

《救护员》修订内容

（精选）

中国红十字会总会训练中心

2020年5月18日

1.第 3 页

第一章 红十字运动基本知识

第二节 红十字运动的组成和标志

三、国家红十字会或红新月会

各国红会……

红十字运动标志，是红十字运动的象征，体现着当今世界的人道与同情。

四、红十字运动的标志

1.标志的含义

改为：

三、国家红十字会或红新月会

各国红会……

四、红十字运动的标志

红十字运动标志，是红十字运动的象征，体现着当今世界的人道与同情。

1.标志的含义

修订依据/理由：完善表述。

2.第 3 页

第二节 红十字运动的组成和标志

1.标志的含义

保护性——表明这是一个受到国际人道法保护的人或物，不应受到攻击的人或物。

标明性（亦称识别性或指示性）——表明这是与红十字运动有关的人或物。

改为：

1.标志的含义

保护作用——是标示在战争、武装冲突中必须受到尊重和保护的
人员和设备、设施。

标明作用——是标示与红十字活动有关的人或者物。

修订依据/理由：《中华人民共和国红十字会法》（2017年2月24日修订）。

3.第 10 页

第二章 救护概论

第二节 红十字救护员

增加一个标题:

四、红十字救护员的法律保障

《中华人民共和国民法总则》第 184 条规定:因自愿实施紧急救助行为造成受助人损害的,救助人不承担民事责任。

修订依据/理由:《中华人民共和国民法总则》。

4.第 11 页

第三节 应急救护的程序

(三) 检查呼吸 (breathing)

用扫视的方法判断伤病员有无呼吸，检查时间不超过 10 秒。

改为：

(三) 检查呼吸 (breathing)

用“听、看、感觉”的方法判断伤病员有无呼吸或异常呼吸，检查时间约 10 秒。

修订依据/理由：国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

5.第 12 页

第三节 应急救护的程序

(六) 充分暴露检查伤情 (exposure)

在伤病员情况较平稳、现场环境许可的情况下，应充分暴露伤病员受伤部位，以便进一步检查和处理。

改为：

(六) 详细检查伤情 (exposure)

在伤病员情况较平稳、现场环境许可的情况下，应充分暴露伤病员受伤部位，以便进一步检查和处理。

修订依据/理由：完善表述。

第四节 应急救护的注意事项

表 1 简明检伤分类表

“第一优先”的“伤情”列：

呼吸频率 > 30 次/分或 < 6 次/分；有脉搏搏动，毛细血管充盈时间 > 2 秒；有意识或无意识。

“第二优先”的“伤情”列：

呼吸频率 < 30 次/分或 > 6 次/分；有脉搏搏动，毛细血管充盈时间 < 2 秒；能正确回答问题、按指令动作。

改为：

“第一优先”的“伤情”列：

呼吸频率 > 30 次/分或 < 6 次/分；有脉搏搏动，毛细血管复充盈时间 > 2 秒；有意识或无意识。

“第二优先”的“伤情”列：

呼吸频率 $6\sim 30$ 次/分；有脉搏搏动，毛细血管复充盈时间 < 2 秒；能正常回答问题、按指令动作。

修订依据/理由：修改错误。

第四节 应急救护的注意事项

(二) 俯卧位翻转为仰卧位

如果伤病员意识不清,且处于俯卧位,应将伤病员翻转为仰卧位。

处理方法(图 11a、b、c、d、e、f、g、h、i)。

2.救护员用一只手承托伤病员头枕部,用另一只手抓紧对侧腋下,先将伤病员翻转成侧卧位,再缓慢转成仰卧位。

改为:

(二) 俯卧位翻转为仰卧位

如果伤病员意识不清,且处于俯卧位,应将伤病员翻转为仰卧位。

对怀疑有脊柱损伤的伤病员应保持其原体位不动。处理方法(图 11a、b、c、d、e、f、g、h、i)。

2.救护员用一只手保护伤病员头颈部,用另一只手伸入对侧腋下,将伤病员缓慢翻转成仰卧位。

修订依据/理由:完善表述。

第三章 心肺复苏

第一节 概述

第一段

心肺复苏（cardiopulmonary resuscitation, CPR）是最基本和最
重要的抢救呼吸、心搏骤停者生命的医学方法，可以通过徒手、辅助
设备及药物来实施，以维持人工循环、呼吸和纠正心律失常。本书重
点介绍徒手心肺复苏。

改为：

心搏骤停是指患者心脏有效泵血功能突然丧失，导致血液循环停
止，全身各个脏器的血液供应完全中断，如不及时恢复心搏，患者可
发生临床死亡。心肺复苏（cardiopulmonary resuscitation, CPR）是
最基本的抢救呼吸、心搏骤停者生命的方法，通过徒手、应用辅助设
备及药物来维持人工循环、呼吸和纠正心律失常。

修订依据/理由：1.补充心搏骤停定义；2.完善表述。

第三节 生存链

一、“生存链”的概念

……国际心肺复苏指南继续强调，有效基本生命支持（basic life support, BLS）是高级生命支持（advanced cardiovascular life support, ACLS）成功的基础，复苏开始尽可能减少中断高质量 CPR，在数分钟内对室颤/无脉室速（VF/VT）的患者进行电除颤，并提出新“生存链”的第五个环节即心搏骤停后多学科综合优化救治的重要性。

改为：

……国际心肺复苏指南继续强调，有效的基本生命支持是高级生命支持成功的基础，复苏开始尽可能减少中断高质量 CPR，在数分钟内对心室纤维性颤动（室颤）和无脉性室性心动过速的患者进行电除颤，并提出成人生存链和儿科生存链，成人心搏骤停生存链中的环节基于心搏骤停是发生在院内还是院外而有所不同，分为院内心搏骤停生存链和院外心搏骤停生存链，本节主要介绍成人院外心搏骤停生存链。

修订依据/理由：2015AHA 指南。

第三节 生存链

二、生存链

(一) 第一环节——早期识别求救

早期发现心脏性猝死的征兆，如胸痛、气短等，一旦发生心搏骤停，出现“无反应、无呼吸，以及无循环指征”，快速求救急救医疗服务系统（emergency medical service system, EMSS）。

改为：

(一) 第一环节——尽早识别、求救

尽早发现心搏骤停的预兆，如胸痛、气短等，一旦发生心搏骤停，必须快速采取行动，及时启动急救系统。

修订依据/理由：完善表述。

11.第 24-25 页

第三节 生存链

(二) 第二环节——早期心肺复苏

(三) 第三环节——早期电除颤

(四) 第四环节——早期高级生命支持

改为:

(二) 第二环节——尽早心肺复苏

(三) 第三环节——尽早电除颤

(四) 第四环节——尽早高级生命支持

修订依据/理由: 完善表述。

12.第 25 页

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

现场急救人员首先对患者有无反应、意识，呼吸和循环体征做出基本判断。只要发现无意识、无呼吸（包括异常呼吸），立即……

改为：

现场救护员首先对患者有无反应、意识和呼吸做出基本判断。只要发现无意识、无呼吸（或叹息样呼吸），立即……

修订依据/理由：1. 非专业人员在判断是否需要实施 CPR 时不需要检查脉搏；2.完善表述。

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

一、识别判断

只要发现地点……

判断成人意识：……

判断婴儿意识：……

改为：

一、识别判断

判断意识：现场救护员在患者身旁快速判断其有无损伤和反应，判断成人意识可轻拍患者双肩，并大声呼叫：“你怎么了？”判断婴儿意识可用手指轻弹或拍其足底。患者无动作或应声，即判断为无意识。

判断呼吸：如患者无意识，应立即检查患者有无呼吸。如果患者为俯卧位，先将其翻转为仰卧位再检查呼吸。保持患者呼吸道通畅，采用“听、看、感觉”的方法判断呼吸，检查时间约 10 秒。

修订依据/理由：1. “识别判断”部分增加“判断患者呼吸”的内容；2. 国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

14.第 25 页

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

二、呼叫、求救

发现患者无反应、无意识及无呼吸（或叹息样呼吸），应立即高声呼叫：

……

3.请先生（女士）帮忙拨打“120”，如果有除颤仪请取来。

改为：

发现患者无意识、无呼吸（或叹息样呼吸），应立即高声呼叫：

……

3.请这位先生（女士）帮忙拨打“120”，附近如果有 AED 请取来。

修订依据/理由：完善表述。

15.第 26 页

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

(一) 胸外心脏按压

1.确定按压部位:

- (1) 两乳头连线中点。

改为:

(一) 胸外按压

1.确定按压部位:

- (1) 胸部正中、两乳头连线水平，即胸骨下半部；

修订依据/理由: 1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》;

2.完善表述。

16.第 26 页

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

2.将双手十指相扣，一手掌紧贴患者胸壁，另一手掌重叠放在此手背上，手掌根部长轴与胸骨长轴确保一致，有力压在胸骨上。

改为：

2.一只手掌根紧贴患者胸壁，双手十指相扣，掌根重叠，掌心翘起。

修订依据/理由：完善表述。

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

方框“高质量心肺复苏的标准” 改为：

高质量心肺复苏的标准

- 按压频率：100 ~ 120 次/分
- 按压深度
 - 成人 5 ~ 6cm
 - 儿童至少为胸廓前后径的 1/3（约 5cm）
 - 婴儿至少为胸廓前后径的 1/3（约 4cm）
- 每次按压后胸廓完全回复原状
- 按压过程中尽量减少胸外按压的中断
- 避免过度通气

修订依据/理由：1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》；
2.完善表述；3.将“高质量心肺复苏的标准”方框放在第 32 页，即婴儿 CPR 操作流程之后。

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

标题“(二)人工呼吸(口对口吹气)”到标题“(五)其他特殊情况”部分的内容

改为:

(二) 开放气道

观察口腔,如有异物进行清除。采用仰头举颏法打开气道,下颌角及耳垂连线与平卧面约呈 90° 角(见第二章第三节)。

(三) 人工呼吸

救护员用手捏住患者鼻孔,防止漏气,用口把患者口完全罩住,呈密封状,缓慢吹气 2 次,每次吹气应持续 1 秒,确保吹气时可见胸廓隆起。吹气不可过快或过度用力,推荐约 500-600ml 潮气量。

(四) 重新评价

以 30:2 的按压/吹气比例,进行 5 组 CPR。5 组后,重新检查呼吸和脉搏,时间约 10 秒。如患者心搏和自主呼吸仍未恢复,继续重复 CPR。如患者心搏和自主呼吸已恢复,应将其翻转为复原体位(见第二章第四节),随时观察生命体征。

(五) 单纯胸外按压的 CPR

若施救者在救治心搏骤停患者时不愿或不能实施口对口人工呼吸,可只进行胸外按压。胸外按压应连续进行,每分钟 100~120 次。持续按压,直到专业急救人员到达或患者恢复心搏和自主呼吸。但是,

对于儿童、婴儿及缺氧性心搏骤停的患者（如溺水、呼吸道阻塞），应实施带人工呼吸的心肺复苏。

（六）其他特殊情况

对淹溺或其他因窒息原因所致心搏骤停者，如果只有一人在现场而无法同时呼救时，应先实施 1 分钟 CPR，然后再启动急救系统。如有 2 人及以上在场，一人打电话，另一人马上实施 CPR。

修订依据/理由：国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》

1.按 CAB 流程，增加“开放气道”部分；2.增加“单纯胸外按压的 CPR”。

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

- 1.判断有无意识、呼吸。
- 2.无意识，无呼吸或异常呼吸，先行 2 分钟的 CPR。
- 3.再呼救 EMSS，继续 CPR。

改为：

- 1.用手拍打儿童双肩并大声呼唤，判断有无意识；用“听、看、感觉”的方法判断有无呼吸。
- 2.无意识、无呼吸（或叹息样呼吸），立即启动急救系统。
- 3.立即实施 CPR，如果只有一人在现场而无法同时呼救时，应先实施 1 分钟 CPR，再启动急救系统，继续 CPR。

修订依据/理由：1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》；
2.完善表述。

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

1.开放气道 观察口腔，如有异物进行清除。采用仰头举颏法打开气道，下颌角与耳垂连线和平卧面成约 60° 角。

2.人工呼吸 采用口对口吹气 2 次，吹气频率 12-20 次/分钟，每次吹气时间约 1 秒钟，可见胸廓起伏。

3.胸外心脏按压 按压部位胸骨下 1/2 处，采用单掌或双掌按压，频率 100~120 次/分钟，按压幅度至少为胸廓前后径的 1/3，每次按压后胸廓复位。按压通气比 30:2。行 5 组 CPR 评估一次效果。

改为：

1.开放气道：观察口腔，如有异物进行清除。采用仰头举颏法打开气道，下颌角及耳垂连线与平卧面约呈 60° 角。

2.人工呼吸：采用口对口人工呼吸，每次吹气时间应持续约 1 秒，连续吹气 2 次，吹气时可见胸廓隆起。

3.胸外按压：按压部位与成人相同，为胸部正中、两乳头连线水平，即胸骨下半部，采用单掌或双掌按压，按压频率 100~120 次/分，按压深度至少为胸廓前后径的 1/3（约 5cm），每次按压后胸廓完全回复原状。单人施救按压/吹气比 30:2，2 人及以上施救为 15:2。每 5 组 CPR 评估一次效果。

修订依据/理由：1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》；
2.增加双人按压/吹气比；3.完善表述。

21.第 31 页

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

- 1.用手拍打足底，判断有无意识。判断有无呼吸。
- 2.无意识、无呼吸或异常呼吸，先行 2 分钟的 CPR，按压/通气为 30:2，每次按压后胸廓充分复位。行 5 组 CPR 评估一次效果。
- 3.再呼救 EMSS，继续 CPR。

改为：

- 1.用手拍打足底，判断有无意识；用“听、看、感觉”的方法判断有无呼吸。
- 2.无意识、无呼吸（或叹息样呼吸），立即启动急救系统。
- 3.立即实施 CPR，如果只有一人在现场而无法同时呼救时，应先实施 1 分钟 CPR，再启动急救系统，继续 CPR。

修订依据/理由：1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》；
2.完善表述。

第四节 现场心肺复苏的程序及操作技术

1.开放气道 观察口腔，如有异物进行清除。采用仰头举颏法打开气道，下颌角与耳垂连线与平卧面成约 30° 角。

2.人工呼吸 采用口对口鼻人工呼吸，吹气频率 12-20 次/分钟，每次吹气时间约 1 秒钟，可见胸廓起伏。

3.胸外心脏按压 按压部位紧贴胸部正中乳头连线下方水平，采用双指按压法，按压频率 100~120 次/分钟，按压幅度至少为胸廓前后径的 1/3，每次按压后胸廓复位。

改为：

1.开放气道：观察口腔，如有异物进行清除。采用仰头举颏法打开气道，下颌角及耳垂连线与平卧面约呈 30° 角。

2.人工呼吸：采用口对口鼻人工呼吸，每次吹气时间应持续约 1 秒，连续吹气 2 次，吹气时可见胸廓隆起。

3.胸外按压：按压部位为胸部正中、两乳头连线下方水平，采用双指或双手环抱双拇指按压（只适应于双人施救时），按压频率 100~120 次/分，按压深度至少为胸廓前后径的 1/3（约 4cm），每次按压后胸廓完全回复原状。单人施救按压/吹气比为 30:2，2 人及以上施救为 15:2。每 5 组 CPR 评估一次效果。

修订依据/理由：1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》；
2.增加双人按压/吹气比；3.完善表述。

七、成人、儿童、婴儿 CPR 标准对比表（表 4）

项目 \ 分类		成人（青春期以后）	儿童（1 岁 ~ 青春期）	婴儿（出生后 1~12 月）
判断意识		轻拍双肩、呼喊	轻拍双肩、呼喊	拍打足底
检查呼吸		用“听、看、感觉”的方法判断有无呼吸或异常呼吸		
胸外 按压	CPR 步骤	C-A-B	A-B-C 此步骤亦适用于淹溺者	
	按压部位	胸部正中、两乳头连线水平（胸骨下半部）		胸部正中、两乳头连线下方水平
	按压方法	双手掌根重叠	单手掌根或双手掌根重叠	两手指或双手环抱双拇指按压
	按压深度	5 ~ 6cm	至少为胸廓前后径的 1/3（约 5cm）	至少为胸廓前后径的 1/3（约 4cm）
	按压频率	100 ~ 120 次/分 即最少每 18 秒按 30 次，最快每 15 秒按 30 次		
	胸廓反弹	每次按压后即完全放松，使胸壁充分回复原状，使血液回心		
	按压中断	尽量避免中断胸外按压，应把每次中断的时间控制在 10 秒以内		
开放气道		头后仰约呈 90° 角	头后仰约呈 60° 角	头后仰约呈 30° 角
人工 呼吸	吹气方式	口对口或口对鼻		口对口鼻
	吹气量	可见胸廓隆起		
	吹气时间	吹气持续约 1 秒		
按压/吹气比		30:2	单人施救 30:2, 2 人及以上施救 15:2	
CPR 效果 评估	检查脉搏	检查颈动脉	检查颈动脉或股动脉	检查肱动脉
	检查呼吸	用“听、看、感觉”的方法判断有无呼吸或异常呼吸		

修订依据/理由：1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》；
2.修改错误；3.规范表述。

第五节 自动体外除颤器(AED)

一、心搏骤停

……

改为：

一、概述

当心脏受到急病、创伤、中毒、触电或溺水等内在或外在因素的影响时，可能会造成心律失常，其最严重的后果是心搏骤停。心室纤维性颤动（室颤）和无脉性室性心动过速是两种常见的致命性心律失常，电击除颤是治疗这两种心律失常的唯一有效手段。自动体外除颤器（automated external defibrillator, AED）可自动分析患者心律，识别是否为可除颤心律。如为可除颤心律，AED 可在极短时间内发放出大量电流经过心脏，以终止心脏所有不规则、不协调的电活动，使心脏电流重新自我正常化。

尽早电除颤是“生存链”各环节中重要一环，对提高心搏骤停患者的生存机会起到关键作用。在人口稠密的社区和人员活动多的场所配备 AED，并培训现场救护员，对挽救心搏骤停患者生命意义重大。

修改依据/理由：1.补充内容；2.完善表述。

第五节 自动体外除颤器(AED)

3.救护员语言示意周边人员都不要接触患者，等候 AED 分析心律是否需要电除颤。

4.救护员得到除颤信息后，等待充电，……

5.按按钮电击除颤（图 26）。

6.继续 CPR 2 分钟后，AED 将再自动分析心律。

改为：

3.救护员语言示意周围人员不要接触患者，等待 AED 分析心律，判断是否需要电除颤。

4.救护员得到除颤信息后，等待 AED 充电，……

5.按按钮进行电击除颤（图 26）。

6.除颤后继续实施 CPR 2 分钟，AED 再次自动分析心律。

7.如果 AED 提示不需要电击除颤，应立即实施 CPR。

8.如此反复操作，直至患者恢复心搏和自主呼吸，或者专业急救人员到达。

修订依据/理由：增加两条内容，完善表述。

第五节 自动体外除颤器(AED)

增加以下内容:

三、AED 的选择

1.成人和 8 岁及以上的儿童应使用标准 AED。

2.8 岁以下的儿童应使用儿童电极片,或者使用 AED 的儿童模式;

如果两者都没有,可以使用标准 AED。

3.对于婴儿,应首选使用手动除颤器而不是 AED 进行除颤;如果没有手动除颤器,应使用儿童电极片,或者使用 AED 的儿童模式;

如果都没有,可以使用标准 AED。

四、AED 的使用注意事项

1.在贴放电极片前,应先清除患者过多的胸毛,确保电极片与皮肤贴合紧密。

2.要迅速擦干患者胸部过多的水分或汗液,然后再贴放电极片。

3.不能在水中或金属等导电物体表面使用 AED。如果患者躺在水中,要先将患者抬出,并擦干胸部再使用 AED。

4.避免将电极片贴在患者植入式除颤器、起搏器和药物贴片上。

5.按照说明放置好电极片,如果电极片贴反了,不用取下重贴。

修订依据/理由: 国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》,补充 AED 选择和注意事项的内容。

27.第 38 页

第六节 气道异物梗阻

1.背部叩击法

(5) 背部叩击法最多进行 5 次，但如果通过叩击减轻梗阻，不一定**每次都**要做满 5 次（图 29a、b）。

改为：

1.背部叩击法

(5) 背部叩击法最多进行 5 次，但如果通过叩击减轻梗阻，不一定要做满 5 次（图 29a、b）。

修订依据/理由：完善表述。

28.第 40 页

第六节 气道异物梗阻

(2) 互救腹部冲击法（海氏冲击法）

重复 5 次，如果梗阻没有解除，继续交替进行 5 次背部叩击法（图 32a、b）。

改为

(2) 互救腹部冲击法（海氏冲击法）

最多重复 5 次，如果梗阻没有解除，继续交替进行 5 次背部叩击和 5 次腹部冲击（图 32a、b）。

修订依据/理由：完善表述。

第六节 气道异物梗阻

图 35 成人气道异物梗阻现场救治流程图

图左边的流程方框“能否**大声**咳嗽或说话”改为“能否咳嗽或说话”

图左边的流程方框“**鼓励用力咳嗽；背部叩击法 5 次；腹部冲击法 5 次；交替进行**”改为“**轻度梗阻，鼓励用力咳嗽**”

图左边的流程方框“症状加重，背部叩击法 5 次；腹部冲击法 5 次，交替进行”改为“症状加重，背部叩击法 5 次，腹部冲击法 5 次，交替进行”

图右边“**呼叫 EMSS**，开始 CPR”改为“**启动急救系统**，开始 CPR”

修订依据/理由：完善表述。

第六节 气道异物梗阻

(4) 救护员采取坐或跪的姿势，使婴儿安全地躺在腿上。

(6) 用另一手的掌根部在肩胛骨之间给予 5 次快速的拍打。

检查每次拍打背部是否解除了气道梗阻，如果解除，不一定要做足 5 次。

改为：

(4) 救护员采取坐或跪的姿势，使婴儿安全地俯卧在腿上。

(6) 用另一手的掌根部在肩胛骨之间给予 5 次快速的叩击。

检查每次叩击背部是否解除了气道梗阻，如果解除，不一定要做足 5 次。

修订依据/理由：完善表述。

31.第 45 页

第六节 气道异物梗阻

2.胸部冲击法

(2) 在两乳头连线中点给予胸部冲击按压，深度约为胸廓前后径的 1/3。

(4) 重复 5 次

改为：

(2) 在两乳头连线下方水平给予胸部冲击按压，深度约为胸廓前后径的 1/3。

(4) 最多重复 5 次。

修订依据/理由：国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

第六节 气道异物梗阻

图 41 婴儿气道异物梗阻现场救治流程图

第一个方框“救护员评估现场环境采取安全措施”改为：“救护员评估现场环境，采取安全措施”

第二个方框“婴儿能否大声咳嗽、能否发声”改为“婴儿能否咳嗽、能否发声”

第三个方框“继续观察，背部叩击法 5 次；胸部冲击法 5 次；交替进行（头低位）”改为“轻度梗阻，继续观察症状变化”

第四个方框“症状加重，背部叩击法 5 次；胸部冲击法 5 次，交替进行（头低位）”改为“症状加重，背部叩击法 5 次；胸部冲击法 5 次，交替进行（头低位）”

第六个方框“移至坚硬平面上，呼叫 EMSS”改为“移至坚硬平面上，启动急救系统”

修订依据/理由：完善表述。

33.第 51 页

第四章 创伤救护

第一节 概述

3.用手指从颅底沿着脊柱向下轻轻、快速地触摸，检查是否有肿胀或变形。检查时不可移动伤员。如果可疑有颈椎损伤，应**固定颈部**。

改为

3.用手指从颅底沿着脊柱向下轻轻、快速地触摸，检查是否有肿胀或变形。检查时不可移动伤员。如果可疑有颈椎损伤，应**尽量保持其原体位不动**。

修订依据/理由：国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

34.第 52 页

第一节 概述

图 42 简明检伤分类法

将“呼吸频率大于 30 次或小于 6 次/分钟”改为“呼吸频率大于 30 次/分或小于 6 次/分”

将“呼吸频率小于 30 次且大于 6 次/分钟”改为“呼吸频率 6~30 次/分”

修订依据/理由：修改错误。

第二节 创伤出血与止血

将三角巾或其他布料折叠成约 5 厘米宽平整的条状带。

.....

将一绞棒（如铅笔、筷子、扫把、竹棍等）插入活结的外圈内，
然后提起绞棒旋转绞紧至伤口停止出血为度。

将棒的另一端插入活结的内圈固定。

改为

将三角巾或其他布料折叠成约 10cm 宽平整的条状带。

.....

将一绞棒（如铅笔、筷子、扫把、竹棍等）插入活结旁的圈内，
然后提起绞棒旋转绞紧至伤口停止出血为度。

将棒的另一端插入活结套内固定。

修订依据/理由：1.修改错误；2.完善表述。

第二节 创伤出血与止血

(2) 注意事项:

结扎止血带的时间一般不应超过 2 小时,每隔 40~50 分钟或发现伤员远端肢体变凉,应松解一次,松解时如有出血,可压迫伤口止血。松解约 3 分钟后,在比原结扎部位稍低的位置重新结扎止血带。

改为:

结扎止血带后每隔 40~50 分钟或发现伤员远端肢体变凉,应松解一次,松解时如有出血,可压迫伤口止血。松解约 3 分钟后,在比原结扎部位稍低的位置重新结扎止血带。

应尽快送伤病员去医院救治。

修订依据/理由: 国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》,不建议采用止血点附近按压和抬高肢体的方法控制出血。

第二节 创伤出血与止血

(一) 可疑内出血的一般判断

- 1.伤员面色苍白、皮肤出现发绀。
- 2.口渴，手足湿冷，出冷汗。
- 3.脉搏快而弱，呼吸急促。
- 4.烦躁不安或表情淡漠，甚至意识不清。
- 5.发生过外伤或有相关疾病史。
- 6.皮肤有撞击痕迹，局部有肿胀。
- 7.体表未见到出血。

改为：

- 1.发生过外伤或有相关疾病史。
- 2.皮肤有撞击痕迹，局部有肿胀。
- 3.烦躁不安或表情淡漠，甚至意识不清。
- 4.伤员面色苍白、皮肤出现发绀。
- 5.口渴，手足湿冷，出冷汗。
- 6.脉搏快而弱，呼吸急促。
- 7.体表未见到出血。

修订依据/理由：优化表述的顺序。

38.第 62 页

第三节 现场包扎技术

二、包扎材料

常用的包扎材料有创可贴、尼龙网套、三角巾、绷带、弹力绷带、胶带及就便器材如手帕、领带、毛巾、头巾、衣服等。

改为：

二、包扎材料

常用的包扎材料有创可贴、尼龙网套、三角巾、绷带、胶带等，还可根据三角巾使用原理就地取材，利用干净的手帕、毛巾、领带、围巾、衣服、床单等作为包扎材料。

修订依据/理由：完善表述。

39.第 71-72 页

第四节 骨折固定

四、固定材料

颈托、脊柱板、夹板、铝芯塑型夹板、就地取材（杂志、硬纸板、报纸）、头部固定器等。

改为：

四、固定材料

夹板、铝芯塑型夹板、就地取材（杂志、硬纸板、报纸）等。

修订依据/理由：国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

40.第 72 页

第四节 骨折固定

五、固定原则

2.用绷带、三角巾、夹板固定受伤部位。夹板与皮肤、关节、骨突出部位之间加衬垫。

改为：

五、固定原则

2.用绷带、三角巾、夹板固定受伤部位。夹板固定时，夹板与肢体骨性突起部位之间加衬垫；躯干和健侧肢体固定时，肢体与躯干之间、肢体之间加衬垫。

修订依据/理由：完善表述。

第四节 骨折固定

图 69 标注打结固定顺序



图 70 标注打结固定顺序



修订依据/理由：完善表述。

第五节 关节脱位与扭伤

3.用毛巾浸冷水或用冰袋冷敷肿胀处 30 分钟左右。

4.按骨折固定的方法固定伤处。在肿胀处可用厚布垫包裹，用绷带或三角巾包扎固定时应尽量宽松。

改为：

3.用毛巾浸冷水冷敷肿胀处，每次时间不能超过 20 分钟。

4.按骨折固定的方法固定伤处。在肿胀处可用厚布垫包裹，用绷带或三角巾包扎固定时应适当加压。

修订依据/理由：国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

第六节 伤员的搬运护送

(二) 使用器材搬运

增加以下内容：

3.椅子搬运



修订依据/理由：补充内容。

第七节 特殊创伤处置

(二) 开放性气胸

胸壁有伤口……，严重者出现休克。

开放性气胸的现场处理：

- 1.环境安全，救护员做好自我防护。
 - 2.伤员无昏迷、休克取半卧位，立即启动 EMSS。
 - 3.简单包扎或三边封固包扎。
- 简单包扎 ……（图 83）
- 三边封固包扎……（图 84）

改为：

(二) 开放性气胸

胸壁有伤口……，严重者出现休克。开放性气胸包扎时需要使用非密封性敷料，防止封闭伤口造成张力性气胸。

开放性气胸的现场处理：

- 1.环境安全，救护员做好自我防护。
- 2.无昏迷、休克的伤员取半卧位，立即启动急救系统。
- 3.简单包扎，用纱布或清洁敷料压在伤口上，再用宽带包扎（图 83）。

修订依据/理由：国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

45.第 87 页

第七节 特殊创伤处置

删除“图 84 三边封固包扎”

修订依据/理由：修改成与前文相对应。

第七节 特殊创伤处置

三、腹部开放性损伤肠管溢出

- 2.伤员仰卧屈膝位，迅速启动 EMSS。
- 3.可用保鲜膜、塑料袋或干净敷料浸湿拧干后覆盖，外套环形圈。

改为：

三、腹部开放性损伤肠管溢出

- 2.伤员仰卧屈膝位，迅速启动急救系统。
- 3.可用干净湿敷料覆盖外溢的肠管，如条件允许可再用保鲜膜覆盖湿敷料，外套环形圈。

删除“图 85 肠管溢出现场处理”的 b 图

修订依据/理由：1.修改错误；2.完善表述。

第二节 急性冠状动脉综合征

二、应急救护按原则

4.正确协助患者服药

(1) 硝酸甘油：首次舌下含服 0.5mg（1 片），如症状无缓解，患者血压无降低，可每隔 5 分钟再次含服 1 片，连续 4~5 次

改为：

4.正确协助患者服药

(1) 硝酸甘油：首次舌下含服 0.5 mg（1 片），3~5 分钟后如症状不缓解，可再次含服 1 片。

修订依据/理由：修改错误。

48.第 106-107 页

第二节 烧烫伤

烧烫伤是生活中常见的意外。由火焰、沸水、热油、电流、热蒸汽、辐射、化学物质（强酸强碱）等引起。

改为：

烧烫伤是生活中常见的意外伤害。由火焰、沸水、热油、电流、热蒸汽、辐射、化学物质（强酸强碱）等引起。

文中“水泡”改为“水疱”，共有七处

修订依据/理由：1.修改错误；2.完善表述。

49.第 109 页

第六节 淹溺

2.岸上救护

(2) 无呼吸、心搏者，立即给予 2 次人工吹气，然后做胸外心脏按压，五组后判断复苏效果。

改为：

2.岸上救护

(2) 无呼吸、心搏者，立即给予 2~5 次人工呼吸，然后开始实施 CPR，五组后判断复苏效果。

修订依据/理由：1.国际联合会《2016 年国际急救与复苏指南》。

2.完善表述。

50.第 110 页

第六节 犬咬伤

三、应急救护原则

(3) 不包扎伤口，立即到疾控中心注射狂犬疫苗和破伤风抗毒素。

改为：

3.不包扎伤口，立即到就近的医疗卫生机构注射狂犬病疫苗和破伤风抗毒素。

4.注射疫苗期间，要严格遵照医嘱，保证及时、全程、足量注射，规律作息，避免剧烈运动，禁食烟、酒、浓茶、咖啡和辛辣刺激食物。

修订依据/理由：1.修改错误；2.完善表述。

第一节 火灾

二、火灾避险原则

(一) 报警

报警内容：单位、地址、起火部位、燃烧物质、火势大小、有无人员被困、进入火场路线以及联系人姓名、电话等。

改为：

报警内容：单位、地址、起火部位、燃烧物质、火势大小、有无人员被困、周围有无易燃易爆物品、进入火场路线以及联系人姓名、电话等，并派人到路口接应消防车进入火场。

修订依据/理由：完善表述。

52.

将书中“启动 EMSS”“向 EMSS 呼救”等类似表述统一改为“启动急救系统”，除上文中提及处，其余页码位置为：

25、29、31、47、87、88、91、93、95、107

修订依据/理由：全书 EMSS 统一改为“急救系统”。