

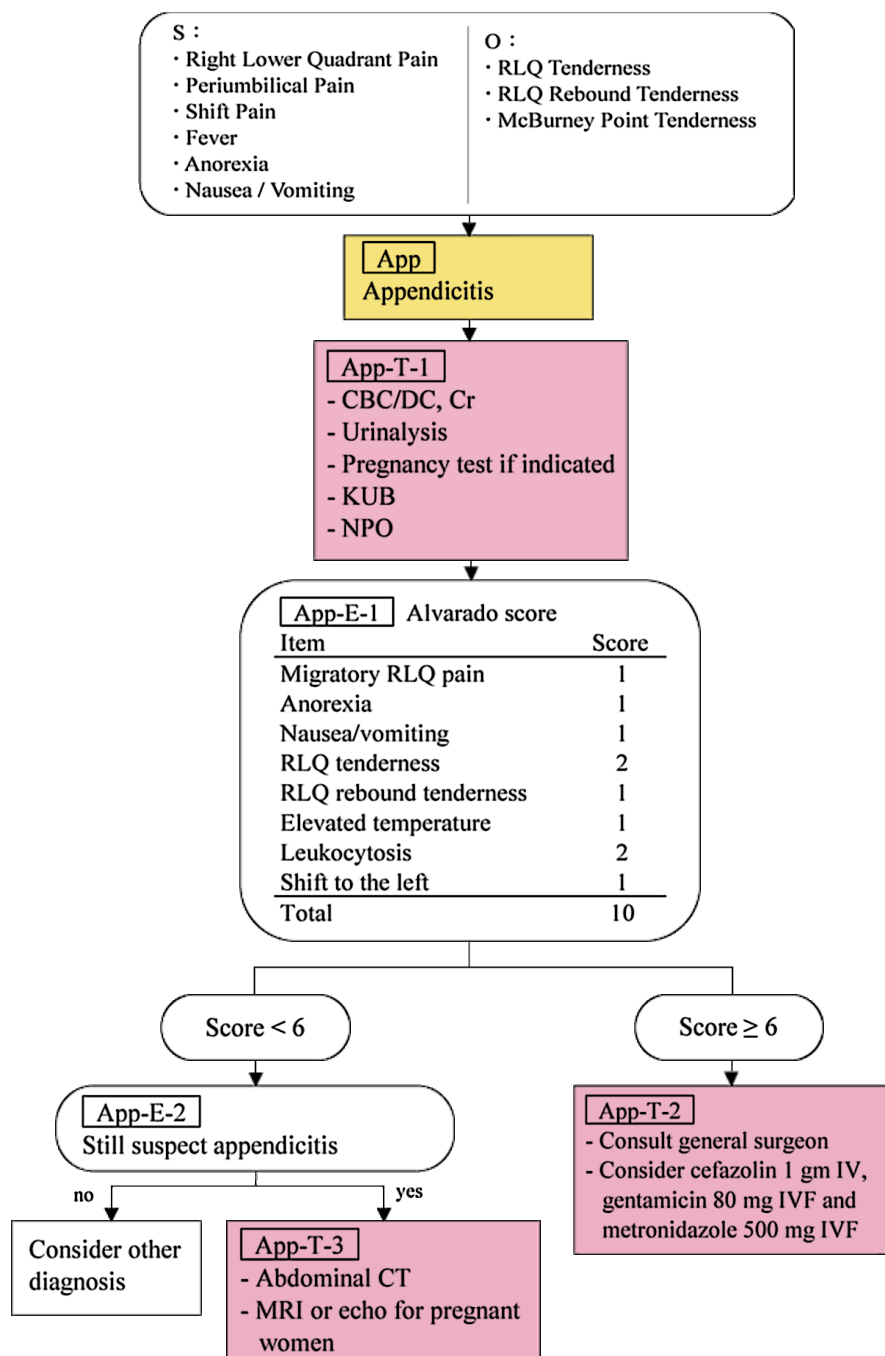


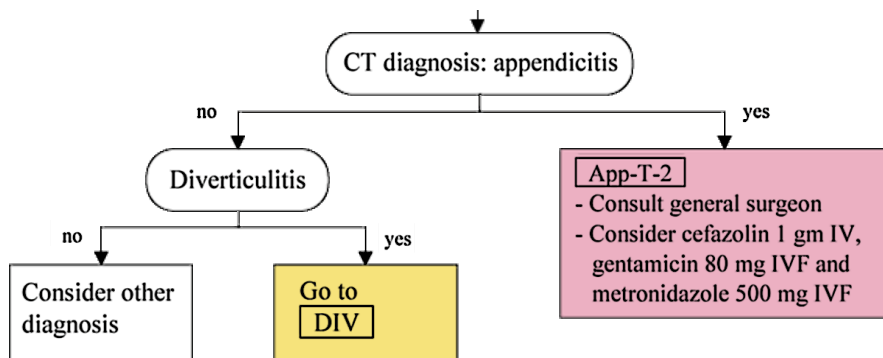
# 闌尾炎 Appendicitis

關鍵字：右下腹痛 ( Right lower quadrant pain ) ；轉移痛 ( shifting pain ) ；臍周圍痛 ( periumbilical pain ) ；McBurney point 壓痛 ( McBurney point tenderness ) ；腹部肌肉僵硬 ( abdominal muscle rigidity )

流程代碼：App

流程指引





Top

## I. 引言

闌尾炎是急診常見須緊急開刀處理的疾病，及早診斷非常重要但也相當困難。闌尾炎在各年齡層都有可能發生，以10~19歲為高峰，男生比女生略多，一個人一生有6~8%的機會得闌尾炎。65歲以上以及8歲以下因為症狀較不典型，較容易延遲診斷且合併有較高的併發症，總體而言，約有21~32%的病人會發生闌尾穿孔。

Top

## II. 重點摘要

### A. 診斷提示 App

急診的目標在於及早做出正確的診斷，但只有20%的病人表現典型的症狀，包括上腹部或肚臍周圍痛且轉移至右下腹痛，有時伴隨噁心嘔吐或輕度發燒，數小時後轉移至右下腹痛，理學檢查常見McBurney point壓痛。疾病後期常見高燒，白血球增多及腹部肌肉僵硬。各項診斷工具之中，病史及理學檢查仍然最為重要，超音波及電腦斷層則可供利用。主要用於診斷不明以及懷疑闌尾穿孔的病人。隨著科技進步現在有越來越多診斷工具可以使用，但闌尾炎併發症以及陰性闌尾切除率（negative appendectomy）並未減少，臨床上為了避免延遲診斷，故可容許一定程度的陰性闌尾切除率，約10~20%。

### B. 流程說明

- 當臨床症狀懷疑是急性闌尾炎時應先抽血，婦女應作懷孕試驗 App-T-1，並依據症狀和抽血結果評估Alvarado score App-E-1。若 > 6分則為急性闌尾炎之可能性極高，應給予抗生素並照會外科 App-T-2。CRP的敏感度為62%，特異性為66%，並非能有效的診斷闌尾炎的檢驗項目。
- 隨著疾病的進展，病人可能會出現發燒及白血球上升的情形（但有30%的病人是正常的）。如果出現高燒超過38.3°C或白血球上升超過15000/ml<sup>3</sup>，則要小心是否已出現闌尾穿孔。闌尾穿孔通常在症狀出現的24小時內幾乎不會發生，但若超過48小時，則比率升高到65%。
- 若Alvarado score < 6分，但仍懷疑為闌尾炎 App-E-2，可考慮利用腹部電腦斷層檢查 App-T-3。電腦斷層對於成年女性的診斷最有幫助，可以明顯減少陰性闌尾切除率，但對於男性則無此效果。目前有研究顯示，無顯影劑的電腦斷層對於診斷闌尾炎亦有幫助，故可用於腎功能不全或對顯影劑過敏的病人；另外若是懷孕婦女則需考慮使用超音波或MRI作檢查。
- 闌尾炎的治療仍以手術為主。單純性的闌尾炎術前使用cefazolin及metronidazole以降低傷口感染率即可。但對於延遲就醫（超過5天），如已發生闌尾穿孔合併腹腔內膿瘍，則手術的併發症及死亡率皆大幅提高，故先以廣效抗生素治療為主（第二代或第三代cephalosporin加上metronidazole），或使用aminoglycoside類的抗生素 App-T-2。

### C. 住院標準

會診外科醫師之後，不論是否需立即手術治療，皆應安排住院治療，如院內無病床或無法進行手術，則應將病人轉診至可以處置之醫療院所。

### D. 出院評估

無。

Top

### III. 衛教

Q. 什麼是闌尾炎 ( 盲腸炎 ) ?

A. 闌尾是一個附屬於盲腸的結構，為一個退化的器官，當發生阻塞時，細菌便在腔室內增生而造成發炎，闌尾因而腫脹疼痛而造成症狀，若持續發炎而未加以治療則可能發生闌尾壞死，若闌尾破裂，腸腔內之細菌便會散佈置腹腔而造成腹膜炎以及敗血症。

Q. 我怎麼知道得了盲腸炎？

A. 闌尾炎最典型的症狀，是一開始上腹部或肚臍附近的不適，可能有輕微噁心及腹瀉現象，大約在數小時或半天後轉移到右下腹，咳嗽或走路時會加劇此種疼痛。若發炎持續，則可能出現發燒現象，甚至因盲腸破裂引發劇烈疼痛及全腹部疼痛。

Q. 盲腸炎要怎麼治療？

A. 雖有新的研究顯示部分病人可以單用抗生素治療，但目前最確定的治療方式就是手術，若能在盲腸破裂以前手術，則可大幅減少併發症及術後感染。

[Top](#)

### 參考資料

1. Ciftci AO, Tanyel FC, Buyukpamukcu N, et al. Comparative trial of four antibiotic combinations for perforated appendicitis in children. *Eur J Surg* 1997; 163:591-6.
2. Flum DR, Morris A, Koepsell T, et al. Has misdiagnosis of appendicitis decreased over time? A population-based analysis. *JAMA* 2001; 286:1748-