

Intussusception

小兒 腸套疊



◎潭仔墘社區醫療群 / 游振國小兒科診所院長 游振國醫師

不明原因哭鬧的嬰幼兒，應該是小兒科開業醫師相當棘手的課題。如何在有限的設備下，早期診斷、早期治療，讓小病人恢復健康，是很具挑戰性的。我們今天就來介紹一個常見的急性腸道阻塞疾病—腸套疊。

它是一個三個月以上、三歲以下最常見的腸道阻塞疾病。80%於小於兩歲的小朋友，60%發生於小於一歲的嬰兒，幾乎不發生於一個月以內的新生兒。發生率約為千分之一至千分之四，男孩子為女孩子的二至四倍機率，好發於春天及秋天。75%~90%的病人找不到原因，病童在發病前幾天可能有一個輕微的上呼吸道感染或腸胃炎，一般認為腺病毒和輪狀病毒可能和它有某種程度上的關連。病毒的感染導致末端迴腸旁淋巴組織（Peyer's Patches）的肥大，形成一個導引點，使得腸子的蠕動前後失調，引起近側端的腸子套入遠側端的腸子裡面，即是所謂的腸套疊。只有2%~10%的病人，尤其是大於5歲的病人，開刀可以找到病原，例如癌肉、梅可爾氏憩室、淋巴瘤、血腫等。

臨床上，病童會先出現一陣一陣短促的哭鬧，痛的時候會往肚子上抬，不痛的時候又好好的。隨著阻塞愈來愈嚴重，哭鬧的頻率也愈來愈密集。幾個小時後嘔吐出現，甚至合併胆汁液。淋巴管和靜脈持續的阻塞，造成腸黏膜的受傷，血便或草薺醬便（Currant Jelly）就會出現。腹脹會愈來愈明顯。若耽擱太久，嚴重的脫水和電解質的失衡、腹膜炎、腸子穿孔等併發症就會出現。

腸套疊的診斷，主要是靠醫師詳細的詢問病史和敏銳的理學檢查。因為它的發生形態最多的是迴腸跑進去大腸，發病的早期，沒有腹脹、沒有陣痛的時候，醫師可能在肚子的右上側，即升結腸



或橫結腸的位置，摸到一個類似香腸狀的腫塊。發病的早期，腹部X光攝影，通常無法給予正確的診斷資訊。腹部超音波卻有很大的功用。而它所謂的三大症狀：肚子痛或哭鬧、肚子摸到香腸狀的腫塊、血便三者一齊出現的機率，卻只佔所有病童的15%~20%，所以如果有其中一個症狀出現，就必須考慮腸套疊的可能性。鉗劑灌腸術是確立診斷的方法。

腸套疊的治療，首先要安置鼻胃管，疏通腸胃道滯留的液體，避免病童持續嘔吐。迅速由靜脈補充水份和電解質，維持生理機能的平衡，更是要務。鉗劑灌腸術除了是診斷的工具，更是治療的方法。它也有一定的危險性和失敗率，某些醫學中心報告，有10%~15%的灌腸病例發生腸穿孔。現今有人嘗試用空氣來代替鉗劑灌腸，其成功率更高、腸子穿孔率更低，也許在不久的來會被普遍使用。

灌腸前須先讓病人安靜，由肛門導入鉗劑，保持裝鉗劑的容器的高度不要超過3呎。醫師可由特殊螢幕來監控，復原過程中，如果套疊處的外觀，有10分鐘都還維持原狀，鉗劑無法往前走，就必須放棄這個治療，趕快送入開刀房。如果看到鉗劑順利的進入迴腸，就表示解套、復原成功。什麼情況下必須開刀治療呢？除了灌腸失敗外，若小朋友有腸子穿孔的情形、有腹膜炎的情形、或者症狀已超過了5天（有些學者甚至認為超過48小時，即可能無法灌通），就必須開刀。

簡單的和大家介紹了腸套疊後，希望能在處理不明哭鬧的嬰幼兒時，不要忘了它的存在，提高它的診斷率、降低它的開刀率。

醫師簡介

游振國 醫師

潭仔墘社區醫療群 / 游振國小兒科診所院長

