

消化內科

醫療視窗

缺血性腸炎 延誤就醫恐奪命

文／內科部消化系 主治醫師 鄭幸弘

70歲的陳伯伯，患有高血壓及糖尿病多年，沒有定期服藥控制，他不抽菸不喝酒，也不曾住過院或開過刀。這天，他因為肚子痛掛急診，說腹痛已有一段時間了，曾經到診所就醫，吃藥之後獲得短暫緩解但很快又腹痛如故，家人也說陳伯伯的肚子變得非常僵硬，一碰肚子他就痛到眼眶泛淚，在急診的檢傷區量測生命徵象時，發現他不但發燒，並伴隨低血壓及心跳過速，判斷是休克的徵兆，於是立刻將他送到急救室接受緊急的處置及治療。醫師做理學檢查發現他腹部的肌肉異常僵硬並有反彈痛，隨即給予大量點滴、升壓劑及廣效性抗生素。血液檢查顯示他的白血球上升及發炎指數過高，接受電腦斷層檢查之後，會診外科醫師，確診為缺血性腸炎合併嚴重腹膜炎及敗血性休克，安排緊急手術，住院治療數十天才化險為夷平安出院。

缺血性腸炎嚴重時會危及生命

缺血性腸炎是因為大腸腸壁血流減少，導致腸壁血液灌注不足，進而發生黏膜發炎、潰瘍、出血、壞死甚至腸穿孔。此病好發於年長者，病人大多有不同程度的動脈硬化或心肌梗塞病史。病況嚴重時，可能併發腹膜炎或敗血性休克。

缺血性腸炎會因為缺血的嚴重程度、發生速度及範圍大小，而有不同的臨床表現。這些症狀沒有特異性，起初可能像一般腸胃炎一樣，會發燒、噁心嘔吐，有不同程度的腹痛、腹脹、排便習慣改變、便秘或血便，到了後期，腹痛加劇，甚至一碰肚子就痛到無法忍受，有危及生命的可能。

確診需運用不同的診斷工具

由於缺血性腸炎會因嚴重程度而有不同的臨床表現，所以在診斷上是相當困難及具有挑戰性的，醫師常常需要詳細的反覆評估，以及藉由不同的診斷工具才能確診。

• **血液學檢查**：沒有特異性，可能會顯示白血球升高或是乳酸、乳酸脫氫酶及澱粉酶上升。

• **腹部X光**：亦無特異性，常見腸氣增加，嚴重時可能會因為腸穿孔而導致腹內有游離空氣，此時應立刻會診外科醫師，看看是否要剖腹探查。

• **電腦斷層**：除了可以確診之外，也可與其他會造成腹痛的疾病做鑑別診斷。電腦斷層常見腸壁增厚、顯影不明顯、腸腔擴張，腸壁周圍有發炎反應及腸壁裡有氣體，有時候會看見血管裡有血栓或是氣體產生，如果腸穿孔，則會看到腹水以及腹內游離空氣。

• **鉀劑攝影**：在急性期可見拇指印(thumbprint, 因黏膜水腫造成像拇指般的不顯影區)，而在後期可見腸道狹窄。

• **大腸鏡**：診斷的黃金準則之一，可觀察黏膜的變化，包括黏膜發炎、潰瘍甚至是出血，也可以同時做切片檢查來確診。

若有嚴重併發症則預後不容樂觀

依照疾病的嚴重程度而有不同的治療方針。如果症狀較輕微且未出現會危及生命的併發症，可以採取內科保守療法。但是，如果病情較為嚴重且同時有嚴重的併發症，例如低血壓、心跳快等休克現象或是急性瀰漫性腹膜炎，通常就需要外科手術介入。事實上，到了這個階段就算有即時的手術介入，產生術後併發症的機率或是死亡率都很高。

此外，一旦腸道壞死，很容易受到腸道中細菌的感染，所以使用廣效性抗生素也是很重要的治療之一。

鄭幸弘 醫師

中國醫藥大學醫學系
中國附醫內科部住院醫師
中國附醫消化系研究醫師
中國附醫消化系主治醫師
台灣內科醫學會專科醫師
台灣消化系醫學會會員

學經歷

各式胃腸道疾病及肝膽疾病，例如：B、C型肝炎、肝功能異常、急慢性肝炎、肝硬化、腹痛、消化不良、便秘、腹瀉、胃食道逆流、胃及十二指腸潰瘍。腹部超音波檢查、胃鏡、大腸鏡檢查及治療。

主治專長

鄭醫師的 小叮嚀

腹痛在臨床上是一個非常常見的主訴，很多疾病都會導致腹痛，正因為病因不明，所以如果有任何腹痛的現象，都應立即就醫，接受醫師的詳細診視及適當治療，切不可自己當醫師，以為吃點藥就沒事了，否則可能錯失治療的黃金時機。就像這位陳伯伯，他原本以為腹痛是小事，未料竟拖成缺血性腸炎，還引發嚴重的腹膜炎及敗血性休克，差點失去寶貴的生命。