

2015

每週案例選粹

-201503

七十三歲男性主訴跌倒後，右肩及右腰疼痛

臺大醫院急診醫學部/NTUH-ED



【主訴】

七十三歲男性主訴早上起床後不慎從床上跌落，現感覺右肩膀及右腰疼痛。

【現病史】

七十三歲男性，有糖尿病及高血壓病史，主訴早上起床時不小心從床上跌下，床的高度約70-80公分，跌倒後並沒有撞到頭部，也沒有意識改變或嘔吐的症狀，不過右邊肩膀疼痛無法舉高，同時亦感右邊腰部疼痛。病患呼吸時會使疼痛加劇，但沒有解血尿、血便。

【最近用藥】

B.C. /cap 1 cap, BID

(管 4) Secorin 10 mg/tab, 1 tab, BID

Ceretal SC 400 mg/tab, 1 tab, BID

Quinax Oph Soln 0.15 mg/1 mL 15 mL/btl, 1 gtt, BID

眼 Zaditen Eye Drops 0.25 mg/1 mL 5 mL/btl, 1 gtt, BID

Sinomin Oph Soln 4% 15 mL/btl, 1 gtt, BID

850 Glucophage 850 mg/tab, 1 tab, BIDPC

Lipitor 20 mg/tab, 1/2 tab, QD

Amaryl 2 mg/tab, 1 tab, QDPC

(DM) Januvia 100 mg/tab, 1 tab, QD

【生命徵象及理學檢查】

Vital signs: BP: 137/76mmHg, T/PR: 36.9°C/83/19

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

Head: Scalp: Normal, Pupils: Isocoric,

Neck: Supple

Chest: Symmetric expansion, Breath sounds: Clear

Heart: Regular Heart Beats, Murmur: (-)

Abdomen: Soft

Right CV angle knocking tenderness(+)

Extremities:

Right axilla pain with limited ROM of right shoulder (can't fully abduction)

Tender point at right axilla and right humeral head, not on clavicles

Muscle power:

Right Upper:4 Left Upper:5

Right Lower:5 Left Lower:5

【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)
2014/12/16 12:43	9.03	4.06	12.9	37.9	93.3	31.8	34.0	151
CBC+PLT(2/2)	RDW-CV(%)	PSI						
2014/12/16 12:43	13.1	-						

WBC Classification BLOOD

WBC Classification(1/2)	Blast(%)	Promyl.(%)	Myelo.(%)	Meta(%)	Band(%)	Seg(%)	Eos.(%)	Baso.(%)
2014/12/16 12:43	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	88.0	0.4	0.1
WBC Classification(2/2)	Mono.(%)	Lym.(%)	Aty.Lym.(%)	PlasmaCell(%)	Normobl.0	PSI		
2014/12/16 12:43	2.1	9.4	0.0	0.0	0	-		

BCS+e⁻:

Biochemistry BLOOD

Biochemistry(1/1)	CRE(mg/dL)	Na(mmol/L)	K(mmol/L)
2014/12/16 12:43	0.9	134	4.7

General BioChemistry BLOOD

General BioChemistry (1/1)	ALT(U/L)
2014/12/16 12:43	29

Coagulation:

Coagulation BLOOD

Coagulation(1/1)	PT(sec)	PTT(sec)	PT INR0
2014/12/16 12:43	10.2	23.4	0.95

Urinalysis:

MULTISTIX RANDOM URINE

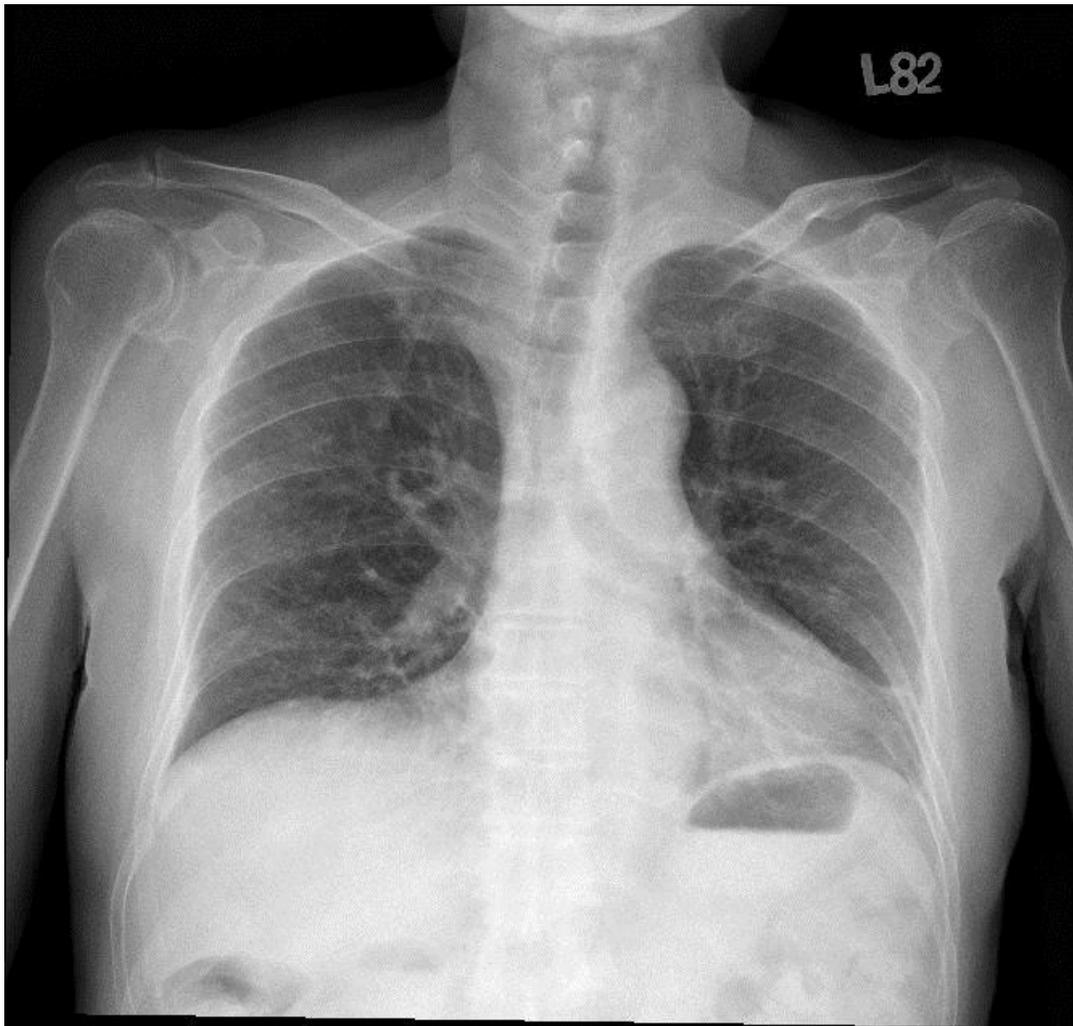
MULTISTIX(1/2)	Sp. Gr.(C)(*)	pH(C)(*)	Protein(C)(mg/dL)	Glu.(C)(mg/dL)	Ketones(C)(*)	O.B.(C)(mg/dL)	Urobil.(C)(mg/dL)	Bil.(C)(mg/dL)
2014/12/16 11:28	1.019	5.0	10 (+/-)	500 (3+)	-	-	≤ 1.5	-
MULTISTIX(2/2)	Nitrite(C)(*)	WBC(C)(*)	Color(*)	Turbidity(*)				
2014/12/16 11:28	-	-	Yellow	-				

SEDIMENT RANDOM URINE

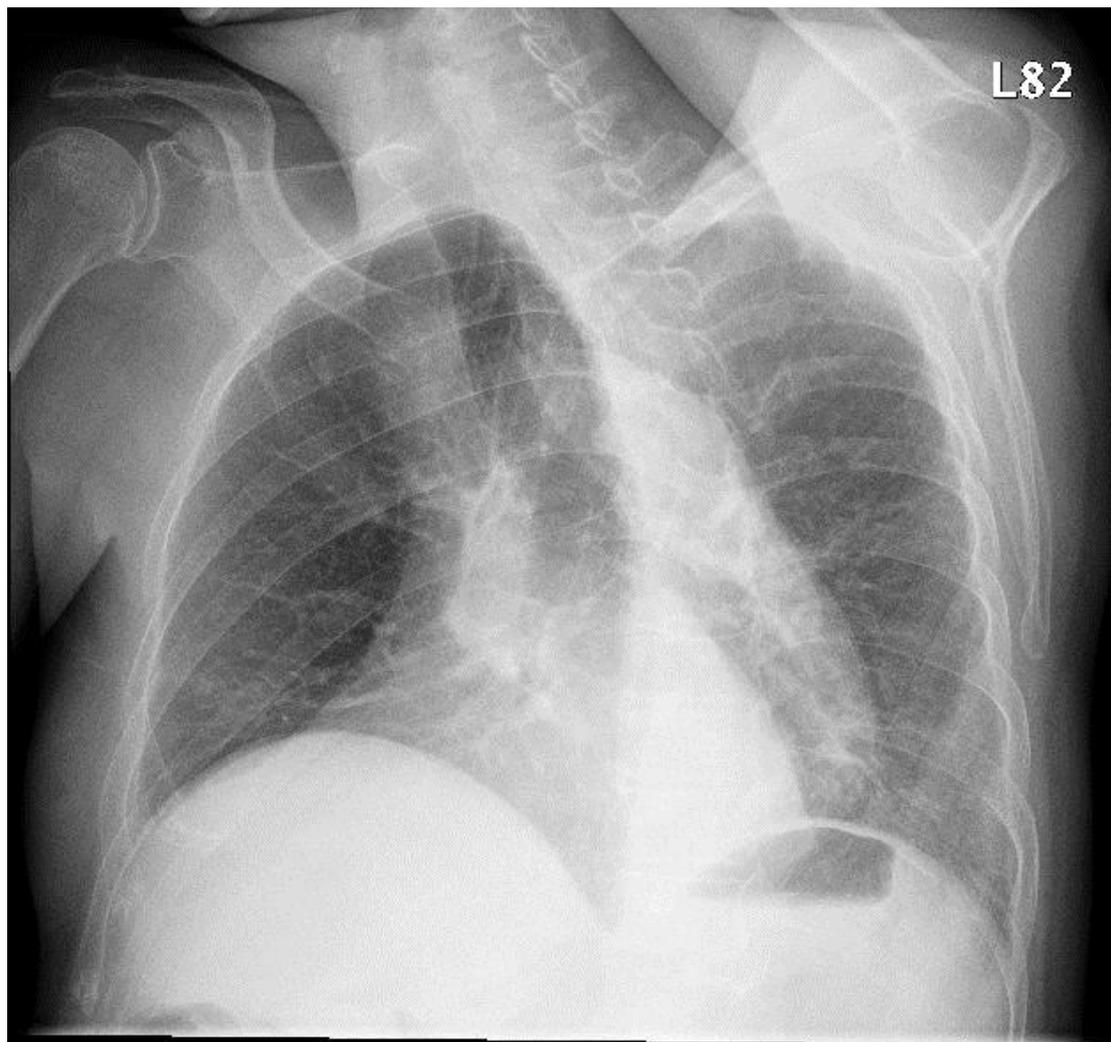
SEDIMENT(1/1)	RBC(S)(/HPF)	WBC(S)(/HPF)	EpithCell(S)(/HPF)	Cast(S)(/LPF)	Crystal(S)(*)	Others(S)(*)	Bacteria(*)
2014/12/16 11:28	0-2	0-2	0-2	-	-	-	-

【影像學檢查】

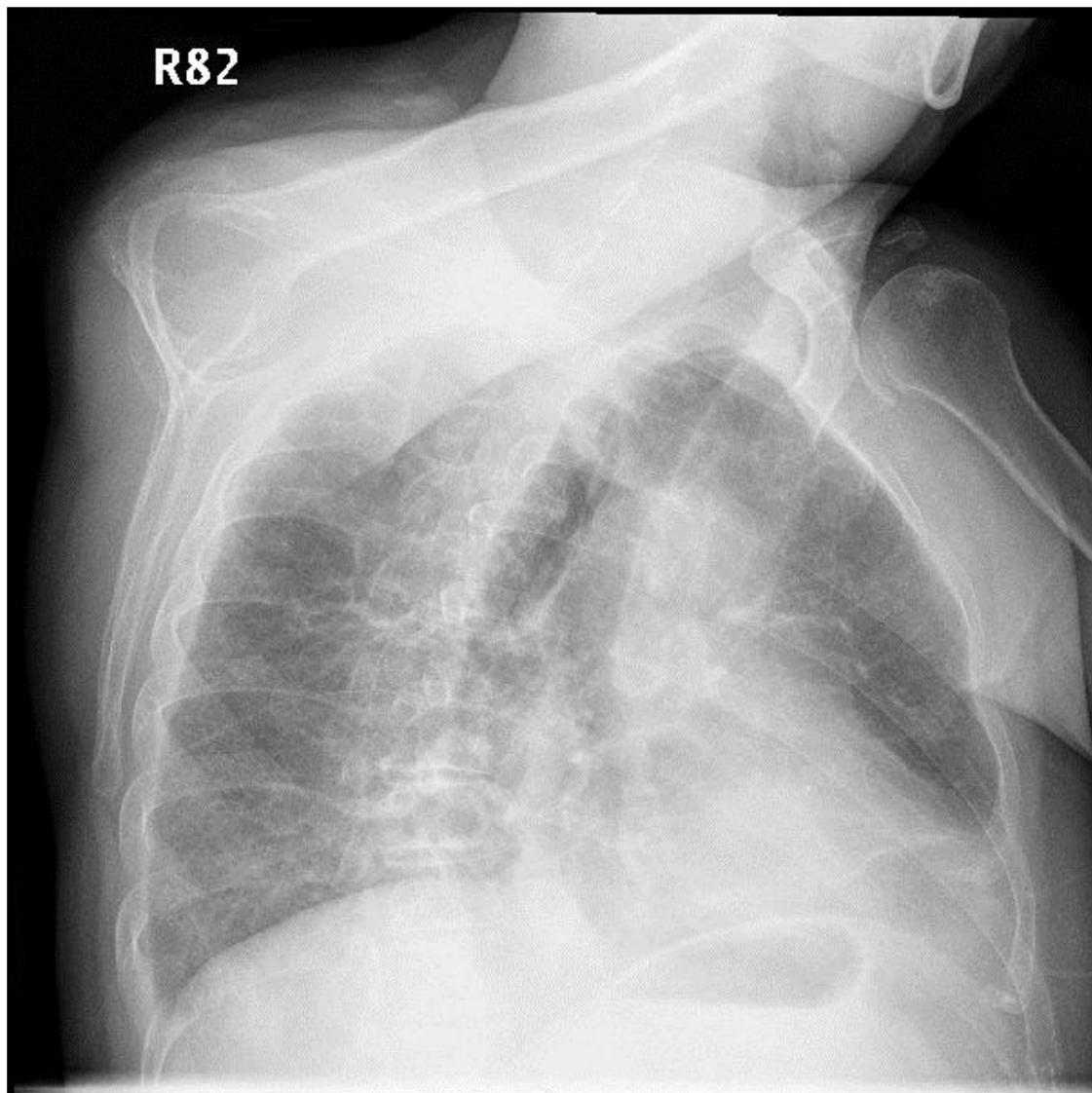
胸部 X 光檢查



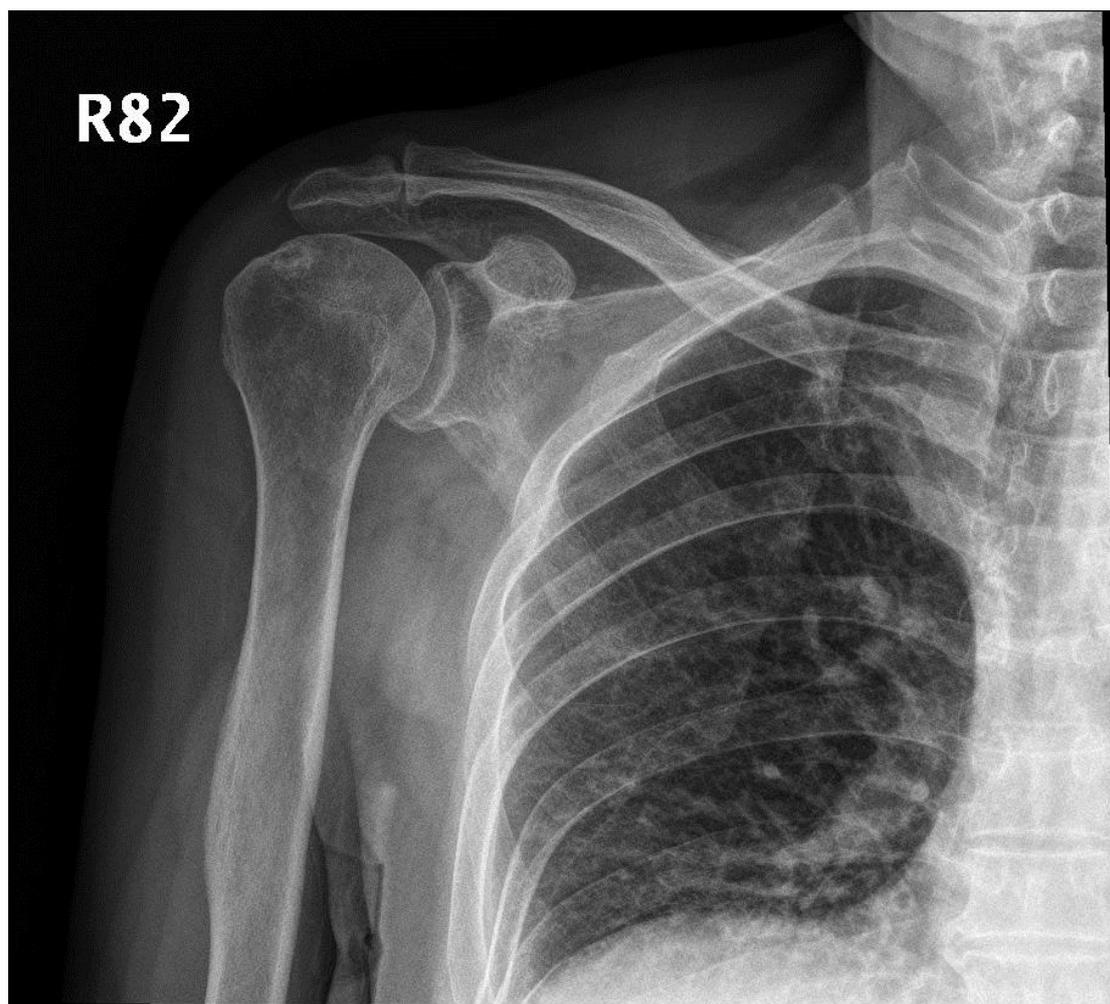
胸部 X 光，左側轉(Left oblique)



胸部 X 光，左側轉(Left oblique)



右肩 X 光



NIUH

【急診床邊超音波 FAST】

無異常發現



【臨床問題釐清】

1. 病患還是持續抱怨很痛，請問該如何處置處置？

如果病患還是持續抱怨疼痛，尤其是疼痛程度超過一般經驗上預期的程度，那麼就需要多考慮肋骨骨折以外的其他傷害，例如血管的損傷。尤其是如果病患合併有合併喘，胸悶，胸痛到背後去，第一及第二肋骨骨折、胸骨骨折等，以及其他不穩定的生命徵象、危險的創傷機轉時，就應該要安排電腦斷層的檢查，以排除可能胸腔、腹腔內器官、血管的傷害。

2. 胸部電腦斷層的適應症與臨床意義。

胸部電腦斷層的適應症，如上述。

原則上，根據臨床病史詢問及身體檢查，只要胸部鈍挫傷，懷疑可能有其他胸腹腔內器官(含血管)損傷時，就應立即安排顯影劑注射的電腦斷層檢查。

其他非學理上的適應症，就必須依病情決定，例如有家屬堅持要做，或是希望了解是否有肋骨骨折等。原則上根據研究，X光無明顯肋骨骨折及其他器官損傷，但電腦斷層發現上有肋骨骨折的病患，其預後與治療方式並不會改變，也就是說，在X光沒有明顯異常的情況下，多做電腦斷層來診斷有無肋骨骨折，並不會改變病患的治療及預後。

3. 該如何向病患說明？

臨床上須謹記，肋骨骨折是臨床診斷，X光上能夠看到肋骨骨折的比例僅有大約一半，因此如果病患身體檢查時，肋骨有明顯壓痛時，即應該強烈懷疑有肋骨骨折的可能性，而在向病患解釋時，更不宜武斷地就X光上的表現，即排除肋骨骨折的可能。

其他非學術的考量：診斷書開立須盡量保守，可以寫【疑似肋骨骨折】，過去曾經發生過的案例，因為急診醫師與病患解釋時，說沒有肋骨骨折，診斷書上也沒有註明【疑似】，結果病患就跟肇事的對方和解了，事後追蹤時，發現有肋骨骨折，結果因為已經和解，導致求償無門，所以病患只好轉而控告醫師誤診，造成很大的困擾。另外【有幾根肋骨骨折】也應解釋得保守一點，也有發生過因為斷的根數不同，求償的金額不同，轉而向醫院投訴的。因此，如果真的需要知道幾根，有無肋骨骨折，電腦斷層是可以增加診斷率的，但是就學術上來說，目前並無證據在臨床處置上會有顯著的幫助。

4. 病患後續處置的重點為何？是否需要住院？

肋骨骨折的治療，主要需要好的疼痛控制及呼吸治療，以免發生併發症，尤其是老人、慢性疾病患者，或發生多根肋骨骨折等，特別需要更加強疼痛控制及

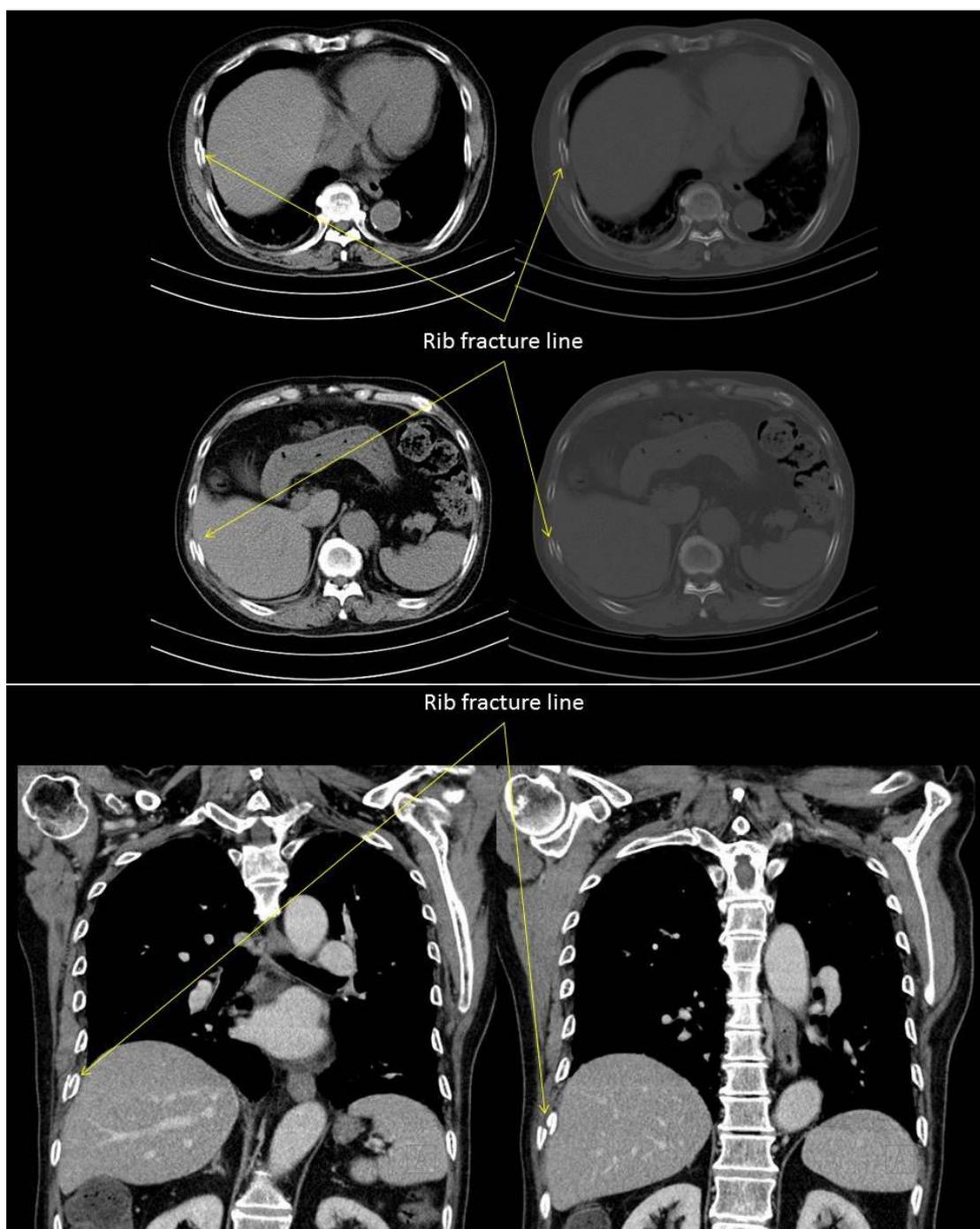
後續門診的追蹤。

而住院的適應症，根據早期的研究，單純肋骨骨折的病患，如果是老人，心肺疾病患者，X光上肋骨骨折大於等於三根的，都建議住院。然而隨著電腦斷層的進步與普及，這樣的標準是否同樣適用，仍待進一步的研究，原則上，病患是否可以有好的疼痛控制，肋骨骨折的根數多寡，以及是否有合併其他器官的損傷，是住院與否重要的參考依據。



【後續病程】

因為病患持續抱怨嚴重疼痛，局部有疼痛點，臨床上仍強烈懷疑有肋骨骨折之可能性，故安排顯影劑注射之胸部電腦斷層檢查，後來發現病患右側第七至十肋骨骨折，但並無氣胸、血胸及血管損傷之證據，經會診創傷科醫師與胸腔外科醫師後建議住院，但因本院無病床可安排立即住院，經連絡其他醫院後，轉院進行後續治療。



Dynamic CT scan of the abdomen and pelvis without/with IV contrast enhancement shows fracture at right lower ribs.

【最後診斷】

右側第七至十節肋骨骨折

Right 7th-10th ribs fracture.



【本週案例學習重點】

1. 肋骨骨折的診斷主要仰賴臨床判斷，胸部 X 光對於肋骨骨折的診斷正確性大約 50%，胸部電腦斷層的檢查有較高的正確性。
2. 胸部電腦斷層檢查主要的目的是為了評估其他胸腔內器官是否有損傷，尤其是血管損傷。
3. 早期對於肋骨骨折的研究發現，老年(>65 歲)及肋骨骨折三根以上的病患，有較高的機會可能產生併發症，如肺炎及呼吸衰竭，因此建議需要住院治療；
4. 然而近期因為電腦斷層檢查的進步與普及，使得電腦斷層檢查的使用率越來越高，然而對於 X 光上沒有明顯肋骨骨折的病患，實行電腦斷層檢查到底可否對於病患的預後有更好的預測能力，仍有爭論，依照現有有限的證據顯示，X 光上沒有看到骨折的病患，即使電腦斷層上有新發現的肋骨骨折，但無其他臟器損傷，其預後並未較差，也不會改變治療決策(請參考文獻)，因此常規性的對於胸部鈍挫傷的病患執行電腦斷層檢查是否必要，目前仍有所保留。
5. 肋骨骨折的治療，最重要的是足夠的疼痛控制，在國外，甚至建議給予病患 nerve block 或 epidural analgesics 來達到有效的止痛。另外呼吸治療與復健也對病患有幫助。
6. 就社會面來說，在與病患解釋病情時，必須記得 X 光的診斷率只有大約五成，臨床上的判斷也很重要，如果病患局部壓痛明顯，那麼仍然可以診斷為肋骨骨折，需積極給予止痛及後續門診追蹤。

【參考文獻】

1. UptoDate ◦
2. Bhavnagri SJ, Mohammed TL. When and how to image a suspected broken rib. *Cleve Clin J Med.* 2009 May;76(5):309-14.
3. Livingston DH, Shogan B, John P, Lavery RF. CT diagnosis of Rib fractures and the prediction of acute respiratory failure. *J Trauma.* 2008 Apr;64(4):905-11.
4. Traub M, Stevenson M, McEvoy S, Briggs G, Lo SK, Leibman S, Joseph T. The use of chest computed tomography versus chest X-ray in patients with major blunt trauma. *Injury.* 2007 Jan;38(1):43-7.

