



# 大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (35)

## 大腸直腸外科醫師 熊維羅

### 大腸直腸肛門疾患簡介 腸結核 TB Colitis



熊維羅醫師

腸結核是臨床上較為常見的肺外結核病，係結核桿菌侵犯腸道引起的慢性特異性感染。絕大多數繼發於肺外結核，特別是開放性肺結核，發病年齡多為青壯年。女性略多於男性，約為1.85:1。病理上分為潰瘍型、增生型、及混合型三型。腸結核是由結核菌引起的腸道感染。其感染途徑可由以下方式而得：

1. 嚥下含結核菌的痰液，此為主要感染方式。
2. 經由活動性肺結核或粟粒性結核血行性傳播。
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。

以前的病人大半是有活動性病變者，但現在則不伴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，可能是因迴盲部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，由此引起發炎反應接續淋巴炎，動脈內膜炎，內芽腫形成，乾酪樣壞死結核潰瘍或疤痕形成。結核病和其他許多疾病一樣，是人體和細菌(或其它致病菌)相互作用的結果。只有當入侵的結核桿菌數量較多，毒力較強，並有機體免疫功能異常(包括腸道功能紊亂引起的局部抵抗力削弱時才能致病。

分類  
外觀上大腸的病灶可被分成：  
1. 潰瘍型(Ulcerative)：佔60%，主要特徵為外表面潰瘍，且此型大多有較嚴重的病程。  
2. 增生型(Hypertrophic)：佔10%，特徵為迴盲部增厚，纖維樣及偽腫樣。  
3. 潰瘍增生混合型(Ulcer hypertrophic)佔30%，特徵為迴盲部周圍有發炎狀腫腸壁增厚與潰瘍。  
病因  
一、胃腸道感染  
為腸結核的主要感染方式，患者原有開放性肺結核，因經常吞嚥含有結核菌的自身痰液而繼發感染；或經常與肺結核患者密切接觸，又忽視消毒隔離措施可引起原發性腸結核。  
結核桿菌被食入後，因其具有含脂外膜，多數不被胃酸殺滅。病菌到達腸道(特別是在迴盲部)時，含有結核桿菌的食物已成食糜，有較大機會直接接觸腸黏膜，同時迴盲部存在著生理性滯留及逆蠕動，更增加感染機會。加之迴盲部有豐富的淋巴組織，對結核的易感性強，因此，迴盲部即成為腸結核的好發部位。

二、血行播散  
血行播散也是腸結核的感染途徑之一。見於粟粒性結核血行播散之侵犯腸道。  
三、鄰近結核灶播散  
腸結核還可由腹腔內結核病灶直接蔓延而引起，如輸卵管結核、結核性腹膜炎、腸繫膜淋巴結核等。此種感染系統通過淋巴管播散。  
病理  
腸結核好發於迴盲部，依次為升結腸、空腸、橫結腸、降結腸、闌尾、十二指腸及乙狀結腸等處，偶見於直腸者，胃結核亦有報道，但極少見。  
腸結核結核菌侵入腸道後，其病理變化隨人體對結核桿菌的免疫力與過敏反應的情況而定。當感染菌量多，毒力大，機體過敏反應強時，病變往往以滲出為主，並可有乾酪樣壞死並形成潰瘍，稱為潰瘍型腸結核；若感染較輕，機體免疫力(主要是細胞免疫)較強時，病變常為增生型，以肉芽組織增生為主，形成結核結節並進一步纖維化，稱為增生型腸結核。實際上兼有潰瘍與增生兩種病變者，並不少見，此稱為混合型或潰瘍增生型腸結核。

一、潰瘍型腸結核  
結核桿菌侵入腸壁後，首先腸壁集合淋巴組織有充血，水腫及滲出等病變，進一步發生乾酪樣壞死，隨後形成潰瘍並向周圍擴展，潰瘍邊緣可不規則，深淺不一。有時可深達肌層或漿膜層，甚至累及周圍腹膜或鄰近腸繫膜淋巴結。潰瘍型腸結核常與腸外組織粘連，因此腸穿孔發生率低。腸結核的潰瘍可隨腸壁淋巴管擴展，多呈環狀。在修復過程中，因有大量纖維組織和增生的纖維形成，易導致腸腔狹窄。此外，潰瘍部位的血管有閉塞性內膜炎，所以潰瘍型腸結核很少引起大出血。  
二、增生型腸結核  
常見於盲腸和升結腸。初期局部水腫，淋巴管擴張。慢性期有大量結核性肉芽組織和纖維組織增生，主要在黏膜下層，呈大小不等的結節，嚴重者呈瘤樣塊突入腸腔並形成腸狹窄，甚則引腸梗阻。病變的腸段變厚，或與周圍組織粘連，形成腫塊，迴腸往往因官腸慢性梗阻而擴大。  
症狀  
多數起病緩慢，病程較長，典型臨床表現歸納如下：  
一、腹痛 因病變累及迴盲部，故疼痛最常見於右下腹，觸診時可發現局限性壓痛點。疼痛亦可位於臍周，疼痛一般較輕，呈隱痛或鈍痛，亦有表現為間歇性疼痛，常於進餐時或餐後誘發。增生型腸結核並發腸梗阻時，腹痛主要為絞痛，並有腸梗阻的相應症狀。  
二、腹瀉與便秘 腹瀉是潰瘍型腸結核的主要症狀之一，這是因腸道炎症和潰瘍的刺激，使腸蠕動加速，排空過快以及繼發性吸收不良所致。排便一般每日2-4次，多為糊狀便，輕者僅含少量黏液，嚴重者腹瀉可每日多達10餘次。便中有黏液及膿液，血便較少見。此外還可間有便秘，糞便呈羊糞狀，或腹瀉-便秘交替出現。  
三、腹部腫塊 主要見於增生型腸結核，腸壁局部增厚形成腫塊。當潰瘍型腸結核和周圍組織粘連，或並有腸繫膜淋巴結核等，均可形成腫塊而被觸及。腫塊常位於右下腹，中等硬度，可有輕壓痛。  
四、全身症狀 潰瘍型腸結核常有結核毒血症，如午後低熱，不規則熱，強熱或稽留熱，伴有盜汗，可有乏力，消瘦，貧血營養不良性水腫等症狀和體徵，並可有腸外結核特別是結核性腹膜炎，肺結核等有中毒表現，增生型腸結核多無結核中毒症狀，病程較長，全身情況較好。  
診斷  
病史及症狀  
右下腹或臍周隱痛及鈍痛，多在進食後誘發，伴不全性腸梗阻者，腹痛呈持續性，陣發性加劇。大便習慣改變，腹瀉，糞便呈糊狀，可含黏液，不伴急後重，便血少見，或腹瀉與便秘交替出現。增生型腸結核，多以便秘為主，多伴有發熱，盜汗，消瘦，全身乏力，嘔心，嘔吐，腹脹，食慾減退等症狀。另外應注意詢問有無結核病史及既往檢查治療情況，是否有抗癆治療，療效及療效如何。  
體檢發現：  
右下腹有固定性壓痛點，並發腸梗阻時可有腸鳴音亢進，腸型及蠕動波。增生型腸結核右下腹可觸及包塊，一般比較固定，中等質硬，伴有輕重不等的壓痛，另外有貧血徵象，詳細檢查患者存在哪些體徵有助於判斷病情輕重及腸結核的病理分型。  
診斷依據  
典型病例的診斷一般無困難。但疾病早期，常因病狀不明顯或缺乏特徵性而易漏診。下列幾點可作為診斷本病的依據。  
1. 青壯年患者，原有腸外結核，特別是開放性肺結核，或開放性肺結核患者有密切接觸史者；  
2. 有腹瀉，腹痛，便秘等消化道症狀，並伴有發熱，盜汗等全身症狀；  
3. 腹部檢查發現有下腹壓痛，或伴包塊，或出現原因不明的腸梗阻；  
4. 血液檢查：可有中度貧血，白細胞計數正常，淋巴細胞增高，血沉多明顯增高；  
5. 糞便檢查：糞便多有糊樣，一般不含黏液或膿血，常規鏡檢可見少量膿細胞和紅細胞。糞便濃縮結核桿菌，陽性者有助於腸結核的診斷，但僅在痰液檢查陰性者才有意義；  
6. X光線檢查：鉬靶在病變腸段呈激惹徵象，排空很快，充盈不佳，而在病變上下腸段的鉬靶充盈良好，迴腸末端有鉬劑滯留積滯。病變腸道如能充盈，可見黏膜皺襞粗亂，腸壁邊緣不規則，又是呈環狀。也可顯腸腔狹窄，腸段縮短變形，迴腸盲腸正常角度消失；  
7. 纖維結腸鏡檢查：一般不作常規檢查。如病變累及上段結腸，為了明確潰瘍的性質與範圍，則對診斷與鑑別診斷有很大幫助；  
此外，在本病的早期，因症狀多不明顯，診斷常有困難，有時X光線檢查也呈陰性，因此在疑為腸結核的患者，應定期隨診或作診斷性抗結核治療。  
鑑別診斷  
一、克羅恩病  
本病的臨床表現和X光線徵象與腸結核極為相似，有時甚難鑒別，可借助下列幾點協助診斷：  
1. 本病無肺結核或腸外結核病史；  
2. 病程一般較長，不經抗結核治療可出現間斷緩解；  
3. 糞便及其它體液及分泌物檢查無結核菌；  
4. X光線檢查可見病變以迴腸末端為主，有多段腸曲受累，並呈節段性分布；  
5. 腸梗阻，瘻管等併發症較腸結核更為多見；  
6. 切除病變腸段作病理檢查無乾酪樣壞死，鏡檢與動物接種均無結核桿菌。  
二、右側腸結核  
1. 本病發病年齡多為40歲以上中老年人；  
2. 無長期低熱，盜汗等結核毒血症及結核病史；  
3. 病情進行性加重，消瘦，蒼白，無力等全身症狀明顯；  
4. 腹部腫塊開始出現時移動性稍大且無壓痛，但較腸結核腫塊表面更硬，結節感明顯；  
5. X光線檢查主要有鉬劑充盈缺損，病變局限，不累及迴腸；  
6. 腸梗阻較早，較多出現；  
7. 纖維結腸鏡可窺見腫塊，活檢可確診。在臨床上結腸癌的發病率較腸結核為高。  
三、阿米巴或血吸蟲病  
腸阿米巴或血吸蟲病可形成肉芽腫病變，在鑒別診斷上應注意。該類疾病無結核病史，體液便較常見，糞便中發現有關的病原體。直腸及結腸鏡常可由證實診斷，相應的特異性治療有效。  
四、其他疾病  
除上述疾病外，腸結核尚應與下列疾病鑒別：以腹痛、腹瀉為主要表現者應與腹瀉淋巴菌、腸放線菌病相鑒別；以急性右下腹劇痛為主要表現者應注意急慢性腸系膜淋巴炎；以慢性腹痛牽扯上腹部者易與消化不良、慢性膽囊炎混淆；有稽留高熱者需排除傷寒。  
併發症

#### 腸梗阻

1. 腸梗阻 是本病最常見的併發症，主要發生在增生型腸結核，潰瘍型腸結核由於鄰近腹膜粘連時腸曲遭受牽拉，束縛和壓迫，或因腸潰瘍癒合而有瘻管收縮，可使腸腔狹窄引起梗阻。梗阻多系慢性進行性，常為部分患者，程度輕重不等，延長時間較長，可嚴重地影響患者營養狀況。少數可發展到完全性腸梗阻。  
腸穿孔  
2. 腸穿孔 發生率次於腸梗阻，居第2位，主要為亞急性或慢性穿孔，可在腹腔內形成膿腫，潰破後形成瘻管。急性穿孔較少見，常發生在梗阻近端極度擴張的腸曲，或閉鎖於有多段腸腔狹窄造成的閉鎖性腸梗阻。潰瘍型腸結核雖有腸曲周圍組織粘連，潰瘍一般不穿破進入遊離腹腔，但在病情發展快，機體反應差時，潰瘍可向深部穿透，引起急性穿孔。  
其他  
3. 其他 有腹膜炎，腸黏連，腸系膜融合收縮性憩室等。  
治療  
腸結核的治療與肺結核一樣，均應強調早期、聯合、適量及全程用藥。  
一、休息與營養 合理的休息與營養應作為治療結核的基礎。活動性腸結核應強調臥床休息，減少熱量消耗，改善營養，增加機體抗病能力。  
二、抗結核藥物治療 抗結核藥物選擇，用法詳見肺結核。一般可分長療程法與短療程法：  
(1) 長療程法 此係標準療法，用異菸肼，鏈黴素兩藥或加對氨基水楊酸三藥聯合應用。全程需12-18個月。  
(2) 短療程法 療程縮短至6-9個月其療效與復發率與長療程法取得同樣滿意效果。一般應用異菸肼和利福平二種殺菌劑聯合，對嚴重腸結核或有嚴重腸外結核者，宜加鏈黴素或吡嗪酰胺或乙胺丁醇三藥聯合。此種短療程法需注意藥物對肝臟的損害，可用利福代替利福平，每日150mg，毒性似較利福平為低。  
(3) 對症處理和手術治療 腹痛可用嗎啡，阿托品或其他抗膽鹼藥物。不完全性腸梗阻優劣需行胃腸減壓，並糾正水電解質紊亂。有貧血及維生素缺乏症表現者，對症用藥。  
手術治療主要限於完全性腸梗阻，或部分性腸梗阻經內科治療未見好轉者。急性腸穿孔引起瘻管經保守治療未改善者；大量腸道出血經積極搶救未能止血者。  
腸結核常繼發於肺結核，故應對原發病診斷，積極治療，加強公共衛生宣傳，教育患者避免吞嚥痰液及不隨地吐痰，牛奶應充分消毒。  
預防  
對腸結核的預防，應著重在腸外結核的早期診斷與積極治療。廣泛進行有關結核病的衛生宣教，教育肺結核或喉結核患者不要吞嚥痰液，並保持大便通暢。日常生活應注意飲食衛生，在公共場所進餐時提倡用一次性碗筷進餐，牛奶應經過滅菌消毒。腸結核的治療目的是消除症狀，改善全身情況，促使病灶癒合及防止腸梗阻，腸穿孔等併發症。此外，加強衛生管理，禁止隨地吐痰，講究飲食衛生，提高全民健康抗癆意識對其預防有一定意義。隨著抗結核藥物的普及和發展，在加強支持療法的基礎上，腸結核應充分治療一般可痊癒。除了早期用藥外，合理選用抗結核藥物，保證劑量充足，規律，全程用藥，是決定預後的關鍵因素。加強支持治療，提供幽靜休息環境，清新，易消化吸收，營養豐富，維生素，微量元素，無污染的食物，對腸結核的康復是必不可缺的。

**CRC 大腸直腸診所**  
熊維羅 醫學博士  
電話: 702-586-6688 (南蘭、西、西、西) 傳真: 702-586-9988  
6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113