小寶寶嘔吐不止
嬰兒肥厚性幽門狹窄

兩個月大的小強，由於持續嘔吐兩週，目前體重還輕於出生時體重，由分院轉來總院，因疑似嬰兒肥厚性幽門狹窄，安排超音波檢查，發現幽門肌肉明顯增厚，幽門管通道拉長且胃部脹大，符合診斷標準，住院後先給予輸液治療，矯正脫水、電解質不平衡及代謝性鹼中毒，數日後安排手術治療並順利出院。



文 / 林隆煌
國泰綜合醫院兒童醫學部主任級醫師

嬰兒肥厚性幽門狹窄，也稱為肥厚性幽門狹窄，是一種功能性胃出口阻塞，乃由於幽門肌層增厚和增生引起，在嬰兒中，肥厚性幽門狹窄是胃出口阻塞最常見的原因，也是最常見的手術原因源自於嘔吐。

徵兆和症狀

典型表現為出生後2-3週開始嘔吐，嘔吐物通常不帶血，不會帶有黃綠色的膽汁，但不能僅憑嘔吐物的特徵排除此診斷，雖然最初嘔吐可能不頻繁，但幾天後會變得更加規律和嚴重，直到寶寶每次在餵奶後會像噴泉一樣用力將奶水噴射吐出，患者通常面色良好，無發燒，在疾病早期，嬰兒嘔吐後可能仍然感到飢餓並劇烈吸吮。延誤診斷會導致脫水、體重增加不良、營養不良、代謝紊亂和嗜睡，父母常常會嘗試幾種不同的嬰兒配方奶粉，因為家長以為嘔吐是由於奶粉不耐受引起的。如果臨床表現典型，如噴射性嘔吐、肉眼可見的腸蠕動以及可觸及的幽門腫塊，診斷較為容易。然而在疾病早期，部分徵兆可能並不出現，約有60%至80%的嬰兒，可在右上腹或上腹部觸及腫大的幽門，其形態通常被描述為「橄欖狀」。

幽門評估需要以下步驟：嬰兒必須保持平靜並配合，安撫奶嘴或少量葡萄糖水可能有所幫助，如果胃脹，則需要插入鼻胃管進行抽吸，讓嬰兒仰臥，檢查者位於嬰兒左側，輕輕觸診劍突附近的肝臟邊緣，然後向上推肝臟，向下觸診能觸及位於中線或其右側的橄欖狀幽門，為確保診斷準確，醫生能用檢查的手指滾動幽門，嘔吐後、餵奶時或進食後，最容易觸及腫塊。

診斷

診斷通常基於噴射性嘔吐史、身體檢查觸及的幽門腫塊以及超音波檢查結果。

1.超音波檢查：超音波檢查對診斷嬰兒肥厚性



幽門狹窄具有最高的整體敏感性，是首選的影像學檢查方法，當幽門肌壁厚度≥3mm和幽門管長度≥14mm被視為診斷依據。

2.上消化道鋇劑造影檢查：當超音波檢查無法確診時才需要進行此項檢查，影像會顯示因肌肉肥大導致的幽門延長和胃竇凹陷，當狹窄的鋇劑通道被增厚的幽門黏膜壓迫時，會出現「雙軌徵」，當鋇劑積聚在擴張的前幽門竇時，會出現「肩部徵」，進行上消化道鋇餐檢查後，建議沖洗並清除胃內殘留的鋇劑，以防止誤嚥。

肥厚性幽門狹窄的手術修復相對簡單，併發症少，然而適當的液體復甦以及矯正電解質失衡和鹼剩餘至關重要，肥厚性幽門狹窄的典型生化異常是低氯、低鉀性代謝性鹼中毒，大多數嬰兒的體液狀態可在24小時內矯正，對於嚴重脫水的嬰兒有時可能需要數天才能矯正。首選的復甦液體是含有5%葡萄糖和10-20mEq/L鉀的等滲晶體溶液，前提是尿量達到足夠水平，除非懷疑腎功能受損，應重複進行血液採樣，直至滿足實驗室參數要求。

麻醉誘導前，需使用大口徑吸管抽取嬰兒的胃內容物，以清除殘留的胃液或鋇劑，有時需要用生理食鹽水沖洗以清除大量鋇劑。

手術治療

幽門切開術仍是首選的標準手術方式，幽門切開術可透過右上腹橫切口進行開放式手術，也可透過腹腔鏡進行。

術後管理

繼續持續靜脈輸液，直到嬰兒能夠耐受腸內營養，建議自由餵養，因為這通常可以縮短住院時間，但可能會增加嘔吐的發生率，或者可以每3小時開始遞增餵養，從口服補液鹽開始，逐漸過渡到全濃度配方奶，如果嘔吐持續，建議觀察等待，通常在 1-2 天內自行緩解。