

رضوض الأطفال

Pediatric Trauma

❖ مقدمة: Introduction

*تعتبر الرضوض السبب الرئيسي للوفيات والعجز عند الأطفال، وان من أهم أسباب فشل الانعاش في رضوض الأطفال الشديدة هو عدم القدرة على تأمين الطريق الهوائي ودعم التنفس وعدم ادراك النزف داخل البطن أو الدماغ *ينبغي أن يكون طبيب الطوارئ مدركاً لتظاهرات وعقائيل الرضوض المميزة للأطفال بخاصة خلال الفحص الأولي *ان الأذيات الرضية الناجمة عن المركبات هي السبب الأكثر عموماً للوفيات عند الأطفال بكل الأعمار سواء كان الطفل يركب دراجة أو يمشي أو داخل المركبة، ويأتي بالدرجة الثانية أسباب أخرى كالحروق والغرق والقتل أما سوء معاملة الطفل فيشكل القسم الأعظم من حالات القتل لدى الرضع، وتشكل اصابات الطلق الناري القسم الأعظم من حوادث القتل لدى الأطفال والمراهقين ويشكل السقوط معظم حالات الرضوض لكنه ليس شائعاً كسبب للوفيات. *تعتبر الرضوض عند الأطفال هي رضوض متعددة بسبب الآليات الكليلة للرضوض والخصائص الفيزيولوجية للطفل ولذلك يجب اعتبار كل أجهزة الجسم مصابة حتى يثبت العكس وان بعض الأطفال المصابين بالرضوض عديدة الأجهزة ستدهور حالتهم الصحية وتحدث مضاعفات خطيرة وبالتالي يجب نقلهم باكراً الى مراكز متخصصة.

❖ الصفات الخاصة عند الأطفال المصابين:

*ان أولويات تقييم وتدبير الرضوض عند الأطفال هي نفسها التي عند البالغين، لكن الصفات التشريحية والفيزيولوجية والآليات المختلفة للأصابات تؤدي الى نماذج معينة من الأذيات. *ان أخطر الإصابات عند الأطفال هو الرض الكليل الذي يشمل الدماغ وبالتالي يحدث نقص الأكسجة وانخفاض التهوية وانقطاع النفس بتواتر أكبر من نقص حجم الدم مع هبوط الضغط عند الأطفال برضوض خطيرة و لذلك يجب التأكيد على التدبير الهجومي للطريق الهوائي والتنفس. *بسبب كتلة الجسم الصغيرة لدى الأطفال فالقوة الرضية على واحدة سطح الجسم ستكون أكبر وستنتقل عبر شحم ونسيج ضام قليلين ومسافة أقل الى أعضاء متعددة مسببة رضوض متعددة ،وبسبب كبر الرأس نسبياً لدى الأطفال الصغار تكون الرضوض الدماغية الكليلة أكثر تواتراً. *تحدث اصابة الأعضاء الداخلية غالباً دون كسور عظمية وذلك لأن الهيكل العظمي أكثر مطاوعة عند الأطفال منه عند البالغين ويدل وجود كسور في الجمجمة أو الأضلاع على رض هائل *قد يكون تدبير الطرق التنفسية في الأطفال صعباً للغاية ومن ضمن الاختلافات التشريحية المسؤولة عن هذه الصعوبة القصر النسبي للسان وتوضع الحنجرة أكثر باتجاه الأعلى، ونظراً لأن الأطفال مجبرين على التنفس من الأنف فإن الرضع الذين تقل أعمارهم عن ٦ أشهر ولديهم رض على الوجه أو نزف في البلعوم الأنفي سيعانون من زلة تنفسية شديدة. *يؤدي اختلاف آليات التنفس عند الأطفال إلى تسرع التنفس واستخدام العضلات التنفسية باكراً. وينبغي البحث عن اهتزاز خنابتي الأنف، التنفس الصاخب، والسحب الضلعي عند تقييم الحالة التنفسية

*نظراً لاختلاف فيزيو لوجيا الصدمة في الأطفال فإن تسرع القلب يشكل أول علامات نقص الحجم وأكثرها حساسية، ولا يحدث انخفاض الضغط الشرياني إلا في وقت متأخر حيث يمثل علامة سيئة .
أما العلامات الأخرى الهامة للنزف الغزير فهي زيادة في زمن الامتلاء الشعري، نقص درجة الاستجابة ، نقص الادرار البولي، نقص ضغط النبض، وانخفاض درجة حرارة الجلد
*ينبغي أن يشمل فحص الرضيع تقييم اليافوخ الأمامي. ويتم تحديد درجة السبات في الطفل من خلال تعديلات مقياس غلاسكو للسبات حسب العمر
*إن نسبة مساحة السطح إلى الوزن تكون في الأطفال أكبر منها في البالغين ، مما يجعلهم معرضين بنسبة أكبر لانخفاض درجة الحرارة بعد الأذية . وينصح بتوفر أجهزة التدفئة الخارجية مثل الأضواء الساخنة بالإضافة إلى ذلك يستطب إعطاء السوائل الوريدية الدافئة.

❖ رضوض الرأس:

قد تؤدي أذيات الفروة البسيطة وبخاصة في صغار الأطفال إلى نزف شديد وذلك نظراً لغزارة التروية في الفروة وينبغي تقييم الحالة الدورانية للأطفال الذين يعانون من هذه الأذيات بحذر.
قد يكون تقييم تبدلات الحالة الذهنية في حالات رضوض الرأس صعباً نظراً لاختلاف العمر التطوري وارتفاع مستوى القلق المشاهد بين الأطفال، قد تكون العلامات الباكرة للأذيات داخل القحف خفية أو غير نوعية في الأطفال. يعاني ٥٠% من الأطفال الذين لديهم كسور جدارية و ٧٥% من أولئك الذين لديهم كسور قفوية من نزف داخل القحف، وبالتالي فيستطب إجراء التصوير الطبقي المحوري للدماغ مع نافذة عظمية.

❖ رضوض العمود الفقري:

تعتبر المرونة العالية للعمود الفقري في الأطفال مسؤولة عن نقص نسبة كسور العمود الفقري في هذه الفئة العمرية، وهي مسؤولة كذلك عن أذيات النخاع الشوكي غير المترافقة بشذوذات على الصور الشعاعية SCIWORA (Spinal cord injury without radiographic abnormalities) حيث يراجع هؤلاء المرضى بأعراض طفيفة ثم يتطور العجز بشكل متأخر.
وقد يكون من غير الممكن التأكد من سلامة العمود الفقري ، وبخاصة الرقبى في الأطفال من خلال الفحص السريري لوحده و دون إجراء الصور الشعاعية .

❖ رضوض الصدر:

إن المطاوعة النسبية لجدار الصدر في الطفل تعني إمكانية انتقال كمية كبيرة من الطاقة إلى البنى داخل الصدر، مما يؤدي إلى أذيات خطيرة مع قلة العلامات الخارجية. ولذلك ان اكتشاف أي كسر في الضلع على الصورة الشعاعية له أهمية كبيرة باعتباره مؤشراً حساساً لوجود أذية مرافقة، حتى لو كانت الدراسة الشعاعية الباكرة سليمة. وبالتالي فإن الصورة الشعاعية للصدر تعتبر أداة أساسية في تقييم أي طفل يعاني من رض على الصدر.

❖ رضوض البطن والجهاز البولي التناسلي:

لقد تبين أن الفحص السرير للأطفال غير قادر على تحديد شدة الأذية الحقيقية في نسبة تصل إلى ٤٥% من الأطفال المصابين بالرضوض. ويستطب إجراء الدراسة الشعاعية المتقدمة ، عادة التصوير الطبقي المحوري، في المرضى الذين تكون آلية الأذية لديهم مشتبهة ، حيث يكون المريض عرضياً، أو حين يبدي فحص البول وجود أكثر من ٢٠ كرية دم حمراء ووجود كسر حوضي" وبخاصة في الحلقة الأمامية" يجب البحث عن الأذيات المرافقة في المثانة أو الإحليل. يجب إتمام الفحص الثانوي بشكل تام ومنظم في جميع الأطفال المصابين بالرضوض

❖ تدبير الرضوض عند الأطفال:

١- يعطى جميع المرضى الأوكسجين ١٠٠% ويتم تطبيق مص المفرزات ودفع الفك أو رفع الذقن وإدخال قنية بلعومية أنفية أو فموية حسب الحاجة.

٢- إذا كان المريض يحتاج إلى تدبير الطرق التنفسية النوعية فإن الطريقة المختارة هي التنبيب الفموي الرغامى. ويجب تجنب التنبيب الأنفي الرغامى نظراً لإمكانية وجود التورم والإذية في البلعوم الأنفي. ويستطب التركيب والإرخاء الدوائى المناسبين فى المرضى الذين لديهم أذيات فى الرأس أو أولئك الذين يبدو سلوكاً عدوانياً خارجاً عن السيطرة.

٣- إن الطريقة الأفضل لتأمين الطرق التنفسية فى حالات رضوض الوجه الشديدة هي التهوية بالقثطرة عبر الرغامى ريثما يتم تأمين طريق تنفسي نهائى.

قد يكون تحديد الغشاء الحلقي الدرقي صعباً ويمكن بسهولة رض الغضروف الحلقي، ولا يوصى بإجراء الخزع الحلقي الدرقي فى صغار الأطفال.

٤- قد يكون فتح خط وريدي صعباً فى الأطفال، وبخاصة بوجود انخفاض فى التوتر الشرياني.

يستطب الإدخال المبكر للقنية العظمية (إدخال إبرة نقل دم داخل نقي العظم) وبخاصة فى صغار الأطفال والرضع. ينبغى إعطاء سوائل الإنعاش بدفعات تبلغ ٢٠ مل/كغ من السوائل البلورية. وإذا لم يشاهد التحسس أو تدهورت حالة المريض بعد الاستجابة الأولية فيعطى ١٠ مل/كغ من كريات الدم الحمراء المفصولة

٥- تشكل الأذيات العصبية تحديات خاصة نظراً لارتفاع درجة القلق فى الأطفال. من المناسب تركيب المريض أو تسكينه بواسطة سلفات المورفين والميدازولام، بعد اتمام الفحص العصبي، وذلك لتسهيل الدراسة الشعاعية.

٦- تعتبر المعالجة الهجومية لنقص الأوكسجة وانخفاض الضغط الشرياني المرافقين لأذيات الرأس الشديدة مهمة فى تحقيق نتائج جيدة، وينبغى تنبيب المريض والمحافظة على $paco_2$ عند قيمة ٣٠-٣٥ ملم زئبق، ورفع رأس السرير حتى ٣٠ درجة، ووضع الرأس والعنق بوضعية مستقيمة.

تعتبر الاختلاجات التالية للرضوض أكثر شيوعاً فى الأطفال منها فى البالغين.

٧- ينبغى تثبيت العمود الفقري فى الرضع وصغار الأطفال، مع الأخذ بعين الاعتبار الكبر النسبي فى حجم الرأس، وذلك من خلال وضع الوسائد بين الكتفين.

٨- ينبغى قبول أى طفل يعاني من هذه الأذيات:

* كسور الجمجمة * دلائل الأذيات داخل القحف على التصوير الطبقي المحوري * رضوض العمود الفقري
* رضوض الصدر * رضوض البطن مع أذية فى الأعضاء البطنية.

❖ الرضوض المقصودة (إساءة معاملة الأطفال Child Abuse)

ينبغى التفكير دائماً بإمكانية إساءة معاملة الأطفال عند تقييم الطفل المصاب بالرض وبخاصة حين لا تكون آلية الأذية الموصوفة متطابقة مع الأذيات المشاهدة.

ومن العلامات الدالة على إساءة المعاملة نزوف الشبكية، أذيات ذات نماذج خاصة، تكدمات غير مفسرة، كسور هيكلية ذات أعمار شفاء مختلفة.

الرضوض عند الكهول

Geriatric Trauma

❖ المقدمة:

تشكل نوب السقوط أشيع أسباب الأذيات في المرضى الذين تفوق أعمارهم ٦٥ عاماً. يعتبر الغشي مسؤولاً عن الكثير من الحالات، وقد يكون ثانوياً لاضطرابات النظم القلبية، الركودة الوريدية، اضطراب وظيفة الجهاز العصبي الذاتي، نقص الأكسجة، فقر الدم، أو نقص سكر الدم. وكما بالنسبة للرضوض عند الأطفال، فيجب دائماً الاشتباه بإساءة المعاملة في رضوض الكهول.

❖ المقاربة السريرية:

* نظراً لأن المسنين قد تكون لديهم سوابق مرضية تؤثر على العناية بالإصابات الرضية، فيجب دائماً أخذ قصة سريرية دقيقة، قد يساعد أعضاء العائلة، السجلات الطبية، والطبيب العام للمريض في جمع المعلومات المتعلقة بالإصابة الرضية والمستوى الوظيفي السابق لدى المريض.

ينبغي كذلك ذكر الأدوية مثل الأدوية القلبية، المدرات، الأدوية النفسية، ومضادات التخثر.

* بالفحص السريري يجب مراقبة العلامات الحيوية بشكل متكرر.

* ينبغي أن يكون طبيب الإسعاف على دراية بالنظم القلبية الطبيعي في المرضى المسنين حيث تغيب الاستجابة الطبيعية بتسرع القلب في حالات الألم، ونقص الحجم، أو القلق عند هؤلاء المسنين أو تكون ضعيفة كما تؤدي بعض الأدوية مثل حاصرات بيتا إلى إخفاء تسرع القلب وتأخير الإنعاش اللازم.

* ينبغي الانتباه إلى وجود الاسنان الصناعية، التهاب المفاصل الرقبية، أو التهاب المفصل الفكي الصدغي.

* ينبغي أن يكون الفحص الثانوي شاملاً لكشف الأذيات الأقل أهمية (رض خفيف على الرأس، رضوض الأطراف) التي قد لا تكون من الشدة بحيث تؤدي إلى مشاكل خلال الإنعاش، ولكنها معاً قد تؤثر بشدة على المراحة والوفيات. قد يبدو المريض بحالة مستقرة ليتدهور لاحقاً بشكل سريع دون سابق انذار.

❖ رضوض الرأس:

من الأخطاء الهامة عند تقييم الحالة الذهنية للمريض المسن خلال الفحص العصبي ان نفترض بأن تبدلات الحالة الذهنية تنجم فقط عن وجود الخرف أو التقدم في السن.

قد تكون نسبة الأورام الدموية فوق الجافية أقل بكثير من عامة الناس، لكن نسبة الأورام الدموية تحت الجافية أعلى ويستطب إجراء التصوير الطبقي المحوري للدماغ عند وجود أدنى شك.

❖ رضوض العمود الرقبي:

يختلف نموذج العمود الفقري في المسنين عنه في المرضى الأصغر عمراً نظراً لزيادة نسبة كسور الفقرتين C1 وC2 في المسنين حين يراجع مريض الرضوض بألم في العنق فعلى طبيب الإسعاف التأكيد بشكل خاص على المحافظة على تثبيت العنق إلى ان يقيم العمود الفقري الرقبي بشكل كامل.

ونظراً لأن الالتهاب المرافق في العمود الفقري الرقبي قد يشوش خطوط الكسر، فيجب إجراء التصوير الطبقي المحوري للعنق في المريض المسن الذي يعاني من ألم مستمر في العنق مع سلبية الصور الشعاعية البسيطة للعنق.

❖ رضوض الصدر:

- تزداد نسبة كسور الاضلاع في رضوض الصدر الكلية نظرا للتبدلات الترققية في العظام،
- قد تؤدي الأذيات الصدرية الأكثر شدة، مثل الريح الصدرية، وانصباب الجنب الدموي، تكدم الرئة، الصدر السائب، وتكدم القلب إلى انكسار المعاوضة في المرضى المسنين الذين تكون الأكسجة القاعدية لديهم ناقصة.
- تؤمن دراسة غازات الدم الشرياني معرفة أفضل للوظيفة التنفسية.

❖ رضوض البطن:

يعتبر فحص البطن في المرضى المسنين غير موثوق مقارنة بالمرضى الشباب، وحتى إذا كان الفحص السريري سليما في البداية فإن على طبيب الإسعاف أن يشتبه دوما بالأذيات داخل البطن في المرضى الذين يعانون من أذيات مرافقة في الحوض والأضلاع السفلية.
قد تؤدي الالتصاقات الناجمة عن التداخلات الجراحية السابقة في المسنين إلى بعض الخطورة عند غسل البريتوان. إذا كان المريض مستقرا فإن التصوير الطبقي المحوري مع حقن المادة الظليلة يشكل اختبارا تشخيصيا مهماً. ومن المهم التأكد من كفاية الإماهة وتقييم الوظيفة الكلوية قبل حقن المادة الظليلة.

❖ الرضوض العضلية الهيكلية:

تحدث كسور الورك في أربع مناطق (بين المدورين، عبر عنق الفخذ، تحت رأس الفخذ، وتحت المدورين) تعتبر الكسور بين المدورين هي الأشيع، وتتلوها الكسور عبر العنق.
ينبغي أن يعلم طبيب الإسعاف أن كسور عظام الحوض والعظام الطويلة تشكل عادة السبب الرئيسي لنقص الحجم في المسنين، وينبغي التنسيق لاستشارة عظمية سريعة، مع التقييم والمعالجة من خلال الرد المفتوح والتثبيت الداخلي وفي الوقت نفسه يتم تشخيص الأذيات ومعالجتها.
وقد تؤدي كسور العظام الطويلة التي تشمل الفخذ، الظنوب، والعضد إلى فقدان الحركية، ويؤدي ذلك الى تأثير نمط الحياة للمريض المسن
تزداد نسبة كسور الرأس التشريحي والجراحي للعضد في المسنين عند السقوط على اليد الممدودة أو المعصم، ويعتبر الإيلام الموضعي، التورم، التكدمات في الناحية القريبة للعضد وصفية لهذه الأذيات.

❖ التدبير الإسعافي:

- ١- إن الهدف الرئيسي للمعالجة هو المحافظة على إيصال الأوكسجين الكافي. وينبغي أن يؤخذ بعين الاعتبار التنبيب الرغامي الفوري مع تطبيق التهوية الألية في المرضى الذين يعانون من أذيات شديدة.
ان التهوية الألية الباكراة قد تجنب المريض النتائج الكارثية الناجمة عن نقص الأكسجة.
- ٢- قد تنكسر المعاوضة لدى المريض المسن بسبب التسريب الزائد لسوائل، وكذلك عدم كفاية تعويض السوائل.
يعتبر المرضى المسنون الذين يعانون من أمراض القلب الإكليلة والأمراض الوعائية الدماغية معرضين بنسبة أكبر لحدوث اختلاطات الإقفار في الأعضاء الحيوية حيث يعاني المريض من انخفاض الضغط بعد الرض.
- ٣- يستفيد مرضى الرضوض المسنين في المراحل الباكراة من النقل إلى وحدة العناية المركزة بهدف المراقبة الباضعة. ينبغي على طبيب الإسعاف بالتنسيق مع الطبيب الأخصائي جراحة الرضوض أن يميل دائما لقبول المسن الذي يعاني من الرضوض بهدف المزيد من التقييم والمراقبة.

الرضوض في الحمل Trauma In Pregnancy

❖ التبدلات التشريحية والفيزيولوجية أثناء الحمل:

تؤدي التبدلات الفيزيولوجية المشاهدة خلال الحمل إلى صعوبة في تحديد شدة الأذية لدى الحامل. يزداد النظم القلبي بمقدار ١٠-٢٠ ضربة/دقيقة في الثلث الثاني من الحمل، في حين ان الضغط الانقباضي والانبساطي ينخفضان بمقدار ١٠-١٥ ملم زئبق. قد يزداد حجم الدم بمقدار ٤٥%. ولكن كتلة الكريات الحمراء تزداد بنسبة أقل. وقد يؤدي الى فقر دم حلي. ونظرا لحالة فرط الحجم فقد تفقد المريضة ٣٠-٣٥% من حجم الدم قبل أن تظهر علامات الصدمة. تشمل التبدلات الرئوية في الحمل كلا من ارتفاع الحجاب الحاجز ونقص الحجم الباقي والسعة الوظيفية الباقية. مما يؤدي لفرط تهوية مع قلاء تنفسي مرافق. وتؤدي المعاوضة الكلوية (الاستقلابية) الى عدم تبدل باهاء المصل تؤثر التبدلات التشريحية المشاهدة في الحمل على أنماط الأذية فبعد الاسبوع الثاني عشر من الحمل يبرز الرحم المتضخم من الحوض ويصل إلى مستوى السرة في الاسبوع العشرين للحمل. وتزداد التروية الدموية للرحم مما يجعل النزف الرحمي الشديد اكثر احتمالا. قد يؤدي تضخم الرحم كذلك الى الضغط على الوريد الأجوف السفلي حين تكون المريضة بوضعية الاضطجاع الظهرى مما يؤدي الى متلازمة انخفاض الضغط الاضطجاعي.

❖ رضوض البطن:

تؤثر رضوض البطن على الأم والجنين وأكثرما تشاهد أذيات الجنين في الثلث الأخير من الحمل، حيث تترافق عادة مع الكسور الحوضية أو الرضوض النافذة. نادرا ما يحدث تمزق الرحم ولكنه يترافق مع معدلات وفاة الجنين تقارب ١٠٠%. وتشمل الاختلاطات الأشيع للرضوض* المخاض المبكر* انفكاك المشيمة الباكر يشكل انفكاك المشيمة الباكر أشيع أسباب وفاة الجنين بعد وفاة الأم، ويتظاهر بالألم البطني، النزف المهبلية، التقلصات الرحمية، وعلامات التخثر المنتشر داخل الأوعية. يحدث النزف الوالدي الجنيني في أكثر من ٣٠% من حالات الرضوض الكبرى، وهذا ما قد يؤدي الى التمنيع الذاتي الريصي في النساء سليليات الريزوس.

❖ المقاربة السريرية:

- نظرا لان اعادة حالة الام الى الاستقرار وانفاذها يشكل الفرصة الأفضل لإنقاذ الجنين فيجب عدم ايقاف اي تدخلات أو اجراءات تشخيصية بسبب القلق من تأثيراتها الجانبية على الجنين.
- اضافة الى التقييم المعياري المتبع في حالات الرضوض، ينبغي الانتباه بشكل خاص الى البطن الحامل، مع البحث عن علامات الأذية، الإيلام، التقلصات الرحمية.
- اذا اشتبه برضوض الحوض او البطن فيجب أن يجرى الفحص الحوضي بشكل عقيم للبحث عن رضوض الأعضاء التناسلية، النزف المهبلية، أو تمزق الأغشية الأمينوسية.
- يجب حماية الجنين من تأثيرات الأشعة قدر الإمكان. ويشكل التصوير بالأمواج فوق الصوتية على سرير المريضة وسيلة عالية الحساسية والنوعية لتصوير البطن بالإضافة الى قدرته على تقييم وضع الجنين.

ويبقى غسيل البريتوان التشخيصي وسيلة تشخيصية واردة في تقييم الرضوض البطنية عند النساء الحوامل ولكن
يجرى بالطريقة المفترجة فوق السرة.
يجب اصغاء أصوات القلب الجنينية لتحديد حيوية الجنين وتشخيص الشدة في مرحلة باكرا من التقييم، يتم تسهيل
ذلك من خلال جهاز الدوبلر أو المسماع الجنيني.
❖ التدبير الإسعافي:

كما في جميع الرضوض فإن الأولويات الأولى للتدبير هي قاعدة ABCDE في الإنعاش وينبغي تنسيق العناية مع
استشاري الجراحة والتوليد.

(١) ينبغي أن يعطى الأوكسجين لجميع مريضات الرضوض الحوامل.

(٢) يتم فتح خطوط وريرية كبيرة مع تسريب السوائل البلورية. إذا كان عمر الحمل أكثر من ٢٠ اسبوعا وتوجب
ابقاء المريضة بوضعية الاضطجاع فيجب وضع مخدة تحت الورك الأيمن للمريضة بحيث تميل بزاوية ٣٠ درجة
إلى الأيسر، مما يؤدي إلى نقص احتمال حدوث متلازمة انخفاض الضغط الاضطجاعي. والا فيجب ابقاء المريضة
بوضعية الاستلقاء الجانبي الأيسر طالما كان ذلك ممكناً

(٣) ينبغي إجراء تنبيب رغامى باكرا لإنقاذ خطورة الاستنشاق.

(٤) تمتلك المقبضات الوعائية تأثيرا ضارا على التروية الرحمية ويجب تجنبها.

(٥) لايعتبر لقاح الكزاز مضاد استطباب في الحمل ويجب اعطاؤه عند وجود استطباب.

(٦) يعطى الغلوبولين المناعي D بالعضل لجميع النساء الحوامل سلبيات الريزوس غير المتحسسات بعد حالات
رضوض البطن .

(٧) تمتلك موقوفات المخاض عددا من التأثيرات الجانبية، بما في ذلك تسرع القلبى الجنيني والوالدي وتعطى
بالتنسيق مع إخصائي التوليد.

(٨) تبقى استطبابات فتح البطن الإسعافي في الحامل مماثلة لها في المريضة غير الحامل.

انتهت المحاضرة

د.صفوان خرسة
أخصائي طوارئ