Mirizzi 综合征的手术对策

莫晓东，吴国忠，李界明 （解放军第 101 医院普通外科，江苏 无锡 214044）

［摘 要］ **目的** Mirizzi 综合征（MS）是胆石症少见的一种并发症，探讨外科治疗 MS 的策略，尽量减少手术损伤。**方法** 收集我院 2003 年至 2008 年手术治疗的 36 例 MS 病例，回顾分析术前处理、手术方式选择、术后并发症及预后情况。**结果** 本组患者均经腹腔镜或开腹手术证实，Ⅰ型 23 例，Ⅱ型 11 例，Ⅲ型 2 例。20 例术前行鼻胆管引流术。所有手术均行大部分胆囊切除，MS Ⅰ型行胆囊管直接缝扎；MS Ⅱ型行残留胆囊壁对缝或通过瘘口胆总管内置“T”管引流；MS Ⅲ型行部分壶腹壁贴附肝胆管缺损处进行修补或肝胆管空肠吻合。本组无一例胆管损伤及严重腹腔感染，均痊愈出院，随访 6 ~ 36 个月，预后良好。**结论** 无论行腹腔镜还是开腹手术治疗 Mirizzi 综合征，都要以最小的手术创伤获得最佳的治疗效果，减少手术并发症，使患者尽快康复。

［关键词］ Mirizzi 综合征；胆囊切除术；胆管损伤

［中图分类号］ R657.4 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042(2010)02-0108-02

Treatment of surgical Mirizzi syndrome

MO Xiao-dong, WU Guo-zhong, LI Jie-ming (Department of General Surgery, the 101st Hospital of PLA, Wuxi Jiangsu 214044, China)

Abstract: Objective To explore the strategy of surgical method and reduce the surgical injury in the treatment of Mirrizzi syndrome (MS), which is a rare complication of cholelithiasis. **Methods** retrospective in our hospital from 2003 to 2008, including preoperative treatment, surgical options, postoperative complications and prognosiswere anayzed. **Results** Confirmed under laparoscopic or open surgery, 23 cases were type Ⅰ, 11 cases were type Ⅱ, 2 cases were type Ⅲ. 20 cases were carried out nasal preoperative biliary drainage. All operations were performed cholecystectomy. Type Ⅰ of MS were performed cystic duct direct suturing, and type Ⅱ of MS were performed residual gallbladder wall suturing oppositely or drainage through "T"-tube built through the common bile duct fistula. Type Ⅲ were treated by repairing pot wall defect with attached part of the bile duct or biliary jejunostomy. No bile duct injury or severe abdominal infection were observed in this group and all the cases were cured. A good prognosis were observed during 6 ~ 36 months of follow-up. **Conclusion** The best therapeutic effect with minimal surgical trauma, reduced surgical complications and fast recovery were achieved applying laparoscopy or laparotomy in the treatment of MS.

Keywords: Mirrizzi syndrome; cholecystectomy; bile duct injury

1948 年 Mirizzi 综合征（Mirizzi syndrome，MS）首次由阿根廷外科医生 Mirizzi 报告并描述。它是胆囊结石病反复发作后少见的一种并发症，表现为胆囊颈部或胆囊管结石嵌顿、压迫肝总管，出现间断或持续的梗阻性黄疸。Mirizzi 综合征发病率约 1%[1]，由于通过常规检查确诊率低，术前较难预料，手术增加了肝胆管损伤的风险[2-3]，而胆管损伤是胆囊切除手术最为严重的并发症。我院在 2003 年 1 月至 2008 年 1 月共收治 36 例 Mirizzi 综合征病例，占同期行胆囊切除手术患者的 0.6%。本文将这些病例资料进行回顾性分析，探讨手术治疗 MS 的术前处理、手术方式选择、术后并发症的发生及预后情况。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 36 例病人，男 13 例，女 23 例，年龄 40 ~ 79 岁，平均年龄 62 岁。全部病例均有反复发作上腹痛病史，黄疸 19 例，伴胆管炎发作 10 例，29 例血清肝酶谱异常（ALT、AST、GGT、AKP 均有不同程度升高）。所有患者均行 B 超检查，16 例行 MRCP 检查，5 例行 CT 检查排除胆囊及肝门部占位病变。行 ERCP 检查 26 例，其中 20 例行鼻胆管引流术（ENBD）。本组病例均经手术证实，按 Csendes 分型，Ⅰ型 23 例，Ⅱ型 11 例，Ⅲ型 2 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 术前处理 患者有黄疸或血清肝酶谱异常时，行 MRCP 或 ERCP 检查，排除胆道结石或占位病变；若患者伴有胆囊急性炎症或合并胆管炎，行 ENBD 予以胆道引流，待炎症缓解后再择期手术治疗。

1.2.2 手术方法选择 行腹腔镜或开腹手术切除胆囊。先探查性分离胆囊三角区粘连，判断是否存在 MS。若辨认肝胆管或解剖 Calot 三角区有困难，不应强行分离胆囊与胆管之间

［作者简介］ 莫晓东（1972 - ），男，江苏省无锡市人，主治医师，主要从事普通外科专业及腹腔镜外科治疗方面的研究。E-mail：mxd8989789@yahoo.com.cn

［收稿日期］ 2009-11-04 ［修回日期］ 2009-11-29

的致密粘连。从胆囊底部开始逆行分离胆囊,肿大的胆囊予以减压,切开胆囊颈部取出嵌顿结石,辨明胆囊管开口,了解胆囊与胆管是否存在内瘘,进一步证实MS并判断其分型。术中经鼻胆管或胆囊管造影可了解肝胆管走行及病变程度。MSⅠ型在切除胆囊的同时,保留与胆管粘连的胆囊壁,石炭酸处理粘膜,缝扎胆囊管。MSⅡ型,保留部分壶腹,切除大部分胆囊,残留胆囊壁间断对缝,若内瘘口较大,通过瘘口胆总管内置"T"管引流。MSⅢ型,1例将血供良好的部分壶腹壁贴附肝胆管缺损处进行修补,胆总管置入"T"管支撑引流;另1例行Roux-en-Y肝胆管空肠吻合。全部患者术中常规放置腹腔引流管。

2 结果

本组13例术前经相关检查确诊或提示高度疑似MS(B超2例、MRCP 3例、ERCP 8例),其余均在术中证实。病例均经腹腔镜或开腹手术切除大部分胆囊。本组未发生胆管损伤和腹腔感染或脓肿;1例术后出现胆瘘,予以腹腔充分引流,10 d后痊愈;1例术后反复发作胆管炎,经内镜下ENBD引流后好转;术后出现肺部感染1例;切口感染1例。术后1~3周拔除ENBD管,术后6个月拔除"T"型支撑管。本组病人均随访6~36个月,无胆总管狭窄及胆石复发。

3 讨论

Mirizzi综合征术前不易确诊,手术处理这种"危险"的异常解剖结构较为困难,同时增加了肝胆管损伤的风险,而胆管损伤是胆囊切除手术最为严重的并发症[4]。本组术前确诊13例(36%),B超和MRCP可显示胆囊颈部或胆囊管结石、胆囊肿大或萎缩,以及了解肝胆管扩张情况,ERCP检查可显示结石压迫肝胆管的情况或了解胆道梗阻的病因[5]。通过本组数据可以看出,ERCP术前确诊率高于其他检查。对于伴有黄疸,或肝酶谱升高,或B超、MRCP检查疑似MS者均可考虑行ERCP检查,若肝胆管扩张而无明确结石,可根据情况放置ENBD管。目前,ERCP是诊断MS最重要的检查方法[6],ENBD管术前引流可以缓解胆道梗阻,待胆囊与胆管周围急性炎症减轻后进行手术有利于术中解剖分离。

本组研究显示大多数MS(64%)是在手术中确诊的。无论腹腔镜手术还是开腹手术,一旦发现胆囊三角区狭小、组织致密,或胆囊颈部结石嵌顿,影响Calot三角区分离时,均应采取较为安全的处理措施,先从胆囊底部开始逆行分离,打开胆囊颈部取出嵌顿的结石,或者经ENBD管行术中胆管造影帮助了解肝胆管的走向和MS的病变类型。手术处理MS的关键是正确辨认肝总管和明确MS的分型,主张不强行分离胆囊与肝胆管之间的粘连,尤其是腹腔镜手术[7]。彻底分离胆囊,完全显露Calot三角区是不安全的,其结果可导致原先存在的胆囊胆管内瘘扩大或者医源性的内瘘形成[8]。由于Calot三角区周围炎症引起的致密粘连,MS术中完整切除胆囊变得相当困难,对于MSⅠ型、MSⅡ型,完全取出嵌顿的结石,切除大部分胆囊,关闭胆囊管或缝合残留胆囊壁是可行的、适当的[9]。术后留置ENBD管,保持引流通畅是防止胆瘘的有效措施。本组MS病例术后无一例发生胆管损伤、腹腔感染或腹腔脓肿,长期随访无胆管狭窄发生,并发症的发生率为11%,低于文献报告的17%~23%[10]。本文认为,对于术前影像检查显示出Calot三角区的"异常"解剖应引起外科医师的重视。术中强调以切除病灶、修补胆管缺损,胆道引流通畅为治疗目的,简化手术操作。至于采取何种手术方式,应依据MS分型以及术中病变的具体情况而定。

应用腹腔镜手术治疗MS目前仍有争议。有学者认为,对于MS腹腔镜操作仍是手术禁忌,而且相比开腹手术,相关并发症的发生率有所增加。本组有多例腹腔镜成功治疗MS的病例,且均未发生并发症。所以,本文认为,MS不应是腹腔镜手术的禁忌证,无论腹腔镜还是开腹手术,都是治疗MS的手段之一。若腹腔镜手术中处理Calot三角区出现困难,及时中转开腹才能避免严重的胆管损伤。

[参考文献]

[1] Hunt DR. Another paper on Mirizzi syndrome[J]. ANZ J Surg, 2004, 74(10): 826.

[2] Rohatgi A, Singh KK. Mirizzi syndrome: laparoscopic management by subtotal cholecystectomy[J]. Surg Endosc, 2006, 20(9): 1477-1481.

[3] Garavello A, Manfroni S, Bellanova G, et al. Mirizzi's syndrome. Evaluation of 3 cases[J]. Ann Ital Chir, 2004, 75(3): 357-361.

[4] 黎介寿. 腹部损伤控制性手术[J]. 中国实用外科杂志,2006,26(8):561-562.

[5] Sanchez Beorlegui J, Cabezali Sanchez R, Monsalve Laguna E, et al. New diagnostic and surgical approach to Mirizzi syndrome[J]. An Med Interna, 2007, 24(6): 281-284.

[6] Aarts MJ, Engels LG. Mirizzi's syndrome[J]. Neth J Med, 2006, 64(7): 252-253.

[7] 莫晓东,吴国忠. Mirizzi综合征的腹腔镜治疗对策及胆管损伤的预防[J]. 局解手术学杂志,2007, 16(6): 396-397.

[8] Johnson LW, Sehon JK, Lee WC, et al. Mirizzi's syndrome: experience from a multi-institutional review[J]. Am Surg, 2001, 67(1): 11-14.

[9] Safioleas M, Stamatakos M, Safioleas P, et al. Mirizzi syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases[J]. Int Semin Surg Oncol, 2008, 5: 12.

[10] Shor NA. Diagnosis and surgical tactics in Mirizzi syndrome[J]. Klin Khir, 2008, (6): 18-19.

(编辑:雷 艳)