

2014

# 每週案例選粹

## -201444

三十七歲女性主訴持續性左腰疼痛約四  
小時

臺大醫院急診醫學部/NTUH-ED



**【主訴】**

三十七歲女性主訴持續性左腰疼痛約四小時。

**【現病史】**

三十七歲女性，在數年前曾發生過一次骨盆腔發炎性疾病病史(pelvic inflammatory disease, PID)，當時順利接受門診口服抗生素藥物治療，除此之外無任何全身性疾病如糖尿病、高血壓，或其他如心臟、腎臟、或肝臟等器官性疾病，亦無接受過任何手術，亦無飲用酒精或抽菸的習慣。

病患此次於今日下午約四小時前開始出現漸進性左側腰痛，這樣的疼痛為持續性悶痛且無合併噁心、嘔吐、或腹瀉的症狀，也沒有頻尿、餘尿感、或血尿的情形，亦沒有感到發燒或寒顫，同時最近排便情形正常亦沒有便秘的困擾，這樣的腹痛在接下來的一兩個小時內逐漸轉移到左下腹，於是她造訪一家地區醫院的內科門診，當時門診醫師立即安排了床邊腎臟超音波，告知病患並沒有水腎(hydronephrosis)或其他異常發現，於是開立口服止痛藥物後讓病患回家觀察，但由於看完門診後左腰及左下腹痛的症狀持續，於是病患來到急診希望接受進一步的診斷與處置。

進一步詢問，病患最後一次的月經結束是在一個月之前，平常月經間隔約35-50天，每次月經期約持續一週，另外病患否認有過性經驗。

**【門診用藥】**

無。

**【生命徵象及理學檢查】**

BH:162 cm BW:58 kg

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

Vital signs: BP: 124/60mmHg, T/P/R: 36.9°C /73/18

Head: Scalp: Normal

Pupils: Isocoric

Conjunctiva: Not Pale Sclera: Anicteric

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

Chest: Symmetric expansion,

Breath sounds: Clear

Heart: Regular Heart Beat, Murmur: (-)

Abdomen: Soft, LLQ tenderness: (+), no rebound tenderness, no flank knocking pain

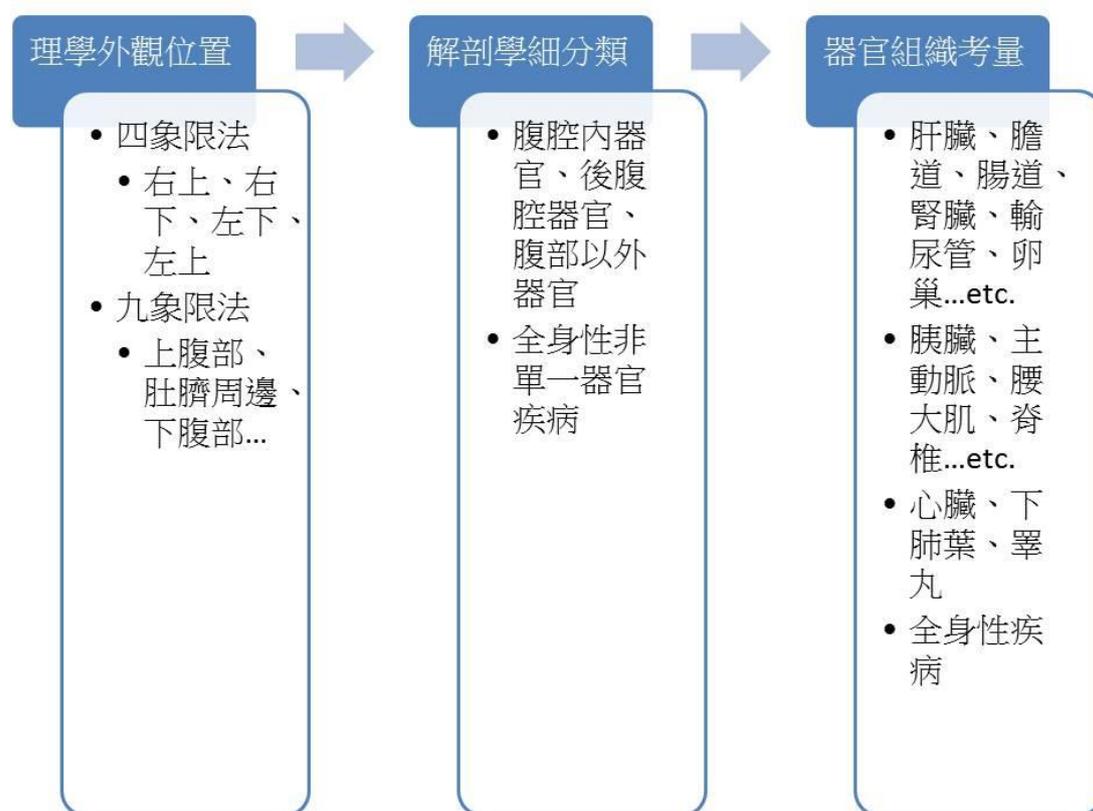
Bowel sound: Normal

Extremities: No rash, No leg edema

**【臨床問題釐清 1】**

1. 根據上述的病史及理學檢查，請問您此時的鑑別診斷為何?接下來會考慮安排那些檢驗或影像學檢查?

對於急診腹痛的鑑別考量，除了以疼痛所在理學外觀的位置(右上腹、左上腹、左下腹、右下腹、上腹心窩處、肚臍周邊、下腹部...等)作為一開始思考鑑別的起點之外<sup>1</sup>，臨床醫師可以進一步的考慮該疼痛在解剖學上可能源自的病變器官，這包括腹腔內器官、後腹腔器官、腹部以外器官、以及非單一器官的全身性疾病四大類解剖學空間，最後再依照各個解剖學空間中所有的器官組織進行疾病的鑑別。



以這位病患的腰痛合併左下腹痛為例，由於其臨床表現並不符合上面提到的腹部以外器官或全身性疾病的表現，因此鑑別診斷仍然侷限於腹腔內及後腹腔器官，但是若後續初步的檢驗及檢查無法確認腹痛的原因時，則可以再回頭思考其他診斷(如急性紫質症、糖尿病酮酸血症、急性鉛中毒等)的可能性:

腹腔內器官	後腹腔器官	腹部以外器官	全身性疾病
腸阻塞	左側大腸憩室炎	-	-
腸套疊	大腸腸脂垂炎		
子宮外孕	輸尿管結石		
卵巢扭轉	急性腎盂性腎炎		
骨盆腔發炎	胡桃鉗症候群		

子宮內膜異位症	腎臟缺血性梗塞
	血管平滑肌脂肪瘤出血
	腰大肌膿瘍
	自發性後腹腔出血
	肉瘤(sarcoma)

回到這位病患，依照病患臨床表現，一開始以左腰側痛之後逐漸轉移到左下腹部位，但沒有伴隨噁心、嘔吐或腹瀉等腸胃道症狀，也沒有伴隨頻尿、血尿或解尿疼痛等泌尿道症狀，同時亦沒有發燒寒顫等明顯感染跡象，以一位三十七歲過去有過骨盆腔發炎性疾病但沒有其他全身性系統性疾病的女性患者而言，雖然病患自述沒有過性經驗(但是卻發生過骨盆腔發炎性疾病)，如果就鑑別診斷的可能性高低來考量的話，這位病患的鑑別診斷序可以排列如下：

鑑別診斷	臨床符合處	臨床不符合處
1. 輸尿管結石	左側腰痛轉移至左下腹	無血尿表現、外院腎臟超音波無水腎現象
2. 左側大腸憩室炎	持續左腰及左下腹痛、局部壓痛	無發燒、無腰側敲擊痛
3. 卵巢扭轉	持續左下腹痛、局部壓痛	過去無卵巢水泡(cyst)或腫塊病史
4. 子宮外孕	持續左下腹痛、局部壓痛	病患自述無性經驗、無心搏過速、無結膜蒼白、無腹膜反彈痛(出血現象)
5. 大腸腸脂垂炎	持續左下腹痛、局部壓痛	-
6. 胡桃鉗症候群	腰痛	較少表現下腹痛、無血尿現象、出現局部下腹壓痛、無腰側敲擊痛
7. 腎臟缺血性梗塞	持續性左側腰痛	無發燒、無心律不整、非突發性劇烈疼痛、無血尿現象

因此依照上述考量，初步需要安排的實驗室檢驗及影像學檢查應該包括全血球計數及血球分類、血液生化檢驗(包括腎功能、澱粉酶、電解質等)、尿液檢驗含懷孕測試、腹部 X 光檢查、以及床邊超音波檢查，以便對於上述的診斷進行進一步的鑑別。

【急診檢驗報告】

CBC/DC:

CBC+PLT BLOOD

CBC+PLT(1/2)	WBC(K/ $\mu$ L)	RBC(M/ $\mu$ L)	HB(g/dL)	HCT(%)	MCV(fL)	MCH(pg)	MCHC(g/dL)	PLT(K/ $\mu$ L)
2014/11/03 19:48	9.96	4.38	12.8	38.1	87.0	29.2	33.6	218
CBC+PLT(2/2)	RDW-CV(%)	PS0						
2014/11/03 19:48	13.1	-						

WBC Classification BLOOD

WBC Classification(1/2)	Blast(%)	Promyl.(%)	Myelo.(%)	Meta(%)	Band(%)	Seg(%)	Eos.(%)	Baso.(%)
2014/11/03 19:48	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	91.0	0.2	0.2
WBC Classification(2/2)	Mono.(%)	Lym.(%)	Aty.Lym.(%)	PlasmaCell(%)	Normobl.0	PS0		
2014/11/03 19:48	0.9	7.7	0.0	0.0	0	-		

BCS+e<sup>-</sup>:

Biochemistry BLOOD

Biochemistry(1/1)	CRE(mg/dL)	Na(mmol/L)	K(mmol/L)
2014/11/03 19:48	0.5	135	4.3

General BioChemistry RANDOM URINE

General BioChemistry (1/1)	Urine Pregnancy Test(*)
2014/11/03 19:55	Negative

BLOOD

(1/1)	Sugar(One touch)(*)
2014/11/04 00:28	94

TUHH



Coagulation profile:

Coagulation BLOOD

Coagulation(1/1)	PT(sec)	PTT(sec)	PT INRO
2014/11/03 19:48	10.1	28.8	0.93

Urinalysis:

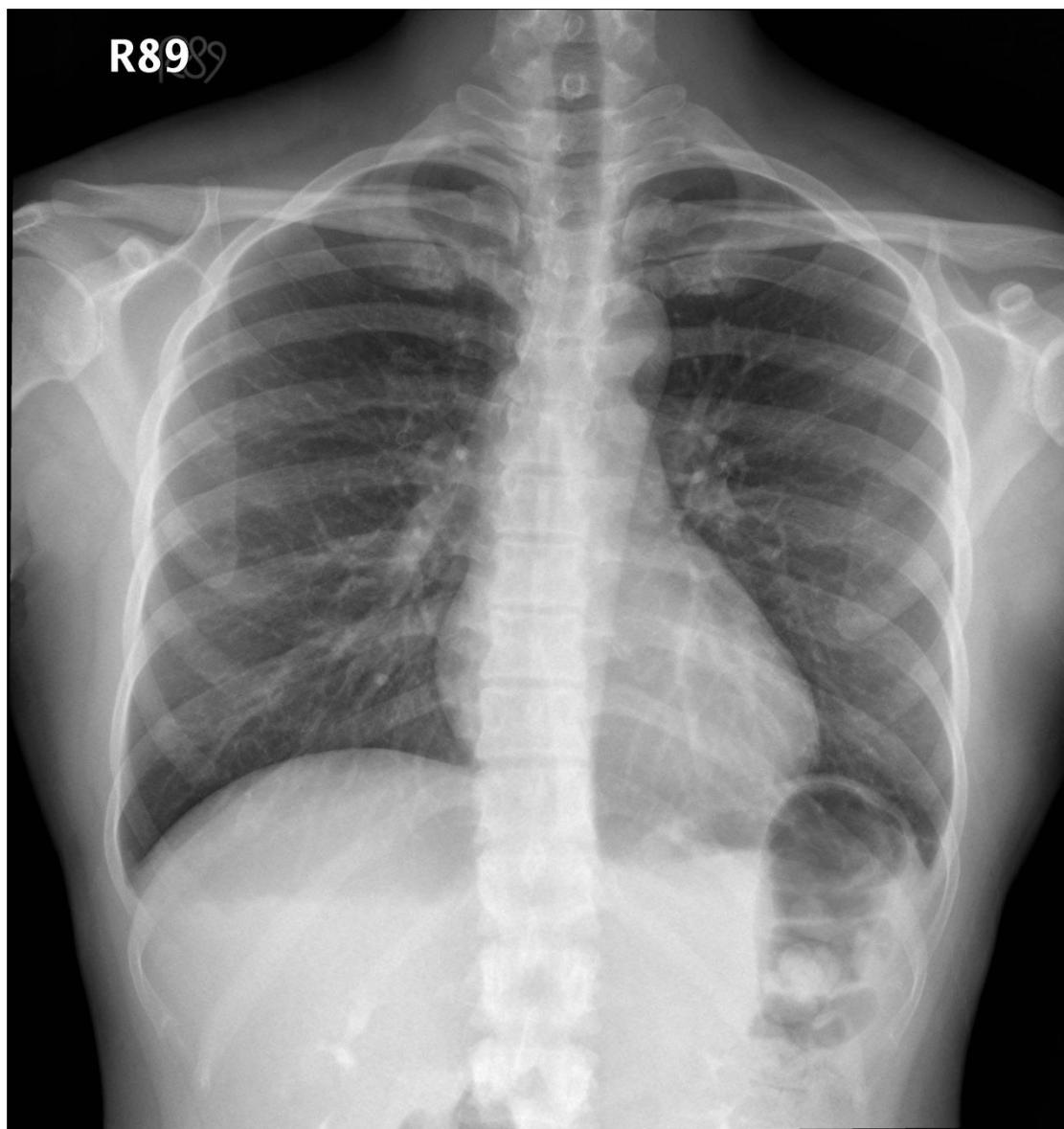
No pyuria. No hematuria. No proteinuria

General BioChemistry RANDOM URINE

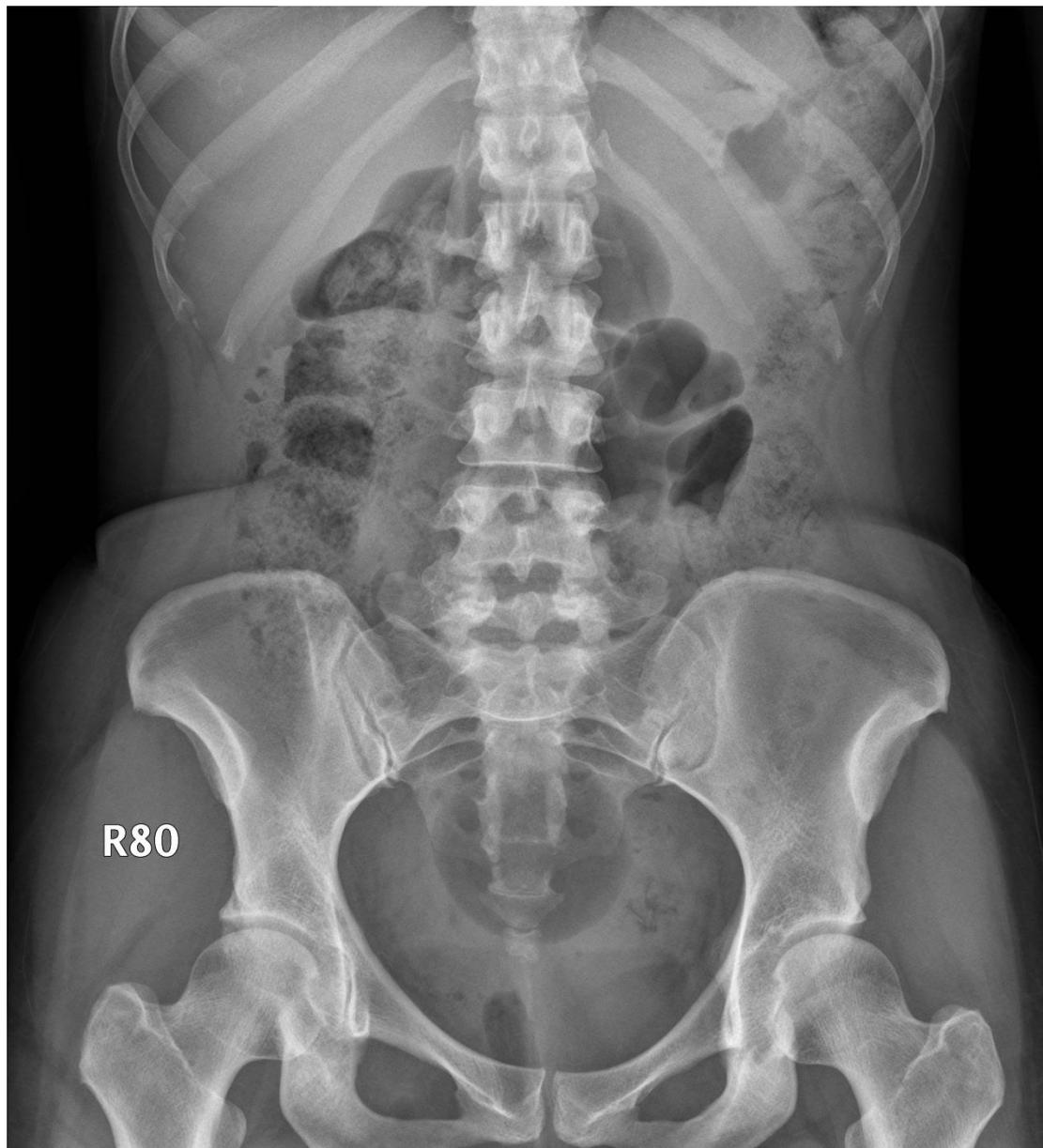
General BioChemistry (1/1)	Urine Pregnancy Test(*)
2014/11/03 19:55	Negative

【影像學檢查】

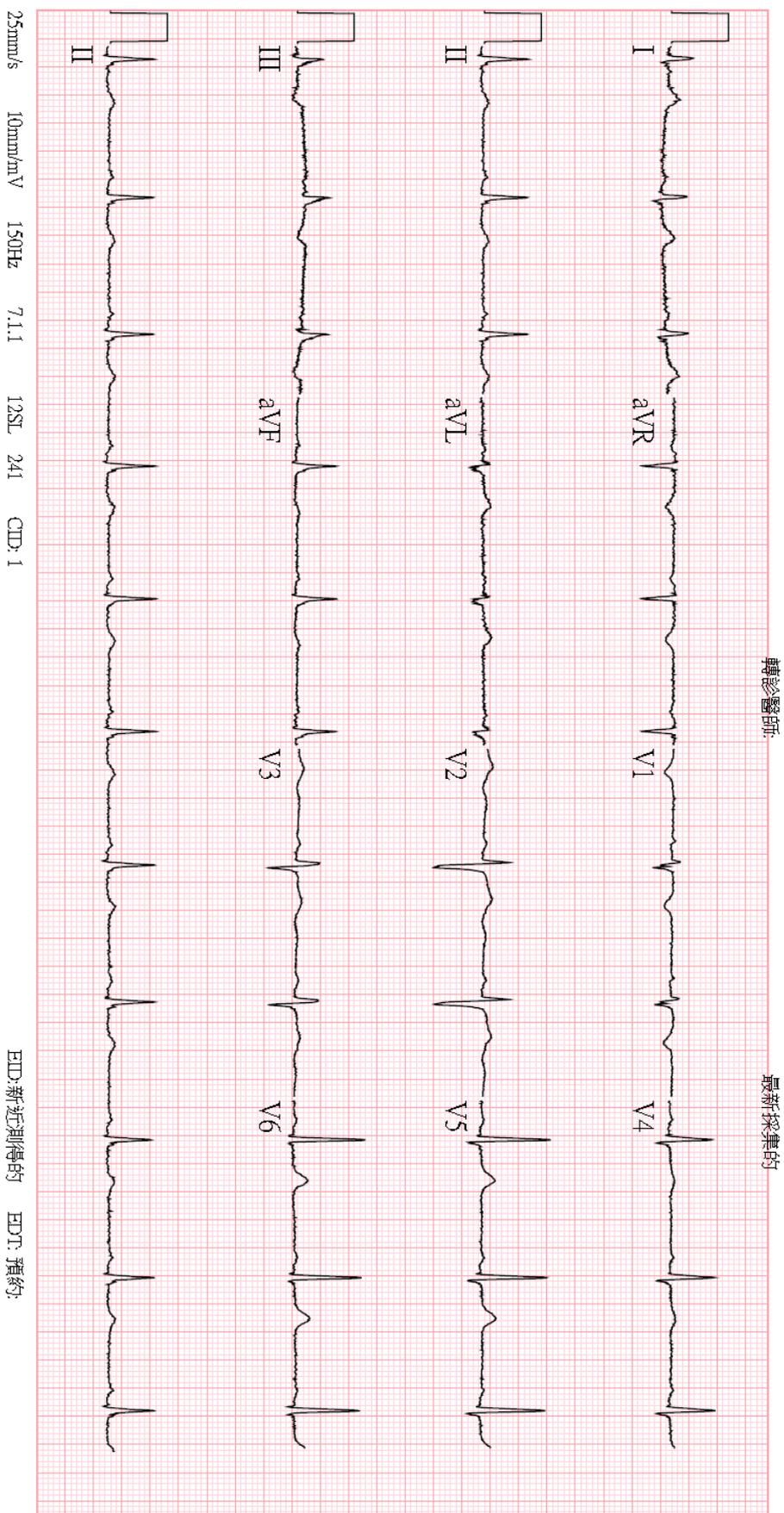
胸部 X 光影像



腹部 KUB 影像



【心電圖】



**【臨床問題釐清 2】**

2. 在初步的實驗室檢驗及影像學檢查等結果出來後，請問您此時的鑑別診斷為何？會考慮那些進一步的處置或檢查？會需要照會他科醫師做進一步的評估或處置嗎？

在有了上述實驗室檢驗及初步的影像學檢查結果之後，發現病患並無白血球上升發炎現象，亦沒有貧血的情形，尿液檢驗顯示無血尿及懷孕，加上追蹤病患的床邊腎臟超音波顯示仍然沒有左側水腎的現象，此時輸尿管結石及子宮外孕可以初步加以排除。

因為大腸憩室炎可以沒有發燒及白血球上升的表現，同時是臨床上較常見的診斷，因此仍然必須優先考慮，但就延遲診斷所可能造成併發症的嚴重度而言，必須優先加以排除的診斷則為卵巢扭轉及腎臟梗塞，而大腸腸脂垂炎及腎臟胡桃鉗症候群則為臨床上少見的疾病，而一般亦多為保守性治療，因此在鑑別診斷的排序上就會放在較後面。

鑑別診斷	盛行率	重要性
1. 卵巢扭轉	中	高
2. 左側大腸憩室炎	高	中
3. 腎臟缺血性梗塞	低	高
4. 大腸腸脂垂炎	低	低
5. 胡桃鉗症候群	低	低

而要診斷上述的疾病，首先必須先照會婦產科醫師來排除卵巢扭轉這個診斷，而如果婦產科醫師初步排除卵巢扭轉診斷的話，則顯影劑注射的腹部及骨盆腔電腦斷層則是下一步必須考慮的檢查，以排除上述其他的鑑別診斷。

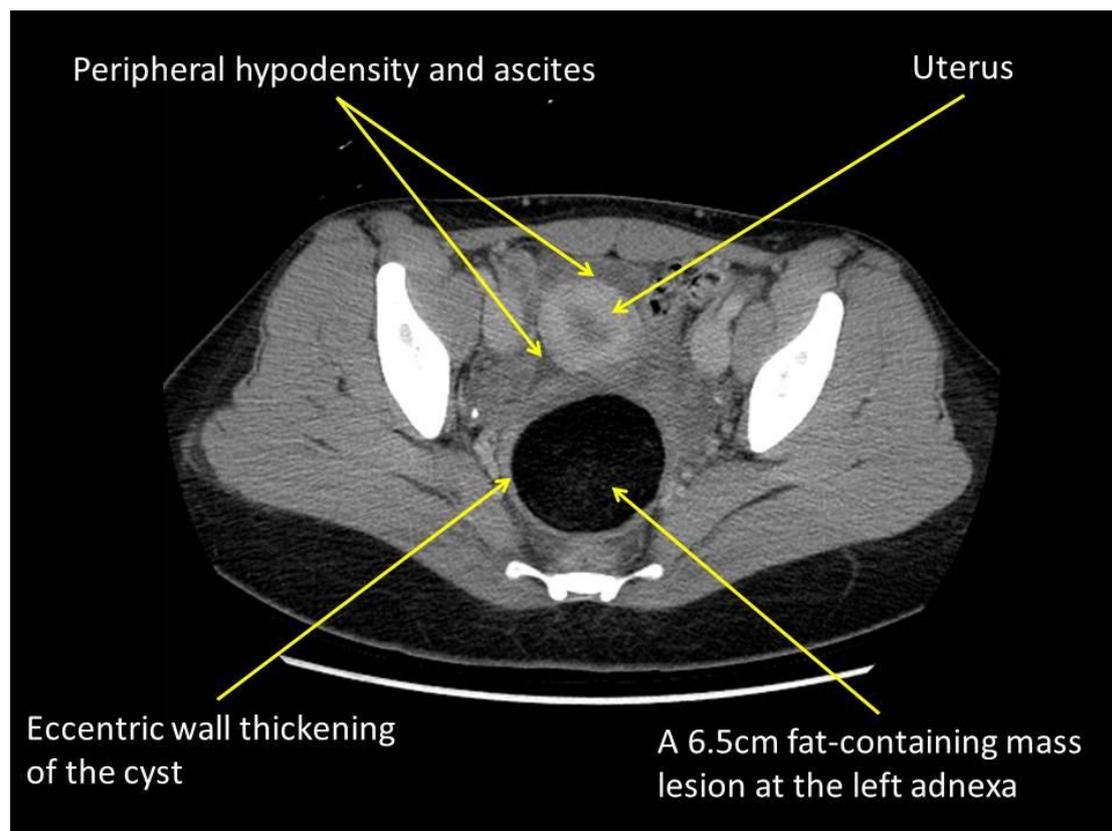
【後續影像學檢查】請參考所附壓縮檔案。



**【臨床問題釐清 3】**

3. 請問您對電腦斷層影像的判讀為何?綜合病患病史、理學檢查、實驗室檢驗、及影像學檢查，請問您此時的診斷為何?治療上的建議為何?

電腦斷層顯示在左側附件(adnexa)處有一主要含脂肪成分之囊狀腫瘤，懷疑為左側卵巢畸胎瘤，同時這個囊狀腫瘤的壁呈現偏心狀增厚(eccentric wall thickening)，合併周邊浸潤及出現腹水，暗示這個囊狀腫瘤(或可能的畸胎瘤)有扭轉(torsion)造成靜脈回流阻塞，使得畸胎瘤有鬱血性梗塞的情形。

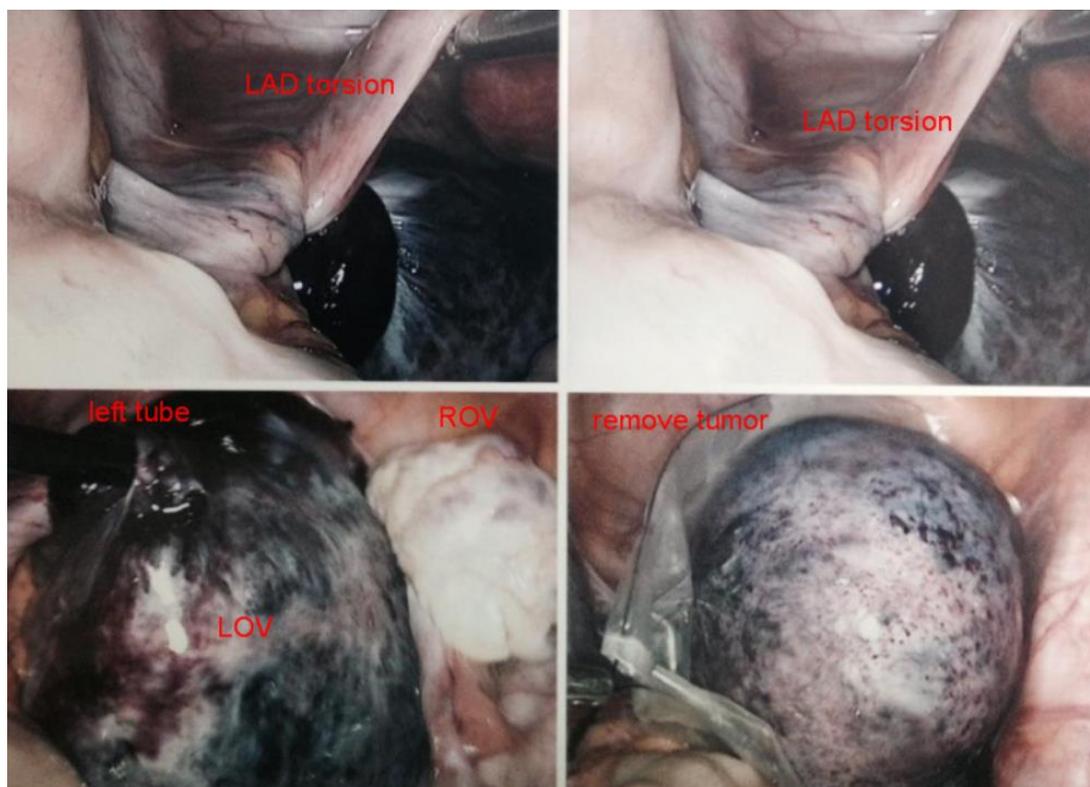


綜合病患病史、理學檢查、實驗室檢驗、及影像學檢查的結果，此時的診斷應高度懷疑為左側卵巢畸胎瘤合併扭轉，在治療上除疼痛控制外，應立即照會婦產科醫師評估緊急手術的必要性。

【後續住院病程】

病患基於臨床表現及影像學檢查的結果，在高度懷疑為畸胎瘤（teratoma）造成卵巢輸卵管扭轉的診斷下，立即安排緊急手術，手術中及術後病理檢體檢查均證實為畸胎瘤合併卵巢輸卵管扭轉，病患順利接受左側輸卵管卵巢切除術（salpingo-oophorectomy），住院兩天後順利出院返家，並於門診順利追蹤。

術中照片：



病理報告

組織由來	left ovarien and left tube
臨床診斷	left ovarien teratoma with left ovarien and tube torsion
<b>檢查報告</b>	
Ovary, left, oophorocystectomy, mature teratoma, with torsion Fallopian tube, left, salpingectomy, congestion and hemorrhage, consistent with torsion	
The specimen submitted consists of a fallopian tube and 6 pieces of ovarian cyst-like tissue fragments. The fallopian tube measures 5.6 cm in size and 0.6 cm in diameter. The ovary fragments measure up to 6.5 x 5.4 x 2.8 cm in size. <b>Grossly, all of the tissue fragments are congested with hemorrhage. Hairs are seen within the ovarian cyst.</b>	
Representative sections are taken and labeled as: Jar 1 A1-6: ovary B1-2: fallopian tube	
Microscopically, the ovary shows a mature cystic teratoma. Both the ovary and fallopian tubes show prominent congestion and hemorrhage, which are consistent with torsion clinically.	
Ref: nil	

【最後診斷】

畸胎瘤合併卵巢輸卵管扭轉，經左側輸卵管卵巢切除術術後。

Left ovarian teratoma with tube torsion, status post left salpingo-oophorectomy.

【本週案例學習重點】

1. 對於急性下腹痛或骨盆腔疼痛的女性病患，急診醫師必須要運用適當的思考模式進行疾病鑑別，以避免遺漏重要甚至可能危及生命的鑑別診斷。
2. 育齡婦女之急性下腹痛或骨盆腔疼痛，急診常見的鑑別診斷包括下列疾病，其中以骨盆腔發炎及卵巢囊腫為最常見之診斷<sup>2,3</sup>：

腸胃道疾病	婦產科疾病	泌尿道系統	其他
急性盲腸炎	子宮內膜異位症	膀胱炎	主動脈剝離
大腸憩室炎	骨盆腔發炎	急性腎盂性腎炎	急性間歇性紫質症
腸阻塞/腸套疊	卵巢輸卵管膿瘍	輸尿管結石	急性鉛中毒
腹股溝疝氣	子宮外孕		鎌狀細胞危象
腸躁症	卵巢濾泡囊腫黃體囊腫破裂		成癮藥物尋求 (narcotic seeking)
大腸腸脂垂炎	卵巢扭轉		偽病(malingering)
腸系膜靜脈血栓	排卵痛(經間痛, mittelschmerz)		身體型疾患(身心症, somatization disorder)
直腸周邊膿瘍	子宮纖維瘤退化		

3. 卵巢扭轉(或子宮附件扭轉)雖然並不是急性骨盆腔疼痛患者中常見的診斷，然而卵巢扭轉卻占因急性骨盆腔疼痛而必須接受緊急手術病患診斷中的 2.5-7.4%<sup>4,5</sup>。

4. 卵巢扭轉的臨床表現包括單側下腹劇痛，其中約有一半的病患為迅速突發的疼痛，而其他病患的下腹痛則可能為經歷數小時的漸進性疼痛。跟骨盆腔發炎性疾病類似，卵巢扭轉所造成的下腹痛往往會轉移到下背形成痠痛感，同時約有 70%的卵巢扭轉病患會合併有噁心嘔吐之症狀。當卵巢扭轉時間過久(如超過 10 小時以上)時往往會形成卵巢輸卵管的缺血性壞死，此時往往可以合併出現發燒及局部腹膜刺激發炎的表現<sup>6</sup>。

5. 手術治療為確診卵巢扭轉病患最重要的治療建議，至於手術方式採用保守性手術(untwisting of the twisted adnexa)或根治性手術方式(radical adnexectomy of the twisted adnexa)，則需由手術醫師視卵巢或輸卵管組織出現缺血性壞死的有無及程度而定，而文獻分析採用保守性手術反轉扭轉的卵巢，並不會造成較高的血栓併發症(thromboembolic complication)<sup>7,8</sup>。

6. 畸胎瘤為常見的卵巢腫瘤，占成人卵巢腫瘤的 20%，在兒科卵巢腫瘤中的比例更高達 50%之多<sup>9</sup>。

7. 畸胎瘤可以產生多種併發症，其中以卵巢扭轉為最常見。詳細種類及發生率如下<sup>10</sup>：

畸胎瘤併發症	發生率(佔所有畸胎瘤病患)
卵巢扭轉	3%-16%
破裂	1%-4%
惡性細胞轉變	1%-2%
感染	1%
免疫性溶血性貧血	<1%

8. 畸胎瘤最重要的影像學表現為由脂肪構成的囊狀腫塊，另外在部分畸胎瘤中同時可以發現有鈣化物質(如下圖，為另一位卵巢畸胎瘤病患電腦斷層影像)，但注意其他的卵巢腫瘤也可以出現有鈣化現象，因此偵測囊狀內脂肪內容物為影像學診斷畸胎瘤最重要的依據<sup>10,11</sup>。



9. 當畸胎瘤在影像學下出現偏心狀囊壁增厚(eccentric wall thickening)，同時合併周邊浸潤及腹水出現，暗示畸胎瘤出現扭轉(torsion)造成靜脈回流阻塞，導致鬱血性梗塞的現象<sup>11</sup>，需要盡速照會婦產科醫師進行後續治療。



【參考文獻】

1. Cope's Early Diagnosis of The Acute Abdomen. 18<sup>th</sup> Edition. Oxford. Chapter 24. Page 278.
2. Kruszka PS, et al. Evaluation of acute pelvic pain in woman. Am Fam Physician 2010; 82:141-7.
3. Walker JW. Abdominal and pelvic pain. Emerg Med Clin N Am 1987; 5:425-8.
4. Hibbard LT. Adnexal torsion. Am J Obstet Gynecol 1985;152:456-61.
5. Anteby SO, et al. The value of laparoscopy in acute pelvic pain. Ann Surg 1974; 181:484-6.
6. Huchon C, et al. Adnexal torsion: a literature review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010; 150:8-12.
7. Oelsner G, et al. Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. Fertil Steril 1993; 60:976-9.
8. Cohen SB, et al. Laparoscopy versus laparotomy for detorsion and sparing of twisted ischemic adnexa. Jsfs 2003; 7:295-9.
9. Prat J. Female reproductive system. In: Damjanov I, Linder J, Anderson WAD, eds. Anderson's pathology. 10th ed. St Louis, Mo: Mosby, 1996; 2231-2309.
10. Park SB, et al. Imaging findings of complications and unusual manifestations of ovarian teratomas. Radiographics 2008; 28:969-83.
11. Choudhary S, et al. Imaging of ovarian teratomas: appearances and complications. J Med Imaging Radiat Oncol 2009; 53:480-8.

*NTUH*