

胃食道逆流性疾病治療準則

引言

陳邦基

林口長庚醫院 胃腸科

胃食道逆流性疾病 (gastroesophageal reflux disease, GERD) 在台灣及亞洲地區的盛行率雖不若歐美地區之高，但近年來有快速增加的趨勢。GERD 指胃內容物 (胃液、胃酸、蛋白酵素、膽汁、胰液) 過度逆流入食道，造成組織傷害或產生症狀。臨床上可能出現胸口灼熱 (heartburn, 燒心) 及/或胃酸逆流 (acid regurgitation, 反酸) 症狀。亦可能以上腹脹、痛，胸痛，吞嚥困難，疼痛，打嗝，消化不良表現，甚如心絞痛一般，謂之非心因性胸痛 (non-cardiac chest pain, NCCP)。若胃酸湧入呼吸道，可造成喉炎，聲啞，吸入性肺炎，慢性咳嗽，氣喘，失眠，甚若傷及牙齒，呈現食道外症狀。

胃酸逆流入食道，久之造成食道炎、糜爛、潰瘍、出血、狹窄、吞嚥困難。食道黏膜變性，以柱狀上皮取代鱗狀細胞上皮，合併腸上皮化生，是為巴瑞特氏食道 (Barrett's esophagus, BE)，若有高度分化不良，且長度大於三公分，則較易癌變，BE 可視為食道腺癌之前驅病變。亞洲人之 BE 相關食道腺癌，發生率比歐美人要低很多。

GERD 內視鏡下，食道的變化有三種：(1) NERD (non-erosive reflux disease 或稱 ENRD, endoscopic negative reflux disease)，(2) EE (erosive esophagitis 或稱 ERD, erosive reflux disease, 或 RE, reflux esophagitis)，(3) BE (Barrett's esophagus)。其中 NERD 最多，BE 少見。以往著重於 EE，此即 LA 之內視鏡分類 ABCD 四級，健保亦以此分類為 PPI (proton pump inhibitor) 給藥之依據 (A.B 級二至四個月，C.D 級一年)。傳統一般認為 NERD 可能進行為 EE，而 EE 再演變為 BE，甚至腺癌，視為自然一系列病程發展之假說。但 2002 年，Fass 主張 NERD，EE 及 BE 應是三種獨立群組 (unique groups)，而非連續性之系列頻譜疾病 (spectrum disease)。2006 年 Montreal 會議，將 GERD 定義為「胃內容物返流造成病人不舒服 (troublesome) 症狀，及/或併發症」。此是以病人感受為中心思想，與以往以醫師為中心 (內視鏡下變化) 之考量方式不同。

GERD 之臨床症狀可分為與食道相關之症狀，如逆流引起之反酸、燒心，食道受損引起食道炎、胸痛、出血、狹窄症狀，另一種為食道外症狀，如：喉炎、聲啞、咳嗽、氣喘、異物感、NCCP、牙齒損傷等。

以病人症狀為中心考量時，可以 PPI 試驗來診斷 GERD，以標準或兩倍劑量的 PPI 服用兩星期，如症狀有很明顯的改善，即可臆斷有 GERD，但如果病人有

吞嚥困難、疼痛、貧血、出血、體重下降、50 歲以上、有癌家族史或有曾治療失敗時，內視鏡檢查必須考慮。台灣胃癌及食道鱗狀上皮癌病例仍不少，也必須加以考慮。

GERD的治療，生活型態的調整，對於症狀較輕者可能部分有幫助，對於EE病例還是需藥物來治療，PPI是首選藥物，給藥方式可用標準或兩倍劑量投予，但要服用多久？劑量要調低（step down）或要調高（step up）？維持量服用（maintenance）？間斷服藥（intermittent）？必要時服用（on demand）？改換其他藥物（如H₂RA，制酸劑等）？併用其他藥物（如prokinetics）？PPI治療無效的refractory GERD如何治療？要不要安排其他檢查如manometry，24 hr. PH monitoring，impedance等等，希望在此次會議中請北榮盧俊良醫師來介紹目前台灣胃腸科專家的共識，以為治療準則之參考，讓與會者有更明確的概念來診治GERD。