

1例腹腔镜下双侧附件切除术 + 阴式子宫全切术术后淋巴漏并文献复习

李宇思, 田 莉, 吴仕筠

吉首大学医学院, 湘西自治州人民医院, 湖南 吉首

收稿日期: 2022年11月26日; 录用日期: 2022年12月21日; 发布日期: 2022年12月29日

摘 要

腹腔镜下双侧附件切除 + 阴式子宫全切术后不良反应多为感染, 临近器官损伤, 下肢静脉栓塞, 切口愈合不良等, 但术后淋巴漏的极少, 本文章针对腹腔镜下双侧附件切除术 + 阴式子宫全切术术后淋巴漏进行报道, 以促进临床医师对该现象高度重视, 并采取积极预防和治疗措施。

关键词

腹腔镜辅助阴式子宫切除, 淋巴漏

A Case of Laparoscopic Bilateral Appendage Resection plus Total Vaginal Hysterectomy with Lymphatic Leakage and Literature Review

Yusi Li, Li Tian, Shijun Wu

Medical College, Jishou University, People's Hospital of the Xiangxi Autonomous Region, Jishou Hunan

Received: Nov. 26th, 2022; accepted: Dec. 21st, 2022; published: Dec. 29th, 2022

Abstract

Laparoscopic total hysterectomy plus double accessory resection is associated with infection, adjacent organ injury, venous embolization of the lower extremities, and poor incision healing. However, lymphatic leakage after laparoscopic total hysterectomy plus double accessory resec-

tion is rare. This paper reports the lymphatic leakage after laparoscopic total hysterectomy plus double accessory resection in order to promote clinicians to pay more attention to the phenomenon and take active preventive and therapeutic measures.

Keywords

Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy, Lymphatic Leakage

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

淋巴漏指各种原因导致的淋巴液从循环系统中漏出，而淋巴漏发生的部位，具体由淋巴管损伤的解剖位置决定，其中又以发生在腹腔部位的淋巴报道居多。腹部手术后淋巴漏可导致病人大量电解质、蛋白质及淋巴细胞丢失，从而引起机体的水电解质紊乱，使血容量减少，发生低蛋白血症，导致机体免疫功能受损，严重者可危及生命。及时发现淋巴漏，及时进行早期干预，可避免病人住院时间延长、治疗费用增加，对提高手术病人生活质量有重要的临床意义。

2. 病例介绍

患者，女，76岁，患者于2020年7月13日因绝经后阴道排液1+月入院，于2020年07月16日诊刮术及宫颈活检+宫腔引流，病检结果示：(宫颈3点、6点、9点、12点)慢性炎，鳞状上皮增生，局灶呈CINI级。(颈管)慢性炎；(外阴、阴道壁)慢性炎，伴糜烂局灶呈VINI级。免疫组化：P16(-)、KI-67(基底部+)。术后病情好转，于7月23日出院，出院诊断：1) 宫颈低级别病变 2) 宫腔积液 3) 外阴VINI级 4、高血压病 5、颈椎病出院后无特殊不适，于2020年10月15日复查HPV 56型阳性，DNA倍体：可见DNA倍体异常细胞 ≥ 3 个，液基细胞学：高级别鳞状上皮内病变(HSIL)，无阴道流血、流液等不适，于2020年10月20日行诊断性LEEP术，术后病检结果示：(宫颈Leep)慢性炎，鳞状上皮增生，区域呈高级别上皮内瘤变。免疫组化：P16(>1/3层弥漫+)、Ki-67(>1/3层+)。术后恢复可，于2020年10月23日出院后在家休息，无阴道流血，流液，术后1+月门诊复诊，病检提示高级别病变，患者要求手术，于2020年12月8日在全麻下行腹腔镜下盆腔粘连松解术+双侧附件切除术+阴式子宫全切术，术中腹腔镜下取双极电凝钳夹夹断双侧圆韧带、卵巢悬韧带进而切除双侧附件，检查创面无出血，放气，阴道消毒后，对主韧带、子宫血管等进行逆行切断结扎前打开直肠腹膜返折，经阴道取出子宫，检查创面无出血。术毕，术后留置盆腔引流管，予头孢哌酮钠/舒巴坦钠2g静滴Bid预防感染；病检：(leep术后全子宫+双附件)1)慢性宫颈炎伴糜烂，局灶肉芽组织增生，未见高度病变上皮(宫颈全取材)。2)老年性子宫内膜。3)(双侧)输卵管慢性炎，卵巢白体形成。术后第2d已排气，予低盐低脂饮食。术后前3d盆腔引流管总计引流出乳黄色液体约50ml；术后第4d出现淋巴漏，引流出50ml乳白色液体；术后第5d引流出500ml乳糜样液体，予输入白蛋白、口服高蛋白等营养支持治疗，加用奥硝唑联合抗感染治疗，引流液细菌革兰氏染色：未见细菌，抗酸染色阴性；细菌培养：阴性；腹水生化：C-反应蛋白8.10mg/L，胸腹水总蛋白39.20g/L，胸腹水白蛋白25.70g/L，胸腹水葡萄糖7.63mmol/L。腹水常规检查：李凡他实验阳性%。术后第八天，盆腔引流管仍引流出大量乳糜样液体，予禁食禁饮，予中长链脂肪乳，氨基

酸及营养支持补液治疗,使用奥曲肽持续静脉泵入降低淋巴流量;术后第 11 d,盆腔引流液较前有所减少,继续目前治疗;术后第 13 d,盆腔未引流出明显液体;术后第 18 d,复查妇科彩超:盆腔可见范围约 36×20 mm 积液暗区,透声欠佳。腹腔彩超:腹腔多间隙(肝周、肠间隙、髂窝)可见积液暗区,较深处约 54 mm (位于肝周),透声欠佳。腹膜后结构显示不清。予更改为奥曲肽注射液,0.1 mg,皮下注射,Q8 h;术后第 19 d,盆腔引流出 20 ml 洗肉水色液体;术后第 22 d,盆腔未引流出液体;术后第 24 d,行妇科彩超:盆腔内残端上方可见范围约 $29 \times 35 \times 26$ mm 含液性回声区。腹腔彩超:腹腔多间隙(肝周、脾周、肠间隙)可见积液暗区,较深处约 60 mm (位于左下腹),透声尚可,予拔除盆腔引流管;术后第 38 d,即 2021 年 1 月 22 日出院。

3. 讨论

淋巴液来源于组织液,从组织间隙起始,由毛细血管渗出,毛细淋巴管盲端吸收,逐渐汇集成淋巴管及淋巴干,最后将淋巴液输送入血液循环,维持血浆与细胞间的液体和蛋白质的平衡[1]。淋巴液外漏可导致大量水分、电解质、蛋白质及淋巴细胞的丢失,使机体血容量丢失,发生低蛋白血症,还可导致免疫系统功能受损进而继发感染,加重淋巴液的渗出,造成恶性循环,甚至危及生命,因此,如何最大限度地降低术后淋巴漏的发生率至关重要。

3.1. 淋巴漏发生原因

一般来说,发生淋巴漏应具备相关因素:1) 淋巴管道破损或截断;2) 淋巴管破损或截断除出现正压差[2]。淋巴漏大多发生于恶性肿瘤淋巴结切除术后,但腹部手术后淋巴漏是一种少见并发症。在腹部手术过程中,会损伤淋巴管,导致淋巴液回流障碍,继之淋巴液渗出,加之在外观上呈现出乳糜状,所以被称为乳糜漏。目前关于开腹手术与腹腔镜手术后淋巴漏发生率的高低仍存在争议。腹腔镜手术后更易发生淋巴漏,可能与腹腔镜手术器械的使用有关。大部分腹腔镜手术不可避免地使用单、双极电刀和超声刀,这些器械在术中发挥电凝功能暂时关闭淋巴管破损处,由于气腹的存在,有些淋巴液渗漏未能及时发现,但术后气腹去除后,腹压降低,淋巴管内压力增高,淋巴液便可突破电凝断端的焦痂漏入腹腔[3][4]。腹腔镜手术后一般患者恢复饮食较早,淋巴管断端还未完全愈合时即产生大量淋巴液[5]。但开腹手术中,高频电刀的广泛使用、烧灼,使淋巴管口烧焦闭合,手术后烧灼焦痂脱落,出现淋巴瘘,导致皮下积液。同时,使用高频电刀过程中,局部产生高温,造成组织烫伤,使组织液渗出增多。所以合理的手术器械使用及手术技巧是必要的。

3.2. 淋巴漏诊断

目前,妇科术后淋巴漏公认的定义为:1) 术后盆腔引流管持续引流淡黄色或乳糜样液体;2) 术后 3~5 d 内引流液大于 300 mL/d;3) 检测引流液发现淋巴细胞;4) 排除泌尿系统瘘及感染性渗出。妇科术后淋巴漏较为常见,其发生率约 9%,但乳糜漏的发生率较低,约 1.6%~3.1%,与切除的淋巴结数目有关[6]。

3.3. 淋巴漏治疗

3.3.1. 保守治疗

1) 饮食控制

普食中含有大量长链甘油三酯,经肠道吸收后进入淋巴系统,增加淋巴液的分泌,因此发生乳糜漏以后,当行保守治疗时,引流量较小,应给予高热量、高蛋白的低盐低脂饮食为主;当引流量较大时,应禁食,使胃肠道充分休息,同时给予全静脉营养支持,以减少乳糜液的生成,利于漏口愈合。必要时予以补充白蛋白及预防性抗感染治疗。

2) 营养支持

全静脉营养如中长链脂肪乳、氨基酸可提供人体每天必需的营养物质,改善营养状态,防止乳糜的产生,维持机体代谢和内环境平衡,为组织修复和破裂口愈合。

3) 生长抑素

生长抑素及其类似物奥曲肽通过内分泌及旁分泌系统减少淋巴液的产生,并可以通过抑制胰腺分泌,减少胃肠蠕动,降低门静脉压力,减少脏器血流等途径来间接减少淋巴液的生成。

4) 抗感染治疗

淋巴漏患者因大量淋巴液丢失,免疫系统功能受损进而继发感染,因此需加强抗感染治疗。有研究认为,观察引流液若为浑浊、灰白色及灰黄色,应考虑有感染存在,此时应取新鲜的引流液作各种培养和药敏结果;根据药敏结果选择药物应用。若合并有糖尿病、慢性肝病、年老体弱、肥胖、免疫力低下的患者更易合并感染[7]。

3.3.2. 手术治疗

1) 指征

- ① 淋巴漏引流 > 500 ml/24h
- ② 经保守治疗 3 d 以上,引流量无减少
- ③ 有皮瓣坏死,大血管破裂等并发症
- ④ 胸导管损伤严重,乳糜胸等

2) 方法

① 找到漏出点的进行结扎或缝扎,或切除含有淋巴管外溢的病变肠段及肠系膜;② 如患者有手术禁忌证,或无法找到淋巴漏的位置,则作 Denver 腹腔静脉转流术等[8]。

4. 结论

术中需重视相关危险因素,选择最佳手术途径,尽量避免切除不必要的大范围淋巴结,术中操作仔细,充分闭合淋巴管断端,术后及时营养支持,以期降低术后淋巴漏的发生率,术后妥善放置引流管则可及时发现淋巴漏的发生[9],及时进行早期干预,提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 王庭槐. 生理学[M]. 第9版. 北京: 人卫出版社, 2018.
- [2] Nishizawa, K., Ito, N., Yamamoto, S., *et al.* (2006) Successful Laparoscopic Management of Chylous Ascites Following Laparoscopic Radical Nephrectomy. *International Journal of Urology: Official Journal of the Japanese Urological Association*, **13**, 619-621. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2042.2006.01372.x>
- [3] 郭书焕, 韩丽萍, 刘韬, 等. 腹腔镜淋巴结清扫术后并发乳糜漏的防治[J]. 中国内镜杂志, 2014, 20(12): 1284-1288.
- [4] 李健雄, 卢震辉. 腹腔镜胆囊切除术后淋巴漏一例[J]. 肝胆胰外科杂志, 2020, 32(6): 377-378.
- [5] 张照鹏. 腹腔镜根治性膀胱切除术后淋巴漏的相关研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东大学, 2020.
- [6] 张啸宇, 沈杨. 盆腹腔淋巴结切除术后淋巴漏的诊治现状[J]. 协和医学杂志, 2020, 11(6): 732-736.
- [7] 邸军. 腹腔乳糜漏 13 例[J]. 中国实用医刊, 2010, 37(8): 83-84.
- [8] 李培全, 刘青, 刘开江, 等. 妇科恶性肿瘤腹腔镜淋巴结清扫术后淋巴漏的影响因素及治疗方法[J]. 中国内镜杂志, 2018, 24(12): 43-49.
- [9] 赵宇清, 谭鑫, 胡卫国. 腹腔镜下淋巴结清扫术后并发淋巴漏的临床分析[J]. 现代妇产科进展, 2013, 22(6): 449-452.