

2014

# 每週案例選粹

## -201406

四十三歲男性主訴反覆胸痛疲憊感約一  
個月

臺大醫院急診醫學部/NTUH-ED



**【主訴】**

四十三歲男性主訴反覆胸痛疲憊感約一個月。

**【現病史】**

四十三歲男性，過去有高血壓及缺血性中風之病史。病患約於一個月前開始出現間歇性胸悶及呼吸困難的現象，病患於是於到附近醫院門診求診並接受包括心電圖、胸部 X 光、及心臟超音波檢查，但是並沒有被告知任何特定之診斷或異常。病患於這一個月期間的胸痛仍然間歇性出現，但胸痛發生時病患覺得躺著可以讓胸痛獲得減緩，另外這一個月間也感到全身無力及容易疲憊感，除此之外，病患亦自覺有體重減輕的現象，但並沒有確切的體重紀錄。病患最後因為上述症狀，因而於今日至本院急診求診。

病患為已婚男性，最近三個月內並沒有出國旅遊史，也沒有接觸野生動物的情形。

**【門診用藥】**

病患服用外院門診藥物，但無法清楚描述藥名。

**【生命徵象、理學檢查、及神經學檢查】**

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

Vital signs: Blood Pressure: 141/96mmHg, Pulse Rate: 112/min,  
Respiratory Rate: 18/min, Temperature: 39.1°C

Head: Scalp: Normal

Pupils: Isocoric

Conjunctiva: Pale                      Sclera: mild icteric

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

Chest: Symmetric expansion,

Breath sound: Clear

Heart: Regular Heart Beat,                      Murmur: (-)

Abdomen: Soft without tenderness. No Murphy sign. No flank knocking pain

Bowel sound: Normoactive

Extremities: No rash. No local erythematous change.

【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)
2014/01/02 16:29	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
2014/01/02 17:06	10.11	5.70	11.5	34.5	60.5	20.2	33.3	231
CBC+PLT(2/2)	PS0							
2014/01/02 16:29	\$							
2014/01/02 17:06	-							

WBC Classification BLOOD

WBC Classification(1/2)	Blast(%)	Promyl.(%)	Myelo.(%)	Meta(%)	Band(%)	Seg(%)	Eos.(%)	Baso.(%)
2014/01/02 16:29	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
2014/01/02 17:06	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	77.4	0.1	0.4
WBC Classification(2/2)	Mono.(%)	Lym.(%)	Aty.Lym.(%)	PlasmaCell(%)	Normobl.0	PS0		
2014/01/02 16:29	\$	\$	\$	\$	\$	\$		
2014/01/02 17:06	7.7	14.4	0.0	0.0	0	-		

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

Biochemistry BLOOD

Biochemistry(1/1)	CRE(mg/dL)	Na(mmol/L)	K(mmol/L)	T-BIL(mg/dL)	Ca(mmol/L)	AST(U/L)
2014/01/02 16:29	1.0	129	4.1	1.07	2.15	67

General BioChemistry BLOOD

General BioChemistry (1/1)	G.GT(U/L)	ALB(g/dL)	D-BIL(mg/dL)	ALT(U/L)	ALP(U/L)
2014/01/02 16:29	117	3.8	0.19	54	113

(1/1)	C-Reactive Protein (mg/dL)
2014/01/02 16:29	19.72

Urinalysis:

MULTISTIX RANDOM URINE

MULTISTIX(1/2)	Sp. Gr.(C <sup>+</sup> )	pH(C <sup>+</sup> )	Protein(C) (mg/dL)	Glu.(C) (mg/dL)	Ketones(C <sup>+</sup> )	O.B.(C) (mg/dL)	Urobl.(C) (mg/dL)	Bil.(C)(mg/dL)
2014/01/02 16:37	1.023	5.5	100 ( 2+ )	-	-	+/-	4.0	-
MULTISTIX(2/2)	Nitrite(C <sup>+</sup> )	WBC(C <sup>+</sup> )	Color <sup>(*)</sup>	Turbidity <sup>(*)</sup>				
2014/01/02 16:37	-	-	Yellow	-				

SEDIMENT RANDOM URINE

SEDIMENT(1/1)	RBC(S)/(HPF)	WBC(S)/(HPF)	EpithCell(S) (/HPF)	Cast(S)/(LPF)	Crystal(S <sup>(*)</sup> )	Others(S <sup>(*)</sup> )	Bacteria <sup>(*)</sup>
2014/01/02 16:37	0-2	0-2	0-2	-	-	-	-

【影像學檢查】



2014/01/02

【心電圖】

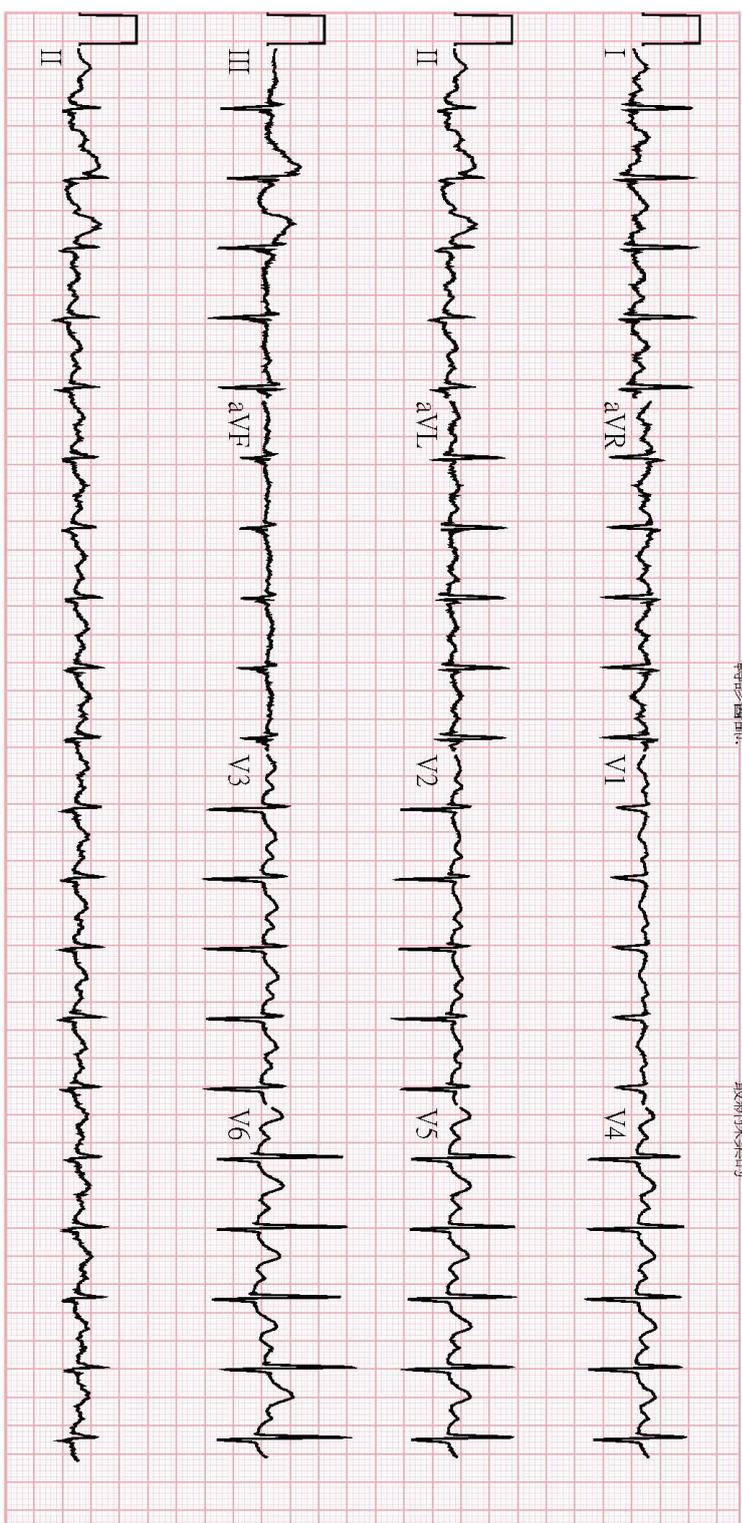
53年 男  
室' 位置:11

室率 121 BPM  
PR 間期 160 ms  
QRS 持續時間 72 ms  
QT/QTc 314/445 ms  
P-R-T 軸 12 -17 10

轉診醫師: 最新採集的

Sinus tachycardia  
Otherwise normal ECG

技術員:  
檢查原因:



EID: 新近規律的 BDT: 預約  
第 1 頁, 共 1 頁

【臨床問題釐清】

1. 依據上述病史、理學檢查、胸部 X 光、及初步的抽血檢驗結果，請問您會考慮那些鑑別診斷？

這位病患雖然主訴是近一個月間歇性的胸痛與疲憊感，但是在急診檢傷時所量到高達 39.1°C 的高燒卻往往更吸引急診醫師的注意力。就臨床表現而言，這個病患沒有出現上呼吸道感染的症狀，雖然有疲憊倦怠感，但除此之外並沒有頭痛或肌肉痠痛的症狀，因此臨床表現上常見的上呼吸道或流感病毒感染是比較不像的。

如果就細菌感染的考慮，經由初步胸部 X 光沒有肺炎的證據，尿液檢驗沒有泌尿道感染的跡象，理學檢查沒有發現明顯蜂窩性組織炎的情形，這時候就感染症的觀點而言需要考慮的情形有兩種，一是深部組織部位的感染，另一類是非典型感染症。但是回過頭看病患長達一個月的病程加上又合併體重減輕的情形，這時腫瘤疾病以及自體免疫性疾病則又是另外需要被列入的鑑別診斷。

基於上述的考量，這個病患的實驗室檢驗呈現輕微的肝功能異常，這在肝膿瘍、膽道感染、傷寒、以及一些非典型感染(如鉤端螺旋體感染、立克次體感染、或 Q 熱)是常見的，其中前兩者一般白血球數的上升往往較非典型感染為高。另外胸部 X 光的肺野乾淨沒有絲毫肺炎的跡象，但是中膈腔則相對是變寬(注意這個病患是站著照的)，且對一個 43 歲的病患而言，上升主動脈似乎過於向外凸出，配合病患有反覆胸痛的情形，此時在這個部位下可以考量的鑑別診斷則包括淋巴瘤(中膈腔淋巴結加上發燒)、中膈腔膿瘍、主動脈疾病(感染性胸部主動脈瘤、主動脈剝離、主動脈炎)等疾病。

另外、細菌性心內膜炎是急診醫師不易診斷但必須時常考慮在內的一個重要感染症，雖然沒有出現危險因子、心雜音、指甲皮膚病灶、及血尿等情形，讓細菌性心內膜炎出現在這個病患的可能性變得非常的低，反倒是胸痛發燒的病患，心包膜炎是個急診醫師必須考慮的診斷，雖然心電圖並沒有可以支持心包膜炎的表現。

最後、你當然可以列出其他一堆未明原因發燒的鑑別診斷，但這些疾病要不就是沒有相對應的臨床或理學檢查證據，要不就是不必要或不可能在急診第一時間診斷的疾病，例如就算是血管炎，只要沒有出現血管阻塞、咳血、急性腎衰竭、缺血性肢體壞死的情形，就算急診醫師第一時間沒有診斷出來，也不致造成病患預後上的影響。

綜合以上的分析，第一時間可以考慮的鑑別診斷就包括：

- (1). 肝膽道感染(肝膿瘍、膽道炎)
- (2). 中膈腔膿瘍
- (3). 主動脈疾病(感染性主動脈瘤、主動脈剝離、主動脈炎)
- (4). 心包膜炎
- (5). 非典型感染(鉤端螺旋體感染、立克次體感染)
- (6). 傷寒

(7). (中膈腔)淋巴癌

2. 請問接下來對於這位病患的治療處置及動向安排為何?

就上述的考慮，除了血液培養之外，LDH 或許可以提供一點病患是否出現血液腫瘤相關疾病的參考，而 D-dimer 則可以考慮來排除 DAA。至於其他的免疫血清學檢查如針對鉤端螺旋體、立克次體、自體免疫疾病或血管炎等疾病，倒不一定是這個時間點必須安排的檢查。

其次，急診醫師可以考慮進行床邊的超音波篩檢，針對病患有無肝膿瘍、肝內膽道或總膽管擴大、心包膜積液、主動脈根部大小及有無出現剝離內膜等進行重點式篩檢。

綜合以上的分析，接下來可以考慮的安排的檢驗或檢查較包括：

- (1). 血液培養
- (2). LDH
- (3). D-dimer
- (4). 焦點式篩檢性超音波(心臟及腹部特別針對肝膽部位)

如果上述的檢驗有任何異常發現的話，急診醫師就可以針對後續的發現來決定需要甚麼進一步的檢查或照會，例如電腦斷層來排除中膈腔腫瘤、主動脈疾病、肝膿瘍、或是膽道疾病。

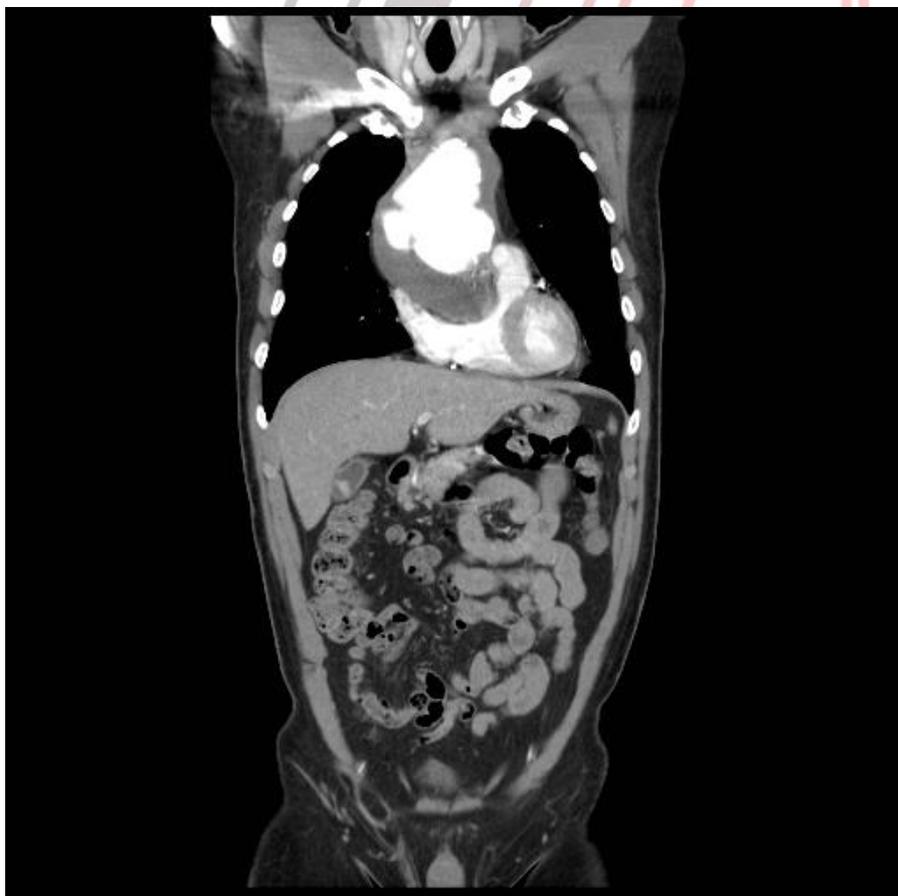
最後，除了血液培養結果並非立即可得之外，若上述的檢驗及檢查沒有發現特別的異常時，在病患穩定的情形下並經過適當的解釋後，並非不可以讓病患出院而安排近日內的門診追蹤。至於在出院藥物的考量，如果急診醫師在無法排除細菌或非典型感染的情形下，可以考慮開立口服抗生素讓病患出院後服用，例如 cephalexin + minocycline 或 cefuroxime + minocycline 等藥物組合。

【後續病程】

病患當日因為沒有發現如肺炎、泌尿道感染、或是軟組織發炎等特定的感染部位，且急診當時生命徵象穩定，加上病患症狀已持續一個月，在沒有需要立即住院進一步檢查或治療的考量下，病患當日於急診開立口服抗生素後出院，並安排於五日後的感染科門診追蹤。

感染科醫師於門診追蹤當天，因為病患發燒但沒有確切感染部位的考量下，安排包括心臟超音波等後續檢查。病患於門診當天接受心臟超音波時，因為心臟科醫師發現疑似主動脈剝離，因而將病患轉回急診接受進一步的處置。爾後的胸部至骨盆部位之電腦斷層檢查證實為 A 型主動脈剝離(請參考下列指標影像)。病患於是於當天安排住院，而於三天後順利接受 **ascending aortic grafting and partial arch replacement** 手術，而於手術後第十一天順利出院，並於門診持續規則追蹤中。





病患於急診以及後續的血液培養均呈現陰性反應，病理檢驗證實病患為囊狀中膜退化(cystic medial degeneration)、剝離主動脈壁、及壁內血栓形成，符合主動脈剝離之病理學表現。病患雖然沒有接受梅毒血清學檢驗，但病理學並沒有發現動脈炎之變化，因此似乎沒有證據顯示病患有梅毒性主動脈炎(syphilitic aortitis)的可能性。

**BLOOD Peripheral**

檢體編號: B2-1030102-2009082

(1/1)	2014/01/02 17:08
ID+DS Blood.#1(*)	No aerobic & anaerobic pathogens
ID+DS Blood.#2(*)	
ID+DS Blood.#3(*)	
ID+DS Blood.#4(*)	
ID+DS Blood.#5(*)	

檢體編號: B2-1030103-2009500

(1/1)	2014/01/03 00:07
ID+DS Blood.#1(*)	No aerobic & anaerobic pathogens
ID+DS Blood.#2(*)	
ID+DS Blood.#3(*)	
ID+DS Blood.#4(*)	
ID+DS Blood.#5(*)	

病理號	S1401493	收件日	2014/01/11	報告日	2014/01/14 17:06
檢體	r	科別	SURG	病床	5CVI2001
組織由來	ascending aorta				
臨床診斷	ascending aortic dissection				
<b>檢查報告</b>					
Vessel, aorta, ascending, grafting, consistent with aortic dissection					
The specimen submitted consists of more than ten tissue fragments measuring up to 7.0 x 6.0 x 2.0 cm in size, in fresh state.					
Grossly, they are dark-red and elastic. Dissected vascular wall with thrombi formation is seen.					
Representative sections are taken and labeled as: A1-2. Jar 1					
Microscopically, it shows organized thrombi in the dissected aortic wall. Histochemically, orcein stain shows cystic medial degeneration. It is consistent with aortic dissection.					
Ref: NIL					

**【最後診斷】**

1. 亞急性 A 型主動脈剝離，經主動脈血管瘻管置放及部分主動脈弓置換術  
Type A aortic dissection, subacute, s/p ascending aortic grafting and partial arch replacement
2. 冠狀動脈性心臟病，三條血管病變  
Coronary artery disease, triple vessel disease

【本週案例學習重點】

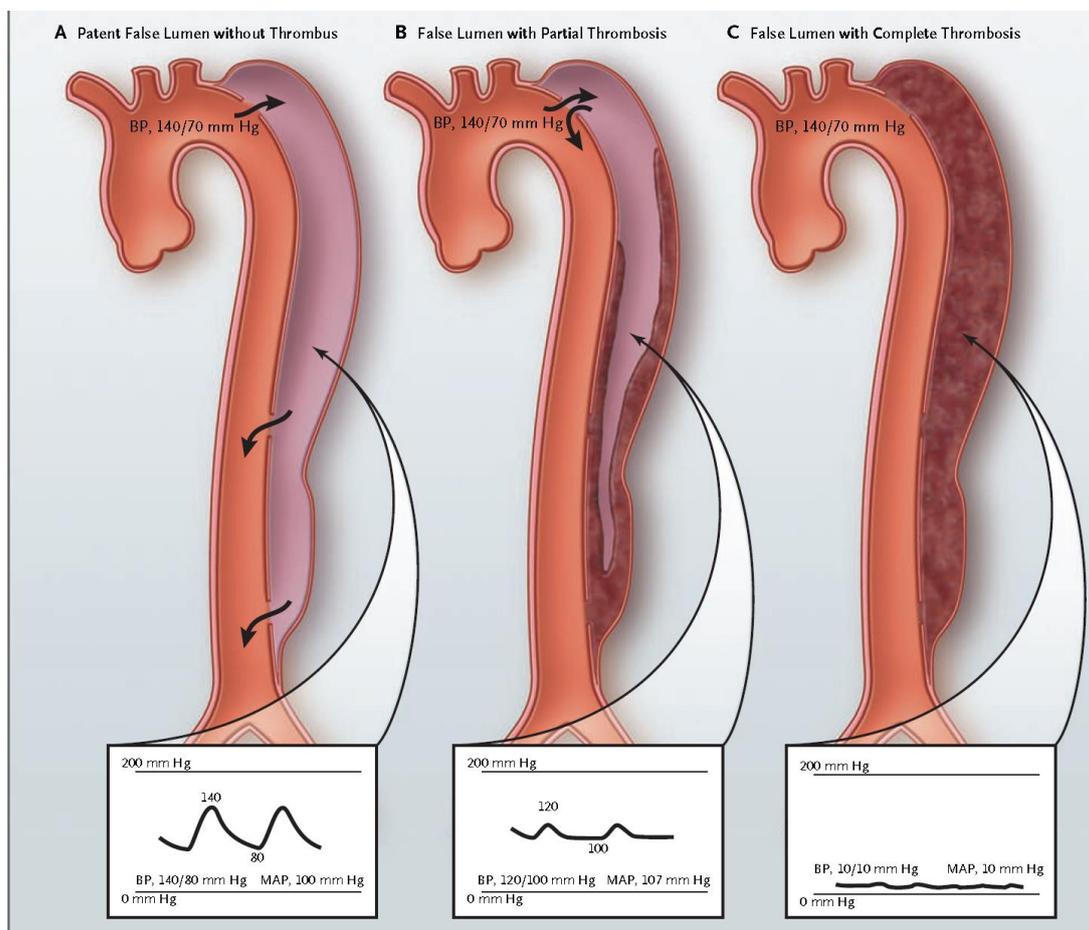
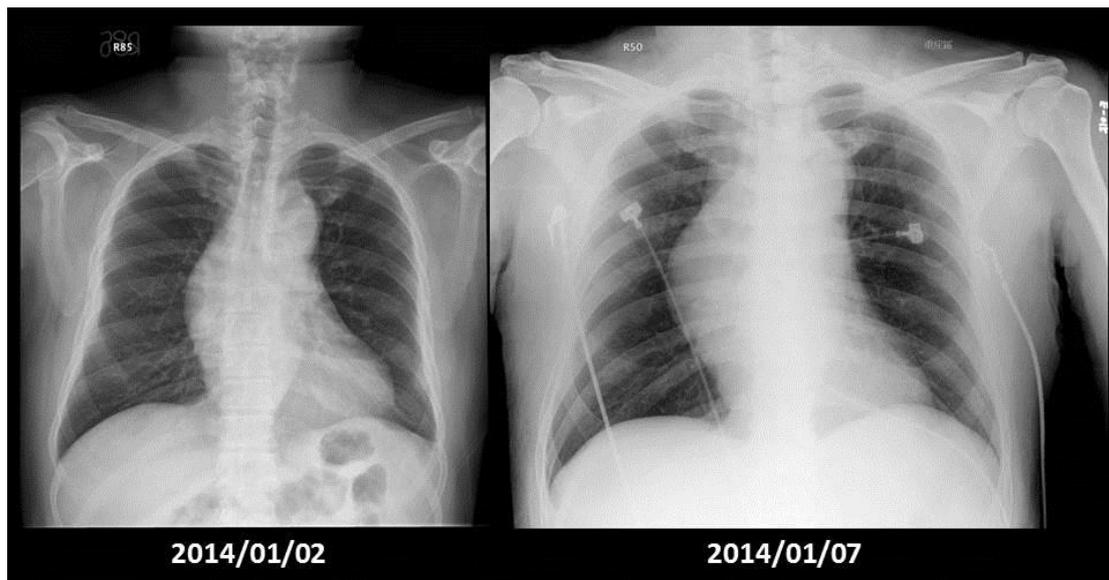
1. 雖然主動脈剝離多以急性劇烈胸痛的表現最為臨床醫師所熟悉，但早期文獻統計約有 10.6-33% 的主動脈剝離，是以發生超過 14 天以上的慢性主動脈剝離被診斷<sup>1,2</sup>。雖然隨著急診醫師對這個嚴重疾病的警覺及現代影像學檢查的進步，主動脈剝離的早期診斷率可想見必定比以往要來的高，但是以慢性主動脈剝離為表現的病患仍然存在，而形成對臨床醫師困難的挑戰。

2. 早期文獻統計，約有 10.9%(55/505) 的主動脈剝離病患在病程中被測量到體溫超過 37.7°C，而有 2.8%(14/505) 的主動脈剝離病患在病程中曾被測量到超過 39°C 以上的體溫<sup>3</sup>。而隨著血栓在假腔(false lumen)的形成引發細胞激素的釋放，是目前被認為引起發燒的主要假說。

3. 雖然只佔臨床案例的極少比例<sup>4</sup>，但是急診醫師仍然必須將主動脈剝離列為沒有明顯感染源發燒病患的鑑別診斷之一，特別是當病患有以下臨床表現的時候<sup>5</sup>：

- (1) 之前曾發生過胸痛，特別是突發性胸痛的病患。
- (2) 中膈腔變寬(mediastinal widening)。
- (3) 主動脈異常彎曲(tortuous aorta)。

4. 最後，這個病患主動脈彎曲的程度在五天之內似乎有變嚴重的情形(如下圖)。如果我們回過頭去看病患的顯影劑注射的胸部電腦斷層片子，會發現病患的假腔中除了血栓形成外，仍然有部份的血液流入主動脈的假腔中，即所謂的部分血栓形成的假腔(partial thrombosis of the false lumen)。由於之前的研究顯示，相對於完全暢通而沒有血栓形成的假腔(patent false lumen without thrombosis)及完全血栓填滿的假腔(false lumen with complete thrombosis)，病患若是部分血栓形成的假腔往往會有較差的長期預後<sup>6,7</sup>。一般的假說認為是因為部分血栓形成的假腔中仍然持續有血流往復衝擊的效果，造成假腔內的壓力(舒張壓與平均動脈壓)比起另外兩種假腔(完全暢通與完全栓塞)要來的高(如下圖)，而可能造成假腔的後續變化如擴大或破裂。因此，雖然我們這個病患屬於 A 型主動脈剝離，但套用之前研究所提出來的假說，或許可以解釋這個病患的主動脈剝離在五天之內的變化，而幸好我們醫院最後的及時診斷，讓病患有了相當不錯的治療結果。



From N Engl J Med. 2007; 357:349-59.

【參考文獻】

1. Spittell P, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases. *Mayo Clin Proc.* 1993; 68:642-51.
2. Meszaros I, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest.* 2000; 117:1271-8.
3. Hirst AE, et al. Dissecting aneurysm of the aorta: a review of 505 cases. *Medicine.* 1958; 37:217-79.
4. Schattner A, et al. Chronic aortic dissection presenting as a prolonged febrile disease and arterial embolization. *Chest.* 1996; 110:1111-4.
5. Lorenzen HP, et al. Fever and inflammatory response as principal manifestation of chronic aortic type A dissection - a case report. *Angiology* 2004; 55:85-8.
- 5.6 Tsai TT, et al. Partial thrombosis of the false Lumen in patients with acute type B aortic dissection. *N Engl J Med* 2007; 357:349-59.
7. Trimarchi S, et al. Importance of false lumen thrombosis in type B aortic dissection prognosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013; 145(3 Suppl):S208-12.

