维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2003年第12卷第1期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2003, Vol.12, No.1

Mirizzi综合征的误诊临床分析

马雪平* 王晋峰* 崔猛旺* 赵国发* 陈广斌*

【摘 要】 目的 总结临床经验,提高Mirizzi综合征术前诊断率,提高疗效。方法 对1983年至2002年我院收治胆道手术病人中,术前误诊Mirizzi综合征15例,总结相关资料,做进一步总结分析。结果 15例术中诊断证实,手术方式采用胆囊切除,胆囊大部切除加胆总管或肝总管探查,胆管修补,及胆肠吻合术。1例出现胆瘘,半月后自愈,1例因合并急性肾功能衰竭。结论 提高对Mirizzi综合征的认识,采用合理的诊断手段,术中精心操作,可减少Mirizzi误诊,提高疗效。

【关键词】 Mirizzi综合征;胆囊切除术;诊断

Clinical analysis of misdiagnosis of Mirizzi syndrome *Ma Xuepin, Wang Jingfeng, Chui Mengsheng, et al. Department of General Surgery, Affiliated Heping Hospital, Changzhi medical college, Changzhi*, 046000

【Abstract】 **Objective** To improve preoperative diagnosis rate of Mirizzi syndrome (MS) and to summarize clinical experience in order to raise curative effect. **Methods** Clinical cases of biliary tract treated in our hospital from 1983 to 2002 were analyzed. 15 cases of MS were misdiagnosis preoperatively. **Results** 15 cases of MS were misdiagnosed and were proved by operation. The operations included cholecystectomy, partial cholecystectomy, partial cholecystectomy plus common bile duct or common hepatic duct exploration, T tube drainage and biliary fistula suture, and Roux-en-Y hepaticojejunostomy. One case appeared biliary fistula, and was cured after half month. One case complicated by acute renal failure. **Conclusion** Heighten awareness of MS, rational diagnostic method and meticulous operation may reduce misdiagnosis of MS and improve curative effect of MS.

【Key words】 Mirizzi syndrome; Cholecystectomy; diagnosis.

医源性胆道损伤是胆囊切除术的严重并发症,其重要原因是胆囊三角区解剖不清,胆囊管、肝总管、胆总管走行不能辨清,或解剖结构异常。Mirizzi综合征(MS)是胆囊结石较少见现象,发生率1.1~2.7[1],对该病处理不当,易损伤胆管,造成不良后果。现就我院误诊15例Mirizzi综合征进行分析。

资料与方法

一、临床资料

本组资料来自我院1983年至2002年期间进行胆囊切除术或剖腹探查术中证实MS者15例,其中术前诊断胆总管结石,或合并胆囊结石9例,胆结石伴胆囊实性占位2例,胆结石合并胆管占位4例。15例中男7例,女8例。年龄45~75岁,平均60岁。反复发作胆绞痛10例,伴阻塞性黄疸12例,其中Charcot三联症11例,Reynold五联征4例。实验室检查多数有梗阻性黄疸表现,其中血清胆红素,GPT、AKP均有升高。所有病例常规B超检查,8例行CT检查。

二、疾病分型及手术方式

按Csendes分型:Ⅰ型5例、Ⅱ型7例、Ⅲ型3例。术中均采用全麻。胆囊切除术4例,胆囊大部分切除术8例,应用胆道镜探查胆总管5例。术后12例放置"T"管引流,胆囊大部切除术加瘘口修补3例,外用生物胶覆盖,胆囊切除术合并肝胆管空肠吻合术2例。

结 果

15例手术治疗,其中14例治愈,1例出现胆瘘,半月后自愈,1例术后合并急性肾功能衰竭而不治。

讨 论

一、Mirizzi综合征的认识和解剖学基础

Kehr率先报道了胆囊结石颈部嵌顿的病理现象,阿根廷医师Mirizzi在术中行胆道造影,首次报道并描述了胆囊颈或胆囊管结石嵌顿压迫肝总管导致狭窄。并在1948年Mirizzi认为肝总管狭窄存在着括约肌,即Mirzzi括约肌,它的痉挛是该综合征发病基础,以后证

* 作者单位:046000 山西省长治医学院附属和平医院普外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

实 Mirizzi 括约肌并不存在。组织学检查肝总管只是一纤维组织结构管道，含少量平滑肌细胞，Hayes 通过胆道造影及解剖发现 20% ~ 30% 的胆囊管与肝总管平等低位汇入，胆囊管与肝总管之间仅一层薄膜，结石嵌顿后，很容易导致肝总管受压变窄。因此，Mirizzi 解剖学基础是胆囊管与肝总管平行，病理学基础是胆囊结石颈部嵌顿，及反复发作胆管炎。以后，Csendes[2] 进行统一分型：Ⅰ型胆囊管或胆囊颈结石嵌顿，压迫胆总管；Ⅱ型胆囊胆管瘘形成，瘘口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 2/3；Ⅳ型胆囊胆管瘘完全破坏了胆总管壁。Mc Sherry 提出两型分类法：Ⅰ型：胆囊管或胆囊颈结石嵌顿压迫肝总管；Ⅱ型：结石破入肝总管，形成胆囊胆管瘘。

二、提高术前诊断水平

既往诊断主要依据 B 超检查，因其无创伤，低价，列为首选。B 超显示特点是：(1)胆囊结石颈部嵌顿。(2)肝总管以上胆管扩张。(3)胆总管下端不扩张。但 B 超对肝总管结石，肝内肝管结石的敏感性低，同时受胃肠道气体、视野、操作者经验影响，加上反复发作的胆绞痛，胆管炎，导致胆囊壁增厚，胆囊三角粘连成块，典型的三管征不多见，不能完全依靠 B 超。CT 检查与 B 超相似，除肝门部肿物及肝内转移胆道肿瘤有鉴别以外，CT 只能进行轴位扫描，虽可显示胰胆管扩张，不能显示胆道病理解剖结构的改变，对胆囊胆管瘘也不能显示，胆囊颈或胆囊管的结石常误诊为胆总管结石。90 年代 PTC 及 ERCP 技术用于术前诊断，无疑提高了 Mirizzi 综合征术前诊断。PTC 显示梗阻以上部位肝总管和肝内胆管扩张，但 PTC 对胆囊管、肝总管梗阻以下胆管显示不清。ERCR 不能显示肝总管梗阻以上胆管。虽然两者结合使用提高了术前诊断率，但是给病人带来了痛苦和一些并发症。MRCP 是一种无创的非介入性检查方法，对 PTC 或 ERCP 术中造影剂无法到达的胆道也可显示清晰，而且形成胰管胆树的三维立体图像，对除外胰胆系肿瘤鉴别作用明显，对胆系结石大小、形态，数目及所在部位，能提供清晰的胆管分支解剖图，本院使用 MRCP 诊断 B 超可疑 Mirizzi 综合征 5 例，均能术前明确诊断。但 MRCP 不是万能的，它有不足之处，如对胆管结石、肿瘤组织及流空效应气体所致异常信号无特异性，无法鉴别，不能用作活检定性及介入治疗，但 MRCP 优势有助于广泛采用。

三、Mirizzi 综合征的治疗

根据术前、术中发现具体情况，采用不同手术方式。总的原则是切除胆囊，取出结石，解除梗阻，修复胆道。对于Ⅰ型患者根据病人炎性粘连具体情况，采用顺逆结合胆囊切除术。如果胆囊三角关系辨认不清，切开胆囊病部取石，胆囊大部切除术。对Ⅱ型患者在切除胆囊过程中，注意留有余地，保留部分胆囊瓣做为胆管瘘口的修补，并放置“T”管引流三个月。Ⅲ型、Ⅳ型病人因坏死组织范围大，不易行胆管修补，以免引起胆管狭窄，一般在胆囊切除术后，宜选择肝总管空肠 Roux - en - Y 吻合术，对于一般不能耐受手术的病人，可用内镜行乳头切开，激光碎石、取石，使胆管引流通畅，术后支架管扩张。

参 考 文 献

1. Redaelli CA, Buchier T, King W, et al. High Coincidence of Mirizzi syndrome and gallbladder carcinoma. Surgery, 1997, 121(7): 60.
2. Joseph S, Carvajal S, Odwin C, et al. Sonographic diaghosis of Mirizzi's syndrome. J Clin Ultrasound, 1985, 13(3): 199 - 201.

(收稿日期：2003 - 01 - 01)

(上接 13 页)

稍隆起，扪及 10 cm × 8.0 cm 大的包块，质硬，边界欠清，压痛，反跳痛。左下腹穿抽出鲜红色的不凝血。辅助检查：①尿妊娠试验(-)。②血常规示：WBC 11.3×10^9/L、Hb 95 g/L。拟诊腹腔出血：①宫外孕，②腹腔肿瘤出血。在持硬麻下行急诊剖腹探查，术中见：①腹直肌前鞘与肌肉间血凝块约 50 g。②部份腹直肌撕裂，有活动性出血灶。③腹膜广泛性瘀血。④腹腔内无血液，未发现腹腔脏器异常。给予清除血凝块、止血、缝合撕裂的腹直肌。术后住院 20 d 康复出院。

二、讨论

1.新兵军事训练伤甚为多见：①软组织损伤；②创伤性关节滑囊炎；③疲劳性骨折；④肌肉拉伤与断裂。本病好发于跨越 2 个关节，含有较多纤维的肌肉，如肩外展和旋转活动时冈上肌拉伤，支撑运动时肱三头肌拉伤，跳跃和劲踢时股四头肌拉伤，快速奔跑时腘肌拉伤，球类运动时股内收肌拉伤等。腹直肌撕裂伤鞘内血肿的病例少见报告，临床易误诊。

2.腹直肌鞘包绕腹直肌，腹直肌撕裂端活动性出血，致腹壁增厚，腹直肌后鞘的血液经腹膜脱纤维作用后，不含有纤维蛋白，穿刺抽出为不凝鲜血，则误认为是抽出了腹腔不凝血。侧重临床病史、体征资料，缺乏深入的分析和辅助检查的证实，导致了误诊。

3.新兵中，“学生兵”占很大的比例。入伍前未经过高强度的体能锻炼，训练中缺乏吃苦耐劳的思想，缺乏动作协调的经验等。这样，增加了训练伤的发生率，增加了少见的训练伤发生。

(收稿日期：2002 - 12 - 29)