

腹腔镜手术联合 T 管引流术 对 Mirizzi 综合征患者的临床疗效分析

杨勇, 金雷

(陕西省西安市第九医院 普外二科, 陕西 西安, 710054)

摘要: **目的** 探讨腹腔镜手术联合 T 管引流术对 Mirizzi 综合征患者的临床疗效。**方法** 纳入 Mirizzi 综合征患者 60 例,按照不同手术方法分为对照组 28 例和腹腔镜组 32 例。对照组采用开腹胆囊切除术联合 T 管引流术,腹腔镜组采用腹腔镜手术联合 T 管引流术。分析 2 组患者的手术结果、随访结果以及并发症发生率,并比较 2 组患者围术期的临床指标(包括手术时间、术中出血量、引流时间、住院时间、术后排气时间)和术后满意度结果。**结果** 2 组患者均顺利完成手术,腹腔镜组中有 5 例患者因胆囊三角处发生较为严重的粘连而中转开腹手术。2 组患者术后并发症发生率比较,差异无统计意义($P > 0.05$)。术后随访显示,2 组患者手术后均使用 T 管引流 3~6 个月,造影显示胆管通畅,后经闭管观察显示无异常后拔管。2 组患者随访过程中均未出现胆瘘、胆结石复发以及胆总管狭窄,预后良好。腹腔镜组的术中出血量、住院时间和术后排气时间均显著优于对照组($P < 0.05$)。2 组的手术时间、引流时间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。腹腔镜组的手术满意率显著高于对照组($P < 0.05$)。**结论** II 型和 III 型 Mirizzi 综合征患者的胆道结构较为复杂,故术后发生并发症的风险明显增大,术前应对 Mirizzi 综合征患者进行正确分型,明确手术方法和手术风险,以降低中转开腹、胆道损伤以及相关并发症的发生率,改善患者预后。

关键词: 腹腔镜手术; T 管引流术; Mirizzi 综合征; 疗效

中图分类号: R 657.4 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2019)18-025-04 DOI: 10.7619/jcmp.201918008

Clinical efficacy of laparoscopic surgery combined with T-tube drainage for patients with Mirizzi syndrome

YANG Yong, JIN Lei

(Department of General Surgery, Ninth Hospital of Xi'an, Xi'an, Shaanxi, 710054)

ABSTRACT: Objective To evaluate the clinical efficacy of laparoscopic surgery combined with T-tube drainage in patients with Mirizzi syndrome. **Methods** A total of 60 patients with Mirizzi syndrome who were treated in our hospital were divided into control group ($n = 28$) and laparoscopic group ($n = 32$) according to different surgical methods. The control group was treated with open cholecystectomy combined with T-tube drainage, and the laparoscopic group was treated with laparoscopic surgery combined with T-tube drainage. The surgical results, follow-up results, and incidence of complication of the two groups were analyzed. Perioperative clinical indicators including operative time, intraoperative blood loss, drainage time, hospital stay, postoperative exhaust time and postoperative satisfaction were compared between the two groups. **Results** The operations of both groups were successfully completed. Out of the 32 patients in the laparoscopic group, 5 patients were converted to open surgery due to more serious adhesions in the gallbladder triangle. There was no statistically significant difference in the incidence of postoperative complications between the two groups ($P > 0.05$). The results of followed up showed that the patients used T-tube drainage for 3 to 6 months after operation. Angiography showing that bile duct was unobstructed, the catheter was extubated after observing the tube was normal. There were no occurrence of biliary tract, gallstones, and common bile duct stricture during the follow-up in the two groups, and they had better prognosis. The intraoperative blood loss, hospital stay and postoperative exhaust time in the laparoscopic group were significantly

better than those in the control group ($P < 0.05$). There were no significant differences in the operation time and drainage time between the laparoscopic group and the control group ($P > 0.05$). The satisfaction of the laparoscopic group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The biliary structures of patients with type II and III Mirizzi syndrome are complicated, which cause a higher risk of postoperative complications. Preoperative classifications of patients with Mirizzi syndrome should be done to determine the surgical procedure and surgical risk to reduce the incidence of conversion to open surgery, biliary tract injury and related complications, and to improve the prognosis of patients.

KEY WORDS: laparoscopic surgery; T-tube drainage; Mirizzi syndrome; curative effect

Mirizzi 综合征是由于胆总管被胆囊管或胆囊颈部嵌顿结石压迫而引发的胆管炎、梗阻性黄疸或胆绞痛,其发病原因较为复杂,发病率较低,临床症状往往不典型,属于胆结石并发症^[1]。Mirizzi 综合征的诊断方法以影像学检查和内镜检查为主,其在胆囊切除术前往往被忽视,进而可能导致胆道损伤,因此术前的正确诊断对于 Mirizzi 综合征的治疗十分重要。随着医疗技术的发展,腹腔镜手术被广泛应用于各科室手术中,有研究^[2]认为,在 Mirizzi 综合征的治疗中采用腹腔镜手术,能够显著减轻患者痛苦,改善预后。本研究以 60 例 Mirizzi 综合征患者为研究对象,探讨了腹腔镜手术联合 T 管引流术的治疗效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2013 年 1 月—2018 年 6 月在本院进行治疗的 Mirizzi 综合征患者 60 例作为研究对象,按照手术方法的不同分为对照组和腹腔镜组。对照组 28 例,男 11 例,女 17 例,年龄 22 ~ 79 岁,平均 (54.63 ± 10.26) 岁,病程 16 d ~ 8 年,平均 (3.47 ± 1.14) 年,按 Mirizzi 综合征的分型标准^[3]分为 II 型 15 例、III 型 13 例。腹腔镜组 32 例,男 13 例,女 19 例,年龄 24 ~ 82 岁,平均 (53.84 ± 8.56) 岁,病程 14 d ~ 9 年,平均 (3.78 ± 1.25) 年, Mirizzi 综合征分型为 II 型 20 例、III 型 12 例。2 组患者在性别比、年龄、病程、Mirizzi 综合征分型等一般资料方面比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经本院医务科审核后通过。

纳入标准:患者术前均经内镜逆行性胆胰管造影(ERCP)、CT 等方式确诊 Mirizzi 综合征; Mirizzi 综合征分型为 II 型或 III 型;患者知情同意。排除标准:合并恶性肿瘤;合并脏器功能严重不

全;过敏体质;意识不清晰;中途退出者。

1.2 治疗方法

对照组采用开腹胆囊切除术联合 T 管引流术治疗,全身麻醉后,对患者右侧作一切口,随后进行胆道镜探查,行胆囊切除术,针对部分无法进行完整胆囊切除术的患者,可进行胆囊大部切除术,对于部分患者使用肝圆韧带进行修补,随后常规放置 T 型管进行引流,关闭腹腔。腹腔镜组采用腹腔镜手术联合 T 管引流术治疗,对患者进行全身麻醉后,建立常规气腹,将腹腔镜放入患者脐孔部位,仔细将患者肝门处的粘连进行分离,并对胆囊结构、结石等进行仔细观察,将胆囊管与肝总管之间的粘连分离,减轻胆管损伤,随后在胆囊颈部将胆囊切开,并将嵌顿结石取出,使用胆道镜观察是否存在结石未取出、狭窄和瘘口情况。若手术过程中发现在患者的胆管瘘口处存在较为明显的狭窄,则应在胆囊切除时保留 0.5 ~ 1.0 cm 的胆囊壁,并对瘘口进行缝合,随后将胆总管切开,置入 T 管进行引流,缝合切口。由于 II 型患者的瘘口较小,可直接进行缝合并予 T 管引流, III 型患者由于瘘口较大,在手术过程中应根据患者瘘口情况进行修补,必要时利用胆管成形修补术进行治疗。

1.3 观察指标

① 分析 2 组患者的手术结果,并对患者进行为期 0.5 ~ 2 年的随访,对随访结果进行分析。观察 2 组患者的并发症发生情况,包括胆漏、胆管炎、伤口感染、T 管脱出等,比较 2 组患者的术后并发症发生率。② 比较 2 组患者围术期的临床指标,包括手术时间、术中出血量、引流时间、住院时间、术后排气时间。③ 满意度评价:采用本院自制的患者满意度评价表对术后 2 组患者的满意度进行评价,结果分为满意、基本满意和不满意,比较 2 组患者的手术满意率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,比较采用卡方检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 手术结果分析

本研究 60 例患者均顺利完成手术,并于治愈后出院。腹腔镜组 32 例患者中,5 例患者(Ⅱ型 2 例,Ⅲ型 3 例)因胆囊三角处发生较为严重的粘连而中转开腹手术。腹腔镜组术后出现胆瘘 3 例、胆管炎 1 例、伤口感染 1 例,对照组术后出现胆瘘 2 例、伤口感染 1 例、T 管脱出 1 例,经对症治疗后均治愈。2 组患者术后并发症发生率比较,差异无统计意义($P > 0.05$),见表 1。随访结

果显示,2 组患者手术后均使用 T 型管引流 3 ~ 6 个月,造影显示胆管通畅,后进行闭管观察,显示无异常后拔管。2 组患者随访过程中均未出现胆瘘、胆结石复发以及胆总管狭窄,预后良好。

表 1 2 组患者术后并发症发生情况比较 $[n(\%)]$

并发症	对照组($n=28$)	腹腔镜组($n=32$)
胆瘘	2(7.14)	3(9.38)
胆管炎	0	1(3.13)
伤口感染	1(3.57)	1(3.13)
T 管脱出	1(3.57)	0
合计	4(14.29)	5(15.63)

2.2 围术期临床指标比较

腹腔镜组的术中出血量、住院时间和术后排气时间均显著优于对照组($P < 0.05$);腹腔镜组的手术时间和引流时间与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者围术期临床指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	手术时间/min	术中出血量/mL	住院时间/d	引流时间/d	术后排气时间/h
对照组	28	83.49 ± 16.25	97.48 ± 22.36	9.57 ± 2.65	4.03 ± 1.24	23.36 ± 5.84
腹腔镜组	32	79.62 ± 15.33	51.36 ± 19.64*	7.69 ± 2.14*	3.59 ± 1.10	12.54 ± 4.49*

与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

2.3 手术满意度评价

腹腔镜组的手术满意率显著高于对照组($P < 0.05$),见表 3。

表 3 2 组患者的手术满意度评价 $[n(\%)]$

手术满意情况	对照组($n=28$)	腹腔镜组($n=32$)
满意	17(60.71)	24(75.00)
基本满意	5(17.88)	7(21.87)
不满意	6(21.43)	1(3.13)
手术满意	22(78.57)	31(96.87)*

与对照组相比, * $P < 0.05$ 。

3 讨 论

Mirizzi 综合征在胆囊结石患者中的发病率较低,仅约 0.1%, Mirizzi 综合征患者的临床症状并不典型,往往伴有较长时间的胆结石以及胆管炎病史^[4]。对 Mirizzi 综合征患者进行术前临床诊断,其检出率往往较低,临床中一旦怀疑 Mirizzi 综合征,需使用 ERCP、CT 等进行确诊。导致 Mirizzi 综合征的原因较为复杂,主要包括以下方面:① 患者肝总管和胆囊管的汇合口所处位置过低或二者伴行的长度过长^[5]。② 患者胆囊管结石的发生和嵌顿,促使胆囊内压力升高,进而使胆囊管出现一定程度的扩张^[6]。③ 结石嵌顿的

发生,可引发炎症反应,而炎症因子的持续刺激会促使胆管中瘘口的出现^[7]。临床中,医师应对 Mirizzi 综合征高危患者保持警惕,高危患者的临床症状一般包括胆红素升高、胆绞痛反复发作史, B 超检查显示胆总管宽度增加,胆囊发生萎缩,且胆结石直径过大,此时应根据推荐进行 ERCP 检查,以明确诊断,进而促进患者快速康复^[8]。

手术是治疗 Mirizzi 综合征的必需方法,通过将胆囊切除,结石取出,对胆管损伤进行有效修复以及 T 管引流,进而达到治疗的目的^[9]。开腹手术为传统治疗方法,手术过程中依据患者 Mirizzi 综合征分型选择不同的手术方式,包括胆囊切除术、T 管引流术以及胆肠吻合术等。由于 Mirizzi 综合征术前诊断较为困难,因此 Mirizzi 综合征曾被作为腹腔镜手术的禁忌证,然而随着医疗技术的不断进步,腹腔镜手术被越来越广泛地应用于 Mirizzi 综合征的治疗过程中,且取得了较为满意的治疗效果^[10]。

关于 Mirizzi 综合征Ⅱ型和Ⅲ型患者行腹腔镜手术的可行性,已有多名学者进行了相关研究。郭欣等^[11]对 69 例 Mirizzi 综合征患者的手术方法进行了比较,结果表明,使用腹腔镜手术治疗Ⅰ型和Ⅱ型

Mirizzi 综合征患者,能够有效降低术中出血量,缩短住院时间和术后排气时间,且近期和远期并发症发生率均较低,可促进患者康复,减少创伤。侯建芳等^[12]研究了腹腔镜下治疗 29 例 II 型和 III 型 Mirizzi 综合征胆管缺损患者的临床疗效,其中 6 例患者由于发生三角区粘连以及解剖较为复杂而中转开腹手术,患者均预后良好。张景承等^[13]对 29 例 Mirizzi 综合征患者的手术方式进行研究,发现针对不同分型的 Mirizzi 综合征患者,其手术方法差异较大,且由于 Mirizzi 综合征患者的胆道结构常较为复杂,因此对于分型程度较高的患者,不应盲目追求微创手术,应适时进行开腹手术。

在针对 Mirizzi 综合征的腹腔镜手术中,粘连分离是较为重要的一步,且所有操作均应紧贴胆囊进行。同时,在对胆管瘘口以及损伤处进行缝合时,应注意缝合方式,需避免连续缝合,且术者应耐心仔细,防止缝合过程中引起胆管变形^[14]。手术完成后,应仔细冲洗,防止胆漏的发生。同时,在手术过程中,若发现患者粘连较为严重,应逆行将胆囊进行分离,不可盲目,在胆囊底部将胆囊切开取石,同时对胆管进行仔细检查后再行解剖。另外,胆囊切除前,术者应对患者瘘口直径进行谨慎评估,并保留相应的胆囊壁进行修补^[15]。

本研究发现,对于 II 型和 III 型 Mirizzi 综合征患者,腹腔镜下手术能够显著降低术中出血量,缩短住院时间和术后排气时间,且患者术后并发症发生率低,对手术的满意度较高。然而,II 型和 III 型 Mirizzi 综合征患者的胆道结构较为复杂,因此术后发生并发症的风险明显增大,故术前应对 Mirizzi 综合征患者进行正确分型,明确手术方法和手术风险,以降低中转开腹、胆道损伤以及相关

并发症的发生率,改善患者预后。

参考文献

[1] 牛肖雅,叶辉,陈利平,等. Mirizzi 综合征 47 例临床特点分析[J]. 肝胆胰外科杂志, 2016, 28(6): 499-501.

[2] 陈芦斌,吕小慧,郭欣. 腹腔镜胆囊切除术围手术期 Mirizzi 综合征的诊断、治疗及疗效评价[J]. 临床肝胆病杂志, 2016, 32(7): 1354-1356.

[3] 李国刚,白雪莉,梁廷波. Mirizzi 综合征诊治进展[J]. 中国实用外科杂志, 2015, 35(9): 1008-1010.

[4] 何飞宏. Mirizzi 综合征手术治疗及临床预后分析[J]. 系统医学, 2018, 3(1): 58-60.

[5] 孙文兵. 腹腔镜时代 Mirizzi 综合征治疗策略新思考[J]. 中华肝胆外科杂志, 2016, 22(12): 793-796.

[6] 奚春华,孙跃明,张川. 腹腔镜胆囊切除术中 Mirizzi 综合征的诊治经验[J]. 中国现代手术学杂志, 2016, 20(5): 335-338.

[7] 杨宇东,龚根强. 腹腔镜联合胆道镜治疗胆总管下段嵌顿结石的疗效观察[J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(8): 1080-1081.

[8] 王新团,李栋. 三镜联合治疗 Mirizzi 综合征的临床体会[J]. 腹腔镜外科杂志, 2018, 23(4): 307-310.

[9] 肖青川,胡红强,秦红军,等. Mirizzi 综合征手术致胆管损伤随访近 16 年报告并文献复习[J]. 临床误诊误治, 2017, 30(4): 18-21.

[10] 王毓锋,肖帅,王冰一,等. 腹腔镜治疗 Mirizzi 综合征 35 例临床分析[J]. 腹部外科, 2017, 30(1): 36-39, 43.

[11] 郭欣,吕小慧,陈芦斌. 腹腔镜与开腹手术治疗 Mirizzi 综合征的临床疗效比较[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2017, 24(7): 874-876.

[12] 侯建芳,丁伟,孙卫国. 腹腔镜手术修复 Mirizzi 综合征 II、III 型胆管管缺损 29 例临床分析[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(5): 386-387.

[13] 张景承,谷建斌,耿蕴峰,等. Mirizzi 综合征的手术方式与预后[J]. 河北医科大学学报, 2015, 36(6): 698-701.

[14] 马东波. 35 例 Mirizzi 综合征的诊治分析[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2016, 22(3): 277-279.

[15] 宋超,乔刚,杜庆云. Mirizzi 综合征术前影像诊断及腹腔镜手术治疗的临床研究[J]. 重庆医学, 2018, 47(2): 260-262.

(上接第 14 面)

[13] 王平,饶蔚,孙利文,等. 半永久双腔导管在维持性血液透析儿童中应用的回顾性分析[J]. 中华儿科杂志, 2018, 67(9): 657-661.

[14] Rivara M B, Yeung C K, Robinson-Cohen C, et al. Effect of coenzyme Q10 on biomarkers of oxidative stress and cardiac function in hemodialysis patients: the CoQ10 biomarker trial[J]. Am J Kidney Dis, 2017, 69(3): 389-399.

[15] 李导,肖观清,申伟,等. Palindrome H 新型肝素涂层导管在血液透析患者中的应用[J]. 实用医学杂志, 2017, 33(12): 2009-2011.

[16] 于洋,熊楠楠,李洪,等. 微创介入治疗在隧道式带涤纶套透析导管嵌顿的血液透析患者中的临床应用价值[J]. 中华肾脏病杂志, 2017, 33(11): 838-842.

[17] Ng H Y, Hsueh S K, Lee Y T, et al. Synergic impact of vas-

cular calcification and low autonomic tone in mortality of hemodialysis patients[J]. Nephron, 2017, 137(2): 91-98.

[18] 高祖玲,杨海俊. 维持性血液透析患者微炎症状态的研究进展[J]. 重庆医学, 2018, 68(2): 2963-2965, 2968.

[19] 李银平,林娜,李文,等. C 反应蛋白和肌钙蛋白 T 对老年维持性血液透析患者预后的评估[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(20): 4982-4984.

[20] 侯延,石娟. 不同血管通路对血液透析患者微炎症状态及透析效果的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018(19): 12-13.

[21] Song K K, Zhao D L, Wang Y D, et al. Analysis of factors associated with death in maintenance hemodialysis patients: A multicenter study in China[J]. Chin Med J, 2017, 130(8): 885-891.