维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2004)02-0257-01

肾移植术后并发淋巴瘘的防治(附 4 例报告)

刘 航,吴小候,梁思敏,何梓铭

(重庆医科大学临床学院泌尿外科,重庆 400016)

【中图分类号】R617;R619 【文献标识码】B 【收稿日期】2003-09-04

近期文献报道肾移植术后淋巴系统并发症(淋巴瘘和淋巴囊肿)的发生率 0.9%~8.0%,现将 1996 至 2001 年我科肾移植术后发生的 4 例淋巴瘘讨论如下。

1 临床资料

男性 3 例,女性 1 例,平均年龄 43.5 岁,术前接受血液透析时间平均 13 个月。移植肾均采用供肾动脉与患者右侧髂内动脉端端吻合;供肾静脉与右侧髂外静脉端侧吻合的方式。4 例发生淋巴瘘时间分别在术后第 3~12 天,平均术后 6 天。淋巴液引流量为 50ml/天~300ml/天,平均 80ml/天,引流液呈无色透明或淡黄色,淋巴引流持续时间平均 10 天,期间患者血肌酐值平均 188.75μmol/L,引流液肌酐值平均 256.7μmol/,尿液肌酐值平均 1591.4μmol/L。4 例患者引流液乙醚试验均为阳性,术前 4 例患者血白蛋白值平均 30.2g/L,白/球蛋白比值平均 0.98。淋巴瘘末期血白蛋白值平均 25.75g/L,白/球蛋白比值平均 0.88。经采用体外持续引流、预防感染和全身支持治疗,大量输注白蛋白和血浆等胶体,除 1 例因急性排斥反应及颅内感染并发症死亡外,其余 3 例患者淋巴瘘均自行停止,拔除引流管后切口愈合出院。术后随访 6~12 月,患者移植肾功能良好,B 超探查髂窝盆腔内无积液。

2 讨 论

供肾的血管还是患者的髂血管周围均有丰富的淋巴组织,修剪供肾血管、输尿管或解剖髂血管时不可避免要对周围淋巴组织造成干扰破坏,甚至有活体供肾者肾切除术后原肾窝内发生淋巴囊肿的报道,一旦有淋巴管漏扎时,术后近期内就易发生淋巴瘘,上皮包裹积液可形成淋巴囊肿。本组 4 例淋巴瘘在术后较短时间内发生(平均 6 天),表现为术后引流液突然增多,同时采取患者血液、引流液和尿液检查,引流液肌酐值接近血液肌酐而远远低于尿液(三者平均为 256.7、188.75 和 1591.4μmol/L),引流液乙醚试验呈阳性,患者白蛋白水平降低,白/球蛋白比值倒置。淋巴液为血液的补充成分,其血尿素氮、肌酐和甘油三酯的含量均与血浆类似,因此上述检查可以将淋巴瘘和尿瘘区别开来,另外髂窝盆腔内的 B 超探查和 CT 扫描对淋巴囊肿的诊断很有帮助,必要时通过足背淋巴管造影可以发现手术区内的造影剂泄漏。

肾移植术后淋巴瘘的发生,将导致患者出现低蛋白血症,易发生感染等并发症,增加手术失败的风险。形成淋巴囊肿后可能对供肾及其血管、输尿管造成压迫,严重者将影响供肾功能。本组 3 例淋巴瘘患者经引流支持治疗后自行愈合,随访 B 超盆腔内无积液。如淋巴囊肿已形成时,向囊肿内注射碘伏可以阻止淋巴瘘的继续发生和促进囊肿的吸收。顽固的淋巴囊肿可以采用腹膜开窗内引流术进行治疗,或经 CT 或 B 超引导,内置超细导管引流以及腹腔镜行淋巴囊肿造袋术。

与治疗相比,预防淋巴瘘无疑更为重要。在处理供肾、输尿管或髂血管时,应操作轻柔和妥善结扎淋巴管已成为共识,有作者提倡常规做腹膜内开窗引流以预防术后淋巴瘘的发生。本组 4 例淋巴瘘均系我组早期肾移植病例,2002 年以来无 1 例淋巴瘘发生,主要的改进有三点:①充分认识到适当解剖和妥善结扎淋巴管的重要性;②术中使用高频电刀,对微小的淋巴管起到凝固结扎的作用,有效减少漏扎;③部分术式改为供肾动脉与髂外动脉端侧吻合,相对于与髂内动脉端端吻合的术式,术中仅分离小范围的髂外动脉血管,手术视野更清晰,将会减少对周围淋巴组织的干扰。另有报道,将供肾动脉与髂总动脉端侧吻合,可以有效降低术后淋巴并发症发生。我组采用上述措施后,近期持续的 70 余例肾移植中,无 1 例发生术后淋巴瘘,但对此进一步的评价还有待于继续积累资料观察。

作者介绍:刘 航(1970-),男,主治医师。
主要研究方向:肾移植。