

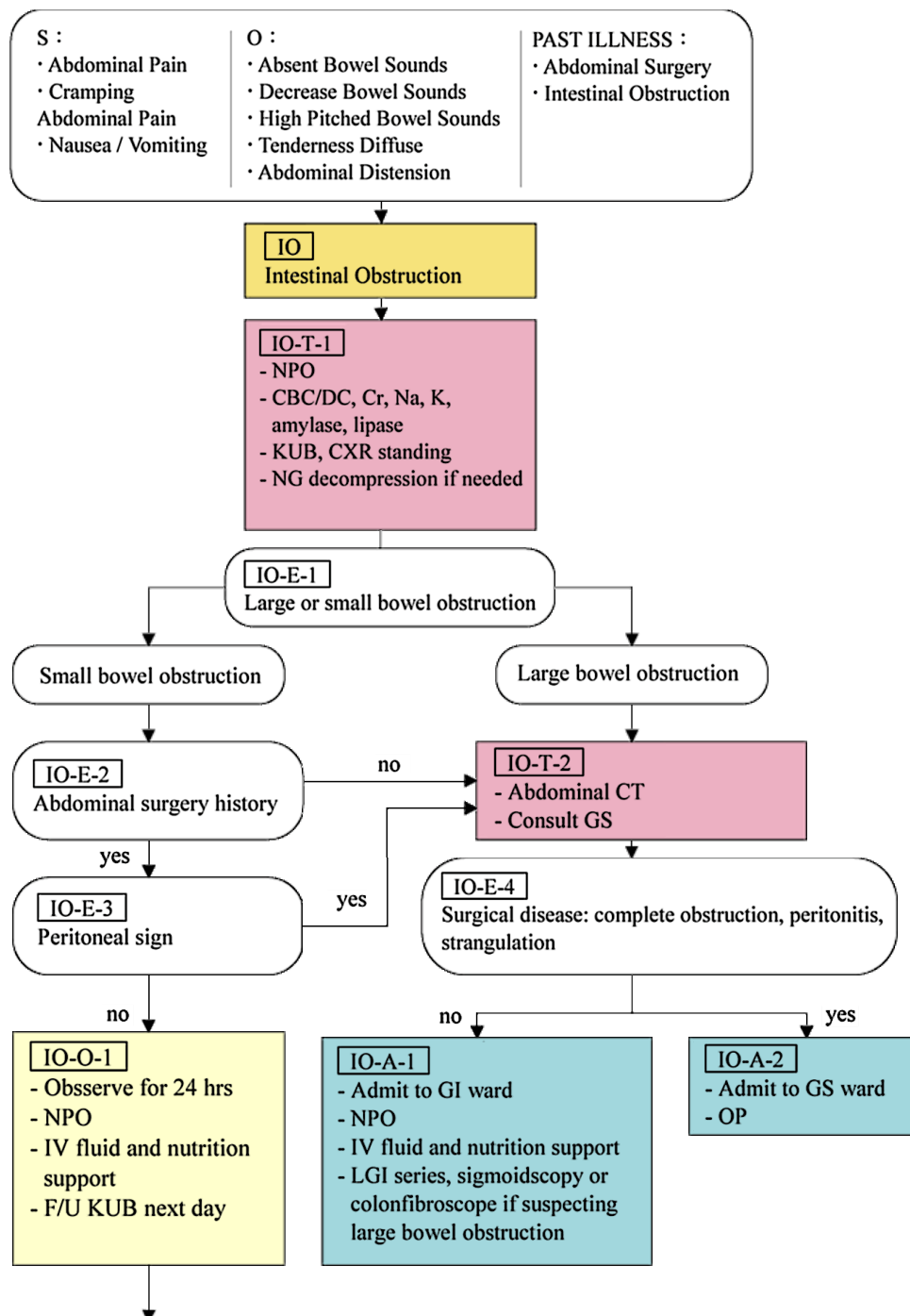


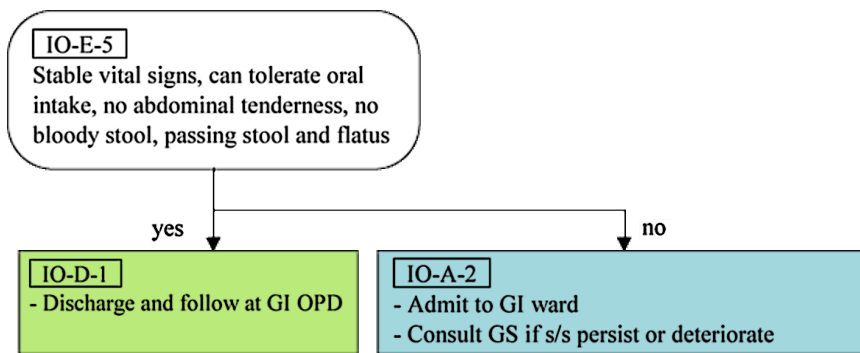
腸阻塞 Intestinal Obstruction

關鍵字：廣泛性腹絞痛 (Diffuse abdominal cramping pain) ；異常腸蠕動音 (abdominal bowel sound (hypoactive or high-pitch sound)) ；腹脹 (abdominal distention) ；腹膜炎症狀 (peritoneal sign) ；腹部手術病史 (history of abdominal operation)

流程代碼：IO

流程指引





Top

I. 引言

腸阻塞是因為機械性阻塞或是蠕動功能不佳，導致腸道無法將食物或是其內容物順利排出。常見原因如手術後沾黏（post-operative adhesion）。當腸阻塞造成腸壁腫脹時，可能導致血液循環受阻進而壞死。另外腸道本身吸收能力下降導致分泌腸液無法回收，進而產生脫水及電解質不平衡。在急診室需要快速區分病患是否需接受手術，才能減少後續併發症及死亡。

Top

II. 重點摘要

A. 診斷提示 IO

腸阻塞的病人常有廣泛性腹痛（以絞痛為主），伴隨著異常腸蠕動音和腹脹。大多數病人有腹部手術的病史。

B. 流程說明

- 所有懷疑腸阻塞之病患應照KUB及站立胸部X光（或左側躺腹部X光），依據X光表現可診斷阻塞與否，阻塞位置及併發症如腸道穿孔 IO-T-1。抽血檢查通常包含血球計數及電解質。雖然抽血檢查無法診斷腸阻塞，但可判斷病患脫水嚴重程度。白血球的顯著上升可能代表腸系膜阻塞，腸道壞死或腹膜炎等情形。
- 根據X光表現若懷疑病人大腸阻塞，應安排腹部電腦斷層檢查。在懷疑小腸阻塞的病人，若之前並無腹部手術的病史，或已有腹膜炎的症狀也都應該安排腹部電腦斷層 IO-T-2。
- 腹部電腦斷層檢查可以有效區分真正解剖上構造阻塞及假性阻塞或腸炎狀況。若符合手術的適應症如完全阻塞、腸穿孔、腸扭轉等 IO-E-4，則應考慮手術治療 IO-A-2。若不需立即接受手術治療，則安排病患住院治療，若為大腸阻塞可安排大腸鏡的檢查治療 IO-A-1。
- 若臨床診斷為小腸阻塞且暫時不需手術的病患（沒有peritoneal sign者）則給予病患輸液、禁食及追蹤KUB，並於急診留觀 IO-O-1。若症狀緩解，可以進食、有大便或排氣，則可出院回家。若症狀持續或惡化，則須盡快照會外科安排手術 IO-E-5。

C. 住院標準

- 所有診斷/懷疑為大腸腸阻塞的病患均應安排住院及考慮早期外科照會處理。
- 小腸阻塞患者若有腹膜炎症狀或者沒有腹部手術的病史也應安排住院。其餘可先於急診留觀。

D. 出院評估

- 若病患留院觀察期間生命徵象穩定，症狀緩解則可嘗試進食。如果鼻胃管引流量4小時小於100毫升則可考慮移除鼻胃管。
- 符合出院目標之病患包括，生命徵象穩定、可以進食、沒有腹痛或解血便等情況，可讓病人出院並安排腸胃科門診追蹤。

Top

III. 衛教

Q. 什麼是腸阻塞？常見的原因有哪些？人會有哪些症狀？

- A. 腸道因為機械性阻塞或是蠕動功能不佳，導致腸道無法將食物或是其內容物順利排出則稱作腸阻塞。小腸阻塞常見的原因大多為手術後的沾黏引起；其他常見原因有疝氣、腫瘤等；大腸阻塞之原因則以大腸癌及憩室炎為主。常見的臨床表現有腹部鼓脹、嘔吐、間歇性的腹部絞痛、無法排氣等。

Q. 如何診斷腸阻塞?如何治療?

A. 診斷腸阻塞需要靠病史、臨床症狀及X光片之表現。病患若有腹部手術之病史，則有較高之腸沾黏風險。腹部聽診可發現尖銳 (high-pitched) 或減低之腸音。腹部X光片可見充滿氣體或液體，鼓脹的腸道。如果病患強烈懷疑腸阻塞但無臨床典型症狀則可考慮腹部電腦斷層檢查。因為腸阻塞的病患會有大量水分及電解質經由腸道流失之可能，可經由靜脈輸液補充。病患可考慮放置鼻胃管以減輕症狀。若出現腹膜炎徵兆、病患臨床症狀無改善，則須照會外科醫師評估手術處理之可能。

Q. 有腸阻塞病史的病患平時生活要注意什麼?

A. 此類病患平時應注意：少量多餐、避免會抑制腸胃蠕動的藥物、少吃容易產氣的食物 (如豆類、地瓜、玉米) 等。

[Top](#)

IV. 臨床問題討論

Q. 小腸阻塞的病人是否必須要做腹部電腦斷層檢查?

A. 對於診斷小腸阻塞，一般X光檢查和電腦斷層擁有近似的敏感度 (KUB 70~86% vs. CT > 80~90%) (Diaz et al., 2008)，且大多腸阻塞皆為腹部沾黏或疝氣所造成，在未有腹膜炎之徵兆，且曾有過腹部手術病史的腸阻塞病人，可先禁食、放置鼻胃管引流減壓及適當點滴補充等保守治療，除非病況變化或治療失敗，則不需再進行腹部電腦斷層檢查。但對於在接受X光檢查後，仍無法確切診斷是否為腸阻塞的病人，則建議接受注射顯影劑之電腦斷層檢查 (Diaz et al., 2008)。核磁共振及超音波雖也是可以考慮的替代檢查，而由於在急診操作之上之可近性及便利性之考量，除非病人有不能施行電腦斷層檢查之絕對禁忌症，電腦斷層檢查仍是確認阻塞病因的優先選擇。小腸造影術雖是診斷完全阻塞或部分阻塞之黃金標準，但對於提供阻塞病灶之病因判別則無太大助益，所以並不建議。

Q. Metoclopramide是否對於腸阻塞有幫忙?

A. Metoclopramide在學理上有刺激小腸平滑肌收縮的功能，临床上我們亦常使用於腸阻塞的病人。但回顧文獻指出，對於手術之後的腸阻塞的病人，Metoclopramide並未能改變病程 (Cheape et al., 1991)，並且有延遲術後排氣的可能性 (Jepsen et al., 1986)。但對於術後一段時間之後，腹部沾黏所造成的腸阻塞病患而言，使用此藥物是否有所助益並未有文獻可供參考，常規使用與否仍須進一步臨床研究。

[Top](#)

參考資料

1. Cheape JD, Wexner SD, James K, et al. Does metoclopramide reduce the length of ileus after colorectal surgery? A prospective randomized trial. *Dis Colon Rectum* 1991; 34:437-41.
2. Diaz JJ Jr, Bokhari F, Mowery NT, et al. Guidelines for management of small bowel obstruction. *J Trauma* 2008; 64:1651-64.
3. Filippone A, Cianci R, Storto ML. Bowel obstruction: comparison between multidetector-row CT axial and coronal planes. *Abdom Imaging* 2007; 32:310-6.
4. Hodel J, Zins M, Desmottes L, et al. Location of the transition zone in CT of small-bowel obstruction: added value of multiplanar reformations. *Abdom Imaging* 2009; 34:35-41.
5. Jepsen S, Klaerke A, Nielsen PH, et al. Negative effect of Metoclopramide in postoperative adynamic ileus. a prospective, randomized, double blind study. *Br J Surg* 1986; 73:290-1.
6. Sheedy SP, Earnest F 4th, Fletcher JG, et al. CT