

香港常見的腸胃病

李玉棠醫生, 醫學博士

榮譽臨床副教授

香港中文大學

榮譽顧問,

瑪麗醫院及威爾斯親王醫院



香港常見的腸胃病

反流性食管炎及食管癌

肝炎及肝癌

胃炎及胃癌

胰腺炎及胰臟癌

結腸息肉及結腸癌

香港醫院管理局2007年癌症統計

Male		Most common cancer		Most common cancer death		
Rank		Number	Rank		Number	
1	肺癌	2827	1	肺癌	2512	
2	結直腸癌	2353	2	Liver	1098	
3	肝癌	1304	3	結直腸癌	973	
6	胃癌	626	4	胃癌	396	
10	食管癌	332	6	食管癌	286	
	胰臟癌	281	8	胰臟癌	240	

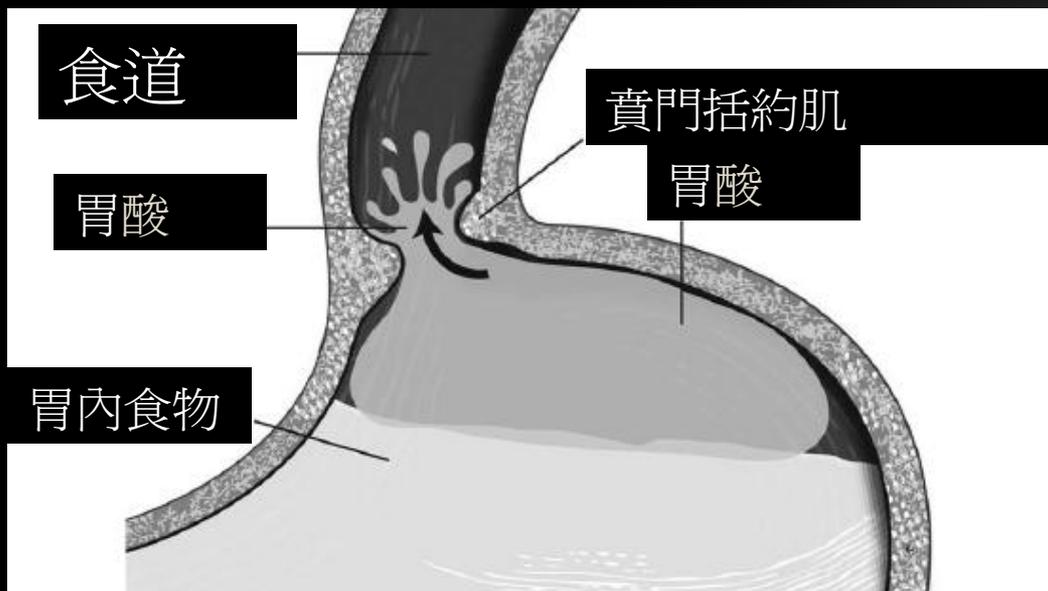
Female		Most common cancer		Most common cancer death		
Rank		Number	Rank		Number	
1	乳癌	2710	1	肺癌	1136	
2	結直腸癌	1731	2	結直腸癌	717	
3	肺癌	1434	3	乳癌	526	
8	肝癌	386	4	肝癌	351	
10	胃癌	381	5	胃癌	244	
	胰臟癌	198	6	胰臟癌	194	

胃食道反流病 (胃酸倒流)

胃酸不正常從胃倒流入食道做成不同情度發炎

胸口灼痛(俗稱火燒心)

併發症: 反流性食道炎、食道收窄、
細胞異常突變 (巴洛氏病變)



嚴重胃酸倒流者患上食道癌的風險是一般市民的44倍

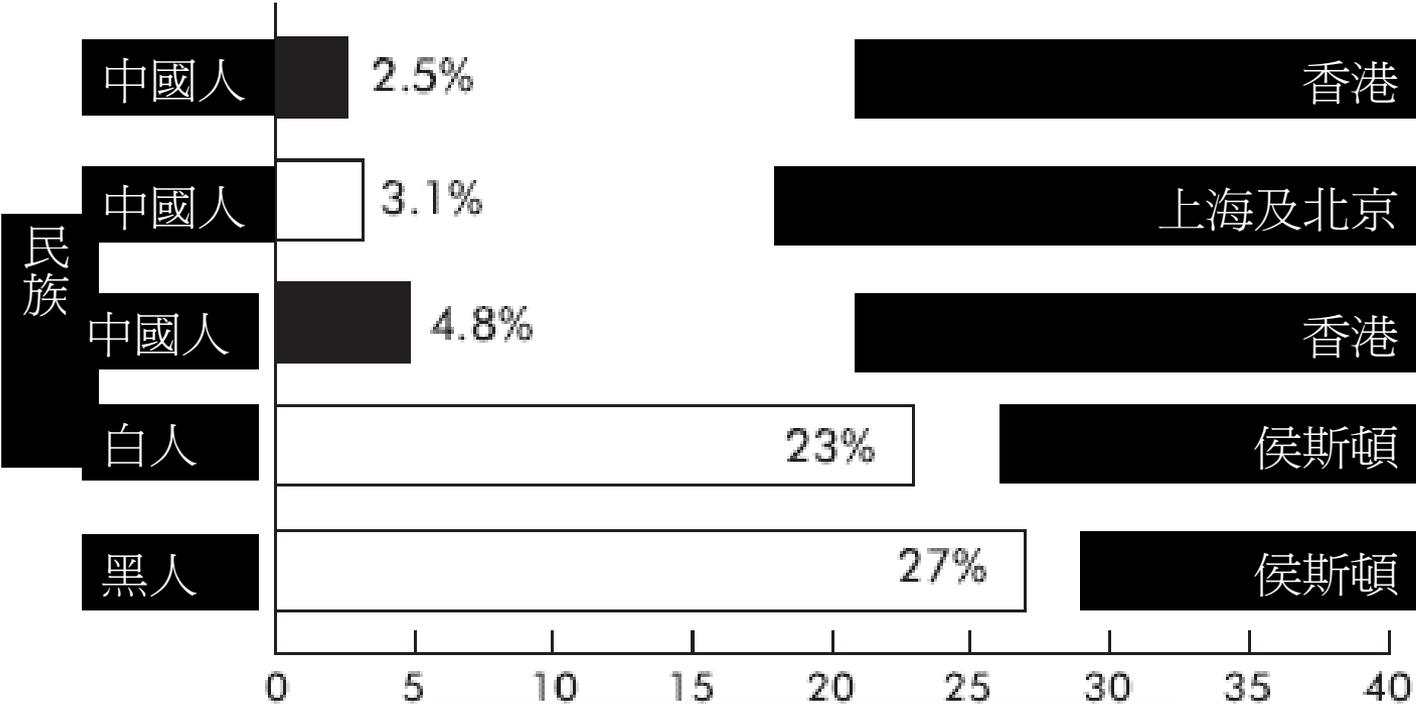
胃食道反流病

在香港，每年約有 4,200 宗胃酸倒流新增個案

典型與非典型症狀

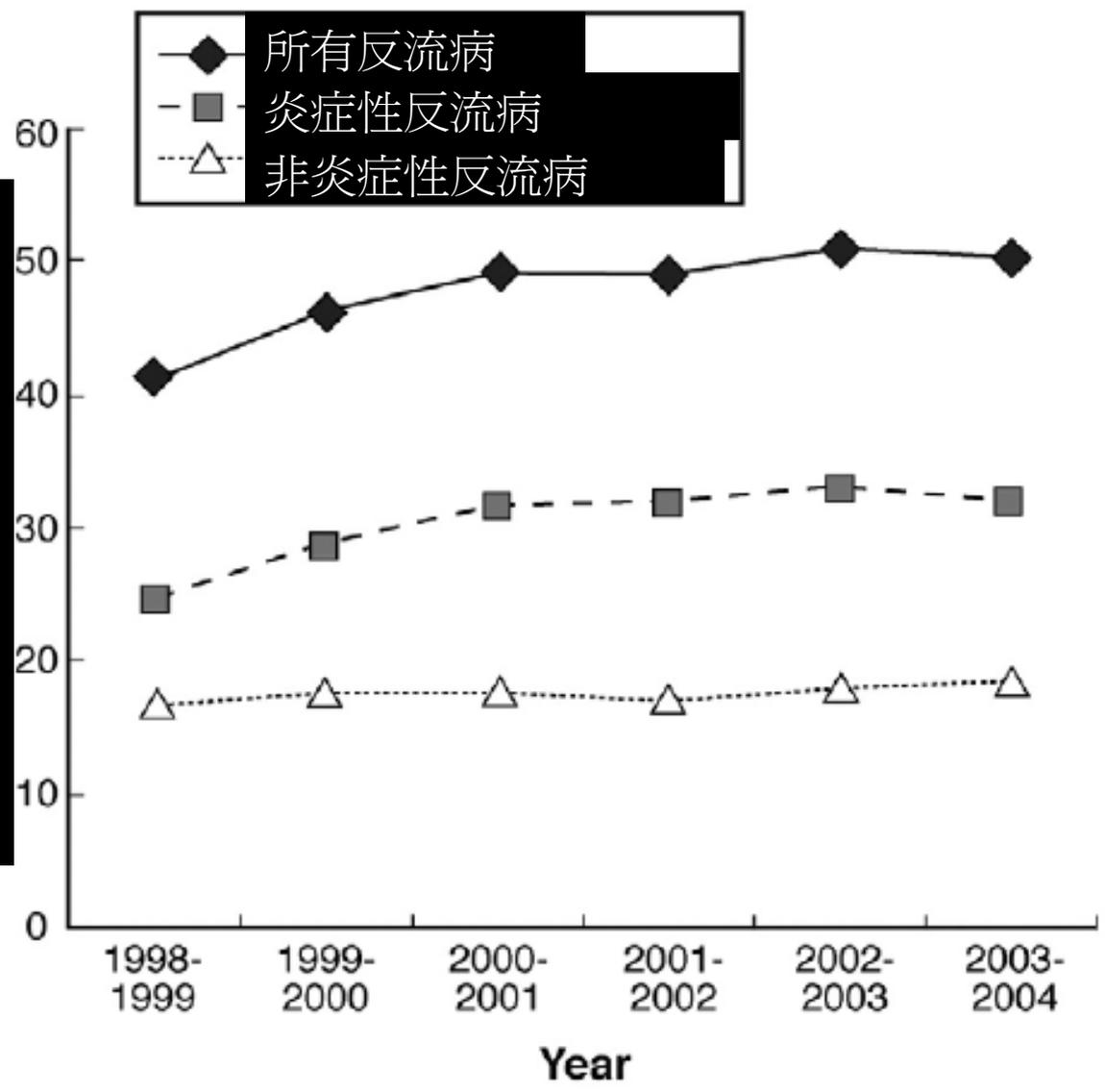
糜爛性與非糜爛性

食道症狀與食道外症狀



平均人口中一星期內最少有一次心後灼熱或反流症狀的百份比

每十萬人的發病率



胃食道反流病 - 40歲以下

年青的胃酸反流患者出現嚴重食道炎
有上升的情況

2005年胃食道反流病最新數據

年發病率

- 非糜爛性: 6.2/10,000人
- 食道炎: 2.5/10,000人

40歲以下佔發病人數 21%

嚴重食道炎佔40歲以下患者6%

成因

不明原因

隨年齡增加而增加

肥胖人士較多

在不同人種中有不同 - 白人較多

在有幽門螺桿菌感染的病人中較少

肥胖增加胃酸倒流

肥胖增加下食道括約肌在飯後二小時中短暫鬆弛次數

肥胖增加下食道括約肌短暫鬆弛次數及有胃酸反流症狀

胃食道反流病治療

生活習慣改變

不吸煙，不喝酒

減輕體重

治療

組織胺受體抑制劑 - 適用於症狀較輕微的病人

胃酸泵抑制劑(Proton pump Inhibitor，簡稱PPI)

十分有效控制胃酸分泌

用於診斷病人是否患有胃酸反流

藥物治療不能完全根治此症，如病情嚴重者，需要持續服藥，若自行停藥，胃酸倒流便有機會翻發

腹腔鏡矯正手術

Endoscopic submucosal dissection (ESD)

黏膜下層剝離術

可用來切除早期食道癌

胃炎

- 主要原因 – Helicobacter pylori (幽門螺桿菌, HP) 感染
- 藥物性胃炎 – 消炎藥 (NSAID) 及亞士匹靈 (aspirin)
- 膽汁反流胃炎
- 免疫性胃炎

幽門螺桿菌

只在人類的胃部生存

通常在五至十歲時受感染

經口糞途徑傳染

家庭中多人感染

生存在胃部直至胃部黏膜“死亡”(全受破壞)

幽門螺桿菌感染

血清測試 – 準確度 ~ 80%

大便抗原測試 – 準確度 >90%

呼吸測試 – 準確度 >95%

胃鏡檢查 + 胃活檢化驗準確度 >90%

在胃鏡檢查時可作胃黏膜檢查

HP 與胃癌

第一級致癌物

急性
胃炎



慢性
胃炎



胃黏膜
萎縮



腸化

不可逆轉改變



低階病變

晚期胃癌



早期胃癌



高階病變



Narrow band imaging (NBI) Endoscopy

窄頻光譜內視鏡

突顯黏膜及微小血管型態

有效診斷胃黏膜異變及早期胃癌

胃癌死亡率從五十歲後漸高

如能在胃黏膜受到破壞前把幽門螺桿
菌清除可有效預防胃癌

預防胃癌

1. 在高危人仕中，清除幽門螺桿菌加上內視鏡跟進在十年內，預計應可減少胃癌發生率多於80-90%

胃癌分期 (評定嚴重程度)

超聲波內視鏡 Endoscopic ultrasonography (EUS) –
準確判斷原位侵入程度，淋巴轉移及腹膜轉移

CT 及 PET (正電子掃描) – 有效發現遠端轉移

腹腔鏡檢查 – 有效發現腹膜轉移

超聲波內視鏡 (EUS)

結合內視鏡及體內超聲波檢查於一身

探頭非常接近內臟

使用高頻超聲探頭 - 更高解象度

準確診斷接近腸胃的器官上的疾病 - 如胰腺

可作幼針穿刺 (FNA) 抽取細胞或組織化驗

三種類型的EUS

1. 電子環型 360 度 EUS
2. 線性超聲波內視鏡探頭指導下可作幼針穿刺
抽取細胞化驗
3. 超聲波小探頭 - 穿過一般內視鏡管道作檢
查

胃癌分期：螺旋 CT vs EUS

N=51	原位侵犯	淋巴轉移
CT 準確度	76%	70%
EUS 準確度	86%	90%

3D 螺旋 CT 重組 vs EUS

N=63	原位侵犯		淋巴轉移	
	敏感度	特異性	敏感度	特異性
EUS	82.4%	96%	57%	89.5%
CT	69.1%	94.4%	57.4%	89.3%

Bhandari S, Gastrointest Endosc 2004

EUS 預測胃癌腹膜轉移

Lee YT, Gut 2005

治療方法

早期胃癌－內視鏡切除,內視鏡黏
膜切除術或黏膜下層剝離術

後期胃癌－手術胃部及淋巴切除,

化療

胰臟癌

2008年 新症 448宗, , 死亡個案426宗.

病人通常只在被診斷前數週至數月出現症狀

大部份病人在確診後數月內死亡, 五年存活率 < 5%

症狀不明顯, 深層器官, 一般檢查難以偵測

胰腺癌

病徵

- **多無**
- 消化不良, 輻射至背部, 體重減輕
- 急性胰腺炎
- 如出現胃閉塞會有嘔吐
- 如出現膽管閉塞則有黃疸

體徵

- **多無**
- 膽囊脹大
- 上腹腫塊
- 腹水脹大

高危因素

年齡 - 大年紀較多

性別 - 男性較多

家庭病史

基因疾病

吸煙 - 煙齡越長，機會越大

飲食因素 - 高卡路里，高脂肪

慢性胰腺炎

糖尿病，特別是最近突發的糖尿病

新出現糖尿病的病人在三年內出現胰臟癌的機會比常人高出8倍

胰腺囊腫 - 出現胰臟癌的機會比常人高出22倍

肥胖與胰臟癌

138503名女仕，平均跟進7.7年

研究肥胖，特別是中央肥胖，與胰臟癌的關
係

共有 251人出現胰臟癌

腰臀比例(waist-to-hip ratio) 最高者比最低者
高出 70%機會患上胰臟癌

CT vs EUS 對胰腺癌的診斷

敏感度

腫瘤 > 15mm, CT 100%, EUS 100%

腫瘤 ≤ 15mm, CT 67%, EUS 100%

Legmann P, AJR Am J Roentgenol 1998

腫瘤 ≤ 2 cm, CT敏感度 77%.

Bronstein YL, AJR Am J Roentgenol 2004

EUS vs PET vs CT

N = 35

EUS, PET, and CT

診斷胰腺癌的敏感度

- EUS 93%
- FDG PET 87%
- CT 53%

正常EUS 檢查可準確排除胰腺癌

回顧研究

病人懷疑患有胰腺癌，但其它檢查不能確定

80 名病人

跟進 >6 月, 76 (95%) 病人 (mean FU 23.9 months).

EUS findings	No. patients (N)	Required pancreatic surgery	Pancreatic cancer diagnosed
Pancreatic mass	4	3	1
Normal	58	0	0
Chronic pancreatitis	13	1	1
Other	6	0	0

胰臟囊腫

胰臟囊腫(pancreatic cyst)及囊性腫瘤(pancreatic cystic tumour)

常見胰臟腫瘤

天生囊腫(true cyst)，假性囊腫(pseudocyst)，漿液性囊狀腫瘤(serous cystadenoma) - 良性

黏液性囊狀腫瘤(mucinous cystadenoma)，管內乳頭狀黏液性腫瘤(intraductal papillary mucinous tumour) 及囊狀內分泌瘤(cystic neuroendocrine tumour) - 可轉變為癌症的類型。

胰臟囊腫

據解剖研究，多達20%的人患有胰臟囊腫，其中10-15%為囊性腫瘤。

據日本研究，患有胰臟囊腫的病人，出現胰臟癌的機會比一般人高出22倍。

隨著掃描檢查的廣泛使用，發現的個案將越來越多

不少病人因未能得到準確診斷，不是錯失治療機會而出現癌症，就是不需要地接受不必要的胰臟手術。

良性或惡性？

在過往研究指出，以US, CT 或MRI來分辨良性或及惡性胰臟囊性腫瘤並不準確。因其型態未必有很大的分別。

近年研究指出，以超聲波內視鏡 (EUS)來分別良性及惡性胰臟囊性腫瘤比一般掃描更準確。

通過EUS的探頭指導下，將幼針穿刺進胰臟囊性腫瘤中抽取當中的液體作癌症指標化驗分析，同時更可抽取細胞檢查看看有否癌症細胞存在。

美國大型研究指出，以此方法來分辨良性及惡性胰臟囊性腫瘤的準確度高於80%。

胰臟囊性腫瘤

漿液性腺瘤 - 通常良性

黏液性腺瘤 - 可轉惡性

治療

手術是唯一可以治愈胰腺癌的方法

五年存活率低

術前分期是重要的 – 結合PET及EUS 是最有效的。

預防

胰腺癌普查在高危病人，以MRI 及EUS 普查，
有效發現胰腺癌

結腸息肉與結腸癌

在日本及香港佔頭二及三位的癌症

結腸癌發病率及死亡率 多在50歲後

高危因素

“肉食者”、高脂肪, 少菜蔬

食族疾病 – 遺傳性結腸息肉病, 直系親屬曾患病

慢性結腸發炎 – 潰瘍性結腸炎, 克隆氏病

過往曾患有結腸癌

吸煙者

肥胖，患有心血管疾病，糖尿病，脂肪肝及代謝疾病的病人

一般發病年齡人仕 – >50歲

病徵

貧血

腹痛

血便

消瘦

大便習慣改變

大便變幼

通常在後期才出現

一般不會有症狀

結腸癌是後結腸息肉轉變而來的

早期發現結腸息肉並加以切除可避免結腸癌

隨着近**20**年的大腸普查，腸癌的死亡率正下降

結腸癌普查有助減低死亡率

2007年美國消化疾病週大會報告中發表，在國家瘻肉研究中，接受結腸普查加上瘻肉切除手術後的病人，在二十年內：

- (1) 與有瘻肉但沒有切除的病人比較，結腸癌的死亡率減少90%
- (2) 與一般沒有進行結腸普查的市民比較，結腸癌的死亡率減少50%
- (3) 與檢查後沒有瘻肉人仕比較，結腸癌的死亡率相等

結腸癌普查 - 大便潛血化驗

每年作三天大便潛血化驗

有效減低33%因結腸癌而死亡的個案，及20%結腸癌發病率

好處	壞處
方便易用	假陽性 - 食物及藥物影響 (多作不需要的結腸鏡)
無創傷性	假陰性 - 不流血的腫瘤，瘰肉 (誤診及延遲診斷)
便宜	

軟性乙狀結腸鏡

- 因瘻肉多在左邊(乙狀結腸附近)出現
- 在內視鏡到達的範圍，有效減低**59%**因結腸癌而死亡的個案

好處	壞處
創傷性較全結腸內視鏡少	要先清洗結腸糞便
價錢較平	不能發現在右邊出現的瘻肉及癌症
	如在左邊發現瘻肉，要再作全結腸鏡檢查以診斷右面有否瘻肉

電腦掃描仿結腸窺鏡檢查

好處	壞處
無創傷性	要先清洗結腸糞便
全腸檢查	假陰性 -不能發現小瘰肉，扁平瘰肉
發現其他腸外病變	顯影劑注射(過敏)，幅射可能引致癌症
	價錢較貴
	如發現瘰肉，要再作結腸鏡檢查

結腸扁平瘰肉難在電腦掃描中發現

直接結腸鏡檢查

- 能直接觀察結腸黏膜上的病變
- 有效減低50%因結腸癌而死亡的個案，及76-90% 結腸癌的發病率

好處	壞處
假陰性低 - 小瘻肉，扁平瘻肉均能發現	要先清洗結腸糞便
無顯影劑注射(過敏)，無幅射	創傷性，或不能完成全腸檢查
可作即時瘻肉切除及活鉗檢查	不能發現其他腸外病變
	價錢較貴

美國癌症協會 2008年結腸癌及瘻肉普查指引

從50歲起，應選擇以下任何一種方法作檢查：

- 每年作一次大便潛血化驗 或 大便免疫化學化驗
- 每五年作一次雙重顯影劑鋇造影檢查
- 每五年作一次軟性乙狀結腸鏡
- 每五年作一次電腦掃描衍結腸窺鏡檢查
- 每十年作一次結腸內視鏡

(主要用作癌症化驗)

- 大便DNA化驗 (多久重作化驗未定)

國際建議 - 親屬患有結腸癌或瘻肉

病人類別	結腸內視鏡普查年歲	間隔年期
直系親屬在60歲前患上結腸癌	在40歲，或在最年輕患者得病年歲早10年前(以較年歲少者為實)	如正常，3-5年內重做
直系親屬在60歲後患上結腸癌	在40歲	如正常，10年內重做
直系親屬在60歲前患上腺性瘻肉	在40歲，或在最年輕患者得病年歲早10年前(以較年歲少者為實)	如正常，5年內重做
直系親屬在60歲後患上腺性瘻肉	因個別人仕而定	如正常，如一般市民安排
非直系親屬患有結腸癌或瘻肉	如平常市民一般安排	如正常，如一般市民安排