

Case discussion

1. 一位**93**歲男性，患病因不明的慢性腎臟病(CKD)，因厭食、噁心和嘔吐**2**天入院
2. 多見於年長者的**obturator hernia**閉孔疝氣
3. 一名 **31** 歲男子因腹痛和嘔吐入院急診室，無排便和排氣。他有胸部外傷史
4. Intestinal TB or Crohn's disease

Cheng-Yi WANG

Nov. 14. 2025

Case 1



Diospyrobezoar (柿石症) is a bezoar caused by excessive persimmon (*Diospyros kaki*) consumption, typically occurring in individuals with risk factors such as a history of gastric surgery, diabetes, or advanced age.

Case 1,

- 一位**93歲**男性，患有病因不明的**5期慢性腎臟病（CKD）**，因厭食、噁心和嘔吐**2天**入院。
- 先前因高齡選擇保守腎臟治療，但未接受攝取富含鉀水果的飲食指導。他過去有**高血壓**和**良性前列腺增生**病史，但無胃部手術史或糖尿病史
- 入院時，病人生命徵像如下：**體溫37.2℃**；**血壓174/66 mmHg**；**脈搏77次/分**；**呼吸頻率18次/分**；**室內空氣氧飽和度100%**。

病史,身體檢查還有進一步抽血檢驗應該做哪一些才能夠釐清病人是腎臟病還是可能其它的問題?
高齡者詢問病情應該特別注意哪一些?

History taking in the elderly,

- 詢問高齡者病情時，應特別注意其**身體功能衰退**（如聽力、視力、認知功能）、**多重慢性病與用藥問題**（遵醫囑性較差、藥物交互作用風險），以及**心理層面**（較少主動表達情緒、憂鬱傾向）。此外，建議透過**完整的評估**（包含功能、營養、身心狀況），並**詳實記錄**患者的症狀描述，以協助醫師做更精準的診斷。

全人照護： 高齡醫學強調整合性照護不僅治療疾病，也關注生活品質、心理健康及社會支持。

1. 多重疾病
2. 記憶力關係年代常有錯誤,
3. **表達能力受限**, 常需要家屬協助了解真正的狀況
4. 長者可能聽不清楚醫囑或看不清楚用藥說明，導致遵醫囑性差。因此，詢問時語速放慢，必要時提供書面資訊。
5. **跌倒風險：** 跌倒也是常見問題，可能與肌少症、骨質疏鬆、用藥副作用（如頭暈）等有關。

Physical findings

Laboratory data

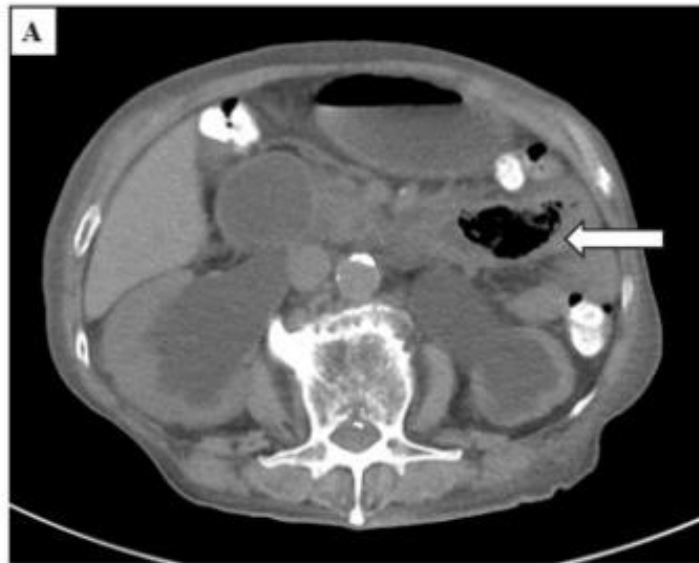
- 患者面容憔悴，精神萎靡。
- 身體檢查發現貧血，沒有黃疸，
- 腹部壓痛，無反跳痛，腸鳴音減弱，
- 雙側水腫。

血球計數		
白血球計數，/ μ L	9,700	3,300-8,600
血紅素，g/dL	10.3	13.7-16.0
血小板計數 $\times 10^4$ / μ L	21.1	15.8-34.0
血氣分析		
pH	7.3	7.35-7.40
碳酸氫根，毫當量/公升	20.0	21.0-28.0
陰離子間隙，mEq/L	17.4	10.0-20.0
血清化學		
總蛋白，g/dL	7.4	6.6-8.1
白蛋白，g/dL	3.2	4.1-5.1

尿素氮，mg/dL	93	8-20
肌酸酐，mg/dL	4.48	0.65-1.0
鈉，毫當量/公升	141	138-145
K，mEq/L	4.1	3.6-4.8
氯，毫當量/公升	107	101-108
鈣，mg/dL	7.9	8-8.10.1
P，mg/dL	5.9	2.7-4.6
AST，單位/公升	19	13-30
ALT，U/L	8	10-42
γ -谷氨酰轉移酶 (γ GTP)，單位/公升	12	13-64
ALP，U/L	106	38-133
LDH，單位/公升	332	124-222
總膽紅素，mg/dL	0.4	0.4-1.5
CK，U/L	276	59-248
CRP，mg/dL	1.13	0.00-0.1

Chronic renal disease or GI problem

圖 1. 電腦斷層掃描 (A：軸向視圖；B：冠狀視圖) 顯示雙側腎積水和近端空腸腔內的巨大含氣結構 (箭頭)。



- 為達到近端減壓，插入了經鼻腸管，腸道擴張已減輕；然而，阻塞並未解除。每**12**小時給予可口可樂（美國喬治亞州亞特蘭大可口可樂公司）灌洗，並在入院第**6**天嘗試內視鏡碎石術。然而，取出胃石失敗。由於鄰近腸壁潰瘍，於入院第**7**天行腹腔鏡下小腸部分切除手術。切除標本的組織病理學檢查顯示多發性潰瘍（圖**2**）。





提取出一塊 5×5 公分的胃石（圖3），經成分分析，其中含有超過 98% 的單寧 (tannin)，證實它是柿胃石。

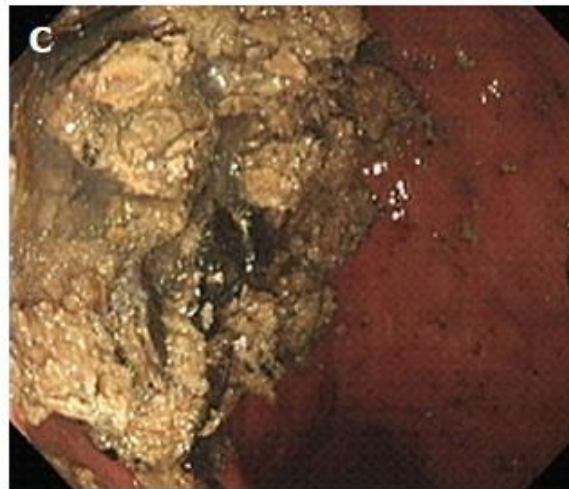
- Further, the patient's dietary history revealed that he had a persimmon tree in his garden, and he consumed two persimmons daily.

他家花園裡種了一棵柿子樹，他每天吃兩個柿子

柿石症是由於大量攝取未成熟的柿子（其中單寧含量高）所致。柿子中的單寧會形成凝塊，導致柿石症。既往胃部手術史、糖尿病和高齡是柿石症形成的危險因子。

Masaya Iwamuro , Hiroyuki Okada , Kazuhiro Matsueda et al Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. World J of GI Endoscopy, 2015 April;7(4):336-345.

Department of Molecular Hepatology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry, and Pharmaceutical Sciences, Okayama 700-8558, Japan



Masaya Iwamuro et al, 2015.

- 柿石引起的腸阻塞較為罕見，僅發現5例報告病例。

Funamizu et al. (2015) [4]	Ha et al. (2007) [5]	de Toledo et al. (2012) [6]	Ohya et al. (2023) [7]	Zheng et al. (2014) [8]	Present Case	
未症狀	腹脹和腹痛；嘔吐	一個月後，可口可樂灌腸導致嘔吐	腹痛伴隨腹膜刺激徵；噁心	噁心；厭食	腹脹和腹痛；噁心	厭食；噁心；嘔吐

儘管可口可樂灌洗和內視鏡碎石等治療方法可行，但由於其質地較硬，與其他類型的胃石相比,常難以溶解。因此，對於腸阻塞或難治性患者，手術切除是不可避免的。

柿石（柿核）引起的腸阻塞。

愛德華茲二世，萊利 RF。

胃腸病學。 1957 年 9 月；33(3):499-502。

臺灣的報告-1

- 73歲的邱先生腹痛、嘔吐，痛起來全身冒汗，睡不著、吃不下，掛急診檢查發現糞石卡在小腸。原來曾經切胃的邱先生因柿子盛產，吃了富含大量單寧酸的柿子，與食物中蛋白質作用形成近6公分大的糞石糰塊，切胃手術後失去幽門調控，造成腸道阻塞。
- 曾切胃又過食柿子 引發腸阻塞
- 臺中慈濟醫院一般外科主任余政展表示，邱先生經X光、電腦斷層檢查，判斷是腸阻塞。所幸無須切除小腸，僅須以手揉碎糰塊，像擠牛奶一樣邊擠邊推，花了半小時，將糞石推到大腸，在沒有破壞腸道情形下，順利解決腸道阻塞。
- 探究邱先生腸阻塞原因，與愛吃富含單寧酸食物有關。邱先生愛吃柿子，每年柿子盛產總是吃不停，往年都沒事，去年動了胃手術，今年就差點釀出嚴重後果。做過胃手術病人，應適量、淺嚐即可、細嚼慢嚥，避免引發嚴重併發症。
- 老翁腸道阻塞 竟是愛吃柿子惹禍！ | Uho優活健康網2017/12/8
- <https://www.uho.com.tw/article-45681.html>.accessed n 2025.11.10.

臺灣的報告-2

- 8旬翁愛不「柿」手 就醫發現竟引發「急性腸阻塞」
- 蔡庭語 中天新聞網 2022-11-08

桃園市一名8旬謝姓老翁因腹痛多日、食慾不振及噁心嘔吐症狀，到醫院檢查後才發現腹痛的原因竟然是吃了過多的「柿子」導致急性腸阻塞。

該名老翁表示，因為朋友送給他最喜歡吃的柿子，於**2天內進食十幾顆柿子**，之後開始出現胃脹不適，原以為只是消化不良就沒有就醫，但多日仍未改善，甚至開始噁心嘔吐，肚子也痛了起來，於是去就診，在做完相關檢查後住院治療，醫師判斷是因食用了過多柿子，造成了腸阻塞，隨後醫師為老翁進行胃腸減壓治療後，患者狀況才逐漸好轉。

衛福部桃園醫院肝膽腸胃科醫師賴俊穎表示，柿子含有種特殊化學成分叫「單寧酸」，會於胃內與胃酸結合後吸附食物的殘渣，造成結石，引起腹脹、腹痛、食慾不振、便秘等症狀，醫師提醒較小的結石可以透過排便的形式排出體外，但若結石太大，就有可能導致腸阻塞，嚴重者甚至引發胃穿孔。

先把柿子皮去掉，因為柿子皮的單寧酸含量最高，且進食時應細嚼慢嚥。

Case 2,

> Clin Case Rep. 2025 Oct 5;13(10):e71149. doi: 10.1002/ccr3.71149. eCollection 2025 Oct.

Intestinal Obstruction Secondary to Strangulated Richter Type Obturator Hernia: A Case Report

Suresh Maharjan¹, Samrat Shrestha¹, Deepika Rijal¹, Sabin Ghimire¹, Kiran Bishwakarma¹

Affiliations

Affiliation

¹ Department of General Surgery National Academy of Medical Sciences, NAMS, Bir Hospital Kathmandu Nepal.

閉孔疝氣 (Obturator hernia) 是一種罕見的內疝，在老年族群中造成較高的死亡率和發病率。由於臨床表現比較模糊 **vague** 且不典型 **atypical**，閉孔疝氣的診斷頗具挑戰性



Obturator canal
And obturator
membrane

SUMMARY

- Obturator hernia can be repaired laparoscopically
- Bilateral inspection is mandatory
- Bowel viability must be assessed
- Mesh repair can be performed

- 閉孔疝氣通常無症狀，但可能併發絞窄。
- 在這種情況下，臨床症狀並不十分典型。
- CT掃描是確診的關鍵檢查方法。
- 一旦確診為齒槽骨閉塞，就需要進行緊急手術。
- 診斷和治療的任何延誤都會增加發病率和死亡率。

閉孔疝氣佔所有腹壁疝氣的比例不到**1%**，通常發生於年長、體型偏瘦的多產婦。
在機械性小腸阻塞患者中，閉孔疝氣的發生率約為**0.2%至1.6%**

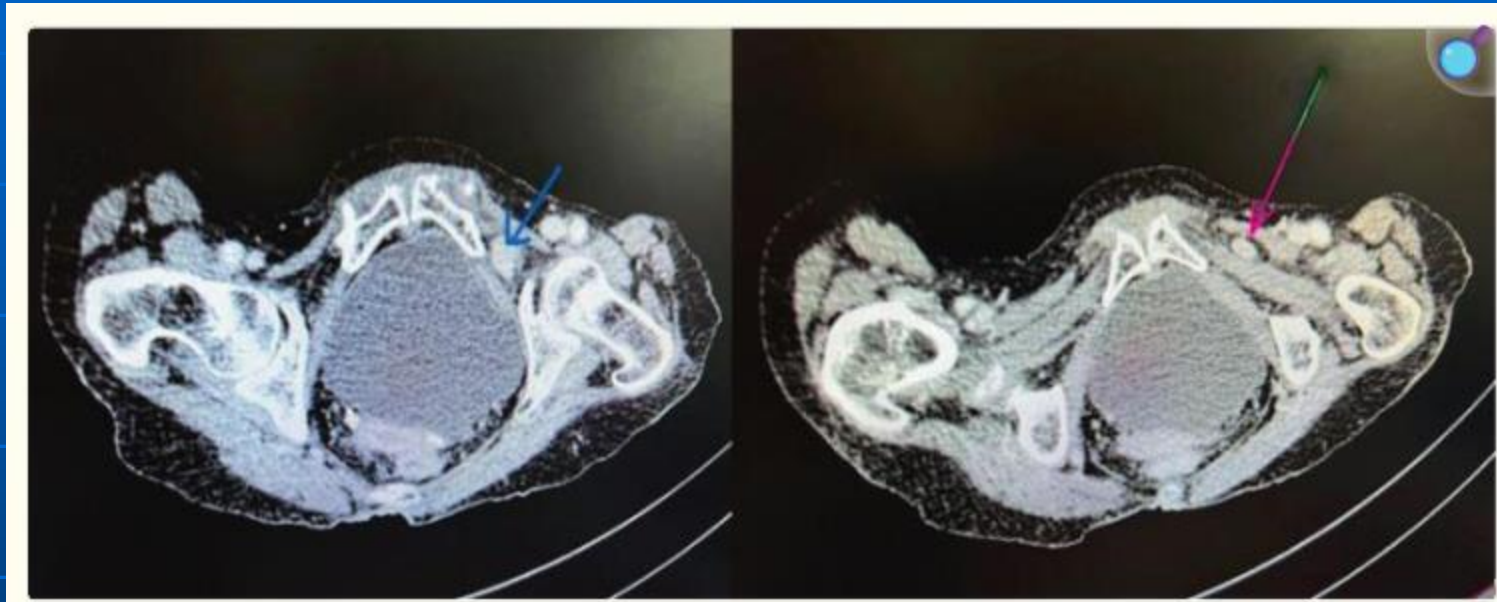
Case 2,

- 患者年齡 82 歲，育有 15 個孩子，無明顯病史，因持續一週的閉塞症候群入院急診

臨床上，患者意識清醒，血流動力學和呼吸穩定，極度消瘦。
腹部普遍壓痛，未觸及疝環。
急診室進行的生物檢查顯示C反應蛋白濃度升高至48 mg/L。
其他血液檢查結果均無異常。

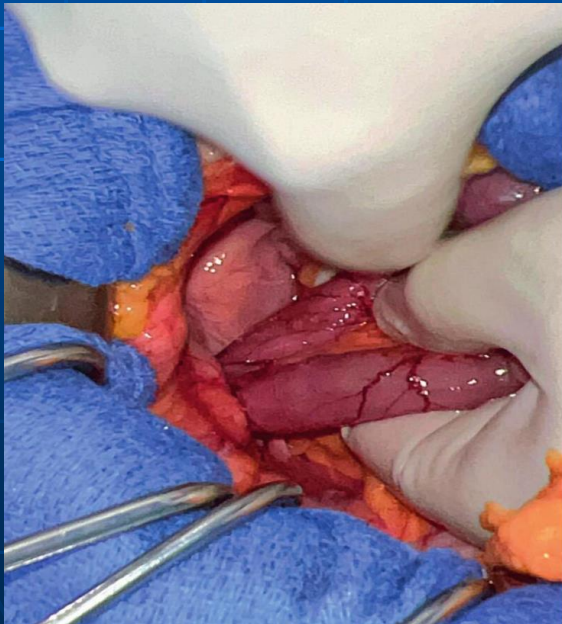
此時你想要怎麼辦？

還要問一些什麼症狀，
還要做些什麼physical examination
還要做什麼laboratory tests，
下一步要怎麼辦？

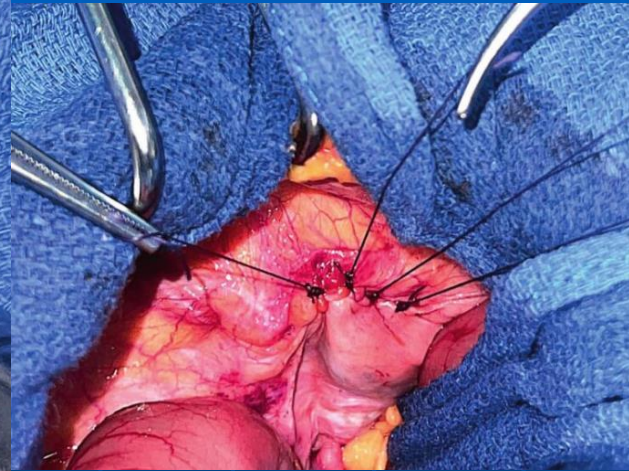
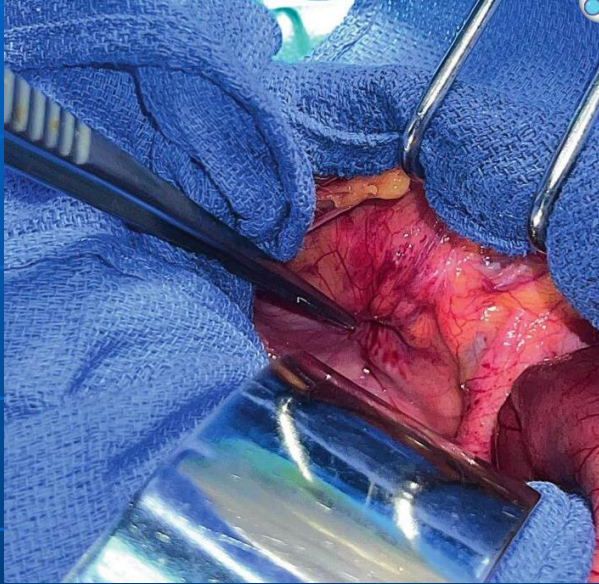


CT images showing the incarcerated loop (arrows).

- The patient was referred to the emergency operating room; an exploratory laparotomy confirmed the strangulated nature of the left obturator hernia ([Fig. 2](#)). The herniated bowel was reduced manually ([Fig. 3](#)), with resumption of normal loop staining ([Fig. 4](#)) and herniorrhaphy performed to prevent recurrence ([Fig. 5, 6, 7](#)). with good postoperative improvement.



Operative management



@@@

大多數閉孔疝氣患者會出現腸阻塞症狀，如噁心、嘔吐和腹部痙攣引起的疼痛

＞ 美國外科雜誌。2004 年 4 月；187(4):549-52。doi：10.1016/j.amjsurg.2003.12.041。

43例閉孔疝

神森誠¹，真船健一，平島德治，川原正樹 橋本正德，小川俊久，大田秀明橋本一，上西道夫

方法：回顧性分析東京都立老年醫院收治的43例閉孔疝氣患者的臨床資料，將其分為兩組

（A組：1968年至1986年電腦斷層掃描[CAT]技術應用前收治的23例患者；

B組：1987年至1999年電腦斷層掃描[CAT]技術應用後收治的20例患者）。

比較兩組患者的術前診斷、手術過程及術後恢復情形。

B組術前診斷準確率顯著高於A組，分別為80.0%（20位患者中的16例）和43.5%（23例患者中的10例）（ $P = 0.0146$ ）。

B組的腸切除率和死亡率分別顯著低於A組，分別為25.0%（20例患者中的4例）和5.0%（20例患者中的1例），而A組分別為52.2%（23例患者中的12例）和30.4%（23例患者中的7例）（ $P=0.037$ 例）（ $P=0.037$ 例）（ $P=0.037$ 例）（ $P=0.037$ ）

結論：在疑似閉孔疝氣的病例中使用骨盆 CAT 可顯著提高術前診斷準確率，並有助於降低腸切除率和手術死亡率。

- 閉孔疝氣最早由阿諾·德·龍西爾於**1724**年描述。一百多年後，亨利·奧布雷於**1851**年成功完成了首例閉孔疝氣修補術。腹腔內容物經閉孔突出即構成閉孔疝氣（見圖：閉孔疝氣）。疝氣囊內最常包含小腸，但也可能包含其他腹腔結構，如腹膜前脂肪、大網膜和大腸。（來源：**Conti**等人**2022**年）閉孔疝氣很少見，約佔所有疝氣的 0.05% 至 1.5%。

- 女性的閉孔比男性大，形狀更三角形。由於解剖結構上的易感性，女性更容易發生閉孔疝，尤其是在高齡和低體重的女性。乙狀結腸通常位於左側閉孔上方。因此，無論男女，閉孔疝氣都更常見於右側。
- 由於臨床表現通常不典型，診斷往往具有挑戰性。臨床醫師應保持高度警惕，尤其是在老年低體重患者中，並及時進行腹部和骨盆CT檢查

圖 1

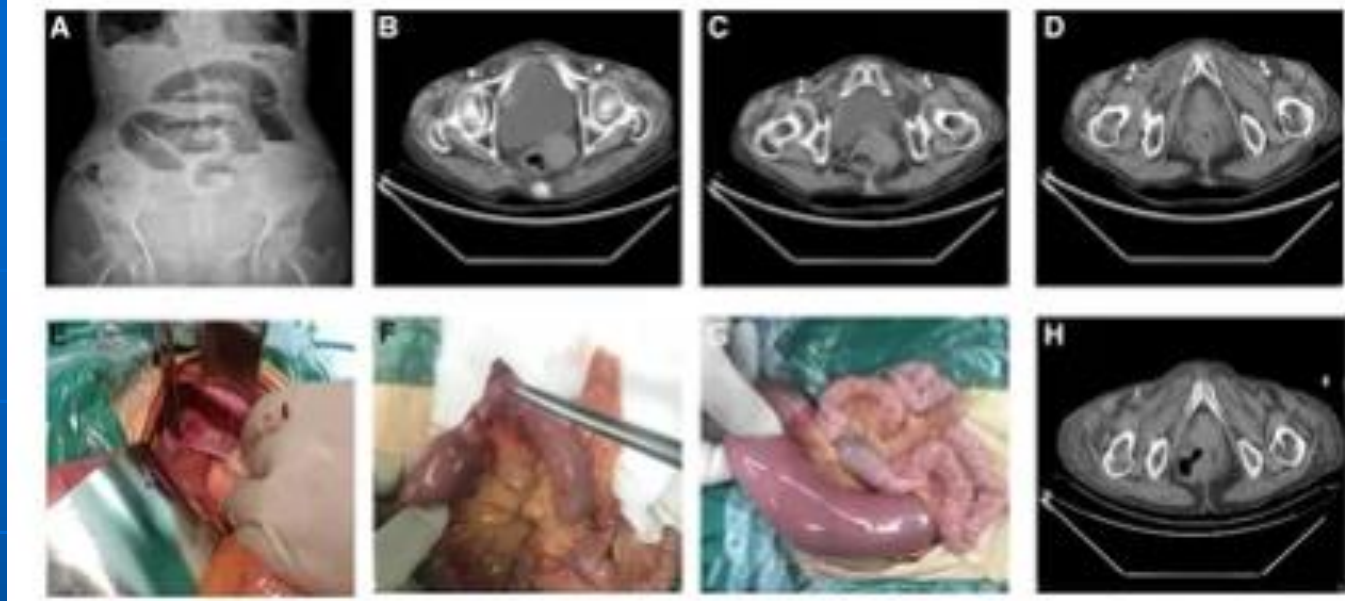


圖 1。(A) 術前腹部縱位X光片顯示小腸阻塞；
(B-D) 術前骨盆腔CT顯示閉孔腸疝；
(E-G) 術中部分小腸發生缺血性壞死並疝入閉孔；
(H) 骨盆CT複查顯示閉孔已恢復正常。

鑑於CT診斷準確率和特異性高達78%–100%，它是術前診斷閉孔疝氣的首選影像學檢查方法。

CT掃描可見圓形、淚滴狀或短管狀疝氣囊。當腸管疝入閉孔管時，閉孔肌和內肌會突然變窄，影像學上可見典型的「鳥嘴徵」。除了小腸阻塞外，閉孔疝氣的典型CT影像表現還包括小腸阻塞、阻塞部位的鳥嘴徵、疝氣囊與小腸的緊密關係。磁共振造影也可用於診斷閉孔疝，但費用昂貴且臨床應用有限。此外，由於腸道氣體干擾，超音波診斷難度較高。因此，腹部CT是腸阻塞患者的首選檢查方法。

Typical history

- 一位87歲男性病患（BMI=17.93 kg/m²）因腹痛3天、便秘2天就診於本院急診。疼痛位於右下腹，呈間歇性絞痛，不放射，伴隨膽汁性嘔吐。患者過去有腹脹感，嘔吐後可緩解。他患有慢性阻塞性肺病（COPD），並長期服藥治療。患者否認有尿痛、頻尿、稀便、體重下降、食慾不振、旅行史、胸痛等病史，也否認有相關的家族史和過敏史。他曾經吸煙和飲酒。他否認有既往手術史。

Images findings:

- ◦ 腹部X光片顯示多處腸袢擴張，僅有少量氣液平面，提示腸阻塞

An abdominal radiography revealed multiple dilated bowel loops with minimal air-fluid levels, indicating an intestinal obstruction.

► Ann Med Surg (Lond). 2023 Apr 10;85(4):1282–1285. doi: [10.1097/MS9.0000000000000578](https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000578) 

Obturator hernia (the little old lady's hernia) diagnosed via computed tomography: a case report

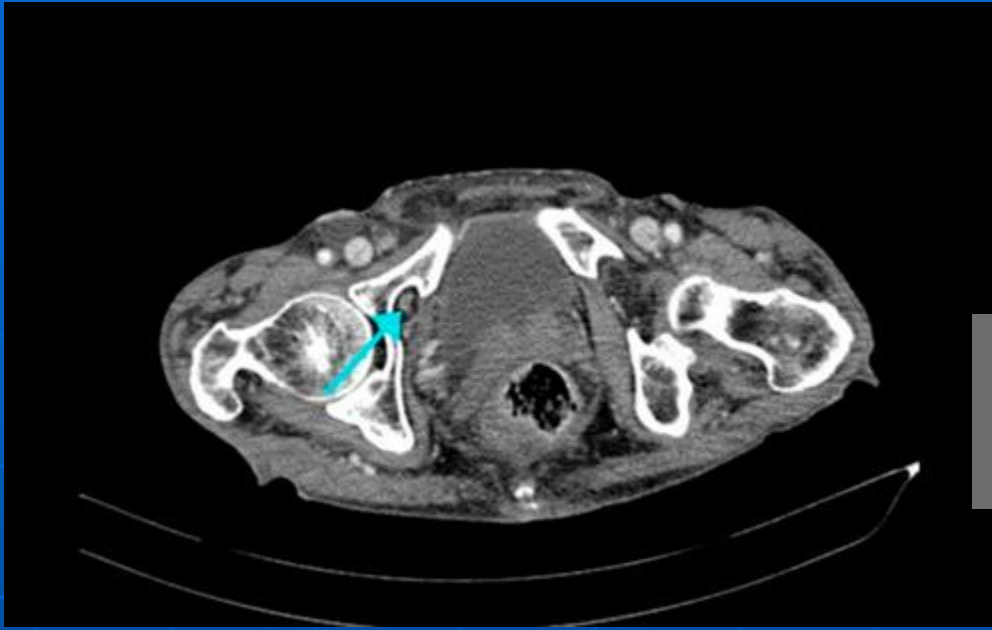
[Sujan Bohara](#)^{a,*}, [Samikshya Karki](#)^g, [Anu Gautam](#)^c, [Binit U Regmi](#)^d, [Sabin Rimal](#)^e, [Laxman Khadka](#)^f, [Anuj Pokharel](#)^c, [Bibek Gurung](#)^b, [Sushil B Rawal](#)^a



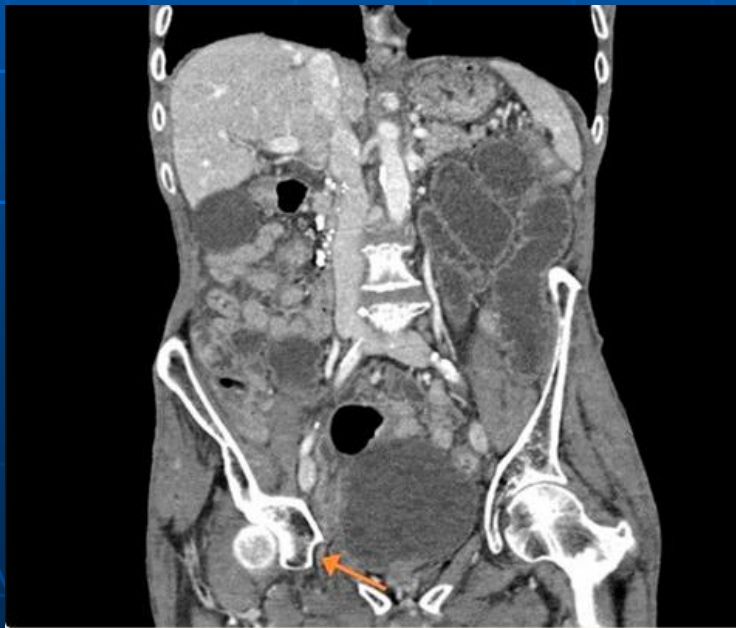
Computed scannogram of abdomen and pelvis showing dilated bowel loops predominantly in the center of abdomen.



Computed tomography of abdomen and pelvis (sagittal view) showing herniated bowel segment through the right obturator foramen (i.e. right obturator hernia)



Computed tomography of abdomen and pelvis (axial view) showing right-sided obturator hernia



Computed tomography of abdomen and pelvis (coronal view) showing loop of bowel segment protruding through the right obturator foramen (i.e. right obturator hernia).

- A general consultant surgeon with prior experience performed the operation. As per the treating surgeon, noninvasive echo-guided **reduction** was chosen as an option with the patient representative and was performed; however, it took more than half an hour, so we opted for open surgery. The patient had an uneventful postoperative recovery period and was discharged on the sixth postoperative day.
- A follow-up after 2 weeks and 30 days was unremarkable.

Case Report

Post-traumatic diaphragmatic hernia: a rare case of intestinal obstruction

Claudio Guerri¹, Andrea Kazemi Nava¹, Gloria Goi¹, Luca Ferrario¹, Francesco Cammarata^{1,2,*}, Giulia Lamperti^{1,2}, Piergiorgio Danelli^{1,2}

¹General Surgery Department, Luigi Sacco University Hospital, Via G. B. Grassi 74, 20157 Milan, Italy

²Department of Clinical and Biomedical Sciences, University of Milan, Via Festa del Perdono 7, 20122 Milan, Italy

創傷後橫膈疝氣 ：一例罕見的腸 阻塞病例

一名 31 歲男子因腹痛和嘔吐入院急診室，無排便和排氣。他有胸部外傷史，5 年前因刺傷導致血胸，需要緊急開胸手術



The ancient stab wound which caused a hemothorax and needed an urgent thoracotomy.

5年前的手術病史跟現在的腹痛病史有相關連嘛。

5年前的手術病史--

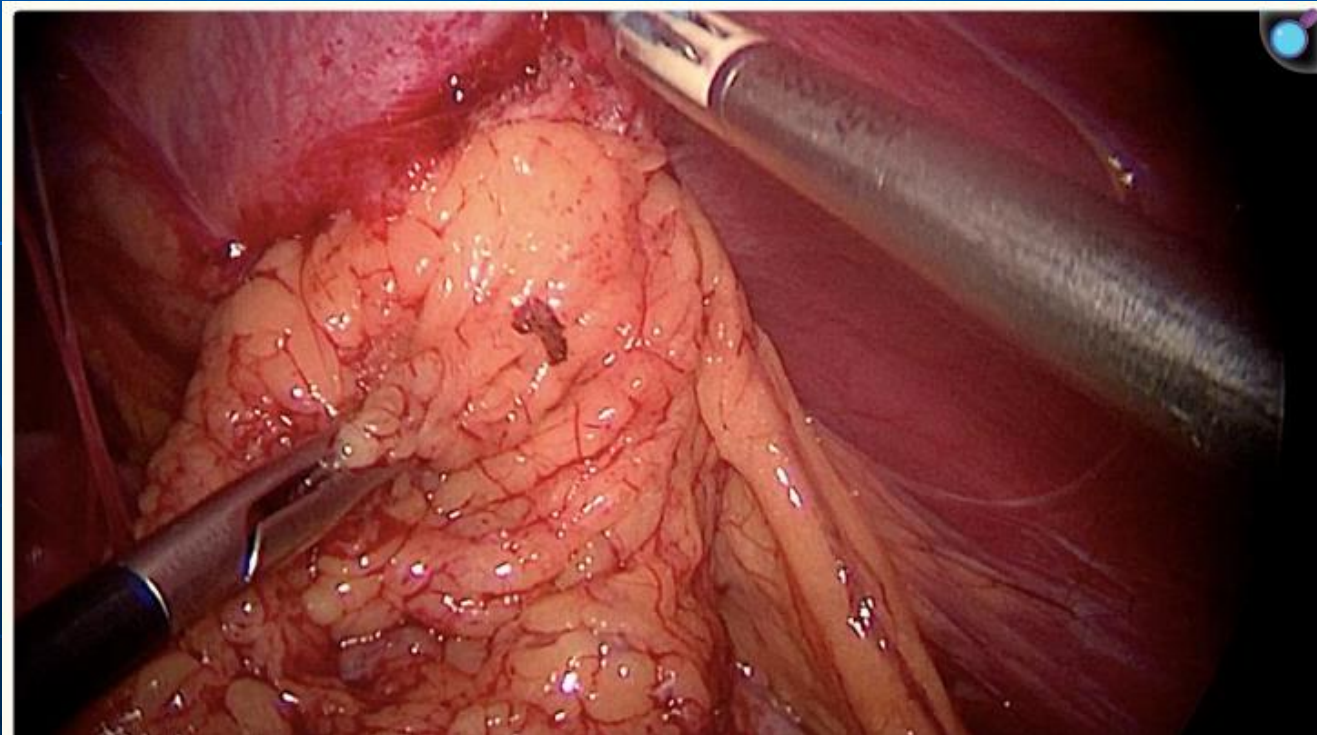
- On physical examination, the abdomen was distended, along with a present bowel sound.
- Biochemical parameters showed: CRP 118.7 mg/l leukocyte count $12\,800 \times 10^9/l$; other values were normal.
- 下一步要怎麼辦？

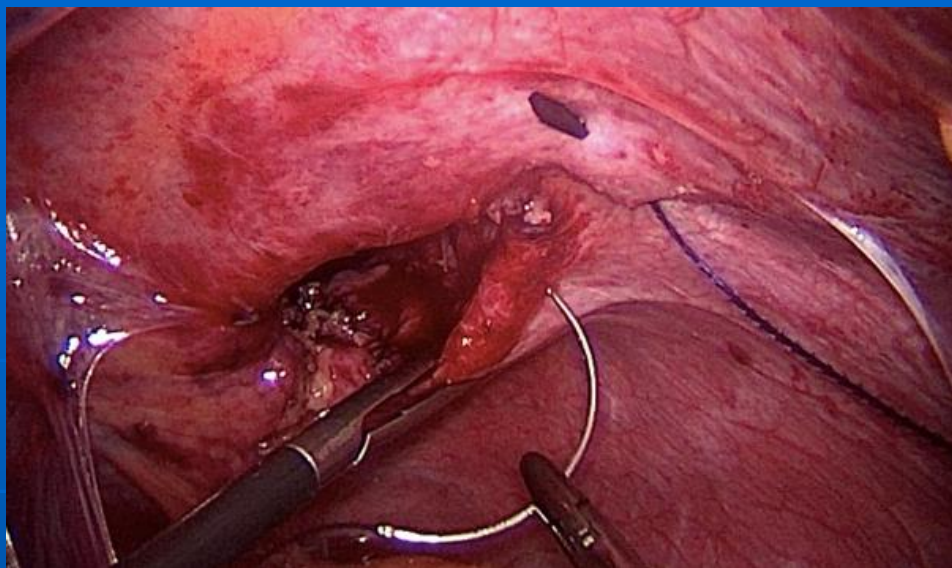


增強CT掃描顯示左側膈肌穹窿水平有一個2公分大小的膈疝，橫結腸和大網膜疝出（[圖2](#)）。未見腸阻塞的放射線徵象。

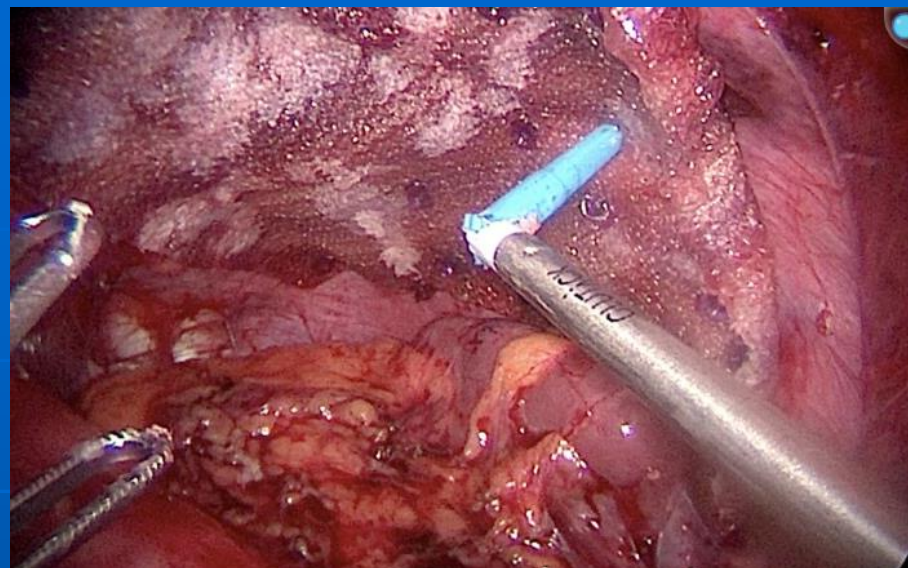
The patient underwent an initial non-operative management, with resolution of the sub-occlusion. Meanwhile, the patient was discharged, and surgery was programmed after 15 days.

- 全身麻醉下行腹腔鏡手術。術中發現巨大的膈疝，伴隨大網膜疝出（圖3）。疝內未見橫結腸，也未見腸阻塞徵象。行粘連松解術並確認器官活力後，將疝氣內容物復位至腹腔。疝腔完全位於胸膜外。





縫合膈肌缺損。



然後用生物合成網片（Phasix Mesh）覆蓋，並用AbsorbaTack和氰基丙烯酸酯膠固定（圖5）

放置腹腔引流管。術後患者恢復良好，於術後第四天出院。未發生術後併發症。術後影像學檢查結果正常。六個月追蹤時，患者未見復發跡象。

創傷性膈疝氣分為三類：I型疝氣在發病後立即診斷；II型疝氣在恢復期診斷；III型疝氣在病人出現器官疝出徵象時診斷[11]。本病例屬於III型。



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Surgery Case Reports

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijscr



Case report

Left strangulated diaphragmatic hernia 3 years following a penetrating chest injury. A rare case report

Agathon Avelin Kimario ^{a,b,*} , Alfred Kishe ^{a,**} , Ronaldo Paul Lyimo ^a, Nancy Deliko Ngaga ^a, Joel Pilot Mushi ^a, Emmanuel Pastory Marua ^a

^a St. Joseph Council Designated Hospital, P.O Box 330, Moshi, Kilimanjaro, Tanzania

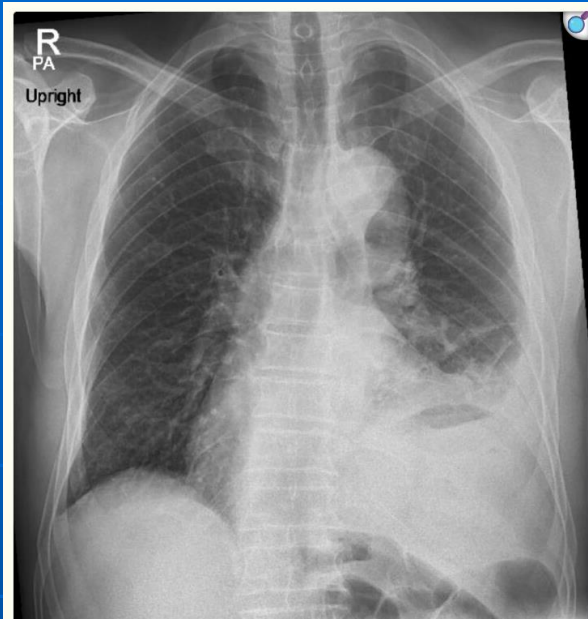
^b Kilimanjaro Christian Medical University College (KCMUCo), P.O Box 2240, Moshi, Kilimanjaro, Tanzania

64歲男性患者，主訴突發左側腹痛1天。疼痛性質劇烈，持續存在，並放射至右側腹部和背部。疼痛逐漸加劇，但靜脈注射止痛藥後可暫時緩解。患者自述食慾不振、全身乏力，並有6次噴射性嘔吐，嘔吐物均為近期進食的食物，每次約50毫升。入院前三天患者無法排便，但可排氣，過去無腹脹、排尿困難或多尿病史。此外，患者自述間斷發燒，但否認有任何呼吸系統或心血管系統症狀，包括咳嗽、胸痛、疲倦、呼吸困難或胸悶。

該患者有外傷史，三年前在一次打架中，其左胸被刀刺傷。當時行腹部X光檢查，未見腹部缺損，傷口已縫合。患者出院時服用口服藥物。兩年後，傷口處開始滲液，再次入院。引流出約2公升血性滲液，患者接受治療後出院。液體滲漏事件發生一年後，患者出現腹痛及相關胃腸道不適症狀。

- 一般檢查顯示，患者意識清醒，臉色正常，無蒼白、黃疸或紫紺，下肢無水腫。血壓**147/91 mmHg**，脈搏**50次/分**，體溫**36.7°C**，室內空氣氧飽和度**95%**。
- 腹部輪廓正常，隨呼吸運動，臍部凹陷，未見疤痕或腫塊。左上腹有壓痛，但未觸及臟器腫大
- The abdomen had normal contours, moved with respiration, and showed an inverted umbilicus with no visible scars or masses. Tenderness was noted in the left upper quadrant, but there was no palpable organomegaly. Percussion was tympanic, and bowel sounds were present.
- Respiratory system examination revealed reduced chest expansion on the left side and a centrally positioned trachea. The left lower lung field was dull on examination, with decreased breath sounds noted in the same region. No crepitations or wheezes were detected.

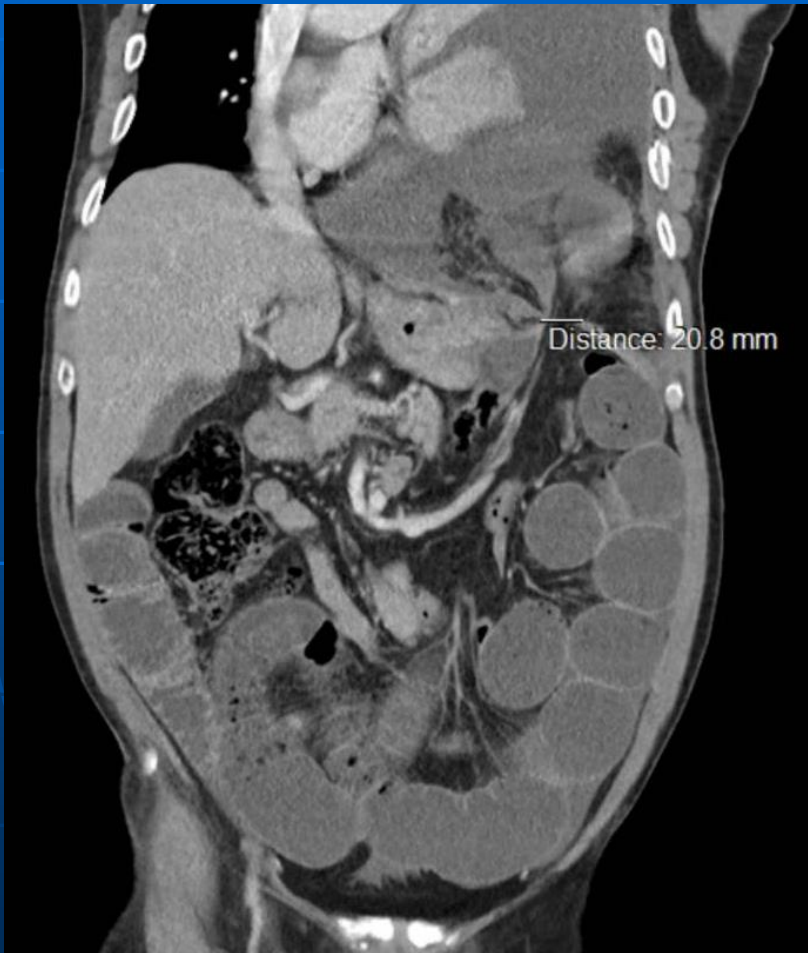
- Laboratory results showed normal leukocyte count (WBC $8.30 \times 10^9/l$), Hb of 14 g/dl, and platelet count of $270 \times 10^9/l$. Random blood sugar was 5.2 mmol/l, *H. pylori* test was negative and Urinalysis showed no feature of urinary tract infection.



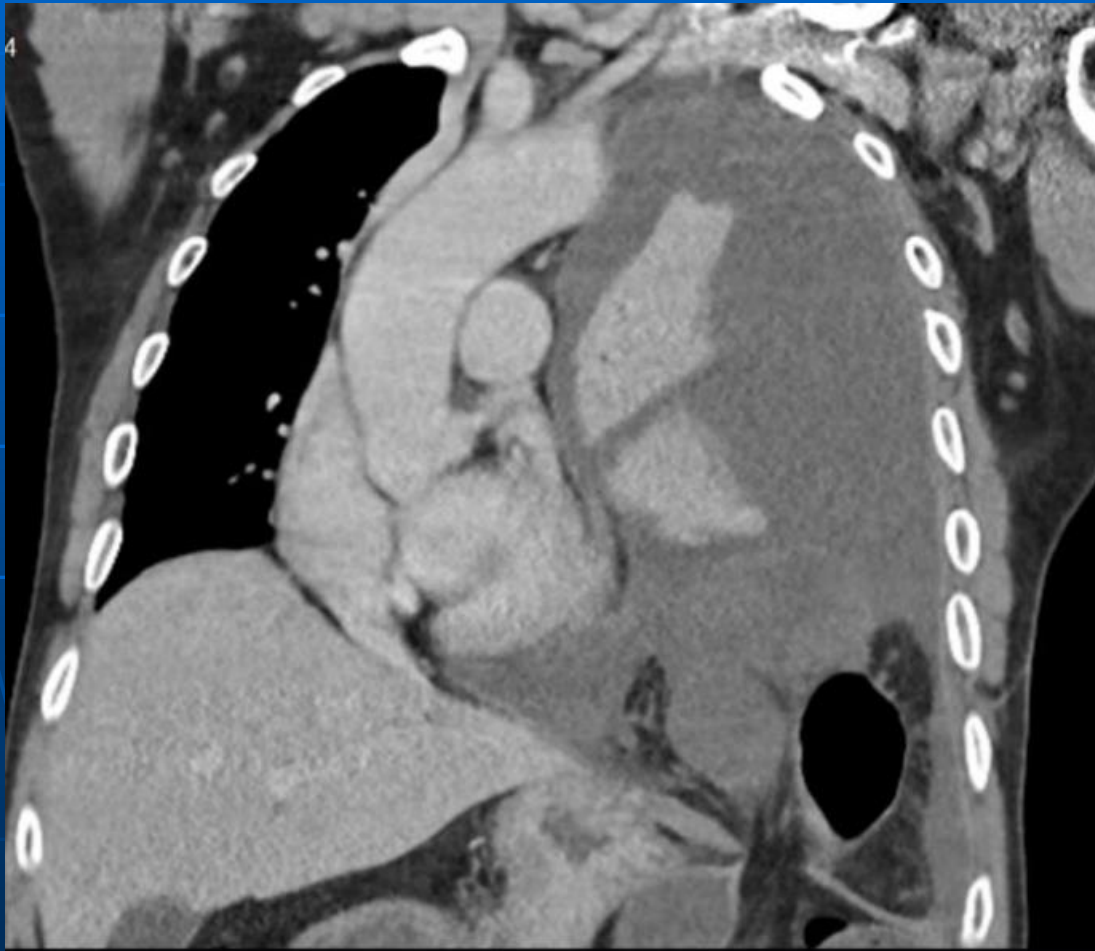
Chest X-ray confirmed a left pleural effusion involving approximately 30 % of the left hemi thorax with consolidation.



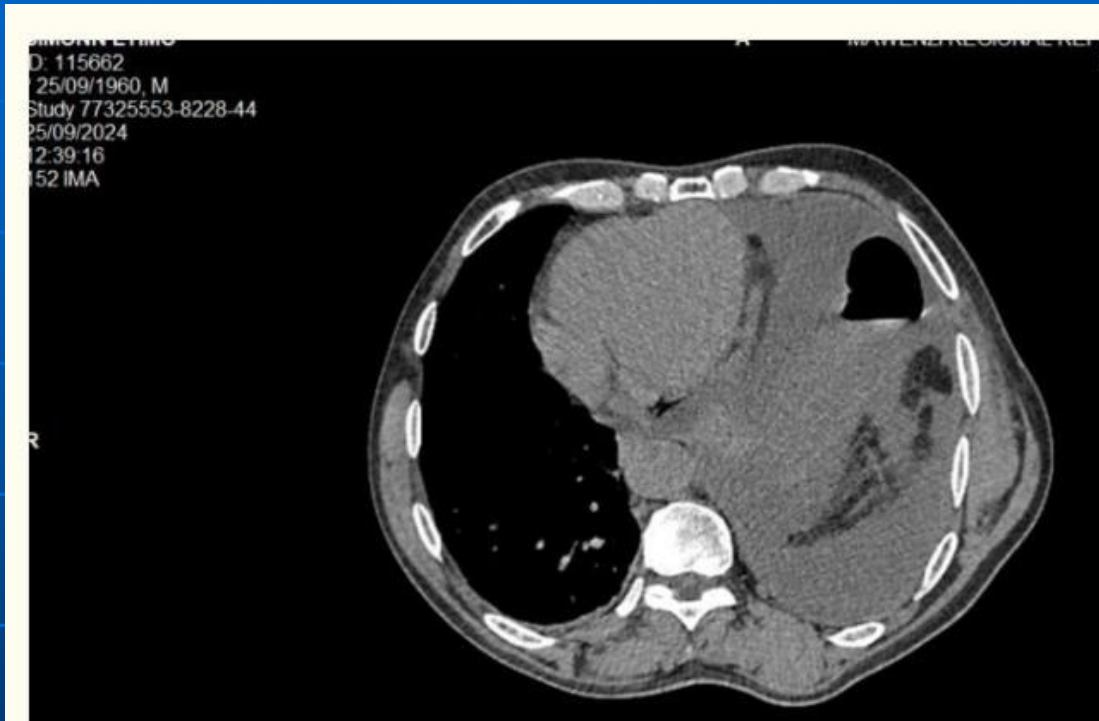
Supine view of abdomen showing dilated bowel loops.



CT scan showing a **2 cm defect** in the left diaphragm with protrusion of small bowel loops into the left hemithorax and dilated bowel.

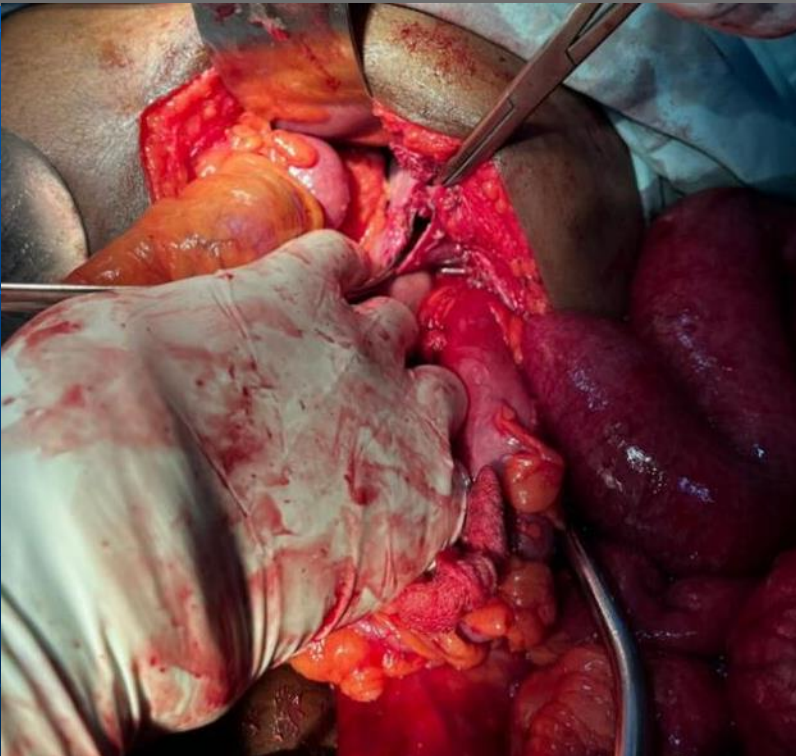


CT scan showing atelectasis of the left lung.



Axial CT scan showing Diaphragmatic defect and atelectasis of the left lung.

- Emergency laparotomy revealed necrotic herniated small bowel (jejunum) and omentum within the left pleural cavity with a hernia defect in the left diaphragm. The necrotic segments were mobilized and resected, with an end-to-end anastomosis performed between the jejunum and ileum.



An image showing diaphragmatic defect/ hernia.

結論

This case emphasizes the importance of considering past trauma in patients presenting with acute abdominal symptoms. The potential for chronic complications following an initial injury necessitates thorough follow-up and evaluation when symptoms arise. Moreover, it serves as a reminder that even seemingly resolved traumatic injuries can have long-term consequences that require careful management. Therefore, routine clinical follow-up should be encouraged for patients with a history of chest or abdominal trauma, and a low **threshold for imaging is advisable when new or unexplained symptoms develop, to aid in early** detection of delayed complications.

當一個病人現在有急性的腹部癥狀過去又有胸腔的外傷就要思考一個可能性是不是有**Diaphragmatic hernia**然後腹部的器官(**bowel loop**) 上升到胸腔造成問題
(**Intestinal obstruction.**)

Case 4,



Cureus

Publishing Beyond Open Access



► 庫瑞斯2023年4月11日 ; 15(4):e37459 ◦ doi: [10.7759/cureus.37459](https://doi.org/10.7759/cureus.37459)

腹部結核病併發小腸阻塞：病例報告

Ammara S Sahibole^{1,✉}, Rehab Farooq², Hafsa M Ali³, Syeda J Bukhari⁴, Labib S Al Ozaibi⁵

37歲男性患者，因疑似腸阻塞的臨床表現就診於急診室。身體檢查發現患者腹部普遍壓痛。隨後的CT掃描顯示符合小腸阻塞的影像學特徵。患者接受了診斷性腹腔鏡檢查，但術中發現腸粘連，遂轉為剖腹探查術。值得注意的是，腹膜內存在大量沉積物，且腸袢間有沾黏。取腹膜組織進行抗酸桿菌塗片及培養，結果顯示結核菌複合群生長。因此，患者接受了抗結核治療。

Case 4,



49歲男性患者，他主訴腹痛和腹脹一個半月。立位腹部X光片顯示提示小腸阻塞的特徵。

近幾個月來，他還出現便秘症狀。---→ 5 months
腹痛和腹脹一個半月
No vomiting,
No fever
PE: Bowel sound was active.
He took an X-ray examination of abdomen.

Figure 2. Contrast computed tomography scan of the abdomen, axial views.

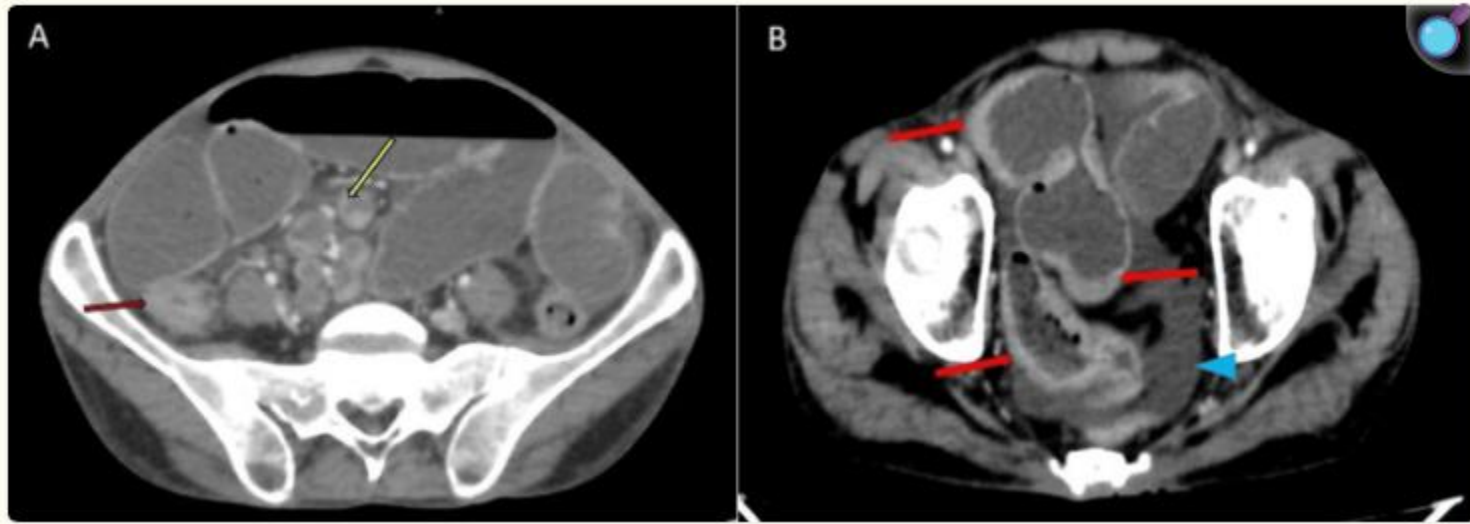
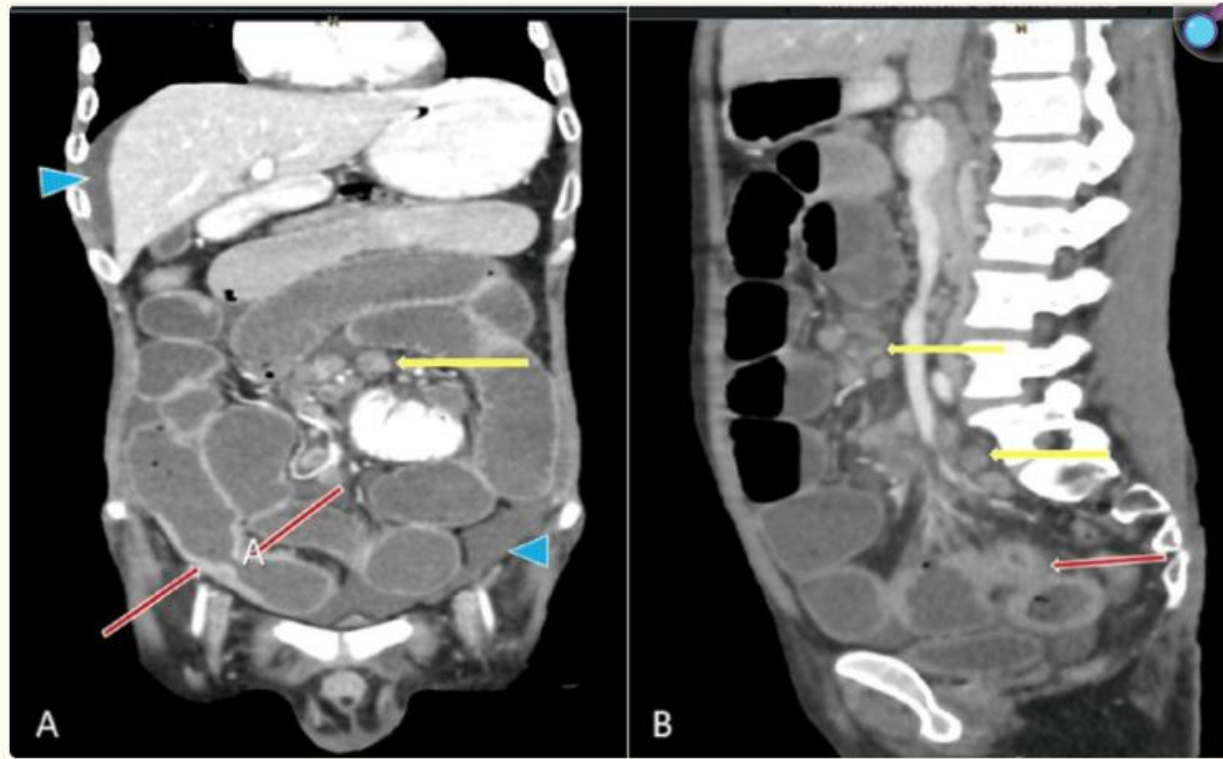


Image A: A contrast computed tomography scan axial image showing abdominal lymphadenopathy (yellow arrow) and small bowel stricture (red arrow).

Image B: Contrast computed tomography scan axial image showing **long segment circumferential bowel wall thickening** with luminal narrowing suggesting small bowel stricture (red arrows) and ascites (blue arrowhead).

Figure 3. Contrast computed tomography scan, coronal and sagittal views.



Yellow—L-N
Red arrows:
small bowel stricture
Blue arrowhead:
ascites

- Image A: Contrast computed tomography scan coronal image showing abdominal lymphadenopathy (yellow arrow), small bowel stricture (red arrows), and ascites (blue arrowheads).
- Image B: Contrast computed tomography scan sagittal image showing abdominal lymphadenopathy (yellow arrows) and small bowel stricture (red arrow).

Small bowel disease, TB or Crohn's disease

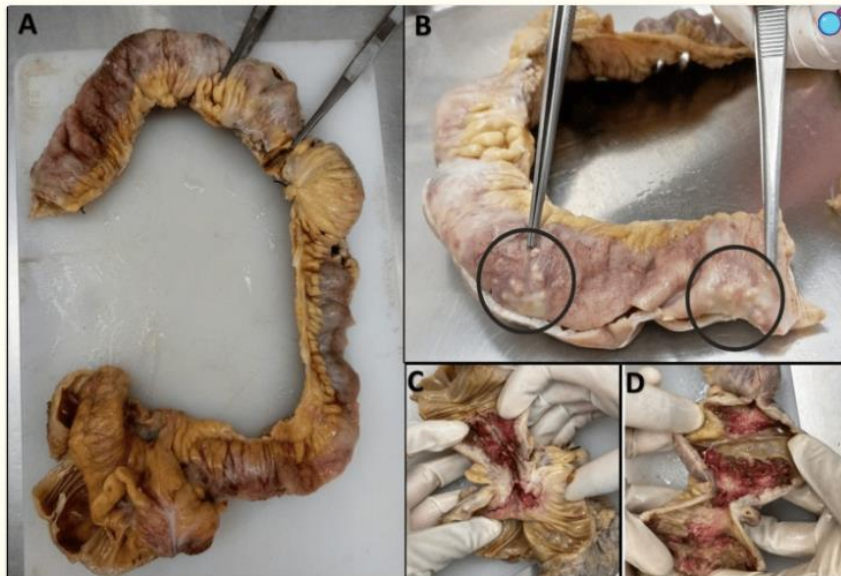


NEXT?

1. The patient underwent surgery for acute small bowel obstruction.

- 1. Intraoperative findings of multiple strictures in the ileum and jejunum were observed, as well as many enlarged lymph nodes.
- 2. A 62 cm long specimen of the resected bowel contained the jejunum, ileum, and caecum with a small part of the ascending colon.

Figure 4. Gross appearance of resected bowel.



A total of four strictures were identified. The serosal surface had many tiny nodules/tubercles (Figure 4). A total of 22 lymph nodes were identified.

- Microscopy revealed mucosal ulceration at the site of the stricture. Multiple caseating granulomas were identified spread across the mucosa, submucosa extending to serosa along with extensive fibrosis. The Ziehl-Neelsen (ZN) staining highlighted acid-fast bacilli (AFB). Fourteen out of the 22 lymph nodes showed granulomatous reaction and ZN staining did not reveal any AFB (Figure 5).

Figure 5. Histomicrograph of the intestinal strictured areas and lymph node.

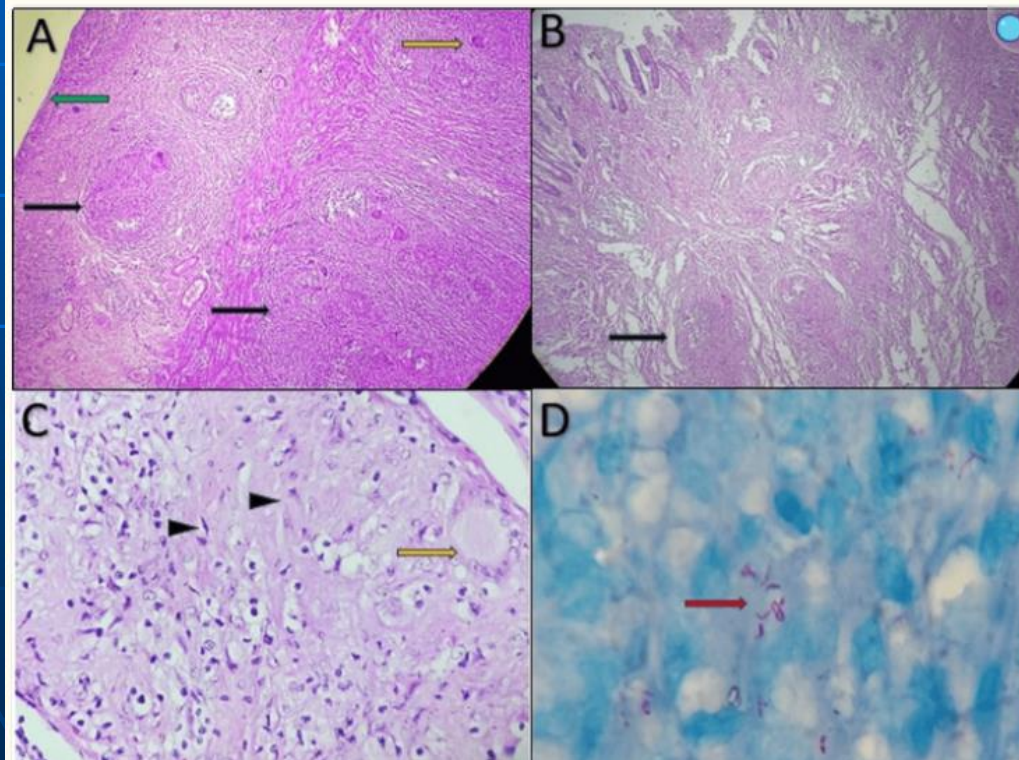


Image A: Granuloma (black arrows) with multinucleated giant cells (yellow arrow) are present in all layers of the intestine - mucosa, muscularis propria, extending up to serosa (Hematoxylin and Eosin stain, 100x).

Image B: Subserosal nodule (black arrow) showing granulomas (Hematoxylin and Eosin stain, 100x).

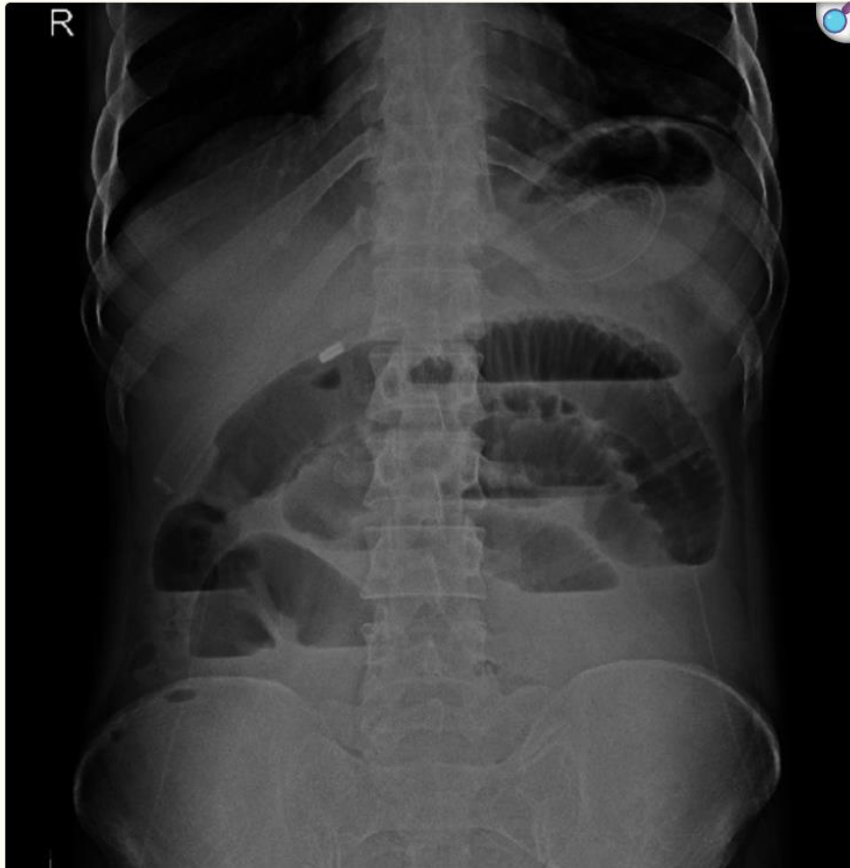
Image C: The lymph node has been replaced by granulomas, characterized by epithelioid cells (black arrowheads) (Hematoxylin and Eosin stain, 400x).

Image D: Ziehl-Neelsen stain of subserosal nodule **showing acid-fast bacilli (red arrow) (1000x).**

Dx and treatment

- A diagnosis of intestinal tuberculosis (ITB) was made. The patient has started a six-month regimen of isoniazid (H), rifampicin (R), ethambutol (E), and pyrazinamide (Z), all four drugs for the first two months, followed by H and R for the remaining four months

圖 1. 站立位腹部 X 光片。



1. Multiple air fluid levels
2. Dilatation of small bowel loops



Small bowel obstruction

下一步要怎麼樣找到小腸阻塞的原因或阻塞的位置
進一步要怎麼樣處理