

# 阿米巴大腸炎併發肝膿瘍：一病例報告

唐公正 伍偉華<sup>1</sup> 張榮和<sup>2</sup> 林瑜崇<sup>3</sup>

天成醫院 胃腸科<sup>2</sup>放射科<sup>3</sup>外科

<sup>1</sup>慈濟醫院 胃腸科

## 摘要

阿米巴原蟲會造成腸道、腸道外感染，臨床上會出現腹瀉、腹痛等急、慢性大腸炎的症狀或以無症狀的帶原者來表現，腸道外感染最主要的是造成肝膿瘍。我們報告的這名49歲男性病人，因為血便、腹痛、發燒而就診，藉由大腸鏡及間接血液凝集試驗（IHA）檢查，診斷為阿米巴大腸炎，這名患者的危險因子為HIV感染。病人的肝生化檢查發現GOT, GPT, ALK-P, GGT 升高，因此安排了腹部超音波的檢查，而發現有肝膿瘍的併發症。病人接受metronidazole治療後，他的大腸炎症狀改善，肝膿瘍也完全消失。目前他已經追蹤2年了，阿米巴感染並沒有復發的跡象。

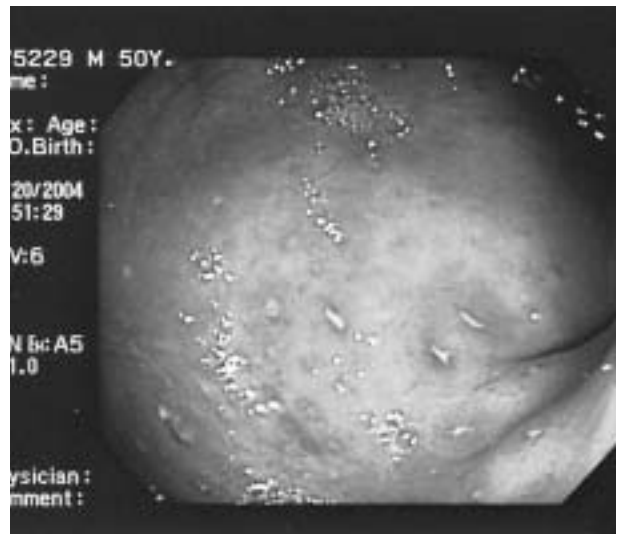
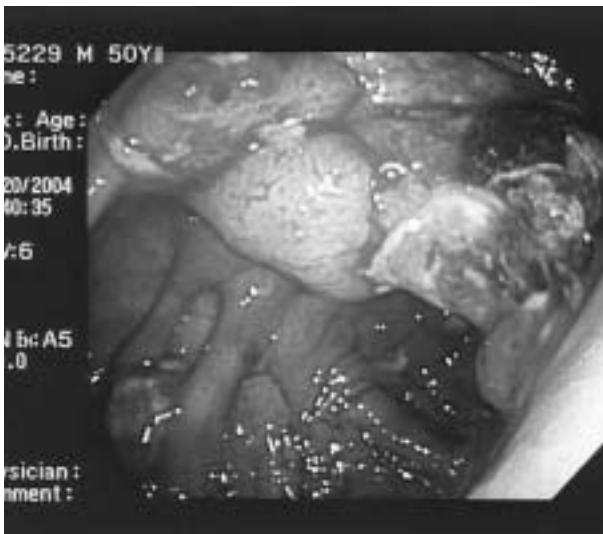
關鍵詞：阿米巴原蟲 (Ameba)  
阿米巴大腸炎 (Amebic colitis)  
阿米巴肝膿瘍 (Amebic liver abscess)

## 前言

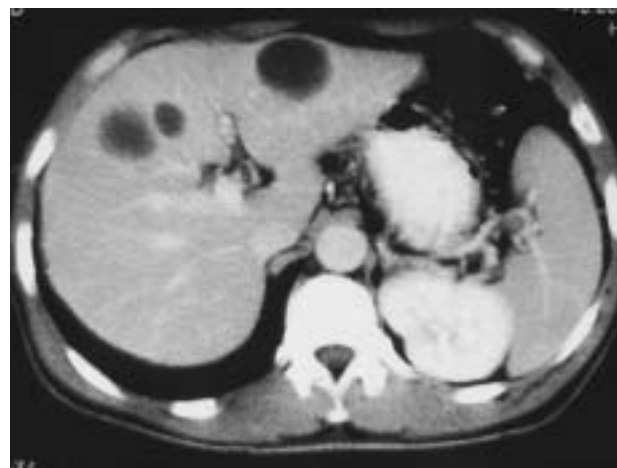
阿米巴大腸炎併發肝膿瘍，在流行地區，雖並不罕見，但它是一個重要的疾病。阿米巴好發的年齡層有二個高峰：2到3歲的幼童及40歲以上的成年人<sup>1</sup>。阿米巴原蟲進入腸胃道後，最主要感染的器官是大腸，引起大腸發炎或潰瘍；它也會經由血液循環，造成腸道外的感染，如引起肝膿瘍。肝膿瘍如果沒有早期發現，膿瘍一旦破裂，引起腹膜炎時，有極高的死亡率<sup>2</sup>。腹部超音波是早期診斷肝膿瘍一個安全、準確的工具。我們報告一例49歲男性感染阿米巴大腸炎併發肝膿瘍的病例，並參考文獻，討論相關的診斷與治療方法。

## 病例報告

一位49歲已離婚男性，曾有嫖妓行為，本次住院前兩週，開始出現血便，腹痛，發燒，裏急後重，全身倦怠的症狀，患者於93年5月17日至本院就診，93年5月20日大腸鏡檢查發現在迴盲部有發炎、出血現象及直腸有多發性口瘡樣潰瘍（如圖一），診斷為感染性大腸炎，於是安排住院治療。於潰瘍邊緣處作的病理切片檢查，結果為發炎細胞浸潤，並沒有發現阿米巴的活動體。患者過去無高血壓或糖尿病等系統性疾病，無東南亞等流行地區的出國旅遊史。理學檢查發現：血壓：110/70毫米汞柱，脈搏：104跳分，呼吸：22次/分，體溫：38.4℃，眼結



圖一：大腸鏡下迴盲部出現發炎及出血現象（左圖），直腸部份出現多發性口瘡樣潰瘍（右圖）。



圖二：腹部電腦斷層下肝兩葉出現3個低密度病灶。

膜：蒼白，心臟、肺部：正常，無不整脈，心雜音，或喘鳴，腹部有輕微瀰漫性壓痛，腸蠕動音增強，無肝臟或脾臟腫大，實驗室檢查結果為：血液常規白血球： $14930 / \mu\text{L}$ ，中性球/淋巴球： $89/8$ ，嗜伊紅性白血球： $3.2\%$ ，血紅素： $10.7\text{g/dL}$ ，血小板： $209 \times 10^3$ ，尿液常規檢查：正常，糞便常規檢查：半液態狀血便，潛血反應（OB）： $4+$ ，紅血球 $12-13 / \text{HPF}$ ，白血球 $15-18 / \text{HPF}$ ，寄生蟲及阿米巴抹片檢查：陰性，糞便及血液細菌培養：陰性，生化檢查：G-PT/GOT： $78/90 \text{ mg/dL}$ ，ALK-P： $281 \text{ IU/L}$ ，GGT： $250 \text{ IU/L}$ ，總膽紅素： $0.5 \text{ mg/dL}$ ，白蛋白： $2.9 \text{ gm/dL}$ ，肌肝酸： $1.0 \text{ mg/dL}$ ，血糖： $109 \text{ mg/dL}$ ，鈉離子/鉀離子： $137/4.5 \text{ mmol/L}$ ，B型肝炎表面抗原（HBsAg）：陽性，C型肝炎抗

體（anti-HCV Ab）：陰性，胎兒蛋白（AFP）： $1.4 \text{ ng/ml}$ ，癌胚抗原（CEA）： $2.6 \text{ ng/ml}$ ，凝血酶原（PT）及部份凝血酶原時間（aPTT）：正常，HIV 酵素免疫分析（EIA）及西方墨點試驗（western blot test）：陽性反應，CD4（T4 淋巴球）： $27.2\%$ （正常值 $23.20-53.20$ ），CD8（T8 淋巴球）： $32\%$ （正常值 $18.70-48.60$ ），CD4/CD8 ratio： $0.85$ （正常值 $0.59-2.24$ ），胸部X光：正常，腹部超音波：肝兩葉出現3個低回音病灶，腹部電腦斷層：肝兩葉出現3個低密度病灶（如圖二），1個位於左葉：大小為 $3.5$ 公分，2個位於右葉，大小分別為 $2.0$ 及 $3.5$ 公分，阿米巴間接血液凝集試驗（I-HA）： $4096$ 倍，診斷為阿米巴大腸炎併發肝膿瘍，患者住院後即開始給予metronidazole，8小時靜脈注射 $500\text{mg}$ ，3天後就退燒，腸胃症狀逐

漸改善，改爲口服2.0 gm/天，14天後停藥。經過治療後，痊癒出院，根據患者病史中有嫖妓行爲，進一步探討其中的危險因子時，證實本病患爲愛滋病帶原者。患者治療2個月後追蹤大腸鏡及腹部超音波檢查發現原來的病灶消失。

## 討論

在人類腸胃道發現的阿米巴原蟲有許多種，大部份是非致病性的——不會引起發燒，腹痛，腹瀉等症狀，致病性的只有痢疾阿米巴原蟲，會引起大腸炎及腸道以外的器官感染<sup>1</sup>，如造成肝膿瘍，甚至肺或腦膿瘍，阿米巴是寄生蟲引起人類死亡原因中的第二位<sup>3</sup>。

阿米巴原蟲有兩種型態，一種是囊體 (cyst)，一種是活動體 (trophozoite)，由於誤食囊體污染的食物或水，或口對肛門之性行爲引起感染，囊體進入後不被胃酸破壞，到達迴腸末端時釋放出活動體，寄生在升結腸，藉著活動體分泌的Gal/GalNAc surface lectin 附著在大腸上皮細胞表面，既不被補體吞噬，也會釋放酵素，破壞大腸黏膜，引起發炎及潰瘍<sup>4</sup>，口瘡樣潰瘍爲典型特徵，好發於盲腸及直腸。活動體有時會隨著血液循環到達肝臟、肺臟、腦或泌尿生殖器引起腸道外感染。本病例大腸鏡下於迴盲部及直腸兩處有發炎、出血、多發性口瘡樣潰瘍現象，而懷疑感染阿米巴大腸炎。阿米巴好發於熱帶國家，擁擠及環境衛生不良的地區。老人、酗酒、孕婦、男同性戀、營養不良、使用類固醇及惡性腫瘤者，感染時症狀較嚴重<sup>5</sup>。

阿米巴感染後，臨床上的特徵大致可以分爲以下三種：(1)無症狀的帶原者：這是最常見的情形，約佔90%，免疫力正常的人，多以這種方式來表現，患者的糞便中有阿米巴的囊體或活動體，但沒有腹痛、腹瀉等大腸炎症狀，大腸鏡檢時大腸黏膜正常，而阿米巴的血清抗體呈陽性反應(2)無併發症的大腸炎：出現輕微的腹瀉，通常是緩慢地發作，持續1到2週，糞便裏帶有血液或黏液，腹部絞痛，裏急後重，發燒，嘔吐，脫水。死亡率不高，<0.5%<sup>6</sup>(3)猛暴性大腸炎：產生腸道大量出血，毒性巨腸症或大腸穿孔等併發症<sup>6,7,18</sup>，死亡率可高達55%-100%。少

數患者在盲腸會形成所謂阿米巴瘤 (amoeboma)，此時需與大腸腫瘤作鑑別診斷。

實驗診斷方面：(1)顯微鏡檢查：於糞便抹片發現阿米巴的囊體或活動體，可以確定診斷。單套的糞便檢查，只有30%到50%的陽性率，增加檢查次數，可以增加陽性率。三套的檢查(連續三天，每天一次)，發現阿米巴的機會可達90%。以剛解新鮮的糞便，在15分鐘內，以特殊的溶液作固定及染色，可提高診斷率。但檢驗師經驗不足，送檢時間延誤，檢體受到污染(水或尿液)，受到抗生素，制酸劑，止瀉劑，含鎂瀉劑，肥皂水灌腸劑，含鋇顯影劑的干擾，都會影響檢查結果<sup>8</sup>，故敏感度低(2)大腸鏡及組織學：大腸鏡呈現盲腸及直腸發炎、糜爛、潰瘍及出血的現象，病理切片可見阿米巴活動體，並有吞噬紅血球現象(3)血清學：測血清中的阿米巴抗體，有間接血液凝集試驗(IHA)，酵素免疫分析法(ELISA或EIA)等方法，最常用的爲IHA及ELISA，敏感度和特異性可達99%，抗體效價大於256倍時，可以確定診斷<sup>9</sup>。根據統計，腸道外阿米巴感染，如肝膿瘍患者約95%呈陽性，阿米巴大腸炎患者約90%呈陽性，無症狀的帶原者約10%到30%呈陽性反應(4)糞便阿米巴培養(5)糞便ELISA試驗，應用於安養等機構擴大大篩檢使用(6)PCR聚合連鎖反應測DNA<sup>10</sup>，準確率高，每公克糞便10隻即可驗出，爲目前臺灣疾管局採用的方法<sup>11</sup>。

腸道以外的感染，以肝膿瘍最常見，如以經皮穿刺抽吸膿瘍時，外觀爲巧克力渣質樣，革蘭氏染色無多核性白血球或細菌。阿米巴大腸炎患者約4%會引起阿米巴肝膿瘍，臨床症狀爲：發燒，右上腹痛，肝臟腫大合併有壓痛，腹瀉及黃疸，其中以發燒及右上腹痛最常見。約70%的肝膿瘍患者，沒有明顯的腹瀉，裏急後重或便血等大腸炎的症狀。實驗室檢查結果爲：(1)肝功能異常：以GOT，GPT及ALK-P，GGT升高爲主(2)白血球增多(3)阿米巴血清抗體陽性：效價大於256倍<sup>12,13</sup>(4)診斷工具有腹部超音波，電腦斷層，核磁共振等。其中最重要的爲阿米巴血清抗體檢查<sup>14</sup>。危險因子有酗酒、老年人、營養不良、使用類固醇、惡性腫瘤、愛滋病、肺結

核或梅毒感染患者<sup>15</sup>。對於阿米巴感染的患者，必須調查相關的危險因子，尤其是要測HIV一項，或主動詢問是否為HIV個案<sup>11</sup>。本病患的危險因子後來證實為HIV感染。

阿米巴大腸炎的鑑別診斷有：(1)沙門氏菌，痢疾桿菌，彎曲桿菌，腸侵襲性大腸桿菌，大腸桿菌O157:H7等感染性大腸炎(2)潰瘍性大腸炎(3)缺血性大腸炎(4)大腸憩室炎。本病例臨床表現像感染性大腸炎，糞便及血液細菌培養均為陰性，加上大腸鏡在迴盲部及直腸呈現典型的多發性口瘡樣潰瘍等阿米巴大腸炎的特徵，所以我們的診斷為阿米巴大腸炎。本病例雖然糞便及病理組織切片，並沒有發現阿米巴原蟲的囊體或活動體，因為於糞便或大腸鏡生檢中找到阿米巴原蟲的機會分別是14%及56%<sup>16</sup>，但後來阿米巴間接血液凝集試驗(IHA)4096倍而確定診斷。阿米巴肝膿瘍鑑別診斷的疾病有細菌性肝膿瘍，原發性肝癌或轉移性肝腫瘤，單純性肝囊腫等。最重要的需與細菌性肝膿瘍作鑑別診斷，阿米巴肝膿瘍好發於20到40歲的男性，80%為單發性，多位於肝右葉，較少引起黃疸，多有出國旅遊史，血液細菌培養為陰性，阿米巴血清抗體陽性<sup>15</sup>。雖然阿米巴肝膿瘍多數是單發性，但如果以急性症狀表現，像本病例出現1至2週的發燒，腹痛等急性症狀，膿瘍在肝臟的分佈可以呈現多發性的病灶。

阿米巴性大腸炎與肝膿瘍的治療，以抗生素治療為主，口服metronidazole 750mg，一天3次或每8小時500mg靜脈注射，5到10天療程，臨床症狀一星期之內會明顯的改善，本病例在使用metronidazole治療3天後，大腸炎症狀就逐漸改善。糞便帶有囊體的患者，5到10天的metronidazole療程後，須接著使用阿米巴殺腸腔藥物iodoquinol 650mg，一天3次，20天的療程，來清除囊體<sup>17</sup>，以減少復發。本病例糞便並沒發現阿米巴囊體，不需要使用殺腸腔藥物iodoquinol，腹部電腦斷層發現有肝佔據性病灶，血液細菌培養為陰性，加上間接血液凝集試驗為4096倍，所以診斷為阿米巴肝膿瘍，因此我們在治療上只是使用metronidazole，而病人也對metronidazole的治療有效。當(1)發生併發

症時，如大腸穿孔，毒性巨腸症，或(2)對藥物治療無效時，才需外科手術治療<sup>6,18</sup>。阿米巴肝膿瘍的治療也以metronidazole為主，不需常規放置引流管，作體外引流，因為引流的過程有可能會引起出血，次發性的細菌感染和阿米巴性腹膜炎等併發症，除非有下列情形：(1)膿瘍大於10公分(2)膿瘍位於肝左葉，破裂的危險性較高，易引起心包膜炎(3)藥物治療三天後症狀沒有改善(4)懷疑併發細菌感染。本病例雖有一個膿瘍位於肝左葉，大小雖只有3.5公分，但是它緊鄰肝的邊緣，我們還是怕膿瘍會破裂，引起腹膜炎，若治療中膿瘍沒有縮小，要考慮作引流，所幸患者在治療後，膿瘍漸漸縮小，兩個月後再追蹤腹部超音波，肝膿瘍的病灶已經完全消失。

本病例雖不屬於有高死亡率的猛暴性大腸炎，但早期的診斷與治療，一樣重要，如果延誤治療仍然有致命的危險性。對於阿米巴大腸炎的患者，在治療中除了儘早給予抗阿米巴的藥物治療及探討危險因子外，對於肝功能異常的患者，特別是發現ALK-P及GGT升高時，須進一步安排腹部超音波的檢查，以早期發現是否併發肝膿瘍，以避免肝膿瘍破裂，造成腹膜炎及治療上的困難<sup>14</sup>。

## 參考文獻

1. Walsh JA. Problems in recognition and diagnosis of amebiasis: estimation of the global magnitude of morbidity and mortality. *Rev Inf Dis* 1986; 8: 228-38.
2. Meng XY, Wu JX. Perforated amebic liver abscess: Clinical analysis of 110 cases. *South Med J* 1994; 87: 85-90.
3. WHO Meeting. Amoebiasis and its control. *Bull World Health Organ* 1985; 63: 417-26.
4. Orozco E. Pathogenesis in amebiasis (commentary). *Infect Agents Dis* 1992; 1: 19-21.
5. Reed SL. Amebiasis: An update. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 385-93.
6. Brooks JL, Kozarek RM. Amebic colitis. Preventing morbidity and mortality from fluminant disease. *Postgrad Med* 1985; 78: 267-74.
7. Hwa-Tzong Chen, Yung-Hsiang Hsu, Yao-Zen Chang. Fulminant Amebic colitis: Recommended Treatment to Improve Survival. *Tzu Chi Med J* 2004; 16: 1-8.
8. Hague R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr. Amebiasis. *N Engl J Med* 2003; 348: 1565-73.
9. Kessel JF, Lewis WP, Molina P, Turner JA. Indirect hemagglutination and complement fixation tests in amebiasis. *Am J Trop*

- Med Hyg 1965; 14: 540-50.
10. Ganayni GA, Attia RA, Naggat HM. Some immunological studies on amebiasis. *J Egypt Soc Parasitol* 1994; 24: 357-62.
11. 何麗莉, 陳如欣, 楊效偉, 陳瑜綸。中華民國衛生署疾管局。阿米巴痢疾防治。95年5月(<http://www.cdc.gov.tw>)
12. Hoffner RJ, Kilagblian T, Esekogwu VI, Henderson SO. Common presentations of amebic liver abscess. *Ann Emerg Med* 1999; 34: 351-5.
13. Maltz G, Knauer CM. Amebic liver abscess: A 15-year experience. *Am J Gastroenterol* 1991; 86: 704-10.
14. Barness PF, Decock KM, Reynold TN. Comparison of amebic and pyogenic abscess of the liver. *Medicine* 1987; 69: 472-83.
15. Chuah SK, Chang-Chien CS, Sheen IS, et al. The prognostic factors of severe amebic liver abscess. A retrospective study of 125 cases. *Am J Trop Med Hyg* 1992; 46: 398-402.
16. Tz-Yih Lou, Yi-Chang Chen, Kuang-Yang Lin, Kuang-Yang Lin, Hsueh-Chin Huang, Pao-Huei Chen. Colonofiberscopic Features of Amebic Colitis: Report of 14 Cases. *Gastroenterol J Taiwan* 1987; 9: 115-20.
17. Powell SJ, MacLeod I, Wilmot AL, Elsdon-Dew R. Metronidazole in amoebic dysentery and amoebic liver abscess. *Lancet* 1966; 2: 1329-31.
18. Takahashi T, Gamboa-Dominguez A, Gomez-Mendez TJ, et al. Fulminant amebic colitis: Analysis of 55 cases. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1362-7.

# Amebic Colitis Complicated with Liver Abscess : A Case Report

Kung-Jeng Tang, Wai-Wah Ng<sup>1</sup>, Rung-Ho Chang<sup>2</sup>, and Yu-Chung Lin<sup>3</sup>

*Division of Gastroenterology,*

*Department of Internal Medicine and <sup>2</sup>Department of Radiology,*

*<sup>3</sup>Department of Surgery, Ten-Chen General Hospital, Taoyuan, Taiwan*

*<sup>1</sup>Division of Gastroenterology, Buddhist Tzu Chi General Hospital, Taipei*

Amebic infection, which presented as acute diarrheal symptom or asymptomatic chronic carrier status in the intestinal infection, is caused by the protozoa *Entamoeba histolytica*. It can also induce extra-intestinal infection. Liver abscess is the most common among them. We report a case of amebic colitis complicated with liver abscess, presenting with bloody diarrhea, abdominal pain and fever. Initial diagnosis was from patient's history, clinical symptoms, and colonoscopic findings, whereas we finally diagnosed on positive Indirect hemagglutination test > 1: 512. The risk factor in this patient is HIV infection. Ultrasound of abdomen was conducted because of abnormal liver function tests and it revealed liver abscess. In an amebic colitis victim with impaired liver function, abdominal ultrasound is helpful in making an early diagnosis. After prompt antiamebic treatment with metronidazole, patient's bowel symptoms subsided, and the liver lesions resolved without drainage. ( J Intern Med Taiwan 2007; 18: 195-200 )