

4例儿童胰十二指肠切除术的临床疗效分析

邓玉华 张明满 郭泓伶 李英存 乐 盈 戴小科

【摘要】 目的 总结4例儿童胰十二指肠切除术(pancreaticoduodenectomy,即 Whipple 术)的手术技巧及监护治疗经验,讨论该术式在儿童中的可行性并总结术后监护的成功经验。 **方法** 回顾性分析2016年10月至2018年1月由重庆医科大学附属儿童医院行 Whipple 术患儿的临床资料,共4例,其中男童2例,女童2例;中位年龄6岁6个月,疾病分别为胰腺实性假乳头状瘤1例、胰母细胞瘤1例、胆管葡萄状胚胎性横纹肌肉瘤1例和B细胞淋巴瘤母细胞瘤1例。 **结果** 4例患儿均顺利完成胰十二指肠切除术。主要临床表现为腹痛,以上腹部为著,其中3例合并黄疸,1例合并便血。CT检查均提示累及胰腺头部的实性占位,并通过手术证实。肿瘤直径4~10 cm,1例合并淋巴结转移,1例合并门静脉瘤栓。术后出现不完全性肠梗阻1例。随访3~18个月,均未发现肿瘤复发及转移。 **结论** 儿童年龄不是 Whipple 术的禁忌证,该术式治疗儿童累及胰腺的病变是安全可行的,术前MRI及CT检查可为手术提供安全支持,手术术式的选择应依据术前CT和术中对肿瘤部位、包膜是否完整、是否侵及周围组织的评估结果来决定,术后加强液体平衡监测及及时补液可以降低并发症的发生率。

【关键词】 胰十二指肠切除术;治疗结果;儿童

【中图分类号】 R726.1 R735.9

Clinical analysis of 4 cases of children undergoing pancreaticoduodenectomy. Deng Yuhua, Zhang Mingman, Guo Hongling, Li Yingcun, Le Ying, Dai Xiaoke. Department of Hepatobiliary Surgery, Affiliated Children's Hospital, Chongqing Medical University, Ministry of Education Key Laboratory of Child Development & Disorders, China International Science & Technology Cooperation Base of Child Development & Critical Disorders; Chongqing Key Laboratory of Pediatrics, Chongqing 400014, China. Corresponding author: Zhang Mingman, Email: zhangmingman-a@163.com

【Abstract】 Objective To review the clinical data of 4 cases of Whipple's procedure and summarize the experience of surgical techniques and monitoring. **Methods** Retrospective analysis was performed for the clinical data of 4 children undergoing Whipple's procedure from October 2016 to January 2018. Among them, there were 2 boys and 2 girls with a median age of 78 months. The etiologies were solid pseudopapillary pancreatic tumor, pancreatic blastoma, bile duct grape-embryonic rhabdomyosarcoma and B lymphoblastic neoplasms respectively. **Results** Whipple's procedure was performed successfully. The major clinical manifestation was abdominal pain, especially in upper abdomen. There were jaundice ($n=3$) and hematochezia ($n=1$). The findings of computed tomography (CT) were solid space-occupying of pancreatic head and were confirmed intraoperatively. Tumor had a diameter of 4 to 10 cm. Among them, there were lymph node metastasis ($n=1$) and portal vein tumor thrombus ($n=1$). Incomplete bowel obstruction occurred in 1 child after operation. No recurrence or metastasis occurred during a follow-up period of 3 to 18 months. **Conclusion** It is both safe and feasible to treat children with pancreatic mass by Whipple procedure. Preoperative magnetic resonance imaging (MRI) and CT provide strong preoperative supports. The choice of surgical procedures should be based on locations, with or without intact capsule and invading the surrounding tissues. Postoperative fluid monitoring and prompt rehydration may reduce the incidence of complications.

DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2019.06.012

基金项目:重庆市科技计划项目(编号:cstc2014yykfA110014)

作者单位:重庆医科大学附属儿童医院肝胆外科/儿童发育疾病研究教育部重点实验室;儿童发育重大疾病国家国际科技合作基地;儿科学重庆市重点实验室(重庆市,400014)

通信作者:张明满,Email:zhangmingman-a@163.com

【Key words】Pancreaticoduodenectomy; Treatment Outcome; Child

标准的胰十二指肠切除术(pancreaticoduodenectomy,即 Whipple 术)是治疗胰头及壶腹周围肿瘤的常规手术方式,随着手术技巧的提高,在成人中已成为比较成熟的术式,但儿童与成人的疾病谱不同,导致该术式在儿童中的应用较少,相关文献报道也较少。因此,该术式的安全性及可行性还有待进一步研究^[1~3]。本研究收集 2016 年 10 月至 2018 年 1 月在重庆医科大学附属儿童医院行胰十二指肠切除术的 4 例患儿为研究对象,总结分析其临床资料、并发症情况和手术技巧,总结并分享手术成功经验及教训。

材料与方法

一、一般资料

回顾性分析 2016 年 10 月至 2018 年 1 月重庆医科大学附属儿童医院肝胆外科 4 例因胰头周围病变行 Whipple 术患儿的临床资料,其中男童 2 例,女童 2 例,年龄 4~12 岁,中位年龄 6 岁 6 个月。术前

患儿均因生物标本取材困难,未行病理检查及化疗。患儿主要临床表现为腹痛(以上腹部为著),其中 3 例合并黄疸,1 例合并便血,CT 及 MRI 检查均提示累及胰腺头部的实性占位。4 例术前检查血清肿瘤标志物、肾功能、空腹血糖及血尿淀粉酶正常;3 例胆红素增高(以直接胆红素为主);4 例均行腹部 CT 及 MRI 检查,显示肿瘤均位于胰头(图 1),其中 1 例合并肝内胆管充盈缺损,3 例合并胆道系统扩张,1 例合并中度贫血。术后病理检查结果:胰腺实性假乳头状瘤 1 例、胰母细胞瘤 1 例、胆管葡萄状胚胎性横纹肌肉瘤 1 例、B 细胞淋巴瘤母细胞瘤 1 例,见表 1。

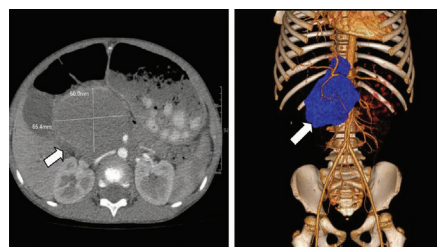


图 1 术前 CT 检查提示胰头部肿瘤

Fig. 1 Preoperative CT hinted at pancreatic head tumor

表 1 术中包块情况

Table 1 Intraoperative status of mass

编号	年龄	性别	体重(kg)	肿瘤部位	质地	外观	大小	边界	累及器官组织	病检结果
1	12 岁 2 个月	女	59.5	胰头区	软	鱼肉状坏死组织	4 cm × 4 cm × 5 cm	清楚	无	胰腺 实性假乳头状瘤
2	4 岁 9 个月	女	24	胰头/勾突区	软	鱼肉样及油脂样物质	8 cm × 7 cm × 6 cm	粘连严重,不清楚	门静脉瘤栓,淋巴结	胰母细胞瘤
3	6 岁 6 个月	男	19	胰头/肝总管	软	黄色脂肪组织	6 cm × 5 cm × 5 cm	清楚	胆总管	胆管葡萄状胚胎性横纹肌肉瘤
4	6 岁 6 个月	男	19	胰头	软	鱼肉状组织	10 cm × 7 cm × 5 cm	不清楚	胰头周围动静脉系统韧带及胆管周围组织	B 细胞淋巴瘤母细胞瘤

二、手术方法

本组 4 例患儿经开腹常规探查,确定可以行根治性切除术者皆施行 Whipple 术,手术步骤如下:以肝门解剖入路,从上到下,解剖胆总管下端、胰头、胃幽门区、十二指肠及空肠上段。由于手术操作复杂,涉及器官较多,因此止血要彻底,避免副损伤。消化道重建要可靠,4 例均采用 child 法重建,胰肠吻合用 5-0 或 6-0 可吸收线,采用黏膜对黏膜的方法,胰管内放置 6 号或者 8 号儿童硅胶导尿管作为支架,硅胶管尽量插入胰管内的长度尽量较长,并固定于胰管上,黏膜层吻合完毕后,将肠管浆膜层与胰腺组织吻合固定,然后行胆肠吻合、胃肠吻合,

重建消化道,术中探查均无远处转移。整个手术时间 5~7 h,中位时间 6 h 45 min。1 例合并门静脉瘤栓,术中纵行切开门静脉取出瘤栓后行横行外翻缝合。

三、术后治疗情况

术后 4 例均予预防感染、止血、抑制胰酶分泌、抑制胃液分泌、静脉营养及支持治疗,根据生化检查、凝血功能、血常规等检查结果补充白蛋白,输注新鲜冰冻血浆,纠正凝血功能及输血治疗,4 例患儿均通过上述处理顺利度过围手术期。根据病理检查结果,病例 1 和病例 2 采用随访观察,病例 3 和病例 4 在手术伤口愈合后采取进一步化疗。

结 果

本组无围手术期死亡病例。对4例患儿随访3~18个月,1例在术后1个月因饮食不当出现不完全性肠梗阻,经禁食补液等保守治疗后,胃肠功能恢复,顺利出院。病例3采用长春新碱+放线菌素+环磷酰胺+美司钠方案继续化疗,病例4采用环磷酰胺+阿糖胞苷+6-巯基嘌呤方案继续化疗,2例经化疗后病情缓解。随访中定期复查身高、体重、营养状况及肿瘤标志物、血糖、凝血功能、肝肾功能及CT或超声影像学检查。随访至今,所有患儿均未发现血清学检查异常和肿瘤复发及转移。

讨 论

自1935年Whipple首次开展Whipple术(pancreaticoduodenectomy, PD)以来,其已成为治疗壶腹周围及胰头病变的标准术式,其主要术式有PD、保留幽门的PD和扩大的PD等。由于儿童与成人疾病谱的不同,开展PD手术的例数较成人少。因此,在儿童中开展Whipple术术后的并发症比较低,这可能与病例积累较少有关。因此,我们需要对成功病例进行总结,获得手术治疗及监护经验。

一、术中注意事项及并发症的预防

成人中Whipple术后并发症是导致手术病人死亡的重要原因,常见的并发症包括胆漏、胰漏、肠漏、血管损伤等。随着手术技术的提高,Whipple术后并发症的发生率和病死率得到了明显改善。儿童群体的并发症从生理构造上来说,具有组织脆弱、管道细小、麻醉耐受差等不利条件,本组患儿通过充分的术前评估及精细手术操作,均获得成功。

吻合口漏是Whipple术最常见的并发症。据文献报道,胆漏发生率为0.8%~12.6%^[4]。胆漏与吻合口张力、血供、医生的吻合技术、胆总管扩张程度、胆道局部感染、全身营养状况等有关,本组患儿以胆总管作为手术解剖起点,借助手术放大镜,根据需要骨骼化肝门静脉、肝动脉、肠系膜上静脉等血管,术中采取重点保护胆道及吻合口血供作为主要原则,避免过度剥离胆道外膜及周围韧带,同时胆肠吻合采取无张力显微连续缝合。通过积极的处理措施及娴熟的吻合技术,本组病例均未出现胆漏。

术后胰漏也是导致Whipple术失败的危险因素之一。对胰漏的发生率各研究报道不一,其范围在

2%~27%^[5]。据文献报道,胰漏可引起腹腔严重感染、出血、多器官功能障碍甚至死亡,成人中其病死率高达20%~40%^[6]。随着手术技术进步,目前成人Whipple术病死率低于5%,但该术式在儿童中的病死率无明确统计数据^[7]。胰漏的发生除了与吻合技术及吻合方式有很大关系以外,还与患儿的全身营养状态如低蛋白血症、年龄、肥胖、术中失血量和低血压、肿瘤浸润、胰腺质地、胰管管径、胰腺炎症严重程度等因素有关^[8-10]。本组患儿术中借助2.5倍手术放大镜,找到胰腺断面主胰管开口,均置入长约1 cm的支撑管,行胰管-空肠黏膜对黏膜吻合,再行空肠浆膜层与胰腺组织吻合,达到降低吻合口漏几率的目的。术中尽量做到精准点对点吻合,避免行空肠与胰腺断端的吻合。此术式因粗糙吻合导致胰液对胰腺残端的化学腐蚀,最终引起胰腺血管出血及胰漏等并发症的发生。结合术前磁共振胰胆管造影(magnetic resonance cholangiopancreatography, MRCP)结果,术中仔细排查异常分支开口,如存在异常分支,均行胰管空肠吻合,避免术后胰漏。据文献报道,目前所有研究都致力于采用一种最熟悉的吻合方法来处理各种情况的胰腺,但并没有充分的证据表明某一种吻合方式能显著降低胰漏的发生^[11]。本组病例成功应用显微外科技术达到降低并发症的目的,这说明显微技术在Whipple术中的推广应用有利于疾病的恢复及降低术后并发症发生率。但是本组病例数较少,需要在今后积累更多病例或采取多中心研究来证实这一观点。

二、围手术期管理

儿童存在循环容量负荷小、生理机能发育不全、机体代偿能力差等不利因素,如果术前及术后处理不当术后容易出现组织水肿、心脏负荷重、肺部感染等并发症^[12]。为此,我们应该在术前和术后采取必要的干预措施。

1. 术前处理:积极纠正低蛋白血症,对于白蛋白低于30 g/L的患儿,应尽量通过补充外源性白蛋白的方式来纠正;合并胆道梗阻致肝功能损害患儿,予以阿拓莫兰及思美泰保肝治疗;儿童出现严重化脓性胆管炎的几率较成人低,可不予减黄后再行手术治疗;合并胰腺炎患儿除禁食外,常规予质子泵抑制剂静滴,如奥美拉唑针(商品名:洛赛克,阿斯利康公司,规格20 mg),剂量为1 mg/kg, Q12 h,症状较重者,可联合使用生长抑素(商品名:思他宁, Laboratoires Serono S. A., 规格3 000 μg), 24 h持续泵入抑制胰腺胰酶的分泌;同时补充足够液

体,包括生理需要量、累计丢失量(如胃液、发热所致的体表蒸发液体等)、继续丢失量;对于术前合并肺部感染的患儿,需积极抗感染治疗,必要时予以雾化治疗。本组病例4术前因便血合并中度贫血,予红细胞悬液输注纠正和止血治疗,病情得到缓解,通过上述措施,均能较大程度缓解患儿术前病理状态,降低术后并发症发生率。

2. 术中处理:Whipple术是一个危险系数较高的术式,术中可能面临大出血,因此术中麻醉监护尤其重要。术中有必要与麻醉师良好沟通,补充丢失的血容量,同时输注白蛋白纠正低蛋白血症以减轻组织水肿。同时,术中患儿体温维持在36℃左右,所有输入的液体均通过预热处理,避免大出血时输注大量的低温液体。肿瘤粘连严重程度及转移与否也会一定程度上影响手术的难度,本组病例2出现血管瘤栓,手术创伤大,出血较多,通过积极输血及手术止血,手术取得成功。

3. 术后处理:术后的处理原则为抗炎、抑酸、抑酶和营养支持治疗^[13]。术后儿童液体量的良好管理是手术成功的关键。术后以胃管作为支撑管放置于胃与小肠吻合口之后,尖端位于胰肠胆肠吻合口周围,目的在于保持吻合口周围处于较低状态,避免术后肠功能恢复欠佳的情况下,吻合口高压导致愈合不良,最易发生胆漏、胰漏。因此,负压吸引下胆汁、肠液及胰液多,术后注意补充丢失补液量,维持出入量平衡,纠正电解质紊乱;患儿术前有肝功能损害较重,术后均有一定程度的白蛋白合成障碍,因此术后需积极补充白蛋白。临床上维持术后白蛋白在35 g以上,有利于切口愈合及减轻组织水肿;患儿处于禁食状态下,我们需要给予营养液来保证患儿每日能量的需求。同时,继续使用质子泵抑制剂及生长抑素来抑制消化酶的分泌,减少吻合口化学性腐蚀,促进其愈合,避免吻合口漏;促进胃肠功能早期恢复,可以使用开塞露促使排便,禁食3~5 d后根据胃肠功能恢复情况,考虑在胃管内注入流质食物,禁食3 d以上,无腹胀及呕吐情况,可考虑拔出胃管,继续给予流质及半流质饮食。由于PD术破坏了正常的解剖结构,若出现术后腹胀、呕吐等情况,其可能原因如下:①术前贫血、低蛋白血症及电解质紊乱;②残胃缺血;③十二指肠和近端小肠的切除造成血中胃泌素水平下降;④手术创伤通过多种途径使胃肠道交感神经活动增强,抑制胃排泄;⑤手术损伤迷走神经;⑥胃肠吻合口水肿;⑦十二指肠切除造成十二指肠起搏点作用丧

失,胃十二指肠神经连接中断,胃动力缺失。除以上因素外,研究还发现术中出血阻断肠系膜上静脉或门静脉所致的肠道血管回流异常与术后胃肠蠕动功能恢复有一定联系^[14]。本组病例通过术中的精细操作,破坏组织较少,术后针对可能因素积极治疗均恢复顺利,多措施促进胃肠功能的早期恢复,降低了围手术期并发症的发生率。儿童由于气管管径小,容易出现因肺部感染导致拔管困难,因此术后早期拔除气管插管对患儿疾病的恢复具有良好的协同作用^[15]。本组病例拔管时间均为1 d左右。

三、术后治疗及预后

胰腺实性假乳头状瘤和胰母细胞瘤均为低度恶性肿瘤,以手术完整切除肿瘤为首选治疗方法,化疗和放疗对该类疾病的疗效欠佳^[16]。病例1和病例2均完整切除,术后定期复查腹部彩超或CT,随访至今无肿瘤复发倾向。

横纹肌肉瘤来源于横纹肌细胞或向横纹肌分化的间充质细胞,由多种不同分化程度的横纹肌母细胞组成的软组织恶性肿瘤,可发生于任何部位,其中以胆管葡萄状胚胎性横纹肌肉瘤较为罕见^[17]。本病仍以手术切除为首选,辅助化疗。本病的恶性程度较高,术后易复发,受限于本组患儿的随访时间,病例3术后需长期关注化疗效果及生存情况。

总之,充分做好的围手术期准备,积极纠正不良因素,术中利用显微缝合技术仔细操作,全面深刻的认识并预防术后并发症并做到早发现、早治疗能有效地降低Whipple术后死亡率,同时应注意儿童液体平衡,避免过量或补液不足,这样可以提高手术成功率。

参考文献

- 1 Senthilnathan P, Patel N, Nalankilli VP, et al. Laparoscopic pylorus preserving pancreaticoduodenectomy in paediatric age for solid pseudopapillary neoplasm of head of the pancreas: case report [J]. *Pancreatol*, 2014, 14 (6): 550-552. DOI: 10.1016/j.pan.2014.14(6):550-552.
- 2 Arya VB, Senniappan S, Demirbilek H, et al. Pancreatic endocrine and exocrine function in children following near-total pancreatectomy for diffuse congenital hyperinsulinism [J]. *PLoS One*, 2014, 9 (5): e98054. DOI: 10.1371/journal.pone.0098054.
- 3 D'ambrosio G, Del Prete L, Grimaldi C, et al. Pancreaticoduodenectomy for malignancies in children [J]. *J Pediatr Surg*, 2014,

- 49(4):534-538. DOI:10.1016/j.jpedsurg.2013.09.010.
- 4 Deoliveira ML, Winter JM, Schafer MA, et al. Assessment of complications after pancreatic surgery-A novel grading system applied to 633 patients undergoing pancreaticoduodenectomy[J]. Ann of Surg, 2006, 244(6):931-939. DOI:10.1097/01.sla.0000246856.03918.9a. J Gastrointest Surg.
 - 5 Reid-Lombardo KM, Farnell MB, Crippa S, et al. Pancreatic anastomotic leakage after pancreaticoduodenectomy in 1,507 patients: a report from the Pancreatic Anastomotic Leak Study Group[J]. J Gastrointest Surg, 2007, 11(11):1451-1458; discussion 1459. DOI:10.1007/s11605-007-0270-4.
 - 6 朱友国, 吴飞跃, 罗嘉, 等. 胰十二指肠切除术后并发症的分析[J]. 中国普通外科杂志, 2011, 20(3):306-308. Zhu YG, Wu FY, Luo J, et al. Analysis of postoperative complications of pancreaticoduodenectomy [J]. Chin Jo Gen Surg, 2011, 20(3):306-308.
 - 7 Testini M, Piccinni G, Lissidini G, et al. Surgical management of the pancreatic stump following pancreato-duodenectomy[J]. Journal of Visceral Surgery, 2016, 153(3):193-202. DOI:10.1016/j.jvisurg.2016.04.003.
 - 8 Kapoor VK. Complications of pancreato-duodenectomy [J]. Rozhl Chir, 2016, 95(2):53-59.
 - 9 Tsai S, Choti MA, Assumpcao L, et al. Impact of obesity on perioperative outcomes and survival following pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer: a large single-institution study[J]. J Gastrointest Surg, 2010, 14(7):1143-1150. DOI:10.1007/s11605-010-1201-3.
 - 10 Venkat R, Puhan MA, Schulick RD, et al. Predicting the risk of perioperative mortality in patients undergoing pancreaticoduodenectomy a novel scoring system [J]. Arch Surg, 2011, 146(11):1277-1284. DOI:10.1001/archsurg.2011.294.
 - 11 冯业晨, 王敏, 秦仁义. 胰腺吻合新理念与新技术[J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(5):867-869. DOI:10.3969/j.issn.1001-5256.2016.05.009. Feng YC, Wang M, Qin RY. New thoughts and techniques in pancreatic anastomosis [J]. J Clin Hepatol, 2016, 32(5):867-869. DOI:10.3969/j.issn.1001-5256.2016.05.009.
 - 12 Abu-El-Haija M, Lin TK, Nathan JD. management of acute pancreatitis in children [J]. Curr Opin Pediatr, 2017, 29(5):592-597. DOI:10.1097/MOP.0000000000000528.
 - 13 Iovanna J, Mallmann MC, Gonçalves A, et al. Current knowledge on pancreatic cancer[J]. Front Oncol, 2012;2:6. DOI:10.3389/fonc.2012.00006.
 - 14 孙波, 刘经雷, 李炜. 136 例胰十二指肠切除术的治疗体会[J]. 徐州医学院学报, 2015, 35(12):877-879. DOI:10.4293/108680813X13654754534792. Sun B, Liu XL, Li H. Experience in the treatment of 136 cases of pancreaticoduodenectomy[J]. Acta Academiae Medicinae Xuzhou. 2015, 35(12):877-879. DOI:10.4293/108680813X13654754534792.
 - 15 Mandell MS, Hang Y. Pro: early extubation after liver transplantation[J]. J Cardiothorac Vasc Anesth, 2007, 21(5):752-755. DOI:10.1053/j.jvca.2007.07.009.
 - 16 郭一滨, 范萍, 皋岚湘. 小儿胰腺实性-假乳头状瘤: 附 2 例报告[J]. 临床小儿外科杂志, 2003, 2(5):340-342. DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2003.05.008. Guo YB, Fan P, Gao LX. A report of 2 cases of solid-pseudopapillary tumor of pancreas in young children and literatures review [J]. J Clin Ped Sur, 2003, 2(5):340-342. DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2003.05.008.
 - 17 姜辉, 孙百胜, 杜海峰, 等. MRI 误诊小儿胆管胚胎性横纹肌肉瘤并文献复习[J]. 临床误诊误治, 2012, 25(4):103-104. DOI:10.3969/j.issn.1002-3429.2012.04.046. Jiang H, Shun BS, Dui HF, et al. Misdiagnosis of biliary embryonal rhabdomyosarcoma in children with MRI and literature review[J]. Clinical Misdiagnosis & Mistherapy, 2012, 25(4):103-104. DOI:10.3969/j.issn.1002-3429.2012.04.046.

(收稿日期:2018-06-07)

本文引用格式: 邓玉华, 张明满, 郭泓伶, 等. 4 例儿童胰十二指肠切除术的临床疗效分析[J]. 临床小儿外科杂志, 2019, 18(6):498-502. DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2019.06.012.

Citing this article as: Deng YH, Zhang MM, Guo HL, et al. Clinical analysis of 4 cases of children undergoing pancreaticoduodenectomy[J]. J Clin Ped Sur, 2019, 18(6):498-502. DOI:10.3969/j.issn.1671-6353.2019.06.012.

2019 年本刊重点报道内容(包括但不限于)

2019 年本刊重点报道内容包括: 小儿外科开展的多中心临床研究、小儿脊柱裂的诊治、性别发育异常(DSD)的外科评估及处理、小儿外科快速康复技术、小儿肠衰竭的分类与处理、儿童食管狭窄类疾病的外科治疗进展、小儿内镜技术的应用、小儿脉管异常类疾病的诊治、小儿神经外科疾病的诊治、儿童肾积水的诊断与治疗、小儿门静脉高压的诊断与处理、儿童陈旧性孟氏骨折的治疗决策。