

文章编号:1005-6947(2005)01-0016-02

·胆石症专题研究·

# Mirizzi 综合征的手术治疗:附 95 例报告

朱秀芳, 莫一我, 孙志伟

(云南省第一人民医院 肝胆外科, 云南 昆明 650032)

**摘要:** **目的** 探讨 Mirizzi 综合征的病理特点及其诊断和手术方式。 **方法** 回顾分析我院近 12 年间所收治的 Mirizzi 综合征 (MS) 95 例的临床资料。 **结果** 95 例均采用手术治疗, 手术方式为单纯胆囊切除 2 例, 胆囊切除加胆总管探查、T 管引流 58 例, 胆囊切除加经胆囊管胆道镜行胆道检查 15 例, 胆囊大部切除加胆管瘘口修补术 18 例, 胆囊切除加胆道损伤整形修补术 2 例。65 例获随访 1~5 年, 均疗效优良。 **结论** MS 病理类型不一, 处理时按各类型的特殊性作相应的手术处理, 可获得良好效果。

**关键词:** Mirizzi 综合征/外科学; Mirizzi 综合征/病理学

**中图分类号:** R575; R575.7 **文献标识码:** A

## Surgical treatment of Mirizzi syndrome: a report of 95 cases

ZHU Xiu-fang, MO Yi-wo, SUN Zhi-wei

(Department of Hepatobiliary Surgery, The First People's Hospital of Yunnan Province, Kunming 650032, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the pathological characteristics, diagnosis and operative treatment of Mirizzi Syndrome (MS). **Methods** The clinical data of 95 cases of Mirizzi Syndrome admitted to our hospital in recent 12 years were reviewed retrospectively. **Results** All of the 95 cases underwent operative therapy. In the 95 patients, simple cholecystectomy was performed in 2 patients, cholecystectomy and choledochotomy with T-tube drainage in 58 patients, cholecystectomy and choledoscopic bile duct examination via cystic duct in 15 patients, partial cholecystectomy plus repair of choledochal fistula in 18 patients, and cholecystectomy plus repair of the injured choledochus in 2 patients. 65 cases were followed up for 1-5 years, and all of them have been in good health. **Conclusions** Mirizzi Syndrome consists of varied pathology. The selection of rational operation for different types of Mirizzi Syndrome can give satisfactory results.

**Key words:** MIRIZZI SYNDROME/surg; MIRIZZI SYNDROME/pathol

**CLC number:** R575; R575.7 **Document code:** A

Mirizzi 综合征 (MS) 是指胆囊管或胆囊颈管结石嵌顿或并发炎症引起肝总管狭窄所致梗阻性黄疸和胆管炎者<sup>[1]</sup>。因由 Mirizzi 于 1984 年首次提出而得名。临床不多见, 且容易误诊。我院 1992 年 1 月~2004 年 6 月共收治 95 例 MS, 报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组男 35 例, 女 60 例; 年龄 20~78 (平均 53.4) 岁。临床表现反复发作胆绞痛史者 83 例, 首次发作者 12 例。有黄疸史者 49 例; 可扪及肿大胆囊者 36 例。

### 1.2 辅助检查及诊断

术前经 B 超、CT、或核磁共振胆道成像 (MRCP) 等检查提示胆囊结石 91 例, 胆总管上段扩张 52 例 (内径  $\geq 0.8$  cm)。逆行胰胆管造影 (ERCP) 检查者 47 例, 发现胆总管上段狭窄不显影 12 例, 肝胆管扩张 34 例, 1 例胰管显影, 胆管未显影。术前仅 17 例 (17.9%) 诊断为 MS。

收稿日期:2004-01-06; 修订日期:2004-11-08。

作者简介:朱秀芳(1963-), 女, 河南漯河人, 云南省第一人民医院副主任医师, 主要从事肝胆外科方面的研究。

通讯作者:朱秀芳

### 1.3 分型

根据术中解剖及肝总管上段扩张情况(内径 > 0.8 cm),结合临床表现,分为4型<sup>[1]</sup>:I型50例,II型16例,III型12例,IV型17例。

## 2 治疗及结果

### 2.1 治疗

2.1.1 手术方式 均行手术治疗,其中急诊手术43例,择期手术52例。95例均行了胆囊切除或胆囊大部切除术,其中73例行了胆总管探查术,20例合并胆管瘘形成者中18例行了胆管瘘口修补,2例行了胆道损伤整形修补术。17例胆囊颈管无结石者胆总管探查均未发现肝内外胆管有结石,且胆总管下端通畅(附表)。

附表 95例MS征分型、例数和术式

| 分型  | 例数 | 胆囊切除术<br>和胆囊大部<br>切除术 | 总管探查、<br>T管引流术 | 经胆囊<br>管胆道<br>镜检查 | 瘘口修补 | 胆道损<br>伤整形<br>修补 |
|-----|----|-----------------------|----------------|-------------------|------|------------------|
| I   | 50 | 50                    | 40             | 8                 | 0    | 0                |
| II  | 16 | 16                    | 2              | 5                 | 8    | 1                |
| III | 12 | 12                    | 0              | 1                 | 10   | 1                |
| IV  | 17 | 17                    | 16             | 1                 | 0    | 0                |

2.1.2 手术所见 术中见所有病例胆囊三角区均有明显或严重的炎症粘连。50例系胆囊颈管结石嵌顿压迫肝总管;16例系胆囊或胆囊颈管已与肝总管形成内瘘;12例系颈管结石已有部份在肝总管内;17例颈管无结石,而系哈氏袋或颈管粘连压迫于肝总管前方。

### 2.2 结果

2例术后发生胆漏,经腹腔留置引流管3~14d后,胆漏愈合,无其它严重并发症发生,无死亡病例。95例均痊愈出院,其中6例带T管出院。随访65例,随访时间1~5年,均情况良好。无症状复发者。

## 3 讨论

MS是胆囊结石的并发症之一,也是引起梗阻性黄疸的一个少见原因<sup>[2]</sup>。其发生率比较低,有部分医师对此概念模糊。笔者在此次回顾性研究中发现,有的术中已经发现有表现明确的MS,术后却未能作出准确的诊断,仅诊断为“胆囊结石和肝总

管扩张”。本组95例中,仅17例术前诊断为MS,而术后确诊为MS的也只有51例(53.7%)。

MS的临床表现和胆总管结石相似,非经特殊检查难以作出诊断。据文献报道术前确诊率为16%~25%<sup>[3]</sup>。而术前正确诊断至关重要,关系到手术方式。若确诊为I型或II型,则可不进行胆总管探查,仅需行胆囊切除或胆囊大部切除;若为II型、III型,则有部分可经胆囊管口探查胆总管,而不必放置T管引流。只有经胆囊管口探查胆总管失败后,再行胆总管探查。本组58例行胆总管切开探查者中,40例未发现胆管病变或未发现胆道结石,均系术前诊断不明确,术中未行胆道造影,胆道的病理变化不明确而行探查的,以至加重了部分患者创伤,延长住院期,加重经济负担。因此,临床医师有必要提高对本病的认识,在进行胆总管探查前可先作胆道造影,或通过胆囊颈管行胆道镜检查(本组15例),准确了解胆管的病理,则有可能减少或避免不必要的阴性探查。

MS亦与术中胆道损伤密切相关。它是一种特殊类型的胆石症,胆囊三角局部炎性粘连重,解剖关系不清,如强行在胆囊三角作胆囊颈管解剖分离时,易损伤胆管,造成不良后果。本组2例胆道损伤均系此原因引起;其中1例系腹腔镜胆囊切除术(LC)。如遇此情况,应放弃解剖胆囊颈,采用逆行胆囊切除或仅行部分胆囊切除或胆囊造瘘术<sup>[1]</sup>。对于LC,则应中转开腹手术。

MS应及时手术治疗。手术原则为切除病变胆囊,取净结石,解除梗阻,修复胆总管缺损及通畅胆汁引流<sup>[4]</sup>。根据不同的分型进行处理。但应注意MS与胆囊癌或胆管癌鉴别。本组有2例术前经影像学检查诊断为胆管癌和胆囊癌,经手术证实为MS。

### 参考文献:

- [1] 谭毓铨. 现代肝胆胰脾外科[M]. 长春:吉林科学技术出版社,1992. 206.
- [2] 宋天才,王定成,郑国森,等. Mirizzi 综合征24例手术治疗体会[J]. 中国普通外科杂志,1996,5(增刊):29.
- [3] 刘沅丰,黄毅为,刘宏方. Mirizzi 综合征27例临床分析[J]. 中国普通外科杂志,2001,10(1):87-88.
- [4] 周旭,易继林,郭悦青,等. Mirizzi 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.