

2014

# 每週案例選粹

## -201431

五十二歲女性突發性頭暈及無力約二十分鐘

臺大醫院急診醫學部/NTUH-ED



【主訴】

五十二歲女性突發性頭暈及無力約二十分鐘。

【現病史】

五十二歲女性，過去無任何全身性疾病如糖尿病、高血壓、或是肝腎方面之疾病，過去亦無開刀之病史，本身無抽菸喝酒之習慣。此次約於二十分鐘之前(下午二時三十分)在從椅子上站起身來時，突然感到頭暈及胸悶不適，接著隨即出現左側身體無力之症狀，除此之外，病患並沒有出現頭痛或嘔吐的現象，之前亦沒有任何發燒或感冒的症狀。基於上述症狀的突然發生，於是病患立即被家屬送到本院急診接受進一步的檢查治療。

【門診用藥】

平時無服用任何藥物或中草藥。

【生命徵象及理學檢查】

<Physical Examination>

Vital signs: BP: 114/40 mmHg, T/P/R: 35.9°C/66/20, SpO2: 100%

HEENT: conjunctiva: not pale; sclera: anicteric

Neck: supple, LAP: (-), JVE: (-), Goiter: (-)

Chest: symmetric expansion Breathing sounds: clear

Heart sounds: regular heartbeat, grade III diastolic murmur over RUSB

Abdomen: Bowel sounds: normoactive,

Soft and flat, no tenderness, no rebounding pain

Liver/spleen: impalpable

Extremities: no pitting edema

<Neurological Examination> NIHSS: 13

Consciousness: E4M6V5

CN II VF: intact Pupil size: R/L(3/3mm); Light reflex: R/L(+/+)

CN III, IV, VI gaze deviation to right

CN V Corneal reflex: R/L(+/+); Sensory: symmetric

CN VII left central type facial palsy

CN IX, X gag reflex (+/+)

CN XII tongue no deviation

Motor Inspection: Muscle wasting(-), fasciculation(-);

Muscle tone: spasticity(-), rigidity(-)

**Muscle power**

Right: upper proximal:5 , upper distal:5 lower proximal: 5, lower distal:5

Left: upper proximal: 2, upper distal: 2 lower proximal:2 , lower distal: 2

**DTR :**

Right: biceps: ++, triceps: ++, brachioradialis: ++, knee: ++, ankle: ++

Left: biceps: ++, triceps: ++, brachioradialis: ++, knee: ++, ankle: ++

Babinski sign: -/-

Sensation to pain: symmetric

FNF, HKS: No ataxia; no truncal ataxia

No hemineglect



【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)
2009/11/20 15:46	11.47	5.42	11.7	37.6	69.4	21.6	31.1	247.0
CBC+PLT(2/2)	PSQ							
2009/11/20 15:46								

WBC Classification BLOOD

WBC Classification(1/2)	Blast(%)	Promyl.(%)	Myelo.0	Meta(%)	Band(%)	Seg(%)	Eos.(%)	Baso.(%)
2009/11/20 15:46	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	61.2	1.6	0.3
WBC Classification(2/2)	Mono.(%)	Lym.(%)	Aty.Lym.(%)	PlasmaCell(%)	Normobl. (/100WBC)	PSQ		
2009/11/20 15:46	3.0	33.9	0.0	0.0	0.0			

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

Biochemistry(1/2)	UN(mg/dL)	CRE(mg/dL)	Na(mmol/L)	K(mmol/L)	AST(U/L)	CK(U/L)	CK-MB(U/L)	%CKMB(%)
2009/11/20 16:00						134	25.2	18.8
2009/11/20 16:18	16.5	1.1	143	3.1	26			
Biochemistry(2/2)	Troponin I (ng/mL)							
2009/11/20 16:00	<0.012							
2009/11/20 16:18								

Coagulation Profile:

Coagulation(1/1)	PT(sec)	PT Cont(sec)	PTT(sec)	PT INR0
2009/11/20 15:48	11.8	11.4	33.1	1.13



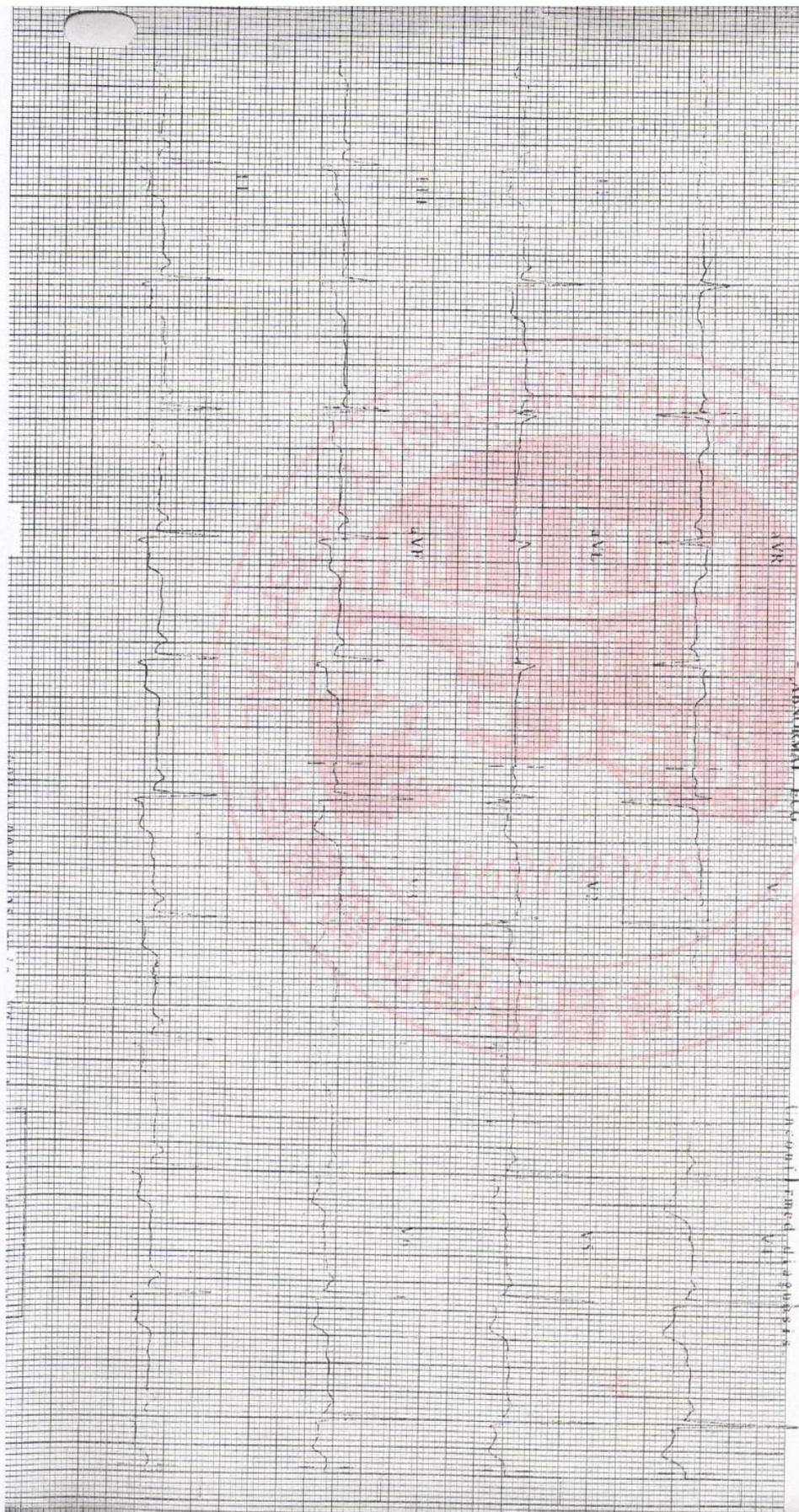
【影像學檢查】

胸部 X 光影像: 無

腦部電腦斷層影像(詳細請參考所附檔案)



【心電圖】



【臨床問題釐清】

1. 對於臨床上懷疑急性中風的病患，您在第一時間除了確認神經學症狀及徵候上的異常以確立診斷之外，在進一步決定病患是否適合接受血栓溶解治療之外，還會需要考慮或排除那些重要或特殊的鑑別診斷？

對於任何一位懷疑急性缺血性中風的病患，急診醫師除了在影像學上確認沒有出血的跡象之外，對於可能符合施打血栓溶解劑治療的病患，除了一般血栓溶解劑治療的適應症與禁忌症的詢問外，必須在診斷上考慮下列四種疾病的可能：

- (1). 主動脈剝離。
- (2). 細菌性心內膜炎。
- (3). 低血糖。
- (4). 癲癇過後肢體無力。

其中特別是主動脈剝離及細菌性心內膜炎，因為血栓溶解治療可能增加主動脈剝離發生併發症的機會或嚴重度(如心包膜填塞、破裂出血)，另外對於細菌性心內膜炎則是可能造成感染性血管炎或血管瘤(myctic aneurysm)的破裂導致嚴重的顱內出血，因此更是必須在第一時間盡可能的加以排除。

2. 依據上述的思考邏輯，對於一個急診懷疑或診斷急性缺血性中風的病患，除了神經學症狀上的評估之外，您在病史詢問及理學檢查還會需要那些額外的臨床訊息以幫助您進一步的判斷與處置？

在病史上，對於任何一位臨床上懷疑急性缺血性中風病患，除了急性中風處置流程中所強調的病史及神經學評估外，急診醫師還必須在病史及理學檢查上額外釐清及確認病患有無下列幾種情況：

病史	
突發性胸痛	A 型主動脈剝離
發燒	細菌性心內膜炎、免疫性疾病
疑似抽搐發作	癲癇發作
到院前出現過低血糖	低血糖
先天性或瓣膜性心臟病病史	細菌性心內膜炎
人工瓣膜置換	細菌性心內膜炎
過去曾有細菌性心內膜炎病史	細菌性心內膜炎
馬凡氏症候群患者	A 型主動脈剝離
靜脈毒癮注射	細菌性心內膜炎
其他藥物濫用	安非他命、古柯鹼

理學檢查	
結膜出血點	細菌性心內膜炎
頸動脈嘈音	A 型主動脈剝離
主動脈瓣逆流心雜音	A 型主動脈剝離、細菌性心內膜炎
僧帽瓣逆流雜音	細菌性心內膜炎
腹部血管嘈音	A 型主動脈剝離
四肢不等脈	A 型主動脈剝離
皮疹	細菌性心內膜炎
夾板出血(splinter hemorrhage)	細菌性心內膜炎
可疑注射針孔	細菌性心內膜炎

另外，雖然胸部 X 光檢查在 ACLS 的急性中風處置流程中沒有被強調，但是我的建議是在時間允許的情況下，急診醫師應該幫病患安排胸部 X 攝影檢查(例如完成頭部電腦斷層檢查後，回急診重症區之前順便插隊照一張胸部 X 光)，以排除胸部主動脈疾病引發中風的可能性。這是因為 A 型主動脈剝離及胸部主動脈瘤，都可能併發有中風的臨床表現，前者是因為造成總頸動脈的剝離，後者則是因為在動脈瘤中產生的血栓游離出去造成栓塞性中風(embolic stroke)所致。

回頭檢視我們這個病患，雖然在急診沒有安排胸部 X 光檢查，但這位病患的臨床表現出現有三點間接暗示病患出現有主動脈剝離的可能性：

- (1). 在出現左側肢體無力之前曾出現胸悶不適的症狀。
- (2). 血壓測量呈現非常寬的脈搏壓(114 - 40 = 74mmHg)。
- (3). 心臟聽診於右上胸骨緣出現舒張期的心雜音。

其中第(2)點及第(3)點暗示病患出現有主動脈瓣逆流的情形，而胸部不適本身即為主動脈剝離的一種臨床表現(記住約只有 50.6%主動脈剝離的病患會描述典型撕裂般疼痛)。再配合後面案例學習重點第 5 點中，文獻報告提到其他暗示為主動脈剝離造成急性缺血性中風的臨床線索：

- (4). 左側偏癱。
- (5). 低血壓表現。

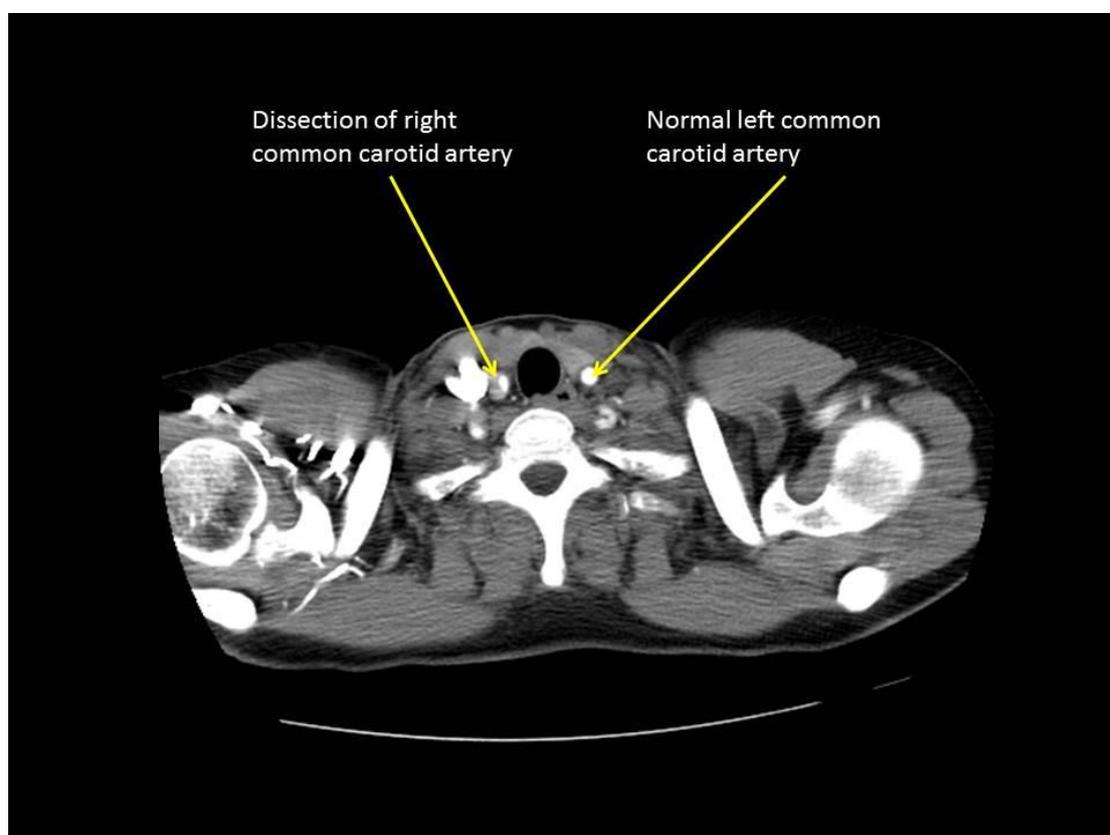
因此，這個病患確實有一些值得注意的臨床特徵，讓急診醫師可以早期懷疑病患其實是主動脈剝離而非單純缺血性中風的病患。

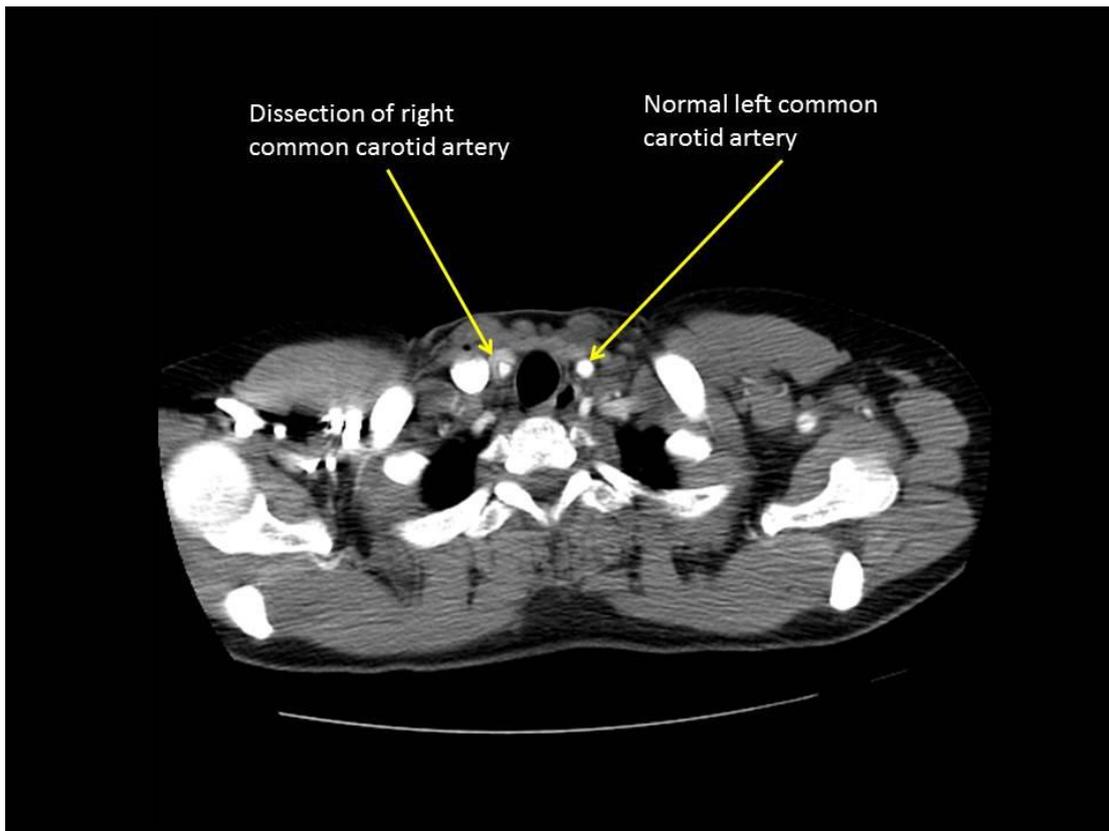
3. 這個病患經照會神經科醫師後建議給予血栓溶解治療時，在甚麼情況及理由下您必須建議神經科醫師不要給予血栓溶解治療？

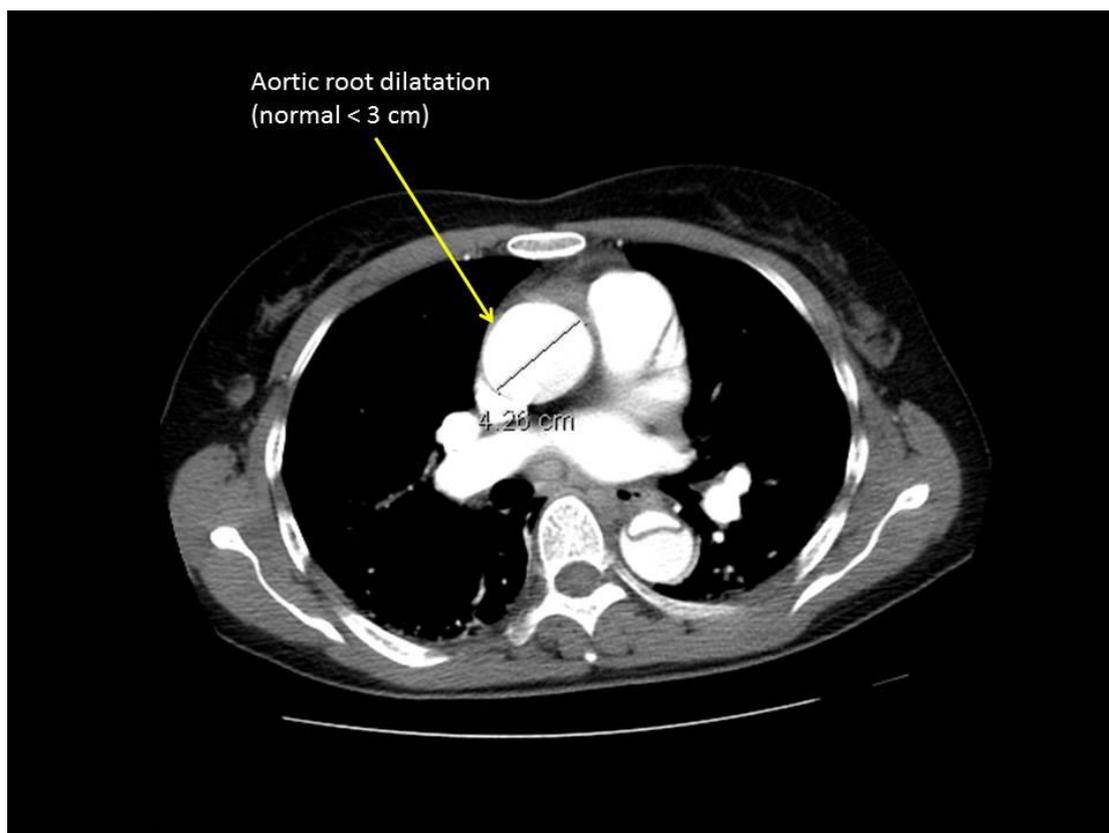
當病患懷疑有主動脈剝離或細菌性心內膜炎的情形下，血栓溶解治療可能會增加病患的死亡率，因此為血栓溶解治療之禁忌症。

【後續病程】

病患當時基於急性缺血性中風(左側偏癱、左側中樞性顏面神經麻痺、雙眼向右偏移)且發病時間小於三小時，NIHSS 分數評估為 13 分，加上沒有使用血栓溶解治療的禁忌症情形下，立即入住神經科加護病房並接受血栓溶解治療。在接受血栓溶解劑滴注的同時，頸部頸動脈超音波檢查發現右總頸動脈(right common carotid artery)有動脈剝離之現象，緊急量測雙臂血壓發現有雙側肢體不等脈 (pulse deficit，指兩手或兩腿間的收縮壓差超過 20mmHg)的情形(本病患右手收縮壓 80-90mmHg，左手收縮壓 50-60mmHg)，於是在高度懷疑主動脈剝離併發右頸動脈剝離導致急性中風表現的臆測下，立即停止血栓溶解劑治療，並安排顯影劑注射之頸胸腹部電腦斷層檢查，證實為主動脈剝離所導致之中風，同時由心臟超音波亦顯示病患出現有急性嚴重主動脈瓣逆流之情形。







於是神經科醫師在初步穩定病患生命徵象的同時，立即照會心血管外科醫師進行手術評估，並於同日接受主動脈人工血管置換(aorta grafting)及主動脈瓣膜修復術(aortic valvuloplasty)手術，術中並發現病患已有心包膜腔積血(hemopericardium)之情形。病患術後生命徵象穩定且神經學徵候逐漸獲得改善，病患於住院後 24 天順利出院，並於門診持續追蹤超過四年而無復發之情形。

**【最後診斷】**

A 型主動脈剝離合併右總頸動脈剝離及急性中風、急性主動脈瓣逆流、及心包膜腔積血，經主動脈人工血管置換及主動脈瓣膜修復手術術後。

【本週案例學習重點】

1. 神經學異常在主動脈剝離病患中往往被低估，文獻上統計約有 17-40% 的主動脈剝離病患會出現有至少一種的神經學上的異常(下表一)，其中約有 6-32% 以缺血性中風(ischemic stroke)或短暫性腦缺血發作(transient ischemic attack)作為一開始的臨床表現之一，特別是在 A 型主動脈剝離的病患<sup>1,2</sup>。

表一：主動脈剝離病患報告之初始神經學異常

神經學異常種類	文獻統計發生率(%)
任何神經學異常	17-40
中風表現	6-32
脊髓缺血	1-8.9
缺血性周邊神經病變	4.2-10.8
缺氧性腦病變	2-8.3
暈厥/暫時性意識喪失	3.3-12.7

2. 主動脈剝離導致急性缺血性中風表現的病患，在神經學表現上多以半側性(hemispheric)缺血症狀為主，多過於以椎底血管(vertebral-basilar)缺血的表現。其中半側性缺血部位又以右側為主，佔所有這類病患的 69-71%<sup>1,3</sup>，因此病患多會以左側肢體無力作為其神經學主要表現。

3. 主動脈剝離的病患一旦接受血栓溶解劑治療，可能誘發或加劇其併發症如心包膜填塞或主動脈破裂的嚴重度，進而增加病患的死亡率<sup>4</sup>。在一項回溯性研究分析中發現，在五個主動脈剝離而以急性中風做為表現而接受完整劑量血栓溶解治療的病患中，三位出現嚴重併發症而死亡，死亡率高達 60%<sup>5</sup>，遠高於文獻上 A 型主動脈剝離病患平均約 34.9% 的住院後死亡率<sup>2</sup>。因此雖然以中風作為主要臨床表現的主動脈剝離只佔所有缺血性中風病患中的少數，但是在日本的一篇報告也指出在他們醫院中超急性中風(hyper-acute stroke，指神經學症狀出現到急診室就醫時間小於 3 小時)的 208 為病患中，有 2 位(1%)後來證實為主動脈剝離之病患<sup>6</sup>，因此主動脈剝離必須列入所有以急性缺血性中風為表現的病患之鑑別診斷之一。

4. 急診第一時間診斷以中風作為初始主要臨床表現之主動脈剝離病患，往往比診斷其他的主動脈剝離病患更為困難，這是因為以中風作為初始主要臨床表現之主動脈剝離病患，比起其他主動脈剝離的病患，有更高的比例是無疼痛性主動脈剝離(painless aortic dissection)(13.5% vs. 4.5%)<sup>1,2</sup>。

5. 當急性缺血性中風病患出現下列臨床特徵時，必須考慮該病患是否為主動脈剝離所造成的缺血性中風<sup>5,6</sup>:

- (1). 左側偏癱。
- (2). 低血壓表現。
- (3). 雙側肢體不等脈(pulse deficit)。
- (4). 出現失語症(aphasia)。

因此，當病患有上述任一臨床表現時(我們這個病患表現符合左側偏癱及初始低血壓表現，再另外加上之前提到的胸悶症狀、寬的脈搏壓、及右上胸骨緣舒張期心雜音)，應該考慮急性主動脈剝離導致急性中風的可能性。但為避免耽擱血栓溶解治療的時間，因此當病患有上述表現時，急診醫師可以先考慮安排胸部 X 檢查(看有無中膈腔變寬或異常主動脈鈣化)及床邊心臟超音波(看有無心包膜腔積液)作為初步之篩檢<sup>7</sup>，而到神經科加護病房後在開始給予血栓溶解治療劑滴注前，可再由神經科醫師執行頸動脈超音波加以進一步排除<sup>8</sup>。當然，若臨床高度懷疑(如有胸腹痛、雙側肢體不等脈、胸部 X 光中膈腔變寬等)時，還是建議先安排顯影劑注射之胸腹部電腦斷層檢查加以排除主動脈剝離<sup>9</sup>。



【參考文獻】

1. Gaul C, et al. Neurological symptoms in type A aortic dissections. *Stroke*. 2007; 38:292-297.
2. Hagan PG, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*. 2000; 283:897-903.
3. Chase TN, et al. The cerebral syndromes associated with dissecting aneurysms of the aorta. A clinicopathological study. *Brain*. 1968; 9:173-190.
4. Fessler AJ, et al. Stroke treatment with tissue plasminogen activator in the setting of aortic dissection. *Neurology*. 2000; 54:1010.
5. Ramalingam VS, et al. Acute ischemic stroke in aortic dissection: case report and review of literature. *Indian J Med Sci*. 2010; 64:385-389.
6. Iguchi Y, et al. Hyper-acute stroke patients associated with aortic dissection. *Intern Med*. 2010; 49:543-547.
7. Flemming KD, et al. Acute cerebral infarction caused by aortic dissection: caution in the thrombolytic era. *Stroke*. 1999; 30:477-8.
8. Morelli N, et al. Carotid ultrasound imaging in a patient with acute ischemic stroke and aortic dissection: a lesson for the management of ischemic stroke? *Int J Stroke*. 2013; 8:E53-4.
9. Tanoue S, et al. Ischemic stroke with left hemiparesis or shock should be evaluated by computed tomography for aortic dissection. *Am J Emerg Med*. 2012; 30:836.

