

● 诊疗经验 ●

Mirizzi 综合征诊治体会

周浩 赵宏

(苏州大学附属第一医院 江苏苏州 215006)

**摘要:**目的:探讨 Mirizzi 综合征的诊断与外科手术治疗术式,提高对此病的认识。方法:回顾性分析本院 1990~2005 年收治的 32 例病例。结果:32 例病人分别行胆囊切除或部分胆囊切除,直接瘘口修补或胆囊壁补片修补及肝总管空肠 Roux-en-Y 吻合,所有病人都痊愈。结论:为避免胆管损伤并提高对本病的认识,提高术前诊断率,手术方式依据病理分型而定。

**关键词:**Mirizzi 综合征;黄疸;诊断;手术疗法;术式

**中图分类号:**R 575.7

**文献标识码:**B

**文献编号:**1671-4040(2007)05-0056-02

Mirizzi 综合征是因胆囊颈管或胆囊管结石嵌顿和(或)其它良性病变压迫肝总管,引起梗阻性黄疸、胆绞痛、胆管炎的临床症候群。1948 年由阿根廷外科医生 Mirizzi 首次描述此病,是一种少见疾病,也是慢性胆囊炎、胆石症的少见并发症之一,发病率低,占胆囊切除术的 0.8%~2.7%,该综合征由于术前诊断困难,术中解剖变异,术中处理不当易导致胆管损伤造成严重的并发症。我院于 1990~2005 年共收治 32 例 Mirizzi 综合征病人,均经手术证实。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 12 例,女 20 例,男女比例为 3:5;最大年龄 75 岁,最小 42 岁,平均 58.7 岁。反复发作性胆绞痛 28 例,同时伴有黄疸者 24 例、发热者 18 例,因右上腹不适者 4 例,病程 6 个月~15 年。

1.2 实验室及其它检查 血清胆红素高于正常者 28 例,最高达 17mg/dL,平均 14.5mg/dL。ALT(丙氨酸转氨酶)、AKP(碱性磷酸酶)均有不同程度升高,以 AKP 升高明显。B 超检查 32 例均证实胆囊结石,其中胆囊颈部或胆囊管部结石 26 例,胆囊结石合并胆管结石 6 例,胆囊萎缩 6 例,肝总管扩张 8 例,肝内胆管扩张 4 例,胆总管扩张 10 例,胆囊管结石伴肝内胆管扩张 3 例,MRCP 检查提示胆囊萎缩 4 例,胆囊肿大、胆总管结石 4 例,ERCP 检查 6 例提示胆囊结石,胆囊管与肝总管汇合处充盈缺损。

1.3 分型与手术方式 本组病人按 Csendes 法分型情况及手术方式如下:I 型共 20 例,其中合流部结石 4 例,胆囊颈结石 10 例,胆囊管结石 6 例,行胆囊切除 16 例,胆囊大部切除 4 例。II 型 8 例,结合部胆囊胆管瘘瘘口 <1/3 胆总管周径,行胆囊大部切除+直接修补 5 例,胆囊瓣修补 3 例。III 型 3 例,瘘口 <2/3 胆总管周径,行胆囊壁修补 2 例,胆肠 Roux-en-Y 吻合 1 例。IV 型 1 例,胆囊管胆总管瘘完全破坏胆总管壁,行胆肠 Roux-en-Y 吻合术。

1.4 预后 32 例病人术后均痊愈出院。2 例术后 2~3d 出现胆漏,经持续腹腔引流 2 周后痊愈,有 2 例 III 型病人术后 3 年内复发胆总管结石行胆总管探查取石术,术后痊愈出院。

2 讨论

2.1 发病机理及病理特点 一般认为 Mirizzi 综合征具有以下四个特点:(1)与肝总管并行的胆囊管解剖位置变异;(2)胆囊管或胆囊颈部结石嵌顿;(3)因结石嵌顿或合并并发症引起肝总管狭窄;(4)反复发作胆管炎并向肝硬化发展<sup>[1]</sup>。Mirizzi 综合征的病理解剖基础是胆囊管与肝总管相邻且平

行,两者间隔一层覆有胆管上皮的薄层纤维膜。有急性胆囊炎时,胆囊结石一旦嵌顿于胆囊管或胆囊颈管内,就有可能造成肝总管的压迫,使压迫侧肝总管及肝内胆管扩张,临床上出现急性胆管炎、梗阻性黄疸的症状。慢性病人中胆囊管反复阻塞,胆囊与肝总管发生粘连,引起狭窄梗阻,临床症状反复出现,结石长期嵌顿可使胆囊管及肝总管侧壁溃疡坏死而形成瘘,它的发生机理尚有争议,可能与以下因素有关:(1)胆囊三角严重的黄疸浸润;(2)胆囊管与胆总管解剖结构异常;(3)胆囊收缩胆囊内部坏死;(4)胆总管管壁上皮细胞数目减少,调节功能障碍;(5)有肝硬化形成的过程。本组病例中发现胆囊管与肝总管平行者 22 例(占 68.8%),其中有 12 例有胆囊胆管瘘(占 37.5%)。

2.2 诊断 Mirizzi 综合征临床表现与肝总管结石相似,程度不同的胆绞痛和黄疸为主要症状,常有反复发作的胆管炎、寒战、高热,实验室检查 AKP、ALT 升高,但这些症状的诊断特异性低<sup>[2]</sup>。本组 32 例中术前明确诊断者 8 例,占 25.0%,其余均有待确诊。为提高术前诊断我们体会是:(1)提高对本病的认识;(2)对术前有黄疸史者需行胆道造影,肝功能检查中 AKP、ALT 对判断胆管是否梗阻比胆红素更敏感,术前有 AKP 及 ALT 增高时需行 ERCP 及 MRCP 进一步明确胆道情况;(3)术前 B 超发现胆囊萎缩,胆囊有强光团伴有肝内胆管扩张者应重视。结合本组资料我们认为术前有以下情况者需考虑该病:(1)B 超发现“三管征”者;(2)B 超或其它检查发现胆囊颈部结石嵌顿,病人有黄疸史者;(3)B 超提示有胆囊结石、胆囊萎缩、胆总管结石、肝内胆管扩张之一者;(4)ERCP、MRCP 提示肝总管胆囊偏心性狭窄,胆囊与肝总管间跨行结石者。

2.3 治疗 Mirizzi 综合征的治疗原则包括切除胆囊,取净结石,解除梗阻,修补胆管缺损及通畅胆汁引流<sup>[3]</sup>。因结石嵌顿及长期反复炎症粘连,致使胆囊萎缩,Calot 三角粘连明显,容易损伤胆管,为减少胆管损伤机会,我们认为可采用逆行切除胆囊的方法或直接切开胆囊底部取出嵌顿结石后,用探条探索胆道结构或行胆道造影以明确解剖关系,再决定进一步术式。根据病理损伤程度,本组病例选择以下术式:(1)CsendesI 型无内瘘,行胆囊切除或部分胆囊切除术。本组 20 例中 16 例行切除胆囊,4 例行胆囊大部切除,保留胆囊颈部残留胆囊壁的黏膜,剥除术或烧灼后缝合浆肌层。(2)CsendesII 型瘘口很小的病人可行直接缝合修补术。本组 8 例中 5 例用此法,瘘口远端放置 T 管,短壁越过瘘口起支撑作

# 甲状腺微小癌 28 例诊治体会

谭桂兴

(山东铝业公司医院 淄博 255069)

**摘要:**目的:进一步探讨甲状腺微小癌的临床特点、诊断和治疗。方法:回顾分析 2000 年 1 月~2005 年 12 月我科手术治疗的 28 例甲状腺微小癌临床特点和术前、术中诊断及治疗方法。结果:本组甲状腺微小癌占同期收治的甲状腺癌的 38.9%,男女之比 1:4.6,年龄 26~68 岁,28.6%病灶为多发性。临床表现为甲状腺结节性肿大,8 例为健康查体 B 超检查发现甲状腺结节,20 例(71.4%)术前超声检查提示可疑甲状腺癌。术中常规行快速病理检查。主要术式为腺叶、峡部和对侧腺叶大部切除术,其中 10 例行功能性颈淋巴结清扫。结论:甲状腺微小癌发病率较高,多伴有常见的良性甲状腺结节性病变,多数病人预后好。注重术前超声检查和术中全面探查及快速病理检查有助于甲状腺微小癌的诊断。酌情选择恰当的术式,既清除病灶又避免不必要的过度治疗。

**关键词:**甲状腺微小癌;诊断;治疗

中图分类号:R 736.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)05-0057-02

甲状腺微小癌(Thyroid Microcarcinoma TMC)是指直径小于 10mm 的甲状腺乳头状癌<sup>[1]</sup>,术前确诊率低,其手术切除范围目前存在争议。我科自 2000 年 1 月~2005 年 12 月共收治 TMC 28 例,回顾分析如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 我科自 2000 年 1 月~2005 年 12 月间共收治 TMC 28 例,占同期手术并经病理证实的 72 例甲状腺癌的 38.9%。其中男 5 例,女 23 例,男女之比 1:4.6,年龄 26~68 岁,平均 48.8 岁。临床表现:查体扪及甲状腺结节 20 例,8 例为健康查体 B 超检查发现甲状腺结节。

1.2 术前诊断 根据临床症状、体征、甲状腺功能、B 超等检查结果,术前提示可疑甲状腺癌 20 例(71.4%),甲状腺瘤 4 例,结节性甲状腺肿 4 例。

1.3 治疗方法 行一侧腺叶全切加峡部切除加对侧次全切除术 10 例,双侧甲状腺腺叶次全切除术 8 例,甲状腺一侧腺叶全切加同侧颈淋巴结清扫术 10 例。本组术后并发一过性甲状旁腺功能低下 2 例,皮下血肿 5 例,乳糜瘘 2 例,无其他并发症。

1.4 病理结果 28 例均由常规石蜡切片病理检查确诊,其中 2 例伴滤泡状癌,1 例伴髓样癌,20 例伴结节性甲状腺肿(71.4%),8 例伴桥本氏病(28.6%)。28 例均行术中快速冰冻切片检查,均明确查见癌细胞,快速病理诊断准确率为 100%。

1.5 术后处理及随访 所有病人术后均口服甲状腺激素行用。(3)带血管蒂胆囊壁补片修补法运用于 II 型及 III 型病人,该法用残留胆囊壁修补瘘口,优点是血供好,胆囊结构相近,但修补需无张力,胆总管必须放置 T 管引流。本组 II 型 3 例、III 型 2 例采用此法,其中 2 例术后发现胆漏,经持续腹腔引流后痊愈。(4)胆肠吻合术,肝总管十二指肠或空肠 Roux-Y 吻合术适用于 III 型及 IV 型病人,这些病人因胆总管壁损伤严重,直接修补易出现狭窄或瘘。本组中 III 型 IV 型各 1 例采用 Roux-en-Y 吻合,术中常规放置 T 管,均痊愈出院,随访效果满意。

近年来随着微创外科的发展,Mirizzi 综合征的治疗方法取得长远发展,腹腔镜联合十二指肠镜治疗也取得了满意的效果,但因胆囊三角的解剖变异及严重纤维粘连,对术者的要求较高,有经验的腹腔镜医生可试行切除<sup>[4]</sup>。

2.4 Mirizzi 综合征与胆囊癌 有关胆囊癌与 Mirizzi 综合征

TSH 抑制治疗。患者术后均得到随访,随访时间 1~5 年,未见甲状腺癌复发和转移。

### 2 讨论

2.1 TMC 的特点 TMC 是指直径小于 10mm 的甲状腺乳头状癌,但也有人将其泛指所有直径≤10mm 的甲状腺癌结节<sup>[2]</sup>,即使如此,TMC 绝大多数仍是甲状腺乳头状癌,故临床所讨论的 TMC 的特点、诊断和治疗基本是指甲状腺乳头状癌。Bramley 等<sup>[3]</sup>总结了世界各地尸解报告,TMC 发病率为 1.5%~35.5%。我院本组病例达 38.9%(28/72)。TMC 常无任何临床症状和体征,其隐匿性和诊断上的偶然性,往往给治疗带来较大的盲目性。以往 TMC 多在甲状腺良性疾病的手术中或手术后经病理检查确诊,故手术方案常不能预先按甲状腺癌的治疗原则进行。TMC 具有乳头状癌的多中心性的特点,也同时发生在双侧甲状腺叶,本组病例达 28.6%(8/28)。TMC 另一特点是常伴有其他良性疾病,如结节性甲状腺肿和桥本氏病,本组病例 71.4%伴结节性甲状腺肿,28.6%伴桥本氏病。大多数 TMC 表现为良性的临床经过,预后较好,有人认为其可能几乎没有临床意义,可在病人身上无症状而存留终生。但有部分 TMC 可发生局部或远处转移,最终导致死亡。实际上尽管 TMC 体积很少,但区域淋巴结转移率却不低,可高达 43%,本组达 35.7%(10/28)。那些以转移灶为首发症状的 TMC 并不罕见,且预后较差。故有人将 TMC 分为两类:一类癌灶有包膜、间质纤维多、无血管和包膜浸润,往往

的关系已越来越受到注意,在 Mirizzi 综合征患者的胆囊标本中合并胆囊癌的比例远高于单纯胆结石<sup>[5]</sup>。我们体会术中诊断为 Mirizzi 综合征者应行胆囊快速冰冻检查,本组病例中未发现合并胆囊癌者。

### 参考文献

[1]KoK KY. Mangement of Mirizzi syndrome in the laparoscopic era[J]. Surg endoscopic,1998,12(6):1 242  
[2]高友福,涂长龄,孙荣勋,等.Mirizzi 综合征的诊治探讨[J].中国实用外科杂志,1998,18(2):98~100  
[3]Redanlli CA,buchler T,King W ,et al.High concidence of Mirizzi's syndrome and gallbladder carcinoma[J]. Surgery,1997,121:58~63  
[4]England RB,Martin D,Dealt W,et al. Endoscopic management of Mirizzi's syndrome[J].Gut,1997,40:272~276  
[5]Hazzan D,Golijanin D,Reissman P,et al.Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome[J].Surg Endosc,1999,13:618~620

(收稿日期:2007-02-16)