

INSTRUCȚIUNI PROPRII DE SECURITATE A MUNCII PENTRU ACORDAREA DE PRIM AJUTOR ÎN ACCIDENTE

În urma accidentelor apar numeroase urgențe medicale, necesitând cunoștințe minime de acordare a unui prim-ajutor. Acestea devin inutile în absența unei dotări strict necesare. În aceste condiții prezența trusei sanitare și cunoașterea unor noțiuni simple de prim ajutor sunt esențiale.

Numim **urgență** starea de alterare gravă a sănătății organismului apărută în urma acțiunii unui factor brutal sau orice afecțiune care amenință viața persoanei respective.

Primul ajutor reprezintă un complex de măsuri de urgență, care se aplică în cazuri de accidente înaintea intervenției cadrelor medicale.

I. ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII DE ACORDARE A PRIMULUI AJUTOR

Organizarea activității de acordare a primului ajutor este deosebit de importantă. Printr-o acțiune ordonată, competență și fără gesturi inutile se câștigă timp prețios, element deseori esențial pentru salvarea vieții victimelor.

În momentul în care se intervine pentru salvarea victimelor unui accident trebuie respectate următoarele principii:

- victima nu se mobilizează de la locul accidentului decât în cazul în care situația din teritoriul respectiv continuă să fie periculoasă pentru victimă sau/și pentru cel care acordă primul ajutor!
- primul ajutor se acordă la locul accidentului!
- în primul rând se evaluează gravitatea stării victimei și după această evaluare se alertează imediat Ambulanța!

Ținând cont de aceste principii este bine ca acțiunea dumneavoastră să se desfășoare în următoarea succesiune:

- 1) Semnalizați accidentul (evitați creșterea numărului de victime)!
- 2) Degajați accidentatul!
- 3) Acordați primul ajutor!
- 4) Chemați Ambulanța!
- 5) Supravegheați victima și continuați, dacă este nevoie, să-i cordați primul ajutor până la sosirea Ambulanței!
- 6) Semnalizarea accidentului.

1. Semnalizarea accidentului

Prima preocupare pe care trebuie să o aveți este să acționați în așa fel încât numărul de victime să nu crească.

2. Degajarea accidentatului

Accidentatul va fi menajat la maximum. Se vor evita gesturile brutale și mobilizarea lui excesivă. Scoaterea accidentatului din locul accidentului se va face cu cea mai mare blândețe, procedându-se la degajare prin eliberarea metodică, la nevoie cu sacrificarea materialelor ce îl acoperă.

Dacă trebuie să mobilizați o victimă a unui accident nu uitați că aceasta poate avea o fractură de coloană vertebrală!

Din acest motiv, eliberarea victimei trebuie făcută în așa fel încât coloana vertebrală să fie menținută dreaptă. În caz contrar, manevrele necontrolate efectuate de dumneavoastră pot să agraveze starea pacientului prin lezarea măduvei spinării. Aceste manevre se pot solda cu paralizii ireversibile sau chiar cu moartea victimei. Manevrele se desfășoară în următoarea succesiune:

- cu un braț salvatorul sprijină ceafa accidentatului, iar cu celălalt, mandibula;
- se așează brațul victimei dinspre lateral peste abdomen, după care salvatorul apucă victima cu celălalt braț al său, ca o chingă trecută pe sub spate și axilă;
- salvatorul imobilizează mandibula accidentatului, iar cu obrazul fixează suplimentar capul acestuia;

Degajarea accidentatului se va face urmând următoarele precauții:

- se urmărește menținerea permanentă a coloanei vertebrale în linie dreaptă (cap - gât - trunchi), pentru a evita lezarea măduvei spinării în cazul unei fracturi de coloană;
- în cazul unei fracturi închise membrul fracturat se menține în poziția găsită, fără a încerca punerea în poziție normală;
- în cazul fracturilor închise se evită manevrele inadecvate pentru a nu le transforma în fracturi deschise.

Este interzisă exercitarea de tracțiuni asupra părților vizibile (membre, cap) și a hainelor pentru degajarea accidentatului.

3. Acordarea primului ajutor

După ce ați degajat victima trebuie să aveți imediat în vedere controlarea funcțiilor vitale ale acesteia. Concret, trebuie să decideți rapid dacă victima este conștientă, dacă respiră și dacă circulația sângelui este menținută. Pentru aceasta procedați în felul următor:

a) Verificați starea de conștiență!

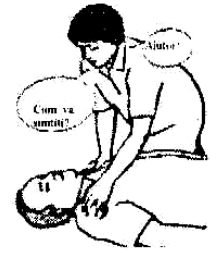
În acest scop încercați să vedeți dacă victima poate răspunde la întrebările dumneavoastră (ce s-a întâmplat? cum vă simțiți? ce vă doare?). În timp ce îi adresați aceste întrebări puneți mâinile dumneavoastră pe umerii victimei și mișcați-o ușor. Dacă vă răspunde la întrebări atunci încercați să vedeți dacă victima reacționează la durere. Pentru aceasta încercați să-i provocați mici dureri strângând-o de vârful degetelor sau de lobul urechii sau, pur și simplu, ciupind-o de piele.

Dacă victima reacționează la întrebările dumneavoastră sau la provocarea de dureri, atunci ea este conștientă.

În această situație victima are respirația și circulația sângelui păstrată.

Dacă victima este conștientă faceți un inventar al leziunilor pe care acestea le are (fracturi, răni etc.) și, după această evaluare, alertați Ambulanța prezentând constatările dumneavoastră privitoare la starea accidentatului. Evaluați apoi periodic starea acestuia până la sosirea Ambulanței.

Dacă victima nu a reacționat la întrebări sau la durere atunci înseamnă că starea ei de conștiență nu mai este păstrată. Dacă victima nu este conștientă trebuie să acționați rapid în următoarea succesiune:



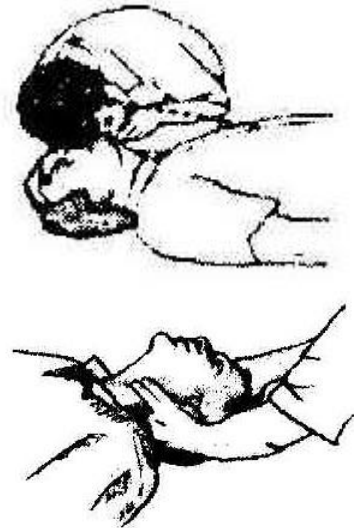
b) Solicitați ajutor!

Dacă veți constata că victima nu este conștientă atunci solicitați imediat ajutorul altor martori ai accidentului; nu uitați că primul ajutor este mai ușor de acordat de două sau mai multe persoane decât de către una singură!

c) Eliberați căile respiratorii ale victimei!

În acest scop scoateți toți corpii străini aflați în gura accidentatului (resturi de îmbrăcăminte, pământ, etc.) și protezele dentare mobile. Dacă și numai dacă sunteți siguri că victima nu are un traumatism al coloanei cervicale (a gâtului) care s se fi soldat cu fractura coloanei vertebrale la nivelul gâtului atunci faceți extensia capului.

Pentru aceasta, puneți o mână pe fruntea victimei în timp ce cu 2-3 degete ale celeilalte mâini așezate sub bărbie ridicați capul „pe spate” ca în imaginea alăturată.



d) Controlați existența respirației victimei!

Ținând capul victimei în extensie (ridicat „pe spate”), apropiați-vă cu urechea de gura acesteia în timp ce privirea dumneavoastră este îndreptată spre pieptul accidentatului. În felul acesta aveți posibilitatea să îi auziți respirația, să o simțiți cu pielea obrazului dumneavoastră și în același timp să vedeți, eventual, mișcările respiratorii ale pieptului accidentatului.

e) Controlați existența circulației sângelui!

Această manevră se execută prin căutarea pulsului la artera carotidă. Artera carotidă se poate palpa pe partea laterală a gâtului la 2-3 cm distanță de cartilajul tiroid (mărul lui Adam).

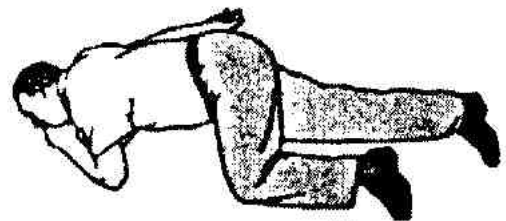
Căutați pulsul la artera carotidă atât pe partea dreaptă cât și pe partea stângă a gâtului.

În urma acestei evaluări a funcțiilor vitale ale accidentatului, vă puteți afla în una din următoarele trei situații:

• **Victima are respirație și are puls** - În această situație așezați victima în poziție de siguranță. Această poziție va asigura libertatea permanentă a căilor respiratorii ale victimei. În acest mod, spre exemplu, chiar dacă accidentatul va avea vărsături, această poziție va exclude posibilitatea ca vărsătura să fie aspirată de căile respiratorii.

Nu uitați! La o persoană în stare de inconștiență, lăsată să zacă pe spate, există riscul ca baza limbii să „cadă” în faringe, fapt care va avea drept consecință asfizierea victimei.

După ce ați așezat victima în poziție de siguranță, chemați Ambulanța!

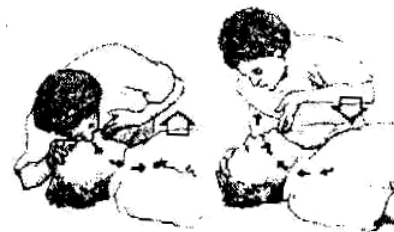


• **Victima nu respiră dar are puls (stop respirator)** - Dacă accidentatul nu respiră (dar are puls) începeți imediat ventilația artificială (respirație gură la gură). Pentru aceasta procedați în felul următor:

- așezați capul victimei în extensie, așa cum s-a menționat anterior;
- pensați nasul victimei între degetul arătător și degetul mare al mâinii dumneavoastră care a fost amplasată anterior pe fruntea accidentatului;
- aplicați batista salvatorului pe fața accidentatului conform figurii de mai jos;



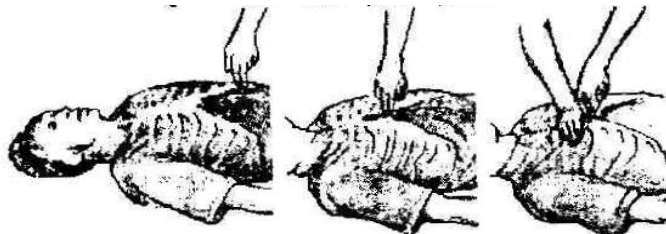
- ridicați bărbia victimei cu 2-3 degete;
- prin intermediul batistei salvatorului fixați-vă etanș gura de gura victimei și insuflați aer în căile respiratorii;
- după fiecare insuflare desprindeți-vă gura de gura victimei și permiteți acesteia să expire;
- reluați o nouă insuflare după ce toracele a revenit la poziția inițială.



Faceți 10 ventilații artificiale după care anunțați Ambulanța!
 Continuați ulterior ventilația artificială până la sosirea Ambulanței!

- **Victima nu respiră și nu are puls (stop cardiac și respirator!) -**

Această situație este de gravitate deosebită. Trebuie să rețineți faptul că, în cazul apariției stopului cardio-respirator, șansa de a reanima victima numai prin forțele dumneavoastră este foarte redusă. De aceea, primul lucru pe care trebuie să îl faceți când constatați absența respirației și a pulsului este să solicitați imediat ajutor și să chemați ambulanța. Sarcina dumneavoastră este ca, în continuare, să încercați să mențineți funcțiile vitale ale victimei (respirația și circulația sângelui) până la sosirea echipajului ambulanței care, prin dotarea tehnică de care dispune și prin pregătirea specială pentru astfel de situații, poate acționa eficient.



Menținerea funcțiilor vitale se va face prin respirație artificială și prin masaj cardiac extern după cum urmează:

- executați două ventilații gură la gură după tehnica expusă mai sus;
- căutați punctul de presiune (punctul în care se va executa masajul cardiac extern) așa cum este indicat în figura de mai jos; pentru aceasta fixați-vă un deget pe marginea cutiei toracice și mișcați degetul de-a lungul acestei margini până simțiți capătul inferior al osului pieptului (apendicele xifoid);
- deasupra acestui reper așezați încă două degete; punctul de presiune se va afla, în acest moment, deasupra reperului format de aceste două degete;
- așezați podul unei palme în punctul de presiune;
- așezați cealaltă palmă peste palma fixată în punctul de presiune;
- comprimați toracele victimei prin mișcări ferme executate cu greutatea corpului dumneavoastră aplicată din umeri, în lungul brațelor.

Atenție! Comprimarea toracelui victimei trebuie făcută astfel încât sternul (osul pieptului) să se înfunde cu 4-6 cm.

- continuați aplicarea măsurilor de reanimare (resuscitare) în succesiune 2 la 15, adică efectuați câte două ventilații gură la gură urmate de 15 compresii toracice ș.a.m.d. În cazul în care resuscitarea este executată de două persoane, atunci una dintre acestea se va ocupa de ventilație, timp în care cea de-a doua va face masajul cardiac. În această situație succesiunea va fi de 1 la 5 (o ventilație, 5 compresii toracice, ș.a.m.d.).



Nu întrerupeți măsurile de reanimare decât în momentul în care pacientul este preluat de către personalul Ambulanței!

4. Cum anunțăm Ambulanța?

În momentul în care solicităm intervenția Ambulanței trebuie să furnizăm următoarele informații absolut necesare:

- unde** s-a petrecut accidentul (adresa exactă și puncte de reper);
- ce** s-a întâmplat;
- câți** răniți sunt;
- de unde** se dă alarma (numele persoanei care solicită intervenția Ambulanței, adresa și numărul de telefon).

II. OPRIREA HEMORAGIILOR

Scurgerea sângelui în afara vaselor de sânge se numește **hemoragie**. Putem deosebi mai multe feluri de hemoragii:

a) Hemoragii externe - în care sângele se scurge în afara organismului din cauza sancționării unor vase de sânge. În funcție de vasele care au fost secționate, putem deosebi:

- hemoragiile arteriale, în care sângele, de o culoare roșu-aprins, țâșnește într-un jet sacadat, în același ritm cu pulsațiile inimii;
- hemoragiile venoase, în care sângele, având o culoare roșu închis, curge lin, continuu,
- hemoragiile capilare, în care curgerea sângelui se observă pe toată suprafața răni, având o intensitate redusă.

b) Hemoragiile interne - în care sângele ce curge rămâne în interiorul organismului (ex.: în cavitatea abdominală etc.).

În funcție de cantitatea de sânge pierdută, putem distinge:

- Hemoragiile mari**, mortale, când se pierde mai mult de jumătate din cantitatea totală de sânge.
- Hemoragiile mijlocii**, când se pierde 1/3 din cantitatea totală de sânge.
- Hemoragiile mici**, când se pierde o cantitate de 500-600 ml de sânge.

Hemoragiile externe și cele exteriorizate sunt ușor de recunoscut.

Hemoragiile interne sunt însoțite de o serie de semne prin care se pot bănuși și diagnostica. Aceste semne sunt: amețea, creșterea numărului de bătăi ale inimii pe minut, creșterea numărului de respirații pe minut. Pulsul bolnavului este slab, iar tensiunea sa arterială scade mult sub cifra normală. Bolnavul este neliniștit, palid, vorbește repede, are transpirații reci și prezintă o sete intensă.

Oprirea unei hemoragii se numește **hemostază**. Hemostaza se poate realiza în două feluri: natural sau artificial. Hemostaza naturală se datorează capacității sângelui de a se coagula în momentul în care a venit în contact cu mediul exterior. Acest fel de hemostază se produce în cazul unor hemoragii mici, capilare, în care intensitatea curgerii sângelui este mică. În cazul unor hemoragii mai mari este nevoie de o intervenție specială pentru oprirea sângerării.

Oprirea rapidă și competentă a unei sângerări este una din acțiunile decisive care trebuie executată de către cel care acordă primul ajutor.

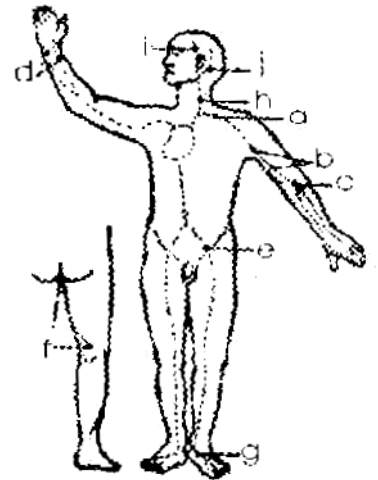
Cel mai simplu mod de a face o hemostază provizorie este aplicarea unui pansament compresiv. Câteva comprese aplicate pe o plagă, o bucată de vată și un bandaj ceva mai strâns sunt suficiente pentru a opri o sângerare medie.

Dacă hemoragia nu se oprește, vom face imediat comprimarea vasului prin care curge sângele.

În hemoragia arterială, comprimarea se face într-un punct cât mai aproape de rană, între aceasta și inima, deoarece trebuie oprită ieșirea sângelui care vine de la inimă prin vasul deschis. Aceste puncte sunt prezentate în figura următoare.

Pentru realizarea hemostazei la nivelul membrului superior, compresiunea manuală se va realiza la nivelul:

- fosei supraclaviculare (pct. a), la mijlocul marginii posterioare a claviculei, prin comprimarea arterei subclaviculare pe planul dur al primei coaste;
- șanțului brahial intern (pct. b), prin comprimarea arterei humerale, pe planul dur reprezentat de diafiza humerusului;
- plicii cotului (pct. c), în șanțul bicipital intern, prin comprimarea arterei humerale, înainte de bifurcarea sa în artera ulnară și artera radială;
- zonelor laterale și mediale ale feței anterioare a articulației pumnului (pct. d), unde artera radială și artera ulnară pot fi comprimate eficient pe oasele subiacente (radius și luna).



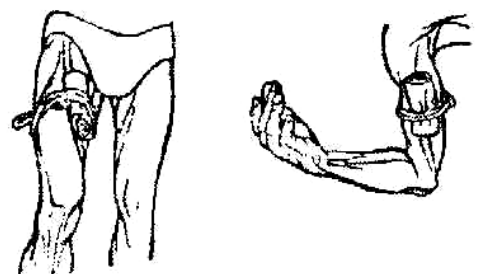
Hemostaza prin compresiunea manuală la membrul inferior poate fi realizată la nivelul:

- feței artero-interne a coapsei (pct. e), imediat sub arcada inghinală, prin comprimarea arterei femurale pe planurile subiacente;
- feței posterioare a articulației genunchiului (pct. f), prin comprimarea arterei poplitee;
- feței dorsale a labei piciorului (pct. g), prin compresiunea realizată pe artera pedioasă.

Comprimarea vaselor se face mai bine în locurile în care sunt mai aproape de un plan osos și se poate face direct, cu degetul sau cu toată palma, însă numai pentru o hemostază de scurtă durată.

În cazul în care nu se poate menține comprimat vasul un timp îndelungat, se recurge la aplicarea garoului.

Garoul este un tub sau o bandă elastică. Acesta realizează o compresie concentrică a părților moi, care la rândul lor exercită o compresie circulară cu închiderea vaselor de sânge. Pentru a favoriza compresiunea pe pachetul vascular, se aplică sub garou o fașă de tifon (fig. alăturată), sau un obiect dur, cu axul mare orientat paralel cu axul vascular al membrului. Din acest moment toată circulația sângelui dincolo de garou încetează, toate țesuturile situate în regiunea respectivă nemaiprimind oxigen și nemaifiind hrănite. Pentru aceste motive



menținerea unui garou nu poate depăși o oră, timp în care accidentatul trebuie să ajungă la o unitate medicală. Ori de câte ori se aplică un garou, trebuie să se noteze ora și data la care a fost pus pentru evitarea unor accidente grave din cauza lipsei de oxigen din zona de sub garou.

Dintre hemoragiile exteriorizate, cea mai ușor de oprit este hemoragia nazală (epistaxisul). Bolnavul trebuie așezat pe un scaun, cu capul înclinat pe spate, sprijinit de spătar și departe de surse de căldură. I se va scoate cravata și i se vor desface legăturile din jurul abdomenului. Dacă epistaxisul este mic, se oprește spontan sau prin simpla apăsare a aripii nazale respective. Această apăsare se poate face și după ce, în prealabil, s-a introdus în nară un tampon de vată îmbibat cu soluție de apă oxigenată sau de antipirină.

Nu trebuie să ne grăbim cu scoaterea tamponului. În acest mod putem opri sângerarea în circa 5-10 minute.

Bolnavii care prezintă hemoragii exteriorizate, altele decât cele nazale, trebuie imediat culcați și lăsați liniștiți. Se va chema de urgență medicul.

Bolnavii la care se bănuiește o hemoragie internă trebuie înveliți, încălziți cu sticle cu apă caldă la mâini și la picioare și li se va da să bea ceaiuri dulci. Intervenția medicului este strict necesară.

III. PANSAREA RĂNILOR

De felul în care am făcut primul pansament depinde modul de vindecare al rănii. Pentru tratarea corectă a unei răni se procedează în modul următor:

Dezinfectarea mâinilor și a instrumentarului

Este recomandabilă spălarea mâinilor și asigurarea pe cât posibil a sterilizării instrumentelor necesare (prin flacără). Pentru evitarea contaminării cu boli transmisibile prin sânge cum sunt hepatita virală tip B și SIDA, precum și reducerea riscului de infectare al rănii se recomandă folosirea mănușilor în timpul tratamentului local.

Oprirea hemoragiei

Se face cu ajutorul mijloacelor cunoscute (garou, comprese sterile) în funcție de intensitatea și locul hemoragiei.

Controlul rănii

Rănitul va fi dezbrăcat sau se vor tăia hainele în zona rănii pentru a se putea aprecia locul unde se află rana, întinderea și aspectul ei.

Curățirea rănii

În rană pot rămâne deseori corpuri străine (pământ, nisip, bucățele de stofă, cioburi) ce trebuie înlăturate.

Spălarea și dezinfectarea rănii și a zonei din jur

O regulă esențială în această acțiune este de a nu aduce microbi de pe pielea intactă în rană. Spălarea se va face folosind o bucată de tifon. După ce se spală rana, se trece la spălarea pielii din jur. Se face apoi o dezinfecție a pielii, prin badijonarea cu alcool.

ATENȚIE! Niciodată nu se dă cu tinctura de iod pe rană!

Executarea pansamentului

1. Dacă avem la îndemână saposan se poate presăra pe rană. În lipsa lui este de preferat să nu punem nimic pe rană. În nici un caz nu vom pune grăsimi sau unguent, deoarece acestea pot fi dăunătoare.

2. Se aplică peste rană câteva comprese sterile, în așa fel încât suprafața rănii să fie complet acoperită.

3. Peste compresele sterile se pune un strat nu prea gros de vată.

4. Se bandajează rana. Un bandaj corect trebuie să respecte următoarele reguli:

Să fie făcut cu mișcări ușoare, fără a provoca dureri.

Să acopere în întregime și uniform rana și o zonă de cca. 15 cm. în jurul ei.

Să nu aibă excesiv de multe straturi de fașă.

Să nu fie prea strâns pentru a nu stânjeni circulația sângelui în sectorul respectiv.

Menținerea pansamentului se face de obicei cu ajutorul feșelor. Fașa se derulează întotdeauna începând de la extremitatea membrului către baza sa. Prima tură se aplică la câțiva centimetri sub rană, pe o zonă sănătoasă de piele, următoarele aplicându-se astfel încât fiecare tură să acopere jumătate din tura de fașă precedentă.

Dacă rana se află la nivelul mâinii turele de fașă trebuie să se sprijine și pe antebraț. La fel rănilor de la nivelul piciorului sunt acoperite cu ture de fașă care se continuă pe gambă.

Pentru acoperirea rănilor capului, se începe cu câteva ture de fașă ce se aplică în cerc în jurul frunții, după care fașa se pliază și prin câteva mișcări de dute-vino ce pornesc de la frunte și ajung la ceafă și invers, se acoperă creștetul cu un soi de capelină. Capelina este fixată cu încă două-trei ture circulare trecute la nivelul frunții.



În cazul în care rana este mică, se poate recurge la câteva fâșii de leucoplast care să mențină pansamentul. Dacă plaga este mare, trebuie ca accidentatul să fie transportat pe targă până la locul acordării unui tratament de specialitate.

IV. IMOBILIZAREA FRACTURILOR

De cele mai multe ori primul ajutor decide succesul asistenței de urgență și recuperarea accidentatului. Fracturile sunt ruperi totale sau parțiale ale unui os, determinate de cauze accidentale.

De cele mai multe ori se rup oasele lungi ale membrelor, fracturile apărând mult mai ușor atunci când osul este bolnav, sau la bătrâni, la care oasele sunt rarefiate.

Fracturile pot fi de mai multe feluri. În funcție de poziția capetelor de fractură putem distinge: fracturi fără deplasare, în care fragmentele osului rupt rămân pe loc, și fracturi cu deplasare, când capetele de fractură se îndepărtează unul de celălalt.

În funcție de comunicarea focarului de fractură cu exteriorul putem distinge:

- fracturi închise, în care pielea din regiunea fracturii rămâne intactă;
- fracturi deschise, la care ruptura osului este însoțită și de o rană a pielii și a mușchilor din zona respectivă. În cazul fracturilor deschise, pericolul de infecție este foarte mare dacă nu se iau imediat măsuri de protecție. Uneori, fracturile deschise pot fi însoțite de o hemoragie externă, de astuparea unor vene din jur (tromboza venoasă) sau de embolii grasoase sau gazoase.

În funcție de numărul de fragmente osoase rezultate din fractură se pot distinge:

- fracturi simple, care au numai două fragmente osoase;
- fracturi cominutive, în care osul este sfărâmat în mai multe fragmente;

Primul ajutor în cazul accidentelor cu fracturi se desfășoară după următoarea schemă:

- degajarea din focarul de producere a fracturilor;
- așezarea accidentatului în poziție cât mai comodă și interzicerea oricărui tip de mișcări;
- calmarea durerilor;
- examinarea locală și generală;
- toaleta mecanică, hemostaza și pansarea rănilor asociate,
- axarea membrelor în cazul fracturilor cu deplasări și angulări importante;
- imobilizarea provizorie;
- asigurarea transportului la spital.

Calmarea durerilor se obține prin administrarea de antalgice minore (algocalmin, antinevralgic).

Semnele după care putem recunoaște o fractură se pot împărți în două categorii: semne de probabilitate și semne de certitudine.

Semnele de probabilitate ale unei fracturi sunt:

- durerea locală care apare brusc, în momentul accidentului, este situată exact la locul fracturii, se intensifică prin apăsarea focarului de fractură și se diminuează după imobilizarea corectă;
- deformarea locală, care ține de deplasarea fragmentelor din focarul de fractură și poate apare în jurul osului (încălecure) sau laterală (unghiulară);
- impotența funcțională (imposibilitatea folosirii membrului fracturat), care este totală în fracturile cu deplasare și relativă în fracturile fără deplasare sau în fracturile la un singur os și la segmentele de membru compuse din două oase (antebraț, gamba);
- echimoza (vânătaia) locală care apare ulterior, a doua sau a treia zi de la accident.

Semne de certitudine ale unei fracturi sunt:

- mobilitatea anormală la nivelul focarului de fractură, în funcție de axele osului respectiv;
- frecarea oaselor (zgomot caracteristic, de pârâitură, care apare la mișcarea sau lovirea capetelor fracturate);
- lipsa de transmitere a mișcării la distanță (mișcarea imprimată la unul din capetele osului nu se transmite la celălalt capăt);
- întreruperea traiectului osos, care se poate pune în evidență doar la oasele care se găsesc imediat sub piele.

ATENȚIE! Nu se insistă prea mult la cercetarea semnelor de siguranță ale unei fracturi deoarece mobilizarea capetelor osoase poate provoca rănirea unor artere sau a unor nervi din vecinătate!

În fracturile deschise, în afara semnelor descrise mai sus, apare și rana.

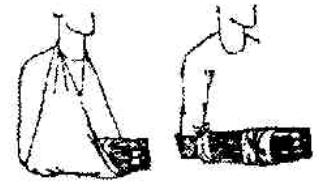
Diagnosticul unei fracturi se pune cu certitudine numai cu ajutorul examenului radiologic. De aceea, cea mai corectă atitudine în fața unei fracturi sau a unei suspiciuni de fractură este transportarea accidentatului la unitatea sanitară specializată, imediat după acordarea primului ajutor.

Imobilizarea unei fracturi se face de cele mai multe ori provizoriu, cu mijloacele pe care le găsim la îndemână. Se pot folosi atele din orice material (lemn, metal, carton).

Pentru membrul superior și pentru claviculă se utilizează doi colaci de pânză răsuciți și legați la sate; pentru braț se utilizează 1-2 atele aplicate pe acesta și apoi.

Antebrațul se imobilizează prin utilizare a 1-2 atele, apoi acestea se suspendă cu ajutorul unui bandaj nedeformabil legat de gât.

În cazul fracturării membrului inferior, imobilizarea cuprinde, de obicei, întreg membrul respectiv. Pentru aceasta, în cazul în care avem două atele, acestea se așează față în față, pe părțile laterale ale piciorului iar în cazul în care nu avem decât o atelă, o așezăm pe partea laterală a piciorului și folosim ca a doua atelă, celălalt picior, legând strâns picioarele accidentatului. Se mai pot folosi un cearșaf îndoit în formă de jgheab sau o pătură.



Pentru fixarea oricărui fel de atelă, trebuie să avem grijă ca aceasta să nu apese pe răni sau să producă dureri accidentatului. În acest scop, orice obiect folosit drept atelă va trebuie să fie înfășurat în fașă sau pânză.

Ca regulă generală, orice atelă bine așezată trebuie să depășească și deasupra și dedesubt ambele articulații ale osului fracturat, imobilizându-le.

Luxațiile sunt poziții vicioase ale oaselor care formează o articulație și se produc de obicei în același mod ca și fracturile. De cele mai multe ori, luxația traumatică este însoțită de ruptura capsulei și a ligamentelor articulare.

Semnele caracteristice ale unei luxații sunt:

- durerea locală;
- deformarea regiunii respective comparativ cu regiunea simetrică;
- limitarea mișcărilor;
- poziția anormală a membrului luxat;
- scurtarea sau lungirea membrului lezat.

Primul ajutor trebuie să se rezume doar la imobilizarea provizorie și, dacă este cazul, la pansarea eventualelor plăgi.

ATENȚIE! Nu vom încerca sub orice motiv să „punem la loc” oasele luxate. Această manevră trebuie făcută numai de un cadru medical de specialitate.

Entorsele. Sub denumirea de entorsă se înțelege ansamblul unor leziuni produse într-o articulație ca urmare a unei mișcări forțate de torsiune. Uneori aceasta este însoțită și de ruptura ligamentelor.

Cauzele acestor accidente sunt aceleași ca la fracturi sau luxații.

Cele mai frecvente sunt entorsele la nivelul extremităților (degete, încheietura mâinii, glezne). Semnele unei entorse sunt:

- durerea intensă ce apare imediat după traumatism;
- umflarea regiunii respective;
- imposibilitatea folosirii membrului lezat.

Primul ajutor în cazul entorselor cuprinde doar imobilizarea provizorie și transportul accidentatului la unitatea medico-sanitară cea mai apropiată.

V. ASIGURAREA UNUI TRANSPORT RAPID ȘI NETRAUMATIZANT

În cazul în care este necesar a se acorda primul-ajutor unui umăr mare de accidentați, trebuie făcut un triaj al cazurilor în funcție de gravitatea fiecăruia:

Cazurile de primă urgență

Cazurile de primă urgență sunt cele în care accidentatul prezintă stop cardio-respirator, hemoragii mari care nu pot fi oprite prin garou, hemoragii ale organelor interne, plăgi mari la nivelul plămânilor, stare de șoc.

Cazurile de urgență a doua

Cazurile de urgență a doua sunt reprezentate de accidentații cu hemoragii arteriale care pot fi oprite prin garou, plăgi mari abdominale, amputații de membre și mari distrugerii osoase și musculare, accidentații care și-au pierdut cunoștința.

Cazurile de urgență a treia

Cazurile de urgență a treia sunt reprezentate de accidentații cu traumatisme cranio-cerebrale, vertebro-medulare și de bazin, însoțite de fracturi și de leziuni ale organelor interne, fracturi deschise, plăgi profunde, hemoragii diverse.

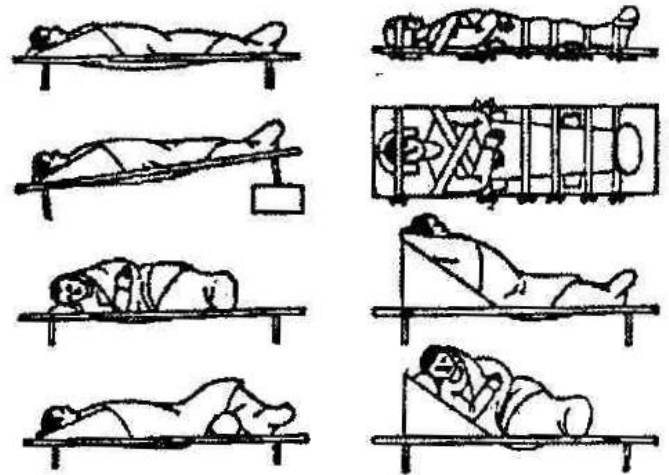
Urgențe obișnuite

Ceilalți accidentați intră în categoria urgențelor obișnuite.

În funcție de categoria de urgență, se acordă primul ajutor și se asigură transportul accidentaților.

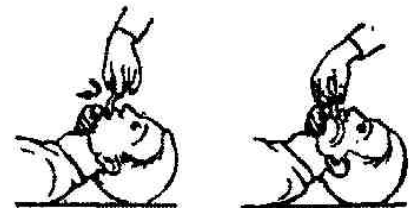
Poziția în care vom transporta victima, variază în funcție de genul leziunii și starea generală a accidentatului:

- bolnavul politraumatizat, conștient, va fi lungit pe spate;
- bolnavul politraumatizat, în stare de inconștiență, mai ales dacă are și traumatism cranian, va fi lungit pe orizontală, însă cu capul pe o parte;
- bolnavul care a pierdut mult sânge prin hemoragie va fi culcat pe spate cu corpul înclinat astfel încât capul să se afle mai jos decât restul corpului;
- bolnavul cu răni ale abdomenului va fi culcat pe spate cu coapsele flectate;
- în fracturile coloanei vertebrale bolnavul se așează pe spate pe un plan dur;
- în cazul fracturii coloanei cervicale (oasele gâtului) bolnavul se așează pe spate;
- în traumatismele toracice cu fracturi la coastelor, dacă bolnavul nu prezintă tulburări respiratorii (sufocare, cianoză, agitație) va fi așezat pe spate cu toracele ridicat cât mai sus.



În cursul transportului accidentaților comatoși se folosește pipa GUEDELL care este o piesă de material plastic în formă de seceră, prin a cărei aplicare se previne obstrucția căilor respiratorii superioare prin căderea bazei limbii peste orificiul glotic. Introducerea pipei necesită punerea capului în extensie.

Vârful pipei alunecă pe peretele superior al cavității bucale, concavitatea pipei fiind orientată în sus; în momentul în care vârful pipei a ajuns la nivelul peretelui gâtului, pipa se rotește cu concavitatea în jos pe fața superioară a limbii.



Intocmit,
Biroul SSM

Resuscitarea cardio-pulmonară

