

脊髓損傷病患之急性腹症

振興醫療財團法人振興醫院復健部 李林鍵

一般脊髓神經完整未受損的病患發生急性腹症(acute abdomen)，如急性消化性潰瘍合併穿孔、急性闌尾炎、急性膽囊炎或急性胰臟炎時，會表現出腹痛、腹部壓痛(tenderness)及其他相關的症狀與徵候，藉由詳細的病史詢問及理學檢查可提供鑑別診斷的線索，無論是使用藥物保守治療或是外科手術治療，通常有很高的治癒率。

脊髓損傷(spinal cord injury)的病患因神經系統受損使腸胃消化系統受到嚴重的影響，發生急性腹症時其症狀通常並不典型，甚至沒有症狀，因此病患及照顧者容易延誤就診；另一方面，臨床醫師診治疑似發生急性腹症之脊髓損傷病患時，因病患症狀不典型而不容易做出正確且及時的診斷，而早期診斷是急性腹症重要的預後因子，因此脊髓損傷病患合併急性腹症時會有較高的併發症發生率。根據先前的研究指出，高達5%的脊髓損傷病患會在受傷初期出現急性腹症，脊髓損傷病患合併急性腹症時約有三分之一的病患會被延誤診斷¹，從病患症狀出現至臨床醫師做出正確診斷耗時一天至三個月，而且病患死亡率高達10%^{1,2}。這都再再顯示了要在脊髓損傷病患身上及時且正確地診斷急性腹症是一件非常困難的挑戰。最常見造成病患死亡的原因為腹部內臟器官穿孔破洞合併腹膜炎，下腸胃道之破洞穿孔尤為常見²，例如急性闌尾炎或消化性潰瘍破裂穿孔造成腹膜炎與腹腔內膿瘍。

正常前腹壁的體感覺由第七胸椎神經至第一腰椎神經支配，腹腔內器官的內臟感覺則由

第一胸椎神經至第三腰椎神經支配^{2,3}。因此脊髓損傷病患發生急性腹症時，其臨床表現取決於脊髓損傷的位階(neurologic level)及脊髓受損的程度(完全損傷 vs. 不完全損傷)²。四肢癱瘓與僅雙下肢癱瘓的脊髓損傷病患發生急性腹症時，其臨床症狀與徵候便不相同，此外，四肢癱瘓的脊髓損傷患者也有較高的機率發生膽囊疾病與胰臟炎。

在四肢癱瘓的脊髓損傷病患，由於內臟疼痛傳入的神經路徑受損，因此即使發生急性腹症也通常不會有腹痛的症狀出現。在脊髓受損位階位於或高於第六胸髓的病患，發生急性腹症時可能也不會出現腹部僵硬(abdominal rigidity)及反彈痛(rebounding pain)等典型的腹膜刺激徵候(peritoneal irritating signs)，前腹壁肌肉張力的增加(spasticity)可能是理學檢查時唯一可觀察到的徵候³。當四肢癱瘓的脊髓損傷病患出現自主神經反射失調(autonomic dysreflexia)的症狀時(如嚴重的頭痛、血壓顯著升高、大量流汗、臉部與頸部潮紅)，就需特別注意病患是否已出現急性腹症。另外，若病患出現噁心、嘔吐、無胃口、模糊無法清楚描述的腹痛、腹漲合併腹圍突然增加、轉移至肩膀的疼痛、腹部僵硬或前腹壁肌肉張力增加，亦要對急性腹症保持高度的警覺性⁴。相對而言，在脊髓受損位階低於第六胸髓的雙下肢癱瘓患者，發生急性腹症時則較可能出現腹痛與腹部僵硬及反彈痛等典型腹膜刺激徵候⁵。因此疑似發生急性腹症時，四肢癱瘓的脊髓損傷病患須考量的鑑別診斷相較於僅雙下肢

癱瘓的病患或無脊髓損傷的一般病患，需更為廣泛與周全。

脊髓損傷病患通常會合併出現與急性腹症相似的症狀，而這些日常生活中就已經存在且熟悉的症狀容易使病患、照顧者甚至臨床醫師失去警覺性，因此忽略發生急性腹症的可能性^{4、6}。舉例而言，脊髓損傷病患因腸道支配神經受損與身體活動減少而常見有慢性便秘的情形，因此常會有腹漲、噁心與無胃口等症狀，此外脊髓損傷病患常見合併之胃輕癱(gastroparesis)與麻痺性腸阻塞(paralytic ileus)也會造成前述症狀，脊髓損傷造成的膀胱功能受損其導致的急性尿液滯留(acute urinary retention)亦會造成自主神經反射失調的症狀⁷。因此，脊髓損傷病患合併急性腹症時出現的症狀與徵候不僅模糊、不具特異性也不可靠，要診斷急性腹症主要依賴實驗室檢驗與影像學檢查。

開立的實驗室檢驗需包含全血球計數(白血球計數)、胰臟酵素、肝功能指數與電解質濃度⁷。若病患合併有發燒或全血球計數顯示白血球增多(leukocytosis)，則需考慮感染的可能性，因此細菌培養(血液培養、尿液培養、痰液培養及傷口培養等)便很重要。值得注意的是，實驗室檢驗的結果有時並不可靠，故需小心判讀。脊髓損傷病患常見有尿路感染、肺炎及壓瘡或皮膚感染，這些感染都可能造成發燒及白血球增多，而急性腹症可能與這些感染一同發生，但因這些感染而忽略了急性腹症

的存在而延誤診斷。另一方面，脊髓損傷合併急性腹症時只有部分的病患會出現白血球增多，部分病患的白血球數目是正常的，目前原因不明⁵。

腹部X光、超音波及電腦斷層掃描有助於確立急性腹症的診斷²。安排腹部電腦斷層掃描可早期診斷急性腹症，及早開立適當的治療(如抗生素治療或手術治療)，有助於改善病人的預後⁴。此外，電腦斷層掃描亦可減少不必要的手術治療。

臨床醫師應教育病患及照顧者關於脊髓損傷合併急性腹症時可能出現之症狀及徵候(如腹漲合併腹圍突然增加、噁心、前腹壁或肢體的肌肉張力突然增加、發燒)，以提高病患及照顧者的警覺性以避免延誤就診。平時若非必要應避免開立會使腸胃道蠕動變差而造成便秘的藥物，有噁心、嘔吐副作用的藥物亦需小心使用。面對脊髓損傷病患要及時且正確地診斷急性腹症的原因對臨床醫師而言是非常具有挑戰性的，然而目前並沒有完善的臨床指引可供參考及遵循，如何評估與治療病患需仰賴高度的警覺性與臨床經驗的累積。需特別注意的是，疑似發生急性腹症時，四肢癱瘓的脊髓損傷病患其臨床表現較僅雙下肢癱瘓者更不明顯也更不具特異性，因此考量的鑑別診斷與安排的檢驗及檢查需更為廣泛與周全。

結語

臨床醫師面對疑似發生急性腹症之脊髓損傷病患時，應保持高度的警覺性，及早開立必

要的實驗室檢驗與影像學檢查，使可早期確診並及早安排正確之治療，以期避免併發症的發生及改善病患之預後。

參考文獻

1. Sheridan R: Diagnosis of the acute abdomen in the neurologically stable spinal cord-injured patient. A case study. *J Clin Gastroenterol* 1992; 15: 325-8.
2. Miller BJ, Geraghty TJ, Wong CH, et al: Outcome of the acute abdomen in patients with previous spinal cord injury. *ANZ J Surg* 2001; 71: 407-11.
3. Yung JC, Groah SL: Crohn' s disease in a patient with acute spinal cord injury: a case report of diagnostic challenges in the rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 1274-8.
4. Strauther GR, Longo WE, Virgo KS, et al: Appendicitis in patients with previous spinal cord injury. *Am J Surg* 1999; 178: 403-5.
5. Neumayer LA, Bull DA, Mohr JD, et al: The acutely affected abdomen in paraplegic spinal cord injury patients. *Ann Surg* 1990; 212: 561-6.
6. Zaremski JL, Jayawardena V, Lew HL: An occult presentation of appendicitis in a patient with tetraplegia. *Am J Phys Med Rehabil* 2010; 89: 156-9.
7. Mowrey K: The challenge of assessing and diagnosing acute abdomen in tetraplegics: a case study. *J Neurosci Nurs* 2007; 39: 5-8. 🇩🇪

