

ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηλεκτροπληξία προκαλεί βλάβες στον ανθρώπινο οργανισμό, που είναι το άμεσο αποτέλεσμα της δράσης του ηλεκτρικού ρεύματος στους ιστούς (Παπαδημητρίου Λ., 2006). Τα ηλεκτρικά εγκαύματα είναι στην πραγματικότητα θερμικά αφού η αντίσταση των ιστών μετατρέπει την ηλεκτρική ενέργεια σε θερμότητα σε αναλογία της τάσης και της έντασης του ρεύματος της πηγής. Όσο μικρότερο είναι το μέρος του σώματος, τόσο εντονότερη θα είναι η θερμότητα και τόσο μικρότερη επιφάνεια θα έχει αυτή να διασκορπιστεί. Γι' αυτό το λόγο, μικρότερα μέρη του σώματος, όπως τα δάκτυλα χεριών και ποδιών, τα χέρια, τα πόδια και οι πήχεις, υφίστανται μεγαλύτερη βλάβη από ότι το κυρίως σώμα (National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005).

1. Η ΦΥΣΗ ΚΑΙ Η ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Η φύση και η βαρύτητα των ηλεκτρικών κακώσεων εξαρτάται από τους παρακάτω παράγοντες:

1. **Την τάση του ηλεκτρικού ρεύματος.** Οι συνέπειες από ρεύμα υψηλής τάσης είναι σοβαρότερες (Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., 3^{ος} τόμος, 1997).
2. **Τη φύση του ηλεκτρικού ρεύματος.** Το συνεχές ρεύμα είναι λιγότερο επικίνδυνο από το εναλλασσόμενο αλλά προκαλεί βαρύτερα εγκαύματα.
3. **Την αγωγιμότητα των ιστών.** Το δέρμα αποτελεί παράγοντα αντίστασης για τη διόδο του ηλεκτρικού ρεύματος, η οποία μειώνεται παρουσία υγρασίας ή ιδρώτα, γεγονός που αυξάνει την πιθανότητα βλάβης. Το ρεύμα ακολουθεί την οδό της μικρότερης αντίστασης (Παπαδημητρίου Λ., 2006). Χαμηλότερη ηλεκτρική αντίσταση έχουν οι μύες, τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία (Μπαλιτόπουλος Γ., 2001). Το βρεγμένο δέρμα έχει καλύτερη αγωγιμότητα από το ξηρό (Γερμένης Τ., 1994).
4. **Την οδό που ακολούθησε το ρεύμα κατά τη διόδό του δια του σώματος.** Αν το ρεύμα πέρασε από ζωτικά όργανα, όπως η καρδιά και ο εγκέφαλος, η βλάβη είναι μεγάλη. Επίσης, η βλάβη είναι συνήθως μεγαλύτερη αν το ρεύμα ακολούθησε στο σώμα τη διαδρομή από το κεφάλι προς τα πόδια, απ' ότι από το ένα χέρι στο άλλο ή από το ένα πόδι στο άλλο (Samuel M. Keim, 2004).
5. **Τη διάρκεια της έκθεσης** (Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., 3^{ος} τόμος, 1997).
6. **Την εκτίναξη και την πρόκληση μηχανικής βλάβης** (Μπαλιτόπουλος Γ., 2001).

Το ηλεκτρικό ρεύμα του σπιτιού, που στην Ευρώπη είναι 220 βολτ, γενικά προκαλεί μέτρια σωματική βλάβη, αλλά μπορεί να προκαλέσει απινίδωση των κοιλιών της καρδιάς. Το εναλλασσόμενο ρεύμα είναι πιο πιθανό να προκαλέσει απινίδωση των κοιλιών της καρδιάς από το συνεχές (National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005).

Τύποι ηλεκτρικών εγκαυμάτων:

1. Εγκαύματα από το ρεύμα. Το ηλεκτρικό ρεύμα περνάει μέσω των ιστών και προκαλεί νέκρωση σε μεγάλες επιφάνειες κατά μήκος της διαδρομής που ακολουθεί. Το δέρμα εμφανίζεται ρυτιδωμένο και σε μερικές περιπτώσεις σκάει. Αυτά τα τραύματα έχουν πύλη εισόδου και εξόδου του ρεύματος.
2. Εγκαύματα ηλεκτρικού τόξου (εκκένωση). Αυτά τα εγκαύματα προκαλούνται από το πέρασμα του ηλεκτρικού ρεύματος (σε μορφή τόξου) ανάμεσα σε δυο κοντινά σημεία επαφής, πολύ κοντά στο δέρμα. Στις περιπτώσεις αυτές το δέρμα μπορεί να εκτεθεί σε θερμοκρασίες 2500° C ως 3000° C, προκαλώντας σοβαρά δερματικά εγκαύματα. Τέτοιοι τραυματισμοί είναι συνήθως επιφανειακοί και αναγνωρίζονται από το καψάλισμα των τριχών κατά μήκος της διαδρομής του ηλεκτρικού τόξου.
3. Εγκαύματα επαφής. Αυτά προκαλούνται όταν το ηλεκτρικό ρεύμα περνά μέσα από ένα μεταλλικό αντικείμενο και υπερθερμαίνει το μέταλλο. Το αντικείμενο μπορεί να γλιστρήσει μέσω των ιστών και συνήθως προκαλεί πολύ βαθιά εγκαύματα.
(National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005).

2. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Στο θύμα ηλεκτροπληξίας προκαλείται:

- Απώλεια συνείδησης, παροδική ή παρατεταμένη.
- Αναπνευστική ανακοπή, λόγω παράλυσης του κέντρου της αναπνοής ή των αναπνευστικών μυών ή και των δυο.
- Καρδιακή ανακοπή, που εκδηλώνεται με κοιλιακή μαρμαρυγή.
- Ασυστολία.
- Εγκαύματα ολικού πάχους.
- Σημεία shock.
- Πολλαπλές βλάβες από το μυοσκελετικό σύστημα
(Παπαδημητρίου Λ., 2006)

Οι ακριβείς συνθήκες του επεισοδίου δεν είναι πάντα γνωστές. Θύματα με απώλεια συνείδησης, που φέρουν γραμμικά ή στικτά

εγκαύματα και εκτέθηκαν σε πηγή ηλεκτρικού ρεύματος πρέπει να αντιμετωπίζονται ως θύματα ηλεκτροπληξίας (Παπαδημητρίου Λ., 2006).

Βήμα 1^ο:

Η πρώτη προτεραιότητα για τον αρωγό είναι να ελέγξει εάν το θύμα εξακολουθεί να είναι σε επαφή με την πηγή του ρεύματος (National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005). Η άμεση απομάκρυνση του θύματος από την επαφή του με το ρεύμα είναι απαραίτητη. Αυτό πετυχαίνεται με το να κλείσουμε αμέσως το γενικό διακόπτη που έχει η ηλεκτρική εγκατάσταση ή να απομακρύνουμε το θύμα σπρώχνοντάς το με ένα στεγνό ξύλο (εικόνα 1) (Τσόχας Κ., Πετρίδης Α., εκδόσεις Λύχνος). Εάν αυτό δε μπορεί να γίνει, τότε ο αρωγός δεν πρέπει να αγγίξει το θύμα γιατί τότε θα γίνει και αυτός μέρος του κυκλώματος (National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005). Το ηλεκτρικό ρεύμα υψηλής τάσης μπορεί να δημιουργήσει τόξο και να μεταδοθεί μέσω του εδάφους για μερικά μέτρα γύρω από το θύμα (Παπαδημητρίου Λ., 2006). Όταν υπάρχει ρεύμα υψηλής τάσης, οι προσπάθειες για την απομάκρυνση του θύματος από την ηλεκτρική πηγή θα πρέπει να γίνονται μόνο από εκπαιδευμένα για αυτό το σκοπό άτομα (National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005). Η επαφή με το θύμα δεν πρέπει να γίνεται με βρεγμένα χέρια (Τσουμάκας Κ., 2006)



Εικόνα 1

Βήμα 2^ο:

Τα ηλεκτρικά εγκαύματα μπορεί να προκαλέσουν καρδιακή ανακοπή. Σ' αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005).

Βήμα 3^ο:

Επί ηλεκτροπληξίας η εμφανής δερματική βλάβη είναι απλώς η κορυφή του παγόβουνου. Καλό είναι να θεωρείται το θύμα ηλεκτροπληξίας, ότι

έχει δυνητικά πολλαπλές βλάβες οργάνων και να αξιολογείται όπως οι πολυτραυματίες (Μπαλτόπουλος Γ., 2001).

Βήμα 4ο:

Το θύμα θα πρέπει να μεταφερθεί στο νοσοκομείο για να ξεκινήσει ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και να συνεχιστεί η παρακολούθησή του (National Association of Emergency Medical Technicians, Committee on Trauma of the American College of Surgeons, PHTLS, μετάφραση Ασπιώτη Μ., 2005). Όπως σε κάθε τραυματισμό επιβάλλεται αντιτετανική προφύλαξη (Μπαλτόπουλος Γ., 2001).

Αν περισσότερα του ενός θύματα πληγούν ταυτόχρονα, ο αρωγός θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στα θύματα που έχουν υποστεί καρδιακή ανακοπή (Παπαδημητρίου Λ., 2006).

ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Τεχνητή αναπνοή είναι η τεχνική με την οποία γίνεται είσοδος και έξοδος αέρα στους πνεύμονες ενός ατόμου με ανεπαρκή ή σταματημένη τη φυσιολογική του αναπνοή.

Οι μέθοδοι, που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την εφαρμογή της τεχνητής αναπνοής, χωρίζονται σε δύο ομάδες:

- Τεχνητή αναπνοή με τα χέρια.
- Τεχνητή αναπνοή με εμφύσηση.

Η τεχνητή αναπνοή με εμφύσηση από το στόμα του θύματος ή από τη μύτη ή και από τα δύο μαζί είναι η πιο πρακτική και η πιο διαδεδομένη μέθοδος για την εξασφάλιση της αναπνοής σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Υπερέχει της τεχνητής αναπνοής με τα χέρια, γιατί επιτυγχάνει καλύτερο αερισμό των πνευμόνων χρησιμοποιώντας γι' αυτό την άμεση πίεση του εκπνεόμενου αέρα του αρωγού. Η περιεκτικότητα του εκπνεόμενου αέρα σε οξυγόνο, που είναι περίπου 17%, επαρκεί πλήρως για την οξυγόνωση του αίματος ενός θύματος. Η μέθοδος της εμφύσησης μπορεί να εφαρμοστεί κάτω από οποιοδήποτε συνθήκες και σ' οποιοδήποτε χώρο, ακόμα και μέσα στο νερό.

Αντίθετα, η τεχνητή αναπνοή με τα χέρια δεν εξασφαλίζει ικανοποιητικό αερισμό των πνευμόνων του θύματος και είναι αδύνατο για αυτόν που την εκτελεί να διατηρεί συνεχώς ελεύθερες τις αεροφόρες οδούς του θύματος. Για όλους αυτούς τους λόγους οι διάφορες τεχνικές της τεχνητής αναπνοής αυτού του είδους, που είχαν περιγραφεί στο παρελθόν, δεν έχουν σήμερα άλλη εκτός από την ιστορική τους αξία (Γερμένης Τ., 1994).

Γι' αυτό και στη συγκεκριμένη ενότητα θα αναφερθούμε μόνο στην τεχνητή αναπνοή με εμφύσηση μιας και θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός και σύντομος τρόπος χορήγησης οξυγόνου σε κάποιον, που δεν έχει αναπνοή.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι ανεξάρτητα με τη μέθοδο που θα επιλέξει να εφαρμόσει κάποιος, η τεχνητή αναπνοή θα πρέπει να αρχίσει χωρίς χρονοτριβή και μόλις διαπιστωθεί η ανάγκη της.

Τεχνητή αναπνοή με εμφύσηση

Η τεχνητή αναπνοή με εμφύσηση γίνεται ως εξής:

Βήμα 1°

Διαπιστώνετε αν το θύμα είναι ή όχι αναίσθητο κτυπώντας το ελαφρά στους ώμους και ρωτώντας το δυνατά: «**είσαι καλά;**» (εικόνα 3).

Βήμα 2°

Στο αναίσθητο θύμα, που βρίσκεται σε ύπτια θέση, η γλώσσα πέφτει προς τα πίσω και αποφράσσει τις αεροφόρους οδούς. Στο σημείο αυτό για να αποκατασταθεί η βατότητα των αεροφόρων οδών εκτελείτε τις ενέργειες που αναφέρθηκαν παρακάτω.

- Χειρισμός κατάσπαση κεφαλής / ανύψωση πώγωνα: Με το ένα σας χέρι πιέζετε το μέτωπο του θύματος προς τα κάτω και με τα δάκτυλα του άλλου σας χεριού (δείκτη και μέσο) ανασηκώνετε την κάτω γνάθο. Με αυτόν τον τρόπο πετυχαίνετε έκταση της κεφαλής (εικόνα 2).



Εικόνα 2

Βήμα 3°

Φέρετε το αυτί και το μάγουλό σας κοντά στη μύτη και το στόμα του θύματος και κοιτάζετε, ακούστε, αισθανθείτε τον εκπνεόμενο αέρα. Όχι για περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα (εικόνα 4).

- **Κοιτάζετε** εάν κινείται ο θώρακας του θύματος.
- **Ακούστε** εάν υπάρχουν αναπνευστικοί ήχοι.
- **Αισθανθείτε** την αναπνοή του θύματος στο μάγουλό σας.

Βήμα 4°

Αν κατά την προηγούμενη φάση διαπιστωθεί ότι το θύμα δεν αναπνέει, με το δείκτη και τον αντίχειρα του χεριού που πιέζει το μέτωπο, κλείνετε τη μύτη του θύματος. Έτσι αποκλείεται η διαφυγή αέρα κατά την εμφύσηση στο στόμα του.

Βήμα 5°

Ανοίγετε το στόμα του θύματος, παίρνετε βαθιά εισπνοή, εφαρμόζετε το στόμα σας στο στόμα του και εκπνέετε φυσώντας μέσα σ' αυτό (εικόνα 5).

Βήμα 6°

Κατά τη διάρκεια της εμφύσησης παρατηρείστε αν εκπνύσσεται ο θώρακας του θύματος.

Βήμα 7°

Η εμφύσηση σταματά όταν εκπνυχθεί πλήρως ο θώρακας. Απομακρύνετε τότε το στόμα σας και επιτρέψτε την εκπνοή του αέρα.

Βήμα 8°

Στη συνέχεια επαναλαμβάνεται ο κύκλος.



Εικόνα 3



Εικόνα4



Εικόνα 5

Ένα από τα πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ότι χορηγείτε μαζί με το οξυγόνο και διοξείδιο του άνθρακα, που διεγείρει το κέντρο της αναπνοής.

Στα μειονεκτήματα της μεθόδου κατατάσσεται η ανάγκη της άμεσης επαφής στόμα με στόμα με το θύμα. Αυτό το μειονέκτημα παρακάμπτεται με τη χρήση ειδικής μάσκας με επιστόμιο, που πωλείται στο εμπόριο και εφαρμόζεται στο στόμα του θύματος (Γερμένης Τ., 1994).

ΠΡΟΣΟΧΗ!

Όπως θα δείτε αναλυτικά στην επόμενη ενότητα, μόλις διαπιστώσει ο αρωγός ότι το θύμα δεν αναπνέει φυσιολογικά και έχει απώλεια συνείδησης, πρέπει να ξεκινήσει αμέσως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Στην παρούσα ενότητα θεωρήσαμε χρήσιμο να αναφερθεί ο κύκλος τεχνητής αναπνοής μεμονωμένα, προκειμένου να γίνει πλήρως

κατανοητός ο τρόπος που εφαρμόζεται, προτού προχωρήσουμε στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

ΣΤΑΣΗ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Η στάση ανάνηψης συνιστάται για το θύμα χωρίς συνείδηση, που αναπνέει αυτόματα και έχει σημεία κυκλοφορίας, καθώς και όταν η ύπνια θέση δυσχεραίνει τον αεραγωγό του (εικόνα 6).

Για να τοποθετήσετε το θύμα σε στάση ανάνηψης ακολουθείτε τα εξής βήματα:

Βήμα 1°

Γονατίζετε δίπλα στο θύμα και ελέγχετε αν υπάρχουν αντικείμενα πάνω στο θύμα ή στα ρούχα του (γυαλιά, κλειδιά, κ. ά.), που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό και τα αφαιρείτε.

Βήμα 2°

Ευθειάζετε τα κάτω άκρα του θύματος, ώστε να είναι παράλληλα.

Βήμα 3°

Τοποθετείτε το άνω άκρο του θύματος που βρίσκεται προς την πλευρά σας σε ορθή γωνία ως προς τον κορμό του και ως προς τον αγκώνα.

Βήμα 4°

Φέρνετε και το άλλο άνω άκρο του θύματος προς τη δική σας πλευρά, με τη ραχιαία επιφάνεια του χεριού να ακουμπά στο μάγουλο του θύματος, και το κρατάτε σταθερά.

Βήμα 5°

Με το άλλο χέρι σας πιάνετε το αντίπλευρο κάτω άκρο του θύματος, πάνω από το γόνατο, και το σηκώνετε, ώστε το πόδι να πατά σταθερά στο έδαφος και στη συνέχεια γυρίζετε το θύμα προς την πλευρά σας.

Βήμα 6°

Τακτοποιείτε το κάτω άκρο του θύματος που βρίσκεται από πάνω σε ορθή γωνία ως προς το ισχίο και το γόνατο για να σταθεροποιηθεί στη θέση αυτή και φέρνετε το κεφάλι σε ελαφρά έκταση, ώστε να διατηρείται ανοικτός ο αεραγωγός.

Βήμα 7°

Ανά τακτά χρονικά διαστήματα ελέγχετε αν το θύμα συνεχίζει να αναπνέει (Παπαδημητρίου Λ., 2006).



Εικόνα 6

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις διαταραχές της κυκλοφορίας υπάγονται: η παύση της κυκλοφορίας (καρδιακή ανακοπή), η αιμορραγία και η κυκλοφορική καταπληξία (shock) (Gustav Heinz Engelhardt, 1991, μετάφραση Κανδρεβιώτης Ν., 1995).

Η καρδιακή ανακοπή μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε. Δεν υπάρχουν συνήθως προειδοποιητικά σημεία και επέρχεται ξαφνικά.

Οι ασθενείς με ιστορικό καρδιακής πάθησης κινδυνεύουν περισσότερο να υποστούν καρδιακή ανακοπή (www.medlook.net).

Σύμφωνα με τις προδιαγραφές της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας, όλος ο πληθυσμός πρέπει να εκπαιδεύεται στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση. Στην ιδανική περίπτωση, η εκπαίδευση του πληθυσμού πρέπει να αρχίζει από τα τελευταία χρόνια του δημοτικού σχολείου (Γερμένης Τ., 1994).

Στην προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκαν αναλυτικά οι αρχές της τεχνητής αναπνοής. Σε αυτή την ενότητα θα τις συνδυάσουμε με θωρακικές συμπίεσεις, έτσι ώστε να προσφέρουμε τη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Ιδιαίτερες δυσκολίες δεν παρουσιάζει η συγκεκριμένη ενότητα μιας και οι βασικές αρχές της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης περιλαμβάνουν απλά βήματα, που ο καθένας μπορεί να εφαρμόσει χωρίς να κατέχει εξειδικευμένες γνώσεις.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΑΚΟΠΗΣ

Ανακοπή ή Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή ορίζεται η αιφνίδια και απρόβλεπτη διακοπή της λειτουργίας της αναπνοής ή της κυκλοφορίας ή και των δύο (Παπαδημητρίου Λ., 2006).

Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι ο συνδυασμός τεχνητής αναπνοής και θωρακικών συμπίεσεων, που αποσκοπούν στην

επαναφορά του θύματος καρδιακής ανακοπής στη ζωή και τη βαθμιαία αποκατάσταση των ζωτικών λειτουργιών του (Γερμένης Τ., 1994).

Βασικός στόχος είναι η άμεση οξυγόνωση ευγενών οργάνων, όπως του εγκεφάλου και της καρδίας, τα οποία δε μπορούν να επιζήσουν δίχως να προκληθούν μη αναστρέψιμες βλάβες, παρά μόνο λίγα λεπτά, χωρίς οξυγόνο (Τσόχας Κ., Πετρίδης Α., εκδόσεις Λύχνος). Σημειώνεται πως στα 4 λεπτά έχουμε αρχή εγκεφαλικής βλάβης, ενώ στα 8-10 λεπτά μιλάμε για βέβαιο εγκεφαλικό θάνατο (Παπαδημητρίου Λ., 2006).

Η διάγνωση της καρδιακής ανακοπής γίνεται όταν το θύμα **δεν ανταποκρίνεται** (έχει απώλεια συνείδησης) και **δεν αναπνέει φυσιολογικά** (International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

ΒΑΣΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ (CPR)

Βήμα 1°

Πλησιάστε με ασφάλεια αφού βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για τον εαυτό σας, για το θύμα ή για κάποιον από τους παρευρισκόμενους.

Βήμα 2°

Κουνήστε ή χτυπήστε ελαφρά τον ώμο του θύματος και φωνάξτε δυνατά **«Είσαι καλά;»** (εικόνα 3).

Βήμα 3°

A. Εάν το θύμα ανταποκρίνεται:

- Αφήστε τον στη θέση που βρίσκεται εφ' όσον δεν υπάρχει περαιτέρω κίνδυνος.
- Προσπαθήστε να καταλάβετε τι συμβαίνει και καλέστε βοήθεια, εάν χρειάζεται.
- Επανεκτιμήστε τακτικά την κατάσταση του θύματος.

B. Εάν το θύμα **δεν ανταποκρίνεται**:

- Φωνάξτε **“βοήθεια!”**.
- Γυρίστε το θύμα σε ύπτια θέση μονοκόμματα υποστηρίζοντας το κεφάλι και τον αυχένα.
- Με την παλάμη του ενός χεριού σας πιέστε το μέτωπο του θύματος προς τα κάτω και με τα δάκτυλα του άλλου χεριού ανασηκώστε την κάτω γνάθο, έτσι ώστε με την έκταση του αυχένα να ανοίξετε τον αεραγωγό.

Βήμα 4°

Διατηρήστε ανοιχτό τον αεραγωγό, τοποθετήστε το αυτί σας πάνω στο στόμα του θύματος και κοιτάξτε, ακούστε, αισθανθείτε την αναπνοή του θύματος. Όχι για περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα (εικόνα 4).

ΠΡΟΣΟΧΗ!!!

Τα πρώτα λεπτά μετά την καρδιακή ανακοπή, το θύμα μπορεί να παίρνει ελάχιστες, αραιές ή ασθμαίνουσες, κοφτές ανάσες. **Μην** υπερδέψετε αυτές με τη φυσιολογική αναπνοή.

Βήμα 5^ο

A. Εάν το θύμα αναπνέει φυσιολογικά:

- Καλέστε βοήθεια.
- Τοποθετήστε το σε στάση ανάνηψης (εικόνα 6).
- Επανεκτιμήστε την αναπνοή σε τακτά χρονικά διαστήματα.

B. Εάν το θύμα **δεν αναπνέει** φυσιολογικά:

- Στείλτε κάποιον να καλέσει βοήθεια ή αν είστε μόνοι σας καλέστε εσείς βοήθεια χωρίς να αφήσετε πολύ ώρα το θύμα μόνο του, τηλεφωνώντας στο 166 (εικόνα 7).
- Γονατίστε δίπλα στους ώμους του θύματος.
- Τοποθετήστε την παλάμη σας στο κέντρο του στήθους του θύματος (εικόνα 8).
- Τοποθετήστε την παλάμη του άλλου σας χεριού πάνω από το πρώτο χέρι.
- “Κλειδώστε” τα δάχτυλά σας, φέρτε τους ώμους σας σε ευθεία πάνω από το στήθος του θύματος και πιέστε το στέρνο προς τα κάτω 4-5 cm αφού βεβαιωθείτε, ότι η δύναμη δεν εφαρμόζεται στα πλευρά του θύματος, ούτε στο κατώτερο μέρος του στέρνου, στην ξιφοειδής απόφυση (εικόνα 8).
- Μετά από κάθε συμπίεση, χωρίς να μετακινήσετε τα χέρια σας, επιτρέψτε την πλήρη αποσυμπίεση στο στέρνο. Επαναλάβετε με ρυθμό 100 περίπου συμπίεσεις το λεπτό (λίγο λιγότερο από 2 συμπίεσεις το δευτερόλεπτο).
- Η συμπίεση και η αποσυμπίεση στο στέρνο θα πρέπει να διαρκούν ίσο χρόνο.



Εικόνα 7



Εικόνα 8



Εικόνα 9

Βήμα 6°

A. Συνδυάστε 30 θωρακικές συμπίεσεις με 2 εμφυσησεις.

- Μετά από 30 θωρακικές συμπίεσεις, ανοίξτε ξανά τον αεραγωγό όπως αναφέρθηκε παραπάνω και δώστε 2 εμφυσησεις σύμφωνα με τις αρχές της τεχνητής αναπνοής με εμφύσηση που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη ενότητα.
- Συνεχίστε εναλλάσσοντας τις 30 θωρακικές συμπίεσεις με 2 εμφυσησεις.
- Σταματήστε για να ελέγξετε το θύμα μόνο εάν αρχίσει να αναπνέει φυσιολογικά. Διαφορετικά μην διακόπτετε την αναζωογόνηση.

Εάν κατά τη διάρκεια των εμφυσησεων, παρατηρήσετε ότι το στήθος του θύματος δεν ανυψώνεται, ελέγξτε εάν υπάρχουν τυχόν ορατά εμπόδια μέσα στο στόμα και αφαιρέστε τα, καθώς επίσης και εάν έχετε ανοίξει σωστά τον αεραγωγό. Μην επιχειρήσετε πάνω από 2 εμφυσησεις κάθε φορά προτού να επιστρέψετε στις θωρακικές συμπίεσεις.

B. Μόνο θωρακικές συμπίεσεις

- Εάν δεν καταφέρνετε να δώσετε επιτυχείς εμφυσησεις, συνεχίστε μόνο με θωρακικές συμπίεσεις.
- Σταματήστε για να επανελέγξετε το θύμα μόνο εάν αρχίσει να αναπνέει φυσιολογικά. Διαφορετικά μη διακόπτετε την αναζωογόνηση.

Βήμα 7°

Συνεχίστε την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση:

- Μέχρι να καταφτάσει εξειδικευμένη βοήθεια.
- Μέχρι το θύμα να αρχίσει να αναπνέει φυσιολογικά.
- Μέχρι να εξαντληθείτε.

(International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΦΡΑΓΚΙΑΔΑΚΗΣ
Διασώστης – Εκπαιδευτής
Α' Βοηθειών και Κ.Α.Α. του
Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού