维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 1999年第8卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 1999, Vol. 8, No. 4

Mirizzi综合征(9例临床分析)

孙 敏* 黄信琪* 谭 晶* 周 琳*

【摘 要】 目的 探讨Mirizzi综合征的诊断和治疗。方法 通过9例Mirizzi综合征回顾性分析,进行临床诊断分型及各种手术治疗。结果 Ⅰ型6例,行单纯胆囊切除4例,行部分胆囊切除2例;Ⅱ型2例,2例胆道探查T管引流;Ⅲ型1例行胆肠吻合术;Ⅳ本组未出现此型。8例Ⅰ期手术治愈。1例出现并发症;其中Ⅰ、Ⅱ型未出现并发症;Ⅲ型1例出现胆漏。结论 Mirizzi综合征是一种缺乏典型表现,是以胆囊颈或胆囊管结石嵌顿引起肝总管狭窄或梗阻,并发胆管炎、阻塞性黄疸和肝功能损害为特征的综合征。不易术前诊断,极易造成胆道损伤而引起严重并发症。

【关键词】 胆囊结石 Mirizzi综合征

Mirizzi's syndrome (9 cases clinical analysis) *Sun min, Huang xinqi, Tan jing, Zhou lin, Department of Hepatobiliary surgery, The second Affiliated Hospital, kunming Medical college, kunming* 650101

【Abstract】 **Objective** To study diagnosis and treatment of Mirizzi's syndrome. **Methods** 9 cases Mirizzi's syndromes clinical review analysis being classifing of diagnosis and treatment of kind of operation. **Results** Type Ⅰ 6 cases, cholecystectomy 4 cases, part cholecystectomy 2 cases, Type Ⅱ 2 cases, and performed choledochoenterostomy. Type Ⅲ 1 case and performed choledochoenterostomy, 8 cases are full recover. 1 case of Type Ⅰ choleleak 1 and Type Ⅱ is not appear complication. **Conclusion** Mirizzi's syndrome has not special clinical expression and it is a syndrome of cholangeitis, block jaundice and hepatic function injury, because of the obstruction of the cystic neck (tube) by gallstone impacted that led to narrow and obstruction of ductus hepaticus communis. it's not easy to diagnosis before operation and often makes serious complications.

【Key words】 cholecystolithiasis Mirizzi's syndrome

Mirizzi综合征是以胆囊颈或胆囊管结石嵌顿引起肝总管狭窄或梗阻,并发胆管炎,阻塞性黄疸和肝功能损害为特征的综合征。为胆囊结石少见的并发症之一,发病率为0.7%～1.0%[1]。本文报告了我科收治的9例术前及经手术证实的该类病人,现结合文献,就其病理分型,临床特点,诊断及治疗分析如下。

资料和方法

1. 一般资料:9例病人中男2例,女7例,年龄19～68岁,平均52岁。

2. 临床表现:全部病例均有右上腹疼痛史,黄疸史3例,畏寒3例,B超检查胆囊结石9例,胆囊颈部结石8例,胆囊管结石1例,胆囊多发结石7例,胆囊萎缩3例,胆囊肿大6例,肝内外胆管扩张2例,血清胆红质19umol～110umol 5例,ALT 50U/L～120U/L 3例,ALP 150U/L～280U/L 2例。

3. 诊断方法:经行内窥镜逆行胰胆管造影(Endoscopil Retrograde Cholangio-pancreatography, ERCP)检查发现1例,经皮肝穿刺胆管造影(Percutaneous Transhepatic Cholangiography, PTC)检查诊断1例,术中证实7例。按Csendes[2]分类法,Ⅰ型:6例占66.6%;Ⅱ型2例占22.2%;Ⅲ型:1例占11.1%;Ⅳ型:无。

结 果

9例中8例Ⅰ期手术治愈。1例出现并发症:其中Ⅰ、Ⅱ型未出现并发症;Ⅲ型1例出现

* 作者单位:650101 昆明医学院第二附属医院肝胆胰外一科

维普资讯 http://www.cqvip.com

胆漏。

讨 论

1. 发病机理及分型 1948 年 Mirizzi 在术中胆道造影过程中注意到肝总管的生理性括约肌功能，首次报导了功能性肝管综合症的表现，并命名为 Mirizzi 综合症[3]。目前认为 Mirizzi 综合症是胆囊管(颈)结石嵌顿或合并炎症引起的肝总管良性机械性阻塞伴黄疸或/和胆管炎，胆囊管解剖特点及异常是引起 Mirizzi 综合症的重要条件[4]。Didlake[4]认为该类患者胆囊管汇入的位置较低，有一段胆囊管与胆总管平行，平行的胆总管往往紧靠在一起，中间隔以薄层结缔组织，有时周围组织形成一鞘样结构，将其胆囊管与胆总管包裹在内，有时两相邻壁残缺间隔一层很薄的具有胆管上皮生长的纤维膜。在这种解剖结构下，结石一旦嵌顿于胆囊颈(管)易压迫胆总管而发生阻塞。由于嵌顿结石长期压迫胆管及炎症而使胆囊管胆总管发生融合而形成内瘘和/或胆囊萎缩，因此，Mirizzi 综合症和胆囊胆管瘘是同一复杂病理过程中的不同阶段。本组病胆囊管与胆总管并行且胆囊管开口较低 6 例，胆囊颈部结石使胆囊三角解剖不清而损伤胆管壁 1 例，2 例由于术前考虑 Mirizzi 综合症而行胆囊切除 1 例，另 1 例行大部份胆囊切除术。1 例已发生内瘘而行胆囊切除 T 管引流术，1 例行胆总管空肠吻合术。

分型 Mirizzi 综合症临床病理分型多种，1989 年 Csendes[2]作了统一 4 型分类法：Ⅰ型 胆囊颈或胆囊管部结石嵌顿压迫胆总管(又称 Mirizzi 综合症原型)。Ⅱ型 胆囊胆管瘘形成瘘管口径小于胆总管周径的 1/3，Ⅲ型 胆囊胆管瘘的瘘口径超过胆总管径的 2/3，Ⅳ型 胆囊胆总管瘘完全破坏了胆管壁。本组病例Ⅰ型 6 例；Ⅱ型 2 例；Ⅲ型 1 例；Ⅳ型无。

2. 诊断 Mirizzi 综合症病人临床表现是反复发作结石性胆囊炎基础上出现不同程度的阻塞性黄疸。它与胆总管结石临床表现十分相似，靠临床表现来诊断十分困难，B 超检查仍为首选辅助诊断，本组病人全部均行 B 超确诊为胆囊结石，其中 7 例为胆囊颈结石嵌顿并胆囊肿大，既往有一过性黄疸，2 例为反复结石性腹痛黄疸后胆囊管结石胆囊萎缩，2 例有肝外胆管扩张，有 1 例出现"三管征"。因此，Mirizzi 综合症有以下表现：胆囊颈(管)结石，胆囊扩张或萎缩，或肝胆管扩张但胆总管以下不扩张，或既往长期反复发作性黄疸，现在或既往有黄疸病史，都应考虑此综合症。为明确诊断可行 PTC 或 ERCP 检查，其 X-线可显示良性狭窄(胆囊管与肝总管汇管区有弧形缺损、光滑，阻塞以上肝总管扩张、推移)，PTC 和 ERCP 除了损伤性检查外，PTC 为胆道顺行检查，难以发现胆囊管的平行走行及开口低位情况；ERCP 不能显示阻塞以上的胆管。近年来，CT 和磁共振技术的发展，CT 胆管造影(CT Cholangiopancrealography，CTCP)和磁共振胰胆管造影(Magnetic Resonance Cholangiopancrea-lography，MRCP)已用于胆道系统的诊断。尽管如此，Mirizzi 综合症的术前诊断率仍很低，约为 8.2%～20%[5]，而大部份在术后确诊。本组术前诊断率为 22.2%。

3. 治疗 Mirizzi 综合症的治疗主要仍行外科手术。其原则为去除病灶胆管，解除梗阻，修复瘘道，胆道引流。由于长期受压和炎症，胆囊三角粘连明显，胆囊萎缩解剖关系不清，术中极易损伤胆管。因此，凡炎症严重粘连病人，不能先分离胆囊三角，而是先逆行胆囊行浆膜下钝性剥离，如胆囊三角紧密则打开胆囊吸净胆汁取出石头探明胆管，根据分型分别不同处理，如为Ⅰ型大部份可行胆囊切除术，粘连明显则行部份切除，残余胆囊壁可烧灼粘膜后缝合。本组病例Ⅰ型 6 例胆囊切除 5 例，大部份胆囊切除 1 例；Ⅱ型修补口后探查胆道置 T 管引流腹腔引流，本组 2 例经此处理后均治愈。Ⅲ型可行大部份胆囊切除后利用残壁修补，另行胆总管 T 管引流术，本组 1 例行此方法。Ⅳ型行胆肠吻合术。

总之，Mirizzi 综合症是临床少见而术前难以明确诊断的一种胆囊结石并发症，作者认为凡反复发作胆囊结石、黄疸、胆囊肿大、胆囊萎

维普资讯 http://www.cqvip.com

缩或B超提示胆囊管(颈)部结石病人应考虑此综合症从而既避免了胆道损伤，又能获得最佳疗效。

参 考 文 献

1. Baer Hu, Matthens JB, Schweizer WP, et al. Management of Mirizzi's syndrome and the surgical implication of cholecyste choledochal fistula. Br J Surg, 1990, 77(7): 743.
2. Csendes A. Mirizzi syndrome and cholocystobiliary fistula: A unifying classification. Br J Surg, 1989, 76(11): 1139.
3. Mirizzi PL. Physiologic sphincter of hepatic bieduct. Arch Surg, 1940, 41: 1324.
4. Didlake R, Maick A J. Mirizzi's syndrome. An uncommon cause of biliary obstruction. Ann Surgery, 1990, 56(4): 268.
5. Iitoo M. Surgical implications of stone impaction in the gallbladder neck with compression of the common hepatic duct(mirizzi's syndrome). Clin Radio, 1983, 34(6): 651.

(收稿：1999-06-26)

·个 案·

股动脉及股静脉穿刺用标本的制作

田顺亮* 孙建森**

股动、静脉穿刺术在临床采血、中心静脉压测定、特殊给药、特殊造影检查及诊治等方面有着较广泛的应用。为使初学者尽快掌握该技术，同时也为进一步提高临床工作者的穿刺技术，更好地服务于临床，特设计制作了股动静脉穿刺训练用标本，以供训练穿刺时用。

一、选材及材料处理

1. 选一男性新鲜尸体，胖瘦适度，

2. 在腹股沟韧带下约5 cm作一切口，分离出股动、静脉。股动脉常规插管行防腐灌注，股静脉向心插管滴注防腐液，以保证静脉的充盈、畅通。

二、制作方法

1. 在股动、静脉切口同侧自髂前上棘至脐切开腹壁，同时沿腹白线自脐以下做10 cm左右切口，沿切口将腹前外侧壁向下翻，解剖出髂外动、静脉，并在腹股沟韧带上方约2 cm处切断髂外动静脉。

2. 取两只8号乳胶手套，自根部剪下两中指套，在中指套尖端各扎一根细线。

3. 将两中指套连用细线分别从髂外动、静脉的切口处向下导入，将细线头自股动、静脉切口处分别引出，牵引细线将两中指套分别引入股动脉和股静脉，拉至手指套根部与髂外动、静的切口平齐。

4. 在两中指套中插管，将动脉、静脉及中指套上部一并结扎于导管上，利用股血管引出的细线稍作调整，以防指套扭曲，然后将细线固定于股部。

5. 将导管通过腹壁切口引出体外，再将腹壁复位并行简单缝合。

三、使用方法

1. 通过导管，向股动、静脉内的中指套注入稀释的红色和褐色墨水，可通过不断地向股动脉加压注射、抽吸来模拟股动脉的搏动。

2. 穿刺者可按正规方法进行穿刺训练，即能迅速准确地从股动脉吸出红色墨水，从股静脉吸出褐色墨水。

3. 训练结束后，将墨水吸出。使用一段时间后应更换血管中的中指套。

四、讨论

1. 在进行穿刺训练时，两人一组互相配合。一人不断地向股动脉内加压、抽吸，模拟动脉搏动，使其更近似于活体，另一个进行穿刺操作，然后两人互换，这样便于提高穿刺技能，从而为更好地服务于临床。

2. 乳胶手套具有一定的弹性和韧性，标本可反复使用。但是为了减小穿刺时留下的孔洞，进而减少手指套的更换次数，在进行训练时应使用较细的穿刺针。

3. 在手中指套末端系一细线，除便于牵引中指套进入血管外，主要用以牵拉、固定中指套，便于操作时顺利进针。

(收稿：1999-05-21)

* 作者单位：473058 河南省南阳卫校解剖教研室
** 第三军医大学解剖学教研室