·病例报告·

以肝门部占位伴梗阻性黄疸为首发症状的全身多发结核 1 例

余家成，何秀超，朱雪君，胡国添，蓝文婷

DOI:10.3969/j.issn.1671-0800.2026.02.024
【中图分类号】 R52　【文献标志码】 B　【文章编号】 1671-0800(2026)01-0094-002

肝门部结核是罕见的肺外结核，临床表现为梗阻性黄疸和肝门肿块，类似于胆管癌等其他非感染性疾病。近期，宁波大学附属第一医院收治了 1 例肝门结核病例，以肝门部占位和梗阻性黄疸症状为首发表现，后下纵隔食管旁及胸椎多发结核病灶，肺部无累及，本研究拟回顾性总结其临床表现、影像征象和鉴别诊断，以提高对该疾病的认识，现报道如下。

1　病例

患者男，52 岁。因“尿黄、皮肤瘙痒 1 周”于 2018 年 7 月 5 日就诊于本院。体格检查无明显异常。实验室检查：丙氨酸氨基转移酶 199 U/L，天门冬氨酸氨基转移酶 107 U/L，γ-谷氨酰基转移酶 980 U/L，碱性磷酸酶 1 017 U/L，总胆红素 31.7 μmol/L，直接胆红素 19.6 μmol/L，间接胆红素 12.1 μmol/L；结核杆菌抗体测定、结核感染 T 细胞检测、涂片找抗酸杆菌均阴性；肿瘤标志物 CA199 77 U/ml，甲胎蛋白及癌胚抗原均阴性。

影像学检查：上腹部 CT 平扫及增强示肝右叶近肝门部可见一团块状软组织密度影，边缘模糊，呈分叶形态，大小约 75 mm×64 mm×62 mm，内部可见一斑片状钙化，CT 值约 42 HU，增强扫描后的动脉期、门静脉期及延迟期CT值分别约为55、63及75 HU，表现为轻中度渐进性不均匀强化，内部包含无强化区域，肝内胆管远端扩张，病灶与门静脉主干及右支分界不清，肝门部见多个稍大淋巴结影，见图 1。胸部CT平扫示两肺未见明显异常，后下纵隔左侧食管旁区域见团块状软组织密度影，大小约 56 mm×53 mm×60 mm，与食管壁分界不清晰，内部密度不均匀，伴斑片状钙化。胸椎 CT 及 MRI 平扫示 $T_{3\sim4}$、$T_{7\sim8}$ 椎体骨质破坏征象，其相应椎间隙狭窄，并伴椎体周围冷脓肿形成，见图 2。

病理学检查：肝门部病灶穿刺镜下见大量炎症细胞浸润及多核巨细胞，特殊染色示抗酸染色（+）、六胺银（−）、PAS（−），符合肉芽肿性炎，考虑结核感染可能，见图 3。后予规范抗结核治疗，肝功能较治疗前好转，肝门部及后下纵隔占位明显减小。

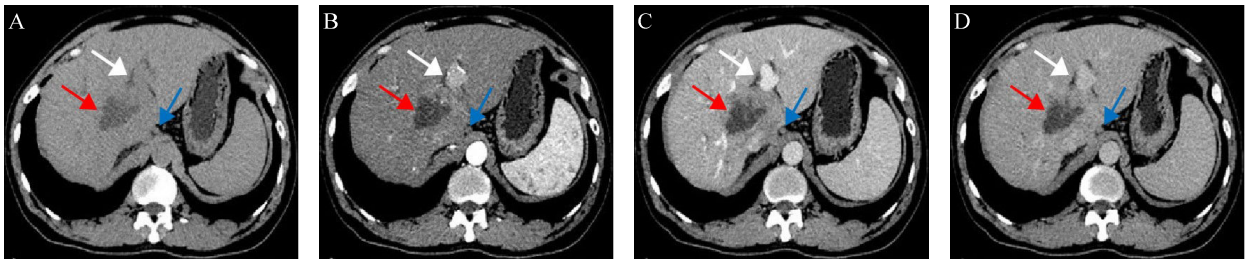
本研究获得宁波大学附属第一医院医学伦理委员会批准，豁免/免除知情同意。

2　讨论

肺外结核是结核分枝杆菌复合群感染肺部以外的器官导致的疾病，占所有结核病的 15%～ 20%，可独立发生或与肺部结核并存，常见受累部位包括淋巴结、胸膜、泌尿生殖系统、骨骼和关节、胃肠道系统、中枢神经系统和脊柱 [1]。肝门部结核是一种罕见的肺外结核，在成人结核病患者中占比不到 0.1%[2]，肝门部胆管受到压迫，从而导致梗阻性黄疸的表现[3]。

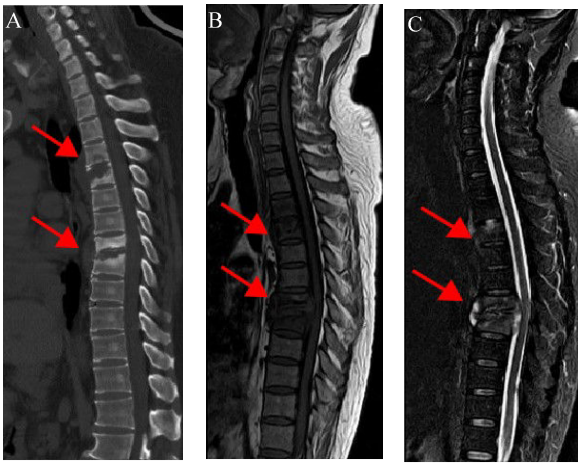
鉴别诊断：（1）肝门区胆管癌。表现为不规则形或类圆形软组织肿块，边缘不规整，无假包膜征，如肿块浸润周围肝实质时，可表现为不均匀延迟强化；常伴随胆管阻塞，上部胆管明显扩张，呈“软藤状”，可发生肝内、淋巴结及肾上腺等转移，部分可合并腹水[4]。本研究患者影像学表现为肝门部肿块，与周围分界不清，肝内胆管近端狭窄与远端扩张并存，门静脉分支局部未见显示，强化后呈不均匀持续强化，与胆管癌存在相似表现，块状或点状钙化为结核较为特异的征象之一[5]，有助于区分两者。（2）淋巴瘤。

基金项目：浙江省自然科学基金（LMRY26H090007）
作者单位：315010 宁波，宁波大学附属第一医院
通信作者：蓝文婷，Email：fyylanwenting@nbu.edu.cn



注：A 为上腹部 CT 平扫图像，B 为动脉期轴位图像，C 为门静脉期轴位图像，D 为延迟期轴位图像；示病灶呈轻中度持续性不均匀强化，内部可见不强化的坏死区域（红箭），远端胆管扩张（白箭），周围可见稍大淋巴结（蓝箭）

图 1　患者上腹部 CT 平扫及增强图像

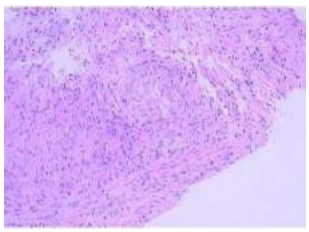


注：A 为胸椎 CT 平扫矢状位图像，B 为胸椎 MRI 平扫 T_1WI 矢状位图像，C 为胸椎 MRI 平扫 T_2WI 压脂矢状位图像；示 $T_{3\sim4}$、$T_{7\sim8}$ 椎体骨质破坏伴周围冷脓肿形成（红色箭头所示）

图 2　患者胸椎 CT 及 MRI 平扫图像

肝门区淋巴瘤多表现为低密度肿块，其内部密度均匀，增强扫描呈轻度延迟强化，属于乏血供肿瘤，可见特征性“血管漂浮征”，可合并出血、坏死，但少见钙化[6]。（3）巨淋巴结增生症（Castleman 病）。多表现为孤立性的软组织肿块，可发生于任何区域的淋巴结，病灶密度多数均匀，可伴有分枝状钙化表现，多数分界清楚，较大者可对邻近组织产生压迫，增强后表现为均匀或不均匀明显强化[7]。强化程度一般较结核更为显著。

综上所述，肝门部结核与肿瘤性病变有相似的影像学表现，提示在临床工作中遇到肝门部肿块伴梗阻性黄疸的患者时应考虑结核感染的可能性，其最终确诊须依靠组织病理学，抗结核药物规范治疗可有效改善患者的症状和预后。



注：示大量炎症细胞浸润及多核巨细胞（HE 染色，×100）

图 3　肝门部穿刺病理图

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

参　考　文　献

[1] Baykan A H, Sayiner H S, Aydin E, et al. Extrapulmonary tuberculosis: An old but resurgent problem[J]. Insights Imaging, 2022, 13(1): 39.

[2] Pang L W, Wu S D, Kong J. Hepatic hilar mass in an adolescent: A rare case of hepatobiliary tuberculosis[J]. BMC Infect Dis, 2019, 19(1): 217.

[3] Al Umairi R, Al Abri A, Kamona A. Tuberculosis (TB) of the Porta Hepatis presenting with obstructive jaundice mimicking a malignant biliary tumor: A case report and review of the literature[J]. Case Rep Radiol, 2018, 2018: 5318197.

[4] 梁萍，蔡金华，陈更瑞，等.晚期肝门部胆管癌治疗前后多排螺旋 CT 及 CT 胆管造影、CT 血管成像的诊断评估价值[J].实用放射学杂志，2024，40(9)：1459-1462.

[5] Kale A, Patil P S, Chhanchure U, et al. Hepatic tuberculosis masquerading as malignancy[J]. Hepatol Int, 2022, 16(2): 463-472.

[6] 冯少美，林跃辉，刘海迪，等.原发性肝脏淋巴瘤的 CT、MRI 影像学特点及其临床诊断价值分析[J].中国 CT 和 MRI 杂志，2022，20(7)：98-100.

[7] 侯海鹏，苏洋，戴朝六.肝门部 Castleman 病 1 例[J].疑难病杂志，2018，17(2)：196-197.

收稿日期：2025-09-10

（本文编辑：钟美春）