

食不下嚥～

食道賁門弛緩不能症的治療新技術

林口長庚胃腸科主治醫師 朱允義

王同學，17歲女生，從小吃飯速度就比其他同學慢，生長發育還屬於正常範圍，直到兩年前開始出現吃了比較多的食物後，胸口會有卡卡的感覺，有時會有飯後嘔吐的情況，這些症狀持續困擾王同學的生活及學習，老師建議媽媽帶他去醫院求診，經過檢查並沒有明顯的器官病變，醫師認為是課業壓力或疑似精神性厭食症，建議轉診精神科。但隨著時間過去即使持續服藥，臨床症狀並未明顯改善，吞嚥不適及飯後嘔吐的情況越來越頻繁，即使喝水都不順暢，同時出現胸口疼痛，體重由43公斤降至38公斤，而且睡到半夜會被逆流的食物嗆醒。病人輾轉至本院胃腸科求診，醫師安排了胃鏡檢查，在胃鏡下看到「食道黏膜完整、無腫瘤、無潰瘍但有少量食物及液體堆積在食道下段，胃鏡管可以通過賁門部位，而胃及十二指腸部分亦無腫瘤或潰瘍，逆行檢查見到胃鏡管在胃食道交界處被緊緊包住」，接下來病人接受食道X光攝影，看到食道管腔擴大，賁門處呈「鳥嘴狀」狹窄，顯影劑不易流入胃內。而食道機能壓力檢查顯示在吞嚥時食道體從上到下呈同步收縮，賁門壓力高出正常值且吞嚥時舒張不完全，綜合以上檢查結果病人確定患

有食道賁門弛緩不能症。經過醫師與病人及家屬解釋及討論，病人決定接受經口內視鏡肌肉切開術（Peroral Endoscopic Myotomy, POEM），術後24小時病人開始進食流質時就明顯感覺吞嚥順暢許多，兩個月後追蹤胃鏡檢查食道黏膜切開傷口已完全癒合，賁門部位不再緊縮，也沒有殘餘食物滯留在食道管腔內，食道機能壓力檢查顯示賁門壓力降到正常範圍，而食道X光攝影顯示顯影劑能順暢流入胃內，並且病人體重回升3公斤。

引起食道賁門弛緩不能症的病因可能是原因不明或病毒感染引發自體免疫反應導致之運動神經元病變，主要影響範圍為食道肌肉，導致賁門括約肌在吞嚥時無法舒張及食道肌肉收縮異常，引起吞嚥困難（對固體或液體食物都一樣）、胸痛、食物積在食道內並有逆流感、嘔吐導致營養不良、體重減輕甚至吸入性肺炎，常被誤診為胃食道逆流或青春期少女易被誤認為精神性厭食症，造成病人長期生理及心理困擾。根據統計食道賁門弛緩不能症的發生率為10/100,000，男女比率相當，年紀從年輕到老年都有。對於食道賁門弛緩不能症的診斷可由三種檢查來幫助：胃鏡、食道X光造影攝影、食道機能壓力檢查，

其中以食道機能壓力檢查最為準確。目前對於食道賁門弛緩不能症的治療主要為症狀改善，對於神經元病變的部分還無法根治，傳統治療方式包括口服藥物（鈣離子阻斷劑、硝酸鹽藥物），內視鏡治療（內視鏡肉毒桿菌素注射、內視鏡氣球擴張術）及外科食道肌肉切開術。

近年來醫界越來越重視微創手術，如腹腔鏡或胸腔鏡手術，可減少體表傷口大小。由於內視鏡技術的進步及器械的改良創新，發展出自然孔道內視鏡手術，內視鏡經由人體原有管腔開口（口、陰道、尿道、肛門等），進入食道、胃、子宮、膀胱或大腸內切除病灶，而沒有任何體表傷口或疤痕，保存器官的功能及完整性。在這個新的觀念及技術下，首先發展出內視鏡黏膜下剝離術，切除治療消化道早期癌或黏膜下腫瘤。進而針對食道賁門弛緩不能症也有了新的內視鏡治療方式，2008年日本井上晴洋醫師完成首例活人經口內視鏡肌肉切開治療食道賁門弛緩不能症，並於2010年發表論文於內視鏡期刊Endoscopy，其原理類似外科食道肌肉切開術，但不同處為由胃腸科醫師執行胃鏡治療，用電燒刀將食道黏膜層劃開後，再從食道中段經賁門到胃內，將黏膜下層剝離形成隧道，

最後切斷負責收縮的內層環狀肌並保留外層縱走肌，賁門括約肌處壓力因此下降而鬆開，食物便可順利由食道進入胃內。其優點為病人可免於開刀，術後體表無傷口，疼痛感輕微，縮短住院天數，維持生活品質。經口內視鏡肌肉切開術因此引起各國胃腸科醫師的興趣，紛紛學習並應用於在病人治療上，且在國際期刊發表多篇相關的論文，證實此技術針對食道賁門弛緩不能症的病態生理學進行治療，有相當好的效果，術後12個月有82-95%的病人仍維持吞嚥正常。在進行經口內視鏡肌肉切開術治療時偶爾會出現併發症如縱膈腔氣腫、皮下氣腫、氣胸、氣腹及傷口出血，絕大多數的併發症都可用內科保守性療法改善。此外，由於賁門鬆開，病人日後有可能出現胃食道逆流症狀，但可藉由藥物治療控制。

經口內視鏡肌肉切開術的發展，提供食道賁門弛緩不能症患者有了新的侵入性較少、無外在傷口的治療方式，但須選擇治療性內視鏡技術經驗成熟的醫師執行，才能減少病人術中或術後所擔的風險。此外，此治療技術使用至今約7年，短期效果良好，而長期（10年以上）的治療成效，則仍有待時間的證實。⊕



a-b. 治療前賁門緊閉

c-d. 治療前賁門鬆開

▲ 食道賁門弛緩不能症在經口內視鏡肌肉切開術治療前後