

2007, 50(6):878-892.

- [11] Verre L, Rossi R, Gaggelli I, et al. PPH versus THD: a comparison of two techniques for III and IV degree haemorrhoids. Personal experience[J]. *Minerva Chir*, 2013, 68(6):543-550.

本文引用格式: 席锋祥. 老年患者 PPH 术后肠内营养支持的效果观察 [J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(4):562-565. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.037

Cite this article as: XI FX. Observation on the effect of enteral nutrition support after PPH in elderly patients[J]. *Chin J Gen Surg*, 2014, 23(4):562-565. doi: 10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.037

(本文编辑 姜晖)



doi:10.7659/j.issn.1005-6947.2014.04.038
http://www.zpwz.net/CN/abstract/abstract3874.shtml

· 病案报告 ·

老年患者胃癌根治术后腹腔淋巴瘘 1 例

程钧, 张磊, 李汛

(兰州大学第一医院 / 第一临床医学院 普外二科, 甘肃 兰州 730000)

关键词: 胃肿瘤 / 外科学; 胃癌根治术; 淋巴瘘 / 并发症; 老年人
中图分类号: R735.2

[中国普通外科杂志, 2014, 23(4):562-566]

患者 男性, 74 岁。因反复发作上腹部胀痛 20 年加重 6 个月入院。近半年来患者体质量下降约 5.0 kg。体检: T 36.5℃, P 80 次/min, R 20 次/min, BP 130/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa)。消瘦貌, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结未触及肿大, 心肺检查未见异常, 腹平坦, 未见胃肠型及蠕动波, 腹肌柔软, 剑突下轻度压痛, 无反跳痛, 未扪及包块, 移动性浊音阴性, 肠鸣音 4~5 次/min。术前胃镜检查: 胃窦占位性病变。活检病理检查结果为腺癌。术前心电图及胸片等检查示正常。上腹部 CT 示: 胃窦部胃壁增厚并异常强化, 局部淋巴结肿大, 符合胃癌的表现。肿瘤标志物: CEA 4.07 ng/mL,

CA19-9241.6 U/mL, 均高于正常值。血常规、肝肾功能电解质及血糖均正常。在全麻下行远侧胃癌 D₂ 根治性切除, 毕 II 氏吻合术。术后予以抗感染, 抑酸, 肠内外营养及维持水电解质平衡等对症支持治疗。术后病理报告: 胃印戒细胞癌, 肿瘤侵及胃壁全层。小弯侧大弯侧网膜上、幽门下、胃网膜左根部、门静脉后方、腹主动脉旁、脾动脉旁淋巴结 (2/14, 0/6, 0/1, 0/2, 0/1, 0/1, 0/4) 有癌转移。横结肠系膜根部脂肪组织见癌浸润。肿瘤分期: PT₃N₁M₀, IIIA 期。术后第 3 天, 患者肠道功能恢复通畅, 右肝下引流管引出淡红色血性液量约 100 mL, 吻合口旁引流管引出淡红色血性液, 引流量 <5 mL, 随给予拔除吻合口旁引流管并嘱患者进少许淡盐水及米汤水。术后第 4 天患者开始适当增加饮水量。术后第 5 天见肝下引流管引出无色清亮液量约 300 mL, 患者无发热、恶心及呕吐, 无腹胀腹痛等症状, 期间继续观察患者病情变化, 密切观察引流量、颜色

及性质的变化情况。随后引流量逐渐开始增多, 引流液性状呈稍混浊乳糜样, 引流量约 500 mL, 将腹腔引流液送检经乳糜定性试验检查为阳性, 淀粉酶检查为阴性, 涂片苏丹 III 染色见大量脂肪微球, 并排除吻合口瘘、肠瘘、胰瘘。引流液定性为淋巴液。给予患者禁饮食, 保持引流管引流通畅, 全胃肠外营养 (TPN) 及善宁 0.1 mg/8 h 皮下注射, 间断补充白蛋白及血浆, 使血浆蛋白维持在 35 g/L 以上, 并维持水电解质平衡等对症支持治疗。期间定期复查血常规和肝肾功能, 观察引流液颜色, 引流量及性质的变化情况。经过上述治疗 10 d 后, 患者腹腔引流量逐渐减少, 引流量 <200 mL/d 时停用善宁, 1 个月后无任何液体引出, 顺利拔管, 临床治愈出院。

讨论 淋巴瘘是淋巴管道阻塞破裂, 致淋巴液漏入并大量积聚于腔隙的一种临床疾病。发生淋巴瘘的原因包括: (1) 解剖结构。后腹膜淋巴管和淋巴结主要分布在腹主动脉周围, 乳

收稿日期: 2013-07-05;

修订日期: 2014-02-25。

作者简介: 程钧, 兰州大学第一医院 / 第一临床医学院硕士研究生, 主要从事腹腔镜外科方面的研究。

通信作者: 李汛, Email: lxdr21@sohu.com

糜池位于腹主动脉的后方,即第 16 和第 14 组淋巴结周围。(2) 手术方式。手术中 D₃ 和 D₄ 淋巴结清扫范围广,对腹主动脉周围及肠系膜动脉根部淋巴结进行清扫,损伤周围淋巴管,淋巴循环途径的中断和破坏,导致腹腔淋巴瘘的发生率增加。(3) 术中操作。在清扫淋巴结时,广泛使用电刀,未对细小的淋巴管进行结扎,术后恢复饮食后使淋巴管压力增高,淋巴液压力大于组织液压力,导致淋巴瘘发生。(4) 全身状况。高龄患者晚期胃癌,因手术前恶病质消耗所致贫血加重和低蛋白血症,使淋巴结清扫创面不易愈合,增加淋巴瘘发生机会。

腹腔淋巴瘘诊断^[1]: (1) 行胃癌淋巴结清扫术后腹腔引流液 >200 mL/d,持续 1 周以上。(2) 引流液非血性并且淀粉酶测定值正常。(3) 排除吻合口瘘、肠瘘、胰瘘并将腹腔引流液送检经过乳糜定性或甘油三酸脂测定确定为淋巴液。(4) 腹腔引流液涂片苏丹 III 染色见大量脂肪微球。确诊为腹腔淋巴瘘后,予以胃肠外途径补充营养,预防营养不良发生,为组织修复提供必要的条件。肠内外营养还可以抑制胃肠液分泌,减少淋巴液形成,进一步促裂口愈合^[2]。一般先采用保守治疗,观察引流袋中引流量、颜色及性质的变化,对引流量 <500 mL/d,给予低脂低钠高蛋白饮食;对引流量在 500~1 000 mL/d 给予禁饮食,行全胃

肠外营养(TPN)及善宁(天然生长抑素的八肽衍生物)治疗,并补充白蛋白,血浆,维持水电解质平衡等对症支持治疗。禁饮食使胃肠道休息充分,减少淋巴液产生和丢失;善宁可抑制正常肠壁淋巴管内淋巴液分泌,抑制胃液和胰液分泌,抑制胃肠道运动,从而抑制肠道吸收;对引流量 1 500 mL/d 且持续 1 周则考虑再次手术治疗。更多文献采取生长抑素,中链本酰甘油膳食,纤维蛋白粘合剂治疗,并取得良好效果^[3]。因此胃癌根治术后腹腔淋巴瘘治疗方案要根据患者每天引流量的变化情况,持续时间及患者全身状况综合判断而确定。

老年患者胃癌 D₂ 根治术后发生腹腔淋巴瘘严重影响患者术后生活质量,延长患者术后治疗和恢复时间,增加患者医疗费用。国外文献^[4]报道, D₂ 根治术后淋巴瘘的发生率为 0.3%~0.4%, D₂ 以上术式发生率可达 3.9%。当腹腔淋巴瘘发生时,大量蛋白质丢失,贫血加重和低蛋白血症出现,水电解质平衡紊乱,机体免疫防御系统破坏,继发感染或应激性溃疡形成等并发症增加^[5]。因此对于老年患者在进行胃癌 D₂ 根治手术前要详细了解患者全身状况及各项化验检查结果,纠正患者贫血和低蛋白血症、水电解质平衡。不要为了达到手术根治的彻底性而无限扩大术中淋巴结清扫范围。在清扫腹腔动脉周围淋巴结

时要仔细分离解剖,术中不要使用电刀电凝细小淋巴管分支,尽量进行彻底结扎或用超声刀可有效防止淋巴瘘发生。贲门周围淋巴循环途径结构存在变异,因此在清扫贲门周围淋巴结时要防止损伤周围淋巴管,术中更应彻底结扎,同时可应用纤维蛋白封闭剂封闭清扫后的创面以防止淋巴瘘的发生。术后对患者恢复饮食时间及饮食结构进行有效控制也可降低发生淋巴瘘机会。

参考文献

- [1] 俞耀军,郑志强,林胜璋,等.胃癌淋巴结清扫术所致淋巴瘘的防治[J].中华普通外科杂志,2005,20(8):495-496.
- [2] 刘存英,刘燕萍,刘晓红.应用食用中链脂肪配制膳食治疗乳糜腹水 1 例[J].世界华人消化病杂志,1997,5(10):676.
- [3] 龙跃平,李勇.胃癌根治术后腹腔淋巴瘘的发生原因及处理[J].中国普通外科杂志,2003,12(1):6-8.
- [4] Sakamoto J. Incidence of and treatment options for chyloperitoneum from the Japanese gastric surgeon's point of view[J]. Gastric Cancer, 2005, 8(2):37-38.
- [5] Aalami OO, Allen DB, Organ CH. Chylous ascites:a collective review[J]. Surgery, 2000, 128(5):761-778.

(本文编辑 姜晖)