

早產兒的大腸腸壁積氣：

有別於壞死性腸炎，是一個較良性的病程

高雄榮民總醫院小兒科 卓德松、林淑敏、陳英堯、謝凱生

摘譯自：Eur. J. Pediatr(2001) P.160:369~371

摘要

壞死性腸炎是早產兒一個很明顯和腸子不成熟相關的疾病，壞死性腸炎的診斷是靠臨床表現，檢驗及X光檢查，腹部X光片上的腸壁積氣(Pneumatosis intestinalis)被當作診斷這個疾病的一個確實證據，本文作者報告兩個案例，對腸壁積氣等於是壞死性腸炎的一致性看法提出質疑。

方法

第一例：人工受孕出生的早產兒，雙胞胎的老二，懷孕週數30週，因子宮內嚴重生長遲緩而剖腹產，出生體重875公克，APGAR score為5/7/8，在41天大時，有腹脹及血便，合併有呼吸症狀，需插管及呼吸器協助治療。雖然C-反應蛋白，白血球數及不成熟白血球比例都是正常，但腹部X光片有大腸腸壁積氣。診斷參數有互相矛盾之處，此嬰孩最後接受了腹部探察手術。沒有發現壞死性腸炎及穿孔，整個腸子沒有發炎的徵象，大小腸的微細血循環都正常，血液培養及腹腔擦拭培養都屬陰性。此嬰兒接下來的病程算平順，在79天大出院，體重是2220公克。

第二例：懷孕32週的早產兒，因難於忍

受的子宮收縮疼痛而行剖腹產，疑似母親感染而給予頭芽孢類抗生素治療，出生體重1635公克，APGAR score是6/5/8，剛出生時只有輕微的呼吸症狀，接受經鼻CPAP治療。腹部症狀在十二天大時開始，有飲食耐受不良合併血便，腹部X光片發現整個大腸腸壁積氣，但沒有游離空氣，超音波沒發現有腹水。停止餵食並給予抗生素，接下來的臨床病程都很平順，其感染的檢驗室指標包括C-反應蛋白，不成熟白血球數，白血球比例及血液培養都屬陰性，X光上的腸壁積氣在接下來的幾天逐漸消失，經腸餵食耐受性良好，嬰兒在31天出院，體重1900公克。

討論

1. 腸壁積氣是早產兒發生壞死性腸炎時的一個顯著特徵，Walsh和Kliegman在分類把它歸類於壞死性腸炎的IIa或以上級。這表示X光一旦發現有腸壁積氣就包含有壞死性腸炎的確實診斷、禁食及抗生素的長時間治療。
2. 很多觀察者對於疑似壞死性腸炎的腹部X光片判讀不盡相同，但大部份的病例，其X光上的腸壁積氣都是由迴腸末端開始，最後延伸到整個大腸。

3. 最近幾年，嘗試把腸壁積氣依其在腸子的不同部位予以分類。學者發現，牽涉到較遠端的大腸者，常合併比較不嚴重的腸發炎。而在小腸及迴—盲腸腸壁積氣，發生併發症及腸穿孔的機率較高。這和減少腸繫膜的血流供給會影響及發展成為壞死性腸炎的病理生理模式相吻合。由動物的模式發現，結紮了分枝到迴—盲腸交接處的腸繫膜血管會造成嚴重的壞死性腸炎的變化，因缺少側支血管；而近端迴腸血管結紮後，卻可靠側支循環來補償。
4. 雖然腹部 X 光片仍然是確認或排除腸穿孔最有價值的檢查，但用腸壁積氣來診斷壞死性腸炎的專一性是應該受限制的。單一大腸的腸壁積氣而沒有小腸腸壁積氣或腸阻塞的證據，可以當作新生兒的腸疾病的一種 X 光表現。它和正統的壞死性腸炎比較起來，有一個較良性的病程，其治療的方式及時間的長短需要進一步的評估。