



**HANDICAP
INTERNATIONAL**

脊损治理 指南



亚洲脊髓网
(ASCoN)

2007

2006 年第一次出版

亚洲脊髓网

由

John Grooms Overseas

国际助残以及卢森堡外交部

资助

由

班加罗尔国家印刷公司

印刷

目 录

前 言.....	1
事故现场的处理.....	5
急性期处理.....	5
保守疗法与手术疗法的比较.....	7
膀胱处理.....	8
肠道处理.....	10
并发症及对其的处理.....	10
康复.....	12
性功能与生育.....	15
心理康复.....	16
职业康复.....	17
家庭环境改造及重新融入社区.....	17
转归.....	17
随访.....	19
预防.....	19
ASCONE—亚洲脊髓网.....	20

前 言

脊柱脊髓 损伤 (以下简称脊损) 大概是人类遭受的最严重的破坏性疾病之一。它一直被人们形容为“不于治疗的疾病”，直到第二次世界大战时，Ludwig Guttman 爵士与 George Bedbrook 爵士证明，通过恰当的处理治疗，脊损患者还是可以过上接近正常生活的。自那以后，许多脊损中心在发达国家建立起来。但是在发展中国家，由于各种各样的原因，如：社会经济水平太低、治疗费用、对基础建设的要求、对多专业团队的要求等，脊损治理仍然停滞不前。

在发展中国家，通常的情况是，脊损病人在急救之后就被送回家，没有全面的康复措施。这全面的康复措施，却恰恰是对脊损病人至关重要的。有人认为，要发展中国家的人们意识到脊损全面康复以及达到全面康复所需要的最低要求的资源的重要性，还有很长的路要走。人们也认为，发展并传播符合本地区实情的脊损治理指南，能够达到提高人们认识的目的。

有关脊损治疗的文献很多。但是不同的脊损治疗方面存在的争议也很多。而且现有资料也没有为脊损治理提供明确的指导。这会使相关专业人员尤其是新参与到该事业中来的人无所适从。并且，这些文

献大都是根据发达国家患者的情况编写的，所以我们有必要在专业知识的基础上，根据亚洲地区专业人士的经验编写明确的指导。

近年来，发展中国家的政府、非政府组织和专业人员，对提供脊损服务也产生了兴趣。不久以前，亚洲国家接受了这种挑战，并在亚洲不同的地方纷纷建立了脊损中心。而 John Grooms Overseas 也在 2001 年亚洲脊髓网的建立之后，把这些中心联系起来。

在 2004 年 11 月 8-10 日举行的第四届 ASCoN 大会期间，H S Chhabra 医生提出了脊髓损伤治理的白皮书。该白皮书是为印度骨科协会编写的，印度各地区专家参与了此项工作。认识到了开发适用于亚洲国家的脊损治理指南的重要性和必要性之后，在 2004 年年会期间，ASCoN 的成员及执行委员会决定采用该白皮书作为发展 ASCoN 指南的草本。该草本流传于 ASCoN 内各国专家之手，在他们的投入的基础上，ASCoN 指南于 2005 年 11 月 30 日-12 月 3 日于越南举行的第 5 届年度大会上成形于发表。并被 ASCoN 执行委员会正式采纳为脊髓损伤治理的指南。

为了该指南的建立，作者采取措施以保证其全面、简单、并以现行治理方案的预期标准（有科学依据

的医学) 为依据、作者也保证该指南在有关地区现有资源基础上是可行的、并且根据治理的进展可随时更新,同时也考虑到当地的习俗。

该指南总结了脊损治理的各个方面的内容,包括:现场脱险、急救、运送、急性期处理、评估、手术、全面康复(体能、心理、性及职业),并发症的预防及处理、家庭环境改造、重新融入社会及随访。

该指南同时也强调了预防措施的重要性。人们一致认为,“预防胜于治疗”这一格言很适用于脊髓损伤。所以对预防的重要性应于高度重视。

该指南适用于该项业务的所有相关人员,包括医生、护士、管理人员、物理治疗师、作业治疗师、心理咨询师、矫形师、社会工作者、朋辈辅导员和职业顾问。因为他们都需要理解什么是脊损的全面处理。该指南特别适用于新加入此项业务的专业人员,刚建成或正在筹建的各个中心。该指南也能帮助决策者们规划康复服务系统,促进他们理解如何推行提高公众觉悟的项目以及为预防立法。

务请理解,本指南只是针对脊损治理每个方面提供了入门之见。ASCON 计划进一步细化指南中的每一个部分,与此同时,作者鼓励专家们参阅有关文献。

我们欢迎对我们提供的信息提出讯问、建议和建设性的批评。我们将用这些收到的相关信息来进一步提高和改进本指南。

H S Chhabra 医生
代表 ASCoN 执行委员会全体成员

ASCON 脊髓损伤治理指南

脊髓损伤治理需要多专业的团队协作。这应从事故现场急救开始，直到病人成功地融入社区。这应包括不断的终身随访。

事故现场的处理

事故现场的急救对于挽救生命及防止加重脊髓损伤有至关重要的作用。在事故现场，脊髓损伤患者应由训练有素的专业人员在固定其颈部和背部后解救出来。

在固定了患者的颈部并使患者取仰卧位后，如同其它损伤一样，应立即实施急救。特别需要注意高位四肢瘫的患者，因为他们可能会有呼吸停止，而需要人工呼吸。训练有素的专业人员应把患者送到距离最近的大急救中心并在路上反复对其进行检查。患者病情稳定后，应将其转至一个从事脊髓损伤的专科中心。

急性期处理

由于脊髓损伤的联合损伤的发生率很高，而这些损伤的典型体征和症状在这些患者身上并不表现，因此应对患者做全身普查以明确有无骨骼、神经外科、普通外科、心胸、血管或颌面的创伤。

鉴于许多患者死于误吸，须常规地对所有患者施行经鼻胃管吸引术。

X 线检查依然是放射性检查的最佳选择，这应常规地包括整个脊柱。最好辅以 CT 与磁共振。

是否对脊髓损伤的病人使用甲基强的松龙是有争议的。不同的研究显示了相反的结果。美国全国急性脊髓损伤研究组的三个多中心研究在这个问题上皆不能下定论。对于在事故发生后 8 小时之内的患者，可以使用甲基强的松龙。建议剂量为 15 分钟一次大剂量静脉注射 **30mg/kg 人体重量**后，连续 23 小时每小时滴注 **5.4mg/kg**。应该指出，使用此药并无肯定有效的例证并且有可能会引发并发症。

在发达国家，预用抗凝剂是常规疗法。深静脉血栓在亚洲国家的发病率一直很低，但是批评家认为这是基于检测不够得出的结果。预用抗凝剂疗法应适用于所有高风险患者群（老年、肥胖症、深静脉血栓或肺动脉栓塞史、吸烟、手术时间过长）。可根据患者经济承受能力使用**皮下注射肝素**（每 12 小时 5000U），**低分子肝素**（每天一次 3500U 血浆抗因子 Xa，即 anti-Xa），或口服抗凝剂（醋硝香豆素，第一天 8-12 毫克，第二天 4-8 毫克，之后维持每天 1-8 毫克）。关于药物使用量，肝素及低分子肝素视活化部分凝血活酶时间（APTT）而定，口服抗凝剂

则视凝血酶原时间/国际标准化比值(INR)而定。另外,应对患者采取早期活动、每天两次的全方位被动运动和外界施压的手段以预防深静脉血栓。

呼吸管理是非常重要的,对四肢瘫痪的患者尤为如此。应对患者实施经常的胸部物理治疗并监控其呼吸参数。若出现以下任何危险信号如:肺活量<1000毫升、动脉血气异常、经常性肺不张或X线胸片显示实变,则应给患者插管进行机械呼吸。

保守疗法与手术疗法的比较

医学界对保守疗法和手术疗法在脊损治疗中的作用还没有明确的一致意见。手术减压治疗对神经功能的作用是有争议的,并且不同的研究持有相反的观点。有生物学实验证据证明脊损后早期手术减压能促进神经功能的恢复,但是对人体的手术介入时间则一直没有明确。只有三级证据及有限的二级证据能证明手术减压在脊损治理中的作用。因此至今没有统一的证据证明手术减压能帮助神经功能恢复。手术减压对减少脊损并发症的作用也不清楚。因此手术减压也只能作为一种选择而已。

间盘韧带损伤的愈合能力难以预测,一般说来,手术有利于愈合。如果是因为精神障碍、年龄问题、或是药物成瘾而导致患者的顺应性降低,对其施行保守疗法就会比较困难。对多发损伤的病人,往往需

要手术疗法。因此，脊髓损伤中心应该能够随时提供保守和手术两种疗法。

对手术的介入时间对神经功能转归的作用尚无共识。同样没有达成共识的，还有关于手术介入时间对减少各系统并发症的作用。实施手术，必须是在病人的情况稳定以后，并且是在确保其他需要优先治疗的并发伤情已获处理之后。

膀胱处理

神经原性膀胱处理不当仍然是致病和致死的最常见的原因之一。因此对膀胱的处理在脊髓损伤的治疗中也是至关重要的。神经原性膀胱可以用简单的临床检查来评定，如：肛门随意收缩、球海绵体肌反射、本体感受试验、肛门反射和冰水试验或诸如超声波检查，膀胱腹部平片、尿道动力学（尿流动力学录像检查或排尿期膀胱尿道 X 线造影术）等基线检查。

在脊髓休克期，处理脊损患者膀胱，可采用留置导尿管导尿；脊髓休克期过后可采用间歇清洁导尿；出院前的不同阶段及出院后，可采用清洁自家导尿。四肢瘫和女性患者则需另作考虑，而选择使用耻骨上留置导尿管导尿。有些患者不想使用间歇性清洁导尿，他们也没有逼尿肌括约肌失调或逼尿肌反射亢进的上位运动神经元膀胱，反射性排尿就是

保留为这些病人所用。最好使用药物来降低这类病人的并发症的发生率。压迫膀胱可能会引发上尿路病变，故不推荐使用。

至于留置导尿管，可使用双腔气囊导尿管（Foley 氏导尿管）。就间歇性清洁导尿而言，最好用有亲水性涂层的一次性导尿管，另外也可选用 Nelaton Catheter、K-90 或是红橡胶 (.5-7 号)导尿管。重复使用的导尿管在医院内必须经过高压消毒处理，而在家自用时则可使用肥皂和自来水冲洗清洁。导尿管应使用清洁的棉布袋保存。千万不可使用消毒水、消毒剂或碘酒来处理或贮存导管。如若出现以下症状：逼尿肌反射亢进、逼尿肌括约肌失调、慢性膀胱挛缩，以及所有反射性排尿的患者，则需要配合药物治疗。

神经原性膀胱的并发症分下尿路并发症、膀胱结石、睾丸炎/附睾炎和尿道假道；上尿路并发症则包括膀胱输尿管返流、肾积水、肾盂肾盏扩张、肾结石、肾感染、肾衰竭以及膀胱挛缩。开始时尿检需一每月进行一次尿常规和培养。随后视感染的体征和症状而定。肾功能检查一年一次，若患者心理不稳定，检查密度可增加。

尿流动力学检查只有在重复感染或渗尿的情况下才需重做。膀胱镜检查用于留置尿管的患者，每年一次。

肠道处理

在肠道训练中，按时排便取代了大脑命令指挥排便。对大多数脊损患者来说，每两天完全排便一次就可以了。排便前一晚应使用缓泻药或大便软化剂。排便时需配合栓剂坐药或是直肠按摩引发进行。也可利用胃结肠反射排便。多吃粗食(纤维)、多喝水、经常运动、是肠道处理得当的关键。

并发症及对其的处理

在发达国家，无论是在脊损的急性期还是慢性期，肺部并发症如误吸、肺不张、肺炎和呼吸衰竭等是最常见的致死原因。这与患者年龄和脊髓完全性损伤有很大相关。这些并发症能通过正确的呼吸道处理来预防。

在骨隆突处很容易出现压迫性溃疡。最常见的发生部位是骶骨，足跟和坐骨。剪切加上压迫是主要的发病原因。其他的原因包括皮肤因经常受潮和营养不良而糜烂。用以下方法可避免压迫性溃疡：经常翻身、皮肤护理、避免剪切和压迫、特制的床、褥子、枕头和垫子，以及对病人的教育。治疗压迫性溃疡可通过排除压力（如俯卧，或是从一侧翻向另

一侧)、摄取充足营养、清创术、经常换包扎（把湿的换成干的以移除残余坏死组织，并在伤口清洁后换上闭合包扎）以及对三级和四级溃疡施行皮瓣或肌皮瓣手术。

过度痉挛会妨碍日常生活，还会引起疼痛甚至扰乱睡眠。可使用经常的物理疗法来预防痉挛。早期治疗痉挛的方法是排除病变水平以下的有害刺激和常规物理治疗。如果痉挛仍然不减，则可开始使用口服氯苯氨丁酸（**Baclofen**）或是其他药物。而如果口服药引起嗜睡，头晕及其他的副作用。如果效果不佳，可在椎管内注射 **baclofen** 试验显示良好效果后，植入 **baclofen** 泵。对顽固性病例，可施行破坏性的或是切除性的手术，如神经根切断术或脊髓切开术。

神经性疼痛这单项因素就足以降低生活质量。可用加巴喷丁（**Gabapentine**）、阿米替林（**Amitriptyline**）及抗炎剂进行药物治疗。对于药物治疗无效者，可试用周围神经阻断术，随后可试行部分或全部的脊髓或神经根组织的破坏或切断手术，诸如：脊髓切开术，脊髓切断术，外科的或经皮的后根切断术和后根入口区破坏术等。

后柱刺激器和吗啡泵植入是治疗疼痛的高科技手术。

深静脉血栓可通过临床检查或多普勒超声检测查出。根据活化部分凝血活酶时间 (APTT) 每日调整对患者使用静脉注射肝素或低分子肝素(1.5-2 毫克/公斤体重), 后者不需严格监控。数天后即可以开始使用华法林纳, 依据凝血酶原时间, 用药剂量从刚开始的每天 2-5 毫克逐渐增加。肝素或低分子肝素在 7-10 天后停止使用。此时凝血酶原时间已达到初始量的 1.5—2 倍。

如果只有深静脉血栓而没有肺动脉栓塞, 可连续使用抗凝血药三个月; 若是既有深静脉血栓又有肺动脉栓塞, 则应连续使用抗凝血药六个月。

其他并发症包括心血管并发症, 如: 自主神经反射异常、肺动脉栓塞, 心肌梗死和心肺骤停; 神经及骨骼系统并发症, 如: 异位骨化、骨质疏松症、挛缩、肌肉骨骼疼痛及外伤后脊髓空洞症; 胃肠道并发症, 如: 消化道出血、麻痹性肠梗阻、便秘、痔疮、腹胀; 晚期消化道并发症, 如胆结石; 代谢并发症如活动减少性高血钙症或低蛋白血症。

康复

康复的主要目标, 就是使患者能够在他(她)的日常生活中尽可能的独立, 以及回归接近正常的生活。康复应从受伤当天就开始。康复需要受过特殊培训

的人员，也需要团队合作，康复团队包括脊损专科医生、护士、物理治疗师、作业治疗师、矫形师、朋辈辅导员、社会工作者和职业咨询人员。

康复计划应该根据患者以及将要回归的环境而设计。例如说，如果对一个即将回归乡村的患者实施城市化的康复计划，那么注定是会失败的。在急性期，康复的目标包括预防压迫性溃疡的产生、保持关节活动度、开始肠道和膀胱的训练、开始坐姿训练以及设计符合病情和损伤水平的日常活动。康复团队应该同患者及家属商讨来制订目标，并定期监测是否达标。

美国脊髓损伤协会的评分系统是目前最被广泛接受的伤残评估范本。该系统把患者依据临床各类检查得出的结果分类。功能独立性评定（FIM）和脊髓损伤功能独立性评测（SCIM）是康复界使用最为广泛的残疾评测。FIM 和 SCIM 都是工作工具，强调的是医学团队内部的跨学科合作，并且两个量表都有关于自理能力、排泄功能和活动性的独立性测试。世界卫生组织的研究分支机构，国际功能分类(ICF)，国际分类集团合作中心与国际物理与康复医学会、国际脊髓学会、以及世界其他多家机构合作，正在开发一套针对脊髓损伤的基本数据采集表。

在 FIM 中有两项独立性评定：一项属于运动范畴，它包括自理能力、排泄控制、活动和运动量表，另一项属认知范畴，它包括交流和社会认知量表。

物理治疗师的介入应该包括体位训练；呼吸护理（呼吸练习、体位排痰和辅助性咳嗽）；活动功能范围、床上活动移位技能训练及增强耐坐力和体力。当脊损患者能动以后，就应该在倾斜式升降台上练习垂直位的运动。当克服了体位性低血压后，患者就开始使用站立架站立，同时也应开始滚动、侧坐、俯卧撑和四肢摆位等垫上练习。

作业治疗师的介入应该包括平衡训练（静坐平衡和动平衡）、轮椅上转移（向前、向两侧、调整底座高低、从轮椅移动到便桶）、推动轮椅，手功能训练，日常生活活动训练、出入社区、住宅和办公环境改造。

夹板、肌腱转移手术、功能电刺激可用于治疗手部瘫痪。

轮椅诊所、使用辅助技术以及对患者和照护人员的教育是康复的重要组成部分。同样重要的还有性功能辅导、妇科诊所、朋辈辅导、心理咨询和娱乐治疗。

在轮椅诊所，医生应根据每位患者的情况开出合适的轮椅和坐垫处方。而压力诊所则通过对坐骨结节部压力分布图对该处方做出进一步的评估，并提出相应的对轮椅和坐垫的改进意见，以避免该部位承受过高压力，从而减少发生压疮的机会。

辅助技术能帮助患者在其日常生活中尽可能的独立。在这方面有许多产品可供选择。

辅导课程和手册对患者和照护者都很重要，从中他们不仅能更好地了解疾病，更好地参与到康复过程中来，他们回家后，也能更好地自己处理并发症和其它问题。

性功能与生育

性功能的康复非常的重要，却又是一个被忽视的区域。应该强调非插入性和感情性的性活动的重要性。口服西地那非可有效地帮助大多数病人勃起。对此法无效的病人，可选用其他勃起办法，如：负压紧缩装置、表面使用硝酸甘油，阴茎海绵体注射罂粟硷、阴茎假体等。女性也许需要润滑剂。有必要让性活动双方都接受性功能辅导。功能完好的一方可在性生活中起较为主动的作用，经过一段时间后性活动双方便可过上正常的性生活。

脊髓损伤的病人怀孕的成功率一般有 50%—60%。用振颤器刺激射精（顺行或逆行射精）或用直肠电

刺激棒电刺激取精后，从尿道或膀胱收集到精液，然后进行人工授精，体外授精及胚胎移植。通常采用剖腹产。

心理康复

脊髓损伤的病人更容易接受也曾遭受脊髓损伤并康复到正常生活的人的咨询。因此朋辈辅导员在康复团队中是相当重要的一员。

脊髓损伤不仅对患者本身而且对整个家庭的心理都有重大影响。因此，心理咨询对家庭成员和对患者都是重要的。体育与娱乐疗法相当重要，因为它作为一种运动方式不仅能帮助患者打破长期治疗的单调，而且能刺激个体创造性思维。此外，它也能鼓励患者把这些重要的活动纳入日后生活中去。

社会工作者在脊髓损伤的康复中担当着相当重要的角色。他们是患者与整个团队和社区本身的中间人。他们的其他介入可以是有关资金援助的问题（政府资金、退休金计划、残疾人补助等）、诉讼事务、家庭问题、就业计划、家庭及工作环境的改造以及支持学生患者重新开始接受教育等事务。通过与社区及多部门的网络合作，社会工作者能够很好地支持并促进残疾人融入社区生活的各个方面中去。

职业康复

除非脊损康复的过程中能通过职业辅导及培训，使患者成为社会上产生经济效益的一员，否则康复就不能算完成。这一层很重要，尤其是因为大多数脊损患者是家庭唯一的或是共同的挣钱养家的成员。他们在伤后不能重返原来的工作岗位。

家庭环境改造及重新融入社区

在患者回家之前到家中走访以提供家庭环境改造的建议；患者回家后进行随访以便从一开始就尽量减少并发症，帮助患者重新回归正常生活并，重新融入社区。这一切都非常重要。

转归

虽然运动水平不是唯一的指标,但是它是同脊损患者的独立性密切相关的。脊髓 C2 至 C4 节受伤的患者是脊髓受损最严重的。他们的四肢没有明显的力量。许多患者依赖呼吸机以及长期的气管造口术。这些患者在所有的日常生活中都需要辅助。患者的行动需要靠电动的轮椅完成。从实际出发，大多数患者需要留置尿管。高科技产品如：发音气管切开导管和电脑环控系统等有助于改善患者的生活质量。

C5 水平的脊损患者肱二头肌还保留着些许功能。这有助于自我料理。他们需要辅助用具来帮助独立

进食。从实际出发，他们都需要留置尿管。他们需要别人协助转移。行动需要电动轮椅。

对于 C6 水平的患者，肌腱固定术的效果能提高功能独立。其穿衣洗澡的独立性应能达到按该水平修正后的标准。按修正标准的独立性改善后，患者应该能在便桶上做肠胃护理。男性应能施行自我导尿。应用一块滑动的板子，也许患者的转移可以不需要照护者的情况完成。一台手控的轮椅便可能满足患者的行动要求，而患者也可以驾驶改造过的车辆。

C7 和 C8 的患者的转移应该是独立的。该类患者应该能够在与原来不同的水平上完成大多数功能性任务。他们应该能够完成自我间歇导尿。手控的轮椅应该能满足他们的行动需求，部分患者能够驾驶改造过的车辆。

由于受损位置较低，胸部截瘫的患者在轮椅上的躯干稳定性更强。受损水平在 T6 以下的患者不会有自主神经反射异常的危险。他们应该能够达到修正后的独立自理和转移标准，也应该具备按修正后的标准独立地处理肠胃和膀胱的能力。可以通过手控轮椅来进行活动。大多数此类患者应该能够驾驶改造车辆。

腰部截瘫的患者也许可以使用两侧踝足板 (L3) 或者膝踝 (L2) 矫形器行走。但是 L2 水平的患者用轮椅进行社区活动比较实际。神经损伤水平在 L2 以上的患者可使用髁膝踝足矫形器辅助行走。

随访

终身的年度定期随访是脊损康复不可缺的。在病人从康复机构出院前就应收集患者个人，家庭情况和环境的资料，每位患者的风险评估都应包括在出院通知中，并且应对患者及其家属解释评估内容。随访也可以通过定期邮寄相关文献向患者进行问候。这也可以包括邮寄问卷以考察社区融入的状况并发现存在的问题。随访有助于发现和预防并发症。在发达国家，由于尿道并发症的减少，死亡率也随之戏剧性的降低。而现在导致死亡的主要原因变成了肺炎、非缺血性心脏病和败血症。

预防

“预防胜于治疗”这一格言非常适用于脊髓损伤，预防应受到高度重视。这可以通过公共意识宣传活动和执法等手段来达到预防交通、农业、工业及运动等各类意外损伤。而非创伤性脊损原因，如脊椎结核，也应通过提高认识来预防。

ASCONE—亚洲脊髓网

ASCONE

ASCONE 由来自亚洲地区的多个组织组成。他们就脊髓损伤的治理共同努力，分享、交流和相互学习，这包括从早期治疗到再次融入社会等各个方面。

背景

ASCONE 起始于 2001 年。该年孟加拉国的瘫痪康复中心（CRP）举办了“脊髓病变治疗国际会议”。会议期间，在一次地区性专家会议上建立了 ASCONE。该网络抱有以下期望：

- 在脊髓损伤治理方面工作的各组织能够研讨共同经历过的问题；
- 将会有更多的机会相互学习；
- 成功的脊损治理经验能够在本地区内传播。

ASCONE 在 2004 年成为了国际脊髓学会的附属学会。

目标

加强亚洲地区脊髓损伤的服务，以及为亚洲地区从事脊柱脊髓损伤的机构和人员开发人力资源。

在成员中共享有关脊髓损伤治理最佳实际工作的信息、理念与知识。

活动

协调与联系

46 个成员组织的代表分别来自亚洲的 16 个国家，其中包括：

阿富汗、孟加拉、不丹、柬埔寨、印度、印度尼西亚、日本、韩国、老挝、缅甸、马来西亚、尼泊尔、巴基斯坦、斯里兰卡、泰国和越南。

执行委员会担任了 ASCON 的决策层。在 ASCON 的会议期间举行的年度大会为成员提供了组织活动、并保证每年至少一次面对面的机会。执行委员会有以下代表组成：

Fazlul Hoque 医生（2006 年主席）孟加拉瘫痪康复中心

Maggie Muldoon 女士(秘书)斯里兰卡 John Grooms Overseas

Apichana Kovindha 医生 泰国清迈大学

Capt Dilip Sinha 医生 印度希望医院

H S Chhabra 医生 印度脊柱脊髓损伤中心

Eric Weerts 先生 国际助残 越南

Esha Thapa 女士 尼泊尔脊柱脊髓损伤康复中心

Cyril Siriwardane 斯里兰卡脊柱脊髓学会

John Grooms Overseas 支持执行委员会在 ASCON 全范围的协调并致力于其能力的发展壮大。

简报

该组织成员会定期收到印发的简报。简报内容包括经过编辑的成员们所投送的文章。简报是交换有关脊损治理的发展和不同成员组织所采用的创新手段的信息的有效方式。

互访

成员组织之间的互访给全亚洲脊柱脊髓损伤中心的工作人员和学生提供了体验不同脊损服务方式的机会。在文化相似但是资源紧缺的地区，此举经实践证明是一个支持该项服务与相关人力资源发展的行之有效的办法。

短期培训

ASCON 成员组织的工作人员都享有国内和区域培训的机会。短期培训由 ASCON 成员组织进行。短期培训涉及全面脊髓损伤治理的各个组成部分。例如，短期培训包括：对脊损治理教员的培训、积极的康复、手术治疗和护理。

年会

每年 ASCON 的一个成员组织举办年会。大会内容包括脊髓损伤治理的各个方面：治疗、康复、社会融合。大会同时为亚洲地区的人们提供了聚会的机会，通过网络进行地区性的和国际性的联系，以交流理念、对脊髓损伤治理中的难题、最新发展和创

新进行讨论或辩论。迄今，举办过的大会日期如下：

- | | |
|-------|--------------------|
| 2001年 | 于孟加拉国瘫痪康复中心 |
| 2002年 | 于印度脊椎损伤中心 |
| 2003年 | 于泰国清迈大学医学康复学院 |
| 2004年 | 于尼泊尔脊椎损伤康复中心 |
| 2005年 | 与国际助残合作 于越南职业病康复医院 |
| 2006年 | 于孟加拉国瘫痪康复中心 |

ASCON 脊损治理指南

ASCON 脊损治理指南于 2006 年首次出版。该指南总结了脊损治理的各个方面，包括：预防、现场脱险、急救、运送、急性期处理、评估、手术、全面康复（体能、心理、性及职业），并发症的预防及处理、家庭环境改造、重新融入社会及随访。

该指南服务于所有参与到脊损治理的专业人员，特别是对新近加入该行列的人员以及刚建成或是正在筹建的各个中心。该指南也能帮助决策者们规划康复服务系统,促进他们理解如何推行提高公众觉悟的项目以及为预防立法。

ASCON 计划进一步细化指南中的每一个部分，并欢迎建设性的批评，以便进一步提高和改进本指南。

研究与信息

在整个亚洲地区，有许多创新以及在脊损全面治理的许多方面，有很多好的实际范例。值得学习与交流的内容很多。ASCON 能为促进某个国家或地区多中心的研究提供一个平台。

ASCON 也将作为传播媒介，收集并传播有关脊损治理的各个方面、提高认识以及预防的资料，这样，也为网络内各个国家增添了接触到相关的合适的信息的机会。这将会支持脊损治理服务进一步发展和支持提供该项服务的人员的工作。

详细联系方式

Maggie Muldoon, ASCON 秘书

John Grooms Overseas

17 Cross Road, Mount Lavinia, Sri Lanka

电话: +94 11 2717258

电邮: jgoverseas@sltnet.lk

www.ascononline.org

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



Ministère des Affaires Etrangères
Coopération au Développement
et Action Humanitaire
LUXEMBOURG



Belgian
Development Cooperation
.be



CARP-SOSCI