

胆囊切除与 Mirizzi 综合征

陈 伟,陈 翔(重庆市渝北区中医院外科 401120)

【摘要】 目的 探讨胆囊切除术中 Mirizzi 综合征的诊断、外科治疗,以及预防胆总管损伤经验。**方法** 对 1998~2008 年 2 800 例胆囊切除术中,46 例经手术证实的 Mirizzi 综合征进行回顾性分析。**结果** 46 例 Mirizzi 综合征患者均行外科手术治疗。包括:胆囊切除术、胆囊切除及胆管瘘口修补术、胆囊切除及肝总管 Roux-en-y 吻合术等。术后均未出现胆瘘及胆道狭窄。**结论** Mirizzi 综合征术前诊断困难,应根据其病理分型作相应的外科手术治疗。

【关键词】 Mirizzi 综合征; 胆囊切除术; 诊断; 外科治疗
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.08.028 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2011)08-0952-02

Cholecystectomy and Mirizzi syndrome CHEN Wei, CHEN Xiang (Department of Surgery, Chinese Traditional Hospital of YuBei District, Chongqing 401120, China)

【Abstract】 Objective To study the diagnosis and surgical treatment of the patients with Mirizzi syndrome underwent cholecystectomy and the experience for the prevention. **Methods** We retrospective analysed 46 patients underwent cholecystectomy in 2 800 cases which were diagnosed as Mirizzi Sydndrome from Jan. 1998 to Aug. 2008. **Results** The 46 cases were all treated by surgical operation, including cholecystectomy, cholecystectomy+common bile duct orificium fistulae repair, cholecystectomy+common hepatic duct Roux-en-y anastomosis, etc. There were no biliary fistula and stenosis of bile duct after operations. **Conclusion** The diagnosis of Mirizzi syndrome is difficult before operation, so the various surgical treatments should be taken according to various pathological types.

【Key words】 Mirizzi syndrome; chloeystectomy; diagnose; surgical treatment

胆囊切除术是治疗胆囊结石的传统术式, Mirizzi 综合征是胆囊结石引起的一种少见并发症,据文献报道,约占整个胆囊切除术患者的 0.7%~1.8%^[1-2]。由于术前诊断缺乏特异性,术中稍有不慎极易产生医源性胆道损伤,故争取术前诊断或术中发现并正确处理尤其重要。本院自 1998 年 1 月至 2009 年 12 月,施行胆囊切除术 2 800 余例,手术中发现 Mirizzi 综合征 46 余例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例男 12 例,女 34 例。年龄 34~76 岁。病程 11 个月至 23 年,平均 12 年。右上腹疼痛伴寒战、发热和轻度黄疸 10 例,慢性胆囊炎急性发作、胆囊结石 13 例,急性胆囊炎、胆囊结石 16 例,慢性胆囊炎、胆囊结石 7 例。分型:按 Csende 分型法^[3]分为,Ⅰ型:胆囊管或胆囊颈结石嵌顿致肝总管外部受压(原发 Mirizzi 综合征)26 例;Ⅱ型:因胆囊结石长期嵌顿致肝总管壁坏死,形成胆囊胆管瘘,但瘘口小于胆总管周径的 1/3 15 例;Ⅲ型:胆囊胆管瘘口径小于胆总管周径 2/3 3 例;Ⅳ型:胆囊管瘘完全破坏胆管壁,瘘口周径超过胆总管周径 2/3 2 例。

1.2 方法 本组 46 例患者均行手术治疗,Ⅰ型患者因多数胆囊三角区解剖不清,行逆性胆囊大部分切除,残留胆囊壁剥离或烧灼,残留胆囊的浆肌层缝合术 18 例;10 例患者行全胆囊切除术,其中 LC 中传 3 例;Ⅱ型患者行胆囊切除、胆总管探查、T 管引流、瘘口修补术 10 例;Ⅲ型、Ⅳ型患者均行胆囊切除、肝胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术 5 例,另胆囊大部切除、取石、胆总管探查、瘘口胆囊颈浆肌瓣修补术、T 管引流术 3 例。

2 结 果

本组 46 例患者针对不同病例类型采用不同手术方式,胆囊大部分切除、全胆囊切除术、胆总管探查、T 管引流、瘘口修

补术,肝胆管空肠 Roux-en-Y 吻合术,瘘口胆囊颈浆肌瓣修补术等,均全部治愈。3~6 个月随访患者生活工作无影响。

3 讨 论

Mirizzi 综合征在胆囊管与肝总管并行的解剖基础上,嵌顿在嵌顿在胆囊颈部或胆囊管的结石,引起炎性反应发作,导致胆囊管与肝总管粘连,Calot 三角解剖不清、分离困难,术者若对这种特殊类型的胆囊结石认识不足,术中很容易损伤胆管及邻近组织。

Mirizzi 综合征发病机制及病理特点:1940 年阿根廷医生 Mirizzi 根据 7 例术中胆道造影观察到肝总管狭窄,1984 年他首次描述,即胆囊颈或胆囊管结石或炎性反应压迫肝总管引起的肝总管狭窄、梗阻、并发胆管炎、黄疸、肝功能损害的一组表现,故命名 Mirizzi 综合征。Mirizzi 的解剖学基础,(1)平行的胆囊管和肝总管。(2)相邻的两管壁有时缺如,间隔一层薄的胆道上皮,如果结石嵌顿在胆囊管就使肝总管受压变窄甚至形成瘘。Mchsery1982 年将 Mirizzi 综合征分为两型,Ⅰ型:胆囊管或胆囊颈嵌顿压迫肝总管;Ⅱ型:结石破入肝总管,形成胆管瘘。1989 年 Csendes 等^[4]根据结石突入肝总管的程度将其进一步分型。Ⅰ型:结石仅压迫肝总管;Ⅱ型:胆囊胆管瘘形成,瘘管口径超过胆总管周径的 1/3;Ⅲ型:瘘管口径超过胆总管周径的 1/3;Ⅳ:胆囊胆管瘘完全破坏了胆总管壁。

诊断: Mirizzi 综合征临床表现无特异性,但大多数病例有腹痛、黄疸和胆管炎,即胆管炎的表现,目前诊断主要靠影像学检查。B 超检查应为首选之辅助诊断。Becker 等^[5]提出 Mirizzi 综合征超声诊断征象为:胆囊管汇入胆管水平以上的肝总管突变至结石以下正常的胆总管。Joseph 等^[6]报道 B 超如现胆囊管、肝总管和门静脉呈现所谓的“三管征”。但 Yip 等^[7]则认为 B 超和 CT 对本征诊断意义不大,本组患者无一例提示

“三管征”。术前诊断最有价值的是胆道直接造影(ERCP)或(PTC)。综合本组病例, 归结 Mirizzi 综合征具有以下特点: ①患者年龄较大, 平均年龄在 55 岁以上; ②有反复发作胆囊管炎表现, 腹痛、发热和黄疸, 程度轻, 很少出现重症胆管炎的表现; ③反复发作胆囊结石症状并反复出现轻度黄疸时, 胆囊颈部结石嵌顿且颈管粗短者; ④B 超发现胆囊颈或管结石嵌顿, 肝内胆管扩张, 而胆总管无扩张; ⑤B 超显示胆囊颈部结石且重叠胆总管, 胆总管轻度扩张伴黄疸者; ⑥术前最有意义的诊断方法为 ERCP 或 PCT, 可发现结石压迫或突入胆管者, 同时可以了解肝外胆管情况。鉴别诊断主要是 Mirizzi 综合征 I、II 型与胆管癌和胆囊癌相鉴别, B 超或 CT 检查发现肝门部有肿块以及肝内转移等特征, 有助于鉴别。

治疗原则: Mirizzi 综合征的手术原则是以胆囊切除为主, 取净结石, 防治胆道损伤, 矫正已有胆总管病理改变, 修复胆管缺损(修补瘘口), 通畅胆汁引流(T 管引流)^[4,9]。具体外科治疗方式仍根据病理分型治疗为主, 本研究分型为(1)Mirizzi 综合征 I 型: ①此型在胆囊切除术中最为常见。首先将嵌顿结石推向胆囊内或将胆囊及胆总管分别切开取石, 弄清三管关系后, 再解剖 Calot 三角区, 予细心分离, 最后切除胆囊。若胆囊周围粘连严重, 先不分离胆囊与胆管, 直接切开胆囊底部将结石取出, 弄清三管关系后, 再解剖 Calot 三角区, 切除大部或全部胆囊, 由此可避免误伤胆管。②若术中发现胆总管扩张者, 可先切开胆总管, 探明胆囊与胆管关系, 切除胆囊; 有条件亦可作术中胆道造影, 如无异常, 无需探查胆总管。③胆囊切除中, 可作保留胆囊颈部的大部分切除术, 残留的胆囊颈部黏膜行石碳酸或碘酒烧灼后缝合, 若部分胆囊壁与肝总管粘连紧密, 不强求完整胆囊切除, 可作残留这部囊壁的次全切除, 在囊内缝闭胆囊管。对胆囊颈管与肝总管尚有间隙(I 型)患者, 可行全胆囊切除术, 但目前多数学者认为全切易致胆道损伤。(2)Mirizzi 综合征 II 型患者应作胆囊切除术, 瘘口直接缝合修补, 并置 T 管引流, 可避免术后胆瘘及胆道狭窄。(3)Mirizzi 综合征 III、IV 型患者因瘘口较大, 直接缝合修补易导致胆管狭窄, 可行胆囊切除后选择肝总管空肠 Roux-Y 吻合术, 吻合口内置“T”管支撑、引流, 必要时加作肝门部胆管成形术, 亦可作胆囊浆肌层邻近修补瘘口加 T 管支撑引流术。Mirizzi 综合征 III、IV 型患者在胆囊切除术中较为少见, 但治疗上较 I、II 型患者

手术难度大, 治疗更为棘手。

本研究认为, 对胆囊切除术以顺逆结合法为好, 即先解剖 Calot 三角区, 分离出胆囊管, 用 4 号线向下牵引胆囊管, 再分离并结扎胆囊动脉, 然后自胆囊底部剥离胆囊至颈管处, 弄清胆囊颈管、胆总管和肝总管三者关系后方可切除胆囊。若对 Calot 三角区解剖关系不清楚时, 应剖开胆囊清除结石, 经颈管通道造影或放入胆道镜以弄清三管关系后切除胆囊。Mirizzi 综合征术前诊断及术中探查十分重要, 尤其是电视腹腔镜胆囊切除术(LC)广泛开展的今天。本研究同意诸多学者的观点, 同时强调指出, Mirizzi 综合征不适合进行 LC, 当今文献将 Mirizzi 综合征列为 LC 的禁忌证。

参考文献

[1] 郭振武. 胆道外科疑难危重症学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1997.

[2] 黄廷庭. 腹部外科手术并发症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.

[3] 黄志强. 黄志强胆道外科学[M]. 济南: 山东 科学技术出版社, 1998: 347.

[4] Csendes A, carlos J, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome [J]. Am J Roentgenol, 1983, 143: 591-593.

[5] Becker CD, Hassler H, Terrier F. Preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome: limitations of sonography and computed tomography[J]. Am J Roentgenol, 1983, 143: 591-596.

[6] Joseph S, Carvajal S, Odwin C. Sonographic diagnosis of Mirizzi's syndrome[J]. J Clin Ultrasound, 1985, 13: 199-201.

[7] Yip AW, Chow WC, Chan J, et al. Mirizzi syndrome with cholecystocholedochal fistula: preoperative diagnosis and management[J]. Surgery, 1992, 111(3): 335-338.

[8] 黄志强. 胆道外科手术学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1995: 205-235.

(收稿日期: 2010-12-05)

(上接第 951 页)

应用空间, 医务工作者应该对冷沉淀的临床价值有着很好的认识^[9]。

参考文献

[1] 王今达, 王正国. 通用危重病急救医学[M]. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2001: 125.

[2] 曾因明. 危重病医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.

[3] Hornsey VS, Krailadsiri P, MacDonald S, et al. Coagulation factor content of cryoprecipitate prepared from methylene blue pluslight virusinactivated plasma [J]. B Rj Haematol, 2000, 109(3): 665-667.

[4] 黄伟, 戴宝剑. 冷沉淀在临床中的应用进展[J]. 检验医学

与临床, 2009, 20(6): 1773-1775.

[5] 何子毅, 田兆嵩. 冷沉淀的临床应用[J]. 中国输血杂志, 2008, 12(21): 988-989.

[6] 杜可清. 成份输血的临床应用及发展前景[J]. 河北医药, 2001, 23(4): 309-312.

[7] 曾因明, 邓小明. 危重病医学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 152-161.

[8] 郭惠, 孔令文. 严重创伤失血性休克患者凝血功能测定与输血的临床分析[J]. 创伤外科杂志, 2005, 7(4): 284-286.

[9] 黄璐, 袁秋影. 术中大量输血对患者凝血功能和电解质平衡的影响[J]. 广东医学院学报, 2007, 25(2): 169-171.

(收稿日期: 2010-12-12)