

儿童颈部/腋窝淋巴结结核手术治疗 52 例

刘 波 陈太忠 李光亮

【摘要】 目的 总结儿童颈部/腋窝淋巴结结核手术治疗的经验。**方法** 2008 年 1 月至 2012 年 12 月我们收治 52 例儿童颈部/腋窝淋巴结结核脓肿患儿,均实施颈部/腋窝淋巴结清扫术 + 术后抗结核治疗半年,对其治疗经过及临床疗效进行回顾性分析。**结果** 术后切口一期愈合 46 例,二期愈合 6 例,切口愈合时间 7 ~ 46 d。无一例复发。术后颈部/腋窝相关上肢功能无异常,无重要血管神经损伤并发症。**结论** 手术治疗儿童颈部/腋窝淋巴结结核脓肿安全有效,术中应注意保护重大血管神经,术后应结合抗结核治疗。

【关键词】 结核,淋巴结;外科手术;儿童

儿童淋巴结结核脓肿多由于注射卡介苗后发生的左腋下或其他部位,如颈部淋巴结群结核病变,也可能是机体抵抗力低下时原发结核病的一部分。以往采用病灶清除术,我们开展局部淋巴结清扫术 + 术后短程抗结核治疗,对比同期采用非清扫治疗方案的病例,愈合时间短,治愈率高。

资料与方法

一、临床资料

本组男 32 例,女 20 例。年龄 3 ~ 12 岁,平均 5.16 岁。左腋下 17 例,左颈部 13 例,右颈部 22 例。病程 3 个月至 1.5 年,平均 6 个月。

患儿均为农村儿童,因颈部或腋窝红肿包块就诊,就诊前均未实施正规抗结核治疗,部分患儿(34 例)接受不正规抗生素治疗无好转。患儿无明显消瘦、体重下降。体查:颈部或腋窝包块,波动感明显。病变局限,周围无红肿热痛。辅助检查:结核抗体阳性 46 例(88%),结核菌素试验均呈阳性。胸片无异常。彩超检查均提示局部淋巴结肿大,部分中央液化,相互粘连,血供丰富。

选择手术治疗的指征:颈部/腋窝淋巴结脓肿,病变局限,无全身反应,无其他重要脏器病变。如病变为浸润期、破溃期,病变不局限则不考虑手术,而建议感染科采取诊断性正规抗结核治疗。

围术期仍应用正规广谱抗生素治疗,纠正贫血

和低蛋白血症。

二、手术方法

均采用局部淋巴结清扫术。腋窝淋巴结清扫术采用静脉麻醉,颈部淋巴结清扫术采用气管插管加全身麻醉,患儿取平卧位,患侧抬高。

腋窝淋巴结脓肿采取脓肿周围梭型切口,沿病灶周围锐性分离,完整切除淋巴脓肿及周围粘连肿大淋巴结。如肉眼探查淋巴结无肿大,无粘连,大小质地正常则保留。探查病变淋巴结与腋神经,腋动脉静脉的关系,勿使损伤。如上述主要神经血管被累及时,可以切除部分病变再以 3% 碘酊 - 生理盐水冲洗。充分止血后逐层缝合,以庆大霉素生理盐水冲洗各层创面,以利清除残余炎症。间断用 3 - 0 丝线褥式全层缝合切口,不留置引流条。麻醉复苏时观察患侧手臂末梢血运、桡动脉搏动及主动运动功能。

颈部淋巴结脓肿同样采取病灶周围皮纹梭形切口,切开颈阔肌,充分暴露病灶周缘,注意保护颈外静脉、耳大神经、枕小神经、副神经。清扫淋巴结及粘连肿大的淋巴结群。当需要越过胸锁乳突肌以清扫深部病变淋巴结时,注意保护勿损伤颈动脉、颈内外静脉、迷走神经等。此时可同样只切除部分病变淋巴结,再使用 3% 碘酊 - 生理盐水涂擦残留病变,再以庆大霉素生理盐水冲洗术野及切口。间断 3 - 0 丝线褥式全层缝合切口,不留置引流条。

清扫操作过程中,以 15[#] 小圆刀逐步锐剥离为主,尽量不使用电刀或者钝性分离,发现明显出血或分支血管后,辨明清楚后钳夹,忌盲目电灼止血。如损伤主要血管,宜及时按压、侧壁钳夹止血后以 7/0 prolene 连续缝合破口。

切除组织常规送病理检查及一般细菌培养 + 药

敏试验、结核涂片检查。活检结果均提示典型结核干酪样病变。抗酸杆菌涂片均为阳性。

确诊淋巴结核者术后辅以抗结核治疗,遵循早期、联合、适量、规律、全程的总原则。小儿外周结核性淋巴结炎都属原发感染,抗结核治疗及疗程与活动期肺结核相同^[1]。我们采用 6 个月短程化疗方案:2HRZ/4HR,即 2 个月异烟肼 + 利福平 + 吡嗪酰胺,4 个月异烟肼 + 利福平^[2]。治疗过程中注意监测患儿肝功能情况,6 个月后如仍有复发,则再治疗 1 个疗程。

三、评价指标

1. 治愈:术后 3 个月复查颈部及腋窝外形,屈伸旋转及局部皮肤感觉无异常,切口愈合好。
2. 好转:切口局部塌陷,局部皮肤感觉缺失,伤口二期愈合甚至血管神经损伤、药物肝损等并发症。
3. 复发:术后 3 个月复查检查有无复发。

结 果

本组颈部/腋窝淋巴结核患儿均于全麻下行局部淋巴结清扫术,术后予 6 个月短程联合抗结核治疗后,术后切口 I 期愈合 46 例,约占 88%,II 期愈合 6 例。切口愈合时间 7 ~ 19 d,平均 11 d。无一例复发。术后颈部/腋窝相关上肢功能无异常,无重要血管神经损伤等并发症。术后出现发热、局部积液、延迟愈合、窦道形成等并发症各 1 例,均经治疗后痊愈。

讨 论

淋巴结核是肺外结核的好发部位,以颈部淋巴结核最多(左右各占 68% 及 90%),其次为腋下(左右各占 10% 及 15%)。可通过淋巴或血行途径发病。颈淋巴结核感染初期多为单发淋巴结肿大,质硬,无痛,可移动。一般无症状。较重者可出现慢性结核中毒症状,如低热、盗汗、乏力等。随着病情的发展,炎症蔓延至多个淋巴结,往往融合成较大的肿块。合并淋巴结周围炎或混合感染时,出现疼痛,高热。晚期肿大融合的淋巴结变软、液化、坏死、形成寒性脓肿,一旦破溃会形成经久不愈的瘰管或窦道。按病程发展分为四期:结节期、浸润期、脓肿期、溃疡瘰管期。传统抗结核药物治疗淋巴结核疗效差,抗痨无效时常需要手术治疗,尤其脓肿期、溃疡期和周围组织粘连严密,成团块状,分界不清时,药物治疗

效果常常不确定^[5]。

腋窝淋巴结核多为新生儿卡介苗注射后发生的卡介苗性淋巴结核。其特点是均有新生儿卡介苗接种史,均婴幼儿期发病,临床无结核及化脓感染中毒症状。病变淋巴结均为左三角肌区域内的淋巴结,以左腋下为主。无特异性检验指标。

淋巴结核时淋巴结的正常结构被破坏,内部出现液化、干酪样坏死、钙化等。淋巴结相互融合成结节状。颈部腋窝淋巴结核的手术治疗以往多注重结核病灶的切开引流辅以局部换药,如不彻底仍可造成复发。且愈合时间长,切口丙级愈合后瘢痕影响美观。有时因病灶较深,与周围重要血管、神经关系密切,如不仔细解剖,过度搔刮,易损伤周围神经血管,造成并发症。

我们采用局部淋巴结清扫术并强调外科损伤控制理论。彻底清除病灶,包括病变淋巴结及周围炎症累及水肿组织和肿大淋巴结,使术野全部为新鲜、正常组织,同时注意外科损伤控制理论,在不影响治愈率的情况下,尽可能多的保留局部的组织和功能,尤其重要血管神经,以使患者避免严重并发症。术中以碘伏及庆大霉素冲洗,以及术后 6 个月短程联合化疗(2HRZ + 4HR),可以帮助防止复发。淋巴结核的化疗遵循早期、联合、适量、规律、全程的化疗总原则。

同期有文献报道采用淋巴结核病灶切开引流病灶清除后辅以脓腔内利福霉素钠等换药的方法,愈合时间长,21 ~ 45 d,平均 25.7 d,亦无一例复发^[3-4]。相比同时期非清扫淋巴结核治疗方案(淋巴结核病灶切开引流病灶清除后辅以脓腔内利福霉素钠换药),颈部/腋窝淋巴结核结核脓肿的手术清扫治疗具有时间短,愈合快,愈合率高,无复发的优点。

参 考 文 献

- 1 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010,970-984.
- 2 蔡文瑜,许红梅. 儿童结核治疗进展[J]. 儿科药学杂志,2012,18(8):57-60.
- 3 杨清清,李素芳,秦尚够,等. 两种换药方法治疗婴幼儿卡介苗寒性脓肿的疗效观察[J]. 临床小儿外科杂志,2008,12(7):74-75.
- 4 付向阳,郭春兰. 脓腔内利福霉素换药治疗淋巴结核的疗效观察[J]. 中华医院感染学杂志,2011,21(19):4065-4066.
- 5 范明,王永利. 淋巴结核 139 例的外科治疗[J]. 临床肺科杂志,2010,11(15):1553-1554.