

不尋常的

原發性腸套疊

■ 施春雨 ■ 吳坤煥

腸套疊是腸子的一段套入(invaginate)相鄰的腸內腔中謂之。它是嬰兒及成人腸阻塞的主要原因，但其發生在成人的機會較少。據 New Orleans 的 Charity⁽¹⁾醫院統計 1904~1959 中腸套疊病例只有 55 個發生在成人(佔 16%)，而發生在小兒則佔 287 例(佔 84%)，發生在小兒的往往並沒有器官上的病變，其真正原因常查不出即為原發性腸套疊，而成人的腸套疊則常可找出原因，據 Cross⁽²⁾報告成人腸套疊約 80% 有器官上的病變。

腸套疊可細分以下四種型：(1)小腸型——小腸套入小腸；(2)迴腸盲腸型——迴腸結腸瓣套入結腸；(3)迴腸結腸型——末端迴腸套入結腸；及(4)結腸結腸型——結腸套入結腸。第二型及第三型較為普遍，成人腸套疊如發生在結腸則往往為惡性瘤所造成，如發生在小腸則常為良性。

最近作者發現四個較不尋常的原發性腸套疊病例即——①術後引發之腸套疊；②再發性腸套疊；③發生在七歲小孩之原發性腸套疊；④發生在雙胞胎的腸套疊。以上均分別經過手術情況良好下出院，茲特別提出來報告，參考文獻並討論。

I. 術後引發之腸套疊：

患者——邱××，女性，六個月。在 66 年 11 月 30 日住院，家屬主訴有間斷性哭鬧，嘔吐及似葡萄果膠大便(Currantjelly stool)約 20 小時，過去病史沒有特別之處，一般檢查顯示生長及發育均良好，且甚為健康而有間斷痙攣性腹痛，時常伴有嘔吐，小孩看來似受驚狀，雙腿屈曲，俟腹痛過後則全身無力，蒼白及發汗，在右上腹部可摸到似香腸腫塊且有壓痛，輕微腹脹。單純腹部 X 光照射顯示有腸阻

■ 施春雨—省立台中醫院外科主治醫師
■ 吳坤煥—省立台中醫院外科主任

塞現象，經鎮劑灌腸治療失敗後，在腸套疊臍斷下手術。手術中如平常所看到的為迴腸結腸型腸套疊，術後第一天排氣，腹脹消失，第二天排便，即給予少量多餐流質飲食，但於第三天突然發生嘔吐，腹部稍脹及哭鬧，經單純腹部 X 光檢查顯示有腸阻塞現象，下腸胃道鎮劑 X 光透視檢查顯示迴盲部無阻塞現象，腹部一般檢查只發現腹脹而已。雖經過胃管減壓、肛門減壓、輸液等腸阻塞之保守及支持療法仍無法改善，至第十一天再行剖腹探查，顯示離迴盲部約 60 公分處發生小腸型腸套疊且有 15 公分發生壞疽現象，經切除及吻合後，情況良好出院。

討論

據 Joseph A. Cox 及 Lester W. Matin⁽³⁾，報告，在 Cincinnati 醫院 14 年中只有 16 個病例發生術後腸套疊，佔所有腸阻塞病人的 10~15%，佔所有腸套疊病人的 16%，另據 Daniel M. Hays⁽⁴⁾，報告佔所有腸套疊病人的 3%。雖然如此，術後腸套疊仍是術後腸阻塞的一重要原因，但初期症狀往往因術後傷口疼痛腹脹或腸子黏連而不明顯，因此容易誤診。

手術後腸套疊常沒有一般腸套疊的三個特殊症候(Triad)，亦即間斷性腹痛，可摸觸的似香腸腫塊及似葡萄果膠大便。而只有腹脹或嘔吐現象而已，單純腹部 X 光檢查只顯示腸阻塞，鎮劑灌腸 X 光透視無診斷幫助。

術後腸套疊的真正原因不太清楚，但可能和以下有關：

- (1) edematous bowel.
- (2) drying of the surface of the bowel.
- (3) abnormal body serum electrolyte levels & altered local fluid composition.
- (4) inadequate local perfusion & hypoxia.
- (5) local contusions secondary to handling.
- (6) resection line.
- (7) anastomotic line.⁽⁵⁾

因此適當的保守及支持療法是正确的，但不宜觀察過久而使致命性腸壞疽現象發生。

II. 再發性腸套疊：

患者王××，男性，四個月。第一次住院是在 67 年 10 月 4 日。據家屬主訴及一般檢查顯示有腸套疊的三大症候(Triad) 即間斷性腹痛，可摸觸的似香腸腫塊及似葡萄果膠大便。經手術後為迴腸結腸腸套

疊，情況良好下出院。第二次在 68 年 3 月 23 日再住院，主訴腹痛三天，腹脹及嘔吐一天，一般檢查發現極度脫水，體溫高達 40.5°C，意識昏迷，腹脹厲害，單純腹部 X 光攝影顯示明顯腸阻塞，經過十五小時的保守及支持療法後在腸阻塞的臍斷下剖腹探查，手術發現為迴腸結腸型腸套疊，且併有約 100 公分迴腸壞疽，經腸節切除及吻合後，情況日漸改善而良好出院。

討論

再發性腸套疊發生原因在小兒原因常不明，在成人則較有明顯原因。

據 Cross⁽⁶⁾報告在 702 個病例中只有 43 個病例(6%) 有明顯原因可查，他發現一個再發五次的病例最後行迴腸盲腸切除而成功，並在迴腸末端壁上發現 Peyer's patch 有 giant-follicle hypertrophy 現象，因此他主張如一再發生再發性腸套疊而又查不出明顯原因時可行迴腸盲腸切除。

再發性腸套疊雖然很少，而 Cross⁽⁶⁾報告有 2%，因此像本病例兩次均為同一位小兒科醫師診斷，但第二次因其已有一次腸套疊發生而忽略，以致時間拖延造成 100 公分迴腸壞疽的危險現象。

III. 發生在七歲男孩的原發性腸套疊：

患者王××住院時主訴間斷性腹痛約三天，無嘔吐及似葡萄果膠狀大便，一般檢查顯示腹部柔軟，只右下腹有壓痛感，WBC 12800，在急性闌尾炎的臍斷下手術，結果為迴腸結腸腸套疊，情況良好下出院。

討論

一般原發性腸套疊常發生在壹歲以下小兒，而發生在七歲大的男孩則甚少。據 Jens 報告腸套疊最多發生在 4 個月~2 歲，他在 51 個病例中(1970~1973) 發現 2 個小於 4 個月時發生，16 個在 4 個月~9 個月時發生，12 個在 9 個月~2 歲時發生，20 個在 2 歲~6 歲時發生，至於大於 6 歲的則只有 1 個病例。另據 Schwartz 報告三分之二均在 1 歲以下發生且大多在 5~9 個月間發生。

IV. 發生在雙胞胎的原發性腸套疊：

患者施××，男性，七個月，於 65 年 12 月 23 日住院，主訴間斷性腹痛，嘔吐及似葡萄果膠狀大便。一般檢查有腹脹及似香腸狀腫塊，手術結果為迴

腸型腸套疊，其雙胞兄弟三天後於 65 年 12 月 26 日住院，其主訴，一般身體檢查及術後發現均與前者相同，兩位均在情況良好下出院。

討論

本病例同是原發性腸套疊，兩雙胞兄弟發作僅隔三天，在文獻上並無報告，此種情形只能以雙胞兄弟生理情況相近來解釋，因較為特殊，故提出報告。

(註：本文曾於民國 68 年 9 月 8 日第 24 次中華民國外科醫學學術演講會提出報告。)

參考書籍

1. Barbero GJ., Intussusception, Textbook of pediatrics, 9:793, 1969.
2. Bockus HL., Intussusception, Gastroenterology, 2:500, 1976.
3. Cox JA. and Martin LW: Postoperative intussusception, Arch. Surg., 106:263, 1973.
4. Freund H., Hurvitz H., and Schiller M.: Etiology & Therapeutic Aspects of intussusception in childhood, American J of Surgery., 134:272, 1977.
5. Gross RE.: The surgery of infancy and childhood, Its principles and technics. 1000 pp. Philadelphia: Saunders, 1953, 981.
6. Hays DM.: Intussusception as a postoperative Surgery, Gynecology and Obstetrics, May, 583, 1961.
7. Holder TM., and Leape LL.: Intussusception, Textbook of Pediatrics, 11:1992, 1978.
8. Jr IC., and Nance FC.: Intussusception, Davis-Christopher Textbook of Surgery, 11:1092, 1979.
9. Kerry RL.; Intussusception in a community hospital, American J. of Surgery, 122:536, 1971.
10. Mc Govern JB. and Cross RE.: Intussusception as a postoperative complication, Surgery, 63:507, 1968.