



大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (34)

大腸直腸外科醫師 熊維羅

大腸直腸肛門疾患簡介 缺血性腸炎(腸中風)

要持續有血液循環，才能維持腦細胞的存活，使腦部能發揮思想，左右行動的功能，如果血液循環中斷，就會引起腦組織壞死，嚴重時就會死亡。心臟需要足夠的血液循環，才能持續收縮，維持幫浦的功能，一旦缺血會引起心臟壞死，心臟甚至不再跳動而死亡。

腸道也是一樣，必須藉著良好的血液循環，才能維持輸送食物，分泌消化液，吸收養分等功能。如果血液循環不佳，就會產生缺血性腸炎，嚴重的甚至會整個腸道壞死，穿孔，破裂，而引起腹膜炎，處理大遲或是不當，患者就會因而死亡。

維持腸道存活的血管由胃至直腸分別由腹腔血管，上腸繫膜血管，下腸繫膜血管及內髒血管系統，在人體內這些血管的互相交通形成良好的側枝循環。所以，除非所有的血管均有病變，很少會有病例由胃到直腸均因缺血而壞死，不過如果某一段血管的血流量不夠，而又無良好的側枝循環時，那一段腸道就會因缺血而壞死。先天側枝循環有缺陷的幾個位置，如迴腸末端及盲腸，左側結腸的脾結腸及乙狀結腸，均是側枝循環不良，容易因缺血產生壞死的部位。大多數的缺血性腸炎是因動脈血流不足而引起，尤其是好發於上了年紀的老年人，當血管本身已因動脈硬化而狹窄，如果有血栓形成，就會造成阻塞，遠端心血管的血栓也可能脫落而隨著血液循環造成腸道動脈的阻塞。

老年人都有不同程度的動脈硬化現象，而支配腸胃營養的腸繫膜動脈也不例外，由於腸繫膜動脈發生阻塞，使得其所支配的腸段發生缺血的現象，並進而導致腸黏膜發生壞死，脫落，出血甚至穿孔的〔缺血性大腸炎〕。在臨床上，嚴重的〔缺血性大腸炎〕會呈現不同程度的腹痛，血性腹瀉，甚至急性瀉性腸炎的〔急性腹瀉〕的病症；輕者因黏膜發生慢性表淺性發炎，使得腸黏膜纖維組織增生，腸管失去彈性而僵硬，進而呈現痙攣性腸阻塞，使得罹患者出現嘔吐，嘔吐，腹痛，腹脹，甚至便秘的症狀。

缺血性大腸炎常發生在六十五歲以上的人口群中，亦是老年人常見的特殊腹痛病症之一；此外，由於其常以腹痛的症狀呈現出來，也往往常被臨床醫師當作是一般的〔腸胃炎〕來診治，最後或許會衍生意想不到的致死結局。在臨床上〔缺血性大腸炎〕也是老年人〔動脈粥樣硬化症〕需要考慮在內的併發症之一。

在缺血性大腸炎的個案中，有百分之七十五發生於左側大腸，其次為橫結腸佔百分之十五，而右側結腸則約佔百分之五，但絕少會發生在直腸。在臨床上，缺血性大腸炎罹患者大部分是在飽餐十至十五分鐘後，開始出現突發性及陣發性腹部疼痛，並伴隨著水樣腹瀉(或者血便)；倘若血液循環能在短時間內恢復過來，其腹部疼痛的症狀也會逐漸改善，之後可能有一段長時間都不會再發生。

一旦結腸本身發生缺血的現象，則該腸段較易受到腸道中細菌的感染，因此必要的抗生素的服用也是很重要的。某些老年人本身因罹患心臟衰竭，脫水，急性心肌梗塞甚至休克，亦會併發〔缺血性大腸炎〕。某些在急性腹痛出現六至十二小時後發生瀰漫性腹膜炎，若不及時處理，則

或許在四十八小時內死亡。此外，慢性缺血性大腸炎罹患者會因進食後出現間歇性腹痛，而使得罹患者拒絕進食，最後逐漸呈現營養不良以及體重減輕的後遺症。

在日常生活中，缺血性大腸炎罹患者應盡量避免暴飲暴食，而應採取少量多餐的飲食習慣，以減輕腸道工作的負擔。雖然大部分缺血性大腸炎所衍生的腹痛，都會在幾天或幾個星期後逐漸緩解，但少數則會造成大腸管腔的狹窄；至於某些較嚴重的個案在出現腸管壞死以及瀰漫性腹膜炎之前，則需要決定緊急的剖腹探測及治療，才能挽救生命。

有時血管並無阻塞，但是因某種原因如血壓過低，休克，心衰，真性紅血球增多症等疾病，或使用毛地黃，利尿劑，口服避孕藥，兒茶酚胺，血管收縮劑等藥物。造成血管痙攣現象，而導致腸道的血液供給量不足以養活腸道。靜脈如果有回流不佳的現象時，會使靜脈血鬱積進而造成靜脈栓塞，也會進一步使動脈血循環受阻而使血栓形成，導致腸道壞死。

隨著血液循環的不足，腸道當然會起變化，最輕度的只見腸黏膜浮腫及表面潰瘍或黏膜下層出血，假使缺血情況不是持續的，藉著腸道自行修復的能力，通常都能恢復正常，如果持續缺血，則較深層的肌肉層也會壞死而纖維化，導致腸道的狹窄，更嚴重的，整個腸壁都會壞死，腸道會破裂，腸內的消化液，糞便和大量細菌會污染整個腹腔造成腹膜炎，進一步形成敗血症。

病因
缺血性大腸炎是腸道缺血性疾病中最常見的。發生的原因很多，又以沒有血管阻塞且可發生於腸胃道任何部位的自發性為主，缺血性腸道疾病主要可分以下四大群：動脈性，動脈性，靜脈性，及非阻塞性壞死，其中又以SMA 阻塞佔了約50%的病例，最多數，腸繫膜動脈血栓則佔10%至15%的病例，非阻塞性壞死佔25%，而因腸系動脈血栓則佔5%至15%較少發生。缺血性大腸炎可分為阻塞壞疽型(Gangrenous)和非壞疽型(Non-gangrenous)而後者可再細分為短暫型(Transient)和慢性(Chronic)兩個亞型。公田園時常見的原因如廣泛性的動脈血管硬化，左心室功能不全及任何原因之低血壓或低血容量如出血，脫水或腹瀉所造成的組織灌注不全，其他原因如外傷，栓塞，或血栓，甚至腹部手術時因IMA的結紮所致。許多藥物也可能造成此類傷害，如毛地黃類，血管收縮劑，交感神經興奮劑等。

症狀
缺血性腸炎的臨床表徵依大腸受影響的範圍及缺血進展的速度而有不同，腹痛是最常出現的臨床徵兆，不論是阻塞性或非阻塞性結腸炎大約有三分之二的病人會有腹痛表現，其次腹瀉，血便，甚至有時呈現大量的腸胃道出血等，這些現象代表了腸黏膜的傷害或壞死。其他如嘔吐，嘔吐，腹脹，如覺改變及因敗血症或休克引起的症狀均有可能出現。一般來說，症狀通常在24至48小時開始進步，完全復原



往往約需兩星期，但若病患出血及腹瀉症狀持續十到十四天，則腸穿孔的機會大增，理學檢查最常見的是左下腹壓痛，若出現回縮則要考慮腸壁缺血壞死的可能；而腸蠕音常為低活動性。實驗室檢查以白血球上升，常大於15000/cumm，及糞便檢查有潛血反應。普通的腹部X光片可能發現非特異性腸氣或異常腸壁變厚的現象。至於Thumb Printing的徵象則代表黏膜下層水腫或出血，但此徵象並不專屬缺血性腸炎，在其他原因引起的腸炎亦可出現。當我們發現腸壁有空氣或門脈氣栓，則代表腸壁已發生壞死，若腸壁穿孔則可在腹腔內發現free air。

若病人被懷疑為缺血性大腸炎，又沒有腹膜炎之症狀，加上非特異性腹部X光片表現時，大腸鏡檢查應當被優先考慮；但如果X光片已發現腹內或腹壁或門靜脈產生腹內空氣時，這表示嚴重的缺血導致穿孔，應立即進行剖腹探查。電腦斷層及超音波對診斷有幫助，卻非第一線的檢查工具，因為它們只有非特異性的表現。大腸鏡被認為是比大腸鏡攝影更好的診斷利器，因為大腸鏡觀察腸黏膜之異常較敏銳且可同時做切片檢查，只要在大腸鏡下看到出血性結節即代表黏膜下出血，若發現有小段或整段腸子出現此一現象，不論有無潰瘍，都可強力診斷為缺血性大腸炎。大腸鏡攝影可以檢查狹窄的部位，範圍，但仍有穿孔的可能，特別是壞疽型的缺血性大腸炎。至於大腸繫膜血管攝影通常不適合做為大腸缺血性疾病的評估與診斷，因缺血性大腸炎被侵犯的血管常只是小血管，血管攝影檢查的結果常是正常的。血管攝影只適合在急性腸繫膜缺血或早期缺血而大腸鏡無法發現時使用。

鑑別診斷
腸繫膜動脈血流不足，腸繫膜靜脈栓塞，發炎性大腸炎，憩室炎，感染性大腸炎，偽膜性大腸炎，消化性潰瘍，腸扭結，腸阻塞，誤闖炎。

治療
1. 保守治療：絕大多數局限於腸壁內的非壞疽型病變的發展具有自限性，可以逐漸被吸收。即使部分患者發生結腸狹窄，也大部分為不完全性腸梗阻，可以通過保守治療緩解。
對有腹痛，腹瀉和便血但無腹膜炎徵象的患者，首先應採用積極的保守治療，包括補液，全身應用廣譜抗生素，禁食，胃腸減壓，氧氣吸入等。對預防性或治療性應用抗凝劑，例如肝素，鹽激酶或尿酸酶等，目前意見尚不一致。在部分患者，抗凝劑的使用有加劇出血性腸梗死的可能。病程早期充分補液對預防組織灌注不足具有重要意義。在保守治療過程中，應當密切觀察患者的脈搏，血壓，體溫，每天檢測血細胞比容和白血球。對沒有明顯檢查禁忌證的患者應儘可能爭取行纖維結腸鏡檢查，以明確診斷，同時確定病變的程度和範圍。對結腸缺血伴有結腸明顯擴

張的患者，可通過纖維結腸鏡或經肛門插管及時進行腸腔減壓，這對預防結腸缺血的進一步發展有很大的幫助。大約有2%的患者雖經積極的保守治療，病情仍得不到改善，並進一步發展至腸梗死。在治療過程中，如果腹痛加重，病情進行性惡化，並出現明顯腹膜炎徵象或休克早期表現，如低血容量，酸中毒以及低血壓，提示有發生結腸梗死，腸穿孔的可能。應考慮在積極抗休克的基礎上儘早行手術治療。

2. 手術治療：壞疽性缺血性結腸炎的病死率在很大程度取決於診斷和手術治療的及時與否，患者的全身情況以及併發症的發生情況。一旦出現呼吸窘迫綜合症，腎功能衰竭和持續性感染等嚴重併發症，病死率很高手術治療大多僅限於缺血性結腸炎的壞疽性患者，一旦確診，應儘早手術。手術時，患者應採取截石位以利用於術中行纖維結腸鏡檢查，由於在缺血性結腸炎的發生過程中黏膜層變軟壞疽層厚，手術時結腸的切除範圍有時難以確定。術中對結腸腸管變範圍和腸壁活力不能確定或存在疑問的患者，應當先行術中纖維結腸鏡檢查。缺血性結腸炎的切除範圍要充分，由於大部分患者結腸水腫明顯，手術吻合口漏的發生率高，應避免行一期結腸吻合，常規行雙腔結腸造口，大部分患者病變不累及直腸，因而在充分切除近端腸管變壞的同時保留直腸，以備以後病情穩定後重建腸道的連續性。

壞疽性缺血性結腸炎伴有明顯結腸擴張的患者應考慮行全結腸切除。對於病情持續2周以上，雖經積極保守治療病情仍無明顯緩解的患者也應考慮手術治療。大部分缺血性結腸炎引起的結腸狹窄為不完全結腸梗死，因而一般可以避免手術。對伴有慢性結腸腸阻臨臨症狀的患者，經積極保守治療不能緩解或與結腸惡性腫瘤鑑別有困難者宜採取手術治療，切除狹窄腸段，一期吻合重建腸道連續性，切除組織送病理檢查。

約三分之二的缺血性大腸炎病患以保守治療可獲得改善，手術切除用於發生腹膜炎，腸穿孔以及全壁壞死，然而仍有部分病患患有較高的死亡率，特別是內科療法失效後接受手術的患者，或病患合併有低血壓或敗血症或一些內科疾病。約10%的缺血性大腸炎患者在日後將會造成大腸狹窄。

預防
本病是老年病之一，發病突然，壞疽性愈後愈差，對治療成功與否影響重大。無論是內科，外科治療均應掌握時機，密切觀察，及時調整藥物。首先去除誘因，例如便秘，感染，心律失常，不合理使用降壓藥，休克等，建議患有冠心病，高血壓，動脈硬化及糖尿病的病人應堅持治療，多運動，促進血液回流，若出現不明原因突發腹痛及便血應警惕此病發生。缺血性腸炎是一個嚴重的疾病，除了較輕微侵犯不深可以自行恢復的情況之外，預後多半不好，死亡率都高達50%以上，隨著人口的老化及重症患者存活機會的增加，缺血性腸炎的患者也越來越多，要減少合併症，提高存活率，唯有越早做出正確的診斷，才能越早讓患者接受適當的治療，而提早對於動脈血管已有改變的患者，施以預防的手術，更是避免發生缺血性腸炎的最佳方法。

CRC 大腸直腸診所
熊維羅 醫學博士
電話: 702-586-6688 (備國、英、西語) 傳真: 702-586-9988
6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113