

中药耳聋方治疗突发性聋的初步研究

——附 152 例疗效对比分析

耳鼻咽喉科 孙爱华 江德胜 张锦方
第二军医大学附属长海医院
实验科 张义声 伏少华 崔 义

突发性聋是一较常见的特殊类型的感觉神经性聋,起病急骤,来势凶猛,为耳科急症。对本病的病因及治疗,国内外文献报道颇多,但其病因不明,影响预后的因素较多,治疗意见分歧,尚无公认的有效疗法。在探讨中西医结合治疗感觉神经性聋的过程中,作者注意到应用中药耳聋方为主,辅用西药铁剂,治疗突发性聋疗效较好⁽¹⁾。近几年,我们选择突发性聋作为研究中西医结合治疗感觉神经性聋的重点,对病程、初诊听阈曲线型等进行适当分层及随机分组治疗观察。兹将 5 年来资料完整并经随访的 152 例分析报告如下。

研究对象和方法

一、诊断标准

参照日本突发性聋研究会 1973 年制定的标准⁽²⁾。主要症状:(1)突然耳聋,发生于晨起、睡眠中或工作中,患者能准确说出发生耳聋的时间及当时情况;(2)重度感觉神经性聋,实际上不一定是重度;(3)原因不明或不确切。次要症状:(1)耳聋前后多有耳鸣发生;(2)耳聋前后有些患者有眩晕、恶心、呕吐症状,其特点为眩晕无反复发作史。

本组病例均经临床及 Amplivox 型纯音听力计(国际听力零级标准),并行 1~3 项客观测听(声阻抗、耳后肌反应、脑干诱发电位测听或耳蜗电图等)检查,排除精神性聋或中耳病变而确诊。

二、病例分析

1. 一般资料:152 例患者中,男 103 例,女 49 例。年龄 20 岁以下 4 例,21~30 岁 17

例,31~40 岁 46 例,41~50 岁 22 例,51~60 岁 38 例,60 岁以上 25 例。病程 1 周以内 34 例,8~14 天 21 例,15~30 天 25 例,1~3 月 27 例,3 月以上 45 例。单侧耳聋 133 例,双侧耳聋 19 例。伴眩晕 104 例,无眩晕者 48 例。

2. 耳聋程度:以国际标准化组织(ISO)1964 年公布的耳聋等级为标准,属轻度聋 5 例,中度聋 6 例,中重度聋 17 例,重度聋 71 例,深度聋 53 例。

3. 初诊听阈曲线型:上升型 5 例,峰型 3 例,平坦型 35 例,谷型 29 例,下降型 42 例,全聋 38 例。

4. 前庭功能检查:经 Hallpike 冷热试验法、小量冰水法、直流电试验或眼震电图检查,诊为患侧半规管轻瘫 39 例,对侧优势偏向 4 例,联合型 2 例,前庭反应正常者 107 例。

5. 客观测听检查:(1)声阻抗测听 127 例,全部病例鼓室压测量诸参数均在正常范围内,镫骨肌声反射消失者 42 例,反射阈升高 79 例,正常 6 例;(2)耳后肌反应测试 42 例,反应存在者 21 例,消失者 21 例;(3)脑干诱发电位测听 22 例:1~V 波消失者 11 例,V 波消失者 2 例,正常者 9 例;(4)作耳蜗电图 2 例:CM 消失者 1 例,正常者 1 例。

三、治疗分组和方法

为探讨中西医结合疗法作用机理,对中药耳聋方剂与西药铁剂的关系作出客观评价,本工作设计分阶段、分层、随机分组法进行观察。治疗前先对患者的病程、年龄、有无眩晕及初诊听阈曲线型等进行适当分层,再按治疗开始

时间先后顺序随机分组

1. 第一阶段 (1977年11月~1981年6月) 研究分组:

(1) 单用中药组: 30例。中药以耳聋基本方剂⁽¹⁾为主拟定, 简称耳聋方: 磁石 60克, 葛根 45~60克, 骨碎补 30~60克, 山药 30克, 白芍 15克, 川芎 15克, 石菖蒲 9克, 酒大黄 1.5~18克, 甘草 12克, 大枣 15克。每日 1剂, 水煎 2次, 分 2次口服。随证加减: 肾精亏损者加女贞子、枸杞子等; 肝气郁结者加钩藤、菊花等; 肝火上扰者加龙胆草、黄芩、车前子等; 脾胃虚弱者加党参、黄精等。无论辨证为哪一类型, 初诊时酒大黄用量概为 6克, 其后视服药反应酌情增减, 大便仍燥结不畅者改用 9、12、15 或 18克, 大便溏薄、胃脘疼痛者改用 3克或 1.5克。

(2) 中药为主组 (即中西药合用组, 下同): 62例。中药主方及加减同单用中药组。西药辅助治疗: 硫酸亚铁 0.6克、维生素 B₆ 10毫克、维生素 C 0.25克、复方磷酸酯酶片 100毫克, 每日各 3次; 2%利多卡因注射液 5毫升, 静脉注射或加入 10%葡萄糖注射液中静脉滴注, 每日 1次, 每周连用 4天, 或 10%葡萄糖酸钙 10毫升, 静脉注射, 每日 1次, 每周连用 3天。

2. 第二阶段 (1981年6月~1983年7月) 研究分组:

(1) 中药为主组: 30例。中药主方及加减同第一阶段单用中药组。西药辅助治疗同第一阶段中药为主组, 病程 2周以内者加用地塞米松 0.75毫克。每日 1~3次, 连用 7~20天, 总剂量不超过 15毫克。

(2) 西药对照组: 30例。维生素 B₁₂注射液 100微克, 肌肉注射, 每日 1次; 维生素 B₆ 10毫克、维生素 C 0.25克、维生素 E 10~20毫克、烟酸 0.1~0.2克, 每日各 3次; 硫酸亚铁 0.6克, 每日 3次。病程 2周以内者加用地塞米松 0.75毫克, 每日 3次。

本文 152例中, 住院治疗 33例, 门诊治疗 119例。各组病例治疗期限最短 20天, 最长 100天, 平均 39天。各例治疗中听力测试由

固定专人在隔音室内进行, 测试条件相同。初诊即日及治疗结束的 3日内各测试纯音听力一次, 以求听力准确无误。治疗中 7~20天复查听力一次。治疗后均经 1月至 5年以上的随访观察。

治疗结果和分析

一、疗效标准⁽³⁾

1. 痊愈: 治疗后听力逐渐恢复, 耳鸣逐渐减轻以至消失, 全频率听阈曲线逐渐上升至正常范围或与健侧相近似。

2. 显效: 全频率听阈曲线较治疗前回升超过 30分贝或进入实用听区, 主观症状明显好转。

3. 进步: 听阈曲线的多数频率回升 15~30分贝, 主观症状也好转。

4. 无效: 听阈曲线的多数频率较治疗前上升不足 15分贝, 不论主观症状是否好转, 均作无效论。

二、治疗结果

从表 1 看出, 在第二阶段研究中, 中药为主辅用西药治疗的总有效率 (87.1%) 虽较单用中药治疗者 (70%) 者高, 但经统计学处理无显著性差异 ($\chi^2=2.87$, $P>0.05$)。在第二阶段研究中, 中药为主组的总有效率为 86.7%, 而西药对照组仅 23.3%, 经 χ^2 检验, 两组总有效率比较以及两组疗效百分比分布均有非常显著性差异 ($P<0.001$)。

表 1 两个阶段研究中各组疗效比较

疗 效	第 一 阶 段		第 二 阶 段	
	单用中药组 (30例)	中药为主组 (62例)	中药为主组 (30例)	西药对照组 (30例)
痊 愈	5(16.6)	12(19.3)	6(20.0)	2(6.7)
显 效	8(26.7)	21(33.9)	10(33.3)	1(3.3)
进 步	8(26.7)	21(33.9)	10(33.3)	4(13.3)
无 效	9(30.0)	8(12.9)	4(13.3)	23(76.7)

注: 表内数字为例数(%)

三、疗效分析

1. 病程: 病程短者, 疗效较好。病程在 1个月以内者, 中药为主组、单用中药组和西药对照组治疗有效率依次是 93.3% (45/48例)、

82.4%(14/17例)和33.3%(5/15例);病程在1~3个月者依次是93.3%(14/15例)、80.0%(4/5例)和28.6%(2/7例);病程在3个月以上者依次是72.4%(21/29例)、37.5%(3/8例)和0%(西药对照组8例均无效)。

2. 年龄:60岁以上的老年患者疗效较差,有效率仅44%(11/25例),50岁以下者为76.4%(68/89例),前者明显低于后者($\chi^2=8.17$, $P<0.01$),听力恢复期也长于后者。

3. 耳聋程度:一般认为,听阈曲线各频率损失越少,疗效越高,全聋者很难治愈。但本组病例没有观察到耳聋程度对疗效的影响,重度或深度聋患者与轻度或中度聋的治疗有效率相近,无显著性差异。

4. 初听听阈曲线类型:下降型听阈曲线者疗效较差,治疗有效率及显效率分别为40.5%(17/42例)和21.4%(9/42例),明显低于本组病例总有效率71.1%(108/152例)和总显效率42.8%(65/152例),经统计学处理,差异非常显著($P<0.001$ 和 $P<0.05$);上升型、峰型、平坦型、谷型及全聋者,彼此间疗效无显著差异。

5. 前庭功能:前庭系统的功能状态与疗效有关。患侧半规管轻瘫者有效率为48.7%(19/39例),前庭反应正常者为77.6%(83/107例),两者差异显著($\chi^2=9.97$, $P<0.01$),前者疗程也长于后者。

6. 治疗前后血清铁变化:治疗后血清铁含量升高与否对疗效有明显影响。本文在以往研究的基础上^(4,1),进一步观察病程在3个月以内的87例患者,治疗前后血清铁含量的变化。从表2可见,各组治疗有效病例治疗后血清铁含量均呈升高趋势,其中单用中药组和中药为主组治疗前后差数均有统计学意义,且两组血清铁上升水平平均较西药对照组明显升高;而治疗无效病例,治疗前后各组血清铁含量没有明显变化。

随机选择中药为主组疗程在20天以上的患者30例(治疗有效20例,治疗无效10例),进行治疗前后血清铁水平生理节律性波动测

定,测定方法见前文⁽⁴⁾。如表3所示,30例被检测者治疗前上午9时和下午17时测定的平均值分别为109.18微克%和103.02微克%,两者无明显差异($P>0.05$);治疗有效者和治疗无效者治疗后上午9时平均测定值分别为140.79微克%和111.88微克%,下午17时平均测定值分别为114.35微克%和110.76微克%。治疗有效者测定值接近正常人⁽⁴⁾,上午和下午两次测定值有显著性差异($P<0.001$)。

表2 各组患者治疗前后血清铁(微克%)变化比较

组别	治疗有效例	治疗无效例
中药为主组	110.28~138.96 28.68±21.34* [△] (10)	112.04~110.01 -2.03±3.00(8)
单用中药组	107.34~144.27 36.93±25.18** ^{△△} (41)	108.57~113.29 4.72±9.88(11)
西药对照组	109.87~119.32 9.45±20.97(6)	110.13~114.02 3.89±10.35(11)

注:表中数据上行为治疗前均值~治疗后均值;下行为治疗前后平均差值±标准差。* 治疗前后自身比较 $P<0.01$; ** 治疗前后自身比较 $P<0.001$ 。△ 与西药对照组比较 $P<0.05$; △△ 与西药对照组比较 $P<0.01$

表3 治疗前后血清铁水平生理节律性波动测定

检测对象	例数	上午9时测定值 (均值±标准差)	下午17时测定值 (均值±标准差)
治疗前病例	30	109.18±25.13	103.02±21.44
治疗后有效例	20	140.79±24.25* [△]	114.35±19.63
治疗后无效例	10	111.88±18.94	110.76±20.51

* 与治疗前上午9时测定值比较 $P<0.01$;

△ 与治疗下午17时测定值比较 $P<0.001$

四、逐步回归分析

为找出影响疗效的主要因素,应用SHARP PC-1211型电子计算机对上述资料进行逐步回归分析。共采用7个影响因子: X_1 为病程, X_2 为年龄, X_3 为有无眩晕, X_4 为前庭功能, X_5 为耳聋程度, X_6 为初听听阈曲线型, X_7 为治疗前后血清铁变化。计算结果如下:

回归方程: $Y=0.0001007X_1+0.0000882X_6+0.0000794X_7-0.5437781$

复相关系数 $R=0.34$; 最优影响因子是病

程、初听阈曲线型和治疗前后血清铁变化；显著性水平 $F=2.5$ 。

回归方程所选定的三个最优影响因素，与前面系统分析的特征比较，基本一致。值得注意的是，年龄及前庭功能等在前述单因素分析时有明显影响，逐步回归分析中却不显著。

五、长期随诊研究

对听阈曲线固定、治疗结束后的患者共74例（中药为主组49例、单用中药组15例、西药对照组10例）进行长期随诊研究，最短6个月，最长5年零3个月，平均2年8个月。随诊内容有纯音听力测试（2~12个月复查1次）、自觉症状变化，以及病情复发调查等。随诊期间，患耳纯音听力下降超过15分贝者，中药为主组4例（8.2%），单用中药组1例（6.7%），西药对照组3例（30%）；健耳听力下降超过15分贝或患突发性聋者，中药为主组2例（4.1%），西药对照组2例（20%）；患耳病情复发者，中药为主组2例（4.1%），西药对照组1例（10%）；纯音听阈曲线波动在15分贝以内者，中药为主组43例（87.8%），单用中药组13例（86.7%），西药对照组7例（70%）。84例患者中，自觉患耳仍存在不同程度耳鸣的47例，占56%；眩晕症状未完全消失者1例，占1.2%。

讨 论

一、国内外对本病的研究现状

自六十年代以来，对本病的病因、诊断和治疗，日益引起国内外学者的广泛重视，成为当代耳聋研究的重点课题之一。国外关于突发性聋病因的说法很多，大致可分为病毒感染、血液循环障碍、血管纹机能不良和迷路窗膜破裂等四类。由于观察的角度不同，作者的特殊兴趣不同，各自的结论也不同，故真正病因并不清楚。许多学者习惯上将突发性聋分为病因已知和病因不明两类，更造成诊断概念上的混乱，使一些文献资料失去可比性。因此，统一诊断标准成为人们关心的问题。在这方面，日本突发性聋研究会规定的定义，已获得多数学

者同意。目前应用最广泛的药物有血管扩张剂、B族维生素、抗凝剂、激素、低分子右旋糖酐等，但均未被证实其有效性^(5,6)。国内对突发性聋的研究主要侧重于治疗探讨，葛根、丹参、高压氧等各种疗法都有一定疗效，但都不够理想^(3,7)。为解决这一难题，世界各国都在对本病进行多方面研究，积极寻求比较有效的新疗法。在这方面，中医中药为我们寻求治疗本病的有效疗法开辟了新的途径。

二、祖国医学对突发性聋的认识

突发性聋属祖国医学的耳聋证范畴。本病的发生，中医认为每与肾阴不足、肾气亏损、肝阳亢逆、脾胃虚弱、心肾两虚、气滞血瘀等因素有关。如肾阴不足，耳窍失其滋养，五脏虚火内动，上壅耳窍；肾气亏损，无以上输于耳，耳脉经气不充；肝阳亢逆，壅于经脉，扰于清窍；脾胃或心肾虚惫，中气或精气不足，不能上达于耳；气滞血瘀，痹阻脉络，气血难达于耳，等等，均可导致耳聋发生。故徐评叶氏《临证指南医案》有曰：盖耳为清空之窍，清阳交会流行之所，一受风热火郁之邪，与水衰火实，肾虚气厥者，皆能失聪。

关于治疗原则，叶天士认为：“耳聋之法多端，然大段不过清上镇下二条。”“使清静灵明之气上走空窍，而听斯聪矣”⁽⁸⁾。我们在继承祖国医学的基础上，汲取现代医学研究成果，通过临床实践，提出了中西医结合新疗法，已取得初步成效⁽¹⁾。但尚需进一步从临床、实验和理论上探讨治疗机理，扩大应用，提高疗效，使之趋于完善。

三、关于评价疗效的几个问题

国内外文献对如何评价突发性聋治疗效果报道不一，分歧意见很大。现结合本文研究结果，就评价疗效的有关问题略加讨论和探讨。

1. 听力的自然恢复率：这是评价疗效应考虑的一个重要而复杂的因素。文献上对听力自然恢复率估计很不一致。Mattox等⁽⁹⁾统计，65%的患者听力能自行恢复到应用水平；Paparella⁽¹⁰⁾称可达80%左右，而三宅弘报

告⁽¹¹⁾仅 3.4%; Yanagita 等⁽¹²⁾ 观察病程 14 天以内的突发性聋患者 96 例, 没有 1 例听力恢复正常。本文西药对照组 30 例, 治疗有效率 23.3%, 故可有把握地推测本组病例的自然恢复率必然低于 23.3%。必须指出, 文献所提及自然恢复率均未列举听力变化标准, 甚至仅仅是经验估计值; 几乎没有不经任何治疗, 详细随访研究的报告⁽¹¹⁾。因此, 多数学者仍同意这样的观点: 突发性聋虽有自然恢复可能, 但为数甚少, 即使恢复, 大都在 30 天内听力固定不变⁽²⁾。

2. 关于听力变化的综合估价: 现代听力学检查法包括纯音、语言、声阻抗及各种电反应测听法等。一般常以纯音测听结果作为估价听力变化的标准, 属主观指标。我们认为, 虽大多数情况下的纯音测听结果比较可靠, 但突发性聋病程初期听力波动度大, 值得注意。我们曾观察病程 14 天以内未经系统治疗的患者 22 例, 发现 12 例听力日波动范围超过 15 分贝, 以疗效标准评定这种变化, 6 例好转, 6 例恶化。可见将治前数日的测听结果作为基准听力缺乏科学性和说服力; 惟以治疗即日与治后 3 日内测听结果的基本重合为准, 可信度较高。本文各次研究以此为指导思想, 结合声阻抗、耳后肌反应或脑干诱发电位测听等客观指标对听力变化综合估价, 获得有意义的结果。镫骨肌声反射消失者 42 例, 治疗后获痊愈或显效者 24 例, 复查 19 例, 17 例阈值达到正常范围, 从而从客观上肯定了主观疗效。因镫骨肌声反射测定对于鉴别耳聋性质和病变部位的定性作用已被肯定⁽¹⁵⁾, 故上述结果提示, 这些患者病变部位在内耳, 治后聋耳听力从无到有, 显著恢复。上述情况似可说明, 主观测听结合客观测听测试结果分析, 基本可排除主观因素对疗效分析的影响。

3. 疗效标准: 这是评价疗效的关键。我们认为, 评定疗效标准不一, 是造成上述差异的主要原因之一。由于国际上尚无统一疗效标准, 国内外作者多自拟标准, 痊愈和有效等概念各异。如部分文献报告的痊愈标准为听力上

升到实用范围⁽⁷⁾, 250~4000 Hz 五个频率听阈平均值在 22 分贝以内⁽¹³⁾, 语言频率听力上升至 20 分贝以内^(7,11), 语言频率达到 10 分贝⁽⁶⁾; 以及本文采用的北京市耳鼻喉科研究所听力组制定的标准, 其有效(好转)标准为 250~4000 Hz 较治疗前提高 10 分贝以上^(11,14), 500~2000 Hz 听力上升 15~30 分贝⁽⁷⁾, 听阈曲线的多数频率回升 15~30 分贝⁽³⁾, 等等。一般认为, 10 分贝以内的听阈曲线变化意义不大; 若受试者在情绪不稳或极度疲劳时, 听阈波动可达 10~15 分贝。我们曾观察 100 例治后 1 月~3 年以上的感觉神经性聋患者的听阈曲线变化, 其结果 83 例在 10 分贝以内, 15 例波动 10~15 分贝, 2 例达 25 分贝, 证实了上述观点。评价疗效是一个严肃的科学问题, 痊愈或有效标准宜从严掌握, 避免把功能性听力波动划入有效范围, 造成虚假的高有效率。因此, 我们认为, 北京市耳鼻喉科研究所听力组(1973)制定的标准评价疗效比较可靠。

四、对中西医结合疗法作用机理的初步认识

突发性聋的病因不明, 学说很多。我们曾对肾虚及无肾虚的感觉神经性聋患者进行研究⁽⁴⁾, 发现突发性聋以肾虚型居多, 血清铁含量较正常人明显降低, 以从肾治疗为着眼点, 重用含铁量很高的磁石以及西药铁剂治疗突发性聋, 疗效比较满意⁽¹⁾。本文的研究结果也均提示, 肾虚引起的铁代谢障碍可能是突发性聋的主要病理基础。当然, 要形成一个新学说, 阐明其病因, 有待于临床及实验方面大量、反复的验证。

我们首先提出中药耳聋方重用磁石, 加用西药铁剂治疗感觉神经性聋的有效性⁽¹⁾, 并为其后的国内研究所重复⁽¹⁶⁾。阐明中西药二者间关系将会有助于揭示其治疗机理。本文第一阶段及第二阶段研究表明, 中西药合用的疗效有优于单用中药的趋势($P > 0.05$), 并明显较单用西药者高($P < 0.001$)。我们还注意到, 第二阶段研究中药为主组虽有不少病例加用激素, 但疗效并不比第一阶段者好, 可见小剂量

口服激素对突发性聋无直接治疗作用。中西药合用治疗和单用中药治疗的患者,治疗后听力多逐渐恢复,血清铁升高,达到或接近正常均值;而单用西药治疗的患者,治疗后听力多骤然恢复,血清铁多无明显变化。由此可见,中药耳聋方剂可能通过纠正机体肾虚状态,从而对缺铁和铁利用障碍都有直接治疗作用,而西药铁剂仅对缺铁有效,起辅助治疗作用。中西医结合疗法综合二者之效,取长补短,故疗效既优于单纯中药又明显优于西药铁剂治疗者。

现代研究证明,三羧酸循环中有 1/2 以上的酶和因素含铁或者铁存在时才能发挥生化作用,完成生理功能。缺铁或者铁利用不良时,上述成分失常,导致氧的运输及贮存、CO₂ 的运输及释放、电子的传递、氧化还原等很多代谢过程紊乱;而细胞代谢紊乱、铁利用障碍足以对线粒体产生毒性作用,从而使细胞呼吸受到严重抑制^[17,1]。本研究对治疗前后血清铁含量及其日波动测定结果提示,中西医结合疗法可能因纠正缺铁或铁利用障碍,阻断了上述病理过程,从而有助于内耳功能恢复,发挥治疗作用的。当然,要肯定上述认识,尚需进一步

通过实验研究,直接观察治疗前后内耳生化代谢的动态变化,才能作出结论。

本文工作承检验科大力协助,特此致谢。

参 考 文 献

- (1) 孙爱华: 中医杂志 22(5):355, 1981.
- (2) 洪剑霞: 国外医学耳鼻喉科学分册 (3):5, 1977.
- (3) 北京市耳鼻喉科研究所听力组: 中华医学杂志 53:591, 1973.
- (4) 孙爱华等: 中医杂志 23(7):546, 1982.
- (5) Пресображенский НА: Вест оториноларингол(6): 3, 1980.
- (6) Wilson WR, et al: Arch Otolaryngol 106:772, 1980.
- (7) 中华耳鼻喉科杂志编委会综合: 中华耳鼻喉科杂志 16(2):94, 1981.
- (8) 叶天士: 临证指南医案. 第一版, 624 页, 上海人民出版社, 1976.
- (9) Mattox DE, et al: Ann Otol 86:463, 1977.
- (10) Paparella MM: Adv Otol Rhino Laryng 20:144, 1973.
- (11) 中村興治ほか: 日本耳鼻咽喉科学会会报 84:984, 1981.
- (12) Yanagita N, et al: ORL 45(3):154, 1983.
- (13) 刘永铨等: 中华耳鼻喉科杂志 17:41, 1982.
- (14) 吴嗣洪等: 上海医学 5(8):467, 1982.
- (15) 孙爱华: 国外医学耳鼻喉科学分册 (2):86, 1982.
- (16) 王博杨等: 耳聋九治疗早期爆震性听力损伤的疗效分析. 内部资料, 1982.
- (17) 孔祥瑞: 必需微量元素的营养、生理及临床意义. 第一版, 51 页, 安徽科技出版社, 1982.

旋转推挤手法整复桡骨小头骨骺分离

北京崇文区中医医院骨科 刘 玉 海

桡骨小头骨骺分离一症为 15 岁以下青、少年常见的一种损伤类型, 同样外力, 在成人会造成桡骨颈骨折或桡骨头边缘型骨折。

无论何种年龄, 此处发生骨折后, 移位超过 45 度者, 闭合复位非常困难, 常常是手术的适应症。我院中医骨科采用旋转推挤手法复位、纸压垫、夹板固定治疗, 效果满意, 骨折愈合快, 功能恢复好, 无任何后遗症。现介绍如下。

一、复位手法: 新伤一般不采用麻醉, 患者仰卧、使患肢屈肘 145°, 手心向上(旋后位), 一助手握住上臂远端, 固定于床上, 另一助手握住腕部, 稍用力牵引, 术者先用拇、食指捏住骨折处向掌、背侧推按

下方, 用力向内前上方推挤桡骨小头, 在此同时握住腕部的助手紧紧配合术者将前臂由旋后位转向旋前位, 再由旋前位转向旋后位, 仍以前法推挤, 如此反复 2~3 次, 便可复位。

二、固定: 复位后, 在桡骨小头后外侧放一纸压垫, 用橡皮膏粘住, 外放纸夹板, 绷带缠绕数圈, 屈肘功能位, 腕颈带悬吊。3 周去除外固定, 骨科洗药热敷患处, 练习肘关节活动。

三、本组 10 例患者, 男 8 例, 女 2 例, 年龄 9~15 岁。移位程度 35~45°者 6 例, 45°以上者(最大 90°) 4 例。均采用上述方法整复、固定治疗, 疗效尚满意, 5~7 周功能完全恢复正常。

随访 1~4 年, 均未发现有桡神经损伤。
http://www.cnki.net