

· 学术争鸣 ·

对“进言”的回复

简志宏

非常感谢孙教授对拙作的关注! 针对“进言”所提问题, 现回答如下。

在课题设计之初, 就如何实施亚低温困扰着我。之所以如此设计, 是基于如下考虑: ①当初也考虑到如大多数文献一样在脑损伤之后某时间点开始亚低温, 但发现从开始降温到达到所要求的亚低温水平需要一个“时间窗”, 因为亚低温的实现需要一个降温过程。譬如: 文献报告“伤后 1 小时亚低温组”, 我认为应是“伤后 $(1+x)$ 小时亚低温组”, 这 x 即为降温的时间窗, 只有在 $1+x$ 小时后才能达到所要求的亚低温水平, 发挥亚低温的保护效应。而在这 x 小时内脑损伤可能在继续。②在脑损伤中, 治疗的重点是继发性脑损伤, 脑水肿在继发性脑损伤中占有

重要的一席之地。外伤性脑水肿是混合型的, 主要是血管源性水肿, 也包含细胞性水肿。在创伤性脑水肿之初主要是以血管源性脑水肿为主, 后期合并细胞毒性脑水肿, 因此在损伤的后期可能存在一个加速损伤的过程。③在进行缺血性脑损伤缺血期亚低温保护的研究时, 是在缺血前进行亚低温处理。本实验分为常温损伤和亚低温损伤两组, 试图了解在两种不同温度条件下创伤性脑水肿与 NO 的进程, 以期了解亚低温对两者的影响和保护效应, 两实验组间条件具有对等性且也符合实验组时间上的语义性。

孙教授的质疑和建议让我重新思考我的实验设计, 也增进了我的科研思维。对我们年轻的科研工作者是鞭策也是鼓励。

(修回日期: 2007-04-20)

(本文编辑: 熊芝兰)

作者单位: 430060 武汉, 武汉大学人民医院神经外科

· 短篇论著 ·

手法复位治疗骶髂关节半脱位 80 例临床观察

王驰 岳翔 赵强

骶髂关节半脱位是临床上引起腰腿痛的常见疾患之一, 由于患者可出现坐骨神经刺激症状, 故常被误诊、误治。近年来我院针对此类患者及时采用手法推拿复位治疗, 取得了满意疗效。现将有关结果报道如下。

一、资料与方法

共选取门诊骶髂关节半脱位患者 80 例, 其入选标准如下: ①主诉包括下背部一侧局限性疼痛、站立或行走时疼痛加剧、腰部活动功能明显受限、腰骶部或骶髂部疼痛、牵涉臀部及大腿后侧疼痛; ②骶髂关节局部明显压痛及叩击痛, 部分患者患侧骶髂关节肿胀; ③触诊发现疼痛侧足跟上移变短为后错位, 反之下移变长为前错位; 触诊髂后上棘发现患侧髂后上棘前上移并有压痛, 为前错位, 反之为后错位; 触诊髂前上棘发现患者在仰卧位时, 疼痛侧髂前上棘上移为骶髂关节后错位, 反之下移为前错位; ④骨盆分离试验、骨盆挤压试验、“4”

字试验阳性; ⑤骨盆 X 线正位片示两侧髂嵴连线倾斜, 患侧髂嵴高为前错位, 反之为后错位^[1,2]。上述入选患者多有外伤、劳损或产后病史, 其中男 34 例, 女 46 例; 年龄 15~62 岁, 平均 36.5 岁; 前半脱位 52 例, 后半脱位 28 例; 病程 1 d~2 年; 查体发现共有 65 例患者骶髂关节部位明显压痛, 43 例耻骨联合处轻度压痛, 55 例骨盆挤压、分离试验、“4”字试验、盖氏试验及髋关节外展抗阻试验均为阳性; 其中有 18 例曾误诊为腰椎间盘突出症, 9 例误诊为臀上皮神经损伤, 4 例误诊为梨状肌综合征及腰椎间盘突出症。根据患者发病急缓将其划分为急性发病组 (56 例) 及缓慢发病组 (24 例)。

治疗时 2 组患者均取俯卧位, 医者先用滚法于患者骶、腰、臀部治疗, 按揉次髂、环跳、大肠俞、关元俞诸穴, 以舒筋解痉、活血止痛、便于复位操作。嘱患者取仰卧位, 医者将患侧踝部夹于腋下, 并用手托住其小腿后侧, 另一手按压患肢髌骨上方, 然后医者用两手将患侧踝部向后拔伸牵引 1~2 min。如为旋前半脱位者, 以屈髋伸膝法整复, 即令患者取仰卧位, 医者立于患侧, 一手扶住患侧膝部, 另一手用力屈曲患肢膝髌

作者单位: 430030 武汉, 华中科技大学同济医学院附属同济医院康复医学科