

衛教文件

科別	一般外科	編號：3010003
主題	急性闌尾炎	101.07.30 訂定
製作單位	一般外科	105.05.27 修

一、一般說明

「闌尾炎」即俗稱的「盲腸炎」。「闌尾」為一中空管狀器官，位於右下腹部(圖一 a)，與大腸起始段的「盲腸」相接，末端封閉。闌尾炎的主因是闌尾的管腔阻塞，導致闌尾壁發炎(圖一 b)，甚至穿孔而造成局部膿瘍或腹膜炎。典型症狀為廣泛腹痛(尤其是肚臍週邊)，數小時後疼痛點轉移至右下腹部[1]。腹痛後可能伴有噁心或嘔吐；另外可能有食慾不振、發燒、發冷、腹瀉、腹脹等症狀。但闌尾炎的症狀常因人而異，甚至可能以腸阻塞或腹膜炎表現。

闌尾炎的診斷主要依靠病史以及身體檢查。抽血檢查可能會發現血中的白血球數升高[2]。腹部 x 光檢查通常對於診斷幫忙不大，多是用來排除其他腹痛原因，例如腸阻塞、便秘等。超音波檢查可以輔助診斷，如果超音波有看到一段無法被超音波探頭壓扁的腸子，就有可能是急性闌尾炎[3]。電腦斷層診斷的準確率超過九成[4]，但需要使用顯影劑與 X 光，對於顯影劑過敏或是孕婦，就不一定適用，而且仍有少數闌尾炎病人在檢查時是看不出來的。

常見可能造成類似闌尾炎症狀之疾病有大腸憩室炎、腸胃炎、便秘、腸胃道穿孔、大腸或闌尾腫瘤、腸阻塞、異位妊娠、骨盆腔發炎疾病、卵巢濾泡或囊腫破裂、泌尿道感染或結石等[5]。因為病人的症狀各異、鑑別診斷很多、檢查精確度有極限，故目前很難要求在手術前百分之百確定診斷為闌尾炎。

闌尾炎的治療以手術切除闌尾為主。少數病人因為狀況不佳而手術風險過高，只好先以藥物治療[6]。有些病人闌尾發炎嚴重到與週圍的器官沾黏成團，手術風險較大，可先以抗生素治療穩定後出院，至於六到八週後是否需要手術切除闌尾，目前仍有爭議[7]。

闌尾的切除可以使用傳統開腹手術或是腹腔鏡手術。但有時因病情需要，可能要使用自費的自動縫合器，且某些特殊病人不適合腹腔鏡手術。術中視情形決定是否放置引流管。闌尾破裂造成瀰漫性腹膜炎的病人，則採取剖腹手術切除闌尾並清洗腹腔。手術常見的併發症為傷口感染、腹腔膿瘍、腸沾粘，發生

率與闌尾炎嚴重程度與病人狀況有關。根據大規模研究指出，腹腔鏡手術較傳統手術，傷口感染機會小，疼痛指數較低，住院天數較短，但是產生腹內膿瘍機會略為增加[8, 9]。術後多數病人一天內就可以嘗試喝水與進食如無不適即可出院，約七天之後回門診拆線。比較嚴重的病人，術後可能要使用抗生素，住院天數將較長。

二、居家照顧(及注意事項)

請遵照醫護人員指導，照護傷口。

請多活動以免腸沾黏，適量飲水及高纖飲食，促進腸蠕動，以免發生腸阻塞。

三、術後何時找醫師:

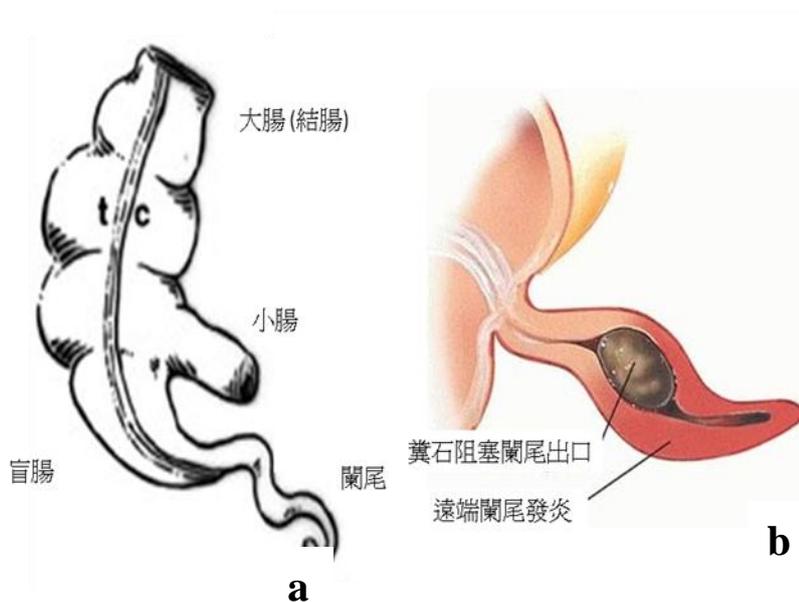
闌尾炎手術傷口極可能發生感染發炎現象，一般發生在手術後五天至七天，以局部傷口紅腫熱痛表現為主，甚至偶有全身發熱現象，如有上述情形請立即至本院急診或門診處置。

請依照醫囑按時回門診診視傷口與復原情形

參考資料：

1. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology* 2000; 215: 337-348.
2. Coleman C, Thompson JE, Jr., Bennion RS, Schmit PJ. White blood cell count is a poor predictor of severity of disease in the diagnosis of appendicitis. *Am Surg* 1998; 64: 983-985.
3. Lee SL, Ho HS. Ultrasonography and computed tomography in suspected acute appendicitis. *Semin Ultrasound CT MR* 2003; 24: 69-73.
4. Lee SL, Walsh AJ, Ho HS. Computed tomography and ultrasonography do not improve and may delay the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *Arch Surg* 2001; 136: 556-562.
5. David E Wesson. Differential diagnosis of acute appendicitis. *Up To Date* 2012.
6. Simillis C, Symeonides P, Shorthouse AJ, Tekkis PP. A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). *Surgery* 2010; 147: 818-829.

7. Iqbal CW, Knott EM, Mortellaro VE et al. Interval appendectomy after perforated appendicitis: what are the operative risks and luminal patency rates? J Surg Res 2012; 177: 127-130.
8. Sauerland S, Jaschinski T, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. Cochrane Database Syst Rev 2010; CD001546.
9. Fleming FJ, Kim MJ, Messing S et al. Balancing the risk of postoperative surgical infections: a multivariate analysis of factors associated with laparoscopic appendectomy from the NSQIP database. Ann Surg 2010; 252: 895-900.



圖一

備註：每年修訂或審閱乙次。

警語：所有衛教資訊內容僅供參考使用，無法取代醫師診斷與相關建議，若有身體不適，請您儘速就醫，以免延誤病情。