维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2006)02-0277-03

食管癌术后并发乳糜胸的原因及治疗

程　波，汪天虎，张力平，陈诗奉，江跃全

（重庆医科大学第二附属医院胸外科，重庆　400010）

【摘　要】目的：探讨食管癌术后并发乳糜的原因及治疗方法。方法：分析 13 例食管癌术后发生乳糜胸者的手术过程及术后引流量等相关指标。结果：本组 13 例中 12 例行主动脉弓上吻合，1 例主动脉下吻合。术后病理均为鳞状细胞癌；其中 T_1 2 例，T_2 3 例，T_3 8 例；N_0 8 例，N_1 5 例，M_0 13 例。术后引流量 320~1530ml/ 天，平均 560ml/ 天，白蛋白总用量 30~210g，血浆总用量 1000~8000ml；9 例行二次开胸胸导管结扎术治疗，两次手术间隔时间 9~21 天。4 例保守治疗，胸腔注射重组人血白介素 II 等。全部病例均治愈。结论：肿瘤外侵处，主动脉弓后和弓上部位胸导管易受损伤，此为产生乳糜胸的主要原因，手术部位的良好显露在一定程度上可避免胸导管损伤。胸腔引流量平均在 500ml/d 以上，保守治疗 1w 无好转者，应考虑手术治疗。

【关键词】食管癌；乳糜胸；原因；治疗

【中国图书分类法分类号】R735.1　　【文献标识码】B　　【收稿日期】2005-11-27

Cause and treatment of postoperative chylothorax in esophageal cancer patients

CHENG Bo, et al

(*Department of Cardiothoracic Surgery, the Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To study the cause and treatment of postoperative chylothorax in esophageal cancer patients. *Methods*: The operative procedure and postoperative thoracic drainage volume (PTDV) of the patients with postoperative chylothoreax were analyzed. The cause and treatment of postoperative chylothorax were reviewed. *Results*: Postlateral thoractomy was performed in all 13 cases. Esophageal gastric layer by layer anastomoses were performed in all cases. The sites of anastomoses were above the aorta arch in 12 cases, and below the arch in 1 case respectively. Post-operative pathology showed squamous carcinoma in 13 cases. TNM: T_1 2 cases, T_2 3 cases, T_3 8case; N_0 8 cases, N_1 5 cases, M_0 13 cases. PTDV was 320~1530 ml/d(mean:560ml/day). Albumin: 30~210g. The volume of plasma was 1000~8000ml. The length of time of surgical intervention from esphageal surgery was 9~21 days. Ligation of the thoracic duct was used in 9 cases. The treatmenrt was conservative in 4 cases. All patents were discharged without recurrent chylothorax. *Conclusions*: It is easy to damage the thoracic duct in the sites of invading, post and above aorta arch.It could partly avoid the thoracic duct damage by good exposure. PTDV is more than 500ml/day, and if the symptom lasts over one week, surgical intervention should be considered.

【Key words】Esophageal canaer; Chylothorax; Cause;Treatment

乳糜胸是食管癌术后较少见但较严重的并发症，国内报道其发生率为 0.4%~2.6%[1]。一旦发生乳糜胸，处理不当可危及生命。1990 年至 2004 年我们共手术切除各类食管癌 985 例，其中 13 例术后并发乳糜胸，经胸腔积液检查，乳糜实验阳性。我们就其治疗情况进行了总结，报告如下。

1　资料与方法

作者介绍：程　波（1960-　），男，主治医师，讲师，主要研究方向：肺癌的外科治疗。

1.1　一般资料

本组 13 例，男 11 例，女 2 例；年龄 42~74 岁，平均 58 岁。全部病例均经左侧开胸食管癌切除，胃食管吻合术，其中 12例行主动脉弓上吻合，1 例行主动脉弓下吻合。13 例术后病理均为食管鳞状细胞癌。病理分期：T_1 2 例，T_2 3 例，T_3 8 例；N_0 8 例，N_1 5 例，M_0 13 例。术后胸腔总引流量为 2100~14750ml，平均 5350ml；每日引流量为 320~1530ml，平均 560ml；人血白蛋白总用量为 30~210g，平均 110g；血浆总用量为 1000~8000ml，平均 2780ml。

1.2　治疗

13 例中 9 例行二次开胸胸导管结扎术，两次手术间隔时间为 9~21 天，平均 17 天，其中 8 例经左侧原手术切口进

维普资讯 http://www.cqvip.com

胸，1 例经右侧后外侧切口进胸。4 例行保守治疗，禁食，予静脉高价营养，胸腔内注射高聚金葡素、重组人血白介素 II 等，每 1~3 天胸腔内注射 1 次，共 1~4 次，4 例患者注射后均有发热，经对症治疗好转。

2 结 果

9 例行二次开胸胸导管结扎术，胸导管均被准确结扎，治愈出院。4 例平均每日引流量小于 400ml，行保守治疗，于 2w 内治愈。

3 讨 论

乳糜胸多发生在食管中段癌切除术，游离主动脉弓后及主动脉弓上方食管时，造成胸导管损伤。乳糜胸发生的时间，多在术后 3~6 天，病人未进食时每日胸腔引流量平均在 400~600ml/ 天不等，最初的乳糜液为血性或淡黄，以后呈典型乳白色。术后胸腔引流量及性质的观察应重视，以便早期发现及时治疗。

3.1 产生乳糜胸的原因及预防

食管癌外侵明显，尤其是向脊柱侧侵润者，游离时可能误伤胸导管。根据 TNM 分期，本组 13 例中 T_3 期患者为 8 例，病理结果亦显示有明显的外侵。在保证完整切除肿瘤的情况下，应尽可能不远离食管游离，远离食管侧应可靠结扎，以避免遗漏被损伤的胸导管或小淋巴管。

主动脉弓后及主动脉弓上方的胸导管与食管关系最密切，食管中段癌切除时，如切口过小、过低，术野显露不清，切开主动脉弓上方纵隔胸膜，游离主动脉弓后及主动脉弓上方食管时极易损伤胸导管，或将食管从主动脉弓后方上提到主动脉弓上方或颈部时，也有可能损伤胸导管。故应争取尽可能最充分的显露和靠近食管游离或沿食管外疏松的结缔组织间隙游离，如肿瘤位于主动脉弓后或弓上，应经右侧开胸，切断奇静脉，直视下游离。

胸导管壁薄，缝合胃壁和纵隔胸膜包埋吻合口时，也有可能损伤胸导管。如影响手术操作，应用粗丝线双重结扎。全部吻合完毕后，应仔细观察食管胃吻合口包埋周围，确有怀疑胸导管损伤时应低位结扎胸导管。

亦可能在分离时误伤胸导管或结扎时使用的结扎线较细、结扎过紧而切割胸导管[2]；也可能结扎太松，结扎线滑脱，因而造成预防结扎失败，发生乳糜胸。故胸导管结扎时应用粗丝线双重结扎或缝扎。

此外，卢诗杰等[3]报道预防性结扎胸导管后，在一定程度上可降低术后乳糜胸的发生率，但有 0.64%~0.80%的发生率。原因可能为胸导管高位结扎后，胸导管的梗阻致管腔内高压而引起乳糜液的渗漏。再者由于胸导管结构的特殊性，并不是所有患者的胸导管都能准确被结扎，少数患者的胸导管在膈上分为 2 支[4]，可能仅结扎了胸导管的一个分支，未结扎主干，因而造成预防结扎失败。因此，我们不主张预防性结扎胸导管。

胸导管在靠近注入静脉的部位，有成对的瓣膜，以防止静脉内的血液反流入胸导管，单纯高位结扎胸导管，瘘口在结扎线以下，不能避免乳糜胸的发生。因此，全部手术完毕后，冲洗胸腔前，应仔细观察食管床，如有淡黄色液体流出而非血性液体，则考虑有无胸导管损伤。确有怀疑时应低位双重结扎或缝扎胸导管。

3.2 乳糜胸的治疗

乳糜胸为食管癌手术后严重并发症，死亡率可高达到目的 50%[1]。乳糜胸一但发生，由于乳糜液的大量丢失，可至患者大量营养物质丢失，血溶量降低，水电解质平衡失调，早期乳糜液无细菌感染，以后可形成脓胸。一旦发生乳糜胸，应及时治疗，处理不当可危及生命。

胸腔引流量是决定乳糜胸治疗手段的重要因素。我们认为，胸腔引流量在 400ml/d 以下者，经禁食、静脉营养、充分胸腔引流，或者胸腔内注射粘连剂促使纵隔及胸腔粘连，导致局部粘连可封闭损伤的胸导管。常用的粘连剂为重组人血白介素 II、滑石粉、高聚金葡素等。我们应用高聚金葡素、重组人血白介素 II 胸腔注射，每 1~3 天胸腔内注射 1 次，效果非常满意。胸腔引流量平均在 500ml/d 以上者，保守治疗一般难以封闭损伤的胸导管。我们认为，此种情况下保守治疗 1w 内胸腔引流量无明显减少者，应及早手术治疗。否则食管癌患者营养状态较差，体质消耗极大，易发生水电解质紊乱，加重病情增加手术的危险性贻误治疗时机，同时增加患者负担；胸腔及纵隔粘连较重，增加了再次手术的难度和风险。

关于手术进路，早期病例由于胸腔粘连尚未形成，可经原切口进胸；如发生乳糜胸后拖延时间较

维普资讯 http://www.cqvip.com

长，纵隔粘连、胸腔粘连均已形成，经原切口进胸较为困难，可以考虑由健侧进胸。右侧开胸手术者，术后乳糜胸多在同侧，可从右侧开胸；左侧胸腔手术者漏口在弓上者，乳糜液容易流入左侧胸腔；漏口在弓下者，乳糜液可流入左侧或右侧胸腔，以左侧较为多见，可从左侧进胸寻找胸导管。

由于胸导管解剖结构的特殊性，手术中肉眼确定胸导管有一定难度，在奇静脉和降主动脉之间、脊柱前方一定要小心谨慎，术前经胃管注入含脂肪营养液，乳糜液呈乳白色，有助于术中寻找胸导管及其破口，在漏口上下方各用粗丝线反复缝扎，缝扎后，可用临近的胸膜组织覆盖，以造成组织粘连，防止再发生漏。如胸导管破口无法找到，低位胸导管多为单支，可于膈肌主动脉裂孔上方 5cm 处，在胸椎和胸主动脉之间缝扎胸导管总干，同样可达到治疗效果。当找到管状结构后，在其上、下用粗线双重结扎缝扎，观察纵隔漏口创面无淡黄色透明液或乳白色液体流出，可初步认为胸导管已被结扎。也切除一小段结扎线中间部分的导管，送病理检查，经冰冻切片确诊为胸导管后，可认为胸导管已可靠结扎[5]。近几年来胸腔镜手术应用于乳糜胸的治疗已取得了良好的临床效果。随着胸腔镜技术和胸腔镜设备的不断进步，胸腔镜手术将以其创伤小、并发症及死亡率低的优越性，更广泛的应用于乳糜胸的治疗。

参 考 文 献

[1] 王德元，主编. 胸部肿瘤学[M]. 第 1 版.天津：天津科学技术出版社，1994；263-264.

[2] 周福有，陈克能，马金山，等。食管癌术后乳糜胸的相关因素及其治疗[J]. 中国癌症杂志，1999；9：103-104,114.

[3] Fagimi H, Casselman FP, Mariani MA, et al. Current management of postoperative chylothorax [J]. Ann Thorac Surg, 2001；71：448-450.

[4] 佟宏峰，甄文俊，吴清俊，等. 食管癌术后乳糜胸的原因及其治疗 [J]. 北京医学，2003；3：176-178.

（上接第 261 页） 的机理可能就源于此[9]。Mostella 也报道停用抗癫痫药物后，以皮质激素及静脉内免疫球蛋白成功治愈了 AHS。但也有病例报道类固醇本身就能导致 SCAR。有人用类固醇治疗败血症过程中出现的中毒性表皮坏死溶解症时加重了疾病死亡率，所以有学者推荐类固醇仅用于史－约综合征而不要用于 SCAR[9]。因此目前对皮质激素的使用与否及使用的对象选择仍存在争议，临床医生在救治过程中即便使用，也应谨慎。

参 考 文 献

[1] Papp Z, Torok L. Anticonvulsant hypersensitivity syndrome [J]. Orv Hetil, 2004;145(32):1665-1668.

[2] Pastor ME, Rubert GM, Vazquez GF, et al. Oxcarbazepine induced interstitial nephritis in a patient with drug hypersensitivity syndrome [J]. Rev Neurol, 2003;37(10):948-950.

[3] 张志华，何周康，蒋南平. 210 例抗癫痫药物不良反应病例文献分析[J]. Chin J Pharmacoepidemiol,2004;13(6):328-329.

[4] 陈阳美，主编. 癫痫治疗学[M]. 第 1 版，成都：四川科学技术出版社，2004;204-207.

[5] 曲绍传，姚 笠，张 驰，等.卡马西平致假性淋巴瘤综合征 1 例 [J]. Chin J Pediatr，2001;39(6):378.

[6] Bavdekar SB, Muranjan MN, Gogtay NJ,et al. Anticonvulsant hypersensitivity syndrome: lymphocyte toxicity assay for the confirmation of diagnosis and risk assessment [J]. Ann Parmacother , 2004;38(10): 1648-1650.

[7] Kano Y, Inaoka M, Shiohara T. Association between anticonvulsant hypersensitivity syndrome and human herpesvirus 6 reactivation and hypogammaglobulinemia [J]. Arch Dermatol, 2004;140(2):183-188.

[8] Allende BM, Izuel RM, Urbieta SE, et al. Cross-hypersensitivity syndrome between antiepileptic drugs: report of a case [J]. Farm Hosp, 2004;28(1):56-58.

[9] Scheuerman O, Nofech-Moses Y, Rachmel A,et al. Seccessful treatment of antiepileptic drug hypersensitivity syndrome with intravenous immune globulin [J]. Pediatrics, 2001;107(1):E14.