



大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (32)

大腸直腸外科醫師 熊維羅

大腸直腸肛門疾患簡介 非特異性大腸炎-潰瘍性大腸炎



薄苔附著。

3. 結腸袋往往變平或變鈍，以至紐袋消失，有時可見多個大小不等的假息肉。

4. 結腸黏膜活檢病理變化呈現炎性反應，同時常可見黏膜糜爛，隱窩腫脹，結腸腺體排列異常及上皮改變。

診斷

診斷方面除了臨床上的症狀外，理學檢查時常發現消瘦，貧血，腹水，腹部壓痛或腫脹等現象，肛門部位常有膿瘻，瘻管，肛裂等。直腸鏡檢查常發現黏膜較脆，有腫脹的現象。而在早期的腸炎，有時很難確定是那類腸炎，所以需做糞便檢查及培養以排除特異性腸炎的可能性，尤其應注意的是一定要排除常見的阿米巴腸炎，所以也應做血清檢查看看是否有阿米巴感染。此外大腸及小腸鋇劑造影X光片的檢查對於診斷腸炎的種類及侵犯的程度都有相當的助益。小腸的造影對於只侵犯小腸的克隆氏病的患者尤為重要。大腸鏡檢查在近年來漸受重視，尤其因為可以同時做切片檢查，對於潰瘍性大腸炎是否已呈現有黏膜變性的情形幫助很大，可早期發現癌症或決定那些患者可能變成癌症而考慮做外科手術的治療。近年來小腸鏡及膠囊內視鏡的發展，更使得診斷有困難的小腸克隆氏病的診斷能更確定。

診斷依據

1. 腹痛，腹瀉，排黏液血便。
2. 全身表現及腸外表現。
3. 多次糞便常規檢查及培養未發現病原體。
4. X光鋇劑灌腸顯示腸黏膜顆粒樣或結節樣，皺裂粗大，紊亂。

診斷標準

1. 有大腸鏡或X光片的特徵性改變的一項。
2. 臨床表現不典型，但有典型大腸鏡或X光片表現或病理活檢證實。
3. 排除細菌性痢疾，阿米巴痢疾，血吸蟲病，腸結核及克隆氏病，放射性腸炎等結腸炎。

檢查方法

放射性鋇劑檢查，常規鋇劑灌腸X光片檢查，內視鏡檢查，大腸鏡檢查。

治療

大部份非特異性腸炎的患者都是以內科治療為主。早期的患者可給予少量鎮靜劑，精神安定劑及止痛劑後使之休息。有種口服吸收不好的磺胺劑叫SULFASALAZINE，是以往最常用藥的藥物，對患者頗有幫助。隨後又發展出類似的，但是副作用較低的5-Aminosalicylic Acid，患者的忍受性更好。也可使用腎上腺皮質類固醇，投與的方法可經口服或經肛門灌腸給藥。較嚴重的患者則需要入院，暫時禁食，給予靜脈輸液營養，補充血液蛋白質，並需靜脈注射大量的類固醇。抗代謝藥物也會在某些患者身上得到不錯的效果。抗腫瘤壞死因子藥物近年來在克隆氏病的治療效果確實令人刮目相看，但是有增加感染及惡性腫瘤的可能，使用時仍不得不小心。大部份的患者經此治療後可得到緩解，又可回到門診治療。常常在一段緩解期後又再度嚴重發作而需再度入院治療。多數患者在其一生中又多次交替性的緩解及嚴重發作。只有極少數的患者可以完全治癒。

服或經肛門灌腸給藥。較嚴重的患者則需要入院，暫時禁食，給予靜脈輸液營養，補充血液蛋白質，並需靜脈注射大量的類固醇。抗代謝藥物也會在某些患者身上得到不錯的效果。抗腫瘤壞死因子藥物近年來在克隆氏病的治療效果確實令人刮目相看，但是有增加感染及惡性腫瘤的可能，使用時仍不得不小心。大部份的患者經此治療後可得到緩解，又可回到門診治療。常常在一段緩解期後又再度嚴重發作而需再度入院治療。多數患者在其一生中又多次交替性的緩解及嚴重發作。只有極少數的患者可以完全治癒。

外科療法

對於潰瘍性大腸炎外科療法的對象僅為有合併症的患者包括：

- (一) 絕對適應症
 1. 激症型的潰瘍性大腸炎，並經內科治療無效。
 2. 毒性巨大結腸症。
 3. 懷疑發生腸穿孔之病例。
 4. 大量出血。
 5. 可疑的癌化病灶。
 6. 癌化病灶。

(二) 相對適應症

1. 慢性病例，內科長久治療無效。
2. 重症反復發作。
3. 高齡病例。
4. 小兒發育障礙。
5. 嚴重的局部或全身的合併症。

五大手術治療法

1. 結腸直腸切除加迴腸造口。
2. 全結腸直腸切除迴腸貯袋造口。
3. 結腸全切或次全切除直腸保留(回直腸吻合或升結腸直腸吻合)。
4. 結腸全切迴腸肛管吻合術。
5. 全結腸直腸切除迴腸貯袋肛管吻合術。

近二三十年來經英國的Allen Park, 日本的Utsumomiya 及美國的Fonkalsrud 等人的努力結果，在患者行大腸切除及直腸黏膜剝離術後，以小腸的一部份造一口袋，行小腸肛門吻合術，患者經過一段時間的適應後，能夠過著相當正常的生活，而且能免除一輩子配戴膠袋的苦惱，為近年來大腸直腸外科的一大進步，但是因為合併症很多，所以這一手術仍保留給真正有需要外科治療的患者。

總之非特異性大腸炎為一不知原因的疾病，目前祇能就其特殊的臨床表徵，予以診斷治療。大部份的患者經良好的內科治療都可能得到相當的緩解，外科治療祇保留給有合併症發生的患者。

預防

對於潰瘍性大腸炎的預防，目前有一定的難度，僅能以飲食調理。平時應以柔軟，易消化，富營養原則，少量多餐，補充多種維生素，勿食生冷，酒煙，辛辣食品；做到勞逸結合，適暖相宜，消除緊張情緒，適當體育鍛煉，增加體質。一旦有腸道感染，及早治療。

當患者有腹痛，腹瀉，糞便帶血或黏液，裡急後重等等症狀時，很可能此患者的大腸有發炎的現象。一般所瞭解的大腸炎為特異性大腸炎，為細菌、濾過性病毒，寄生蟲或是原蟲如何阿米巴所引起，但是有一部份的大腸炎並非由這些病原所引起的。這些有同樣癥狀的大腸炎是所謂的「非特異性大腸炎」包括兩個疾病「潰瘍性大腸炎」及「克隆氏病」。雖然潰瘍性大腸炎和克隆氏病都是屬於非特異性腸炎，但在病理學上只能說是類似的而非相同的疾病，他們的異同點是：

1. 兩者都引起腸壁的發炎，但潰瘍性大腸炎一般的變化只限於黏膜及黏膜下層，而克隆氏腸炎則為整個腸壁(包括黏膜，黏膜下層，肌肉層及漿膜層)都被侵犯。

2. 潰瘍性大腸炎病灶只侷限於大腸，可以只發生在直腸部位，也可以只侵犯左側大腸，最嚴重的為整個大腸都有變化，但小腸不會受到侵犯。而克隆氏疾病好發於迴盲部(小腸大腸交界處)，一般來說一半的病例侷限於迴盲部，四分之一的病例只侵犯小腸，四分之一的病例只侵犯大腸。而從口腔至肛門整個消化道都可能受到克隆氏病的侵犯。

3. 潰瘍性大腸炎的病灶是連續性的。而克隆氏病的病灶是多發性的而且呈現跳躍性的病灶，即病灶分別侵犯好幾段腸道，但是這些病灶之間的組織是正常的。

4. 潰瘍性大腸炎經手術切除大腸後不會再發。但是將肉眼可見克隆氏疾病的病灶部位切除後，有相當高比例的患者有再發的現象。

5. 若有長時期的病史，兩者都有可能演變成惡性腫瘤，這一情形在克隆氏病比較不明顯，但是潰瘍性大腸炎的患者得到腸癌的比例比正常人則有意義的增加，而這些患者多為有十年以上病史，或是兒童時期即患此病的患者，而且主要發生在全部大腸都有疾病的患者。

6. 兩者都可能併發肛門膿瘻，瘻管，及肛裂，但是以克隆氏病患者機會較高。

潰瘍性大腸炎Ulcerative Colitis

潰瘍性大腸炎在西方人較常見，東方人的發生率較低，其發生率每十萬人約有1.3至15.8個病患。白種人比黑人，拉丁民族，和亞洲人有更高罹患率，大多數的病例都集中在都市。在東方民族中，此病的發生率就少得多。據資料顯示，每年新病例的人數確有增加的情形。一般認為，東方民族潰瘍性大腸炎病例的逐年增加，可能與飲食，生活習慣的改變，診斷工具與技術的進步，以及醫療環境的普遍提昇有關。而潰瘍性大腸炎又較克隆氏病常見，它們都好發在年輕人身上，其中以15至35歲的發生率最高，少數病例發生於小孩或五十歲以上的老人，基因因素可能也具有一定影響，因為白人中猶太人為非猶太人的二至四倍，而非白人比白人約少50%，對猶太人的研究中報導潰瘍性大腸炎的發病率

明顯降低，為3.8/10萬，而丹麥哥本哈根為7.3/10萬，英國牛津7.3/10萬和美國明尼蘇達州7.2/10萬。此外女性與男性比例也僅0.8，而其他報導為1.3。顯然地理上和種族上的差異影響本疾病的發生。

病因

潰瘍性結腸炎的病因至今仍未明。雖有多種學說，但目前還沒有肯定的結論。細菌的原因已經排除，病毒的原因也不像，因為疾病不會傳染，病毒顆粒也未能證實。克隆氏病患者血清溶菌體升高，潰瘍性大腸炎患者則為正常。有人認為潰瘍性大腸炎是一種自身免疫性疾病，許多病人血中具有對正常結腸上皮與特異的腸細菌脂多糖抗原交叉反應的抗體。再者淋巴細胞經結腸炎病原的血清培養可變為對結腸上皮有細胞毒性。此外在結腸炎病人的T和B淋巴細胞群中發現有改變。但以後認識到這些異常並非疾病發生之源由，而是疾病活動的結果。事實上，研究顯示並非潰瘍性大腸炎病人殘留腺體中組織水不免疫球蛋白的活動有缺陷，IGA運輸正常，而IgG免疫細胞反應應為對照病原的5倍。因此，有可能IgG在疾病的慢性過程中具有作用，但與疾病發生則無關。潰瘍性大腸炎發病機制為腸道菌叢失調後，一些腸道有害菌或致病菌分泌的毒素，脂多糖等啟動了腸黏膜免疫和腸道產酪酸菌減少，引起易感患者腸免疫功能紊亂造成腸黏膜損傷。因此要有效治療潰瘍性大腸炎，不僅要抗炎症治療，還必須改善腸道微環境，補充產酪酸菌，祛除其發病誘因，恢復免疫平衡。

症狀

患者臨床上出現的症狀多和一般的腸炎症狀相當，以腹痛，腹瀉為主，此外有直腸出血，體重減輕，裡急後重等等。除了以腸道的症狀表現之外，這些病患還有所謂的全身性的腸道外症狀：如貧血，凝血疾病，肝機能不全，結核性紅斑，關節炎，胃炎，虹彩炎等等。腸道外的症狀多和腸炎的嚴重程度成正比，但是有此症狀即使在腸炎控制良好的緩解期甚至手術切除病灶後的患者仍會持續，甚至繼續進行。不論是腸道症狀或是腸道外的症狀，多首次出現於年輕病人，但在幼兒童或老年人也有出現的可能。在一般的情形下都是一種持續進行的情形，有時緩解，有時加重，而病情的好好壞壞常和患者所受的環境壓力，情緒等因素有關。

臨床醫學症狀

1. 受累結腸黏膜呈現多發性淺表潰瘍，伴有充血，水腫，病變多由直腸起始，往往累及結腸，呈瀰漫性分佈。

2. 腸黏膜外觀粗糙不平，呈現細顆粒狀，組織脆弱易於出血，或可覆蓋有濃性分泌物，似一層

CRC 大腸直腸診所

熊維羅 醫學博士
電話: 702-586-6688 (備國、英、西班牙語) 傳真: 702-586-9988
6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113