

腸道結核症合併穿孔：一病例報告

郭樂明 劉文德* 林靖南**

財團法人奇美醫院 胃腸科 *家庭醫學科 **病理科

摘 要

一位 62 歲男性因腹痛約十個月，最近一星期病情劇烈至門診就醫。於住院期間安排一系列檢查，經大腸內視鏡發現在迴盲部有不規則潰瘍，呈結節狀粘膜及假性息肉，病理組織證實為腸道結核症，病人以抗結核藥物治療六個月後發生小腸狹窄及穿孔，經緊急手術後復原。本文提出病例報告，因腸道結核症的臨狀症狀為非特異性，不易診斷，大腸內視鏡可幫助診斷腸道結核症。另亦提醒醫師，對於發生於小腸的結核症合併腸道狹窄病例，應視病情作選擇性手術，以避免腸穿孔併發症，因此提出此病例並作相關文獻回顧。

關鍵詞：腸道結核症 (Intestinal tuberculosis)

穿孔 (Perforation)

選擇性手術 (Elective surgery)

前言

腸道結核症在台灣並不多見，由於外勞的引進及 AIDS 病人增加，造成結核病在台灣病例數上升，腸道結核症的臨床症狀變化多端，在診斷上並不容易。大腸內視鏡加上微生物及病理切片檢查是診斷腸道結核症的一個重要工具¹。早期診斷腸道結核症以及確立診斷後的治療策略，對於避免嚴重的併發症及手術亦是非常重要²。本文報告一迴盲部結核症併狹窄經大腸內視鏡確立診斷而後在治療中發生穿孔的病例。

病例報告

一位 62 歲男性病人有間歇性腹痛約十個月，最近一週因腹痛情形加重、胃痛、噁心且大便習慣改變至本院門診求治。過去沒有任何肺疾病。理學檢查發現：上腹有壓痛但無反彈痛，腸蠕動活動增強，並無發燒情形。實驗室檢驗發現：白血球 7300/mm³、血色素 10.8gm/dL、血比容積 32 %、血小板 381000/mm³。胸部 X 光 (圖一) 有廣泛性間質微小結節病灶，下消化道攝影 (圖二) 發現在迴腸末端至迴盲部有狹窄情形，經電腦斷層造影發現在迴腸末端、迴盲部有不規則，環狀腸壁增厚。進一步做大腸內視鏡檢查發現在迴盲部接合處有不規則橫軸走向潰瘍，呈結節狀粘膜 (圖三)，迴盲瓣呈嚴重炎性反應 (圖四)，有廣泛性浸潤狀病灶延伸至迴腸末端 (圖三)。病理報告 (圖五) 顯示大腸出現肉芽腫及 Langhan's 巨細胞、抗酸性染色 (Acid fast stain) 陽性、螢光顯微鏡檢查 Auramine-Rhodamine stain 陽性。

病人於確立診斷後接受抗結核藥物治療，先以四合一（INH, RMP, EMB, PZA）治療，治療二個月後再繼續三合一（INH, RMP, EMB）治療，初期治療狀況良好，但於治療後期逐漸有間歇性腹痛、腹脹，大腸鋇劑攝影追蹤檢查顯示末端迴腸越趨狹窄，曾建議本病例作選擇性手術，但病人不願意手術，在治療後六個月發生迴腸末端穿孔，經緊急手術後復原，手術後病理檢查證實為腸道結核症，目前情況良好。

討論

腸道結核症大部份侵犯迴盲部，其次是上升結腸，也會侵犯其他胃腸道 1, 3，其發病率不分年齡層，男女比例相當。臨床症狀表現為非特異性，腹痛 85%、體重減輕 66%、發燒 35-50%、腹瀉 20%，其他症狀為噁心、嘔吐、貧血、解血便、直腸流血及無力感，大部份病人於就診時其症狀可追溯到一個月至一年前之久 4。多數病人 66-84% 胸部 X 光可找到結核感染證據 2, 5，20-25% 病人有活動性肺結核 4, 6。

侵犯小腸的結核症其併發症以腸阻塞 20% 最多，腸穿孔及瘻管形成 5% 居次 4, 7，大腸結核症則通常以潰瘍、大腸炎及假性息肉表現 4, 8。

大腸內視鏡檢查腸道結核症的診斷率為 41-43% 2, 12，加上微生物及病理切片檢查的診斷率為 60% 12，近年有文獻報告以內視鏡合併細針吸取細胞檢查，刷式抹片（brushing smear）及內視鏡切片合併聚合酶連鎖反應（PCR）技術可提高病理診斷率 9,10,11。腸道結核症之大腸內視鏡特徵為圓周潰瘍，橫軸單一潰瘍，其底部不平，週堤隆起合併附近粘膜潮紅及呈結節狀，另假性息肉形成及管腔狹窄亦為診斷表徵 1, 8,12。

此病例能夠順利以內視鏡及病理檢查診斷，有數點原因值得一提：

- (一) 病人胸部 X 光呈現疑似肺結核病灶，使內視鏡操作醫師提高警覺。
- (二) 其次因腸道病灶合乎診斷結核特徵，操作者得以藉此作多次的大腸內視鏡檢切片並作定點切片（fixed spot biopsy）以提高病理診斷率。
- (三) 病理科醫師看到肉芽腫炎性反應時，進一步再作抗酸性染色（Acid fast stain）及螢光顯微鏡檢查 Auramine-Rhodamine stain。

腸道結核症造成的後遺症有腸阻塞或狹窄、穿孔及瘻管，開刀死亡率約為 6-7%，若緊急開刀死亡率提高至 20% 7。肺結核的治療，根據衛生署慢性病防治局之建議，先以 HERZ（INH, EMB, RMP, PZA）治療，二個月後再給予 HER（INH, EMB, RMP）四個月，至於腸道結核症即屬於肺外結核，防治局之建議為 HERZ 治療二個月，再以 HER 延長治療十個月。結核病的治療原則為（1）合併使用多種有效的抗結核藥物，（2）按規則使用藥物，（3）足夠治療期。若能遵循上述原則，則比較容易達成治癒目的。

本病例治療六個月後發生迴腸穿孔，在腸道結核症中並不常發生，據文獻報告約在 1-10% 左右 5，病人治療期間有間歇性腹痛及腹脹，大腸鋇劑攝影追蹤檢查發現末端迴腸越趨狹窄，顯示藥物治療效果不佳，病人並非糖尿病病患，且服藥

之遵從性也不差，藥物治療的失敗，令人失望，祈希有更多的臨床經驗再深加探討其原因。根據 Kita 等人報告：腸道結核症造成小腸狹窄，因為抗結核藥物療效不理想，可建議病人作選擇性手術（elective surgery），以免病人處於緊急開刀之危險性；對於結核性大腸炎及其後遺症，可先使用抗結核藥物治療，因為經藥物治療大多可復原²。

結論

腸道結核症在台灣並不多見，由於外勞的引進及 AIDS 病例增加，造成結核病在台灣病例上升 1,6，臨床症狀表現為非特異性，不易診斷。胸部 X 光發現有肺結核的腸症病患，應提高警覺是否合併腸道結核症。大腸內視鏡檢查可幫忙診斷腸道結核症，病灶發生在小腸且合併狹窄者，應視病情考慮作選擇性手術；若為大腸病灶，可先使用抗結核藥物治療，不必急著開刀。

文獻參考

- 1.Hsiao TJ, Wong JM, Shieh MJ, et al. Colonofiberscopic diagnosis of intestinal tuberculosis. J Formos Med Assoc 1998;97:21-5.
- 2.Kita R, Yukawa K, Hayashi M, et al. Treatment of the intestinal tuberculosis. Gastroenterol Jpn 1977;12:363-7.
3. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA. Clinical features of abdominal tuberculosis. J Infect Dis 1988;158:1687-92.
- 4.Marshall JB. Clinical review : Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol 1993;88:989-99.
- 5.Chen WS, Leu SY, Hsu H, et al. Trend of large bowel tuberculosis and the relation with pulmonary tuberculosis. Dis Colon Rectum 1992;35:189-92.
- 6.Klimach OE, Ormerod LP. Gastrointestinal tuberculosis: A retrospective review of 109 cases in a district general hospital QJ Med 1985; 56:569-78.
- 7.Bhansali SK. Abdominal tuberculosis : experience with 300 cases. Am J Gastroenterol 1977;12:363-67.
- 8.Kalvaria I, Kottler RE, Marks IN. The role of colonoscopy in the diagnosis of tuberculosis. J Clin Gastroenterol . 1988;10:516-23.
- 9.Bhasin DK, Roy P, Sharma M, et al. Acid-fast bacilli in colonoscopic brushings. Lancet 1991;338:184-5.
- 10.Kochhar R, Rajwanshi A, Goenka MK, et al. Colonoscopic fine needle aspiration cytology in the diagnosis of ileocecal tuberculosis. Am. J Gastroenterol 1991;86:102-4.
- 11.Anand BS, Schneider FE, Elzaatari FAK. Diagnosis of intestinal tuberculosis by polymerase chain reaction on endoscopic biopsy specimens. Am J Gastroenterol 1994;89:2248-9.

12. Bhargava DK, Kushwaha AKS, Dasarathy S, Shrinivas DM, Chopra P.
Endoscopic diagnosis of segmental colonic tuberculosis. *Gastrointest Endosc*
1992;38:571-4.

Intestinal Tuberculosis with Perforation : Report of A Case



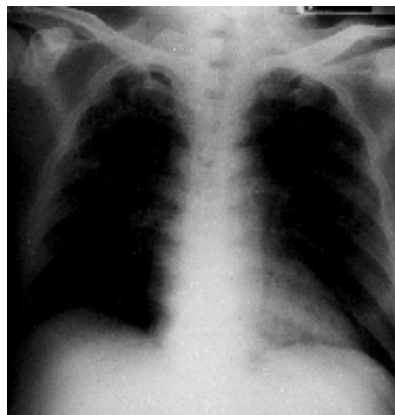
Lok-Beng Koay , Man-Tak Lau*, and Ching-Nan Lin**

Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine

*Department of Family Medicine, **Department of Pathology

Chi-Mei Foundation Hospital, Tainan, Taiwan

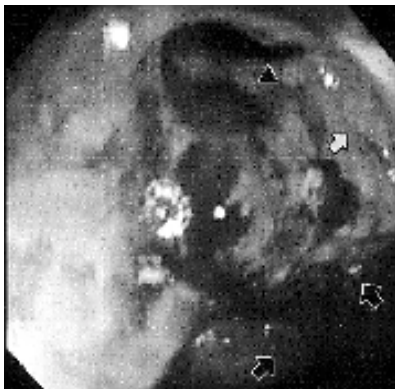
A 62-year-old male patient was admitted because of intermittent abdominal pain for ten months. The abdominal pain aggravated in recent one week. Colonofiberscopy show irregular transverse axis ulcer with diffuse nodular mucosa and hypertrophic mass structure over the ileocecal area. Intestinal tuberculosis was proved by histopathologic study of the biopsy specimens. Its clinical manifestations are non-specific and diagnosis are rarely made before surgical operation. Colonofiberscopy is a useful tool for early diagnosis of the intestinal tuberculosis .The patient was treated with antituberculous drugs. Unfortunately ,the small intestine stricture continued and perforation ensued 6 months later.The general condition is stable after emergency treatment.If the small intestine tuberculosis complicated with severe stricture,elective surgery is indicated to avoid perforation.We present this case to remind the clinicians and we review the literature. (*J Intern Med Taiwan* 2001;12: 154-158)



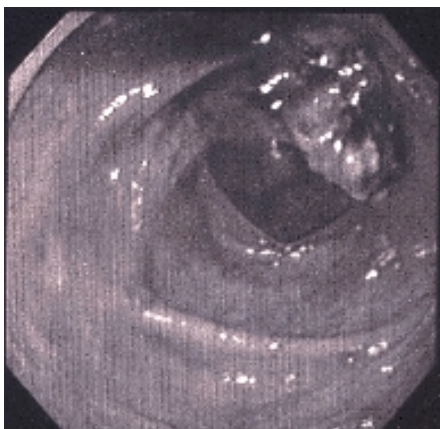
圖一：胸部 X 光有廣泛性間質微小結節病灶。



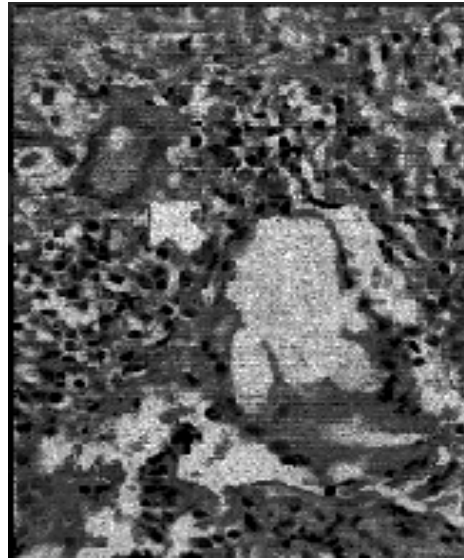
圖二：下消化道攝影發現在迴腸末端至迴盲部有狹窄情形。



圖三：大腸內視鏡檢查發現在迴盲部接合處有橫軸走向潰瘍(→)及呈結節狀粘膜 (→)，並可見病灶延伸至迴腸末端 (▲)。



圖四：大腸內鏡檢查可見迴盲瓣呈嚴重炎性反應。



圖五：大腸出現肉芽腫及 Langhan's 巨細胞（箭頭所指）（左圖 H and E 100 倍，右圖 H and E 200 倍）。