



B.H.V.

EHBO deel1

TEL 0597-618724 / 06-22712605

E-mail: info@lacollege.nl

INHOUD.

1. De 5 belangrijke punten.	Blz. 3
2. De noodvervoer greep van Rautek.	Blz. 5
3. Ondersteuningsgreep.	Blz. 6
4. Vaststellen van het bewustzijn.	Blz. 7
5. Enkele ziektebeelden: Zoals beroerte, epilepsie.	Blz. 8
6. Belemmering ademhaling.	Blz. 15
7. Draaien van de buik op de rug.	Blz. 17
8. Ademhalingscontrole.	Blz. 18
9. Bewusteloos met normale ademhaling.	Blz. 19
10. Flauwte.	Blz. 21

1. De 5 belangrijke punten

Wanneer u als eerste hulpverlener te maken krijgt met een ongeval of acute ziekte, komen de volgende vijf punten altijd aan de order

1. Let op gevaar;
2. Ga na wat er is gebeurd en daarna wat iemand mankeert;
3. Stel het slachtoffer gerust en zorg voor beschutting;
4. Zorg voor professionele hulp;
5. Help het slachtoffer op de plaats waar hij ligt of zit.

1. Let op gevaar

Allereerst zorgt u ervoor dat uzelf, eventuele omstanders en slachtoffer geen gevaar lopen. Zorg dat uzelf niet gewond raakt. Neem dus geen onnodige risico's. Voorbeelden zijn: het verkeer omleiden, de motor van de auto uitzetten, kleren die in contact zijn gekomen met bijtende stof uittrekken (alleen als dit veilig kan, dus met de nodige voorzorgsmaatregelen), de elektriciteit uitschakelen.

Als de politie of brandweer aanwezig zijn, volg dan hun aanwijzingen op.

2. Ga na wat er is gebeurd en daarna wat iemand mankeert

Vraag aan het slachtoffer of omstanders wat er is gebeurd.

Bekijk en beoordeel de ongevalsituatie.

Wanneer het slachtoffer niet aanspreekbaar is en er geen ooggetuigen zijn: kijk wat u op kunt maken uit de situatie. Let daarbij op "stille getuigen".

Deze informatie geeft u dikwijls een aanwijzing voor het letsel dat het slachtoffer kan hebben.

Ga na wat het slachtoffer mankeert. Kijk eerst naar de drie vitale functies.

Bewustzijn - Ademhaling - Circulatie

Onderzoek pas daarna of het slachtoffer plaatselijk letsel heeft.

Een stoornis in een of meerdere vitale functies is levensbedreigend, terwijl plaatselijk letsel zelden dodelijk is

3. Stel het slachtoffer gerust en zorg voor beschutting

Een slachtoffer is vaak geschrokken en angstig, soms ook agressief of geprikkeld. Benader ieder slachtoffer altijd met zoveel mogelijk tact en persoonlijke inzet.

Zorg dat hij u kan zien; als hij ligt, ga dan op uw knieën naast hem zitten. Probeer in ieder geval dicht bij hem te blijven. Praat met hem, ook als u denkt dat hij niet bij bewustzijn is. Noem uw naam, vertel wat u gaat doen of wat er gaat gebeuren. Doe geen uitspraken over letsel en over vooruitzichten; beloof niets wat u niet kunt waarmaken, maar blijf wel eerlijk. Zeg liever dat u niet weet wat er gaat gebeuren, maar dat u wel bij hem blijft. Beschut het slachtoffer tegen wind of regen. Bij koud weer kan hij onderkoeld raken. Dek hem dan toe; vergeet daarbij zijn hoofd niet. Leg zo mogelijk ook iets onder hem, maar zorg dat hij zo min mogelijk wordt bewogen.

Bij felle zonneschijn en extreme warmte is er kans op oververhitting. Beschut het slachtoffer in principe op de plaats waar hij ligt of zit. Gaat het lang duren voordat de professionele hulp arriveert, verplaats het slachtoffer dan op een verantwoorde wijze.

4. Zorg voor professionele hulp

Blijf, indien mogelijk, zelf bij het slachtoffer en laat iemand anders alarmeren. Als het niet anders kan, mag u het slachtoffer alleen laten om hulp te gaan halen.

Bij de melding moet worden doorgegeven:

- De naam van de melder;
- De exacte plaats van het ongeval;
- De oorzaak van het ongeval;
- Het aantal slachtoffers;
- Gaat het om een volwassene of kind, (geschatte) leeftijd;
- Het soort letsel(s).

Vraag als opdrachtgever altijd aan de melder om terug te komen.

Stel uzelf op de hoogte van de interne en externe alarmprocedure van uw bedrijf / organisatie.

Verder is het belangrijk dat u het gebruik maakt en kennis heeft van de ter beschikking staande communicatiemiddelen.

5. Help het slachtoffer op de plaats waar hij ligt of zit

Onnodig bewegen verergert vaak letsels: verleen de eerste hulp daarom op de plaats van het ongeval. Weersomstandigheden zoals regen, wind en sneeuw, maar ook felle zonneschijn en extreme warmte kunnen gevaar opleveren voor het slachtoffer (onderkoeling en oververhitting). Bij een gevaarlijke situatie, bijvoorbeeld brand, gevaar van instorting, snelweg of omdat u het slachtoffer op de plek zelf geen beschutting kunt geven en zijn toestand snel slechter wordt, moet het slachtoffer verplaatst worden. Verplaats een slachtoffer bij voorkeur met de noodvervoersgreep van Rautek.

Als hij nog op een been kan steunen, kunt u hem ook ondersteunend verplaatsen.

2. De noodvervoer greep van Rautek.

(Tegenwoordig wordt dit de buikgreep genoemd)

Bekijk de film: Rautek greep.

Klik op de afbeelding.



Kniel aan de linkerkant van het slachtoffer ter hoogte van de schouders.
Plaats uw rechtervoet achter het hoofd.

Ga met uw rechterhand onder de nek door en plaats uw hand in de rechteroksel.

Het hoofd komt daarbij op uw arm te liggen. Plaats uw linkerhand
in de linker oksel.

Breng het slachtoffer in een vloeiende beweging in zittende houding
en zorg ervoor dat u achter hem komt.

Pak een van de onderarmen horizontaal voor de borst vast
met aaneengesloten vingers (duimen over de onderarm).

Ga in hurkhouding zo dicht mogelijk tegen het slachtoffer aanzitten.

Uw voeten komen daarbij achter hem en uw knieën aan weerskanten van zijn lichaam.
Til het slachtoffer op door uw benen te strekken. Houdt het
slachtoffer daarbij zo dicht mogelijk tegen u aan, dit is minder belastend voor uzelf!

Versleep het slachtoffer achteruit lopend enkele meters en leg
hem voorzichtig weer neer; ondersteun zijn hoofd voortdurend.

Let op! Als u aan de rechterkant van het slachtoffer
knielt, voert u de handelingen in spiegelbeeld uit.

De Rautek greep kan ook gebruikt worden om iemand van de stoel op de grond te leggen of om een
slachtoffer uit een auto te halen.

Opmerking: Gebruik de Rautekgreep alleen in uiterste noodsituaties. Til vanuit uw benen!!

Rautek greep twee personen

Op dezelfde manier als met 1 persoon wordt het slachtoffer met de Rautek greep vastgehouden.

De 2^e persoon knielt naast de benen van het slachtoffer met de rug naar het slachtoffer en legt de benen over elkaar en omvat met 1 hand beide enkels (het gewond been bovenop).

Op aangeven van de 1^e persoon wordt het slachtoffer opgetild en verplaatst.



3. Ondersteuningsgreep.

Ga aan de gezonde kant van het slachtoffer staan.

Laat hem een arm om uw hals slaan.
Houd die arm stevig bij de pols vast.

Sla uw andere arm om het middel van uw slachtoffer
en pak zo mogelijk zijn onderarm vast.

Zet uw heup achter zijn bil.

Zet met uw vrije voet een kleine stap vooruit.

Til met uw heup het slachtoffer iets op en zet hem een stap vooruit.

Herhaal deze laatste stappen tot u uit de gevarenzone bent.



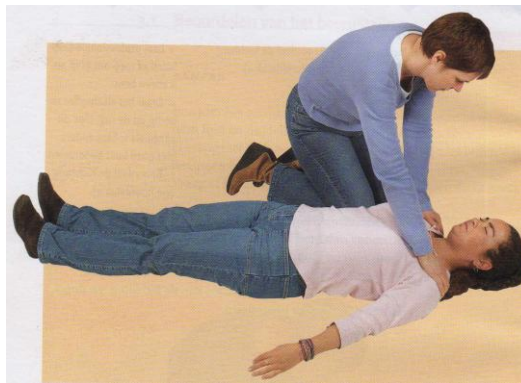
4. Vaststellen van het bewustzijn.

Na het zorgen voor uw eigen veiligheid, de veiligheid van omstanders en het slachtoffer moet u bij het slachtoffer eerst de werking van de vitale functies controleren. Daarna beoordeelt u zo nodig of er lichamelijk letsel, zoals kneuzingen, breuken of verwondingen aanwezig zijn.

Benaderen van het slachtoffer

Benader het slachtoffer bij voorkeur aan de kant waar hij met het gezicht naar toe ligt, zodat hij zijn hoofd niet hoeft te draaien.

Ga ter hoogte van de bovenarm stabiel (op beide knieën) naast het slachtoffer zitten.



Schud het slachtoffer voorzichtig aan de schouders (doe dit uiterst voorzichtig bij verdenking op nekletsel) en spreek het slachtoffer luid en duidelijk aan en vraag: "Gaat het"?

Kijk of het slachtoffer de ogen opent en hoe hij reageert. Beoordeel of het bewustzijn normaal is. Als het slachtoffer niet reageert, is hij "bewusteloos" en roept u direct om hulp van een collega of omstander.

Als het slachtoffer op de buik ligt, draait u hem om.

Maak de adem weg vrij en controleer de ademhaling.

5. Enkele ziektebeelden: Zoals beroerte, epilepsie.

Enkele ziektebeelden waarbij problemen met de vitale functies kunnen ontstaan. Welke verhoudingsgewijs veel voorkomen en goed herkenbaar zijn. Waarbij u daadwerkelijk eerste hulp kunt bieden.

BEROERTE /CVA

De medische term voor een beroerte is een Cerebro Vasculair Accident (CVA). Bij een beroerte knapt een bloedvat in de hersenen of raakt het verstopt. In beide gevallen wordt de toevoer van bloed en daardoor de aanvoer van zuurstof en voeding naar de hersenen verstoord. Daardoor raakt het getroffen deel van de hersenen beschadigd.

In 80% van de gevallen gaat het bij een beroerte om een herseninfarct waardoor de bloedtoevoer wordt belemmerd. In de rest van de gevallen ontstaat de beroerte doordat een zwakke plek in het vat openbarst waardoor er een bloeding ontstaat.

VERSCIJNSELEN BIJ EEN BEROERTE

Bij een beroerte kunnen de volgende verschijnselen ontstaan;

- Verlamming;
- Spraak- en taalstoornissen;
- Stoornissen bij het zien;
- Evenwichtsstoornissen, gedrag- en bewustzijnsverandering.

Verlamming

Verlamningsverschijnselen ontstaan bij 80% van de patiënten met een beroerte. De verlammingen na een beroerte beperken zich meestal tot één kant van het lichaam (halfzijdige verlamming). Verlammingen kunnen optreden aan het gezicht (waardoor het gezicht scheef trekt of de mond gaat hangen) en in een arm of been. Soms raakt de patiënt aan een kant van het lichaam volledig verlamd.

Spraak- en taalstoornissen

Ten gevolge van een beroerte kunnen spraak- en taalstoornissen ontstaan, waardoor iemand niet meer begrijpt wat er wordt gezegd of zelf geen taal meer kan gebruiken. Soms spreekt de patiënt verward omdat de taalfunctie is verstoord, soms onduidelijk omdat hij moeite heeft met het bewegen van de spieren van mond, tong en keel. In beide gevallen kan het erg moeilijk zijn de betrokkene te verstaan en te begrijpen.

Stoornissen bij het zien

Bij een beroerte kunnen problemen ontstaan met het kunnen zien. Het gezichtsveld kan voor een deel wazig of verdwenen zijn. De plaats van het betrokken gebied is afhankelijk van de plaats van de beschadiging in de hersenen.

Evenwichtsstoornissen, gedrag- en bewustzijnsverandering

Ten gevolge van een beroerte kunnen allerlei functies die de hersenen verzorgen, verstoord raken of uitvallen. Stoornissen in het evenwicht of in het bewustzijn en veranderingen in het gedrag komen vaak voor.

EERSTE HULP BIJ EEN BEROERTE

Alarmeer bij het vermoeden van een beroerte direct 1-1-2, want verlies van tijd bij een beroerte betekent verlies van hersenweefsel. Aan de buitenkant valt niet te zien of de beroerte wordt veroorzaakt door een afsluiting in een bloedvat (herseninfarct) of een hersenbloeding. Zolang de oorzaak niet duidelijk is, wordt altijd van een beroerte gesproken.

Om de schade bij een herseninfarct te beperken, moet de afsluiting zo snel mogelijk worden opgeheven. Hoe eerder in het ziekenhuis kan worden gestart met de toediening van medicatie, om op deze manier de toevoer van bloed naar de hersenen te kunnen herstellen, hoe groter de kans op (gedeeltelijk) herstel zal zijn.

U kunt de **FAST** test gebruiken als hulpmiddel bij het herkennen van een beroerte. FAST is de afkorting van: Face, Arm, Speech en Time.

- **Face:** let op of de mond scheef staat of een van de mondhoeken naar beneden hangt. Om dit goed te kunnen beoordelen kunt u betrokkene vragen of hij zijn tanden kan laten zien of kan lachen;
- **Arm:** let op of een arm (of been) verlamd is. Om dit goed te kunnen beoordelen kunt u de betrokkene vragen om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let daarbij goed op of een arm wegzakt of vreemd beweegt;
- **Speech:** let op de spraak. Let op hoe de betrokkene uw vragen beantwoordt, beoordeel zowel de spraak als het gebruik van de taal;
- **Time:** stel vast op welk tijdstip de klachten zijn begonnen.

Laat de betrokkene in afwachting van de ambulance nooit alleen. Blijf voortdurend controleren hoe de verschijnselen zich ontwikkelen. Als de betrokkene het bewustzijn verliest, legt u hem in de stabiele zijligging.

Herken een beroerte *be FAST*

Met een eenvoudige test kunt u een beroerte herkennen: de **Face-Arm-Speech-Time test**. Als de persoon één of meer opdrachten niet kan uitvoeren, heeft hij/zij waarschijnlijk een beroerte. Let op de tijd en ... handel direct!



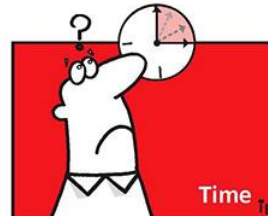
Face Vraag de persoon om te lachen of de tanden te laten zien. Let op of de mond scheef staat en een mondhoek naar beneden hangt.



Arm Vraag de persoon om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of een arm wegzakt of rondzwakt.



Speech Vraag aan de persoon of aan de familieleden of er veranderingen zijn in het spreken (onduidelijk spreken of niet meer uit de woorden kunnen komen).



Time Stel vast hoe laat de klachten bij de persoon zijn begonnen. Dit is van belang voor de behandeling. Bel direct huisarts of 112.

HANDEL DIRECT want TIJDVERLIES = HERSENVERLIES
Bel huisarts of 112

Nederlandse  Hartstichting
Redt levens

EPILEPSIE

Epilepsie is een stoornis in de hersenen, waarbij zich plotseling een soort "kortsluiting" voordoet en hersencellen ongecontroleerd ontladen. Bij de ontladingen kunnen aanvallen (insulten) optreden. Buiten deze ontladingen wordt bij mensen met epilepsie meestal geen afwijking of beschadiging aan de hersenen gevonden.

Soms ontstaan epileptische aanvallen echter na een ongeval met hersenletsel of een hersenbloeding. Ook hoge koorts, oververhitting, vergiftiging of een ontregelde diabetes kunnen aanvallen of insulten veroorzaken

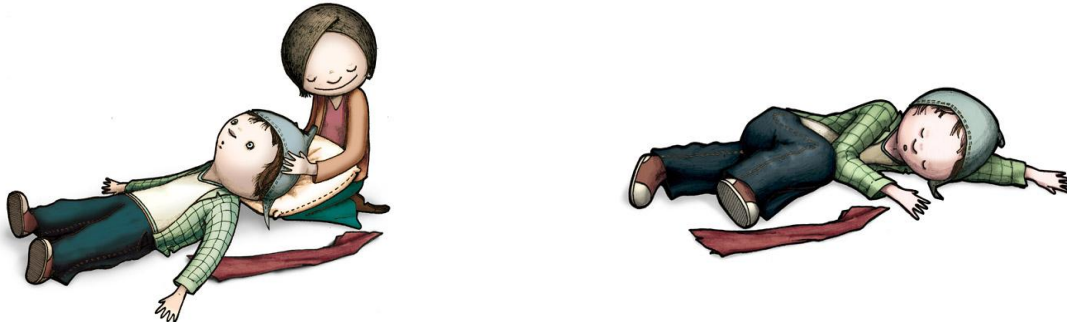
EERSTE HULP BIJ EEN GROTE AANVAL

Doordat een epileptische aanval plotseling ontstaat, kunnen gevaarlijke situaties bij het werken met gereedschap of machines ontstaan. Omdat het slachtoffer daarbij niet meer in staat is om voor zijn eigen veiligheid te zorgen, dient u hier zo snel mogelijk voor te zorgen.

Breng het slachtoffer in veiligheid en maak de omgeving vrij van voorwerpen waaraan deze zich kan verwonden. Houdt het slachtoffer tijdens een grote aanval niet klemvast. Door de enorme

ongecontroleerde spieractiviteit tegen te houden neemt de kans op letsel aan spieren en zelfs botbreuken alleen maar toe. Bescherm vooral het hoofd door er iets zachts onder te houden of houdt het hoofd voorzichtig vast om te voorkomen dat het tijdens de aanval steeds de grond raakt. Zolang de spierkrampen voortduren, kunt u eigenlijk niets anders doen dan het slachtoffer zo goed mogelijk beschermen tegen het oplopen van verwondingen. Aan het bijten op tong en lippen tijdens de aanval kunt u niets doen.

Pas als de kramp- en schokfase voorbij zijn, kunt u het slachtoffer in de stabiele zijligging leggen om de adem weg vrij te maken en te houden.



Bij een grote aanval is het meestal niet nodig via 1-1-2 te alarmeren. Als u bij het slachtoffer al eens eerder een insult heeft gezien of als u bekend bent met het karakteristieke verloop van de aanvallen bij het slachtoffer kunt u even wachten met alarmeren. Meestal is de aanval na enkele minuten immers weer voorbij en kunt u het slachtoffer zelf verder helpen.

Als er tijdens de aanval letsel ontstaat, of de aanval na enkele minuten niet verdwijnt of terugkomt, is het alarmeren vanzelfsprekend wel nodig. Ook als het een onbekend slachtoffer betreft is het verstandig 1-1-2 te alarmeren.

Ditselfde geldt bij een epileptische aanval bij een vrouw die zwanger is.

HARTINFARCT

Bij een hartinfarct sterft een deel van de hartspier of door een totale afsluiting in een kransslagader. Een hartinfarct ontstaat meestal doordat zich op de plaats van een vernauwing in een kransslagader een bloedstolsel vormt, waardoor de toevoer van bloed opeens helemaal wordt geblokkeerd. De pijn die ontstaat door een plotselinge optredende verstopping van een kransslagader is hetzelfde als bij Angina Pectoris, maar houdt langer aan en is meestal een stuk heviger. In tegenstelling tot Angina Pectoris verdwijnen bij een hartinfarct de klachten niet door rust of het gebruik van een "tabletje" of spray onder de tong.

Bij een volledige afsluiting van een kransslagader treedt na korte tijd een hartinfarct op.

Een hartinfarct kan tot levensbedreigende hartritmestoornissen en onvoldoende pompwerking van het hart leiden, waardoor het hart faalt om voldoende bloed rond te pompen of waarbij de pompfunctie zelfs volledig uitvalt. Het slachtoffer heeft dan een circulatiestilstand en zal gereanimeerd moeten worden.

EERSTE HULP BIJ HARTKLACHTEN

Pijn op de borst kan afkomstig zijn van stoornissen in diverse organen zoals het hart, de longen, de slokdarm of de maag. Het is niet gemakkelijk om de verschillende oorzaken te onderscheiden. Zo kan de benauwdheid bij hyperventilatie of pijn die afkomstig is van de slokdarm of de maag soms erg

lijken op hartklachten. Omgekeerd kan een plotselinge pijn in de maagstreek soms door het hart worden veroorzaakt.

Bij acuut optredende pijnklachten op de borst mag geen tijd verloren gaan. De klachten kunnen immers verergeren en een levensbedreigende vorm aannemen.

Het direct inschakelen van professionele hulp via 1-1-2 staat voorop. Laat het slachtoffer in afwachting van de ambulance nooit alleen en laat hem zo min mogelijk inspanning verrichten. Als hij het bewustzijn verliest moet u de reanimatieprocedure opstarten en begint u met de controle van de ademhaling.

HYPERVENTILATIE

Hyperventilatie is geen ziektebeeld maar een syndroom van klachten veroorzaakt door een verkeerde ademhaling. Tijdens hyperventilatie wordt in een hoog tempo teveel lucht in- en uitgeademd. Het probleem is dat hierdoor teveel koolzuurgas wordt uitgeademd.

Merkwaardig genoeg ervaart iemand die hyperventileert meestal een gevoel van ernstige benauwdheid, ondanks het hoge ademtempo. Hyperventileren kan door tal van oorzaken ontstaan. Daarom is het belangrijk om iemand die hyperventileert serieus te nemen. Hyperventilatie wordt namelijk zowel gezien bij patiënten met "pijn op de borst" door een hartinfarct, als bij mensen die onder invloed van spanningen onbewust verkeerd gaan ademen.

EERSTE HULP BIJ HYPERVENTILATIE

Vraag welke klachten de betrokkene heeft en of deze zich al eens eerder hebben voorgedaan.

Beoordeel of deze klachten wel of niet bij hyperventilatie passen.

Let ondertussen goed op het ademhalingspatroon van het slachtoffer. Hyperventilatie wordt immers veroorzaakt door in een hoog tempo te veel lucht in- en uit te ademen (ademfrequentie meer dan 20 keer per minuut).

Vraag of er een speciale aanleiding was waardoor de klachten ontstonden

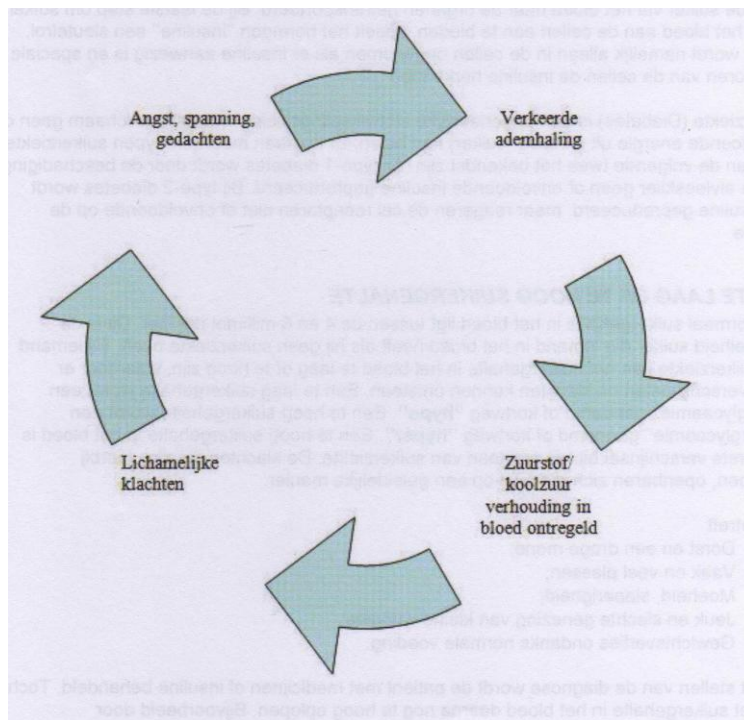
- Pijn of een ander lichamelijk probleem;
- Spanning, angst, problemen op niet-lichamelijk vlak.

U kunt voorlopig van de diagnose "hyperventilatie" uitgaan als;

- Dezelfde klachten zich eerder hebben voorgedaan en daarbij de diagnose hyperventilatie is gesteld;
- Er een duidelijke aanleiding is voor hyperventilatie en er geen ernstige klachten aanwezig zijn die niet bij hyperventilatie passen.

Indien het slachtoffer bekend is met hyperventilatie helpt u het slachtoffer door hem gerust te stellen en rustig uit te leggen hoe de klachten verholpen kunnen worden. Laat het slachtoffer rustig ademen, bij voorkeur door de neus en probeer hem of te leiden. Uitsluitend wanneer het slachtoffer vaker last heeft van hyperventilatie en het advies heeft gekregen van een arts om in een plastic zakje te ademen, mag u hem dit laten doen.

Als de klachten niet afnemen, erger worden of wanneer u twijfelt, alarmeer dan; 1-1-2.



SUIKERZIEKTE (diabetes)

Suiker is een zeer belangrijke brandstof voor ons lichaam. De suiker die na het eten niet meteen door het lichaam wordt gebruikt, wordt daarom in de spieren en lever opgeslagen. Als er op een later moment behoefte aan suiker is, wordt deze voorraad aangesproken en wordt de suiker via het bloed naar de organen getransporteerd. Bij de laatste stap om suiker vanuit het bloed aan de cellen aan te bieden, speelt het hormoon "insuline" een sleutelrol. Suiker wordt namelijk alleen in de cellen opgenomen als er insuline aanwezig is en speciale receptoren van de cellen de insuline herkennen. Suikerziekte (Diabetes) is een ongeneeslijke stofwisselingsziekte waarbij het lichaam geen of onvoldoende energie uit glucose (suiker) kan halen. Er bestaan meerdere typen suikerziekte, waarvan de volgende twee het bekendst zijn. Bij type-1 diabetes wordt door de beschadiging van de alvleesklier geen of onvoldoende insuline geproduceerd. Bij type-2 diabetes wordt wel insuline geproduceerd, maar reageren de cel receptoren niet of onvoldoende op de insuline.

EEN TE LAAG OF TE HOOG SUIKERGEHALTE

Een normaal suikergehalte in het bloed ligt tussen de 4 en 8 millimol per liter. Dit is de hoeveelheid suiker die iemand in het bloed heeft als hij geen suikerziekte heeft. Bij iemand met suikerziekte kan het suikergehalte in het bloed te laag of te hoog zijn, waardoor er ziekteverschijnselen en klachten kunnen ontstaan. Een te laag suikergehalte wordt een "hypoglycaemie" genoemd of kortweg "hypo". Een te hoog suikergehalte wordt een "hyperglycaemie" genoemd of kortweg "hyper". Een te hoog suikergehalte in het bloed is het eerste verschijnsel bij het ontstaan van suikerziekte. De klachten die zich hierbij voordoen, openbaren zich meestal op een geleidelijke manier.

Het betreft;

- Dorst en een droge mond;
- Vaak en veel plassen;
- Moeheid, slaperigheid;
- Jeuk en slechte genezing van kleine wondjes;
- Gewichtsverlies ondanks normale voeding.

Na het stellen van de diagnose wordt de patiënt met medicijnen of insuline behandeld. Toch kan het suikergehalte in het bloed daarna nog te hoog oplopen. Bijvoorbeeld door onvoldoende insuline of onvoldoende medicijnen die het suikergehalte verlagen. Of door een te grote consumptie van suikerhoudend eten/drinken. De verschijnselen en klachten van een te hoog suikergehalte komen daarbij vanzelfsprekend ook weer terug. Door regelmatige controle van het bloedsuikergehalte kunnen meestal op tijd maatregelen worden genomen om het suikergehalte in het bloed weer te normaliseren. Een te laag suikergehalte in het bloed kan ontstaan als gevolg van de behandeling van suikerziekte. Een (te hoge) dosering insuline of medicijnen die het suikergehalte in het bloed verlagen kunnen in combinatie met laat eten of een hogere behoefte aan suiker door meer beweging of een hoge buitentemperatuur, een hypoglycaemie veroorzaken.

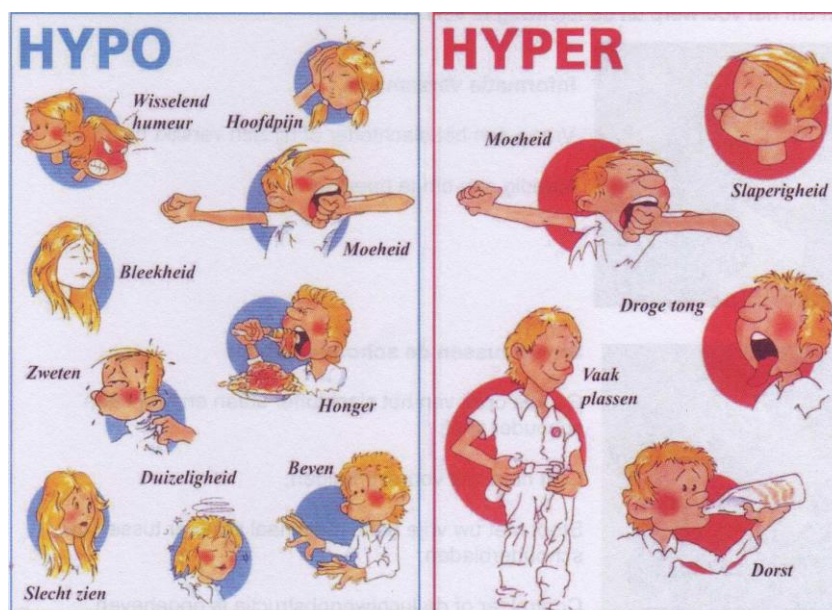
Bij een "hypo" kunnen de volgende verschijnselen ontstaan;

- Wisselend humeur, vreemd gedrag;
- Moeheid, hoofdpijn, slecht zien;
- Bleekheid, beven, heftig transpireren;
- Duizeligheid en bewustzijnsverlies.

EERSTE HULP BIJ SUIKERZIEKTE

Plotselinge ziekteverschijnselen bij patiënten met suikerziekte worden vrijwel altijd veroorzaakt door een te laag suikergehalte ofwel een hypo. Soms heeft een ander, mits deze de verschijnselen kent, eerder dan de patiënt in de gaten dat er een hypo ontstaat. In dat geval is het belangrijk dat de patiënt snel suiker binnenkrijgt, zolang deze nog in staat is om te eten of te drinken. Meestal heeft iemand die suikerziekte heeft wel iets bij zich waarvan hij snel opknapt (druivensuiker, een boterham, koekjes of een drankje met suiker). Desnoods dient u gewone suiker toe, bij voorkeur in vloeibare vorm. Als u te lang wacht, kunnen al snel problemen met het bewustzijn ontstaan. De werking van de hersenen is namelijk volledig afhankelijk van een constante aanvoer van suiker. Na het innemen van suikerhoudend eten of drinken moet binnen enkele minuten een verbetering van de situatie optreden.

Schakel professionele hulp in als de situatie niet verbetert of de patiënt het bewustzijn verliest. Als de patiënt bewusteloos is geraakt, controleert u de ademhaling. Leg de patiënt als deze normaal ademt, in afwachting van professionele hulp, in de stabiele zijligging. Geef nooit medicijnen tenzij u speciaal daarvoor bent opgeleid en bekwaam bent om deze toe te dienen.



6. Belemmering ademhaling.

Slachtoffer bij bewustzijn met luchtweg obstructie of verslikking

De meest voorkomende oorzaak van verslikking bij volwassenen is een volledig of gedeeltelijk afgesloten luchtweg door voedsel zoals brood, fruit, vis, vlees. Aangezien de meeste gevallen van verslikking optreden tijdens het eten is er vaak iemand getuige van het voorval. Meestal kan er snel worden opgetreden als het slachtoffer nog aanspreekbaar is.

Gedeeltelijk afgesloten luchtweg

Vraag of het slachtoffer of hij zich heeft verslikt. Bij een gedeeltelijk afgesloten luchtweg, kan het slachtoffer (moeilijk) spreken en ademen en maakt hij geluid bij het hoesten.

Moedig hen aan om door te blijven hoesten. Het probleem zal zich dan meestal snel opheffen. U hoeft pas in te grijpen indien de situatie ernstiger wordt.

Volledig afgesloten luchtweg

Bij een volledig afgesloten luchtweg, kan het slachtoffer niet spreken, maar wellicht bevestigend knikken. Het slachtoffer kan niet of amper ademen (slachtoffer wordt blauw). Hij zal uiteindelijk het bewustzijn verliezen.

Wanneer het slachtoffer niet (effectief) hoest, stoot u maximaal 5 keer het slachtoffer tussen zijn schouderbladen. Bij geen/onvoldoende resultaat geeft u aansluitend maximaal 5 buikstoten om het voorwerp uit de luchtweg te verwijderen.



Stoten tussen de schouderbladen

Ga iets opzij van het slachtoffer staan en houd een schouder vast;

Laat hem iets vooroverbuigen;

Stoot met uw vrije hand maximaal vijf keer tussen de schouderbladen;

Controleer of de luchtweg obstructie is opgeheven.

Bekijk de film: Heimlich manoeuvre.

Klik op de afbeelding. .





Buikstoten (bij een staand slachtoffer)

Ga achter het slachtoffer staan.

Laat hem iets vooroverbuigen.

Sla uw armen om het slachtoffer en plaats een vuist in de bovenbuik. Omvat deze vuist met uw andere hand.

Trek beide handen met een ruk omhoog, richting de schouderbladen.

Let op dat u niet op de ribben of op de onderste punt van het borstbeen drukt!

Herhaal dit maximaal vijf keer.

Wissel indien nodig slagen op de schouderbladen of met buikstoten totdat het voorwerp loskomt of het slachtoffer bewusteloos raakt.

Buikstoten (bij een zittend slachtoffer)

Ga achter het slachtoffer staan waarbij u uw heup tegen de rugleuning van de stoel zet.

Als de obstructie blijft bestaan, wisselt u vijf stoten op de schouderbladen of met het buikstoten.

Deze methode kan ook gebruikt worden voor kinderen vanaf een jaar.

Adviseer een slachtoffer altijd naar een arts te gaan, indien er buikstoten zijn toegepast. Dit omdat er mogelijk inwendig letsel is ontstaan door de buikstoten.

Bewusteloos slachtoffer met luchtwegobstructie: verslikking

Als het slachtoffer het bewustzijn verliest en de obstructie niet is opgeheven, start u met de volgende handelingen;

- Leg het slachtoffer voorzichtig op de grond;
- Laat direct 1-1-2 alarmeren;
- Start met 30 borst compressies;
- Probeer 2 keer te beademen. Blijf doorgaan tot het slachtoffer weer begint te ademen of professionele hulp het van u over neemt.

7. Draaien van de buik op de rug.

Om de ademhaling goed te kunnen controleren, moet het slachtoffer bij voorkeur op de rug liggen. Als dit niet het geval is, zult u het slachtoffer voorzichtig moeten omdraaien indien u de ademhaling niet met zekerheid kunt vaststellen.

Redenen waarom een bewusteloos slachtoffer dat op de buik ligt, omgedraaid moet worden;

- Buikligging kan de ademhaling bemoeilijken;
- Het slachtoffer is moeilijker te observeren (gelaatskleur, ademhaling);
- Andere letsels zijn moeilijker te achterhalen;
- Bij een onvoldoende of afwezige ademhaling kan direct met reanimeren begonnen worden.

Een bewusteloos slachtoffer van de buik op de rug draaien

Kniel naast het slachtoffer aan de kant van zijn gezicht.

Leg de arm van het slachtoffer die het dichtst bij u ligt langs zijn lichaam.

Zorg er voor dat de hand van die arm op de grond ligt met de handpalm naar boven.

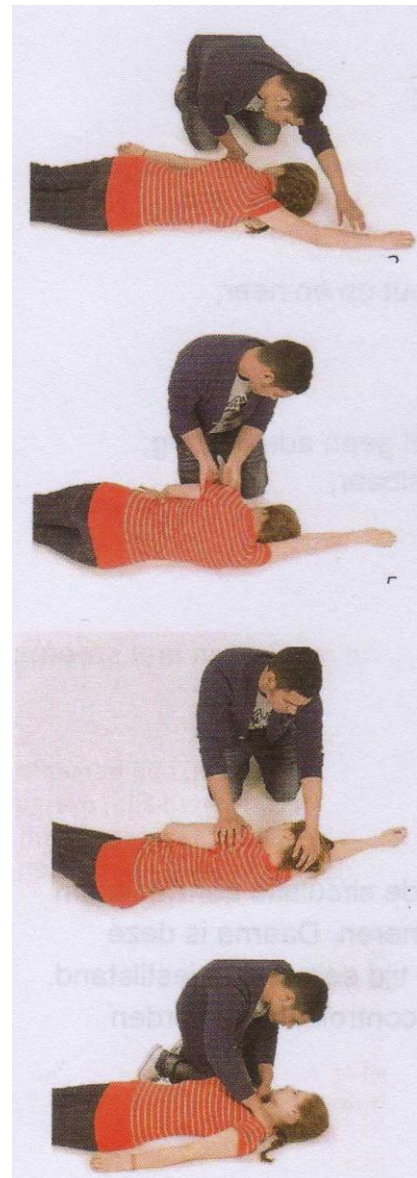
Breng de andere arm van het slachtoffer voorzichtig langs zijn hoofd omhoog.

Zorg ervoor dat de arm recht langs het hoofd ligt, met de handrug naar boven.

Til de dichtstbijzijnde schouder met twee handen omhoog. Eventueel kunt u ook de schouder en de heup omhoog tillen. Duw het slachtoffer op zijn zij.

Draai het slachtoffer door tot hij op zijn rug ligt en leg het hoofd voorzichtig neer.

Controleer vervolgens de vitale functies.



8. Ademhalingscontrole.

De uitvoering van de ademhalingscontrole

De luchtweg van een bewusteloos slachtoffer moet worden vrijgemaakt zodat hij onbelemmerd kan ademen.

Maak de luchtweg vrij door het hoofd van het slachtoffer, met een hand op het voorhoofd, voorzichtig iets naar achter te kantelen.

Til met twee vingertoppen van de andere hand tegelijkertijd de onderkaak op (de kinlift) en kantel uw hand totdat de vingers horizontaal zijn.

Druk niet in het zachte deel onder de kin, omdat u dan juist de luchtweg kunt blokkeren!

Breng uw wang dicht boven de mond en neus van het slachtoffer.

Blijf de kinlift uitvoeren en controleer de ademhaling door maximaal 10 seconden te kijken, luisteren en te voelen naar een normale ademhaling.



Controle van de ademhaling

Luister naar ademgeluiden en voel met uw wang en oorschelp of er lucht wordt verplaatst.

Kijk tegelijkertijd of u aan de bovenbuik/borstkas adembewegingen kunt waarnemen. Als het slachtoffer mogelijk nekletsel heeft, houdt u het hoofd, de nek en de romp tijdens de uitvoering van de ademhalingscontrole zo goed mogelijk in een rechte lijn terwijl u de kinlift uitvoert.

Indien u na 10 seconden twijfelt aan de ademhaling, is er geen ademhaling!

Bij een normale ademhaling:

- Is de ademprequentie 12 tot 16 keer per minuut;
- Beweegt de borst/bovenbuik regelmatig en is de beweging duidelijk zichtbaar;
- Kunt u voelen dat er bij het ademen lucht wordt verplaatst;
- Hoort u geen vreemde (bij)geluiden;
- Mag de huid niet blauw zijn.

Gaspen

Let op!

In de eerste minuten na een circulatiestilstand kan het bewusteloze slachtoffer nog snakkende adembewegingen maken (een onregelmatige, trage, vaak niet-geluidloze ademhaling: "gaspen"). Ook kunnen er bewegingen zichtbaar zijn van de mond en handen.

Het lijkt of het slachtoffer ademt, maar van een effectieve ademhaling is geen sprake.

Gasping treedt op bij ongeveer de helft van de slachtoffers met een acute circulatiestilstand in de eerste paar minuten na het stilvallen van de circulatie.

Dit moet niet verward worden met een normale ademhaling, anders wordt de start van de reanimatie onnodig uitgesteld. Bij een ademhalingscontrole die op de juiste manier wordt uitgevoerd ontdekt u dat gaspen geen normale ademhaling is.

9. Bewusteloos met normale ademhaling.

Bekijk de film: Stabiele zijligging.
Klik op de afbeelding.



Stabiele zijligging

Als een bewusteloos slachtoffer normaal ademt, legt u hem in de stabiele zijligging. Hiermee kan worden voorkomen dat de luchtweg geblokkeerd raakt door bloed, braaksel of doordat de tong in de keelholte zakt. Als u alleen bent, legt u een bewusteloos slachtoffer dat normaal ademt eerst in de stabiele zijligging en alarmeert u daarna via 1-1-2. Als er meer mensen aanwezig zijn, geeft u opdracht aan iemand om 1-1-2 te bellen terwijl u het slachtoffer op zijn zij draait.

Om een slachtoffer in de stabiele zijligging te brengen handelt u als volgt; Kniel naast het slachtoffer aan de kant waar het gezicht naar toe ligt, doe zo nodig de bril van het slachtoffer af.

Leg de dichtstbijzijnde arm van het slachtoffer loodrecht op zijn lichaam, met de handpalm omhoog.
Zorg dat de benen gestrekt naast elkaar liggen.

Buig de andere arm over de borst en breng de hand van deze arm met de handrug naar de wang, aan uw zijde, van het slachtoffer, houdt deze hand met uw hand vast. Duw het hoofd niet opzij.

Pak met uw andere hand het been van het slachtoffer dat het verst van u of ligt vanaf de buitenzijde in de knieholte vast. Trek dit been op en houdt de voet van dat been daarbij op de grond.

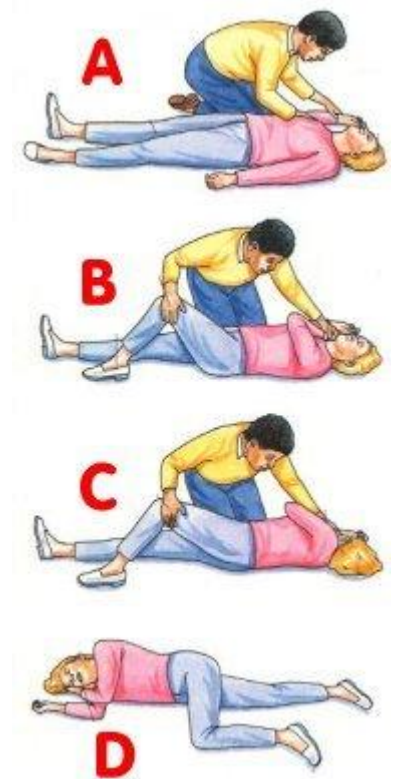
Draai het slachtoffer naar u toe door het gebogen been aan de knie naar u toe te trekken, houdt daarbij de hand van het slachtoffer tegen de wang.

Draai door tot de elleboog de grond raakt, boven de andere arm.

Leg het gebogen been zo dat zowel de heup als de knie in een rechte hoek liggen.

Leg het hoofd op de rug van de hand onder zijn Wang.

Kantel het hoofd van het slachtoffer iets naar achter om de luchtweg vrij te maken, zorg dat de mond naar beneden ligt.



Voorkom afkoelen, beschut het slachtoffer met dekens of kleding.

Controleer elke minuut de ademhaling door een hand te plaatsen op de overgang borst/buik en een hand daar tegenover op de rug van het slachtoffer.

Spread uw vingers en laat de vingers naar het hoofd van het slachtoffer wijzen.

Voer deze controle telkens 10 seconden uit.

Voel, luister en kijk naar de ademhaling.

Zolang het slachtoffer normaal ademt, laat u hem in de stabiele zijligging liggen.

Pas wanneer het slachtoffer langer dan 30 minuten op dezelfde kant heeft gelegen, moet u het slachtoffer op de andere zijde draaien. Over het algemeen is de zorg voor het slachtoffer dan al door het ambulancepersoneel van u over genomen.

Als bij het controleren van de ademhaling blijkt dat het bewusteloze slachtoffer in stabiele zijligging niet normaal ademt, moet u eerst beoordelen of u de luchtweg wel goed heeft vrijgemaakt.

Corrigeer de positie van het hoofd (iets achterover en de mond naar beneden gericht). Als het slachtoffer hierna nog steeds niet normaal ademt, dient u hem in rugligging terug te draaien en de ademhaling opnieuw te controleren.

Het slachtoffer vanuit stabiele zijligging terug op de rug draaien

Kniel naast het slachtoffer aan de zijde van het gezicht.

Ondersteun met uw hand het achterhoofd.

Met de andere hand drukt u zijn heup van u af. Duw door tot het slachtoffer op de rug ligt.

Beoordeel in rugligging de ademhaling.

Indien de ademhaling met kinlift normaal blijkt, dient u de kinlift vol te houden tot de professionele hulpverlening het van u overneemt.

Als de ademhaling niet normaal of onvoldoende is, start u onmiddellijk met reanimatie.

Als een bewusteloos slachtoffer niet normaal ademt of u twijfelt start u met reanimatie. Geef onmiddellijk iemand de opdracht via 1-1-2 te alarmeren. Als u alleen bent, alarmeert u eerst via 1-1-2; zeg in beide gevallen dat het om een "reanimatie" gaat.



Een bewusteloos slachtoffer met mogelijk wervelletsel

Indien het slachtoffer bewusteloos is na een ongeval en er mogelijk sprake is van wervelletsel, mag u hem in principe niet bewegen of draaien.

Zo nodig houdt u de luchtweg vrij door het toepassen van de kinlift als hij op zijn rug ligt.

U moet het slachtoffer vanaf de rug in stabiele zijligging leggen wanneer:

- Er sprake is van (dreigend) braken.
- Er bloed in de keel van het slachtoffer loopt.
- U het slachtoffer alleen moet laten, bijvoorbeeld om te gaan alarmeren.

10. Flauwte.

Een bijzondere vorm van een bewustzijnsstoornis is een flauwte.

Een flauwte is een kortdurende vermindering van het bewustzijn als gevolg van een tijdelijk afgenomen bloedtoevoer naar de hersenen.

Mogelijke oorzaken van flauwte;

- Te weinig eten;
- Grote inspanning, vermoeidheid, uitputting;
- Plotseling stoppen met zware lichamelijke inspanning;
- Plotseling overeind komen na een tijdje te hebben gelegen;
- Langdurig staan;
- Benauwde omgeving;
- Emoties: schrik, pijn, angst (bijvoorbeeld het zien van bloed);
- Bloedarmoede;
- Medicijngebruik of zwakte na ziekte.

Verschuinselen die aan flauwvallen vooraf kunnen gaan zijn;

- Geeuwen;
- Bleke huidskleur;
- Transpireren;
- Vreemd gedrag;
- Slecht zien (wazig, dubbel, zwarte vlekken);
- Controlevermindering over de spieren (soms epileptische trekkingen).

Daarnaast geeft het slachtoffer aan zich "niet goed" te voelen. Na enige tijd treedt een bewustzijnsvermindering op met uiteindelijk bewustzijnsverlies.

Probeer te voorkomen dat het slachtoffer flauw valt door hem plat op de grond to leggen.

Daarmee kunt u letsel als gevolg van vallen voorkomen. Maak knellende kleding los en zorg voor frisse lucht. Leg een nat washandje op het voorhoofd.

Valt iemand flauw, dan komt hij normaal gesproken binnen een minuut vanzelf weer bij. Laat hem dan nog 10 minuten liggen. Als het slachtoffer bij het overeind komen opnieuw klachten krijgt, adviseer hem dan om nog 10 minuten te blijven liggen. Geef pas eten of drinken wanneer het slachtoffer weer volledig bij is en niet misselijk is.

Als hij niet binnen twee minuten bijkomt, is er iets anders aan de hand. Handel dan zoals bij een gestoord bewustzijn.

EINDE. EHBO (1)