

复杂性肝内胆汁瘤的诊治:附三例报告

谢峰 黄杨卿 杨甲梅

【摘要】 目的 探讨复杂性肝内胆汁瘤的诊治及外科处理。方法 回顾性分析 3 例复杂性肝内胆汁瘤的临床表现、影像学特征、治疗方法、疗效和预后。结果 主要临床表现为腹痛、黄疸、反复发热等,胆道感染很难控制,内科保守治疗无效。B 超和 CT 扫描提示肝脏有囊状或柱状占位性病变,囊肿穿刺可抽出胆汁样的液体明确诊断。3 例中 1 例行 ERCP 加胆汁瘤穿刺引流术,1 例行 PTCD 管引流加胆汁瘤穿刺引流术,1 例行再次肝移植术。随访 6 个月至 2 年,效果良好。结论 肝内胆汁瘤有典型的临床表现,行 B 超和 CT、穿刺抽出胆汁样的液体可以确诊。对于内科保守治疗无效的病人,可先行胆汁瘤穿刺引流术,如仍无好转可以考虑外科手术切除,部分病人可能需要肝移植治疗。

【关键词】 胆汁瘤; 诊断; 治疗; 并发症; 手术; 预后

Diagnosis and treatment of complex intrahepatic biloma: a report of 3 cases XIE Feng, HUANG Yang-qin, YANG Jia-mei. Department of Special Medical Needs, Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200438, P. R. China

【Abstract】 **Objective** To investigate the diagnosis and treatment of intrahepatic biloma. **Methods** The clinical manifestations, imaging features, therapeutic approaches, therapeutic efficacy and prognosis in 3 patients with intrahepatic biloma treated in our hospital were retrospectively analyzed. **Results** The clinical symptoms were abdominal pain, jaundice and fever. B-mode ultrasonography and CT scanning exhibited masses in the liver of all the 3 cases. One case received ERCP plus biloma puncture, 1 PTCD plus biloma puncture and 1 liver retransplantation. All the 3 cases were cured. **Conclusion** It is not difficult to correctly diagnose intrahepatic biloma because the clinical manifestations are usually typical. The definite diagnosis should depend on biloma puncture. Most of the cases can recover after conservative treatment. However, some cases need biloma puncture, complete biloma resection or liver retransplantation.

【Key Words】 Biloma; Diagnosis; Treatment; Complication; Operation; Prognosis

当胆汁从肝胆管内渗出到肝实质内形成包裹性胆汁淤积时,在肝脏超声、CT 等影像上表现为囊性占位病变,临床上称之为胆汁瘤(biloma)^[1]。近年来随着穿刺肝活检、肝肿瘤无水酒精注射、微波、射频、氩氦刀^[2~4],特别是肝动脉插管化疗栓塞(transarterial chemoembolization, TACE)^[5]和肝移植^[6]的发展,胆汁瘤的发生逐渐增多,其中少数并发胆汁瘤感染和胆管炎,多重感染,临床处理非常棘手。近两年内笔者收治了不同原因所致的肝内胆汁瘤 3 例,疗效满意。病例报告如下。

例 1,男,50 岁。2004 年 9 月因原发性肝癌术后复发行经典式原位肝移植术,未放置 T 型管。术后 2 d 出现胆漏,术后 2 周开始出现腹痛伴反复发热,体温最高 39.8℃。腹部 CT 扫描发现肝内多发低密度积液区。B 超检查证实液性病灶主要位于中

肝叶,最大病灶约 55 mm×50 mm,超声引导下穿刺置管引流。2005 年 2 月 MRCP 提示左右肝内胆管扩张呈囊状,胆汁瘤稍微扩大。2005 年 3 月行 ERCP+ENBD,肝总管及肝内胆管结构紊乱,吻合口狭窄处行扩张并留置鼻胆管于肝总管。引流 1 个月后拔除鼻胆管,中肝叶胆汁瘤继续留置 PTCD 管。2005 年 7 月查肝功能提示轻度黄疸,血总胆红素降至 33 μmol/L,CT 提示肝内胆管扩张,肝内胆汁瘤无缩小。2005 年 10 月行再次肝移植。

例 2,男,39 岁。2005 年 6 月因原发性肝癌行改良背驮式原位肝移植术,胆道放置 T 型管。术后 2 个月开始出现黄疸伴发热,血总胆红素最高时 191 μmol/L,直接胆红素 135 μmol/L,体温最高 39.4℃,T 型管造影显示肝内胆管胆栓形成。拔除 T 型管。B 超及腹部 CT 扫描发现左内叶约 30 mm×25 mm 的积液区。给予利胆抗感染等治疗效果不明显,仍然反复发热,伴寒颤。于 2005 年 9 月行胆汁瘤穿刺,抽出混有坏死组织的胆汁,引流

后仍然每日有发热。10 d 后又行 ERCP + ENBD 术,从胆管内取出大量絮状物、胆泥及黑褐色坏死组织,置鼻胆管于左肝管。每日用肝素加入生理盐水冲洗鼻胆管,引流 1 个月后拔除鼻胆管。血总胆红素降至 $36 \mu\text{mol/L}$ 。后复查肝 CT 见胆汁瘤逐渐减小,肝脏内胆管扩张不明显。

例 3,男,51 岁。1999 年行胰腺胃泌素瘤切除术,术后病理诊断:胰岛细胞瘤(胃泌素瘤)。2004 年 6 月复查 MRI 提示胰腺钩突部位复发,遂于 2004 年 7 月在全麻下行胰腺钩突 + 十二指肠 3、4 段 + 近端空肠切除,空肠十二指肠侧侧吻合术。此后疑诊肝内复发行 4 次 TACE。2006 年 4 月行第 4 次 TACE 术后 5 d 出现感染性休克。CT 提示肝脏 2 个胆汁瘤伴感染,在 CT 引导下肝脓肿穿刺置管引流,抽出脓液培养提示大肠埃希菌、产酸克雷伯氏菌、粪肠球菌、弗劳地枸橼酸杆菌复合感染。经过内科保守治疗 3 个月,病情仍有反复,新形成的胆汁瘤明显增多增大,体温每日均最高至 40°C 左右,同时伴有血胆红素升高。ERCP 未成功,行 PTCD 减黄后,在超声引导下胆汁瘤穿刺引流,共置入引流管两根。因发现胆汁瘤与胆道相通,故从胆汁瘤引流管内 24 h 持续滴入抗生素,胆道以胃肠减压器接 PTCD 管持续吸引。经上述治疗后体温下降,复查 CT 提示肝内胆汁瘤明显缩小。

讨 论

传统概念上的胆汁瘤是指继发于肝胆手术或外伤后的并发症,是由胆漏包裹后形成的胆汁瘤囊肿。介入治疗、肝移植后形成的胆汁瘤则是由于 TACE 等的理化作用或肝动脉并发症等导致胆管周围毛细血管丛受损,进一步引起肝内胆管坏死,最后发生胆漏和胆管周围肝实质坏死^[7,8]。胆汁经坏死的胆管漏向肝实质内,积聚成囊者为囊状胆汁瘤,沿坏死的胆管壁聚集者为柱状胆汁瘤。胆汁瘤与胆管的瘘口如封闭,则胆汁瘤内壁内皮化,并产生分泌功能,分泌液体积聚,导致胆汁瘤越来越大;较大的胆汁瘤可压迫毗邻的胆管,使之形成“软藤状”的胆管扩张。如果胆汁瘤与胆管相通,则在胆汁瘤内压力大时,胆汁瘤内液体可以进入胆管内,此时胆汁瘤不会明显增大。但是这类胆汁瘤在压力较低时,胆汁可以自胆管进入胆汁瘤内,故引流亦未必能有效缩小^[9]。胆汁瘤主要表现为腹痛、黄疸、反复发热等,胆道感染很难控制,内科治疗往往难以奏效。B 超和 CT 扫描提示肝脏有囊状或柱状占位性病变,囊肿穿刺

可抽出混有坏死组织的胆汁样液体即诊断明确^[10]。

Sakamoto 等^[11]认为转移性肝癌介入之后的胆汁瘤发生率比原发性肝细胞癌高(9.62%/3.26%),因为原发性肝细胞癌的血供一般比较丰富,并且由于肝硬化等可能存在动静脉瘘,碘油和化疗药物等主要进入肿瘤内,介入后胆管周围微血管损伤相对较小。可能导致原发性肝细胞癌 TACE 术后发生胆汁瘤的危险因素有:肿瘤直径小于 5 cm,胆管扩张,3 个月内多次 TACE,注入碘油和化疗药物的混悬液等。他们认为大部分没有感染的胆汁瘤可以通过保守治疗治愈,但是出现感染等严重症状后均需要经过穿刺引流或者手术治疗。

Said 等^[12]认为感染的胆汁瘤是肝移植术后一种严重的并发症,可能导致病人死亡。Tachopoulos 等^[13]报道 459 例肝移植中 12 例发生胆汁瘤,比例为 2.6%。肝动脉狭窄以及肝动脉血栓形成是导致胆汁瘤的最主要因素,胆管周围毛细血管丛受损从而引起肝内胆管消融。院内的多重耐药的 G⁻ 菌和霉菌即是最初感染的菌群,也是晚期多重感染的主要菌群。放置 T 管可以导致凝固酶阴性的葡萄球菌感染,从而使胆汁瘤的发生率增高。胆管空肠吻合由于失去了壶腹部括约肌的抗反流作用,胆汁瘤的发生率比胆管端-端吻合的发生率要高。术后给予熊去氧胆酸可以减轻胆管对缺血再灌注的损害,改善胆汁淤积,并且发现熊去氧胆酸具有免疫调节作用,初步发现有降低术后胆汁瘤发生率的功效。

大部分未并发感染的胆汁瘤可无明显的症状,并且多能自行吸收好转。对于已经感染的胆汁瘤需积极行抗感染保肝利胆治疗。对于内科治疗无效者,可在超声引导下胆汁瘤穿刺置管引流术。如果胆汁瘤与胆道相通,可以从胆汁瘤内 24 h 持续滴入抗生素,并且保持胆道通畅。如仍然无法好转可以考虑外科手术将胆汁瘤及其受损胆管引流的肝脏一并切除。对于全肝多发性胆汁瘤,反复感染,无法行肝切除的病人可能需要肝移植治疗。

参 考 文 献

- [1] Yoon W, Jeong YY, Kim JK, et al. CT in blunt liver trauma. *Radiographics*, 2005, 25: 87-104.
- [2] Ahluwalia JP, LaBrecque DR. A large biloma causing gastric outlet obstruction after a percutaneous liver biopsy. *J Clin Gastroenterol*, 2004, 38: 535-539.
- [3] Takasu A, Norio H, Sakamoto T, et al. Surgical treatment of liver injury with microwave tissue coagulation: an experimental study. *J Trauma*, 2004, 56: 984-989.
- [4] Rhim H, Yoon KH, Lee JM, et al. Major complications after radio-frequency thermal ablation of hepatic tumors: spectrum

