

淺談結核性脊椎炎

臺北市立聯合醫院仁愛院區 骨科 趙顛綸

背痛是門急診病患常見的主訴。背痛的成因相當多樣化，大部分病患與外傷、肌肉疼痛、或退化性疾病有關。然而也有少部分病患是特殊病因造成，例如感染、自體免疫疾病、腫瘤等等。在感染方面，除了一般細菌造成的化膿性感染(pyogenic infection)以外，台灣及東南亞一帶結核病較盛行的地區，也可能因為結核菌造成肉芽性感染(granulomatous infection)。以下舉臨床案例進一步說明：

案例一

六十多歲的李先生來到骨科門診，主訴是長達六個月的背痛，同時雙下肢有痠麻的情形，理學檢查顯示敲擊背部會造成疼痛，無明顯運動神經功能喪失。當時於門診安排影像學檢查，就明顯看到腰椎第二節有侵蝕崩場的現象。儘管病患並無發燒，但當時懷疑侵蝕是由感染造成，就建議住院做進一步檢查。

住院基本抽血檢查顯示發炎指數升高，但是白血球並無明顯增加。磁振造影則顯示腰椎第二節第三節都有感染的情形，同時，脊椎旁的肌肉組織也有膿瘍的產生。

由於可以確定是感染造成的椎體侵蝕，故建議進行兩階段前位加後位手術治療。術後病理組織切片證實有結核菌造成的肉芽性發炎，結核菌培養也在八週後呈現陽性反應。

案例二

一位三十多歲的外籍人士，跌倒後就出現劇烈背痛，一開始就直接來到急診。當時影像學檢查就可以看到第九節第十節胸椎有崩場的情形，並且椎體的輪廓已經因為侵蝕而無法清

楚辨識。住院安排磁振造影顯示椎體有明顯感染情形，並且椎體外也有大量膿瘍。

病患更提到胸前有一久未癒合的傷口，比對胸部電腦斷層，顯示胸骨已有部分骨頭被膿瘍侵犯。所以此傷口其實是瘻管，已和胸骨膿瘍相通。

住院期間病患病情急遽惡化，開始出現咳血和下肢運動功能變差等情形。因為考量出現急性神經學症狀，所以當天就安排緊急手術，一階段完成前位手術加上後位手術。

結核性脊椎炎

結核菌是如何跑到脊椎的呢？以肺結核來說，肺結核病灶可能直接接觸到胸椎，造成鄰近組織直接侵犯。另外也可能透過血液攜帶結核菌，以血行性的方式造成遠端組織感染。換句話說，不只是鄰近肺部的胸椎骨骼會受到結核菌感染，就連頸椎或腰椎，甚至四肢關節骨骼都有可能受到感染。

在過去統計，結核病病患當中，有百分之十的病患會有結核菌侵犯骨骼的情形。這百分之十的病患中，有一半的病患都是侵犯到脊椎，造成所謂的結核性脊椎炎。

臨床表現及診斷

在臨床表現上，除了背痛以外，要注意是否有外傷的病史。一般來說，如果病患有嚴重的背痛，卻沒有外傷病史，就必須考慮到是否有病理性的病灶。在結核性脊椎炎的病患，則是要特別注意結核菌感染的症狀。包含是否有發燒、倦怠、久咳不癒、甚至體重減輕的情形。現在的醫療資源較為普及，所以像是瘻管

或出現神經壓迫症狀的嚴重症狀，目前已經比較少見了。

診斷工具以影像診斷為主。國內外都有不少文獻討論區分化膿性脊椎炎和結核性脊椎炎的方式，然而這些區分方式多適用於早期的病患。若是到了疾病的晚期，無論是化膿性感染或是結核性感染，都會造成嚴重的骨骼侵蝕，以影像學診斷就較為有限。最終仍是以病理切片或結核菌培養做確定診斷。

治療

相較於化膿性脊椎炎，結核性脊椎炎的藥物治療更加重要。治療是以六到九個月的抗生素為主，至於抗生素的選擇，和一般肺結核病患使用的抗生素大同小異，都需要多種抗生素同時使用，以避免抗藥性的產生。

手術治療的方式則是在近五十年逐漸定調。主要是1955年香港的Hodgson醫師所建立的手術方式，Hodgson建議必須由前位進行清創，並且由前位進行重建，才能得到較好的臨床結果。儘管後續的學者對於手術適應症及手術方式有稍作調整，但大體上來說，對於椎體有發生崩塌侵蝕的病患，只要病患的身體狀態可以負荷前位手術，就會建議進行前位手術。

總結

相對於化膿性脊椎炎，結核性脊椎炎的疾病進程較為緩慢。因此，病患本身對於背痛的警覺相當重要。雖然藥物治療是主要方向，但若藥物治療無效、椎體崩塌變形、或是出現神經學症狀，就會建議手術治療。⊕

