

顏旭亨醫師

彰化基督教醫院胃腸肝膽科 主治醫師

中興大學醫學院後醫學系 專案助理教授

中華民國內科專科醫師 指導醫師

中華民國消化系內科專科醫師 指導醫師

中華民國消化系內視鏡醫學會專科醫師 指導醫師

中華民國消化系內視鏡醫學會第 11 屆理事

台灣小腸醫學會第四屆副秘書長

台灣發炎性腸道醫學會第四屆副秘書長

中華民國醫用超音波學會第十九屆副秘書長

腸道瘻管

腸胃道瘻管 (Fistula) 是指腸道和其他器官，如膀胱、尿道、陰道，或消化道的其他部分之間形成的通道。此外，瘻管也可能在腸道和皮膚之間形成。在極少數情況下，瘻管可能形成在血管和腸道之間，導致嚴重的胃腸道出血，需要迅速的外科手術處理。

腸道瘻管的形成機制主要與創傷或長期腸壁發炎有關，導致腸壁組織受損變薄。當這些受損組織進一步破裂，就可能讓腸道與其他器官形成通道，進而產生腸道瘻管。以下是一些可能導致腸道瘻管的情況：

1. 手術後併發症：

這是最常見的腸道瘻管形成原因，其發生率主要與手術的複雜程度相關¹。

2. 憩室：

反覆憩室炎的發生會增加腸道瘻管的機率。大約有 1-12% 的患者有憩室炎時會發展出瘻管，其中最常見的是腸道膀胱瘻管。

3. 發炎性腸道疾病，如克隆氏症：

在克隆氏症中，常見的併發症包括腸腸瘻、腸結腸瘻、腸膀胱瘻、腸皮瘻和肛門瘻管。

4. 癌症

5. 放射線傷害：

進行放射線治療後的數周或數年內，約有 5-10% 的患者會產生瘻管的併發症。若放射線治療區域經過手術吻合，則可能增加瘻管的風險。

6. 外傷

隨著飲食和生活方式的西化，克隆氏症的患病率逐年上升。在台灣，患病率約為每十萬人中的四人³。在克隆氏症患者中，約有一半在診斷後 20 年內會發展出腸瘻管併發症⁴。因此，本文將重點介紹克隆氏症患者的腸瘻管治療方法。

患有腸瘻管的克隆氏病患者可能出現腹痛、血便、發燒等症狀。肛門瘻管可能導致肛門區域疼痛。在懷疑患有腸瘻管的症狀後，醫生可以進一步進行影像學檢查，如腹部超聲波、腸道攝影、電腦斷層或核磁共振，以確定腸瘻管的位置和嚴重程度。根據瘻管的位置，可以制定不同的治療策略。

對於非肛門瘻管治療的報告，特別是隨機試驗的資料相對有限。儘管這些瘻管並不常見，但對克隆氏症患者來說卻是嚴重的問題。腸瘻管的治療策略可以分為藥物治療和手術治療兩類。在藥物治療方面，通常採用藥物組合療法，結合生物製劑抗腫瘤壞死因子製劑(如類克(Remicade / Infliximab)和復邁(Humira / Adalimumab))以及免疫抑制劑(如硫唑嘌呤(Azathioprine)、6-巯基嘌呤(6-MP)和甲氧基乙醇酸(Methotrexate)等)。通過結合這兩類藥物的作用機制和協同效應，可以增強生物製劑的療效，同時降低免疫原性^{5, 6}。然而，如果經過一段時間的治療後仍無法治愈難治性瘻管，則需要有豐富經驗的結直腸外科醫生進行手術治療，然後進行部分腸切除並縫合瘻管附近的器官開口⁷。

對於肛門瘻管的治療，首先需要評估其是單純瘻管還是複雜瘻管。若是無症狀的單純性瘻管，即無肛門區域疼痛或分泌物，則可以維持原本的克隆氏症治療，因為約有 30% 的患者會自行痊癒或症狀持續消失，無需額外治療。然而，若有症狀的單純性瘻管，經傳統治療無效後，可以先使用生物製劑治療，最後再考慮手術治療。

對於複雜性瘻管，包括位於高位肛門括約肌的瘻管(高位肛門括約肌瘻管、高位經括約肌瘻管、超括約肌瘻管或跨越括約肌的瘻管)、多個瘻管開口、膿瘍形成、肛門狹窄、直腸炎等，治療策略更為複雜⁸。除了給予抗生素，還可以使用串線療法(Seton，一種引流管)，通過皮膚孔穿入瘻管，穿過瘻管進入直腸和肛管，同時也考慮使用生物製劑治療。如果形成膿瘍，則需要進行外科引流。

作為一種復發率較高的慢性腸道疾病，克隆氏症的許多患者在診斷時就發現有腸道瘻管併發症。然而，自從民國 105 年健保開始給付克隆氏症的生物製劑以來，患者可以大大降低高昂的治療負擔，並在符合條件的情況下及時接受生物製劑治療，這有望提高治愈率，減少瘻管的再發率，從而最終改善患者的生活質量。

參考資料:

- 1 Ramos M, Pereira MA, Barchi LC, et al. Duodenal fistula: The most lethal surgical complication in a case series of radical gastrectomy. *Int J Surg*. 2018 May;53: 366-70.
- 2 Donner CS. Pathophysiology and therapy of chronic radiation-induced injury to the colon. *Dig Dis*. 1998 Jul-Aug;16: 253-61.
- 3 Yen HH, Weng MT, Tung CC, et al. Epidemiological trend in inflammatory bowel disease in Taiwan from 2001 to 2015: a nationwide populationbased study. *Intest Res*. 2019 Jan;17: 54-62.
- 4 Schwartz DA, Tagarro I, Carmen Díez M, Sandborn WJ. Prevalence of Fistulizing Crohn's Disease in the United States: Estimate From a Systematic Literature Review Attempt and Population-Based Database Analysis. *Inflamm Bowel Dis*. 2019 Oct 18;25: 1773-9.
- 5 D'Haens G, Baert F, van Assche G, et al. Early combined immunosuppression or conventional management in patients with newly diagnosed Crohn's disease: an open randomised trial. *Lancet*. 2008 Feb 23;371: 660-7.
- 6 Khanna R, Bressler B, Levesque BG, et al. Early combined immunosuppression for the management of Crohn's disease (REACT): a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2015 Nov 7;386: 1825-34.
- 7 Taxonera C, Barreiro-de-Acosta M, Bastida G, et al. Outcomes of Medical and Surgical Therapy for Entero-urinary Fistulas in Crohn's Disease. *J Crohns Colitis*. 2016 Jun;10: 657-62.
- 8 Buchmann P, Keighley MRB, Allan RN, Thompson H, Alexander-Williams J. Natural history of perianal Crohn's disease: Ten year follow-up: A plea for conservatism. *The American Journal of Surgery*. 1980 1980/11/01;140: 642-4.
- 9 Chaparro M, Burgueno P, Vera M, et al. Epidemiological Study of Perianal Fistulas in Patients With Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 2011 05/01;140.