

 **阮綜合醫院**
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)335-1121 · 傳真: (07) 335-4114 董事長: 阮仲洲

迎接新未來
邁向新世紀

Vol13, No1. Feb, 2013

食道弛緩不能之氣球擴張術

Pneumatic Dilation of Esophageal Achalasia

消化系內科 曾逸豪醫師

這位 82 歲女性是一位末期腎病且規則接受血液透析的病患。主訴吞嚥困難已數週，本來固體食物勉強還可進食，入院前幾天連喝水就吐，體重一個月內已減輕 5kg。內視鏡發現食道下端已被食物殘渣完成堵塞(圖二)，不過內視鏡稍加用力仍可通過狹窄處進入胃內。經內視鏡異物移除且空腹禁食數日後，食道攝影呈現下食道狹窄且近端擴張之鳥喙狀(圖一)。經由內視鏡導引，使用大尺寸(3cm 直徑)之氣球進行食道擴張 6atm 每次一分鐘共三次(圖三，圖四)。此過程僅有少量出血現象(圖五)，疼痛感也在病患可接受範圍。施行食道氣球擴張術後次日，病患已可吞嚥軟質食物。本患者食道病理切片並無癌化證據。

討論

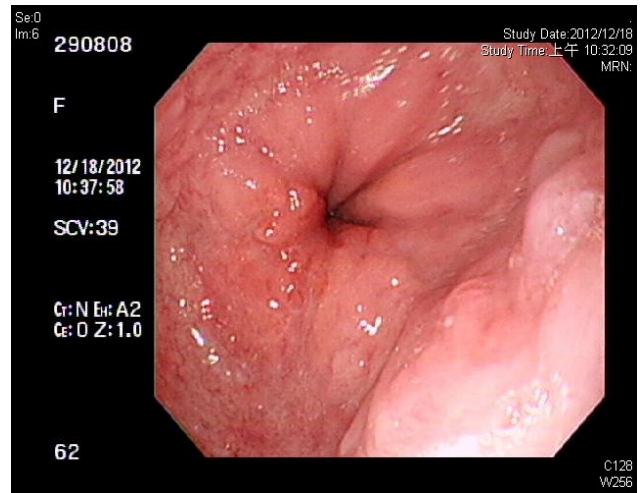
食道弛緩不能(achalasia)是一種可發生在各個年齡層的疾病，目前治療仍以內視鏡氣球擴張術(PD)或腹腔鏡肌肉切開術(Laparoscopic Heller's myotomy, LHM)為主。氣球擴張術復原快，其擴張效果幾乎等同於外科手術。唯年青者(特別是男性)可能開刀會是較有效之治療方式(Ref. 1)。在歐洲一項 201 位病患的隨機研究指出，兩者並無統計上之優劣，以併發症來說，甚至氣球擴張術還略低於腹腔鏡切開術(Ref. 2)。不過也有研究認為 PD 將會隨著時間減少其效果，應以 LMH +Dor's fundoplication 做為第一優先選擇(Ref. 3)。不管使用何種方式治療(包括傳統的 Endoscopic Botulinum Toxin Injection, EBTI)，皆應了解 Achalasia 不是一種可治癒的疾病，應該持續追蹤並注意癌化的發生。



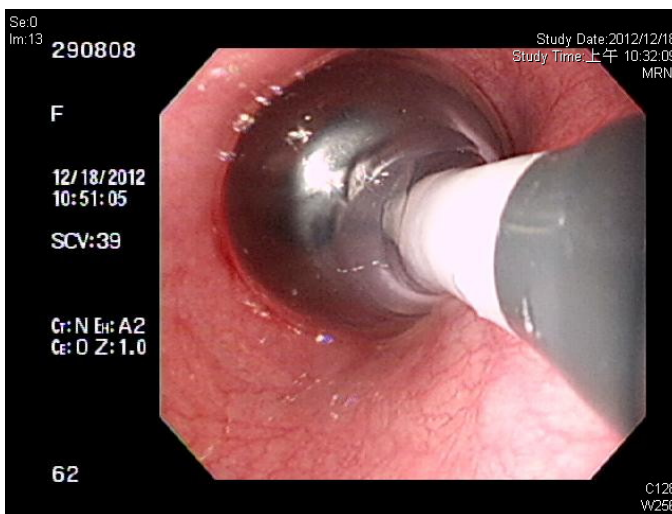
圖一、食道攝影呈現下食道狹窄
且近端擴張之鳥喙狀



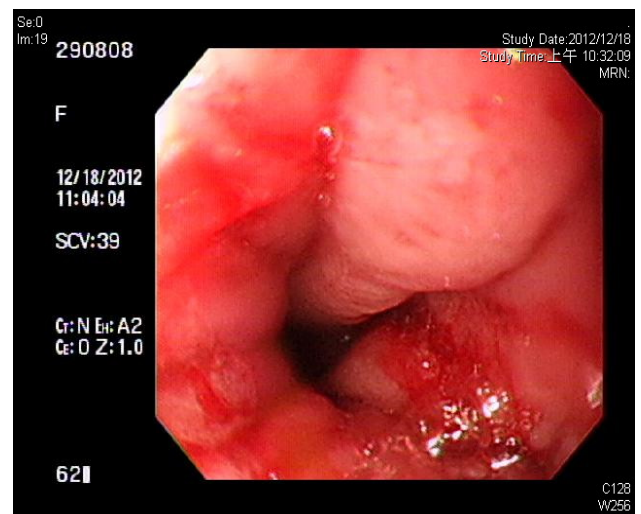
圖二、食道下端已被食物殘渣完成堵塞



圖三、內視鏡異物移除且禁食數日後



圖四、大尺寸氣球擴張術



圖五、擴張後少量出血現象

Reference

Management of achalasia: surgery or pneumatic dilation. Richter JE, Boeckxstaens GE. *Gut*. 2011 Jun; 60(6):869-76.

Pneumatic dilation versus laparoscopic Heller's myotomy for idiopathic achalasia. Boeckxstaens GE. *N Engl J Med*. 2011 May 12; 364(19):1807-16.

Surgical treatment for achalasia: when should it be performed, and for which patients? Kashiwagi H, Omura N. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2011 Jun; 59(6):389-98.

The long-term efficacy of pneumatic dilatation and Heller myotomy for the treatment of achalasia. Vela MF, Richter JE. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006 May; 4(5):580-7.

空腸迴腸憩室症-案例分享及文獻回顧

Jejunioileal diverticulosis- report of a case and review of the literature

消化系外科 湯雅涵醫師

案例分享

一位 86 歲的阿公被家人送來本院急診求診，主訴是腹脹、腹痛、嘔吐有一天之久。病患本身沒有慢性疾病，腹部未開過刀，除了偶爾會大便失禁。急診的血液生化檢查發現嗜中性白血球過高及發炎指數稍高的情況(WBC 8900/uL ,Neutrophil 75%; CRP 3.7mg/L)；腹部電腦斷層檢查發現小腸有阻塞現象，腸繫膜血管呈現漩渦狀表徵(Whirl sign)(圖一)。在初步診斷為小腸扭轉造成腸阻塞的情形下，病人接受了剖腹探查手術。術中的確發現腸繫膜扭轉造成小腸阻塞的情況，除此之外，距離 Treitz ligament 10 公分以下有約 130 公分的空腸段有多發性的巨大憩室(圖二)；這些憩室沒有穿孔、發炎、內無糞石造成阻塞膿瘍。在考量憩室牽涉的腸段與病患身體情況下，手術術式僅將小腸扭轉矯正並實施腸道減壓。病患術後恢復順利，出院後的回診並未再次產生腸阻塞的症狀。

討論

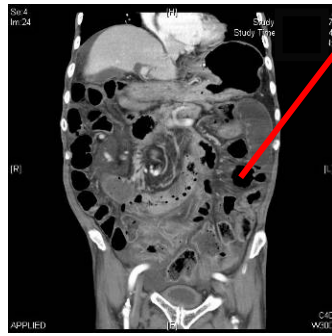
小腸憩室症發生率約佔成人的 0.02~1.3%，常見於 60~70 歲的老人家，好發於男性。病理學上它不是真正的憩室(pseudodiverticulum)，乃因小腸的粘膜及粘膜下組織穿過腸壁肌肉層(herniation)而形成。大部分的小腸憩室是沒有症狀的，約 29% 的患者出現初期的症狀是以上腹痛、飯後 1~2 小時腹脹表現，故常被誤診為腸躁症；然而唯一能鑑別診斷其他疾病的方式唯有切除多發性憩室的腸段而腹脹腹痛症狀隨之緩解。因腸液長期蓄積在憩室內患者有可能因而細菌滋生並產生發炎、消化吸收不良、貧血、維生素缺乏等症狀。

小腸憩室症患者約有 10%~30% 的比例會產生併發症，如腸阻塞、腸道出血、憩室炎甚至穿孔膿瘍形成。部分產生併發症患者可採用保守性治療，如 NPO、置放鼻胃管行腸道減壓、廣效性抗生素給予；然而仍約有 8%~30% 的併發症患者需要手術介入。為避免不必要的剖腹手術，診斷性的腹腔鏡探查為一項有效的評估方式；一旦發現併發症如腸阻塞是源自於發炎的憩室，手術方式為切除憩室腸段並行腸道縫合(segmental resection of small bowel + primary anastomosis)。其他的手術術式：如單純憩室縫合(invagination of the diverticula)、縫合憩室穿孔處(primary closure of the perforation with omental patch)、憩室切除手術(diverticulectomy)則比腸道切除手術有高達三倍的死亡率，應盡量避免。

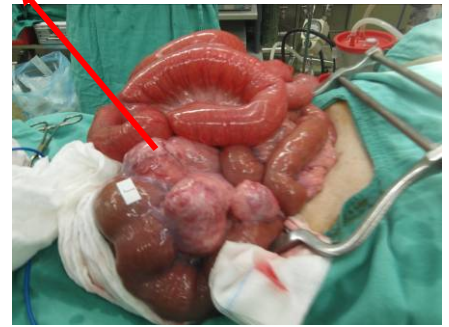
小腸憩室症多半是無意中發現的，大部分無症狀的小腸憩室症並不需要手術切除。一旦出現慢性症狀保守治療無效、甚至併發症如憩室發炎穿孔、憩室出血、腸道阻塞，適當的手術方式是憩室腸段切除並行腸道縫合手術。



圖一、The Whirl sign



圖二、multiple giant diverticulum over mesenteric side of jejunum



Reference

1. Multiple giant diverticula of the jejunum causing intestinal obstruction: report of a case and review of the literature. *World Journal of Emergency Surgery* 2011, 6:8
2. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007 April 21; 13(15): 2240-2242

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，曾譯謙