

·经验交流·

Mirizzi 综合征的腔镜治疗体会

宋炳豹¹, 胡楠木², 赵威¹, 所广军¹

(1.上海市普陀区中心医院, 上海 200062;

2.上海市光华中西结合医院, 上海 200052)

摘要:目的 探讨 Mirizzi 综合征(MS)行腹腔镜胆囊切除术(LC)的可行性、安全性及治疗效果。方法 回顾性分析 2014 年 1 月~2018 年 1 月在我院行 LC 术的 26 例 MS 患者的临床资料。所有患者均先行腹腔镜探查并尝试腔镜完成手术,通过观察记录不同类型 MS 患者的手术方式、使用腔镜手术成功率、术后恢复情况。结果 23 例(88.46%)患者成功行腔镜微创手术,3 例(11.54%)中转开腹。其中 Csends I 型腔镜成功率 100.00%, Csends II 型腔镜成功率 80.00%, Csends III 型腔镜成功率 50.00%, Csends IV 型腔镜成功率为 0。1 例患者术后出现少许胆漏,积极保守治疗后痊愈,所有患者均无术后出血、胆道狭窄等并发症发生。结论 对于 Csends I 型和 II 型患者,腔镜微创手术成功率较高,行 LC 治疗安全可行。对于 Csends III、IV 型患者,手术成功率较低,术前应明确此类分型患者,做好中转开腹准备。

关键词: Mirizzi 综合征;腹腔镜;胆囊切除术

中图分类号: R657.4

文献标识码: A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2019.19.065

文章编号: 1006-1959(2019)19-0190-03

Endoscopic Treatment of Mirizzi Syndrome

SONG Bing-bao¹, HU Nan-mu², ZHAO Wei¹, SUO Guang-jun¹

(1.Shanghai Putuo District Central Hospital, Shanghai 200062, China;

(2.Shanghai Guanghua Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai 200052, China)

Abstract: Objective To investigate the feasibility, safety and therapeutic effect of laparoscopic cholecystectomy (LC) in Mirizzi syndrome (MS). Methods The clinical data of 26 patients with MS who underwent LC in our hospital from January 2014 to January 2018 were retrospectively analyzed. All patients underwent laparoscopic exploration and attempted laparoscopic surgery, the different types of MS patients, the success rate of laparoscopic surgery, and postoperative recovery were observed. Results Twenty-three patients (88.46%) underwent minimally invasive surgery and 3 patients (11.54%) underwent laparotomy. Among them, Csends I type cavity mirror success rate was 100.00%, Csends II type cavity mirror success rate was 80.00%, Csends III type cavity mirror success rate was 50.00%, Csends IV type cavity mirror success rate is 0. One patient has a little postoperative bile leakage, after positive conservative treatment After recovery, all patients had no complications such as postoperative bleeding and biliary stricture. Conclusion For Csends type I and type II patients, the success rate of endoscopic minimally invasive surgery is high, and LC treatment is safe and feasible. For patients with Csends III and IV, the success rate of surgery is low. Patients with such classification should be identified before surgery, and they should be prepared for transfer and open surgery.

Key words: Mirizzi syndrome; Laparoscopy; Cholecystectomy

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)诞生于 1987 年,距今已有 30 余年的历史。随着腹腔镜技术的不断发展,其凭借手术创伤小、小切口、恢复快、美容效果好等优势,越来越受到临床医生和患者的青睐。LC 也成为治疗胆囊良性疾病的首选术式和金标准。Mirizzi 综合征(MS)作为胆囊结石的一个少见并发症,其解剖结构和病理特点复杂,手术难度大、风险大,曾一度被视为腔镜手术的禁忌证^[1]。随着微创技术的不断发展,有研究认为部分 MS 患者也可采用 LC 治疗。本研究主要分析我院收治的 Mirizzi 综合征行 LC 治疗的患者的临床资料,旨在为临床治疗 MS 患者提供参考,现汇报如下。

基金项目:上海市普陀区中心医院引进人才基金(编号:2016321A)

作者简介:宋炳豹(1987.3-),男,安徽蚌埠人,硕士,主要从事普外科疾病的诊疗工作

通讯作者:所广军(1963.12-),男,上海人,博士,主任医师,主要从事普外疾病的微创治疗

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2014 年 1 月~2018 年 1 月上海市普陀区中心医院收治的 26 例 MS 患者的临床资料,其中男 10 例,女 16 例;年龄 32~78 岁,平均年龄 57.21 岁。病程 9 个月~23 年,平均病程 4.17 年,其中病程>10 年患者 9 例。26 例患者中,反复发作的绞痛型胆管炎 14 例,隐痛型胆管炎 4 例,右上腹隐痛伴黄染 7 例,单纯性黄疸 1 例。所有患者术前均行超声检查,提示胆囊颈部结石、胆囊管结石 23 例,明确有“三管症”(即胆囊胆管、肝总管及门静脉扩张)5 例;行腹部 CT 检查 17 例,16 例提示胆囊颈部活胆囊管结石,1 例仅提示胆囊结石;行 MRCP 8 例,均提示胆囊颈部活胆囊管结石,提示胆囊管壁或肝总管壁厚薄不均 4 例,其中 1 例见胆囊管经肝总管后方由左侧汇入胆总管;LC 术前准备中,因明显黄疸行 ERCP 鼻胆管引流 9 例,行 PTCD 引流 3 例,其余患者因症状相对较轻,仅予药物或观察治疗。Csends I 型 18 例、II 型 5 例、III 型 2 例、IV 型 1 例。

1.2 分型方法 Csends I 型:临床最常见类型,即胆囊颈部或者胆囊管内有结石嵌顿,并且压迫胆总管,造成肝总管部分狭窄;Csends II 型:因结石嵌顿形成胆囊胆管瘘,瘘口长径小于胆总管周径的 1/3;Csends III 型:胆囊胆管瘘口介于胆总管周径的 1/3~2/3;Csends IV 型:最严重,胆囊胆管瘘环形破坏整个胆总管壁。

1.3 手术方法 26 例患者均经过积极术前准备后行 LC 术,气管全麻成功后取头高脚低、左倾仰卧位。建立 CO₂ 气腹,维持压力 10~12 mmHg。三孔法 LC,首先由脐孔右缘切口置入 10 mm trocar,后腹腔镜进入探查,观察胆囊、肝脏的位置及腹腔内粘连情况,在腹腔镜引导下,分别于剑突下及右肋缘下适宜部位

置入 5 mm trocar。根据术中所见,对 Csends I 型、II 型患者首先尝试 LC+胆管内(外)胆总管探查术,对手术难度大的患者中转开腹;III 型患者腹腔镜多为辅助性分离;IV 型患者腹腔镜入腹后,见胆囊及胆总管走行区域重度粘连,且胆囊胆管瘘环形破坏了整个胆总管壁,中转开腹行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术。

1.4 观察指标 记录不同类型 MS 患者的手术方式、使用腹腔镜手术成功率、术后恢复情况。

2 结果

2.1 不同类型 MS 患者手术方式选择 Csends I 型患者多采用 LC+胆管探查术,Csends II 型患者多采用腹腔镜胆囊大部切除+瘘管修补术+胆总管探查术,不同分型患者手术方式见表 1。

表 1 不同类型的 MS 患者手术方式选择

分型/术式	I	II	III	IV	术式
A	17				LC+胆管探查术
B	1				LC+胆总管探查+胆总管探查修补+T 管引流术
C		3			腹腔镜胆囊大部切除+瘘管修补术+胆总管探查术
D		1	1		腹腔镜胆囊大部切除+瘘管修补术++胆总管探查 T 管引流术
E		1			中转开腹胆囊大部切除+瘘管修补+胆总管探查+T 管引流术
F			1		中转开腹胆囊大部切除+瘘管修补+胆总管探查+胆囊管口旷置术
G				1	胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术
合计	18	5	2	1	

2.2 患者手术及术后情况 26 例患者中 23 例(88.46%)成功行腹腔镜微创手术,3 例(11.54%)中转开腹。手术时间 30~116 min,平均 58.51 min。术后住院时间 2~8 d,平均 3.63 d。所有患者术后随访至少 6 个月。其中 Csends III 型中 1 例患者因胆囊及其周围呈铠甲样粘连,难以分离,且中转开腹后因胆囊管质脆,无法手术闭合,遂行胆囊管口旷置,术后 1~7 d 见浑浊引流液并胆汁漏 80~240 ml/d;第 8 天起引流液清亮无沉淀,引流量逐渐减少。术后第 11 天胆道造影未见明显胆漏后,拔腹腔引流管后出院休养。带 T 管患者于术后 2~4 个月后回院行胆道造影均未见明显狭窄。26 例患者中 Csends I 型腹腔镜成功率 100.00%(18/18),Csends II 型腹腔镜成功率 80.00%(4/5),Csends III 型腹腔镜成功率 50.00%(1/2),Csends IV 型腹腔镜成功率为 0(0/1)。

3 讨论

MS 是一种特殊类型的胆囊结石,其发生概率约占所有行胆囊切除术患者的 0.06%~5.7%^[2]。最早由阿根廷医生 Pablo Mirizzi 根据术中胆道造影情况于 1940 年提出^[9]。1983 年,宫崎逸夫提出 MS 的定义,并将胆囊颈或胆囊管无结石或胆囊内结石无嵌顿,而是由于胆囊炎症累及引起肝总管狭窄的一组疾病归入 MS。近年来,不少学者将临床常见的胆囊

壶腹部结石嵌顿压迫肝总管,进而引起间歇或持续性黄疸、胆管炎为特征的临床综合征纳入 MS 的范围^[2],使其内涵更为完善。现阶段,对于 MS 的成因尚未达成一致意见,目前多认为有如下几个原因^[4]:①胆囊管较长且与肝总管有并行区间;②胆囊颈部或较长的胆囊管内有结石嵌顿并压迫肝总管活胆总管;③反复发作的胆囊炎症浸润胆管,形成纤维化和瘢痕;④胆囊内压过高、调节功能异常。

目前认为,有症状的 MS 需要手术治疗的,其原则是胆囊切除或大部切除,同时取出胆囊管、胆总管内结石,解除胆道梗阻,并修补缺损的瘘口^[9]。对 Csends I 型患者,可行 LC 或胆囊大部切除术,当 Calot 三角解剖不清时,可逆行切除胆囊或切开胆囊底部取净结石并行胆囊管-胆总管探查无结石残留后行胆囊颈部离断。本组 18 例 Csends I 型患者中 17 例行 LC 术均成功,1 例因嵌顿结石较大,肝总管壁薄,行 LC+胆总探查+T 管引流。在关腹前均需再次探查胆道,探查时无论术前检查是否提示有胆总管结石,动作均应轻柔,避免二次损伤。对于 Csends II、III 型患者,因其存在瘘口,故术中不仅应行胆囊完全或部分切除术,同时需行瘘口的修补,对于小的瘘口,直接缝合即可,不能直接缝合的瘘口可选取带蒂胆囊瓣、肝圆韧带^[6]等为修补材料实施修补术,术

后需留置 T 管,且 T 管要越过修补瘘口才能起支撑作用,以防术后胆管狭窄^[7]。本组 Csends II 患者 5 例,其中 3 例瘘口较小,直接缝合关闭;1 例瘘口长径约占胆总管内径的 1/4,予缝合后留置 T 管支撑;1 例因周围粘连严重,腹腔镜器械无法安全分离,遂行开腹胆囊切除+瘘口修补+胆总管探查+T 管引流。Csends III 型患者 2 例,1 例行腹腔镜下胆囊大部切除+瘘口修补+胆总管探查+T 管引流;另 1 例因胆囊周围脓肿、胆囊壁坏疽,且与周围呈铠甲样粘连,难以分离,中转开腹后因胆囊管质脆,无法手术闭合,遂行胆囊大部切除+胆总管探查+胆囊管口旷置+腹腔引流。术后第 11 天胆道造影未见明显胆漏后,拔腹腔引流管后出院休养。对于瘘口的修补,当腹腔内修补操作困难时,可先将完好的修补用胆囊壁取出体外,可吸收针线于四周固定,送回腹腔内再行修补。对于 Csends IV 型患者,为避免损伤胆总管造成胆瘘或胆总管狭窄,则应行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术。本组 1 例 Csends IV 型患者,当腹腔镜入腹探查时,见腹腔内重度粘连,无法分离,开腹后见胆总管瘘口较大,嵌顿结石几乎充满整个胆管,遂行胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术。

本次研究结果显示:腹腔镜治疗 MS 是安全可行的。本次共 23 例患者顺利行腹腔镜手术,其比例高达 88.46%;且对 Csends I、II 型患者该比例达 95.65%(22/23),可以认为多数 MS 是可以通过微创腹腔镜手术治愈的,这有助于减轻患者的手术创伤,提高其生活质量。MS 的术前确诊率低,据樊银杰^[8]等综合大宗病例报道,其综合检出率约为 53.7%。但对于怀疑 MS 的患者,应行 ERCP 或 MRCP 检查进行确诊。对于目前腹腔镜无法完成手术的 MS 患者,腹腔镜并非毫无作用。如复杂的 Csends II 型、III 型和 IV 患者,腹腔镜入腹探查的同时,有助于术者更加准确的掌

握其腹腔内病变情况,并行前期的分离及评估工作。需要说明的是,手术医师的经验在手术中亦起着重要作用,本组患者均由从事微创手术 10 余年的主任医师完成,其丰富的经验和术中应急处理能力也是手术得以完成的保障。

总之,随着科技的不断进步和人民群众健康意识的不断增强,越来越多的疾病得以在早期发现、早期治疗。3D 腹腔镜、三经联合等新技术、新手段的临床应用,也有助于临床医生诊治疾病。相信随着微创技术的不断发展,腹腔镜技术必将会广泛的用于更为复杂的手术当中。

参考文献:

- [1]Antoniou SA,Antoniou GA,Makridis C.Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome:a systematic review [J].Surg Endosc,2010(24):33-39.
- [2]Beltran MA.Mirizzis syndrome:history,current knowledge and proposal of a simplified classification [J].World Gastroenterol,2012,18(34):4639-4650.
- [3]Kumar A,Senthil G,Prakash A,et al.Mirizzi,ssyndrome:lessons learnt from 169 patients at a single center[J].Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg,2016(20):17-22.
- [4]张震波,杨福泉,冯伟.腹腔镜手术治疗 Mirizzi 综合征 38 例报告[J].中国内镜杂志,2016,4(2):175-176.
- [5]俞海龙,乔昕,乔士兴.腹腔镜下 Mirizzi 综合征的治疗体会[J].临床肝胆病杂志,2012,28(2):114-117.
- [6]Turegano-Fuentes F,Mercader-Cidoncha E,Perez-Diaz D,et al.Use of the round ligament in the repair of large bile duct defects in type II Mirizzi's syndrome [J].Cir Esp,2006,79 (6):379-381.
- [7]龚伟智,刘昌军,朱朝庚,等.Mirizzi 综合征中医源性胆道损伤的处理[J].医学临床研究,2011,28(5):868-870.
- [8]樊银杰,王巍,过灵香,等.腹腔镜治疗 Mirizzi 综合征的系统评价[J].解放军医学院学报,2016,37(1):50-55.

收稿日期:2019-1-25;修回日期:2019-3-12

编辑/王朵梅