

# 心脏多发黏液瘤切除 1 例

叶尔买克·唐沙哈尔 阿依别克·乃比 张为民 张总刚

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2016.04.019

患者女性,15 岁,以“活动后胸闷气短伴全身性水肿 20 d,加重 3 d”入院。查体:体温 36.9℃,呼吸 24 次/min,脉搏 113 次/min,血压 109/77 mmHg;神志清,精神差,颜面部水肿,结膜、口唇苍白;双肺呼吸音粗,双下肺可闻及少量湿罗音;心前区可触及震颤,抬举样搏动明显,心脏相对浊音界扩大,心前区可闻及广泛收缩期及舒张期杂音;肝大,肝颈静脉回流征阳性,双下肢明显水肿。心脏彩超:右心增大、左心缩小、右心室内可见 56 mm×34 mm 中等回声,几乎将右心室完全填充,瘤体跨过三尖瓣环,尚能见三尖瓣前叶被挤至右室游离壁,后叶、隔叶显示不清,瘤体随心脏运动活动度大,瘤体后方近心尖处可见 45 mm×20 mm 中等回声与室壁黏附,未见明显运动,二尖瓣前乳头肌腱索见 18 mm×7 mm 中等回声团附着,随血流漂浮,右房内近下腔静脉见 10 mm×8 mm 中等回声团,右室室间隔嵴部见 12 mm×4 mm 中低回声团,随血流漂浮,考虑多发黏液瘤可能性大,血栓不排除(见图 1A)。胸片示:心影大,左心缘饱满。心电图示窦性心动过速, T 波改变。胸部 CT 示:心包积液,右心室、心房内可见多发不规则稍低密度影,边界清晰,CT 值约 22 HU,最大截面约 55 mm×38 mm,增强后轻度强化。全身 PEF-CT 示:心影增大,以右心室显著,右心室内可见一形态不规则的略低密度影,边界清晰,考虑良性病变,黏液瘤可能性大,余扫描范围内未见明显恶性肿瘤征象。经过积极术前准备,于 2015 年 8 月 21 日在低温全麻体外循环下行“心脏多发黏液瘤切除术+三尖瓣成形术”,术中切开右心房,见右心房心耳、右心房前上梳状肌及近下腔静脉开口处大量红色血栓形成(见图 1B)。仔细清除后可见右心室内约 60 mm×45 mm 红色肿物填满

右心室,部分经三尖瓣口突入右心房,质软,部分呈胶冻状。充分显露三尖瓣口后,仔细探查并逐步切除瘤体及蒂部,肿物有一粗约 10 mm 的蒂连于右心室近心尖部室壁,此处浸润较硬未能彻底切除。切开房间隔探查左心房未见肿瘤组织;切开主动脉根部,在距主动脉瓣 10 mm 处见 2 处大小约 15 mm×5 mm 和 6 mm×4 mm 的瘤组织,予以清除,并行三尖瓣成形术。术后诊断:心脏多发黏液瘤(见图 1C)。病理结果示:心脏黏液瘤,送检组织总体积 65 mm×45 mm×30 mm(见图 1D)。



注:A 术前超声图像;B 切开右房可见巨大肿物,表面附着血栓; C 完整摘除的肿瘤组织;D 病理切片符合黏液瘤特征

图 1 心脏多发黏液瘤切除

## 2 讨论

心脏黏液瘤约占心脏原发性肿瘤的 70%,女性较为多见,其中起源于左心房、单发者最为多见,而起源于心室、多点多腔室分布的多发者非常罕见<sup>[1-2]</sup>。

由于黏液瘤质脆易脱落,会引起体、肺循环的栓塞,瘤组织阻塞瓣口可导致突然晕厥或猝死。国外文献报道约有 8% 的黏液瘤患者在等待手术期间死亡,

手术死亡率约为 2%~5%，年龄越小则风险越高<sup>[3]</sup>。心脏黏液瘤的临床表现缺乏特异性，易发生误诊漏诊，有些患者未能及时诊治，而以梗阻、栓塞或肿瘤的全身性反应就诊者居多。超声心动图是早期发现和诊断心脏黏液瘤比较敏感和可靠的方法<sup>[4]</sup>。本例术前完善心脏彩超、胸部 CT、全身 PET-CT 等检查项目，其中心脏彩超结果与术中所见最为接近，为患者术前风险评估及手术方式选择提供了指导。

李志刚等<sup>[5]</sup>将心脏黏液瘤分为典型和非典型两类：典型黏液瘤指起源于房间隔卵圆窝附近、单蒂、局限于左心房、无基因异常证据的黏液瘤；非典型黏液瘤包括家族性、多点多腔室分布、左心房非常规位置起源、有明确基因异常、病理提示有恶性倾向的黏液瘤。多点、多腔室分布和左心房非常规位置起源的非典型心脏黏液瘤更易复发，术后需严密随访。本例多发性心脏黏液瘤患者属于非典型，术后需严密随访。

本例患者左心室、右心室同时有黏液瘤的生长，且瘤体巨大，实为罕见。经过积极的治疗，患者术后恢复良好，出院后随访至今未见明显异常。

### 参 考 文 献

- [1] 朱云喜,胡建国,周新民,等. 原发性心脏肿瘤 138 例的临床诊断与外科治疗[J]. 肿瘤, 2010, 11(6): 11-16.
- [2] Sonia J, Joseph JM, Christopher RS, et al. Current diagnosis and management of cardiac myxomas [J]. Expert Rev Cardiovasc Ther, 2015, 13(4): 369-375.
- [3] Andrea D, Nizar A, Guido C, et al. Recurrent primary cardiac osteosarcoma: a case report and literature review[J]. Gen Thorac Cardiovasc Surg, 2014, 62(3): 175-180.
- [4] 李慧忠,陈兰花,王 鸿. 实时三维超声心动图诊断心脏多发性黏液瘤 5 例并文献分析[J]. 中华医学超声杂志(电子版), 2014, 11(3): 204-206.
- [5] 李志刚,徐志云,邹良建,等. 心脏黏液瘤新的分型探讨——附复发性心脏黏液瘤二例报告及国内文献复习[J]. 中国胸心血管外科临床杂志, 2010, 17(1): 13-17.

(收稿: 2015-11-10 修回: 2016-01-15)

(本文编辑: 丁媛媛)

## 中国科协、教育部、科技部、卫生计生委、中科院、工程院、自然科学基金会

### 关于印发《发表学术论文“五不准”》的通知

科协发组字〔2015〕98 号

1. 不准由“第三方”代写论文。科技工作者应自己完成论文撰写，坚决抵制“第三方”提供论文代写服务。

2. 不准由“第三方”代投论文。科技工作者应学习、掌握学术期刊投稿程序，亲自完成提交论文、回应评审意见的全过程，坚决抵制“第三方”提供论文代投服务。

3. 不准由“第三方”对论文内容进行修改。论文作者委托“第三方”进行论文语言润色，应基于作者完成的论文原稿，且仅限于对语言表达方式的完善，坚决抵制以语言润色的名义修改论文的实质内容。

4. 不准提供虚假同行评审人信息。科技工作者在学术期刊发表论文如需推荐同行评审人，应确保所提供的评审人姓名、联系方式等信息真实可靠，坚决抵制同行评审环节的任何弄虚作假行为。

5. 不准违反论文署名规范。所有论文署名作者应事先审阅并同意署名发表论文，并对论文内容负有知情同意的责任；论文起草人必须事先征求署名作者对论文全文的意见并征得其署名同意。论文署名的每一位作者都必须对论文有实质性学术贡献，坚决抵制无实质性学术贡献者在论文上署名。

本“五不准”中所述“第三方”指除作者和期刊以外的任何机构和个人；“论文代写”指论文署名作者未亲自完成论文撰写而由他人代理的行为；“论文代投”指论文署名作者未亲自完成提交论文、回应评审意见等全过程而由他人代理的行为。