

文章编号:1005-6947(2005)11-0875-02

· 临床报道 ·

21例 Mirizzi 综合征的临床诊治体会

张建平, 倪家连

(济南军区总医院 肝胆外科, 山东 济南 250031)

摘要: 回顾性分析 21 例 Mirizzi 综合征患者的临床资料。术前确诊 7 例, 确诊率 33.33%。21 例均行手术治疗; 其中单纯胆囊切除 8 例, 胆囊大部分切除加残余胆囊黏膜烧灼 2 例, 胆囊切除加胆总管探查或成形、T 管引流术 10 例, 胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合术 1 例。随访 6 个月至 5 年, 18 例临床治疗效果满意。笔者的体会是: 胆囊颈管结石嵌顿、胆囊管的解剖变异是引起 Mirizzi 综合征的主要原因, 胆囊结石继发的 Calot 三角及其周围组织的慢性炎症而非结石嵌顿亦可导致 Mirizzi 综合征的病理改变; 提高 Mirizzi 综合征术前确诊率的关键是医生对该征的认识及对病史和影像学资料的综合分析; 治疗以开腹手术为宜, 术式应依据病理特点选择个体化方案。

关键词: 胆结石/外科学; 胆结石/诊断; 胆囊切除术

中图分类号: R575.62; R657.42

文献标识码: B

Mirizzi 综合征是胆囊结石中的一种少见并发症。由于患者无特异症状, 临床医师对该征的认识不足, 故易延误诊断和治疗。笔者回顾性分析我院 1990 年 1 月~2004 年 6 月经手术证实、资料完整的 Mirizzi 综合征 21 例患者的临床资料。现就其临床特点及诊治经验报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 8 例, 女 13 例; 年龄 38~84 (平均 58.2) 岁。病程 3d 至 11 年。临床表现为反复发作性胆管炎 13 例, 仅右上腹痛 5 例, 右上腹胀痛不适伴黄疸 2 例, 间歇性黄疸伴低热 1 例, 2 例中伴有肝硬化 1 例。

1.2 辅助检查及术前诊断

全部病例术前均进行 1~4 次 B 超检查。B 超提示: 胆囊肿大, 囊壁毛糙伴胆囊颈、管部结石 13 例; 胆囊萎缩、壁不均匀增厚 7 例, 其中合并胆囊结石 3 例; 胆囊及肝内外胆管未见异常 1 例; 患者肝胆管有不同程度扩张 18 例次, 胆总管结石 5 例次。9 例行 CT 检查, 均提示胆囊结石, 其中胆囊腔消失、壁部分钙化 2 例, 肝内外胆管扩张 7 例。3 例行内窥镜胰胆管造影 (ERCP) 检查, 其中 2 例肝总管可见边缘完整的充盈缺损, 此平面以上的肝总管及肝内胆管中度扩张并胆囊萎缩及胆囊结石。11 例行磁共振胆胰管造影 (MRCP) 检查, 提示胆囊管与肝总管并行、胆囊结石、肝胆

管轻度至中度扩张 7 例, 其中 2 例肝总管平面狭窄, 血清糖抗原 (CA)199 分别为 78 U/mL 和 102 U/mL (正常 < 37 U/mL); 肝胆管无扩张、狭窄及结石 4 例。全部病例入院时丙氨酸转氨酶和碱性磷酸酶不同程度升高, 血清总胆红素 32.6~591.1 $\mu\text{mol/L}$ 。术前临床诊断: Mirizzi 综合征 7 例, 胆囊及胆总管结石、胆总管狭窄 4 例, 胆系感染 5 例, 胆囊癌 2 例, 胆管癌 2 例, 黄疸型肝炎 1 例。

1.3 治疗方法

21 例均行手术治疗。术前诊断为胆囊癌和胆管癌的 4 例术中行快速病理检查, 诊断为慢性萎缩性胆囊炎伴部分囊壁钙化和慢性胆管炎。术中发现: 胆囊颈或管结石、胆囊管与肝总管平行走行、肝总管外源性受压与推移、肝胆管扩张 13 例, 其中胆囊胆管瘘 7 例; 胆囊颈结石、胆囊管跨越肝总管开口于其左壁 1 例; 胆囊结石、胆囊萎缩、Calot 三角组织水肿粘连、肝总管壁增厚、胆囊管内外方淋巴结肿大 6 例; 肝总管纤维瘢痕性狭窄 1 例。按 Csendes 分型^[1], I 型 14 例, II 型 5 例, III 型 2 例。21 例中, 行单纯胆囊切除 8 例, 胆囊大部分切除和残余胆囊黏膜烧灼 2 例, 胆囊切除加胆总管探查或成形、T 管引流术 10 例, 胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合 1 例。切除胆囊内含 1~11 粒结石。

2 结果

10 例行胆总管探查或成形术、T 管引流患者, 术后 2 周行 T 管造影, 显示胆道通畅, 无狭窄。该 10 例 1~6 个月拔 T 管, 1 例出现胆瘘, 经非手术治疗痊愈。21 例患者术后随访 6 个月至 5 年, 1 例因肝总管狭窄行支架植入术后治愈, 2 例因肝总管结石行内窥镜十二指肠乳头括约肌切开术 (EST) 加取石术后治愈, 其余患者临床效果良好。

收稿日期: 2005-03-05; 修订日期: 2005-07-21。

作者简介: 张建平 (1973-), 男, 山东平原人, 济南军区总医院主治医师, 主要从事肝胆肿瘤与结石的基础与临床方面的研究。

通讯作者: 张建平 电话: 0531-82165352; E-mail: zhjp2000@eyou.com。

3 讨论

Mirizzi 综合征多指胆囊结石在胆囊颈部或胆囊管嵌顿及其炎症所引起的胆总管梗阻^[2]。Didlake 等^[3]认为胆囊管解剖变异与本征发生有关,即胆囊管开口于胆总管过低或与之平行、两管壁之间仅隔以纤维结缔组织薄膜,结石一旦嵌顿于胆囊管,则易压迫肝总管使之狭窄,甚至形成胆囊胆管瘘。本组患者术中发现 13 例存在上述解剖变异,其中 7 例已形成胆囊管胆管瘘。但本组另有 6 例为 Calot 三角及其周围组织的慢性炎症和广泛粘连,无胆囊颈部结石嵌顿及上述解剖变异。由此可见,胆囊颈或管部结石嵌顿、胆囊管解剖变异是 Mirizzi 综合征的主要病因,胆囊结石继发的 Calot 三角及其周围组织的慢性炎症而非结石嵌顿亦可导致 Mirizzi 综合征的病理改变,且手术处理可能更为棘手。Csendes^[1]等据 Mirizzi 综合征患者局部病理改变将之分为 4 型:I 型为胆囊颈部结石嵌顿压迫肝总管;II 型为胆囊胆管瘘形成,瘘管口径小于胆总管周径的 1/3;III 型瘘管口径超过胆总管周径的 2/3;IV 型为胆囊胆管瘘完全破坏了胆总管壁。本组 19 例属 I 型、II 型,III 型仅 2 例,无 IV 型。

Mirizzi 综合征术前确诊率为 26.00% ~ 46.43%,且依赖于影像学 and 实验室的综合检查^[4,5]。Joseph^[6]等提出,若 B 超发现所谓的“三管征”(即胆囊管、肝总管和门静脉)应考虑本综合征。但本组 21 例术前 B 超发现胆囊结石 16 例,未发现“三管征”病例。ERCP 检查有特征性改变,结合 B 超术前确诊率高达 61.54% ~ 86.67%,但因其为有创检查,近年有被 MRCP 检查取代的趋势^[5,7,8]。本组 3 例行 ERCP 检查,2 例(2/3)提示 Mirizzi 综合征;11 例行 MRCP 检查,5 例(5/11)提示 Mirizzi 综合征,2 例(2/11)误诊为胆管癌,4 例(4/11)对确诊未提供参考。由此可见,尽管 ERCP 及 MRCP 等检查使 Mirizzi 综合征的确诊率有所提高,但关键仍然是临床医师应对该综合征有足够的认识,结合病史及既往治疗史综合分析影像学及实验室胆红素等检查结果,对梗阻性黄疸患者既往有长期胆囊结石、胆囊炎史时应疑及该综合征的存在,即使影像学检查未发现胆囊结石存在而胆总管不扩张或轻度扩张的黄疸患者,亦应想到此综合征。本组即有 4 例术前 B 超及 MRCP 检查均为阴性。

Mirizzi 综合征的治疗原则是切除病变胆囊、取净结石、解除梗阻、修补胆管缺损及通畅引流胆汁。手术的中心问题是防止发生胆总管损伤和矫正已有的胆总管病理改变,因此多采用开腹手术。近年亦有利用腹腔镜或腹腔镜联合内镜治疗 Mirizzi 综合征的报道^[9,10]。Csendes 病理分型有助于术式的选择:I 型一般行胆囊切除或胆囊大部分切除加残余胆囊黏膜的烧灼;II 型行胆囊切除、胆管修补、T 管引流术;III、IV 型因胆管壁缺损较大宜行胆囊切除、胆管修补、T 管引流或胆总管空肠 Roux-en-Y 吻合^[5,8]。本组均行

开腹手术,基本按上述分型选择术式。术后随访结果满意。笔者认为,腹腔镜治疗 Mirizzi 综合征虽取得较满意的临床效果,但多限于 I、II 型。在目前术前确诊率较低的情况下不应因“猎奇”而盲目采用。Csendes 病理分型是据手术探查结果的回顾性分型,指导手术方式的选择仍有其局限性。因此,手术方法的选择应强调病因。笔者的手术治疗经验是:(1)对胆囊颈部结石嵌顿、Calot 三角炎症较轻者可行胆囊顺性切除,合并胆囊胆管瘘则行胆囊切除、胆管修补成形、T 管引流术。(2)对胆囊管解剖变异、胆囊极度萎缩、胆囊周围及 Calot 三角炎症水肿严重或有瘢痕形成者,为避免损伤胆管,可采用逆行切除胆囊;或部分切除、切开胆囊取出结石,通过胆囊管用探子或术中造影的方法,确定三管(胆囊管、肝总管、胆总管)的解剖关系及有无胆囊胆管瘘,采用相应的手术方式。(3)对不能采用上述方法或存在肝硬化肝脏萎缩-肥大综合征、肝门转位者,可行细针穿刺确定胆总管位置,打开胆总管后再寻找胆囊管、处理胆囊。此外,T 管应放置 1~6 个月,以利于黄疸和局部炎症的尽快消退及预防后期胆管瘢痕性狭窄。

参考文献:

- [1] Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, *et al.* Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification [J]. *Br J Surg*, 1989, 76(11): 1139-1143.
- [2] 黄志强. 黄志强胆道外科 [M]. 第 1 版, 济南: 山东科技出版社, 2000. 346-350.
- [3] Didlake R, Haick AJ. Mirizzi's syndrome: an uncommon cause of biliary obstruction [J]. *Am Surg*, 1990, 56(4): 268-269.
- [4] 周旭, 易继林, 陈强谱, 等. 33 例 Mirizzi 综合征手术治疗分析 [J]. *中国实用外科杂志*, 2002, (22)4: 234-236.
- [5] 栗光明, 朱继业, 黄磊, 等. Mirizzi 综合征的诊治探讨 [J]. *中国实用外科杂志*, 2002, (22)8: 494-496.
- [6] Joseph S, Carvajal S, Odwin C, *et al.* Sonographic diagnosis of Mirizzi's syndrome [J]. *J Clin Ultrasound*, 1985, 13(3): 199-201.
- [7] 李汛, 李玉民, 朱有全, 等. 内镜逆行胰胆管造影对 Mirizzi 综合征的诊断价值 [J]. *中华消化内镜杂志*, 2000, 17(2): 74-75.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 秦明放, 邹富胜, 王庆, 等. 腹腔镜、内镜联合治疗 Mirizzi 综合征 19 例报告 [J]. *中国实用外科杂志*, 2002, 22(6): 363-364.