



Ελληνικός
Ερυθρός Σταυρός

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ Α΄ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Μαρία Γιανναδάκη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Πρώτες Βοήθειες	1
1.1 Τι Περιλαμβάνει το Φαρμακείο	1
2. Τραύματα	2
2.1 Αιμορραγία	2
2.1.1 Συμπτώματα Αιμορραγίας	2
2.1.2 Α΄ Βοήθειες	2
2.1.2.1 Εσωτερική Αιμορραγία	2
2.1.2.2 Εξωτερική Αιμορραγία	3
2.1.2.3 Ακρωτηριασμός	3
2.1.2.4 Τραύμα με Αιμορραγία στο Θώρακα	4
2.1.2.5 Τραύμα με Αιμορραγία στην Κοιλιακή Χώρα	4
2.1.2.6 Ρινορραγία	4
2.2 Εγκεφαλική Αιμορραγία	5
2.2.1 Συμπτώματα	5
2.2.2 Α΄ Βοήθειες	5
3. Μόλυνση	5
4. Τσιμπήματα	6
4.1 Σφήκα – Μέλισσα	6
4.2 Τσιμπούρι	6
4.3 Φίδι	6
4.4 Τσούχτρα	7
5. Αλλεργικές Διαταραχές	7
5.1 Είδη	7
5.2 Συμπτώματα	8
5.3 Α΄ Βοήθειες	8
6. Εγκαύματα	8
6.1 Παράγοντες που Καθορίζουν τη Βαρύτητα των Εγκαυμάτων	8
6.2 Έκταση του Εγκαύματος-«Κανόνας των 9»	8
6.3 Α΄ Βοήθειες	9
6.3.1 Καθολικό Έγκαυμα	9

6.3.2 1 ^{ου} & 2 ^{ου} Βαθμού	10
7. Κακώσεις Αρθρώσεων	10
7.1 Τύποι Αρθρώσεων	10
7.2 Ανατομία Άρθρωσης	11
7.3 Διάστρεμμα	12
7.3.1 Συμπτώματα	12
7.3.2 Α΄ Βοήθειες	12
7.4 Εξάρθρωση	12
7.4.1 Συμπτώματα	12
7.4.2 Α΄ Βοήθειες	12
7.5 Κατάγματα	13
7.5.1 Είδη	13
7.5.2 Συμπτώματα	13
7.5.3 Α΄ Βοήθειες	13
8. Λιποθυμία	14
8.1 Αιτίες	14
8.2 Συμπτώματα	14
8.3 Συνέπειες	15
8.4 Α΄ Βοήθειες	15
9. Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις	15
9.1 Συμπτώματα	16
9.2 Α΄ Βοήθειες	16
10. Διάσειση	16
10.1 Συμπτώματα	17
10.2 Α΄ Βοήθειες	17
11. Τραυματισμός Σπονδυλικής Στήλης	18
11.1 Σπονδυλική Στήλη	18
11.2 Νωτιαίος Μυελός	18
11.3 Συμπτώματα Τραυματισμού	19

11.4 Α΄ Βοήθειες	19
12. Τραυματισμός Λεκάνης	21
12.1 Συμπτώματα σε Κάταγμα Λεκάνης	21
12.2 Α΄ Βοήθειες	21
13. Αφαίρεση Κράνους	22
14. Πρόληψη Καταγμάτων	22
15. Δηλητηριάσεις	23
15.1 Παράγοντες	23
15.2 Δηλητηρίαση από το Πεπτικό Σύστημα	24
15.2.1 Συμπτώματα	24
15.2.2 Α΄ Βοήθειες	24
15.3 Δηλητηρίαση από το Αναπνευστικό Σύστημα	25
15.3.1 Συμπτώματα & Σημεία Ασφυξίας	25
15.3.2 Α΄ Βοήθειες	25
15.4 Δηλητηρίαση από το Δέρμα	26
15.4.1 Συμπτώματα	26
15.4.2 Α΄ Βοήθειες	26
15.5 Πρόληψη Φαρμακευτικών Δηλητηριάσεων	26
16. Έμφραγμα	27
16.1 Παράγοντες	27
16.2 Συμπτώματα	28
16.3 Α΄ Βοήθειες	29
17. Ανακοπή	29
17.1 Α΄ Βοήθειες	30
18. Στηθάγχη	30
18.1 Συμπτώματα	30
18.2 Α΄ Βοήθειες	31
19. Παιδικοί Πυρετικοί Σπασμοί	31
19.1 Συμπτώματα	31

19.2 Α΄ Βοήθειες	31
20. Επιληψία	32
20.1 Αιτιολογία	32
20.2 Διάγνωση	32
20.3 Είδη Επιληπτικών Κρίσεων	33
20.4 Επιληψία και Παιδί	33
20.5 Συμπτώματα	33
20.6 Α΄ Βοήθειες	34
21. Ξένο Σώμα στο Λάρυγγα-Πνιγμονή	34
21.1 Συμπτώματα	35
21.2 Α΄ Βοήθειες	35
21.2.1 Ενήλικες	35
21.2.2 Παιδιά (1-8 ετών)	36
21.2.3 Βρέφη (0-12 μηνών)	36
21.2.4 Στον Εαυτό μας	37
21.2.5 Παχύσαρκοι	38
21.3 Ενέργειες για Διάφορες Περιπτώσεις Πνιγμονής	38
22. Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ)	39
22.1 Αναπνοή	39
22.2 Γενικές Πληροφορίες	40
22.3 Σύνθεση Εισπνεόμενου & Εκπνεόμενου Αέρα	41
22.4 Αίτια Ασφυξίας	42
22.4.1 Συμπτώματα Ασφυξίας	42
22.5 Βήματα ΚΑΡΠΑ	43
22.5.1 ΚΑΡΠΑ σε Ενήλικες	43
22.5.2 ΚΑΡΠΑ σε Παιδιά	45
22.5.3 ΚΑΡΠΑ σε Βρέφη	47
23. Έλεγχος Σφυγμού	48
Ευχαριστίες	49

1. Πρώτες Βοήθειες

Ορισμός: Πρώτη Βοήθεια είναι η άμεση και προσωρινή φροντίδα που παρέχεται από τον αυτόπτη μάρτυρα στο θύμα ενός ατυχήματος ή σε κάποιον που αρρώστησε ξαφνικά ή ακόμα και από τον παθόντα στον εαυτό του, μέχρι την μεταφορά του θύματος στο νοσοκομείο.

Σκοπός είναι η διατήρηση της ζωής, η πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης, η ανακούφιση από τον πόνο και η βοήθεια για ανάνηψη.

Για την προσφορά Πρώτων Βοηθειών απαιτούνται γνώσεις, διατήρηση ψυχραιμίας, ασφάλεια του διασώστη και του θύματος, αξιολόγηση της κατάστασης του θύματος, κλήση βοήθειας από το ΕΚΑΒ και παροχή Πρώτων Βοηθειών μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο, αφού βέβαια έχουμε πάντα κοντά μας ένα φαρμακείο. Το φαρμακείο πρέπει να βρίσκεται σε κάθε σπίτι, σε κάθε αυτοκίνητο, σε κάθε σχολείο και σε κάθε χώρο εργασίας.

1.1 Τι Περιλαμβάνει το Φαρμακείο:

Φάρμακα

1. Οινόπνευμα
2. Οξυζενέ
3. Αντισηπτικό
4. Παισιπόνιο-αντιπυρετικό
5. Αντιϊσταμινική αλοιφή
6. Φυσιολογικός ορός (*νερό εμπλουτισμένο με 0,09% χλωριούχο νάτριο*)
7. Κορτιζόνη
8. Ψυκτικό σπρέι
9. Σπρέι για τραύματα & εγκαύματα

Υλικά:

1. Βαμβάκι
2. Γάζες αποστειρωμένες
3. Γάζες βαζελινούχες
4. Επίδεσμοι-τραυμαπλάστ
5. Λευκοπλάστ
6. Θερμόμετρο
7. Λαβίδα
8. Ψαλίδι
9. Σύριγγες μιας χρήσεως
10. Νάρθηκες
11. Παραμάνες
12. Γάντια μιας χρήσεως
13. Μάσκα ή μαντήλι τεχνητής αναπνοής
14. Φακός
15. Σημειωματάριο-στυλό

Προσοχή: Ποτέ δεν πρέπει να δίνουμε φάρμακα χωρίς εντολή γιατρού. Ακόμη πρέπει να προσέχουμε την πολυφαρμακία και την κατάχρηση φαρμάκων.

2. ΤΡΑΥΜΑΤΑ

Η κάθε πληγή είναι ένα τραύμα. Οι παράγοντες που επιδεινώνουν την κατάσταση ενός τραυματία είναι η αιμορραγία, η μόλυνση και το shock.

2.1 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Ποσότητα αίματος σε ενήλικες: 6,5-7lt

Ποσότητα αίματος σε παιδιά: 3,5-4lt

Εάν χαθεί το 1/10 της ποσότητας αυτής τίθεται σε κίνδυνο η ζωή.

Γνώρισμα αρτηριακής αιμορραγίας: το αίμα τρέχει κατά κύματα υπό το ρυθμό των κτύπων της καρδιάς & έχει ζωηρό χρώμα.

Γνώρισμα φλεβικής αιμορραγίας: συνεχόμενη ροή του αίματος & σκούρο χρώμα.

2.1.1 Συμπτώματα Αιμορραγίας:

- Ωχρότητα
- Ψυχρό & ιδρωμένο δέρμα
- Γρήγορος & αδύναμος σφυγμός (*Φυσιολ.: 70-90/λεπτό*)
- Ζάλη & τάση λιποθυμίας
- Δίψα
- Διαταραχές στην όραση
- Βουητό στ' αυτιά
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης
- Ανησυχία
- Επιπόλαια αναπνοή
- Πιθανή απώλεια αισθήσεων

2.1.2 Α' Βοήθειες:

2.1.2.1 Εσωτερική αιμορραγία:

- Καλούμε ασθενοφόρο
- Τοποθέτηση θύματος σε κατάλληλη θέση

Ημικαθιστική (σε 45° περίπου) αν η αιμορραγία είναι σε στήθος & θώρακα. Ύπτια με ελαφρώς ανασηκωμένα τα πόδια αν η αιμορραγία είναι στην κοιλιά.

- Χαλαρώνουμε σφιχτά ρούχα
- Ενθαρρύνουμε το θύμα
- Κρατάμε ζεστό το θύμα
- Δεν δίνουμε τίποτα από το στόμα
- Έλεγχος αναπνοής & σφυγμού κάθε 5΄
- Εάν δεν υπάρχει αναπνοή εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ

Εάν υπάρχει εσωτερική αιμορραγία στην κοιλιακή χώρα ενδέχεται να φουσκώσει η κοιλιά. Τοποθετούμε το θύμα ανάσκελα χωρίς μαξιλάρι με λίγο σηκωμένα τα πόδια και το κεφάλι τοποθετημένο στο πλάι σε περίπτωση εμετού.

Εάν υπάρχει εσωτερική αιμορραγία στο θώρακα ή στο κεφάλι τοποθετούμε το θύμα σε ημικαθιστή θέση με ένα μαξιλάρι.

ΑΚΙΝΗΣΙΑ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

2.1.2.2 Εξωτερική αιμορραγία:

- Φοράμε γάντια.
- Πίεση: Πιέζουμε το σημείο που αιμορραγεί για 5΄-10΄ με την παλάμη.
- Πωματισμός: Εάν η αιμορραγία συνεχίζεται βάζουμε καθαρό επίθεμα (γάζες ή καθαρό ύφασμα), στη συνέχεια βαμβάκι και τυλίγουμε σταθερά το τραύμα με ελαστικό επίδεσμο. Εάν συνεχίσει να αιμορραγεί προσθέτουμε και δεύτερο επίθεμα και συνεχίζουμε να επιδένουμε.
- Καλούμε ασθενοφόρο για την μεταφορά στο νοσοκομείο.

2.1.2.3 Ακρωτηριασμός:

- Επιδένουμε πάνω από το σημείο ακρωτηριασμού εάν δεν υπάρχει άρθρωση, αν υπάρχει πάνω απ΄ αυτήν.
- Δεν χρησιμοποιούμε σύρμα ή σχοινί.
- Ο επίδεσμος ή το ύφασμα που θα χρησιμοποιήσουμε πρέπει να έχει φάρδος περίπου 10cm.
- Δένουμε σταυρωτά από κάτω & πάνω, κάνουμε κόμπο. Στο σημείο αυτό στερεώνουμε ένα ξυλαράκι ή στυλό με κόμπο. Το περιστρέφουμε έως ότου σταματήσει η αιμορραγία. Στερεώνουμε.
- Σημειώνουμε την ώρα που έγινε το δέσιμο (όχι πάνω από 1h διότι μετά υπάρχει κίνδυνος νέκρωσης).
- Δεν ξεσφίγγουμε εμείς το δέσιμο παρά μόνο ο γιατρός διότι υπάρχει κίνδυνος θρόμβου.
- Το κομμένο μέλος το ξεπλένουμε με καθαρό νερό μόνο όταν υπάρχουν ξένα σώματα (π.χ. χρώματα, πέτρες), το τυλίγουμε σε μεμβράνη ή

καθαρή σακούλα και μετά το τυλίγουμε σε καθαρό ύφασμα. Στη συνέχεια το τοποθετούμε σε σκεύος με παγωμένο νερό ή παγάκια.

- Παραδίνουμε το ακρωτηριασμένο μέλος όταν φτάσει βοήθεια, ώστε να μεταφερθεί μαζί με τον τραυματία στο νοσοκομείο για επανασυγκόλληση.

2.1.2.4 Τραύμα με Αιμορραγία στο Θώρακα:

- Πιέζουμε με την παλάμη
- Καλύπτουμε την οπή με γάζες
- Από πάνω βάζουμε νάιλον ή αλουμινόχαρτο
- Από πάνω τοποθετούμε λευκοπλάστ σε σχήμα Π ώστε να μπορεί να φύγει ο αέρας που ίσως να έχει εισέλθει.

2.1.2.5 Τραύμα με Αιμορραγία στην Κοιλιακή Χώρα:

- Καλούμε ΑΜΕΣΑ βοήθεια.
- Τοποθετούμε το θύμα σε ύπτια θέση με τα γόνατα λυγισμένα.
- Εάν υπάρχει τραύμα στην κοιλιακή χώρα και έχουν εξέλθει τα σπλάχνα, δεν προσπαθούμε να τα βάλουμε μέσα διότι υπάρχει κίνδυνος περιτονίτιδας.
- Βρέχουμε ύφασμα ή γάζες με φυσιολογικό ορό και τα καλύπτουμε.
- Σκεπάζουμε το θύμα και τονώνουμε ψυχολογικά.
- Δεν δίνουμε τίποτα από το στόμα.
- Αν χάσει τις αισθήσεις του, τον τοποθετούμε σε θέση ανάνηψης.

2.1.2.6 Ρινορραγία:

- Βάζουμε το άτομο να καθίσει με το κεφάλι του ελαφρώς γερμένο μπροστά.
- Πιέζουμε τα μαλακά μέρη (κάτω από το κόκκαλο) της μύτης για 5'-10' με τον αντίχειρα και το δείκτη.
- Εάν η ρινορραγία δεν σταματήσει εφαρμόζουμε πίεση άλλα 5' και λέμε στο άτομο να φυσήσει τη μύτη του ή να σκύψει. Εφαρμόζουμε κρύες κομπρέσες.
- Εάν η ρινορραγία δεν σταματάει τότε εφαρμόζουμε πρόσθιο επιπωματισμό (τοποθετούμε γάζα στο ρουθούνι που αιμορραγεί όχι βαμβάκι διότι υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης ή φλεγμονής) και φροντίζουμε για την μεταφορά του σε νοσοκομείο.

➡ Σε περίπτωση υπέρτασης αφήνουμε να τρέξει λίγο το αίμα και μετά προσφέρουμε τις Α' βοήθειες.

2.2 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Συνήθως συμβαίνει σε μεγάλη ηλικία αλλά εμφανίζεται και σε νεαρά άτομα. Το 80% οφείλεται σε απόφραξη (ισχαιμικό) και το 20% σε αιμάτωμα.

Παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε εγκεφαλικό:

- Υπέρταση (αλάτι, ζωικά λίπη κλπ)
- Αρτηριοσκλήρωση (αθηρωματική πλάκα)
- Κάπνισμα
- Σάκχαρο
- Άγχος

2.2.1 Συμπτώματα:

- Τραυλισμός
- Στράβωμα του στόματος
- Πέφτει το χείλος & τρέχουν σάλια
- Παράλυση (δεξιά ή αριστερή πλευρά ή εντελώς)
- Έντονος πονοκέφαλος (1-3 ημέρες)

2.2.2 Α΄ Βοήθειες: (ΕΝΤΟΣ 3 ΩΡΩΝ)

- ΕΚΑΒ
- Πλήρης ακινησία σε ημικαθιστή θέση στο κρεβάτι (το κεφάλι ψηλότερα από το σώμα)
- Αφαίρεση ξένης οδοντοστοιχίας
- Χαλάρωση ρούχων
- Εάν υπάρχει απώλεια αισθήσεων τοποθέτηση του θύματος σε θέση ανάντησης
- Δεν χορηγούμε ΤΙΠΟΤΑ από το στόμα

3. ΜΟΛΥΝΣΗ

Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσης των τραυμάτων:

- Φοράμε γάντια.
- Ξεπλύνουμε το τραύμα με άφθονο νερό για 3΄-5΄.
- Δεν χρησιμοποιούμε ιώδιο ή οξυζενέ. Για το τελευταίο έχει παρατηρηθεί δημιουργία θρόμβων όταν το τραύμα είναι βαθύ.
- Στεγνώνουμε το τραύμα με αποστειρωμένη γάζα.
- Καλύπτουμε το τραύμα με αποστειρωμένη γάζα ή τραυμαπλάστ.
- Σε περίπτωση αλλαγής της γάζας και εάν αυτή έχει κολλήσει στο τραύμα βρέχουμε πρώτα με φυσιολογικό ορό.
- Εάν το άτομο δεν έχει κάνει το εμβόλιο κατά του τετάνου πρέπει να κάνει αντιτετανικό ορό γιατί υπάρχει ο κίνδυνος τετάνου. Πρέπει να γίνει τις πρώτες 24h. Ο ορός καλύπτει το θύμα για 40 ημέρες.

Ο ορός είναι απαραίτητος να γίνει:

- εάν υπάρξει τραύμα και οι ιστοί κλείσουν (βαθύ τραύμα).
- Όταν ο τραυματισμός γίνει στο έδαφος.
- Όταν ο τραυματισμός γίνει σε χώρο που υπάρχουν κοπριές ζώων.

Εάν υπάρξει τραύμα από γυαλί και υπάρχει κομμάτι καρφωμένο στο δέρμα, δεν το αφαιρούμε ποτέ. Καλύπτουμε (π.χ. με γάζα) χωρίς να πιέσουμε το γυαλί και μεταβαίνουμε σε νοσοκομείο για αφαίρεση.

4. ΤΣΙΜΠΗΜΑΤΑ

4.1 Σφήκα-Μέλισσα

Σε περίπτωση τσιμπήματος ενεργούμε ως εξής:

- Αφαιρούμε το κεντρί με την άκρη ενός αιχμηρού αντικειμένου.
- Τοποθετούμε στο σημείο του τσιμπήματος πάγο.
- Αφαιρούμε τα ρούχα που τυχόν σφίγγουν την περιοχή.
- Επαλείφουμε με αντιισταμινική αλοιφή.

➔ Τα άτομα που είναι αλλεργικά στο τσίμπημα σφήκας ή μέλισσας και το γνωρίζουν πρέπει να κάνουν ένεση αδρεναλίνης είτε στο μπράτσο, είτε στο μηρό, είτε στο γλουτό.

Εάν το τσίμπημα είναι στο λαιμό, στο στόμα ή στη γλώσσα πρέπει να ενεργήσουμε για την άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο λόγω κινδύνου ασφυξίας από το πρήξιμο.

4.2 Τσιμπούρι

- Βάζουμε λάδι για να μαλακώσει το δέρμα.
- Προσπαθούμε να το αφαιρέσουμε.

Εάν δεν είμαστε σίγουροι για την αφαίρεση ζητάμε τη βοήθεια γιατρού.



4.3 Φίδι

Τα δηλητηριώδη φίδια διαφέρουν από τα μη δηλητηριώδη στα εξής σημεία:

- Υπάρχει μία ταινία ζιγκ-ζαγκ από το κεφάλι ως την ουρά.
- Το κεφάλι είναι τριγωνικό.



- Το δάγκωμα έχει την εξής μορφή:



Εάν το νοσοκομείο απέχει πάνω από 30΄ τότε ενεργούμε ως εξής:

- Ακινητοποιούμε το θύμα.
- Πλένουμε με άφθονο νερό & σαπούνι.
- Εναποθέτουμε παγωμένες κομπρέσες.
- Εφαρμόζουμε την ισχαιμική περιδέση όπως αυτή στον ακρωτηριασμό. Όμως εδώ αφήνουμε ένα περιθώριο (να περνάει ένα δάχτυλο). Το δέσιμο γίνεται πάνω από το τσίμπημα.
- Τοποθετούμε το μέλος χαμηλότερα από την καρδιά.

Το δηλητήριο των φιδιών είναι ισχυρότερο την άνοιξη απ΄ ότι στο τέλος του καλοκαιριού.

4.4 Τσούχτρα

- Επάλειψη με καθαρό οινόπνευμα ή με στεγνή άμμο ή με καθαρό ύφασμα.
- Βάζουμε υγρή αμμωνία.
- Χρησιμοποιούμε αντιισταμινική αλοιφή.

5. ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

5.1 Είδη:

1. Αλλεργική ρινίτιδα
2. Αλλεργικό άσθμα
3. Κνίδωση
4. Φαρμακευτική αφυλαξία
5. Αλλεργία στα δήγματα εντόμων (δήγμα = τσίμπημα)
6. Αλλεργία από ορούς
7. Αφυλαξία σε τροφές
8. Αλλεργικό σοκ

5.2 Συμπτώματα:

1. Εξάνθημα-κνησμός
2. Δακρύρροια
3. Οίδημα βλεφάρων
4. Οίδημα λάρυγγα
5. Αναφυλακτικό σοκ

5.3 Α΄ Βοήθειες:

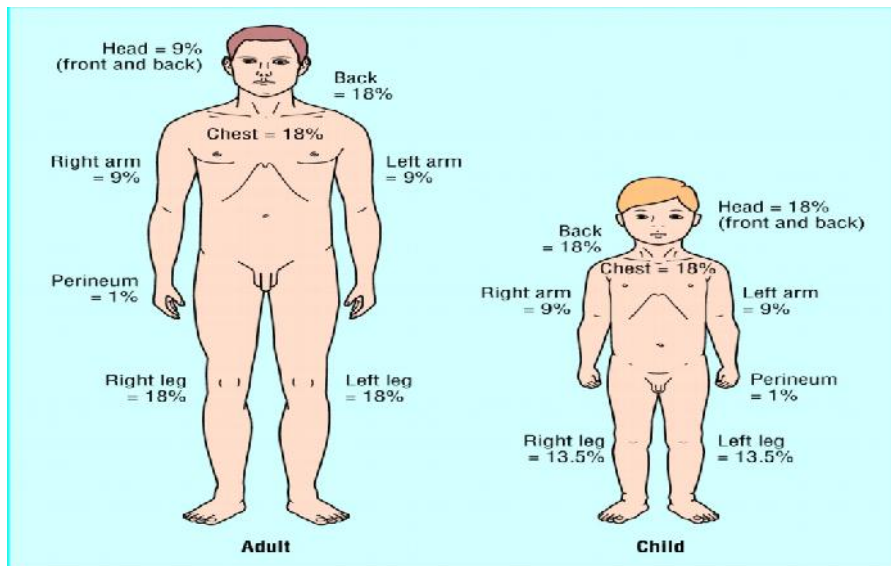
1. Πλύσιμο με νερό και σαπούνι (έντομα κλπ).
2. Διακοπή τυχόν φαρμακευτικής αγωγής ή τροφής που προκάλεσε την αλλεργία.
3. Αντιϊσταμινικά φάρμακα.

6. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

6.1 Παράγοντες που Καθορίζουν τη Βαρύτητα των Εγκαυμάτων:

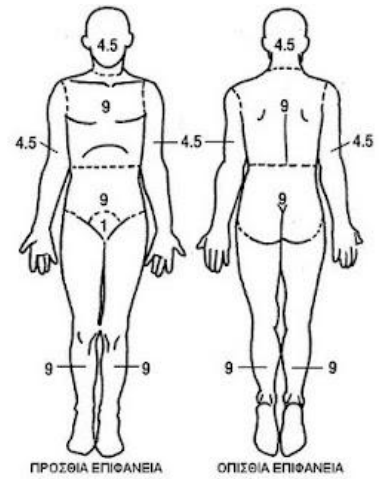
- Έκταση
- Βάθος
- Σημείο (π.χ. λαιμό, πρόσωπο κλπ)
- Ηλικία
- Εάν υπάρχει εισπνευστικό έγκαυμα
- Συνυπάρχουσα προβλήματα υγείας

6.2 Έκταση του Εγκαύματος – “Κανόνας των 9”



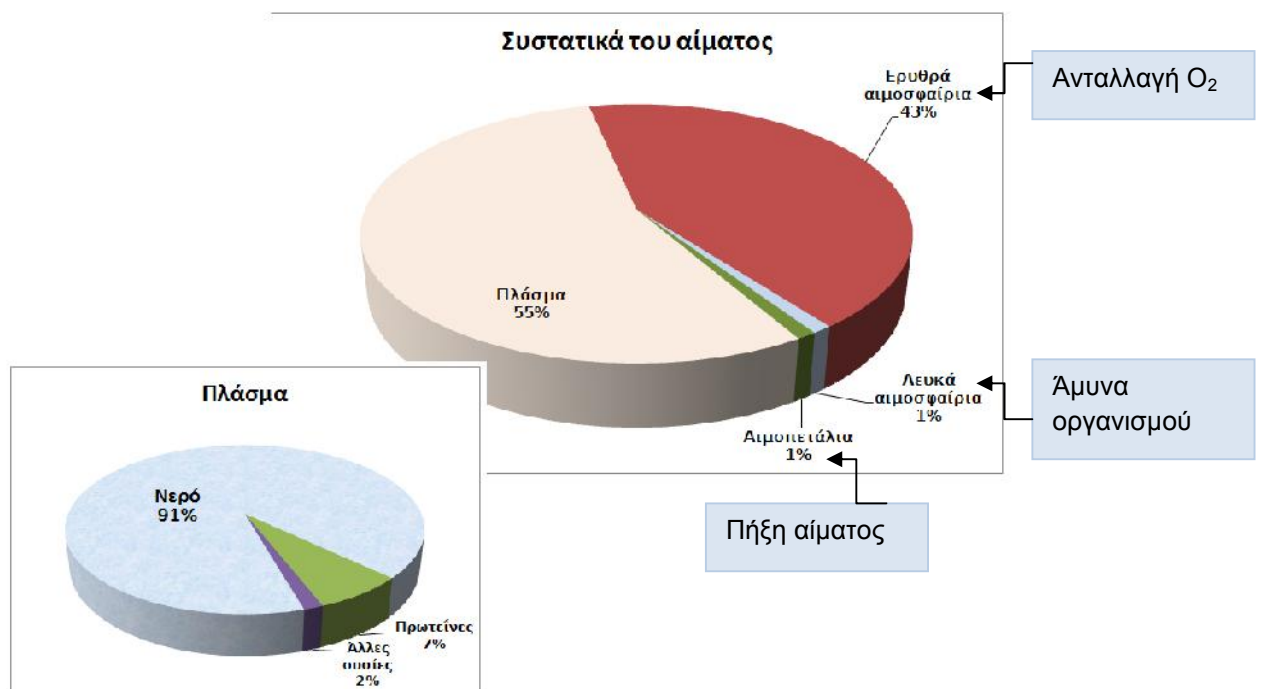
Η έκταση του εγκαύματος ως προς την επιφάνεια σώματος («κανόνας των 9») πρέπει να συνεκτιμηθεί προκειμένου να συμπεράνουμε την βαρύτητα ενός εγκαύματος, μαζί με το βάθος καταστροφής των ιστών (1ου, 2ου ή 3ου βαθμού κλπ.) και τους παραπάνω παράγοντες. **Τί εννοούμε λέγοντας «κανόνας των 9»;** Ο Κανόνας των Εννέα είναι ένας χρήσιμος και πρακτικός οδηγός για τον υπολογισμό της έκτασης του εγκαύματος. Σύμφωνα με τον

κανόνα αυτό, το σώμα ενός ενήλικου ανθρώπου, δύναται να χωριστεί σε τμήματα, ως άνωθεν, προκειμένου να μπορούμε να εκτιμήσουμε το ποσοστό της επιφάνειας του δέρματος που έχει υποστεί το έγκαυμα.



Έχουμε λοιπόν ανατομικές περιοχές που αντιπροσωπεύουν το 9%, ή πολλαπλάσια του 9% της όλης επιφάνειας του σώματος (κεφαλή 9%, κορμός 36%, άνω άκρο 9%, κάτω άκρο 18%). Η επιφάνεια του σώματος στα παιδιά και ιδιαίτερα στα βρέφη, διαφέρει σημαντικά από αυτήν του ενήλικα. Το κεφάλι στα βρέφη ή στα μικρά παιδιά αντιπροσωπεύει μεγαλύτερο ποσοστό επιφάνειας και τα κάτω άκρα μικρότερο σε σύγκριση με τον ενήλικα.

Εάν η επιφάνεια του εγκαύματος είναι άνω του 30% του σώματος, η κατάσταση χαρακτηρίζεται πάρα πολύ σοβαρή. Συνήθως τα θύματα καταλήγουν λόγω μολύνσεων, θρομβώσεων κλπ. Το υγρό που βγαίνει είναι το πλάσμα με αποτέλεσμα να απομένουν περισσότερα στερεά στοιχεία στο αίμα κι έτσι αυτό να πήζει.



6.3 Α' Βοήθειες:

6.3.1 Σε Καθολικό Έγκαυμα:

- Βγάζουμε αμέσως όλα τα ρούχα και ρίχνουμε κρύο νερό (εάν το ύφασμα έχει κολλήσει στο δέρμα δεν το αφαιρούμε. Το αφήνουμε και κόβουμε τα κομμάτια γύρω από αυτό).
- Αφαιρούμε ζώνες, κοσμήματα, ρολόγια.

- Σκεπάζουμε το θύμα με ένα σεντόνι (ΟΧΙ με κουβέρτα). Αν γίνεται στερεώνουμε με τέτοιο τρόπο το σεντόνι ώστε αυτό να μην έρχεται σε επαφή με το δέρμα.
- Δεν ενώνουμε ΠΟΤΕ δύο εγκαυματικές επιφάνειες μεταξύ τους διότι υπάρχει ο κίνδυνος να κολλήσουν.
- Ελέγχουμε τα ζωτικά σημεία του θύματος κάθε 5΄.
- Αν χάσει τις αισθήσεις του τοποθετούμε το θύμα σε θέση ανάνηψης.

6.3.2 Εάν πρόκειται για εγκαύματα 1^{ου} και 2^{ου} Βαθμού:

- Δροσίζουμε γρήγορα το καμένο μέρος σε κρύο νερό για 10΄-20΄. Το βάζουμε κάτω από τη βρύση ή μέσα σε κουβά ή στο νιπτήρα ή τοποθετούμε κρύες, υγρές κομπρέσες, όχι πάγο.
- Αφαιρούμε δακτυλίδια και κοσμήματα.
- Συνεχίζουμε το δρόσισμα με νερό για 10΄. Έπειτα στεγνώνουμε απαλά με καθαρό πανί.
- Αν υπάρχουν φουσαλίδες ΔΕΝ τις τρυπάμε (αν κάποια είναι έτοιμη να σπάσει από μόνη της, τρυπάμε στη βάση με αποστειρωμένη βελόνα, ώστε να μην υπάρχει ανοιχτή πληγή).
- Αν η φουσαλίδα έχει ανοίξει τότε βάζουμε αντισηπτικό (BETADIN), μια βαζελινούχα γάζα και μια αποστειρωμένη γάζα.
- Αν το έγκαυμα 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού έχει το μέγεθος περίπου παλάμης τότε πρέπει το θύμα να πάει στο γιατρό. Καθώς επίσης και όταν το έγκαυμα είναι στο λαιμό, στο πρόσωπο κλπ.
- Για εγκαύματα μικρής έκτασης, 3^{ου} βαθμού, ξεπλένουμε με φυσιολογικό ορό, στεγνώνουμε με γάζα και στη συνέχεια ψεκάζουμε με σπρέι. Στη συνέχεια εναποθέτουμε γάζα εμποτισμένη με ειδικό σκεύασμα (σε φαρμακεία) και πάνω από αυτή κανονική γάζα.

7. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

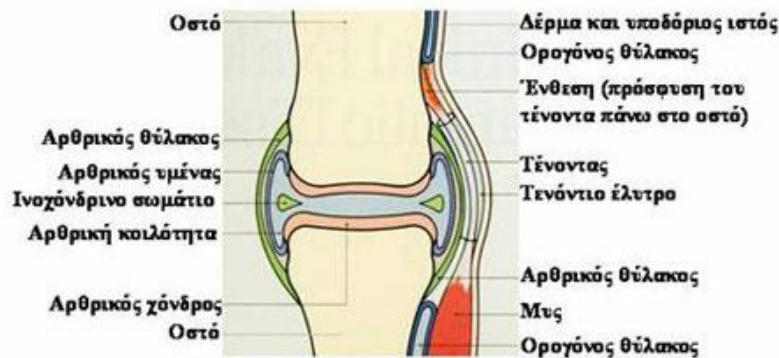
7.1 Τύποι Αρθρώσεων

Ανάλογα με την κινητικότητα και το είδος του ιστού που παρεμβάλλεται, οι **αρθρώσεις** διακρίνονται σε:

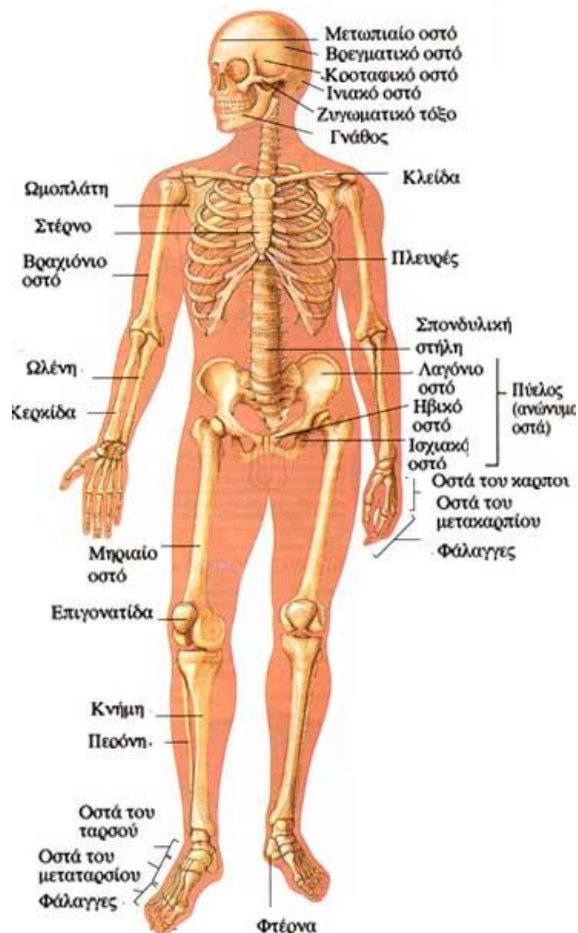
1. **Διαρθρώσεις:** αποτελούν το συνηθέστερο τύπο άρθρωσης και επιτρέπουν ελεύθερη κίνηση, όπως η άρθρωση του γόνατος, του ώμου, του αγκώνα κ.ά.
2. **Συναρθρώσεις ή Συνδεσμώσεις:** δεν επιτρέπουν ορατές κινήσεις, όπως οι ραφές του κρανίου.
3. **Αμφιαρθρώσεις:** χαρακτηρίζονται από ινοχονδρώδη συνένωση με ελάχιστη κίνηση, όπως η ηβική σύμφυση και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι.

7.2 Ανατομία Άρθρωσης

Τα πέρατα των οστών στις διαρθρώσεις περιβάλλονται από τον αρθρικό υμένα και τον αρθρικό θύλακο, οι δε αρθρικές επιφάνειες καλύπτονται από τον αρθρικό χόνδρο και πληρώνονται από αρθρικό υγρό.



Εικόνα 3. Σχηματική παράσταση μιας άρθρωσης και των περιαρθρικών μορίων, που μπορεί να αποτελούν την εστία, δηλ. τη θέση της φλεγμονής και του πόνου στις ρευματικές παθήσεις.



7.3 Διάστρεμμα (στραμπούληγμα)

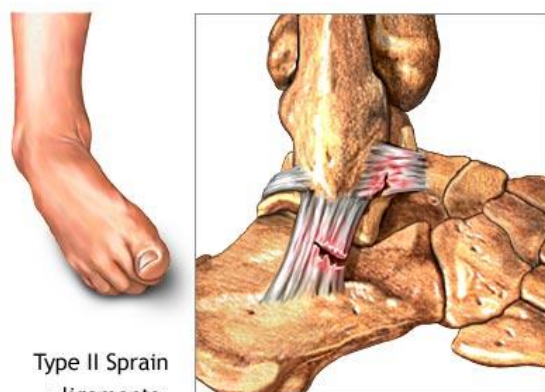
Βλάβη στα μαλακά μέρη.

7.3.1 Συμπτώματα:

- Πόνος
- Οίδημα (πρήξιμο)
- Μελάνιασμα
- Δυσκινησία

7.3.2 Α΄ Βοήθειες:

- Εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα (πάγο τυλιγμένο σε πανί ή κομπρέσες με παγωμένο νερό) για 10΄-20΄.
- Περιδένουμε την άρθρωση με ελαστικό επίδεσμο για να την ακινητοποιήσουμε.
- Τοποθετούμε το μέλος σε αναπαυτική θέση (αναρτούμε από τον λαιμό αν πρόκειται για χέρι ή ανυψώνουμε σε καρέκλα αν πρόκειται για πόδι).
- Δίνουμε παυσίπονο.
- Πηγαίνουμε στο νοσοκομείο για ακτινολογικό έλεγχο.



ADAM.

7.4 Εξάρθρωση

Η εξάρθρωση είναι μια σοβαρή πάθηση των αρθρώσεων. Μπορεί να προκληθεί από ένα σοβαρό ατύχημα και ως συνέπεια έχει την απομάκρυνση των αρθρικών επιφανειών από τα οστά.

Οι εξαρθρώσεις είναι πολύ οδυνηρές και η επαναφορά των οστών στη θέση τους πρέπει να γίνεται από ειδικό γιατρό ή χειρουργό.



7.4.1 Συμπτώματα:

- Πόνος
- Παραμόρφωση
- Αδυναμία κίνησης
- Οίδημα (πρήξιμο)

7.4.2 Α΄ Βοήθειες:

- Κρατάμε την άρθρωση και όλο το μέλος ακίνητο.
- Ηρεμούμε τον πάσχοντα.
- Τοποθετούμε ψυχρά επιθέματα για 10΄ -20΄.
- Καλούμε ασθενοφόρο

Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο ασθενοφόρο:

- Ακινητοποιούμε την άρθρωση με κάποιον πρόχειρο νάρθηκα.
- Τοποθετούμε το μέλος σε αναπαυτική θέση (ανάρτηση από το λαιμό σε εξάρθρωση χεριού ή ανύψωση του ποδιού σε εξάρθρωση του ποδιού).
- Μεταφέρουμε άμεσα τον πάσχοντα στο νοσοκομείο για ανάταξη.

Τοποθέτηση νάρθηκα:

Ως νάρθηκας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα αντικείμενο ίσιο και σταθερό (π.χ. ένα σκληρό χαρτόνι τυλιγμένο σε ύφασμα).

- Ανασηκώνουμε το μέλος.
- Σπρώχνουμε το νάρθηκα κάτω από το μέλος.
- Δένουμε με ελαστικό επίδεσμο.
- Αφήνουμε τα δάχτυλα έξω σε περίπτωση πρηξίματος.
- Χρησιμοποιούμε τριγωνικό επίδεσμο για ανάρτηση του μέλους και ακινητοποίηση.

Σε περίπτωση εξάρθρωσης ώμου δεν τοποθετούμε νάρθηκα, μόνο τον τριγωνικό επίδεσμο. Ακινητοποιούμε με επίδεσμο γύρω από το σώμα του θύματος (το σώμα έχει το ρόλο του νάρθηκα).

Εάν η εξάρθρωση είναι στο πόδι, ακινητοποιούμε με νάρθηκα. Φροντίζουμε να είναι σε οριζόντια θέση προκειμένου να μην πρηστεί.

Μπορούμε να περιμένουμε μισή ώρα.

7.5 Κατάγματα

7.5.1 Είδη:

- Ρωγμώδη
- Απλά
- Συντριπτικά
- Επιπλεγμένα (ανοικτά)

7.5.2 Συμπτώματα:

- Πόνος
- Πρήξιμο
- Παραμόρφωση
- Αδυναμία κίνησης
- Θόρυβος κατά την κίνηση

7.5.3 Α΄ Βοήθειες:

- Ακινητοποιούμε πλήρως το μέλος.
- Τοποθετούμε κρύες κομπρέσες για να ανακουφίσουμε το θύμα.
- Τονώνουμε το ηθικό του.

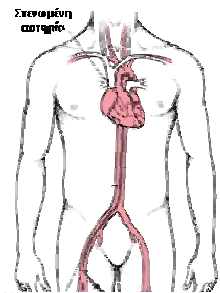
- Ακινητοποιούμε την περιοχή με την τοποθέτηση νάρθηκα, εάν πρόκειται να αργήσει η ιατρική βοήθεια.
- Αναρτούμε ή ανυψώνουμε το μέλος σε αναπαυτική θέση.
- Καλούμε το ασθενοφόρο για τη μεταφορά σε νοσοκομείο.

Ο νάρθηκας που θα χρησιμοποιήσουμε σε κάταγμα πρέπει να είναι σχετικά μακρύς ώστε να ακινητοποιηθούν δύο αρθρώσεις μεταξύ των οποίων βρίσκεται το σπασμένο κόκκαλο.

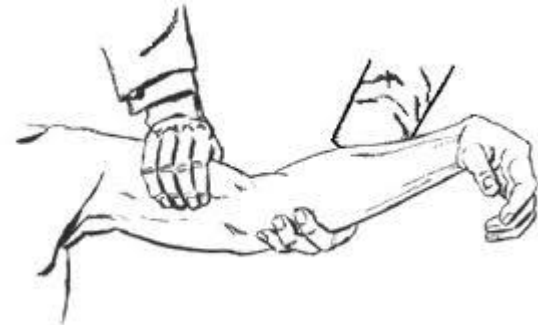
Στα κατάγματα του ποδιού χρησιμοποιούμε δύο νάρθηκες.

Σε περίπτωση επιπλεγμένων (ανοιχτών) καταγμάτων όπου υπάρχει ορατή αιμορραγία ενεργούμε ως εξής:

- Εάν είναι στο πόδι, πιέζουμε τη μηριαία αρτηρία με τα τρία δάχτυλα.



- Εάν είναι το χέρι πιέζουμε την αρτηρία κάτω από τη μασχάλη με τα τρία δάχτυλα (βραχιόνια αρτηρία).



8. ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ

Είναι η σύντομη απώλεια των αισθήσεων διάρκειας όχι μεγαλύτερης από λίγα λεπτά (λόγω έλλειψης οξυγόνου).

8.1 Αιτίες:

- Ασφυκτικό περιβάλλον
- Νευροψυχικοί παράγοντες
- Υπερκόπωση
- Κακή φυσική κατάσταση

8.2 Συμπτώματα:

- Ωχρότητα
- Ψυχρός ιδρώτας
- Θόλωση στην όραση
- Βουητό στ' αυτιά
- Ζάλη
- Ναυτία
- Αδυναμία

Λέμε στο άτομο να σκύψει το κεφάλι.

8.3 Συνέπειες:

- Απώλεια αισθήσεων
- Σφυγμός βραδύς
- Αναπνοή επιπόλαια

8.4 Α' Βοήθειες:

- Γυρίζουμε το θύμα στο πλάι, στη θέση ανάνηψης ή ασφαλείας και το κεφάλι σε υπερέκταση.
- Χαλαρώνουμε τα σφικτά ρούχα (ζώνη, γραβάτα).
- Δροσίζουμε με λίγο νερό.
- Αερίζουμε το χώρο και απομακρύνουμε τους περιέργους.
- Ελέγχουμε την αναπνοή και το σφυγμό.
- Όταν ξαναβρεί τις αισθήσεις του δίνουμε να πει ζαχαρούχο υγρό.
- Όταν συνέλθει η έγερση να γίνει σταδιακά.



Δεν πρέπει να σηκωθεί εάν δεν περάσουν 15'.

Δεν δίνουμε χαστούκια, κολόνια, μεγάλη ποσότητα νερού στο πρόσωπο.

Δεν δίνουμε να πει τίποτα από το στόμα εάν δεν έχει συνέλθει πλήρως.

Μία απλή λιποθυμία διαρκεί \cong 1'.

Εάν το άτομο καθυστερήσει να επανέλθει μάλλον οφείλεται σε παθολογικά αίτια.

9. ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι ένας τραυματισμός του κρανίου και του εγκεφάλου. Μπορεί να είναι κλειστή, που σημαίνει ότι ο εγκέφαλος δεν εκτίθεται ή δεν κινδυνεύει να εκτεθεί στο εξωτερικό περιβάλλον, ή ανοιχτή, όταν ο εγκέφαλος εκτίθεται στο εξωτερικό περιβάλλον. Στην κλειστή κάκωση μπορεί να συνυπάρχει και κάταγμα κρανίου, ενώ στην ανοιχτή υπάρχει πάντα. Στην κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να συνυπάρχει και αιμάτωμα. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι πολύ ευαίσθητος και προστατεύεται καλά από τις κακώσεις. Είναι στενά περιβεβλημένος από μεμβράνες (τις μήνιγγες), μέσα στο σκληρό κρανίο το οποίο καλύπτεται επιπλέον από μυϊκό χιτώνα

Τα κύτταρα που αποτελούν τον εγκέφαλο είναι εύθραυστα και μπορεί εύκολα να τραυματιστούν, αν τεντωθούν ή σκιστούν. Αυτό συμβαίνει όταν ένα χτύπημα στο κεφάλι προκαλέσει την σύγκρουσή του εγκεφάλου με την σκληρή και ανώμαλη εσωτερική επιφάνεια των οστών, μέσα στο κρανίο.

Το πρήξιμο που παρατηρείται μετά από κάθε κάκωση, πιέζει ακόμη περισσότερο τα κύτταρα και μειώνει τη ροή του αίματος. Η επαρκής ροή και οξυγόνωση είναι ζωτικής σημασίας για τα κύτταρα του εγκεφάλου.

9.1 Συμπτώματα:

- Εμφανής κάκωση-τραύμα στο κεφάλι
- Έντονος πονοκέφαλος
- Εκροή υγρού από τη μύτη ή τα αυτιά (εγκεφαλονωτιαίου ή αιμορραγικού υγρού)
- Εμετοί, διαταραχές συνείδησης μέχρι και κώμα
- Ανισοκορία (*anisocoria*) όταν το μέγεθος της μίας κόρης του οφθαλμού, είναι μεγαλύτερο από το άλλο. Αν η διαφορά είναι 1 mm, θεωρείται φυσιολογικό. Η ανισοκορία συνήθως σημαίνει σοβαρή και επείγουσα βλάβη σε κάποιο τμήμα του εγκεφάλου. Παράδειγμα : ασθενής που χτύπησε στο κεφάλι του, είναι σε λήθαργο και εμφανίζει ανισοκορία, είναι πολύ πιθανόν να έχει ένα μεγάλο ενδοκρανιακό αιμάτωμα και να χρειάζεται επείγοντως αξονική τομογραφία και χειρουργείο.
- Στίγματα αίματος στα μάτια
- Διαταραχές σφυγμού
- Επιπόλαιη αναπνοή
- Σπασμοί ή παραλύσεις
- Διαταραχές του λόγου
- Αστάθεια βαδίσματος
- Μελανιές γύρω από τα μάτια ή πίσω από τα αυτιά

9.2 Α΄ Βοήθειες:

- Καλούμε **άμεσα** βοήθεια (ΕΚΑΒ).
- **ΑΥΣΤΗΡΗ ΑΚΙΝΗΣΙΑ.**
- Ακινητοποιούμε το κεφάλι με τις παλάμες. Τοποθετούμε ρούχα στις δυο πλευρές του αυχένα ή κατασκευάζουμε και τοποθετούμε πρόχειρο κολάρο.
- ΔΕΝ σταματάμε την αιμορραγία.
- Έλεγχος αναπνοής και σφυγμού.
- Αν χάσει τις αισθήσεις του ανοίγουμε τον αεραγωγό κάνοντας «ώθηση σιαγόνα».
- Διατηρούμε το θύμα ζεστό.
- Αν δεν υπάρχει αναπνοή εφαρμόζουμε άμεσα ΚΑΡΠΑ.
- Μεταφορά σε νοσοκομείο.

10. ΔΙΑΣΕΙΣΗ

Η διάσειση είναι ένας εγκεφαλικός τραυματισμός. Το «κούνημα» δηλαδή του εγκεφάλου μέσα στο κρανίο ή σε σοβαρές περιπτώσεις ένα εγκεφαλικό αιμάτωμα ή μια ενδοεγκεφαλική αιμορραγία.

Μια διάσειση προκύπτει όταν το κεφάλι χτυπήσει σε ένα αντικείμενο ή ένα κινούμενο αντικείμενο χτυπήσει το κεφάλι. Μια διάσειση μπορεί να προκληθεί από μια πτώση, αθλητικές δραστηριότητες και αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Η σημαντική κίνηση του εγκεφάλου προς οποιαδήποτε κατεύθυνση μπορεί να

προκαλέσει διάσειση. Ο χρόνος που ένα άτομο παραμένει αναίσθητο μπορεί να υποδεικνύει τη βαρύτητα της διάσεισης.

10.1 Συμπτώματα:

- Σύντομη ή μερική απώλεια συνείδησης
- Ωχρότητα προσώπου
- Ναυτία ή εμετός (ρουκέτα)
- Ζάλη ή αστάθεια στο βάδισμα
- Αμνησία
- Υπνηλία
- Δέρμα κρύο
- Σφυγμός γρήγορος

Οι τραυματισμοί στο κεφάλι που έχουν ως αποτέλεσμα διάσειση, συχνά σχετίζονται με τραυματισμό στο λαιμό και τη σπονδυλική στήλη. Προσέχουμε ιδιαίτερως όταν μετακινούμε ασθενείς που έχουν τραυματιστεί στο κεφάλι.

10.2 Α΄ Βοήθειες:

- Ακινητοποιούμε.
- Ελέγχουμε την αναπνοή.
- Τσεκάρουμε αν είναι καλά (με απλές ερωτήσεις).
- Κρατάμε το θύμα ζεστό.
- Αν πρόκειται για παιδί, το ξυπνάμε κάθε 1,5h και για ενήλικα κάθε 2,5h για να βεβαιωνόμαστε ότι ξυπνάει, μας αναγνωρίζει και μπορεί να κινηθεί.
- Μεταφορά σε νοσοκομείο αν υπάρχει απώλεια αισθήσεων, επίμονος πονοκέφαλος, σύγχυση, εμετός τις πρώτες ώρες.



Σύνδρομο μετα-διάσεισης, γνωστό επίσης ως **postconcussive σύνδρομο** ή **PC**, είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων που ένα πρόσωπο μπορεί να δοκιμάσει για τις εβδομάδες, τους μήνες, ή περιστασιακά τα έτη μετά από διάσειση. Μια διάγνωση μπορεί να γίνει όταν συμπτώματα ως αποτέλεσμα της διάσεισης υπάρχουν για περισσότερο από τρεις μήνες μετά από τον τραυματισμό, ή μπορεί να γίνει αρχικώς μέσα σε μια εβδομάδα ή δέκα ημέρες μετά του τραύματος. Τα συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν για πάνω από έξι μήνες.

Κρίσιμα θεωρούνται τα δύο πρώτα εικοσιτετράωρα.

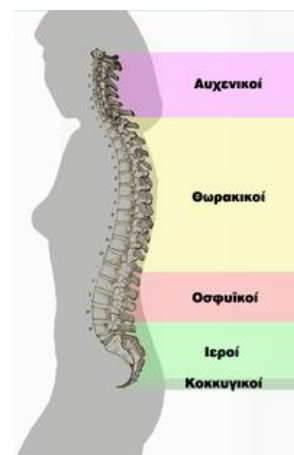
11. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Μεταφορά-Αντιμετώπιση εντός 3 ωρών

11.1 Σπονδυλική Στήλη

Με την αυστηρή (ανατομική) έννοια του όρου, η σπονδυλική στήλη (spine ή vertebral column) είναι ένα σύνολο από οστά (κόκκαλα), κάθε ένα από τα οποία ονομάζεται σπόνδυλος (vertebra). Στην πράξη όμως, με τον όρο αυτό, εννοούμε και το εσωτερικό της σπονδυλικής στήλης (δηλ. το νωτιαίο μυελό με την αρχή των νεύρων) αλλά και το εξωτερικό της μέρος (δηλ. τους μύες και συνδέσμους).

Οι σπόνδυλοι είναι 33. Επτά αυχενικοί, 12 θωρακικοί, 5 οσφυϊκοί, 5 ιεροί και 4 κοκκυγικοί. Σε γενικές γραμμές οι σπόνδυλοι έχουν ένα πρόσθιο τμήμα που είναι συμπαγές και λέγεται σώμα (vertebral body) και ένα οπίσθιο τμήμα που λέγεται πέταλο (lamina).



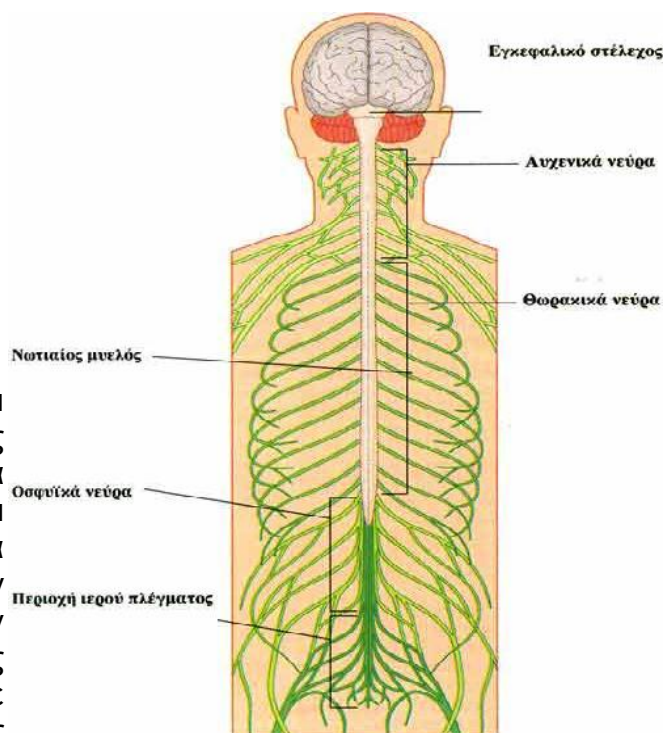
Εικόνα: δύο γειτονικοί σπόνδυλοι. Ανάμεσά τους φαίνεται ο μεσοσπονδύλιος δίσκος για την απορρόφηση των κραδασμών.

11.2 Νωτιαίος Μυελός

Ο νωτιαίος μυελός μαζί με τον εγκέφαλο αποτελούν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Ο νωτιαίος μυελός ειδικότερα, αποτελεί προέκταση του εγκεφαλικού στελέχους και συνεχίζει προς τα κάτω, από τη βάση του κρανίου.

Κάθε νωτιαίο νεύρο διαθέτει κινητικές και αισθητηριακές νευρικές ρίζες. Τα νευρικά ερεθίσματα που στέλνονται ανάμεσα στον εγκέφαλο και τα περιφερικά νεύρα ταξιδεύουν κατά μήκος των νευρικών ινών που περνούν μέσα από δίοδους στο νωτιαίο μυελό. Εκεί είτε ενθαρρύνουν αντανακλαστικές



κινήσεις είτε ταξιδεύουν μέχρι τον εγκέφαλο ώστε να πραγματοποιηθεί η ερμηνεία τους ως κινητικά ερεθίσματα.

Βλάβη στο νωτιαίο μυελό συνεπάγεται διαταραχή της πιο πάνω λειτουργίας και ανάλογα τον βαθμό της βλάβης ενδέχεται να μειωθεί ή να καταργηθεί η κίνηση ή/και η αίσθηση.

Όταν η βλάβη του νωτιαίου μυελού είναι πλήρης η κίνηση και η αίσθηση καταργούνται πλήρως από το σημείο της βλάβης και κάτω (πλήρης τετραπληγία-παραπληγία). Όταν η βλάβη δεν είναι ολοκληρωτική, παραμένουν στοιχεία κίνησης τα οποία μπορούν και περνούν από τον τραυματισμένο νωτιαίο μυελό προς την περιφέρεια ή/και στοιχεία αίσθησης που περνούν από την περιφέρεια (ατελής τετραπληγία-παραπληγία).

Τραυματισμός του 1^{ου} ή/και του 2^{ου} αυχενικού σπονδύλου μπορεί να συνεπάγεται θάνατο.

Ο πρώτος αυχενικός σπόνδυλος ονομάζεται «άτλας» και ο δεύτερος «άξονας». Ο «άτλας» ονομάστηκε έτσι, γιατί χρησιμεύει για τη στήριξη του κεφαλιού. Μοιάζει με δακτύλιο και το χαρακτηριστικό του είναι ότι δεν έχει σώμα. Ο «άξονας» χρησιμεύει για την άρθρωση με τον «άτλαντα», καθώς μπαίνει μέσα σ' αυτόν.

11.3 Συμπτώματα Τραυματισμού:

Μόνο στη σπονδυλική στήλη:

- Πόνος
- Παραμόρφωση
- Αίσθηση του θύματος πως είναι κομμένο στα δύο.

Και στο νωτιαίο μυελό:

- Αίσθηση καψίματος ή μυρμηγκιάσματος
- Απώλεια κινητικότητας (παραπληγία)
- Ακράτεια

11.4 Α' Βοήθειες:

ΑΥΣΤΗΡΗ ΑΚΙΝΗΣΙΑ κεφαλιού και σώματος.

- Καλούμε το ΕΚΑΒ.
- Ακινητοποιούμε το κεφάλι με τα δύο χέρια και τοποθετούμε βαριά αντικείμενα δεξιά και αριστερά στο σώμα του θύματος για στήριξη.
- ΜΟΝΟ σε περίπτωση που δεν υπάρχει αναπνοή εκτελούμε ΚΑΡΠΑ.
- Τονώνουμε το ηθικό του θύματος και το προτρέπουμε ώστε να μην κινηθεί.

➡ ΜΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ:

Πριν την οποιαδήποτε μετακίνηση πρέπει να εξασφαλιστεί η σταθερότητα σε οριζόντια θέση και ελαφρά κατά μήκος έλξη. Απαγορεύεται η σπονδυλική κάμψη και περιστροφή. Η μετακίνηση γίνεται τουλάχιστον με δύο διασώστες, ο ένας ελέγχει την λεκάνη και ο δεύτερος τους ώμους διατηρώντας αυτές τις δύο περιοχές όσο το δυνατόν παράλληλες. Ο ασθενής μετακινείται είτε σε ύπτια, είτε σε πρηνή (μπρούμυτα) θέση, ανάλογα με τις σύνοδες βλάβες που έχει, πάνω σε σταθερή επιφάνεια.

Αν ο ασθενής βρεθεί μέσα στο νερό, προσπαθούμε να επιτύχουμε αυτός να επιπλέει στην επιφάνεια του νερού, υποστηριζόμενος στο κεφάλι και τους ώμους. Συνηθισμένο λάθος που γίνεται κατά την μεταφορά του στην ξηρά είναι η ελλιπής στήριξη του κεφαλιού με αποτέλεσμα την αιώρηση του.

Αντίθετα η ακινητοποίηση του σώματος μέσα στο νερό, πάνω σε σταθερή επιφάνεια, είναι ασφαλής και ευκολότερη.

Ακόμα και χωρίς σημαντική απώλεια αίματος οι ασθενείς με κάκωση της σπονδυλικής στήλης παρουσιάζουν shock, μειωμένο αερισμό των πνευμόνων, υπόταση και βραδυκαρδία. Για τον λόγο αυτόν είναι χρήσιμη η άμεση χορήγηση Οξυγόνου με μάσκα, ο συνεχής έλεγχος της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης.

Σημείωση: Στις εικόνες παρακάτω το κεφάλι πρέπει να στηρίζεται με τους αντιβραχίονες ενώ οι παλάμες πιάνουν τους ώμους.



1



2



3



4



5



6



7



8

Δένουμε το θύμα πάνω στο φορείο. Χρησιμοποιούμε δηλαδή το φορείο σαν ένα μεγάλο νάρθηκα.

12. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΛΕΚΑΝΗΣ

Μεταφορά-Αντιμετώπιση εντός 3 ωρών

12.1 Συμπτώματα σε κάταγμα λεκάνης:

- Πόνος και ευαισθησία στο γοφό και στη βουβωνική χώρα.
- Αστάθεια βαδίσματος ή στησίματος σε όρθια θέση.
- Αιμορραγία από την ουρήθρα.

Ίσως να δούμε το ένα πόδι να είναι πιο ψηλά από το άλλο. Σε τέτοια περίπτωση ΔΕΝ ΤΟ ΚΟΥΝΑΜΕ.

Σε περίπτωση που υπάρχει εσωτερική αιμορραγία ενδέχεται να φουσκώσει η κοιλιακή χώρα.

12.2 Α΄ Βοήθειες:

ΑΥΣΤΗΡΗ ΑΚΙΝΗΣΙΑ



ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΡΘΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ:

Για να τον βάλουμε σε φορείο του περνάμε σεντόνι/ κουβέρτα κλπ κάτω από την λεκάνη και τα γόνατα. Τοποθετούμε το σεντόνι/κουβέρτα στο φορείο και μετά τοποθετούμε το θύμα. Δεν το μετακινούμε.

Αν δεν έχουμε σεντόνι κλπ του περνάμε πολλές λουρίδες υφάσματος (η μια δίπλα στην άλλη) και τις δένουμε.

Ακινητοποιούμε τα πόδια δένοντας τα. Βάζουμε σεντόνι, κουβέρτα κλπ ανάμεσα στους μηρούς. Εάν τα γόνατα είναι ελαφρώς λυγισμένα λέγεται ότι αυτό ανακουφίζει το θύμα.



13. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΚΡΑΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Αφαιρείται μόνο εάν χρειάζεται ΚΑΡΠΑ. Εάν το θύμα αναπνέει συνήθως είναι επικίνδυνο να αφαιρεθεί το κράνος.

Έρευνα της Γερμανικής Λέσχης Αυτοκινήτου (ADAC) και επιστημόνων που ασχολούνται με τις συνθήκες των ατυχημάτων, αναφέρουν ότι πρέπει το κράνος να αφαιρείται. Και αυτό γιατί:

- Απελευθερώνουμε τον αεραγωγό του θύματος βοηθώντας έτσι την αναπνοή του.
- Ελέγχουμε την αναπνοή του θύματος.
- Εάν χρειάζεται μπορούμε να εφαρμόσουμε ΚΑΡΠΑ.
- Ακινητοποιούμε το κεφάλι και τον αυχένα του θύματος.
- Εντοπίζουμε και στη συνέχεια αντιμετωπίζουμε αποτελεσματικά μια εξωτερική αιμορραγία στο κεφάλι.

Χρειάζονται δύο **ειδικευμένοι διασώστες** που διαθέτουν αυχενικό κολάρο. Εάν δεν υπάρχει κολάρο πρέπει να είμαστε προετοιμασμένοι να στηρίξουμε το κεφάλι με τα χέρια ίσως για μεγάλο χρονικό διάστημα (έως ότου έρθει ασθενοφόρο).

➔ *Δεν αφαιρούμε το κράνος εάν είναι παραμορφωμένο. Σταματάμε τη διαδικασία αφαίρεσης εάν ο τραυματίας μας αναφέρει δυσκολία στην αναπνοή, έντονο πόνο, εάν ακούσουμε τριγμό στον αυχένα κατά τη διάρκεια των χειρισμών μας ή εάν οι συνθήκες γίνουν επικίνδυνες για εμάς και κινδυνεύουμε από τρίτους παράγοντες.*

14. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ:

- Χρησιμοποιούμε ζώνη ασφαλείας
- Φοράμε σωστά παπούτσια, ρούχα εάν κάνουμε κάποιο σπορ.
- Φροντίζουμε ώστε οι σκάλες να είναι καθαρές.
- Δεν βάζουμε χαλιά στην κορυφή και στη βάση της σκάλας.
- Φροντίζουμε να μαζεύουμε ΑΜΕΣΑ υγρά που έχουν πέσει στο πάτωμα.
- Χρησιμοποιούμε αντιολισθητικά χαλάκια στη μπανιέρα.
- Προσέχουμε ιδιαίτερα τους χώρους που κινούνται μικρά παιδιά ή ηλικιωμένοι.

15. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Δηλητήριο (ή τοξίνη) είναι μία ουσία που μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε ανατομικά στοιχεία και/ή στη λειτουργία του οργανισμού.

Η δηλητηρίαση συμβαίνει όταν υπάρχει έκθεση (π.χ. εισπνοή, λήψη από του στόματος, ή παρεντερικά, δερματική επαφή) σε μία τοξίνη και καταλήγει σε επικίνδυνες επιδράσεις πάνω σε κάποιο βιολογικό σύστημα.

Τα συμπτώματα της δηλητηρίασης ποικίλουν ανάλογα με το δηλητήριο και τη μέθοδο λήψης του.

Ισχυρά θεωρούνται τα δηλητήρια που προκαλούν βλάβες, όταν λαμβάνονται σε δόση μικρότερη των 5 gr.

Τα δηλητήρια είναι δυνατό να εισέλθουν στον οργανισμό τυχαία ή σκόπιμα και από τις ακόλουθες οδούς:

- Από το πεπτικό, συνήθως από το στόμα, όταν τρώμε ή πίνουμε υγρές ουσίες.
- Από το αναπνευστικό, με την εισπνοή δηλητηριωδών οικιακών ή βιομηχανικών αερίων, ατμών χημικών ουσιών ή καπνών από μηχανές.
- Από το δέρμα, με απορρόφηση σε περίπτωση επαφής με δηλητηριώδη σταγονίδια, όπως είναι τα φυτοφάρμακα και τα εντομοκτόνα.
- Ενδοδερμικά, με ένεση των ουσιών, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των δηγμάτων των ιοβόλων φιδιών ή με ενέσεις φαρμακευτικών ουσιών.

Οι κυριότερες βλάβες είναι οι **γενικές**, οι οποίες επηρεάζουν ολόκληρο τον ανθρώπινο οργανισμό.

Ορισμένα δηλητήρια προκαλούν εκδηλώσεις ασφυξίας, καθώς εκτοπίζουν το οξυγόνο από το αίμα ή παρεμποδίζουν τη μεταφορά του μέσα στα κύτταρα, ενώ άλλα δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζονται ζωτικές λειτουργίες, όπως είναι της αναπνοής και της κυκλοφορίας.

Τα συμπτώματα και τα σημεία που εμφανίζει το θύμα ποικίλλουν και εξαρτώνται από τη φύση του δηλητηρίου και τον τρόπο εισόδου του στον οργανισμό.

15.1 Παράγοντες

Για την ορθή αντιμετώπιση της δηλητηρίασης πρωταρχικό μέλημα του διασώστη πρέπει να είναι η συλλογή όσο γίνεται περισσότερων πληροφοριών σχετικών με τις συνθήκες του γεγονότος, οι οποίες θα διευκρινίζουν τα ακόλουθα:

- Το είδος του δηλητηρίου.
- Την ποσότητα του δηλητηρίου.
- Το χρόνο της δηλητηρίασης.
- Τον τρόπο της δηλητηρίασης.
- Το ατομικό ιστορικό παρόμοιας δηλητηρίασης.
- Το ψυχιατρικό ιστορικό του πάσχοντος.

15.2 Δηλητηρίαση από το Πεπτικό Σύστημα

Πολλές ουσίες που βρίσκονται μέσα στο σπίτι είναι σε θέση να προκαλέσουν δηλητηρίαση, ιδιαίτερα στα παιδιά, όπως είναι τα απορρυπαντικά, τα καλλυντικά, τα εντομοκτόνα και τα φάρμακα.

Η συχνότερη δηλητηρίαση από το στόμα είναι αυτή που προέρχεται από τη διατροφή του ατόμου με τρόφιμα, τα οποία δεν συντηρήθηκαν ή δεν παρασκευάστηκαν καλά, με αποτέλεσμα να έχουν μολυνθεί με μικρόβια, όπως είναι οι σταφυλόκοκκοι και οι σαλμονέλες.

15.2.1 Συμπτώματα:

- πόνος στο στομάχι
- κακοδιαθεσία
- ζάλη, η ναυτία
- εμετοί
- πυρετός
- διάρροιες
- ωχρότητα ή ερυθρότητα του δέρματος
- εφίδρωση
- κατάργηση των αντανακλαστικών
- δύσπνοια
- σπασμοί
- κώμα
- μέχρι και θάνατος του πάσχοντος

15.2.2 Α΄ Βοήθειες:

Παλαιότερα παρέχονταν πρώτες βοήθειες που περιελάμβαναν:

1. Αραίωση του δηλητηρίου με τη χορήγηση 1-2 ποτηριών νερού ή γάλακτος.
2. Κένωση του στομάχου με πρόκληση εμετού που μπορεί να γίνει με ελαφρύ ερεθισμό της σταφυλής του στόματος ή του φάρυγγα.

Η κένωση του στομάχου δεν πρέπει να γίνεται στις περιπτώσεις δηλητηρίασης με καυστικές ουσίες (οξέα, αλκάλια) και πετρελαιοειδή (βενζίνη, νέφτι, πετρέλαιο), στα άτομα που εμφανίζουν σπασμούς και κώμα, έχουν έμφραγμα του μυοκαρδίου ή βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

3. Αδρανοποίηση του δηλητηρίου. Μετά την κένωση του στομάχου και για την αδρανοποίηση των υπολειμμάτων του δηλητηρίου χορηγείται στον πάσχοντα Ενεργοποιημένος Ζωικός Άνθρακας (2 κουταλιές της σούπας διαλυμένες μέσα σε ένα ποτήρι νερό) ή μια κουταλιά της σούπας αλεύρι ή άμυλο ή πολτοποιημένη πατάτα. Με τον τρόπο αυτό το δηλητήριο προσροφάται επάνω στις ουσίες αυτές και γίνεται δυσαπορρόφητο.

➔ **ΤΩΡΑ** συνιστάται να καλούμε **άμεσα** το Κέντρο Δηλητηριάσεων που λειτουργεί στο Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» του οποίου αποτελεί οργανικό τμήμα του Παθολογικού Τομέα και να λαμβάνουμε οδηγίες.

Τηλέφωνο: 210 - 77 93 777

Εάν για οποιονδήποτε λόγο δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε με το Κέντρο Δηλητηριάσεων, καλούμε το ΕΚΑΒ.

15.3 Δηλητηρίαση από το Αναπνευστικό Σύστημα

Κατά την εισπνοή δηλητηριωδών ουσιών είναι δυνατό να προκληθούν τοπικές βλάβες λόγω του ερεθισμού του αναπνευστικού βλεννογόνου.

Πιο σημαντικές όμως είναι οι γενικές βλάβες του οργανισμού από τη δηλητηρίαση των τοξικών αναθυμιάσεων, οι οποίες μπορεί να είναι και θανατηφόρες.

Η συχνότερη δηλητηρίαση του είδους αυτού είναι η δηλητηρίαση από την εισπνοή του Μονοξειδίου του Άνθρακα (CO).

Οι πιο συνηθισμένες πηγές προέλευσης του CO είναι οι ατμοί της βενζίνης που δεν έχουν καεί τελείως, τα καυσαέρια των πετρελαιομηχανών και οι πηγές ατελούς καύσης των ξυλανθράκων (τζάκι, μαγκάλι).

Το CO είναι αέριο άχρωμο, άοσμο και άγευστο και για τους λόγους αυτούς η παρουσία του δεν γίνεται αμέσως αντιληπτή, με αποτέλεσμα τα θύματα της δηλητηρίασης με CO να αντιλαμβάνονται συνήθως το πρόβλημα, όταν είναι πια αρκετά αργά.

15.3.1 Συμπτώματα & Σημεία Ασφυξίας

- έντονη δύσπνοια
- δυσκολία αναπνοής, μέχρι και διακοπή της
- κερασόχρωμη χροιά του δέρματος και των βλεννογόνων, καθώς αυξάνεται η συγκέντρωση του CO στο αίμα
- αίσθημα τάσης στο κεφάλι
- εμβοές στα αυτιά
- διαταραχή του επιπέδου της συνείδησης
- μέχρι και κώμα.

15.3.2 Α΄ Βοήθειες

- ΕΚΑΒ
- Καλύπτουμε μύτη & στόματος.
- Δεν ανάβουμε αναπτήρα ή σπίρτα.
- Κλείνουμε το σημείο διαρροής.
- Ανοίγουμε παράθυρα.
- Απομακρύνουμε τον πάσχοντα από το μολυσμένο περιβάλλον, εφόσον διασφαλίσουμε ότι δεν διατρέχουμε κίνδυνο.
- Ελέγχουμε και εξασφαλίζουμε την αναπνευστική λειτουργία του θύματος.
- Φροντίζουμε για την άμεση διακομιδή του σε νοσοκομείο.

15.4 Δηλητηρίαση από το Δέρμα

Πολλά δηλητήρια έχουν την ικανότητα να διέρχονται από το φραγμό του δέρματος και απορροφώμενα να προκαλούν δηλητηριάσεις.

Η συχνότερη και πιο επικίνδυνη δηλητηρίαση από το δέρμα είναι αυτή που προκαλείται από τις **οργανοφωσφορικές ουσίες**, οι οποίες περιέχονται στα διάφορα εντομοκτόνα.

15.4.1 Συμπτώματα:

- Ζάλη
- Κεφαλαλγία
- Ναυτία
- Θόλωση όρασης
- Βραδυκαρδία

Οι εκδηλώσεις της **οξείας δηλητηρίασης** από τις ουσίες αυτές είναι δυνατό να εμφανισθούν ακόμη και μετά πάροδο αρκετών ωρών από τη στιγμή της επαφής με την ουσία και περιλαμβάνουν:

- Κωλικοειδή άλγη της κοιλιάς
- Εφίδρωση
- Μύση της κόρης του οφθαλμού (μύση = συστολή της κόρης)

15.4.2 Α΄ Βοήθειες

- Αφαίρεση των ρούχων
- Διασφάλιση αναπνευστικής λειτουργίας
- Καλό πλύσιμο με νερό & σαπούνι
- Άμεση διακομιδή σε νοσοκομείο

15.5 Πρόληψη Φαρμακευτικών Δηλητηριάσεων

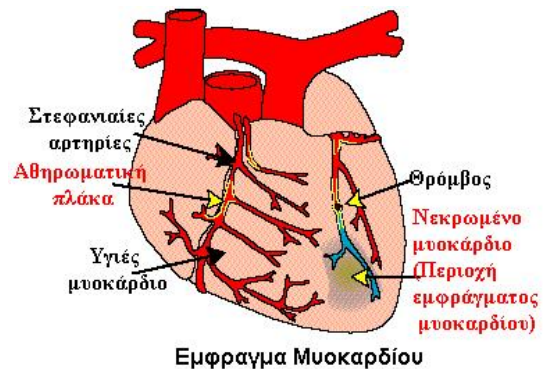
- Φύλαξη φαρμάκων, απορρυπαντικών κλπ σε σημείο μη προσβάσιμο από παιδιά.
- Τοποθέτηση διακριτής ετικέτας όπου θα αναγράφεται με μεγάλα γράμματα η ημερομηνία λήξης.
- Τακτικός έλεγχος των ετικετών για την ημερομηνία λήξης.
- Αποφυγή λήψης φαρμάκων με παράλληλη χρήση αλκοόλ.
- Σε καμία περίπτωση δεν χρησιμοποιούμε φάρμακα στα οποία έχει παρέλθει η ημερομηνία λήξης. Φροντίζουμε να ανανεώνουμε την ιατρική συνταγή.
- Δεν δίνουμε ποτέ φάρμακα στο σκοτάδι.
- Δεν βάζουμε απορρυπαντικά ή φάρμακα σε σκεύη που χρησιμοποιούνται για κάποια άλλη χρήση (π.χ. ποτήρι που συνήθως πίνει το παιδί το νερό του)
- Ποτέ δεν λέμε στα παιδιά ότι το φάρμακο που τους δίνουμε είναι γλυκάκι προκειμένου να τα ξεγελάσουμε. Σε δεύτερο χρόνο μπορεί να

καταναλώσει το ίδιο το παιδί κάποιο φάρμακο νομίζοντας ότι είναι γλυκό.

16. ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Το **έμφραγμα του μυοκαρδίου**, κοινώς γνωστό ως **καρδιακή προσβολή**, προκαλείται από αιφνίδια διακοπή της ροής του αίματος προς την καρδιά.

Η κύρια αιτία του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι η απόφραξη της αρτηρίας που τροφοδοτεί με αίμα την καρδιά. Όταν συμβεί ξαφνική απόφραξη μίας από τις στεφανιαίες αρτηρίες, τα κύτταρα των μυών της καρδιάς δεν είναι πλέον σε θέση να λάβουν επαρκή ποσότητα οξυγόνου. Επειδή δεν μπορούν να λειτουργήσουν, η καθυστερημένη αποκατάσταση της παροχής αίματος θα τα θανατώσει. Τα μυϊκά κύτταρα της καρδιάς είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στην έλλειψη οξυγόνου. Ο βαθμός της βλάβης που προκαλείται σε αυτή την περίπτωση εξαρτάται από το μέγεθος της αρτηρίας που υφίσταται την απόφραξη.



16.1 Παράγοντες

Κάθε ξεχωριστός παράγοντας αθροίζεται με άλλους, εφόσον υπάρχουν και έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος σε σημαντικό βαθμό για να συμβεί έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι γνωστοί παράγοντες δεν ευθύνονται ομότιμα στο βαθμό πρόκλησης της στεφανιαίας νόσου ενώ ανευρίσκονται σε ποσοστό μέχρι και 60% στους ασθενείς με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, υπογραμμίζοντας έτσι ότι μερικοί άλλοι αδιερεύνητοι ακόμη παράγοντες εμπλέκονται στην παθολογική αυτή διεργασία. Κάποιοι από τους παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να τεθούν υπό έλεγχο, είναι οι εξής:

- Ο διαβήτης
- Η υπέρταση
- Το κάπνισμα
- Η υψηλή χοληστερόλη
- Η κληρονομικότητα
- Το υπερβολικό βάρος (όχι ανεξάρτητα αλλά μέσω επίτασης άλλων παραγόντων κινδύνου)
- Η ανθυγιεινή διατροφή
- Το άγχος
- Η έλλειψη σωματικής άσκησης
- Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις

Σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι δεν μπορούν να τεθούν σε έλεγχο αλλά επιβάλλουν την εντατικότερη λήψη μέτρων για τροποποίηση των προηγούμενων είναι:

- Το κληρονομικό ιστορικό (στεφανιαίας νόσου)
- Το φύλο (πρωιμότερη επιβάρυνση των ανδρών)
- Η ηλικία (όσο αυξάνεται τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος). Συνήθως η πιο επίφοβη ηλικία είναι 40-60 ετών.

16.2 Συμπτώματα:

Οι ενδείξεις που φανερώνουν ότι η παροχή αίματος προς την καρδιά έχει διαταραχτεί προσωρινά προηγούνται συχνά ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι ενδείξεις αυτές διαρκούν κατά κανόνα μόνο μερικά λεπτά της ώρας. Σε πολλές όμως περιπτώσεις τα συμπτώματα είναι αιφνίδια, χωρίς προκαταρκτικά ενοχλήματα. Κάποιες τέτοιες ενδείξεις είναι οι εξής:

- Αίσθηση πίεσης ή σφιξίματος στο στήθος.
- Πόνοι στο στήθος, οι οποίοι μπορεί να διαχέονται στον ώμο, το χέρι, το λαιμό, ή και το σαγόι. Η ένταση του πόνου διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο σε σημείο που μπορεί να κυμαίνεται από ένα απλό συνεχές βάρος έως και να απουσιάζει ολοκληρωτικά (ειδικώς στους χρόνια διαβητικούς ασθενείς) . Συνήθως αναφέρεται ως διαξιφιστικός (σαν ξίφος) πόνος. Στις πιο πολλές περιπτώσεις παρουσιάζεται μια δυσφορία στο κέντρο του στήθους το οποίο διαρκεί λίγα λεπτά, φεύγει και μπορεί να ξαναέλθει.
- Μούδιασμα στο αριστερό χέρι, σαγόι.
- Ξαφνικός πόνος στην άνω κοιλιακή χώρα με συνοδούς εμέτους πολλές φορές.
- Τάση λιποθυμίας
- Ωχρότητα
- Εφίδρωση
- Δυσχέρεια στην αναπνοή
- Ακανόνιστος χτύπος καρδιάς (αρρυθμία) που συμβαίνει για πρώτη φορά.
- Απώλεια αισθήσεων
- Αίσθημα επικείμενου θανάτου

Αρχικά τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά την σωματική κόπωση ή ψυχική υπερένταση, ενώ αργότερα εμφανίζονται και κατά την ξεκούραση.

Σε περίπτωση εμφράγματος του θύμα δείχνει με όλη την παλάμη το σημείο που πονάει. Ενώ σε νευρόπονο συνήθως δείχνει με το ένα ή τα δύο δάχτυλα.



16.3 Α΄ Βοήθειες:

ΜΕΣΑ ΣΕ 3 ΩΡΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΧΕΙ ΔΙΑΚΟΜΙΣΤΕΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

- Καλούμε το 166, προκειμένου να έρθει το συντομότερο δυνατό ένα ασθενοφόρο. Στην περίπτωση του εμφράγματος η ταχύτητα παίζει μεγάλο ρόλο, γιατί κάθε λεπτό που περνά, χάνεται καρδιακός μυς.
- Αν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, τον τοποθετούμε σε άνετη ημικαθιστή θέση (τοποθετούμε μαξιλάρια), χωρίς να κινείται, για να μπορεί να αναπνέει ανεμπόδιστα και να μην κουράζεται η καρδιά.
- Χαλαρώνουμε την ζώνη ή άλλα ρούχα που τον πιέζουν.
- Ανοίγουμε παράθυρο για περισσότερο οξυγόνο.
- Τόνωση ηθικού.
- Η λήψη ασπιρίνης (διαλυμένη είναι καλύτερα), λόγω της θρομβόλυσης που προκαλεί, προτείνεται ως βοήθεια εκτός κι αν δεν πρέπει να πάρει λόγω π.χ. αλλεργίας.
- Υπογλώσσια μόνο αν είναι δικά του.
- Αν καταλάβουμε πως ο ασθενής έχει χάσει τις αισθήσεις του, τότε τον τοποθετούμε σε θέση ανάνηψης, δηλαδή, πλάγια με το κεφάλι στραμμένο προς τα πίσω. Σε αυτήν την θέση αποφεύγουμε το ενδεχόμενο της εισρόφησης. Εάν πάθει ανακοπή κάνουμε ΚΑΡΠΑ μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο.
- Μόνο αν δεν μπορεί να προσεγγίσει ασθενοφόρο, μπορούμε να μεταφέρουμε τον ασθενή με ιδιωτικό όχημα στο πλησιέστερο νοσοκομείο. Σε αυτήν την περίπτωση προσέχουμε πάρα πολύ κατά τη διάρκεια της μεταφοράς αποφεύγοντας τις βίαιες κινήσεις.



Μετά από ένα έμφραγμα ο ασθενής πρέπει να βελτιώσει τις διατροφικές του συνήθειες και να ασκείται. Η πιο ενδεδειγμένη άσκηση είναι το περπάτημα με τέτοιο ρυθμό ώστε το άτομο να λαχανιάζει ελαφρώς.

17. ΑΝΑΚΟΠΗ

Στην αιφνίδια καρδιοαναπνευστική ανακοπή το άτομο χάνει αιφνιδίως τις αισθήσεις του, όπως και στην απλή λιποθυμία, αλλά επιπρόσθετα, ο άνθρωπος δεν αναπνέει και δεν έχει ψηλαφητό σφυγμό διότι διακόπτεται η αναπνοή και η κυκλοφορία του αίματος. Συνήθως δεν έχει συμπτώματα.

Εάν χαθεί πολύς χρόνος κατά την αποκατάσταση της αναπνοής και της κυκλοφορίας ο οργανισμός παθαίνει ανεπανόρθωτες βλάβες και η κυκλοφορία δεν μπορεί να επανέλθει.

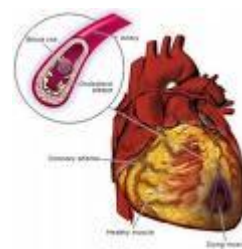
Η καρδιακή προσβολή απειλεί άμεσα την ζωή. Οφείλεται σε σοβαρές αρρυθμίες πάνω σε έδαφος οξέος ή παλαιού εμφράγματος μυοκαρδίου.

17.1 Α΄ Βοήθειες:

- **Καλούμε επειγόντως το 166. Πρέπει να του χορηγηθεί οξυγόνο.**
 - Αρχίζουμε αμέσως ΚΑΡΠΑ μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο.
- Το καλύτερο βέβαια θα ήταν να υπάρχει κοντά απινιδωτής για άμεση ηλεκτρική ανάταξη. Δυστυχώς στη χώρα μας η δυνατότητα αυτή είναι περιορισμένη.

18. ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Το πιο σημαντικό σήμα κινδύνων της **καρδιάς** είναι ο πόνος στο στήθος που ονομάζεται και στηθάγχη. Πρόκειται για πόνο που διαρκεί συνήθως μερικά μόνο δευτερόλεπτα, αλλά μπορεί να επιμείνει και για αρκετά λεπτά. Η στηθάγχη **εμφανίζεται** συνήθως σε στιγμές έντονης προσπάθειας, μπορεί όμως να εκδηλωθεί και από **στρες**, βαρύ φαγητό ή από το κρύο.



18.1 Συμπτώματα:

Η στηθάγχη παρουσιάζεται με διάφορες **μορφές**. Άλλοτε σαν ένα αίσθημα καύσου στο στήθος που μπορεί να συνοδεύεται και με σφίξιμο γύρω από αυτό, καθώς και με δυσκολία στην αναπνοή. Ή σαν μια πίεση στην καρδιά και μερικές φορές σαν ένας πολύ **ισχυρός** πόνος σαν μαχαιριά. Συνήθως, ο πόνος αυτός εκτείνεται από το **κέντρο** του στήθους στο αριστερό ή σπάνια στο δεξί χέρι.

Συμπτώματα στηθάγχης μπορεί να είναι όμως και ο πόνος στο **σαγόني**, την πλάτη και στο υπογάστριο. Έτσι, λοιπόν, αν στη διάρκεια μιας σωματικής προσπάθειας νιώσει κανείς πόνο **μεταξύ** του σαγονιού και του υπογαστρίου, θα μπορούσε να είναι σύμπτωμα στηθάγχης.

Ο πόνος που περιγράψαμε παραπάνω, οφείλεται στην έλλειψη **οξυγόνου** στα κύτταρα. Πώς γίνεται αυτό; Λόγω του ότι -με το πέρασμα του χρόνου- τα στεφανιαία αγγεία μας στενεύουν από την εναπόθεση λιπιδίων και άλλων ουσιών στο **εσωτερικό** τους (αθηροσκλήρωση). Έτσι μειώνεται η αιμάτωση των αγγείων αυτών, με αποτέλεσμα να **μειώνεται** και η παροχή οξυγόνου και άλλων θρεπτικών στοιχείων στα κύτταρα.

Αυτό είναι κάτι που **γίνεται** συνήθως αντιληπτό στη διάρκεια σωματικής ή πνευματικής προσπάθειας, όταν δηλαδή η καρδιά αναγκάζεται να παράγει αυξημένο έργο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι κρίσεις στηθάγχης εμφανίζονται, όταν τα **στεφανιαία** αγγεία έχουν χάσει το 75% της εσωτερικής τους διαμέτρου.

Η κρίση στηθάγχης **εμπεριέχει** πάντα τον κίνδυνο να εκδηλωθεί έμφραγμα. Γι' αυτό, αν τα συμπτώματα παρουσιάζονται για πρώτη φορά, ο ασθενής πρέπει να **μεταφερθεί** στο νοσοκομείο χωρίς καθυστέρηση.

18.2 Α΄ Βοήθειες:

- Χαλάρωση ρούχων
- Ημικαθιστική θέση
- Νοσοκομείο
- Αν λιποθυμήσει βάζουμε το θύμα σε θέση ανάνηψης

19. ΠΑΙΔΙΚΟΙ ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ

Πρόκειται για σπασμούς που εμφανίζονται σε παιδιά 6 μηνών με 6 χρονών που έχουν πυρετό πάνω από 38°C και θετικό οικογενειακό ιστορικό για πυρετικούς σπασμούς. Εμφανίζεται έως ένα επεισόδιο το 24ωρο και δεν αφήνουν νευρολογικές βλάβες. ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.

Οι πιο πολλοί πυρετικοί σπασμοί είναι βραχείας διάρκειας (<15΄). Συνήθως διαρκούν 1 - 2 λεπτά, αν και αυτός ο χρόνος φαίνεται σαν αιωνιότητα για τους γονείς που τα παιδιά τους εμφάνισαν πυρετικούς σπασμούς.

19.1 Συμπτώματα:

- Υψηλός πυρετός
- Κόκκινο πρόσωπο
- Εφίδρωση
- Μικρές συσπάσεις των μυών του προσώπου και των άκρων
- Στροφή των οφθαλμών
- Δυσκαμψία
- Σπασμοί σε όλο το σώμα
- Εμετός

19.2 Α΄ Βοήθειες:

Κατά τη φάση των σπασμών:

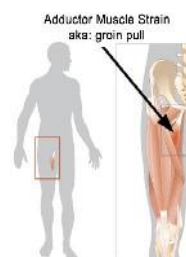
- Μην αγγίζετε το παιδί
- Προστατεύστε το να μην πέσει και τραυματιστεί

Όταν οι σπασμοί σταματήσουν:

Συνήθως μετά τους σπασμούς φροντίζουμε να πέσει ο πυρετός:

- Κάνοντας ζεστό-χλιαρό μπάνιο στο παιδί. Αφήνουμε το παιδί 15΄-20΄.

Αν δεν υπάρχει ζεστό νερό δεν περιμένουμε να ζεσταθεί. Κάνουμε δροσερές κομπρέσες στον αυχένα, μασχάλες και βουβωνική χώρα, σημεία από τα οποία



βουβωνική χώρα

περνούν μεγάλες ποσότητες αίματος με αποτέλεσμα να πέφτει γρηγορότερα η θερμοκρασία.

Επίσης, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ένα μουσκεμένο μπουρνούζι (με χλιαρό νερό) για 15' περίπου.

- Χορηγώντας αντιπυρετικό.

Άλλες ενέργειες που ανάλογα την περίπτωση εκτελούμε:

- Ανοίγουμε τους αεραγωγούς.
- Τοποθετούμε σε θέση ανάντησης.
- Πηγαίνουμε στο νοσοκομείο.

Αν δεν υπάρχει αναπνοή (ΣΠΑΝΙΟ) εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ.

20. ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Είναι η διαταραχή της φυσιολογικής ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου. Αν και η επιληψία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία είναι πολύ πιο συνηθισμένο οι αρχικές της εκδηλώσεις να εμφανιστούν κατά την παιδική ή την εφηβική ηλικία. Όταν η επιληψία εμφανίζεται σε άτομα <14 ετών, το 95% θεραπεύεται πλήρως εάν ακολουθηθεί σωστή φαρμακευτική αγωγή για περίπου 3 έτη. Σε ενήλικα άτομα οι κρίσεις επιληψίας ελέγχονται με φαρμακευτική αγωγή.

20.1 Αιτιολογία

Τα αίτια της επιληψίας μπορεί να είναι συγγενή ή επίκτητα.

Τα περισσότερα συγγενή αίτια παραμένουν άγνωστα αλλά μπορεί να οφείλονται σε βλάβες του εμβρύου (τοξικές, τραυματικές κ.α.) αλλά και σε κληρονομικούς παράγοντες.

Ως επίκτητα αίτια θεωρούνται οι παράγοντες που διαταράσσουν την ανατομική συνοχή του εγκεφαλικού ιστού και τις φυσικοχημικές παραμέτρους της βιοηλεκτρικής λειτουργίας του εγκεφάλου.

Τα αίτια αυτά είναι: αλκοολισμός, φαρμακευτικές ουσίες, υπερθερμία, υπογλυκαιμία, διαταραχές ηλεκτρολυτών αίματος, τραύματα, αιματώματα, ισχαιμικές ή φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, αγγειακές δυσπλασίες και όγκοι του ΚΝΣ.

20.2 Διάγνωση

Καμία εξέταση δεν μπορεί να αποδείξει ή να απορρίψει τη διάγνωση της επιληψίας και υπάρχουν πολλές πιθανές αιτίες κρίσεων. Επιληψία είναι η τάση να εμφανίζονται επαναλαμβανόμενες κρίσεις, αλλά ένας στους 20 ανθρώπους μπορεί να παρουσιάσει μία μεμονωμένη κρίση στη διάρκεια όλης της ζωής του. Αυτός είναι ο λόγος που, εάν κάποιος πάει στον γιατρό επειδή έπαθε ή φαίνεται να έπαθε μία κρίση, ο γιατρός δεν θα κάνει πάντοτε

εξετάσεις για επιληψία. Μπορεί να περιμένει να δει εάν θα συμβούν και άλλες κρίσεις.

20.3 Είδη Επιληπτικών Κρίσεων

Οι επιστήμονες ταξινομούν τις κρίσεις σε δυο μεγάλες ομάδες: τις εστιακές (ή μερικές) και τις γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις.

A. Στις *εστιακές κρίσεις* η ηλεκτρική εκφόρτιση περιορίζεται σε μια μόνον περιοχή του εγκεφάλου και οι εκδηλώσεις εξαρτώνται από την δραστηριότητα που, υπό φυσιολογικές συνθήκες, έχει αυτή η περιοχή.

B. Στις *γενικευμένες κρίσεις* η ηλεκτρική εκφόρτιση των νευρικών κυττάρων αφορά *όλο* τον εγκέφαλο και στην διάρκεια τους υπάρχει πλήρης απώλεια της συνείδησης του ασθενούς. Υπάρχουν διάφοροι τύποι γενικευμένων κρίσεων, οι πιο συνηθισμένοι είναι οι εξής :

1. Γενικευμένη τονικοκλονική κρίση
2. Αφαιρέσεις
3. Μυοκλονικές κρίσεις
4. Ατονικές κρίσεις

20.4 Επιληψία και παιδί

Αφαιρέσεις παρατηρούνται συνήθως στα παιδιά, έχουν διάρκεια συνήθως μικρότερη των 30΄΄ και χαρακτηρίζονται από την τελείως ξαφνική διακοπή κάθε είδους δραστηριότητας, πλήρη αδυναμία επαφής με το περιβάλλον, πρόσωπο με «χαμένη» έκφραση και απλανές βλέμμα. Το επεισόδιο τελειώνει απότομα και το παιδί συνεχίζει την προηγούμενη δραστηριότητα του (πχ. την συνομιλία του με κάποιον άλλο), χωρίς μετακριτική φάση και χωρίς να έχει αντιληφθεί το παραμικρό από ότι συνέβη. Συνήθως οι αφαιρέσεις επαναλαμβάνονται πολλές φορές (δεκάδες ή και εκατοντάδες) την ημέρα.

Είναι σημαντικό να μην παρερμηνευθούν ως αφαιρέσεις οι συνηθισμένες περιπτώσεις απλής αφηρημάδας όπου το παιδί έχοντας αφιερώσει κάπου άλλου την προσοχή του (παρακολουθεί τηλεόραση, παίζει κάποιο παιχνίδι ή απλά ρεμβάζει) δεν ανταποκρίνεται άμεσα όταν το καλεί ο γονιός. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει ποτέ διακοπή κάποιας ενεργητικής δραστηριότητας που έκανε το παιδί (μίλαγε, έτρωγε, περπάταγε κλπ).

20.5 Συμπτώματα:

Εμφανίζεται η λεγόμενη επιληπτική αύρα:

- Το θύμα αισθάνεται μία έντονη μυρωδιά καμένου λάστιχου.
- Ζαλίζεται

- Χάνει τις αισθήσεις του
- Εμφανίζει ακαμψία για περίπου 20΄΄
- Συσπάται ο λάρυγγας
- Σταματάει η αναπνοή
- Εμφανίζονται σπασμοί (πρώτα από τα άκρα και μετά σε όλο το σώμα)
- Γυρίζουν οι οφθαλμοί
- Βγαίνουν αφροί από το στόμα (ενδέχεται να έχουν χρώμα ροζ λόγω τραυματισμού της γλώσσας).
- Ενδεχόμενο ακράτειας (ούρων & κοπράνων)

Μετά από 3΄-4΄:

Το θύμα χαλαρώνει και επανέρχονται οι αισθήσεις του.

20.6 Α΄ Βοήθειες:

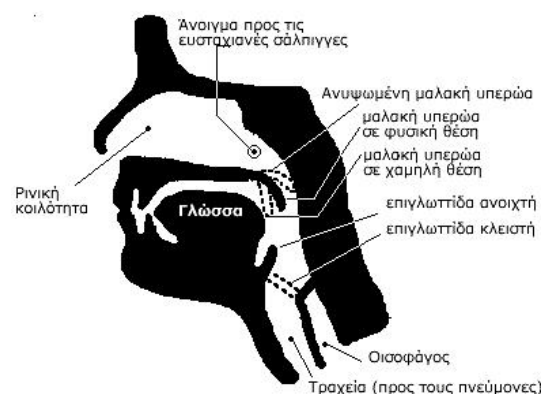
- Χαλαρώνουμε τα ρούχα γύρω από το λαιμό και βάζουμε κάτι μαλακό κάτω από το κεφάλι του για να μην τραυματισθεί.
- Απομακρύνουμε τυχόν αντικείμενα γύρω από τον πάσχοντα που μπορεί να τον τραυματίσουν.
- Ζητάμε από τους περιέργους να φύγουν με εξαίρεση αυτούς που θέλουμε να μας βοηθήσουν.
- Όταν σταματήσουν οι σπασμοί τοποθετούμε τον πάσχοντα σε θέση ανάντησης και βεβαιωνόμαστε ότι αναπνέει. Αν δούμε ότι έχει μελανιασμένο πρόσωπο ίσως έχει γυρίσει η γλώσσα του και κάνουμε «ώθηση σιαγόνας».
- Παραμένουμε κοντά του μέχρι να συνέλθει.
- Όταν ο πάσχων συνέλθει τελείως τον συμβουλεύουμε να ενημερώσει το γιατρό του για την τελευταία κρίση.
- Καλούμε ασθενοφόρο αν για πρώτη φορά εμφανίσει σπασμούς κάποιος, αν η απώλεια αισθήσεων κρατήσει πάνω από 10΄ ή εάν εμφανίσει επαναλαμβανόμενα επεισόδια.

ΠΡΟΣΟΧΗ

- Ο πάσχων δεν πρέπει να μετακινηθεί παρά μόνο εάν κινδυνεύει.
- Δεν πρέπει να προσπαθήσουμε να ακινητοποιήσουμε τον πάσχοντα.
- Δεν πρέπει να βάλουμε τίποτα στο στόμα του, ούτε πρέπει να προσπαθήσουμε να το ανοίξουμε.
- Δεν πρέπει να προσπαθήσουμε να επαναφέρουμε τις αισθήσεις με χαστούκια και τραντάγματα. Ο ασθενής θα επανέλθει μόνος του μετά το τέλος της κρίσης.

21. ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ ΣΤΟ ΛΑΡΥΓΓΑ – ΠΝΙΓΜΟΝΗ

Πνιγμός είναι μια μορφή ασφυξίας που οφείλεται σε μηχανική απόφραξη της



αναπνευστικής οδού. Τα συνηθέστερα αίτια πνιγμού στη χώρα μας είναι από νερό ή από φαγητό. Στα παιδιά πνιγμονή μπορεί να συμβεί από κάθε λογής ξένο σώμα. Εάν η απόφραξη του αεραγωγού είναι μερική, τότε το θύμα με το βήχα μπορεί να απομακρύνει το ξένο σώμα. Εάν η απόφραξη είναι πλήρης, κάτι τέτοιο είναι αδύνατο. Το θύμα συνήθως φέρνει τα χέρια του στο λαιμό και δεν μπορεί να μιλήσει, το χρώμα του δέρματος γίνεται μπλε και στη συνέχεια χάνει τις αισθήσεις του.

21.1 Συμπτώματα:

- Ωχρότητα ή κυάνωση
- Αίσθημα δυσφορίας που συνεχώς μεγαλώνει
- Δυσκολία στην αναπνοή
- Απώλεια σφυγμού
- Σταδιακή απώλεια συνείδησης
- Ανακοπή και θάνατος
- Όταν πρόκειται για πνιγμό σε νερό έχουμε και υποθερμία.

21.2 Α' Βοήθειες:

21.2.1 Ενήλικες

- Αν ο ασθενής μπορεί να αναπνεύσει και να βήξει δυνατά τότε υπάρχει μερική μόνο απόφραξη. Ο βήχας είναι το πιο αποτελεσματικό μέτρο από οποιαδήποτε άλλη βοήθεια.
- Στην περίπτωση αυτή ενθαρρύνουμε και παροτρύνουμε τον ασθενή να βήξει συνεχώς μέχρι να βγει το ξένο σώμα.
- Αν δεν μπορεί να μιλήσει ή να βήξει αποτελεσματικά και προσπαθεί να αναπνεύσει τότε:

- Γέρνουμε προς τα εμπρός και δίνουμε 5 δυνατά χτυπήματα με τη βάση της παλάμης ανάμεσα στις ωμοπλάτες του. Η φορά του χτυπήματος πρέπει να είναι προς τα έξω (για να προκαλέσει τράνταγμα) και όχι κάθετα. Κεφάλι λίγο πιο κάτω από το θώρακα.

Heimlich Maneuver



1. Lean the person forward slightly and stand behind him or her.



2. Make a fist with one hand.



3. Put your arms around the person and grasp your fist with your other hand near the top of the stomach, just below the center of the rib cage.



4. Make a quick, hard movement, inward and upward.



- Αν δεν βγει, εφαρμόζουμε πέντε κοιλιακές πιέσεις-ωθήσεις, μεταξύ στέρνου και κοιλιάς (κίνηση Heimlich).

- Περνάμε τα χέρια στην κοιλιακή χώρα, κάνουμε τη μια παλάμη γροθιά και την τοποθετούμε στην ευθεία στέρνου-ομφαλού, λίγο πιο πάνω από τον ομφαλό.
- Τοποθετούμε την άλλη παλάμη πάνω και πιέζουμε απότομα με φορά μέσα και πάνω. Το ξένο σώμα με τον τρόπο αυτό πετάγεται προς τα έξω.
- Αν δεν έχουμε επιτυχία με την πρώτη φορά επαναλαμβάνουμε έως 3 κύκλους με 5 χτυπήματα και 5 κοιλιακές ωθήσεις ώσπου να βγει το ξένο σώμα ή να χάσει τις αισθήσεις του το θύμα.
- Αν χάσει τις αισθήσεις του το θύμα καλούμε βοήθεια από το ΕΚΑΒ και κάνουμε ΚΑΡΠΑ.



21.2.2 Παιδιά (1-8 ετών)

- Αν το παιδί μπορεί να βήξει, το παροτρύνουμε να βήξει δυνατά.
- Αν δεν μπορεί να βήξει αποτελεσματικά τότε:
 - Δίνουμε 5 χτυπήματα ανάμεσα στις ωμοπλάτες.
 - Αν το ξένο σώμα δεν βγει εφαρμόζουμε 5 στερνικές (θωρακικές) ωθήσεις. [στέρνο: νοητή γραμμή που ενώνει τις θηλές των δύο μαστών].
 - Εάν και πάλι δεν έχουμε επιτυχία εφαρμόζουμε 5 κοιλιακές ωθήσεις όπως στους ενήλικες.
 - Εάν δεν έχουμε επιτυχία την πρώτη φορά επαναλαμβάνουμε έως 3 κύκλους.
 - Αν δεν βγει το ξένο σώμα καλούμε βοήθεια από το ΕΚΑΒ.



Σε 20'' ενδέχεται να χάσει το θύμα τις αισθήσεις του.

21.2.3 Βρέφη (0-12 μηνών)

Τα μωρά αυτής της ηλικίας έχουν τις δικές τους ιδιαιτερότητες είτε αυτές είναι ανατομικές είτε σωματομετρικές. Για το λόγο αυτό χρειάζονται επιδέξιες και μαλακές κινήσεις προκειμένου να τα βοηθήσουμε σε περίπτωση που αντιμετωπίζουν κάποιο αναπνευστικό πρόβλημα. Επειδή ένα βρέφος δεν μπορεί να μας δείξει ότι έχει κάτι στο λαιμό του πρέπει να δούμε τα εξής:

- Εάν το βρέφος έχει γαλαζωπό χρώμα ιστών.
- Εάν το πρόσωπό του είναι μελανό.
- Εάν το βρέφος δεν μπορεί να κλάψει.

- Εάν αντιμετωπίζει τρομερή δυσκολία στην προσπάθειά του να αναπνεύσει (ακούγονται σχεδόν συριγμοί).

Τότε:

- Τοποθετούμε το βρέφος μπρούμυτα στηρίζοντας τον κορμό του στον πήχη μας, και την κεφαλή του στην παλάμη μας. (Διατηρούμε ελαφρά κλίση προς τα κάτω).
- Χτυπάμε 5 φορές με το σκληρό της παλάμης μας ανάμεσα από τις δύο ωμοπλάτες του βρέφους.
- Προσπαθούμε να αφαιρέσουμε από τη στοματική κοιλότητα ΜΟΝΟ ΟΤΙ ΒΛΕΠΟΥΜΕ.

Place the infant stomach-down across your forearm and give five quick, forceful blows on the infant's back with heel of your hand



© ADAM, Inc.

Remove the object with your finger **ONLY if you can see it**



© ADAM

- Αν το ξένο σώμα δεν βγει, τότε τοποθετούμε το βρέφος στο άλλο χέρι αλλά ανάσκελα. Έπειτα συμπιέζουμε 5 φορές το θώρακά του ανάμεσα από τις δύο θηλές με τα δύο δάχτυλα.

Place two fingers in the middle of the infant's breastbone and give five quick downward thrusts



© ADAM

- Εάν δεν έχουμε επιτυχία την πρώτη φορά επαναλαμβάνουμε έως 3 κύκλους.
- Αν δεν βγει το ξένο σώμα καλούμε βοήθεια από το ΕΚΑΒ.

Εάν το βρέφος χάσει την αναπνοή του εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ βρέφους.

21.2.4 Στον Εαυτό μας

- Τοποθετούμε τη γροθιά μας πάνω από τον ομφαλό, με το άλλο χέρι πιάνουμε τη γροθιά και πιέζουμε προς τα μέσα και πάνω.
- Γέρνοντας πάνω από μια σταθερή επιφάνεια όπως τη ράχη της καρέκλας, το τραπέζι ή την άκρη του νεροχύτη,



Place fist above navel while grasping fist with other hand. Leaning over a chair or counter-top, drive your fist towards yourself with an upward thrust

© ADAM, Inc.

πιέζουμε με πολύ δύναμη την περιοχή που αντιστοιχεί στο στομάχι.

21.2.5 Παχύσαρκοι

Εφαρμόζουμε θωρακικές ωθήσεις.

21.3 Ενέργειες για Διάφορες Περιπτώσεις Πνιγμονής

Ψάρι

Μπορεί να απομακρυνθεί με ψίχα ψωμιού ή λουκούμι. Εάν δεν μπορεί να αφαιρεθεί απευθυνόμαστε σε γιατρό.

Καπνός

Μικρή ποσότητα καπνού μπορεί να προκαλέσει βαριά δηλητηρίαση όταν πρόκειται για μικρά παιδιά. Σε μια τέτοια περίπτωση, αλλά ακόμα και αν έχουμε την παραμικρή αμφιβολία για την κατάποση καπνού, πρέπει να μεταβούμε οπωσδήποτε σε νοσοκομείο.

Αιχμηρά αντικείμενα

Εάν υπάρχει κατάποση αιχμηρών αντικειμένων (καρφίτσα, βελόνα κλπ) είτε από παιδιά είτε από ενήλικες πρέπει να μεταβούμε σε νοσοκομείο προκειμένου να αφαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση.

Ξένο σώμα στη μύτη

Εάν βλέπουμε το σώμα μπορούμε πολύ προσεκτικά να προσπαθήσουμε να το αφαιρέσουμε με ένα τσιμπιδάκι. Επίσης μπορούμε να προκαλέσουμε φτέρνισμα. Σε περίπτωση που δεν αφαιρεθεί με κανέναν από τους δύο τρόπους πρέπει να μεταβούμε σε νοσοκομείο. Κατά τη μετάβαση το άτομο πρέπει να είναι καθιστό και όχι ξαπλωμένο.

Ξένο σώμα σε αυτί

Δεν χρησιμοποιούμε τσιμπιδάκια ή ξυλάκια. Πρέπει να μεταβούμε σε νοσοκομείο.

Έντομα σε αυτί

Βάζουμε λίγο λάδι στο αυτί έτσι ώστε να πεθάνει το έντομο. Στη συνέχεια βάζουμε νερό σε σύριγγα, λέμε στο άτομο να γυρίσει στο πλάι και ρίχνουμε νερό (όχι με πίεση) μέσα στο αυτί έτσι ώστε να παρασυρθεί προς τα έξω το νεκρό έντομο.

Καυστική ουσία στα μάτια

Ξεπλένουμε τα μάτια πολύ καλά με άφθονο νερό. Η κίνηση που ακολουθούμε είναι από μέσα προς τα έξω.

Σε περίπτωση που κάποιο αντικείμενο έχει ενσφηνωθεί στο μάτι το κλείνουμε με γάζα (κλείνουμε και το άλλο μάτι) και μεταβαίνουμε σε νοσοκομείο.

Στις περιπτώσεις που μπαίνει κάποιο ξένο σώμα στο μάτι, πρέπει να πηγαίνουμε σε νοσοκομείο ανεξάρτητα αν αυτό έχει αφαιρεθεί.

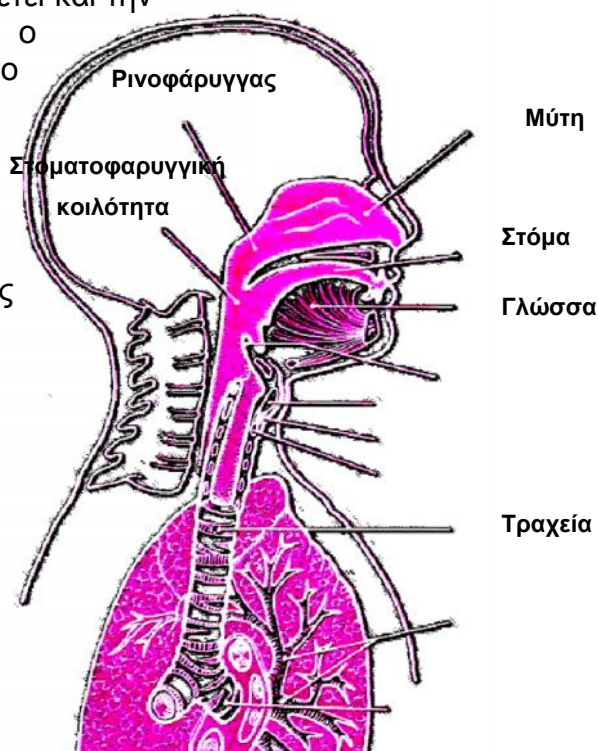
22. ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ (ΚΑΡΠΑ)

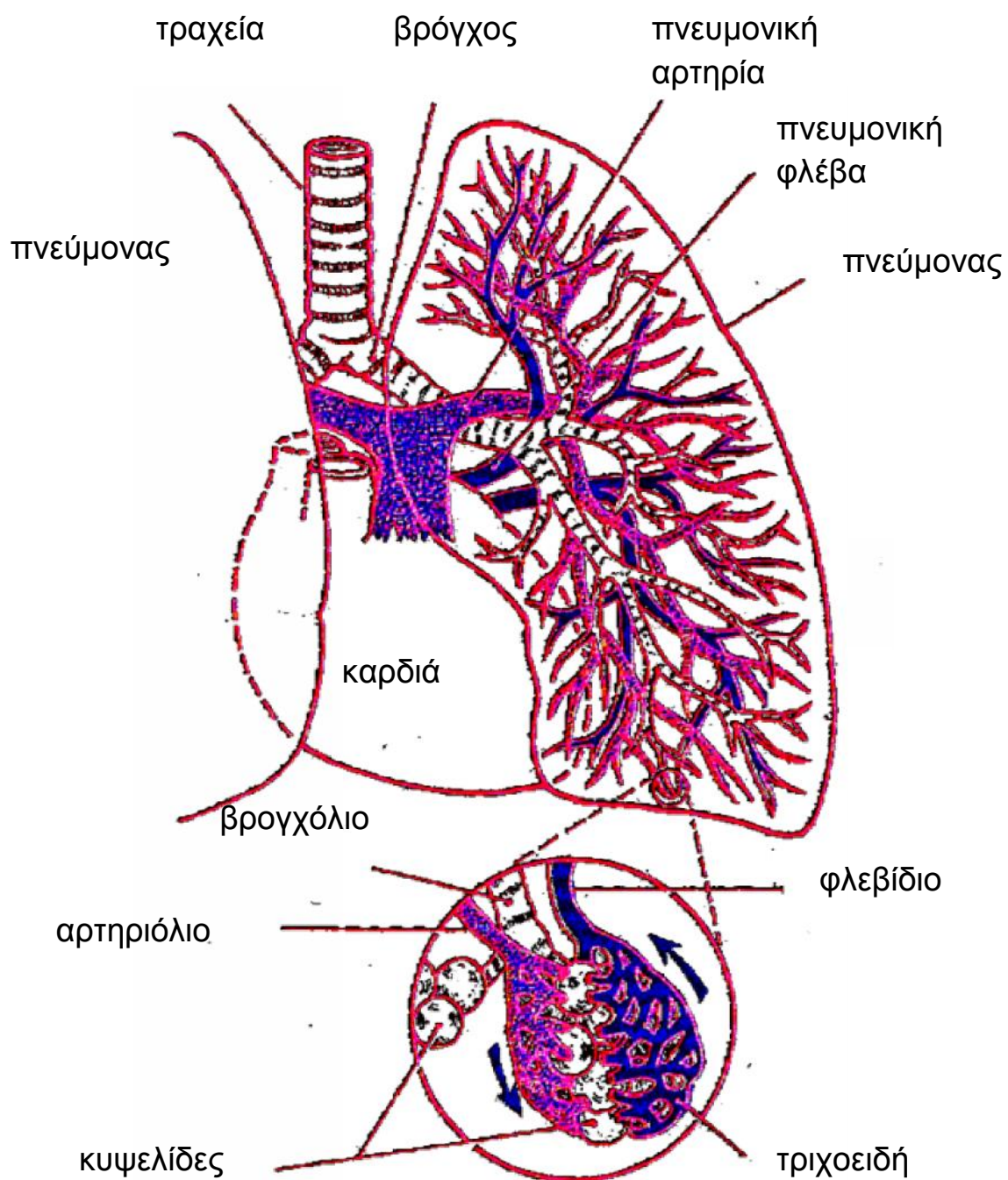
Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι η αλληλουχία ενεργειών που αποσκοπούν στην επαναφορά του πάσχοντος στη ζωή και τη βαθμιαία αποκατάσταση των βλαβών. Η βασική ΚΑΡΠΑ είναι η διατήρηση της βατότητας του αεραγωγού και η υποστήριξη της κυκλοφορίας χωρίς εξοπλισμό ή με ελάχιστα απλά μέσα. Σκοπός της βασικής υποστήριξης της ζωής είναι να ελαχιστοποιήσει τον κρίσιμο χρόνο, με διατήρηση ικανοποιητικής αναπνοής και κυκλοφορίας, μέχρι την πλήρη αναζωογόνηση. **Κρίσιμος χρόνος είναι τα 4 λεπτά** που απαιτούνται από την ανακοπή μέχρι την αρχή της εγκεφαλικής βλάβης, και τα δέκα λεπτά στο σύνολο μέχρι το βέβαιο εγκεφαλικό θάνατο.

22.1 Αναπνοή

Η **αναπνοή** σε επίπεδο οργανισμού είναι η διαδικασία με την οποία ένας οργανισμός προσλαμβάνει οξυγόνο και αποβάλλει διοξείδιο του άνθρακα. Η λειτουργία αυτή συντηρεί την κυτταρική αναπνοή, δηλαδή την διαδικασία που πραγματοποιείται στα κύτταρα του οργανισμού, για την παραγωγή ενέργειας. Για την λειτουργία της αναπνοής υπάρχει σε κάθε οργανισμό ξεχωριστό σύστημα οργάνων, το αναπνευστικό σύστημα.

Το αναπνευστικό σύστημα είναι το σύστημα οργάνων που χρησιμεύουν στην πρόσληψη του ατμοσφαιρικού αέρα από το περιβάλλον. Χωρίζεται στην ανώτερη και στην κατώτερη αναπνευστική οδό. Η ανώτερη αναπνευστική οδός περιλαμβάνει την μύτη, τον φάρυγγα, τον λάρυγγα, και την τραχεία, ενώ το κατώτερο περιλαμβάνει τους βρόγχους και τους πνεύμονες. Κατά την λειτουργία της αναπνοής ο αέρας εισέρχεται από την ρινική κοιλότητα αλλά και από την στοματική και καταλήγει στον φάρυγγα που βρίσκεται πίσω από την στοματική κοιλότητα. Ο φάρυγγας εξυπηρετεί και την κατάποση της τροφής. Μετά τον φάρυγγα ο εισπνεόμενος αέρας καταλήγει στον λάρυγγα ο οποίος είναι απομονωμένος από την πεπτική αλυσίδα. Στην συνέχεια ακολουθεί η τραχεία για να καταλήξει ο εισπνεόμενος αέρας στους βρόγχους και στις κυψελίδες του πνεύμονα και από 'κει μέσω του καρδιαγγειακού συστήματος το οξυγόνο μεταφέρεται σε όλους τους ιστούς του οργανισμού.





Εικ.: Κατώτερη αναπνευστική οδός

22.2 Γενικές Πληροφορίες

Νεαρά άτομα και ενήλικες αναπνέουν 15-18 φορές / λεπτό.

Παιδιά σχολικής ηλικίας κάνουν 18-24 αναπνοές / λεπτό.

Βρέφη και μικρά παιδιά αναπνέουν 32-40 φορές / λεπτό.

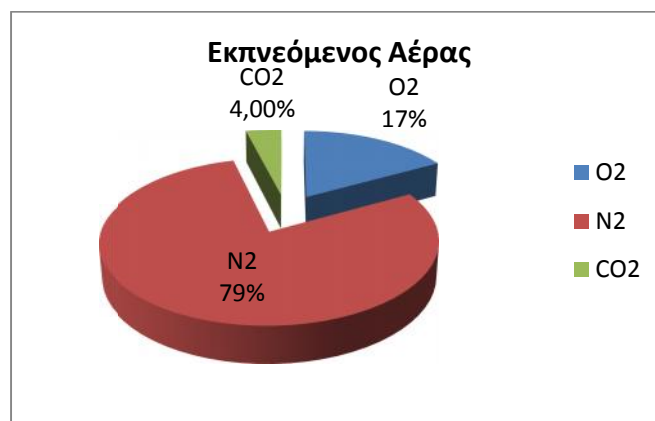
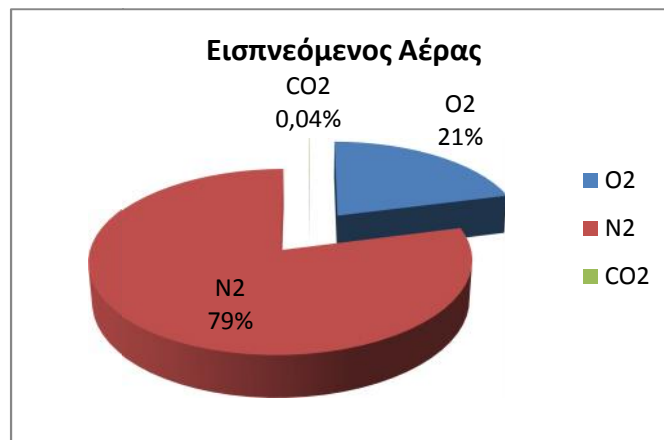
Μετά από 6-7 λεπτά χωρίς οξυγόνο, τα εγκεφαλικά κύτταρα πεθαίνουν. Όταν επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος, θεωρούμε ότι ένας άνθρωπος είναι νεκρός. Η καρδιά μπορεί να συνεχίζει να λειτουργεί, αλλά δεν υπάρχει καμιά ελπίδα ανάνηψης.

Σε περίπτωση διακοπής της αναπνοής έχει παρατηρηθεί ότι εάν εφαρμοσθεί ΚΑΡΠΑ μέσα στο 1^ο λεπτό, το θύμα ανακάμπτει κατά 95%. Το ίδιο ποσοστό κατεβαίνει στο 50% εάν εφαρμοσθεί ΚΑΡΠΑ μετά το 1^ο λεπτό. Κατά το 3^ο λεπτό τα θύματα ανακάμπτουν κατά 25%. Ενώ αν εφαρμοσθεί ΚΑΡΠΑ από το 4^ο λεπτό, το ποσοστό μειώνεται στο 15%.

Αν το θύμα επανέλθει μέσα στα πρώτα 5' συνήθως δεν υπάρχει κάποια βλάβη. Αν ο χρόνος που θα χρειασθεί είναι 5'-7' ενδέχεται να μην υπάρχουν βλάβες. Εάν το θύμα επανέλθει μετά από 7'-10' υπάρχουν πολλές αναπηρίες και εάν περάσουν 10' επέρχεται ο θάνατος.

22.3 Σύνθεση Εισπνεόμενου & Εκπνεόμενου Αέρα

Αναπνοή = Εισπνοή + Εκπνοή



22.4 Αίτια Ασφυξίας

Τα αίτια που προκαλούν την ασφυξία είναι **κεντρικά** και **περιφερικά**.

Κεντρικά αίτια είναι αυτά που επηρεάζουν το κέντρο αναπνοής του εγκεφάλου (π.χ. δηλητηριάσεις, ναρκωτικά, ηλεκτροπληξία, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις).

Τα **περιφερικά** αίτια αφορούν στο αναπνευστικό σύστημα και χωρίζονται σε:

- *Μηχανικά* (π.χ. ξένο σώμα που φράσσει τις αεροφόρους οδούς , η πτώση της γλώσσας)
β. *Παθολογικά* (π.χ. πρήξιμο λάρυγγα , λαρυγγίτιδα , έλλειψη επαρκούς οξυγόνου στην ατμόσφαιρα, εισπνοή δηλητηριωδών αερίων , με χειρότερη περίπτωση την εισπνοή του μονοξειδίου του άνθρακα (CO) ως και η παρεμπόδιση των αναπνευστικών κινήσεων).
Η παρεμπόδιση των αναπνευστικών κινήσεων προκαλείται είτε μηχανικά (πίεση σε συνωστισμό , κακώσεις θώρακα κλπ) , είτε παθολογικά (μυασθένεια, πολιομυελίτιδα κλπ).
- Έλλειψη O₂.

Βοήθεια μπορούμε να προσφέρουμε όταν η ασφυξία οφείλεται σε:

- Περιφερικά αίτια
- Δηλητηριώδη αέρια
- Ανακοπή

22.4.1 Συμπτώματα Ασφυξίας

- Το άτομο δεν αναπνέει.
- Έχει απώλεια των αισθήσεων με μελάνιασμα που αρχίζει από τα χείλη και τα νύχια.
- Τα ρουθούνια είναι πολύ ανοιχτά.
- Τα αγγεία του λαιμού είναι πεταμένα .

Παράγοντας επιδείνωσης στην ασφυξία είναι ο χρόνος !!!

22.5 Βήματα ΚΑΡΠΑ

22.5.1 ΚΑΡΠΑ σε Ενήλικες



1. Προσέγγιση του ασθενούς. Έλεγχος ασφαλείας.

2. Έλεγχος αντίδρασης, «είσαι καλά;» Εάν αντιδρά, αφήνουμε το θύμα σε ασφαλή θέση, στέλνουμε για βοήθεια και κάνουμε τακτική επανεκτίμηση.

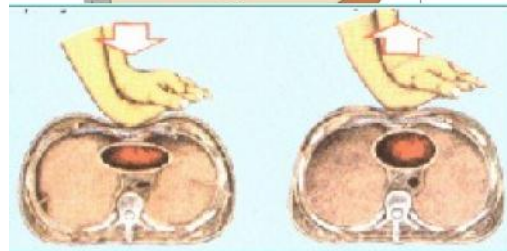
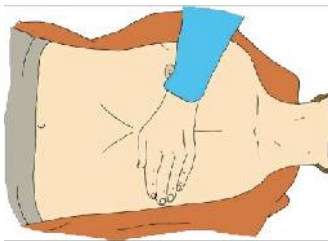
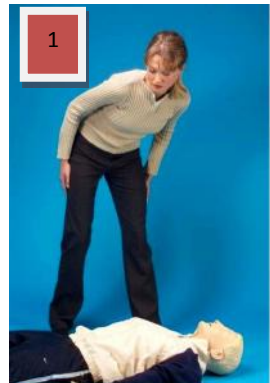
3. Εάν δεν αντιδρά ζητάμε βοήθεια (2 άτομα που θα έχουν ρόλο και μάρτυρα εάν χρειασθεί) και ενεργούμε ως εξής:

4. Απελευθέρωση του αεραγωγού με υπερέκταση της κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου. Χαλαρώνουμε ότι τον σφίγγει.

5. Εκτίμηση αναπνοής
ΑΚΟΥΩ-ΒΛΕΠΩ-ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΙ όχι πάνω από 10'' για το αν υπάρχει αναπνοή.

6. Τηλεφωνούμε στο 166 ή 112 εάν δεν υπάρχει φυσιολογική αναπνοή.

7. Εφαρμόζουμε 30 Στερνικές Συμπιέσεις (Σ.Σ.) Ο θώρακας κατεβαίνει \cong 4,5cm.



- Τοποθετούμε τη βάση της παλάμης του ενός χεριού στο κέντρο του θώρακα.
- Τοποθετούμε το άλλο χέρι από πάνω.
- Πλέκουμε τα δάκτυλα.
- Συμπιέζουμε το θώρακα με:
Ρυθμό 100/min
Βάθος 4-5 cm
- Ίσο χρόνο συμπίεσης : χαλάρωσης

- Αντικαταστήσουμε κάθε 2 λεπτά το διασώστη που εφαρμόζει ΚΑΡΠΑ, εφόσον είναι δυνατόν.
8. Εφαρμόζουμε 2 εμφυσησεις (Εμ.) διαδοχικά. Βεβαιωνόμαστε ότι ο θώρακας φουσκώνει.



- Κλείνουμε τη μύτη.
- Παίρνουμε μια κανονική αναπνοή.
- Σφραγίζουμε τα χείλη μας γύρω από το στόμα του θύματος.
- Εκπνέουμε μέχρι να ανυψωθεί ο θώρακός του.
- Διάρκεια περίπου 1 δευτερόλεπτο.
- Αφήνουμε το θώρακα να πέσει.
- Επαναλαμβάνουμε

9. Συνεχίζουμε κάνοντας κύκλους (30Σ.Σ.:2Εμ.) μέχρι να δούμε σημεία αντίδρασης ή μέχρι να κουραστούμε.



30



2

Σημείωση:

- Κατά την εφαρμογή της ΚΑΡΠΑ το θύμα πρέπει να είναι ξαπλωμένο σε σταθερή επιφάνεια και χαμηλά (όχι κρεβάτι) και γονατίζουμε από δεξιά του θύματος. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η κίνηση του δεξιού χεριού του διασώστη το οποίο είναι αυτό που συνήθως έχει περισσότερη δύναμη.
- Μετά το πέρας 5 κύκλων 30 Σ.Σ.:2 Εμ. Ελέγχουμε την κόρη του ματιού του θύματος. Αν υπάρχει συστολή της κόρης σημαίνει ότι η προσπάθεια που κάνουμε έχει αποτελέσματα. Στα άτομα που δεν αναπνέουν η κόρη του ματιού διαστέλλεται τόσο πολύ που τείνει να καταλάβει όλη την ίριδα.
- Εάν ακούσουμε θόρυβο και δεν είμαστε σίγουροι αν το θύμα αναπνέει συνεχίζω ΚΑΡΠΑ.
- Προκειμένου να προφυλαχτούμε από νοσήματα που μεταδίδονται με σταγονίδια, κατά την εφαρμογή των εμφυσησεων χρησιμοποιούμε ειδικά

μαντηλάκια ή αεραγωγούς ή εάν αυτά δεν είναι διαθέσιμα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αποστειρωμένη γάζα.

- Εάν το θύμα αναπνέει δεν εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ διότι θα προκαλέσουμε σύγχυση στο ρυθμό της αναπνοής του.
- Η ΚΑΡΠΑ έχει καλύτερα αποτελέσματα αν συνδυαστεί με τη χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή.



22.5.2 ΚΑΡΠΑ σε Παιδιά

Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση στα παιδιά ακολουθεί τις ίδιες βασικές αρχές και την ίδια αλληλουχία ενεργειών που ισχύουν για τους ενήλικες.

Ανάλογα με την ηλικία και το μέγεθος του παιδιού είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν μικρές παραλλαγές στη τεχνική.

Γενικά για παιδιά πάνω από 10 χρόνων εφαρμόζουμε τη τεχνική των ενηλίκων.

Οι διαφορές που υπάρχουν αφορούν στη τεχνική και είναι οι ακόλουθες:

- ◆ Αν υπάρχει μόνον ένας διασώστης θα πρέπει να κάνει αναζωογόνηση περίπου για ένα λεπτό πριν πάει να καλέσει βοήθεια.
- ◆ Χρησιμοποιείται στις θωρακικές συμπίεσεις τη βάση της παλάμης του ενός χεριού αντί των δύο χεριών που χρησιμοποιείται στην αναζωογόνηση του ενήλικα.
- ◆ Συμπιέστε το στήθος ώστε να κατέβει κατά το 1/3 έως το 1/2 του πάχους του θώρακα (2,5-3cm).
- ◆ Η αναλογία συμπίεσεων /εμφυσησεις είναι ίδιος με τον ενήλικα 30:2.

1. Κουνάμε ή χτυπάμε ελαφρά το θύμα στους ώμους.
Φωνάζουμε δυνατά απλές ερωτήσεις όπως «Είσαι καλά;», «Πώς σε λένε;»
ΠΡΟΣΟΧΗ δεν πρέπει να κουνήσουμε ή να χτυπήσουμε δυνατά το θύμα.
Υπάρχει πιθανότητα μεγαλύτερου τραυματισμού εάν προϋπάρχει κάκωση της Αυχενικής μοίρας της Σπονδυλικής Στήλης (ΑΜΣΣ).
2. Τοποθετούμε το θύμα σε ύπτια θέση.
ΠΡΟΣΟΧΗ αν υπάρχουν ενδείξεις τραυματισμού ενεργούμε σαν να υπάρχει κάκωση του αυχένα. Κάθε μετακίνηση του θύματος πρέπει γίνεται με την

ΑΜΣΣ ακινητοποιημένη αποφεύγοντας οποιαδήποτε κίνηση κάμψης, έκτασης ή στροφής του αυχένα και της κεφαλής.

3. Απελευθερώνουμε τον αεραγωγό κάνοντας μικρή έκταση της κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου.

Τοποθετούμε το ένα χέρι στο μέτωπο και γείρουμε το κεφάλι ελαφρά προς τα πίσω κάνοντας μικρή έκταση.

Ανασηκώνουμε τη κάτω γνάθο με τις άκρες των δακτύλων μας του άλλου χεριού.



Σε υποψία κάκωσης του αυχένα αποφεύγουμε την έκταση της κεφαλής και χρησιμοποιούμε μόνο την ανύψωση της κάτω γνάθου για την απελευθέρωση του αεραγωγού. Δηλαδή:

Τοποθετούμε δυο δάχτυλα κάθε χεριού (δεύτερο και τρίτο) πίσω από τη κάθε γωνία της κάτω γνάθου του παιδιού και σπρώχνουμε τη κάτω γνάθο προς τα εμπρός.

4. Διατηρώντας ανοικτό τον αεραγωγό τοποθετούμε το κεφάλι μας κοντά στο πρόσωπο του παιδιού ώστε το αυτί μας να είναι κοντά στο στόμα και τη μύτη του και το πρόσωπο μας να βλέπει προς το θώρακά του.

ΒΛΕΠΟΥΜΕ για κινήσεις του θώρακα.

ΑΚΟΥΜΕ τον ήχο της αναπνοής από το στόμα και τη μύτη του παιδιού.

ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΣΤΕ με το δέρμα του μάγουλού μας τη μετακίνηση του αέρα καθώς βγαίνει από το στόμα και τη μύτη του παιδιού.

ΒΛΕΠΟΥΜΕ – ΑΚΟΥΜΕ - ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΣΤΕ για 10 δευτερόλεπτα μέχρι να αποφασίσουμε αν υπάρχει ή όχι αναπνοή.

5. Αν το θύμα αναπνέει φυσιολογικά και δεν υπάρχει εμφανής τραυματισμός τοποθετούμε το θύμα σε θέση ανάνηψης.
6. Αν δεν υπάρχει αυτόματη αναπνοή δίνουμε 5 εμφυσήσεις.
7. Εάν δεν υπάρχει κίνηση του θώρακα δεν ελέγχουμε σφυγμούς, εφαρμόζουμε άμεσα 30 στερνικές συμπίεσεις.




8. Εάν δεν υπάρχει ανταπόκριση, συνεχίζουμε 5 κύκλους 2 εμφυσήσεων : 30 στερνικών συμπίεσεων.
9. Καλούμε το ΕΚΑΒ.

Σημείωση:

- Πρώτα δίνουμε τις εμφυσησεις και μετά καλούμε βοήθεια γιατί τα παιδιά και τα βρέφη έχουν άμεση ανάγκη από οξυγόνο.
- Ξεκινάμε με 5 εμφυσησεις και στη συνέχεια δίνουμε 2 εμφυσησεις.
- Συνεχίζουμε μέχρι να δούμε σημεία αντίδρασης ή να κουραστούμε.

22.5.3 ΚΑΡΠΑ σε Βρέφη

1. Εφόσον το βρέφος δεν αντιδράει σε ερεθίσματα (π.χ. τσιμπάμε το βρέφος στις πατούσες) το τοποθετούμε σε μια σκληρή και ψηλή επιφάνεια (πχ τραπέζι) για να διαπιστώσουμε πραγματικά πλέον την απώλεια αναπνοής.
 - α. Υπερεκτείνουμε την κεφαλή του βρέφους και τοποθετούμε το αφτί μας κοντά στο στόμα του.
 - β. ΒΛΕΠΟΥΜΕ το θώρακα εάν ανεβοκατεβαίνει.
 - γ. ΑΚΟΥΜΕ την ανάσα στο αφτί μας.
 - δ. ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΣΤΕ το χνότο στο μάγουλο.
2. Εφόσον δεν συντρέχουν τα παραπάνω κριτήρια, τότε:

Υπερεκτείνουμε την κεφαλή του βρέφους και περικλείοντας τη μύτη και το στόμα του γύρω από τα χείλη μας εκπνέουμε πολύ απαλά 5 φορές, χορηγώντας του οξυγόνου από την εκπνοή μας.
3. Σε περίπτωση που δεν αντιδράσει προχωρούμε σε Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση βρέφους, τοποθετώντας τα δυο μας δάκτυλα μεταξύ των δύο θηλών συμπιέζοντας το θώρακά του 30 φορές. Ο θώρακας στα βρέφη πρέπει να κατεβαίνει περίπου 1,5cm.

Place two fingers in the middle of the infant's breastbone and give five quick downward thrusts

#ADAM
4. Στη συνέχεια, με την ίδια τεχνική των 5 πρώτων αναπνοών δίνουμε 2 εμφυσησεις.
5. Κάνουμε 5 κύκλους 30 : 2.
6. Καλούμε βοήθεια (ΕΚΑΒ).
7. Επαναλαμβάνουμε τον κύκλο 30 : 2 μέχρι το βρέφος να ανανήψει ή να καταφθάσει η εξειδικευμένη ιατρική βοήθεια.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η ΚΑΡΠΑ πρέπει να εφαρμόζεται από ένα άτομο προκειμένου να εξασφαλίζεται ο συντονισμός εμφυσήσεων και συμπίεσεων, εκτός κι αν τα άτομα που βοηθούν το θύμα είναι έμπειροι διασώστες. Σε αυτή την περίπτωση μπορεί ο ένας να εκτελεί τις εμφυσήσεις και ο άλλος τις συμπίεσεις.

23. ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΦΥΓΜΟΥ

Η ψηλάφηση του σφυγμού γίνεται με τα τέσσερα δάκτυλα να ακουμπάνε μαλακά κατά μήκος της αρτηρίας.

Ο σφυγμός μπορεί να ψηλαφιστεί:

1. Στην κερκιδική αρτηρία.
2. Στην καρωτίδα.
3. Στη βουβωνική χώρα (μηριαία αρτηρία).



Φυσιολογικές τιμές:

- Νήπια: 100-160 παλμοί / λεπτό
- Παιδιά 1-10 ετών: 70-120 παλμοί / λεπτό
- Παιδιά άνω των 10 ετών και ενήλικες: 60-100 παλμοί / λεπτό
- Αθλητές: 40-60 παλμοί / λεπτό

*Ευχαριστίες στην κ. Ρούβαλη Μαρία,
Προϊσταμένη του Νοσηλευτικού
Τμήματος Περιφερειακού Τμήματος ΕΕΣ
Ηρακλείου, για τις γνώσεις πρώτων
βοηθειών που μας προσέφερε κατά τη
διάρκεια του σεμιναρίου **ΜΑΘΗΜΑΤΑ**
ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΓΙΑ ΠΟΛΙΤΕΣ ΠΟΥ
διεξήχθη από 19/1/12 έως 9/2/12 με
πρωτοβουλία του Συλλόγου Υπαλλήλων
Περιφέρειας Κρήτης Ν. Ηρακλείου.*