

学校的理想装备

电子图书·学校专集

校园网上的最佳资源

二十一世纪中小生素质教育文库(24)

危机自救与互救



二十一世纪中小学生素质教育文库  
危机自救与互救

## 学点急救常识

### 急救的程序

急救是指在短时间内，对威胁人类生命安全的意外灾伤和疾病所采取的一种紧急救护措施。

急救的要点是保持镇静，准确判断（伤害性质、程度及生命体征），迅速救护（自救与互救），并尽快与医院联系（拨急诊呼救电话），同时为送院治疗做好准备。急救的一般程序及方法是：

#### 生命体征的判断

判断意识、心跳（心率、心律）、呼吸、血压、瞳孔等生命体征。具体做法是：大声喊“喂，你怎么啦！”同时手拍或手掐其眉骨（眼眶上缘），观其有无意识反应；察其瞳孔是正常还是散大；手按颈侧锁骨乳突肌处颈动脉或手腕内侧横纹桡侧处桡动脉，判断其有无脉率（心率）；将手掌面或面颊部贴近伤者口鼻处，以判断其是否呼吸；有可能和有必要时测其血压。

#### 现场急救

抢救生命——立即施行心肺复苏（人工呼吸和心脏按摩）和针刺人中、合谷等穴位；基础救护——止血、包扎、固定、取合适体位等；紧急呼救——拨通各地急救电话，简明扼要报告病情、病因、时间、地点、人数等要素和迎接救护车的详细地点，同时做好相应送院准备。

### 急救的基本技能及应用

#### 止血术

压迫止血法（指压法）：在出血部位的上方（近心脏端），在动脉行走中最易压住的部位（压迫点），用拇指或其余四指把该动脉管压迫在邻近的骨面上，以阻断血液来源而达到止血的效果，其为最迅速的一种临时止血法，一般认为压力必须持续到其他止血法止血后方可解除。常见部位出血的压迫止血法有：前额部和颞部出血，用指压迫同侧耳屏前上方约一指宽处搏动的颞浅动脉于颞骨上；后头部出血，用指压迫耳后突起下面稍外侧耳后动脉处；面部出血，用指压迫同侧下颌前1.5厘米处搏动的颌处动脉于下颌骨上；肩部及上臂的出血，将伤员头转向健侧，用拇指压迫锁骨上窝内1/3处搏动的锁骨下动脉于第一肋骨上；前臂和手部的出血，将伤臂稍外展外旋，用拇指或食、中、无名指压迫肱骨上；大腿及小腿的出血，伤员仰卧，患侧大腿稍外展外旋，在腹股沟中点稍下方摸到搏动的股动脉，用拇指重叠或用两手掌根重压其在耻骨上；足部的出血，在踝关节背侧、胫骨远端将搏动的胫前动脉（即足背动脉）压迫在胫骨上，或在踝关节内踝的后方，将搏动的胫后动脉压在胫骨上；手指部出血，用健侧手指捏住伤手的指根部（指侧方）指动

脉处。

**绷带加压包扎法：**指用无菌敷料覆盖创口后，用绷带加压包扎，以压住创伤部位的血管而止血。该法止血效果好，适用面广，手法简便，当出血量大时应先行压迫止血或止血带止血后进行包扎，包扎后应注意伤口是否达到止血效果。

**止血带法：**指用特别的止血带或胶皮管，或用毛巾、宽布条等代用品，缚扎在伤口的近心端，即上肢出血缚扎在上臂上 1/3 处，下肢出血缚扎在大腿上 1/3 处。该法主要适用于四肢大动脉出血。方法是：将伤肢抬高，在肢体上用软布加垫后再扎止血带，松紧适宜以达止血目的即可。止血带间隔 0.5~1.0 小时应放松 1~2 分钟，以防肢体坏死。

上述止血方法适用范围有所不同。动脉出血（出血呈喷射状，血色鲜红，流量大，可危及生命）常用指压法、加压包扎法、止血带法进行止血；静脉出血（出血呈持续性，血色暗红，血流量大，常能找到出血点）常用绷带加压包扎止血法；毛细血管出血（出血常为渗出性，或为若干小血滴，快者汇集流出）一般用加压包扎或指压法止血，或用明胶海绵局部止血。

## 包扎术

急救包扎的目的是压迫止血、减少感染、保护伤口、减少疼痛、固定敷料及夹板等。常用包扎方法如下：

### 1. 绷带包扎法

根据包扎部位的形态特点采用不同的包扎方法。

**环形包扎法：**用于包扎身体粗细均匀的部位，如额部、手腕、小腿下部等。包扎时先张开绷带卷，把带头斜放于伤肢上，并用左拇指压住，将组带绕肢体包扎 1 圈后，再将带头一个小角反折，然后继续绕圈包扎，约包扎 3~4 圈后用胶布粘贴住绷带末端即可。

**螺旋形包扎法：**适用于包扎肢体粗细相差不多的部位，如上臂、大腿下部等。包扎时先作 2~3 圈环形包扎后，再将绷带斜形缠绕，每圈都盖住前一圈的 1/2~1/3。

**“8”字形包扎法：**常用于包扎肘、膝、踝等关节处。先在关节处或在关节下方作 2~3 圈环形包扎，再在关节弯曲处的上下两方，将绷带由上而下，再由下而上作“8”字形来回缠绕包扎，最后作环形包扎。

**蛇形包扎法：**常用于夹板固定。方法同环形法，只是作斜形缠绕，每圈间隔大些。

### 2. 三角巾包扎法

此法应用方便，适用于全身各部位包扎。

**手部包扎法：**三角巾平铺，手指对向顶角，将手平放在三角巾中央，底边横放手腕部，先将顶角向上反折，再将两底角向手背交叉绕一圈，在腕部打结即可。

**足部包扎法：**方法同手部包扎法。

**头部包扎法：**先把三角巾底边（或折叠）放于前额，顶角在脑后部，将三角巾从前额拉紧绕至额后打结，再把顶角拉紧并向上翻转固定。

**面部包扎法：**先将三角巾顶角打一结，放于头顶上，然后将三角巾罩面部，并将眼睛和鼻孔处剪个小口，再将三角巾左右二角拉到颈后，绕回前面

打结即成。

**胸部包扎法：**如右胸受伤，将三角巾顶角放在右肩上，将底边扯到背后在右面打结，然后再将右角拉到肩部与顶角相结。

**背部包扎法：**同胸部包扎，但位置相反，结打在胸部。

**手臂悬吊法：**肱骨和锁骨骨折，先把三角巾折叠成四横指宽带，也可用绷带或软布带代替，将宽带中央置于伤肢前臂的下1/3处，将宽带两端在颈后打结。除肱骨和锁骨以外的上肢骨折，将三角巾顶角置于伤肢的肘后，前臂放在三角巾中央，伤肢屈肘90°，一底角拉向健侧肩上，另一底角向上翻折包住前臂，两底角在颈后打结。

## 固定术

固定术是针对骨折而采用的，使断骨不再刺伤周围组织和加重移位，骨折不再加重的急救方法。

### 1. 现场急救固定

开放性骨折固定前，小伤口出血应先包扎止血，大伤口应先清洗消毒，再用消毒纱布或干净布盖好后包扎和夹板固定，不要把刺出的骨端送回伤口内，以免感染。骨折固定常用木质夹板进行，紧急时可就地取材，如竹板、竹片、木棒、手杖、硬厚纸板等代用品；上夹板前，在肢体与夹板间垫一层棉花或布类等柔软物品；捆绑夹板时应将断骨处的上下两个关节都固定住，即要“超关节固定”。四肢固定时，要露出指、趾尖，以观察血液循环情况，如发现指趾苍白、发凉、疼痛麻木、青紫等现象，说明夹板绷得太紧，应放松绷带，重新固定。

### 2. 常见骨折固定法

**头部骨折：**伤者静卧位头稍高，在头部两侧放两个较大的枕头或砂袋将其固定住。

**肱骨骨折：**救护者一人握伤者前臂使患肢肘关节向里弯，并向其下方外边牵引，另一个拿夹板固定，一块放臂内侧，另一块夹板放臂外侧，上过肩，下至肘外，然后用绷带包扎固定后吊起。

**前臂骨折：**救护者一人使伤者臂屈成90°角，将一块平板放于前臂内侧，一端需超过手掌心，另一端超过关节少许，再用另一块夹板放于前臂外侧，长度如上，然后用绷带缠绕固定，并用悬臂带吊起。

**手骨骨折：**将伤肢呈屈肘位，手掌向内侧，手指伸直，夹板放于内侧，用绷带缠绕包扎，悬臂带吊起。

**大腿骨折：**伤者平卧，一人握住伤肢的足后跟，轻轻向外牵引，另一人按住伤者的骨盆部，第三人上夹板，一块放在大腿内侧，上自腹股沟（大腿根部），下至过脚跟少许，另一块放在大腿外侧，上自腋窝下至过脚跟少许，然后用绷带或三角巾固定。

**小腿骨折：**固定方法同大腿骨折，固定在小腿外侧的夹板，上端只需过膝少许。

**足骨骨折：**夹住足关节，用稍大于足底的夹板放于足底，用绷带缠绕固定。

**脊柱骨折：**采用“三人搬运法”使患者平卧于木板上，让伤者俯卧，用宽布带将伤员身体固定在担架上，以免转运时颤动。

骨盆骨折：将伤员轻移至平板上，两腿微弯，骨盆处可垫少许棉布，然后用三角巾或衣服将骨盆固定在木板上。

肋骨骨折：用宽布缠绕胸部，限制伤者的呼吸运动，将断肋固定住。

搬运术

1. 单人搬运法：

扶持法：急救者位于伤员的健侧，一手抱住伤员腰部，伤员的一手绕过急救者颈后至肩上，急救者另一手握住其腕部，两人协调缓行。

抱持法：急救者一手托住伤员的背部，另一手托住伤员的大腿及胭部，将伤员抱起。

背负法：救护者站在病人前面，呈同一方向，微弯背部，将病人背起，但胸部创伤者不宜采用。

2. 双人搬运法

托椅式搬运法：两名急救者相对而立，各以一手互握对方的前臂，另一手互搭在对方的肩上，伤员坐在急救者互握的手上，背部支持于急救者的另一臂上，伤员两手分别搭于两名急救者的肩上。

拉车式：一个站在伤员的头部，两手插到腋下，将其抱入怀内，一个站在其足部，跨在他的两腿中间，两人步调一致慢慢抬起前行。

三人搬运法：常见卧式三人搬运法，三名救护者同立于伤员的一侧，第一人以外侧的肘关节支持伤员的头颈部，另一肘置于伤员的肩胛下部，第二人用双手自腰至臀托抱伤员，第三人托抱伤员的大腿下部及小腿上部，使伤员头朝内侧面侧卧于三人的三臂中，协调地抬起和行走。

担架搬运法：使伤员平卧在担架上，神态不清者，可用宽布带将其固定在担架上。脊柱骨折者或无担架可用床板和木板代替，搬运时前后步伐一致。

## 体温、脉搏、血压的测量及其判断

### 体温的测量及其判断

体温测量有口测法、肛测法和腋测法。口测法是将消毒过的体温计（口温表）置于舌下，紧闭口唇，用鼻呼吸，放置 5 分钟后读数，正常体温值为  $36.3 \sim 37.2$ 。腋测法是将腋窝汗液擦干后将体温计放在腋窝深处，用上臂将体温表夹紧，放置 10 分钟后读数，正常值为  $36 \sim 37$ 。肛测法主要为婴幼儿用。口测法较方便，测温较可靠，但不易保持卫生。腋测法较安全卫生，不易交叉感染，但冬天使用不方便。测温前应将体温计的水银柱甩到 36 以下。

正常人 24 小时体温略有波动，一般相差在  $1^\circ\text{C}$  以内，且表现为早晨略低，下午略高，运动和进食后体温升高，老年人略低。体温高于正常称为发热， $37.5 \sim 38^\circ\text{C}$  称为低热， $38 \sim 39^\circ\text{C}$  称为中度发热， $39 \sim 40^\circ\text{C}$  为高热， $40^\circ\text{C}$  以上为超高热。

### 脉搏的测量及其判断

脉搏测量可间接反映心率、心律情况。测量时，将右前臂平放在桌上，

掌心向上，以左手食指、中指和无名指的指端摸住右手手腕桡动脉处，在心情平静时，测量 30 秒钟脉搏次数乘以 2，即为一分钟脉搏次数。

正常脉搏次数为 60~100 次/分，若高于 100 次/分，为心动过速，小于 50 次/分，则为心动过缓，某些运动员脉搏有 50~60 次/分，应属正常。正常脉律整齐，如脉律不齐则提示为心律不齐，如脉率缺搏一次，则提示心脏发生一次早搏。

### 血压的测量及其判断

血压包括收缩压，舒张压。测量前水银血压计应放平，水银柱在零位，并排除气泡，测试时血压计与心脏同水平，左臂自然前伸，平放于桌面，捆扎袖带松紧适度，肘窝部充分暴露，摸准肱动脉（肘窝略偏内侧处之搏动的动脉），将听头置于中央，用左手轻按听头，右手打气入带，使水银柱匀速上升，直至听不到搏动声为止，随后缓缓放气，听到的第一声搏动声即为收缩压，继续放气，脉跳声突然由宏亮变为模糊时（称变音点）即为舒张压；若脉跳声变音不明显，则一直放气到脉跳声消失时，此消音点称为舒张压。

正常成人收缩压不超过 18.6kPa（140mmHg）；舒张压不超过 12kPa（90mmHg）。正常青少年的血压，WHO 规定正常上限 12 岁以下为 135/85mmHg；13 岁以上为 140/90mmHg，若超过上述正常值，则为高血压或临界高血压。

## 几种疾病的救护

### 昏厥急救

昏厥是最常见的急症之一。原因很多，如疼痛、恐惧、情绪紧张、焦虑、闷热、脱水、站立过久、长跑骤停等，甚至起床站立排尿也可引起昏厥。以上都可发生于平素健康的人身上。

病人首先感到无力，想立即坐下或躺下，随即恶心、出汗（尤其前额）、脸色苍白。这时如果马上卧躺，以上症状就可缓解或消失。否则可以突然昏倒，但能很快清醒，感到头晕无力。此时若起身站立，昏厥又可复发。

一见到病人前额出汗、脸色苍白或申诉头晕，或已昏厥，就应立即扶病人躺到床上，抬高下肢，不要用枕。解开领扣、腰带和其他紧身的衣物。如果现场环境无床或不允许病人躺下，可以让他坐下，把他的头垂到双膝之间。如果病人不能躺下或坐下，可让他单腿跪下，俯伏上身，像系鞋带的姿势。这样，病人的头部就处在比心脏低的位置，同样能很快恢复。千万不要把昏倒在地的病人扶坐起来，而要让他躺在地下，身子放平。用指甲掐患者的人中穴，可使他更快清醒。在患者脸上洒些凉水也有好处。病人一般在5分钟内便能恢复神志，否则应立即找医生。患者在醒后至少仰卧10分钟，过早起身可使昏厥复发。

### 窒息急救

窒息是由上呼吸道的异物所引起的。这类异物多为食物。一旦发生窒息，患者往往还能呼气，但吸气受到阻碍，于是肺内含气量愈来愈少。病人常常伸直五指捂在颈前，露出恐惧表情，呈现典型的窒息征象，不能咳嗽，面色青紫。此时急送医院已经来不及，必须在现场奋力抢救。

千万不要给病人喝水或咽馒头。

目前广泛应用的抢救方法是 Heimlich 法，利用肺内的残存气体将异物冲出气道。这就要在患者上腹突然施压，以迫使横膈上升，加压力于肺部。

基本技术如下：站在直立位患者身后，或单膝跪在坐位患者背后，双臂绕过患者的腰。握紧右拳，大拇指末节握在拳内。将右拳的拇指侧贴住患者肚脐上方，再以左手抓住右拳，迅速地用力向上一顶。必要时重复数次。

如果患者已倒在地下，而身体过于沉重，扶不起来，就把患者身子放平，仰卧。救护者分腿跪在患者双髋外侧。一手的掌根放在患者上腹，再将另一只手放上去，迅速而用力地向上一压，必要时重复数次。

如果发生窒息的是婴儿，可以让他坐在你自己的大腿上，让他的背贴住你的胸腹。用双手的食指和中指（指尖聚在一起），放在肚脐上方（肋骨下方），迅速而用力地向上一顶。也可把患儿放在桌上，使其仰卧，用双手食指和中指操作同上。

做以上操作时，要注意四“不”。不要打击患者背部；不要压挤患者胸部；置患者于仰卧位操作时，不可双膝跪于患者一侧；置患者于仰卧位操作时，不要将患者头部偏向一侧。

如果发生窒息的是幼儿，可以把他脸朝下地趴在你的大腿上，而其整个躯干都朝地悬垂着，用力地拍击其背部可能有效。由于此法可能将异物挪移到其他部位，所以只能把它当作最后一招。



有时可能从患者喉部清除异物。使患者开口，把头后仰。先用光源照一下，也许能看到异物。清除异物应该用手指。阻塞气道的食物或其他异物，也许在咽部或许更深。若能清除，问题就迎刃而解。

有时空气还能贴着异物外缘通过气道，所以，如果上述方法无效，应及时进行口对口人工呼吸。

当然，一旦发现窒息病人，就要在现场急救的同时，千方百计地找医生来现场抢救。

## 心肺急救

呼吸停止，有时还伴有心搏停止。这时仅做人工呼吸当然不行，还必须加上胸前叩击和胸外心脏按压。这就是心肺复苏术，主要用于猝死的病人。

非外伤所引起的急性死亡，医学上叫做猝死。1976年，世界卫生组织规定，凡在死前24小时，一直过着正常生活，而在起病后6小时内迅速死亡者，称作猝死。据统计，我国猝死发生率每年约0.9‰~3‰，一年内约有15万人猝死，其中青壮年占20%~40%。猝死的病因很多，冠心病是猝死的主要原因，占60%左右，中老年人尤为多见，尤其是冠心病中的心肌梗塞是因心脏骤停的最常见原因。冠心病猝死率达1/3，其中的2/3发生在医院外，多死于发病后1~2小时内。健康的青壮年人因病毒性心肌炎而猝死的也不少见。此外，暴饮暴食和酗酒诱发的急性出血性胰腺炎，以及血管瘤破裂、药物过敏或中毒等都可能成为猝死的原因。

猝死的主要病理生理变化是心脏骤停而停止了有效的排血，脑组织的供血也随之中断，不到7秒，患者便出现突然的神智丧失。如果再加上大动脉（颈动脉和股动脉）搏动消失（一般以检查颈动脉搏动最简便可靠。用食指和中指指尖在相当于男性喉结外侧两横指处仔细按摸，即可确定有无颈动脉搏动），就可明确判断为心脏骤停。这时就应立即就地抢救，同时大声呼喊别人来协助或去找医生。不要等待医生来后再抢救，因为心脏停跳4分钟就发生脑损害，停跳6分钟以上，大脑就发生永久性损害。反之，停跳时间愈短，大脑缺氧性损伤愈轻，恢复的机会愈大。

由于心脏骤停可发生在任何地点（如学校、家中、工作单位、公共场所），所以在学生中普及现场心肺复苏知识和技术是至关重要的。

抢救的第一步，可先作胸前叩击，有可能使刚发生停搏的心脏复跳。具体方法是：在病人的右侧，握紧右拳，用多肉的掌侧敏捷而有力地向其胸骨中下部捶击二三次，然后立即触摸颈动脉。如果出现搏动，说明心跳已恢复，否则就尽快进行体外心脏按压，不再继续捶击。

心脏是一具空腔的器官，位于胸腔中央，前为胸骨，后为脊柱。按压胸骨下半部时，心脏就受到间接的压迫而排出心脏内的血液。不按压时，胸廓由于其固有的弹性而恢复原位，造成胸内负压，使静脉血回流心脏。这样就人为地推动了血液循环。

体外心脏按压时，要让病人仰卧在硬板床上或地面上，不用枕头。抢救者在病人的一侧，用一手的掌根放在胸骨下半部，再将另一只手重叠在前一只手之上，用抢救者上身的体重有节奏地向下按压。抢救者的肘部要伸直，上半身略向前倾，使肩部位于两手的垂直上方，以足够的力量每次都使胸骨下降4厘米左右。然后释去压力，使胸廓恢复到正常。按压时间和释压时间

相等，但时间比例以 3 : 2 为最好。释压时双手不要抬离胸壁或改变按压的位置。按压必须用力均匀而有节奏，切忌突然用力按压和弹跳式的按压。掌根下压的力量必须集中在胸骨，手指切勿接触胸部，以免发生肋骨骨折。按压部位不宜过高或过低，尤其不能按压胸骨下部的剑突，以免损伤肝脏。

在体外心脏按压时，必须同时做口对口人工呼吸。

如果只有一个人抢救，心脏按压的频率是每分钟 80 次。每做 15 次按压，就挪到病人头部，口对口地迅速用力吹气两次。若有两个人抢救，按压的频率应为每分钟 60 次。另一人在每 5 次按压后迅速地口对口用力吹气一次。两人交换抢救位置时不可打乱 5 : 1 的比例和顺序。吹气者在吹气完毕后立即转移至胸部接替按压。按压者在第 5 次按压后立即转移至病人头部准备吹气。

单人抢救开始一分钟后，用 5 秒钟的时间检查颈动脉，以判断心跳是否恢复。若未恢复，应继续抢救，此后每隔 5 分钟再查脉搏。如果是双人抢救，吹气者要经常检查颈动脉，若每次按压后都能摸到一次搏动，说明心脏按压是有效的。但若停止按压 5 秒钟内，未能摸到搏动，说明心跳仍未恢复，仍应继续做体外心脏按压。

经过一段时间抢救后，病人脸色逐渐好转，嘴唇转红，用耳贴胸已听到心音，颈动脉有搏动，自主呼吸恢复，表示抢救初步成功，可在密切观察下急送医院。这是因为上述抢救措施只是初级救护或称一期处理。若能成功，便进入二期处理，还要用药、除颤、心电监护、插管等。此外还有三期处理，即在除维护心肺功能外，加上脑复苏。但二、三期处理已是医生的工作了。如果有条件在抢救开始时就给病人枕冰袋，将对嗣后的脑复苏极为有利。

深度昏迷、缺乏自主呼吸以及瞳孔散大固定 15 ~ 30 分钟者，表明脑死亡；心肺复苏持续一小时之后检查心电图而无心电活动，表示心脏死亡，可以终止心肺复苏。但若还有脉搏，动脉收缩压保持在 60 毫米汞柱以上，瞳孔仍在收缩状态时，仍应继续进行心肺复苏的现场抢救。

## 发生休克怎么办

休克是一种急性循环功能不全的综合症候群。系有效血容量减少，心血排出量不足或周围血流分布失常，致使周身组织严重灌注不足，最后引起普遍性细胞功能损伤，各重要内脏器官功能衰竭和机体死亡。

休克一般可分为低血容量性休克、心源性休克、感染性休克、神经源性休克和过敏性休克。常见于大量失血、失水或严重烧伤；急性心肌梗死、严重心肌炎、心肌病、急性心包填塞和严重的心律失常；药物过敏或免疫血清过敏；外伤、剧痛、骨折和脊髓麻醉过深及内分泌功能不全、缺氧等所致。休克病人表现为：

早期：除原发病表现外，患者神志清楚、嗜睡或烦躁不安，面色苍白，唇略青紫，肢趾湿温，脉搏细弱，血压尚正常，脉压差小。

中期：患者神志淡漠或朦胧，反应迟钝，躁动不安，面色苍白，口唇青紫，皮肤湿冷。其脉压差小于 2.67KPa (20 毫米汞柱)，脉搏细速。

晚期：呈昏迷状态，面色青灰，紫绀明显，四肢冰冷，皮肤呈现花纹状或出现瘀斑、瘀点，可有消化道出血等症状。血压测不出，脉搏消失，少尿无尿，出现呼吸和循环衰竭征象。

发生休克后应采取以下几点措施：

一般紧急措施：使病人的头和腿均抬高 30°角或平卧位交替。腿抬高有助于静脉回流，头抬高使呼吸接近于生理状态，保持病人安静，尽量避免过多地搬动患者，控制活动性大出血。必须搬动患者时，须动作轻而协调，放时宜缓慢而平稳。保持呼吸道通畅、保暖、吸氧等。

补充血容量：休克患者血循环容量不足，所以补充血容量是抗休克的根本措施，要尽快恢复循环血量。通过及时的血容量补充，发生时间不长的休克，特别是低血容量性休克，一般均可较快得到纠正，不需再用其他药物。要保持静脉输液的通畅。

对症治疗：积极处理原发病，消除引起休克的病因，恢复有效循环血量。

药物治疗：应用心血管药物，如多巴胺、间羟胺等，还可用血管扩张剂改善微循环，以及脱水剂等。

精神护理：保持室内安静，谢绝探视，避免刺激，减轻患者焦虑情绪，调动其积极因素配合治疗。

口腔护理：对神志不清患者应摘除假牙，防止误吸，每日做好清洁口腔的护理，警惕口腔粘膜霉菌感染。

皮肤护理：休克病患者一般卧床治疗时间长，加之其末梢循环不良，故易发生褥疮，要保持床铺清洁、干燥，对受压部位可用气圈、棉垫等保护，定时用酒精或温水按摩骨突出部位。

## 中暑的处理

中暑是暴露于人为的或天然的高湿环境中发生的一种疾病，一般可分为热射病和日射病二种。

在锅炉房、炼铁炉房、机舱等高温而通风不良的环境工作，容易发生热射病。这是因为人体此时通过大量出汗的方式散热，若不及时补充水和钠盐，可造成水和钠的大量丢失而脱水。患者先感觉头痛、头晕、心慌、乏力，然后出现面色苍白、恶心呕吐、大量出汗、脉搏细速，甚至出现抽搐和昏迷。

夏季在强烈的日光下工作、劳动或军训，暴晒过久，尤其在未戴帽子而使头部遭受日光直射时，容易发生日射病。这是因为日光不仅使身体受到高温影响，而且通过长时间照射头部会使脑膜充血、大脑皮层贫血。患者常常猝然昏倒并抽搐，面色发红，呼吸急促，脉搏快速有力，皮肤干燥无汗，体温达 40℃ 以上。

抢救中暑患者，首先立即把患者抬到阴凉通风处。平卧不用枕，松解衣扣。劝说围观人群散开，保持安静、通风的环境。迅速用冷水或冰水擦拭和湿敷头部，同时不断用扇子或电扇扇风，还可用酒精擦身，以降低过高的体温。但已出现虚脱（体温较低）的患者不宜冷敷、扇风和酒精擦澡。对于能饮水的患者要给予凉的淡盐水，这样不仅能降温，而且补充了身体丢失的水和钠盐。服用仁丹、十滴水、藿香正气丸等解暑药，也有一定的好处。经过上述处理，一般在 1~2 小时内恢复。但对昏迷不醒的患者，要在降温的同时，尽快送往医院，并且在运送过程中注意遮阳。

为防止中暑发生，夏季要合理安排劳动或军训的时间和强度；避免在烈日直射下长时间暴晒，特别要注意戴好遮阳帽；高温作业要多喝盐开水；出现头晕、胸闷、心悸、乏力、口渴、恶心等先兆时，立即移到阴凉通风处休息，使用解暑药，喝含盐的清凉饮料，很快就能恢复。

## 癫痫大发作的急救

癫痫大发作的主要表现为神志丧失和全身肌肉抽搐。具有这两种主要症状的疾病，还有颅内感染（如流脑、乙脑）、颅内出血、小儿高热惊厥、高血压脑病、自发性血糖过低、瘧病以及前面介绍的中暑、药物中毒、酒精中毒等。所以见到昏迷和抽风的患者，一般应送往医院抢救。作为学生，没有正确诊断和处理的能力。但癫痫大发作患者一般都有这样的病史。作为患者的亲友或同学，对此多少有所了解，遇到患者发病时，一般都能自行处理而不必转往医院或去找医生。

患者发病时，神志突然丧失，发出尖叫声，跌倒在地，瞳孔扩大，对光反射消失，全身肌肉出现短暂的阵挛性抽搐，口吐白沫，如舌被咬破则口吐血沫，并可有大小便失禁，抽搐后进入昏睡，以后意识逐渐恢复。

目击癫痫大发作，常常令人惊吓，但患者本人当时一般并不感到痛苦，而且没有多大危险。救护时必须保持镇静，松解领扣腰带。除了保护患者勿致自伤外，不必阻止患者的抽搐动作。把附近的物件挪开，以免患者碰伤。切勿灌服水或任何药品。抽搐消失后若尚未苏醒，应将其脸转向一侧，因为此时口中常有多量唾液，容易吸入气管。除非患者确实在嚼其舌，否则不必把任何东西置入患者上下牙之间。若确实有此必要，可用两层手帕卷紧后纳入齿间，千万勿用救护者自己的手指。抽搐消失后应让患者安睡。患者不久就会恢复神志。如果在 10～15 分钟内未能苏醒，以送往医院诊治为宜。

## 触电和淹溺急救

### 触电急救

#### 触电与电击伤

触电，是指人体触到电流后所受到的伤害过程；触电过程结束后身体遗留的症状和损害称为电击伤。

2毫安以下的电流即会引起麻木感，8~12毫安的电流通过身体会引起全身肌肉的收缩和痉挛；超过20毫安的电流可引起严重灼伤、皮肤烧焦和炭化；电流一旦超过25毫安可造成心脏停跳甚至死亡。与直流电相比，交流电对人体造成的危害更大。

轻度触电可使人精神呆滞、面色苍白、呼吸心跳加快，触电局部发麻，有时还会因灼伤而出现水肿等。重度触电时，会因呼吸肌和心肌痉挛而出现快而不规则的呼吸、心跳快、心律不齐及心室的纤维性颤动，与此同时血压下降，随即转入休克或假死状。当手触电时，局部肌肉在电流作用下造成强直收缩，以致手无法松开，所以手掌面的灼伤、烧伤常很严重，又由于人常在触电时摔倒或从高处摔下，所以发生骨折等外伤也很常见。

上面提到的电击后局部烧灼伤，骨折与外伤，皮肤焦化或炭化等，都属于电击伤。然而，正因为呼吸和心跳是维护生命的关键，所以当发生电击伤后，首先要抢救和恢复的是这两大功能。

#### 触电的急救

首先应迅速关闭电源开关，切断电源，或者用不导电的物体（木棒、竹竿及其他绝缘物）将电线挑开。在电源未切断前，不要直接拖拉伤员，以防救护者也触电。抢救时要镇静，保持头脑清醒。例如当把电线挑开后，虽然伤员已不再接触电源，但电线仍是带电的，须防止其也人有再度触电之可能。

将伤者迅速转移到安全地点，解开皮带衣扣，使其前额仰起并抬起下颌，清除口内粘液，保持呼吸道通畅。

有呼吸、心跳停止现象的，立刻行心肺复苏抢救（如口对口呼吸和胸外按压心脏），而且两者应协调进行，一般每呼一口气，应作4~5次心脏按压。抢救要坚持不懈，不能放松，直到医务人员来到。许多伤员处于假死状态，只要坚持下去，常有复苏希望。

现场人员可一边坚持抢救一边派人调查了解触电原因。例如，低压电流首先使心跳骤停，而高压电则因造成对中枢神经的强刺激而先导致呼吸停止，了解这些背景对抢救帮助很大。

呼吸、心跳恢复后，抢救仍未完全结束，因为循环衰竭引起的脑水肿、酸中毒和血压过低现象仍待尽快纠正，所以应该送医院作进一步治疗。

对电烧伤的治疗原则与前面提到的烧伤抢救是大体相同的，但补充的液体量应更多些，尤其要注意尽快纠正酸中毒。伤员完全苏醒后，再全面检查以了解是否有骨折、脑震荡和内脏损伤等症状，以便对症治疗。有手掌面的电灼伤、皮肤的大面积烧伤等应妥善包扎处理，防止细菌感染；而且应及时

注射破伤风抗毒素。

## 触电的预防

触电对青少年人群危害很大，而青少年发生触电事故的最重要原因是缺乏安全用电知识。

在学校健康教育活动中，通过讲解知识和介绍实例等方式，让青少年了解触电原因非常重要。例如在日常生活中常见因湿手摸开关、摸灯口、触及裸露电线等引起的触电现象。这是因人体接触单一电流而造成电流通遍全身所引起，所以称为单相触电。有时，电线断落在地下，则以此为圆心的方圆10~12米圆圈内会形成一个电场，走进该圆内时往往会触电，而且越离圆心近或该圆心内有积水（水是良好的导体）就越危险，通常将此称为电场触电。有些绝缘设备差、粗制滥造的机电产品也会引发这种性质的触电。还有一种触电原因是高压电或雷击，常发生在高压输电设备障碍，或在雷雨时在孤立的树木下躲雨所引起。这种触电因为电源的电压高、电流量大，所以后果比较严重。

通过安全用电知识的普及，青少年们如果能注意以下10个方面，不仅将大大减少触电事故的发生，同时也能显著减轻因不慎触电而造成的不幸后果：

- 不要用湿手触摸电器开关；
- 不要在电线下放风筝、用竹竿打鸟等；
- 不要在高压供电设备附近休息或玩耍；
- 离开教室以前要关闭所有电源；
- 使用久置不用的电器前要先请学校电工师傅提前检查修理；
- 教学中电器周围有积水应及时清扫，清扫前先切断电源；
- 发现路边或教室附近有断落电线时要及时向供电部门报告；
- 雷雨时不要在树下避雨；
- 学会在同伴遭遇触电时正确的解救及使其脱离险境的方法；
- 学习并掌握触电时的急救基本知识。

## 淹溺急救

### 淹溺的发生过程及其原因

淹溺，俗称溺水，是在游泳或失足落水时发生的严重意外伤害，是青少年（尤其农村青少年）的主要死亡原因。

淹溺发生之初，因在水里挣扎而导致呼吸道和消化道少量进水，呼吸反射性暂停，但此时神志清醒，动作则已十分慌乱。接着因缺氧而重新呼吸，使水入肺而引起呛咳，同时胃发生反射性呕吐，呕吐物则进入气管阻塞呼吸造成窒息。一旦出现窒息，神志会越来越不清醒，很快出现昏迷，继而呼吸停止，各种反射消失，大小便失禁，但仍有微弱心跳和呼吸。如果这时仍得不到及时抢救，将于2~3分钟内死亡。

溺水过程中出现的上述各阶段症状决定着急救时应采取的正确措施，也

预示着溺水本人的不同预后。

为什么淹溺以青少年为多见呢？原因是：

不了解水性，对自己的体力和游泳能力缺乏正确估计。

水下出现四肢（尤其大小腿）痉挛、抽搐，以致失去自主能力而下沉。出现原因一是未作充分准备活动，下水后突遭寒冷刺激；二是游泳时间过长，使体内二氧化碳丧失过多而引起。

在非开放水域游泳，被水底水草缠绕，或陷入泥沙而失去控制能力。

缺乏安全观念，伙伴间嬉戏、打闹无度，发生意外后又惊慌失措，使溺水者失去救治时机。

平素患有心脏病、贫血、癫痫及其他慢性病，游泳中因冷水刺激而引起旧病复发，等等。

### 淹溺的急救

从发生淹溺到死亡，平均历时 4~12 分钟；加之青少年们常背着家长、老师去非开放水域游泳，而现场救治条件常极差，所以，发生意外后既争分夺秒又采取正确急救措施非常重要。

一旦发现同伴在水中挣扎，要毫不迟疑前往抢救，同时召唤其他伙伴协助。如身边有绳索、木板或其他不易下沉的物件，可抛给溺水者，再拖其上岸；游泳技术较好的，可迅速绕其背后，抓住头发或夹其腋窝，以仰泳方式将溺水者救出水面。

救到地面后，立刻将其平卧，解开衣带，清除口鼻等处泥沙杂草，以保证呼吸道通畅。

及时控水也很重要。抢救者单腿半跪，将溺水者头朝下、肚皮贴在自己膝上，使肺、胃内积水排出；或将溺水者扛在肩上，腹部置救治者肩峰上，边快步走动边控水，还能在一定程度上起到人工呼吸作用。

控水时间不宜过长，特别是当控水作用不明显时，应抓紧时间采取其他急救措施。例如，一方面作人工呼吸，一方面作胸外心脏按压，两者协调进行（即平均吹一口气，按压心脏 4~5 次），最好由两人协调配合进行。若溺水者牙关紧咬，也可将人工呼吸方式由口——口改为口——鼻，但无论采取何种方式，均应持久地坚持下去。因为相当多的溺水者此时处于“假死”状态，被救希望仍很大。

上述抢救应就地地进行以免因送医院而延误时间，同时，应尽快和医生取得联系。医生在抢救过程中会酌情使用强心药和呼吸兴奋剂，对尽快纠正呼吸循环衰竭常有很大帮助。

### 淹溺的预防

预防青少年发生淹溺意外事故的根本措施是反复加强游泳安全教育，对游泳锻炼加以严密组织，积极引导，并设置现场救护员。

游泳前作好充分的预备活动；游泳中根据自身的体力合理安排时间，在饥饿、疲劳时不宜下水。

凡曾患有高血压、心脏病、肝肾疾病、肺结核和癫痫等慢性疾病的青少年，在参加游泳活动前，必须征询校医的意见，并通过认真的健康检查，以

除外游泳活动的各种禁忌症。

天然游泳场所必须设置深、浅水区的醒目标志，清除淤泥杂草，填平陷泥坑等，以消除隐患。未勘察的湖泊、河流、水塘坚决不要私自下水。

经常参加游泳活动的青少年均应学会在发生游泳意外情况时的自救方法和对溺水者进行急救的基本知识。



## 中毒急救

### 煤气中毒急救

#### 煤气中毒的症状及发生原因

煤气中毒，是由于含碳物质（如煤）在不完全燃烧的情况下，放出大量一氧化碳，进入人体后与人血液里专门负责运送氧气的血红蛋白结合，从而破坏其运氧能力，使人处于严重的缺氧状态而造成的。

一氧化碳与氧气相比，与血红蛋白结合的能力强 240 倍，所以它在与氧气争夺血红蛋白的斗争中很容易占上风。进入人体的一氧化碳越多，人就越容易缺氧而使生命处于严重威胁。

轻度中毒 血液中被抢占（而与一氧化碳结合成碳氧血红蛋白）的血红蛋白达到 10%~20%，人开始因缺氧而产生头痛、头晕、恶心呕吐、心慌乏力等症状。这时，若及时发现并脱离中毒环境，吸进新鲜空气，上述症状能完全消失，不留后遗症，但需 1~2 天才能恢复体力和元气。

中度中毒 被占血红蛋白达到 30%~40%，人因严重缺氧而半昏迷或昏迷，口唇、颜面及胸部呈樱桃红色，脉搏细数，血压下降。这时如能早期发现，及时抢救苏醒，约 3~4 天痊愈，无后遗症；发现晚，抢救又不得当，会部分留有后遗症，如幻视、幻听、肢体麻痹等等。

重度中毒 被占血红蛋白已达 50%以上，人进入昏迷状态，四肢厥冷，瞳孔散大，发展下去引起呼吸、循环的全面衰竭而死亡。重度中毒者即使经抢救脱离生命危险，仍有相当多人会留下明显后遗症，对智力活动与学习能力造成的损害常是无法逆转的。

煤气中毒北方多见，尤其冬春取暖季节。例如，室内煤炉封火后，煤燃烧不全，产生大量一氧化碳，这时，如果门窗紧闭，窗上连通风口都没有；或者炉子烟筒漏气；或者烟道被烟灰堵塞，室内一氧化碳越聚越多，就会引起中毒。有时，因风向突变、空气向烟囱内大量回灌，也会引起煤气中毒。煤气中毒在南方地区亦不少见。原因主要是家庭煤气管道泄漏，煤气热水淋浴器引起大量煤气泄漏，等等。

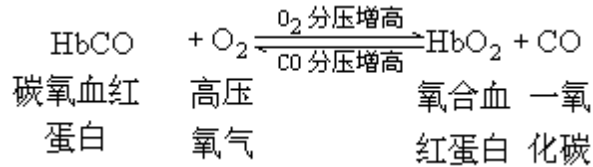
#### 煤气中毒的急救

发现煤气中毒时，立即打开门窗，并将患者迅速移到空气流通的场所或者室外，解开紧身衣服和腰带，使其能吸入新鲜空气，但应注意保暖，盖好棉被或棉大衣等。

已清醒而且能饮水的，可让其喝热的糖水。呼吸困难的，要及时进行人工呼吸；若呼吸及循环已处于衰竭状态的，应立即作口对口呼吸并作胸外心脏挤压术，并立即召唤医生急救。医生到来以前，人工呼吸和心脏挤压等应坚持进行，千万不要随便放弃。经过这番及时急救，加上医生利用强心剂（必要时可心内注射）和呼吸兴奋剂等措施后，患者常可逐渐脱离险境。

除了很轻的中毒症状外，经抢救后苏醒的青少年患者，仍应送往医院作进一步观察治疗。因为在医生指导下，及早注射细胞色素 C 和三磷酸腺苷等，

有助于改善脑缺氧症状；重度中毒者经适当换血治疗后，可在短时期内重新获取大量氧合血红蛋白，使组织内缺氧状态得到改善。有条件时，关入高压氧舱治疗是减少严重脑缺氧后遗症的最好方法。因为在这种舱内，环境造成患者血内氧分压明显高于一氧化碳分压，从而夺回更多的已碳氧化的血红蛋白，使一氧化碳被驱出体外。这一技术的原理可见下式：



在恢复期，还要注意补充谷氨酸、维生素 C 和复合维生素 B 等，配以能量合剂（含三磷酸腺苷和细胞色素 C）等，必要时配合理疗、针灸等，以加快脑代谢的全面恢复过程。

### 煤气中毒的预防

日常生活中，无论是做饭、取暖、使用热水器洗澡等，都要从思想上作到安全第一，防患于未然。有些青少年感到奇怪，做饭用的煤气有股特殊的臭气，为什么因取暖而煤气中毒时却闻不到呢？其实，这种臭味是煤气公司故意加进去的，目的正是提醒大家注意煤气中毒，真正的一氧化碳无色、无臭、无刺激作用，很容易使人丧失警惕而致意外。

教室内若生有炉子，应指定专人负责，同时室内门窗应装上通气换气装置，下课后要开窗通风，加速室内污浊空气外排。

经常检查排烟管道有没有漏气和堵塞；出现问题后应立即检修。

生无烟筒的煤炉应在户外，待火旺后再放置室内，原因是煤在未着旺和快熄灭时都会有大量一氧化碳产生，容易引起煤气中毒，炉上最好装有烟筒，使一氧化碳直通室外。

使用煤气热水淋浴器洗澡时应有专人照料，注意有无煤气泄漏及灭火现象。

通过健康教育，了解有关煤气中毒的发生原理和中毒症状的基本知识，并掌握有关急救的基本操作和方法。

## 食物中毒急救

### 什么是食物中毒

食物中毒，是指健康人吃进数量正常、但是“有毒”的食物而引起的一种急性疾病。

食物，顾名思义，本来对人体应该是无害的。但是，一旦它在加工、储存、运输、销售过程中受到细菌、细菌和真菌毒素以及有毒化学物质（如农药、砷、金属等）的污染，就成为危害人体的东西了。

食物中毒通常有几个特点：

潜伏期短，常短时间内多人同时得病；

所有病人有相同症状，其中急性胃肠炎表现者最常见；

凡发病者都吃过同种可疑食物；

发病者对其他健康人没有传染性；一旦停止食用这种可疑食物，即无人

再得同样的病。

食物中毒起病快，涉及面广，常引起严重后果，所以特别是对集体用膳的青少年有很大危害，应该认真预防。不过，如果有下列情况出现，是不属于食物中毒的：

不是通过口，而是通过其他方式（如有机磷经皮肤吸收）引起的体内中毒现象。

食物本身是正常的，但因为暴饮暴食而引起的肠胃性疾病。

食用者本身有病，或具有对某种食物引起过敏的特异体质。

食物引起的肠道寄生虫病。

细菌性食物中毒有哪些主要表现

青少年中发生的食物中毒以细菌性食物中毒最常见。沙门氏菌、葡萄球菌、变形杆菌和嗜盐菌等是最常见的致病细菌。

引起沙门氏菌食物中毒的大多是动物性食品尤其是内脏和卤肉、酱肉等，5~9月份多见。细菌或者是已经先感染了的猪、牛、家禽等，烧煮过程中因加热不彻底而未被消灭，或者因为生熟案板不分等而使本来好的熟肉污染。当人吃了这些肉、内脏等，一般12~24小时后得病，初起头痛、恶心、食欲不振，接着出现呕吐、腹泻和腹痛，水样大便，有时带粘液和血，体温一般38~40℃，病程3~7天。

变形杆菌和大肠杆菌等都叫做条件致病菌，意思是它们平时就存在于正常人的肠道中，不致病；只有当卫生状况极差、食品受细菌污染并大量繁殖时才具有致病性。熟肉、凉拌食品、豆制品和剩菜等都会引起变形杆菌食物中毒。盛放食品的盘碗不干净、生熟案板不分或炊事员手污染都是常见原因。夏季室温一般高于20℃，很适合变形杆菌在短短几个小时内大量繁殖。而且即便已有大量细菌存在的熟食品，表面上也往往看不到明显的腐败变质现象，要特别引起警惕。

变形杆菌食物中毒主要有恶心呕吐，头晕，全身瘫软，但一般体温不高。但是，大多数中毒者腹痛剧烈，以脐为中心，呈刀绞样；腹泻一天多达10余次，水样便，并有恶臭。少数人过敏症状明显，面部及上身皮肤潮红，头晕，并有荨麻疹，病程1~3天。

嗜盐菌怕酸怕热，在食醋内1分钟或加热80℃时1分钟即死亡；但它喜寒爱盐，在海水中生存期很长，在30~37℃下大量繁殖。由于这些特点，引起嗜盐菌食物中毒的主要是黄鱼、墨鱼、带鱼、螃蟹、海蜇等海产品。生吃、煮而未熟透、苍蝇叮咬、凉拌后存放时间过长，都会引起这类食物中毒。

嗜盐菌食物中毒潜伏期短则2小时，长则2~3天。中毒起始时上腹和脐周有阵发性绞痛，然后频繁腹泻，大便稀水样，大多先为血水后为脓血并带粘液，不过没有痢疾那样的里急后重症状。

引起葡萄球菌性食物中毒的主要是金黄色葡萄球菌。所污染的食品多为剩饭、糕点、奶和奶制品、冰棍等，其次是熟肉和蛋品，原因是金黄色葡萄球菌非常容易在这些食品中繁殖并大量产生肠毒素。污染源则主要是那些患有化脓性皮肤病、口腔疾病或呼吸道炎症的病人；通过飞沫传播或以手接触的方式使食品污染；空气不流通的食物盛放地特别适合这类细菌繁殖。

葡萄球菌性食物中毒发病很快，有时潜伏期只有1小时。症状主要有突发性恶心，反复剧烈呕吐；常有肚肠翻江倒海，吐出胆汁或血等表现；腹痛、腹泻症状反而不太严重，但全身软瘫、头晕头痛、肌肉痉挛等由细菌性内毒

素——肠毒素引起的全身性中毒症状非常明显。所以，发生这类食物中毒的青少年病情大多比其他细菌性食物中毒凶险，甚至可因出现休克、抢救不及时而死亡。

### 细菌性食物中毒的防治

根据上述各种食物中毒的症状和起病急、多人同时发病等特点，从一开始就应引起对食物中毒的警惕性；再通过对可疑食物的细菌学检查和动物试验、细菌培养等方法可很快确诊。

对轻度中毒者，宜卧床休息，吃流食或软食，多补充水份。重度者要着重纠正因频繁呕吐而引起的脱水、酸中毒和休克。对葡萄球菌性食物中毒造成的中毒性休克应立即组织抢救。

针对不同病原菌，可酌情使用各种抗生素和抗菌药物，如黄连素、呋喃唑酮（痢特灵）、氯霉素、氟诺沙星、氨苄青霉素、麦迪霉素等，但用法和剂量应有医生指导，自己不要乱服乱用。

注意集体和家庭膳食卫生，尤其夏秋季饮食卫生，是预防细菌性食物中毒的最根本手段。具体措施可归纳为以下几条：

做饭菜要有计划，尽量现做现吃，不留剩饭菜。还需注意，剩饭菜放置冰箱不等于放入了“保险箱”，细菌还是能照样繁殖的，尤其是嗜盐菌等；另外，沙门氏菌、变形杆菌等污染的食品，有时一点腐败变质的表面现象都没有，要格外引起警惕。

凉拌肉食要煮熟，凉拌生菜要洗净并用开水烫过。

剩饭菜放通风处或冰箱内，但不宜过久，食前最好加热。

切生熟食、肉要有两套案板分开使用。

蒸煮螃蟹和蚶类等宜待水开后再煮 35 分钟以上，以杀灭体内细菌，并现做现吃。

炊事员工作前要洗净手，患有痢疾、肺炎、化脓性（尤其手部）皮肤病时应及时治疗，并暂时调离炊事岗位。

夏秋季节，每餐前后吃几瓣生大蒜，对防治上述细菌引起的肠道疾病有较好疗效。

### 毒蘑菇中毒

毒蘑菇，又叫毒蕈，常因误采误食而中毒，中毒后症状轻重不一，严重者常因抢救不及时而致死。

按毒蘑菇所含毒素的不同，中毒症状可能有：毒蕈溶血素，破坏红细胞，引起溶血性贫血；胃肠毒素，引起剧烈的腹痛、腹泻、恶心和呕吐，容易造成脱水和酸中毒；毒蕈碱，除引起副交感神经的异常兴奋症状如皮肤潮红、流涎、瞳孔缩小、血压下降、呼吸困难等外，还因为其神经毒作用而引起各种精神症状，例如幻觉、谵妄、抽搐、昏迷等；毒肽类，能使一些重要的器官如肝、心、肾、脑等发生细胞变性，而肝脏因为是解毒器官，常首当其冲，造成严重损害，甚至导致昏迷而死亡。此外，因损害肾脏引起肾功能衰竭而死的也为数不少。

不过，上述毒素通常是并存在某一种毒蘑菇中的，所以造成的中毒症状

往往是上述几种表现的混合。

一旦发现中毒症状，再追问到食入毒蘑菇的历史，诊断不困难。此时应及时催吐、洗胃，先把残余的致毒物尽量排出体外。

接着应尽快送往医院急救，针对中毒时的主要症状表现，作对症抢救治疗。例如，以毒蕈碱症状为主的应肌肉注射阿托品；胃肠毒症状为主者要补液和纠正酸中毒；毒蕈溶血素引起溶血现象应用肾上腺皮质激素，必要时还应输血；毒肽类损害则应争分夺秒，补充葡萄糖液、维生素和保肝药以保护肝功能，应用巯基解毒药减少内脏损害，用镇静剂控制神经精神不良症状等。

青少年要充分认识到毒蘑菇中毒的严重危害，提高对毒蘑菇的识别能力，千万不要出于好奇心乱采乱吃野蘑菇，也不吃不认识的蘑菇。

### 发芽马铃薯中毒

马铃薯俗称土豆，是营养丰富的好食品。但是，发了芽的马铃薯千万别吃，会引起中毒。

土豆中天生有一种名叫龙葵素的生物碱，不过正常时含量很低，不超过10~20毫克，所以不会中毒。但是，土豆通常要贮存的，如果贮存处温度过高又很潮湿，则会发芽，而发芽的土豆皮会变绿色，其中的龙葵素含量立即增加2~3倍；更危险的是刚刚发芽的幼芽和芽眼部，那里的颜色变成黑绿色，龙葵素含量会高达正常时的60~80倍。而你要知道，一旦人吃进去的龙葵素量超过300毫克以上，就会严重中毒。

马铃薯中毒多发生在餐后1~4小时，开始咽喉发干，有痒或烧灼感；继而烧灼感移到上腹部；再接着是又吐又泻，常因此引起脱水和衰竭。严重中毒者会出现抽搐和昏睡，抢救不及时会因呼吸衰竭而死亡。

一旦发现马铃薯中毒要马上催吐、洗胃，以尽量减少胃里的龙葵素被继续吸收。然后，送医院继续治疗，针对脱水、中毒、呼吸困难等症状作对症治疗。

家里买回来的马铃薯应贮放在低温干燥处，不能晒太阳，以免发芽。如果已发芽，应彻底挖掉幼芽、芽眼及其周围组织后再吃。久贮的马铃薯应把皮刮干净，煮熟煮透后再吃。

### 扁豆中毒

扁豆，又叫四季豆，是大家爱吃的蔬菜之一，但烹调时一定要炒熟煮透，否则可能会发生中毒。

生四季豆中的一些有毒成分对肌体是有害的。例如，其中的红血球凝集素有凝血作用，皂甙则可刺激消化道粘膜，引起恶心和呕吐，同时还有破坏红血球，引起溶血等毒性作用。这些毒素不耐高温，若烧熟煮透则全部被破坏，不能再危害人体。

生四季豆的中毒作用常在食后半到一小时即开始，主要引起胃部不适，恶心或呕吐，还有些患者会有头痛、心慌、遍体麻木等症状。这种毒性作用一般在24~36小时后逐步减退，很少引起更严重的症状，但若大范围中毒，对青少年的身心健康和学习有较大影响。

预防四季豆中毒的办法很简单，即要烧熟煮透后再吃。或者事先在开水

中烫泡，到豆夹的青绿色消失，无豆腥味后再炒熟食用。学校食堂一次用量大，最好分几锅炒煮，直到全部豆夹均炒熟变色后为止。

中毒症状严重的可洗胃，然后对症治疗。

### 苦杏仁中毒

生杏仁中有种有毒成分叫氰甙，它在胃肠道中水解后可放出剧毒成分氢氰酸。氢氰酸能很快被吸收后进入血循环，作用于人体各部分细胞，使细胞不能正常呼吸，组织普遍缺氧。氢氰酸作用于呼吸和心血管中枢，会导致这些中枢的麻痹而死亡。

但是，杏仁有甜杏仁和苦杏仁之分。后者的氰甙成分比前者高 20~40 倍，所以通常只有吃苦杏仁才会中毒，而且由于氢氰酸的毒性大，有些少年出于好奇偶吃一粒也会中毒。

苦杏仁中毒一般在吃后 1 小时左右开始，主要表现出神经中毒症状。初时呕吐、恶心、头痛；继则心悸、胸闷、全身乏力；最后常因呼吸麻痹而死亡。除苦杏仁外，生的李仁、桃仁也会造成同样的中毒症状。

一旦发现苦杏仁中毒要马上送医院治疗。如果路途遥远最好先洗胃。医生通常利用亚硝酸钠、硫代硫酸钠等解毒剂解毒，同时进行强心和兴奋呼吸中枢等方式急救，若救治不及时会导致死亡事故。

为预防苦杏仁、桃仁、李仁等中毒，一定不要生吃这些果仁。如果因为治病（苦杏仁有治咳喘作用）需要，则应先用水浸泡 2~3 天，其间应至少换水 6~8 次，再煮熟后吃。许多青少年不会分辨苦、甜杏仁，所以即便对甜杏仁也应按上法浸泡、煮熟后再食用。

### 黄曲霉素中毒

花生、玉米和大米等贮存过久或受热受潮，会霉变并产生大量黄曲霉素。黄曲霉素比剧毒的毒药氰化钾毒性还要大 10 倍，不仅会引起肝脏的炎症变化、出血、坏死等急性中毒症状，严重者还可引起肝硬化、肝昏迷而死亡，还会诱发肝癌。所以，青少年朋友不要吃发霉的花生、玉米和大米，特别要注意不要去买那些未经食品卫生检验的“五香花生米”、“鱼皮花生豆”等当零食吃。这些劣质产品中常混有变质发霉、含黄曲霉素量很高的花生仁。

黄曲霉素耐热性高（可经受 280 的高温），很难用煮、炒、炸的办法破坏。现在，我国粮食部门采用许多有效方法来降低粮食中的黄曲霉素含量，如氨化处理法等。但作为我们个人和家庭来说，关键的预防黄曲霉素中毒的办法是妥善贮存粮食，防止霉变，和不吃已发霉的花生、玉米、大米等。

### 亚酸盐中毒

我们平时吃的蔬菜里含有很多对人体无害的硝酸盐。但是，当这些蔬菜（最典型的是大白菜）或腐烂变质，或烧熟后存放过久，或腌制时间不够时，其中的硝酸盐就会受到硝酸盐还原细菌的作用，转变成亚硝酸盐。

亚硝酸盐的毒性作用在于：它能使血液中正常的血红蛋白转变成高铁血红蛋白，从而失去携带、运送氧气到全身去的功能，由此而产生的严重缺氧

症状，就是亚硝酸盐中毒。

亚硝酸盐中毒的主要表现有：口唇、指甲及全身皮肤出现青紫，并有头晕、头痛、乏力、嗜睡等症状；继而出现烦躁、呼吸困难和心率减慢等；最后发展到惊厥、昏迷，常死于呼吸衰竭。

亚硝酸盐中毒发病急，发展快，死亡率高，而且容易在学校食堂出现集体性爆发，对青少年威胁较大。预防的关键是提高对亚硝酸盐中毒危害性的认识，不吃腐烂变质蔬菜，熟菜宜尽量现做现吃，腌菜不宜太生时就吃，尤其不要用腌菜汤煮粥，或者将腌菜水存放在不干净的容器中过夜；蒸馒头用的温锅水也不要喝，因为其中的亚硝酸盐含量也比较高。

亚硝酸盐中毒一般发生在餐后 10 ~ 15 分钟。一旦发现中毒症状应立即洗胃以排出胃里的全部内容物，越快越好。亚甲兰溶液是治疗本中毒症的特效药，可静脉注射或口服。呼吸困难者应吸入氧气，还可静脉注射葡萄糖及维生素 C、三磷酸腺苷等，以促使高铁血红蛋白重新转为血红蛋白。

### 酒精中毒急救

近年来我国有关方面对于“吸烟对人有害”这个问题做了大量有益的宣传，但对酒的害处讲得还不多。实际上，饮酒尤其是酗酒无论对人体健康还是对人类社会，都带来危害，在东西方许多国家都为害甚烈。日本有条谚语，说：“先是人饮酒，然后是酒吃人。”我国本就是一个饮酒大国，随着人民生活的改善和社会交往的发展，酒的消耗量和生产量急剧上升。学生饮酒，已经司空见惯。节假日和毕业前夕，酒醉现象时有发生。其实，酒醉就是酒精中毒，只是程度较轻。血液中的乙醇浓度达到 0.05% ~ 0.2% 时便出现酒醉状态。浓度达到 0.4% 时，就引起重度的急性中毒而昏迷，并可发生呼吸衰竭而死亡。长期酗酒，可引起慢性酒精中毒，损害身体重要的器官。

饮酒后数分钟内，酒精就抵达大脑，使脑细胞功能减退。心肌也受到酒精的抑制作用，并为适应这种状态而加速心搏。举杯初饮时，会感到心情放松，实际上酒精却引起焦虑和不安。饮酒后身体感到温暖，实际上身体在散发热量，所以在严寒的环境中饮酒取暖反而更易冻死。饮酒使人感到自己在待人接物和处理问题时更加自在而有分寸，实际上，酒精却减低了这种能力。只是饮酒的气氛、自己对饮酒好处的期望以及社会的习俗和观念，使人在心理上感到饮酒有好处。如果继续畅饮，酒精的血液浓度渐增，大脑中控制语言、视觉、平衡和判断的神经中枢开始紊乱，所以饮酒易引起过激和暴力行为，而判断力与反应时间的障碍往往造成车祸。酒精是在肝脏中分解而成为二氧化碳和水的，每小时只能分解纯酒精不到 10 克。如果此时继续痛饮，就会出现昏迷，进而可能引起呼吸衰竭而死亡。

虽然一般公认少量饮酒可减少冠心病发生率，但酒精中毒却增加心肌发病的风险。长期酗酒将引起心血管病、脑萎缩、营养不良、中毒性肝炎、脂肪肝、肝硬变、性腺功能损害、胃炎、胰腺炎和精神障碍。酒精还可抑制免疫系统，使喉癌等发病率增加。孕妇饮酒数分钟后，腹中的胎儿就同样地受到酒精的损害。在西方国家，酒精是导致儿童弱智的已知的首要因素之一。

酒不可与药物同服，尤其不可与安眠镇静剂和感冒药同服。酒精与任何药物同服所可能产生的协同作用，可以致命。糖尿病、癫痫、疲劳和最近发生的疾病，均可使人对酒精异常敏感，少量饮酒也可引起不良反应。

由于卫生宣传方面对饮酒的危害讲得很少，而电视广告中对名酒的宣传却不遗余力，有关行业还举办什么酒节，所以这里把酒的危害作一简单的介绍，大家对此应有明智的反应。劝酒和灌酒是不文明行为，同学们切莫仿效，被劝被灌的同学切勿上当。某校一女生痛饮后发生急性酒精中毒而昏迷、呕吐、窒息，出现休克、肺炎、脑水肿和酸中毒，经过洗胃、给氧、纠酸、护脑、抗休克、抗感染、气管插管、促乙醇氧化等多种措施，才在昏迷 28 小时后从死亡线上挽救回来。这足以使我们引以为戒。注意：切忌贪杯。

一般的酒醉，表现为脸红、多语，失态者应该卧床休息，注意保暖。也可以催吐，使病人吐出胃内残余的酒，方法是用手指或勺把轻触其舌根。民间有以醋解酒的做法，这是有一定道理的，因为醋酸在胃酸（HCl）的催化下与酒精结合成酯，所以可能解去胃内残酒的后劲。但效果并不十分可靠，因为这种化学反应是可逆的，而且不少中年以上的人胃酸甚少。此外，米醋和白醋对胃粘膜刺激过大，可以引起化学性胃炎。所以，若要用醋，也必须稀释一下，用量也不要过多。

空腹饮酒常在饮后不久就出现头晕、心慌、出冷汗、恶心呕吐、脉搏细速，常被人误认为酒醉，其实主要是血糖骤降所致。空腹时，酒精在胃肠道迅速吸收，而且在体内氧化并产生能量远比葡萄糖容易，从而抑制了肝糖原分解和糖原异生，减少了血糖的补充。所以，出现上述症状时应即给糖开水口服，同时要保暖和卧床。重者应送医院。

饮酒后出现昏迷的要送医院抢救，因为此时血液内酒精含量已经颇高，若不洗胃、输液，可能会出现严重后果。这里要介绍一些有关昏迷的知识。按照患者的反应程度，昏迷可分为浅昏迷、中度昏迷和深昏迷。大多数同学不知睡眠与浅昏迷的区别。睡眠时，人体有自主运动（如翻身、屈腿等动作），对周围事物和对光、声刺激能作出反应。在浅昏迷时，尽管咳嗽、吞咽和瞳孔反射等均可存在，但患者没有自主运动，而且对光与声音的刺激以及周围的事物不能作出反应。发现同学在饮酒后出现浅昏迷，就应即送医院抢救，因为此时所需的处理已超出同学们互救能力之外，而且患者是否可能向深昏迷发展尚不可测。

## 药物中毒急救

药物中毒，以安眠药中毒最为多见，其中又以安定中毒较多。此外还有含有机磷的杀虫剂以及强酸、强碱等。有时属于误服，有的则出于自杀的原因。

凡药物中毒的，都应急送医院抢救。这里只介绍现场的紧急处理。

由于医院在抢救时必须了解有无确切的过量服药史，以及所服药物的品种、剂量和服药时间，以便选择恰当的解毒剂，推测其严重程度和预后，所以误服药物的本人或发现药物中毒的旁人应尽量弄清这些问题，并带上药瓶、药袋或剩余的药去医院。

要尽快冲洗皮肤和粘膜表面的毒物，最方便的是用大量清洁的冷水充分冲洗。用热水冲洗或仅用湿布擦拭反而有害。

若病人清醒，可令其饮大量清水，用牛奶则更好。然后刺激舌根引吐。饮水和引吐要反复进行，效果很好。服下强酸、强碱、煤油或汽油的病人，不宜引吐。对于服煤油或汽油的患者，先预服 200 毫升的植物油，然后引吐，



再饮大量清水后再次催吐。如此反复多次后，再服炭末水。炭末很易自制，即用两片面包或馒头烤焦后再用擀面杖碾碎，加水调服，以吸附毒物。对强酸、强硷等腐蚀性，可用大量牛奶和蛋清。普遍通用的解毒剂为：上述的炭末加酳茶，再加镁乳（含氢氧化镁的乳剂）。但若患者已经昏迷（浅昏迷者可能尚能吞咽液体），不可强行灌入，以免造成窒息。这时只有在医院插管洗胃。

洗胃、输液、给氧、选用适当的解毒剂以及处理中毒所引起的昏迷、抽搐、脑水肿、肺水肿、呼吸抑制、循环衰竭等，一般只能在医院施行。但心跳和呼吸停止者必须立即就地地进行心肺复苏。

下面介绍一下安眠药中毒的急救方法。

安眠药种类很多，可分为巴比妥类和非巴比妥类。巴比妥类常用的有巴比妥、苯巴比妥（鲁米那）、异戊巴比妥等。非巴比妥类常用的药物有利眠宁、眠尔通、安定、奋乃静、氯丙嗪（冬眠灵）等。

安眠药的不同，引起中毒的症状也不一样，但引起中毒的原理基本都是抑制中枢神经系统，大剂量时直接抑制呼吸中枢。因此，安眠药中毒症状的共同点是头晕、无力、嗜睡、神志不清。重度中毒时出现昏迷、呼吸抑制、反射消失等。有些慢性中毒还伴有皮疹、食欲不振等症状。

安眠药中毒根据症状分为轻度中毒、中度中毒和重度中毒。

一般轻度中毒无需治疗，慢慢可以恢复，中毒症状比较严重，服用药量比较大的，应及时送往医院救治。

采取各种方法将药物清除体外，洗胃是常用办法。对意识清醒，配合治疗者，可采取洗胃、催吐；口服活性炭，将尚未吸收的药物吸附，然后用盐类泻药泻出去；碱化尿液促进药物尽快由肾脏排出。

对意识不清者还要密切观察病情变化，随时给予对症治疗。为保持呼吸道的通畅，预防吸入性肺炎，要经常翻身，及时清除呼吸道分泌物，呼吸抑制者要给予吸氧。

根据病情需要和医生嘱咐进行其他对症治疗。

一般中度中毒 2~3 天可以恢复。

安眠药中毒的预防。抓好药物的正确使用和日常管理。安眠药不宜长年服用，以免产生安眠药的依赖性和慢性的蓄积中毒，对某些确实需经常服用安眠药者，应常变换安眠药的种类，以免对某一种安眠药耐受量大而不得不增大用量引起中毒。经常服用安眠药也不应突然停药，防止产生戒断症状，不利于治疗。在安眠药的管理上要做到家中不存放大量安眠药，同时这类药物要妥善保管，以防误服，服用安眠药一定要遵照医生嘱咐，不要自行增大安眠药的剂量。

### 急性中毒如何进行现场抢救

生命是顽强的，但同时又是脆弱的。有时，意料不到的急性中毒，会使人面临死亡的边缘。如 1995 年 3 月发生在日本东京地铁的毒气事件，每年冬春季屡有所闻的煤气中毒事故……人们置身于中毒现场，惊恐之余，一定要及时、正确地进行抢救。那么，应采取哪些方法呢？

首先应尽快脱离现场。发生急性中毒的生产、生活环境，空气中常含有高浓度的毒物，因此任何人都不能毫无防护地贸然进入，否则必然造成更大

伤亡。应该先打开有毒环境的门窗，并用电风扇等进行充分的通风，以降低毒物浓度并送入新鲜空气。然后，救护员佩戴好有效的防毒面具或供气(氧)器或呼吸器，携带救护绳等进入该有毒环境，以便能把中毒者安全地抢救到新鲜空气环境中。如果现场没有防毒面具等，救护员只能在中毒场所已有适当通风的情况下才可进入。对于水溶性毒物如常见的氯、氨、硫化氢等，救护员可在口鼻处罩上一层湿毛巾，吸足气后屏气进入中毒环境进行短时间的紧急抢救。

其次，要注意保护心脏、肺部、眼睛等重要器官。抢救到新鲜空气环境中的中毒患者，如果呼吸心跳停止，应立即进行人工呼吸与心脏复苏等抢救。如果患者吸入的是剧毒的硫化氢、氰化氢，则不宜进行口对口的人工呼吸而以压胸法为宜。此外，呼吸道通畅是做好人工呼吸的先决条件，因此必须先清除口腔中的呕吐物等。

眼部有化学灼伤者，应在现场立即进行冲洗。如果现场没有冲洗设备，可用“一盆水”法，在面盆中放满流动清水(或自来水)，患者将面部浸入水中，张开眼睑，转动眼球与头颅，也可以及时起到冲洗与稀释毒物的作用。

然后是彻底清除污染。很多毒物能由皮肤吸收，尤其灼伤的皮肤吸收更快，因此，皮肤有污染者在脱去或用剪刀剪去污染的全部衣服、手套、鞋袜后，应对污染皮肤立即进行充分而彻底的冲洗。为争取时间收到较好效果，可用大量的流动自来水冲洗，如果液态毒物溅落在皮肤表面较多时，可先用纱布或卫生纸等吸去毒物后再冲洗。磷灼伤时应将残留的磷屑彻底清除。

最后是解毒排毒防毒。只要诊断明确，都应该在急救现场就对患者进行治疗，例如缺氧、化学窒息与刺激性气体中毒者的氧疗，氰化物中毒者的吸入亚硝酸戊酯与注射硫代硫酸钠，有机磷农药中毒者的注射阿托品等。即使诊断不十分明确，只要有明确的毒物接触史，上述治疗对减轻或防止中毒也是有利的。

生命是宝贵的，我们应当倍加珍惜。只有了解急性中毒的现场急救知识，才能在万一遇到危难时更好地保护自己，保护别人。

## 外伤的救护

### 肌肉注射及一般伤口处理方法

#### 肌肉注射方法

注射部位：常用臀部注射区，其部位为臀部外上方的 1/4 处，即大粗隆内方二横指处。可先摸到尾骨和髂骨，再作平尾骨横线，取 1/2 髂骨垂直线，外上方 1/4 区域即是注射区。该注射区肌肉厚，脂肪少，便于药物吸收，不易形成硬结。

局部皮肤消毒：先用碘酒将注射区注射点由内向外进行区域性圆形样消毒，稍干后再用酒精棉球按上述方法消毒 2~3 遍。

注射：持针吸药后排除气泡，左手绷紧皮肤，右手以执毛笔姿势握注射器，快速垂直进针约 2~3 厘米，回抽针管芯视其有无回血，无回血时方可注射药液，推药速度要慢而均匀，为减少药物刺激及患者注意，可用左手食指按压“环跳穴”或“新环跳穴”（尾骨旁开 3 寸处）。注毕快速拔针，用消毒棉球紧压针眼片刻。

#### 一般伤口处理方法

清洗伤口周围：用清洁水将伤口周围泥土和污物等冲洗干净，再用酒精棉球消毒 2~3 遍。

创面处理：小伤口可直接涂上红汞，较大伤口先用生理盐水冲洗干净，取出异物后用消毒纱布或干净手绢等局部包扎，不要乱撒消炎粉或用紫药水等。出血性小伤口（如切割伤）可用云南白药或三七粉敷在“创可贴”或消毒纱布上包扎。出血较大伤口应先采用加压包扎等止血方法，再视情况送医院处理。

换药：换敷料前，先将创面用生理盐水等冲洗，并对周围皮肤进行消毒处理，再用消毒干纱布敷料进行创面保护，以防感染。若伤口已感染并有较多分泌物时，可用生理盐水纱布湿敷，或油纱布敷料进行局部包扎。一般每天换药 1~2 次。

预防感染：伤口有脓性分泌物者，可口服磺胺或红霉素等抗生素，如是铁钉刺伤的伤口，应去医院注射 TAT（破伤风抗毒素）。

### 口腔颌面外伤怎样急救

口腔颌面居于人体的显露部位，所以很容易受到意外事故的损伤。严重的口腔颌面部外伤，常常有不同程度的窒息、出血、颅脑损伤等致命的合并症，但应分清主次和程序缓急，采取正确的急救措施。

首先处理窒息：解除呼吸道阻塞。取出口咽部的分泌物、血液、血凝块等。如有舌后坠可用缝线或大别针穿于舌尖后 1.5~2 厘米正中线处，把舌头拉出口外。改变病人体位，先解开颈部衣扣，使病人俯卧或偏向一侧，使分泌物更易流出。重者可迅速用粗针头由喉结下方刺入气管。必要时可肌注可

拉明、山梗菜碱等。

出血的处理：浅表的出血，可用消毒敷料加压包扎止血，或同时局部应用止血粉等药物。较大的出血，应用止血钳夹住止血，或连同止血钳包扎后转送医院。如头颈部大出血可在胸锁乳突肌中点前缘，以手触到搏动后，向后压于第六颈椎横突上。颜面部出血可压迫下颌角前切迹处的颌外动脉。如颞部、头顶、前颌部出血，可压迫耳屏前的颞浅动脉。

合并有颅脑损伤时，应严密观察病人的变化。如神志、呼吸、脉搏、血压、瞳孔等变化，明确病人是否有脑挫裂伤、颅内血肿等，并送有条件的医院救治。有呼吸困难或病情严重的伤员，护送时采取头偏向一侧仰卧或俯卧，以保证呼吸道通畅，防止误吸。

## 发生冻伤怎么办

冻伤是人体遭受低温侵袭所发生的一种表现。人体保持相对恒定体温，有赖于体温调节中枢的一系列活动，使产热和散热维持平衡。如低温对人体的侵袭超越生理功能调节的限度，或因抗寒措施不利时，就容易发生冻伤。

### 局部冻伤

局部冻伤的程度与表现：局部冻伤后可感觉到局部寒冷，针刺样疼痛，皮肤苍白、麻木、感觉消失等。局部冻伤分为四度。Ⅰ度冻伤：皮肤红肿、充血，有热、痒或痛感；Ⅱ度冻伤：皮肤红肿，可出现水疱，疼痛较剧烈，但对冷热、针刺均不敏感；Ⅲ度冻伤：皮肤全层坏死，皮肤相继逐渐变为褐色或黑色，最后坏死，感觉完全消失；Ⅳ度冻伤：坏死的深度达肌肉、骨骼，患部完全失去知觉和功能，发生干性或湿性坏疽。

局部冻伤的处理：轻度冻伤只有局部红肿、发痒，稍有肿胀，可每天用温热的水（与体温相近）洗几次，洗时进行轻轻的按摩，以增加局部的血液循环，或者局部涂擦冻伤膏；局部冻伤较重或已有坏死，则应到医院由医务人员进一步处理。

### 全身冻伤

全身冻伤也称为“冻僵”。全身冻伤是当身体在寒冷的环境下，身体消耗了大量的热量，出现体温下降、血压下降、意识消失、呼吸变慢、脉搏变弱，如不及时抢救治疗，则可因呼吸、循环衰竭而死亡。

全身冻伤大体上可分为三个阶段：第一阶段，体温略有下降、感觉麻木、四肢无力、极度疲倦、昏昏欲睡；第二阶段，体温显著下降，伤者处于昏迷状态，心跳、呼吸继续减慢、神志迟钝、常出现幻觉、肌肉僵硬；第三阶段，体温降到 24℃ 以下，全身肌肉僵硬，血压测不出，脉搏摸不到，瞳孔散大，呼吸心跳微弱，此时常容易误认为冻死。

急救处理：将病人迅速移至温暖的环境中；复温：将病人放在 38～40℃ 的温水中浸泡，使体温恢复接近正常体温时停止；当病人神志清醒后可给予热饮料，如姜糖水、浓茶水并让病人充分休息；有条件时可将病人送到医院治疗。

## 眼睛化学烧伤的紧急处理

凡是因化学物质引起的眼部损伤称为化学性烧伤，主要有以下两种：

酸性烧伤：如硫酸、盐酸、硝酸，浓度低的酸仅引起局部红肿，浓度高的会引起皮肤坏死。

碱性烧伤：如石灰、氨水等。它不同于酸性烧伤，碱能很快渗透细胞，侵及里面的组织，故后果较酸性烧伤严重。

化学性烧伤发生以后，会给人们带来很大痛苦。轻度的引起皮肤红肿，经过治疗，尚可恢复正常视力；重度的化学性烧伤，都要留有不同程度的残疾，如视力不同程度地下降，角膜白斑、眼睑和眼球粘连等，所以一定要注意化学烧伤的预防。

怎样预防化学烧伤的发生呢？有以下几点：

凡是在化工厂、农林畜牧场、实验室及医疗单位接触酸碱的人员，在操作过程中，一定要戴上防护眼镜。

在工作场地，经常准备一盆清水，以备酸碱物质溅入眼内时急救冲洗。

加强化学物品的管理，经常进行安全教育。

生活中，一旦发生了化学烧伤怎样急救呢？

就地冲洗眼部，争分夺秒可就近取自来水、井水、河水等。

眼睛冲洗要干净彻底，最好将面部浸入水中，不停地洗眼，将眼球向上、下、左、右转动，直到洗净为止。

往眼内滴入抗菌素眼药水，如氯霉素眼药水或涂入多量抗菌素眼药膏。有条件者应滴 1%阿托品眼药水散瞳。

化学性烧伤对人体健康危害大，因此经清洗后伤员应及时送医院诊治。

## 手部外伤的紧急处理

手是生产、劳动和生活的重要器官，受伤的机会较多，受伤后应及时处理，争取恢复其功能。手的结构复杂，重要的组织多而小，排列紧密，因此，常是几种组织同时受伤。手一旦遭受损伤容易引起功能障碍，直接影响生产劳动。

手挫伤及机械碾压性外伤。手外伤中常见的挫伤及机械碾压伤是闭合性手外伤的一种。损伤可见手软组织损伤、掌骨骨折、指骨骨折等。

手软组织损伤是指间关节挫伤，软组织砸伤，挤压伤，局部表现肿胀或血肿形成，可伴有暂时性功能障碍。

掌骨骨折，多由间接外力引起因肌肉牵拉、骨折向挠背侧移位形成畸形，有的因骨折线通过关节面、合并腕掌关节脱位。

指骨骨折是由于挤压、挫伤及碾压伤形成的。根据肌腱止的不同，可产生不同的骨折移位。

开放性手外伤：开放性手外伤是一种特殊型的损伤，是由于暴力或机械碾压造成的手损伤。其创口形态也不尽一样，可反应出锐器或钝器的特点。常见的开放性手外伤有：皮肤撕脱伤、挤压伤、皮肤的缺损、指端外伤、神经损伤、肌腱损伤、血管的损伤、手和手指的离断等。

手外伤的急救：迅速脱离致伤原因，如果手部卷入机器内，应立即停止

机器转动，切勿倒转机器，以免加重机械对手的再损伤；注意全身情况，如有休克应及时发现及时治疗；伤口包扎止血、止痛、功能位固定；对现场的断手或断指应用无菌纱布包好（如没有无菌纱布，可就地选用清洁、干净的毛巾及衣物包好），及时随伤员一起送医院治疗。

## 头部外伤的紧急处理

头部外伤通常是颅脑外伤的总称。颅脑损伤无论在平时或战时都比较常见，由于病情急，变化快，以及位于重要部位，对病人生命有严重威胁。颅脑损伤，包括头皮、颅骨、脑组织、脑血管及脑膜等组织损伤。

### 头皮损伤

头皮损伤都是由于直接暴力作用后而产生的。头皮的损伤常见于碰撞或致伤打击而形成。头皮擦皮伤是外力擦过头皮所致，损伤只伤及头部皮肤表层部分，创面形态多不规则，可见有点状出血或血渗出。处理创口要剪去创口周围毛发，清洗消毒创口，然后用无菌敷料包好；挫伤是由钝器（或硬物）碰伤头部所致，可引起头皮局部肿胀或血肿形成。小血肿一般不需特殊处理，可自行吸收。如血肿较大或继续扩散，可在 B 超监视下进行无菌穿刺术，将血液吸净后，加压包扎，防止继续出血；裂伤：头皮血管丰富，头部受伤后头皮裂开，创口处有多量出血。急救时可选用压迫止血的方法。如伤较重创口出血不止，要将创口处理干净，消毒后尽早缝合，并肌肉注射破伤风抗毒素血清（注射前应作皮肤试验）。

### 颅骨骨折

最常见的有线形骨折和凹陷形骨折。颅盖骨线形骨折经摄 X 光平片后可以确诊。单纯性线形骨折一般无须特殊处理。但要警惕颅内发生血肿，必要时可选用 CT 检验诊断。同时为预防感染的发生应给予抗炎药物治疗；颅盖骨凹陷形骨折多见于颅顶部，其受伤局部常有头皮挫伤及血肿。检查时可触及到骨质内陷，由于骨折处残片压迫脑实质可引起脑组织受压，出现脑神经系统症状，如：抽搐及相应部位瘫痪等。凹陷性骨折的病人需要在医生的帮助下通过 X 光或 CTS 确诊并进行治疗。

### 脑震荡的诊断与治疗

脑震荡是闭合性脑损伤中最轻的一种，是由外力作用于头部而引起的中枢神经系统机能紊乱，并无明显的脑形态学改变。

临床症状：受伤后立即出现意识障碍，为一时性的神志恍惚及至意识完全丧失可达 30 分钟左右；病人面色苍白，全身出汗，双侧瞳孔散大或缩小，脉慢而弱；病人多有头晕、头痛、恶心、呕吐、失眠、注意力涣散、记忆力减退等症状。

治疗：静卧休息 5~7 天；根据症状选用镇静剂；调节植物神经紊乱。

## 颈部外伤的紧急处理

颈部损伤和身体其他部位损伤相比较并不常见。因颈部分布着重要的血管、神经，又有气管、颈椎、甲状腺，所以颈部外伤是一种严重的外伤，常因血管破裂，大量失血，迅速引起死亡。

颈部外伤常见于锐器伤、枪弹贯通伤。

### 颈部血管损伤

血管损伤是一种特殊损伤，颈动脉损伤后，主要是大量出血，出血常呈喷射状，颜色鲜红，在短时间内可以致死。颈部大静脉损伤后，血呈暗红色，除失血外，空气可被吸入静脉直达心脏，更为危险。伤员立即出现颜面苍白、心慌、气短、头晕、恶心、口渴、冷汗淋漓，如抢救不及时可迅速产生严重后果。

颈部血管损伤的急救：对颈部血管损伤现场的急救重点是临时止血；对动脉出血一般在创口近端扎止血带止血，或加压包扎；静脉出血或毛细血管出血可用一般加压法包扎止血，并迅速请人员急救。

### 喉和气管的损伤

喉和气管是发音和呼吸的重要器官。喉和气管一旦遭受暴力所致损伤，其发音和呼吸都可发生障碍，如不及时抢救可使伤员出现生命危险。

喉及气管损伤主要表现为呼吸困难，伤口有空气和泡沫样血液喷出，同时可伴有剧烈刺激性咳嗽，如血液进入气管可出现窒息。

喉和气管损伤的急救：解除吸入性窒息，保持呼吸道畅通；如气管受伤，无大量出血，局部进行清洁处理，清除异物，堵住伤口，盖上消毒纱布，送医院处理；抗休克治疗，止痛、止血、输血。

## 胸部外伤的紧急处理

胸部外伤按致伤原因和受伤情况常分为闭合性和开放性两类。

### 肋骨骨折

在胸部损伤中，肋骨骨折比较常见。肋骨骨折多由直接暴力或间接暴力撞击胸部，受力处肋骨向内弯曲而折断。

临床表现：伤处有明显的疼痛，深呼吸、咳嗽或体位转动时疼痛加剧；局部可触及骨折断端，叩击时可发现骨擦音；肋骨断端如刺破胸膜和肺脏可发生气胸或血胸。

肋骨骨折的处理：可口服或肌注止痛药；用橡皮膏固定胸壁；预防肺内感染给抗炎药物。

### 气胸

气胸多因胸部损伤时，空气由胸壁伤口或肺、支气管、食管破裂口进入胸腔，形成操作性气胸。可出现咯血、胸闷、呼吸困难、气急等。损伤性气胸有三种类型：

闭合性气胸：指气胸发生后，进入空气的伤口迅速闭合，空气不再继续进入胸腔。闭合性气胸可以使伤侧肺部分或全部萎陷。小量气胸，无需特殊处理，可自行吸收；大量气胸，需要进行胸腔排气，可进行闭式引流，同时给抗炎药物预防感染。

开放性气胸：空气可随呼吸进出于胸腔，严重影响呼吸及循环功能，主要表现在伤后疼痛、缺氧。其急救方法：应迅速封闭胸壁伤口，变开放性气胸为闭合性气胸；呼吸困难时，需做胸腔穿刺，排气减压；有条件时供氧输液，放置闭式引流；术后应用抗炎药物防止感染；鼓励病人咳嗽，及早活动。

张力性气胸：常见于支气管断裂或损伤组织形成活瓣，空气只能进入胸腔而不能排除，纵隔向健侧移位，造成严重呼吸困难。病人缺氧、躁动不安、紫绀，可伴有咯血和休克及皮下血肿。其急救方法：张力性气胸的急救，应立即排出气体，减低胸腔压力；在保持闭式引流状态下，开胸探查修补裂伤；气胸在紧急情况下，如无厚敷料，可用较清洁衣服盖住伤口使之不漏气，再送医院治疗。

## 血胸

血胸多为胸部被有刃口或尖端的锐器所形成的穿入伤，直接损伤血管或胸腔内的肺组织、心脏。有时也可见胸部闭合性损伤，肋骨骨折断端刺伤肋间血管、胸膜或肺组织等形成血胸。按胸腔积血量的多少，血胸分为三种：小量血胸，血量在 300 毫升以内，可有伤侧疼痛、呼吸困难等症状。小量血胸一般都能自行止血，如不继续出血，在伤后 12~24 小时进行胸腔穿刺抽出积血；中量血胸，血量不超过 1500 毫升，常表现伤侧呼吸困难明显、呼吸运动减弱、气管可能移向健侧、血压下降等症状。如收缩压低于 90 毫米汞柱时应考虑输血。如观察已停止出血，可分次抽出胸内积血，每次抽血应不超过 1000 毫升。如观察发现继续出血，则应开胸实施手术止血为宜；大量出血，出血量超过 2000 毫升。伤后较短时间内(伤后 1~12 小时)如出现大量出血，多见于胸腔内较大血管或心脏损伤，出血多不能自行停止，伤员有严重休克。抢救时应紧急输血，迅速进行开胸手术止血。

## 腹部外伤的紧急处理

腹部损伤是常见损伤之一，可分为闭合性损伤和开放性损伤两类。腹部损伤是由挫伤、挤压伤、锐器伤及火器伤所构成。

腹壁损伤。是腹部损伤的一种。单纯性腹壁损伤与其他部位软组织损伤相似。但是开放性腹壁损伤因损伤已穿透腹膜，造成腹腔内污染，有的也可引起腹膜改变。损伤后出现出血、腹痛、触痛及腹肌紧张等症状。

腹腔内脏器损伤。肝损伤多见于暴力直接作用于右下胸部或右上腹部，如交通工具碾轧、刺器的刺入或者高坠等。损伤严重者由于大量内出血可致出血性休克及胆汁外漏形成急性胆汁性腹膜炎。

处理：对轻度肝脏损伤，经输液补血改善循环，在止痛时严禁用吗啡类



止痛剂，以免掩盖症状延误病情。需要给抗菌素治疗预防感染；对严重的肝损伤有明显内出血者，在抗休克的同时应迅速进行手术治疗。

脾破裂多见摔跌、车祸、暴力打击或刺伤所致。脾实质破裂可出现腹腔内出血，造成内出血性休克，腹膜炎，可有左上腹部疼痛等症状。

处理：真性脾破裂者应及时进行手术治疗；对大量出血者应给输液及补血，防止出现休克；为预防感染给抗菌素药物治疗。

胃损伤。胃大部分有肋弓的保护，但遭受暴力侵袭时受伤机会仍多见。特别是胃在处于饱满状态时因外力作用也可发生破裂。伤后立即出现腹膜炎症状，腹部肌肉紧张，有明显的疼痛及压痛反跳痛，有的可出现休克。X线透视可见膈下有游离气体的产生。

处理：进行胃肠减压，及时进行手术治疗。

肠管损伤。肠管迂曲于腹腔，所占面积也大，腹部损伤时肠管受伤的机会最多。常出现腹痛、恶心、呕吐、烦躁不安，同时可出现腹膜症状以压点疼痛最明显。

处理：对开放性腹部损伤，若有肠管脱出，暂不还纳，以防污染腹腔，应先用急救包或敷料遮盖保护，敷料外扣以饭碗或类似的东西，在碗外加以固定包扎，使脱出的内脏不受压迫和防上继续脱出；腹腔内脏器的损伤原则上都需要进行开腹探查手术，并用抗菌素防止感染。

## 枪弹伤与爆炸伤的紧急处理

枪弹伤与爆炸伤均属火器伤，是发火武器作用于人体所形成的一类损伤，最常见有枪弹及爆炸物（手榴弹、炸弹、炸药包及雷管等）所致损伤，其损伤性质较严重复杂。

### 枪弹伤与爆炸伤的特点

各种枪弹及爆炸物都具有强大的杀伤力，对人体组织有强大的破坏作用，多造成致命性损伤。

枪弹伤：枪弹在有效射程内击中人体便可造成损伤。其损伤程度多因受伤部位不同而不同。如子弹射入心脏、肺脏、脑组织可引起致命性损伤。如子弹射入腹腔，常引起内脏损伤出血。如子弹打入四肢骨组织，可引起四肢开放性骨折。

爆炸伤：爆炸物在爆炸过程中产生的飞散爆炸碎片，燃烧的火焰及强大的冲击波，倒塌的建筑物而造成人身的组织器官破碎、粉碎性骨折，烧伤和冲击造成的内脏出血、脑震荡、血气胸等。

枪弹伤与爆炸伤的细菌感染及污染：投射与爆炸物带入创口内的棉絮、布片，特别是地面爆炸的弹片，能带来很多泥土和泥土内的各种细菌；枪弹形成暂时伤道时的扩散作用，把异物和细菌向创伤深部广泛地传播；在形成暂时伤道的瞬间局部产生负压，把伤口外的尘土、细菌吸入创口。

### 枪弹伤与爆炸伤的急救原则

伤口处理：对开放性伤口的处理，应接受伤的部位、时间、操作的性质

及污染的程度等不同情况，区别对待。如有大出血，应迅速止血；对呼吸困难，应排除病因，改善呼吸功能，可吸氧改善乏氧；止痛，常用镇静止痛药，必要时可用麻醉剂；骨折，局部用夹板固定，包扎；预防破伤风可肌肉注射破伤风抗毒素血清；预防感染可根据损伤、污染情况，组织损伤程度，适当选用抗感染药物。

### 皮肤擦伤怎样涂抹外用消毒药

常说的外用消毒药有红药水、紫药水、碘酒和酒精四种。面对这些药水，你千万不要认为：“算了，四种药水都涂一遍。”因为不同药水的功能有所不同，有的混合使用后还会引起不良反应，损伤身体皮肤。

紫药水也叫“龙胆紫”溶液，它的毒性低，没有刺激性，但有收敛作用，可用于皮肤切伤、擦伤等消毒。如果口腔里发生了口疮，涂一些紫药水，效果也较好。

红药水也叫“红汞”水，它具有一定的毒性，不能用来涂搽口腔内粘膜，一般只用于皮肤小创伤的消毒。

碘酒又叫“碘酊”，消毒杀菌作用很强，对皮肤有一定刺激性，若涂在刚碰破的新鲜创面上时，病人会感到剧痛。涂的次数多还会灼伤皮肤创面，影响伤口愈合。碘酒的通透性强，可用来治疗初期毛囊炎及足癣。千万要注意的是碘酒不能和红汞同时涂在一些，要不然会产生有毒的碘化汞而损伤组织。

酒精又称“乙醇”，常用于皮肤消毒，常用浓度是70~75%的溶液，有杀菌作用。平常在打针之前用来消毒皮肤，也常用于手术器械等消毒。

皮肤擦伤后，可根据伤口深浅、大小情况，选用涂搽的药水。伤口很浅小，又不太疼，抹点红药水就可以自愈。如果伤口较深，创面有清水或血渗出，有疼痛感，这样的伤口一般也只需涂点红药水或紫药水即可，但伤口长好的时间略长，约一周左右。当伤口较深，有尘沙、煤屑嵌入，应先用自来水或冷开水冲洗创面后，再涂搽红药水或紫药水，最后再包扎好。

涂搽药水的方法也有讲究。应先从创面涂搽，以此为中心，再逐渐往外周抹至超过正常皮肤3~5厘米。不能上下左右无顺序地胡抹，否则会将创面外皮肤上的细菌带入伤口内，引起不必要的感染和化脓。

## 其他意外损伤的救护

### 下颌关节脱位怎么办

下颌关节脱位俗称“掉下巴”。最常见的是向前脱位。下颌关节脱位时，关节疼痛，下颌常呈前伸状态，不能闭合，病人发音不清，吞咽不便、流涎、咀嚼障碍。发生下颌脱位的原因有以下几方面：

下颌关节结构异常，如关节窝过浅等；

关节功能紊乱，关节囊或关节韧带松弛；

突然张口过度（如大笑、打哈欠、呕吐等）；局部外伤。

必须指出，突然张口过度，外力只是一个外因，必须通过内因而起作用。也就是说，在同样外力作用下，有人发生脱位，有人不发生，原因在于关节结构和功能是否正常。

下颌关节脱位时，可使用手法复位：病人取坐位，头靠椅背，施术者立于其前方，两手拇指缠以纱布，平放在下颌磨牙的咬合面上，其余四指托位下颌，拇指向下加压，使下颌体充分向下，然后再将下颌骨向后上方推进，使关节头（髁状突）回纳到下颌关节窝内。

### 异物入耳怎么办

外耳道异物常以小儿多见。小儿常爱将小的异物如豆类、珠子、纽扣、火柴棒等物塞入耳内，夏日露宿亦偶会有小虫进耳。这时，家长千万不可惊慌失措，万不可用手指或头发卡子等物去乱掏、乱挖，以免将异物推到更深处去，损伤外耳道及鼓膜。

一般进入耳道异物体积小的，可存在外耳道里长期无症状。如豆类、种子等植物性异物可吸水泡胀，阻塞外耳道致听力障碍。昆虫入耳后，可引起耳疼、耳鸣和听力障碍，能使病人和家属恐惧不安。

圆形异物应当用耳勺取出，切勿用镊子等物乱夹乱掏，活虫入耳后可滴白酒和植物油将虫杀死后用水冲或镊出。也可用粘胶浆糊将小虫粘出（即用一支小牙签一头卷上棉花，蘸上粘力较强的胶水，与异物接触）。也可在黑暗处，将手电对准耳孔将虫诱出，倘若异物硬大嵌顿于耳道，应即去医院诊治。

除此，如为生石灰入耳，则不可用水冲洗，应用镊子夹出或用棉花棍将石灰拭出。

### 异物入鼻腔怎么办

鼻腔是指前后鼻孔间的空腔，两侧对称，为鼻中隔所隔离，此腔上窄下宽，在鼻腔侧壁上长有三个鼻甲（上、中、下甲），又构成上中下三个鼻道，异物多在此处停留。

小孩在玩耍时常无意地将异物塞入鼻腔。包括：纽扣、珠子、果核、豆类、纸团等物。成人多半是发生意外，如金属片、玻璃片、钉头等穿过鼻腔而入内。一般异物进入鼻腔大都停留在鼻腔口，也就是在鼻前庭处。如果成人可以自己压住健侧鼻孔，用力擤鼻涕，异物可随气流冲出。年龄较大些

而又较听话的儿童也可试用此法。但是较小的孩子，因为做不好擤鼻涕的动作，反而会将异物吸入深部，故不要用此法。如异物已进入鼻腔，特别是圆形或椭圆形的异物，如果核、黄豆、小纽扣、小球等，绝对不能用钳子、镊子自己乱夹，有时越钳越深，如果是尖锐的异物，应该立即送医院急救。

### 怎样止住鼻出血

流鼻血是人们经常能遇到的事。小孩不慎摔倒、碰撞、发热等原因常会引起鼻出血；成人高血压、挖鼻孔、感冒、过敏、擤鼻涕亦可引发鼻出血；或者由于气候干燥，鼻粘膜失去水份，使鼻腔细微血管破裂而出血；饮酒过量（酒精促使血管扩张）、动脉硬化、血液性疾病都是引起鼻出血的原因。在此介绍一些自疗且可行的方法。

如果是一侧鼻孔出血，可用手指压迫出血侧鼻腔。倘若出血是双侧则可用手指捏紧鼻子多肉的部位5~10分钟。此时，暂用口呼吸，千万不可紧张憋气，要有耐性。

冷敷或冰敷也可以，但关键是要捏一会鼻子，如果10分钟后，鼻孔出血仍不断，可用消毒纱布或棉花卷成小卷，塞入鼻孔。如血从嘴里吐出常为鼻后孔或后部出血，要速去医院治疗。止住鼻血后24小时方能愈合，千万不可再擤鼻涕和抠鼻孔，避免再度引起出血。

### 迷眼睛怎么办

常言道“眼睛里容不下一粒砂子”。但生活中迷眼睛却是小儿、成人常发生的事。比如灰尘和煤屑被吹入眼内，磨砂轮时铁屑进入眼内，从而引起流泪、异物感、磨痛等症状，给伤员带来很大痛苦。常见眼异物主要有两种：一是结膜异物：即是在眼皮里的异物，这是最多见的一种。异物进入眼皮后，病人会不自觉地眨眼，异物常被推向上眼睑而藏在上睑下一个被称作上睑下沟的地方，该处有丰富的神经末梢，从而引起异物感、疼痛、流眼泪等症状。二是角膜异物：即是黑眼仁上的异物。由于角膜位于眼睛的最前面，而且大部分暴露于外面。因此凡是细小的异物甚至稻穗、麦壳都能进入角膜，而且常易发生感染而影响视力。

迷眼后很难受，一般人都要自觉或不自觉地用手揉眼睛。请您记住，千万不要用手去揉眼睛，更不能用头发、锐器去刮眼睛，因为头发、锐器很脏，有很多细菌附着其上，容易感染，同时也容易将角膜刮破，造成不良后果。

当您迷了眼睛应用下列方法处理：

轻轻睁开眼睛，让泪水流出，带走异物；

按疼痛部位翻开眼皮，请人仔细查找异物，如异物在结膜上可用柔软、清洁的手帕或棉棒轻轻擦去；

冲洗眼睛，把凉开水或凉水放进茶壶里，用手剥开上下眼皮用茶壶里的水彻底冲洗眼睛；

经上述方法处理，眼睛疼痛感觉减轻，无异物感、不流泪，那说明异物已除去，可自行上新鲜的消炎眼药水，如氯霉素眼药水点眼即可。

通常能用上述方法冲掉的异物都属于结膜异物，角膜异物则冲不去，时间长了不取出异物还会引起角膜炎症。异物若是玻璃、烧屑、碎石，一般还

可引起化学反应，若是铁屑、铜屑及其他金属残渣，会在角膜周围沉着，后果严重。所以异物如果在角膜上，最好到医院处理，不要自己取。取角膜异物的原则有以下几点：必须有足够亮的照明，在明亮的光线下取角膜异物；保证在无菌条件下操作，包括结膜的冲洗，眼睑周围皮肤的消毒和使用的器械；眼内点0.5%地卡因表面麻醉药，若异物在角膜表面，用棉签轻轻拭去，若在深层，用针头刮去异物；眼睛局部涂抗菌素眼药膏，用眼垫敷盖，次日一定要遵医嘱复查。

若是异物以高速度进入眼内，如磨砂轮时铁屑飞入眼内，则应及早到医院检查，早期选用手术方法取出眼球内异物。

## 发生急性腰扭伤怎么办

急性腰扭伤多发于青壮年或体力劳动者。急性腰扭伤是比较常见的一种损伤，多为损伤者弯腰提取重物时用力过猛，或抬运重物时动作不协调，或腰部急剧扭转等。在腰肌肉无准备的情况下，突然强烈收缩，造成腰部肌肉、筋膜、韧带及关节等扭伤或撕裂。损伤一般以负重大的活动多的腰骶关节或骶髂关节为多见。

根据急性腰扭伤的组织操作情况可分为以下三种：

一是扭腰或闪腰：多为伤者弯腰提取重物，上下楼梯失足等造成腰部肌肉急性扭伤。

伤后腰部出现剧烈的疼痛，不敢弯腰或直腰活动，活动后疼痛加重。

二是韧带的急性损伤：多为腰部急剧扭转或搬抬重物不协调时，韧带处于紧张状态，但因腰部肌肉收缩力量不均匀时将韧带拉伤或撕裂。

伤后在下腰部、臀部单侧或双侧可见刀割样剧痛，腰部活动受限，活动后疼痛加重。

三是腰部关节急性损伤：由于腰部活动不协调使腰部组织受牵拉出现关节韧带损伤造成小关节脱位。

伤后腰部出现剧烈疼痛，有时疼痛可向下肢扩散，活动后疼痛加剧，因此伤员不敢弯腰或直腰。

急性腰扭伤的治疗与处理：适当休息，尤其是腰部急性损伤症状较重者应卧床休息2~3周；按摩推拿，腰部关节急性损伤脱位者，多可一次治愈；口服活血化瘀类中药治疗；损伤局部理疗；局部药物封闭；加强腰背部肌肉锻炼。

## 软组织损伤的救治

### 擦伤

擦伤，是在跑、跳等活动时摔倒，或在冲击作用下与硬物相擦而形成的皮肤表皮创伤。擦伤时往往有出血，或有组织液渗出，局部会有较轻微的红、肿、热、痛表现。

擦伤是外伤中最轻的，但若处理不当会引起感染，而使伤口久久不能愈合。原因是擦伤造成的伤口大都浅而脏，损伤面较大而不规则。

小面积擦伤，可用2%红汞或1%龙胆紫涂抹，一般不要包扎，但一定要注意保持清洁，局部暂时不要洗和浸水，防止继发细菌感染。

大面积擦伤，先用生理盐水冲洗；如创面上有泥土、煤渣、砂粒等嵌入皮肤时要用消毒过的毛刷轻轻刷出，待创面清洁后，用凡士林油纱条覆盖，以绷带包扎。

关节附近的擦伤无论大小，最好都要包扎或用纱布敷盖，因为关节经常在运动，难免使创口污染。

#### 刺伤、切伤和撕裂伤

凡皮肤伤口是因钝力打击引起的，叫撕裂伤；因尖细物件插入引起的，叫刺伤；而因锐利物切开引起的，叫切伤。三种损伤，都会在不同程度上造成皮肤和皮下组织的破损口。

受伤以后，要先注意止血，即用消毒纱布垫敷在伤口上压迫一段时间，直到出血止住。有时，损伤口较大、较深，常会伤及局部小动脉，故压迫局部良久仍血流不止。这时，需根据解剖部位压迫动脉达到止血目的。再如，眼眶、上颌和面部止血需压迫下颌动脉达到止血目的。例如，颈、口及咽部止血需压在甲状软骨外2.5厘米处；上臂和肩部止血可压迫锁骨上窝；下肢止血需用全手掌用劲压住腹股沟，等等。

上述压迫方法止血，目的在于为送医院救治争取时间，减少大出血危害。所以，在压迫止血同时，应抓紧时间作好转院送诊准备工作。

如果伤口不大，出血已止住，应使用消毒过的生理盐水洗刷局部，清除创面上的各种异物，小心剪除已糜烂的伤口边缘坏死部分，送医院作缝合手术。

如果伤口时间超过8~12小时，已有局部红肿热痛等感染、发炎表现时，医生一般不会贸然立即缝合伤口，而是暂时使用凡士林纱布充填，或放置引流条后暂行包扎、覆盖伤口，待检查确诊无感染后再缝合。

伤口很深、很脏，或是由铁钉、铁锈物引起的，应到医院注射破伤风抗毒素。

## 挫伤

挫伤，是身体的某个部分在外来物体的直接钝性作用下造成的损伤，但一般没有暴露向外的表面伤口。

挫伤以大腿与小腿前面最多见，背部、胸、腹、头部与睾丸等处也常发生。

挫伤的特点是表面不出血，但皮肤及皮下组织的小血管在钝性打击下破裂。这种内出血发生在皮肤可见瘀点；发生在皮内和皮下可见瘀斑；有时出血多，出血时间长，会积血而形成血肿。在出血的同时往往还有组织液的渗出，所以局部会出现肿胀。

挫伤引起的疼痛一般是初轻后重，持续1~2天。所以在受伤起初的几天内应减少活动，抬高患肢；局部可用冰袋冷敷；肿胀明显的可加压包扎；48~72小时后再作理疗（如烤红外线）或按摩；待功能完全恢复后再逐步进行体育锻炼。

挫伤发生在头部时需卧床静息，注意是否出现脑震荡、脑挫伤等症状。

挫伤发生在下腹部或睾丸可能伴休克表现，应先纠正休克，再作其他治

疗。

睾丸挫伤宜用三角带吊起，局部血肿可冷敷并卧床；病情若继续发展应及早就医。

## 拉伤

这里所说的拉伤，主要指肌肉、韧带撕裂伤，多发生在四肢关节部位，是骨关节周围的韧带、肌肉和关节囊等软组织因为突然用力，或受外力过度牵拉而发生的损伤。发生拉伤在很多情况下，应归咎于自身在活动前准备工作不充分，或活动的姿势及动作不正确。

拉伤后，局部会出现充血、肿胀和疼痛，活动受到限制。同时，拉伤处往往还会有一最大压痛点，肌肉痉挛紧张，触之发硬；如果动作需要主动收缩和被动拉长时，疼痛还会加重。

严重拉伤时，肌纤维会有部分甚至全部的断裂，引起非常明显的肿胀，皮下出现大片的瘀血，颜色乌青，收缩和伸长功能障碍，在肌肉断裂的地方可触摸到凹陷或某一端的异常膨大，这是因内出血和断端肿胀引起的。

有时拉伤不能很快确定，为此可作“抗阻收缩试验”，即让患者利用已被怀疑是受了伤的肌肉作收缩活动，而你施加一定压力阻碍他这样做。譬如，你要检查上臂的肱二头肌是否有拉伤，可叫对方屈肘，而在这时把握住其前臂手腕，不让他屈肘。这样一对抗，对方会感到他伤的地方疼痛非常剧烈，则肌肉拉伤的可能性很大。

处理拉伤的基本办法是休息、消肿和止痛。初拉伤时，往往有出血或者少量渗血，所以要暂停活动，抬高患肢，局部冷敷，若拉伤程度不严重，一般 24~48 小时内即已停止渗血，所以可在两日后利用温热疗法（如敷热水袋）以促进消肿和吸收。烤红外线等理疗方法也很有效，但每次时间不宜太长（不超过 30 分钟），温度不能太高，以免再出血或加重渗出及水肿。

如果拉伤非常重，怀疑有肌肉大部或全部断裂，局部应加压包扎，然后立即送医院作手术缝合。

跌打丸、七厘散和其他活血散瘀类中药对治疗拉伤有良好疗效。

## 扭伤

扭伤，是当关节在间接外力作用下，因做超常范围活动而造成的关节内外侧韧带损伤，以足踝关节和膝关节最常见。较轻时，少量韧带纤维被撕裂；重时大部或全部韧带撕裂。

扭伤时，局部的疼痛和肿胀常很明显，若伤及关节滑膜，则由于较多血液和组织液渗出，使关节出现肿胀，关节活动受限。有时，受伤者自己会感到，活动时关节内有“卡住”的感觉，提示还有关节内其他组织（如半月板）的损伤，应及早就医检查，X 线拍片可帮助明确诊断。

由于扭伤是因为局部韧带受伤引起的，故局部有压痛，一加牵拉更是疼痛异常。如果韧带完全断裂，关节反而可以被完全拉开，出现超范围活动。

扭伤时，处理原则与挫伤大致相似。如属韧带完全断裂，应尽早去医院作缝合固定手术。

扭伤当时应暂停活动，以减少渗血和肿胀。以后何时恢复活动要听从医

生指导。原则上，不太严重的扭伤在疼痛和肿胀有所减轻后，就应开始活动，以防组织粘连。但若过早活动或活动不当，又会加重关节肿胀，使急性损伤转为慢性。如发展到关节囊有慢性增生时，关节肿大，反复出现疼痛，会明显影响关节功能。

扭伤恢复期的早期活动最好使用关节支持带或护具（如护膝、护腕等），保持关节稳定，避免发生再损伤。身体其他部位起支持带作用的物品还有围腰、弹力绷带、粘膏和纱布绷带等。

## 鼻出血

鼻出血也属于身体软组织损伤的一种类型，主要因碰撞、打击或外伤（包括用手抠挖鼻腔）等，造成鼻粘膜损伤而引起。冬季北方地区气候干燥，也是造成鼻粘膜干裂、出血的重要诱因。

青春期少年的鼻粘膜下血管海绵窦极其丰富，所以不仅容易鼻出血，而且出血时往往来势较猛。但是，经过正确处理这种出血是能够较快止住的，所以不要紧张害怕。

鼻出血时最好立即平卧，头向后仰，这样可使鼻粘膜下的末梢血管里血量减少，出血速度减慢，为血小板、凝血酶原发挥凝血作用争取宝贵的时间。

少量出血时，以冷湿毛巾敷在前额，并不时更换，同时，可用干净棉花浸透冷水后敷在鼻梁骨的两侧，还可以用干棉花条塞入鼻孔，堵塞压迫住破溃血管口，并改用口呼吸，可加快凝血过程。

出血较多，势头较猛时，可以在棉条上滴几滴麻黄素或肾上腺素液，利用它们强烈的收缩血管作用，很快止血。有时，还可用双指紧紧压住眼角与鼻根间的面部小动脉，或紧捏两侧鼻梁，张嘴作深呼吸，效果则更好。

如果鼻出血反复多次，或每次止住出血的时间都很慢，或鼻出血同时伴有明显外伤时，应及时去医院耳鼻喉科作进一步检查。

## 动物伤害的处治

### 狗咬伤

被健康的狗咬伤，属一般性外伤；但若被疯狗咬伤，则会得狂犬病，严重时危及生命。

狂犬病是因狂犬病毒进入人体后所引起的急性传染病，通常自咬伤时算起，有短则2周、长则达数年的潜伏期。发病的主要症状有烦躁不安、抽搐、角弓反张和牙关紧闭等，更为突出的症状是怕风和恐水，表现为喝水、见水甚至听到水声即引起咽喉痉挛和全身抽搐，所以又叫“恐水病”。狂犬病的治疗关键是及早处理好被咬伤口。

一旦被狗咬后，应立即送医院认真处置伤口，扩创后用高锰酸钾溶液或双氧水冲洗，用负压拔火罐或真空吸吮器吸出毒液，伤口上方3~5厘米处用止血带扎住，但须注意每15~20分钟松解一次以防肢体缺血坏死。

将咬人狗捕获观察，以确定是否为疯狗。疯狗患此病后一般都有性情突变、狂躁易怒、狂吠或乱咬家禽等表现，可资鉴别。



但是，为慎重起见，凡属狂犬病的疫区，被狗咬后均应及时上报防疫部门，并作狂犬疫苗和破伤风抗毒素注射。

破伤风抗毒素注射 1500 单位，事先作好皮试。

狂犬疫苗注射应按说明书，自即日起注射后，第 3、7、14 和 30 天再各注射一针。

### 蚂蟥咬伤

蚂蟥又名水蛙，生活在水稻田和溪流中。其头部有一吸盘，当蚂蟥贴近人体时，吸盘即牢牢吸住人体表面皮肤，然后吸血后离去。偶尔，蚂蟥还能钻进人的嘴、鼻腔、肛门等处吸血。

遇到蚂蟥吸血时，不要惊慌失措，更不要用手硬行拉取蚂蟥身体，因为这反而会使蚂蟥的吸盘更加吸紧。正确方法是，把盐或醋洒在虫体上，蚂蟥会立即缩头退却，也可以用手轻轻拍打被叮咬的皮肤上方，使蚂蟥吸盘震松后虫体脱落。除去蚂蟥后，应仔细清洁伤口。最好用双氧水，若当时没有则用凉开水或清洁泉水亦可，但冲洗后要把局部擦干，涂上红汞或碘酒。

### 蜈蚣咬伤

蜈蚣咬人后，在体表留下一对孔状伤口，同时放出毒液，使伤口发炎，出现局部红、肿、热、痛症状。蜈蚣身体越大，往往毒性也越大，引起的局部症状越明显，有时，还会出现恶心、呕吐和头昏等全身中毒现象，但一般无生命危险。

被蜈蚣咬伤后，要立即冲洗伤口。因为蜈蚣的毒液呈酸性，所以一般应以 5% ~ 10% 的碳酸氢钠（小苏打）液或肥皂水等碱性液体冲洗，冲洗宜反复多次，洗毕可涂上 3% 的氨水。一般用碱性液将伤口冲洗得越彻底，局部症状消退越快。农村地区可因地制宜，采用半边莲、红辣蓼、大青叶或鹅不食草等，捣烂后涂敷伤口，疗效也很好。

如处理后仍有局部剧痛，也可口服止痛片，或作 0.25% 普鲁卡因伤口周围封闭。

### 蜂蛰伤

蜇人的蜂有蜜蜂、黄蜂（马蜂）和土蜂等。其蜂尾有毒腺相连，蜇人后不但皮肤内会遗留毒刺，毒腺还会喷放毒液，引起伤口红肿，有灼烧感和痒感，伤口中心还常有小出血点或水疱。

更重要的是，多数蜂蛰伤后引起发烧、头痛、恶心呕吐等中毒症状。对一些过敏体质少年，还会引起荨麻疹，嘴唇和脸部、眼睑等处水肿和哮喘等症状，但只要治疗处理得当，一般无生命威胁。不过，有的大黄蜂蜇人后，会引发休克症状，造成严重呕吐、脉搏细数、全身震颤、神志昏迷、血压下降等，可继发呼吸肌、心肌麻痹而死亡。

养蜂是重要的农村副业。蜂通常不蜇人，只有在受到惊吓后才会以蜇人方式来保卫自身种群的安全。蜇人的蜂因毒刺折断，内脏损伤，自己也会很快死亡。所以，同学们在日常生活中不要以捕蜂为乐，更不要去乱“捅马蜂”。

窝”，如有事要接近养蜂房最好带上面罩、手套，穿长袖衣服，以免受到蜇伤。

被蜂蜇后首先应拔除毒刺，然后清洗伤口。蜜蜂的毒液为酸性，故以涂碱性 5%~10%碳酸氢钠、肥皂水及氨水为好；黄蜂、土蜂的毒液属弱碱性，伤口上宜涂抹食醋、柠檬汁或稀盐酸为佳。

伤口四周最好擦季德胜蛇药片捣成的药糊，以利解毒消肿。

有局部伤口剧痛者可以局部喷洒局部麻醉剂氯乙烷。

有过敏症状的可口服苯海拉明或非那根，引起过敏性哮喘者可注射麻黄素或肾上腺素等；严重过敏时可加用氢化可的松等激素。

发生严重全身中毒症状的，千万不要掉以轻心，除对症处理外，应赶快送医院急救。

## 蝎子蜇伤

蝎子多见于北方农村地区，它蜇伤人的毒器是一个尖钩，长而锐利，位于其尾，紧连毒液腺。蜇人时，毒钩迅速刺穿皮肤，进入皮下组织，毒液随之流入伤口。蝎子越大，毒性越大；具有过敏体质的青少年，引发的全身中毒症状越严重。不过，危及生命的蝎蜇伤在青少年时期是很少的。

蝎蜇伤的轻重程度不一。较轻时，只有局部烧灼痛、红肿、麻木，有时出一点血，一般 3~4 小时后症状即缓解。中度严重者除了上述局部症状外，还有头痛、恶心呕吐、体温下降、乏软昏睡、出虚汗和口部肌肉强直感；少数病人还会出现哮喘、迎风流泪、怕光等现象。严重的时候，全身有抽搐表现，有些幼儿常会因心肌、呼吸肌麻痹而死亡。

被蝎子蜇伤后，要马上拔出毒钩，然后用 0.1%高锰酸钾溶液或 3%氨水（若现场没有，生理盐水亦可）反复冲洗伤口，然后利用局部麻醉剂 0.25%的普鲁卡因在伤口的上方进行封闭，以阻断毒液沿淋巴管上行。

将季德胜蛇药片 5~8 片用冷开水溶化成糊状，敷于伤口周围，但不要直接敷在创面，以利毒液排出。

出现明显的全身中毒症状时，可应用氢化考的松、葡萄糖酸钙、阿托品等治疗，并送医院作进一步观察、诊治。

## 毒毛虫性皮炎

所谓毒毛虫，主要有松毛虫、桑毛虫和刺毛虫等。这些毛虫身上遍布很小的毒毛，毛内有空心管，内有毒液。当毒毛随毛飘落在人体的裸露部位时，即引起所谓的“毒毛虫性皮炎”，是青少年参加野外活动或农、林业劳动中最容易患的皮肤疾患。

桑毛虫生长在桑园或果园，毒毛随风飘飞，落在皮肤上片刻，即引起局部奇痒，继而出现绿豆大小的斑丘疹或风团块；毒毛吹入眼睛，常引发结膜炎；毒毛吹落在室外晾晒的衣被上，会引起人的臀部、下肢的皮炎，等等。

松毛虫生长在松树林，毒毛主要来自其幼虫，除引起和桑毛虫相似的皮炎外，其毒液还会引起手部和足的小关节发炎。

刺毛虫，在北方称为“洋辣子”，以城市绿化树木为主要栖生地，发病在城市中最多见。刺毛虫的毒毛在某些体质过敏的人身上，会造成小丘疹性皮炎，周围有红晕，皮肤刺痒如火灼。

毒毛虫性皮炎症状局限，持续 1~3 小时，但它严重影响青少年的情绪、

学习和睡眠。

用药只需涂抹局部皮炎软膏、清凉油和风油精等；也可用胶布反复粘贴患处，将刺在皮上的毒毛粘出。对毒毛有明显过敏反应者可少量服用苯海拉明或非那根。

预防毒毛虫炎的最根本方法是每年定期向树木林区喷洒杀虫剂。我国有许多大城市的绿化部门坚持这项工作已多年，取得较明显防治效果。但青少年参加野外活动时，仍应注意穿长袖、长裤服装；穿越茂密树丛时宜戴帽并扎紧袖口、裤腿，以防毒毛虫侵害。

## 毒蛇咬伤

我国有蛇类 150 余种，其中毒蛇占 50 余种，能致人于死者有 10 余种。蛇毒分为神经毒素和血液毒素两个大类。神经毒素可引起呼吸麻痹。伤者多在咬伤后半小时至 2 小时发病，出现头晕、恶心、视力模糊、语言不清、呼吸困难，甚至呼吸肌麻痹，但伤口不红不肿，疼痛轻，流血不多。血液毒素可引起溶血、出血、凝血和心力衰竭，伤口痛如刀割，流血不止，肿胀明显，周围皮肤呈青紫色。

毒蛇咬伤留下的两个毒牙痕，是可靠的诊断依据。无毒蛇咬伤后留下的是两排细牙痕。毒虫螫咬伤均无牙痕。

伤后立即用止血带、皮带或布带在伤口近心端缚扎，每隔 15~30 分钟放松一次，每次松 2~3 分钟。同时就地取清水、泉水或凉开水冲洗伤口。有生理盐水或高锰酸钾液冲洗更好。此时若发现有毒牙残留必须拔出。用吸奶器、拔火罐吸出毒液。最好把伤肢放在冷水中，同时不断地用吸奶器吸毒。在以上抢救过程中，尽快寻求蛇药口服，并急送附近医院。

## 怎样救护烧烫伤病人

在日常生活中，常发生被火焰、开水、沸油等烫烧的情况。学生在做实验时不小心还可能被化学药剂烧伤，如强酸、强碱或磷烧伤等。

当发生烧伤时，应首先使病人脱去着火的衣服或就地打滚扑灭火焰，就近跳入水源或用自来水冲洗。如系液体所致的烫伤，应尽快脱去被浸湿的衣物，若一时难以解脱，可先剪开后再轻轻逐片撕脱，切不可强行撕下与伤口粘连的衣片。对于强酸、强碱的化学伤，则可用相应的弱碱、弱酸稀溶液来中和。脸部烧烫伤，应重点保护眼睛，冲洗时应特别注意眼裂、鼻腔等部位。对于严重烧伤病人经现场急救后，应尽快、就近送往医院抢救。急救时应注意保持病人的呼吸道通畅，并保护创面，以免引起感染而影响愈合。对于小面积轻度烧烫伤病人，经过适当处理后，一般数日后便可痊愈。

如果烧烫伤面积不大于五指并拢的手掌面，皮肤局部发红，轻度肿胀，疼痛明显，轻度小水泡，这属于小烫伤，可以自行处理：受伤后立即用干净的凉水浸泡或冲洗，达到止痛和减少肿胀的目的，然后抹点油或涂烫伤软膏即可。若有小水泡，尽量不弄破，水泡周围皮肤可用碘酒涂搽；大的水泡，可用火烧过的消毒针头从水泡底部刺破（不要撕去泡皮），使其水分排出，然后涂上油膏。也可用蛋清加麻油搅匀后涂抹。最后再用干净布块或凡士林纱布包扎创面。

对大面积烧烫伤的创面，在现场，不必做特殊处理。不要乱涂药膏、花粉，更不能涂香灰、牙粉之类的东西。经适当冲洗，并保持创面清洁，盖上消毒的纱布或其他清洁的布块，尽快送医院处理。

## 自我保护常识

### 意外伤害的自我预防

WHO1985年发布的报告中，将意外伤害列为世界范围内全人群的第五位死亡原因。不仅给受害者本人生理上、心理上造成不幸，同时亦给其家庭乃至社会造成严重后果。

青春期学生是意外伤害的高危人群，车祸、溺水、严重烧烫伤等是危害较高的主要意外伤害原因。其发生原因：一是生理条件受限，遇危险时应变能力差；二是心理因素不稳定，如粗心冲动，情绪不稳定，莽撞不沉着；三是缺乏自我保护和应急处理意识和能力；四是视力差、听力差、身体疲劳等。专家研究认为，青少年意外伤害特征表现为一种“冰山模式”。这一模式说明意外伤害死亡的仅是处于冰山顶部的一小部分，而在冰山的底部尚有大量需要给予医学关注的人群。因此应做好意外伤害的自我预防。

提高对意外伤害的防范意识。提高对意外伤害严重性、突然性的认识，真正从思想上精神上对意外伤害保持警惕，并强化应急处理的意识。

提高心理稳定性，控制不良情绪。平时注重沉着、镇定、细心等良好心理素质因素，克服和控制易激动、冲动、莽撞、粗心等不良情绪等心理因素。

培养良好行为习惯，消除事故隐患。良好的行为习惯对消除意外伤害事故隐患具有重要作用，如遵守交通规则，注意体育运动安全，不做危险游戏，不在床上吸烟，不酒后骑车或开车，不在街上嬉闹和追逐骑车等。

加强主要意外伤害事故的预防。根据调查资料，意外伤害事故的预防重点是防火、防交通事故（车祸）、防溺水、防触电、防体育运动和娱乐活动外伤，防斗殴致伤，防高楼坠落。

平时进行应激训练和急救技能的训练。

### 如何应付侵害事件

除少数侵害事件外，大部分的侵害事件的发生大多事先有某种预兆，如被骗案件、部分被窃案件，还有在经济交往中的某些侵害案件。那么如何应付已发生或将要发生的侵害事件呢？首先应从某些疑问，也就是预兆的主观反映入手，分析这些疑问，比如，分析对方为何不当让利，分析对方为何注意自己携带的财物，分析对方为何过份地友好热情，然后采取自我防范措施。具体地说应采取以下措施：

正确预计侵害能否发生，怎样发生以及发生后的结果。

采取必要而有效的防范措施进行自我防范。措施包括：避免法——只要是能够避免的侵害。首先应选择避免法，如设在公共场合的骗局和登门行骗，都可以采用避免法加以防范；解脱法——对于已经身陷侵害之中，但侵害尚未完全开始，尚有解脱机会的侵害应采用解脱法；反抗法——对于已经发生的侵害，如果罪犯与自我在力量对比上无明显差距或自我力量略强于罪犯力量的情况下，应采用反抗法；服从法——对于侵害已经发生而罪犯力量明显大于自我力量，使用反抗法将遭致更大伤害的，应采用服从法，以损失财物为条件换取自我生命安全，但如对方的侵害意在自我生命，绝不能采用服从法；求助法——侵害发生的现场或现场周围如有其他人，应向其他人进行求

助，求助时应向其他人简要地讲明自己正在受到侵害的性质，紧急情况下应直接呼喊“救命”，以引起其他人的重视。

侵害事件发生后应首先弄清自我受到了哪些侵害，是被劫、被窃、被骗、被奸？如身体受到伤害，应自我检查身体伤害程度，然后向现场就近的公安机关进行报案，报案时应积极与公安人员相配合，全面回答公安人员询问的问题，为尽快破获案件，尽早抓住罪犯提供有价值的线索。

### 常用的社会紧急救助机构电话号码

“110”，此号码是匪警电话。如遇抢劫、盗窃、强奸等刑事案件可拨挂此号码，挂通后，立即报告案件发生的具体位置，发生了什么侵害，罪犯人数，手持何种凶器等情况。

“119”，此号码是火警电话。如遇火灾可拨挂此号码。挂通后，报告失火位置、失火原因、燃烧物资等情况。

“120”，此号码是医疗卫生急救站电话号码。如遇家中、单位有突发急症的病人，急需医疗急救可挂此号码，挂通后应立即报告病人所在的具体位置、病人的疾病及创伤状况，以便医护人员到场后采取急救。

紧急救助电话是供公民在遇到火灾、犯罪侵害和突发急重病症等紧急情况下使用的。其中，除医疗卫生急救措施适当收费外，火警和匪警电话拨通后消防机关和公安机关采取的一切救助行为都是不收费的。但在生活中有时也会出现谎报误报火警、匪警的事件，应该认识到这是极其不道德甚至是违法的行为。因此公民应自觉地维护和遵守社会秩序和社会公众道德，尤其注意教育好自己的幼年子女，不要因儿童一时好奇和恶作剧，影响和干扰了社会正常秩序，浪费公共资财，造成不良结果。

### 受到侵害后如何保护自我合法权利

公民的合法权利在受到侵害后应当主动、合法地及时采取一系列措施，保护自己的合法权利不继续受到侵害，防止侵害后果的扩大，及时获得赔偿，制止和惩罚犯罪。

公民首先对违法行为不应采取逆来顺受的态度。自己的合法权利受到侵害或将受到侵害时，国家法律赋予了保护个人权益的权利，公民就应主动与违法行为作斗争。比如有人想在你家门口建墙，而这墙正好把你家的出路给封住了，你大可不必再开一道门，而应当与其理论，讲清道理，以制止这种侵害行为。

第二，要采用合法的手段，在一定限度内保护你的合法权利。上个例子中，你不能因对方建墙封住了你的出路就对他大打出手，如果他被你打伤、打残，你还要因此而承担刑事责任，这时违法的人就是你而不是他了。因为每个公民的合法权利都受到国家的保护，你有你的权利，他也有与你同样的权利。因此，当你采取行动时一定要注意行动是否合法，并要掌握一定的限度。比如，一个人受到抢劫，此人连忙拾起砖头自卫，将抢劫犯打倒，本来可以罢手，但其觉得不解恨，又上前连击抢动人头部数下使其死亡，此时，遭抢劫者会因防卫过当致人死命而受到刑法的处罚。

第三，公民应及时采取保护行动。比如上例中的正当防卫行为应当是在

抢劫行为发生时采取，而不能只因你看一个人像抢劫犯，或“他好像要抢我”而主动采取措施。又比如在一些民事行为中要注意时间问题，有些你所拥有的权利如果在一定时间内你不行使的话，愈期后法律将认为你自动放弃了自己的权利，因而你的权利也就不再受法律保护。

第四，公民应正确选择自我保护的途径。当公民的合法权利受到侵害时，公民应当正确选择保护的途径，如果选择途径错误往往造成所谓“无处告状”的局面，或者造成多个机关作出不同决定，事情被拖延的局面。至于遇到具体问题时应向何处寻求保护则要具体问题具体分析。这里只举几个例子，比如买主因产品质量问题造成被侵害后想要获得赔偿，大家往往会想到消费者协会，但消协属于社会团体，无权要求企业赔偿消费者钱款，而只能向消费者提供参考信息，帮助消费者与厂方联络，帮助消费者诉讼等方面的服务，而消费者的实体权利——赔偿款则需要国家有关部门的裁决或判决，具体机关如人民法院。

又比如公安机关对你处以罚款，你不服，是否能直接告到法院呢？这也不行，你应先向上级公安机关请复议，待上级公安机关的复议下达后，仍不服，才可以向当地人民法院提起诉讼。

又如双方在自愿的前提下，到婚姻登记机关才能申请离婚。如只有一方要求离婚，则应到人民法院提出离婚诉讼。

总之，应正确选择保护途径，这些问题往往一名律师就能解答。因此你在一些问题不清楚，或选择途径失误时最好到律师事务所进行咨询。

## 被强奸了怎么办

我国《刑法》规定，以暴力、胁迫或其他方法违背妇女意志，强行与妇女发生性关系的行为，称为“强奸罪”。强奸是对妇女人身权利侵害重大的犯罪行为，被害人一旦被强奸应采取以下措施：

积极反抗避免侵害。在强奸案件发生时，被害人可视情况进行反抗，在许多案件中因为被害人的积极反抗避免侵害结果发生的并非少见，相反，胆怯和懦弱往往使犯罪行为轻易得逞。应注意的是，反抗一定要视具体情况进行，切不可进行无意义的反抗。反抗方法有以下几种：如附近有人或住房可呼喊“救命”；如地处野外可根据双方人数、力量对比进行反抗，反抗时可适时打击罪犯的头部、阴部等位置；也可机智地骗罪犯到某处适时求救；还可以根据具体条件进行有效自救，但任何可能遭致更大侵害的反抗和自救措施都不宜提倡。

保护好现场物证。强奸案件的现场物证，主要是罪犯的精液、毛发和其他犯罪遗留物，保护好各种犯罪物证，将有利于公安人员迅速破获案件。

及时向公安机关报案。遭受强奸后，被害人往往因羞耻或其他心理的影响，在是否报案的问题上有所顾忌，尤其是一些未婚女青年。克服这些心理影响，及时向公安机关报案，早日抓获罪犯，其实是被害人的最好选择，这需要被害人具有良好的心理素质和社会责任感，无论从哪个方面讲我们都不应用自我的忍让和怯懦为代价而使罪犯逃避法律和正义的惩罚。

积极配合公安人员侦破案件。报案后，公安机关要勘查犯罪现场，询问被害经过，在这个过程中被害人应积极地与公安人员配合，尽可能详细地回答公安人员有关案件的各种询问。在询问中，被害人有权要求向女公安人员

陈述的自由。另外在特殊情况下，公安机关可能要求被害人案件的侦破给予配合，被害人应在自身条件允许的情况下，尽可能与公安人员配合，协助公安机关进行案件的侦查。

被害人要求保护自身名誉的权利。在强奸案件的侦破和审理过程中，公安机关会对被害人的名誉给予保护。当然被害人也有权利要求这种保护，因此，被害人不应有过多顾虑，对应该提供给公安人员的有关犯罪情况应毫无保留，以避免这种顾虑影响侦破工作。

### 家庭发生了被盗案件怎么办

公民家庭被盗是一件非常不幸，但却时常发生的事情。那么我们一旦遇到这种情况将如何处理才会对公安机关侦破更加有利呢，我们最好采取以下措施：

第一，查清家中是否被盗。一般地说在撬门入室盗窃案件中，门锁、门或窗可能被破坏，成为犯罪分子进入现场的出入口。当我们回到家时，如发现门锁被破坏或窗玻璃被打碎并敞开等情况时，很可能家里发生了盗窃案。此时我们千万不要惊慌，因为惊慌是毫无用处的，而应该立即向公安机关报案。与此同时，观察被盗房间的室内，注意室内是否有自我的亲人或犯罪分子。

第二，立即向公安机关报案。向公安机关报案可以采用两种方法：一是拨挂匪警电话“110”；二是去就近的公安派出所或向大街头巡逻的巡警报案，报案时应说明被盗现场的具体位置和现场上是否有受伤的被害人，以便公安机关迅速而准确地采取行动。

第三，配合公安人员勘查犯罪现场。当侦查人员到达现场后可能要向你询问一些有关问题，我们应尽可能详细地回答有关提问，因为我们的回答可能帮助公安机关迅速侦破案件。在询问中我们可以向侦察人员说出自己对案件的怀疑和看法，这些也有可能对破案有帮助。

第四，在紧急处理家庭被盗案件中被害人应注意的问题。首先在报案前应观察被盗室内是否有自己的亲人，如有亲人，是否受伤，是否被犯罪分子当作人质。在亲人受伤的情况下应首先抢救伤员，如被当作人质应在报案时向公安机关讲清。其次是注意观察犯罪分子是否还在现场，如还在现场，应喊出街坊邻居，众人看护住房门以等候公安人员到来。再次如犯罪分子已离开犯罪现场，家中又无受伤亲人，在这种情况下，不必急于进入室内查看丢失物品，应及时报案。

### 受到敲诈勒索怎么办

敲诈勒索他人财物的事件在社会生活中时有发生，犯罪者在进行敲诈勒索时经常使用一些威胁或要挟性的语言，迫使对方交出财物。如果遇到他人的敲诈勒索，我们应该与罪犯进行坚决的斗争。敲诈勒索一般有两种方式：一种是采用电话或信件的方式；一种是当面方式。一般地说敲诈勒索的犯罪分子并不可怕，他们不敢危害被敲诈人的生命安全，而主要目的是获取钱财。因此，只要我们强一分，罪犯就弱一分。只要敢于斗争，并取得公安人员的协助，侵害是可以被战胜的。当遭到敲诈勒索时我们可以采取以下措施进行



自我保护。

对于以信件或电话方式进行敲诈的犯罪活动，首先应克服恐惧心理，不要被犯罪者的威胁所吓倒，然后立即向公安机关报案。报案时应毫无保留地回答公安人员所提出的询问，帮助公安人员分析敲诈者各方面情况，协助公安人员破获案件。切不可息事宁人的态度，顺从地满足犯罪分子的要求，要知道犯罪分子是欲壑难填，第一次得手，就可能有第二次。如果犯罪者以掌握被害人的某些隐私或某些错误为要挟来敲诈被害人，那么被害人千万不要顺从和屈服。最明智的办法也是向公安机关报案。

当面敲诈方式。罪犯一般是先采取诬陷的方式，使被害人陷入某种不利的境地，继而进行敲诈勒索。比如有些犯罪分子就是利用名酒瓶装上劣质酒，故意使被敲诈人将其撞碎，然后进行敲诈勒索。遇到这种情况，被害人应镇定情绪，分析刚刚发生的事情是否合情合理，对方是否是在讹人，如确认对方是在对自己进行敲诈，应向围观人群讲述道理，争取公众同情，或要求对方到公安派出所去讲理，或向路上巡逻的巡警报案。

犯罪分子进行敲诈勒索的方式很多，要从根本上避免被敲诈还必须增强自我保护意识，减少自身过错，克服贪欲等不良心理，从而杜绝此类事件发生。

### 钱款、物品丢失了怎么办

钱款和物品丢失的事情经常发生，这里的丢失包含着两种含义：一种是因自身疏忽而造成的遗失；一种是被窃。一旦发生了钱物丢失的情况，首先要冷静回忆丢失物品前后自己所处的位置、做了哪些事，而不应让紊乱的心绪影响了我们的思路。具体的回忆方法是从自己确认钱物在手至钱物不见这段时间里，回忆自己的各项具体活动，为自己的活动定时、定位，并可采用列表回忆的方法来准确地回忆自己的活动。

如经回忆后确认物品不是被盗而是丢失，而且已经回忆起丢失的地点、场所，应迅速返回寻找，寻问丢失地的业主或其他常在此处的人员是否有人拾到某种物品，如有广播可进行广播寻找或写出寻物启示，在火车站、码头、机场等公共场所还可以在寻物板上留言并写明遗失人的姓名、居住地、联系办法。同时去公安派出所或场所治安保卫部门进行查询、报失。

确认物品是被盗时应及时到当地公安机关进行报案，请求公安机关进行侦破，报案时应讲清失窃地点，是否有可疑人，丢失的物品的名称、数量、颜色、规格等特征，以便公安机关侦破和寻找。

丢失的物品中，如有机密文件应报告公安机关；如有存款单、股票等应立即挂失；如有支票应向银行挂失或登报声明作废；如有证件、介绍信、公章应登报声明作废。以上紧急处理措施可以减少损失的程度。因此遗失人应迅速做出反应。

### 被打伤致残可以要求赔偿什么

公民的生命、身体健康受法律保护。《民法通则》第 98 条规定：“公民享有生命健康权。”同时第 119 条规定：“侵害公民身体造成伤害的，应当赔偿医疗费、因误工减少的收入、残废者生活补助费等费用；造成死亡的，

并应当支付丧葬费、死者生前扶养的人必要的生活费等费用。”根据此条规定，对公民生命健康权的民事侵害主要包括造成伤、残、亡三种后果。“伤”是指能经治疗恢复的；“残”是指肢体或器官部分丧失或功能无法恢复的，如截肢、毁容、瘫痪等；“亡”，死亡。对于这三种侵害结果，受害人及其家属可以要求加害人进行赔偿的范围也是不同的。具体来说，可以包括三种情况：

一是造成伤害，能经治疗恢复的应当赔偿医疗费和因误工减少的收入。

医疗费用主要包括治疗费，如医疗费、手术费、住院费等。一般应以所在地治疗医院的诊断证明和医药费、住院费的单据为准。擅自另找医院治疗的费用以及擅自购买与损害无关的药品或治疗其他疾病的，其费用则不予赔偿。这是我国最高人民法院在《适用〈民法通则〉问题的若干意见》中规定的。其次，医疗费还包括必要的交通费。如去医院的公共汽车费用、坐出租车的费用等。一般情况下，转往外地医院治疗不仅要经有关医务部门同意，而且交通费也不能一律按飞机票赔，应视必要而定。医疗费还应包括必要的护理费。《民法通则若干意见》第145条规定：（护理人员）其误工补助费可以按收入的实际损失计算。应得奖金一般可以计算在应赔偿的数额内。本人没有工资收入的，其补偿标准应以当地一般临时工的工资标准为限。医疗费用还应包括必要的营养费。有的伤情不仅需要医疗，还需加强特定的营养，那么可以经医院的证明酌情补助一定的营养费。

误工减少的收入，是指因伤不能上班、劳动所扣发的工资、奖金等。《民法通则若干意见》第143条规定：“受害人的误工日期，应当按其实际损害程度、恢复状况并参照治疗医院出具的证明或法医鉴定等认定赔偿费用的标准，可以按照受害人的工资标准或者实际收入的数额计算。”同时，如果“受害人是承包经营户或者个体工商户的，其误工工资的计算标准，可以参照受害人一定期限内的平均收入酌定。如果受害人承包经营的种植、养殖业季节性很强，不及时经营会造成更大损失的，除受害人应当采取措施防止损失扩大外，还可以裁定侵害人采取措施防止扩大损失”。

二是造成残疾的，除要赔偿上述医疗费及误工减少的收入外，还应赔偿残疾补助费，即因劳动能力减弱而减少收入和生活困难而给予的一定抚慰性费用。《民法通则若干意见》第146条规定：“侵害他人身体致使其丧失全部或部分劳动能力的，赔偿的生活补助费一般应补足到不低于当地居民基本生活费的标准。”

三是造成死亡的，除赔偿医疗费外，还应赔偿丧葬费和死者生前扶养的人必要的生活费。应注意，“死者生前扶养的人”是指实际依靠他扶养的人，而不是全部死者对其有法定义务的人。《民法通则若干意见》第147条规定：“侵害他人身体致人死亡或者丧失劳动能力的，依靠受害人实际扶养而又没有其他生活来源的人要求侵害人支付必要生活费的，应当予以支持，其数额根据实际情况确定。”

### 交通事故受害者如何获得赔偿

交通事故是人生的一个灾难，对于受害者来说，交通事故带来的不仅是肉体上、精神上的痛苦，还包括财产上的损失，严重的甚至影响到受害者以后的工作和生活。对于受害者来说，损害已经造成无法挽回的赔偿，但大部

分受害者不知道如何索赔，其实，交通肇事中索赔涉及的问题主要是索赔的项目和索赔的申请机关。

交通事故是指车辆驾驶人员、行人、乘车人以及其他在道路上进行与交通有关活动的人员，因违反《中华人民共和国道路交通管理条例》和其他道路交通管理法规、规章过失，造成人身伤亡或者财产损失的事故。因交通肇事造成损害，应予赔偿的项目包括：医疗费、误工费、住院伙食补助费、护理费、被扶养人生活费、交通费、住宿费和财产直接损失。这些都是索赔的项目。

作为交通肇事的受害人，务必保存好费用收据，因为处理事故的机关是根据受害者提供的费用收据进行分析、判断有关的规定，确定赔偿的数额，因此受害者遭遇事故之后，在治疗的同时克服激动等不冷静的情绪，理智地保存好有关收据，请有关机关处理，以免使自己受到更大的损失。

至于索赔的机关，应该是交通部门，也就是本市或本地的交警支队事故处或交通队的事故科。

一般来说，交通事故发生后，交通部门的人员得知后便会来到现场进行勘查，然后根据勘查情况召集事故双方调查处理，因此，作为受害者，最主要的是要保存好有关的收据、证明并记住索赔的项目。

