

普外科

疑难病百例

PUWAIKE YINANBING BAILI

主 编 / 任 智 张思源 张忠涛



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

普外科疑难病百例

PUWAIKE YINANBING BAILI

主 编 任 智 张思源 张忠涛



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目 (CIP) 数据

普外科疑难病百例/任 智, 张思源, 张忠涛主编. —北京: 人民军医出版社, 2010.6

ISBN 978-7-5091-3824-3

I. ①普… II. ①任… ②张… ③张… III. ①外科—疑难病—病案—汇编 IV. ①R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 090139 号

策划编辑: 张忠丽 文字编辑: 秦 珑 黄维佳 责任审读: 周晓洲

出 版 人: 齐学进

出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店

通信地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036

质量反馈电话: (010) 51927290; (010) 51927283

邮购电话: (010) 51927252

策划编辑电话: (010) 51927270

网址: www.pmmp.com.cn

印刷: 三河市祥达印装厂 装订: 京兰装订有限公司

开本: 710mm×1010mm 1/16

印张: 16.5 字数: 269 千字

版、印次: 2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 0001~3000

定价: 39.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

内容提要

SUMMARY

本书辑录了 7 所医院 10 多位作者数十年积累的普通外科疑难病例，病种广泛，几乎涉及普通外科各个领域，其中有不少属于罕见病例。作者应用最新的专业知识，对每一病例进行深入浅出地讨论与点评，努力做到理论联系实际。书末还对涉及的每一种疾病的英文病名做了标注，有助于读者学习专业英语和参考之用。本书具有较强的理论性和实用性，对提高普外科医生及住院和实习医生诊治疑难疾病的水平与能力，大有裨益。

编著者名单

主 编

任 智 (北京市和平里医院)

张思源 (北京协和医院)

张忠涛 (首都医科大学附属北京友谊医院)

副主编

武 华 (山西医科大学第一医院)

张志坚 (山西医科大学第一医院)

武治铭 (北京市和平里医院)

王振军 (北京市朝阳区医院)

编 者

马向涛 (北京市海淀区医院)

易秉强 (北京市朝阳区医院)

张树琦 (北京市安贞医院)

梁杰雄 (北京市安贞医院)

苑 著 (首都医科大学附属北京友谊医院)

韩 威 (首都医科大学附属北京友谊医院)

秦胜旗 (首都医科大学附属北京友谊医院)

周晓娜 (首都医科大学附属北京友谊医院)

鲍民生 (山西医科大学第一医院)

李 悦 (山西医科大学第一医院)

刘玉江 (山西医科大学第一医院)

牛高华 (山西医科大学第一医院)

张 睿 (山西医科大学第一医院)

前言

PREFACE

近年来，随着外科各专业的飞速进展，新的基础理论、新的诊断方法、新的手术方式不断出现，但是普通外科仍然是外科学的基础，是所有外科住院医生必须学习和训练的专业。

在临床工作中，会遇到一些罕见病、少见病、疑难病。这类疾病往往病情复杂或病情严重，诊断治疗具有一定的困难。如何透过现象看本质，如何在尽可能短的时间内做出正确诊断和处置，是对年轻医生的考验。正如一位伟人所说，矛盾的普遍性存在于矛盾的特殊性之中。通过学习和了解外科特殊病例，可以认识蕴含在其中的外科学普遍规律。为了帮助年轻外科医生拓宽知识面，尽快积累经验，更快成长，我们编写了这本普外科疑难病例集。

本书收录了 7 所医院 10 多位作者数十年所遇到的普通外科疑难病例，涉及普通外科的各个系统。参加编写的作者均为高级技术职称以上的普外科医

生，具有较丰富的临床经验。从这些病例的诊断治疗过程中，可以学习到许多难得的临床经验与教训。作者努力运用最新的专业理论和学科进展，对每一例病例都进行深入浅出的讨论与点评，具有较高的理论和实用价值，适合实习和住院医师阅读使用，也可供其他外科医生、医学生参考。

本书的各位作者在繁忙的临床工作之余认真写作，无私地奉献了各自的宝贵临床经验。在两年的编写过程中，得到了每位作者家人的理解和支持。在此一并致以衷心的感谢！

受到当时医疗条件的限制，有些早年积累的病例资料，某些诊断检查方法可能略显落后或不够全面。作者来自不同的医院，学术观点不尽相同。书中如有疏漏或不足之处，望读者指正，以待再版时修改。

任 智 张思源

2010 年 2 月于北京

目 录

CONTENTS

- 病例 1. 98 岁高龄急性胆囊炎、十二指肠憩室/1
- 病例 2. Castleman 病/2
- 病例 3. 胆石症合并 Mirizzi 综合征/4
- 病例 4. 小网膜孔疝/7
- 病例 5. 胃底贲门恶性淋巴瘤合并消化道大出血/10
- 病例 6. 腹股沟可复性的肿瘤/13
- 病例 7. 表现为急性阑尾炎的克罗恩病/15
- 病例 8. 布-加综合征/17
- 病例 9. 肠系膜静脉血栓形成致小肠坏死/20
- 病例 10. 大网膜神经纤维瘤恶变/23
- 病例 11. 胆道隐球菌感染伴梗阻性黄疸/24
- 病例 12. 胆管癌致下腔静脉综合征/28
- 病例 13. 胆囊、子宫癌一次切除术中不明原因乳糜腹水/30
- 病例 14. 胆囊穿孔术后多器官功能障碍/35
- 病例 15. 胆囊切除术后肠梗阻、心肌梗死/36
- 病例 16. 胆囊息肉、胆囊切除术后黄疸发热——胆管狭窄/39
- 病例 17. 全身疼痛、多次多发性骨折——甲状旁腺腺瘤/44
- 病例 18. 钝性直肠损伤/46
- 病例 19. 反复发作的乳腺导管扩张症/48

- 病例 20. 分泌脂质性乳癌/51
- 病例 21. 先天性肝内胆管扩张/54
- 病例 22. 复发性腹膜后与腹腔内间质瘤/57
- 病例 23. 腹部、腰背部疼痛、血压升高——左肾内动脉瘤/60
- 病例 24. 腹股沟嵌顿疝术后结肠瘘/62
- 病例 26. 腹膜后巨大囊肿、急性阑尾炎/66
- 病例 27. 腹膜后、腹腔滑膜肉瘤/68
- 病例 28. 腹腔弥漫性恶性间皮瘤/71
- 病例 29. 腹腔内促纤维增生性小圆细胞肿瘤/73
- 病例 30. 胆管囊性扩张症/75
- 病例 31. 表现为肝外阻塞性黄疸的原发性肝细胞性肝癌/78
- 病例 32. 原发性肝癌自发性破裂出血/80
- 病例 33. 急性胆囊炎、肝囊肿合并感染/82
- 病例 34. 肝右叶血管周上皮样细胞瘤/85
- 病例 35. 肛门朗格汉斯细胞组织细胞增生症/86
- 病例 36. 黑斑息肉综合征的治疗/89
- 病例 37. 肩部化学感受器瘤/92
- 病例 38. 华支睾吸虫致急性胆管炎/96
- 病例 39. 回肠癌伴肠梗阻/99
- 病例 40. 回肠克罗恩病、小肠瘘、髂窝脓肿/101
- 病例 41. 暴发性胰腺炎/103
- 病例 42. 急性出血坏死性胰腺炎致腹腔内出血与消化道出血/105
- 病例 43. 急性出血坏死性胰腺炎腹部穿刺引流治愈/109
- 病例 44. 甲状腺转移性癌/112
- 病例 45. 假性先天性巨结肠/114
- 病例 46. 原发性结肠淋巴瘤/118
- 病例 47. 结肠非霍奇金淋巴瘤/120
- 病例 48. 巨大腹壁硬纤维瘤/122
- 病例 49. 表现为腹部肿块的横结肠克罗恩病/125
- 病例 50. 克罗恩病穿孔右下腹脓肿/127

- 病例 51. 阑尾类癌/128
- 病例 52. 阑尾内子宫内膜异位症/130
- 病例 53. 阑尾癌/132
- 病例 54. 老年人肠重复畸形/133
- 病例 55. 慢性胰腺炎合并胰管结石/136
- 病例 56. 肝门静脉海绵样变/139
- 病例 57. 异物肉芽肿/142
- 病例 58. 脾脏表皮样囊肿/145
- 病例 59. 缺血性结肠炎/146
- 病例 60. 妊娠合并急性胰腺炎/150
- 病例 61. 妊娠期敌敌畏中毒引起急性胰腺炎/152
- 病例 62. 误诊为乳腺癌的积乳囊肿/155
- 病例 63. 乳房外佩吉特病/157
- 病例 64. 乳房恶性叶状囊肉瘤/159
- 病例 65. 神经内分泌癌伴胃癌/161
- 病例 66. 肾盂积水误诊为肠梗阻/163
- 病例 67. 十二指肠癌/164
- 病例 68. 十二指肠乳头高级别上皮内瘤变/166
- 病例 69. 十二指肠淤积症/169
- 病例 70. 食管破裂术后应激性溃疡出血/173
- 病例 71. 双侧颈动脉体瘤/174
- 病例 72. 外伤性胰腺炎并发结肠瘘/176
- 病例 73. 胃恶性淋巴瘤、重复性胃癌/178
- 病例 74. 胃切除术后胃排空障碍/179
- 病例 75. 胃神经鞘瘤/183
- 病例 76. 早期胃癌（一点癌）/186
- 病例 77. 异位胰腺/188
- 病例 78. 误诊为胆源性肝硬化的肝血管瘤/189
- 病例 79. 误诊为纵隔肿瘤的单侧胸骨后甲状腺肿/192
- 病例 80. 下肢动脉栓塞伴急性肠系膜动脉栓塞/194

- 病例 81. 小肠类癌致肠梗阻、术后肠痿/199
- 病例 82. 小肠淋巴管瘤/203
- 病例 83. 小肠系膜恶性纤维组织细胞瘤/205
- 病例 84. 晚发性膈疝/206
- 病例 85. 腰部异位副乳房/209
- 病例 86. 胰岛素瘤胰体尾部切除术后症状复发与胰痿/211
- 病例 87. 胰头浆液性囊腺瘤/213
- 病例 88. 胰腺体尾部癌术后腹腔囊性转移/216
- 病例 89. 胰腺多发囊性病变/219
- 病例 90. 表现为腋窝肿块的隐性乳腺癌/222
- 病例 91. 右下腹肿物/224
- 病例 92. 与肝癌类似的肝脓肿/226
- 病例 93. 直肠癌切除、横结肠造口术 后切口疝、外生性胃间质瘤/229
- 病例 94. 直肠癌术后吻合口漏/232
- 病例 95. 直肠癌术后多重细菌感染致化脓性膝关节炎/235
- 病例 96. 直肠黑色素瘤/237
- 病例 97. 直肠小细胞神经内分泌癌/241
- 病例 98. 胆总管隔膜/243
- 病例 99. 胆总管囊肿术后复发性胆管炎/245
- 病例 100. 肾血管平滑肌脂肪瘤致腹腔内出血/248
- 疾病名中英文对照/253

病例 1. 98 岁高龄急性胆囊炎、十二指肠憩室

患者男性，98 岁，因左胸腰部皮疹伴疼痛 8 d，于 2009 年 1 月 12 日入院。**既往史：**高血压 46 年，前列腺增生 30 年，慢性肾功能不全及腔隙性脑梗死 7 年。2008 年 2 月患胆囊结石，急性胆囊炎非手术治疗 1 个月好转。入院血压 130/65 mmHg，心率 80/min，心、肺、腹未见异常。左胸腰部疱疹破溃。**实验室检查：**血清尿素氮（BUN）7.9 mmol/L，肌酐（Cr）109 $\mu\text{mol/L}$ ，血常规及肝功能正常。**入院诊断：**带状疱疹。给予治疗后带状疱疹治愈。但于 2009 年 2 月 3 日进食油腻食物后出现右上腹痛，发热。查白细胞 $20 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞 0.906，肝功能正常。**B 超：**胆囊 5 cm×4 cm。考虑急性胆囊炎发作，给予抗感染、禁食、支持治疗后逐渐好转，并少量进食。于 2009 年 2 月 18 日在增加进食后，出现发热，上腹痛、寒战，Murphy 征（+）。白细胞升高，肝功能及血尿淀粉酶均偏高。**复查 B 超：**胆囊 8 cm×5 cm，胆囊内点状回声，提示泥沙样结石。**上消化道造影：**十二指肠降段、水平段多发憩室，十二指肠憩室造影剂不能全排空。**腹部 CT：**胆囊肿大，考虑胆囊颈阴性结石；胰腺未见明显病变。反复给予禁食，抗感染，补液等治疗后好转。现患者无发热、腹痛，进食半流质和静脉营养治疗，但内科治疗中胆囊炎反复发作，能否手术治疗？



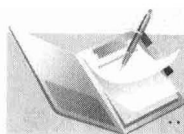
1. 本病例患者 98 岁，且患有多种基础病，除胆囊结石外还有十二指肠降段、水平段憩室，造影不能完全排空。

2. 本病例若考虑行胆囊切除，十二指肠憩室如何处理？更何况有多种基础病存在，因十二指肠憩室发炎时亦可有腹痛，甚至有胆道方面的症状。所以在非特殊的情况下，要切除胆囊就要更多考虑预后问题。

3. 非手术治疗如适当用抗生素、调整饮食、处理基础病后症状能缓解，则应考虑非手术治疗。

4. 一方面如非手术治疗无效，急性发作病情不能控制，则可以考虑通过介入方法行胆囊穿刺引流，减轻胆道压力，控制胆道炎症。另一方面是减少十二指肠憩室发炎，预防胰腺炎的发生，可以考虑通过鼻胃空肠管行肠内营养治疗

或行内镜胃空肠造瘘。



点 评

目前我国高龄患者日益增多，但对于高龄患者的医学研究还很有限。高龄患者免疫力低下，器官功能减退，又往往合并多种全身重要器官疾病，围手术期的处理非常复杂。目前，高龄患者特别是有基础病的高龄患者外科治疗的高风险很难预测。有时有些高龄患者术前评估风险很大，但尚能幸运地闯过手术关；有些高龄患者术前评估尚可，却不能闯过手术关。这有待进一步加强对老年医学进行深入的基础研究与临床探索。

（张思源）

病例 2. Castleman 病

患者男性，16 岁，主因上腹部隐痛 2 周，超声发现腹部肿物 1 周入院。2 周前无明显诱因出现上腹部隐痛，无恶心、呕吐、腹胀、腹泻等不适，就诊于当地医院，行腹部超声示腹膜后占位性病变。发病以来体重无明显变化。**入院后检查：**全身皮肤黏膜无黄染、无苍白、无皮疹及蜘蛛痣。全身浅表淋巴结未触及。头面部器官无异常。胸廓对称，双肺叩诊呈清音。周围血管征阴性。腹部平坦，腹软，腹部无压痛及反跳痛；腹呈鼓音，无移动性浊音。**当地医院腹部 MRI：**肝脏、胰头及右肾间占位病变约 5 cm×6 cm，增强扫描，动脉期及延迟扫描呈明显强化。**腹部 B 超：**肝形态、大小正常，回声均匀，未见明显占位。胆系不扩张。胰腺、双肾未见明显占位。脾不大。下腔静脉前方可见等回声占位（内回声同肝脏），7.0 cm×5.6 cm×3.9 cm，边界清，胆囊轻度受压。**MRI：**肝脏、胰头及右肾间占位病变。**胸部 X 线片：**心肺膈未见异常。**实验室检查：**血去甲肾上腺素（NE）2 145 pmol/L（正常值范围 615~3 240）；甲肾上腺素（E）<27.3 pmol/L（正常值范围 <480）；多巴胺（DA）<32.65 pmol/L（正常值范围 <136）。**入院诊断：**腹膜后肿物（肾上腺嗜铬细胞瘤？）。行血儿茶酚胺检查并给予马沙尼口服准备 1 周后，在全身麻醉下行腹部肿物切除术。术中发现肿物约 6.5 cm×4.5 cm×4 cm，被膜光整，位于十二指肠降部后方下腔静脉前外侧间，质中等硬。术后

病理：（腹膜后）淋巴结 Castleman 病，玻璃样变血管型。



讨 论

Castleman 病（Castleman's disease, CD）又称巨大淋巴结增生症或血管滤泡性淋巴组织增生，临床上以无痛性淋巴结肿大为突出特点。1954 年由 Castleman 首先描述。命名颇多，又称为血管瘤性淋巴样错构瘤、Castleman 淋巴瘤、多中心性或系统性巨大淋巴结增生症、血管滤泡性淋巴结增生症、特发性浆细胞性淋巴结瘤（IPL）等。

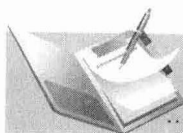
CD 的病因尚不十分清楚，可能与慢性抗原刺激、病毒感染或药物引起的反应性淋巴组织异常增生有关。

本病好发于青年，多数无症状。突出的临床表现为无痛性淋巴结肿大，可发生于身体的任何部位，大多数病例表现为局限性淋巴结病变，最常侵犯纵隔淋巴结，颈部、后腹壁、腋窝及盆腔等部位的淋巴结也可被侵犯，还可出现在肌肉、喉、肺及眼眶等没有淋巴结的部位。发生于纵隔及后腹壁时可有压迫症状如咳嗽、腹痛等。部分病例有全身症状，如发热、乏力、盗汗、贫血等。患者血清及受累淋巴结内白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子、 β/γ 干扰素和巨噬细胞集落刺激因子增高，红细胞沉降率加快，血清血红蛋白增高，多克隆高免疫球蛋白血症，C 反应蛋白增多等。

CD 具有多样性，有时与淋巴结核、恶性淋巴瘤、结缔组织病和血管免疫母细胞性淋巴结病等难以区别。当临床上遇到淋巴结肿大伴多系统损害时，应想到本病，并做淋巴结活检证实。

临床上分为局灶型（LCD）和多中心型（MCD）。组织学分为透明血管（hyaline vascular, HV）型、浆细胞（plasma cell, PC）型、混合（Mix）型。

局灶型以手术切除为主，将肿大淋巴结切除，可消除局部压迫症状或可能的全身症状，如果可能在全身症状出现前手术，预后会更好。多中心型的治疗以药物为主，一般可单用或合用皮质激素，严重病例也可试用 CVP 方案（环磷酰胺、长春新碱、泼尼松）。预后一般不良，特别是浆细胞型（PC 型），常因合并严重感染，或有 20%~30% 的病例转化为恶性淋巴瘤、浆细胞瘤、多发性骨髓瘤及卡波西肉瘤，于数月至数年内死亡。



点 评

Castleman 病属于少见疾病,文献中主要以病例报道为主。男女发病率相当,平均发病年龄 40.4 岁。本病可分为单中心型(unicentric Castleman's disease, UCD)和多中心型(multicentric Castleman's disease, MCD)。单中心型又叫局灶型,以局部淋巴结肿大为主要表现,约 90%可以通过手术做治愈性切除。多中心型则以高热、贫血、食欲缺乏、体重减轻、白细胞减少等为主要临床表现,即使行淋巴结活检有时也难以诊断。本例为局灶型 CD,因 B 超发现腹部肿物就诊,经病理检查最后诊断。

(武治铭)

病例 3. 胆石症合并 Mirizzi 综合征

患者男性,36 岁,近 1 个月来每遇进食油腻食物后出现上腹部酸胀不适,但无明显疼痛。12 h 前进食油腻食物后,出现右上腹绞痛,向后背部放散,自服“救心丸、雷尼替丁”后稍好转,但很快又发作,伴有恶心,呕吐胃内容物 1 次,未伴明显发热。发病以来食欲下降,精神稍差,有排气、排便,小便颜色加深,但无尿痛、尿急。**既往史:**半年前曾因反酸、腹痛诊为“十二指肠溃疡”,服用“奥美拉唑”后症状稍好转。否认肝炎、结核等传染病史。**体格检查:**体温 37.2℃,心率 86/min,呼吸 16/min,血压 120/70 mmHg,发育正常,营养中等,正常面容,查体合作。全身皮肤及黏膜未见明显黄染。全身浅表淋巴结未触及肿大。头颈胸部未见明显异常。腹部未见胃肠型及蠕动波,未见腹壁静脉曲张;右上腹、剑突下轻度压痛,无反跳痛及肌紧张;叩诊鼓音,移动性浊音阴性;肠鸣正常。**实验室检查:**白细胞 $15.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.761,血红蛋白 168 g/L,血小板 $251 \times 10^9/L$,丙氨酸氨基转移酶 49 U/L,天冬氨酸氨基转移酶 28 U/L,血清乳酸脱氢酶(LDH) 213 U/L,羟基 α -丁酸脱氢酶(HBDH) 9.9 U/L,高密度脂蛋白(HDL) 1.12 mmol/L,白蛋白(ALB) 29 g/L,胆红素总量 75.3 $\mu\text{mol/L}$,直接胆红素 61.89 $\mu\text{mol/L}$,碱性磷酸酶(ALP) 157 U/L,血清 γ -谷氨酰转肽酶(GGT) 501 U/L,血糖(Glu) 6.21 mmol/L,血清尿素氮(BUN) 1.61 mmol/L,

肌酐 (Cr) 72 $\mu\text{mol/L}$, 甲胎蛋白 (AFP) 2.41 $\mu\text{g/L}$, HBsAg (—), 尿常规正常。

X线片: 心肺膈未见异常。腹部未见气液平面及膈下游离气体。

心电图: 正常。

B超: 肝脏于剑突下 3.4 cm, 肋下未探及, 被膜光, 回声强, 伴衰减, 肝内可探及多个低回声, 最大的位于左叶。胆囊 10 cm $\times$ 3.8 cm $\times$ 3.6 cm, 壁稍厚, 内可探及多个强回声团伴声影; 肝外胆管 0.6 cm。胰头 1.4 cm, 胰体 1.0 cm, 胰尾不清。入院 2 d 后, 上腹痛加重, 并出现巩膜黄染。

再次 B 超检查: 肝脏于剑突下 3.4 cm, 肋下未探及, 被膜光, 回声强, 伴衰减, 左叶及左右叶交界处各有 2.7 cm $\times$ 2.0 cm 低回声。肝内胆管广泛扩张, 呈双管征; 胆囊 11.2 cm $\times$ 3.6 cm, 透声好, 壁模糊, 沿胆囊壁可见数个强回声团, 后伴彗星尾征; 肝外胆管内径 1.5 cm, 内可探及 1.5 cm $\times$ 1.0 cm 强回声团伴声影。胰腺显示不清。脾厚 3.3 cm, 肋下未探及。提示肝内外胆管扩张、胆总管结石、胆囊炎、脂肪肝、肝内多发实性低回声结节。遂在全麻下行剖腹探查术。

剖腹探查术: 胆囊明显肿大, 浆膜充血, 壁增厚, 可触及结石, Hartmann 囊延伸至胆总管, 未见胆囊颈、胆囊管。胆总管周围组织水肿, 直径约 1.5 cm, 壁增厚。胆囊三角水肿, 解剖关系不清, Winslow 孔闭塞。仔细游离结扎胆囊动脉。试验穿刺胆总管, 抽出灰粉色脓性胆汁, 切开胆总管前壁, 引出大量脓性胆汁, 胆总管内未见结石, 下端可通过 7 号 Bakes 探条, 肝左、右管通畅, 但未探及胆囊管开口。自胆囊底部开始游离胆囊至胆总管右侧, 仍未明确胆囊管开口。再次触诊, 发现胆总管后方有一约 1.8 cm 的结石, 不活动。考虑胆囊管位置异常, Mirizzi 综合征可能, 遂切开胆囊壁。胆囊内有 10 余块小的混合结石, 胆囊 Hartmann 囊内有一分隔, 一小圆形结石嵌顿于此分隔与胆总管后壁之间, 难以取出。钳碎部分结石后, 小心取出此结石, 避免损伤后方的肝门静脉。自胆总管内探查, 发现受此嵌顿结石的长期压迫, 在胆总管与 Hartmann 囊之间形成一约 1.2 cm 的内瘘, 部分胆总管后壁缺损。用部分胆囊后壁组织包裹、缝合、修补胆总管后壁缺损, 将 20 号 T 形管稍剪短后保留管状原型置入胆总管内, 缝合胆总管, 注水无渗漏。于胆总管后方放置腹腔引流管, 结束手术。术后第 5 天, T 形管引流管周围出现少量胆汁渗漏, 但 T 形管内引流胆汁通畅, 腹腔引流管内无胆汁。考虑 T 形管周围或胆总管修补处胆漏可能。用头皮针软管沿 T 形管侧壁置入腹腔, 负压引流。情况稳定。术后第 45 天, **T 形管造影:** 肝内胆管显影正常, 造影剂顺利进入十二指肠, T 形管右侧可见胆汁线状外漏。胆汁细菌培养发现“藤黄微球菌”, 予以抗感染及对症治疗。长期留置 T 形管持续开放引流。术后

第7个月时,胆汁细菌培养阴性,再次做T形管造影示胆总管充盈良好,未见扩张,未见胆汁外漏,造影剂顺利进入十二指肠。拔除T形管,1周后痊愈出院。



讨 论

1. Mirizzi 综合征的临床特征 ①胆囊管开口位置较低,胆囊管或胆囊颈靠近或平行于肝总管。②胆囊管或胆囊颈部有结石嵌顿。③胆囊管结石直接压迫和(或)周围炎症致肝总管发生外压性梗阻。④临床表现为黄疸,有时发生复发性胆管炎,病史长者可发生胆源性肝硬化。

MC Sherry 于 1982 年将 Mirizzi 综合征分为两型。I 型是指胆囊管或 Hartmann 囊内嵌顿的结石压迫肝总管,造成肝总管部分梗阻,进而引起黄疸。II 型是指胆囊管或 Hartmann 囊的结石部分或完全侵入肝总管,引起胆囊-胆管瘘,并引起梗阻性黄疸。除了胆石嵌顿这一原因之外,肝总管附近的组织炎症水肿、胆囊癌、胰腺肿瘤或假性胰腺囊肿,肝门部转移淋巴结或肝肿瘤也可引起 Mirizzi 综合征。

2. 诊断 由于 Mirizzi 综合征可以表现为急性或慢性胆囊炎、复发性胆管炎,也可类似于肿瘤引起的梗阻性黄疸,所以术前诊断较为困难。重要的是在鉴别诊断时应考虑到本综合征的可能。B 超检查时可发现结石位于肝总管之外或胆囊管与肝总管交界处,如此时患者伴有明显黄疸,就应考虑本综合征。此外,MRCP 可以显示结石嵌顿与胆总管的关系,肝总管及肝内胆管扩张,而胆总管远端正常。即使术前未能明确诊断,如术中发现胆囊三角粘连较重,关系不清,胆囊管或胆囊颈与肝总管平行等解剖异常时,就应意识到本综合征之可能。

3. 治疗方法 手术时首先应切开胆囊底,取出嵌顿的结石,而不应冒损伤胆管的危险去强行解剖胆囊三角。取出结石后,如有大量胆汁涌入胆囊,说明胆囊与肝总管之间有瘘存在,应诊断为 II 型,否则可能为 I 型。接着应行胆囊大部切除而保留胆囊颈部,并将切除的胆囊壁做快速冷冻切片检查,以排除胆囊癌。如诊断为 I 型,取出结石,切除大部胆囊后,胆总管易于暴露则行胆总管探查引流;不易暴露则结束手术。待炎症消退后进一步行 ERCP 检查,如有胆总管结石,可经内镜切开奥迪括约肌取出结石。如诊为 II 型,可以直接缝闭或以胆囊颈部囊壁修补瘘孔以 T 形管引流胆总管。但有人认为此两种方法易发