



کمک‌های اولیه، اورژانس و آمادگی در برابر مخاطرات برای همه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمه

سلام!

چرا اورژانس؟

شاید شما تا به حال در شرایط اورژانس و موقعیتی که مرگ یا زندگی یک انسان بستگی به عمل کرد سریع شما داشته باشد قرار نگرفته باشید و شاید تا پایان عمرتان نیز با چنین صحنه‌ای مواجه نشوید، اما یک لحظه خودتان را در چنین موقعیت‌هایی (مثلاً سر سفره نشسته‌اید و حین غذا خوردن، لقمه در گلوئی یک نفر از افراد حاضر سر سفره گیر می‌کند و یا حین قدم زدن در پارک فردی جلو رویتان دچار ایست قلبی می‌شود یا حین ورزش فردی دچار آسیب می‌شود ...) تصور کنید؛ آمادگی مواجه شدن با این شرایط رو دارید؟

شاید جواب بدهید که سریعاً با اورژانس یا امداد و نجات هلال‌احمر تماس می‌گیرید؛ اما باز هم تصور کنید که:

۱- تلفن یا هر نوع خطوط ارتباطی کار نمی‌کند (زلزله یا سیل هم آمده است و هنوز دقایق اولیه حادثه است)

۲- ترافیک شدیدی وجود دارد و اورژانس یا امداد و نجات هلال‌احمر تا ۳۰-۲۰ دقیقه دیگر هم به صحنه حادثه نمی‌رسند، فعلاً هم دسترسی به اورژانس و امداد هوایی کاملاً میسر نیست.

۳- ثانیه‌ها و دقایق اولیه (حدود ۶-۵ دقیقه‌ی اول) لحظات طلایی هستند و اگر مغز و سلول‌های عصبی به علت نرسیدن اکسیژن بمیرند، فرد مصدوم حتی اگه به زندگی برگردد تا آخر عمر با معلولیت‌های شدیدی دست به گریبان خواهد بود.

حال اگر مجاب شدید که آمادگی برای چنین شرایطی لازم است، و یا اگر از قبل تصور یا تجربه‌ی مواجهه با چنین شرایطی را دارید به نظرتان چه مقدار در این کار متبحر هستید؟ چه قدر احتمال دارد که اگر زمانی با این موقعیت مواجه شدید، عکس‌العملی سریع و صحیح از خودتان نشان بدهید که علاوه بر این که جان انسانی را نجات می‌دهد باعث معلولیت و زمین گیر شدن وی نشود و یا فرد حداقل صدمات جسمی، روحی و مالی بعد از حادثه را متحمل بشود؟

حال اگر نظرتان جلب شده است و آماده‌اید این کتاب تقدیم شما می‌شود، فقط توجه به نکات زیر ضروری می‌باشد

- علوم پزشکی، علمی دائماً در حال تغییر و روزآمد شدن هستند، شاید مطالبی که برای کمک‌های اولیه و اورژانس قبلاً مطالعه کردید یا در دوره‌های شرکت کردید، با مطالبی که اینجا می‌خوانید کاملاً منافات داشته باشد دلیل آن هم تغییر دائم و روزآمد شدن این مطالب است. در هر حال ما متعهدیم که همیشه آخرین راهنماهای ملی و بین‌المللی را برای شما ارائه کنیم.

- **خواندن و تصور ذهنی- شاید مفید و لازم باشد ولی ابدأ کافی نیست. پزشکی بیش‌تر یک علم تجربی است تا نظری، پس حتماً در دوره‌های عملی امداد و نجات، کمک‌های اولیه، آتش‌نشانی، خانواده‌ی آماده در برابر مخاطرات (خادم) شرکت کنید و حداقل هر ۳-۲ سال یکبار با شرکت مجدد در دوره‌های روزآمد شده همیشه آماده و متبحر باقی بمانید. حادثه واقعا خبر نمی‌کند!**

- این آموزش‌ها را به کوچک‌ترهای فامیل و خانه نیز تا جایی که می‌توانید آموزش دهید، شاید شرایطی باعث شود که دست‌های کوچک آنها، منجی و حائل بین مرگ و زندگی یک انسان باشد. ضمناً کسی که تجربه‌ی رادر خست‌خام کودکی فرا می‌گیرد، آموزش‌ش ماندگاری بیشتری خواهد داشت.

- (مطالبی که بدین صورت داخل آکولاد و با پس‌زمینه‌ی زردرنگ مشخص شده‌اند، جهت توضیحات بیشتر و تعمیق مطالب می‌باشند توصیه می‌شود از مطالعه‌ی آن‌ها نیز غافل نشوید.)

آشنایی با مفهوم کمک‌های اولیه

شاید برایتان پیش آمده باشد که به خود بگویید: «ای کاش به جای فلان رشته مهندسی یا درس خواندن در رشته‌های علوم انسانی در فلان دانشگاه، کمی از پزشکی یا امداد رسانی سر در می‌آوردم که بتوانم در موقعیت‌های اورژانس مفید باشم و آدمی را از خطر مرگ نجات دهم.» اگر این موضوع برایتان پیش آمده و خود را سرزنش کرده‌اید باید بگوییم که شما در این مورد تنها نیستید.

البته اگر پزشکی نخوانده‌اید و با این دانش حتی آشنایی جزئی هم ندارید، هنوز هم وقت دارید که با فراگیری کمک‌های اولیه، در هنگام وقوع سانحه از شدت صدمات آسیب‌دیدگان کم کنید و در زمان طلایی امداد، به مصدومان کمک کنید.

در واقع کمک‌های اولیه به مجموعه اقدامات و مراقبت‌هایی گفته می‌شود که امدادگر در زمان کوتاهی پس از وقوع حادثه انجام می‌دهد تا مجروح را از صدمات شدید حادثه نجات دهد. این حادثه ممکن است یک تصادف شدید، سکته قلبی، آسیب ورزشی، گرما یا سرما زدگی، همچنین مواردی چون مار گزیدگی و مسمومیت باشد.

همیشه به یاد داشته باشید که در هنگام رخ دادن یک سانحه یا اتفاق ناخوشایند، مدت زمان کوتاه بعد این رخداد که حتی ممکن است کمتر از پنج دقیقه باشد، مهمترین زمان امداد به شمار می‌رود که حتی می‌تواند سبب جلوگیری از مرگ مصدوم شود. به این دلیل، این زمان به زمان طلایی امداد مشهور شده است. این زمان برای حالتی که شخص توانایی نفس کشیدن را از دست داده به حدود چهار تا شش دقیقه می‌رسد.

نیازی نیست افراد امدادگر حاضر در این صحنه‌ها دانش پزشکی گسترده‌ای داشته باشند، اطلاعات مختصر اما مفید در زمینه پزشکی که جزو مهارت‌های کمک‌های اولیه به شمار می‌رود می‌تواند نقش مهمی در نجات مجروحان ایفا کند. شما به عنوان فرد امدادگر در این صحنه‌ها ابتدا باید خونسردی خود را حفظ کنید و در انجام کمک‌های اولیه سرعت عمل به خرج دهید. ممکن است به تنهایی از انجام همه کمک‌ها بر نیایید و با فریاد کشیدن درخواست کمک کنید و یا مجبور شوید با راهکاری ابتکاری، زمینه انتقال مصدوم از صحنه حادثه را فراهم آورید.

در کل، فرد امدادگر باید دارای تعادل روحی مناسب برای رویارویی با صحنه‌های احتمالاً دلخراش باشد و با به کارگیری دانش خود از کمک‌های اولیه به فرد مصدوم کمک کند.

ارزیابی اولیه

در برخورد با مصدومانی که نیاز به کمک‌های اولیه دارند، تشخیص عارضه در ارزیابی اولیه مهمترین بخش کمک را تشکیل می‌دهد. ارزیابی اولیه شاید به صورت ساده‌ی پرسیدن از مجروح و جواب وی آغاز شود یا نیاز به انجام تکنیک‌های کمک‌های اولیه داشته باشد.

همانطور که گفته شد **ساده‌ترین راه ارزیابی اولیه، پرسیدن از فرد مصدوم است**، اینکه در کجا احساس درد می‌کند و حال جسمانی‌اش چگونه است. برای این کار باید با دست به شانه‌ها یا بدن مصدوم بزنید و با صدای بلند از او بپرسید «حالت خوبه؟» اگر مصدوم توانایی صحبت کردن را دارد، باید به او روحیه دهید و از او بپرسید که در چه قسمت‌هایی از بدنش احساس درد می‌کند، در این هنگام نباید زمان را نیز از دست بدهید و فوراً با شماره ۱۱۵ در و یا ۱۱۲ که به جمعیت امداد و نجات هلال احمر اختصاص یافته است و متعلق به فوریت‌های پزشکی است تماس بگیرید (۱۱۲ در کشور افغانستان نیز برای تماس با فوریت پزشکی اختصاص یافته، شماره تلفن ۱۲۳ در ایران برای تماس با فوریت‌های اورژانس اجتماعی است. در سایر کشورها خط تماس

۹۱۱، ۹۹۹ و... برای فوریت‌های اورژانس پزشکی یا اجتماعی تعیین شده، قبل از سفر به سایر کشورها از این شماره‌ها نیز اطلاع پیدا کنید).

ممکن است فرد مصدوم به علت فشار شدید یا بیهوشی نتواند به امدادگر پاسخ بدهد، پس باید با بررسی بدن فرد مجروح به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. در این هنگام بهتر است با فریاد زدن از افراد دیگر حاضر در صحنه کمک بگیرید و از آن‌ها بخواهید با فوریت‌های پزشکی تماس بگیرند و خود مشغول انجام کمک‌های اولیه شوید.

فراموش نکنید:

هر چند ممکن است شما توانایی کمک کامل به بیمار را داشته باشید اما بهتر است از افراد دیگر حاضر در صحنه نیز کمک بخواهید تا بهتر بتوانید به امداد بپردازید. در هنگام اجرای کمک‌های اولیه اگر بیمار در حالت هوشیاری است، حتماً با صحبت‌هایتان به او روحیه بدهید و او را آرام کنید.

شما به عنوان امدادگر، هنگامی که با یک مصدوم بیهوش یا ناتوان در پاسخگویی مواجه می‌شوید، برای ارزیابی اولیه باید به صورت خودکار سه مورد را چک کنید:

- (A): نخستین مرحله از ارزیابی اولیه، بررسی راه هوایی مصدوم (Airway) است. در برخی از سوانح ممکن است فرد دچار بیهوشی شود که این موضوع منجر به شل شدن عضله‌های گلو و گیرکردن زبان مصدوم در حلق وی می‌شود. این موضوع می‌تواند منجر به مسدود کردن راه هوایی مصدوم و سبب مرگ وی شود.
- (B): دومین موضوعی که در ارزیابی اولیه باید مورد ارزیابی قرار بگیرد، انجام تنفس طبیعی (Breathing) توسط مصدوم است، اینکه آیا مصدوم می‌تواند به صورت طبیعی نفس بکشد یا خیر.
- (C): سومین و آخرین مرحله در ارزیابی اولیه، بررسی (Circulation) گردش خون مصدوم است. در این مرحله فرد امدادگر باید متوجه شود که آیا خونریزی شدیدی در بدن فرد در حال رخ دادن است یا همه چیز در روال طبیعی خود قرار دارد.

پس فراموش نکنیم در برخورد با مصدوم بیهوش یا ناتوان باید بدون درنگ، سه موضوع را به ترتیب بررسی کنیم (ABC):

- A- بررسی راه هوایی مصدوم
- B- تنفس طبیعی مصدوم
- C- گردش خون

اُموراد مطرح شده در این نوشتار، راهکار برخورد و ارزیابی اولیه‌ی افراد و مصدومین صدمات و سوانح فیزیکی است. در صورتی که با فردی بی‌هوش و ناتوان که احتمال ایست قلبی دارد و هیچ‌گونه شاهدهی مبنی بر وارد آمدن آسیب یا ضربه‌ی محیطی ندارد؛ ارزیابی نبض مرکزی گردنی (کاروتید) و گردش خون (

C=Circulation) قبل از بررسی راه هوایی و تنفس مصدوم انجام می‌شود؛ به عبارتی طبق توصیه‌ی

انجمن قلب آمریکا از سال ۲۰۱۰ میلادی «CAB is rather than ABC». در هر صورت فاصله‌ی

زمانی بین ارزیابی اولیه و آغاز احیای قلبی-ریوی (CPR=Cardio Pulmonary Resuscitation)

نباید بیش از ۱۰ ثانیه به طول بیانجامد. به علاوه در صورتی که خونریزی شدید مصدوم عارضه‌ی اولیه در تهدید حیات او به شمار می‌رود. کنترل خونریزی منطقاً می‌بایست قبل از اقدام بررسی راه‌هوایی و تنفس انجام گردد

این مورد اگرچه هنوز به عنوان پروتوکل اصلی مراقبت‌های صدمه‌ای و تروما اعمال نشده ولی بحث‌ها و مقالاتی در این زمینه در حال تدوین هستند و احتمالاً در سال‌های بعد شاهد CAB is rather than ABC در مراقبت‌های حوادث ناشی از تروما نیز باشیم.)

ارزیابی اولیه را چگونه انجام دهیم؟

در مرحله نخست ارزیابی اولیه همانطور که گفته شد باید راه هوایی مصدوم مورد بازرسی قرار بگیرد. اگر فرد بیهوش باشد، ممکن است به دلایلی چون خم شدن سر به جلو، برگشت زبان به حلق و یا برگشت آب دهان یا استترغاب به حلق راه تنفس بسته شود که همه این موارد می‌تواند به مرگ مصدوم منجر شود.

برای بررسی بازبودن راه هوایی مصدوم باید ابتدا گوش خود را نزدیک دهان وی برده و به مدت ۱۰ ثانیه به قفسه سینه او نگاه کنید و ببینید که آیا تنفس در فرد مصدوم سبب بالا و پایین رفتن قفسه سینه می‌شود یا خیر.

اگر مصدوم صحبت می‌کند چه به صورت ناله و چه به صورت ادای حرف‌های بریده، می‌توان مطمئن شد که راه هوایی وی باز است و به بررسی مرحله بعد رفت. اگر صدای مصدوم به صورت خرخر یا غلغل شنیده می‌شود، احتمالاً راه مجاری تنفسی وی نیمه باز است و ورود و خروج هوا به ریه به خوبی صورت نمی‌گیرد.

به صورت معمول فردی که دچار کمبود اکسیژن می‌شود رنگ صورت، پوست یا زیر ناخن وی به صورت آبی خاکستری تغییر رنگ می‌دهد که این مهم‌ترین نشانه برای متوجه شدن انسداد راه تنفسی وی به شمار می‌رود. اگر به این نتیجه رسیدید که راه هوایی مصدوم بسته شده باید برای باز کردن آن تلاش کنید.

برای حالتی که سر مصدوم به جلو خم شده و باعث بسته شدن راه هوایی شده، باید سر را به عقب خم کرده و چانه او را بالا بکشید. برای این کار می‌توانید دست خود را زیر گردن مصدوم قرار داده و آن را به سمت بالا بیاورید و دست دیگر را نیز روی پیشانی مصدوم قرار داده و به کمک آن سر مصدوم را به عقب حرکت دهید. این کار سبب کشیدگی سر و گردن مصدوم شده و به بازگشایی راه هوایی او کمک می‌کند.

البته این مانور را به صورت دیگری نیز انجام می‌دهند که در آن یک دست امدادگر بر روی پیشانی مصدوم قرار گرفته و انگشتان دست دیگر وی زیر فک مصدوم قرار می‌گیرند و آن را به سمت بالا فشار می‌دهند. البته باید توجه داشته باشید که در این حالت اجازه ندهید دهان مصدوم باز شود چرا که ممکن است سبب قرار گرفتن زبان مصدوم در حلق وی شود و راه تنفسی او را مسدود کند. **این مانور مانور فشار روی پیشانی و بالا**

آوردن چانه (Head-tilt Chin-lift) نام دارد.

اگر برای فراگیری این مانور نیاز به دیدن نحوه عملکرد شخص امدادگر دارید می‌توانید این ویدیوی آموزشی (

<https://www.youtube.com/watch?v=kxfY-fVEVAM>

و _____ را

(<http://www.aparat.com/v/Qew5A>)

تماشا کنید.



اگر سر فرد رو به بالا قرار دارد و هم‌چنان نمی‌تواند نفس بکشد، به احتمال فراوان زبان در حلقش گیر کرده است و مستقیم به مرحله رهایی زبان از حلق بروید.

تنها در هنگامی می‌توانید سر مصدوم را به بالا حرکت دهید که مطمئن شوید فرد مصدوم به ضایعه‌ی نخاعی دچار نشده است. اگر شک دارید که فرد مصدوم دچار ضایعه نخاعی شده باید از این روش اجتناب کرده و از مانور کشیدن فک‌ها (Jaw Thrust) که در درس بعدی با این مانور آشنا خواهید شد، برای باز کردن راه هوایی استفاده کنید.

در این درس شما با اهمیت کمک‌های اولیه آشنا شدید و بخش کوچکی از ارزیابی مصدوم را فرا گرفتید. در درس آینده بخش‌های دیگری از ارزیابی اولیه همانند مانور کشیدن فک را فرا می‌گیرید تا بتوانید به کمک این بخش‌ها، توانایی بیشتری در باز نگاه داشتن راه‌های تنفسی مصدوم به دست آورید و احتمالاً او را از مرگ حتمی نجات دهید.

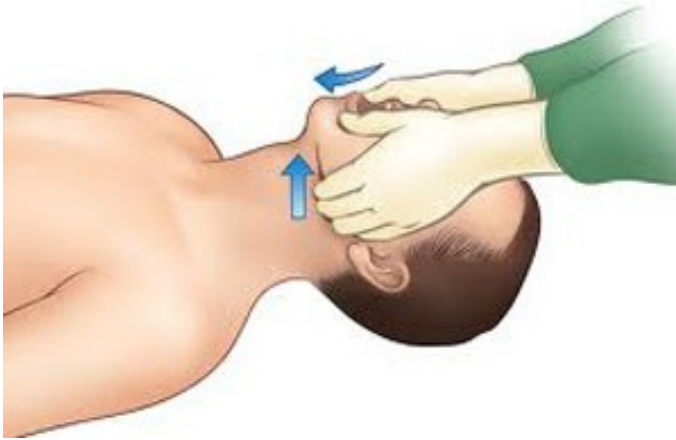
مانورهای ارزیابی اولیه

در درس قبل خواندیم که امداد رسانی به مصدوم بیهوش سخت‌تر از مصدومی است که هوشیار بوده و می‌تواند سخن بگوید، چرا که شما خود باید به ارزیابی وضعیت مصدوم بپردازید. مهمترین نکته‌ای که در این وضعیت نباید فراموش کنید، ارزیابی اولیه بیمار است که با بررسی وضعیت تنفسی مصدوم بیهوش آغاز می‌شود.

همچنین خواندیم وضعیت برای مصدوم بیهوشی که گمان می‌رود دچار ضایعه نخاعی شده کمی سخت‌تر است و در این وضعیت نباید از مانور چرخش سر مصدوم استفاده کرد بلکه باید به جای آن از مانور کشیدن فک کمک بگیریم. علاوه بر مانورهای گفته شده، مانورهای دیگری نیز وجود دارد که برای وضعیت‌های دیگر در نظر گرفته شده است. ممکن است بسته شدن راه تنفسی مصدوم به دلیل برگشت زبان به حلق صورت گرفته باشد که در این حالت شما از دو مانور می‌توانید برای بازکردن راه هوایی استفاده کنید. یکی از این مانورها، فشار روی پیشانی و بالا آوردن چانه است (Head-tilt chin-lift Maneuver) که به کمک مصدوم خواهد آمد و در درس قبل آن را توضیح دادیم.

علاوه بر موارد گفته شده، بسته شدن راه هوایی مصدوم ممکن است به دلایلی چون برگشت آب دهان یا استفراغ به حلق مسدود شده باشد که در این حالت لازم است راهکار دیگری را اجرا کنید. برای بیرون آوردن مواد این چینی از حلق، باید سر بیمار را به سمت چپ یا راست بچرخانید و سپس دهان او را باز کرده و با فرو کردن دو انگشت وسط و اشاره و چرخش انگشتان در دهان وی، تلاش کنید تا راه هوایی دهان را باز کنید.

پیش از این گفته شد که ممکن است مصدوم از ناحیه گردن دچار مصدومیت شده باشد که در این حالت احتمال ضایعه نخاعی وجود دارد و به این دلیل نمی‌توان از چرخش سر برای اجرای مانور فشار روی پیشانی و بالا آوردن چانه و یا هر حرکت دیگری استفاده کرد چرا که ممکن است به افزایش مصدومیت فرد منجر شود. در این حالت همانطور که گفته شد باید از مانور کشیدن فک استفاده کنید. در این تکنیک شما باید بالای سر مصدوم زده و دستان خود را در دو طرف صورت وی قرار دهید. سپس با انگشتان خود انتهای فک مصدوم را گرفته به طوریکه انگشتان شست شما بر روی چانه او قرار گیرد. شما باید در این مرحله با بالا آوردن فک او، انتهای سر را به سمت پایین بیاورید. پس از انجام این حرکت باید دهان بیمار را باز کنید تا بتواند از این راه نیز تنفس کند. (عکس ۱)



عکس ۱

اگر با دیدن عکس متوجه این حرکت نشده‌اید می‌توانید این ویدیو (https://www.youtube.com/watch?v=۴Kxt۸۹_AU۸g و یا <http://www.aparat.com/v/j۳yBd>) را تماشا کنید.

البته مانورهای دیگری نیز برای باز کردن مجرای تنفسی مصدومان که راه هوایی آن‌ها بسته شده وجود دارد که بیشتر برای افراد هوشیار به کار می‌رود و عموماً برای لحظاتی است که مجرای تنفسی به دلیل گیر کردن جسم خارجی چون مواد غذایی بسته شده است. در این لحظات باید از مانور هایملیش (Heimlich maneuver) استفاده کرد که درباره این مانور در مبحث گیرکردن غذا در مجرای تنفسی صحبت خواهیم کرد.

برای باز کردن مجرای تنفسی مصدوم بیهوش، فراگیری این نکات کافی است و بعد از این مرحله می‌توانیم به بخش بعدی مرحله ارزیابی اولیه که بررسی تنفس طبیعی توسط مصدوم است بپردازیم.

تنفس طبیعی مصدوم

در این مرحله شما باید به این موضوع توجه کنید که آیا مصدوم می‌تواند به صورت طبیعی تنفس کند یا خیر. ارزیابی تنفس طبیعی مصدوم معمولاً باید در زمانی حدود ۱۰ ثانیه انجام شود و ساده‌ترین راه بررسی این مورد نیز کنار زدن لباس مصدوم برای دیدن حرکت قفسه سینه او است.

اگر متوجه شدید که فرد بیهوش، به صورت طبیعی در حال انجام دم و بازدم است، او را در وضعیت بهبودی یا ریکاوری (Recovery position) بخوابانید تا از بسته شدن راه‌های تنفسی‌اش در هنگام استفراغ احتمالی جلوگیری کنید. خواباندن مصدوم در این حالت هنگامی که شما مجبور هستید فرد مصدوم را برای مدتی ترک کنید، مطمئن‌ترین حالت کمک به او به شمار می‌رود.

در اجرای این حالت شما باید شرایطی را برای بدن مصدوم فراهم کنید که بخشی از سر او روی دست مخالف قرار گرفته به پهلو خوابانده شود. برای این کار باید مصدوم را به پشت بر روی زمین خوابانده و پاهایش را به صورت آزاد دراز کنید. سپس یکی از دستان وی را به صورت کشیده در کنار سر او قرار داده (حالت ۱ از عکس

۲) و دست دیگر را به صورت مخالف در کنار سر او قرار دهید. یعنی دست راست را در کنار سمت چپ سر او بگذارید (حالت ۲) سپس پای موافق دست دوم را خم کرده و مصدوم را به سمت پای آزاد چرخش دهید.

1



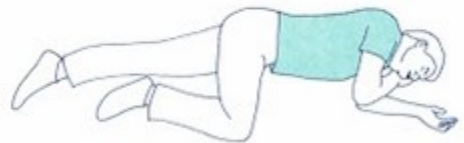
2



3



4



عکس ۲- Recovery Position

فراموش نکنیم

به هیچ عنوان مصدومی را که ناحیه گردن او آسیب دیده و احتمال ضایعه نخاعی در او می‌رود را حرکت نداده و در وضعیت ریکآوری نخواستاریم.

اگر با خواندن متن یا دیدن عکس متوجه نحوه اجرای این وضعیت نشده‌اید پیشنهاد می‌کنیم این ویدیو) <https://www.youtube.com/watch?v=DXafn۳jSzGw> و _____

(www.aparat.com/v/EjeoP) را تماشا کنید.

انسان بالغ به طور معمول حدود ۱۲ تا ۲۰ مرتبه در دقیقه عمل دم و بازدم را انجام می‌دهد که این مقدار در حالت غیرطبیعی به کمتر از هشت مرتبه یا بیشتر از ۲۴ مرتبه در دقیقه می‌رسد. اگر احساس کردید که مصدوم کمتر از حالت نرمال یا بیشتر از آن عمل دم و بازدم را انجام می‌دهد، باید بی درنگ عمل تنفس مصنوعی را انجام دهید.

برای انجام تنفس مصنوعی باید هوا را از دهان خود به دهان یا بینی فرد مصدوم وارد کنید. در حالت تنفس دهان به دهان شما باید راه‌های بینی فرد مصدوم را با انگشتان خود فشار داده و مسدود کنید و سپس عمل تنفس دهان به دهان را انجام دهید.

فراموش نکنیم

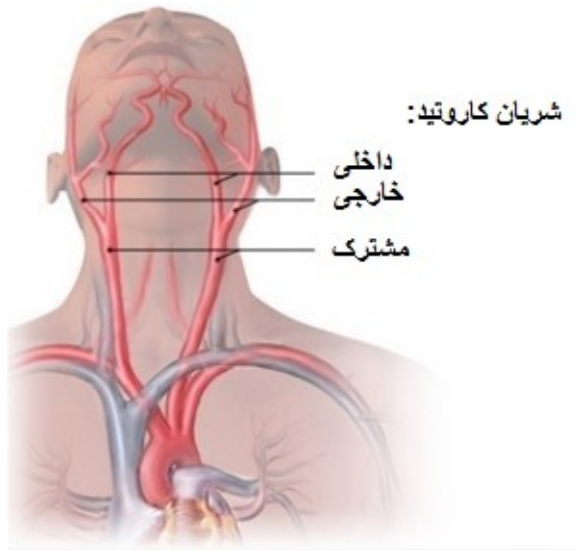
تنفس دهان به دهان نوعی تنفس برای فرد مصدوم به شمار می‌رود و علائم آن همانند تنفس حالت عادی سبب پر شدن ریه‌ها و بالا آمدن قفسه سینه وی می‌شود. در صورت ندیدن چنین علائمی باید مانور فشار بر پیشانی و بالا آوردن چانه را انجام داده و سپس عمل تنفس دهان به دهان را اجرا کنید.

در حالت دیگر انجام عمل تنفس مصنوعی، عمل دمیدن تنفس از راه بینی فرد مصدوم انجام می‌شود. برخی مواقع ممکن است اجرای تنفس دهان به دهان برای مصدوم سودمند نباشد و به دلایلی چون ناتوانی در باز کردن دهان مصدوم، هوای مورد نیاز به وی نرسد که در این شرایط باید از عمل تنفس دهان به بینی استفاده کرد.

پس از اطمینان از تنفس طبیعی مصدوم، در مرحله سوم ارزیابی اولیه باید گردش خون در بدن مصدوم را بررسی کنید.

ارزیابی نبض مرکزی گردنی (کاروتید - سبات) و گردش خون مصدوم

جهت ارزیابی عمل کرد قلب و بررسی نبض بیمار یا مصدوم بهترین مکان، سنجش نبض بیمار از روی شریان کاروتید مشترک (شاهرگ گردنی) اوست. عمدتاً می‌توان این نبض را به فاصله‌ی ۱-۲ بند انگشت از خط وسط گردن در سمت راست یا چپ سنجید، از فشار دادن دوطرفه‌ی این شریان‌ها به دلیل احتمال کاهش خون‌رسانی مغز و غش خصوصاً در افراد هوشیار اجتناب کنید، عکس ۳ محل شریان کاروتید در گردن را نشان می‌دهد.



عکس ۳- محل شریان‌های کاروتید راست و چپ در گردن - از فشار دادن دوطرفه‌ی این شریان‌ها جداً اجتناب کنید

به علاوه در این مرحله شما به عنوان یک امدادگر باید علائم خونریزی احتمالی در فرد مصدوم را بررسی کنید. در حالت عادی، هنگامی که خونریزی خاصی در بدن مشاهده نمی‌شود، رنگ و دمای پوست در حالت همیشگی قرار دارد. هنگامی که خون‌رسانی در بدن مصدوم با مشکل مواجه شده است، دمای بدن مصدوم پایین می‌آید و به اصطلاح سردشده و رنگ‌پریده می‌شود. برای اطلاع از دمای بدن مصدوم می‌توانید پشت دست خود را بر روی پیشانی او نیز قرار دهید تا از سرد یا گرم بودن غیر عادی بدن او آگاهی پیدا کنید.

پس از انجام این مراحل، ارزیابی اولیه شما از فرد مصدوم پایان یافته است. اگر مصدوم در حالت بیهوشی قرار دارد و علائمی چون تنفس را انجام نمی‌دهد شما نیاز دارید که کمک‌های اولیه به وی را تا زمان رسیدن تیم پزشکی به محل حادثه پی در پی انجام دهید اما در مراحل هوشیاری و مساعد می‌توانید مراحل ارزیابی اولیه را به صورت دوره‌ای و هر ۱۵ دقیقه تکرار کنید.

هنگامی که ارزیابی اولیه خود را از مصدوم به پایان بردید، به سراغ معاینه بالینی فرد مصدوم بروید. در این مرحله شما باید به دنبال این باشید که چه عضوی از بدن وی آسیب دیده است. معاینه بالینی فرد مصدوم می‌تواند در مصدوم هوشیار به صورت پرسیدن از وی درباره نواحی دردناک بدن و یا بررسی بدن مصدوم بیهوش با لمس کردن یا دیدن بدن وی انجام شود. در درس بعد ما به لحظات پس از ارزیابی اولیه می‌پردازیم که به معاینه بالینی فرد مصدوم و مراحل پس از آن اختصاص دارد.

در پایان این درس بار دیگر توجه شما را به حرکت ندادن سر مصدوم مشکوک به ضایعه نخاعی جلب می‌کنیم و تکرار می‌کنیم که این مورد را هیچ‌گاه در اجرای کمک‌های اولیه از یاد نبرید که اجرای آن می‌تواند به تشدید ضایعه نخاعی و ضربات غیرقابل جبران به فرد مصدوم منجر شود.

معاینه بالینی

در دو درس قبل خواندیم در مواجهه با مصدومی که نیاز به کمک‌های اولیه دارد باید ابتدا راه‌های تنفسی وی را از لحاظ مسدود بودن یا نبودن بررسی کنیم و در صورت بسته بودن، بهترین مانور در این حالت مانور فشار روی پیشانی و بالا آوردن چانه (Head-tilt Chin-lift Maneuver) است. پس از آن باید ببینیم مصدوم توانایی تنفس طبیعی را دارد یا نیاز به تنفس مصنوعی دارد و سپس وضعیت گردش خون در بدن وی را چک کنیم تا در صورت نیاز به انجام پانسمان یا بندآوردن خونریزی وی بپردازیم. پس از طی این مراحل که به ارزیابی اولیه شناخته می‌شود، باید به معاینه بالینی فرد مصدوم پرداخت. در این مرحله باید مشخص کنید که چه عضوی از بدن مصدوم آسیب دیده است.

در معاینه بالینی آنچه که حائز اهمیت است توجه به چهار نشانه تورم، بدشکلی اندام، لمس دردناک بدن و زخم باز در بدن مصدوم است. در واقع شاید این بخش را بتوان از جهتی ادامه بخش بررسی وضعیت گردش خون در بدن مصدوم در نظر گرفت.

برای معاینه بالینی، باید از سر مصدوم شروع کنید، جمجمه وی را به آرامی لمس کنید تا متوجه تورم یا شکستگی در آن شوید. ممکن است در هنگام بررسی سر، در کنار گوش‌ها مایعی شفاف ببینید که در صورت شکستگی شدید استخوان جمجمه به بیرون از آن ترواش کرده است (این مایع شفاف، مایع مغزی نخاعی است که سبب جلوگیری از برخورد مغز با جمجمه در برابر آسیب‌های شدید می‌شود)، در این حالت باید بدانید که سر فرد با آسیب شدید مواجه شده است. گردن فرد مصدوم نیز از بخش‌هایی است که همراه سر وی باید مورد ارزیابی قرار گیرد و تورم، بدشکلی اندام، لمس دردناک یا زخم باز در آن بررسی شود.

در هنگام بررسی سر مصدوم، چشمان وی را به آرامی باز کرده و اندازه مردمک‌های دو چشم وی را بررسی کنید. در حالت نرمال، اندازه مردمک هر دو چشم برابر و گرد است. مردمک تنگ می‌تواند نشانه مسمومیت با مواد مخدر یا ضربه مغزی باشد. مردمک گشاد نشان‌دهنده ضربه مغزی یا وارد شدن شوک به فرد مصدوم است و مردمک‌های نابرابر نیز یکی از نشانه‌های سکته مغزی است. همان‌طور که می‌بینید اندازه غیرطبیعی مردمک با تغییر در مغز فرد مصدوم مرتبط بوده و بررسی آن‌ها حائز اهمیت ویژه است.

در این مرحله شما همچنین باید با انداختن نور به چشم وی مطمئن شوید که چشمان وی به نور واکنش نشان داده و اندازه مردمک‌ها کوچک می‌شود. واکنش مردمک به نور از سالم بودن مغز مصدوم حکایت دارد. اگر وسیله‌ای برای انداختن نور در چشمان مصدوم ندارید می‌توانید به صورت ساده، دستان خود را در برابر چشم وی قرار داده تا چشم مصدوم محیط تاریک را تجربه کند و سپس با برداشتن دستان خود، چشمان مصدوم را در حالت پر نور قرار دهید و بسته شدن مردمک وی را ارزیابی کنید.

پس از بررسی سر، به سمت قفسه سینه رفته و با لمس این بخش از بدن مصدوم از نبود تورم، بدشکلی اندام، لمس دردناک یا زخم باز در آن مطمئن شوید. پس از قفسه سینه باید شکم مصدوم را به آرامی با لمس کردن و فشار انگشتان مورد بررسی قرار دهید. اگر مصدوم در بخشی از شکم خود درد احساس می‌کند، این نقطه را در آخر زمان بررسی کوتاه خود فشار دهید. البته این موضوع را هیچگاه فراموش نکنید که به صورتی بدن بیمار را لمس کنید یا فشار دهید که سبب افزایش شدت آسیب در بدن وی نشود.

پس از بررسی شکم و لگن، دیگر نواحی بدن مصدوم همچون دستان و پاهای وی را مورد بررسی قرار دهید. در بررسی لگن وی، باید دستان خود را در کنار لگن قرار داده به آرامی دو طرف لگن وی را به داخل فشار دهید. در

این حالت همچنین باید یکبار دیگر نیز دستان خود را بر بالای لگن مصدوم قرار داده و آن را به آرامی به سمت پایین فشار دهید تا از طبیعی بودن وضعیت لگن وی مطمئن شوید. در بررسی دست و پاهای مصدوم نیز جریان گردش خون را با گرفتن نبض در دست و پاها ارزیابی کنید و اگر مصدوم در وضعیت هوشیاری است، وضعیت بی‌حسی انگشتان دست یا پاهای وی را با فشار دادن انگشتان و پرسیدن از وی چک کنید. سپس از او بخواهید که دست و پای خود را حرکت دهد. بی‌حسی یا عدم توانایی حرکت در وضعیت شدید حتی می‌تواند نشان از آسیب نخاعی در فرد مصدوم باشد. اگر فرد مصدوم نتواند دست یا پای خود را حرکت دهد، آسیب نخاعی در گردن وی روی داده و اگر بتواند تنها دستان خود را حرکت دهد و از حرکت دادن پاهای خود عاجز باشد، آسیب نخاعی در پایین تر از گردن وی اتفاق افتاده است.

نبض مصدوم را چگونه بررسی کنیم؟ البته بررسی نبض و گردش خون بدن باهم و طی مرحله‌ی ارزیابی اولیه انجام می‌شود؛ و هم‌ان‌گونه که در درس گذشته ذکر شد، بهترین مکان سنجش نبض، نبض شریان کاروتید(سبات) یا گردنی است.

حرکت خون در سرخرگ‌های انسان متاثر از انقباض قلب و به صورت ضربه به دیواره رگ و تپشی وار است. اگر سرخرگ در نزدیکی پوست و به ویژه در روی استخوان قرار داشته باشد، این حرکت تپشی به صورت ضربان با لمس کردن قابل مشاهده است. نبض در بزرگسالان در سه نقطه از بدن به خوبی قابل مشاهده است: در مچ دست، در گردن و در کشاله ران.

برای گرفتن نبض در مچ دست، کافی است دو انگشت خود را در ناحیه زیر چین مچ دست قرار داده و آن ناحیه را به آرامی فشار دهید تا ضربان نبض را احساس کنید. برای احساس ضربان در ناحیه گردن نیز کافی است دو انگشت خود را به آرامی در ناحیه بین نای و عضله بزرگ گردن قرار داده و کمی آن ناحیه را فشار دهید. اگر موفق به لمس نبض در این نواحی نشدید کافی است کمی موقعیت انگشتان خود را تغییر دهید تا به آسانی نبض را در این نواحی احساس کنید.

در هنگام گرفتن نبض از انگشت شست خود برای گرفتن نبض استفاده نکنید چرا که این انگشت خود دارای نبض است و می‌تواند محاسبات شما را به هم بریزد.

هر انسان بزرگسال ۶۰ تا ۱۰۰ نبض در یک دقیقه دارد و این آمار برای کودکان به ۷۰ تا ۱۲۰ نبض در هر دقیقه و برای نوزادان شیرخوار به ۱۲۰ تا ۱۸۰ نبض در هر دقیقه می‌رسد. در عملیات امداد رسانی لازم نیست که وقت خود را برای گرفتن نبض مصدوم هدر دهید تا به آمار چند نبض در دقیقه برسید. شما باید بتوانید مشخص کنید که آیا مصدوم نبض دارد و اگر چنین است قلب وی بیشتر یا کمتر از حالت نرمال می‌تپد.

به یاد داشته باشید معمولاً در حالتی که فرد دچار بی‌حالی یا اسهال و استفراغ شدید بوده یا دچار حمله قلبی شده است نبض وی کمتر از حالت نرمال است و نبض در افراد با جثه بزرگ نیز کمتر از افراد با جثه کوچک یا کودکان است. برای گرفتن نبض در شیرخواران نیز بهتر است به جای روش‌های بالا از شریان بازویی در وسط و داخل بازو استفاده کنید.

در برخی اوقات رنگ پوست مصدوم می‌تواند حاوی نشانه‌هایی برای شخص امدادگر باشد. برای مثال هنگامی که به مصدومی با رنگ پوست روشن یا سفید برخوردید، آگاه باشید که وی به شوک، غش یا حمله قلبی دچار شده است. تیره شدن رنگ پوست نشانه‌ی خفگی یا مسمومیت است. این نشانه‌ها می‌تواند کمک بزرگی برای امدادگر در کنترل زمان تشخیص مصدومیت باشد.

هنگامی که ارزیابی ثانویه بیمار را با انجام این مراحل انجام دادید، و اگر بیمار در وضعیت هوشیاری بود، وقت را هدر ندهید و تا رسیدن اورژانس با پرسیدن سؤالی از وی «شرح حال» بگیرید. شما باید از وی پرسید که آیا پیش از این داروهای خاصی مصرف می‌کرده یا خیر، یا به مواد یا داروهای خاصی حساسیت یا آلرژی دارد؟

همچنین از بیماری‌های قلبی مصدوم از او پرسش کنید، آیا دارای ناراحتی مزمن یا خطرناکی است؟ آیا به تازگی دچار بیماری خاصی شده است؟ البته همیشه سعی کنید به گونه‌ای از مصدوم این سوال‌ها را بپرسید که روحیه‌ی وی صدمه‌ای نبیند و همواره به او روحیه بدهید و بگویید که تنها برای راحتی کار امدادگران اورژانس این سوال‌ها را می‌پرسید تا آن‌ها بتوانند هر چه سریع‌تر نحوه امدادسانی را تشخیص دهند.

اگر مصدوم در وضعیت هوشیاری است و در ناحیه‌ای از بدن خود درد احساس می‌کند، از او بخواهید که آن ناحیه را به شما نشان دهد یا اسم ناحیه را به شما بگوید. در واقع درد یکی از بهترین نشانه‌ها برای بیان مصدومیت در ناحیه‌ای از بدن است و اگر در حالت کلی، مصدومیت‌های ما بدون درد بود ما هیچ گاه متوجه آسیب در بدن نمی‌شدیم. در هنگام پرسش از مصدوم بپرسید که درد وی بر اثر سانحه مصدومیت اتفاق افتاده، یا درد از اولین لحظه شروع شده یا پس از چند دقیقه درد را احساس کرده است. شدت درد نیز از دیگر نکاتی است که نباید فراموش کنید و آن را باید از مصدوم بپرسید.

به پایان این درس رسیدیم، در این درس با هم یاد گرفتیم که پس از انجام ارزیابی اولیه باید تا رسیدن امدادگران اورژانس به محل سانحه، به معاینه بالینی فرد مصدوم بپردازیم و روش‌های انجام این معاینات را با هم مرور کردیم. در درس بعد به سراغ مصدومانی می‌رویم که نیاز به ماساژ قلبی دارند و انجام این عمل را با هم مرور خواهیم کرد.

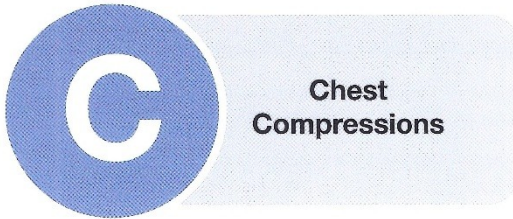
ایست قلبی

در دروس قبل به آموزش ارزیابی اولیه مصدوم پرداختیم و نحوه معاینه بالینی او را فراگرفتیم. در معاینه بالینی فرد مصدوم یاد گرفتیم که باید به دنبال چهار نشانه ی تورم، بدشکلی اندام، لمس دردناک بدن و زخم باز در بدن مصدوم باشیم و معاینه را باید از سر شروع کنیم و در آخر دست و پاهای او را از وجود این نشانه‌ها بررسی کنیم. در درس گذشته همچنین به نشانه‌هایی اشاره کردیم که می‌تواند به شخص امدادگر کمک کند تا در زمانی کمتر، آسیب فرد مصدوم را تشخیص داده و امدادسانی به او را در زمانی کمتر انجام دهد.

در برخی از مواقع شخص دچار حمله‌ی قلبی یا مغزی می‌شود و قلب او از کار می‌افتد یا در سانحه‌ای مصدوم شده و این مصدومیت شامل از کار افتادن قلب او می‌شود که در این مواقع پس از آنکه متوجه شدیم مصدوم نبض ندارد یا قلب او نمی‌تپد، باید بی‌درنگ به ماساژ قلبی او یا به طور صحیح‌تر احیای قلبی-ریوی (Cardiopulmonary resuscitation) روی بیاوریم.

یادگیری این تکنیک به اندازه‌ای مهم است که از سال ۲۰۱۰ در دستور العمل‌های توصیه شده احیا، شیوه

متداول ABC به CAB تغییر کرده است (تصویر از کتاب راهنمای BLS سال ۲۰۱۰ انجمن قلب آمریکا گرفته شده است).



ABC: Airway (راه هوایی),
Breathing (

گردش) Circulation, (تنفس
(خون)

CAB: Compression (ماساژ)
Airway (راه هوایی),
Breathing (تنفس)

مهمترین دلیل این تغییر، برگشت بسیاری از مصدومان ایست قلبی به زندگی از طریق ماساژ قلبی زود هنگام بوده است و این در حالی است که بر اساس دستورالعمل‌های پیشین، این عمل با تاخیر در مرحله سوم ارزیابی اولیه صورت می‌گرفته است. بنابراین یادگیری این تکنیک از اهمیت خاصی برخوردار

است. البته نباید فراموش کرد که عملیات احیا تنها می‌تواند ۱۰ درصد مصدومان ایست قلبی را به زندگی بازگرداند.

در ایست قلبی چه روی می‌دهد؟

هنگامی که قلب به هر دلیلی از کار می‌افتد و به اصطلاح، مصدوم دچار ایست قلبی می‌شود، جریان‌های الکتریکی قلب او دچار هرج و مرج شده و مختل می‌شود. این جریان‌ها هماهنگی طبیعی میان ضربان‌های قلب را به عهده دارند و مختل شدن آن‌ها سبب می‌شود که قلب توانایی پمپاژ خون را از دست بدهد و به جای پمپاژ همیشگی، تنها می‌لرزد. در این هنگام، عمل اکسیژن‌رسانی به بدن دچار اختلال شده و فرد پس از مدت کوتاهی دچار بیهوشی می‌شود.

در حقیقت پس از ایست پمپاژ قلب، امدادگر تنها چهار تا شش دقیقه زمان دارد که بتواند از مرگ بیولوژیک مصدوم جلوگیری کند و از صدمات شدید به مغز او بر اثر کمبود اکسیژن جلوگیری کند. عملیات احیا و ماساژ قلبی سبب به گردش افتادن خون در عروق خونی می‌شود و اکسیژن اندک ولی کافی مورد نیاز سلول‌های قلب و مغز را تامین می‌کند.

ماساژ قلبی را چگونه باید انجام داد؟

در هنگام ماساژ قلبی باید مطمئن شوید که سطح زیرینی که مصدوم بر آن قرار دارد به اندازه کافی محکم است. او را به پشت بخوابانید و در یک طرف او بر روی زانوهای خود قرار بگیرید. یک زانوی شما باید در کنار شانه مصدوم و زانوی دیگر در نزدیکی کمر او قرار بگیرد، فاصله پیشنهادی از مصدوم نیز به اندازه پنج انگشت یک دست بسته است.

سپس باید در حالتی که به صورت افقی روی بدن مصدوم خم شده‌اید، دستان خود را به صورتی مناسب بر روی بدن او قرار دهید.

ابتدا کف یک دست خود را در مرکز قفسه سینه (نیمه پایینی جناغ سینه) مصدوم بگذارید (عکس ۱) و سپس دست دیگر خود را بر روی آن قرار داده و با آن ترکیب کنید. دستان شما باید همانند عکس ۲ به درون هم بروند. البته می‌توانید دستان خود را همانند عکس ۳ به صورت ساده تنها بر دست تکیه‌گاه خود قرار دهید.



عکس ۱



عکس ۲



عکس ۳

البته در صورتی که مچ یکی از دست‌های تان دردناک باشد (افراد مبتلا به روماتیسم یا آرتروز در مچ دست) برای کاهش آسیب و احساس درد و در عین حال انجام مؤثر و پر قدرت ماساژ قلبی و عملیات احیای قلبی-ریوی می‌توانید از طرز قرار گرفتن دست‌ها به صورتی که در عکس ۴ نمایش داده شده است، استفاده کنید:



عکس ۴ {تصویر از کتاب راهنمای BLS سال ۲۰۱۰ انجمن قلب آمریکا گرفته شده است}

پس از ترکیب دست‌ان خود و قرار گیری آن‌ها در مرکز قفسه سینه بیمار، تکیه گاه خود را چنان تنظیم کنید که بازوان شما در راستایی کاملاً عمود بر روی قفسه سینه قرار بگیرند. در این حالت شما با ایجاد فشار بر قفسه سینه مصدوم، به قلب او کمک می‌کنید تا خون قرار گرفته در حفرات آن را به بدن پمپاژ کند و با برداشتن فشار نیز، قلب دوباره از خون پر می‌شود و سیکل خون‌رسانی با فشار دادن دوباره ادامه پیدا می‌کند.

در هنگام انجام عمل ماساژ قلبی باید به نکاتی توجه کنید تا این عمل با موفقیت اجرا شود. یکی از مهمترین نکات این است که در انجام ماساژ قلبی هیچ‌گاه نباید دستانتان را از ناحیه آرنج خم کنید چرا که این کار می‌تواند عمل فشار دادن را به ضربه زدن تبدیل کند. در حقیقت هنگامی که در حال اجرای ماساژ قلبی هستید، نیروی این عمل از بالا و پایین رفتن بخش لگن و کمر شما تامین می‌شود. بالا رفتن نیم تنه فوقانی شما توسط تغییر وضعیت کمر، فشار مورد نیاز بر بدن مصدوم را مهیا می‌کند.

در ماساژ قلبی، سعی کنید که نیرو را به کف دستان خود وارد کنید و از هدر رفتن این نیرو توسط وارد کردن فشار به بدن مصدوم از راه انگشتان خود بپرهیزید. در واقع فشار دادن بیمار توسط انگشتان شما سبب اتلاف نیروی وارد شده به قفسه سینه فرد مصدوم می‌شود.

در دستور العمل‌های جدید توصیه شده که عمق هر ماساژ باید بین پنج الی شش سانتی‌متر در افراد بالغ و حدود یک سوم عمق قفسه‌ی سینه در اطفال باشد و این عمق دو برابر عمق ماساژ در دستورالعمل‌های پیشین است. البته عمق ماساژ پنج سانتی‌متری متعلق به گروه بزرگسالانی است که دچار ایست قلبی شده‌اند عمق فشار برای نوزادان کمتر از یکسال حدود چهار سانتی‌متر و برای کودکان یک تا هشت سال حدود پنج سانتی‌متر است {حدود یک سوم عمق قفسه‌ی سینه در اطفال}.

پس از انجام هر ماساژ باید اجازه دهید قفسه سینه بدون جدا شدن انگشتان شما از آن بالا آمده و به حالت اول باز گردد تا خون دوباره وارد قلب شود.

بر اساس دستور العمل احیا سال ۲۰۱۵، سرعت ماساژ قلبی باید بین ۱۰۰-۱۲۰ مرتبه در دقیقه باشد. توجه کنید که در هنگام ماساژ قلبی پس از انجام تعداد مشخصی ماساژ باید تنفس مصنوعی نیز به مصدوم داده شود {فشار وارده باید قدرت‌مند و در عین حال سریع باشد = **Push Hard, Push Fast**}. در دستور العمل سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۵ آمده است که نسبت ماساژ قلبی به تنفس مصنوعی در افراد بالغ ۳۰ به

دو است یعنی پس از هر ۳۰ ماساژ قلبی باید به فرد مصدوم دو بار تنفس مصنوعی داد که هر کدام این تنفس‌ها حدود یک ثانیه زمان خواهد برد. این نسبت برای کودکان یک تا هشت سال هنگامی که دو فرد مجرب و آموزش‌دیده در حال انجام عمل ماساژ قلبی است برابر ۱۵ به ۲ و در هنگام ماساژ قلبی یک فرد عادی برابر ۳۰ به ۲ است.

پیشنهاد می‌شود برای اینکه تعداد ماساژهای انجام شده را فراموش نکنید، در هنگام انجام، با صدای بلند تعداد آن را بشمارید.

اگر احساس می‌کنید با خواندن آموزش و یا دیدن عکس‌ها، به خوبی متوجه نحوه اجرای ماساژ قلبی نشده‌اید پیشنهاد می‌کنیم برای یادگیری بهتر این عمل این ویدیو را

<https://www.youtube.com/watch?v=O9T۲۵SMyz۳A> و

<http://www.aparat.com/v/N۵r۱۳> (تماشا کنید).

فراموش نکنیم:

هنگام مشاهده فرد بیهوشی که نفس نمی‌کشد، بدون درنگ و اتلاف وقت، مستقیماً به سراغ ماساژ قلبی رفته و سی بار به صورت ریتمیک و منظم به او ماساژ بدهید. سپس دو بار تنفس مصنوعی را انجام دهید و این سیکل را پنج الی شش مرتبه ادامه دهید. زمان حدودی پنج الی شش بار انجام ماساژ و تنفس مصنوعی حدود ۱۲۰ ثانیه (دو دقیقه) است. سپس علائم گردش خون و بررسی نبض مرکز گردنی (سبات - کاروتید) در فرد مصدوم را چک کنید. چک کردن در این مرحله نباید بیشتر از ۱۰ ثانیه طول بکشد. اگر علائم گردش خون در بدن مصدوم وجود ندارد، سیکل ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را از سر بگیرید اما اگر گردش خون در بدن مصدوم ایجاد شده، هر پنج ثانیه به او تنفس مصنوعی بدهید و هر یک دقیقه نیز علائم گردش خون در بدنش را بررسی کنید. اگر گردش خون و تنفس مصدوم پس از اجرای عمل احیا به صورت نرمال بازگشته است، او را در حالت بیهودی یا ریکاوری بخوابانید و هر چند دقیقه وضعیت گردش خون او را بررسی کنید.

اگر توجه داشته باشید که در صورتی که توانایی و آموزش قبلی بابت انجام تنفس‌های مصنوعی نداشته‌اید؛ اعمال ماساژ منظم و ریتمیک قلبی را به صورت ۱۰۰-۱۲۰ مرتبه در دقیقه ادامه دهید (

Hands Only CPR) توصیه‌ی بنیاد قلب بریتانیا و انجمن قلب آمریکا در انجام این مانور

می‌باشد. این ویدیو (<http://www.aparat.com/v/MzWE۱>) را تماشا کنید؛ زیرا

انجام صحیح ماساژ قلبی باعث ایجاد فشار منفی در قفسه‌ی سینه شده و هم‌آن‌گونه که باعث بازگشت خون از وریدها به سمت قلب می‌گردد، باعث ورود مقداری هوا به ریه‌ها و تبادل اکسیژن هم می‌شود. با اینحال در کودکان انجام صحیح ماساژ قلبی ب تنفس الزامی است چون عمدتاً کودکان

دچار ایست قلبی ناشی از ایست تنفسی می‌شوند. (ریتم موسیقی **Stay'n alive** گروه بیتلز

https://en.wikipedia.org/wiki/Stayin'_Alive از طرف انجمن قلب آمریکا به عنوان

استانداردی در یادسپاری سرعت انجام ماساژ قلبی پیش‌نهاد شده است - فایل **ogg** و آزاد نمونه‌ی ۳۰ ثانیه‌ای از این موسیقی در آدرس

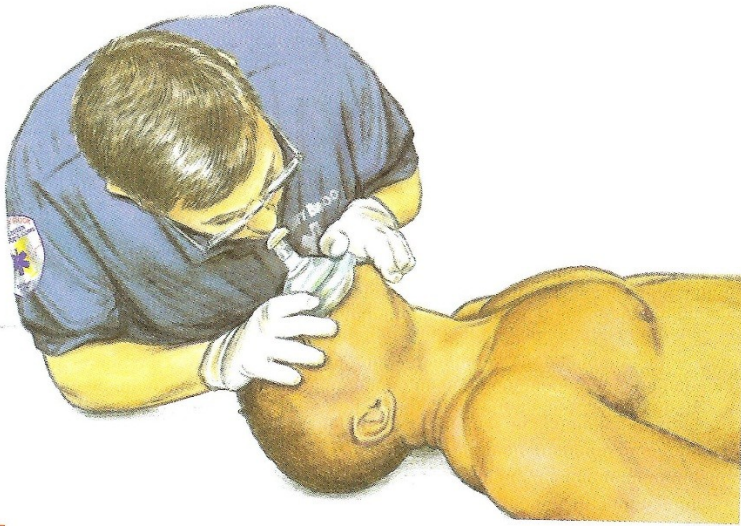
<https://en.wikipedia.org/wiki/File:StayinAlive.ogg> قابل شنیدن است.)

همچنین انجمن قلب آمریکا از سال ۲۰۰۵ پیش‌نهاد کرده در صورتی که ماسک‌های احیا در دسترس باشند، از این ماسک‌ها جهت انجام تنفس مصنوعی دهان به ماسک به دهان (بینی) استفاده شود تا حداقل امکان از انتقال عفونت‌های احتمالی (این احتمال در بررسی‌های بعدی سال ۲۰۱۰ و ۲۰۱۵ کم‌تر از

نیم درصد ارزیابی شده است). مصدوم به امدادگر جلوگیری شود؛ عکس های ۵ و ۶ نمونه‌ای از این ماسک ها را در حین احیا نشان می‌دهند. تصاویر از کتاب راهنمای ACLS , BLS سال ۲۰۱۰ انجمن قلب آمریکا گرفته شده است



عکس ۵



عکس ۶

۸

به پایان این درس رسیدیم، در درس امروز خواندیم که بر اساس دستورالعمل جهانی در سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۵، عملیات احیای قلبی-ریوی از بررسی گردش خون و ماساژ قلبی شروع می‌شود و پس از آن باز کردن مجرای تنفسی و تنفس فرد مصدوم را باید در دستور کار قرار داد. در واقع، هنگامی که مصدوم بیهوش، نبض ندارد و نفس نمی‌کشد (و البته هیچ‌گونه شاهدهی مبنی بر وقوع حادثه، ضربه یا تروما وجود ندارد)، باید بدون درنگ به ماساژ قلبی او روی آورد و سپس تنفس مصنوعی را در دستور کار قرار داد و پس از این مراحل به

مراحل دیگر ارزیابی اولیه مشغول شد. با توجه به وضعیت مصدوم، اینکه دارای نبض یا تنفس است یا نیست، شمامی توانید از دستورالعمل گذشته یا جدید استفاده کنید.

آشنایی با دستگاه دفیبریلاتور خودکار و نحوه کاربری آن

دستگاه‌های دفیبریلاتور خودکار (Automated External Defibrillator (AED - عکس ۱) جزو وسایل و ابزار کمک‌های اولیه برای بیماران دچار ایست قلبی محسوب می‌شوند. مطالعات متعدد نشان داده است القای هرچه سریعتر شوک الکتریکی به مصدوم دچار ایست قلبی در بهبود پیش‌آگهی و پیامد وی مؤثر می‌باشند. این مهم از سال ۲۰۰۵ مورد تأکید انجمن قلب آمریکا بوده و توصیه به در دسترس قرار دادن و آموزش همگانی استفاده از دفیبریلاتور شده‌است.



متأسفانه هزینه‌ی بالای تولید و نگهداری این محصول موجب عدم گسترش استفاده از آن شده و حتی اکنون در متمول‌ترین و پیشرفته‌ترین کشورهای دنیا نیز شاید تنها شاهد حضور

دستگاه‌های AED تنها در سطح مراکز پر بازدید و تجمع (ورزشگاه‌ها، ادارات، سالن‌های تئاتر و سینما و مدرسه‌ها و دانشگاه‌ها) باشیم. (نویدبخش آنکه مرکز تحقیقات تروما و حوادث جاده‌ای (دانشگاه علوم پزشکی تبریز) پروژه‌ای جهت تولید انبوه و

گسترش استفاده و بهره‌برداری از AED در سطح آحاد جامعه در دست اقدام دارد)

AED دستگاهی است که در نبود فرد متخصص با بررسی نوع ضربان قلب بیمار تصمیم به القای شوک

یا ادامه‌ی روند CPR می‌گیرد، به علاوه استفاده‌ی صحیح از آن مستلزم آشنایی قبلی با این ابزار نیز

می‌باشد. اصول کارکرد تمام دستگاه‌های AED عمدتاً مشابه هم می‌باشند (تصاویر از کتاب راهنمای ACLS , BLS سال ۲۰۱۰ انجمن قلب آمریکا گرفته شده‌است).



✓ به محض شروع عملیات احیا، فردی

می‌بایست جهت آوردن AED و فعال کردن کد اورژانس (تماس با اورژانس) اقدام نماید. در صورتی که عملیات احیا تک‌نفره انجام می‌شود، امدادگر می‌تواند قبل از آغاز عملیات

جهت آوردن AED و فعال کردن کد اورژانس اقدام نماید (عکس ۲).

✓ با رسیدن دستگاه، لیدهای (چسب‌های سنسور و شوک‌دهنده) آن برحسب بالغ یا کودک بودن (عکس ۳) فرد مصدوم در مکان مربوطه قرار می‌گیرند (عکس ۴).

✓ دستگاه عمدتاً در ۳ حرکت اقدام به بررسی و القای شوک می‌نماید:

(۱) روشن نمودن دستگاه (عکس ۵)

(۲) آنالیز ریتم (عکس ۶)

(۳) دستور القای شوک یا ادامه‌ی احیا (عکس ۶)



عکس ۴



Pás para adulto



Pás para criança

عکس ۳



عکس ۶



عکس ۵

هنگام اجرای هر کدام از این مراحل احتمال دارد مشکلاتی پیش آیند که ذکر نکات زیر در این رابطه خالی از لطف نخواهند بود:

✓ شاید به دلیل پرمو بودن سینه‌ی فرد مصدوم لیدها به خوبی به سطح بدن نچسبند یا تماس کافی نداشته باشند مه در این صورت دستگاه قادر به آنالیز ریتم قلبی و همچنین القای شوک نخواهد بود، در صورت مواجهه با چنین شرایطی یا از تیغ‌ها و تراش‌های همراه دستگاه جهت زدودن موها و اتصال لیدها استفاده نمایید و یا لیدهای اولیه را محکم فشار داده و به یکباره بکنید، این عمل موجب کنده شدن سطح وسیعی از موها شده و پس از آن می‌توان لیدهای جدید را روی بدن مصدوم چسباند.

✓ در مصدومین اطفال اولویت با القای شوک‌های غیر خودکار و بیمارستانی است. با اینحال در صورت بروز حادثه و نیازمندی استفاده از AED در ایشان در صورت وجود لیدهای اطفال از این لیدها استفاده کرده و در صورت عدم وجود آن‌ها، لیدهای بزرگسال روی قسمت‌های جلو و عقب وسط سینه (ساندویچ کردن قلب) قرار گیرند تا شوک مربوطه و آنالیز ریتم به خوبی انجام شود.

✓ در افرادی که از ضربان‌ساز (پیس‌میکر - عکس ۷) قلبی استفاده می‌کنند؛ حداقل فاصله‌ی ۱۰ سانتی‌متری بین لیدها و ضربان‌ساز رعایت گردد. در کل قرار داشتن قلب بین لیدها مهم است و مکان‌های لیدها (مشابه عکس ۴) راهنمایی در این زمینه می‌باشند.



عکس ۷ - منبع:

<https://anatomy.elpaso.ttuhs.edu/clinicalcases/pacemaker/pacemaker.html>

✓ شاید فرد مصدوم در حال استفاده از پیچ‌های پوستی دارویی باشد. از قراردادن لیدها روی این پیچ‌ها خودداری نموده و در صورت نیاز به قرار دادن لیدها در آن مکان، ابتدا پیچ دارویی را جدا نموده، محل پوست مربوطه را تمیز نمایید و سپس لید را متصل نمایید.

✓ در مغروقین یا افرادی که بدن و سینه‌ی مرطوب دارند، به دلیل آنکه لیدها به خوبی با پوست تماس نخواهند داشت و همچنین به دلیل رسانایی آب و رطوبت و احتمال بروز اتصال کوتاه و سوختگی سطحی پوست حین، ابتدا سطح بدن را خشک نموده و سپس اقدان به چسباندن لیدها نمایید.

✓ امکان دارد پس از اتصال لیدها، دستگاه همچنان قادر به بررسی ریتم قلبی نباشد. در صورت مواجهه با چنین موارد اتصال محکم بین پوست و لیدها را بررسی کنید و در صورت نیاز از لیدهای دیگری استفاده نمایید.

✓ در کل عملیات احیا نباید برای بررسی عمل کرد یا کارکرد دستگاه به تعویق افتد. در صورتی که آموزش قبلی راجع به این موضوع نداشته‌اید، احیای قلبی-مغزی-ریوی خود را ادامه داده و منتظر رسیدن نیروهای امدادی باشید.

بیرون آوردن جسم خارجی از گلو مصدوم

در درس‌های قبل با ماساژ قلبی آشنا شدیم و نحوه انجام آن را فرا گرفتیم. حتماً به یاد دارید که گفتیم هنگام مشاهده فرد بیهوشی که نبض ندارد و نفس نمی‌کشد، باید بدون درنگ به سراغ ماساژ قلبی رفته و به صورت منظم ۳۰ بار به وی ماساژ بدهید. سپس دو بار تنفس مصنوعی را انجام دهید و این سیکل را پنج الی شش مرتبه ادامه دهید. سپس علائم گردش خون در فرد مصدوم را چک کنید. اگر گردش خون همچنان در بدن او وجود ندارد، چرخه ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را دوباره انجام دهید اما اگر گردش خون در بدن مصدوم ایجاد شد، هر پنج ثانیه به او تنفس مصنوعی بدهید و هر یک دقیقه نیز علائم گردش خون در بدنش را بررسی کنید. و در حالت سوم، اگر گردش خون و تنفس مصدوم پس از اجرای عمل احیا به صورت نرمال بازگشت، او را در حالت بهبودی یا ریکاوری بخوابانید و هر چند دقیقه وضعیت گردش خون او را بررسی کنید.

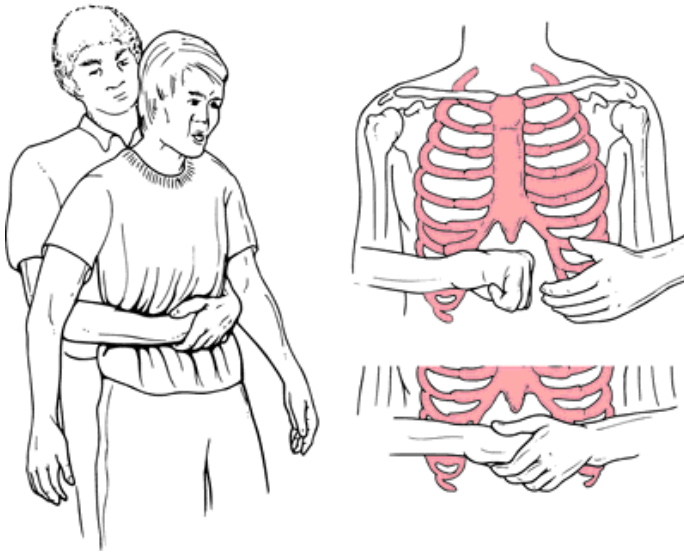
بیشتر مانورهایی که تاکنون فرا گرفته‌ایم معمولاً برای افراد بیهوش به کار گرفته می‌شوند و بخشی از عملیات ریکاوری مصدوم بیهوش به شمار می‌رود. اما در این درس می‌خواهیم گریزی به مانور دیگری بزنیم که در وضعیت مسدود شدن کامل مجرای تنفسی یک فرد هوشیار در هنگام غذا خوردن رخ می‌دهد. شاید برای شما پیش آمده که غذا در گلویتان گیر کند، برخی مواقع این گیر کردن مجرای تنفسی فرد را بسته و تنفس او را مختل می‌کند. در این حالت ساده‌ترین حرکتی که به ذهن ما می‌رسد این است که با فرو کردن انگشتان در گلو، جسم خارجی را از گلو خارج کنیم یا راه را برای نفس کشیدن باز کنیم. در صورتی که برخلاف تصور عمومی، بهتر است از فرو کردن انگشتان به دهان حلق مصدوم خودداری کنیم چرا که ممکن است سبب فرو رفتن بیشتر جسم خارجی در گلو شود و بیرون آمدن آن را سخت‌تر کند.

اما راه حل در این مواقع چیست؟ در این حالت برای کمک به مصدوم سه راه وجود دارد. ساده‌ترین اقدام در این زمینه این است که از فرد مصدوم بخواهید بایستد و با سرفه‌های مداوم و محکم، جسم خارجی را از گلو خود خارج کند. اگر جسم خارجی کوچک بوده یا در ابتدای گلو گیر کرده باشد، با این روش می‌توان مجرای تنفسی مصدوم را پاکسازی کرد تا به صورت طبیعی نفس بکشد.

اگر روش سرفه کردن محکم و متوالی نتیجه‌ای نداد، بهتر است مصدوم را در حالتی که ساعد یک دست را جلوی قفسه سینه او قرار داده، به جلو خم کرده و با کف دست دیگر به پشت او ضربه بزنید. اجرای این روش ساده را حتماً در کمک به تنفس شیرخواران و نوزادان دیده‌اید. در این روش حتی می‌توان بزرگسالان را در حالت ایستاده و کمی مایل نگاه داشت تا نیاز به خم کردن آن‌ها نباشد.

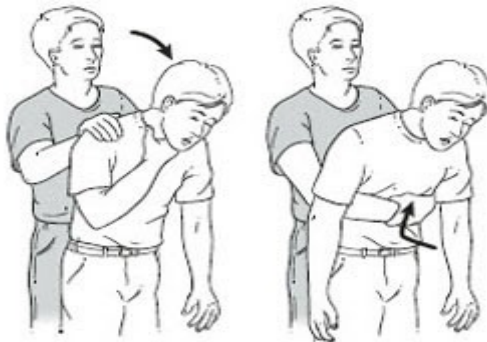
اگر روش ضربه زدن به پشت نیز جواب نداد، باید بدانید که جسم خارجی بزرگ بوده یا به مقداری نسبتاً زیاد در مجرای تنفسی فرد فرو رفته است. در این حالت باید بی‌درنگ به سراغ روش سوم رفته و از مانور وارد کردن فشار به شکم یا «هایملیش» (Heimlich) استفاده کنید تا بتوانید جسم خارجی را از مجرای فرد مصدوم بیرون بیاورید. مانور هایملیش مانوری ساده است که به راحتی توسط یک فرد عادی قابل اجرا است.

در این مانور باید ابتدا پشت سر مصدوم قرار بگیرید. سپس یکی از دستان خود را مشت کرده و با دست دیگر دست مشت شده را بگیرید و تشکیل یک حلقه را بدهید. نحوه قرارگیری دستان شما در این روش به گونه‌ای است که از زیر بغل مصدوم رد شده است یعنی دستان مصدوم بالای حلقه ایجاد شده توسط دستان شما قرار می‌گیرد. باید توجه کنید که محل قرارگیری مرکز حلقه ایجاد شده توسط دستان شما پایین‌تر از زائده خنجری جناغ سینه فرد مصدوم باشد (عکس ۱).



عکس ۱

پس از قرار گرفتن صحیح دست، دستان خود را به سمت داخل و بالا فشار دهید. توجه کنید که این عمل باید به صورت فشار باشد و باید از وارد کردن ضربه ناگهانی به بدن مصدوم خودداری کنید. اگر اجرای این عمل در بار اول سودمند نبود، چند بار دیگر این مانور را تکرار کنید تا به نتیجه برسید. اگر این روش نیز به نتیجه نرسید و مصدوم دیگر به محرک واکنش نشان نمی‌دهد، با اورژانس تماس بگیرید و به عملیات احیا بپردازید.



عکس ۲

فراموش نکنید که مانور هایم لیش، در کودکان زیر یکسال به دلیل احتمال بالای آسیب دیدگی شکم توصیه نمی‌شود و در زنان باردار یا افراد چاق نیز توصیه شده فشار به جای شکم، به قفسه سینه وارد شود.

برای یادگیری بهتر مانور هایم لیش توصیه می کنیم این ویدیو (<http://www.youtube.com/watch?v=VCqtlgSyAiU>) و <http://www.aparat.com/v/91juS>) را تماشا کنید.

هم آن طوری که در فیلم مشاهده کردید و عکس ۳ نیز نمایش می دهد، قرار دادن در هم تنیده ی دست ها دور گردن به عنوان **علامت بین المللی خفگی** مطرح شده و یادگیری، یادسپاری و آموزش آن به همه توصیه می شود، در واقع با نشان دادن این وضعیت باقی افراد متوجه می شوند که چیزی موجب انسداد مسیر تنفسی مصدوم شده و سریعاً به امدادسانی به فرد مصدوم می پردازند:



عکس ۳ - { تصویر از کتاب راهنمای BLS سال ۲۰۱۰ انجمن قلب آمریکا گرفته شده است. }

فراموش نکنیم:

برای پاکسازی مجرای تنفسی یک فرد هوشیار سه راه حل در پیش رو داریم:

۱. سرفه کردن محکم و متوالی
۲. ضربه زدن به پشت مصدوم
۳. مانور هایم لیش

کمک های اولیه به نوزادان

تا کنون روش های گوناگون کمک های اولیه برای نجات یک مصدوم بزرگسال را فرا گرفتیم، اما در حین یادگیری برخی از روش ها نیز گفتیم که این روش برای کودکان باید به گونه ای دیگر اجرا شود. در برخی اوقات مصدوم ما به جای یک فرد بزرگسال، یک نوزاد است که نیاز به کمک های اولیه دارد. برای مثال فرض کنید که به نوزادی برخوردید که به محرک های محیطی پاسخ نمی دهد و تنفس ندارد. در این مواقع چه باید بکنیم؟

ترتیب کارهایی که قرار است در شرایط مشابه برای مصدومان نوزاد یا افراد بزرگسال انجام دهیم یکسان است، یعنی وقتی به نوزادی برخوردید که نبض ندارد و به محرک های محیطی پاسخ نمی دهد باید بی درنگ عمل ماساژ قلبی را آغاز کنید اما ماساژ قلبی در نوزادان چگونه است؟

برای ماساژ قلبی در نوزادان، ابتدا باید محل فشار ماساژ را مشخص کرد. محل وارد آمدن فشار در روی جناغ نوزاد و یک بند انگشت پایین‌تر از خطی فرضی است که نوک سینه نوزاد را به هم متصل می‌کند. دو انگشت خود را باید در این نقطه قرار داده و ۳۰ مرتبه قفسه سینه را فشار دهید. براساس دستورالعمل‌های جدید عمق فشار برای نوزادان کمتر از یکسال حدود چهار سانتی‌متر و برای کودکان یک تا هشت سال حدود پنج سانتی‌متر است (در حالت کلی حداقل باید یک سوم ارتفاع قفسه‌ی سینه باشد).

فراموش نکنید که این فشار نباید به ضربه تبدیل شود و برای انجام تعداد دقیق آن نیز در حین اجرا، فشارها را با صدای بلند بشمارید. پس از اجرای ۳۰ ماساژ قلبی، به کودکان به آرامی دو بار باید تنفس مصنوعی بدهید. این سیکل همانند سیکل ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی در بزرگسالان است. اما در نوزادان این سیکل را باید به صورت «۱-۲-۳-نفس» تکرار کرد و پس از ۲ دقیقه علائم گردش خون در نوزاد مصدوم را بررسی کرد. اگر مشاهده کردید که گردش خون همچنان در بدن او وجود ندارد، چرخه ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی را باید دوباره از سر بگیرید اما اگر گردش خون در بدن از سر گرفته شد، هر سه ثانیه به او تنفس مصنوعی بدهید و هر چند دقیقه نیز علائم گردش خون در بدنش را بررسی کنید.

در برخی اوقات ممکن است جسم خارجی در گلوئی نوزاد گیر کرده و او توانایی تنفس را از دست بدهد. در این حالت باید نوزاد را رو به زمین و در حالت مایل نگاه داشت یعنی سر و گردن او پایین‌تر از قفسه سینه‌اش قرار بگیرد. برای این کار باید با یک دست، قسمت فوقانی بدن وی، محل سر و گردن را گرفته و بدن او را بر روی ساعد خود قرار دهید و با دست دیگر نیز به میان دو کتف نوزاد پنج ضربه بزنید. سعی کنید که این ضربه‌ها با فاصله از هم زده شوند.

البته از روش فشردن قفسه سینه نیز می‌توان در این مواقع به نوزاد مصدوم کمک کرد. در این حالت، نوزاد را با یک دست طوری باید نگه دارید که سر شیرخوار به سمت آسمان بوده و پایین‌تر از قفسه سینه او قرار بگیرد. سپس در همان نقطه‌ای که محل فشار ماساژ قلبی بوده (یک بند انگشت پایین‌تر از خط فرضی متصل کننده نوک سینه‌های نوزاد و بر روی جناغ سینه‌ی وی) با دو انگشت پنج بار فشار وارد کنید.

اگر نیاز دارید در زمینه کمک به نوزادان بیشتر بیاموزید و درس امروز را مرور کنید، پیشنهاد می‌کنیم این ویدیو (<https://www.youtube.com/watch?v=EWYw-XvaLfc>) و <http://www.aparat.com/v/SAYm۳> را تماشا کنید.

به پایان درس امروز رسیدیم در درس امروز مانورهایی برای پاکسازی مجرای تنفسی یک فرد هوشیار را یاد گرفتیم که مانور هایملیش نیز در این بین قرار داشت. سپس تا اندازه‌ای به مبحث کمک‌های اولیه به نوزادان پرداختیم و ماساژ قلبی و مانور هایملیش به این گروه را نیز مرور کردیم. در جلسه بعد به مصدومان در حال خونریزی می‌پردازیم و نحوه کمک کردن به آن‌ها را با هم مرور می‌کنیم.

خونریزی خارجی

در جلسات قبل به عملیات احیا پرداختیم و یاد گرفتیم که در برخورد با مصدومان بیهوش فاقد نبض باید بدون هدر دادن وقت، به ماساژ قلبی روی آورد و بعد از ۳۰ ماساژ قلبی، به آن‌ها دو بار تنفس مصنوعی داد و این کار را پنج الی شش مرتبه تکرار کرد تا گردش خون در بدن آن‌ها ایجاد شود.

برخی از مواقع شاید حال بیمار وخیم‌تر باشد و بر اثر زخمی که در بدن او ایجاد شده شاهد خونریزی خارجی باشیم در این‌گونه مواقع اگر شدت خونریزی بسیار زیاد است، باید به سرعت به دنبال بند آوردن خونریزی باشیم چرا که ممکن است مصدوم بر اثر کم شدن حجم خون خود در اثر خونریزی بمیرد.

در حقیقت ما سه نوع خونریزی خارجی داریم:

۱. خونریزی شریانی
۲. خونریزی وریدی
۳. خونریزی مویرگی

در مهمترین خونریزی خارجی که احتمال مرگ در آن بیشتر از سایر خونریزی‌هاست، زخم در سرخرگ (شریان) فرد مصدوم ایجاد می‌شود و لخته شدن خون در این نوع زخم‌ها به دلیل فشار زیاد خون ممکن نیست و خون بند نمی‌آید. در این نوع خونریزی، خون با جهش از زخم و به صورت رنگ روشن بیرون می‌زند و نشانه این نوع خونریزی به شمار می‌آید. با این حال احتمال اینکه فرد مصدوم بر اثر این خونریزی بمیرد کم است جز اینکه زخم ایجاد شده در سرخرگ بسیار بزرگ باشد.

در خونریزی نوع دوم، زخم در سیاهرگ (ورید) فرد مصدوم ایجاد می‌شود و خون با شدت کمتری نسبت به خونریزی شریانی وبا رنگی تیره‌تر نسبت به این نوع خونریزی از بدن مصدوم بیرون می‌آید. در واقع در این خونریزی ما شاهد جهش خون نیستیم. زخم در سیاهرگ باید بسیار عمیق باشد که متوقف شدن خودبه‌خود آن بامشکل مواجه شود.

در خونریزی نوع سوم، که ساده‌ترین و شایعترین نوع خونریزی به شمار می‌رود، خون بر اثر زخم ایجاد شده در مویرگ فرد بیرون می‌آید که این نوع خونریزی به دلیل فشار کمی که دارد، پس از مدت کوتاهی با تشکیل لخته خون، خود به خود متوقف می‌شود و نیاز به کمک‌های اولیه آنچنانی ندارد. مهم‌ترین خطری که در خونریزی مویرگی با آن مواجه هستیم خطر عفونت زخم است.

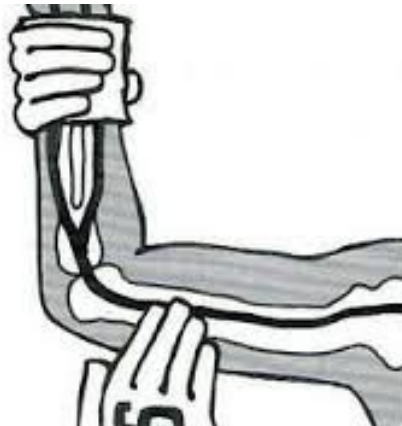
در هنگام مواجه شدن با خونریزی خارجی چه باید کرد؟

هنگامی که با مصدوم در حال خونریزی مواجه می شوید، فارغ از اینکه خونریزی خارجی از چه نوع خونریزی است، باید با وسیله‌ای روی زخم فشار وارد کنید تا خونریزی متوقف شود. این فشار می‌تواند در خونریزی مویرگی توسط انگشتان دست ایجاد شود و یا در خونریزی بزرگ با یک قطعه پارچه تمیز یا گاز استریل. علاوه بر وسایل گفته شده، حتی می‌توان از یک کیسه نایلون یا پوشش پلاستیکی نیز استفاده کرد. برای جلوگیری از مبتلا شدن به بیماری‌های احتمالی، سعی کنید تا آن جایی که امکان دارد از دست زدن به زخم فرد مصدوم بپرهیزید و از **دستکش لاتکس، وینیل و نایلونی** برای این کار استفاده کنید. اگر هیچ وسیله‌ای برای پوشش دستان شما نبود، از خود بیمار بخواهید که زخم خود را فشار دهد، اگر این کار نیز ممکن نبود، پس از تماس با زخم و انجام کار، دستان خود را به سرعت با آب و صابون بشویید.

پس از گذاشتن یک تکه پارچه یا گاز استریل بر روی زخم، آن منطقه را فشار دهید تا خونریزی کم‌کم بند بیاید. در این مواقع، بستن زخم با بانداژ فشاری کمک بزرگی به شمار می‌آید چرا که به شما این امکان را می‌دهد تا به زخم‌های دیگر مصدوم یا به مصدومان دیگر برسید. ممکن است پس از قرار دادن پارچه یا گاز استریل و فشار دادن بر روی زخم و فشار دادن آن نیز، خونریزی متوقف نشود، در این حالت باید اندام در حال خونریزی را بالاتر از سطح قلب نگاه داشت تا فشار خونرسانی به آن نقطه از بدن مصدوم کم شده و به متوقف شدن خونریزی کمک کند.

برخی از مواقع ممکن است خونریزی از این نیز شدیدتر باشد و با بالا آوردن اندام نیز متوقف نشود، در این حالت باید به شریان‌های بازویی و رانی مصدوم فشار بیاورید تا با ایجاد دو نقطه فشار همزمان به کم شدن فشار خونریزی و لخته شدن خون کمک کنید.

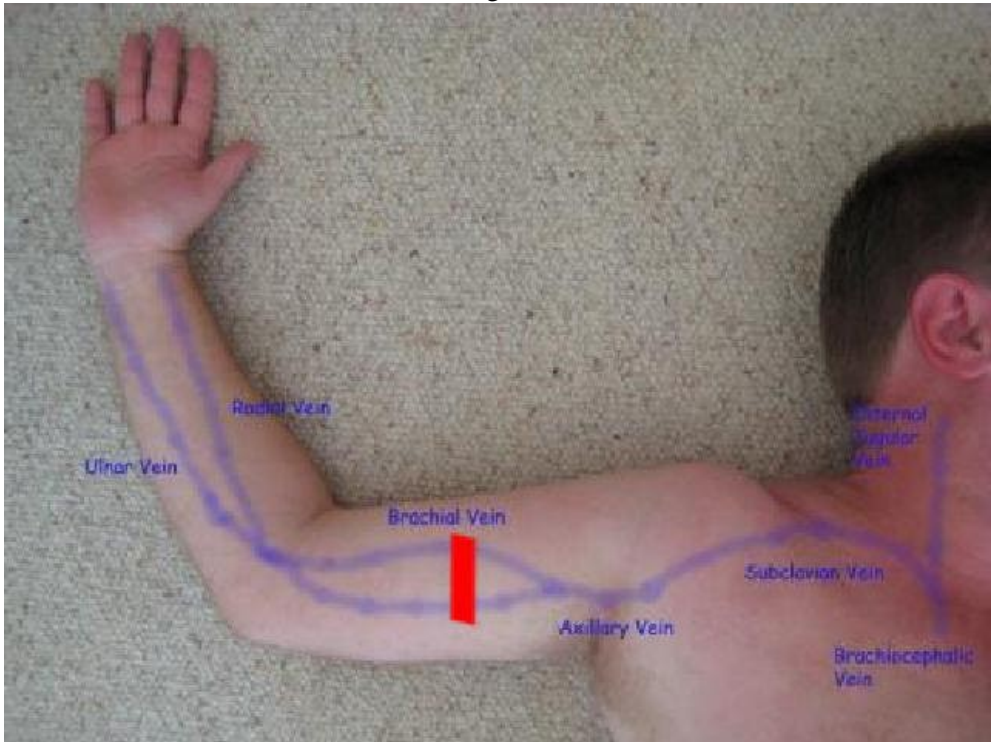
در این حالت اگر زخم در دست مصدوم ایجاد شده، باید دست در حال خونریزی را بالا آورده و همزمان با فشار بر روی زخم، نبض بازویی او را نیز فشار دهید. برای این کار باید بیمار به پشت خوابیده و آرنج دست مصدوم او را در حالت ۹۰ درجه قرار دهید. سپس باید فاصله شانه و آرنج را به دو قسمت تقسیم کرده و با انگشتان خود به عضله بازو به سمت داخل به آرامی ضربه بزنید تا این عضله را از مسیر فشار دادن خارج کنید. پس از آن باید با انگشتان خود به عضله دو سر به سمت بالا فشار وارد کنید تا این عضله را نیز از محل دور کنید. در این هنگام شما می‌توانید با فشار دادن انگشتان خود به سمت پایین استخوان، نبض مصدوم را حس کنید و فشار را در همان نقطه نگاه دارید تا از شدت خونریزی کاسته شود. حالت کلی این عمل در عکس‌های ۱-۳ به نمایش در آمده است.



عکس ۱

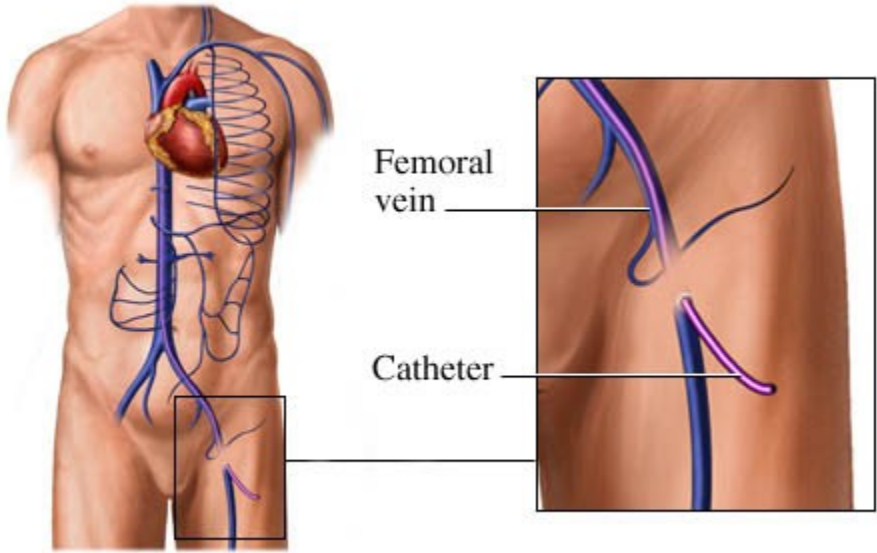


عکس ۲



عکس ۳

اگر زخم در پای مصدوم ایجاد شده باید بیمار را به پشت خوابانده و در کنار ران غیر مصدوم فرد به گونه‌ای قرار بگیرید که سر شما در جهت سر او باشد. سپس دست خود را بر روی خط کشاله ران بیمار قرار داده و به سمت پایین فشار دهید. در عکس شماره ۴ محل دقیق قرار گیری سرخرگ فمورال (رانی) را مشاهده می‌کنید. توجه کنید که فشار باید بر این سرخرگ وارد شده تا از شدت فشار خون در ناحیه پا کاسته شود. فراموش نکنید که همزمان با این فشار، باید بر نقطه محل خونریزی نیز فشار آورید تا بتوانید خونریزی را متوقف کنید.



عکس ۴

در صورتی که با هیچ کدام از روش‌های ذکر شده خونریزی شریانی اندام مصدوم قابل کنترل نبود می‌بایست با استفاده از وسیله در مسیر جریان خون و بستن آن از ادامه‌ی خونریزی بیمار جلوگیری کرد؛ این وسیله شریان بند یا تورنیکت (تورنیکه) نام دارد و همچون شیر باز و بست جریان مایعات عمل کرده و با بستن اصولی آن از ادامه‌ی خونریزی بیمار جلوگیری می‌شود (عکس ۵).



عکس ۵

برای درک بهتر نکات گفته شده تا اینجای کار، پیشنهاد می‌کنیم این ویدیوی قدیمی (<https://www.youtube.com/watch?v=MB۲Pg۰-J۱۹۰>) و _____

انجام آن نیز بیشتر آشنا شوید. <http://www.aparat.com/v/ΔcqyD> را تماشا کنید، تا علاوه بر مرور نکات گفته شده، با نحوه

خونریزی داخلی

علاوه بر خونریزی خارجی که تشخیص آن به آسانی صورت می‌گیرد، نوع دیگری از خونریزی نیز وجود دارد که در داخل بدن صورت گرفته و خونریزی به صورتی آشکار نمایان نمی‌شود و به همین دلیل تشخیص آن کمی سخت است.

خونریزی‌های داخلی را معمولاً باید بوسیله علائمی چون رنگ پریدگی پوست، فشار خون پایین و نبض ضعیف و تند تشخیص داد. در صورت تشخیص این نوع خونریزی، لباس‌های تنگ مصدوم را از تن او بیرون آورده و از بسته شدن احتمالی مجرای تنفسی او جلوگیری کنید. سپس سعی کنید او را در کمترین زمان ممکن به مراکز درمانی برسانید.

فراموش نکنیم:

در هنگام کمک به مصدوم در حال خونریزی تا حد امکان از تماس مستقیم دست بدون پوشش خود با زخم خودداری کنیم و در صورت ضرورت تماس، دستان خود را بعد از انجام کمک‌های اولیه به سرعت با آب و صابون شست و شو دهیم. همچنین ممکن است در برخی از خونریزی‌ها مصدوم دچار بدحالی شده و استفراغ کند که در این حالت باید مصدوم دراز کشیده را به پهلو بگردانید تا محتویات از دهان او بیرون بیاید و مجرای تنفسی او را مسدود نکند.

شوگ

دستگاه گردش خون هر انسان از سه بخش قلب، خون و رگ‌های خونی تشکیل شده است که نارسایی در هر یک از این بخش‌ها می‌تواند به کمبود اکسیژن و غذا در بافت‌های بدن منجر شود. این موضوع در حالت شدید می‌تواند سبب مرگ فرد نیز شود. به کمبود اکسیژن در بدن مصدوم به دلایلی مرتبط با دستگاه خون، شوگ گفته می‌شود.

شوگ خونی می‌تواند به دلایل از کار افتادن یا بد کار کردن هر یک از سه بخش دستگاه گردش خون روی دهد. به طور مثال، قلب به علت نارسایی شدید یا وقوع سکنه قلبی توانایی پمپاژ را از دست داده و شوگ کاردیوژنیک روی می‌دهد یا به علت خونریزی، حجم خون فرد پایین آمده منجر به افت شدید فشار خون می‌شود که به آن شوگ هیپوولمیک گفته می‌شود. البته ممکن است شوگ رویداده به علت تغییر اندازه رگ‌ها باشد که به آن شوگ وازوژنیک گفته می‌شود.

در هر حال، شوگ مرتبط با دستگاه گردش خون، سبب کمبود اکسیژن در بافت‌ها شده و به آن‌ها آسیب می‌رساند و منجر به تورم در آن‌ها می‌شود.

علایم شوگ می‌تواند رنگ پریدگی مصدوم، کاهش فشار خون و ضربان تند قلب باشد و ممکن است به حالت تهوع او نیز منجر شود. در هنگام شوگ شدید، بیهوشی مصدوم نیز قابل انتظار است. اقدامات مورد انتظار در مواجهه با شرایط شوگ مصدوم نیز همانند خونریزی داخلی است و با حفظ شرایط باید مصدوم هر چه سریع‌تر به مراکز درمانی منتقل شود، در درس بعد بیش‌تر با این اقدامات آشنا خواهیم شد.

به پایان این درس رسیدیم، در درس امروز، انواع خونریزی‌های خارجی و خونریزی داخلی را با هم مرور کردیم و نحوه کمک‌رسانی به مصدوم در این وضعیت را نیز فرا گرفتیم. سپس با حالات شوک مرتبط با دستگاه خون آشنا شدیم. در جلسه بعد خواهیم آموخت که برای مصدومانی که دچار شوک مرتبط با دستگاه گردش خون شده‌اند چه کاری را باید انجام داد و سپس با انواع زخم‌ها آشنا خواهیم شد و به نحوه مراقبت از آن‌ها خواهیم پرداخت.

شوک خونی

در درس قبل انواع خونریزی‌های داخلی و خارجی را با هم بررسی کردیم و یاد گرفتیم که هنگام انجام کمک‌های اولیه به مصدوم در حال خونریزی، باید تا حد امکان از تماس مستقیم دست بدون پوشش با زخم خودداری کنیم و در صورت ضرورت تماس، در اولین فرصت دستان خود را با آب و صابون بشوییم. سپس نحوه کمک‌رسانی به مصدوم در حالت‌های خونریزی کم و شدید را فرا گرفتیم و گفتیم در حالت خونریزی شدید در دست یا پا باید به دو نقطه از بدن برای کاهش خونریزی فشار وارد کنیم: محل خونریزی و شریان‌های اصلی در دست یا پا. در انتهای درس نیز درباره حالت شوک مرتبط با دستگاه خون‌رسانی صحبت کردیم و گفتیم که به کمبود اکسیژن در بدن مصدوم به دلایلی مرتبط با دستگاه خون، شوک گفته می‌شود. اکنون ادامه بحث شوک را پی می‌گیریم و درباره نحوه برخورد هنگام رخ دادن این موضوع صحبت می‌کنیم.

در هنگام شوک چه باید کرد؟

معمولاً توصیه می‌شود حتی اگر مصدوم در وضعیت شوک نیز قرار ندارد امدادگر دستورالعمل امدادی هنگام شوک را برای مصدوم به کار گیرد تا رسیدن به وضعیت نرمال برای مصدوم آسان‌تر شود.

در وضعیت معمولی در شوک، مصدوم را به پشت خوابانده و پاها را ۲۰ تا ۳۰ سانتی متر بالاتر از بدن قرار دهید. توجه کنید تنها در صورتی این عمل را انجام دهید که مصدوم به آسیب نخاعی دچار نشده باشد. با انجام این کار شما به مصدوم کمک می‌کنید تا خون پاها به سمت قلب برگشته و کمبود حجم خون احتمالی در بدن مصدوم جبران شود.

در وضعیت آسیب به سر و هنگامی که می‌دانید نخاع مصدوم آسیب ندیده، توصیه می‌شود که سر مصدوم به پشت خوابانیده را کمی بالاتر بیاورید. برای این کار کافی است که وسیله‌ای را زیر سر او قرار دهید.

اگر مصدومی دچار حمله قلبی شده، یا صدمه به قفسه سینه او وارد آمده و به طور کلی در حالتی که مصدوم در نفس کشیدن دچار مشکل شده باید او را در حالتی که به دیوار تکیه دارد بر روی زمین بنشانید و پاهایش را دراز کنید. سپس پاهای او را به سمت شکم بالا بیاورید تا در حالت نیمه نشسته قرار گیرد. توجه کنید که اگر مصدومی به محرک‌های بیرونی پاسخ نمی‌دهد ولی تنفس دارد او را در حالت ریکآوری بخوابانید تا امدادگران اورژانس از راه برسند.

در مصدوم‌هایی که احتمال می‌دهد به آسیب نخاعی دچار شده باشند یا شکستگی در ناحیه پا داشته باشند، بهتر است آن‌ها را ساده به پشت بخوابانید و منتظر از راه رسیدن اورژانس بمانید.

این کمک‌های اولیه برای مصدومان شوک دیده کافی هستند و مبحث شوک با فراگیری این نکات به پایان می‌رسد. پس از این مبحث و قبل از آن که به بخش زخم‌های باز و مراقبت از آن‌ها بپردازیم، می‌خواهیم از یک نوع خونریزی دیگر صحبت کنیم که معمولاً بر اثر فعالیت در زیر آفتاب پیش می‌آید، یا در حالات دیگر در اطراف خود دیده‌اید. حدس شما درست است، مبحث مورد نظر، خونریزی بینی است که معمولاً رخ دادن آن در هوای گرم متداول به شمار می‌رود.

خونریزی بینی دلایل گوناگونی دارد و علاوه بر فعالیت در زیر آفتاب، می‌تواند در اثر بالا رفتن ناگهانی فشار خون، ایجاد خراش یا خشکی در مخاط بینی و یا وجود برخی بیماری‌های خونی و عفونی رخ می‌دهد.

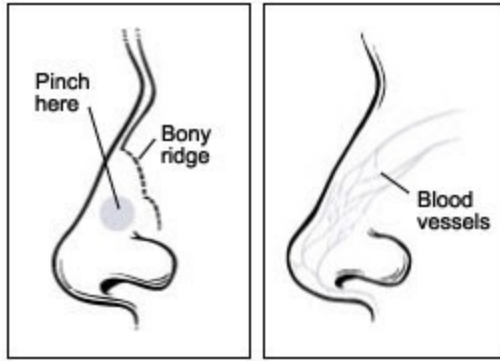
چگونه به مصدوم در هنگام خونریزی بینی کمک کنیم؟

کمک کردن به مصدوم در این حالت بسیار ساده است و کافی است او را به حالت طبیعی بر روی صندلی یا زمین نشانده و سر او را کمی به جلو خم کنید. سپس بینی او را به مدت پنج دقیقه به حالت گاز انبری فشار دهید. بیمار در این حالت باید از راه دهان تنفس کند. همچنین می‌توانید هنگامی که این کار را انجام می‌دهید، از کمپرس سرد نیز برای پیشانی و جلوی سر و یا پشت گردن او نیز استفاده کنید. در خونریزی‌های مکرر و شدید بینی به خصوص در کودکان، یا هنگامی که پس از ۱۰ دقیقه فشار دادن بینی هنوز خونریزی بند نیامده و حتی هنگامی که مصدوم استفراغ خونی دارد بهتر است فرد مصدوم را به مراکز درمانی منتقل کنید تا تحت مداوا قرار بگیرد.

عکس‌های یک و دو حالات کمک به مصدوم در حالت خونریزی بینی و محل موثر فشار نیرو به بینی او را نشان می‌دهند.



عکس ۱



عکس ۲

بعد از مرور این مباحث در بخش خونریزی اکنون دیگر اجازه دهید وارد مبحث مراقبت از زخم‌های باز شویم و این مبحث را با هم فرا بگیریم.

زخم‌های باز به چه زخم‌هایی گفته می‌شود؟

هنگامی که زخمی در بدن ایجاد می‌شود، در حقیقت یک پارگی در سطح بیرونی پوست رخ می‌دهد که بنا بر شدت این زخم می‌تواند سطوح داخلی پوست و حتی عضله و غدد لنفاوی را نیز درگیر کرده و سبب ایجاد عفونت در تمام بدن فرد شود. زخم‌ها به دو گونه زخم باز و زخم بسته تقسیم می‌شوند. به زخم‌هایی که خونریزی قابل رویت داشته باشند زخم‌های باز و به زخم‌هایی که سبب خونریزی در زیر پوست شوند زخم‌های بسته گفته می‌شود.

زخم‌های باز انواع گوناگونی دارند که بسته به وسیله به وجود آورنده آن به زخم‌های خراشیدگی، زخم‌های شکافدار، پاره‌شدگی و کنده‌شدگی، سوراخ‌شدگی و حتی قطع عضو تقسیم می‌شوند.

زخم‌های خراشیدگی

این نوع زخم‌ها ساده‌ترین زخم‌هایی است که در بدن یک فرد ایجاد می‌شوند و خونریزی کمی دارند اما به علت آسیب دیدن سطح بیرونی پوست به مقدار احتمالاً زیاد، اعصاب پوستی را درگیر کرده و درد فراوانی دارند. در این زخم‌ها بهتر است سطح زخم را با آب و صابون بشویید و به آرامی پانسمان کنید. اگر این زخم‌ها بر اثر زمین خوردن به وجود آمده باشند، به احتمال فراوان سنگ ریزه‌های کوچکی نیز وارد زخم شده است و بهتر است سنگ ریزه‌های درشت‌تر را در جهت مخالف زخم بوجود آمده خارج کنید. فشار دادن یا دستکاری زخم در جهت موافق برای خارج کردن اجسام خارجی سبب می‌شود این اجسام در زخم فرو رفته و بیرون آوردن آن‌ها مشکل شود.

زخم‌های شکافدار

این نوع زخم‌ها بر اثر بریدگی به وجود آمده‌اند و زخم‌های بریدگی را نیز می‌توان در این دسته تقسیم‌بندی کرد. در این نوع، دیواره زخم‌ها مستقیم است و بسته به شدت زخم ایجاد شده می‌تواند حتی به عروق خونی نیز صدمه برساند. این نوع زخم‌ها را با فشار دادن و پانسمان به خوبی می‌توان کنترل کرد.

زخم‌های پاره‌شدگی و کنده‌شدگی

در این نوع زخم‌ها ممکن است بخشی از سطح پوست پاره شود و از محل زخم آویزان شود که با درد فراوان همراه است. اگر ممکن است این پوست را به جای خود بر گردانید، این کار را انجام دهید تا زخم زودتر جوش بخورد. در کنده‌شدگی نیز، یکی از اعضای بدن مانند انگشتان یا دست یا پا از بدن جدا می‌شود. احتمال عفونی شدن این زخم‌ها و مرگ مصدوم بسیار بالاست و مصدوم باید به سرعت تحت درمان قرار بگیرد. **ادر صورتی که در این نوع زخم‌ها قسمتی از استخوان فرد شکسته شده و بیرون آمده، از دست‌کاری و بازگرداندن آن به داخل زخم جدا خودداری کرده و با پوشاندن زخم با گاز استریل و کنترل خون‌ریزی مصدوم را هرچه سریع‌تر به مراکز درمانی برسانید.**

زخم‌های سوراخ‌شدگی

این نوع زخم‌ها بر اثر ورود اجسام خارجی نوک تیز مانند چاقو، میخ یا حتی گلوله به بدن به وجود می‌آیند و معمولاً حجم این زخم‌ها کوچک هستند. احتمال عفونی شدن این زخم‌ها نیز بسیار بالا است و مصدوم باید به سرعت به مراکز درمانی منتقل شود تا تحت درمان قرار بگیرد.

در هنگام مواجه شدن با زخم‌های باز، روحیه خود را از دست ندهید، ممکن است در برخی از مواقع، مصدوم به صورت بدی دچار مصدومیت شده و زخم ایجاد شده، صحنه‌ای وحشتناک را برای شما رقم بزند، در این هنگام به خود مسلط باشید و تنها به کمک کردن به مصدوم فکر کنید. ابتدا خون‌ریزی را به شیوه‌هایی که پیش از این آموختید، متوقف کنید و تا حد امکان سعی کنید هنگام انجام این راهکارها، از تماس مستقیم دستان بدون پوشش خود با زخم خودداری کنید. **سعی کنید فراموش نکنید که زخم‌های بزرگ و کثیف را به هیچ عنوان به بهانه پاک کردن، دستکاری نکنید چرا که از تخصص شما خارج است و این موضوع در حیطه کاری افراد متخصص قرار دارد.**

فرآیند بهبود زخم، یک فرایند خود به خودی است و تنها کافی است محل ایجاد زخم کمی تمیز باشد تا دچار عفونت نشود و خون‌رسانی به این محل ادامه یابد تا مواد لازم و اکسیژن در اختیاب پوست و عضله قرار گیرد. به طور کلی زخم‌هایی که پس از گذشت ۴۸ ساعت بسته نمی‌شوند، به احتمال فراوان دچار عفونت شده‌اند و باید تحت درمان‌های تخصصی قرار بگیرند. در این مواقع بهتر است از درمان خودسرانه زخم پرهیز شود و مصدوم به مراکز درمانی منتقل شود.

به پایان درس امروز رسیدیم در درس امروز راهکارهای کمک به مصدومین شوک‌های خونی را فرا گرفتیم و راهکار مقابله با خون‌ریزی بینی را با هم مرور کردیم. سپس وارد مبحث زخم‌های باز شدیم و انواع این نوع زخم‌ها را نیز با هم بررسی کردیم. در جلسه آینده، به ادامه مبحث زخم‌های باز می‌پردازیم و نحوه مراقبت از زخم‌ها را در حالت‌های خاص بررسی می‌کنیم.

مواجهه با زخم‌های خاص

طی دو جلسه گذشته مباحث خونریزی و امداد رسانی به آنها را با هم بررسی کردیم و در جلسه گذشته به مبحث مهم زخم‌های باز پرداختیم و با کمک‌های اولیه عمومی به مصدوم در این مبحث آشنا شدیم. آموختیم که نخستین عمل برای کمک به بهبود زخم، بند آوردن خونریزی است که ممکن است برای انجام این کار به فشار در محل خونریزی و شریان اصلی نیاز باشد. در این جلسه به مباحث دیگری در زمینه زخم‌ها می‌پردازیم و مراقبت از زخم‌های خاص مانند قطع عضو را بررسی می‌کنیم.

عفونی شدن زخم‌ها

زخم‌ها در هر اندازه که باشند می‌توانند دچار عفونت شوند و به اصطلاح چرک کنند. برای جلوگیری از عفونی شدن زخم‌ها بهتر است آن را تمیز نگه دارید و اطراف آن را با محلول‌های تمیز کننده همچون بتادین شستشو دهید. بتادین یک محلول ضد عفونی کننده با ید است که اثرات ید در آن کاهش یافته است. هنگامی که از بتادین استفاده می‌کنید این موضوع را مدنظر قرار دهید که ممکن است برخی افراد به ید آلرژی داشته باشند و براین اساس بهتر است قبل از استفاده آن از آلرژی فرد مصدوم نسبت به ید آگاه شوید.

فراموش نکنیم:

در هنگام استفاده از بتادین باید آن را در اطراف زخم به کار ببرید و از ریختن آن بر روی زخم خودداری کنید چرا که ید استفاده شده در بتادین، سلول‌های ترمیم کننده زخم را نابود کرده و بهبودی زخم را به تاخیر می‌اندازد. اگر قرار است زخم را شستشو دهید، بهترین محلول، سرم شستشو یا آب خواهد بود.

علائمی چون التهاب و قرمزی اطراف زخم، تب کردن مصدوم یا تورم غدد لنفاوی از نشانه‌های عفونی شدن زخم به شمار می‌رود و هنگام مشاهده نشانه‌هایی چون تب و لرز مصدوم یا تورم غدد لنفاوی باید مصدوم را هر چه سریع‌تر به مراکز درمانی منتقل کنید. این علائم نشان‌دهنده این هستند که عفونت به خون منتقل شده است.

در برخی اوقات ممکن است زخم عفونی محل مناسبی برای زندگی باکتری کزاز فراهم آورد. سم ایجاد شده در زخم توسط باکتری کزاز می‌تواند به انقباض برخی عضله‌ها همچون عضله فک منجر شود و به سیستم عصبی فرد نیز آسیب غیر قابل بازگشت وارد کند. به طور عمومی بیشتر افراد با تزریق واکسن کزاز در برابر این بیماری واکسینه هستند اما در برخی مواقع که زخم با خاک یا مدفوع تماس داشته، باید مصدوم را به مراکز درمانی برسانید تا نسبت به زدن واکسن کزاز یا یادآوری آن اقدام کنید.

در برخی از سوانح ممکن است قسمتی از عضو یک فرد قطع شود. اساس کار انجام کمک‌های اولیه در این هنگام نیز همانند کمک به مصدومان مجروح است با این تفاوت که باید عضو قطع شده را نیز به همراه مصدوم به مراکز درمانی برسانید تا بتوانند عمل پیوند عضو را انجام دهند.

در هنگام قطع عضو چه باید کرد؟

در این هنگام ابتدا باید به دنبال جلوگیری از خونریزی شدید باشید. سعی کنید با بستن محلی قبل از قطع عضو ایجاد شده و نگهداری آن بالاتر از قلب، از شدت خونریزی بکاهید. به علت آن که در این حالت، خون زیادی از مصدوم می‌رود، مصدوم دچار شوک خونی خواهد شد و باید اقدامات مقابله با شوک را بر روی مصدوم اجرا کنید. سپس مصدوم را به همراه عضو قطع شده به نزدیک‌ترین مراکز درمانی برسانید.

برای حمل درست عضو قطع شده نیز لازم است عضو قطع شده را در یک گاز استریل یا پارچه تمیز بپیچانید و سپس آن را در یک کیسه پلاستیکی خشک بگذارید. لازم نیست در حین انجام این مراحل، عضو را تمیز کنید تنها باید این موضوع را مد نظر قرار دهید که عضو قطع شده با آب در تماس نباشد چرا که با جذب آب، عمل پیوند آن سخت می‌شود.

بهتر است وضعیتی را پدید بیاورید که عضو قطع شده خنک بماند چرا که عضو قطع شده‌ای که عضله ندارد و در جایی خنک نگهداری شود، می‌تواند ۱۸ ساعت بدون نیاز به خون به حیات خود ادامه دهد که این مدت در حالت عادی حدود چهار تا شش ساعت است. مدت زمان زنده ماندن عضو قطع شده دارای عضله حدود شش ساعت است.

برای خنک نگه داشتن عضو قطع شده بهتر است سر کیسه‌ای نایلونی که عضو قطع شده در آن قرار گرفته است را محکم بسته و آن را در محلولی از آب و یخ قرار دهید. البته فراموش نکنید که باید از یخ زدن عضو قطع شده نیز جلوگیری کنید چرا که پیوند دوباره عضو قطع شده‌ی یخ زده تقریباً ناموفق خواهد بود.

در صورتی که دندانی کنده یا شکسته شده باشد، در صورتی که قادر به بازگرداندن آن به داخل محل کندگی در فک هستید، دندان را در محل خود گذاشته با گاز استریل به طور محکم روی آن فشار آورده و بیمار را به دندان‌پزشک ارجاع دهید، در صورتی که قادر به این کار نیستید؛ دندان را داخل آب، شیر یا خود دهان بیمار به دندان‌پزشک منتقل کنید. به یاد داشته باشید که حتی‌المقدور از تمیز کردن دندان شکسته/کنده شده خودداری نمایید زیرا احتمالاً موجب آسیب مینای دندان شده و عمل ترمیم را با مشکل مواجه خواهد کرد.

فرو رفتگی شیء در بدن

در هنگام فرو رفتگی یک شیء در بدن همانند زخم‌هایی که با چاقو ایجاد شده و چاقو در بدن مصدوم باقی می‌ماند بهتر است از بیرون آوردن چاقو یا جسم نوک تیز خود داری کنید چرا که ممکن است باعث خونریزی بیشتر شود. در این مواقع باید با فشار دادن لبه محل اصابت جسم نوک تیز، خونریزی را تا حد امکان بند بیاورید و مصدوم را به نزدیک‌ترین مراکز درمانی منتقل کنید.

پانسمان

در برخی مواقع نیاز است که برای پیشگیری از خونریزی بیشتر یا ایجاد عفونت، زخم را پانسمان کنیم. پانسمان همچنین این قابلیت را دارد که با محدود کردن حرکت در اندام آسیب دیده، به بهبودی سریع‌تر آن کمک کند.

باند یا پارچه‌ای که در پانسمان مورد استفاده قرار می‌گیرد باید از نظر اندازه بزرگتر از زخم باشد. **تمیژ، بدون پرز و استریل بودن** از دیگر ویژگی‌های این پارچه یا باند است.

برای پانسمان کافی است پانسمانی با شرایط گفته شده و بزرگتر از زخم انتخاب کرده و آن را بر روی زخم قرار دهید. اندازه پانسمان باید به گونه‌ای باشد که اطراف زخم را نیز تا حدودی بپوشاند. فقط فراموش نکنید که در هنگام قرار دادن پانسمان بر روی زخم، پانسمان را در جای صحیح بر روی زخم قرار دهید که نیاز به جابجا کردن آن نباشد چرا که جابجا کردن آن می‌تواند به زخم صدمه بزند و یا موجب انتقال عفونت از اطراف به داخل زخم شود. پس از انجام این کار می‌توانید پانسمان را با یک باند ببندید.

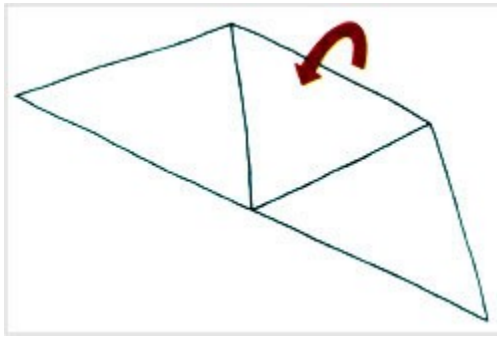
بانداز کردن پانسمان نیز شرایط مخصوص به خود را دارد. به طور مثال، بانداز باید تمیژ باشد ولی استریل بودن برخلاف پانسمان مورد نیاز نیست. در هنگام بستن بانداز نیز باید توجه کنید که باند را زیاد محکم یا شل نبندید. محکم بستن بیش از اندازه سبب جلوگیری از گردش خون در عضو بانداز شده می‌شود و شل بستن نیز به پانسمان این امکان را می‌دهد که جابجا شود و تأثیر پانسمان کردن را کاهش دهد. برای تست جریان طبیعی گردش خون پس از بانداز می‌توانید از نوک انگشت عضو صدمه دیده کمک بگیرید، یکی از انگشتان عضو را فشار دهید، اگر برگشت رنگ طبیعی به آن انگشت بیش از سه ثانیه طول بکشد نشان‌دهنده محکم بسته شدن بانداز است و باید بانداز را دوباره کمی آرام‌تر ببندید.

فراموش نکنیم:

هرگز به صورت مستقیم زخم را بانداز نکنید بلکه ابتدا باید آن را پانسمان کرده و سپس بانداز کنید.

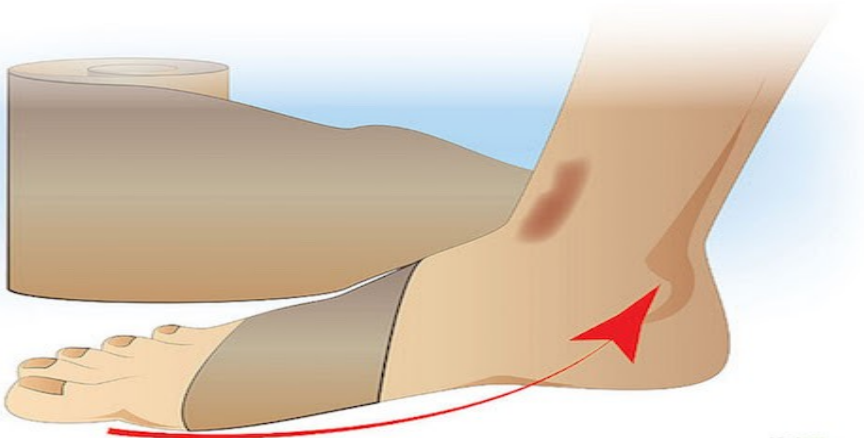
باندها در شکل‌ها و اندازه‌های گوناگون برای بانداز تولید شده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها باندهای لوله‌ای و سه‌گوش هستند. با اینکه این کار می‌تواند یک کار تخصصی باشد اما برای بانداز کردن و بستن پانسمان، حتماً نیاز به باند مخصوص نیست و می‌توان از پارچه‌های طویل یا حتی کراوات نیز استفاده کرد. در این مواقع بهتر است کمی خلاقیت به خرج بدهید.

اگر از باند مثلثی استفاده می‌کنید در بیشتر مواقع نیاز دارید تا آن را به صورت باریک در بیاورید. برای این کار یکی از رئوس باند مثلثی را بر روی قاعده تا بزنید و سپس این کار را تکرار کنید تا باند به حالتی که می‌خواهید اندازه شود.



عکس ۱

بانداز کردن نقاط متفاوت بدن، شیوه‌های متفاوتی دارد اما آنچه در همه آن‌ها مشترک است این است که در بانداز ابتدا باید باند را به گونه‌ای دور عضو صدمه دیده بپیچید که پانسمان ثابت شده و سپس باند پیچی را گسترش دهید. به طور مثال هنگامی که می‌خواهید مچ پا یا دست را باند پیچی کنید، دو بار باند را بر روی کف پا یا دست بپیچانید و به اصطلاح آن را ثابت کنید و سپس به دور مچ پا یا دست گسترش دهید.

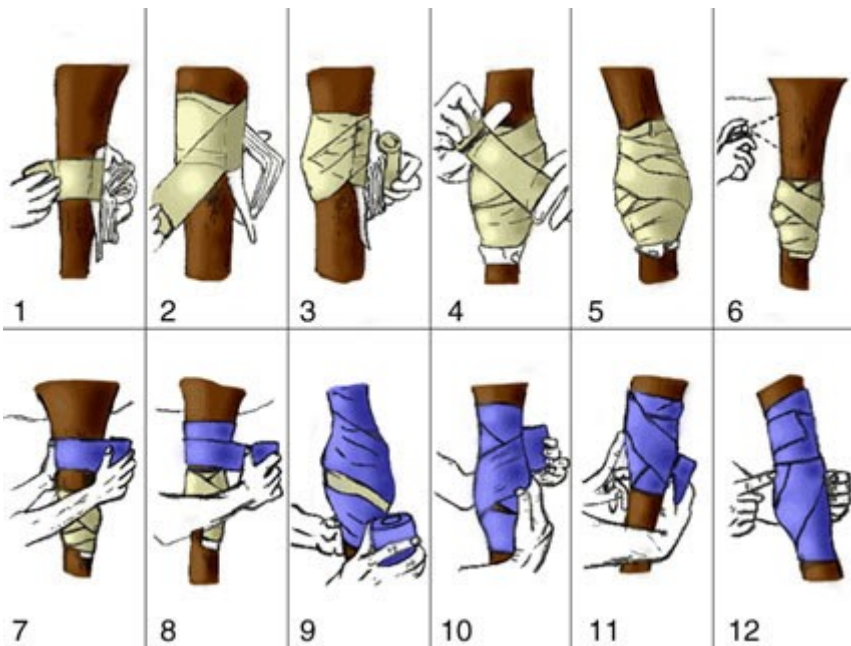


wikiHow

عکس ۲

برای یادگیری نحوه صحیح بانداز کردن کف دست، پیشنهاد می‌کنیم این ویدیو (<https://www.youtube.com/watch?v=TNQxIxjD5Kw>) و <http://www.aparat.com/v/fNpTY> را تماشا کنید.

در باند پیچی به دور آرنج یا زانو نیز بهتر است آرنج و زانو را خم کرده و باند را چند بار بر روی پانسمان پیچیده و سپس باند پیچی را به صورت ∞ و لایه لایه گسترش دهید.



عکس ۳

برای یادگیری نحوه صحیح بانداژ کردن آرنج نیز پیشنهاد می‌کنیم این ویدیو (https://www.youtube.com/watch?v=ΔKIQN_p۳upM) و <http://www.aparat.com/v/rDgvV> را تماشا کنید.

به پایان درس امروز رسیدیم. در درس امروز مراقبت از برخی از زخم‌های خاص را فرا گرفتیم و سپس به مبحث بانسمان پرداختیم و با بانسمان کردن زخم آشنا شدیم. توصیه می‌کنیم که برای یادگیری درست شیوه‌های بانسمان حتما تماشای ویدیوهای آموزشی را در دستور کار قرار دهید و این ویدیوها را به عنوان بخشی از پروسه یادگیری تماشا کنید.

سوختگی و حمله قلبی

در درس قبل زخم ها و مراقبت از برخی زخم های باز همانند قطع عضو را با هم فرا گرفتیم و مراحل انجام یک پانسمان ساده را با هم مرور کردیم. در میحث پانسمان ها گفتیم که زخم را ابتدا باید پانسمان کرد و بعد آن را باندپیچی کرد و هنگام پانسمان نیز از حرکت دادن پانسمان روی زخم باید خودداری کرد چرا که به زخم آسیب می‌رساند. در هنگام باندپیچی نیز باید توجه کنیم که باند را نه شل ببندیم که پانسمان حرکت کند و نه محکم که سبب جلوگیری از گردش خون در عضو شود. تست فشار انگشت در عضو را نیز به عنوان تست گردش خون در عضو پانسمان شده معرفی کردیم و گفتیم که اگر سر یکی از انگشتان عضو باندپیچی شده را فشار دهیم در کمتر از سه ثانیه باید به حالت و رنگ طبیعی باز گردد و افزایش این مدت نشان از باندپیچی محکم عضو است. در درس امروز به میحث سوختگی می‌پردازیم و نحوه کمک به مصدومی را یاد می‌گیریم که دچار سوختگی شده است. سوختگی‌ها معمولاً به سه نوع گرمایی، شیمیایی و الکتریکی تقسیم می‌شوند.

سوختگی گرمایی یا حرارتی همانطور که از اسمش پیداست به علت تماس بدن با آتش، یک جسم داغ یا بخار مایعات داغ ایجاد می‌شود. سوختگی شیمیایی نیز به دلیل تماس بدن با مواد اسیدی، قلیایی یا مواد آلی اتفاق می‌افتد و میزان تخریب بافتی در این نوع سوختگی شبیه سوختگی گرمایی است. سوختگی الکتریکی هم با تماس بدن با جریان الکتریکی رخ می‌دهد.

سوختگی‌ها همچنین به سه درجه از یک تا سه طبقه بندی می‌شوند:

۱. در سوختگی درجه یک پوست تنها قرمز شده ولی تاول نمی‌زند و دردی هم احساس نمی‌شود. در واقع این نوع سوختگی خفیف‌ترین سوختگی ممکن به شمار می‌رود و تنها لایه خارجی پوست را درگیر می‌کند. این نوع سوختگی در کمتر از یک هفته خود به خود از بین می‌رود.
۲. در سوختگی درجه دو، قسمتی از سطح داخلی پوست نیز دچار سوختگی می‌شود اما به بافت‌های زیرین پوست آسیبی وارد نمی‌شود. در این نوع سوختگی، تاول و ترشح مایعات به همراه درد دیده می‌شود و مدت زمان بهبود این نوع سوختگی حدود سه الی چهار هفته است. در این نوع سوختگی باید به پزشک مراجعه شود.
۳. در سوختگی درجه سه، که شدیدترین نوع سوختگی است، علاوه بر تمام ضخامت پوست، ممکن است بافت‌های زیرین نیز دچار سوختگی شوند و به علت از بین رفتن عصب زیر پوستی در این سوختگی بیمار معمولاً دردی احساس نمی‌کند. اگر در این سوختگی بیمار درد احساس کرد، به دلیل وجود نواحی سوختگی با درجه دو است که ممکن است در اطراف نواحی سوختگی درجه سه وجود داشته باشند. در این نوع سوختگی مصدوم باید بدون اتلاف وقت به مراکز درمانی منتقل شود. عفونت مهم‌ترین مشکل این نوع سوختگی به شمار می‌رود و در برخی موارد درمانی حتی ممکن است عمل پیوند پوست نیز بر روی مصدوم انجام شود.

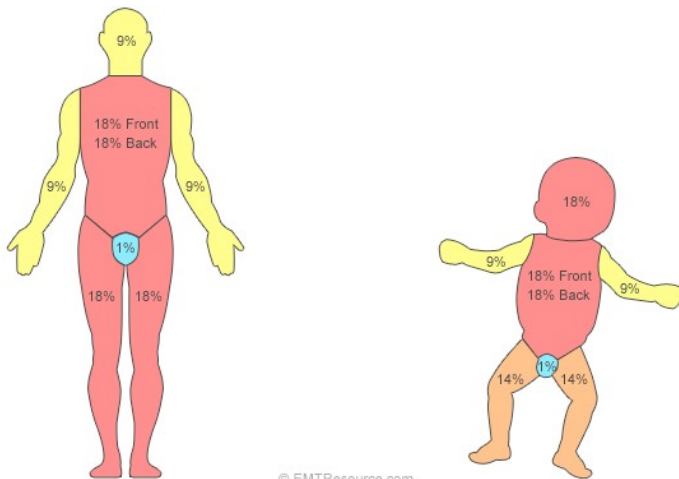
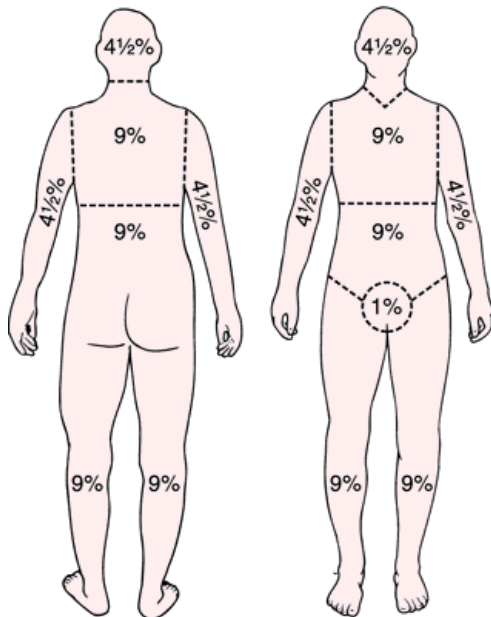
سوختگی‌های درجه یک و دو به عنوان سوختگی‌های با ضخامت نسبی (پوست) و سوختگی درجه سوم با نام سوختگی تمام ضخامت (پوست) نیز شناخته می‌شوند.

وسعت سوختگی را چگونه تخمین بزنیم؟

محاسبه وسعت سوختگی با قانونی به نام قانون ۹ انجام می‌شود. در این قانون که به خوبی در عکس یک و دو به نمایش درآمده، تمام سر یا یک دست یا یک پا به اندازه ۹ درصد وسعت سوختگی محاسبه می‌شوند و تمام جلوی بدن و تمام پشت بدن (همانند شکل) ۱۸ درصد وسعت سوختگی به حساب می‌آیند. این قانون در

کودکان و شیرخواران به اینگونه است که تمام سر یا هر پا ۱۸ درصد محاسبه می‌شود. البته باید توجه کنید که وسعت سوختگی درجه یک را نمی‌توان از این قانون محاسبه کرد.

→ عکس ۱



© EMTRResource.com

عکس ۲ (منبع: <http://www.emtresource.com/wp-content/uploads/2014/04/rule-of-nines.png>)

در هنگام مواجه شدن با مصدوم دارای سوختگی چه کنیم؟

هنگامی که با مصدومی مواجه شدید که به واسطه حرارت سوخته و سوختگی گرمایی دارد، ابتدا مشخص کنید که آیا این سوختگی از درجه یک است یا خیر.

- در صورت درجه یک بودن این سوختگی، روی وضع سوخته را حدود ۱۰ تا ۴۰ دقیقه سرد کنید و سپس کمی مرطوب کننده بمالید. اگر سوختگی کمتر از ۵۰ درصد است و دستها و پاها و اعضای تناسلی نسوخته باشد، نیازی به مراجعه به مراکز درمانی نیست در غیر این صورت مصدوم را به مراکز درمانی برسانید.
- اگر سوختگی مصدوم از نوع درجه دو است، تخمین بزنید که آیا وسعت سوختگی او زیاد است یا خیر، اگر وسعت سوختگی زیاد نیست، لباس و زیور آلات مصدوم را از بدن او خارج کنید. اگر لباس او به پوست چسبیده است، از دستکاری آن بپرهیزید و به آن ناحیه دست نزنید زیرا سبب آسیب به پوست خواهد شد. توجه داشته باشید که زیور آلات مصدوم همانند انگشتر یا گردنبند را از دستان و یا گردن وی خارج کنید چرا که التهاب بعدی، در آوردن آن‌ها را مشکل خواهد کرد. پس از در آوردن لباس مصدوم، روی موضع سوختگی را ۱۰ تا ۴۰ دقیقه سرد کنید تا درد او آرام شود و سپس از پماد باستراسین برای مقابله با عفونت در سوختگی استفاده کنید و زخم را بانسمان کنید. اگر وسعت سوختگی به بیش از ۱۵ درصد می‌رسد بیمار را به مراکز درمانی منتقل کنید تا هر چه زودتر تحت مداوا قرار بگیرد.
- اگر سوختگی از درجه سه بوده یا وسعت سوختگی درجه دو مصدوم بسیار زیاد است، ابتدا **CAB** را در مصدوم چک کنید، سپس کمک‌های اولیه شوک را انجام دهید. زیورآلات و لباس او را از بدنش در بیاورید. فراموش نکنید که لباس را به زور و کشیدن از محل سوخته جدا نکنید بلکه آن قسمت را پاره کنید و به حال خود رها کنید. دست یا پای سوخته را بالاتر از قلب نگاه دارید و با اورژانس تماس بگیرید.

فراموش نکنید:

در سوختگی درجه دو و مواجه شدن با تاول سوخته روی پوست، از پاره کردن این تاول‌ها خودداری کنید. این تاول‌ها یک لایه محافظت خوب برای جلوگیری از عفونت هستند و همانند یک پانسمان استریل عمل می‌کنند.

در هنگام سوختگی شیمیایی چه باید کرد؟

اگر ماده شیمیایی که سبب سوختگی شده، ماده‌ای مایع است، بلافاصله محل سوختگی را با آب به مدت ۲۰ دقیقه بشویید، به فکر خنثی کردن ماده شیمیایی نباشید که ممکن است سوختگی را بیشتر کند. لباس و زیورآلات مصدوم را نیز از بدنش خارج کرده و مصدوم را به مراکز درمانی برسانید. اگر ماده شیمیایی سبب‌ساز سوختگی، ماده‌ای خشک است، ابتدا سعی کنید ماده خشک را از روی پوست پاک کنید چرا که ممکن است در واکنش با آب شدت سوختگی را بیشتر کند. پس از پاک کردن ماده خشک از محل سوختگی، همانند سوختگی ماده شیمیایی مایع عمل کنید و محل سوختگی را ۲۰ دقیقه زیر آب بشویید و سایر کارها را انجام دهید.

در هنگام سوختگی الکتریکی چه باید کرد؟

هنگام رخ دادن سوختگی الکتریکی، مهمترین موضوع این است که تماس جریان برق و مصدوم را قطع کنید. این کار می‌تواند با قطع کردن جریان برق، خاموش کردن کلید، قطع کردن کنتور یا مواردی از این دست انجام شود. پس از آن به سرعت با اورژانس تماس بگیرید و پیش از رسیدن اورژانس، مصدوم را از نظر **CAB** بررسی کرده و شوک درمانی کنید.

در اینجا به پایان مبحث سوختگی‌ها می‌رسیم و درس را با نکاتی از کمک‌های اولیه به مصدومی که دچار حمله قلبی شده ادامه می‌دهیم. در حمله قلبی فرد درد با فشار شدیدی در مرکز قفسه سینه احساس می‌کند که چند دقیقه به طول می‌انجامد. مصدوم معمولاً تعریق دارد و حالت تهوع و تنگی نفس به او دست می‌دهد. در این مواقع هر چه سریعتر با اورژانس تماس بگیرید. پیش از رسیدن اورژانس، سعی کنید مصدوم را در حالت نیمه نشسته قرار داده و از خواباندن مصدوم پرهیز کنید. در وضعیت نیمه نشسته، زیر زانو‌ها را با گذاشتن بالش یا وسیله‌ای شبیه به آن بالا بیاورید و پشت مصدوم را نیز به دیوار تکیه دهید. سعی کنید فشار لباس مصدوم در دور کمر یا گردن را شل کنید تا مصدوم در حالتی آزاد قرار گیرد.

اگر مصدوم از قرص نیتروگلیسیرین یا آسپرین استفاده می‌کند، می‌توانید این قرص‌ها را به او بدهید چرا که نیتروگلیسیرین به راحت کار کردن قلب و آسپرین به جلوگیری از پیشرفت حمله‌ی قلبی کمک می‌کند. توجه کنید که نیتروگلیسیرین، فشار خون را پایین می‌آورد و فرد مصدوم پس از استفاده آن، باید در حالت نشسته یا درازکش قرار گیرد. اگر مصدوم پس از حمله قلبی در شرایط دشواری قرار گرفته و تنفس نمی‌کند، بی‌درنگ اورژانس را خبر کرده و **CAB** را روی بدن وی آغاز کنید.

به پایان درس امروز رسیدیم. در درس امروز مبحث سوختگی‌ها و نحوه امداد ابتدایی به فرد دچار سوختگی را با هم فرا گرفتیم و در آخر نیز نحوه کمک ابتدایی به فرد دچار حمله قلبی را مرور کردیم. یادگیری کمک به مصدومان دچار حمله قلبی این روزها از اهمیتی ویژه برخوردار است چرا که آمار حمله‌های قلبی در ایران و دیگر نقاط جهان رو به افزایش است.

سکته مغزی، مسمومیت‌ها و مارگزیدگی

در جلسه قبل به مبحث سوختگی‌ها پرداختیم و نحوه کمک به مصدومانی که دچار سوختگی شده‌اند را با هم مرور کردیم. آموختیم که در سوختگی‌های شدید، ابتدا **CAB** را در مصدوم بررسی می‌کنیم و سپس کمک‌های اولیه شوک خونی را برای او انجام می‌دهیم. لباس را از تن مصدوم با فشار بیرون نمی‌آوریم و سعی می‌کنیم دست و پای دچار سوختگی شده را بالاتر از قلب مصدوم نگاه داریم تا امدادگران از راه برسند.

در پایان جلسه قبل به نحوه کمک به فردی که دچار حمله قلبی شده نیز پرداختیم. گفتیم که مصدوم را نباید در این حالت خواباند و باید او را در حالت نیمه نشسته قرار داد و سعی شود که فشار کمربند یا لباس چسبناک نیز از روی بدن وی برداشته شود.

سکته مغزی

در درس امروز در ادامه قرارگیری در حالات خاص، به نحوه کمک به مصدومانی می‌پردازیم که سکته مغزی کرده‌اند. در سکته مغزی، رگ‌هایی که به مغز اکسیژن رسانی می‌کنند دچار پارگی یا انسداد می‌شوند و اکسیژن‌رسانی به مغز متوقف می‌شود که این موضوع سبب مرگ سلول‌های مغزی می‌شود. ضایعه ایجاد شده برای مغز در این حالت برای همیشه باقی خواهد ماند چرا که سلول‌های مغزی قابلیت تکثیر ندارند و تعدادشان پس از تولد ثابت باقی می‌ماند.

ساده ترین راه برای تشخیص سکته مغزی، واکنش نشان ندادن مردمک‌های مصدوم به نور است. اجرای این روش را در جلسات نخست فرا گرفته‌اید. مصدوم دچار سکته مغزی همچنین نمی‌تواند به خوبی صحبت کند یا قدرت عضلانی کافی ندارد، اگر متوجه شدید که مصدوم در تکلم دچار مشکل شده یا قسمتی از صورت و بدن او دچار افتادگی شده است، بدانید که وی سکته مغزی کرده است.

در صورت برخورد با مصدومی که دچار سکته مغزی شده، هر چه سریعتر باید با اورژانس تماس بگیرید. اگر مصدوم پاسخ نمی‌دهد، **CAB** را برای او انجام دهید. در این حالت اگر مصدوم نفس نمی‌کشد باید سر او را بالاتر از بدنش قرار دهید تا فشار کمتری به مغز وارد شود و اگر تنفس می‌کند او را در حالت ریکواری بخوابانید. فراموش نکنید که به فرد دچار سکته مغزی چیزی نخورانید.

SPOT A STROKE F.A.S.T.

RECONOZCA un ATAQUE CEREBRAL F.A.S.T.



FACE DROOPING
ROSTRO CAÍDO

FACE DROOPING

Does one side of the face droop or is it numb? Ask the person to smile.

ROSTRO CAÍDO

¿Está caída o adormecido un lado de la cara? Pídale a la persona que sonría. ¿La sonrisa es irregular?



ARM WEAKNESS
BRAZO DÉBIL

ARM WEAKNESS

Is one arm weak or numb? Ask the person to raise both arms. Does one arm drift downward?

BRAZO DÉBIL

¿Siente un brazo débil o adormecido? Pídale a la persona que levante ambos brazos. ¿Uno de los brazos se desvía hacia abajo?



SPEECH DIFFICULTY
DIFICULTAD PARA HABLAR

SPEECH DIFFICULTY

Is speech slurred, are they unable to speak, or are they hard to understand? Ask the person to repeat a simple sentence, like "the sky is blue." Is the sentence repeated correctly?

DIFICULTAD PARA HABLAR

¿Muestra trastorno del habla y las palabras son mal pronunciadas? Pídale a la persona que repita una simple frase como "El cielo es azul." ¿La frase es repetida correctamente?



TIME TO CALL 911
TIEMPO DE LLAMAR AL 911

TIME TO CALL 9-1-1

If the person shows any of these symptoms, even if the symptoms go away, call 9-1-1 and get them to the hospital immediately. Check the time so you'll know when the first symptoms appeared.

TIEMPO DE LLAMAR AL 9-1-1

Si alguien muestra alguno de estos síntomas, incluso si los síntomas desaparecen, llame al 9-1-1 y lleve a la persona al hospital inmediatamente. Anote la hora precisa de cuando aparecieron los primeros síntomas.

Beyond F.A.S.T.

Other Symptoms You Should Know

- Sudden numbness or weakness of the leg, arm or face
- Sudden confusion or trouble understanding
- Sudden trouble seeing in one or both eyes
- Sudden trouble walking, dizziness, loss of balance or coordination
- Sudden severe headache with no known cause

Más allá de F.A.S.T.

Otros síntomas que usted debe saber

- Entumecimiento repentino o debilidad en la pierna, brazo o cara
- Confusión repentina o dificultad para comprender
- Dificultad repentina para ver por uno o ambos ojos
- Dificultad repentina para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o pérdida de coordinación
- Dolor de cabeza intenso y repentino sin causa conocida

StrokeAssociation.org/warningsigns
StrokeAssociation.org/espanol

©2015 American Heart Association. 30-1724-1506



Together
to End Stroke™

life is why™

پیش‌نهاد انجمن قلب و انجمن سکت‌های آمریکا در تشخیص و اقدام پیش‌بیمارستانی این عارضه **Be FAST** است. و همان‌طور که در تصویر هم مشاهده می‌کنید در صورت بروز هرکدام از موارد معیار سینسیناتی (Cincinnati):

- **Facial Droop:** افتاده‌گی صورت
- **Arm Weakness:** ضعف عضلانی
- **Speech Difficulty:** مشکل تکلم

هرچه سریع‌تر با اورژانس تماس بگیرید (Time to Call EMS).

غش کردن

اجازه دهید بحث سکت‌ها را در همین نقطه به پایان ببریم و به سراغ نحوه کمک اولیه به مصدومی برویم که غش کرده است. غش کردن معمولاً هنگامی رخ می‌دهد که فشار خون مغز کاهش پیدا کرده است. در این زمان به علت نرسیدن خون کافی به مغز، شخص هوشیاری خود را از دست داده و غش می‌کند. هنگام رسیدگی به مصدوم غش کرده همانند دیگر مصدومان، ابتدا **CAB** را بررسی کنید. مصدومی که دارای تنفس است را در حالت بهبودی بخواه‌باید. معمولاً تنفس هوای تازه و کشیدن یک دستمال مرطوب سرد به صورت مصدوم سبب بهتر شدن حال وی می‌شود. اگر مصدوم توانایی خوردن غذا را دارد، به وی یک نوشیدنی خنک و شیرین بدهید تا فشار خون او افزایش یابد. اگر مصدوم پی در پی غش می‌کند یا با نشستن و دراز کشیدن هوشیاری خود را از دست می‌دهد، او را بی‌درنگ به مراکز درمانی منتقل کنید.

در هنگام مسمومیت چه باید کرد؟

مسمومیت معمولاً به دلایل گوناگون ایجاد می‌شوند، ممکن است مسمومیت خوراکی باشد یا به دلیل تنفس مونواکسیدکربن اتفاق بیفتد. در مسمومیت‌های خوراکی عادی، معمولاً دل‌پیچه یا اسهال در مصدوم مشاهده می‌شود. مصدوم حالت تهوع دارد و کم‌هوش یا بی‌هوش خواهد بود. در این مسمومیت‌ها مهم است که در سریع‌ترین زمان ممکن مشخص کنید ماده خورده شده توسط مسموم چه بوده و وی چه مقداری از این مواد را مصرف کرده است.

اگر مسموم از ماده سوزاننده یا خورنده استفاده کرده، به وی آب سرد یا شیر سرد بدهید تا ماده را در بدن وی رقیق کند. سرد بودن آب یا شیر در این موضوع مهم است چرا که آب یا شیر سرد بهتر از آب یا شیر گرم سم را به خود جذب می‌کنند. مسموم را مجبور به بالا آوردن نکنید. ممکن است برخی مواقع بالا آوردن، وضعیت مسموم را بدتر کند. در حین مداوای مسموم با مراکز درمانی تماس بگیرید. پشتیبانی تلفنی مراکز درمانی به خوبی می‌تواند در این مواقع گره‌گشا باشد.

فراموش نکنیم:

درمان هر نوع مسمومیت با مسمومیت دیگر متفاوت است. ممکن است در برخی مواقع دادن شیر یا آب سرد به مسموم سبب تشدید اثرات مسمومیت شود. هنگامی که مسموم از قرص یا کپسول استفاده کرده، دادن مایعات مانند شیر یا آب سبب بدتر شدن مسمومیت او خواهد شد. در این مواقع اگر از نحوه درمان اطلاعی ندارید هر چه سریعتر با مراکز درمانی تماس بگیرید.

اگر مصدوم، از مصرف مواد اسیدی یا قلیایی خورنده (مانند مواد پاک‌کننده و سفیدکننده) دچار مسمومیت **نشده**، می‌توان به وی ذغال فعال {شارکول} داد تا مسمومیت وی کاهش پیدا کند. ذغال فعال فرمی شن مانند دارد و به دلیل چسبیدن به دارو و سم در دستگاه گوارش سبب می‌شود که جذب این مواد برای بدن مشکل شود. استفاده از این ماده را می‌توان در تماس تلفنی با مراکز درمانی بررسی کنید. در صورت مسمومیت با مواد خورنده به هیچ‌وجه شارکول برای بیمار تجویز نگرند، چون می‌تواند سبب گسترش آسیب‌ها شده و حتی حیات مصدوم را به خطر اندازد. در این مواقع هرچه سریعتر به مراکز درمانی مراجعه نمایید.

مسمومیت با مونواکسید کربن

مسمومیت با گاز مونواکسید کربن نیز یکی از شایع‌ترین مسمومیت‌ها در ایران به شمار می‌رود و سالانه جان چند صد نفر در این کشور را می‌گیرد. این گاز هنگامی که در فضا منتشر شده، هیچ بوی خاصی ندارد و غیرقابل احساس است. فردی که توسط مونواکسید کربن مسموم شده، در برخی مواقع صدای وزوز در گوش خود احساس می‌کند، سرگیجه می‌گیرد و ممکن است حالت تهوع نیز به او دست دهد. در برخورد با این مصدومان، باید فرد مصدوم را هرچه سریعتر از مکان گاز گرفته خارج کرد و با اورژانس تماس گرفت. همچنین اگر لازم است، عملیات **CAB** را بر وی اجرا کرد.

مارگزیدگی

بحث حالات خاص کمک‌های اولیه را با عملیات کمک‌های اولیه به مصدومان مارگزیده ادامه می‌دهیم. در ایران دو نوع مار سمی معروف وجود دارد که سم‌های آن‌ها سبب تخریب سلول‌های عصبی می‌شود. مارگزیدگی به دو نوع خفیف و شدید تقسیم می‌شود. حالت تهوع، اختلال دید، ضربان سریع قلب از نشانه‌های حالت خفیف به شمار می‌رود. در مارگزیدگی شدید مصدوم از درد به خود می‌پیچد، بدنش سریع کمرخت شده و محل مارگزیدگی ورم می‌کند، حتی ممکن است مصدوم هذیان گفته و دچار تشنج یا فلج موضعی نیز شود.

در هنگام مواجه شدن با مصدوم مار گزیده سعی کنید به قسمت گزیده شده فشار زیاد وارد نکنید. این فشار می‌تواند راه رفتن با پای گزیده شده نیز باشد. ابتدا مصدوم را از محل حادثه دور کنید. **حتی اگر سر مار از بدنش جدا شده باشد نیز ممکن است عمل گزیدن را دوباره انجام دهد.** پس از دور شدن از محل حادثه، محل گزیدگی را به آرامی با آب و صابون بشویید و اگر مار مهاجم بسیار بزرگ بود یا بیش از یک ساعت با مراکز درمانی فاصله دارید و دستگاه مکنده در اختیار دارید، از آن استفاده کنید.

اگر پمپ مکنده در اختیارتان نیست، پوست را درست در همان قسمت گزیده شده با همان عمق گزیدگی به صورت خطی برش دهید و حدود پنج الی شش سانتی‌متر بالاتر از محل گزش را به محکم‌ی بندید، و اندام را در سطح بدن بی‌حرکت کرده و مصدوم را به مراکز درمانی انتقال دهید. توصیه‌های قبلی مربوط به مکیدن محل گزش امروزه چندان قابل پذیرش نیست چه آن‌که سم مار از طریق عروق لنفاوی بدن منتقل می‌شود و نه عروق وریدی یا شریانی، هم‌چنین احتمال مسمومیت فرد امدادگر در این روش خصوصاً زمانی که زخمی در ناحیه‌ی مخاط لب و دهان داشته باشد نیز دور از انتظار نیست.

فراوش نکنیم:

بسیاری از کمک‌های اولیه در رابطه با عقرب‌گزیدگی و مارگزیدگی منسوخ شده، مهم‌ترین اقدام کمک‌های اولیه در این مصدومین بی‌حرکت نگه‌داشتن عضو و مصدوم و **انتقال فرد وی به بیمارستان یا مرکز درمانی است.**

اورژانس‌های موارد خاص و حمل مصدومین

علی‌رغم این‌که طی درس‌های گذشته به مباحث شایع و مهم اقدامات اورژانس و کمک‌های اولیه پرداختیم و می‌توان گفت با در نظر داشتن این اقدامات تا حدود بسیار زیادی می‌توان شرایط اورژانس را تا زمان رسیدن تیم‌های امدادی یا انتقال بیمار/مصدوم به مراکز درمانی کنترل و مدیریت کرد؛ با این حال تعدادی از موارد اورژانس هم هستند که تمرکز خاصی روی این مباحث به بهبود کیفیت اقدامات برای کمک‌رسانی بیماران یاری‌رسان خواهند بود.

اورژانس‌های تنفسی (آسم، تنگی نفس، آنافیلاکسی و...)

در هنگام مواجهه با این بیماران که دچار حمله‌ی آسم یا حساسیت آنافیلاکسی شده‌اند، ضمن حفظ خون‌سردی خود، سعی در آرام نگه‌داشتن بیمار با گفتن جملاتی چون «آرام نفس بکشید»، «من کنار شما هستم و جای نگرانی خاصی نیست» و... کرده؛ همچنین در صورتی که بیمار داروی خاصی دارد که در شرایط اورژانس از آن‌ها استفاده می‌کند، دارو را برای بیمار فراهم کنید (داروها عمدتاً در کیف و لباس یا سایر وسایل شخصی او خواهند بود).



بیماران مبتلا به حساسیت آنافیلاکسی حتماً باید جعبه یا آمپول‌های اپی‌نفرین (اپی‌پن - EpiPen®) را همراه خود داشته باشند تا در صورت بروز چنین حوادثی به سرعت از آن‌ها استفاده کرد.

به عنوان امدادگر، حتماً با شرکت در دوره‌های عملی با نحوه‌ی استفاده‌ی صحیح این داروها آشنا شده و در زمان بروز چنین حوادثی در کاربرد صحیح و مؤثر این داروها به بیمار کمک نمائید.

اورژانس‌های چشم‌پزشکی

حوادث چشم‌پزشکی عمدتاً باید توسط پزشک متخصص

چشم‌پزشک و مراکز درمانی مربوطه مدیریت شوند با این‌حال چون عمده‌ی این حوادث به دلیل شغل افراد (کارگران مراکز صنعتی، آهن‌گری، ریخته‌گری، مواد شیمیایی و...) رخ می‌دهند مؤکداً توصیه می‌شود حتماً از عینک محافظ هنگام کار استفاده شود تا احتمال بروز چنین حوادثی کاهش یابد.

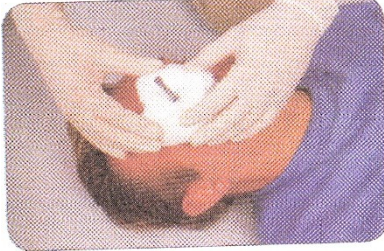


در صورت بروز هریک از موارد زیر، در صورت وجود بهداری یا درمانگاه در نزدیک‌ترین موقعیت مربوطه بیمار را آن‌جا ارجاع داده تا سریعاً اقدامات مربوطه را انجام دهند و سپس جهت بررسی‌های تکمیلی به بیمارستان منتقل نمایند، در غیر این صورت:

- در صورت بروز آسیب‌های شیمیایی، همانند سایر

آسیب‌های شیمیایی که «Dilution is the Solution for the Polution» با رقیق‌سازی محیط باید در کاهش آسیب به چشم عمل کرد، در هنگام شست‌وشوی چشم فقط باید توجه کرد که این کار از داخل چشم به خارج انجام شود (سر مصدوم به یک طرف خوابانده با باز نگهداشتن چشم‌ها و استفاده از حداقل ۲-۳ لیتر سرم شست و شو یا آب چشم‌ها از طرف بینی به سمت گونه شست‌وشو داده شوند) و سپس بیمار برای ادامه‌ی اقدامات به مراکز درمانی منتقل شود.

در صورت بروز آسیب‌های فیزیکی (ورود پلیسه یا خرده چوب و... به چشم)، حتماً برای معاینه و



اقدامات تکمیلی به مراکز درمانی مراجعه نمائید. در صورتی که جسمی بلند و تیز مانند مداد، خودکار و یا چاقو و... وارد چشم شده، همانند زخم‌های باز بدون درآوردن این جسم با استفاه از لیوان کاغذی سوراخ‌شده یا پانسمان محکم اطراف جسم جهت بی‌حرکت‌سازی، جسم خارجی را در موقعیت خود ثابت کرده و مصدوم را برای ادامه‌ی اقدامات به مراکز درمانی انتقال دهید. و حتماً در نظر داشته باشید تا روی چشم سمت مقابل را هم بپوشانید تا با حرکت احتمالی چشم سالم هنگام دیدن محیط اطراف، چشم آسیب‌دیده حرکت نکرده و آسیب بیشتری به چشم مصدوم وارد نیاید.

در صورت تماس چشم با گاز اشک‌آور (اسپری فلفل) می‌توان از حرارت ملایم سشوار یا دود استفاده نمود.

و در صورت بروز آسیب کره‌ی چشم، ضربه‌ی توپ یا مشت به چشم، پارگی پلک و ملتحمه و مواردی از این دست، بدون فوت وقت بیمار را سریعاً به مراکز درمانی انتقال دهید، در بهترین حالت و در صورت داشتن شیلدهای چشمی از آن‌ها استفاده کرده و روی چشم قرار داده و به آرامی اطراف آن‌را چسب بزنید. یادتان باشد از فشار آوردن به چشم آسیب‌دیده و روی شیلد جداً خودداری کنید زیرا با تخلیه‌ی محتویات چشم، نابینایی فرد محتمل است.

اورژانس‌های اورتوپدی (شکستگی‌ها و در رفتگی‌ها)

اورژانس‌های مربوط به حوادث اورتوپدی نیز باید حتماً توسط متخصص اورتوپدی و در مراکز درمانی با انجام معاینات و بررسی‌های لازم مدیریت شوند، با این حال اقدامات پیش بیمارستانی که افراد می‌توانند به مصدومین ارائه دهند نیازمند حضور در دوره‌های عملی و آشنایی با نحوه‌ی صحیح ثابت‌سازی اندام‌ها، آتل‌گیری و... است.

با توجه به آموزش‌های قبلی در کنترل خون‌ریزی، زخم‌های باز، احیای قلبی-ریوی و... در صورت بروز چنین حوادثی برای مصدومین، کنترل و مدیریت صحنه را در دست گیرید، عضو شکسته یا در رفته را در صورت عدم تبهر و آموزش قبلی در این زمینه به هیچ وجه حرکت ندهید و سریعاً با اورژانس یا مرکز درمانی تماس گرفته و یا در صورت مساعد بودن حال عمومی بیمار او را به بیمارستان یا مرکز درمانی انتقال دهید. برای اطلاع بیشتر از نحوه‌ی آتل‌گیری و بی‌حرکت‌سازی عضو بـه این ویـدیو (

آسیب‌های سرما و گرما (سرما زدگی و گرما زدگی)

قسمت اعظم کشور ایران در اقلیم و منطقه‌ی جغرافیایی گرم و خشک قرار گرفته، از طرفی جمعیت نسبتاً زیادی نیز در مناطق سرد و کوهستانی ساکن هستند سفرها و اتراق (اُتوراق) بیلاق (یای لاق) و قشلاق (قیش لاق) عشایر از گذشته تاکنون، استفاده از ارتفاعات در ورزش‌های زمستانی یا مراجعه به سواحل جنوب کشور در فصول تابستانی احتمال بروز سرما/گرما زدگی برای هرکسی را گوشزد می‌کند.

در صورت مواجهه با هریک از این شرایط ضمن کنترل CAB بیمار و پایدار سازی شرایط عمومی و کلی او می‌بایست جهت جبران تنظیم دمای بدن با گرم کردن فرد سرمازده و سرد کردن فرد گرم‌زده در نظر داشت. نکته‌ی اصلی در این مدیریت عدم گرم کردن سریع بافت‌های سرمازده و فاقد خون‌رسانی و جلوگیری از وارد آمدن بیش‌تر آسیب و فشار روی اندام یخ‌زده و حتی احتمال شکستگی در اندام‌های یخ‌زده (Frost-Bited Limb) می‌باشد. و در صورت بروز تاول در هر کدام از این موارد مشابه مدیریت قسمت تاول‌زده‌ی پوست در آسیب‌های مربوط به سوختگی باید از ترک‌اندن آن‌ها خودداری نموده و بانسمن تمیز نیز علاوه بر سایر اقدامات مدنظر قرار گیرد.

حمل مصدوم

در هریک از مراحل امداد احتمالاً نیاز به انتقال بیمار یا مصدوم خواهد بود. در صورت وجود امکاناتی چون حمل برانکارد، تخت حمل، کلار گردن و... می‌بایست از این امکانات استفاده کرد.

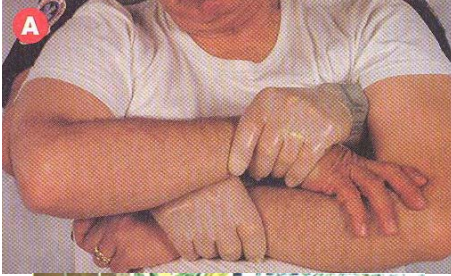
در حالت کلی حمل مصدوم به صورت تک نفره یا چند نفره و در شرایط اضطراری یا غیر اضطراری قابل انجام است.

منظور از شرایط اضطراری، شرایطی است که در آن جان یک یا چند نفر در خطر باشد یا با حضور در آن موقعیت نتوان اقدام لازم و صحیح در اداره‌ی شرایط بیمار را انجام داد؛ مثال‌هایی از این موارد عبارتند از:

- احتمال وجود مواد شیمیایی یا منفجره
- آتش‌سوزی یا خطر آتش‌سوزی
- محیط ناامن و ناتوانی در حفظ امنیت خود یا مصدوم (تصادفات جاده‌ای، غرق‌شدگی، احتمال سقوط بهمین و...)
- دست‌یابی به سایر مصدومین
- رساندن مصدوم به اقدامات تخصصی (احیای قلبی-ریوی و شوک الکتریکی)
- عدم توانایی در ارائه‌ی کمک‌های اولیه به مصدوم به دلیل قرار داشتن در مکانی نامناسب

در این شرایط می‌توان از روش‌های حمل اشاره شده در زیر استفاده کرد (تصاویر از منابع مختلف اینترنتی جمع‌آوری شده‌اند)، ضمناً توجه داشته باشید که:

!!! در صورت شک به آسیب نخاعی بیمار نباید از حمل تک نفره و یا هیچ کدام از شرایط کشیدن مصدوم استفاده کرد و می بایست با استفاده از تجهیزات مربوطه بیمار را بی حرکت و ثابت نموده و سپس اقدام به حمل یا انتقال وی نمود !!!



کشیدن بیمار از طریق زیربغل با گرفتن مچ مخالف
مصدوم - تک نفره



کشیدن از طریق پیراهن - تک نفره



کشیدن با استفاده از پتو - تک نفره

کشیدن بیمار از طریق پا یا زیر بغل



حمل آغوشی - تک نفره



حمل سینه‌خیز یا آتش‌نشانی - تک‌نفره



در شرایط غیر اضطراری نیز می‌توان از روش‌های حمل زیر کمک گرفت:



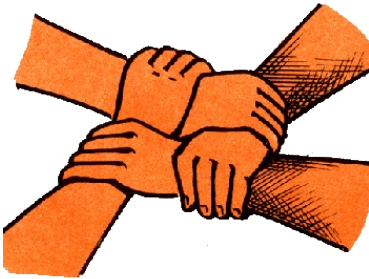
حمل یک دست و یک پا یا آتش نشانی -
تک نفره

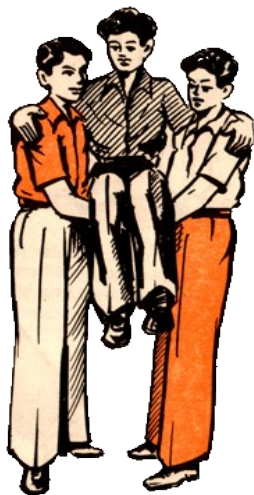


حمل کولی - تک نفره

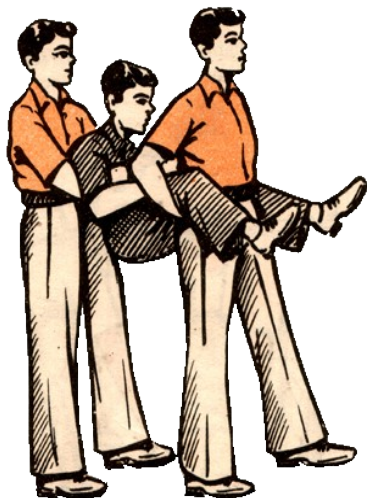


حمل چهار مچ - دو نفره





حمل با صندلی یا خوابیده‌ی مصدوم (پاها
و زیربغل دونفره)





در رابطه با حمل مصدومین، با استفاده از جستوجوی کلید واژه‌ی "First Aid Carrying" در اینترنت، می‌توانید مطالب و تصاویر بیش‌تری را نیز مشاهده و مطالعه کنید.

ملاحظات آسیب‌ها و صدمات گروه‌های خاص

مباحث این درس راجع به حوادث مهم ولی فراموش شده‌ای می‌باشد که شاید تاکنون به آن‌ها اشاره‌ای نشده باشد. اورژانس و اقدام‌های کمک‌های اولیه تنها مربوط به امداد رسانی در صحنه نشده و مطمئناً پیش‌زمینه و حضور ذهنی از آسیب مصدوم قبل از مواجهه با آن و یا پیش‌گیری از آن می‌تواند مؤثرتر از اقدام زمان حادثه واقع شود. **پیشگیری بهتر از درمان است.**

اطفال

به لحاظ آماری علل شایع آسیب‌های منجر به مرگ و میر در اطفال به ترتیب حوادث غرق‌شدگی، آتش‌افروزی خانگی، حوادث مربوط به آزار^۲ (کودک‌آزاری و بدبخت‌خوردی^۳ با کودک در سنین کمتر از یک‌سال و حوادث ناشی از سلاح‌های گرم^۴ در سنین بالاتر از یک‌سال) و سقوط می‌باشند.

حوادث مربوط به سقوط اگرچه شایع‌ترین صدمات گروه سنی اطفال می‌باشند اما به ندرت باعث مرگ و میر می‌گردند. به علاوه جدی‌ترین آسیب صدمات اطفال مربوط به تروماهای بلانت (غیر نافذ)^۵ می‌باشند که سبب درگیری مغزی نیز گشته و باعث ایست تنفسی، کاهش تنفس و میزان اکسیژن‌رسانی در اطفال گردند فلذا مدیریت راه‌هوایی و تنفس همچنان در اطفال مورد تأکید ویژه‌است.

حوادث مربوط به آزار (کودک‌آزاری و بدبخت‌خوردی با کودک) در آمار بین‌المللی جرو علل اولیه‌ی مرگ و میر در کودکان کمتر از یک‌سال می‌باشد. و عمدتاً ۵۰٪ قربانیان این حوادث کودکانی پوده‌اند که قبلاً به مراکز درمانی مراجعه کرده ولی جدی گرفته نشده‌اند. در صورت برخورد با چنین مواردی حتماً با کارشناس اورژانس اجتماعی تماس حاصل نمایید. **شماره تلفن اورژانس اجتماعی ۱۲۳ در ایران و ۹۹۹ در اکثر کشورهای دیگر می‌باشد.**

سالمدان

تروما و صدمات در سالمدان پنجمین علت شایع مرگ و میر می‌باشد.

علل شایع ترومای سالمدی به ترتیب عبارتند از سقوط، تصادفات جاده‌ای و ناشی از مصرف دارو، آسیب‌های حرارتی و تروماهای نافذ.

آزار و بدبخت‌خوردی^۶ در سالمدان نیز شاید بیش از ۱۰٪ موارد آسیب‌ها را شامل گردد ولی شاید کمتر از یک پنجم این موارد نیز گزارش نگردند. در صورت برخورد با چنین مواردی حتماً با کارشناس اورژانس اجتماعی

Homicides ^۲

Child Maltreatment & Abuse ^۳

Firearm Injuries ^۴

Blunt Trauma ^۵

Elderly Maltreatment & Abuse ^۶

زنان باردار

مراقبت از مادر باردار، در واقع مراقبت از دو نفس زنده است. بهترین راهکار نجات جنین، احیای مادر است. در دوران حاملگی به دلیل افزایش حجم پلاسمای خون، در صورت خونریزی حتی با ۱-۱/۵ لیتر خونریزی علائم شوک ممکن است حادث نشده ولی در واقع جنین با این افت حجم خونی در معرض آسیب شدیدی خواهد بود.

در مواجهه با زنان باردار تا حد امکان فشار رحم را از روی ورید اجوف تحتانی برطرف نمایید. (ورید اجوف تحتانی در سمت راست بدن قرار داشته، یا رحم مادر حامله را به سمت چپ فشار دهید و یا در صورت امکان وی را در وضعیت مایل ۲۰-۳۰ درجه به سمت چپ قرار دهید.)

اورژانس‌های اجتماعی و موارد محتمل آزار و بدرفتاری

نفس آدمی عزیز بوده و هیچ شخصی حق تعرض به حریم شخصی سایرین و آزار و بدرفتاری با وی را ندارد. با این حال همانگونه که طی مباحث این درس ذکر شد، آزار و بدرفتاری علی‌الخصوص در گروه‌های سنی کودکان یا سالمندان منجر به آسیب‌های شدید در این افراد شده و حتی می‌تواند منجر به مرگ ایشان گردد. آشنایی با نحوه‌ی تشخیص این موارد و گزارش جهت اقدام و مداخلات قانونی مهم بوده علاوه بر آموزه‌های دینی امر به معروف و نهی از منکر، حسب نص قانون مرکز اورژانس اجتماعی متولی قانونی این امر می‌باشد و گزارش می‌بایست به ایشان ارائه گردد. شماره تلفن ۱۲۳ در ایران و ۹۹۹ در اکثر کشورها برای گزارش چنین مواردی پیش‌بینی شده است.

در صورتی که هر کدام از سؤال‌های غربالگری زیر در مورد حادثه یا شرایط مذکور صدق می‌کند، می‌بایست به عنوان یک موقعیت بالقوه آسیب و تهدید در نظر گرفته شود:

- (۱) آیا تاکنون توسط شخصی آسیب فیزیکی (ضربه، مشت، لگد) خورده‌اید؟
- (۲) آیا تاکنون از حضور در موقعیت کنونی خود احساس ناامنی کرده‌اید؟
- (۳) آیا فردی که قبلاً با او ارتباط داشته‌اید، مشکلاتی برای شما پیش آورده‌است؟ یا از سمت او احساس ناامنی کرده‌اید؟

خانواده‌ی آماده در برابر مخاطرات (آشنایی با طرح خادم)

حتماً تا به حال چندین بار شنیده‌اید که «پیش‌گیری بهتر از درمان است». و شاید الآن از خودتون بپرسید که دلیل استفاده از این جمله در اینجا چیست؟

شاید به نظر برسد زمانی که آسیب یا صدمه‌ای ایجاد می‌شود دیگر باید به فکر درمان آن بود و پیشگیری در این زمینه اصلاً کاربردی ندارد، اما یک توضیح آکادمیک و علمی برای افتراق این دو مورد وجود دارد:

"Injuries are not Accidents, We can Predict and Prevent them." – ATLS v.9 Student manual

آسیب‌ها شیبه تصادفات نیستند، ما قادر به پیش‌بینی و پیشگیری از آن‌ها هستیم.

- تصادف (Accident): مقابل و روبه‌رو شدن بدون قصد – فرهنگ دهخدا
- آسیب (Injury): هر عیب، نقص یا جراحتی که به سبب عاملی چون ضربه ایجاد می‌شود – فرهنگ معین
- پیش‌بینی (Predict): تعیین مقدار یک متغیر برای زمانی در آینده است – واژه‌نامه‌ی آزاد
- پیش‌گیری (Prevent): ۱- جلوگیری کردن ۲- پیش از بروز بیماری اقدام کردن – فرهنگ معین

با در نظر داشتن تعریف فوق، شاید تا حدودی قانع شده باشید که در مواجهه با آسیب‌های احتمالی و شرایط اورژانس هم بهتر است که آمادگی از قبل داشته باشید (مثل مطالعه‌ی همین درس‌نامه) و یا با استفاده از تدابیری از بروز احتمالی آنها جلوگیری کنید و یا شدت آسیب‌های وارده رو کاهش دهید.

خب! شما چه قدر برای مواجهه با شرایطی مثل سیل، زلزله، فوران آتش‌فشان، سقوط بهمن، ریزش سنگ و... تو محیط زندگی، کار و جامعه‌ی خودتان آمادگی دارید؟ در صورتی که حمله‌ای نظامی به محیط زیست و کارتان صورت بگیرد و احتمالاً از نوع شیمیایی-میکروبی-رادیاکتیو(هسته‌ای) باشد، چه مقدار آمادگی برای مواجهه با این شرایط را دارید؟

واقعیت امر این است که می‌خواستیم مبحث دراز و مبسوطی را هم در این زمینه تدوین کنیم، اما با توجه به آغاز طرح‌های خادم و جاهد سازمان امداد و نجات هلال احمر و سعی ایشان در استانداردسازی آموزش‌ها و... تصمیم گرفتیم شما را با خود ماهی‌گیری آشنا کنیم، اگر می‌خواهید که به جنبش خانواده‌ی آماده در برابر مخاطرات (خادم) بپیوندید و اطلاعات تکمیلی و دقیق در این رابطه به دست بیاورید و آمادگی خودتان را بیشتر و بهتر کنید لطفاً به آدرس <http://www.khadem.ir> مراجعه کنید.

تاریخچه:

محل نشر	تغییرات و تاریخ	منتشر کننده
https://www.darsnameh.com https://www.darsnameh.com/course/۲۸۶ https://www.darsnameh.com/blog/۲۸۵	خرداد ۱۳۹۴	درس نامه
http://www.meshkini۵۲۲.com http://ketabnak.com/profiles/meshkini۵۲۲ http://meshkini۵۲۲.persiangig.com http://pezeshkyar-project.blog.ir	اذر ۱۳۹۵	محمد مشکینی
<p>*** --- *** --- ***</p> http://www.meshkini۵۲۲.com http://ketabnak.com/profiles/meshkini۵۲۲ http://meshkini۵۲۲.persiangig.com	فروردین ۱۳۹۶ - اضافه کردن دروس یازدهم به بعد، اعمال تغییرات ظاهری جهت هم‌سان‌سازی با نمونه مطالب پروژه‌ی پزشکیار (قطع A۵ و فونت آزاد وزیر)	محمد مشکینی
	<p>تابستان، پاییز و زمستان ۱۳۹۷ - حمایت مرکز تحقیقات و آقای دکتر همایون صادقی بازرگانی از بازنشر کتابچه تحت مجموعه آموزش برای عموم که منجر به ویراستاری به زبان معیار توسط آقای هادی جلیوند، تهیه‌ی فیلم‌ها و کلیپ‌های آموزشی به زبان فارسی برای مجموعه، انتقال بازنشر و انتشار مجازی و کتبی به وبسایت مرکز و افزودن مباحثی چون مبحث دفیبریلاتور خارجی، ملاحظات آسیب‌ها و صدمات گروه‌های خاص و هماهنگی بیشتر مطالب ارائه شده با راهنمای Dispatching سازمان اورژانس کشور (۱۱۵) گردید.</p>	مرکز تحقیقات و پیشگیری از حوادث جاده‌ای

این دوره هم چون باقی دوره‌های بازنشر شده‌ی درس‌نامه و مطالب پروژه‌ی پزشکیار تحت لایسنس آزاد GNU-FDL منتشر شده (<http://www.gnu.org/copyleft/fdl.html>)؛ بخوانید، تغییر دهید، به اشتراک بگذارید و بازنشرش کنید. اشتباهات ما را هم گوشزد کنید.

ممنونیم و متشکر (-):

