

创伤后应激障碍的早期症状通常在创伤事件发生后的数周至数月内逐渐显现。核心症状包括三大类：重现体验、回避行为以及高度警觉状态。重现体验表现为患者反复、不由自主地回忆起创伤事件的细节，常常伴随噩梦或闪回现象，使其感觉仿佛重新经历事件。回避行为则体现为患者刻意避开与创伤相关的场所、人物或话题，甚至对日常活动失去兴趣，情感上可能出现麻木或疏离感。高度警觉状态则使得患者长期处于紧张和易怒的情绪中，睡眠障碍、注意力不集中以及过度的惊跳反应也是常见表现。



除了上述核心症状，早期识别还需关注一些伴随的心理和生理反应。许多患者会出现严重的焦虑或抑郁情绪，甚至伴有身体上的不适，如头痛、胃肠功能紊乱或慢性疼痛。这些症状不仅影响患者的日常生活，还可能进一步加剧其心理负担。值得注意的是，儿童和青少年在经历创伤后可能表现出与成人不同的症状，例如行为退化、学业成绩下降或通过游戏重复模拟创伤场景，因此需要家长和教育工作者特别留意。

早期识别创伤后应激障碍的关键在于观察症状的持续时间和功能影响。如果上述症状持续超过一个月，且明显干扰了个体的社交、职业或其他重要领域的正常功能，则应高度警惕创伤后应激障碍的可能性。此外，某些高风险群体，如急救人员、军人或既往有心理创伤史的个体，更需要定期进行心理评估和监测。社会支持系统的强弱也会影响症状的发展和识别，缺乏家庭或朋友支持的个体往往更容易陷入孤立和病情恶化。

在初步识别的基础上，建议尽早寻求专业心理帮助。心理咨询师或精神科医生可以通过标准化评估工具（如创伤后应激障碍检查表）进一步确认诊断，并制定个性化的干预计划。同时，身边的人也可以通过倾听、陪伴和提供实际帮助等方式，为患者创造安全稳定的环境，减轻其心理压力。值得注意的是，早期干预不仅能够缓解症状，还能显著降低创伤后应激障碍慢性化的风险，帮助个体逐步恢复正常的心理状态和生活质量。

四、中医“治神”思想在心理急救中的应用

中医历来强调“神”在人体健康中的核心地位，认为“神”为生命之主宰，情志之根本。在心理急救过程中，中医“治神”思想强调通过调摄心神、安定情志来缓解急性心理创伤带来的冲击。具体而言，其应用可从以下几个方面展开：一是通过言语疏导与情志相胜法，缓解受创者当下的情绪应激状态；二是运用穴位按压与经络调理，如刺激内关、神门等宁心安神之穴，调节气血，平复心神；三是结合呼吸导引与静坐调息，引导受创者调整呼吸节奏，使气机顺畅，神志得安。

此外，中医还注重环境与人体之间的和谐关系，提倡在心理急救时尽量选择安静、舒适的环境，避免外界干扰，以利于受创者神志的恢复。同时，根据个体体质差异，可适当采用中药辅助，如甘麦大枣汤养心安神，或酸枣仁汤养血安神，但需在专业医师指导下进行。值得注意的是，“治神”并非孤立进行，而应与现

代心理急救措施相结合,形成中西互补的干预模式,从而更全面、更人性化地帮助受创者度过心理危机。

从实际操作层面看,中医“治神”的方法具有较强的可及性与适应性。例如,在灾害或突发事件现场,施救者可通过简单易行的耳穴压豆法,或指导受创者自行按摩百会、印堂等穴位,实现初步的情绪稳定。这种基于身体—心理整体观的干预方式,不仅能够缓解急性应激反应,还可为后续的专业心理干预创造有利条件。总体而言,中医“治神”思想为心理急救提供了独特的理论视角与实践路径,其注重心神调和、气血畅通的理念,在现代急救体系中具有重要的应用价值。在具体操作中,言语疏导应注重语气温和、内容积极,避免使用刺激性词汇,逐步引导受创者表达内心感受,释放积压的情绪。情志相胜法则依据五行相克理论,如悲胜怒、恐胜喜等,通过有意识地激发某种情志来制衡过度或失衡的情绪状态,从而恢复心理平衡。例如,对于因过度愤怒而情绪失控者,可引导其回忆悲伤往事,以悲制怒,缓和情绪波动。这种方法要求施救者具备一定的中医情志理论知识和临场应变能力,才能灵活应用并取得预期效果。

穴位按压与经络调理是中医“治神”的重要手段之一,内关穴位于腕横纹上两寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间,按压此穴可宁心安神、宽胸理气,常用于缓解心悸、焦虑等症状。神门穴在腕部,腕掌侧横纹尺侧端,尺侧腕屈肌腱的桡侧凹陷处,刺激该穴具有镇静安神、清心调气的功效,适用于情绪烦躁、失眠多梦等情形。操作时可用拇指适度用力按压,以受创者感到酸胀为度,每次持续五至十分钟,可交替进行或同时刺激多个穴位,以增强安神效果。

呼吸导引与静坐调息强调呼吸与心神的密切关联,通过深长缓慢的腹式呼吸,带动气机运行,调节自主神经功能,从而减轻身体应激反应。施救者可指导受创者采用鼻吸口呼的方式,吸气时意想气息沉入丹田,呼气时想象浊气排出体外,反复练习十至十五次,逐步使呼吸节奏趋于平稳。静坐调息则需选择安静环境,闭目凝神,将注意力集中于呼吸过程,排除杂念,使心神逐渐归于宁静。这种方法简单易行,无需特殊设备,适合在应急场合快速实施。

环境调节在心理急救中同样不可忽视,安静、舒适的空间能够减少外界不良刺激,有利于受创者集中注意力配合调神措施。例如,可尽量选择光线柔和、通风良好的场所,避免嘈杂声响和拥挤人群,必要时可使用屏风或布帘营造相对私密的空间。根据个体差异,部分受创者可能对某些环境因素较为敏感,施救者需



留意其反应并及时调整，以最大化环境对神志恢复的促进作用。

中药辅助需严格遵循辨证施治原则，甘麦大枣汤适用于心阴不足、神不守舍所致的精神恍惚、悲伤欲哭等症状，其中甘草缓急和中，小麦养心安神，大枣补益气血，三药合用共奏养心润燥之效。酸枣仁汤则针对肝血亏虚、虚烦不眠之证，以酸枣仁养血安神为主，配以川芎调血行气，知母清热除烦，茯苓健脾宁心，适用于焦虑伴随失眠的受创者。需要注意的是，中药使用应在专业医师指导下进行，尤其需避免误用或过量使用导致不良反应。

中医“治神”与现代心理急救方法的结合，可形成多维度、个性化的干预策略。例如，在实施心理疏导的同时配合穴位按压，或在呼吸训练基础上融入认知行为疗法的元素，从而兼顾即时情绪稳定与长期心理康复。这种中西互补的模式不仅丰富了急救手段，也提高了干预的灵活性和适应性，尤其适用于复杂多变的急救场景。未来可通过更多临床实践和研究，进一步优化整合方案，提升心理急救的整体效能。

第十章 中西医急救的未来发展与公众健康教育

第一节 中西医急救技术的发展趋势

一、中西医急救技术与现代医疗设备的融合

随着医学科技的飞速发展，中西医急救技术正逐步与现代医疗设备实现深度融合，这一趋势不仅提升了急救效率，也为患者提供了更加全面和个性化的救治方案。传统中医急救方法，如针灸、推拿及中药应用，在现代急救体系中逐渐与高科技医疗设备结合，形成互补优势。例如，心电监护设备能够实时监测患者生命体征，而中医的脉诊和舌诊则可通过数字化舌象仪、脉象仪等设备进行客观化记录与分析，从而为急救决策提供更全面的数据支持。这种融合不仅保留了中医的整体观和辨证施治特点，还借助现代技术提高了诊断的准确性与时效性。

在具体应用层面，中西医急救技术的融合体现在多个方面。现代除颤仪、呼吸机等设备在心脏骤停、呼吸衰竭等急症中发挥关键作用，而中医的益气固脱、回阳救逆等治法则可通过中药注射剂或针灸辅助，调节患者体内环境，增强机体抗病能力。例如，在心肌梗死急救中，除颤和溶栓治疗可迅速恢复心脏功能，同时配合使用具有活血化瘀功效的中药，如丹参注射液，能够改善微循环，减少再灌注损伤，提高救治成功率。此外，智能穿戴设备的普及也为中西医结合急救提供了新思路，如可穿戴式中医体质监测仪能够实时采集用户的生理参数，并结合中医理论进行健康预警，实现急救前移。

技术创新进一步推动了中西医急救设备的智能化与一体化发展。人工智能和大数据技术的应用，使得中医辨证与现代医学诊断能够更高效地结合。例如，基于深度学习的医学影像分析系统可以识别出中医所说的“气滞血瘀”等病理状态，同时结合西医的影像学结果，为急诊医生提供综合诊断建议。此外，便携式中医急救设备，如电子针灸仪、智能艾灸仪等，也逐渐融入院前急救体系，使得在救护车或现场急救中能够及时实施中医干预，为患者争取宝贵的黄金救治时间。

未来，中西医急救技术与现代医疗设备的融合将更加注重标准化与规范化。



通过制定统一的技术标准和操作指南，确保中医急救方法在现代化设备辅助下的安全性和有效性。同时，跨学科合作将成为推动这一融合的关键，中医师与西医急救专家、生物工程师等需加强沟通与协作，共同研发更适合急救场景的集成化设备。公众健康教育也应涵盖这些新技术，提高大众对中西医结合急救的认知与接受度，从而在突发急症时能够更好地利用现有资源，实现高效救治。

二、中医急救理论的循证医学研究与临床应用

中医急救理论作为中华医学宝库的重要组成部分，其独特的整体观念和辨证施治方法在急救实践中展现出显著优势。随着现代医学对循证医学研究的日益重视，中医急救理论也开始通过科学实证方法进行系统验证与深化发展。循证医学强调以最佳临床证据为基础，结合医师的专业经验及患者的具体需求，制定最为合理的诊疗方案。这一理念与中医急救强调个体化、动态调整的治疗思路具有高度契合性，为中医急救理论的现代化提供了重要方法论支持。

近年来，国内外学者围绕中医急救理论的临床有效性开展了多项高质量研究。例如，针对中风急性期的针灸干预，多项随机对照试验证实，早期介入头针与体针结合治疗能够显著改善患者的神经功能缺损评分，并降低远期致残率。同样，在胸痹心痛（类似现代医学中的急性冠脉综合征）的急救处理中，含服复方丹参滴丸已被证明能够快速缓解心绞痛症状，其作用机制通过多中心临床研究得到进一步阐明，包括抗血小板聚集、改善冠状动脉血流等。这些研究不仅验证了中医急救方药的实际疗效，还为优化急救方案提供了数据支持。

在临床应用层面，中医急救理论的循证医学研究成果正逐步转化为更具操作性的临床指南和规范。许多中医急救技术，如针刺人中、十宣放血用于厥证（晕厥）的应急处理，以及运用安宫牛黄丸治疗热闭神昏（如中风闭证），已在部分医院急诊科作为辅助治疗手段纳入常规流程。同时，结合现代诊断技术，中医急救的辨证分型趋于精细化。例如，通过影像学、生化指标与传统望闻问切结合，对中风患者进行中脏腑与中经络的亚型分析，从而制定更具针对性的中西医结合救治策略。

然而，中医急救理论的循证医学研究仍面临一些挑战。一方面，中医强调整体调控和动态辨证，其干预措施多为复方制剂或多技术联合应用，这使得随机对照试验的设计和实施存在一定复杂性。例如，针灸治疗中，盲法的设置、安慰针

的选择均需进一步科学优化。另一方面,部分中医急救理论的机制研究尚处于初步阶段,其分子通路与现代病理生理学的对接仍需深入探索。未来需通过多学科协作,结合系统生物学、网络药理学等前沿技术,深化中医急救理论的作用机制研究。

总体而言,中医急救理论的循证医学研究不仅有助于提升其国际认可度和学术地位,还将推动中医急救在现代化医疗体系中发挥更广泛的作用。通过科学验证与临床转化,中医急救有望成为全球急救医学领域的重要补充,为患者提供更加多元化、个性化的救治方案。

三、新兴急救技术与疗法的探索

随着医学科技的不断进步,新兴急救技术与疗法正逐步改变传统急救模式,为中西医结合的急救实践提供了更广阔的发展空间。在中医方面,基于传统经络理论和现代生物电技术相结合的经皮穴位电刺激技术,已被应用于急性疼痛管理、晕厥复苏及心脑血管急症的辅助治疗。该技术通过特定频率的电流刺激穴位,调节自主神经系统功能,促进内源性镇痛物质释放,在急救现场可快速缓解症状并为后续治疗争取宝贵时间。与此同时,中药雾化吸入疗法在呼吸系统急症中的应用也日益受到重视。例如,将具有宣肺平喘、化痰开窍功效的中药提取物通过雾化装置直接送入气道,能够迅速缓解哮喘持续状态、慢性阻塞性肺疾病急性加重等危急情况,其起效速度快、局部药物浓度高、全身副作用小,显示出良好的应用前景。

在西医领域,智能可穿戴设备与远程医疗系统的整合正推动急救响应的实时化与精准化。具备生命体征监测功能的智能手环、衣物嵌入传感器等设备,可连续采集使用者的心率、血氧饱和度、体动频率等数据,并通过人工智能算法对异常情况进行预警。一旦检测到心脏骤停、严重心律失常或跌倒等突发事件,系统将自动向急救中心发送警报及定位信息,同时通过语音指导现场人员进行初步心肺复苏或使用自动体外除颤器。这类技术极大缩短了急救反应时间,尤其适用于独居老人、慢性病患者等高危人群的日常健康监护与紧急救助。

基因技术与精准医学的发展也为急救医学带来新的突破。通过对个体基因信息的快速分析,急救人员可在重大创伤、脓毒症或急性中毒等情况下更准确地判断患者的药物代谢特点、凝血功能异常风险以及免疫反应倾向,从而制定个性化



用药方案。例如，某些基因变异会导致患者对常用抗凝药或镇痛药的反应差异显著，基因检测可在几分钟内提供用药指导，避免无效治疗或严重不良反应的发生。此外，基于细胞疗法的再生医学技术正在创伤修复、心肌梗死及中风等急症中开展临床试验，如通过干细胞移植促进组织再生与功能恢复，为以往难以逆转的急重症损伤提供了新的治疗思路。

另一项值得关注的技术是无人机在急救物资配送与现场支援中的应用。无人机可快速运送急救药品、血液制品、自动体外除颤器乃至便携式呼吸机等设备至偏远地区、交通事故现场或高层建筑中，克服地理障碍与交通拥堵带来的时间延误。部分先进机型还配备高清摄像与语音对讲功能，允许远程医疗专家实时观看现场情况并指导施救，有效弥补了基层急救人员经验不足的缺陷。这种“空中急救通道”尤其在地震、洪水等大规模灾害救援中展现出显著优势。

虚拟现实与增强现实技术则正在改变急救培训与实战操作的方式。通过高度仿真的虚拟急症场景，医护人员可在无风险的环境中反复进行团队协作、决策流程及操作技能的训练。增强现实眼镜可在实际急救过程中叠加显示患者生命体征数据、解剖结构示意图或操作指引提示，帮助施救者更精准地进行气管插管、胸腔穿刺等高风险操作。这类技术不仅提升了急救人员的专业水平，也为公众提供了更加生动、易学的急救知识普及途径。

尽管新兴急救技术展现出巨大的潜力，其临床应用仍面临标准化、安全性及伦理规范等多重挑战。例如，中医急救技术的现代化研究需建立更严格的证据体系与操作指南，智能设备的数据隐私保护机制尚待完善，基因技术的急救应用则涉及伦理审批与结果解读的复杂性。未来需通过多学科合作、临床试验与政策法规的协同推进，使这些新兴技术与疗法更好地融入中西医结合的急救体系，最终实现急救效率与成功率的全面提升。

第二节 智能科技在急救领域的应用前景

一、人工智能在急救诊断与决策中的作用

人工智能技术在急救诊断与决策中的应用正逐步改变传统急救医学的面貌，其核心价值在于提升急救响应的速度与精准度。在突发疾病或意外伤害的紧急情况下，每一秒都至关重要，而人工智能能够通过大数据分析和机器学习算法，快

速识别病情特征,辅助急救人员做出科学决策。例如,基于深度学习的影像识别系统可在数秒内分析计算机断层扫描或放射影像,准确判断是否存在脑出血、骨折等危急情况,大大缩短了诊断时间,为后续治疗争取了宝贵机会。此外,人工智能还能整合患者的病史、实时生命体征数据及环境因素,生成个性化的急救方案,有效降低人为误判的风险。

在院前急救环节,人工智能的作用尤为突出。智能急救系统可通过物联网设备实时监测患者的生理参数,如心率、血氧饱和度和血压等,一旦发现异常,系统会自动预警并推送初步诊断建议给急救人员。同时,借助自然语言处理技术,人工智能还能分析急救呼叫中的语音信息,识别关键症状描述,协助调度中心优先分配资源。例如,系统可自动区分心肌梗死和中风的症状特征,指导急救团队在到达现场前做好相应准备,提高救治效率。这种智能化的初步诊断不仅减轻了急救人员的心理压力,还显著提升了急救的成功率。

人工智能在急救决策支持系统中的应用也日益成熟。通过集成海量医学文献、临床指南和真实病例数据,人工智能能够为急救团队提供基于证据的决策建议。例如,在复杂创伤救治中,系统可以实时计算失血量、评估休克风险,并推荐最优的液体复苏方案和手术优先级。此外,人工智能还能结合中西医急救知识,提供融合现代医学与传统医学的综合性建议,如推荐特定穴位按压以辅助稳定生命体征。这种多源信息融合的智能决策模式,不仅弥补了人类在高压环境下可能出现的认知局限,还为急救医学的跨学科发展提供了新方向。

尽管人工智能在急救诊断与决策中展现出巨大潜力,但其应用仍面临一些挑战。数据的质量和多样性是人工智能模型准确性的基础,然而在急救场景下,数据往往存在缺失、噪声或标注不一致的问题,这可能影响模型的泛化能力。此外,人工智能系统的透明度和可解释性也是关键问题。在急救决策中,医护人员需要清楚理解系统的推理过程,而非仅仅依赖“黑箱”式输出,否则可能引发信任危机或伦理争议。因此,未来需进一步开发可解释的人工智能工具,确保其决策过程符合医学逻辑和临床实践。

展望未来,人工智能在急救领域的应用将更加注重人机协同与实时适应性。例如,结合增强现实技术,人工智能可为急救人员提供沉浸式的诊断辅助,实时标注关键解剖结构或提示操作风险。同时,随着第五代移动通信技术和边缘计算的发展,人工智能诊断系统有望在救护车等移动场景中实现低延迟、高精度的实



时分析,进一步打破院前与院内急救的界限。此外,人工智能还能通过持续学习机制,不断优化自身模型,适应新兴疾病和突发公共卫生事件的需求。综上所述,人工智能不仅正在重塑急救诊断与决策的技术框架,还为构建更加智能、高效和人性化的急救体系奠定了坚实基础。

二、远程医疗与物联网技术在急救中的应用

远程医疗与物联网技术的深度融合正在为现代急救体系带来革命性的变革。通过高速网络与智能设备的联动,急救响应时间得以大幅缩短,救治效率显著提升。在突发心脑血管疾病、严重创伤等紧急情况下,远程医疗系统可实时传输患者的生命体征数据至医院指挥中心,医生即使远在数公里外也能迅速评估病情并指导现场人员进行初步处置。例如,智能穿戴设备能够持续监测心率、血氧饱和度、血压等关键指标,一旦发现异常便自动触发警报,同时将数据同步至云端医疗平台。这种即时性的信息交互为抢救争取了宝贵时间,尤其适用于交通不便或医疗资源匮乏的地区。

物联网技术的应用进一步扩展了急救设备的智能化与协同能力。各类医疗传感器、移动监护仪、智能药箱等设备通过物联网相互连接,构建起一个覆盖急救全流程的智能网络。在救护车赶往现场的过程中,车载设备可提前将患者信息传送至目标医院,急诊科医生能据此提前准备相应的抢救方案与器械。此外,物联网还可实现医疗资源的动态调度与优化分配。例如,在大型公共突发事件中,系统可根据伤者位置、伤情严重程度及周边医院的空闲资源情况,智能规划最优转送路线,避免因资源挤兑而导致救治延误。

远程医疗与物联网的结合还显著提升了公众自救互救的能力。通过智能手机应用程序、智能家居设备等终端,普通人可接受专业的急救指导。例如,在遇到他人突发心脏骤停时,用户可以通过视频通话功能联系远程医生,并在其指导下实施心肺复苏。智能设备还可提供语音提示、动画演示等辅助手段,帮助非专业人员更准确地完成急救操作。一些物联网设备甚至能自动识别常见急症,如癫痫发作、过敏性休克等,并立即推送相应的急救步骤与注意事项,大大降低了因操作不当带来的风险。

然而,这一技术的广泛应用仍面临诸多挑战。数据安全与隐私保护是首要问题,医疗信息的传输和存储必须符合严格的保密标准,防止敏感数据泄露。此外,

网络覆盖的全面性与稳定性也直接关系到远程急救的实际效果，特别是在偏远地区或灾害现场，信号中断可能导致系统瘫痪。技术标准的统一与兼容性亦是推广过程中需要解决的问题，不同厂商设备之间的数据互通性若不足，会限制物联网急救网络的整体效能。

未来，随着第五代移动通信技术、边缘计算和人工智能的进一步发展，远程医疗与物联网在急救领域的应用将更加精准与高效。例如，借助人工智能算法，系统可以实现对急救过程的实时分析与决策支持，自动优化抢救方案。同时，虚拟现实和增强现实技术的融入，将使远程指导更具沉浸感和可操作性，进一步弥合专业医疗救援与公众自救之间的鸿沟。可以预见，智能科技将不断推动急救体系向更智能、更协同、更普惠的方向迈进。

三、可穿戴设备与健康监测系统的急救预警

随着科技的飞速发展，可穿戴设备与健康监测系统在急救预警领域的应用日益广泛，为公众健康提供了前所未有的保障。这些设备通过实时监测用户的生理参数，能够在健康异常出现早期发出预警信号，从而为急救争取宝贵时间。例如，智能手表可以持续监测心率、血氧饱和度和体温等关键指标，一旦检测到异常波动，便会立即通过震动或声音提醒用户，并自动将数据发送至预设的紧急联系人或者医疗服务平台。这种即时反馈机制不仅提升了个人健康管理的主动性，还在突发疾病如心脏病、中风或低血糖等情况下发挥了关键作用。

健康监测系统的核心优势在于其数据采集的连续性与分析的智能化。现代可穿戴设备集成了多种传感器，能够全天候记录使用者的运动状态、睡眠质量、血压变化乃至心电图数据。通过对这些海量数据进行人工智能算法分析，系统可以识别出潜在的健康风险模式。例如，对于有心血管病史的用户，设备能够通过心率变异性分析预测心律失常的可能性，并在风险升高时提前发出警报。此外，部分高端设备还具备跌倒检测功能，特别适用于老年人群体，一旦监测到用户突然跌倒且无响应，系统会自动联系紧急救援服务并提供准确的位置信息。

除了个人健康管理，可穿戴设备与健康监测系统在公共健康层面也展现出巨大潜力。通过将个体数据匿名化并汇总至公共卫生平台，相关部门可以实时掌握人群健康趋势，及时发现异常聚集性病例，从而在疫情或突发公共卫生事件中做出快速响应。例如，在流感高发季节，通过监测大量用户的体温和呼吸道症状数



据，系统能够提前预警可能的疫情暴发，指导公众采取预防措施或调整医疗资源分配。这种基于大数据的预警机制不仅提高了急救效率，还强化了全社会应对健康危机的整体能力。

尽管可穿戴设备与健康监测系统在急救预警方面取得了显著进展，但仍面临一些技术与社会挑战。设备的准确性、电池续航能力以及数据隐私保护等问题仍需进一步优化。例如，运动干扰可能导致心率监测数据失真，而频繁的数据传输也可能加剧用户的隐私担忧。未来，通过融合更先进的生物传感技术、低功耗设计以及强化数据加密措施，这些设备将更加可靠和安全。此外，公众教育也至关重要，需要帮助用户正确理解设备提供的数据，避免因误读预警信息而产生不必要的焦虑。

总体而言，可穿戴设备与健康监测系统作为智能科技在急救领域的重要应用，正在逐步改变传统急救模式，从被动响应转向主动预防。随着技术的不断成熟和普及，这些设备有望成为每个人身边的“健康卫士”，为构建更加高效、智能的急救体系提供坚实支撑。未来，结合远程医疗与人工智能诊断，可穿戴设备或将实现更精准的个性化健康管理，最终降低急救事件的发生率并提升救治成功率。

四、大数据分析在急救资源调配与疾病预防中的价值

大数据分析技术正逐步成为现代急救体系优化与疾病预防策略制定的核心驱动力。通过整合海量医疗数据、地理信息、人口统计资料及实时环境参数，大数据分析能够揭示急救资源需求的空间分布规律与时间变化趋势，从而为急救资源的科学配置提供精准依据。例如，基于历史急救呼叫数据与城市交通流量的关联分析，系统可预测不同区域、不同时段事故发生概率，进而动态调整救护车部署位置，缩短响应时间。同时，结合气象数据与流行病学监测信息，大数据模型还能预警突发公共卫生事件（如极端天气导致的伤亡高峰或传染病暴发），帮助公共卫生部门提前调配物资与人力。

在疾病预防层面，大数据分析通过挖掘多源健康数据（如电子健康档案、穿戴设备监测指标、社区健康调查结果等），识别高危人群与潜在健康风险因素。例如，对慢性病患者长期监测数据的分析可以发现病情恶化的早期信号，使得干预措施得以在急诊发生前实施。此外，通过聚类分析区域性疾病分布特征，公共卫生政策可更具针对性，例如在心脑血管疾病高发区域加强急救站点建设与公众

健康教育资源的投入。

值得注意的是，大数据分析的应用也需克服数据质量不一、隐私保护机制不完善及跨系统数据融合技术瓶颈等挑战。未来，需进一步推动数据标准化、建立安全合规的数据共享机制，并开发更高效的人工智能算法以提升预测精度与实时性。只有通过多学科协作与政策支持，大数据分析才能在急救与公共卫生领域实现其最大价值。大数据分析技术在急救资源配置优化方面展现出显著优势，通过对历史急救事件与实时动态数据的深度挖掘，系统能够精准识别资源需求的时空分布规律。例如，基于机器学习算法分析急救呼叫高峰时段与城市功能区（如商业区、交通枢纽、住宅区）的关联性，可构建动态资源调度模型，实现救护车、急救人员与医疗设备的弹性分配。这种数据驱动的决策模式不仅提升了资源利用效率，更在重大活动保障或突发灾害场景中发挥关键作用，例如通过实时监测人群密度与移动轨迹，预测潜在拥挤踩踏风险并提前部署急救力量。

在疾病预测与早期干预领域，大数据技术通过整合多维度健康信息（如基因组数据、生活方式记录、环境暴露史等），构建个性化健康风险评估模型。以心源性猝死预防为例，系统可通过分析患者长期心率变异性、血压趋势与既往病史的关联，识别出高危个体并触发预警机制，引导社区医生开展早期随访与干预。同时，结合自然语言处理技术分析社交媒体与搜索引擎中的健康关键词频次变化，可辅助监测区域性传染病早期迹象（如流感症状搜索量激增），为公共卫生部门提供非传统的预警信号。

然而，大数据应用的深化仍面临诸多挑战。数据孤岛现象导致医疗、环境、社区等多源数据难以有效融合，而数据标准化程度不足进一步制约了分析模型的泛化能力。此外，算法偏差可能放大现有医疗资源分布的不均衡性，例如若训练数据过度依赖城市中心区域信息，可能导致偏远地区急救需求被低估。未来需通过建立跨机构数据协作联盟、开发联邦学习等隐私计算技术，在保障数据安全的前提下打破信息壁垒。同时，应加强人工智能伦理治理，确保算法决策的透明性与公平性，使大数据技术真正成为普惠性急救体系的核心支撑。



第三节 公众急救技能培训体系的构建与完善

一、建立全民急救知识与技能普及的长效机制

建立全民急救知识与技能普及的长效机制，是提升社会整体应急能力的重要基础。这一机制的核心在于将急救教育纳入国民教育体系，并形成政府主导、多方参与、持续更新的运作模式。首先，应从法律法规层面明确急救培训的强制性要求，例如将基础急救知识纳入中小学必修课程，并在高等教育阶段设置更为深入的急救技能培训模块。同时，鼓励企事业单位将急救培训作为员工职业健康与安全培训的组成部分，逐步实现全民覆盖。

在具体实施过程中，需建立标准化的培训内容与考核体系。培训内容应涵盖心肺复苏、止血包扎、骨折固定、中暑与溺水急救等常见场景，并结合中西医急救的特点，例如引入穴位按压、刮痧等中医急救方法作为辅助手段。考核体系则应包括理论知识测试与实际操作评估，确保参训人员真正掌握相关技能。此外，应充分利用现代技术手段，例如开发移动应用程序、虚拟现实培训系统等，使公众能够随时随地进行学习和复习。

长效机制的可持续性还依赖于专业师资队伍的建设与培训资源的优化配置。政府应加大对急救培训师资认证的投入，鼓励医学院校、红十字会等专业机构参与培训工作，并建立师资库以实现资源共享。同时，通过财政补贴、税收优惠等政策引导社会力量参与，例如鼓励企业捐赠培训设备或资助社区急救培训项目。此外，应定期对培训效果进行评估与反馈，根据实际情况调整培训内容与方法，确保机制始终符合社会需求。

最后，公众参与意识的培养也是长效机制的重要组成部分。媒体应加大急救知识的宣传力度，通过公益广告、专题节目等形式提高社会关注度。社区可定期组织急救演练或知识竞赛，增强居民的实践能力与互助意识。只有形成“人人学急救、急救为人人”的社会氛围，全民急救知识与技能普及的长效机制才能真正发挥其作用，为构建安全、健康的社会环境奠定坚实基础。在长效机制的具体落实中，标准化培训内容与考核体系的建立尤为关键。培训内容需系统覆盖各类常见突发状况，如心搏骤停、创伤出血、肢体骨折、高温中暑及溺水事故等常见急救场景，并结合中西医急救的优势进行内容设计。例如，在西医心肺复苏技术的

基础上,可引入中医的穴位按压法作为辅助手段,如在患者无反应时按压人中穴以刺激意识恢复;在止血包扎教学中,可融入指压止血法的中医理念,选择相应穴位进行按压以辅助控制出血。此外,针对中暑等热相关疾病,可补充中医刮痧技法作为初步处理措施,帮助缓解症状。考核体系则应设计为理论与实操并重,理论知识测试需涵盖常见急症的识别、处理原则及注意事项,而实际操作评估则要求参训者能够熟练完成心肺复苏、使用自动体外除颤器、正确包扎伤口等核心技能。通过分层分级考核,确保不同人群根据其实际需求掌握相应水平的急救能力。

现代科技手段的融入能够显著提升培训的普及性与实效性。开发专门的急救学习移动应用程序,可以提供视频教学、模拟测试和即时提醒功能,帮助用户利用碎片时间进行学习与巩固。虚拟现实技术的应用则能创建高度仿真的急救场景,如模拟火灾、交通事故或突发疾病现场,使学习者在虚拟环境中进行反复练习,提升其应急反应与实操能力。这些技术手段不仅能够扩大培训覆盖范围,还能通过互动性和沉浸式体验增强学习效果,尤其适合年轻一代和数字化接受程度较高的人群。同时,大数据分析可用于评估用户学习进度和薄弱环节,为其推荐个性化复习内容,进一步优化培训效果。

为确保长效机制的可持续性,专业师资队伍的建设与培训资源的优化配置不可或缺。政府应牵头制定急救培训师的资格认证标准,鼓励医学院校、护理学院及红十字会等专业机构参与培训工作,并通过定期举办师资培训班、技术研讨会等形式,提升培训师的专业水平与教学能力。建立全国性或区域性的急救师资库,可以实现优质师资的共享和高效调配,缓解部分地区资源不足的问题。此外,应通过政策引导社会力量参与资源供给,例如对捐赠急救培训设备的企业给予税收优惠,或鼓励基金会资助社区急救培训项目。培训场所与设备也需合理布局,确保城乡区域均能获得必要的实操设施,如模拟人、包扎材料、除颤训练器等。

公众参与意识的培养是长效机制能否真正落地的重要环节。媒体应承担起普及急救知识的社会责任,通过制作公益广告、专题纪录片或邀请专家开展直播讲座等形式,提高全民对急救重要性的认知。社区层面可定期组织急救演练活动,模拟真实突发事件,让居民在实践中学以致用,增强应对能力与互助合作意识。此外,举办急救知识竞赛、技能比武等活动,既能激发公众学习兴趣,也有助于形成积极的学习氛围。最终目的是在全社会树立“人人学急救、急救为人人”的



理念，使急救技能成为现代公民的基本素养之一，为构建安全、健康、互助的社会环境提供坚实保障。

二、急救技能培训的标准化与认证体系

急救技能培训的标准化与认证体系是确保公众急救能力提升的关键环节。标准化意味着培训内容、教学方法、考核标准等方面需要建立统一规范，避免因地区或机构差异导致培训质量参差不齐。认证体系则是对培训成果的权威认可，通过颁发相应证书，激励公众参与培训并提高学习积极性。构建这一体系需要政府、医疗机构、教育部门及社会组织的协同合作，共同制定科学合理标准，并推动其落地实施。

在培训内容标准化方面，应依据国内外急救指南和临床实践，明确基础生命支持、创伤处理、常见急症应对等核心模块的具体要求。例如，心肺复苏术的操作步骤、按压深度与频率、人工呼吸方法等均需严格遵循最新医学证据，确保学员掌握的是最有效且安全的技能。同时，培训内容还需区分不同受众的需求，如针对普通公众、学校教师、企业员工等群体设计差异化课程，既保证基础技能的普及，又满足特定场景的应用需求。

教学方法的标准化同样重要。培训应采用理论与实践相结合的模式，理论部分通过多媒体教学、案例分析等方式传授知识，实践部分则借助模拟人、创伤模型等教具进行反复操练，确保学员能够熟练应用所学技能。此外，培训师资的资质也需统一规范，讲师应具备急救医学背景或经过专业机构认证，能够准确示范并纠正学员的错误操作。定期对讲师进行培训和考核，保证其知识更新与教学能力的持续提升。

考核与认证是标准化体系的最终环节。考核内容应全面覆盖理论知识和实践技能，理论考试可采用标准化题库，实践考核则通过模拟场景测试学员的实际操作能力。通过考核的学员将获得由权威机构颁发的急救技能认证证书，证书需明确标注有效期限，通常为两年，到期后需参加复训与重新认证，以确保技能的新鲜度和准确性。认证体系还应与用人单位、学校等机构对接，推动持证者在招聘、评优等方面的优先考虑，进一步增加培训的吸引力。

为了保障体系的可持续发展，还需建立监督与评估机制。政府部门或专业协会应定期对培训机构进行审查，检查其是否符合标准要求，并对培训效果进行抽

样评估。通过收集学员反馈、分析急救案例中的应用情况等数据，不断优化培训内容与方法。同时，加强公众宣传，提高社会对急救技能认证的认可度，形成“学急救、懂急救、用急救”的良好氛围。

总之，急救技能培训的标准化与认证体系不仅提升了培训质量，还为公众参与急救行动提供了信心与保障。未来，随着技术的发展和需求的变化，这一体系还需不断调整与完善，以适应新时代的挑战。

三、社会组织与医疗机构在急救培训中的协作模式

社会组织与医疗机构在急救培训中的协作模式是提升公众急救能力的重要保障。这种协作不仅能够整合多方资源，还可以充分发挥各自的专业优势，形成高效、系统的培训体系。社会组织通常具有较强的社区动员能力和广泛的群众基础，能够有效组织居民参与培训活动；而医疗机构则拥有专业的医疗知识和技术力量，能够提供科学、规范的急救教学内容。通过两者的紧密合作，可以实现急救培训从理论到实践的全方位覆盖，确保培训内容的准确性和实用性。

在实际协作中，社会组织可以负责培训活动的策划、宣传和组织工作。例如，社区居委会、志愿者协会等可以通过开展宣传活动、发放培训材料、组织报名方式，提高居民对急救培训的参与度和积极性。同时，社会组织还可以利用其与社区居民的密切联系，收集培训需求反馈，帮助医疗机构更好地调整培训内容和形式，使之更贴近实际需求。此外，社会组织还可以协助医疗机构开展培训后的跟踪服务，如定期组织复习课程、模拟演练等，巩固培训效果。

医疗机构则在协作中承担专业教学和技术支持的核心角色。医院、急救中心等医疗机构可以派出经验丰富的医护人员作为培训讲师，确保教学内容的科学性和权威性。医疗机构还可以提供必要的教学设备和场地，如模拟人、急救器材、培训教室等，为培训提供硬件支持。此外，医疗机构可以通过制定统一的培训标准和考核机制，确保培训质量的规范化和一致性。例如，可以设计标准化的急救操作流程和考核评分表，使培训成果具有可衡量性和可比性。

协作模式的成功实施还需要建立长效的沟通与协调机制。社会组织与医疗机构可以通过定期召开联席会议、设立专门的工作小组等方式，及时交流培训进展、解决合作中遇到的问题。此外，双方还可以共同制定培训计划，明确各自的责任分工和时间节点，确保培训活动的有序开展。例如，可以按季度或年度制定培训



计划，社会组织负责前期的需求调研和宣传组织，医疗机构负责中期的教学实施和后期效果评估。

值得一提的是，这种协作模式还可以借助现代信息技术进一步提升效率。例如，可以通过建立线上培训平台，实现培训资源的共享和远程教学。社会组织可以利用社交媒体、社区应用程序等工具发布培训信息和学习资料，医疗机构则可以通过在线视频课程、虚拟仿真操作等方式提供灵活多样的教学形式。这种线上线下结合的培训模式不仅能够扩大培训的覆盖范围，还可以提高培训的便捷性和互动性。

此外，政府相关部门在推动社会组织与医疗机构协作中也扮演着重要角色。政府可以通过政策引导和资金支持，鼓励双方建立长期稳定的合作关系。例如，可以设立专项基金用于支持急救培训项目，或者通过购买服务的方式委托社会组织和医疗机构共同开展培训活动。政府还可以通过制定相关标准和规范，为协作提供制度保障，确保培训工作的科学性和规范性。

最后，公众的积极参与是协作模式能否取得实效的关键因素。通过社会组织和医疗机构的共同努力，可以提高公众对急救知识重要性的认识，增强其学习急救技能的主动性和自觉性。同时，公众的反馈和需求也可以反过来促进培训体系的不断完善和优化。因此，在协作过程中，应充分重视公众的参与感和获得感，通过实际案例和成功故事的宣传，进一步激发公众的学习热情和参与动力。

综上所述，社会组织与医疗机构在急救培训中的协作模式是一种多赢的合作机制。通过资源整合、优势互补和协同努力，可以有效提升公众的急救技能水平，增强社会整体的应急救助能力。未来，应进一步深化这种协作关系，探索更多创新的合作形式，为构建更加完善的公众急救培训体系提供坚实支撑。

第四节 提升全民急救意识与能力的重要性

一、急救意识对生命挽救的决定性作用

急救意识在突发健康危机中扮演着至关重要的角色，它直接关系到能否在第一时间采取正确措施，从而显著提高患者的生存概率。当意外事件发生时，最初的几分钟往往被称为“黄金救援时间”，在这段时间内，及时的初步处理可以防

止病情恶化,甚至避免死亡。例如,心脏骤停患者若能在四分钟内接受心肺复苏,生存率可大幅提升;而若延误超过十分钟,大脑可能因缺氧导致不可逆的损伤。因此,公众是否具备基本的急救意识,决定了他们能否在紧急情况下迅速反应,而不是束手无策或盲目行动。

在日常生活中,许多人由于缺乏急救知识,面对突发状况时容易产生恐慌心理,导致错失最佳救援时机。这种恐慌不仅源于对未知危险的恐惧,更主要是因为对急救措施的不熟悉。如果每个人都能意识到学习急救的重要性,并掌握一些基本技能,就能在关键时刻保持冷静,有效实施援助。例如,遇到他人发生气道异物阻塞时,懂得使用腹部冲击急救法的人可以立即介入,而缺乏相关知识者则可能延误处理,增加风险。

此外,急救意识的提升还能促进社会整体应急响应能力的增强。当更多公民接受过急救培训,社区中的互助网络将更加牢固,突发事件中的协同效率也会显著提高。这不仅体现在个人层面,还能在大型公共活动或自然灾害中发挥重要作用。例如,在地震或大规模交通事故现场,受过培训的志愿者能够迅速组织起来,进行初步伤情分类和紧急处理,为专业救援队伍争取宝贵时间。

从长远来看,强化急救意识还有助于减少医疗系统的负担。如果公众能在事故现场进行有效的初步处理,不仅可以降低患者的并发症风险,还能缩短其康复时间,从而减轻医院急诊部门的压力。同时,这也有助于培养公民的社会责任感,使更多人愿意主动学习并传播急救知识,形成良性循环。

总之,急救意识是保障生命安全的第一道防线,它不仅关乎个人,更影响着整个社会的应急能力与和谐稳定。通过持续的教育与宣传,我们可以逐步提升全民的急救素养,让每一个普通人都成为生命守护者。急救意识的培养需要从多个层面入手,其中教育体系的融入尤为关键。在中小学阶段,通过开设基础急救课程,学生能够从小建立对生命救援的初步认知,掌握如止血、包扎、心肺复苏等基本技能。这种早期教育不仅有助于形成正确的应急反应模式,还能在潜移默化中培养学生的责任感与同理心。例如,许多国家已将急救培训纳入学校必修课程,学生在实践中学习如何应对突发状况,这种教育模式显著提升了年轻一代的应急处理能力。

除了学校教育,社区和工作场所的培训同样不可或缺。定期组织急救讲座和实操演练,能够让成年人在熟悉的环境中巩固和更新知识。企业为员工提供急救



培训,不仅符合安全生产的要求,还能在紧急情况下形成第一时间的内部救援网络。例如,在工厂、办公楼等人员密集场所,配备受过培训的急救人员可以极大缩短救援响应时间,减少因突发疾病或事故造成的损失。

媒体和公共宣传在提升急救意识方面也发挥着重要作用。通过电视、网络和社会平台广泛传播急救知识,能够覆盖更广泛的受众群体。短视频、图文详解和模拟演练等形式的宣传,既生动又易于理解,可以有效吸引公众的注意力并增强记忆。例如,一些健康栏目经常播放急救教学视频,观众通过反复观看和模仿,能够在无形中掌握关键技能,进而在实际需要时迅速应用。

此外,家庭作为社会的基本单元,也应成为急救意识培养的重要阵地。家长可以通过与孩子一起学习急救知识,营造重视生命安全的家庭氛围。家庭常备急救包,并定期检查更新物品,能够在突发情况下提供及时的物资支持。例如,家庭成员若都能熟悉急救包内物品的使用方法,如止血带、消毒用品和应急药品,便能在意外发生时迅速采取有效措施,为专业救援争取时间。

政府和非政府组织的支持对普及急救意识同样至关重要。通过立法推动公共场所配置自动体外除颤器等急救设备,并鼓励民众学习使用,能够显著提高心脏骤停等紧急情况的救治成功率。同时,举办大型公益活动如“急救知识普及周”,能够动员更多志愿者参与,形成社会范围内的学习热潮。例如,许多城市在公园、商场等公共场所设置急救知识宣传点,提供免费培训和模拟演练,有效提升了市民的实际操作能力。

综上所述,急救意识的培养是一个系统工程,需要教育、社区、媒体、家庭以及政府多方共同努力。只有通过持续而广泛的推广,才能使急救知识深入人心,让每一个个体在面对突发状况时都能冷静、果断、有效地施以援手。

二、急救能力在日常突发事件中的实践价值

在日常生活中,突发意外事件时有发生,无论是交通事故、突发疾病还是自然灾害,都可能对人们的生命安全构成威胁。急救能力作为一项基本的生存技能,不仅能够帮助个体在紧急情况下保护自己和他人,还能显著降低突发事件带来的伤害程度甚至挽救生命。掌握急救技能意味着在关键时刻能够迅速判断情况、采取正确措施,为专业救援争取宝贵时间,这种实践价值在各类突发事件中体现得尤为明显。

例如，在心脏骤停的情况下，黄金救援时间仅有四到五分钟，如果现场有人能够立即实施心肺复苏术，患者的生存概率将大大提高。同样，遇到外伤出血时，正确的止血和包扎方法可以有效防止失血过多，避免伤势恶化。此外，对于常见的中暑、溺水、气道异物梗阻等情况，具备急救知识的人能够迅速识别症状并采取初步处理，大大减少后续治疗的复杂性。这些实例充分说明，急救能力不仅是理论上的知识储备，更是实践中能够直接转化为生命保障的重要工具。

除了对个体生命的直接保护，急救能力的普及还具有显著的社会价值。当更多人掌握急救技能时，整个社区的应急响应能力将得到整体提升，形成一种“人人学急救、急救为人人”的良好氛围。这种能力的普及不仅能够在突发事件中减少伤亡，还能增强公众的安全感和互助意识，促进社会和谐与稳定。因此，急救能力不仅仅是一种个人技能，更是一种社会责任和公民素养的体现。

从长远来看，急救能力的培养应当成为教育体系和公众健康教育的重要组成部分。通过学校、社区、企事业单位等多渠道开展急救培训，可以帮助更多人掌握这些实用技能。同时，结合现代科技手段，如移动应用、虚拟现实技术等，可以创新培训方式，提高学习效率和参与度。只有当急救知识真正渗透到日常生活的方方面面，才能在突发事件中发挥其最大的实践价值。

综上所述，急救能力在日常突发事件中具有不可替代的重要性。它不仅是保护生命的关键手段，也是构建安全、互助社会的重要基石。通过持续的教育和培训，提升全民的急救意识和能力，将为社会的整体安全与健康奠定坚实基础。急救能力的掌握不仅依赖于理论知识的积累，更需要在实践中不断演练和提升。模拟真实场景的训练能够帮助学习者在安全的环境中熟悉急救流程，增强应对突发事件的信心与反应速度。通过反复练习心肺复苏、止血包扎、异物排除等关键技能，参与者可以更好地掌握操作要领，避免在实际紧急情况下因紧张而出现失误。此外，许多培训课程还引入了团队协作演练，强调在复杂情境中分工合作的重要性，这进一步提高了急救措施的实施效率和质量。

值得注意的是，心理素质在急救过程中同样至关重要。面对突发状况，保持冷静和果断是实施有效救助的前提。因此，专业的急救培训通常包含心理调适模块，帮助学习者克服恐惧和焦虑情绪，培养临危不乱的心态。这种心理层面的准备与技能训练相辅相成，共同构成一个完整的急救能力体系，确保在关键时刻能够发挥最大效用。



随着社会对急救重视程度的提高，相关资源和工具也日益普及。公共场所配备的自动体外除颤器为心脏骤停患者提供了更多生存机会，而个人急救包、应急应用程序等工具则让普通人能够更快速、准确地采取初步救助措施。这些辅助工具的使用方法也应纳入培训内容，确保大众不仅知道如何操作，还能在需要时及时获取并正确使用这些资源。

总之，急救能力的实践价值体现在每一个细节中，从技能训练到心理准备，再到工具使用，都需要系统化的学习和反复强化。只有通过全面而深入的培训，才能真正让急救知识转化为保护生命的力量，并在日常生活中发挥应有的作用。

三、中西医急救知识普及对公众健康的深远影响

中西医急救知识的普及对于公众健康具有极其深远的影响，这种影响不仅体现在突发疾病或意外伤害时的及时应对，更在于全面提升社会整体的健康素养与生活质量。首先，普及中西医急救知识能够显著降低突发事件的死亡率与致残率。在日常生活中，心脑血管疾病突发、意外创伤、中毒等紧急情况时有发生，若现场人员掌握基本急救技能，如心肺复苏、止血包扎或穴位按压等，便能在专业医疗人员到达前为患者争取宝贵的抢救时间。研究表明，心脏骤停患者若在四分钟内接受有效心肺复苏，生存率可提高两至三倍。这种即时干预不仅挽救了生命，也减少了因延误治疗而导致的后遗症，减轻了家庭与社会的医疗负担。

其次，中西医急救知识的普及有助于增强公众的健康自我管理能力与疾病预防意识。通过学习急救知识，公众不仅能应对突发事件，还会更加关注自身与家人的健康状况。例如，了解中风的前兆症状，如突然的面部歪斜、言语不清或肢体无力，可以促使患者及家属及时就医，避免病情恶化。同时，中医急救方法如掐人中、按压内关穴等，不仅简单易行，还蕴含了“治未病”的理念，引导公众在日常生活中注重调和气血、平衡阴阳，从而预防疾病的发生。这种健康意识的提升，使公众从被动接受治疗转向主动参与健康管理，形成良性循环。

此外，普及中西医急救知识能够促进社会互助精神的发扬与社区凝聚力的增强。当更多人掌握急救技能时，整个社会便形成一个无形的“安全网”，在紧急情况下能够相互施以援手。这种互助行为不仅提升了社区的应急响应能力，还强化了人与人之间的信任与合作。例如，在公共场所发生意外时，若有经过培训的志愿者迅速实施急救，便能有效控制事态发展，避免恐慌情绪的蔓延。同时，中

西医结合的急救培训往往强调“仁心仁术”的理念，既传递了西医的科学性，又弘扬了中医的人文关怀，使急救行为更具温度与同理心。

最后，中西医急救知识的普及对于优化医疗资源配置具有积极意义。当公众具备一定的自救与互救能力时，许多非危重情况便能在社区或家庭层面得到初步处理，从而减轻医疗机构的压力。例如，简单的烫伤、扭伤或轻度中暑，通过中医外敷或穴位按摩即可缓解，无需立即前往医院。这不仅节省了医疗资源，也使急诊部门能够更专注于处理真正危及生命的重症患者。此外，普及急救知识还能推动公共卫生政策的完善，政府与社会组织可以借此开展更多健康教育项目，形成多层次、全覆盖的急救网络，最终实现全民健康水平的整体提升。

四、构建“人人皆可急救”的社会氛围与文化

构建“人人皆可急救”的社会氛围与文化，是提升全民急救意识与能力的核心目标之一。这一理念强调，急救不应仅仅是专业医护人员的工作，而应成为每个公民的基本素养和社会责任。通过营造一种普遍认同并积极参与急救的氛围，社会能够在突发事件中显著降低伤亡率，提高整体应急响应效率。要实现这一目标，需要从多个层面入手，包括政策支持、教育普及、文化引导以及技术辅助。

首先，政策层面的支持是构建“人人皆可急救”社会氛围的基础。政府应通过立法和行政手段，将急救知识培训纳入国民教育体系，从小学阶段开始逐步普及，确保每一代人都具备基本的急救技能。同时，鼓励企业和公共场所配备必要的急救设备，如自动体外除颤器，并对员工进行定期培训。此外，通过税收优惠或奖励机制，激励社会组织和个人参与急救志愿服务，形成政策引导下的全民参与格局。

其次，教育普及是提升急救能力的关键环节。学校、社区和工作单位应成为急救知识传播的主要阵地。在学校，急救课程应作为必修内容，结合实践操作，让学生掌握心肺复苏、止血包扎等基本技能。在社区，定期举办急救讲座和模拟演练，邀请专业医护人员指导居民学习应对常见急症的方法。企业则应为员工提供在职培训，确保在工作环境中也能迅速有效地实施急救。通过多层次、全覆盖的教育体系，逐步增强公众的急救自信和实操能力。

文化引导同样不可或缺。媒体和社会组织应积极宣传急救英雄事迹，通过真实案例展示急救技能的重要性，激发公众的学习热情 and 责任感。电视剧、电影和



公益广告中可以融入急救情节，潜移默化地影响观众，使急救成为一种社会风尚。同时，利用社交媒体平台开展急救知识挑战或线上培训活动，吸引年轻人参与，形成“急救人人可为”的共识。这种文化氛围的营造，能够减少人们在紧急情况下的犹豫和恐惧，促进更多人在第一时间伸出援手。

技术创新也为构建“人人皆可急救”的社会提供了有力支持。移动应用程序和智能设备可以实时提供急救指导，例如通过视频演示心肺复苏步骤或定位附近的急救设备。虚拟现实技术则能创建逼真的急救场景，帮助用户在没有风险的情况下进行反复练习。此外，大数据分析可用于识别急救知识普及的薄弱区域，有针对性地加强宣传和培训。这些技术手段不仅提高了学习效率，还让急救技能变得更加易于掌握和实用。

最后，社会各界的协同合作是成功构建这一氛围的保障。医疗机构、红十字会、志愿者组织以及政府部门应形成合力，共同推动急救知识的普及和设备的完善。企业可以通过赞助培训项目或捐赠设备履行社会责任，而社区则可以建立急救互助网络，确保在突发事件中能够快速响应。这种多方参与的模式，能够有效整合资源，形成可持续的急救生态系统。

总之，构建“人人皆可急救”的社会氛围与文化，需要政策、教育、文化、技术和社会合作的综合推进。只有当急救成为每个人的自觉行动和社会共识时，我们才能在面对突发状况时更加从容和有效，真正实现“人人能救、人人敢救”的理想状态。这不仅提升了社会的整体安全感，也体现了人类互助互爱的崇高精神。

参考文献

- [1] 王一镱.现代急诊医学[M].北京:人民卫生出版社,2018.
- [2] 陆远富.中医急症学[M].北京:中国中医药出版社,2019.
- [3] 中华医学会急诊医学分会.中国急诊医学发展报告(2020)[C] //2020中华医学会急诊医学学术年会论文集.2020.
- [4] 中华医学会心血管病学分会.心肺复苏和心血管急救指南[S].北京:人民卫生出版社,2021.
- [5] 张运.急诊医学与中西医结合的理论与实践[J].中国急救医学,2019,39(12): 1121-1125.
- [6] 刘勇.针刺法在心搏骤停急救中的辅助作用研究[J].中华急诊医学杂志,2020, 29(4):471-474.
- [7] 周建伟.脑出血昏迷患者的西医急救与中医醒脑开窍法结合应用[J].中国中西医结合急救杂志,2018,25(6):589-591.
- [8] 王晓红.颅脑外伤昏迷患者的紧急评估与救治[M].上海:第二军医大学出版社,2020.
- [9] 张丽.穴位按压在急性出血急救中的应用观察[J].护理研究,2019,33(2):215-217.
- [10] 廖东华,魏东升.创伤止血与休克急救[M].北京:军事医学科学出版社,2017.
- [11] 孙华.海姆立克急救法在儿童气道异物急救中的操作要点[J].临床急诊医学杂志,2020,21(9):871-873.
- [12] 李峰.婴幼儿气道异物急救特殊性与处理策略[J].中国实用儿科杂志,2019,34 (1):65-68.
- [13] 刘东坡.现代骨科创伤学[M].北京:人民卫生出版社,2020.
- [14] 赵宏.跌倒骨折患者的现场固定与搬运[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2021, 16(1):88-91.
- [15] 陈建.跌打损伤外敷中药的制备与应用[J].中医正骨,2018,30(4):71-73.
- [16] 钱忠明.烧烫伤急救与中西医结合治疗[J].中国烧伤创疡杂志,2019,31(5): 589-592.



- [17] 杨明.中暑急救指南:体温控制与中医辅助疗法[J].临床急诊医学杂志,2020,21(8):765-768.
- [18] 李强.过敏性休克的识别与肾上腺素使用[M].广州:广东科技出版社,2019.
- [19] 王春梅.家庭急救箱必备品与药品管理[J].中国社区医师,2018,34(16):45-46.
- [20] 杜娟.社区急救知识培训的现状与推广策略[J].卫生研究,2020,49(1):112-115.
- [21] 张国华.灾害医学:地震现场的自救互救与伤员救治[M].成都:四川大学出版社,2019.
- [22] 中国医师协会急诊医师分会.院前急救医疗服务指南[S].北京:人民卫生出版社,2018.
- [23] 蔡文.户外运动中的常见损伤与急救[J].体育科学,2020,40(7):82-85.
- [24] 刘婷.心理创伤急救与心理危机干预[J].中国心理卫生杂志,2019,33(10):798-802.
- [25] 王伟.中西医结合急救技术的发展趋势[J].中华急诊医学杂志,2021,30(2):156-160.
- [26] 周建军.智慧急救:5G与人工智能在急救中的应用前景[J].中国急救医学,2020,40(6):541-545.
- [27] 陈晓东.公众急救技能培训体系的构建研究[D].上海:复旦大学,2019.
- [28] 梁建辉.临床急症手册[M].北京:人民军医出版社,2017.
- [29] 赵军.中医在急救中的辨证施治思路与应用[J].中医杂志,2018,59(1):89-92.