

自發性肝癌破裂出血合併急性心肌下壁梗塞：一病例報告

張盛雄 侯嘉殷 周友三 蔡正河

馬偕紀念醫院 心臟內科

摘 要

肝癌乃是國人癌症的最主要死因，其自發性破裂出血並非罕見，臨床上主要以突發性上腹痛、腹脹、及休克來表現。然而在病人無肝病病史時，診斷上的延誤則時常可見。本文首次報導肝癌自發性破裂出血合併急性心肌下壁梗塞的病例，因二者臨床症狀的相似性，以致初期診斷有所偏誤而使用了抗凝血劑，造成之後更嚴重的出血，後來雖經緊急輸血治療並行剖腹探查，但因無法有效止血，病人最後因出血性休克而死亡。文中除探討二者的鑑別診斷外，並提出其相關性及處理原則，以期日後遇到類似的情形，能夠儘早治療並避免不當之處理，提高肝癌自發性破裂出血患者的存活率。

關鍵詞：肝癌 (Hepatoma)

出血性休克 (Hemorrhagic shock)

急性心肌梗塞 (Acute myocardial infarction)

前言

肝癌在台灣是很常見的惡性腫瘤，其自發性破裂引起的急性腹腔內出血者亦非罕見。本症臨床上以突發性上腹痛、腹脹，呈現休克狀態者居多，在治療上必須予以緊急止血處理，否則死亡率相當高。然而當病人沒有肝硬化或肝癌病史，又合併心肌下壁梗塞時，因症狀上的部分相似，診斷上極可能出現延誤甚至錯誤。本文首次報導自發性肝癌破裂出血合併急性心肌下壁梗塞的案例；因初步診斷時忽略腹內病灶的可能性，而對後續治療產生一定的傷害。故特別提出此一罕見病例，並對其鑑別診斷及治療加以討論。

病例報告

一位 81 歲的女性，沒有心血管或肝膽腸胃道的病史。住院前二個月因常全身痠痛，而在一般內科診所治療並服用止痛藥。早上十點多，患者感覺上腹微痛，又至診所求治。於候診時，突然上腹大痛後昏倒，經氧氣及輸液治療數分鐘後，意識漸漸恢復，但因患者仍感覺全身無力便轉送本院。十二點多時到達急診室，自述上腹微痛，不喘，無胸痛，最近大便顏色亦無異常。理學檢查發現：精神略顯疲憊，面色蒼白，四肢冰冷，血壓 50/34 mmHg (上下肢無明顯差異)，脈拍每

分鐘 68 次，體溫 36.8°C，呼吸平順；肺部聽診無囉音，心臟跳動規則無明顯雜音，頸部無靜脈擴張，肝脾下緣沒有摸到，上腹稍脹，觸診時柔軟微壓痛，但反彈痛 (rebound pain) 徵並不明顯。當時胃管引流物淡黃清澈，心電圖正常 (圖一)，胸部及腹部 X 光片只見右側橫膈略為上升，其餘並無異常。經大量生理食鹽水靜脈快速灌注後，血壓上升至 85/35 mmHg，之後卻持續下降至 61/36 mmHg；同時心電圖呈現 II，III 和 aVF 導程的 ST 節段明顯上升 (圖二)。雖然右側心電圖並無右心室梗塞的表現，卻也不能完全排除其可能性，加上當時血液及生化報告尚未得知，故在急性心肌下壁梗塞合併心因性休克的診斷下，給予 Aspirin 300 mg 及低分子量肝素 Enoxaparin 1 mg/kg 皮下注射，並緊急安排心導管手術。其間心臟超音波顯示：左心室舒張後期內徑稍縮小 (left ventricular end-diastolic internal diameter = 35mm)，心室下壁收縮功能稍微減弱，其餘部位收縮功能均在正常範圍，左心室射出率 (ejection fraction) 55%。冠狀動脈攝影發現：右冠狀動脈中段處有 60% 的狹窄，然而血流速度正常，並無血栓附著 (圖三)。隨後的血液及生化檢查報告：Hb 6.6 gm/dl，PT (patient/control) 13.4/11.0 sec，WBC 13800 103/ μ l，AST 37 U/L，但 CK、CK-MB 及 Troponin-I 仍在正常範圍內。當時患者意識模糊，對腹部壓痛的反應不明顯，然而腹部超音波發現肝臟有肝硬化現象，並有右側橫膈下積液。在高度懷疑急性腹內出血的情況下予以靜脈注射魚精蛋白 (protamin)，輸全血及新鮮冷凍血漿，並緊急照會外科做剖腹探查。開刀時見肝臟尾葉處有約十平方公分的腫瘤，不但侵入門靜脈並且破裂造成大量出血。當時的冷凍切片病理報告證實為中度分化的肝細胞癌。因無法有效切除腫瘤，便以紗布填塞破裂處做初步止血，然後將腹部傷口縫合。患者當晚腹部傷口持續大量滲血，最後因出血性休克引發心室震顫，經急救無效後宣告不治。

討論

肝癌是台灣最常見的癌症，其自發性破裂出血主要以上腹痛、腹脹及休克等症狀來表現 1-4。臨床上的診斷依據主要有以下三項 2：(一) 腹腔動脈攝影時見到顯影劑從供應腫瘤的營養動脈滲漏到腹腔中，(二) 腹部斷層掃描或超音波看到腫瘤外圍有裂縫且腹腔有積液，同時腹腔抽液檢查證實為出血性腹水，(三) 有肝癌病史及典型臨床症狀合併出血性腹水者。根據文獻報導肝癌自發性破裂出血的發生機率在西方國家通常小於 5%，然而在東方國家卻可高達 20.9% 1-4。可是因其症狀不具特異性，再加上病患無肝病病史時，臨床上誤診為其他急性腹痛者，如肝膿瘍破裂、急性膽囊炎、急性出血性闌尾炎、消化道潰瘍破裂出血…等亦時常可見 3-4。至於肝癌自發性破裂的機轉則有三種假說：(一) 腫瘤因外傷或反覆的呼吸運動造成表面的撕裂而出血 5，(二) 腫瘤內部因缺氧壞死出血造成內部壓力過大以致破裂 5，(三) 肝癌的引流靜脈因腫瘤壓迫或侵入，加上肝硬化或靜脈栓塞造成門靜脈高壓，以致內部壓力劇增而破裂 1,3。本文乃首次報導肝癌自發性破裂出血合併急性心肌下壁梗塞的案例。因二者在治療原則上有明顯的不同，一旦有所誤診，即可能造成患者的嚴重傷害。一般當平

均動脈壓小於 60-70 mmHg 時，冠狀動脈對血液灌流壓力的自我調控機制即可能失常，進而造成心肌缺血甚至梗塞⁶。本病患當時血色素只有 6.6 gm/dl，平均動脈壓更下降到 44 mmHg，加上右冠狀動脈有 60%的狹窄而無血栓附著，因此推斷應為出血性休克引起的心肌梗塞，而非一般栓塞性的心肌梗塞。治療上應當以止血及輸血為主，禁用抗凝血劑或血栓溶解劑。而誤用之抗凝血劑 Enoxaparin 屬於低分子量肝素，魚精蛋白雖能完全中和其抗凝血因子 IIa 的作用，但對中和其抗凝血因子 Xa 的作用卻只有約 54% 的功能⁷，因此除了輸全血外，凝血因子的補充亦是必要。血栓溶解劑本來也要使用於此病患，但因要做緊急心導管手術而暫停。一般血栓溶解劑的絕對禁忌有四點⁸：(一) 曾有出血性中風，(二) 最近一年內曾有栓塞性中風或其他腦血管意外，(三) 疑似主動脈剝離，(四) 持續大量內出血者 (active internal bleeding)。前二者一般在使用時前大多會注意到，而主動脈剝離造成急性前壁或下壁梗塞者亦偶有報導，但因出血性休克造成急性心肌下壁梗塞且心電圖 ST 節段上升者卻是十分罕見。

本案例在處理過程中曾考慮做腹部斷層掃描，卻因血液檢查報告還沒出來，心電圖明顯的變化及搶時間做緊急心導管手術而暫緩，以致延誤對肝癌破裂出血的診斷。至於在臨床生理檢查上會誤診的原因及其區別則可歸為以下三點來說明

9-10：(一)急性心肌下壁梗塞亦可能以上腹痛來表現；但因為是反射痛，所以真的壓上腹時不但不會像肝癌破裂那樣加重疼痛感，反而可能會減輕不舒服的感覺，(二)急性右心室梗塞合併心因性休克時，胸部 X 光上亦可呈現正常，無肺部浸潤的增加；但其頸靜脈多呈現膨大曲張，這與出血性休克時頸靜脈的塌陷有明顯不同，(三)一般出血性休克因代償性交感神經的刺激加強，多以心搏過數來表現；然而此案例卻因心肌下壁梗塞造成副交感神經過度興奮或房室節 (AV node) 的缺血，反而有心搏過慢的現象。

因為肝癌破裂出血者多屬肝癌末期患者，所以預後通常很差，而隨著肝硬化的嚴重度增加或休克的產生時，死亡率更可達 90% 以上¹⁻²。而依據治療方法的不同，其存活率亦有差異；根據文獻的報告²，採用保守療法者平均只活 13 天，開刀手術者 (包含紗布填塞局部止血、肝動脈結紮、肝腫瘤切除等) 有 30 天，但實施經導管肝動脈栓塞者則是 202 天。因此，除非是侷限性肝癌且肝功能尚佳 (Child-Pugh grades A 或 B) 的狀況時，緊急手術切除腫瘤仍有其一定的地位；在其他情形下，先以經導管肝動脈栓塞止血，然後在穩定時再做肝腫瘤切除手術則是目前處理此類病症的首選^{2,11}。

本案例的特殊性在於二種病均屬急症，可是治療方針卻截然不同，然而卻因二者在臨床病徵上的相似性導致第一線醫師的誤診，使得在治療病人的過程中出現危急的現象。因此，特別提出此一罕見病例，並討論其異同處，希望以後在遇到急性心肌下壁梗塞合併休克時，亦能注意到肝癌破裂造成出血性休克的可能性，以免因處理失誤，造成不可彌補的遺憾。

參考文獻

1.王致仁、柯成國、侯明峰等。自發性肝細胞癌破裂引起腹腔內出血之臨床分析。

高雄醫學科學會雜誌 1986; 2: 179-83.

- 2.Chen TZ, Wu JC, Chan CY, et al. Ruptured hepatocellular carcinoma: treatment strategy and prognostic factor analysis. Chin Med J (Taipei) 1996; 57: 322-8.
- 3.Ong GB, Taw JL. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. BMJ 1972; 4: 146-9.
- 4.Chen MF, Hwang TL, Jeng LB, et al. Surgical treatment for spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. Surg Gynecol Obstet 1988; 167: 99-102.
- 5.Chearanoi O, Plengvanit U, Asavanich C, et al. Spontaneous rupture of primary hepatoma: report of 63 cases with particular reference to the pathogenesis and rationale of treatment by hepatic artery ligation. Cancer 1983; 51: 1532-6.
- 6.Hoffman JIE. Maximal coronary flow and the concept of coronary vascular reserve. Circulation 1984; 70: 153-9.
- 7.Makris M, Hough RE, Kitchen S, et al. Poor reversal of low molecular weight heparin by protamine. Br J Haemat 2000; 108: 884-5.
- 8.Thomas JR, Elliott MA, Neil HB, et al. 1999 update: ACC/AHA guideline for the management of patients with acute myocardial infarction: executive summary and recommendations. Circulation 1999; 100: 1016-30.
- 9.Silen W. Abdominal pain. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. eds. Principle of Internal Medicine. 15 th ed. McGraw Hill Co; 2001; 67-70.
- 10.Maier RV. Shock. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al. eds. Principle of Internal Medicine. 15 th ed. McGraw Hill Co; 2001; 222-8.
- 11.Chiappa A, Zbar A, Audisio RA, et al. Emergency liver resection for ruptured hepatocellular carcinoma complicating cirrhosis. Hepato-Gastroenterology 1999; 46: 1145-50.

圖一：病人剛到急診室的 12 導程心電圖顯示為正常的竇性節率。

圖二：病人於急診室治療中的 12 導程心電圖可見到 Lead II, III 及 aVF 有 ST 節段上升，而 Lead V1, V2, V3, I 及 aVL 則有相對性的 ST 節段下降，是急性心肌梗塞的表現。

圖三：右冠狀動脈中段有一處 60 % 狹窄病灶（白色箭頭所指），TIMI flow grade III。

Acute Inferior Myocardial Infarction Complicating
Spontaneous Rupture of Hepatocellular Carcinoma : A Case Report

Sheng-Hsiung Chang, Charles Jia-Yin Hou, Yu-San Chou, and Cheng-Ho Tsai

Division of Cardiology, Department of Internal Medicine,
Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan

Spontaneous rupture with bleeding is not an infrequent complication of hepatocellular carcinoma (HCC). There is usually a sudden onset of abdominal pain, abdominal distention and shock. It is difficult to diagnose the ruptured HCC when a patient has no history of hepatic diseases. Here, we first report a case of acute inferior wall myocardial infarction superimposed on spontaneous ruptured HCC with hemorrhagic shock. As a result of misdiagnosis of acute inferior wall myocardial infarction (AIMI) related cardiogenic shock, anticoagulant was administered. She died of hemorrhagic shock despite performing massive blood transfusion and packing the bleeding liver during emergent laparotomy. Because of the high mortality of ruptured HCC, we hope that early differentiation of AIMI complicated cardiogenic shock can avoid inadequate treatment and increase the survival rate. (J Intern Med Taiwan 2004; 15: 167-170)