doi:10.11659/jjssx.07E022068

·病例报道·

剖宫产 Pfannenstiel 切口大量淋巴漏 1 例

全丽虹,钟 萍,那 娜 (桂林医学院第二附属医院产科,广西 桂林 541199)

Massive lymphatic leakage of Pfannenstiel incision in cesarean section: a case report

QUAN Li-hong, ZHONG Ping, NA Na (Department of Obstetrics, Second Affiliated Hospital of Guilin Medical University, Guilin Guangxi 541199, China)

[关键词] 剖宫产;Pfannenstiel 切口;淋巴漏
[中图分类号] R714.46 [文献标识码] B [收稿日期] 2022-07-19

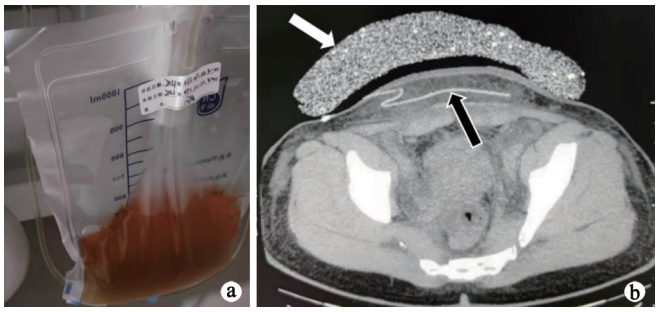
下腹横切口因其美观和愈合快等优点,已成为剖宫产常用的进腹方式[1],Pfannenstiel 切口是目前最常采用的下腹横切口,其常见并发症包括感染、裂开、血肿、脂肪液化和迁延不愈等[2],鲜见淋巴漏。我院 2021 年 5 月收治剖宫产 Pfannenstiel 切口大量淋巴漏 1 例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,42 岁,孕 6 产 2,2021 年 5 月 9 日 1:10 因"剖宫产术后腹壁切口渗液 24 h"入院。2021 年 5 月8 日 1:00,患者因"横位、胎儿窘迫"在外院行剖宫产术,术中盆腹腔未见明显异常,术程顺利,缝合腹壁切口时见左外侧皮下有少量乳糜色液体渗出,数分钟后转为淡黄色液体,予亚甲蓝膀胱灌注,引流液未见蓝染,皮下放置 14F 引流管 1 根,24 h 共引流出淡黄色清亮液体 1 690 mL。既往无特殊病史。辅助检查:外院彩超示下腹切口皮下弱回声区;引流液检查示蛋白质(+++),葡萄糖(+),肌酐 52 U/L。

入院查体:生命体征平稳。耻骨联合上 3 cm 处可见 1 个长约 15 cm 的横切口,少许淡黄色液体渗出,周围皮肤无明显红肿;皮下引流管引出淡黄色、清亮液体(图 1a);宫底平脐,宫缩好,阴道流血少;双下肢水肿(++)。辅助检查:血清总蛋白 49 g/L,白蛋白 23.5 g/L,尿液肌酐 10 859 μmol/L。切口引流液肌酐 57 μmol/L。上腹 + 下腹 + 盆腔 CT 平扫示(图 1b):①右肾萎缩;②左肾多发低密度影,囊肿?③符合剖宫产术后改变;④双侧胸膜肥厚,胸腔少量积液。初步诊断:①腹壁切口淋巴漏;②剖宫产术后。



a:腹壁切口皮下引流液;b:CT 示沙袋(白色箭头)和皮下引流管(黑色箭示)

图 1 引流液及 CT 检查情况

1.2 方法

于入院当日 3:00 以 1 620 g 沙袋(32 cm×18 cm×4.5 cm)和腹带加压包扎腹壁切口,静脉滴注头孢呋辛钠预防感染,纠正低蛋白血症和低钾血症后,引流量锐减;引流量为 5 mL/d 时,予拔除引流管。待切口干燥,无明显渗液后,去除沙袋,继续腹带包扎。

2 结果

治疗后 6 d 切口无渗液及红肿,复查彩超腹腔未探及明显游离无回声区,腹壁皮下脂肪层可见不规则、不均质条状无回声区(图 2)。患者顺利出院,术后 10 个月电话随访,患者精神、饮食及体力正常,腹壁切口无异常,未发生腹痛及其他不适。



图 2 治疗后彩超复查图像(箭头:腹壁皮下可见条状无回声)

[基金项目] 广西壮族自治区卫生健康委员会自筹经费科研课题(Z-C20221001);广西医疗卫生重点培育学科建设项目(桂卫科教发[2022]4 号)

[通信作者] 全丽虹,E-mail:56067707@qq.com

3 讨论

剖宫产术后切口淋巴漏需与尿漏鉴别。本例术中行亚甲蓝膀胱灌注试验呈阴性,引流液肌酐(57 μmol/L)与尿液肌酐(10 859 μmol/L)相差较大,且 CT 及彩超未发现腹盆腔其他异常,因此,可排除膀胱及输尿管损伤导致的尿漏。

淋巴漏的发生须同时具备两个条件:①淋巴循环途径中断;②损伤部位的淋巴液压力大于组织液压力或体腔压力[3]。腹前外侧壁的浅淋巴管较为丰富,位于浅筋膜内,相互联接成网。脐平面以下的淋巴管向腹股沟浅淋巴结汇集[4]。Pfannenstiel 切口一般位于耻骨联合上 2 横指(约 3 cm)或下腹部皮肤皱褶水平略上,切口呈浅弧形弯向两侧髂前上棘[2]。由于 Pfannenstiel 切口外侧常穿过腹直肌外缘至腹股沟区,其损伤淋巴管的可能性较下腹正中切口更大。本例患者渗液起初为乳糜色,随后转为淡黄色,其原因尚不明确,是否因淋巴液的压力异常导致乳糜微粒一过性逆流尚需进一步研究。

Gerken 等[5]根据引流量、引流持续时间和不良后果将淋巴漏分为 A、B、C、0 四级。本例患者术后 24 h 腹壁切口淋巴液引流量超过 1 600 mL,短时间内出现大量淋巴液漏目前国内外尚未见报道。大量淋巴漏会引起体液、三酰甘油、淋巴细胞和免疫球蛋白流失,从而导致脱水、营养不良和免疫功能障碍,显著延长住院时间[6]。本例患者术后由于短时间内大量淋巴液漏,导致蛋白丢失,血清白蛋白从 34.6 g/L 降至 23.5 g/L,从而出现双下肢水肿;及时纠正低蛋白血症,并积极控制淋巴漏后,营养状况得以逐渐改善,住院时间亦无明显延长。

术后腹股沟区淋巴漏的治疗分为保守治疗和手术治疗,保守治疗包括压力治疗、伤口内填塞治疗、负压封闭引流、硬化剂治疗、伤口内粘合治疗、放射治疗和红外线治疗等;手术治疗包括穿透皮肤缝合、伤口切开缝合、淋巴漏口结扎、淋巴管与静脉显微吻合和皮瓣转移修复术等[7]。本例患者经腹带及沙袋加压包扎治疗后,引流量迅速减少,效果显著。这是由于与深在的胸腹腔淋巴漏或乳糜漏相比,剖宫产切口淋巴漏属于表浅的体壁漏,压力治疗具有可操作优势,且安全、简便,风险获益比良好,提示其可作为剖宫产腹壁切口淋巴漏的首选治疗方案。

关于剖宫产 Pfannenstiel 切口淋巴漏的预防,笔者提出以下措施:①切口应避免过度外延,长度不宜超过 15 cm,以降低腹股沟区淋巴管的损伤风险;②钝性分离皮下脂肪层时应避免向外侧及外下方过度潜行撕拉;③若要离断皮下不明管道,需妥善结扎断端;④术中发现切口渗液,可在渗液活跃处以 3-0 可吸收线行多点“8”字缝扎,本例患者渗液位于左外侧,因腹前外侧壁浅淋巴管与浅静脉伴行,故选择在左侧腹壁浅静脉附近缝扎;⑤孕期及术前应积极纠正低蛋白血症及贫血,以促进术后受损淋巴管早期闭合[3]。

[参考文献]

[1] 王芊芸,杨慧霞. 从循证医学角度探讨子宫下段剖宫产术步骤[J]. 中华妇产科杂志,2019,54(1):61 - 63. doi:10.3760/cma.j.issn.0529 - 567x.2019.01.016.

[2] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 剖宫产手术的专家共识(2014)[J]. 中华妇产科杂志,2014,49(10):721 - 724. doi:10.3760/cma.j.issn.0529 - 567x.2014.10.001.

[3] 李 翀,孙 雄,张 鹏,等. 腹部手术后淋巴漏的研究进展[J]. 腹部外科,2021,34(3):184 - 188. doi:10.3969/j.issn.1003 - 5591.2021.03.004.

[4] 郎景和,张晓东. 妇产科临床解剖学[M]. 第 2 版. 济南:山东科学技术出版社,2020:5 - 6.

[5] Gerken ALH,Herrle F,Jakob J,et al. Definition and severity grading of postoperative lymphatic leakage following inguinal lymph node dissection[J]. Langenbecks Arch Surg,2020,405(5):697 - 704. doi:10.1007/s00423 - 020 - 01927 - 7.

[6] Lv S,Wang Q,Zhao W,et al. A review of the postoperative lymphatic leakage[J]. Oncotarget,2017,8(40):69062 - 69075. doi:10.18632/oncotarget.17297.

[7] 熊洪涛,庄永青,傅小宽,等. 腹股沟区淋巴漏治疗的研究进展[J]. 中国临床解剖学杂志,2021,39(5):627 - 629. doi:10.13418/j.issn.1001 - 165x.2021.05.025.

(编辑:龙小芬)