

临床病理讨论

ZHENDUAN SIXIWEI DE TANSUO

临床病理讨论

—— 诊断思维的探索

● 沈 悌 沈 熹译评 ●
● 湖南科学技术出版社 ●

临床病理讨论

诊断思维的探索

沈 悌 沈 熹译评

湖南科学技术出版社

临床病理讨论

——诊断思维的探索

沈悌 沈慧译评

责任编辑：石洪

*

湖南科学技术出版社出版

(长沙市展览馆路8号)

湖南省新华书店发行 湖南省新华印刷二厂印刷

*

1987年1月第1版第1次印刷

开本：850×1168毫米 1/32 印张：16.125 插页：1 字数：429,000

印数：1—1,900

ISBN 7-5357-0006-3/R·1

统一书号：14204·167 定价：3.45元

湘目86-11

致 读 者

临床医师的职业范围就是掌握各种疾病的症状和体征并作出诊断进行治疗。

患者、疾病、疾病的诊断及治疗，具有极为复杂的内容，各个病例的情况，彼此不完全相同。医师在认识和处理这些问题时，决不能满足于对个别现象的观察和记忆。通过无数临床家的努力，发现在极其不同的现象中，包含着共同点，使识别疾病的方法有了一定的规律。熟练地掌握这些规律，并在临床工作中灵活运用，会使医师的认识更为准确、全面，以减少错误和贻误病人。

有鉴于此，我们特译评了本书。其内容取材于《鉴别诊断学》及一些英美杂志。读者可自本书看到临床家是如何收集资料、分析鉴别、作出最后结论及处理的。这些问题具有相当的普遍性。所以能使人举一反三，触类旁通，从中体会某种规律，并将其使用于无数类似的病例。

另一方面，每篇讨论的后半部都详细介绍了病理结果。我们认为它不仅是临床讨论的答案，也是临床思维的客观基础。临床医师据此能形成一种“透视性”的想象力和洞察力；在分析临床表现时能意识到患者体内的结构改变。这就使我们的思想更深刻，目光更敏锐，对化验、特殊检查和各种显像技术的结果，也有更准确的认识。

我们为每篇讨论撰写了译者评论，对临床思维的要点亦作了扼要的探讨。

下面再作几点说明：

一、原文的“病历介绍”有时与我国习用的格式不同，内容不够简练。为便于大家阅读和思考，译者作了一些删节与文序上的更动。

二、在第24例讨论中，患儿身高62厘米，这个数值的百分位数为90，表明她在同年龄、同性别的婴儿中是相当高大的。但其体重的百分位数是50，提示中等体重。

三、“透加摄影”(Substraction film)是一种特殊的造影摄片方法。即把造影前预先拍摄的“素片”当做底版，再复制一张“正片”，把它重叠在造影时拍的照片上。这时两张照片上的无关影像因黑白相反而互相抵销，使造影剂显示的影像格外清晰。

四、在描述电镜检查结果时，常用election-dense，其反义词为election-lucent。我们将其译为“难透电子”与“易透电子”，作形容词使用。

译者才疏学浅，在译文与译者评论中，如有不恰当之处，希望读者提出自己的见解，共同切磋。我们希望本书能起到抛砖引玉的作用。

目 录

第1例	腹痛 黄疸·····	(1)
第2例	老年人的心力衰竭·····	(11)
第3例	呼吸道感染 循环衰竭 肺水肿·····	(18)
第4例	肾病综合征 肾功能急剧恶化·····	(23)
第5例	腹水 发热·····	(38)
第6例	胸痛 休克·····	(48)
第7例	精神神经症状 心脏杂音·····	(53)
第8例	反复肺水肿·····	(58)
第9例	发热 心脏杂音·····	(63)
第10例	膀胱癌术后 心力衰竭·····	(75)
第11例	慢性淋巴细胞性白血病 发热 咯血·····	(85)
第12例	发热 肺部粟粒性阴影·····	(91)
第13例	晚期妊娠 昏迷·····	(102)
第14例	妊娠 贫血 血小板降低 突然死亡·····	(116)
第15例	腹痛 呕吐 呕血·····	(130)
第16例	出血倾向 肺门淋巴结肿大·····	(140)
第17例	雷诺氏现象 右心衰竭·····	(148)
第18例	红斑狼疮 输血反应·····	(154)
第19例	肺内肿块 浆细胞增多·····	(166)
第20例	肺部空洞·····	(179)
第21例	全血细胞减少 迅速死亡·····	(188)
第22例	肾上腺肿物·····	(199)
第23例	上腹肿物 昏迷·····	(213)
第24例	婴幼儿低血糖·····	(226)
第25例	先天性心脏病·····	(239)

第26例	心脏杂音 进行性与致死性心力衰竭·····	(250)
第27例	胸痛 咯血 浮肿·····	(257)
第28例	老年人的顽固性全心衰竭·····	(264)
第29例	胸痛 心脏杂音·····	(276)
第30例	心脏杂音 呼吸困难·····	(290)
第31例	心脏杂音 全心衰竭·····	(302)
第32例	先天性心脏病·····	(314)
第33例	肾病综合征·····	(326)
第34例	尿毒症·····	(340)
第35例	浮肿·····	(351)
第36例	急性肾衰竭 先天性心脏病·····	(364)
第37例	慢性进行性呼吸衰竭·····	(376)
第38例	急腹症 肠梗阻·····	(382)
第39例	急腹症 回肠套迭·····	(390)
第40例	餐后腹痛·····	(399)
第41例	全血细胞减少·····	(410)
第42例	发热 头痛 轻瘫·····	(424)
第43例	纵隔肿物·····	(434)
第44例	甲状腺肿大·····	(444)
第45例	肺部浸润·····	(452)
第46例	完全性房室传导阻滞·····	(467)
第47例	白血病 输血 呼吸困难·····	(477)
第48例	呼吸困难 淋巴结肿大·····	(490)
结束语	临床诊断应注意的问题·····	(506)
病理诊断索引	(只包括主要病变)·····	(510)

第1例 腹痛 黄疸

【译者评论】 有位临床家说过这样一句话：“临床诊断是从一接触病人时就开始的”，这话千真万确。而反过来说也是对的，即“临床思维是医师探索病情时的灵魂”。

医师的各种判断性臆想，决不应只在搜集到一切资料以后才产生，而必须在整个了解情况的过程中不断地闪现。正是凭着这一连串的怀疑和据此而进行的探索，临床家才能有目的而又全面地获取有用的资料。这是医师了解病情时的基本关键。

具体说来，当患者以各种姿态来到诊察室时，医师的临床思维应马上启动起来。他(她)必须一面目光敏锐地观察病人，一面聚精会神地倾听其叙述，同时还要井然有序地开动脑筋，切中要害，提出询问。这样做的目的是要尽速辨明其主要症状或症候群。然后，围绕这一两个症状或症候群，医师应根据他头脑中的鉴别诊断方案，不断地考虑一系列可能的疾病，并就这些疾病的诊断要点，进行针对性的询问。通过反复的追究，努力判明哪些病可能性大，哪些病应予摒除。在形成了这样的初步印象之后，再对可能性较大的病种作彻底的问诊。仔细了解其应有的全部症状、病因、诱因以及主要的合并症。

当然，不同的疾病，凭借问诊所能得到的臆断程度是不相同的。对特殊症状最少的病种，我们也应尽一切努力去探索。只有这样搜集起来的资料，才能指导医师全面而又有重点地进行体格检查和组织各种检验；也只有这样搜集来的资料，才有可能构成优秀的文字病历。这是由于理想的病历不但应该正确而简练地反映出患者的实际情况，而且还必须尽可能明确地影射出诊断并体现医师对必要的鉴别诊断的充分考虑。这种病历也便于其他人阅

读、分析和总结。使阳性和阴性所见应有尽有，而不保留无用的资料。

采集病史时，切忌按各系统症状不加选择地询问，以免既无重点而又丢三拉四。我们不必把所有疾患的要点都问全。另一方面，医师又决不可被动地抄录患者的陈诉。因为患者不懂医学，他们所提供的情况可能与诊断根本无关。有的患者甚至谈了很多啼笑皆非的生活琐事，而把有重要临床意义的表现忽略或遗忘掉。除非患者本人是个医师，否则，极少有人自动地提供全面而简洁的病史。

因此，可以说，理想的病史是通过医师对患者巧妙而机智地引导才能获得的。没有对各种疾病诊断与鉴别诊断的充分认识，没有前后统一而又灵活的临床思维，以把这些知识有机地组织起来加以归纳运用，没有掌握一套思考和询问的方法，医师是无法合理地取得优秀的病史的。对住院患者是这样，对为数众多，接触时间短的门诊病人亦是这样。总之，好病历是问出来的，而不是听出来的。

从本篇病案讨论还可看出，就是在进行体格检查与各种检验时，医师的头脑也应积极地考虑问题，决不可只是机械地执行某种“操作常规”而忘记思索和评价各种资料。

应该说，不论科学技术多么进步，由于人体的无限复杂性，医师的临床思维必须主宰着一切诊断和治疗活动。采集病史，进行体检、化验与特殊检查，澄清诊断乃至拟订治疗方案等等，概莫能外。所以，斯派罗教授一开始讨论时就嘲笑了当代医学中的某种不良倾向，即忽视临床思维，而过分重视甚至单纯依赖特殊检查尤其是各种显象技术的趋向。他强调指出，特殊检查虽有重大的参考价值，有时甚至能提供意外的诊断线索，但在大多数场合，它的基本作用仅是证实医师的某种推想而决不能代替临床思维。医师必须根据临床情况对它们进行充分的分析与评价，使图象结论与患者的病情并行不悖。因为无论多么优良的仪器，都不可能一举反映出人体的所有疾病，而同一种图象又能作多种解

释，所以单纯依赖特殊检查，随时都有造成重大误诊的危险。更何况有些现代化设备，可能出现令人瞠目结舌的荒谬结论。

我们认为应该开宗明义地澄清以上观点，实际上这也是本书的基本精神。

病 历 介 绍

患者女性，28岁，因黄疸而入院。

病者平素健康。两个月前发生上腹痛，向背部放射，每日发作3~4次，与进食和排便无关，制酸剂对其无效。疼痛严重，持续数分钟到一小时后即自行缓解。门诊检查示右上腹有压痛。血细胞计数与凝血酶原时间正常。胆红素0.6毫克%，SGOT80单位，淀粉酶17单位，碱性磷酸酶37国际单位/升。X线腹片正常，口服胆囊造影阴性。超声波检查示胆囊无充盈缺损，亦未增大。

入院前4周腹痛加重，出现食欲不振与恶心，但未呕吐。每日排浅色软便4~5次。一周后发生黄疸。门诊复查示结合胆红素3.2毫克%，总胆红素4.1毫克%，蛋白7.7克%，白蛋白4.3克%，球蛋白3.4克%。SGOT161单位，碱性磷酸酶180国际单位/升。入院前2天腹部超声波检查示肝内与肝外胆管均扩张，胆囊增大，未见结石。胰腺不肿大，胰管有扩张。患者遂入院。

入院前2个月内，体重减轻9公斤。20年前曾切除过一块腿部的色素性病变。未接触过对肝脏有毒害的物质，无肝炎接触史与注射史，无用药史。有少量饮酒史。

体检：T36.7℃，P70次，R14次，B·P120/70mmHg。

患者有黄疸。乳房、心脏与肺部均正常。右上腹轻度压痛，肝在右肋下3厘米，脾未触及。四肢正常，神经系检查无所见。

血细胞压积35.7%，白细胞总数5,700/mm³，分类正常。尿化验仅示胆红素阳性，无其他异常。血小板总数262,000/mm³，凝血酶原时间与部分凝血质时间均正常。大便潜血试验阳性。尿素氮13毫克%，血糖83毫克%，结合胆红素7.8毫克%，总胆红素11.1毫克%，尿酸2.7毫克%，总蛋白7克%，白蛋白与球蛋白均

为3.5克%。SGOT131单位，碱性磷酸酶254国际单位/升。乙型肝炎表面抗原与抗体均阴性。心电图示窦性心动过缓，心率48次。X线胸片正常。肝穿刺胆管造影表明总胆管远端被一椭圆形物阻断，肝内与肝外胆管显著扩张。胆囊仅部分显影，未发现胆石。入院第6天行剖腹探查。

鉴别诊断

斯派罗大夫*：我们已经有了几种新发明的显象技术，可以使临床医师看到患者的病变。这些方法大概主导了对本病例的诊断，因而造成这样一种印象，即图象是诊断的指南，临床医师除了领会图象所显示的真理以外，就无事可做了，这种看法是不全面的。当看到一位28岁的妇女有黄疸时，临床医师应该想到若干疾病，而其中大多数是可以根据病史和体检予以排除的。最后，再由检验资料和显示出的图象，证实这些可能性当中的某一个。

首先要想到肝脏病。尤其是慢性活动性肝炎。同时，还要考虑若干类似于典型慢性活动性肝炎的疾病，例如药物性活动性肝炎。缓泻剂Oxyphenesatin、异烟肼和甲基多巴也与该病有关。不过这些药物，此患者并未用过。虽然，青铜色糖尿病罕见于该年龄组的患者，但在考虑一个年轻人有慢性活动性肝炎时，无论如何都应该排除这个疾病。根据我的临床方法，我还要提出“检查天蓝胞浆素的数值。”大量饮酒是年轻妇女的黄疸起因，它可以解释肝脏损害，本病例仅自述少量喝酒。也要想到口服避孕药的副作用，但由于使用口服避孕药引起的肝病很少造成黄疸，鉴于起病时的表现，胰腺疾患的可能性就不大了，因而可排除肝外阻塞性黄疸。

两个月前，病人有过向背部放射的上腹痛，疼痛向背部放射，是侵犯腹膜后组织，但不足以引起非特异性腹痛的病变的显著特征，这使人想到腹膜后疾患的可能性。这类疼痛亦提示十二指肠

*康涅狄格州新港市，耶鲁大学医学院内科教授，消化系病房主任。

溃疡合并后壁穿孔。不过十二指肠溃疡在年轻女性很少见*。胰腺疾病常常引起腹膜后症状。这使人想到患者可能酗酒。某些胰腺疾患的罕见病因,尚包括高脂血症、甲状旁腺功能亢进及可能性很小的胆囊疾患。20年前患者的腿部切除过一块性质不明的色素性病变,因此要注意黑色素瘤的播散。以后的物理检查确实排除了原先想到的若干情况尤其是口服避孕药引起的肝脏病。肝细胞腺瘤常能触及,不常有黄疸。在其他见诸报道的使用口服避孕药所引起的疾病中,可除外下腔静脉综合征,因为没有腹水和肝肿大。肝脏紫斑症 (Peliosis hepatis),只是一种偶尔可能发现的疾病。

现在来看入院前两个月时的检验结果。那时初步怀疑腹膜后有病变,发现了两项令人感兴趣的数据——谷草转氨酶增高到80单位而淀粉酶正常。X线腹部平片正常,口服胆囊造影无异常,超声检查未见胆囊充盈缺损或增大。

一个年轻妇女仅有轻度SGOT升高,后来又发生轻度黄疸,医师应该怎么办?应该化验乙型肝炎病毒的表面抗原与抗体,以删除慢性活动性肝炎(不过也可能有非甲非乙型肝炎)。但根据其他资料,慢性活动性肝炎的可能性不大。酗酒依然大有可能;很多嗜好饮酒的人,把他们的习惯秘而不宣。胆囊疾患可以除外,因为疼痛不典型,超声图象和口服胆囊造影也不支持。由于不能确定诊断,我还需要钡餐检查和静脉肾盂造影的结果,以便寻找可能被超声显像漏诊的腹膜后肿物的证据。由于有SGOT增高的病史,所以我要申请做肝活检。后来,由于白、球蛋白水平正常和乙型肝炎表面抗原阴性,因此不支持慢性活动性肝炎的诊断。

在本次入院前的4周期间,患者的腹痛日益加剧,不思饮食,恶心,每日排4~5次浅色软便。这种排便习惯的变化可能是由于脂肪泻所致。或许因胆汁酸无从流入十二指肠以提供适当的胶体分子浓度,或许是胰管堵塞严重,妨碍了正常的脂肪分解。患者

* 译者注:我国年轻妇女患十二指肠溃疡病不少。

在门诊复查时曾发现胆红素上升到4.1毫克%，血浆蛋白正常，SGOT高达161单位，碱性磷酸酶达180国际单位/升。这些数值使我们注意到胰胆管系统。费罗赛大夫，请您复习放射科检查结果吧！

费罗赛大夫：入院前两个月做的口服法胆囊造影，显示胆囊功能正常，无钙化迹象。临入院时的超声图检查，示胆囊扩张，仍无明显的钙化灶。肝脏的图象显示：小胆管扩张，表现为若干能透过超声波的葡萄状管道。肝门部有大片透超声波的组织汇集。这种结构表示扩张胆道的汇合。上腹部中上方的矢状面扫描，显示一段门静脉和位于其尾侧的显著扩张的总胆管。总胆管内无充盈缺损未见明显的肿块或侵犯胰头的异常组织。胰腺部的横面图也显示了通过胰头部位的总胆管和胰腺内的管状结构，后者在横截面上显著扩张，可能代表稍扩大的主胰管。胰体部的回声结构相当正常。

斯派罗大夫：你十分相信胰腺是正常的吗？胰腺结构是我考虑的中心，它比胰管还要紧。

费罗赛大夫：我们所看到的胰体和胰尾结构似乎正常。

斯派罗大夫：你能不能根据超声检查，确定胰管是否狭窄？胰管有没有胰腺癌或慢性胰腺炎的表现？

费罗赛大夫：我不能确定这一点。

斯派罗大夫：超声图的所见，使我前面的许多评论成了空文，现在，我们更注意总胆管阻塞了。坦白地说，我很难对患者的所见下结论。值得注意的是，入院前两个月的超声检查，并未显示胆道扩张。这是否告诉我们病变经过一段时间之后阻塞了总胆管。

那么，考虑什么疾病呢？显然有可能是壶腹部疾病，尤其是壶腹肿瘤。还要考虑先天性或获得性奥狄氏括约肌狭窄。虽然应想到胰腺的原发疾患，但对一个28岁的妇女，我很难同意慢性胰腺炎或胰腺肿瘤的看法。鉴于总胆管受阻，也不得不排除异物阻塞，总胆管结石不象，考虑胆道蛔虫是荒谬的。对年轻人而言，总胆管某处发生狭窄时，还应想到侵犯靠近壶腹部的总胆管远端

的硬化性胆管炎的可能。但后来的超声检查排除了典型的硬化性胆管炎。

患者体重减轻了9公斤，大便潜血试验阳性，有心动过缓。四十年代我在这个医院当学生时就学过阻塞性黄疸病人有心动过缓，可是现代文献中依然没有对这种临床表现的解释。此外，我不认为患者有慢性胰腺炎。

现在我们来看看胆管造影吧！

费罗赛大夫：这张照片表明：肝内胆管稍显扩张，总胆管膨大，其远端部位在乏特氏壶腹的水平，被一个轮廓呈椭圆形的、渐渐变细的缩窄部阻塞。总胆管内无充盈缺损或管壁不规则的证据。

斯派罗大夫：这一点很有帮助。我们看到了一个由良性或恶性病变引起的狭窄部。我觉得有必要用内窥镜做逆行胰胆管造影（ERCP）检查；在这个年龄范围内，可发生胰腺癌，但该病到了此阶段可伴有因癌症转移而引起的肝肿大。另外，慢性胰腺炎也能发生于这种年龄或更加幼小的患者。另一方面，根据ERCP来鉴别胰腺癌患者的总胆管外形和慢性胰腺炎病人的总胆管外形常常不很容易。

虽然完全性总胆管阻塞不支持慢性胰腺炎，但有少数慢性胰腺炎病例，其X线照片可显示总胆管完全阻塞，Sherlock和Ferruci的著作中也提到过慢性胰腺炎完全阻塞了总胆管的病例。本患者饮酒不多、年轻、以及某些超声检查所见，都不支持慢性胰腺炎。本病例我也不想作出胰腺癌的诊断。

病变可能位于壶腹。Acosta等认为：要注意奥狄氏括约肌狭窄。胰管与总胆管均扩张，有利于这个诊断，但临床表现不支持。罹患该病的大多数病人自童年起即有反复发作的胰腺炎，临床医师只有在发作期间查到淀粉酶或脂肪酶升高时才能确诊。奥狄氏括约肌狭窄亦很少伴有黄疸。如果给病人做过ERCP检查，则要注意扩张的胰管有没有引流？引流快不快？我怀疑此患者引流是很慢的。良性壶腹瘤的可能性大不大呢？无疑，类癌、平滑

肌瘤或某些其他罕见的肿瘤，偶尔发生于壶腹部。

总而言之，需要进行ERCP检查，以对壶腹部的病变做出特异的诊断。我倾向于诊断壶腹部的恶性肿瘤，因为它的发病率高。而诸如慢性病程、食欲丧失、体重减轻、疼痛等，看来不符合良性梗阻。

A大夫：做过全胃肠道检查以观察壶腹部的情况了吗？

斯派罗大夫：我更想作内窥镜检查，以看看这个肿瘤，甚至取活检，我还想看到胰管。

A大夫：鉴于患者在20年前切除过一块皮肤病变，请问你认为黑色素瘤的肠道转移多见吗？

斯派罗大夫：恶性黑色素瘤最容易向肠道转移，钡餐检查可发现“牛眼”样病变。我见过两例恶性黑色素瘤合并急性胰腺炎的患者。黑色素瘤播散是我们决不能回避的问题。

费罗赛大夫：超声检查时看到了胆道有显著扩张；一天以后在肝穿刺胆道造影片上，又见到了此情况，这对放射科提出的看法大有影响。在临手术前第二次重看超声图象时，才看出胰管也有扩张。

郭尔德贝尼大夫：里奇特大夫，在总的诊治方案和检查步骤方面，你有什么意见？

里奇特大夫：超声检查的总胆管高度扩张，引起了我们的注意。但十二指肠与那个狭窄部位之间的距离却不清晰。我们认为阻塞了总胆管的那个病变看起来与十二指肠相距为几个厘米。

费罗赛大夫：为了更全面地确定总胆管阻塞性病变的性质和范围，我们偶尔同时使用肝穿刺胆管造影与钡餐检查。但本病例没有做，很遗憾。

临床诊断

胰头癌？

胰腺炎？

斯派罗大夫的诊断：乏特氏壶腹恶性肿瘤。

病理讨论

但森大夫：手术探查时，我们发现胰头内有若干硬结，这个病变是胰腺的炎症还是肿瘤呢？用冰冻切片检查了胰头的针吸式活检标本，系“正常胰腺组织”。随后我们打开了总胆管并刮下了壶腹部的硬结区组织，病理报告为“可疑癌细胞，不能确诊”。后来我们把一根导管插进了十二指肠，虽然没有将十二指肠切开，却再一次发现了壶腹部有硬结病灶。由于得不到明确的诊断，因而决定做胰十二指肠切除。我们对端缝合了胰管而没有将它吻合到空肠上，这就免除了胰空肠切开吻合术的后顾之忧。术中患者情况良好。

郭尔德贝尼大夫：但森大夫说明了术中诊断的困难性，强调在手术前应该对涉及胰腺和胆道的问题进行广泛的诊断分析。手术时做胰腺活检不仅有危险，而且取材易错，难作病理学解释。依靠小小的，刮下来的或活检取材的标本，鉴别总胆管的良性与恶性病变很困难。

在切下来的标本中，打开十二指肠后，即可见一个表面光滑而无蒂的息肉样赘生物，它的直径为3厘米，潜隐于乏特氏壶腹中。将胆道与胰管中的探子固定之后，便能看清胆道、胰管与肿瘤的关系。这是一个中度分化的腺癌，镜下为典型的小肠癌。组织学所见与肿瘤的部位表明：它是原发性乏特氏壶腹癌而不是转移到乏特氏壶腹的胰腺癌。肿瘤已侵入了总胆管末端的管壁与管腔，使它突然变细，这在胆管造影片上已被看到了。胰腺内的导管近端增厚、扩张，但未被肿瘤直接侵犯。胰管的终端已被堵塞，但尚能通过探子。胰管仅轻度扩张。肿瘤已播散到十二指肠肌和乏特氏壶腹周围的胰腺腺泡，但并未侵犯腹膜表面与腹膜后脂肪，在全部切下的淋巴结中亦无转移。

胰十二指肠切除或Whipple氏手术，能否缓解胰头部肿瘤，尚有争议；这种手术主要用于根治类似于本患者的病例，即原发

瘤位于壶腹部者。对这两种疾病进行临床与病理学鉴别十分重要。壶腹癌大大少于胰头癌。最近有人复习了自1965到1974年间报道的71例十二指肠癌，其中只有23例壶腹癌。在全部十二指肠肿瘤患者中，有73%试行了根治性切除，其中62%的病例存活2年，5年生存率为25%，手术近期死亡率为17%。所以，总的说来，十二指肠癌的预后相当恶不劣。过，在5个做过姑息性切除并辅以化疗、放疗的患者中，有4人长期存活。其他行姑息性切除但未做术后治疗的患者，则与此不同，据报道存活2年的只占15%，5年生存者尚无。这提示辅助治疗对壶腹癌可能有益。

但森大夫：本患者在术后14个月时，依然生活良好。

病理诊断

十二指肠腺癌（泛特氏壶腹部），合并总胆管与胰管阻塞。

[译自New EnglJ. Med 1979; 301: 1435]