

Yuan's General Hospital
消化系病中心臨床論壇
Clinical Forum of Institute of Hepato-Gastroenterology
發行單位：阮綜合醫院消化系病中心
地址：高雄市成功一路 162 號，電話：(07) 3351121，傳真：(07) 3354114 院長：阮仲洲

迎接千禧年
邁向新世紀

Vol10, No6, Dec, 2009

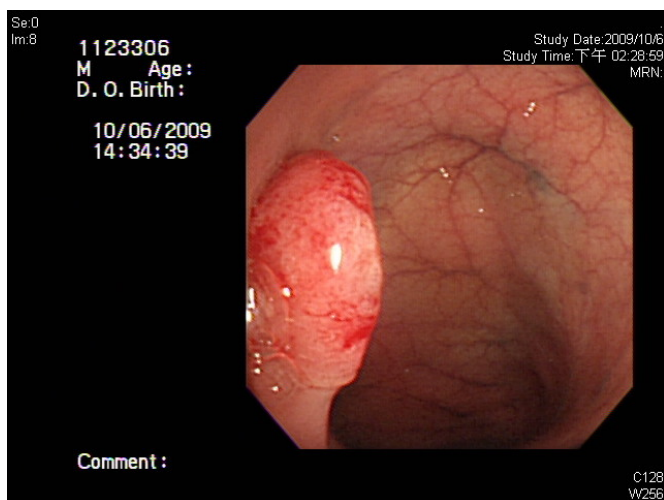
大腸息肉併惡性病變

消化系內科 陳明楨 醫師/施登富 醫師

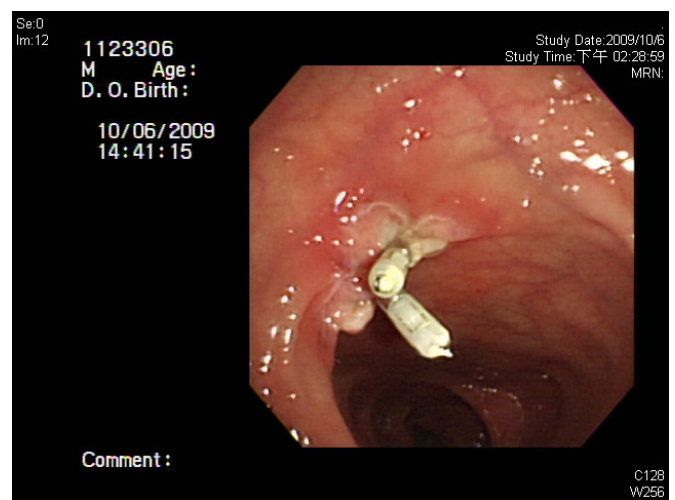
59 歲男性有高血脂及冠狀動脈狹窄病史。因大便形狀變細有 2 至 3 個月之久至門診就醫。安排無痛大腸鏡檢查顯示在離肛門 30 公分處有約 1 公分之息肉，於是將息肉切除併送病理檢查。另在乙狀結腸處有一 0.5cm 的息肉。病理檢查顯示管狀性腺瘤併惡性變化且侵犯至黏膜下層。因此建議病人開刀接受局部大腸切除手術。

討論

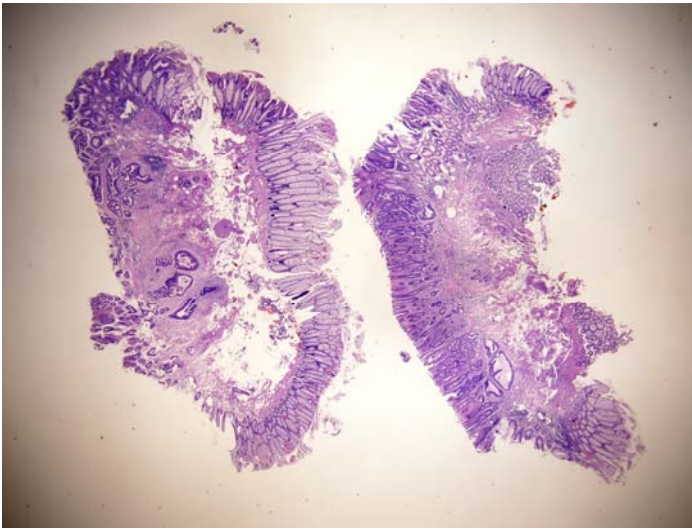
大腸癌發生率有增加趨勢，根據衛生署公佈的資料，民國 95 年已增加至 10248 個案例，早期發現早期治療，可降低大腸癌之死亡率。篩檢可從最簡單的每年的大便潛血反應檢查，或直接安排大腸鏡檢查，也可乙狀結腸鏡配合大便潛血反應來篩檢。當大腸息肉併惡性病變接受息肉切除後，有以下所有情況即可不需做進一步治療：1) 息肉全部切除且全部送到病理科檢查；2) 病理科確認息肉能正確解讀侵犯深度；分化等級且惡性腫瘤有全部切除；3) 腫瘤不是分化不良型(poorly differentiated)；4) 沒有血管或淋巴侵犯；5) 切除的邊緣沒有被侵犯。



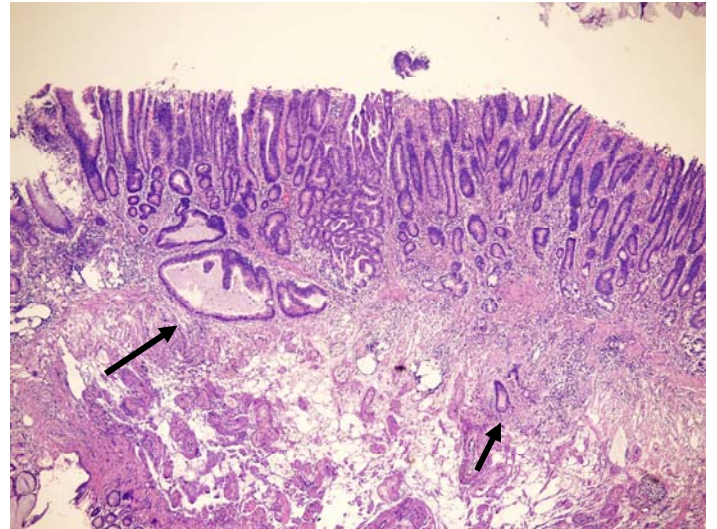
圖一、瘻肉切除前



圖二、瘻肉切除後



圖三、瘻肉的低倍顯微鏡照片



圖四、病理呈現管狀腺瘤合併局部侵犯性腺癌
(箭頭處)

Reference

1. David A.Lieberman Screening for Colorectal Cancer N Engl J Med 2009;361:1179-87
2. Dennis J Ahnen, Finlay A Macrae Approach to the patient with colonic polyps Uptodate Sep 30 2009

肝硬化的併發症 – 原發性細菌性腹膜炎

The Complication of Liver Cirrhosis – Spontaneous Bacterial Peritonitis

消化系外科 蔡青樺 醫師/楊明元 醫師

56歲男性，公司司機。98年1月下旬上腹痛，轉右下腹。無發燒，嘔吐，腹瀉病史，疑闌尾炎，由診所轉本院急診。來院時體溫（BT）36.8⁰C，血壓（BP）157/92，實驗數據除白血球（WBC）：10300，C反應蛋白（CRP）：20外，驗尿，肝腎功能，電解質，澱粉酶（amylase），血清脂解酶（lipase），血液培養皆正常；身體檢查：腹部軟，腹右下壓痛，無回縮痛。超音波顯示微量腹水。電腦斷層除腹水外可見大網膜浸潤增加高度懷疑結核性腹膜炎（TB peritonitis）或腹膜腔播種式擴散癌症（peritoneal carcinomatosis）或其他慢性腹膜炎。故住院期間安排胃鏡，大腸鏡，癌胚抗原（CEA）：0.2，（甲型胎兒蛋白）AFP：1.8，胸部X-光（Chest PA），痰液培養（sputum culture）等檢查。除胃潰瘍外皆無癌病灶或TB菌發現。住院3天，腹痛減緩消失。WBC恢復正常（4400）。與病人討論後，病人要求出院，門診追蹤。

門診追蹤六個月，無腹痛及其他主訴，腹超，無腹水，無其他發現，驗血亦正常。

98年7月，病人再次因右下腹痛及發燒入急診。BT 38.1⁰C，BP 129/69，WBC：9700，CRP：41.6；電腦斷層如同半年前，有腹水，大網膜浸潤增加。除此之外膽囊隱約有膽砂，闌尾亦比上次肥厚。因此徵得病人同意於次日行剖腹探查，術中腹腔中有大量混濁腹水，大網膜形成10*1.5 cm塊狀，腹內所有器官含腹膜，腹壁上皆形成無數米粒狀小點。術中切小片大網膜行冰凍切片，大片網膜送病理，腹水培養。冰凍切片報告：“良性，無惡性發現”，病理除慢性肉芽腫性發炎外合併纖維化（chronic granulomatous inflammation with fibrosis）併有Langhans' giant cells。抗酸染色（acid fast）and 過典酸染色（PAS stains, Periodic acid-Schiff stain）皆無發現。如同上次一樣，Chest PA，sputum culture（3 set, TB + AFS）亦無發現。因腹部電腦斷層腹水雖較上次增加，網膜浸潤卻較上次減少，且病理亦無惡性發現，故會診胸腔內科，以TB處理，於手術後第三天，正常進食，開始Anti-TB agents（四合一）治療（INH, RIF, EMB, PZA），服藥一週，無發燒，腹痛消失，胸部聽診正常，追蹤肝功能及其他生化正常。病人出院，改門診治療。



圖一、chest X-ray



圖二、plain abdomen



圖三、abdominal CT



圖四、abdominal CT

討論

腹水及原發性細菌性腹膜炎是肝硬化的併發症之一。腹水的產生乃因肝門靜脈壓力上升以及血中白蛋白濃度太低等因素所造成的。而大量的腹水會使腸道內的細菌從腸道移位至腹腔中感染造成自發性細菌性腹膜炎。肝硬化的病人免疫力較差，發炎情況往往不容易控制，較嚴重的細菌性腹膜炎可能併發敗血症，甚至引發敗血性休克而導致死亡。自發性細菌性腹膜炎，臨床上可見到發燒、腹部疼痛等現象，而腹膜炎的確定診斷，必須抽取腹水來做檢查及細菌培養，主要較常見的細菌是 *E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae* 及 *Proteus spp.*，一般的原發性腹膜炎治療的方式是剖腹探查灌洗引流並術後給予抗生素治療，例如：第三代 Cephalosporin，一般病人的癒後都是良好。此外對於腹水也要加以控制，通常是限制鹽份的攝取，並給予利尿劑。白蛋白太低者，就補充白蛋白。肝硬化的病人或慢性肝炎的病人除了藥物治療外，病人本身也要從日常生活中好好保養自己的肝臟，要有正常規律的作息不要熬夜，均衡飲食充足營養攝取，不亂服成藥及禁酒戒煙避免增加肝臟負擔，定期至醫療院所接受追蹤檢查及治療。

Reference

1. Sabiston Textbook of Surgery, Courtney M. Townsend, Jr., M.D., 17th edition, P801~803
2. Spontaneous bacterial peritonitis: a severe complication of liver cirrhosis. World journal of gastroenterology, 2009 Nov 28; 15(44): 5505-10
3. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis: An Asian perspective. Journal of Gastroenterology and Hepatology, 2009 Sep; 24(9): 1494-503
4. Spontaneous Bacterial Peritonitis: A Review of Treatment Options. Pharmacy & Therapeutics, 2009 Apr; 34(4): 204-210

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