Mirizzi 综合症 32 例临床分析

赵振坤

(江苏省高邮市中医医院 225600)

摘要 目的:探讨 Mirizzi 综合症的诊治。**方法**:将 32 例经手术证实的 Mirizzi 综合症的诊断与治疗加以归纳分析。**结果**:31 例均一期手术治愈,7 例并发胆管狭窄,2 例出现漏胆。另有一例反复发作胆管炎 12 年。**结论**:术前诊断以胆道造影学检查为主,其中确诊是正确手术的关键。

关键词:Mirizzi 综合症;诊断;手术方法

中图分类号:R256.4 **文献标识码**:A

Clinical Analysis of 32 Cases of Mirizzi Syndrome

ZHAO Zhen-kun

(Gaoyou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Gaoyou 225600, Jiangsu, China)

ABSTRACT Objective: To investigate the diagnosis and treatment of the patients with Mirizzi syndrome (MS). **Methods:** 32 patients were verified to suffer from Mirizzi syndrome by surgery. **Results:** 31 patients with Ms were cured in the first stage of operations; 7 complicated stricture of bile duct ; 2 had leaky gallbladder; 1 had cholangitis repeatedly for 12 years. **Conclusion:** Preoperative diagnosis is mainly based on radiography of biliary tract, in which, confirmed diagnosis is the key to correct operation.

Key words: Mirizzi syndrome; Diagnosis; Operation method

0 前言

Mirizzi 综合症是指胆囊颈或胆囊管结石嵌顿和炎症、压迫或波及肝总管,并发胆管炎、黄疸为特征的临床综合症。我科自 1980 年至 2006 年 6 月共收治本病 32 例,均经手术证实,约占同期单纯胆囊结石 1.0%(32/3260)。本研究结合文献复习及本组资料,就其病理分型、临床特点及诊治情况进行了分析。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组男 12 例,女 20 例。年龄 21-66 岁,平均 41 岁。临床表现:全部病例均有黄疸史及反复发作胆管炎病发,病程 20 年以上 6 例,10-20 年 15 例,5-10 年 6 例,5 年以上 5 例, 影像学检查:其中经 B 超诊断为胆囊颈或管部结石 18 例:胆囊结石并肝总管(或胆总管)结石 3 例。胆总管直径均小于 8mm。肝总管扩张(>5mm)14 例,肝内胆管轻度扩张 2 例,胆囊肿大并胆囊管扩张(>4mm)9 例,胆囊萎缩 8 例,按 Csendes[1]分类 I 型 18 例,II 型 6 类,III 型 4 类,IV 型 3 例。ERCP 检查共 9 例,肝总管处见边缘光整的圆形充盈缺损 6 例,肝总管移位 2 例,另 1 例显影不佳。其中肝总管与胆囊管平行者 6 例。

1.2 治疗

I 型 18 例中 16 例完整切除胆囊, 胆总管探查均为阴性。II 型 6 类瘘口采用直接修补瘘口下方胆总管置 T 管 3 例,未置 T 管 2 例。III 型 4 例中 2 例瘘口直接修补,2 例切除部分胆囊壁,用残余壁组织修补瘘口,瘘口下方胆总管均置 T 管。IV 型 2 例胆总管空肠 Roux-Y 吻合术。

2 结果

31 例均一期手术治愈,7 例并发胆管狭窄,2 例出现漏胆,一周后治愈。

3 讨论

Mirizzi 综合症是由于胆囊结石嵌顿于胆囊颈或胆囊管,胆囊颈或胆囊管炎症、肿胀、壁增厚,波及压迫肝总管,引起胆道狭窄和梗阻性黄疸。Csendes 认为此综合症和胆囊胆管瘘是同一复杂病理过程的不同阶段。Didlake 认为系病者胆囊管汇入胆总管位置较低, 有一段胆囊管与肝总管平行且紧靠在一起,中间隔以薄层结缔组织,有时周围形成鞘样结构,一旦结石嵌顿在胆囊管中十分容易压迫肝总管使之狭窄,甚至形成瘘。

通过分析本组资料我们认为该病在临床上具有以下特点:①多见于中老年患者,有较长的胆囊结石病史。本组平均病史 5 年, 平均年龄 58 岁。②反复发作性胆绞痛及不同程度的黄疸,本组 21 例(65.6%)有胆绞痛病史及黄疸表现。③反复发作胆管炎, 表现为结石嵌顿导致肝外胆管狭窄胆汁引流不畅,本组 7 例,占 21.9%。其中 1 例反复发作胆管炎 12 年,拟诊为肝总管结石, 手术见肝总管压迫性萎缩, 胆囊肝总管瘘,属 Csendes 分型法III 型。④可见右上腹不适,消化不良及低热等表现。

Mirizzi 以胆道造影影像学诊断为主,但通过半个世纪的发展,目前影像学诊断的内容更加丰富,有 B 超、ERCP、PTC、CT 及 MR 等先进诊断技术,再参照实验诊断结果,使诊断水平大为提高。即便如此,术前诊断仍较困难,尤其不易与原发性硬化性胆管炎、胆道肿瘤及外伤、医源性炎症引起的良性狭窄相鉴

(收稿日期:2006-10-10 接受日期:2006-11-03)

(下转第 99 页)

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2.3 性激素情况

FSH、LH 较用药前减少(P>0.05),E2、P 水平低下(表 1)。

2.4 副反应

仅 1 例患者出现轻微胃肠不适,停药后自然缓解。

3 讨论

围绝经期功血是由于卵巢功能衰退,卵巢对促性腺激素的反应性低下,卵泡在发育过程中因退行性变而不能排卵[1]。失去排卵功能,无孕酮对抗,而出现的雌激素撤退性或突破性出血.在雌激素作用下,内膜增生变厚,当雌激素不足以维持增厚的内膜时,出现不规律脱落出血,又在雌激素作用下出血处修复、血止,但另一处又发生脱落出血,造成长期不规则子宫出血,量时多时少。

围绝经期功血治疗原则是止血基础上促闭经。诊断性刮宫为首选治疗方案。但因其不能改变下丘脑-垂体系统对雌激素水平的调控作用,故复发率很高。我院采用诊刮术后加服米非司酮治疗围绝经期功血,其作用机制是:米非司酮能直接作用于垂体,抑制 FSH、LH 的释放,阻止卵泡发育[2]。此外米非司酮可直接作用卵巢颗粒细胞,促其凋亡,减少卵巢雌激素的分泌。并能直接作用于子宫,抑制内膜腺上皮增生;使螺旋动脉萎缩[3],内膜供血不足,细胞生长受到抑制。米非司酮能够诱导黄体溶解,降低孕酮水平。这些作用均可加速闭经。用药后血清 FSH、LH、E2、P 的平均水平均较用药前下降,且 E2、P 下降明显,差异性显著。从停药后部分病人恢复正常月经反映米非司酮对子宫、下丘脑-垂体-卵巢轴的作用是可逆的,有良性调控作用。小剂量米非司酮长期应用仅有少部分患者出现胃肠道不适,无其它毒副反应。本研究结果表明,米非司酮对诊断性刮宫术后治疗围绝经期功血有良好临床疗效,治愈率达 96.88%,且安全、方便、经济、副作用少。是目前比较理想的药物治疗方案。

参考文献

[1] 乐杰主编. 妇产科学 [M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社,2004: 330-335

[2] 朱世军.对下丘脑-垂体-卵巢-子宫内膜轴的功能影响[J].生殖与避孕,1995,15(4):245

[3] Chnalisz K, Brenner RM, Fuhrmann UU et al,Anliproliferative effects of progesterone receplor modulators on te endometrium review [J]. Stevoids, 2000,65:741

赵振坤(上接第 97 页)

别,且临床表现与肝总管结石难以区别,多数病例有腹痛,约 2/3 合并有黄疸(21/23),这些表现的病理基础都是结石压迫或损伤肝外胆道所致,只不过程度不同而已。以上各种诊断方法可选择应用,其特征分别为:①B 超检查经济无损伤,可动态观察,是本病的首选检查。B 超可见位于胆囊颈或胆囊管的结石,胆囊管呈扩张或萎缩,依病程的不同,胆囊可呈扩张或萎缩,或者胆囊结石,肝总管扩张,但肝内胆管可扩张或不扩张。也可胆总管直径正常,可见到扩张的胆囊管、肝总管及门静脉。②ERCP 为胆道直接造影,在诊断上很有价值。肝总管处可见边缘光整的圆形充盈缺损偶见肝总管移位与胆总管成V形,从术中可知该表现多系胆囊向心性萎缩牵拉肝外胆道所致,但梗阻严重时不能显示梗阻以上胆管是其缺点。本组 ERCP 检查 9 例,见肝总管段有边缘光整的圆形充盈缺 6 例,占检查数 66.7%肝总管移位 2 例,占 22.2%。③PTC 作用同 ERCP,肝内胆管扩张的患者可选择性应用。

本病术前确诊困难,由于其病理变化的特点,应及时手术治疗。治疗原则为切除病变胆囊,取净结石,解除胆道受压所致的梗阻,修复胆管缺损及通畅胆汁引流。手术方法依病理损伤的程度来定。术中确诊是正确手术的关键。手术要求切除胆囊,取出结石。解除梗阻,修补胆管缺损及通畅的胆汁引流。本组病例均术中诊断,由于胆囊管或颈部结石嵌顿反复发作炎症,加上解剖变异,胆囊三角粘连明显,组织增厚,解剖不清,分离困难,容易操作胆道。术中可先切开胆囊底部吸尽胆汁取出结石。有条件可行术中胆道造影,显示胆管走向及相互关系,有无结石及胆管瘘,避免胆道损伤和病变残留,提高手术安全性。

Csendse 分类Ⅰ型无内瘘存在,胆囊颈或胆囊管与胆总管有间隙,仔细解剖分离一般能切除胆囊。本组治疗 20 例效果满意。术中 3 例胆囊管切开探查,均为阴性,故我们认为对Ⅰ型可不探查胆总管。Ⅱ型瘘口小于胆总管周径 1/3 者,用 2 个 0-4 个 0 肠线直接缝合瘘口,因慢性炎症,愈合较慢,容易漏胆在修补口下放置 T 管。切不可在瘘口处放置 T 管引流,否则易发生胆瘘和良性狭窄。充分利用胆囊管变异多的特点,术中细致解剖,合理地选择血管做为瓣膜蒂血管,是该瓣成功地应用胆管缺损修复的关键。Ⅲ型瘘管口径超过胆总管周位 2/3,切除部分胆囊,利用残余壁组织修补瘘口,瘘口下方置 T 管引流。带血管蒂胆囊瓣修补术。该术式的解剖学基础是双胆囊动脉血供(72.29%)及双胆囊动脉起始位置的不同(43%)[2]。切除部分胆囊壁后利用其残余壁组织修补瘘口。其主要优点是手术操作简单,创伤小,血供良好,有相似的粘膜,符合胆流生理,不存在胆肠返流。本组修补 2 例Ⅲ型疗效良好。胆总管内无病变,一般取出结石,受压胆道即可复原,本组病例术中胆道探查及术后 T 管造影均未发现胆总管结石。Mirizzi 综合症Ⅳ型患者,胆囊胆管瘘,瘘口大于肝总管周径 2/3,或肝总管完全破裂难以修补,或修补后可能并发胆管狭窄,一般采用 Roux-Y 胆肠吻合术。治疗 2 例,疗效满意。

参考文献

[1] Csendse A. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula:a unifying classification[J]. Br J surg, 1989,76:1139-1143

[2] 高克明,徐恩多.胆囊解剖及其外科意义[J],实用外科杂志,1987,7(9):477

© 1994-2014 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net