

# Διάσωση και σωστή δέση ασθενών στην επείγουσα θεραπευτική

Δ. Βασιλάκος

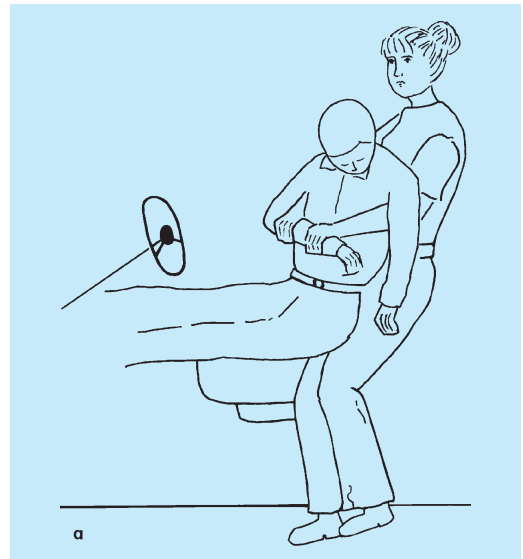
Σύμφωνα με τον ορισμό του Γερμανικού Ερυθρού Σταυρού διάσωση είναι το σύνολο των παρεμβάσεων που στόχο έχουν την εξάλειψη των κινδύνων που απειλούν τη ζωή ανθρώπων ή ζώων, από τους οποίους μόνοι τους δεν μπορούν να ξεφύγουν.

## Χειρισμός Rautek

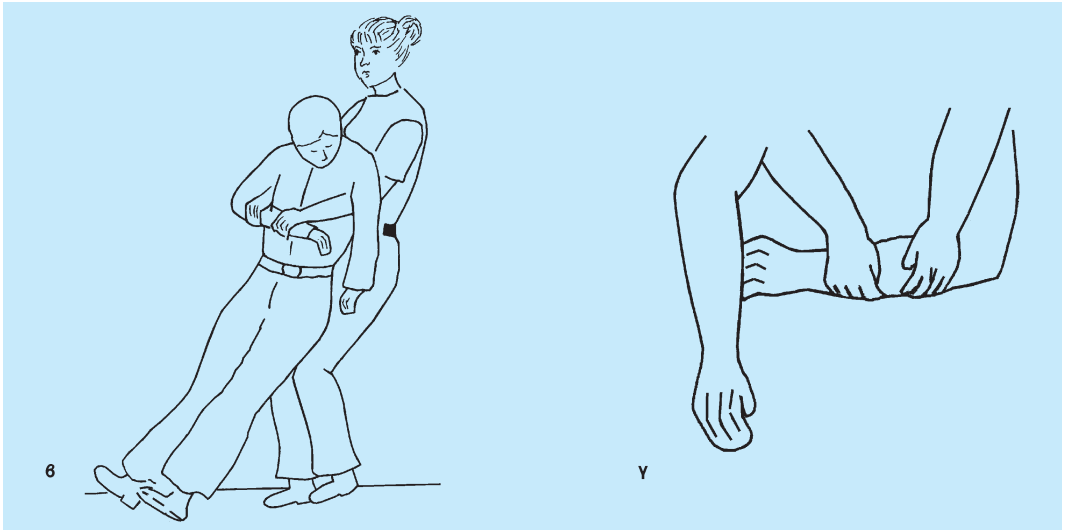
Κατά τη διάσωση των θυμάτων ακολουθούνται διάφοροι χειρισμοί ανάλογα με τις ανάγκες. Έτσι στη διάσωση των ασθενών, που από μόνοι τους αδυνατούν να κινηθούν ή βρίσκονται σε κώμα, συνιστάται ο **χειρισμός του Rautek**, π.χ. στη διάσωση μετά από τροχαίο ατύχημα ενός ατόμου το οποίο κάθεται στη θέση του στο όχημα, ο διασώστης πιάνει και με τα δύο του χέρια τον ασθενή κάτω από τις μασχάλες του. Λυγίζει το ένα χέρι του ασθενούς στον αγκώνα, και στη συνέχεια ο διασώστης πιάνει με τα δυο του χέρια το αντιβράχιο στο ύψος της κοιλιάς και το πιέζει στο σώμα του ασθενούς. Στη μεταφορά του ασθενούς ο διασώστης γέρνει λίγο προς τα πίσω, ώστε το βάρος του ασθενούς να μετα-

τοπίζεται στους μηρούς του διασώστη (Σχ. 3.1α-γ).

Εάν ο τραυματίας βρίσκεται ξαπλωμένος στο έδαφος, τότε ο διασώστης πιάνει με τα δυο του χέρια τον αυχένα από κάτω και σηκώνει τον θώρακα του ασθενούς φέρνοντάς



**Σχήμα 3.1α.** Χειρισμός του Rautek σε καθισμένο ασθενή.



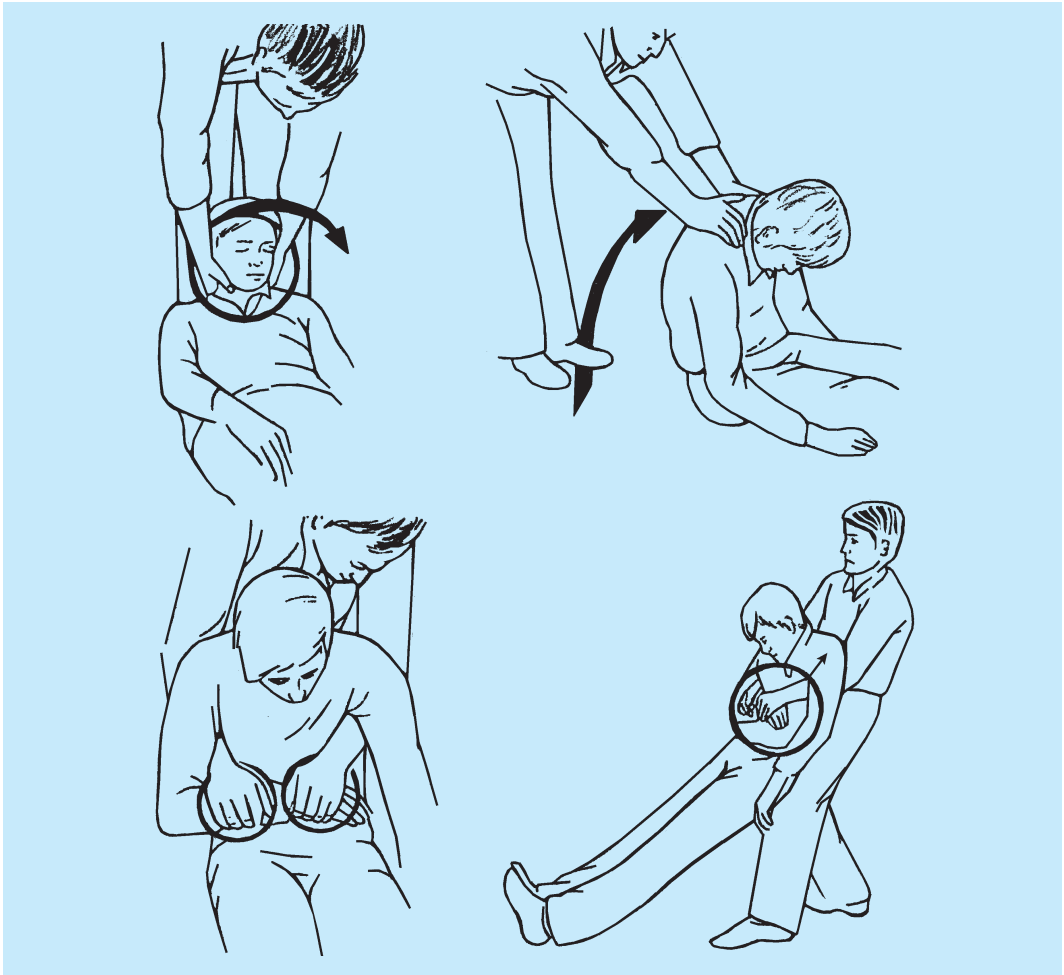
**Σχήμα 3.16-γ.** Χειρισμός του Rautek σε καθισμένο ασθενή.



**Εικόνα 3.1.** Χειρισμός του Rautek, σε καθήμενο ασθενή, για απεγκλωβισμό.



**Εικόνα 3.2.** Μεταφορά ασθενούς σε καθεστρωκία θέση στην οποία έχει τοποθετηθεί νάρθηκας-γιλέκο (γιλέκο διάσωσης) για ναρθηκοποίηση της Σπονδυλικής Στήλης.



**Σχήμα 3.2.** Χειρισμός του Rautek σε ξαπλωμένο ασθενή.

τον σε μια προσωρινή θέση. Ο διασώστης κρατά τον σπικωμένο θώρακα με τα γόνατά του, και μετά πιάνει με τα δύο του χέρια το λυγιμένο χέρι του ασθενούς, αφού προηγουμένως περάσει τα χέρια του κάτω από τις μασχάλες του ασθενούς. Στη συνέχεια πιάνει τον ασθενή, έτσι ώστε να έρθει πιο πάνω. Η μεταφορά του ασθενούς γίνεται προς τα πίσω, ώστε το βάρος του μεταφέρεται προς

τους μπρούς του διασώστη. Αυτός είναι ο χειρισμός του Rautek σε ξαπλωμένο ασθενή (Σχ. 3.2). Ο χειρισμός του Rautek βοηθάει στον απεγκλωβισμό των θυμάτων (Εικ. 3.1). Εναλλακτική λύση εάν υπάρχει χρόνος είναι η χρήση του γιλέκου-νάρθηκα το οποίο συγχρόνως αφού τοποθετηθεί ναρθηκοποιεί την Σπονδυλική Στήλη (Εικ. 3.2).

Ιδιαίτερα μέτρα πρέπει να λαμβάνονται σε

ατυχήματα από ηλεκτρικό ρεύμα και από δηλητηριώδη αέρια. Σε ατυχήματα από υψηλές τάσεις πρέπει να επεμβαίνει μόνο ειδικός. Για διάσωση ατόμων σε ατμόσφαιρα μολυσμένη με δηλητηριώδη αέρια ο διασώστης χρειάζεται ειδική μάσκα αερίων.

### Σωστή θέση ασθενών

**Πλάγια θέση** είναι η απαραίτητη θέση σε κάθε άτομο χωρίς αισθήσεις, το οποίο αναπνέει μόνο του και δεν είναι διασωληνωμένο.

### Σταθερή πλάγια θέση (Θέση ανάνηψης) (Σχ. 3.3α-δ)

Η τελική θέση για τη διάσωση και τη μεταφορά ενός ασθενούς που βρίσκεται σε κώμα, με επαρκή δικιά του (αυτόματη) αναπνοή, εφ' όσον δεν απαιτείται διασωλήνωση της τραχείας, πρέπει να είναι η σταθερή πλάγια θέση. Σ' αυτή τη θέση ελευθερώνονται οι ανώτεροι αεροφόρες οδοί, ενώ αποφεύγεται μια εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου.

#### Τεχνική:

1. Ο διασώστης πλησιάζει τον ασθενή που βρίσκεται σε κώμα από τα πλάγια και γονατίζει. Το χέρι του ασθενούς είναι τοποθετημένο προς την πλευρά του διασώστη, τεντωμένο παράλληλα και κατά μήκος του κορμού του. Στη συνέχεια ο διασώστης σηκώνει τον ασθενή στο ύψος της λεκάνης και τοποθετεί το τεντωμένο χέρι του ασθενούς όσο το δυνατόν κάτω από τη λεκάνη του (Σχ. 3.3α).
2. Ο διασώστης λυγίζει το γόνατο του ασθενούς που βρίσκεται προς τη μεριά του, έτσι ώστε ο άκρος πόδας του ασθενούς να βρίσκεται κοντά στη λεκάνη του (Σχ. 3.3β).

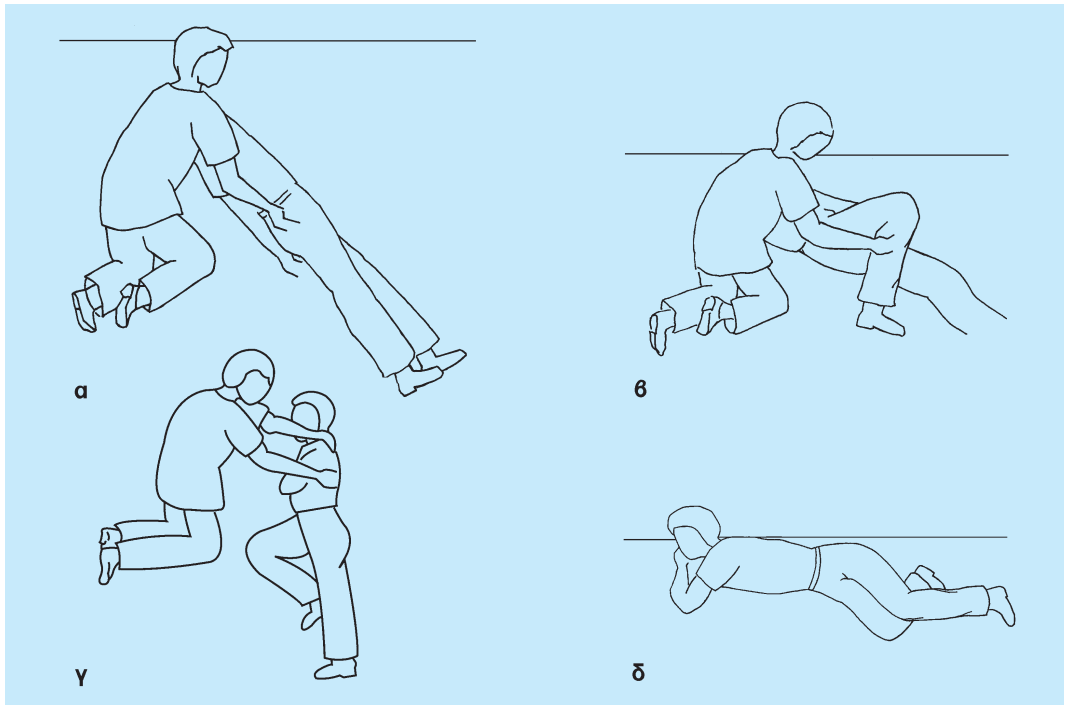
3. Στη συνέχεια ο διασώστης πιάνει τον ώμο και τη λεκάνη της απέναντι μεριάς του ασθενούς και τον γυρίζει προς τη δική του μεριά. Η κεφαλή υπερεκτείνεται στον αυχένα και υποβαστάζεται από δεύτερο διασώστη σε όλη τη διαδικασία, αφού προηγουμένως έχει τοποθετηθεί αυχενικός κηδεμόνας (Σχ. 3.3γ).
4. Ο διασώστης μετακινεί το κάτω χέρι του ασθενούς προς τα πίσω για να τον σταθεροποιήσει (Σχ. 3.3δ).
5. Το άλλο χέρι του ασθενούς που είναι προς τα πάνω λυγίζεται στον αγκώνα, έτσι ώστε τα άκρα των δακτύλων να υποστηρίξουν το σαγόني του (Σχ. 3.3δ).

Στη σταθερή αυτή θέση (θέση ανάνηψης) το κεφάλι τοποθετείται χαμηλότερα από το υπόλοιπο σώμα. Έτσι είναι δυνατόν εμετός, αίμα ή σίελος να βγαίνουν έξω και να αποφεύγεται ο κίνδυνος εισρόφησης, ενώ λόγω της υπερέκτασης της κεφαλής στον αυχένα ελευθερώνονται οι ανώτερες αεροφόρες οδοί.

Σε περίπτωση που υπάρχει μόνο ένας διασώστης που πρέπει να καλέσει βοήθεια για να αντιμετωπισθεί ασθενής με απώλεια συνείδησης, τότε η σταθερή πλάγια θέση είναι η πλέον ασφαλής για να παραμείνει ο ασθενής, έως ότου επανέλθει ο διασώστης.

Η σταθερή πλάγια θέση δεν είναι απαραίτητη εάν ο ασθενής είναι διασωληνωμένος. Ο ενδοτραχειακός σωλήνας εξασφαλίζει ελεύθερες αεροφόρες οδούς και εμποδίζει την εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, όταν ο αεροθάλαμος είναι φουσκωμένος. Ο διασωληνωμένος ασθενής μπορεί να μεταφερθεί στην ύπτια θέση ή σε άλλη ειδική θέση.

Σε σταθερή πλάγια θέση ενός **τραυματι-**



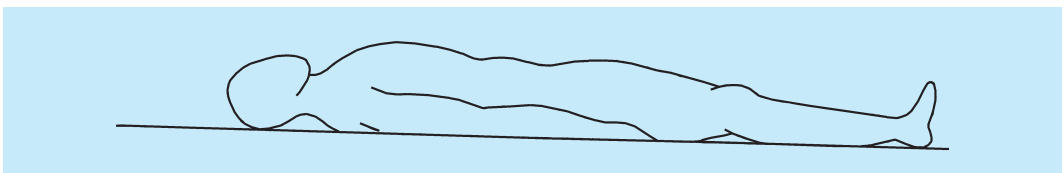
**Σχήμα 3.3α-δ.** Φάσεις μετακίνησης του ασθενούς προς επίτευξη της θέσης ανάνηψης (σταθερής πλάγιας θέσης).

**ομένου** ασθενούς που βρίσκεται σε κώμα πρέπει να υλοποιήσουμε τις εξής θέσεις:

- Σε κατάγματα κάτω άκρων ο ασθενής τοποθετείται στην πλευρά του κατάγματος.
- Σε κατάγματα χειρός ή κλείδας ο ασθενής τοποθετείται στην υγιή πλευρά.
- Σε βαριά ανοικτά τραύματα κρανίου σηκώνουμε ελαφρά το κεφάλι.
- Σε τραύματα θώρακος ο ασθενής τοποθετείται στην τραυματισμένη πλευρά του θώρακα.

### Ύπτια Θέση

Σε ασθενείς με καρδιακή ανακοπή και άπνοια η ύπτια θέση είναι υποχρεωτική (Σχ. 3.4). Επίσης σε κυκλοφορικό shock ο ασθενής



**Σχήμα 3.4.** Απλή ύπτια θέση.

πρέπει να τοποθετείται σε ύπια θέση.

Η θέση του θύματος που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση μετά από ατύχημα, συνήθως είναι αυτή της εικόνας 3.3, στην οποία το θύμα βρίσκεται σε πρηνή θέση, και ονομάζεται “θέση ξιφομάχου”. Θα πρέπει ο διασώστης να κάνει τις λιγότερες δυνατές κινήσεις για να γυρίσει το θύμα σε ύπια θέση, προ-



**Εικόνα 3.3.** Συνήθης θέσης θύματος που βρίσκεται σε κώμα μετά από πτώση-τραύμα. Η θέση καλείται “θέση ξιφομάχου”.



**Εικόνα 3.4.** 1ο Στάδιο. Ανάταξη με έλξη από τον διασώστη του πιθανού κατάγματος των άκρων.

φυλάσσοντας την σπονδυλική στήλη και ιδιαίτερα τον αυχένα του θύματος. Έτσι αφού γονατίσει ο διασώστης δίπλα στο θύμα πιάνει το πλησιέστερο προς αυτόν άνω άκρο του θύματος από 2 κοντινές αρθρώσεις (πηχεοκαρπική και κατά αγκώνα) θεωρώντας ότι υπάρχει τοπικό κάταγμα στο αντιβράχιο και κάνει ανάταξη με έλξη (Εικ. 3.4), ακολούθως τοποθετεί το άνω άκρο κατά μήκος του σώματος. Στη συνέχεια ο διασώστης τοποθετεί το άλλο χέρι σε υπερέκταση για να υποστηρίξει τον αυχένα του ασθενή (Εικ. 3.5). Στη συνέχεια στρέφει τον κορμό του θύματος προς την μεριά του διατηρώντας ακινητοποιημένο το απέναντι άνω άκρο του θύματος παράλληλο με το σώμα του (Εικ. 3.6).

Σε περίπτωση που υπάρχουν 2 διασώστες για να μετακινήσουν το θύμα σε ύπια θέση ο ένας διασώστης έχει **συνέχεια** τα χέρια του στον αυχένα του θύματος σταθεροποιώντας



**Εικόνα 3.5.** 2ο Στάδιο. Μετακίνηση του θύματος σε ύπια θέση από το διασώστη. Σταθεροποίηση του δεξιού άνω άκρου σε θέση παράλληλη με το σώμα. Τοποθέτηση του αριστερού άνω άκρου σε υπερέκταση για υποστήριξη του αυχένα.



**Εικόνα 3.6.** Στροφή του κορμού προς τον διασώστη με το δεξιό άκρο ακινητοποιημένο παράλληλα με το σώμα.



**Εικόνα 3.7.** Μετακίνηση του θύματος σε ύπια θέση από 2 διασώστες. Σταθεροποίηση του αυχένα του θύματος με τα δύο χέρια του δεύτερου διασώστη.



**Εικόνα 3.8.** Τοποθέτηση θύματος σε “στρώμα κενού αέρος” για πλήρη ναρθηκοποίηση της σπονδυλικής στήλης. Το “στρώμα κενού αέρος” πλεονεκτεί έναντι του φορείου, και το αντικαθιστά πλήρως.



**Εικόνα 3.9.** Διαιρούμενο φορείο “σκούπα”. Αποτελείται από 2 ανεξάρτητα κομμάτια τα οποία ενώνονται κάτω από τον ασθενή. Έτσι δεν επιβαρύνεται με άσκοπες μετακινήσεις η Σπονδυλική Στήλη του θύματος.

τον (Εικ. 3.7).

Σε καρδιακή ανακοπή και σε υποογκαιμικό ή ακόμη και σε καρδιογενές shock συνιστάται μια χαμηλή θέση κεφαλής σε γωνία έως 15°. Η θέση αυτή ονομάζεται “θέση

shock” ή “θέση Trendelenburg” (Σχ. 3.5α). Εάν έχουμε μεγαλύτερη κλίση, τότε ανεβαίνουν προς τα πάνω τα σπλάγγνα, με αποτέλεσμα η κινητικότητα του διαφράγματος να ελαττώνεται και να εμποδίζεται η αναπνοή.



**Εικόνα 3.10.** Πρόσδεση με μιάντες του ασθενή στο φορείο “σκούπα”, πριν την μεταφορά του.



**Εικόνα 3.11.** Τοποθέτηση αερονάρθηκα για ακινητοποίηση-αιμόσταση άνω άκρου.



**Εικόνα 3.12.** Τοποθέτηση νάρθηκα με συνεχή έλξη σε κάταγμα κάτω άκρου.



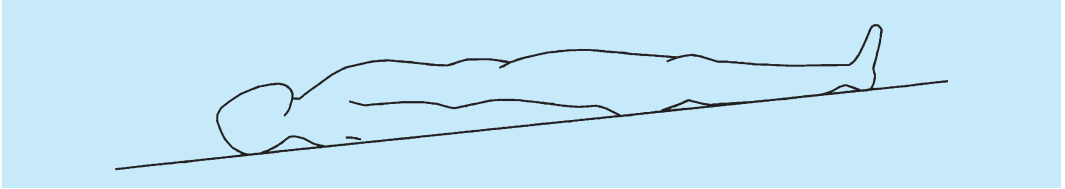
**Εικόνα 3.13.** Τοποθέτηση αυχενικού κηδεμόνα (κολλάρου) στο θύμα.

Εάν δεν είναι δυνατή τεχνικά η τοποθέτηση της κεφαλής χαμηλότερα, τότε δημιουργείται η **θέση shock** με ανασήκωμα των ποδιών (Σχ. 3.5β-γ). Σε μεγάλη απώλεια αίματος ή σε αλλεργικό shock ως πρώτη ενέργεια είναι δυνατόν με ένα ισχυρό σήκωμα των άνω άκρων στο ύψος της λεκάνης να έχουμε μεγάλη μετατόπιση αίματος από τα κάτω άκρα σε κεντρικά τμήματα της κυκλοφορίας.

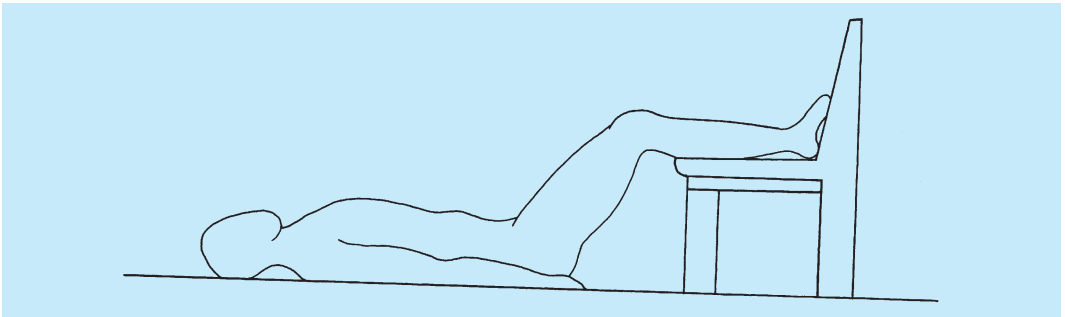
Το αποτέλεσμα είναι μικρής διάρκειας, είναι όμως έτσι δυνατή η μετατόπιση περίπου 700 cc αίματος από την περιφέρεια στο κεντρικό κυκλοφορικό σύστημα.

Σε ασθενείς με *υποψία καταγμάτων σπονδυλικής στήλης ή λεκάνης*, συνιστάται η ύπτια τοποθέτησή τους σε σκληρό υπόστρωμα και καλύτερα σε ειδικό στρώμα κενού αέρος (Εικ. 3.8), που στην ουσία ναρθηκοποιεί όλπ

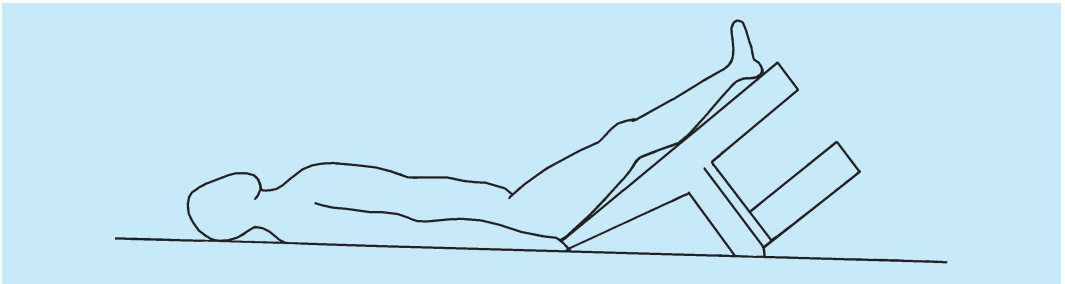




**Σχήμα 3.5α.** Θέση Trendelenburg.



**Σχήμα 3.5β.** Θέση shock - υψηλή θέση ποδιών.



**Σχήμα 3.5γ.** Θέση shock - υψηλή θέση ποδιών.



**Σχήμα 3.5δ.** Ύπια θέση με ελαφρά ανυψωμένο κεφάλι.

τη σπονδυλική στήλη κατά τη μεταφορά τους.

Προηγουμένως βέβαια ο ασθενής έχει μεταφερθεί με το διαιρούμενο φορείο “οκούπα” (Εικ. 3.9), το οποίο δεν επιβαρύνει με άσκοπες κινήσεις τη σπονδυλική στήλη του ασθενή. Πάντα δένουμε σταθερά τον ασθενή στο φορείο (Εικ. 3.10) με ιμάντες.

Σε περίπτωση κατάγματος στο άνω άκρο είναι δυνατή η τοποθέτηση αερονάρθηκα για πλήρη ακινητοποίηση του άνω άκρου (Εικ. 3.11).

Σε περίπτωση κατάγματος στο κάτω άκρο και ιδιαίτερα στο άνω τριτημόριο του μηριαίου οστού τοποθετείται νάρθηκας μεταφοράς με συνεχή έλξη του κατάγματος (Εικ. 3.12).

Ασθενείς με *τραύματα κρανίου* και χωρίς απώλεια συνείδησης τοποθετούνται επίσης σε ύπτια θέση, αφού σπκώσουμε το κεφάλι τους ελαφρά υψηλότερα (30 μοίρες) σε μέση γραμμή (Σχ. 3.5δ). Σε περίπτωση όμως χαμηλής αρτηριακής πίεσης, τότε δεν σπκώνουμε το κεφάλι λόγω αυξημένου κινδύνου ελατωμένης αιμάτωσης του εγκεφάλου, αλλά ο τραυματίας τοποθετείται απλώς ύπτια, αν χρειαστεί μάλιστα σε οριακές καταστάσεις,

τότε σε θέση Trendelenburg. Σε περίπτωση παραμικρής υποψίας για τραυματισμό της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, τότε θα πρέπει οπωσδήποτε να υποστηριχτεί με αυχενικό κηδεμόνα (κολλάρο) (Εικ. 3.13).

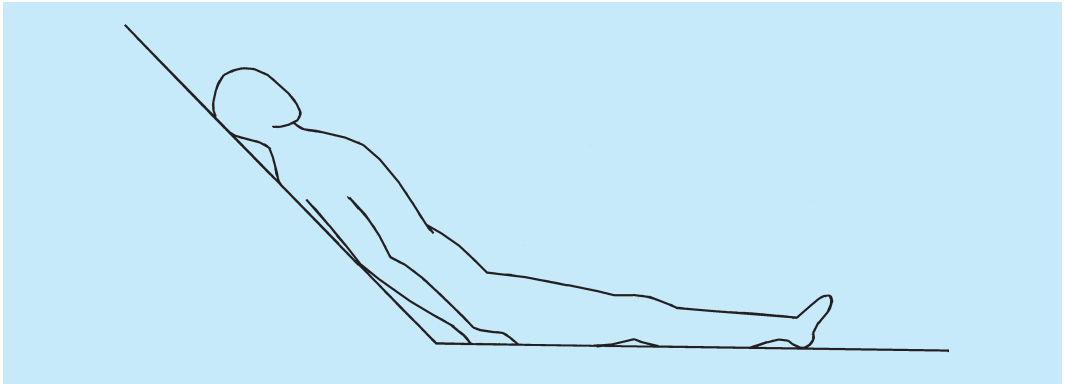
### **Θέση με υψηλά τοποθετημένο τον θώρακα**

Οι ασθενείς με *αναπνευστικές διαταραχές* και χωρίς απώλεια συνείδησης τοποθετούνται με το θώρακα σπκωμένο υψηλά (Σχ. 3.6α).

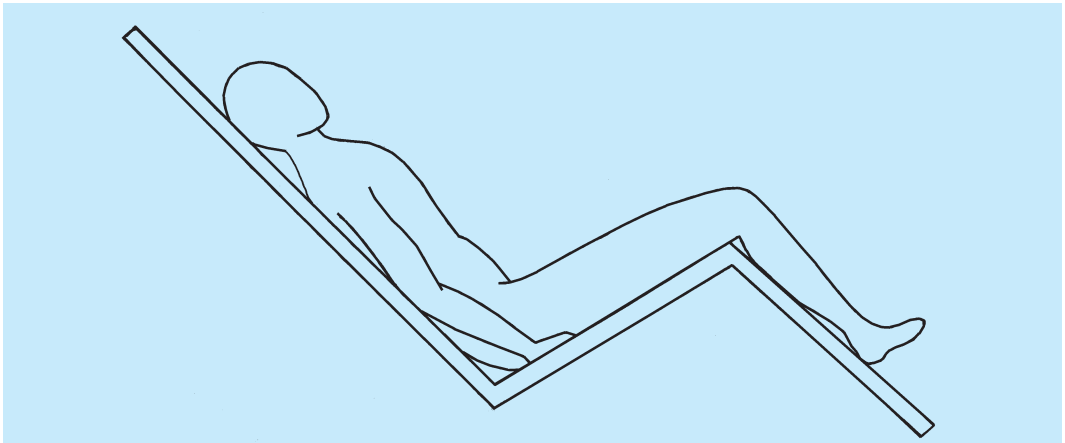
Επίσης σε *δύσπνοια ή σε καρδιακή ανεπάρκεια* με πνευμονικό οίδημα οι ασθενείς τοποθετούνται στην παραπάνω θέση αλλά με τα κάτω άκρα χαμηλά, έτσι ώστε να έχουμε την “ημικαθεσθηκία θέση” (Σχ. 3.6β).

Σε εκτεταμένο *πνευμονικό οίδημα* χρειάζεται πιθανώς ο ασθενής να τοποθετηθεί σε πλήρη καθεσθηκία θέση.

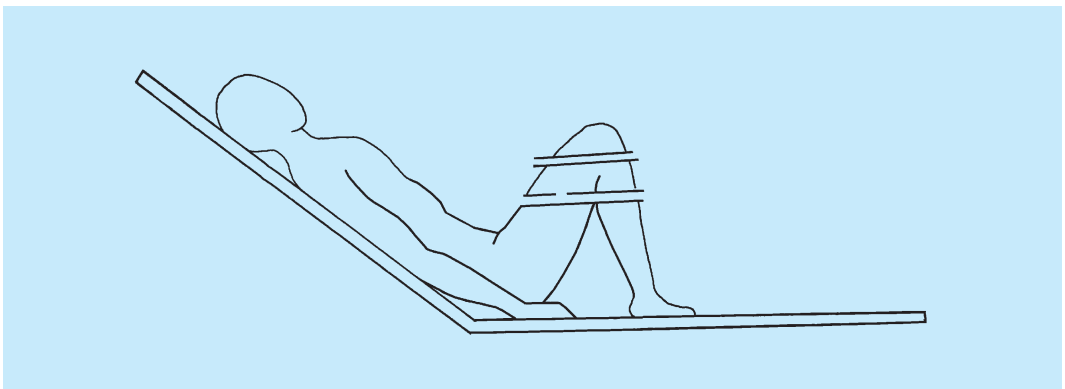
Οι ασθενείς με *τραύματα ή νόσους της κοιλιάς* και χωρίς απώλεια συνείδησης πρέπει να τοποθετούνται με ελαφρά σπκωμένο τον θώρακα (Σχ. 3.6γ). Συγχρόνως πρέπει να λυγίσουν τα πόδια στα γόνατα και στη λεκάνη, για να χαλαρώνουν οι κοιλιακοί μύες.



**Σχήμα 3.6α.** Θέση με υψηλά τον θώρακα.



**Σχήμα 3.6β.** Ημικαθεστική θέση.



**Σχήμα 3.6γ.** Υψηλή θέση θώρακα σε παθήσεις κοιλίας.

## Βιβλιογραφία

Notfallmedizin, G. Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 1999.

Notfallmedizin, F.W. Ahnefeld et al, Springer Verlag, Berlin 1976.

Notfallmedizin, K.Scheidler, E. Wolf, VEB Verlag,

Berlin 1981.

Accidents and Emergencies, Oxford University Press, Oxford 1991.

Emergenct Care, Michael F. O'Keefe, Brady /Prentice Hall editions, New Jersey 1998.