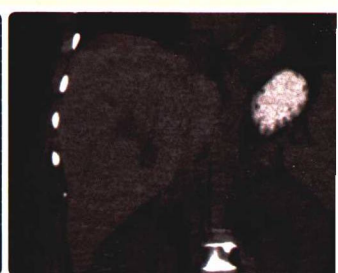
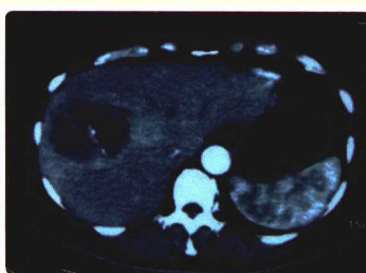
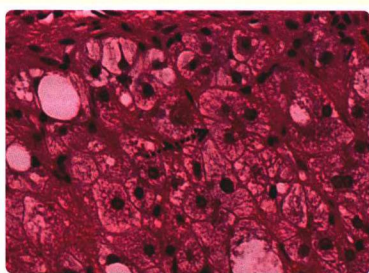
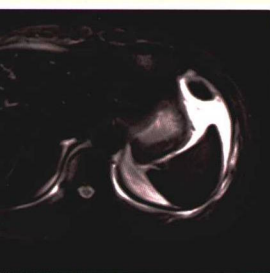


主编 · 马雄 张文宏

# 上海疑难肝病俱乐部 病例精选与临床思维



上海疑难肝病俱乐部  
病例精选与临床思维



主 编  
马 雄 张文宏

上海科学技术出版社

### 图书在版编目 (C I P) 数据

上海疑难肝病俱乐部病例精选与临床思维 / 马雄,  
张文宏主编. — 上海 : 上海科学技术出版社, 2023. 4  
ISBN 978-7-5478-6101-1

I. ①上… II. ①马… ②张… III. ①肝疾病—疑难  
病—病案—汇编 IV. ①R575

中国国家版本馆CIP数据核字(2023)第039879号

---

### 上海疑难肝病俱乐部病例精选与临床思维

主编 马 雄 张文宏

---

上海世纪出版(集团)有限公司 出版、发行  
上海科学技术出版社

(上海市闵行区号景路159弄A座9F-10F)

邮政编码 201101 www.sstp.cn

山东韵杰文化科技有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 14.5

字数: 300千字

2023年4月第1版 2023年4月第1次印刷

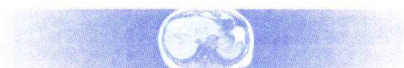
ISBN 978-7-5478-6101-1/R·2718

定价: 148.00元

---

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题, 请向工厂联系调换

# 内容提要



上海疑难肝病俱乐部(Club of Complex Liver Disease, CCLD)成立于 2019 年,专家委员会汇集了感染病学、自身免疫性肝病、遗传代谢性肝病、脂肪性肝病、药物性肝病、中医中药、肝脏病理、肝脏影像等多个亚专科方向的著名专家。在每月召开的 CCLD 菁英论坛上,青年医师们分享的疑难危重病例与专家点评相得益彰,得到了与会者的一致好评。不少临床医师希望能将这些案例整理出版,以供参考学习。

本书收集了 2019—2021 年 CCLD 菁英论坛的 28 个精彩案例,由 CCLD 专家委员会评议,并按照感染、自身免疫、遗传代谢、肿瘤、血管等病因进行分类。书中收录了许多临床罕见的疾病,如肝移植后新发 IgG4 相关自身免疫性肝炎、多种酰基辅酶 A 脱氢酶缺乏症、巴尔通体肝脓肿、肝脏黑色素瘤、肝淀粉样变性、肝豆状核变性相关肝衰竭、POEMS 综合征等。通过编者细致的病史整理,本书展现了诊治过程中柳暗花明、峰回路转的曲折经历,也体现了严谨的临床分析、推理思路和先进的诊疗技术手段。

本书不仅详细展现了案例的诊治经过,而且凝练出关键的临床问题,补充了罕见病的背景知识,提供了最新的循证医学证据,并由相关领域的专家结合国内外文献进行深入点评,方便读者进一步学习。病例中展现的缜密逻辑和专家们的经验智慧,对青年医师提升临床思维和拓展视野具有重要的价值。

# 编者名单



## 主 编

马 雄 张文宏

## 副主编(按姓氏汉语拼音排序)

傅青春 刘成海 施军平 王建设 杨永峰 张继明

## 编者(按姓氏汉语拼音排序)

包玉洁 蔡美洪 陈 立 陈公英 陈小松 杜尊国  
范海纳 范建高 方微园 甘建和 龚 玲 华 静  
黄 燕 高 岩 黄玉仙 蒋丽琳 李 海 李 莉  
李 强 李东良 李丽婷 李玉川 连 敏 刘 邦  
陆 怡 陆忠华 苗 琪 齐婧姝 单晓航 邵凌云  
盛 黎 唐 栋 汪 铮 王 晖 王铭杰 王绮夏  
肖 潇 谢新宝 邢 枫 许 洁 杨文君 袁 敏  
袁小凌 曾 静 张家文 张欣欣 张馨赆 赵钢德  
赵卫峰 郑建铭 周晓玲 朱明玉

## 学术秘书

肖 潇

## 顾 问

翁心华 胡锡琪 邱德凯 陈成伟

# 序



上海疑难肝病俱乐部(CCLD)的成立为疑难肝病的诊疗提供了宝贵的资源和平台。经过多年的积淀,在众多杏林翘楚的不懈努力下,这个俱乐部汇聚了临床、病理、影像、介入等不同学科的专家学者,使得俱乐部生机盎然、蓬勃发展。

定期举办的疑难病例讨论会是 CCLD 的一个亮点。不同领域的专家凭借科学的眼光和丰富的经验,分析和探讨着每一个疑难病例。这些讨论不仅仅关注个体疾病的诊断和治疗,更是深入探讨了疾病的机制、病因、诊治难点等深层问题。在多学科的综合诊治下,很多疑难罕见病例都得到了明确的诊断和治疗方案。

《上海疑难肝病俱乐部病例精选与临床思维》一书是 CCLD 的又一力作。这本书积累了大量实用而有益的病例分析,涵盖了较为常见但难以处理的肝病,以及发病率极低、临床对之认识不足的罕见病例。这些病例的梳理展现了笔者扎实的理论基础和缜密的临床思维。例如,对不明原因肝硬化病例,作者们讨论了肝组织活检与免疫学标志物联合应用在鉴别自身免疫性肝炎与脂肪性肝炎中的价值;对慢加急性肝衰竭病例,讨论了血液净化治疗方案的优化与调整;对不明原因的发热病例,讨论了病原微生物宏基因组分析的价值;对儿童和青少年肝损伤病例,讨论了基因检测的应用与结果判读等问题。而专家们的精彩点评不仅丰富了诊断与治疗的思路,也扩展了疾病的内涵,起到为读者指点迷津、开阔读者思路的作用。

上海疑难肝病俱乐部的发展离不开众多专家的支持和帮助,感谢他们参与本书编写工作。希望未来能有更多专家参与到本系列图书的编写中,使本系列图书成为大家



共同学习交流的平台。希望通过本书能扩大疑难肝病的学科影响,培养青年医师,提高疑难肝病的诊治水平,为更多的患者提供更精准的诊疗方案。

复旦大学附属华山医院终身教授

翁心波  
2023春

# 目 录



## 第一章 感染性疾病

- |                        |    |
|------------------------|----|
| 1. 高热、胸痛 7 个月余,肝内最终现端倪 | 3  |
| 2. 不明原因发热伴腹痛:巴尔通体肝脓肿   | 11 |
| 3. 疑似肝内胆管癌的肝梅毒树胶样肿     | 16 |

## 第二章 自身免疫性疾病

- |                            |    |
|----------------------------|----|
| 4. “似瘤非瘤”的硬化性胆管炎           | 25 |
| 5. 不明原因肝硬化:AIH 还是 NASH     | 35 |
| 6. 自身免疫性肝炎合并新型冠状病毒感染       | 44 |
| 7. 不明原因肝衰竭:自身免疫性肝炎还是肝豆状核变性 | 52 |
| 8. 肝移植术后新发自身免疫性肝炎          | 57 |
| 9. 发热伴淋巴结肿大、肝酶异常           | 64 |

## 第三章 遗传代谢性疾病

- |  |     |
|--|-----|
| 10. 青少年重度脂肪肝、肌无力:多种酰基辅酶 A 脱氢酶缺乏症         | 75  |
| 11. NOTCH2 基因突变相关的 Alagille 综合征          | 84  |
| 12. “黑肝”探因:血红蛋白 H 病                      | 92  |
| 13. 反复不明原因转氨酶升高:遗传性血色病                   | 99  |
| 14. 儿童急性肝衰竭伴严重溶血性贫血                      | 105 |
| 15. 转氨酶升高伴免疫球蛋白 G 升高、自身抗体阳性:AIH 还是 ABCB4 | 114 |

## 第四章 肝脏肿瘤性疾病

- |                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 16. 疑似肝脓肿的肝细胞癌                | 123 |
| 17. 儿童反复腹痛伴肝内胆管扩张             | 130 |
| 18. 以巨大肝、亚急性肝衰竭为表现的肝黑色素瘤      | 137 |
| 19. 以顽固性低血糖和腹泻、腹痛为表现的肝脏神经内分泌癌 | 146 |

## 第五章 血管性疾病及非肝硬化门静脉高压

- |                           |     |
|---------------------------|-----|
| 20. 特发性非肝硬化门静脉高压症         | 155 |
| 21. 诊断为布-加综合征的非肝硬化门静脉高压   | 161 |
| 22. 以顽固性腹水为表现的 POEMS 综合征  | 169 |
| 23. 不明原因反复上消化道出血:系统性淀粉样变性 | 178 |
| 24. 一“叶”知“心”:缩窄性心包炎       | 185 |

## 第六章 其他

- |                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| 25. 从黄疸、脾大病例说起:原发性骨髓纤维化继发肝脏髓外造血 | 195 |
| 26. 脾大寻因:脾边缘区淋巴瘤                | 201 |
| 27. 血液净化治疗扭转慢加急性肝衰竭             | 208 |
| 28. 热射病导致急性肝衰竭                  | 214 |

# 第一章

## 感染性疾病



## 高热、胸痛 7 个月余，肝内最终现端倪



### 题记

患者中年女性，海鲜餐馆厨师，间歇性发热、胸痛、上腹部不适 7 个月余。胸部 CT 显示左下肺炎症伴肺不张，胸膜肥厚粘连，纵隔淋巴结肿大。多次行血液、痰液、肺泡灌洗液病原培养均阴性。支气管黏膜、肺、胸膜活检均未能明确诊断，常规抗感染治疗效果不佳。最终通过肝脏、肝门淋巴结活检，确诊为“播散性非结核分枝杆菌病”。非结核分枝杆菌病发病率低，临床表现不典型，常易被漏诊或误诊。因其对一线抗分枝杆菌药物耐药率高，不良反应多，预后不佳。该例患者为播散性非结核分枝杆菌病，病情更重，病死率极高。

### 病史摘要

#### 入院病史

患者，女性，44 岁，福建仙游人，厨师。

#### 主诉

发热、胸痛、上腹部不适 7 个月余，腹痛加重伴皮肤黏膜黄染 4 天。

#### 现病史

7 个月前患者无明显诱因出现发热，体温持续波动于 37.8~39.3℃。双侧胸部及上腹部胀痛，左侧为甚。遂就诊当地医院，入院后查白细胞计数  $29.3 \times 10^9/L$ ，胸部计算机断层扫描(CT)：双肺炎症，左侧胸腔积液。给予“头孢米诺、左氧氟沙星”抗感染治疗 1 周，症状无缓解，白细胞计数进一步升高。后转诊至联勤保障部队第九〇〇医院呼吸内科。入院后复查胸部 CT：双侧肺炎，左下肺炎症伴肺不张，胸膜肥厚粘连，纵隔淋巴结肿大。住院期间多次行支气管镜下黏膜活检及 CT 引导下肺穿刺活检，病理：肺间质及肺泡内泡沫细胞及炎细胞浸润，符合间质性肺炎，送检标本中未见肿瘤细胞。血液结核抗体、结核菌感染 T 细胞斑点试验(T-SPOT)均为阴性；痰涂片抗酸染色、痰培养、血培养均阴性。先后给予“头孢硫脒、莫西沙星、

利福霉素、氟康唑”抗感染治疗,患者热峰下降,白细胞计数、C反应蛋白下降,但复查胸部CT提示肺部炎症、左侧胸腔积液无明显吸收。住院治疗33天后带药出院,出院后仍间歇性发热、胸痛伴咳嗽、气促。2个月前患者因发热、胸痛加重再次就诊,复查胸部CT提示左下肺炎症伴肺不张、胸膜肥厚加重。为明确诊断及消除胸痛症状,于胸腔镜辅助下行“左侧胸膜剥脱术+左下肺叶切除术”,病理:胸膜增厚,纤维组织增生,急慢性炎症细胞浸润伴纤维素性渗出;肺组织炎性增生,间质增厚,纤维化,灶性出血,肺泡Ⅱ型上皮增生,符合炎性假瘤。术后患者胸痛较前缓解,但仍有间歇性发热。本次入院前4天发热加剧,伴上腹部疼痛,体温持续在39℃以上,并出现皮肤黏膜黄染。实验室检查肝、肾功能异常,上腹部CT:肝脾大,胆囊结石伴胆囊炎。为进一步诊治,就诊肝胆内科。

### 既往史

无高血压、冠心病、糖尿病病史,无肝炎、结核等传染病史及其接触史,无食物及药物过敏史。

### 个人史

从事海鲜餐馆厨师10年余,长期接触鱼、虾、贝、蟹等水产品。生长于原籍,无疫区、疫水接触史,无放射线及毒物接触史,无冶游史,无烟酒等不良嗜好。否认特殊用药史,否认家族慢性肝病、遗传病史。

### 入院查体

体温38℃,脉搏94次/分,呼吸20次/分,血压112/72 mmHg。神志清,急性面容,消瘦貌,皮肤黏膜及巩膜黄染。全身浅表淋巴结未触及肿大,左侧后胸部可见一长约17 cm斜行陈旧性手术瘢痕,左下肺呼吸音减弱,双肺可闻及细小湿啰音,左下肺呈支气管呼吸音,未闻及胸膜摩擦音。腹部平坦,肝于肋缘2 cm可触及、脾未触及,墨菲征阳性,移动性浊音阴性。右腕关节外侧可见一3 cm×2 cm灰色结节,高出皮肤,无红肿和破溃,其他部位皮肤未见异常。

### 入院诊断

胆囊结石伴胆囊炎;肺部感染;左肺下叶切除术后(炎性假瘤)。

### 实验室检查

血常规:白细胞 $27.55 \times 10^9/L$ ,中性粒细胞79%,嗜酸性粒细胞 $0.12 \times 10^9/L$ ,血红蛋白129 g/L,血小板 $226 \times 10^9/L$ 。

肝功能:谷丙转氨酶79 U/L,谷草转氨酶61 U/L,碱性磷酸酶206 U/L, $\gamma$ -谷氨酰转肽酶320 U/L,总胆红素 $141.8 \mu\text{mol/L}$ ,直接胆红素 $77.9 \mu\text{mol/L}$ ,白蛋白30 g/L。

凝血功能:凝血酶原时间16秒,国际标准化比值1.39。

炎症反应:C反应蛋白199 mg/L、降钙素原2.5 ng/mL、红细胞沉降率86 mm/h。

免疫学:IgG 24.58 g/L, IgM 1.98 g/L, IgA 1.08 g/L; CD4<sup>+</sup>细胞24.7%, CD8<sup>+</sup>细胞36%, CD4<sup>+</sup>细胞/CD8<sup>+</sup>细胞=0.69:1。

病原学:嗜肝病毒、非嗜肝病毒、梅毒、人类免疫缺陷病毒(HIV)、布氏杆菌、钩端螺旋体、

结核菌素试验(PPD 试验)等血清标志物均阴性。

肿瘤标志物:均阴性。

### 辅助检查

胸部 CT:左侧胸腔积液,双侧胸膜肥厚,双肺炎症伴纵隔淋巴结肿大(图 1-1)。

腹部 CT:肝脾大,胆囊结石伴胆囊炎,肝门部和腹膜后淋巴结肿大(图 1-1)。

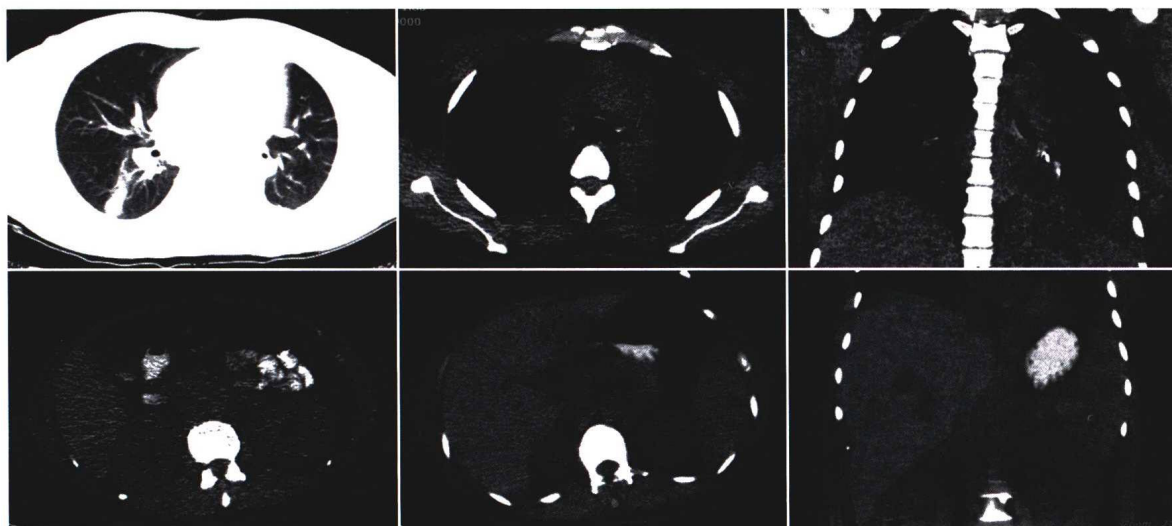


图 1-1 胸腹部 CT

### 入院后诊疗经过及随访

患者中年女性,反复发热伴胸痛 7 个月余。发病初期,咳嗽、咳痰、胸痛等肺部症状突出,多次查胸部 CT 均提示肺部炎症。行“左侧胸膜剥脱术+左下肺叶切除术”,病理提示炎性假瘤。本次患者因发热、胸痛加重,且出现上腹部疼痛和皮肤黏膜黄染再次入院。入院后腹部 CT 提示胆囊结石伴胆囊炎。给予“美罗培南、利奈唑胺、米卡芬净”联合抗感染治疗,对症退热、补液、化痰、保肝、退黄等治疗。多次留取血液、痰液、肺泡灌洗液、尿液、粪便培养,均无阳性发现。完善骨髓培养及骨髓活检,无异常发现。再次复查 PPD 试验、结核抗体、痰涂片找抗酸杆菌,均为阴性。

经上述处理患者体温逐渐下降,黄疸渐消退,肝生化指标恢复正常。复查腹部彩超:胆囊壁毛糙、增厚伴泥沙样结石;肝门部、腹腔及腹膜后多发实性肿块,考虑肿大淋巴结声像。为进一步明确病因,经患者及其家属知情同意,转入肝胆外科行“胆囊切除+肝组织活检+腹腔淋巴结活检”。开腹后发现肝脾大,肝脏表面多发白色结节状隆起,质地坚硬;肝门部淋巴结肿大。肝活检病理:肝小叶结构存在,肝细胞水肿伴点状坏死,汇管区淋巴细胞浸润伴肉芽肿形成,未见凝固性坏死(图 1-2A、B);肝门部淋巴结病理:肉芽肿性病变,肝组织、肝门淋巴结金胺 O 及抗酸染色均找到抗酸杆菌,光镜下菌体形态符合非结核分枝杆菌(non-tuberculous mycobacteria, NTM)特征(图 1-2C~F)。

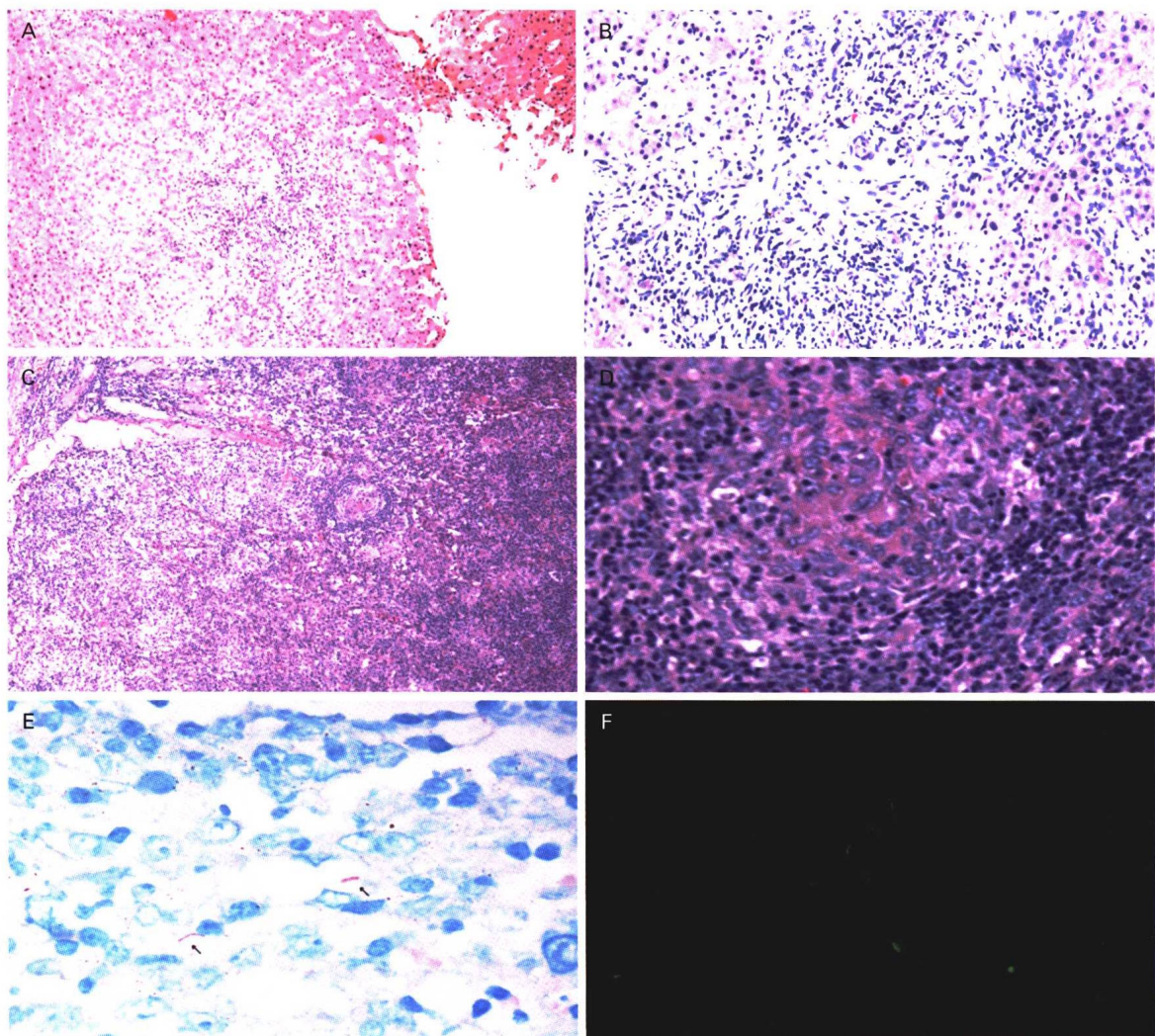


图 1-2 肝脏、肝门部淋巴结病理

A. 肝组织低倍镜: 汇管区扩大伴炎性细胞浸润及肉芽肿形成; B. 肝组织高倍镜: 汇管区明显扩大伴淋巴单核样炎症细胞浸润及肉芽肿形成, 汇管区胆管尚存; C. 肝门部淋巴结中倍镜: 淋巴结结构消失, 被膜下窦尚存, 淋巴结内散在的微小肉芽肿形成; D. 肝门部淋巴结高倍镜: 淋巴结结构消失, 局灶上皮样肉芽肿形成; E. 抗酸染色: 肝门淋巴结组织中可见抗酸染色阳性杆菌, 呈红色, 杆状或弯曲状; F. 金胺 O 染色: 肝门淋巴结组织经荧光染色镜检可见少量亮绿色荧光, 呈杆状或弯曲状

依据临床症状、影像学表现及病理结果, 诊断为播散性非结核分枝杆菌病 (disseminated non-tuberculous mycobacterial disease, NTM 病), 抗菌药物调整为“吡嗪酰胺+乙胺丁醇+异烟肼+左氧氟沙星+阿米卡星+克拉霉素”, 继续保肝及对症支持治疗。患者发热、胸痛症状好转。住院治疗 2 周, 病情无反复, 遂带药出院, 继续抗分枝杆菌治疗。

随访: 患者半年后再次出现发热伴胸部、腹部疼痛, 考虑分枝杆菌耐药, 给予调整抗分枝杆菌药物, 但治疗效果欠佳, 约 2 个月后患者死亡。

## 临床关键问题及处理

· **关键问题 1** 该患者诊断为“非结核分枝杆菌感染”的结论可靠吗？为何 NTM 感染诊断如此困难？

该患者在行剖腹探查前多次行痰液、肺泡灌洗液、血液、骨髓等培养，均未检出致病菌。肺及胸膜切除标本病理诊断为“炎性假瘤”，抗酸染色未检出抗酸杆菌。但剖腹探查发现患者肝脏表面有明显的结节样病灶，肝门部淋巴结肿大，肝组织、肝门部肿大淋巴结病理可见“肉芽肿性病变”，金胺 O 及抗酸染色均找到抗酸杆菌(图 1-2)。因此，分枝杆菌感染的诊断是可以成立的。一般情况下，结核杆菌镜下长  $2.5\sim 4\ \mu\text{m}$ ，宽  $0.3\sim 0.6\ \mu\text{m}$ ，麻风杆菌镜下长  $4\sim 7\ \mu\text{m}$ ，宽  $0.3\sim 0.5\ \mu\text{m}$ ，而本例抗酸杆菌镜下长  $6\sim 13\ \mu\text{m}$ ，宽  $0.5\sim 0.9\ \mu\text{m}$ ，较前两者更粗、更长，形态符合 NTM。肝脏、淋巴结均可见“肉芽肿性病变”。结合患者长期发热、白细胞计数升高等全身感染的临床表现，最终临床诊断为“播散性非结核分枝杆菌病”。

主要诊断依据为：①从事暴露 NTM 高风险职业，患者发病前为海鲜餐馆的厨师，长期宰杀和烹饪鱼、虾、贝、蟹等海产品，而海产品是最易寄生分枝杆菌的媒介。患者经常接触海产品，并有多次被海产品刺伤皮肤和肌肉的经历，有暴露和感染 NTM 的机会。②免疫功能低下，患者入院查  $\text{CD4}^+$  细胞 24.7%， $\text{CD8}^+$  细胞 36%， $\text{CD4}^+$  细胞/ $\text{CD8}^+$  细胞值明显降低，提示患者 T 细胞免疫功能低下，属 NTM 易感人群。但其 HIV 抗体阴性且未服用免疫抑制剂。美国 NTM 感染死亡病例中，2% 的患者存在原发性免疫功能缺陷。③皮肤可疑感染病灶，患者右腕关节外侧可见一  $3\ \text{cm}\times 2\ \text{cm}$  灰色结节，但没有红、肿、热、痛的局部炎症表现。追问病史患者叙述该病灶发生在出现发热、胸痛以前，是在处置海产品外伤后形成的，受伤时有局部红肿和疼痛，提示 NTM 皮肤感染可能。④发热、乏力、食欲减退、体重降低等全身感染的临床表现和白细胞计数、C 反应蛋白、红细胞沉降率升高等感染性疾病的实验室依据。⑤肝脏、肝门部淋巴结、肺及胸膜“炎性肉芽肿”病变，并且肝组织和肝门部淋巴结抗酸染色及金胺 O 染色阳性。

该患者为何此前经历了多次活检仍难以明确病原学诊断呢？NTM 与结核分枝杆菌在菌体成分和抗原上有许多共同性，病理改变与结核相似，两者较难鉴别。病理取材少、取材不准及疾病不同阶段的病理变化各不相同，加大了诊断难度。病原学标本采集干扰因素多：部分 NTM 需要在特殊环境下培养(如嗜血分枝杆菌在含铁离子的培养基上才能生长；蟾分枝杆菌最佳生长温度为  $45^\circ\text{C}$ ；溃疡分枝杆菌培养需要  $8\sim 12$  周)；NTM 广泛存在于自然界，需区分污染或定植导致假阳性；不同临床标本分离培养的 NTM 临床意义不同(痰液标本需多次培养阳性才可诊断；活检组织来源的标本分离到 NTM 可考虑为致病菌)。为提高临床实验室 NTM 检验水平，《非结核分枝杆菌病实验室诊断专家共识》根据各地 NTM 分离率的不同，对诊断流程进行了规范(图 1-3)。该患者由于当时没有留取新鲜组织标本，只能通过蜡块组织提取病菌的 DNA 应用多色熔解曲线等高灵敏度病原学检测方法确诊。

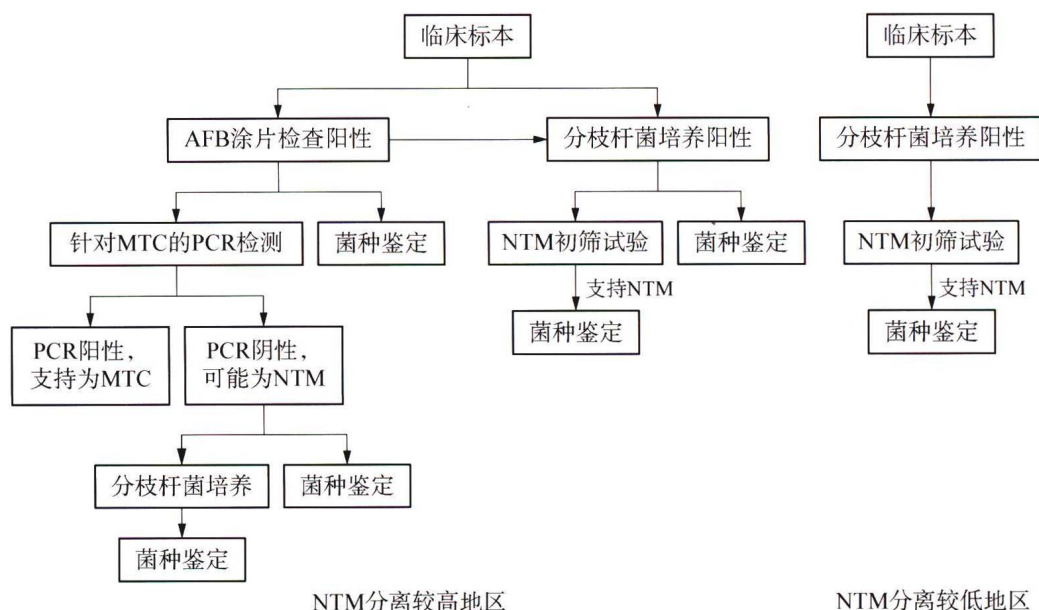


图 1-3 NTM 实验室筛查推荐流程

AFB: 抗酸杆菌; MTC: 结核分枝杆菌复合群; PCR: 聚合酶链反应; NTM: 非结核分枝杆菌

## · 关键问题 2 长期发热患者的诊断难点与处理对策有哪些？

该患者是 1 例典型的长期不明原因发热 (fever of unknown origin, FUO) 患者, 间歇性发热长达 7 个月之久。造成延误诊断的主要原因: ① 非结核分枝杆菌感染临床相对少见, 临床医师对其缺乏充分的认识, 诊治经验不足。② 感染部位相对隐蔽。非结核分枝杆菌最常见的感染部位是皮肤、软组织、肺部和淋巴结, 而该患者没有明显皮肤病灶, 肺部和胸膜虽然有炎性病灶, 但抗酸杆菌染色为阴性, 很可能为分枝杆菌感染引起的反应性增生, 这是该病延误诊断的最主要的原因之一。③ 致病的病原微生物以常规方法难以分离和鉴定。细菌培养是最常用的病原微生物诊断方法之一, 但是多数分枝杆菌生长缓慢, 很难从免疫功能正常的感染者血液中培养出来, 偶然能从播散性分枝杆菌感染者血液中培养出快速生长的分枝杆菌, 该例患者也是如此, 多次血培养均未能培养出分枝杆菌, 最后通过肝脏和肝门部淋巴结活检组织中发现了分枝杆菌。从菌体形态特征上判断为非结核分枝杆菌, 结合临床和病理特征诊断为播散性非结核分枝杆菌病。尚需通过更加精准的分子诊断技术确定具体分枝杆菌种类。

处理对策: 发热时间越长诊断难度越大, 通过非侵入性辅助检查 [如血液、痰液、尿液、粪便检验和超声、磁共振成像 (MRI) 或 CT 等影像学检查] 手段获得最终诊断的可能性越低。需要拓宽鉴别诊断的思路, 在进一步排除常见病、多发病的同时, 应根据患者个体的临床特征, 考虑其他少见或者罕见病的可能性。抓住患者显露的“蛛丝马迹”挖掘具有“定位”价值的潜在诊断线索, 并积极应用侵入性诊断手段获取检测样本是确立诊断的关键。该患者能最终确诊是因为 CT 发现肝大、肝门部淋巴结肿大, 而后进行开腹探查, 通过病理检查最终找到了客观诊断证据。