

·个案护理·

## 1 例口咽癌颈淋巴清扫并发乳糜漏的循证护理

邓益君,林丽婷,黄秋雨,何杏芳  
(中山大学附属口腔医院,广东广州,510055)

[关键词] 口咽癌;颈淋巴清扫术;乳糜漏;循证护理

[中图分类号] R473.73 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8283(2016)05-0073-05 [DOI] 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.05.018

### Evidence-based nursing of one oropharyngeal cancer patient treated with neck dissection and complicated with chyle leak

Deng Yijun, Lin Liting, Huang Qiuyu, He Xingfang//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(5):73.

[Key words] oropharyngeal cancer; neck dissection; chyle leak; evidence-based nursing

颈淋巴清扫术是目前治疗口腔癌颈淋巴转移灶的首选方法<sup>[1-2]</sup>。乳糜瘘是颈淋巴清扫术中胸导管被损伤所致,其发生率为2.4%~4.7%<sup>[3-4]</sup>。未及时恰当处理的乳糜漏,使手术伤口长期浸泡于淋巴液中会引起伤口愈合不良,皮瓣坏死,同时大量体液和淋巴细胞丢失可导致血容量下降、电解质失衡、低蛋白血症及淋巴细胞减少症等并发症,危及患者生命。循证护理是在系统评价的基础上,对文献进一步分析、评价,筛选所需信息,为临床护理决策提供参考依据的方法<sup>[5]</sup>。本科室于2014年10月收治1例口咽癌患者,行颈淋巴清扫及皮瓣移植术后出现右颈部乳糜瘘,采用循证护理方法,取得较好效果,现报道如下。

### 1 一般资料

#### 1.1 病例介绍

患者,男,57岁,因“发现右颈部肿物伴增大”5月余(患者具体日期描述不清楚),于2014年10月8日收治本院口腔颌面外科,诊断为“①口咽癌;

②右颈淋巴转移性鳞癌”。入院后完善相关检查。于2014年10月21日在手术室全麻下行“右口咽恶性肿瘤扩大切除术+右颈淋巴清扫术+右下颌骨旁正中切开复位内固定术+右口咽缺损右胸大肌皮瓣转移修复术+气管切开术”。

#### 1.2 术后治疗及病情变化

术后第1天起给予患者鼻饲流质饮食,患者术后右颈部、右锁骨上分别留置负压引流管各1条,术后第1~3天每天引出暗红色血性液5~20 mL,量逐渐减少;术后第4天给予鼻饲流质后右锁骨上引流管引出约150 mL乳白色引流液,后引流液迅速增加,峰值引流量每日约900~1200 mL,怀疑乳糜漏,给予禁食、静脉营养后,颜色逐渐转为清亮半透明液体;术后第5天,患者右锁骨上引流管引流量减少至800~900 mL/d,但该引流管周围有大量类似引流液的液体流出,量约300 mL/d,其后引流量和引流管周围渗出液量及性质未见明显变化;术后第20 d行“右颈淋巴干缝扎术”,引流液变为淡红色,量约20 mL/d,并逐渐减少。术后第36天顺利出院。

### 2 循证护理实践

#### 2.1 提出问题

乳糜漏导致大量的体液及营养物质丢失,易引

[收稿日期] 2015-12-27

[作者简介] 邓益君(1989-),女,重庆人,护士,硕士,主要从事口腔临床护理工作。

[通信作者] 林丽婷,护理部主任,副主任护师,本科, E-mail:1057507848@qq.com。

起水电解质失衡及营养不良;大量淋巴液从颈部引流管口流出,增加临床护理工作量,降低了患者舒适度,应早期识别和干预以预防或减少并发症的发生。为此提出以下问题:①如何识别早期乳糜漏;②如何为乳糜漏患者提供营养支持;③如何处理乳糜漏患者伤口渗液。

2.2 检索方法

2.2.1 证据的来源 证据来源于 Cochrane Library、Clinical Evidence、National Guideline Clearinghouse (NGC)、Trip Database、SUMSearch、Pubmed、中国生物医学文献数据库、中国知网(CNKI)、万方数据库。

2.2.2 检索公式 检索公式为(chyle fistula or chyle leakage or chyle leak or chyle)and(neck dissection or neck lymph node dissection)、(乳糜漏or 乳糜液 or 乳糜)and(颈淋巴清扫术 or 颈淋巴清扫)。检索的内容范围为颈淋巴清扫术后乳糜漏相关治疗措施的系统评价、荟萃分析、随机对照研究和案例管理文献等。

2.2.3 纳入标准与排除标准 纳入标准:①中文或英文文献;②文献研究内容与颈淋巴清扫术后乳糜漏治疗及护理相关。排除标准:①合并乳糜胸的文献;②重复文献;③研究方法描述不详的文献。

2.2.4 查找证据 按照搜索公式检索得到共检索出英文文献 87 篇,中文文献 76 篇,通过阅读题目、摘要及关键词,按照纳入和排除标准筛选文献,最终将 19 篇文献<sup>[3-4,6-22]</sup>纳入研究。纳入的文献中有 1 篇<sup>[6]</sup>系统评价、2 篇<sup>[4,7]</sup>为随机对照研究、16 篇<sup>[3,8-22]</sup>为案例文献。

2.3 证据评价

2.3.1 证据的分级及推荐级别 由于乳糜漏在颈淋巴清扫术后的发生率发病率较低,随机对照试验较少,临床案例管理提供了许多成功临床实践案例,可作为实践参考依据。按照 JBI 证据分级及推荐级别<sup>[23]</sup>,纳入文献证据分级及推荐级别见表 1。

2.3.2 证据的适用性评价

2.3.2.1 早期识别乳糜瘘的方法 乳糜瘘是因为在手术过程中胸导管可能会出现意外损伤所致,绝大部分胸导管损伤发生在左侧,仅少部分发生

表 1 纳入文献证据分级及推荐级别情况

作者	文章类型	证据分级	推荐级别
Nussenbaum 等 <sup>[6]</sup>	系统评价	A	I
Wu 等 <sup>[4]</sup>	对照研究	B	II
刘方舟等 <sup>[7]</sup>	对照研究	B	II
Jain 等 <sup>[8]</sup>	案例管理	C	III
Ahn 等 <sup>[3]</sup>	案例管理	C	III
Swanson 等 <sup>[9]</sup>	案例管理	C	III
Wei 等 <sup>[10]</sup>	案例管理	C	III
林秀安等 <sup>[11]</sup>	案例管理	C	III
张建伟等 <sup>[12]</sup>	案例管理	C	III
李真华等 <sup>[13]</sup>	案例管理	C	III
邵渊等 <sup>[14]</sup>	案例管理	C	III
吴晶等 <sup>[15]</sup>	案例管理	C	III
Cernea 等 <sup>[16]</sup>	案例管理	C	III
邹华伟等 <sup>[17]</sup>	案例管理	C	III
陈少全等 <sup>[18]</sup>	案例管理	C	III
李敏等 <sup>[19]</sup>	案例管理	C	III
刘建平 <sup>[20]</sup>	案例管理	C	III
马丹等 <sup>[21]</sup>	案例管理	C	III
张庆军 <sup>[22]</sup>	案例管理	C	III

在右侧<sup>[24]</sup>。由于人体解剖存在个体化差异,少部分人群右颈淋巴干与胸导管相连或胸导管位置变异,因此右颈淋巴干损伤也可能出现乳糜瘘。乳糜漏可在术中或术后被发现。有学者认为<sup>[11-12]</sup>,乳糜漏在手术阶段进行预防最有效。Cernea 等<sup>[16]</sup>提出,在手术结束时,将呼吸机与气管套管或气管插管暂时分离,对患者腹部施加压力 20 ~ 30 s,查看颈部有无清凉液体流出,如果有说明术后极易出现乳糜漏。吴晶等<sup>[15]</sup>也认为,术中较易发现胸导管损伤。但术中常不能被发现淋巴导管损伤,术后因管内压力增加慢慢扩张的乳糜漏,或者因剧烈咳嗽、运动使结扎淋巴导管的缝线松脱而出现乳糜漏,因此术后早期发现乳糜漏极为重要。术后可以通过观察引流液量、颜色、性质和成份进行确认。李秀安等<sup>[11]</sup>提出,通过观察引流量确诊乳糜漏,但目前尚没有根据引流量进行早期诊断的统一标准<sup>[4]</sup>。文献提示<sup>[3-4,7,10,12]</sup>,颈清扫术后引流液颜色变为乳白色或乳黄色可以确定为乳糜漏。值得注意的是,早期引流液多不典型,可呈淡红、淡黄色、橘黄色或灰黄色,这取决于食物中脂肪含量<sup>[12]</sup>。对引流液成份进行实验室检查分析有助于早期诊断可疑

乳糜瘘,如乳糜微粒含量>4%,则提示有乳糜瘘,≤4%则提示为正常的组织愈合过程中的脂肪分解<sup>[3-4]</sup>,或甘油三酯含量>100 mg/dL或高于血清甘油三酯的含量则可确诊有乳糜漏<sup>[3-4,10]</sup>。

**2.3.2.2 乳糜瘘期间患者的营养状况变化** 淋巴液成份与血浆类似,蛋白质含量是血浆的一半,并含有大量的T细胞、脂肪酸和脂溶性维生素,大量丢失淋巴液会引起低钠血症、低钾血症、低钙血症、低蛋白血症、肺部感染、必需脂肪酸和脂溶性维生素缺乏等,还容易引起体液平衡和电解质平衡失调、营养不良、抵抗力下降、伤口愈合延迟等<sup>[6]</sup>。正常人体进食的脂肪经胆盐的乳化后吸收,其中短链和中链脂肪酸被吸收后直接进入肝门静脉,而长链脂肪酸由于分子量较大不能直接吸收进入血液,与胆固醇、蛋白质结合进入乳糜池形成乳糜微粒,经胸导管进入血液循环<sup>[6]</sup>。减少淋巴液流动能有助于淋巴瘘口的关闭<sup>[25]</sup>。因此,乳糜瘘患者营养治疗的途径包括低脂饮食或无脂饮食,以及禁食给予完全肠外营养,或者综合上述营养方式<sup>[25]</sup>。

在关于是否进行肠内营养的问题上,目前尚无统一论。林秀安等<sup>[11]</sup>、邹华伟等<sup>[17]</sup>、李敏等<sup>[19]</sup>、刘建平等<sup>[20]</sup>提倡禁食,可保持胃肠道充分休息,以减少淋巴液的产生和丢失,缩短破裂口闭合时间,同时通过静脉途径提供人体每天必需的营养素,预防和减轻营养不良的发生,甚至可改善患者的营养状态,为组织修复和破裂口愈合创造必要的条件。除此之外,肠外营养还可抑制胃肠液分泌,减少淋巴液的形成。然而,Jain等<sup>[8]</sup>、张建伟等<sup>[12]</sup>、李真华等<sup>[13]</sup>、邵渊等<sup>[14]</sup>、马丹等<sup>[21]</sup>认为,经调整的肠内营养同样可以达到减少乳糜液的目的,由于中链和短链脂肪酸经消化吸收后直接进入肝门静脉,不进入乳糜池,对乳糜液的增加影响不大,还可保持肠道正常的生理功能。张庆军<sup>[22]</sup>则提出应进行分类处理,当引流液小于200 mL时,提供中短链低脂饮食即可,当引流量大于200 mL时,则需要禁食。乳糜瘘患者应根据引流量和病情选择合适的营养途径和配比方案,不仅要考虑糖类、蛋白质、脂肪酸三大产能营养素的能量供给,还需要考虑维生素和矿物质的摄入,但文献较少提及供给比例和先后顺序。

**2.3.2.3 乳糜漏患者渗液管理** 乳糜漏治疗的目的在于减少渗液的生成,目前有两种方法受到广泛认可,即保守治疗和手术治疗。保守治疗包括卧床休息、加压包扎、持续负压吸引、营养支持等<sup>[3,8,12,14]</sup>;手术治疗包括直接缝扎导管<sup>[11]</sup>和使用医用生物胶或自体肌肉组织封堵瘘口、特殊负压吸引治疗等<sup>[4,13,19]</sup>。通常首先采取保守治疗,在保守治疗失败的情况下再考虑再次手术治疗。Ahn等<sup>[3]</sup>认为,保守治疗连续使用5 d,如果引流量没有减少或增加500 mL/d或治疗超过5 d,则视为保守治疗失败,应改用手术治疗。张建伟等<sup>[12]</sup>认为,保守治疗可以观察1~2周,保守治疗无效后可行手术治疗。加压包扎在乳糜漏保守治疗中占据了非常重要的地位,配合负压吸引治疗效果更佳<sup>[4,13,19]</sup>。负压吸引可以闭合或缩小漏口,待周围肉芽生长,局部瘢痕形成就会封闭漏口,而局部加压包扎有利于缩小皮下间隙,使颈部淋巴管引流不畅,减少淋巴液的丢失,促进伤口的愈合<sup>[13]</sup>。陈少全等<sup>[18]</sup>在负压装置上进行了改良,在引流管口周围黏贴造口袋,形成密闭式负压吸引环境,可以更好地收集渗液。

## 2.4 证据应用

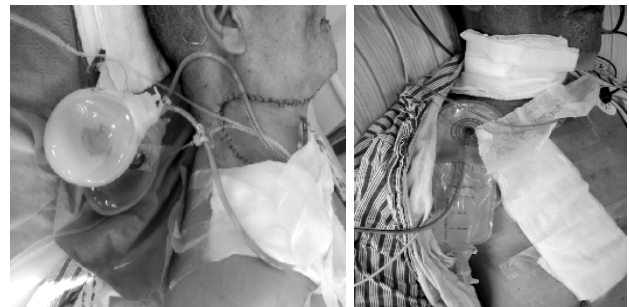
**2.4.1 早期发现乳糜漏** 本案例中,因患者为口咽癌晚期,出现颈淋巴转移,手术范围涉及颈胸部,极易损伤淋巴导管。术中行肿瘤剥离时已明确损伤右侧淋巴干,但予以妥善缝扎处理后未发现任何乳糜漏迹象,术后早期由于患者活动增加、发生咳嗽,使结扎淋巴管断端或损伤处的缝线松脱的风险增加,导致乳糜漏。术后前3 d引流液均未发现异常,术后第4天清晨更换负压引流瓶时发现引流液颜色为淡红色,乳糜状液体,量稍有增加。术后第4天10:00给予鼻饲能全素配置的营养液约200 mL,11:00右颈部引流液量明显增加,颜色逐渐变为乳白色,引流量迅速增加,2 h内增加约200 mL,及时与医生交流,怀疑为乳糜瘘,给予立即禁食,24 h引流量达到1000 mL左右,引流液变清亮,确诊为乳糜漏,未行渗液成份分析。乳糜漏被及时发现,引起医生和护士的关注,医生和护士及时在原有的治疗护理方案上进行改革,尤其关注营养支持、内环境紊乱,让患者绝对卧床休息,避免并发症的发生。



2.4.2 乳糜瘘保守治疗期间的营养支持 自患者术后第 4 天开始,引流液及引流管周围渗出液的总引流量达 900 ~ 1200 mL/d,直至患者术后第 20 天行“右颈淋巴干结扎术”,引流量及性质无明显变化。期间给予患者禁食,采取完全肠外营养措施,静脉补充水分、糖、氨基酸、脂肪乳和电解质,供给每天必需的营养素,抑制胃肠液分泌,减少淋巴液的形成。动态评估患者的临床营养状态,选择合适的营养方式是营养补充的基础。体重和体质指数是较好的评估方式,但该例患者绝对卧床不利于评估,因此选取患者血红蛋白含量、白蛋白、球蛋白含量作为动态营养评价指标,乳糜漏期间患者血红蛋白为 85.0 g/L、白蛋白为 29.0 g/L、球蛋白为 6.9 g/L。该例患者通过采取完全肠外营养,能达到营养要求,因此未给予肠内营养,患者在乳糜漏期间未出现严重营养不良,且各项指标呈现平缓上升的趋势。

2.4.3 乳糜漏伤口渗液管理 本案例乳糜漏属于高输出量的乳糜漏( $\geq 1000$  mL/d)<sup>[22]</sup>,应优先采取手术治疗方案。但由于术后早期患者局部组织仍处于水肿期,早期手术结扎发生导管撕裂的风险增加,反而增加患者经济和精神负担。综合考虑后患者首先采取保守治疗,并配合使用效果较好的负压治疗<sup>[4,14,20]</sup>。由于颈部有转移修复的胸大肌皮瓣,过分加压包扎易导致皮瓣根部血管蒂折叠,产生皮瓣血管危象,因此该患者未给予加压包扎。采用局部负压引流瓶局部为患者提供适当持续负压吸引。患者在乳糜漏开始第 1 天,引流通畅,第 2 天开始,有大量引流液从引流管口周围渗出。参照陈少全等<sup>[18]</sup>粘贴式负压冲洗治疗乳糜漏方法以及黄漫容等<sup>[26]</sup>使用造口袋成功收集引流管渗液方法。该例患者选用无菌包装、底盘小巧的小儿泌尿造口袋,收集从引流管口渗出的乳糜液,具体步骤如下:①用生理盐水清洗引流管口周围皮肤;②取适量大小的水胶体敷料裁剪成 4 cm × 5 cm,黏贴在引流管周围的手术切口,以保护手术切口;③按照引流管口大小裁剪造口底盘,在造口袋前方裁剪 1 个长约 0.5 cm 的小口,将引流管通过造口底盘和该小孔引出,连接负压引流瓶;④用两片 4 cm × 4 cm 的水胶体敷料密封钢裁剪造口袋上的小口。

乳糜液可以通过引流管进入引流瓶,从引流管周围渗出的乳糜液可以进入造口袋(见图 1)。在未采取手术治疗的情况下,通过低负压保守治疗,配合造口袋使用,患者的乳糜液得到有效引流。



处理前

处理后

图 1 造口袋收集引流管口周围渗出的乳糜液

### 3 结果

该例患者在乳糜漏期间得到了良好的营养支持,各项营养指标平稳上升,渗液得到有效收集,未出现相关并发症。术后第 20 天,患者行“右颈淋巴干结扎术”,术后右颈部留置负压引流管,引流量逐渐减少,于术后第 3 天拔出引流管,术后第 36 天患者顺利出院。随访 2 个月,患者生活可自理,未再次出现乳糜漏。

### 4 讨论

循证护理是通过查阅和审慎地筛选文献,将其整理为明确性的推荐意见,并将其运用于临床的过程,已经成为临床护理人员探索科学、有效、适宜的临床护理方法的手段<sup>[5]</sup>。关于乳糜漏相关护理和治疗目前仍以个案呈现为主,尚未形成统一认识。通过循证护理方法让护士在借鉴前人护理乳糜漏的经验基础上,早期确诊该例患者为乳糜漏,并结合患者疾病特点,重点关注患者乳糜漏期间营养状况及乳糜漏伤口渗液情况,采用最佳的治疗护理措施。

### 5 结论

本院通过对 1 例颈淋巴清扫术后并发乳糜漏患者相关治疗与护理措施进行循证,明确早期识别乳糜瘘征象、选择合适营养途径和计划、加强渗液管理的护理要点,变被动护理为主动护理,并将最

优化的护理方案应用于临床,有效避免了乳糜漏相关并发症的发生。

# 参考文献:

- [1] Rigual NR, Wiseman SM. Neck dissection: current concepts and future directions [J]. Surg Oncol Clin N Am, 2004,13(1):151-166.
- [2] Chummun S, Mclean NR, Ragbir M. Surgical education: neck dissection [J]. Br J Plast Surg, 2004,57(7):610-623.
- [3] Ahn D, Sohn JH, Jeong JY. Chyle fistula after neck dissection: an 8-year, single-center, prospective study of incidence, clinical features, and treatment[J]. Ann Surg Oncol, 2015,22(Suppl 3):1000-1006.
- [4] Wu G, Chang X, Xia Y, et al. Prospective randomized trial of high versus low negative pressure suction in management of chyle fistula after neck dissection for metastatic thyroid carcinoma [J]. Head Neck, 2012,34(12):1711-1715.
- [5] 胡雁. 正确认识循证护理推动护理实践发展[J]. 中华护理杂志, 2005,40(9):714-717.
- [6] Nussenbaum B, Liu JH, Sinard RJ. Systematic management of chyle fistula: the southwestern experience and review of the literature [J]. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 2000,122(1):31-38.
- [7] 刘方舟,张园,虞同华. 生长抑素治疗颈淋巴结清扫术后难治性乳糜漏的疗效[J]. 江苏医药, 2013,39(5):531-533.
- [8] Jain A, Singh S N, Singhal P, et al. A prospective study on the role of octreotide in management of chyle fistula neck [J]. Laryngoscope, 2015,125(7):1624-1627.
- [9] Swanson MS, Hudson RL, Bhandari N, et al. Use of octreotide for the management of chyle fistula following neck dissection [J]. Jama Otolaryngol Head Neck Surg, 2015,141(8):723-727.
- [10] Wei T, Liu F, Li Z, et al. Novel management of intractable cervical chylous fistula with local application of pseudomonas aeruginosa injection [J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2015,153(4):561-565.
- [11] 林秀安,刘畅. 甲状腺癌颈淋巴清扫术并发乳糜瘘的防治[J]. 中国肿瘤外科杂志, 2015,7(5):299-301.
- [12] 张建伟,宋一丁,王军. 甲状腺癌颈清扫术后乳糜漏的预防及处理[J]. 甘肃医药, 2015,34(8):593-595.
- [13] 李真华,葛家华,汤喜,等. 颈淋巴结清扫术后乳糜漏 21 例分析[J]. 重庆医学, 2015,44(14):1904-1905.
- [14] 邵渊,白艳霞,张少强,等. 喉癌患者颈廓清术并发乳糜漏 20 例临床分析[J]. 山西医科大学学报, 2015,46(1):71-73.
- [15] 吴晶,曹健,姚宏,等. 医用生物胶黏合封堵乳糜瘘 10 例的临床效果观察[J]. 现代生物医学进展, 2014,14(34):6700-6703.
- [16] Cernea CR, Hojaij FC, De Carlucci DJ, et al. Abdominal compression: a new intraoperative maneuver to detect chyle fistulas during left neck dissections that include level IV [J]. Head Neck, 2012,34(11):1570-1573.
- [17] 邹华伟,纪淑姣. 甲状腺癌颈淋巴结清扫术并发乳糜漏 16 例[J]. 临床医学, 2012,32(4):69-71.
- [18] 陈少全,吕云霄,王烈. 粘贴式负压冲洗治疗颈淋巴结清扫术后乳糜瘘 20 例临床分析[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2011,18(10):1084-1086.
- [19] 李敏,孙文海,徐川东. 颈淋巴结清扫术后乳糜漏的处理[J]. 齐鲁医学杂志, 2011,26(3):247-248.
- [20] 刘建平,陈涛,汪洋. 甲状腺癌颈清扫术后严重乳糜漏的综合治疗(附 5 例报告)[J]. 岭南现代临床外科, 2010,10(5):351-357.
- [21] 马丹,刘敏,李红,等. 颈段胸导管的应用解剖与颈廓清术并发乳糜漏的防治[J]. 局解手术学杂志, 2010,19(6):471-472.
- [22] 张庆军. 颈清扫术后颈淋巴瘘的处理方法[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012,19(8):419-420.
- [23] 蔡文智. 循证护理研究与实践[M]. 北京:人民军医出版社, 2010:21.
- [24] De Gier HHW, Balm AJM, Bruning PF, et al. Systematic approach to the treatment of chylous leakage after neck dissection [J]. Head and Neck, 1996,18(4):347-351.
- [25] Campisi CC, Boccardo F, Piazza C, et al. Evolution of chylous fistula management after neck dissection [J]. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 2013,21(2):150-156.
- [26] 黄漫容,肖萍,吴少云,等. 一件式造口袋在引流管渗漏护理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2011,46(10):1022-1023.

[本文编辑:刘晓华]