

痰抹片陰性結核的診斷 —— 基本功須做足

衛生福利部胸腔病院主任 / 中華民國防癆協會理事 簡順添醫師

案一：

30歲，男性，菲律賓外籍移工，來台兩年，從事工廠作業員，無特殊疾病，因定期兩年檢查，胸部X光異常，懷疑肺結核，轉介至胸腔病院確定診斷是否為肺結核。經詢問有關結核相關症狀，僅最近兩週有些許咳嗽。胸部X光為右上肺浸潤 (2025/01/21)。

因懷疑肺結核，2025/01/24入院隔離，驗痰三套均 AFB 陰性，給予抗生

素 cefuroxime 1.5gm IV Q8hours, Klarith 500mg BID 7天。

經抗生素治療後 2092502/03 CXR 右上肺浸潤改善，痰 AFB 三套為抹片陰性，痰一般細菌培養為 *Klebsiella pneumonia*，經門診再7天口服 ceflour (cefuroxime) 500mg BID 7天，2024/03/06 CXR 右上肺浸潤消失。病人住院期間於 2025/01/27 胸部 CT。

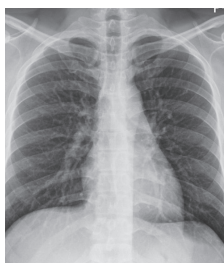
2024/01/31



2025/01/21



2024/02/03



2025/03/06



CT 報告：

1. Grouped nodular densities in the right upper lobe and left lower

2025/01/27



2025/01/27



2025/01/27



2025/01/27



lobe.,Suspect infection.,And mycobacteria infection cannot be ruled out.

Suggest clinical correlation and follow up.

2025/02/03 支氣管鏡氣管沖洗：AFB 陰性，GeneXpert 陰性。最終診斷：較像一般肺炎，門診追蹤，三個月後再做胸部電腦斷層。2025年所有檢體培養均陰性。

評析：

若須診斷抹片陰性肺結核，須三套痰抹片均陰性，最好有做痰和支氣管鏡檢體的 GeneXpert，並經一個足夠療程的非 fluoroquinolone 類廣效抗生素治療後，CXR 仍未改善，醫師決定給與一個療程治療，診斷才能成立。

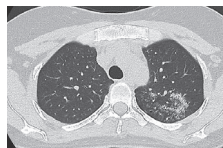
案二：

31歲，女性，菲律賓外籍移工，來台兩年從事電子工廠作業員，無特殊疾病，因定期兩年檢查，胸部 X 光異常，懷疑肺結核，轉介至胸腔病院確定診斷是否為肺結核。經詢問並無結

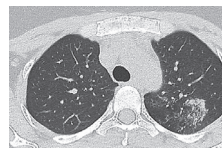
核相關症狀。胸部 X 光為左上肺浸潤 (2025/01/08)。

2025/01/13 住院，給與抗生素 cefuroxime 1.5gm Q8hour，2024/01/15 胸部 CT 檢查，2025/01/16 支氣管鏡檢查，2025/01/16 診斷肺結核，停用 Cefuroxime；改用 Trac 4 4#QD，2025/01/20 出院門診追蹤。住院期間驗痰三次痰抹片均為陰性，無痰液 GeneXpert，支氣管沖洗液 AFB 染色陰性，GeneXpert 陰性。經 cefuroxime 治病療 4 天後依胸部電腦斷層結果改肺結核治療，並未重照 CXR。

2025/01/15



2025/01/15



2025/01/15



2025/01/15



2024/01/10



2025/01/08



2025/02/12



2025/01/08



CT 報告：

Grouped nodules and consolidations in the left upper lobe.

Suspect TB. Suggest clinical correlation and follow up.

2025/01/24 因副作用回診，主訴噁心、嘔吐、全身關節酸痛、皮膚癢，2024/02/03 入院調整藥物，改用 Mycobutin 2# QD, INH 3# QD, Levofloxacin 750mg QD，仍抱怨全身關節酸痛，2025/02/12 追蹤胸部 X 光，左上肺病灶幾乎完全消失，因所有培養均為陰性，地段護士送病審討論：1. 是否確診為肺結核 2. 無藥敏，是否調整藥物。

經查 2025/01/16 至 2025/02/12 共使用 Trac4 10 天，Rifampicin 5 天，Rifabutin+INH 9 天，共 24 天，CXR 完全改善，所有細菌學檢查均為陰性，到底病人是不是 TB？

評析：

因廣效型擴生素僅使用 4 天，使用後也無胸部 X 光，造成判斷上的困難。使用 24 天的抗結核藥物後，病灶完全消失，在臨床上比較像是肺炎，當然早期發展的肺結核也無法排除，臨床上陷於兩難，通常這類病人如果可以找到可用藥物，如此案例，Rifabutin, INH,

Levofloxacin 可使用，或 Rifabutin, INH 可使用，通常會給與一個療程。

討論：

對於外籍移工的結核，通常採取較低的診斷門檻，因外籍移工本就來自於結核病高盛行率國家，且為群體生活，有群聚感染的疑慮，且大多數外籍移工的結核發現多為例行年度檢查，大部分無症狀，痰液檢查通常抹片陰性，或沒有痰液可檢查，故多數須進行支氣管鏡氣管沖洗液進行 AFB 抹片，GeneXpert，和結核菌培養等檢查，若痰液和氣管洗出液 AFB，GeneXpert 均陰性的情況下，醫師即須判斷病人是否須給與肺結核治療，如果判斷錯誤，1-2 個月後培養陽性，則又須疫調，接觸者檢查，搞得公衛人仰馬翻，廠家抱怨連連。但若每個人有浸潤，CT 有疑似病灶皆給與開案治療，仍是有接觸者檢查和之後培養陰性，副作用處理等騎虎難下的問題。如果外籍移工因此被譴返，對移工和廠家均是損失，所以仍須嚴陣以待。雖然胸部電腦斷層對於結核的診斷優於胸部 X 光，但仍無法百分之百正確，所以嚴格遵守診治指引對於抹片陰性結核診斷的建議：須三套痰抹片均陰性，最好有做痰和支氣管鏡檢體的 GeneXpert，並經一個足夠療程的非 fluoroquinolone 類廣效抗生素治療後，CXR 仍未改善，醫師決定給與一個抗結

核療程治療。抗生素治療療程須足夠，一般為7天，治療完成後須再做一次部胸部 X 光檢查比較。此方法雖仍無法百分之百排除 TB，但至少可以減少日後的一些麻煩如案二。在胸部 X 光病灶並不明顯，但胸部電腦斷層有明顯病灶的病人，利用部胸部 X 光前後比較，仍有其限制，因現今並無法以胸部電腦斷層做前後比較，如案一，故仍須謹慎小心追蹤。結核的診斷沒有百分之百，永遠有不斷的驚奇，只能做好基本功，免得日後又嚇了一大跳。

痰塗片陰性結核診斷流程

