部分患者仍有望取得较好的疗效，从而改善生活质量，延长生命[5]。我们认为，手术治疗的基本原则应为：①治疗原发病灶：尽可能行肿瘤所在部位的肝叶切除；②解除梗阻：尽可能清除胆管内的癌栓，并放置"T"管引流，如肿瘤与胆管黏连致密难以彻底清除，可切除胆管行胆管空肠吻合，必要时可使用胆道镜探查以全面了解受累胆道部位及范围；③综合治疗：对于肿块巨大，与大血管黏连实在无法切除，或者肿瘤多发不适应切除者可行单纯癌栓清除及"T"管引流，同时行肝固有动脉结扎或者TACE。术中亦可从胃网膜静脉内注射丝裂霉素、5-氟尿嘧啶化疗。术后待患者黄疸消退后再辅以全身化疗、放疗、中医中药以及免疫疗法。结合文献及本组病例，我们认为在允许的情况下，首选的治疗措施应是在肝内原发肿瘤切除的同时行胆道癌栓清除术。本组存活时间超过18个月的数例患者即采用此术式。

参考文献：

[1] UEDA M, TAKEUCHI T, TAKAYASU T, *et al*. Classification and surgical treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) with bile duct thrombi. Hepatogastroen-terology[J]. Hepatogastroenterology, 1994, 41(4): 349-354.

[2] 姚晓平，周伟平，李爱军，等. 原发性肝癌伴胆管癌栓的诊断及治疗[J]. 外科理论与实践，2000，5(4)：238-240.

[3] HU J, PI Z, YU M Y, *et al*. Obstructive jaundice caused by tumor emboli from hepatocellular carcinoma[J]. Am Surg, 1999, 65(5): 406-410.

[4] MURATA K, SHIRAKI K, KAWAKITA T, *et al*. Hepatocellular carcinoma presenting with obstructive jaundice: a clinicopathological study of eight cases[J]. Hepatogastroenterology, 2003, 50(54): 2057-2060.

[5] YEH C N, JAN Y Y, LEE W C, *et al*. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice due to biliary tumor thrombi[J]. World J Surg, 2004, 28(5): 471-475.

（编辑　陈聪连）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2006)14-1516-01

膀胱侵袭性血管黏液瘤1例

刘家骥　（重庆市第二人民医院泌尿外科，永川 402160）

1　临床资料

患者，男性，36岁。因无痛性血尿1个月就诊入院。主诉1个月前无明显诱因出现全程血尿，含有少许血凝块。不伴尿痛、尿频、尿急，不伴腰痛、无畏寒发热。经抗感染等治疗，肉眼血尿停止，尿色仍呈深黄色，并反复出现肉眼血尿，均经对症处理后血尿停止。CT检查发现"膀胱包块"。入院查体示双肾未满意扪及，双肾区无叩痛，输尿管行径区无压痛，膀胱区无充盈，阴茎阴囊未见异常，直肠指检扪及直肠前壁有一包块，约6 cm × 5 cm，质硬，边界较清楚。入院诊断：膀胱占位病变，行膀胱镜检查见膀胱内无结石、憩室，左侧输尿管开口喷尿清亮，膀胱右侧壁，距尿道内口约1 cm处见一新生物，呈菜花样，大小约7 cm × 6 cm，基底不清。膀胱内有少许血凝块，用冲洗器冲洗出血凝块。用活检钳夹取新生物3块送病理检查，膀胱活检为血管纤维组织及大片坏死组织，未见黏膜上皮成分。KUB + IVU提示膀胱占位，考虑膀胱肿瘤。充分准备后在气管插管全麻下行手术治疗，术中见膀胱内无结石、憩室。双侧输尿管开口喷尿清亮。膀胱三角区右侧见一菜花状新生物，大小约6.5 cm × 5.5 cm，基底显示不清，肿瘤边缘距尿道内口约1 cm。术中冰冻活检结果为恶性肿瘤，而行全膀胱切除术，回肠原位膀胱术。手术顺利，术中失血约800 ml，输液3 000 ml，输血1 200 ml。膀胱及新生物病理检查为膀胱侵袭性血管黏液瘤。术后1年复查无复发和转移。

2　讨论

侵袭性血管黏液瘤（aggressive angiomyxoma，AAM）是极为罕见的软组织肿瘤。1983年Steeper等[1]首次对其命名。侵袭性与复发性是其重要的临床特点。细胞遗传学研究表明认为，病变部位细胞染色体丢失与新生物形成有关。由于AAM无远处转移迹象，1994年WHO正式将其归类为软组织中的良性肿瘤。2003年WHO的肿瘤分类中又称其为深部血管黏液瘤（deep angiomyxoma），但这一新的命名目前在国内外文献中尚未广泛采用。AAM常发生于育龄妇女，主要位于盆腔、阴道、外阴及臀底部等部位，外阴部位的AAM约占AAM的30%，呈缓慢、隐匿性、侵袭性生长，质地中等偏软，一般直径超过10 cm。报道中最大的1例为60 cm × 20 cm，质量达5 000 g以上[2]。可以侵袭周围软组织、筋膜和肌肉，并可累及骨骼、膀胱和小肠。手术切除后具有很高的复发率，70%以上的病例均在术后1年内复发。有报道肿瘤切除后14年复发的1例[2]。在现有文献中，既无患者死亡记录，也无肿瘤远处和淋巴结转移

（下转1522页）

作者简介：刘家骥（1964-），男，重庆市荣昌县人，主治医师，主要从事泌尿系肿瘤临床方面的研究。电话：(023)49871273

收稿日期：2006-04-26；修回日期：2006-06-05

引起人们广泛关注，急待寻求有效的控制措施。了解NP的流行特征可为制定其感染的预防及控制措施提供科学依据。从流行强度而言，NP的发病率在0.5%~11%，以散发为主。本组454例NP均为散发，且发病率处于较低水平，但从构成比来看，NP在全部医院感染病例中占31.33%，位于医院获得性感染疾病的首位，应引起重视。

就易感人群而言，高龄人群在NP的发病中占有重要地位[3,4]。老年人口咽分泌物中革兰阴性菌高于一般人群，特别是有意识障碍、胃肠张力降低和吞咽异常者更易发生，且高龄往往伴随多种基础疾病致免疫机能低下。本组454例NP病例中，高达47.36%为60岁及以上的老年患者。尽管有报道性别与NP发生没有相关性[3,5]，但本调查显示，男性NP患病率明显高于女性($P<0.01$)，这可能是由于我国男性患者吸烟者比例较高，呼吸道抵抗力下降，导致并发肺部感染几率增大。本组医院感染病例主要分布于重症监护病房、脑外科、肿瘤科等科室，与其患者的基础疾病有关，恶性肿瘤、脑出血以及严重创伤等严重基础疾病均是导致NP的危险因素，与文献[5-7]报道一致。

值得注意的是，本研究对肺部感染获得的时间分布特点分析显示，NP的发生存在易感时间段。既往研究证实，NP患病率大小与总住院时间长短成正比，但本研究分析显示，这些NP主要发生于住院后14 d以内(占67.62%)，而住院30 d及以上发生NP的比例最小(仅占10.79%)，说明并非住院时间越长，越容易发生NP，而是发生NP后导致总住院时间不同程度延长，与国内一些研究报道结论不太一致[6]。如果在此期间针对重点人群加强预防措施，可能会收到一定的效果。

据报道，NP仍以革兰阴性杆菌感染为主[1,8]，但革兰阳性菌及真菌感染呈明显上升趋势。本组感染的病原体均为条件致病菌，其中铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌和阴沟肠杆菌分别位于第2、3、4位，而真菌感染位于第1位，说明真菌已成为我院NP的重要致病菌。在本组资料微生物培养阳性的病例中，有36.36%患者为复数菌感染，反应NP病原体感染的复杂性。

参考文献：

[1] LYNCH J P, 3rd. Hospital-acquired pneumonia: risk factors, microbiology, and treatment[J]. Chest, 2001, 119(2 Suppl): 373S-384S.

[2] 邹 单，张 杰，闭 文. 1241例死亡病人中医院感染危险因素分析[J]. 第三军医大学学报，2003，25(24)：2249-2250.

[3] SOPENA N, SABRIA M. Multicenter study of hospital-acquired pneumonia in non-ICU patients[J]. Chest, 2005, 127(1): 213-219.

[4] 赵世利. 60例老年病人医院获得性肺炎原因分析及对策[J]. 重庆医学，2002，31(10)：1015-1016.

[5] 林小聪，詹永忠，谢 梅. 重型颅脑外伤患者肺部医院感染的危险因素和监控研究[J]. 中华医院感染学杂志，2005，15(7)：756-758.

[6] 侯爱红. 医院获得性肺炎危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志，2002，12(10)：742-743.

[7] CAVALCANTE N, SANDEVILLE M, MEDEIROS E A. Incidence of and risk factors for nosocomial pneumonia in patients with tetanus[J]. Clin Infect Dis, 2001, 33(11): 1842-1846.

[8] 王宋平，熊 英，邵先林，等. 医院内获得性支气管肺感染的病原菌分析[J]. 中华医院感染学杂志，2002，12(12)：952-953.

（编辑 薛国文）

（上接1516页）

及播散的报道[2,3]，男女比例为1:6，多发病30~40岁。影像学检查是术前主要的诊断依据，术前B超、CT、血管造影十分必要，但必须经病理检查方能做出正确的诊断。鉴别诊断时瘤细胞的免疫组织化学染色十分重要，而且应联合应用多种标记物，对确诊后的患者其治疗的主要方法是做扩大的局部切除术切除。因本病无远处及淋巴结转移，淋巴清扫术无意义，复发者的再次手术切除仍应遵循上述原则。由于没有完整的包膜，往往不能彻底切除。因本病瘤细胞的增生与分裂不显著，放疗及化疗对预防复发无效[2]。唯一的有效治疗是扩大的局部切除，并长期随访。彻底切除肿物是防止复发最有效的方法。本例膀胱侵袭性血管黏液瘤鲜见报道。我们采取了全膀胱切除回肠原位新膀胱术，以避免术后复发，随访1年，未见复发。

关键词：膀胱；侵袭性血管黏液瘤；全膀胱切除术
中图法分类号：R737.14 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] STEEPER T A, ROSAI J. Aggressive angiomyxoma of the female pelvis and perineum. Report of nine cases of a distinctive type of gynecologic soft-tissue neoplasm[J]. Am J Surg Pathol, 1983, 7(5): 463-475.

[2] 王文栋，朱绍敏，颛孙恩远，等. 外阴侵袭性血管粘液瘤1例[J]. 现代妇产科进展，2003，12(3)：181.

[3] 苏琴芬，王伟民，龙雯晴，等. 女阴侵袭性血管粘液瘤的临床及病理特征[J]. 现代妇产科进展，2004，13(5)：356-358.

（编辑 龙 亮）