

林敬斌醫師

中山醫學大學附設醫院 腸胃科主治醫師

中山醫學大學附設醫院 肝病防治中心主任

中山醫學大學醫學系教育部定助理教授

台灣小腸醫學會副秘書長

認識小腸與小腸疾病

小腸起自幽門，下連至盲腸，成人的小腸長度約 6 公尺，位於腸胃道深處，是人體食物消化和吸收營養的主要場所，並在腸道蠕動的推動之下將沒被吸收掉的水分及食物殘渣推送至大腸。由於小腸的內壁新陳代謝的速度比較快，所以跟人體的其他部分相比起來，比較不容易生病。小腸主要分為三個部分

1. 十二指腸-長度約 12 根手指，因此得名。接受來自胃的食糜、胰臟的消化液和膽囊的膽汁，並釋放自己的消化酶。
2. 空腸-約有 180 公分，產生完成消化過程的酶
3. 迴腸-約有 4 公尺，主要功能是從已消化過的食物中吸收營養素

常見的小腸疾病有這幾種：

一、不明原因出血

若長期血便，大便潛血檢查陽性或缺鐵性貧血找不出原因要注意可能是小腸出血！若做過胃鏡以及大腸鏡檢查後仍找不出病因，可能需進一步接受深部小腸鏡或是膠囊內視鏡檢查！小腸出血的話第一個要考慮出血的量快或慢，如果出血量快的話可能會有大量的黑便甚至血便；出血量慢的話，病人可能只會以糞便潛血陽性或是持續貧血來表現。治療上的話第一個就是要先確定診斷，當遇到不明原因的出血，且出血量不大，可以先用膠囊內視鏡檢查出血點，若出血量較大需爭取時效性時，常見的檢查就是搭配電腦斷層掃描、核醫紅血球出血掃描和膠囊內視鏡等等來作初步評估，確定出血點之後就可以用深部小腸鏡進去做止血，止血方法可以用電燒和止血夾。如果出血量很大量，病患生命現象不穩定的話，可能就要會診放射科做緊急的血管栓塞，或是要轉外科做緊急的開刀處理。

「**血管異常增生**」(angiodysplasia)是最常見小腸出血原因，隨著年紀的增加，因反覆性腸胃道肌肉的收縮，造成黏膜下小靜脈壓力的增加，進而造成血管擴張及扭曲，之後黏膜層的微血管環也因壓力的關係隨之擴張，最後形成的小的動靜脈吻合 (arteriovenous fistula)。腸壁直徑增加、厚度變薄時，黏膜下靜脈被壓迫造成血液鬱積，導致血管增生。另外，病人本身若有心肺、血管方面的疾病，容易組織缺氧，血管內皮生長因子(vascular endothelial growth factor)增加，亦導致血管增生。慢性腎衰竭的病人易有消化道血管異常增生出血的原因包含尿毒造成血小板的功能不良、以及抗凝血藥物的使用。症狀可以從無症狀、到慢性消化道出血、甚至是急性危及生命的大量出血。。被診斷出消化道血管異常增生的病人，40-60%有兩個以上的病灶。消化道血管異常增生的危險因子有主動脈瓣狹窄(aortic stenosis，約 5%的病人發生)、類血友病 (von Willebrand disease, VWD，又名「溫韋伯氏疾病」、慢性腎衰竭、及肝硬化。

二、小腸潰瘍

症狀：腹脹、噁心、嘔吐、肚臍周圍痛、腸絞痛。若是發生部位在近端小腸(十二指腸、近端空腸)潰瘍，表現出上腹部空腹時疼痛。若是遠端小腸(遠端空腸、迴腸)潰瘍，多表現出下腹部疼痛。

小腸潰瘍原因：

1. 感染:細菌、巨細胞病毒、結核菌、寄生蟲、人類免疫缺乏病毒。
2. 腫瘤: 胃腸道基質腫瘤(Gastrointestinal stromal tumor, GIST)、腺癌、淋巴瘤、神經內分泌腫瘤(Neuroendocrine tumor)、黑色素瘤、轉移癌。
3. 發炎: 克隆氏疾病、乳糜瀉、嗜伊紅性腸炎
4. 藥物: 鉀離子、非類固醇類消炎藥(NSAID)、阿斯匹林、乙醯水楊酸。
5. 系統疾病: 紅斑性疾病、貝賽特氏病(Behcet's disease)、澱粉樣蛋白疾病(Amyloidosis)、自體免疫疾病。
6. 血管疾病: 缺血、血管炎。
7. 其他: 放射線、尿毒症

小腸潰瘍的原因很多，無發法單靠內視鏡影像就做出正確的診斷，必須靠臨床醫師專業的判斷、搭配血液學、影像學、病理學的綜合評估，才能找出最正確的原因治療。

三、小腸腫瘤

根據流行病學的探討，在臨床上原發性小腸腫瘤較為罕見，雖然小腸長度約佔全消化道的三分之二，但原發性小腸腫瘤僅佔所有胃腸道腫瘤的3~6%，其年發病率為0.2~1/10萬人，發病年齡在30~60歲之間，平均罹患時年齡在40~45歲之間，男女之比約為2:1，小腸良性腫瘤：如平滑肌瘤、脂肪瘤、纖維瘤、神經纖維瘤等。小腸腫瘤以惡性癌居多，約佔65~75%。小腸癌可分成四大類型：腺癌(Adenocarcinoma)、胃腸道基質腫瘤(Gastrointestinal stromal tumor, GIST)、淋巴瘤(Intestinal lymphomas)、神經內分泌腫瘤(Neuroendocrine tumor)。原發性小腸惡性腫瘤之，胃腸道基質腫瘤(Gastrointestinal stromal tumor, GIST)佔了最大多數--30~50%，其次是腺癌(Adenocarcinoma)--20%~30%、lymphoma--16%，而神經內分泌腫瘤(Neuroendocrine tumor)最罕見。腺癌(Adenocarcinoma)較好發於十二指腸，而神經內分泌腫瘤(neuroendocrine tumor)好發於迴腸。次發性小腸惡性腫瘤較原發性常見，可以發生在鄰近器官惡性腫瘤的直接侵犯(像是胃癌、胰臟癌、肝癌、腎細胞癌、卵巢癌等)、或是遠處轉移(像是黑色素細胞癌，肺癌、乳癌等)。

臨床症狀及表徵

一、腹痛

腹痛是小腸腫瘤最常見的症狀，也是最早出現的症狀之一。65%以上的小腸腫瘤罹患者會呈現腹痛的主訴。

二、腸阻塞

阻塞的發生及程度與腫瘤的生長的方式有關，若腫瘤向腔外生長，發生阻塞機會較少；若腫瘤向腔內生長，或浸潤腸道常出現狹窄，或與鄰近腸道、網膜粘連而發生腸阻塞。

三、腹部腫塊

四、消化道出血

小腸腫瘤亦會衍生消化道出血，其出血原因主要是由於腫瘤表面發生糜爛、潰瘍甚至壞死。

五、其他症狀及表徵

體重減輕、胃口不佳

腸穿孔及腹膜炎

腹瀉：小腸腫瘤〔尤其是小腸淋巴瘤〕罹患者亦併發吸收障礙症候群，常主訴長期間歇性腹瀉，貧血、消瘦、低蛋白血症以及下肢水腫的合併症。

類癌症候群：小腸腫瘤中的神經內分泌腫瘤，由於其會產生血清素、5-羥色胺、組織胺、血管收縮素以及促腎上腺皮質素，而引起一系列類癌症候群如陣發性皮膚潮紅、水瀉、腹痛、氣喘、高血壓、瓣膜性心臟病

小腸腫瘤的診斷

倘若能提高小腸腫瘤的早期診斷，必然對其治療及預後有很大的影響。臨床上經由病史判斷具有小腸腫瘤可能性時可以結合電腦斷層影像加上膠囊內視鏡檢查作初步篩檢再由深部小腸鏡深入腫瘤位置直接觀察判斷、取得組織切片、或留下記號以作為需下一步手術時的定位點。

四、小腸憩室

腸憩室是指由於腸腔內壓力的影響或胚胎時期發育不良使小腸壁薄弱處向外膨出形成的盲囊，多為先天性，最常見的小腸憩室是梅克爾憩室其次是十二指腸憩室，空迴腸憩室的發病率最低。十二指腸憩室在做消化道攝影或內視鏡檢查發現頻率 6~28%，約有 7-8 成在十二指腸下段內側，或在十二指腸乳頭近傍均可發現。梅克爾憩室 (Meckel's diverticulum) 發生最多，屍體解剖約有 1~2% 會發現。通常沒有症狀，成人時容易發生梅克爾憩室炎或憩室出血，通常是開腹手術時偶而被發現，術前最準確的診斷為深部小腸鏡，其次是腹部電腦斷層檢查。憩室炎的檢查可以抽血看看 CRP (C-reactive protein) 因炎症反應指數升高，電腦斷層可以觀察憩室炎處有腸壁的肥厚，憩室的周圍脂肪組織混濁。若是憩室出血又合併血色素下降，因為不容易找到出血部位，可以考慮作深部小腸鏡檢查。

五、吸收不良

臨床症狀會出現下痢和體重減輕，低白蛋白血症、周邊水腫、腹水和伴隨體重下降。可能的原因如下：

淋巴管擴張 (lymphangiectasia) ---- 淋巴管擴張是一種慢性蛋白質流失導致吸收不良，特徵為小腸淋巴管網路阻塞和功能障礙。淋巴的壓力太大所致，擴張的乳糜管是放出淋巴液至腸管腔內，導致蛋白質、淋巴和乳糜微粒流失，除了低白蛋白血症，顯著的臨床症狀還有體腔積液 (腹水和水胸) 和皮下和肢端水腫。

發炎性腸道疾病 (inflammatory bowel disease) ---- 發炎性腸道疾病是一種會導致腸道慢性、反覆發炎的疾病，又可分為克隆氏症 (Crohn's disease) 及潰瘍性結腸炎 (ulcerative colitis)；這兩種疾病在臨床上最大的差別在於影響消化道的範圍及深度有所不同。克隆氏症會影響整個消化道，從口腔到肛門之間的任何一個部位都有可能發生，且病灶經常為不連續的分布，也就是所謂的「跳躍性病灶」。常見症狀包括腹痛、腹瀉、血便及反覆腹內感染等。若影響到小腸，腹痛及腹瀉的症狀會比較明顯，也可能伴有發燒及食慾不振等現象。在華人族群中最常發生在大小腸交接，也就是迴盲瓣和盲腸處；克隆氏症影響的部位通常較深，可能會造成整層腸壁的發炎，甚至會擴及腸道外，主要症狀是發燒，腹痛與腹瀉，並常伴隨一些肛門的合併症，如肛裂，瘻管，膿瘍等情形。根據 2015 年健保資料庫分析，台灣每十萬人口中有 3.9 名克隆氏症患者，其中 0.47 件為新發生案例。雖然數量不多，但克隆氏症近年來在台灣的盛行率及發生率都有節節上升的趨勢，好發於年輕族群 (平均年齡約 38 歲)；男性罹病率為女性的 2.19 倍。另外，約四分之一的患者同時會有腸道外的症狀，例如皮膚的結節狀紅斑、鵝口瘡、虹膜炎、關節炎、原發硬化性膽道炎等。唯有積極地控制腸道發炎及早偵測併發症的發生並給予適當的治療才能維持病人的生活品質、減少腸道之損傷。

參考文獻

1. 陳展銘、牟聯瑞、張國寬、李昭榮、趙昭欽、魏克承：消化道「血管異常增生」出血之診斷及治療。內科學誌 2010；21：177-83
2. 蔡宛庭、蘇培元、林益卿：消化道血管異常增生—消化道出血的疾病。台灣家醫誌。2018; 28: 94-100
3. 陳信宜、洪志聖、李嘉龍：：膠囊內視鏡在小腸疾病及出血的角色與運用
台北市醫師公會會刊。20201 年第 65 卷第 4 期
4. 洪宣任、呂孟銓、黃天祐：小腸神經內分泌腫瘤。20201 年台灣小腸醫學會會訊第二十三期
5. 亞東紀念醫院鍾承軒：『小腸疾病』之內視鏡診斷。好醫師新聞網
6. 宏恩醫院家庭醫學科 譚健民醫師：隱藏性的腸道腫瘤。好醫師新聞網
7. 周仁偉醫師及台灣小腸醫學會之統合研究:Meckel' s Diverticulum Diagnosed by Balloon-Assisted Enteroscopy: A Multicenter Report from the Taiwan Association for the Study of Small Intestinal Diseases (TASSID) :深部小腸鏡
診斷梅克爾憩室。
8. 台大醫院涂佳宏醫師：深入探索胃鏡和大腸鏡看不到的秘境----小腸鏡。景福醫訊第 36 卷第 6 期