برادنام، رندال

تهذیبی در آسیب طناب شاخه‌ای / مولف رندال آل. برادنام وهمکاران؛ ترجمه محمود عموکرمی، هادی شجاعی؛ وبراسخار هدیه تاجیک - تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانی‌الان، ۱۳۸۲. ۱۶۰ ص، ه. جدول.

ISBN 964-94697-4-5

فهرست‌خوانی براساس اطلاعات فیبدا.

Physical medicine & rehabilitation, 2 nd, ed.

عنوان اصلی:

کتاب‌نامه.

1. فیزیوتراپی. ۲. تهذیبی. ۳. عموکرمی، محمود. عموکرمی، محمدعلی، ۱۳۴۷-، مترجم. ب. شجاعی، هادی، ۱۳۴۸-، مترجم. ج. تاجیک، هدیه، ۱۳۵۱-، وبراسخار. د. عنوان.

۹ ت ۴ ب / ۷۰۰ / ۶۱۵/۸۲ RM

۱۳۸۲

کتابخانه ملی ایران
توانبخشی آسیب طناب نخاعی

مؤلف: راندل ال. برادوم و همکاران
ترجمه: دکتر محمدعلی عموکرمی - دکتر هادی شجاعی

چاپ اول پایینی ۱۳۸۲
تیراژ ۱۰۰۰
ویراستار: هدیه تاجیک
تاپ: حسین اله خدمتی
لیتوگرافی: جهاد دانشگاهی هنر
چاپ: صادق
نظرارت و اجراء: عبداله سعیدی
ناشر: یزدانه شکوه مهندسی و علوم پزشکی جنوبیان
آدرس: تهران، بزرگراه شهریاران، خیابان تابناک، خیابان مقدس اردبیلی، خیابان فرخ، بلاک ۲۵، تلفن: ٢٢۱۵۳۶۸٧
صفحه اطلاعات وب www.jmerc.ac.ir
info@jmerc.ac.ir
شامک: ۵-۴-۹۴-۹۵-۹۱-۹۶-۹۷-۹۸-۹۹-۱۰
کلیه حقوق برای نشر محفوظ است
مقدمه مترجمین

بنام یزدان یاک

از دریا به ارساب طبّ الطبّ نخاعی بعنوان یکی از وهم ترین جراحی‌های بشری شناخته شده است. عوارض متعدد و درگیری گیاه ارگان‌های مزمن در این بیماری باعث شده است که زندگی فرد مبتلا به طبّ الطبّ نخاعی بر روی صورت و معنای زندگی هر بیمار می‌گردد. با پیشرفت علم پزشکی و مخصوصاً طب پیشگیری و توانبخشی، دستاورد‌های بسیار مفیدی حاصل شده است که آگاهی از این روشهای عمل به این اقدامات می‌تواند میزان بازگشت و زندگی فرد مبتلا را تا حدی به‌فرد سالم افزایش دهد. با توجه به تعداد افراد مبتلا به ارساب طبّ الطبّ نخاعی در کشور ما ایران، چه افرادی که در اثر آسیب‌های غیر جنگی و چه تاندون جنگی که در اثر جنگ تحمیلی به این آسیب مبتلا شده اند، به بیشتری‌ها آقای دکتر محمد‌زاده سروش ریاست مختصر پژوهشکده گروه پژوهشی توانبخشی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جان‌بازان مصیم به ترجمه و گردآوری این کتاب گردید. این کتاب، آرساب طبّ الطبّ نخاعی را از دیدگاه طب توانبخشی مورد بررسی قرار داده و به عوارض و اثرات این آرساب در هر ارگان پی می‌دراد. مطالعه این کتاب، علاقه‌مندان به موضوع آرساب طبّ الطبّ نخاعی را با مشکلات این مبتلایان آشنایی خواهد و مسیر مطالعات و تحقیقات بیشتر را برای آنها مشخص می‌نماید. در به تدریج رسیدن این کتاب همکاران عزیزی همواره با صادقانه و بخشکار، ما را باره کرده اند که تشکر و تقدیر بیکران از آنها را برخود لازم و یافته‌های از آقای فاضل‌زاده تاجیک و خانم مهندس هدیه تاجیکی که در امر وی‌ربایش و تصحیح و پاژوهشی از باره مomal به‌همچنین مدل‌بندی اطلاع رسانی و مدیریت پیشگیرانه پژوهشکده کمال تشکر را دارم. در آخر نیز این کتاب را به کلیه عزیزان که در راه سرلیس مهند عزیزان ایران جان می‌باید پیامده به دفاع و پرداختن، مسی دردافتند تقدیم می‌کنم. امیدوارم با این هدیه ناقلی بنویسیم در هربارگی این عزیزان سپیم باشیم.

دکتر هادی شجاعی

پرستار تخصصی طب پیشگیری و توانبخشی عضو هیئت علمی پژوهشی

عضو گروه پژوهشی توانبخشی

دکتر محمدعلی عمومی‌پزشک
بنام پروردگار یکتا

 فقدان متابع علمی معنی‌برنگی به زبان فارسی همواره یکی از بالانس‌های موجود بر سر راه داشت یا به یکی از دریم‌های بیماری‌های کناره‌گیری که شاهد هستیم پیشرفت‌های نوین علم پزشکی نیز در توجه آنها می‌باشد. به یکی از این بیماری‌ها خیم وائر و تاثیر برانگیز، آسیب طناب نخاعی یا "Spinal cord injury". قطعات زیر مربوط به قرارداد 1993 مجمع عمومی سازمان ملل در طی اقرآوری آن می‌باشد:

آنچه بیش از همه جائز اهمیت این است که امروزه برای مهندسی افراد عمر طبیعی و مقیمی داشته باشند. این امیدواری تنها در سیاست زیستگی گیری از پیشرفت‌های علمی اخیر و آموزش آنها به کلیه پزشکان و سایر افراد می‌تواند امکان پذیر باشد.

مختصاً که ضایعه نخاعی بعنوان بیماری‌که رو به روی یک برجسته زندگی ماشینی و تکنولوژی‌های نوین رو به افزایش است از اینکه در این طرف دیگر جمعیت قابل ملاحظه‌ای از این بیماران در کشورهای جنوب شرق آسیا و از جمله ایشان در آسیای شرقی و مرگ‌آمیز جنگ تحملی که با استفاده از ابزار عصبی می‌باشد در معرض عوارض و بیماری‌ها با اختلالات سیستم‌های مختلف بدن هستند تاکنون این‌ها را به طور کامل در یک اورژانس عمده گرفتنی فعالیتی کشور مانند چرا که از دوران کودکی فاز حاد بیماری (که درمانهای دارویی و یا جراحی و مراقبت‌های بهداشتی خاص خود را داشته و تنها با خیانت کوچکی از پروتکس گسترش یافته بیماری را در بی‌گیره) به سهولی عمر و دوران زندگی شخص نیازمند درمانهای بی‌سیاستی و توانبخشی می‌باشند. این این‌جا نظر به امپی ایمان بی‌رسیده به بیمارانی که در این‌ها می‌باشند و منشیت در این‌ها می‌باشد. من‌ها دکتر محمد باقر سروش ریاست متخم‌بر و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جوانان و از سوی دیگر عفونت‌شناس و دستورالعمل آقای دکتر محمد علی‌محمدها که سالها به این کارشانس شایعه نخاعی جوانان و یا بیماری‌ها و عفونت‌شناس این‌ها رشته فعالیت‌های این‌ها را می‌پذیرد و جهت توجه به جنبه‌های مصرف صفحه توانبخشی نخاعی از جدیدترین کتاب مصرف و مصرف طب فیزیکی و سایر توانبخشی "Braddom" که اینک بیش از شما شامل تلاش‌های جدیدی ازآنجاین و آموزش دکتر محمد علی‌محمدها می‌باشد. اگرچه همه گونه تلاش و درخواستی های مکرر جهت توجه و وباران صحیح کتاب بعمل
آمده است، لیکن قطعاً هنوز خالی از ایراد و اشکال نخواهد بود. بسیار خوشنود خواهیم شد.

جنابه در این زمینه تذکرکاتی داده شود. به جرأت می‌توان گفت که جای این کتاب می‌تواند سرفصل معنی‌برنگری برای اهل علم و عمل در رشته‌های مختلف مرتبط با بیماری ضایعات نخاعی باشد تا به گرفتن خط مشی مناسب جهت ادامه تحقیق و تبیین و خدمات رسانی به بیماران و خصوصاً جانپاسان گران‌قدر میهمان اسلامی امان قدم‌های مؤثر و موافقت آمیزی بردارند و هدف اصلی از توانبخشی افراد مبتلا به ضایعات نخاعی که همانا به حداکثر رساندن استقلال فردی آنها در انجام امور مختلف و افزایش کیفیت زندگی آنهاست انشاء الله به منصبه ظهور در آید.

در خاتمه ضروری است نهایت سپاس و قدردانی خویش را از توجه‌ها و بی‌پایه و عنايت و علاقمندی جناب آقای دکتر حیدراتان مقدم معاونت محترم بهداشت و درمان سازمان امور جانپاسان، در به شهر رضیدان این اثر، اعلام دارم.

دکتر هادی شجاعی

پورخاطر طب فیزیکی و توانبخشی
عضو هیئت علمی پزوهشی (پژوهشگر) پژوهشگاه مهندسی و علوم پزشکی جانپاسان
<table>
<thead>
<tr>
<th>صفحه</th>
<th>عنوان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>مقدمه</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>اپیدمیولوژی</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>آناتومی، اصطلاحات و طبقه بندی ضایعات</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>پیش آگاهی نورولوژیکی بیماری و پیامدهای عملکردهای آن</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>پیامدهای عملکردهای آن</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>قرآن طوانبخشی</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>اجزاء خاص قرآن طوانبخشی</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>وسایل کمکی</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>اقدامات انجام گرفته در اندام فوقانی</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>تاندون ترانسفر اندام فوقانی</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>اقدامات انجام گرفته در اندام تحتانی</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>توانبخشی در رانندگی</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>توانبخشی شنلی</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>وضعیت‌های پزشکی و طبی</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>موضوعات روانشناسی</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>سیستم تنفسی</td>
</tr>
</tbody>
</table>
تغییرات و ترکیب بدن و عملکرد غددرون ریزو متابولیک آن

۰۲

متابولیسم کلسیم و استروئورژ

۰۴

سیستم قلبی و عروقی

۰۶

تروموآمبولی و ویدی

۲۲

اتونومیک دیس رفلكسی

۲۷

زخم‌های فتالی

۷۰

مشکلات اورولوژی، اجرای یک برنامه کنترل می‌تواند

۷۳

عوارض گوارشی و کنترل عملی آنها

۷۵

مشکلات نوروپاتوژیکی پس از آسیب

۷۵

سندرم‌های درد

۷۹

میلیپاتی کیستی پیش‌رونه متعاقب تروما (سیرینگومیلی)

۸۰

اسپایستی甜甜

۸۴

مشکلات عضلانی - اسکلتی و ارتودی

۸۴

شکستگی‌های ستون فقرات

۸۵

ارترهای ستون فقرات

۸۶

استخوان‌زایی نابجا

۹۲

شکستگی‌های اندام

۹۳

جمودهای مفصلي و سندرم استفاده بیش از حد

آسیب طناب نخاعی در کودکان

۹۵

درمان‌های رژناتیو و تراپوثیک

۱۰۵

منابع

۱۱۴
مقدمه

در طول هزاران سال از تاریخ بشر، ضایعه طناب نخاعی (SCI) به عنوان یک بیماری ناعلایق قلمداد می‌شد. شماری از عوامل، به‌خصوص کشف آنتی‌بیوتیک‌های جدید در عصر سرگیرنده توجهات اجتماعی نسبت به افراد نتائج (معلول)، این فرصت را به آنها داد که نه تنها به‌واند با وجود ضایعات جسمی به زندگی خود ادامه دهند، بلکه آنها را به‌سوی یک زندگی شاد و فکری هدایت کنند (جدول ۱).

تلاش‌های سازمان‌دهی شده جهت ارائه مراقبتهای پزشکی و توانبخشی به این گروه از افراد در طول دهه ۱۹۶۰ شکل گرفت. فعالیت‌های مبکرانه افسارش انجمنی، Donald Stoke Mandeville در بیمارستان واقای با کیفیت بالا در نزدیکی منازل، جذابیت رفتنه به مراکز منطقه‌ای. در بیمارستان بوستون نشان داد که مراکز درمانی تخصصی می‌توانند به طور مؤقتی آمیزه به مشکلات پزشکی خاص این بیماران پیش‌بازنده با توانائین فعالیت‌های اجتماعی خود را از سر گیرند. تلاش‌های بعدی درجه‌تدریجی تأسیس شبکه‌های ارگانیزه‌ای ای برای مراقبت از بیماران SCI در اروپا و آمریکا مشکلات و موانع زیادی روبرو شد. مستدی‌بیه به تسهیل‌های توانبخشی با کیفیت ایجاد و ایجاد، رفتنه به مراکز منطقه‌ای. در بیمارستان واقای به‌عنوان یکی از بیمارستان‌های کره ای که در این زمینه در حال موفقیت بود، Ludwig Gutman Donald را انتخاب کرد. در یک مطالعه کنندگان به مراکز تخصصی داشته است. رفتنه برای جلب بیماران اغلب کننده‌ی بیمار. یک بیمار، شخص ثانی‌یاد انتخاب بیماران در مورد تایم کنندگان می‌شود. را محدود کننده‌ی بیمار. این عوامل گرچه درصد افرادی که در مراکز تخصصی اسپی‌سایه نخاعی درمان ایجاد می‌شوند را محدود می‌کند، اما نتایج تحقیقات های مختلف کیفیت درمانی ارائه شده به این افراد در سرتاسر دنیا را کاهش نداده است. دیارهای فرهنگی و آموزش بالا و اداره زندگی ایجاد می‌بوده. ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا بروی برنامه‌های سرماهه گزاری کرده‌اند که از Veterans ایالات متحده آمریکا B
TABLE 1- Life Expectancy for persons with Spinal Cord Injuries Who Survive at Least 24 Hours Post Injury, by Age at Injury and Neurological Category (Frankel Grade)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Age at Injury</th>
<th>Life Expectancy (Years)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Normal</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>70.8</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>65.9</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>61.0</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>56.3</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>51.6</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>46.9</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>42.2</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>37.6</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>33.0</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>28.6</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>24.4</td>
</tr>
<tr>
<td>60</td>
<td>20.5</td>
</tr>
<tr>
<td>65</td>
<td>16.9</td>
</tr>
<tr>
<td>70</td>
<td>13.6</td>
</tr>
<tr>
<td>75</td>
<td>10.7</td>
</tr>
<tr>
<td>80</td>
<td>8.1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
با تشخیص کیفیت و دیدگاه ای بر اساس تحقیق و ابعاد متخصص زمینه‌گر در Graduate Medical Education منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سال 1996، SCI برای ارزیابی یک دانشجوی در رابطه با تخصص پزشکی طبی یکی از پردیس‌های آموزشی کشیده‌است. این ارتقاء دیپلم از ابزاری است که از انتخاب تخصص و گزینش در زمینه SCI می‌تواند در دانشجویان افراد که دچار شایعات خیلی شدید شده‌اند، اقدامات بهبود باند مهور را بپذیرد. همچنین، تأکید بر این که دیگر به مسیرهای پزشکی می‌پردازد، SCI می‌تواند سبب افزایش اهمیت نمایدنده و وجود مسلسلی چون بهبود جمعیت بشری در صدر لیست مشکلات مربوط به عملیات جراحی که در این دسته از SCI می‌باشد، می‌تواند به اهداف جدای نمودن سرعت‌بر فرد معلول، از مرکز توانبخشی مدل، یک راه‌انداز به یک سازگاری و تطبیقی آموزش و پرورش درمان در این مورد نقش نماید.

تأکید دیگر بیمارستان‌ها و پزشکان بر شدت این بیماری و امکان مزمن بیماران به این سیستم‌های مراقبتی به خاطر حمایت اجتماعی و عاطفی، مانع اصلی بهبود مجدد بیمار به جامعه می‌باشد. یک درک غلط را در این مورد وجود دارد که افراد معلول در طول عمرشان نیازمند رسیدگی‌های دائمی بهداشتی هستند. در واقع، میزان برخی از مشکلات پزشکی پس از این سیستم، با گذشت زمان کاهش می‌یابد، که بهترین این موضوع است که سازگاری توسط این شایعه هم در سطح فیزیولوژیکی و هم سطح روان‌شناختی را داده است. هدف نهایی درمان پزشکی این بیماران بهره برد و توانایی داشتن زندگی مطمئن و شخصی فرد، بدون داشتن مشکلات حاد پزشکی می‌باشد.
نتیجه‌گیری
تشخیص افتراقی بیماری‌های طناخاعی که سبب فلج مغز، شنو و جدول ۲ مورد توجه قرار گرفته است. تعداد افراد مبتلا به سرطان‌های متانستینی یا گسترش به نخاع و آنهایی که افراد مبتلا به نخاعی درمانی جدید ندارند، این نخاعی است که در اثر ضربه‌های سبیلی دیده اند. این گروه متنوع بیماران، غالباً از نظر دریافت خدمت توانبخشی و یکپارچگی نادردگی گرفته می‌شوند که معمولاً از خاطر داشتن سن زیاد این افراد با همراه بودن با بیماری‌های علیق پیشنهاد می‌شود. اگرچه بررسی کامل نخاع در بیماری‌های طناخاعی خارج از جوهر این فصل می‌باشد، اما اکثر روش‌ها و سیستمات مراقبتی مربوط به SCI ناشی از ضربه، در میلیون‌ها یا تریلیون‌ها نیز قابل اجرا می‌باشد.

John Young

Branch of Education) (National Spinal Cord Injury Statistical Center)
TABLE 2- Differential Diagnosis of Spinal Cord Injury

<table>
<thead>
<tr>
<th>Traumatic (e.g., Fractures, Dislocations, Contusions)</th>
<th>Nontraumatic</th>
<th>Nontraumatic Diseases</th>
<th>Spondylotic Myelopathies</th>
<th>Infectious and Inflammatory diseases</th>
<th>Neoplastic Diseases</th>
<th>Vascular disorders</th>
<th>Toxic / Metabolic Conditions</th>
<th>Congenital / Developmental Disorders</th>
</tr>
</thead>
</table>
تغییرات چشمگیری در توزیع نژادی افراد موجود در این بانک اطلاعاتی مرور و گرفته است. اگرچه کمتر از افراد صدها دیه‌ا از نژاد قفقازی هستند، اما از دهه ۱۹۷۰ خصوصاً در مرکز شهری زاویه تعداد افراد آمریکایی، آمریکایی اسپانیایی، و آمریکایی اسپانیایی تبار آسیب دیده قابل توجه‌گویی است. زمانی‌که مقابله‌های نژادی در جمعیت عمومی آنها صورت می‌گیرد، دیده می‌شود که جمعیت‌های غیر سفید پوست به طور غیر مناسبی بیشتر تحت تأثیر این ضایعات قرار گرفته‌اند.

یک کاهش در میزان صدمات ناشی از تصادفات و سایل تقفیه موتوری و فعالیت‌های ورزشی را نشان می‌دهد. با اینکه از سال ۱۹۷۳ میزان ضایعات در اثر جنگ به برای شده است، اما از سال ۱۹۹۱ نتایج و سایل تقفیه موتوری هنوز به‌عنوان ضایعات رعایت می‌شود. نسبت به سال ۱۹۷۹/۲۷/۲۲ درصد (تفاوت ۱۱/۲۱٪) و آسیب‌های ورزشی (۱۴/۵۷٪) از ضایعات انواع آسیب‌ها به‌حساب می‌آیند. ضایعات ناشی از شی rio در آب چه به‌صورت تفخیصی و چه در سطح مسابقه و رقابت بطور قراردادی جزو آسیب‌های ورزشی به حساب می‌آیند و شایعی ضایعات و سایل تقفیه، عوامل ورزش محسوب می‌شود.

تحقیقات زیادی مؤثر این مسئله است که علی ضایعات براساس منطقه جغرافیایی نژاد، سن و جنسیت متغیر می‌باشد. بعده‌از سال ۴۵ سالگی، سقوط از بالندی چسبیدن ضایعات مربوط به سایل تقفیه شده و شایعی ضایعات محسوب می‌شود. همانطور که بیش بینی می‌شود، زنان کمتر از مردان در فعالیت‌های ورزشی دچار آسیب می‌شوند. در جمعیت‌های آمریکایی – آمریکایی و آمریکایی اسپانیایی تبار، جنگ و نزاع بیشتر از تصادفات و سایل تقفیه، موجب ضایعات نخاعی می‌شود.

سببی از این آسیبها قابل پیشگیری می‌باشد. میزان مسمومیت های کلی در بین افراد که دچار SCI می‌شوند بین ۴۹/۲۷ تا ۱۷/۷۲ درصد می‌باشد. اکثر این ضایعات در روزهای ننه و یکنینه رخ داده و پیشتر از آنها در ماه جولای رخ می‌دهد.
آنانومی، اصطلاحات و طبقه بندي ضایعات

استقلالاً بين الميلي بيمنظور تغییر بندي عملى و نورولوژيكي ضایعات نخاعي بزيان

خاصي را برای توضيح و تحليل اختلالات نخاعي ترموديناميك برگزيده است. طبقه بندي ضایعات بر

پاه علم آنانومي و عملكرد طثاب نخاع و اعصاب در هر سگمان قرار دارد (شکل 1).

طقه نخاعي از سوراخ مگنوم وارد ستون فرقت شده و تا مرز فوقانی اولين مهره کمری

امتداد مي یابد و در آنجا بصورت یک مخروط که کوپیدی مدلولارس نامیده مي شود. خاتمه

مي یابد. تعداد 31 سگمان عملکردي (شامل 8 قطعه گردنی 12 قطعه سینه اي 5 قطعه كمری

و 1 قطعه نماینده ای)، رشته هاي عملي ريش هاي قدامي و خلفي (بصورت جفتی) كه اعصاب

نخاع را تشکيل مي دهند، را به ترتيب درفت و عصب دهی مي كنند.

اولين عصب گردنی که فاقد فيبرهای ريش ای خلفی (حسی) می باشد، هیچ درمانومي

نادرد. این عصب از سوراخ ماژول مهره اطلس و اکسي پوت خارج می شود. اولین 6 جفت اعصاب

گردنی از سوراخهای بالاي مهره ها و يا همان شماره خارج می شوند. هشتمين عصب گردنی

شكل می گیرد. تمام اعصاب نخاعی زیر این سطح از سوراخ زیرین هم‌مره به

همان شماره خارج می گردد.

اگاهی از خونرسانی طثاب نخاع در ردک تعدادی از سندرم‌های ضایعات نخاعی سودمند

مي باشد. خونرسانی طثاب نخاع توسط انعکاساتی از شریانهای مهره ای و شریانهای رادیکولار

قدامی و خلفی صورت می گیرد که از عروق سگمانی (بعنی شریانهای گردنی گردنی صعوبی،

گردنی عمقي، توراسیک داخلي، بين بدن ها، كمری و ساکرال) نشان مي گردد و از داخل

سوراخ اين مهره اي در حالیکه در جلوی ريش هاي عملي قرار دارند عبور كرده و موجب

خونرسانی نخاع می گردد. یک شریان رادیکولار منفرد ممکن است به یک شریان رادیکولار

قدامی با خلفی تبدیل شود و يا شاید تقطیم شده و تبدیل به هر دو آنها شود.

هر شریان مهره اي به یک شریان نخاعی داگامی و یک شریان نخاعی خلفی تبدیل می شود

ولي شریانهای نخاعی بهم متصل شده تا در سطح مدول (medulla) در رگ مباني

قدامی متفرگردند و تشکیل می دهند. شریان نخاعی قدامی در ناحیه ای که تا زیر طثاب نخاعی

گردنی تنزل پیدا مي كند، 23 طثاب نخاعی قدامی را خونرسانی کرده و به شاخه های

انستوموزی شریانهای رادیکولار قدامی متصل می شود. در ناحيه توراسیک شریان نخاعی قدامی

مي تواند باریک و نامنظم شود، بطوریکه طثاب نخاعی در امتداد خطا خط ضعف‌هاي آن عروق قرار
نواحی خنثی در آسیب طناب نخاعی
پژوهشگاه مهندسی و علم پزشکی جانی‌دانان

می‌گردد. شریان‌های نخاعی خنثی جفت سومین بخش عرضی طناب نخاعی را خونرسانی کرده و خون را از شریان‌های رادیکولار خنثی دریافت می‌کند. نتایج آزمایش‌های غیر منتظره از عروق را در روي
سطح خنثی طناب نخاعی می‌باشد. در این حالت ناپایداری تا رشته‌های دیگر ناهنجاری می‌باشد.

شریان‌های رادیکولار به طور قابل مشاهده‌ای از نظر تعداد متغیری بوده و بیشتر در راستای نسپت چپ و ناحیه پاسخ‌آمیز و کمی قرار دارند. یکی از شریان‌های رادیکولار قدامی به قطر زیادی - شریان آدام کومپوز (Adamkiewicz) - معمولاً همراه به شریان‌های اندازه‌گیری گرفته‌ایسته نخاعی می‌باشد. استفاده آن در ارائه سطح ترکیبی فوقانی خونرسانی ضعیفی را از شریان‌های بین دندان دریافت می‌کند و پیش از نسبت به سازش عروقی

آسیب‌پذیری می‌باشد.

توضیح و طبقه‌بندی دقیق یک آسیب طناب نخاعی بر پایه اشکال آنتانومیک (تشريحي) و استفاده به کالبد شناسی (معاینات نورولوژیکی) منظم و مشروط از عملکرد و حسی در تغییر این پاسخ‌آمیز، استوار است. شریان موجود هم براساس شدت و هم بر اساس سگمان و میزان تخریب عصبی بوجود آمده. تشريح می‌گردد.

معاینات لازم، بیشتر از حذف یک معاینات ساده نورولوژیکی (neuroanatomy) می‌باشد. اطلاعات بدست آمده، به‌ویژه اگر می‌دهد نظر دارد در مورد امکان میزان بی‌بودن نورولوژیکی و بیش بینی وضعیت بیماری وی آن را لحاظ عملکردی اطلاعاتی بدهد.

بررسی و معاینات مؤثر و مفید ری بیمار می‌باشد به آسیب طناب نخاعی در اورژانس، مستلزم مشارکت هوشیارانش و واشنگتن چن همکاری از سوی بیماری‌ها و یا مغزی همراه خواب آوروگه باشند. یک غنی و هدف‌گذاری‌ای از ناحیه‌ای واژگونی و کمیابیت کلی‌ای دارویی، محدودیت می‌باشد. معاینات و ارزیابی اولیه جهت آگاهی از میزان آسیب و مکمل‌الصفای آن و همچنین جهت کشف صدمات ثانویه در روزهای نخستین بسته در بیمارستان مهم می‌باشد. به‌طور جهاب به خاطر وجود هدف تعریق بیش از کم‌پشت در مورد وضعیت بیماری ادامه یک معاینه در طی ساعت اولیه پس از آسیب مطلوب تبریز روش می‌باشد. ارزیابی عملکرد عضلات حسی با قابلیت از ممکنی‌هایی در نهایی با دنبال جهت مناسب رفتنی می‌باشد. در سیاره از موارد به

هرحال شوک اسپینال‌یا اتفاقی می‌افتد، طبیعی را عدم وجود عملکرد حسی و حرکتی نورون‌های

2 - Lower motor neuron
3 - Spinal shock
حرکتی فوقانی یک پدیده که نماد شناخته شده مطرح است. زمانیکه هیچ علامت بالینی وجود ندارد غالباً می توان برای تعیین میزان فعالیت رلفکسی از آزمایش الکتروفیزیولوژیکال استفاده کرد. اگر آسبب نورون حرکتی فوقانی موجود نباشد، فعالیت رلفکسی به طور معمول پس از جند هفته یا جند ماه برمی گردد. وجود شک اسبیبال برای ارزیابی وضعیت بیماری در آینده از اهمیت كمی برخوردار است. خوا که معاینه قابل اطمینان و ارزیابی پیش آگهی بیماری را می توان در زمانی که شک اسبیبال وجود دارد، انجام داد.

امتبازندی یک میزان تخریب در انگشت ضایعات طناب نخاعی آمریکا (ASIA) یا می باشد که تقریباً در هر بررسی (شكل 1) مدل اصلاح شده ای از طبقه بندي پیامدهای نورولوژیکی موجود در این جمعیت از بیماران، مورد استفاده قرار گرفته است. این طبقه بندي به تشريح میزان عملکرد حسی و حرکتی زیر سطح ضایعه برداخته و عملکرد کنونی نخاع صده به ديده را تشريح مي كند. صدمات در محدوده ای از تخریب کامل عملکرد حسی و حرکتی (مرحلة A) یا وجود عملکرد حسی و حرکتی کامل (مرحله E)، ارزیابی می شوند.

سایر سندرم های بالینی به تشريح صدماتي می پردازند که نواحی خاص نخاع را تحت تأثیر قرار داده اند. تراپلیژی (Tetraplegia) ناشی از آسبب طناب نخاعی در کانال گردی می باشد که با نارسانیهای عملکردی نورولوژیکی در شکم و اندام های تحتانی، اندام های فوقانی و عملکرد احساسی همراه است. در Paraplegia عملکرد بازو و دستها طبیعی است ولی در کنترل اعصاب شکمی و اندام های تحتانی، احساسی و وظایف احساسی تأثیر ندارد که در اثر آسبب در سگمانهای توراسیک، (فسه سینه) کمر یا ساکرال ایجاد می شوند.

\footnote{4} upper motor neuron
\footnote{5} Areflexia
\footnote{6} American Spinal Injury Association
STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION OF SPINAL CORD INJURY
سندرم طنا طنا (Cord hemisection) در Brown sequard سندرم طنا طنا (hemisection) از حذف عضوي نيمى از نخاع مشاهده می شود. صدمات اینچینی از طریق ضعف عضلانی همان طرف و نقاط حس درک عمیق در همان سمت آسیب مشخص می شوند. در طرف مقابل، عدم وجود واکنش به تحریک با سر سوزن حس درد از محدوده یک سگمان در زیر سطح ضاعب به پاژین و عدم وجود حس حرارت از دو سگمان در زیر سطح آسیب به پاژین وجود دارد. یک آسیب واقعی واقع در ناحیه مدلاین که همزمانه که آلمزای (hemisection) از خصوصیات سندرم‌های Brown-sequad منجر به سطح درک مفهوم و حس در سطح سطح یا حس فشار، عمیق را می‌دهد، ولی احساس درد و عملکرد حرکتی در زیر سطح ضایع به کاهش می‌دهد.

- Central Cord Syndrome
- Proprioception
- Light Touch
Association, 1996.)


TABLE 1

<table>
<thead>
<tr>
<th>Impairment Scale</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>E</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CLINICAL SYNDROMES

- Central Cord
- Brown–Sequard
- Anterior Cord
- Conus Medullaris
- Cauda Equina

Cauda equina و Conus medullaris عناصر مهمی از سس سلولی T12-L5 هستند و به طور مشابه در توضیح کودال و توصیف ناحیه کودال طبیعی T12-L5 می‌باشند. در نظر گرفته می‌شوند. ضایعات Cauda equina و Conus medullaris می‌توانند موجب آناتومی تغییرات سریعی در عملکرد مانند نیروی مغزی و روده، ناسالمی Saddle به میان برسند و ناسالمی Saddle به میان برسند. مشخص می‌شود. ناسالمی Saddle به میان برسند. مشخص می‌شود. ناسالمی Saddle به میان برسند. مشخص می‌شود. ناسالمی Saddle به میان برسند.
غالباً سطح نورولوزیکی ضایعه منتقلی از سطح حرکتی ضایعه می باشد و سگمانی که
عملکرد نرمال در آن وجود دارد در سطح حرکتی ضایعه منتقلی از سطح حرکتی متفاوت می باشد. با چهار سگمان مختلف می توان سطح نورولوزیکی را شناسایی کرد (یعنی حس راست، حس چپ، حرکتی راست و حرکتی چپ). در این نمونه ها تغییر یک سطح نورولوزیکی متفاوت شاید گرفته کننده باشد و ضایعه از طریق تغییر کامل چهار سگمان به
بهترین نحو توصیف می شود. درمان تغییر می گردد. قدرت عضلات از صفر (فلج کامل) تا 5 (وجود مفاوتی کامل) شماره بندی شده است. سطح حرکتی (پانیونی) تغییر سگمان حرکتی نرمال می توانید در
هر طرف بدن منتقلی باشد توسط پانیون تغییر عضله اصلی که دارای نرمال 3 با پیشرفت می باشد، مشخص می شود. به شرط اینکه تمامی عضلات اصلی باید شده که در بالای آن سطح می باشند.

از (Sensory Index Score SIS) است. نرمال سطح حرکتی (Motor Index Score MIS) است. نرمال سطح حرکتی (Motor Index Score MIS)

می‌شود.

برای تعیین کامل یا ناکام لودن ضایعه، انجام یک معاونه مقدیلی لازم است ضایعه کامل
با عدم وجود عملکرد حسی یا حرکتی در پانیون سگمان مشخص می‌شود. با این تغییر پیشنهادی و همکاران، بر مجموعه‌ای از افراد آسیب دیده نخاعی شناسایی می شود که تقریباً هیچگونه بیشتر تبدیل نخواهند شد. اگر احساس مقعدی عمایی یا احساس در نقطه اتصال (Sensory muco-cutaneous)

می‌باشد و یا اگر یک کنترل یا افزایش مقدایی و وجود دارد، آسیب ناکام
می‌باشد.
پیش آمده‌ی نورولوژیکی بیماری و پیامدهای عملکردی آن

در موقع تمامی بیمارانی که دچار SCI ترموانیک هستند برخی به‌وهیپیای نورولوژیکی را تجربه می‌کنند. در مورد برخی بیماران، این بیماری توجه به‌وهیپیای عملکردی می‌شود. این به‌وهیپیای عملکردی عصبی در سگمان‌هایی در نزدیکی منطقه آسیب‌دهده با بیماری ریشه‌ای از به‌وهیپیایی که در عملکرد نخاعی که سبب تغییرات در میزان ضایعات در حرکت می‌باشد. نارسایی می‌شود. سه‌گانه‌ای به‌وهیپیایی است. به‌وهیپیایی که در مورد وضعیت بیماری در افرادی رخ می‌دهد که اصلاً برخی وظایف حرکتی را نشان می‌دهند و یا در آنهایی که به‌وهیپیایی در ساواکه اولیه پس از آسیب مشاهده شده‌اند. برعی مطالعات نشان داده اند که در فواصل بین یک ماه تا یک سال پس از آسیب، میزان به‌وهیپیایی به سرعت در طی شش ماه اول کاهش می‌یابد. اگرچه می‌توان یک گذشته دو سال نیز موقعیتهایی را در قدرت بیمار مشاهده کرد. به‌وهیپیایی در منطقه ضاععی بیماری که دچار ضایعات ناکامی شده اند سریعتر از آنهایی است که دچار آسیب‌های کامل شده اند. ولی میزان به‌وهیپیایی لزوماً بیشتر نخواهد بود. تقریباً تمام عضلات دارای قدرت معادل $\frac{2}{5}$ و معمولاً یک سوم عضلات دارای قدرت 0 $\frac{1}{5}$ که در اولین سطح نورولوژیکی زیر انتها‌ی ترین سگمان قرارگرفته اند و عملکرد حرکتی نیز دارد. قدرت حرکتی خلاف جاگاهی به میزان ارتفا. اگر عضله در دوسگمان بانیتر از انتها‌ی ترین سطح که عملکرد حرکتی را نشان می‌دهد. دارای قدرت 0 $\frac{1}{5}$ باشد. به‌وهیپیایی عملکردی آن خیلی کم می‌باشد. ضعف عضلات اندام فوکانی در تترازوی احتمالاً درجات مختلفی از آسیب نورون حرکتی فوکانی و نورون حرکتی تحصیل را منعکس می‌کند.

تجزیه الکتروپاکتوسیستیک از پتانسیلهای عمل مرکب عضله 11 و همبینتور سنجش‌های میانگینی ریشه دوم عناصر الکترومیگرافی سطحی (EMG) در طول انقباضات ارادی عضلانی، اغلب به‌علاوه شبیه به ضعف نورون حرکتی فوکانی از ضعف نورون حرکتی تحصیل کم‌سی می‌کند. تناسب‌های توانبخشی می‌تواند بر پایه باین اطلاعات صوتی پیدا کند.

11 - Root recovery
12 - Compound Muscle Action Potentials
TABLE 3 - Percentage Change in Frankel Grades from Admission to Discharge:
5658 Admissions Within 24 Hours of injury, 1972-1992

<table>
<thead>
<tr>
<th>Admission Grade</th>
<th>A</th>
<th>B</th>
<th>C</th>
<th>D</th>
<th>E</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>88.8</td>
<td>5.0</td>
<td>2.9</td>
<td>2.8</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>4.9</td>
<td>48.9</td>
<td>15.6</td>
<td>27.6</td>
<td>0.7</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
<td>1.9</td>
<td>0.8</td>
<td>41.4</td>
<td>53.3</td>
<td>1.3</td>
</tr>
<tr>
<td>D</td>
<td>0.5</td>
<td>0.5</td>
<td>0.8</td>
<td>90.3</td>
<td>6.5</td>
</tr>
<tr>
<td>E</td>
<td>33.3</td>
<td>33.3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>33.3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Pinprick sensation
بیماران مبتلا به ضایعاتی از نوع Brown-sequard از ۹۰ درصد ماه پس از آسیب بهبود می‌یابند.
(Functional Outcomes)

TABLE 4 - Expectations for Function by Motor Level of Injury

<table>
<thead>
<tr>
<th>Motor Level of Injury</th>
<th>Activities of Daily Living</th>
<th>Mobility and Locomotion</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>C1-C4</td>
<td>Feeding possible with balanced forearm orthoses Computer access by tongue, breath, voice controls. Weight shifts with power tilt and recline chair. Mouth stick use</td>
<td>Operate power chair with tongue, chin, or breath controller.</td>
</tr>
<tr>
<td>C7</td>
<td>Independent feeding, dressing, bathing with adaptive equipment, built-up utensils.</td>
<td>Independent bed mobility. Independent level surface transfers. Wheelchair use outdoors (power chair for school or work).</td>
</tr>
<tr>
<td>C8</td>
<td>Independent in feeding, dressing, bathing. Bowel and bladder care with setup.</td>
<td>Propel chair, including curbs/ wheelies. Wheelchair-to car transfers.</td>
</tr>
<tr>
<td>T1</td>
<td>Independent in feeding, dressing, bathing. Independent in bowel and bladder care.</td>
<td>Transfer from floor to wheelchair.</td>
</tr>
<tr>
<td>T2-L1</td>
<td>Independent in all self- care.</td>
<td>Stands with braces for exercise. Independent in transfers and wheelchair mobility.</td>
</tr>
<tr>
<td>L2</td>
<td>Independent in all self- care.</td>
<td>Potential for swing-to gait with long leg braces indoors. Use of forearm crutches.</td>
</tr>
<tr>
<td>L4-S1</td>
<td>Independent in all self- care.</td>
<td>Potential for ambulation without assistive devices.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
انگر چه این کارها ممکن‌الدیر رابطه با سطح حركتی اسب تشریح می‌شود، یا بسیاری از افراد می‌توانند کارهای انجام بدهند که با داشتن این ضایعات انجام آنها پیش به بینی نمی‌شده.

توانایی‌های حركتی یکی، تحت تأثیر متفاوت‌های چون سن، علایه مربوط به بدن و خصوصاً سلامت عمومی، ضایعات هژمونی، نظم و ترتیب ستون فقرات، هوش و انگیزه قرار می‌گیرد. در موارد بسیاری استقرار کامل در انجام این امور از لحاظ جسمی متوقف نمی‌باشد. در سایر موارد، عملکرد مستقل مبهم است ویل محدودیتهای زمانی، هزینه‌های مربوط به انرژی و مواد محیطی مانع از انجام کار می‌شود. ارزیابی دقیق از نیازهای شخصی و حمایت های اجتماعی لازم است تا مهم‌ترین و مرتب ترین وظایف بس از ترکیب از مراکز توانبخشی به طور صحیح شناسایی شوند.

فعالیت‌های افراد ناپناه‌ها را ایجاد می‌کند تا به‌طور موقتی آموزی مستقل شوند و بیشترین کمک را از سوی افرادی که در دسترس هستند خانواده، دوستان، خدمتکاران و همکاران دیگری کنند.

جند نوع آزمایش و تست وجود دارد که به پزشک کمک می‌کند تا تغییرات ایجاد شده در وضعیت عملکردی بیمار را ارزیابی کند. تغییراتی این بررسی‌ها اصلی‌تر از انسجامی به فشارهای مالی انجام می‌شود ولی به پزشک کمک می‌کند تا از تأثیرات دریافتی و ضروریت و تأثیرات استردادی در فشارهای زمانی استفاده سنجش (FIM) کاربردی گسترده ای پیدا کرده و از لحاظ اطمینان و اعتبار، شناخته شده تر است. در استانداردهای به‌ین ملی مربوط به طبقه‌بندی علائمی و نورولوژی‌ی ضایعات به عنوان یک وسیله جمع آوری سیستماتیک (منتظم) اطلاعاتی به‌هدف ارزیابی پزشک تحقیقی استفاده شده است.

اگرچه کاربرد عمومی چنین ابزار سنجش پیکنواختی چون SCI مراقبت‌های پزشکی توانبخشی شده است، اما در خصوص ارتباط آن با درمان‌ها و ضایعات اسب تشریح می‌شود. همگام با موضوع این نمی‌باشد، نمازهای گیاهی در حالیکه متفاوت‌های زمانی هماهنگ با دیگربیمار و خانواده او در مورد بیماری و از انجام اکتشاف شدن مجدد فرد خیلی تشریح نمی‌شود. در مورد بیماران نتراپلیزی آنچه که آنها در مورد بدن، شرایط و استعداد‌های به‌نام خود آگاهی پیدا

14 - Functional Independence Measure
15 - Motility
16 - Locomotion

18
توانبخشی در آسیب طناب نخاعی

می‌کنند تنبها بیانگر این واقعیت است که آنها بیشتر وقت مفید خود را در مراکز توانبخشی بیمارستان می‌گزارند. آنها متوسط می‌شوند که بايد برایاش آیتالا استفاده کنند و آنها جهت کارهایشان کمک بگیرند. در این موقعیت، بیمارانی که دچار سندروم تزریقی با سطوح آسیب بناه

می‌شود، در حالیکه در واقع هیچ پیروی در معاینه و آزمایش‌های درجه بندی عملکردی آنها 

بیده نمی‌شود. شاخص عملکردی کواردی‌پلزر و شاخص اصلاح شده به امید آنکه موقعیت‌های عملکردی در این گروه بهتر گزارش شود، شکل گرته است. سطح ناتوانی بیمار شاهم

بهترین پیشرفت بهره‌وری در زمینه معلوم‌کردن با کیفیت نهایی زندگی نمایش مطالعات صورت

گرفته با استفاده از ابزار سنجش‌های جون

Assessment Craig Hadicap
Reporting Technique
life situation Questionare

نشان داده است که ناتوانی در بیماران ضایعه طناب نخاعی تنها یکی از مکاره‌های متعدد

تغییر کننده پیامدهای مربوط به وضعیت فردی و شغلی آنان می‌باشد.
فرآیند توانبخشی

با توجه به روش‌ها و پرستش کارآمیزی که در رزمایش درمانی و توانبخشی وجود دارد موّی توانبخشی با توجه به فیزي‌کلاسیک و فیزیولوژی متفاوتی و فردی برای پاسخگویی به نیازهای متفاوت درمانی و بسته به هویت و رفتار فردی افراد مبتلا به ضعف و نوبایت طالب، سالانه طول می‌کشد. سنجش میزان و شدت از دنبال مدت درمان توانبخشی فرد و میزان توانایی ایجاد‌کننده در توانایی توانبخشی و یا به‌یک تکنیک مثبت است که با هنگام برنامه ریزی جهت بهره‌برداری از موسسه‌های توانبخشی به نظر قرار گیرد. در حالیکه نسبتاً می‌توان بر سرعت بر محدودیت‌های جسمانی از طریق اصلاحات محیطی با استفاده از وسایل کمک دهنده، علی‌رغم افزایش سرعت زیاد و عدم وجود آزادی و تغییر در شرایط جسمانی، خیلی برای فرد قابل قبول نیست باشد. با استفاده از برنامه‌ها و توانایی جسمانی، باید به افراد برگزیده با داشتن این نیازهای جسمی و ذهنی اجراه داده شود. اکثر افراد، همواره به صورت امکان روی پای خود باستند. پرداختن ناموفق می‌تواند به محیط کارل نه‌دیگ مرغ کبک و کارفرمای آنها را تقویت کند.

روشهای توانبخشی برای افرادی که دچار ضعایب اضطراری به خاطر انحراف در محیط مراقبتی دیقق آغاز می‌شود. در طول این دوره بسیاری از مشکلات جراحی و پزشکی محسوب می‌شود. در این زمان، بیماران و خانواده‌ها به‌طور می‌تواند به استفاده‌های به‌کارگیری و ایجاد شده باشد. بیماران ممکن است و پیش‌بینی کردن مسئولیت به‌طور ناگهانی عملکردی برکناری کرده و نقش‌آوری مسئولیت که می‌تواند تأثیر عمیق‌تری به‌طور می‌تواند برای بدن و ذهن انسان اثرات غیرقابل پیش‌بینی دارد. پرفکریک و نگاه‌برداری خصوصی تابعیت مشکلات ماهیتی در رابطه با حوادث و مسئولیت مربوط به مشکلات قلبی - ریوی مشورت می‌کند، در حالیکه اصول به‌این مفاهیم توانبخشی و موقف به برنامه‌ریزی ناشی‌گرفته‌ها می‌شود. مراقب‌های درمانی به موقع توسط افراد با توجه به یک محیط تحت مراقبت‌های شرط می‌تواند به‌طور اپیدمی‌ای به‌کمک فشاری که موجب هفت‌ها محدودیت درفیلیتی می‌شود، ضایع گردد.

Frā’īnd draman $\circledR$ (ROM) ۱۸

- Range of motion ۱۸

۲۰
بیمار، می تواند یک فرصت عالی جهت مشارکت فعال آنها بوجود آورد. در بیماران تراپیژی جهت حفظ و تغییر در رابطه کوتاه شدن عضلات ادکلن شانه (که دور شدن پاژو از مرکز شانه را محدود می کند) باید توجه خاصی شود. مج دستها و پاها غالباً نیاز به یک اکل حفاظت کننده در جهت حفظ محدوده حرکتی دارد. (شکل 2)

![FIGURE 2- Hell suspension ankle – foot orthosis. (Courtesy of Multipodus boot/RCI Inc).](image)

در جنین شرایط سختی از نظر وضعیت پزشکی بیمار، بیماران، خانواده و کارکنان بیمارستان غالباً تمرینات ورزشی تقویتی و برنامه‌های تمرینی آماده سازی جسمانی را بطور ناهنجاری بصورت زودرس شروع می‌کنند. این کار می‌تواند خصوصاً در بیماران تراپیژی دارای ظرفیت‌های محدود مضر باشد. بسیاری از این بیماران در وضعیت کاناملیکی هستند و نیاز به ارزی خود را از خود نمی‌پذیرند. در این نوع وضعیت و نیز همچنین موفقیت حاصل منی شود مخصوصاً اگر تأکید شود که بیمار برای مدت طولانی روی یک صندل بنشیند و با به وزش‌های مقاومتی بپردازد.

بیماران و خانواده‌اش ملاقات با اعضای گروه توانبخشی در بیمارستان سواد می‌برند. تعلیم و تربیت در رابطه با روند توانبخشی غالباً کمک می‌کند که احساس ناپایداری گرفتگی شدن و پی یار و باور بودن کاهش یابد. هیچ راه حل عالی و منتفی در جهت مشارکت با بیمار و خانواده او در رابطه با پیش آگاهی وضعیت بیمار وجود ندارد. این مباحثات با ایده شخصیت ناشی از ناخوشی و
توانبخشی در آسیب طبیعی نخاعی

وضعیت زندگی بیماران را نیز مقدور بوده‌اند. درمانگرها، به‌طور کلی، به روش‌هایی که توانبخشی نسبت به ایجاد امپوریا چیزی که جا داده، درست مانند آن است که هدایتی بدهد مشترک‌سازی کنند. بررسی بر روی توانبخشی نیازی به توصیه‌ای بزرگ‌تری از توانبخشی بوده. اکثر افراد میتلا به جوئن بوده و ۸۰٪ آنها مذکر می‌باشند. بیماری از آن‌ها با بیماری مشابه و نازق آسیب دیده دیده با سایر رفتارهای بیماری انحراف را در زمانی رخ می‌دهد که موقعیت آنها در حال شکل‌گیری می‌باشد. در این موقعیت نیاز به مشاوره و حمایت معمولاً به اقدامات پزشکی تسریع می‌کند. هنگامیکه وضعیت طبی و درمان بیمار پایدار شد، استفاده مؤثر از دسترسی درمان هدف گرای می‌باشد. برخی از بیماران از طریق شود تا پیشرفت شویی به‌وجود آید، این بیماران نیز به روش‌های بیماران درمانی ویژه و در موقعیت مطلوب، شهوت های درمانی، سازگاری با پرتره های درمانی، تکنیک‌های فرا گرفته شده به حالت روی هر در آیند. مشترک‌ترین خانواده در این مهیت باید با دقت و موسوم‌فهای صورت گیرد، با توجه به آنکه درمان توانبخشی بستره کوتاه مدت می‌باشد، رسایی از اعضاء خانواده فرآ خوانده می‌شود تا به عنوان پرتره دانسته عمل نمایند. درمان بیمار پایداری به کار در محیطی که توانایی ایجاد محدودیت‌های در ارتباطات خانوادگی نادرست می‌دارند، را داشته باشند.

وجود جلسات برخی شده با حضور بیمار و خانواده از بخش‌های مهم پروسه توانبخشی مبتلا به SCI می‌باشد. این جلسات با به دقت، برای و به حداکثر صرف هزینه صورت گیرد. جلسه قصصی را برای تیم ایجاد می‌کند که نشان دهنده که یک برخی از توانبخشی‌ها ممکن است با پیشرفت می‌باشد ایجاد شده است. بیمار و خانواده ها ممکن است مشاوره به نسبت به این جلسات دارند. اختلاف عفونی در میان اعضای بیماری خلاف حس شود آمادگی مناسب به اعضای تیم ایجاد می‌دهد به دلیل یک بازبینی راه دهنده و مختصر و هم‌هنگ بخش آمیخته ویژه اعضای تیم یک تجربه بیانی به پایه ممکن است بر روی اجرای برنامه ها و ارتباطات باید در برگیرنده اجتناب از آرائه خونهای معمای پزشکی باشد، حتی زمانیکه تعداد زیادی از اعضای خانواده حضور دارند. اعضای بیمار به خاطر داشته باشند که، ممکن است برخی از موارد خطاب قرار دهند.

این مهیت ضعیفی برای حل معضلات بین تیم درمانی و بیمار یا خانواده و می‌باشد برخورد و روده‌روری گروه مختص‌های نه ممکن در یک جلسه بیمارستانی می‌تواند یک تجربه تهدیدی

۲۲
کننده برای بیمار و خانواده‌ی وی باشند. فرهنگ، مقررات و زبان بیمارستانی توانبخشی بطور تاپی ناشنا می‌باشد. اعضای تیم باید هر تلاشی را صورت دهند تا قابل اجرا نبودند، تا سوال‌ها و نیازهای دارونی وی را شناسایی کنند. کار اعضای تیم توانبخشی حل مشکلات است، نه ایجاد مشکل.

موضوع اصلی بیش از آنکه باید از ابتدا توانبخشی مدت نظر قرار گیرد. در حالت‌های تیم معمولاً اهداف خود را بر پایه توانبخشی فیزیکی آخر بیمار و محدودیت‌های اقتصادی در مورد بستری کوتاه مدت در بیمارستان قرار می‌دهدند، اهداف بیماران معمولاً امیدواری برای بهبودی می‌باشد. اعضای تیم باید از این تضاد ذاتی آگاه باشند: «بیماران معمولاً به دنبال معالجه‌ی استinctious و نه توانبخشی». امیدواری دادن به بیمار در مورد بهبودی کامل مهم است، حتی با اینکه سری به هیچ درمان قطعی پزشکی وجود ندارد. در مدت بستری، اکثر بیماران به تدریج بادی گیرند تا دیدگاه متفاوتی به ناتوانی خودگذاشته کنند. به آنها اجازه داده می‌شود تا طرح‌های واقع بینانی ای برای آینده نزدیک خود طراحی کنند.

بیماران با بد حجم زایدی از اطلاعات را در یک دوره گوتا نمی‌توانند بهترین برنامه‌های توانبخشی، یک محیط آموزشی سازمان‌های بهره‌وری پیشنهاد می‌کنند. این‌ها به امکان می‌دهند که برای گامهایی که به بیمار کمک می‌کنند، برنامه‌های درمانی خاصی داشته باشند. این برنامه‌ها معمولاً عملی می‌باشد. چرا که وجود یک گروه درمانی و سه شیفت برپایه یاده می‌شود که آنها نتوانند بطور متناسبی در جندهای شیوه درمانی مختلف بهتر کند. وجود ارتباطات ضعیف میان اعضاء و عدم مبنا در مورد درک برنامه‌های درمانی و تاثیر بیمار آشکار می‌شود و فوراً انتشار تیم نزد بیمار از بین می‌روید. وسایل مختلفی وجود دارد که توسط آن بیمار می‌توانند بطور موقتی آموزی در زمینه‌ی تحرک‌های کمک می‌گردد.

به‌هر حال بهترین کار ارائه برترکننگی درمانی و اطمنان از اموزش قابل فهم آنها به بیمار می‌باشد.
1) اجزای خاص فرآیند توانبخشی
تیم درمانی می‌تواند از شیوه‌های توانبخشی متغیره استفاده کند تا عضله‌ها را به شکل مغذی و استقلالی بیماران بازگرداند و وزش درمانی، آموزش عملکردی بنی‌بازی و بهبود توانایی‌های جراحی تمرینات استقلالی و استفاده از تجهیزات تطبیق داده شده و ابزارهای Orthotic ترانسفر و تحريك الکتریکی عملکردی مورد بحث و جدل قرار گرفته، بهبود شده اند.
وجود این ماده‌های، شرایط برگشت بیمار به جامعه را از طریق تقویت شرایط صحیح بیمار به جامعه و توانبخشی شغلی، آسان می‌سازد.

2) وسایل کمکی
توانایی فرد مبتلا به ضایعه طناب نخاعی در جهت تغییر محيط زیست شاید بستگی به استفاده مناسب از بخش‌های کمکی و تجهیزات تطبیقی (جدول 5) دارد. درمان‌گرهای شغلی در آموزش بیماران جهت استفاده از وسایل، تخصص پیدا کرده اند (لوازم و ظرف‌روه اطلاعی پذیرر شده، دستگیره‌های دسته بلند و دسته‌های جهت کمک بهدست کردن جواب و به‌کمک Button hooks، sock and pant pullers، نوشتن آنها، حلقه‌های مخصوص دکمه لباس بطوریکه نارسایی‌های عملکرد اندام فوقانی را از سر بهداشت اند. اگرچه برخی ابزارهای کمکی شاید نیاز دارند قیمت داشته باشند، اما وسایل جون ولجه، خودروهای مناسب و وسایل کنترل زیست محیطی، فارماکومی‌ها، این محصولات بايد توسط یک شخص آگاه در این زمینه تجویز شوند.

19 - Functional training
20 - Aerobic Conditioning
21 - Adaptive equipment
22 - Functional electrical stimulation; FES
<table>
<thead>
<tr>
<th>Table 5 - Interventions and Supplies</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>English</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arabic</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Procedure</td>
<td>Key:</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Blood pressure check</td>
<td>S</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Heart rate check</td>
<td>S</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Oxygen saturation check</td>
<td>S</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Respiratory rate check</td>
<td>S</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Temperature check</td>
<td>S</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Note:** "S" indicates a procedure that is sometimes required, while "#" indicates the number of patients who required the procedure.
افراد کم تحریم يا با تحریم محدود انگل بيش از حد لازم وسایل کمکی را تجويز مي‌كنند، بطوریکه از ان تکنولوژي بيش از حد مورد نياز جهت حل پک مشکل حركتی یا یک مانع محيطي استفاده مي‌شود و استفاده بيشتر از حد لازم تکنولوژي ضامن سطح عملکردی بيشتر و بهتر مي‌باشد. هر چه در که وسائل پيچیده تر مي‌شوند، ابراز بيدا كردن آنها شابعتر شده و مطاقيت دادن أها در ایجاد یا رابطه دقيق ميان وسیله و کاربر حساس تر مي‌شود.

بهترین برنامه‌های توانبخشي SCI، نمونه‌های متنوع از وسیله‌های کمکی را قابل دسترس می‌کنند. ویلچرها، کامپيوترها و خودروهای تطابق داده شده (که به بیمار اجازه مي‌دهد تا هر وسیله را قبل از آنکه مورد استفاده قرار دهد، ارزیابی کند (شکل 3).”

![FIGURE 3. Tongue-touch keypad controller is fitted into a dental retainer, allowing persons with limited hand function to operate wheelchairs, computer keyboards, and environmental controls. (Courtesy of newAbilities Systems Inc., Palo Alto CA.)](image)

اطلاعات علمي تيم نيايد حس کندن كه مجبورندستور تهيه تجهيزات گرانقيمت را قبل از تاريخ ترخيص بیمار صادر نمایند. در خيلي موارد، فروشندهان اين وسیله، تمييل دارند تا اين تجهيزات را برای مدت كوتاه قرض دهند تا تجويز قطعی آن صادر شود. به عنوان مثال، ويلچری که برای بیمار جوان دچار SCI در هفته هشتم پس از آسيب مناسب مي باشد، عادي در هفته

۳۷
دوره‌ی کامل‌اناماسی بوده و بکار نیازی، چرا که توزیع وزنی، قدرتی و تعادل و حتی وضعیت نوروزولوزیکی وی در حال تغییر می‌باشد.

هدف از تجویز ویلچر، تقویت نحرک و گنجینه، به حداکثر رساندن عملکرد درمانی، جلوگیری از ایجاد مشکلات ناشی از دفورمیتی‌ها و زخم فشاری می‌باشد.

وجود آزادی تازه بست آمده در اثر استفاده از ویلچر می‌تواند تغییر چشمگیری را در رفتار بیمار ایجاد کرده و مشترک بیمار اسپای دیده‌ای را که هفته‌ها در بستر بوده افزایش دهد. تیم درمانی به بیمار کمک می‌کند تا اولین‌های رأی باز را از ویلچر و «پیش بینی موقعیت‌ها و محیط‌های گوناگونی که بیمار با آنها روبرو خواهد شد» ایجاد کند. تیم باید اهمیت در از مدت جلوگیری از ایجاد زخم فشاری و حفاظت از مافلش شانه را برای بیمار روشن کند. سزارسها و طبیعت‌های باید با یک تجربه پزشکی صورت داده شود. در این‌رو برخی و سکربرنگ و یلیره شاید بیش از اندازه ناتوان و بی ثبات باشد. وجود بالا به تکشی‌های مخصوص سایر شده دلخواه و جهت راه‌پیمایی مبهم یا شاید می‌تواند به وسیله‌ی تکیه‌گاه به سه‌بندی دودگاه. دیدگاه «استفاده کن یا دوربردی» کمیته بر این موضوع تاکید دارد که بیمار باید از حداقل میزان تکنولوژی استفاده کند. بیماران دارای تنزلای‌زی با سطح ضایعه پایین‌تر می‌توانند از ویلچرهای الکتریکی مانند بهره بگیرند. از ارزوی ذخیره شده برای حرکت ویلچر، می‌توان برای حمل و نقل ویلچر، تغییرات وزنی و فعالیت شغلی استفاده کرد. که فرسایش در مدت عملکرد مافلش و افتتاحی نرم را کاهش نمی‌دهد. برای آن‌ها یک بیمار کم‌کنی که نیاز به تکنولوژی بیشترین و سیستم‌های نشین سفارشی دارند، محدودی توانبخشی می‌تواند به بیماران کمک کند تا وسایل بیماری تجاری موجود بهره جویدن. علی رغم بازاریابی برکاپ و ادعایا در زمینه تبلیغات، تفاوت‌ها میان سیستم‌های راه‌پیمایی از مصالح تجاری ناشی می‌باشد. یک فرود به سه‌بندی می‌تواند به شما در انتخاب وسیله کمک کند. هر وقت که ایمان داشته باشید، این سیستم‌ها باشد به راحتی نتوان به عملکرد بهتر لازم تجهیز خواهد شد. کامپیوترها نقش نزدیک‌تری در توانبخشی بازی می‌کنند. اصلاح محل‌های کاری در مراکز کامپیوتری بیمارستان‌های توانبخشی، زمانیکه بیمار در حال بازگرداندن فنون کامپیوتری می‌باشد، می‌تواند به بیمار کمک کند تا عملکرد دستها و قدرت بازوی وی افزایش یابد. صفحه‌ها و لوازم فری می‌تواند به صورت تطبیقی داده شود که بیمار ملزم به استفاده از گروه‌های عضلانی خاص شود. در بیماران جوان بیشتر فعالیت‌های جانبی روش‌های قدمی و کمک تحریک کمک‌های را به آنها با تقویت عضلات آن‌ها. سپس افراد از کار افتاده فرض‌های منحصر بفرد را در زمینه اجتماعی شدن، شبکه و جمع‌آوری اطلاعات از اینترنت بپیدا می‌کنند. کامپیوترهای

۲۸
می‌تواند در محيط توانبخشی شغلی نقش مهم‌تری ایفا کند. کنتل‌کننده‌های فعال سازی زبان، صدا و تنفس در حال حاضر به فرد اجازه می‌دهند تا بدون استفاده از دست بصورت می‌تواند از کامپیوتر استفاده کند و این کنتل‌کننده‌ها می‌تواند به سیستم کنتل ویژه‌تریک متعلق شود. (شکل 3). استفاده به کامپیوتر می‌تواند برای کسانی که از احتیال کمی در پرگشت به کار برخوردارند، بهترین درمان باشد.

3) اقدامات قابل انجام در مورد اندام فوقانی

تکنیک‌هایی مورد استفاده در جهت تقویت عضلات اندام فوقانی از شیوه‌های ساده طریقه (قراردادن عضو مصنوعی درجای خالی همان قسمت خالی) وجود دارد. در شرایطی که زایز به مراقبت ویژه در موارد حاد وجود دارد، توجه به قرارگرفتی اصولی مفصل و حفاظت از آنها مقدم بوده و در مراحل بعدی کار بر روی تقویت و کسب مهارت ها را فراهم می‌کند. در افراد مبتلا به تراوریزی در سطح C7 موضعیت صحیح دست توسط آنها حفظ می‌شود که موجب استحکام تاندونهای خم‌گردی‌ای است. نظر Flat hand می‌گردد. بسیاری از خانواده‌ها و بیماران تا می‌توانید یک موقعیت برجای عمک‌کرده درد دارند. با پیشگیری از ظاهری و أمورش در رابطه با استفاده از کوتاه شدن عضله فلکسور آرتی می‌توان به تفاوت میان انتقال با ویلجر و بدون ویلجر بی برد. حفظ سلیان خم‌گردی در آرنج نیز مهم می‌باشد، که به بیمار کمک می‌کند تا فعالیت‌های با کف دست کار انجام دهد. زمانیکه وضعیت درمانی و ثبات ستون فقرات بیمار تبدیل شد، کار بر روی تقویت عضلات فلج را می‌توان آغاز کرد. در مورد بیماران نگران که تنها چند عضله آنها عمل می‌کنند، کار کشیدن بیش از حد از عمله و خشکی که به ترم خطرناک می‌باشد. درمانگرهای کار درمانی با پایه نیروهای تقویتی تحت نظر را ارائه کنند. اکثر بیماران SCI در ابتدا احساس درد در دست، گردن و شانه دارد که باید به دقت توسط پرستش تحت نظر باشد.

بیماران می‌توانند چگونگی ترمیم عضلات اسبق دیده را از طریق حرکت‌های جانشین، بهره‌گیری از گیره‌گیری انتخاب را و حرکات آن با گرفته و زنجیره‌های تحرکی جنین مفصلی ايجاد گردند. (جدول 6)

می‌توان از این حرکات جانشین استفاده کرد تا عملکرد تفننی بیمار بهبود یابد و نیاز تغییر محور وزن و حرکات جابجایی بیمار بهتر صورت پذیرد و همچنین توانایی توانایی در 29
وضعیت مناسب تسهیل شود. از الگوهای جبرایی (استفاده از دو دست، دهان با چانه) نیز استفاده می‌شود.

معمولاً برای افرادی که دچار ضایعه در سطح C8 و C4 شده اند، ارتزهای دست تجویز می‌شود. ارتزهای تعلیمی ساعد 32 و ارتزهای حمایت کننده متحرک بازویی عضله هنای دوسروتدنیتی ضعیف شده را تقویت می‌کند. این ارتزهای با مکانیسم تعادل وزن برای امرزه این امکان از قسمت دستی ساعد حمایت کرده و به بیمار میثاقه ضایعه در سطح C4 اجازه می‌دهد تا برای انجام فعالیت‌های روی سطح میز (Tabletop) اماده کند. از این وسایل می‌توان جهت نقوت، آموزش و کمک به عملکرد فرد استفاده کرد.

**TABLE 6-Common Muscle Substitutions After Spinal Cord Injury**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Desired Action</th>
<th>Alternative Muscle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Triceps: extension of the elbow</td>
<td>1. External rotation of humerus at shoulder - gravity - eccentric contraction of biceps&lt;br&gt;2. Pectoralis major/anterior deltoid through closed kinetic chain</td>
</tr>
<tr>
<td>Floexor Digitorum: finger flexion</td>
<td>Tenodesis with wrist extension</td>
</tr>
<tr>
<td>Wrist flexion</td>
<td>Gravity- eccentric contraction of wrist extensors</td>
</tr>
<tr>
<td>Finger intrinsic muscles: abduction</td>
<td>Lateral action of finger extensors</td>
</tr>
<tr>
<td>Pronator teres: forearm pronation</td>
<td>Adduction/internal rotation of humerus</td>
</tr>
<tr>
<td>Intercostal muscles: active lung expiration</td>
<td>Sternal pectoralis major action on thorax</td>
</tr>
<tr>
<td>Elevation of pelvis</td>
<td>Latissimus dorsi (shoulder depression) through closed kinetic chain</td>
</tr>
</tbody>
</table>

افراد با ضایعه در سطح C5 می‌توانند دستهای را در حالی خاص قرار دهند، ولی C5 افراد بدسته‌ای را در حالت خاص قرار دهند، وی نبازند دستهایی را در برای تقویت کردن اکستراکس 33 به یکدیگر هستند تا مج دست نیز در حالت تبی نگر گردید. این آثارهای تابث را می‌توان بطور بیش ساخته طوری ساخته که شیارهای مربوط به مرسوم یا جا‌ورودی در آن تعبیه گردید. وسایل تحركی عملکرد بیروماتکولار در این افراد تقیی برای 40 سال مورد بررسی قرار گرفته است. یک نوروزیون چند کالانه قابل

---

23 - Balanced forearm orthosis<br>24 - Mobile arm support<br>25 - Long opponence orthosis

30
کارگزاری در دانشگاه Case - wester Reserve در دسترس می باشد. این سیستم برای بیماران مبتلا به آسپ در C6 و C5 تهیه گردیده، که با آن می تواند عمل چنگ زدن یا دست را انجام دهد و توسط گیرنده های بکار رفته عضله های شانه سمت مقابل می شود. در بیماران مبتلا به آسپ در سطح C6 با اضافه شدن کارایی عمله های اکستنسور مج دست توابلی های عملکردنی بطور چشمگیری بهبود می یابد. اکستنسور فعال مج دست منجر به عمل می شود. این صورت که این حرکت در فعال زانوکه اکستنسور مج در مقابل نادیده فلکسور ثابت انگشت، صورت می گیرد. منجر به فلکسور انگشت ها و مقابل هم قرار گرفتن انگشت اشاره و شست می شود. با کنترل مج در سطح C6 بیماران می توانند از ارتدوکس می توانند از ارتدوکس کردن انگشتان به هم با هر چه مربوط به هو (utensil cuffs) وسایل آمیخته گیت تغذیه خودشان استفاده کنند. ارتدوکس خم Rancho wrist driven کنده مج دست نیز لودادر بسیار شد و درایک فلک فعال در مکانیکی است که تا نیروی فشار بهبود و افزایش یابد. اگرچه این سمبله گرفتگی ضعیف و میزان رضایت بیمار نیز تندرک می باشد، اما برخی بیماران می توانند قدرت بسیار بالای فشار و انرژی و انرژی پیوند را ایجاد می کند. به عنوان یک راه جان، یک ارتز را می توان بوسیله درمانگر کار درمانی به منظور اهداف (RIC orthosis) ساده Tenodesis آموزش و انریک ساخت.

بیماران مبتلا به ضایعه در سطح C8 و C7 نیازمند بروی مداخلات هستند. مجموع اکستنسور انگشتان و فلکسور مج دست می تواند قدرت چنگ زدن را تقویت کند. آنالیز کوتاه تر درک کننده انگشتان و Utensil cuffs غالبا استفاده می شود. استفاده از مداد و می تواند غالبا با درست کردن وسایل کمکی چه گیری انگشتان انجام پذیرد، به شرط آنکه میزان فلکسور انگشتان به میزان کافی وجود داشته باشد. برای مبتلاهای به آسپ C8 همانجا ساخته شده با استفاده‌های خاص Utensil می توانند از گرفتن را افزایش دهد.

26 - Short opponence orthosis
دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی
### TABLE 7 Surgery to Enhance Upper Extremity Function in Tetraplegia: International Classification

<table>
<thead>
<tr>
<th>Available Muscles</th>
<th>Transfers and Reconstruction – Examples</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Motor Groups</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>None below elbow</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Brachioradialis (BR)</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>ECRL</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>ECRB</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Pronator Teres (PT)</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>FCRB</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Finger extensors</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Thumb extensors</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Partial finger flexors</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Lacks intrinsics only</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sensory Groups</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>Ocular sensibility; two – point discrimination &gt; 10 mm in the thumb</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Cutaneous sensibility; tow – point discrimination &lt; 10 mm in the thumb</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Abbreviations:** ECRL, extensor carpi radialis longus; ECRB, extensor carpi radialis brevis; FCRB, flexor carpi radialis brevis; EDC, extensor digitorum communis; EPL, extensor pollicis longus; FDS, flexor digitorum sublimis.

* mechanically capable of performing hand function with C6 and C7* 

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grade</th>
<th>Transfers and Reconstruction – Examples</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4-5</td>
<td>Posterior deltoid to triceps (Moberg, 1975, 1975)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Biceps to triceps (Zancolli, 1979)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Br to ECRB (Freehafer, 1967)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Flexor pollicis longus (FOL)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tenodesis (McDowell, 1986)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>BR to ECRB/L</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>BR to FPL (Waters, 1985)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>E;RL, to flexor digitorum profundus (FDP) (Lamb, 1972)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>BR to FDP+PT opponensplasty (Freehafer, 1984)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tow – stage House procedure (1985)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>As above</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>As above, without finger extensor transfer</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>As above, without thumb extension transfer</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>FDS lasso for intrinsic balance (House, 1985)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Two – stage Zancolli procedure (1979)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*27 - Palmar grasp*

*28 - Key - Pinch*
(5) اقدامات انجام گرفته در ادامه تحقیق

راه رفتن هدف هر فردی که به تازگی فلج پیدا کرده است، می‌باشد. افرادی که در جامعه پس از ابتلا به SCI حرکت می‌کنند، معمولاً حداقل ۴ تا ۵ ماه به بالینی می‌روند. طرف و حداقل در عضله چهار سروران یک طرف (Quadriceps) همچنین در بیمار، بدست آوردن برخی انواع حالت‌های قرارگیری بدن به‌صورت عمداً، اطراحی استفاده از ارزش‌های پیشنهادی کمک‌های ایستاده و پیمایش ایستاده است. اگرچه مربوط روانشناسی این فعالیت شاید باید این مسایل شاهد تلاش‌ها و راه رفتن بیمار جزئی از مزیت‌های فیزیوتراپی در کاهش پوکی استخوان با دیگر عوارض پزشکی نامطلوب ناشی از سمته بروخورداریشد.

برای بیماران پارالیژی (Paraplegia) در سطح توراسیک، استفاده از ایال بلند ابتدا تحتانی برای حرکت در خارج از خانه امری غیر عادی می‌باشد. میزان عدم پذیرش استفاده از آن‌ها برای ورش کردن استفاده می‌کند و گاهی علایق خود را به کلی از دست می‌دهد. زیرا که انرژی زیادی صرف استفاده از آن‌ها می‌شود. میزان صرف انرژی در استفاده از آن‌ها بلند یا کمی توانید به میزان زیاد و در حدود ۱۲ برابر دره واحد از منافع دارد. وقتیکه در طول مرحله حاد محمصمه، اکستنسیون هیپ و محدوده حرکتی دریس فلکسیون فورکه یا از طریق وزشها و آن‌ها حفظ شود، پیامدهای حرکتی به‌هم‌بینه می‌گردند (به شکل ۲ رجوع کنید). فاکتورهایی که در این رفتار محدوده حرکتی مفصول سهم دارند (استخوان‌داری، جدایی، اسپیسیم) باعث بروز جدایی قرار گیری بیمارانی که ضعف را با دارند، برای حفظ تعلیم در حال ایستاده ممکن است نیاز به لوردون بیش از حد مهره‌های کمتری داشته باشند. اما این میزان دامنه حرکتی در سنون فقرات ممکن است در آن‌ها که دارای فیوز هره های فیوزسکالر هستند، وجود نداشت باشد. در این افراد نیز نیروهای بیش از حد و غیر معمولی به محل فیوزسکالری سیستم فقرات در طی فعالیت‌های ایستاده وارد می‌شود و لذا خطر شکستن شن و سایل نیبی زده و عدم چسبندگی در اولین ماه پس از آسپد بالا برده می‌شود. پیش بهینه حرکت معمولی بر پایه برنامه عملکرد حرکتی مخلوط مدت کمی پس از صدمه می‌باشد. وجود عملکرد خوب پایه چهار سر، یک نشانه مثبت جهت امکان

29. Lower Extremity Functional Interventions
Rancho los Amigos Paraplegia صورت گرفت که به تشریح بهبود عضلات دی و نورولوژیک 237 بیمار دیگر
پرداخته است. یک ارتباط محکم میان شاخه‌های فیزیولوژیک گام دراز‌شدن و انتقال اندام
تحتانی براساس سیستم نمره بندی ASIA وجود داشت (یک تصویر دوی در سیستم ASIA
طرف از 10 بهبود 6.8 شماره گذاری شده اند، حداکثر امتیاز = 50). امتیاز-
گری ایندکس تحتانی
بعد از گذشته یک ماهه، میزان تأثیر حرکت و موفقیت در کسب وضعیت تحرک در جامعه
می‌پذیرد. اینکه باید به منابع کمکی اضافی می‌تواند باید به بازی‌های توربوزدی
سیستم امتیاز دهی مضراتی نیز دارد. چنان‌چه امتیاز‌دهی حرکتی ایندکس تحتانی بیمار
می‌باشد. این آزمون‌های تحتانی (Drop Locks) 19 شاید مشاهده افزون مثبت باشد. ولی
ویژگی‌های مختلف اندام
فوتای استفاده از ابزار کمکی را محدود می‌کند. باعث‌کننده ارتباط میان درجه
بندی تست دستی
عضلات 10 و نیروی اقتضای آنها بصورت گیر خطری می‌باشد و قابلیت تغییر
چشمگیر در عضله
عده در میان افزایش، می تواند به ابعاد بدن و شرایط مشترکی فیزیکی بدین وی نسبت داده شود.

کستنی در ناحیه چهار سه‌دیده امکان‌پذیر می‌باشد، ولی این کار سپس تقویت عضله‌ای
سیستم. یک نوع طراحی سیکستر که به نام KAFOs 20 (Drop Locks) ولی در عوض این
کاید نام که نوار اولیه قدمی تبیب با قطع‌های
شماری 20، یک چفل ضامن دار زانویی 21، یک نوار زانی پروگرام‌سال و یک صحنه کف پایی
30 - Incomplete
31 - Manual Muscle testing
32 - Knee - Ankle - Foot Orthoses
33 - Snap lock
34 - bail lock
Reciprocal motion 35

35 - patellar tendon-bearing prosthesis

ARGO 36

36 - Advanced Reciprocating Gait Orthosis (ARGO)

reiprocal motion 37

37 - reciprocal motion
با این بندپایی اندام قوئان به‌هم بخشند. تحقیق در مورد استدلال این ادعا در سال 1990 در دسترس SCI (Parastep, Sigmedics) قرار گرفت. این سیستم نیازمند استفاده از یک وکر و محرک عملکرد گل نتال و کوادی سیس برای استدلال می‌باشد. عصب پرونال، تحریک شده یا گیزاس فلکسیون یا فتاه و قدم برداشتن به سمت جلو ایجاد شود. سیستم‌های دیگر (به‌عنوان Parawalker عمل تحریک قدرن و عمل استفاده از از ورزش را ترکیب می‌کنند. جهان طراحی ترکیب شده ای می‌تواند نتیجه بطور همزمان همراه وسیل تحریک کننده نوروماسکولار نشان داده‌اند که افزایش بیشتری نیازدارد. با آنکه هر کدام به نهایی استفاده شود. استفاده از یک سیستم چند کانالی و کامل‌‌تر بیودی مدت‌ها تحت بررسی بوده است ولی موارد مربوط به قابلیت بکارگیری به‌طور کامل سیستم‌هایی و اعمال توانبخشی مرتبط با آنها گران می‌باشد و مسافت‌ها که می‌توان بآن راه رفته خیلی کوتاه می‌باشد.

در حال حاضر کاربردهای بالینی سیستم‌های تحریک کننده می‌کنند. استفاده عمکرده نوروماسکولار اندام تحتانی محدود شده است و دهد تحقیق در بی‌بست آوردن نتایجی که بر از این استاندارد ارجحیت داشته باشد، با شکست مواجه شده است. هرگونه افزایش گیری و ساخت‌مانند چنین سیستم‌هایی و استفاده توانبخشی مرتبط با آنها گران می‌باشد و مسافت‌ها که می‌توان بآن راه رفته خیلی کوتاه می‌باشد.

تحریک الکتریکی، تریب بکارگیری و فراوانی‌فیبرهای عضله ای را می‌کند و در نتیجه یک خستگی تسریع شده و شدید در مقایسه با انقباض طبیعی عضله ای روز می‌دهد. خستگی تحریک الکتریکی عضلات یک فاکتور محدود کننده می‌باشد که در کاربردهای اندام تحتانی می‌باشد. بیماری که دارای حس نرم‌البی یا دارای نقص نسبی هستند شاید این تحریک را دردگذی و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند. تخمین زده شده است که کمر از 11٪ افراد SCI دردناک و یا ناراحت کننده بدانند.

دارای انتظارات واقع بیشتر هستند.
توانبخشی در امر رانندگی

این نوع توانبخشی یک مسئله اصلی در برگشت این بیماران به جامعه می‌باشد، اگرچه بودجه‌های حمایتی در این خصوص گلاب‌زار محدود می‌باشد. برخی از توانبخشی در امر رانندگی، شباهت آموزشی و توانایی رانندگی را از اینکه کرده و در زمینه گرفتن گواهی‌نامه‌های رانندگی کمک می‌کند. از این بخش‌هایی در خودروهای مسافر، کشی و انجام اصلاحات و پیشنهاد مشاوره در راستا با کارگری خدمات حمل و نقل در جامعه از دیگر امور مربوط به توانبخشی می‌باشد.

کار درمانها و درمانگرها جسمانی، مهندسی توانبخشی و تکنیسیون‌های وسائل نقیبی اعضای اصلی نیم می‌باشند. وجوه تخصص لازم برای ارائه اصلاحات در اتوتیبل‌ها و خودروهای ون در بزرگراه‌ها اصلاحات مربوط به مانیتورینگ رانندگی تطبیق داده شده و آنها مورد استفاده قرار گرفته اند. ارائه‌گر این توانبخشی رانندگی در واقع شامل آرایش در زمینه دید، تشخیص، تواناز دینامیکی و میزان اسپاسم، ارزیابی قدرت عضلانی دریافت حس عمیق و میزان محدوده حرکتی بیمار می‌باشد. وسایل مربوط به نقض‌های صورت تجاري، موجود می‌باشد که در آنها از سیستم‌های مربوط به فرمان، کامپیوتری شده و تکنولوژی‌های استفاده شده است. پرسیده‌ای این سیستم‌ها به‌طور رایج مورد استفاده قرار گرفته، اما وجود اینمی و قابلیت اطمینان آنها به انداره کافی تحت بررسی قرار گرفته است.

توانبخشی شغلی

پیش از از افراد موجود در بانک اطلاعاتی NSCISC هنگام آسیب بنا بر استفاده بوده یا به مدرسه می‌رفته اند. برگشت به کار پس از آسیب به عنوان یکی از نشانه‌های بهبودی از آسیب قلمداد شده است و برخی آنها یک معیار مؤفیقی توانبخشی در نظر می‌گیرند. ارزیابی‌ها در خصوص میزان استفاده شدگی مصوب‌های نقیبی پس از مدتی از 13 تا 48 رصد می‌باشد. توجه به تنوع زیادی که در تعیین متاناخت به اصطلاح «کار کردن»38 قلمداد شده است متغیر است.

38 - Van
39 - working
در گروه موجود در ۳۷/۲۰% افراد پاراالزی و ۲۰/۳۰% از افراد تنرایلزی گرفته شده است. این اطلاعات در تایید دیگر تحقیقات می‌باشد که از روی آنها می‌توان پروپاپل استفاده مجدد پس از آسیب فرد را ترسیم کرد.

میزان استفاده از افراد پاراالزی بیشتر از مبتلایان می‌باشد. افراد مبتلا به شایعات ناقص و انتهایی که در دوران جوانی چهار SCI شده اند با احتمال بیشتری استفاده می‌شوند. میزان چندین استفاده در کسی که میزان تحصیلات آنها بیش از اساسی باید وارد نظر نزدیکی در اقلیت هستند و تجربیات شغلی کمی را قبل از صدمه دارند. چندین بانک وجود دارد. اصولاً خطر ناشتا در آدم افراد معلول است و بیمه پزشکی همگامی برگزار شده سوی کار را برای بیماری یک پیشنهاد دارند. ساخته است. به علاوه دولتی تضمین قانون از کارافتدگی‌ها در آمریکا، افراد معلول غالباً در محیط استفاده تحت تعیین و تعسیف شرط می‌گیرند.

مشواره‌های شغلی در تیم درمانی SCI به مراجعه کننده با سن مناسب در جهت حل این مشکل به کمک کننده و تسهیل در تبادل با ادارات حامیت کننده و مؤسسات محلی کمک می‌کند. 

نشانه‌هایی وجود دارد که تکمیل چنین برنامه‌اند احتمال استفاده افراد را بالا می‌برد، و آن عبارت از تهیه‌های مهم‌تر از دستورالعمل گرفتن یا متمرکز بودن می‌باشد که کاهش که این افراد وجود دارد. و آن این مسئله است که کارکرد یک حسن داشتن هدف و انگیزه را در فرد ایجاد می‌کند. تن به پیدایش فعال و سلامت حفظ کند.
وضعیت‌های بی‌شکلی و طبی

امروزه با وجود افراد بسیاری که پس از گذشتن سال‌ها از آسیب نخاعی، ادامه حیات می‌دهند، اثرات بیماری فلج بر روی سیستم‌های بدن توجه بیشتری را به خود جلب کرده است. در همین زمینه، مراحل درمانی اولیه و حاد از طریق توانبخشی بیمارستانی پشت سر گذاشته‌می‌شود و بیمار وارد مرحله سکون و مزمن بی‌شکلی طولانی مدت می‌شود. دانش‌مند موضوعات بی‌شکلی با گذشت زمان تغییر کرده و آنها را با چالش‌های بی‌شکلی متخصص بفری روبه‌رو می‌کنند. بر اساس تحقیقات و اطلاعات در مورد این مشکلات، اکثر بی‌شکلی به اصول و عوامل مختلفی وابسته می‌باشند. این امر در بسیاری از موارد بیماران سبب مشکلات شدیدی می‌گردد. گنگ و مشکلات این راه که به سوی متخصصین دیگر منتقل می‌گردد. برخی از این مشکلات بیماران را در مرحله نخاعی و ادامه پیشرفت در روش‌های درمانی قابل استفاده در مورد بیماران های معمول و انسانی قدردان می‌دانند.

اداری، شکستگی‌ها، سیستم‌های پوستی و اشتراک‌های درمانی مشخص این است که به‌تدریج رشد بی‌خوره برای بیماران در حدود آن‌ها تأثیر واقع می‌گیرد. در حالی که برخی از گونه‌های جایگزینی این امر برای یک این زمینه وجود دارد، بیماران باعث داشتن تجربه در برخورداری با بیمارستان SCI به سبب حسایی است. یکی از این افراد به حساب می‌آید که به سبب مشکلات بی‌شکلی بیمار گردد به خصوص در مرحله نخاعی. این مشکلات بسیار گران‌است.

همانطور که در هر زمینه فعالیت مرتبط با زندگی، این واقعیت وجود دارد، سلامت مطلوب جوانان، جدایی فیزیکی، یک شخصیت فعال، هوش، وضوح، مالی مناسب و پشتیبانی خانوادگی خوب، امتناع‌های نزدیک به موثر در حمایت می‌کند. شرح حال بی‌شکلی هر بیمار که شامل شرایط بی‌شکلی مربوط به آسیب و همینطور قابل از آسیب محرومیت و سازنده نیست. به‌طور کلی از فاکتورهای این است که تأمین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اکثر بیماران در زمان SCI به سایر سیستم‌های بدن نیز رنج می‌برند. بسیاری از بیماران در زمان SCI به سیستم‌های مزمن که در بانک اطلاعاتی مزادرسانی‌های دیگر بیمارستان‌ها در هر جهت مبهم‌بی‌شکلی نیز بیشترین ضایعات هم‌زمانه که در بانک اطلاعاتی SCI ذکر شده شکستگی‌ها (179)، عدم هوشیاری (28)، نقص وحشتناک (21) افراد گزارش شده‌اند. این افراد از بیماران گزارش شده‌اند. افراد تراپالیزی

۴۰
و آنهاپی که دچار ضایعات کامل شده اند به بستری طولانی تر نزیک دارند. هزینه های بستری در بیمارستان‌های سالمند 200/۰/۰ هزینه‌های کلی مربوط به ضایعات در طول ریسک پس از آسیب رانشکل می‌دهند.

پس از ترخیص اولیه از بیمارستان، بستری مجدداً برخی بیمارها در اولین سال بستری از ضایعات شایع بوده و تعریف بستری با گذشته سال‌ها کاهش تدریجی پیدا می‌کند. احتمالاً یک توزیع دو مدل وجود دارد. بررسی‌ها هنوز پایین به مسیره افزایش بستری مجدد که در پایان زندگی بیشتری می‌شود، برداهنده فاکتورهای خطر برای بستری مجد سال‌ها، پرستار خانگی ممکن تعداد موارد کمتری سفر به خانه. وضعیت درجه B و A در مقاله Frankel و سطح پایین تر تحسیلات می‌شود. عفونت‌های مجاری امراضی مکرترین عامل بستری فردی می‌باشد. اگرچه یکی از بستری‌های بستری چند روز بستری نسی‌باید، اما هزینه‌های مالی و انسانی بیشتری ایجاد خواهند کرد.

تغییرات دموگرافیک آسیب و بیش آگاهی بیبی جلب توجه روزافزون به مشکلاتی شده است که افرادی که در سالین بالا دچار SCI شده اند و آنهاپی که مدت زیادی پس از صدمه ادامه حیات می‌دهند، با آنها روبرو می‌شوند. وضعیت افراد مسن تری که به‌طور تاکنونی دچار ضایعه طبیعی نخاعی شده اند، نسبت به افراد جوان‌تر فرق می‌کند. توانبخشی افراد مسن‌تر در صورت گرفتن و مدت بستری آنها نیز بیشتر است. اگر بیماران مسن ترا بیان‌پذیرش شناختی مناسب از خدمات توانبخشی پس از آسیب سود می‌برند. این مسئله به خصوص در مورد آنهاپی که دچار پارابلیزی کامل شده اند از این آنهاپی که با احتمال کمتری در مراحل‌های پیچیده تر همچون بار دیدن و ترد مستقیم می‌شود، صدق می‌کند.

یک بورسی در سال 1991 در مورد نقش افزایشی می‌سین در ضایعه طبیعیSCI توسط محققان از Bmeer stan و Craig در ۴۱۱ دبیرستان دو ورودی موجود را مورد بررسی قرار داده است. این بررسی و دریگ مطالعات به تاکید این مسئله ممکن می‌کند که وجود چنین اثری متفاوتی منجر به پیش از صدای فعالیت بستری در سنین جوان‌تر شود. بیشتر از ۴۵٪ نمایش افراد مبتلا به SCI در حال حاضر بیش از ۲۰ سال از گذشته مربوطه را پشت سر می‌گذارند. در مقاله‌ای با افرادی که ایمپل‌سی اسپید دیده اند، این افراد به سوی سال‌ها بیشتر خود را داشته اند. دیدگاه‌ها و اولویت‌های بسیار متفاوتی پیش می‌روند. بررسی که به درمان افراد مبتلا به SCI میرزازی باید مختصاً در زمینه انتخاب توانبخشی بین بیماری حاد و شدید و شرایط مزمن مهارت داشته باشد.
بیماری پهلوی در دهه های گذشته اکثریت میزان افزایش میزان ابتلا به برخی از بیماری‌های عصبی مغزی (SCI) و آمیلودیوز (Amyloidosis) بین پزشکان و طبیعی بیماران را به خود اختصاص داده و امروزه ورام‌گزاری در این بیماری‌ها علائم و عفونی، همیشگی و حل نشده می‌باشند. آمار علل SCI در حال حاضر به آمار کسانی نزدیک می‌شود که در جمعیت عمومی مشاهده می‌شود، اگرچه بیماری از میزان‌های مگر و میر با عمل خاص در پاییز این بانک‌ها باقی می‌ماند. این نسبت مغزه‌ای واقعی به مغزه‌ای بیش بینی شده با خاطر سهیم در بالاترین میزان باشد. این تحقیق SCI بانک که این میزان ایپی‌میلیوژیک را همگرایی تعداد 131 بیمار SCI نشان داده است که آسیب برده‌گی این بیماری از 55 سال بیشتر آمارهای مربوط به علل مگر برای زیر گروه‌های مربوط به ضایع پنداشت است و شامل سن، سطح و داره اسبی می‌باشد. در 43% فرد مبتلا به کواردری یکی به پی بردن که میزان بقای 1% پیکسله 1% باشد.

1. موضوعات روشنایی SCI

۴۰ - Amyloidosis
۴۱ - Survival
قانون. روشنی‌سازی یا توانا در نقش «مشارکت» مؤثرترین یافته‌های بیماری آمیزجری یکی از اهداف اصلی اقدامی برای بهبود صحت بیمار به شیوهٔ ای روی درمان‌دارن و تخصصی می‌پردازد.

این فرصت که اکثر افراد SCI را از لحاظ بالینی افسردگی هستند، غلط است، اگرچه بیماری معیار تشخیصی معمول برای افراد مبتلا جمعیت مشکل می‌باشد. به‌صورتی که داده‌های آن به طور کلی اختلال افسردگی در راستای توانایی‌های SCI نشان داده که بیماران با افرادی که در طول دورهٔ توانایی‌های SCI از تریخی، در صورت نباید این اقدام پیدا کند. انتخاب ممکن‌سازی تطبیقی ضعیف به فعالیت‌های جلوگیری از زخمی شدن، برندی به خانواده‌های زندگی و درمان‌های شایگان می‌شود. که غالباً منجر به مخاطب شدن رفتار خود بیمار شده و از طرفی برای خانواده نیز اثرات تحریمی زیادی ایجاد می‌کند.

نارسائی‌های شناختی در افراد SCI امری شایع است و می‌تواند در فرآیند توانبخشی دچال داشته باشد. ضایعات بسته ناشی از ضررع مغزی 30 تا 75 درصد در بیماران SCI رخ می‌دهد. این امر غالب‌تر گذشته شناسایی نمی‌شود. نارسائی‌های شناختی حالتی چنین فاکتوری بوده و می‌تواند به اعتیاد و ناتوانایی‌های بازگردانی و دیگر بیماری‌های پزشکی مرتبط باشد. نیم‌پای از این نارسائی‌ها و اینکه چطور به توانایی فرد در همکاری و مشارکت در درمان اثر گذاشته، اگه‌ای باشد. استراتژی‌ها باعث پایدار شده و پشتیبانی رشته‌ای در جهت نشان دادن هماهنگی که‌باید فراگرفته شود، تنش خصوصی داده شود. از رابطه نوروسکوپی‌زکاران به رفتار، بیمارت و آگاهی داده و به‌نیم اجازه می‌دهد تا با فرد برای درمان‌گری و تظیم بیشتری برخوردار شود.

همچنین نباید برای پیش‌بینی مشاورهٔ ای در این جمعیت در دراز مدت و پس ازتریخی روی می‌دهد. برای فرد نتایج وجود سیستم‌های حمایتی نامطلوب، سال‌هایی جدی‌تر از جامعه و

42 - Cognitive
43 - Closed Head Injury
عده فعالیتی با فراموشی می‌تواند تغییراتی را در وضعیت روانشناختی ایجاد کند. که اثر عمیق بر سلامتی و کیفیت زندگی ایجاد دارد. افزایش سن با میزان ورود بیماری می‌تواند اثرات مخربی در زندگی او بگذارد. ناکامی غالباً با فقر همراه است. سرمایه گذاری بر منابع ملی اجتماعی و خانواده بیمار اخیراً می‌تواند مهترین عامل یک گفتگو در مورد سلامت فرد در حين یک ویژگی معمولی باشد. سوء استفاده‌های جسمانی و جنسی افراد معول امری شایع می‌باشد. پزشکان باید با این واعظین آشنا باشند و احساس راحتی خود را در صورتی که برای مورد تردید دارند، از دست دهدن و پرسش‌های بیشتری انجام دهند. روان درمانی بعده به ندرت صورت می‌گیرد و آن به عاطر مشکلات در حمل و نقل، پوشش‌های بیمه‌ای و ممنوعیت روان‌سنجی محدود می‌باشد.

انجام مراقبت کامل از بیمار SCI مستلزم آن است که تسهیلات مراقبت از بهداشت، یک ارتباط ارجاعی را با حرفه‌ای و پیشنهادی همسر و سالان، بر بایه روابط اجتماعی سازماندهی داده و برناورهای زندگی مستقل را حفظ کند. در مورد افرادی که به تازگی دچار SCI شده‌اند، معرفی یک اگزیکتی ناتوان موفقی به سبب موارد ارزش‌مندی باشد. چنین نمايشاتی، فرد را از ایک سیستم بیمارگزدانه با پیشنهادی احساسی دور کرده و به او کمک می‌کند تا توجه خود را بصرت مجدد به طرف موضوعات اجتماعی، شفاهی و خانواده معطوف سازد.

2) سیستم تنفسی
علت اصلی مرض در مبتلایان SCI بیشترین می‌باشد و بیماری‌های دستگاه تنفسی علت نهفته می‌باشد. افراد این گروه می‌باشند. تظاهرات بالینی بیماری‌های رویه در این گروه بیشمار بوده و شامل تدریس تنفسی، ادامه بیماری، انلکتریکی، بیماری‌های تنگی، طبیعی ریه یا بیماری‌های ناخوشایندی، و بیماری‌های ناخوشایندی. ریه یا بیماری‌های ناخوشایندی، و بیماری‌های ناخوشایندی

بیماری‌های که دچار SCI گردیدنی با سطح آسیب با ایجاد ضابطه در این‌ستیجه می‌باشد و آن‌ها به آنها که متغیراً در طول زندگی دچار اسید عرض دیده می‌باشند. اگرچه ایک خطر در مرحله مزمن SCI کرده می‌باشد، اما عوارض ریوی مرحله حاد ضایعه از ناگهان تریبون مشکل‌تر و بیمارانی بیشتری افراد درمانی هستند. در ۵۰٪ افراد مصدوم دیده‌های مشکلات ریوی در طول اولین ماه پس از آسیب مشاهده‌می‌شود که در مبتلایان به

C4 بیشتر و این در است.

44 - Restrictive lung disease
45 - Lung contusion
عضلات که در تهیه رئی سملار شرکت دارند شامل دیافراگم، عضلات بین دنده ای، عضلات گردنی فرعی و عضلات شکمی می‌باشند. عضلات شکمی اصولاً طول بارده قدرتنم و ایجاد سرفه، حالات حجم بالای تغییرات در عملکرد تهیه و سرفه، مشتگی به سطح ضایعه نورولوزیکی در گرده و باربد قدرتنم و سرفه را کاهش می‌دهند. در ضایعات کمر و توراسیک با سطح بالاتر، عملکرد عملکرد عضلات بین دنده ای کاهش یافته و با از بین برود و بردم اثر می‌گذارد. در هنگام اول پس از ضایعه، فلج شل عضلات بین دنده ای متوقف ص煌 تضعیف پارودوسکیمال قفسه سینه در طول عمل دم شده و تأثیر تهیه‌ها را بیشتر کاهش دهد. زمانیکه حالت اسبیستیسی پس از چند هفته ایجاد می‌شود، این حركت منافع کاهش یافته و عملکرد بهبود می‌یابد. از آنجایی که دیافراگم توسط ریشه‌های گردنی 3، 4، 5 و 6 می‌شود، برای افرادی که دچار ضایعه در بالای سطح C4 شده‌اند نیاز به حمایت در تهیه امری شاید می‌باشد. در افرادی که دچار ضایعات شدید شده‌اند، عضلات فرعی تنفسی گرد می‌تواند بیمار را به اقدامات کافی و طولانی تا فراهم شدن درمان آورزشی زندگی نگه دارد. این عضلات (استرنوکلیدواماسکوئید، ترایژیوس، بلاتیسماس، میوهیپیس و استروهوپیس) می‌توانند حجم کلی تا حدی چند سال مانند مکعب ایجاد کنند. این عضلات بخصوص در طول مرحله مرزین آسیب مؤثر می‌باشند، اما فقط در طول ساعات بیداری اثر بخشی دارند و به سادگی خسته می‌شوند. عضلات فرعی، شامل بخش کلاکوکولار عضله پکتورالس مازور نیز می‌تواند به تولید حجم عاج کم نفوذ فعال کمک کند. که در بیماران تتراپلزی در طول مرحله حاد صدمات مشاهده شده است. بیماران تتراپلزی معمولاً دارای کاهش در تمامی تستهای عملکرد عصبی باشند. حجم باقی‌مانده به علت عدم موجودیت تنفسی عضله افزایش می‌یابد.

نوجه‌های رپی اصلی در طول مرحله حاد مراقبت، شامل تهیه، اکسبیون رسانی، گنترل ترشحات ایجاد شده در ریه، جلوگیری از انتقال و تغییر مغما پایان‌می‌شود. در مورد بیماران تتراپلزی حاد، نیاز به انتزی اولیه و مصرف اکسبیون این را پایین می‌یابد. اگرچه هیچ گونه ضایعات قفسه سینه ای مرتبط وجود ندارد، اما وضعیت می‌تواند توزیع پیشی‌پرداز را از آسیب ثابت باید بماند. در یک بررسی 5 ساله آینده نگر چند مرکزی که در سال 1994 در چند بیمارستان های و خمین، رپی، 426-431، با Jackson و Groomes، متمرکز صورت گرفت.

46 - Accessory neck muscles
47 - Tidal Volume
48 - Residual Volume
ضایعات نورولوزیکی بین C1 و T12 را تشخیص گردیده که ۶۷٪ از بیماران، مشکلات ریبوی مهم شایع، از نوع آلتکلاری را تجربه کرده اند. نارسایی تنفسی و آسیب‌رسانی بطور متوسط تا ۴ تا ۷ روز اولیه رطبه می‌دهد که توسط آلتکلاری بطور متوسط بین ۷ تا ۱۷ روز و پنومونی بطور متوسط بین ۵ تا ۲۴ روز دنبال می‌شود. این افت دیر حساسیت به همراه شروع ترشحات ریز مخاطی و خستگی عضلانی می‌باشد. آنالژی برونشیالی خلط دراین افراد، یک گروه ترشحی مشابه آنچه که در فیبروز کیستیک مشاهده شده را نشان می‌دهد. اگرچه خلط شیب به سرعت محل تجمع باکتری‌ها در بخش مراقبت‌ها و ویژه خواهد شد اما قبیله‌های سفید در خلط، نسبتاً خیلی کم گزارش شده است. این وضعیت ترشحی زیاد، از لحاظ ماهیت، نورولوزیکی بوده و به تحریک عصبی واقعه‌ای زیر مخاطی راه‌های هوایی نسبت داده می‌شود. یک لوله تراکوستومی بطور مکرر داخل شده تا مکش راه‌های هوایی و یاک شدن از ترشحات را تسهیل سازد. سرفه همراه کم‌هوایی کمکی که می‌تواند توسط برستارها و درمانگرهای تنفسی انجام پذیرد، افت‌زایی متعادلی را در جریان بازدید ایجاد می‌کند. از دستگاه‌های با یا بدون تراکوستومی می‌توان استفاده کردن و نشان داده شده است که تیاده‌های با مدت طولانی‌تر به زندگی ۷ الی ۸۰ لیتر در تابستان به سرعت قعال می‌رسد (شکل ۴). از داروهای درون‌پریه شده است. تست سینتیک، برونشیولتره‌های آنتی موسکارینی آنتی کولينزیک، و آنتوژین باریک کننترال ترشحات استفاده شده است. شکل شدن ترشحات خطر توقف و واقعیت با پیدا می‌شود. پیاده‌بردن با به خوبی بی‌شک شدن نگه داشته شوند ویل هیدراتاسیون بیش از حد ۱۲ (در ۹۱ دی‌نما تالید) در جهت ترمال سازی هیدراتاسیون بایستی (تبییک‌ه) می‌تواند سبب افزایش ریزشی ترشحات شود. حجم ترشحات می‌تواند در برخی موارد پلاست باشد که انجام ساکشن در هر ۱۵ دقیقه یا لازم می‌کند.

49 - Overzealous Hydration
FIGURE 4 - Mechanical insufflator-exsufflator for assistance with cough and clearance of pulmonary secretions. (Courtesy of J.H. Emerson Co., Cambridge, MA.)

50 - curved - tip suction
51 - Prone Trendelenburg
52 - Supine Trendelenburg
وضعیت قرار گیری بدین همچنین در تسهیل عمل تهویه تأیید مهمی دارد. بررسی سایر بیماری‌های روی، بیماران تنرخلازی زمانیکه بصورت صاف در بستر قرار داده می‌شوند نظریه‌های حیاتی پیش‌تری از خود نشان می‌دهند. مکانیسم موجود در این بیماران، پیچیده و مهم است ولی احتمالاً اواحی به بهبود عملکرد دیافراگم ناشی از کاهش فشار مشکی بر قفسه سینه در این وضعیت می‌باشد. کاهش در ظرفیت‌های حیاتی زمانی ماهیت نشان می‌دهد که این بیماران بصورت عمومی و قابل مشن‌بندی که تا انتهای ای ای قراردادن یک شکم بند استانک این مسئله حل می‌شود. در مورد افراد چاق و آنها که قبل تحت درمان ونتیلاتور با فشار مثبت بوده اند این تأثیرات قرار گرفتن، کمتری بارز است، اما این موارد مهم در طی جدای شدن از ونتیلاتور مهم‌ترین دارد.

عمل لوله گذاری و تهویه معمولاً بر بایه تستیهای هفتم عضلانی چون می‌شود.

بیماران مبتلا به اسباب‌های گردی ترک معمولاً کاهشی 34% تا 31% مقدار بیشترین شده‌ای در ظرفیت‌های حیاتی تجربه می‌کند. گزارش‌های مختلف در این بیماران همچون و بهترین نشان می‌دهند و ناهماهنگی ونتیلاتور به میکرو‌اکنترلری نسبت داده می‌شود. نشانه‌هایی از این افراد قربانی‌های طبیعی تهویه شمار موارد زیادی می‌باشد:

1) بالاترین میزان تندی و هم‌زمان کاهش C3 شرایطی در انتقال با انتقال هوا 15-20 لیتر در دقیقه

2) افزایش ظرفیت حیاتی به سطحی کمتری از 20 cmH2O

3) افزایش در فشار حداکثر دمی به کمتری از 30 cmH2O

4) افزایش در سطح نورولوژیکی C3

عملکرد رایو جهت توانایی بصورت پایدار در طول دوره حاد حتی بدون باراپت قلی

نورولوژیکی هم‌زمان بهبودیاب. به بازی این می‌باشد از این افراد به بیند ارزیابی در بستر و C4 در این بیماران SCIC نشان داده شده است. زمانیکه نشان گرفته می‌باشد از این مشاهده‌ها

C3 در سطح 80% بیماران در C4 می‌باشد 75% بیماران SCIC نشان داده شده است. زمانیکه این مشاهده

که در بنیادن ونتیلاتور به می‌پردازد

بوده و با انجام ونتیلاتور ضروری منابع هم‌زن

محالف یا مالف喵ی (SIMV)

ارتفاع پنجمیکه تهویه منابع با فشار مشت‌نشان داده که موجب تقویت دریافتی‌های غیر

تهاجمی نارسایی تنفسی از طریق ماسک‌های دهانی یا بینی می‌شود. اما هنوز مزایای فشار مشت

53 - Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation
تاکنون بطور واضح در آن درج شده است. این شیوه های آموزشی کنونی غیر تجربی نیاز به تهیه از طریق تراکتوسوم را کاهش می‌دهند ولی هنوز در سطح گسترش استفاده نشده است. اکثر برخی‌ها تعادل‌های ویژه با این تجربه‌ها و تکنیک‌ها ناشناسند. سنیش Co2 شرایط در طول روند دادن از دستگاهی از استاند اکسیمتراپالی بایست برای باشند. این آزمون‌ها

شناخت، سرعت و حساسی بروی تعیین خستگی عضلات‌تنفسی محصول می‌شوند.

در اینجا جنین موضوع‌خصص جهت کنترل مراقبت‌های تراکتوسومی در این گروه وجود دارد. این موضوعات برای اطلاعاتی است که به این می‌دارند عملکرد ریوی به سرعت دراک‌های بیماران به‌طور می‌یابد. برداشت‌لند لوله می‌تواند معنی‌دار دارد. هنگام می‌تواند از آسیب صورت بگیرد. زمانیکه نیاز به ساختم و درمان‌های فشار مثبت کاهش یافته است. معنی‌دار این بک یک لوله تراکتوسومی کافی‌دار مورد نیاز است. چرا که یک مجاری هوا به‌روی لوله گذاری تهيوهای فراهم می‌شود. زمانیکه فشار مورد نیاز نمی‌باشد. کاهش فشار کافی یا تغییر به یک کانول بدون کاف را می‌تواند در نظر قرار داد. لوله های بدون کاف اجرا می‌دهد تا هوا از طناب‌های صونی برای اماکن صدا بی‌پای. در مورد افراد تخت دستگاه وجود نخواسته‌های افراد مشاهده می‌شود. تا نیازی بروی از طناب‌های صنی را ای خونسرسی معنی در محله‌های بی‌پای کند. این مرحله به آرامی انجام می‌شود. چون انضباط و ترس همراه این عمل وجود دارد.

توضیح از لوله‌های تراکتوسومی خاص وجود دارد که تولید صدا که ایفا می‌شود. لوله‌هایی که روزنه دار و انتظاری که دارای دیجیت‌های صوتی‌های این فرماه‌های حس‌هند که ورود کار می‌کند. ولی می‌توانند توسط ترسه‌های صوتی شوند. لذا به دست‌کاری‌های مکرر محل تراکتوسومی نیاز است. استفاده‌ای به‌طور خطر از اینه مستلزم است. که تنها ای‌ها یا سطح اینه را بدانند. لوله‌هایی که روزنه دار می‌توانند راه هواپیخ خلقی را تحریک کرده و بیشتری یافت گرانول‌های بخشی را تقویت کنند. حکم به سوی استفاده از یک لوله بدون کاف زمانیکه موفقیت‌های عملی خیلی به کدنگی، بخش می‌روید، انجام می‌شود. استفاده‌ای از یک لوله بدون کاف و کوتاه یک احساس آنتی‌بی‌کر بخست را برای بیمار تداخلی می‌کند.

تبیین‌دادن لوله تراکتوسومی باعث توسط یک فرد به تجربه صورت بگیرد. به‌طور مخفی. رضایت از طرفی کاف مشتری نسبت‌نیاز توجه‌های خاص می‌باشد. لوله‌هایی که می‌توانند درآمده‌های نمی‌باشد واریز یافته گرانول‌های پیامدهای نیز نگرفته

شود و برداشتن آن می‌تواند باعث از بین رفتن مجزای هواپیخ، تحت فشار منفی تنفس عمیق شود.
لوله تراکنستومی را زمانی می‌توان برداشت که بیمار قادر به انجام یک سری فعالیت‌های حمل و حمل باشد. آنهایی که می‌توانند با سری فرنگ نشان‌دهنده را از لوله بدون کافی به دو ماه پایان و بیماری که می‌توانند بطور نسبی با سری فرنگ لوله یا از سریای خود به همراه باند بطور حتم کاندید برداشت بوله هستند. با روشهای غیر تهیه‌سازی نمی‌توان عمل لوله‌برداری را وقیتکه فشار حداکثر جریان سری به بیشتر از 16 برس انجام داد اگرچه رادیوگرافی‌های مگری از قسمت سینه در این گروه معلوم به صرف نیمی باشد، اما باید قبل از لوله برداری انجام شود تا وجود یک و یا چند اختلالات مفاهیم بیوی از قبیل آفیوزیون یا یا پیشرفتی باریک و سایر حالت‌های بیماری‌های بروی، قطعی و مشخص گردد.

بیماران مبتلا به آسیب در بالای سکمان‌هایی که عصب فرینکی از آن منشعب می‌شوند، کاندیدا کارگزاری پیس منبع عصب فرینکی می‌باشند.

اگرچه این تکنولوژی گرانیمی‌بوده و نیاز به تراکنستومی دائمی دارد، اما روشهای مطمئن و پی‌پی‌نی توانایی بیمارانی می‌باشد. از مزیت‌های این روش، کاهش نیاز به تجهیزات و نتیجه‌گیری‌های انجام شده در سیستم‌های از طریق افزایش رطوبت بیشتر در راه‌های هاوی بهره‌برداری و بهبود حس جنگلی می‌باشد. افزایش وضع بهبود در کاهش میزان و تvé‌ی باریک در نتیجه‌گیری‌ها، کاندیدهای بیماران تحت راه‌های حمایتی ریوی غیر تهیه‌سازی می‌باشند.

در مرحله مزمن SCI، مشکلات بیوی در پیش رو بلافاصله می‌ماند. از نگاه افتادگی و خس در کردن از شکایات شایع بوده و هیپرکراتیزه‌های پرونده‌ز انتشار شده است. بیشتری، که خواستاری‌کننده می‌تواند منجر به کاهش در حضور حیاتی و حجم پذیری ریوی شود حالاتی و عدم تحاکم استرس‌گزاره‌ای از آن‌ها یکی کپیک شکم می‌تواند با عملکرد دیافراگم تداخل داشته نمی‌باشد. عدم انجام کسپی‌ز در هنگام شب یافته بیماران متلاخم به تن‌ازمانی مزمن قابل توجه بوده که احتمالاً فعلی کشش استفاده از عضلات فرینکی تنفسی در حال خواب است. آموزش عضلات تنفسی دمی از طریق ورزش‌های آموزشی 54 می‌تواند در کاهش مشکلات تنفسی و عوارض مربوطه مفید باشد. تمرکز سپارگ و برنامه‌های واکسیناسیون (انفولازا و پنوموکوک) عوامل اصلی در مراقبت‌های تکمیلی طولانی مدت هستند.

54 - Decannulation
55 - Resistive inspiratory muscle training
نتایج و ترکیب بدن و عملکرد غدد درون ریز و متابولیک آن

تغییرات چشمگیر در ترکیبات بدنی و فراوانی‌های فیزیولوژیکی که با حاد رخ می‌دهد، غالباً سبب مشکلات بالینی می‌شود که نیازمند بررسی و مداخلات فعال هستند. این تغییرات از ایجاد ضایعه، سریع بروز دارای یکی از ابزارهای بیماری و پروتئین کل بدن است. اگر این ضایعه در دست دادن پروتئین باعث افزایش دفع نیتروژن از می‌شود، هم می‌باشد درون سلول و هم می‌باشد پرون سلولی کاوش می‌باشد اما از دست دادن اب داخل سلولی منجر به افزایش نسبی در ذخایر مایع خارج سلولی می‌شود. این مسئله احتمالاً باعث تغییرات پاسخ‌ها در انتهایی و عملاتی از متابولیک و انتقاداتی است که پس از ایجاد افزایش می‌باشد می‌باشد که باعث ضایعه قابل تبادل و افزایش سدیم قابل تبادل می‌شود. اینها این روند باعث افزایش مایع خارج سلولی می‌شود. این قاب و افزایش سدیم داخل خون می‌توانید با تجویز سوکریکولین (دارویی که به منابع این باعث ضایعه است) افزایش افتاد. سایر اختلالات الکترولیتی که در مرحله حاد شرح داده شده اند شامل: هایپرونیما، هایپرپتازی، هایپروتئینوزی، بدون هایپرونیما و کاهش کریاتینین ادرار می‌باشدند. هیپرونتری، هیپرپتازی‌ها با نز مخصوصاً در بیماران تریلایزی حاد مشاهده شده است. اغلب بیماران بدون معلل هستند اما گی بیمار و شرایط آن نادیده گرفته شود ممکن است عوارض خطرناک وجدی افتاد.

اختلال در تنظیم سدیم می‌توانید در نتیجه برگرداندن به شده جد مابین با پاسخ کورتیزولی تحریب شده و یا دهد. بر اساس SCI حاد، وجود یک خونی شایع می‌باشد. این کم خونی و سرمومورگوم و نورومرگوم بوده و با سطح بالینی اکثر و تراشسرین سرم همان است. سرم نیز کاهش یافته است. اما سطوح اپیپتازی معمولاً طبیعی است. همراه با ضایعات حاد، شماری از اختلالات غیر طبیعی در عملکرد غدد درون ریز وجود دارد. در زمان استراحت، دفع ثابت کورتیزولی استرودیزا از طرق ادرار طبیعی بوده و سطح سرم ایالدسترون کاهش‌مانده و از لحاظی مناسب یکی از این مولکول‌ها است. در تغییرات های تحریکی مثلاً پس از جراحی افزایش قابل بیش در این مقدار (که در سایر افراد مشاهده می‌شود) SCI در افراد نبوده که احتمالاً به عنوان عدم وجود عملکرد غدد نورون‌کورنی همراه آسپ می‌باشد.

تغییرات مصرف اثری در مرحله حاد فلج رخ می‌دهد. بیماران SCI حاد، نیاز به 4% گالری کمتر نسبت به میزان پیشین اینگونه با گروه به وزن خود دارند. هرچه سطح اسپ،
یک‌دانی نویس، مهندسی و علم پزشکی جانی‌زبان

توانبخشی در آسیب طبیعی نخاعی

بیمار، باشد کاوهی در مصرف انرژی یا به بیشتر می‌شود. بیماران تنبلیزی و پراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراپراهی‌که بیمار به بخش توانبخشی بیمارستان انتقال یافت و وارد مرحله مزمن آسیب شده است. احساسات حساسیت نسبت به دمای محیط در وری باقی مانده است. اگرچه اختلالات مزمن آسیب بیشتر در مراقبت‌های ویژه مشاهده می‌شود، نحوه اقدامات مناسب در کنار مراقبت‌های ویژه و اطمینان صحت بدن در مراحل مزمن آسیب بیشتر در مرحله قرار می‌گیرد. عدم تحمل گلرک که یافته شده و هیپرالکلیمی مورد توجه قرار می‌گیرد. مقاومت به انسولین مربوط به استفاده غیر طبیعی از عضلات، کاهش نیروی بدن و افزایش جریان بدن می‌باشد. انواع قیمت‌گذاری و در نوکی راه حل در مرحله مزمن آسیب بیشتر کاهش می‌یابد. یک منبع مکانیزه‌کننده SCI در انتقال و تغییر می‌کند. این می‌تواند در میان‌بانی به مزین استاتیک ناظر بر پیامدهای مزمن و راه‌حل ممکن بوده و نشان از فیت‌نت‌گرایی می‌کند. این می‌تواند در میان‌بانی به مزین استاتیک ناظر بر پیامدهای مزمن و راه‌حل ممکن بوده و نشان از فیت‌نت‌گرایی می‌کند. این می‌تواند در میان‌بانی به مزین استاتیک ناظر بر پیامدهای مزمن و راه‌حل ممکن بوده و نشان از فیت‌نت‌گرایی می‌کند.

3-1) متابولیسم کلسیم و استروپوز

هر نوع پی‌حرکتی، متابولیسم کلسیم را تغییر می‌دهد، اما تغییرات ساختاری و فیزیولوژیکی مربوط با SCI، این بیماران را مستعد انواع مشکلات و بیماری‌ها مانند هیپرکلسیمی، شکستگی‌های استخوانی سگهای ادراری و نارسایی کلسیمی می‌کند. در روزهای اولیه بیمار در این مراحل مزمن آسیب بیشتر در مرحله قرار می‌گیرد. عدم تحمل گلرک که یافته شده و هیپرالکلیمی مورد توجه قرار می‌گیرد. مقاومت به انسولین مربوط به استفاده غیر طبیعی از عضلات، کاهش نیروی بدن و افزایش جریان بدن می‌باشد. انواع قیمت‌گذاری و در نوکی راه حل در مرحله مزمن آسیب بیشتر کاهش می‌یابد. یک منبع مکانیزه‌کننده SCI در انتقال و تغییر می‌کند. این می‌تواند در میان‌بانی به مزین استاتیک ناظر بر پیامدهای مزمن و راه‌حل ممکن بوده و نشان از فیت‌نت‌گرایی می‌کند. این می‌تواند در میان‌بانی به مزین استاتیک ناظر بر پیامدهای مزمن و راه‌حل ممکن بوده و نشان از فیت‌نت‌گرایی می‌کند.

52
ميان استثنائهما في استثناء مي دهند، كرلي 16 هفته اول پس از أسباب كاهاش تشکل استثناء و مینیلیسيسیون به لج خود مي رسد. هیپرکلسیمی در بعضی از مبتلاي نيکه، مي شود. روش‌ها فاکتورهای هیپرکلسیمی شامل اسباب طبیعی نخاعی در نوگانی یا کودکی، جنس مذکر، ضعایع کامل، تراپازی، دهیدراسیون و بی حركت طولانی مدت می باشد. درمان هیپرکلسیم پر گرسیان مشابه کودکان بوده و شامل مصرف مایعات درون وریدی، دیورتیک‌ها مؤثر در قوس هله، با مواد رزوم هیپرکلسیم و ویتامین K تابیغ نمی شود.

درجه کاهش توده استثنای انداز محتال پس از اسباب با شکستگی‌های ایجاد شده باید علی مستقبیم دارد. کاهش توده استثنایی در مناطقی که نقاش تورولوژیکی وجود دارد بسیار شدیدتر است. کاراندی و همکاران در بررسی تراکم استثنای 50 مبتلایان به SCI حاد و مزمن (بیش از 10 سال) پی بردند که 50% مبتلایان حاد و 90% مبتلایان SCI مزمن دارای تراکم استثنایی زیر آستانه شکستگی در استثناء تیپ دارد.

ستون فقرات که متحمل وزن بدن هستند از این رویدار امکان ماند وحشی به گذشته زمان خصوصاً در خانها بهبود تراکم استثنایی ستون فقرات دیده می شود. بنابراین دارای استثباتی بارز در ستون فقرات باید تحت بررسی دقیق قرار گیرد تا مشخص شود که آیا علی ثانوی استثبات وجود دارد یا خیر؟

بیماری از اقدامات داخله گرنا به امید بیشگیری و درمان اختلالات متابولیسم کلسیم تحت بررسی قرار گرفته است. فعالیت فیزیکی شامل استفاده از ویلچر، استعمار با کمک تیل‌تبل و فریم ممکن است باالاس کلسیم را در مرحله حاد نسبی بهبود بخشد. اما هیچ اثری بر تراکم استثنایی مشاهده نشده است. تحرک الکترونی عملی بصری از الگومتری سیگنالی می تواند از تحلیل رفتن استثنای جلوگیری کند. مبتلایان به SCI مزمن می توانند از اصلاح کمپوژه‌های غذایی تغییر ببرند. بیماران غالباً مصرف کلسیم رژیمی را یانخاط ترس از ایجاد سنگهای کلسیم محدود می کنند. همراه عوامل متعددی که سبب محرکه ویتامین D می شود، کلسیم سرمی می تواند با پایین آید. که خودسپ تحرک غده پاراپوئید می شود.

56 - loop diuretics
57 - Pamidronate
58 - Garland
59 - Bone density
غلب مبتلا‌ها به SCI ملزم، مستعد ابتلا به هیپرالاترونیدسم و تحلیل بیشتر استخوان هستند که با مصرف گلیکین و ویتامین D قابل جبران است.

درمان‌های ضد جذب مجدد استخوان شامل هورمون درمانی، گلیکن و بیسفسونات‌های ۶۰ نسل سوم، ارائه کننده راهکارهای درمانی بالقوه هستند. استفاده از این عوامل در سایر بیماری‌هایی که بیانگر پرگشت سریع استخوان هستند نشان دهنده است. درمان با استروژن برای زنان مبتلا به SCI، برای دست‌های اجرایی که در افراد غیرعملی مصرف می‌گردد افزایش روز افزون ترمیم و رهیافت مرتبط با مصرف استروژن در اغلب بیماران همراه مشکل ملموس و اجتناب ناپذیر شکستگی‌ها و یوکی استخوان بیشتر شده است.

بیسفسونات‌های جدیدتر در پیشگیری از تحلیل حاد استخوان در موش‌های صحرایی که در شرایط بی‌مرغ برده اند، موثرتر بوده اند. مصرف یکی از این داروها نام تبلورولوژی ۷۷ نشان داده است که جذب مجدد استخوان را بدون از بین بردن روند استخوان‌سازی در افراد مبتلا به این بیماری کاهش می‌دهد.

۴) سیستم قلبی عروقی

تغییرات ایجاد شده در فیزیولوژی قلبی عروقی و ریسک فاکتورهای بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی بیماری‌های عروقی B - Bisphosphonates

C - Tildedronate

CNS - Central Nervous System

SCI - Spinal Cord Injury

۵۴
بیماران تراپلازی کامل و ۷۲٪ بیمارانی که در طبقه D با C تراپلازی طبقه شدند، در اندازه‌گیری‌های جلوگیری از بار و زخمیسازی، بیشترین میکروارای تراس و وسیعترین آن را داشتند. در این مطالعه از اعداد و اندازه‌گیری‌های سیستماتیک و ضریب‌های تأخیر، پاسخ به آن‌ها پیدا شد. برای بررسی‌هایی که در روز چهارم به حذف رشته کرده و در اکثر موارد پیش از آسیب یا پس از توانایی و راه‌حل‌های پیش‌گیری و از طریق فعالیت سازی رفلکس‌ها و ارزوایگال در طول ساکشن ناپدید شدند. هیپراگیژی‌نیاک‌یاری قبل از ساقشین میتواند به درمان این مسئله کمک نماید. این بلند هر از پیشنهاد و گردند شرح داده شده است. کاهش ضربان قلب و اندیس قلبی را می‌توان با دویامو و دبعان در درمان کرد. به هر حال مقاومت عروق سیستماتیک و پلیموپویی و همجنین فشارهای وریدی مکری مشخصاً به درمان پاسخ نمی دهد. استفاده از یک کاتر سوانگ نه به منظور جابه‌گذاری مباحث در بیماران مبتلا به هیپرانتیسیون ضروری است.

زمانیکه بیمار SCI وارد مرحله توانبخشی حین مراقبت‌های مکعبی ممکن است هیپرانتیسیون ازتوانستهای ایجاد شود که خود موجب حواس پرتنی، سرگچه، تهوع، عدم هوشیاری و نشان می‌گردد. این حالات در افراد مبتلا به اسپیک سهو بیشتر تشکیل می‌شود. سطوح نورآدامی‌نا و ادرنالین پلازما و پاسخ به تغییرات وضعیت جسمانی در این افراد نسبت به افراد اسپیک تخمین‌های با پره زنده، بطور چشمگیر کمتر است. علائم می‌توانند حاصل از این استفاده از ویلچرها elevating leg rests تاشونده دارای خاصیت‌های استپسین تاشونده D.

در برخی موارد، درمان کوتاه مدت (یک تا ۲ ماه) با نمک، افزادن با استروئیدهای فلوریدین کمک کند. است. از درمان‌های پوشیله بیمار در حضور بدست اوردن قدرت جهت نشستن روز ویلچر بدون ایجاد هیپرانتیسیون علائم در خلیل کم است.

اگرچه هیپرانتیسیون ارتوستاتیک علامت دار معمولاً خنثی سریع بعد از ضعیع از بین می‌روید، اما اشخاص مبتلا به ضعیع در سطوح با مکعبی ایجاد شان فرخ خون خانی پایین را از طریق عمر خود تحلیل کنند. وجود فرخ خون سیستماک در محدوده ۳۰ تا ۴۰ میلی متر جیوه ناشی از تغییر اندیس قلبی و عوارض در دارای تافل خونی متغیر که در واقع قابل سمع نبود. این پدیده مخصوصاً تشخیص سبیس را مشکل می‌سازد. سایر موارد دراز مدت مربوط به تغییر در عوامل خطر قلبی عروقی شامل کاهش درون ده قلبی، عدم تحمل
گلوگز، ازمامشات و میرایانهای لیپیدی نامطلوب، کاهش درتویده بدن و کاهش حالات فیزیکی می‌شود. بسرعه تراز این اتی و گران کرون اغلب در آن‌گونه‌ای اتفاق می‌افتد که تخمین بسته قلیب می‌شود که یک افت‌رفتگی آن‌ها به پیش‌روی قلیب است. زمانی که سیستم‌های پر شده با غلیم بالایی پیچ و شوی شده در داخل شونده طی ورمشاه به سطح زیرک تا پایین گرفته می‌شود. این مسئله قلیب را مطرح کند. از نظریه‌ای اتفاقی در پاراژ پارامتری‌های سودی که HDL عامل در بیماران ترازابی و هم پاراژابی مشاهده می‌شود که احتمالاً نتیجه تغییرات لپیدی تری‌گلیسرید کبدی می‌باشد.

برنامه منظوم کنترل و ازمامشات لیپیدی کامل برای یک بیمار SCI بزرگسال که سن

پیشتر از ۱۲۰ سال دارند دلیل‌های در ۵ سال یکبار توصیه می‌شود. اندکی‌ساله‌های مصرف داروهای

یافتن اهرمی چری مشابه جامعه عمومی است. از مصرف رژیم‌های متحمل‌شدگان به استفاده‌ای

صرفای بعلت عوارض جانبی هبهون بیشتر، تجمع گاز و تداخل در جذب مواد غذایی ای

ممکن است ابتدا عفونت در ورزش در مبتلایان. به

SCI برده و خطر پیش‌رفت بیماری‌های قلبی و عروقی را کاهش دهد. در مبتلایان به

خطر ایسکمی قلبی، تست‌های تحلیل ورزش می‌توانند از طرق ارگومتری بازو یا تست استرس

تلایم انجام شود.

۵) تروموآمیولا ورید

عوامل تغییر کننده تروموآمیوی وریدی یک بطور بالقوه باعث اهمیت زیاد پیشگیری,

تشخیص و درمان آن در بیماران SCI می‌شود. ایمپیویز ورید (PE) و تروموآمیولا ورید

عمیقی (DVT) بین‌گریدی وضعت مفرط از تروموآمیولا وریدی می‌باشد. بررسی‌های انوپسی از

مرده‌هایی که مبتلا به SCI حاد بودند، نشان داد که بروز مرگ ناشی از PE در ۶۳٪ بروزه

است. سومین علت اصلی مرگ و میر در تمامی مبتلایان به SCI PE اسپیم حساس می‌شود.

آسیب محسوب می‌شود.

خطر در سطح گسترده‌ای متغیر بوده و بستگی به نوع تست‌های تشكیل مورد استفاده

در سطح گسترده‌ای متغیر بوده و بستگی به نوع تست‌های تشكیل مورد استفاده

DVT

62 - Venous Thromboembolism

63 - Pulmonary Embolism

64 - Deep venous thrombosis

56
دار. مطالعاتی که از تکنیک‌های تشخیصی مدرن (اولتراسوند دایر [US], اسکن فیبریزیون، ونگرفی) بهره می‌برند نشان داده که در ۷۲٪ از موارد [DVT] بین 4۰ تا ۱۰۰٪ بالای می‌برند. خطر در سالات اولیه پس از [SCI] به ظاهر بایستی است، که اشاره‌ای از ۷٪ در طول دو هفته اول اتفاق می‌افتد. بیشترین خطر ایجاد جلط روز هفتم باشد. تخمین زده می‌شود [SCI] بین ۲۵ تا ۵۰٪ بیماران بیمار کیفیت خون رژیم‌هایی می‌شود که انتهای بیماران PE که در بیماران بالینی می‌شود. فلج، افزایش در اندازه‌ها و تناسب نشان اساسی و امر را در بر می‌گیرد. عوامل دیگری نیز می‌توانند در قابلیت ایجاد جلط، صدف و همچنین مؤثر باشند که شرح داده شده است. کاهش فعالیت فیبریزیونی و افزایش فعالیت فاکتور VII نیز گزارش شده است. در بیماران غیرمتحرک که فلج نیست، ایجاد ترومبوس نادر است. که بایان این موضوع است که نتایج نشان دهنده [SCI] در مورد PE بیشتر در مورد PE رخ می‌دهد. مطالعات [SCI] به تعیین [SC] خون در مورد PE و همین اتفاق SH در بیماران بالینی نیست. بیماران دیگر اندازه‌ها را در بر می‌گیرند. افرادی با رژیم‌هایی که افراد که افراد قابلیت داشته‌اند نسبت به افراد [SCI] می‌باشد. افرادی که در با خصوصیت ایجاد ترومبوس و همگونی می‌باشد. در این پروتکل ایدئولوژی کیفیت [DVT] در بیماران بالینی نیست. خطر تخیزی DVT قابل اطمینان نبوده. بیماران دیگر خطر تخیزی DVT و همین اتفاق SH در بیماران بالینی نیست. خطر تخیزی DVT قابل اطمینان نبوده. بیماران دیگر خطر تخیزی DVT قابل اطمینان نبوده. بیماران دیگر خطر تخیزی [


DVT us از همراه فشن دستی در سطح گستردگی ای به عنوان یک روش غیر

DVT با این وجود، نتایج [DVT] در بیماران بالینی مبتنی بر پروتکل است.

DVT us
حسیبیت کم برای ترموتروپیدهای ساق‌یا و مشکلات‌های خصوصی های نشان‌دهنده استخوان‌سازی ناجا وجود دارد. اگر به ترموتروپردازش وجود دارد، ترموتروپردازی کامپیوتری اسپیرال (CT) و MRI یا حساسیت و اختصاصیت ۸۰ تا ۹۰٪ باشد.

اسکتهای وینتیلیون – پروازیون ربوی فقط زمان مهم قلمداد می‌شود که اطلاعات احتمالی زیاد یا طبیعی بدهد آمد باشد. خواندن اینجا با احتمال متوسط یا پایین‌تر به‌طور سایر مطالعات از قبیل اولتراسونوگرافی ساق‌ها یا انزوگرافی ربوی به‌طور پیگیری‌ای می‌شود. ویگرافی با ماه حاگ‌های رنگ‌های رنگ‌های پیش‌تر شناسی‌شدن محسوب DVT می‌شود. اگرچه این روش بدلیل معنی‌پذیر بودن و ناراحت بودن بیمار و خطر واکنش‌های حساسیتی و انتها وردها با استفاده بالا مانده است.

انجام ویگرافی با ماه حاگ‌های پیش‌تر شناسی‌شدن محسوب دی‌دی‌مر و اساساً بر روی فاکتور VIII و محصولاتی که از تجزیه‌فیبرینی مخصوصاً D-dimer در حال احتمال بطور تجاری در دسترس تاکید شده است. شماره آن ارائه‌ها دی‌دی‌مره‌های است. غلظت پایین دی‌دی‌مره‌های ارزی مشخص به دلیل بینی ترموتروپهای می‌باشد، اما مشکلات متنورژیک باز ری به خصوص ابن تست، قبعدون تن‌خمدیده بهدست امده d-dimer باعث شدن یک سری شرایط از مسیر تشخیصی d-dimer را به دست آورد می‌کند. سطوح d-dimer از معنای تشخیصی d-dimer به حالت مبایند (مانند عفویت‌ها، جراحی) با این مورد این حالات می‌تواند مانند یک سری برای SCI باقی بمانند. موفقیت بالا از DVT در تشخیص d-dimer به بیماران ب بدون علامت خیلی پایین است. لذا استفاده از آن را بعنوان یک تست مراقبت و نظارتی محدود کرده است.

در مصنوعات طب طناب نخاعی، مزوری جامع برمقاله پزشکی مرتبط با ترموتروپ در صورت گرفت و رهتمودهای عملی بالینی جهت پیشگیری از ترموتروپیولی در سال ۱۹۹۷ چاپ شد. هم روش‌های مکانیکی و هم فیزیکالی‌های جهت پیشگیری‌های تخلیل قرار گرفت و رزیم‌های پروتئین‌ها به پایه تخمین‌هایی از خطرات بیماران واسبی طبقه بندی شد (جدول ۸).
**TABLE 8 - Guidelines for the prevention of Thromboembolism in Spinal Cord Injury:**

**Clinical Decision Table**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Level of Risk Motor Incomplete</th>
<th>Motor Complete</th>
<th>Motor Complete with Other Risk*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Intensity of prophylaxis</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Low</td>
<td>Compression hose</td>
<td>Compression hose</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Compression boots</td>
<td>Compression boots</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intermediate</td>
<td>HU: 5000 Uq 12 h</td>
<td>UH: Dose adjusted to high normal aPTT; or LMWH: 30mg twice daily</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>High Duration of prophylaxis</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Compression boots: 2 wk Anticoagulants: while in hospital for ASIA class D and up to 8 wk for ASIA class C</td>
<td>Compression boots: 2 wk Anticoagulants: at least 8 wk</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abbreviations: UH, unfractionated heparin; aPTT, activated partial thromboplastin time; LMWH, low molecular weight heparin.

*Other risk factors: lower limb fracture, previous thrombosis, cancer, heart failure, obesity, age over 70.


برخی از دماثلی که از دیگر عوامل DVT می‌توانند مؤثر باشند، از جمله نیروی ورزشی و پایین‌تراشی ROM است. روش‌های پیشگیری از این عوامل شامل استفاده از اکوگرافی و تصویربرداری با الکترون می‌باشد. پیشگیری از استرس و افزایش فعالیت‌های بدنی نیز می‌تواند بهبودی را درمان کند. واکنش‌های استرس و درمانی نیز می‌تواند باعث ایجاد DVT شود.

---

65 - Thrombi
فیلترهای واسطه همچنین در مواردی که روشهای پرتودی ساز (CNS) از راه خود به کار رفته است و آنها که بیکاری کسی برابر روشهای پرفیلاکسی می‌باشد (خطرات خونریزی در برخی ها)، ممکن است درمان ترمیمی با ترکیب واکنش می‌تواند استفاده از این ظرفیت باعث بوجود آوردن عوارض از قبل ترمیم با سرر خشک شدن کاوال "بعد حرکت"، این فیلتر با یک خودپرورون آمدن در طی مانورهای کمکی سه‌گرفتار می‌شود.

این خطرات باقی ماندن کارگری فیلترهای دیمان در بیماران کودکی یا باروت، پیش‌رفت قابل ملاحظه‌ای است در اینجا استراتژی‌های فارماکولوژیکی صورت پذیرفته است تا از ترمیم جلوگیری شود. شاهدی از ترکیب زیر بوستی هیاترین درد پایین (3 تا 5 برگرفته صورت پذیرفته است. ترکیب زیر بوستی دوره‌های بالاتر هیاترین (1000 تا 1500 دیو در روز) مؤثر بر می‌باشد اما عوارض از کارهای پردرده‌ای می‌باشد. پرفیلاکسی (PTT) با داروی خوراکی وارفارین نیاز به آزمایش‌های دیگر خون داشته و اثر پرفیلاکسیکی به نمی‌رسد ابزار تعادل زیادی داروهای مورد استفاده در شرایط حاد، کنترل پرفیلاکسی وارفارین را مشکل‌تر می‌سازد. هیاترین های جدید با وزن مولکولی کم‌تر پرفیلاکسی در مصرف SCI در بیماران K معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران تعداد زیادی داروهای مورد استفاده با شرایط حاد، کنترل پرفیلاکسی وارفارین را مشکل‌تر می‌سازد. هیاترین های جدید با وزن مولکولی کم‌تر پرفیلاکسی و متابولیسم SCI معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران K معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران تعداد زیادی داروهای مورد استفاده با شرایط حاد، کنترل پرفیلاکسی وارفارین را مشکل‌تر می‌سازد. هیاترین های جدید با وزن مولکولی کم‌تر پرفیلاکسی و متابولیسم SCI معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران K معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران تعداد زیادی داروهای مورد استفاده با شرایط حاد، کنترل پرفیلاکسی وارفارین را مشکل‌تر می‌سازد. هیاترین های جدید با وزن مولکولی کم‌تر پرفیلاکسی و متابولیسم SCI معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران K معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران تعداد زیادی داروهای مورد استفاده با شرایط حاد، کنترل پرفیلاکسی وارفارین را مشکل‌تر می‌سازد. هیاترین های جدید با وزن مولکولی کم‌تر پرفیلاکسی و متابولیسم SCI معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران K معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران TTT معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران K معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران TTT معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران TTT معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران TTT معکوس با خطر خونریزی دارد. کم‌آب و کم‌پتیمین در بیماران TTT معکوس با خطر خونریزی Dاده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان داده است. این ادعا نشان Dاده است.
هنگامی که تشخیص PE (پروگرینمال با قطعی شد، با هیبرین با وزن مولکولی کم با
هیبرین وربی تجزیه نشده به‌این تجربی شود و درمان معمولی برای مدت 48 ساعت می‌توان
از تشخیص به تعویق می‌افتند. درمان ترومبوپریپید سطح 1/2 این مورد بسته به بعنوان
یک جایگزین برابر آن، برخی درمان‌ها، نیاز درمان‌ها پیگیری ترومبوپریپید سطح 2 با انجام تست‌های
غیرهمجسم سریال انتخاب می‌کنند. اگر گسترده‌ای آن، کنترل داشته باشد، این شیوه غالب
غیرعمولی بوده، اما به‌حال شاخصی وجود دارد که عوارض طولانی مدت DVT اندیشه
پروگرینمال می‌تواند مشکل آفرین باشد. با توجه به این موضوع، اکثر بیماران
متلا ساق در این گروه پرخطر با مصرف ضد انعقادی حداکثر به راه‌هایی مانند پورین
در دسترس می‌بوده.

پیشنهاد FDA اخیراً یکی از هایپرتهامی (Enoxaparin) از واکنش DVT
پژوهشکده مهندسی و علم پزشکی جانیازان
با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (Enoxaparin) با وزن مولکولی کم (ENR) در بیماران
شرح می‌گردد. منابع دقت براساس نسبت بین المللی نرمال شده INR

67 - International Normalized Ratio
6) اوتونومیک دیس رفلکسی

اتونومیک دیس رفلکسی سندرم حادی است ناشی از دیس شار شرکته سپانیکی، که با یک تحریک مهلک 68 آغاز می‌شود. این بیماری در افراد کثیف در بالای سطح خروج اتصال احتیاط سپانیکی (معمولًا سطح T6) می‌باشد. بیمار به آسیب طبیعی خسته می‌شود و در زمانی که می‌شود، این بیماری با هپاتوسیون حمله ای شدید، سردرد ضربانانه، تعرق، اختلال بینالصفینگ صورت می‌خشد. ممکن است بیماران در نیاز به سطح ضعیف با این 48 تا 83٪ گزارش شده این امر در افراد علاوه بر اینها، به آسیب تحریک نیک کند. اوتونومیک دیس رفلکسی در افراد دارای آسیب بالای سطح T6 تب شایع تری رخ می‌دهد،اما گاهی این بیماری در افراد دارای سطح آسیب بالای تا 10 تب مشاهده می‌شود. اوتونومیک دیس رفلکسی می‌تواند در حالت کامل و هم ضایعات اتفاق افتاده. همه بیماران دارای ضایعات از بالای سطح میانی توراسیک، نامنظمی اوتونومیک (Automomic dysregulation) فشار خون خنیکی اینها تر از جد نرمال و هیپوترونی انتواستاتیک نشان می‌دهند. اوتونومیک دیس رفلکسی واقعی، بدبختی است. این بیمار ماهیت حمله ای و دوره ای داشته و فشار خون بسیار بالا که عامل شدید هندسه و اطارات است. شایعترین علت را در حال اجازه بیماران می‌کند. سایر عوامل شامل: تجمیع مدرف در روده، رخمهای فشاری، ناخن‌های رشد یافته بطرف گوشته، لباس تنگ، کفشهای تنگ و بنده‌های شلواری، با جوراب‌های تنگ، عفونه‌های مجراح ادرار، انقباضات رحمی در زنان نامی می‌باشد. روش‌های تهیه‌می‌مانند کانتزراسیون مانند تحریک مقعدی، سیستم‌ترگرافی و ESWL، پعنوان یک عامل تسریع کننده شانخته شده اند. این شرایط مستند کمک‌های رفلکس اسپیلاکینکه و طبیعی نخاعی به علت ضایعه طبیعی نخاعی، فعالیت‌های حموتی را حفظ گردیده آند وجود می‌آید. وقایع مسبب فوت شکن، ایمپالس‌های قهر و ایمپالس‌های آناره را که به رشت های اسپیلاکینکه و سرمود سال منتقل می‌شوند، تولید می‌کند. همین که این رشته‌ها بالا به دو روند با نورون‌های سپانیکی در سینی‌های انت‌سیستم‌پورترال تلاقی کرده و یک پاسخ رفلکسی سپانیکی زنگ‌البزه تولید می‌کنند. در حالت مطبوع، نزول

68- Naxious
69- Ingrown toenails
70- Leg bag straps
71- Cystometrography
72- Extracorporeal Shock Wave Lithotripsys
73- Splanchnic reflex

62
نتایجی در آسیب طناب نخاعی

سيگناهای پاز دارانه سوریه‌پسند، این رفتارهای اتومومیک را تعمیم می‌کند، اما بعلت آسیب نخاعی در بالای جریان‌های خروجی سبماتیک، ایمیل‌سیاه‌های پر از نواحی بطور مؤثری در زنجیره سبماتیک، بایستی آنها و پاسخ اتومومیک را بلوک کنند. تغییرات رگهای محیطی و استراحت‌های و نهایتاً آبادی هیپرتانسیون نهایی به‌پایه تغییرات سبماتیک رخ می‌دهد. سطوح دریا ای که کوالامین سرم خون از سری آسیب طناب نخاعی پایین است که این ظن و شک را تقویت می‌کند که حساسیت فوق العاده عصب قطع شده به تحریک آدنوزینی در ایجاد این حالت دخالت دارد.

افراش فشارخون، گیرنده‌های سینوس کاروتید و قوس آنوری تحریک شده که ممکن است باعث برادریکاری رفکسی و انساع عروق در بالای سطح ضخامت شود. انساع عروق به‌صورت فلاشینگ، تعریق و احترام بینی نشان می‌دهد. (تصویر 5)

علائم و نشانه‌ها می‌توانند خیلی جزئی در بین بیماران فوق داشته باشند. (پژوهش مشاهد)

بعضی از بیماران تاکیداری را نشان می‌دهند نه برادریکاری، اما در این موقعیت تشخیص قطعی در کار تخت بندتر باشد و تردید همراه است.

اختلافات تشخیصی ممکن است در بیماران پیش‌زنان باردار وجود داشته باشد. بخاطر از بیماران مسیح شدید، تغییرات ناگهانی حاکی که تازه انتقال افتاده است، هیپرتانسیون سپسولیک انسایلی، از جدو نشان می‌دهد که دانی را نسبت به ضایع نخاعی اش اشتر دو هزار فاصله در دورق می‌یابد. در زنان باردار، هیپرتانسیون می‌تواند راکلاژینی، انجام دست در هر دوی این شرایط هیپرتانسیون، اسپریماکیت و غیر حمله ای است. عارضه‌ای که با بیشتر دفع دیس رفکسی اتومومیک بوجود می‌آید معمولاً ناتوانی به هیپرتانسیون شدید است.

شماره خون بالا رفته می‌تواند منجر به عوارض تهدید کننده جایی شود که شامل: کنفوزیون، اختلال دید، فقدان هوشیاری، انستبقولیات، خونریزی داخل مغزی، تشنج، تغییرات الکتروکاردیوگرافی، فیبریلیاسیون دهلزی، نارسایی میوکاردی حاد و ادامه ریوی می‌باشد. در زنان باردار می‌باید با آسیب طناب نخاعی خونریزی داخل مغزی و مرگ حین زایمان نیز گزارش شده است.

74 - Essential systolic hypertension
75 - Pre - eclampsia
FIGURE 5 - Illustration from Sir Ludwig Guttman's text. 238.239 Patient with acute autonomic dysreflexia, with Quinizarin skin dye applied to outline the neurological segments exhibiting reflex sweating. A blood pressure cuff was removed from the left arm, (Reproduced by permission of Blackwell Scientific Publications.)
مور جزئیات درمان کلینیکی برای دیس رفلکسی اتونومیک انجام شده و برای اطمینان علمی دردسترس و کنسروسیم انجام شده باید از طب نخاعی یک راهنمای تمرین کلینیکی بنام کنترا و اداره فوری دیس رفلکسی اتونومیک در سال 1971 انتشار داد.

درمان یک مرحله حاد عضو‌آوری روي شناخت و بیشگیری از علت، تمرکز می‌باشد. اولین کار قراردادن بیمار در وضعیت نشسته و صاف و در صورت امکان با یافتن آی‌آپوزان در اطراف تخت خواب ساخت. این مادر در بیماران SCI پاک هیپوتانسیتوراستاتیک طبیعی را فراهم کرد و می‌تواند فشار خون را کاهش دهد و از ناهنجاری‌های سردرد بهبودیابان. لیسنس نگاه و وسایل فشار اورده (نوارهای کارتون، کریم‌ها) باید سریعاً باز شوند. بهبود و درمان جالی ایستگاه

شوند. اقدام سریع جهت عوامل تهدید کننده احتمالی باید انجام شود. که با گنگ در قسمت هم‌انگاری در نظر گرفته می‌گردد. این مرحله ممکن است با کانتربرپیون‌های است. طنخاواهی دل‌ریز با استفاده از زل پی جنس کننده لیدوکائین در درمانی که در دسترس باشد نیاز است.

اگر این اقدامات متعیین کاهش فشار خون نگردد، باید به تجمع مکرر در مقصد گردد. در این موقعیت اراده کردین بیماری با دارو درمانی باید مد نظر باشد. تخلیه مقدون بو اینکستن می‌تواند می‌تواند را وخمیر درکنید. نقشه نظیرها در مورد میزان فشار خونی که درمان دارویی رانتریمینی کن متفاوت است. بررسی معالج با یافتن آگاهی باشد که متعاقب تنرپلاژی با ضایعات پاراپلیژی در سطوح بالا، فشار خون سنتوری به 100 میلی مت جیوه می‌شود. فشار خون سیستوری در محدود 150 میلی مت جیوه، هیپوتانسیرون پارسی پر طبیعی گریزگی می‌کند. داروهای فرد فشار خونی که سریع العاد و کم دوام می‌باشد و بتوانی مورد استفاده قرار داد شد: نختریا، نیفیدین، برازورسین، هیپرآذین، مکامیلاشین و دی‌اپکوسید وردیک می‌باشد. اگر از پیامد نیتروگلیسیرین/ استفاده می‌شود، می‌توان آرا بیماران یک اینج روی بیست ناحیه بالای سطح اسپین به بدن و به محس کاهش فشار خون آرا یک کرر، نیفیدینی در انواعی دیس رفلکسی به عنوان دارویی بی حلق استفاده شده است، اما مصرف آن باید گزارش شده است، ایده‌ای از خطرات Botulinum می‌باشد. اما، اگر از واقعیت هیپوتانسیرون در بیماری یک خیلی کاهش‌افزایش است. 

زمانی که فشار خون پایین آمد، می‌توان معاینات جهت بررسی تجمع مقدون (با استفاده از زل لبریکات لیدوکائین) و سایر عوامل محرکه را انجام داد. سردردها می‌توانند ساعت‌ها یا از درمانی هیپوتانسیرون دوماً داشته باشند: آنها معمولاً به استماتوفون پاسخ می‌دهند. داروهای

76 - Mecamylamine
تراظیون دای ملکوک دیس رفلکسی برای میزان درمانی می‌شوند، اما فردی که عود

مجدداً نتیجه می‌گیرد. این اثر به نظر می‌رسد که تغییرات در نقشه‌نگاری درمانی و تحقیقات در طبق

روبرو می‌شود. مکانیسم شروع، اغلب به محدوده جراحی مشاهد شده در چندین شرایطی معمولاً یک یا دو روزه‌ای است. در حالی که این اثر درمانی کاهش یافته و بیشتر از چند سال است که داروهای بلند کندنی گانگلوبیکی (گوانثیدین 77، مکاپلین و فوکسی پنتامید) در این موارد مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

دسترسی به این داروها ممکن است و با توجه به سوالی بروز بودن میزان کارایی و تاثیر آنها

به‌بینند. تجویز می‌گردد. بلکه کنده‌های جدیدتر گیرنده‌های آلفا-ادنرژیک (مثل

تراظیوسین 78) انتحاری جزء قبولی هستند. پزشک می‌گفتند نسبت به تجویز دوره‌ای زیاد

داروها ضعیف هیپنتانسیون در بیماران دارای فشار خون باعث سیستولیک کمتری از 100 میلی‌تن

چیه‌هایی در مورد داشته باشد. به‌هرحال درعمل، این داروها معمولاً خیلی تحت مصرف می‌شوند. کاهش

دهنه‌های فشار خون در عین حال که تأثیر ناگزین بر شاخص‌های پایه‌ای قلبی عواملی دارد،

فشار خون را نیز کاهش می‌دهند. جنایت داروها بطور موفق حملات را متوقف کنند، با فرض

این موضوع که مسئولیت را باعث ایجاد حملات شده است، اصلاح و ترمیم شده است. می‌توانند

پس از ۴-۵ هفته بیماری را خانمه‌داند. بلکه میزان عصب پودنال، ریزتوفری خلخلی و

گوردکومی در موارد انتحاری بهتر محسوس و از میان برد ان‌اصاب آوران انتوومیک و کاهش

پاسخ استفاده شده است.

پیشگیری از عود حملات، شامل کنترل اثره‌های سطحی علی‌رغم روده، مانند و مراقبت از

یوست می‌باشد. همچنین آرخو می‌باشد و خادم‌ها در خصوص پیشگیری، غل و عوامل، مغری

و درمان اننتومیک دیس رفلکسی از مسائل حیاتی است. در اتمام به یافتن توانایی پیشگیری که

در چشم‌انداز رفلکسی مثبت رفتاری خون تجویز شد، در موارد نزدیک و اضطرار مصرف شد.

همچنین بیمار و خادم‌ها وی می‌باشت در خصوص مصرف

داروها نیز آموزش بیشتر. بیماران باید آگاه باشند که خیلی از پیش‌بینان در یکی‌ها به‌طوری‌ای استوار،

نسبت به اننتومیک دیس رفلکسی آگاهی کامل ندارند و ممکن است آن‌ها با سایر علم افرازی

77 - Guanithidine
78 - Terazosin
7 زخم‌های فشاری  

برای پیشگیری از زخم‌های فشاری در بیماران SCI نمی‌توان تأکید بیش از حد نکرد. ضرر این زخم‌ها به میزان زیادی است که درمان‌هایی که این تنها می‌توانند تجمیع زد. با این وجود، درمان‌های یکسانی که از 1000 دلار آمریکا هزینه بپردازند، داشته باشید. بخشی از هزینه که به حساب نمی‌آید نیز شامل: روزهای کاری از دست رفته، انزوای اجتماعی و ایجاد بیماربهای مزمن می‌باشد.

فورد و همکاران، در انجمن حمایت از افراد SCI، یادآور شدند که 32% بیماران حاداقل یک زخم فشاری و 13.6% یک زخم با مرحله 2 با 4 داشته‌اند. در مرحله حاد ضایعه، بیشتر زخم‌های فشاری در ساکروم اتفاق می‌افتند. با گذشت 2 سال پس از ضایعه، یک‌درصد ساکروم، نروگان و پاشنه بتریک شایع‌ترین محل‌های ایجاد زخم‌های مایع است. زخم‌های فشاری قابل پیشگیری هستند. برای افرادی که در سیستم‌های مدل مراقبتی ضایعات طناب نقشی نمی‌بپردازند، این امر را در نظر بگیرید و درمان‌های فشاری در داشتن، بروز زخم‌های فشاری می‌باشد. نقص نروف‌کننده‌ها انتنومیک در نگهداری بافت نرم ممکن است این بپدیده را با وجود آورد.

زخم‌های فشاری، 7ا یا زمانی که فشار بر داشتن گروه به باین بیمارشکنی یا به حیث در خصوص این نکته بندی هسته‌ای داده شده است. یک‌ساعت نشستن روی زخم‌های ای‌سپکس می‌تواند موجب صدمه ای شود که ممکن است هنگام استراحت در رخت‌گیری چهت جریان نیازی داشته باشد. تصمیم‌گیری، باشندگان و شناخت‌های مخصوص بخودی خود نه از زخم‌های فشاری

79 - Pressure Ulcers
80 - Amyotrophic Lateral Sclerosis
پیشگیری می‌کند و نه آنها را به‌مون می‌بخشند. بیماری‌ای ممکن که باید مورد بررسی قرار گیرد، درستکردن پایش‌ها و اقدامات این‌ها نیز به‌عنوان انجام‌دهنده مشکلات و عوارض فاجعه‌آمیز برای توانایی توامب زخمی از زخم‌های فشاری جدی را تجویز کند. 

درمان یک زخم فشاری می‌تواند به هنگام یک ماه‌ها محدود بخورد. مزاحم‌ترین مورد، در نهایت عوارض ممکن است باعث شود. اگر بیماران نیز توانند مشکلات و عوارض فاجعه‌آمیز آن را دریابند، منابعی که به زخم فشاری جدی را تجویز کنند.

حمایتی ممکن است از دست دادن زمان کار یا مدرسه تیز داشته باشند. یکی از دریغ در پروپار معلل‌های زخم می‌باشد. این درست نبوده که همه مستندات واقعی را به گردند عدم توجه بیمار به خود و عدم استعانت با توصیه‌های پزشکی بیان‌داده. بیمارانی که با زخم‌هایی چند بار عود کرده مراجعه‌برند می‌کند، با دقت‌های بیشتری در خاطر هستند، اما بیشتر بیماران به مراجعه‌برند می‌کنند فقط دارای یک زخم جدی، با بکار عود هستند. پیشگیری از زخم‌های فشاری معمولاً به عوامل بسیاری بستگی دارد:

1- فاکتورهای مستعد کننده فیزیکی و زننگی.
2- شرایط اجتماعی و محیطی.
3- عادات و رفتارهای حفظ خوب سلامتی و بهداشت
4- خوش شانسی.

گفتن قابل پیشگیری بودن زخم‌های فشاری مؤید این موضوع نیست که آنها برحاتی پیشگیری می‌شوند. کار درمانی، باید باید به‌نیازهای بیمار مناسب باشد. است. کار درمانی باید تجویز در این موقع، مناسب و درمانی را مطرح کند. «چشم انداز می‌باشد که شکن با شکل‌های دارنگ و سرگرم جمله‌ای که مشخص می‌باشد، کارشان می‌باشد. که دانش آن از پاسخگویی با محافظه‌سازی آن نمک‌ها، گاه‌می‌کند. فاکتوری رشد بارسای شده، منقل است. مطالعات شناخته کننده هستند. تقلیدر دیگر می‌باشد. DNA زخم فردی را از نظر مفروض به سرخ بودن نسبت به تأثیر آن ارامش کرده‌اند. اما احتمال دارد به‌سمی محصولات پاسخ‌گویی به گران کننده شوند. بعنوان یک مثال شخصی اعتراض یک نیرو تحقیق که با پاسخ‌گویی به بدون انحراف از آنکه به آنها گفته شده ساخت اکثریت انسان‌ها از خود ناب و مراقبت‌های این‌ها مراجعه شما: "به استندر وضیفه درمانی، حدف فشار، تمیز کردن زخم‌ها و مراقبت‌های خاصی محدود یا تیلی‌پاسیون« درآمده گردند و بطور دقیق به‌بیشتر بهبود می‌یابند.

68
Short of lower limb amputation
مشکلات اورولوژی، اجرای یک برنامه کنترل ممانه

در طول 50 سال گذشته، از انجینهای پرزیکی درک بهتری نسبت به فیزیولوژی ممانه و کنترل مشکلات و عوارض دستگاه ادراری کسب کرده‌اند. درمان اورولوژیک افراد جاری به‌همراه است "SCI بهبود می‌یابد است". درمان‌های قابل قبول در رابطه با کنترل ممانه پس از SCI دارند. هیچ روش خاصی وجود ندارد که تازه‌های اجتماعی و پرستی انسامی بیماران را در کنار سازد. با فرض وجود اهمیت در انتخاب روش درمان، بهترین کار آن است که ساده‌ترین تعداد کمی از درمان‌های کنترل قابل اجرا را برگیرید و به خوبی آنها را آموخته دهد.

اولویت‌های پزشکی کنترل اورولوژیکی در این گروه ساده‌تر: تنظیم خروج ادرار باقیمانده در ممانه، فشارهای کم‌ای ممانه و به‌اختصار، درمان‌های هنگامی که با یک بیمار SCI درگیر می‌شود ممنوع می‌باشد. این کار نیازمند مشارکت فعلی بیمار در جهت کنترل و سازگاری پذیرش مانع خوراکی وسازگاری‌های پیوسته برنامه سندوز متناوب در پاسخ به مشبک‌های گوناگون‌های می‌باشد. سندوز متناوب معمولاً در بخش ICU بیمار در حال دریافت‌های IV است و منصوب رژیم غذایی و بروز ده ادراری انتقال می‌نماید. سندوز متناوب با عبور بریدن یک پاسخ دراز مدت با عبور روشی برای عملکرد تخلیه رنگی به‌همراه نحو برای زمان‌های بروز ده ادراری بیمار و وضعیت بالینی و به شدت سریع انتقال حفظ می‌شود. در محیط‌های بیمارستانی (ابعاد باکتری در ادراری طی 3 تا 4 روز رخ می‌دهد. در شرایط حاد، بهتر است یک جریان ادراری مداوم با فشار پایین از طریق یک سون داشته باشیم. تا اینکه یک بیمار حالتی درآمده و این‌طور عملکرد تخلیه رنگی افزایش یابد. انتقال حفظ می‌شود. ادتادری زیاد و نامناسب خروج است.) انتقال از آب‌سپرکی‌های ادراری در اثر تومور بیش از ICU بیمار مهم می‌باشد.

برخی بیماران، بخصوص مبتلایان به ضایعات ناکامل، عملکرد مجدد بی‌ضاعت تخلیه ادرار را بدست می‌آورند. در افرادی که دچار نارسایی های خمیدگی هستند، سیستمی به‌کار می‌گیرند که می‌توان انواع داشته‌اند از سندوز متناوب بدن استفاده از این‌طوری از نگاه جدید. SCI سایر گروه‌های بیماران مذاکر چیزی به‌همراه است و از کاندوم هستند به‌طور معمول باقی‌ماند. از می‌توانند بدن خود را بدون استفاده از سوند حفظ کرد و از طریق تخلیه رنگی مستم مانند، تخلیه
ادراک انجام حادثه. سودن از این گروه می تواند یا به دنبال برهم کنش تشفیعی یا مسئولیت جهت رسیدن به اجرای ادار رفتاری بیکار رود.

آموزش در بیمارستان با کمک پرستاران بصورت صحت که هر ۴ تا ۶ ساعت برگزار انجام می شود باید به نحوی بر حسب جیره حجم سودن در بین ۲۰۰ تا ۴۰۰۰ میلی‌لیتر به‌کار رود. مرافقت جهت جلوگیری از انسداد زخم و استخوان ماکوله باز و خوواب افزایش می‌باشد. این طرح لذا تغییر در میزان سودن باعث ایجاد زخم‌پذیری و سطح پوستی می‌شود. زمانیکه حجم ادرار زیاد می‌شود بیمار معمولاً دلسرد می‌گردد. سنات مناسب به‌داسای سرژن کردن بیمار را در دلگرم کرده و به او اطمینان بیشتر می‌بخشد.

بعضی بیماران حین سودن شروع به ادرار کردن می‌کنند، اگر هدف در ادامه داشته باشد، استفاده از سودن‌زای متناوب است. یاد باشد برای تشویق داروهای آنتی کولینزیک خودداری از دفع ادرار فقط را تقویت کرده، این امر با احتمال مناسب‌سازی مصرف داروهای این نوع است. اگر معافیت در ارائه این تجویز رخ دهد، اقدام به زمانی که در این بیماران، سودن‌زای متناوب تا زمانیکه اثر مسئول نیسته باشد، کافی می‌باشد.

نوروپلیژیک ممکن می‌باشد در این بیماران، سودن‌زای متناوب تا زمانیکه تخلیه معنی‌دار از ارائه کافی و مناسب و فشارهای پایه ای پایین می‌تواند بستگی را به تخلیه افزایش دهد. هنگام که ۲۰۰ سی سی معقول می‌باشد، چهارم‌شو می‌باشد. اگر بیمار در محدوده ۲ تا ۳ ساعت منتشر کند، که به‌تسهیل کننده این تجویز باید تخلیه کامل مسئول نیسته باشد، پیش‌بینی می‌گردد. اگر معافیت در ارائه این تجویز رخ دهد، اقدام به زمانی که در این بیماران، سودن‌زای متناوب تا زمانیکه اثر مسئول نیسته باشد، کافی می‌باشد.

به همگان، وسیله و نجات‌های مفید اکسیرتال جهت جمع آوری ادرار برای نامه و برخی مراکز و قاده به استفاده از کاندوم کارن نمی‌باشد وجود ندارد. تعداد کمی از افراد اگر انگیزه که عملکرد خسته کننده می‌باشد می‌توانند به طور مناسب به مراقبت و پرستاران کمک کنند. نیازمندی نمودار را انجام دهد و یا انتقال برای هر دو طرف ناخوشایند است. سایر بیماران را توجه ۸۱ - Pad
استفاده از مداخلات پیچیده بسیار، نمی توانند فشار‌های مناسب دوبروسرو را حفظ کنند. سوددهای دائم برای این گونه افزودن مناسب و بهتری و بهتری می‌باشد. اگر چه استفاده از آنها عوارض زیادی دارد، اما نمی‌توان از آنها بطور مؤثر با مراقبت از خود و پیگیری‌های منظم پزشکی استفاده کرد. سوددهای کاهش پیروپیکی قابل استفاده هستند و مزایای زیادی نیز دارند، اگرچه خطر سکته‌ای مثال‌های مشابه سوددهای اوترال در اینجا با است. سوددهای پیروپیکی غالبیت جنسی را محدود نمی‌کنند و به راحتی کار گفته‌می‌شود، همچنین ارزیابی‌های مجري را کاهش داده و از تحمل سودن با سایر قسمت‌های بدن که مستعد عفونت هستند (بروسانت اوترال و وریکولیا) و در سسومال، جلوگیری می‌کند. تمام افزودن SCI دارای سودنهای دائمی، از داروهای این کلینیک می‌باشد، اگر البته ارزیابی‌ها (تا رفت‌کشی‌های مثال‌هایی اشاره از عوارض خارجی را بلوک کنند) و مراقبت منظم و با استفاده از سیستم‌کننده بهره می‌برند. افزودن که از سوددهای دائم استفاده می‌کنند در معرض خطر نتیجه‌بندی‌های مثل و سنگینی اداری قرار دارند. سیستم‌کننده بهترین و بیشتر بی‌در شناخت و کنترل عوارض فوق می‌باشد. وجود ذرات و بلورهای کلسیم در مثال‌های سنگینی شناور شیب‌ترین علت اندساد سودن می‌باشد. سیستم‌های مثال‌های ای یا بندرت توسط اولتراasonوگرافی با رادیوگرافی گفت می‌شوند.

باکتری‌ها بدون علامت معمول از افزودن از سودنهای دائم استفاده می‌کنند، و حتی افزودن سودنهای مناسب انجام می‌دهند و بطور شایع کلوپ‌های اداری دارند، درمان نمی‌شوند. انتی بیوتیک‌ها معمولاً برای افزودن که علامت بیماری همچون تب، لکوسیتوز، اندساد سودن، اقسام و افزودن که در افزودن استفاده می‌شود.

استفاده بیش از حد انتی بیوتیک‌ها در افزودن SCI را راه و شایع می‌اندد. پزشکان باید در بر اج هر انتی بیوتیک‌ها مقاومت کنند. انتی بیوتیک‌ها معمولاً برای افزودن که علامت بیماری همچون تب، لکوسیتوز، اندساد سودن، اقسام و افزودن که در افزودن استفاده می‌شود.

تجویز انتی بیوتیک‌ها مقاومت کنند تا علامت مهم رفع شود، زیرا صرف بی‌رویه انتی بیوتیک‌ها مقاومت باکتری‌ها یا به‌همتی کاهش‌زده‌زار می‌باشد و افزودن را افزایش می‌دهند.

احتمال جراحی سیستم اداری - تانسیم تر در طی 5 سال گذشته شکل گرفته است و جدیدی نتیجه عمل جراحی جدید نیز وجود دارد. اقدامات زیادی بر روی مثال‌های جدید اختنام در این گروه مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج آن نشان داد که در درمان زمان دارای اختلافات نوروزیک مثال‌های این روشها مفید می‌باشد. مهم است که این عملیات توسط تیم‌های پزشکان با تجربه در زمینه SCI انجام پذیرد.
6 عوارض گوارشی و کنترل عملی آنها

اختلالات معدود - روده‌ای هفتمین علت مرجان و میر افراد SCI را تشکیل می‌دهند. انتقال از درون سیستم تأثیر عمیق بر مبهمیت بیماری، حفظ و نگهداری بدن، نیاز به حمایت پرستاری و ترخیص از بیمارستان دارد. بیش از یک سوم افراد پارالیزی تحت بررسی کنترل می‌شوند. این نقص هنگام پیدا و راهکاری که ممکن است از دست داده اند، این نقص حین می‌تواند از فلج پاها و باشند. انتقال و اشکال در حفظ و راه‌حل‌های کنترل روده‌ها می‌تواند به همه اعدادی چنین از جمله روابط جنسی، شغل و این فردهای تأثیر بگذارد.

بررسی شکایات‌های مربوط به GI یا بررسی مربوط به ایلیوس، تجمع ماتورس و حمض‌هایهای دستگاه گوارشی فوتوانی بسیار پیچیده می‌خورد تاکید دارد. بررسی‌های کسب شدید مشکلات دستگاه GI را در دراز مدت ارزیابی کرده و مشخص کرده است که تأثیر در تخلیه روده، همووپتی و خونریزی‌های دستگاه گوارش تحت‌البته از مشکلات شایع می‌باشد. در افراد SCI مزمن، اثرات ویژه آور مصرف دراز مدت کیفیت‌های روانی دفع SCI مدعی با اگتش و بوستمز منشی چشمه است و این موضوع که هر روزه تعداد افراد که از عملکرد دستگاه گوارشی خود رضایت ندارند را به افزایش ایجاد می‌کند.

یک در ICU، مشکلات تغذیه ای و بغل شایع است. در افراد SCI به‌طور کلی 20% افراد تنریزی‌های تحت تأثیر قرار داده است. این مشکل بعلت کستن سهیسیان بیش از حد گردیده در داخل ارتو تورم فاقد نرم بعد از جراحی قسمت قدامی گردیده، هماگاهی ضعیف با سیکل‌های ونتیلاتور، در ناشی از تراککستوستی و ضعایع هم الک‌های اسکابی و سر ایجاد می‌شود. در اکثر موارد، دیسیزی بعلت مشکلات مربوط به ازای بیاگرز، بلوتو فلوئورسکینی در این شرایط می‌توان بر این و دیگر تشخیص‌های مورد استفاده قرار گیرد. در همه افراد میلاد به ضعایع نخاعی گردند، با هم به این نکته توجه شود که مری در هنگام نزولگی او لیه‌های پاره نشده باشند. درمان نشال نظر و کنترل دقیق تغذیه، استفاده از وضعیت قرارگیری صحیح و اموزش پل سوپرایگالوکیک و منوهای منتدام‌ون می‌باشد. بخش آموزگر بی‌درنی و نرسانی در این گروه خواب است.

حتی بدنیال استفاده از مکمل‌های غذایی از طریق لوله، حمایت تغذیه ای ممکن است ناکافی باشد. تحمیل ضعیف تغذیه از طریق لوله و ایلیوس ناشی از برریالی است باعث شایع جایگزین کافی بروتونیت‌هایی از سمت رفت‌وها ناشی از ضعایع را محدود می‌کند. این‌ها غالباً از اولی گیم می‌باشند، اما با داشتن روان کاری طبیعی روده، اصلاح هدف‌راتیسمی و از سرگرمی فعالیت‌ها، این موضوع به‌همه می‌یابد. اکثر بیماران هنگام ترخیص از ICU سالاری بیوپتیس بوده و برخی موارد نیز
تنها مفهوم منع و شن از اطراف مقدومن تجمع یافته عبور می‌کند. در این شرایط ممکن است
اسره رخ دهد بخصوص وقتی که کلسترولیوم دیفسیل و سایر بیماری‌ها بعلت عوارض مصرف
آنتی بیوتیکها در روده تجمع پیدا کرده‌اند. یک رادیواریافی سه شکم می‌تواند در بیماران
مبتلا به بیوست مفید واقع شود. معمولاً مقدومن سفت شده در سکوم قابل مشاهده است که بک
یافته غیر طبیعی محسوب می‌شود. بیوست به نهادی نحو از طریق دفع مقدومن با داروهای
شیمیایی یا با کمک انگشتان تخفیف و کاهش‌می‌یابد. از مصرف مسئولیت خوراکی قوی که از
راه‌های مختلف روده‌ها را (که حفرات ضعیفی دارد) می‌شود می‌کند، باید اکتشاف و رژیم
از چه مشکلات مستقل گوارشی همچنین (تخیلی آنیست مداد، سنگهای خاصی، سندرم
شبین مراتبیکی فوقانی) بطور شایع در این گروه می‌باشد، در شرایط ساده، تخیلی روده‌ها مهم‌ترین
مشکل در اکثر بیماران می‌باشد. در طریق هدایت در بیماران کاری
ارافد ها مهم‌می‌باشند. در افراد SCI
کاملاً ناتوانی‌های اولیه شال و کمک‌کش اتفاکیت
گاهی حفرات روده‌ها ناشی از گاه فعالیت فیزیکی می‌باشد. اکثر کنترل اسکلت و جریان
نداشته باشد، موفقیتی مستقیم به بیماریت در درمان بیوست و تعادل عامل اختبار و حفرات روده
دارد.
افراد مبتلا به ضعایت تخیل مرکی یا دم اسب ممکن است فاقد واقع‌های فلسفی زکن‌ال
که طبیعی مقدومن یا به طرف پیوسته می‌رود باشد و این بیماران با پناریه تخلیه مقدومن با
کمک انگشتان بصورت روزانه کنترل می‌شود. علی‌الله حکر و ماه‌تاریخی خود مناسب در طولانی
مدت قبل از آنکه رول کاری دستگاه گوشی‌پوش نیتی‌گرده دست می‌آید. مصرف روزانه شیاف
معمولاً توصیه می‌شود. بسیاری افراد با پناریه متفاوت شوند تا ناکامی‌های دفعی مربوط به قابل
آسیب را فراموش کنند تا بتوانند از بیماری ای که روتانه کمتر تکرار می‌شود استفاده کنند.
مصرف روزانه داروهای شیمیایی غالبآً سبب تحریک بیش از حد رگ‌کش شده و منجر به
پی اختیاری دفع موکوس می‌شود.
با این‌حال مصرف داروهای مسئول خوراکی قوی اجتناب و وزید. زمان نیاز به شروع آن‌ها غیرقابل
پیش بینی بوده و مصرف آن‌ها مانع از ایجاد یک سنتون مخلوط در کونل می‌شود که خطر
پی اختیاری دفع مقدومن را افزایش می‌دهد. ثبات مقدومن از طریق مصرف زیاد غذایی با فیبر
متوسط تنظیم می‌شود. افرادی که حفرات ندارند، مشکلاتی در هیپناتاسیون دارند. در بیماران
که مشکلاتی در رژیم غذایی دارند مصرف مکمل‌های خوراکی (مثل پسیلیوم) docusate
۷۴
کن. در نتیجه این بیماران مشکلات ناشی از درد یک وضعیت نتانول کنندهی را ایجاد می‌کند. درد همراه‌تره به استخوان و بافت نرم معمولاً طی هفته‌ها از آسیب از بین می‌روید. اما مشکلات درد موسمی باقی‌مانده.

در برخی از این بیماران مشکلات ناشی از درد یک وضعیت نتانول کننده‌ای ایجاد می‌کند. درد همراه‌تره به استخوان و بافت نرم معمولاً طی هفته‌ها از آسیب از بین می‌روید. اما مشکلات درد موسمی باقی‌مانده.

NSAID

SCI
در دیفرانسیاک، درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده (nociceptive) است که در سال‌های ۱۹۷۹ توسط کوزین، استر گردنی و آن را مطرح کرد. این بیماری به‌طور ویژه در مرزهای تبادلی و در درمان‌های آسیب‌پذیری در بدن ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده به شکل‌های مختلفی نظیر دیفرانسیاک، دیفرانسیاک، دیفرانسیاک و دیفرانسیاک ناچار می‌باشد.

در این نوع از بیماری، عفونت‌های ماهی و زخم‌هایی پلاکت‌دار و درمان شده‌اند به‌صورت تنش‌برداری ناشی از تنش عضلانی توانایی رشد و دیفرانسیاک ناچار می‌باشد. درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده به شکل‌های مختلفی نظیر دیفرانسیاک، دیفرانسیاک، دیفرانسیاک و دیفرانسیاک ناچار می‌باشد.

درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده (nociceptive) است که در سال‌های ۱۹۷۹ توسط کوزین، استر گردنی و آن را مطرح کرد. این بیماری به‌طور ویژه در مرزهای تبادلی و درمان‌های آسیب‌پذیری در بدن ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده به شکل‌های مختلفی نظیر دیفرانسیاک، دیفرانسیاک، دیفرانسیاک و دیفرانسیاک ناچار می‌باشد.

درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده (nociceptive) است که در سال‌های ۱۹۷۹ توسط کوزین، استر گردنی و آن را مطرح کرد. این بیماری به‌طور ویژه در مرزهای تبادلی و درمان‌های آسیب‌پذیری در بدن ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده به شکل‌های مختلفی نظیر دیفرانسیاک، دیفرانسیاک، دیفرانسیاک و دیفرانسیاک ناچار می‌باشد.

درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده (nociceptive) است که در سال‌های ۱۹۷۹ توسط کوزین، استر گردنی و آن را مطرح کرد. این بیماری به‌طور ویژه در مرزهای تبادلی و درمان‌های آسیب‌پذیری در بدن ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده به شکل‌های مختلفی نظیر دیفرانسیاک، دیفرانسیاک، دیفرانسیاک و دیفرانسیاک ناچار می‌باشد.

درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده (nociceptive) است که در سال‌های ۱۹۷۹ توسط کوزین، استر گردنی و آن را مطرح کرد. این بیماری به‌طور ویژه در مرزهای تبادلی و درمان‌های آسیب‌پذیری در بدن ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. درمان سودمندی در این نوع از بیماری ناقص‌زده به شکل‌های مختلفی نظیر دیفرانسیاک، دیفرانسیاک، دیفرانسیاک و دیفرانسیاک ناچار می‌باشد.
نسبت به دCP از اختصاصیت کمتری برخوردار هستند. این درد بیشتر با مبتلایان مختلف تشنلی
شده است، اما زمانی که شروع می‌شود، خصوصیت پیشنهادات و مداوم دارد. این درد می‌تواند
وهنگ‌ها یا ماهه‌های پس از آسیب SCI شروع گردد. احتمالاً می‌تواند این انسان‌ها درد می‌شود. اگر مدت طولانی بیماری مدت
اطراحی شود، این آسیب به تأثیر مقابله بیشتری و نیز می‌شود. deafferentation
برگیرند تغییرات SCI می‌شود. در تلالاموس و مناطق حسی قشری و نیز بطور مزمن مدت این آسیب، افرادی به در روزیتیک شده است
باید از تعریح سینکومیالی تحت معاونه و ارزیابی قرار گیرند.

به جهت مشارکت ویژه‌ای به‌نهاجی و مداخله‌ای بنیادهای وجود ندارد که به اطمنیان در
درمان درد مرکزی و سگمتنال مؤثر باشد. درمان مفید در این شرایط
شامل شناسایی ابتدای و درک فاکتورهای سایکوشیمال و فیزیکی می‌باشد که شامل از
بین بردن درد در زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به ماهیت مایوس کننده سمنله
فصول، بیماران باید مجدداً اطمنیان پیدا کنند که روی مفهوم این درد اعمال انجام
درد با مدت زمان و قابل کنترل شدن آن است. بطور شایع این انطباق از به‌هم‌آور سطح فعالیت
و سایر فاکتورهای سایکوشیمال نشان می‌گیرد.

کلیه درمانی که برای درمان DCP و دردسرانی سگمتنال استفاده شده است، بسیار
طلایی و در حال ازدیاد است. اگر علائم مزمن با فعالیت با خوابانده محدود گردد، دارو درمانی با
اسپریام، استاتین و NSAID ممکن است افرادی که در مصرف دارویی قصه‌ای از
امنی ترمپتین و (doxepin) برای مدت زمان طولانی تجویز می‌شود.

این داروها فیبری که خوش برداشت پرستیبیک سروتونین و پروآیر نیترین عمل می‌کند.
بررسی‌های نوزادون SCI نتایج ضعیفی به‌پهلو داشته است. بررسی بر روی
ضدافسردگی‌های جدیدتر (فلوکسبین، سترالپین، و نالاپین) دراین گروه بخوبی انجام
نگرفته است. ضدهشنجهای کارامبازین، گلورازیم، و کابینین، اغلب به همراه

88 Deafferentations Central Pain
89 Trazadone
90 Fluoxetine
91 Sertraline
92 Venlafaxine
93 Carbamazepine
94 Clonazepam
95 Phenytoin
96 Gabapentin

77
داروهای ضد افسردگی تجویز شده اند. مصرف آنها باواسته نیاز به کنترل از طریق تست‌های آزمایشگاهی و برخی عوارض جانبی محدود شده است. مکمل‌تین ین کیک عامل آنتی ارتسی و بیحس کننده موضعی است که تأثیر جوهرگری بر DCP ندارد. ضرددرهای نارونکی گاهی اوقات تجویز می‌شوند.

اگرچه برخی از متخصصین درد، طرفدار مصرف آزاد داروهای مخدر در دردهای مزمن هستند، اما این روشهای جهت اجرای روزانه مشکل‌های باشند. بیماران مبتلا به بطور نیبیک علامت‌های خود را با یا بدون داروهای مخدر تجربه می‌کنند. بسیاری از این بیماران بلند سایر مشکلات مطبی به نشانه آمد از داروهای زیاد دیگری نیز استفاده می‌کنند. که خطر تعدد دراو و مسمومیت در آنها را بالا می‌برد. توجه مصرف اینها یا مشتق‌اند آنها به خصوص بعلت وجود عوارض جانبی مشکل می‌باشد. بیوست می‌تواند یکی از عوارض جانبی مشخص و مهم این داروها باشد. سالانه در برخی از طنا نخاعی در معرض روش‌های تهیه‌ی و کاهش دهنده بیمار مصرف گرفته‌اند. بیوهوشی تحت عیننیت‌های نخاعی به منظور اهداف تشخیصی، مورد استفاده قرار گرفته و علائم در را بطور موقتی در اکثر بیماران کاهش داده است. کلودیدین، مرفین و بلکوفن این‌ها این انتربنکرل نیز تحت بررسی گرفته‌اند. تحریک الکتریکی صعب از طریق بوست به‌دست‌نگرفته در شرایط حضر در سطح‌های داده‌های به‌دست‌آمده، رادیکولوپیا را عمل می‌کند. تحریک الکتریکی به‌عنوان خلفی‌های استفاده شده است در nociceptive مجموع روش‌های تزریقی و جراحی کاهنده در در سطح گوناگون سطون عصبی‌سوزدن بوته است. از میان آنها، میکروگلاوگلوب‌های منطقه روبه ریشه خلفی به‌خوبی تحت بررسی قرار گرفته و هنوز در مراکز بزرگ‌های استفاده می‌شود. این روشهای نیاز به یک لامینکتومی در سطوح متعدد همراه با ایجاد ضایعات میکروتومال در جسم زالی‌سنی اصلی در بالای سطح آسیب طنا نخاعی دارد. این روشهای جهت گروهی از بیماران که سابیر روش‌ها و مداخلات در آنها بی نتیجه بوده است انجام می‌شود.

97 - Mexiletin
98 - Spinal subarachnoid anesthesia
99 - Clonidine
100 - Baclofen
101 - Trans electrical cutaneous Nerve stimulation
67 - Dorsal root entry zone micro coaqulation
103 - Substantia gelatinosa

78
عوارض مورد توجه قرار می‌گیرد. تخمین بزرگ‌تر MRI مشاهده شده است. میزان برخورداری کمکی تصویری استفاده شده با توجه به معبوری که سیرینگولیتیک WAH است گادولینیوم 104 تا 106 درصد تروما ممکن است. این شرایط اختلال‌های متالاین به پراپاژی بیشتر صادق است. روند‌های پاتولوژیکی که تغییرات طبیعی نخاعی کیستی ایجاد می‌کنند به‌خویی مشخص شده است.

عوارض مورد توجه قرار می‌گیرد. تخمین بزرگ‌تر MRI مشاهده شده است. میزان برخورداری کمکی تصویری استفاده شده با توجه به معبوری که سیرینگولیتیک WAH است گادولینیوم 104 تا 106 درصد تروما ممکن است. این شرایط اختلال‌های متالاین به پراپاژی بیشتر صادق است. روند‌های پاتولوژیکی که تغییرات طبیعی نخاعی کیستی ایجاد می‌کنند به‌خویی مشخص شده است.

درمان‌های مختلف مختلف مطرح بوده است. کیست‌های بی‌عمر علائم و آنها که گویشتر از یک سانتی متر هستند، تحت درمان جراحی قرار نگرفته و با معاینه بالینی می‌گیرند. جراحی زرأن مورد نیاز می‌شود که یک یا چند نهانه MRI با سطح بی‌کربن بهترین روش جراحی ممکن است. درمان‌های مختلف مختلف مطرح بوده است. کیست‌های بی‌عمر علائم و آنها که گویشتر از یک سانتی متر هستند، تحت درمان جراحی قرار نگرفته و با معاینه بالینی می‌گیرند. جراحی زرأن مورد نیاز می‌شود که یک یا چند نهانه MRI با سطح بی‌کربن بهترین روش جراحی ممکن است.
شامل یک میلیومی می‌باشد که نیاز به فضایی تحت عنوان هایدات می‌دارد. این مطالعه در شما از طریق تحلیل علاطم الیافی و کلیس و مورد مشارکت کنندگان به‌طور چشمگیری و به‌طوری یکسان که باشد، نتایج نهایی از جراحی و پیکری های کودتا مدت نسبت به پیگیری‌های طولانی مدت مطالعه بر بوده است.

10 اساسی سنتی

ارزيابی و درمان اساسی سنتی در افراد مبتلا به SCI قابل مقایسه توسط یک چک شده ای است که کسب اندوز به‌طور خاصی توانبخشی بیمار

شکل گیری رفت‌سازی کانال تحت عنوان های ای پیش از بندر در طول دوره اولیه توانبخشی بیمار

این حرکت جدید قابلیت پیش این چندانی از نظر پیش آگهی ندارد، می‌تواند سخت باشد.

اساسی سنتی معمولاً در نسبت تیست، با این وجود در بسیاری موارد اساسی سنتی

می‌تواند آنقدر قوی باشد که استفاده از ویلچر و سایر وسائل تقلیل از خطرات سازه‌بین اساسی سنتی مورد نیست که از SCI جدای باشد. اساسی سنتی غیر قابل تفکیک از مشکل ضعف

عضلات است و بخشنده از بیماری نیروی فشاری فوق‌العاده می‌باشد. رفته رفته محدودیت‌های عملکرد زیاد شده و به همین نسبت میزان عملکرد عضلاتی که در اساسی مشاهده می‌شود

کم گردد.

هیپرتونی اساسی سنتی همواره نیازمند درمان نیست باشد. بسیاری از بیماران

از منو SCI ضعف و اکستروژور چهت مکم به استدلال، نقل و انتقال و حرکت استفاده می‌گردند. اساس

تویده عضله را حفظ کرده و ممکن است بروز ترمومکروز و ریتید را یک‌داهنده دهد. درمان فقط زمانی

انجام می‌شود که اساسی با عملکرد خود مراقبتی، قدم و رنگ، قرار دارد بر پایه و فعالیت‌های

حمل و نقل اختلال خواب با درد پیش از حد یا نفورمیتی مفصل داخلی داشت باشد. اساسی

همچنین به ابزار زخم‌های فشاری مکم می‌گردند. ویژه‌تر است که در ادبیات

یک بیماری مشابه منابع نیازمند اقدامات سیستم فشار برای رسیدن به دریافت در نور و تحریک

مهمک و مصرف دیگری از فشارها، عفونت‌های مجاری ادراری، سنگ‌های کلیه و بیوسکیو

می‌تواند اساسی‌های عضلانی را بیشتر کند. ارزيابی چهت چنین عوامل مشترک کنندگان در

ویژه تر کدن اساسی سنتی أولین عامل در نحوه اداره این شرایط می‌باشد.
کشش عضلانی طولانی مدت، روشی روتین اساسی برای کنترل اسپاسم زیبی می‌باشد.

کاهش هیپرتونی از این طریق می‌تواند جنسین روتین طول بکشد. اسهال و سیستم احتمالاً در
افرادی که ضعفیت طناب نخاعی ناگهان حوزه‌دارند نشان دهد. در زمان‌های کمی پس از
اسب، تون فلکسور معمولاً غالب می‌شود. اما این حالات می‌تواند با گذشت زمان به یک تون
اکسانتوس تغییر کند. در برخی موارد مشکل موضعی است. اسهال فلکسور در آخر بعنوان مثل
شابه باشکه به درمان موضعی با یک کود عصبی عارضه، آنل بردن سریال غیر مناسب
ارزش‌پذیر باشد. تنویع از درمان‌های غیر دارویی با اثر بخشی متغیر در این شرایط صورت
گرفته است. اگر مشکل تون غیر طبیعی زنده شود، داروی جلوگیری می‌گردد.

دیزپارم، دانتروال و تیزانیدین در مبتلا به SCI تجویز می‌شوند. علائم بیماری می‌تواند
با این داروها تخفیف یابد. درمان‌های با داده‌کننده عمل و عوارض جانبی مشخص آنها اشنایی
داشته باشند.

بکلوفن، دیزپارم و تیزانیدین روز

CNS درمان کننده تمایل کامل منجر به

CNS اثرات جانبی. انجام تست‌های عملکرد کیفی قابل

از شروع درمان با این داروها ضد اسهال مفید می‌بودند. اولین داروی مصرف شده بکلوفن
می‌باشد که با دوز ۵ میلی گرم سه بار در روز در بستر‌های شنون شروع می‌شود. حداقل دوز مصرفی
در هر دو ۲۴ ساعت گرم می‌باشد. قطع ناهنجاری دارو می‌تواند منجر به ایجاد تنش گردد. تنظیم
دوز در افراد SCI مبتلا به تارک‌کننده کلیوی نیاز است.

دیزپارم بک داروی موثر و به خطر است. تحقیق به اثرات شناختی آن ۱۱۱ سرعت ایجاد
شد و اثرات ضد اسهال آن می‌تواند تا سه ماه اداه یابد. اسهال مصرف شده در روز متوسط
در رژیم غذایی از ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی گرم در روز متوسط می‌باشد. مصرف آن در افراد دارای سابقه مصرف
الکل، موارد مخدر با سو استفاده های دارویی کنترل‌پذیر است. یک پاسخ تناقض گفته
در مصرف دیزپارم دیده می‌شود که سبب ایجاد عصبی عصبی شدن با اضطراب می‌شود. افزایش
میزان مصرف دیزپارم یک باد بدق انجام گردد.

درمان با تیزانیدین با ۴ میلی گرم هنگام خواب شروع می‌شود. دوز آن به منظور ظهور
اثرات مطلوب می‌تواند خیلی کم افزایش یابد که مزیت بهتری نسبت به درمان با کلوفین
دارد. اکثر بیماران نیاز به مصرف ۳۴ میلی گرم سه تا چهار بار در روز دارند. مشکل کاهش

109 - Dantrolene
110 - Tizanidine
111 - cognitive effects
فشار خون ناشی از داروی داروهای آگونیست الفا - ۲ قابل درمان است، اما در گروه SCI ناشایع است. مصرف هرمون تیزاییدن و کلونیدین توصیه نمی‌شود.

دلتولوین ترجیحاً در محل اختلال نوروماسکولار عمل می کند. شروع آن با یک دوز ۲۵ میلی گرم می‌باشد که می‌توان با دوچرخه آن در چهار ماه افراد عفونت داد. این دارو عضلات را بصورت غیر انتخابی اعم از دارای عصب و با بدن عصب تضعیف می‌کند. بندرگاه مسومیت کبدی جدی رخ می‌دهد. این خطر بیشتر زنان، افراد بیشتر از ۳۵ سال، افراد تحت درمان با استروژون و آنها که مقدار مصرف دارو در آنها زیاد می‌باشد را تهدید می‌کند.

کلونیدین هم بصورت خوراکی و هم بصورت ترانس درمال به‌عنوان یک داروی ضدپاسیوستی سبیتل در بیماران SCI مورد مطالعه قرار گرفته است. مصرف این دارو می‌تواند باعث عوارض جانبی شوید که شامل عوامل، هپاتیت و تنازی محدود می‌گردد.

کابانتین نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. نتایج آزمون بالای ۴۰۰ میلی گرم سه بار در روز برای ایجاد یک پاسخ بالینی مناسب مورد نیاز است. سایر داروهای شامل کانابیس ۱۱۳ نیز پیشنهاد شده‌اند.

بکلروف اینترکال که از طریق یک سیستم کاتاندی و شبکه قابل برنامه‌ریزی رها می‌شود، بیش از همه در افراد SCI مبتلا به اسپاستی سبیتل مورد استفاده قرار گرفته است (شکل ۳). در این روش میزان تبخیر اسپاستی سبیتل مقایسه با نتیجه داروهای خوراکی چشمگیر است. اما این درمان تاکنون برای همه بیماران مناسب نمی‌باشد. بر کردن منظم پیش‌بینی برای همیشهی ضروری است و باید توسط پرستاران با تجهیز انجام پذیرد.

در برخی موارد به‌نام فیلاکسی رویو می‌شود که مصرف اینترکال را می‌توان بطور موقت جایگزین کرد. در بازیابی این سیستم بر میزان مربوط به بهبود عملکرد حداقل تأکید شده است. اما واقعیت این‌که این سیستم در افرادی که بطور مزین گرفتن برتر شده اند نیز کاملاً مفید است. در این بیماران اسپاستی شدیدی از قرارگیری آنها در وضعیت مناسب و رعایت مسائل بهداشتی ناحیه پرینه جلوگیری می‌کند. روش‌های جراحی دیگری نیز برای درمان اسپاستی وجود دارد.

112 - Canabis
FIGURE 6 - Programmable pump and catheter system for the intrathecal delivery of baclofen. (Courtesy of Medtronic inc.)
11 مطالعه علمی - اسکلتی و ارتودینی

11-1 شکستگی‌های ستون فقرات

اثر گچه افزایش یافته‌ای دچار شکستگی‌های ستون فقرات به‌وجود آمده، می‌تواند منجر به افزایش بیشتر نورولوژیکی را کاملاً به‌دست دهد. در جراحی درمان فقرات از نمونه‌های مناسب از ارتعاشات نورولوژیکی ارزیابی می‌گردد. هیچ گونه شاخص منفردی در مورد پایداری ستون فقرات وجود ندارد. واحد پایداری یک اصطلاح نسبی است که با ارزیابی‌های رادیوگرافی و بیماری‌های مکانیکی محسوب می‌شود. حتی اگر پایدار است و ناهنجاری‌ها گفته می‌شود، مطالعات و کتاب‌های مرجع متعددی نشان‌دهند که بررسی و تحقیقات انجام شده در خصوص این موضوع بطور مفصل می‌باشد.

مرافقت و توقف از درمان اولیه ارتودینی توسط بیماران شناسایی شده و آنها را به حکم کننده‌ای خصوصی ایجاد شده است. نورولوژیکی کاملاً به‌دست دهد. در جراحی درمان فقرات از نمونه‌های مناسب از ارتعاشات نورولوژیکی ارزیابی می‌گردد. هیچ گونه شاخص منفردی در مورد پایداری ستون فقرات وجود ندارد. واحد پایداری یک اصطلاح نسبی است که با ارزیابی‌های رادیوگرافی و بیماری‌های مکانیکی محسوب می‌شود. حتی اگر پایدار است و ناهنجاری‌ها گفته می‌شود، مطالعات و کتاب‌های مرجع متعددی نشان‌دهند که بررسی و تحقیقات انجام شده در خصوص این موضوع بطور مفصل می‌باشد.

Holdsworth و اجنای پایدار کننده فقرات کننده توسط آقای Meyer آسیب‌های استخوانی با لیگاماتی کمک کننده است. طبقه‌بندی شکستگی‌ها از نظر تحلیل نسبی، بیماران پایدار است. فقرات با ارتعاشات نورولوژیکی در رفتگی و مهره‌ها (در هر سطح)، زاویه دار شدن و فشردنی، نشان‌دهنده تشکیلات کانال و کاهش ارتفاع جسم مهره می‌باشد.

هدف درمان ستون فقرات برگرداندن مجدد مهره‌ها، انتقال مناسب، جلوگیری از دفورمیتی و محاسبه‌های مختلف برای انتقال دیده استوار است. نشانه‌های مناسب زیادی در راه‌های انسانی شکستگی‌های جراحی ستون فقرات و زبان‌شناسی آن و وجود دارد. این موضوع از نظر هماهنگی با برخوردار است که این بیماران توسط یک بهترین ترمیم‌رسانی ستون فقرات درمان شوند. خلاصه و ضروری در خصوص درمان ستون فقرات با جراحی وجود دارد. اما مطالعات کمی

113 - Three- column concept
نیز وجود دارد که نشان می‌دهد، جراحی به‌همراه تحرک بیمار از طرفداران زیادی برخوردار است اما در بیماران مبتلا به ضایعات عصبی شدید، محدود می‌شود.

سطح گردیدن با سطح بالای ترک‌سازی بین موضوع در شک و تردید است. با وجود بستریان، متخصص و مراقبت درمانی، زمان کمی در هنگام بی تحرک بیمار صرف تیم صدمات مرتبط، تغذیه، حالات ریوی و قدرت گرفتن جهت نشستن می‌شود.

11 - ارتعهای ستون فقرات

کنترل و نجات آداب مناسب ارتعهای ستون فقرات بخش مهمی از روند توانبخشی جاده می‌باشد. نویسنده‌ها متعددی کاربرد این وسایل را در محل اسبی ستون فقرات و میزان درجه تحرک ستون فقرات شرح داده اند. تیم توانبخشی از طریق تغییرات فیزیکی به یک جراح ستون فقرات و کارشناس ارتعه دار با استفاده مناسب آنها و ارائه راهنماهای مناسب بهبود استفاده تضمین شود. هیچ سازندگی و سیستم ارتودیکی نمی‌تواند یک آنلی امکان را برای توانبخشی و استحکام طراحی کند. اگرچه بیماران از مراحل کنترل ارتعه و تشوق از تیم توانبخشی می‌توانند باعث اطمینان مجدد و تسکین بیمار شود، در بروخ موارد آنل موفقی ستون فقرات، آموزش توانبخشی را محدود می‌کند (انتقال کانترپرسیون توسط خود فرد، تحرک در تختخواب، رسیدن به اهداف درمانی ممکن است با مان کننی ناخوا و برداشت آنل به تأخیر افتاد.

ارتعهای هالو115 یک ابزار مؤثر در کاهش حرکت ستون فقرات هم برای کنترل پس از عمل و هم برای درمان‌های نگه‌دارنده محسوب می‌شود. این وسیله در اکثر موارد حرکت گردیدن را محدود می‌کند، اگرچه این محدودیت کاملاً نیست، در صورت استفاده مناسب از این وسیله تحمل آن سیبیار آسان بوده و نیاز به تطابق کمی احساس می‌شود. برای استفاده از هالو در افراد دارای دیابتیم116 سایکوژ حاد117، با اسکیزوفرنی118 و بیماران مبتلا به استندروزیس شدید جمجمه (مثل بیماران رومانیسمی مسن) باید توجهات بسیار خاصی می‌باشد.

114 - Spinal Orthoses
115 - Halo
116 - Delirium
117 - Acute psychosis
118 - Schizophrenia
11 - Heterotopic Ossification
SCI

120 - Range of motion (ROM)
استخواناتي ناجب معمولاً في 6 ماه بين يكي 4 ماه مي باشند. همتجين از لامellar Corticospongiosal بيئي از ارتفاع اين بيماري زودتر از 20 روز باس اسب انيز وجد دارد. ظهور اوليه استخواناتي ناجب برخت پس از تشكيل تيكاس بر اسب بيده مي شود. شاعترین مناطق درگزي به ترتيب كاهش شيوه شالم هيبها، زانونها، شانه و آرنجها مي باشند. درگزي اسكليتي و مفاصل كيچكت اندامها بيدرند مشاهده مي شود. مقايسه استخواناتي ناجب در ضايعتات معملي زوروند وبمباران كي تعيوق مفصل هيب SCIs داشته اند مشخص جديد كه اگاهي خاصي درخشص نشيكل استخوان ناجا. در بيماران وجود اسپيسيوم شد كه در نماي اسپيسيوم ناجا بشيرد. مقايسات چرخشي هيب استخواناتي ناجا بيشتر در چرخش قديم مي دهد و معمولاً ميان برجستگي ايليکي فوقاني قدمي و ناحيه تروكانت كيچک ايجاد مي شود.

باتوزن استخواناتي ناجا نامشخص مي باشد. انظار مي رسد تشکيل به مرتبط باها كروشته متابوليكي، گروش خون يا بيوشييمي باشند كه محرك يكي پاسخ متالاستيكي از سلولهاي زوروندي است. از انحليكه اين بيماري در مبتلایان به اسپيسيوم زوروندي شابع است، امکان تغيير در كنترل عملي بر قارئ سلولهاي زوروندي است. استثمارها مورد نظر مي باشند. وجود یا عدم وجود أسبايم ارتداز با استخواناتي ناجا نمي باشد. اگرچه وجود زخم ارتداز كه مفهوم خطر ايجاد استخواناتي ناجا افترايي مي شود، اما

اسپيسيوم شديد و ورزش یا Rom خشن نابنده كيده اند كه جزء عوامل خطر باشند. استخوان ناجا خارج مفصل بوده و غالباً سبب مي شود كي كيسون مفصل دست نخورده باقي بماند. اين استخوان مي تواند به اسپيسيوم متصل باشد ولي عوضه تشکيل مي شود. استخوان مي تواند به استثمار متصل باشد ولي عوضه تشکيل مي شود. استخواناتي ناجا سپيد و كامل داراي بافتي مشابه بافتي است كه در يكي كاس شكستگي وجد دارد. استخوان فوق یک استخوان كورتيكوسپينوسپسارتيه اي 111 يا یک كروس تشکيل اسپيسيوم نابندي در ضخم 122 و سيم هاي هاير 123 مفهوم مي باشد.

121 - Lamellar Corticospongiosal
122 - tightly latticed spongiosum
123 - Haversian systems
FIGURE 7 - Plain radiograph of a knee, with ankylosis from heterotopic ossification.
نتظارات بالینی اولیه استخوانسازی نابجا، غیر اختصاصی است. شواهد منتظر تظاهرات آن، اندام‌های اریثموتوسوم و گرم می‌باشد. این بیماری می‌تواند بیماری‌های وریدی و عمقی اشتباه گرفته شود. تومور در ادامه معمولاً موضعی بوده و در طول جنگ روز مسیح تر می‌گردد و توده نازک را می‌توان در اطراف تومر مشاهده کرد. علائم اولیه می‌تواند شامل درد هموار، محدودیت حرکات مفصل باشد. در طول تظاهرات اولیه، تشخیص افتراقی شامل سلولیت، آنتی‌بیوتیک و تومور استخوانی، کیست بیکر و تروموز وربدی می‌باشد.

رادیوگرافی های

جهت استفاده در تشخیص زودرس بیماری محدودیت دارند. اولین شواهد کلسیتکسیس همکن نیست برای هنگام عداد تظاهرات بالینی توجه شود. یک سطح آلکلین سفانات 34 سرمی بالا می‌تواند به تمایز استخوانسازی نابجا و سایر بیماری‌ها کمک کند، اما سطح سرمی بالا به سایر علل (شکستگی سون فقرات، شیوع استخوان های بلند) نیز غیر صحیح به نسبت استخوان‌های فیزیولوژیک قابلیت سطوح آلکلین سفانات سرم در بیکری یا پیشرفت تحلیل استخوانی نسبت به تشخیص اولیه ارتجعت دارد. افزایش سطوح پروستاگلاندین E2 از 24 ساعت می‌تواند در تشخیص اولیه کمک کند. اسکس مرحله ای استخوان که با استفاده از ال سفانات قابل شناسایی در رادیوگرافی انجام می‌شود. برای تشخیص و تشخیص اولیه استخوانسازی نابجا خیلی سودمند می‌باشد. و در مرحله اول، مطالعه جیران خون دنامیک و اسکن اسکننک برای کشف و تشخیص اولیه بیماری می‌باشد (شکل 8).

ارتensus‌وگرافی در تمایز این بیماری از تروموز ضروری می‌باشد و در تشخیص استخوانسازی نابجا نیز سودمند است. در اواخر بیماری، یک منطقه اکولوئست از عضله غالبی با وسیع در سرتاسر محل مشکوک به بیماری می‌پیوندد. و یک منطقه

Zمانيکه تشخیص قطعی شد درمان اولیه جهت حفظ تحرک مفصل شامل وزدهای پاسیو

می‌باشد. در مطالعات انجام شده هیچ شاوهی در این خصوص که این درمان مقدار ROM نهایی تشکیل استخوان را افرازش می‌دهد وجود ندارد. قطع نادرست وزدهای پاسیو

می‌تواند موجب کاهش تحرک مفصل مربوطه باقلای اکلیپسه شود. این پدیده دی سدیم 11 زمانیکه در اولی تشخیص آغاز شود در محدود کردن استخوانسازی نابجا مؤثر است.

124 - ALK ph
125 - Triple - phase
126 - Disodim Etidronate

89
FIGURE 8 - Triple-phase bone scan showing the formation of heterotopic ossification about the left hip. (from Orzel JA, Rudd TG; Heterotopic bone formation; Clinical laboratory and imaging correlation. J Nucl Med 1985; 26:125-132.)
ساده‌ای برای این مشکل بنظر می‌آید اما عوامل این عمل حتی توسط افراد با تغییر به ۸۰ درصد می‌رسد. اظهار نظرهای متفاوتی در رابطه با زمان جراحی و شیوه‌های مقابله قبل از عمل وجود دارد. روش‌های جراحی مرسوم شامل یک تأخیر ۱۲ تا ۱۸ ماه بین زمان تشخیص و درمان جراحی می‌باشد. هنگامی که تأکید داده شود، مفاهیم و تکنیکی ایجاد می‌شود که نتیجه‌های مرسوم برای تحقیق کامل شدن استخوان اسکن استخوان (ردیوگرافی، سطوح آکالین فسفات) نتایج غلط و اشتباه نشان دهنده‌ای است. اسکن‌های هسته‌ای طبی می‌توانند به ما از ماهیت در زمان تشخیص اولیه اکتشاف‌هایی نشان دهند و بیمار می‌توانند تمرین‌های پیش‌روندی ای از تحرک مفصل را در حین این دوره اندازه‌گیری داشته باشند. گزارش‌های اخیر از زرکسیون اولیه استخوان نشان می‌دهد که همراه درمان دارویی و پرتوز درمانی، امیدواری های زیادی را نشان داده است. روش جراحی اغلب مشکل‌تر از آنجه بنظر می‌آید، می‌باشد. جراح اغلب با یک تأخیر لازم همیشه استخوان روبرو می‌شود که توسط اعصاب و عروق خویی مارپیچ مسیرشده اند و هیچ تامارا بافتی دیده نمی‌شود. زرکسیون کامل انجام ROM نمی‌گیرد. برای رسیدن به هدف داشتن فضای موردی پس از عمل جراحی کاهش پیدا می‌شود. یک تأخیر در زمان جراحی مسیرشده گرم و ممکن می‌شود. پرسیدن سوال در مورد وجود DVT قبل از عمل، دراین شرایط همواره یک موضوع مورد توجه بوده است. صمیمی، به راحتی قطعاً قهرآمد ترمیم را بپذیرد می‌تواند شروع همبستگی را از انتهای افتتاح داشته تجربه شود و برای جلوگیری از عمل جراحی دچار نیوز می‌شود. با مراقبت مناسب، ROM ممکن است اکثر بیماران بعد از جراحی دچار عود می‌شوند. با مراقبت مناسب، برای این‌که می‌تواند درمان با اندازه‌گیری دی سدیم و پرتوز درمانی را شروع می‌کند. قرار گرفتن صحیح بیمار و جابجا کردن از در بهتر جهت جلوگیری از کشته‌های بیش از حد عصب جراحی شده و تروما به عضو متحرک عمل جراحی لازم است.
11 - جمودهای مفصلی و سندرم استفاده بیش از حد

درد و محدودیت‌های ROM مفصل، یک مشکل مهم هستند که در شرایط مزمن و هم در شرایط حاد محسوب می‌شوند. بیشتر از آن‌ها باعث کاهش فعالیت بدنی می‌شوند. البته برداشت‌ها نشان می‌دهند که درد و محدودیت‌های ROM میزان ورزش‌های بیماران نیاز به جلوگیری از دفع مفصلی های مفصلی در بیماران مختلف با یکدیگر فردی دارد. ولی اموزش در رابطه با خصوصیات فیزیولوژیک در ROM در نتیجه کاهش این علائم می‌تواند موجب افزایش قدرت و انعطاف بدن بگردد.

به‌طور کلی، سندرم تنویل کاراکتر افزایش می‌یابد، این شرایط احتمالاً علت عدم تعادل عملکرد مفصل SCI مکرر و احتکارات وضعیت بدن ایجاد می‌شوند. درد شانه‌ای در پیشانی از نصف بیماران تحت بروز برخورداری است. بیماران مبتلا به اخلاق علائم ادامه‌دار FQ و محدودیت های فعالیت دارد. درمان‌های NSAID اما تکرار نکته‌ای تحرکی توسط درمان‌گران شغلی با فیزیوتراپی بهبودی می‌یابد. درمان‌های بی‌توجه و محافظت از مفصل متظم باشد. این مسئله توجه بسیاری از بیماران را به خود جلب کرده‌که ورزش‌های اصلی و لیزر سواری که می‌کنند در مقایسه افزایش جلوگیری محاسبه شده و احتمال حفظ عملکرد شانه جهت تدریجی و لیزر بصورت مستقل در سالیانه بعد محسوب می‌شود. اشخاص دارای نشانه‌های

93
پیشرفت، از تحت فشار قرارگرفتن عصب براثر فشار بافت‌های مجاور، آسبی روتاتور کاف جزو کاندیدهای ترمیم با دکمپرس جراحی استاندارد محسوب می‌شوند.
آسیب طناب نخاعی در کودکان

در ایالات متحد آمریکا، 5% SCI (سایر مکانیسم‌های آسیب، نادر و منحصر به‌شدن) در کودکان و افراد زیر 15 سال رخ می‌دهند. دیققاً مانند برزگسالان، تصادفات و سایر تلقیه‌شایان علت ضایعه (38 تا 42%) می‌باشد. کودکان کم سن (از 6 تا 8 سال) به عوامل عفونتی بیشتر دچار می‌شوند. در این سن‌گزار به‌شکل عام‌های تورماتیک می‌باشند. ضایعات ناشی از روش‌های اکثر در نتیجه شیره ۱۳۳ دراین گروه و مکرراً در کودکان بزرگ‌تر و برزگسالان مشاهده شده است. ضایعات ناشی از جنگ و نزاع در دو دهه گذشته افزایش یافته است. حتی کودکان کم سن هم در معیار این خطر هستند و ۳/۱۵ از کودکان زیر 8 سال از این طریق دچار آسیب می‌شوند.

سایر مکانیسم‌های آسیب، نادر و منحصر به‌شدن در کودکان و افراد زیر 15 سال حدوداً در هر 6000 تولید یک عصب از نوزاد مبتلا به SCI مشاهده شده است. آسیب‌های جراحی‌یافته‌ای از تورماتیک فویس کریدر زایمان می‌توانند ضایعات گروگان سطح پلاستیک تراumatik می‌باشند. ضایعات تورماتیک ممکن است در اثر تورماتیک شیران نایف قبل از تولید یا آمبولی هوا ناشی شوند. ۱۷۰ از طریق شیران قلبی عروقی ترانسیتال رخ دهد. در کودکان بزرگ‌تر، ضایعات ناشی از شیران نایف همراه با ترکیب عاطفی آتلاتوکستال (ظرفیت مثل: در سن‌های دوباره) ممکن است در شناسی و نغمه و سیستم اسلالکی مانند اسیدر مونوکوپی یا کوتولوگی مشاهده نشوند.

برخی برزگسالان، شبیع ضایعه در دخترا و پسران بسیار مشاهده می‌شود. علاوه بر آن مکانیسم‌های آسیب‌های منقرض‌یافته در کودکان فقری می‌باشد. تردیک به ۲۰٪ آسیب سطح فقرات در کودکان مقرر به پارایلیزی می‌شود. که علاوه‌اً بعنوان شروع زیاد (۴۴٪) تورماتیک ناشی از سوزانیدن نفس در این گروه می‌باشد. ضایعات در روي flexion-distraction بطور شایع در کودکان با وزن کم‌تر از ۴۰ پیوند تورماتیک استیت نگ خاصه ایجاد می‌شود. این ضایعات بوسیله خوسردگی دیواره شکم و ضایعات داخل شکم همراه فشارهای سطح فقرات در سطح مهره‌های کمی مشخص می‌گردد. آسیب‌های تورماتیک در این شرایط متغیر می‌باشد. نقائص می‌تواند بیشتر از ضایعه طناب نخاعی ناحیه

۱۲۷ - paradox

۱۲۸ - عبارت است از ضایعه به سطح فقرات و طناب نخاعی در جبه های که روزا صدمه مخصوص داخل اتومیلی

قرار دارد و بوسیله کم‌بودن اطراف شکم می‌بشد و در اثر حادثه رانندگی و تصادف رخ می‌دهد. (مترجم)
توانبخشی در آسیب طناب نخاعی
پژوهشگاه مهندسی و علوم پزشکی جانیازان

توراسیک به همراه تومایی عرضی بندرت پرفکت می‌شود. در مشاهده‌های گردی، ضایعات پسین زبان (C3) و (C1) که در پرگاسالان بندرت یافته می‌شود، وجود دارد. او سه‌تایه 10٪ پیاستاتیک در بندرت گردی. گام این موضوع احتمالی نخاعی سر نسبتاً یافته و عضله گردی ضعیف در کودکان می‌باشد. در موارد آورژانس، این تفاوت‌های آناتومیکی استفاده‌ای تأثیر گرفته‌اند. Board های غیر متحرک

سنند مهره‌ها و باز کردن جمجمه را لازم می‌کند که یک طناب در نخاعی طبیعی در جهت انقلاب و درمانولوگی داشته باشیم.

در سندرم مهره ای ثانی‌بار و استشراف‌یابی نوازش و امکان‌پذیری سطوح افکار و کم عمق همراه صفحات امتحانی مهره ای نازک وجود دارد که در شرایطی که حتی گرافی‌های ترمودیا نخاع وجود دارد خبر از رخ‌دادن SCI می‌دهند. شیوع SCI بدون رادیوگرافی‌های نخاعی غیرطبیعی در جهت های زیر 10 سال 6.3٪ می‌باشد.

ظواهر رادیوگرافی طبیعی این کودکان به اختلاف زبان به طرف ضایعات نورولوژیکی کاملاً پیشرفته گردیده و یک پیش آگهی نورولوژیکی ضعیف ارائه می‌گردد. اگرچه این نظر قطعی نیست SCI اما در ارزیابی دیابت‌ها و آورژانس نورولوژی کودکان مشاهده شده که در 1/2% کودکان مبتلا به SCI بین زمان رخ دادن حادثه روما و پروع نمک این دیابت‌های نورولوژیکی ساکت بوده و زیادی از آنها توانسته و وجود دارد. تکنیک‌های جدیدی در این شرایط از کمک ورزشی اتی روی است که مشخصاً ایجاد SCI در 6/5% کودکان مبتلا به SCI که هیچ رادیوگرافی غیر طبیعی ندارند نشان می‌دهد.

منابع مورد نیاز جهت پیش‌بینی نیاز‌های کودکان مبتلا به SCI بندرت در دسترس است. هنگامی که مختصات مربوط به مسئله ای است که در این زمینه فاقد تجربه و آموزش لازم باشد و مفاهیم مورد استفاده در این حوزه همان مفاهیم ریاضی بانوی های دوران کودکی (مثل اسکولیز، مایر، دیاماندو و فلج مجرد) است که بندرت مربوط به موضوع فوق است. کودکان مبتلا به SCI به لاس باید در محیط‌های پر خطر درمان کودکان بهترین آوازه‌هاشان را نشان دادند. افرادی باید در تصمیم گیری نقش داشته باشند تغییر یافته‌های کودکان ای در بین افرادی که قابلیت ارتباط برقرار کردن، فهمیدن و حس همکاری دارند و وجود دارد.

کودکان آسیب دیده در زمان تولید نسبت به افرادی که در سنین پرگاسالی آسیب

می‌توانند مشکلات توانایی برای پرک ریم درمانی اجادیده نکنند. علاوه بر این، صدمات فوق برخوردار ایجاد گردیدن چرخ می‌گذارد. مختصات این آسیب آسانه صرف وقت بیشتر جهت خواندن کودک اسیب دیده باشد، اما این امر بشرتی است که راهنمایی‌های لازم قابلیاً
SCI

Polydipsia

Turnover

97
صروت عدم موفقیت بودن این درمان، مصرف کلسی تونین۱۱۷ و در بردار زور صروت تزریق ساب‌کوانتوموس باید انجام شود. این درون‌دهی دی سدیم۱۱۷ را نابود در کودکان در حالت رشد استفاده کرده، چرا که شرایط ایده‌آل سندروم راشی‌تیسمی (شیشه راشی تیسمی) را می‌پذیرد. بی‌حیای یا مکرر و زنده‌داری به هم پی از درمان لازم است زیرا همبستگی طولانی مدت ایجاد سه‌گهای مجازی ادراری و نارسایی کلیه مرتب است.

کنترل و اداره مناسب سیستم اروپولیکی کودکان باید، خطر عوارض کلیوی را از طریق کاهش عوامل خطر همچون سیستم‌های پیش‌نمونه، ریفلاکس و زیکوپراتورال۱۱۴ و تروما ناشی از مصرف طولانی مدت سوند به حداکثر می‌رساند. کودکان مبتلا به اره‌زایی‌های محرک و فم‌هماهنگی استفتکر و مانند در بیماران تحت برسی‌بی‌باید قیمت‌های دیناسیوسکوپی کلیه و سیستم‌ورتورگرافی حین تخلیه ادرار را به گردید. اهداف درمانی مانند برگرسیون می‌باشد.

یعنی طراحی روش‌های فعالیت‌های دیوانسیوری را حفظ کرده تا تخلیه کامل مانده انجام پذیرد. در کودکان زیر سال، اختیار دفع ادرار یک مسئله اصلی بوده و در صورت کم‌بودن فشارها و عدم وجود ریفلاکس می‌توان از کمک به جهت استفاده کرده. سوند‌شکاف متناب و را می‌توان از ناحیه مثبت نوزادی کودک که مخصوصاً اگر عفونت‌های عود کننده با ریفلاکس و زیکوپراتورال وجود داشته باشد. حجم میانه از ۳۰ میلی لیتر در نوزادان تا ۷۰ میلی لیتر در سنین قبل از نوجوانی متغیر می‌باشد. تلاش در جهت عدم استفاده کودکان از پوشش‌ها باید موقع و از سن ۴ سالگی صورت‌گیرد. ولی در نهایت جهت انجام سوند‌شکاف متناب تمیز، آمونیا داده می‌شود. همچنین اختیار ادار کودک فرد را از طریق درمان داروی مانند اکسی بوتین، ایمی پرامین، تراووسین، پروپتانول‌های دی‌پروپانول‌های سندروم را نابود سوند‌شکاف را می‌توان از سالگی شروع کرد ولی اکثر کودکان بخصوص پسران ممکن است تا سن ۸ إلى ۹ سالگی آمادگی پذیرش آن‌ها داشته باشند.

در بیشتر کودکان برابر به همان سوند‌شکاف متناب نمی‌باشد. عملکرد و وضعیت دست‌ها، مانده‌ای که منطقیت و پرسش که واکنش‌های درمان دارویی ندارند، عوارض جانی داروها و

۱۳۱ - Calcitocin
۱۳۲ - Etidronate disodium
۱۳۳ - Rachitic syndrome
۱۳۴ - Vesicouteretal Reflux
۱۳۵ - Urodynamic evaluation
۱۳۶ - Voiding Cystourethrography
۱۳۷ - Desmopressin
دانلود محدود در پیدایش مایعات و ناسازگاری از دلایل شایع عدم استفاده بی‌کار گذاشتن سودنی محصولات می‌شوند. در پسران برگردگی می‌توان از کاندوم استفاده کرد ولی استفاده از آنها زمانی مناسب است که تحلیل کامل و عقلانی یا بر علائم تخلیه ادار صورت گرفته باشد. چون افستکتور محیط در این شرایط انجام می‌گردد. سودنی‌های سوبایویکس با دانی به کودک اجرای آزادی عمل و آسودگی بیشتری را در محیط مدرسه می‌دهد. مزیتی که باید در مقابل خطر ترواماج مجازی اداری تحقیق و تهیه سنتگی اداری مورد بررسی و توجه قرار گیرد.

خانواده‌ها باید بیان داشته باشند که هنوز هیچ روش جامع و کامل برای کنترل مجازی اداری نوروبایاتیک وجود ندارد. حتی انجام بهترین برنامه‌های سونداز متناوب نیز، خطر عفونت‌ها و ترواماج ناشی از استفاده وسایل فوق را حذف نمی‌کند. در مشاوره‌ها باید بر مصرف هر چه کمتر انتی‌بیوتیک‌ها تأکید قرار گیرد. اندیکاسیون درمان انتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک و حاد در کودکان نیز همانند برگ‌گذان است. ترمیم و بیماری مجازی اداری تحقیق که شامل اجرا

در برنامه رژیم برای جراحی هنگام استفاده از محصولات لاتکس در اقلیم عمل باید آلرژی به لاتکس و خطر آنافیلامسی در مد نظر قرار گیرد. حدود 18% کودکان مبتلا به SCI یونیستی مبتلا به محصولات لاتکس از نظر نشان داده‌اند که از طریق قفسه‌ای با ماکر با بروده‌سپه‌های آروزی زا موجود در لاتکس خام و استفاده از محصولات پلاستیکی مرور می‌باشد. 20% کودکان حساس به لاتکس، می‌توانند نشان‌دهنده آلرژی به لاتکس باشند. تورم یونیستی، کهپر، خش خسته بین و آنتی‌بیوتیک از علائم در بهبود حساسیت می‌باشد. اگر انجام تست یونیستی امکان‌پذیر نباشد، تمام کودکان مبتلا به SCI باید در معرض خطر در نظر گرفته شوند. در اکثر برخی از موارد، این بیماران را بطور خودگاه در محیط‌های عادی از لاتکس و تجویز بیشترکناران از گلوله‌های شیمی‌کارشده و آنتی‌هیستامین‌ها قبل از عمل درمان می‌کنند.
با وجود توجهی به جد، به مسائلی که گروهی از کودکان در زمینه آمار ادبیات به‌طور محدود مواجه شده‌اند، نیاز به توجه به آنها دارد. بر نواندگان بوده و راه رفت‌ها به عنوان هدف اصلی آنها محسوس می‌شود. بزرگ‌ترین ترسیم‌های از این امر و توصیه‌های مناسب‌تری برای بررسی این موضوع نیاز به توجه به آنها دارد. مطالعات نشان می‌دهد که فعالیت‌های در حال ایجاد دارد می‌تواند به سبق‌های طبیعی این شرایط را تغییر دهد و چهارساله. علی رغم این واقعیت، مختصات بیان‌دادن که کمیاب، به راه رفت‌ها اهمیت اجتماعی و جایگاه روانشناسی عمیق برخوردار است. ایستادن، فعالیت‌های تربیتی و
کاری، تحصیلی و خلاقیت‌ها را تسهیل می‌سازد.

موفیکت در رشدی به سری‌شدن بیمار بی‌گویی به عوامل همچون سطح نورولوزیکی، اسباب، انگلیسی، سایر دندان و سلسلت سیستم استاتیکی غسلی بدن دارد. در بیمارانی که درای علل اولیه به دست سالم می‌باشد، استفاده از بیمار از دهد یا مهیج اطراف جدول را کشف کند. در 18 تا 24 ماهگی می‌توان بی‌شاید را این سلسله اولیه نقله برای کودکان تراپسیک تجویز گرد و برای تحکم هزمان جهت راه رفت‌ها می‌توان از سایر وسائل کمکی استفاده کرد. کودکان مبتلا به ضایعات در سطح سطح 0، و یا پایین تر آنها که در طبقه بندی بین المللی ضایعات، درجه D در میان مشابه بزرگ‌سالان از پیش آگاه خوی جهت راه رفت‌ها در طولانی مدت برخوردار هستند. کودکان کوچکتر شاید اگر و از نظر بالاتری داشته باشند و از تحکم پذیری قابل ملاحظه‌ای علیه ضایعات نورولوزیک بی‌شتر برخوردارند.

های ایستا را می‌توان از سنین 1 تا 12 سالگی آغاز کرد. حتی در افرادی که دچار کوادری یا یا هستند. این وسایل به کودکان اجازه می‌دهد تا از دسته‌های خودی بزرگ‌سالان درصد استفاده کرده و در صورت وجود زمین‌های صاف و هموار با کنترل خوب و مناسب سر و انعطاف پذیری منفعل، راه رفت‌ها اولیه و ناقص را امتحان کنند که با استفاده از یک حركة swivel-rocking، امکان هدایت را می‌دهد. موارد مربوط به زنبور و عدم ثبات هنگامی که کودک بزرگ‌تر می‌شود، موجباً از عوامل محدود کننده این وسایل در سنین بالاتر از کلاس سوم ابتدایی محسوب می‌شودند. در کودکانی که دارای ضایعات توراسیک و کم ریاب ایستاده از ارث‌هایی که شیوه راه رفت‌ها به‌هستن می‌خشند، می‌توانند از سنین 14 تا 18 ماهگی آغاز شود.

نیاز عضلانی برای راه رفت‌ها و تجویز ارث‌ها در این گروه مشابه بزرگ‌سالان است. کودکانی که KAFO دارای کنترل خوب‌های فک‌سوزهای هیپ هستند کاندید استفاده از برای همیار

138 - حالات چرخشی در پاها بهصورت نیم داروهایی در خطر که منجر به حالات رو به جلوی فرد می‌شود.
Reciprocating gait orthoses

KAFOs

RGOs

KAFO

SCI

139 - Reciprocating gait orthoses

101
با گذران زمان به‌طور عدم تعادل عضله، ایجاد حقیقی و کوچک خفیف و همچنین ترکم، نیمه در رفتگی ۱۰۰ و جوید مفصلی ۱۰۰ در حال فلکسیون هپ اتفاق می‌افتد. در پاراپلژی، هنوز روشن نیست که این مسئله با چگونه کاهش استاتیک و سایر استاتیک کودک در زمان رشد است با خبر؟ مشابه بزرگسالان، هدف قراردادن درمان محافظت کرانه هپ مشکل است (کش). بلوک های عصبی، تزریقات عضلانی، عضلات و اعصاب را به راحتی نمی‌توان مسئول کش مشابه یا جداسازی دانست. بهترین عمل تاکید بر مراقبت و پیشگیری است. زمانی که مفصل دچار انشعاب یا جراحی‌های پیچیده یا جراحی پای و اکتشاف سیگار، تلاش جهت ترمیم جراحی، بیانگر است. بوده و نبندید با موافقیت همراه است.

اعضا خلاوده با یاد در تکنیک‌های کششی از مهارت خوبی برخوردار بوده و خوببدن بصورت دو مرحله تشویق کنند. می‌توان کنترل انسجام را با داروهای کلولون و کلولین‌های آور کرد. در کودکان زیر ۶ سال، دیازیام، بلند مشکلات مصرف داروهای دیگر و با پوست ناشی از مصرف کلولین‌هایی، شاید بهترین راه درمان انسجام باشد. اگرچه توصیه رادیوگرافی و پیشنهاید، از آزمایش‌های جراحی هیپ، چشمگیر است، اما غالباً از یک استاندارددی اطمینان به دور است. کودکان مبتلا به جراحی‌های هیپ ممکن است به استفاده از انتهای بلند یا توصیه شوند، اما بندید به وضوح نشستند آنها لازم وارد می‌شود. دورفمیتی‌های پیشنهاد فلکسیون هیپ ممکن است معکوس‌نیتی عضلانی بیشتری ایجادکند. در افراد جوانی که در اجتماع تردد می‌کند، بررسی و ممانن م液 می‌کند. به پشتی از این چی به جک هرکش غیر طبیعی هیپ را در مراحل اولیه شکست کند و این امر هنگامی اتفاق می‌افتد که رهاسازی بیفتد.

نرم با روش جراحی به بهترین نحو مورد استفاده قرار گیرد.

معاینه مکرر در ادبیات و کنترل دورفمیتی های دیربرد سیستم ققرات یک مسئله اساسی و مهم است. زمانی که در این رشته سریع اتفاق می‌افتد دورفمیتی‌های دیربرد ققرات می‌تواند پیشرفت کند و گاهی چنین در طول چند ماه رخ می‌دهد. در کودکان مبتلا به SCI پیشرفت کند که گاهی نیش در طول چند ماه رخ می‌دهد. در کودکان مبتلا به SCI که هنوز رشد اسکلتی آنها کاملاً شکسته است، اسکلرزیزی اتفاق می‌افتد، که [۷۴] آنها جهت پیشگیری از کاهش ظرفیت فنی سیستم - شکمی و ذخیره خود ریو و سلامت موقتاً استاندارد نیاز به جراحی بیشتر می‌کنند. در مفاهیم بکار گرفته شده برای اسکلرزیزی کودکان، تانسور بیشتر یا کم‌تر استفاده از بررسی سیستم ققرات Betz، کمی وجود دارد. با توجه به شیوع ۱۰۰ تا ۱۰۰/۰٪ آن، بصورت پیشگیرانه را قبل از ایجاد انتانه و خمیدگی غیر طبیعی در تمامی کودکان توصیه کرده‌اند.

140 - Subluxation
141 - Contracture
است که باید هر قسم تغییر وبی‌بی‌ایبی پرداخت و چاپ شده باشد. با رشد کودکان از ابتدای پیشنهادی کم و زمین سطح فقرات که مراکز تعلیم و سازگاری در آن صورت می‌گیرد، استفاده از هدف کاهش با جلوگیری از بیشتر، بی‌رقمی های سطح فقرات حداکثری تاسیس ۱۰ سالگی است که کودک از لحاظ بالا و زیر سطح مربوطه را پیدا کرده است. در این زمان

چرا های اصلاحی برای خانم‌هایی که بهترین اثر را دارد.

موضوعات متعددی موجود در زمینه پزشکی و جراحی، تنها باید که از جمله است که کودکان بی‌پنجره و خانواند آنها یا روبرو هستند. اگرچه رضایت زندگی در برخی سالانه ممکن است به عوامل تحریکی با عوامل پزشکی مرتبط باشد، ولی SCI مشابه کودکان، بسیار معمول با عوامل پزشکی مرتبط می‌باشد، ولی تحقیقات، کشف در جامعه، خلاقیت و استفاده از اهمیت تغییرات بی‌خوردر هستند. خدمات

تشخیصی با علم به این موضوع که استراتفی ای یا سازاری کودک وقی یا جامعه جدید را برو

می‌شود تغییر یافته در درآمد و رفتارهای خانواده وی تأکید دارد. ارزیابی روند تنفس‌شناخته و

حمایت‌های بعدی به صورت و بی‌خوردار خانواده با مسالی جون استقلال فردی، رشد اجتماعی و

اعتماد به نفس کمک می‌کند. اینها مسائل طبیعی برای هر کودک است. ولی وقی یک نانوایی

وجود دارد آنها قابل دید و احساس می‌شوند. آموزش و یادگیری در خصوص منابع مربوط به

سرگرمی‌های اجتماعی، گروه‌های حمایتی همسر و سال، فرصت‌های شرکت در اردوهوا و منابع

می‌ای هنگام مقایسه پزشکی بیمار از اهمیت زیادی برخوردارند.

مهمترین موضوع، رشد اجتماعی کودک اسبق دیده می‌باشد. پس از مرحله درمان، حال

مسائل مربوط به مدرسه و تحصیل باید مهمترین موضوع برنامه تشخیصی باشد (جدول ۴). اهمیت مدرسه فراتر از مسئله ارائه آموزش محسوب می‌شود. کودکان به مدرسه

می‌روند تا به نهایی، شرکت خود را اعتبار بخشند چرا که درصد توسعه نشانه و ارتقاء

خود در محیط‌های گروهی هستند. برای کودکان در سن تحصیل، نقش دانش آموز بودن به

محض فراهم بودن شرایط، باید مجدد با بیمارستان معرفی و مطمن گردید. فرآیند برگشت به

مدرس به محض ترخیص از بیمارستان یک موضوع پیچیده بوده و باید طرح آن فوق‌العاده شود.

بعنوان یک گروه، داشت اموزش یکنواز ممکن استSCI زمانیکه به مدرسه باید می‌گردد، مشترکت خوبی

از خود نشان می‌دهند، اگرچه انتشار عمکرده‌ای از آنها در سطح بالین بی‌درستی است و نیاز به

حمایت‌های آموزشی ای قوی ضروری است.
TABLE 9 - Discharge School Planning Points for the Patient with Pediatric Spinal Cord Injury

- Initiate contact with school system personnel immediately to develop an individual educational plan.
- Continue schooling within the rehabilitation hospital as soon as the child is medically stable.
- Avoid placement into new schools and separation from peer groups.
- Avoid segregation into special education classes, but tap into special education programs to take advantage of related services (e.g., transportation, computer access, physical/occupational/respiratory therapies, personal assistance services).
- Educate school nurses, teachers, and classmates regarding spinal cord injury.
- Anticipate transportation problems. Adolescents and parents will not accept bus transportation with mentally retarded children.
- Recess and break periods are important. Do not use these for bladder management or nursing care.
- Ensure the student privacy for toileting.
- Discourage the GED route for high school students.
- In the United States, the law protects educational rights; children must be educated in the least restrictive environment possible.

درمان‌های زردرانی و تراپوگلاسی

شعله مکانیسم‌های پیش‌بینی‌گری و تغییر نمایش‌های انرژی‌ژنتیکی، دیدگاه کشف یک درمان دارویی منفرد و مؤثر در از دست دادن گریز می‌ماند. با این وجود، اشتباهات محققین و جدیدی در درمان از سه دسته که نشان دهنده آغاز و بر این احتمال باید گذر از است که می‌توان از ترکیب استراتژی‌های توانبخشی، جراحی، زننیک، مهندسی پرورشی و دارویی استفاده کرد. نواقص و نارسایی‌های عصبی کاهش پایدار از انجمن‌های از دندان‌پزشکی و حیات در این بیماران دیرتر یک مسئله اصلی محسوب می‌شود. شدید به تحقیق در خصوص پارازیت‌های بیماری باعث است. که با مشاهده تکراری دارد جوانی که تاکنون در اثر چنین یک اسباب، فلج می‌شود. این علاقه (NASCIS II) در سال 1999 باعث ایجاد یک خوش بینی جدید و مثبت در این زمینه شد. علیرغم وجود شک و شیوه و تکنیک درمانی، داروی جدیدی کشف گردید که در کاهش مسائل نوروزیده‌ای ناشی از حاد بیماری می‌باشد که بطور کلی‌میکروبی در سرتاسر دنیا مورد استفاده قرار گرفته است. نحوه بروز نوروزیده‌ای با مشکل SCI به‌صورت از تیپ 10 سال پیش آغاز گردیده. تیپ 11SCI نوروزیده‌ی از ایالات فیلادلفیا بود که به محل قابل اطمینان حیوانی از تهیه کرد. اینکار سبب شد تا یک آسیب عمیق قابل پیش بینی و ثابت ایجاد گردد. آنانالیز بافت شناسی این شایعات، اساس گرد ما از پیشرفت‌های پاتولوژیکی بافت پس از اسباب می‌باشد. ایجاد سه شده چه طبیعی در واقع در دقایق اولیه پس از اسباب، بدون شایعات باقی می‌ماند، اما پس از گذشت مدت زمان کمی خرویریزه‌ای یوزی، شایعات بافت و تبدیل‌های فیزیکی که با تشکیل یک حفره مرکزی نکتروپیک ادامه می‌یابد. وی فرض کرد که نواقص نوروزیده‌ای نتیجه رخداد یک ضایع شده است که ساختاراً پس از ایجاد بیماری اتفاق می‌افتد. وی تصور کرد که این ضایعات ناشی از اثر عوارضی که از بافت عصبی اسباب دیده آزاد شده اسمه ولی، و همچنین بقیه جریان عروق طبیعی می‌گردد.

اصلاحات و پیشرفت‌های جدیدی در علوم آزمایشگاهی باعث شده تا نسل جدید محققین

دیدگاه تحقیقی خود را گسترش داده و انالیزهای بیشتری شیمیایی در سطح سلولی انجام دهد. این انالیزها اطلاعات کاملی از شایعات ناشی از مدت کوتاهی پس از انرژی‌های ناخالصی رخ می‌دهد. این آثار، ارائه می‌دهد. تعبین میزان از بین رفنگی اکسون امکان‌پذیر است. در گروه‌هایی که دچار ضایعات ناخالصی شده‌اند، می‌توان به‌طور حکمرانی جمع‌بندی را را از طریق حمایتی کم

-Alfred Aiten

105
اکسونهای زنده (10/− 5) مشاهده می‌کرد. تصور می‌شود چه جهت بهبود عملکرد، میلیون‌ها اکسون براز ذخیره مجدد مورد نیاز است، لذا این حقیقت امیدواری زیادی را در بین جوامع علمی بوجود آورده است.

سابر تحقیقی نیاز امیدواری‌ها را برای افرادی که فلج مادام العمر دارند ایجاد کرده است.

پیشرفت‌های بیهوش آمد در زمینه تکنیک‌های پات و سیستم بهداشتی احترام‌آمیز داده‌است. این می‌تواند بنیادی پات طبیعی باشد که می‌تواند آسیب دیده‌ای بهداشتی دهیم. مورد بررسی قرار داده. علما به آن بهترین راهکاری که به ره‌های ماده به‌طور مفصل شده‌اند. در حال حاضر آموزش‌های انتقال‌پذیر وجود دارند. درحال حاضر آنان‌های نیازمند سیستم‌های سلول اجباری می‌دهد تا درمان‌های که ممکن است حیاتی خانواده را تا نقطه ای که عمل انتقال سالم است، را در بهترین‌ترین قرار دهد.

از میان تمام تحقیقات انجام شده، جالب‌ترین آنها بررسی درمان‌هایی است که ممکن است در طول دوره ضایعات متوالی طبیعی عملکرد باقی مانده باشد. هر چه قدرت از اکسونها زدیده می‌ماند، روند‌های تغییری یافته می‌تواند به‌طور مستقل عمل کرده و اثر یکدیگر را تقویت کند. استفاده از اسکوپین‌ها و سرک قرن طبیعی نخاعی اولی اقداماتی به نام بطور و سبب در مدل‌های حیوانی دچار آسیب طبیعی نخاعی در اثر لبه جهانی مورد بررسی قرار گرفته‌است. درمان‌های هیپوترومی به سطح ازمان‌های مدال انسان نیز رخید، و لی هیچ اثر چشمگیری بر روی بهبود بسیار نیامده است.

در موارد بسیاری مقادیر بالای متیل پرپنیژولون در بررسی‌های ضایعات حاد طبیعی مدل حیوانی مورد استفاده قرار گرفت. این گزارش‌ها نشان دادند که یک پولوس منفرد آن داروی پس از ضایعه، بطور چشمگیری جریان طبیعی را بهبود می‌بخشد و از کاهش کلسیم برون سلول جلوگیری کرده و در کل از حجم ضایعه می‌کاهد (جدول 10).

در 1983 با مطرح کردن این پایه‌ها، تحقیق NACIS کامل شد. در آن تحقیق مصرف متیل پرپنیژولون به میزان 1000 میلی گرم در هر روز، 48 ساعت پس از آسیب آغاز شد و برای 10 روز ادامه یافت. در این تحقیق 300 بیمار بصورت اتفاقی انتخاب شده بودند بدون آنکه کنترل‌های پلاسما وجود داشته باشد، اما هیچ تفاوت چشمگیری در بهبود

106
نتایج نهایی درآمدهای طبیعی

نورولوژی بیماران تحت درمان با دو دوره متیل پردنیژولون مشاهده نشد. با بررسی و نگاه به گذشته، محققین دچار تردید شدند که احتمالاً فاصله‌ای 48 ساعت جهت تجویز دارو و درمان طولانی بوده است. بررسی‌های مدل حیوانی نشان داد که اثری‌های استروئیدی این دارو نمی‌باشد. این نتیجه تأیید می‌شود که درمان نورولوژی با نرخ‌های مصرف مشابه درمان طولانی باشد.

در این تحقیق از نالوسکان (یک داروی آنتاگونیست گیرندر) به عنوان درمان استفاده گردید که نورولوژی را در ارتقاء بزینگانت حرکتی ایجاد کرد. در این تحقیق (SCN) همچنین از داروی متیل پردنیژولون با دوزهای بالاتر در این تحقیق (NASC II) مصرف گردید. هرگونه تأثیر جانبی مشاهده نشد.

در این تحقیق، در میان 13 ساعت 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

درکره داده شده، در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 12 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

ملاحظه کنید که در این تحقیق، داروهای داشتن در میان از 14 گروه چکشی در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

ملاحظه کنید که در این تحقیق، داروهای داشتن در میان از 14 گروه چکشی در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

ملاحظه کنید که در این تحقیق، داروهای داشتن در میان از 14 گروه چکشی در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

ملاحظه کنید که در این تحقیق، داروهای داشتن در میان از 14 گروه چکشی در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

ملاحظه کنید که در این تحقیق، داروهای داشتن در میان از 14 گروه چکشی در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

ملاحظه کنید که در این تحقیق، داروهای داشتن در میان از 14 گروه چکشی در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.

ملاحظه کنید که در این تحقیق، داروهای داشتن در میان از 14 گروه چکشی در میان از 82 گروه بالسام، به تعداد 43 سانتی‌گرم (mg/kg) در مقدار مصرف مشابه و داروهای داشتن نتایج مشابهی مشاهده نشد.
استفاده از تیتریازاد ۱۴۱، یک استروئید تیتریازاد ۱۰۰ مرهب قوی‌تر از مهیل پردنیژولون در بلوک کردن پراکسیدازهای لپیدی عامل می‌گردد ولی هیچ خاصیت ایمنوسپراسیو با فعال کردن گیرنده‌های کورتیکوستروئیدی ندارد. 

نتایج چاب شده تحقیقات NASCIS III در سال ۱۹۹۷ نشان داد که یک دوام مصرف ۴۸ ساعته مهیل پردنیژولون مؤثرتر از یک دوره ۲۴ ساعته می‌باشد، اگر که بین ۳ تا ۴ ساعت اول پس از ضعیف، درمان شروع شده باشد. در گروهی که طی ۳ ساعت اول (قبل از ۲ ساعت اولیه) زمان آسیب تحت درمان قرار گرفتند، هیچ تفاوتی بین آنهایی که طی ۴۴ ساعت در مقابل ۴۸ ساعت تزریق شده آن وجود نداشت. بهبود نورولوژیکی در تمام گروه‌ها شاخص تیتریازاد است که قابل مقایسه با بهترین نتایج تحقیق تواند بعنوان جانشین برای مهیل پردنیژولون استفاده گردد.

نتایج‌های تحقیق SC1 قبل توجه بهدید و نظرات متفاوت و حتی متضاد در آنتی‌بیوتیک‌های مطالعات بسته آمد. با این حال این تحقیقات هم درمان بالینی و هم آزمایشگاهی RA مجدد شکل داد. سوالات بسیاری در رابطه با مصرف این داروها باقی ماند و ماکلیسم دقیق اثر و عمل آنها روشی نشد. ضایعات ناشی از شاملیک گلوله که در مراکز پزشکی شرایط داخل است از این تحقیق کاملاً غیرشایع بود. محققین سایر نتایج مربوط به مطالعات پیگربی را که مربوط به تعداد کمی از بیماران بود چاب کردن. این پیشنهاد گروهی بود که نه کورکوران، نه مسکونی و نه تحت درمان با پلوسیب بودند. اختلاف نسبتاً کوچکی در ترخیص کلینیکی بیماران، نظر بالایی برای نتایج مشت کاذب یا متفاوت کاذب ایجاد کرد. آزمایشهای بالینی کامل نیازمند تحقیق اثرات درمانهای جدید است. آزمایشهای تحت کنترل بالاسی دیگر سوالات اخلاقی را در مد نظر قرار نمی‌دهند و داروهایی که به این آزمایش ارزیابی نیستند، پایدار خود را در مقایسه با مهیل پردنیژولون و تیتریازاد نشان دهد. علاوه بر مصرف استروئیدها در شرایط حاد، توجیه ملاحظه ای بر مصرف گالکلوژوزیم موسیلاییک GM-1 (144) به عنوان یک درمان تحت حاد باید مدت ۳ تا ۴ هفته یا پس از ضعیف شدن است. گالکلوژوزیم‌ها گلیکوسبلیک‌پپتیدهای اسیدی هستند که به نظر می‌رسد ترمیم سلول‌های عصبی اسید دیده را تجهیز می‌کنند.

143 - Tirilazad
144 - Monosialic Ganglioside
کیسال و همکاران بیمارانی را که بعد از ۴۸ ساعت منتقل به کلینیک و سپس ۴۶ هفته GM-1 عضلانی تصاقی روى ۲۷ بیمار نشان داد که GM-1 بطور جسمگیری بازیافت حرکتی را بهبود می‌دهد. در سال ۱۹۹۲ یک آزمایش تصاقی GM-1 روی ۱۰۰ بیمار در جند مرکز انجام گردید که در آن بهدست ۲۴ ساعت از میلی پردنیزولون و سپس بهدست ۸ هفته از GM-1 استفاده شد.

نتایج این تحقیق هنوز تحت بررسی می‌باشد.

مکانیسم‌های بهبود نورولوژیک در ماه‌های پس از آسیب هنوز بخوبی شناخته نشده است. بهبود آللی به در محل ضعف، که مربوط به مکوس شدن بلوک هداپی است طی ۶ هفته پس از آسیب اتفاق می‌افتد. تغییرات کششی بعد از این دوره زمانی به عصب محبوبی و هیپرپروفی عضلانی نسبت داده می‌شود، اما شواد محدود در حمایت از این نظریه و موضوع دردست است. در مدل‌های جریان‌های اکسونیا تهیه‌کننده شده و در نهایت می‌شوند که کلینه‌های طبیعی مرکزی عبر کرده و امکان بهبود و بازیافت نورولوژیکی را ماهای پس از ورزش‌سوزی CNS ناشی می‌گردد افزایش می‌دهند. استراتژی‌های تقویت کننده چنین فرآیندهایی در حال حاضر تشریح شده و به سطح آزمایش‌های انسبائی رسیده‌اند.

با اینکه یک‌کی نیز لایه از لحاظ بالینی و فعالیت، ساکن و بدون میلین شده است، اما از نظر اناتومیکی، ماده سپید الگل حوزه گروپه کوئریک مرکزی ضایعات ناشی از کوتونزیون را احاطه می‌کند. دانشمندان امیدوار بودند با دستگاه محیط شیمیایی محل مربوط به عمل هدایت عصبی را در این بیهوش ایجاد کنند. داروهای (4-AP) 4-aminopyridine بهبودی بخشیده و با توجه به موقعیت کم مورد استفاده قرار گرفته است تا عملکرد نورولوژیکی جدار MS افزایش یابد. AP-4 یک محور غیر انتخابی سیستم عصبی می‌باشد که منجر به عوارض جانبی همچون تنش و هپاتاسیمین می‌شود. کنترل سطح باینار دارو بعثت ماهیت لیپوفیلیک بودن آن مشکل می‌باشد. حتی تجویز این ترکیب کننده آللی Time – released قسمت کاتان اینترکال محدود شده است. فراورده‌های خارجی جدید ممکن است بکارد اثر نشان دهد. چون قبولی و قابلیت دسترسی به این ماده آسان است، اکثر آزمایشات آن بدون تشخیص بوده و طبیعی ضعیف کنترل شده است.

145 - Geisler
مطالعات اولیه در افراد SCI در ارائه این نظر که این دارو با فرآیند زایمان‌هایی ایجاد گردیده است. این موضوع اشاره کرد که این دارو یک درمان غیرسنتی در دسترس انسام و اختلالات دردزا یادکردویی در اشاره مبتلا به SCI ناکام محسوب می‌شود. خوشبختی‌تانه برای تحقیق افزایش، کم‌کارانه و تحت کنتراز بلابسی بصورت چند مرحله‌ای نجات شد تا احتمال پذیری امنیت و اثرات مصرف آن به تایید بررس. مصرف PA-4 همراه با استراتژی های زیرین‌سازی و گاینزکی هنوز تحت بررسی است.

در اثر اصلی خود در حال ۱۹۲۸ نانوایی آکسوسنای نخاعی را در رژنوسیون آکسوسنای تشريح کرد و همچنین جای خود در زمانی بدون داشتن که امیدوار بودند راه چیت ترمیم CNS بیاندن نظر کرد. CNS پیوند اعضا محیطی به گروه نخاعی موسه‌های صحرایی ضایعات گروه نخاعی را بطرف می‌کند. که از طریق مصرف آکسوسنای برگرفته از ساختار مغزی انجام می‌شود. این کار و امکان یک بود تا شناس دهد که در خلاص عقیده موجود، نورپتیه CNS می‌تواند پس از ضایعه نیز قابل تجدید شود. محققین نیز اخیراً پیشنهادی جالی در خصوص کشف وضعیت سلولی که منجر به رشد مجدد آن می‌شود دست یافته‌اند.

با تحقیق و کار بیشتر روی این انتخابات که محیط CNS بهبود را متفق می‌کند Schwab, Caroni با استفاده از آنتی‌بادی های منوکلونال که مستقیماً در بررسی این پروتئین های مانع کردن عصب قرار می‌گیرند، آنها توانستند ترمیم مجدد آکسوسنای را از نمونه‌های موسه‌هایی به عنوان ترجمه عرض شده بود قوت گیرند. محققین همچنین chondroitin -6-sulfate این با غیرپتیه و افزایش میزان این پروتئین‌هاکیان متوقف می‌شود.

میزان آن پروتئین‌هاکیان متوقف می‌شود.

با تحقیق و کار بیشتر روی این انتخابات که محیط CNS بهبود را متفق می‌کند Schwab, Caroni با استفاده از آنتی‌بادی های منوکلونال که مستقیماً در بررسی این پروتئین های مانع کردن عصب قرار می‌گیرند، آنها توانستند ترمیم مجدد آکسوسنای را از نمونه‌های موسه‌هایی به عنوان ترجمه عرض شده بود قوت گیرند. محققین همچنین chondroitin -6-sulfate این با غیرپتیه و افزایش میزان آن پروتئین‌هاکیان متوقف می‌شود.

با تحقیق و کار بیشتر روی این انتخابات که محیط CNS بهبود R عرض شده بود قوت گیرند. محققین همچنین chondroitin -6-sulfate این با غیرپتیه و افزایش میزان آن پروتئین‌هاکیان متوقف می‌شود.

با تحقیق و کار بیشتر روی این انتخابات که محیط CNS بهبود R عرض شده بود قوت گیرند. محققین H۱۴۶ - Cellular adhesion molecules
ممكن است انتاگونیست‌های طبیعی در مقابل پروتئین‌های منوقف کننده رشد باشند. بیماران دیگر، هنگامیکه نرودن ترغیب به رشد می‌شوند، می‌توان محفظه شیمیایی را جهت ایجاد ارتباطات مناسب سیناپسی اصلاح کرد و از ارتباطات نامناسب سیناپسی جلوگیری کرد. خواص‌های netrin مولکول‌های پروتئین، این قابلیت را در محفظه آزمایشگاه نشان داده است.

در طول ده سال گذشته، مواردی در هر گونه گزارش شده اند که رشد پاکت CNS باعث تحریک گردش می‌گردد. این موارد شامل کاهش رشد کروماتوزیک، کاهش نرودن نوروتروپیک مشتق شده از مغز، کاهش و فاکتور رشد اپیدرمال و فاکتور رشد ان‌اسولون می‌باشد. بررسی منظور این عوامل نیازمند هزاران آزمایش است که افرادی از قابلیتهای کر آزمایشگاه نشان می‌دهند. پروژه های ازبین‌مطابع، اسپیسهای طناب نخاعی جنگ مرکزی MASCIS147 (که توسط مؤسسه‌های ملی بهداشتی حمایت مالی می‌شوند، و آرورده به انجام درمان‌های فوق بروپی تمونه های انسانی را تسهیل کرده است.)

دانشمندان در حال حاضر با علم به این موضوع که محدوده سپتست عصبی موضوعی اصلاح را برای است، به کار مشغول هستند. با توجه به تکنیک‌های پیچیده برخاست بافت، نسبت به رشد مجدد بافت‌ها کمتر می‌باشد. تلاش‌های صورت گرفته جهت ایجاد محفظه سیناپسی‌های لوکال با ترانسپوزیسیون جراحی امنیت و سکلولاریزه در طیاب نخاعی انسانی، آسیب دیده، نتایج خیلی خوبی در انسان به بار نیازه است. در این شرایط احتمال درمان با جایگزین و سیلوپیون بافت سیستم عصبی حتی جذاب تر همیشه نمی‌شود. تحقیق درمان با جایگزین سیلوپیون به سه استراتژی اصلی تأکید کرده است:

1) اصلاح زننگی سلول‌های (مثال: غیرگلوکلاست‌ها) مولکول‌های نوع راه‌نما، نجات
2) دهنده و حامل رشد Gene که برای ترشح بیمار رژی شده‌اند.
3) پیوند سلول‌های شوان هوموتاپی که ترمیم را با روش‌های Remyelination و با مناطق آسیب دیده انجام می‌دهند.

(1) پیوند سلول‌های ساقد Gene با توجه به زننگی سلول‌های Progenitor

نورونی با گلیال را هدایت کند. سالانه بررسی و تحقیقات باید در آزمایشگاه‌های حیوانی نورون‌پذیر پژوهش حیوانی بر سه استراتژی را نشان داده است. بطور چشمگیر پیوندهای بافت جنبه به ضایعات مقابله نخاعی می‌تواند با

147 Multicenter Animal Spinal Cord Injury Study
148 - growth- supporting, rescue, and guidance- type molecules
149 - Stem cells

111
ایجاد تماز، به‌وسیله حرکتی را تسهیل کند. محققین در حال حاضر جاده‌های سرول را برای محصولات انسانی رسانده‌اند.

مطالعات حیاتی، گنجینه‌ای از علم و دانش در ارتباط با درمان جاده‌های سرول و نقش بالقوه آن در ضایعات طالب نخاعی انسانی وجود وارد است. محلی ضایعات نش ممکن است در پیش آگاهی ماده پیوندی بارزی می‌کند. ضایعات ناشی از قطع غیرتی عرضی نسبت به ضایعات ناشی از کنترلی نخاعی که صعب‌اند و از نظر بالینی ارتباطات بیشتری داردوخیت می‌بدنند را ایجاد می‌کند.

گرافه‌های زیست فنومگرافی انسانی مهم‌تر معمولاً بهبود در نشانهٔ نگرانی به حفره ضایعات مرکزی زده می‌شود که پیش آگاهی خوبی را دند. کاری و نورون‌های جدید در طول ماه پس از گرافه رشد می‌کند. گرافه‌های ایفای نگون‌کننده، به‌حالی می‌تواند سبب رشد مجدد کرده و پذیرش می‌باشد. علاقه بی‌کی فرست و شناس کمتری برای ایجاد یک پیوند موثری آمیز وجود دارد که این عمل تنها چند هفته پس از ضایعات طول می‌کند.

با اینکه سوالات بسیاری در خصوص این تکنیک بقاییسمت اما، هیچ موضوع اختلافی و سیاسی مربوط به نمونه‌های انسانی باقی نمی‌ماند.

اگرچه گرافه‌های حیاتی تمامی پیش آگاهی خوبی را از خود نشان داده اند، اما معلوم نیست که آیا از لحاظ فانگ و شناسی نورون‌ها و سیستم‌ها جدید عملکرد گردد یا نشان می‌دهد با خیبر آیا این ویژگی از محل گرافه‌های با پیوند یافته شوند مه‌سیستم می‌گیرند با خیبر؟ موش‌های کنترلی و گرافه‌های ایفای ضایعات کنترلی در مقابل ضایعات ناشی از قطع غیرتی نشان می‌دهد که به‌طور فردی در ادامه عقبی (یا) موش صحیح‌تر باقی آید. گرافه‌های برخی به‌صورت سفید به‌صورت میلیو اما زده می‌زبانند باشند. که غالباً در اطراف صدمات ناشی از کنترلی روبرو می‌شود. احتمال کمی وجود دارد تا گرافه جدیدی ایجاد شود و عملکرد پیوندی بهبود یابد. پیوندهای حیاتی را می‌توان با پروپس های کوچکی از ماده پیوندی همراه کرد، اما پیوندهای انسانی نباید، نرخ خدماتی سیستم این‌می طرح، و نسبت بافت پیوندهای می‌باشد که سروابای پیوند را کاهش دهد. تناگی امید به شنیدن این پیوندهای بافتی گردیدن انسان برای بثباتی باریک‌تر، باعث ایجاد راهی چه توجه اشتهایی در زمینه بیماری‌ها و طالب نخاعی گردیده است.

پی‌جراح مگر و اعصاب پوزیلی‌یا بریم Tarcisio Barros

الوگرافه انسانی از عصب سورال به طالب نخاعی جنده بیمار مبتلا به قطع همدلی عرضی نخاع

112
توانبخشی در آسیب طناب نخاعی

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جاناناز

جاده ناشی از صدمات شیک هم‌گونه انجام دهد. اگرچه هیچ بهبود چشمگیر عصبی در این بیماران مشاهده نشد،اما پیوند زدن در این محیط بافتی تخریب شده بیانگر مشکل ترین توانامه برای ارزیابی می باشد. گرافیت با درمان جایگذاری سلولی در بیماران میتوان با ضایعات حاد کنتکتوریونی انجام نشده است، چرا که اساساً چنین مسئله‌ها از مسئله‌های اخلاقی، دستکاری و میکرولومی طناب نخاعی اسپید دیده در حین بروز پوست ممكن است سبب آسیب‌پذیری بیشتر شود. در حال حاضر محققین، گروه دیگری از بیماران را برای مطالعات پایه و اولیه انتخاب کرده اند، بیمارانی که با صدمات کم در حالت خمیمی تر شده و وضعیت نورولوژیکی بغل مستگردن متعاقب ضربه‌ای اخیراً از سلولهای سیگن دو Craig در باشنده محققین در دانشگاه فلوریدا و بیمارستان بافت جنینی انسانی به عنوان یک ماده جدید جهت بر کردن کیستهای طناب نخاعی که به شیوع عالی در نزد جراحی قدمی پایه‌نشده، استفاده کرده اند. هدف از این آزمایش‌ها نشان دادن تغییر بی‌بیان و ایمنی پیوند بافت جنینی الگوگذاری انسانی و همچنین این موضوع که آنها بیشتر در گرفت با خیر؟ می‌باشد. که اگر با موافقت Syrinx در توان جلوی بیشتر که ساهاش به ثبت نورولوژیکی، منظم یکگیری خواهد شد.

اگر چه نقص استراتژیهای توانبخشی در درمان افرادی که با درمان‌های جایگزینی خاصی، درمان شده اند تحت بررسی قرار گرفته است، اما بررسی‌های عمیقی لکوموتوری در حیوانات تحت پیوند قرار گرفته، بدون استناد به آموزش خاص و طبقه بندی رفتگه، تحت این فرضیه که پلاستیسیونی نورونی و اتصال به فعالیت نش می‌تواند در بهبود نورولوژیکی دارد، نشان می‌دهد که طبیعت و تحقیق شده در اثر تحرکات درونی، یک عامل تعیین کننده اصلی در بهبود عملکرد در حیوانات جراحی آید. دانشمندان یک محدودیت جدید از طریق ایجاد اصلاحات ساختاری شبیه‌ای اصلی در منطقه‌ای که ضایعه طناب نخاعی را احاطه کرده اید، به در آن مقررات قدمی بهبود و رژیم‌سازی شاید بکثره گرفته نشود. احتمال می‌رود که ترمیم و بهبود با تجویز توانبخشی این محیط نورولوژیکی جدید سازماندهی شود.

113
REFERENCES


130


133


