doi:10.11659/jjssx.10E022080

·病例报道·

全甲状腺切除联合颈Ⅵ区淋巴结清扫术后乳糜漏1例

王 莉,陈庆秋,张 晔,章国智,宋 爽 (陆军军医大学第一附属医院乳腺甲状腺外科,重庆 400038)

Chylous leakage after total thyroidectomy combined with cervical region Ⅵ lymph node dissection: a case report

WANG Li, CHEN Qing-qiu, ZHANG Ye, ZHANG Guo-zhi, SONG Shuang (Department of Breast and Thyroid Surgery, First Affiliated Hospital of Army Medical University, Chongqing 400038, China)

[关键词] 乳糜漏;甲状腺癌;颈Ⅵ区淋巴结清扫术;早期干预
[中图分类号] R736.1 [文献标识码] B [收稿日期] 2022-10-17

甲状腺癌发病率居我国恶性肿瘤第7位,居我国女性恶性肿瘤第3位[1]。过去的30年里,甲状腺癌的发病率增加了300%[2],其中以甲状腺乳头状癌(papillary thyroid carcinoma,PTC)为主。PTC是甲状腺癌最常见的组织学亚型,占新发病例的80%~85%[3]。PTC淋巴结受累非常常见,高达80%的病例可见淋巴结转移或微转移病灶,长期随访气管旁区域淋巴结复发率高达30%,目前尚无完全可靠的无创或微创方法来辨别这些淋巴结,手术是治疗PTC的主要手段,完整切除原发肿瘤及局部转移淋巴结可使患者获得良好预后[4-5]。虽然PTC患者行预防性中央区淋巴结清扫易增加一过性低钙血症的发生率及喉返神经损伤的风险,但有研究表明,喉返神经损伤更多的与甲状腺切除术本身相关,而不是与淋巴结清扫术相关;另有研究表明,中央区淋巴结清扫可使PTC的复发风险降低一半,考虑到术前缺乏可靠的淋巴结转移病灶判定标准,超声和CT检查的准确性较低,且存在肿瘤复发的风险,中央区淋巴结清扫仍是预防PTC复发的有效方法[6-7]。

乳糜漏是指胸导管或淋巴管主要分支破损引起乳糜液溢出,主要是由手术剥离下颈部淋巴结导致,是全甲状腺切除联合中央区淋巴结清扫术后罕见的并发症。有研究报道,中央区淋巴结清扫术后乳糜漏的发生率为0.2%~0.6%[8]。乳糜漏的发生可导致患者营养流失、电解质失衡、伤口感染甚至死亡,是一种严重的术后并发症[9]。因此,乳糜漏的早期干预尤为重要,目前乳糜漏的干预方法主要是局部加压包扎、持续负压吸引、低脂饮食或禁食水、静脉营养、应用生长抑素和二次手术[10]。然而不同医疗机构局部加压包扎方式不同、持续负压吸引装置的选择不同,部分患者会出现早期干预治疗效果不佳,导致住院时间延长,治疗费用增加,术后生活质量受到影响,甚至发展为难治性乳糜漏。本研究现对1例中央区淋巴结清扫术后并发乳糜漏的早期干预成功病例进行回顾,以期为临床类似病例的早期治疗提供参考,避免二次手术。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,女,29岁,因"体检发现右侧甲状腺结节16 d"来院就诊,既往体健,无特殊病史。专科情况:颈部对称,颈软,颈静脉正常,气管无偏移,未触及明显震颤,未闻及明显颈部血管杂音,颈部未扪及明显包块,双侧颈部未扪及明显肿大淋巴结。甲状腺彩超:甲状腺右叶中下份见16.7 mm×11.0 mm×13.0 mm低回声区,边界不清,形态不规则,其内可见点状强回声;颈Ⅵ区可见多个淋巴结回声,结构欠清,较大者为7.0 mm×3.5 mm,见图1a、b。甲状腺穿刺细胞学检查:双侧甲状腺乳头状癌(BRAF V600E突变),见图1c。2020年6月17日于我院行全甲状腺切除+双侧中央区淋巴结清扫术,次日查房,引流瓶见乳白色液体80 mL,乳糜试验阳性,诊断为乳糜漏。

1.2 方法

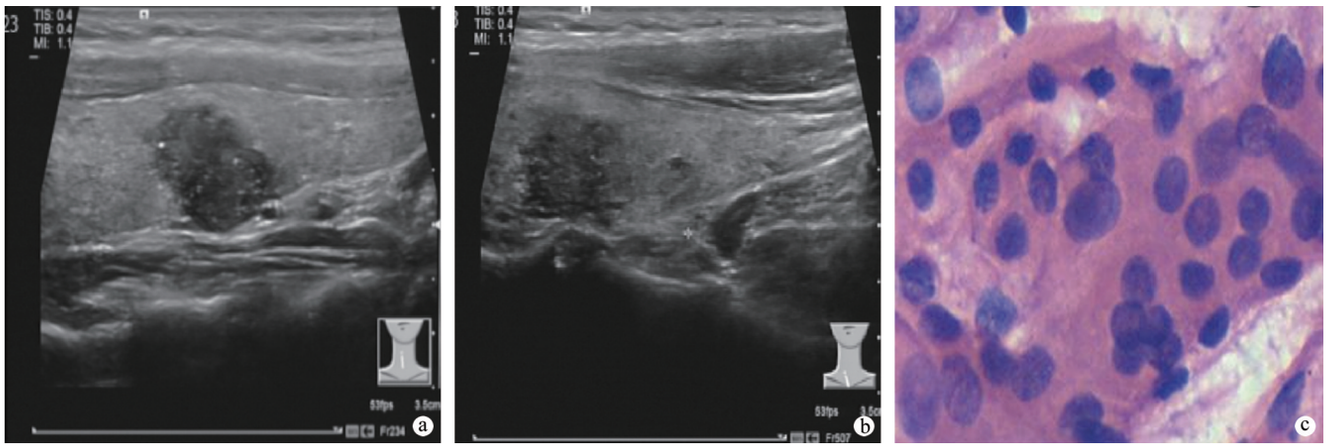
对患者进行局部加压包扎、持续负压吸引、低脂饮食、静脉营养支持等对症治疗:予以颈前区纱布团内固定定点加压联合自粘弹力绷带加压固定的方法进行包扎;采用高负压瓶(规格:600 mL,负压值:-80 kPa)持续负压吸引;指导患者食用葡萄糖水、藕粉、鸡蛋白等无脂饮食;静脉补液维持水电解质平衡,经外周静脉穿刺中心静脉导管给予营养支持,密切监测血清离子,调整补液及营养支持。

2 结果

经局部加压包扎、高负压瓶持续负压吸引、低脂

[基金项目] 重庆市技术创新与应用发展专项(cstc2019jscx-msxmX0140)

[通信作者] 宋 爽,E-mail:2368478655@qq.com



a:甲状腺右叶中下份;b:颈Ⅵ区;c:甲状腺细胞学检查示Bethesda Ⅴ类可疑甲状腺乳头状癌

图1 甲状腺超声声像图及甲状腺细胞学检查结果

饮食及静脉营养支持后,引流量持续下降(从80 mL降低至5 mL),引流液由乳白色变为澄清淡黄色,治疗后第5天拔管出院,1周后电话随访,无引流通道溢液、感染及电解质失衡等相关不适。

3 讨论

全甲状腺切除联合颈Ⅵ区淋巴结清扫术可使超声提示颈部淋巴结转移和颈部淋巴结影像学无异常但伴有BRAF V600E基因突变(预防性颈Ⅵ区淋巴结清扫)的患者获益[11]。但由于颈部解剖结构复杂,淋巴管脆弱,颈部淋巴结清扫术容易损伤胸导管及其分支,最终导致乳糜漏。如果未进行早期干预,大量淋巴液从瘘道渗出会造成患者营养流失、电解质紊乱、伤口感染,甚至死亡[12]。乳糜漏的治疗包括保守治疗及手术治疗,保守治疗主要针对轻度(引流量20~<200 mL/d)和中度(引流量200~400 mL/d)乳糜漏。轻度和中度乳糜漏主要治疗方式为局部加压包扎、持续负压吸引、禁食或低脂饮食、静脉营养支持,重度(引流量400 mL/d以上)乳糜漏则需手术治疗。但目前对于乳糜漏的治疗尚无统一的规范,使得临床实践中遇到类似病例时治疗效果参差不齐。理论上乳糜漏的治疗主要是减少引流量以及促进瘘管创面和周围组织黏附进而使瘘道关闭,禁食或低脂饮食、静脉营养支持、生长抑素治疗可有效减少淋巴液渗出,而局部加压包扎、持续负压吸引则是为了促进瘘道的最终关闭[10]。

本例患者为罕见的颈Ⅵ区淋巴结清扫术后乳糜漏,淋巴液引流量在200 mL/d以下,为轻度乳糜漏。既往临床实践中常采用2袋食盐(每袋500 g)作为施压物压于患者颈前术区以促进瘘管创面和周围组织黏附,此方法虽然简单易操作,但需要患者一直处于半平卧位或平卧位,难以长时间坚持,且不同患者的体格条件不同,对于超力型患者,食盐产生的压力并不一定能达到促进瘘管创面和周围组织黏附的目的。有研究报道了一种“8”字绷带加压法,即绷带加压缠绕颈部术区及双侧腋下,形成“8”字回环结构,此法加压效果明确,但患者难以耐受,仅能坚持较短时间[13]。本例患者采用颈前区纱布团内固定定点加压联合自粘弹力绷带加压固定的方法进行包扎,此法的好处在于:压力点范围固定,不会随患者体位变化而发生改变;绷带不从患者双侧腋下绕行,患者耐受良好;自粘弹力绷带可提供足够的压力,加压包扎效果确切。在持续负压吸引方面,引流管接持续中心负压吸引,压力维持在50~80 kPa可保持有效吸引,促进瘘口愈合[14]。此方法能促进瘘口愈合,但不利于患者活动,如乳糜漏持续时间长,长时间的卧床则可能导致继发性术后并发症,如坠积性肺炎等。相比之下,高负压引流瓶具备持续高负压(-80 kPa)、可确保引流通畅、无需频繁更换、利于引流量观察、携带方便、利于患者下床活动等优势,在促进瘘管创面和周围组织黏附的同时更有利于患者术后恢复,但费用较高。乳糜漏饮食管理可减少乳糜液的产生,并防止水电解质失衡,而在低脂饮食及静脉营养支持方面,目前尚无相关研究证实某一类的低脂饮食或静脉营养配比可促使淋巴液减少,所以本例患者以高能量、高蛋白饮食为主,根据每日血清离子检验结果予以静脉补液支持,以避免营养缺乏、电解质紊乱或其他并发症。本例患者乳糜漏得到良好控制,引流量持续下降,引流液颜色恢复正常,治疗后第5天即达到了拔管指征,后续随访也未见乳糜漏复发征象。

综上,颈前区纱布团内固定定点加压联合自粘弹力绷带加压固定、高负压瓶持续负压吸引、低脂饮食联合静脉补液维持水电解质平衡是治疗轻度乳糜漏