

『醫』同告別 辛酸血累屎—發炎性腸道疾病

鍾承軒¹

¹ 亞東紀念醫院超音波內視鏡中心主任, 台北, 台灣

「發炎性腸道疾病」(Inflammatory bowel disease, IBD)，包含兩大主要疾病，第一種是潰瘍性大腸炎 (Ulcerative colitis)，第二種是克隆氏症 (Crohn's disease)。克隆氏症是 1932 年由一位美國醫師 Dr. Burrill Crohn 發現而以他的名字命名的。我們把這些免疫反應所造成的腸道發炎疾病，統稱為發炎性腸道症，扣除腸炎未明而無法分類的，臨床上較多的就是這兩大類。

發炎性腸道疾病在近年來受到矚目，因為臨床上發現這類疾病的患者有慢慢增加的趨勢，病例數雖然還是較西方國家少，但在國內及東方國家的統計，根據衛福部的數據調查中，潰瘍性大腸炎每十萬人大概是 0.8 的發生率，換算起來每年大概是 200 位左右個案；克隆氏症每年十萬分之 0.2 左右的發生率，約有 50-100 位新個案。這些疾病的臨床表現跟其他常見的腸胃道發炎的疾病有些相似，常常在診斷上跟確診需要一段時間，許多人因此延誤治療。

在臨床上看到患者的表現，以潰瘍性大腸炎而言，常見為血便，但很多病患的血便會被診斷為良性的痔瘡出血或是其他疾病造成的血

便；克隆氏症常見的表現則是慢性的腹瀉，而很多患者的慢性腹瀉被當作是大腸激躁症或是飲食造成的腸胃炎而誤診。臨床上診斷發炎性腸道症還是以排除法為主，先排除其他常見的疾病，例如病患是否服用一些藥物，像阿斯匹林或是消炎藥也會造成腸胃道的發炎、潰瘍甚至腹瀉的情形，藥物的病史很重要；再來就是有沒有發燒、細菌感染的表現，因為像是急性腸胃炎也會有腹瀉的現象。發炎性腸道症的診



通訊作者：鍾承軒 主任
電話：886-2-8966-7000
傳真：886-2-8966-5567
地址：220 新北市板橋區南雅南路二段 21 號

斷不能單用臨床表現來看，我們還要配合內視鏡的診斷、影像學等，像是電腦斷層、核磁共振，再加上病理學的診斷，所以並沒有黃金標準的診斷方式，必須要多方位的考量才能確診。

在過去的經驗，從發現病患有相關症狀到確診是發炎性腸道症有時需要 3-6 的月的時間，在國外的統計甚至需要到一年，有些患者看不到會一直換醫院，就像是逛街 (hospital shopping)，這也讓新接手的醫師需要花更多時間才能確診。我們也發現病患會有腸道外的表現，常見就是皮膚的問題，譬如紅斑、牛皮癬、膿皮症，有些患者會以皮膚表現為主，所以求醫都到皮膚科，等腸道潰瘍較厲害時才求診腸胃科，過去研究，20-25% 的腸道症患者，在腸道症表現前已經有腸道外的症狀，例如皮膚，或至眼科看虹膜炎或是葡萄膜炎、風濕免疫科看僵直性脊椎炎或風濕性關節炎，因此我們也會與其他科之間作交流。

發炎性腸道症以目前的醫學研究並沒有發現單一的致病因素，過去研究發現，家族遺傳史或基因也有關係，譬如 10-25% 發炎性腸道症患者的一等親中也有這樣的病患，或者是同卵雙胞胎、種族（西方人疾病），歐美地區因為高盛行率因此非常明顯。環境的因素包括飲食、日照時間縮短，高緯度地區的國家發生率高，低緯度發生率低，克隆氏症也和吸菸也有關，是多方的因素所導致的。發炎性腸道症是種免疫反應，誘發抗體產生後續免疫的活化，而人體接觸到抗原的部分最多的就是腸道，加工食品抗原較高，會誘發我們腸道細胞免疫抗體活化使腸內菌叢改變，而腸內 500-1000 種的細菌，生活過程也會有些代謝物產生，而這些

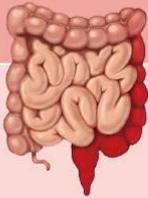
代謝物也是抗原，也會誘發腸道抗體的免疫反應。過去研究發現腸道的上皮細胞黏膜會有保衛功能，需要某些基因的調控，若他的保衛功能失常後就會活化上皮細胞下面的淋巴組織，開始產生發炎反應。

在過去，一般認為發炎性腸道症跟感染有關，治療的方式就是投予類固醇降低它的發炎反應或是抗生素來減少細菌感染問題，後來發現這樣的治療反應不好，加上類固醇很多副作用，長期使用會有細菌感染、骨質疏鬆甚至病患會有水牛肩、月亮臉等症狀出現。現在可以使用的藥物已經有生物抑制免疫調節劑還有生物製劑，在這 5-10 年來藥理學的發展下可以使用生物製劑的治療。發炎性腸道症現在被認為類似自體免疫的疾病，是腸道免疫過度活化而去攻擊腸道的細胞所造成的慢性發炎及潰瘍。這疾病會時好時壞，可能會急性發作，在目前使用藥物如生物製劑的控制之下可以稍微穩定，獲得臨床上的緩解，治療上需要長期的耐心。

在 1999 年，第一個生物製劑被研發出來，在沒有生物製劑之前，這疾病是很難控制的，依照健保規範，給付的標準還是以傳統 3-6 個月的類固醇治療，配合免疫調節劑或是 5-氨基水楊酸 (5-aminosalicylic acid, 5-ASA)，治療沒有改善之下才給付生物製劑。因為潰瘍的控制就是黏膜上的一個癒合程度問題，在沒有生物製劑之前，臨床上的經驗，傳統治療有部分的患者是可以改善，但要看到潰瘍完全消失不太可能，但使用生物製劑後發現，內視鏡檢查達到潰瘍完全消失的機率頗高，所以生物製劑對這族群的病患是個滿大的福音。

我們在治療上最怕合併症的發生，如果潰瘍穿孔，大便跑到肚子就會造成嚴重的腹膜炎，患者需要做截腸手術，甚至潰瘍造成狹窄、腸堵塞。發炎性腸道症患者的大腸癌發生率比一般族群高，除了大腸癌之外還會有小腸癌、皮膚的黑色素瘤的惡性腫瘤，還有膽管癌的機率也會比一般人高。當患者的潰瘍癒合的差不多時，有些人會停掉生物製劑，但停藥後第一年的復發率會到 30% 或是 40% 以上，因此會建議患者做維持治療，譬如說口服氨基水楊酸來做維持治療，但我們還是都建議還是要長期使用生物製劑來治療。我們使用生物製劑一定要先進行檢驗，像是結核菌或是 B 肝血清學的檢查，否則會因為生物製劑造成很嚴重感染甚至死亡。

台灣消化系內視鏡醫學會的網站或台灣發炎性腸道的網站 (<http://www.uc-cd.org/>) 都有些民眾的衛教專區，包括飲食的衛教及各家醫院的求診的窗口，也可以在上面提些問題，台灣有病友會，會定期舉辦出遊或醫師溝通交流的活動，我們也建議病友要從飲食上的控制、減少加工食物等方面自我照顧，才能有效控制。

	潰瘍性結腸炎 (Ulcerative colitis)	克隆氏症 (Crohn's disease)
好發部位	多發生在直腸和大腸 	從口腔到肛門都可能發炎，但較常發生在小腸或大腸 
發炎部位	發炎部位呈連續性	發炎部位呈跳躍性
病徵呈現	發炎情形多在較淺的黏膜層 	侵犯部位較深，可能影響整層腸壁 

圖一．潰瘍性結腸炎與克隆氏症比較