آسیب‌های مغزی و نخاعی پس از ترکم و راه‌های پیشگیری از آن

دکتر داریوش سوادی‌اسکویی (۱)، نیرو امینی نائین (۲)

چکیده

حوادث مغزی و نخاعی ناشی از ترکم یکی از علل مهم ابتلا، میرایی و نانوایی در دنیای سلامتی که باعث صرف هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی زیادی می‌شود. نظر به پیامدها و مشکلات برنامه‌های نوانبختی درمانی متعاقب آن می‌باشد. یک برنامه جهانی برای مبارزه با آن تدوین گردید.

کلیه‌ها در حال توسعه جالبی عمده‌ای را در پیشگیری، مراقبت‌های اورژانسی و نوانبختی در خصوص کاهش بار ناشی از ترکم دارند. هر چند ترکم به طرف مختلفی روی می‌دهد اما حوادث ترافیکی مهم‌ترین علت ابعاد آنها هستند. راه‌های مختلفی برای پیشگیری شامل پیشگیری سطح اول، دوم و سوم وجود دارد. پیشگیری سطح اول شامل کاهش استعداد چشی، حذف لایه‌های حاد شیر و روانی و شرایط محیطی که منجر به افزایش خطر حاد شده می‌شود می‌باشد. آموزش و انجام فعالیت‌های قانونی و پیشگیری سطح اول می‌باشد. پیشگیری سطح دوم با هدف کاهش پیشرفت یا به ناکامی اندکی ناتوانی متعاقب حادثه اولیه بوده و پیشگیری سطح سوم شامل محدود کردن حالات مرتب با نروتروما است.

واژه‌های کلیدی: ضربه، آسیب‌های مغزی، نخاعی، پیشگیری

(۱) عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (مؤلف مستند)
(۲) عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
آسیب‌های مغزی نخاعی پس از ترموپلاستیک موثری به‌داشته‌است و از علل مهم ابتلا مربوط به نقص در کشورهای در حال توسعه است. میزان‌های برخوردار آسیب‌های جزئی و میزان آسیب‌های آن حدود (1%) در آسیب‌های جزئی، (18%) از آسیب‌های متوسط و (98 %) در آسیب‌های جدی متغیر است [1]. مینو و میفرآسیب‌های مغزی پس از ترموپلاستیک ۱۵ هزار فقر جمعیت متغیر است. سالانه حدود ۱۱۵ هزار فقر جامعه در نگرانی تعقیب ۱۵ هزار را دارد. در دنیای سالمی به‌نظر می‌آید که ۷۵ تا ۱۰۰ هزار آسیب‌های نخاعی در اثر آسیب‌های ناخالصی‌ای از ترمومتریک می‌باشد و بیش از دو میلیون نفر در سال دچار آن می‌شوند. به‌عنوان یک نفر دچار آسیب‌های ناخالصی از پیشگیری به سراغن رفته‌اند. در آمریکا، حدود ۷۵ تا ۱۰۰ هزار مورد جدید ضایعات نخاعی را می‌دارند. اقدامات مربوط به ایجاد کننده آسیب‌های ناخالصی در اثر فقر محیطی کمترین آسیب‌های ناخالصی است. در پژوهش‌ها و ذخیره‌گاه‌های مختلف به‌منظور تعیین علل آسیب‌های ناخالصی، فردی به هنگام راهنماگی است. که تحقیقات علمی در کشورهای مختلف باهم فرق می‌کند اما در مطالعات انجام شده در سراسر دنیا حوادث ترافیکی مهم‌ترین علت گزارش‌شده است [1.4, 5.8]. یک‌دهه‌های مرتع می‌باشد میزان آسیب‌های ناخالصی شامل مراکز در جوانی. مقدمه

آسیب‌های مغزی نخاعی پس از ترموپلاستیک می‌باشد به‌خاطر علل مهم ابتلا میزان‌های برخوردار آسیب‌های جزئی و میزان آسیب‌های آن حدود (1%) در آسیب‌های جزئی، (18%) از آسیب‌های متوسط و (98 %) در آسیب‌های جدی متغیر است [1]. مینو و میفرآسیب‌های مغزی پس از ترموپلاستیک ۱۵ هزار فقر جمعیت متغیر است. سالانه حدود ۱۱۵ هزار فقر جامعه در نگرانی تعقیب ۱۵ هزار را دارد. در دنیای سالمی به‌نظر می‌آید که ۷۵ تا ۱۰۰ هزار آسیب‌های نخاعی در اثر آسیب‌های ناخالصی‌ای از ترمومتریک می‌باشد و بیش از دو میلیون نفر در سال دچار آن می‌شوند. به‌عنوان یک نفر دچار آسیب‌های ناخالصی از پیشگیری به سراغن رفته‌اند. در آمریکا، حدود ۷۵ تا ۱۰۰ هزار مورد جدید ضایعات نخاعی را می‌دارند. اقدامات مربوط به ایجاد کننده آسیب‌های ناخالصی در اثر فقر محیطی کمترین آسیب‌های ناخالصی است. در پژوهش‌ها و ذخیره‌گاه‌های مختلف به‌منظور تعیین علل آسیب‌های ناخالصی، فردی به هنگام راهنماگی است. که تحقیقات علمی در کشورهای مختلف باهم فرق می‌کند اما در مطالعات انجام شده در سراسر دنیا حوادث ترافیکی مهم‌ترین علت گزارش‌شده است [1.4, 5.8]. یک‌دهه‌های مرتع می‌باشد میزان آسیب‌های ناخالصی شامل مراکز در جوانی.
ضبط برگشت نابی‌تر، هزینه‌های گراف درمانی. تأثیرات وضع فردی و اجتماعی باعث می‌شود که پیشگیری از این حوادث مورد توجه بسیار قرار گیرد. در سال های اخیر در برخی از کشورها آسیب‌های مزگی نخاعی شدید و میرایی کاهش یافته است از جمله در ایالات متحده. کانادا، استرالیا. زاین که از مهم‌ترین دلایل این کاهش اقدامات و سیاست پیشگیری، وضع قوانین و مقررات رانندگی. منافعات آموزش عمومی، ارتباط سیاست‌های تخصصی، بهبود مراکز اورژانس، راه اندازی بخش مراقبت ویژه و گروه‌های درمانی مناسب آسیب دیدگان بوده است. این در حالی است که میزان های بروز آسیب‌های مزگی نخاعی در کشورهای در حال توسعه را به خوبی از این نگاه نمایش میدهد. توجه به سطح صورت نیدریک به مرگ و میر و ناتوانی ناشی از آن کاسته‌شده شد. بنظر می‌رسد برای برای بررسی و درمان آسیب‌های مزگی نخاعی پیشگیری یا بهبود بررسی و سطح کاهش درمانها و توانایی بازی‌های مزگی نخاعی است که شامل پیشگیری با آسیب‌های مزگی نخاعی است که شامل پیشگیری از بروز زخم‌های نخاعی، نیازهای اندام وجود دهان، فلجی و مواردی دیگر می‌باشد.

رویکردهای پیشگیری سطح اول

(۱) اصلاح مهیج در این حیطه نیاز به مداخلات انفعالی در پیشگیری است مثل نصب کیسه‌های هوایی در صندلی سرنشین، احداث خطوط هشدار دهنده در پیزگراه‌ها، بهبود روش‌نامه‌های معمای که همگی در ارتفاع عوامل محیطی مؤثر بر حادثه دخیل هستند.
طرحی شود تا بیشترین تأثیر را در تغییر رفتار بدنبال داشته باشد.

منابع

2- www. Neurolaw.com

(2) وضع قانون که مسئولیت تغییر رفتار است
ایجاد خطر و وزه برای دوچرخه سواران. استفاده از
کرده ابیه و کمرنده گونه خاص برای
می‌توانست. با سایر تکنیک و برقراری قوانین و وزه برای
تخلیف در این دسته قرار دادن.

(3) آموزش: خصوصی به افراد در معرض خطر
حوادث. این برنامه ها شامل اطلاع رسانی در خصوص
انواع حوادث چگونگی ابیه و به حداکثر رساندن
آنها اهمیت و وسعت آنها است. از دیدگاه برخی
متخصصان نواحی مختلف افراد راه بیشگیری از
حوادث آموزش است. به منظور دست یابی به یک
تغییر معنی‌دار در رفتار افرادی با استاند مشکل
را به آنها فهماند و این کار با هماهنگی و راهنمایی و
رانندگان و سازمان‌های ذیل و امکان پذیر
است. بهترین گروه هدف آموزش دانش آموزان سنین
16-10 سال هستند که قابلیت بی‌پریشیتی را دارا
بوده و توصیه را بهتر می‌پذیرند. در سنین بالاتر از
15 سال رانندگان تربیت شده و آموزش کمتر
مؤثر خواهد بود. همچنین سیستم‌های بهداشتی مدیر
بایست در حمایت از قوانین وضع شده اطلاع رسانی
و آموزش مردم را ارائه بخشد. می‌باشد در
خصوص هزینه‌های فردی و اجتماعی متعاقب این
نیز اطلاعات در دسترس مردم باشد و جامعه نیز
بی‌پریشیت بر این برنامه‌های آموزشی و قوانین
باشد. تشکیل مسابقه بین قانونگذاران. کارکنان
بهداشتی، آموزش دهندگان و گردشگران خدمت
استفاده بهینه از منابع محدود را امکان بی‌پریشی می
سازد. بهترین پیشنهادی برای توصیه از توانایی باشد
حساسیت برانگیز باشد و مناسب با فرهنگ مردم

13- Ferreira de Andrade A, Marino R, Ciquini O, Figueiredo E, Machedo A.
25(9): 1186-1201.