

相对较少。

3.2 祖国医学认为,脾主运化水谷精微,脾健则运,水谷精微才能布散全身而营养五脏六腑。脾为后天之本,胃为水谷之海。小儿厌食症病在脾胃,发病以脾虚为先导,大多呈现脾胃气虚的特点^[5]。因此,本研究运用小儿推拿疗法健脾胃、增食欲,改善儿童厌食症,并观察患儿家长在医护人员指导下的推拿疗效,以期探讨一条治疗小儿厌食症的新途径。

3.3 研究结果表明,在行为干预和膳食指导的基础上,接受推拿治疗 8 周后,两组患儿食欲、食量、面色、神疲、口气、腹胀、大便等症状积分显著降低,表明患儿病情均显著改善。虽然部分指标推拿 1 组稍高,但组间比较差异均无统计学意义($P>0.05$),表明在专业医师的指导下,普通患儿家长亦可轻松掌握推拿手法,也有较好的疗效。同时,家庭推拿不受空间、时间等客观条件的限制,可随时对患儿进行推拿治疗,又减轻了儿童来院就诊的恐惧心理,更值得尝试。在临床实践中,我中心将相关操作采用图文并茂等方式打印成册,赠送给患儿家长;推拿手法上

不能过于复杂,以免患儿家长不易理解、学习、操作,通过随访等方式,保证家长推拿手法的正确性。

综上所述,推拿作为一种非药物、安全性高、疗效好、儿童和家长乐于接受的“绿色疗法”,适用于小儿厌食症的治疗。探讨医务人员指导下的家庭推拿方式,体现了社区和家庭参与的全民总动员医疗模式,可为今后儿童中医保健服务在社区的应用与推广积累经验。

参考文献

- 1 张永英,金 妍. 中药敷贴神阙穴经皮导入配合辨证推拿及护理治疗小儿厌食症临床研究[J]. 中国当代医药,2011,18(30):102,106.
- 2 王 玉. 小儿推拿治疗小儿厌食现代文献分析[J]. 山西中医学院学报,2014,15(1):12-13.
- 3 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:267-269.
- 4 王元元,刘晓鹰. “扶中”推拿法治疗小儿厌食临床观察[J]. 中国针灸,2014,34(1):67-70.
- 5 陈梅兰,汪芳俊. 健脾助运小儿推拿法治疗脾胃气虚型小儿厌食症临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2014,24(4):334-336.

[收稿日期 2015-05-11][本文编辑 刘京虹]

博硕论坛·论著

正后侧入路与外侧入路治疗儿童肱骨髁上骨折的疗效比较

李富林, 尹 东, 莫冰峰, 黄 宇, 郑典涛, 欧阳龙

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院骨科

作者简介: 李富林(1990-),男,在读硕士研究生,研究方向:骨科疾病的诊治。E-mail:lyyinzhongxue@163.com

通讯作者: 尹 东(1966-),男,医学博士,硕士研究生导师,主任医师,研究方向:骨关节与创伤疾病的诊治。E-mail:tangin2002@163.com

[摘要] **目的** 总结两种手术入路治疗儿童肱骨髁上骨折的疗效,为临床治疗儿童肱骨髁上骨折的手术入路选择提供参考。**方法** 对 60 例 Gartland Ⅲ型肱骨髁上骨折患儿采用随机抽样方法分别予正后侧入路(A 组,30 例)和外侧入路(B 组,30 例)两种手术入路进行治疗。记录切口显露时间、切口闭合时间和手术时间,并依据 Flynn 标准对肘关节功能疗效进行评价。**结果** 切口显露时间:A 组为(14.48±1.33)min,B 组为(10.27±1.28)min;切口闭合时间:A 组为(20.60±1.83)min,B 组为(17.00±1.36)min;手术时间:A 组为(80.27±3.16)min,B 组为(67.50±2.10)min。B 组的切口显露时间、切口闭合时间、手术时间均短于 A 组,差异具有统计学意义($P<0.05$);肘关节功能评定 A 组优良率为 73.3%,B 组为 93.3%,B 组术后肘关节功能优于 A 组($P<0.05$)。**结论** 对于 Gartland Ⅲ型骨折且手法复位困难的患儿,切开复位克氏针内固定治疗儿童肱骨髁上骨折是一种可行的方法。经肘关节外侧入路在切口显露时间、切口闭合时间、手术时间均短于正后侧入路,且术后肘关节功能较后侧入路佳,可作为更为有效、可靠的选择。

[关键词] 肱骨髁上骨折; 手术入路; 儿童

[中图分类号] R 683.41 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2015)10-0928-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.10.10

The effects of two kinds of operative approaches in the treatment of humeral supracondylar fracture in children LI Fu-lin, YIN Dong, MO Bing-feng, et al. Department of Orthopaedics, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To compare and analyze the therapeutic results of humeral supracondylar fracture by two kinds of operative approaches. **Methods** Sixty cases with humeral supracondylar fracture were operated by using posterior approach(Group A, $n = 30$) and by using lateral approach(Group B, $n = 30$). The exposure time, the closing time and the operation time were recorded and the function recovery was evaluated according to Flynn joint elbow function system. **Results** The exposure time was (14.48 ± 1.33) min in group A and (10.27 ± 1.28) min in group B; The closed time was (20.60 ± 1.83) min in group A and (17.00 ± 1.36) min in group B; The operation time was (80.27 ± 3.16) min in group A and (67.50 ± 2.10) min in group B. The exposure time, the closing time and the operation time were shorter in group B than those in group A. 73.3% patients showed excellent or good results in the function of elbow joints in group A and 93.3% in group B, with a significant difference between the two groups($P < 0.05$). **Conclusion** It is a practical approach to use open reduction and internal fixation with kirschner pin for patients with Gartland Ⅲ humeral supracondylar fracture who are difficult in performing manipulative reduction. The effect of the surgery by lateral approach is better than that by posterior approach for children with humeral supracondylar fracture.

[Key words] Humeral supracondylar fracture; Operative approach; Children

肱骨髁上骨折系指肱骨远端内、外髁上方 2~3 cm 以内的骨折,是儿童常见骨折之一,多发生于 6~7 岁的儿童,约占儿童肘部骨折的 65%~75%,如不能及时处理,容易出现前臂 Volkman 挛缩、肘内翻、关节功能障碍、尺神经炎等并发症^[1]。笔者总结 2012-05~2014-12 我院收治的 60 例儿童肱骨髁上骨折患儿,分别采用两种手术入路治疗,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 60 例肱骨髁上骨折的患儿,男 38 例,女 22 例,年龄 3~12 岁,摔伤 56 例,被人打伤 4 例。伸直型 54 例,屈曲型 6 例,均为 Gartland Ⅲ型的闭合性骨折,无明显的神经、血管损伤。将患儿随机分为 A 组(正后侧入路)和 B 组(外侧入路),每组 30 例。所有患儿均在入院后 3~7 d 内进行手术。术前比较两组患儿在性别、年龄、身高、体重等方面比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患儿术前一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别		年龄(岁)	身高(cm)	体重(kg)
		男	女			
A 组	30	16	14	6.60±1.99	117.23±15.12	16.23±4.28
B 组	30	18	12	6.43±2.01	114.60±14.28	15.63±3.82
χ^2/t	-	0.271	0.322		0.693	0.573
P	-	0.605	0.748		0.491	0.569

1.2 手术方法

1.2.1 A 组 在臂丛神经阻滞麻醉或全身麻醉下,采用传统的肘后侧正中入路,切开皮肤、皮下组织,

游离、保护尺神经,显露肱三头肌腱,作舌状瓣切开,显露骨折端,清除断端间软组织后牵引、撬拨复位,行克氏针交叉内固定,冲洗后逐层关闭切口。

1.2.2 B 组 在臂丛神经阻滞麻醉或全身麻醉下,采用肘外侧入路,切开皮肤、皮下组织后,经肱桡肌与肱三头肌的肌间隙进入,显露骨折端,直视下复位骨折端,分别从肱骨外髁及骨折近端外侧行克氏针交叉固定。

1.3 术后处理 术后常规应用抗菌素 1 d,甘露醇脱水消肿,用石膏外固定将肘关节固定于屈曲 90°功能位,3~4 周后拆除石膏。术后定期复查 X 线片,提示骨折愈合后即拔除克氏针,指导患儿行主、被动肘关节功能训练,术后随访 3~5 个月。

1.4 肘关节功能疗效评定^[2] (1)优:肘屈伸不受影响;(2)良:肘屈伸受限 10°以内,肘内翻 5°以内,关节功能基本不受影响;(3)可:肘屈伸受限 10°~30°,肘内翻 6°~15°,关节功能有一定影响;(4)差:肘屈伸受限 30°以上,肘内翻 15°以上,关节有严重影响。

1.5 观察指标 分别记录两种手术入路的手术时间、切口显露时间、切口闭合时间、骨折愈合时间及肘功能评定情况。

1.6 统计学方法 应用 SPSS17.0 软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,等级资料比较采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组切口显露时间、切口闭合时间和手术时间

比较 B 组患儿的切口显露时间、切口闭合时间、手术时间均短于 A 组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组切口显露时间、切口闭合时间和手术时间比较 $[(\bar{x} \pm s), \text{min}]$

组别	例数	切口显露时间	切口闭合时间	手术时间
A 组	30	14.48 ± 1.33	20.60 ± 1.83	80.27 ± 3.16
B 组	30	10.27 ± 1.28	17.00 ± 1.36	67.50 ± 2.10
<i>t</i>	—	12.492	8.648	18.434
<i>P</i>	—	0.000	0.000	0.000

2.2 两组术后肘关节功能评定结果比较 与 A 组治疗相比较,B 组治疗优良率较高,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后肘关节功能评定结果比较(*n*)

组别	例数	优	良	可	差	优良率(%)
A 组	30	16	6	3	5	22(73.3)
B 组	30	27	1	2	0	28(93.3)
Z/χ^2	—	-3.131				4.320
<i>P</i>	—	0.002				0.037

3 讨论

3.1 儿童肱骨髁上骨折是儿童常见的骨折,90% 以上为伸直型,以尺偏型多见,可并发前臂缺血挛缩及神经、血管损伤,解剖复位后容易出现肘内翻,从而影响肘关节功能。Gartland I 型、稳定型的 Gartland II 型常通过石膏外固定可获得满意的疗效,而对于不稳定型的 Gartland II 型及 Gartland III 型采取切开复位克氏针内固定方式,可有效降低 C 臂下穿针的难度,减少医源性损伤,并且可以及时清除血肿^[3]。需要注意的是,我们在处理肱骨髁上骨折时,除了要把骨折复位及牢固固定外,还需要选择合适的手术入路。肱骨髁上骨折的手术入路主要有以下几种:即肘后肱三头肌舌状瓣入路、肘外侧或内侧入路、肘外侧和内侧联合入路、肘后正中“S”形切口,从肱三头肌两侧暴露入路^[4]。

3.2 传统的肘后侧正中入路采取舌形切口切断肱

三头肌腱,显露充分,术野清楚,手术操作方便,便于骨折断端解剖复位,术后 X 线片满意。但由于广泛切断及剥离软组织,对肘部创伤较大,破坏了肱三头肌的完整性,从而破坏了伸肘装置的完整性,而且出血量增多、纤维组织断裂可导致肱三头肌与周边组织发生粘连、挛缩,术后需石膏外固定 3~4 周,限制了肘关节的早期活动,晚期甚至可导致关节僵硬或伸肘无力^[5]。

3.3 肘外侧入路不能直视切口对侧骨折断端面,对术者解剖复位骨折块有一定的影响,但在术中可借助 C 臂透视消除该弊端。外侧入路由于保持着肱三头肌的完整性,避免了舌形入路造成广泛的软组织损伤,保留了伸肘装置的完整性,同时与后侧入路相比,对肘关节囊破坏较小,术后出血量减少,形成血肿几率不大,关节囊的粘连也少,此外还减轻了患儿早期功能锻炼所引起的疼痛。术后石膏外固定时间较后侧入路短,肘关节功能恢复较理想。本研究通过分析我院 60 例肱骨髁上骨折患儿行切开复位克氏针内固定术的两种手术入路的疗效,肘关节外侧入路组肘关节屈伸功能优良率达 93.3%,且无一例发生肘内翻畸形,而正后侧入路组肘关节屈伸功能优良率仅为 73.3%。因此,笔者认为,相对于传统的肘关节正后侧入路,肘关节外侧入路具有创伤小、可早期进行功能锻炼等优点,符合现代微创理念,是一种较佳的入路选择。

参考文献

1 Beaty JH. Elbow fractures in children and adolescents[J]. Instr Course Lect, 2003, 52: 661-665.

2 Kumar R, Malhotra R. Medial approach for operative treatment of the widely displaced supracondylar fractures of the humerus in children [J]. J Orthop Surg(Hong Kong), 2000, 8(2):13-18.

3 Omid R, Choi PD, Skaggs DL. Supracondylar humeral fractures in children[J]. J Bone Joint Surg Am,2008, 90(5): 1121-1132.

4 Tanno M, Tanaka H, Mukai E, et al. Supracondylar and condylar fracture of the humerus[J]. Clin Calcium, 2008, 18(9): 1332-1338.

5 孙国强,刘红旗.应用不同入路切开复位交叉克氏针内固定治疗儿童肱骨髁上骨折[J].中国矫形外科杂志,2007,15(4): 306-307.

[收稿日期 2015-03-23][本文编辑 杨光和]