



與胃食道逆流疾病相關的胸痛

陳鏡任¹ 楊士恆²

前言

胃食道逆流疾病(Gastro esophageal reflux disease, GERD)影響著病人日常生活，由於GERD的臨床表現具多樣性，包括：胸痛、慢性咳嗽、氣喘及咽喉障礙等非典型症狀，而非心因性胸痛(Non cardiac chest pain, NCCP)是排除心臟疾病相關的胸痛，也是GERD的主要臨床表徵之一，在台灣地區GERD的盛行率依統計約在6%~25%，男女比約3:1，可能原因除了人口老化及生活型態改變外，診斷技術的進步也是重要因素。在家庭醫學科門診常有病患因胸痛而求診，經再詢問這些病患大都求助過精神科、心臟科醫師，但經過心電圖、胸部X光、心臟酵素檢查，甚或心臟超音波等各項精密檢查，排除各種與心臟相關的胸痛病因，這些病患的胸痛常包括：胸口悶、緊繃感、吞嚥有異物阻塞感及灼熱感，甚或背痛、咳嗽等非典型胸痛，病患常描述有打嗝、腹脹及口水多等現象，經投予第二型組織胺拮抗劑(H₂

blocker)或質子幫浦阻斷劑(Proton Pump Inhibitor, PPI)，其中最快的質子幫浦阻斷劑試驗Proton Pump Inhibitor test, PPI test)在30分鐘至24小時內緩解胸痛現象。因此質子幫浦阻斷劑及第二型組織胺拮抗劑在治療與胃食道逆流疾病相關胸痛方面具備快速有效且符合經濟原則。本篇文章說明胃食道逆流疾病的相關症狀，並提供一個簡易有效且費用少的快速診斷方法及治療非心因性胸痛的選擇。

流行病學

在21世紀過去50年來胃食道逆流疾病盛行率不斷上升，且知與肥胖及久坐的行為有關，但胃食道逆流疾病的治療方式及臨床表徵仍有許多爭論。

近幾年來胃食道逆流疾病較常被提及，在美國約有20%的人口經歷過逆流疾病的症狀，胃食道逆流疾病的盛行率因地區而異，甚至必須考慮精神病患族群，一般而言從1%到23%皆有描述，而較被為廣泛接受的是東方國家的胃食道逆流疾病盛行率較低於西方國家。

胃食道逆流疾病在中國南方也是常見的疾病，其中非心因性胸痛約佔13.9%。

1. 臺北市立聯合醫院和平院區家庭醫學科 醫師

2. 臺北市立聯合醫院和平院區家庭醫學科 兼任科主任

關鍵字：Gastro esophageal reflux disease (GERD)，Non cardiac chest pain (NCCP)，Proton Pump Inhibitor test (PPI test)





胃食道逆流疾病較嚴重的併發症包括食道狹窄、Barett's組織化生(metaplasia)及食道扁平上皮細胞癌(Adenocarcinoma)。

臨床表徵與診斷

典型的胃食道逆流疾病症狀為胸部灼熱感及胃酸逆流，且疼痛會往上延伸到脊椎骨、喉嚨及肺部系統，有些病患必須排除心因性的胸痛，胃食道逆流疾病的表現具多樣性包括慢性咳嗽、氣喘及咽喉障礙等，但由於缺乏標準診斷方法，對於胸痛及其嚴重程度只能靠治療結果來評估，雖有許多的胃食道逆流疾病症狀評估問卷推出，如Symptom index (SI)，但皆無法當成診斷標準，只能說對診斷有些助益。胃食道逆流疾病常用臨床診斷，尤其是非典型症狀或當病患睡眠時才發生胃食道逆流疾病，而這些症狀常會導致睡眠障礙，目前常用的診斷方法包括：

1. 內視鏡：目的是排除其他消化道疾病，包括腫瘤等，缺點是對診斷有限，且具侵入性、費時、費用高。
2. 放射線評估。
3. 24小時可攜帶式雙探頭胃酸記錄器(ambulatory 24-hour double-probe pH monitoring)，方法是把第一個探頭置放在下食道括約肌上方約5公分處，第二個探頭放在上食道括約肌上方2公分處，以第一個探頭測得pH值4的時間除以全部時間，若大於2.5%則為逆流性食道疾病。但效果不明顯且費

時、費用高、不方便使用。

4. 質子幫浦阻斷劑試驗(PPI test)：使用高劑量質子幫浦阻斷劑對臨床診斷最有助益，但由於病患對症狀解除的感覺不同，因此症狀解除的時間從30分鐘到24小時皆有報告，質子幫浦阻斷劑試驗由於簡單且高敏感度也符合經濟效益，因此可做為非心因性胸痛(NCCP)診斷的首先選擇。

成因

食道—胃—十二指腸為單向傳送食物系統，消化道的蠕動增加內部壓力，而下食道括約肌比幽門需更大的壓力才會被打開，因此胃內容物若逆流進入食道內則視為不正常反應。

食道受胃酸、膽汁等消化酵素的侵蝕，主要是因為食道內側為層狀扁平上皮細胞形成屏障，另外還有吞嚥來的唾液及下1/3食道所分泌的腺體使胃逆流物輕易地流回胃部，但若重覆侵蝕或下1/3食道分泌減少則易在胃食道連結處(Gastroesophageal junction)造成疤痕。

一般而言，胃食道逆流疾病的病患其下食道括約肌的平均收縮壓較小，尤其是嚴重食道炎的病患。約有80%的胃食道逆流疾病病患逆流的發生與下食道括約肌鬆弛有相關性，若同時存在膈疝(hiatal hernia)會增加下食道括約肌鬆弛的頻率，這或許可以說明hiatal hernia和胃食道逆流疾病的相關性。

當逆流發生時，食道黏膜受損的程度





與食道排除逆流物能力、黏膜抵抗能力及逆流物特性有關，這也代表食道與酸液接觸和嚴重程度有相關性，因此較常發生逆流的病患其病情較為嚴重，更進一步研究指出食道pH值4以下更能顯示食道逆流酸液與食道傷害的相關性。

臨床證實減少胃酸分泌及增加下食道pH值是治療胃食道逆流疾病的原則，事實上受損黏膜的癒合下食道比十二指腸更需要完全抑制胃酸，而治療效果差的病患其胃排空也較慢，也就是說胃逆流本身就是造成後續食道發炎的開端，至於胃底部與下食道擴約肌的關係則了解不多，但胃食道逆流疾病的病患當胃底部擴張的同時其下食道擴約肌的壓力會降的更低，因此胃排空較慢或同時有膈疝（hiatal hernia）會助長胃食道逆流疾病的發生。

治療方式

胃食道逆流疾病是一種慢性疾病，大多數有症狀的病患必須長期治療，治療的方式包括：藥物治療、非藥物治療及手術治療

藥物治療方面

1. 質子幫浦阻斷劑（PPI）

約45%的病患其食道酸鹼值小於4，使用質子幫浦阻斷劑（PPI）後，第一天內便可快速減少心臟週邊的疼痛及胸口灼熱感。由於與壁細胞（parietal cells）內的cysteine衍生物結合而完全抑制胃酸分泌，一般而言，其症狀消除及食道炎治療

率約80%。如Lansoprazole、pantoprazole、omeprazole。

2. 第二型纖胺拮抗劑（H₂ blocker）

可使50%~70%病患症狀獲得改善。如Ranitidine、Famotidine。

3. 腸胃蠕動促進劑（Prokinetics）

可促使下食道酸性物質排除及胃部排空。如Cisapride、Metoclopramide。

4. 抗生素；

少數慢性咳嗽案例，發現痰液內有腸內菌Enterobacter，推論因逆流而導致吸入性肺炎，經投與Ampicillin或TMP/SXT等抗生素及腸胃蠕動（Prokinetics）促進劑，可治癒慢性咳嗽症狀。

非藥物治療方面

首重生活模式改變，如避免肥胖、過度運動、飲食過量及某些食物的副作用，過敏反應等。

手術治療

目前較少用，有些外科醫師利用腹腔鏡施行食道下端打摺（Fundoplication）手術，將胃底部包住食道下端以增加下食道的阻力，進而減少逆流的產生。

結論

在心臟加護病房中，胸痛是急性冠心症（Acute coronary syndrome）與胃食道疾病的共同臨床表徵，因此在鑑別診斷上排除與胃食道逆流疾病相關之胸痛是首要工作，尤其是冠心病危險因子較低的患





者，而質子幫浦阻斷劑試驗正可以提供快速的胸痛鑑別方法。

胃食道逆流疾病是一種慢性、復發性疾病，若要解除症狀，避免併發症及改善生活品質則必需長期治療。

非心因性胸痛是由多種因子組成，因此其診斷與治療是有相當的挑戰性，半數以上胸痛的急診病患與胃食道逆流疾病有關，在使用兩倍劑量質子幫浦阻斷劑1至2星期後，證實質子幫浦阻斷劑試驗是有效的診斷及治療工具，但也必須注意許多的胸痛也可能是由精神異常或心理因素造成。

胃食道逆流疾病在非心因性，無法解釋的胸痛中扮演重要的角色，雖然其造成食道外症狀的生理病理機轉仍不明，但可以推測是由於食道黏膜上對酸敏感的接受器被刺激而引發疼痛，由食道引起的症狀可由高劑量質子幫浦阻斷劑或酸鹼記錄器來區別，而一般公認質子幫浦阻斷劑試驗是有效且快速方法。

在外科手術方面借由腹腔鏡手術可

能有效治癒與胃食道逆流疾病相關的胸痛及食道逆流。

由於胸痛灼熱感是家庭醫學科門診常見的症狀描述，心因性與非心因性胸痛的鑑別診斷非常重要，而質子幫浦阻斷劑試驗可以提供非心因性胸痛一個快速有效的診斷及治療方式，在此提供家庭醫師一個有用的選擇。

參考資料

1. Modlin IM, Moss SF, Kidd M, Lye KD: Gastroesophageal reflux disease: then and now. *J Clin Gastroenterol* 2004; 38:390-402.
2. Patti MG, Molena D, Fisichella PM, Perretta S, Way LW: Gastroesophageal reflux disease (GERD) and chest pain. Results of laparoscopic antireflux surgery. *Surgical Endoscopy* 2002; 16:563-6.
3. Richter JE: Chest pain and Gastro esophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30: 39-41.
4. Okpa K, Morley S, Hobson AR, Sarkar S, Melaine T, Thompson D, et al: Psychological responses to episodic chest pain. *Eur J Pain* 2003; 7:521-9.

