

کمک های اوّلیه

تقدیم به چریک فدائی خلق

رفیق شهید چنگیز قبادی



انتشارات چریکهای فدائی خلق ایران

شهریور ۱۳۵۹

کمک‌های اولیه



ش خلق ایران

کمک‌های اولیه

چریک‌های فدائی خلق ایران

به خاطره

چریک فدائی خلق

رفیق شهید جنگیز قبادی

تقدیم میشود

با ایمان به پیروزی راهمان
چریکهای فدائی خلق ایران شهریورماه ۱۳۵۹

مقدمه :

اکنون در تمام گوشه و کنار ایران آتش عصیان زبانه میکشد . خلقهای تحت ستم ما به تجربه دریافته‌اند که جمهوری اسلامی نمیتواند جوابگوی نیازهای تاریخی آنها باشد . آنها آشکارا می‌بینند که نتیجه آنهمه جانفشانی‌ها و فداکاریها چیزی جز جمهوری اسلامی نشد . و این همان جمهوری است که آشکارا در مقابل خلقهای تحت ستم ایستاده و آنها را سرکوب میکند . هم‌اکنون زد و خورد های پراکنده در گوشه و کنار ایران جریان دارد . اما به غیر از این وقایع پراکنده ، کردستان کانون جنگ انقلابی و نمایش تمام عیار سیاست ضد خلقی جمهوری اسلامی است . انقلابیون ایران وظیفه دارند تمام وسائل و امکانات لازم را برای پیشبرد جنگ حق طلبانه خلق کرد ، و شکست جنگ غیرعادلانه جمهوری اسلامی فراهم آورند .

" کمکهای اولیه " از زمره تجربیاتی است که هم برای آنهاست که مستقیماً در جنگ شرکت دارند ، و هم برای آنهاست که بنحوی از آنها در محیط جنگ قرار میگیرند ، لازم است .

جزوهای که در مقابل شماست ، میخواهد با زبانی ساده در آموزش " کمکهای اولیه " سهمی ایفاء کند . امیدواریم که مؤثر و مفید افتد .

جریکهای فدائی خلق ایران

چگونه به مصدومین و مجروحین کمک کنیم

تعریف - کمکهای اولیه، یعنی آن دسته از اقداماتی که افراد عادی برای مجروحین و مصدومین می‌توانند انجام دهند که از مرگ، آنها را یا شدت یابی ضایعه‌شان جلوگیری کنند تا آنها را به یک مرکز درمانی یا بیمارستان انتقال دهند، در اینجا منظور از افراد عادی، افراد غیرپزشک و متخصص و منظور از اقدامات، کمکهای فوری و حیاتی است.

بررسی زنده بودن مصدوم: قبل از تصمیم به هرگونه کمکی به یک مصدوم باید بدانیم او زنده است یا نه، چه فایده‌ای دارد که ما تلاش سخت و جانفرسا برای کمک به یک جسد کنیم، مهمترین علائمی که دال بر زنده بودن بیمار است، تنفس، نبض، رفلکس مردمک و درجه حرارت بدن و سپس فشار خین و صدای قلب اوست.

۱ - تنفس - تنفس از علائم مهم حیات یک شخص است. کسی که نفس نمی‌کشد زنده نیست، اگر کسی تا ۱۰ دقیقه نفس نکشد، اول مفزای و بعد بتدریج بسیاری از اعضای حیاتی بدن او از کار می‌افتد، تعداد تنفس یک شخص سالم بالغ بطور متوسط ۱۶ بار در دقیقه است که هنگام تب و فعالیت عضلانی زیاد و در بعضی بیماریها از نظر عمق و تعداد و فواصل مختل میشود، تنفس بیمار را میشود با گرفتن یک شئی بسیار نازک مثل پریا ورقه کاغذ نازک در جلو دهان فهمید (اگر بسیار ضعیف باشد)، در غیر این صورت حرکات شکم و قفسه سینه دال بر نفس کشیدن بیمار است، تنفس نباید صدادار باشد، در این صورت باید به باز نبودن راههای تنفسی شک کرد و از مصدوم معاینه دقیق‌تر نمود.

۲ - نبض - نبض ادامه ضربان قلب است که به سرخرگها منتقل میشود و میتوانیم آنها را در سرخرگهایی که سطحی هستند حس کنیم، مثل شریان (زنداعلی)

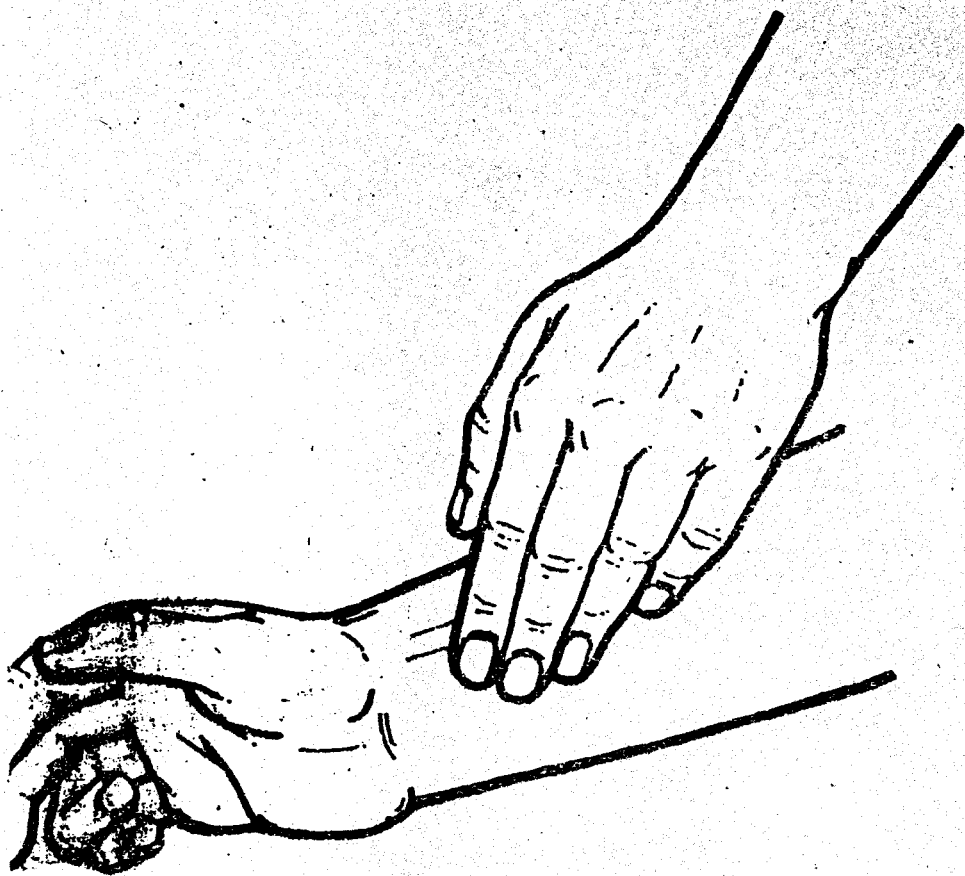
که در سطح قدامی مچ دست در طرف مخالف شست دست حس می‌شود. برای جلوگیری از اشتباه بهتر است با سطح شکمی سه انگشت اول و دوم و سوم آنرا لمس کنیم (ش ۱)؛ دیگر نبض سرخرگ درشت نی خلفی در پشت و یائین قوزک داخلی باست و دیگر شریان رانی درست در چین بین ران و شکم و شریان سبات در گردن است.

تعداد طبیعی نبض در افراد بالغ در موقع استراحت بین ۷۰ تا ۸۰ در دقیقه است که این تعداد هنگام فعالیت عضلانی، هیجان، تب، بیماریهای مختلف بالا می‌رود و در بعضی بیماریهای قلبی کم می‌شود. آنچه در این بحث به درد ما می‌خورد توجه به تعداد نبض از نظر بالا بودن و ضعیف بودن و سطحی بودن آن است که در شوک های ناشی از خونریزیهای شدید دیده می‌شود. اگر نتوانیم در نقاط مختلف نبض بیمار را حس کنیم، باید در زنده بودن او شک کنیم و به جستجوی سایر علائم حیات بپردازیم.

۳- امتحان مردمک مصدوم نیز مهم است، تنگ و گشاد شدن آنها هنگام تاباندن نور چراغ دستی به چشم دلیل زنده بودن مصدوم و گشاد بودن و ثابت بودن آن دلیل مرگ مصدوم است، در صورت مرگ اگر چشم مصدوم باز باشد قرنیه نیز سرعت کدر می‌شود.

۴- حرارت بدن، انسان زنده درجه حرارت بدنش در سردترین درجات و گرمترین درجات هوا ثابت و برابر ۳۷ درجه سانتیگراد است، سرد بودن بدن مصدوم و برابر بودن درجه حرارتش با محیط دلیل مرگ است.

۵- هنگامیکه به مرگ مصدومی مشکوک هستیم، اگر وسیله در اختیار داشته و قادر به استفاده از آن باشیم، میتوانیم با امتحان قلب و فشار خون مصدوم در مورد آن نظر دقیق‌تر بدهیم، مصدومی که مرده باشد صدای قلبش با گوشی در پنجمین فضای بین دنده‌های چپ شنیده نمی‌شود و فشار خورش هم درجه‌ای را نشان نمی‌دهد.



محل گرفتن نبض در مچ

(شکل ۱)

قبل از انجام هر کاری برای مصدوم و مجروح کسی که وظیفه کمک به او را به عهده می‌گیرد باید نکات زیر را رعایت کند:

باید کاملاً خونسرد باشد، دست پاچه نشود، کارهای بیهوده که وقت را تلف کند انجام ندهد، به محیط کاملاً مسلط باشد، دستورات قاطع بدهد و تسلط خود را به بیمار و اطرافیانش حفظ کند، اگر بیمار بهوش است، او را دلداری و قوت قلب دهد، اطرافیانی را که از روی دلسوزی یا ترس و وحشت شلوغ می‌کنند و باعث هراس بیشتر بیمار می‌شوند از دور و بر بیمار دور کند و آنها را قانع کند که به عوض کارهای بی‌اثر و وقت تلف کن به او و به بیمار کمک کنند. کمک کننده باید با یک نظر اجمالی دریابد که بیمار در چه حالتیست و چگونه باید به او کمک کرد. تشخیص وضع اولیه مصدوم در کمک به او بی‌نهایت مؤثر است. به عنوان مثال بیماری را که از ناحیه شکم مجروح شده است و روده‌هایش بیرون ریخته، کمک‌کننده بیهوده با دست و پای او ور برود و قتش را تلف می‌کند اگر در نظر اول متوجه شود که به تنهائی نمی‌تواند مؤثر باشد از میان اطرافیان مصدوم افرادی غیر از نزدیکان بیمار را برای کمک به کار بگیرد و سعی کند افراد بیقرار و مشوش را دنبال کارهایی در مورد کمک به بیمار بفرستد مثلاً یکی را برای آوردن ملانف، یکی را برای آوردن پتو، یکی را برای تهیه وسیله نقلیه بفرستد، اگر آنها را واقعا و به فوریت برای آماده کردن لوازم ضروری بفرستد که با یک تیر دو نشان زده است، هم آنها را از بالین مصدوم دور کرده و هم وسائل مورد لزوم را زودتر فراهم کرده است.

اقدام مهم دیگر این است، اگر مصدوم در فضای باز و بدون استحفاظ است او را به محل امن خلوت و دارای سرپناهی برسانید، بطریق مختلف میشود بیمار را از محل حادثه دور کنید و باید دقت کنید که نگذارید بیمار خودش روی پاهایش بایستد مگر اینکه واقعا صدمه‌ای ندیده و صرفاً ترسیده باشد و انتخاب نوع روش

برای حمل بیمار بستگی به آسیب وارده به وی دارد که بسته به زیرکی کمک کننده است که صدمه را تشخیص بدهد و روش مناسب انتقال او را از محل حادثه انتخاب کند، هرگونه حرکت نامناسب ممکن است به آسیب ثانوی و بدتر شدن وضع مصدوم بیانجامد. اگر بیمار کم جثه و سبک است و کمک کننده یک نفر و قدرتمند است، می تواند او را روی دو دست بلند کند بترتیبی که یک دست زیر رانها و ثانوی بیمار و دست دیگر زیر پشت بیمار قرار گیرد (ش ۲).

اگر بیمار قوی و سبک و کمک کننده یک نفر است، اگر بتواند او را روی پشت حمل کند بترتیبی که شکم و سینه بیمار روی پشت کمک کننده قرار گیرد و دستهای او از روی شانه کمک کننده توسط هر دو دست کمک کننده محکم گرفته شود (ش ۳). اگر کمک کننده نتواند بطریق بالا بیمار را حمل کند، میتواند از پشت او را بغل کند بترتیبی که دستهایش را از زیر بغل مصدوم گذرانده و او را عقب عقب بر روی نشیمنگاه روی زمین بکشد تا به محل امنی برساند.

برای اینکه در لحظات بحرانی هماهنگی افراد در انجام یک کار دقیقاً اجرا شود اگر چند نفر برای کمک به بیمار آمادهاند، بهتر است انتقال بیمار به یک نفر ورزیده محول شود مگر اینکه یک نفر واقفاً نتواند بیمار را حمل کند. بنابراین دو نفر هماهنگ میتوانند یکی هر دو دستش را زیر زانو و رانهای مصدوم و یکی هر دو دستش را زیر پشت بیمار پهن کرده از زمین بلند کنند و به محل در نظر گرفته شده ببرند. اگر بیمار بشدت آسیب دیده است مثلاً چند جای بدن او شکسته، بهتر است او را روی یک پتو بغلطانیم و دو نفر یا در صورت وجود افراد بیشتر، چهار نفر گوشه های پتو را گرفته از زمین بلند کنند و بیمار را انتقال دهند، در صورت وجود برانکار و یا یک تخته پهن شبیه یک لنگه درب، حمل بیمار مناسب تر است زیرا از خم و تاب شدن بدن بیمار و تشدید عوارض درنواحی شکسته جلوگیری میشود. در انتخاب محل بعدی برای بیمار باید وسواس بخرج نداد و مصدومی را که نمی دانیم در چه وضعی است بیخود برای یافتن محل مناسب تر سرگردان نکنیم، بلکه بیمار را به اولین و نزدیکترین محل مناسب در اسرع وقت انتقال دهیم، زیرا این آخرین و مناسبترین محل برای بیمار خواهد بود، بلکه محلی است برای کمک فوری و حیاتی به بیمار و مناسبترین و آخرین جایی که باید بیمار را به آنجا منتقل



(شکل ۲)



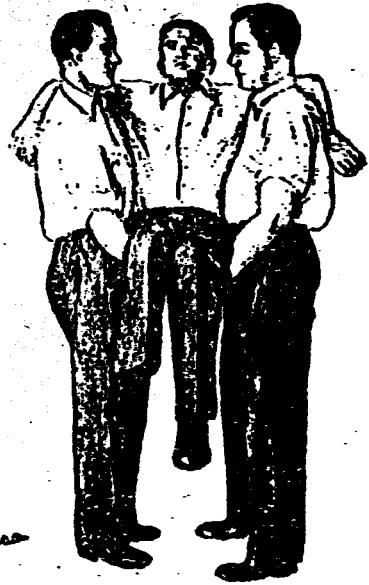
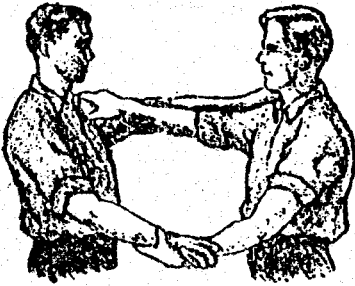
(شکل ۳)

کنیم بیمارستان است ، البته اگر هر دو عمل را بتوانیم در یک زمان انجام دهیم که از نظر پیش‌آگهی برای یک مصدوم ایده‌آل خواهد بود ، اما باین انگیزه نباید وقت حیاتی را برای نجات او به‌در دهیم .

طریقهٔ دیگر برای حمل دو نفرهٔ مصدوم اینست که یک نفر در جلو بین پاهای بیمار قرار می‌گیرد و بطریقی که پشتش بطرف شکم بیمار باشد و نفر دوم در بالای سر بیمار قرار می‌گیرد یعنی طوری که شکمش بطرف پشت بیمار باشد نفر جلو دستهایش را از خارج بداخل به زیر زانوهای مصدوم میبرد و نفر عقبی دستهایش را از زیر بغل بیمار رد کرده در جلوی سینهٔ او قرار میدهد و همزمان او را از زمین بلند می‌کنند .

طریقهٔ دیگر اینست که دو نفر در طرفین مصدوم قرار می‌گیرند ، دو دست مخالف خود را از جلو زیر زانو و ران مصدوم و دو دست مخالف دیگر را در پشت مصدوم بهم میدهند و بازوهای مصدوم که آزادند روی شانه‌های آنها تکیه می‌کند و بدین ترتیب هماهنگ او را از زمین بلند می‌کنند (ش ۴) . اگر مصدوم بشدت آسیب دیده و چند جای بدن او شکسته و مجروح است و افراد زیادتری برای کمک وجود دارند می‌شود توسط سه نفر حمل شود به این ترتیب که هر سه در کنار مصدوم به زانو می‌نشینند و یک نفر دستهایش را زیر گردن و شانه و نفر وسط دستهایش را زیر پشت و باسن و نفر سوم دستهایش را زیر ران و ساق بیمار پهن کرده با هم او را بلند می‌کنند ، و یا او را به همین وضع به محل مناسب‌تری می‌برند و یا او را زوی یک برانکار آماده یا یک تختهٔ پهن برای بردن به محل جدید منتقل می‌کنند ، برانکار را میشود با دو چوب بلند که یک پتو روی آن پهن کرده و گوشه‌هایش را بستماند یا به دور میلهٔ پیچانده‌ماند درست کرد (ش ۵ و ۶) .

وقتی بیمار را به محل امنی رساندیم ، کمک بعدی ما در بررسی وضع عمومی بیمار است که بسرعت باید او را از نظر گذراند و فوری لباسهای او را تا آنجا که ممکن است از تنش خارج کرد و اگر نشد باید فوراً با هر وسیله که مقدور است لباسهای زیر او را پاره و یا قیچی کرده از تنش درآوریم تا بهتر بشود وضع او را بررسی کرد . اگر هوا سرد باشد یا مصدوم در معرض جریان هوا و باد باشد باید از پوششهایی نظیر ملافه و پتو و یا لباسهای خود او برای پوشاندن وی استفاده کنیم ،

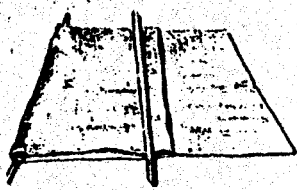


حمل مجروح بواسطة دو نفر

(شكل ٤)



(شکل ۵)



طرز تهیه برانکار بوسیله دو قطعه چوب و یک پتو

(شکل ۶)

در اینجا باید سرعت بیما را ارزشیابی کرد، آسیب او را تشخیص داد و درمان او را تا حدود امکان شروع کرد.

برای سهولت تصمیم گیری در مورد کمکی که می‌خواهیم به بیمار بکنیم طبقبندی زیر را به خاطر میسپاریم:

۱- مصدومین ساده بدون زخم و بدون شکستگی استخوان.

۲- مجروحین زخمی بدون شکستگی استخوان.

۳- مصدومین بدون زخم و با آسیب استخوان (شکستگی بسته) و مفصل، دررفتگی و ضرب دیدگی.

۴- مصدومین و مجروحین با زخم و شکستگی استخوان (شکستگی باز).

۵- مجروحین و مصدومین ناحیه شکم.

۶- مجروحین و مصدومین ناحیه قفسه سینه.

۷- مصدومین و مجروحین با ضربه جمجمه.

۸- مصدومین سوخته.

۹- مصدومین با گازهای سمی و خفگی آور (گازهای جنگی).

۱۰- سرمازدگی و گرم‌زدگی.

۱ - مصدومین ساده (بدون زخم و بدون شکستگی استخوان) :

مصدومین را طبق دستورات گفته شده به جای امنی رساندیم و او را معاینه کردیم و دیدیم که نه شکستگی دارد و نه زخم باز، بیمار بهوش است و با ما حرف میزند، چون اطمینانی به رویداد بعدی بیمار نداریم، ضمن آیام کردن و قوت قلب دادن باید از هر فرصت استفاده کرده و اطلاعات لازم را در مورد حادثهای که برای او رخ داده کسب کنیم و این در کمک های احتمالی ما خیلی مفید است زیرا بعید نیست که مصدوم مثلاً "ضربه شکمی خورده که بظاهر آثار و علائمی ندارد، اما طحالش بعلت آن ضربه پاره شده و چند دقیقه بعد شوک ناشی از خونریزی داخلی او را بکشد. بعنوان مثال لگد یک پلیس هنگام مقابله در تظاهرات که از روی لباس هیچ آثاری هم روی شکم بجا نمی گذارد، ولی می تواند موجب پارگی طحس یک نفر شود. یا ضربه چماق یک چماق دار به سر یک نفر که گلاسه سرش بوده و آثار ظاهری بجا نگذاشته، بعلت خونریزی داخل جمجمه بتدریج بیمار را بطرف بیهوشی ببرد. در اینجور موارد اگرچه بیمار ظاهراً احتیاج به کمک مهمی ندارد، بهتر است او را به بیمارستان منتقل کنیم تا با مراقبت مسئله خونریزی داخلی یا مغزی او منتفی شود، اگر حال بیمار خوبست و فقط در نواحی سفت بدن شبیه رانها و پشت سر ضربه خورده است برای جلوگیری از تورم و هونردگی بیشتر نواحی مذکور را کمپرس سرد می کنیم، با حوله آغشته به آب سرد یا تکه های یخ پیچیده در حوله، دستمال و یا از کیف آب یخ. سرد کردن ناحیه صدمه دیده، خصوصاً اگر در نواحی سخت روی استخوان باشد، بعلت انقباض و بستن مویرگهای پاره شده خونریزی را بند آورده از تورم بیشتر عضو جلوگیری میکنند. برای رفع درد از داروهای مسکن معمولی شبیه آسپیرین و نوالژین استفاده می کنیم و هرگز برای ساکت کردن درد، از گرم کردن ناحیه مصدوم استفاده نمی کنیم زیرا باعث

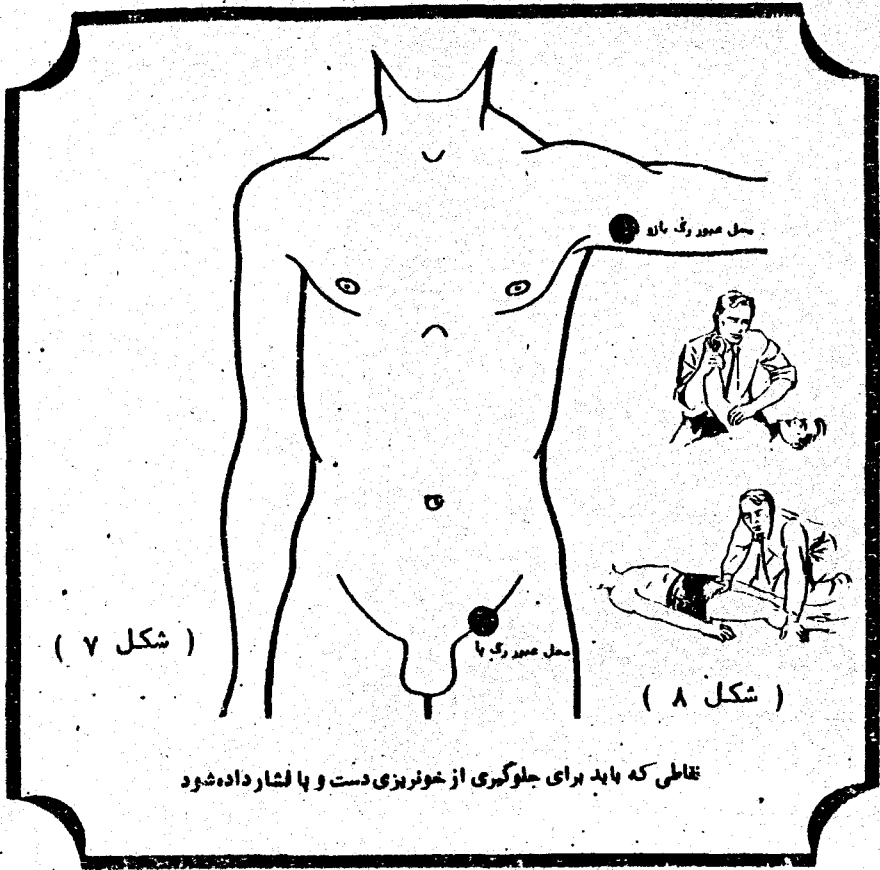
تشدید خونریزی و زیاد شدن تورم میشود و هرچه تورم شدیدتر شود، درد بیمار نیز
بیشتر خواهد شد.

۲ - مجروحین زخمی بدون شکستگی استخوان :

زخم بیمار اگر سطحی باشد آنرا ضد عفونی کرده و موقتاً می‌بندیم ، و اگر عمیق باشد و خونریزی شدید داشته باشد ، اقدام مهم و اولیه بند آوردن خونریزی عضو است بهر ترتیب ، اگر توانستیم بعد از ضد عفونی با یک بانداژ نسبتاً محکم تا حدی که باعث قطع خون عضو نشود ، خونریزی را بند می‌آوریم ، اگر زخم وسیع و عمیق باشد ، با فرو کردن گاز و یاند (اگر استریل باشد بهتر است) شکاف را پر کرده و بانداژ می‌کنیم و اگر گاز و یاند در دسترس نبود ، با هر نوع پارچه‌ای حتی پیراهن خود بیمار ، زخم را پر کرده و می‌بندیم . مسئله مهم در اینجا جلوگیری از خونریزی و نجات حیات بیمار است ، عفونت بعدی ، مسئله قابل کنترلی است و احتمال مرگ بیمار به علت آن بسیار ضعیف‌تر است .

اگر یکی از اندامهای بیمار پارگی عمیق و له شدگی وسیع داشته باشد مثلاً" پا و دست بیمار و نتوانیم با بانداژ و کمپرس خونریزی را بند آوریم ، عضو مصدوم را بالاتر از ناحیه صدمه دیده محکم می‌بندیم ، با طناب یا یک لوله نازک لاستیکی ، با یک دستمال ظریف یا یک کراوات یا در صورت نبودن هیچکدام با مقداری از پیراهن بیمار ، باید عضو را طوری ببندیم که خون شریانی آن بند بیاید ، در غیر این صورت ورید بسته میشود اما شریان کار خودش را می‌کند و خونی که به عضو میرسد راه برگشت ندارد ، هم خونریزی و هم تورم عضو شدیدتر میشود . قابل دقت است که باید ساعت دقیق بستن عضو (کارو) را بیاد داشته باشیم . برای دست ، $1/5$ تا 2 و برای پا 2 تا $2/5$ ساعت میتوانیم از این بستن (کارو) استفاده کنیم ، اگر فاصله زمانی انتقال بیمار به بیمارستان بیشتر از این مدت است باید کارو را باز کنیم و حداقل 10 دقیقه اجازه بدهیم که خون به عضو برسد و مجدداً آنرا ببندیم ، در غیر این صورت عضو به علت نرسیدن خون واختلال

تغذیه می‌میرد و به کلی از دست می‌رود، در درجات حرارت زیر صفر آسیب ناشی از شریان بند، احتمالش بیشتر است لذا در این صورت باید بیش از چند دقیقه از آن استفاده نکرد، اگر فاصله محل حادثه تا بیمارستان کم باشد حتی با گذاشتن انگشت روی محل خونریزی یا نقاط مخصوصی که شریان عضو از آنجا رد می‌شود، می‌توانیم از ادامه خونریزی جلوگیری کرده، بیمار را به بیمارستان برسانیم (ش ۷ و ۸).



(شکل ۷)

(شکل ۸)

نقاطی که باید برای جلوگیری از خونریزی دست و پا فشار داده شود

۳ - مصدومین بدون زخم یا آسیب استخوان (شکستگی بسته) (*) و مفصل (در رفتگی) :

این مصدومین زخم ندارند، اما دچار شکستگی یک یا چند استخوان هستند که باید بهمان توجه کرد. ابتدا باید عضو شکسته را تشخیص داد، آنهم فقط با معاینه باین ترتیب که عضو شکسته، تغییر شکل میدهد، محل ضربه متورم و دردناک است، حرکت دادن عضو چه توسط شخص معاینه کننده و چه توسط خود بیمار دردناک است، عضو کار معمولیش را نمیتواند انجام دهد، تورم عضو بعلت خونریزی است، خونریزی ذراتر شکستگی بعضی اندامها مثل ران بحدی است (۱/۵ الی ۱ لیتر) که ممکن است مصدوم را دچار شوک کند، کمک مؤثر در این مورد بیحرکت کردن عضو شکسته و دادن یک مسکن به مصدوم و رساندن اوبه بیمارستان است.

برای بیحرکت کردن اعضای مختلف اقدامات زیر را انجام میدهیم :

۱ - در شکستگی بعضی استخوانها مثل کتف، لگن و دندهها، بیحرکت کردن و مواظبت آسان است یا بانداژ ساده کفایت می کند، در شکستگی متعدد دنده ها قسمت تحتانی قفسه سینه را (بعلت تحرک بیشتر) نوار بندی می کنیم و در شکستگی متعدد لگن باید در روی تخت بیمارستان هر دو پای بیمار را به کشش بگذاریم، لذا رساندن فوری بیمار به بیمارستان ضروری است، دقت مهمی که در مورد این بیماران باید بکنیم اینست که هرچه زودتر بیمار را وادار به ادرار کردن کنیم، در صورتی که قادر به این کار نباشد یا ادرار خونی یا صرفاً خون از مجرای

(*) - منظور از "شکستگی بسته" آن دسته از شکستگیهایی هستند که پوست روی

محل آسیب دیده پاره نشده و زخم ایجاد نگزیده است.

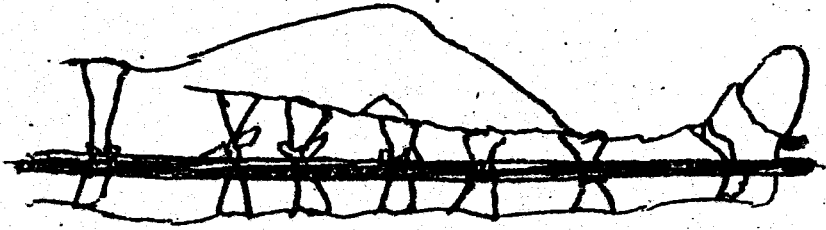
ادرار دفع کند، بیمار دچار پارگی منانده یا قطع مجرای ادرار شده است که باید اقدامات اختصاصی در باره اش انجام دهیم.

۲- برای شکستگی اندام تحتانی از زانو به پائین، از سه تکه تخته پهن استفاده می‌کنیم یکی را زیر و دوتا را در طرفین عضو می‌گذاریم بحدی که زانوی بیمار را هم در میان بگیرند، سپس حد فاصل آنها را با عضو شکسته با پنبه یا تکه پارچه یا البسه خود بیمار پر میکنیم سپس آنها را با یک طناب نازک یا چند دستمال یا چند کراوات یا چند نوار بریده شده می‌بندیم و بدینوسیله عضو شکسته را ثابت می‌کنیم و بیمار را به بیمارستان منتقل می‌کنیم، اگر سه تکه تخته پیدا نشد فقط با یک قطعه که زیر عضو قرار می‌دهیم بیحرکتی را ایجاد می‌نمائیم، باید دقت کنیم که همیشه برای ثابت کردن یک عضو شکسته دو مفصل مجاور ناحیه شکسته را بیحرکت کنیم مثلاً اگر ساق پا شکسته باید بیحرکتی شامل مچ پا و زانوی مصدوم بشود (ش ۹ و ۱۰).

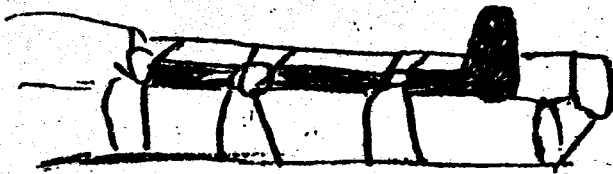
۳- برای شکستگی اندام تحتانی از زانو ببالا، باید بهمان ترتیب مفصل زانو و مفصل ران طرف مصدوم را بیحرکت کنیم، باز از همان قطعات چوب پهن و بانداز استفاده می‌کنیم، برای بیحرکت کردن مفصل ران چوب کنار خارجی پا را تا محاذات سرین بالا می‌بریم و بالکن طرف مقابل را بانداز می‌کنیم بطوریکه در نهایت ران بروی شکم خم نشود و زانو هم تا نشود، اگر تخته پهن پیدا نشد از سه قطعه چوب باریک هم میتوانیم استفاده کنیم و در همان وضع عضو را بیحرکت کنیم و اگر سه قطعه تخته هم پیدا نشد با یک قطعه که آنها پشت ران قرار داده تا سرین و پشت بیمار را هم بگیرد بانداز می‌کنیم.

۴- برای شکستگی انگشتان و استخوانهای کف و مچ دست، دست مصدوم را روی یک ورقه پهن چوبی یا فلزی یا مقوایی میکذاریم و تا بالای مچ بانداز و بیحرکت می‌کنیم و برای جلوگیری از تورم، دست بیمار را بطرف بالا بگردنش می‌آوریم.

۵- برای شکستگی ساعد، باید مفصل مچ و آرنج را بیحرکت کنیم که باز از همان وسائل چوبی منتها ظریفتر استفاده می‌کنیم و در صورت نبودن تخته پهن از سه چوب ظریف یا سه میله فلزی ظریف که بتوانند همان کار را انجام دهد



شکل ۹ - طرز ثابت کردن ران شکسته - برای ثابت کردن ساق شکسته بهمین ترتیب عمل میکنیم، با این تفاوت که چوبهای ثابت کننده را کوتاهتر انتخاب میکنیم.

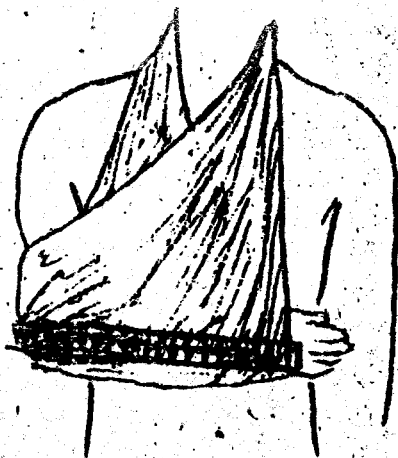


شکل ۱۰ - طریقه دیگر ثابت کردن ساق شکسته با تخته پهن و دستمال.

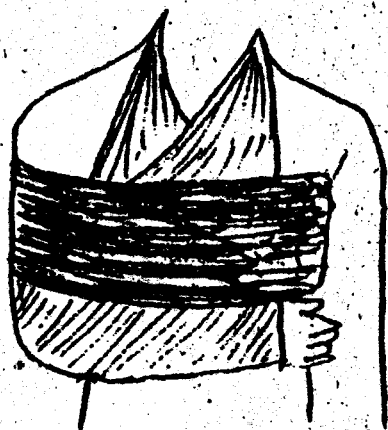
میتوان استفاده کرد، و ساعد را بگردن بیمار می‌آویزیم در صورت ضرورت با یک قطعه چوب هم که کنار ساعد فرار می‌دهیم می‌توانیم ساعد را بانداز کنیم. برای شکستگی بازو اگر وسائلی شبیه بالا نیافتیم بازو را به تنه مصدوم چسبانده و بانداز می‌کنیم، با هر وسیله‌ای، حتی البسه خود بیمار هم می‌توانیم این کار را انجام دهیم. در حالیکه ساعد بیمار را هم رو به بالا به تنه بانداز کرده یا بگردن آویزان می‌کنیم (ش ۱۱ و ۱۲).

۶- در شکستگی ستون فقرات تنها کمک مؤثر به مصدوم، بی‌حرکت نگاهداشتن او بزرگ بستر سخت چوبی است، از حمل بیمار بوسیله پتو باید خودداری کرد و نیز حمل او با بدوش گرفتن و غیره، زیرا هرگونه حرکت ممکن است باعث قطع نخاع (اگر بطلت ضربه اصلی قطع نشده باشد) شده و برای همیشه بیمار را فلج کند، طرز بلند کردن بیمار با صدمه ستون فقرات باین ترتیب است که دو یا سه نفر، همزمان دستهای خود را از زیر باسن و پشت و کمر مصدوم رد کرده با هم بلندش کرده و روی وسیله چوبی یا بداخل وسیله نقلیه می‌گذارند، اگر فرصت کافی و وسیله در دسترس باشد با حوصله میشود یک برانکار در محل، برای مصدوم باین ترتیب درست کرد و او را تا مسافتی دورتر منتقل کرد (ش ۱۳ و ۱۴). دو میله آهنی یا چوبی بلند باندازه قد بیمار در طرفین او که به پشت روی زمین درازش کرده‌ایم، میگذاریم و با تکه‌های طناب یا دستمال یا نوار پارچه مقاوم در چهار، پنج محل از زیر تنه و اندام بیمار دو میله را بهم وصل می‌کنیم و سپس بشیوه بلند کردن یک برانکار مصدوم را حرکت می‌دهیم یا می‌توانیم یک پتو روی زمین پهن کنیم و از دو طرف کنار پتو را دور میله‌ها بپیچیم تا عرض باقیمانده پتو باندازه یک برانکار شود سپس آنرا برمی‌گردانیم و بیمار را بطریقه حمل سه نفره، روی آن قرار می‌دهیم و منتقل می‌کنیم، بیمار با صدمه ستون فقرات را بهتر است بشکم روی وسیله حمل بخوابانیم، اگر فقرات گردنی بیمار شکسته باشد، باید از تکان دادن سر و گردن او خودداری کنیم و دو کسبه شنی یا دو بالشتک کنار سر و گردن او قرار دهیم و در صورت امکان آنرا از پیشانی ببندیم تا حرکت محدودتر شود و بیمار را منتقل کنیم.

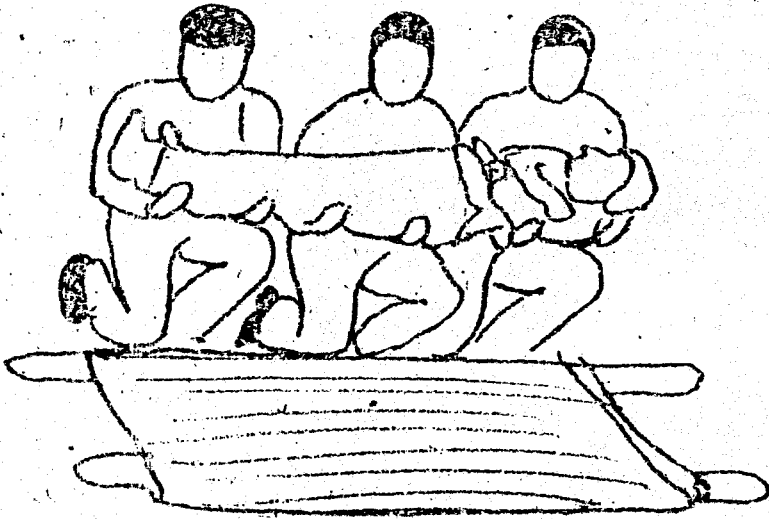
در همه موارد بالا برای جلوگیری از تورم، عضو مصدوم را بالا نگه‌داریم



شکل ۱۱ - طرز آویختن ساعد شکسته به گردن



شکل ۱۲ - طرز ثابت کردن بازوی شکسته - ساعد را به گردن
میاویزیم و بازو را به تنه میبندیم.



(شکل ۱۳)



شکل ۱۴ - طریقه حمل بیمار با شکستگی ستون فقرات .

و به بیمار یک مسکن از هر چه در دسترس هست می‌دهیم و او را به بیمارستان منتقل می‌کنیم. اگر چند عضو بیمار شکسته باشد برای هر کدام اقدامات فوق را اجرا می‌کنیم، برای بیماران با چند شکستگی یا شکستگی بزرگ مثل ران و لگن که دچار شوک هستند یا خواهند شد درمان ضد شوک هم بر طبق دستوراتی که بعداً داده میشود انجام می‌دهیم.

۴- مصدومین و مجروحین بازخم باز و شکستگی استخوان (شکستگی باز) (*):

با این بیماران بر طبق موارد ۲ و ۳ عمل خواهیم کرد با توجه به این که همیشه اولویت با رسیدگی به زخم بیمار و بند آوردن خونریزی اوست، سپس اقدام به بیحرکت کردن شکستگی او میکنیم، هنگام توجه به زخم باید در شستن و نظافت زخم و خارج کردن اجسام خارجی تا حدود امکان دقت کنیم و اگر سر استخوان بیرون است سعی نکنیم آنرا ضد عفونی نکرده بداخل زخم ببریم زیرا موجب بردن عفونت بدرون و عمق عضو میشود. بهتر است پس از شستشو و ضد عفونی لازم با یک گاز یا باند یا دستمال تمیز روی آنرا پوشانده کارهای بعدی را شروع کنیم.

(*) - منظور از "شکستگی باز" آن دسته از شکستگیهایی هستند که پوست روی محل ضایعه نیز پاره و له و زخم شده است.

۵- مجروحین و مصدومین ناحیه شکم :

ممکن است ضربهای به ناحیه شکم خورده باشد که کوچکترین علامت خارجی بجای نگذاشته باشد مثل لگد یک پلیس که از زوی لباس بشکم خورده باشد و موجب پارگی یکی از احشای داخلی مثل طحال و کبد یا معده و روده شده باشد. در اینصورت بیمار درد شدید دارد و بعلت خونریزی داخلی کم کم حالت ضعف پیدا می کند و دچار شوک می شود، هیچ کمکی برای این بیمار مؤثرتر از آن نیست که بهر وسیله او را به بیمارستان منتقل کنیم، حالت شوک او که عبارتست از رنگ پریدگی، عرق سرد، نبض ضعیف و تند و حالت گیجی و ضعف، اگر تنها بعلت درد شدید ناشی از ضربه باشد پس از چند دقیقه استراحت و آرامش رفع می شود، ولی اگر بعلت خونریزی داخلی باشد لحظه به لحظه شدیدتر می شود، اگر دستگاه فشارسنج در اختیار و قابل استفاده باشد می بینیم اول فشار خون بعلت مقاومت و رفلکس بدن بالا می رود و بعد از چندی سقوط می کند و این سقوط لحظه به لحظه ادامه می یابد. اگر بتوانیم تا رساندن بیمار به بیمارستان یک سرم به او وصل کنیم بسیار خوب است. از بلند کردن بیمار باید خودداری کرد، باید او را روی برانکاردر و بحالت خوابیده که پای او کمی بلندتر از سر باشد به بیمارستان منتقل کنیم.

اگر ضربه باعث پارگی شکم شده باشد بسته به شدت پارگی و وسعت آن باید به بیمار توجه کرد، پارگی ناشی از انفجار نارنجک و بمب باعث متلاشی شدن شکم می شود و امکان دارد حتی احشاء را نیز متلاشی کند. طبیعی است که بیمار بسرعت بعلت خونریزی زیاد وارد شوک می شود و در این هنگام بهترین کار اینست که اگر احشاء بیرون از شکم ریخته باشد آنها را بملايمت با کمک یک دستمال خیس بداخل شکم برگردانیم و یک دستمال یا حوله تمیز خیس (اگر دستمال یا حوله استریل وجود داشته باشد شانس بزرگی است) در مدخل پارگی روی احشاء گذاشته با یک ملافه

نهیز شکم را محکم بپیچیم و بیمار را به بیمارستان منتقل کنیم ، درمانهای اولیه شبیه تزریق یک مسکن یا وصل کردن یک سرم در صورت امکان به بیمار کمک می کند. باید توجه کرد در فاصله رساندن بیمار به بیمارستان چیزی به او نخورانیم زیرا این بیمار باید تحت عمل فوری قرار گیرد و بیهوشی عمومی احتیاج دارد و هرچه معده او خالی باشد بهتر است زیرا بعد از بهوش آمدن بیمار استفراغ می کند و اگر معده اش پر باشد مواد استفراغ شده ممکن است از راه تراشه بیمار را خفه کند، هنگام برخورد با چنین بیمارانی اگر خونریزی واضحی از سطح زخم به چشم می خورد با هر چه در دسترس هست ، پنس ، پانسمان فشرده و حتی فشار دادن و نگهداشتن انگشت بزوی آن باید خونریزی را کنترل کنیم .

۶ - مصدومین و مجروحین ناحیه قفسه سینه:

در اینجا نیز ضربه ممکن است باعث پارگی قفسه سینه نشده باشد. اما چون قفسه صدی توسط دندهها احاطه شده امکان شکستگی دندهها وجود دارد و دنده شکسته نیز امکان دارد باعث پارگی ریه و سایر اعضا داخل قفسه سینه مثل قلب و عروق بزرگ بشود. مهمترین نشانه در اینجا درد هنگام نفس کشیدن است، اگر ریه پاره شده باشد بعلت جمع شدن هوا در جدار بین ریه و قفسه سینه، ریه روی خود جمع شده و نفس تنگی به بیمار دست می دهد و بیمار با سرفه خلط خونی دفع می کند، اگر عروق بزرگ پاره شده باشد در جدار بین ریه و قفسه سینه خون هم جمع میشود و بیمار بسرعت وارد شوک میشود در اینجا هیچ کمکی جز رساندن بیمار به بیمارستان مقدور نیست و باید در این کار تعجیل کرد، در صورت امکان، دادن اکسیژن یا وصل کردن سزم و تزریق مسکن (غیر از مرفین) مفید است.

اگر قفسه سینه پاره (بعلت ضربه چاقو، سرنیزه، خنجر و غیره) یا متلاشی (بعلت اصابت نارنجک، بمب یا گلوله) و یا سوراخ (بعلت ورود گلوله) شده باشد در اینصورت صدای ورود و خروج هوا از محل پارگی شنیده میشود و تشخیص واضح می گردد، در اینجا باید زخم بیمار را تمیز کرده با یک دستمال یا حوله (اگر استریل باشد بهتر) روی محل آنرا تا حدودی محکم بانداز کرده بیمار را به بیمارستان منتقل کنیم، در ضربه قفسه سینه با شکستگی بدون عارضه یک یا چند دنده فقط بانداز ساده و استراحت و تجویز مسکن برای بیمار کافی است، ولی اگر دنده از چند جا شکسته بهتر است بیمار را به بیمارستان برده نگهداری و کنترل کنیم.

۷ - مصدومین و مجروحین با ضربه جمجمه:

ضربه جمجمه ممکن است باعث پارگی در پوست سر بشود زیرا پوست سر بین دو جسم سخت، یعنی آلت کوبنده و استخوان جمجمه قرار گرفته پاره میشود در اینصورت با پارگی سر مثل هر زخم دیگر عمل می‌کنیم، اما شدت ضربه گاهی علاوه بر پارگی در پوست سر باعث شکستگی جمجمه هم می‌شود که این شکستگی اگر در سطح جمجمه باشد باعث خونریزی بطرف خارج و داخل یعنی زیر استخوان می‌شود خونریزی خارجی را با بانداز کنترل می‌کنیم، ولی خونریزی زیر استخوان که کم کم بعلت تجمع روی مغز فشار می‌آورد باعث آسیب مغزی و بیهوشی می‌گردد، گاهی تکه‌های شکسته استخوان بداخل مغز فرو میرود که هرچه زودتر باید آنها را خارج کرد و این مسئله باید حتماً در اطاق عمل و توسط جراح و در صورت امکان جراح مغز انجام گیرد، ضربه جمجمه گاهی بدون بجا گذاشتن آثار خارجی باعث شکستگی قاعده جمجمه میشود که علامت آن خونریزی از گوش یا بینی یا دهان بیمار است (در صورت اخیر باید استفراغ خونی را با آن اشتباه نکرد). گاهی تکان خوردن نیز بعلت ضربه بدون خونریزی خارجی یا خونریزی از قاعده جمجمه، باعث گیجی و بیهوشی می‌شود، البته گاهی این بیهوشی با تأخیر عارض میشود و حال اولیه خوب بیمار ممکن است ما را فریب دهد و از او غافل شویم لذا هر بیماری با عارضه ضربه جمجمه خصوصاً اگر هنگام ایراد ضربه ولو برای چند ثانیه بیهوش شده باشد باید تحت مراقبت حداقل تا ۲۴ ساعت قرار گیرد، مهمترین راهنمای ما در تشخیص بیمار با ضربه مغزی کنترل هوشیاری بیمار است که هر نیمساعت باید با سؤال و جواب با بیمار بآن توجه کرد.

بطور کلی به علائم زیر در بیماران ضربه مغزی باید توجه کرد:

۱ - ممکن است بیمار پس از یک مدت کوتاه بیهوش شدن مجدداً بیهوش آید،

حتی برای بیافتد، باین مسئله نباید اعتماد کرد و باید بیمار را تحت مراقبت قرار داد، بسیار احتمال دارد که بیمار مجدداً بحالت اغما بیفتد.

۲- بیمار ممکن است بلافاصله پس از ضربه بیهوش شود و دیگر بیهوش نیاید این بعلت شدت و پیشرفت سریع ضایعه است.

۳- خونمردگی در زیر چشمها دلیل شکستگی جمجمه است.

۴- سرگیجه، استفراغ و تشنج در ضربه جمجمه علامت بدی است که در صورت وجود گیجی و اغما باید از وارد شدن مواد استفراغ آور بداخل مجاری تنفسی و خفگی بیمار جلوگیری کرد.

۵- خونریزی از گوش یا بینی و یا جاری شدن مایع مغزی نخاعی (مایعی شبیه آب) دلیل شکستگی قاعده مغز است.

۶- گشاد شدن مردمکها و عدم جواب آن به نور (در حالت طبیعی هنگام تاباندن نور مردمک تنگ میشود) دلیل خونریزی مغزی است.

۷- بالاخره کاهش هشیاری بیمار خصوصاً اگر پیشرونده باشد مهمترین دلیل آسیب مغزی است.

۸- در صورت تداوم و ثبوت ضایعه مغزی بر حسب محل آن بیحسی ها و فلج‌هایی دیده میشود که باید توسط متخصص جستجو و مورد دقت قرار گیرد، بسیاری از علائم بالا دیررس است و کمک‌کننده اولیه بیمار نه قادر به کشف آنهاست و نه قادر به معاینه در خصوص آنها، چیزی که برای کمک‌کننده اول مهم است ضدعفونی زخم باز جمجمه، باز نگهداشتن مجاری تنفسی و انتقال سریع مجروح به بیمارستان است. باید توجه داشت که بیمار ضربه مغزی را سرپا نکه نداریم و او را روی تخت یا برانکارد بخواهیم، اما برای جلوگیری از خونریزی بیشتر بهتر است سر او را کمی بلندتر از تنه قرار دهیم و حتماً سر او را بیکطرف بچرخانیم تا اگر بیمار استفراغ کرد بخارج راه یابد و بداخل مجاری تنفسی او وارد نشود، خصوصاً توجه بداخل دهان بیمار مهم است زیرا ممکن است دندان مصنوعی و یا دندانهای سالم ولی شکسته و کنده شده بیمار مجاری تنفسی او را مسدود کند، لذا خارج کردن آنها ضروری است چون ضربه جمجمه اغلب همراه آسیب کردن بیمار هم هست، لذا باید در این موارد بگردن بیمار هم توجه کنیم. در صورت شکستگی

مهره‌های کردن از تکان دادن بی‌رویه کردن خودداری باید کرد زیرا اغلب این بی‌احتیاطی‌ها باعث آسیب شدید نخاع و فلج اندامهای بیمار می‌شود. بهر حال انتقال سریع بیمار به بیمارستان بهترین کمک به بیمار است، در طی این زمان اگر بتوانیم با تزریق مسکن، تجویز سرم و یا اکسیژن و یا تزریق داروهای ضد شوک به بیمار کمک کنیم کار مهمی انجام داده‌ایم.

۸- تصدومین سوخته:

خریق بعلت انفجار یا آتش سوزی عمدی یا بمباران هواشن اغلب موجب سوختگی شدید بدن می شود که گاه ضایعات گشوده ببار می آورد ، لذا کمک اولیه به بیماران سوخته حائز اهمیت است .

میدانیم هوا باعث سوختن و شعله ور شدن است ، لذا اگر هنگام وقوع حادثه بتوانیم هوای موضع سوخته را مسدود کنیم شعله خاموش میشود و سوختگی سطح عمق کمتری پیدامی کند ؛ برای اینکار تداپیر متعددی میتوانیم بپندیشیم . شخص سوخته خود میتواند اولین کمک کننده به خود باشد ، باید بلافاصله خود را در یک پتو یا لحاف یا ملافه بپیچاند ، اگر این وسائل در دسترس نبود باید دراز بکشد و خود را روی زمین بغلطاند ، اگر امکان دارد خود را در حوض یا رودخانه بیندازد ، شخص سوخته باید دست و پای خود را گم نکند و با چابکی لباسهای نایلونی و قابل اشتعال را از تن خود بیرون بیاورد . تمام اقدامات بالا را یک کمک کننده خونسرد و چابک نیز می تواند در مورد شخص سوخته اعمال کند .

کمک مرحله بعدی ، پس از استقرار سوختگی است ، و اولین کمک ، خارج کردن لباسهای بیمار در موضع سوختگی است ، سپس با محلول سرم نمکی (فیزیولوژیک) و اگر در دسترس نیست با محلولهای رقیق ضد عفونی دیگر شیه ساولون ، بتادین ، پرمنگنات و غیره میتوان محل سوخته را ضد عفونی کرد و اگر هیچکدام از این محلولها در دسترس نیست میتوان با حل کردن نمک معمولی در آب تمیز مواد کثیف خارجی را از سطح سوخته جدا و زخم را تمیز کرد و سپس در فرصت مناسب زخم را پانسمان کرد .

باید توجه داشت مالیدن هر گونه پماد روی سطح سوخته ، اشتباه و باعث دردسر بعدی خواهد شد (باید بزرجمت آنها پاک و تمیز کنیم) .

اگر سطح سوخته کم باشد، در صورت امکان از گازهای روغنی آماده برای پوشاندن سطح سوخته استفاده می‌کنیم و سپس آنرا با گاز استریل پوشانده و بانداز می‌کنیم، اگر سطح سوخته وسیع باشد و گاز روغنی و گاز استریل و باند به اندازه کافی در دسترس نباشد بهتر است پس از شستشو و ضد عفونی سطح سوخته را باز بگذاریم ولی باید توجه کرد که عضو سوخته را از معرض جریان هوا و گرد و غبار و تماس با لباس و اشیاء دیگر دور نگهداریم.

پس از انجام کمکهای اولیه بهتر است بیمار را در هر صورت به بیمارستان منتقل کنیم زیرا تراوش سرم از سطح وسیع سوخته باعث از دست رفتن آب و املاح بدن بیمار شده و او را در معرض خطر مرگ قرار می‌دهد، لذا باید بسرعت آب و املاح بدن بیمار را جبران کنیم و این کار در بیمارستان بیشتر مقدور است تا جاهای دیگر.

برای کمک بیشتر به بیماران سوخته دانستن اطلاعات زیر مفید است، سوختگی را از نظر عمق به درجات زیر تقسیم می‌کنند: درجه ۱ - که فقط اپیدرم (رو پوست) سوخته، پوست سرخ و پر خون است به علت آسیب انتهای اعصاب، محل سوخته درد و سوزش دارد. درجه ۲ - (سطحی) اپیدرم و طبقه سطحی لاپوست (درم) سوخته است، بنابراین از سطح سوخته سرم تراوش می‌کند گاهی طاوول وجود دارد، سوزش و درد هم وجود دارد. درجه ۲ - (عمقی) که اپیدرم و تمام ضخامت درم سوخته است، علائم بالا با شدت بیشتر وجود دارد. درجه ۳ - تمام ضخامت پوست و زیر پوست سوخته است (هیپو درم)، در اینحالت درد و سوزش در سطح و همچنین عمق سوخته وجود ندارد، تنها حاشیه سوختگی که با عمق کمتری سوخته است درد و سوزش دارد در اینحالت مویرگهای وریدی بکلی سوخته و بشکل خطوط سیاه باریک که خون داخل آنها سوخته و منعقد شده است در سطح سوخته دیده می‌شود. درجه ۴ - سوختگی علاوه بر تمام ضخامت پوست و زیر پوست اعضای زیرین پوست شبیه عضلات و استخوانهای را نیز شامل می‌شود.

در صورتی که فاصله محل حادثه تا بیمارستان دور است باید هر چه زودتر برای بیمار سرم ضد کزاز تزریق کنیم، بیمار سوخته اغلب استفراغ می‌کند که باید استفراغ او را با تجویز دارو بند بیاوریم یا هر چه زودتر به بیمار مایعات برای

جبران کمبود آب بدن او بخورانیم . اگر محل سوخته را بسرعت ضد عفونی کنیم یعنی بشوئیم و پانسمان تمیز کنیم بیمار ممکن است تا بهبود کامل به آنتی بیوتیک (داروی ضدمیکروب) احتیاج پیدا نکند .

اگر سطح سوختگی وسیع است و دسترسی به بیمارستان بزودی مقدور نیست و امکان کمک بیشتر وجود دارد ، بسیار مفید است که تجویز سرم و سایر جانشین - شونده های خون را برای بیمار شروع کنیم و درد او را تسکین دهیم .

۹- مجروحین با گازهای سمی و خفگی آور (گازهای جنگی) که این گازها به چند دسته تقسیم می شوند :

۱- گازهای خفه کننده که اغلب باعث خیز حاد ریه و خفگی می شود ، باید بیمار را مطلقاً بیحرکت کنیم ، او را بیوشانیم و به بیمارستان برسانیم . اگر مقدور باشد مقداری از بیمار خون بگیریم و به او اکسیژن بدهیم کمک بسیار مؤثری است .

۲- گازهای سوزاننده (طاولزا) که باعث سوختن پوست و مخاطها میشوند ، کمک اولیه عبارتست از دفع و شستشوی گاز از بدن باین ترتیب که لباسهای بیمار را عوض کرده و او را با سرم یا آب و صابون آرامی میشویم و سرم " بیکربناته " یا " پرمنگنات رقیق " در چشم می چکانیم و در صورت ایجاد ضایعه پوستی مثل سوختگی پوست از آن مراقبت می کنیم .

۳- گازهای محرک مثل گاز اشک آور که باعث برافروختگی چهره و سوزش مخاطها و ریزش اشک میشود . استنشاق این گازها موجب نفس تنگی ، سرفه و استفراغ هم می شود ، شستشوی صورت با آب خنک و شستشوی چشم با سرم فیزیولوژی کمک مؤثری است ، در انقلاب اخیر ایران که مردم بارها با هجوم وحشیانه پلیس شاه با شلیک گازهای اشک آور مواجه بودند ، پی بردند که دود ناشی از سوختن گاز را بی اثر می کند و از سوزاندن روزنامه و کاغذ برای این کار استفاده کرده و با پک زدن به سیگار عوارض تنفسی آنها تخفیف می دادند .

۱۰ - سرمازدگی و گرمزدگی :

سرمازدگی - بعلت گیر کردن در هوای سرد ، در کوهستانها و جاده ها ، حرارت بدن کاهش یافته و عوارضی پیش می آید که بترتیب عبارتند از اول لرز ، رنگ پریدگی ، دوم بی اعتنائی ، سرد شدن سریع بدن ، خواب آلود شدن ، بیحالی و سوم بیهوشی ، نبض کند و سطحی .

برای کمک به بیمار باید او را فوراً به یک پناهگاه ، برسانیم ، لباسهای سرد را خیس او را عوض کرده و با البسه و پتوی گرم بپوشانیم و در اطراف او گرما ایجاد کنیم یا در صورت امکان از کیف آب گرم یا کیسه گرم استفاده کنیم اگر بیمار بیهوش است میتواند مایعات گرم بنوشد ، از کشیدن سیگار باید خودداری کند ، میتوانیم کمی نوشابه الکلی با او بخورانیم (ایجاد حرارت از طریق بالا بردن متابولیسم بدن) .

سرمازدگی موضعی - که عضوی از بدن و اغلب پاها بعلت ماندن طولانی در میان سرما و برف و یخ ، ضایعه می بیند ، مهمترین کار اینست که از گرم کردن شدید و ناکهانی عضو جلوگیری کنیم و عضو را بتدریج در آب ۶ - ۸ درجه بگذاریم و آب را کم کم گرم کنیم تا حدود ۴۰ درجه ، پوست مرده عضو سرمازده را باید بسرعت ضد عفونی کنیم و مثل یک زخم معمولی از آن مراقبت نمائیم بالا نگه داشتن عضو هنگام استراحت به رفع تورم عضو کمک می کند ، میتوانیم از داروی مسکن و ضد میکروب استفاده کنیم .

گرم زدگی - بعلت در معرض آفتاب یا گرمای شدید یا رطوبت زیاد قرار گرفتن عارض می شود ، بیمار برافروخته و خیس از عرق ، خسته و گیج بنظر می رسد ، تشنه است ، سردرد دارد و حالت شوک پیدا می کند یعنی نبض او سریع و ضعیف و سطحی میشود و کم کم دچار هذیان شده بیهوش می شود . در این صورت باید بیمار

را بسرعت به سایه کشانده دراز کنیم و دکمه‌های پیراهنش را باز کنیم و آهسته او را باد بزنیم یا حوله و دستمال مرطوب روی پیشانی و سر او قرار دهیم و اگر هوشیار است مقداری آب نمک با او بخورانیم و در صورت امکان یک سرم نمکی به او تزریق کنیم و در صورت شدت عارضه او را به بیمارستان منتقل کنیم ، باید توجه کنیم از خوردن نوشابه الکلی به او خودداری کنیم (برعکس بیماران سرمازده) .

برای کسانی که به انجام کارهای اولیه آشنائی دارند توجه به مطالب زیر مفید است :

تنفس مصنوعی : در مصدومی که تنفسش قطع شده است باید بدون فوت وقت انجام کارهای ضروری را شروع کنیم . در این مورد باید بیمار را به پشت بخوابانیم و راههای تنفسی او را بدقت بازرسی کنیم تا از باز بودن آن مطمئن شویم و در صورت انسداد ، آنرا رفع کنیم سپس چنانچه بیمار را با یک دست بلند کرده و با دست دیگر بینی بیمار را مسدود می کنیم ، سپس یک تنفس عمیق کرده و هوای ریه خود را بشدت بداخل ریه بیمار منتقل می کنیم . ببالید توجه کنیم دهان ما درست منطبق با دهان بیمار باشد تا هوای دمیده شده بهدر نرود و این حرکت را بتناوب بطور متوسط ۱۲ بار در دقیقه انجام می دهیم . (ش ۱۵) .

ماساژ قلبی : اغلب همزمان با تنفس مصنوعی به ماساژ قلبی مبادرت میکنیم بیماری که قلبش متوقف شده است باید بهرجهت مورد توجه قرار گیرد زیرا توقف قلب بیشتر از پنج دقیقه ضایعات خیرالنظایذیری بجای می گذارد حساسترین عضو بدن به کمبود خون و اکسیژن ، مغز است ، اگر در عرض ده دقیقه خون به مغز نرسد ، قشر مغز یعنی ماده خاکستری مغز آب شده از بین میرود ، لذا در بیمارانی که قلب باید قبل از ۵ دقیقه از توقف به ماساژ قلبی مبادرت کنیم ، به این ترتیب که با شانه یک دست خود را روی فضای بین دندههای طرف چپ قفسه سینه در محاذات یک سوم ^{پایین} تحتانی جناق سینه قرار داده و کف دست دیگر را روی آن گذاشته با سنگینی خود روی آن ضربه میزنیم بحدی که قفسه سینه ۵ سانتی متر قطر قدامی خلفیش کم شود و این کارها را هر بار سه چهار ضربه و در فواصل دمیدن تنفس مصنوعی انجام میدهم بطوریکه ۵ بار در دقیقه انجام شود و این کار را تا حس کردن نبض و تنگ شدن مردمک ادامه میدهم ، با بکار بردن این عمل و بکار افتادن



تنفس مصنوعی با روش دهان بد دهان

(شکل ۱۵)

قلب نباید از بیمار غافل شد زیرا گاهی بعد از یک راه افتادن موفقی مجدداً قلب می‌ایستد و باید کار را از اول تکرار کنیم. گاهی شدت ضربات باعث شکستگی دنده‌ها میشود که البته باید سعی کرد چنین اتفاقی نیفتد اما در صورت وقوع در مقابل نجات بیمار از مرگ هیچ اهمیتی ندارد (ش ۱۶).

در بیماری که دچار توقف قلب شده اگر آمپول بیکربنات در دسترس باشد و امکان تزریق هم وجود داشته باشد لازم است یک یا دو آمپول بیکربنات داخل رگ تزریق کرده و درمان ضد شوک انجام شود.

شوگ: شوگ حالتی است که حیات بیمار را به خطر می‌اندازد، علائم آن عبارتست از رنگ پریدگی سردی و رطوبت پوست، عرق سرد، نبض تند و ضعیف و سطحی، سقوط فشار خون، بیقراری، عطش هوا، که در صورت پیشرفت منجر به اغما و توقف قلب می‌شود.

شوگ انواع مختلف دارد که آنچه در زمینه این نوشته مورد توجه است شوگ عصبی و شوگ فاشی از خونریزی است.

الف - در شوگ عصبی بیمار بدون از دست دادن خون و صرفاً به علت درد شدید، ترس، دلهره و هیجان دچار شوگ میشود و علائم آن‌ها هم خفیف و زودگذر است، با دراز کردن بیمار و بالا نگهداشتن پاها و صحبت کردن با او در زمینه دل‌داری دادن و رفع ترس و نگرانی او شوگ بیمار بر طرف میگردد.

ب - شوگ ناشی از خونریزی که چه خونریزی خارجی و چه داخلی باشد بسته به مقاومت بیمار با از دست رفتن مقداری از خون بدن بیمار دچار شوگ می‌شود.

$\frac{1}{13}$ وزن بدن هر کس مقدار خون بدن اوست و انسان می‌تواند بین $\frac{1}{8}$ تا $\frac{1}{5}$ از دست رفتن خون خود را بسته به وضعیتش تحمل کند، باید به سرعت بکمک بیمار در حال شوگ شتافت و به ترتیب زیر به او کمک کرد:

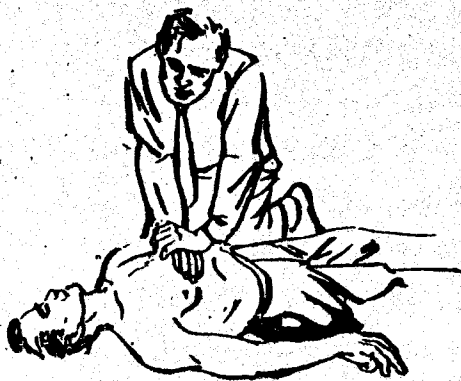
الف - او را به پشت می‌خواه‌انیم و پاهای او را بلندتر از سر و تاندان قرار می‌دهیم.

ب - به سرعت برای جلوگیری از خونریزی او اقدام می‌کنیم.

ج - تا فراهم شدن وسائل جلوگیری از خونریزی درمان ضد شوگ برای او شروع می‌کنیم که عبارتست از تجویز کردن یک جانشین شونده خون، تجویز داروی

ضد درد ، تجویز کورتون و یک داروی مقوی قلب و آرام بخش ، و بیمار را طی این مراحل به بیمارستان منتقل می‌کنیم .

گاهی هنگام مصرف یک دارو ضمن انجام کمکهای اولیه ، یا به منظوری توسط خود بیمار ، بیمار دچار شوک می‌شود که اقدامات عمومی شوک را در بارماش اجرا می‌کنیم با اضافه اینکه از یک داروی ضد حساسیت هم در این مورد استفاده می‌کنیم در اینجا برای بالا بردن فشار خون از آمپول آدرنالین $\frac{1}{1000}$ نیز از راه عضله یا چکاندن زیر زبان نیز استفاده می‌کنیم .



(شکل ۱۶)

اگر کمک کننده یک رهگذر نیست و کسی است که خود را از قبل آماده کمک به مصدومین کرده است باید جعبه کمکهای اولیه‌ای با محتویات زیر فراهم کند.

- ۱- دارو
- ۲- وسایل تزریقی
- ۳- مواد ضد عفونی کننده
- ۴- وسایل پانسمان
- ۵- وسایل معاینه پزشکی
- ۶- وسایل جراحی
- ۷- وسایل شکسته بندی
- ۸- وسایل حمل و نقل

۱- دارو- که شامل: الف- داروهای مسکن، مثل آمپول نوالژین - قطره نوالژین، قرص اسپرین، ب- آنتی بیوتیک مثل پنی سیلین، ج- سرم ضد کزاز، د- بند آورنده خون مثل کوآگولین - ویتامین کا، ه- آمپول کورتون مثل سولوداکورتین، و- ضد حساسیت مثل آمپول آویل و فنرگان، ز- آمپول آدرنالین، ح- سرم‌های مختلف مانند سرم قندی - سرم نمکی، رینگر، هماکسل، ت- آرام بخش مثل آمپول والیوم، ی- مقوی قلب مثل، سدیلانید، کورامین، نیکتامید.

توجه- برای مصرف صحیح این داروها مطالعه و آموزش اختصاصی ضرورت

دارد.

۲- وسایل تزریقی- شامل: الف- سرنگهای یک بار مصرف به حجم‌های مختلف، ب- الکلی، پنبه، اره برای بریدن سر آمپول، نکوپلاست (چسب)،

ست سرم اضافی ، لوله لاستیکی رگ بند .

توجه - برای انجام تزریق آموزش مخصوص و تمرین و کسب تجربه لازم است (ش ۱۷ و ۱۸) .

۳- مواد ضد عفونی کننده . شامل : ساولون ، بتادین ، پرمنگنات ، الکل ، دتول ، تنتورید ، که برای مصرف ، آنها را به نسبت لازم رقیق می کنیم .
توجه - نسبت رقت مواد بالا را از روی نوشتهها و دستورات آنها باید دقت کرد .

۴- وسائل پانسمان - شامل : پنس ، پیاله کوچک فلزی ، گاز استریل ، پنبه ، باند ، قیچی .

۵- وسائل معاینه پزشکی شامل ، گوشی ، فشار سنج ، درجه تب ، چراغ دستی ، آسپلانگ (چوب زبان) یکبار مصرف ، ابروی (برای باز نگهداشتن راه هوا) .

توجه - طرز استفاده از گوشی و فشار سنج را عملاً باید آموخت .

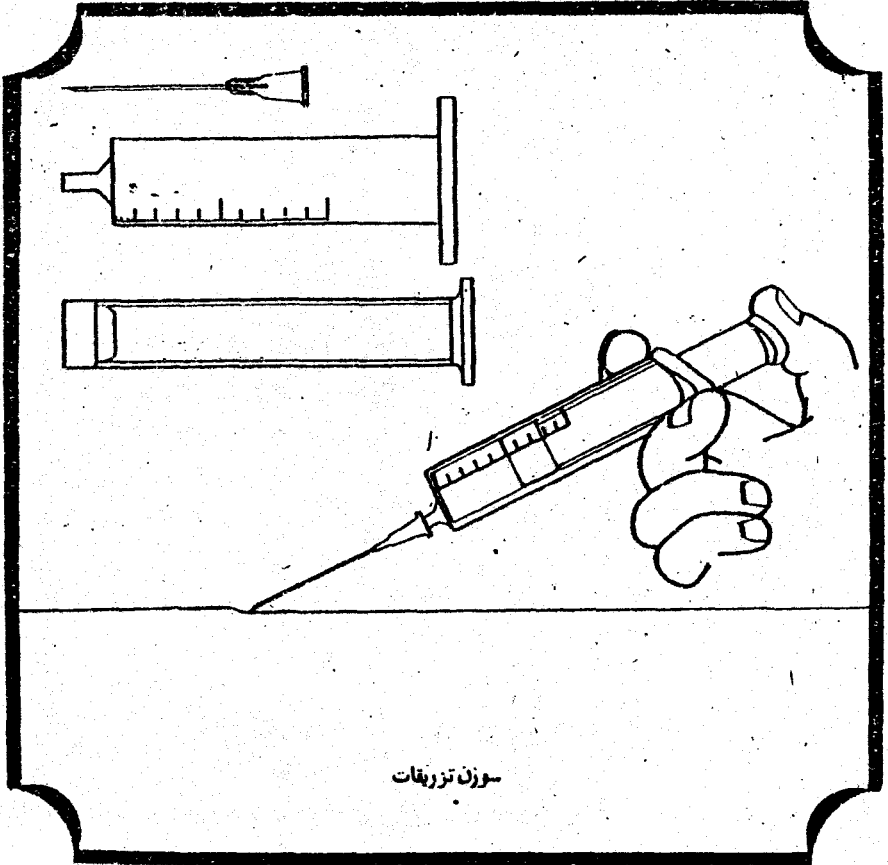
۶- وسائل جراحی (که باید استریل و بسته بندی شده باشد) شامل :

الف - شان سواخ دار استریل . ب - چند پنس ظریف برای بستن نقاط خونریزی دهنده . ج - پنست . د - پنس سوزن گیر . ه - قیچی . و - سوزن گرد و راست . ز - نخهای مختلف ، ابریشم ، کاتکوت ساده ، کاتکوت کرمیک . ح - اکارتور کوچک . ت - محلول گزیلوکائین یکبار دو درصد . ی - سرنگ استریل . ک - تیغه چاقوی جراحی .

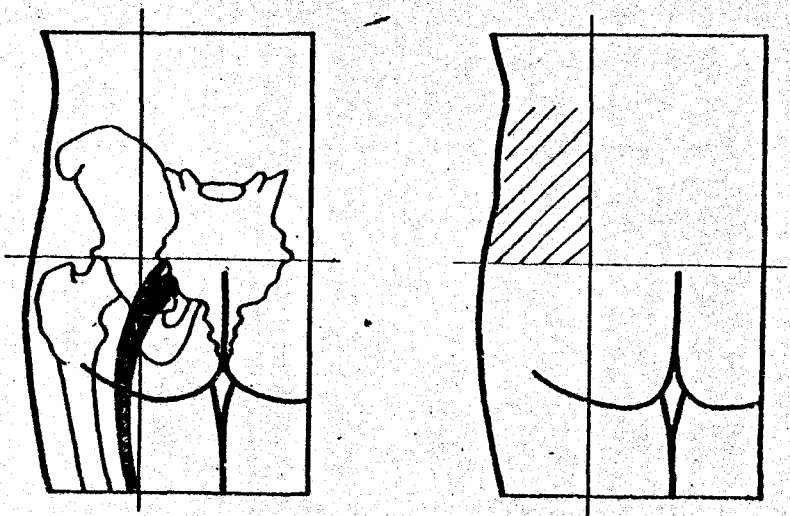
توجه - برای بخیه زدن و انجام کارهای کوچک جراحی باید زیر نظر جراح آموزش دید و عملاً تجربه کسب کرد .

۷- وسائل شکسته بندی شامل : تختههای مختلف جهت درست کردن آتل ، باند ، پنبه ، باند کرپ ، تنسوپلاست .

۸- وسائل حمل و نقل بیمار شامل : میله برای درست کردن برانکارد ، پتو ، طناب ظریف ، ملاقه ، باند .



(شکل ۱۷)



جمل تزریق داخل عضله‌ای سوزن به ران و محل عبور عصب سیاتیک که باید
مرالب بود سوزن بان نخورد.

بانداز:

زخم‌ها و سوختگی‌ها را پس از بانسمان، برای ثابت نگه داشتن آن باید بانداز نمود. نکاتی که باید در بانداز رعایت نمود به ترتیب زیر است:

۱- هیچگاه نباید روی زخم را مستقیماً بانداز نمود. بلکه باید ابتدا بانسمان نمود و روی بانسمان را بانداز کرد.

۲- از گذاشتن پنبه روی زخم باید پرهیز نمود، زیرا الیاف آن داخل زخم شده به آن می‌چسبند.

۳- نوار را نباید آنچنان محکم بست که مانع جریان خون گردد.

۴- بانداز اعضاء (دست و پا) را باید از انتهای عضو شروع و به سمت مرکز بدن رفت تا خون براحتهای جریان یافته از تجمع آن در انتهای عضو جلوگیری شود.

۵- انتهای باند را بوسیله نوار چسب یا سنجاق قفلی یا گره ثابت کرد تا

در موقع استراحت مزاحم بیمار نگردد (شکلهای ۱۹ تا ۲۸).

طرز تزریق

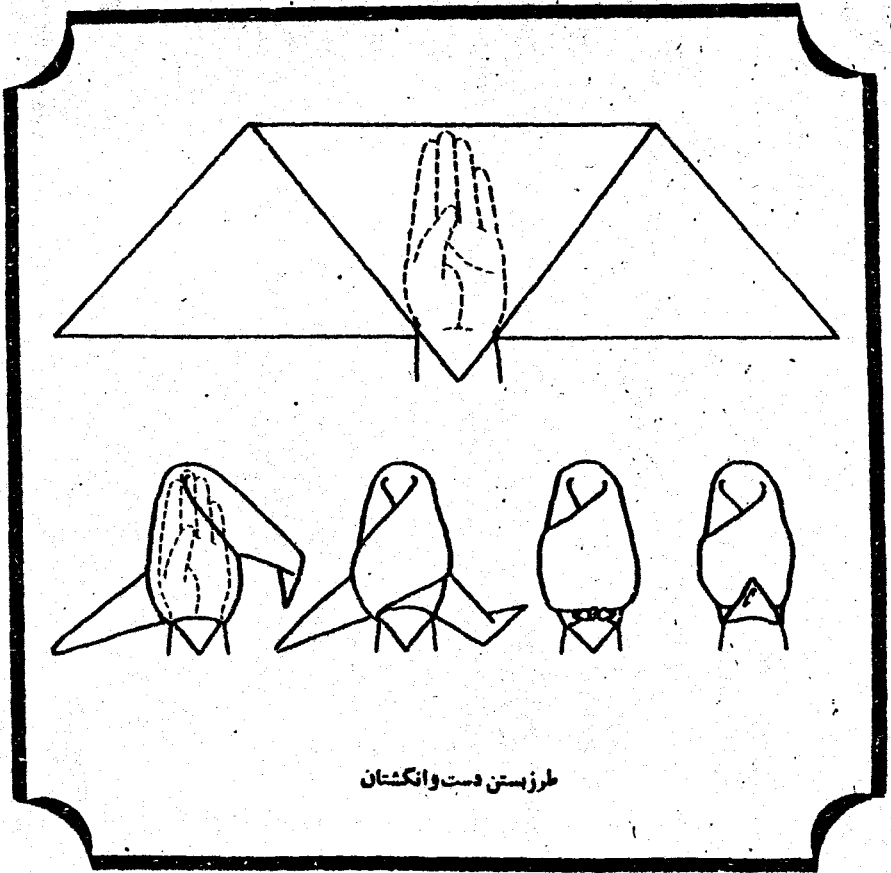
تزریق بر سه نوع است: ۱- عضلانی ۲- وریدی ۳- زیر جلدی
برای تزریق از سرنگ استفاده میشود سرنگهای یا پلاستیکی هستند که فقط
یکبار مصرف میشود و یا اینکه شیشهای هستند.

هر سرنگ از ۳ قسمت مطابق شکل (۱۷) تشکیل شده است: سوزن، ماندرن،
سرنگ - لوله، سرنگ که در موقع استفاده برای تزریق باید این سه قسمت را مطابق
شکل (۱۷) بهم وصل نمود و بعد سرنگ را طبق شکل (۱۷) در دست گرفت و
تزریقات را انجام داد.

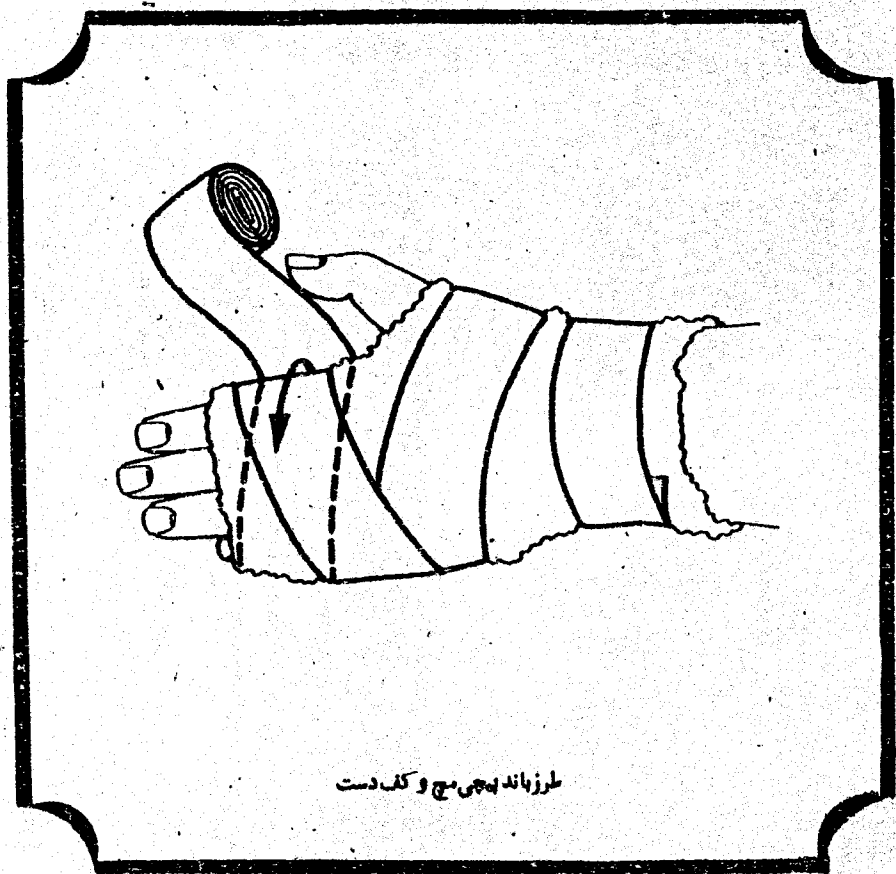
تزریق عضلانی: مطابق شکل (۱۸) باسن یک طرف را به چهار قسمت تقسیم
کرده، با پنجه الکل ضد عفونی می‌کنیم و سرسوزن را در قسمت فوقانی خارجی باسن فرو
می‌بریم. بعد از فرو بردن سوزن ماندرن سرنگ را میکشیم تا احيانا "سرسوزن داخل
ورید یا شریان نباشد سپس ماندرن را بسمت پائین فشار میدهیم و مواد داخل لوله
سرنگ را در عضله تخلیه می‌کنیم.

تزریق وریدی: سوزن را در داخل ورید دست، که با فشار خود یا کارو آنرا
متسع کرده و با پنجه الکی آنرا ضد عفونی کرده، می‌نمائیم. ماندرن سرنگ را
می‌کشیم تا مطمئن شویم که سوزن در داخل ورید است و آنگاه مایع سرنگ را در
داخل ورید تخلیه می‌کنیم.

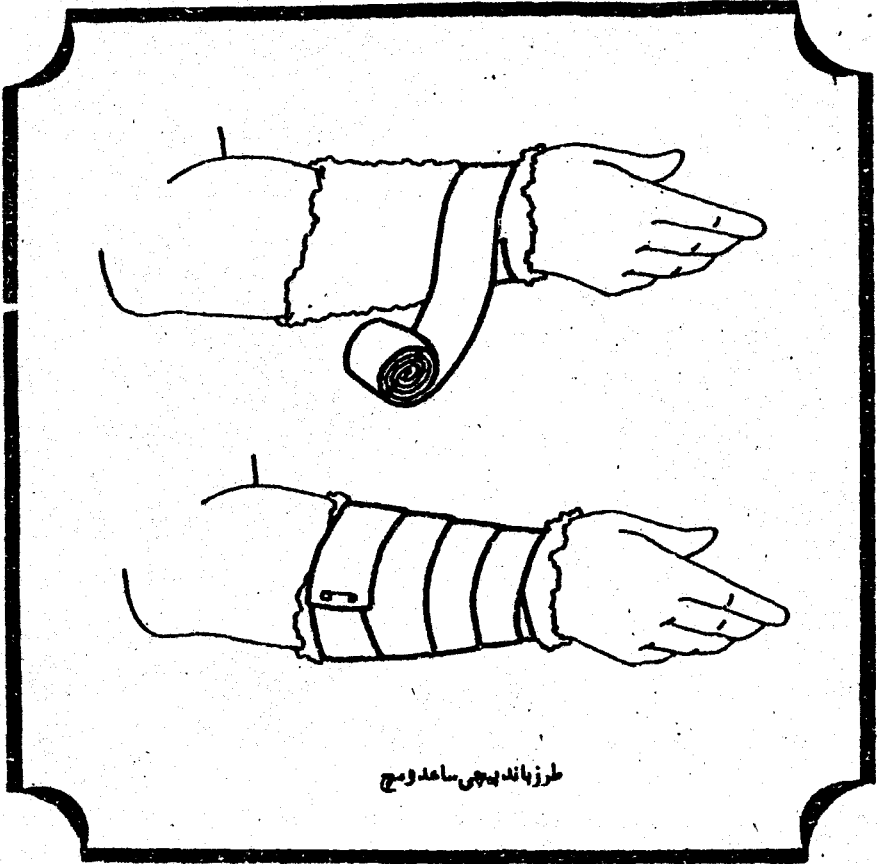
تزریق زیر جلدی: در هر قسمت از بدن بعد از ضد عفونی کردن پوست
مختصری سرسوزن را زیر پوست فرو کرده و مایع را زیر جلد تزریق می‌کنیم.



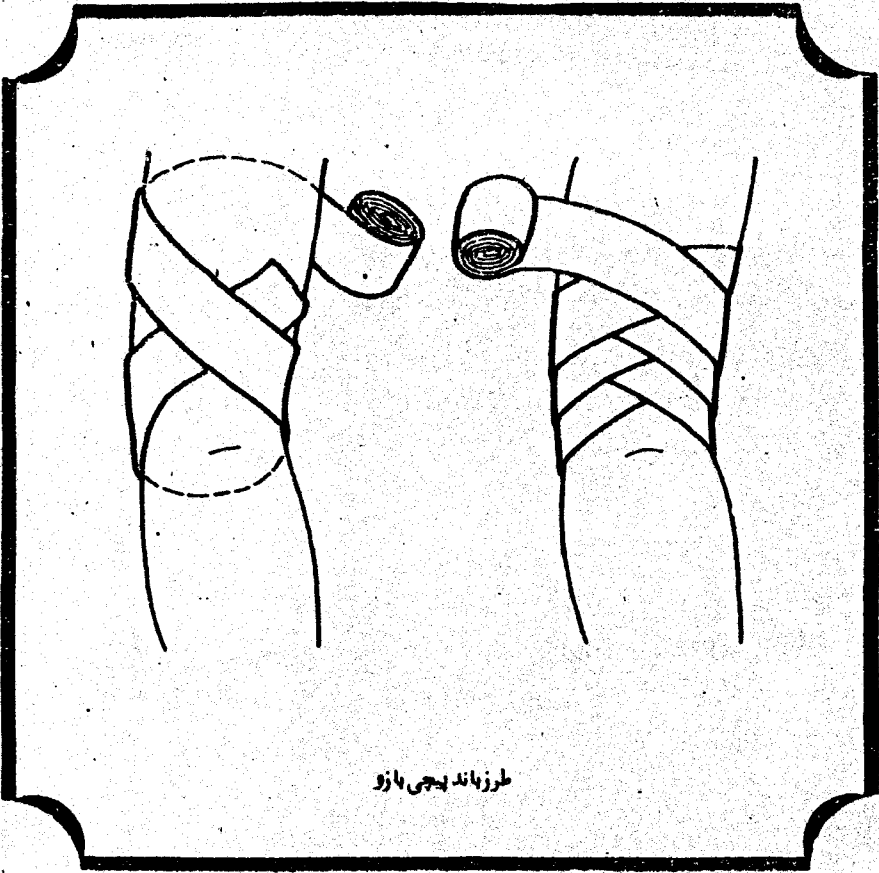
طرز بستن دست و انگشتان



(شکل ۲۰)

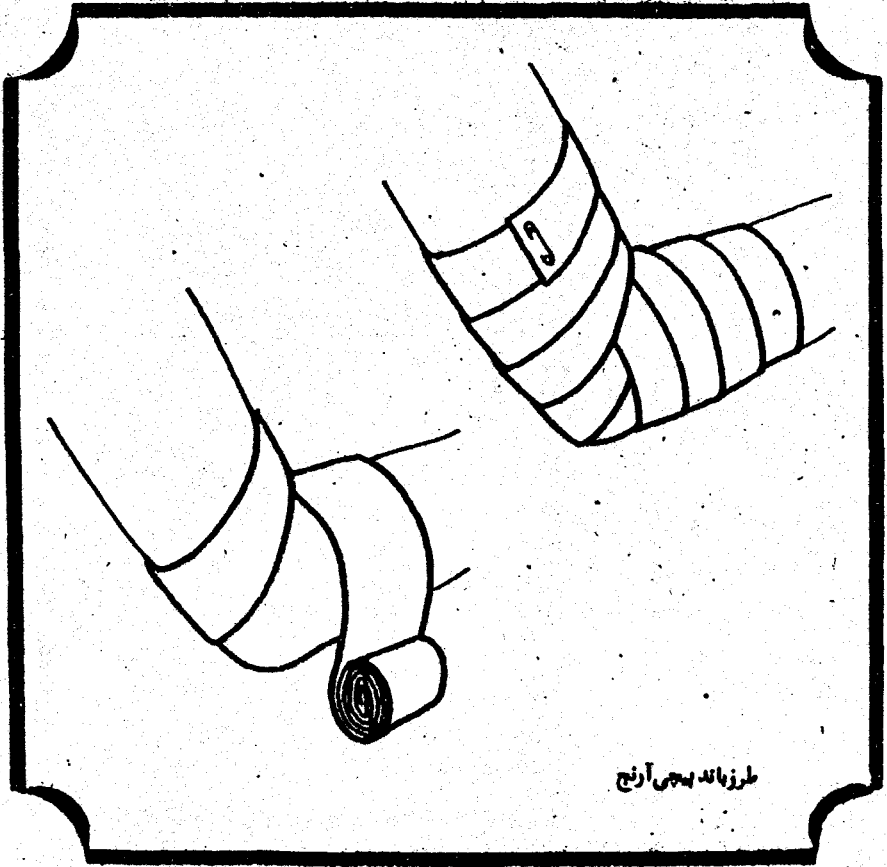


(شکل ۲۱)



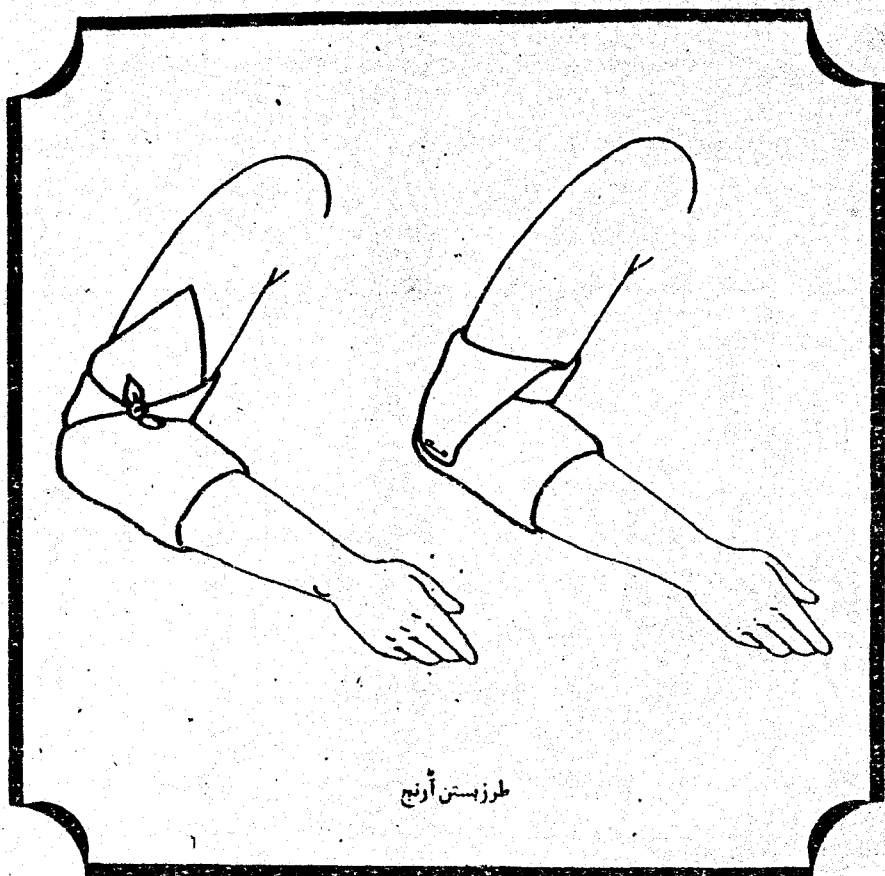
طرز باند پیچی بازو

(شکل ۲۲)

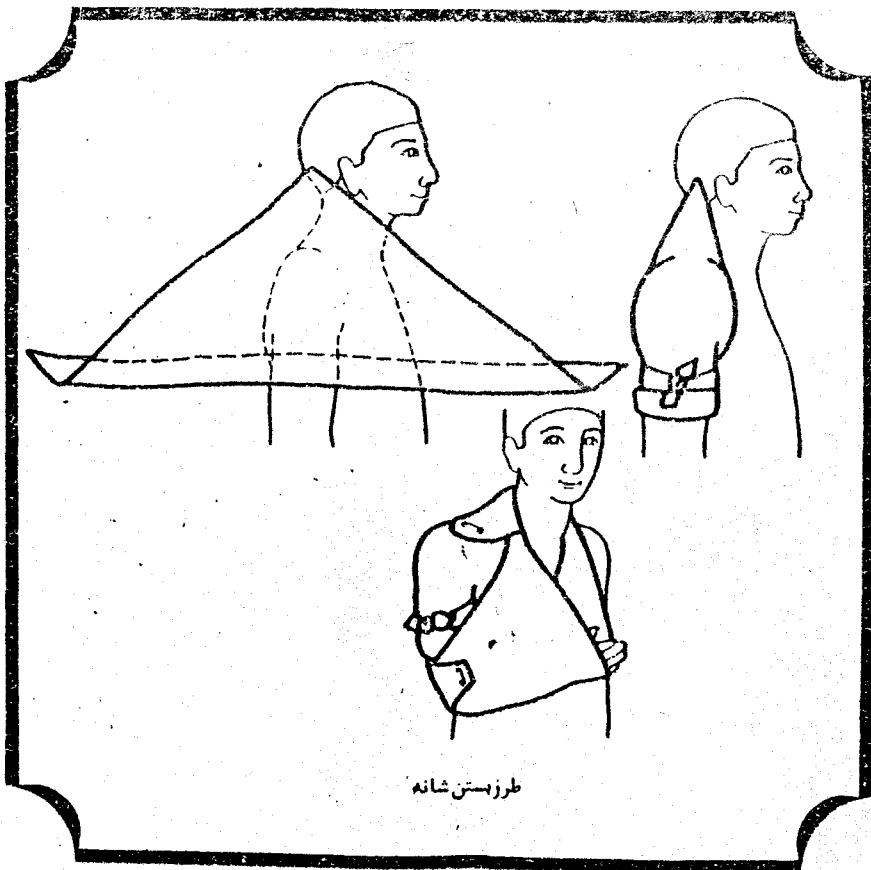


طروزماند بهی آرنج

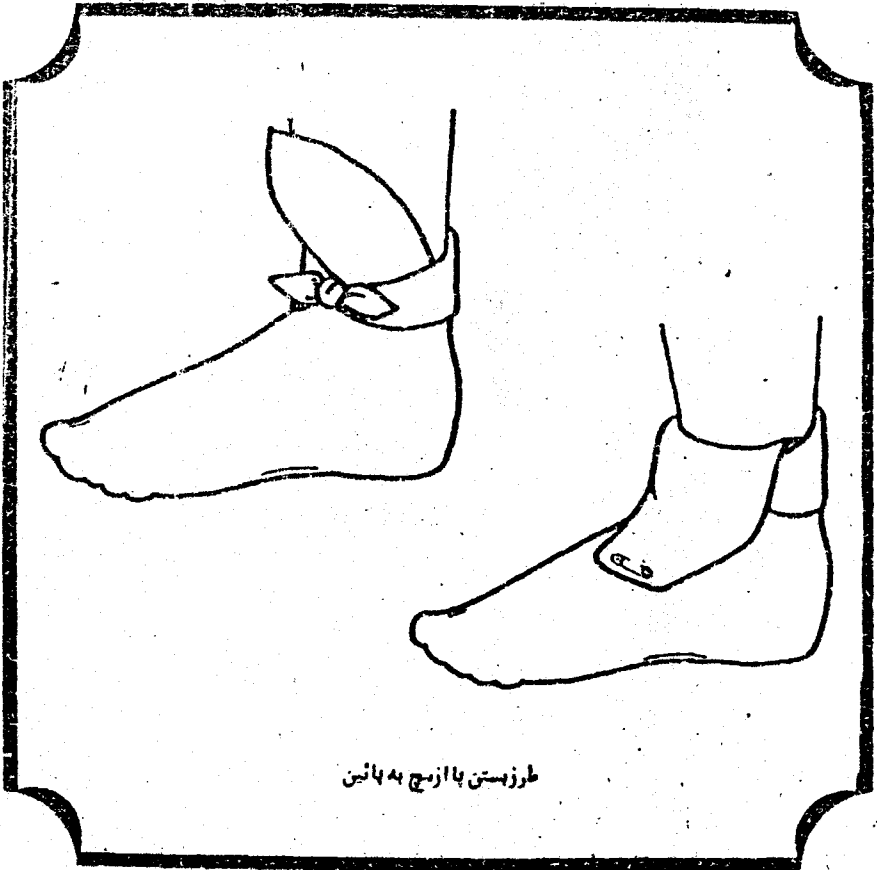
(شکل ۲۳)





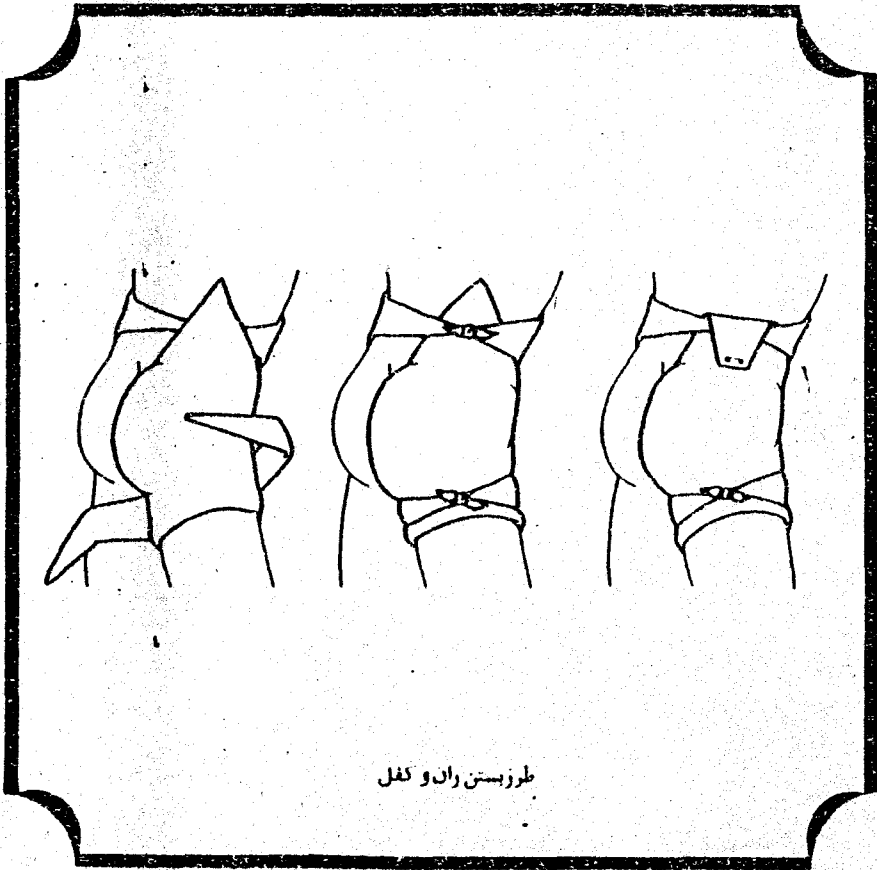


طرز بستن شانه



طرز بستن با ازمج به بانین

(شکل ۲۷)



طرز بستن ران و کفل

(شکل ۲۸)

از انتشارات: چریکهای فدائی خلق ایران

تکثیر از

مواحدان: چریکهای فدائی خلق ایران