



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.02.018
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2015.02.018
Chinese Journal of General Surgery, 2015, 24(2):247-253.

· 临床研究 ·

Mirizzi 综合征诊断与治疗 10 年回顾

曾娟, 吕超, 吴硕东

(中国医科大学附属盛京医院 胆道血管外科, 辽宁 沈阳 110004)

摘要

目的: 总结 10 年间 Mirizzi 综合征 (MS) 的诊治经验, 为临床提供借鉴。

方法: 回顾 2004—2013 年间收治的 27 例 MS 患者临床资料, 包括 3 例保守治疗, 24 例手术治疗, 主要将 24 例手术患者的术前资料、手术方式、术后恢复及随访情况进行分析与总结。

结果: 24 例手术患者中, 术前确诊率为 54.2% (13/24), 术前 MRCP 对 MS 的确诊率高于彩超和腹部 CT, 23 例 (95.8%) 术后病理诊断为慢性胆囊炎。10 例腹腔镜手术患者中, 除 1 例因腹腔粘连严重转为开腹, 术后腹痛症状反复外, 余未出现术中及术后并发症, 远期随访结果良好; 14 例开腹手术患者中, 术后 2 例出现少量胆汁漏, 随访发现 1 例长期腹痛, 1 例 T 管拔除延迟, 1 例出现切口疝及肠梗阻。

结论: MS 的术前确诊率低, 完善术前检查有助于提高术前确诊率, 以便合理选择术式, 减少术中并发症。腹腔镜手术治疗 MS 具有一定的优势。

关键词

胆道疾病 / 外科学; Mirizzi 综合征; 腹腔镜
中图分类号: R657.4

Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: a 10-year experience

ZENG Juan, LU Chao, WU Shuodong

(Department of Biliary and Vascular Surgery, Affiliated Shengjing Hospital, China Medical University, Shenyang 110004, China)

Abstract

Objective: To review the experience of 10 years in diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome (MS), so as to provide information for clinical practice.

Methods: Twenty-seven MS patients admitted during 2004 to 2013 were reviewed. Of the patents, 3 cases received conservative treatment and 24 cases underwent surgical treatment, and the preoperative data, surgical procedures, postoperative recovery and follow-up result of the surgical patients were chiefly reviewed and analyzed.

Results: In the 24 patients undergoing surgery, the preoperative diagnostic rate was 54.2% (13/24), the preoperative detection rate for MS by MRCP was higher than that by color Doppler ultrasound and abdominal CT scan, and 23 cases were diagnosed as chronic cholecystitis by postoperative pathology. In the 10 patients undergoing laparoscopic surgery, except for one case who was converted to open surgery due to severe intra-abdominal adhesions and had repeated abdominal pain after surgery, no intra- or postoperative complications occurred and long-term follow-up results were satisfactory in the remaining cases; in the 14 patients undergoing open surgery, small bile leakage occurred in 2 cases after surgery, and during follow-up, long-standing abdominal

收稿日期: 2014-11-29; 修订日期: 2015-01-24。

作者简介: 曾娟, 中国医科大学附属盛京医院硕士研究生, 主要从事微创外科方面的研究。

通信作者: 吴硕东, Email: wushuodong@aliyun.com

pain was noted in one case, one case had recurrence of jaundice and abdominal pain, T-tube removal was delayed in one case, and one case developed incisional hernia and intestinal obstruction.

Conclusion: Preoperative diagnostic rate of MS is low, so the improvement of preoperative examination may help increase its preoperative diagnostic rate, thereby allowing a proper selection of operative procedure and reducing operative complications. Laparoscopic approach has certain superiority in treatment of MS.

Key words Biliary Tract Diseases/surg; Mirizzi Syndrome; Laparoscopes

CLC number: R657.4

Mirizzi综合征指由于胆囊颈部或胆囊管结石嵌顿和(或)其他良性疾病压迫或炎症波及引起肝总管或胆总管不同程度梗阻、甚至胆囊胆管痿形成,从而导致以胆管炎、梗阻性黄疸为特征的一系列症候群^[1]。本征多无特异性的症状和体征,其临床表现与胆总管结石不易区别。在胆石症的老年患者中常见,以多反复发作的胆绞痛及黄疸为主要特征。Didlake等^[2]认为本征的病变基础是:胆囊管开口过低或平行于胆总管;相邻两管壁有时缺如,仅间隔一层覆有胆管上皮的薄的纤维膜;有时周围组织形成一个鞘样结构,将胆囊管与肝总管一并包裹在内。此时,结石一旦嵌顿在胆囊管中,容易压迫肝总管,造成狭窄,甚至形成痿^[2]。本征无特异性实验室检查指标,影像学检出率低,因此其术前确诊率低^[3]。对于有胆囊结石、黄疸病史、肝功能异常,如血清胆红素、谷草转氨酶等升高的患者应考虑有MS的可能^[4-5]。B超是诊断MS的首选方法,表现为胆囊萎缩、“三管征(即胆总管直径正常,但可见到扩张的胆囊管、肝总管及门静脉)”^[6]。ERCP、MRCP发现胆囊管过长、胆囊管与肝总管并行应高度怀疑MS。

临床上MS的分型较多,目前被广泛应用的是Csendes分型:I型为胆囊管或颈部结石嵌顿压迫肝总管;II型为胆囊胆管痿形成,痿管口径小于胆总管周径的1/3;III型为胆囊胆管痿形成,痿管口径小于胆总管周径的2/3;IV型为胆囊胆管痿完全破坏了胆总管壁^[7]。

MS的术前确诊率低、手术风险高、术后并发症发生率高,应引起临床医生的高度重视。本文对10年来我院MS患者进行回顾与随访,探讨该征的流行病学特征、预后情况以及生活质量评估。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次统计病例共27例,男19例,女8例;最大年龄88岁,最小年龄30岁,50岁以上的19例。24例手术治疗,3例保守治疗。肝功能检查:直接胆红素高于正常16例(正常值:0~8.6 μmol/L),最高达285.4 μmol/L;γ-谷氨酰转肽酶高于正常19例(正常值:9~64 U/L),最高达1 809.2 U/L;胆汁酸高于正常8例(正常值:0.5~10 μmol/L),最高达335.2 μmol/L。8例行肿瘤标记物检查,其中5例CA19-9值远高于正常(正常值:0~37 U/mL)。在本组27例患者中,23例行肝胆脾胰三维彩超检查,4例(17.3%)提示Mirizzi综合征;16例行MRCP检查,11例(68.8%)提示MS;14例行腹部CT检查,6例(42.9%)提示MS;5例行ERCP检查,3例(60.0%)提示MS;2例行内窥镜检查,1例(50.0%)提示MS。

1.2 分型及手术方式

根据Csende分型法,在手术治疗的24例患者中,I型12例:3例行开腹胆囊切除术;4例行开腹胆囊切除、胆总管探查、T管引流术;4例行腹腔镜胆囊切除术;1例行腹腔镜胆囊切除、胆道探查取石、T管引流术。II型8例:4例行开腹胆囊切除、胆总管探查、T管引流术;2例行腹腔镜胆囊切除术;2例行腹腔镜胆囊切除、胆道探查取石、T管引流术,其中1例因术中发现胆囊颈部与横结肠粘连严重,转为开腹。III型2例:1例行开腹胆囊切除、胆总管探查、胆肠Roux-en-Y吻合术;1例行胆囊切除、胆总管探查、胆总管修补术。IV型2例:1例行胆囊切除、胆总管探查、胆肠Roux-en-Y吻合术;1例行腹腔镜胆道探查、胆囊切开取石、肝总管修补、T管引流术。27例患者的具体情况见表1。

1.3 随访

本研究患者均进行电话随访, 主要随访内容为术后恢复情况和生活质量。术后生活质量采用SF-36 (36项生活质量评定简表) 评定^[8], 主要包括躯体功能 (PF) 10项, 心理健康 (MH)

5项, 日常活动功能 (RP) 4项, 日常精神活动功能 (RE) 3项, 身体疼痛 (BP) 2项, 总体健康 (GH) 6项, 活力 (VT) 4项, 社会活动功能 (SF) 2项。

表 1 27 例 Mirizzi 综合征患者基本信息
Table 1 General information of the 27 MS patients

序号	Csendes 分型	男: 1; 女: 2	年龄 (岁)	入院状态	物理检查			是否行 EST (是: 1; 否: 2)	病理	手术名称
					B超	MRCP	腹部CT			
1	I	1	52	急	未确诊	未确诊	—	2	慢性胆囊炎	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
2	I	1	83	急	未确诊	—	—	2	慢性胆囊炎	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
3	I	1	67	一般	未确诊	确诊	确诊	2	慢性胆囊炎, 急性发作	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
4	I	2	54	一般	确诊	确诊	确诊	2	慢性胆囊炎	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
5	I	1	52	一般	确诊	确诊	—	2	慢性胆囊炎	胆囊切除术
6	I	1	66	急	—	确诊	未确诊	2	急性胆囊炎	胆囊切除术
7	I	2	56	一般	未确诊	确诊	未确诊	2	慢性胆囊炎	胆囊切除术
8	I	1	61	一般	未确诊	未确诊	—	2	慢性胆囊炎	腹腔镜胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
9	I	1	60	急	未确诊	确诊	未确诊	1	慢性胆囊炎, 急性发作	腹腔镜胆囊切除术
10	I	1	41	急	未确诊	确诊	确诊	1	慢性胆囊炎	腹腔镜胆囊切除术
11	I	2	30	急	—	—	未确诊	2	慢性胆囊炎	腹腔镜胆囊切除术
12	I	2	51	急	未确诊	确诊	未确诊	2	慢性胆囊炎	腹腔镜胆囊切除术
13	II	1	74	一般	未确诊	未确诊	—	2	慢性胆囊炎, 急性发作	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
14	II	1	71	急	未确诊	—	确诊	1	慢性胆囊炎	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
15	II	1	61	急	未确诊	—	未确诊	2	慢性胆囊炎, 急性发作	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
16	II	2	51	一般	未确诊	未确诊	—	2	慢性胆囊炎	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
17	II	2	79	急	未确诊	—	未确诊	1	慢性胆囊炎, 急性发作	胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术 (转为开腹)
18	II	1	49	一般	未确诊	确诊	—	2	慢性胆囊炎	腹腔镜胆囊切除, 胆总管探查, T管引流术
19	II	2	39	一般	确诊	—	—	2	慢性胆囊炎	腹腔镜胆囊切除术
20	II	1	51	一般	未确诊	—	确诊	2	慢性胆囊炎	腹腔镜胆囊切除术
21	III	1	71	急	未确诊	—	—	2	慢性胆囊炎	胆囊切除, 胆总管探查, 胆肠 Roux-en-Y 吻合术
22	III	1	76	急	未确诊	—	—	2	慢性胆囊炎, 急性发作	胆囊切除, 胆总管探查, 胆总管修补术
23	IV	1	88	一般	未确诊	确诊	—	2	慢性胆囊炎	胆囊切除, 胆总管探查, 胆肠 Roux-en-Y 吻合术
24	IV	1	47	一般	未确诊	未确诊	未确诊	2	慢性胆囊炎	腹腔镜胆道探查, 胆囊切开取石, 肝总管修补, T管引流术
25	—	1	79	一般	确诊	—	—	1	—	—
26	—	1	73	一般	—	确诊	—	2	—	—
27	—	2	75	一般	—	—	确诊	2	—	—

表1 27例 Mirizzi 综合征患者基本信息(续)

Table 1 General information of the 27 MS patients (continued)

序号	手术时间 (min)	术中出血 量(mL)	总住院时 间(d)	术后住院 时间(d)	并发症		随访间隔 (月)	SF-36 评分								
					术中	术后		PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
1	130	10	23	7	无	术后第2天少量胆汁漏	35(死亡)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	120	200	17	15	无	无	失访	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	240	100	11	7	无	无	67	95	100	90	72	70	75	100	68	
4	120	200	44	31	无	术前腹痛症状、黄疸反 复,胆管狭窄	17	15	100	62	30	100	62.5	100	80	
5	120	50	16	10	无	术后第2天出现少量胆 汁漏,未予特殊处理	31	95	100	74	60	90	62.5	100	88	
6	155	50	21	13	无	无	28	90	75	62	67	80	62.5	66.7	84	
7	160	50	14	9	无	无	22	100	100	90	77	85	100	100	76	
8	155	250	15	10	无	无	66	100	100	90	72	85	100	100	68	
9	240	500	16	9	无	无	失访	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	170	100	20	14	无	无	39	100	100	90	65	85	75	100	88	
11	100	50	17	6	无	长期腹泻	19	100	100	90	67	75	87.5	100	100	
12	150	100	35	18	无	无	12	50	0	74	50	60	50	100	68	
13	137	500	20	17	无	无	41(死亡)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	130	50	55	35	无	无	42	75	75	74	65	70	75	100	64	
15	125	200	17	12	无	术后26个月出现术前腹 痛症状、黄疸、胆总 管结石	39	100	100	90	72	85	100	100	80	
16	195	300	19	15	无	无	15	100	100	90	72	75	100	100	76	
17	133	200	26	13	转为 开腹	术后2年出现术前腹痛 症状、黄疸、胆总管 结石	42	75	50	74	50	70	75	100	68	
18	140	100	20	14	无	无	失访	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	90	50	11	5	无	无	13	100	100	90	62	75	75	100	80	
20	150	250	10	5	无	无	12	57.5	100	84	72	80	100	100	72	
21	490	1000	35	32	无	术后1年出现切口疝, 并行手术治疗,术后 出现反复肠梗阻	101	15	0	74	35	40	25	33.3	48	
22	405	100	16	13	无	无	99	80	75	74	60	75	50	66.7	72	
23	280	200	25	18	无	无	56(死亡)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	200	50	24	9	无	无	19	95	100	90	72	80	100	100	88	
25	—	—	9	—	—	—	22(死亡)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	11	—	—	—	20(死亡)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	—	5	—	—	—	37	51	64	70	42	60	54	40	52	

1.4 统计学处理

采用SPSS 17.0统计分析软件及Excel 2007进行统计与数据处理,组间比较采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。雷达图、表格用于演示数据。

2 结果

2.1 物理检查与术前确诊率

24例手术患者中13例入院诊断为MS,术前确诊率为54.2%。彩超、MRCP、腹部CT、ERCP、

内镜5种物理检查的具体对比情况见表2。其中13例既行彩超又行MRCP检查的患者,彩超确诊胆囊结石10例,胆囊管或胆囊颈部结石0例,胆总管结石2例;MRCP确诊胆囊结石12例,胆囊管或胆囊颈部结石6例,胆总管结石4例。7例既行彩超又行腹部CT的患者,彩超确诊胆囊结石5例,胆囊管或胆囊颈部结石0例,胆总管结石0例;腹部CT确诊胆囊结石6例,胆囊管或胆囊颈部结石1例,胆总管结石2例。由此可见,彩超对于胆囊管或胆囊颈部、胆总管结石的确诊率较低,MRCP对于此部位的结石确诊率高于彩超和腹部CT。

表 2 5 种物理检查对 MS 患者的检查情况

Table 2 Results of 5 physical examination in MS patients

检查方式	n	胆囊大小				结石位置				胆总管 上段受压
		增大	正常	缩小	显示不清	胆囊	胆囊管及胆囊颈部	胆总管	其他	
超声	23	1	5	12	5	19	—	7	3	—
MRCP	16	4	3	7	2	12	6	4	1	11
腹部 CT	14	3	1	7	3	8	3	2	1	1
ERCP	5	1	1	2	1	—	4	2	—	3
内镜	2	—	—	1	1	—	1	—	—	1

2.2 术后病理诊断

24例手术患者中23例(95.8%)术后病理诊断为慢性胆囊炎,其中6例伴急性发作;1例(4.2%)诊断为急性胆囊炎。此结果与MS系长期胆囊颈部或胆囊管结石导致慢性炎症^[1,9]相符。

2.3 术后结果及随访情况

随访最长时间为101个月,最短为12个月。27例患者中,3例失访;5例死亡;19例正常随访(随访率70.4%)。保守治疗3例患者中,1例于出院22个月后因病情加重并出现心衰等多器官衰竭死亡,1例于出院20个月因肺癌死亡,1例因入院时年龄大、病情重、手术风险高,患者家属要求暂不手术行保守治疗,现原症状维持。手术治疗24例患者中:(1)12例I型患者,均未出现术中并发症;其中1例术后第2天出现胆汁漏,保守治疗后好转;5例T管引流患者中除1例因胆管末端狭窄T管拔除延迟(带管11个月)外,均于术后1个月胆管造影正常后拔除T管;2例失访;1例术后35个月因肺癌死亡。(2)8例II型患者,其中1例行腹腔镜胆囊切除、胆总管探查、T管引流术患者因术中发现胆囊三角粘连严重转为开腹,其余未出现术中并发症;术后腹痛、黄疸及胆总管结石复发2例;6例T管引流患者3例于术后1个月拔除T管、3例于术后2个月拔除;2例术后腹痛、黄疸及胆总管结石复发(分别于术后24个月,术后26个月);1例失访;1例术后41个月因脑梗塞死亡。(3)2例III型患者,均未出现术中并发症;其中1例行胆囊切除、胆总管探查、胆肠Roux-en-Y吻合术术后11个月出现切口疝再次入我院手术治疗,术后第4~7年间先后出现16次肠梗阻,其间隔最长为9个月,最短为1周,均入院内科治疗好转;另1例行胆囊切除,胆总管探查,胆总管修补

术,其远期随访情况良好。(4)2例IV型患者:未出现术中及术后并发症,其中1例T管引流患者于术后3个月拔除T管;1例术后56个月因胃癌死亡。

2.4 不同分型患者对比

对比开腹组和腹腔镜组行胆囊切除术(不论是否行胆总管探查、T管引流术)的I、II型患者,II型患者的平均术中出血量大于I型[206(50~500)mL vs. 138(10~500)mL],而手术时间[138(90~195)min vs. 155(100~240)min]、总住院时间[22(10~55)d vs. 21(11~44)d]、术后住院时间[14.5(5~35)d vs. 12.4(6~31)d]未见统计学差异(均 $P>0.05$),SF-36各项对比亦无统计学差异(PF: $P=0.897$; RP: $P=0.929$; BP: $P=0.557$; GH: $P=0.627$; VT: $P=0.328$; SF: $P=0.168$; RE: $P=0.435$; MH: $P=0.212$) (图1)。

与I、II型患者相比,III、IV型患者的手术难度增加,手术时间延长,本研究中2例行胆囊切除、胆总管探查、胆总管修补术,2例行胆囊切除、胆总管探查、胆肠Roux-en-Y吻合术,后者的平均手术时间[385(280~490)min vs. 302.5(200~405)min]、平均术中出血量[600(200~1000)mL vs. 75(50~100)mL]均大于前者,而总住院时间[30(25~35)d vs. 20(16~24)d]、术后住院时间[25(18~32)d vs. 11(9~13)d]均短于前者。由于1例行胆肠Roux-en-Y吻合术的IV型患者术后第56个月因胃癌死亡,无法随访,仅对比III型行此两种术式的患者:行胆肠Roux-en-Y吻合术的患者术后1年出现切口疝,并行手术治疗,术后反复出现肠梗阻;而行胆总管修补术的患者远期随访未出现术后并发症,且其术后生活质量SF-36明显优于前者(图2)。

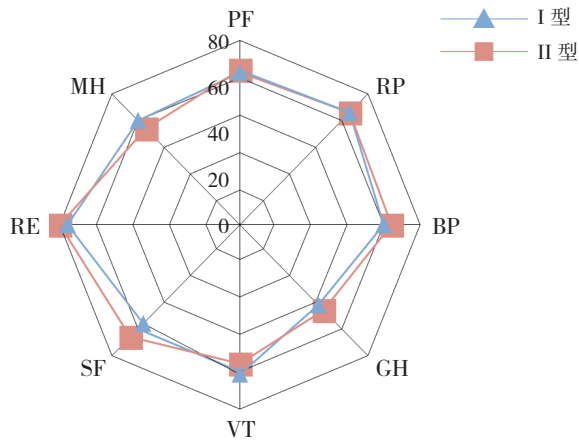


图1 I、II型MS患者术后SF-36评分比较

Figure 1 Comparison of SF-36 scores between type I and II MS patients

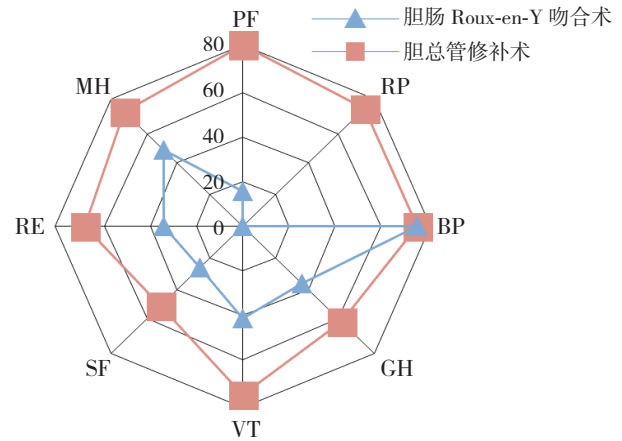


图2 行胆总管修补与胆肠Roux-en-Y吻合术III型MS患者术后SF-36评分比较

Figure 2 Comparison of SF-36 scores between type III MS patient undergoing common bile duct repair and Roux-en-Y hepaticojejunostomy

3 讨论

我院10年来共有9 554例患者行胆道手术，其中27例确诊MS，此征的发病率为0.28%，此结果低于国际报道的发病率0.7%~1.8%^[10]，可能与亚洲人胆道系统解剖结构跟欧美人存在一定差异等有关。

我院MS的术前确诊率为54.2%。由于彩超对结石的检出具有高度敏感性，而且经济、方便、安全，所以在临床中彩超是诊断MS首选的筛查方法^[6]。本研究中5种物理检查对于检出结石部位及胆总管上段是否受压存在显著差异，与彩超、腹部CT、内镜相比，MRCP对于显示胆囊三角部位结石、胆总管上段是否受压及其与周围组织结构的解剖关系有绝对优势。而MS最大的特点就是胆囊三角解剖关系混乱，因此MRCP对于此征的术前检出率高。ERCP对于MS的确诊率也较高，但由于ERCP为有创性检查，其发生穿孔、出血、感染、急性胰腺炎等并发症的风险较大^[11]，因此，临床并未将其作为MS的首选检查。总之，目前认为MRCP是诊断MS的最佳无创检查方法。

Mirrizi综合征由于结石嵌顿、胆囊萎缩、胆囊三角纤维粘连严重甚至出现肝总管狭窄或胆囊胆管瘘，手术多较困难，极易损伤胆管或引起大出血，尤其在急性状态下，水肿炎症严重，解剖不清，手术难度更大^[12]。根据笔者的经验，对于I、II型患者：症状轻、粘连不严重、远侧胆管无

结石的宜采用胆囊切除术；术中炎症重、解剖不清、上腹部尤以肝门部粘连严重、胆囊坏疽穿孔的患者，在胆囊切除、胆总管切开探查后可行T管引流术，此术式注意T管引流时间应足够长，术后应加强护理T管、预防感染并加强营养、体液及电解质的补充。对于III、IV型患者，由于其胆囊三角解剖变异、严重纤维粘连、甚至形成胆囊胆总管瘘，手术难度增加，一般可采用胆囊切除、胆总管探查、胆总管修补术或胆囊切除、胆总管探查、胆肠Roux-en-Y吻合术。胆总管修补术的平均手术时间、平均术中出血量均低于胆肠Roux-en-Y吻合术，因其对患者的损伤较小，所以其术后并发症的发生率明显低于后者，术后生活质量明显优于后者。行此术式需注意保留足够的胆囊壁，进行无张力修补，选择适合T管，T管臂需跨过缺损处，T管引流时间应足够长，但此术式术后可能因炎性狭窄而再次手术。对于胆管缺损比较大，甚至形成胆囊胆管瘘，单纯胆管修补较困难且腹腔尤其是胆囊三角粘连严重的III、IV型患者，可选择胆肠Roux-en-Y吻合术，此术式因术后胆管炎症狭窄再次手术的发生率明显低于胆管修补术，且不需留置T管，降低感染风险，但此术式创伤大，术后恢复时间长，胆系逆行性感染、肠梗阻等并发症发生率较高，患者术后生活质量差，因此选择此术式时应慎重，且应注意观察术后情况，及时处理并发症。

近年来，随着腹腔镜技术的发展，应用此技

术治疗Mirizzi综合征也取得较好效果^[13-16]。观察本研究手术患者的术后结果及随访情况,发现腹腔镜组患者术后恢复优于开腹组,其术后胆汁漏、肠梗阻等并发症的出现率为0,而开腹组为3/14。因此笔者的经验是,对病情较轻、粘连不严重、胆道系统无明显解剖异常的I、II型患者宜选择腹腔镜手术;对于胆囊三角解剖变异、严重纤维粘连的III、IV型患者腹腔镜手术难以顺利完成,故宜选用开腹手术。

总而言之,MS是一种少见的胆道疾病^[17-18],其临床表现复杂且无特异性,各种术前检查对该病的确诊率很低,而该病引起的胆囊三角解剖变异及严重纤维粘连极易于术中造成胆道误伤、右肝动脉损伤等严重损害,因此对于有胆囊结石伴梗阻性黄疸病史;肝功能检查异常;B超提示“三管征”;ERCP、MRCP上见到胆囊管过长或胆囊管与肝总管并行,应高度怀疑MS。对于本征,除非患者年龄大、病情重,不能耐受手术,否则一般应手术治疗。随着腹腔镜技术及影像检查的发展,术前正确评估患者病情,提高术前确诊率,选择最佳手术方式,在提高本征治愈率、减轻患者痛苦、提高患者生活质量的同时节约医疗资源。

参考文献

- [1] Bagia JS, North L, Hunt DR. Mirizzi syndrome: an extra hazard for laparoscopic surgery[J]. ANZ J Surg, 2001, 71(7):394-397.
- [2] Didlake R, Haick AJ. Mirizzi's syndrome: an uncommon cause of biliary obstruction[J]. Am Surg, 1990, 56(4):268-269.
- [3] Chan CY, Liau KH, Ho CK, et al. Mirizzi syndrome: A diagnostic and operative challenge[J]. Surgeon, 2003, 1(5):273-278.
- [4] Lai EC, Lau WY. Mirizzi syndrome: history, present and future development[J]. ANZ J Surg, 2006, 76(4):251-257.
- [5] Waisberg J, Corona A, de Abreu IW, et al. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management[J]. Arq Gastroenterol, 2005, 42(1):13-18.
- [6] McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi Syndrome: suggested classifications and surgical therapy[J]. Surg Gastroenterol, 1982, 1:219-225.
- [7] Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification[J]. Br J Surg, 1989, 76(11):1139-1143.
- [8] Campolina AG, Ciconelli RM. SF-36 and the development of new assessment tools for quality of life[J]. Acta Reumatol Port, 2008, 33(2):127-133.
- [9] Ravo B, Epstein H, La Mendola S, et al. The Mirizzi syndrome: preoperative diagnosis by sonography and transhepatic cholangiography[J]. Am J Gastroenterol, 1986, 81(8):688-690.
- [10] Berry J Jr, Malt RA. Appendicitis near its centenary[J]. Ann Surg, 1984, 200(5):567-575.
- [11] Becker CD, Grossholz M, Mentha G, et al. MR cholangiopancreatography: technique, potential indications, and diagnostic features of benign, postoperative, and malignant conditions[J]. Eur Radiol, 1997, 7(6):865-874.
- [12] 何晓东, 赵玉沛, 高鹏, 等. Mirizzi综合征的外科诊治体会[J]. 中华肝胆外科杂志, 2001, 7(5):278-279.
- [13] Strugnell NA, Sali A. Choledochoplasty for cholecystocholedochal fistula (Mirizzi syndrome type II): a case report and literature review[J]. Aust N Z J Surg, 1995, 65(4):285-288.
- [14] Paul MG, Burns DG, McGiure AM, et al. Laparoscopic surgery in the treatment of Mirizzi's syndrome[J]. J Laparoendosc Surg, 1992, 2(4):157-163.
- [15] 李际辉, 郑成竹, 仇明, 等. Mirizzi综合征的腹腔镜治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(12):727-728.
- [16] Antoniou SA, Antoniou GA, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review[J]. Surg Endosc, 2010, 24(1):33-39.
- [17] Curet MJ, Rosendale DE, Congilosi S. Mirizzi syndrome in a Native American population[J]. Am J Surg, 1994, 168(6):616-621.
- [18] Baer HU, Matthews JB, Schweizer WP, et al. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystocholedochal fistula[J]. Br J Surg, 1990, 77(7):743-745.

(本文编辑 姜晖)

本文引用格式: 曾娟, 吕超, 吴硕东. Mirizzi综合征诊断与治疗10年回顾[J]. 中国普通外科杂志, 2015, 24(2):247-253. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.02.018

Cite this article as: ZENG J, LU C, WU SD. Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: a 10-year experience[J]. Chin J Gen Surg, 2015, 24(2):247-253. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2015.02.018