

胃癌术后腹腔淋巴瘘的相关因素分析

詹利永 王 敏^①

嘉兴学院医学院附属第一医院肿瘤外科 (浙江省嘉兴市 314000)

摘要 目的:探讨胃癌术后腹腔淋巴瘘的相关因素。方法:回顾分析 26 例胃癌术后腹腔淋巴瘘(LF)与肿瘤分期、肿瘤部位、术式、淋巴结转移、早期肠内营养(EN)及肝硬化间关系。结果:术后 LF 发生率为 7.60%,早期肠内营养组高于非肠内营养组(14.29%比 3.70%, $P<0.01$);pTNM II、III 期高于 I、IV 期,III 期高于 II 期(11.95%比 7.94%, $P<0.05$);D₂ 以上术高于 D₂ 术(11.05%比 4.23%, $P<0.01$);胃中、上部癌高于下部癌(11.80%比 3.05%, $P<0.01$);淋巴结转移组高于未转移组(9.59%比 4.07%, $P<0.05$);是否合并肝硬化两组无显著差异(8.09%比 6.54%, $P>0.05$)。结论:D₂ 及 D₂ 以上术式、pTNM II、III 期、中上部癌、淋巴结转移、术后早期 EN 是胃癌术后 LF 的危险因素。

关键词 胃切除术 胃癌 淋巴瘘 相关因素

中图分类号:R735.2 文献标识码:A 文章编号:1000-8179(2004)06-0326-03

Related Factors Analysis of Lymphatic Fistulas in Postoperative Patients with Gastric Carcinoma

Zhan Li-yong Wang Min

Department of Oncology, The First Affiliated Hospital of Jia-xing College, School of Medicine,
Jia-xing, Zhejiang

Abstract Objective: To analyze the related factors of lymphatic fistulas (LF) of postoperative patients with gastric carcinoma. **Methods:** The relationship of LF and tumour stage and tumour site and surgical style and lymphatic metastasis and early enteral nutrition and cirrhosis of liver was analyzed retrospectively. **Results:** The mean incidence rate of postoperative LF is 7.6%. The rate of early enteral nutrition group is higher than that of non-enteral nutrition group (14.29% vs 3.70%, $P<0.01$). The rate of pTNM II and III stage group is higher than that of pTNM I and IV stage group, and the rate of pTNM III group is higher than that of pTNM II group (11.95% vs 7.94%, $P<0.05$). The rate of surgical group beyond D₂ style is higher than that of surgical group with D₂ style (11.05% vs 4.23%, $P<0.01$). The rate of group of middle-superior carcinoma of stomach is higher than that of inferior group (11.80% vs 3.05%, $P<0.01$). The rate of group with lymphatic metastasis is higher than that of group with non-lymphatic metastasis (9.59% vs 4.07%, $P<0.05$). However, the difference between the group with cirrhosis of liver and that with non-cirrhosis of liver is no statistical significance (8.09% vs 6.54%). **Conclusion:** Risk factors of LF of postoperative patients with gastric carcinoma include surgical style D₂ or beyond D₂, pTNM III stage, middle-superior carcinoma of stomach, lymphatic metastasis and postoperative early enteral nutrition.

Key words Gastrectomy Gastric carcinoma Lymphatic fistulas Related factors

随着胃癌规范手术和早期肠内营养的推广应用,胃癌切除术后部分患者出现腹腔淋巴瘘(lym-

phatic fistulas, LF), 对相关因素的探讨文献报道较少。本院近 5 年治疗胃癌术后腹腔淋巴瘘 26 例均获

① 嘉兴学院医学院外科教研室

治愈,现报告如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

1998 年 1 月~2002 年 12 月,行胃癌切除 342 例,术后并发腹腔 LF 26 例,发生率为 7.60%。其中男 17 例,女 9 例,年龄 29~79 岁,平均年龄 56.8 岁。均经非手术治愈,最短 6 天,最长 50 天。

1.2 诊断标准

行胃癌切除 3 天后,腹腔引流量每天超过 300 ml,应考虑 LF 的可能,胃管或肠内营养管注入食用

菜油 100ml,排除腹腔感染和消化道瘘,引流液经乳糜定性试验和苏丹Ⅲ染色确诊。

1.3 方法

回顾分析腹腔淋巴瘘与肿瘤分期(pTNM)、肿瘤部位、术式、淋巴结转移、早期肠内营养(EN)及肝硬化间的关系。结果采用 SPSS 7.0 统计软件分析,率的比较用 χ^2 检验。

2 结果

淋巴瘘发生多见于早期肠内营养组、pTNM Ⅲ期、D₂ 以上手术、胃中上部癌及淋巴结转移,见表 1。

表 1 淋巴瘘发生与相关因素关系 例(%)

项目	早期 EN		PTNM				手术方式			肿瘤部位			淋巴结转移		肝硬化	
	+	-	I	II	III	IV	D ₁	D ₂	D ₂ 以上	下	中	上	+	-	+	-
例数	126	216	24	63	159	96	19	142	181	164	109	69	219	123	235	107
淋巴瘘	18	8	0	5	19	2	0	6	20	5	13	8	21	5	19	7
发生率	(14.29)	(3.70)	(0)	(7.94)	(11.95)	(2.08)	(0)	(4.23)	(11.05)	(3.05)	(11.93)	(11.59)	(9.59)	(4.07)	(8.09)	(6.54)
P 值	<0.01		P*				P**			P***			<0.01		>0.05	

* pTNM Ⅱ、Ⅲ期明显高于 I、Ⅳ期 (P<0.01),Ⅲ期高于Ⅱ期(P<0.05); **D₁ 术无淋巴瘘,D₂ 以上术明显高于 D₂ 术(P<0.01);

*** 胃中上部癌明显高于胃下部癌(11.80% 比 3.05%,P<0.01)

3 讨论

3.1 重视胃癌切除术后淋巴瘘的发生

肠干、降胸干、肝干、左右腰淋巴干联合组成乳糜池,位于腹主动脉和下腔静脉之间,乳糜池通向胸导管进入左锁骨下静脉和颈内静脉间。约半数以上的全身淋巴液源自腹腔内脏,尤其是小肠和肝脏。胃肠道淋巴管具有运输水分、类脂及血清蛋白进入循环的功能,在间质液容量和组成的维持及内脂的运输中起重要作用^[1]。淋巴瘘可导致大量水分、电解质和蛋白质的丢失,加剧贫血和低蛋白血症,使免疫功能下降,住院时间延长,费用增加,不利于综合治疗的实施。腹部外科手术术后 LF 的发生率尚无确切的统计数字^[2]。Kass^[3]报道了 163 例上腹部和后腹膜肿瘤切除术后 LF 发生率为 7.4%。本组胃癌切除术后淋巴瘘发生率为 7.60%,因此应重视之。

3.2 LF 的发生原因

后腹膜淋巴结的清除,切断淋巴管,损伤乳糜池,有可能产生淋巴瘘,早期肠内营养增加了淋巴管的流量和压力,使术后可能已闭合的小淋巴管重新开放。肿瘤浸润愈深,淋巴结转移范围愈广,导致清扫范围愈大,淋巴瘘愈易发生。而肿瘤的外侵,淋巴结的转移,使淋巴管梗阻和扩张,术时难免损伤。本组资料显示胃癌术后淋巴瘘中早期 EN 组高于非 EN (14.29% 比 3.70%,P<0.01);pTNM Ⅱ、Ⅲ期高于 I、Ⅳ期(P<0.01),Ⅲ期高于Ⅱ期(11.95% 比 7.94%,P<0.05);D₂ 以上术高于 D₂ 术 (11.05% 比 4.23%,P<0.01);胃中、上部癌高于下部癌(11.80% 比 3.05%,

P<0.01);淋巴结转移组高于未转移组 (9.59% 比 4.07%,P<0.05)。推测术后早期 EN、D₂ 及 D₂ 以上术式、pTNM Ⅱ、Ⅲ期、中上部癌、淋巴结转移可能是胃癌术后 LF 的高危因素。尤其是胃中上部Ⅲ期癌行 D₂ 以上术式及术后早期肠内营养者,而与肝硬化关系不大(8.09% 比 6.54%,P>0.05)。有作者认为 LF 与术前贫血、低蛋白血症相关^[4]。因此,术时看到乳白色的液体或无鲜血的管道样组织应逐一结扎,尤其是胃中上部肿瘤浸及后腹膜,清扫 No8、9、11、13、14、15 时应仔细。近两年我们重视淋巴瘘的预防和后腹膜纤维蛋白封闭剂的应用,明显减少了淋巴瘘的发生率。

3.3 淋巴瘘宜保守治疗,慎重手术

何天霖等^[5]报道,胰腺癌患者 Whipple 术后并发乳糜腹水 10 例,5 例保守治疗无 1 例死亡,均于 2 个月内恢复;5 例手术中 2 例死亡,且手术组住院时间明显长于保守组。国外虽有采用手术成功治疗腹膜后淋巴结切除后淋巴瘘的报道^[3,6],但更多文献采用生长抑素、中链甘油三脂膳食、纤维蛋白粘合剂治疗头颈和胸腹腔淋巴瘘^[4,7-10]。本组病例均经保守治疗治愈,无 1 例手术。胃癌切除术后常规于左右膈下放置皮管,腋中线或腋后线腹壁引出,保持引流管通畅和低位引流,直至恢复流质饮食后,引流液澄清,每天少于 50ml 拔管。当手术 3 天后引流量仍大于 300ml,应考虑淋巴瘘的可能,经胃管或小肠营养管注入食用油 100ml,观察引流量色泽,送细菌培养、淋巴细胞计数和蛋白测定,排除腹腔感染和消化道

瘘;同时送乳糜定性试验和苏丹Ⅲ染色确诊。停止肠内营养,禁食或进高蛋白高糖低脂饮食,减少乳糜的产生,静脉补充水电解质或TPN,保持引流通畅。本组绝大多数患者于2周内恢复,最长者50天拔管。

参考文献

- 1 Tso P, Ding K, De Michele S, et al. Intestinal absorptin and lymphatic transport of a high gamma-linolenic acid canola oil in lymph fistula Sprague-Dawley rats[J]. J Nutr, 2002, 132(2):218~221
- 2 Laterre PF, Dugemier T, Reynaert MS. Chylous ascites: diagnosis, causes and treatment [J]. Acta Gastroenterol Belg, 2000, 63(3): 260~263
- 3 Kaas R, Rustman LD, Zoetmulder FA. Chylous ascites after oncological abdominal surgery: incidence and treatment [J]. Eur J Surg Oncol, 2001, 27 (2): 187~189
- 4 龙跃平,李 勇.胃癌根治术后腹腔淋巴瘘的发生原因及处理[J].中国普通外科杂志,2003,12(1):6~8
- 5 何天霖,周颖奇,曹贵松,等.胰腺癌患者 whipple 术后并发乳糜腹水的外科治疗[J].中华普通外科杂志,2002,17(8):509
- 6 Haukaas SA, Daehin L, Ulvik NM, et al. Surgical management of chylous fistual after retroperitoneal lymph node dissection [J]. Scand J Urol Nephrol, 1999, 33 (1): 71~72
- 7 Valentine CN, Barresi R, Prinz RA. Somatostatin analog treatment of a cervical thoracic duct fistula[J]. Head Neck, 2002, 24(8): 810~813
- 8 Muns G, Rennard SI, Floreani AA. Combined occurrence of chylous ascites and chylothorax after retroperitoneal surgery [J]. Eur Respir J, 1995, 8(1): 185~187
- 9 Collard JM, Laterre PF, Boemer F, et al. Conservative treatment of postsurgical lymphatic leaks with somatostatin -14 [J].Chest, 2000, 117(3):902~905
- 10 Leibovitch I, Mor Y, Golomb J, et al. Chylous ascites after radical nephrectomy and inferior vena cava thrombectomy.Successful conservative management with somatostatin analogue [J]. Eur Urol, 2002 , 41(2):220~222

(2003-04-14 收稿)

(2003-07-18 修回)

(杨红欣校对)

·短篇及病例报告·

髌臼软骨肉瘤手拇指及足小趾皮下转移 1 例

杨祚璋 谢 琳^① 许建波 李 琳^② 陈 云^③ 张丽娟^③ 袁 涛

云南省肿瘤医院骨科 (昆明市 650118)

中图分类号:R738.1 文献标识码:D 文章编号:1000-8179(2004)06-0328-01

患者,女性,31岁。因左腹股沟区疼痛1周于1997年8月10日入院。CT检查:左髌部占位性病变,考虑肿瘤,性质待查。8月16日行肿瘤切除植骨术。术后病理报告:左髌部软骨瘤,少数细胞恶变。术后未行特殊治疗。1998年4月初因左髌部疼痛3天就诊。X线检查:左髌臼溶骨性破坏。4月15日行左髌臼软骨肉瘤刮除,骨盆重建术。术后病理报告:左髌臼软骨瘤术后局部复发伴区域恶变。术后化疗3次。1998年6月行常规放疗,DT 5 000cGy。1998年8月4日因左髌部疼痛伴切口破溃2周入院。X线检查:左侧髌关节髌臼前及趾骨内可见部分骨质缺如,并有密度增高减低影。诊断:左髌臼软骨肉瘤术后复发。8月15日行左半骨盆切除术。术后病理报告:左髌臼粘液性软骨肉瘤。术后化疗1次出院,尔后定期随访未见异常。2002年3月发现左手拇指、右足小趾包块,伴疼痛、肿胀。自行抗炎治疗无效,包块逐渐增大,大小分别为左拇指1.5cm×1.5cm,右小趾为1.0cm×1.0cm,7月4日再次入院。X线检查:双肺多发转移灶,左手拇指及右足小趾骨质未见异常。左拇指及右小趾皮下包块性质待查。7月16日行左手拇指指

掌关节解脱术及右足小趾趾关节解脱术,术后剖开包块内为鱼肉样组织。病理报告:(左拇指、右小趾)转移性粘液软骨肉瘤。7月29日患者拒绝治疗自行出院。

小结 1939年尤文首先提出软骨肉瘤为独立肿瘤。软骨肉瘤发病率仅次于骨肉瘤,占恶性骨肿瘤的20%。其边缘型者多继发于骨软骨瘤恶变。该病容易局部复发,多次复发后可引起远处转移,本病例证实了这一论点。手术治疗是该病最有效治疗方法,而对放、化疗均不敏感。临床上软骨肉瘤以血行转移为主,主要的靶器官是肺,其次还可见脑、肝、骨和皮肤等部位的转移。本例以手指、足趾肿胀、疼痛为主要症状,似急性感染性疾病,且手指、足趾皮肤完好,无溃疡,考虑为软骨肉瘤细胞通过肺静脉进入体循环转移到肢端。此类病例临床少见,手指、足趾同时转移者更为罕见。

(2003-01-16 收稿)

(2003-03-17 修回)

(杨红欣校对)