



وزارت تحصیلات عالی ج.ا.ا.
پوهنتون علوم طبي کابل
طب معالجوی
دییارتمنت جراحی عاجل و تراوما



کسکه اولییه



نویسنده: پوهاند دوکتور عصمت الله «سجاد»



Dr. Bilal Ahmad Mudasir
Kandahar, Afghanistan

فصل اول

کمک های اولیه

محتویات فصل	
<i>Immediate action at scene following exposure</i>	اهداف
<i>For an open wound –</i>	مقدمه
<i>For a splash to a mucous membrane</i>	تعریف کمک های اولیه
<i>For a splash to the skin –</i>	مسئولیت کمک های اولیه
پرنسیب های اساسی کمک های اولیه	فلسفه کمک های اولیه
	Health and safety
	Exposure to biological Hazards
<i>General assessment of the situation</i>	<i>Universal precautions</i>
	<i>Exposure sources</i>
	<i>Exposure routes</i>

اهداف

- کمک های اولیه و ضرورت آن در جامعه.
- مسئولیت کمک کننده اولیه در قبال یک مصدوم یا مجروح چه است.
- در اجرای کمک های اولیه باید کدام اقدامات در نظر گرفته شوند.

مقدمه

کمک های اولیه مراقبت های فوری اند که به اشخاص صدمه دیده یافردي که دچار مريضی ناگهانی شده باشند اجرا می شود. دانستن کمک های اولیه برای همه ضرور بوده، بخاطر باید داشت که این مهارت ها به هیچ وجه جای مراقبت های طبی را گرفته نمی توانند، ولی الی رسانیدن مصدوم به مرکز صحتی می تواند مفید باشند، کمک های مذکور اگر به درستی اجرا شوند بخوبی می تو آنند فاصله بین مرگ وزنده گی را طویل، بهبود سریع را سبب شده و بستر درازمدت و معلولیت را کاهش و حتی از بین ببرد.

تمرکز اساسی ترین کمک های اولیه بالای اموختن مهارت های عملی ونظری استوار است که جهت تنقیص حد اعظمی تاثیرات سو واقعات یا امراض بالای نوع بشر ضروری پنداشته می شود. اجراکننده کمک های اولیه مسؤل تهیه وتنظیم ابتدایی کمک های طبی در واقعات عاجل بوده، که بعضا به صورت انفرادی وبعضا به صورت اشتراکی به کمک بعضی افرادی موجوددر ساحه جهت اتخاذ تصمیم درست با موجودیت هیجان و ترس برای نجات حیات مریض و مصدوم اجرا میشود.

کمک های اولیه دارای مراحل ذیل اند:

- ارزیابی در ست وسریع موقعیت
- شناخت ماهیت آسیب وارده به مصدوم
- کمک طبی به موقع، درست وبجا با درنظر گرفتن تقدمات واولویت ها
- انتقال مصدوم به مرکز صحتی در صورت لزوم

این چپتر درموردکمک های اولیه بحث می نماید یعنی در مورد آن کمک های که برای حفاظت ونجات مصدومین قبل از اینکه به شفاخانه جهت اجرای کمک های قطعی طبی انتقال یابند. از این روهر کمک کننده اولیه باید جهت

نجات حیات مصدوم سه نوع فعالیت نجات دهنده را یاد گرفته و فرا گیرد:

- اجرای تنفس مصنوعی به طریقه دهن به دهن یا دهن به انف
- وضعیت دادن مناسب و درست به یک مصدوم دارای ضیاع شعور
- توقف خونریزی و خیم

هر کمک کننده اولیه باید دارای خصوصیات ذیل باشد:

- (۱) مهارت کافی در اجرای کمک به مصدومین را داشته باشد
- (۲) قدرت خوب مدیریتی در فراهم نمودن محیط آرام در اطراف حادثه را داشته باشد (جلوگیری از تجمع بی مورد افراد).
- (۳) دارای روحیه قوی در مورد برخورد با مصدومین باشد (حفظ خونسردی) و بجای مشوش ساختن اطرافیان مصدوم به آنها آرامش داده بتواند.
- (۴) در اجرای کمک های اولیه به سرعت، دقت و آرامش توجه کند.
- (۵) تصنیف بندی نموده بتواند
- (۶) حوادث تهدید کننده زنده گی مصدوم را شناسایی نموده و اقدامات احیای مجدد از قبیل تنفس مصنوعی و غیره را اجرا نموده بتواند
- (۷) قدرت ارزیابی وضعیت علایم حیاتی مصدوم را داشته باشد.
- (۸) از امکانات موجود حد اکثر استفاده را نموده بتواند.
- (۹) خطرات را ارزیابی کرده و عوامل تولید کننده خطر را از صحنه دور نموده بتواند.
- (۱۰) در صورت امکان از دیگران کمک بخواهد و ارئه کمک هارا به صورت گروهی اداره و اجرا نموده بتواند.
- (۱۱) باید اعتماد مصدوم را جلب نماید و سوالات مصدوم را صادقانه جواب دهد. تا ترس مصدوم را کاسته بتواند.
- (۱۲) با توکل به خدای متعال و با انگیزه والا به مصدومین کمک نموده بتواند.

در کمک‌های اولیه اقدام‌های ضروری ذیل باید صورت گیرد:

- فراهم کردن محیط مناسب در محل حادثه، بوسیله دور نمودن عوامل تولید کننده خطر از صحنه حادثه، دور کردن جمعیت مزاحم، کمک گرفتن از افراد توانمند.

- حتی الامکان شخص مصدوم را نباید از محل حادثه حرکت داد مگر در صورت تهدید خطرات مانند ریزش کوه، آتش و غیره.

- توجه به رعایت الویت‌ها (تنفس، دوران خون، خونریزی، شوک)

.....

- اجرای تصنیف بندی مصدومین و کمک نظر به اولویت‌ها با در نظر داشت سوالات ذیل:

- آیا مصدوم هوشیار است.

- آیا طرق هوایی مصدوم باز است

- آیا مصدوم تنفس دارد

- آیا دوران خون وی برقرار است

- ارزیابی علایم حیاتی با توجه به رنگ جلد، رنگ لبها و اندازه حدقه‌ها

- در صورت استفراغ دور دادن راس مصدوم به یک پهلو.

- تشخیص ترضیض قحفی با موجودیت ضیاع شعور و آمدن خون از گوش‌ها و غیره

- تشخیص شوک، صدمات ستون فقرات، کسور، مسمومیت‌ها و غیره و اقدامات اولیه برای آنها.

- تشخیص، چگونگی حادثه.

- به وضعیت مناسب پر آوردن مصدومین بی‌هوش.

- تماس با مرکز صحی.

- اجرای درست حمل و نقل مصدومین و جلوگیری از حرکت دادن غیر

تعریف کمک های اولیه: کمک های اولیه در حقیقت مراقبت های عاجل، تداوی مریض، مجروح و مصدوم به منظور نجات حیات وی است، قبل از اینکه مریض یا مصدوم جهت اجرای کمک های بلند طبعی به Emergency Medical Services (EMS) یا سرویس عاجل طبی برسد. یا به عبارتی دیگر کمک های اولیه عبارت از مراقبت های است که هنگام وقوع حوادث جهت:

- (۱) جلوگیری از مرگ
- (۲) کم نمودن درد ورنج مصدوم
- (۳) جلوگیری از صدمات بعدی قبل از رسیدن مصدوم به مرکز صحتی.

مسئولیت های کمک کننده اولیه:

کمک کننده کمک های اولیه در صورت مواجه شدن به مجروح یا مصدوم باید مسولیت خود را بادر نظر داشت چهار P ادا نماید.

- p1 (Preserve) محافظه مریض یا مصدوم از خطر.
- p2 (Protect) حراست از مجروح یا مصدوم.
- p3 (Prevent) جلوگیری از تشدید حالت مصدوم.
- p4 (Promote) پیشرفت به سوی احیای مجدد مریض.

فلسفه کمک های اولیه

در ساحه یا در محیط قبل از شفاخانه کمک های کلیدی را تداوم حیات، احیای مجدد عاجل و موثر مجروح یا مریض از مریضی و جروحات، محافظه و وظایف اولیه عضویت تشکیل می دهد که شامل احیای:

- Airway
- Breathing
- Circulation

• Bleeding control (life threatening)
تجربه های طبی نشان داده است، اجرای کمک موثر در جهت تقویه این وظایف اساسی نتیجه مثبت در قسمت نجات حیات مریض در محیط قبل از شفاخانه می داشته باشد.

صحت و حفظ آن

در صورت رسیدن به ساحه که دران واقعه رخ داده است شما به صفت کمک کننده اولیه به همان اندازه ای که خود را مسؤل در قسمت حیات مصدوم احساس می نماید در حفظ حیات خود نیز مسولیت دارید بناء نکات ذیل را در حفظ حیات خود نیز باید در نظر داشته باشید.

مواجه شدن به اضرار بیولوژیکی

کمک کننده اولیه ممکن است با مواد بیولوژیک از قبیل blood-borne pathogens و communicable diseases مواجه شود از این رو در واقعات برخورد با:

جروحات، ترضیضات و احیای مجدد مصدومین و مجروحین متوجه حالات فوق باید بود.

باید علاوه نمود که پتوژن های مختلف از طریق خون یک جرحه نافذه یا بوسیله افرازات مخاطی (Hepatitis B, Hepatitis C و Human Immune deficiency Virus (HIV))، به نجات دهنده انتقال نموده می توانند، اما امراض دیگر که در خون انسان دریافت نمی شوند ولی بوسیله مایعات از قبیل لعاب دهن (Hepatitis A) و اورگانیزم های که سبب meningitis می شوند) و خون حیوانات یا مایعات آنها به نجات دهنده انتقال نموده می توانند نیز مد نظر باشد.

در حالات فوق احتیاط های لازمی ذیل باید مد نظر گرفته شود:

۱- کمک کننده کمک های اولیه باید خود را با تجهیزات وقایوی مجهز

نماید. این تجهیزات باعث تنقیص متن شدن و انتقال امراض می شود.

۲- شناخت Exposure های انتقال دهنده ها

Exposure های آلوده کننده های مهم قرار ذیل اند:

- تمام مایعات افرازی بدن انسان مخصوصاً مایع مخلوط با خون قابل دید.

- هر ماده دیگر عضویت انسان

۳- طرق در معرض قرار گرفتن:

- طریقه های معمول در معرض قرار گرفتن قرار ذیل اند:

- نفوذ یا قطع بوسیله آلات تیز که بوسیله خون و یا مایعات ملوث شده باشند.

- انتشار خون یا مایعات به غشای مخاطی چشم، دهن یا انف.

- انتشار خون مایعات در جلد که ممکن مجروح یا سالم باشد

- مجروح شدن و ملوث شدن با خون یا مایعات

احتیاط و محافظه خودی را اساس ستراتیژی منجمنت در مقابل امراض

انتقالی یا communicable تشکیل داده که بوسیله خودداری از تماس با

خون و مواد دیگر بدن جلوگیری شده می تواند.

احتیاط های فردی

احتیاط فردی شامل نکات ذیل اند:

- پوشیدن تجهیزات محافظوی در اجرای وظایف

- تداوی تمام پرسونل مصاب انتان

- شستشوی دستها و حتی حمام بعد از اتمام هر وظیفه

- استعمال اشیا و لوازم محافظوی دسپوسیبیل

- حفظ الصحه فردی خوب و دقیق قبل، در اثنا و بعد از اجرای عمل، خطر

ملوثیت را پایین می آورد.

احتیاط فردی طریقه موثر در محافظه عاجل کمک کننده های، کمک های اولیه در صورت مواجه شدن به مواد بیولوژیکی می باشد. اگر رهنمایی های ذیل در نظر گرفته شود خطر انتان بسیار پایین خواهد آمد.

الف: عکس العمل فوری در ساحه در مقابل در معرض قرار گرفتن:

A - برای جروحات باز:

- جرحه به خونریزی ترغیب شود، با آب برای مدت ۱۵ دقیقه شسته شود و جرحه پانسمان گردد.
- جرحه نباید بامواد سوزنده و مخرش شسته شود.

- کمک های طبی باید هرچه زودتر جستجو گردد.

B- برای ترشحات افرازی از غشای مخاطی

- در صورت تماس واضح با ترشحات انف، فم یا چشم ناحیه تماس یافته کمک کننده باید بوسیله آب برای مدت ۱۵ دقیقه شسته شود.
- در صورتیکه ترشحات در دهن صورت گیرد. لعاب دهن بیرون انداخته شود و دهن بوسیله آب برای ۱۵ دقیقه شسته شود.
- در صورتیکه ترشحات در چشم صورت گیرد شستن باز چشم برای مدت ۱۵ دقیقه با آب.
- کمک های طبی باید هرچه زودتر جستجو شود.



Disposable Gloves



CPR Face Shield



CPR Pocket Mask

C- ترشحات در جلد

- ناحیه کاملا باید بوسیله صابون و آب شسته شود.
- در صورتیکه اکسپوزریا الوده کننده دارای خطر شدید یا متوسط باشد، کمک های طبی باید هر چه زودتر جستجو گردد.

ب - Priorities یا تقدم

- در صورت مواجه شدن به مصدوم یا مجروح نکات ذیل در نظر گرفته شود:
- مطمئن شوید که شما محفوظ هستید:
 - در صورت ضرورت مصدوم را از خطر و یا خطر را از مصدوم یا مجروح بر طرف نمایید.
 - تداوی فوری به مصدوم که ممکن است ندف داشته، توقف قلبی داده باشد یا ضیاع شعور داشته باشد صورت گیرد.
 - در صورتیکه بیش از یک مصدوم یا مجروح موجود باشد، از دیگران کمک بخواهید.
 - اولویت کمک ها نظربه حالات ذیل باید صورت گیرد:
 - توقف تنفس یا توقف قلب
 - ضیاع شعور
 - خونریزی شدید و وخیم
 - در صورتیکه مصدوم در یک فضای بسته قرار داشته باشد:
 - داخل فضای مذکور نشوید تا اینکه یک عضو تعلیم یافته تیم موجود نباشد و تحت رهنمایی های وی عمل کنید.
 - کمک بخواهید و تحت نظر امر تیم نجات عمل نمایید، زیرا متوجه باشید که ممکن است اتموسفیر ساحه بسته مساعد نباشد از این رو بدون تجهیزات و اوکسیجن داخل شدن در ساحه خطر ناک خواهد بود. مصدوم را عاجلا خارج نموده و در نزدیک ترین محل محفوظ خارج از

ساحه بسته قرار دهید.

پرنسیپ های عمومی کمک های اولیه

- مریض را متکررا معاینه نموده که هم عکس العمل مریض آشکار شده وهم آنکشاف جروحات هویدا شود.
- تنفس و قلب مریض باید ارزیابی شود وهم از نظر موجودیت خونریزی وخیم باید تحت مراقبت قرار گیرد.
- در صورت توقف تنفس، تنفس مصنوعی باید تطبیق گردد.
- در صورت توقف قلبی تطبیق مسازقلبی واجرای تنفس مصنوعی حتمی است
- خونریزی باید توقف داده شود
- هرچه آرامتر و تا حد ممکن با احتیاط مریض را حرکت دهید تا از:
 - وارد نمودن جروحات اضافی به وی جلوگیری گردد
 - از وخامت شاک جلوگیری به عمل آید
- مریض را به وضعیت مساعد قرار دهید ولباس تنگ وی را ازاد نموده تا وی تنفس بهتر نموده بتواند.
- از بیرون آوردن لباس اضافی خودداری نموده واگر آنرا بیرون می آورید به بسیار احتیاط باید اجرا شود.ویا اینکه لباس وی را پاره نماید خصوصا در صورت موجودیت جروحات یا کسور.
- بیادداشته باشید که شاک می تواند خطر ناک باشد وحتى تهدید کننده حیات از این رو کمک اولیه باید از بروز آن جلوگیری کند.
- میزابه یا بنداز باید تهیه نموده واز آن استفاده نمایید.
- از توصیه هر نوع الکول باید خود داری نمایید.
- مریض را نباید الی مساعد شدن به حرکت، حرکت دهید یعنی زمانیکه خونریزی را توقف دادید، کسور را تثبیت نمودید وشاک را تداوی

نمودید، بعد از آن وی را در صورت تهیه ترانسپورت مساعد و پرسونل آگاه می توانید انتقال دهید.

• نباید یک شخص را مرده بدانید تا اینکه شما و دیگران موافق نشدید که:

- تنفس توقف نموده باشد
- نبض جس نشود و آواز قلب موجود نباشد.
- چشم ها حرکت نداشته و حدقه ها متوسع شده باشند.
- سردی بدن در حال پیشرفت باشد.

بررسی عمومی حالت موجود

اولین نکته که باید به آن توجه نماید این است که آیا تهدید فوری حیات در ساحه وجود دارد یا خیر. بعد از آن توجه باید به مجروحین و تداوی آنها عطف گردد به خاطر باید داشت که:

- به آرامش تام ودقت معاینه سیستماتیک باید اجرا شود.
- از طریق فمی اخذ هر نوع مواد باید قطع گردد.
- مصدوم را باید از سردی و گرمی محافظه نمود.
- حالات ذیل نباید به شکل یک مجروح ساده تداوی گردند:
 - ضیاع شعور
 - خونریزی مخفی مشکوک
 - جروحات چاقو یا نافذه
 - جروحات نزدیک مفصل
 - امکانات کسور
 - جروحات چشم

فصل دوم

عملیه‌های اساسی کلینیکی

محتویات فصل	
انتخاب انستیتیک های موضعی	اهداف
میتود های خیاطه گذاری جروحات	مقدمه
Excising یک کتله	پرنسیپ ها اساسی
عملیه های اساسی صدري	اسپتیک تکنیک
Catheterization بولی	تعریف
باز نمودن ورید	اساسات اسپسی
باز نمودن شریان	دست شستن
Venous cutdown	چین پوشیدن بوسیله خود شخص
Swan-Ganz catheter	چین پوشیدن به میتود باز به کمک scrub nurse
گذاشتن کتیتر در ورید تحت ترقوی	دستکش پوشیدن به میتود بسته بوسیله خودشخص
گذاشتن کتیتر در شراین	دست کش پوشیدن به میتود باز به کمک نرس
Nasogastric tubes	
تطبیق تیوب تغذی	

اهداف

- دانستن عملیه های که در کمک های اولیه بیشتر به کار می روند
- طرز عملی نمودن این عملیه ها
- ضرورت دانستن اجرای عملی این عملیه ها برای هر پرسونل طب

مقدمه

در دسپلین جراحی عملیه های جراحی برای مریضان در سرویس جراحی، دردیپارتمنت عاجل ودر اطاق عملیات صورت می گیرند.

در مریضانیکه حالت شعوری خوب دارند به صورت بسیار احترامآنه اهمیت اجرای این نوع عملیه ها باید توضیح گردد، که چرا مریض به اجرای این عملیه ها ضرورت دارد. ازاین رو اجرای تمام این عملیه ها ضرورت به کسب مهارت داشته. بنا این فصل به شما رهنمای خوب مرحلوی این مهارت هاتوام بااستطباب اجرای آن می باشد.

در تمام حالت و اجرای عملیه ها در جراحی آماده گی شرط اول بوده که شامل تهیه وسایل، محلولات برای Prep، باطله دآنی و غیره میباشد، در عین زمان باید مریض و داکتر همیشه در یک حالت راحت و مساعد قرار گیرند زیرا بعضا پروسیجر های ابتدایی بار اول موفقآنه صورت نگرفته و باید دو باره اجرا گردد. و شرط اخری عبارت از پاک کاری میباشد خصوصا دور کردن وسایل تیز و برنده و مواد منتن از ساحه.

پرنسیپ های اساسی:

زمانیکه شما هریک از عملیه هارا اجرامی نمایید باید اساسات ذیل را تعقیب نمایید:

۱. همیشه به مقابل مریض و پرسونل سرویس مؤدب بود.
۲. عملیه که اجرا می نمایید واقعا استطباب دارد. ازاین رو اخذ تاریخچه مریض و اجرای معاینات فزیکي حتمی بوده باید درج دوسیه مریض گردیده و به گوش پرسونل مؤظف سرویس جراحی رسانیده شود.
۳. درباره اجرای عملیه به صورت روان و عام فهم به مریض توضیح داده شود.
۴. تمام وسایل و تجهیزات که ضرورت است باید قبلا آماده نموده باشید.

۵. ممکن است شما به کدام اسپستانت نیز ضرورت داشته باشید که باید باشد.
۶. باید مطمئن بود که فضا و محیط برای همچو عملیه مساعد است. یا خیر؟
۷. در صورتیکه عملیه ضرورت به ساحه معقم داشته باشد باید در اثنای اجرای آن تمام شرایط اسپسی و انتی سپسی مراعات گردد.
۸. کوشش گردد که در طول زمان اجرای عملیه با مریض حرف زده شود.
۹. وقتیکه عملیه به اتمام رسید باید مطمئن شد که مریض فهمیده است که نزدش چه رخ داده و یا خیر؟ و چیزی برایش ناخوش آیند بود یا نه. همیشه مریض خویش را در اثنای انتقال به سرویس بپوشانید.
۱۰. باید مطمئن بود که تمام وسایل تیز که استعمال می گردد یکبار مصرف بوده و تمام وسایل که استعمال نموده اید نزد تان موجود است و فراموش نشده است.
۱۱. در نهایت تمام دریافت ها و عملیه که اجرا نموده اید باید درج پروتوکول در دوسیه مریض نمایید.

میتود های خیاطه گذاری جروحات

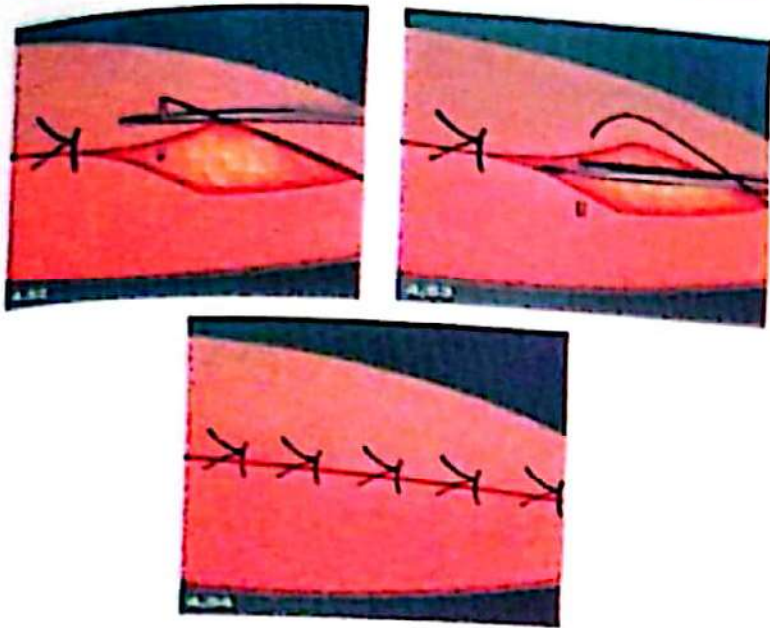
اساسا تخنیک های خیاطه گذاری به دو بخش خیاطه های متقطع (Interrupted) و متداوم (Continues) تقسیم میگردد.

خیاطه گذاری متقطع Interrupted suture:

در این تخنیک هر خیاطه بصورت جداگانه گره زده میشود و دارای اشکال ذیل می باشد:

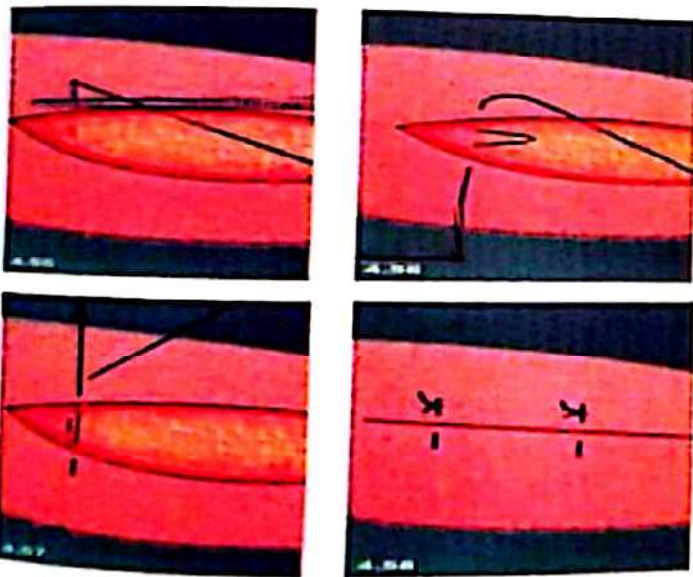
- ۱) شکل ساده Simple interrupted suture (شکل ۴,۵۲ - ۴,۵۴). در این شکل هر دو کنار جرحه بصورت مساویانه در خیاطه گذاری اشتراک میورزند. فاصله نقطه عبور سوزن تا به کنار جرحه نظر به ضخامت جلد فرق مینماید و بالعموم نیم سانتی متر میباشد.

کمک های اولیه



(۱) خیاطه های عمودی Vertical mattress در این صورت قسمت های عمیق و سطحی جرحه بوسیله یک خیاطه گرفته میشوند. سوزن در

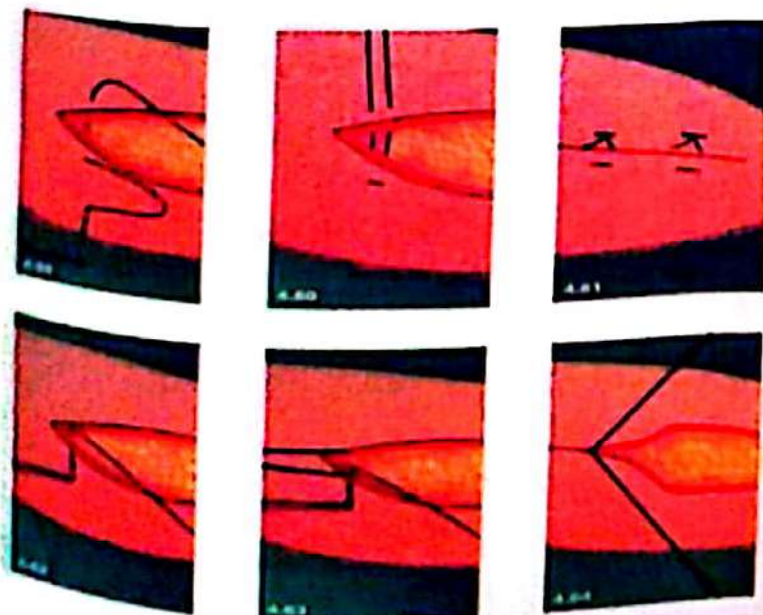
قسمت دورتر از کنار جرحه (بیشتر از فاصله Simple interrupted



(suture) به اندازه یک سانتی تا به عمق جرحه تطبیق میگردد (شکل ۴،۵۵)

سوزن را به عین عمق و فاصله از کنار مقابل جرحه بیرون میکشیم

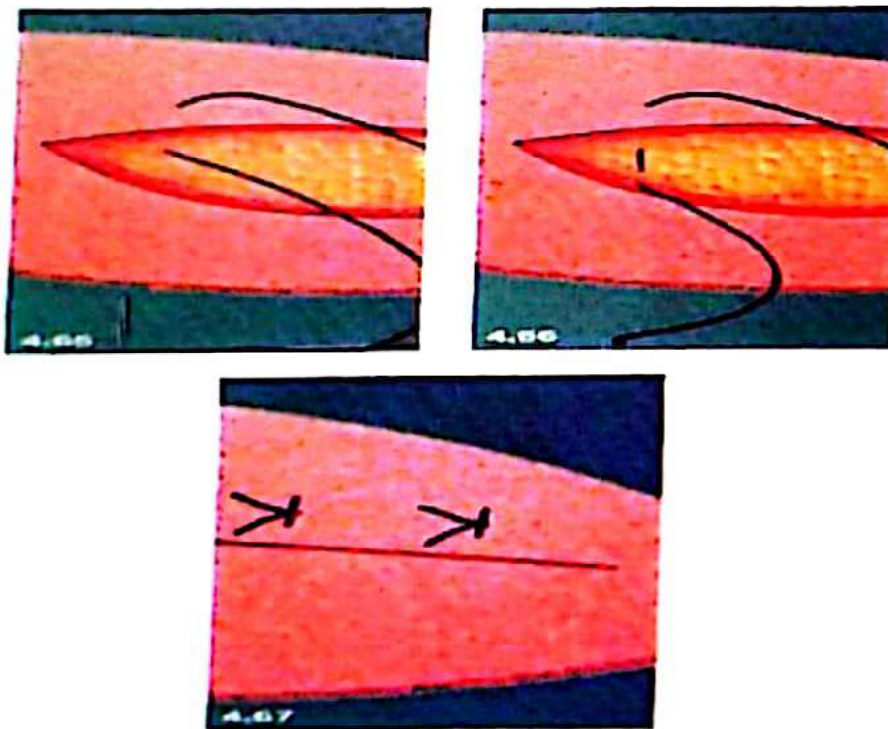
(شکل ۴،۵۶)



بار دوم بشکل Backhand یا چپه تنها قسمت سطحی جلد دو کنار جرحه خیاطه گذاری میشود (شکل ۴،۵۷)

• فایده این نوع خیاطه اینست که با یک خیاطه طبقات عمیق و سطحی یکجا گرفته شده و امکان ایجاد ساحه مرده یا Dead space وجود ندارد و در عین زمان خیاطه ای که در سطح کنار جرحه تطبیق میگردد جلد را Evert میسازد.

(c) خیاطه های افقی Horizontal mattress: درینصورت خیاطه بصورت موازی با کنار های جرحه تطبیق میگردد (اشکال ۴,۵۹ - ۴,۶۱)
(d) خیاطه های متقطع معکوس Inverted interrupted: در این نوع



خیاطه هاسوزن از قسمت عمق جرحه تطبیق و از کنار جرحه بیرون کشیده میشود (از عمق به سطح). در طرف مقابل سوزن از سطح به عمق معکوسا تطبیق میگردد. در

این صورت گره در عمق قرار گرفته و قابل دید نمیباشد (اشکال ۴,۶۲ - ۴,۶۴). این تخنیک زیادتیر برای خیاطه نهایات تحت الجلدی استفاده شده و همچنان بعضا برای خیاطه های طبقات سطحی مانند عضله Platysma استفاده میگردد. چون گره های بزرگ در تحت جلد قابل مشاهده اند بنا این میتود از نظر ارایشی (زیبائی) یا کاسموتیک قابل قبول نیست.

(e) خیاطه های نیمه Semi mattress: بهترین خیاطه ها جهت دوختن جروحات نا منظم و یا هم جهت ترمیم پاره گی نهایات میباشد:

• سوزن دورتر از کنار جرحه مانند خیاطه های Vertical and

Horizontal Mattress تطبیق میگردد (شکل ۴,۶۵)

- سوزن صرف طبقه تحت جلد طرف مقابل را میگیرد (شکل ۴,۶۶)
- به شکل Backhand یا چپه سوزن راز سطحی ترین قسمت جلد طرف مقابل بیرون میاوریم (شکل ۴,۶۷) و یا هم بشکل افقی در کنار خیاطه اولی بیرون کشیده میشود.

خیاطه های متداوم یا Continuous:

در این صورت خیاطه ها بدون قطع کردن تار بصورت متداوم تطبیق میگردند.

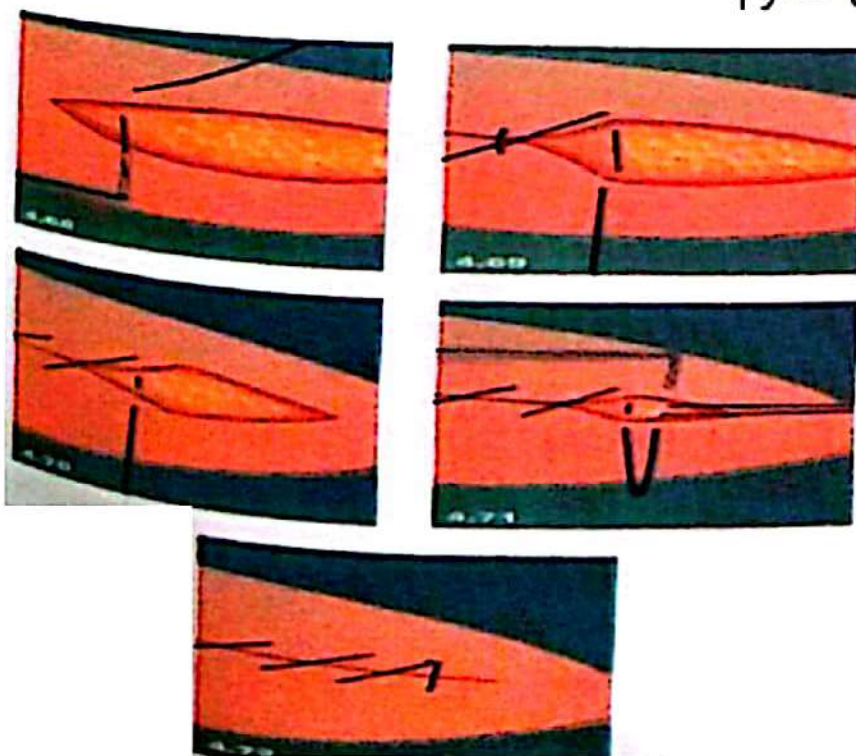
فوائد:

- تطبیق آن به وقت کمتر ضرورت دارد.
- اینگونه خیاطه با اذیمای کنار جرحه بعد از عملیات آنطباق پذیر است.

نقص:

امکان بر هم خوردن تمام خیاطه ها در صورت باز شدن یک قسمت از خیاطه میرود

تصنیف خیاطه های متداوم:



۱) شکل ساده خیاطه متداوم Simple)

continues

(شکال suture):

این (۴,۶۸ - ۴,۷۲)

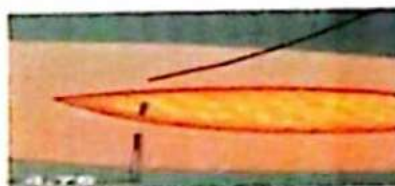
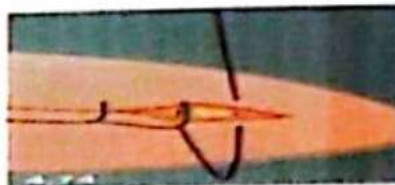
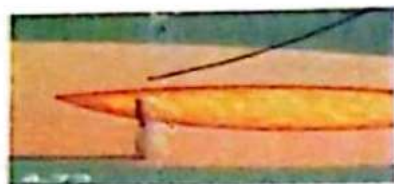
خیاطه یک ونیم

سنتی متر دورتر از

کنار جرحه تطبیق

گردیده (از خارج به داخل جرحه) و در طرف مقابل از داخل به خارج به عین فاصله بیرون کشیده میشود.

بعد از گره زدن خیاطه بصورت متداوم با زوایای ۴۵ و یا ۹۰ درجه نظر به



جرحه تطبیق میشود. در اخیر باید خیاطه اخیری ۳ ملی متر از نهآیات جرحه تطبیق گردد در عین زمان سوزن دوباره از عین طرف به فاصله ۲ ملی متر از

خیاطه فوقا تطبیق شده و به طرف مقابل بیرون کشیده میشود که این کار باعث ایجاد حلقه گردیده که برای بستن گره خیاطه اخیری بکار میرود.

(b) Interlocking continues suture: عینا مانند خیاطه های شکل

ساده بوده صرف تار از بین حلقه (lopp) همان خیاطه گذشتانده میشود و در ضمن آنرا ۹۰ درجه نظر به ضرورت تطبیق مینمائیم (اشکال ۴,۷۳ - ۴,۷۵)

(c) Horizontal mattress continues suture) Continues

(inverting mattress suture): مانند Interrupted horizontal

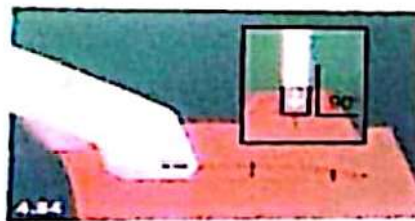
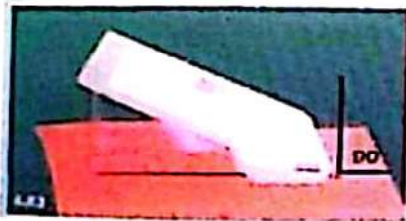
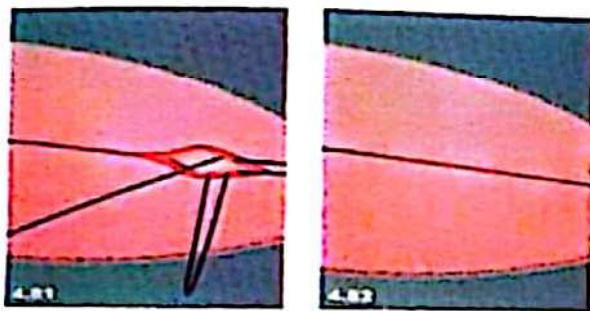
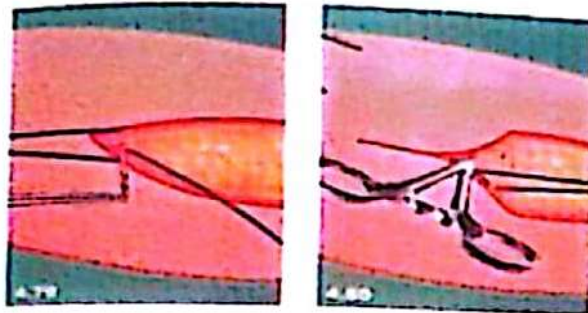
mattress بوده طوری که کوک ها موازی با کنار جرحه گذاشته میشود. بدین

معنی که در عین طرف سوزن موازی به کنار جرحه از خارج به داخل و واپس

از داخل به خارج خیاطه تطبیق میگردد (اشکال ۴,۷۶ - ۴,۷۸)

کمک های اولیه

۱) خیاطه تحت الجلدی Subcuticular suture: این نوع خیاطه ها از جمله خیاطه های کاسموتیک Cosmetic بوده که تطابق کنار های جرحه در



آن خیلی خوب می باشد. باید خیاطه ها همیشه در یک نهایت آن Anchor گردد و بعد از آن در تحت جلد کنار جرحه موازی با آن خیاطه گذاری شده و تا بعدا خوب کش گردیده تا خیاطه تکمیل

گردد و بعدا نهایت بعیده دوباره Anchor میشود. Anchor میتواند در داخل و یا خارج جرحه قرار گیرد. معمولا تار قابل جذب با Inverted inside anchor زیادتر مورد استفاده می باشد (اشکال ۴,۷۹ - ۴,۸۲).

خیاطه های متداوم Continuous باید در جروحات متنن تطبیق نگردد زیرا اگر خیاطه در یک قسمت آن از بین برود تمام جرحه باز خواهد شد. خیاطه های متداوم باید بالای جلد تطبیق نشود، مگر اینکه جرحه در شرایط معقم صورت گرفته باشد و احتمال انتان از اثر باز شدن احشای داخلی موجود نباشد.

۲) استپلر نمودن Stapling: یک میتود ساده بوده وقت کم را در بر گرفته در عین زمان خطرات مانند انتان نظر به تار های دیگر جراحی کمتر می باشد.

تخنیک:

- استپلر را عموداً به طول کنار جرحه با زاویه ۹۰ درجه نظر به جلد قرار دهید (شکل ۴,۸۳)
- تیری که در قسمت سنجاق های استپلر میباشد باید به شق ناحیه تطابق نماید (شکل ۴,۸۴)
- استپلر را به جلد محکم نگهدارید و دسته آنرا فشار دهید تا Tack تطبیق گردد.
- استپلر را دوباره روی موقعیت جدید قرار داده و پروسیچر را تکرار نمایید.

Needle thoracocentesis:

دو استطباب اساسی برای اجرای Needle thoracocentesis جهت تخلیه مایع و هوا وجود دارد.

تخلیه هوا:

استطباب اساسی جهت تخلیه هوا از صدر بوسیله سوزن را tension pneumothorax تشکیل داده و یک عملیه محافظ حیات است. در صورتیکه tension pneumothorax مشکوک باشد یک کنول با قطر بزرگ را در مسافه بین الضلعی دوم در خط متوسطتر قوی داخل نموده، عملیه مذکور باعث تخلیه هوا از صدر شده و یک tension pneumothorax را به نوموتورکس ساده تبدیل می نماید. سوزن مذکور حفظ شود تا اینکه تیوب صدري تطبیق گردد.

تخلیه مایع:

گاهی موجودیت مقدار زیاد مایع در جوف پلورا باعث تشوشات تنفسی در بستر شده و بر طرف نمودن مایع کمک به اجرای بهتر تنفس را می نماید و هم اجازه معاینات را جهت دریافت علت تجمع مایع نیز می دهد.

وسایل مورد ضرورت:

- Large-bore cannula
- Local anaesthetic
- Three-way tap
- 50-mL syringe
- Collecting jug

اجرای عملیه:

۱. بعد از توضیح عملیه برای مریض. ویرا بالای یک بالش بنشانید که به قدام متمایل باشد.
۲. ناحیه تطبیق سوزن را درمسافه بین الضلعی در خلف جایکه تجمع مایعات است نشانی نمایید.
۳. زرق انسیتیک موضعی درساحه.
۴. تطبیق کنول به زاویه ۹۰ درجه بالای جلد تااینکه مقاومت در مقابل کنول ازبین برود.
۵. کنول را به three-way tap وصل نموده وبوسیله سرنج تخلیه نمود. بعدازاینکه سرنج مملو شد three-way tap را به جگ وصل نمایید.
۶. این عملیه را تازمانی ادامه دهید تااینکه مایع به قدر کافی تخلیه گردد.تخلیه مایع نباید اضافه تر از ۱۰۰۰ ملی لیتر در هر نشست شود زیرا سبب تغیر منصف شده وباعث اذیمای حاد ریه می گردد.
۷. سوزن را بر طرف نموده وپانسمان occlusive را تطبیق نمایید.
۸. رادیو گرافی صدر باید اخذ شود.
۹. مایع باید جهت اجرای معاینات سایتولوژی، بیوشیمی و باکتریولوژی فرستاده شود.

Catheterization بولی

به صورت عمومی مریضان جهت تخلیه ادرار و یا هم برای مونیتورنگ در حالات شاک و یا بعد از عملیات های جراحی کتیترایزیشن بولی ضرورت دارند.

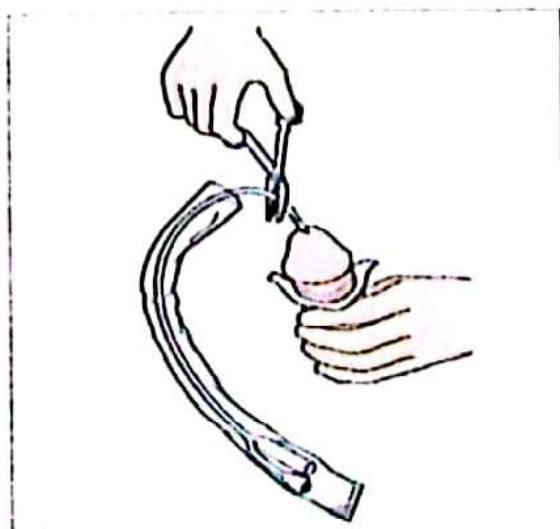
طرز تطبیق کتیترو:

وسایل مورد ضرورت

- کتیتر سایز ۱۴-۱۶ ساخته شده از silicon یا latex
- Catheter bag
- Catheterization pack
- Sterile saline
- Lidocaine gel (with introducer nozzle)
- Water to inflate catheter balloon
- Sterile gloves

اجرای عملیه:

۱. تایید تشخیص و توضیح برای مریض که چرا و چگونه این عملیه را اجرا می نمایم و در تمام زمان مریض باید بداند که چه صورت می گیرد.
۲. انتخاب درست سایز فولی کتیتر و ظرفیت بالون آن.
۳. تمام مواد مورد ضرورت باید موجود باشد.
۴. تمام سامان آلات مورد ضرورت بدون اینکه تعقیم آنها خراب شود باز گردند.



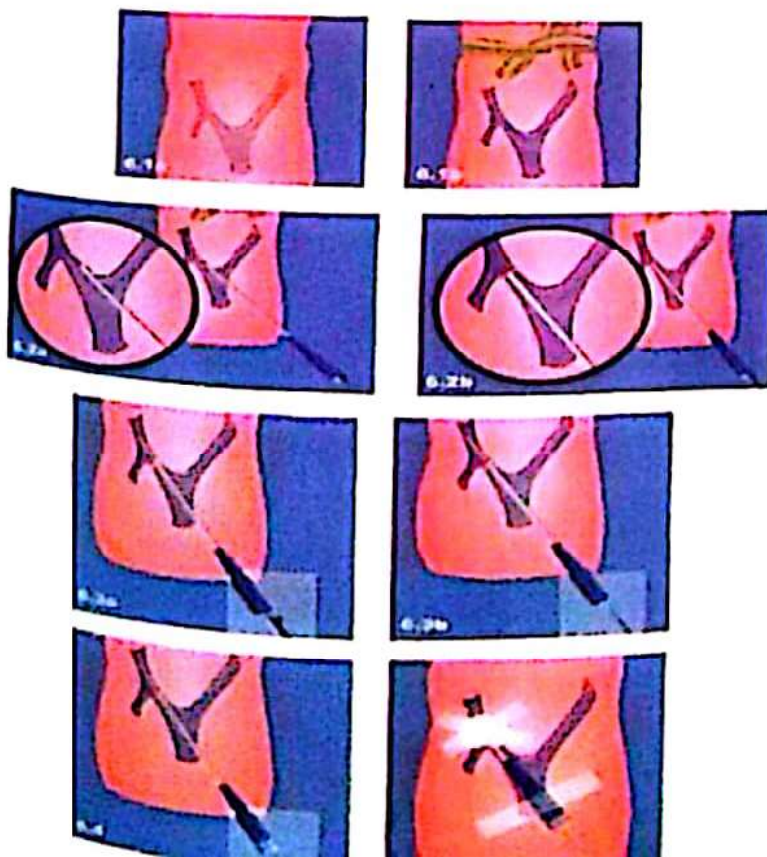
۵. دستان خود را شسته و دستکش های معقم را پوشید
۶. قضیب را به آرامی با دست گرفته و بوسیله سوب انتی سپتیک پاک نموده و آنرا به طرف صفن مساز دهید.

۷. دستمال سوراخدار مُعقم را در ساحه هموار نمایید.
۸. دهانه تیوب جل انستیتیک را داخل فوهه احلیلی نموده و تیوب را به آرامی فشار دهید و به اهستگی قضیب را مساژ داده تا جل داخل احلیل گردد و برای چند دقیقه الی مؤثر شدن انستیتیک صبر نمایید.
۹. کتیتر را از پوش آن باز نمایید طوری که تعقیم آن حفظ گردد و راس آنرا داخل فوهه احلیل نموده و اهسته اهسته پیش بروید تا انتها کتیتر داخل احلیل گردد و زمانی که ادرار جریان نمود بالون آنرا بوسیله مایع تعقیم باسرنج مملو نمایید تا از برآمدن کتیتر جلوگیری نماید. کتیتر را به خریطه ادرار وصل نمایید.

درپ ها را بردارید.

- باید مطمئن شد که غلفه دوباره به جای خود کش شده است زیرا در صورت عدم جا بجایی غلفه، غلفه دردناک شده و باعث پارا فیموزس گردیده می تواند.
- ساحه را دوباره شسته و بعد از اینکه مطمئن شدید که مریض آرام است وی را به بستر انتقال داده، بعد از آن تمام عملیه اجرا شده را درج دوسیه مریض نمایید.

باز نمودن ورید (venipuncture)



بدین منظور از ورید های سطحی اطراف خصوصا ورید های مرفقی یا (Anticubital) استفاده میگردد.

تخنیک عملیه:

- (a) تورنیکت را در قسمت قریبه ناحیه مورد نظر به قدر کافی محکم ببندید (اهداف توقف جریان وریدی است نه شریانی بنا تورنیکت را بسیار زیاد محکم نبندید) در عین زمان بازو بسته نمودن مشمت و یا ضربه زدن ناحیه (سیلی زدن) در پیدا نمودن ورید کمک مینماید (شکل ۶,۱ a,b).
- (b) سوزن را موازی به ورید در جلد تطبیق و بعد مسیر آنراطوری تغییر دهید تا ورید را از کنار آن سوزن زنید (شکل ۶,۲ a,b).
- (c) بعد از آمدن خون در سوزن جهت تثبیت سوزن، سوزن را کمی پیش برانید (شکل ۶,۳ a,b). سوزن را کمی پیش برانید (شکل 6.3a,b) در صورت استفاده از کتیتر تفلون بعد از تطبیق ماندن آنرا بکشید (شکل ۶,۴)
- (d) سوزن را با پلستر در اطراف نهایت آن تثبیت کنید (شکل ۶,۵).

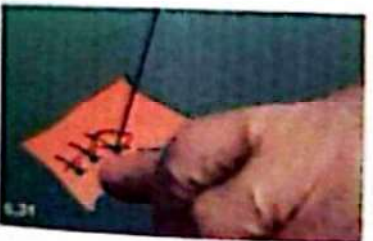
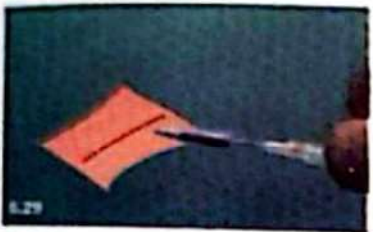
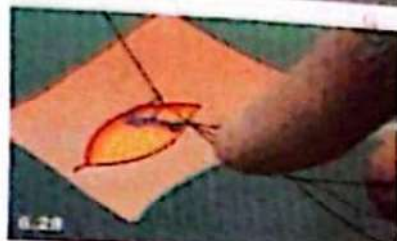
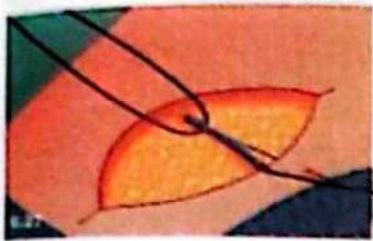
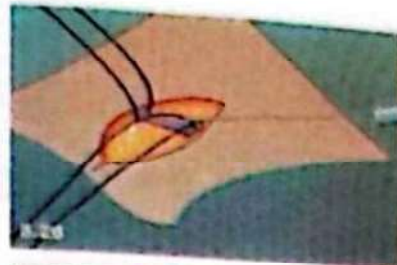
Venous cutdown

این پروسیجر وقتی اجرا میگردد که امکان تطبیق سوزن از طریق جلد دریک ورید مساعد موجود نباشد درین عملیه اکثرا از ورید های Great saphenous , basilica vein , cephalic vein , brachial vein , and Jugular vein استفاده می شود.

- تخنیک اجرای عملیه :

- (a) ناحیه با انتی سپتیک پاک گردد.
- (b) اطراف ورید توسط آنستزی بلاک گردد.
- (c) شق که اجرا می گردد باید بالای ورید عمود باشد مانند شکل ۶,۱۷
- (d) از قدام به خلف اول جلد بعداً تحت الجلد باز گردد.
- (e) ورید از نهایت اطراف خود جدا گردد (شکل ۶,۱۸-۶,۲۱)

دو تار از اطراف ورید عبور داده شود یکی برای نهایت قریبه ورید و



دیگری برای
نهایت بعیده
آن. (شکل
۶،۲۲ -

۶،۲۳

g) نهایت بعیده
گره گردد.

(شکل ۶،۲۴)

باید یاد آور شد
که ورید در تحت
الجلد قرار دارد
در صورت نمایان
شدن عضلات و
سایر نهایت باید

تسلیخ توقف داده شود.

h) بالای ورید یک شق ۷ مانند اجرا گردد و یا مستقیماً کنول داخل آن
گردد. (۶،۲۵)

i) کنول را از طریق جرحه فوقاً ذکر شده داخل ورید نماید مانند شکل
۶،۲۶ و یا هم می توان آنرا از خارج جرح مانند شکل ۶،۲۷ داخل ورید
نماید.

j) تار آنسی را بالای کنول گره نماید. (شکل ۶،۲۸)

k) گاید کنول را خارج نماید. (۶،۲۹)

l) کنول را به سیستم مایعات وصل نماید. (شکل ۶،۳۰)

m) کنول را با عبور نمودن مایعات آن تست نماید.

- n) جرحه را با خیاطه های متقطع ترمیم نماید. (شکل ۶,۳۱)
- o) کنول را با یک خیاطه گره نماید تا مصون باشد. (شکل ۶,۳۲)
- p) ناحیه را پانسمان معقم بگذارید.

باید یاد اور شد که:

بسته نمودن کنول با خیاطه مهم میباشد و هم داخل نمودن آن از بیرون جرحه جهت ترمیم سریع جرحه کمک کننده میباشد.

فصل ششم

کمک های اولیه در کسور

محتویات فصل	
کسور عظام در اطفال	اهداف
کسور باز	مقدمه
ترمیم کسور	کسور
خلع	تعریف
اسباب	تصنيف
پتولوژی	بررسی کلینیکی
اعراض و علایم	تداوی
اشکال سریری خلع	تداوی جراحی
تداوی خلع	اختلالات کسور

اهداف

- کسب معلومات عمومی در مورد کسور و خلع ها
- کسب معلومات در مورد تداوی کسور و خلع
- اختلالات کسور و ترمیم آنها

مقدمه

کسور از جمله ترضیضات دردناک بوده که ضرورت به تداوی مقدم دارد مخصوصا در صورتیکه توام با بیجاشده گی باشد. باوجودیکه کسر را می توان به صورت موقتی غیر متحرک نمود و برای تداوی قطعی صبر نمود ولی بعضی آنها بسیار عاجل بوده و ضرورت به تداوی عاجل جراحی دارند، که دراین جمله می توان از کسور باز، کسوری توام با تشوش وعایی، موجودیت چندین کسر تذکر به عمل آورد.

درجمع صدمات عظمی معمولا کسور ترضیضی ناشی از ضربات و تصادمات بوقوع پیوسته درحالی که کسور پتولوژیک بقسم بنفسه ویا باحرکت البته درصورت موجودیت اوستیوپروز، تومور های عظمی والتهاآت مزمن عظمی به وقوع میرسند.

تعریف: کسر عبارت از یک سوء شکل خطی ویا عدم تمادی عظمی بوده که بواسطه قوه های بلند تر از معیار الاستیسیتی عظمی بوجو می آید.

تصنیف

۱. نظر به موقعیت آناتومیک به کسرهای سوپراکاندیلر، سب تروخانتریک،

proximal , Distal , Middle تصنیف شدهاند.

۲. نظر به تعداد خط کسری: می تواند به کسر های خطی، segmented

چندین خط کسری یا communitated تصنیف شوند.

۳. کسر خمچه تر در اطفال

۴. نظر به تخریبات جلد: به کسر های باز وبسته تقسیم می شوند ودر

صورت تخریبات وسیع جلد واقسام رخوه توام باکسر به نام کسر

compound یاد می شود.

۵. کسر های پتالوژیک

۶. کسور impacted کسوراند که درانها بیجاشده گی نشان نمی دهد

۷. تصنیف کسور نظر به درجه بیجا شده گی: به کسر های بی جا شده، کم، زیاد و هم چنان کسر های غیر بیجا شده، ثابت و غیر ثابت تصنیف می گردد.

۸. کسور فشاری یا stress

۹. نظر به خط کسری: به کسر های عرضانی، مایل، مارپیچ یا حلزونی تصنیف شده اند.

اعراض و علائم

به صورت خلاصه اعراض کلینیکی کسر قرار ذیل اند:

۱. درد و حساسیت در ناحیه ماوفه عرض عمده هر کسر می باشد که می تواند همراه با تورم یا پندیده گی موضعی یا بدون آن باشد.
 ۲. تنقیص وظیفوی: طرف که معروض به کسر گردیده است وظیفه آن موقتا تنقیص می یابد یا وظیفه آن بکلی از بین می رود
 ۳. حالت یا وضعیت طرف: طرف معروض به کسر یک وضعیت مخصوص را ممکن اختیار نماید
 ۴. موجودیت حرکات غیر طبیعی
 ۵. ممکن در اثر کسر افت اوعیه یا اعصاب بوجود آید
- اجرای معاینات فزیکمی به صورت مستقیم تشخیص را تایید می نماید که در این صورت علائم فزیکمی کسر از قبیل پندیده گی، bruising، سو شکل، تندرns، و کریپیتیشن. حالت عصبی عضلی طرف حیاتی بوده و قبل از تداوی باید بررسی گردد.

تداوی

تداوی کسور شامل سه مرحله می باشد

۱. اهتمامات عاجل

۲. تداوی قطعی

۳. احیای مجدد

به هر صورت مصدومین عظمی و اقسام رخوه مجاوران تداوی محافظوی و مداخلات جراحی را ایجاب می نمایند. که این هر دو نوع تداوی ایجاب سه پرنسیب اساسی و عمده را می نماید.

۱- خوبترین ارجاع کسریا Reposition

۲- تثبیت مطمئن یا Fixation

۳- غیرمتحرک ماندن دوامدار

جهت اجرای حالات فوق باید استطباب درست گذاشته شده و در هر دوتداوی پرنسیب های متذکره مراعات و مراقبت دوامدار عملی گردد.

اهتمامات ضروری:

در اهتمامات عاجل و ضروری کسر تطبیق میزآبه ها به دلایل ذیل ضروری

پنداشته می شود:

• جهت جلوگیری از ماوف شدن اقسام رخوه عضلات، اوتار، اوعیه و

اعصاب

• با تثبیت موقتی کسر: درد کم شده و از شوک عصبی جلوگیری به عمل

میاید.

• تثبیت مقدم کسر بواسطه میزآبه وقوعات شوک و امبولیزم شحمی را

کاهش می دهد.

• در انتقال مریض و اخذ رادیو گرافی سهولت ایجادیمای نماید.

تداوی قطعی

۱- تداوی محافظه کارانه شامل ترکشن و تطبیق انواع پلاستر بعد از

ارجاع کسر است

در حالات ذیل ارجاع کسر استطباب ندارد:

• در صورتیکه کدام علایم بیجاشده گی در کسر موجود نباشد

- اگر علایم بیجا شده گی پارچه مکسوره کم باشد
- کسور چندین پارچه یی راس و عنق عضد
- در صورتیکه ارجاع را تثبیت کرده نتوانیم مثلا در کسور فشرده شده فقرات
- در صورتیکه کسر بواسطه یک قوه کششی بوجود آمده باشد.

اشکال Extention:

کشش ویاترکشن جهت ارجاع نواحی مکسوره در کسور فقرات رقبی، اطراف علوی و سفلی توسط شیماهای مربوطه خوبتر قابل فهم بوده فقط اندازه وزن در نواحی مختلفه قابل یادآوری میباشد که ذکر می گردد.

۱- کشش توسط سیم عبوری عظم Calcaneus در کسور عظام ساق 3-4Kg

۲- کشش توسط سیم عبوری از راس عظم قصبه یا Tibia در کسور عظم فخذ $1/10$ حصه وزن بدن بین سه تا چهار هفته

۳- کشش توسط سیم عبوری از راس قصبه $1/7$ حصه وزن بدن برای کسور عنق فخذ و قسمت علوی عظم فخذ و جوف حقی

۴- کشش در کسور عظم عضد 3-4 Kg

۵- کشش توسط چنگک Crutchfield و حلقهء Glisson در کسور و خلع

فقرات رقبی

در تدایوی محافظوی یا محافظه کارانه بصورت دقیق و درست ثابت قرار دادن طرف وجود نداشته ممکن صد فیصد محقق نباشد از جانب دیگر اتروفی عضلات، شخی مفصلی، کلسیفیکشن عظمی، وتیره دیستروفی، اختلاط ترومبوامبولی اغلبا عدم ارجاع دقیق و درست را در قبال میداشته باشد. همچنان امکانات مداخله انتانات و تشکل اوستیومیالیت موجود بوده می تواند.

تداوی جراحی:

در تداوی جراحی یگانه مشکل بروز اختلاط انتانی و تشکل اوستیومیالیت بوده فوقیت های بهتری رادارا میباشد، ماندارجاع درست و آناتومیک، تثبیت ثابت توسط موادوپلیت های استیوستتیز و متحرک ساختن زوترطرف که وقت کمتر را در بر میگیرد.

تداوی عملیاتی در حالات ذیل استطباب دارد:

۱. ناکامی در تداوی محافظه کارانه یک کسر
۲. موجودیت کسر باز
۳. تداوی اقسام رخوه بین پارچه های مکسوره
۴. در حالاتیکه به وقت معین یک کسر تعظم ننماید
۵. کسور داخل مفصلی
۶. کسوریکه توام با جروحات شریانی یا عصبی باشد

کسور عظام مختلفه عضویت

کسر استخوان ترقوه

اسباب : ترضیضات مستقیم و غیر مستقیم

اعراض سریری:

با تفتیش یک بارزه تحت الجلدی واضحا به ملاحظه رسیده ویا نهایت تیزپارچه مکسوره جلد را قطع نموده علاوتا شانه طرف ماؤوف نسبت به طرف سالم به قدام پیش برآمده معلوم می شود. درد واذیما در ناحیه مکسوره موجود می باشد.

تداوی

تداوی آن محافظوی و عملیاتی میباشد. در تداوی محافظوی بعد ارجاع آناتومیک تطبیق بنداز(۵۵) حرف هشت انگلیسی باید صورت گیرد

کسر عنق عضد

اسباب: در اثر افتادن که دست حالت تبعد داشته باشد.

اعراض سریری

درد و اذیما که حالت وسیع داشته توام با سایر اعراض و علایم کسریکجا می باشد. در را دیو گرافی کسر به صورت مستعرض در محیط عنق جراحی دیده می شود. راس عضد بالای جسم حالت تبعد داشته و جسم عضد به آنسی تبعد داشته و حالت Impacted می باشد. در صورت بیجاشده گی جسم عضد به علوی و قدام بیجا شده راس عضد به آنسی موقعیت اختیار می نماید.

تداوی

معمولا ارجاع کسر در حالت Impacted ضرور نبوده اما در صورت بیجا شده گی ارجاع ضرور می باشد. بعدا تثبیت آن ضروری بوده و التیام در بین هفته ۳-۶ صورت می گیرد.

کسر جسم عضد**اسباب**

در اثر ترضیضات مستقیم بالای دست ممکن عضد تآب خورده و سبب کسر سپايرل شود. علاوه تا افتیدن بالای مفصل مرفق در صورتیکه باز و حالت تبعد داشته باشد ممکن سبب کسر مایل یا مستعرض شود در اثر ترضیضات مستقیم در جسم عضد کسر مستعرض و یا کسر چندین پارچه ای به وجود آمده می تواند.

اعراض سریری

درد سؤ شکل، اذیما، حرکات غیر نارمل ممکن در ناحیه ماؤوفه موجود باشد. رادیو گرافی تشخیصیه می باشد.

تداوی

ارجاع طرف مکسوره در میزابه با وزن طرف گذاشته شده ممکن سبب ارجاع عضد گردد. **Hunging Traction** در کسر جسم عضد بیشتر مفید واقع می شود. کسر سپایرال در مدت ۶ هفته و کسور دیگر بین ۴-۶ هفته التیام می نماید.

کسر های سوپرا کاندلار

این نوع کسور بیشتر واقع می شود در صورتیکه کسر بداخل مفصل ارتباط نداشته باشد به نام کسر محیط مفصلی یاد می شود با آنها در کسور سوپرا کاندلار در مفصل مرفق هیما توم و عکس العمل مایع مفصلی دیده می شود این کسور به اشکال بسطی و قبضی تقسیم می شود.

کسور نوع بسطی

این نوع کسور با میخانیکیت های ذیل بوجود می آید:
افتیدن بالای دست در حالیکه دست حالت تبعد و مرفق بحالت بسط باشد خط کسری عموماً مایل می باشد. پارچه مکسوره پروکسیمال به سفلی و قدام و پارچه دیستال در خلف و علوی محراق مکسوره قرار می گیرد. کسور قبضی با میخانیکیت معکوس حالت کسور بسطی که در فوق از آن ذکر به عمل آمد واقع می شود.

تداوی

کسور بدون بیجا شده گی توسط میزابه پلاستری و یا پلاستر سرکولاز تثبیت می شود مدت تثبیت در اطفال دو هفته بوده و در کاهلان ۵-۸ هفته می باشد.

در کسور با بیجاشده گی تحت آنستیزی عمومی نهایت مکسوره ارجاع گردیده و تثبیت می شود.

کسور کاندیلار عضد

این نوع از جمله افات داخل مفصلی بوده به صورت مجرد یا به شکل کامپوند دیده می شود کسر در اثر ترضیضات مستقیم یا غیر مستقیم بوجود آمده می تواند.

اعراض و علائم

اذیما محیط مفصلی از سبب خونریزی و شدت درد در اثنای جهد موجود بوده حرکات فعال در مفصل مرفق امکان پذیر است. اما با اجرای حرکات منفعل درد شدت کسب می نماید. کلیشه را دیو گرافی تشخیص را تایید می نماید.

تداوی

در کسور بدون بیجاشده گی طرف را دریک پلاستر که از ثلث علوی عضد الی مفصل میتا کارپو فلنجیال امتداد داشته باشد طوری تثبیت می نمایم که مرفق یک زاویه ۹۰-۱۰۰ درجه را داشته باشد و ساعد در وضعیت پروسوپینیشن قرار داده شود تثبیت در اشخاص کاهل ۲-۳ هفته و در اطفال ۱۰-۱۵ روز می باشد.

اتل برای کسور بازو با استفاده از دو تخته:

دو تخته یکی برای قسمت خارجی بازو از شانه تا نوک ارنج و دیگری برای قسمت داخلی بازو از جوف آبط الی نزدیک مفصل ارنج باید طول داشته باشند استعمال می شوند. این دو تخته باید بوسیله بنداژ خصوصا در قسمت مکسوره و قسمت سفلی بسته شوند

باید دست را بوسیله بنداژ سه گوش از شانه اویخت

برای اینکه بازو خوب بی حرکت ساخته شود باید بوسیله دو بند از که یک سر آن از قدام و دیگر آن از خلف تنه عبور داده شود در طرف مقابل زیر بغل گره

شوند تثبیت گردد

اتل برای شکستگی ارنج در حالتیکه مصدوم ارنج خودرا قاط نموده بتواند:
 نوع اول: با استفاده از اتل کرایمر
 داخل اتل را پخته و یا پارچه گذاشته و طرف مصدوم را داخل آن قرار داده
 و بوسيله بنداز آنرا تثبیت نمود باید دست را بوسيله دستمال سه گوش تثبیت
 نمود.

نوع دوم با استفاده از دو تخته:

دو تخته را که یکی از زیر بغل الی تا نزدیک مفصل طول داشته باشد
 و دیگری از نهایت ارنج الی کف دست طول داشته باشد عموماً هردو را باهم به
 طور عمودی بالای هم دیگر وصل می نمایم.
 تخته را زیر دست قرار داده و ارنج را در زاویه آن قرار می دهیم سپس آنرا
 توسط چهار بنداز یکی در قسمت بازو دومی در قسمت ارنج، سومی در قسمت
 پایین ارنج و چهارمی را بالای مفصل بند دست تثبیت می نمایم.
 برای بی حرکت نمودن کامل بوسيله دستمال سه گوش طرف را به گردن
 اویزان باید نمود

اتل برای کسور ارنج که مصدوم نتواند ارنج خودرا خم نماید:
 طرف رادر امتداد پهلوی تنه قرار داده در بین تنه و دست پخته یا پارچه قرار
 داده می شود، بعد از آن بوسيله سه بنداز پهن طرف را به تنه تثبیت می نمایم
 بندازها باید بروی بازو، تحت ارنج، بالای بند دست بسته و گره آنها به طرف
 دیگر تنه باید صورت گیرد.

کسر عظم Ulna و خلع Radius**کسر Montagia**

این نوع کسر بیشتر در نزد اطفال ۵-۱۵ ساله بوقوع می رسد. نزد اشخاص کاهل نادرا به ملاحظه می رسد در اثر ترضیض مستقیم در ناحیه خلفی ساعد به وقوع رسیده که در نتیجه عظم زند از همان ناحیه ایکه ترضیض واقع شده به کسر مواجه شده در حالیکه کعبره از همان قسمت که Lig. Anularis پاره شده خلع می گردد.

تداوی

اولا ناحیه کسر اولنا ارجاع شده که توام با ارجاع راس عظم کعبره خلع شده خود به خود ارجاع می شود. تثبیت آن توسط میزابه های پلاستی برای مدت سه هفته کفایت می کند.

کسر Colles و کسر سمیت

اکثرا در اثنای افتیدن بالای قسمت کف دست پارچه سفلی به خلف بیجا شده که در این صورت دوقوه یکی از بالا یعنی وزن مریض و دیگری از پایین به بالا تاثیر می کند بدین ترتیب کسر سمیت به وجود می آید در حالیکه کسر کولیس برخلاف آن بوجود می آید. بیجاشده گی پارچه ها در کسر کولیس به اندازه ۲٫۵ سانتی متر علوی تر از مفصل بند دست بوده اکثرا مترافق با کسر بارزه ستیلوئید عظم اولنا می باشد. در این نوع کسر پارچه سفلی به طرف انگشت کلآن و خلف بیجا می شود.

اعراض سریری

همه اعراض یک کسر در ناحیه موجود بوده و سؤ شکل مفصل بند دست مانند قاشق و پنجه یا برچه تفنگ از سبب بیجا شده گی پارچه های محیطی به وجود می آید. در صورتیکه بیجا شده گی پارچه ها موجود نباشد تنها یک درد

موضعی موجود بوده که با فشار آوردن بالای محور طرف تشدید می یابد.

تداوی

در صورت کسور کامپرسیف در صورتیکه بیجا شده گی پارچه ها موجود نباشد تثبیت برای دو هفته ضروری بوده و در صورت کسور با بیجا شده گی تحت آنستیزی عمومی ارجاع بسته صورت گیرد.

کسور حوصله

کسور حوصله در گروپ های ذیل مطالعه می شود

- کسور منفرد حوصله که حلقه حوصله سالم باشد
- یک حلقه حوصله ممکن به کسر معروض گردد که ثابت یا ناثابت باشد
- کسور جوف اسیتابولم ممکن حوصله و مفصل حرقفی فخذی را مصآب ساخته باشد
- کسور عظم عصص و عجز
- کسور منفرد حوصله که حلقه حوصله را تماس نکرده باشد.

کسور Avulsion

کسر Anterior superior Iliac spin

تقلص شدید عضله سرتوریوس سبب جدا شدن قدامی علوی Anterior superior Iliac spin با بیجا شدن خفیف به طرف قدام می شود.

لوحه کلینیکی

در صورت کسر Anterior superior Iliac spin درد به صورت موضعی توام با بیجا شده گی بوده هم چنان موجودیت حساسیت بالای ناحیه ماوفه موجود می باشد درد بوسیله حرکت قبض یا تبعد ران طرف ماوفه تشدید می یابد.

تداوی آنرا استراحت بستر و تثبیت مفصل حرقفی فخذی بحالت قبض و تبعد بوسیله گذاشتن میزابه تشکیل می دهد

۱- Anterior inferior Iliac spin

کسر جدا شده ناحیه قدامی سفلی شوک حرقفه نظر به نوع بالاکمتر واقع شده این کسر بوسیله تقلص شدید عضلات ران خصوصا راس مستقیم عضله رکتوس فیموریس که بالای آن ارتکاز دارد صورت می گیرد

لوحه کلینیکی

درد در ساحه موجود بوده راه رفتن مشکل و حرکات فعال مفصل حرقفی فخذی درد ناک و محدود می باشد. در رادیوگرافی بیجا شده گی پارچه به طرف سفلی دیده می شود.

تداوی آنرا استراحت بستر به صورت هموار بالای بستر به مدت ۲-۳ هفته با قبض مفصل حرقفی فخذی تشکیل می دهد.

کسر منفرد Ramus pubis و Ramus Ischium

کسر منفرد یک Ramus در محیط ثقبه اوتوراتور که مربوط به پویس و یا اسکایوم باشد می تواند یک کسر نوع ثابت باشد بدون اینکه کدام بیجا شده گی نشان دهد چون ثقبه اوتوراتور یک حلقه عضمی بسیار سخت می باشد. به اثر افتیدن به زمین در اشخاص کاهل این نوع کسر دیده می شود.

کسر جسم اسکایوم

بر علاوه کسور اولزیون قسمت Ischial Tuberosity یک نوع دیگر کسر که به اثر یک قوه خارجی مثلا افتیدن از ارتفاع و اثابت مرمی بوجود می آید در این ناحیه دیده شده است.

لوحه کلینیکی

درد موضعی و حساسیت در ناحیه ماوفه موجود بوده و تشخیص قطعی بوسیله رادیوگرافی گذاشته می شود.

کسر Iliac Wing**اسباب**

اسباب این نوع کسر ترضیضات مستقیم با قوه های فشاری وحشی می باشد پارچه اکثرا به صورت مختلف بیجا شده می باشد ولی این حالت کم است.

لوجه کلینیکی: درد ناحیه پندیده گی وحساسیت بالای بال حرقفه موجود است

تداوی آنرا استراحت بستر واهتمامات جهت رفع شاک صورت می گیرد.

کسر عظم عجز

کسر منفرد و عرضانی عظم عجز بوسیله ترضیض مستقیم بوجود آمده بیجا شده گی خفیف است.

لوجه کلینیکی

درد، اذیما ایکیموز ناحیه وحساسیت در قسمت خلفی عظم سکروم وحساسیت بالای عظم در قدام که به وسیله معاینه مقعدی تثبیت می گردد اعراض کسر را تشکیل می دهد. تشخیص را توموگرافی تایید می نماید. تداوی آن محافظه کارانه است.

کسور عظم عصص

اکثرا کسور این عظم در خانم هارخ می دهد. که به حالت افتیدن به حالت نشستہ بوجود می آید این نوع کسور در اثنای ولادت ویا مانوره های ولادی نیز بوجود آمده می تواند.

لوجه کلینیکی

اعراض کسور را درد موضعی بحالت نشستہ، درد در اثنای فعل تغوط و سپزم

عضلات محیط آنورکتل و حساسیت بالای عظم می باشد. علایم آنرا اذیما و ایکیموز بالای ناحیه تشکیل می دهد. تداوی آن عملیه جراحی می باشد که دران برداشتن عظم عصص شامل است.

شکستگی های مجزا در حلقه حوصله

کسور منفرد و یا تنها حلقه حوصله به صورت مجزا در دو طرف ارتفاق عانه و یا مفصل سگرو الیاک واقع می شود اسباب آنرا ترضیضات مستقیم یا جروحات کرش تشکیل می دهد. در ترضیضات غیر مستقیم از عظم فخذ می تواند قوه به این ناحیه برسد.

straddle fracture

کسر straddle شامل هر دو قوس پیویس در قدام می باشد که از اثر افتیدن به زمین بوجود می آید. تداوی را استراحت بستر به وضعیت نیمه نشسته می سازد.

کسر Malgaignai

کسر حوصله توام با خلع آنرا بنام کسر Malgaignai یاد می شود. واقع شدن کسور حوصله در علوی و سفلی رموس پیویس توام با جدایی جسم این عظام از Ischium و Ilium و کسر خلفی یا خلع آن که میتواند در خلف جوف حقی یا به صورت عموم در عظم الیوم یا اینکه خلع سگرو الیاک واقع شود به این نام یاد می شود. یکجا واقع شدن دو کسر عمودی و جدایی پارچه ها در یک طرف حوصله می تواند که پارچه های متوسط مفصل حرقفی فخذی را دربر گیرد که در این صورت این پارچه ها به طرف بالا یا پایین انتقال می نماید به تعقیب آن فخذ متحرک بوده از این رو تغییرات در ارتفاع و محور طرف بوجود می آید. از نظر کلینیکی نزد مریضان کانتیورژن، درد، پندیده گی، تنقیص جرکات

اطراف سفلی موجود می باشد. تشخیص بوسیله تاریخچه معاینات فیزیکی و رادیو گرافی گذاشته می شود. تداوی آن اکثرا عملیه جراحی می باشد.

Sever Multiple fracture of the pelvis به شمول کسر

سکروم

سکوریکه به اثر جروحات کرش بوجود می آید شدید و متعدد بوده که حلقه ممکن کاملا تخریب و تغییر نماید در اینحالت بر علاوه مافیت سیستم عظمی عضلی مافیت حشوی، عصبی و عایی نیز دیده می شود نرف با جروحات سیستم بولی تناسلی توام است.

تشخیص بر اساس معاینات فیزیکی و رادیوگرافی گذاشته می شود.

تداوی

تداوی آنرا traction suspension اطراف سفلی و تداوی انتخابی می دانند تطبیق pelvic silng در ارجاع و تثبیت کسر کمک می نماید در صورتیکه با تداوی های فوق موفقیت بدست نه آید از تداوی عملیاتی باید استفاده شود.

طرز بستن کسر حوصله

مصدوم را به پشت بخوابانید، پای سالم را پهلوی پای مجروح مصدوم قرار دهید و هر دو پا را توسط سه بنداژ طوری بسته نمایید که بنداژ اولی را در قسمت عنق القدم، دومی را تحت زانو، سومی را بالاتر از زانو قرار گیرند، سپس از آن از دو بنداژ سه گوش، استفاده نمایید طوری که یکی را پایین تر از محل کسر و دومی را بالاتر از محل کسر قسمیکه نوک دستمال دومی روی اولی قرار بگیرد بسته نموده و با گذاشتن جسمی تحت زانو آنرا کمی بلند قرار دهید.

کسور مفصل حرقفی فخذی

کسور عنق فخذ

کسور عنق فخذ در اشخاص مسن بیشتر دیده می شود ولی در اشخاص جوان هم در اثر تراما روبه افزایش است

اسباب : کسور عنق فخذ در جوانان نامعمول بوده برای اینکه عظم حالت نارمل دارد و در مریضان مسن که استیو پوروزس موجود نیست نیز این کسر کمتر دیده می شود. از این رو کسور عنق فخذ در مریضان مصاب اوستیوپوروزس بیشتر دیده می شود. در اکثر مریضان کسر عنق فخذ بوسیله ترضیضات جزیی و یا کم بوجود آمده تنها یک تعداد محدود آنها در اثر ترضیضات بزرگ تولید می شوند. دو میکآنیزم را در تاسس کسر ذکر می نمایند اول افتیدن که سبب تولید یک قوه مستقیم بالای تروخانتیر بزرگ شده و دوم آن تدور وحشی طرف می باشد.

تشخیص

مریضان مصاب کسور سترس یا امپکتد تنها از درد خفیف ناحیه گروین شاکی بوده و یا درد در امتداد جناح آنسی زانو میرسد، مریض قدرت راه رفتن دارد اما لنگش نیز می داشته باشد مریض از پرابلم عضلی شاکی است از نظر معاینه فزیکی کدام سوء شکل واضح قابل دیده نمی وجود ندارد تنها کمی ناراحتی در زمان حرکات فعال و منفعله موجود می باشد. قرع بالای ناحیه تروخانتیر بزرگ درد ناک است درد ناحیه Hip مارا مشکوک به موجودیت کسر ناحیه هیپ می نماید.

کسور بیجا شده عنق فخذ

مریضانیکه کسر بیجا شده داخل کپسولی دارند درد داخل مفصل Hip داشته در حالت خوابیده طرف که معروض به کسر است حالت روتیشن

خارجی و تبعد می داشته باشد و کمی بحالت کوتاه دیده می شود مریض قدرت بلند نمودن طرف را نداشته و یا اینکه crepitus موجود می باشد. تشخیص را رادیو گرافی تایید می نماید.

تداوی آنرا تطبیق میزابه، ترکشن و تداوی عملیاتی تشکیل می دهد.

کسر عنق فخذ با کسر جسم فخذ در عین طرف

موجودیت کسر عنق با کسر جسم در یک طرف یک پرابلم مهم را در تداوی بوجود می آورد. میکانیزم تولید این نوع کسور احتمالاً ترضیض به صورت طولانی یا کامپرسشن در طول محور عظم فخذ که مفصل حرقفی فخذی که به وضعیت تبعد قرار داشته باشد نیز در برمی گیرد بوجود می آید. تداوی آن بر اساس سن مریض، موقعیت کسر جسم فخذ و درجه بیجا شده گی کسر عنق استوار است. تداوی آنرا ترکشن، آنتر میدولاری نلینگ، تثبیت داخلی عنق با تطبیق پلت درجسم فخذ و یک نیل پلیت طولانی برای تثبیت هردونوع کسر، تثبیت داخلی عنق فخذ بعد از تداوی جسم فخذ در ترکشن تشکیل می دهد.

کسرانترا تروخانتریک

به صورت کلاسیک یک خط کسری که بین تروخانترا بزرگ و کوچک واقع می شود به نام کسر بین دو تروخانتیر یاد می شود. این کسر از نظر تیوری خارج مفصلی بوده. این کسر در اثر قوه های مستقیم و غیر مستقیم بوجود می آید.

تشخیص کلینیکی: طرف ماؤفه کوتاه و توام با سو شکل تدور خارجی ۹۰ درجه دیده می شود این سو شکل نزد مریضان که کسر داخل کپسولی دارند زیاد تر می باشد. اذیما، ایکیموزس در ناحیه مفصل Hip دیده می شود.

تشخیص را رادیو گرافی تایید می نماید تداوی آنرا تداوی غیر جراحی

یعنی ارجاع بسته و تداوی جراحی تشکیل می دهد.

کسور سب تروخانتریک

به کسور گفته می شود که خط کسری ۵ سانتی متر پای‌انتر از تر خانتتر کوچک واقع شود که به اثر ترضیض مستقیم بوجود می آید. زیادتر در اشخاص مسن با افتیدن جزیی دیده می شود وهم در اشخص جوان با ترضیضات شدیدبوقوع می رسد.

تشخیص کسر برا اساس در یافت های رادیک لوژیک گذاشته می شود تداوی آنرتداوی عملیاتی و غیر عملیاتی تشکیل می دهد.

کسر جسم فخذ

کسور جسم فخذ در اثر تحمیل قوه های بسیار بزرگ بوجود می آید واین نوع کسور در اشخص جوان دیده می شود زیرا دراین سن حادثات تراوماتیک ازقبیل تصادمات ترافیکی وجروحات مرمی زیاد دیده می شود.

تصنیف:

۱. کسور باز وبسته
۲. کسور ساده به شکل سپایرال، مایل وعرضانی
۳. کسر های بتر فلای
۴. کسور چندین پارچه یی

اعراض وعلایم:

تشخیص کسر جسم عضد آسان است درد به صورت واضح موجود، کوتاهی وسو شکل درطرف دیده می شود، آنگولیشن قسمت متوسط فخذ اکثربه شکل قدامی وجنبی بوجود می آید.مریض به اجرای فعالیت طرف خود قادر نمی باشددر صورتیکه نرف به صورت وسیع موجود باشد شاک تاسس می نماید.

تشخیص را رادیو گرافی تایید می نماید.

تداوی شامل ترکشن جلدی، ترکشن عظمی تداوی عملیاتی می باشد.

کسور کاندیل های فخذ

این نوع کسور به تنهایی آنقدر معمول نبوده اما از سبب اختلاطات و سوتعظم و معیوبیت مفصل زانو مهم می باشند. قوه ها فرط تبعد یا تقرب توام با وارد شدن قوه طولانی ممکن است سبب جدایی قسمت داخلی کاندیل شود برای ار جاع کسر باید کشش میخانیکی به صورت درست تعیین شود.

اعراض و علایم:

به تعقیب ترضیض درزانو درد وتورم پیدایش شده مریض قابلیت قدم زدن ندارد، عدم ثبات، کریپیتیشن وهیم ارتروز در مفصل زانو بوجود می آید.

تداوی:

در صورتیکه کسر توام با بیجاشده گی همراه نباشد تداوی آن تثبیت پلاستر و در صورت بیجا شده گی ترکشن عظم باید صورت گیرد، ولی تداوی باز یگانه میتود مطمین برای تداوی این کسور است

تطبیق اتل برای اطراف سفلی:

نوع اول با استفاده از پای سالم

نوع اول: پای سالم را پهلو ی پای مصدوم قرار دهید و توسط چهار بنداز و یا پارچه دیگر آنها را با هم بسته نماید طوریکه روی بند پا، تحت زانو، فوق زانو و بالای ران.

نوع دوم با استفاده از یک تخته

نوع دوم: با استفاده از یک تخته که از کری قدم تا انتهای طرف را دربر گیرد، تحت طرف قرار داده و در قسمت های خالی زیر زانو و عنق القدم پخته قرار دهید تا زانو در یک سطح قرار گیرد، بعدا آنرا توسط چهار بنداز در قسمت

عنق القدم، تحت زانو، فوق زانو و روی ران تثبیت نماید.

نوع سوم با استفاده از سه تخته

دو تخته که طول تمام طرف سفلی را دربر گیرد در دوپهلوی طرف سفلی قرار دهید و آنرا توسط چهار بنداز یا پارچه دیگر با هم بسته می نمایم طوری که در قسمت عنق القدم، تحت زانو، فوق زانو و بالای ران قرار بگیرند.

نوع چهارم با استفاده از اتل های فلزی

داخل اتل را با پخته یا پنبه پیو شآنید سپس طرف مصدوم را داخل آن گذاشته و برای بی حرکت ساختن آن توسط چهار بنداز تثبیت نماید.

اتل برای کسور زانو:

از یک تخته که طول آن به اندازه طول طرف سفلی باشد در تحت طرف گذاشته، زیر زانو و زیر عنق القدم را پخته یا پارچه گذاشته تا طرف مذکور در یک سطح قرار گیرد. سپس آنرا با سه بنداز طوری تثبیت می نمایم طوری که اولی در عنق القدم، دومی تحت زانو و سومی در فوق زانو قرار گیرد، چون درین حالت تقلص عضلات موجود است با گذاشتن بالشت و یاشی دیگر در زیر اتل پارا بلند قرار می دهیم تا تقلص عضلات کمتر و درد کمتر شود.

اتل برای کسر فخذ

مصدوم را به پشت خوابانیده یک تخته چوب که طول آن از زیر قدم الی قسمت علوی تنه مصدوم باشد و پهنای آن به قدری باشد تا بدن مصدوم روی آن قرار داده شده بتواند. بدن مریض را روی آن قرار می دهیم و بدن مصدوم را بوسیله شش بنداز روی تخته تثبیت می نمایم طوری که بالای عنق القدم، فوق زانو، بالای ران، تحت بطن و روی صدر قرار پیرند. اما قبل از بسته نمودن بنداز تحت کمر، زانو و عنق القدم باید پخته یا چیزی دیگر گذاشت.

خلع

عبارت از بیجاشدن یک عظم بالای عظم دیگر در حذای مفصل است. خلع عموماً با پارگی یک رباط یا چندین رباط و حتی کپسول مفصلی همراه می باشد در صورت سست بودن کافی از بطنه ها امکان خلع بدون پارگی اربطه و یا کپسول مفصلی بوجود آمده می تواند و کسر یکی از عظام مربوطه مفصل اکثراً به ملاحظه می رسد.

اسباب

جهت بیجا شدن یک عظم از ارتباط مفصلی نارمل آن قوه کافی لازم است تا خلع صورت گیرد. از این رو تا زمانیکه جهت اصلاح و ارجاع خلع قوای مناسب و لازم تطبیق نگردد امکان بیجاشدن دوباره آن موجود نمی باشد.

اعراض و علایم

اعراض خلع مشابه کسور بوده ولی با تغییرات ذیل:

- در کسور اعراض در قسمت متوسط عظم موقعیت می داشته باشد در حالیکه در خلع درد در هذای مفصل موقعیت دارد و شدید می باشد
- سواشکل، شخی عدم اقتدار در طرف موجود است بعضاً سو شکل به صورت کلی در اثر پندیده گی که از سبب اذیما و خونریزی بوجود می آید پوشیده میماند
- ایکیموز یک الی دوروز بعد در ساحه تاسس نموده و شاید هم شدید باشد.
- حساسیت و درد در اثنای حرکت دیده می شود.
- حرکات نارمل مفصل صورت نگرفته و حرکات غیر فعال با درد همراه می باشد. را دیو گرافی تشخیص را واضح می سازد.

اشکال سریری خلع

۱. خلع حاد
۲. خلع های مزمن ار جاع ناشده
۳. خلع های عود کننده
۴. خلع های پتالوژیک

تداوی خلع

تداوی موثر خلع ارجاع آن است. اکثر خلع ها پس از یک مانور مناسب به آسانی ارجاع می گردند و بحالت ارجاع باقی می ماند. بعضی خلع ها به مشکل ارجاع شده و ایجاب عملیات را می نماید. خلع های نکس کننده ایجاب عملیات های جراحی را می نمایند.

خلع قدامی مفصل شانه

خلع قدامی سفلی از سبب افتیدن بالای دست بووقوع رسیده طوریکه عضد به آنسی رانده شده سبب خلع می گردد. وهم از سبب ترضیضات مستقیم این نوع خلع بوجود آمده می تواند.

اعراض سریری : مریض طرف خلع شده را توسط دست طرف سالم خود محکم گرفته و طرف خلع شده حالت تبعد داشته و طویل شده می باشد. مفصل شانه هموار شده بارزه اکرومیون واضح نمی باشد تغییر محور بارزه موجود است با جس راس عضد در قسمت طبیعی موجود نیست بلکه در ناحیه ابطی جس می شود. حرکات مفصل درد ناک و ناممکن می باشد.

تداوی:

تحت آنستیزی عمومی ورخاوت عضلی ارجاع آن به سهولت صورت می گیرد.

خلع های مفصل مرفق

اسباب: هرگاه در اطفال کمتر از ۵ ساله مفصل مرفق به ترضیض مواجه گردد کسر نهایت سفلی عضد به وجود می آید اما بعد از ۵ سالگی به اثر ترضیض زیادتر خلع به وقوع می رسد.

اعراض:

از نظر سریری عدم اقتدار حرکی نزد مریض بوجود آمده بافتیش مریض طرف ماؤوف رابا دست سالم خود گرفته ومفصل به زاویه ۱۲۰ درجه فلکشن داشته وحالت سیمی پرونیشن را اختیار می نماید اذیما بعد از سپری شدن چند ساعت بوجود آمده حرکات مفصل مرفق مشکل می باشد. علاوتا ایکیموز در محیط مفصل تشکل کرده طرف ماؤوف نظر به طرف سالم کوتاه به نظر می رسد. در خلع حرکات قبض وبسط مختل گردیده در حالیکه حرکات پرونیشن وسوپینیشن به حالت نارمل می باشد. تشخیص با اجرای را دیو گرافی گذاشته می شود.

تداوی:

تحت آنستیزی عمومی کشش طرف خلع شده صورت گرفته وبعدا در اثنای کشش فلکس شن مفصل به اهستگی صورت می گیرد وبدین مانوره خلع ارجاع می شود. بعداز ارجاع برای دوهفته طرف در پلاستر تثبیت می شود.

خلع خلفی مفصل حرقفی فخدی

معمولا در اثر ترضیضات ساق ومفصل زانوک به طرف خلف رانده شده باشد واقع شده می تواندکه کسر سقف اسیتابولوم با آن یکجا باشد

اعراض سریری:

طرف ماؤوفه کوتاه شده وحالت تقرب با تدور آنسی وخفیف ساق حالت

قبض را دارامی باشد راس فخذ در موقعیت اصلی آن جس نشده ممکن در یک قسمت ناحیه ایلوی قابل جس باشد. رادیو گرافی تشخیص را تایید می نماید. تداوی : در صورت آنستیزی عمومی ورخاوت تام عضلی ارجاع صورت گرفته می تواند و برای مدت سه هفته باید کشش اسکلتی تطبیق گردد.

خلع قدامی مفصل حرقفی فخذی

خلع قدامی نسبت به خلع خلفی کمتر به ملاحظه رسیده معمولا از اثر حادثات ترافیکی ترضیضات مستقیم و غیر مستقیم و فشرده شدن حوصله بوجود می آید.

اعراض سریری

طرف خلع شده برخلاف خلع خلفی تدور وحشی داشته تبعد و خفیفاً حالت قبض دارد اما طرف کوتاه نشده اگر از جنب دیده شود بارزه قدامی راس خلع شده به طرف سفلی تبعد داشته و تقریبا یک زاویه را می سازد. و بارزه راس فخذ به آسانی جس شده می تواند. حرکات مفصل حرقفی فخذی ناممکن بوده و تشخیص توسط رادیوگرافی تایید می شود.

تداوی

تداوی به عین مانوره خلع خلفی صورت می گیرد.

خلع مرکزی مفصل حرقفی فخذی

ازسبب ترضیضات به جنب یا حادثات ترافیکی خلع با کسر سقف اسیتابولوم واقع می شود طوریکه راس فخذ داخل حوصله شده و یک کسر و خلع را بوجود می آورد.

اعراض سریری: فخذ ماؤوف سوشکل داشته اما ساق در موقعیت نارمل خود می باشد ناحیه تروخانتتر حرقفی فخذی تندرنس داشته حرکات مفصل ممکن محدود باشد.

تداوی : ار جاع به قوت بیشتر بوسیله کشش صورت گرفته و در صورت عدم ارجاع ترکشن اسکلتی باید اجرا شود که با ۱۰ کیلو گرام وزن در اشخاص کاهل برای دوهفته صورت می گیرد.

خلع مفصل زانو

خلع مفصل زانوی یک واقعه عاجل جراحی می باشد زیرا تشوشات وعایی عصبی به خصوص شریان مآبضی وعصب peroneal دران زیاد است.

تصنیف:

پنج نوع عمده این نوع خلع موجود است خلع قدامی، خلفی، وحشی، آنسی، و خلع Rotatory.

اعراض وعلائیم:

قبل از ارجاع سؤ شکل قابل مشاهده بوده چون دراین نوع خلع ها اختلالات عصبی وعایی بوجود می اید ازاین رو باید در ابتدا معاینه وعایی عصبی طرف اجرا شود. در خلع قدامی فرط بسط به صورت غیر فعال وشدید همیشه موجود بوده که از سبب پاره شدن کپسول خلفی وپاره شدن اوتار متصالبه بوجود می اید. دریافت های کلینیکی انواع دیگر خلع ها ار تباط به جس قصبه به ناحیه بیجا شده یا خلع شده دارد. علائم فزیکتی شامل پندیدگی، ایفیوژن، ایکیموز وتندرنس اند.

تشخیص براساس معاینات فزیکتی ودریافت های رادیولوژیک گذاشته می شود.

تداوی:

تداوی عاجل آن ارجاع هرچه زودتر خلع می باشد. که تحت آنستیزی نخاعی باید اجرا گردد زیرا رخاوت خوب عضلی را تولید می نماید. در صورتیکه ار جاع بسته به ناکامی به انجامد باید ارجاع باز صورت گیرد. بعداز تداوی

محافظه کارانه مدت شش هفته باید طرف در پلاستر تثبیت گردد.

جروح اتار مفصل زانو

ثبات مفصل زانو به صورت مقدم بوسیله ساختمان اقسام رخوه محیط مفصل تامین می شود. مفصل زانو همیشه با حرکت بسط ثابت می باشد. فعالیت های بسیار قوی مثل دویدن، خیز زدن و جمپ نمودن توام با قبض مفصل زانو صورت می گیرد. جروح اتار مفصل زانو در اشخاص ورزشکار در جریان بازی فوتبال و غیره صورت می گیرد. جناح آنسی مفصل زانو زیادتر به تر ضیض اتار معروض می شود. افات یا تر ضیضات لیگامنت ها میتواند در جریان دویدن که دفعتا توقف می کند و دور می خورد بوجود می آید در حالاتیکه قوه وارده بالای وتر از حالت کشش نارمل لیگامنت گذشت باعث پاره گی یا کنده گی لیگامنت می شود.

در صورت وارد شدن تروما به عظم قصبه که باعث تدور داخلی آن می شود در این صورت پارگی کروسیات قدامی بوجود می آید. هم چنان تراما که سبب فرط بسط شود می تواند پاره شدن کروسیات قدامی یا خلفی را بار آورد. وارد شدن یک ضربه مستقیم به خلف و علوی ساق که زانو به حالت قبض باشد سبب پاره شدن کروسیات خلفی می شود.

تصنیف :

(a) Sprain (خفیف، متوسط و شدید) در این حالت عدم ثبات موجود نیست

(b) ریچر

۱- درجه یک (عدم ثبات به شکل خفیف)

۲- درجه دو (عدم ثبات به شکل متوسط)

۳- درجه سه (عدم ثبات به شکل شدید)

اعراض و علایم:

تاریخچه ترضیض در مفصل زانو، درد در زمان وقوع ترضیض موجود است و در ریچر درجه سه ممکن درد کم شده باشد ولی در Sprain یا پارگی خفیف درد به شکل شدید موجود است. عدم ثبات مفصل به صورت واضح در مرحله اول بواسطه سپزم عضلی و تحت فشار بودن کپسول از سبب اذیما موجود می باشد. اذیما از سبب نذف و ایفیوژن بوجود آمده می تواند.

حساسیت بالای ناحیه پاره گی موجود بوده و برای مشخص کردن موقعیت پاره گی کمک نموده می تواند. در صورتیکه به صورت شدید قطع وتر موجود باشد حساسیت ممکن منتشر باشد.

تداوی:

تداوی محافظه کارانه: تراومای اوتار که سبب تولید عدم ثبات مفصل نگردیده باشد باید به صورت محافظه کارانه تداوی شوند. تداوی محافظه کارانه نظر به شدت ترضیض فرق می نماید

Sprain خفیف ضرورت به تداوی ندارد.

Sprain متوسط ضرورت به تثبیت دارد

در صورت واقعات شدید باید تداوی جراحی صورت گیرد.

ریچر و ترعضله quadriceps

میکانیزم تر ضیض:

میکانیزم معمول عبارت از یک قوه ناگهانی برعکس تقلص عضله چهار سره بر علیه وزن بدن می باشد که جهت کوشش و خودداری از افتیدن ناگهانی به صورت سلیپ رخ می دهد. این میکانیزم باعث کسر رضفه و قطع وتر رضفه بخصوص در اشخاص مسن می گردد. فکتور های سببی ضعیفی عضله چهار سره عبارت از چاقی تغییرات، فبروتیک در وتر از سبب ارتریو سکلیروزس و جروحات سابقه می باشد.

اعراض و علایم:

تاریخچه تر ضیض و بعد از آن یک درد شدید ابتدایی که چند دقیقه را دربر می گیرد موجود می باشد که ممکن بعدا درد کم شود، بعضا ممکن وظیفه عضله چهار سره بعد از چند هفته برگشت نماید علامه مهم عبارت از عدم قابلیت بسط مفصل زانو و یا محافظه زانو به حالت بسط می باشد. تداوی آن عملیه جراحی و ترمیم وتر با تثبیت ۵-۶ هفته ای می باشد.

پاره گی وتر رصفه

ادامه وتر عضله چها سره از قسمت سفلی عظم رصفه را به نام وتر رصفه گویند. پارگی وتر رصفه کمتر معمول بوده و همیشه در قسمت علوی یا سفلی آن بوجود می آید.

میکانیزم تر ضیض:

تقلص غیر منتظره عضله چهار سره به تنهایی زیرا با تقلص قوی این عضله یک حرکت قوی را بالای میکانیزم باسطه تولید نموده و باعث پاره گی این وتر می شود اکثرا در اشخاص جوان ورزش کار بوجود می آید و به صورت معمول وتر از قطب سفلی عظم رصفه همراه بایک پارچه کوچک عظمی جدا شده بوجود آمده می تواند.

اعراض و علایم

ناراحتی و عدم قابلیت در مقابل بسط زانو مارا به طرف پاره گی وتر رصفه مشکوک می سازد. بلند بودن رصفه، حرکات آن از یک جناح به جناح دیگر و جس دفکت بالای ناحیه وتر با عدم کفایه میکانیزم باسطه تشخیص را واضح می سازد.

تداوی آن جراحی بوده یکجا نمودن نهایات قطع شده برای دوباره برگشت وظیفه باسطه ضروری پنداشته می شود.

کمک های اولیه در جروحات نخاعی

مریض را طوری بالای یک سطح قرار دهید و خریطه های وزین را در دو پهلوئی عنق مریض قرار داده تا راس و عنق وی حرکت نه نماید.

مودیفای تخنیک CPR

در صورتی که مریض علایم تشوشات دورانی داشته باشد باید نزد وی CPR آغاز گردد طوری که راس مریض نباید جهت باز نمودن طرق هوای به خلف بسط داده شود. انگشتان خود را جهت بلند قرار دادن و به قدام کشیدن فک استفاده نمایید. در صورتی که نبض موجود نباشد به فشار دادن صدر اعاز نماید. در صورتیکه مریض از کلاه موترسایکل استفاده نموده باشد آنرا نباید بیرون آورد.

مریضان را باید به پهلو دور دهید در صورتیکه مریض استفراغ داشته یا امکان اسپایریشن موجود باشد و یا امکان جروحات بیشتر برود درین صورت جهت دور دادن مجروح از شخص دیگر کمک بگیرید طوری که شما در طرف راس مجروح و شخص دیگر به یک طرف وی قرار بگیرید با محافظه راس و عنق مریض به کمک یکدیگر وی را انتقال دهید.

ماخذ

- 1- *1-FIRST AID 2002*
- 2- *HEADQUARTERS, DEPARTMENTS OF*
- 3- *THE ARMY, THE NAVY, AND THE AIR FORCE*
DISTRIBUTION RESTRICTION:proved for public
releasedistribution is unlimited
- 4- *Triple one care first in first aid Manual 2015*
- 5- *A New Zealand First Aid Manual for New Zealanders*
- 6- *New Century First Aid Fifth edition January 2005*
- 7- *St John Ambulance Western Australia WA Ambulance*
Service Inc.
- 8- *209 Great Eastern Highway, Belmont, Western Australia 610*

فصل هفتم

کمک های اولیه در جروحات اعضای بالخاصه

محتویات فصل	
First aid for Burn Injuries	اهداف
Heat Injuries	مقدمه
Cold Injuries	General
Chemical burn	First Aid for Head, Neck, and Facial Injuries
Eye injury, loose foreign body	First Aid for Chest Wounds
Ear injuries ,foreign body	First Aid for Abdominal Wounds
Nose injury, forign bodies	Spinal injury

جروحات قحف

اهداف

- دانستن انواع ترضیضات قحفی دماغی
- اجرای کمک های اولیه و تداوی ترضیضات قحفی دماغی

مقدمه

ترضیضات قحفی دماغی به دوگروپ بازوبسته تقسیم شده اند. هرگاه در اثر صدمات و حادثات جلد، صفاق، عظم، ام الصلبه پاره شده و دماغ باهوای ازاد تماس پیدا کند ترضیضات باز قحفی دماغی گفته میشود و اگر دورامتر سالم باشد ترضیض بسته قحفی بوده و هرگاه عظام قحف معروض به کسر شده و جلد نیز پاره شده باشد و محیط خارجی با ناحیه مکسوره تماس حاصل نموده باشد کسر باز، در صورتیکه جلد سالم باشد کسر بسته عظام قحف گفته میشود. بناترضیضات می تواند Skull, Scalp و دماغ را به صورت مجزا و یا بصورت مترافق ماوف سازد.

Laceration های Scalp جروحات معمول بوده و می تواند باعث خونریزی های شدید و انتان گردند. از اینرو نهایت با ارزش است زیرا خصوصیت سفت و ثابت بودن Scalp و غنی بودن از او عیه دموی، در طبقه Dermis و galea بعد از Scalp, Laceration او عیه دموی تقلص ننموده و باز میماند، از اینرو احتمال ضیاع قابل ملاحظه خون میرود و در صورتیکه Skull سالم باشد در اینصورت کنترل خونریزی با تحت فشار قرار دادن کناره های جرحه و یا تحت فشار قرار دادن Scalp بروی Skull به شکل دایروی باعث توقف نرف میگردد و در صورت سالم نبودن Skull، کش نمودن کناره های جرحه نزدیک به هم بوسیله کلمپ باعث توقف نرف میگردد.

هیما توم های بین galea و جلد ندرتا باعث مشکلات جدی شده اما هیما توم ها میتواند به حجم خویش افزایش داده و یک قسمت بزرگ Scalp را در بر گیرد. هیما توم های مذکور با بنداژ تحت فشار کنترل میگردد. رشف آن هفته ها را در بر گرفته، در صورت سالم بودن جلد تخلیه آن ضرور نبوده ولی اگر هیما توم بزرگ باشد و یا اعراض انتان چون تب، حرارت و تورم مورد سوال باشد تخلیه آن ضرور است.

باید علاوه نمود که Scalp از طریق Connecting emissary vein با

مسافه epidural ارتباط دارد از اینرو موجودیت چنین مجرا ها باعث انتقال انتان بداخل دماغ و آبه های sub dural گردیده میتواند.
کسور قحفی معمول بوده بیجا شده گی در آن موجود نیست و ایجاب کدام تداوی بالخاصه را نمی نماید ولی مریض باید برای مدت ۲۴ ساعت تحت مراقبت باشد.

B. کسور Depressed:

این نوع کسور با بیجا شده گی عظم بطرف داخل بوده و عموماً در اثر برخورد اشیای کوچک و کم قدرت بوجود آمده میتواند این نوع کسور میتواند باعث پاره شدن Dura و دماغ گردد. تداوی جراحی آن مربوط است به قضاوت جراح، سائز سگمنت فرو رفته، عمق فرورفتگی و پاره شدن Dura و دماغ.

C. کسور Compound:

عبارت از کسور است که Scalp فوقانی آن نیز در پهلوی کسور قبه قحف پاره شده باشد.
تداوی آن پانسمان، جلوگیری از نذف، بسته نمودن laceration و تصمیم به اجرای عملیات craniotomy می باشد.

D. کسور قاعده قحف:

تشخیص این نوع کسور بر اساس شواهد کلینیکی گذاشته میشود زیرا سبب لیکاز مایع دماغی شوکی از طریق گوش، انف و غیره شده، همراه با خطرات مننجیت و تشکل آبه های دماغی همراه میباشد. جروحات دماغی باعث ضیاع شعور وحتى مرگ شده میتواند.
کمک های اولیه عاجل در مصدومین با جروحات راس وگردن باید آغاز شود. مریضان بدون ضیاع شعور معلومات واضح در مورد وقوع حادثه داده می تواند ولی درمورد مریضان مصاب جروحات قحفی ممکن است، کانفیوز بوده

وقادر به ارایه معلومات درست نباشند اعراض و علایم که یک کمک کننده باید مد نظر بگیرد که قرارذیل است :

- دلبدی و استفراغ
- اختلاجات و خودرا تآب و پیچ دادن
- گفتار ناموهوم
- کانفیوژن و ضیاع حافظه
- ضیاع شعور جدید
- Dizziness
- Drowsiness
- دید با تصویر نادرست، حدقه های غیر مساوی، موجودیت رنگ آبی در اطراف چشم
- فلج قسمی یا تام
- سردرد
- خونریزی یا افرازات دیگر از قحف، انف و گوش ها.
- سؤ شکل راس
- عدم توازن در اثنای قدم زدن

جروحات گردن:

جروحات گردن ممکن است سبب خونریزی شدید شود. فشار دادن بالاتر و پایین تر از جرحه در صورتیکه تنفس رامشوش نسازد می تواند سبب کنترل خونریزی شود. مصدوم از نظر موجودیت کسور فقرات رقبی و جروحات نخاع باید بررسی گردد. در صورت مشکوک بودن این حالت باید تداوی فوری جستجو گردد. در جروحات وجه و عنق کفایه طرق هوایی بررسی گردیده، جرحه غیر متحرک گردد و در صورت ضرورت به عملیه های تقویه حیات احساس می شود که باید مدنظر باشد.

جروحات وجه:

جروحات اقسام رخوه وجه و scalp عمومیت دارد. Abrasions جلد سبب پرابلم های وخیم نمی شود. Contusions همیشه سبب اذیما شده و Contusions سکلپ به شکل یک کتله دیده شده و جس می شود. Laceration و avulsion نیز عمومیت دارند. Avulsion معمولا از سبب فشار اله تیزبه میان آمده که سبب جدا نمودن سکلپ از skull تحت آن شده چون وجه و راس دارای اروای قوی می باشد از این رو سبب خونریزی و وخیم شده می تواند.

کمک های اولیه به صورت عموم

(A) بررسی عمومی

مصدوم با جرحه راس (یا مشکوک به جرحه راس) باید به صورت متداوم جهت آنکشاف حالاتیکه ضرورت به مراقبت های حالات تهدید کننده حیات دارد مونیتورنگ گردد. بعد از شروع کمک های اولیه باید کمک های طبی و تخلیه مریض تقاضا شود. در اثنای انتقال مریض کمک های اولیه باید اجرا گردد. در صورتیکه کمک کننده اولیه اشیای نافذه را از راس بیرون کشیده نتواند و یا اینکه مریض از طریق فمی غذا یا مایع اخذ نموده باشد کمک کننده باید حالات ذیل را اجرا و مد نظر داشته باشد:

- پاک نمودن طرق هوایی
- کنترل خونریزی
- کمک برای تداوی و جلوگیری از شاک
- گرام نگهداشتن مصدوم
- محافظه جرحه

(B) مصدومین با ضیاع شعور

مصدومین با ضیاع شعور بالای تمام بدن خود کنترل ندارند. ممکن است مواجه به انسداد طرق تنفسی از سبب قات شدن زبان، خون، استفراغ یا مواد دیگر شوند.

۱. تنفس: دماغ ضرورت به رسیدن اوکسیجن به صورت دوامدار دارد. رنگ آبی جلد اطراف لب ها و قاعده انف معرف عدم رسیدن کافی اوکسیجن به مصدوم است. فعالیت فوری باید متوجه پاک نمودن طرق هوایی، وضعیت دادن مصدوم به یک پهلو و شروع تنفس نجات دهنده گردد.

۲. نذف: نذف جروح راس همیشه از اوعیه موجود در سکلپ بوقوع می رسد. خونریزی می تواند از skull یا داخل دماغ رخ دهد. در بسیاری حالات خون قابل دیداز راس می تواند بوسیله پانسمان در ساحه کنترل شود.

Concussion (C)

در صورتیکه یک شخص مواجه به صدمه قوی در راس یا وجه دچار گردد، ممکن است به کآنکوزیون دماغ مواجه شود. طور مثال مریض قادر به تنفس درست برای مدت کوتاه زمانی نمی باشد. ویا ممکن است وی کانفیوز بوده ویا در وقت حرکت تلوتلو بخورد. اعراض کآنکوزیون برای مدت کوتاه زمانی دوام می نماید. با آنهم مصدوم مشکوک کآنکوزیون باید به مرکز صحی انتقال داده شود و تحت مراقبت قرار گیرد.

Convulsions (D)

اختلاجات ممکن است حتی بعد از یک ترضیض خفیف راس به وقوع برسد. زمانیکه مصدوم مصأب اختلاجات باشد، از مریض مراقبت به عمل آید تا خودرا مجروح نسازد. در مواجه شدن به مریض مصأب اختلاجات نکات ذیل باید مد نظر گرفته شود:

- در صورتیکه وی ایستاده یا نشسته باشد وی را به اهستگی بروی زمین

بخوابانید

- راس و گردن وی را ثابت نگهداری نمایید
- طرق هوایی باید محافظه شود
- وی را از جروحات بیشتر حفظ نمایید
- نباید دست ها و پاهای مریض را به فشار محکم بگیرید. زیرا باعث کسور شده می تواند. وهم به فشار جسم را در بین دندان های وی قرار ندهید.

E) افت دماغ

در جروحات شدید دماغی در صورتیکه نسج دماغی تفتق نموده باشد. بالای جرحه پانسمان مرطوب سست قرار داده و پانسمان کمک اولیه را برای جلوگیری از ملوثیت بیشتر بالای ناحیه بگذارید. از بیرون نمودن هر جسم اجنبی یا اشیای دیگر از جرحه خودداری گردد. وضعیت دادن به این نوع مصدوم طور است که راس باید بلند تر از تنه قرار داده شود. وی را گرام نگهداری نموده و در جستجوی کمک طبی شوید. در صورتیکه یک جسم داخل جرحه داخل شده باشد کوشش به بیرون نمودن آن نه نمایید، پانسمان محجم را بالای ناحیه گذاشته و اشیای پاک را در اطراف جسم نافذ قرار دهید تا آنرا ثابت نگهداری نموده و غیر متحرک سازد و بعد از آن آنرا پانسمان نمایید.

F) ترضیضات نخاع

کسور ستون فقرات ممکن است در نتیجه ترضیضات شدید بوقوع برسند چون در داخل ستون فقراتی نخاع عبور می نماید ممکن است خطر جدی مصدوم را از سبب ترضیض نخاع تهدید نماید که باعث تشوشات حسی و حرکتی گردیده می تواند.

کسور فقرات رقیبی

علائم: درد ناحیه، بی حسی و بی حرکتی در پاها

کمک های اولیه

اجازه ندادن به مصدوم تا راس خود ا خم یا دور بدهد
 راس و گردن مصدوم در وضعیت که قرار دارد ثابت و بی حرکت گردد
 از یک اتل که تا ناحیه کمر ادامه داشته باشد استفاده کنید و تحت گردن
 مصدوم را با پنبه بپوشانید و بعدا اتل را بوسیله چند حلقه تثبیت می نمایم
 طوریکه حلقه اول در قسمت راس یعنی پیشانی حلقه دوم در قسمت کتف
 و سومی در قسمت کمر باید بسته شود
 انتقال مصدوم به مرکز صحتی با در نظر داشت تمام شرایط باید صورت
 گیرد.

ترخیصات فقرات قطنی

علائم: درد ناحیه آسیب دیده، بیحسی و بی حرکتی در پاها (اله مثل قلم را
 بالای پاها تماس دهید در صورتیکه شخص عکس العمل نشان ندهد ترخیص
 نخاع مطرح است).

کمک های اولیه

- مصدوم را در وضعیت خوابیده و بی حرکت قرار دهید
- مصدوم را گرام نگهدارید
- از اتل تمام قد استفاده نمایید
- پاها را با گذاشتن پنبه و در قسمت های مختلف محکم بسته نمایید
- بآبندازپهن زانو هارا روی سطح تحتانی محکم نمایید
- مصدوم را باحد اقل چهار نفره حدود 20 سانتی متر از روی زمین بلند
 نموده بالای اتل تمام قد قرار دهید.

- قسمت های خم شده بدن را با پخته یا پارچه پر نموده و توسط بنداز بدن را با اتل محکم بسته نمایید.
- مصدوم را با در نظر داشت تمام شرایط به مرکز صحنی نزدیک انتقال دهید.

کمک های اولیه در ترضیضات صدر

مقدمه

ترضیضات صدر بدو گروپ بسته و باز (نافذه و تنقبی) جدار صدر (اضلاع، عظم قص، اقسام رخوه و حجاب حاجز) تقسیم شده و در پهلوی آن احشای داخل صدی از قبیل قلب، ریتان یا شش ها، مری، شزن او عیه کبیره و قنات صدی نیز مصآب شده میتوانند. جروحات صدی می تواند وخیم باشد و در صورتیکه کمک اولیه اجرا نشود باعث مرگ گردیده می تواند.

اسباب:

- ضربات تصادمی تاثیر کوتاه.
- ضربات تصادمی سریع، ناگهانی و کند.
- صدمات فشاری با تاثیرات قوه شدید، فشار دوامدار بطنی و اهسته.
- صدمات نافذه از قبیل وخذه، جروحات ناریه و غیره.
- اضافه تر از 50% واقعات را حادثات ترافیکی تشکیل داده که اکثرا مترافق با ترضیضات بطنی، قحفی دماغی و یا کسور اطراف و نهایات میباشد.

کمک های اولیه در جروحات صدی

- (a) ارزیابی مصدوم: در ارزیابی مصدوم نکات ذیل مدنظر گرفته شود: پاک نمودن طرق هوایی، اجرای تنفس نجات دهنده، تداوی شاک و کنترل خونریزی.
- (b) تفتیش جرحه: لباس های مجروح را قطع یا بیرون آورید تا جرحه

تفتیش شده بتواند. در وقت بیرون آوردن لباس مریض از وارد آوردن جروحات اضافی خودداری نمایید در غیر آن لباس مریض را بیرون ننمایید. از بیرون آوردن اجسام نافذ داخل صدر بپرهیزید ناحیه را پانسمان نموده و پانسمان محجم بالای ناحیه قرار داده و جسم نافذ را بوسیله پانسمان تقویه و بی حرکت نمایید.

c) در صورت موجودیت جرحه sucking یک خریطه پلاستیکی را بالای آن قرار داده و بالای آن پانسمان اجرا نمایید تا باعث بسته نمودن آن شود. پوش باید دو آنچ از کنار جرحه فاصله داشته باشد.

d) قرار دادن پوش بالای جرحه. وجه پلاستیکی پوش را مستقیماً بالای جرحه قرار دهید و آنرا تثبیت نمایید. در صورتیکه مریض قادر باشد آنرا خودش نگهداری نماید.

وضعیت دادن به مجروح. مجروح را به پهروی که مجروح است بخوابانید، یا وی را به وضعیت نشسته قرار دهید تا تنفس وی آسان گردد

e) در جستجوی کمک طبی گردید. و با پرسونل طبی در تماس شوید.

کمک های اولیه در ترضیضات بطن

مقدمه

در درجه اول به اثر حادثات ترافیکی تولید شده و تقریباً در اکثریت حالات ترضیضات بسته و بازبطنی، احشای داخل و یا خارج پریتون ماوف شده میتواند. این نوع ترضیضات بطنی در اروپا تقریباً در 45% واقعات با ترضیضات قحفی دماغی، ترضیضات صدر، کسور عظام حوصله و اطراف مترافق بوده. متباقی در اثنای فعالیت‌های وظیفوی ورزش ها و غیره بوجود آمده میتوانند. ممکن ضربات نقطوی و یا کُند مسطح و وسیع دریکی از جدارهای بطنی اصابت نماید، در جمله اصابت های نقطوی الات جروحات ناریه حربی، چاقو

ویالات و افزار کارمانندمیخ و سیم و غیره را نام برد و در جمله ضربات کُند قرار گرفتن بین ماشین ها، افتیدن، ضربه زدن و تصادمات ترافیکی و غیره شامل میباشد. در اثر تأثیر همه اینها پریتون و یا احشای داخل بطنی و حوصلی به تمزق یا پاره گی، تثقب و کانتیوژن مصاب شده اعراض و علایم مربوط اورگانهای مربوطه و پریتونیت رانشان داده میتوانند

درواقعات تثقبات که علاوه از جلد، عضلات، صفاق و پریتون جداری را نیز پاره نموده باشد جرحه نافذ بطن بوجود آمده در صورتیکه امعاء و یا احشای مجوف داخل بطنی را پاره و یا شگاف نموده باشد تثقب امعاء و یا معده، کیسه صفرا و متانه و غیره نامیده میشود، در صورت پاره گی کبد، کلیتان، طحال و پانتقاع و غیره جرحه احشای متذکره نامیده شده و نسبت خونریزی احتمال بروز شاک رفته و اگر محفظه یا کپسول عضو سالم مانده و تنها در اثر ترخیصات کند در داخل کپسول کانتیوژن یا پاره گی موجود باشد باعث همتوم های داخل محفظوی مانند کبد و طحال گردیده درین صورت نیز سبب شاک شده میتوانند.

در ترخیصات بطن کمک های اولیه ذیل باید اجرا شود

ارزیابی مصدوم

کمک های اساسی باید فراهم گردد همیشه معاینه مریض جهت موجودیت فوحه دخول و خروج باید صورت گیرد. در صورت موجودیت دو جرحه، ابتدا جرحه باید تداوی شود که بیشتر وخیم (خونریزی داشته باشد، زخم بزرگ، تفتق عضو) است.

B. وضعیت دادن به مصدوم. مریض را به پشت خوابانیده و پاهای وی

باید به حالت

قبض باشد.

شکل ۳-۸

یعنی زانوها



Figure 3-8. Casualty positioned (lying) on back with knees (flexed) up.

قبض و بلند قرار گیرد که در قسمت برطرف نمودن درد کمک نموده و در تداوی شک نیز کمک می نماید و از برآمدن بیشتر امعا و اعضای دیگر بطن نیز جلوگیری نموده می تواند فشار داخل بطن را از سبب رخاوت عضلات بطنی نیز پائین می آورد.

C. دسترسی به جرحه.

۱- لباس مریض را بیرون نمایید تا دسترسی به جرحه حاصل گردد. لباسیکه چسپیده به جرحه باشد نباید از سبب وارد شدن جرحه اضافی برطرف شود.



Figure 3-9. Protruding organs placed near wound.

۲- اعضای برآمده از بطن را به ملایمت گرفته و آنها را در روی بطن جابجا نموده و بوسیله پانسمان پاک و خشک و مواد دیگر پاک قابل دسترس بپوشانید.



Figure 3-12. Field dressing covered with improvised material and loosely tied.

نباید اجسام اجنبی از بطن بیرون کشیده شوند، با اعضای داخلی نباید تماس حاصل شود

و هم اعضای برآمده از بطن بداخل بطن فشار داده نشود.

۳- در جستجوی کمک طبی شوید

سوختگی

سوختگی سبب درد شدید، سکاریا حتی مرگ شده می تواند قبل از اجرای کمک های اولیه ابتدا باید نوع سوختگی شناخته شود که به صورت عمومی چهار نوع سوختگی وجود دارد که مدنظر باشد:

- سوختگی حرارتی بوسیله شعله آتش، اشیای داغ، مایعات داغ و گازها یا

- بوسیله انفجارات اتمی یا گلوله های آتش زای تولید می شود.
- سوختگی های برقی که از سبب سیم های برق یا الماسک رخ می دهد.
- سوختگی های کیمیاوی از سبب تماس مواد کیمیاوی خشک یا فاسفورس بوقوع می رسد
- Laser burns

کمک های اولیه

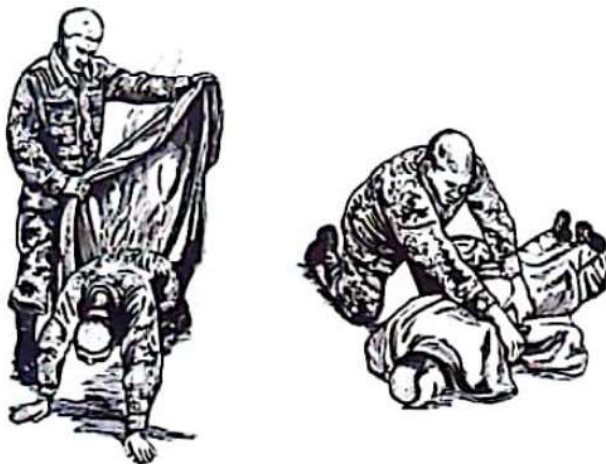


Figure 3-13. Casualty covered and rolled on ground.

- a. نجات دادن مصدوم از منبع سوختگی: قبل از اینکه ارزیابی مصدوم و کمک های اولیه صورت گیرد مصدوم را باید از منبع سوختگی نجات داد.

- نجات دادن عاجل مصدوم از ساحه و پوشانیدن ساحه سوختگی، در صورتیکه لباس مریض هنوز هم آتش داشته باشد باید ویرا بروی رمین لول داد و یا وی را در کمپل بیچانید تا شعله خاموش شود.
- مواد مصنوعی از قبیل نایلون یا مواد مذاب سبب جروحات بیشتر می گردد.



Figure 3-14. Casualty removed from electrical source (using nonconductive material).

- نجات دادن مصدوم از ساحه برقی بوسیله قطع یا دور نمودن جریان برق با استفاده از چوب خشک، لباس، ریسمان و غیره
- تطبیق پانسمان
- در سوختگی های برقی ابتدا مصدوم باید از نظر موجودیت

- ناحیه دخول و خروج جریان برقی معاینه شود.
- در سوختگی های کیمیاوی باید ساحه با مقدار زیاد آب شسته شود و بوسیله پانسمان خشک پانسمان گردد.
- در سوختگی های از سبب فاسفورس ساحه را بوسیله آب شسته بعدا بوسیله مواد مرطوب پوشانیده شود و یا به تماس هوای ازاد باید گذاشته شود. پارتیکل های فاسفورس باید ارسوختگی برداشته شوند.
- برای سوختگی های لایزر اجرای پانسمان صورت گیرد
- در صورتیکه مصدوم دارای ضیاع شعور نباشند واستفراغ نیز نداشته باشد، باید مقدار کمی مایع برایش داده شود.
- در جستجوی کمک طبی شوید.

جروحات چشم

چشم ها از چندین طریق مجروح می شوند از قبیل جسم اجنبی، ضربه مستقیم، لسریشن و سوختگی ها.

چشم از جمله اعضای حسی بوده و کوری از جمله معیوبیت های وخیم فزیک درزننده گی است. کمک اولیه در افات چشم را تسکین درد، جلوگیری از شاک، افت دایمی چشم و کوری تشکیل می دهد. از آنجاییکه چشم فوق العاده حساس است از این رو هر جرحه می تواند با بی احتیاطی و دست زدن نادرست به آسانی تشدید گردد. قطع شدن اجفان بسیار وخیم بوده و در صورتیکه کره عین افت ندیده باشد دید مریض متاثر نمی گردد. هم چنان لسریشن کره عین سبب افت دایمی و حتی ضیاع دید شده می تواند.

۱. لسریشن یا شق شدن اجفان. سبب خونریزی شدید شده لاکن نذف مذکور به صورت بنفسهی توقف می نماید. باید فشار بالای آن وارد نگردد زیرا سبب افت کره عین شده می تواند. دست زدن به جروحات اجفان باید به بسیار احتیاط صورت گیرد تا جروحات بیشتر را سبب نشود باید بنداز پاک یا پانسمان

فوری صورت گرفته و به مرکز صحت جهت کمک بیشتر فرستاده شود.

۲. لسریشن کره عین. لسرشن کره عین ممکن است سبب افت و خیم یا دایمی گردد. درین حالت باید چشم بوسیله بنداژ تعقیم وسست بسته شود. فشار بالای کره عین وارد نشود زیرا سبب تخریب بیشتر شده می تواند. یک نکته بسیار مهم که باید به خاطر باشد این است که در صورت جرحه یک کره عین شما باید هر دو کره عین را بی حرکت بسازید که بوسیله بنداژ نمودن هر دو چشم صورت می گیرد. زیرا حرکات چشم یکجا باهم می باشد. و بی حرکت ساختن هر دو چشم چانس افت بیشتر را تنقیص می دهد.

۳. Corneal abrasions: تخریش قرنیه ممکن است از سبب موجودیت جسم اجنبی در تحت اجفان یا بوسیله ناخن دست بوقوع برسد. درد فوراً بوقوع رسیده و مریض احساس می نماید که چیزی در داخل چشم وی وجود دارد. بر طرف نمودن جسم اجنبی ازاد باید صورت گیرد.

۴. بیرون برامدن چشم: درین حالت شما باید چشم خارج شده را بوسیله پانسمان مرطوب پانسمان نموده و چشم غیر ماووف را نیز بیوشانید. مریض را به پشت بخوابانید و تدابیر شاک اخذ نمایند و وی را به زودترین فرصت به مرکز صحت بفرستید.

۵. سوختگی چشم: سوختگی های حرارتی، کیمیاوی و شعاعی باعث سوختگی چشم شده می تواند.

• سوختگی کیمیاوی: اسید و القلی سبب سوختگی های کیمیاوی چشم ها شده می تواند درین حالت شستن فوری چشم ها بوسیله آب برای مدت ۵-۲۰ دقیقه ضروری است بعد از آن بنداژ نمودن چشم باید اجرا شود. در صورتیکه سبب سوختگی، اسید باشد چشم ها برای ۵-۱۰ دقیقه و در صورتیکه سبب افت القلی باشد برای ۲۰ دقیقه با آب شسته شود.

• سوختگی حرارتی زمانیکه وجه شخص مواجه به شعله آتش می شود

چشم های وی فوراً از سبب موجودیت حرارت بسته می شود. که یک عکس العمل طبیعی محافظت چشم است. ولی اجفان مواجه به سوختگی می شوند. زمانیکه مصدوم مواجه سوختگی اجفان ووجه می شود نکات ذیل مد نظر باشد.

▪ پانسمان تطبیق نگیرد

▪ تماس صورت نگیرد

▪ کمک طبی جستجو گردد.

• سوختگی در اثر شعاع: مواجه شدن به شعاع ماتحت قرمز، eclipse light (مستقیماً به طرف افتاب دیدن) شعاع لیزر باعث سوختگی چشم ها گردیده می تواند. شعاع یولترا یولت در اثنای ولدنگ باعث سوختگی سطحی چشم شده می تواند. این نوع جرحات بدون درد بوده ولی سبب افت دائمی شده می تواند. کمک های اولیه فوری ضرورت ندارند بندها نمودن سست باعث سهولت بیشتر برای مریض شده واز جروحات اضافی در صورت مواجه شدن به شعاع افتاب یا شعاع جلوگیری کرده می تواند.

• اجسام اجنبی چشم: دستان خود را با آب وصابون بشوید.

• شخص را بالای چوکی تحت نور کافی قرار دهید

• به آرامی چشم ها را جهت دریافت جسم اجنبی معاینه نماید، جفن سفلی را به طرف پایین کش نماید و به شخص بگوید تا چشم خود را باز نماید، در صورتیکه شخص به طرف پایین نگاه می نماید جفن علوی را ثابت نگهدارید

• در صورتیکه جسم اجنبی به شکل غواص بالای چشم قرار داشته باشد چشمان را در معرض جریان خفیف آب گرم قرار دهید، از پیاله چشم یا یگ گیلاس کوچک آب استفاده نماید، چشم را داخل آن نموده، چشم را باز و داخل آب حرکت دهید.

- طریقه دیگر قرار دادن چشم تحت شاور آب گرم است، درین حالت جریان آب را بروی پیشانی جاری ساخته در حالیکه چشمان باز باشد
- در صورتیکه کانتکت لنز موجود باشد آنرا بیرون آورده زیرا همیشه جسم اجنبی در تحت آن موقعیت می گیرد بعد از آن چشم را بشوئید.
- به مالیدن چشم کوشش نه نماید
- کوشش نکنید تا چوبیکه در بین اجفان داخل شده باشد بیرون آورید.
- اشیای بزرگ که در چشم خانه نموده باشد آنرا برطرف نه نماید.
- در صورتیکه جسم اجنبی را به طریقه های ساده فوق بیرون نموده نتوانید و یا بعد از بیرون آوردن جسم اجنبی در چشم احساس درد، سرخی یا احساس موجودیت جسم اجنبی نماید در جستجوی کمک طبی شوید.

جروحات گوش:

لسریشن، پاره شدن نهایات گوش به تنهایی خود جروحات وخیم نیستند. خونریزی و دریناژ مایع از کانال گوش ممکن است علامه ترضیضات قحف باشد باید متوجه بود که در توقف دادن این دریناژ ها نباید کوشید و نه چیزی را داخل کانال به منظور توقف آنها گذاشت. بلکه بهتر است یک پانسمان را بالای آن قرار داد. در جروحات کوچک گوش خارجی باید یک بنداز را که در ذیل ذکر گردیده باید گذاشت:

۱. قسمت متوسط بنداز را مطابق (شکل ۳-۳۱-۳) بالای گوش قرار داد.

۲. نهایات

انرا تقاطع نموده

و انرا خلاف یک

دیگر بدور راس

بپیچانید و نهایت



Figure 3-31. Applying cravat bandage to ear (Illustrated A-C).

آئر گره نمایید. (شکل ۳-۳۱ B و ۳-۳۱ C)
 ۳. در صورت امکان مواد پانسمان را در خلف صیوان گوش گذاشته تا از تماس با راس در اثنای بنداز جلوگیری شود.

موجودیت اجسام اجنبی در گوش:

موجودیت اجسام اجنبی در گوش سبب درد، کمی شنوایی شده می تواند، در صورت دخول اجسام اجنبی در گوش مراحل ذیل در نظر گرفته شود:
 -هیچ وقت گوش به اجرای پروب بوسیله پخته یا چیز دیگر نه نمایند، زیرا خطر داخل نمودن هرچه بیشتر جسم اجنبی می رود و در صورت اجسام اجنبی سخت سبب مجروحیت گوش داخلی شده می تواند.
 در صورتیکه جسم اجنبی را به خوبی دیده بتوانید می تو آئید آنرا بوسیله tweezers بیرون آورید.

راس را به همان سمت به پایین دورداده و کوشش نمایید تا جسم اجنبی بیجا شود.

بیرون آوردن حشرات با استفاده از روغن زیتون یا روغن اطفال طوریکه آنرا گرام نموده داخل گوش بچکانید بوسیله خارج شدن بعدی روغن از گوش در صورت وضعت پایین حشره مذکور غواص شده پایین می افتد.
 شستن گوش بوسیله آب گرم با استفاده از سرنج اجرا شده می تواند.
 در صورت عدم امکان در جستجوی کمک طبی شوید.

:Nose Injuries

ترخیصات انف عموماً باعث نذف می گردند. این خونریزی بوسیله قرار دادن پک های سرد بالای انف و پنج نمودن مناخر انف به هم دیگر توقف می نماید. این نوع خونریزی با گذاشتن یک گاز رول شده در بین دندان های علوی و لب بالا نیز توقف نموده می تواند.

اجسام اجنبی بینی:

در صورت قرار گرفتن اجسام اجنبی بداخل انف نکات ذیل در نظر گرفته شوند:

- پروبنگ بوسیله پنبه یا چیزی دیگر صورت نگیرد.
 کوشش نه نماید که جسم اجنبی را بوسیله تنفس قوی آنشاق نماید. برخلاف الی برآمدن جسم اجنبی از انف بوسیله دهن تنفس نماید.
 انف خود را به ار امی بفشاند از فشاندن قوی انف و تکرار آن خوداری نماید، در صورتیکه جسم اجنبی در یک انف موجود باشد مناخرانف طرف مقابل را بوسیله انگشتان فشار دهید و بعد از آن انف ماوف را بفشاند.
 در صورتیکه جسم اجنبی قابل دید باشد بوسیله tweezers آنرا گرفته و خارج نماید، و از کشیدن جسم اجنبی که قابل دید نباشد خودداری شود.
 در صورت عدم موفقیت این طریقه ها کمک طبی جستجو گردد.