



# Al-Assad University Hospital Damascus



# الرضوض العامة & الرضوض العصبية خاصة

أ. د. أحمد جهاد عابدين  
كلية الطب – جامعة دمشق

## مقدمة :

تشير الإحصائيات العالمية إلى أن أكثر أسباب الوفاة وحسب الشيوع هي :

1- أمراض القلب

2- الرضوض الناجمة عن حوادث السير والطرق

3- السرطان

بالنسبة للرضوض الناجمة عن حوادث السير والطرق, فتشكل المخالفات المرورية السبب الرئيسي للرضوض وذلك من عدم التقيد بحدود السرعات, وعدم وضع حزام الأمان, وعدم التقيد بالمرور من ممر المشاة, وعدم التقيد بالشخصات المرورية و ...

وإن معظم هذه الحوادث هي مميتة أو تؤدي إلى الإصابة بعاهات دائمة ..

# الحوادث المرورية وبعد تطبيق قانون السير الجديد في سوريا 2010-2009

تشير الاحصائيات الصادرة عن دائرة المرور بدمشق 2010-2009  
إلى أن هناك :

- 8 اشخاص يموتون يومياً في سوريا نتيجة الحوادث المرورية.
- هناك حادث يحصل كل 18 دقيقة.
- هناك جريح بسبب حوادث المرور كل 32 دقيقة .
- عدد الوفيات 12 شخص لكل مائة ألف نسمة.
- عدد الوفيات 202 شخص لكل مائة ألف مركبة ..

و السؤال ؟

من المسؤول حتى الآن !!





- إحصائيات تقارير منظمة الصحة العالمية:

- يشكل المرض السبب الرئيسي للوفاة بالأعمار ما بين (5-45 سنة )  
ففي كل سنة يفقد أكثر من 100,000 شخص بسبب حوادث  
المرض في أمريكا كما يوجد حوالي 500 ألف شخص يعانون من  
عاهة دائمة بسبب الأذية المرضية .

- أما في بريطانيا فتبلغ نسبة الوفاة من حوادث العمل والطرق والرياضة حوالي 19,000 بالنسبة مما دعى العديد من البلدان للاعتناء بشكل صريح بما يسمى بجراحة الحوادث واتخذت عدة اجراءات للحد منها ومن هذه الاجراءات التاكيد على استخدام حزام المقعد وخوذة الرأس لسائقي الدراجات النارية حيث هبطت نسبة الوفاة الى 20-22 % بعد اجبار الانظمة على استخدام حزام الامان وتناقصت نسبة الوفاة في قيادة الدراجات النارية الى 30% بعد استعمال خوذة الرأس ..

## اسباب الإسعاف الجراحي :

- تشكل حوادث السير والطرق 50%
- تشكل حوادث العمل 35 %
- تشكل حوادث التعدي والمشاجرة 10%
- تشكل حوادث الرياضة 5 %

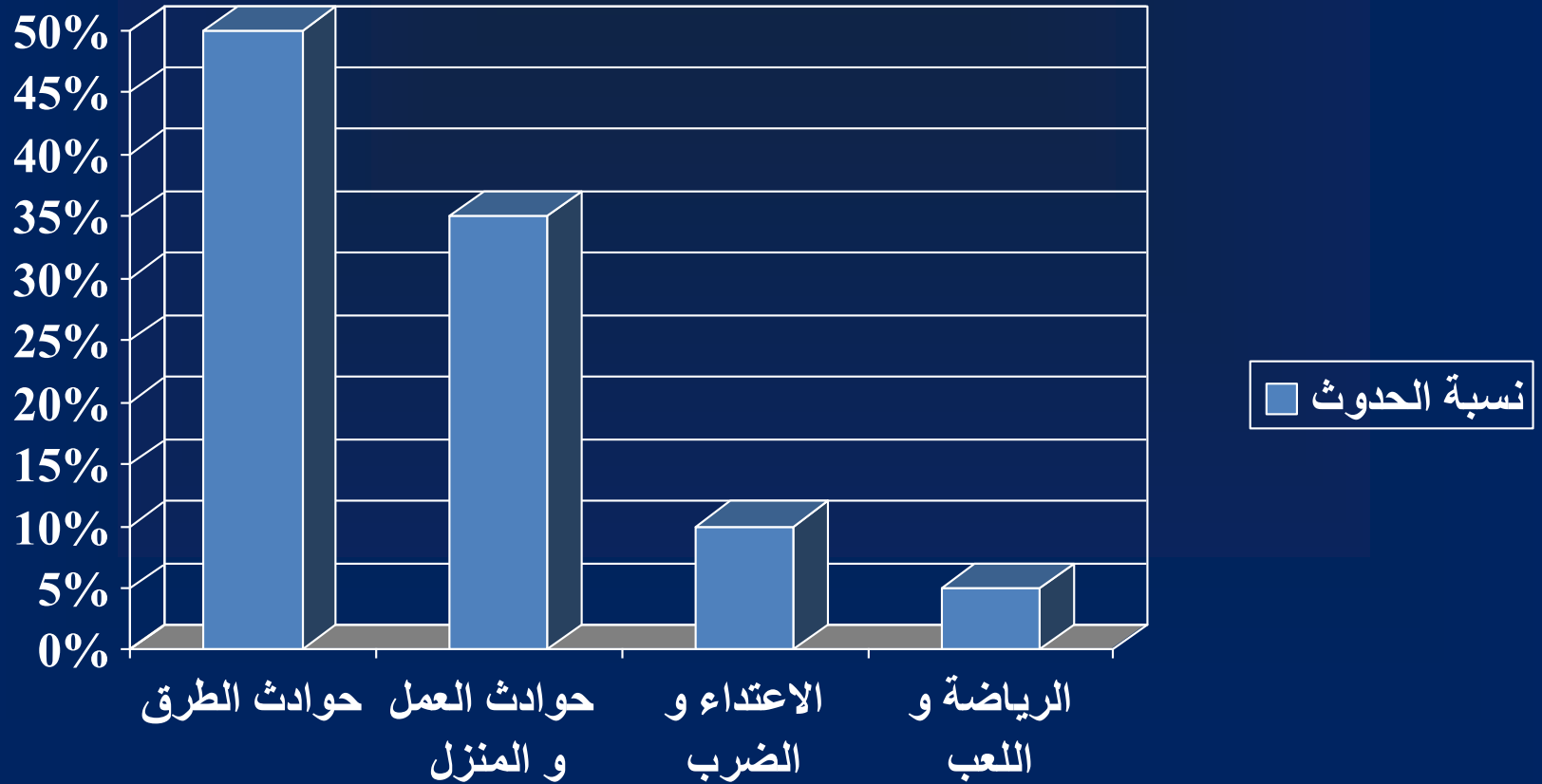
إن ما سبق ذكره يشكل أهم أسباب الإسعاف الجراحي في زمن السلم  
لتتصدر في زمن الحرب الانفجارات والشظايا الحربية أهم تلك  
الاسباب..

- وهنا دائماً نخرج على ظاهرتين هامتين :

1. ظاهرة التخلف بأسباب الاسعاف الجراحي عامة.
2. ظاهرة ما تعرف بقانون غضب الطريق بحوادث السير ...



# أسباب الرضوض





## آلية الأذيات في السيارات :

وتتجم هذه الآلية عن احد العوامل التالية :

1. وقف التسارع الفجائي :

ومثاله عضو بوزن 1,5 كغ كاكبد , صمغ فمع سرعة سيارة

100 كم / سا فعند حدوث توقف فجائي يزداد وزن هذا

العضو مائة ضعف فيحدث تمزق كبد او طحال .



الشبكة العربية  
arabspc.net



2. تحطم السيارة بما فيها .

3. انقذاف الشخص خارج السيارة واصطدامه بمركبة أخرى  
أوحائط أو.....

إن دراسة الية حدوث الرض له أهمية أمام الطبيب المسعف  
وكمثال:

- صدمة أو تأثير مضاد باتجاه الرأس أو زجاج أو سقف السيارة  
يحدث :

- أذيات بالوجة والعينين .

- أذيات بالعنق وأذيات دماغية.



الشبكة العربية  
arabspc.net







الشبكة العربية  
arabspc.net

- صدمة أو تأثير مضاد باتجاه الركبة يحمل خطورة حدوث :

- كسر داعضة .  
- كسر جسم فخذ .

- خلع ورك خلفي

- صدمة أو تأثير مضاد باتجاه الصدر ( مقود السيارة ) يحمل خطورة حدوث :

- كسور اضلاع .  
- كسور بالقص .  
- مصراع صدري .  
- سظام قلبي .



Fig 5.1

تستند:  
 - کمر من در جدول اتکا می آید -  
 - سر را رها نمی -  
 - قاعه در لبه -  
 - راننده در رانندگی -  
 - از دیدن تصویر ترسیده -



Fig 5.2

تستند:  
 - کمر من را نمی بینم -  
 - در محوطه -  
 - در طرفه نگاه می -  
 - از دیدن تصویر ترسیده -



# ماهي مراحل مواجهة المريض المرضوض :

يمكن تسلسلها إلى خمسة مراحل :  
1. ما يجب فعله في مكان ولحظة الحادث

## THE MOMENT OF INJURY

1. ما يجب فعله بالفترة التي تسبق وصول الإسعاف

## MOMENT OF INJURY TO ARRIVAL OF THE AMBULANCE

3. انعاش المريض RESUSCITATION

4. نقل المريض TRANSPORT

5. استقبال المريض في قسم الطوارئ بالمشفى

## RECEPTION IN HOSPITAL

## الاجراءات الاولية في تدبير المريض المرضوض :

للهلة الاولى : قد يبدو أن المريض ليس متأزياً للغة ولكن يجب دوماً أن نتوقع أنه متأزياً بشدة .. أينما وجد المريض ملقى في الطريق أو في جناح الأسعاف فإن المبادئ الأساسية للتدبير الاولى ما يلي:

1. هل يتنفس المريض ؟ إن لم يكن فيجب البدء بالانعاش التنفسي .
2. هل يوجد نبض أو تسمع دقات قلب ؟ إن لم يكن فيجب البدء مباشرة بالتمسيد القلبي

3. هل يوجد نزف خارجي ؟ إن وجد فيجب إجراء الضغط

الخارجي على العضو المصاب وقد نضطر لاستعمال المكربة.

4. هل يوجد احتمال تأذى للحبل الشوكي ؟ إن وجد يجب الحذر

الشديد حين نقل المريض بعد إجراء تثبيت صحيح له .

5. تثبيت الكسور المرئية أو المتوقعة بأقرب وسيلة لمتناول اليد .

أو استعمال الطرف السفلي السليم ليلعب دور الميزابة للطرف

المصاب ومثله ربط الطرف العلوي إلى الصدر بكسور العضد.

# 1- الإختناق Asphyxia:

وينجم عن احد سببين :

1- انسداد طريق الهواء Air way obstruction

2- أذيات صدرية حادة Acute thoracic injury



# 1. انسداد طريق الهواء :

أول ما يجب على المسعف أن يبدأ به هو الحفاظ على طريق هواء سالكاً (Free air way) وذلك سواءاً بإجراء جر لل فك السفلي للأمام , أو شد اللسان ثم وضع قنية بلاستيكية , إلى إجراء التنبيب الرغامي .

هذا و إذا تبين وجود انسداد بالطريق الهوائي العلوي كوجود جسم أجنبي لا يمكن إزالته فهنا يجب أن لا نتردد بوضع ابرة أو اثنتين ذو لمعة عريضة عبر الغشاء الحلقى الدرقى كتدبير اسعافي مؤقت , أما خزع الرغامى الاسعافي فيجب أن لا يتم إلا بالمشفى أو مركز طبي متخصص وبظروف مريحة...

- إذا تطور لدى المريض توقف تنفس فيجب البدء بالإنعاش التنفسي الاصطناعي ( فم - فم ) وذلك بمعدل ل 12 - 16 نفخة بالدقيقة .



Fig 16-1 Relief of airway obstruction.



Fig 16-2 Needle in trachea to establish temporary airway.

## 2- أذيات صدرية حادة :

وهي تشكل السبب الثاني شيوعاً لحالات الإختناق الرضي وأهم اشكالها :

1. المصراع الصدري ( الصدر المخلخل ) FLIAL CHEST  
وهنا لا بد من التنبيب الرغامى ووضع المريض على جهاز المنفسة
2. ريح صدرية مفتوحة Open Pneumothorax
3. ريح صدرية خائقة Tension Pneumothorax  
وهنا لا بد من إجراء تفجير للصدر ...

## 2- توقف القلب و الدوران : Heart arrest

ونواجة هذه الحالة المميّة عندما لا نشعر بضربات القلب مع غياب النبض الوداجي .

وهنا يمكن إنقاذ المريض إن باشرنا بسرعة بإسعافه وأعني بذلك خلال الدقائق الأربعة الأولى التي تلي توقف القلب وقبل أن يتطور حدوث الموت الدماغي ...

لذلك يجب البدء مباشرة :

- إجراء التنفس الاصطناعي فم - فم

- التمسيد القلبي الخارجي عبر جدار الصدر وبمعدل 4 مرات لكل مرة تنفس ...

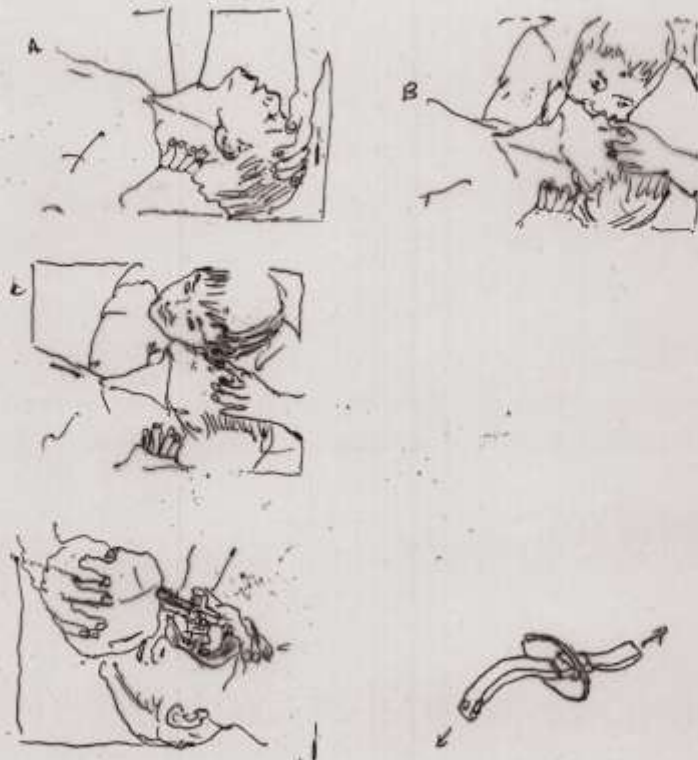


Fig 16-4

Technique of mouth-to-mouth Resuscitation  
and assisted ventilation with a bag and face mask.



### 3- النزف Hemorrhage:

النزف العياني من الجروح يلاحظ عادة بسهولة وغالباً ما تتم السيطرة عليه بالضغط الموضعي على مسير الشريان بالناحية المصابة وإذا كان نزفاً وريدياً فيكفي رفع الطرف المصاب للأعلى وقد نضطر بالنزوف الشريانية المحيطية لاستعمال المكربة والتي لا يخلو استعمالها من مخاطر حدوث أذية وعائية أو عصبية غير عكوسة .

لذا يجب عند استعمال المكربة ارخاءها كل 20 دقيقة لمدة 1-2 دقيقة ريثما يصل المريض للمشفى .. ومن الحكمة دوماً لان نكتب على بطاقة خاصة زمن وضع المكربة وتلحق بأسوارة مع المريض.

من المفيد أن نتذكر هنا أنه :

- 40%** من الأذيات الشريانية تترافق بأذية عصبية.
- 35%** من الأذيات الشريانية تترافق بأذية وريدية هامة .
- 25%** من الأذيات الشريانية تترافق بكسور عظيمة .

## 4- الصدمة SHOCK:

غالباً ما توجد درجة من الصدمة لدى المريض متعدد الرضوض و تتظاهر سريراً بالشحوب و التعرق والبرودة وتسرع النبض مع ضعفه ( النبض الخيطي ) مع هبوط الضغط الشرياني العطش , زلة تنفسية ثم تدهور بالوعي وشح البول ...

# الكسور & Fractures المريض Transportation نقل

إن تثبيت الكسور و الحذر و الحيلة عند نقل المريض من مكان الحادث إلى عربة الاسعاف ثم لقسم الطوارئ له من الالهمية ما هو كبير ..

إن الكلمة الماثورة :

( ثبت المريض حيث هو Splint'em where they lie )

لايزال يوصى بها إلا في بعض الحالات الاستثنائية مثال عند نقل المريض من مكان حريق أو انفجار أو تسرب غاز ... ويتم تثبيت الكسور بماهو متوفر من الواح خشبية – وسادة – الطرف الآخر للمريض .

وعند نقل المريض فيفضل دوماً نقله بعربة اسعاف عن السيارات السياحية والتي لا يخلو نقل المريض بواسطتها من أذى .. ولكن يجب أن لا نضيع الوقت بانتظار العربة المناسبة . ويتم نقل المريض المصاب بأذية دماغية أوحوضية أو المصدوم وهو بوضعية الاستلقاء . وإذا كان هناك شك بكسور بالعمود الفقري فيجب عند نقل المريض المصاب تجنب وضعية العطف أو البسط الشديد, مما قد يتسبب بأذية نخاعية لا عكوسة .



هذا ويجب نقل المريض بسرعة مقرونة بالحدز في قيادة السيارة  
وبمساعدة رجال المرور لإفساح المرور السريع للمشفى.  
وإن فترة الوصول للمشفى تختلف حسب الظروف و البلدان  
وتتراوح بشكل وسطي ما بين 5-10 دقائق بالمناطق الصغيرة ,  
10-30 دقيقة بالمدن الكبرى ...



Fig 16-6 Pillow Splint



Fig 16-9

Emergency immobilization

## 6- العناية في جناح الاسعاف

### Emergency room care

وهنا نبدأ مباشرة بنزع الملابس التي يرتديها المريض , وتقطع عند الضرورة متحاشين أي حركة غير مناسبة . وتبدأ الإجراءات الفورية للسيطرة على النزف والصدمة بعد التأكد دوماً من استمرارية سلامة الطريق الهوائي .. تؤخذ قصة سريرية سريعة نتعرف بها على ظروف الحادث , ونتعرف على ماهية الإجراءات الأولية التي تمت من خلال الطريق الهوائي , النزف , مستوى الوعي..

ثم يفحص المريض بشكل كامل ودقيق مع تأمل عام وشامل  
وملاحظة الجروح والنزوف الظاهرة و لا ننسى تأمل وفحص العنق  
و الظهر , متذكرين المقولة التالية :

( الكثير ما ينسى بسبب عدم التأمل اكثر منه من عدم المعرفة )

**(More is missed bynot looking than bynot knowing )**

ونؤكد هنا على أن وجود الصدمة لدى مريض مصاب برض على الرأس يجب أن نفكر بوجود نزف في مكان آخر بالجسم وخاصة بالصدر و البطن و كسور الحوض ...

- كما أن هناك بعض الرضوض التي تميل أن تكون متشاركة , فمثلاً كسور الكعبين الناجمة عن سقوط من شاهق كثيراً ما تترافق بخلع ورك مركزي مع كسور فقرات وكسر قاعدة الجمجمة , كما أن كسور الحوض كثيراً ما تترافق بتمزق الاكليل الخلفي و المثانة.

## 7- الإنعاش :RESUSCITATION

إن كل هؤلاء المرضى يجب أن نفتح لهم على الأقل خطين وريدين بقطرة وريدية مناسبة لاعطاء السوائل الوريدية والأدوية اللازمة وفي حال تعذر وضعها فيجب البدء مباشرة بتجريد الأورده أو وضع قثطرة وريد مركزي . هذا وتوضع على الفور قثطرة مثانية (فولي ) لمراقبة الصبيب البولي لدى أي مريض مصدوم أو مصاب برض كبير .. ونبدأ بضخ السوائل الوريدية و أفضل ما يعطى محلول رينغر لاكتات حتى تتحسن حالة الصدمة و يتحسن الصبيب البولي .. وإن الإنعاش الجيدهو الذي يتسبب بنتاج بولي حوالي 0,5-1 مع / كغ / د.



و يمكن المباشرة بنقل الدم عند صدمة نقص الحجم النزفية بعد إجراء اختبار الزمرة و التصلب وفي حال عدم توفر الزمرة الدموية فيمكن البدء بنقل دم زمرة ( O- ) ..

وهنا نكون مسبقاً قد أخذنا عينة لسحب الدم لإجراء الفحوصات اللازمة : السكر و البول و شوارد الدم و ...

نطلب غازات الدم الشريانية و عيار حمض اللبن بالدم بكل حالات الصدمة و رضوض الصدر ..

و تجرى الفحوصات الشعاعية اللازمة و كلاً حسب الحال ..

## 8- أولوية المعالجة :Treatment Priorities

هناك بعض الرضوض الخطيرة والتي تتطلب المداخلة الجراحية العاجلة حالما يتأكد التشخيص .. كمثال على ذلك جروح الصدر النافذة و التي تتطلب فتح الصدر اسعافياً, ومثلها الجروح النافذة للبطن و احتمال اصابة احد الأوعية الحشوية ( طلق ناري ).

كما أن الرضوض الدماغية لها الأولوية ايضاً وذلك عندما نتعامل مع مريض مسيوت , حيث يعتبر النزف فوق الجافية من الاسعافات الخطيرة و العاجلة و التي تتطلب التدخل الجراحي الفوري انقاذاً للحياة ..

اما عن كسور القحف فتأخذ أولوية أقل و يمكن التريث بعلاجها لاحقاً بعد معالجة الأذيات البطنية أو الصدرية الهامة ..

اما عن كسور العظام الطويلة فيمكن البدء بتثبيتها وتعالج بشكل  
نصف اسعافي مالم يكن هناك اختلاط وعائي هام مرافق وهنا  
يجب اصلاحه جراحياً..

اما عن الجروح الملوثة فيجب العناية بنظافتها و تطهيرها  
وتتخير ما أمكن من الأنسجة المتهتكة أو المتموتة باكراً  
ما أمكن ..

هذا و يفضل في أذيات اليد معالجتها جراحياً باكراً لتحاشي  
حدوث الانتان ..

ولا ننسى اعطاء المعالجة الواقية ضد الكزاز واعطاء الصادات  
الواسعة الطيف بكل حالات الجروح المتهتكة و الملوثة و  
بالحروق ...

# الرضوض العصبية بالخاصة

❖ حالات القبول بالمشفى لمريض مصاب برض على الرأس :

1. الأطفال لصعوبة تقويمهم ومراقبتهم بالمنزل .
2. حالات ارتجاج الدماغ حيث يقبل 24 ساعة على الأقل.
3. صداع شديد , دوار , اقياءات شديدة , رؤية مضاعفة ...
4. عدم تساوي الحدقتين لأي سبب كان .
5. أي نزف دموي أو نزس د ش من الأنف أو الأذن ..
6. توضعات عصبية مهما كانت طفيفة ( خزل شقي , اختلاج ,  
حول وحشي ... )
7. نسبة الكحول بالدم < 200 مع 100/ مل مع رض على الرأس

## ❖ تقديرات عامة بإسعاف الجراحة العصبية :

1. خمس مرضى رض الرأس يتطلب قبولهم بالمشفى .
2. أكثر من 50% من المرضى يخرجون من المشفى خلال 48 ساعة.
3. 50% من المرضى برض رأس شديد يموتون قبل الوصول للمشفى .
4. 30% من الوفيات بالمشفى يتكلم المريض بوقت قبل وفاته.
5. معظم الوفيات تحدث بالأيام الأولى التالية للرض و دخول المشفى ( أول 48 ساعة ) , لذا يجب عدم تطمين الأهل سريعاً...

# رضوض الدماغ :Brain Trauma

إن مشكلة رضوض الرأس و الدماغ بخاصة بعد حوادث السير والسقوط من شاهق كانت وما زالت إحدى المشكلات الهامة في الجراحة العصبية حيث يشكل إسعاف الجراحة العصبية بالمشافي حوالي نصف حالات الإسعاف الجراحي عامة ...

وكان للسيد هارفي كوشيج الفضل في ادخال هذا النوع من الرضوض إلى الجراحة العصبية وخاصة بالفترة ما بين الحرب العالمية الأولى والثانية ...

إن حدوث رض على الرأس و الدماغ يمكن أن يتسبب بإحداث الأذيات التالية :



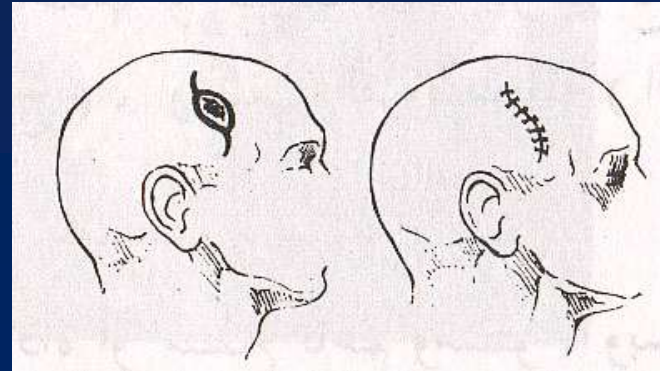
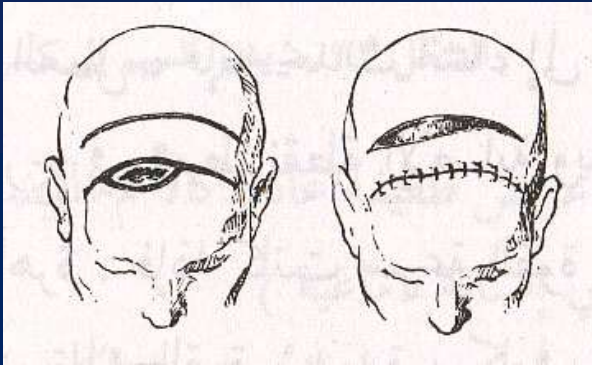
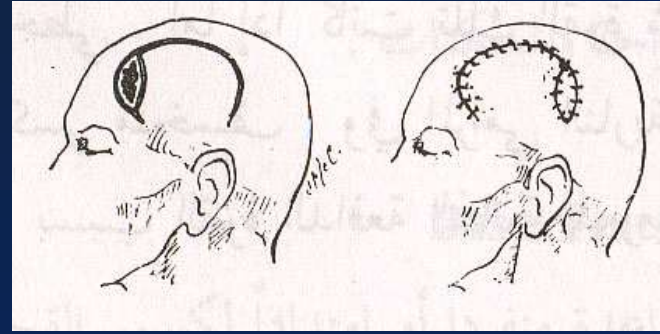
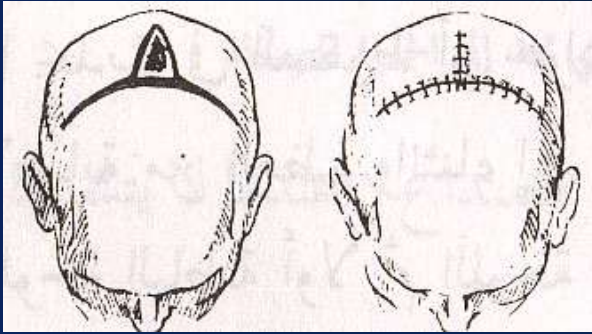
# 1- رضوض الفروة :

حيث قد يحدث جرح بالفروة عادي أو جرح مشرشر أو انقلاع بالفروة ..

وتعالج هذه الحالات بغسل الجرح جيداً بالسيروم الملحي مع الخياطة المباشرة مع أو بعد التنضير ثم وضع مفجر لمدة 24 ساعة واعطاء الصادات ...

- وقد يتشكل ورم دموي تحت الفروة وهنا يفضل تحاشي اجراء البزل ونكتفي بالصادات ومضادات الوذمة ...

# خياطة جروح فروة



## 2- كسور القحف :

و أشيعها الكسور الخطية , الكسور المنخسفة , كسور قاعدة الجمجمة .

يحدث في الكسور الخطية **linar Fractures** تفرق اتصال

بالنسيج العظمي بشكل خطي وحيد أو متعدد – يعالج بالمسكنات –

- أما في الكسور المنخسفة أو الغائرة **Depressed F** فتغور بعض

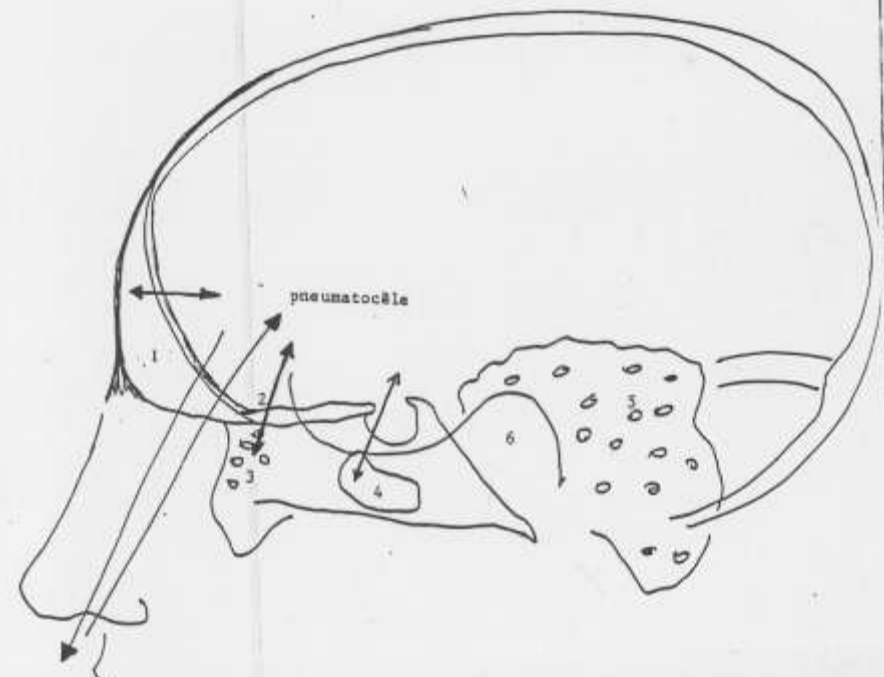
القطع العظمية المكسورة في السحايا وداخل النسيج الدماغي ولذا

تتناسب شدة الأعراض في الكسر الغائر مع شدة الأذية المرافقة في

السحايا و الدماغ وينصف الحالات تعالج جراحياً...

أما في كسور قاعدة الجمجمة Basal.F فتلعب الثقوب و الفتحات العظمية في قاعدة الجمجمة دوراً هاماً , حيث يحدث اتصال حر بين جوف القحف و المحيط الخارجي كما هو الحال بكسور الصفيحة الغربالية حيث يحدث اتصال بين جوف القحف و الأنف مما يتسبب بحدوث نز سائل دماغي شوكي من الأنف , ومثله في كسور الصخرة فيحدث اتصال بين جوف القحف ومجرى السمع الظاهر مما يتسبب بنز سائل دماغي شوكي من الاذن ...

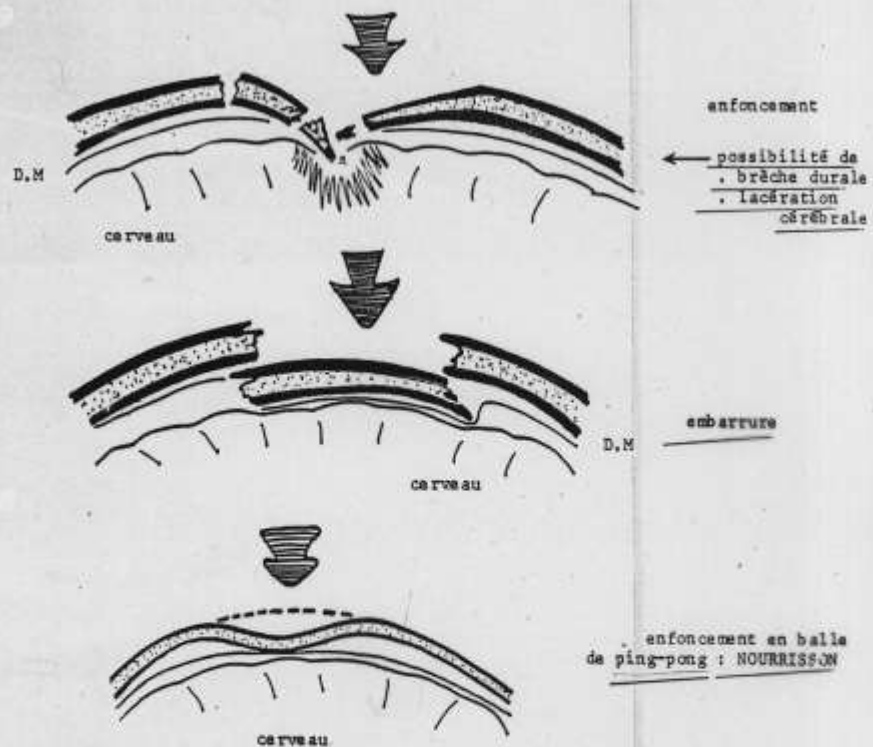
ويختلط هذا الكسر بالتهاب سحايا لذا يجب علاجة جيداً بالتغطية الواسعة بالصادات لعدة أسابيع ثم اجراء بزل قطني متكرر أو تفجير قطني , و آخر مراحل العلاج هو رتق السحايا جراحياً...



Rhinorrhée  
de LCR

- 1 sinus frontal
- 2 lame criblée de l'ethmoïde
- 3 cellules ethmoïdales
- 4 sinus sphénoïdal
- 5 cellules mastoïdiennes
- 6 superposition des rochers

SCHEMA n° 1 : vue de profil



SCHEMA n° 3







### 3- رضوض الدماغ بالخاصة :

#### أ- ارتجاج الدماغ Brain concussion:

وهو بالتعريف اضطراب وظيفي مؤقت ومتراجع بشكل تام في وظائف الدماغ و التشكلات الشبكية .. يترافق بفقد الوعي لفترة قصيرة مع أو بدون اقياءات وهناك فقد تام للذاكرة للحادث نفسه ثم يعود المريض لوعيه وذاكرته بشكل تام و انذاره جيد. وقد يتبع الارتجاج الدماغي بعض الأعراض العصبية لفترة أيام أو أسابيع بعد الرض كالصداع أو الدوار أو اضطراب السلوك ( متلازمة مابعد الرض ).

## ب- الكدمة الدماغية :Brain contusion

وهنا توجد أذية موضعة في البرانشيم الدماغى حيث نجد نزوف نقطية مبعثرة بخاصة فى النهايات السطحية للتلافيف الدماغية مما يتسبب بأعراض وعلامات عصبية بؤرية حسب منطقة الأذية, وهذا ما يفرقه عن الارتجاج الدماغى وفى بعض الحالات تشتد الكدمة الدماغية لتمتد لتشمل جذع الدماغ حيث تكون الأعراض والعلامات العصبية هنا شديدة مع فقد وعى طويل وعميق و اضطراب بالعلامات الحياتية وهنا قد تتطور الحالة إلى وفاة بكدمة جذع الدماغ أو أن تنتهى بمطاف المريض إلى حالة نباتية...

## ج- النزوف الدماغية داخل القحف :

intra cranial Hematomas

وتشمل :

### 1. النزف فوق الجافية Epidural Hematoma:

ويتوضع النزف هنا بين الجافية و الصفيحة الباطنة للقحف ..  
غالباً منشأه شرياني وخاصة الشريان السحائي المتوسط بالناحية  
الصدغية , وهنا عادة يمر المريض بالفترة الصافية Lucide  
INTERVAL ( غياب وعي ثم صحو ثم تدهور الوعي ) لتتسع  
الحدقة بجهة النزف ويحدث فالج شقي مقابل بسبب الانفتاق  
المحجني عبر الخيمة المخيخية وهذا يتطلب تدخلاً جراحياً  
فورياً وإلا الوفاة هي القاعدة ...

## 2. النزف تحت الجافية الحاد و تحت الحاد و المزمن

### Subdural Hematoma

ويتوضع النزف هنا بين الجافية و سطح الدماغ ... الانذار  
بالنزف الحاد و تحت الحاد سيء جداً و الوفاة هي القاعدة ..

أما في النزف تحت الجافية المزمن فيتطور عادة لدى المسنين  
والسكارى و برضوض رأسية بسيطة و متكرره و تتشكل محفظه  
له .. و المريض يشكو هنا من الصداع الدائم أو خزل شقي  
مقابل مترقي أو حبسة كلامية و العلاج جراحي بسيط بنقب  
قحفي و الانذار جيد جداً.

00:51448

DURR AWAD

10: F

00:51448 A  
02.004:01

00:51448 A  
02.005:01

R

R



WM130 HL+44  
00:51448 A  
02.006:01

R

WM130 HL+44

WM130 HL+44

MOUSSAT HOSP. DAMASCUS

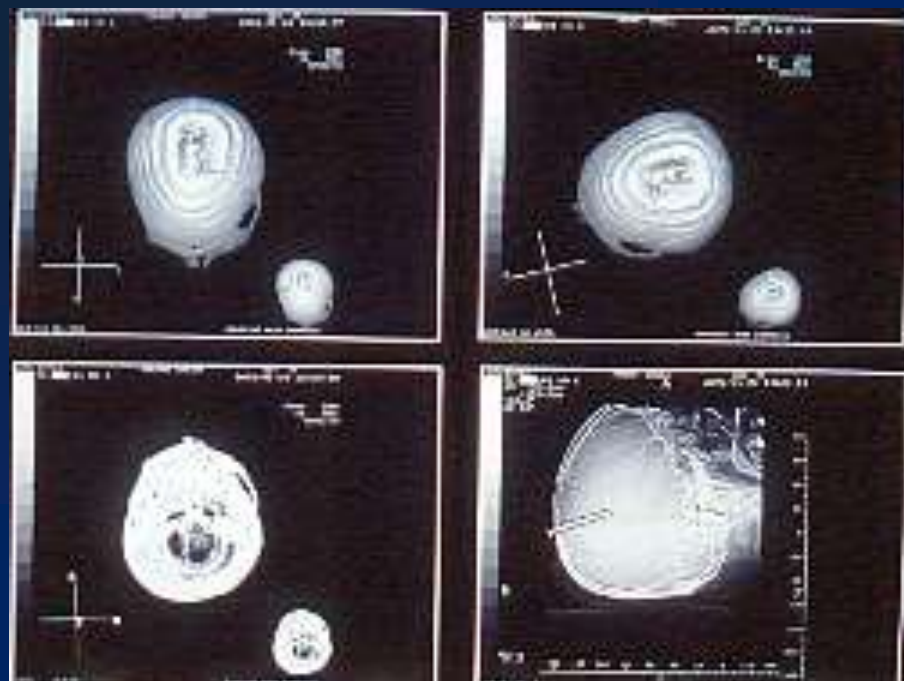
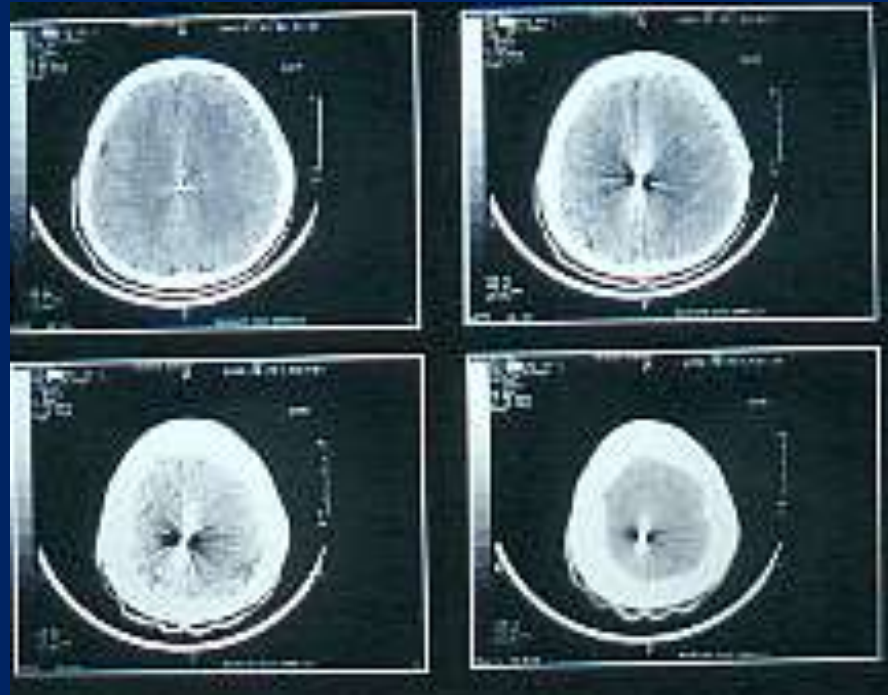
### 3. النزف المستبطن داخل الدماغ Intra cerebral Hematoma

ويتوضع النزف هنا داخل البراشيم الدماغي بسبب رضّي وتختلف الأعراض والعلامات العصبية حسب مكان وحجم توزع النزف وعادة يترك هذا النزف للارتشاف الذاتي وتديره محافظ...

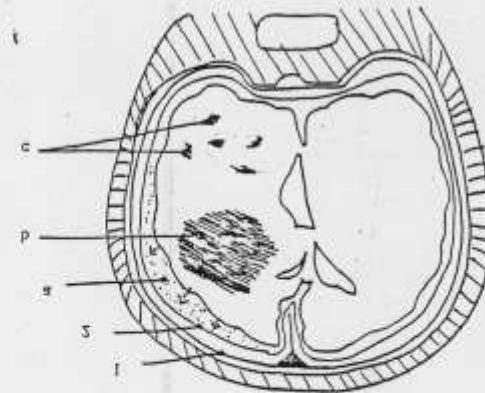




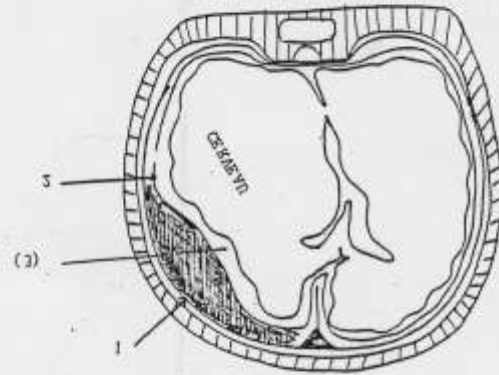






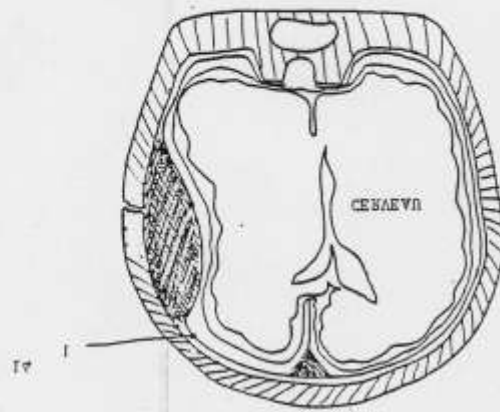


ραμολιθιδνα\*  
 c - τολστα δε συνειπτοι  
 p - ραμωσιμ ιντεσθιερτι  
 α - ραμολιθιδνα εομ-πιασμοζ-  
 ζονδωσι-μωε ελγισσιμιν



(ΓΚΣ)  
 (3) εαθεσε εομε ειασμοζοδε  
 ειασμοζοδε (5)  
 εομε ελγισσιμιν (1) ε  
 ειασμοζοδε εομ-πιασμοζ-  
 ζονδωσι-μωε ελγισσιμιν

ραμολιθιδνα\*  
 ραμολιθιδνα\* 2



εομ ελγισσιμιν (1)  
 ειασμοζοδε εομ-πιασμοζ-  
 ζονδωσι-μωε ελγισσιμιν

# اهم اختلاطات رضوض الرأس :

ونعني بها النتائج المباشرة و القريبة بعد رض الرأس و أهمها :

1. ناسور سائل دماغي شوكي .

2. التهاب سحايا قحي .

3. تطور خراج دماغي .

4. تشكل قيلة هوائية دماغية .

5. انفتاق الدماغ.

# أهم عقايل رضوض الرأس :

## 1. متلازمة مابعد الرض :

حيث يبقى المريض بعد رض الرأس و لفترة زمنية طويلة يشكو من صداع دوار – اضطراب بالسلوك و الذاكرة ... ولايشفى إلا بعد التعويض المادي و النفسي له.

## 2. الصرع عقب الرض :

5% صرع باكر (الأسبوع الأول بعد الرض ) ← احتمال حدوث صرع دائم لاحقاً.

5% صرع متأخر ( الأسبوع الثاني حتى السنة الرابعة للرض ).  
← احتمال حدوث صرع دائم مستقبلاً .

60% من المرضوضين يصابون بالصرع عند وجود كسر منخسف أو نزف دماغي أو تمزق سحائي .

يهم ماسبق للشكاوى القضائية و الطبية الشرعية .

### 3. حالة نباتية:

وهنا لا فرق عند المريض بين اليقظة و النوم وله درجات :

- عجز شديد ( مريض واع ولكنه يعتمد على الغير بشكل كامل )
- عجز متوسط ( مريض واعً ولكنه لا يعتمد على الغير ولكنه عاجز كلياً عن العمل ).



# الوقاية في رضوض الرأس و الدماغ :

## 1. في حوادث السير و الطرق :

- التقيد بحدود السرعة وعدم والتجاوز بالمرور السريع وقيادة المركبات بشكل دفاعي .
- وضع حزام المقعد و خوذته الرأس لسائقي الدرجات النارية
- التأكد من حسن حال المركبة وصيانتها الدائمة .
- عبور الشارع من ممر المشاة وذلك للشخص المشي.





## 2. في حوادث العمل و المنزل :

- الابتعاد عن الحركات غير المتوازنة و الخطرة بالمنزل و خاصة عند صعود السلالم والأرض رطبة .
- عدم المشي و الركض على أرض رطبة .
- التقيد بقواعد الأمن الصناعي و المهني لعاملين تنظيف الواجهات بالاماكن المرتفعة .





### 3. وفي الرياضة :

- عدم الغطس بالماء قبل معرفة العمق .
- وضع خوذة واقية للرأس لمتسابقى الدراجات العادية و النارية .
- تعليم الاطفال سلامة ركوب الدرجات و المشي على الرصيف وعدم رمي الاحجار .... إلا على الصهاينة ....!!!

3





