

2014

每週案例選粹

-201402

五十七歲男性主訴聲音沙啞及反覆發燒
約七至八日

臺大醫院急診醫學部/NTUH-ED



【主訴】

五十七歲男性主訴聲音沙啞及反覆發燒約七至八日。

【現病史】

五十七歲男性，過去有高血壓病史，於診所不規則服藥。病患約於七至八天前開始出現聲音沙啞及反覆發燒之症狀，期間看過不同三家診所，醫師經檢查後告知為“感冒”，但病患規則服用診所醫師所開立之藥物但是仍然持續反覆發燒，於是自行至本院急診就醫。前一班醫師於是安排一些基本檢驗後，交班時告訴你臨床診斷為肺炎，他已經幫病患做完兩套的血液細菌培養後，開始使用靜脈 ampicillin-sulbactam 治療感染。

細問病患除上述症狀外，病患並沒有出現流鼻水、喉嚨痛、咳嗽、出現黃痰或痰量增加之現象，同時病患亦沒有頭痛、腹痛、腹瀉、解尿疼痛、頻尿、或血尿之情形。病患有一對子女，但沒有同住，最近三個月內並沒有出國旅遊史，也沒有接觸野生動物之情形。

【生命徵象及理學檢查】

BP: 126/70 mmHg; BT: 38.4 C; PR: 108/min; RR: 18/min; SpO2: 96%

Head: Scalp: Normal

Pupils: Isocoric with prompt light reflex

Conjunctiva: not Pale, no petechiae; Sclera: anicteric

Neck: Supple; JVE: (-) LAP: (-)

Chest: Symmetric expansion,

Breath sounds: clear

Heart: regular heart beat, murmur: (-)

Abdomen: Soft, no tender, no palpable mass.

No back or flank knocking pain

Extremities: Normal without rash or local erythematous change

No pitting edema.

Peripheral pulses: intact and symmetric

【急診檢驗報告】

CBC/DC:

	WBC (K/uL)	Hb (g/dL)	HCT (%)	MCV (fL)	Plt (K/uL)	D/C (%)		
						Seg	Band	Lym
1999/12/28	7.75	12.3	35.6	90.6	255	82	0	14

BCS+e⁻:

	BUN (mg/dL)	Cre (mg/dL)	AST (u/L)	Bil-T (mg/dL)	Glucose (mg/dL)	Na (mmol/L)	K (mmol/L)
1999/12/28	18.0	1.2	25.0	1.4	191	137.0	3.5

ABG:

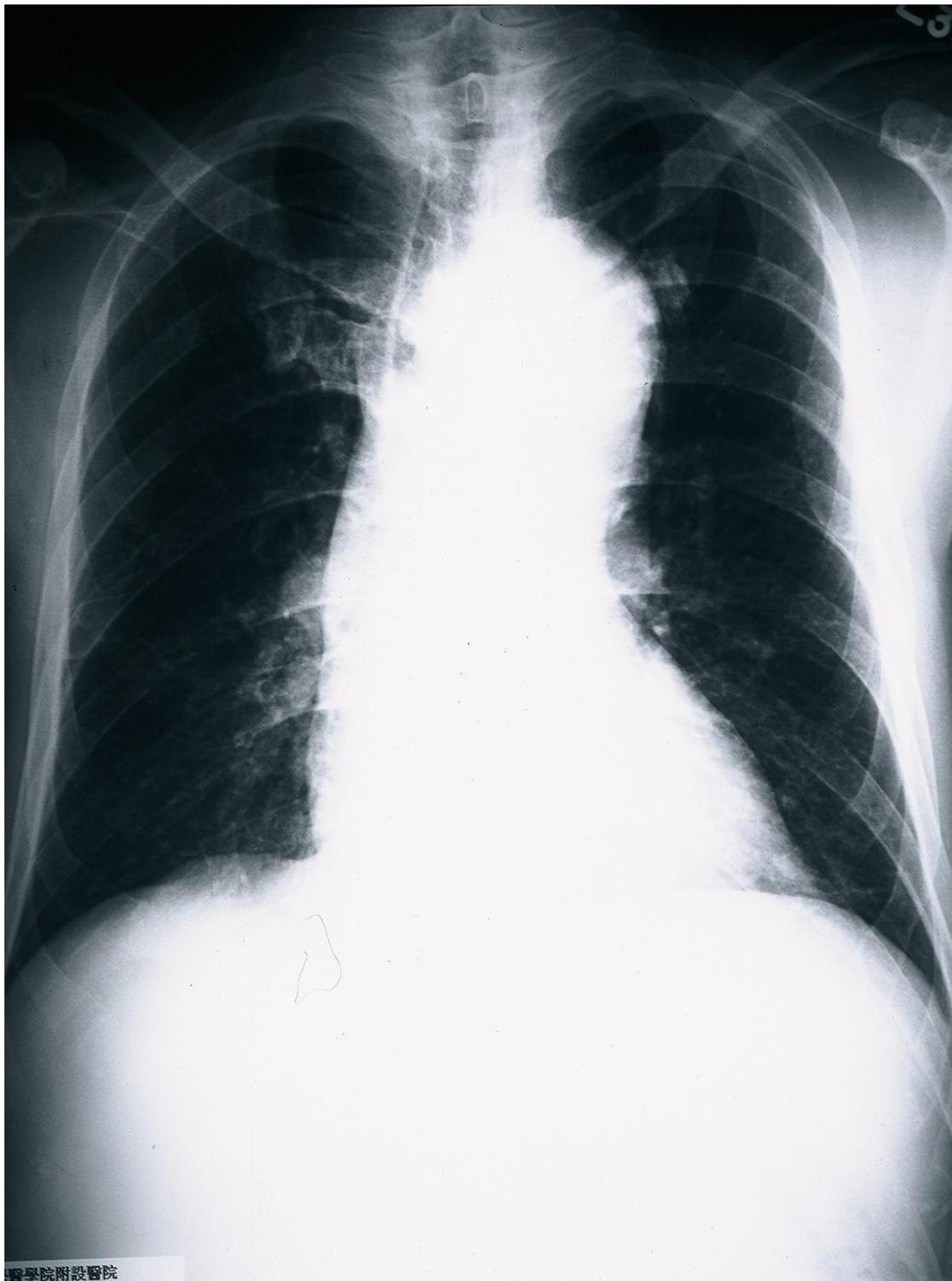
	pH	PaCO ₂	PaO ₂	HCO ₃	BE
1999/12/28	7.49	25.9	88.1	19.5	-2.3

Urinalysis:

No pyuria or hematuria.



【影像學檢查】



1999/12/28



院附設醫院

1999/12/28

【心電圖】

無



【臨床問題釐清】

如果前一班急診醫師交班這樣一位病患到你手上，請問：

1. 請問您覺得之前診所醫師的“感冒”與後來前一班急診醫師判斷“肺炎”的診斷，在臨床評估上有沒有所疑慮之處？

當急診醫師面對一個主訴是“感冒”的民眾時，必須非常的小心，因為就沒有醫學知識背景的民眾而言，感冒可能只是發燒的代名詞，一個病患可能反覆發燒而沒有任何的上呼吸道症狀，一般民眾的自我的解讀就是告訴你他最近“感冒都不會好”，這種想法往往會隨著先前診所醫師告訴病患“感冒”這個診斷而更加強化，進而誤導急診醫師的評估。

就這個案例而言，病患反覆發燒超過一週，病程上就已經不是單純病毒感染的病程。其次，病患雖然出現“聲音沙啞”這個上呼吸道症狀，但是卻沒有伴隨其他的上呼吸道症狀如喉嚨痛或咳嗽。而上呼吸道感染的病患之所以會聲音沙啞，其實是喉嚨局部發炎的結果，因此，感冒聲音沙啞的病患，應該同時會有喉嚨不適甚至喉嚨痛的症狀。因此如果發燒超過一週且聲音沙啞不伴隨其他的上呼吸道症狀，臨床上並不符合上呼吸道病毒感染的病程。

同樣的，雖然上呼吸道感染後併發肺炎是臨床上常見的情況，但是這個病患在症狀上並沒有咳嗽、痰量增加、黃稠痰、肋膜性、胸痛、呼吸喘快等肺炎的症狀，胸部 X 光亦沒有明顯的浸潤，要下“肺炎”這個診斷是必須非常小心的。

2. 如果你認為病患臨床上不全然可以用肺炎來解釋，請問您可能的其他鑑別診斷為何？

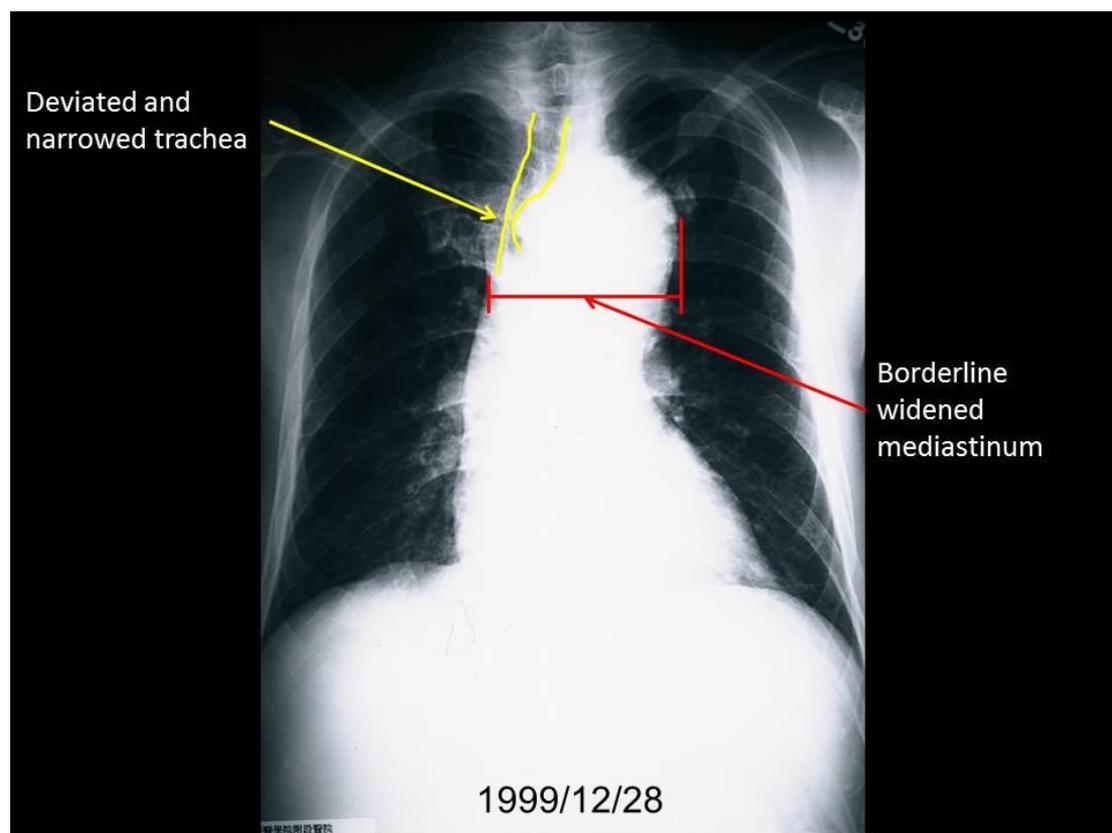
這個病患病程上並非一般的上呼吸道感染，初步的各項評估檢驗亦沒有明顯的感染部位如肺炎、泌尿道、或是軟組織感染的證據，這樣表現的病患在急診並非少見。對於這樣表現的病患，以前有醫師提出一個名詞稱之為「無明顯感染部位之發燒」(fever without apparent focus)，以便於跟傳統上有嚴謹定義的「不明原因發燒」(fever of unknown origin, FUO)做區別。

臨床上面對無明顯感染部位之急診發燒病患，有三種主要的臨床考量：

- (1). 深部組織感染：如頸部深部感染(deep neck infection)、中膈腔炎(mediastinitis)、細菌性心內膜炎(endocarditis)、感染性主動脈瘤(Infected aortic aneurysm)、肝膿瘍(liver abscess)...等。
- (2). 非典型感染：鉤端螺旋體感染、立克次體感染、Q 熱...等。
- (3). 非感染性疾病：如甲狀腺機能亢進、腫瘤熱...等。

但是這個病患有兩點值得急診醫師特別注意的臨床訊息。第一個是最近新出現的聲音沙啞，由於單側聲帶麻痺(vocal cord palsy)的主要臨床表現就是聲音沙啞，而喉返神經受傷即可能造成單側的聲帶麻痺。其次，這個病患胸部 X 光除了有些許的中膈變寬(borderline)之外，病患的氣管在主動脈弓附近出現向右偏移及狹窄

的情形，暗示病患的中膈腔似乎出現異常的病變(如下圖)。



綜合上述的分析，這個病患符合臨床上所謂的 **cardiovascular syndrome** (又稱 **Ortner's syndrome**)，因此在急診第一時間必須排除下列重要鑑別診斷：

- (1) 中膈腔炎 (**mediastinitis**)。
- (2) 感染性胸部主動脈 (**infected thoracic aortic aneurysm**)。
- (3) 胸部主動脈剝離 (**aortic dissection**)。
- (4) 肺栓塞 (**pulmonary embolism**)。

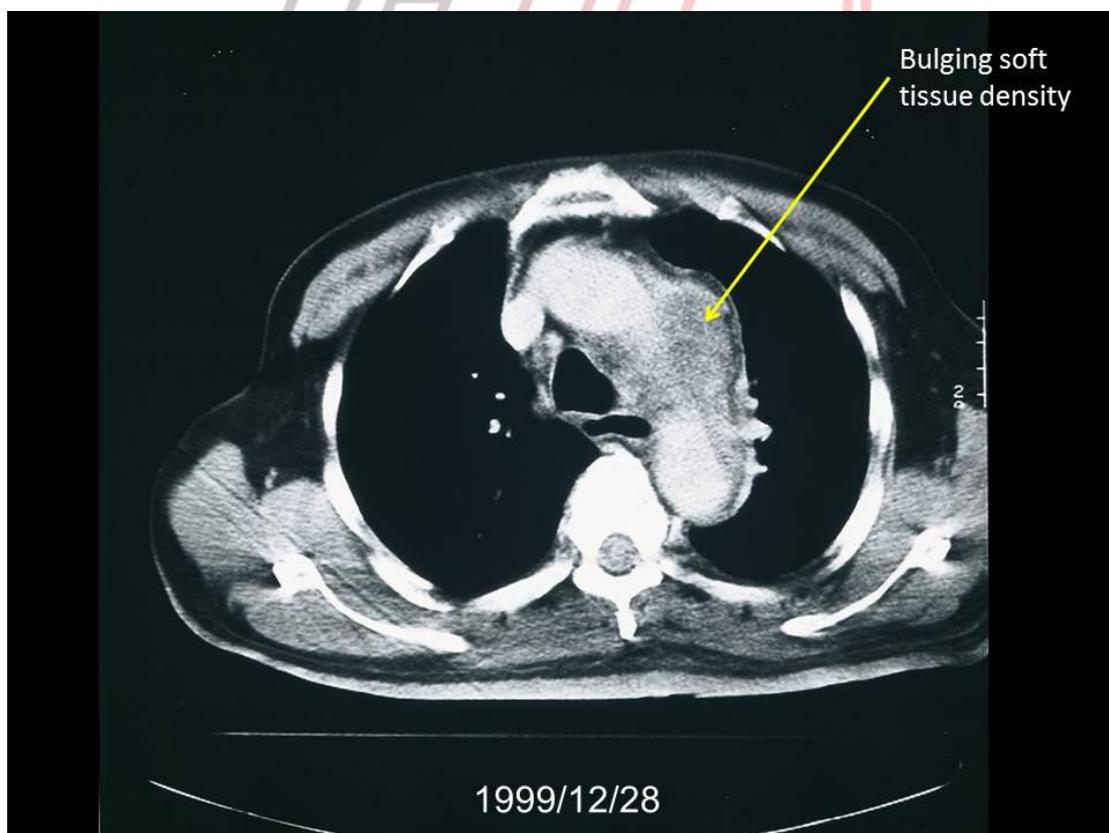
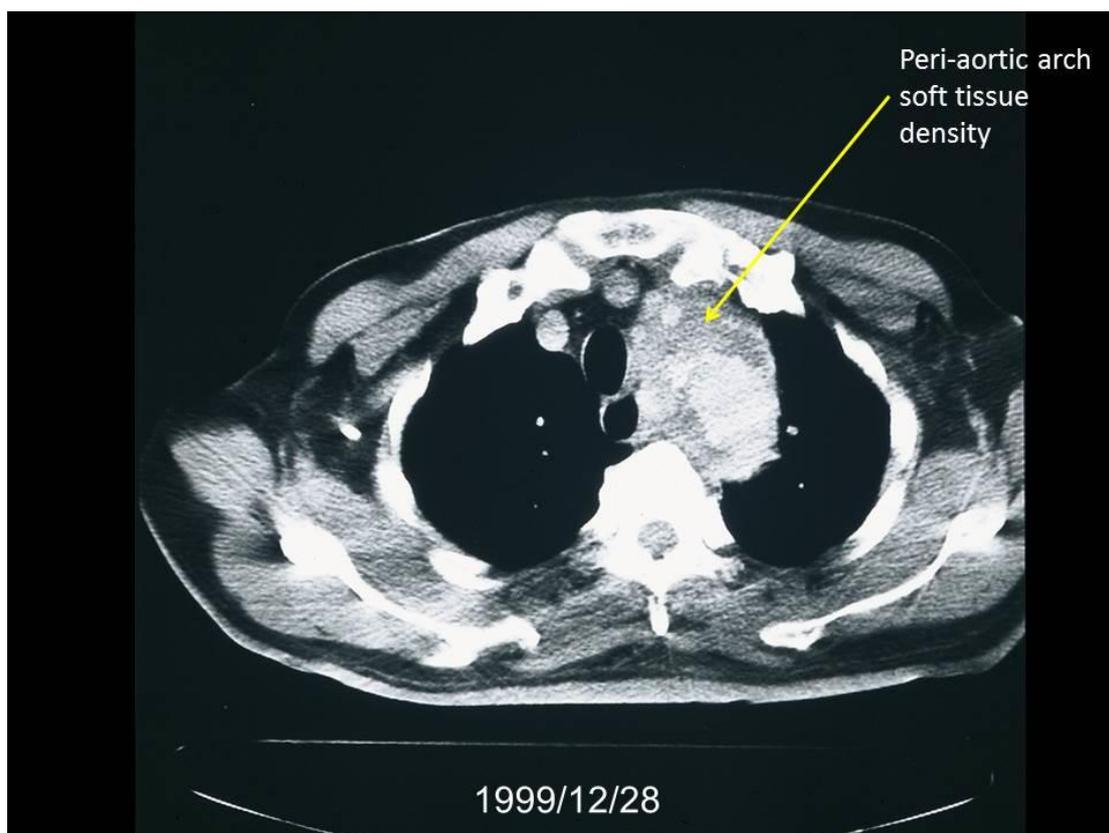
當排除上述診斷後，接下來再去考慮其他比較非致命性的診斷如肺癌轉移中膈腔淋巴結壓迫喉返神經等可能性。

3. 請問您接下來會考慮安排那些檢查或檢驗，或是需要照會那一科的醫師來協助病患的評估與診斷?為什麼?

在基於上述可能的鑑別診斷考量下，第一步可以先請耳鼻喉科確認病患是否出現單側的聲帶麻痺，這個病患在當時立即照會耳鼻喉科醫師，果然確定病患出現有左側聲帶麻痺的現象。

隨後病患立即於急診接受顯影劑注射的胸部電腦斷層檢查，證實病患確實有主動脈弓的病變(如下圖)，配合病患反覆發燒之病史，臨床診斷為感染性胸部主動脈瘤(**infected thoracic aortic aneurysm**)。於是當時立即調整抗生素為第三代環

抱黴素 ceftriaxone，並照會心血管外科，於隔天收住院做進一步之評估及處置。



【後續病程】

病患住院後持續接受靜脈抗生素治療，三日後病患在急診接受的血液細菌培養為 *Salmonella choleraesuis*，病患於十三天後接受手術治療，手術中清創之組織培養同樣長出同一株沙門氏桿菌 *S. choleraesuis*，證實為沙門氏桿菌胸部感染性主動脈瘤，最後病患於五十八天後順利出院，並於門診持續追蹤。

【最後診斷】

感染性胸部主動脈瘤，沙門氏桿菌感染

(Infected thoracic aortic aneurysm, *Salmonella choleraesuis* infection)



【本週案例學習重點】

1. 診斷病毒性上呼吸道感染，病患必須要有符合上呼吸道感染的臨床相關狀及病程，急診醫師才可以下此診斷，並須給予病患適當的衛教。
2. 對於無明顯感染部位之急診發燒病患，深部組織部位的感染是急診醫師下一步必須考慮的，這包括腦膜炎(主要在老年人、免疫功能低下如愛滋病患者、及肝硬化病患)、中膈腔炎、細菌性心內膜炎、感染性主動脈瘤(胸部或腹部)、肝膿瘍、後腹腔膿瘍(如腰大肌膿瘍)，以及骨髓炎。在考慮過上述診斷後，其次再考慮非典型感染及非感染性疾病的可能性。
3. Cardiovascular syndrome (Ortner's syndrome)指單側喉返神經受傷導致聲音沙啞，在急診無明顯感染部位之發燒病患中，中膈腔炎、感染性胸部主動脈瘤、以及主動脈剝離是三個必須立即排除的診斷¹。
4. 感染性主動脈瘤的主要致病菌為沙門氏桿菌及金黃色葡萄球菌，其中以前者最為重要，佔所有病例的四分之三以上。其他在胸部感染性主動脈需要額外考慮肺炎雙球菌以及結核菌的可能性，而大腸桿菌、克列白氏菌、及鏈球菌則曾經在腹部感染性主動脈瘤的案例中被報告過，但都佔極為少數的案例。
5. 由於最主要的致病菌為沙門氏桿菌，因此抗生素的首選為 fluoroquinolone 及第三代環孢黴素 ceftriaxone 或 cefotaxime²⁻⁴，而其他對沙門氏桿菌有效之抗生素雖然還包括 ampicillin、trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX)、及 chloramphenicol，但是由於抗藥性、藥物副作用，及無法涵蓋金黃色葡萄球菌的考量下，後三者並不適合急診醫師用於經驗性治療時使用²⁻⁴。而近年沙門氏桿菌的臨床分離菌株對 fluoroquinolone 的抗藥性有逐年增加的趨勢，所以在最後藥物感受性的結果證實菌株對 fluoroquinolone 確實具感受性之前，也不適合做為經驗性治療的抗生素選擇⁵，因此，第三代環孢黴素為急診醫師在診斷或懷疑感染性主動脈瘤時所應當優先考慮的經驗性抗生素。

Table 1. Bacterial profiles for isolates recovered in 2000–2002 and in 2003–2004.

Antimicrobial resistance	No. (%) of isolates recovered		P
	In 2000–2002 (n = 26)	In 2003–2004 (n = 28)	
Ampicillin	21 (81)	22 (79)	.999
Chloramphenicol	22 (85)	25 (89)	.699
Ciprofloxacin	11 (42)	22 (79)	.011
TMP-SMX	15 (58)	19 (68)	.574
Cefotaxime	0 (0)	0 (0)	.999

NOTE. Data were compared using Fisher's exact test and the Mann-Whitney U test. TMP-SMX, trimethoprim-sulfamethoxazole.

6. 急診診斷感染性主動脈瘤後，需告知家屬主動脈瘤破裂猝死之可能性，並立即照會或轉診至有心臟血管外科醫師的醫院，評估有無需要緊急手術的必要性。



【參考文獻】

1. Mulpuru SK, Vasavada BC, Punukollu GK, Patel AG. Cardiovascular syndrome: a systematic review. *Heart Lung Circ*. 2008; 17(1):1-4.
2. Hsu RB, Chen RJ, Wang SS, Chu SH. Infected aortic aneurysms: clinical outcome and risk factor analysis. *J Vasc Surg*. 2004; 40:30-5.
3. Hsu RB, Chang CI, Chan CY, Wu IH. Infected aneurysms of the suprarenal abdominal aorta. *J Vasc Surg*. 2011; 54:972-8.
4. Hsu RB, Lin FY. Surgery for infected aneurysm of the aortic arch. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007; 134:1157-62.
5. Hsu RB, Chen RJ, Lin FY, Chu SH. Influence of ciprofloxacin resistance on risk factors for endovascular infection in patients with infection due to group C nontyphoid *Salmonellae*. *Clin Infect Dis*. 2005; 40:1364-7.

