

淋巴水肿 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/305/2021_2022__E6_B7_8B_E5_B7_B4_E6_B0_B4_E8_c22_305588.htm 名称淋巴水肿所属科

室普通外科病因淋巴水肿的病因分类众多，兼顾病因及临床类型，主要分为原发性及继性两大类。原发性淋巴水肿大多是淋巴管扩张、瓣膜功能不全或缺如等先天发育不良所致。根据淋巴管造影，原发性淋巴水肿可分型如下：淋巴发育不全，伴皮下淋巴缺如；淋巴发育低下、淋巴结和淋巴管小而少；淋巴增生，伴淋巴结和淋巴管大得多，时有扭曲和曲张。其中淋巴发育不全十分罕见，常见于先天性淋巴水肿。发育低于是最常见的类型。单纯性及耐性淋巴水肿均属先天性。早发性淋巴水肿多见于青春期女性或年轻妇女，于月经期症状加重，故推测病因可能与内分泌紊乱有关，占原发性淋巴水肿85~90%。35岁以后起病则称之迟发性淋巴水肿。继发性淋巴水肿大部分由淋巴管阻塞引起。国内最常见的是丝虫病性淋巴水肿及链球菌感染性淋巴水肿。乳癌根治术后上肢淋巴水肿亦非少见。尽管Herophilos和Aristotle早在第三和第四世纪就已对淋巴系统进行了观察，近代还做了大量实验研究，但淋巴水肿的确切发病机理的不清楚。分类：（一）原发性淋巴水肿1.先天性：单纯性遗传性（milroy disease）2.早发性（二）继发性淋巴水肿1.感染性：寄生虫、细菌、真菌等2.损伤性：手术、放疗、灼伤等3.恶性肿瘤性：原发性肿瘤、继发性肿瘤4.其他：全身性疾病、妊娠等病理淋巴是细胞间隙中的组织液，经淋巴管回流入静脉。淋巴循环亦是人体生理功能性体格循环这一。淋巴系统先天性发育不良或由于某种原因发生闭塞或破坏，所属远端淋巴回流即发生障

碍，组织间隙淋巴液异常增多。若发生在肢体则受累肢体均匀性增粗，起初皮肤尚光滑、柔软，抬高患肢水肿可明显消退。由于积聚的淋巴液富含蛋白质，可高达5.8g/dl，〔正常0.72g/dl〕长期刺激使结缔组织异常增生，脂肪组织为大量纤维组织替代。皮肤及皮下组织极度增厚，皮肤表面角化、粗糙、指压后不发生压痕，出现疣状增生物，形成典型的“。感染使炎性渗出液增加，刺激大量结缔组织增生，破坏更多的淋巴管，加重淋巴液滞留，增加继发感染机会，形成恶性循环，致使淋巴水肿日益加重。临床表现淋巴是细胞间隙中的组织液，经淋巴管回流入静脉。淋巴循环亦是人体生理功能性体格循环这一。淋巴系统先天性发育不良或由于某种原因发生闭塞或破坏，所属远端淋巴回流即发生障碍，组织间隙淋巴液异常增多。若发生在肢体则受累肢体均匀性增粗，起初皮肤尚光滑、柔软，抬高患肢水肿可明显消退。由于积聚的淋巴液富含蛋白质，可高达5.8g/dl，〔正常0.72g/dl〕长期刺激使结缔组织异常增生，脂肪组织为大量纤维组织替代。皮肤及皮下组织极度增厚，皮肤表面角化、粗糙、指压后不发生压痕，出现疣状增生物，形成典型的“。感染使炎性渗出液增加，刺激大量结缔组织增生，破坏更多的淋巴管，加重淋巴液滞留，增加继发感染机会，形成恶性循环，致使淋巴水肿日益加重。辅助检查（一）诊断性穿刺组织液分析皮下水肿组织液的分析，有助于疑难病例的鉴别诊断。淋巴水肿液蛋白含量通常很高，一般在1.0~5.5g/dl，而单纯静脉郁滞、心力衰竭或低蛋白血症的水肿组织液蛋白含量在0.1~0.9g/dl。检查通常用于慢性粗大的肿胀肢体，只需注射器和细针即可操作，方法简单、方便。但

不能了解淋巴管的病变部位及功能情况。是一粗略的诊断方法。

(二) 淋巴管造影 淋巴管穿刺注射造影剂，摄片显示淋巴系统形态学的一种检查方法，是淋巴水肿的特异辅助检查。

1.适应证 鉴别淋巴水肿与静脉性水肿。 鉴别原发性淋巴水肿与继发性淋巴水肿。 拟行淋巴-静脉吻合术者。

2.淋巴管造影方法 目前大多采用直接淋巴管穿刺注射造影法。先在足背第1~4跖骨水平皮下注射伊文思兰.25~0.5ml3~5分钟后即可见蓝色细条状浅表淋巴管。局麻下切开皮肤分离浅表淋巴管，在其近、远端各绕过一根细丝线，暂时阻断近端，使淋巴液滞留，用27~30号针头穿刺淋巴管，然后注入1%普鲁卡因少许以证实确在腔内而且不漏，固定针头，通过塑料管与注射器连接，以0.1~0.2ml/分钟的均匀速度注射Ethiodol12ml(乙碘油)。注射2ml后在踝关节及盆腔摄片，鉴定造影剂有无外渗并摒除误注入静脉内。注射完毕拔出针头，结扎淋巴管以防淋巴漏，缝合皮肤。造影摄片包括：小腿前后位，大腿前后位，从腹股沟至第一腰椎的前后位、斜位或侧位。

3.淋巴管造影的异常表现 原发性淋巴水肿：淋巴管瓣膜缺如或功能不全，淋巴管扩张迂曲。 继发性淋巴水肿：淋巴管中段，远端淋巴管扩张、迂曲，数目增多且不规则。转移性淋巴结可见淋巴结内充盈缺损、边缘呈虫蚀状。

4.并发症 切口感染，淋巴漏。 全身性反应：发热、恶心、呕吐，由于对造影剂过敏个别可能产生四周循环衰竭。

局部淋巴管反应性炎症，使淋巴水肿加重。 肺栓塞：造影剂可能压力增高通过吻合侧支进入静脉，引起肺栓塞，发生率为2~10%，文献有因肺栓塞致死的报道。

(三) 同位素淋巴管造影 由于淋巴管X线造影不能提供淋巴系统功能的

定量动力学资料，也不能提供来自不同肢体部位淋巴引流的简单情况，因此目前开展一种有价值的静态淋巴系统内闪烁造影（核素显象），将 ^{99m}Tc 硫化物胶体 0.25ml (75MBq)注射到双足第二趾蹼皮下组织。用 γ 照相机正对患者下腹部和腹股沟区，分别在 $1/2$ 、 1 、 2 和 3 小时作静态图象扫描，再分别计算髂腹股沟淋巴结摄取的同位素量。用同位素显象研究慢性淋巴水肿的淋巴功能，提示患肢淋巴回流的减少程度与淋巴水肿的严重程度相关。在严重淋巴水肿，同位素摄取率几乎为 0 ，而在静脉性水肿淋巴回流的吸收百分比显著增加。因此可用于淋巴性水肿与静脉性水肿的鉴别，其诊断淋巴水肿的敏感度为 97% ，特异性为 100% 。与淋巴管X线造影术相比，核素显象操作简单，诊断明确。但它不能将淋巴管和淋巴结解剖定位。若考虑淋巴管手术则仍以淋巴管X线造影为佳。此外，新近开展的血管无损伤检测技术也有助于静脉性水肿和淋巴性水肿的鉴别，作为门诊筛选检查方法，既简单又方便。

诊断1.有丝虫感染或丹毒反复发作史，或有腋窝、腹股沟部接受淋巴结清扫术和放射治疗史。2.早期患肢肿胀，抬高后可减轻。晚期患肢肿大明显，表面角化粗糙，呈橡皮样肿。少数可有皮肤裂开、溃疡或出现疣状赘生物。3.丝虫感染者四周血液检查可发现微丝蚴。淋巴管造影可确定淋巴管发育或受阻情况。鉴别诊断早期由于皮肤及皮下组织改变较轻，应与其他疾病相鉴别：1.静脉性水肿 多见于下肢深静脉血栓形成，以单侧肢体突发性肿胀急性起病，伴皮色青紫、腓肠肌及股三角区明显压痛、浅静脉显露为其临床特点，足背水肿不明显。淋巴水肿则起病较为缓慢，以足背踝部肿胀较为多见。2.血管神经性水肿 水肿发生于外界过敏因素的刺激，

起病迅速，消退也快，间歇性发作为其特点。淋巴水肿则呈逐渐加重的趋势。

3.全身性疾病 低蛋白血症，心力衰竭、肾病、肝硬化、粘液性水肿等均可产生下肢水肿。一般为双侧对称性，并伴有各自的原发疾病临床表现。通常经具体的病史询问，仔细的体格检查及必要的化验检查即可鉴别。

4.先天性动静脉瘘 先天性动静脉瘘可表现为肢体水肿，但一般患肢长径与周径均大于健侧，皮温增高、浅静脉曲张、局部区域可闻及血管杂音，四周静脉血氧含量接近动脉血氧含量。上述均为其独有特点。

5.脂肪瘤 少数病变范围十分广泛的脂肪瘤或脂肪组织增生可与淋巴水肿混淆。但脂肪瘤大多呈局限性生长，病程较慢，皮下组织柔软无水肿表现，必要时可行软组织X线钼靶摄片以助确诊。

治疗淋巴水肿根据病程早晚，治疗原则不同。早期以排除郁积滞留淋巴液，防止淋巴积液再生为宗旨，晚期则以手术切除不能复原的病变组织或以分流术治疗局限性淋巴管阻塞为目的。

(一)急性期淋巴水肿，以非手术治疗为主。

1.体位引流 肢下垂状态使组织间隙中淋巴液滞留加重，抬高患肢30~40cm利用重力作用可促进淋巴液回流，减轻水肿。此未能简单有效，但作用不持久，患肢下垂水肿再度加重。

2.加压包扎 在体位引流基础上，在患肢指高事用弹力袜或弹力绷带加压包扎，挤压组织间隙，协助淋巴回流。弹力绷带松紧应适宜。也可用间隙加压器 (intermittent compression pumps) 多次和长时间使用，对改善水肿有一定疗效。文献报道国外目前采用淋巴加压器 (lymha-press) 一种更为先进有效的加压充气装置，充气装置分9~12块，每块可以单独充气加压，加压从肢体远端逐渐向近端进行，一个循环周期为25秒。这种淋巴加压顺较其他

简单加压装置的充气加压时间大大缩短（简单加压充气装置循环周期100秒左右），同时可产生较高压力达15.6 ~ 20.8kPa(120 ~ 160mmHg)，比外科手术和单纯弹力袜在消肿方面更为有效。但它的使用较复杂，也不能减少组织间隙中的蛋白成份，只适用于急性期及术前预备等短期治疗。

3.限制钠盐摄入和使用利尿剂 急性期适当限制氯化钠摄入，一般1 ~ 2g/d，以减少组织钠、水潴留。同时使用适量利尿剂、加快水钠排出。可用双氢克尿噻每次25mg，每日3次，并适当补钾，待病情稳定后停药。

4.预防感染 选用抗真菌的油膏、扑粉，保持足趾干燥是预防和控制真菌感染最为有效的方法；足趾甲床下细菌感染也较为多见，应勤剪指趾甲，清除污垢，减少细菌入侵途径。当链球菌感染全身性症状时，应选用青霉素等药物，配合卧床休息，积极控制感染。晚期淋巴水肿并发皮肤皴裂可采用油膏外敷保护并润滑皮肤。此外，多种疫苗、牛奶和异性蛋白注射法，是沿用已久的抗感染疗法。人体的各种防御机构借此获得提高。国外学者证实在注射伤寒三联疫苗时，输出淋巴管中的淋巴球增多，血液中的丙种球蛋白也有所提高，有防止发生永久性淋巴阻塞的作用。有作者推测异性蛋白可能通过垂体及肾上腺起作用。

（二）慢性淋巴水肿 包括非手术治疗的烘绷治疗和各种手术治疗。

1.烘绷疗法 烘绷疗法是发掘祖国医学遗产的一种治疗方法。其治疗原理是利用持续辐射热，使患肢皮肤血管扩张，大量出汗，局部组织间隙内的液体回入血液，改善淋巴循环。对于淋巴水肿尚未发生肢体皮肤严重增生者可选用烘绷疗法。有电辐射热治疗和烘炉加热两种方法。温度控制在80 ~ 100，每日1次，每次1小时，20次为一疗程。每个疗程间隔1

~2周。每次治疗完毕，应外加弹力绷带包扎。依据临床观察经1~2个疗程后可见患肢组织松软，肢体逐步缩小，非凡是丹毒样发作次数大为减少或停止发作。

2.手术治疗

大多数淋巴水肿不需外科手术。约15%的原发性淋巴水肿最终需行下肢整形手术。现有手术方法除截肢手术均不能治愈淋巴水肿，但可明显改善症状。

手术适应证： 肢体功能损害：由于肢体粗重易疲惫和关节活动限制。 过度肿胀伴疼痛。 反复发作的蜂窝织炎和淋巴管炎经内科治疗无效。 淋巴管肉瘤：长期淋巴水肿恶性的致死性原因。 美容：大多数原发性淋巴水肿患者为年轻妇女，对于肿胀明显并有美容要求者可考虑手术，但应以改善功能为主，美容为辅，否则疗效可能不尽人意。

术前预备与术后处理： 术前预备 对手术效果有重要作用。它们包括：

卧床休息抬高患肢：使肢体水肿减少至最低限度。有下肢垫高、下肢悬吊和骨牵引等方法，下肢抬高以60°为宜。

控制感染：对反复发作的急性蜂窝组炎和急性淋巴管炎，应选用敏感药物于术前、术中静脉或肌注给药，减少术后皮瓣感染机会。

清洗皮肤：达到溃疡愈合或控制局部感染的目的。

保持术后引流通畅；分离的粗糙面可有毛细血管持续渗血。必须放置负压引流，保持皮瓣下无积血积液，减少影响皮瓣血供的因素，防止皮瓣坏死、感染，降低手术失败率。

术后继续抬高患肢，减轻患肢水肿，有利于静脉及淋巴回流。

手术分类：淋巴水肿手术可分为两类：

病变组织广泛切除术。 淋巴回流重建术。根据实验及临床证据，后者的部分或大部分良好效果事实上是在广泛病变组织切除的基础上取得的。单纯重建淋巴回流，手术操作十分精细，但疗效甚微。由于继发性淋巴

水肿淋巴管阻塞点近远端的淋巴系统功能完好，外科手术重建区域性淋巴回流应可获得良好疗效，相反，大多数原发性淋巴水肿的近远端淋巴管发育不良，经不住期待重建淋巴回流手术能改善症状。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com