维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2007年第16卷第6期
J Regional Anat & Operative Surg, 2007, Vol. 16, No. 6

Mirizzi综合征的腹腔镜治疗对策及胆管损伤的预防

莫晓东，吴国忠 （解放军第101医院普通外科，江苏 无锡 214044）

［摘 要］ **目的** 探讨腹腔镜手术治疗Mirizzi综合征的对策和预防胆管损伤的关键方法。**方法** 回顾性分析我院1996年至2006年行腹腔镜胆囊切除术（LC）59例Mirizzi综合征的临床资料。**结果** 成功完成腹腔镜手术（laparoscope，LC）35例，I型31例，II型4例。未完成LC 24例，其中发生肝胆管损伤8例（I型6例，II型2例），随访2年，预后良好。**结论** 腹腔镜手术治疗MS I型、部分II型是可行的、安全的，治疗成功的关键在于Mirizzi综合征的术中确诊和分型的判断。避免胆管损伤的关键是术中正确辨认出肝总管。

［关键词］ Mirizzi综合征；腹腔镜；胆囊切除术；胆管损伤
［中图分类号］ R575.7；R657.43 ［文献标识码］ A ［文章编号］ 1672-5042（2007）06-0396-02

Treatment of Mirizzi syndrome with laparoscope and prevention of bile duct injury in the operation

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

Abstract: Objective To explore the strategy of treating Mirizzi syndrome（MS）with laparoscope and prevention of bile duct injury in the operation. **Methods** Clinical data of 59 MS cases was retrospectively analyzed. **Results** Totally 35 cases were successfully treated with laparoscope, among which, 31 cases were type I, and 4 cases type II; 24 cases failed laparoscope cholecystectomy, with 8 cases of hepatobiliary duct injury（6 cases of type I, 2 cases of type II）. It showed good prognosis in two years of follow-up. **Conclusion** Laparoscope cholecystectomy is a feasible and safe choice for MS type I patients and some type II patients. The key point lies in the confirming diagnosis of Mirizzi syndrome and MS typing in the operation course, while the critical point for avoiding bile duct injury lying in the accurate recognition of hepatic common duct.

Keywords: Mirizzi syndrome; laparoscope; cholecystectomy; bile duct injury

Mirizzi综合征（Mirizzi syndrome，MS）是因胆囊颈部或胆囊管结石嵌顿压迫肝总管，从而导致肝总管狭窄或梗阻，并发胆管炎、阻塞性黄疸和肝功能损害的征候群。有作者报告，MS发病率在0.7%～1.0%左右[1]。MS发病率低，术前诊断困难，胆囊三角区解剖异常，术中处置不当，易发生胆管损伤。我院1996年至2006年行腹腔镜胆囊切除术（LC）10 000余例，其中MS 59例，对59例MS进行回顾性分析，探讨LC治疗MS的对策及胆管损伤的预防。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组MS 59例，男22例，女37例，年龄19～70岁，病程3～15年，均反复发作上腹痛，有黄疸史6例，血清肝酶谱（ALT、AST、GGT）不同程度升高23例，B超均提示胆囊结石，胆囊颈部结石39例，胆囊萎缩11例，MRCP及ERCP检查19例排除胆道结石和占位病变；术前确诊或高度可疑6例，本组病例均手术证实；按Csendes分型，I型43例，II型12例，III、IV型各2例。本组发生肝胆管损伤8例。

1.2 手术方法

本组手术常规采用“四孔法”。先探查性分离，显露胆囊、胆囊颈、肝十二指肠韧带及肝门。若辨认“三管”（胆囊管、胆总管、肝总管）有困难，应高度警惕Mirizzi综合征。坚持“宁伤胆、勿伤管”的原则，紧贴胆囊壶腹或胆囊管，处理其右侧及后部的粘连，增加手术操作空间。辨认出肝胆管，则可常规切除胆囊。若辨认仍有困难，或致密粘连难以分离，敞开壶腹部，取出嵌顿的结石，观察胆囊管开口。术中胆道造影可帮助了解肝胆管的走向，判断病变的严重程度。若胆囊与胆管无明确瘘口，可保留部分壶腹壁行大部分胆囊切除术；若胆囊胆管内瘘口较小，行间断缝合修补，常规放置双套管引流。若II型瘘口较大，或III、IV型，则中转开腹手术。

2 结果

本组成功完成LC 35例，I型31例，II型4例，术后痊愈出院，获随访6个月～2年，无明显临床症状。本组未完成LC 24例，在腹腔镜手术中发生肝胆管损伤8例（I型6，II型2例）；完全性断裂4例，非完全性断裂4例，均在术中及时发现处理。胆道重建5例（端端吻合3例、肝胆管空肠吻合2例），肝胆管

［作者简介］ 莫晓东（1972－），男，江苏省无锡市人，主治医生，南京大学医学院研究生班在读硕士，主要从事肝胆腹腔镜手术治疗方面的研究。电话：（0510）88989789，E-mail：mxd8989789@yahoo.com.cn

［收稿日期］ 2007-09-09 ［修回日期］ 2007-10-08

维普资讯 http://www.cqvip.com

修补+T管支撑引流3例。8例均无死亡,其中2例曾有多次胆管炎症状发作,经积极处理病情稳定;余6例随访2年以上,预后良好。

3 讨论

LC已成为治疗胆囊良性疾患的金标准[2]。Mirizzi综合征是一种少见的胆囊、胆管疾患,其发病的解剖基础是:①胆囊管与肝总管平行,或胆囊颈紧贴肝总管;②相邻的两管壁有时缺如,或仅有一层薄的胆管上皮纤维膜相膈,胆囊结石如嵌顿在胆囊管或颈部,易压迫肝总管使之狭窄,甚至形成内瘘。我院临床资料显示,MS发病率低(占同期胆囊病例0.65%),虽有B超、ERCP、MRCP等先进诊断技术的应用,术前确诊率仍较低,仅为10%,这样很可能在术前未引起临床医师的足够重视,腹腔镜术中处理Calot三角困难时未加以警惕,往往不能作出正确的处置,易损伤肝胆管,LC胆管损伤率为0.2%~0.59%[3]。虽然本组的胆管损伤占同期LC的比率很低,约0.08%,但本组MS在腹腔镜下发生胆管损伤比率高达13.5%。至于Mirizzi综合征能否行腹腔镜手术治疗,目前仍有争议[4]。据Garavello等[5]报道LC 869例,术中发现MS 3例,其中2例发生胆管损伤。Rohatgi等[6]指出,胆囊与肝总管尚未形成内瘘,分离其致密粘连,极易损伤肝胆管。也有文献报告,Kok治疗Mirizzi综合征6例,腹腔镜手术成功5例,疗效满意。有作者报道腹腔镜下修补II型MS缺损3例成功。在熟练掌握胆道外科和内镜操作技术的前提下,依靠术者的经验的积累和耐心细致的操作,腹腔镜手术治疗Mirizzi综合征I型和II型是可以完成的[7-8]。

本组有8例肝胆管损伤,均与MS的局部解剖结构变异有关,其表现在三个方面:①胆囊颈或胆囊管与肝总管粘连纤维化,胆囊因慢性炎症而萎缩,导致肝外胆管变形移位,形成"<"状;在此病理基础上,术中牵拉胆囊过度,胆管移位更甚,胆囊管与胆总管几乎成一直线,将胆总管误认为胆囊管,从而发生胆管横断损伤。②肝十二指肠韧带脂肪肥厚或组织炎症水肿而不易显露肝总管,则更易发生损伤。③胆囊胆管内瘘已形成,分离Calot三角区时误伤胆管造成其部分缺损。腹腔镜手术中,遇到Calot三角区致密粘连,解剖结构显示不清,难以辨认"三管",应加倍小心是否存在Mirizzi综合征,千万不可强行分离,应从胆囊底逐渐向颈部分离,明确"三管"关系,再处理胆囊管。术中不要过度牵拉胆囊壶腹,肝总管保持原位,仔细辨认出肝总管,方可处理胆囊管;若辨认肝总管困难,或者判断MS分型有难度,可先敞开壶腹部,取出嵌顿的结石,观察胆囊管开口、胆囊壁的完整性以及有无瘘口;术中胆道造影可帮助了解肝胆管的走向,判断病变类型;或可借助腹腔镜超声(LUS)来判断胆囊管、壶腹部与肝胆管之间可进行分离的间距,来决定腹腔镜手术的可行性。罗丁等[9]认为:以LUS显示镜下不可直视的肝外胆管,是较为可靠的预防胆管损伤的措施。明确MS类型,若I型处理Calot三角区有困难,切除部分胆囊即可,这样可减少胆管损伤的发生。若为II型病变(胆囊胆管瘘形成,瘘口小于胆总管周径的1/3),其内瘘直径小,也可在镜下间断缝合关闭瘘口,最好放置T管,以免胆管狭窄。II型瘘口较大,或胆囊胆管瘘口超过胆总管周径的2/3或完全破坏胆总管壁(III、IV型病变),中转剖腹手术是明智之举,否则难免损伤肝胆管。

因此,简单地认为MS是腹腔镜手术的禁忌证或适应证均不太适合,关键在于腹腔镜术中要确诊Mirizzi综合征;手术能否治疗MS取决于其分型的判断[10]。腹腔镜手术中及时发现MS,正确处置;如果胆囊三角区"三管"辨认困难,或打开胆囊壶腹部处理,或借助影像手段,仍无法辨认肝总管或难以判断MS分型,那中转剖腹手术才是安全之策,避免严重的胆管损伤。一旦发生胆管损伤,重视第一次的修补或重建手术,力争一次成功,这是胆管损伤预后良好的关键。

[参考文献]

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

[2] Spaner SJ, Womock GL. A brief history of endoscopy, laparoscopy, and laparoscopic surgery[J]. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 1997,7(6):369-373.

[3] 聂 伟,钟彦文,郭渝明,等.180例老年腹腔镜胆囊切除术的临床分析[J].局解手术学杂志,2004,13(3):167-169.

[4] 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.

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

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

[7] 李际辉,郑成竹,仇 明. Mirizzi综合征的腹腔镜治疗[J].中国实用外科杂志,2000,12(20):727.

[8] 马雪平,王晋峰,崔猛旺,等. Mirizzi综合征的误诊临床分析[J].局解手术学杂志,2003,12(1):14-15.

[9] 罗 丁,陈训如.腹腔镜超声在腹腔镜胆道手术中的应用[J].中国普外基础与临床杂志,2005,12(6):542-543.

[10] 王明亮. Mirizzi综合征21例临床分析[J].中国中西医结合外科杂志,2007,13(3):252-254.

(编辑:郭光金)