

· 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

关节至最大限度位,然后再嘱患者屈髋快速伸直膝关节并向上拔伸,利用大腿后部肌肉的张力牵拉髌骨向后旋转复位。如为旋后半脱位者,则以下肢后伸法整复,即令患者俯卧,术者立于患侧,以一手用力按住患侧髌髻部,另一手托住膝前部,两手相对用力将下肢后伸至最大限度位,再稍用力作骤然拔动,利用大腿前方肌肉的张力牵拉髌骨向前旋转复位。2 组患者除进行上述手法复位外,还同时给予下列辅助治疗,包括:①局部热敷、理疗;②急性发作期间歇佩戴腰带固定;③进行适量体育锻炼(以锻炼腰背肌为主)等。

本研究患者治愈标准如下:治疗后疼痛明显减轻,髌髻关节压痛消失或减轻,腰部活动功能恢复正常,双足跟触诊发现双足跟等长。

二、结果

急性发病组 56 例患者中,经 1 次手法复位成功 32 例,占 57.14%;经 3~6 次(每天 1 次)手法复位成功 24 例,占 42.86%。缓慢发病组 24 例患者中,经 1 次手法复位成功 1 例,占 4.17%,经 6~12 次(每天 1 次)手法复位成功 20 例,占 83.33%,经 2 个月手法复位成功 3 例,占 12.5%。

三、讨论

髌髻关节半脱位的病理基础是腰髌部肌肉疲劳,导致固定韧带松弛、弹性降低,关节不稳定及肌肉运动不协调,髌髻关节稳定性下降;当一侧肢体处于伸髋屈膝位或屈髋伸膝位时,附着于髌前下棘的股四头肌或附着于坐骨结节的腘绳肌受力紧张,致使一侧髌骨向前或向后旋转,再被增高的关节负压吸入并使滑膜嵌顿,从而形成髌髻关节的前或后半脱位。

临床上髌髻关节半脱位容易被误诊,究其原因主要是对该症的认识及重视程度不够。尽管人体髌髻关节解剖结构较稳固、骨盆关节周围又有坚强的韧带组织保护,一般的外力作用很难引起髌髻关节半脱位;但实际上髌髻关节各关节面上均存在软骨组织,而且还有滑膜附着,相关研究也发现该关节存在少许旋转及上下前后等方向的运动,故称之为微动关节^[3]。当患者髌髻关节稳固性减弱后,可因体位姿势不正、肌

肉平衡失调、突然扭转腰部等引发该关节半脱位。由于髌髻关节面原本凹凸不平,脱位后处于交错状态,同时一部分韧带受牵拉作用而损伤,故引起患者局部及下肢部位疼痛,当脱位关节复位后症状可立即缓解。据相关文献报道,在一项以 187 例髌髻关节半脱位患者为治疗对象的临床研究中,发现手法按摩复位是目前最有效的治疗措施之一^[4]。通过手法复位治疗,不仅能放松、协调腰髌部肌肉韧带,而且还能造成髌髻关节微动,调整髌骨内、外旋方向的微小偏差,从而促使其复位。急性发病患者由于发病急、症状重,故一般能早期明确诊断并及时给予治疗,其疗程较短,如本研究中急性发病组患者 1 次手法复位成功治愈率为 57.14%;而缓慢发病患者由于病程长、症状相对较轻、容易误诊等原因,从而导致其关节滑膜嵌顿时间较长,局部肌肉、韧带组织粘连,容易错过最佳治疗时机,如本研究缓慢发病组仅有 4.17% 的患者经 1 次手法复位成功,有 95.83% 的患者需反复治疗多次后才能治愈,且该类患者前期治疗要以放松手法为主,以帮助其局部软组织恢复功能,然后再给予手法复位治疗,其疗程一般相对较长;另外由于该症容易复发,患者可通过体育锻炼来增强其腰髌部肌力、韧带弹性,以提高肌力及肌肉运动协调性,同时还应尽可能避免过长时间的伏案工作。

参 考 文 献

- [1] 韦贵康,张志刚. 中国手法诊治大全. 北京:中国中医药出版社, 2001:459.
- [2] 钟士元. 脊柱相关疾病治疗学. 广州:广东科技出版社,2003:68-70.
- [3] 华丰. 实用脊柱外科学. 上海:上海科学技术出版社,1990:130-135.
- [4] 郝养平. 手法复位治疗髌髻关节半脱位 178 例. 陕西中医学院学报,1999:35-40.

(修回日期:2007-04-20)

(本文编辑:易 浩)

《中华物理医学与康复杂志》2007 年第 6 期“继续教育园地”答题卡

(该答题卡复印有效)

姓 名	_____	1.	A	B	C	D
性 别	_____	2.	A	B	C	D
职 称	_____	3.	A	B	C	D
工作单位	_____	4.	A	B	C	D
联系电话	_____	5.	A	B	C	D
地 址	_____					
邮 编	_____					

答题卡请寄: 430030 武汉市解放大道 1095 号同济医院《中华物理医学与康复杂志》编辑部收