

阿米巴痢疾之診斷與治療

蔡哲楷¹ 莊宗憲²

前言

阿米巴痢疾是痢疾阿米巴(*Entamoeba histolytica*)原蟲所造成之感染，又稱為阿米巴病(amebiasis)，主要感染在腸道，引起患者腹痛、腹瀉、發燒、血便等症狀；若阿米巴原蟲穿透腸壁進入血液或淋巴循環，可造成肝、肺、腦或皮膚膿瘍等腸道外感染症狀，全球每年因阿米巴感染症致死者為4-11萬人，為第二常見寄生蟲感染造成死亡之原因(第一常見為瘧疾)。本文主要藉由回顧阿米巴痢疾之診斷與治療，提供給臨床醫師參考。

痢疾阿米巴原蟲之生活史與感染途徑

痢疾阿米巴原蟲之生活史可分成活動體(trophozoite)與囊體(cyst)，一般代謝繁殖時以活動體存在，活動體有偽足可運動，具有入侵能力，在人體主要以此型態寄生；在周圍環境惡化時(如被寄主排泄出體外)則轉變成囊體，囊體因具囊

壁可在外界環境中存活數週，人類因食入受污染的水或食物而感染。囊體被食入後，在小腸轉變為寄生型活動體，之後移動至大腸並寄生於此。無病原性之痢疾阿米巴原蟲(如*E. dispar*與*E. moshkovskii*)不會入侵腸管，僅在腸道內維持共生狀態；有病原性之痢疾阿米巴原蟲(*E. histolytica*)則會侵入腸管壁，導致腸壁黏膜潰瘍(好發於升結腸與直腸)，造成腹痛、腹瀉、血便等腸道內症狀。當活動體穿透腸壁而進入肝門靜脈後，則可經血液循環造成腸道外感染(如肝、肺、腦或皮膚膿瘍等)。

阿米巴痢疾之流行病學

世界衛生組織估計全球盛行率約為10-12%，但以熱帶、亞熱帶之開發中國家較常見。患者以年輕男性成人為主，在長期集體生活之場所(如收容所、孤兒院、監獄、軍隊)較常見，此與生活習慣、衛生條件、環境污染及群居狀況關係密切。另外，男同性戀者、至疫區旅遊返國者、來自疫區之外籍勞工與外籍配偶均屬高危險族群。

1 國軍松山總醫院家庭醫學科住院醫師

2 國軍松山總醫院家庭醫學科總住院醫師

關鍵詞: amebiasis, *Entamoeba histolytica*



阿米巴痢疾之傳染方式、潛伏期與可傳染期

本病乃經糞口途徑傳染，藉由糞便中之痢疾阿米巴囊體污染飲用水、食物或病媒(如蠅、蟑螂)傳染，此外亦可經由口對肛門之接觸行為造成。本病潛伏期大約2~4週，但也可能從數日至數月以上。

由於痢疾阿米巴囊體為感染源，故在疾病之慢性期、恢復期及無症狀帶蟲者，均會因排泄囊體而造成他人傳染；若在急性期當糞便中僅排出活動體，因活動體無法在環境中生存，不幸誤食也會被胃酸殺死，故不具傳染力。

阿米巴痢疾之臨床症狀

臨床症狀可分成三種類型：

- 一、無症狀囊體帶原者：指原蟲在腸道內維持共生狀態，無侵入腸道，病人也沒有任何症狀。此乃可能為感染無病原性之痢疾阿米巴原蟲或是宿主免疫力較強，但無症狀的帶原者每天可排出數百萬個囊體，成為主要感染源。
- 二、腸道型阿米巴痢疾：感染部位主要在大腸，引起腹瀉(94-100%)、血便(94-100%)、腹痛(12-80%)、發燒(8-38%)等症狀，多數患者為緩慢持續性發病，偶爾可見爆發性感染，以突然發高燒、嚴重腹痛、腹膜炎與敗血症來表現，小孩、孕婦、癌

症、酗酒、營養不良與長期使用類固醇患者，更是引起爆發性感染之高危險族群。

- 三、腸道外阿米巴原蟲感染：此乃因阿米巴原蟲穿過腸壁，經肝門靜脈侵入身體其它器官(如肝膿瘍、肺膿瘍、腦膿瘍等)，最常見為侵入肝臟造成阿米巴肝膿瘍，常有發燒、體重減輕、腹痛等症狀，由於感染時間長，可能在感染後2~5個月才會有症狀，若疏忽易造成誤診。

阿米巴痢疾之診斷

由於大部分囊體帶原者無臨床症狀，故主要經由糞便鏡檢(stool microscopy)看到痢疾阿米巴活動體或囊體來診斷，但並非每次皆會出現，故需於1週內連續3天、每天一次檢查糞便來確認，此外糞便鏡檢無法區別痢疾阿米巴與其他腸道共生原蟲，故最後可用聚合鏈鎖反應(PCR)確診；糞便或血清抗原檢查(antigen testing)利用酵素結合免疫吸附分析(ELISA)可偵測致病型痢疾阿米巴，其敏感度達87%與特異性達90%以上，是一項簡單快速且準確性高之檢查；相對的，一般血清學檢查(serology test)是偵測人體對抗痢疾阿米巴之抗體，其陽性反應僅能代表患者曾感染過阿米巴痢疾，無法區別是現在或以前感染，故診斷價值在於血清學檢查陰性，即可排除此病。此外，因腸道外阿米巴痢疾糞便中常看不到



原蟲但血清學卻呈陽性反應，若配合患者有不明原因發燒、體重減輕，則應加作腹部超音波以排除肝膿瘍。

阿米巴痢疾之通報準則

依據傳染病防治法規定，阿米巴痢疾屬於第二類法定傳染病，各醫院、診所發現疑似或確定病例時，應依規定於24小時內報告當地衛生局(所)。通報定義如下(符合以下任一條件)：

1. 輕微、慢性到嚴重腹瀉，糞便中帶黏液、血絲，裏急後重、間歇性下痢、腹痛、發燒、噁心、嘔吐。
2. 糞便檢體鏡檢發現疑似痢疾阿米巴之囊體或活動體。
3. 腸道及腸外之組織切片或潰瘍刮除發現痢疾阿米巴活動體者。
4. 超音波或電腦斷層診斷為肝膿瘍且血清抗體呈陽性反應。

阿米巴痢疾之治療

一般痢疾阿米巴感染確診病例，不管有無症狀皆應治療，但對疑似病例，則不應給藥或做預防性投藥治療。急性期腸炎或腸外阿米巴患者首選以metronidazole (Flagyl®)治療原蟲營養體(tissue agent)(替代藥物可給予tinidazole)，之後再給予paromomycin (Humatin®)或diloxanide furoate (Furamide®)清除原蟲囊體(luminal agent)；阿米巴肝膿瘍病患以

metronidazole治療，3天後若仍持續發燒，則考慮進行膿瘍抽吸引流，以緩解症狀並依據生檢結果排除細菌性肝膿瘍；對於無症狀囊體帶原者，則使用paromomycin (Humatin®)或diloxanide furoate (Furamide®)清除原蟲囊體(治療劑量如表1)。此外，懷孕初期3個月內禁止使用metronidazole來治療。

對於確診阿米巴痢疾患者，應在完成治療1個月後複檢，於7天內進行三次(每次間隔24小時以上)新鮮糞便採集送檢，若三次採檢皆為陰性才算治療完成。若有任何一次呈現陽性反應，則需再進行一次療程，之後重複上述步驟複檢。

阿米巴痢疾之病人與接觸者處理

阿米巴痢疾患者以居家隔離為原則，請病患加強個人衛生、妥善處理排泄物以避免污染環境；住院治療之患者則以接觸隔離為主，教導患者維持良好衛生習慣、正確洗手、徹底消毒物品與衣服、妥善處理排泄物與週遭環境消毒。

阿米巴痢疾之接觸者應給予衛教，有症狀之接觸者暫時不可從事餐飲、照顧患者、老人與小孩之工作，直至糞便檢查陰性，方可恢復正常工作。

阿米巴痢疾之預防

預防阿米巴痢疾，需要從各方面著手，分別敘述如下：



表1 阿米巴痢疾之治療劑量

阿米巴痢疾之臨床症狀	藥品	劑量
1.急性期、腸外阿米巴	metronidazole (Flagyl®)	500-750mg po tid x 7-10天(成人劑量)(懷孕3個月內禁用) 35-50mg/kg/day 分成三次服用7-10天(兒童劑量)
	tinidazole (服喜®)	2 g po qd x 3天
	paromomycin (Humatin®)	25-30 mg/kg/day分成三次服用7天
	diloxanide furoate (Furamide®)	500 mg po tid x 10 days (成人劑量) 20 mg/kg/day分成三次服用10天(兒童劑量)
2.肝膿瘍	metronidazole (Flagyl®)	500-750mg po tid x 7-10天(成人劑量)(懷孕3個月內禁用) 35-50mg/kg/day 分成三次服用7-10天(兒童劑量)
3.無症狀帶蟲(囊體)者	paromomycin (Humatin®)	25-30 mg/kg/day分成三次服用7天
	diloxanide furoate (Furamide®)	500 mg po tid x 10 days (成人劑量) 20 mg/kg/day分成三次服用10天(兒童劑量)

資料來源：參考資料5。

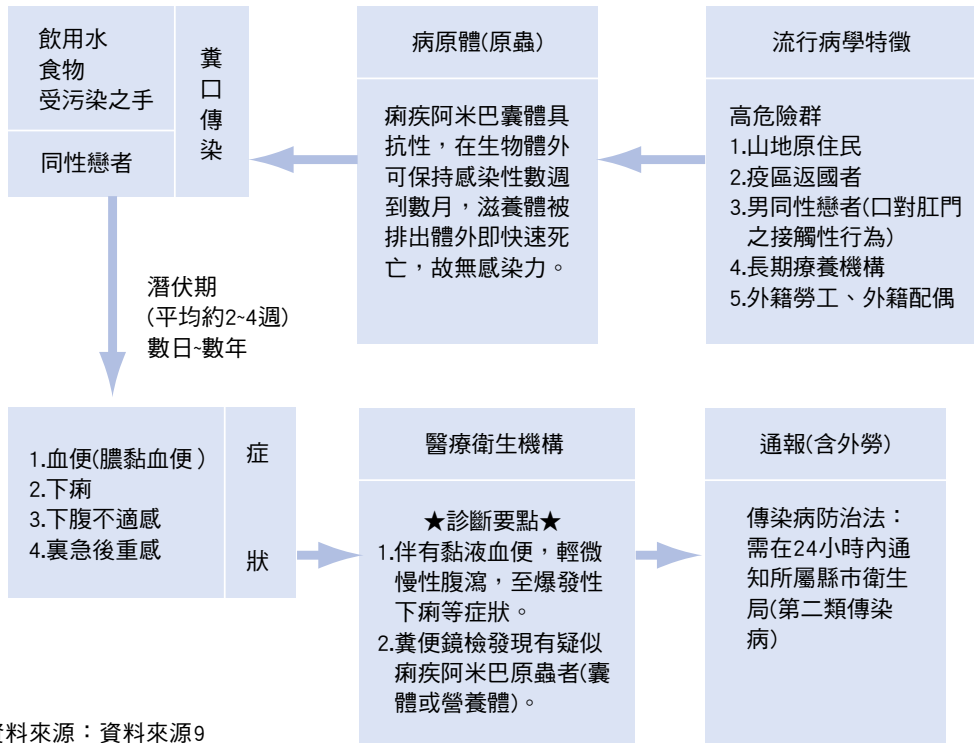
1. 加強民眾衛生教育、注意飲食衛生、妥善處理排泄物(如密閉式抽水馬桶)、加強洗手，均可防止傳染，特別強調無症狀囊體帶原者除治療外，更需注意便後洗手。
2. 煮沸、過濾、消毒飲用水，避免糞便污染。
3. 避免生食以防止污染食物病從口入。
4. 必要時檢查與治療從事餐飲業之無症狀囊體帶原者。
5. 對於公共環境部分，水源或蓄水設備最好與可能污染源(如廁所、化糞池等)距離15公尺以上。
6. 避免口對肛門之接觸性行為。

結論

阿米巴痢疾在台灣隨著公共衛生的改善，門診遇到比率較低，但若遇到患者持續腹瀉、血便、腹痛、發燒且本身又屬於阿米巴痢疾高危險族群時，仍應該安排糞便檢查以排除此病(處理流程如表2)。由於此病是經糞口傳染，因此注意環境與個人衛生乃預防重點，飯前與排便後洗手就是一個有效的防範方法。在此病流行地區旅遊，應避免生食蔬菜與生飲水。經診斷為阿米巴痢疾或疑似該病之患者，皆應於24小時內通報當地衛生局，並安排後續治療追蹤或轉介感染科處置。



表2 阿米巴痢疾處理流程



資料來源：資料來源9

參考資料

- 1.Haque R, Huston CD, Hughes M, et al: Amebiasis. N Engl J Med 2003; 348:1565-73.
- 2.Padilla VF, Anaya VF: Insights into Entamoeba histolytica virulence modulation. Infect Disord Drug Targets 2010; 10:242-50.
- 3.Mortimer L, Chadee K: The immunopathogenesis of Entamoeba histolytica. Exp Parasitol 2010; 126:366-80.
- 4.Hung CC, Deng HY, Hsiao WH, et al: Invasive amebiasis as an emerging parasitic disease in patients with human immunodeficiency virus type 1 infection in Taiwan. Arch Intern Med 2005; 165:409-15.
- 5.Karin L, Peter FW: Intestinal Entamoeba histolytica amebiasis. UpToDate, 2012. at <http://www.uptodate.com/contents/intestinal-entamoeba-histolytica-amebiasis>.
- 6.Haque R, Ali IK, Akther S, Petri WA: Comparison of PCR, isoenzyme analysis, and antigen detection for diagnosis of Entamoeba histolytica infection. J Clin Microbiol 1998; 36:449-52.
- 7.阿米巴性痢疾。行政院衛生署疾病管制局。2012年。<http://www2.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=6448&ctNode=1733&mp=1>。
- 8.Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG: Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis. Cochrane Database Syst Rev 2009; :CD006085.
- 9.阿米巴性痢疾(Amoebiasis)。行政院衛生署疾病管制局。2012年。<http://www.rujhs.ntct.edu.tw/CommunicableDiseases/04/04-1/04-1-2.pdf>。