

# TRUSA DE PRIM AJUTOR



**Producator:**



**VESTA INVESTMENT** S.R.L.

Calea Bucureștilor Nr.1, 075100 OTOPENI, România    Tel: 40-21-351.09.75/351.09.76/351.09.77;  
Fax: 40-21-351.09.73    E-mail: [com@vesta.ro](mailto:com@vesta.ro)    [market@vesta.ro](mailto:market@vesta.ro)    <http://www.vesta.ro>

## INSTRUCȚIUNI DE PRIM AJUTOR

## INSTRUCȚIUNI DE PRIM AJUTOR

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

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

### **I. Organizarea activității de acordare a primului ajutor.**

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

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

- victima nu se deplasează de la locul accidentului decât în cazul în care situația din teritoriul respectiv continuă să fie periculoasă pentru victimă sau/și pentru cel care acordă primul ajutor !
- primul ajutor se acordă la locul accidentului !

- în primul rând se evaluează gravitatea stării victimei și după această evaluare se alertează imediat ambulanța !

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

1. Izolați zona, îndepărtați curiosii (evitați creșterea numărului de victime)!
2. Degajați accidentatul !
3. Acordați primul ajutor !
4. Chemați ambulanța !
5. Supravegheați victima și continuați, dacă este nevoie, să-i acordați primul ajutor până la sosirea ambulanței !

### **1. Izolarea zonei.**

Prima preocupare pe care trebuie să o aveți este să îndepărtați curiosii. Pentru aceasta cel mai bine ar fi ca salvatorul să aibă un colaborator.

### **2. Degajarea accidentatului.**

Se vor îndepărta obiectele tari și ascuțite care pot răni accidentatul, se vor deschide ferestrele, se vor desface nasturii de la gât, cravata, centura.

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

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

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

Degajarea accidentatului se face urmând următoarele precauții:

- se urmărește menținerea permanentă a coloanei vertebrale în linie dreaptă (cap-gât-trunchi), pentru a evita lezarea măduvei spinării în cazul unei fracturi de coloană;

- în cazul unei fracturi închise membrul fracturat se menține în poziția găsită, fără a încerca punerea în poziție normală;

- în cazul fracturilor închise se evită manevrele inadecvate pentru a nu le transforma în fracturi deschise.

**Atenție!** Niciodată nu trebuie încercată în cadrul primului ajutor reducerea fracturii (reașezarea oaselor în poziție naturală), deoarece un nespecialist poate produce leziuni suplimentare.

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

După degajare, victima va fi întinsă cu blândețe pe o pătură sau pe niște haine.

### 3. Acordarea primului ajutor

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

Pentru aceasta procedați în felul următor:

#### a) Verificați starea de conștientă !

În acest scop încercați să vedeți dacă victima poate răspunde la întrebările dumneavoastră (ce s-a întâmplat ?, cum vă simțiți ?, ce vă doare ?). În timp ce îi adresați aceste întrebări puneți mâinile dumneavoastră pe umerii victimei și mișcați-o ușor.

Dacă nu vă răspunde la întrebări atunci încercați să vedeți dacă victima reacționează la durere.

Pentru aceasta încercați să-i provocați mici dureri strângând-o de vârful degetelor sau, pur și simplu, ciupind-o de ureche.

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



Dacă victima este conștientă faceți un inventar al leziunilor pe care aceasta le are (fracturi, răni etc) și, după această evaluare, alertați ambulanța prezentând constatările dumneavoastră privitoare la starea accidentatului.

Evaluați apoi periodic starea acesteia până la sosirea ambulanței.

Dacă victima nu a reacționat la întrebări sau la durere atunci înseamnă că starea ei de conștientă nu mai este păstrată.

Dacă victima nu este conștientă trebuie să acționați rapid în următoarea succesiune:

#### b) Solicitați ajutor !

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

#### c) Eliberați căile respiratorii ale victimei !

În cazul în care accidentatul are mandibula și maxilarul încleștate, se încearcă deschiderea cavității bucale prin introducerea cu mișcări blânde a deschizătorului de gură, cu partea ascuțită înainte; piesa bucodentară se va introduce în cavitatea bucală astfel încât jumătate să rămână în afara cavității bucale.

În continuare se încearcă prin mișcări rapide, dar nu brutale, eliberarea căilor respiratorii.

În acest scop scoateți toate corpurile străine aflate în gura accidentatului (resturi de îmbrăcăminte, pământ, protezele dentare mobile etc).

Dacă și numai dacă sunteți siguri că victima nu a suferit un traumatism al coloanei cervicale (a gâtului) care să fi produs fractura coloanei vertebrale la nivelul gâtului atunci faceți extensia capului.

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



#### **d) Controlați existența respirației victimei!**

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

#### **e) Controlați existența circulației sângelui!**

Această manevră se execută prin căutarea pulsului la artera carotidă.

Artera carotidă se poate palpa pe partea laterală a gâtului, la 2-3 cm distanță de cartilajul tiroid (mărul lui Adam).



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

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

#### **- Victima are respirație și are puls;**

În această situație așezați victima în poziție de siguranță (vezi figura).

Aceasta constă în așezarea accidentatului astfel:



- decubit lateral;
- cu capul într-o parte;
- capul sprijinit pe fața dorsală a mâinii de deasupra;
- cu membrul inferior de dedesubt în extensie și cel de deasupra în flexie.

Această poziție va asigura libertatea permanentă a căilor respiratorii ale victimei. În acest mod, spre exemplu, chiar dacă accidentatul va avea vărsături, această poziție va exclude posibilitatea ca vărsătura să fie aspirată în căile respiratorii.

*Nu uitați! La o persoană în stare de inconștiență, lăsată să zacă culcată pe spate, există riscul ca baza limbii să "cadă" în faringe, fapt care va avea drept consecință asfixierea victimei!*

Pentru menținerea căilor respiratorii libere se pot folosi:

- pipa faringiană (GUEDEL) care poate produce iritație faringiană, ceea ce declanșează un reflex de vomă.
- piesa bucodentară – deschizătorul de gură, care nu declanșează reflexul faringian.

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

#### **- Victima nu respiră dar are puls (stop respirator!)**

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

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

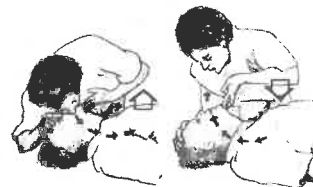


- ridicăți bărbia victimei cu 2-3 degete;

- prin intermediul batistei salvatorului fixați-vă etanș gura de gura victimei și insuflați aer în căile respiratorii;

- după fiecare insuflare desprindeți-vă gura de gura victimei și permiteți acesteia să expire;

- reluați o nouă insuflare după ce toracele a revenit la poziția inițială.



*Faceți 10 ventilații artificiale după care anunțați ambulanța! Continuați ulterior ventilația artificială până la sosirea ambulanței!*

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

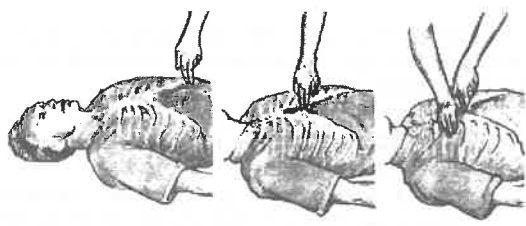
Această situație este de gravitate deosebită. Trebuie să rețineți faptul că, în cazul apariției stopului cardiorespirator, șansa de a reanima victima numai prin forțele dumneavoastră este foarte redusă. De aceea, primul lucru pe care trebuie să îl faceți când constatați absența respirației și a pulsului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

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

- executați două ventilații gură la gură după tehnica expusă mai sus;

- căutați punctul de presiune (deci punctul în care se va executa masajul cardiac extern) așa cum este indicat în figura de mai jos; pentru aceasta fixați-vă un deget pe marginea cutiei toracice și mișcați degetul de-a lungul acestei margini până simțiți capătul inferior al osului pieptului (apendicele xifoid);

- deasupra acestui reper așezați încă două degete; punctul de presiune se va afla, în acest moment,



deasupra reperului format de aceste două degete;

- așezați podul unei palme în punctul de presiune;

- așezați cealaltă palmă peste palma fixată în punctul de presiune;

- comprimați toracele victimei prin mișcări ferme executate cu greutatea corpului dumneavoastră aplicată din umeri, în lungul brațelor (vezi figura următoare).

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

- continuați aplicarea măsurilor de resuscitare în succesiune 2 la 15, adică 2 ventilații urmate de 15 compresii toracice, s.a.m.d.;

- în cazul în care resuscitarea este executată de două persoane, atunci una dintre acestea se va ocupa de ventilație, timp în care cea de-a doua va face masajul cardiac. În această situație succesiunea va fi de 1 la 5 (o ventilație, 5 compresii toracice, s.a.m.d.).

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



#### 4. Cum anunțăm ambulanța ?

Numarul de telefon pentru anuntarea accidentului si solicitarea de ajutor este "112".

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

- a) Unde s-a petrecut accidentul (adresa exactă și puncte de reper);

- b) Ce s-a întâmplat;

- c) Câți răniți sunt;

- d) De unde se dă alarma (numele persoanei care solicită intervenția ambulanței, adresa și numărul de telefon).

## II. Oprirea hemoragiilor.

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

a) Hemoragii externe - în care sângele se scurge în afara organismului datorită secționării unor vase de sânge.

În funcție de vasele care au fost secționate, putem deosebi:

- hemoragii arteriale, în care sângele, de culoare roșu-aprins, țâșnește într-un jet sacadat, în același ritm cu pulsațiile inimii;

- hemoragii venoase, în care sângele, având culoarea roșu-închis, curge lin, continuu;

- hemoragii capilare, în care curgerea sângelui se observă pe toată suprafața răni, având o intensitate redusă.

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

În funcție de cantitatea de sânge pierdută, putem distinge:

a) Hemoragii mari, mortale, când se pierde mai mult de jumătate din cantitatea totală de sânge.

b) Hemoragii mijlocii, când se pierde 1/3 din cantitatea totală de sânge.

c) Hemoragii mici, când se pierde o cantitate de 500-600 ml. de sânge.

Hemoragiile externe și cele exteriorizate sunt ușor de recunoscut.

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

Oprirea unei hemoragii se numește **hemostază**.

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

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

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

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

În hemoragia arterială, comprimarea se face într-un punct situat cât mai aproape de rană, între aceasta și inimă, deoarece trebuie oprită ieșirea sângelui care vine de la inimă prin vasul deschis.



Aceste puncte sunt prezentate în figura următoare.

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

- fosei supraclaviculare (pct. a), la mijlocul marginii posterioare a claviculei, prin comprimarea arterei subclaviculare pe planul dur al primei coaste;

- șanțului brahial intern (pct.b), prin comprimarea arterei humerale, pe planul dur reprezentat de diafiza humerusului;

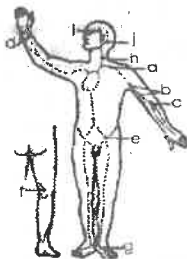
- plicii cotului (pct.c), în șanțul bicipital intern, prin comprimarea arterei humerale, înainte de bifurcarea sa în artera ulnară și artera radială;

- zonelor laterale și mediale ale feței anterioare a articulației pumnului (pct.d), unde artera radială și artera ulnară pot fi comprimate eficient pe oasele subiacente (radius și ulna).

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

- feței artero - interne a coapsei (pct.e), imediat sub arcada inghinală, prin comprimarea arterei femurale pe planurile subiacente;

- feței posterioare a articulației genunchiului (pct.f), prin comprimarea arterei poplitee;



- feței dorsale a labei piciorului, (pct.g) prin compresiunea realizată pe artera pedioasă.

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

În cazul în care nu se poate menține comprimat vasul un timp îndelungat, se recurge la aplicarea garoului. Garoul este un tub sau o bandă elastică. Acesta realizează o compresie concentrică a părților moi, care la rândul lor exercită o compresie circulară cu închiderea vaselor de sânge.

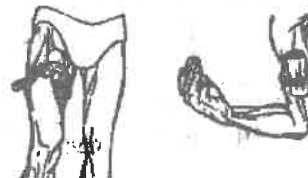
Pentru a favoriza compresiunea pe pachetul vascular se aplică sub garou o față de tifon (figura alăturată) sau un

obiect dur, cu axul mare orientat paralel cu axul vascular al membrului.

Din acest moment toată circulația sângelui dincolo

de garou încetează, toate țesuturile situate în regiunea respectivă nemaiprimind oxigen și nemaifiind hrănite. Pentru aceste motive menținerea unui garou nu poate depăși o oră, timp în care accidentatul trebuie să ajungă la o unitate medicală.

Ori de câte ori se aplică un garou, trebuie să se noteze ora și data la care a fost pus pentru evitarea unor accidente grave din cauza lipsei de sânge din zona de sub garou.



Dintre hemoragiile exteriorizate, cea mai ușor de oprit este hemoragia nazală (epistaxisul). Bolnavul trebuie așezat pe un scaun, cu capul înclinat pe spate, sprijinit de spătar și departe de surse de căldură. I se va scoate cravata și i se vor desface legăturile din jurul abdomenului.

Dacă epistaxisul este mic, se oprește spontan sau prin simpla apăsare a aripii nazale respective. Această apăsare se poate face și după ce, în prealabil, s-a introdus în nară un tampon de vată îmbibat cu soluție de apă oxigenată sau de antipirină.

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

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

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

### **III. Pansarea rănilor.**

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

### **Dezinfectarea mâinilor.**

Dezinfectarea mâinilor salvatorului se face prin spălarea cu apă și săpun de 2-3 ori și apoi ștergerea cu șervețele cu soluție dezinfectantă.

Uscarea mâinilor se face prin scuturarea acestora; în continuare se recomandă folosirea mănușilor în timpul tratamentului local pentru a evita contaminarea salvatorului cu boli transmisibile prin sânge (cum sunt hepatita virală B și SIDA).

### **Oprirea hemoragiei.**

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

### **Controlul rănii.**

Rănitul va fi dezbrăcat sau se vor tăia hainele în zona rănii cu foarfeca cu vârfuri boante pentru a se putea aprecia locul unde se află rana, întinderea și aspectul ei; dacă este necesar se va înlătura părul, prin tăiere, dinspre rană spre exterior; părul va fi apucat în smocuri mici, care vor fi tăiate individual, pentru a nu cădea fire de păr în rană; umezirea părului ajută mult la efectuarea acestei operații.

### **Curățarea rănii.**

Aceasta se face în mai multe etape:

- se curăță pielea din jurul rănii cu batiste cu soluție dezinfectantă sau cu un tampon îmbibat în soluție de alcool iodat;

- se curăță rana cu un tampon de tifon (niciodată vată – poate lăsa scame în rană) înmuiat într-un dezinfectant slab – apă oxigenată sau rivanol.

Spălarea rănii se face întotdeauna dinspre interior către exterior.

- îndepărtarea corpurilor străine se face cu ajutorul lichidelor – prin spălarea rănii cu apă oxigenată din abundență.

Apa oxigenată se obține prin dizolvarea a 8-10 comprimate de perogen în 100 ml apă. Soluția astfel obținută se folosește imediat.

### Dezinfectarea rănii.

Aceasta se face cu un tampon de tifon îmbibat într-un dezinfectant slab – rivanol, apă oxigenată, prin tamponare ușoară sau prin turnarea soluției direct pe rană.

Se face dezinfectarea tegumentului din jurul rănii (~15 cm) prin badijonarea cu un tampon de tifon îmbibat cu alcool iodat.

**Atenție!** Niciodată nu se aplică alcool iodat pe rană, acesta provocând necroză (arderea) țesuturilor.

Nu se pun pe rană grăsimi sau unguente!

După curățarea și dezinfectarea rănii și a tegumentului din jur se poate începe pansarea.

### Executarea pansamentului.

- se aplică peste rană câteva comprese sterile, în așa fel încât suprafața rănii să fie complet acoperită. (4-5 straturi);

- peste compresele sterile se pune un strat nu prea gros de vată;

- se bandajează rana; un bandaj corect trebuie să respecte următoarele reguli:

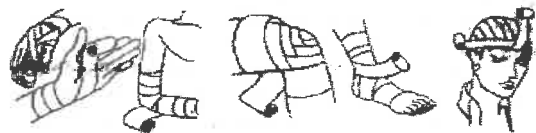
a. să fie făcut cu mișcări ușoare, fără a provoca dureri;

b. să acopere în întregime și uniform rana și o zonă de circa 15 cm în jurul ei;

c. să nu aibă excesiv de multe straturi de fașă;

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

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



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

Pentru acoperirea rănilor capului, se începe cu câteva straturi de fașă ce se aplică în cerc în jurul frunții, după care fașa se pliază și prin câteva mișcări de dutevino ce pornesc de la frunte și ajung la ceafă și invers, se

acoperă creștetul cu un soi de glugă. Gluga este fixată cu încă două-trei ture circulare trecute la nivelul frunții.

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

#### IV. Imobilizarea fracturilor.

De cele mai multe ori, primul ajutor decide succesul asistenței de urgență și recuperarea accidentatului.

Fracturile sunt ruperi totale sau parțiale ale unui os, determinate de cauze accidentale.

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

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

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

-fracturi închise, în care pielea din regiunea fracturii rămâne intactă;

-fracturi deschise, la care ruptura osului este însoțită și de o rană a pielii și a mușchilor din regiunea respectivă. În cazul fracturilor deschise, pericolul de

infecție este foarte mare dacă nu se iau imediat măsuri de protecție.

Uneori, fracturile deschise pot fi însoțite de o hemoragie externă, de astupare a unor vene din jur (tromboză venoasă) sau de embolii grăsoase sau gazoase.

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

-fracturi simple, care au numai două fragmente osoase;

-fracturi cominutive, în care osul este sfărâmat în mai multe fragmente.

O fractură cu aspect particular se poate întâlni mai des la copiii mici, la care oasele sunt mai flexibile - este vorba de așa numita fractură "în lemn verde".

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

- degajarea din focarul de producere al fracturilor;

- așezarea accidentatului în poziție cât mai comodă și interzicerea oricărui tip de mișcări;

- calmarea durerilor;

- examinarea locală și generală;

- toaleta mecanică, hemostaza și pansarea rănilor asociate;

- imobilizarea provizorie;

- asigurarea transportului la spital.

Calmarea durerilor se obține prin administrarea de analgezice minore (algocalmin etc.).

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

Semnele de probabilitate ale unei fracturi sunt:

- durerea locală care apare brusc, în momentul accidentului, este situată exact la locul fracturii, se intensifică prin apăsarea focarului de fractură și se diminuează după imobilizarea corectă;

-deformarea locală, care ține de deplasarea fragmentelor din focarul de fractură și poate apărea în lungul osului (încălecare) sau laterală (unghiulară);

-impotența funcțională (imposibilitatea folosirii membrului fracturat), care este totală în fracturile cu deplasare și relativă în fracturile fără deplasare sau în fracturile la un singur os ale segmentelor de membru compuse din două oase (antebraț, gambă);

-echimoza (vânătaia) locală care apare ulterior, a doua sau a treia zi de la accident.

Semnele de certitudine ale unei fracturi sunt:

- mobilitatea anormală la nivelul focarului de fractură, în funcție de axele osului respectiv;

- frecarea oaselor (zgomot caracteristic, de pârâitură, care apare la mișcarea sau lovirea capetelor fracturate);

- lipsa de transmitere a mișcării la distanță (mișcarea imprimată la unul din capetele osului nu se transmite la celălalt capăt);

- întreruperea traiectului osos, care se poate pune în evidență doar la oasele care se găsesc imediat sub piele.

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

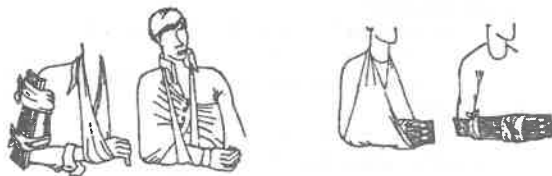
În fracturile deschise, în afara semnelor descrise mai sus, apare și rana.

Diagnosticul unei fracturi se pune cu certitudine numai cu ajutorul examenului radiologic.

De aceea, cea mai corectă atitudine în fața unei fracturi sau a unei suspiciuni de fractură este transportarea accidentatului la unitatea sanitară specializată, imediat după acordarea primului ajutor.

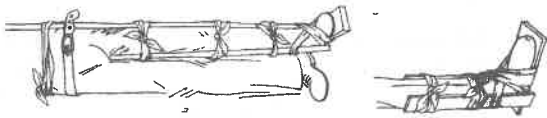
Imobilizarea unei fracturi se face de cele mai multe ori provizoriu, cu mijloacele pe care le găsim la îndemână. Atelele din trusa de prim ajutor sunt din material plastic și au o lungime de 250 mm; această lungime poate fi crescută prin îmbinarea a 2 sau 3 atele cu ajutorul dispozitivului atașat.

Pentru membrul superior, pentru claviculă se utilizează doi colaci de pânză răsuciți și legați la spate; pentru braț se utilizează 1-2 atele aplicate pe acesta și apoi fixarea cu bandaj nedeformabil (triunghiular) a brațului de torace;



pentru antebraț se utilizează 1-2 atele aplicate pe acesta și suspendarea lui, cu ajutorul bandajului legat de gât.

În cazul fracturării membrului inferior, imobilizarea cuprinde, de obicei, întreg membrul respectiv.



Pentru aceasta, atelele se așează față în față, pe părțile laterale ale piciorului.

Pentru fixarea oricărui fel de atelă, trebuie să avem grijă ca aceasta să nu apese pe răni sau să producă dureri accidentatului.

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

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

Semnele caracteristice ale unei luxații sunt:

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

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

**Atenție!** Nu vom încerca sub nici un motiv să "punem la loc" oasele luxate. Această manevră trebuie făcută numai de un cadru medical de specialitate.

**Entorsele.** Sub denumirea de entorsă se înțelege ansamblul unor leziuni produse într-o articulație ca urmare a unei mișcări forțate de torsiune. Uneori, se poate produce și ruptura ligamentelor.

Cauzele acestor accidente sunt aceleași ca la fracturi sau luxații.

Cele mai frecvente sunt entorsele la nivelul extremităților (degete, pumni, glezne).

Semnele unei entorse sunt:

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

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

#### **V. Asigurarea unui transport rapid și netraumatizant**

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

### Cazurile de primă urgență.

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

### Cazurile din urgența a doua.

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

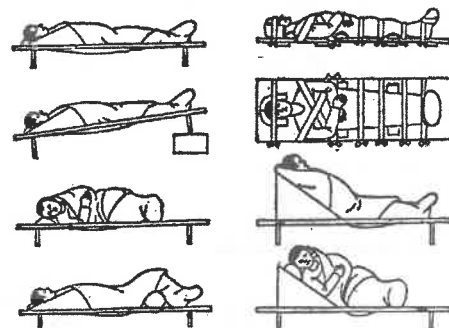
### Cazurile din urgența a treia.

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

### Urgențele obișnuite.

Ceilalți accidentați intră în categoria urgențelor obișnuite.

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

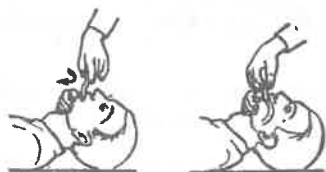


Poziția în care vom transporta victima, variază în funcție de genul leziunii și starea generală a accidentatului:

- bolnavul politraumatizat, conștient, va fi lungit pe spate;
- bolnavul politraumatizat, în stare de inconștiență, mai ales dacă are și traumatism cranian, va fi lungit pe orizontală, însă cu capul pe o parte;
- bolnavul care a pierdut mult sânge prin hemoragie va fi culcat pe spate cu corpul înclinat astfel încât capul să se afle mai jos decât restul corpului;
- bolnavul cu răni ale abdomenului va fi culcat pe spate cu coapsele flectate;
- în fracturile coloanei vertebrale bolnavul se așează pe spate pe un plan dur;
- în cazul fracturii coloanei cervicale (oasele gâtului) bolnavul se așează pe spate;

- în traumatismele toracice cu fracturi ale coastelor, dacă bolnavul nu prezintă tulburări respiratorii (sufocare, cianoză, agitație) va fi așezat pe spate cu toracele ridicat cât mai sus.

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

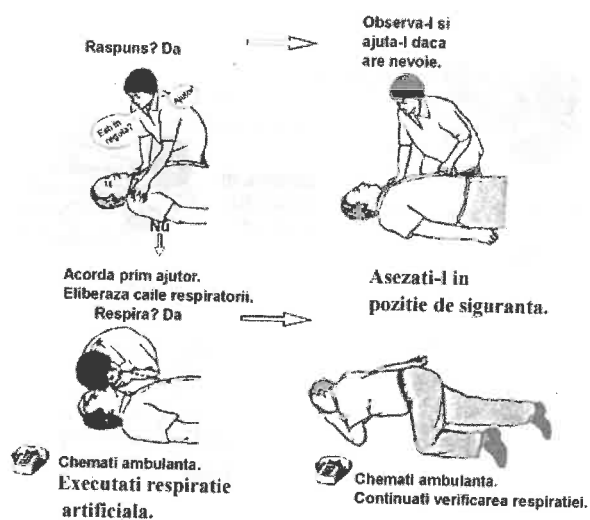


Vârful pipei alunecă pe peretele superior al cavității bucale, concavitatea pipei fiind orientată în sus; în momentul în care vârful pipei a ajuns la nivelul peretelui gâtului, pipa se rotește cu concavitatea în jos pe fața superioară a limbii.

\* \* \*

## ANEXA 1

### Resuscitarea cardio-pulmonară





## Resuscitarea cardio-pulmonară (continuare)



Are puls? Da →

Continuati  
respiratia  
artificiala.



Nu →

Incepeti recuperarea  
cardio-pulmonara.



Instrucțiunile de prim ajutor au fost întocmite, în conformitate cu "Normele Europene de Resuscitare", de un colectiv de medici ai Spitalului de Urgență din București, compus din:

Mircea Beuran - medic primar chirurg  
Mircea Oprisan - medic primar  
Gabriel Tatu - medic primar card.  
Mihaela Vartic - medic specialist ATI  
Romulus Popescu - medic primar ortoped

## LISTA CONȚINUTULUI TRUSEI DE PRIM AJUTOR

Foarfece cu vârfuri boante .....	1	buc.
Dispozitiv de respirație gură la gură .....	1	buc.
Pipa Guedel mar. 4 .....	1	buc.
Pipa Guedel mar. 10 .....	1	buc.
Deschizător de gură .....	1	buc.
Garou elastic 50 cm .....	1	buc.
Atele din material plastic .....	2	buc.
Leucoplast 5 cm / 3 m .....	1	rolă
Leucoplast 2,5 cm / 2,5 m .....	1	rolă
Pansament individual 2/6 cm .....	10	buc.
Pansament cu rivanol 6/10 cm .....	5	buc.
Pansaplast (plasture) 6/50 cm .....	1	buc.
Fașă tifon 5 cm / 4 m .....	5	buc.
Fașă tifon 10 cm / 5 m .....	3	buc.
Bandaj triunghiular l=80 mm .....	2	buc.
Vată hidrofilă sterilă 50 g .....	2	pach.
Mănuși de examinare .....	4	per.
Comprese sterile 10/8 cm x 10 buc .....	10	pach.
Alcool sanitar .....	200	ml
Alcool iodat .....	200	ml
Rivanol soluție 1 ‰ .....	200	ml
Perogen .....	1	flacon
Batiste de hârtie cu soluție dezinfectantă .....	10	buc.
Ace siguranță .....	12	buc.
Pahare de unică folosință .....	5	buc.
Caiet 50 de file .....	1	buc.
Pix sau creion .....	1	buc.
Broșura cu instrucțiuni de prim ajutor .....	1	buc.



**VESTA INVESTMENT srl**

Otopeni ,Calea Bucurestilor nr.1  
Tel. 0213510975 (76, 77); Fax.0213510973

Trusa sanitară de prim ajutor este destinată acordării primului ajutor în cazul accidentelor.

Pentru eficienta utilizare a produsului, vă rugăm consultați cu deosebită atenție instrucțiunile de prim ajutor anexate.

Pe perioada depozitării trusa sanitară de prim ajutor se va păstra închisă luând măsuri de evitare a loviturilor mecanice, a contactului prelungit al cutiei cu produse petroliere sau derivate ale acestora.

Se va evita expunerea prelungită a produsului la acțiunea radiațiilor solare.

În condițiile respectării instrucțiunilor de utilizare și depozitare, corelate cu termenele de garanție si/sau valabilitate ale componentelor Trusei de prim ajutor, producătorul S.C. VESTA INVESTMENT SRL, acordă un termen de valabilitate si garanție de 24 luni.

La expirarea termenului de valabilitate al Trusei de prim ajutor, acesta se poate prelungi cu inca 24 luni achizitionand produsul "Set componente trusa de prim ajutor".

Pentru rezolvarea oricăror reclamații în termen de garanție, vă rugăm să vă adresați direct producătorului.

Produsul este certificat de către Ministerul Sănătății conform Certificatului de inregistrare a dispozitivelor medicale nr. RO/S-042-088/2007.