

精选图片图示 1000 幅

肿瘤外科

疑难问题

—经验与教训

编 著
审 校

余宏迢

王建璋

张克利



人民卫生出版社

肿瘤外科

疑难问题

—经验与教训

编 著
审 校

余宏迢

王建璋 张克利



人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

肿瘤外科疑难问题——经验与教训/余宏迢编著. —北京:
人民卫生出版社, 2003

ISBN 7-117-05317-8

I. 肿… II. 余… III. 肿瘤-外科学
IV. R730.56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 110194 号

肿瘤外科疑难问题——经验与教训

编 著: 余 宏 迢

审 校: 王建璋 张克利

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

印 刷: 北京人卫印刷厂(宏达)

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 32

字 数: 748 千字

版 次: 2003 年 5 月第 1 版 2003 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-05317-8/R·5318

定 价: 198.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

作者简介



余宏迢，1953年毕业于上海第二军医大学医疗系，同年调北京协和医院外科工作。1957年于天津人民医院卫生部肿瘤医师进修班学习，1958年至今在中国医学科学院肿瘤医院外科工作，历任医生、外科副主任、腹部外科主任、主任医师，教授，并曾任中国癌症研究基金会常务理事、中国抗癌世纪行（1999）专家委员、全国大肠癌协作组副主任委员、全国乳腺癌专科研究组委员、国际大肠癌临床随机研究中国负责人之一、首届海峡两岸普外科学术交流会学委会委员和国内多种肿瘤杂志编委，以及数十家医院的顾问和客座教授等职务。

余宏迢教授从事肿瘤外科工作40余年，比较全面地掌握了肿瘤外科的基础理论和专业知识，积累了丰富的临床经验，尤其在乳腺癌、大肠（直肠）癌、软组织肿瘤、胃癌，肝、胆和胰腺癌等外科疑难重症的诊疗方面均取得较好的效果。

余宏迢教授首先在国内成功地研制了直肠吻合器和直肠手术特殊器械，经临床使用鉴定均获得满意结果，并向全国推广，受到好评，1979年获中国医科院科研成果荣誉奖。肝海绵状血管瘤缝扎术在国内首次获得成功，获1995年中国医科院科技成果二等奖。参与撰写的《常见癌症的病因及预防》一书获1997年卫生部科技进步三等奖。《乳腺肿瘤诊治图谱》获1999年河南省医药卫生技术成果二等奖。“乳房模具”于2002年7月获国家专利、8月获第二届香港中华专利技术博览会金奖。在国内外专业杂志上发表论文100余篇。参与12部专著的编写，著书3本。培养了一大批青年医师、进修生、硕士及博士研究生。1992年国务院授予“卫生事业突出贡献”证书并享受政府特殊津贴。

序

自从我国第一部大型肿瘤临床参考书《实用肿瘤学》于1978年问世以来，20多年间，广大肿瘤工作者陆续编纂出版了大量的肿瘤临床专著，极大地丰富了临床医学宝库，充实了我们的精神食粮。这些洋洋大观的著述，总结我国几十年来肿瘤防治研究的经验和成就，同时也广泛介绍了国外先进技术和重大进展，有力地促进了我国肿瘤事业的发展。

在这众多的肿瘤临床专业著述中，主要是结合自身的实际工作侧重介绍国内外新技术，新信息，新进展的编纂之作，集中总结临床经验，提供临床实际参考的著作不多，而对毕生从医的临床经验进行全面系统、深入细致的整理分析、比较研究上升为理性认识的著作更为少见。对此曾与一些资深肿瘤临床学家探讨过，建议分一些注意力对毕生的临床经验加以整理，为后人留一份珍贵的医学遗产。

实践出真知。临床经验来自于临床实践，而且还要再回到实践中去接受检验，实践是检验真理的惟一标准。所以，对于临床经验应当深入总结，反复认识，不断修正，逐步提高形成科学的概念。关于这一点，古今中外的医学发展史上已留下了拂之不去的深深轨迹，即使在现代医学科学的发展提高进程中，也是如此。今天，在我们研究强调证据的循证医学时，也要探索如何将临床经验加以验证，形成具体明晰的科学概念，可度可量的标准。当然，要做到这一点，需要经过长期的努力，运用现代科技手段进行模拟检验。所以，临床经验的总结工作，在现代医学日新月异，科学技术和信息手段高度发达的今天，不仅没失去其重要意义，而为现代医学提供了新的研究内容，赋予了新的任务。

余氏所著《肿瘤外科疑难问题——经验与教训》一书是一部总结临床经验的力作，它的形成非自今日始。正如作者在前言中述及的，它经历了40余年的搜集、整理、积累和分析研究，是毕生从事肿瘤外科临床实践的孕育所得，是“怀胎四十年”，“分娩于一朝”的心血著作，非一般的编写专著可比。在余宏迢教授决意要将自己的临床经验总结成书时，曾与我讨论此事，并且系统展示了他积累的千余幅珍贵照片资料，可谓幅幅精品，令人敬慕。审视良久，我只报以一句话：“你真是有心人！”

本书的特点，除作者在前言中缕述者外，我认为最本质的特点是，把最为普通，最常遇到而又最为棘手的问题，诸如误诊、出血、感染，治疗不当等等，以“举案说病”的方法，一一剖析，使读者既能看到他的普遍性，又能体会到他深层次的复杂内涵（包括个别性与特殊性）。并且还能从问题的由来，处理过程中产生的意料之中和意料之外

的事件，认识到症结的所在，从中汲取教益。这正是作者著述方法的高明之处，值得人们学习。图片的选择和使用是本书成功的一个重要的关键。作者从自己掌握的万余幅珍贵案例图片中精选出了一千多幅。这些精选图片的突出特点是，与典型病例的剖析紧密结合，高度典型化，系列化，使读者可以从中动态地感受疾病发展的进程和转归，给人以不可磨灭的强烈印象，从而加深了对正反经验的理解。

全书以肿瘤病种为序，又不拘泥于序列，也不追求全面和完整。而是以病种为主线，贯穿始终，把种种疑难问题，成功的和失败的经验有机的连缀成一体，使庞杂的内容一下子清晰明朗，井然有序，读起来流畅自然，这实在是举重若轻的手笔，值得他人借鉴。本书内容丰富，涉及广泛，大体涵盖了作者毕生从事肿瘤临床外科所遇到的主要问题。今天能下一番工夫整理出来，以飨读者，特别是供青年临床医生参考，可谓功莫大焉！张克利医师也是从医 40 多年的老肿瘤工作者，她处理文字资料颇具工夫，缜密细致一丝不苟，为本书作了大量的整理工作。襄助之功不可稍没，特着上一笔。

作者邀为作序，因而我有幸先睹为快，对书稿浏览之余感触良深。我衷心地希望能多见到这样的著作，真诚地盼望老一辈肿瘤临床专家们，虽已著作等身，可再鼓余勇，趁精力尚健，思维敏捷的时光，努力整理自己的毕生临床经验，传示后人，再做贡献。序中的一些看法均属一己之见，或有谬误，敬希肿瘤学界朋友指正。

李保康

2002年 12 月

前 言

新中国成立以来,我国肿瘤事业发展突飞猛进,取得了巨大成就。通过临床治疗方法的研究与改进,诊断新技术的引进与应用,目前我国常见肿瘤的治疗已达到国际先进水平,肿瘤专业队伍亦日益壮大。由于肿瘤的临床治疗在全国各地普遍开展,特别是外科治疗尚缺乏较规范的方案,因此,虽在临床工作中积累了很多成功经验,但亦存在一定的失败与教训。作者在40余年的肿瘤临床工作中收集的大量记录经验与教训的真实图像资料,其中不少是国内外同类书籍中罕见,也是作者在本书中首次展示,这些资料极为珍贵。作者应肿瘤临床工作者的要求,为了提高肿瘤临床医疗质量的需要,尤其是改进肿瘤外科的诊断治疗水平,总结了工作中所遇到的疑难问题和经验教训,编写成册以供同道共享。如果本书能真正给读者以启迪和在实际工作中有所借鉴,从而提高诊治水平,最终使广大肿瘤患者有所受益的话,作者将感到最大欣慰。

本书特点:1. 集中作者多年工作经验和本领域的关键问题,具有较好的实用价值。为了实用,编写力求以一种较新的方式,从一个较新的角度,以图像为主、形象直观、文字简洁明了、易懂,便于临床工作者和医学院校师生参考。2. 我国民间谚语:“百闻不如一见”。本书不是一般教科书,重点在于经验总结,充分用图像展示,以扼要的文字说明,然后在图片上标示症结所在,一目了然,真是“万言不如一图”。这样可以增强读者对工作中出现问题的理性及感性认识,从中吸取教训,有所受益和提高。3. 作者通过软组织肿瘤、乳腺肿瘤、胃肠道肿瘤等16类常见肿瘤治疗的体会:“恶性肿瘤合理的治疗只有一(首)次。”一个肿瘤外科临床工作者必须清楚地认识到,即使是患同类癌瘤的每一患者,在设计治疗方案时都应根据病人的特定情况,个别对待,设计相适应的治疗方案。只有这样才能取得最佳的疗效和预后。4. 本书展示了日常临床肿瘤诊治工作中出现较疑难的问题,如何发现和正确处理。5. 对与癌瘤相似疾病的鉴别诊断和处理。6. 全书展示了以外科手术为主的综合治疗在肿瘤治疗中的作用。虽然开展了综合治疗,更要求肿瘤外科医师具有较高的技术水平。

全书内容来自作者的临床实践。书中的1104幅图片是从我院开院(1958年)第一张医学照片神经纤维瘤病的病例开始,至2003年1月止,我积累的1万余幅图片中筛选出来的精品,每幅(组)照片是一个病例,说明一个或几个问题,也是一个临床研究的内容,其中都包含着作者的心得体会,经验和教训,并有“提示”供读者参考。希望本书的问世,有利于肿瘤专业队伍内的经验交流,有利于对青年医师的提高,有利于提高医疗质量,减少失误。

本书的出版，始终得到我院医学照像室全体同志的帮助、人民卫生出版社的热情鼓励和支持；李保荣教授对本书编写提供了不少宝贵意见并欣然作序；王建璋教授、张克利医师对书稿做了细致的审修，在此一并致以衷心的感谢。

编写这样的专著在我国尚属首次。由于编者知识和经验有限，缺点错误在所难免，恳切希望广大读者予以批评指正。

余宏迢

2002年11月28日

目 录

一、软组织肿瘤	(1)
1. 纤维肉瘤 (图 1~61)	(4)
2. 恶性纤维组织细胞瘤 (图 62~82)	(29)
3. 平滑肌肉瘤 (图 83~88)	(38)
4. 横纹肌肉瘤 (图 89)	(40)
5. 滑膜肉瘤 (图 90~102)	(41)
6. 脂肪肉瘤 (图 103~108)	(46)
7. 粘液肉瘤 (图 109~110)	(48)
8. 神经纤维肿瘤 (图 111~128)	(48)
(1) 神经纤维瘤 (111~117)	(48)
(2) 神经纤维肉瘤 (118~128)	(51)
9. 神经内分泌瘤 (图 129~132)	(55)
10. 恶性神经鞘瘤 (图 133~135)	(56)
11. 脂肪瘤 (图 136~147)	(58)
12. 腹壁硬纤维瘤 (图 148~152)	(63)
13. 海绵状血管瘤 (图 153~156)	(65)
14. 神经纤维瘤病 (图 157~181)	(67)
15. 斑痣 (图 182)	(84)
二、皮肤肿瘤	(85)
1. 鳞状细胞癌 (图 1~17)	(87)
2. 皮肤牛皮癣合并鳞状细胞癌 (图 18~19)	(93)
3. 足鳞状细胞癌与足肉瘤的临床鉴别 (图 20~21)	(94)
4. 基底细胞癌 (图 22~25)	(95)
5. 皮脂腺囊肿 (图 26~32)	(97)
6. 皮肤软纤维瘤 (图 33~34)	(100)
7. 瘢痕疙瘩 (图 35)	(101)
8. 毛发上皮瘤 (图 36~37)	(102)

三、恶性黑色素瘤与色素痣	(103)
1. 恶性黑色素瘤 (简称“恶黑”) (图 1~23)	(105)
2. 恶性无色素性色素瘤 (图 24~25)	(116)
3. 甲下恶性黑色素瘤 (图 26~35)	(116)
4. 甲下交界痣 (图 36~38)	(121)
5. 甲下色素增生 (图 39~42)	(122)
6. 色素痣 (图 43~45)	(123)
7. 乳头状色素痣 (图 46~47)	(125)
8. 血管痣 (图 48)	(126)
四、腹膜后肿瘤	(127)
1. 腹膜后恶性纤维组织细胞瘤 (图 1~9)	(129)
2. 腹膜后脂肪肉瘤 (图 10~34)	(134)
3. 腹膜后平滑肌肉瘤 (图 35~36)	(145)
4. 腹膜间皮瘤 (图 37~38)	(146)
5. 腹膜后囊肿 (图 39~41)	(147)
五、乳腺肿瘤	(149)
1. 乳腺网织细胞肉瘤 (图 1)	(151)
2. 乳腺鳞状细胞癌 (图 2~3)	(152)
3. 乳腺癌 (图 4~40)	(153)
4. 双侧乳腺癌 (图 41~48)	(168)
5. 乳腺 Paget 病 (图 49~54)	(172)
6. 乳头湿疹 (图 55~57)	(174)
7. 乳腺癌术后复发 (图 58~69)	(175)
8. 乳腺癌活检出血 (血肿)(图 70~77)	(179)
9. 乳腺肿瘤影像检查 (图 78~101)	(182)
10. 乳腺癌根治术式的比较 (图 102~107)	(192)
11. 乳房成形术 (图 108~129)	(194)
12. 乳腺良性肿瘤 (图 130~148)	(202)
13. 乳腺肿瘤活检的切口设计 (图 149~150)	(209)
14. 乳腺癌根治术后臂功能锻炼 (图 151~153)	(210)
15. 副乳腺 (图 154~157)	(211)
16. 乳腺浆细胞炎 (图 158~159)	(213)
17. 乳腺感染 (图 160)	(214)
18. 男性乳腺发育 (图 161~162)	(215)
19. 乳腺模具 (图 163)	(216)

六、肝脏肿瘤	(217)
1. 肝癌 (图 1~57)	(219)
2. 小肝癌 (图 58~66)	(240)
3. 肝脏肿瘤新鲜标本剖面的肉眼观 (图 67~73)	(244)
4. 肝细胞性腺瘤 (图 74~76)	(246)
5. 肝海绵状血管瘤 (简称肝血管瘤)(图 77~110)	(247)
6. 肝囊肿 (图 111~128)	(259)
7. 肝棘球蚴病 (俗称包虫病) (图 129~135)	(265)
8. 细菌性肝脓肿与阿米巴性肝脓肿 (图 136~138)	(268)
七、胆、胰、脾肿瘤	(271)
1. 胆囊息肉 (图 1~3)	(273)
2. 胆石症 (图 4~7)	(274)
3. 壶腹癌 (图 8~21)	(275)
4. 胰腺癌 (图 22~49)	(281)
5. 胰岛细胞瘤 (图 50~51)	(292)
6. 胰腺假性囊肿 (图 52~53)	(293)
7. 脾脏肿瘤 (图 54~59)	(294)
8. 脾功能亢进 (图 60~63)	(297)
9. 脾包虫病 (图 64~65)	(299)
八、胃肿瘤	(301)
1. 胃癌 (图 1~25)	(303)
2. 胃癌转移与种植 (图 26~29)	(314)
3. 胃平滑肌肉瘤 (图 30~34)	(315)
4. 胃淋巴瘤与胃癌标本肉眼观的比较 (图 35~36)	(317)
5. 胃平滑肌瘤 (图 37~45)	(318)
6. 胃石症 (图 46~48)	(321)
九、小肠肿瘤	(323)
1. 十二指肠神经鞘瘤 (图 1~6)	(325)
2. 十二指肠癌 (图 7)	(328)
3. 十二指肠息肉癌变 (图 8)	(328)
4. 回肠末段息肉, 肠套叠 (图 9)	(329)
5. 小肠恶性淋巴瘤 (图 10)	(329)
6. 末段回肠克隆 (Crohn) 病 (图 11~13)	(330)
十、大肠癌瘤	(331)

1. 结肠癌 (图 1~31)	(333)
2. 多原发大肠癌 (图 32~49)	(348)
3. 多发性大肠腺瘤 (息肉) 与大肠癌 (图 50~65)	(356)
4. 结肠腺瘤 (息肉) (图 66~79)	(362)
(1) 结肠息肉 (66~69)	(362)
(2) 结肠绒毛状腺瘤 (70~72)	(364)
(3) 多发性结肠腺瘤 (73~79)	(365)
5. 家族性结肠息肉病 (腺瘤病) (图 80~98)	(368)
6. 大肠癌综合治疗的经验与教训 (图 99~110)	(378)
十一、直肠肿瘤	(385)
1. 直肠癌手术体位 (图 1)	(387)
2. 直肠癌手术器械 (图 2~14)	(387)
3. 直肠癌临床病理大体分型 (图 15~43)	(392)
4. 直肠癌手术治疗 (图 44~58)	(402)
(1) 直肠“早期癌”的手术治疗 (44~51)	(403)
(2) 直肠癌手术切除 (Parks 术式) (52~54)	(405)
(3) 直肠癌侵犯子宫的手术治疗 (55~56)	(406)
(4) 子宫颈癌放疗后直肠癌的手术治疗 (57~58)	(407)
5. 直肠类癌 (图 59~66)	(408)
6. 直肠平滑肌肿瘤 (图 67~68)	(411)
7. 直肠肛门肿瘤 (图 69~79)	(412)
(1) 直肠肛门恶性黑色素瘤 (69~71)	(412)
(2) 肛门癌 (72~75)	(413)
(3) 肛门乳头状瘤 (76)	(414)
(4) 其他 (77~79)	(414)
8. 直肠癌手术后影像检查 (图 80~96)	(415)
9. 直肠癌手术后复发 (图 97~127)	(420)
10. 直肠癌术前放射治疗 (图 128~134)	(432)
11. 直肠癌介入治疗 (图 135~137)	(434)
12. 直肠癌手术后的 (晚) 期并发症 (图 138~156)	(436)
(1) 吻合口狭窄 (瘘) (138~141)	(436)
(2) 人工肛门膨出 (142~143)	(438)
(3) 会阴部窦道 (异物) (144~150)	(439)
(4) 会阴部人工肛门狭窄 (151~152)	(441)
(5) 腹壁人工肛门狭窄 (153)	(442)
(6) 直肠癌 Miles 术后盆腔感染 (154~156)	(443)
13. 腹壁人工肛门 (图 157~171)	(444)

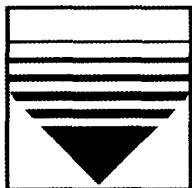
(1) 人工肛门手术 (157~158)	(444)
(2) 人工肛门肠管坏死 (159)	(445)
(3) 人工肛门“造口”的设置 (160~164)	(445)
(4) 人工肛门旁疝 (165~171)	(447)
14. 会阴部人工肛门 (图 172~176)	(450)
15. 腹壁隐性“人工肛门”(图 177~181)	(452)
16. 其他 (图 182~189)	(454)
(1) 直肠狭窄 (182)	(454)
(2) 结肠结核 (183)	(454)
(3) 阑尾粘液性肿瘤 (184~186)	(455)
(4) 阑尾脓肿 (187)	(456)
(5) 腹壁切口疝 (188~189)	(456)
十二、种植癌 (图 1~23)	(459)
十三、骨肿瘤 (图 1~17)	(471)
十四、畸胎瘤 (图 1~7)	(479)
十五、生殖泌尿系肿瘤 (图 1~11)	(485)
十六、其他	(493)
1. 食管狭窄症 (图 1)	(495)
2. 肠梗阻 (图 2~10)	(495)
3. 梅毒性溃疡 (图 11~12)	(500)

一、软组织肿瘤

1. 纤维肉瘤 (图 1~61)	4
2. 恶性纤维组织细胞瘤 (图 62~82)	29
3. 平滑肌肉瘤 (图 83~88)	38
4. 横纹肌肉瘤 (图 89)	40
5. 滑膜肉瘤 (图 90~102)	41
6. 脂肪肉瘤 (图 103~108)	46
7. 粘液肉瘤 (图 109~110)	48
8. 神经纤维肿瘤 (图 111~128)	48
(1) 神经纤维瘤 (111~117)	48
(2) 神经纤维肉瘤 (118~128)	51
9. 神经内分泌瘤 (图 129~132)	55
10. 恶性神经鞘瘤 (图 133~135)	56
11. 脂肪瘤 (图 136~147)	58
12. 腹壁硬纤维瘤 (图 148~152)	63
13. 海绵状血管瘤 (图 153~156)	65
14. 神经纤维瘤病 (图 157~181)	67
15. 斑痣 (图 182)	84

原书空白

一、软组织肿瘤



全身各部都可以生长软组织肿瘤，来源于间叶组织的有纤维组织、血管、淋巴管、脂肪、滑膜、肌肉以及与非间叶组织呈交织生长的周围神经组织的肿瘤，统称为软组织肿瘤，其中又有良性与恶性之分。从 20 世纪 80~90 年代以来，国内外学者对软组织恶性肿瘤“保留肢体”的治疗基本上得到了共识，但在治疗方法上却有不同的理解，主要是保留肢体与根治两者未能很好的统一。截止至今仍有不少临床工作者为了保留肢体或保留较好功能，在手术治疗上多趋于保守而疏忽了预后，因此术后复发、转移在过去几十年中屡见不鲜，作者的临床资料（图像）可以显示过去或目前仍存在严重的问题。从临床看，当前**软组织肿瘤外科治疗研究是当务之急**：

- 凡有条件的医院或肿瘤医院都应设立软组织肿瘤专科或成立软组织肿瘤专科医院，培训专业人员。

- 成立临床综合治疗研究组：由外科、内科（化疗）、放射治疗科、X 线诊断科和病理科等联合协作，共同研究。

- 外科治疗：根据不同的肿瘤，制订相应的治疗计划，如麻醉、手术时病人体位、切口选择和术式等应因人而异，不求统一，但总的原则是在根治的基础上尽可能保留肢体功能，根据病情，有的病例仍需行截肢手术，否则预后不佳。

- 术式选择：当前软组织肿瘤手术术式繁多，有“囊内切除、边缘切除、广泛切除、根治切除、间室切除、屏障切除”等等，但在软组织肿瘤中除了肌肉肿瘤、硬纤维瘤有明显的筋膜和组织间隙的解剖屏障外，多数软组织肿瘤是无组织结构屏障的，为了安全，作者建议外科术式：①局部根治性切除：适用于肿瘤体积较小，无远处转移或良性肿瘤；②根治性广泛切除术：根据肿瘤性质、形态、大小、活动度等临床表现，在肿瘤缘外 3~5cm 作切口，于切口外再作潜行游离皮瓣 3~5cm 沿游离创缘垂直深切至深筋膜或肌筋膜，呈整块切除，创面过大行游离植皮；③原先手术切口的瘢痕和缝线针孔等均应视为肿瘤污染区，应与肿瘤整块切除。作者病例的疗效可以验证是安全的。以上两种手术术式是当前广大外科工作者较熟习而常用的方法。

- 软组织肿瘤无论瘤体大小、性质良恶，手术切除的标本均需送病理检查，标本应较长期保留。

1. 纤维肉瘤

(1) 特点

- 发病居软组织恶性肿瘤之首。
- 好发于青中年，男多于女。
- 多位于体表、易发现，但难以正确诊断与治疗。因误诊、误治来我院就诊者约80%以上，经过一次或多次手术而复发。

(2) 临床表现

- 肿瘤位于四肢或躯干，局部隆起、呈圆形或椭圆形，质韧，有假包膜，有时瘤体旁伴小结节。
- 瘤体增长，高出皮肤，张力大，静脉受压而怒张，肤色微红或暗紫。
- 肿瘤境界清楚，无深部浸润者多能活动。
- 肿瘤增长迅速，常发生中心坏死或外伤性出血，局部温度增高，严重者有波动、压痛，更甚者可以溃破、出血和感染。
- 区域淋巴结转移罕见。

(3) 注意事项

- 软组织肿瘤治疗前必须明确诊断（病理或细胞学）进行合理治疗。
- 肿瘤手术的切除范围要够大，切口距瘤缘 3~5cm，再向外潜行剥离 2~3cm，对诊断不明者术中应作冰冻切片，病理检查，必要时作常规腊块切片病理检查。
- 无论瘤体大小，性质如何，肿瘤标本必须送病理检查不得丢弃。瘤体较大，手术广泛切除，伤口不能缝合时，应行创面植皮。
- 肢体肿瘤术前可作药物灌注，休息 2 周后手术，手术后必要时辅以放疗。
- 肢体肿瘤手术时，于瘤体近侧尽量放置止血带，防止瘤细胞循静脉和淋巴管扩散。

【病例 1】女 35 岁

图 1 腹壁纤维肉瘤，正面。

● 肿瘤周边有数个卫星结节，面积较大。

● 切口设计：实线-切口
虚线-潜行游离皮片。

