

# 腸胃科學

總監

閻中原

總編輯

趙有誠

責任編輯

林裕峰

孫光煥

曾榮傑

編輯群

趙有誠

徐榮源

何愛生

楊東和

嚴助成

陳鴻運

謝財源

施宇隆

許晉輝

黃天祐

朱恆成

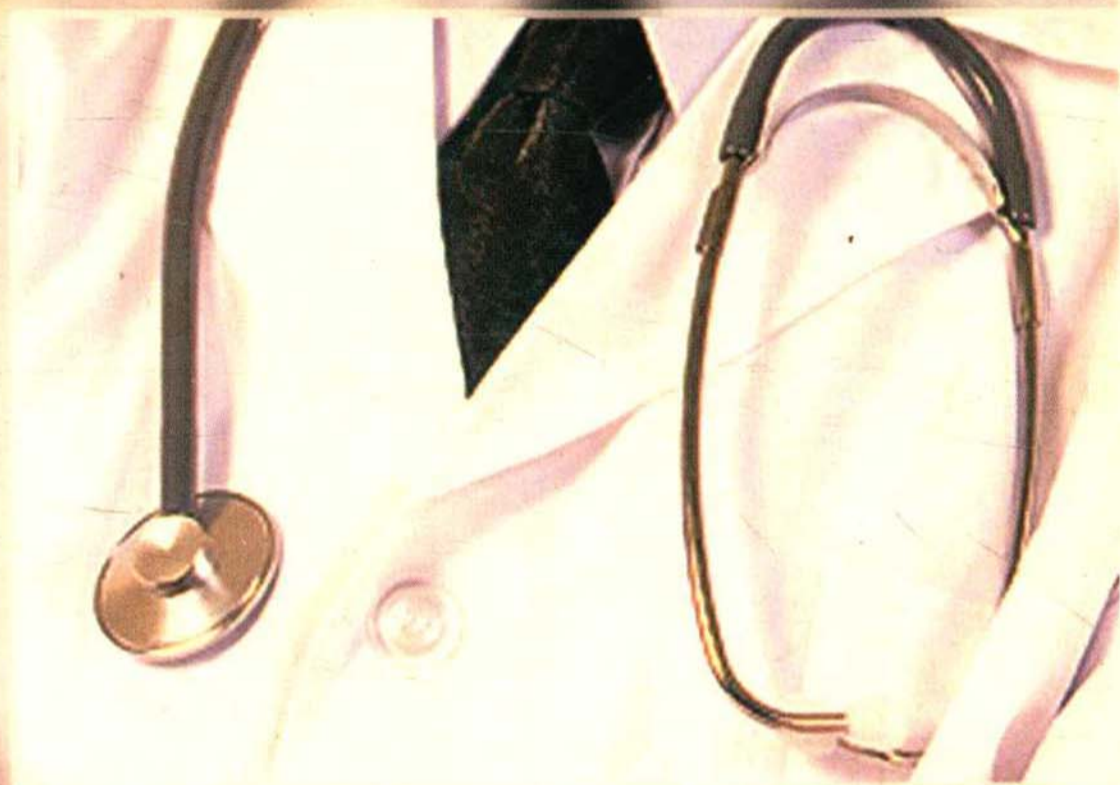
張維國

陳鵬仁

黃信閣

製作群

三軍總醫院臨床教學組



合記圖書出版社 發行

# 腸胃科學

總監

閻中原

總編輯

趙有誠

責任編輯

林裕峰

孫光煥

曾榮傑

編輯群

趙有誠

徐榮源

何愛生

楊東和

嚴助成

陳鴻運

謝財源

施宇隆

許晉輝

黃天祐

朱恆成

張維國

陳鵬仁

黃信閔

製作群

三軍總醫院臨床教學組



合記圖書出版社 發行

國家圖書館出版品預行編目資料

新編臨床醫學核心教材(7)：腸胃科學 / 趙有誠

總編輯 - 二版

台北市：合記 2005[民 94]

面：公分

ISBN 986-126-221-0 (平裝)

1.消化系 - 疾病

415.5

94006422

書名 新編臨床醫學核心教材(7)：腸胃科學  
總監 閻中原  
總編輯 趙有誠  
責任編輯 林裕峰 孫光煥 曾榮傑  
編輯群 徐榮源等  
執行編輯 王雪莉 金明芬  
發行人 吳富章  
發行所 合記圖書出版社  
登記證 局版臺業字第 0698 號  
社址 臺北市內湖區 (114) 安康路 322-2 號  
電話 (02) 27940168 (02) 27940345  
傳真 (02) 27924702  
網址 <http://www.hochi.com.tw/>

總經銷 合記書局  
北醫店 臺北市信義區 (110) 吳興街 249 號  
電話 (02) 27239404  
臺大店 臺北市中正區 (100) 羅斯福路四段 12 巷 7 號  
電話 (02) 23651544 (02) 23671444  
榮總店 臺北市北投區 (112) 石牌路二段 120 號  
電話 (02) 28265375  
臺中店 臺中市北區 (404) 育德路 24 號  
電話 (04) 22030795 (04) 22032317  
高雄店 高雄市三民區 (807) 北平一街 1 號  
電話 (07) 3226177  
花蓮店 花蓮市(970)中山路 632 號  
電話 (03)8463459

郵政劃撥帳號 19197512 戶名 合記書局有限公司  
西元 2005 年 5 月 10 日 二版一刷



# 閻院長序

---

「醫療專業是一種高品質的專業全人關照志業」。其中用心是高品質的關鍵，專業是一種態度，是知其然 (know what)，知其所以然 (know why) 及知其必然 (know how)，全人關照是在醫療照護外，更要以人性為出發點去關心病人，志業是一種持續不斷、全力以赴、永生學習，及執行的行爲。

醫學教育的目標在培育社會所需要的醫事人才，社會對醫療的期待隨時代而改變，面對社會持續的進化、科學的發展、資訊技術與分子生物學的突飛猛進及健保制度的變化，醫學教育面臨嚴酷的考驗。在浩瀚且快速擴張的醫學領域中，醫學領域的細分科科目越來越多，年年都有新知識及技術出現，且新知識以每七年倍增之速度累計，如何窺其全貌，亦非益事；傳統的醫學教育以被動的吸收學習，已無法滿足社會之需求，因此，必須培養學生主動學習及終身學習的能力，隨時充實知識及改善技術。有鑑於此，本院特邀集臨床各科專家，針對該科常見且重要之疾病，編寫核心教材，並輔以小班問題導向教學方式，協助醫學生在臨床實習過程中掌握學習重點，增進學習效果。

醫療專業的執行基於科學知識及技術，除臨床實務上必須了解疾病的診斷與治療的相關知識，培養熟



練的臨床技術外，同時經由與病患的互動中體驗醫學的藝術面與人性面，讓學生經由前輩醫師的薰陶中學習良醫風範，期以訓練出懷抱犧牲奉獻、悲天憫人的情懷且具有高操醫療技能及能夠運用現代醫學知識及技術來診療病患與指導疾病預防、促進社會及國民健康的醫療人員。

欣逢核心教材第三版修訂完成，感謝所有參與教材編修之老師及同仁的努力及奉獻。冀望藉由本教材之修訂，提供學生臨床實習學習之參考依據，以精進臨床教學品質，進而全面提升醫療服務品質。

三軍總醫院院長 閻中原



# 王院長序

---

科技發展一日千里，醫學知識亦不斷推陳出新，醫學呈現複雜及高度專業性。牛頓曾說“假如我曾經看得更遠，那是因為站在巨人的肩膀上”，而在浩瀚的醫學領域中，如何不被知識的洪流所淹沒，學生必須有更好的學習方法及工具，以系統的方式精進落實於各項教育訓練中，方能站得更高，看得更遠。

先震於八十六年擔任學院醫學系主任兼三軍總醫院教學副院長期間，有感於學生學習壓力倍重，為提升學生學習效率，遂召集院內具教學熱忱的臨床老師共同群策群力，編撰完成第一版臨床核心教材，其內容可謂菁華且實用。當時王院長丹江的支持與鼓勵，與老師編撰教材的嚴謹與其工作負荷的辛苦，只有身歷其境者方能點滴在心頭，而老師們只問耕耘、不問收穫，為培育莘莘學子而努力編寫教材的精神，著實令人感佩及銘記於心。

欣見臨床核心教材在三軍總醫院歷任執事者及老師精益求精之努力下，迄今完成第三版的修訂，其內容更符合目前的學習需求。本書的完成，不僅顯示老師的用心，更突顯我國防人的精神。謹此，期勉讀者



於閱讀本書之時，細細品味這累積無數寶貴知識、經驗的結晶，並善加應用，相信對您的醫學生涯將有非常的助益。

國防醫學院院長

陸軍少將 **王先震** 謹誌

中華民國 94 年 4 月



# 趙副院長序

---

百年來由於醫療環境的急遽變化，醫學知識及技術之資訊更迭一日千里，使得醫學教育需不斷改革，方足以應付時代的挑戰，而醫學生之臨床見習及實習課程也因此需時時更新以應醫學新知趨勢。為使醫學生能更有效掌握臨床科目之學習方針以達醫學教育之目標，本院特研請臨床各部、科，學有專精之專科醫師共同研商，撰寫臨床科部核心教材，內容精簡扼要，兼顧理論及實務，為醫學生提供臨床核心科目及病例做為臨床教學之參考依據。

本核心教材內容歷經前教學副院長王先震教授及何善台教授規劃，出版以來，廣受醫界師生運用，但有鑒於多年來臨床醫學迅速變遷，教材需適時增刪內容，自93年起開始著手編修之工作，歷經一年時間終告完成。本次修訂重點參考國考情境模擬之出題方式，各科增加12-15核心教案，並收整國考複習題庫，供做學生準備國考複習時之參考資料，以使本教材之內容更具完整性。





此次集合三軍總醫院臨床各科同仁共襄盛舉，多次校正編修，始完成第三版之修訂，另承蒙各界先進、同仁的賜教斧正。在此，敬致最深的謝意！

國防醫學院醫學系主任  
三軍總醫院教學副院長  
**趙有誠** 教授謹誌



# 目 錄

|     |                                 |     |
|-----|---------------------------------|-----|
| 1.  | 病毒性肝炎 趙有誠 .....                 | 1   |
| 2.  | 消化性潰瘍的治療 徐榮源 .....              | 9   |
| 3.  | 內視鏡治療術 何愛生 / 黃信閔 .....          | 23  |
| 4.  | 黃疸的鑑別診斷 楊東和 / 黃信閔 .....         | 45  |
| 5.  | 急性胰臟炎 嚴助成 .....                 | 61  |
| 6.  | 急性腸胃道出血 陳鴻運 / 黃信閔 .....         | 77  |
| 7.  | 急性腹痛 謝財源 .....                  | 87  |
| 8.  | 腹內病灶須緊急外科治療者<br>徐榮源 / 黃信閔 ..... | 95  |
| 9.  | 腹水 施宇隆 .....                    | 107 |
| 10. | 肝腦病變 許晉輝 .....                  | 119 |
| 11. | 膽石症 黃天祐 .....                   | 129 |
| 12. | 炎症性腸道疾病 朱恆成 .....               | 139 |
| 13. | 腹瀉 朱恆成 .....                    | 153 |
| 14. | 逆流性食道炎 張維國 .....                | 165 |
| 15. | 肝膿瘍 陳鵬仁 .....                   | 173 |
| 16. | 肝細胞癌 徐榮源 / 黃信閔 .....            | 181 |
|     | 考古題 .....                       | 190 |

# 1 病毒性肝炎

## ■前言

病毒性肝炎是指因病毒感染造成之肝炎，種類繁多，本文僅介紹以侵犯肝臟為主要表現的病毒性肝炎，它包括了：A型、B型、C型、D型、E型及G型肝炎。

## ■臨床表徵

這些肝炎病患的臨床表徵非常相似，它包括了：食慾不振、噁心、頭暈、倦怠、黃疸、上腹部不適、失去煙癮等等，實驗室數據則顯示明顯上昇的肝臟轉氨酶指數。然而，這些症狀及癥象卻不能對病因（何種病毒引起，急性或慢性）做鑑別診斷。確實的診斷必須靠病毒標記的檢查才能確立。

## A型肝炎

A型肝炎病毒為RNA病毒，屬Picornavirus。經食物、飲水傳染，潛伏期約4週，感染後大部份僅產生亞臨床疾病，少數人出現前述典型肝炎病

症，恢復後可終生免疫，不會發生慢性肝炎。IgM Anti-HAV 陽性代表為急性感染，IgG Anti-HAV 代表過去感染，已獲致免疫力。對於急性 A 型肝炎病人並無特殊治療。台灣地區 35 歲以上的人口大都已有免疫力，而國中生以下（尤其是都會區），大都未經感染，若欲赴落後地區旅遊，可接受預防注射。現因東南亞入境之外勞人數甚多，也可能帶入此類之傳染病。

## B 型肝炎

B 型肝炎為 DNA 病毒，全世界至少有 7 個基因型（A 到 G）。B 型肝炎，在台灣甚為流行，18 歲以上的人口 15-20% 為帶原者，18 歲以下的學童因二十年前開始推廣之預防注射的成功，帶原率已降至 1% 以下。B 型肝炎係經由血液傳染，被傳染時的年紀是決定日後是否演變為慢性肝炎的一項主要因素。若為母子間生產時的垂直感染，超過 95% 均演變為慢性肝炎。若在幼稚園時感染，約 25% 變慢性。反之，成人感染變慢性的機會小於 5%。在台灣，母子間的垂直感染為廣大慢性 B 型肝炎患者罹病之主要原因，幸好疫苗預防注射已經推展二十餘年，並有很好的成效連帶的兒童發生肝細胞之人數也急遽減少。幼年時罹患 B 型肝炎之後，會先經歷一段完全沒有症狀的免疫耐受期，連肝功能也正常，雖然病人血中有許多病毒 HBeAg 呈陽性，肝

內病毒亦旺盛的繁殖，但人體免疫細胞卻不對病毒發動攻擊。平均在20歲左右（每人不同），因病毒之核心蛋白及HLA class 1 抗原出現在肝細胞膜表面增加，引發T細胞對感染病毒之肝細胞進行毒殺作用，病人於是發生像前述肝炎症狀血中ALT及AST值升高，我們稱為慢性肝炎急性發作，此時期亦稱為免疫清除期，病毒學檢查會出現HBsAg陽性、IgM Anti-HBc陰性，這樣的慢性肝炎急性發作會不定時反覆發作，直到肝內病毒清除為止，但並不是每位患者均都能幸運的清除病毒，許多病人肝功能持續異常，終至肝硬化。若為成人之後才感染急性B型肝炎，病毒學檢查會出現IgM Anti-HBc陽性及HBsAg陽性。這些病人經歷急性肝炎後大都（約95%）會痊癒，並產生Anti-HBs，終生免疫。慢性B型肝炎的治療並不容易，現在大部份醫院採用干擾素治療或干安能 (lamivudine)，不過治癒之機會僅25%左右。治療前ALT值超過5倍者，沒有肝硬化，病毒量較少者治癒機率較高。干安能治療超過一年以後，病毒易突變形成YMDD突變種。其他抗病毒藥物如Adefovir, Entecavir也即將上市。防治B型肝炎最好的方法仍是預防注射。

## C型肝炎

C型肝炎為RNA病毒，與Flavivirus及Pestivirus較類似，經血液傳染，母子間傳染不是主要

途徑。台灣地區約 2-3% 人口罹患此病但在南部沿海地區甚至有高達 30% 的村鎮。此病甚為可怕，不論年齡，感染後約 60-80% 均演變成慢性肝炎，除非是大量輸血後罹病，否則大多數病人感染後症狀輕微，常體檢時才意外發現自己罹患此病。其可能傳染方式除前述輸血外，手術、針刺、拔牙、針灸、刺青等均有可能。是否另有昆蟲為中間宿主傳播感染，仍不清楚。雖然罹病早期症狀輕微，但若演變為慢性肝炎，30% 的患者平均 20 年後即發展成肝硬化，25 年至 30 年後可能發生肝癌。罹患慢性 C 型肝炎的病人，在其病程中肝指數 SGPT 大都在 300 以下，且常常自行降至正常範圍內，一段時間又再度升高，病人在超音波檢查時常有脂肪肝的變化。C 型肝炎目前沒有預防疫苗，治療 C 型肝炎目前的藥物為長效干擾素，加上口服 Ribavirin（抗病毒藥物）在台灣 Genotype 1 的病人治療半年可有 60% 之成功率，在 non-Genotype 1 的病人則有高達 90% 之成功率。治療滿 12 週時，若肝指數未降至正常值或病毒量未減少 100 倍，繼續再治療成功機會也極低。治療 C 型肝炎成功與否，與年紀、感染時間長短、是否肝硬化、血中病毒量及病毒基因型有關。臨床上診斷 C 型肝炎，主要為 Anti-HCV 呈陽性及持續異常之肝功能。干擾素治療成功與否，則需於治療完成半年後再測定血中 HCV RNA 是否消失 ALT, TST 是否持續正常才能做確認。

## D型肝炎

D型肝炎為RNA病毒，經血液傳染，D型肝炎病毒進入肝細胞，必須藉助B型肝炎表面蛋白(HBsAg)，所以D型肝炎感染一定與B型肝炎感染同時存在。它發生的情形有兩種：一種為同時感染，也就是同時罹患B型及D型兩種病毒，感染罹病後痊癒的機會大於95%；另一種為慢性B型肝炎病人重複感染D型肝炎，由於慢性B型肝炎持續存在，D型肝炎病毒也就一直存於病人體內，變成慢性。D型肝炎的診斷標記為Anti-HDV，由於慢性B型及D型肝炎同時存在，病程之變化較不易區分何種病毒扮演多少角色。雖然義大利及巴西等地報告，D型肝炎之感染可能會造成慢性B型肝炎病人肝功能急遽變壞，甚至肝衰竭死亡，但在台灣地區重複感染D型肝炎的病人，病程並無重大改變。台灣地區慢性B型肝炎患者約有7%同時有D型肝炎，同時，嫖妓行為在台灣被發現是罹患D型肝炎的重要原因之一。治療D型肝炎與B型肝炎相似，亦為注射干擾素，但其效果並不理想。

## E型肝炎

E型肝炎為RNA病毒，經口傳染，臨床症狀及傳染途徑均與A型肝炎類似。並無變成慢性肝炎之危險，但若懷孕婦女（尤其為前3個月）罹患E型肝炎，死亡率可達20%。台灣地區尚無大規模之

流行，散在之病例，均為赴東南亞或大陸落後地區旅遊時感染。病毒學診斷為 Anti-HEV。

## G 型肝炎

G 型肝炎為 RNA 病毒，經血液傳染，雖然可造成慢性肝炎，但病程較緩和，目前認為可能不致造成肝硬化。它常與 C 型肝炎感染同時存在，對干擾素治療無效。臨床上許多原因不明的脂肪肝患者，若伴隨有輕微肝指數 (SGPT) 升高，待日後能夠檢測 G 型肝炎感染時，均應排除 G 型肝炎感染之可能。





## 常見考題

1. 一位 40 歲男性病人被診所轉診至本院，生化檢驗數值顯示 ALT: 890 AST: 760 Total bilirubin: 5.0 Albumin: 4.0 如果你認為他罹患了病毒性肝炎，下列那些檢查可以幫助你的診斷？

- (A) HBsAg                      (B) Anti-HCV  
(C) IgM Anti-HBc              (D) IgM Anti-HAV  
(E) 以上皆是

**答案** (E)

2. 如果前述檢查呈現下列何種組合，可以診斷病人為慢性 B 型肝炎急性發作？

- (A) HBsAg (+), IgM Anti-HBc (+)  
(B) HBsAg (-), IgM Anti-HBc (+)  
(C) HBsAg (+), IgM Anti-HBc (-)  
(D) HBsAg (+), IgM Anti-HBc (-), IgM Anti-HAV (-)  
(E) Anti-HVC (-)

**答案** (D)

3. 何種檢查結果可以診斷病人罹患急性 A 型肝炎？

- (A) Anti-HAV (+), HBsAg (-)  
(B) HBsAg (-), IgM Anti-HBc (-)  
(C) IgM Anti-HAV (+), IgM Anti-HBc (-), HBsAg (-), Anti-HCV (-)