

现场救助培训教程



中安保安服务公司培训部

2020年12月

目 录

一、现场救助的概念培训.....	2
二、国际救助优先顺序.....	3
三、各种急救电话培训.....	3
（一）110 报警服务台.....	3
（二）119 火警电话.....	4
（三）122 交通事故电话.....	4
（四）120、999 急救电话.....	4
四、常见突发情况救助培训.....	5
（一）失血.....	5
（二）窒息.....	7
（三）中暑.....	7
（四）挤、踏伤.....	8
（五）骨折.....	8
（六）突发心血管病.....	9



一、现场救助的概念培训

现场救助，是有关人员对于因意外事件身体受到创伤者在事发现场实施的紧急救护。现场救助是挽救生命的先期处置阶段，其主要目的是维持生命，以便伤患者能够坚持到医护人员到来或被送到医疗机构救治。及时准确的现场救助，可以有效的减少伤残、避免后遗症，提高患者的生存质量。

现场救助一般由经过红十字会现场救护培训、取得现场救护证的人员来实施，没有经过培训的人员实施现场救助，容易导致伤病员加重伤情。因此，一般情况下，没有经过培训的保安员不能轻易实施现场救助，而应立即报警或拨打急救电话，由经过培训的专业救护人员来实施救助。同时，保安员在发现伤病员时，还要注意先排除险情，如落石、泄露的煤气、易燃易爆危险品、潜藏的违法犯罪嫌疑人等，以避免这些险情带来的危害。

二、国际救助优先顺序

国际救助优先原则是指抢救成批伤员时的先后顺序。

- （一）红色：第一优先，非常严重的创伤，如果救治及时，伤员有可能生存；
- （二）黄色：第二优先，严重创伤，但伤员仍可短暂等候而不危及生命或致残；
- （三）绿色：第三优先，没有严重创伤，伤员可以自行走动，可以延迟送医院；
- （四）黑色：伤员已经死亡或临床死亡，生还希望渺茫，不应浪费宝贵的急救资源。

三、各种急救电话培训

（一）110 报警服务台

1. 报案范围：各类刑事案件和社会治安及危害国家安全等案件。
2. 报案的正确方法：
 - （1）拨通 110 号码；
 - （2）电话接通后，将所看到的情况简明扼要地叙述一遍；



（3）主要说明案发的时间、地点、当事人和人数等；作案者（或受害人）的长相、身高、年龄、性别、衣着、特征等；作案时使用的工具；相关的车辆情况（颜色、车型、牌号等）等；

（4）说出你自己的姓名、性别、年龄、住址、联系电话；

（5）待对方挂断电话后，再挂机。

（二）119 火警电话

1. 报警范围:各种火灾。

2. 报警的正确方法:

（1）拨通 119 号码；

（2）电话接通后,将火灾发生的地点（详细地址）、时间、火势情况及发生火灾地方的周围环境等作简要地说明；

（3）如果知道是由什么引起的火灾及主要燃烧物和火灾现场及周围有无易燃、易爆、有毒等危险品，也最好说明；

（4）说明火灾现场能否进大车（通往火灾现场的道路情况）；

（5）说出你自己的姓名、性别、年龄、住址、联系电话；

（6）待对方挂断电话，再挂机。

（三）122 交通事故电话

1. 报案范围:各类车辆所发生的交通事故。

2. 报案的正确方法:

（1）拨通 122 号码；

（2）电话接通后,将所看到的交通事故情况简明扼要地叙述一遍；

（3）说明事故的发生地点、时间、车型、车牌号码、事故起因、有无发生火灾或爆炸、有无人员伤亡、是否已造成交通堵塞等；

（4）说出你自己的姓名、性别、年龄、住址、联系电话；

（5）待对方挂断电话后，再挂机。

（四）120、999 急救电话

1. 急救范围:各种突发的严重急病和受伤。

2. 求救的正确方法:

（1）拨打 120、999 号码；

（2）电话接通后,将病人或受伤害的病因、病情简单说明。如果知道病人或受伤者的



病史及过敏药物和血型，也最好说明；

- （3）说明病人或受伤害者的详细地址和发病时间；
- （4）说出你自己的姓名和联系电话；
- （5）待对方挂断电话后，再挂机；
- （6）可到路口去迎接救护车，以免救护车因找不到病人的地址而延误时间。

四、常见突发情况救助培训

（一）失血

在紧急情况下急救伤员时，须先用压迫法止血，然后再根据出血情况改用其他止血法。为适应现场及时、有效地抢救外伤出血伤员的需要，介绍以下几种简便可行、有效的止血方法。

1. 指压止血法。指抢救者用手指把出血部位近端的动脉血管压在骨骼（gǎ）上，使血管闭塞，血流中断而达到止血目的。这是一种快速、有效的首选止血方法。止住血后，应根据具体情况换用其他有效的止血方法，如填塞止血法，止血带止血法等。这种方法仅是一种临时的，用于动脉出血的止血方法，不宜持久采用。下面是根据不同的出血部位采用的不同的指压止血法。

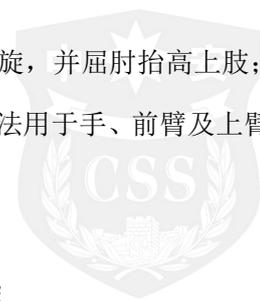
（1）颞动脉止血法。一手固定伤员头部，用另一手拇指垂直压迫耳屏上方凹陷处，可感觉的动脉搏动，其余四指同时托住下颌；本法用于头部发际范围内及前额、颞部的出血；

（2）颌外动脉止血法。一手固定伤员头部，用另一手拇指在下颌角前上方约 1.5 厘米处，向下颌骨方向垂直压迫，其余四指托住下颌；本法用于颌部及颜面部的出血；

（3）颈动脉止血法。用拇指在甲状软骨，环状软骨外侧与胸锁乳突肌前缘之间的沟内搏动处，向颈椎方向压迫，其余四指固定在伤员的颈后部。用于头、颈、面部大出血，且压迫其他部位无效时。非紧急情况，勿用此法。此外，不得同时压迫两侧颈动脉；

（4）锁骨下动脉止血法。用拇指在锁骨上窝搏动处向下垂直压迫，其余四指固定肩部。本法用于肩部、眼窝或上肢出血；

（5）肱动脉止血法。一手握住伤员伤肢的腕部，将上肢外展外旋，并屈肘抬高上肢；另一手拇指在上臂肱二头肌内侧沟搏动处，向肱骨方向垂直压迫。本法用于手、前臂及上臂中或远端出血；



（6）尺、桡动脉止血法。双手拇指分别在腕横纹上方两侧动脉搏动处垂直压迫。本法用于手部的出血；

（7）股动脉止血法。用两手指重叠放在腹股沟韧带中点稍下方、大腿根部搏动处用力垂直向下压迫。本法用于大腿、小腿或足部的出血；

（8）动脉止血法。用一手拇指在窝横纹中点处向下垂直压迫。本方法用于小腿或足部出血；

（9）足背动脉与胫后动脉止血法。用两手指分别压迫足背中间近脚腕处（足背动脉），以及足跟内侧与内踝之间处（胫后动脉）。本法用于足部出血；

（10）指动脉止血法。用一手拇指与食指分别压迫指根部两侧，用于手指出血。

2. 加压包扎止血法。伤口覆盖无菌敷料后，再用纱布、棉花、毛巾、衣服等折叠成相应大小的垫，置于无菌敷料上面，然后再用绷带、三角巾等紧紧包扎，以停止出血为度。这种方法用于小动脉以及静脉或毛细血管的出血。但伤口内有碎骨片时，禁用此法，以免加重损伤。

3. 填塞止血法。用无菌的棉垫、纱布等，紧紧填塞在伤口内，再用绷带或三角巾等进行加压包扎，松紧以达到止血目的为宜。本法用于中等动脉。大、中静脉损伤出血，或伤口较深、出血严重时，还可直接用于不能采用指压止血法或止血带止血法的出血部位。

4. 止血带止血法。四肢较大动脉出血时救命的重要手段，用于其他止血方法不能奏效时。如使用不当可出现肢体缺血、坏死以及急性肾功能衰竭等严重并发症。

（1）止血带的操作方法

充气止血带：如血压计袖带，其压迫面积大，对受压迫的组织损伤较小，并容易控制压力，放松也方便。

橡皮止血带：可选用橡皮管，如听诊器胶管，它的弹性好，易使血管闭塞，但管径过细易造成局部组织损伤。操作时，在准备结扎止血带的部位加好衬垫，以左手拇指和食指、中指拿好止血带的一端，另一手拉紧止血带围绕肢体缠绕一周，压住止血带的一端，然后再缠绕第二周，并将止血带末端用左手食指、中指夹紧，向下拉出固定即可。还可将止血带的末端插入结中，拉紧止血带的另一端，使之更加牢固。

绞紧止血法：如无橡皮止血带，可根据当时情况，就便取材，如三角巾、绷带、领带、布条等均可，折叠成条带状，即可当做止血带使用。上止血带的部位加好衬垫后，用止血带缠绕，然后打一活结，再用一短棒、筷子、铅笔等的一端插入活结一侧的止血带下，并旋转绞紧至停止出血，再将短棒、筷子或铅笔的另一端插入活结套内，将活结拉紧即可。



（2）注意事项

止血带不宜直接结扎在皮肤上，应先用三角巾、毛巾等做成平整的衬垫缠绕在要结扎止血带的部位，然后再上止血带。

结扎止血带的部位在伤口的近端（上方）。上肢大动脉出血应结扎在上臂的上1/3处，避免结扎在中1/3处以下的部位，以免损伤桡神经；下肢大动脉出血应结扎在大腿中部。而在实际抢救伤员的工作中，往往把止血带结扎在靠近伤口处的健康部位，有利于最大限度地保存肢体。

结扎止血带要松紧适度，以停止出血或远端动脉搏动消失为度。结扎过紧，可损伤受压局部，结扎过松，达不到止血目的。

为防止远端肢体缺血坏死，原则上应尽量缩短使用止血带的时间，一般止血带的使用时间不宜超过2~3小时，每隔40~50分钟松解一次，以暂时恢复远端肢体血液供应。松解止血带的同时，仍应用指压止血法，以防再度出血。止血带松解1~3分钟后，在比原来结扎部位稍低平面重新结扎。松解时，如仍有大出血者或远端肢体已无保留可能，在转运途中可不必再松解止血带。

结扎好止血带后，在明显部位加上标记，注明结扎止血带的时间，尽快运往医院。

解除止血带，应在输血输液和采取其他有效的止血方法后方可进行。如组织已发生明显广泛坏死时，在截肢前不宜松解止血带。

（二）窒息

首先只要窒息发生，都需要迅速叫救护车抢救患者，在等待救护车的同时，需要采取以下措施：让患者身体前倾，用手掌用力拍患者后背两肩中间的位置。如果不奏效，那么需要站在患者身后，用拳头抵住患者的腹背部，用另一只手握住那个拳头，上下用力推进推出五次，帮助患者呼吸。患者也可以采取这样的自救措施：将自己的腹部抵在一个硬质的物体上，比如厨房台面，然后用力挤压腹部，让卡在喉咙里的东西弹出来。绝对禁止给正在咳嗽的患者喂水或是其他食物。

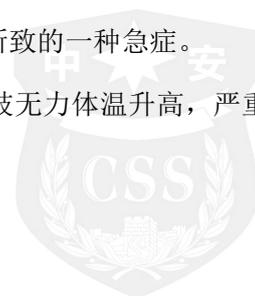
（三）中暑

1. 病因及临床表现

原因：高温环境下人体体温调节中枢功能紊乱和汗腺功能衰竭所致的一种急症。

临床表现：头痛、头晕、口渴、多汗、胸闷、恶心、呕吐、四肢无力体温升高，严重者可出现昏迷。

2. 现场救助的方法



（1）将伤员搀扶或抬到阴凉通风处（空调室）；

（2）解开衣领、腰带，脱去外衣，用凉毛巾敷头，温水擦躯干及四肢；检查伤员神志、呼吸、脉搏、瞳孔，判断伤员病情；清醒者可饮些淡盐水或茶水；

（3）对于严重者，及早呼叫“120”，获得专业急救。

（四）挤、踏伤

1. 拥挤踩踏事故发生后，一方面赶快报警，等待救援，另一方面，在医务人员到达现场前，要抓紧时间用科学的方法开展自救和互救；

2. 在救治中，要遵循先救重伤者、老人、儿童及妇女的原则。判断伤势的依据有：神志不清、呼之不应者伤势较重；脉搏急促而乏力者伤势较重；血压下降、瞳孔放大者伤势较重；有明显外伤，血流不止者伤势较重；

3. 当发现伤者呼吸、心跳停止时，要赶快做人工呼吸，辅之以胸外按压。

（五）骨折

1. 救助原则

救护人如不熟悉脱位的整复技术，不要贸然试行复位，以免增加伤员的痛苦，甚至使组织受伤加重。此时，可固定在原有位置保持安定，局部作冷敷，然后送医疗单位处理。

2. 骨折判断

（1）疼痛。突出表现是剧烈疼痛，受伤处有明显的压痛点，移动时有剧痛，安静时则疼痛减轻。根据疼痛的轻重和压痛点的位置，可以大体判断是否骨折和骨折的部位。无移位的骨折只有疼痛没有畸形，但局部可有肿胀或血肿；

（2）肿胀。出血和骨折端的错位、重叠，都会使外表呈现肿胀现象；

（3）畸形。骨折时肢体会发生畸形，呈现短缩、弯曲或者转向；。

（4）功能障碍。原有的运动功能受到影响或完全丧失；

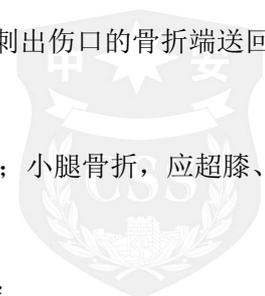
（5）循环、神经损伤的检查。上肢损伤检查桡动脉有否搏动，下肢损伤检查足背动脉有否搏动；触压伤员的手指或足趾，询问有何感觉，手指或足趾能否自由活动。

3. 固定

（1）骨折的救助一定要先固定，再搬运；

（2）遇有开放性骨折，先将伤口止血、包扎后再固定，不要将刺出伤口的骨折端送回伤口内；

（3）固定是必须要超关节，如大腿骨折，应超髋、膝两个关节；小腿骨折，应超膝、踝两个关节；



（4）固定材料不宜直接接触皮肤，应在固定材料与皮肤之间加衬垫，如围巾、布料、衣服等；

（5）固定时绑扎的松紧度要适宜，过松起不到固定的作用，过紧容易造成血液循环障碍而引起肢体坏死；

（6）四肢骨折固定应将指末端露出，以观察血液循环；

（7）对于脊柱（颈椎、腰椎）损伤的伤员，尽量不要轻易搬动，特别是不要违背伤员的意志搬动。如怀疑伤员伴有脊髓损伤，要让伤员在原地保持原位不动，等待专业医疗救助人员的到来。

4. 担架搬运。担架是现场救护搬运中最方便的用具。有 2~4 名人员，救护人员按救护搬运的正确方法将伤员轻轻移上担架，需要的话，做好固定。搬运要点如下：

（1）伤员固定在担架上；

（2）伤员的头部向后，足部向前，以便后面抬担架的救护人员观察伤员的变化；

（3）抬担架人的脚步、行动要一致；

（4）向高处抬时，前面人要将担架放低，后面人要抬高，以使伤员保持水平状态；向低处抬则相反；

（5）一般情况下伤员多采取平卧位，有昏迷时头部应偏于一侧，有脑脊液耳漏、鼻漏时头部应抬高，防止脑脊液逆流和窒息。

（六）突发心血管病

1. 脑血栓。病人多为安静时病发，比较缓慢，多数无头痛、呕吐，但有偏瘫。现场救护方法：

（1）病人侧卧位休息，解开衣领、腰带，打开气道，保持呼吸畅通；

（2）禁食、禁水；

（3）迅速拨打“120”急救电话或速送医院。

2. 脑溢血。大多因血压升高致脑血管破裂。初剧烈头痛伴频繁呕吐，数分钟到数小时发展到高峰，突然昏倒，出现昏迷、面色潮红、口眼歪斜、肢体瘫痪或面色苍白、大小便失禁等。现场救护方法：

（1）病人侧卧位休息，解开衣领、腰带，打开气道，保持呼吸畅通；

（2）禁食、禁水，有条件可吸氧；

（3）迅速拨打“120”急救电话或速送医院；

（4）如呼吸、心跳停止，立即实行心肺复苏。



3. 急性心肌梗塞。心前区、胸骨后压榨样疼痛，常向左肩、左上肢、左背部放射，大汗淋漓、恶心、呕吐、面色苍白。现场救护方法：

- （1）病人立即卧床休息，救助者千万不要随意搬动病人，迅速拨打“120”；
- （2）解开病人衣领、腰带，打开门窗；
- （3）有条件的可给病人吸氧，舌下含服硝酸甘油；
- （4）对呼吸、心跳停止者，实行心肺复苏。

4. 徒手心肺复苏方法

（1）判断患者意识，用视觉、听觉、感觉判断患者呼吸并触摸患者颈动脉搏动，确定心脏是否骤停；

（2）立即呼救，求助他人帮忙；

（3）将病人置于硬板床或地面上，患者头、颈、躯干无扭曲，上肢放置身体两侧，解开衣扣松解裤带；

（4）开放气道，头偏向一侧，头偏到 45-60 度之间，看口腔，头部复位后，压额抬颌法开放气道；

（5）清除口鼻腔分泌物，取出活动性假牙；

（6）口对口人工呼吸：右手托起下颌，拇指轻翻口唇，左手捏住病人鼻孔，施救者深吸一口气后，吹气于病人口内，直至胸廓隆起时止，吹气停止后，松开鼻孔再将头转向一侧，深吸气，再次吹气于病人口内。（每次潮气量约 700-1000ml）；

（7）检查有无颈动脉搏动及循环迹象；

（8）胸外心脏按压，胸骨切迹上两指或胸骨中、下 1/3 交界处。手法：以一手掌根部置于患者胸骨中、下 1/3 交界处，手指翘起不接触胸壁，另一手掌根置于此手的手背上，手臂与胸骨垂直，双肩正对双手。按压：利用上身重量垂直下压约 5cm，然后迅速放松，解除压力，使胸骨自然复位，放松时手掌根不要离开胸壁，压力均匀，按压频率 100 次/分；

（9）胸外按压与人工呼吸比例为 30：2（如此反复进行 5 次）；

（10）复查呼吸、颈动脉搏动及循环迹象（不少于 5 秒）；

（11）如未恢复，继续施救，直至呼吸心跳恢复或医生诊断临床死亡停止抢救。

