

# 漫談小兒急性闌尾炎

## 診斷篇

中國醫藥大學台中附醫兒童醫院

兒童外科 主治醫師 張嘉麟

急性闌尾炎是醫院急診室最常見的外科腹部急症之一，它可以簡單到實習醫師就能診斷，又可以困難到連醫界大老本身，也想不到自己罹患其病，因而延遲治療，小兒外科林哲男顧問常說，外科醫師從急性闌尾炎開始學起，老了反而常常會忽略這個診斷，可見其症狀多變的特性。

急性闌尾炎最主要常發生在兩個族群，第一個族群是6歲至18歲的學齡兒童，第二個族群是青壯年，嬰幼兒及老人的急性闌尾炎一般很少見，症狀更加隱晦，診斷更為困難，接下來我們就針對第一個族群小兒急性闌尾炎來談。

最常見的場景，就是兒童一開始是臍部周圍痛或上腹痛，過了幾小時疼痛會慢慢轉移到右下腹，可能會伴隨一些腸胃道的症狀例如噁心嘔吐或發燒等等，這時病人可能會向右傾駝背護住右下腹小心走路，因為走路也會引起腹痛，然後家長帶來急診室求診。經過病史詢問和理學檢查發現有右下腹的明顯觸痛，如果白血球和急性發炎指數也有明顯升高，急性闌尾炎的診斷就八九不離十了，不需要較高端的檢查（超音波、電腦斷層掃描）來確診。立即接受闌尾切除術，避免延遲的併發症產生，是當務之急！



當然有些特殊情況可以延後或暫時不用手術，例如只是單純腹痛，卻沒有嘔吐噁心的症狀，也無影響食慾，這時候可以先使用抗生素並且觀察後續的症狀，這是在使用腹部超音波或者腹部電腦斷層確診的情況下。

另外，有一些族群是可以使用超音波或者電腦斷層加強確診率，比如說小於6歲的幼童或者是青春期左右的女生，或者症狀不明確而血液及生化檢查變化也不明顯的病人。原因是小於6歲的幼童，無法詳實陳述症狀，而且這年齡層的闌尾炎發生率也較低。至於青春期的女生，如果有右下腹痛，有些並不是闌尾炎，而是卵巢、輸卵管或骨盆腔方面的疾病，所以容易誤診。

以前在學生時代，對於腹部電腦斷層檢查的使用，爭議性很大，一方面因為昂貴，前輩常常訓斥濫用電腦斷層檢查，消耗醫療資源，而且常常忽略理學檢查的重要性。另一方面，也有一種說法，臨床上對於醫學中心急性闌尾炎的診斷可容許有10-15%的誤診率（區域醫院或地區醫院可能更高），所以從前健保對於電腦斷層的使用採取嚴格把關的做法。但是現在由於醫療糾紛發生率逐漸提高，所以只要有適應症，都可以執行。

說到這裡，可能大家會疑惑怎麼沒提到腹部X光和腹部超音波？原因是腹部X光的診斷率不高，當然我們有時也可以見到X光右下腹有糞石顯影，如果再配合臨床右下腹痛病史，急性闌尾炎幾乎可以百分百診斷，但是有糞石顯影的腹部X光比率太少。有些影像，例如局部的腸擴張，模糊的右側髂腰肌，或者右側脊椎側彎，也可以間接指出急性闌尾炎的可能性，但是都只能當作參考，不能當作確診依據。另外，超音波的診斷率雖然接近電腦斷層，但是準確度與操作醫師本身的訓練有很大的關係，如果操作醫師沒受過相關訓練，執行超音波檢查也看不出來，還不如電腦斷層，每個醫師都能看得懂。所以，除了小兒腸胃科專科醫師在門診，或日間住院病人可以執行超音波診斷，其它時間或者在急診，如果遇到疑似小兒急性闌尾炎不能確診，大多數會使用電腦斷層掃描。

因為闌尾位置的多樣性，造成急性闌尾炎的表現也多樣化。大部份臨床上會延遲診斷的病患，很多是以急性腸胃炎症狀來表現，上吐下瀉和發燒，有時候腹痛反而不明顯，在一般診所很容易就當成急性腸胃炎，但是也不能說成誤診，因為有些小兒急性闌尾炎剛開始的部分症狀的確很類似急性腸胃炎，比如說在骨盆腔直腸附近發炎的闌尾，就會造成病患裡急後重的症狀，誤以為是腹瀉，這時候如果做肛門指診就可以確診。另外有些

是已經穿孔造成腹內膿瘍，間接引起腸阻塞，也會引起腹脹、噁心、嘔吐。如果是在後腹膜腔發生闌尾炎，腹痛會不明顯，反而會有膿尿或者血尿的症狀。比較罕見的是腸旋轉不良的急性闌尾炎，腹痛位置反而在左腹。

另外也有特殊情況會引起類似急性闌尾炎的症狀，在急診容易導致誤診，有些是國高中女生的骨盆腔炎或右側卵巢扭轉，有些是胃潰瘍穿孔，還有些是過敏性紫斑（Henoch-Schonlein Purpura）。骨盆腔炎本身沒有轉移痛，通常是下腹痛和陰道分泌物增加，通常有性接觸史，但是此類病史通常會被病患本身否認，所以診斷不易。而胃潰瘍穿孔是因為造成右下腹膿瘍引起右下腹痛，但是胃潰瘍穿孔的病史跟急性闌尾炎不同，胃潰瘍穿孔沒有轉移痛，而且是劇痛，跟急性闌尾炎逐漸增加的疼痛是不一樣的。另外，理學檢查是腹部肌肉僵直，跟闌尾炎的右下腹壓痛是不同的。而過敏性紫斑，除了腹痛外在四肢會出現紫斑，而且會有血尿及關節痛。

以上皆是筆者歷年來，在臨床處理小兒急性闌尾炎如何診斷的經驗談，至於治療，將在下一次另闢篇章討論。☺

