



9-1-2001

The Study of Post-Polio Syndrome in Tao-Yuan Area

Yau-Wai Wai

Wai-Keung Lee

Ying-Po Hsu

Tsai-Ching Yip

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Wai, Yau-Wai; Lee, Wai-Keung; Hsu, Ying-Po; and Yip, Tsai-Ching (2001) "The Study of Post-Polio Syndrome in Tao-Yuan Area," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 29: Iss. 3, Article 1.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.2131>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol29/iss3/1>

This Original Article is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

桃園地區小兒麻痺病患後期合併症之探討

韋有維 李偉強 許應勃 葉采青

行政院衛生署桃園醫院復健科

針對桃園地區小兒麻痺病患，以問卷方式進行初步調查，再由回收問卷中，以電話聯絡安排有意願之受檢者，來院接受追蹤檢查，以瞭解其發病過程、居家環境、身體狀況及目前所面臨的問題等。從回收的 151 份問卷和到院接受追蹤檢查的 56 位病患中，對桃園地區小兒麻痺病患初步瞭解，並藉此建立資料庫。從資料分析中，瞭解當時社會對殘障者的影響及在醫療資源缺乏、衛生教育又不普及之情況下，對病患所產生症候之影響。可惜病患因來院不便及工作之故，反應沒有預期熱烈。藉此次活動建立資料庫，以利日後追蹤、探討本土的小兒麻痺病患，因環境（社會、衛生習慣）的不同，是否與其他國家有所差異，並因而了解他們的需求，以利給予適當的醫療保健措施指導，進而提升病患之生活品質。（中華復健醫誌 2001; 29(3): 115 - 121）

關鍵詞：小兒麻痺(poliomyelitis)，小兒麻痺後期症候群(postpolio syndrome)，日常生活(activities of daily living)，生活品質(quality of life)

前 言

小兒麻痺症係由一種侵犯脊髓灰白質的濾過性病毒引起，自 1955 年沙克疫苗及 1959—1961 年沙賓疫苗的發現，世界各國的病例皆大幅的減少^[1,2]。小兒麻痺在國內的歷史可能已經很久，關於此病症最早的記載為 1913 年，與美國相差七十年。1940 年代前，小兒麻痺在台灣只有散發性的病例報告^[3]，當時農業社會為大家庭制度，小孩的生活空間狹小、擁擠，落後的環境衛生，再加上簡陋的醫療設施，大部份嬰兒於出生後不久，體內經由母體得到的小兒麻痺抗體尚未消失，就已感染了小兒麻痺病毒，因已具有先天的抵抗力，故麻痺率很低，台大醫院每年約 20—30 例此種病例。隨著環境的變遷，工業社會的興起，農村人口大量的流失，轉而集中於一些都會區，都會區因人口急遽增加，故疾病的傳染率自然提升。1950 年後，台大醫院小兒麻痺的病例亦明顯增加，每年約 150 至 300 例。

1955 年，衛生機關公佈此病為法定傳染病，雖然如此，此病的通報只限於公家醫院或教會醫院，其餘醫療機構對此事並不熱衷。而國內進口沙克疫苗始於 1958 年，沙賓疫苗則於 1963 年，惟當時採自願接種方式，且需自費；因此，接種意願不高。直至 1966 年才有完整的計劃，推動沙賓疫苗接種。同年亦是小兒麻痺評估系統建立的時候^[4]。

民國 47 年可算是小兒麻痺病例發生最多的一年，計有 760 例；死亡率亦相當高（表 1），這可能是由於當時醫療資源不足及輕忽了病患的臨床病徵所致，在當時醫院鐵肺（iron lung）的不足，使一些脊髓及延髓型的小兒麻痺病患不能得到適當的治療，若以病患的死亡率來推測，實際發生的病例應當更多^[4]。

在病情穩定後，接下來是復健治療^[5-8]。在早期能夠收容小兒麻痺病患接受復健治療的機構不多，而此類病患大部分出生於較貧窮的環境，在經濟窘迫的壓力下，能夠定期到醫院接受復健的小孩，寥寥可數。又因病患在適學年齡，往往受同年齡的小朋友譏笑或種種不方便，以致在沒有經過與醫師諮商的情況下，

投稿日期：89 年 10 月 27 日 修改日期：90 年 4 月 24 日 接受日期：90 年 5 月 9 日

抽印本索取地址：李偉強，行政院衛生署桃園醫院復健科，桃園市 330 中山路 1492 號

電話：(03) 3699721 轉 4107 傳真：(03) 3699721 轉 2335

即將保護他們的支架輔具棄之不用。因此，長期的姿勢不當及承重在不穩定的關節上，不對稱的肌力及多重軟體組織的攣縮，便會形成種種的併發症，如：脊椎側彎、膝或髖關節攣縮及腳部變形等^[9-10]。

外國文獻報告指出^[11-13]，此類患者在經歷三十至四十年後，大部分會出現小兒麻痺後期症候群^[14-16]，他們將之歸因於神經元病變，源於過度使用或廢用所引起的^[17]。但以美國等先進國家而言，其衛生環境及無障礙設施，均較我國優越的情形下，這種假說可以接受。然而在我國衛生、資訊及教育未臻完善的時代，病患常會相信一些非專業人士的建議，或是坊間偏方，使其併發症有時得不到適當的處理，致使原來就障礙的功能，更是雪上加霜。因此，本土的小兒麻痺後期症候群之肇因為何？一直是我們想探討的。

就現今醫療技術來說，對這一類的病患仍沒有特別的看護，只能於一般骨科或復健科門診中追蹤檢查治療。本文的目的，起因於一些桃園地區病患，在他們來院做殘障鑑定時，往往發現一些病患，對於他們所遭遇的問題，不知何處可以提供適當意見或協助他們解決，又或因他們相信一些非專業人士給予的輔具，致根本無法解決他們所面臨的問題。因此，針對他們的問題給予有系統的探討、治療及追蹤，作為提供日後一些問題處理方法的導引。又從過去醫療環境中種種的因素探討，是否可以從目前病患中，歸納出本土的小兒麻痺病患後期症候群的致病因素。

研究方法及進行步驟

透過本院社會服務室及桃園縣肢體殘障者協進會的幫助，對一些曾來院作殘障鑑定及在本科小兒麻痺特別門診的病人作為研究對象，給予問卷及理學檢查。問卷的內容包括：

1. 目前年齡、發病年齡、教育程度及薪資所得等基本資料。
2. 發生種種小兒麻痺後期症狀的時間，如容易疲倦、肌肉疼痛、關節痛等。
3. 日常生活中的障礙評估。

每份問卷皆徵求病患是否有意願接受本科安排之追蹤檢查，若願意則會安排適當時間來院作完整的心電圖、心肺功能、脊椎 X 光及理學檢查。其中理學檢查項目包括：肢體的肌力檢查、關節活動度、肢體的變形。並針對目前所使用之裝具、輔具的適合度，安排義肢裝具技師當場檢測諮詢。

每一病患的資料皆建立於微軟軟體中之 Access 內，利用其內含統計軟體作加總、平方根及因素分析

等，並藉此建立一資料庫，以作為病患日後追蹤治療之依據。

結 果

針對桃園地區的小兒麻痺病患作為本研究主要調查對象。在回收問卷中，有效問卷為 151 筆，在經過電話聯絡後，有意願至本院門診追蹤檢查病患有 56 人。所有問卷中男性 75 人，女性 76 人，平均年齡男性為 38.5 歲，女性為 38.8 歲(最大 59 歲，最小 27 歲)。上肢麻痺者 38 人，其中兩上肢都有不同程度麻痺的 14 人，下肢麻痺者較多共 125 人，其中兩側麻痺者共 65 人。教育程度為高中以下者 107 人，大專以上者計 33 人，其中含碩士 4 人。病患目前薪資在 30,000 元以下者為 75 人，30,000 元以上者為 33 人。已婚者有 95 人，未婚者則為 53 人。需要使用輔具者為 107 人，沒有使用輔具者為 43 人。使用輔具病患中，依序為長腿支架使用者 51 人，腋下拐杖使用者 48 人，必需靠輪椅活動者 21 人。病患於工作中常用的姿勢，以坐姿 113 人為最多，其次為站姿 48 人，需走動者 33 人。病患所使用的交通工具中，大部份以機車為主有 94 人，轎車代步者有 62 人，步行者則只有 21 人。目前居住的房

表 1. 各年度小兒麻痺患病人數、死亡人數及百分比一覽表

年(民國)	患病人數	死亡人數	百分比(%)
44	478	37	7.77
45	198	40	20.20
46	332	87	26.20
47	760	196	25.79
48	748	247	33.02
49	567	263	46.38
50	508	283	55.71
51	666	325	48.80
52	402	144	35.82
53	410	209	50.98
54	563	255	45.29
55	392	249	63.02
56	46	31	67.39
57	188	97	51.60
58	67	26	38.80
59	192	86	44.79

資料來源：行政院衛生署編印：衛生統計(公務統計)第 408 頁；民 80 年

子，透天者佔 76 人；公寓無電梯者佔 29 人，電梯大廈者佔 30 人。在回覆的問卷中，曾因小兒麻痺病症接受手術矯正治療者有 73 人，接受過復健治療者則有 87 人。其中在醫院接受復健治療的病患有 59 位，接受民俗療法復健治療者則有 26 位。對小兒麻痺的了解程度，不了解及部份了解者佔 134 人，能完全了解者只有 15 人（表 2）。

與小兒麻痺後期症候群相關的症狀中^[18-20]，包含肌肉無力、疲倦、疼痛、肌肉萎縮、對冷不適應、肌肉痙攣及肌肉不自主跳動等為小兒麻痺後期症候群，答問卷有 66 人（43.7%），回診追蹤者則有 40 人（72.7%）。病患主訴容易疲倦者約 96 人，有新的肌肉無力現象者有 82 人；其中發生在以往無力肢體上的有 17 人，發生在以往沒出現無力肢體上的亦有 17 人，而兩者肢體皆出現無力者為 33 人。此種肌肉無力出現會影響其日常生活者為 59 人，其中影響穿脫衣服 18 人，影響爬樓梯 39 人，影響走路 52 人等三項居多。新的肌肉疼痛出現者有 81 人，其中以上臂、大腿及腳等部位肌肉疼痛居多。新的關節疼痛出現則有 76 人，其中以下背、肩、腕、髕關節、膝關節及踝關節出現疼痛佔大部分（表 3、4）。值得注意的是，發病當中出現呼吸困難者只有 24 人，目前有感覺呼吸困難者卻有 48 人（表 2、4），其中於躺著睡覺時出現呼吸困難的有 11 人，於爬樓梯時出現呼吸困難者有 33 人，走路情況下出現呼吸困難者則有 20 人。而吞嚥方面出現問題者有 9 人，感覺身體肌肉有漸進性無力出現者 93 人，其中在以前發生過之部位出現無力者 35 人，非以前發生過之部位出現者為 14 人，兩者都有者 44 人。對冷不適應方面有 73 人有感覺，有肌肉萎縮出現者有 101 人，有肌肉痙攣現象出現者為 62 人；有肌肉不自主跳動現象發生者為 74 人。在回收問卷中，有 107 人願意配合來院接受門診追蹤檢查，但實際來院接受檢查者只有 56 位。

在來院接受門診追蹤檢查之 56 位病患當中，大部分都伴隨不同程度的脊椎側彎，其中以胸腰出現側彎者 18 人為最多，其次依序為雙彎曲 17 人，腰椎彎曲 14 人。骨骼變形方面，下肢外旋 20 人，骨盆傾斜 37 人，膝關節屈曲性攣縮 21 人，踝關節鬆弛 24 人，空凹足 15 人，扁平足 16 人，足外翻 11 人等項居多。

討 論

台灣地區人口密集，加上氣候溫暖、潮濕，易成為傳染病孕育的溫床^[4]。我國於近數十年來，社會經濟、文化之變遷與進步神速，在短短三、四十年中，

農村人口從近 70%，減少至低於 20%；都市人口從 30% 急增到 70%，以往鄉、鎮市區等地區之間同質性高。但目前因經濟、社會的發展，異質性日增。因此，人口移動率亦增加，戶籍所在地與實際居住所不同之比率亦隨之升高。所以，預防接種以戶籍地通知方式的接收率相對減少，造成防疫上之一大漏洞，且移動人口中，父母的教育程度較低或工作忙碌者，對於子女的預防注射接種與否難以明瞭，同時也不知道其重要性，接種之實際情況亦不清楚，再加上民衆的衛生習慣不好，以及環境衛生不好致病從口入，所以是造成此病症大流行的重要因素（以民國七十一年為例）。

從 151 筆問卷資料中，可以反應出當時的一些狀況。生活環境較優質的地方，嬰兒早期即暴露於小兒麻痺病毒環境下，並不是一個大問題，環境稍好的地方，病毒感染期有延後的趨勢，尤以六個月至一歲間；一歲至二歲間的年齡，其感染率較高。環境較好的地方，小兒麻痺不只是幼兒問題也是成人之問題。從問卷中發現，病患疾病發生之年齡在 0~3 歲者佔 134 人，3 歲以上佔 17 人。這表示病患所處的衛生環境大部份可能不好。再由病患的教育程度來看，高中以下的佔 107 人，其中國中以下即佔 60 人。另以目前的薪資所得來分析，收入在三萬以下的佔 75 人，這反應出當時社會對殘障人士並未給予適當的看待，生活環境和經濟等種種因素，皆可能影響他們受教育的意願，又加上父母的教育水準較差及需為生活奔忙，無暇顧及其它，致使他們受限更多。因此，所得的結果，他們必須以勞力來賺取日常生活所需。故他們工作中需要長久站、坐及走路的機率相對增加。另一方面，問卷中有 107 人願意來院檢查，但實際配合參與各項檢查的卻只有 56 人，一方面可能是因醫院檢查時間無法配合，另一方面則是病患為了謀生，非不得已不會到醫院，以免影響生計。

在回收問卷的 151 人中，曾接受過復健治療的有 87 人，未曾接受過復健治療的則有 58 人。而曾接受過復健治療的病患有 26 人是尋求民俗療法，在一般醫院接受復健治療的只有 59 人，約佔三分之二。雖然如此，但真正了解自己病因的只佔 15 人，而對小兒麻痺病因部分了解及不了解者卻佔了 134 人，這情況反應出我們的衛生教育及醫療資訊貧乏，以致病患不知道如何去保護自己。在目前居住的房子項目，住透天的有 76 人，且住透天的病患當中，有不少是兩下肢麻痺；每天皆需爬樓梯的亦不少，佔 83 人。交通工具的使用方面，5-10 年前尚有 42 人以走路為主，但目前只餘約二分之一，而以機車及轎車代步的人，卻有日漸增加趨勢，在運動量可能不足之情況下，體重增加

表 2. 小兒麻痺病患基本資料統計

性 別	男：75 人	女：76 人
平均年齡	男：38.5±5.71 歲	女：38.8±5.17 歲
婚姻狀況	已婚：95 人	未婚：53 人
教育程度	國小：18 人 國中：42 人 高中：47 人 大學以上：33 人	
目前薪資	二萬元以下：37 人 三萬至四萬元：18 人	二萬至三萬元：38 人 四萬元以上：15 人
對小兒麻痺了解程度	不了解：21 人 部分了解：113 人 完全了解：15 人	
發病時間	0-1 歲：54 人 1-2 歲：25 人 2-3 歲：55 人 3-4 歲：7 人 4 歲以上：11 人	
發病時是否有呼吸方面問題	有：24 人	無：85 人
發生功能障礙肢體	上肢：38 人	下肢：125 人
是否曾因此症接受手術	是：73 人	否：73 人
是否曾因此症接受復健	是：87 人	否：58 人
接受復健之種類	醫院：59 人	民俗療法：26 人
是否使用輔具	是：107 人	否：43 人
輔具種類	短腿支架：5 人 長腿支架：51 人 背架：5 人 手杖：16 人 前臂手杖：8 人 腋下拐杖：48 人 輪椅：21 人	
輔具是否有幫助	不可缺少：76 人 可有可無：20 人 沒有幫助：6 人	
工作時常用的姿勢	站姿：48 人 坐姿：113 人 走動：33 人	
是否因此症造成工作上困擾	是：92 人	否：34 人
居住房子	電梯大廈：30 人 透天厝：76 人 公寓：29 人 其它：6 人	
居家常需使用的動作	爬樓梯：83 人 走遠路：20 人 坐輪椅：16 人	
目前所使用交通工具	走路：21 人 機車：94 人 轎車：62 人	
5-10 年前所使用交通工具	走路：43 人 機車：87 人 轎車：23 人	

表 3. 小兒麻痺病患出現新改變之情況

	有	(以前發生部位	非以前發生部位	兩者皆有)	無
容易疲倦	96				29
肌肉無力	82	17	17	33	49
肌肉疼痛	81				50
關節疼痛	76				44

表 4. 小兒麻痺病患出現新症狀概況之統計

容易疲倦	有：96 人	無：29 人
肌肉無力	有：82 人	無：49 人
肌肉無力部位	手：41 人 腳：59 人 頸：6 人 腰：18 人 其它：1 人	
新肌肉無力發生於	以前發生過的肌肉：17 人 非以前發生過的肌肉：17 人	
	兩者皆有：33 人	
新肌肉無力對日常之影響	有：59 人	無：10 人
	穿脫衣服：18 人 煮飯：10 人 駕車：3 人 爬樓梯：39 人	
	燙衣服：4 人 跑步：13 人 走路：52 人 其它：5 人	
肌肉疼痛	有：81 人	無：50 人
肌肉疼痛部位	頸部：17 人 上背：16 人 下背：12 人 臀部：12 人	
	上臂：46 人 手腕：20 人 手部：15 人 大腿：40 人	
	小腿：25 人 腳部：35 人	
關節疼痛	有：76 人	無：44 人
關節疼痛部位	頸部：10 人 手部：12 人 上背：10 人 下背：14 人	
	肩部：35 人 肘部：17 人 腕部：23 人 手指：16 人	
	髖關節：31 人 膝關節：58 人 踝關節：24 人	
呼吸困難	有：48 人	無：91 人
何種情況下出現呼吸困難	躺著睡覺：11 人 坐著：4 人 走路：20 人 爬樓梯：33 人	
有否出現下列症狀	日常生活不能持久：20 人 早上起床頭痛：25 人	
	精神不安：17 人 易疲倦：81 人 易醒：28 人	
	睡不著：34 人 做惡夢：15 人	

的人不少，有 33 人，約佔 22%。種種的不良因素，若在考慮小兒麻痺後期病變成因之神經元病變，過度及不用萎縮中，以目前參與計畫之個案數和未蒐集其在生化方面之檢查，並不足以定論神經元病變之成因是否適用在本土的病人中？然而，我們相信衛生資源及資訊的不足，過度使用與不用是重要因素，有待進一步深入分析。

在小兒麻痺後期症狀方面，容易疲倦、肌肉無力、肌肉疼痛及關節疼痛的出現率都很高，與外國的報告相似。然肌肉無力會影響日常生活的，以爬樓梯、走路為多。而新的關節疼痛出現，則以上臂、腕、髖關節及膝關節較多，這是否與其居住環境或工作環境需要久坐有關。本文中並未對病人的職業有詳細調查，也許這值得我們再追蹤調查，這是否是關節使用過度，致發生退化性疼痛。

在所有回收問卷中，祇有 24 位於初期發病時，曾

伴隨呼吸困難出現。其中回院參與追蹤檢查者有 11 位，大部分的心電圖檢查報告皆正常，只有一位出現陳舊性心肌梗塞；而肺功能檢查皆為正常，這與衛生署報告高死亡率似乎相應，是否表示以當時衛生環境不良的情況下，病毒侵犯延髓或腦幹併發呼吸症狀，致大部份病患已死亡，能存活的皆是呼吸併發症狀較輕或只是肢體受到侵犯的。目前有感覺呼吸困難者卻有 48 人，其中於躺著睡覺時，出現呼吸困難的有 11 人，所以目前感覺有呼吸困難之病患，為何有種種不適，其原因值得我們探討。

在這次訪查中，唯一感到困難的是病患因工作關係及來院的不方便，且需跨科檢查安排不易，許多檢查無法於同一日完成，所以雖然有 105 人願意配合參與，卻只來了 56 位，故此得到的資料只能作為初步結果探討。期望在日後繼續追蹤個案，得到本土的經驗，以利與其它國家作比較，並且藉此建立資料庫，

對以後病患疾病的追蹤及提供日後復健治療方向皆有所助益，並因而增進病患之生活品質。

結 論

本研究以桃園地區小兒麻痺後期症候群之探討，發現在桃園地區的小兒麻痺病患很少有呼吸方面的問題。且在來院檢查的病患中，雖然有脊柱側彎情形發生，但呼吸功能檢查正常的人不少，是否因個案數太少所致，值得進一步探討。而病患絕大部份不太瞭解其本身之疾病及後期症候群之發生，因此對於日常生活中應注意的事項及預防工作顯然不足，有待相關醫療單位提供更切實際的加強教育及追蹤治療，以防患未然。

誌 謝

感謝杜玲玲小姐之協助，使本研究得以順利完成。本研究係由行政院衛生署桃園醫院醫療科技研究計劃資助。

參考文獻

1. Salk JE. Studies in human subjects on active immunization against poliomyelitis. JAMA 1953;151:1081.
2. Sabin AB. Oral poliovirus vaccine. History of its development and prospects, Eradication of poliomyelitis. JAMA 1965;194:872.
3. 張春蘭：七十一年臺灣小兒麻痺症流行的空間差異。國立臺灣大學理學院地理學系研究報告 1985；11：215-38。
4. Hsu ST, Lin SY. Poliomyelitis on Taiwan. JFMA 1971;70:5-14.
5. 簡好琪：小兒麻痺症早期的物理治療與追蹤報告。中華物理治療 1983；8：51-6。
6. Grimby G, Einarsson G. Post-polio management. CRC Crit Rev Phys Med Rehabil 1991;2:189-200.
7. Fillyaw MU, Badger GD, Goodwin WG, et al. The effects of long-term non-fatiguing resistance exercise in subjects with post-polio syndrome. Orthopedics 1991;14:1253-6.
8. Jones DR, Speier J, Canineck K, et al. Cardiorespiratory responses to aerobic training by patient with post-poliomyelitis sequelae. JAMA 1989;261:3255-8.
9. Halstead LS, Rossi CD. Post-polio syndrome: clinical experience with 132 consecutive outpatients. In: Halstead LS, Wiethers DO, editors. Research and clinical aspects of the late effects of poliomyelitis. White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation. 1987. p.13-26.
10. Willen C, Grimby G. Pain, physical activity, and disability in individuals with late effects of polio. Arch Phys Med Rehabil 1998;79:915-9.
11. Ramlow J, Alexander M, LaPorte R, et al. Epidemiology of the post-polio syndrome. Am J Epidemiol 1992; 136:769-86.
12. Aston JW Jr. Post-polio syndrome. An emerging threat to polio survivors. Postgrad Med 1992;92:249-60.
13. Dean E. Clinical decision making in the management of the late sequelae of poliomyelitis. Phys Ther 1991; 71:752-61.
14. Cosgrove JL, Alexander MA, Kitts EL, et al. Late effects of poliomyelitis. Arch Phys Med Rehabil 1987; 68:4-7.
15. Gawne CA, Halstead LS. Post-polio syndrome: pathophysiology and clinical management. Crit Rev Phys Rehabil Med 1995;7:147-88.
16. Gandevia SC, Allen GM, Middleton J. Post-polio syndrome: Assessments, pathophysiology and progression. Disabil Rehabil 2000;22:38-42.
17. Spector SA, Gordon PL, Feverstein IM, et al. Strength gain without muscle injury after strength training in patients with post-polio muscular atrophy. Muscle Nerve 1996;19:1282-90.
18. Trojan DA, Cashman NR, Shapiro S, et al. Predictive factors for post-poliomyelitis syndrome. Arch Phys Med Rehabil 1994;75:770-7.
19. Agre JC, Rodriguez AA, Tafel JA. Late effects of polio: critical review of the literature on neuromuscular function. Arch Phys Med Rehabil 1991;72:923-31.
20. Jubert B, Drucker J. Post-polio syndrome: an update. Semin Neurol 1993;13:282-90.

The Study of Post-Polio Syndrome in Tao-Yuan Area

Yau-Wai Wai, Wai-Keung Lee, Ying-Po Hsu, Tsai-Ching Yip

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Tao-Yuan General Hospital,
Department of Health, Executive Yuan, Taoyuan.

This study aims to investigate the disease process, living environment, physical condition, and current problems of the patients with poliomyelitis in Tao-yuan area. Through a total 151 responses and 55 patients coming to the hospital for follow up, a data base was established to determine the impacts of the direct and indirect factors, including social environment, poor medical resources and lack of public health education. Unfortunately, the number of patients who showed up for further check up is unsatisfactory in schedule due to lack of convenient transportation. However, the data collection of this study would be sufficient for long term follow ups and investigations to find out whether poliomyelitis patients in Taiwan differed from patients in other countries by comparing their environments and public health service delivery modes. The data base can also help us to understand patients' needs so that we can draw up appropriate medical health policies and promote patients' quality of life. (J Rehab Med Assoc ROC 2001; 29(3): 115 - 121)

Key words: poliomyelitis, postpolio syndrome, activities of daily living, quality of life

Address correspondence to: Dr. Wai-Keung Lee, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Tao-Yuan General Hospital, Department of Health, Executive Yuan, No. 1492, Chung Shan Street, Tao-Yuan City 330, Taiwan.

Tel : (03) 3699721 ext 4107 Fax : (03) 3699721 ext 2335