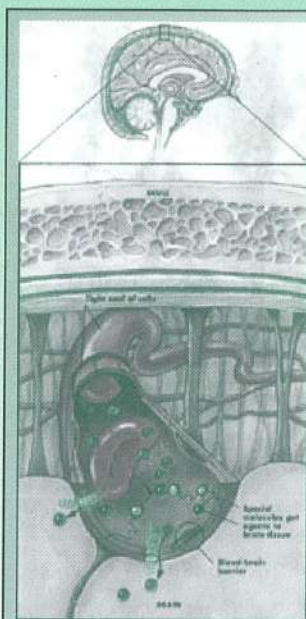




症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍



談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

文章整理：蔡景仁

資料來源：周焜明/吳秀惠

原文刊載於台大景福醫訊 18
卷第 6 期

楔子

周焜明教授及其夫人吳秀惠醫師都是我的前輩學長，依稀記得在我留德期間曾聽過他們的名字，首次見面則是 1996 年到韓國漢城參加亞太神經學會議時，經由陳光明教授介紹認識後，才知道周教授是國際知名的神經病理學專家。1998 年，周教授在台北促請長庚醫院成立巴金森氏症(巴病)病友會，當時我也曾邀請他到成大醫院演講，後來並推薦給中華民國神經醫學會，邀請在 2000 年年會特別演講，以及到成大醫院神經科做為期兩週的小型臨床神經病理討論系



症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

列。在這一段期間才得以有機會和周教授夫婦更深入的暢談，而對他們更為敬佩。

為了響應周教授夫婦推動巴症病友會的心願，我也於 2000 年 3 月 25 日在成大醫院策劃成立巴症病友會。他們分別在成立大會上現身說法，令人十分感動。在了解周教授罹患巴金森氏症(巴病)的整個經過後，覺得實在是一個活生生的教材。這裡有他的感受與情緒的變化，有他探索巴病病情、自然及治療病程，所有治療理論和實際方式的最新資訊，甚至推斷罹患巴病出現右手顫抖症狀，可能與他過去從事神經毒研究，長期曝露於神經毒有關。不過最引起我重視的是，他有一次並不嚴重的頭部外傷，竟在一個月後巴症急遽惡化，由於醫師未能早期診斷而差一點就危及生命，原來這又是硬腦膜下出血惹的禍。

當醫師變成病人時

約 6 年前，正逢周教授 65 歲生日，夫婦兩人與三個兒子及媳婦相邀爬山。下山時，周教授感覺全身不適、呼吸困難，懷疑為心臟病發而被送往急診處。檢查後被告知心肺功能均屬正常就出院了。約兩個月後，朋友發現他的右手有顫抖現象，於是求診於一位



症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

巴病專家，並被確定患有巴病。對周教授來說，這無疑是一個巨大而無情的打擊，一度極為消沉、憂鬱，幸好在吳醫師的照顧、支持下，才重新站起來，勇敢面對巴病。在此期間，除了向專家們詢問病情及巴病相關問題外，也自行上網查詢有關巴病的一切資料。後來周教授在日本看到檣林教授的研究報告，四十年來利用外科方式施行視丘燒灼術(Thalamotomy)以破壞視丘的一小部份組織，這個部位剛好是深部感覺的中心，而戲劇性的改善病情。近年來很普遍的深部腦(視丘)刺激(deep brain stimulation)也可得到同樣的效果。由此，周教授認為若能規則的經由與深部感覺有關的運動刺激，或許也能得到類似的效果。從此，除了例行的散步外，他更持續地拉小提琴，後來由於姿勢及手顫動造成不便，而改拉大提琴，甚至也開始在家規則地做單槓運動，透過伸張關節的動作刺激深部感覺，以期改善病情。



巴病症狀的惡化

去年周教授做運動時，單槓意外脫落導致跌倒而



症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

撞到後頭部，樓下的吳醫師警覺到鏗鏘之聲，立即上樓查看，發現先生竟然跌落地板，所幸能告知後頭部有撞擊後的皮肉疼痛，但無意識障礙、頭痛或嘔吐。接下來的幾天，身體沒有不適，也就未再特別留意，並開始忙於準備兩星期後在 Cleveland 的醫師會演講。在 Cleveland 時，熟識的朋友只覺得他的巴病症狀似乎稍有加重。回來後，大約距摔倒後第三週，症狀明顯惡化，手抖得更加厲害，動作顯著緩慢，尤其是走路時步伐變小，甚至偶爾不自主的向前衝。周教授再度向那位為他診治的巴病專家請益。除了說明最近兩星期來，症狀持續的加重，也提及近一個月前的頭部受傷，然而這位專家只是勸慰他，說明病情惡化應與頭部外傷無關，確定目前仍規則服藥後，認為這只是病程的自然變化，遂加重每日服用的左多巴劑量。

可是症狀並未因藥量增加而獲得改善，更甚而逐漸繼續惡化，不但有明顯的步行障礙、小快步和容易往前衝，而且也較為嗜睡。周教授夫婦認為病情既已嚴重到此，為了未來出門不致因沒有就近停車位，而增加行路上的困擾，於是決定就診家庭醫師，申請殘障病人專用的停車位證明。看診時，除了說明目的外，同時也提到頭部外傷之後的病況惡化，雖然並無頭



症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

痛、嘔吐現象，但增加藥量之後卻未見病情改善。家庭醫師立即開出頭部電腦斷層檢查單，檢查結果發現有兩側硬腦膜下血腫，一共大約四、五百毫升的積血。在此同時，周教授已幾乎無法自由行動，三餐也必須由吳醫師餵食，音量輕而含糊，對談內容也無法十分清楚，於是被轉送醫院，院方告知需要立即開刀。於是在受到頭部輕傷 34 天後，接受兩側頭顱鑽孔術，引流硬腦膜下淤積的血塊。開刀後，意識狀態立即恢復，巴病症狀也在數天內明顯改善。

專家的誤診

出院後，周教授立即去尋找硬腦膜下血腫與巴病的相關文獻，發現文獻上陸續有個案報告被提出，於是去拜訪那位代為診治的巴病教授，描述這幾個星期來的變化及接受手術與手術後的經過。這位教授道歉連連，因為他忽略當時屬症狀輕微的意外跌倒，竟然引起硬腦膜下出血，導致巴病症狀快速惡化。如果是單側性硬腦膜下血腫或許可能較易被察覺，但周教授的血腫為兩側，初期尚無顱內壓升高的症狀，因而早期診斷





症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

易被延誤。

周教授巴病病情變化的關鍵，在於一場看似輕微的頭部外傷：倒地撞到後頭部，只有皮肉傷，沒有意識障礙或頭痛、嘔吐等症狀，但其巴病的症狀卻在約兩星期後開始逐漸惡化。這位巴病專家可能只是單純的認為周教授症狀的變化純粹是病情本身的進展罷了，並未警覺可能與頭部外傷引起硬腦膜下出血有關。造成這種診斷失誤的原因可有多種詮釋。一般說來，巴病症狀惡化時，大部份醫師最初均會考慮病人是否有規則服藥，確定病人按時服藥後，則會推論是病情本身的逐漸惡化。美國看診制度並不像在台灣，要每個月回門診複診、領取處方，而是每幾個月才再複診，並取得另外幾個月的處方，從而使得這位巴病專家在確定周教授是規則服藥，又認為頭部外傷的情節非常輕微，而覺得與病情惡化無關。做出這種判斷的理由之一，可能是這位教授未曾看過硬腦膜下出血引起巴病症狀，或使巴病症狀惡化的臨床經驗及文獻報告，或雖曾看過，但卻一時沒有預料到這個情況，何況能引起巴病或使巴病症狀惡化的硬腦膜下出血很少被特別提及，例如在一般的神經學教科書中，在引起次發性巴症的原因裡，不是未提及就是只提及如腦



症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

外傷或反覆地頭部外傷(如拳擊手)等一筆帶過，而且在巴病的專書中也很少特別談到。因此，如果過去沒有親身看到這種臨床報告，也不曾在開會中聽聞這種案例，甚或忽略文獻的搜尋，便很難將它們的關係連結。

家庭科醫師則在病程的後期，可能覺得增加治療巴病藥物的劑量之後，非但未使病情改善，而且日益惡化，使得他想到是否與頭部外傷有關，而立即安排電腦斷層檢查，終於證實有硬腦膜下出血，而且必須緊急開刀，否則有生命的危險。

惡名昭彰的模倣大師：硬腦膜下出血

硬腦膜下出血的正確診斷一直是臨床上最大的挑戰，雖然典型的個案很容易診斷，但是較不典型的個案卻易造成診斷困難。硬腦膜下出血臨床症狀的表現相當多變，因而有「模倣大師」的惡名 (1)。這就是說，以硬腦膜下出血表現多樣化的症狀而言，它出現何種神經學症狀或缺失，醫師因而推論是什麼診斷，這就很





症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

容易受導引而下主觀性判斷，忽略硬腦膜下出血的可能性。神經學檢查時，又由於所引起的神經學缺失往往非常輕微而被忽略，但也有在精確的神經學檢查確定沒有神經學缺失時，病人卻又在數小時至數天後出現神經學缺失的症狀。另外，雖然有的病人提出有明顯的頭部外傷史，但是往往由於頭部外傷當時只有撞擊部位出現皮肉之傷，並沒有其它任何的不適，而易被醫師忽視。何況更有一些病人，尤其是老人家對於這類輕微的頭部撞傷、較強烈的打噴嚏，或只是搭乘高速行駛中的車輛，因緊急煞車使頭部受到劇烈來回震動的經驗，都可能引起硬腦膜下出血，一時之間沒有回憶起，或被病人忽略，就說沒有頭部外傷，也有直到確定診斷後，病人或家屬才想起過去的確有頭部傷害的經驗。即使受到看似輕微的頭部外傷，但是把高齡和輕微頭部外傷這兩個因素合併起來就是產生硬腦膜下出血的高危險因素了，當然不可不慎。

文獻上報告硬腦膜下出血的失誤診斷比率偏高，成大醫院神經科住院醫師對急診病人首次臨時診斷的診斷失誤統計結果，硬腦膜下出





症狀處理

談誤診：又是硬腦膜下出血惹的禍

血的失誤診斷率高達 56%，佔第一位(2)。因此雖然周教授對此巴病專家提及頭部外傷事件，但他對硬腦膜下出血診斷的敏感度卻不及一位家庭醫學科醫師，導致未能早期診斷。不過令人好奇的是，如果最先求診的是這位家庭醫學科醫師，不知他是否還是會考慮硬腦膜下出血的診斷。P

參考文獻：

1. Potter JF, Fruin AH.(1977) Chronic subdural hematoma: the "great imitator". Geriatrics; 32:61-6.
2. Wei SC, Tsai JJ.(1994) Bedside diagnosis for neurological residents in neurological emergencies: a retrospective analysis. Chin Med J (Taipei) 53:331-7.



周煥明教授伉儷(左)及蔡景仁醫師
(右)合影於陳總統官田老家