



胃食道逆流疾病

陳昭男¹ 陳鵬升²

前言

胃食道逆流疾病（gastroesophageal reflux disease, GERD）是最常見的腸胃道疾患之一，其盛行率在西方國家約15-25%，在亞洲國家則相對較低，約小於5%，然目前有持續上升的趨勢，可能與生活型態的改變有關。根據一份2001年的調查，台灣地區的胃食道逆流疾病盛行率約為6.6%。由於其普遍性，對此疾病基層醫師應當加以注意。因此，本文在此將針對胃食道逆流疾病的臨床表現，診斷，及治療方面進行完整介紹。

定義

根據蒙特婁定義（Montreal definition），胃食道逆流疾病的診斷定義為「因胃部內容物逆流導致症狀（至少每週二天以上的輕度症狀或是每週一天以上的中重度症狀）或併發症」。疾病本身可導致食道損傷，諸如食道炎，食道狹窄等，也可導致一些食道外的症狀，例如喉炎及咳嗽等。

1 署立桃園醫院家庭醫學科 住院醫師

2 署立桃園醫院家庭醫學科 主任

關鍵詞：Gastroesophageal reflux disease, proton pump inhibitor, heartburn

危險因子

性別差異在心口灼熱感（heartburn）的盛行率上並無明顯差異，然而研究發現，男性在逆流性食道炎上有較大的危險性。年齡亦為胃食道逆流疾病的危險因子，年齡越大，罹病機會相對越高。肥胖明顯增加發生逆流性症狀，糜爛性食道炎，巴瑞特氏食道（Barrett's esophagus），及食道腺癌的危險性。另外，酒精攝取及抽菸也可能增加胃食道逆流疾病的發生。

幽門桿菌（*Helicobacter pylori*）與胃食道逆流疾病則被發現有負相關，造成保護效果的原因在於幽門桿菌引發胃炎後，使壁細胞（parietal cell）縮小，減低胃酸的分泌和胃部酸鹼值的增加。

尚有其它情況容易造成胃食道逆流的發生，例如胃排空功能異常、過度飲食等，患者多半具有一個以上的危險因子。

臨床表現

心口灼熱感及胃逆流感（regurgitation）是胃食道逆流疾病的典型症狀。

「心口灼熱感」係指由胃部或胸口



下側至頸部、喉嚨、甚至背部的灼熱感，常發生在飯後，特別是大餐後、食用辛辣食物、柑橘類食物、油脂類、巧克力、或是飲酒後；仰臥或彎腰都可讓心口灼熱感惡化。此外，患者亦可能容易有胃逆流感，特別是飯後，且會因彎腰或仰臥而惡化。

除了上述典型症狀外，患者亦可能用其它症狀表現，如喉炎（可表現聲音沙啞或是清喉嚨動作）、氣喘、牙齒琺瑯質糜爛，甚或是復發性中耳炎及自發性肺纖維化等。在引發慢性咳嗽的原因中，胃食道逆流疾病為最常見原因的第三名，僅次於鼻涕倒流及氣喘，因此，當病患有慢性咳嗽問題時，應將胃食道逆流疾病列入鑑別診斷之一。另外，當患者有警示症狀（alarm symptoms，包括進行性吞嚥困難、吞嚥疼痛、體重減輕、貧血、吐血或解黑便等）時，應懷疑有其他重大胃腸道疾病，諸如潰瘍或腫瘤等，此時需考慮安排內視鏡檢查。

部份病患可能完全沒有症狀，特別是年老的患者，可能是因為他們對痛的感受性下降，或是因為慢性幽門桿菌的感染，造成胃部酸性減低。因此，許多老年患者在初次就醫時，已有併發症的產生。

診斷

胃食道逆流疾病目前並無明確的診斷標準，主要是靠患者出現典型症狀或併發症，或經檢查發現有胃部內容物逆流情

形（如食道酸鹼度測試）或逆流造成的組織傷害（如內視鏡檢等）來做診斷依據。當患者臨床表現為典型胃食道逆流疾病之症狀且對氫離子幫浦抑制劑（proton pump inhibitor）治療有反應時，多可確定診斷且不須再做進一步檢查。

通常施行檢查的目的在於避免誤診，檢視併發症的發生，以及評估治療失敗的情形。就胃食道逆流的臨床症狀上，須與冠狀動脈疾病、膽囊疾病、消化性潰瘍等做鑑別診斷。

在台灣，因健保用藥規範，胃食道逆流疾病患者使用氫離子幫浦抑制劑須附有內視鏡之發現，亦或是其它相關檢查之陽性報告，故臨床上懷疑胃食道逆流疾病患者，仍應依患者情況安排進一步檢查來確診，做為適當用藥依據。

氫離子幫浦抑制劑測試

當懷疑胃食道逆流疾病的患者未伴隨疑似併發症相關的症狀時，可考慮先使用氫離子幫浦抑制劑測試。一般來說，症狀多會在一到2週內得到改善。若給予治療後症狀消失，在停藥後症狀又開始出現，則可建立胃食道逆流疾病的診斷。據研究，此測試方法的敏感性約為78%，然特異性約只有54%。此法好處在於其施行的便利性，且花費較低。

上消化道內視鏡檢查

內視鏡檢查在胃食道逆流疾病造成的食道炎診斷上具有高度的特異性（90-



95%)，然而其敏感性並不高(50%)。內視鏡檢查對於併發症的評估亦有幫助。於歐美國家，內視鏡檢查的施行時機，建議在給予初步治療後再進行，以避免因發炎反應而影響判讀。

內視鏡檢查通常保留於下列情形：

- (1) 有懷疑併發症患者（警示症狀）的評估；
- (2) 有慢性逆流問題的患者，檢查是否有巴瑞特氏食道情形；
- (3) 對經驗性治療反應不佳的患者所施行的進一步檢查；
- (4) 其它需考慮取得組織切片來幫助診斷之情形，如懷疑腫瘤，感染等。

內視鏡檢查結果多依洛杉磯食道炎分級（the Los Angeles Classification of Esophagitis）來區分嚴重度，附上分級依據以供參考：

- (1) Grade A：一條或多條黏膜破損（糜爛、潰瘍）小於或等於5公釐，並不延伸超過兩條黏膜皺摺。
- (2) Grade B：一條或多條黏膜破損大於5公釐，但並不延伸超過兩條黏膜皺摺。
- (3) Grade C：黏膜破損在兩條黏膜皺摺間互相延續或融合，但不超過75%的食道管腔圓周。
- (4) Grade D：黏膜破損在兩條黏膜皺摺間互相延續或融合，且超過75%的食道管腔圓周。

食道酸鹼值監測

食道酸鹼值監測可以用來當做診斷病理性逆流的標準，通常每4-6秒記錄一次，連續記錄24小時，當記錄到的酸鹼值低於4時符合酸逆流的定義。對於有食道炎的患者，24小時食道酸鹼值監測的敏感性有90%而特異性則為85-100%。

考慮使用食道酸鹼值監測的時機為：

- (1) 施行胃底摺疊術（fundoplication）前，對於內視鏡檢正常的患者確定是否真的有病理性逆流情形；
- (2) 外科治療術後仍有持續性心口灼熱感之患者；
- (3) 具有逆流症狀，然內視鏡檢查正常，且對氫離子幫浦抑制劑治療無反應者；
- (4) 疑有胃食道逆流疾病之食道外症狀者。

其它相關檢查

1. 食道鋇劑攝影：在食道狹窄、胃橫膈疝氣、或食道蠕動明顯異常時有幫助。
2. 食道動力學檢測（esophageal manometry）：評估食道下括約肌的壓力，放鬆及蠕動能力。在無胃食道逆流疾病併發者的患者並不建議施行，因為大多數此類病患的食道下括約肌靜止壓力都是正常的。

併發症

食道狹窄



多以固體吞嚥困難來表現，然由於患者的食慾未受影響，體重減輕的情形相對惡性疾病造成的食道狹窄來說較不常見。發生狹窄的部位多見於食道下部，且長度多小於一公分。所有發生食道狹窄的病患都應該接受內視鏡檢查，必要時需施行切片檢查。

巴瑞特氏食道

當遠端食道的鱗狀上皮被含有杯狀細胞（goblet cell）的特化柱狀黏膜（腸化生intestinal metaplasia）所取代時，稱之為巴瑞特氏食道。膽汁逆流及肥胖都會增加發生巴瑞特氏食道的危險性。臨床診斷雖可因內視鏡檢查懷疑，然確診仍需有組織學的證據。有巴瑞特氏食道問題的患者，會增加發生食道腺癌的機會，據估計，每年其食道腺癌的發生率約在0.5-1%。

食道外症狀

胃食道逆流疾病除造成食道相關症狀外，亦可造成如非心因性胸痛、氣喘、慢性咳嗽、牙齒糜爛等症狀。其造成的胸痛症狀有時會與心絞痛混淆。多數有胸痛症狀的病人伴隨有心口灼熱感的情形。

治療

生活型態調整

生活型態調整對於胃食道逆流疾病

有幫助，因此在輕度胃食道逆流疾病的患者常被視為第一線的治療方式，或是輔以氫離子幫浦抑制劑的治療。

研究發現，菸、酒、巧克力、油脂類食物，以及柑橘屬的食物（如柑橘、柳橙、檸檬、柚）等，可能會加重症狀或改變食道酸鹼值；而頭部抬高的睡眠姿勢、左側躺、減重等，則能達到改善症狀的效果。有夜間症狀的患者，建議睡前三小時內應避免飲食；而有餐後症狀的患者，則可以少量多餐的方式，並避免在餐後馬上躺臥，以減少症狀的發生；肥胖的患者，則應避免穿著緊縛的衣著。另外，便秘造成腹壓過高也可能造成症狀，故透過生活型態調整來減少便秘問題的產生，如調整飲食種類及養成良好的排便習慣等，亦有助於症狀之改善。

除上述事項外，患者亦應避免服用會加重胃食道逆流疾病的藥物，諸如theophylline、鈣離子通道阻斷劑（calcium channel blockers）等，此為醫師面對這類病患在用藥上需注意的部份。

氫離子幫浦抑制劑

氫離子幫浦抑制劑是主要的治療藥物，透過抑制H+K+ATPase幫浦而顯著地減少胃酸的分泌。減低胃液的酸性除了可以減緩症狀外，對於食道炎的恢復上亦有幫助。根據研究，在用藥4到6週後，氫離子幫浦抑制劑相較第二型組織胺受體拮抗劑（histamine type 2 receptor antagonist）在食道炎的癒合上有更顯著



的效果，避免食道炎復發的效果亦較佳。

在胃食道逆流疾病的病人，氫離子幫浦抑制劑建議使用至少4週，且應在飯前30到60分鐘使用，長期持續用藥則可減少症狀復發機率。若施以標準劑量，各類氫離子幫浦抑制劑並沒有明顯效果上的差異。

氫離子幫浦抑制劑最常見的副作用包括頭痛、腹瀉、便秘及腹痛；在長期使用上，則可能造成繼發性高胃泌素血症（secondary hypergastrinemia）、吸收不良、及胃酸過少等情形，另外，感染性腸胃炎，偽膜性大腸炎，社區性肺炎，以及髖骨骨折（大於50歲患者）等的危險性也會提升。在懷孕的用藥等級上，除omeprazole為category C外，其餘藥物（包括第二型組織胺受體拮抗劑及其它氫離子幫浦抑制劑等）為category B。

其它藥物治療

制酸劑、海藻酸鹽製劑（alginate），及第二型組織胺受體拮抗劑，對於因生活習慣不良所造成偶發的輕微心口灼熱感亦有幫助。制酸劑對心口灼熱感的改善比率較低，然其作用較快速；第二型組織胺受體拮抗劑的作用雖未如制酸劑來得快速，但其作用時間較長（約可達6-10小時）。上述幾類藥品主要用在對於可能造成胃食道逆流情形，例如食用大餐、於宵夜時段飲食、運動等。

難治型胃食道逆流疾病

在給予氫離子幫浦抑制劑治療4到8週後，仍可能有25%-42%的病人並沒有得到明顯的改善。此類病人應先考慮其從醫囑性（adherence, compliance）以及用藥時間是否正確（應於飯前半小時至一小時前服用藥物）；此外，可考慮改使用第二代氫離子幫浦抑制劑（如pantoprazole, esomeprazole等），或是將一日一次的用藥方式，改為一日兩次的劑量，於早晚餐前服用。在用藥方式予以調整依舊無法得到改善的病人，即稱之為「難治型胃食道逆流疾病」。針對這些患者，進一步的檢查有其必要性，諸如內視鏡檢、24小時酸鹼值檢測等。

外科治療

研究發現，藥物治療與手術治療對於胃食道逆流疾病的治療效果相當，然而只有施行外科治療才能矯正因生理構造原因造成的胃食道逆流疾病，進而避免長期藥物使用的需要；但施行手術治療的患者，在長期追蹤後發現有較高的症狀復發率而需持續使用藥物治療。

外科治療通常是利用胃部近端包覆於食道末端而製造出抗逆流的阻滯力量，稱之為胃底摺疊術，最常使用的術式為360° Nissen fundoplication。

臨床上，患者須對氫離子幫浦抑制劑治療有效，否則不宜行手術治療，在此前提下，考慮施行外科治療的適應症如下：



1. 年輕患者反覆發生消化道狹窄情形。
2. 因逆流問題造成呼吸道併發症或反覆造成肺部吸入情形。
3. 患者對氫離子幫浦抑制劑的耐受性不佳。
4. 患者希望能達到長久的治療效果（患者雖對氫離子幫浦抑制劑反應良好，然停藥便有症狀復發情形）。
5. 病患意願。

當考慮手術治療時，須針對各方面去做權衡，例如病人本身接受手術可能的風險，術後造成吞嚥困難的可能性，以及因手術造成相關之腹部症狀（如腹瀉、脹氣、腹痛等）是否可被患者接受等。據統計，術後一至三年間，因手術失敗或併發症而須再開刀的比率約為7%。

結論

近年來由於國人飲食習慣的改變以及肥胖問題的普遍，胃食道逆流疾病盛行率有增加的趨勢。當臨床上懷疑患者有胃食道逆流疾病時，可考慮給予氫離子幫浦抑制劑，同時兼具有診斷及治療的效果。然在台灣，因應健保規定，應施行相關檢查，如上消化道內視鏡檢查等，才能供以診斷及用藥之佐證。治療上，氫離子

幫浦抑制劑可以達到顯著效果，外科治療則主要用在對藥物耐受性不佳、藥物治療有效，若停藥即有復發現象，需考慮長久治療效果之患者、或是生理構造因素造成的逆流情形等。若能依上述診斷及治療方針為胃食道逆流疾病的患者進行診療，相信定能讓此類患者獲得在臨床及生活品質上的顯著改善。

參考資料

1. Lu CL, Lang HC, Chang FY et al: Social and medical impact, sleep quality and the pharmaceutical costs of heartburn in Taiwan. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22:739-47.
2. Kahrilas PJ: Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med* 2008;359:1700-7.
3. Richter JE: The many manifestations of gastroesophageal reflux disease: presentation, evaluation, and treatment. *Gastroenterol Clin North Am* 2007;36:577-99.
4. Ho KY, Cheung TK, Wong BC: Gastroesophageal reflux disease in Asian countries: Disorder of nature or nurture? *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:1362-65.
5. Fock KM, Talley NJ, Fass R, et al: Asia-Pacific consensus on the management of gastroesophageal reflux disease: Update. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:8-22.
6. Smith L: Updated ACG Guidelines for Diagnosis and Treatment of GERD. *Am Fam Physician* 2005;71:2376-82.