

文章编号:1005-6947(2007)11-1136-01

· 病案报告 ·

粘贴式负压冲吸器治疗甲状腺癌根治术后严重乳糜瘘1例

陈少全, 王振发, 王烈, 王瑜

(南京军区福州总医院 南京军区普通外科研究所, 福建 福州 350025)

关键词: 甲状腺肿瘤/外科学; 乳糜瘘/治疗; 病例报告

中图分类号: R 736.1 **文献标识码:** D

患者 女, 52岁。患者2006年10月20日在外院行左侧甲状腺癌改良根治术, 术后第2天起伤口引流出白色乳糜液, 最大量达1200 mL/24h, 于2006年11月13日转来我院。体查: 左颈部见反L形手术疤痕, 周围组织红肿、轻压痛, 有囊性感, 张力较大, 切口左外侧见一橡胶引流管, 接负压球, 引流不畅, 有较多乳糜液自引流口流出, 渗湿大量敷料。颈部彩超示: 左侧锁骨上窝距体表5.8 mm处可见一液性暗区, 范围约29.1 mm × 15.1 mm, 引流管尖端位于胸锁乳突肌后方近气管旁。诊断: 甲状腺癌根治术后乳糜瘘。入院后予禁食, 善宁皮下注射, 全胃肠外营养支持, 维持水、电解质平衡等全身治疗。在彩超定位下更换较细引流管, 引流管尖端退至距颈静脉角约1 cm处, 采用我科自制的粘贴式负压冲吸器(附图)对术野进行持续高负压冲吸治疗[负压值约40 kPa(1 kPa = 7.5 mmHg)], 保持积液腔处

于塌陷状态, 注意观察引流液量及颜色, 发现引流管堵塞即予更换引流装置。第1天引流液量约1600 mL/24h, 第2天1500 mL/24h, 颜色由乳白至清亮。吸引3 d后引流液逐日减少, 术野皮肤红肿明显消退, 在保持负压引流通畅条件下依次更换较细引流管, 并逐步退出引流管。吸引12 d后术野红肿完全消退, 积液腔消失, 引流管直径约1.5 mm, 引流量约300 mL/24h, 停止负压吸引, 拔除引流管, 于静脉角附近试行局部加压, 见无乳糜流出, 持续点状加压3 d后去除压力, 窦道完全闭合。复查彩超示切口下无明显积液, 住院16 d痊愈出院。随访6个月术野无异常。



附图 粘贴式负压冲吸器

紊乱、低蛋白血症, 还可导致皮瓣坏死, 甚至颈动脉破裂危及生命。由于胸导管注入左锁骨下静脉时变异较大, 常有多个位点注入静脉, 同时亦有数支小淋巴管汇于右淋巴导管, 加上术后局部解剖结构改变, 组织水肿, 再次手术寻找胸导管, 并给予确切结扎或缝扎比较困难。一般认为, 如瘘量不超过500 mL/24h, 一般先采取保守治疗。流量大于500 mL/24h的严重乳糜瘘保守治疗成功率低, 多数学者主张早期手术探查, 但往往需多次手术探查、缝扎破裂乳糜管才能治愈。

本例严重乳糜瘘(>1500 mL/24h)能经保守治疗在较短的时间内痊愈, 粘贴式负压冲吸器的应用保证局部引流通畅是成功的关键。通过封闭式持续性高负压使伤口下积液腔迅速消失, 使创面紧贴, 加速愈合。合理的引流管选择及位置摆放可对损伤的胸导管或其分支起最好的吸闭作用, 同时可减少高负压吸引导致重要血管破裂的危险。高效的负压引流使大面积的乳糜瘘形成易于控制的小管状瘘, 再适时地进行点状压迫, 可加快窦道及胸导管破口的闭合, 即便是高流量的严重的颈部乳糜瘘仍可免除再次手术的风险与痛苦。

讨论 颈部乳糜瘘是颈淋巴结清扫术后较少见的并发症, 大量的乳糜丢失可导致患者血容量减少、电解质

收稿日期: 2007-08-01。

作者简介: 陈少全, 男, 福建漳平人, 南京军区福州总院主治医师, 主要从事普通外科临床与基础方面的研究。

通讯作者: 陈少全 E-mail: csq1970@163.com