

缺血性腸炎

肝膽外科 董弘一 陳映哲

病人為 87 歲男性老榮民，未婚有同居人，同居人去年過逝，主訴昨晚開始腹瀉，今下午突發性腹痛，至診所求診，因白血球高達兩萬五千，疑急性闌尾炎併破裂，轉至本院急診做進一步診治，急診理學檢查

BT 36.7, BP 142/68

PE.: Abd. mild distension, low abd. diffuse tenderness with muscular guarding, Rebounding pain (+)

Abd. Echo reveal: GB stone without wall thicken, dilation intestinal loop without ascite without target lesion, high susp. Ileus cause unknow.

Chest PA: 左下肺 pleural effusion, 左上腹有一三角形的 air bulb, 盡管 free air 在少量的腹部於腸間可形成三角形，惟此片中除此並無其他徵象，且旁邊隱約可見腸子的影子，雖臨床 S/S 可 R/O perforated hollow organ free air 但應非一 true free air



CXR: 左下肺 pleural effusion, 左上腹有一三角形的 air bulb



KUB: 呈現小腸的 air-fluid level 及 colon gas

KUB: 除 ileus 外無特殊發現，除 small intestinal dilation 外隱隱約約也可看到一些 colon gas. 所以為一 incomplete obstruction ileus.

EKG: MI, 1 degree AV block

Lab. Data: CBC with DC WBC 20.6, CRP 69

Urine and other Lab. Data within normal range

PH:

1, Angina Pectoris with Hypertension, sinus rhythm with regular treatment at our cardiology OPD (Sigmart (5mg) and Herbesser Bid, Bokey 1 Qd)

2, L2 compression, adhesive capsulitis of rt' shoulder treatment at our Reh. OPD

當天晚上，強烈建議病人手術惟病人不同意，故僅以 NPO, antibiotic and Fluid therapy conservative treatment 抗生素及體液以保守性療法，隔日安排電腦斷層。

CT: 在 ileocecum 處可見明顯脹大之迴腸，其管腔內充滿大量的氣體及少量液體並可見線條狀氣體位於管腔內液體的下方（腸壁內），管壁亦有明顯增厚，附近腸系膜密度明顯增高高度懷疑缺血性腸炎。

再次建議病人手術治療，或至少已腹腔鏡下去檢查，惟病人再次拒絕，故除保守性治療再以超音波追蹤，之後病人白血球下降，發燒消退，腹內積水消失，腹痛消失，第三天開始進食，一個禮拜完全康復出院。



CT: 在 ileocecum 處可見明顯脹大之迴腸，其管腔內充滿大量的氣體及少量液體並可見線條狀氣體位於管腔內液體的下方腸壁亦有明顯

Ischemic Bowel Disease

缺血性腸疾源自上腸系動脈 (superior mesenteric artery, SMA) 之血流減少導致小腸至右側結腸缺血，常見者為上腸系動脈栓塞，其次為上腸系動脈血栓，非阻塞性腸系動脈缺血或上腸系靜脈血栓，後者較為少見。急性缺血性腸疾常為老年人疾病，其臨床所見並無特異性，故常容易延誤診斷而導致高死亡率(75-90%)

要提高其存活率，早期的診斷以避免大部分腸管壞死是一種重要因素。

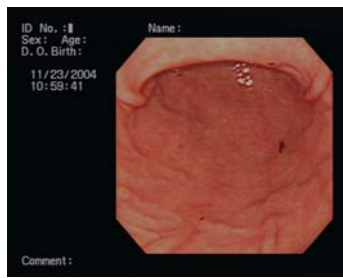
高危險群病人包括年齡大於 50 歲，合併有：
 <1>心臟血管疾病合併瓣膜疾病或粥狀硬化，
 <2>鬱血性心衰竭，
 <3>心律不整，
 <4>血壓過低或血容量不夠，
 <5>使用利尿劑治療，
 <6>近期有心肌梗塞，
 <7>敗血症。臨床上病人腹痛，與理學檢查不能符合，腹痛較為嚴重，其後發生腹脹、消化道出血、發燒、白血球增加、嘔吐或腹瀉，在末期可發生酸中毒。缺血性腸疾可發生於小腸腸管之任何節段，另外左側橫結腸、結腸脾曲及盲腸亦可發生。其鑑別診斷與一般腸胃道阻塞或局部性腸阻相似，後者可源自腸管本身的炎性變化或其他部位或器官的炎症而引發的前哨性腸管，以往對缺血性腸疾最重要的檢查工具是血管攝影，然而近年來由於掃描速度較快的電腦斷層掃描儀問世 (Multiple Slide Computed Tomography, MCT)，通常已被作為優先的檢查，目前其診斷的敏感度及特異性已有顯著提高。本病例由電腦斷層判定為缺血性腸炎，但病人拒手術及進一步檢查，僅以禁食及保守療法治療，在一週內康復至出院，可順利近食，腹痛消失，白血球下降，腹水消失，(每日以超音波追蹤)故推測為一部分栓塞之病例。

膽道術後併發肝膿瘍一例報告

消化內科 蔡毓洲、張百福、許智能

這是一個 83 歲男性病人，主訴發燒、打嗝及全身倦怠，已有三天。曾至診所求診，但其症狀並未消除，所以至醫院門診來求診。病人之家屬提及病人曾於民國 60 年於台東醫院做過膽管引流手術，且於民國 85 年因膽囊結石而做過膽囊切除手術，且於民國 87 年 9 月 15 日因黃疸及膽道氣泡(pneumobilia)於本院住院治療。此次於門診行腹部超音波掃描，發現肝臟膿瘍，疑似因膽管炎而引起，因此安排病人住院治療。住院期間 Lab data 如下：WBC- 16000，Hb- 16.9，Platelet-88000，GOT/GPT- 44/69，Albumin-3.1，Neutrophil- 89%，Bilirubin (T/D)- 1.43/0.44，HbA1C-8.1。病人於住院期間使用抗生素 Fortum 及 Metronidazole 治療 10 日後病情改善出院。

在台灣主要分為化膿性與阿米巴性二種。化膿性常見的原因是膽管炎、憩室炎或手術後造成。常見於老年人或免疫機能不佳之患者(如糖尿病)，發燒(90%)；體重減輕和不適為非特異症狀；50%會出現肝腫大和右上腹疼痛，若出現黃疸則需特別注意追蹤；50%的病人血液培養呈陰性，若培養出 streptococcus milleri，則幾乎可診斷為肝膿瘍；需氧菌與厭氧菌混合感染最常見，化膿性肝膿瘍在型態上可分為單顆至數顆較大之膿瘍(solitary to several abscess)或多發性微小膿瘍(multiple microabscesses)---；前者大多從腸胃道感染，較少黃疸，治療主要需抗生素及引流；後者大多從膽道感染，常出現黃疸，治療需抗生素及膽道病灶之處理，治療可經由藥物治療靜脈注射 metronidazole，amoxycillin 和 gentamicin 治療 2 週，之後改以口服 amoxycillin 和 methonidazole 治療 6 週，若膿瘍太大時則需經皮引流，手術引流較少施行。若對 Ampicillin 有抗藥性，則可使用第三代 Cephalosporins 或 Fluoroquinolones。阿米巴性：80%其年齡小於 40 歲。較常見疼痛的症狀，系統性症狀反而少見，90%以上經超音波和血清中對抗 Entamoeba histolytica 的抗體上升而診斷。針抽吸術所得的液體為濃的、棕色、「鱈魚醬」似的膿液。大部份病人以 metronidazole 療效果很好。之後最好再以 diloxanide，預防後發性的侵犯性病灶的形成。膿瘍有破裂傾向時方需引流。



Choledochal-duodenal stomy with large stoma



Single HONEYCOMB like Hypoechoic mass lesion, located at S4 Maximal length : 5.34 * 4.36 cm



Echogenic particle within the CBD..

編輯顧問：陳寶輝

編委：柯成國（主編），羅海韻（副主編），陳明楨，孫盟舜，吳志松，莊永芳，曾譯誦，謝展中