维普资讯 http://www.cqvip.com

种手术器械的正确使用和用途，在海绵上示教切开、止血、结扎、缝合；然后学员两人一组进行练习。教员巡回指导，使学员能正确掌握各项基本操作。

三、无菌技术（6学时）：教员示教，学员分组练习洗手，穿手术衣，戴手套，消毒，铺手术单。为方便教学，我们用环氧树脂制作了人体腹部模型供学员练习使用。在教学过程中；我们特别强调有菌和无菌，相对无菌和绝对无菌，使学员树立牢固的无菌观念。

四、通过动物手术进行强化训练：在第一阶段的教学中，我们着重强调了每一个基本操作的规范化和标准化，在学员基本掌握操作后，通过动物手术示教，将所学的基本操作进行连贯和组合练习，然后再进行动物手术。为了培养学员认真负责和科学的工作态度，要求学员进手术室前必须更衣，戴好口罩帽子。实验用狗每组一条，固定使用，分圈喂养。由学员麻醉，手术，术后要求观察护理，为了加强学员的责任心，重视手术效果，规定每个手术小组如全学期只用一条狗，期末就加分，用狗三条以上则扣分，增强了学员的爱伤观念。为了强化学员手术基本技能的训练在手术过程中，我们将教师抽查与学员自查相结合，检查学员的基本操作是否规范和正确，通过采用细菌培养方法检查学员自查学员洗手质量。

五、通过考核督促学员练习：考核一般安排在期中，由教员逐个对学员进行面试。内容包括无菌技术与基本操作，操作除必须正确外，还要求达到一定的熟练程度。这有效地督促了学员练习，使教员及时掌握每个学生的练习情况，并且将考核作为平时成绩计入总分。

46-48

1例异位肝并发原发性肝细胞肝癌并文献复习

兰州医学院第二附属医院普外科 王明昭 王世文
（甘肃兰州，邮政编码730030）

R657.3

〔摘要〕异位肝临床罕见，但异位肝并发原发性肝细胞癌则并非少见。国内现有报道异位肝10例（1例可见2处异位肝），其中并发原发性肝细胞癌者4例，连同本文报道的1例，癌的发生率为45%（5/11），，兹就结合国内文献进行讨论。

〔关键词〕原发性肝细胞癌；异位肝。

异位肝临床罕见，截止目前国内仅报道1例，其中并发原发性肝细胞癌者4例。作者于1985年3月收治异位肝原发性肝细胞癌1例，现结合国内报道的10例进行讨论。

病例介绍：患者，男，56岁。病理号33957。因右上腹包块3月余，伴腹胀、进行性消瘦，于1985年3月6日以上腹部包块收住院。既往无肝病史。体查：生命体征正常，呈慢性病容，消瘦，剑突下偏右可触及约6×7cm大小、表面光滑、质硬、界限清楚、活动差、无压痛的肿物。肝扫描：肝影位置、外形正常，放射线分布基本均匀，未见明显秒疏和缺损区，提示腹部包块与肝脏无明显关系。B超：肝形态正常，门静脉和胆总管轻度抬高，下腔静脉前方纵切可见一9×3cm的实质性光团，界限尚清楚，光点分布明显不均，与肝分界清楚，提示腹膜后肿瘤。化验：肝功正常。HBsAg阴性，AFP5次检查3次阳性。

手术：剖腹探查见肝形态、色泽、质地正常、肿瘤自肝胃韧带后方向腹腔突出，并与肝的脏面粘连，分离粘连后见肿瘤包膜完正，血管丰富，来源于腹膜后腔静脉旁，与腹主动脉、肠系膜上、下动脉关系密切。手术切除肿瘤，患者恢复顺利。出院后化疗。病理诊断：上腹腹膜后异位肝原发肝细胞癌。10个月后患者因肿瘤复发再次住院手术，术中见肝胃韧带间有一约15×15×15cm大小肿物，胃小弯、肝左叶、胰体、尾、腹主动脉均受侵犯，胆总管右移，行充分减瘤术，S-Fu冲洗腹腔，关腹。病理诊断同前。出院3个月后又因肿瘤复发、部分性肠梗阻行第3次手术，见肿瘤已呈15×15×20cm大小，广泛侵犯周围脏器、肠管、固有肝表面、腹膜、盆腔等，行再次减瘤术并解除肠梗阻，瘤内置管，术后化疗及全身支持治疗，病情无改善，终因全身衰竭而死亡。

维普资讯 http://www.cqvip.com

讨论：异位肝形成原因①当肝胚胎初期，肝憩室头枝芽状突起伸入附近的原始横膈和脏壁两层腹系膜时，由于原始肝细胞的迷失，使迷失的肝细胞分化构成独立的肝组织；②在胚胎时期，胸腔和腹腔的导管是开放的，肝组织可通过导管迷入胸腔〔11〕，这样就形成了膈肌上下、上腹腹膜后或肠系膜根部异位肝；③肝脏原基在胚胎第四周初期形成肝憩室，在憩室分成头尾枝时受到某些因素的影响，而使分枝发生异常，往往形成胆囊壁和胆囊周围异位肝；④在解剖学上，肝脏是一个由分叶器官融合而成的整体器官，胚胎过程中受到外力压迫，可使融合发生障碍，导致肝脏呈部分性或完全性分叶，构成临床上带蒂肝或分叶肝；⑤异位肝最初可能就是一个附加肝叶，由于其连接血管蒂退化，使其成为与主肝没有联系的肝组织；本例发生原因可能是在下腔静脉形成过程中，当两侧下主静脉吻合时，由于某种因素的影响，迷入了肝组织而形成的〔11〕。所以异位肝又称副肝、迷走肝、带蒂肝、或分叶肝，均属先天性畸形。

异位肝发生部位各家报道不一，国外报道7、例〔11〕，位于胆囊周围最多，占38.2%；上膜部下腔静脉处最少，仅1例〔11·12〕。国内报道10例，连同本例11例，以膈肌上、下最多(4例)，占36.4%，其次为胆囊（2例），占18.2%。

病理：异位肝在不并发疾病时，色泽、质地酷似固有肝，但体积针别较大，小的只能在显微镜下看到〔11〕，大的直径可达23cm〔13〕，本例直径为9cm，多具有完整的包膜，独自的血液供应。国内报道的异位肝未发现有胆汁滞留现象，有人推测胆管是开通的，胆汁排泄量少，通过其蒂部的毛细胆管向后腹膜排泄，极微量的胆汁被后腹膜吸收。本例亦未发现有明显的胆道组织学结构，故推测，异位肝可能不具有正常的胆汁分泌功能。这种血供和胆汁排泄系统的变异，使异位肝不具有完整的格林森系统，从而易导致异位肝细胞的变性和肝组织疾病的发生。在组织学上，与固有肝结构极为相似，但肝小叶结构多不完整，甚至呈炎症性改变，或脓肿形成〔2·11·13〕，由此可见，异位肝实属不正常肝脏。

异位肝癌变 国内资料呈高发状态，占45.7%（5／11），国外资料虽低于国内，但也占9.5%〔11·12〕，发病年龄40～56岁，平均47.6岁。肿瘤类型均为肝细胞性肝癌，临床上转移较晚，以骨、肺转移多见，本例则以局部浸润和广泛种植为主。AFP测定，国内2例阴性、3例阳性，低于固有肝癌，有人指出〔10〕，AFP的产生与肝癌细胞的分化程度有关，是肝癌细胞分化某一阶段的产物，只有当肝癌细胞分化程度低，控制产生AFP的有关基因失去控制，该类细胞犹如胚胎型肝细胞，方能产生AFP。国内AFP偏低，可能与此原因有关。

诊治：异位肝一般无明显临床表现，几乎所有病人都是在体查或诊治其它疾病时偶然发现。B超、CT、核素扫描及磁共振等虽对本病有一定的诊断价值，但不能确定其性质及组织学来源，最后确诊常需剖腹探查和病理学检查。

综上所述，异位肝并发肝癌率高，因此，一经确诊，均应手术切除；对已并发肝癌者，因转移较晚，更应行肿瘤的完整切除或减瘤术，术后进行肝瘤的综合性治疗，提高疗效。

参考文献

1.卫东明.异位肝，中华外科杂志 1965；13(8)：720.

2.邢荣贵.膈上异位肝1例报告，中华医学杂志 1979；59：301.

3.冷省三，等.副肝1例报告，中华医学杂志 1982；62(6)：342.

4.刘秉山.肠系膜异位肝并发巨大原发性肝癌，中华外科杂志 1984；22(1)：42.

5.朱大林.位于胆囊体部的副肝1例，实用外科杂志 1985；5(2)：78.

6.石家仁，等.副肝原发性肝细胞癌1例.中华肿瘤杂志 1986；8(4)：264.

7.关仁龙.外伤性副肝破裂1例，重庆医药 1986；15(2)：26.

8.张洪都.异位肝原发性肝癌1例，癌症 1987；5：347.

9.韩杰，等.带蒂肝细胞癌1例，中华肿瘤杂志 1991；13(1)：12.

10.何德华，等.人体肝癌和肝周宿主肝甲种

维普资讯 http://www.cqvip.com

胎儿蛋白免疫酶标记定位及其形态学的观察，中华医学检验杂志 1981；6（1）：12.

11.山下 正己.副肝硬化合并肝癌，肝脏（日） 1985；26（4）：510.

12.下山 孝俊.有蒂性肝细胞癌的临床一自验4例和本例的病理形态学的检讨，肝脏（日） 1986；27（2）：227.

13.Pujari B·D·et al·symptomatic accessory lobe of Liver With a review of the Literature. Postgrad Med J· 1976；52：234.

阑尾切除术方法的部分改进

冶金工业部华北矿建第二井巷职工医院 **刘悦文**

（河北沙河，邮政编码050041）

阑尾切除术是最常见的腹部手术之一。多年基层外科工作体会，若能将手术步骤、方法或一个环节进行改进，缩短手术时间，减少损伤，利于康复，减轻患者负担及痛苦是非常有益的。笔者自1989年以来通过临床探讨及术中对其解剖关系的进一步研究，改进了几个步骤的操作方法。通过398例的实践体会现总结如下：

1.一刀切开腹外斜肌腱膜：以麦氏切口为例。切开皮肤皮下组织后充分显露腹外斜肌腱膜，持刀沿稍短于切口的长度一次切开此腱膜。此时切开不可过度用力免得损伤肌组织招致出血。这种切法缩短了原需切小口，再以剪刀置入钝性分离分别向两端延长剪开的时间。

2.一把止血钳分离肌组织：切开腱膜后拉开暴露肌组织。术者以一把止血钳于中心段钝性挫入肌组织中，尽量横行分开，术者或助手即以一把拉勾置入并向一端牵拉，术者再以未退出之止血钳向另一端扳拉，助手即再置入另一把拉勾既可充分拉开肌组织。此做法缩短了术者助手各持钳相反复挫入肌组织反复扩张后再置入拉勾的时间。亦避免了反复挫入使肌组织（尤其肌束）受损伤的可能。

3.腹膜小切口牵开：分离肌组织暴露腹膜后，于中心点，术者持钳沿外侧钳夹提起，此时无需再以以刀柄试验所钳起之腹膜下有肠管及网膜组织，持刀在钳尖处切一小口，置入无钩大镊子尽力横行分开即可置入一把拉勾，再以未退出之镊子向对端扳拉，置入另一拉勾充分牵拉即顺利进入腹腔。缩短了两把止血镊提起腹膜再于中心点切开向两端延长剪开的时间，亦缩小了腹膜的锐性损伤。

4.S型荷包缝线：行阑尾残端荷包缝线时，可行“S”型或反“S”缝入，缩短了缝线时绕盲肠壁或阑尾残端一周的时间，亦避免了缝线接触残端污染的机会（先切阑尾后缝荷包线）。这样缝法并不违背荷包埋藏的原则及质量。

5.一根线贯穿结扎闭合腹膜：手术结束关腹时，腹膜层间断排钳提起以一针一线缝合腹膜两缘（可于切口之腹膜中心）。此时可使提起腹膜之止血钳并成一束，结扎即可。此法避免了间断缝合一针一线或连续缝合的费时及腹创面接触腹腔组织形成的粘连。由于腹膜腔面是光滑的。加之无结扎间隙从而可予防腹壁粘连及渗液性脓肿或感染的形成。

6.小切口皮肤不再缝合：根据患者体质胖瘦情况及阑尾术前诊断病理改变程度，手术时行小切口，一般不超过4cm，小切口组织损伤小，组织内异物少，减少感染机会。手术后关闭切口缝合皮下组织时，视皮下组织厚薄确定缝针的深浅，行紧贴皮下内翻水平褥式或两端分别“Z”字形缝合。打结后使线结藏于切口内之皮下使皮肤的切口缘紧密对合，即减少了皮肤的再次缝合。切口时必须充分止血，避免活动性出血或皮下血肿。

这种缝合缩短了皮肤再缝合的时间及皮肤的再次损伤；减少皮肤缝线性皮炎的形成机会。尤其对一些卫生习惯或条件不好的患者，更减少了皮肤再次损伤及缝线感染的不良后果。对小儿患者，减少了拆线时所造成的恐惧哭闹现象。亦或成年人也减少了对拆线害怕痛的心理，乐于被患者及家属接受。