



Vol9, No2, Oct, 2008

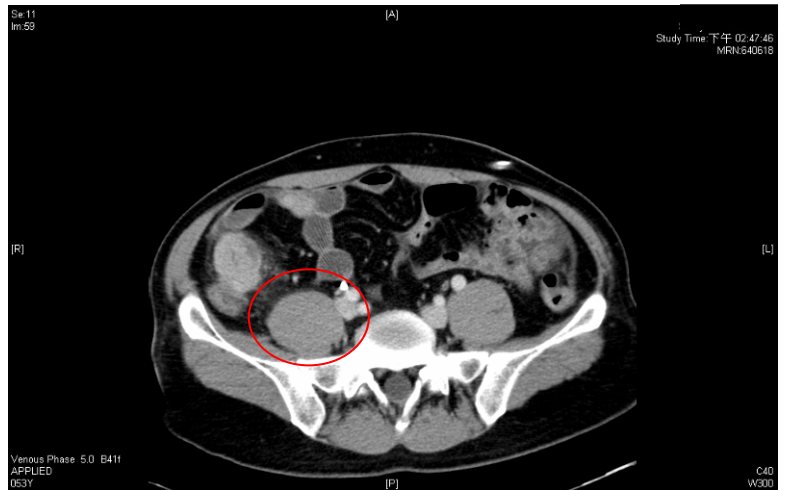
腸結核 (TB Colitis)

消化系內科 張百福醫師、張維興醫師

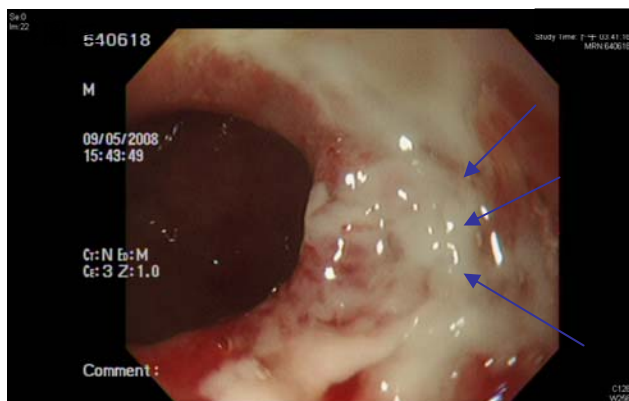
52 歲男性，職業軍人已退伍，身高 175 公分，體重 62 公斤。病人於民國 92 年開始即因腎功能不全於本院腎臟科門診追蹤，民國 93 年發現惡性的右側輸尿管鱗狀細胞癌而接受右側腎臟及右側輸尿管之切除手術，術後併有放射治療，但因術後腎功能惡化開始接受腹膜透析。今年八月於門診追蹤時電腦斷層意外發現於末端迴腸壁（圖一）有不正常增厚的情形，因疑有惡性病變或腸結核，安排了大腸鏡與小腸鏡之檢查（當時病人胸部 X 光片無明顯病灶）（圖二），且於末端迴腸發現有多處外環狀潰瘍（圖三），內視鏡切片之病理學報告有肉芽腫之變化（圖四）。



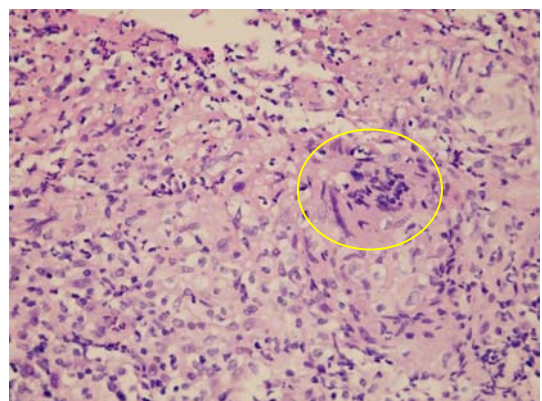
圖一



圖二



圖三



圖四

腸結核是由結核菌 (Mycobacterium Tuberculosis) 引起的腸管感染症。其感染途徑可經以下方式而得：

- 1、 嚥下含結核菌的喀痰，此為主要感染方式。
- 2、 經由活動性肺結核或粟粒型結核血行性傳播。
- 3、 食入受感染之牛奶或食物（少見於西方社會）。
- 4、 由鄰近病灶播散。

以前的病例大半是有活動性病變者，但現在則不伴隨肺病變者佔半數以上，常發生於迴盲區域，越遠離此區域發生頻度越低，可能是因迴盲瓣相對的停滯且富含淋巴組織，而這些病原菌會穿過黏膜層而存於黏膜下層的淋巴組織，於此引起發炎反應接續淋巴炎、動脈內膜炎、肉芽腫形成、乾酪樣壞死、黏膜潰瘍或疤痕形成。

外觀上大腸的病灶可被分成：

- 1、 潰瘍型 (Ulcerative)：佔 60%，主要特徵為外表層潰瘍，且此型大多有較嚴重的病程。
- 2、 增生型 (Hypertrophic)：佔 10%，特徵為疤痕樣、纖維樣及偽腫瘤樣。
- 3、 潰瘍增生型 (Ulcerohypertrophic)，佔 30%，特徵為迴盲瓣周圍有發炎狀腫病腸壁增厚與潰瘍。

症狀：

約 80-90% 之腸結核為無特徵性症狀，如本病例，有些因慢性便秘或腹瀉等排便異常、腹痛或糞便潛血反應呈陽性等接受檢查而被診斷。病變在結腸者容易腹瀉，在迴盲部者則易便秘。其他如體重減輕、發燒、食慾不佳等較少見。亦有因腹部膨滿、嘔吐等腸閉塞症狀或腸出血而接受診察。右下腹觸摸到腫瘤的機會約 25-50%，也曾有大腸穿孔之病例報告。若有出現腹水時，則可以幫助區別是結腸核或是克隆氏病 (Crohn's Disease)，因後者發生腹水之情形少見。

臨床檢查所見：

CRP 上昇、ESR 上昇、輕至中度貧血可見於 50-80% 之病人，而白血球數通常是正常的。Tuberculin 皮膚試驗於腸結核之病患大多為陽性，但其陽性值卻無法來區別為之前之感染、疫苗造成，或是疾病活性期。再者，PPD 皮膚試驗可能於老年或免疫不良之病患成陰性反應。

放射學檢查：

於腸道多是非具特異性，它們經常需與 Crohn 氏疾病、淋巴癌或盲部癌區別。

- 於鋇劑之檢查 (Enema 及 Small Bowel Follow-through) 可見黏膜潰瘍及狹窄、盲部變形，及迴盲瓣功能失常。
- 電腦斷層可用來評估腸內及腸外之病變與其波及之範圍。常見之電腦斷層影像為同心圓增厚之迴盲部，不對稱之內側盲部增厚偶爾可見。淋巴結病變與低密度中心為乾酪液化之特徵，此可見於鄰近的腸繫膜。

大腸內視鏡檢查：

於迴盲部所發現是多變的，可以是潰瘍、狹窄、結節、偽息肉、纖維帶狀、瘻管、變形的迴盲瓣等等。

於內視鏡之檢查主要之鑑別診斷為克隆氏疾病，而區別兩者亦是相當重要的，因於腸結核之病人若被誤診為克隆氏病，使用類固醇治療可能會有相當嚴重的結果（如造成粟粒型結核）。內視鏡下若見到鵝瘡或鵝卵石樣黏膜則比較像克隆氏病，因這些較少見於腸結核。跟克隆氏病比較，腸結核潰瘍多是環形的且周圍包著發炎樣黏膜，大潰瘍的周圍隆起，

出現皺裂狀模樣。

診斷：

腸結核為感染症，至少必須滿足下列的任何一個項目：

- 1、 從罹患部位做培養或動物接種證明出結核菌。
- 2、 組織學上證明出結核菌。
- 3、 組織學上證明出乾酪性肉芽腫。
- 4、 切除標本出現典型的肉眼變化，並有在組織學上可診斷為結核病的腸繫膜淋巴節。

顯微鏡檢查、培養、PCR 法為主要的證明方法。

- 內視鏡下活體組織切片標本：從潰瘍邊緣採取的活體組織切片較容易見到陽性病變。乾酪性肉芽腫，或以抗酸菌染色證明出結核菌的頻度低。以前曾接受過抗結核療法的病例，有時可見到不伴隨乾酪化的肉芽腫。克隆氏病與結核引起的肉芽腫，其鑑別並不容易。
- 培養法：若其他部位無病變的腸結核病例，則糞便培養的陽性率在 10% 以下。並且，合併活動性肺結核的病例，可能排菌於消化管內，糞便培養對診斷的價值低。活體組織切片培養的陽性率，在其他部位無病變的腸結核病例為 20% 左右。其合併內視鏡下活體組織切片標本檢查可提高至約 80% 之診斷率。
- 結核菌 DNA 的檢出：以 PCR 法檢查結核菌之存在時，其迅速對肺結核診斷發揮出威力，但糞便中有時存在著核酸分解酵素，通常腸結核的檢出率低。有些文獻報告，以 PCR 增幅的樣本 (Sample)，利用 RFLP 解析則腸結的診斷率高。

推定性的診斷可依病人呈現活動性肺結核及腸道臨床症狀，加上放射學檢查。然而胸部 X 光為陽性（活動性或已癒合之肺結核）之病人低於 50%，所以確切之診斷應以上述為主。

治療：

標準的抗結核藥之治療對腸結核是相當有效的，其治療一般而言是同肺結核，均應強調早期、聯合、適量及全程用藥，並應藥物的敏感性測試、副作用及病人的情形來作用藥上之調整。服藥順從性是治療成敗的主因，故直接觀察治療是被建議的。手術治療主要是留給其他併發症如：穿孔、瘻管、大量出血、完全腸梗阻或部分梗阻經內科治療無效時。

討論

原發性腸結核多，並且證明不出結核菌的病例也多。因此，即便胸部 X 光所正常或無法排除腸結核時，可考慮整個腸道的檢查，如本例以從肛側之單氣束小腸鏡檢查以取代傳統之小腸鏡。其他之檢查法，如雙氣束小腸鏡或膠束式內視鏡等皆是對小腸檢查相當不錯之方式，也可提高腸道疾病之診斷率。

Reference

1. 消化管內視鏡 II，編譯賴敏裕。
2. 臨床抗生素手冊，第三版，編著張進祿。

梅克耳氏憩室炎

消化系外科 曾譯誦醫師

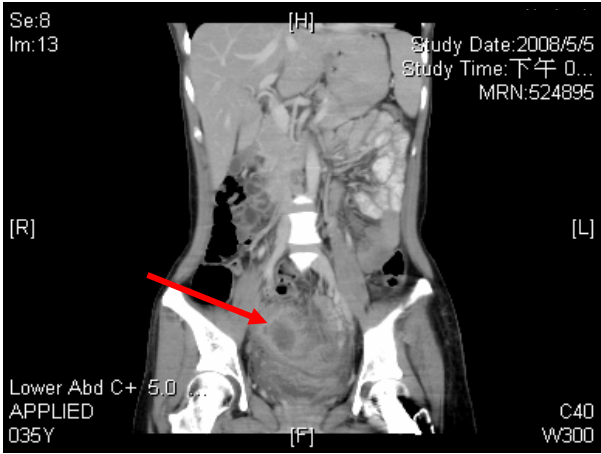
35 歲女性銀行員工主訴於兩週內有間歇性腹痛、發燒且有 2-3 次腹瀉情形，初步於診所治療但無明顯進展而至本院急診治療進而安排住院治療，當時理學檢查顯示：身高 170 cm、體重 52 kg，體溫：38.3 度、血壓：119/66 mm-hg、脈搏：106 次/分、呼吸：20 次/分；除左大腿因股骨頸骨折術後兩個月而活動限制、下腹部廣泛性輕壓痛及腸音過度蠕動外並無其它異常。

實驗室檢查 WBC： 20.6×10^3 /ul、Hb：11.1g/dl、platelet： 332×10^3 /ul、GOT：16U/L、GPT：20U/L、Bil：0.79mg/dl、BUN：6mg/dl、Cr：0.6mg/dl、CRP：111.3mg/L (<3 mg/L)、CEA：1.1ng/ml、CA125：80.4 (<35U/ml)、CA19-9 9.4/ml，超音波檢查發現有骨盆腔 5.7 x 3.7 cm 囊性腫瘤，電腦斷層攝影顯示右側骨盆腔腫瘤但無法區分卵巢腫瘤或腸道問題(圖一、二)，經聯合討論會後決定由婦產科先行下腹部中線剖腹探查手術，但術中發現小於 2 公分之子宮肌瘤及卵巢囊腫，而主要問題是嚴重小腸病兆及粘連(圖三、四)，故由外科接手在距離迴盲瓣 5 公分處作 40 公分之部份小腸切除及吻合手術。術後病理報告為梅克耳氏憩室炎併破裂。

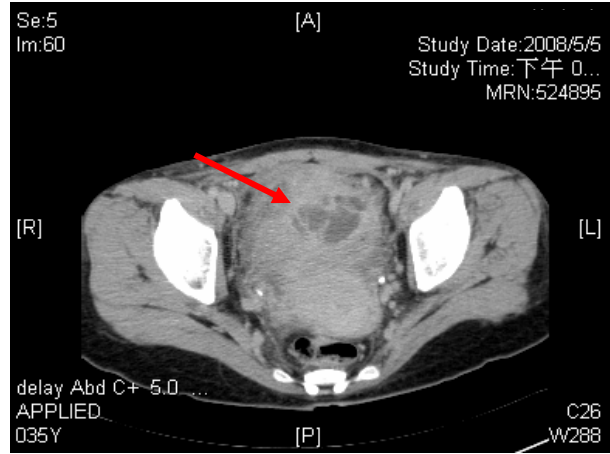
討論

梅克耳氏憩室首先由德國解剖學家 Johann Friedrich Meckel 於西元 1809 年提出，定義為距離迴盲瓣 100 公分內位於迴腸腸繫膜對側之憩室，發生率約 1-3% 人口，常發生於 2 歲以下幼兒，男性發生率約女性兩倍，90% 憩室大小約 1-10 公分，平均為 3 公分但最大可至 100 公分，75% 有症狀病人發生於 2 歲前，嬰幼兒有較高之併發症，出現症狀之情形以出血最多佔 27%、其它如阻塞 24%、破裂 11%、腸套疊 5.6%、疝氣 4%；一生中發生併發症機率約 4.2-6.4%，隨年齡增長而減低機率，在 16 歲時約 3.7% 而至 76 歲時則下降至 0%。

梅克耳氏憩室是一種真憩室，具有完整之腸壁組織且 10.7% 具有胃黏膜、0.5% 具有胰臟組織、1% 同時具有胃黏膜及胰臟組織，在診斷上可使用 ^{99m}Tc -pertechnetate scintigraphy (Meckel's scan) 診斷率 83-95%，但對於併發症之診斷仍以電腦斷層攝影最準確，治療上對於併發症之梅克耳氏憩室以切除為主，但對於其他手術中發現之梅克耳氏憩室則存在爭議，但一般認為腹腔內嚴重感染之手術則不宜再做憩室切除，如腹腔感染不嚴重之手術則可一併做憩室切除，如病人年齡 8 歲以下則必須合併憩室切除。



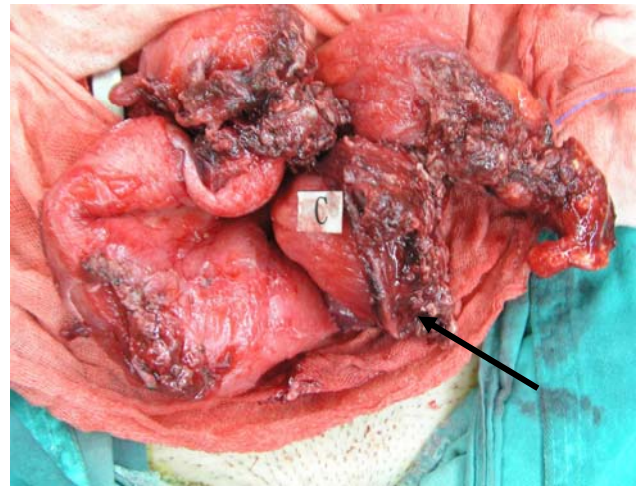
圖一、Coronal view of abdominal CT



圖二、axial View of abdominal CT



圖三、perforated diverticulum on anti-mesentery side



圖四、Perforated diverticulitis

參考文獻：

1. Meckel's diverticulum: Comparison of incidental and symptomatic cases. *World J. Surg.* 28, 917-920, 2004
2. When to resect and when not to resect an asymptomatic Meckel's diverticulum: an ongoing challenge. *Pediatr Surg Int* 19: 57-61 2003
3. The significance of Meckel's diverticulum in appendicitis — A retrospective analysis of 233 Cases. *World J. Surg.* 29, 455-458 2005
4. High incidence of symptomatic Meckel's diverticulum in patient less than fifty years of age: An indication for resection. *The American Surgeon* 73, 3; P.271 Mar 2007
5. Radionuclide evaluation of the lower gastrointestinal tract. *The journal of nuclear medicine* Vol. 49 No 5 May 2008

編輯顧問：陳寶輝

編委：阮仲洲（主編），羅海韻（副主編），陳明楨，孫盟舜，吳志松，莊永芳，曾譯誦，謝展中