

肝胆胰 外科聚焦

黄志强 主 编
黄晓强

GAN DAN YI
WAIKE JUJIAO



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

肝胆胰外科聚焦

GAN DAN YI WAIKE JUJIAO

主 编 黄志强 黄晓强
主编助理 王燕生



人民军医出版社

People's Military Medical Press

北 京

图书在版编目(CIP)数据

肝胆胰外科聚焦/黄志强,黄晓强主编. —北京:人民军医出版社,2005.7

ISBN 7-80194-124-1

I. 肝… II. ①黄…②黄… III. ①肝疾病—外科学 ②胆道疾病—外科学 ③胰腺疾病—外科学 IV. R656

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 089664 号

策划编辑:姚 磊 文字编辑:杨骏翼 责任审读:李 晨

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店

通信地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号 邮编:100842

电话:(010)66882586(发行部)、51927290(总编室)

传真:(010)68222916(发行部)、66882583(办公室)

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:潮河印业有限公司 装订:春园装订厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:34.125 字数:790 千字

版次:2005 年 7 月第 1 版 印次:2005 年 7 月第 1 次印刷

印数:0001~3500

定价:180.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

电话:(010)66882585、51927252

主编简介



黄志强 男，中国工程院院士，国际著名胆道外科专家。历任第三军医大学西南医院副院长等职。现任解放军总医院主任医师、特级教授，解放军总医院全军肝胆外科研究所所长。50余年来，致力于外科学，特别是肝胆外科领域基础与临床研究，成绩卓著，建树颇多。由他提出并推广的关于肝门胆道外科的一系列独创性的原则与技术，居世界领先水平。1963年创建我国第一个集医疗、教学、科研为一体的肝胆外科专业，1978年成为全军肝胆外科技术中心。20世纪60年代初，率先在国内开展手术创伤对肾上腺交感神经内分泌的影响研究，最早将“微创外科”理论应用于临床，并提出“微创外科新概念”，从而使人们对外科的理解有了全新的认识。著作有《胆道外科》、《肝脏外科学》、《黄志强胆道外科手术学》等17部专著，对我国几代外科医生的成长产生了深远的影响。培养博士后、博士和硕士研究生及高级专业人才百余名。被解放军三总部评为全军优秀教师，并授予科学技术“一代名师”称号。1999年荣获军队科技进步一等奖，2001年荣获国家科技进步一等奖，2002年荣获中国人民解放军四总部联合颁发的专业技术重大贡献奖。发表论文250余篇。荣立二等功2次、三等功2次。

内

容

提

要

本书是我国著名肝胆外科专家黄志强院士的精品著作。作者系统总结了从医近60年来在肝胆胰外科领域的丰富经验和真知灼见,荟萃了临床工作中积累的大量珍贵图像资料。内容涉及肝胆胰临床中39个热点、难点问题的处理方案,展望了它们的发展方向,将解剖、生理等基础理论贯穿于手术过程及围手术期处理的始终,突出了复杂手术术前评估的重要性。本书一改传统的写作风格,不仅图文并茂,而且在结构安排上也做了大胆尝试,是肝胆胰外科医师及临床医学生必读的经典著作,同时具有很高的收藏价值。

责任编辑 姚 磊 杨骏翼

前 言

20 世纪后半叶,普通外科有过辉煌的成就,如人工心肺机、器官移植、血管外科、全胃肠道外营养、创伤与感染的代谢支持、内分泌与癌的关系、癌临床试验治疗、微创外科等,这些成就推动着普通外科和整个外科学的发展。在历史上,普通外科是各个外科专业的母树,20 世纪下半叶外科的专科化,皆是树干上萌发的幼芽。一般说来,腹部外科是体腔外科的先驱,1881 年 Theodor Billroth 成功地施行首例胃部分切除术治疗胃窦癌及 1882 年 Carl Langenbuch 施行胆囊全切除术,成为现代腹部外科开始的标志。然而,腹内的庞然大物——肝脏,和隐藏得很深的实质脏器——胰腺,因当时对其内部结构缺乏认识,仍然被排除在外科干预范围之外。直至 1918 年生理学家 Lester R. Dragstedt 通过动物实验研究提出十二指肠并非生命所必需,导致 1935 年 Allen O. Whipple 完成了用胰十二指肠切除术治疗 1 例壶腹部癌。另外,在 20 世纪 50 年代初叶,由解剖学家通过肝脏管道系统灌注铸型研究,使外科医生首次看清了肝脏内部结构,导致 1952 年英国外科医生 Lortat-Jacob 和随后的美国外科医生 Quattlebaum 父子施行了首先解剖肝门的规则性肝叶切除术。到 20 世纪后半叶,腹部外科已发展到比较成熟的阶段。20 世纪 80 年代现代影像诊断技术的发明和临床应用,使外科医生能够从体外“看到”脏器内部的结构,促使腹部外科的发展又经历一次飞跃。然而,由肝、胆、胰三个脏器构成的能量轴心,由于其关系密切,解剖和生理功能复杂,至今仍然是腹部外科问题的焦点。

纵观现代外科学的发展史,不难看出,外科学是一门以手术方法治疗疾病的应用技术,它是随着对疾病的深入了解和现代科技的进步而得到发展的。对于外科学来说,是理解重要还是技巧重要,一向都是讨论的热点。没有理论指导的手术常是盲目的。但是,这个观念不一定能被所有的人理解。例如,就手术技术很简单的阑尾炎来说,19 世纪中叶时已认识到急性阑尾炎有坏疽、穿孔、脓肿形成,但不少医生并不主张手术;直至 1886 年美国病理学家 Fitz 发表其对 257 例急性阑尾炎的尸检研究和 1889 年 Charles McBurney 提出急性阑尾炎早期阑尾切除的报道,才结束了这个漫长的、看来似乎简单的争论。所以,对外科医生最重要的首先应该是理解,理解疾病的特点,理解患者的生理、心理学上的特点,理解外科学的特点。一般说来,对外科医生的评价历来都不是单纯看手术技巧,而是根据他对无菌、解剖学、生理学等基础知识的融会贯通。

外科学是一门实践性很强的应用科学。毋庸置疑,外科医生是以手术为主要手段来治疗疾病的。外科医生的成长亦常表现在熟练地掌握更多的手术方法。如何能更好地理解外科所治疗的疾病,更好地理解外科手术施行的策略;如何学会在复杂条件下找出主要矛盾所在;如何学会做好外科决策,除了实践亦别无他法。但是实践机会对每个青年外科医生来说是极有限的,或是机会不均等的,故往往成为外科训练中的瓶颈。我已从事临床外科的医疗、教学、科

研工作近 60 年,经历了 20 世纪后半半个世纪以来外科学的发展,深深感受到实例教学对临床外科医生的成长具有不可替代的作用。外科医生以其职业上的特点,更善于接受形象思维,更乐于接受图像表达的方式。许多外科范围内的情况,也确实常常难用文字来阐述清楚。有鉴于此,作为教学工作者,我们在长时间的外科临床工作中,积累了大量的图像资料,通过现场摄影,记录下手术当时的表现和外科处理过程,回顾起来,有不少资料实在是很难得的。考虑到重现现实形象能比绘图可能起到更好的示范效果,因而促使作者等从以往积累的数以万计的幻灯片、照片、图片、数码相片中挑选出 1084 幅与肝、胆、胰外科当前热点问题相关的图片,写成了《肝胆胰外科聚焦》。本书从整理到完成经历了近 4 年的时间,因为是初次从事此项工作,稿子反复修改或推翻重来更是在所难免。

《肝胆胰外科聚焦》是反映作者从医近 60 年来对此领域内一些焦点问题的经验积累,并且用实际材料来强化有关肝、胆、胰外科中的焦点问题在当前的观点和发展。我 1945 年曾在重庆中央医院师从我国著名外科学家吴英恺教授;1963 年在西南医院组建集医疗、教学、科研于一体的肝胆胰外科专业;1978 年建成第三军医大学解放军肝胆外科医学技术中心;1985 年进入解放军总医院及解放军军医进修学院工作;2003 年建立全军肝胆外科研究所。在近 60 年的第一线医疗实践过程中,我十分重视对复杂的肝、胆、胰外科患者的治疗和原始资料(原始记载包括照片和幻灯片)的积累,以便用于教学和及时总结经验。其中所收集的资料均是我亲自实践或在我亲自指导下所进行的工作记录,故属于一项原始性的工作。然而,临床外科始终是一项集体工作,并非是哪一个人可以单独完成的,因而本书的资料亦是历年来同事的劳动果实,在此对他(她)们谨致以衷心的感谢。

完全以医疗中的实际图像来阐明当前肝、胆、胰外科中的焦点问题,这是一个新的尝试。此项工作,首先需要大量实际资料,还需要用现代化的手段去处理当前和以往的资料,这是一件浩繁的工作,对一个老年人来说,常常是力不从心。幸好此工作一开始便有全军肝胆外科研究所黄晓强主任医师的协助,提供实践资料并协助进行计算机的图像处理;另外全军肝胆外科研究所王燕生副主任技师自始至终参与原稿的整理工作,使本书能够从设想变为现实。外科是一项团队性的工作,书中所应用的资料包含着全科工作人员的辛勤劳动,特别是解放军总医院肝胆外科主任周宁新教授,他无私地提供多方面的帮助,并允许使用我们共同工作时由他主刀手术的照片。书中所使用的特殊病例照片均是我亲自参与并摄制,在图题上注明主刀手术的教授,以表尊敬。

特别需要致谢的是人民军医出版社主编姚磊同志,当我提出编写此书的设想时便得到他热情的支持和随后的安排,使我在本书的准备过程中无后顾之忧。此外还得到中山大学医学院附属孙逸仙纪念医院区庆嘉教授的热烈响应与帮助,我们在学术观点上常是志同道合,在此工作完成之际,谨向他深表谢意。

黄志强

目 录

1 肝、胆、胰先天性畸形与临床外科	(1)
1.1 肝脏的发育畸形.....	(1)
1.2 胆-胰-肠结合部先天性畸形.....	(7)
2 肝脏外科技术的发展	(11)
2.1 历史的步调.....	(11)
2.2 肝脏的出血与止血.....	(11)
2.3 体外肝切除术.....	(14)
2.4 肝硬化时的肝血流阻断.....	(15)
2.5 肝切除的技术发展.....	(18)
3 肝脏的影像学解剖与肝脏外科	(24)
3.1 肝脏病变的 CT 定位.....	(24)
3.2 从三维螺旋 CT 看右肝的门静脉和肝段解剖.....	(26)
3.3 门静脉.....	(28)
3.4 腹部血管的三维成像.....	(32)
3.5 肝脏血流与肝脏影像学.....	(33)
4 肝脏病变的外科评估	(36)
4.1 对肝脏病变的发现.....	(36)
4.2 对肝占位性病变手术切除可行性的手术前评估.....	(39)
4.3 肝门部外科手术定向.....	(45)
5 肝脏肿瘤手术前外科处理的选择	(50)
5.1 肝右叶巨大肿瘤.....	(50)
5.2 中肝叶巨大肿瘤的外科评估.....	(55)
6 前径路右肝肿瘤切除术的外科定向	(61)
6.1 病例 1 的外科评估.....	(61)
6.2 病例 2 的外科评估.....	(64)
7 肝脏良性占位性病变的外科治疗	(70)
7.1 肝血管瘤.....	(70)
7.2 肝脏血管平滑肌脂肪瘤.....	(83)
7.3 肝细胞腺瘤.....	(87)
8 肝内胆管囊腺瘤与囊腺癌	(94)
9 肝癌的早期发现与治疗	(102)

9.1 我国对早期发现肝癌的贡献	(102)
9.2 肝癌的特点	(104)
9.3 小肝癌的诊断与鉴别诊断	(105)
9.4 肝癌早期诊断的最新发展	(109)
9.5 小肝癌的治疗	(111)
9.6 肝癌手术切除后的复发与转移	(115)
10 巨大肝脏肿瘤的外科治疗	(118)
10.1 巨大的原发性肝癌	(118)
10.2 纤维板层肝细胞癌	(121)
10.3 外生性(腹腔型)肝细胞癌	(127)
10.4 20 世纪 90 年代肝癌外科治疗的发展	(132)
11 肝尾状叶外科	(142)
11.1 尾状叶的解剖	(142)
11.2 尾状叶与胆管结石	(143)
11.3 尾状叶与硬化性胆管炎	(145)
11.4 肝尾状叶肿瘤	(147)
12 梗阻性黄疸型肝炎	(164)
12.1 临床表现	(164)
12.2 胆管内癌栓的诊断与鉴别诊断	(166)
12.3 黄疸型肝炎的治疗与预后	(169)
13 门静脉癌栓与门静脉栓塞	(173)
13.1 肝细胞癌时的门静脉癌栓	(173)
13.2 门静脉栓塞术在肝外科的应用	(176)
14 肝癌外科治疗——成功的途径	(179)
14.1 概述	(179)
14.2 肝癌患者的手术选择	(179)
14.3 肝外科手术的安全性	(180)
14.4 小肝癌肝切除,多切一些还是少切一些	(182)
14.5 手术前化疗栓塞或新辅助化疗有无价值	(184)
14.6 肝移植时代的肝癌治疗	(187)
15 我国胆道外科的发展	(189)
15.1 我国胆石病模式的变迁	(189)
15.2 对肝内胆管结石的再认识 and 治疗的对策	(190)
15.3 胆管结石的肝切除术与胆管成形术	(191)
15.4 胆道癌	(193)
15.5 腹腔镜外科对传统胆道外科的挑战	(194)
16 腹腔镜外科与胆囊切除术的安全性	(196)
16.1 开放法胆囊切除术	(196)
16.2 腹腔镜胆囊切除术与胆道并发症	(197)

16.3	胆囊结石病的保留胆囊手术	(197)
16.4	胆囊切除胆管损伤——老问题,新意义	(197)
17	血管学研究肝胆外科的发展	(201)
17.1	肝动脉	(201)
17.2	扫描电子显微镜与肝、胆血管研究	(202)
17.3	胆管周围血管丛	(203)
17.4	肝动脉的神经支配	(205)
17.5	门静脉动脉化问题	(206)
17.6	门静脉动脉化与肝脏移植	(207)
17.7	门静脉-肝动脉瘘	(207)
17.8	肝硬化的肝内微循环改变	(208)
17.9	提高门静脉血流装置	(209)
17.10	门静脉栓塞术与肝切除	(209)
17.11	胆汁引流与门静脉血流	(210)
17.12	胆管梗阻与肝血循环的改变	(211)
18	胆管损伤模式的改变及其治疗的发展	(216)
18.1	胆管损伤的方式	(216)
18.2	胆管损伤模式的变迁	(219)
18.3	胆管损伤、狭窄的病理与诊断	(220)
18.4	胆管损伤和狭窄的分类	(220)
18.5	小切口胆囊切除术胆管损伤	(221)
18.6	胃切除术与胆管损伤	(223)
19	腹腔镜胆囊切除术所致的胆管狭窄	(227)
19.1	影像学特点	(227)
19.2	胆管损伤狭窄常遇到的问题	(229)
19.3	胆囊癌漏诊	(234)
19.4	异物存留	(236)
19.5	LC胆管损伤胆肠吻合初期修复失败率高	(237)
19.6	结论	(237)
20	肝胆疾病介入治疗与胆管损伤	(239)
21	肝切除术与损伤性胆管狭窄	(248)
21.1	肝切除术的胆管损伤	(248)
21.2	肝切除术胆管损伤的预防	(252)
22	损伤性胆管狭窄的治疗	(254)
22.1	损伤性胆管狭窄的外科治疗	(254)
22.2	损伤性胆管狭窄初期修复	(254)
22.3	损伤性胆管狭窄手术方法选择	(258)
22.4	胆管狭窄修复的技术问题	(259)
22.5	损伤性胆管狭窄手术时机	(260)

22.6	损伤性胆管狭窄手术修复或介入治疗	(261)
22.7	对损伤性胆管狭窄治疗的经验	(262)
22.8	保存 Oddi 括约肌胆管狭窄修复	(264)
22.9	特殊情况的处理	(266)
23	肝内胆管结石及其外科治疗	(268)
23.1	我国胆石病模式的变迁	(268)
23.2	对肝内胆管结石的再认识	(269)
23.3	肝内胆管结石外科治疗的发展	(270)
23.4	肝胆管狭窄——外科治疗失败的主因	(270)
23.5	外科治疗结果	(271)
23.6	肝内胆管结石与肝胆管癌	(272)
23.7	胆管系统慢性炎症增生性疾病	(276)
24	肝内胆管结石病	(280)
24.1	概述	(280)
24.2	肝内胆管结石影像学诊断	(280)
24.3	肝内胆管结石病理	(283)
24.4	肝内胆管结石的外科治疗	(288)
24.5	肝胆管狭窄	(297)
24.6	其他合并症	(300)
24.7	肝内胆管结石外科治疗失败的原因	(301)
24.8	结论	(301)
25	肝内胆管结石外科治疗的发展	(305)
25.1	概述	(305)
25.2	外科治疗的策略	(305)
25.3	肝内胆管结石的节段性切除	(305)
25.4	双侧性肝内胆管结石的规则性肝段切除	(316)
25.5	肝内胆管结石多肝段切除	(319)
25.6	原发性肝内胆管胆固醇性结石	(320)
26	肝胆道囊性疾病	(323)
26.1	先天性胆总管囊状扩张	(323)
26.2	先天性肝内胆管囊状扩张	(327)
27	围肝门外科:概念与实践	(333)
27.1	定义	(333)
27.2	问题的提出	(333)
27.3	胆道系统的划分	(334)
27.4	肝门移位与围肝门外科	(334)
27.5	肝叶(段)增大对肝门的影响	(337)
27.6	围肝门部胆道外科的问题	(337)
27.7	围肝门部肿瘤外科	(339)

27.8 尾状叶肿瘤	(341)
27.9 肝门部结构解剖学异常与外科	(342)
27.10 肝门部胆管手术的肝门上径路	(346)
27.11 肝门部血管问题	(347)
27.12 结论	(350)
28 高位损伤性肝胆管狭窄修复的技术问题	(352)
28.1 造成高位损伤性胆管狭窄的原因	(352)
28.2 修复手术原则	(352)
29 肝脏恶性与良性疾病的肝段切除术	(361)
29.1 一般手术程序	(361)
29.2 肝段切除的方法	(363)
29.3 临床应用结果	(366)
30 肝移植时代的终末期胆病——常规手术的作用与限度	(367)
30.1 损伤性胆管狭窄治疗失败与终末期胆病	(367)
30.2 肝脏疾病介入性治疗的胆管伤	(370)
30.3 肝内胆管结石病	(375)
30.4 肝内胆管结石与肝胆管癌	(378)
30.5 硬化性胆管炎	(379)
30.6 门静脉高压是终末期胆病手术的危险因素	(385)
30.7 胆总管囊肿与终末期胆病	(386)
30.8 肝内胆管囊性病	(389)
31 胆囊癌	(392)
31.1 发病率	(392)
31.2 转移与预后	(393)
31.3 诊断问题	(394)
31.4 外科治疗	(395)
32 胆管癌外科治疗观念的转变	(399)
32.1 肝内胆管癌	(399)
32.2 肝门部胆管癌	(401)
32.3 肝门部胆管癌手术切除范围一再扩大	(410)
32.4 肝门部胆管癌手术切除率	(419)
32.5 肝门部胆管癌的非切除性治疗	(419)
32.6 胆-肠引流途径重建	(423)
32.7 肝门部胆管癌根治性切除与淋巴结清扫	(425)
32.8 门静脉切除与胰十二指肠切除	(425)
32.9 肝门部胆管癌手术治疗的效果	(426)
32.10 为增加对肝门部胆管癌的认识做的研究工作	(427)
33 急性胰腺炎	(434)
33.1 急性胰腺炎的病因学	(434)

33.2	急性胰腺炎的分类和命名	(434)
33.3	急性坏死性胰腺炎的危险因素	(435)
33.4	急性坏死性胰腺炎的 CT 定期	(435)
33.5	急性坏死性胰腺炎的外科治疗策略	(436)
33.6	手术时机的选择	(437)
33.7	急性胰腺炎的无菌坏死	(439)
33.8	急性坏死性胰腺炎的循证外科	(440)
33.9	急性胰腺炎外科治疗是否在进步	(440)
34	慢性胰腺炎	(443)
34.1	慢性胰腺炎的分类	(443)
34.2	慢性胰腺炎的病理	(444)
34.3	慢性胰腺炎的外科治疗	(445)
34.4	慢性胰腺炎手术的选择	(446)
34.5	慢性胰腺炎囊肿手术	(451)
35	壶腹部外科	(458)
35.1	肝外胆管解剖学概要	(458)
35.2	胆、胰、十二指肠结合部的解剖	(460)
35.3	先天性十二指肠狭窄	(462)
35.4	先天性环状胰腺	(465)
35.5	乳头及壶腹部良性肿瘤切除术	(467)
36	胰腺癌的外科治疗	(473)
36.1	概述	(473)
36.2	胰腺癌手术前诊断	(474)
36.3	胰腺头部及 Vater 壶腹周围癌切除手术	(476)
36.4	胰十二指肠切除术并发症的预防与处理	(484)
36.5	胰腺癌外科治疗效果	(490)
36.6	胰腺体尾部癌	(492)
37	胰腺囊性疾病	(496)
37.1	胰腺囊性疾病的分类	(496)
37.2	胰腺先天性囊性病	(496)
37.3	胰腺囊腺瘤	(497)
37.4	胰腺囊性肿瘤外科治疗	(502)
38	肝、胆、胰区共同性的病变	(507)
38.1	神经内分泌细胞与肿瘤	(507)
38.2	肝胆胰区结核	(513)
38.3	肝胆胰区的淋巴外科	(515)
39	微创外科与肝、胆、胰外科的技术革命	(522)
39.1	微创外科概念的兴起	(522)
39.2	微创外科与外科微创化概念	(523)

39.3	肝脏外科技术的发展·····	(524)
39.4	肝脏外科手术的微创法·····	(525)
39.5	微创胆道外科·····	(526)
39.6	对肝内胆管结石的再认识·····	(528)
39.7	胰腺外科,仍然是世纪性难题 ·····	(529)

1 肝、胆、胰先天性畸形与临床外科

在发生学和解剖学上,肝、胆、胰应视为消化道外的一个整体系统,作为摄入营养物质的“加工场”;而在临床外科,亦把肝、胆、胰外科作为一个整体来考虑。当人胚发育至第4周时,便已显现出此3个器官及其与肠道关系的雏形(图1-1)。



图 1-1 32d 人胚的矢状切面

注:肝憩室分为头、尾两部分,背胰和腹胰原基显现,肝憩室呈现芽状突起

1.1 肝脏的发育畸形

人胚第4周时,在前肠尾端腹侧靠近卵黄管处,内胚层增厚,成为肝憩室。憩室头部不断增大,分出许多大小分支,并伸入至原始

横膈和腹系膜的两层脏壁中胚层之间,形成肝索。在肝的发育过程中,由左、右卵黄静脉和左、右脐静脉参与,形成肝脏的静脉系统,即门静脉和肝静脉(图1-2)。

与肝内静脉系统发育的同时,肝细胞索亦不断发育。在近侧部分的肝细胞间,分化成胆小管,而远侧部分肝细胞索,则将发展成各级肝管。

在胚胎时期,肝脏是个造血器官,一般至胎龄7个月时,肝脏造血功能停止。

肝脏的发育畸形有形状、位置、分叶、异位等的变异,不少在临床上并无重要性。至于肝内管道系统的发育变异就更常见。

1.1.1 内脏转位畸形

习惯上,可将肝脏视为一个横置的三角形,其底在右上腹部。但由于在发育过程中,可能发生内脏转位,此时肝脏的右叶位于左上腹部。单独的肝脏转位畸形很少见,亦无临床重要性,但当合并胆道疾病施行手术时,则要求手术者对此特殊情况有所认识(图1-3)。

1.1.2 分叶肝与异位肝组织

在不少的哺乳类动物(如犬、大鼠等)中,肝脏呈分叶状,各肝叶为纤维结缔组织所包裹。人的肝脏在外观上呈一整体,直至20世纪50年代初,通过肝脏管道系统的灌注研究,才确定人肝也是分叶和分段的,各个肝叶(段)有其独立的流入和输出系统及神经。人肝的分叶现象(或自然的解剖学裂隙加深),临床上有时可以遇到,由于其本身并无特别

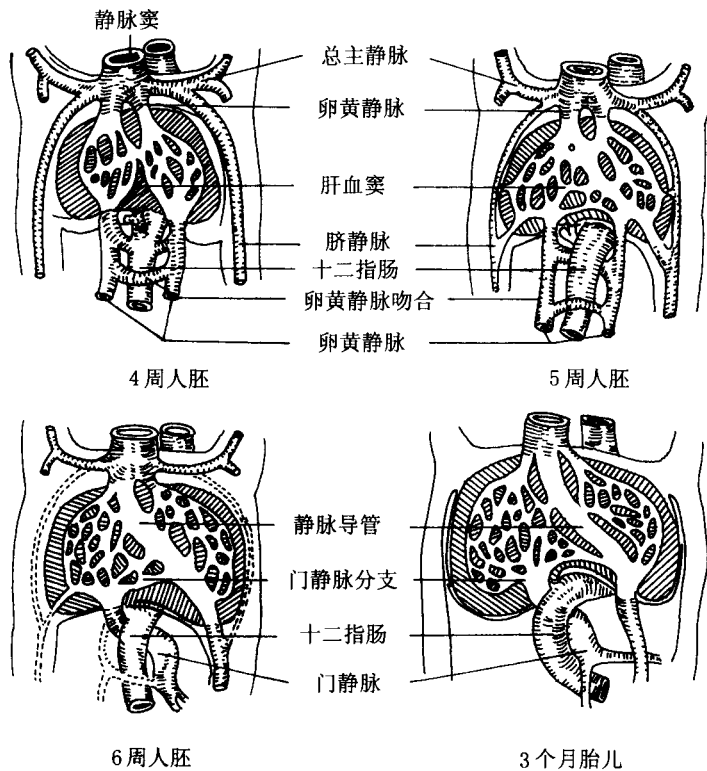


图 1-2 卵黄静脉和脐静脉的转变

注：图示门静脉、肝静脉、下腔静脉（肝段）、静脉导管的形成

的重要性，所以未引起注意。但是，从临床外科的角度来说，分叶肝使肝外科手术更加容易了（图 1-4）。

异位肝组织及附加肝是另一种肝发育异常。异位肝组织可发现在胆囊壁、肝脏的韧带、胸内等处，没有外科上的重要性。附加肝则有血管蒂与肝脏主体相连，可能引起临床诊断上的困难。

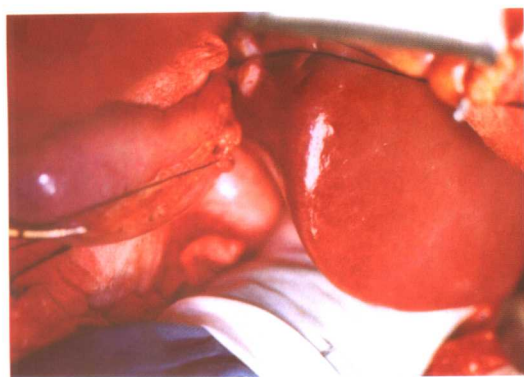
1.1.3 先天性肝叶萎缩或缺如

肝脏是一体积大而柔软的器官，可塑性强，在先天发生和后天的过程中，可以因为内源或外源性的因素而发生形态上的改变。当不伴肝内病变时，此种形态学上的改变并不影响肝功能，故无特殊重要性，然而肝脏形态

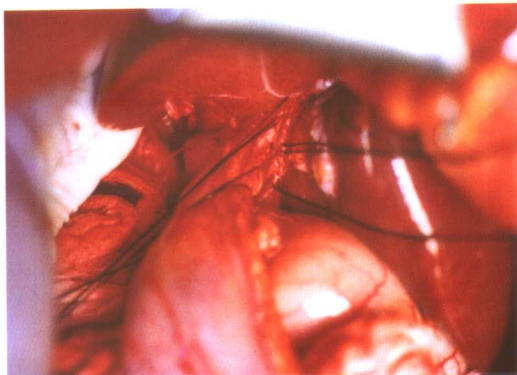
的变异，可带临床临床上对肝病诊断上的困难。

先天性肝叶萎缩或缺如少见，多发生在左肝，尤其是左外侧段。据 Merrill 的报道，在 19 000 例尸检中，肝叶缺如发生率为 5/10 万〔由肝病所致的肝萎缩（如肝硬化）或手术者，不包括在内〕。就肝左叶而言，临床上偶然遇见的萎缩肝叶，表面平滑、颜色浅淡、质软、内无结石亦不含正常的肝组织。有时在原左外段处，只为一薄层的纤维结缔组织。

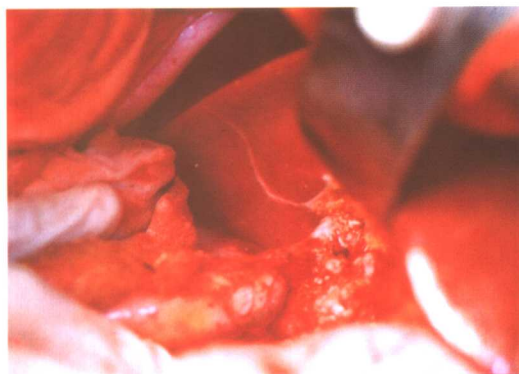
先天性肝右叶萎缩或缺如（agenesis）比肝左叶萎缩更少见（图 1-5），由于自然的肝右叶体积相对较大，所以肝右叶萎缩所导致的解剖学改变亦较大。临床上对此种改变的认识有重要意义，因为在不少疾病情况下，可以发生一侧肝叶萎缩。



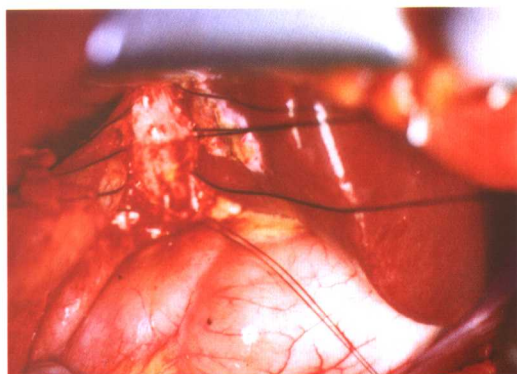
1



2



3



4

图 1-3 肝脏转位

注:1. 患者因胆石病施行剖腹手术,发现肝脏转位,肝“右叶”位于左侧,手术切口仍用右肋缘下斜切口,图示术者用手将肝“右叶”托出;2. 术者左手将肝“左”叶从右上腹托出,其体积较小,形状与正常的肝左叶相同;3. 游离胆囊;4. 胆总管探查

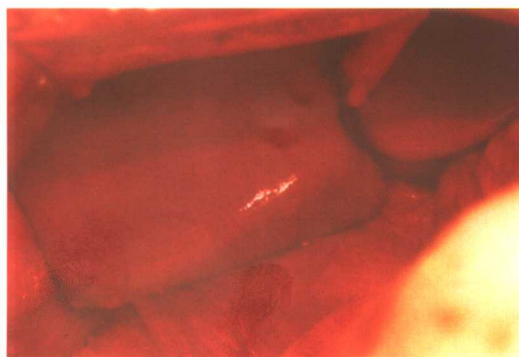


图 1-4 部分分叶肝

注:患者因胆囊结石病施行手术,发现肝呈分叶状,图示肝左裂及肝中裂均深而明显,胆囊附在右肝,可见肝胆囊窝处的纤维组织增生

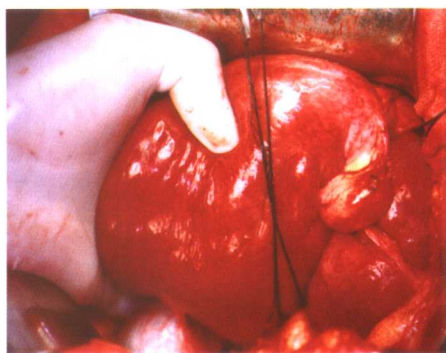


图 1-5 先天性肝右叶萎缩

注:中年女性患者,因胆石病施行胆道手术。右肋缘下斜切口,开腹后所见为胆囊在右肾上方,胆总管(黑色牵引线处)和肝门极偏右侧,肝左叶极增大、肥厚,特别是肝方叶,像厚厚的一道门帘堵在肝门的前方。由于胆囊及肝门的转位和增大的肝方叶,常使常规胆道手术发生困难