

李柏賢醫師  
林口長庚胃腸肝膽科副教授  
台灣小腸醫學會副秘書長  
台灣發炎性腸道疾病學會副秘書長

## 巨細胞病毒腸炎(CMV enterocolitis)

巨細胞病毒 (Cytomegalovirus, CMV) 是一種雙股 DNA 病毒，屬於 Herpesviridae 家族的重要成員。巨細胞病毒感染，其可以是無症狀，或造成全身症狀以及組織器官侵犯性疾病。胃腸道是其中最常被巨細胞病毒侵犯的系統之一，住院患者有高達 20% 住院死亡率。就胃腸道而言，大腸是最常感染的地方，小腸則是最少診斷的部位(或許是因為小腸鏡可近性較低)，但死亡率卻是最高。病毒感染腸道組織則稱為巨細胞病毒腸炎。其常見症狀包含肚子痛、血便、拉肚子以及發燒。以往總是認為，巨細胞病毒腸炎通常發生在愛滋病、癌症化療患者、骨髓移植病友等免疫不全或低下的病患。然而，近期研究指出，在胃腸道巨細胞病毒感染患者中，有 25% 到 50% 並非免疫缺陷的病患，而是因為年老、危重疾病、糖尿病、慢性腎臟病、末期腎臟病和肝硬化等多種慢性病，導致免疫力較差，增加 CMV 疾病的風險。此外，發炎性腸道疾病病友，因為腸黏膜發炎及潰瘍，造成腸道保護層缺損，也是巨細胞病毒感染的高風險族群。因此，這些高風險患者若出現相關症狀時，應積極配合醫師，排除巨細胞病毒感染的可能性。

值得一提的是，巨細胞病毒腸炎的內視鏡表現千變萬化，從輕微的發炎、各式各樣的潰瘍到息肉狀的病灶都有可能，很難單純從內視鏡看一眼就下診斷。因此，在診斷巨細胞病毒腸炎時，經內視鏡切片診斷是絕對的黃金標準。透過胃鏡、大腸鏡或小腸鏡，在黏膜看起來發炎、有問題的地方切片。經過病理科醫師在顯微鏡下檢查這些組織，確定組織內有巨細胞病毒的存在，才能診斷巨細胞病毒小腸炎或大腸炎。有時，病毒量不多或是強烈懷疑有巨細胞病毒感染時，就必須對切片的病理組織進行特殊的免疫組織學染色，以提高診斷的精確性。這樣的作法，在發炎性腸道疾病病友尤其重要。那為何不能靠抽血就診斷巨細胞病毒腸炎? 這是因為抽血驗到血液中有病毒，稱為病毒血症，並無法確切知道真正感染部位，因此還需要進一步去找感染的地方。

對發炎性腸道疾病病友而言，會造成急性發作，或是控制不佳的關鍵因素包含壓力、飲食和感染。其中，最常見的感染就是巨細胞病毒和困難梭菌感染，尤其是在潰瘍性結腸炎患者。這一個病毒和一隻細菌有可能單獨感染，也可能狼狽為奸一起犯案，造成症狀加重。對於發炎性腸道疾病患者而言，因為自己的免疫系統攻擊自己的腸黏膜，造成粘膜炎、潰瘍等破損，失去正常保護力，增加病毒穿透感染風險。此外，類固醇、免疫抑制劑等藥物降低免疫力，也都是造成巨細胞病毒感染，在發炎性腸道疾病病友較一般族群常見的原因。不幸的是，感染後會進一步加重腸道發炎，讓腸道黏膜破損更嚴重，又再增加感染機率，形成惡性循環。因此，在治療上除了要使用有效藥物控制腸道發炎，達到黏膜癒合，降低感染風險之外。充足的抗病毒藥物治療也是相當重要的。巨細胞病毒腸炎短期會造成發炎性腸道疾病病友治療無效，或反覆發作。長期則會增加大腸切除率，並降低長期臨床症狀緩解率。引此，對於病情不穩定的發炎性腸道疾病病友，盡早進行內視鏡組織切片，做針對巨細胞病毒的特殊染色以確立診斷，因為是當的治療可以減少未來腸切除手術的風險，也是穩定病情的關鍵因素。及早診斷、及早治療，才能讓腸道發炎盡快消失。

談到巨細胞病毒腸炎的治療，不外乎是靜脈輸注型和口服的抗病毒藥物。其中靜脈打的藥物效果較穩定可靠，因此在因為感染住院時，建議先以靜脈注射為主，總治療時間建議兩到三周以上。由於抗病毒藥物少數可能造成血球低下和暫時腎功能變差，因此定期追蹤抽血監測是很重要的，千萬不要

想說吃藥好好的，就不想回診抽血檢驗。如何確定真的治療好了呢?很重要的就是要追蹤病理切片結果。若是合併病毒血症，則建議要追蹤血中的病毒量。總而言之，免疫缺陷患者或是高風險族群，或是出現腹痛、血便、拉肚子發燒等症狀，應積極配合醫師，進行內視鏡切片檢查，早期診斷、治療巨細胞病毒腸炎，才有更好、更快恢復健康。

#### 參考資料:

1. Yeh PJ, Chiu CT, Lai MW, et al. Clinical manifestations, risk factors, and prognostic factors of cytomegalovirus enteritis. *Gut Pathog* 2021;13:53.
2. Yeh PJ, Wu RC, Chiu CT, et al. Cytomegalovirus Diseases of the Gastrointestinal Tract. *Viruses* 2022;14.
3. Le PH, Lin WR, Kuo CJ, et al. Clinical characteristics of cytomegalovirus colitis: a 15-year experience from a tertiary reference center. *Ther Clin Risk Manag* 2017;13:1585-1593.
4. Le PH, Kuo CJ, Wu RC, et al. Pancolitis associated with higher mortality risk of cytomegalovirus colitis in patients without inflammatory bowel disease. *Ther Clin Risk Manag* 2018;14:1445-1451.
5. de Castro ML, Tardío A, del Campo V, et al. A comparative study of two histological techniques for the identification of cytomegalovirus infection in colorectal biopsies from patients with chronic inflammatory bowel disease. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101:697-705.
6. Chiba M, Abe T, Tsuda S, et al. Cytomegalovirus infection associated with onset of ulcerative colitis. *BMC Res Notes* 2013;6:40.
7. Lortholary O, Perronne C, Leport J, et al. Primary cytomegalovirus infection associated with the onset of ulcerative colitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1993;12:570-2.
8. Orvar K, Murray J, Carmen G, et al. Cytomegalovirus infection associated with onset of inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 1993;38:2307-10.
9. Johnson J, Affolter K, Boynton K, et al. CMV Disease in IBD: Comparison of Diagnostic Tests and Correlation with Disease Outcome. *Inflamm Bowel Dis* 2018;24:1539-1546.
10. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders. *J Crohns Colitis* 2017;11:649-670.
11. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol* 2019;114:384-413.
12. Kim YS, Kim YH, Kim JS, et al. Long-term outcomes of cytomegalovirus reactivation in patients with moderate to severe ulcerative colitis: a multicenter study. *Gut Liver* 2014;8:643-7.
13. Beswick L, Ye B, van Langenberg DR. Toward an Algorithm for the Diagnosis and Management of CMV in Patients with Colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2016;22:2966-2976.