

2014

每週案例選粹

-201424

六十四歲女性尿滯留、應力性尿失禁、合併血尿約兩天

臺大醫院急診醫學部/NTUH-ED



【主訴】

六十四歲女性尿滯留、應力性尿失禁、合併血尿約兩天。

【現病史】

六十四歲女性，慢性 B 型肝炎及肛門直腸部位黑色素細胞癌病史，於 2012/7/18 接受經腹腔鏡經腹部會陰部切除手術(Laparoscopic Abdominoperineal resection, LAR)，術後並接受完整療程的局部放射線治療，兩個月前於外科門診追蹤時懷疑有局部腫瘤復發之情形，之後便於腫瘤科門診追蹤，但尚未開始接受後續的化學治療。

此次病患於兩天前開始出現尿滯留(urine retention)及應力性尿失禁(stress urine incontinence)，同時合併下腹腹脹感及血尿，除此之外，病患並無發燒、寒顫、腹瀉、或裡急後重(tenesmus)的情形。由於血尿的情形越來越明顯，於是病患在家屬的陪同下到本院急診就診希望接受進一步的檢查及治療。

【門診用藥】

20140526 (Oncology)

(管 2) Fentanyl Transdermal Patch 25 mcg/1 hr /pce (PPCD) 1 pce Q3D 27 9 pce

(管 4) Ultracet tab /tab 1 tab QID 28 112 tab

20140519 (Oncology)

Transamin 250 mg/cap 1 cap TID 7 21 cap

(管 2) Fentanyl Transdermal Patch 25 mcg/1 hr /pce (PPCD) 1 pce Q3D 7 3 pce

(管 4) Ultracet tab /tab 1 tab QID 7 28 tab

Prometin 5 mg/tab 1 tab TIDAC30 7 21 tab

20140505 (Internal Medicine)

Sebivo FC 600 mg/tab for CDC Approval 1 tab QD 28 28 tab 3 05-05

【生命徵象及理學檢查】

Consciousness: Clear , E: 4, V: 5, M: 6

Vital signs: Blood Pressure: 134/82mmHg, Pulse Rate: 116/min,

Respiratory Rate: 16/min, Temperature: 36.6°C

Head: Scalp: Normal

Pupils: Isocoric Conjunctiva: Pale, mild, Sclera: Anicteric

Neck: Supple Jugular Vein Engorgement: (-) Lymphadenopathy: (-)

Chest: Symmetric expansion, Breathing sounds: Clear

Heart: Regular Heart Beat, Murmur: (-)

Abdomen: Soft, Low abdominal tenderness: (-), Rebounding pain: (-)

Bowel sounds: Normal

Extremities: Right leg edema: (+)

臺大醫院急診醫學部每週線上案例討論會 - 201424

【急診檢驗報告】

CBC/DC:

CBC+PLT BLOOD

CBC+PLT(1/2)	WBC(K/ μ L)	RBC(M/ μ L)	HB(g/dL)	HCT(%)	MCV(fL)	MCH(pg)	MCHC(g/dL)	PLT(K/ μ L)
2014/05/27 16:25	8.73	2.83	7.7	23.9	84.5	27.2	32.2	303

WBC Classification BLOOD

WBC Classification(1/2)	Blast(%)	Promyl.(%)	Myelo.(%)	Meta(%)	Band(%)	Seg(%)	Eos.(%)	Baso.(%)
2014/05/27 16:25	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	85.1	0.6	0.1

WBC Classification(2/2)	Mono.(%)	Lym.(%)	Aty.Lym.(%)	PlasmaCell(%)	Normobl.0	PS0
2014/05/27 16:25	7.9	6.3	0.0	0.0	0	-

BCS+e⁻:

Biochemistry BLOOD

Biochemistry(1/1)	CRE(mg/dL)	Na(mmol/L)	K(mmol/L)	LacticAcid(mmol/L)	CK(U/L)	CK-MB(U/L)	%CKMB(%)	Troponin I(ng/mL)
2014/05/27 16:26	1.0	133	4.5					

General BioChemistry(1/1)	ALT(U/L)	(1/1)	pro-BNP(pg/mL)
2014/05/27 16:26	38	2014/05/28 21:09	2700

Coagulation profile:

Coagulation BLOOD

Coagulation(1/1)	PT(sec)	PTT(sec)	PT INR0
2014/05/27 16:25	10.7	25.8	1.00

One touch sugar:

BLOOD

(1/1)	Sugar(One touch)(*)
2014/05/28 15:28	149

Urinalysis:

MULTISTIX RANDOM URINE

MULTISTIX(1/2)	Sp. Gr.(C)(*)	pH(C)(*)	Protein(C)(mg/dL)	Glu.(C)(mg/dL)	Ketones(C)(*)	O.B.(C)(mg/dL)	Urobil.(C)(mg/dL)	Bil.(C)(mg/dL)
2014/05/27 16:44	1.016	7.0	600 (3+)	-	-	3+	\leq 1.5	-
MULTISTIX(2/2)	Nitrite(C)(*)	WBC(C)(*)	Color(*)	Turbidity(*)				
2014/05/27 16:44	2+	+/-	Dark Brown	2+				

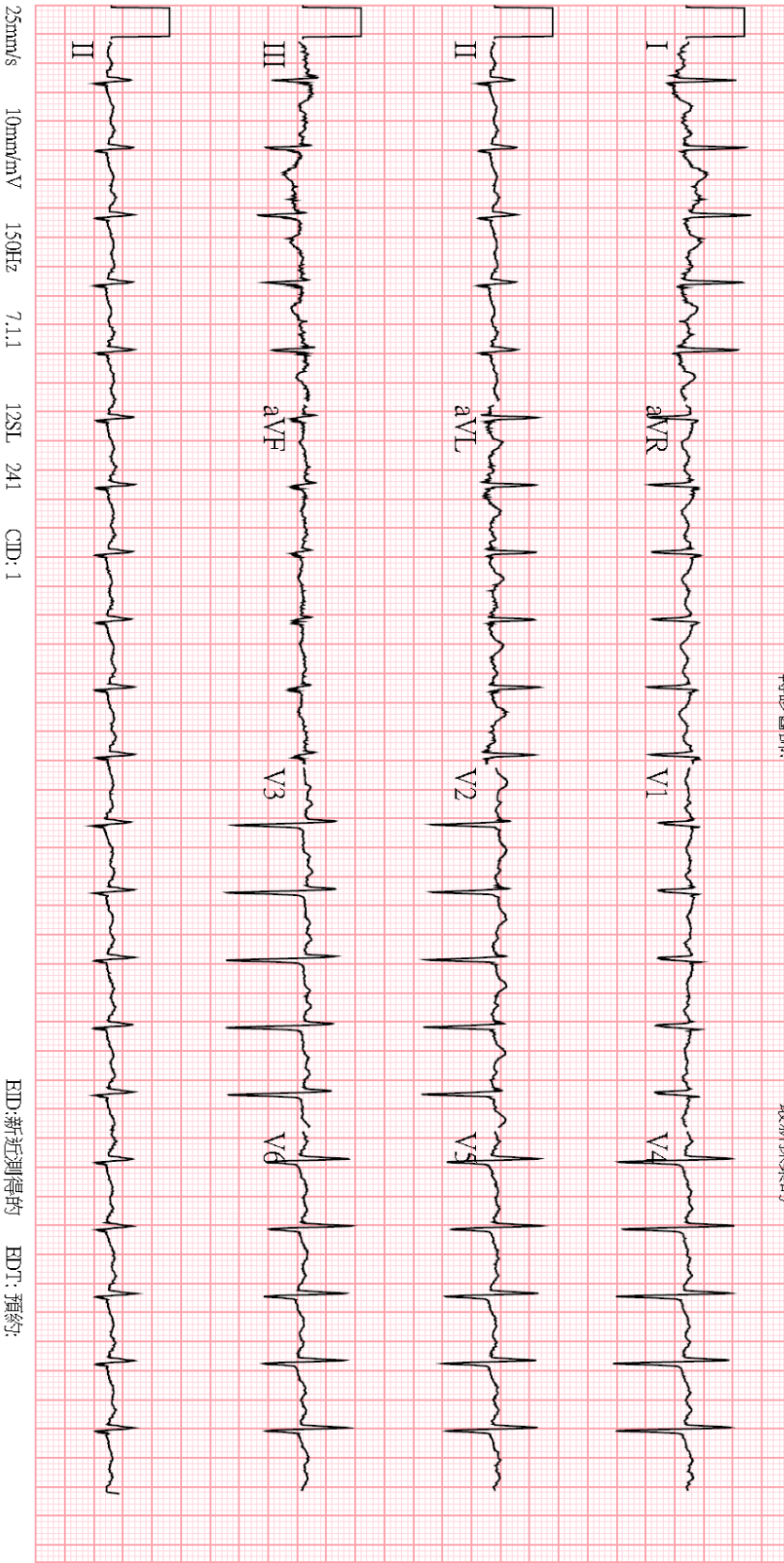
SEDIMENT RANDOM URINE

SEDIMENT(1/1)	RBC(S)(/HPF)	WBC(S)(/HPF)	EpithCell(S)(/HPF)	Cast(S)(/LPF)	Crystal(S)(*)	Others(S)(*)	Bacteria(*)
2014/05/27 16:44	>100	2-5	2-5	-	-	-	+

【影像學檢查】抵達急診當日無接受任何影像學檢查。



【心電圖】



64年 女
 室位: 10

室率 129 BPM
 PR間期 134 ms
 QRS持續時間 70 ms
 QT/QTc 308/451 ms
 P-R-T軸 20 -11

技術員:
 檢查原因:

轉診醫師:

最新採集的

Sinus tachycardia
 Nonspecific ST abnormality
 Abnormal ECG

【臨床問題釐清】

1. 依據上述病史及理學檢查，如果您是當時的看診醫師，請問您還會想知道那些進一步的臨床訊息或檢驗資料？

血尿是急診常見的主訴及疾病表現症狀，血尿在急診常見的鑑別診斷包括下列幾大類，其中藍色的疾病是急診常見的診斷，而紅色的疾病是臨床上較少見，但卻是急診醫師必須保持高度警覺的診斷：

下泌尿道疾病	上泌尿道(含腎臟)疾病	凝血或全身性疾病
感染(膀胱炎)	腎臟或輸尿管結石	血友病
膀胱結石	腎盂性腎炎	肝硬化凝血功能異常
攝護腺腫大/攝護腺炎	腎絲球腎炎	服用抗凝血藥物
膀胱過度性上皮細胞癌	間質性腎炎	腹部主動脈瘤
其他腫瘤局部細胞侵襲	多囊性腎病變	主動脈剝離
放射性膀胱炎	腎梗塞	惡性高血壓
化學性膀胱炎	腎臟血管異常	細菌性心內膜炎
膀胱或尿道憩室	腎血管平滑肌脂肪瘤	鐮刀型貧血
醫療處置相關(導尿)	腎結核	傷寒
創傷	創傷	
異物留置		

這個病患臨床上有幾點特色：

- (1). 臨床上沒有發燒，但有下腹腹脹及尿滯留現象。
- (2). 過去沒有尿路結石的病史，亦沒有凝血性疾病或服用抗凝血劑的情形。
- (3). 最近沒有接受泌尿道部位相關的醫療處置如導尿或膀胱鏡檢查。
- (4). 女性病患沒有攝護腺疾病的考量。
- (5). 過去骨盆腔部位曾接受過局部放射線治療。
- (6). 最近懷疑有直腸腫瘤局部復發之情形，且未接受後續治療。

綜合上述的臨床表現，特別在一個有直腸部位腫瘤懷疑有局部復發的情形下，該病患在急診第一時間的鑑別診斷應該包括下列幾種疾病，其中直腸腫瘤復發導致膀胱侵襲雖然在臨床上較為少見，但卻是急診醫師必須小心思考的狀況：

- (1). 細菌性膀胱炎。
- (2). 放射性膀胱炎。
- (3). 直腸腫瘤復發侵襲膀胱。
- (4). 尿路結石 (較少表現持續性肉眼血尿(gross hematuria))。

因此，在考量上述鑑別診斷的情形下，除了釐清病患血尿的症狀表現外(間歇性或持續性)，另外可以嘗試由病患血紅素的變化嘗試評估病患血尿的嚴重度

(如回頭查這位病患之前門診或住院期間的血紅素作為比較)。最後，因此局部腫瘤侵襲膀胱導致血尿是這位病患可能的一個鑑別診斷，因此安排腎臟及膀胱超音波評估有無膀胱腫塊是第一時間必須考慮的重要檢查，特別是在考慮放置留置導尿管或三腔存留導尿管進行膀胱沖洗之前。

2. 請問您會如何處理這位病患的血尿?

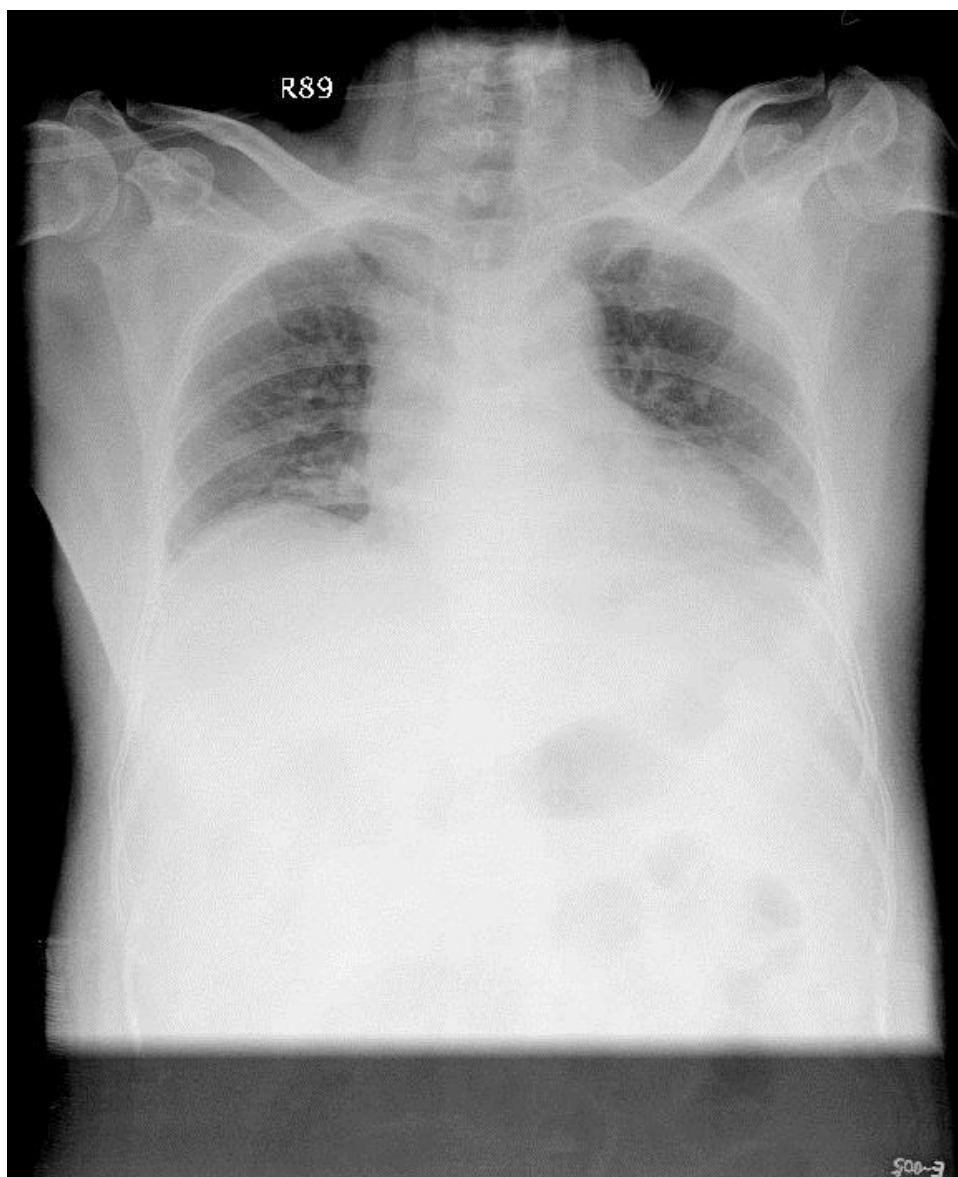
對於明顯或大量血尿病患的急診基本處置，可以包括

- (1). 密切監測病患生命徵象，特別是大量血尿的病患。
- (2). 對於因血尿導致嚴重貧血的病患，給予輸血矯正貧血。
- (3). 若病患有血小板數量過低或凝血功能異常時，必須加以矯正。
- (4). 可以考慮給予幫助凝血藥物如 transamine。
- (5). 照會泌尿科醫師進一步評估。
- (6). 若高度懷疑直腸腫瘤侵入膀胱導致血尿時，應先安排腹部及骨盆腔顯影劑注射之電腦斷層檢查，並在排除腫瘤侵入膀胱前，避免安排膀胱沖洗，避免造成或加劇膀胱破裂出血。
- (7). 在沒有腹腔內出血的證據暗示可能有膀胱破裂的情形下(可用超音波作為初步篩檢，或安排腹部及骨盆腔顯影劑注射電腦斷層檢查加以排除)，可以考慮放置三腔存留導尿管進行膀胱沖洗。

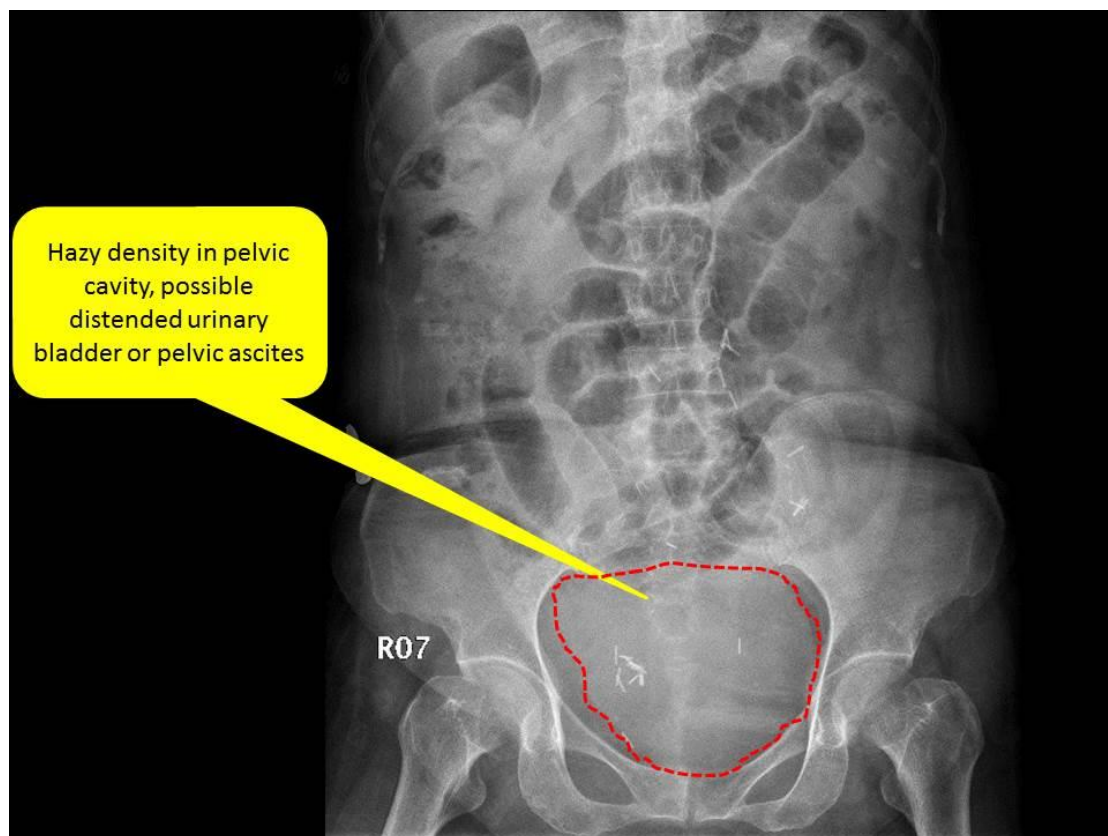
3. 如果您是隔天接班的主治醫師，如果住院醫師跑來跟您說病患接受三腔存留導尿管(3-way foley)進行膀胱沖洗之後，抱怨腹脹不適，住院醫師安排胸部及腹部之 X 檢查結果顯示如下，請問您此時對於影像學的判讀為何?請問您對該病患此時的臨床判斷為何?會考慮哪些進一步的檢查或治療?

此時該病患病患的腹部 KUB 影像檢查顯示骨盆腔部位有顯影增加的情形，同時腸氣上推集中於腹部中央及上方，高度懷疑有局部腫塊或骨盆腔內液體累積的可能性，因此必須進一步考慮腫瘤侵入膀胱造成血尿，同時高度懷疑有膀胱破裂造成出血或尿液外流至骨盆腔的可能性，因此必須立即停止膀胱沖洗，並安排腹部及骨盆腔顯影劑注射電腦斷層檢查。

胸部 X 光



腹部 X 光

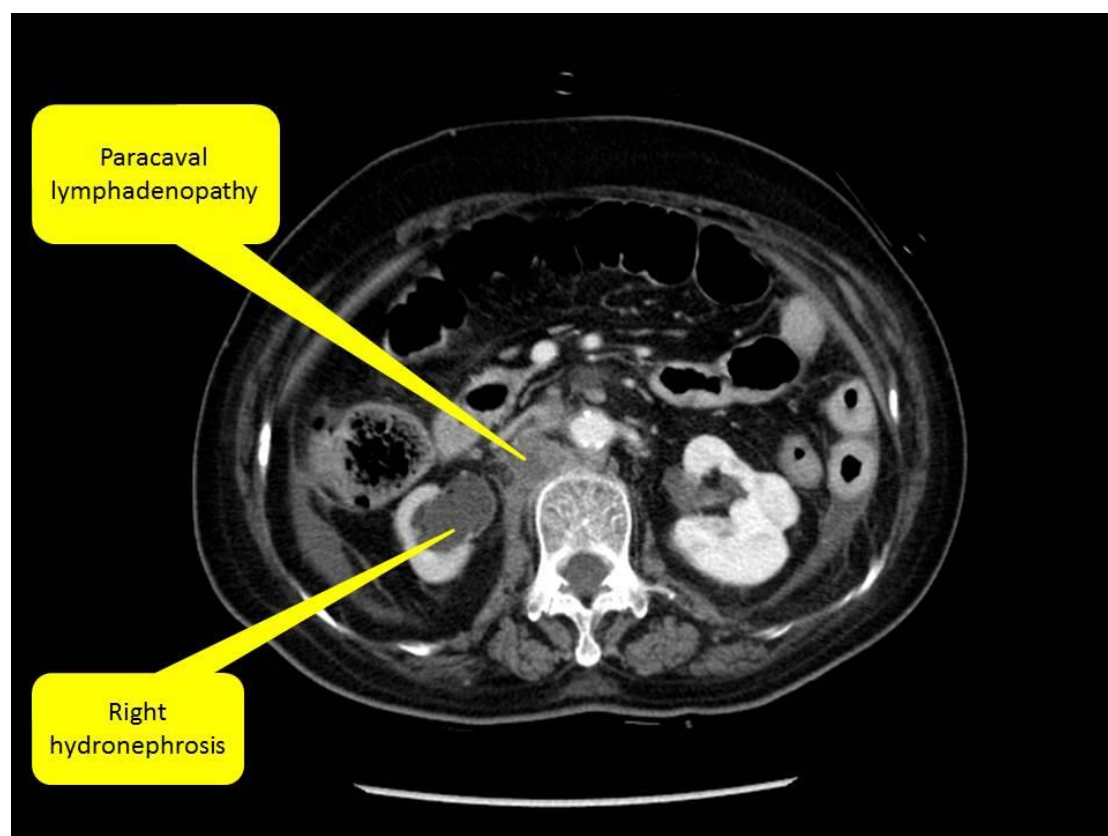


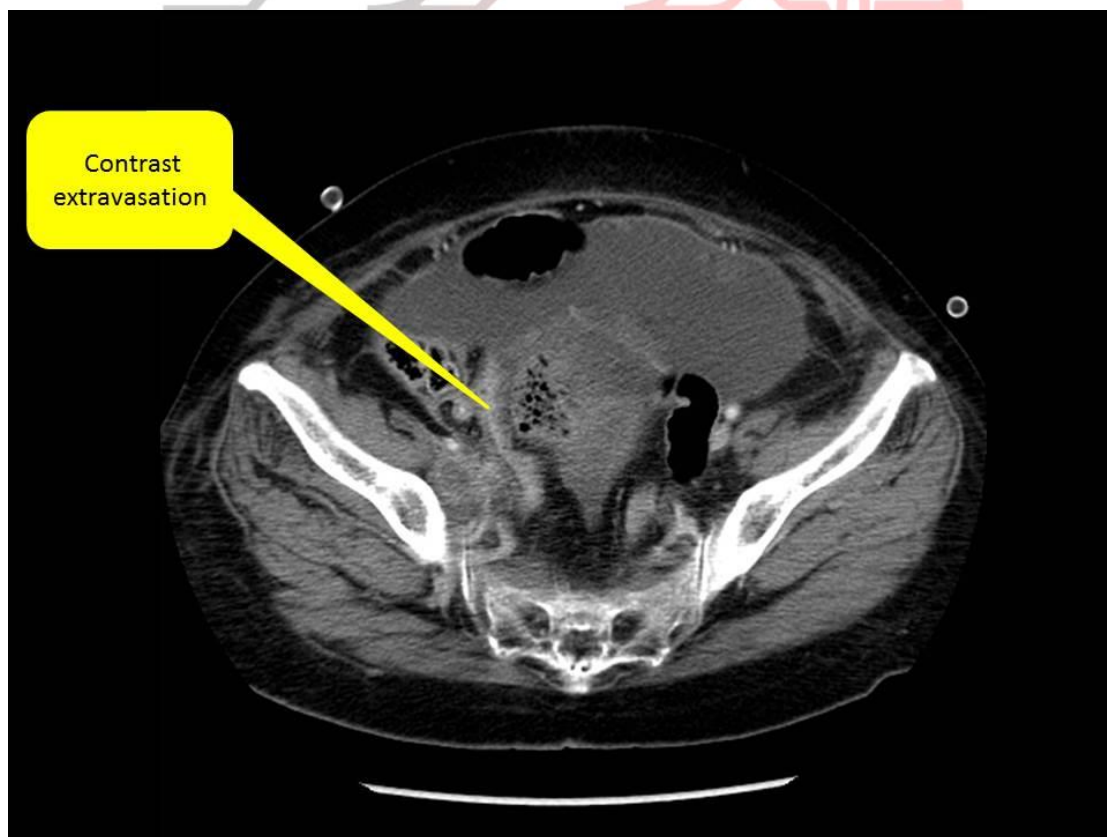
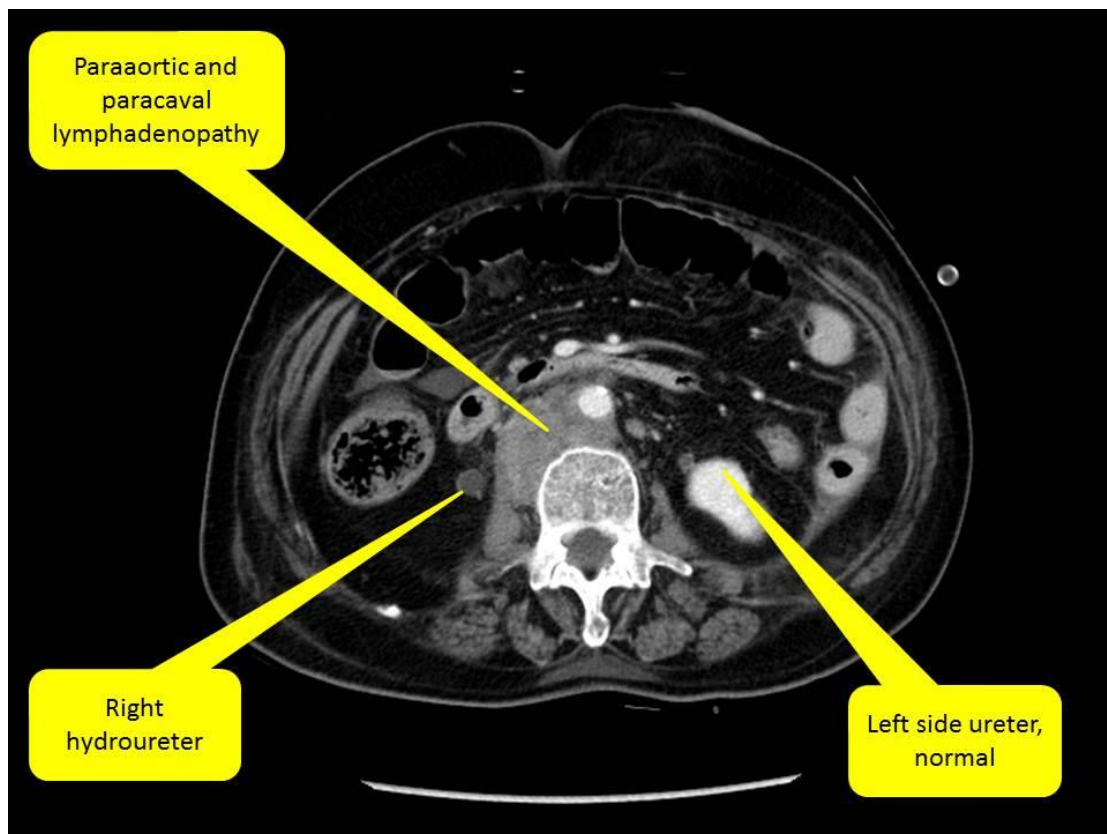
【後續病程】

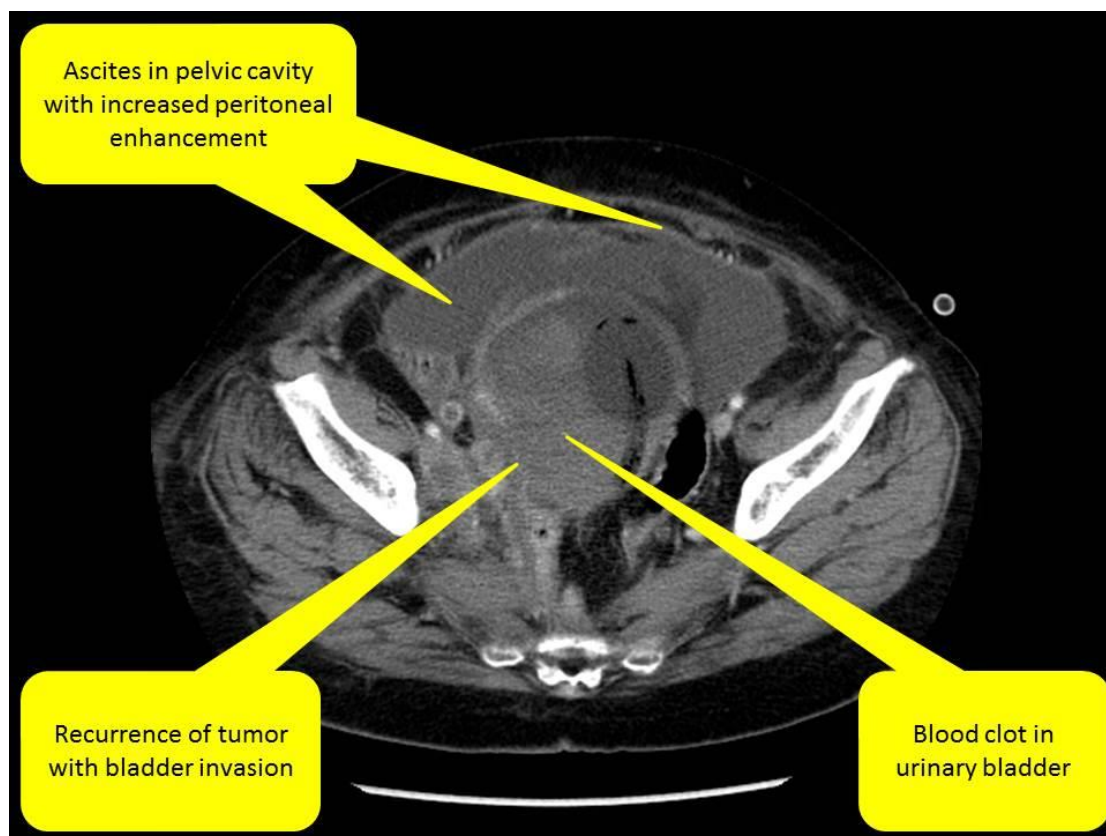
當天主治醫師發現病患在接受三腔存留導尿管(3-way foley)進行膀胱沖洗後出現腹脹現象，在懷疑膀胱破裂導致灌洗液流入腹腔導致腹脹的臆測下，立即安排腹部及骨盆腔顯影劑注射之電腦斷層檢查，證實為局部復發之腫瘤侵入導致右側水腎及膀胱破裂(請參考下圖)。

於是當天除持續安排紅血球輸血之外，並立即照會腫瘤科醫師評估後續治療的可能性，但由於病患及家屬拒絕進一步的化學治療或手術，隨後並簽署拒絕急救意願書。於是病患僅接受輸血等保守性治療，同時照會安寧照護團隊協同照護，並等候安寧病房住院。等候住院期間血紅素曾經輸達 11.9g/dL(5/29 檢驗報告)，但病患於隔日(5/30)出現血壓下降的情形，於是家屬依病患意願，在同一天辦理病危自動出院返家。

電腦斷層檢查關鍵影像







【最後診斷】

直腸黑色素細胞癌局部復發合併右側阻塞性尿路病變(obstructive uropathy)、膀胱侵入破裂導致血尿、及腹腔內出血

Anal malignant melanoma with local recurrence, complicated with right side obstructive uropathy, bladder invasion and rupture, and intra-peritoneal bleeding.

【本週案例學習重點】

1. 血尿為急診常見的主訴，雖然泌尿道感染、結石、攝護腺疾病、放射性膀胱炎、及導尿管放置等是最為常見的原因，但是一些少見但嚴重的疾病也會以血尿出現在病患的臨床表現中，甚至是造成病患急診就醫的主訴。

血尿病患之特殊鑑別診斷	
疾病考量	臨床線索
肉眼性血尿(gross hematuria)	
膀胱過度性上皮細胞癌	老年病患、過去腫瘤病史
其他腫瘤局部細胞侵襲	老年病患、過去腫瘤病史
凝血功能異常或疾病	血液疾病、肝硬化病患、服用抗凝血劑
顯微性血尿(microscopic hematuria)	
腹部主動脈瘤	老年病患、劇烈腹痛或腰痛、腹部搏動性腫塊、肋脊角敲擊痛(當主動脈瘤破裂時)、KUB 影像呈現蛋殼狀主動脈粥狀動脈硬化斑、快速休克
主動脈剝離	突發性劇烈(撕裂般)腹部或胸部劇痛、四肢不等脈、出現急性神經學症狀(單側偏癱、下肢癱瘓)、急性主動脈瓣逆流雜音
腎梗塞	心律不整、高凝血疾病(如腫瘤)、肋脊角敲擊痛、輕微體溫上升
腎血管平滑肌脂肪瘤	劇烈腰痛、肋脊角敲擊痛
細菌性心內膜炎	過去有瓣膜性疾病病史、發燒、結膜出血點、心雜音、皮疹、指甲夾板出血(splinter hemorrhage)

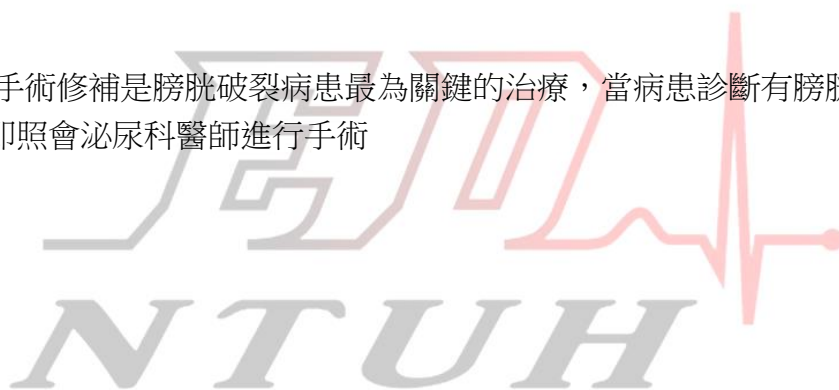
2. 膀胱破裂出血在臨床上非常少見。除了創傷及醫療操作(如膀胱鏡檢查、導尿管置入)外，文獻上造成自發性膀胱破裂(spontaneous urinary bladder rupture)的原因包括如下，臨床急診醫師必須對於膀胱破裂導致血尿的表現抱持高度的警覺，特別是在面對有特殊病史或出現下列危險因子的病患時。

膀胱破裂原因 ²
創傷
醫療操作
自發性
膀胱憩室
結核菌感染
黴菌性膀胱炎 (fungal cystitis)

放射性膀胱炎(radiation cystitis)
腫瘤
膀胱出口阻塞
攝護腺肥大
留置導尿管阻塞
膀胱結石嵌塞
神經性(如脊髓癆(tabes dorsalis)、免疫性神經病變)
之前膀胱破裂曾接受修補手術術後
酒精狂飲 (alcoholic binge)

3. 在懷疑有膀胱腫瘤侵襲甚至破裂的可能性時，應先安排必要之影像學檢查加以排除，並避免先行進行侵入性膀胱醫療處置(如導尿管留置或膀胱沖洗)，以免造成或加劇膀胱破裂出血的程度，甚至造成嚴重的出血性休克。

4. 緊急手術修補是膀胱破裂病患最為關鍵的治療，當病患診斷有膀胱破裂時，必須立即照會泌尿科醫師進行手術



【參考文獻】

1. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7e. Tintinalli JE. Chapter 94.
2. Dubey IB, et al. Diverse presentation of spontaneous rupture of urinary bladder: review of two cases and literature. Am J Emerg Med. 2012; 30:832.e1-3.

