

淺談大腸憩室炎之處置

國軍左營總醫院臨床藥劑科藥師 陳立材、饒明元、范艷秋、邱騰億

署立屏東醫院藥劑科藥師 江吉文

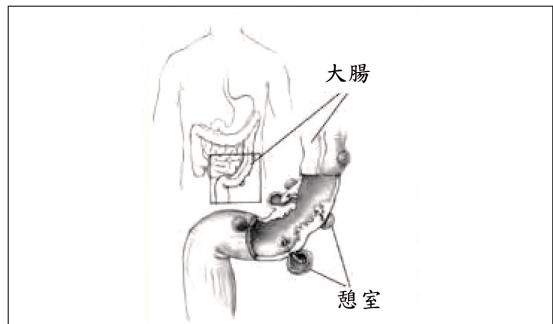
摘要

許多人在大腸內壁會出現一些小凹囊；並在較薄弱之處向外膨出成囊袋狀，此每一個囊袋稱之為大腸憩室，許多的憩室則稱之為大腸憩室症，最常見的症狀為左下腹部壓痛。大腸憩室炎則來自於大腸憩室產生發炎的疼痛狀況而有著高的致病率與死亡率。單純性的大腸憩室炎有時可以在門診以飲食限制及口服抗生素處置即可，複雜性的大腸憩室炎則須住院；合併禁食與施打輸液及注射抗生素治療。當病人對抗生素療法產生不耐受性時；藥師可強化病人對服藥順從性之重要性觀念；並提供替代療法供醫師參考。

關鍵字：大腸憩室、大腸憩室症、大腸憩室炎、diverticulum、diverticulosis、diverticulitis

壹、前言

憩室 (diverticulum) 是消化道壁表層凹陷並向外突起造成之囊窩狀結構 (參見圖一)，其中又以大腸壁最容易發生；其主因大都是後天性的腸壁肌肉層退化變弱，再加上腸腔壓力異常增大而產生，亦稱之為大腸憩室症 (diverticulosis)¹。大腸憩室症多半無症狀或僅是輕微，但有時候會因為糞便卡在憩室內造成糞石，進而造成憩室內黏膜感染發炎而導致大腸憩室炎 (diverticulitis)；另亦可能因日積月累反覆發炎而導致膿瘍或穿孔而甚至產生嚴重出血之併發症而危及生命²。



圖一 憇室示意圖

貳、流行病學

大腸憩室症的發生率隨著年齡的增加而增加，一般在40歲前鮮為少見，但超過60歲時的發生率約為50%³。在美國大約有10%之40歲以上民眾罹患此症⁴。一般認為大腸憩

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與缺乏高纖維食物有關；在西方國家約95%好發在左側大腸(降結腸)，但在亞洲國家則以右側大腸(升結腸)居多，此與種族基因、人民生活方式與居住環境有關⁵。另由大腸憩室症引發大腸憩室炎機率約為10%-25%³。

參、病因學

主要是糞便嵌入狹窄之憩室頸部成為糞石；而使腸腔阻塞及黏膜受損，此時憩室內黏膜因持續分泌黏液，導致憩室內壓力增加，進而使得憩室內血流降低而造成黏膜缺血，再加上細菌感染而產生發炎現象甚至穿孔⁶。

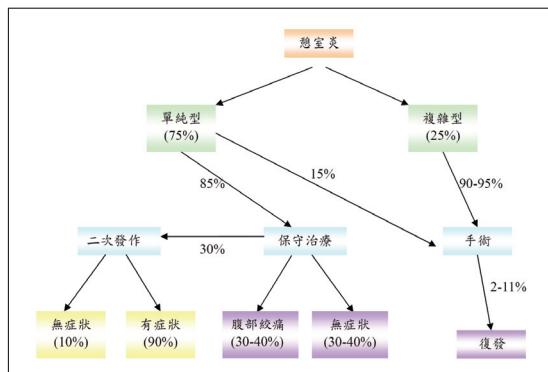
肆、臨床表徵與診斷

大腸憩室炎多半是急性發作，病人會出現急性腹痛，疼痛位置視憩室生成的位置而定；此外亦會出現發燒、腹部壓痛、噁心嘔吐、腹脹、便秘、腹瀉或肛門出血等症狀⁷。但因為憩室的形成位置不固定，所以大腸憩室炎跟很多腹部疾病不易分辨；故應先排除闌尾炎、骨盆腔發炎、腸躁症、發炎性大腸炎、大腸癌或卵巢癌之可能性；可從病史、年齡及理學檢查，進而安排電腦斷層或內視鏡檢查來作鑑別診斷；若疑似憩室出血時，可用血管攝影協助找出出血點；另當疑似急性憩室炎時，避免併發症的產生，不建議施行大腸鏡或非水溶性銀劑灌腸X光攝影⁸。

伍、治療與預防

大腸憩室炎一般可區分為單純性(占75%)與複雜性(占25%)，單純性大腸憩室炎通常只是反覆出現輕微症狀，患者大都可於門診以口服藥物治療即可；一旦發生阻塞、膿瘍、穿孔或瘻管時，則屬於複雜性大腸憩

室炎，此時除了住院及改用注射抗生素治療外，當無法有效控制病情時則須以外科手術之介入進行病灶切除⁹。憩室炎之自然史參見圖二。



圖二 憩室炎之自然史¹⁰

一、藥物治療

大腸憩室炎之細菌感染菌種主要為革蘭氏陰性菌及厭氧菌，面對症狀輕微的大腸憩室炎，建議選擇流質食物或禁食2-3天，讓腸道得到充分休息，加上點滴及電解質之供給，另醫師多半會給予口服的廣效抗生素治療7-10天，如 augmentin (amoxicillin/clavulanate) 875 mg/tab bid 或 metronidazole 500 mg/tab tid + ciprofloxacin 500 mg/tab bid 或 metronidazole 500 mg/tab tid + sulfamethoxazole 60 mg(trimethoprim 800 mg/tab bid 是較常見的處方藥物^{2,10}。當病人無法耐受 metronidazole 時，建議可以 β -lactam 類抗生素或 moxifloxacin 取代之¹⁰。若病人年紀過大、免疫不全；或出現高燒、白血球上升、腸阻塞、膿瘍、瘻管、無法緩解之腹痛，此時就需住院施打針劑抗生素治療，直至發炎情況穩定及腹痛得以緩解之後，再改用口服治療，並完成10-14天的療程^{2,10}。建議適合靜脈注射的抗生素療法參見表一。

表一 適合靜脈注射的抗生素療法¹⁰

經驗性抗生素療法
1. 以下列 β -lactam/ β -lactamase inhibitor 類抗生素單一治療
- Ampicillin-sulbactam (3 g / Q6H)
- Piperacillin/tazobactam (3.375 g / Q6H或4.5 g/Q8H)
- Ticarcillin-clavulanate (3.1 g /Q4H)
2. 第三代cephalosporin 如 ceftriaxone (1 g IV/ QD) 加上 metronidazole (500 mg IV/Q8H)
經驗性抗生素取代療法 (對 β -lactam 類抗生素耐受性不良)
1. Fluoroquinolone (如 : ciprofloxacin 400 mg IV /Q12H 或 levofloxacin 500 mg/ IV/ QD) 加上 metronidazole (500 mg IV /Q8H)
2. 以下列 carbapenem 類抗生素單一治療
- Imipenem (500 mg /Q6H)
- Meropenem (1 g /Q8H)
- Ertapenem (1 g /QD)

二、手術治療

當病人經常出現復發性的憩室炎、積極藥物治療後無法有效改善、穿孔、瘻管形成、大腸阻塞或出血時，則需進行外科手術切除病灶治療，目的在於排除併發症之發生及控制敗血症，以降低病人住院天數及死亡率¹¹。

三、非藥物治療

益生菌可以干擾致病菌的附著、抑制致病菌生長、改變細菌叢生態、抑制不必要的發炎反應而增強腸道的免疫功能，並且使排便順暢，故對有許多有憩室症的人，益生菌或許是一個考量¹²。

陸、預後

約有1/3之未施行手術之大腸憩室炎之患者在一年內可能複發，複發率約為20-30%

¹¹。另外長期多攝食高纖食物(建議每天20-30 g)及多喝水，可幫助排便及減少腸道壓力，養成每日運動及良好的排便習慣等，亦可達到不錯的預防效果²。

柒、結論

雖然大腸憩室症並非先天病灶，但由於飲食習慣的改變及社會人口結構的老化，可預期大腸憩室症及其併發症的發生率將會愈來愈高。藥師的角色除了協助醫師選擇合適的抗生素療法、當病人產生不耐受性時透過衛教提升服藥順從性、衛教抗凝血藥物可能在大腸憩室症造成出血的風險之外；另亦可幫助病人選擇合適的高纖維食品及慎選具影響凝血功能的保健食品，因為有大腸憩室症的人，腸道原本就比較容易出血，如果又常吃些銀杏、納豆、紅麴、魚油、靈芝等具影響凝血功能的保健食品，就可能出現腸胃道出血的風險，不可不慎。此外，亦得衛教病人未經醫師處方不要擅自使用瀉藥或灌腸劑，而造成大腸的依賴性。

參考資料：

1. Farrell RJ, Farrell JJ, Morrin MM: Diverticular disease in the elderly. Gastroenterol Clin North Am. 2001; 30: 475-96.
2. Albrecht S: Management of Diverticular Disease ,US Pharm. 2010; 35 (12): HS2-HS10.
3. Sheth AA, Longo W, Floch MH: Diverticular disease and diverticulitis. Am J Gastroenterol. 2008; 103: 1550-1556.
4. Bogardus ST: What do we know about diverticular disease? A brief overview. Journal of Clinical Gastroenterology. 2006; 40: S108-S111.
5. Commane DM, Arasaradnam RP, Mills S, et al: Diet, ageing, and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. World J Gastroenterol. 2009; 15: 2479-2488.
6. Salzman H, lillie D: Diverticular Disease: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2005; 72: 1229-1234.
7. Shen SH, Chen JD, Tiu CM, et al: Colonic diverticulitis diagnosed by computed tomography in the ED. Am J Emerg Med. 2002; 20: 551-7.
8. Stollman NH, Raskin JB: Diagnosis and management of diverticular disease of the colon in adults. Am J Gastroenterol. 1999; 94: 3110-21.
9. Trivedi CD, Das KM: Emerging therapies for diverticular disease of the colon. J Clin Gastroenterol. 2008; 42: 1145-

- 1151.
10. Fadok TY, Pemberton JH: Treatment of acute diverticulitis, http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-diverticulitis?source=search_result&selectedTitle=1%7E15.
 11. Frattini J, Longo WE: Diagnosis and treatment of chronic and recurrent diverticulitis. *J Clin Gastroenterol.* 2006; 40(suppl 3): S145-S149.
 12. White JA: Probiotics and their use in diverticulitis. *J Clin Gastroenterol.* 2006; 40(suppl 3): S160-S162.

Management of Diverticulitis

Li-Chai Chen¹, Ming-Yuan Rao¹, Yan-Qiu Fan¹, Teng-Yi Qiu¹, Chi-Wen Jiang²

Department of Pharmacy, Zuoying Armed Forces General Hospital¹

Department of Pharmacy, Pingtung Hospital, Department of Health²

Abstract

Many people have small pouches in the lining of the large intestine, that bulge outward through weak spots. Each pouch is called a diverticulum. Multiple pouches are called diverticulosis. The most common sign on examination is tenderness in the lower left side of the abdomen. Diverticulitis from inflammation of diverticula is a painful condition that results in high morbidity and even mortality. Uncomplicated diverticulitis can sometimes be managed on an outpatient basis with dietary restrictions and antibiotics. Complicated diverticulitis, require hospitalization with NPO (nothing by mouth) and on IV fluids and IV antibiotics. The pharmacist can stress to the patient the importance of medication compliance and offer alternatives to the physician if the patient cannot tolerate a regimen.

