

出國報告(出國類別：進修)

日本東京醫科齒科大學
小腸鏡進修返國心得報告

服務機關：國防醫學院三軍總醫院

姓名職稱：張肇丰、少校主治醫師

派赴國家/地區：日本/東京

出國期間：112 年 6 月 30 日至 112 年 10 月 15 日

報告日期：112 年 10 月 20 日

摘要

發炎性腸道疾病（Inflammatory Bowel Disease，IBD）在亞洲的盛行率相對較低，但在近年來有增加的趨勢。IBD 是慢性腸道疾病，主要包括克隆氏病（Crohn's disease）和潰瘍性結腸炎（ulcerative colitis）。由於飲食生活文化改變，東方人有明顯增加。IBD 的主要症狀包括腹痛、腹瀉、體重減輕、疲勞和血便等。診斷通常需要進行大腸鏡檢查、組織檢查（活檢）、血液檢查和影像學檢查，以確定疾病的類型和嚴重程度。其中還包含膠囊內視鏡和小腸鏡檢查，本次在日本在內視鏡領域研習，特別是深部小腸鏡和膠囊內鏡鏡的運用對發炎性腸道疾病的病程各階段診療和病人在疾病時期生物製劑搭配各項藥物治療的應用。

目次

摘要.....	2
第一章 目的.....	4
第二章 過程.....	5
第三章 心得及建議	12

目的

三軍總醫院肝膽胃腸科目前有內視鏡中心，超音波室和胃腸肝膽科實驗室。醫療服務涵括例行性胃腸肝膽方面檢查，內視鏡治療：治療內視鏡止血術、高階上下消化道內視鏡檢查、內視鏡超音波檢查，早期癌症之診斷與治療。本科目前依功能性設有專組：上下消化道組(含治療內視鏡)、小腸鏡組、膽胰組(含內視鏡超音波)、肝炎及肝癌小組。

目前在科裡已規劃在小腸鏡組成員，並負責臨床照護發炎性腸道疾病的病人，也加入院內多專科共照團隊組織。本次進修的目的是前往日本發炎性腸道疾病治療中心東京醫科齒科大學，在內視鏡領域研習，特別是深部小腸鏡和膠囊內鏡鏡的運用對發炎性腸道疾病的病程各階段診療。

過程

潰瘍性結腸炎和克隆氏症是最常見的發炎性腸道疾病類型，是難治性疾病，其特徵是腸道慢性發炎。這些疾病推測是由環境因素參與的免疫異常所誘發的。日本針對此類的病人在各區域都會以轉介的模式，將病人集中在專門醫院治療。目前日本患者人數持續增加，至少 20 多萬名患者患有發炎性腸道疾病。在東京醫科齒科大學每月有大約 5000 位發炎性腸道疾病病人追蹤，克隆氏症的病人占了很多。

在東京醫科齒科大學進修的三個多月期間，學習指導老師為大塚教授，教授目前為該醫院內視鏡中心主任，並為日本撰寫小腸鏡應用指引，專長為研究領域為單氣囊小腸鏡和難治性克隆氏症腸道狹窄處置治療。本次在日本能夠認識到大塚教授非常幸運，要感謝科內所有老師和內視鏡中心主任黃天祐主任介紹。大塚教授多次來台灣演講分享小腸鏡和發炎性腸道疾病臨床經驗。今年八月也受邀到小腸醫學會在成大醫學院演講 Endoscopic and imaging diagnosis and assessment of IBD。

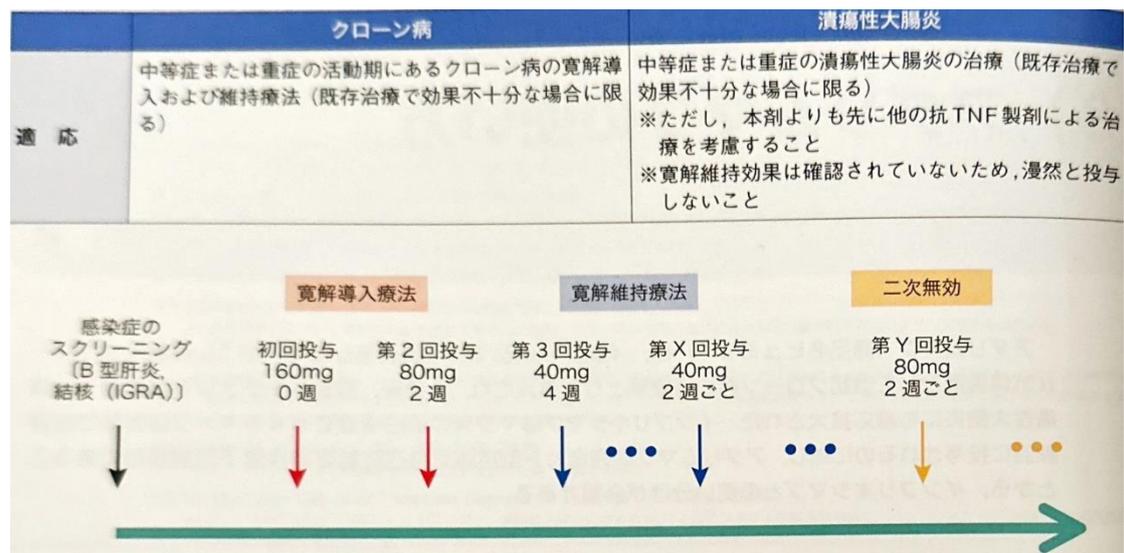


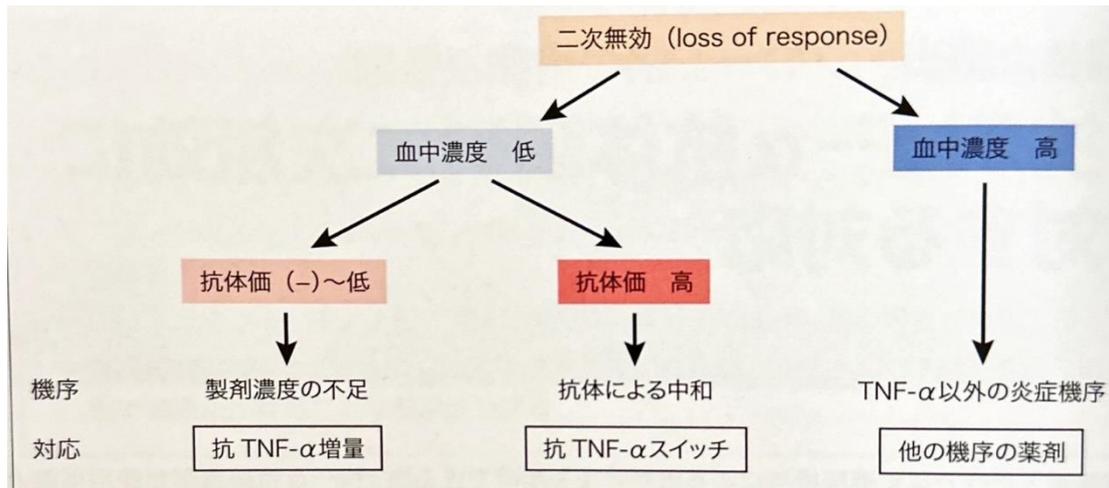
東京醫科齒科大學醫院內視鏡中心不同於一般醫院的內視鏡中心，每天下午都會有一個檢查室完全以執行小腸鏡檢查，也是因為小腸鏡的檢查數量非常的多。每天下午大塚教授和小腸鏡其他的醫師都會在內視鏡討論今天要做小腸鏡的案例，先瞭解今天要做的病人和看過上午做過的核磁共振影像腸道狀況是否也看到狹窄或發炎，確認實驗室數據相關發炎指標。大塚教授在治療病人同時也結合基礎研究，在病人追蹤抽血(膽固醇，白蛋白，白血球，發炎指數)也提出一項抽血指標血清富含亮氨酸 $\alpha 2$ 糖蛋白：克隆氏症發炎的新型生物標記 (Serum Leucine-Rich $\alpha 2$ Glycoprotein: A Novel Biomarker for Transmural Inflammation in Crohn's Disease)，在影像每年建議腸道核磁共振追蹤腸道是否有狹窄或發炎，內視鏡檢查則是每兩年建議，必要時做切片或擴張處置。



教授在內視鏡檢查過程會強調在肛門附近的觀察，克隆氏症的病人有半數會在肛門口出現肛門病變(瘻管)，直腸的瘻管到肛門周圍的皮膚開口稱為痔瘻。要特別注意到像是肛門病變的族群或有瘻管腸穿孔需要手術治療的案例都是屬於難治克隆氏症族群。完後會直接診療一些病情較複雜的病人並作疾病的討論和解釋，大部分克隆氏症的病人控制都很不錯，也提到過去 COVID 疫情間，病人的就醫便利性和順從性受到影響，控制不佳的族群有顯著上升。

在藥物治療方面，TNF 抗體藥物以 **adalimumab** 為主，有瘻管相關病人可以考慮 **infliximab**，在難治性或克隆氏症狹窄的病人 **ustekinumab** 可以列為考量。和教授詢問到臨床病人治療常遇到困境包括生物製劑使用導入期到維持療法會遇到效果逐漸不佳反覆的狀況，也讓臨床醫師很棘手，這問題也同樣會發生在日本。



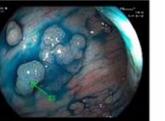
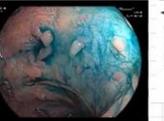


當病人長期治療針對反應不佳的狀況，大塚教授也分享到臨床上可以分析第一線抗 TNF alpha 抗體製劑血中濃度，針對血中濃度的高低，在濃度高的病人就應該病人是否有存在其他發炎機轉(因疾病消耗或滲漏)。在血中濃度低的病患可以進一步探討是否出現中和抗體，若出現中和抗體即使增加藥物劑量，藥物也可能被中和，選擇另一種抗 TNF alpha 治療，仍可以做為考量。

商品名	消化態栄養剤		半消化態栄養剤
	成分栄養剤	消化態栄養剤	
エレンタール®	合成アミノ酸	ツインライン®	エンシュア・リキッド®
成分	タンパク質	乳タンパク加水分解物 ジ、トリペプチド 60% 結晶アミノ酸 40%	カゼイン 87% 大豆タンパク分解物 13%
糖質	デキストリン	マルトデキストリン	デキストリン 71% ショ糖 29%
脂肪	大豆油	トリカプリリン 70% サフラワー油 16%	コーン油 95% 大豆レシチン 5%
熱量構成比	タンパク質 (%) 16.9 糖質 (%) 81.6 脂肪 (%) 1.5	16.0 59.0 25.0	14.0 54.5 31.5
1 剤あたりの内容	粉末 (80g)	液体 (200mL × 2パック)	液体 (1 缶 250mL の場合)
熱量 (kcal)	300	400	250
タンパク質 (g)	13.1	16.2	8.8
糖質 (g)	63.5	58.7	34.3
脂肪 (g)	0.48	11.1	8.8

大塚教授分享在發炎性腸道疾病的病患中，遇到疾病復發和控制不佳情形，可以考慮在使用腸道營養劑。日本在腸道營養的衛教和處方使用很多，會鼓勵病人居家使用營養劑或元素飲食，讓腸道休息改善發炎的狀況。除了

內視鏡的觀摩學習，也參與每週二晨報會和周三個案討論會，由於每一次會議胃腸肝膽醫師必須會將本周所有的個案進行所有的討論。醫師們在報告的過程都非常扼要，並且他們都是以 excel 陳述報告，圖文的呈現都很直接清楚且討論都非常地熱烈，從中收穫很多。

下部内視鏡検査(2023/2/9)			
			
			
<p><コメント> ベチジン1A、プスコパン0.5A使用。直線化難でした。 血管透視は良好な寛解結腸。SIに偽ポリポージスと鑑別多発。mid SIC12-15mm7 変/dysplasiaの疑いで生検。 Mayo0.v0b0e0、粘膜炎。</p>			

6/30 小腸内視鏡	
	
	
	
	
<p><コメント> SIF-H190、CO2で施行。キャストフード使用。点墨なし。 肛門は硬く狭窄し、用指プージャー後スコープ通過。当初、外筒を装着せずに施行した。 肝彎曲は屈曲し、挿入は難しい。上行結腸は短い。回盲弁は肝彎曲から数センチ目にある。インジゴ散布。 回腸終末部までの挿入となり、外筒を装着して再挿入した。 回盲弁から20 cmに機能的全く吻合有り。吻合部は潰瘍を伴わず5mmに狭窄しており、12mmバルーン 2回拡張スコープ通過。外筒は通過させず。 狭窄近位に食滞等あり。縦走潰瘍、不整形潰瘍あり。 60cmに径7mmの狭窄あり12mmバルーンで30秒間拡張しスコープ通過。 回盲弁下唇にも小潰瘍あり。 大塚 田村 証彦 杉田(幹一) 施行。</p>	
<p>正在發言：將義 福田</p>	

【現病歴】
 1999年 近医で下部消化管内視鏡(CS)施行されクローン病と診断された。埼玉医大病院を紹介受診されPSLを開始されたが、症状の改善は乏しかった。
 2007年 レミケード 5 mg/kg、ロイケリン開始。
 2013年5月 腹痛と嘔吐が出現し、CTで小腸の非連続性の狭窄を認めた。
 7月 精査加療目的に当院当科を紹介受診した。
 8月 MREC(MR entero-colonography)で回腸潰瘍と3カ所の狭窄を指摘された。小腸内視鏡(SBE)では大腸に多発する縦走潰瘍瘢痕と回盲部近位40cmに径5mm程度の狭窄を認めた。
 10月 横浜市立市民病院で高度小腸狭窄に対し回腸切除術が施行された。術後は埼玉医大病院にてレミケード倍量、ロイケリン継続。
 2017年6月 小腸狭窄に対するバルーン拡張施行目的に当科再度紹介受診、回腸狭窄3ヶ所施行。
 2019年8月 同部位、2020年9月にも吻合部狭窄に対して拡張施行。
 2021年10月 吻合部狭窄による腸閉塞。以降定期的に吻合部に対して拡張。
 2023年6月29日 定期MREC-SBE施行目的に当科入院となった。
【内服薬】
 エレンタール 3包/day、ロイケリン 40mg/day、ペンタサ 250mg 12錠分3 (6月26日-中止)、ゼンタコート 3C分1、パリエット 10mg 1錠分1、フェロミア 50mg 1錠分1、ノベルジン 25mg 1錠分1、ピタメジン 25mg 4C分2、ルバフィン 10mg 1錠分1、ビオチン 1.5g/day
【職業】 研究職
【喫煙】 なし
【既往歴】
 神経鞘腫(2005年、2011年手術)
 腹腔鏡下胆嚢摘出術(2016年10月横浜市市民病院)
 小腸部分切除術(2013年10月横浜市市民病院)
【手術歴】 小腸部分切除術(2013年10月横浜市市民病院)
【IBD家族歴】 なし。

体温	36.4	度	WBC	6900	/μL		腹部圧痛	なし
血圧	129/87		Hb	12.6	g/dL		腹部反跳痛	なし
脈拍	84		Plt	31.2	*10000/μL		他身体所見	
身長	160	cm	Alb	3.8	g/dL			
体重	46.5	kg	CRP	0.05	mg/dL			
BMI(自動計算)	18.2		T-Chol	166	mg/dL			
			NUDT			腸管合併症	狭窄	あり
							瘻孔	なし
			T-Spot				膿瘍	なし
			CMV			腸管外合併症	関節炎	なし
			HBV	陰性			ぶどう膜炎	なし
								具体的に 回腸、肛門

由於是 excel 呈現報告所以病人的病例，實驗室數據，都會以固定的格式，所求的內容都會要必須完成，對訓練的住院醫師是不錯方式可以快速了解每一個個案的重點。在晨報會和病房教學都會看到醫學生和醫師很熟練用此方式作口頭報告。

本次進修前三個月於東京醫科齒科大學學習小腸鏡，在 10 月最後兩周至埼玉醫科大學國際醫院學習單氣囊小腸鏡輔助膽胰內視鏡檢查，指導老師是良澤教授和谷坂醫師，它們也是近期發表日本大型研究針對 1318 人接受單氣囊小腸鏡輔助膽胰內視鏡檢查作分析，經驗非常豐富。臨床上對於手術改變解剖結構的患者進行內視鏡逆行性胰膽管攝影是有挑戰性的（對接受 Roux-en-Y 胃切除術、Roux-en-Y 肝空腸吻合術、胰十二指腸切除術（Whipple 或 Child 手術）或 Billroth II 胃切除術的患者。）由於結構上的改變，正常需到達胰管和膽管的路徑會變長無法由一般膽胰內視鏡到達，進而處理像結石，阻塞，腫瘤等問題。小腸鏡應用充氣的氣囊將小腸往回拉、慢慢套疊，縮短小腸長度的特性，可以克服手術後解剖位置改變。埼玉醫科大學國際醫院內視鏡中心處理很多這類相關個案，由於也是癌症中心所以有複雜的個案轉至此處置。谷坂醫師分享很多操作的技巧，各項適應症，併發症和注意事項，另外也強調這類病人操作技巧難度高，會有無法順利時，此時團隊之間的合作很重要，內視鏡超音波醫師和外科醫師仍然是很重要的角色。

本次進修期間適逢東京醫科大學醫院舉辦東京國際內視鏡 livedemo，在科內林榮鈞醫師和日本醫師的推薦下前往餐與學習。有日本，德國，美國，泰國和印度各個領域的大師和醫師，分享臨床經驗使我能夠學習他們的寶貴技術和臨床觀點。涵蓋了各種與內視鏡檢查和手術相關的主題，包括最新的研究發展、技術創新、臨床經驗等。這讓我有機會深入了解內視鏡醫學領域的最新進展和前沿技術。



東京メトロポリタンライブセミナー2023
- Tokyo Metropolitan Live Seminar 2023 -

2023/10/8(日)-9(月・祝)
-東京医科大学病院-

コースディレクター
糸井 隆夫
東京医科大学 消化器内科

コースディレクター
河合 隆
東京医科大学 消化器内視鏡学

開催概要 | プログラム | 会場案内 | リンク | チラシ

» 事前参加登録はこちら



心得及建議

本次進修至東京醫科齒科大學，明顯感受醫院在發炎性腸道疾病特色經營，內視鏡醫師團隊在發炎性腸道疾病的努力，每周會有兩次會議討論所有內視鏡檢查特殊處置的案例，和追蹤上周內視鏡個案的病理結果，

在日本進修期間，和教授有討論到發炎性腸道疾病的病人長期治療生物製劑時，針對反應不佳時臨床第一線抗 TNF alpha 抗體製劑血中濃度和中和抗體的情況，可以協助臨床醫師的診療。此項建議可做為臨床科部未來治療病人的輔助工具。

感謝國防部及醫院各級長官支持，讓我有此機會進行三個月短期進修，特別是在發炎性腸道疾病評估方面的知識和內視鏡技術，也是目前台灣胃腸科內視鏡相當重視的領域，很幸運在東京醫科齒科大學醫院承蒙大塚教授用心指導和其團隊同仁密切交流，深感獲益良多，未來將在此一領域繼續鑽研學習，服務照護病人。

