



Vol9, No1, Aug, 2008

經內視鏡超音波指引下，胰臟炎併發偽囊腫的內引流 (Endoscopic Ultrasound Guided Pseudocyst Drainage)

消化系內科 孫盟舜醫師

陳女士今年 83 歲，有高血壓及糖尿病史，在其他醫院規則服藥控制。陳女士在 3 年前因為貧血轉到本院就診時，發現有胰管內黏液分泌性腫瘤 (Intraductal papillary mucinous neoplasm, IPMN)，當時病人拒絕開刀，只在門診持續追蹤治療。這 3 年來，陳女士常常有貧血、腹脹、及腹痛情形，在其他醫院治療。最近一個多月以來，貧血、腹脹、腹痛、及背痛情形愈來愈頻繁，在其他醫院處理一直未見改善，於是又轉到本院住院治療。

陳女士住院後，生命徵候穩定，有貧血現象，上腹部有壓痛感，而且隱約可以在左上腹部摸到約 15 公分大小的腫瘤。血液檢查除了血色素(Hb) 8.8g/dl，CRP 35.9mg/L，白蛋白(Alb) 2.3g/dl 等異常外，其餘大致都在正常範圍，Amylase 及 Lipase 也在正常範圍內，腫瘤指數 CEA 2.7 ng/ml 正常，CA 19-9 2130 U/ml 偏高。腹部超音波及電腦斷層檢查發現為胰管內黏液分泌性腫瘤併胰管脹大，慢性胰臟炎併發在後腹腔約 15 公分大小的偽囊腫(圖一)。由於病人依然拒絕開刀，因此我們使用內視鏡超音波指引的技術，經由胃部放置了 3 條引流管做內引流 (Cystogastrostomy) (圖二)。術後病人的腹脹、腹痛、及背痛情形隨即改善並出院。二個月之後腹部超音波追蹤，引流管功能良好，病人不再有腹脹及腹痛情形(圖三)，於是我們安排內視鏡拔除引流管。引流管拔除後，病人的腹脹及腹痛情形均未再發作，偽囊腫也未再復發(圖四)。

討論

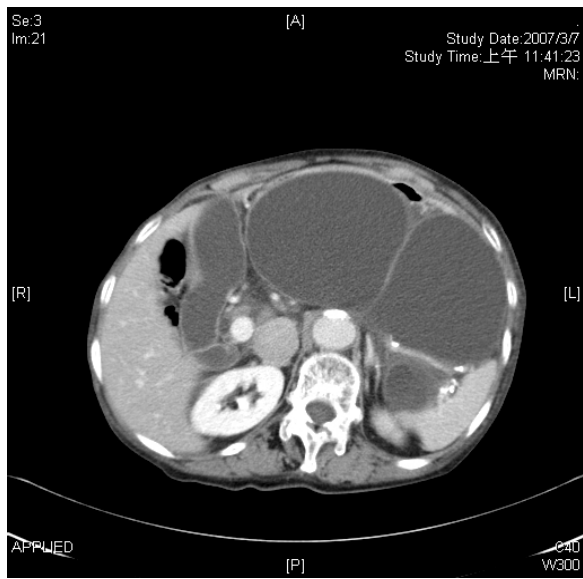
胰管內黏液分泌性腫瘤 (Intraductal papillary mucinous neoplasm, IPMN) 是一種好發於老年人的病變，臨床上依腫瘤位置可以分為 main duct type, branch duct type, 及 mixed type 三種型態。一般說來，Main duct type 視為惡性，需要開刀切除。Branch duct type 如果囊腫 (cyst) 大於三公分，或是看到腫瘤結節大於 0.5 公分，也建議要開刀治療。陳女士的腫瘤屬於 main duct type，當時她拒絕開刀，3 年後已經轉變成惡性。

由於 IPMN 會分泌黏液，造成胰管阻塞脹大，時常就會引發胰臟發炎。偽囊腫是胰臟發炎的併發症之一。臨床上的症狀包括因偽囊腫壓迫造成的腹脹及腹痛，噁心，嘔吐，或黃疸，有時腹部可以摸到腫瘤，抽血可見 Amylase 升高。偽囊腫可以引起感染、腸胃道阻

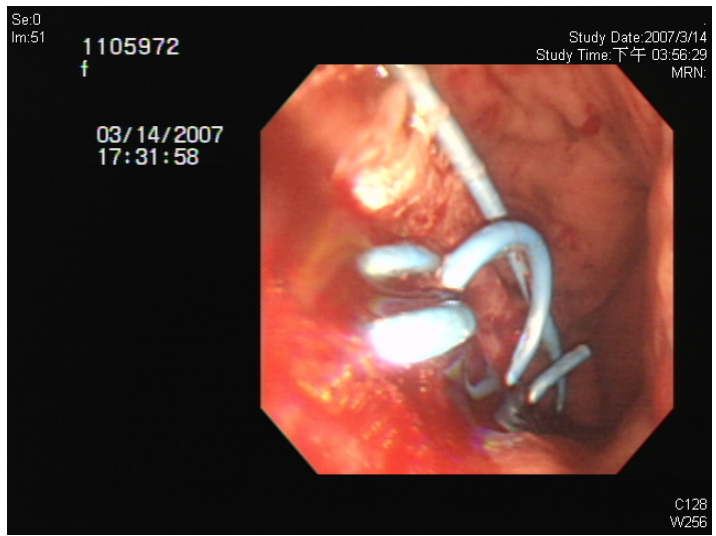
塞、偽動脈瘤 (pseudoaneurysm)、門靜脈與脾靜脈栓塞 (thrombosis of portal vein or splenic vein)、或是破裂造成腹膜炎等併發症。

絕大多數的偽囊腫會在六個星期內自行吸收消失，因此在處理上建議可以先觀察六個星期，如果之後偽囊腫仍未消失，或是偽囊腫大於 6 公分，或是有症狀，就需要處理。偽囊腫可以利用內科或外科的方式做內引流或外引流。內科的方式併發症較少，成功率可達八~九成。外科的方式併發症較多，但是比較少復發。

傳統的使用內視鏡做內引流，必需偽囊腫在胃或十二指腸造成明顯壓跡時才能順利進行，限制較多，也有造成出血等併發症的危險，目前本院使用新式直線掃描的內視鏡超音波作為指引，只要在腸胃道周圍的偽囊腫都可以作引流，同時直接在內視鏡超音波指引下操作，可以避開血管及其他器官，更安全成功率也更高。



圖一、電腦斷層顯示後腹腔的偽囊腫。



圖二、經由內視鏡超音波指引，在胃部放置了 3 條引流管。






圖三、二個月之後的腹部 x-光片，引流管功能良好。



圖四、引流管拔除後的腹部 x-光片。

Reference

1. [Gastrointest Endosc.](#) 2008 Jun 9. [Epub ahead of print]  [Links](#)
2. [JOP.](#) 2006 Sep 10;7(5):502-7.  [Links](#)
3. [Gastrointest Endosc Clin N Am.](#) 2008 Jul;18(3):523-33.  [Links](#)

直腸癌合併氣腫性胃炎及肝門靜脈積氣：病歷報告

(Rectal Carcinoma with emphysematous Gastritis and Portal Vein Gas: A Case Report)

消化系外科 黃敬文醫師

一位 73 歲女性病人，排便困難及便秘大約有一年的時間。她過去的病史包括 (1) 1997 年腦中風併左側無力；(2) 2004 年十二指腸潰瘍及急性胃炎；(3) 高血壓。這次因為約一個星期腹部逐漸膨脹及排便困難，被家屬送至本院急診。

在急診，理學檢查發現，病人腹部膨脹及上腹壓痛。生命徵象為體溫 38.2°C，心跳每分鐘 92 下及 22 下的呼吸速率。血液檢查可發現白血球升高 (WBC:12000, Neutrophil: 81.5%)，貧血 (HB: 9.3g/L) 及 CRP 上升 (CRP:146.3)，肝功能指數 (GOT: 47 U/L, GPT: 27U/L)，腎功能指數為 (BUN:40mg/dL, Creatine:1.4ug/dL)。腹部 X 光檢查顯示，(1) 胃、小腸及大腸都很脹 (如圖 1)，懷疑為腸阻塞；(2) 而且在胃壁內發現有氣體 (如圖 1 箭頭所示)。腹部電腦斷層掃描顯示：(1) 肝內肝門靜脈及胃壁內有氣體存在 (如圖 2A 及 B)，(2) 直腸腫瘤併腸腔阻塞 (如圖 2C)。所以，暫時的診斷為 (1) 直腸癌合併氣腫性胃炎及肝門靜脈積氣，(2) 敗血症。所以安排病人住院接受更進一步的檢查及治療。

住院後，因為有腸阻塞的現象，所以插鼻胃管以減壓。又因為敗血症，所以先做血液培養，再以強效的抗生素 (Imipene 500mg iv g8h 以及 Metronidazole 500mg iv g6h) 治療。等到病人的情況較為穩定後，就安排乙狀結腸鏡檢查，結果發現有一直腸腫瘤造成腸腔狹窄 (如圖 3)。因為病人持續腹痛、腹脹及發燒，所以在住院後第三天進行手術。術中的發現為 (1) 直腸癌併腸腔狹窄，但是其他大腸壁及小腸壁都正常，(2) 胃部膨脹及胃壁增厚。我們於是施行直腸全切除併端對端腸吻合。

術後的治療包括：(1) 強效抗生素：Imipene 500mg iv g8h 及 Clindamycin 500mg iv g6h，(2) 氫離子幫浦抑制劑 (Proton pump inhibitor, PPI)：Nexium，(3) 全靜脈營養。術後第 14 天，胃鏡檢查發現胃黏膜瀰漫性發炎、水腫及糜爛，證實了術前氣腫性胃炎的診斷。術後第 21 天病人開始進食，復原良好，於術後第 27 天出院。

討論

氣腫性胃炎很少會發生，最主要是因為產氣性細菌侵犯胃壁，而這些微生物可能是從黏膜局部擴散或從遠端經由血行路徑擴散。被報告過的微生物包括：C. perfringens, E. coli, Enterobacter, Aerogenes, Proteus vulgaris, Pseudomonas, Aeruginosa, Staphylococcus aureus。這個病人的血液培養結果為 E. Coli。最常見的易感因子包括食入腐蝕性物質、酗酒、接受腹部手術、糖尿病及免疫力受到抑制或下降。這個病人可能是因為直腸癌造成腸阻塞，而使胃壁內壓力變大，再加上這個病人免疫力下降 (年紀大且曾中風過)，而且病人在 2004 年也曾有十二指腸潰瘍及急性胃黏膜炎的病史，這些都可能促使氣腫性胃炎的發生。治療的方針包括：(1) 手術治療直腸癌併腸阻塞，(2) 強效抗生素，(3) PPI，(4) 全靜脈營養，讓胃黏膜休息等。由於處置適當，病人術後復原良好。

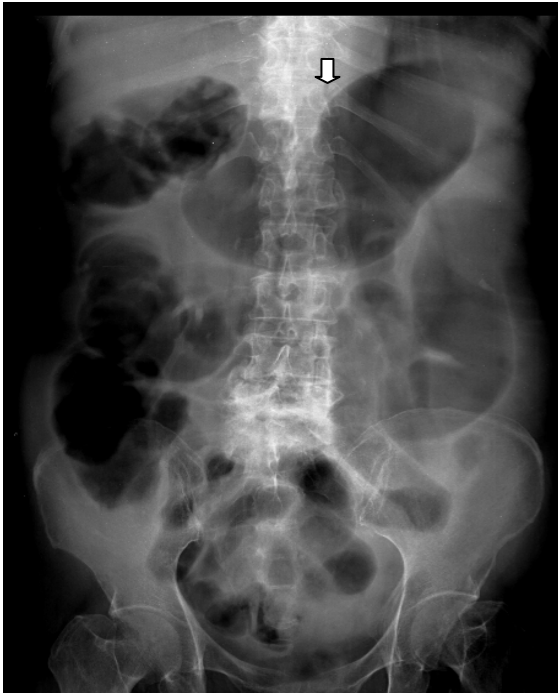


圖 1、腹部 X 光顯示，胃、小腸及大腸膨脹。箭號處為胃壁內有空氣。

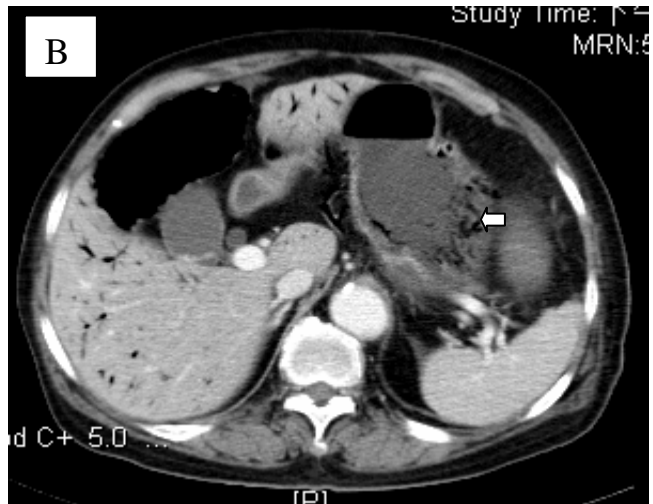
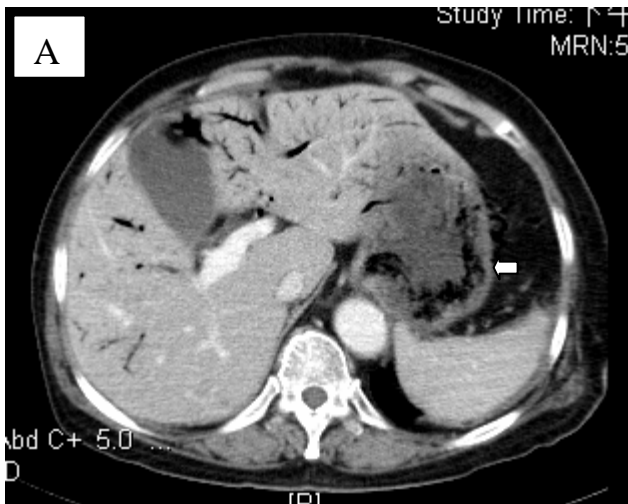


圖 2、腹部電腦斷層掃描。A 及 B：胃壁及周圍軟組織中有空氣（白箭號處）。也可發現肝門靜脈積氣。C：直腸壁增厚及腸腔狹窄（黑箭號處），懷疑為直腸癌。

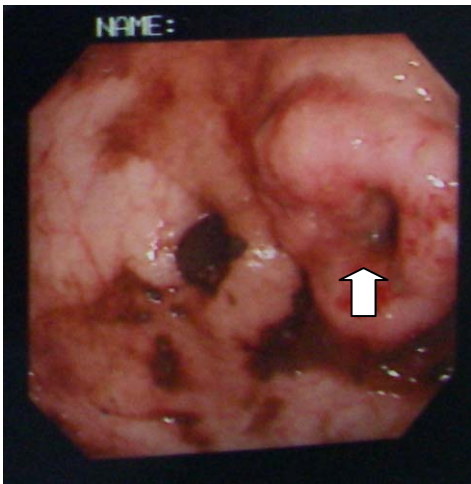


圖 3、乙狀結腸鏡：直腸腫瘤合併腸腔狹窄（白箭號處）。



圖 4、胃鏡顯示胃黏膜瀰漫性發炎、水腫及糜爛。

Reference

1. Emphysematous gastritis -- case report and review of the literature. *Z Gastroenterol.* 2004 Aug;42(8):735-8
2. Emphysematous gastritis. *Am J Med Sci.* 2005 Apr;329(4):205-7
3. Emphysematous gastritis: Case report and literature review. *Int J Surg.* 2007 Mar 3.
4. Gas within the wall of the stomach due to emphysematous gastritis: case report and review. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002 Oct;14(10):1155-60

編輯顧問：陳寶輝

編委：阮仲洲（主編），羅海韻（副主編），陳明楨，孫盟舜，吳志松，莊永芳，曾譯詠，謝展中