

文章编号:1005-6947(2005)08-0629-02

· 临床报道 ·

# Mirizzi 综合征 21 例诊治报告

向异

(广东省从化市太平镇医院 外科, 广东 从化 510990)

**摘要:**回顾性分析 12 年间收治的 Mirizzi 综合征 (MS) 21 例临床资料。21 例中 I 型 16 例, II 型 3 例, III 型 2 例。术前确诊 5 例 (23%), 其中 ERCP 检查 5 例, 确诊 4 例 (80%)。手术方式为单纯胆囊切除 14 例, 胆囊切除及胆管瘘口修补, T 管引流 3 例, 胆囊切除及肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合 2 例, 胆囊大部切除残留黏膜烧刮 2 例。21 例获随访 1~8 年, 均疗效优良。提示 ERCP 检查可提高 Mirizzi 综合征的术前诊断率, 手术时应根据 MS 病理类型选择相应术式, 可获得满意效果。

**关键词:** Mirizzi 综合征; 胆结石/并发症

**中图分类号:** R575.6; R657.4

**文献标识码:** B

Mirizzi 综合征 (MS) 是指胆囊管和胆囊 (颈) 管的较大结石嵌顿和压迫引起肝总管狭窄或胆囊胆管瘘, 以及反复发作的胆囊炎、胆管炎及梗阻性黄疸。临床上不多见, 常常出现漏诊的情况。笔者收集分析近 12 年来收治的 21 例 MS 的临床资料, 报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 6 例, 女 15 例。年龄 24~68 (平均 43) 岁。临床表现: 反复右上腹疼痛发作的胆道病史 19 例, 不同程度的梗阻性黄疸 16 例。右上腹压痛、反跳痛、肌紧张等局限性腹膜炎表现 12 例。胆囊积液肿大 10 例。病程 10 年以上 11 例, 5~10 年 10 例。

### 1.2 影像学检查及术前诊断

术前 B 超提示 19 例有胆囊结石, 其中 13 例结石在胆囊颈嵌顿, 肝总管不同程度扩张, 肝内胆管扩张 8 例。ERCP 检查 5 例, 发现肝总管右侧弧形光滑充盈缺损并肝内胆管扩张 4 例, 其中 2 例为三管汇合部结石, 引起肝总管狭窄; 1 例胆管未显影, 胰管显影。术前诊断为 MS 者仅 5 例 (23%)。

## 2 治疗与结果

### 2.1 术中所见和手术方法

21 例均行手术治疗。术中见胆囊三角区均有不同程度的炎症粘连。16 例系胆囊 (颈) 管结石, 压迫肝总管。3 例

系胆囊 (颈) 管已与肝总管形成内瘘。2 例为三管汇合部结石。根据 B 超及 ERCP 检查情况和术中解剖所见分为: I 型 16 例、II 型 3 例、III 型 2 例。14 例行胆囊切除术, 3 例行胆囊切除及胆管瘘口修补 T 管引流。2 例胆囊切除及肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合术。2 例胆囊大部切除残留黏膜烧刮术。本组无手术死亡, 均一期手术治愈。

### 2.2 结果

21 例均获随访, 随访时间 1~8 年。其中 19 例术后情况良好, 无术后并发症, 能正常劳动或学习工作。2 例再发肝内胆管结石, 偶有胆绞痛症状, 需抗炎、补液、利胆等治疗、能坚持工作。

## 3 讨论

胆囊管或胆囊颈结石嵌顿是 Mirizzi 综合征的病理基础。由于胆囊管、胆总管、肝总管三者解剖关系的异常 (胆囊管过长、或与肝总管平行)。胆道不畅通, 易于形成结石。结石嵌顿于胆囊管或胆囊颈后、压迫肝总管, 致肝总管腔变窄、胆汁流出受阻, 胆压升高、肝内胆管扩张, 致临床上出现反复发作的胆管炎、黄疸等表现。因胆囊管与胆总管等结构毗邻或因胆囊管较长而迂曲等原因, 胆囊管结石极易误诊为胆总管结石等肝外胆管结石<sup>[1]</sup>。由于结石压迫肝总管、可引起慢性局灶性坏死, 而形成胆囊胆管瘘。根据病理发展过程, 永川宅和<sup>[2]</sup>根据诊断和治疗分为 4 型: I 型: 胆囊管或胆囊颈嵌顿结石引起肝总管狭窄。II 型: 胆囊管或胆囊颈嵌顿结石与肝总管形成胆瘘。III 型: 三管汇合部结石引起肝总管狭窄。IV 型: 胆囊管或胆囊颈无结石而是由于胆囊炎的炎症反应引起肝总管狭窄。本组 I 型 16 例, II 型 3 例, III 型 2 例。

Mirizzi 综合征目前术前诊断率仍较低。朱秀芳<sup>[3]</sup>等学者报道术前诊断为 MS 仅为 17.9%。大部分患者只有在术

收稿日期: 2005-05-16; 修订日期: 2005-06-21。

作者简介: 向异 (1965-), 男, 贵州遵义人, 广东省从化市太平镇医院主治医师, 主要从事肝胆、肠道方面的研究。

通讯作者: 向异 13544514369 (手机)。

文章编号:1005-6947(2005)08-0630-02

· 临床报道 ·

# 胆总管切开探查术后一期缝合的探讨

王维冬, 龚长军

(山东省济宁医学院曲阜医院 外科, 山东 曲阜 273100)

**摘要:**分析15例胆总管探查术后一期缝合的资料。15例胆总管均有不同程度的扩张,直径1.0~2.0cm,胆管壁略厚,无水肿,取尽结石并明确胆管下端畅通后,不放T管直接一期缝合。术后均未发生胆瘘或黄疸等并发症,疗效满意。笔者就基层医院在缺乏胆道镜辅助的情况下如何正确把握一期缝合的指征作一初步的探索,认为基层医院在恰当选择病例、正确掌握适应证和禁忌证的基础上,可以采用一期缝合术式。

**关键词:**胆总管/外科学;一期缝合;胆总管结石/外科学

**中图分类号:**R657.4;R575.7 **文献标识码:**B

我院自1997年以来,对行胆总管切开探查的患者,共选择了15例采用不放T管直接一期缝合的术式,术后均无并发症发生,疗效满意,报道如下。

## 1 资料与方法

**收稿日期:**2004-11-25; **修订日期:**2005-01-31。

**作者简介:**王维冬(1967-),男,山东曲阜人,山东省济宁医学院附属曲阜医院主治医师,主要从事肝胆、胃肠及腹腔镜方面的研究。

**通讯作者:**王维冬 电话:0537-4495381(0),13562779623(手机)。

中探查后才能确诊。ERCP检查能直接显影胆道系统及明确病理后胆管结构关系,是最具有诊断价值的检查手段<sup>[4]</sup>。本组5例行ERCP检查,确诊4例(80%),均发现肝总管右侧弧形光滑充盈缺损及肝总管和肝内胆管扩张、胆总管不扩张。临床上如果B超显示胆囊颈或胆囊管结石,肝管或肝内胆管扩张,而胆总管不扩张,应高度怀疑Mirizzi综合征的可能,须行ERCP检查确诊。随着影像学的发展,核磁共振胆道成像(MRCP)也逐渐应用。ERCP,MRCP等方法可从各个方位提供胆系病变准确而全面的图像<sup>[5]</sup>,对手术方案起着决定性作用。

Mirizzi综合征的治疗原则是切除病变胆囊、取尽结石、修复胆总管缺损以及通畅胆汁引流<sup>[6]</sup>。由于结石长期压迫和炎症反复发作,胆囊区粘连较重,解剖不清,术中不能强行分离Calot三角。为避免胆管损伤,直接切开胆囊底部,自胆囊腔内取结石及探查,据病理程度决定手术方案。对I型病例可行腹腔镜胆囊切除术(LC)或开腹胆囊切除,对炎症明显,不必强行胆囊切除,可行胆囊大部切除术,将残留黏膜刮除后、浆肌层缝合。对II型病例,行胆囊切除后,切开胆总管取石,修补瘘口,瘘口较大者用胆囊壁的一部分或胆囊管进行修补,T管引流需在瘘口的下方。III型

本组男9例,女6例。年龄24~72岁,平均54岁。全部病例均为择期手术,一般状况良好,无贫血、低蛋白血症、糖尿病等合并症,肝功能指标正常。胆总管均有不同程度扩张,管壁略厚,无明显水肿。其中胆总管直径1.0~1.2cm者3例,1.2~1.6cm者8例,1.6~2.0cm者4例。所有病例均行胆总管切开探查,切口长度约0.8~1.8cm。其中胆总管单发结石10例,多发结石3例,胆道死亡蛔虫2例。无胆道镜辅助,取尽结石或虫体并确定胆总管下段畅通后,不放T管,直接行一期缝合。

由于左右肝管阻塞,须重建胆道,以肝管空肠Roux-en-Y型吻合胆道重建术效果较好。

## 参考文献:

- [1] 马湛. 胆囊管结石的超声鉴别诊断[J]. 河南职工医学院学报, 2002, 14(2): 147-148.
- [2] 单世光. 基本外科学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社. 2001. 231.
- [3] 朱秀芳, 莫一我, 孙志伟. Mirizzi综合征的手术治疗: 附95例报告[J]. 中国普通外科杂志, 2005. 1(1): 16.
- [4] Slot WB, schoeman N, Disario JA, et al. Needle-knife shinc-terotomy as a precut procedure: retrospective evaluation of efficacy and complication [J]. Endoscopy, 1996, 28(5): 334-339.
- [5] 杨国栋, 龙运志, 聂绍良, 等. 分裂型右肝管合并结石及狭窄的手术处理[J]. 中国普通外科杂志, 2003, 12(8): 603-605.
- [6] 周旭, 易继林, 郭悦青, 等. Mirizzi等综合征的手术治疗(附3例报告)[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(2): 71-73.