

鏡中境

腸鏡下的微妙世界

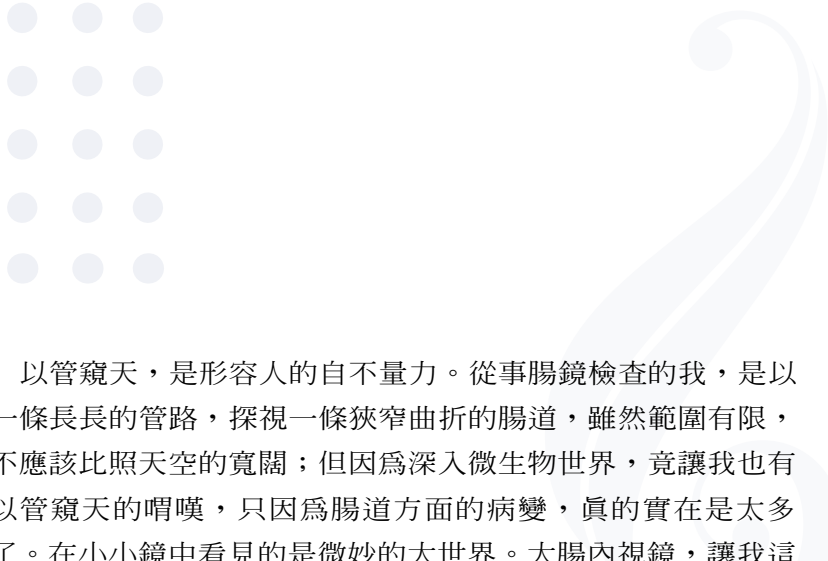
口述 / 王正一教授

現任慈濟醫院董事

花蓮慈濟醫學中心顧問

台大醫學院榮譽教授

整理 / 黃秋惠



以管窺天，是形容人的自不量力。從事腸鏡檢查的我，是以一條長長的管路，探視一條狹窄曲折的腸道，雖然範圍有限，不應該比照天空的寬闊；但因為深入微生物世界，竟讓我也有以管窺天的喟嘆，只因為腸道方面的病變，真的實在是太多了。在小小鏡中看見的是微妙的大世界。大腸內視鏡，讓我這個腸胃科醫師可以仔細地走訪觀察大腸的內部，從中發現許多胃腸疾病的細微關鍵，有的是臺灣的第一例，有些是世界上罕見的病例。

腸變黑變黃 濫用藥惹禍

臺語說「黑腸肚」，指一個人心腸很壞，在臨床上才發現是真有黑色腸子這種事，不過跟人的心腸好壞無關。

大腸的「黑色素症」是在腸子裡可以看到黑色素沉澱，腸子黏膜呈現如鱷魚皮的外觀，黑白分明、條紋清楚。我在一九七二年十月份在消化系會議上報告了兩個服用瀉藥導致大腸黑色素症的案例，一例是吃西藥，一例是吃中藥；吃藥後色素沉著在腸子上面，所以讓腸子出現清楚的黏膜花紋，從腸鏡中看到一整段腸子黑漉漉地，猛一看還真嚇了一跳，問了病史才明瞭。把這些藥物停掉後隔四個月，腸子表面的黑色素已消退不見。

另一例很特殊的變化是出現黃白色薄膜斑點。那是一九七三年發生在一個骨科病人身上。三十年前的臺灣醫界還沒有分骨科、外科，只有外科系，病人做膝關節置換手術，外科醫師用了四種抗生素，三天之後病人出現腹瀉、肚子痛，腹瀉兩、三次之後肛門就出血。外科醫師跟我聯絡，希望做腸鏡檢查找出原因。結果發現腸子裡面長了很多黃白色一片一片的斑點，有大有小的突起，透過腸鏡試著用水沖不掉，不知道為什麼。

經過糞便培養之後，看到很多「困難腸梭菌」(Clostridium difficile)，原來是「偽膜性結膜炎」(Pseudomembranous



colitis)。偽膜性結膜炎好發在年紀比較大、營養狀況比較差、血清蛋白比較低、抗生素使用過多的病人身上。

偽膜性結膜炎需要以梵谷黴素治療，有五分之一的人預後不佳。這個病症尤其可能發生在多量或長時間使用抗生素的重症病人身上，所以非常危險，甚至會導致死亡。

過去抗生素藥品昂貴的年代，很少見到這種病例，但現在已是司空見慣，每家醫院一個月總會有一、兩個案例出現。所以我們建議使用兩種以上抗生素、用藥一星期以上的病人，定期進行糞便培養困難梭菌的檢查，或是更便利的「毒素A」及「毒素B」的檢查方式。

巨細胞病毒作祟 靠病理切片檢查

通常要為做了骨髓移植的病人做腸鏡檢查，病房的景象就像是在為罹患了AIDS的病人檢查一樣，病人全身被包起來，醫師護士也穿安全全身隔離衣，包得緊緊的，做好隔離措施，就怕病人被感染。

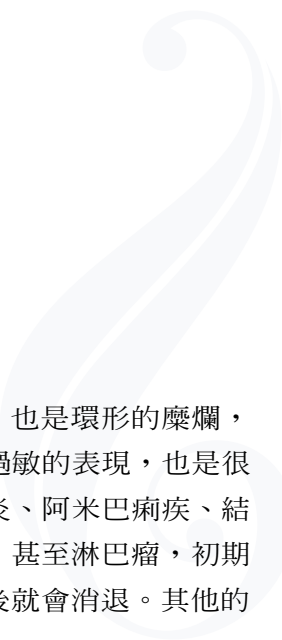
結果腸鏡檢查看見有很小的潰瘍，紅紅腫腫的、些微破皮，切片化驗之後，原來是有巨細胞病毒的感染，光用肉眼看，只能研判是結腸發炎，絕對想不到是巨細胞病毒作祟。這是我們第一次見識到巨細胞病毒結腸炎(CMV Colitis)，完完全全就是靠病理切片檢查，才能作正確之診斷。

依潰瘍變化 分辨病毒或罕病

在腸鏡可看到大腸是否有潰瘍，而依照潰瘍變化，也可以分辨病毒或罕病結核桿菌導致的結核性結腸炎(TB Colitis)。

結核性結腸炎的典型變化是大腸出現環形的糜爛、潰瘍，邊緣稍微隆起，切片檢查一看就是結核菌。我臨床的經驗中結核性結腸炎並不少，病人康復之後，大腸潰瘍會結痂，看得出結痂也是環繞橫軸的排列。而庫隆氏症(Crohn's disease)的表徵，





是縱形的潰瘍，邊緣是平的，黏膜正常。

Colitis Aphthosa(阿弗他潰瘍性結腸炎)，也是環形的糜爛，但看起來很像一個戒指的形狀；是對藥物過敏的表現，也是很多結腸炎最早的變化。不管是潰瘍性結腸炎、阿米巴痢疾、結核性結腸炎、庫隆氏症 都有這樣的表現，甚至淋巴瘤，初期也會有這樣的變化。如果藥物過敏，停藥後就會消退。其他的病，會繼續發展為潰瘍及更多的炎症變化。

服用藥物 大腸過敏

曾有一位肝硬化的病人發生自主性的細菌性腹膜炎，醫生從他的靜脈注射了一千兩百萬單位的盤尼西林，這是肝硬化患者治療腹膜炎的標準程序。三天後，病人肚子痛、大便出血。經我們檢查，在乙狀結腸找到出血、發炎，這個出血性結腸炎原來是盤尼西林引起的，只會出現在乙狀結腸部位。也就是說，藥物會產生的各種變化很多，各式各樣，非常值得觀察；還有的根本只有拉肚子，肉眼觀察卻沒有變化。

腸潰瘍 一生的朋友

以前常聽說「胃潰瘍」，其實也是有「腸潰瘍」這種病，也就是「潰瘍性結腸炎」(Chronic Ulcerative Colitis)，只是怕被人誤以為是結核性結腸炎，所以不用這個簡稱。

潰瘍性結腸炎是從直腸向上蔓延、甚至整個大腸都看起來「紅紅的」，都有潰瘍都有發炎了。有些嚴重的病人也會有關節、皮膚的病變。

臨床上，我看過五百多例潰瘍性結腸炎的病人，他們是我這一生中最費心照顧的一群病人。因為潰瘍性結腸炎是會跟著病人一輩子的，而且心情、工作等各方面都會影響病情，所以我會請他們有任何事情都可以來找我。看診時，如果跟病人比較熟之後，我會請他把家人找來，譬如說太太來了，我就跟她



說：「你先生這個病是不能受大刺激的，所以夫妻倆不要吵架。」甚至會請病人避免做大風險的投資，另外，要作息正常，保持身心愉快。一大串要求聽起來有點像愛管人家閑事的「管家公」。

過去認為潰瘍性結腸炎是西方人的毛病，東方人不會有，但我在臨床中實在遇到許多這樣的病人，剛開始病理科的大老葉教授根本不接受臺灣有潰瘍性結腸炎的說法，他說這個診斷是沒有根據的，他到一九七六年才同意接受我的診斷。

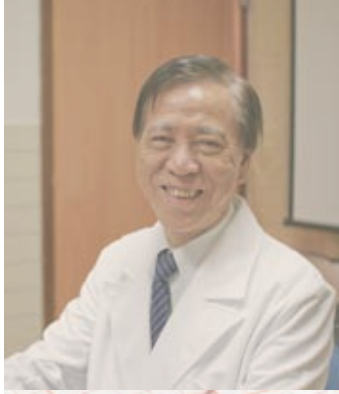

一九七五年，我準備到日本進修。出國前特地跟一個潰瘍性結腸炎的病人說：「你的血色素值太低，這是有生命危險的，你一定要趕快開刀，最好趕快做決定。」病人猶豫再三之後回答我：「好，那你到時候一定要回來看我。」心裡想說這病人還真固執，不過因為我總是跟潰瘍性結腸炎的病人說，「你們就像是我的兄弟姐妹一樣。」我是用這樣的方式對待他們的，所以也就答應他了。

出國之後我跟他保持連絡，得知他決定要開刀之後，我就回國一趟。看到切下來的標本幻燈片，我拿去找葉教授，「老師，這是潰瘍性結腸炎的切片。」標本紅紅的，葉教授定睛一看，驚訝地說：「這跟我在美國聖路易看到的，一模一樣。」從此以後，葉教授終於肯定，臺灣也是有潰瘍性結腸炎的。

拼十三篇論文 得教授資格

事實上，東方人得到慢性潰瘍性結腸炎的發生率是西方人的五分之一到十分之一，發病率比起來很低，但仍有整段結腸發炎(Total Colitis)的嚴重病況，而且出血嚴重的也不少。還有中毒性的巨結腸症(Toxic Megacolon)，甚至也看到潰瘍性結腸炎變成癌症。我在一九八〇年第三屆亞太內視鏡醫學會上就提出兩例轉變成癌症的報告，這些案例的特徵是中大腸發炎，且發病期間超過十五年，還有就是不止一個地方有癌症，預後很差。





一九八〇年臺灣主辦第三屆亞太內視鏡醫學會，我負責學術節目的安排，一看臺灣的報告太少，一口氣報了十三個題目，算是把最近十年的臨床工作及研究心得作了一次總整理。會後也出版論文專集，後來靠這些論文晉升為教授，算是認真工作之外的收穫吧！

交棒小兒專科 幼兒腸病無遁形

最早，小兒科沒有專人作內視鏡檢查。在一九八四年以前，都是我一個人在做小朋友的內視鏡檢查，用同一套大人用的內視鏡設備，大一點的小孩不是問題，從肛門口夠大，可進入大腸，不過一歲以下實在太小。現在已經交給小兒專科來專門處理，也有小兒專用的內視鏡設備了。

肛門出血，是小朋友需要做內視鏡的主要原因之一。幼兒性息肉(Juvenile Polyp)，也就是迷入性息肉，形狀有如草莓，不是結腸組織，而是身體的組織跑到結腸，形成一個個瘤。記得有個不到一歲的小朋友，長了約一公分長的息肉，接著像一根柄。後來又出現一個小朋友長了三公分的息肉 得到一個有趣的經驗，小兒的幼年性息肉也會因感染而變大，經使用抗生素後變小。

一九八二年我到菲律賓馬尼拉最大的聖托瑪斯大學演講小兒內視鏡，其中提出一例在一九七九年三月十六日為一位出生未滿二十四小時的新生兒作上消化道內視鏡，為一位才一個月大的小嬰兒切大腸息肉。這些都是世界紀錄。

為臺灣的內科醫師建立了內視鏡的訓練制度後，我開始培植小兒科的內視鏡人才。我先到小兒科的病例討論會上演講，歡迎小兒科醫師來學內視鏡。大概花了兩年時間來建立小兒科醫師的內視鏡訓練制度，自此之後就把小兒內視鏡的工作交還給小兒科的腸胃專科醫師了。

大腸鏡之麻不麻 是非題或選擇題

雖然現在各醫院的大腸內視鏡檢查，病人可以選擇在全身麻醉的情況下進行，但是我要以多年從事內視鏡的工作者說幾句話。

全身麻醉下，病人沒有痛苦比較舒服，但是增加了醫師執行內視鏡的風險。全身麻醉做大腸鏡是從美國開始的，而美國的腸鏡人才不多，訓練不如我們紮實，加上美國人的大腸又特別長，檢查常讓病人痛得哇哇叫，才會幫病人作麻醉。



我們檢查大腸鏡時，病人不必作全身麻醉的，我們會跟病人談話，轉移他的注意力，會詢問病人的感覺、狀況，他不舒服我們就停下來思考，為什麼？如何解決？用抽吸器吸出空氣，減輕腹脹，或拉回鏡管減輕對腸壁的壓迫，或變換一下位置等等，病人感覺變好些，就可以再繼續。這樣就可以避免戳傷大腸腸壁)，減少大腸穿孔的危險。

有一些健康檢查中心大聲廣告強調「無痛」的大腸內視鏡檢查，事實上是麻醉下作大腸鏡,增加很多不必要的危險。一方面我擔心執行大腸鏡檢查的是否接受過正式內視鏡之訓練，另一方面是麻醉的危險性及後遺症有沒有清楚地告知，麻醉時雖然無痛，但危險性包括腸穿孔及出血至少增高三倍. 而麻醉的後遺症導致老人癡呆的事實是不容忽略的。

另外，麻醉是非常專業的醫學，不是由內視鏡醫師自己作而應該交由麻醉科醫師來做，才可以減少麻醉的合併症，一般內視鏡的麻醉並沒有插管，呼吸會變得很淺，氧氣交換不足，氧氣降低，腦部細胞會受損、壞死，雖然比率不多但多次之後就容易發生老人癡呆症。所以四、五十歲以後不宜用麻醉。

前一段時間美國的電視專題報導就提及，美國前總統雷根在職期間，作完五次麻醉大腸鏡後，公開演講時，出現說話語句重複、含糊不清的狀況，就是老人癡呆的開始。他因為大腸息





肉，透過麻醉執行大腸鏡檢查及息肉切肉，前後進行過十三次大腸鏡檢查，也麻醉了十三次，結果無可避免地發生老人癡呆症。一世聰明落到這樣的後果，內視鏡醫師是難辭其疚的。

小心別把腸撐破 腸鏡技術臺灣好

腸子彎曲打折，有彈性，十公分的長度被撐長到十五公分、二十公分還沒問題；但撐到三十公分可能會產生裂(縫)痕。另外，要將腸鏡從降結腸深入到橫結腸，可能會在彎角處卡住無法彎過去，如果還繼續往前撐，可能會把大腸穿破。檢查的醫師一定要好好拿捏，不可以因為前方方位不明一直打空氣；更不能夠病人一緊張、痙縮，你就加壓打氣，好像比賽誰強。

根據美國梅約醫學中心的最新報告「大腸鏡穿破率」報告，其在早先的七年(一九九〇年代)與後七年(二十一世紀初)的差別並不大；腸鏡的穿破率前七年是每一千例一次，後七年是為一千五百例有一位；所以即使是有經驗的專科醫師執行大腸鏡檢查，仍有可能弄破大腸，穿破率是百分之零點一，若是較資淺經驗不足的，機率提高三、五倍。小心檢查，戒慎恐懼，是必要。至於在麻醉下做腸鏡檢查，也一定要說出利害關係。我認為，臺灣醫師的腸鏡檢查技術，遠超過美國人，是不必要冒險作麻醉的。

對於一般民眾來說，不管是潰瘍、還是長息肉，反正就是腸子出毛病了！但對我來說，從大腸鏡中看到一種又一種奇妙的病相，能夠正確分辨，是極大的成就感；能夠對症下藥地治療，幫助到病人是盡到身為腸胃科醫師的天職；而對兼任教職的我來說，把「腸鏡中微妙境界」的檢查治療經驗傳授給新進醫師，是更快樂的事。

