



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, No4, Aug, 2013

十二指腸潰瘍穿孔導致急性胰臟炎

PDU with Acute Pancreatitis

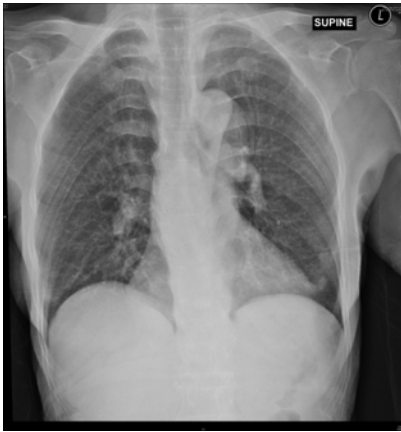
消化系內科 陳明楨醫師

71歲女性有高血壓、類風濕性關節炎(RA)及十二指腸潰瘍(DU)病史，因半夜胃痛及頭暈至急診就診。身體評估(PE)如下：血壓 104/60mmHg、體溫/脈搏/呼吸(TPR) 35.2/82/18，腹部有瀰漫性疼痛及無反彈痛(Abdomen: diffuse abdominal tenderness no rebounding pain)，抽血檢查：白血球(WBC) $4.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、血色素(Hb) 11.6gm/dL、脂肪酶(Lipase) 915U/L、血尿素氮(BUN) 16mg/dL、肌胺酸酐(Cr) 1.0mg/dL，仰臥(Supine)胸部 X-ray 無異常(圖一)。病人在急性胰臟炎(Acute pancreatitis)的診斷下於急診觀察 2 天後住院，超音波檢查有大量腹水胆沙及右側肋膜積水(圖二)。

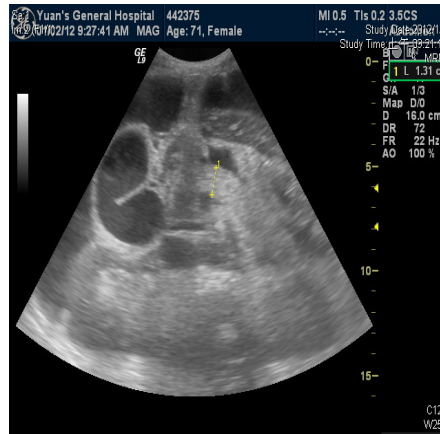
住院後生化檢查：澱粉酶(Amylase) 1011 U/L、脂肪酶(Lipase) 690 U/L、血尿素氮(BUN) 62mg/dL、肌胺酸酐(Cr) 3.9mg/dL、白血球(WBC) $9.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、血色素(Hb) 11.2g/dL，病人因急性腎衰竭及無尿情形送到加護病房治療後，安排電腦斷層顯示有腹腔內游離氣體(pneumoperitoneum)懷疑消化性潰瘍穿孔(PPU)(圖三)。於外科醫師建議下進行上消化道內視鏡(EGD)檢查，發現十二指腸潰瘍。因此，病人手術治療發現有十二指腸潰瘍 2.2cm，及穿孔性潰瘍(perforated ulcer) 2cm，並有混濁性腹水(turbid ascites) 3,500c.c.，接受局部切除(wedge resection)及十二指腸成形術(duodenorrhagy)，住院 21 天後出院。

討論

1. 血液中澱粉酶(Amylase)、脂肪酶(Lipase)升高除急性胰臟炎外，尚有其他因素需考慮，如此案例之十二指腸潰瘍穿孔(PDU)。
2. 因急性胰臟炎之常見原因為膽結石、喝酒、高血脂、胰臟癌，若病人無此危險因子，診斷時應特別注意有其他疾病之可能性。
3. 十二指腸潰瘍穿孔(PDU)之診斷除了病史、理學檢查之外，主要依據影像學中腹腔有游離空氣的存在，但有些病人若是躺著照 X-ray，就無法顯示游離空氣。
4. 腹部電腦斷層是鑑別診斷十二指腸潰瘍穿孔(PDU)和急性胰臟炎(acute pancreatitis)的最好方法。



圖一、仰臥胸部 X-ray 無異常



圖二、大量腹水胆沙及
右側肋膜積水



圖三、腹腔內游離氣體
(pneumoperitoneum)

Reference

1. Iemoto T, Shiomi H, Masuda A, Sanuki T, Kutsumi H, Hayakumo T, Shinzeki M, Matsumoto I, Ku Y, Kanzawa M, Hara S, Azuma T. (2013) A case of groove pancreatitis associated with duodenal ulcer. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi 110(1):88-94.
2. UpToDate: <http://www.uptodate.com/contents/search>

側腹壁疝氣

Spigelian Hernia

消化系外科 邱昱瑞醫師

一位 66 歲女性患者，因右下腹痛來到急診。主訴急性右下腹痛，食慾不振已一天。患者無發燒症狀，無腹部開刀病史。身體檢查發現右下腹壁明顯膨大，無法徒手復位。無反彈痛等腹膜徵象。腹部 X 光發現，右下腹壁有明顯異常腸氣。隨即安排腹部電腦斷層，發現右下腹部側腹壁疝氣，診斷為嵌頓性側腹壁疝氣(Spigelian hernia)。隨即安排緊急手術，將疝氣囊復位，並完整修補疝氣部位。病人術後恢復良好，於三天後順利出院。門診追蹤狀況良好，患者相當滿意。

討論

側腹壁疝氣(Spigelian hernia)是一種少見的疝氣形式，病患無腹部開刀病史者，乃是屬於先天性側腹壁疝氣，主要經由虛弱的腹直肌內外鞘融合處膨出，造成腸子經由疝氣囊膨出腹壁，如果無法復位，即是所謂嵌頓性疝氣，如無早期發現治療，嚴重者可導致腸壞死，併發腹膜炎危及生命。任何形式的疝氣均不可小覷，尤其是少見的形式，更需要專精疝氣的外科醫師進行修補。



圖一、腹部 X 光，右下腹部有明顯異常腸氣



圖二、腹部電腦斷層，右下腹部 Spigelian hernia

Reference

1. Hsieh HF, Chuang CH, Lin CH, Yu JC, Hsieh CB (2007) Spigelian hernia: mesh or not? Rev Esp Enferm Dig 99:502–504
2. Mittal T, Kumar V, Khullar R, et al. (2008) Diagnosis and management of spigelian hernia: a review of literature and our experience. J Min Access Surg 4:95–98
3. Balthazar EJ, Liebeskind ME, Macari M (1997) Intestinal ischemia in patients in whom small bowel obstruction is suspected: evaluation of accuracy, limitations, and clinical implications of CT in diagnosis. Radiology 205:519–522

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