
The participators of Chinese Version of International Spinal Cord Injury Core Data Set

Nan Liu, M.D.

He is an attending physician of the Department of Rehabilitation of Peking University 3rd Hospital, P.R. China. He is the translator of Chinese Version of International SCI Core Data Set.

Mouwang Zhou, M.D.

He is the chairman and professor of the Department of Rehabilitation of Peking University 3rd Hospital, P.R. China. He is the reviser of Chinese Version of International SCI Core Data Set.

Zhongqiang Chen, M.D.

He is the president of Peking University 3rd Hospital, P.R. China. He is also a professor majored in orthopaedic surgery of Peking University 3rd Hospital. He is the examiner of the Chinese Version of International SCI Core Data Set.

Yue Cao, Ph.D.

He is a postdoctoral scholar in the National Spinal Cord Injury Statistical Center. He earned his Doctorate in Medical Sociology at the University of Alabama at Birmingham. He is one of the reviewers of Chinese Version of International SCI Core Data Set.

Dajue Wang, M.D.

He is a professor in the National Spinal Injuries Centre, Stoke Mandeville Hospital, UK. His major is orthopaedic surgery and neurosurgery. He is one of the reviewers of Chinese Version of International SCI Core Data Set.

The process of translation of Chinese Version of International SCI Core Data Set

First Dr. Nan Liu made a formal application to the Executive Committee for the International SCI Standards and Data Sets. After receiving the consent from the committee, Dr. Nan Liu did the initial translation, which afterwards was scrutinized by Prof. Mouwang Zhou and Prof. Zhongqiang Chen. Then Yue Cao made the first review and the suggestions and comments, which were evaluated by the initial translators and consensus was obtained, and afterwards Professor Dajue Wang had a second review and further comments and suggestions were evaluated by all five translators and reviewers and the final translation was agreed to.

国际脊髓损伤数据库核心数据库中文版翻译参与人员

刘楠，北京大学第三医院康复医学科主治医师。他对国际脊髓损伤数据库核心数据库的中文版进行了翻译。

周谋望，北京大学第三医院康复医学科主任、教授。他对国际脊髓损伤数据库核心数据库中文版的翻译进行了修订。

陈仲强，北京大学第三医院院长，骨科教授。他对国际脊髓损伤数据库核心数据库的中文版进行了审阅。

曹越，美国阿拉巴马大学伯明翰分校医学社会学博士，国家脊髓损伤数据中心博士后。他对国际脊髓损伤数据库核心数据库的中文版进行了审校。

王大觉，英国Stoke Mandeville医院，国家脊髓损伤中心教授。他的研究方向是骨科和神经外科。他对国际脊髓损伤数据库核心数据库的中文版进行了审校。

国际脊髓损伤数据库核心数据库中文版翻译过程

首先，刘楠医生向国际脊髓损伤标准和数据库执委会提出正式申请，得到委员会的同意后，刘楠医生对国际脊髓损伤数据库核心数据库进行了最初的中文翻译，周谋望教授、陈仲强教授对翻译稿进行了仔细检查。之后曹越博士进行了初次审校，并提出建议和注释，这些建议和注释得到翻译者的评估后，达成了共识。此后王大觉教授进行了再次审校，进一步的建议和注释得到所有5位翻译者的评估后，形成了最终的翻译版本。

国际脊髓损伤数据库 核心数据库

核心数据库由下列人员开发：Michael DeVivo, Fin Biering-Sørensen, Susan Charlifue, Vanessa Noonan, Marcel Post, Thomas Stripling, Peter Wing (参见 DeVivo et al. International Spinal Cord Injury Core Data Set. Spinal Cord 2006). 国际脊髓损伤数据库的专门术语参照 Biering-Sørensen et al. The International Spinal Cord Injury Data Sets. Spinal Cord 2006.

致谢

用于开发国际脊髓损伤核心数据库的资金和实物由以下单位提供：the International Spinal Cord Society, American Spinal Injury Association, Swiss Paraplegia Fund, Canadian Institutes of Health Research, Rick Hansen Man in Motion Foundation 和 Paralyzed Veterans of America.

其他帮助起草国际脊髓损伤核心数据库的个人包括：Raymond Cripps, James Harrison, Bon San Bonne Lee, Peter J. O'Connor, Renee Johnson, Lawrence C. Vogel, and Gale G. Whiteneck.

以下组织于 2006 年 4 月 1 日认可国际脊髓损伤核心数据库

International Spinal Cord Society

American Spinal Injury Association

International Society for Physical and Rehabilitation Medicine

American Paraplegic Society

Paralyzed Veterans of America

American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation

National Spinal Cord Injury Association (USA)

American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers

American Association of Spinal Cord Injury Nurses

North American Spine Society

Rick Hansen Man in Motion Foundation (Canada)

Ontario Neurotrauma Foundation (Canada)

International Collaboration on Repair Discoveries

Quadriplegic Association of South Africa

American Congress of Rehabilitation Medicine

American Association of Orthopedic Surgeons

Christopher Reeve Foundation (USA).

国际脊髓损伤核心数据库的使用

建议在使用国际脊髓损伤核心数据库之前，先用培训病例进行实习。

首先尝试填写空白评分表（参见核心数据采集表），然后对照相应得分表，判断评分是否正确。

国际脊髓损伤核心数据库说明文件可以在国际脊髓损伤核心数据库前言中找到。

培训病例由下列人员撰稿：Fin Biering-Sørensen, Michael J. DeVivo, Vanessa Noonan, Pradeep Thumbikat 和 Peter Wing.

有关国际脊髓损伤核心数据库的问题和建议，应该同 Vanessa Noonan Vanessa.Noonan@vch.ca 或者 Fin Biering-Sørensen finbs@rh.dk联系。

中文版翻译由北京大学第三医院刘楠主治医师，周谋望教授完成，陈仲强教授审阅。作为国际脊髓协会（ISCoS）的代表，美国阿拉巴马大学伯明翰分校、国家脊髓损伤数据中心曹越博士，英国 Stoke Mandeville 医院、国家脊髓损伤中心王大觉教授对中文版进行了审校。

**国际脊髓损伤数据库
核心数据采集表**

日期（年/月/日）

出生日期 _____ / _____ / _____

受伤日期 _____ / _____ / _____

急诊入院日期 _____ / _____ / _____

最终出院日期 _____ / _____ / _____

住院总天数 _____

性别 _____

损伤原因 _____ 脊椎损伤 _____ 合并损伤 _____

脊柱外科手术 _____ 辅助呼吸装置 _____ 出院后去向 _____

神经系统数据

急诊入院时

检查日期

_____ / _____ / _____

感觉平面

左 右

_____ _____

运动平面

左 右

_____ _____

ASIA 损伤分级

最后出院时

检查日期

_____ / _____ / _____

感觉平面

左 右

_____ _____

运动平面

左 右

_____ _____

ASIA 损伤分级

国际脊髓损伤核心数据库前言

建立国际脊髓损伤核心数据库的目的是规范必要的最少量数据的采集和报告,用于评估和比较已发表的研究结果。已发表的研究至少应该包括以下信息:受伤时的年龄;如果报导与受伤时的年龄不同,应记录报导时的年龄;采集数据时距离受伤的时间;进行研究的时间跨度;研究人群的性别;脊髓功能障碍的原因;研究人群的神经功能状况。另外,卫生服务和康复结果的研究应该同时包含下列信息:住院总天数,是否存在椎骨损伤,是否进行过脊柱外科手术,是否存在合并损伤,患者是否存在呼吸机依赖,住院治疗出院后的去向。根据研究目的需要还可包含更多的详细信息。

通过统一的方式采集数据极其重要。因此,每一个变量和每一个变量对应的每一项答案类别都有特定的涵义。这种特定的涵义是用来促进最少量可比数据的采集和报告。

使用标准的编码方案(将答案类别赋值为数值)和格式,对于整合多个研究人员和地方的数据是非常必要的。因此,每一个变量对应的所有答案类别都被赋值为统一的编码,以便在所有地方的使用一致化。但是,其他格式和编码方案或许同样有效,并可运用于个别研究中,或者经过合作研究者的同意后使用。

脊髓损伤国际数据库的附加模块将由各个研究领域的专家组成的专门小组进行开发。这些模块将确定特定的研究题目中最重要的变量,并且提供采集和报告这些信息的推荐标准。

变量名称：出生日期

说明： 这个变量记录患者的出生日期。

长度： 8

格式： 数值（年月日）

编码： 9999-99-99 不详

注释： 记录出生的年、月、日。如果月或日不详，编码为“99”，如果年不详，编码为“9999”。

对于计算机存储，数值格式比日期格式更常用，因为编码为不详是无效日期。

变量名称：受伤日期

说明： 这个变量特指脊髓损伤发生的日期。

长度： 8

格式： 数值（年月日）

编码： 9999-99-99 不详

注释： 记录受伤的年、月、日。如果月或日不详，编码为“99”，如果年不详，编码为“9999”。

对于计算机存储，数值格式比日期格式更常用，因为编码为不详是无效日期。

变量名称：急诊入院日期

说明： 这个变量特指脊髓损伤发生后患者第一次急诊入院的日期。

长度： 8

格式： 数值（年月日）

编码： 9999-99-99 不详

注释： 记录第一次急诊入院的年、月、日。如果月或日不详，编码为“99”，如果年不详，编码为“9999”。

对于计算机存储，数值格式比日期格式更常用，因为编码为不详是无效日期。

变量名称：最终出院日期

说明： 这个变量特指完成了所有计划中的紧急医护和康复治疗，最后从医院出院的日期。

长度： 8

格式： 数值（年月日）

编码： 9999-99-99 不详

注释： 记录完成了所有计划中的紧急医护和康复治疗，最后从医院出院日期的年、月、日。如果月或日不详，编码为“99”，如果年不详，编码为“9999”。

对于计算机存储，数值格式比日期格式更常用，因为编码为不详是无效日期。

在这一日期，患者通常将出院回家（没有进一步的住院治疗计划）或者出院前往长期照料机构。在这一日期之后，门诊康复或家庭康复计划可以继续，在长期照料机构中有限的康复治疗也可以继续。如果患者在住院期间死亡，这个日期就是死亡日期。

如果在住院期间有计划好的间歇期，并且患者将再次入院进行进一步的医护，那么最终出院日期是已计划的再次入院后的出院日期。举例来说，一名患者短暂出院回家，直到他为进一步的康复治疗做好准备，然后他再次入院完成住院康复。这个患者的最终出院日期是他在未来没有其他住院治疗计划下，最后一次出院的日期。如果将来因为治疗非计划中的并发症，如因为感染或者压疮而再次入院和出院，则不在这个变量的编码之列。

变量名称：紧急医护和康复治疗住院总天数

说明： 这个变量特指从受伤之日到完成最后的住院治疗（最终出院之日）期间在医院的总天数。

长度： 4

格式： 数值

编码： 9999 不详

注释： 不要包括患者在即将再次入院前的短暂出院天数。

变量名称：性别

说明： 这个变量特指患者的性别。

长度： 1

格式： 数值

编码： 1 男性

2 女性

9 不详

变量名称：脊髓损伤原因

说明：这个变量用于鉴别脊髓损伤的原因。创伤性脊髓损伤是由施加任何强度的外力造成的脊髓或马尾神经功能受损。

长度：1

格式：数值

编码：

- 1 体育运动
- 2 被人袭击
- 3 交通事故
- 4 高处坠落
- 5 其他创伤原因
- 6 非创伤性脊髓功能障碍
- 9 未详细说明或不详

注释：这个变量改编自损伤外部原因国际分类（**International Classification of External Causes, ICECI**）。在整体上，损伤外部原因国际分类提供了导致脊髓损伤事件的多角度描述。该分类共开发了四个主轴包括损伤外因、损伤意图、损伤地点和损伤活动。在损伤的监控或者其他的研究中，如果目的是对脊髓损伤一级预防干预措施的开发提供有用信息，则推荐使用完整版本的 ICECI（包括核心数据库所不包括的全部四个主轴和下级条目）。

因为一个损伤事件可能被分类到多个条目中，所以采用下列优先顺序进行编码。

第一优先编码为体育运动。如果损伤事件涉及体育运动，无论是否还涉及被人袭击、交通事故或者高处坠落，都编码为 1（体育运动）。只要 ICECI 的损伤活动被编码为“休闲时间的体育活动和锻炼”（ICECI 损伤活动编码 4），那么无论 ICECI 其他主轴的编码为何，编码为 1 都是适合的。

变量名称：脊髓损伤原因（续上页）

第二优先编码为被人袭击。如果损伤事件不涉及体育活动，但是涉及被人袭击，无论是否包括交通事故或者高处坠落，那么损伤事件应被编码为 2（被人袭击）。只要 ICECI 的损伤意图被编码为“被人袭击”（ICECI 损伤意图编码 3），同时 ICECI 的损伤活动不被编码为“休闲时间的体育活动和锻炼”（ICECI 损伤活动编码 4），那么无论 ICECI 其他主轴的编码为何，编码为 2 都是适合的。

第三优先编码为交通事故。如果损伤事件既不与体育活动，又不与被人袭击相关，但是涉及交通事故，无论是否包括高处坠落，那么损伤事件应被编码为 3（交通事故）。只要 ICECI 的损伤外因被编码为“交通事故损伤事件”（ICECI 损伤外因编码 1.1），同时 ICECI 的损伤意图不被编码为“被人袭击”（ICECI 损伤意图编码 3）；并且 ICECI 的损伤活动不被编码为“休闲时间的体育活动和锻炼”（ICECI 损伤活动编码 4），那么编码为 3 都是适合的。

第四优先编码为高处坠落。如果损伤事件既不与体育活动、被人袭击，又不与交通事故相关，但是涉及高处坠落，那么损伤事件应被编码为 4（高处坠落）。只要 ICECI 的损伤外因被编码为“坠落、绊倒或跳跃”（ICECI 损伤外因编码 1.5），同时 ICECI 的损伤意图不被编码为“被人袭击”（ICECI 损伤意图编码 3）；并且 ICECI 的损伤活动不被编码为“休闲时间的体育活动和锻炼”（ICECI 损伤活动编码 4），那么编码为 4 都是适合的。

当编码 1 至 4 不能提供损伤原因变量时，使用编码 5（其他创伤原因）用于所有其他已知（特定的）创伤原因。当患者术前没有神经功能障碍，而在外科手术后继发瘫痪应编码于这个类别。

如果脊髓或马尾神经的功能受损不是由直接或者间接的外部活动引起的，那么使用编码 6（非创伤原因）。

变量名称： 脊椎损伤

说明： 这个变量记录在脊髓损伤之外是否存在脊柱骨折和/或脱位。

长度： 1

格式： 数值

编码： 0 否
1 是
9 不详

注释： 脊椎的骨折或脱位定义为从枕骨到尾骨，穿过或通过脊柱任何部位的破裂，断裂或裂隙。

变量名称： 合并损伤

说明： 这个变量记录是否存在下列与脊髓损伤同时发生的、已被确认的较大损伤。包括中度至重度的创伤性脑损伤（出院时 Glasgow 昏迷评分等于或低于 12 分），需要手术的非脊椎骨折，影响感觉器官的严重面部损伤，需要胸腔插管或者机械通气的较大胸部外伤，任何上肢或下肢的创伤性截肢（或者损伤严重到需要手术截肢），严重的出血，或任何需要手术的内脏器官损伤。

长度： 1

格式： 数值

编码： 0 否
1 是
9 不详

注释： 不要包括未在上述名单中的其他合并损伤、探查手术为阴性结果以及脊髓损伤发生前的损伤。

变量名称：脊柱外科手术

说明： 这个变量记录在脊髓损伤后的住院治疗期间是否进行了下列脊柱外科手术。包括：椎板切除术，椎管重建术，复位手术，脊柱融合术或脊柱内固定术。

长度： 1

格式： 数值

编码： 0 否

1 是

9 不详

注释： 椎板切除术定义为移除脊髓损伤所在位置的正常未受损的椎板或异物。

椎管重建术定义为从椎管内移除骨块或椎间盘碎片，血块或异物（如弹片）。

复位手术定义为将一个或多个脱位、半脱位或成角的椎体复位，使之达到或接近解剖排列。

脊柱融合手术定义为在椎体间添加移植骨，使之达到椎间融合或稳定。

脊柱内固定术定义为在脊柱上附加杆、板、金属丝等（单独或联合使用），给椎管提供内在的稳定性。

变量名称：应用辅助呼吸装置

说明： 这个变量记录最终出院日期时（最后一次在康复医院住院的出院日期或者如果患者未被收入康复医院住院，从紧急医护的医院出院的日期）用于支持呼吸所使用的任何类型的辅助呼吸装置。

长度： 1

格式： 数值

编码： 0 否

1 是，出院时每天少于 24 小时

2 是，出院时每天 24 小时

3 是，出院时每天小时数不详

9 不详

注释： 辅助呼吸装置包括但不限于机械通气、膈神经刺激器、外部负压装置和双相气道正压通气。不应包括日常的吸氧，定期的间歇性正压通气或者持续气道正压通气。

变量名称：出院后去向

说明： 这个变量特指患者出院后的安排。

长度： 2

格式： 数值

编码：

- 01 私人住所：包括房屋、个人所有的公寓房间、移动房屋、公寓或船屋
- 02 医院：包括脊髓损伤相关医护和/或康复治疗完成后处理后续医疗问题的精神病院或紧急医护医院
- 03 疗养院：包括熟练的护理设施和提供基本的、监护性，长期的慢性病护理的机构
- 04 辅助生活住所：包括居住性的非公共机构场所，其中提供一定水平的日常生活活动帮助
- 05 集体生活场所：包括过渡生活设施或任何与非家庭成员共享的居所
- 06 惩戒机构：包括拘留所、感化院、监狱、惩戒中心等
- 07 旅馆或汽车旅馆
- 08 无家：包括洞穴、汽车、帐篷等
- 09 死亡
- 10 其他，未分类
- 99 不详

注释： 如果患者的居住地点不能符合任一上述分类，则记录为“其他，未分类”。

变量名称：神经系统检查日期

说明：这个变量记录进行神经系统检查的日期：

- 1) 在最初急诊入院时检查
- 2) 在最后住院的医院出院时检查

长度：每个条目为 8

格式：数值（年月日）

编码：任何有效日期

8888-88-88 未检查

9999-99-99 不详

注释：记录年、月、日。如果月或日不详，编码为“99”，如果年不详，编码为“9999”。

当不知道是否进行过神经系统检查时，使用不详，编码为（“9999-99-99”）。

不使用日期格式是因为不详和未检查的编码是无效日期。

当部分检查在不同日期进行时，检查日期应该为进行大部分检查的日期。

所有的检查应该在入院日期后或出院日期前相应的 72 小时之内进行。然而，进行检查的日期晚于入院后 72 小时或早于出院前 72 小时可以收入数据库。

完整的神经系统检查包括感觉、运动平面和 ASIA 损伤分级。这个检查必须由经过使用 ASIA 指南培训的医师或指定人员进行。

变量名称：感觉平面

说明：感觉平面（可能身体两侧不一致）是指身体两侧针刺觉和轻触觉功能正常的最低脊髓节段。右侧和左侧平面分别记录。

1) 在最初急诊入院时检查

2) 在最后住院的医院出院时检查

长度：每个条目为 3

格式：字符

编码：C01-C08 颈（颈 1-颈 8）

T01-T12 胸（胸 1-胸 12）

L01-L05 腰（腰 1-腰 5）

S01-S05 骶（骶 1-骶 5）

X00 神经系统检查正常

X99 不详或未检查

注释：如果只是平面的字母部分已知，允许使用编码 C, L, T, 或 S 后面加数字编码“99”。如果平面完全不详，未进行神经系统检查或者没有相应的入院或出院，使用编码 X99。

来源：参考最新版本的脊髓损伤神经学分类国际标准，可以获得感觉检查和所有感觉关键点列表的完整信息。

变量名称：运动平面

说明：运动平面（最低正常运动节段-可能身体两侧不一致）定义为该平面的关键肌肌力高于或等于 3 级，同时其上一节段所对应的关键肌肌力判定为正常（5 级）。右侧和左侧平面分别记录。

- 1) 在最初急诊入院时检查
- 2) 在最后住院的医院出院时检查

长度：每个条目为 3

格式：字符

编码：C01-C08 颈（颈 1-颈 8）
 T01-T12 胸（胸 1-胸 12）
 L01-L05 腰（腰 1-腰 5）
 S01-S05 骶（骶 1-骶 5）
 X00 神经系统检查正常
 X99 不详或未检查

注释：检查者依据肌力小于 5 级的肌肉实际上是否具有完整的神经支配来进行判断。这种情况可以发生于患者用尽全力但被诸如疼痛、体位和肌张力增高所抑制时，或者被认为是废用导致的肌肉无力时。如果任何这些或其他因素阻碍标准肌力测试的进行，肌肉应该被评级为 无法测量。然而，如果这些因素不能阻碍患者进行强有力的肌肉收缩，并且检查者的最适合判断是如果没有这些因素，肌力测试可能正常（5 级），那么可以评级为 5 级。对于那些无法通过徒手肌力检查进行临床测试的肌节（如颈 1 到颈 4，胸 2 到腰 1 和骶 2 到骶 5），运动平面可以假定为与感觉平面一致。

如果只是平面的字母部分已知，允许使用编码 C, L, T, 或 S 后面加数字编码“99”。如果平面完全不详，未进行神经系统检查或者没有相应的入院或出院，使用编码 X99。

来源：参考最新版本的脊髓损伤神经学分类国际标准，可以获得运动检查和所有关键肌列表的完整信息。

变量名称: ASIA 损伤分级 (修改自 Frankel 分级)

说明: 这个变量试图定量损伤的程度

- 1) 在最初急诊入院时检查
- 2) 在最后住院的医院出院时检查

长度: 每个条目为 1

格式: 字符

编码: A 完全损伤

S4-S5 节段无感觉和运动功能保留。

B 不完全损伤

在神经平面以下包括 S4-S5 节段保留感觉功能, 但无运动功能。

C 不完全损伤

在神经平面以下保留运动功能, 且神经平面以下至少一半关键肌肌力小于 3 级

D 不完全损伤

在神经平面以下保留运动功能, 且神经平面以下至少一半关键肌肌力大于或等于 3 级

E 正常

感觉和运动功能正常

U 不详或不能应用

注释: 当合并损伤 (如: 创伤性脑损伤) 或某些非神经系统损伤干扰完整的神经系统检查进行时, ASIA 损伤分级应编码为不详。

对于评级为 B, C 或 D 的人, 他/她必定是不完全损伤, 也就是在 S4-S5 节段存在感觉或运动功能。在这一部分的检查中, 肛周任何感觉的存留表明患者感觉未完全受损 (至少为 B 级)。此外, 对于评级为 C 或 D 的人, 必须具备 (1) 肛门括约肌自主收缩; 或者 (2) 运动平面以下保留运动功能的节段超过 3 个。

来源: 参考最新版本的脊髓损伤神经学分类国际标准。

国际脊髓损伤核心数据库培训病例

1. 核心数据库培训病例

一名生于 1920 年 2 月 23 日的男子，在 2005 年 5 月 2 日遭遇交通事故后，于同一天收入骨科病房。当一辆卡车从后面撞击时，这名男子坐在他儿子的小轿车中。

交通事故之后，这名男子立即发现四肢瘫痪。同时，他还有左股骨骨折。在入院当天，CT 扫描显示颈 6 椎体骨折，不伴有脱位或椎管内骨块。在第二天依照脊髓损伤国际神经学标准进行的神经系统检查中，发现为完全性脊髓损伤；对应的感觉平面为左侧颈 5，右侧颈 4；而肌力检查显示双侧肘屈肌肌力正常，但是双侧腕伸肌肌力只有 3 级，并且这一水平以下没有运动。因为呼吸衰竭，在入院当天对他进行了气管插管并连接呼吸机。

2005 年 5 月 4 日，进行了颈 5 至颈 7 椎体的脊柱固定手术。在同一次麻醉下，对他同时进行了左股骨内固定手术。

2005 年 5 月 7 日，他脱离呼吸机并转至康复科病房。2005 年 7 月 1 日，在完成他的康复治疗计划之前，他因为私人原因短期出院，直到 2005 年 7 月 15 日再次入院。从那时开始，他一直住院到 2005 年 9 月 5 日最终出院，前往疗养院。他在出院当天进行检查时发现仍为完全性脊髓损伤；相应的感觉平面为左侧颈 6，右侧颈 5。肌力检查显示双侧肘屈肌肌力为正常 5 级，双侧腕伸肌力分别为右侧 4 级，左侧 3 级。同时肘伸肌肌力右侧为 2 级，左侧为 1 级。

国际脊髓损伤数据库
核心数据采集表

日期（年/月/日）

出生日期 1920/02/23
受伤日期 2005/05/02
急诊入院日期 2005/05/02
最终出院日期 2005/09/05
住院总天数 112

性别 1

损伤原因 3 脊椎损伤 1 合并损伤 1
脊柱外科手术 1 辅助呼吸装置 0 出院后去向 03

神经系统数据

急诊入院时		最后出院时	
检查日期		检查日期	
2005/05/03		2005/09/05	
感觉平面		感觉平面	
左	右	左	右
C05	C04	C06	C05
运动平面		运动平面	
左	右	左	右
C06	C06	C06	C06
ASIA 损伤分级		ASIA 损伤分级	
A		A	

2. 核心数据库培训病例

琼斯先生，男，24岁（生于1980年2月15日），于2004年2月22日在他的农场骑马时从马上摔下来。骑马的同伴呼叫医护人员到现场，他们发现琼斯先生呼吸困难，并且不能活动任何肢体。格拉斯哥昏迷评分为13分，提示轻度头部外伤。在事故现场，对他进行了气管插管，后由救护车送至脊髓损伤急救中心，并于当天下午收入院。在急诊室进行的基于脊髓损伤国际神经学标准的最初神经系统检查显示双侧肱二头肌肌力为3级，肱二头肌以下没有运动功能，没有肛门主动收缩。感觉在右侧至颈3，左侧至颈4平面轻触觉、针刺觉正常；至双侧颈6减弱；颈6以下消失。CT扫描显示不稳定型颈4骨折。琼斯先生被送至手术室进行颈椎融合手术。琼斯先生对于这项治疗措施耐受良好，并且留在外科重症监护病房（SICU）至2004年3月5日，然后被转至非外科重症监护病房急救病床。在SICU治疗期间，琼斯先生成功地脱离了呼吸机，并拔除气管插管。

2004年3月10日，他被转至康复病房。当天完成的神经系统检查显示，左侧肱二头肌肌力为4级，腕伸肌肌力3级，腕伸肌以下没有运动；右侧肱二头肌肌力为3级，腕伸肌肌力2级，腕伸肌以下没有运动。他的感觉双侧至颈5轻触觉、针刺觉正常，至双侧颈6减弱，颈6以下消失。

2004年3月15日，琼斯先生再次自觉呼吸困难。他予以吸氧。胸部X线显示双侧肺炎。血培养和痰培养显示克雷白杆菌和假单胞菌。琼斯先生被送回急救病房并给予静脉抗生素治疗。他的状况持续恶化，并于2004年3月16日凌晨3时15分死亡。家属拒绝尸检。

国际脊髓损伤数据库
核心数据采集表

日期 (年/月/日)

出生日期 1980/02/15
受伤日期 2004/02/22
急诊入院日期 2004/02/22
最终出院日期 2004/03/16
住院总天数 23

性别 1

损伤原因 1 脊椎损伤 1 合并损伤 0
脊柱外科手术 1 辅助呼吸装置 0 出院后去向 09

神经系统数据

急诊入院时		最后出院时	
检查日期		检查日期	
2004/02/22		2004/03/10	
感觉平面		感觉平面	
左	右	左	右
C04	C03	C05	C05
运动平面		运动平面	
左	右	左	右
C05	C03	C05	C05
ASIA 损伤分级		ASIA 损伤分级	
A		A	

3. 核心数据库培训病例

一名 43 岁女子（生于 1961 年 5 月 15 日），在 2005 年 2 月 22 日的一起山地自行车事故中受伤。她的自行车撞在一块木头上，她从车把上方摔出，头部着地。在事故现场，医护人员发现她不能活动下肢，并且上肢无力，没有其他重大的外伤。她通过空中救援被送往脊髓损伤急救中心，并于当天下午收入院。患者不需要辅助呼吸设备。在急诊室进行了基于脊髓损伤国际神经学标准的神经系统检查。运动检查显示她双侧肱二头肌和腕伸肌肌力为 5 级；肱三头肌肌力分别为左侧 4 级，右侧 3 级；中指指深屈肌肌力分别为左侧 3 级，右侧 1 级；颈 8 平面以下没有运动功能，包括没有肛门主动收缩。感觉在左侧至颈 8，右侧至颈 7 轻触觉、针刺觉正常；左侧胸 1 至胸 8，右侧颈 8 至胸 8 针刺觉减退；双侧颈 8 以下感觉消失，除了骶段（亦即骶 4-骶 5）感觉存在但是减退。CT 扫描显示她为颈 7 椎体爆裂骨折，没有其他损伤。2005 年 2 月 23 日，进行了颈 7 椎体的前路椎体切除和椎间融合器融合术。

2005 年 3 月 3 日，她被转至康复病房，并随后于 2005 年 4 月 20 日出院回家。在出院当天完成了神经系统检查。她双侧肱三头肌肌力为 5 级；中指指深屈肌肌力分别为左侧 5 级，右侧 3 级；小指外展肌肌力分别为左侧 3 级，右侧 1 级；这一水平以下没有运动功能。她的感觉分别在左侧至胸 1，右侧至颈 8 轻触觉、针刺觉正常；左侧胸 2-胸 10，右侧胸 1-胸 10 感觉减退，双侧胸 10 以下感觉消失，除了骶段（亦即骶 4-骶 5）感觉存在但是减退。

国际脊髓损伤数据库
核心数据采集表

日期 (年/月/日)

出生日期 1961/05/15
受伤日期 2005/02/22
急诊入院日期 2005/02/22
最终出院日期 2005/04/20
住院总天数 57

性别 2

损伤原因 1 脊椎损伤 1 合并损伤 0
脊柱外科手术 1 辅助呼吸装置 0 出院后去向 01

神经系统数据

急诊入院时		最后出院时	
检查日期		检查日期	
2005/02/22		2005/04/20	
感觉平面		感觉平面	
左	右	左	右
C08	C07	T01	C08
运动平面		运动平面	
左	右	左	右
C07	C07	T01	C08
ASIA 损伤分级		ASIA 损伤分级	
B		B	

4. 核心数据库培训病例

2005年8月16日下午，一名64岁的老年男子（生于1941年7月15日），滑倒并从13级台阶上摔下，前额着地，躺在楼梯的底部。他没有意识丧失，但是发现不能活动肢体。他还回想起在他摔下的过程中，他感觉到一阵剧痛从颈部放射到前臂，而后他的胸部以下没有什么感觉。他被救护人员从摔倒的地方使用标准的脊柱保护措施救起，并于当天收入医院。最初标准的X线照片未发现任何骨性损伤或脱位的迹象。随后的CT和MRI扫描显示颈4至颈6水平颈椎管狭窄，伴有颈5/6水平韧带损伤的迹象（前纵韧带断裂，伴有血肿）。其后方的脊髓在MR扫描T2加权像上显示高亮度信号改变，提示该水平脊髓损伤和水肿。在第二天进行的基于脊髓损伤国际标准的神经学检查显示，感觉平面为右侧颈6，左侧颈7。双侧可以观察到针刺觉和触觉在骶段皮节的感觉残留。运动检查显示双侧肱二头肌和腕伸肌肌力为5级；左侧肱三头肌肌力为4级，右侧为2级；其他上肢的关键肌没有运动。除了左侧踇长伸肌有颤动，双侧下肢肌肉没有观察到运动活动。考虑到该男子伤前存在的健康问题（缺血性心脏病、严重哮喘）并且颈椎相对稳定，决定对他进行非手术治疗。他不需要任何辅助呼吸装置，并且在事故中没有其他任何损伤。

2005年8月19日，他被转至康复中心，在那里一直住院到2005年11月10日。在出院回家之前的这段时间，他获得了明显的神经学 and 功能的恢复。在出院前感觉平面为右侧胸2，左侧胸5，上述平面以下触觉和针刺觉异常。运动检查显示为下列肌力分级：

	右	左
肱二头肌	5	5
腕伸肌	5	5
肱三头肌	4	4
指屈肌	2	2

手内在肌	2	2
髋屈肌	3	4
膝伸肌	3	3
踝背屈肌	3	3
拇长伸肌	4	4
踝跖屈肌	4	4

他可以在步行架的帮助下行走并且重新获得了一定程度的膀胱控制。

国际脊髓损伤数据库

核心数据采集表

日期 (年/月/日)

出生日期 1941/07/15

受伤日期 2005/08/16

急诊入院日期 2005/08/16

最终出院日期 2005/11/10

住院总天数 86

性别 __1__

损伤原因 __4__ 脊椎损伤 __0__ 合并损伤 __0__

脊柱外科手术 __0__ 辅助呼吸装置 __0__ 出院后去向 __01__

神经系统数据

急诊入院时

最后出院时

检查日期

检查日期

2005/08/17

2005/11/09

感觉平面

感觉平面

左

右

左

右

C07

C06

T05

T02

运动平面

运动平面

左

右

左

右

C07

C06

C07

C07

ASIA 损伤分级

ASIA 损伤分级

C

D

5. 核心数据库培训病例

2005年1月2日，史密斯先生，35岁（生于1969年5月10日），牙科医生和山地自行车爱好者，在从陡峭的斜坡下坡时，他的山地自行车失去了控制而撞在路堤上，结果他从自行车上被甩出。他臀部着地并有短暂的意识丧失。人们使用适当的脊柱保护措施将他从现场救起，并送至附近的医院。作为一名强壮、健康的户外运动爱好者，他没有明显的既往疾病史。他想起他在救护车上苏醒，但是不能活动双腿。

在接诊医院最初的检查显示双腿运动和感觉消失，继后经X线照片和CT扫描证实为腰2骨折（屈曲分离型）。他还遭受踝关节骨折，但是没有明显脑外伤的证据。

在受伤当天下午的晚些时候，他被送往地区三级脊柱脊髓医疗中心，次日对他进行了后路脊柱骨折固定和融合手术。术前的MR扫描所显示的脊髓信号改变符合受累节段有损伤和水肿的脊髓信号改变。在此期间，踝部损伤也进行了复位和内固定。

在脊柱中心入院当天，按脊髓损伤国际标准进行了最初的神经系统检查，结果显示感觉平面在右侧胸11，左侧胸12。同时证实下肢关键肌运动完全丧失，下肢深反射（膝腱反射和跟腱反射）消失，跖反射可疑，肛门无张力，不能进行随意肛门收缩，球海绵体反射消失。颅神经和上肢神经系统检查没有发现任何异常。

在术后期间，他病情稳定并且恢复很快。在术后4天他开始在轮椅上活动，并且持续地很快地掌握所需的身体技能。2005年1月9日，他被送至脊髓损伤康复中心，在那里他一直住院到2005年3月18日。然后，因为私人原因，应他请求而提前出院回家。在脊髓损伤中心住院期间他没有遇到任何困难。在出院的时候，他能够站立并且借助于踝足矫形器和助行架行走。他通过自行间歇导尿管管理膀胱，除了在极个别的情况下会在咳嗽时漏尿外，这种方法非常可靠。在出院前一天进行了最后一次住院神经系统检查，结果如下：

高级功能 — 正常

颅神经 — 正常

	右	左
--	---	---

感觉检查

针刺觉（最低正常节段）	腰 3	腰 2
-------------	-----	-----

触觉（最低正常节段）	腰 5	腰 5
------------	-----	-----

运动检查

肱二头肌	5	5
------	---	---

腕伸肌	5	5
-----	---	---

肱三头肌	5	5
------	---	---

指屈肌	5	5
-----	---	---

手内在肌	5	5
------	---	---

髋屈肌	4	4
-----	---	---

膝伸肌	4	4
-----	---	---

踝背屈肌	3	0
------	---	---

拇长伸肌	3	0
------	---	---

踝跖屈肌	0	0
------	---	---

反射

肱二头肌反射	正常	正常
--------	----	----

旋后肌反射	正常	正常
-------	----	----

肱三头肌反射	正常	正常
--------	----	----

膝腱反射	消失	消失
------	----	----

跟腱反射	消失	消失
跖反射	可疑	可疑
肛门张力和收缩	消失	消失

国际脊髓损伤数据库
核心数据采集表

日期 (年/月/日)

出生日期 1969/05/10
受伤日期 2005/01/02
急诊入院日期 2005/01/02
最终出院日期 2005/03/18
住院总天数 75

性别 1

损伤原因 1 脊椎损伤 1 合并损伤 1
脊柱外科手术 1 辅助呼吸装置 0 出院后去向 01

神经系统数据

急诊入院时		最后出院时	
检查日期		检查日期	
2005/01/02		2005/03/17	
感觉平面		感觉平面	
左	右	左	右
T12	T11	L02	L03
运动平面		运动平面	
左	右	左	右
T12	T11	L02	L02
ASIA 损伤分级		ASIA 损伤分级	
A		A	

