

高雄榮民總醫院 大腸直腸外科 一般衛教文件

科別	大腸直腸外科	編號：3080004
主題	淺談大腸憩室及其併發症	2003.07.01訂定
製作單位	大腸直腸外科	2023.08.30審閱/修訂

雖然大腸約有 130-150 公分長，且環繞於整個腹部，然而大腸憩室併發症的名氣，卻遠不及短短 3- 5 cm 長的闌尾炎。事實上大腸憩室一開始只是 19 世紀時，病理學家眼中較特殊的一些大腸壁的囊狀突起，一直到 20 世紀初才逐漸注意到它會造成發炎、膿瘍、穿孔、破裂、瘻管、出血等臨床併發症。且隨著飲食習慣的改變，人口結構老化，加上診斷工具(如電腦斷層掃瞄)的進步，發生率似乎有逐年增加的趨勢。以下概要介紹大腸憩室及其併發症的診斷及處理。

憩室症(Diverticular disease)

憩室是大腸壁的囊狀突起，從幾公厘至幾公分大均有。真正的憩室十分罕見，較常見者為假性憩室，即大腸的黏膜穿過肌肉層而向外膨出，假性憩室是屬於後天性的(acquired)。大部分假性憩室的膨出點為腸壁較薄弱的地方，也就是血管(vasrecti)穿透肌肉層的地方。

乙狀結腸是憩室最常發生的位置，憩室症的病患中，約有95%以上有乙狀結腸憩室。局限於乙狀結腸的憩室約占 65%的人。憩室症的發生率與年齡有關，40 歲時約占 5%，60 歲占 30%，而 80 歲 約占65%。憩室症在較未開發的國家較少見，原因可能與不同的飲食習慣有關。研究指出攝取纖維量太少可能與憩室症的致病有關。大部份的人都沒有症狀。而發生症狀的大腸憩室症(diverticular disease)及其併發症，依臨床症狀和表現，可概分為兩大類：憩室炎(diverticulitis)和出血(hemorrhage)。約 10 至 25%的病人以憩室炎表現，以出血來表現者約 15%。

一、 憩室出血 (diverticular hemorrhage)

憩室出血 (diverticular hemorrhage) 佔下消化道出血的 30 至 50%，雖然右側大腸較少有憩室的產生，不過大部分的憩室出血卻發生於此域

。憩室出血少發生在急性憩室發炎的狀態。約三分之二的病人會只有少量出血或潛血表現而已，另外三分之一則會有大量的出血。

診斷(Diagnosis)

大量下消化道出血的最初評估和處理端賴對病人做充分的復甦治療 (resuscitation) 和嚴密觀察。仔細的病史詢問，理學檢查、肛門指診、胃管抽吸、直腸鏡 (proctoscopy) 等皆可初步判斷出血來源。而進一步的診斷步驟則包括放射線同位素掃描 (radioisotope scanning)、選擇性腸繫膜血管攝影 (selective mesenteric arteriography)、食道十二指腸鏡 (esophagoduodenoscopy)、以及大腸鏡 (coloncopy)。

治療(Treatment)

在經過最初的復甦治療和修正血液凝固的缺陷之後，70 至 80 百分比的憩室出血病人會自動停止出血。在大量憩室出血的病人中，約有 15 百分比必需緊急手術，而沒有時間去做進一步的診斷。一旦當病人的出血點沒有辦法看出來時，死亡率約達到 30 至 50 百分比。當血管攝影看得到出血位置時，在血管內打 vasopressin 約可控制百分之九十病人的出血。施打 vasopressin 的禁忌包括對藥劑過敏以及曾經有心肌缺血的情況。不幸的是，在施打 vasopressin 控制出血成功之後，約有 50% 的再出血機率。緊急手術的適病情況包括病人有持續性的血流力學不穩定、需要大量輸血、以及再發性出血。

二. 憩室炎(DIVERTICULITIS)

發炎、膿瘍、穿孔、破裂、瘻管等狀況，可說是憩室炎不同程度、不同時期的臨床併發症。在西方國家，局限於乙狀結腸的憩室只佔 65%，不過大約 90% 的憩室炎卻發生於此。發生於右側結腸的憩室炎相當罕見，約佔 5% 而已。但在亞洲國家包括台灣，右側結腸的憩室炎則並不少見，甚至和左側結腸憩室炎比例相當。至於憩室炎局限於橫結腸者較少見。

第一次憩室炎發作的整體死亡率大約 5%，但因憩室炎穿孔破裂而須手術的病患，其死亡率則高達 20%。而第一次發作後有三分之一的病人，在 3 到 5 年之內會發作第二次，30% 到 40% 的病人會偶而有輕微的症狀，其餘的患者則不再發作。但若有第二次發作的病人，大概只有 10% 會完全不再發作 (symptom

free)。且第二次發作之後的併發症及癒後，都比第一次發作的病人來的嚴重。第一次憩室炎發作造成膿瘍及瘻管等併發症的比例約 20%，但在第二次發作之後則可高達60%，而死亡率也倍增。所以，對於發作過一次的病人，究竟那些人該接受選擇性手術，以避免更嚴重的併發症或死亡，是目前值得再進一步研究清楚的問題。

臨床表現

憩室炎的臨床症狀包括腹痛、壓痛、便秘、腹瀉、腹脹、發燒、以及白血球過多 (leucocytosis)。其中以腹痛為最常見之症狀，疼痛位置通常直接和大腸發炎位置相關，臨床上少有轉移痛(shifting pain)現象，這是右側大腸憩室炎和急性闌尾炎鑑別診斷的重要參考。有時也會在腹部、直腸、或陰道摸到壓痛的腫塊，若膀胱也遭到此發炎反應波及的話，則會有小便困難 (dysuria)、頻尿 (frequency)、和尿急 (urgency) 的現象。在此要強調，臨床上憩室炎很少合併出血的現象。

診斷

憩室炎必須與下列情況作鑑診斷：與憩室有關的結腸痙攣 (spasm)、急性闌尾炎、消化潰瘍穿孔、發炎性腸道病變 (IBD)、缺血性腸炎、大腸癌 以及子宮周圍附屬構造 (adnexa) 的疾病。從病史和臨床表現常可做一個正確的診斷，進一步的證實則需要借重其他的診斷工具。但這類病人其腹膜炎症狀大多已很明顯，常常須剖腹探查而等不及進一步檢查。

在憩室炎的急性期最好暫緩做大腸的鋇劑灌攝影、大腸鏡，避免造成憩室旁膿瘍的破裂而併發濃汁流入腹膜腔。電腦斷層攝影是急性期最佳診斷工具，可同時顯示腹內的其他狀況及膿瘍(phlegmons) 的嚴重度。細管抽吸引流腹內膿瘍 (pig-tail drainage) 亦可在電腦斷層的指引下進行。在急性發炎反應消褪之後，憩室炎的病患應該進行鋇劑灌腸攝影或大腸鏡檢查，如此便可清楚疾病的侵犯範圍和是否合併其他共存的疾病。

治療

當病人症狀輕微時，可以在門診用抗生素治療加上叫病人攝取清澈流質的食物。但是當憩室有穿孔造成病人臨床症狀較明顯，或門診治療後症狀一

再發作時，則最好住院作進一步評估及治療。原則上，只要腸管休息、注射點滴、止痛劑、以及靜脈注射抗生素，大部份的病人會對積極的內科療法有反應而得到緩解。

在急性憩室炎消褪之後，要鼓勵病人多攝取高纖維飲食使糞便體積增加以及避免便秘情況的發生。但若有廣泛性腹膜炎，或糞便性腹膜炎(fecal peritonitis)，這時病人大都因明顯廣泛性腹膜炎徵兆而接受緊急手術。當然，在急性期的狀況下作手術的 morbidity 和 mortality 就相對地高很多。我們常比喻這就像要去摘除蜂窩，最好等蜜蜂都不在，否則就會弄得滿頭疤。所以，除非病人臨床腹膜炎症狀廣泛而明顯，一般都希望等症狀緩解之後，再考慮要不要做選擇性手術(elective surgery)。

當然，在積極的內科療法 24 至 48 小時之後，若反應不佳或情況繼續惡化。就必須緊急剖腹探查，約20%的病人內科療法無效而必須施行緊急手術。另外，若無法排除惡性腫瘤時，也是手術的適應症(indication)。

三、其他併發症

瘻管(fistula)的形成是較少見的併發症，其好發處常在乙狀結腸。大腸膀胱瘻管(colovesical fistula)較常發生在男性，約佔所有瘻管病例的三分之二，它的症狀表現包括急尿、小便困難、以及頻尿。約有 75%病人會出現尿中帶有空氣(pneumaturia)、和尿中帶有糞便(fecaluria)現象。對於此種大腸膀胱瘻管(colovesical fistula)病人實施膀胱鏡檢查(cystoscopy)和鋇劑灌腸攝影(barium enema)是有其必要。大腸體表瘻管(colocutaneous fistula)是第二常見的瘻管，再其次是大腸陰道瘻管(colovaginal fistula)。選擇性大腸片段切除、膀胱的初級縫合(primary colsure)、加上大腸段的初級縫合(primary colon anastomosis)對大部分經過充分大腸準備的大腸膀胱瘻管病人而言，是十分安全的手術。

慢性的的大腸狹窄(chronic colonic stricture)也是憩室炎的併發症之一，有時很難與大腸癌做鑑別診斷。仔細詢問病史，也許可以發現病人以前曾有憩室炎的發作、腹痛、以及並有大便出血的現象。不過正確的診斷當然仍有賴切片檢查或者將病變的腸段局部切除並送病理檢驗。

結論

由於飲食習慣的改變及社會人口結構的老化，我們可以預期大腸憩室症及其併發症的發生率將會愈來愈高。而正確的病情診斷則是適當治療的首要條件。

備註：視情況修訂或審閱

警語：所有衛教資訊內容僅供參考使用，無法取代醫師診斷與相關建議，
若有身體不適，請您儘速就醫，以免延誤病情。