

• 病例报告 •

原发性肝癌伴右心房转移一例分析

向攀 王宇 刘景院 郭利民 谢雯 王芳

患者,男,69岁,因“乏力、腹胀、双下肢水肿半月”于2006年8月8日入院,院外B超提示右肝占位,肝内回声增强,脾大,腹腔积液。CT示:右肝后叶约直径10 cm占位病变,中心坏死,动脉期强化,静脉期延迟,门脉右支栓塞,下腔静脉肝后段受压。查体:肝病面容,肝掌阳性,皮肤巩膜无黄染,腹壁可见静脉曲张,腹软无压痛及反跳痛,肝肋下4 cm可及,质硬边缘不光滑,有触痛,脾肋下可及,边缘钝,无触痛。肝区叩痛阳性,移动性浊音阳性。双下肢中度可凹性水肿,扑翼征及踝征挛阴性。实验室检查:WBC $4.11 \times 10^9/L$, Hb 138 g/L, PLT $73 \times 10^9/L$, ALT 64.50 U/L, TBil 42.30 $\mu\text{mol/L}$, ALB 34.60 g/L, AFP 3000.30 ng/ml, PTA 56.10%, HBsAg(+), HBeAg(-), HBcAg(+), 抗-HCV(-), HBV DNA 4.93×10^3 拷贝/ml。胸片:右下肺膈面上线状阴影,盘状不张可能性较大。ECG示:窦性心律,ST-T改变,Q-T间期延长。

诊断:乙型病毒性肝炎;肝硬化(失代偿期);原发性肝癌;腹腔积液。

治疗:于2006年8月16日行肝动脉化疗栓塞术,手术顺利。术后两小时患者突然神志不清,呼之不应,伴大小便失禁,四肢肌张力增高。

查体:R 18次/分,P 80次/分,BP 170/110 mm Hg,颈软,无抵抗。脉搏正常,心音有力,未闻及病理性杂音,双肺呼吸音粗,未闻及啰音,四肢末梢暖,生理反射存在,未查及病理反射,扑翼征及踝征挛阴性。急查血生化及血常规较前无变化,血氨正常,血气分析示轻度呼吸性碱中毒,心电图较前无明显变化,给予吸氧补液甘露醇脱水等处理,大约10分钟后患者神志转清。后行急诊脑CT:未见异常。胸部CT:右心房内多发斑点状高密度灶,结合肝癌TACE术后病史,考虑新房造影剂滞留,肝癌侵犯下腔静脉和右心房。腹部CT:肝右叶巨大型肝癌,侵犯第二肝门和右心房,门静脉右支,少量腹水。超声心动图(图1)示:右房内致密团块样回声(7.60×5.46 cm),几乎充满整个房腔,彩色多普勒超声示右心房血流从肿物两侧呈狭缝状灌注右心室,以房间隔侧血流为主,三尖瓣口血流增速,右心房及右心室流出道扩张。

至此已诊断明确,肝癌沿肝静脉和下腔静脉转移至右心房,形成右心房内癌栓,导致三尖瓣口流出道堵塞及右心房填塞,由于体位及血流的改变,随时可以引起脑供血不足而出现神志异常。患者已处于肝癌晚期伴多处转移,预后不佳,于2006年8月19日自动出院。

讨论 原发性肝癌易侵犯邻近血管系统而造成肝内和肝外转移,但原发性肝

作者单位:100011 北京,首都医科大学北京地坛医院 ICU

通讯作者:向攀,Email:xiangpanbj@163.com

癌伴右心房转移的发生率很低, Kashiwada 等^[1]报告日本 1937 年~1989 年的 8517 例肝癌患者中右心房转移 76 例, 占 0.89%。原发性肝癌侵入下腔静脉和右心房的方式主要为肝癌侵犯肝静脉, 引起肝动-静脉瘘和肝静脉癌栓, 癌栓沿肝静脉向上生长入下腔静脉进一步发展进入右心房。但亦有呈跳跃式生长, 邻近下腔静脉的尾状叶肿瘤亦可直接侵入下腔静脉而转移至右心房生长。右心房内占位须与右心房黏液瘤相鉴别, 黏液瘤多数附着于房间隔卵圆窝附近, 有明显瘤蒂, 蒂较小, 随心动周期活动幅度较大, 行超声检查多可鉴别。



图1 超声心动图示右心房巨大占位病变

原发性肝癌及右房内癌栓均对下腔静脉的回流有不同程度的影响, 临床表现为继发性布-加综合征。此患者 ALB 34.60 g/L, 肝功能属于 Child-Pugh B 级, 但胸腹壁静脉曲张, 下肢水肿、腹水等提示非单纯肝硬化门脉高压所致。同时癌栓造成主动脉或三尖瓣压迫或狭窄并阻碍了流向右心房和右心室的血流, 最终造成心输出量减少, 可引起呼吸困难、晕厥和休克, 甚至猝死。体检可闻及异常心音或杂音, 心电图无特异性表现, 有时可有右束支传导阻滞。而本例患者在 TACE 术后出现意识丧失, 临床上亦应排除肝性脑病、肺栓塞、脑栓塞等。此患者血氨正常, 意识很快恢复, 结合其神经系统无明确的定位体征及肺部头颅 CT 阴性结果不难除外上述可能。因此, 原发性肝癌伴多处转移的患者出现意识障碍应警惕是否存在心脏转移的可能。

原发性肝癌侵入右心房可被多种影像学检出。CT 增强扫描表现为右心房癌栓形成充盈缺损。MRI 可显示心房内癌栓的边界、内部结构及与下腔静脉和肝静脉的关系。DSA 造影技术可更直接观察是否伴有肝动静脉瘘和肝静脉、门静脉癌栓, 如从肝静脉至右心房表现典型的“线条征”, 则提示癌栓和右房肿块均由肝动脉供血。超声作为一种便捷无创性方法, 特别是彩色多普勒超声, 能较准确地检出肝内肿瘤的血供情况, 下腔静脉和右心房内癌栓的血流分布特征, 同时可以观察癌栓与心肌、瓣膜的关系以及血流动力学的改变等^[2]。从本例患者分析: 原发性肝癌已有明确肝静脉和下腔静脉侵犯, 在发现肝外转移的同时应行超声检查以发现右心房的转移, 避免漏诊。

心脏肿瘤随时有突发心力衰竭和体、肺循环栓塞致死的可能, 一旦诊断明确,

应尽快手术切除。但对肝癌侵入右心房生长施行心房癌栓切除术非常困难。手术方面,许多作者认为如果右心房肿瘤压迫下腔静脉或瘤蒂位于下腔静脉开口处,在建立体外循环时可行股静脉内插管替代下腔静脉内插管^[3]。有关文献报道介入治疗可以使原发灶缩小,亦可使癌栓的生长得到控制、缩小乃至消退。

参 考 文 献

- 1 Kashiwada M, Fujiyama S, Marata H, et al. A right atrial embolus arising from a hepatoma thrombus in the inferior vena cava, a case report. Jpn J Cancer Clin, 1993, 39: 931.
- 2 叶新民, 邹凯华, 雷建明, 等. 彩色多普勒超声对原发性肝癌伴下腔静脉和右心房转移的诊断价值. 中国超声诊断杂志, 2004, 5: 834-836.
- 3 赵东, 王春生, 洪涛, 等. 心脏转移性肝癌二例. 中国胸心血管外科临床杂志, 2001, 8: 64.

(收稿日期: 2008-09-17)

(本文编辑: 温少芳)

向攀, 王宇, 刘景院, 等. 原发性肝癌伴右心房转移一例分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2009, 3(1): 69-71.