

开放性伤口的止血包扎

【目的】

掌握开放性伤口止血、包扎方法及原则。

【物品及器材】

口罩、帽子、无菌手套、碘伏消毒棉签、酒精棉球、生理盐水、消毒纱布、消毒绷带、棉垫，换药碗、金属镊，血管钳，丝线等。

【背景知识】

开放性损伤指创伤如擦伤、撕裂伤、切伤和砍伤、刺伤等使皮肤完整性遭到破坏，甚至可引起深部器官损伤。开放性损伤可分为穿入伤和穿透伤两种。穿入伤是指利器或投射物接穿入体表后造成的损伤。穿透伤是指穿透体腔的穿入伤，即穿透各种体腔（脑膜腔、脊膜腔、胸膜腔、腹膜腔、关节腔）者均称穿透伤。仅有入口而无出口的损伤称为盲管伤；既有入口又有出口的损伤则称为贯通伤。按受伤机理可分为：

1. 擦伤：是最轻的一种创伤，系皮肤与硬物粗糙面相摩擦而产生的表浅损伤，表现为表皮剥脱，少许出血点和渗血，继而可出现轻度炎症。
2. 撕裂伤：因暴力作用，如行驶的车辆、开动的机器等，撞击人体后造成的皮肤和皮下组织撕裂。由于作用力不同，撕裂伤的伤口形态各异。
3. 切割伤：多因锐器或边缘锐利的物体切割所致，临床上常见切伤和砍伤。切伤的伤口边缘较整齐，伤口大小深浅不一，严重者深部血管、神经、肌肉可被切断，出血较多。砍伤与切伤相似，但刃器较重、作用力较大故伤口常较深，组织损伤重。
4. 刺伤：木刺、竹竿、金属等尖锐物体所致的损伤。伤口较小而深，有时可伤及深部器官或造成异物存留，易并发细菌感染。

出血性质判断：

1. 动脉出血：鲜红色，呈间歇喷射状与心跳频率相吻合，常在短时间内造成大量出血，经急救可能止血，可危及伤者生命。急救方法是就地止血，一般在受伤动脉的近心端，采用指压止血法或止血带止血法进行止血。
2. 静脉出血：暗红色、较缓慢流或持续性涌出，出血量逐渐增多，多不自愈，如不及时止血，逐渐形成失血性休克。
3. 毛细血管出血：浅红色、点状或片状渗血、量可多可少，可自止。出血缓慢，出血量少。如擦破伤，一般会局部血液凝固而自然止血。
4. 出血是任何创伤均可发生的并发症，它是威胁伤员生命十分重要的原因之一。急救现场根据伤口的部位、大小、深度以及出血的颜色、速度，迅速判断出血的性质，采取有效、可靠的方法，分秒必争地止血，对挽救伤者生命具有特殊意义。

止血方法除外止血剂应用可分为手术止血和非手术止血。

包扎的目的是保护伤口，减少污染，压迫止血，固定骨折、关节和敷料并止痛。

【操作关键步骤】

(一)开放性伤口非手术止血方法：

1. 加压包扎止血法

(1) 适应证：是最常用而有效的一种方法，大多数创伤性出血，特别是中等程度的小动脉和静脉出血，经加压包扎后均能止住或减轻。适用于野外或现场急救以及急诊室内病情危重者或需立即手术清创前处理，以及清创缝合后伤口少量渗血处理。

(2) 方法：抬高受伤部位的肢体，藉重力作用减少血液流向伤口处。用一清洁纱布垫盖在伤口上并施压约 5~10 分钟，使血管压扁，血流变慢，血凝块易于形成，以促进伤口止血。当出血基本上停止后，在原位加上另一块纱布垫，不要取除第一块纱布垫，否则会引起再次出血。再用绷带或三角巾以适当压力包扎保护，以便牢固地把纱布垫固定在原位，并防止伤口被碰撞。

(3) 并发症及预防：加压包扎用力需均匀，压迫时间及包扎松紧适度，以免导致大面积局部组织缺血坏死。如果采用肢体头面部绷带环形缠绕压迫超过一小时需检查一下局部组织循环状况，必要时适当松绑。

2. 指压动脉止血法

(1) 适应证：此法根据人体主要动脉的体表投影位置，用单个或多个手指向骨骼方向加压，以压闭动脉来止住伤口的大量出血。此法的缺点是效果有限不能持久，用于发生大出血时能为寻找急救材料或使用其他止血方法赢得时间，适用于中等或较大的动脉出血。

(2) 常见部位的指压点及方法：

- a) 头顶部出血，压迫同侧耳屏前方颞弓根部的搏动点（颞浅动脉）止血。压迫它就可能止住额部、头顶部及颞部的出血。
- b) 额面部出血：压迫同侧下颌骨下缘、咬肌前线的搏动点（面动脉）止血。可先找到咀嚼肌（咀嚼时面部较硬的那块肌肉），在其前缘向下摸到下颌骨下缘表面，压迫它就可以止住额面的出血。
- c) 鼻出血：头抬高，手指自鼻翼处向内侧鼻中隔施压可止住大部分由于前鼻腔粘膜血管破裂导致的出血。
- d) 颈部、面深部、头皮部出血：压迫颈总动脉搏动点。用拇指或其余 4 指压迫同侧气管外侧与胸锁乳突肌前缘中点之间的强搏动点，用力向后压向第 6 颈椎横突上，达到止血的目的。
- e) 前臂出血：压迫肱二头肌内侧沟中部的搏动点（肱动脉），压向肱骨。
- f) 手掌、手背出血：压迫手腕横纹稍上的内、外侧搏动点（尺、桡动脉）将动脉分别压向尺骨和桡骨。
- g) 肩部、腋部、上臂出血：压迫同侧锁骨上窝中部的搏动点（锁骨下动脉），压向第 1 肋骨。
- h) 大腿出血：压迫大腿根部腹股沟中点稍下的强搏动点（股动脉）止血。
- i) 足部出血：双手压迫足背中部近脚腕处的搏动点（胫前动脉）和足跟与内踝之间搏动点（胫后动脉）止血。

(3) 并发症及预防：指压法是应急措施，因四肢动脉有侧枝循环，止血效果有限难以持久，对大动脉或血管出血需根据情况采取其它止血方法，以免延误治疗。颈内动脉为脑的重要供血动脉，采用指压法要慎重。压迫颈总动脉有时可能导致心律失常、血压下降，甚至心跳停止，因而除非在非常紧急的情况下一般不宜采用，并绝对禁止同时压迫双侧颈总动脉。

3. 填塞法

(1) 适应证：适用于深部开放性伤口，肌肉，骨端出血；难以控制的深部创面渗血；脓肿切开引流后创面渗血纱条填塞与引流，多结合加压包扎止血法止血。

(2) 方法：除非紧急情况，尽量采用无菌纱布或纱条填塞出血面，并辅助一定压力或加压包扎转运。

(3) 并发症及预防：止血不够彻底，可能增加感染机会，在清创去除填塞物时可能出现大出血，需在清创前进行充分适当止血准备。

4. 止血带法

(1) 适应证：一般适用于四肢较大的动脉止血，或采用加压包扎不能有效控制的大出血。如使用不当会造成更严重的出血或肢体缺血坏死。常用的有橡皮和布制两种。在紧急情况下常选用绷带、布带（衣服床单扯成条状）、丝巾，手绢，毛巾等代替。医院内常用充气式止血带。

(2) 方法：

- a) 橡皮止血带止血法：在肢体的恰当部位如股部的中下 1/3、上臂的中上 1/3，用纱布、棉布或毛巾、衣服等物作为衬垫后再上止血带。取止血带，绕体 1~2 圈，将尾端从止血带下拉过即可，做好标记，写好时间。
- b) 绞紧止血法：若没有橡皮止血带，也可用绞紧止血法。肢体做好衬垫，将三角巾（丝巾）绕肢体一周，打一活结，并在一头留一小套，用小木棒、笔杆、筷子等做绞棒，插在带圈内，绞紧，再将绞棒头插入小套内，拉紧固定，做好标记，写好时间。
- c) 充气式止血带法：常用于四肢手术控制出血，肢体做好衬垫，使用前最好将肢体远端使用驱血带驱除肢体远端血液，将止血带缠绕四肢近端，充气加压后做好标记，写好时间。
推荐压力：上肢的止血带压力比收缩压高 50~75mmHg；下肢比收缩压高 100~150mmHg。

(3) 注意事项及并发症预防：

- a) 要严格掌握止血带的适应证，当四肢大动脉出血用加压包扎不能止血时，才能使用止血带。
- b) 部位要准确，止血带应扎在伤口近心端，尽量靠近伤口。前臂、小腿不适用止血带，因为动脉走行在两骨之间，止血效果差；上臂扎止血带时，不可扎在下 1/3 处，以防损伤桡神经。
- c) 止血带应用敷料、衣物等衬垫，以隔开皮肤和止血带，不宜应用细绳索或电线充当止血带，防止皮肤切割伤。
- d) 上止血带松紧要适当，以上后血止并摸不到远端动脉搏动为宜。这样既能阻断动脉血流，又不致伤及局部组织。
- e) 止血带连续使用时间不宜超过 4 小时，并每 1 小时放松一次，放松时间 1~2 分钟/次。
- f) 止血带要有明显的标记，记录上止血带的时间和放松时间。
- g) 松止血带前应先输液或输血，补充血容量，准备好止血用器材。
- h) 因止血带使用时间过长，远端肢体已经坏死者，应在原止血带的近端加上止血带，然后再行截肢术。

5. 加垫屈肢止血法

(1) 适应证：四肢动脉损伤的临时止血。

(2) 方法：采用棉花团、绷带卷或其他的代用品放在腋窝、肘窝、腘窝等部位，借衬垫物压住动脉，并用三角巾或绷带将肢体固定于屈曲位。

(3) 禁忌证及并发症预防：若伴有骨折或关节受伤者，不宜用此法。此法虽能止血，但可压迫血管、神经等组织，应慎用。一般间隔 50 分钟放松 3~5 分钟。

【非手术止血方法选择及注意事项】

1. 迅速判断患者意识，生命体征及循环情况及开放性伤口出血部位，评估出血量，决定采取哪种止血方法。
2. 对于病情危重，生命体征不稳定人员同时需呼叫团队及周围人员协助急救。

3. 大血管损伤时常需几种方法联合使用。颈动脉和股动脉损伤出血凶险，首先要采用指压止血法，并及时拨打急救电话。转运时间长时可实行加压包扎止血。深部伤口可予填塞后加压包扎止血。静脉出血，除上述包扎止血方法外，还需辅助压迫伤口止血。
4. 对不易控制的外出血及内出血，危及生命者需液体复苏抢救同时迅速联系手术室探查手术止血。
5. 如出血控制病情稳定后进行适当体检及辅助检查，判断伤情及有无深部复合伤，决定是否尽快手术室清创探查。
6. 如伤口有异物，如扎入身体导致外伤出血的剪刀、小刀、玻璃片，保留异物，并在伤口边缘将异物固定，然后用绷带加压包扎转运入手术室清创，如出血量大肢体近端可加用止血带。
7. 如创面小且表浅，无重要神经肌腱等损伤可予适当清创后包扎。

(二)开放性伤口手术止血方法：

1. 适应证：开放性伤口术中清创探查及术中止血
2. 方法：（1）~（4）为掌握内容，（5）~（9）为了解内容。
 - (1) 压迫止血：适用于术中广泛渗血创面，采用无菌纱布，压迫数分钟达到止血目的，对于可以电凝创面可结合电凝止血。有时渗血较多或创面不宜电凝止血，可用 50~60℃热盐水纱布拧干加压填塞或包裹出血创面数分钟后较快控制渗血。
 - (2) 钳夹止血：为手术过程中应用最多的止血方法。对于明显的活动性小血管出血，用血管钳尽可能准确地钳夹，一般数分钟后即可止血。钳夹时不应夹住周围过多组织，并注意应使钳的尖端朝下。钳夹止血省时省力，如正确钳夹后仍有出血，可结合其它止血方法止血。
 - (3) 结扎缝扎止血：在手术操作过程中，对可能出血的部位或已见的出血点，首先进行钳夹。钳夹出血点时要求准确，最好一次成功。结扎线的粗细要根据钳夹的组织多少及血管粗细进行选择。血管较粗时，应单独游离结扎。结扎时止血钳尖弧度朝上提起，扎线要将所需结扎组织完全套住，在收紧第一结时将止血钳放下逐渐慢慢地松开，第一结完全扎紧后再松钳移去。特别值得一提的是，止血钳不能松开过快及移去过快，这样会导致结扎部位的脱落或结扎不完全而酿成出血，更危险的是因结扎不准确导致的术后出血。有时对于粗大的血管要双重结扎，重复结扎；结扎同一血管时两道线不能结扎在同一部位，须间隔一些距离。结扎时，收线不宜过紧及过松。过紧易拉断线或切割血管导致出血，过松会导致结扎线结松脱而出血。对于较粗大的血管必要时要进行贯穿缝扎止血或“8”字缝扎止血。
 - (4) 填塞止血：对于一些广泛的实质脏器创面渗出，无法找到出血点时，纱布填塞止血也非常有效，待病情稳定后再行手术取出。这样的方法常用于肝破裂、胰腺坏死出血、胰十二指肠手术、盆腔出血等。纱布填塞可有效减少创面渗血，但也增加了感染风险，并且对于何时取出填塞的纱布尚无明确定论，取出过迟则感染风险大，过早取出则止血效果不佳，可能引发再次出血，甚至仍须填塞。也可作为暂时止血方式，部分广泛毛细血管渗血创面可能止血，对于大血管出血视野不清时作为暂时方法以便有一定时间寻找出血点或获取止血器具及输血维持生命体征等，需进一步采取其它方法止血。对于广泛创面缓慢渗血可采用可吸收止血纱布、明胶海绵等填塞止血作为辅助止血方式之一。
 - (5) 血管缝合修补止血：对于大血管损伤导致的出血，先采用压迫止血，看清出血来源后采用特殊血管夹钳夹大血管出血两端，控制出血后行血管壁修补。
 - (6) 电凝止血：电凝止血即用电灼器械止血，现代常用的电灼器械有高频电刀、氩气电刀。就其止血的方式有单极电凝及双极电凝。现代的电灼器，均可根据需要予以选择。在止血时，电灼器械可直接电灼出血点，也可先用止血钳夹住出血点，再用电灼器械接触止

血钳，止血钳不可接触其他组织以防烧伤。通电 1~2 秒即可止血。止血钳夹住的组织越少越好，这样止血会更准确，而且对组织损伤也小。电凝止血具有止血准确、损伤面积小的优点。电凝止血适用于表浅的小的出血点止血。

氩气电凝刀（argon beam coagulator, ABC）是一种较新的非接触式止血电凝刀，其机制是利用氩气束发生器在高频高压作用下充分电离氩气为氩离子，形成高能电弧，喷射到组织创面上产生理想的止血效果。其特点是在未接触到组织时即可通过高能热量止血，尤其对大面积的弥漫性出血进行止血，通过热量闭合血管，并形成焦痂，不易脱落，止血效果可靠，氩气流能将出血组织上的积血吹开，清扫创面，出血点暴露清楚，止血速度快，组织碳化少，可以有效的缩短手术时间。且氩气无烟雾，不会影响手术野。由于这种非接触模式并不需要电极直接正对着组织，所以这种技术非常适合于高频电刀不能直接到达的病变。

LigaSure（结扎速血管闭合系统）止血：常用作腹腔镜及部分开放性手术中组织切割和血管止血。是应用实时反馈技术和智能主机技术，输出高频电能结合血管钳口压力使组织胶原蛋白和纤维蛋白熔解变性，血管壁熔合形成透明带，产生永久性的管腔闭合。其优点是热损伤小、能闭合直径<7mm的血管、闭合带可达到与缝线结扎相似的强度、没有或有极少粘连和焦痂形成，体内无异物存留等，但缺点在于价格较贵、产生烟雾，且不宜用于分离较精细组织等。

(7) 超声刀止血：常用作腹腔镜及部分开放性手术中组织切割和血管止血。是通过超声频率发生器使金属刀头以55.5kHz的超声频率进行机械振荡，使血管闭合。凝固血管直径约3mm，甚至到5mm。在腹腔镜手术中应用较广。优点是对周围组织的损伤远小于电刀，其精确的切割作用，使其可安全地在重要的脏器和大血管旁边进行分离切割；少烟少焦痂使腹腔镜手术视野更清晰、缩短手术时间；无电流通过人体使手术更安全，且无缝线等异物残留。

(8) 血管闭合器：常为股动脉穿刺或介入手术动脉止血方法之一。

(三) 包扎术

1. 包扎的目的：

- (1) 保护伤口，减少感染和再受伤。
- (2) 支托伤部，减少疼痛，使伤部舒适安全。
- (3) 局部加压，帮助止血，可预防或减轻局部肿胀。
- (4) 固定敷料、夹板、受伤部位。
- (5) 矫正身体某一部位畸形。
- (6) 保暖。

常用的包扎物品有绷带、三角巾、四头带等，在紧急情况下，可用洁净的毛巾、衣服、被单等代替。

2. 包扎的方法：

(1) 绷带包扎法：用绷带包扎时，应从远端向近端，绷带头必须压住，即在原处环绕数周，以后每缠一周要盖住前一周 1/3~1/2。

绷带包扎的基本方法及适用范围为：

- a) 环形包扎法：将绷带作环形的重叠缠绕，下周将上周绷带完全遮盖。环形法通常用于肢体粗细相等部位，如胸、腹部或绷带包扎开始与结束时。
- b) 螺旋形包扎法：包扎时，作单纯螺旋上升，每一周压盖前一周的 1/3~1/2，多用于肢体和躯干等处，也适用于夹板固定。
- c) “8”字形包扎法：在伤口处上下，将绷带由下至上再由上而下，重复做“8”字形旋转缠绕，每周遮盖上周 1/3~1/2。用于直径不一的部位或关节等处如肩、肘、膝、踝等。

- d) 回返式包扎法：本法多用来包扎没有顶端的部位如指端、头和断肢残端。用绷带多次来回返折。第一圈常从中央开始，接着各圈一左一右，直至将伤口全部包住，最后环形将所反折的各端包扎固定；此法常需要一位助手在回返折时按压一下绷带的反折端，松紧要适度。

(2) 三角巾包扎法：三角巾制作简单，应用方便，包扎部位广，用法易掌握，还对折成条带、燕尾巾使用。常见部位的各种三角巾包扎法有：

- a) 头部普通包扎法：将三角巾的底边向上反折约 3 厘米，正中部放于伤员的前额，与眉齐平，顶角向后拉，三角巾的两边经耳上方拉向枕后交叉，交叉时将顶角压在下面，然后绕到前额，打结固定，最后将顶角向上反折嵌入底边内。
- b) 头部风帽式包扎法：将三角巾顶角和底边中央各打一结，即成风帽状。把顶角结放在前额，底边结放在后脑勺下方包住头部，两角往面部拉紧，间外反折包绕下颌，交叉后拉至枕后打结即成。
- c) 面部面具式包扎法：将三角巾顶角打一结，放于头顶，然后将三角巾罩于面部，左右两底角从面侧部提起，形成面具。拉紧左右两角到枕后交叉，再绕到前额打结。包扎完成后可根据需要在眼、口、鼻孔处各剪一小洞。
- d) 单眼包扎法：将三角巾折叠成约 4 横指宽的带形，以其 2/3 斜放在伤侧眼睛的下方，三角巾的下端从耳后下绕至枕部，经健侧耳的上方至前额，压另端绕行，随后将另一端于健侧眉上向外反转拉向脑后，与对侧端相遇打结。
- e) 三角巾包扎上肢法：将三角巾一底边打结后套在伤侧手上，结之余留长些备用，另一底角沿手臂后侧拉到对侧肩上，顶角包裹伤肢，前臂屈至胸前，拉紧两底角打结。
- f) 手、足包扎法：手指（或脚指）对着三角巾的顶角，将手平放于三角巾中央，底边位于腕（踝）部，将顶角提起放于手（足）背上，然后拉两底角在手（足）背部交叉。再绕回腕（踝）部打结。
- g) 小腿和足部包扎法：将脚放在三角巾近底边的一侧，提起较长一侧的巾腰包裹小腿打结，再用另一边底角包足，绕脚腕打结于踝关节处（图 4—33）。
- h) 膝（踝）关节包扎法：三角巾折叠成带形盖在膝（踝）关节上，底边反折向后拉，左右交叉后再向前拉到关节上方，压住顶角打结。
- i) 单肩包扎法：将三角巾折成燕尾式，把燕尾巾夹角朝上，放在伤侧肩上，中正指向颈部。向后的一角压住并稍大于向前的角，燕尾底边包绕上肩部打结，然后两燕尾角分别经胸、背拉到对侧腋下打结。
- j) 三角巾包扎胸部：将三角巾底边横放在胸部，约在肘上 3 厘米，顶角越过伤侧肩，垂向背部，三角巾的中部盖在胸部的伤处，两端拉向背部打结，顶角也和该结一起打结。也可将三角巾折成鱼尾状，并在底部反折一道边，横放于胸部，两角向上，分放于两肩上并拉至颈后打结，再用顶角带子绕至对侧腋下打结。

(3) 四头带和多头带包扎：

- a) 四头带法一般常用在鼻、下颌、前额、后头部的外伤。将一定长度绷带自两端撕开呈四头，中央覆盖伤口敷料，两端四头两两打结固定。
- b) 多头带：如腹带，将腹带包裹腹部，腹带两侧左右头交互重叠包绕腹前壁。

(4) 特殊伤口包扎：在事故现场，有时会出现伤情严重复杂的特殊性伤口，如开放性气胸、腹部脏器脱出、脑膨出、异物刺入等，对于这些特殊性伤口，应抓住特点，做针对性处理，避免出现进一步损伤。

- a) 开放性气胸：严重创伤或刀扎伤等可造成胸部开放伤（刀已拔出），伤口与胸腔相通则形成开放性气胸。伤员感到呼吸困难，伤口随呼吸可听到气流声。伤者取半卧位，立即用比伤口面积大、厚实的棉布块或毛巾垫（如有不透气的塑料薄膜、玻璃纸等效果会更

好)在伤员呼气末迅速严密覆盖胸壁伤口,再用绷带或三角巾缠绕胸壁加压包扎,尽快送往医院。

- b) 腹部内脏脱出:伤员仰卧屈膝,放松腹肌。用较大的清洁布单或敷料盖住脱出的内脏,再用一个干净、大小合适的容器扣在上面,或皮带、绷带等围成圈套住内脏(圈的大小以能将脱出内脏环套为宜),最后包扎固定。切不能将脱出的腹腔内脏送回腹腔,亦不可使容器的边缘压住脱出的脏器,以免发生坏死。
- c) 异物刺入:伤口表浅异物可以祛除,然后包扎伤口。如木棒、竹竿、铁器等刺入颈部、胸部、腹部等部位时,在事故现场不要随意拔出异物,以免引起大出血危及生命。用两块敷料从两侧包住伤口和异物(或在敷料上剪洞套过异物再置于伤口),用绷带或敷料卷圈放在异物两侧,将异物露在体表的一端固定。再将三角巾剪洞套过异物后包扎,将异物扎紧固定于体表,防止异物继续刺入体内或脱出体外,送往医院。
- d) 开放性骨折的骨端外露:用一块干净敷料盖在骨折断端上,再用三角巾叠成环形垫,垫放在骨折断端周围,其高度要略高于骨折断端,然后用三角巾或绷带呈对角线或“8”字形包扎。如有大的骨块脱出,应同时包好,一同送医院,不能丢弃。
- e) 肢体离断:现场首先指压止血,上止血带再行残端包扎。用大量敷料压在肢体残端,再用回返式包扎法加压包扎。然后用宽胶布从肢端开始向上拉紧粘贴,以加强加压止血和防止敷料脱落。离断的肢体要用敷料包好,外面套一层塑料,放在另一装有冰块或冰棍的塑料袋中保存。如果离断的肢体尚有部分组织相连,则直接包扎,并按骨折固定法进行固定。

3. 注意事项:

- (1) 救护者尽可能采取自我保护措施,如戴手套或使用塑料袋等进行自我保护,避免与伤者血液接触。如自己手上有伤口,应先自我包扎后再救护他人。
- (2) 伤口暴露要充分以便全面检查伤情。应剪开衣物再进行包扎,如衣物和创面粘贴紧密,则只需将尚未粘着部分剪开,临时包扎,送医院后作进一步治疗。
- (3) 如为现场急救,不用水冲洗伤口(化学伤除外)或使用消炎粉、消毒剂。
- (4) 对骨折断端外露或嵌有异物的伤口不能直接包扎,也不能将骨折断端推回或拔出异物。
- (5) 伤口包扎前要盖敷料。直接接触伤口的敷料最好是无菌的,至少应是干净的。
- (6) 包扎应站立于包扎部位前方,以便观察和包扎。包扎敷料时应超过伤口5~10cm,对被血液浸透的敷料可在其上继续再加敷料。
- (7) 包扎要牢固,松紧适宜,尽量外露指(趾)末端的甲床,以检查血运。
- (8) 应用三角巾包扎时,边要固定,角要拉紧,中心伸展,包扎要结实,绷带包扎时应自下而上,从左往右、由远心端到近心端缠绕。
- (9) 包扎时于骨突和肢体内侧应加软垫防止压迫摩擦皮肤坏死。
- (10) 包扎后应经常检查包扎敷料和肢体远端情况。甲床和指(趾)末端皮肤变紫,指(趾)末端麻木或感觉消失均说明包扎过紧。
- (11) 操作时动作要迅速准确,不能加重伤员的疼痛、出血和污染伤口。打结时应在肢体外侧或前面,避免在伤口和坐卧能压到的部位,关节及骨突或肢体内侧。