آموزش

کمک های اولیه

فهرست

مقدمه	۳
فصل اول : کلیات	۴
فصل دوم : ارزیابی آسیب دیده	۷
فصل سوم : خونریزی	۲۱
فصل چهارم : مسمومیت ها ، گزیدگی	۲۶
فصل پنجم : سوختگی	۳۳
فصل ششم : تریاژ در حوادث	۳۷
فصل هفتم : بانداژ	۴۰
فصل هشتم : آتل بندی	۵۲
فصل نهم : حمل آسیب دیده	۵۹

مقدمه

این جزوه خلاصه ی چند فصل از کتاب در دست چاپ می باشد که براساس آخرین اطلاعات موجود در موضوع کمک های اولیه تهیه شده است و با توجه به موارد زیر قبل از چاپ کتاب جهت بهره مندی اعضای شرکت کننده در مسابقات رقابت مهر خلاصه شده است:

۱ - محتوای جزوه با دستورالعمل مسابقات رقابت مهر مطابقت دارد.

۲- تصاویر آموزشی بخش عملی متناسب با مسابقات می باشد.

۳ - شرکت کنندگان مسابقات قبلاً دوره کمک های اولیه را با موفقیت گذرانده اند.

۴ - تهیه کننده در چند دوره مسابقه به عنوان داور و سرداور حضور داشته و نیازشرکت کنندگان را در این بخش می داند.

امیدوارم این ناچیز مورد قبول درگاه احدیت قرار گرفته و جوانان با تلاش بیشتر و شرکت در دوره های تکمیلی تر بتوانند جمعیت هلال احمر را در جهت مقابله با حوادث یاری نمایند.

همچنین بر خود لازم می دانم از زحمات جناب آقای محمد جعفریان مشاور محترم ریاست جمعیت و رئیس سازمان، جناب آقای دکتر سیدمحمدحسین جوادی معاون دانشجویی و جوانان و همچنین سرکارخانم عذرا والی مسئول برنامه ریزی و اجرای مسابقات سراسری رقابت مهر و سایرهمکاران مربوطه تشکر و قدردانی نمایم.

فصل اول

کلیات

تعریف کمک های اولیه

مجموعه مراقبت ها و اقداماتی که قبل از رساندن آسیب دیده به مرکز درمانی توسط افراد ماهر انجام می شود کمک های اولیه می گویند.

اهداف کمک های اولیه

۱) کم کردن سطح ضایعات و جلوگیری از مرگ و میر

۲) کم کردن درد و رنج و اضطراب مصدوم

۳) پیشگیری از صدمات بیشتر و توسعه آسیب

۴) جلوگیری از عوارض بعدی ناشی از سوانح وآسیب های ثانویه

اصول کلی در برخورد با حوادث

۱) جلب اعتماد مصدوم

۲) رعایت تقدم در کارها (رعایت اولویت ها)

۳) جلوگیری از حرکت بی جهت بیمار فقط درشرایط ناامن مانند آتش سوزی و ریزش کوه

۴) کنترل صحنه آسیب با استفاده از روش STOP

روش STOP

قبل ازعملیات چند لحظ ایست کنید	**Stop**
درمورد شرایط و ابعاد و خسا رات و تلفات فکرکنید	**Think**
نحوه ی کاهش آسیب و عملیات را بررسی کنید	**Observe**
برای انجام عملیات و وسایل مورد نیاز، برنامه ریزی کنید	**Planning**

خصوصیات و وظایف امدادگر

۱) داشتن اطلاعات و مهارت کافی در امر کمک رسانی

۲) حفظ خونسردی و توانایی در کنترل خود

۳) داشتن سرعت عمل در تشخیص ضایعات و انجام اقدامات لازم

۴) داشتن قدرت ابتکار و استفاده از امکانات موجود

۵)داشتن انگیزهٔ خدمت به همنوعان

۶) خوشرو بودن و داشتن حسن سلوک و توانایی در ایجاد رابطهٔ عاطفی مناسب با مصدوم

۷) داشتن صداقت شغلی و امانتداری در حفظ اسرار مردم

۸) داشتن قدرت تصمیم گیری در انتخاب بهترین راه کمک رسانی

۹) برخورداری از روحیهٔ قوی و امیدوار در انجام وظایف

۱۰) اتکال به خداوند

فصل دوم

ارزیابی

فرد آسیب دیده

ارزیابی

ارزیابی فرد آسیب دیده شامل ارزیابی اولیه و ارزیابی ثانویه می باشد. برای آسیب دیده ی غیرهوشیار ابتدا ارزیابی اولیه انجام می گیرد.

ارزیابی اولیه

ارزیابی اولیه شامل موارد زیر است

۱- بازکردن راه هوایی (A)

۲- برقراری مجدد تنفس (B)

۳- بر قر اری مجدد گردش خون (C)

روشهای بازکردن راه هوایی

۱- تمیزکردن فضای داخل دهان

چنانکه درفضای دهان آسیب دیده شئ خارجی جامد وجود داشت با چرخاندن دو انگشت آن را خارج می کنیم و در صورتی که شئ خارجی مایع باشد سر او را به یک طرف خم کرده تا مایع خارج شود.

۲- ضربه زدن به پشت

چنانچه شئ در مجرای نای قرارگرفته باشد، کف دست را جمع کرده و ۳ تا ۵ بار بین دو کتف او ضربه می زنیم.

بزرگسال را می توان ایستاده نگه داشت. میانسال را روی زانوهای کمک دهنده خم کرد و نوزاد را از پا آویزان نمود.

نکته : در هر حالت انگشتان کمک دهنده باید روی قله شش و به طرف سر آسیب دیده باشد.

۳- استفاده از روش هایملیک

کمک دهنده پشت سر آسیب دیده قرار می گیرد و دو دست را از زیر بغل او می گذراند، یک دست را مشت نموده و شصت آن را پائین زایده خنجری قرار می‌دهیم و با دست دیگر دست مشت شده را گرفته و به داخل فشار داده و فرد را بالا می کشیم.

موثرترین شکل آن به صورت ایستاده است، ولی از این مانور به شکل نشسته یا ایستاده می توان استفاده کرد.

این مانور برای افراد کمتر از یک سال ممنوع است و برای افراد چاق و خانم های باردار از فشارشکمی استفاده می شود.

برقراری مجدد تنفس

با انجام تنفس مصنوعی، برقراری مجدد تنفس انجام می گیرد و انواع مختلفی دارد:

۱- تنفس مصنوعی دهان به دهان

۲- تنفس مصنوعی دهان به بینی

۳- تنفس مصنوعی دهان به دهان و بینی

۴- تنفس مصنوعی روش سیلوستر

۵- تنفس مصنوعی روش نلسون

۶- تنفس مصنوعی روش شیفر

تنفس مصنوعی دهان به دهان موثرترین نوع تنفس مصنوعی است. باید دهان فرد از نظر وجود اشیاء خارجی کنترل گردد، و سردر امتداد بدن قرارگیرد. سر را با یک دست کمی به عقب بر می‌گردانیم و دست دیگر را بر روی پیشانی قرارمی‌دهیم و با انگشتان همان دست دو سوراخ بینی گرفته می شود و تنفس را طبق دستورالعمل شروع می کنیم.

برقراری مجدد گردش خون

برقراری مجدد گردش خون با ماساژ خارجی قلب انجام می‌گیرد. فرد را روی سطح صاف و غیرقابل انعطاف خوابانده و طبق دستورالعمل با دست در محل مربوطه فشار وارد می کنیم.

۱- سرعت ماساژقلبی : حداقل ۱۰۰ بار در دقیقه

۲- بازگشت قفسه سینه : بعد از هر ماساژ اجازه بازگشت به قفسه سینه داده شود.

۳- عمق ماساژقلبی: کمتر از یکسال حدود ۴ سانتیمتر- یک تا هشت سال حدود ۵ سانتیمتر- بزرگتر از هشت سال حداقل ۵ سانتیمتر

۴- محل ماساژقلبی: کمتر از یک سال زیر خطی که دو پستان را به هم وصل می کند، بزرگتر از یک سال نیمه تحتانی جناغ سینه

۵- روش ماساژقلبی: کمتر از یک سال در احیای یک نفره دو انگشت و در احیای دو نفره دو شست دست،یک تا هشت سال یک یا دو پاشنه دست با توجه به جثه آسیب دیده، بزرگتر از هشت سال دو پاشنه دست

حمایت حیاتی پایه

حمایت حیاتی پایه یا احیای قلبی ریوی (CPR) شامل تنفس مصنوعی و ماساژ قلبی است که توسط یک یا دو کمک دهنده انجام می گیرد. برای انجام احیای قلبی ریوی افراد را به سه گروه سنی زیر یکسال، یک تا هشت سال و بالاتر از هشت سال تقسیم می کنند.

حمایت حیاتی پایه براساس پروتکل جهانی ۲۰۱۰

۱- چه زمانی (CPR) شروع می شود: آسیب دیده بدون پاسخ (غیرهوشیار)، آسیب دیده فاقد تنفس، آسیب دیده دارای تنفس غیرنرمال وغیرعادی.

گروه های درمانی و تکنسین های مربوطه می توانند نبض را حداکثر برای ۱۰ ثانیه کنترل کرده و سپس اقدام نمایند و این دستور برای کمک دهندگان غیرمتخصص نمی باشد.

۲- مراحل انجام احیای قلبی ریوی: کمک دهندگان باید ابتدا سریعاً ماساژ قلبی را شروع کنند (CAB)

۳- سرعت ماساژقلبی : حد اقل ۱۰۰بار در دقیقه

۴- بازگشت قفسه سینه : بعد از هر ماساژ اجازه بازگشت به قفسه سینه داده شود.

۵- بازکردن راه هوایی: برای آسیب دیده غیرنخاعی ازمانور سر عقب ، چانه بالا استفاده شود

۶- عمق ماساژقلبی:کمتر از یک سال حدود ۴سانتیمتر، یک تا هشت سال حدود۵ سانتیمتر، بزرگترازهشت سال حداقل ۵ سانتیمتر

۷- محل ماساژقلبی: کمتر از یک سال زیرخطی که دو پستان را به هم وصل میکند- بزرگتر از یک سال نیمه تحتانی جناغ سینه

۸- روش ماساژقلبی: کمتر از یکسال در احیای یک نفره دو انگشت و دراحیای دو نفره دو شست دست- یک تا هشت سال یک یا دو پاشنه دست با توجه به جثه آسیب دیده- بزرگتر از هشت سال دو پاشنه دست

۹- نسبت ماساژ به تنفس مصنوعی: کمتر از هشت سال یک نفره ۳۰ ماساژ به ۲ تنفس و دو نفره ۱۵ ماساژ به ۲ تنفس- بزرگتر از هشت سال یک نفره یا دو نفره ۳۰ ماساژ به ۲ تنفس

۱۰- جابه جایی کمک دهندگان : بعد از هر ۵ سیکل احیای قلبی ریوی (۲دقیقه) کمک دهندگان جابه جا می شوند

۱۱- کمک دهنده آموزش ندیده و کمک دهنده آموزش دیده ای که نمی تواند تنفس مصنوعی دهد باید فقط ماساژ قلبی دهند و آسیب دیده را رها نکنند

جدول خلاصه احیای قلبی ریوی براساس پروتکل ۲۰۱۰

	بزرگسالان بزرگتر از هشت سال	کودکان یک تا هشت سال	نوزادان کمتر از یک سال
شناسایی ایست قلبی	مصدوم بدون پاسخ فقدان تنفس یا فقدان تنفس نرمال (GASPING) عدم احساس نبض در ۱۰ ثانیه (کنترل نبض فقط برای کادردرمانی)	مصدوم بدون پاسخ فقدان تنفس یا فقدان تنفس نرمال (GASPING) عدم احساس نبض در ۱۰ ثانیه (کنترل نبض فقط برای کادردرمانی)	مصدوم بدون پاسخ فقدان تنفس یا فقدان تنفس نرمال (GASPING) عدم احساس نبض در۱۰ ثانیه (کنترل نبض فقط برای کادردرمانی)
مراحل CPR	CAB	CAB	CAB
سرعت ماساژقلبی	حداقل۱۰۰باردردقیقه	حداقل۱۰۰باردردقیقه	حداقل۱۰۰باردردقیقه
بازگشت دیواره قفسه سینه	اجازه بازگشت کامل قفسه سینه بعدازهرماساژ	اجازه بازگشت کامل قفسه سینه بعدازهرماساژ	اجازه بازگشت کامل قفسه سینه بعدازهرماساژ
بازکردن راه هوایی (آسیب دیده غیر نخاعی)	مانورسرعقب – چانه بالا	مانورسرعقب – چانه بالا	مانورسرعقب – چانه بالا
عمق ماساژقلبی	حداقل ۵سانتیمتر	حدود ۵ سانتیمتر	حدود۴سانتیمتر
محل ماساژ قلبی	نیمه تحتانی جناغ سینه	نیمه تحتانی جناغ سینه	زیر خط پستان
روش ماساژ قلبی	پاشنه دودست	پاشنه یک یادودست	یک نفره دو انگشت دونفره دو شست
نسبت ماساژبه تنفس	یک یا دو امدادگر ۳۰ به ۲	یک امدادگر ۳۰ به ۲ دوامدادگر ۱۵ به ۲	یک امدادگر ۳۰ به ۲ دوامدادگر ۱۵ به ۲
تعویض جای دو امدادگر	هردودقیقه (۵ سیکل)	هردودقیقه (۵ سیکل)	هردودقیقه (۵ سیکل)
امدادگر آموزش ندیده	فقط ماساژ قلبی	فقط ماساژ قلبی	فقط ماساژ قلبی

ارزیابی ثانویه

ارزیابی ثانویه شامل مصاحبه با آسیب دیده برای گرفتن شرح حال- معاینه علایم حیاتی - معاینه فیزیکی سرتا پا می باشد

مصاحبه و گرفتن شرح حال

از آسیب دیده هوشیار اسم، جنس، سن، آدرس، غذا و داروی مصرف شده سئوال می شود و نبض و تنفس آسیب دیده غیرهوشیار کنترل می گردد و در صورت نیاز اقدامات احیای قلبی ریوی انجام می گیرد.

درصورت داشتن وقت کافی برای گرفتن شرح حال می توان یکی از دو روش SAMPLE و یا PAIN را بکار برد.

گرفتن شرح حال با استفاده از روش SAMPLE (نمونه)

نشانه های بیماری	**S**ymptoms
حساسیت و آلرژی	**A**llergies
داروهای مصرف شده	**M**edication
بیماری های قبلی	**P**reexisting illnesses
آخرین غذای خورده شده	**L**ast food
حوادث قبل از آسیب	**E**vents prior to the enjoy

گرفتن شرح حال با استفاده از روش PAIN (درد)

این روش برای کسانی است که درد دارند

مدت زمان درد	**P**eriod pain
مکان درد	**A**rea

شدت درد **Intensity**

علت از بین رفتن درد **Nullify**

نکات قابل توجه در مصاحبه و گرفتن شرح حال

۱- از آسیب دیده هوشیار سؤال می شود
۲- برای آسیب دیده بیهوش: نبض و تنفس کنترل می شود و در صورت نیاز احیای قلبی ریوی انجام می گیرد.
۳- گفته های آسیب دیده را نشانه (Symptom) می گویند.
۴- یافته های امدادگر را علامت (Sign) می گویند.

معاینه علایم حیاتی

معاینه علایم حیاتی شامل موارد زیر است

نبض **Pulse**

درجه حرارات **Temperature**

تنفس **Respiration**

فشارخون **Blood Pressure**

تعریف نبض

عبور خون داخل سرخرگ باعث ضربه هایی می شود که به آن نبض می گویند.

نبض در نقاط زیر قابل اندازه گیری است:

۱- مچ دست (سرخرگ زند زبرین یا رادیال)
۲- گردن (سرخرگ ثباتی یا کاروتید)
۳- کشاله ران (سرخرگ لامی یا فمورال)
۵- برای نوزادان در بازو (براکیال)

تعداد طبیعی نبض

۱- نوزادان تا یک سال ۱۲۰-۱۰۰ بار در دقیقه است.

۲- کودکان یک تا هشت سال ۱۰۰- ۸۰ بار در دقیقه است.

۳- افراد بالغ ۸۰- ۶۰ بار در دقیقه است.

فشارخون

فشار حاصل از برخورد خون به دیواره سرخرگ در هر انقباض عضله قلب را فشار خون می گویند.

فشارخون به عوامل زیر بستگی دارد:

۱- سن

۲- جنس

۳- وزن

۶- حالات و هیجانات روحی

مقدار طبیعی فشارخون

۱- نوزادان تا یک سال ۷۰ بر ۵۰ میلی متر جیوه است.

۲-کودکان یک تا هشت سال ۱۲۰ بر ۸۰ میلی متر جیوه است.

۳- افراد بالغ تا ۱۴۰ بر ۹۰ میلی متر جیوه است.

فشارخون به صورت عدد کسری یادداشت می گردد. ماکزیمم یا سیستولیک در صورت کسر و مینیمم یا دیاستولیک در مخرج کسر نوشته می شود.

درجه حرارت

دمای طبیعی بدن (۳۷/۵- ۳۶/۵) درجه سانتیگراد یا (۹۹- ۹۷) درجه فارنهایت است.

دمای بدن در شرایط زیر تغییر می کند:

۱- افزایش دمای بدن: بیماری های عفونی، گرمازدگی، ورزش و فعالیت های سنگین بدنی

۲- کاهش دمای بدن : سوءتغذیه، شوک و خونریزی

تنفس

عمل وارد کردن هوا به داخل شش ها و خارج کردن آن را تنفس می گویند.

تعداد تنفس:

۱ - نوزادان تا یک سال ۵۰- ۲۵ بار در دقیقه است.

۲ - کودکان یک تا هشت سال ۳۰- ۱۵ بار در دقیقه است.

۳ - افراد بالغ ۲۰- ۱۲ بار در دقیقه است.

نکات قابل توجه در بررسی وضیعت تنفسی

۱- تعداد تنفس

۲- نظم تنفس

۳ - عمق تنفس

مشاهده فیزیکی سر تا پا

برای مشاهده سر تا پا از مقیاس (DTOS) استفاده می شود.

تغییر شکل اندام	Deformity
زخم باز	Open wound
حساسیت به لمس	Tenderness
التهاب	Swelling

مشاهده فیزیکی سر و گردن

۱- کنترل DTOS

۲- کنترل خروج خون یا خونابه از گوش و بینی

۳- کنترل خروج خون از دهان

۴- کنترل کبودی در سر

مشاهده فیزیکی چشم

مردمک چشم را با توجه به معیار (PEARRL) بررسی می کنند.

مردمک باید	Papillary
مساوی	Equal
و	And
گرد	Round
به اندازه نقطه	Regulating size
و به نور واکنش داشته باشند.	react to Light

۱- مردمک تنگ نشانه مسمومیت با مواد مخدر یا ضربه مغزی است.

۲- مردمک گشاد نشانه ضربه مغزی یا شوک است.

۳- مردمک های نابرابر نشانه سکته مغزی است.

مشاهده فیزیکی قفسه سینه

۱- کنترل DTOS

۲- کنترل شکستگی

۳- کنترل کوفتگی

۴- کنترل پارگی

۵- کنترل اجسام فرورفته

مشاهده فیزیکی شکم

۱- کنترل DTOS

۲- کنترل خونریزی

۳- کنترل درد

۴- فشاردادن به محل در صورت هوشیاری

مشاهده فیزیکی لگن

۱- کنترل DTOS

۲- کنترل شکستگی

۳- در صورتیکه مشکوک به آسیب نباشید حرکت دادن مفصل های لگن (هیپ) به طرف پایین

مشاهده فیزیکی اندام ها (دست و پا)

۱- کنترل DTOS

۲- کنترل جریان خون

۳- کنترل حرکت

۴- کنترل درک حسی (با نیشگون گرفتن)

۵- کنترل قدرت فشار (فشار دادن دست با دست یا دست با پا)

مشاهده فیزیکی قسمت پشتی و مهره ها

۱- کنترل DTOS

۲- کنترل فلج چهار اندام

۳- کنترل فلج یک دست و یک پا در یک سمت بدن

مشاهده فیزیکی پوست

رنگ پوست به مقدار خون و رنگدانه هایی که در ضخامت پوست قرار دارند بستگی دارد.

۱- در شوک، غش، حمله قلبی رنگ پوست سفید (روشن تر) می شود.

۲- در خفگی و بعضی از مسمویت ها رنگ پوست تیره می شود.

۳-در گرمازدگی رنگ پوست قرمز می شود.

۴- در یرقان رنگ پوست زرد می شود .

پوست سیاه پوستان از طریق مخاط دهان و بستر ناخن و پلک چشم بررسی می شود.

بررسی هوشیاری

هوشیاری را با توجه به معیار (AVPU) بررسی می کنند

هوشیار   (Alert)

چشم ها خود به خود باز است- نسبت به محیط آگاه است- به تحریک پاسخ سریع می دهد.

پاسخ به تحریک کلامی   (Verbal)

چشم ها خود به خود باز نیست- در مقابل سؤال پاسخ معنی دار می دهد.

پاسخ به درد   (Pain)

چشم ها خود به خود بسته است- به سؤالات پاسخ نمی دهد- به درد حساس است.

(فشار به نرمه گوش، پایین استخوان بالای چشم، عضلات گردن)

عدم واکنش (Unresponsive)

آسیب دیده در اغمای کامل است

عکس العمل های حسی- حرکتی

۱- حرکت ارادی انجام نمی دهد و در اغماء نمی باشد، نشانه فلج است.

۲- صورت و یک سمت بدن حرکت ندارد نشانه سکته مغزی و یا آسیب در سر است.

۳- دست ها و پاها حرکت نمی کنند نشانه آسیب نخاعی در گردن است.

۴- دست ها بدون پا ها حرکت می کنند نشانه آسیب نخاعی در پائین تر از گردن است.

فصل سوم

خونریزی ها

ساختمان دستگاه گردش خون شامل قسمت های زیر است :

الف - خون

ب- قلب

ج - رگ ها سه نوع می باشند: سرخرگ(شریان)، سیاهرگ (ورید) و مویرگ ها

انواع خونریزی

خونریزی های داخلی

الف - خونریزی داخلی آشکار: در جمجمه، نای و شش ها، مری و معده و رودها، کلیه و مثانه رخ می دهد.

ب - خونریزی داخلی غیرآشکار: در کبد، طحال، داخل حفرهٔ شکمی، داخل پردهٔ جنب، پارگی بافت در شکستگی استخوان رخ می دهد.

علائم خونریزی داخلی

۱- رنگ پریدگی پوست

۲- نبض ضعیف و تند

۳- تنفس سریع و سطحی

۴- پوست سرد و مرطوب

۵- فشار خون پائین

۶- احساس تشنگی فراوان

۷- تهوع، استفراغ و دردشکم

۸- خواب آلودگی، کاهش هوشیاری و تاری دید

کمک های اولیه در خونریزی داخلی

۱- لباس های تنگ را آزاد کنید

۲- از بسته شدن راه هوایی جلوگیری کنید

۳- علایم حیاتی و سطح هوشیاری را هر ۱۰ دقیقه یک بار کنترل کنید

۴- در صورت وقوع شوک آن را کنترل کنید

۵- در صورت استفراغ او را در وضعیت مناسب قرار دهید

۶-او را از خوردن و آشامیدن منع کنید

۷- او را سریعاً به مرکز درمانی برسانید

خونریزی های خارجی

۱- شریانی (سرخرگی): خون به صورت سریع، جهنده، منقطع و با رنگ روشن خارج می شود.

۲- وریدی (سیاهرگی): خون به صورت آرام، غیر جهنده ، ممتد و با رنگ تیره خارج می شود.

۳- مویرگی : خونریزی ضعیفی است که خطر اصلی آن عفونت می باشد.

کمک های اولیه در خونریزی های خارجی

۱- فشار مستقیم (زخم های کوچک مانند سوزن)

۲- فشار با گاز استریل (زخم های مانند زخم چاقو)

۳- استفاده از نقاط فشار (سرخرگ گیجگاهی، کاروتید، سرخرگ تحت چنبری، بالای ترقوه، کشاله ران ، مچ پا)

با توجه به محل خونریزی رگ مورد نظر را جهت کم کردن جریان خون در محل آسیب فشار می دهیم.

۴- ارتفاع دادن دست یا پا

۵- استفاده از شریان بند (گارو یا تورنیکت)

روش بستن شریان بند

۱-روی پوست سالم و حدود ۵ سانتیمتر بالاتر از محل زخم بسته شود.

۲- عرض شریان بند بین ۵ تا۸ سانتیمترباشد

۳- زیر لباس بسته نشود و قابل رؤیت باشد.

۴- از سیم یا مفتول فلزی استفاده نشود.

۵- محل و زمان بستن شریان بند را روی کا غذی نوشته و بر پوشش آسیب دیده الصاق گردد.

۶- بستن شریان بند بیش از یک ساعت خطرناک است و اندام های پائین تر از آن از بین می روند .

شریان بند معمولاً جهت کنترل خونریزی در اندام قطع شده استفاده می شود و اگر نکات فوق رعایت نگردد احتمال دارد عضو پائین تر از محل بستن شریان بند به عارضه خطرناک ((قانقاریا)) مبتلا می شود.

اقدامات کلی در خونریزی ها

۱- مشخص کردن محل خونریزی

۲- مشخص کردن نوع خونریزی

۳- آزاد کردن لباس های بیمار

۴- کنترل خونریزی

۵- سرعت عمل در بستن محل خونریزی

۶- برنداشتن لختۀ خون

۷- کنترل سایر صدمات

۸- کنترل وضعیت تنفسی و ضربان قلب

۹) استفاده از کمپرس سرد در اطراف زخم برای جلوگیری از خونریزی حداکثر۲۰ دقیقه .

خونریزی بینی

علل خونریزی بینی

۱- راه رفتن زیر آفتاب داغ

۲- بالا رفتن ناگهانی فشار خون

۳- خراش و خشکی مخاط بینی

۴- بعضی بیماری ها مانند بیماری های خونی و عفونی

کمک های اولیه در خونریزی بینی

۱- بیمار را به حالت طبیعی می نشانیم و سر او را کمی به جلو خم می کنیم .

۲- از فشار جانبی بر روی بینی به مدت ۵ دقیقه استفاده می شود .

۳- از کمپرس سرد بر روی پیشانی و جلوی سر استفاده شود.

۴- می توانیم مقداری باند را به سرم فیزیولوژی آغشته نموده و در سوراخ بینی قراردهیم

در خونریزی های مکرر و شدید فرد را سریعاً به مرکز درمانی برسانید.

فصل چهارم

مسمومیت ها و

گزیدگی ها

تعریف سم

هر ماده ای که ورودش به بدن و یا تماس آن با پوست موجب اختلال در سلامتی شود سم نام دارد.

تعریف مسمومیت

اختلال و آسیب هایی که بوسیلهٔ سم بطور تصادفی یا اختیاری بوجود می آید را مسمومیت می گویند.

راههای ورود سم به بدن

۱- دستگاه گوارش

۲- دستگاه تنفسی

۳- جذب پوست

۴-تزریق

اصول کلی در برخورد با مسمومیت

۱- شناخت سم (از بوی دهان ، استفراغ ،...)

۲- رقیق کردن سم (با هر نوشیدنی که دردسترس است مخصوصاً آب و شیر)

۳- خارج کردن سم (با ایجادتهوع واستفراغ)

تذکر : در مسمومیت های ناشی از مواد نفتی و اسیدی و بازی وهمچنین درحمله قلبی، خواب آلودگ، بیهوشی و بارداری مسموم را وادار به استفراغ نکنید.

مسمومیت های گوارشی

عوامل مسمومیت گوارشی

۱- مسمومیت های غذایی

۲- مسمومیت های مواد شیمیایی

۳- مسمومیت های دارویی

۴- مسمومیت های مواد نفتی

۵- مسمومیت های گیاهان سمی

۶- سموم بسته بندی شده وآماده

علایم مسمومیت های گوارشی

تهوع، استفراغ، اسهال، تغییر وضعیت هوشیاری ، کرامپ شکمی، سوختگی اطراف دهان، مشکل تنفسی، تغییر سرعت ضربان قلب، تغییر فشار خون، مردمک باز یا بسته، پوست گرم و خشک یا خنک و مرطوب

کمک های اولیه در مسمومیت های گوارشی

اگر مسموم هوشیار باشد کارهای زیر را انجام می دهیم در غیر این صورت سریعاً او را به مرکز درمانی منتقل می نماییم .

۱- باز کردن راههای تنفسی و اطمینان از ضربان قلب و برقراری تنفس

۲- رقیق کردن سم بوسیلهٔ نوشاندن آب یا شیر و امثال آنها(رقیق کردن درمسمومیت دارویی با تو جه به شناخت دارو باشد)

۳) خارج کردن سم بوسیلهٔ استفراغ بجز در مسمومیت های ناشی از مواد نفتی و اسیدی و بازی وهمچنین درحمله قلبی ،خواب آلودگی ،بیهوشی و بارداری مسموم را وادار به استفراغ نکنید

۴) جلوگیری از آسپیرهٔ استفراغ (برگشت ا ستفراغ به داخل حلق)

۵) انتقال به مرکز درمانی

مسمومیت های تنفسی

عوامل مسمومیت های تنفسی

۱- منو اکسید کربن و دی اکسید کربن (گاز زغال)

۲- آمونیاک ، کلر و دی اکسید گوگرد

۳- بی هوش کننده ها

۴- گازهای جنگی (شیمیایی)

۵- بخار ناشی از مایعات فرار (مانند بنزین ، نفت و رنگ و ...)

۶- حلال های مورد ا ستفاده درپاک کننده رنگ ها وچربی

علایم مسمومیت های تنفسی

تنفس دشوار، درد قفسه سینه، سرفه، گرفتگی صدا، سرگیجه، سردرد، تشنج، تهوع، استفراغ، سوختگی موی بینی، دوده و خلط در گلو، سوختگی دهانی یا حلقی، سیانوز

کمک های اولیه در مسمومیت های تنفسی

۱- دور کردن مسموم از محل سم

۲- برقراری و کنترل تنفس

۳- شل کردن لباس های تنگ

۴- انتقال به مرکز درمانی

یادآوری: حفاظت شخصی امدادگر در محیط آلوده به گازهای سمی باید مورد توجه قرار گیرد.

مسمومیت های تماسی (جذبی)

تعریف مسمومیت های تماسی

هر چیز که در تماس با بدن ایجاد مشکل و ضایعه کند مسمومیت تماسی می گویند.

عوامل مسمومیت های تماسی

حشره کش ها، موادشیمیایی وبعضی ازگیاهان و.....

علایم مسمومیت های تماسی

وجود مایع یا پودر روی پوست، سوختگی، خارش، قرمزی، تورم، تاول، احتمال درد، راش

کمک های اولیه در مسمومیت های تماسی

۱- شناخت سم

۲- دور کردن مسموم از منبع سم

۳- شستشوی درآب فراوان جاری و بافشار

۴) خارج کردن لباس های آلوده

۵) انتقال به مرکز درمانی

توجه :درصورتی که روی بدن آسیب دیده موادخشک دیده شود، ابتدا پودررا بابرس پاک کنید وسپس فردرا شستشودهید.

مسمومیت های تزریقی (گزیدگی ها)

به وسیله نیش حیوانات گزنده مخصوصاً خزندگان مانندماروعقرب فردمسموم می شود.

مار گزیدگی

مشخصات مارهای سمی

۱- سر مثلثی پوشیده از پولک ریز

۲- دارای حفره بین چشم و بینی

۳- مردمک بیضی شکل

۴- طول نسبتاً کوتاه

۵- دارای دوعدد دندان نیش پیشین

علایم مار گزیدگی : با توجه به نوع مارو مقدار سم یکسان نیست

ضعف، سرگیجه، لرز، تهوع، استفراغ، تب، درد، ورم، تنفس دشوار، تغییر مردمک، قرمزی پوست، فلج، وجود یک یا دو سوراخ در محل گزیدگی

کمک های اولیه در مارگزیدگی

۱- ایجادآرامش وخارج کردن ساعت ، النگو و....

۲- جلوگیری از حرکت بی جهت مارگزیده

۳- بی حرکت کردن عضو گزیده شده و پایین تر از قلب نگه داشتن آن

۴- بستن بالای محل گزیدگی(بین محل گزیدگی وقلب)

۵- شستشوباآب وصابون (شستشو بادستکش انجام می گیرد)

۶- انتقال به مرکز درمانی

تذکر : ایجادشکاف درمحل گزیدگی درشرایط خاص ، تجربه لازم وامکانات ویژه نیازدارد.

عقرب گزیدگی

علائم عقرب گزیدگی

۱- درد و سوزش در محل گزیدگی

۲- بی حسی عضو

۳- وجود هالهٔ قرمز در محل گزیدگی

۴- رنگ پریدگی

۵- حالت تهوع و استفراغ

۶- تاری دید

۷- بلع دشوار

۸- بعضی از علائم مار گزیدگی

کمک های اولیه در عقرب گزیدگی

شستشوبا آب وصابون ،کنترل تنفس وانجام کمک های اولیه در مار گزیدگی

فصل پنجم

سوختگی ها

ساختمان پوست

ساختمان پوست سه لایه دارد،لایه خارجی اپیدرم،لایه میانی درم ولایه داخلی هیپودرم (زیرجلدی) نام دارد.

وظایف پوست

۱- به تنظیم دمای بدن کمک می کند

۲- حس لامسه،گرما،سرما،فشارودردرا منتقل می کند

۳- ساختمان های زیرین وارگان های بدن رامحافطت می کند

۴- حفاظی دربرابرعفونت وباکتری ها می باشد

۵- به دفع بعضی موادزاید بدن کمک می کند

تعریف سوختگی

ضایعات وارده بربافت های بدن دراثرحرارت ،موادشیمیایی،جریان برق وتشعشعات راسوختگی می گویند.

انواع سوختگی

۱- سوختگی های حرارتی

الف- سوختگی خشک: شعله،سیگارروشن،اتوی داغ وبخاری

ب- سوختگی مرطوب: بخار،آب داغ و روغن داغ

ج- سوختگی سرد: اکسیژن مایع و نیتروژن

د- سوختگی تابشی: اشعه آفتاب ونور منعکس شده ازسطح های براق

۲- سوختگی های شیمیایی: اسیدها ، بازها وموادپک کننده خانگی وصنعتی

۳- سوختگی های الکتریکی: جریان برق و رعد و برق

عمق سوختگی

۱ – سوختگی درجه یک (سطحی): فقط اپیدرم می سوزد وقرمز،دردناک،حساس ومتورم می شود.

۲- سوختگی درجه دو(ضخامت نسبی): اپیدرم و قسمتی ازدرم می سوزدوداری دردشدیدوتاول است.

۳- سوختگی درجه سه(تمام ضخامت): تمام لایه های پوست می سوزد و مانند چرم می شود وفاقد درد است.

وسعت سوختگی

برای وسعت سوختگی ازقانون (۹) استفاده می شود.

سروگردن ۹٪ – هردست ۹٪ – هرپا ۱۸٪ – قسمت جلوی سینه ۱۸٪ – قسمت پشت بدن ۱۸٪ – دستگاه تناسلی ۱٪

مراقبت ازسوختگی ها

۱ – سوختگی درجه یک : عضو آسیب دیده را حدود۱۰دقیقه زیرآب سرد قرارمی دهیم وانگشتر، ساعت وامثال آن راخارج می کنیم.

۲- سوختگی درجه دو: اقدامات سوختگی درجه یک انجام می گیردو عضو رابالاتراز قلب قرارمی دهند وتاول هادرمرکزدرمانی ترکانده می شود

۳- سوختگی درجه سه: نیازبه مراقبت سریع پزشکی دارد. بایدعضو سوخته راثابت و بی حرکت کرد و بدن راگرم نگه می داریم و برای جلوگیری ازشوک احتمالی درصورت امکان پاها را بالا می بریم.

شدت سوختگی

۱ – سو ختگی خفیف: سوختگی درجه سه کمتراز۲٪ – سوختگی درجه دوکمتراز۱۵٪ – سوختگی درجه یک کمتراز ۵۰٪

۲- سوختگی متوسط: سوختگی درجه سه ۲٪ تا ۱۰٪ به استثنأ صورت، دست ها، پاها ودستگاه تنفسی- سوختگی درجه دو۱۵٪ تا ۲۵٪ – سوختگی درجه دو ۲۰٪ یابیشتر برای بالغین کمتر از ۵۰ سال و ۱۰٪ یا بیشتربرای افراد بزرگتراز۵۰سال – هرنوع سوختگی برای بالغین زیر۵۵سال

۳- سوختگی بحرانی: سوختگی دستگاه تنفسی وسایرتروماها – سوختگی درجه دو یا درجه سه صورت ، جشم ها ، گوش ها ، دست ها، پاها ودستگاه تنفسی، سوختگی درجه سه ۱۰٪ یابیشتر، سوختگی درجه دو۲۵٪ یا بیشتر برای بالغین کمتراز۵۰سال و ۲۰٪ یابیشتربرای افرادبزرگتراز۵۰سال ، سوختگی همراه باشکستگی، سوختگی دوربدن مانند پا، بازو ساق یاقفسه سینه، هرنوع سوختگی برای افراد بالاتراز ۵۵سال

سوختگی دهان وگلو

دراثرنوشیدن ما یعات خیلی داغ، حلال های شیمیایی یااستنشاق بخارخیلی داغ ایجاد می شود.

اقدامات لازم

۱ – ایجادآرامش

۲- خارج کردن پوشش های دورگردن

۳- نوشاندن آب سرد به تناوب

۴- استفاده ازکمپرس سرد دورگردن

۵- انتقال به مرکز درمانی

فصل ششم

تریاژ درحوادث

درزمانی که تعدادآسیب دیدگان ازامکانات و منابع موجود بیشتر باشند،آسیب دیدگان راباتوجه به نوع آسیب دسته بندی می کنند و به آنها اولویت می دهند. معمولاً درحوادث از مدل **START** (تریاژساده ودرمان سریع)که برچهاراصل زیرمبتنی است استفاده می شود:

۱- توا نا یی راه رفتن: افرادی که می توانندراه بروند دردسته سبز قرارمی گیرند

۲- تنفس:اگرتعدادتنفس بیشتراز۳۰باردردقیقه باشددردسته سبزقرارمی گیرند و اگرکمتراز۳۰باردردقیقه باشدگردش خون بررسی می شود.

۳- گردش خون:اگرنبض مچ دست احساس نشوددردسته قرمزقرارمی گیرند و اگرنبض مچ دست احاس شود وضعیت هوشیاری بررسی می گردد.

۴- وضعیت هوشیاری :اگرهوشیارباشند و ازدستورات اطاعت کننددردسته زرد قرارداده می شوند ودرغیراین صورت دردسته قرمزقرارمی گیرند.

معنی رنگ های تریاژ

الف – رنگ قرمز: مراقبت فوری وانتقال ضروری

- تنفس ندارد و بعدازبازکردن راه هوایی تنفس برقرار می شود

- سرعت تنفس بیشتر از ۳۰ بار در دقیقه ونفس های کم عمق و ناکافی

- سرعت تنفس کمتراز ۳۰ بار در دقیقه و نبض رادیال وجودندارد

- سرعت تنفس کمتراز ۳۰ بار در دقیقه ونبض رادیال وجود داردولی ازدستورات اطاعت نمی کند

ب- رنگ زرد: مراقبت اورژانسی وانتقال تأخیری

سرعت تنفس کمتراز ۳۰ بار در دقیقه ونبض رادیال وجود داردو ازدستورات اطاعت می کند

ج- رنگ سبز:آسیب های خفیف وآسیب دیدگان سرپایی (می تواند راه برود)

د- رنگ سیاه: آسیب های منجربه مرگ یاکشنده (نفس نمی کشد)

اولویت بندی چند آسیب

۱- دسته قرمز (فوری): این آسیب دیدگان باید بلافاصله منتقل شوند و در کمتر از یک ساعت می میرند

(اختلالات راه هوایی و تنفس –خونریزی شدید یا غیرقابل کنترل- کاهش سطح هوشیاری – مشکلات طبی داخلی شدید- شوک ناشی از کمبود خون- سوختگی شدید و بحرانی- جراحات شدید ناشی از آوار- قطع شدگی عضو بطور ناقص- علائم و نشانه های سکته قلبی- مسمومیت شدید- تشنج پایدار- پارگی همراه با شکستگی - علائم زایمان زودرس)

۲- دسته زرد (اورژانسی): این آسیب دیدگان تا ۱۲ ساعت دوام می آورند

(سوختگی بدون مشکلات راه هوائی-آسیبهای استخوانی، مفصلی و عضلانی شدید یا متعدد- جراحات ستون فقرات یا بدون آسیب به نخاع –دیابت بدون اختلال هوشیاری- صدمات چشمی- پارگی متوسط بدون خونریزی - زخم های نافذ و سوراخ کننده شکم بدون شوک)

۳- دسته سبز (خفیف و سرپایی):

مانند (شکستگی های خفیف- جراحات بافت نرم خفیف- اختلالات زنان و زایمان-اختلالات روانی،عصبی- شکایات طبی شایع مانند دل درد یا سر درد –سوختگی خفیف غیراز راه هوایی)

۴- دسته مشکی : مانند

(ایست قلبی کامل و برگشت ناپذیر – مرگ)

نکات قابل توجه در ترياژ

۱- صحنه از نظر ایمنی کنترل شود.

۲- صحنه از نظر تعداد آسیب دیدگان ، شدت حادثه و صدمات وارده بررسی گردد.

۳- در صورت امکان نیروی کمکی درخواست شود.

۴- محل های ترياژو نوارهای رنگی وکارت های مربوطه آماده شود.

۵- آسیب دیدگان طبق دستور العمل دسته بندی شوند و افراد قرار داده شده در دسته سبز به مکان امن منتقل شوند.

۶) حداکثر زمان کنترل هر آسیب دیده بیش از ۳۰ ثانیه نباشد.

فصل هفتم

بانداژ

تعریف بانداژ :

نوار بندی و ثابت نگه داشتن پانسمان محل آسیب را بانداژ می گویند

اهداف بانداژ :

۱- نگهداری پانسمان و آتل

۲- جلوگیری از تورم

۳- فشار مستقیم روی زخم برای کنترل خونریزی

۴- ایجاد تکیه گاه و محدود کردن عضو

۵- جلوگیری از ضایعات بیشتر

۶- کاربرد و یا استفاده به عنوان شریان بند

تذکر :

۱- نوع وپهنای باند مناسب با زخم باشد

۲- بانداژ خیلی محکم یا شل نباشد

۳- انتهای باندبوسیلۀچسب یا گرۀ مربع بسته شود

توجه :

سرد شدن و بی رنگ شدن عضو یا کبودی انتهای انگشتان دلیل محکم بستن باند است و باید سریعاً آزاد شود.

انواع باند و موارد مهم استفاده از آنها :

۱- نواری

(برای بستن سر،انگشتان،یک چشم،بازو،ساق و...)

برای باند پیچی بهتر، قسمت های مختلف بدن را با باندهای مناسب بانداژ کنید

- عرض ۲ سانتی متربرای انگشتان

- عرض ۵ سانتی متر برای کف ومچ دست یاپا

- عرض ۱۰-۸ سانتی متر برای آرنج و بازو

- عرض ۱۵-۱۲ سانتی متر برای بانداژ زانو، آرنج یا پاها

انواع باند نواری

الف- باند خود چسب: مقداری حالت ارتجاعی داشته، پهنای مختلف دارد. استفاده از آن راحت است.

ب- نوارهای کتانی: سفت و غیر کشی بوده، در پهناهای مختلف (۲/۵، ۷/۵، ۱۰ و ۱۵ سانتی متر) وجود دارند.

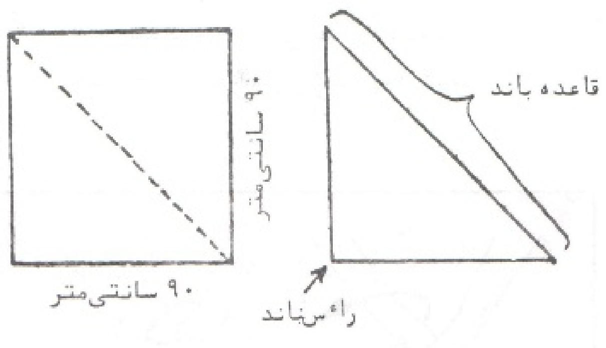
ج- نوارهای کشی (لاستیک): جهت فشردن عضو رگ به رگ شده، پیچ خورده و کوفتگی ها به کار می رود که دارای پهنای مختلف است. معمولاً بر روی پانسمان پوشاننده زخم قرار نمی گیرد.

۲- مثلثی یا سه گوش

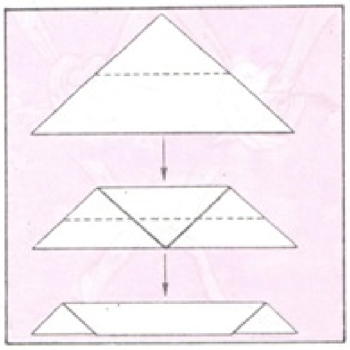
(بستن سر،صورت،گوش،سینه،پشت،ران،زانو،آرنج،مچ دست و پا،کف دست و پا،آویزان کردن دست به گردن و...)

پارچه مربعی شکل کتانی یا پنبه ای به ابعاد ۹۰*۹۰ سانتی متر را تا زده می زنند و از آن دو عدد باند مثلثی تهیه می شود.

با دو روش از باند سه گوش استفاده می شود:

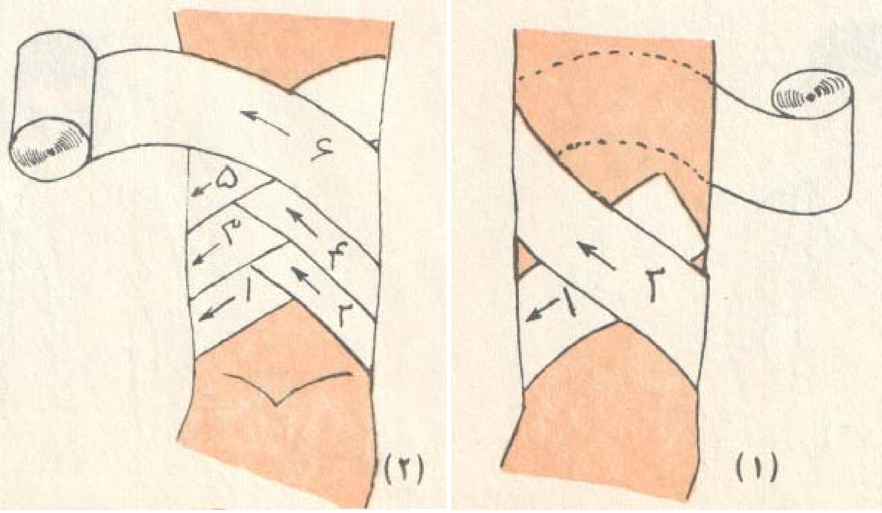


الف- کراواتی :رأس مثلث در وسط قاعده قرار داده می شود و یک بار دیگر این کارتکرار می گردد و باندحالت کراوات و نواری را به خود می گیرد. ازاین نوع برای بانداژهای فشاری، بستن آتل و یا به عنوان باند برای نگهداری پانسمان استفاده می شود.

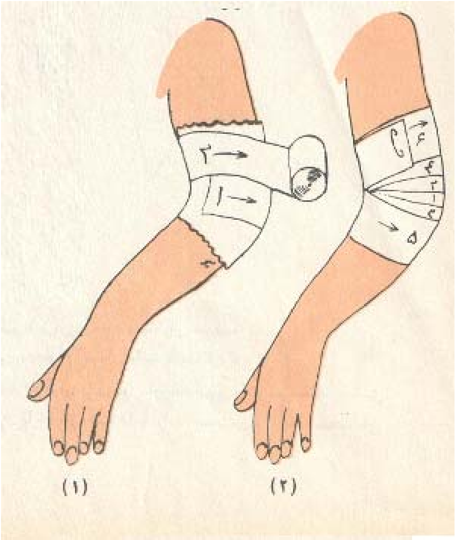


ب) به شکل کاملاً باز: که بهترین کاربرد آن، آویزان کردن دست به دور گردن است.

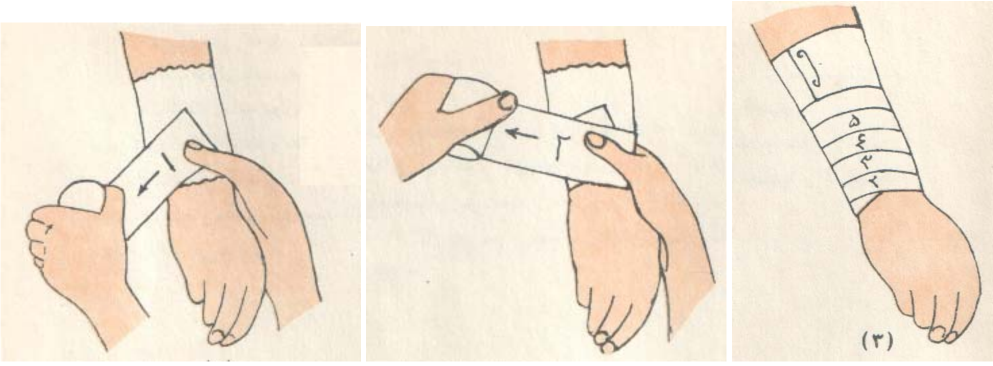
بانداژ قسمت فوقانی بازو با باند نواری



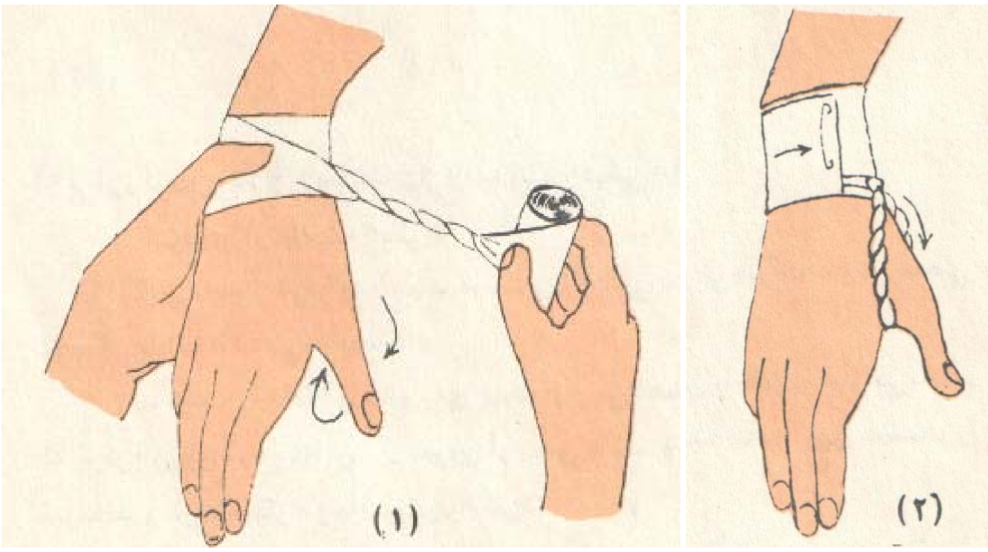
بانداژ آرنج با باند نواری



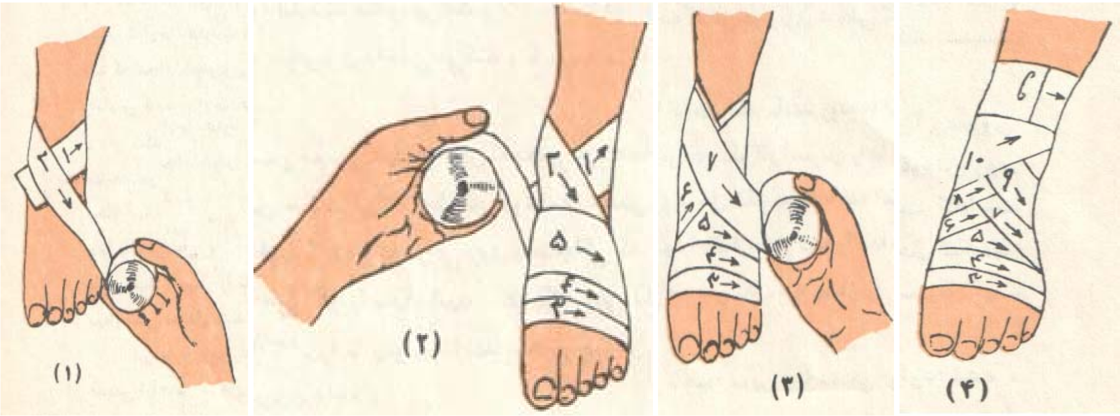
بانداژ ساعد با باند نواری



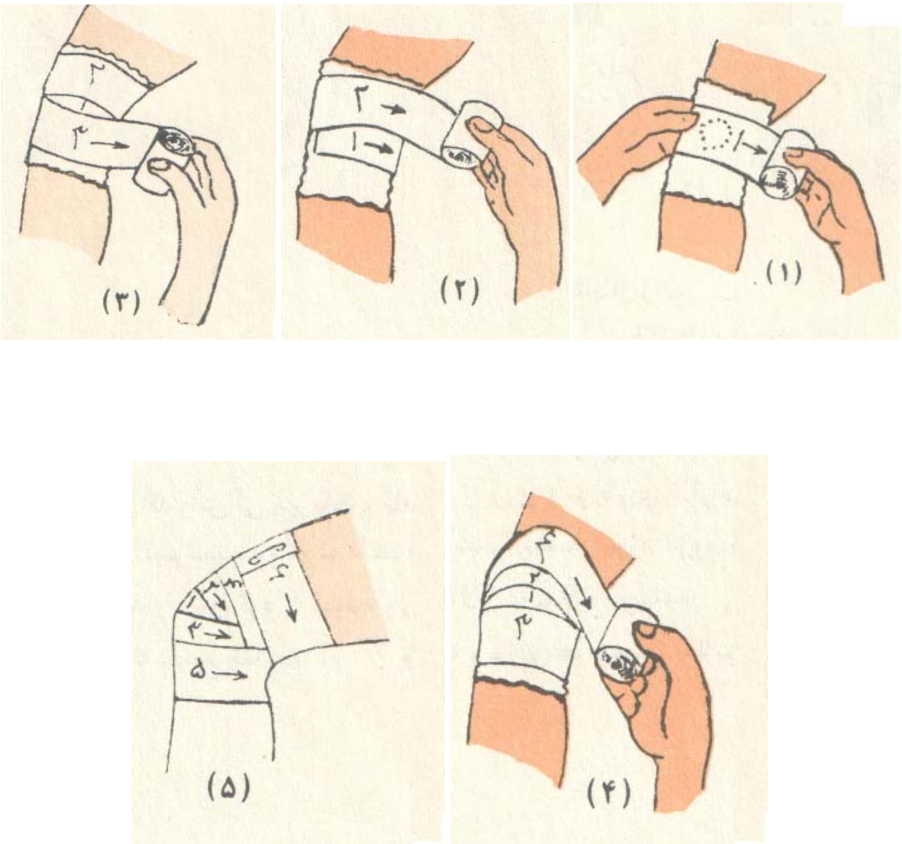
بانداژ مچ دست با باند نواری



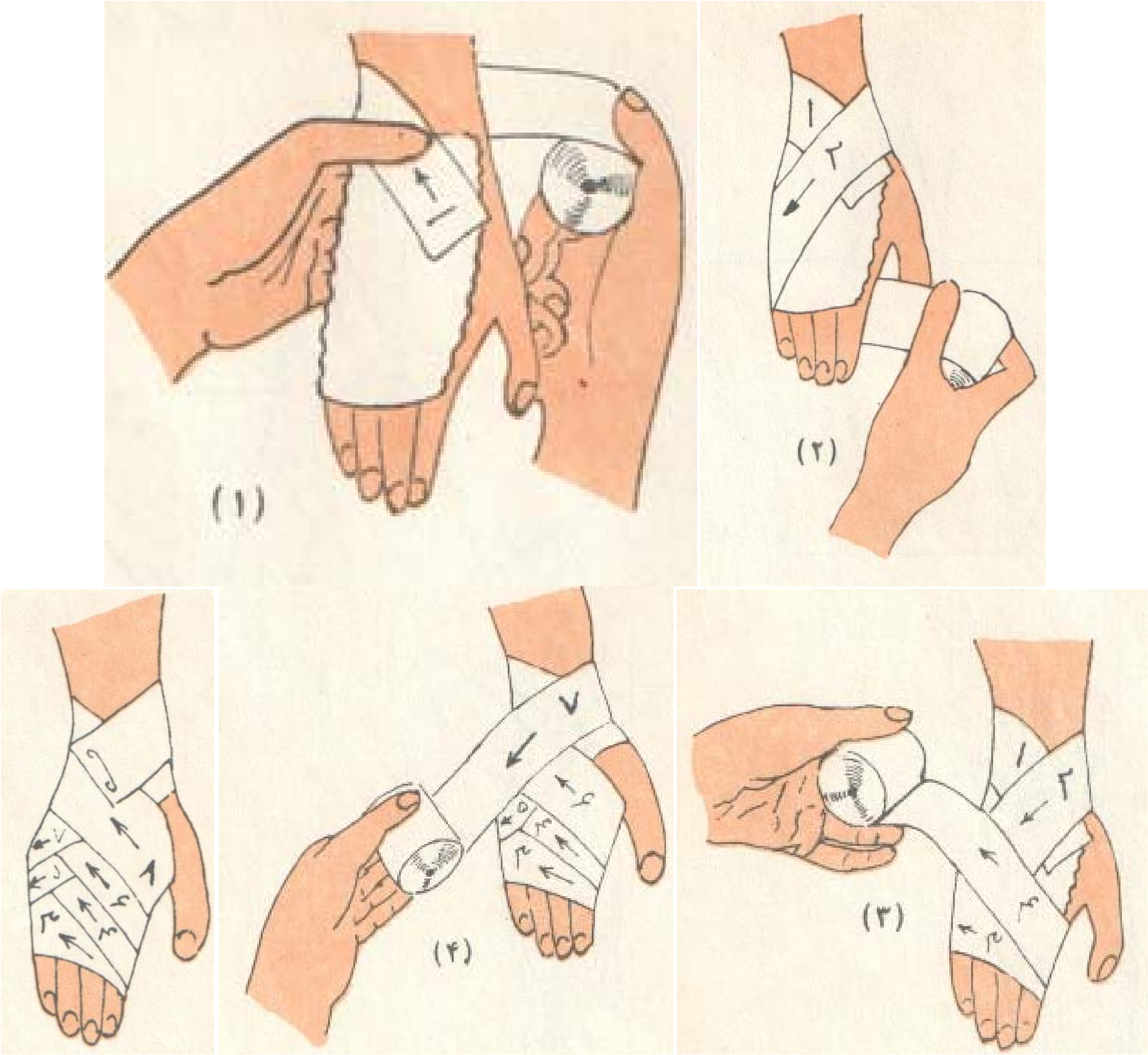
بانداژ پا باند نواری



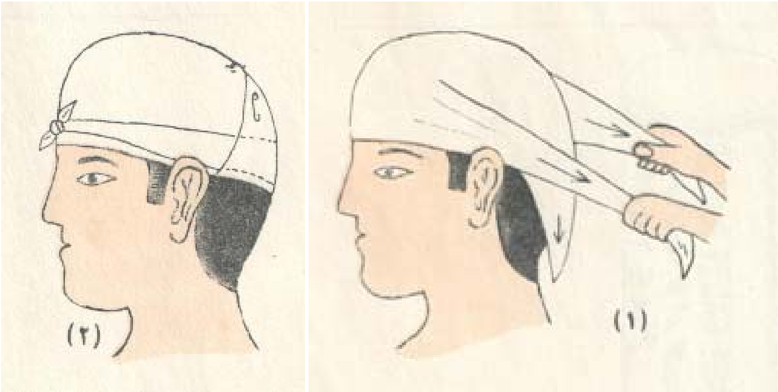
بانداژ زانو با باند نواری



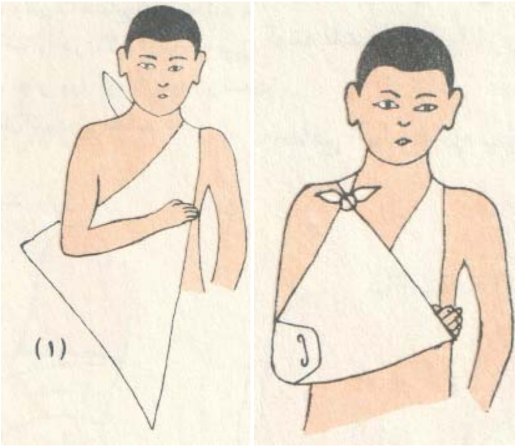
بانداژ دست با باند نواری



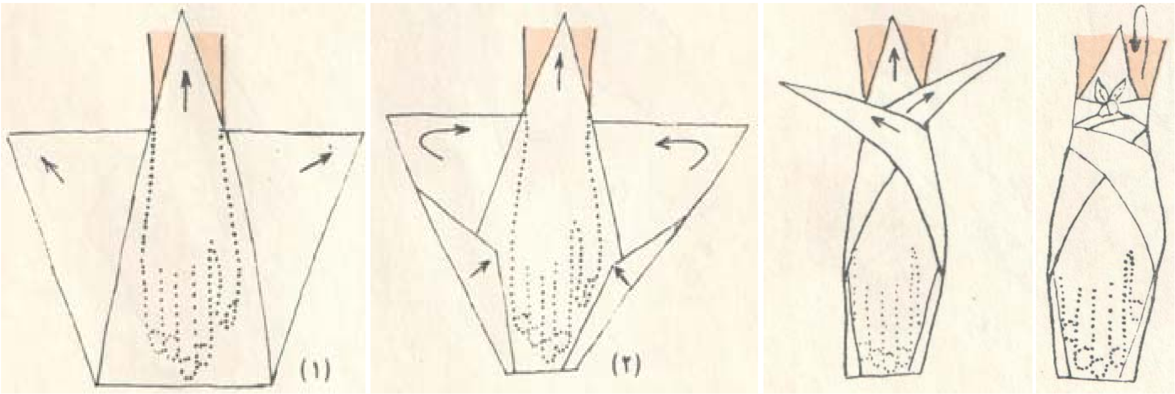
بانداژ سر با باند مثلثی



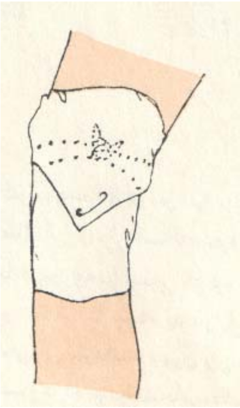
بانداژ ساعد (وبال گردن) با باند مثلثی



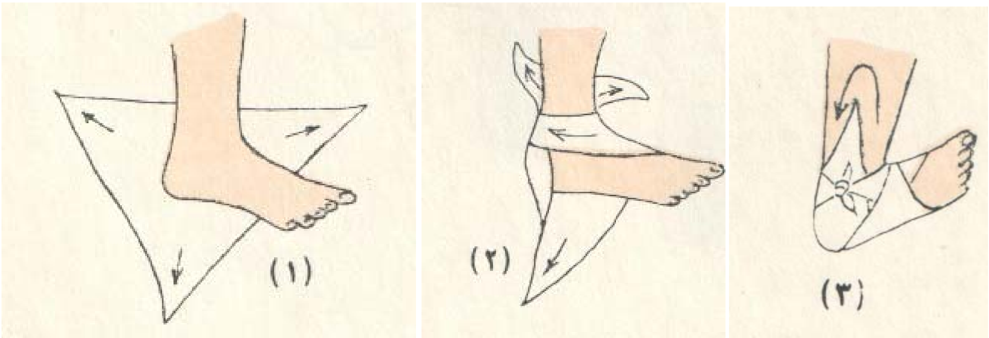
بانداژ کف دست با باند مثلثی



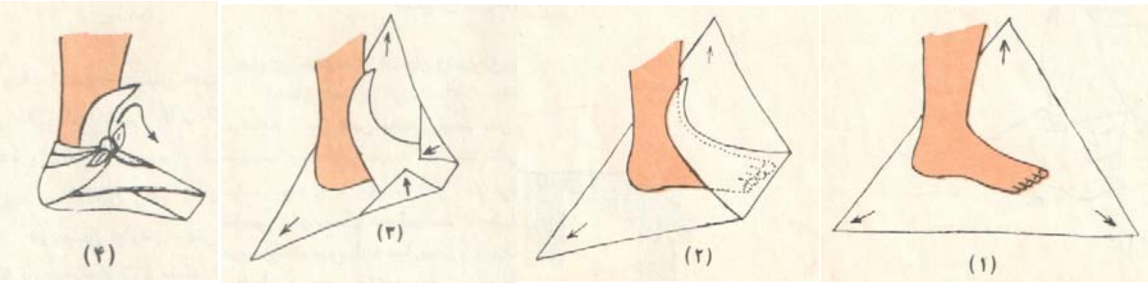
بانداژ زانو با باند مثلثی



بانداژ پاشنه پا با باند مثلثی

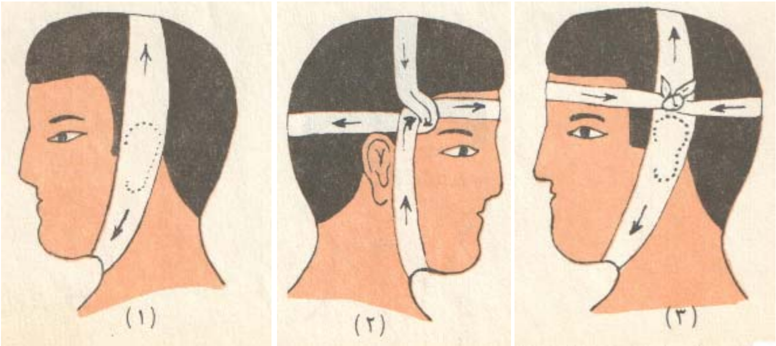


بانداژ کف پا با باند مثلثی

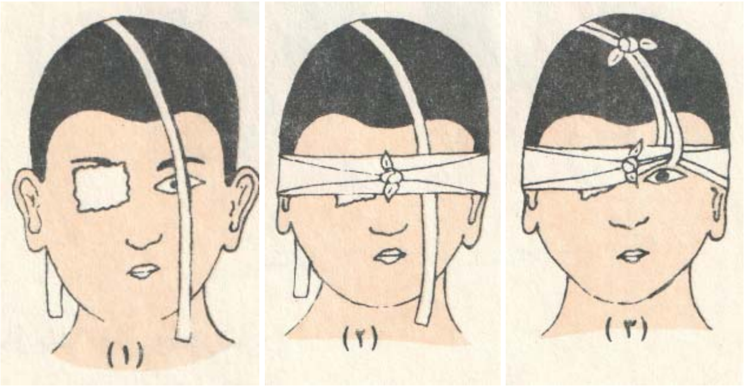


بانداژ یک یا دو گوش با باند مثلثی کراواتی به صورت ساده

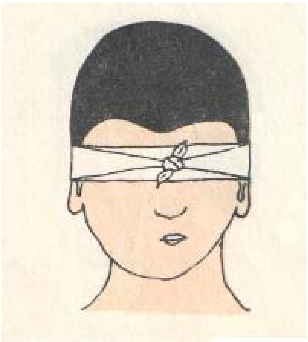
بانداژ یک گوش با باند مثلثی کراواتی



بانداژ یک چشم با باند مثلثی کراواتی



بانداژ دو چشم با باند مثلثی کراواتی



فصل هشتم

آتل بندی

تعریف آتل

هروسیله ای که برای ثابت نگه داشتن عضوشکسته به کار می رود، آتل نام دارد.

انواع آتل

الف) آتل آماده

۱- آتل خشک (مانند چوب ، فلز)

۲- آتل نرم (مانند پتو ، ملحفه)

۳- آتل کششی (نوعی آتل سیمی قابل تنظیم)

۴- آتل بادی(یک کیسهٔ پلاستیکی دو لایه قابل باد کردن با زیپ یا بدون زیپ)

۵- آتل سیمی که برای هرعضو جداگانه تهیه شده است

۶- آتل باندی

ب) آتل دست ساز

در صورتی که آتل آماده در دسترس نباشد با امکانات موجود در صحنه آسیب آتل دست ساز تهیه می شود.

علل استفاده از آتل

آتل می تواند از عوارض زیر جلوگیری کند :

۱- صدمه زدن به عضلات ، اعصاب و عروق توسط انتهای استخوان شکسته

۲- پارگی پوست در شکستگی بسته و تبدیل آن به شکستگی خطرناک باز

۳- کم شدن فشار خون بعلت فشار قطعات شکسته استخوان به عروق خونی

۴- خونریزی در بافتها به علت ثابت نبودن دو سر استخوان شکسته شده

۵- درد زیاد حاصل از حرکت انتهای آزاد استخوان شکسته شده

۶- فلج دست ها وپاها بعلت صدمه دیدن نخاع در شکستگی ستون فقرات

نکات مهم در بستن آتل

۱- طول و عرض آتل مناسب با محل آسیب باشد

۲- آتل فاقد زائده باشد

۳- قبل از آتل زخم ها پانسمان شود

۴- در صورت تورم ساعت، انگشتر و ... خارج گردد.

۵-روی لباس بسته شود(روی پوست بسته نشود)

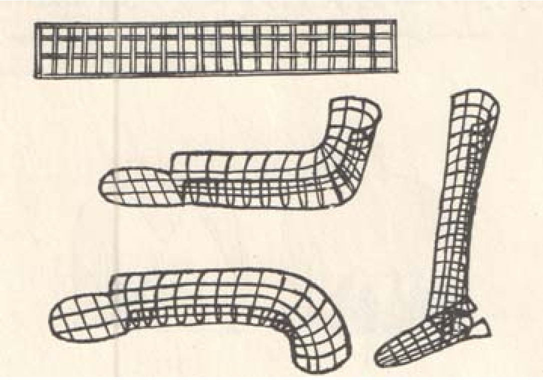
۶- آتل از انتها به ابتدای اندام باندپیچی وبسنه شود

۷- قبل و بعد از بستن نبض کنترل شود

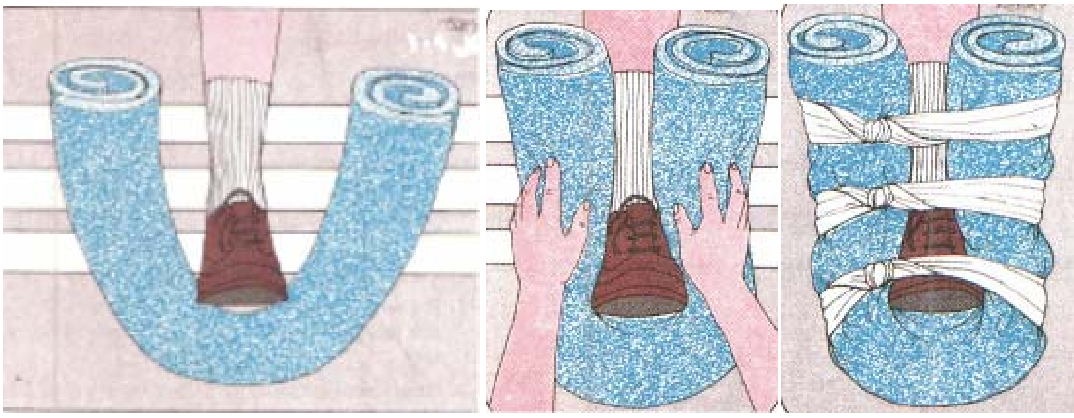
۸- آتل باید یک مفصل پایین ترویک مفصل بالاتراز محل شکستگی راثابت نگه دارد

۹- در صورت استفاده از آتل بادی فشار داخلی آن بطور مداوم بررسی شود

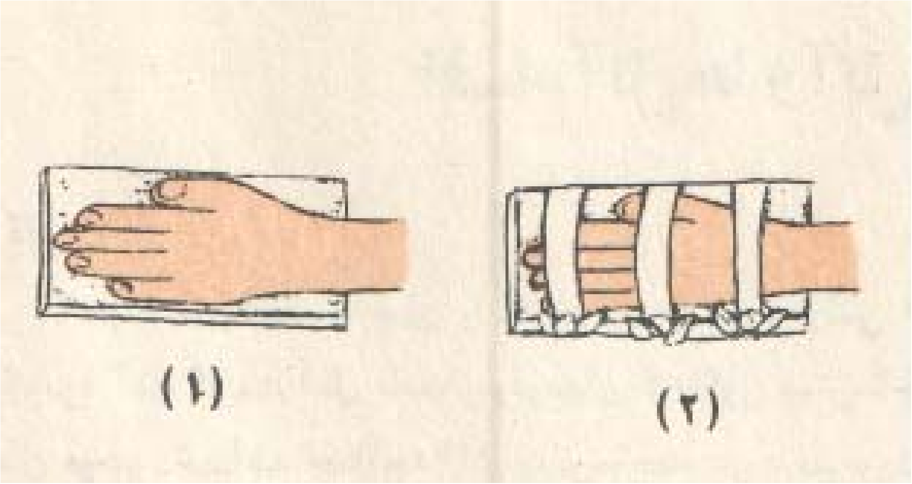
چند نوع آتل سیمی



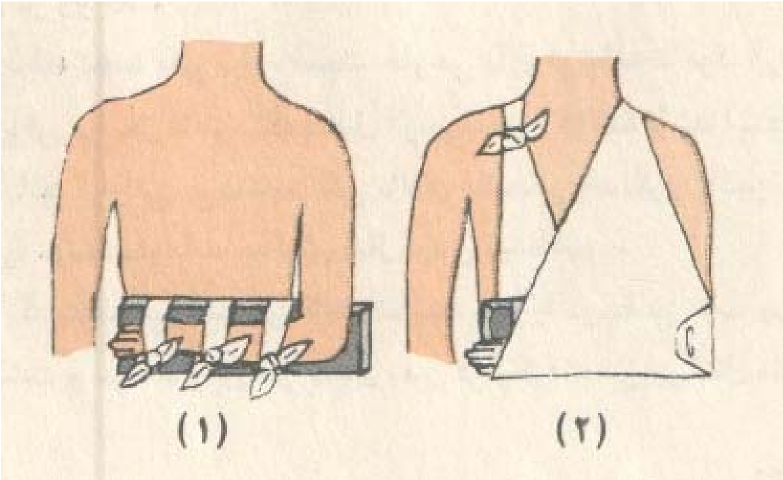
آتل نرم



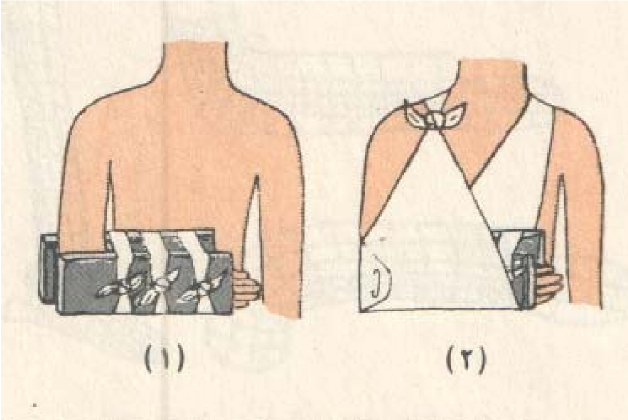
آتل کف دست و انگشتان



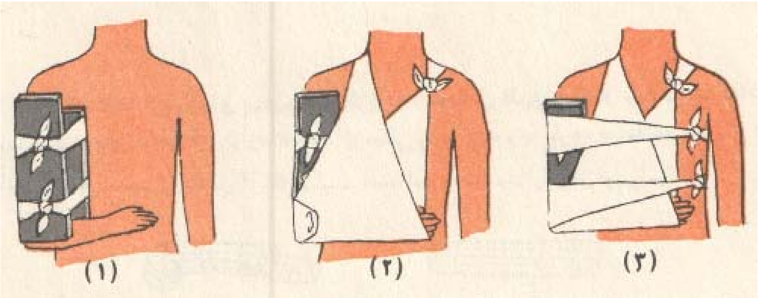
آتل ساعد با یک تخته



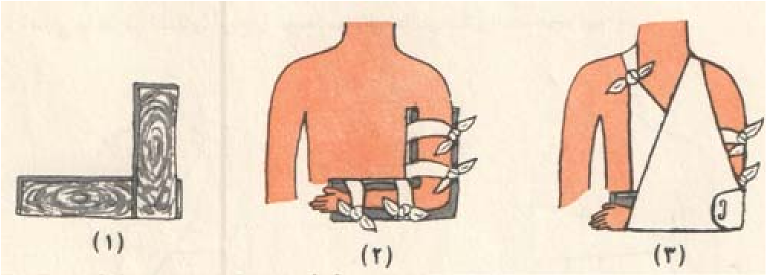
آتل ساعد با دو تخته



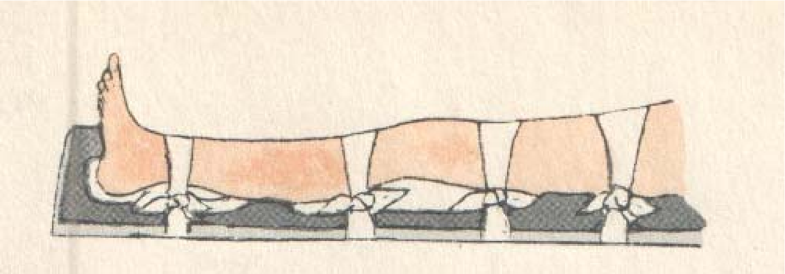
آتل بازو با دو تخته



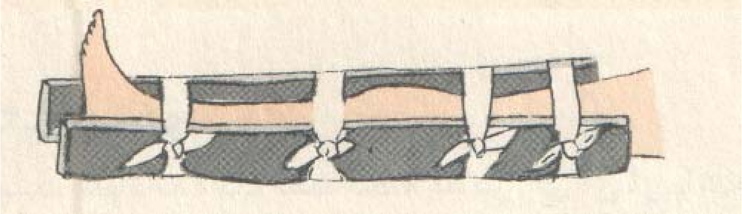
آتل بازو با دو تخته به شکل T



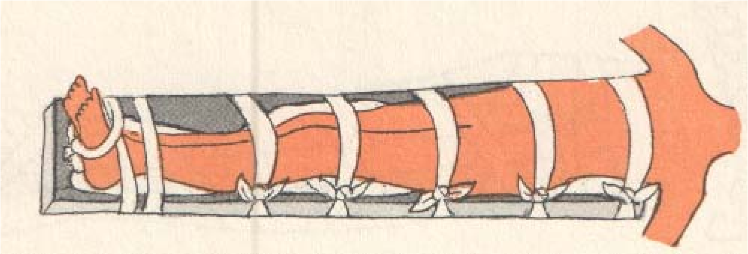
آتل پا با یک تخته



آتل پا با دو تخته



آتل دو پا با یک تخته (ران)



فصل نهم

حمل آسیب دیده

تعریف حمل

انتقال مناسب مصدوم از محلی به محل دیگر قبل یا بعد از اقدامات اولیه را حمل می گویند.

روش های حمل

۱- اورژانسی : زمانی استفاده می شود که خطر برای آسیب دیده یا کمک دهنده وجود داشته باشد.

۲- فوری (اضطراری): زمانی انجام می شود که آسیب دیده در معرض تهدید فوری است.

۳- غیرفوری (غیر اضطراری): هیچ نوع تهدید فوری وجود ندارد.

علل و ضرورت حمل

۱- انتقال به مرکز امن

۲- انتقال به مرکز درمانی

۳- برقراری آسایش و آرامش

انواع حمل

الف) حمل یکنفره

۱-حمل عصایی : برای مصدومی که آسیب جدی ندیده و هوشیار باشد

۲- حمل کولی : برای مسافت های نسبتاً طولانی به شرطی که مصدوم آسیب اسکلتی و داخلی نداشته باشد

۳-حمل آغوشی : برای اطفال و افراد کم وزن

۴- حمل کششی : برای مواقعی که نمی توان اقدامات اولیه را در محل انجام دهیم یا وزن مصدوم از وزن امدادگر بیشتر باشد

۵- حمل سینه خیز : برای مواردی که مصدوم را نمی توان ایستاده نگه داشت مانند آتش سوزی وفضاهای باسقف کوتاه

۶- حمل یک دست و یک پا : در مسافت های طولانی در صورتی که مصدوم آسیب جدی اسکلتی یا مغزی نداشته باشد مانند غرق شدگی

ب) حمل دو نفره

۱- حمل زنبه ای : برای مصدوم بیهوش که آسیب جدی نداشته باشد

۲- حمل صندلی : برای استفاده در راهروهای تنگ و راه پله ها به کار می رود

۳) حمل مچی (دو مچ ، سه مچ و چهار مچ) : برای مصدومی که آسیب جدی مخصوصاً در ستون فقرات نداشته باشد

ج) حمل گروهی

۱- حمل آغوشی : امدادگران در یک طرف مصدوم و کنارهم نیمه نشسته قرار می گیرند

۲- حمل زیگزاکی : امدادگران در دو طرف مصدوم روبروی هم به صورت یک در میان نیمه نشسته قرار می گیرند

د) حمل با برانکا رد

۱- آماده: چرخ دار، قابل حمل، مخصوص پله ها، قاشقی، سبدی، قابل انعطاف و تخته پشتی کوتاه و بلند،

۲- دست ساز: در صورتی که برانکارد آماده در دسترس نباشد با امکانات موجود در صحنه آسیب مانند چوب، پتو، طناب وپیراهن برانکارد دست ساز تهیه می شود.

عوامل مؤثر در ا نتحاب نوع حمل

۱- وضعیت جسمانی مصدوم با توجه به نوع آسیب

۲- وضعیت روحی و روانی مصدوم

۳- وزن مصدوم

۴- مسافت تا محل مورد نظر

۵- تعداد افراد کمک دهنده

۶- وسائل و امکانات موجود

۷-آمادگی جسمی کمک دهنده

روش بلند کردن یک نفره آسیب دیده هوشیار

۱- بالای سر او قرار می گیریم

۲- دو دست را زیر کتف او قرار می دهیم

۳- مصدوم را می نشانیم

۴- دو دست را از بغل او رد کرده و دور سینهٔ او قفل می نماییم

۵- آهسته او را بلند کرده و به حالت ایستاده نگه می داریم

نکات قابل توجه درحمل بابرانکارد

۱- درزمین های مسطح وصاف پاهای آسیب دیده جلو و سراوعقب می باشدتا نفریا نفرات پشت سرشاهد تغییروضعیت او باشند

۲- در زمین مسطح وناهموار سعی شودبرانکارد همیشه حالت افقی داشته باشد.

۳- درسراشیبی دست های نفر یانفرات جلو بالاتر ودست های نفریانفرات پشت سر پائین ترباشند تاحالت افقی داشته باشد.

۴- درسربالایی دست های نفر یانفرات جلو پائین ترودست های نفر یا نفرات پشت سر بالا ترباشند تاحالت افقی داشته باشد.

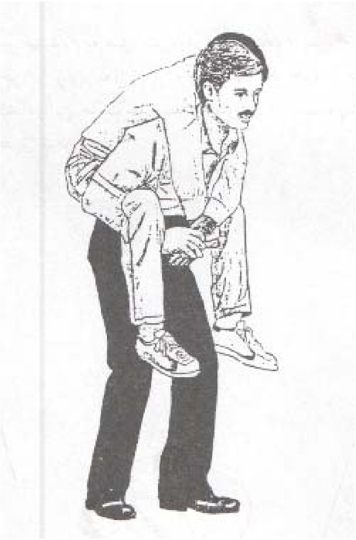
۵- درعبور ازتونل ها ویا مکان هایی که احتما ل ریزش دارند ابتدا قسمت سرآسیب دیده خارج می گردد.

۶- فردی که مشکل نخاعی دارد حداقل با۴ نفربه روی برانکارد منتقل شود.

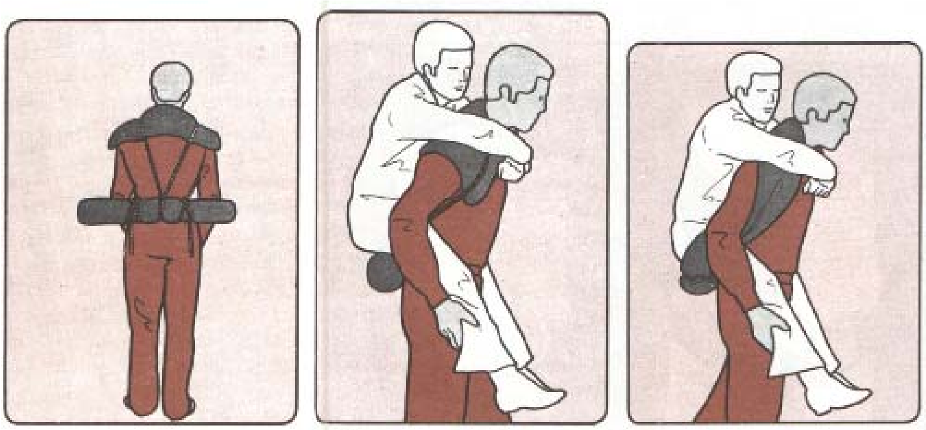
۷- برای انتفال آسیب دیده بامشکل نخاعی برروی برانکارد، نباید اورا بیشتراز۲۰سانیمتراز زمین بلند کنند.

۸- برای حمل و انتقال مصدوم به آمبولانس ابتدا سر مصدوم وارد آمبولانس می شود .

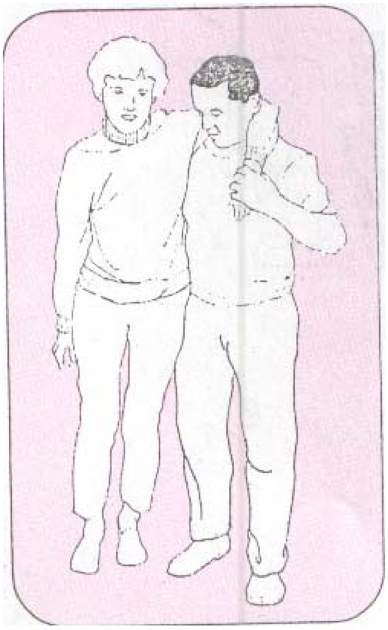
حمل کولی



حمل یک نفره با کنده



حمل عصایی



حمل سینه خیز

حمل یک دست و یک پا

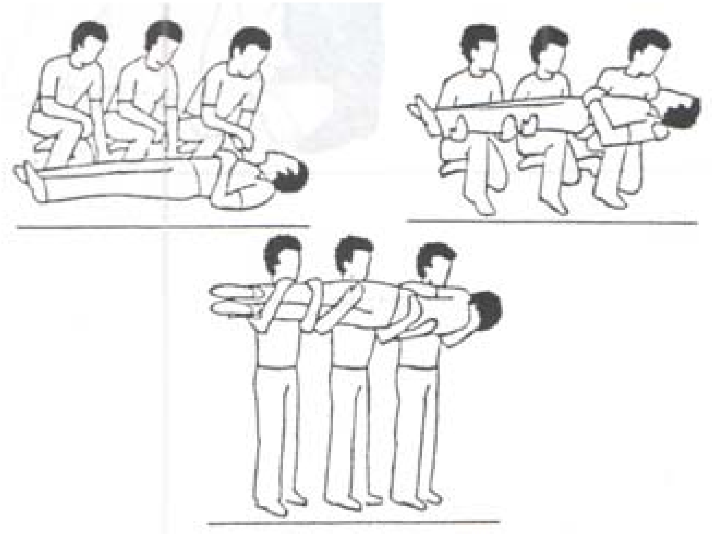
حمل صندلی

حمل زنبه ای

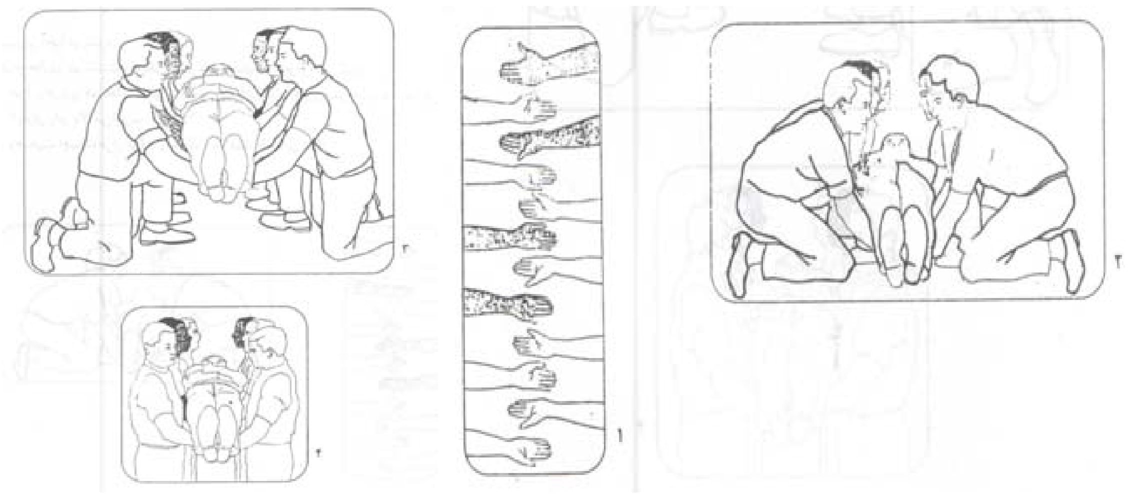
حمل دو مچ

حمل چهار مچ

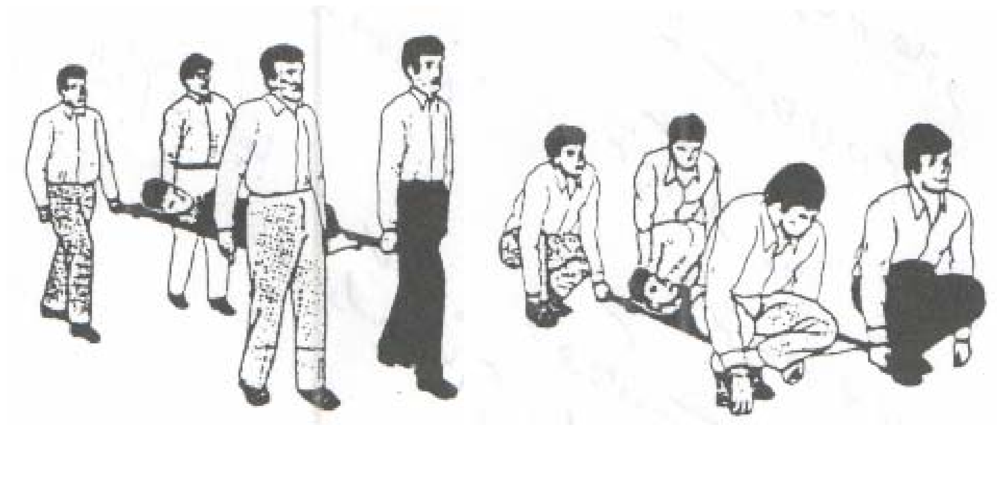
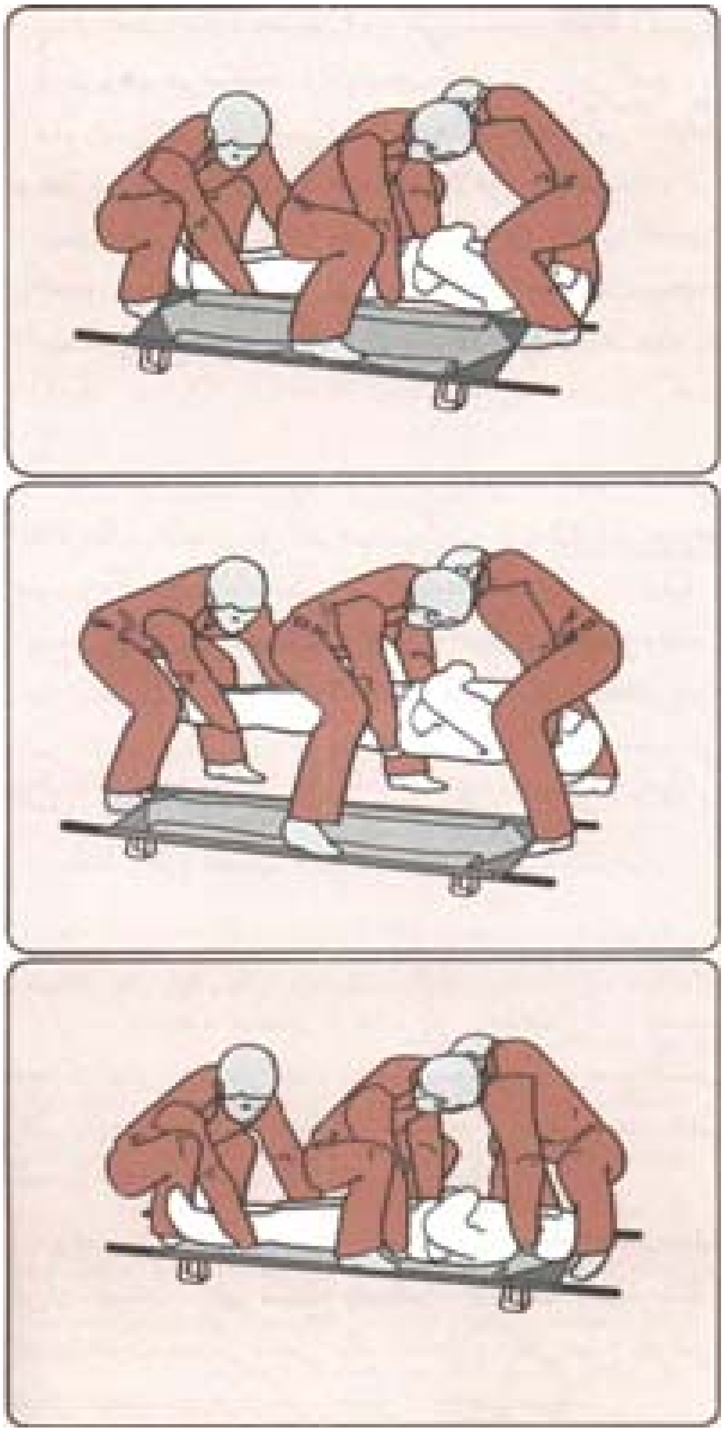
حمل گروهی آغوشی



حمل زیگزاگی



حمل چهارنفره با برانکارد



انتقال آسیب دیده روی برانکارد