

## **Intussusception in Children 兒童腸套疊**

### **何謂腸套疊？**

腸套疊是指一段腸道套進另一段腸道，是幼兒腸道梗塞的常見原因之一。通常的病因是迴腸末端的淋巴組織因上呼吸道感染或腸胃炎而脹大，令迴腸末端套入盲腸和結腸（迴結腸套疊）所致，偶然因為梅克耳氏憩室和息肉等相關腸道疾病而引發腸套疊。

腸套疊常見於嬰兒和幼童，約有 75% 發生於零至兩歲兒童身上，其中以 5 至 9 個月大幼兒的病發率最高。病人通常有陣發性的腹絞痛（間歇性哭鬧）及嘔吐等現象，及後並可能出現大便帶有血絲和黏液（暗紅黑加侖果醬樣大便）。

腸套疊屬急症，必須及早診治，如有延誤，有可能導致併發症甚至死亡。

### **診斷**

醫生需要很高的警覺性才能及早確診。如臨床檢查未能確診，可以安排超聲波等造影檢查來確認。

### **治療**

#### **初步治療**

病人如果情況危急，則需接受適當的急救治療；此外因應各病童需要，接受以下各種治療：

- 禁止飲食
- 靜脈點滴補充體液
- 定期監察維生指數
- 驗血
- +/- 插鼻胃管
- +/- 插導尿管以觀察小便情況

#### **腸套疊復位**

為免腸道因阻塞而缺血及壞死，必須盡早將腸套疊還原。如無特別禁忌，非手術的灌腸復位是最佳的治療方法。

#### **灌腸復位的禁忌**

- 腹膜炎、腸道穿孔

#### **灌腸復位的相對禁忌**

- 休克
- 懷疑有梅克耳氏憩室、息肉等腸道疾病導致腸套疊

## 灌腸復位

灌腸復位應在放射治療科醫生和小兒外科醫生的陪同下於放射治療部進行。腸套疊復位可使用空氣或液體灌腸法治療，並以 X 光透視或超聲波造影監察進度。成功率大概 80%。

套腸成功復位後，病人需繼續接受臨床觀察，並在適當時恢復餵食。如果灌腸復位失敗，則需進行緊急手術，但部分病人可嘗試再次灌腸。

### 灌腸復位可能涉及的併發症

- 腸道穿孔
- 敗血病
- 腸套疊並未完全復位
- 腸套疊復發
- 死亡

## 手術復位

如遇禁忌症而不能進行灌腸復位，或者灌腸復位失敗，就必須全身麻醉進行緊急手術。病人需繼續禁食，以靜脈補液治療，嚴密觀察。小兒外科醫生會講解手術詳情，包括有關風險和手術後的護理。當病人父母完全明白有關事項後，便可簽署手術同意書。此外，麻醉科醫生也會對病童進行評估，並詳細講解有關的麻醉程序和潛在風險。如果病童有任何過往病史或藥物敏感，務必告知醫生。

## 剖腹手術

先在腹部右側作一橫向切口。經檢查腸道後，小心嘗試解除腸套疊。如能順利復位，則檢查腸道是否有壞死徵象、有否腸道疾病。如果腸道正常，便可縫合腹部。否則，腸臟若有壞死情況、腸套疊未能復位，或者腸道有病變如梅克耳氏憩室、息肉等，則會切除有關腸段，然後再將腸端縫合。

## 腹腔鏡手術

在合適的情況下，可引用腹腔鏡等儀器來還原套腸。通過一個細小的肚臍切口置入腹腔鏡套管，以二氧化碳撐脹腹部，然後放入腹腔鏡，再在腹部作兩個小切口以放入腹腔鏡工具來檢查腸臟，並小心嘗試將套腸復位。若腸臟有壞死情況、腸套疊未能復位，或者腸道有病變如梅克耳氏憩室、息肉等，則須進行腸道切除，這可擴大肚臍切口或經另外一個剖腹切口來進行。

## 手術後護理

手術後腹部傷口有敷料蓋著，醫生或護士會建議護理方法。術後初期，病童可能仍需要鼻胃管和導尿管，亦未能飲食，需以靜脈點滴補充體液。醫護人員並會密切監察病童的復原進度，決定何時恢復飲食。止痛方面，藥物可經口服、直腸藥塞、靜脈或肌肉注射。剖腹手術後，病童尤其嬰幼兒或需入住兒童深切治療部，以提供適切監測、呼吸機及止痛方法，並需一至數天改善。

## 併發症

由於患上腸套疊的病人通常情況危急，因此手術的風險也較其他非緊急手術為高。

### 一般風險

1. 流血
2. 傷口血腫
3. 傷口感染、膿腫、裂開
4. 肥厚性疤痕

### 特定風險

1. 嘔吐、吸入性肺炎
2. 持續腸麻痺
3. 血壓不穩或休克
4. 敗血病
5. 腸套疊復發
6. 腸接口滲漏
7. 腹腔內積液或積膿
8. 黏連性腸梗塞

### 罕見但嚴重風險

1. 腹腔大血管、腸道或其他內臟損傷
2. 嚴重出血

## 覆診

取決於臨床情況，患兒一般在接受治療後數天可出院，並安排到門診診所覆診。

## 備註

本單張僅供參考，並無盡錄所有併發症。其他未能預見的併發症均有可能發生。某些類別病人面對的實際風險可能有所不同。如欲索取更多資料，請與你的醫生聯絡。