



# 內視鏡下的消化道潰瘍

文／內科部消化系 主治醫師 高榮達

**消**化道潰瘍是胃腸道黏膜受到胃酸及胃蛋白酶破壞所導致的組織缺損，這種缺損可於胃腸道的任何一處發生，主要部位為胃或十二指腸球處，只要黏膜組織暴露於刺激因子，例如酸與胃蛋白酶足夠的濃度與時間，便有可能造成。相較於僅表淺胃黏膜受到傷害的胃炎或胃糜爛，潰瘍的組織缺損較深，深及黏膜下層或更深之處，癒合後常留下疤痕，且有黏膜皺襞集中的現象。

## 胃潰瘍

消化道潰瘍又分胃潰瘍與十二指腸潰瘍。大部分良性的胃潰瘍發生在遠端的胃體部或接近胃角處，隨著年齡增長，潰瘍則較易發生在上端的胃體部、胃底部或賁門處，小彎側也較大彎側為多。此外，胃潰瘍通常是單一性的，但經常服用Aspirin或NSAIDs等藥物的患者常見多發性潰瘍。直徑小於3公分的胃潰瘍通常是藥物引起，但仍須與胃癌作進一步的鑑別診斷。

## 內視鏡影像的診斷準則

經由內視鏡檢查，潰瘍底部、邊緣與周圍皺襞的表徵，可作為判斷良性潰瘍或胃癌的重要線索。

## ●潰瘍底部

特徵是覆蓋白色或黃灰色的白苔，這是纖維性肉芽組織所形成的。出血時，其底部有血塊或血色素附著，偶可見到裸露的血管。在急性期，其底部呈現規則平滑的卵圓形，若潰瘍進入修復期，底部形狀會變得比較不規則。

## ●潰瘍邊緣

良性潰瘍的邊緣為規則平滑及稍微隆起，較有一致性，與惡性胃癌所致潰瘍的不規則及結節狀邊緣不同。潰瘍早期，邊緣規則且無明顯發紅；當進入修復期，邊緣會變得較不規則及發紅，甚至呈現結節狀。若為復發性的潰瘍，會因為先前已結疤的潰瘍，而使得此次在同一位置出現的潰瘍邊緣呈扭曲狀。

## ●周圍皺襞

良性潰瘍的黏膜皺襞通常會集中在潰瘍邊緣，但正值急性期或較大的潰瘍，因其邊緣腫脹，黏膜皺襞無法集中到潰瘍邊緣，因而容易被溶入而消失。

## 內視鏡影像的分期

日本的崎田、三輪等學者經內視鏡影像分析，將潰瘍分成3個時期：活動期（A1-A2）、修復期（H1-H3）與瘢痕期（S1-S2），有助於判斷潰瘍治療的效果。

## 良性與惡性潰瘍的鑑別診斷

胃癌導致的惡性潰瘍，底部較不規則，白苔不均勻且髒；潰瘍邊緣不完整，呈不規則形狀或結節狀，容易出血；潰瘍周邊黏膜顏色有異常變化，呈糜爛狀或遭到吞噬；周圍黏膜皺襞常無法集中到潰瘍邊緣，易有斷裂、融合、末端粗大或突然變細等現象。但因潰瘍的表現是多型多樣的，偶有惡性的外觀卻是良性的潰瘍，或者良性的外觀卻是惡性潰瘍的報告。大約20%的病例無法藉由內視鏡來判斷良性或惡性，另有大約10%的早期胃癌被內視鏡誤診為良性，須藉助內視鏡染色法、刷取細胞學檢驗法或放大內視鏡，對疑似部位進行更詳細的觀察。

一般而言，任何胃潰瘍均應做切片病理診斷，切片方法是在病灶的四分區，最好是在潰瘍邊緣的內側、結節、凹陷處、變色區等不正常的區域，分別取得組織，且要切取6片以上。

## 十二指腸潰瘍

十二指腸潰瘍大部分發生在球部，約有50%位於前壁，上壁及下壁各占20%，後壁較少發生。若潰瘍發生在相對的兩側，則稱為接吻潰瘍。大部分的潰瘍直徑小於1公分，巨大潰瘍的直徑則可超過2公分，多數為圓形或卵圓形，約10%為不規則形，常見於有瘢痕已變形的球部。瘢痕是同一處反覆

受傷所致，因而引起黏膜下層纖維化，在潰瘍周邊的肌肉層會變得肥大，形成脊狀皺襞，界於皺襞之間則會形成假性憩室。十二指腸潰瘍很少有惡性變化，但若出現類似惡性胃潰瘍的特徵，仍應做切片病理檢查。

## 消化道潰瘍出血的內視鏡療法及限制

消化道潰瘍的併發症，主要有三，即出血、穿孔及阻塞，其中以出血最為常見，發生率10-20%，阻塞比較少見，約2%。針對出血，內視鏡的因應方法包括：1.局部注射法，如稀釋腎上腺素、純酒精、高張性鹽水腎上腺素等。2.熱能凝固止血，包括接觸性與非接觸性兩種，非接觸性有雷射光凝固、氫氣電漿凝固；接觸性有熱探針、電燒凝固、微波凝固法。3.機械式止血法，如止血夾、套結法、縫合等。4.局部藥液噴灑法，如腎上腺素，thrombin、fibrin、sucralfate gel等，但效果較不確定。較常使用的方法為熱探針、局部注射法、止血夾及APC等。

適合以內視鏡止血的情況，包括活動性出血，尤其是動脈性出血或有血管露出的潰瘍，以及其他經內科藥物治療失敗或再出血等等。內視鏡止血法在臨床應用也有其困難及限制：1.廣泛性出血，如出血性胃黏膜病變，合併有DIC者。2.潰瘍露出血管，管徑大於2mm。3.嚴重球部變形的十二指腸球部下側大量出血等。一般而言，對動脈出血的止血效果較差，成功率約35%；對靜脈、微血管出血的止血效果較佳，成功率約80%；對於無血管露出的新近出血跡象，效果則幾近100%；至於露出血管，如管徑小於1mm，止血率可達90%；若大於2mm，止血率只有40%，必要時應考慮手術止血。⊕