

年

輕男士背痛，大多以為是撞到腰骨，或扭傷背肌，怎會料到是腸道出事？

三十八歲的陳先生就有這不尋常的經歷，「大約八月中開始不適，背部後腰位置奄奄痛，好像是從背脊骨痛出來，又有點像肌肉痛。初時也忍住，畢竟不是勁痛，之前也出現過一次，數日後痛楚便消退，故沒想過要見醫生。」陳先生向記者說。

誰料這回痛楚持續一星期仍未消退，且有愈來愈痛之勢，有一晚陳先生半夜痛至標冷汗：「當時覺得不對勁，不但腰骨痛，而且渾身滾燙，像發燒似的，翌日立即去見骨科醫生。」

腸道膿瘡壓腰骨

以為「腰骨痛」，自然認為是腰骨有問題，但陳先生見過骨科醫生，詳細說明病徵，醫生為他照過背部X光後，卻沒有發現問題，到底會是甚麼作惡呢？骨科醫生細心分析其症狀，推斷陳先生可能內裏器官出問題，建議他入院檢查清楚。

「我足足住院一星期，這個星期內，做過全身電腦掃描檢查，亦抽過血做全面的化驗，結果發現



▲ 每年三月二十四日是國際防癆日，提醒大家對肺癆病的關注及防禦。

▶ 肺結核患者肺部會呈現花白。



肺結核病 每年五千新症

肺結核俗稱肺癆，是由結核桿菌（Mycobacterium tuberculosis）引起的疾病。結核桿菌可侵襲人體多個器官，因它由空氣傳播，經呼吸道進入人體，破壞肺部，故肺結核病佔所有結核病的大多數。

肺結核病發病率近年不斷下降，然而從未絕迹，根據衛生防護中心記錄，本港每年約有五千多宗肺結核新症。患者病徵為長期咳嗽（超過兩星期）、疲倦、胃口差、消瘦及夜汗。

肺結核病分為開放性及非開放性兩種，前者具高度傳染性，患者痰沫帶菌，後者痰沫不帶菌，不會傳染他人。

並不是所有感染結核桿菌的人都會發病，若免疫系統正常，可抑壓體內結核桿菌的生長及繁殖，病徵便不會出現。感染病菌的人，只有一成會發病，主要令肺組織發炎、纖維化及鈣化。結核菌會循血液或淋巴腺擴散至全身，如腦膜、肝臟、腎臟、骨骼、骨髓、脾臟、腎上腺等。肺結核患者經肺部X光及痰液樣本檢查確認後，需接受為期六個月療程。

由於藥物可殺死主要的結核菌，但不能消滅不活躍的細菌，加上部分患者沒有服足藥物，故大約有一成患者會復發。

腸道X光造影，可檢視小腸、結腸及直腸的情況。



我小腸某位置有一個陰影，醫生估計是長期炎症造成的膿包！」

為何小腸會有膿包呢？要找出原因，必須深入小腸緝兇，然而由於當時炎症非常嚴重，置入任何外來檢查儀器會有風險，但未找出原因前，醫生亦不知施以何種治療，故陳先生當時只有靜

腸道造影 檢視潰瘍

由於陳先生的膿瘡在小腸，

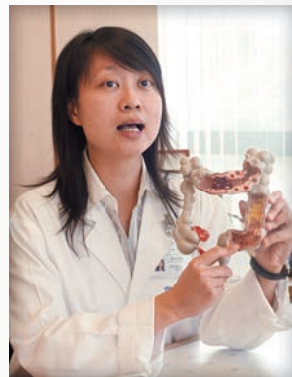
大，壓住腰骨，故引起腰背痛。為何腸道會有膿瘡，相信是腸道慢性炎症造成，但炎症到底由甚麼引起，則要進一步檢查才能確定。」陳安安醫生說。

養和醫院腸胃肝臟中心主任陳安安醫生說，從電腦掃描圖片中，發現陳先生的小腸有陰影，從影像推斷，應該是膿瘡。「陳先生的腸道膿瘡由於體積

生於是到養和醫院腸胃肝臟科中心求醫，希望盡快找出答案。

候炎症改善，或新症狀出現才能作進一步行動。

然而有病總不能乾等，陳先生於是到養和醫院腸胃肝臟科中心求醫，希望





離奇背痛

誰是真兇？

大家以為肺結核病（俗稱肺癆）已絕迹香港，其實它仍存在於社區中，所以當身邊有人染上肺癆，大家不必驚訝，事實上，香港每年仍有五千宗肺癆病例，當中有一成屬復發個案。

三十八歲的陳先生對於十九年前患肺癆病幾乎已忘記，但最近一次離奇背痛，醫生在追兇過程中，發現極有可能是肺癆菌再度作惡，但亦有機會是另一極度嫌疑犯來襲，到底誰是真兇？



手術將其取出。

幸近十年醫療科技又衝破關卡，研發出「雙氣囊小腸內視鏡」(Double balloon enteroscopy)闖禁地。

「這是一條比胃鏡更幼小的管，末端是鏡頭，附有單球囊亦有雙球囊。這條小腸鏡從病人口腔進入，操作時就像爬蟲一樣，沿途由球囊撐開腸道，然後伸出小爪將前面一截腸道往後拉，球囊再撐開，它便可以一直進入，檢視整條腸道。」陳醫生解釋。這是一種檢視小腸的新技術，檢查小腸頭段可從口腔進入，檢查尾段則用另

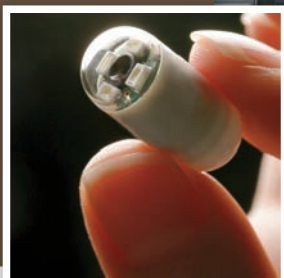


▲小腸內視鏡有單球囊亦有雙球囊，圖為雙球囊小腸內視鏡。



膠囊內視鏡可檢視整個消化道情況，拍下影像後由醫生分析。

▼膠囊頂端附有鏡頭，每五秒拍攝一張照片。



▲球囊膨脹撐開腸道，末端附有鏡頭，並有小爪伸出抓住腸道。



▲膠囊拍攝影像後會轉送這接收器，而膠囊會隨糞便排出。

不會斷尾的病症

一支從肛門進入。

陳先生接受小腸球囊內視鏡檢查時，醫生並在膿瘡位置取出組織化驗。由於病理報告需時多日，故化驗人員為組織進行快速測試，當中沒有肺癆菌。另一方面血液檢驗中亦沒有發現活躍的肺癆菌，醫生確認陳先生所患的



▲管道較胃內視鏡幼小，方便穿越彎曲而窄的腸道。

是慢性腸道炎症——克隆氏症。

「幸好不是肺癆復發，如果是，我又要接受為期六個月藥物治療，到時便辛苦了。」陳先生說。原來十九年前他服用治肺癆藥後有眼花頭暈等副作用，好不辛苦。如今確認是患上克隆氏症，他馬上接受類固醇及消炎藥物治療。

然而對於患上克隆氏症，陳先生卻深感無奈。「這是一種不會斷尾的病症，免疫系統隨時會發起攻擊，腸道隨時會再次無端發炎，所以我需要長期服用藥物，控制住腸道。」

一般克隆氏症患者都會腹痛及肚瀉，為何陳先生沒有這些症狀？「我自己也不理解，病發前我排便習慣一向正常，是每天有三次的一種，但就從來沒有因為腹痛才去洗手間。」陳先生說。不過當記者再追問何時有此習慣時，他細心回想才洞悉這是近一年才建立的習慣，說不定克隆氏症在這一年已不斷影響腸道，只是他沒有發覺而已。

目前陳先生已完成治療，月前覆診確認腸道炎症已完全控制，而從未住過醫院的他深感健康寶貴，日後會更注重健康，並會定期做健康檢查。回

故陳醫生懷疑可能是克隆氏症引起，這是一種由免疫系統失衡而令腸道自我攻擊的慢性疾病，主要影響小腸及結腸，常見病徵是腹瀉。然而在查問病歷時，陳醫生知悉陳先生在年少時曾經患肺癆，這便令診斷出現變數。

「肺癆菌有機會潛伏在體內伺機再作惡，走到身體不同器官造成破壞，例如骨骼、腸道等，所以陳先生的腸道膿瘡，有機會是由肺癆菌引起。」

陳先生所患的是「肺癆腸」還是「克隆氏腸」，必須明確分辨，才能對症下藥。陳安安醫生解釋，兩者的治療互有抵觸，走錯方向會令病情加劇，「如果是克隆氏症，應處方類固醇壓抑免疫系統，但如果不是克隆氏症但實際是肺癆菌作惡，壓抑免疫系統便會令肺癆菌如虎添翼，更容易走勻全身！」

要找出誰是真兇，需抽取發炎膿瘡組織進行病理化驗，但因為發炎位置在小腸非常深入位置，加上當時炎症嚴重，未能置入任何儀器，陳醫生惟有先處方抗生素，希望炎症能紓緩才可作進一步檢查。

期間醫生安排他進行腸道造



小腸內視鏡分兩種，一種從食道進入，可檢視小腸頭段，另一種從肛門進入，檢視小腸尾段。

克隆氏症

克隆氏症是一種非傳染性的慢性消化道炎症。此病是由美國醫生Dr. Burrill Crohn及同事在1932年首先發現，故命名為克隆氏症（Crohn's disease）。

克隆氏症主要影響消化道，發病位置多在大腸及小腸，但整條消化道，即從口腔至肛門都可能受影響。患者主要受免疫力攻擊，致腸道出現炎症。患者常見病徵有腹痛、氣脹、肚瀉，和腸胃炎很相似。

由於目前未有根治的方法，患者只能以藥物控制，包括5-胺基水楊酸（5-Aminosalicylic acid）、類固醇及壓抑免疫系統過度活躍藥物如Azathioprine，另外TNF alpha抗體如Infliximab及Adalimumab亦效果良好。

如藥物治療無效，或患者小腸或結腸因長期發炎而狹窄出現阻塞、瘻管等，需要進行外科手術，切除受影響部分。

球囊小腸鏡闖禁地

幸好陳先生在服用抗生素後，炎症有好轉，故陳醫生馬上安排進行小腸內視鏡檢查。

昔日由於醫療儀器所限，胃鏡最遠可到達十二指腸，大腸鏡最遠又只能到達盲腸，但彎彎曲曲長達六公尺的小腸則屬內視鏡禁地，要檢查，惟有用膠囊內視鏡（Capsule Endoscopy），吞下一個附有微型鏡頭的膠囊，從頭到尾將腸道的影像紀錄下來。但膠囊內視鏡對陳先生來說並不適合，因為萬一他患的是克隆氏症，發炎腸道如有窄位，可能會塞住去路，而窄位亦會令鏡頭影像受阻，未必能看得清。而事實上，過往曾有個案，事主的膠囊內視鏡在腸道塞住，最後需進行

影（CT Enterodysis），飲下顯影劑（Gastro grafín）後再用電腦掃描檢視腸道所有位置，看清楚有沒有其他位置出現潰瘍，以及是否有瘻管（fistula），如果有，即腸道已潰爛至腸道外，在腹部產生黏連，處理比較複雜。

檢視腸道的同時，陳先生亦要進行血液檢查，包括是否有肺癆菌，或其他細菌感染。