

# 結核菌感染與紅斑性狼瘡

台北榮總過敏免疫風濕科主治醫師

中華民國風濕病醫學會 秘書長 黃德豐

台灣是肺結核疾病流行區，一般人罹患肺結核菌感染的機率在台灣有逐年增加的趨勢。紅斑性狼瘡病人因為疾病本身、長期的身心疲勞與服用類固醇或免疫抑制劑、免疫力會因此下降，感染的機率可能更高；筆者發現：一年多來因為結核菌感染就醫或造成嚴重併發症住院的紅斑性狼瘡病人也比往年增加許多。另一方面，結核菌感染與紅斑性狼瘡二者都是偉大的模仿者，二種疾病同時存在時，病症的變化經常是千變萬化地以不典型的型態來表現，因此經常造成診斷上的困擾、治療時機的延誤與用藥上的錯誤。如果未能及時得到正確的診斷與治療，病人可能因此得到永遠無法康復的併發症，甚至賠上寶貴的生命。

## 常見典型結核菌感染

常見典型結核菌感染最容易侵犯的器官是肺臟。典型的臨床症狀經常以乾咳、全身倦怠、胃口變差、血痰或痰中帶血絲等來表現。如果併發肺膜發炎積水時，病人可能出現呼吸急促或吸氣時胸部發出撕裂性疼痛等症狀。如果治療不當，肺臟被侵犯的範圍會擴大造成呼吸困難、氧氣不足、四肢或嘴唇發疳等現象。典型肺結核感染的 X 光變化以 (1) 肺膜積水、(2) 肺尖部浸潤暨纖維化、(3) 開洞式的單獨結節性變化等為主。病理切片檢查的主要變化，包括 (1) 乳酪性壞死的肉芽腫，(2) 嗜伊性桿狀病菌。

## 非典型結核菌感染

非典型的結核菌感染的特點有：(1) 肺部以外感染的機會高，(2) 肺部感染的症狀趨向以不典型的方式來表現或 (3) 以長達數個月之久的不明熱或貧血等症狀來表現。

不典型的肺部感染除了症狀不典型外，X 光的表現也不典型。X 光的變化以粟粒狀的肺部浸潤最常見；如果是肺膜積水，它的表現可以單側或雙側，積水位置可以由常見的底部轉到中間部位；另外它還可以同時合併肺炎發生。

引起肺部以外器官被侵犯的併發症包括腦膜炎、脊髓炎、骨髓炎、腸胃道感染、胸部縱膈腔淋巴腺炎、皮膚病變等。如果未能及時治療，又同時給予高劑量免疫抑制劑或類固醇治療，肺部以外感染會因此蔓延，導致許多器官同時被侵犯。

## 診治不典型結核菌感染的陷阱

如果疾病是以不明熱，長期貧血或肺部以外器官被侵犯的症狀來表現而且沒有肺部感染的跡象時，最容易被誤診為紅斑性狼瘡疾病本身的惡化，病人與醫師可能會要求更高劑量類固醇或免疫抑制劑的治療，如此將導致結核菌感染惡化，甚至喪失寶貴生命。茲舉一些實例供大家參考：

**類似 SLE 引起的腸道血管炎：**35 歲年輕人，半年來肚子發生間歇性絞痛，開始時醫師懷疑是腸道血管炎，給予類固醇注射治療。疼痛在類固醇治療後減緩了，但是糞便

潛血反應的現象愈來愈明顯。腹部與胃部檢查包括胃鏡、大腸鏡，小腸 X 光照相都無法找出病灶，病人與醫師皆同意再給予大量類固醇注射治療。二週後，病人右下腹部突然發生劇痛，再經過二天後，腹痛轉為腹膜炎。開刀後發現迴腸穿孔，此時肺部 X 光出現新的變化，到處都是白色棉絮狀的圖案。七天後病理切片檢查證實這是一個小腸結核菌感染轉為全身性肺結核的案例。

**以長期原因不明的全身水腫來表現：**15 歲小妹妹，因為腹水、腹膜積水與抗細胞核抗體陽性被診斷為紅斑性狼瘡。因為心臟擴大、心包膜積水，二年來走遍北台灣各大醫院，曾被懷疑是否有先天性心臟病或肝硬化，多次會診胃腸科與心臟科醫師，始終沒有一個確切的診斷，病情也一直沒有起色。最後轉診到我的醫院，經過仔細評估後，發現病人的許多症狀可能是心包膜炎引起的，於是在放射科、小兒科和心臟外科等醫師通力合作之下，確定病人的心包膜變厚了，心臟切片檢查後發現心包膜有肉芽組織的變化。開完心臟手術後，肺膜積水變得更厲害，我懷疑病人是罹患結核菌感染，於是降低類固醇劑量。作了多次結核菌的檢查皆呈陰性反應，仍然轉診給胸腔內科作“嘗試性的治療”投與抗結核菌藥物達 9 個月之久。現在該病人的肺膜積水、腹水、腳部水腫皆完全消失了，全身水腫的小妹妹如今已經是一位快樂的高中生。

## 結核菌感染的診斷

正確的診斷是治癒結核菌感染的基石，正確診斷是病人的檢體或組織切片上出現嗜伊性的桿狀型結核菌。病理切片出現肉芽腫的組織變化或放射線檢查顯現的各種典型影像變化都是間接的證據，無法作為百分之百正確診斷的依據。如果只依照臨床症狀來判定結核菌感染，正確性就更低了。利用傳統方法〈結核菌染色或培養〉找到結核菌的機會不高；除非是實驗上的操作不當，這個檢查結果一旦呈陽性反應，作為診斷結核菌感染的正確性就非常高。此方法的缺點是敏感度低，檢查結果呈陰性反應時，也無法絕對排除結核菌感染的可能。利用高科技的方法（聚合酶連鎖反應，PCR）會提高診斷的敏感度，但是“假陽性”的機率卻也升高了。基於以上的事實，實驗室的結果必須配合臨床症狀才能作出最正確的診斷。

紅斑性狼瘡病人的結核菌感染其臨床症狀經常是非典型的，加上症狀與紅斑性狼瘡的病情相似性高，如果想在發病早期就能作出正確的診斷，經常是一件不可能的任務，尤其是肺外結核菌感染時。此時必須借重醫師的豐富經驗、病人的耐心配合與醫學中心的團隊合作才能達成。從發病到正確診斷出爐所需的時間因人與病情而異，短則數天，長可達二年之久。延誤正確診斷的原因許多，包括病人到處尋求名醫，不配合醫師的建議等；其中最常發生的事是：將結核菌感染誤診為紅斑性狼瘡病情惡化，加重類固醇的治療，模糊了典型症狀的出現，增加正確診斷的困難度。

## 病人配合之道

遇到診斷發生困難時，經驗豐富的醫師會在關鍵時刻降低類固醇的劑量，重複作結核菌的檢查。此時病情經常是不穩定，醫師必須耐心地觀察病情的變化來調節類固醇的劑量，也希望病人家屬能夠耐心地配合與等待。奉勸各位病友如果病情需要時必須勇於接受各種“侵襲性的檢查”，例如：脊髓穿刺、肋膜切片、胸部縱膈腔開刀切片、開心手術等。即使作了以上各種侵襲性的檢查，還是無法作出正確診斷的機率還是蠻高的，此時必須借重“經驗豐富的專科醫師”，憑他的經驗與現有的檢驗報告，決定是否進行

“嘗試性的抗肺結核菌藥物治療”，許多病人就是在這種困境下治癒的。

## 結論

紅斑性狼瘡病人合併結核菌感染對醫師與病人是一大挑戰。醫師知道如何正確使用類固醇來治療紅斑性狼瘡是一種學問的修鍊；知道何時不該使用類固醇是一種智慧的修鍊。醫師如何在學問與智慧之間達到平衡是醫師邁向成熟必修的課程，此課程修來不容易。醫師會以非常嚴肅與謹慎的態度來診治這種疾病，也希望病友能夠耐心地配合。