

Sissejuhatus

esmaabisse

Johanniter Internationali koostatud
Euroopa esmaabi suunised

johanniter
international



Sisukord

Eessõna.....	3
Kasutustingimused	4
Töörühma organisatsioonid ja esindajad	5
Sissejuhatus	6
Patsiendi enda ravimite kasutamine.....	6
Isiklik ohutus.....	6
Enda eest hoolitsemine	7
Kannatanu toetamine	8
Hädaolukorrale reageerimine	9
Keda aidata esimesena?.....	10
DRS-ABCD-meetodi tutvustus	11
Täiskasvanute elustamine ja defibrillatsioon	16
Automaatse kehavälise defibrillaatori (AED) kasutamine	18
Imikute ja laste elustamine ja defibrillatsioon	19
Täiskasvanute lämbumine	22
Imikute ja laste lämbumine	23
Stabiilne küliliasend	24
Mootorratta kiivri eemaldamine	25
Hingamisraskused.....	26
Peaaegu uppumine.....	28
Rindkerevalu	29
Minestamine.....	30
Väline verejooks	31
Šokk	33
Läbistav vigastus – torke- ja laskehaavad	34
Ülekuumenemine	35
Külmaga seotud probleemid.....	36
Elektriõnnetused	38
Allergilised reaktsioonid	39
Krambid	40
Peavigastused	41
Peavalud	42
Insult.....	43
Diabeediga seotud hädaolukorrad.....	44
Luu ja pehmete kudede vigastused	46
Väikesed vigastused.....	51
Põletused.....	54
Happerünnak	55
Mürgistus või tahtlik üledoos	55
Hammustused ja nõelamised	56

Eessõna

Esmaabi päästab elusid õnnetuse või meditsiinilise hädaolukorra puhul. Patsiendi elus hoidmine ja tema ohutuse tagamine kuni professionaalse abi saabumiseni on tähtis osa raviahelas, mis viib patsiendi tervistumiseni. Esmaabi põhimõtteks on lihtsad oskused, mida saab selgesti õpetada ning mida ilma meditsiinihariduseta inimesed saavad pingelises olukorras kasutada. See juhend pakub laiemale üldsusele esmaabi algtaseme oskusi.

Johanniter International (JOIN) on Euroopas ja mujal Johannitide orduga seotud organisatsioonide ühendus. Selle kliinilise töörühma ülesanne on tagada esmaabialase ettevalmistuse kvaliteet ja levitamine ühenduse liikmesriikides.

Autoriõiguste probleemid mitmes liikmesriigis on teinud ühiste suuniste ulatusliku kasutuselevõtu keeruliseks või võimatuks. Seetõttu on see juhend esimene üldkasutatavate Euroopa esmaabi suuniste väljaanne. Need suunised ühilduvad praeguse tava, muude erialaste suuniste (näiteks põletushaavade ravi) ja on tõenduspõhised. JOIN-i kliiniline töörühm uuendab neid suuniseid regulaarselt.

Euroopa esmaabi suuniseid ei ole enne 2019. aastat koostatud. Loodame, et need suunised võetakse hästi vastu, ning ootame mistahes kommentaare või soovitusi, mille võib saata meie kontorisse (join.office@johanniter.org).



Prof Ian Greaves

Johanniter Internationali kliinilise töörühma juhataja

August 2019

Kasutustingimused

Suuniseid, mis on praegu saadaval 18 keeles, võivad tasuta kasutada kõik organisatsioonid või isikud, kes õpetavad esmaabi. Suuniste mobiiliversioonid on saadaval samades keeltes.

Juhul kui kasutate neid suuniseid äriettevõttena, palume teil kaaluda meie veebisaidil annetuse tegemist, et toetada JOIN-i tegevust.

Suuniseid tuleb kasutada tervikuna nii, nagu need on avaldatud, ning muudatused ei ole ilma eelneva kokkuleppeta lubatud.

Suuniseid pakutakse heas usus ning need esindavad paljude Euroopa erialaekspertide arvamuste konsensust. Igati on püütud tagada, et see juhend kajastaks usaldusväärsete allikate asjakohaseid suuniseid, mis kehtivad avaldamise hetkel.

Siiski vastutab nende suuniste kasutamise eest esmaabi andja. JOIN-i organisatsioonid ei võta endale vastutust mistahes nõuete eest, mis võivad tekkida seoses selle juhendi kasutamisega, kui suuniseid ei ole järgitud. Esmaabi andjatel soovitatakse olla arengutega kursis ning tunda oma pädevuse piire. Kuigi suuniste materjalid sisaldavad esmase hoolduse ja ravi juhiseid, ei ole need mõeldud asendama meditsiinilisi nõuandeid.

Imprint

Väljaandja Johanniter International ASBL ■ Enterprises of the Orders of St John ■ Rue Joseph II, 166, 1000 Brussels
Telefon +32 2 282 1045 ■ join.office@johanniter.org ■ www.johanniter.org ■ Registreeritud Belgias (ASBL)

Toimetanud Johanniter International ■ **Kujundaja** Mag.^a Julia Kadlec ■ 4/2022

Töörühma organisatsioonid ja esindajad

Juhatajana olen äärmiselt tänulik kõigile töörühma liikmetele, nii Johanniter Internationali liikmetele kui ka suuniste väljatöötamise ajal meiega liituma palutud ekspertidele. Ilma nende pühendumuse, raske töö ja kompromissimeelsuseta ei oleks nende suuniste koostamine olnud võimalik.

Dr Henrik Antell	<i>Johanniterhjälpen, Soome</i>
Dr Christian Emich	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe, Austria</i>
Mr Ryszard Stykowski	<i>Joannici Dzieło Pomocy, Poola</i>
Prof Ian Greaves	<i>St John Ambulance, Inglismaa (juhataja)</i>
Dr Davide Laetzschi	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni, Itaalia</i>
Ms Judith Alexander Musallam	<i>St John of Jerusalem Eye Hospital Group</i>
Dr Joerg Oberfeld	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Saksamaa</i>
Mr Nils Schröder	<i>Johanniter-Jugend, Saksamaa</i>
Mr Imre Szabján	<i>Johannita Segítő Szolgálat, Ungari</i>
Dr Andreas Tanos	<i>St John Association and Brigade, Küpros</i>
Dr Rainer Thell	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe, Austria</i>
Dr Sarah Vecchione	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni, Itaalia</i>
Mr Richard Webber	<i>St John Ambulance, Inglismaa</i>

Samuti olen äärmiselt tänulik dr Paul Huntile, dr Harvey Pynnile, dr Owen Williamsile ja dr Erik Litoniusele nende panuse eest kliinilise töörühma tegevusse. Samuti tahan avaldada sügavat tänu dr Matis Märtsunile ja hr Villu Päärtile eestikeelse versiooni retsenseerimise eest.

Kliiniline töörühm on tänulik heldele rahalisele toetusele ja julgustusele, mida on pakkunud Johanniter International ja selle liikmetele, kes mõistavad selle projekti olulisust ning kes korraldasid selle projekti arenguks vajalikke kohtumisi. Johanniter Internationali juhatus toetas seda projekti väga lahkelt stipendiumiga.

Samuti tänan Joachim Berneyt ja meie Brüsseli peakontori sekretariaadi töötajaid.

Siiralt täname ka erinevaid Johannitide orduga seotud riiklikke asutusi, mis on lubanud meil lahkelt oma materjale jagada.

Sissejuhatus

Esmaabi saab määratleda kui haigele või vigastatule viivitamatu abi andmist. **Esmaabi andja** on isik, kellel on sellise abi andmiseks vajalikud oskused ja teadmised.

Juhend on suunatud ühiskonna või perekonna liikmetele, kes satuvad silmitsi meditsiinilise probleemiga, ning on koostatud Johanniter Internationali (JOIN) kliinilise tööühma poolt. Juhendis käsitletakse hädaolukordi, mille puhul esmaabi võib olla elupäästev. See materjal sisaldab üldisi suuniseid ning pole mõeldud asendada meditsiinilisi nõuandeid, kui need on kohe saadaval. Juhend kirjeldab esmaabi taset, mida saab õpetada ühe lühikursusena. Paljusid tehnikaid saab õppida ka iseseisvalt.

Juhendis tähistab imik alla ühe aastat last ning laps ühe- kuni kaheksa-aastast last.

Esmaabi väljaõpe ei ole ühekordne kursus – see vajab pidevat kogemust ning regulaarset täiendkoolitust, et tagada teadmiste ja oskuste ajakohasus.

Teave on selles juhendis esitletud nii, et:

- mõistaksite esmaabi andja rolli;
- tuleksite toime esmaabi andmist vajava olukorraga;
- mõistaksite, kuidas keskkond võib mõjutada esmaabi vajadusi;
- oskaksite ravida konkreetseid vigastusi;
- oskaksite ravida levinud haigusi;
- teaksite, milliseid esmaabivahendeid võib vaja minna ning kuidas neid kasutada.

Patsiendi oma ravimite kasutamine

Esmaabi andjatel soovitatakse aidata patsienti tema enda ravimite võtmisel, kui see on antud olukorras sobiv. Näitena võib tuua inhalaatori kasutamise astma korral või automaatsüstla kasutamise tugevate allergiliste reaktsioonide puhul.

Isiklik ohutus

Esmaabi andjad peavad kaitsma end võimalikult palju kokkupuute eest kehavedelikega – näiteks okse, uriini või verega. Vajalikud on järgmised isikukaitsevahendid:

- ühekordselt kasutatavad kindad;
- näomask (infektsiooniohu vältimiseks kunstliku hingamise ajal);
- kaaluge alkoholi sisaldava geeli või vedeliku kasutamist (enne ja pärast abi osutamist).

Kätepesu vähendab bakterite või muu saastuse ülekandmise ohtu esmaabi andja ja patsiendi vahel. Ideaalne oleks pesta käsi hoolikalt seebi ja voolava sooja veega enne ja pärast kokkupuudet patsiendiga või enne ja pärast toiminguid, mis põhjustavad tõenäoliselt saastumist. Pärast pesemist tuleks käed põhjalikult kuivatada, kasutades soovitatavalt ühekordselt kasutatavaid käterätikuid. Juhul kui seep ja vesi pole saadaval ning käed on visuaalselt puhtad, võib kasutada alkoholipõhist vedelikku või geeli.

Enda eest hoolitsemine

Esmaabi andjana on teil oskused ja teadmised elude päästmiseks. Teiste aitamine annab tavaliselt rahulolu pakkuva positiivse kogemuse. Siiski võib kogeda erinevaid negatiivseid emotsioone, nagu kahtlus, ärevus, kurbus ja ärrituvus. Eriti raske võib olla abistada lapsi või mitut patsienti, ning anda abi lähedastele. Esmaabi andjana peate tundma teooriat ning kasutama lihtsate protseduuride tegemiseks vajalikke oskusi, et oleksite mistahes olukorras kindel, et tegite kõik endast oleneva, lähtudes oma teadmistest ja väljaõppest.

Negatiivsed emotsioonid taanduvad tavaliselt kiiresti ning neile järgneb tihti positiivsem kergenduse, rahulolu ja leppimise tunne. Juhul kui need jäävad mõjutama teie era-, sotsiaalset või tööelu, peaksite otsima abi tervishoiuspetsialistilt.

Igaüks reageerib rasketele olukordadele erinevalt ning mõni inimene on vastupidavam kui teine. Esmaülesanne stressirikka olukorraga toimetulekuks on säästa enda tervist ning mõista oma vajadusi.

Enamasti ei teki inimestel pärast esmaabi andmist tõsiseid ega pikaajalisi probleeme. Enamgi veel, enamik inimesi peab seda rahulolu pakkuvaks, olgu nad edukad või mitte, ning tunnevad heameelt, et püüdsid midagi muuta. Ka see on normaalne.

Pikaajalised probleemid on üsna haruldased ning nende vältimise saladus on tunda ära toimetulekuraskused või ebanormaalne käitumine või reaktsioonid (nii teie enda kui ka teiste puhul) ning otsida võimalikult kiiresti abi.

Kust abi otsida?

Abi saate oma perearsti kaudu ning juhul kui osalete oma riigis organiseeritud esmaabi väljaõppes, näiteks Johannitide ordu kaudu, suunavad teie kolleegid teid hea meelega konfidentsiaalselt vajaliku abi juurde ning toetavad teid.

*„Normaalne on end normaalselt tunda...
kuid normaalne on ka end mittenormaalselt tunda.“*

Kannatanu toetamine

Õnnetuses kannatanud või hädaolukorda sattunud võivad saada ka psühholoogilise trauma. Kuid on mõned lihtsad asjad, mida esmaabi andja võib soovitada, et vähendada kaasnevaid psühholoogilisi tagajärgi. Seda lähenemisviisi võib nimetada **psühholoogiliseks esmaabiks** ning see võib aidata traumaatilises sündmuses kannatanut. Juhul kui olukord selleks sobib, tuleks kannatanule soovitada tõhusaid toimetulekustrateegiaid ja samuti käitumismustreid, mis suunavad kannatanut abi otsima. Potentsiaalselt kasulike ja kahjulike käitumisviiside kokkuvõte on toodud tabelis.

KASULIK	POTENTSIAALSELT KAHJULIK
■ Toe saamiseks inimestega rääkimine ■ Positiivsed tegevused ■ Normaalse päevakava järgimine ■ Tervislik eluviis ■ Lõõgastumismeetodid ■ Tugirühmade tegevuses osalemine ■ Professionaalne nõustamine	■ Alkoholi või uimastite kasutamine toimetulekuks ■ Perest ja sõpradest eemale tõmbumine ■ Liiga palju töötamine ■ Riskikäitumine ■ Sündmusest mõtlemise või rääkimise vältimine

Hädaolukorrale reageerimine

Hädaolukorras on oluline järgida selget plaani. See aitab teil oma tegevused tähtsuse järjekorda seada ning reageerida asjakohaselt ja efektiivselt.

Enamik olukordi, millega esmaabi andjad kokku puutuvad, on suhteliselt kerged. Patsiendid ei pruugi vajada edasist meditsiiniabi ning juhul kui nad seda vajavad, ei ole selleks vaja kiirabi. Enamikul juhtudel on patsiendid võimelised ise pöörduma teiste tervishoiuspetsialistide poole või minema haiglasse, kasutades oma transporti. Esmaabi andja pädevuses on olla patsientidele teeviidaks¹, et suunata nad kõige sobivamale edasisele raviteekonnale (mis võib tähendada ka kodust ravi või tööle tagasipöördumist).

Juhul kui juhtum on tõsisem, on teatud sammud olulised ning esmaabi andja peab

- hindama ohtu ning tagama piirkonnas võimaluse korral ohutuse,
- helistama 112, et kutsuda vajaduse korral abi.

Operatiivkorraldajale juhtunust rääkides öelge kõigepealt oma nimi ja telefoninumber. Teave tuleks edastada kiiresti ja selgelt. Edastada tuleks järgmine teave:

- Olukord (mis juhtus);
- Asukoht (täpne sündmuskoht ja kuidas sinna jõuda);
- Vigastatute (või kannatanute) arv;
- Ümbritsevad ohud (tegelikud ja potentsiaalsed);
- Vajaminev abi.

Pärast kõne lõpetamist on oluline teha kõik endast olenev, et kannatanu(te) eest edasise abi saabumiseni hoolitseda. Hädaabikõne vastuvõtja võib teid telefoni teel aidata. Teatud juhtudel ei saa te teha enam, kui olla abi saabumiseni toeks ja kaaslaseks, kuid ka see on väga oluline.

Juhul kui hädaolukord tekib suures asutuses, saatke kindlasti keegi hädaabiteenistusele vastu, et nad sündmuskohta juhatada.

Juhul kui see on asjakohane ja olete selleks võimeline, koguge kokku patsiendi ravimid, pange vabalt ringi liikuvad loomad turvaliselt kinni ning kui on pime, jätke tuled põlema, et teid oleks lihtsam leida.

Esmaabi andes on oluline võimalikult palju tagada patsiendi väärikus ja privaatsus, nii et see ei segaks samas teie võimekust teda aidata, arvestades kultuuriliselt tundlikke aspekte. Lisaks peaksite lapsele esmaabi andes alati tagama, et lapsevanem või muu täiskasvanu oleks juures.

¹ Teeviidaks olemine tähendab patsiendi suunamist kõige sobivama edasise ravi juurde.

Keda aidata esimesena?

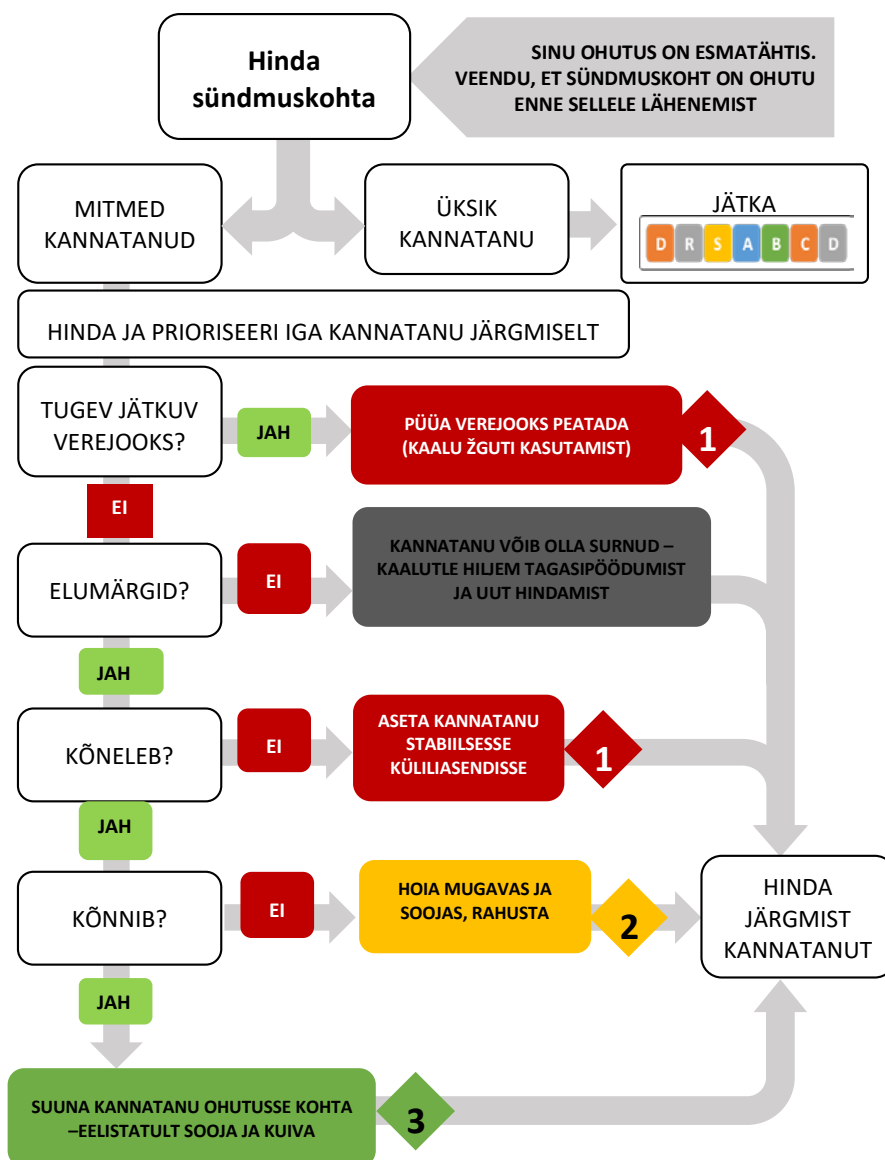
Vahel on kannatanuid enam kui üks. Sellistel harvadel juhtudel peate tuvastama, kes vajab enim abi.

Selles olukorras on teie eesmärk aidata võimalikult paljusid võimalikult palju ning säästa elusid.

Juhul kui olukord on endiselt ohtlik, tuleks kõik patsiendid, kes suudavad kõndida, suunata või juhtida ühte ohutusse kohta – tavaliselt sündmuskohast veidi eemale, kus nad saavad ohutult edasist triaaži oodata.

Allesjäänud patsientide puhul tuleks kõigepealt keskenduda tõsiste verejooksude peatamisele ning hingamisteede avatuna hoidmisele ja hingamise toetamisele.

Selles esmaabi juhendis kasutatakse mälutehnikat **DRS-ABCD** (jätke meelde „DoctoRS-ABCD“), mida tutvustatakse järgmisel leheküljel. See kujundab lihtsa ja hõlpsasti meeldejääva raamistiku, mida esmaabiandjana hädaolukorras kasutada.



DRS-ABCD-meetodi tutvustus

DRS-ABCD lähenemist tuleks järgida alati, kui tegelete ühe kannatanuga. Kui teil on mitu kannatanut, võib osutuda vajalikuks rasket verejooksu ("S") eelistada reaktsioonivõime ("R") hindamisele.

D	▪ DANGER (OHUD)
R	▪ RESPONSIVE? (KAS PATSIENT ON REAGEERIMISVÕIMELINE?)
S	▪ STOP SEVERE BLEEDING (PEATADA TUGEV VEREJOOKS) ▪ SUMMON/SEND FOR HELP (KUTSUDA ABI / SAATA ABI JÄRELE)
A	▪ AIRWAY (HINGAMISTEED)
B	▪ BREATHING (HINGAMINE)
C	▪ CPR²/CIRCULATION (ELUSTAMINE/VERERINGE)
D	▪ DEFIBRILLATION/DISABILITY (DEFIBRILLATSIOON / NEUROLOOGILINE STAATUS)

² CPR - kardiopulmonaalne elustamine

Esmaabi andjana puutute kokku kaht tüüpi patsientidega: vigastatud patsiendid ja haiged patsiendid. **DRS-ABCD**-meetod on raamistikuks mõlemat tüüpi patsientide ravis. Nüüd vaatame kordamööda iga eelnimetatud etappi.

Esimesed kaks etappi – D ja R – on samad olenemata sellest, kas patsient on vigastatud või haige:

D

- DANGER (OHUD)

Oluline on, et esmaabi andjad ei seaks end asjatult ohtu, kui nad abistavad vigastatud või haiget abivajajat (Joonis 1). Peate veenduma, et abi pakkumine oleks teile ohutu, ning juhul kui tuvastate mistahes ohu, püüdke tagada, et lähedalolijad liiguks ohutusse kohta. Esmaabi ohutu andmine ei pruugi olla võimalik ning abiandja peab vajaduse korral ootama hädaabiteenistuse saabumist, sest nemad on ohtlikes keskkondades töötamises kogenud. See on arusaadav – ärge tundke survet võtta asjatuid riske.



► Joonis 1 – ohtude kontrollimine

R

- RESPONSIVE?
(KAS PATSIENT ON REAGEERIMISVÕIMELINE?)

Järgmine samm on kontrollida, kas patsient on reageerimisvõimeline. Enamikul juhtudel on see selge, sest patsient räägib teiega või vastab asjakohaselt, kui te temaga räägite. Juhul kui patsient **ei reageeri teie häälele, pigistage õrnalt tema kõrvaletta** (Joonis 2). Ärge raputage patsienti tugevalt, sest see võib mistahes vigastusi süvendada.



► Joonis 2 – kõrvaletta pigistamine

Järgmiste etappide-S-ABCD toimingud varieeruvad sõltuvalt sellest, kas patsient on vigastatud või haige:

S

- STOP SEVERE BLEEDING (PEATADA TUGEV VEREJOOKS)
- SUMMON/SEND FOR HELP (KUTSUDA ABI / SAATA ABI JÄRELE)

Juhul kui patsient on vigastatud ning tal on tugev verejooks, peate püüdma verejooksu viivitamatult peatada (vt lk 31).

Järgmine ülesanne on **abi kutsuda**. Ideaalne oleks jääda patsiendi juurde ning kasutada mobiiltelefoni valjuhääldi funktsiooni. Operatiivkorraldaja võib anda teile edasisi suuniseid.

Juhul kui see pole võimalik ning teiega koos on keegi teine, saatke ta telefoni teel abi kutsuma ning seejärel tagasi tulema, et kinnitada abi tulemine. Mõlemal juhul veenduge, et olemas oleks automaatne kehaväline defibrillaator (AED), kui see on saadaval. Hädaabiteenistus teatab teile, kus lähim defibrillaator asub.

A

- AIRWAY (HINGAMISTEED)

Juhul kui patsient ei reageeri, kontrollige hingamisteid. Juhul kui suus on nähtav takistus, tuleb see ettevaatlikult eemaldada, kui see on võimalik ja ohutu.

Järgmiseks tuleks hingamisteed avada, kasutades lihtsat võtet: „**pea kuklasse-lõug üles**“ (Joonis 3).

Asetage ühe käe sõrmeotsad patsiendi lõua alla, tõstke see üles ja hoidke paigal. Samal ajal asetage teine käsi laubale ning painutage pea õrnalt kuklasse. Selle toiminguga peaks hingamisteed avanema, kergitades keele kurgu tagaosast üles.



Laste hingamisteede avamise puhul on teatud erinevused, mida kirjeldatakse lk 19.

► Joonis 3 – „pea kuklasse-lõug üles“ võte

B

▪ BREATHING (HINGAMINE)

Järgmine samm on kontrollida, kas patsient hingab normaalselt. Normaalne hingamine on korrapärane ja mugav.

Hingamise hindamiseks jälgige rindkere liikumist ning kuulake ja tunnetage hingamist kuni 10 sekundi jooksul – **VAATA – KUULA – TUNNETA** (Joonis 4). Juhul kui te pole kindel, kas patsient hingab normaalselt, eeldage et mitte.



► Joonis 4 – vaadake, kuulake ja tunnetage hingamist

Juhul kui patsient:

- **reageerib ja hingab normaalselt** – asetage ta mugavasse asendisse ja jätkake VERERINGE hindamisega;
- **ei reageeri ja hingab normaalselt** – asetage ta stabiilsesse küliliasendisse (lk 24) ja jätkake VERERINGE hindamisega;
- **ei reageeri ega hinga normaalselt** – jätkate kohe etapiga C ja alustage elustamist (lk 16).

Juhul kui olete üksi, peate vajaduse korral kannatanust lühikeseks ajaks lahkuma, et veenduda abi teelolekus.

C

▪ CPR/CIRCULATION (ELUSTAMINE/VERERINGE)

- **Elustamise vajaduse korral järgige suuniseid lk 16.**
- Kõigil muudel juhtudel hinnake VERERINGET, otsides šoki sümptomeid (lk 33).

D

- DEFIBRILLATION/DISABILITY
(DEFIBRILLATSIOON / NEUROLOOGILINE STAATUS)

Juhul kui elustamist on alustatud, kinnitage AED kohe, kui see on saadaval (vt lk 18) ning järgige seadme hääluhiseid.

Juhul kui elustamine pole vajalik, on järgmine samm hinnata NEUROLOOGILIST STAATUST; selleks kasutatakse AVPU skaalat, et hinnata teadvusseisundit. Neli teadvuse taset on järgmised:



► Joonis 5 – rahvusvaheline AED märk

A – Alert	(Teadvusel): kas patsient on täiesti teadvusel?
V – Voice	(Reageerib häälele): kas patsient reageerib häälele?
P – Pain	(Reageerib valule): patsient reageerib vaid valule (pigistage kõrvalesta, nagu on näidatud Joonis 2)
U – Unresponsive	(Ei reageeri): patsient ei reageeri ühelegi stiimulile

NEUROLOOGILISE STAATUSE hindamise osana küsige patsiendilt, kas ta suudab liigutada ja tunneb kõiki jäsemeid normaalselt.

Sellela lõppeb esmane **DRS-ABCD**-meetod. Juhul kui patsiendi seisund halveneb, alustage hindamist uuesti algusest.

Juhul kui patsiendi seisund ei ole muutunud, on õige aeg vaadata patsient „pealaest jalatallani“ üle ning otsida muid vigastusi ja küsida mistahes haiguse sümptomite kohta. Seejuures võite arvestada ka esmase **DRS-ABCD** hindamise käigus tuvastatud sümptomitega.

Saadud teabe saab seejärel edastada hädaabiteenistusele, kui nad kohale jõuavad.

Järgmistel lehekülgedel kirjeldatakse **DRS-ABCD** faase üksikasjalikumalt, kasutades vastavate etappide tähistamiseks tähekoone (lehekülje ülaosas). Näide.



viitab DRS-ABCD elustamise/vereringe etapile

Täiskasvanute elustamine ja defibrillatsioon

Selles jaotises selgitatakse, kuidas anda esmaabi TÄISKASVANUTELE, kes ei reageeri ega hinga normaalselt.

Südamemassaaži eesmärk on pumbata verd kehas käsitsi ringi, et hapnik jõuaks ajusse ja südamesse. Lisaks sellele tuleb võimalikult kiiresti kasutada automaatset kehavälist defibrillaatorit (AED).

Kutsuge abi võimalikult kiiresti 112

Selles olukorras põhineb esmaabi põhimõtetel, mis on kokku võetud ellujäämise ahelas (Joonis 6).



► Joonis 6 – ellujäämise ahel

Ellujäämise ahel:

- | | |
|---|---------------------------|
| ■ varajane sümptomite äratundmine ja juurdepääs abile | vältimaks südameseiskust; |
| ■ kohene südamemassaaž | ostmaks aega; |
| ■ võimalikult kiire AED kasutamine | südame taaskäivitamiseks; |
| ■ professionaalse ravi andmine | taastamaks elukvaliteeti. |

Elustamine hõlmab südamemassaaži ja kunstlikku hingamist. Juhul kui kunstlik hingamine EI ole teie jaoks mugav või te ei suuda seda teha, tehke **pidevalt südamemassaaži**, peatumata kunstlikuks hingamiseks.

Südamemassaaži tegemine

Südamemassaaži tegemine on väsitav ning ideaalne oleks vahetada abiandjat iga 2 minuti järel. Elustamine tuleks peatada vaid siis, kui patsient ilmutab elusoleku tunnuseid, kui saabub edasine meditsiiniabi või kui abiandja on kurnatud.



► Joonis 7 – rindkere kompressioonid

- Asetage patsient kõvale pinnale selili ning laskuge tema rindkere kõrvale põlvili.
- Asetage oma mõlema labakäe tüvi patsiendi rindkere keskosale, hoides käsi sirgetena ja üht labakätt teise peal (Joonis 7).
- Vajutage rindkerele vähemalt 30 korda järjest, soovitatav südamemassaaži rütm 100-120 korda minutis.
- Pressige rindkere 5–6 cm sügavusele, laske rindkerel täielikult üles tõusta, eemaldamata seejuures oma käsi rindkerelt (Joonis 7).

Kunstlik hingamine



► Joonis 8 – pea kuklasse-lõug üles



► Joonis 9 – kunstlik hingamine

- Rindkere massaaži ja kunstliku hingamise suhe peaks olema 30:2.
- Tõstke lõug üles ja painutage pea kuklasse (Joonis 8).
- Näokaitse või näomask muudab kunstliku hingamise esmaabi andjale ohutumaks ja mugavamaks.
- Asetage oma suu ümber patsiendi suu, tagage õhutihe kontakt ning pigistage patsiendi nina kinni (Joonis 9).
- Tehke ainult 2 kunstlikku hingamist kestusega 1 sekund, nii et rindkere nähtavalt kerkiks.
- Juhul kui kunstlik hingamine ebaõnnestub, kontrollige järgmise kunstliku hingamise korral uuesti hingamisteid nähtava takistuse suhtes (ja kui selle leiate, eemaldage see) ning muutke patsiendi pea asendit.

Juhul kui te ei soovi või ei suuda kunstlikku hingamist teha, peaksite **tegema ainult südamemassaaži**. Enamikus riikides edastab operatiivkorraldaja teile elustamisjuhised, mida peaksite oma võimaluste ja oskuste piires järgima.

Automaatse kehavälise defibrillaatori (AED) kasutamine

Kasutage AED-d kohe, kui see kohale jõuab. Avage ümbris, lülitage seade sisse ning järgige hääljuhiseid. Siis kui AED on sisselülitatud, ütlevad seadme hääljuhised teile täpselt, mida edasi teha. Kuna AED mõõdab patsiendi südame löögisagedust ja südamerütmi, edastab see elektrilöögi vaid vajaduse korral. Juhul kui patsiendil on elektrilööki vajav südamerütm, suurendab varajane defibrillatsioon ellujäämise tõenäosust.

Defibrillatsiooni saab ohutult teha ka lapseootel patsientidele.



► Tabel 1 – BLS-algoritm

Imikute ja laste elustamine ja defibrillatsioon

**Imik on alla ühe aastane ning laps on ühe-
kuni kaheksa-aastane (kaasa arvatud)**

Sama **DRS-ABCD**-meetodit tuleks järgida nii imikute ja laste kui ka täiskasvanute puhul, olulisemad erinevused on toodud allpool.

Südamemassaaž

Rinnakut tuleb südamemassaaži tegemisel vajutada vähemalt rindkere ühe kolmandiku sügavusele, see on imikutel ligikaudu 4 cm ja lastel 5 cm.

Imikute südamemassaaž

- Üksik esmaabi andja peab vajutama rinnakut kahe sõrme otsaga (Joonis 10).
- Juhul kui abi annab kaks või enam abistajat, peab üks neist kasutama ümbert haaramise tehnikat ja tegema südamemassaaži, samal ajal kui teine abistaja teeb kunstlikku hingamist:
 - asetage mõlemad põidlad lapiti ja kõrvuti rinnaku alumisele poolele (Joonis 11), nii et põialde otsad oleks suunatud imiku pea poole;
 - sirutage labakäed välja, hoides sõrmi koosa, et haarata ümber imiku rinnakorvi alumise osa ja toetada sõrmeotstega imiku selga;
 - suruge põialdega rinnaku alaosale, et vajutada see vähemalt imiku rindkere ühe kolmandiku sügavusele (ligikaudu 4 cm).



► Joonis 10 – kahe sõrme tehnika



► Joonis 11 – ümbert haaramise tehnika

Laste südamemassaaž

- Asetage ühe labakäe tüvi rinnaku alumise poole kohale.
- Tõstke sõrmed üles tagamaks, et te ei avaldaks survet lapse roietele (Joonis 12).
- Liikuge ise vertikaalselt patsiendi rindkere kohale ning hoies oma kätt sirgena, suruge rinnakule, et vajutada see vähemalt rindkere ühe kolmandiku sügavusele (ligikaudu 5 cm).
- Suuremate laste puhul saab seda kõige lihtsamini teha mõlema käega (nii nagu täiskasvanute elustamise puhulgi).



► Joonis 12 – käe asend laste rindkere kompressioonide ajal

Kunstlik hingamine

Pidage meeles, et takistus hingamisteedes on laste puhul sagedasem ning enne kunstliku hingamise tegemist tuleks kauem ja põhjalikumalt veenduda, et hingamisteed oleks avatud.

Vältige imikute puhul pea liiga kaugele kuklasse painutamist, sest see võib sulgeda hingamisteed. Joonisel (Joonis 13) on toodud ideaalne asend.

Olge äärmiselt ettevaatlik, et vältida väiksematele lastele kunstliku hingamise tegemisel liigset õhu sisestamist.

Väiksematele lastele kunstliku hingamise tegemisel võib olla lihtsam asetada oma suu üle lapse suu ja nina, et saavutada õhukindel kontakt.

Elustamist tuleb jätkata, kuni imiku või lapse seisund paraneb ja ilmnevad elusoleku tunnused või kuni saabub edasine meditsiiniabi, kes saab elustamisega jätkata.

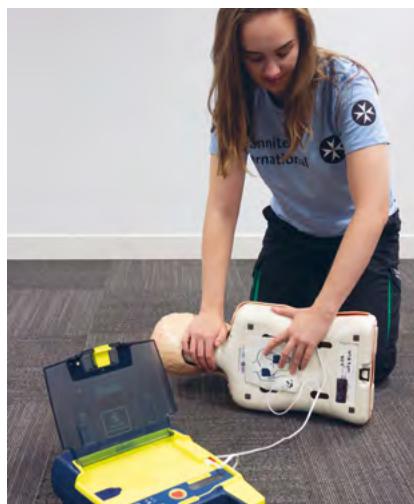


► Joonis 13 – pea neutraalne asend imikutel

Juhul kui peate sündmuskohalt abi kutsumiseks lahkuma, peaksite imiku või lapse võimaluse korral endaga kaasa võtma.

AED-d ei tohi imikute puhul kasutada

Kasutage laste puhul AED-ga võimaluse korral pediaatrilisi elektrodipatju. Juhul kui pediaatrilised elektrodipadjad ei ole saadaval, kasutage standardseid täiskasvanute elektrodipatju ning asetage üks rindkerele ja teine seljale – nagu on näidatud Joonis 14.



► Joonis 14 – AED elektrodipatjade asukoht lastel

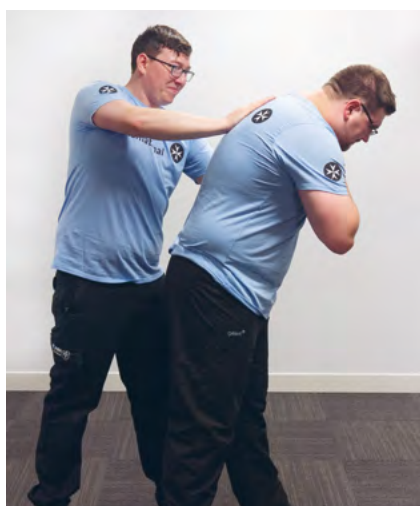
Täiskasvanute lämbumine

Lämbumine ei ole ebatavaline, eriti väga noorte ja eakate puhul. Lihtsad esmaabivõtted võivad päästa elusid. Peaksite järgima **DRS-ABCD**-meetodit. Lämbumise nähtude ja sümptomite hulka kuuluvad järgmised:

- köhimine, vilistav hingamine või öökimine;
- hingamis-, kõnelemis- või neelamisraskused;
- paanikatunne;
- pigistustunne kurgus;
- ebanormaalne vilistav häälingamise ajal;
- reageerimisvõimetus.

Vajalik tegevus:

- julgustage patsienti köhima;
- juhul kui takistust ei ole võimalik nii eemaldada, kutsuge abi ja seejärel;
- kallutage patsient ettepoole ning lööge talle labakäe tüvega viis tugevat lööki abaluude vahele, nagu on näidatud joonisel (Joonis 15);
- juhul kui seljale löömisega ei õnnestu takistust kõrvaldada, tehke viis kõhutõmmet (nime-tatakse ka Heimlich'i võtteks). Neid saab kõige paremini teha nii, et seisate patsiendi selja taga, panete ühe käe rusikasse ning asetate selle vahetult rinnakorvi keskosa alla. Haarake seejärel teise käega altpoolt rusikast ning tõmmake käed koos järsult üles ja tahapoole (Joonis 16).
- Kordamööda tuleks teha viis lööki seljale ja viis kõhutõmmet, kuni takistus on hingamisteedest eemaldatud või patsient muutub reageerimisvõimeks.



► Joonis 15 – löögid seljale



► Joonis 16 – kõhutõmbed

Mida teha, kui lämbuv patsient kaotab teadvuse?

- Toetage patsient õrnalt põrandale, kui ta seal juba pole, ja asetage ta selili.
- Kutsuge abi ja alustage viivitamatult elustamist.
- Jätkake elustamist, kuni saabub professionaalne abi või õnnestub takistus hingamisteedest eemaldada.

Imikute ja laste lämbumine

Kõigi imikute ja laste puhul on esmaseks abiks julgustada neid kõhima.

Juhul kui kõhimine ei aita, tehke viis lööki seljale.

Vanemate laste puhul kasutage sama seljalöövide tehnikat nagu täiskasvanutelgi (Joonis 15).

Imikuid ja väiksemaid lapsi tuleb toetada nii, et nende pea oleks suunatud allapoole. Lapse vanusest ja suurusest olenevalt võib seda teha käsivarrel või abiandja süles. Lapse pead tuleb peopesaga toetada, kasutades sama käe sõrmi lapse suu lahti hoidmiseks. Käsivars peab olema veidi allapoole lüügis, et soodustada hingamisteedes oleva võõrkeha kukkumist suust välja. Tehke viis lööki seljale, nagu täiskasvanute puhulgi, kuid õrnemalt (Joonis 17).

Juhul kui see ei eemalda võõrkeha, sõltub järgmine samm lapse vanusest:

- imikute puhul kasutatakse rindkere tõukeid:
 - tehke kuni 5 rindkere tõuget. Need on samad mis südamemassaaži puhulgi, kuid neid tehakse väiksema sagedusega (Joonis 18);
 - eesmärk on eemaldada takistus iga tõukega, mitte anda viis tõuget, nii et on oluline kontrollida takistuse olemasolu pärast iga tõuget.
- Laste puhul kasutatakse kõhutõmbeid (sama tehnikaga nagu täiskasvanutelgi – vt Joonis 16)

Imikute ja laste puhul tuleb kordamööda teha 5 seljalööki ja vastavalt 5 rindkere tõuget või 5 kõhutõmmet. Juhul kui imik või laps muutub reageerimisvõimetuks, tuleb alustada elustamist (nagu on eespool selgitatud).



► Joonis 17 – seljalöögid imikutel või väikestel lastel

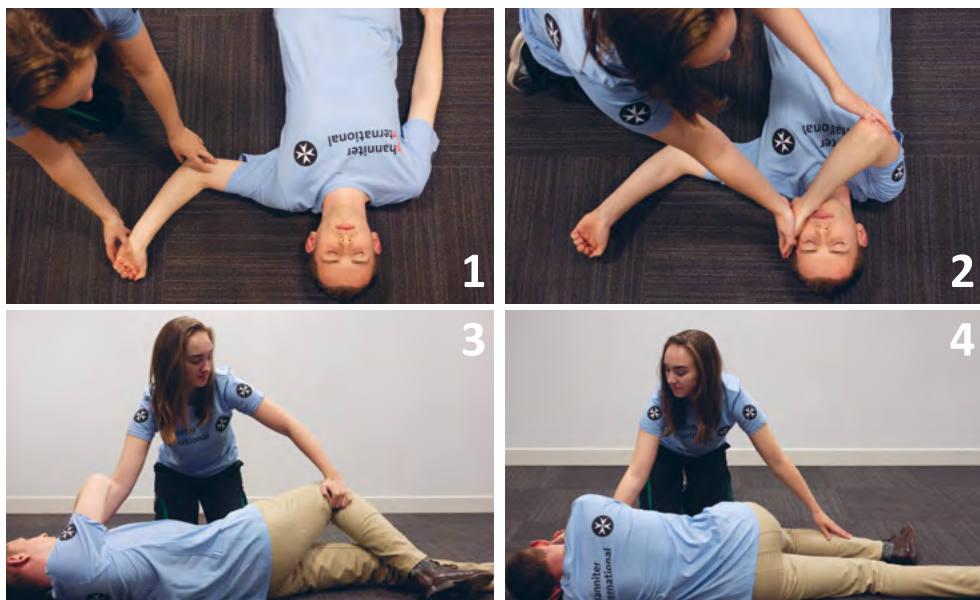


► Joonis 18 – rindkere tõuked imikutel või väikestel lastel

Stabiilne küliliasend

Normaalselt hingav reageerimisvõimetus patsient on suremise ohus, kui tema hingamisteed ummistuvad. Patsiendi stabiilsesse küliliasendisse asetamine tagab, et tema hingamisteed püsivad avatuna ja vabana. Ummistunud hingamisteede avamine on alati olulisem kui potentsiaalne kaela- või seljavigastus. Juhul kui esineb oluline lülisambavigastuse oht ja patsient hingab normaalselt, tuleks ta jätta algsesse asendisse (lk 49).

Joonis 19 näitab, kuidas asetada täiskasvanu või laps stabiilsesse küliliasendisse.



► Joonis 19 – patsiendi asetamine stabiilsesse küliliasendisse

Siis kui patsient on stabiilses küliliasendis:

- helistage hädaabiteenistusse või saatke keegi teine seda tegema;
- kontrollige pidevalt, kas patsient hingab;
- hoidke patsienti soojana, kasutades tekki või mantlit;
- juhul kui patsient peab olema stabiilses küliliasendis pikemat aega, pöörake ta iga 30 minuti järel teisele küljele;
- raseduse hilises staadiumis naisi tuleks ideaalselt hoida vasakul küljel.

Imiku stabiilne küliliasend

Juhul kui patsient on imik, hoidke teda oma käte vahel, nii et pea oleks kallutatud allapoole, ning jälgige meditsiinabi saabumiseni tema hingamist ja reageerimisvõimet (Joonis 20)



► Joonis 20 – imiku stabiilne küliliasend

Mootorratta kiivri eemaldamine

Juhul kui saabute õnnetuskohta esimesena, võib abi vajav inimene kanda kiivrit ning peate teadma, kuidas seda eemaldada.

Kõige olulisem on pidada meeles, et kui kannatanu reageerib asjakohaselt, räägib ja hingab normaalselt, pole vaja kiivrit kiiresti eemaldada.

Kui patsient on reageerimisvõimetu või hingab ebanormaalselt, tuleks kasutada alltoodud tehnikat, et kiiver ettevaatlikult eemaldada.

Tuleb olla äärmiselt hoolikas, et patsienti selle protseduuri ajal võimalikult vähe liigutada. Kõige parem on, kui kiivrit eemaldab 2 inimest (nagu on näidatud alltoodud joonistel).



► Joonis 21 - esimene samm



► Joonis 22 - teine samm



► Joonis 23 - kolmas samm

Kägistamine ja poomine

Kägistamine on pitsitus või pigistus kaela ümber. Poomine on keha rippumine kaelapidi, millega võivad definitsiooni järgi kaasneda kägistamisest põhjustatud vigastused. Poomisest tingitud lülisambavigastuse risk on madal ning seetõttu peab prioriteet olema vabastada kael igasugusest pitsitusest ja avada hingamisteed.

- Järgige kõigil juhtudel **DRS-ABCD**-meetodit.
- Juhul kui patsient ripub endiselt, tuleb proovida ta alla tuua, kui see ei ohusta teid ning te olete võimelised seda tegema. Selleks läheb tõenäoliselt vaja vähemalt kaht inimest.
- Olge patsienti alla tuues ettevaatlik, sest ta on raske.
- Eemaldage kaela ümbert igasugune pitsitav materjal.

Hingamisraskused

Kopsude kaudu sissehingatud õhus sisalduv hapnik transporditakse vereringega mööda keha laiali. Hapnikutransporti võib kahjustada hingamisteede ummistus või probleem kopsudes (näiteks hingamisteede infektsioon). Selle tagajärjel on patsiendil „õhupuudus“, kui ta püüab kompenseerida hingamisraskusi hingamise kiirendamise ja süvendamisega.

Kui patsient kasutab kodust või transporditavat hapnikuballooni, on äärmiselt oluline, et ta ei puutuks kokku lahtise leegi ega süüdatud sigaretiga, sest see võib põhjustada tulekahju või isegi plahvatuse.

Astma

Enamik astmahaigeid on oma haigusest teadlikud ning peaks teadma, kuidas oma ravimeid õigesti kasutada. Astmahoog võib olla potentsiaalselt eluohtlik.

Astmahooga patsiendil võivad ilmneda järgmised sümptomid:

- hingamisraskused;
- vilistav hingamine;
- köha.

Ilma ravita võivad sümptomid kiiresti süveneda, põhjustades järgmisi nähte:

- tõsine õhupuudus;
- ärevus või paanikatunne.

Mida peaksite tegema?

- Järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit.
- Aidake patsiendil sirgelt mugavas asendis istuda ning julgustage teda.
- Soovitage patsiendil kasutada tema inhalaatorit.
- Vajaduse korral abistage patsienti ravimi kasutamisel, sh soovitates kasutada inhalaatori „vahelüli“, kui see on patsiendil olemas (Joonis 24).
- Veenduge, et abi oleks teel.



► Joonis 24 – vahelüliga inhalaatori kasutamine

Kõriturse

Kõriturse esineb kuni kuueaastastel lastel ning tekib tavaliselt talvel. Seda põhjustab viirus, mis tekitab hingamisteede põletikku ja „haukuvat“ köha. See võib olla murettekitav, kuid paraneb tavaliselt ilma püsivate kahjustusteta ning ilma edasist meditsiinilist abi või ravi vajamata.

Lapsel on tõenäoliselt järgmised sümptomid:

- „haukuv“ köha;
- kriipiv hääl, eriti sissehingamisel;
- krääksuv hääl.

Mida peaksite tegema?

- Järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit.
- Lohutage ja toetage last talle kõige mugavamas asendis.
- Juhul kui laps muutub ärritunuks või tal tekivad hingamisraskused, kutsuge abi.

Mürgiste gaaside sissehingamine

Suitsu või mürgiste gaaside sissehingamine võib olla surmav. Enne mistahes potentsiaalselt mürgisesse keskkonda sisenemist tuleb seda hoolikalt kaaluda. Juhul kui te ei pääse patsiendile ohutult ligi ega saa teda ohutult liigutada, VÄLTIGE sellisesse keskkonda sisenemist. Oodake vastava väljaõppe ja varustusega abi.

Mida peaksite tegema?

- Järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit.
- Võimaluse korral ventileerige ala, avades kõik uksed ja aknad.
- Kui pääsete patsiendile ohutult ligi, jätkake esmaabi andmisega.
- Kui saate patsienti ohutult liigutada, viige ta mürgisest keskkonnast välja ning jätkake esmaabi andmisega.
- Kui teie enesetunne halveneb, peate VIIVITAMATULT keskkonnast lahkuma, võttes patsiendi võimaluse korral endaga kaasa, kui see ei tekita teile täiendavat riski.

Tugev allergiline reaktsioon

Neil juhtudel võivad patsientidel esineda hingamisraskused või tursest põhjustatud hingamisteede ummistuse nähud. Vaadake peatükki Tugev allergia.

Peaaegu uppumine

Peaaegu uppumine on termin, mida kasutatakse juhul, kui patsient on veest päästetud. Terminit *uppumine* kasutatakse vaid siis, kui kõik elustamiskatsed on ebaõnnestunud ning patsient suri enne veest päästmist. Uppumine on üks sagedasemaid õnnetusest põhjustatud surmajuhtumeid noortel ning on tavaliselt seotud alkoholi tarbimisega.

Peaksite proovima inimest veest päästa vaid juhul, kui olete hea ujuja ning tingimused on selleks ohutud.

Kui teil ei ole ise võimalik inimest ohutult päästa, kaaluge kannatanule mõne veepinnal püsivast hõlbustava abivahendi viskamist ning oodake professionaalset või väljaõppega abi. **Ärge muutuge ise teiseks ohvriks.** Uppumisoskus inimese päästmiseks sügavast veest läheb vaja erioskusi ja -varustust.

Järgige kõigil juhtudel **DRS-ABCD**-meetodit.

Kui patsient on veest päästetud ja teile reageerib, eemaldage tema märjad riided ning hoidke teda soojana. Oluline on pidada meeles, et patsiendil võib olla kaelavigastus, kui ta on teadaolevalt sukeldunud madalasse vette.

Kui patsient ei reageeri, tuleb ta veest välja tuua, ideaalselt horisontaalasendis ja võimalikult õrnalt. Kui patsient ei hinga normaalselt, tuleb alustada elustamist ning jätkata seda kuni professionaalse abi saabumiseni (lk 16).

Oluline on rõhutada, et kõik patsiendid, kes on peaaegu uppunud, tuleb haiglas läbi vaadata.



► Joonis 25 – ellujäämise ahel peaaegu uppumise korral

Rindkerevalu

Rindkerevalul võib olla palju erinevaid põhjuseid. Kuigi südameprobleemid on kõige sagedasemad rindkerevalu põhjused, võivad valul olla ka muid olulised ja potentsiaalselt tõsised põhjused.

Mõnel patsiendil võib rindkerevalu esineda korrapäraste episoodidena. Sel juhul võivad nad vajada abi oma ravimi kasutamisel.

Üldine reegel on, et rindkerevaluga patsient tuleb suunata edasisele meditsiinilisele läbivaatusele.

Tõsisele rindkerevalule viitavad sümptomid on muu hulgas järgmised:

- valu või ebamugavustunne rindkere keskosas, mida patsient kirjeldab pressiva valuna, raskustunde või pitsitusena;
- kaela, lõuga, õlga või käsivarde kiirgav valu;
- iiveldus ja oksendamine;
- hingamisraskused või õhupuudus;
- segasus, uimasus ja minestustunne;
- jahe, higine ja kahvatu nahk.

Kui teie patsient kaebab rindkerevalu üle, peate toimima järgmiselt:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- pange patsient sirgelt istuma ja hoidke teda võimalikult mugavalt;
- tagage, et abi oleks teel;
- aidake tal võtta mistahes ravimit, mida ta oma südameprobleemide tõttu kasutab (näiteks glütserüültrinitraadi spreii);
- võimaluse korral julgustage teda närima 300 mg aspiriini;
- olge valmis alustama elustamist ning kasutama AED-d, kui patsient kukub kokku või muutub reageerimisvõimetuks.

Minestamine

Minestamine on lühiajaline teadvusekadu. Seda põhjustab vähenenud ajuverevool. Minestamisel on palju põhjuseid: soojas keskkonnas püstiseismine, veepuudus, vähene söömine või emotsionaalne stress.

Minestav patsient tavaliselt:

- tunneb kõigepealt palavust ja peapööritust;
- võib kaevata tunnelnägemise või silme eest mustaks tõmbumise üle;
- vajub või kukub maha;

Lähedalolijad märkavad tavaliselt, et patsient on muutunud kahvatuks ja vähem reageerivaks. Oluline on pidada meeles, et patsiendid võivad kukkudes end vigastada. Enamik patsiente toibub täielikult ilma tüsistusteta.

Teie saate teha järgmist:

- aidake patsient võimalikult õrnalt pörandale;
- asetage ta pörandale selili;
- võimaluse korral tõstke patsiendi jalad õrnalt kõrgemale;
- tõstke patsient aegamööda istuma, pärast seda kui ta on toibunud;
- kontrollige patsienti kukkumisest põhjustatud vigastuste suhtes;
- kui nägite minestamist pealt, kirjeldage seda selgelt järgmisele abiandjale.

Kui patsient ei muutu kiiresti reageerimisvõimeliseks, peate järgima **DRS-ABCD**-meetodit.

Kui patsient on raseduse hilises staadiumis, peaksite pöörama ta pigem vasakule küljele, mitte selili.

Väline verejooks

Verejooks võib varieeruda väikestest haavadest ja kriimustustest tugeva eluohtliku verejooksuni. Sellistes olukordades kandke võimaluse korral ühekordselt kasutatavaid kindaid, et kaitsta end infektsiooni eest, või kasutage improviseeritud kaitsevahendeid (lk 6), et vältida kokkupuudet verega. Järgige kõigil juhtudel **DRS-ABCD**-meetodit.

Väike verejooks

Kui patsiendil on väike haav või kriimustus, on teie prioriteet ennetada infektsiooni.

- Kui haav on määrdunud, puhastage seda jooksva veega, seejärel patsutage see steriilse haavasideme või puhta materjaliga kuivaks.
- Puhastage ja kuivatatakse ümbritsev nahk, kaitstes seejuures haava.
- Katke haav täielikult steriilse haavasideme või plaastriga.

Tugev verejooks

Peatage tugev verejooks võimalikult kiiresti

- Paljastage haav täielikult, eemaldades või lõigates lahti seda katvad riided.
- Kui haavas ei ole sissejäänud/väljaulatuvat võõrkeha, avaldage haavale või võimalikult veritsuskoha lähedale otsest survet (Joonis 26).
- Kui haavas on sissejäänud võõrkeha või see ulatub haavast välja, asetage selle ümber polsterdus, enne kui avaldate võõrkehast kummalegi poole survet.
- Asetage patsient pikali ja tõstke vigastatud kehapiirkond võimaluse korral kõrgemale.
- Kui verejooksu ei õnnestu ikka peatada, jätke esmane haavakate/side paigale ning asetage selle peale teine kate/side ja avaldage uuesti survet.
- Kui verejooks jäsemest jätkub, asetage vigastusest ülespoole ja võimalikult haava lähedale žgutt (lk 32).
- Ärge andke tugeva verejooksuga patsiendile süüa ega juua ning kutsuge abi.
- Jätkake patsiendi seisundi jälgimist, järgides **DRS-ABCD**-meetodit.

Tugev verejooks võib dramaatiline ja murettekitav. Juhul kui verejooksu ei õnnestu kiiresti peatada, võib patsient kaotada palju verd, langeda šokki (lk 33) ja muutuda reageerimisvõimetuks. Õnneks on need olukorrad harvad. Oluline on pidada meeles, et lihtsad meetodid võivad päästa elu.



► Joonis 26 – otsese surve avaldamine haavale

Improviseeritud žguti kasutamine

Improviseeritud žguti valmistamine ja kasutamine ei ole keeruline. Vajate selleks vaid puidust või metallist pulka ja sobiva pikkusega riideeset (näiteks sall või lips), mis ei tohi venida. Materjal peab olema piisavalt tugev, et see ei murduks pinguldamise ajal. Žguti valmistamine ja paigaldamine on näidatud Joonis 27.

Õigesti paigaldatud žgutt tekitab patsiendile alati valu. Peate patsiendile selgitama, et žguti kasutamine on oluline ning et professionaalne abi on teel.



► Joonis 27 – žguti valmistamine ja paigaldus

Amputatsioonid

Vahel on tugev verejooks põhjustatud käe või jala amputatsioonist. Neil juhtudel tuleb verejooks peatada ülalkirjeldatud viisil. Enamik amputatsioone on siiski seotud sõrmede või varvastega ega põhjusta eluohtlikku verejooksu.

Olenemata sellest, milline kehaosa on amputeeritud, tuleks amputeeritud kehaosa, kui seda on võimalik ohutult kätte saada, saata alati koos patsiendiga haiglasse. Selle võib mähkida lõdvalt puhtasse riidesse, näiteks taskurätti, või asetada plastkotti ja koos kotiga külma vette. Mitte mingil juhul ei tohi amputeeritud kehaosa asetada vette, see ei tohi puutuda vahetult kokku jääga ning seda ei tohi külmutada.

Šokk

Šokk on potentsiaalselt eluohtlik seisund, mis esineb siis, kui keha ei suuda varustada elutähtsaid elundeid, nagu aju või süda, piisava hulga verega.

Šoki levinud põhjuste hulka kuuluvad järgmised:

- tugev verejooks;
- tõsine infektsioon – ehk sepsis;
- tugevad allergilised reaktsioonid;
- rasked põletused;
- südamepuudulikkus, nt südameinfarkti tõttu.

Šokis patsientidel võib esineda mõni või kõik järgmistest nähtudest ja sümptomitest:

- kiire südame löögisagedus;
- kahvatu, jahe, niiske/higine nahk;
- kiire pindmine hingamine;
- nõrkus, uimasus või segasus;
- iiveldus, oksendamine;
- rahutus, ärritus;
- teadvusekadu.

Pulsi katsumine on märkimisväärselt raske, eriti šokis patsiendi puhul, ning see ei ole esmaabi andmise käigus soovitatav. Reageerimisvõimeline ja rääkiv, nähtavate elutunnustega patsient on kinnituseks, et tagatud on piisav vereringlus.

Teatud lihtsad sekkumised võivad parandada patsiendi seisundit ning teha tema enesetunde mugavamaks, kui ta ootab edasist meditsiiniabi:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- esmane prioriteet on püüda leevendada šoki põhjust (nt peatada väline verejooks, lk 31, või anda patsiendile tugeva allergilise reaktsiooni puhul automaatsüstal, lk 39);
- asetage patsient selili ning võimaluse korral tõstke ta jalad üles ning toetage neid;
- katke patsient tekkide või riietega, et teda soojas hoida;
- julgustage patsienti;
- ärge andke talle süüa ega juua, kuigi võite lubada tal mõne väikse lonksu vett juua;
- jätkake patsiendi regulaarset hindamist ning järgige **DRS-ABCD**-meetodit.

Läbistav vigastus – torke- ja laskehaavad

Võib juhtuda, et olete tulistamise või pussitamise tunnistajaks või satute sündmuskohale vahetult pärast seda intsidenti.

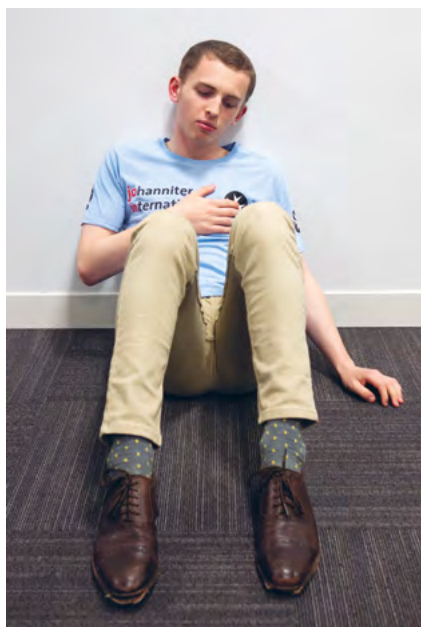
Igal juhul on prioriteet TEIE OHUTUS. Tulirelva või noaga ründaja või pommikahtluse/-plahvatuse korral järgige põhimõtet JOOKSE – VARJU – TEATA.



► Joonis 28 – jookse, varju, teata

Juhul kui saate patsienti aidata, järgige **DRS-ABCD**-meetodit. Välise verejooksu korral vaadake lk 31.

- Mistahes haavast välja ulatuv ese (näiteks nuga) TULEB kohale jätta.
- Kõhuhaavad võivad harva põhjustada soolte väljumist. ÄRGE avaldage paljastunud elunditele otsest survet ega püüdke neid tagasi haava sisse suruda. Katke sellised vigastused võimaluse korral niiske puhta riide või sidemega.
- Reageerimisvõimelised läbistava kõhuhaavaga patsiendid võib panna kiirabi saabumiseni mugavasse W-asendisse (Joonis 29).



► Joonis 29 – „W“-asend

Ülekuumenemine

Kui keha neelab rohkem soojust kui seda kiirgab, on patsiendil oht ülekuumenemiseks. Varajastes staadiumites tunneb patsient palavust, võib tunda krampe ning tavaliselt higistab tugevalt. Kui seisund süveneb, võib patsient tunda segadust ja kokku kukkuda. Väga noored ja väga eakad on kuumuse toimele eriti vastuvõtlikud.

Lihtsad meetmed võivad olla elupäästvad ning ennetada patsiendi seisundi süvenemist.

Toimige järgmiselt:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- viige patsient võimaluse korral jahedasse varjulisse kohta;
- eemaldage patsiendilt riided;
- jahutage patsienti kiiresti, kasutades külma vett ja tuulutades teda;
- kui patsient on reageerimisvõimeline, andke talle külmi jooke. Võimaluse korral tuleks anda sooli ja suhkrut sisaldavaid spordijooke.

Sobivate esmaabimeetmete kasutamise korral peaks kergemast ülekuumenemisest 30 minuti jooksul täielikult taastuma.

Pikaajalised sümptomid, seal hulgas, segasus, võivad viidata kuumarabandusele. Sellised patsiendid tuleb kiiresti haiglasse toimetada.

Külmaga seotud probleemid

Patsientidel võivad külma keskkonnaga kokku puutudes tekkida paiksed külmakahjustused (pindmised või sügavad) konkreetsetes kehapiirkonnas, tavaliselt varvastel või sõrmedel, või alajahtumine.

Alajahtumine

Alajahtumine esineb siis, kui kehatemperatuur langeb väga madalale. Tugev alajahtumine on eluohtlik. Alajahtumise tekkekiirust suurendavad pikaajaline kokkupuude külma keskkonnaga, tugev tuul („tuule-külm“), joobeseisund ja märjad riided (vesi juhib soojust 20 korda paremini kui õhk).

Alajahtumise esmased sümptomid on tavaliselt:

- külmavärinad.

Neile järgnevad:

- segasus või orientatsioonihäired;
- ebaselge kõne;
- koordinatsioonikadu.

Mida külmemaks patsient muutub ja mida enam alajahtumine süveneb, seda enam süveneb ka segasus ja väheneb reageerimisvõime ning lõpuks seiskub patsiendi süda.

Toimige järgmiselt:

- järgige **DRS-ABCD**-meetodit;
- viige patsient võimaluse korral sooja ning tuulevaiksesse kohta;
- eemaldage märg riietus;
- katke patsient (kaasa arvatud pea) soojade ja kuivade riiete ning tekkidega;
- kui patsient on reageerimisvõimeline, pakkuge talle sooje jooke ja suure energiasisaldusega toitu, kuid vältige alkoholi;
- kui teil neid on, asetage patsiendi kehale soojenduskotte või kuuma veega pudeleid, kuid mitte vahetult vastu nahka (et vältida põletust).

Kui patsient ei ole reageerimisvõimeline, on oluline tegeleda patsiendiga ettevaatlikult, sest ettevaatamatus võib põhjustada südame seiskumist.

Kui patsiendil puuduvad elutunnused, alustage elustamist (lk 16).

Pindmine külmakahjustus

Pindmine külmakahjustus on pindmise nahakihi külmumine, mille tagajärjel tekivad kahvatud ja tuimad piirkonnad (tavaliselt näol, kõrvadel ja ninal). Neid piirkondi tuleks katta, et aidata paikset soojust hoida. Pindmised külmakahjustused paranevad täielikult.

Sügav külmakahjustus

Sügav külmakahjustus on sügavate kudede külmumine. Mida tugevam on külmakahjustus, seda sügavamad koed on mõjutatud. Kõige sagedamini on mõjutatud sõrmed ja varbad. Külmakahjustuse raskusaste on proportsionaalne miinuskraadide ja külmaga kokkupuute kestusega.

Sügava külmakahjustuse nähtude hulka kuuluvad järgmised:

- torkimistunne või tundetus mõjutatud piirkondades;
- kanged sõrmed või varbad ning nende vähenenud liikuvus;
- värvuse kadumine mõjutatud nahapiirkonnas;
- mõõdukas turse mõjutatud piirkondades;
- villide teke (tekivad tavaliselt hilises staadiumis).

Toimige järgmiselt:

- viige patsient sooja ja kuiva kohta;
- kontrollige teda alajahtumise nähtude suhtes (lk 36);
- soojendage mõjutatud piirkondi ja katke need;
- vahetage märjad riided kuivade vastu või soojendage kogu patsiendi keha – näiteks viige patsient külma ja tuule eest varju ning pange ta magamiskotti;
- ärge hõõruge ega masseerige külmunud nahka, sest see võib kahju teha;
- ärge avage vilt;
- ärge laske patsienti uuesti jahtuda;
- kutsuge meditsiiniline abi.

Elektriõnnetused

Elektrivool võib põhjustada elektrilöögi saanud inimesel hingamise peatumist ja südameseiskust. Elektrivool võib põhjustada ka põletusi.

Tööstuslik elekter (kõrgepinge)

Kokkupuude kõrgepingevooluga on tavaliselt surmav. Ellujäänutel on rasked põletused.

Toimige järgmiselt:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- teie enda ohutus on kõige olulisem;
- jääge vooluallikast umbes 20 meetri kaugusele (sest elektrivool võib elektrikaare kaudu nii kaugele levida);
- võimaluse korral korraldage vooluallika väljalülitamine;
- lähenege patsiendile vaid siis, kui on kindel, et see on ohutu;
- järgige jätkuvalt **DRS-ABCD**-meetodit.

Majapidamiselekter (madalpinge)

Töökohtadel ja kodudes kasutatav madalpingevool võib põhjustada märkimisväärseid vigastusi. Enamik elektriõnnetusi on põhjustatud vigastest seadmetest, kulunud isolatsioonist või katkisest juhtmetistikust, laste puhul on aga oht, et nad torkavad esemeid pistikupesasse. Vee olemasolu elektriseadmete ümbruses suurendab oluliselt riski.

Toimige järgmiselt:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- hinnake alati olukorra ohtlikkust;
- kui patsient puutub vooluallikaga endiselt kokku, ärge puudutage teda. Lülitage vooluallikas võimaluse korral välja – kas pistikust või kaitsmekilbist;
- kui te ei saa vooluallikat kiiresti välja lülitada, püüdke patsient vooluallikast eemaldada. Selleks peate seisma isolatsioonimaterjali peal (näiteks plastmatt või puidust kast) ning kasutama puidust vart või põrandaharja;
- kui olete kindel, et ohtu enam pole, hinnake patsienti **DRS-ABCD**-meetodi kohaselt.

Välgutabamus

Juhul kui patsient on saanud välgutabamuse, on oluline järgida **DRS-ABCD**-meetodit ning alustada viivitamatult elustamist, kui patsiendil puuduvad elutunnused ning elustamisprotseduuri saab teha ohutult.

Allergilised reaktsioonid

Allergilised reaktsioonid on väga sagedased ning vajavad enamasti vaid sümptomaatilist ravi. Paljudel juhtudel patsient teab, mis on reaktsiooni põhjustas. Kõige tavalisemad allergia põhjused on maapähklid, antibiootikumid ja koorikloomad. Teistel juhtudel ei ole teada, mis allergiat põhjustas. See, kuidas saate patsienti aidata, sõltub reaktsiooni raskusest.

Kerge kuni mõõdukas allergia

Nähtude hulka kuuluvad järgmised:

- naha, näo ja silmade turse;
- turseline, tavaliselt sügelev lööve (nõgestõbi ehk urtikaaria).

Toimige järgmiselt:

- peatage kokkupuude võimaliku põhjusega (nt peatage antibiootikumi kasutamine) ja küsige meditsiinalast nõu;
- julgustage patsienti kasutama enda teadaoleva allergia ravimit;
- juhul kui tekib hingamisteede turse või hingamisraskused, kahtlusta tugevat allergiat.

Tugev allergia

Tugev allergiline reaktsioon, mida nimetatakse anafülaksiaks, on potentsiaalselt eluohtlik ning seda tuleb alati käsitleda meditsiinilise hädaolukorrana. Patsiendil võivad olla šoki nähud (lk 33) ning esineda võib reaktsioonivõimetus või südameseiskus.

Nähtude hulka kuuluvad järgmised:

- hingamisraskused ja/või kahisev hingamine;
- keele turse ja/või pitsitustunne kurgus;
- kõhuvalu/-krambid;
- lööve ja/või tugev higistamine;
- kõnelemisraskused ja/või kähe hääl;
- väikesed lapsed võivad muutuda kahvatuks ja lõd-vaks.

Toimige järgmiselt:

- järgige **DRS-ABCD**-meetodit;
- aidake patsient mugavasse lamamisasendisse;
- aidake patsiendil kasutada adrenaliini automaatsüstalt, kui see tal on olemas, või manustage ravim patsiendile ise, kui ta selleks võimeline ei ole;
- juhul kui patsiendi seisund ei ole viie minuti pärast paranenud, võib kasutada veel üht adrenaliini automaatsüstalt, kui see on saadaval (Joonis 30);
- tagage, et patsient saaks kiiresti haiglaravile.



► Joonis 30 – automaatsüstla kasutamine

Krambid

Krampe põhjustab ebanormaalne ajutalitlus, mille tagajärjel võivad tekkida tahtmatud lihaskontraktsioonid. Krambid võivad esineda peatrauma, neuroloogiliste haiguste, hapniku- või glükoosipuuduse või uimastite/alkoholi kuritarvitamise tõttu.

Nähtude hulka võivad kuuluda järgmised:

- patsient kukub ootamatult kokku;
- tema keha muutub kangeks ja jäigaks;
- esineda võivad tõmblused või tugevad katkendlikud liigutused;
- patsiendi kusepõis võib tühjeneda;

pärast krambihoo lõppu võib patsient olla segaduses ja uimane.

Toimige järgmiselt:

- järgige **DRS-ABCD**-meetodit;
- ärge püüdke patsienti krambihoo ajal kinni hoida;
- püüdke tema pead kaitsta, eemaldades võimalikud ohtlikud esemed või asetades pea alla või kõrvale midagi pehmet;
- ärge lubage kellelgi panna midagi patsiendi suhu, et seda avatuna hoida;
- kutsuge meditsiinilist abi, kui patsiendil
 - on lakkamatud krambid,
 - tekib vigastus, mis vajab meditsiinilist sekkumist,
 - ei ole kunagi varem krampe esinenud või krambihoog kestab üle viie minuti;
- juhul kui patsient on pärast krambihoo lõppu reageerimisvõimetu, asetage ta stabiilsesse küliliasendisse ja veenduge, et abi oleks teel;
- jätkake patsiendi jälgimist edasise meditsiiniabi saabumiseni.

Kõrge palavikuga seotud krambid

Kehatemperatuuri kiire tõus võib põhjustada imikutel või väikestel lastel krampe. See on vanematele ehmatav kogemus, kuid on tavaline ning juhul kui krambihoog on lühike, ei ole seotud pikaajaliste probleemidega.

Toimige järgmiselt:

- järgige **DRS-ABCD**-meetodit;
- eemaldage liigsed riided ja voodipesu;
- jahutage last, nt. kasutades märgi rätikuid/käsnu; vältige seejuures lapse alajahtumist;
- julgustage sobiva palavikualandaja kasutamist (nt paratsetamool);
- kutsuge meditsiiniabi.

Peavigastused

Peavigastused on sagedased ning esinevad kõigis vanuserühmades. Need on sagedasti tekkinud sportimisel, vägivalja ja kukkumise tõttu. Esineda võib lühiajaline muutliku teadvusega periood. Enamikul juhtudel pole vaja muud kui patsienti julgustada ning tagada, et pärast vigastust jälgiks patsienti tema eest vastutav täiskasvanu.

Pärast peavigastust esinevad sagedasti järgmised sümptomid:

- peavalu;
- uimasus;
- iiveldus;
- lühiajaline mälukaotus;
- lühiajaline segasus või orientatsioonihäired.

Tõsisema peavigastusega võib kaasneda koljusisene verejooks ning seda tuleks kahtlustada, kui patsiendil on mõni järgmistest sümptomitest:

- vahetult vigastusele järgnev pikaajaline teadvusekadu;
- süvenev peavalu;
- enam kui üks oksendamishoog;
- püsiv ärrituvus või ärevus;
- patsient muutub aja jooksul uimasemaks, süveneb segasus või väheneb reageerimisvõime;
- nägemishäired, nt topeltnägemine;
- suur pehme või nõgus ala peanahal või nähtav deformatsus.

Toimige järgmiselt:

- järgige **DRS-ABCD**-meetodit;
- kontrollige patsiendi reageerimisvõimet, küsides lihtsaid küsimusi, nt „Kus te praegu olete?“ või „Mis kell on?“. Juhul kui vastused on enam kui viie minuti jooksul pärast õnnetust ebaselged, kutsuge meditsiiniabi.
- kui esinevad mistahes tõsisele peavigastusele viitavad tunnused, kutsuge meditsiiniabi või viige patsient haiglasse.

Samuti peaksite kutsuma abi, kui:

- patsiendil tekib krampihoog;
- ta kasutab verevedeldajaid või trombivastaseid ravimeid (nt varfariinitabletid või hepariinisüstid);
- ta on alkoholi- või uimastijoobes;
- tal ei ole kedagi, kes tema eest hoolitseks.

Juhul kui vigastus tekkis sportimise käigus, tuleks patsiendile soovitada mängimist mitte jätkata ning mängu mitte naasta, kuni nad pole arsti poolt läbi vaadatud.

Peavalud

Peavalud ei ole tavaliselt põhjustatud tõsistest haigusseisunditest. Siiski läheb teatud *ohumärkide* korral vaja kiiret meditsiinilist sekkumist.

Need *ohumärgid* on järgmised:

- peavalu, mis erineb patsiendi tavalisest sümptomite muustrist;
- peavalu koos muude sümptomitega, nagu palavik, oksendamine või kaelakangestus;
- peavalu koos topeltnägemise, nägemiskao või valgustundlikkusega;
- äkiline „kõige hullem peavalu“ episood;
- peavalu, mida patsient kirjeldab kui „nagu oleks kuklasse löögi saanud“;
- esmakordne peavalude teke üle 50 aastastel;
- korduvad peavalud hommikul pärast ärkamist;
- peavalu, mis on seotud ühe näo- või kehapoolse nõrkusega.

Peavalu käsitlet juhul, kui puuduvad ülalnimetatud *ohumärgid*:

- julgustage patsienti mugavas asendis puhkama, näiteks vaikselt ja hämaras ruumis;
- abistage patsienti tema enda ravimi võtmisel (näiteks migreeni või kobarpeavalu korral).

Migreen

Migreeniga patsientidel esinevad tavaliselt iga kord sarnase sümptomite muustriga peavalud. Neid tuleks julgustada enda ravimit võtma ning otsima abi, kui sümptomeid ei õnnestu leevendada.

Juhul kui nende peavalu muster on „tavalisest“ erinev ja nad on selle pärast mures, tuleks neid julgustada kohe meditsiiniabi otsima.

Insult

Insult esineb sagedasti ning kuna nüüd on olemas raviviisid, mis võivad paljude patsientide prognoosi parandada, on insuldi varajane äratundmine väga oluline.

Meetod on lühidalt järgmine:

Tundke insult ära...tegutsege kiiresti (F A S T)



► Joonis 31

Insuldi tunnuste hulka võivad kuuluda järgmised:

- näopiirkonna nõrkus;
- nõrkus või tundlikkuse muutus ühel kehapoolel;
- ebaselge kõne või kõnelemisraskused;
- nägemise häired või kadu;
- koordinatsioonikadu;
- segasus või orientatsioonihäired.

Toimige järgmiselt:

- järgige **DRS-ABCD**-meetodit;
- julgustage patsienti ja hoolitsege tema eest;
- juhul kui patsiendi reageerimisvõime on vähenenud, asetage ta stabiilsesse küliliasendisse.

Diabeediga seotud hädaolukorrad

Diabeet on haigusseisund, mille puhul keha ei suuda oma glükoositaset adekvaatselt kontrollida. Diabeeti võidakse diagnoosida igas vanuses. Diabeedil on kaks tüüpi: I tüüpi diabeet, mis esineb sagedamini noorematel patsientidel ning mida tavaliselt ravitakse insuliinisüstidega, ja II tüüpi diabeet, mis on enamasti seotud täiskasvanute ülekaalulisusega ning mida saab tihti ravida dieedi ja tablettidega.

Diabeedihaiget peavad oma veresuhkru taset regulaarselt kontrollima ning tegema vastavalt insuliinisüste või võtma tablette. Mõnikord võib diabeedihaigete oma veresuhkru tasemele mittevastava insuliiniannuse, mis võib põhjustada liiga kõrget või liiga madalat veresuhkru taset. Mõlemad seisundid on tõsised ning vajavad edasist ravi.

Hüperglükeemia

Hüperglükeemia on termin, mida kasutatakse liiga kõrge veresuhkru taseme iseloomustamiseks. Seda põhjustab tavaliselt ebapiisav insuliini annus, kaasuv haigus või infektsioon.

Hüperglükeemia tunnuste hulka võivad kuuluda järgmised:

- järkjärguline haigusnähtude teke;
- segasus, ärevus või ärrituvus;
- uimasus, mis võib viia reageerimisvõimetuseni, kui seisundit ei ravita;
- kiire hingamine;
- äärmiselt tugev janu.

Hüpoglükeemia

Hüpoglükeemia on termin, mis tähistab madalat veresuhkru taset. Selle võib põhjustada liiga suur insuliini annus, ebapiisav suhkrutarbimine ja/või suurenenud koormus või suur alkoholitarbimine.

Hüpoglükeemia tunnuste hulka võivad kuuluda järgmised:

- kiire sümptomite teke;
- segasus, ärevus ja ärrituvus;
- nõrkus;
- külm ja higine nahk;
- agressiivsus;
- uimasus, mis võib viia reageerimisvõimetuseni, kui seisundit ei ravita.

Enamik diabeedihaiget saab aru, kui neil esineb hüpoglükeemia, ja võivad olla võimelised seda ise leevendama.

Mida otsida?

- Osal diabeedihaigetest on meditsiinilise hoiatusega käepael või ripats.
- Juhul kui kahtlustate kellelgi diabeediga seotud hädaolukorda, saate hüperglükeemial ja hüpoglükeemial vahet teha vaid juhul, kui patsiendil on vere glükoositaseme mõõtmiseks vajalikud vahendid.

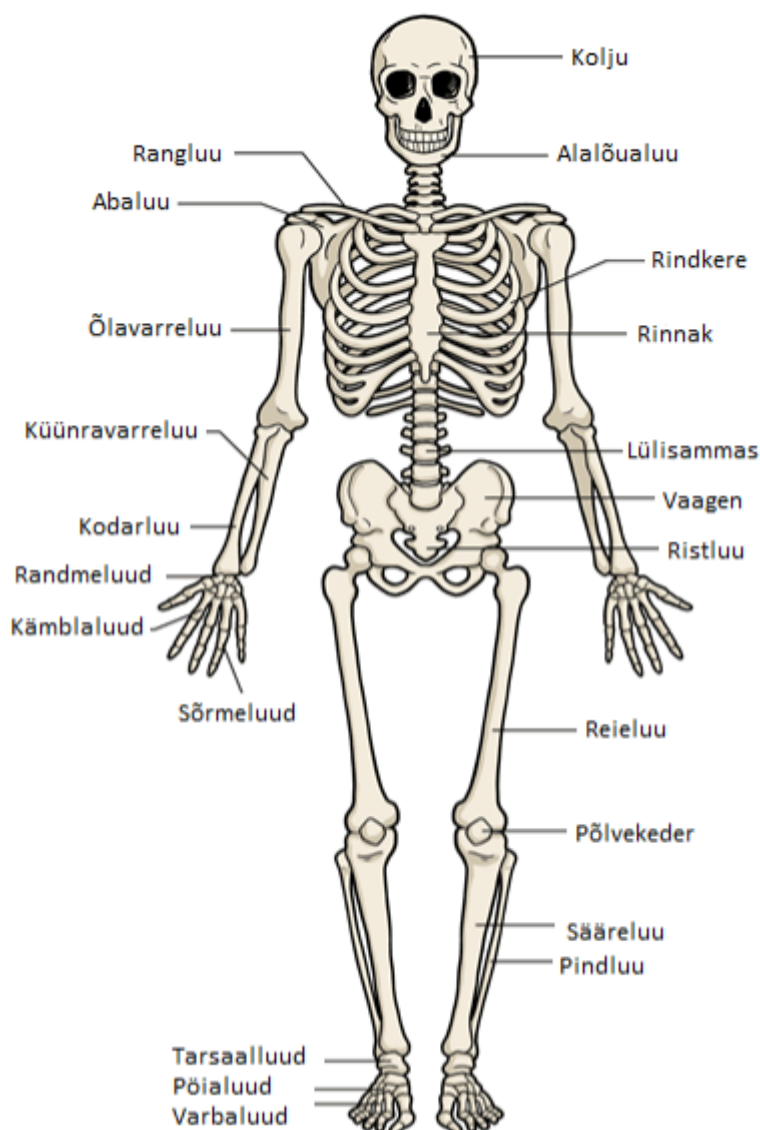
Toimige järgmiselt:

- järgige kõigil juhtudel **DRS-ABCD**-meetodit;
- kui patsient on reageerimisvõimeline, aidake tal võtta suhkrut sisaldavat geeli, maiustust või jooki (mitte suhkruvaba);
 - kui tema seisund paraneb kiiresti, julgustage patsienti sööma süsivesikuid (näiteks võileiba või küpsist) ja laske tal puhata;
 - kui seisund ei parane kiiresti või patsiendile ei saa jooke ega maiustusi suukaudselt anda, kutsuge viivitamatult abi;
- mõnel patsiendil võib olla kaasas süstekomplekt (glükagoon), mida ta saab hüpoglükeemia korral kasutada. Sel juhul peate aitama tal süsti teha;
- kontrollige ootamise ajal pidevalt patsiendi reageerimisvõimet.

Luude ja pehmete kudede vigastused

Jäsemete vigastused avalduvad kõige sagedamini pärast õnnetust valuna. Vahel on näha selge kõverus või muu deformatsioon, või esinevad verevalum, turse ja valulikkus. Patsient väldib tavaliselt jäseme liigutamist. Esmaabi andja ülesanne on patsienti toetada ja julgustada. Üldiselt tähendab see ka jäseme toetamist/fikseerimist patsiendi jaoks kõige mugavamas asendis.

Mõnikord on patsiendil selge luumurd (katkine luu), mida on näha deformatsusest või tursest, kuid enamasti on selle kinnitamiseks vaja röntgenuuringut. Pehmete kudede vigastused (nikastused või venitused) võivad olla sama valusad kui luumurrud. Harvem on tegemist lahtise luumurruga, mis tähendab, et murrukohas on ka haav.



► Joonis 32 – luustik koos suuremate luudega

Venitus esineb lihaste või kõõluste vigastuse korral. Nikastus haarab sidemeid ja liigeseid ning on kõige levinum hüppe- ja põlveliigeste puhul.

Vigastus võib põhjustada ka liigese nihestust. See tähendab, et üks luudest nihkub oma tavalisest asendist välja, põhjustades deformatsiooni, valu ja võimetust liigest normaalselt liigutada. Nihestunud liigesed on tavaliselt väga valusad. Esmaabi andja ei tohiks püüda liigest paika seada. Toetage ja fikseerige liiges võimalikult mugavalt.

Kõiki veritsevaid haavu tuleb käsitleda nii, nagu on kirjeldatud lk 31.

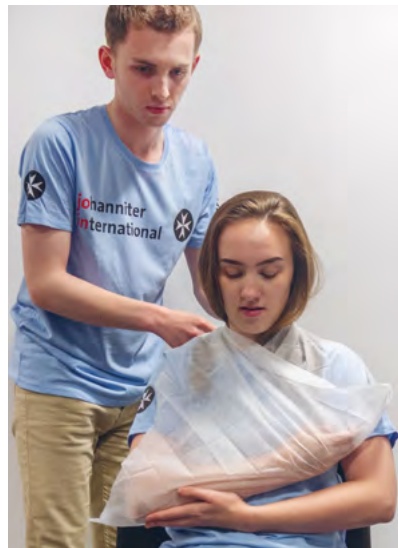
Juhul kui patsient muutub reageerimisvõimetuks, järgige **DRS-ABCD**-meetodit.

Õla- ja ülajäseme vigastused.

Õla- või ülajäseme vigastusega patsiendile on tavaliselt kõige mugavam hoida kätt küünarnukist painutatuna kõhu peal. Seetõttu tuleks kätt selles asendis rippsidemega toetada. Rippsidet on kõige parem teha kolmnurksidemest, kuigi saab ka improviseerida.



► Joonis 33 – patsient peaks hoidma oma vigastatud kätt üle rindkere ning toetama seda teise käega. Sideme põhja võib voltida ühe korra kokku, et saada korralik serv, ning side tuleks paigaldada nii, et põhi oleks patsiendi küljega paralleelne.



► Joonis 34 – rippsideme ülemine „ots“ tõmmatakse patsiendi kaela tagant teisele poole ning seotakse patsiendi kaela taga kokku teise „otsaga“, mis on samuti üles tõstetud.



► Joonis 35 – lõpuks keerutatakse sideme tippu, kuni see asub mugavalt ja tihedalt vastu kätt, ning topitakse seejärel sideme vahele, et seda paigal hoida



► Joonis 36

Rindkere vigastused

Otsesed löögid vastu rindkeret või kukkumised võivad põhjustada rindkereseina lihaste ja roiete vigastusi. Kuigi need vigastused võivad olla äärmiselt valusad, ei ole need noortel inimestel tavaliselt ohtlikud ning vaja läheb vaid lihtsat valu leevendamist. Rindkereseina liikumist ei tohiks piirata. Eakate või krooniliste rindkere haigustega inimeste puhul võivad rindkere vigastustel olla rasked tagajärjed ning need patsiendid tuleb suunata läbivaatuseks haiglasse.

Need vigastused avalduvad löögikohas valuna, vahel ka verevalumi ja hingamisel esineva valuna.

Kõhuvigastused

Kõik patsiendid, kes kurdavad pärast õnnetust valu kõhus, vajavad kiiret meditsiinilist abi.

Alajäseme vigastused

Enamikul juhtudel piisab sellest, kui aidata patsiendil jalga mugavas asendis hoida. See tähendab tavaliselt selle patjadel või mõnel muul pehmel ja mugaval toel hoidmist.

Eakatel saavad kõige sagedamini vigastada puusad ja reied, vahel ka väikeste traumade tagajärjel. Jalg võib tihti olla pööratud ja reis puusast ettepoole painutatud ning põlveliiges painutatud. Neil juhtudel tuleb jalga toetada selles asendis, milles see algselt oli.

Põlveliiges saab väga tihti sportimise käigus vigastada ning võib kiiresti tursesse minna. Need vigastused on sageli väga valusad ja vajavad läbivaatust haiglas.

Nikastused

Kõige sagedamini nikastatakse alajäseme liigeseid ning patsient ei pruugi olla ebamugavustunde ja turse tõttu võimeline kõndima. Pehmete kudede vigastuste esmaabi on võetud kokku allolevas kastis.

Valu leevendamine tavaliste valuvaigistitega
Vigastatud piirkonnale rahu andmine
Jää või jahutuskott vigastatud piirkonnale
Mugav tugi
Tõsta vigastatud piirkond üles

Jääd ei tohiks asetada otse nahale, vaid panna see plastkotti ning mähkida õhukesse rätikusse. Nikastuste esmaabis ei ole sidemetel ja tugeudel olulist tähtsust. Jala nikastusega patsiendid, kes ei saa jalale toetuda, vajavad edasist meditsiinilist läbivaatust, et välistada luumurd.

Selgroo ja kaela vigastused

Seljaaju (mis kulgeb läbi lülisambakanali), ühendab aju ülejäänud kehaga. Koos moodustavad need kesknärvisüsteemi.

Selgroog koosneb järgmistest osadest:

- seljaaju;
- luud (lülid), mis kaitsevad seljaaju.

Seljaaju on ühendatud lihastega ja juhib nende liikumist (motoorne funktsioon). Samuti on see ühendatud elunditega (näiteks nahk) ning edastab sensoorseid ärritusi, nagu puudutust, valu ja soojust (sensoorsed funktsioonid).

Selgroovigastuse puhul on suurim oht seljaaju ajutine või püsiv kahjustus. Sel juhul jääb patsient kahjustuskohast allpool halvatuks.

Selgroovigastused on kõige sagedamini seotud tugeva välise jõuga. Võimaliku selgroovigastusega tuleb arvestada järgmistel juhtudel:

- patsient on kukkunud kõrgelt (näiteks redelilt);
- patsient on kukkunud ebaloosulikus asendis (näiteks iluvõimlemise käigus);
- patsient on sukeldunud madalasse vette ning löönud oma pea vastu põhja ära;
- patsient on kukkunud liikuvad sõidukist või hobuselt;
- patsient on olnud suurel kiirusel mootorsõiduki õnnetuses, eriti kui ta ei kandnud turvavööd;
- patsient on saanud raske esemega löögi selga või pealaele;
- patsiendil on tõsine pea- või näovigastus.

Tegelikkuses on enamik kaela- ja seljavigastusi põhjustatud suhteliselt väikestest traumadest, nagu ebaloosulik või äkiline liigutus, ning et ole seotud ühegi ülaltoodud mehhanismiga. Nende vigastuste puhul läheb tavaliselt vaja vaid julgustust ja valu vaigistamist.

Juhul kui patsient on peavigastuse tõttu reageerimisvõimetu, kahtlustage alati võimalikku selgroovigastust ning seega kaitske patsiendi selgroogu

Mida otsida?

- Valu kaelas või seljas;
- valulikkus ja/või verevalum selgroo kohal oleval nahal;
- jäsemete halvatus – kannatanu ei pruugi olla võimeline käsi või jalgu liigutama;
- tundlikkuse kadu või ebatavaline tundlikkus, nagu põletus- või torkimistunne.

Toimige järgmiselt:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit.

Juhul kui patsient on *reageerimisvõimeline ning Ei ole segaduses*:

- julgustage teda ja paluge tal mitte liikuda;
- **DRS-ABCD**-meetodi kasutamiseks peaksite paluma tal õrnalt pead liigutada, nii et ta oleks näoga ülespoole, kui see valu ei põhjusta;
- helistage kiirabisse või paluge kellelgi teisel helistada;
- paluge patsiendil pead võimalikult paigal hoida;
- võiksite toetada patsiendi pead mõlemalt poolt patjade või tekkidega või hoida pead neutraalasendis. Ärge katke seejuures oma kätega patsiendi kõrvu, muidu ta ei kuule teid (Joonis 37)



► Joonis 37 – kaela käsitsi stabiliseerimine

Juhul kui patsient on *reageerimisvõimetu*:

- tagage, et hingamisteed oleks avatud, kasutades vajaduse korral „pea kuklasse-lõug üles“ võtet (Joonis 3). Vajaduse korral peate selleks eemaldama mootorratta kiivri (lk 25);
- Kontrollige hingamist:
 - juhul kui patsient *hingab normaalselt*, jätke patsient algsesse asendisse ning hoidke ta pead oma kätega paigal. Juhul kui kahtlete, kas hingamisteed on avatud või kas patsient hingab normaalselt, peate teda vajaduse korral hindamiseks liigutama (nt selili pöörama);
 - juhul kui patsient *ei hinga normaalselt*, peate alustama elustamist. Tõhusaks elustamiseks tuleb patsient asetada selili.

Kontrollige abi oodates pidevalt patsiendi hingamist ja reageerimisvõimet. Juhul kui patsient ei ole koostööaldis ja/või on segaduses, tuleb vältida patsiendil vägisi kaela paigal hoidmist.

Väikesed vigastused

Lõikehaavad ja kriimustused

Verejooksu väikestest lõikehaavadest ja kriimustustest saab peatada survega ja vigastatud koha kõrgemal hoidmisega. Plaaster võimaldab haaval tavaliselt mõne päeva jooksul ise paraneda. Juhul kui tegemist on väikese pindmise kriimustusega, on sageli parim hoida seda ilma plaastrita õhu käes, et see kuivaks ära ja tekiks koorik.

Meditšiiniabi tuleks otsida vaid juhul, kui verejooksu on raske peatada, kui haavas on võõrkeha või kui on infektsioonioht, näiteks looma- või inimesehammustuse korral. Patsiendid, kes ei ole oma vaktsineeritusest teadlikud (nt teetanuse ja hepatiidi vastu), peaks otsima meditsiiniabi.

Verevalumid

Verevalumid on põhjustatud verejooksust naha alla olevatesse koekihtidesse. Verevalum võib tekkida kiiresti pärast vigastust või mõne päeva jooksul (mida kauem verevalumi teke aega võtab, seda sügavamal on vigastatud kude). Verevalumid tekivad kergemini eakatel ja antikoagulatsiooniravi saavatel inimestel.

Verevalumite teket saab vähendada vigastatud koha kõrgemal hoidmise ja jahutamisega. Asetage vigastatud pehmele koele 10 minutiks külmakompress, et vähendada verevoolu ja seega verevalumi ulatust.

Juhul kui verevalum kasvab pidevalt, vajab patsient haiglas läbivaatust.

Villid

Villid tekivad naha korduvas hõõrumisest (st kui nahk hõõrub korduvalt vastu mingit muud pinda, näiteks jalatsi sisemust). Kahjustatud koest immitseb vedelikku, mis koguneb naha alla.

Villi tekkimise korral puhastage piirkond ja kuivatage see. Juhul kui vill on juba purunenud, puhastage piirkond, kuid jätke villi kattev nahk alles ning asetage villile pehme plaaster, et see pehmendaks ja kaitseks kahjustatud nahka ning suurendaks mugavust.

Võõrkehad haavas

Võõrkehad (nagu väikesed klaasikillud või liivaterad) tuleb haavast eemaldada. Juhul kui neid ei eemaldata, suurendavad need infektsiooni ohtu. Loputage haava mustuse eemaldamiseks või võtke võõrkehad pintsettidega välja. Juhul kui need asuvad sügaval haavas, on parem lasta need meedikul välja võtta. Juhul kui jätate võõrkeha haava, peate vajaduse korral enne haava sidumist tekitama selle ümber polsterduse.

Kui haav on põhjalikult puhastatud ja seotud, ei ole meditsiiniline abi koheselt vajalik. Kuid juhul kui haav sisaldab ikka mustust, tuleks otsida meditsiiniabi.

Ninaverejooks

See on sage mure ning õige esmaabi lahendab tihti probleemi:

- paluge patsiendil istuda ja ettepoole kummardada;
- paluge patsiendil nina pehmet osa pigistada, tehes iga 10–15 minuti järel lühikese pausi, kuni verejooks peatub (Joonis 38);
- paluge patsiendil suu kaudu hingata.

Juhul kui verejooks on tugev, kui patsiendil on haigusnähud, nagu nõrkus- või minestustunne või kui verejooks kestab üle 30 minuti või kui patsiendil on peavigastus, kutsuge abi.



► Joonis 38 – ninaverejooksu peatamine

Kõrva probleemid

Kõrvalvalu võib tekkida paljudel erinevatel põhjustel, näiteks infektsioonide või kõrva kinni jäänud võõrkehade tõttu. Soovitage patsiendil minna läbivaatuseks perearsti juurde või erakorralise meditsiini osakonda. Ärge püüdke võõrkeha kuulmekäigust eemaldada, välja arvatud juhul, kui see on selgesti nähtav ja kergesti eemaldatav.

Silmavigastused

Paljude õnnestustega kaasnevad silmavigastused, mis võivad varieeruda sagedasematest ja väiksematest probleemidest kuni tõsisemate vigastusteni. Otsige järgmisi nähte ja sümptomeid:

- silma või silmalau valu või punetus;
- nähtav haav koos vedeliku/vere lekkimisega või ilma selleta;
- nägemise kadu;
- ebamugavustunne valguse käes;
- silmade vesitsus.

Oluline on püüda vältida patsiendi silma hõõrumist.

Juhul kui kahtlustate, et midagi võib olla silma sattunud, toimige järgmiselt:

- uurige silma lähedalt, otsides haavu;
- juhul kui näete midagi, loputage see silmast välja, valades rohkelt puhast vett silma sisenurka (Joonis 39);
- juhul kui see ei aita, otsige meditsiiniabi.

Juhul kui silmas või silma ümbruses on **verevalum, haav või kinnijäänud võõrkeha**, toimige järgmiselt:

- paluge patsiendil silmi paigal hoida;
- paluge tal kiiresti meditsiiniabi otsida.

Keemilise põletuse toimige järgmiselt:

- loputage silma viivitamatul vähemalt 15 minuti jooksul puhta veega, painutades pea nii, et mõjutatud silm oleks allpool (et vältida teise silma saastumist);
- paluge patsiendil kiiresti meditsiiniabi otsida.

Oluline on silma mitte puudutada, samuti ei tohi silmast eemaldada mistahes väljaulatuvat võõrkeha. Vigastatud silma ei ole vaja kinni katta.



► Joonis 39 – silma loputamine

Juhul kui patsiendi silma on sattunud mürgine kemikaal, näiteks hape, alustage viivitamatult silma loputamist mistahes veepõhise vedelikuga. Juhul kui puhas vesi ei ole saadaval, sobivad ka karastusjoogid.

Põletused

Lähikokkupuude tule või põlevate materjalidega, eriti suletud ruumis, võib viia kuumade gaaside sissehingamiseni ja/või suu ja hingamisteede kuumakahjustuseni. Selle tagajärjel võib kiiresti tekkida eluohtlik seisund, mistõttu tuleb kiiresti kutsuda meditsiiniabi ning öelda operatiivkorraldajale, et kahtlustate hingamisteede põletust (lk 27).

Põletuse korral vähendab põletuspiirkonna jahutamine nii valu kui ka turset ning hilisemat armistumise ohtu. Mida kiiremini ja kestvaalt põletust jahutatakse, seda väiksem on vigastuse mõju.

Olulised põhimõtted:

- veenduge, et abi andmine oleks teile ohutu;
- ÄRGE püüdke eemaldada midagi, mis on põletuspiirkonna külge kinni jäänud;
- ÄRGE jahutage patsienti liiga palju – jahutage vaid põletuspiirkonda;
- ÄRGE kasutage emulsioone, salve ega kreeme;
- ÄRGE kasutage plaastreid;
- ÄRGE avage ville.

Toimige järgmiselt:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- hoidke põletuspiirkonda vähemalt 20 minuti jooksul külma jooksva vee all (MITTE kasutada jääkülma vett). Suurte põletuste jahutamine lastel võib põhjustada alajahtumist ning selle vältimiseks tuleb olla ettevaatlik;
- juhul kui külm vesi ei ole saadaval, võib kasutada mistahes külmi vedelikke, näiteks karastusjooke;
- eemaldage naha põletuskahjustuse lähedalt kõik ehted;
- katke põletuspiirkond võimaluse korral steriilse haavasidemega;
- juhul kui see pole saadaval, võite asetada põletuspiirkonnale pakkekile ribad, kuid neid ei tohi ümber jäseme mähkida;
- suurte või raskete põletuste korral tuleb kindlasti meditsiiniabi otsida. Paljud patsiendid vajavad meditsiiniabi valu leevendamiseks;
- juhul kui esinevad hingamisraskused – järgige lk 26 toodud soovitusi.

Keemiliste põletuste, eriti söövitavate ainete või teadmata keemilise ainega sooritatud tahtliku rünnaku korral järgige lk 55 toodud nõuandeid.

Juhul kui patsient põleb, püüdke leegid kustutada, järgides tehnikat „peatu, heida pikali ja rulli“ (Joonis 40).



► Joonis 40 – tehnika „peatu, heida pikali ja rulli“

Happerünnak

Rünnakud söövitavate ainetega muutuvad sagedasemaks. Esmaabi andjana olgu teie esmased tegevused sirgjoonelised ja tõhusad, mis võivad oluliselt aidata sellise rünnaku ohvreid.

Kui olete kindel, et saate ohutult läheneda, toimige järgmiselt:

Teata juhtunust	–	Helistage hädaabinumbrile 112
Eemalda	–	Eemaldage ettevaatlikult saastunud riided
Loputa	–	Loputage viivitamatult

Happerünnaku ohvrit aidates on äärmiselt oluline tagada, et te ise ei saastuks söövitava ainega. Kui te eemaldate ohvri riideid, püüdke end kaitsta, mähkides kilekotid ümber oma käte, kandes kindaid (kui need teil olemas on) ning vältides ohvri või tema riiete nähtavalt saastunud piirkondade puudutamist.

Toimige järgmiselt:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- jahutage põletuspiirkonda, mitte patsienti; jääd ei tohi kasutada;
- hoidke patsienti soojana;
- rohke voolav kraanivesi on söövitava materjali loputamiseks ideaalne, kuid kasutada võib ka muid vedelikke. Loputamine peaks kestma ideaalselt vähemalt 20 minutit;
- vältige loputamise ajal söövitava aine kandmist paljastatud kehapiirkonnalt keha muudele osadele.

Mürgistus või tahtlik üledoos

Võite sattuda olukorda, kus teil tuleb abistada kedagi, kes on võtnud üledoosi või on mürgitatud. Selles olukorras aitab paar lihtsat nõuannet:

- järgige alati **DRS-ABCD**-meetodit;
- kunstliku hingamise vajaduse korral kasutage näomaski või näokaitset, et end kaitsta;
- julgustage patsienti;
- helistage hädaabinumbrile 112 ning edastage operatiivkorraldajale võimalikult palju teavet mürgi kohta;
- ärge püüdke sundida patsienti oksendama, kuid toetage teda, kui ta ise oksendab;
- hoidke mürgi proov alles.

Hammustused ja nõelamised

Loomahammustused

Hammustused kahjustavad kudesid ja võimaldavad mikroobide sissepääsu läbi naha, seega tuleb infektsiooni ennetamiseks ravida kõiki nahka läbistavaid hammustusi.

Järgige **DRS-ABCD**-meetodit. Hammustuste esmaabi on järgmine:

- peatage verejooks (lk 31);
- loputage haava rohke veega;
- katke haav steriilse haavasidemega, et ennetada infektsiooni;
- soovitage patsiendil meditsiiniabi otsida.

Enamik hammustusi vajab antibiootikumravi ning esineb teetanuse (või teatud riikides marutaudi) oht, seega on oluline soovitada patsiendil meditsiiniabi otsida.

Inimese hammustused

Juhul kui hammustaja on teine inimene, lisandub bakteriaalse infektsiooni ohule ka hepatiidi või HIV oht. Patsient tuleb kindlasti haiglasse suunata.

Putukate nõelamised

Putukate nõelamised võivad olla valusad, kui ei ole tavaliselt ohtlikud. Valu on sageli esimene sümptom, millele järgneb kerge turse, punetus ja valulikkus.

Vahel võivad nõelamised põhjustada tugeva allergilise reaktsiooni, seetõttu on oluline patsienti selle suhtes jälgida ning vajaduse korral kiiresti meditsiiniabi kutsuda.

Toimige järgmiselt:

- juhul kui näete astelt, pühkige või kaapige see külgsuunas välja; ärge kasutage eemaldamiseks pintsette, sest nii võite haava rohkem mürki pigistada;
- andke patsiendile tavalisi valuvaigisteid;
- asetage haavale jääkott või midagi külma, et turset alandada, ning tõstke kahjustatud piirkond kõrgemale;
- juhul kui astel asub suus või kurgus (näiteks pärast karastusjoogi purki sattunud putuka allaneelamist), paluge patsiendil jääkuubikut imeda või jäävett juua;
- kontrollige patsienti pidevalt **DRS-ABCD**-meetodist lähtudes.

Juhul kui märkate mistahes tugeva allergilise reaktsiooni nähtusid (lk 39) kutsuge kiirabi. Abistage patsienti adrenaliini automaatsüstla kasutamisel, kui tal see olemas on.

Maohammustused

Kõiki teadaolevaid või kahtlustatavaid maohammustusi tuleb käsitleda potentsiaalselt eluohtlikena ning kiiresti tuleb kutsuda meditsiiniabi.

Ärge proovige madu kinni püüda

Maohammustuse nähud ja jäljed ei ole alati nähtavad. Sümptomid võivad ilmned a tund aega pärast hammustust või hiljemgi. Hammustuse jäljed võivad varieeruda selgetest torkehaavadest kriimustusteni või olla peaaegu märkamatud.

Haigusnähud ja nende kombinatsioonid võivad olla järgmised:

- valu, turse, verevalum või väike veritsus hammustuskohas (vahel tekib hiljem);
- peavalu, minestustunne, peapööritus;
- kõhuvalu, iiveldus ja oksendamine;
- hägune nägemine, lõdvdad silmalaud;
- kõnelemis- või neelamisraskused;
- jäsese nõrkus või tuimus;
- hingamisraskused.

Toimige järgmiselt:

- järgige **DRS-ABCD**-meetodit;
- helistage hädaabinumbrile 112;
- asetage patsient lamama ja paluge tal liikumatult olla; julgustage patsienti;
- peatage veritsus ja puhastage haava puhta veega;
- katke hammustuskoht,
- juhul kui hammustuskoht asub jäsemel, mähkige see tihedalt sidemesse, alustades sõrmedest või varvastest ja lõpetades hammustuskohas (Joonis 41);
- fikseerige seotud jäse;
- märkige üles hammustuse ja sideme paigaldamise kellaag;
- jääge meditsiiniabi saabumiseni patsiendi juurde.

ÄRGE püüdke mürki haavast välja imeda ega paigaldage kahjustatud jäsemele žgutti.



► Joonis 41 – rõhksideme paigaldus ja jäsese fikseerimine

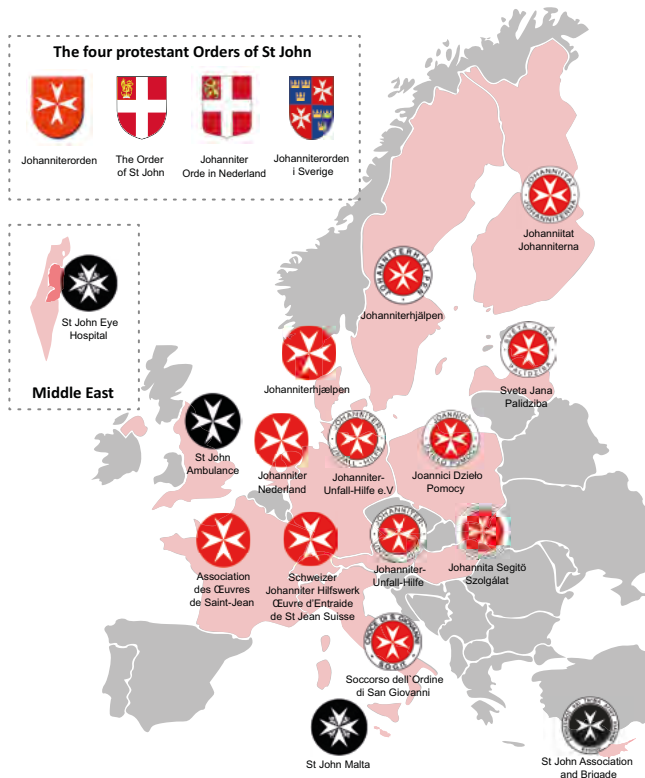
See on JOIN

Johanniter International (JOIN) on nelja protestantliku Johanniidide ordu ja nende vastavate heategevusühingute koostööorganisatsioon. Meie liikmesorganisatsioonid asuvad Euroopas

ja Lähis-Idas ning teevad tihedat koostööd omavahel. Liikmesorganisatsioonides on kokku rohkem kui 100 000 vabatahtlikku. Nad tegelevad meditsiini- ja esmaabiteenustega, sotsiaalhooldusega, noorsootööga ning rahvusvahelise ja katastroofiabiga. JOINi liikmesorganisatsioonide teenused on avatud kõikidele. Meie töö ja väärtuste tuum on meie kristlik pärand.

JOINi peakontor Brüsselis toetab Johanniidide heategevusorganisatsioonide huve euroopa ja rahvusvaheliste ühingute juures ning võtab osa internatsionaalsetest projektidest ja tööühendustest.

Lisainfo saamiseks palun võtke meie Brüsseli kontoriga ühendust; join.office@johanniter.org või www.johanniter.org.



johanniter
international

