

Ҳ.Р.АДИЗОВА, Г.С.МУРАТОВА

БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Бухоро – 2018

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА

МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ УНИВЕРСИТЕТИ

Ҳ.Р.АДИЗОВА, Г.С.МУРАТОВА

БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Бухоро – 2018

КИРИШ

Юрак ва нафас олиш фаолияти тўхтаб қолса, масалан одамни электр токи урганда, сувга чўкканида нафас олиши, юрак фаолияти бирдан тўхташи мумкин. Сунъий нафас олдириш ва юракни билвосита укалаш, яъни массаж қилишга барвақт киришилса одам ҳаёти асраб қолинади.

Сунъий нафас олдиришда ўпкага ҳаво юбориш учун “оғиздан-оғизга” ёки “оғиздан- бурунга” усуллари билан сунъий нафас олдиришга киришилади.

Сунъий нафас олдиришга киришишдан авал шикастланган одамни текис жойга чалқанча ётқизиб, имкони борича боши орқага эгилади, шунда нафас йўллари кенг ва равон очилади. Шикастланган одамнинг жағи қисилиб қолган бўлса, унинг пастки жағини олдинга тортиб, энгагини босиш, оғзини очиш, сочиқ ёки дастрўмол билан лаби ва оғиз бўшлиғидаги сўлак ҳамда қусуқ массаларидан тозалаш зарур. Сўнгра шикастланган одамнинг очиқ турган оғизга бир қават салфетка ёки дастрўмол кўйиб, бурнини қисиш, чуқур нафас олиб, лаблари жуфтлаштирган ҳолда ёки махсус найча, ҳаво ўтказгич ёрдамида куч билан ичкарига ҳаво пуфланади. “Оғиздан бурунга” усули қўлланганда эса оғзини беркитиб, бурунга салфетка ёки дастрўмол ташлаб, куч билан пуфлаш жоиз.

Шикастланган одамни қаттиқроқ жойга чолқанча ётқизиб, юрагини массаж қилишга қиришиш керак. Ёрдам берувчи унинг чап томонига ўтиб, усма-уст қўйилган кафтларини шикастланган одам тўш суягининг пастки учидан бир қисмига қўяди. Кейин бир маромда дадил ва шахдам ҳаракатлар билан тўш суягига ҳар дақиқада 50-60 марта босиб туради. Ушбу ҳолатда кўкрак қафасининг олдинги девори энг камида 3-4 см ичкарига тушиб- чиқиб туриши зарур. Бундай шароитда қўллар бир оз бўшайди, кўкрак қафаси ёзилади. Ҳар сафар кафт билан тўш суяги соҳаси босилганида юрак устига тушган босим таъсирида унинг ичидаги қон томирларган тарқалади, кафтлар кўтарилгач, босим тўхтатилганда эса, ён атрофдаги вена томирларидан қон юрак томон силжиб, сўраб олинади.

Қон оқишини вақтинча тўхтатишда эса қоннинг артерия, вена ёки капиллярлардан оқаётганига қараб, биринчи тиббий ёрдам кўрсатишда қон оқиши вақтинча, ёхуд узил-кесил тўхтатилади.

Артериядан тарқарига отилиб чиқаётган қонни вақтинча тўхтатиш учун резина жгут ёки бурама солиш, қўл ёки оёқни имкони борича қаттиқроқ букилган ҳолатда боғлаш, артериянинг шикастланган жойидан бироз юқори қисмини бармоқлар билан босиш мақсадга мувофиқдир.

Бош шикастланганда бош мия лат ейиши, чайқалиши мумкин. Бу ҳолатда одам эс-ҳушини йўқотмайди, боши оғриб, кўгил айниб, баъзан қусади. Кўнгили беҳузур бўлиши мумкин.

Бош мия қаттиқ чайқалганда одам ҳушидан кетади, боши айланиб, қаттиқ оғрийди, кўнгли айнаб, кетма-кет қусади. Бундай ҳолларда шикастланган одамнинг бошига совуқ нарса босиш керак.

Бошга қаттиқ зарб текканда одам ҳушини йўқотиши, боши айланиб гапириб билмай қолиши, шунингдек қулоғи оғир бўлиб, кўз олди хиралашуви, хотираси йўқотилиши ёки сусайиши мумкин. Бундай оғир ҳолатдаги шикастланганини имкони борича тезроқ текис жойга ётқизиб, “тез ёрдам” чақириш зарур.

ЙЎЛ –ТРАНСПОРТ ҲОДИСАСИ НАТИЖАСИДА ЖАРОҲАТЛАНГАН ШАХСГА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Қон кетишда биринчи ёрдам кўрсатиш

Инсон организми ҳар гал жароҳатлар олиш натижасида фақат 500 мл қон йўқотишга ҳаёт учун хавфсиз ҳисобланади.

Агар киши 1000 миллилитр қон йўқотса, ҳаёт учун хавф туғилади. Ундан кўп қон йўқотилган тақдирда эса жабрланувчини ўлимга олиб келадиган хавф туғилади.

Агар жабрланувчи 2000 мл қон йўқотса, унинг ҳаётини сақлаб қолиш учун дарҳол қон бериб, организмни керакли қони билан таъминлаш зарур.

Агар жараҳат артериал, йирик қон томирида бўлса, киши бир неча дақиқадан кейин ўлиши мумкин. Шунинг учун ҳар қандай қон кетишини дарҳол тўхтатиш керак.

Ёш болалар, кекса, 70-75 ёшдаги кишилар камроқ қон йўқотсалар ҳам, улар учун бу хавфли ҳисобланади. Инсон ҳаёти учун энг хавфли бўлган ҳодиса, бу артериал қон кетиши. Унда қоннинг ранги оч-қизил бўлиб. Катта босим билан отилиб чиқади.

Вена қони томири жараҳатланганда эса қоннинг ранги тўқ қизил бўлиб, секин ва доимо бир текисда оқиб туради. Шунинг учун хавфлиги нисбатан кам ва бўйин, кўкрак қафаси атрофидаги жароҳатлар унча хавф туғдирмайди. Лекин бошқа хилда-қон кўпириб. Баъзан томир ичига ҳаво кириб қолиши. Қон томирларида тикилиш пайдо бўлиб, жабрланувчининг ўлимига олиб келиши мумкин.

Капляр қон оқиши- бу асосан майда тўқималарнинг кесилиши, унча чуқур бўлмаган ва маълум кенгликдаги жароҳатлар натижасида пайдо бўлади. Унда қоннинг ранги оч-қизил, кесилган жойнинг ҳаммасидан бир хил оқади.

Паренхиматоз қон оқиши- бу асосан ички органларнинг жароҳатланиши. Ўпка, жигар, буйрак каби органларда жароҳатланганда қон

аралаш , артериал ва вена қон томирларидаги қонлар ҳисобланади. Бунда қон кетиши анча тез ва доимий бўлиб, ҳамма жароҳатланган жойлардан оқади. Қон оқиши ва ички теридаги жароҳат ва табиий бўлган тешикчалар бош мия қобиғи, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ёки бошқа органларга бўлинади.

Ички қон оқиши- албатта, тез ва эҳтиёткорлик билан ёрдам кўрсатилган бўлади.

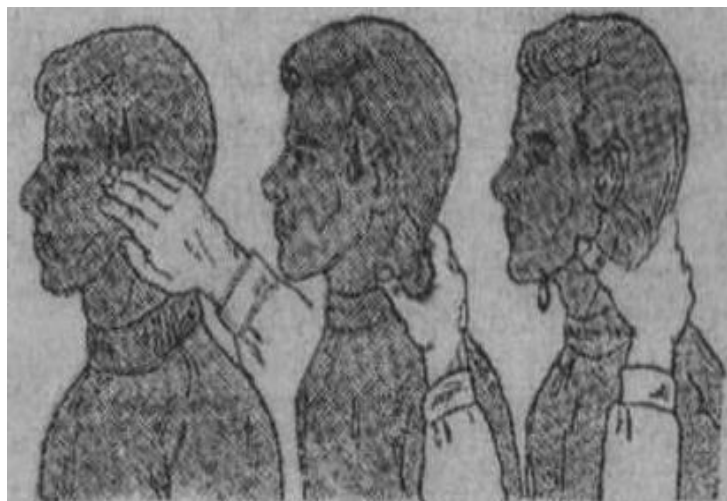
Ташқи қон оқишида- биришчи ёрдам кўрсатиш, асосан ташқи жароҳат натижасида рўй берган ҳолларда, махсус дока (бинт) билан боғлаш, агар жароҳат жиддий бўлса, унга жгут қўйиш йўли билан ёрдам кўрсатилади.

Агар қон оқиши анча кўп отилиб чиқаётган бўлса, у ҳолда тезлик билан қон тўхтатувчи алоҳида жгут қўйиб, қон кетиши тўхтатилади. Қон кетишини тўхтатишнинг яна бир усули қон томирини бармоғимиз ёрдамида босиб туришдир.

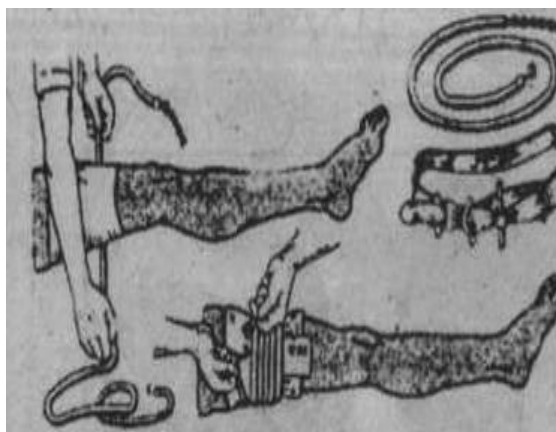
Агар томир суяк атрофида жойлашган бўлса, уни суякка қадаб, бармоқ билан сиқилса, жуда яхши фойда беради, қон дарҳол тўхтайд.

Агар қон кетиши ҳаёт учун хавфли. Жгут ишлатиб бўлмаса, у ҳолда жароҳат устига махсус стерилланган салфетка ёпиб, кейин бармоқ билан босилади. Бармоқ билан босишда жароҳат устидан эмас. Ёнидан, юқорисидан ёки пастдан босилади.

Жароҳат артериал қон томирида бўлса, қон оқаётган жой тепа қисмидан. Вена қон томиридан келаётган булса, жароҳатнинг пастки қисмидан бармоқ билан босилади. Шунинг учун одам организмидан магистрал-артериал томирлар жойлашини билиш керак. Киши танасининг юқори қисмида жойлашган артериал қон томирларидан қон кетганда уни тўхтатиш учун юқори артериал томирларни бармоқ билан босилиш керак (1-расм).



Агар бош, бет ва тил атрофидан қон кетса, уни тўхтатиш учун артериал қон томирини босиш керак. Жароҳат натижасида киши танасининг пастки қисмида жойлашган қон томирларидан қон кетганда, уни тўхтатиш учуноёқни қаттиқ букиб, жгут билан боғлаш керак.



2-расм

Қон тўхтатишга мўлжалланган жгутни қўйиш қоидаси:

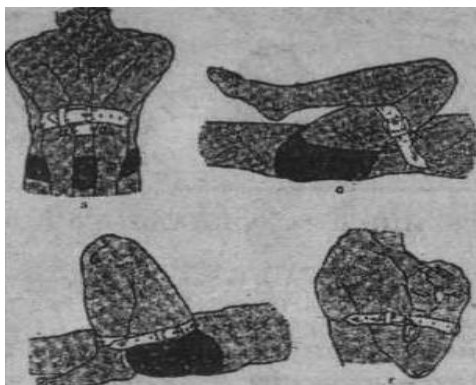
1. Катта артериал қон томир жароҳатланганда .
2. Артериал қон томирининг юқори қисми охиридан қон кетса, эгут елканинг юқори учинчи қисмидан боғланади; артериал қон томирининг пастки қисмидан қон кетса, жгут соннинг ўрта қисмига қўйилади.

Жгут жароҳатнинг кўтарилган қисмининг охирига таг томонидан олиб келиб қўйилади. Уни куч билан қаттиқ сиқиб (агар резинадан бўлса), тагига юмшоқ мато (бинт, рўмолча, картон қоғоз) қўйиб, кейин бир неча маротоба

айлантириб (қон тўхтагунча), ҳар бир ўрамни ёнма –ён ва қаттиқ қилиб, учлари маҳкамланади. Уни айлантириб ўрашда орасига тери қатланиб, тушиб қолмаслигини эҳтиёт бўлиш керак. Жгут учини маҳкамлашда махсус қисқичлардан фойдаланиш мумкин.

2. Жгут қон кетишига қараб, етарли даражада қаттиқ қисилиши керак. Аммо бунда шуни эътиборга олиш керак, жуда ҳам қаттиқ сиқилиб кетмаслиги керак, акс ҳолда терини эзиб, бошқа ёмон аҳволга олиб келиши мумкин. Шунинг учун жгут тагидан албатта, бир варақ қоғоз (картон) қўйиш. Шунинг билан бирга жгут қўйилган вақтни ёзиш керак (3 – расм).

Агар қон кетиши ҳаёт учун хавфли бўлса, тирсакни жгут билан маҳкам қисиб боғлаш орқали ёрдам кўрсатилади. агар қон кетиши оёқнинг тизза қисмида бўлса, унда оёқнинг тизза қисмини бугиб жгут билан маҳкам боғланади.



3 – расм

Агар жароҳатланган шахс кўп қон йўқотса, лекин қон қаердан кетаётгани аниқ бўлмаса, уни дарҳол тиббёт ходимларига келтириш керак. Кишининг бурнидан қон кетганда, уни бошини орқа томонига эгиб ўтказиб ёки ётқизиб қуйилади ва совуқ сувна ҳўлланган озгина пахта ёки сочиқ (дока) бурун атрофига ва пешонага теккизиб турилади. Бундай шароитда киши аксириши ёки бурун орқали нафас олиши мумкин эмас. (4– расм).



4— расм

Киши тиши гикастланиб, бурнидан қон кетишида, стерилланган пахтадан тампон тайёрлаб қон кетаётган жойга қўйилади ва у жағни маҳкам қисиб ётиши ёки ўтириши керак.

Қулоқ бўшлиғидан қон кетганда тампон қўйиш мумкин эмас, шунинг учун дарҳол тез ёрдам чақириш зарур, чунки бу ҳолларда бош миёда жароҳат бўлиши мумкин. Бу эса жабрланувчининг ҳаётига жиддий хавф туғдиради. Агар қулоқнинг ташқи эойларида жароҳат бўлса, унга спиртли бинт ёки йод суриб тозалаш лозим.

Ўпкадан қон кетган ҳолларда одам асосан қаттиқ йўталади, бундай ҳоллардан кишининг кўкрагига совуқ сувга ҳўлланган сочиқ, иложи бўлса муз парчасини қўйиб, қиялатиб ўтказиб қўйиш керак.

Қон қусиш ошқозон яллиғланиши, ўпка хасталиги, жигар эзилишидан бўлиши мумкин. Бундай вақтларда кишининг қорнига совуқ сувга ҳўлланган сочиқ ёки муз парчасини қўйиб. Қорни билан ётқизиб қўйиб, тез ёрдам чақириш керак.

ТЎСАТДАН ЮРАК ТЎХТАБ ҚОЛГАНДА БИРИНЧИ ЁРДАМ

Бундай ҳолларда асосан юрак тўхташининг асосий сабабларини билиш керак. Улар беш хил:

1. Томир уришининг сезилмаслиги, эс–ҳуш йўқлиги, кўз гавҳари кенгайиши, чироқ тутганда сезилмаслиги ва нафас олиш тўхташи, шунингдек юзнинг кўкимтир бўлиши юрак тўхтаб қолган ҳолни билдиради.

Энди ана шу ҳолларни қисқача шарҳлаб ўтамыз:

– Артериал қон томиридан юрак уриши билинмаслиги. Бу асосан бўйин қисмидаги томирни кўрсаткич ёки ўрта бармоқ билан ушлаш натижасида аниқланади.

Хушдан кетиш – юрак уриши тўхиагандан кейин 4–5 сония ўтгач, киши хушидан кетиб, ҳар қандай ҳаракатни йўқотади. Товушни эшитмайди.

Агар кўз гавҳари кенгайиб ёруғликни сезмаса, ўпка ва юрак фаолияти тўхтаганидан дарак беради.

Нафас олиши тўхташи, юз сариқ кулранг бўлиб, томир уриши сезилмай қолиши қон айланиши бузилганидан далолатдир.

Нафас йўллари тиклаш ва юракни ишлатиш учун қуйидаги чораларни амалга ошириш керак:

А– нафас йўллари (бурун, оғиз бўшлиқлари) ни ивиган қон ва балғамдан тозалаш;

В– икки усулда сунъий нафас олдиришни бошлаш– “оғиздан оғизга”, “оғиздан –бурунга”.

С– қон айланиш тизимини йўлга қўйиш юракни массаж қилиш орқали амалга оширилади.

Жароҳатланган шахсни клиник ўлимдан қайтариш учун барча ёрдам ҳаракатлари йўллари очишдан бошланади.

1. Кишини текис жойга чалқанча ётқизилади ва оғиздаги кўпик, ивиган қон бинт ўралган бармоқ билан тозалаб ювилади.

2. Кишининг елкаси тагига юпқа ёстиқ қўйилади, кейин ёрдам берувчи шахс бир қўли билан унинг бўйнини орқа томонидан, иккинчи қўли билан эса бошининг тепа қисмидан ушлаб, бориши орқа томонга эгади. Унинг тили орқага кетиб, томоқ халқумни ёпиб қўймаслиги учун бир оз олдинга тортилади ва кузатиб турилади.



6-расм

3. Кишининг оғзига 2 қават бинт тутилади. Ёрдам берувчи унинг ён томонида ўтириб, бир қўлини унинг бўйнини орқа томонидан ўтқазиб, иккинчи қўли билан унинг бурнини қисади. Ўзи чуқур нафас олиб, лабини унинг лабига қўйиб, бинт орқали оғзига бор кучи билан пуфлайди. Шундан кейин киши бурнини қисиб туришдан бўшатади. Шу вақтда беморнинг кўкраги бир оз кўтарилса, пуфланган ҳаво ўпкасига борган бўлади. Сўнгра ёрдам берувчи одам ўзи ёки ёрдам кўрсатувчи иккинчи шахс икки қўли кафтини кўкракнинг икки томонига қўйиб босади ва ўпкасидаги ҳаво чиққандан кейин жароҳатланган киши бурнини яна қисиб, оғзини оғизга қўйиб пуфлашни такрорлайди. Пуфлаш ҳар 4- 5 сонияда такрорланади, тўғрироғи, бир дақиқада 12-15 марта пуфланади ва кўкрак босиб нафас чиқарилади. Агар кишининг юраги ишлаб кетадиган бўлса ва унинг ўзи нафас ола бошлагунча сунъий нафас олдириш давом эттирилади (6-расм).

4. Юеморнинг лаби яра ва тишлари қонаган бўлса ёки бошқа сабабларга кўра, у “оғиздан-бурунга” усулида сунъий нафас олдирилади. Бунинг учун шахснинг бурнига бинт ёки рўмолча ёпиб, ёрдам берувчи унинг бурнига пуфлайди. Бир қўли билан беморнинг пастки жағини кўтариб, унинг оғзини ёпиб туради.

Юрак –қон томир фаолиятининг бузилиши

Суяк –мушак аппаратлари ишининг ўзгаришлари юрак-қон томири тизими ишининг бузилишига ҳам олиб келади. Умум мушак тонусининг пасайиши қон циркуляцияси ваврови ва веноз қоннинг оқиб чиқиб кетишини камайтиради. Диафрагманинг ҳаракати қон оқимининг юракнинг ўнг бўлмасига қўйиладиган устки ва остки веналарга ўтишини таъминлайди. Оёқлар мушакларининг қисқариши қонни веналар бўйлаб ҳайдайди ва шу йўл билан веноз қон оқиб чиқиб кетишининг функцияларига ёрдам беради. Тахтакач қўйиш ёки тўшакда ётиш зарурияти оқибатида келиб чиқадиган ҳаракатсизлик нормал қисқаришнинг йўқолишига сабаб ҳисобланади. Вена томиридан қоннинг оқиб чиқиб кетишининг бузилиши, организм сувсизланишиэлектродит баланснинг ўзгаришлари қоннинг елимшаклигининг ортиши ва тромблар пайдо бўлиши хавфини олиб келади. Веноз қон оқиб чиқиб кетишининг бузилиши туфайли айланиб юрувчи қоннинг умумий ва ўлиши миқдори камаёди. Бу ҳам ўз навбатида, қон томирларининг қисқариши ва юрак қисқаришлари маромининг кучайишига олиб келади, периферик қон таъминоти ҳам ишдан чиқа бошлайди.

Бу одамларнинг ҳаммаси, аввалида, тинчлик ва ҳаракат вақтида юрак қисқаришларининг кучи ва мароми, юракнинг уриш миқдорининг кучайишини келтириб чиқаради, оқибатда, компенсатор механизмлари фаолият кўрсатишни тўхтатганида, хавфи юзага келади.

Артериал босим устидан назорат ўрнатиш лозим. Ҳаракатсизлик муаммоларига учраган мижозлар, кўпинча гипертоник бўлибт қоладилар.

Биринчи ёрдам кўрсатувчининг вазифалари:

Бунақа муаммолари бўлган беморлар билан иш олиб боришда биринчи ёрдам кўрсатувчи аввало, бўғимлар ҳаракати, мушаклар ва пайлар ҳаракати қанчалик даражада эканлигини текширади. Веноз қоннинг чиқиб кетишидаги ўзгаришлар, ортостатик оғирликнинг қанчалик камайганлиги, юрак фаолиятини сусайганлиги билан қизиқади.

Биринчи ёрдам берувчининг амалий ҳаракатларига қуйидагилар киради.

- Беморга етарли даражада оғирлик тушиши учун уни тик турғазини ёки машқлар ёрдамида уни қўллаб –қувватлаш;
- Беморларнинг суюқлик ичишини кузатиш, бемор иложи борича кўпроқ суюқлик истеъмол қилиши лозим (бир кеча кундузда 3 л гача).бу пешобда калций ҳосил бўлишидан сақлайди.
- Оёқ йўғонлигини ўлчаб, мушаклар атрофияси бор-йўқлиги аниқлаш.
- Мушак массаси ва кучини тиклаш учун бемор билан машқлар ўтказиш.
- Бемор машқларига қаршилиқ қилса, нима ёқмаслигини аниқлаш;
- Шу машқларнинг муҳимлигини тушунтириш;
- Ҳаракатсиз ётган беморни иложи борича ҳолатини ўзгартириш, уни кўпроқ ҳаракат қилишига ёрдам бериш;
- Беморнинг мустақил қиладиган ҳаракатларини рағбатлантириш.
- Беморнинг қариндош уруғларини ёрдам беришга ундаш.

Беморларнинг доимо мушаклар тонуси, қон босими ва бошқа ҳолатларини кузатиб боради. Керакли бўлган вақтда эластик бинтлар, бандажлар қўллайдди. Суяклар зичлиги ўзгарганида ва пешобда буйрак конкрементлари пайдо бўлишида анаболик стероидлар яхши ёрдам беради. Булар буйрак конкрементларининг пайдо бўлиши ва кальций ажралишида уларни камайтиради.

КОЛЛАПС

Клиник жиҳатдан артериал қон босимининг ўткир пасайиши билан характерланадиган ва зудлик билан тез ҳамда кечиктириб бўлмайдиган ёрдамни талаб қиладиган ҳолатлар.

Артериал қон босими ўткир пасайишининг 3 тури тафовут қилинади.

1 тури. Кардиоген гипотония- бевосита юрак касалликлари билан кечади. Ундан ташқари ўткир миокардлар ва ўпка томирлари эмболиясида ҳам юзага келиши мумкин.

2 тури. Томир коллапси – периферик қон томирларнинг кенгайиши билан характерланиб, кўпинча ўткир инфекцион касалликларда кузатилади. Ундан ташқари пневмония, сипсис қорин тифи ва бошқа касалликларда келиб чиқади.

3 тури. Геморрогик коллапс– айланиб юрвчи қон ҳажмининг камайиши билан боғлиқ. Бундай гипотониянинг сабаби кўп миқдорда массив қон йўқотиш ҳисобланади.

Симптомлари. Коллапсда артериал қон босимининг турли сатҳларда тушиши билан бир қаторда (диастолик босим кўпинча 50-60 мм, сим. уст. гача тушади) беморнинг ташқи кўринишида ҳам характерли ўзгаришлар кузатилади. Юз қирраларининг ўткирлашуви, рангпарлик, атрофдагиларга бефарқлик, ташқи таъсирларга реакцияларнинг йўқлиги. Артериал қон босимнинг ўткир пасайиши турли коллапсга сабабчи бўлган, беморнинг асосий касаллигидан келиб чиққан ҳолда аниқлаб олинади

Терапия нуқтаи назаридан юрак ва томир етишмовчилиги дифференцияси мавжуд. Юрак етишмовчилигида артериал босимнинг (асосан диастолик) бундай пасайиши коллапсдагидан кўра кам ҳолатини маъқул кўришади. Юрак етишмовчилигида цианозт (кўпинча акроцианоз) бўйин веналарининг кенгайиши кузатилса томир етишмовчилигида аксинча – оқариш рангпарварлик, айрим ҳолларда диффуз цианоз, периферик веналарнинг кучайиши кузатилади. Юрак етишмовчилигида хансираш характерли – нафас тезлашган, кучайган бўлса томир етишмовчилигида қийинлашмаган лекин юза бўлади. Юрак етишмовчилигида юрак ўлчамларининг катталашганлиги ва ўпкада димланиш аламотлари ҳамда айрим ҳолларда жигарнинг катталашуви аниқланади. Томир етишмовчилигида бу симптомлар ёки бўлмади ёки кам ифодаланган бўлади.

КЕЧИКТИРИБ БЎЛМАЙДИГАН ЁРДАМ

Нокардиоген томир коллапсларида даволашга ҳамда томир тонусини ва артериал босимни кўтаришга қаратилган симптомик даволаш олиб борилади.

Геморрогик коллапсларда қон ёки қон ўрнини босувчи суюқликлар қуйилади.

Интотоксикация ҳолларида 1 л 5% глюкоза ёки изотоник натрий хлор эритмасини вена ичига томчилаб қуйиш тавсия этилади.

Коллапсни даволашда мушак ичига ёки тери орасига 1 мл 1% метазон эритмаси киритилади. Оғир ҳолатларда айниқса наркотиклар билан захарланганда 2–4 мл кардиаминни вена ичига секинлик билан юборилади. 1–2 мл 0,2% норадреналинни 500 мл 5% глюкоза билан вена ичига томчилаб ўтказилса эффект яхши бўлади. Ундан ташқари ўткир томир етишмовчилиги бор беморларга тери орасига 2–4 мл 20% камфора эритмаси ўтказилади.

ОСИЛГАНДА БИРИНЧИ ЁРДАМ

Осилиш– странгуляцион асфиксация – кўпинча суицидаль ҳолатларда келиб чиқади, лекин баъзан кучли алкаголь ичган пайтда, бирданига хушдан кетганда бўйиннинг қаттиқ предметлари орасида сиқилганда юз беради. Болаларда ўйин пайтида келиб чиқади.

Осилиш тўлиқ бўлиши мумкин– қачонки шикастланувчининг танаси ва оёқлари орасида таянч бўлмаса, нотўлиқ – қачонки тананинг бирор бир қисми қаттиқ предметга таянади. (пол, ер мебел ва бошқалар). Бемор ҳолати струнгуляция бўлиб туриши вақтига боғлиқдир. Ҳалқа тугуни энса соҳасида жойлашганда, бўйин қисилиши тезда юз беради. Бунинг натижасида трахея ёки томок қисилиши тил ости суяги синиши билан кечиши мумкин, олдинига бўйинтуруқ веналари, кейин уйқу ва умуртқа артериялари сиқилади, бунинг натижасида асфикция, бирданига веноз тўлақонлик, кейин эса бош мия ишимияси пайдо бўлади. Тўлиқ осилганда бўйин умуртқалари синиши ва чиқиши рўй беради.

Симптомлари: беморни странгуляциядан озод қилганда ҳаёт белгилари бўлиши мумкин ёки клиник ўлим ҳолатида бўлиши мумкин. Кўрганда бўйинда оқимтир кулранг – кўкимтир рангдаги странгуляцион эгат кўриниб туради. Агарда беморларда нафас тўхташи ва юрак фаолияти тўхтамаган бўлса, ҳуши йўқолганда, улар жуда қўзғалган, клоник ёки тоник тутқаноқлар пайдо бўлади. Бемор юзи шишган, кўкимтир кулранг, склера ва кўз конъюгтивасида кўплаб қон қуюлишлари кўринади. Ўпка шиши ривожланиши мумкин. Пульс 120–140 марта 1 да ритм бузилиши кузатилади. Нафас тезлашган, шовқинли, хирилашли, аритмик бўлади. Притерминал ва алькагол ҳолатда – брадикардия.

А\Б кўтарилган, веналар, бўртган, беихтиёр сийдик ва ахлат ажралади. Беморни оғир ҳолатдан чиқаргандан сўнг ретроград амнезия кузатилади, баъзан ўткир психозлар пайдо бўлади.

Шошилич ёрдам. Биринчи навбатда нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш. Бемор бўйнини странгуляциядан озод қилиш керак. Оғиз бўшлиғини шилликдан, кўпикдан тозаланади, бошни максимал даражада энса соҳасида қуйилади.

Юрак фаолияти тўхтаганда тезликда юракни билвосита массаж қилинади ва сунъий нафас: оғиздан оғизга, оғиз бурунга нафас берилади, бемор интубация қилинади.

Мускул ичига 250 мг гидроктизон ва вена ичига 60 мг пренезолон қилинади. Беморда агар оғир нафас бузилиши бўлмаса, лекин ҳаракат қўзғалишлари кузатилса, вена ичига оксипутират натрий 40–50 мг\кг ёки 2–3 мл 0,5 % седуксан қилинади.

Бемор зудлик билан реанимация бўлимига ётқизилади.

УКСУС КИСЛОТАСИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Уксус кислотаси билан ўткир заҳарланиши ўз жонига қасд қилиш ёки тасодифан токсик таъсири бу оғиз, хиқилдоқ, қизилўнгач, ўлдирувчи миқдори 50 мл –ни ташкил этади.

Патогенези: уксус кислота билан заҳарланганда маҳаллий, кимёвий куйишин чақиради. Тўқима ҳужайралари кислота билан контект қилгандан сўнг ҳужайра мембранасини куйдириб юборади. Ҳужаранинг суюқ қисми чиқиб гиповолемик ҳолат экзотоксик шок ҳолатига олиб келади. Заҳарни резорбцияси – қонга ўтиши , 30 дақиқа ичида рўй беради. Сўнгра резорбцияси тўхтади. Қонда эритроцитлар гемолизи кузтилади.

ГЕМОЛИЗ ЖАРАЁНИ УЧ ЭТАПДА БОРАДИ

Биринчи этап. Эритроцит билан контракт бўлгандан, мембранасидан ўтиб ҳужайра ичига кириши.

Иккинчи этап. Эритроцит ички структурасини бузилиши– эритроцитдаги паст молекулали фракцияларнинг чиқиши, ҳужайра ичи муҳити гипертоник бўлиб қолади ва ичкарига сув кира бошлайди, токи ҳужайра ҳужайра қобиғи ичи осмотик босими ошгунча.

Учинчи этап- ҳужайра пардасини ёрилиши. Қайтмас ўзгаришлар. Қон томир ичи гемолизи ва экзотоксик шок микроциркуляциясини бузилиши, жигарда некротик ўчоқлар ривожланишига олиб келади.

Клиникаси

Ўткир даври 1-3 сутка давом этади. Беморни оғзидан уксус ҳидини келиши, оғиз бўшлиғи ва лабда куйишнинг борлиги, қизилўнгач ва эпигастрал соҳаларда оғриқ, гиперсаливация кузатилади. Ютганда, оғиз ҳаракатлари бажарганда оғриқ кучаяди. Бемор кўплаб қайта-қайта қусади, баъзан қон аралаш кузатилади. Дисфагия ривожланади. Бемори сувсизликдан азоб чекади.

Экзотоксик куйиш шоки 37% ҳолларда беморда кузатилади.

Психомотор кўзғалиш, эс –хушини қисман ёки тўлиқ йўқолиши, оқариб кетиш, совук тер босади. А\Б систолик босим ҳисбидан 150-160 мм сим устигача ошади. МВБ пасаяди. Тахикардия, ҳансираш кўкариш, сийдик ажралишини камайиши кузатилади. Токсик коагулопатия гемолиз кузатилади. Натижада сийдик ранги қизаради. Эркин гемоглабинни қондаги миқдори:

- Енгил гемолизда 5 г\л
- Ўрта оғир гемолизда 5-10 г\л
- Оғир гемолизда 85,5% беморларда кузатилади. ЎБЁ ривожланади.

Коптокчалар фильтрациясининг пасайиши микрогематурия, макрогематурия, протеинурия гемоглабинурия оғир ҳолатларда ривожланади. 1-2 кунларда олигоурия кузатилади.

Токсик гепатопия – 85% беморларда учрайди. Жигарни катталашиши, тери ва склерани сарғайиши 3-4 кунда кузатилади. Оғир ҳолатларда ферментлар (АСТ, АЛТ, ЛДГ, АЛД) активлиги ошади.

Нафас функциясини бузилиши заҳарлангандан 1-2 суткаларда кузатилади. Овоз бурмаларини кучайиши, хиррилаб овоз чиқиши – афония, йирингли трахеобронхит ривожланади.

Химиявий куйиш оқибатида

- Эрта 1-2 кунларда
- Кечки 3 кундандан сўнгги асоратлар кузатилади.

Эрта асоратларга: механик асфиксия , эрта 1-чи, 2 чи қон кетишлар.

Интоксикацион делирий, ўткир реактив панкреатит, 1-чи кун олигурия, ёки анурия бўлиши мумкин.

Кечки асоратларга: қон кетиш, тахеобранхит, ўткир жигар –буйрак етишмовчилиги, қизилўнғач ва ошқозонни чандиқли деформацияси кузатилади.

Комплекс даволаш госпитал этапдан олдин.

1.Ошқозон–ичак трактидаги куйдирувчи модда таъсирини камайтириш учун ошқозонни 8–10 л совук сув билан зонд орқали ювиш керак.

2% – 2,0 мл премедол т\ичига

2%–2,0 мл папаверин т\ичига

0,1 % – 1,0 мл антропин т\ичига гиперсаливация ва спазм, оғриқни олдини олиш мақсадида.

Нейтролловчи модда сифатида альмоголь ёки майдаланган магнезий кукунни ишлатилади.

2. Оғриқни қолдириш учун (морфин, промедол, опнопон) 1 мл 3–4 марта кунига, м\о.

0,1%–1 мл антропин т\о

0,2% 1 мл платифиллин т\о

Глюкоза +навокаин аралашмаси (500 мл 5% глюкоза+2:50 мл навокаин эритмаси) томир ичига томчилаб.

3. метаболитик ацидоз вақтида вақтида 4% ли натрий бикарбонат 1500 мл гача вена ичига.

4. Куйиш шокини даволаш учун маҳаллий 10% –200 мл кунгабоқар ёғи эмульция +анетезин 2,0.

Биомицин 2,0 аралашмасини ҳар бир соатда 20 мл юбориш керак

5. Юрак қон томир ишини яхшилаш

Кордиамин – 2,0 мл т\ичига

Кофеин 10% ли – 2,0 мл т\ичига

Глюкоза – навокаин аралашмаси

6. Массивантибиотиклар кхллаш пинецилин 1 млн ед 4–6 марта кунига, левомоцин 1–2 гр кунига

7. гармонотерапия

Гидрокортизон – 125 мл томир ичига , преднозолон 30–60–120 мг дан томир ичига.

8. қон кетиш кучайса– қон қуйиш.

Викасол 1% –5 мл м\о, дицинон 2 мл.дан томир ичига.

9. Ҳиқилдоқ шишида – аэрозол ингалятори.

Пинециллин 300.00 ед.

Новокаин 0,5% – 3 мл

Эфедрин 5% – 1 мл

Адреналин 0,1 % – 1,0 мл

Агар эффект бермаса – интубация, трахеосматия

10. Диета 1 а Певзнер бўйича 3–5 кун, кейин стол 5 а.

11. Бемор интенсив терапия бўлимига ётқизилади.

Жароҳатланган шахсга биринчи ёрдам курсатиш

Тери қатламлари, бурун, оғиз ва ички органлар шикастланганда жароҳат деб номланади. Тана жароҳатлари бир неча турга бўлиниб, ташқи, чуқур ва одамнинг ички аъзо шикастланганини билдиради.

Жароҳатланиш сабаблари. Одам кўча ҳаракати ёки йул ҳаракати қоидаларига амал қилмаганида, спор машғулотларини бажараётганда, бири бири билан қўпол равишда ҳазиллашганда, механик ускуналарни тажрибасиз ишлатаётганда ва ҳоказолар натижасида жароҳатланади.

Жароҳатлар тешилган, тимдаланган, қирилган, тилинган, чопилган, чақилган, урилган ва ўқ теккан турларга бўлинади. Тешилган жароҳатлар игна, мих, пичоқ ва бошқа ўткир нарсалар тери қатламларини тешганда бўлади. Агар одам танаси шу ўткир нарсалар билан шикастланганда ва ички аъзоларга тегиб, уларни жароҳатлаганда, бу шахсларга тез ёрдам кўрсатиб травматология ёки жарроҳлик бўлимига олиб бориш зарурдир.

Тилинган жароҳатлар асосан бритва, пичоқ, ойна ёки шиша бўлаги, темирнинг ўткир парчаси орқали бўлади. Шикастланган жойнинг атрофлари текис қирқилган бўлиб, шу жойдан кўп қон кетиши кузатилади.

Урилган жароҳат асосан одам танаси ўткир бўлмаган предметлардан , масалан тош, болға, машиналар қисми текканда ёки юқоридан ерга қулаб тушганда бўлади. Бу жароҳатлар жуда оғир ва хавфли ҳисобланади, чунки тери қатламлари ва ички аъзолар қаттиқ эзилади. Бу турдаги жароҳатлар кам қонайди ва узоқ йиринглаб тузалиши қийин бўлади.

Чопилган жароҳатларда шикастланган жой ҳам тилинган ва урилган бўлади. Бунда одам тери қатламлари мускул, пайлар ва суяклар оғир шикастланади. Йиртиқ жароҳатда тери тўқималари эзилган бўлиб тери қатламлари йиртилган ҳолда бўлади.

Ҳамма турдаги шикастланган жойларни тезда бинт ёки рўмолча билан боғлаб қўйиш керак. Қон кетаётган бўлса, биринчи навбатда уни тўхтатиш зарур ва яраланган жойни стерилланган ёки тоза бинт билан инфекция тегмаслиги учун ёпиш ва қаттиқ боғлаш керак. Агарда қон кўп кетаётган бўлса, биринчи расмда кўрсатилгандек жгут ишлатилади.

Мускул ва пайларнинг эзилиши, чўзилишида жароҳатланган жойда шиш пайдо бўлади, оғриқ сезилади. Баъзида шу жойга томирдан қон қўйилиб, кўкариб кетади. Бундай вақтларда рўмол ёки сочиқни совуқ сувда кўллаб, шикастланган жойга 5-10 дақиқа қўйиб турилади. Кейин лат еган жой қисиб боғланади ва шахс шифохонага юборилади.

Изоҳ- шикастланган жойга иссиқ буюмларни босиш, иссиқ сувга солиш, ишкалаш, эзиш кабилар мумкин эмас.

Очиқ жароҳатланган жойга қўл тегизиб, уни ичидаги ёпишиб қолган кийим парчасини, шиша синиқларини олиб бўлмайди. Шифокорсиз яраланган жойни сув ёки доривор суюқликлар билан ювиш мумкин эмас.

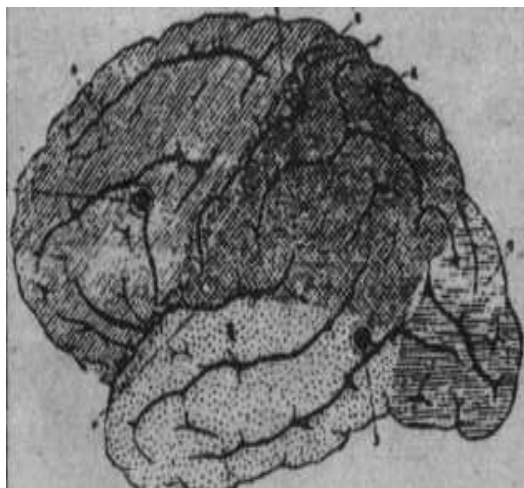
Жабрланувчининг шикастланган жойини боғлагандан сўнг, уни ёткизиб, агар ташна бўлиб, сув ичгиси келса, сув, қаҳва ёки ширин, аччиқ чой бериш мумкин

БОШ МИЯ ШИКАСТЛАНГАНДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Ҳозирги вақтда умумий жароҳатлардан 40 фоизи бош миЯ шикастланишидир. Жароҳатланганлардан ҳар бештаси оғир бош миЯ жароҳати олади.

Аҳоли ичида асосан 17 дан 50 ёшгача бўлган шахслар оғир бош миЯ жароҳати билан шифохонага тушади. Бундай жароҳатларнинг айримлари ўлимга, бошқаларини эса ногиронликка олиб келади.

Бош миЯ жароҳати барча таянч, ҳаракат функциялари билан боғлиқ бўлиб, миЯни қайси томони шикастланса, шунга боғлиқ органлар ишламаслигини ёки жароҳатланишини билиш учун керак бўлади. (7-расм)

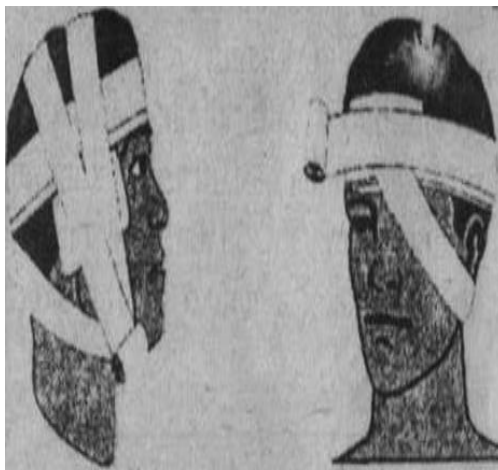


7-расм

А-пешона томони; б-олд қисмининг марказий тўқималари ;в-роланд эгати; г-орқа қисмидаги марказ тўқималари; д-марказий эгатча; е-орқа миЯ эгатчаси; ж-пешонанинг ён томони; з-тил қобилятига эга марказ; и-силвия эгатчаси; к-нутқ маркази.

Бош миЯниг чайқалиши - бош миЯ урилиб, эзилганга қараганда анча енгилроқ бўлади. Бош миЯ чайқалганлигини асосий белгиларидан билса бўлади: Эшитиш ҳолати бир зумга тўхтайти, эс-ҳушини йўқотиш вазиятлари жуда кам учраб туради. Жароҳат олишдан аввалги нарсани эсламаслик ёки хотираси учиб кетган бўлади; бош оғриги, бош айланиши, кўнгил озиши, беҳузур бўлиши, қулоғида шовқин овози эшитилиш, юзига қон қуйилиши, совуқ тер чиқиши, нафас йўлларининг сиқилиши, томир уруши ўзгариши

(тезлаб кетади ёки секинлашади). Бундай жароҳат олган шахсларнинг пешонасига ҳўл сочиқ кўйиб замбилга горизонтал ҳолатда ётқизиб шифохонага юборилади (8-расм).



8-расм

Агарда бош мия устидаги қобик яраланса, унда спиртли йод суюқлиги билан яраланган жой атрофини артиб, кейин бинт билан ўраб кўйиш керак.

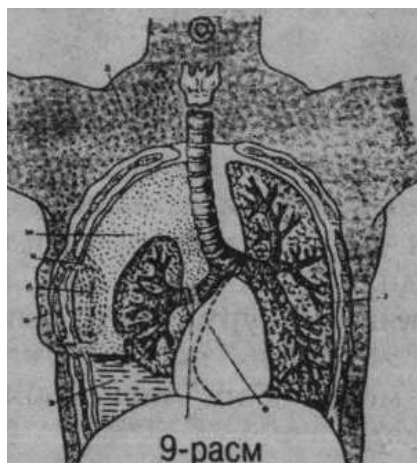
Бош мия урилишида енгил, ўрта оғир жароҳат турлари учрайди. Бош миянинг ўрта-оғир шикастланишида миянинг оқ моддаси шикастланганлиги кўзда тутилади, оқ мода бош мия қобиғининг тагида жойлашган бўлади.

Бундай ҳолда жабрланувчи икки кунгача ҳушига келмайди. Бир кунгача ҳаяжонланиши мумкин. Кўзларининг қорачиғи ёруғликка эътиборсиз. Бош мия орқа томонининг мускуллари таранглашган бўлади. Тез-тез кунгил айнайди ва тутқаноқ бўлиб туради.

Бош мия оғир жароҳатланса унда бош мия функциялари ишдан чиқиб мияга қон қуйилади ва бемор коматоз ҳолда икки кундан икки ҳафтагача ҳушсиз ётади.

Бош мия функциялари нотўғри ишлашидан нафас олиш ютиниш, юрак уриши бузилиб туради, мускуллар бўшашиб кетади, тил орқа томонга кетиб қолиши мумкин. Жароҳатланган шахсни ёқаси тугмасини ечиб, камарини бўшатиб, зарар етказмасдан секин ётқизиш керак. Сўнг томир урушини текшириб кўриш керак, тери ҳароратини, рангини, иситмасини ва намлигини

текшириш зарур. Нафас йўллари тизлик билан қон, шилимшиқ ва қайт қилиш натижасида пайдо бўлган моддалардан тозалаш керак.



Нафас йулларини тиклаш учун беморнинг тилини чиқариб, тўғноғич билан учидан босиб энгак терисини теккизиб қуйилади ва оғзини ҳар хил қон, йиринг ва синган тишларининг парчаларидан бармоққа ўралган бинт билан тозаланади.

Йўлда содир бўлган фалокат натижасида жабрланувчидан бош қисмидан кўп қон кетса, дарҳол бинт ёки рўмолча ёрдамида боғлаб, тиббий бўлимларга жўнатилади.

Агар жароҳат натижасида суяк синиши рўй берса, унга асло тегиб бўлмайди, чунки қон кетиши кўпайиши мумкин.

Қон кетиши кулоқнинг ташқи қисмида бўлса, унга бинт билан пахтадан тампон тайёрлаб қўйилади. Тампон қўйганда, уни кулоқ бўшлиғига ичкарига киритмасдан аста-секин қўйилади. Чунки жароҳатланган жойга инфекция кириши мумкин.

Жабрланувчи қаттик ҳаяжонда бўлса ва кўл-оёқ томирлари тортишуви кузатилса, у ҳолда беморни замбилга солиб бинт ёки катта рўмол билан маҳкам боғлаб зудлик билан шифохонага юборилади.

Бош мия жароҳатланганда мия чайқалса ёки бўйин қисми жароҳатланса, уни қаттиқ текис замбилга солиб ва бўйин қисми тагига қаттиқ

ёстикча кўйиб, у силжиб кетмаслиги учун маҳкам боғлаб шифохонанинг травматология ёки хирургия бўлимига юборилади.

Кўкрак қафаси жароҳатланганда беморнинг аҳволи оғир бўлиб, кўпинча ўлим билан яқунланади. Чунки кўкрак қафаси кучли сиқилганда нафас олиш қийинлашади. Тери ости амфиземаси беморнинг бўйин қисмига кучли оғриқ беради. Юзининг ранги кўкимтир тусга киради, нафас олиши сустлашади. Бундай ҳолларда иложи борича жароҳатланган шахсга тез ёрдам кўрсатиш керак, акс ҳолда кеч бўлиши мумкин.

Бу ҳолларда ёрдамни қуйидагича кўрсатиш шарт:

Биринчидан, жабрланувчини ўткизиб, ортиқча кийимлардан халос қилиб, эркин нафас олишини таъминлаш керак.

Оғиз бўшлигини очиб, бинтни ёки тоза румолчани бармоқка ўраб, тозалаш керак. Агар шу вақтда жабрланувчи қайт қилса дарҳол бошини эгиб, қайт қилишига ёрдам бериш керак. Тили ичкарига кетиб нафас йўлини тўсиб қоладиган бўлса, бошини орқа томонга эгиб, пастки жағини пастга босиб, оғзини очиб, тилини тортиб чиқазиш керак.

Кўкрак қисмининг оғир жароҳатланиши

Кўкрак қафасидаги очиқ жароҳат. Улар икки хил бўлади. Кўкрак қафасида ички қисмга ўтган ва ўтмаган жароҳатлар.

Кўкрак қафасидаги очиқ ички қисмга ўтмаган жароҳат ички аъзоларга таъсир қилмайди. Плеврал бўшлиқ ёпиқ қолади, ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди. Бунда ташқи жароҳат, асаб толалари, қовурға ва бошқа қон тўқималарининг бузилиши, жароҳатнинг қандай ҳолатда ва қайси чуқурликда бўлишига боғлиқ. Агар кўкрак қафасига қаттиқ куч билан таъсир қилинган бўлса, беморнинг аҳволи умуман ўртача, унинг нафас олишида ички органларда ҳавонинг ҳаракати натижасида жароҳат атрофида сезилмайди, қон кетиши эса одатдагидек кўп эмас. Тез ёрдам кўрсатишда асосан кўкрак қафаси ташқарисидаги жароҳатга эътибор бериш керак. Спиртли аралашма билан жароҳат атрофини тозалаб, боғлаб қўйиш керак. Кўкрак қафаси бўшлиғидаги жойга ҳаво кириб қолмаслиги учун, уни

герметизация қилиб (лейкопластир ёпиш), бу кечиктириб бўлмайдиган бирламчи вазифаларга киради. Унинг устидан эса энли кенг бинт билан бинтлаб чиқилади. Бундай ҳолларда тез ёрдам кўрсатиш асосан кўкрак қафасининг қандай жароҳатланишига боғлиқ бўлиб, унга оғриқни колдирадиган, ўша жароҳатдан атрофига совутадиган препаратлар аналгин, амидопирин каби дорилардан фойдаланилади. Агар кўкрак қафаси оғир жароҳатланган бўлса, бунда дарҳол ҳаво йўллари, нафас органларини ўрнига қўйиш чораларини излаш керак, кейин эса жабрланувчига тинчлантирувчи валокордин, корвалол, валериана ва бошқа дорилар бериш мумкин. Агар кислород ёрдами керак бўлса, уни ярим ўткизилган ҳолда ушлаш керак.

Жароҳат ичига ўтмаган, фақат тери қатламларига шикаст етган бўлса, унда атрофларини сиртли эритма, йод билан суриб чиқилади.

Қовурға, кўкрак ва кўрак суяклари синганда биринчи ёрдам кўрсатиш

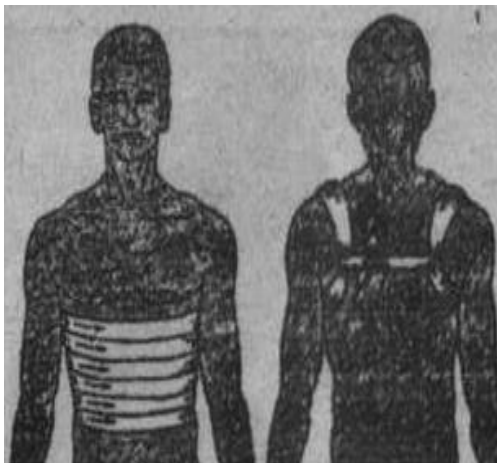
Одамни кўкрак қафаси асосан киши ички аъзоларини ҳар хил хавф-хатарлардан ҳимояловчи уч томонлама бинт билан қаттиқ боғланишдан иборат. Кўкрак бевосита қовурға билан бирлашган. Бу эса кўкрак қафасининг доимийлигини таъминлайди. (10-расм).



10-расм

Одам гавдасининг юқори қисмини жароҳатланиши асосан кўпинча қовурғаларнинг шикастланишидир. Қовурғаларнинг сениши 40 ёшдаги кишиларда асосан олтинчи ва тўққизинчи қовурғалар синади. Юқори қисмидаги қовурғалар пайлар билан яхши химояланган. Пастки 10 ва 11-қовурғалар кучли эластикликка (эгилиш кучи) эга бўлиб, қовурға сениш жароҳат механизларига боғлиқдир.

Умров суяги синганда - асаб толалари жароҳатланиши мумкин. Унда асосан бармоқларни сезиши ва артериал қон томирлари пульсини аниқлаш асосан катта бармоқ ва қафт ўртасидаги асаб толаларидан аниқланади. Шу вазиятда беморга аналгин дориси ичирилади ва қўлтиғи тагига махсус пахта кўйиб, қўли бўйнига осиб қўйилади. Тез ёрдам кўрсатилганидан сўнг жабрланувчини тик ҳолда ўтказиб шифохонага юборилади.



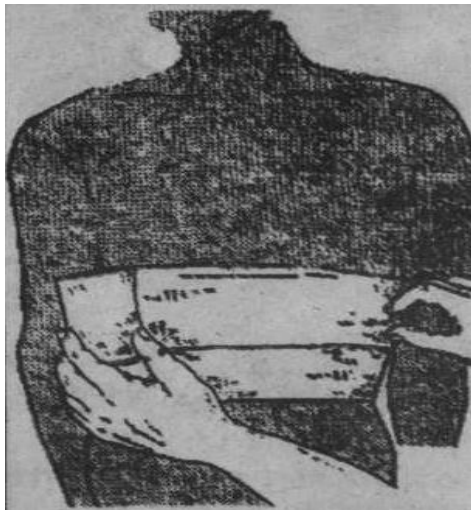
11-расм

Кўрак суягининг сениши жуда кам учрайди. Кўракнинг сениши тўғри жароҳат деб ҳисобланмайди. Агар елка, тирсак билан тўғридан-тўғри урилса, кўракнинг елка қисмига уланган жойидан синади. Тез ёрдам бериш учун, оғриқни қолдирадиган аналгин таблеткаси берилади. Кўракни орқа томонга эгиб, қўлтиғининг орқа томонига бинт билан ўралган ёстикча қўйилади. Қўлни эса баданига бинт билан боғлаб қўйилади. Жароҳатланган шахсни ўтирган ҳолда шифохонага олиб борилади (11-расм).

Қорин қисми жароҳатланганда биринчи ёрдам кўрсатиш

Қорин қисмининг жароҳатланиши натижасида, беморда чап ёки ўнг қисмлар шикастланиши мумкин. Чап қисми жароҳатланганда шиллик пардалар жароҳатланиб, тилнинг қақраб қуриши, кўнгил озиши ва қайт қилиш ҳоллари учрайди. Ўнг томони жароҳатланганда эса, беморда жигар жароҳати натижасида тери қатламининг оқариши, ёпишқоқ совуқ тер чиқиши, нафас олиши тезлашиши бўлиб, пулс уруши сустлашади. Бунда бемор орқа ёки ён томони билан оёқларини оёқларини қорнига букиб ётган бўлади.

Бу ҳолларда беморни унга мойил ҳолатда ётқизиб стерилланган дока ёки ҳўлланган сочиқни қорнига ёпиб бинт билан ўраб боғлаш ҳамда қорнига муз парчасини қўйиш керак. Иложи бўлса кислород билан нафас олдириш зарур.



12-расм

Жароҳатланган шахсни шифохонага оёқлари тиззадан букланган ҳолда замбилга ётқизилган ҳолда олиб борилади (12-расм).

Шикастланиш натижасида эс-ҳушини йўқотган беморга биринчи ёрдам кўрсатиш

Шикастланиш натижасида эс-ҳушини йўқотиш энг хавфли ва асорат қолдирувчи оғир жароҳатлардан ҳисобланади. Улар натижасида қуйиш, ҳаракат қилиш системалари умуртқа, бош, қўл-оёқларнинг синиши, баландликдан тушиб кетиши ва ички органлар шикастланиши мумкин. Эс-

хушини йўқотишнинг асосий сабабларидан бири механик ёки физик жароҳат олганда қаттиқ оғриқ пайдо бўлади. Қон йўқотиш, оч қолиш, совуқ қолиш, чанқоқликдир. Унда асосан марказий асаб системаси иш фаолиятининг бузилиши, қон айланиши ва артериал босимини (ўзгариши) пасайиши натижасида бемор тез ҳаракатлана олмайди. Бундай ҳолларда тез ёрдам гуруҳи чақирилиб ёрдам кўрсатилади.

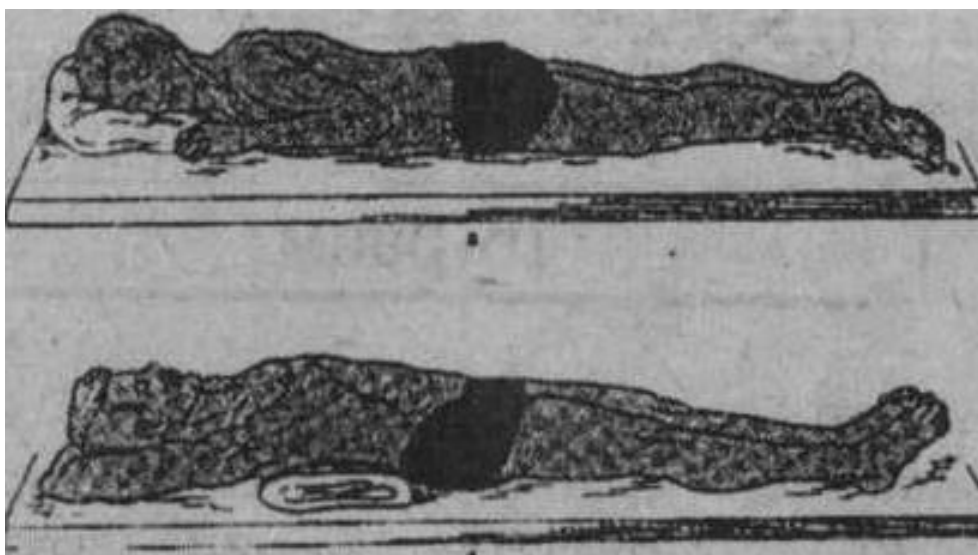
Умуртқа суяги синганда биринчи ёрдам кўрсатиш

Умуртқа поғонасининг синиши – энг хавфли ва жиддий жароҳатлардан ҳисобланади. Бундай жароҳат билан жабрланган одам узок йил муддат ишга яроқсиз бўлади. Унинг келгусидаги ҳаёти асосан жароҳат олган вақтда қандай биринчи ёрдам кўрсатилишига боғлиқдир.

Энди умуртқа синишининг қай даражада хавфли эканлигини кўриб чиқамиз. Аввало, умуртқа асосан асаб толаларини химоя қилувчи қобик ҳисобланади. Шунинг учун жароҳат олган жойда унга биринчи ёрдам қандай кўрсатилишига боғлиқдир. Агар беморни жароҳат жойидан транспортировка қилишда хатоликларга йўл қўйилса, у бир умрга ногирон бўлиб қолиши мумкин. Энг хавфли жароҳат бўйин умуртқасининг жароҳати ҳисобланади. Масалан, бешинчи-олтинчи бўйин умуртқаси синса ёки қаттиқ шикастланса, унинг асорати ёмонлашади. Бўйин суягининг синиши асосан автоуловни бошқараётганда ёки унда кетаётганда, бирданига орқасидан бошқа автоулов келиб урса, бўйин суяги синиши мумкин. У жабрланувчини транспорт орқали шифохонага юборишдан олдин, бўйинни қимирламайдиган қилиб мослама ўрнатиш керак бўлади(13-расм).

ЧАНОҚ СУЯГИ СИНГАНДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Маълумки чаноқ суяги асосан одамнинг кўтариб турувчи ва уни ҳаракатлантирувчи асосий қисм ҳисобланади. Шунинг билан биргаликда унга хар томондан калин пайлар келиб ёпишган булади, юкори кисмидан қорин, бел ва пастки қисмидан икки оёқ пайлари уланади. Чаноқ суяги синганда қон кетиш ҳоллари ҳам бўлиши мумкин. Унинг учли ва ўткир томони ички органларга жароҳат етказиши мумкин, масалан: сийдик халтасига ва у чиқадиган йўлларга, шунингдек қон томирларга ҳам зарар етказиши мумкин.



15-расм

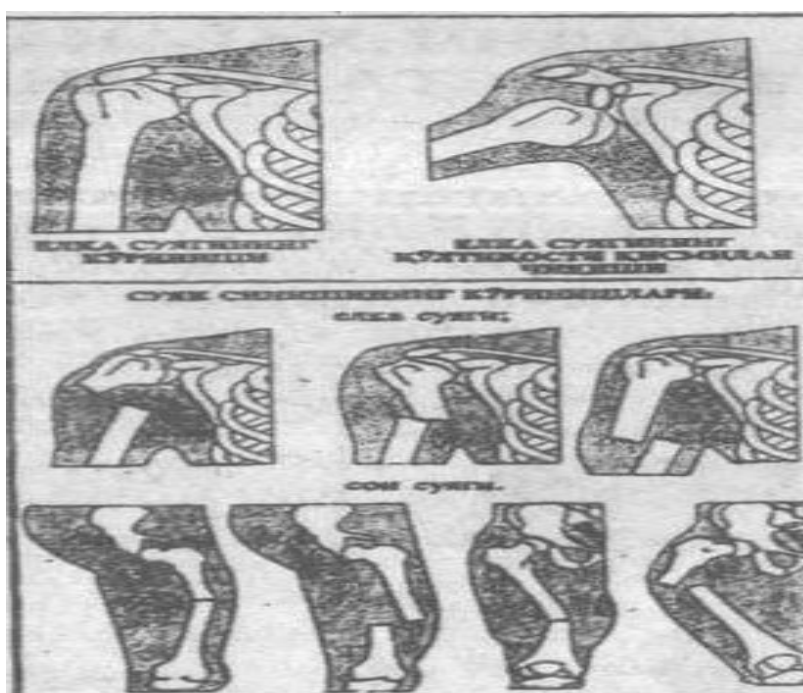
Бундай ҳолларда тез ёрдам кўрсатиш, қон кетишини тўхтатиш чораларини кўриш керак. Шу усулларни қўллаб биринчи ёрдам кўрсатилади, кейин шифохонага жўнатишдан олдин уни замбилга ётқизиб икки оёғини сон кисмининг тагига ёстиқ қўйиб олиб борилади (16-расм).

Бемор эс-хушини йўқотмаса, қорин қисми шикастланмаса, унга оғриқни енгиллаштирадиган ва тинчлантирадиган дорилар бериш зарурдир, масалан, аналгин, валокардин, валериана таблеткаларини ичириш керак, ўзидан кетиб қолмаслиги учун 3-4 литр илиқ сувга чой сода билан тузни эритиб, ичириш керак.

Елка суяги синганда биринчи ёрдам кўрсатиш

Елка суяги асосан киши гавдасини ушлаб туришда асосий вазифани бажаради.

Автомобил фалокати ёки баландликдан тушиб кетиши натижасида жароҳатланиши мумкин. Тирсак билан қаттиқ урулиши ёки ён томондан урилганда синиши мумкин. Бундай беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш ва уни ҳушига келтириш керак. Беморда суяк синиши натижасида кучли оғрик пайдо бўлади.



17-18-расм

Унга оғриқни қолдирадиган аналгин, амидопирин каби таблеткалар бериш мумкин. Оғриқ бор жойга совуқ сувга ҳўллаган сочиқ қўйиш керак (17-18-расм).

Жароҳат натижасида суяк суставининг силжиши (чиқиши)

Суякнинг ўз ўрнидан силжиши ёки ўз жойини ўзгартириши суяк чиқиши дейилади. У асосан қаттиқ урилиши, қайрилиши натижасида рўй бериб, қаттиқ оғриқ беради. Улар жароҳат натижасида кузатилади. Умумий ходисаларнинг 1,5-3 % жароҳат натижасида рўй берган. Суяк ҳолатини ўзгартириши турли симптомларни келтириб чиқаради. Уларни аниқлашда оёк қўл умумий узунлиги ўзгариши ҳисобига бўлади.

Таянч-харакатланиш тизими шикастланганда биринчи ёрдам бериш мушкул ва пайларнинг эзилиши, чузилиши

Шикастланган мушкул ва пай жойлашган ерда олдин озроқ шиш пайдо бўлади, оғриқ сезилади. Баъзида шу жойга қон қуйилиб кўкариб кетади. Бунда қуйидагича биринчи ёрдам берилади.



19-расм

Рўмол ёки сочиқни совуқ сувда ҳўллаб шикастланган жойга 5-10 дақиқа қўйилади, кейин сиқиб боғланади ва бемор шифохонага жўнатилади.

Бўғимнинг чиқиши

Чиққан бўғим атрофида шиш пайдо бўлади ва оғриқ сезилади. Шу қўл ёки оёқ ҳаракатсизланиб осилиб қолади. Бундай вақтда куйидагича биринчи ёрдам кўрсатилади: чиққан бўғим совуқ сувда 5-10 дақиқа ўраб қўйилади, қўл бўғими чиққан бўлса, қўл рўмолча ёрдамида бўйинга осиб қўйилади. Қўлнинг кафтидан то тирсагигача рўмолга осилган бўлиши керак. Оёқ бўғими чиққан бўлса, унинг икки томонига тахта ёки картон (шина) куйиб маҳкам боғланади. Юқоридаги биринчи ёрдам берилгандан кейин бемор шифокорга юборилади.

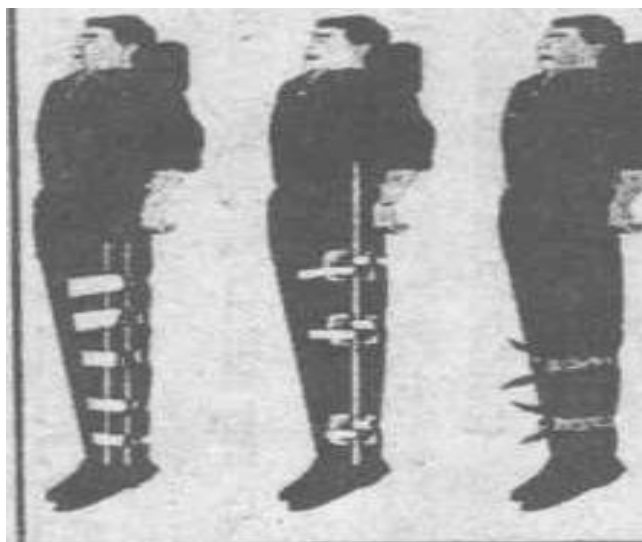
Тизза ва сон суяклари жароҳатланганда биринчи ёрдам кўрсатиш

Тизза суяги деб, сон суяги билан болдир суяги бирлашган жойга айтилади. У ҳар иккала томондан бўшлиқ орқали бирикиб одамнинг эгилувчан ва майин ҳаракатини таъминловчи механизм ҳисобланади. Унинг жароҳатланиши асосан баландликдан қаттиқ сакраш ёки автоҳалокат натижасида қаттиқ урилиш оқибатидир. У жароҳатланганда, пастдан болдир суяги ва юқори қисмда сон суяги шикастланиб, киши ҳаракатдан тўхтайтиди, оёқни кўтариш қийинлашади. Бундай ҳолларда оғриқ кучли бўлади ва одам ҳушидан кетиши мумкин. Унга биринчи ёрдам кўрсатиш қуйидагича бўлади: биринчидан, дарҳол оғриқни камайтирадиган дорилар, бирданига иккита 0,5 миллиграммдан аналгин, пиранол, пенталгин бериш мумкин. Агар юрак фаолияти ёмонлашса унга 30-40 томчи кадиамин ёки кафеин 0,1 миллиграмм хопдори берилади. Агар очик суяк синиши рўй берса қон кетиши мумкин. Бундай ҳолларда дарҳол қон кетишини тўхтатиш керак. Унда жароҳатнинг 10-12 см юқорисидан жгут қўйиш керак ва жароҳат устига стерилланган дока ёпиб боғланади. Тезда ана шундай ишларни бажариб бўлгандан кейин бемор ётган ҳолда шифохонага жўнатилади.

Болдир суяги жароҳатланганда биринчи ёрдам кўрсатиш

Болдир суяги деб, сон суяги билан товон суяги ўртасидаги суякка айтилади. У юқори томондан сон суягининг пастки қисми ва товон суягининг юқори қисмига бўшлиқ орқали жойлашган бўлади. У катта

оғирлик кўтариш кучига эга. Унинг атрофини кучли пайлар ва мускуллар ўраб олган бўлиб, жароҳатланиши асосан автоҳалокат ёки бошқа эҳтиётсизлик оқибатидир. Жароҳат олиш натижасида одам узоқ вақт юрмаслиги мумкин. Суяк синиши бемор ёшига боғлиқ бўлиб, ёш катталашган сари синиши анча осон. Шунинг учун ёши катта кишилар эҳтиёткорлик билан ҳаракат қилиши керак. Бундай суякнинг синиши ёки жароҳатланиши қийшиқ ҳолатда куч тушиши, ташқи жисм келиб урилиши каби ҳолатда содир бўлади. Оғриқ кучли, баъзан бемор беҳуш бўлади. Агар очик суяк синиши рўй берса тери қатламлари йиртилиши натижасида кучли қон кетиш ҳоллари учраб туради. Бундай одамга биринчи ёрдам курсатишда жуда эҳтиёткорлик билан иш олиб борилади. Акс ҳолда хато қилинган ҳаракат бир умрга асорат қолдириши мумкин.



20-расм

Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш учун, аввало, у қандай ҳолатда эканини аниқлаш керак. Жароҳат қандай чуқурликда ёки қайси жойда суяк жароҳати бор, куйган жой борми.

Агар автомобил ҳалокатида содир бўлса, дарҳол тўхтатиш чораларини кўриш керак. Аввало, жгут куйиш кейин эса жароҳатни стерилланган бинт билан боғлаб одам ётқизилган ҳолда замбилга солиб шифохонага жўнатилади (20-расм).

Иссиқлик таъсиридан куйганда биринчи ёрдам кўрсатиш

Куйиш жароҳати асосан ёнғин (биноларга ўт кетганда) автомобил ҳалокати натижасида содир бўлади. Агар одам танасининг куйиш жароҳати қанча кўп бўлса соғайиши шунча қийин. Куйишнинг таъсири эркакларга нисбатан аёлларда енгил ўтади. Улар куйиш микдорига қараб 1-4 босқичлардан иборат бўлади.

Биринчи босқичдаги куйишда тери қатламларининг устки қисми шикастланади ҳолос. Тери қатламларининг устки қисми қизаради, баъзи жойларда пуфакчалар пайдо бўлади. Куйган жойда тери ҳарорати баланд бўлади.

Иккинчи босқичдаги куйиш натижасида бирданига қаттиқ оғрик пайдо бўлади, тезлик билан қизара бошлайди, оч сарғиш рангдаги пуфакчалар пайдо бўлади.

Учинчи (а) босқичдаги куйиш содир бўлганда – тери қатламларида бирданига пуфакчалар пайдо бўлиб, улар ёрилиб, суви чиқиб кучли оғрик пайдо бўлади, сезгирлиги йўқолади. Спирт сурганда, тери остига дори юборилганда сезилмайди.

Учинчи (б) босқичдаги куйиш –бунда фақат терининг ташқи томонидан барча ташқи қатламлари ўлиб сезгирлиги йўқолади. Пайдо бўлган пуфакчаларнинг ранги хира, қуруқ ва мармар рангини эслатади. Спирт сурганда ёки укол қилганда сезмайди.

Тўртинчи босқичдаги куйиш- бунда тери сезгирлигидан ташқари тери ости ҳужайраларининг сезгирлиги йўқолади. Устки қисмида жигар ранг куйган қобиқ-кўмир пайдо бўлади, сезгирлиги батамом йўқолади. У қандай чуқурликда куйганини фақат бир неча кундан кейин шифохонада аниқлаш мумкин. Бундай ҳолларда биринчи ёрдам кўрсатиш жуда ҳам тез амалга оширилиши керак. Биринчи навбатда қуяётган одам терисидаги ўтни дарҳол ўчириш керак. Уни устидан ёнмайдиган мато билан кислород етишмаслик даражасида ўралса, дарҳол ўчади. Ўчирилгандан кейин унга тиббий ёрдам

кўрсатилади. Агар бемор ёнаётган бино ичида бўлса дарҳол уни ёнгиндан олиб чиқиш керак. Уни очиқ ҳавога олиб чиқиб, эркин нафас олишига ёрдам бериш керак. Агар бемор беҳуш бўлса, ҳушига келтириш чораларини излаш керак. Тилига ахамият бериш зарур, тили тушган бўлса, пастки жагини босиб, тилини тортиб, ҳаво йўлини очиш керак. Акс ҳолда у буғилиб ўлиши мумкин. У ўзига келиб, эркин нафас олаётган бўлса, дарҳол тўйдириб қайнаган сув ичириш лозим. Унга камида 5 литр қайнатилган илиқ сув ичириш керак. Кайт киладиган булса ҳам мажбур ичирилади. Сувга бир ош қошигида ош тузи ва бир ош қошиқ ичимлик содасини солиш мумкин. Шу билан биргаликда унга икки дона аналгин хопдориси ёки аспирин, бир дона бутадон дориси, бир дона демидрол ва 20 томчи корвалол, валокордин ёки кардиамин ҳамда юраги ёмонлашса валериана эритмаси ичириш ёки валидолни тилини тагига қўйиш мумкин. Бундай дори-дармонлар уни тинчлантиради ва юрак фаолиятини яхшилаб ушлаб туради. Агар куйган пайтда кийими терисига ёпишган бўлса уни асло шилиб олиб бўлмайди. Уни устидан стерилланган бинт билан боғлаш керак. Агар бинт булмаса тоза матодан фойдаланиш мумкин. Оғриқни қолдириш учун уй шароитида 15 дақиқа давомида совуқ водопровод сувини оқизиб туриш мумкин.

Жароҳатланганда, суяк синганда ёки чиққанда уни бинт билан ўраш усуллари

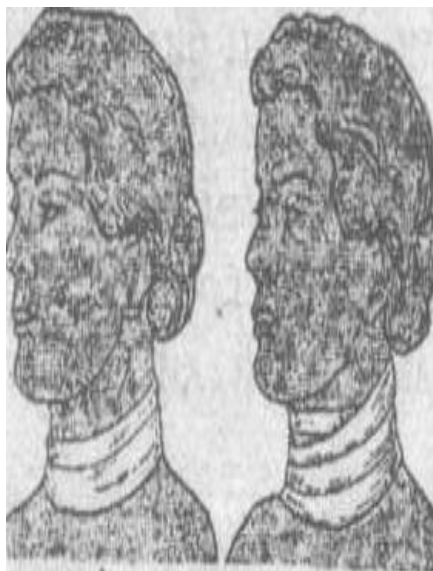
Одатда бундай суяк чиқиши тан жароҳати олганда жароҳати олганда жароҳатни тезда тузатиши ёки жабрланувчига биринчи ёрдам кўрсатишда албатта, жароҳатни дори-дармон билан тозалаб ёки унга тегишли муолажалар қилиб бўлгандан кейин бинт билан ўраб боғланади. Аммо ҳар бир ҳолатда ҳамма ҳар хил ва ўзи билганича боғлайди. Шунинг учун тана жароҳат олганда қандай қилиб бинтлашни айтиб ўтамыз.

Бош қисмда жароҳат содир бўлса, осонгина боғлаш мумкин. Бунга хоҳлаган кенгликдаги бинт ишлатилади. Бош айланма шаклда боғланади. Жароҳат жойи аниклангандан кейин уни тозалаб, тегишли муолажаларни

амалга оширгандан сўнг бинтни бир неча маротаба айлантриб ўраб, кейин иккала учи бир-бирига маҳкамлаб боғланади.

Бўйинни спирал шаклида бинт билан боғлаш

Бемор бўйинни боғлашга эҳтиёткорлик билан киришиши керак. Чунки бўйинда артериал ва вена кон томирлари булиб улар буш боғланса кон кетиши тухтамаслиги мумкин. Агар каттик сикилса уни бугин нафас олишини кийинлаштиради. Шуни хам эътиборга олиш керакки, бўйиндаги артериал ва вена кон томирларига эътиборсизлик билан каралса унга хаво кириш хавфи булади. Бу эса бемор хаёти учун хавфли булиб улимга олиб келиши мумкин. Шунинг учун бинтни бўйинга урашса (стандарт) холатдаги бинтлаш кулланади. Бинтнинг бир учини чап кул билан ушлаб, иккинчи учини аввал бошлангич кисмдан пастга, кейин эса юкорига караб уралади. Шунда беморнинг бўйин кисми бир текисда бинтланади. (21-расм)



21-расм

Спирал йуналишдаги бинтлаш асосан кукрак кафаси атрофидаги жароҳатларда ишлатилади. Уни бажариш унча кийин эмас. Бунинг учун 2-3 метр узунликдаги бинтни олиб, бир учини кулимиз билан ушлаб, иккинчи учини белга айлантриб, жароҳат устидан текис килиб уралади. Шуни хам эслатиб утиш керакки, агар кукракдаги жароҳат чукур булиб, хаво кириш хавфи олдин жароҳатни лейкопластир билан ёпиштириб, кейин бинт ураш

керак. Уралган бинтнинг иккинчи учини елка томонидаги учига олиб бирига боғланади.

Қорин устидаги жароҳатни боғлаш.

Қорин атрофи жароҳатланган кишини бинт билан боғлашдан олдин уни текшириш ва жароҳатни аниқлаб, уни олдин эритилган спирт, ёд суриб тозалаш керак. Кейин жароҳатни устига стерилланган дока ёпиб бинтланади. Бинтлашда кукрак кисмининг пастки томонидан эни кенг бинт билан бир учини чап кул билан ушлаб, иккинчи учини унги кул билан айлантириб, охирида биринчи учига маҳкам боғланади. Хамма муолажаларни килиб, биринчи ёрдамни курсатиб бўлгандан кейин бемор шифохонага жунатилади.

Елка суяги синганда уни бинт билан боғлаш: Бундай холларда олдин кишининг кайси кули синган булса, уша кулни 90 градус килиб, букиб кейин кулини буйнига осиб, белига бинт билан боғланади (22-расм).



22-расм

Агар боғлаш учун бинт булмаса, дуч келган ички кийимдан фойдаланиш мумкин. Худи шунингдек оёк, тизза, тирсак ёки товон суяклари синганда ёки урнидан силжиганда биринчи ёрдам курсатиб бинт ёки бошка матолар ёрдамида боғланади. Автомобил халокати натижасида баъзида одамнинг бел кисми ёки бир вақтда икки ва ундан ортик аъзолари, умуртка погонаси, оёкнинг болдир кисми ва сон, чанок кисмлари бирданига жароҳатланиб, оғир ахволга тушиши мумкин. Бундай холларда беморга

биринчи ёрдам курсатиш анча мураккаб булади. Бунда ҳар бир муолажа килиб, жабрланувчини касалхонага олиб бориш чоралари курилади. Бунинг учун унга алоҳида тахтакач ёки ҳар хил узунликдаги ёғочлар ёрдамида мослама ясаб, бинт ёки бошқа мато ёрдамида боглаб жароҳат олган жойлар кимираш натижасида огрик бермайдиган ҳолатда тайёрланиб кейин жабрланувчи касалхонага жунатилади.

Агар жабрланувчи тана қисмининг паст томони, яъни икала оёғи жароҳатланган бўлса, икала оёғини бир-бирига бинт ёки бошқа мато ёрдамида маҳкам боглаб, жабрланувчи текис тахта устига ётқизилган ҳолда шифохонага олиб борилади.

Қорин огриганда биринчи тиббий ёрдам курсатиш

Сабаблари: Қориндаги огрик- купгина сабабларга кура юзага келадиган шикоят қорин соҳасида энг куп тарқалган касалликларни « қориндаги санчиклар» дея аташ мумкин ва қуйидагиларга кура номоён булади.

- утқир куричак;
- утқир холитсиситит;
- буйрак санчиги (ут пуфагида тош бўлганида)
- буйрак санчиги (ковугида тош бўлганда)
- ошқозон ёки ун икки бармок ичак ярасининг тешилиши;
- чурранинг кисилиши;
- утқир ичак утмаслиги;
- мезентериал томирларнинг тромбози;
- қориннинг ёпик жароҳати;
- аёллар жинсий соҳасининг касалланиши (бачадон ташқари хомиладорликда найчанинг узилиши, утқир аднексит, тухумдонларнинг апоплексияси ва хоказо)

Намоён булиши: қорин санчиги, кул билан пайпасланганда баъзан ушлаб курилганда, кучли огрик сезилиши билан аломатлари билинади.

« утқир қорин санчиги» аломатларида қуйидагилар белги беради:

- қориндаги огриклар;

- кунгил айниши ва кушиш;
- қориннинг олди деворлари мушакларининг таранглашуви;
- қоринларда безовта килишининг ижобий аломатлари.

Қорин пайпаслаганда, огрик ёки шамоллаган аъзо соҳасида ёки бутун қорин буйлаб билинади. Қорин безовта килишининг ижобий аломатлари холларида пайпаслаётган кул кескин олинганда шунингдек қориннинг олди соҳасида юзаки теккизилганда огрик кучаяди. Қориннинг ички қон кетишида эса тери қопламаларининг рангпарлиги, кескин холсизланиш, томирнинг суст ва тез уриши, артериал босимининг пасайиши кузатилади.

Биринчи тиббий ёрдам:

Зиён етказманг! « Утқир қорин санчиги »- жиддий ва мураккаб касаллик аломати. Беморни зудлик билан стационарга элтиш ва «зиён етказманг!» шиорига амал қилиш зарур. Қорин санчигига дучор бўлган одамга биринчи тиббий ёрдам курсатаётиб айни ҳолда энг асосийси: очлик, совуқлик ва хотиржамликни таъминлаш лозимлигини ёдда тутиш керак.

Нима қилиш мумкин:

1. Тезда «тез ёрдам»ни чакиринг!
2. Беморни стационарга жунатгунча унга мутлақо тинчлик муҳитини таъминлаб беринг.
3. Қорин соҳасига муз солинган шиша идиш ёки гипотермик жилдқоғоз қуйинг.
4. Агар иложи бўлса НаСЛ изотиник эритмасидан томчилама эм дори қуйинг (бу айникса ички қон кетиш ёки шок огриги аломатларида жуда яхши наф беради).

Нима қилиш мумкин эмас:

- 1.Огрик қолдирувчи антибиотик ва касалликнинг хақиқий қуриниши « беркитадиган» бошқа дори воситаларини бериш.
2. Қоринга киздиргич қуйиш.
3. Беморни едириб-ичириш. Пер ос дорисини бериш.
4. Тозаловчи клизма қуйиш, сурги дори бериш.

5. Ошқозонни ювиш.

Тиббиёт хамширанинг вазифалари

Хар бир педиатрия худудида хамшираси уз шифокори раҳбарлигида куйидаги вазифаларни бажариш лозим:

-соғлом болани тарбиялаш ва ривожланишини таъминлаш буйича уз худудида барча профилактик чора-тадбирларни бажариш;

-бемор ва соғлом болаларни махсус йуриқномаларда курсатилиши буйича мунтазам тиббий назорат килиб бориш;

-ота-оналар томонидан шифокор курсатмалари кандай бажарилаётганлигини текшириб бориш;

-аҳоли уртасида бола парвариши, касалликларнинг олдини олиш, яшаш жойларда керакли санитария-гигиена шароитларини яратиш масалалари буйича тушунтириш ишларини олиб бориш.

-уз хизмат доирасида барча ота-оналарни «оналар мактаби», «оталар мактаби» машгулотларига жалб килиш.

-хомиладор аёллар учун патронаж ташрифларини уюштириш ва улардаги узгаришларни уз вақтида аниқлаб аёллар маслахатхонаси шифокорига ҳамда худуд педиатрига хабар килиш.

-узи белгиланган худудда тугилган чакалок тугрукхонадан уйига олиб келганидан кейин уни узоги бидан 3 кун ичида худуд шифокори билан бориб куриш, кейинчалик уни соғлик гуруҳига караб мунтазам кузатиб бориш.

-болалар муассасаларида катнамаётган болаларни эмлаш учун хар ойлик режа тузиш ва уларни эмлашга шифохонага таклиф килиш;

-диспансер ҳисобида турган болалар шифокор куригидан режа буйича утишларини ташкил килиш;

-шифокор курсатмасига биноан бемор болаларнинг уйига бориб, даволаш ишларини бажариш;

-шифокор болаларни текширишдан утказаетганда унга ёрдам бериш (антропометрик улчовлар утказиш, рецептлар, маълумотномалар, хар хил кучирмалар ёзиб бериш, болаларни навбат билан чакириб туриш ва хоказо);

-уз касб махоратини тинмай ошириб бориш, хамширалар ишидаги илгор тажрибаларни урганиш, уларни уз ишига жорий қилиш хамширалар кенгаши ишларида фаол катнаши;

-оилаларга тиббий-ижтимоий ва ҳудудий ёрдам курсатишда катнашиш;

-бемор бўлган бола аникланиши билан у туғрисида узоғи билан 2 соат ичида шифокорга хабар етказиш;

-кабул қилинган ишни тартиб буйича ҳисоб-китоб қилиб бериш ва хоказо.

Пулсни аниқлаш

Талаба билиши керак:

1.Пульс нималигини.

2.Пульсни аниқлашни.

Талаба бажариши керак:

1.Пулсни аниқлашни.

Муолажа бажарилиши:

1.Пульни билакнинг кафт юзасида биринчи бармок асосида билак артериясида аниқланади.

2.Мускуллар ва пайлар таранглиги айпаслашга халакит бермаслиги учун беморнинг кули буш қуйилади.

3.Бемор панжасини унғ кул билан панжа бугими соҳасида бушгина ушланади ва унғ кул билан текширилувчининг юраги сатҳига қуйилади.

4.Биринчи бармокни тирсак томонида, 2-3-4-бармоқларни эса билак томонида қуйилади.

5.Пульсация қилаётган артерияни учала бармок билан пайпаслаб уни билак суягининг ички томонида босилади.

6.Томир уришини камида 30 секунд санаб олинган ракам иккига қупайтирилади.

Керакли анжомлар:

Секундомерли соат, қалам ёки ручка, томир уришининг график тасвирини қайд қилувчи 004 варақа.

Эслатма:

- Пульснинг секинлашуви брадикардия тезлашуви тахикардия дейилади.
- Пульснинг чакка, уйку артерияси сон артерияларида ҳам аниқлаш мумкин.

Анафилактик шокда қандай ёрдам бериш керак

- 1.Купинча анафилактик шок антибиотиклар юборилганда юз беради. Бунда сиз пенцилинни мускул орасига юборган булсангиз.
- 2.Зудлик инъексия қилинган думбадаги жой атрофидан новакаин эритмаси мускул орасига юборилади.
- 3.Мускул орасига пенцилиннинг антидоди пенцилиназа 800.00 Т/Б 8 мл инъексия қилинади.
- 4.Зудлик билан 0,1% норадреналин ва адреналин эритмалари 0,5-1 млдан тери остига мускулга ҳам инъексия қилинади.
- 5.Преднизалон 50, 100 мл венага 0,9 % натрий хлор эритмаси билан венага томчилаб юборилади.
- 6.Димедрол 1% 1мл эритмаси венага юборилади.
- 7.Эуфиллин 2.4%-10 мл венага юборилади.
- 8.Беморнинг қон босимини пульсини нафас тезлиги тез-тез ва ҳар доим назорат қилиб турилади.
- 9.Керак булса юракни массаж қилиб упкага нафас берилади.
- 10.Керак булса трахеостомия қилинади. Буни врачнинг узи бажаради.

Керакли анжомлар:

1. шприцлар
2. игналар
3. анафилактик ёрдам берувчи дорилар
4. антидодлар
5. спиртлар
- 6.пахта
- 7.кислород ёстикча
- 8.интубацион трубка
- 9.танометр

10.фанендоскоп

11.гламинация апарати

Эслатма:

1. Оғир ахволдаги беморнинг томиридан кон чиқарилади.
2. Хар бир антибиотикни инъекция қилинади ва биологик синама қилиниши шарт.
3. Хар бир хамшира постида анафилактик шокда ёрдам бериш бурчаги бўлиши керак. Дорилар билан тулдирилган булади.

Уткир кон кетиш жараёнида зудлик билан ёрдам курсатиш

Талаба билиши керак:

1. Тугрук ва чилла даврида кон кетиш сабабларини.
2. Уткир кон кетишда кузатиладиган асоратларни.
3. Кон кетишни олдини олишни.

Талаба бажариши керак:

- 1.Кучган йулошни тушириш усулларини.
- 2.Йулдошни кулда кучириш ва тушириш усулларини.
- 3.Бачадон ичини кул билан текширишни .
- 4.Кон кетишга қарши кураш усулларини.

Керакли жихозлар: Кресла, фантом, бачадон, катетр, иситгич, намланган кислород, керакли дорилар, шприц, штатив, система, суюкликлар.

Муолажанинг бажарилиши:

- 1.Сийдик копчаси бушатилади.
- 2.Қорин девори орқали бачадон тугри чизикка келтирилади ва эҳтиёткорлик билан укаланади.
- 3.Агар бачадон кискармаса кон кетиши тухтамаса бачадоннинг олдинги деворига қорин териси-орқали 1 мл окситоцин ва 1мл метилэргаметрин вена ичига юборилади.
- 4.Каравотниинг бош томонини пасга тушириб мияга кон келиши яхшиланади.

5. Беморнинг ҳамма томонига грелкалар куйилади.
6. Томир ичига иссик кон куйилади (куйиладиган кон кетган кон микдорига тенг булиши керак 70-100% гача куйилади).
7. Организмга суюклик факат кон урнини етарлича тулдиргандагина куйилади.
8. Намланган кислород берилади.
9. Кон кетиши тухтатилган юракни кувватловчи дорилар юборилади.
10. Буйрак ости фаолияти етишмовчилигини даволаш учун венага 100-150 мг гидрокартизон юборилади.
11. Аскарбин кислотаси 300-500 мг вена ичига, 20-50 мг витамин Б1 ва 25-50 мг Б6 м/о га юборилади.
12. Антигистамин препаратлар (супрастин, димедрол, пиполфен ва кокарбаксилаза 50 мл томирга юборилади).
13. Кучли тахикардияда 0,3-0,5 мл строфантин 40% ли 20 мл глюкоза билан вена орасига секин юборилади.
14. Мия шишини камайтириш учун 2,4 % ли эуфиллиндан 5-8-10 мл томирга юборилади.
15. Бемор терминал холатда олиб чикилгач реаниматолог кузатувида булиши керак.

Нафас олиш сонларини санаш

Нафас организмга кислороднинг узлуксиз тушиб туришини ва корбанат ангидрид гази ва сув буглари ажралиб чикишини таъминлайдиган асосий хаётгий жараёндир. Газ алмашинуви жараёни ташки ва ички нафас ёки тукима нафасидан ташкил топади.

Нафас турлари- кукрак кафасининг улчовлари кайси йуналишда узгаришига караб нафаснинг кукрак, қорин ва аралаш турлари фарк килинади. Кукрак олишнинг турида кукрак бушлигининг ҳамма кисмларида вентиляцияни таъминлайди. Нафас турлари ташки ва ички мухитнинг жуда куп турли-туман таъсири натижасида юзага келади ва узгаради.

Нафас ҳаракатлари тезлиги- катта одамда ҳар дақиқа урта ҳисобда 16-20 та булади. Соғлом кишиларда унинг узғариши жуда кўп сабабларга: Ёшга (янги туғилган чакалоқларда минутига 30-40 нафас); жинсга (аёлларда эркекларга нисбатан минутига 14-15 нафас, утирганда 16-18, тик турган ҳолатда 18-20 марта нафас) боғлиқ. Жисмоний иш, оқват ейиш, тана ҳароратининг ошиши, рухий кузғалиш нафасни тезлаштиради. Машқ килган спортчиларда нафас тезлиги тинч турганда минутига 6-8 булиши мумкин.

Беморлар кукрак кафасида нафас ҳаракатларини кузатиб бориш:

Нафас ҳаракатларининг тезлиги, ритм чуқурга, нафас кисишининг хусусиятини билиб олишга имкон беради.

Бу кузатувлар касалликни аниқлашга ёрдам бериб, уни ҳамширалар ҳам бажарса булади

Нафас ҳаракатларини бемор сезмайдиган килиб санаш керак. Кулни бемор кукраги устига куйиш ёки пульсни санагандек унинг кулини ушлаб туришнинг узи кифоя. Бемор нафасининг кузатилаётганлигини билиб қолса у нафас ҳаракатларининг микдорини, маромини ва хусусиятини беҳосдан узгартириши мумкин. Ҳамшира 1 дақиқада олинадиган нафас микдорини ҳарорат варагига график тарзда ёзиб боради. Одатда нафас эгри чизиги кук каламда, бундан фарқли равишда ҳарорат эгри чизиги эса қора каламда чизилади.

Нафас кисиши, хансираш (дисное). Нафас тезлиги ва мароми ва чуқурлигининг бузилишига нафас кисиши дейилади. Нафас кисиши беморларга ҳамиша сезилавермайди.

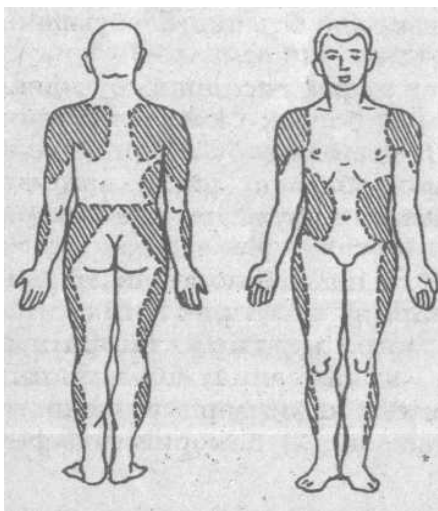
Беморнинг нафаси жуда каттик кисиб, унинг бугилишига ёки кислород танкислиги туфайли нафас тухтаб қолиши асфиксияга олиб боришига –бугилиш дейилади.

Тиббиёт ҳамшираси нафас кисиши ва бугилиш хусусияти устида олиб борган кузатувларини шифокорга ҳабар қилиши лозим, бу шунинг учун зарурки нафас кисиши баъзан уйқу вақтида сезиларли булади, бугилиш ҳуружлари эса аксари кечаси тутуди.

Нафас кисиш ва бугилишда беморни парвариш килиш шу узгаришларни келтириб чиқарган сабабларга караб турличадир. Нафасни енгиллаштириш учун купинча: 1) беморнинг кукрагини кисиб турадиган кийимларини ечиш ва оғир адёлларни олиб ташлаш; 2) беморнинг нафас харакатларини енгиллаштириш учун уни урнида каддини баланд килиб ёткизиш; 3) уйга соф хаво киритиш; 4) беморга кислород билан нафас олдириш лозим.

Тери остига инъексиялар килиш ва дори куйиш

Тери ости ёг хужайраси томирларга бой юмшок тукимадан иборат, шунга кура тери остига бир неча миллилитрдан (инъексиялар) 0,5 л гача (куйиш) дори эритмаларини юбориш мумкин.



22-расм

Мойдаги эритмалар секин сурилади. Уларни бир неча миллилитр микдорида ва сурилишини яхшилаш мақсадида албатта илитилган холда юборилади.

Тери ости инъексиялари учун аксари елка ва сонларнинг ташки юзасидан фойдалинилади. Дори куйиш учун сонларнинг олдинги- ташки юзасидан фойдаланилади (22-расм).

Тери ости ёг хужайраси шишган ёки аввалги инъексиялардан яхши сурилмаганлиги туфайли каттиклашиб колган жойларга инъексия ва дори юборишга рухсат этилмайди.

Бевосита инъексия олдидан шприц игнасини юкорига тик тутиб уриб, шприцдан хаво чиқарилади. Эритмадаги хаво пуфакчалари майда булса, уларни бир-бирига кушиб яхлит қилиш ва поршенни суриб, уни чиқариб юбориш учун поршенни тортиш керак. Бунда дори эритмасининг озрок микдори беҳуда сарф булади.

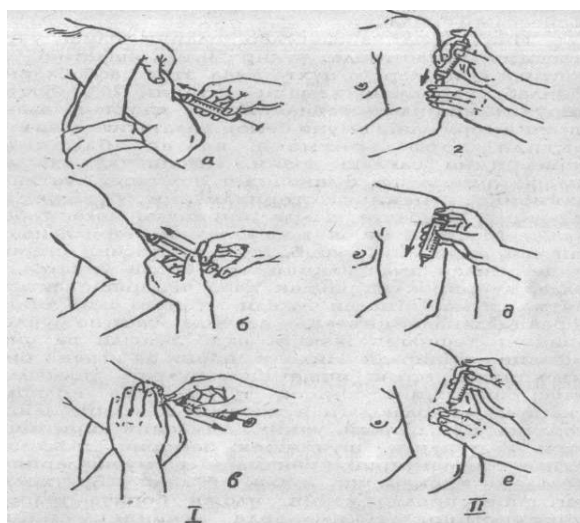
Инъексияга мулжалланган жойдаги тери сатхини спирт шимдирилган стерил пахта шарчалар билан икки марта артилади: Биринчи марта 10x15 см майдондаги соха, иккинчи марта пахта шарчаси билан эса бевосита тешиладиган 5x5 см жой тозаланади, сунгра бу жойга ёднинг спиртли эритмаси суртилади. Тери анчагина ифлос булса уни олдин эфир билан артиш лозим.

Эритмаларни инъексия қилиш учун ингичка игна, мойларни инъексия қилиш учун йугонрок игна тери остига дори қуйиш учун узунлиги 90 мм, бушлиги 1 мм бўлган игна олинади. Инъексия қилинадиган жойдаги терини чап кул билан бурма қилиб ушлаб, игнани унинг асосига чакон ҳаракат билан киритилади. Шприцни ушла шва терини тешишнинг иккита усули бор.

Биринчи усул. Шприц цилиндрли биринчи ва иккинчи-учинчи бармоқлар орасида сиқиб турилади. Туртинчи ва бешинчи бармоқлар билан поршен ушлаб турилади. Игнани елка сатхига 30 бурчак остида тери бурмасининг асосига пастдан юкорига (бемор тик туради) санчилади. (2-расм а) терини тешишда игна тешиги хақиша юкорига қараган бўлиши керак. Тери остига, мушакларга ва веналарга инъексия қилишда игнани бор бўйича эмас, балки тахминан 2/3 қисми киритилади, чунки игна муфтаси билан бириккан бўлиши мумкин. Тери тешилгач, шприц чап кулга олинади, унг кулнинг иккинчи ва учинчи бармоқлари билан цилиндр қардиши қисиб турилади, биринчи бармоқ билан эса поршень дастасини босиб дори юборилади (2-расм б). Сунгра спиртга хулланган янги пахта шарчани чап

кул билан куйиб игна тортиб олинади. (2-расм в), чап кулдаги пахта шарча билан эса дори юборилган жойни енгил укаланади. Шундагина у тери ости ёг хужайрасида яхши таксимланади ва кайтиб чикмайди. Терининг тешилган жойига спиртдаги ёд эритмаси шимдирилган пахта шарчасини инъексия килинган жойда узок ушлаб турмаслик керак. Чунки ёд терини куйдириши мумкин.

Иккинчи усулда тулдирилган шприцни иккинчи ва учинчи, туртинчи бармоқлар билан вертикал холда игнасини пастга каратиб ушлаб турилади. (23-расм г). Игнани тезлик билан санчиб, иккинчи бармоқ билан поршень дастаси босилади ва дори юборилади. (23-расм д), сунгра игна чикарилади. (23-расм е).



23-расм.

Тери ости инъексияларда асоратлар юз бериши эхтимол. Улардан бири турли хажм ва каттикликдаги инфилтратлар хосил булишидир. Инфилтрат –механик шикастланиш бўлган жой атрофидаги тукима хужайраларнинг реактив купайиши булиб бунга утмас игна билан инъексия килиш дори моддасидан, айникса мойли эритмалар ва аралашмалардан кимёвий таъсирланиш шунингдек инфекция тушиши сабаб булади. Инфилтрат юзага келишига беморнинг ахволи сабаб булиши мумкин.

Чунончи оғир ахволда ётган беморларда дорининг сурилиши секинлашади. Баъзан инфильтратлар ириб, мадда, окма яра хосил килади.

Хосил бўлган инфильтратларнинг сурилишини тезлаштириш учун иситадиган компресслар, физиотерапия кулланади. Йиринг бойлаган жойлар ёрилади.

Инфильтрат абсцесслар олдини олиш учун инъексия килаётганда уткир игна ишлатиш ва асептика коидаларига пухта амал этиш; асбобларни яхшилаб стериллаш, хамшира кулини 70 % бўлган спирт ва стерил материал билан кайта тозалаш, шприцга дори олиш ва уни бемор палатасига етказиш вақтида дори эритмаси ва асбобларнинг стериллигини саклаш лозим. Игнани кул билан ушлаш, ампула ва флаконнинг ностерил сатхига теккизиш игнанинг стериллигини бузади ва инфекция манбаига ҳамда йиринглашига сабаб булади. Масалан тиббиёт хамшираси стериллашдан сунг шприцни йига туриб игна муфтасини стерил пинцет билан эмас, бармоклари билан урнатса, у холда кейинрок шприцдан хаво чикариш вақтида эритма кисман игнадан чикади, муфтага окиб чикиб инфекцияланади, инъексия вақтида эса игна буйлаб терининг тешилган жойига окиб тушади ва унга инфекция туширади. Нихоят, шприц ва игнани бир инъекциядан ортик ишлатишга рухсат этилмайди. Игна синигининг юмшок тукумаларда колишга игнанинг тайёрлашдаги нуксони ёки эскирганлиги етарлича узун булмай унинг хаммасини киритишга тугри келганлиги,шунингдек беморни инъекция хакида огохлантириб куйилмаганда мушакларнинг тусатдан кискариши сабаб булади. Бу холда рентгеноскопиядан кейин иложи борича тезрок чунки юмшок тукумаларда игнанинг синиги сурилиши ва уз йулида аъзо, тукумаларни шикастлантириши мумкин.