吳昊醫生
繁體中文

腸胃及肝臟健康資訊手冊

> 本手冊僅供本診所病人使用。

僅供本診所病人於香港使用。本手冊只提供一般資訊，不構成醫療建議、個人診斷、治療處方或程序同意書，亦不能取代合資格醫護人員的個別評估。請遵從個人醫療指示；緊急情況應立即求醫或致電 999。

繁體中文 • 2026-10-31

+852 2120 6186 • WhatsApp +852 9631 7065
nurse@paulng.clinic

paulng.clinic

© 2026 吳昊醫生。版權所有。

一般資訊，並非個人診斷

本手冊僅供本診所病人使用。

本手冊整合網站的一般健康資訊，並非個人診斷、治療建議或程序同意書。列出疾病及程序不表示您需要接受相關檢查或治療，也不表示所有服務均於每個地點提供。是否檢查、治療或不作處理，須與合資格醫護人員討論個人風險、效益及其他選擇。請勿自行開始、停止或更改藥物；個別準備及離院指示優先於本手冊。網上版本可能較新。

> 如有吐血、黑便或大量出血、劇烈或持續加劇的腹痛、昏厥、呼吸困難，或檢查後出現嚴重不適，請立即到急症室求醫；緊急時致電 999，勿等待網上回覆。

目錄

腸胃及肝臟疾病 / 檢查及治療程序

01 反流性食道炎（逆流性食道炎） 10

02 癮球症（Globus pharyngeus） 12

03 巴雷特食道（巴洛氏食道） 14

04 嗜酸性食道炎（嗜酸性粒細胞食道炎／EoE） 16

05 食道動力障礙 18

06 食道失弛緩症（賁門失弛緩症） 20

07 胃酸倒流／胃食道逆流病（GERD） 22

08 膽汁倒流（膽汁反流） 24

09 幽門螺旋菌感染（幽門螺旋桿菌／幽門螺桿菌） 26

10 胃炎 29

11 胃潰瘍・十二指腸潰瘍（消化性潰瘍） 31

12 胃腸化生（胃黏膜腸上皮化生） 33

13 自身免疫性胃炎 35

14 胃排空延遲（胃輕癱） 37

15 大腸瘜肉／大腸息肉 39

16 大腸憩室病／憩室炎 42

17 潰瘍性結腸炎（潰瘍性大腸炎／UC） 44

18 克隆氏症（克隆病） 46

19 顯微鏡下結腸炎 48

20 乳糜瀉（麩質敏感性腸病） 50

21 小腸細菌過度生長（SIBO） 52

22 乳糖不耐症／乳糖不耐受 55

23 膽汁酸腹瀉／膽汁酸吸收不良 57

24 痔瘡 59

25 肛裂 61

26 放射性直腸炎 63

27 腸腦互動障礙（DGBI） 65

28 腸易激綜合症（IBS，俗稱「腸敏感」） 67

29 功能性便秘 69

30 功能性消化不良 71

31 乙型肝炎（乙肝） 73

32 丙型肝炎（丙肝） 75

33 脂肪肝（肝脂肪變性疾病） 77

34 代謝功能障礙相關脂肪肝病（MAFLD） 79

35 肝纖維化 81

36 肝硬化 84

37 自身免疫性肝炎（自體免疫性肝炎／AIH） 86

38 原發性膽汁性膽管炎（PBC） 88

39 肝囊腫 90

40 膽石（膽囊結石） 92

41 膽囊瘜肉／膽囊息肉 94

42 膽囊切除術後症狀 96

43 慢性胰臟炎 98

44 胰臟外分泌功能不全（PEI） 100

45 胰臟囊腫（胰腺囊腫） 102

46 胃鏡（OGD） 104

47 大腸鏡 112

48 膠囊內視鏡 120

49 內視鏡活組織檢查 124

50 幽門螺旋菌培養及抗生素敏感性測試 128

51 大腸瘜肉切除術 132

52 內視鏡黏膜切除術（EMR） 135

53 染色內視鏡 138

54 窄頻影像內視鏡（NBI） 141

55 放大內視鏡 144

56 無線食道酸鹼值監測 147

57 食道壓力測試 151

58 內視鏡逆行膽胰管造影（ERCP） 155

59 痔瘡橡皮圈結紮 159

60 食道肉毒桿菌注射 163

61 幽門肉毒桿菌注射 167

62 腹部影像檢查 171

63 肝臟彈性掃描 174

64 幽門螺旋菌尿素呼氣測試 178

65 SIBO／IMO 氫氣及甲烷呼氣測試 183

66 腸道菌群基因測序（糞便基因組檢測） 186

67 糞便病原體 PCR 檢測 189

68 糞便鈣衛蛋白（Calprotectin） 192

69 營養管理 195

70 營養評估及營養不良 199

71 飲食支援及口服營養補充品 203

72 吞嚥困難及進食安全 206

73 經皮內視鏡胃造口術（PEG） 210

74 餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管 214

75 胃造口空腸延伸管（PEG-J） 218

76 腸外營養（靜脈營養） 222

77 餵食管及造口護理 226

78 再餵食綜合症 229

79 診所資料 232

80 胃鏡及大腸鏡檢查後照護 234

反流性食道炎（逆流性食道炎）

反流性食道炎是胃內容物逆流至食道後，食道內壁出現發炎或損傷。胃鏡可能看到相關變化，但有逆流症狀不一定代表可見發炎。這是逆流可能造成的一種具體後果，並不等同 GERD：GERD 可引起困擾症狀但沒有可見食道炎，而發炎程度也未必與症狀強弱一致。

胃鏡看到食道發炎，是逆流相關損傷的一種表現，但症狀和黏膜外觀未必一致。GERD 是較廣泛的臨床狀況，即使沒有可見食道炎仍可能存在；反過來，黏膜發炎時症狀也可能輕微。應按檢查原因、用藥及活檢結果（如有）一併解讀報告。若吞嚥疼痛或困難、食物卡住或出血，應盡快求醫。

> **診症時須討論**
> 醫生會綜合胃鏡所見、症狀、用藥和吞嚥疼痛或困難、出血、反覆嘔吐、不明原因消瘦等警示徵象。亦可能檢視食道發炎的其他成

> 因，再決定是否需要進一步檢查或覆查。出血或食物卡住須盡快求醫。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 無線食道酸鹼值監測

相關疾病

嗜酸性食道炎（EoE） 巴雷特食道 胃食道逆流病（GERD）
專業參考資料: ACG ・ Acid reflux / GERD

---

https://paulng.clinic/conditions/oesophagus/#reflux-oesophagitis

癮球症（Globus pharyngeus）

癮球症是指喉嚨反覆或持續有「有嘢頂住」或像有一團東西的感覺，亦稱咽喉異物感，但不一定真的有異物。典型情況並不疼痛，常在兩餐之間出現，進食時反而可能減輕，食物和飲品仍能正常吞下。這與食物真的卡住、吞嚥困難或吞嚥疼痛不同。

成因可能涉及咽喉肌肉緊張、感覺敏感或腦腸互動；壓力可令症狀加重，但不代表症狀是想像出來的。胃酸倒流可在部分人身上同時存在，不能單憑喉嚨異物感便診斷為胃酸倒流。評估會了解症狀、藥物、吸煙及飲酒情況，並檢查口腔及頸部；有需要時轉介耳鼻喉科作鼻咽喉內視鏡檢查。胃鏡、食道酸鹼監測或壓力檢查只會按個別情況考慮，並非人人需要。經合適評估而沒有發現令人擔心的原因後，可討論補充水分、減少反覆清喉嚨和乾吞口水，以及按需要接受言語治療或放鬆訓練。抑酸藥並非對所有人有效，只應在有適應症時使用。

> **診症時須討論**
> 持續或反覆的症狀應接受評估。如有逐漸加重的吞嚥困難、吞嚥痛、無故體重下降、持續聲沙、單側喉痛或頸部腫塊，應盡快求醫，不應自行當作一般咽喉異物感。若呼吸困難、食物卡住或連口水也吞不下，須立即到急症室。

相關疾病

胃食道逆流病（GERD） 食道動力障礙 腸腦互動障礙（DGBI）

專業參考資料: Frontline Gastroenterology (BSG / BMJ) • Managing a patient with globus pharyngeus

---

https://paulng.clinic/conditions/oesophagus/#globus-pharyngeus

巴雷特食道（巴洛氏食道）

巴雷特食道是下段食道內壁細胞出現變化，通常與長期逆流有關。須透過胃鏡和組織活檢確診，單靠症狀無法判斷。這不是癌症，大多數患者不會發展成食道癌；不過未來風險略有增加，活檢結果和受影響範圍可影響監察討論。

診斷須結合胃鏡外觀及活檢確認典型內壁細胞變化。病理報告可能說明有否異生；結果不確定或有異生時，或需專科覆核。巴雷特食道不是癌症，監察安排會按活檢、病變長度、檢查質素、整體健康和個人意願決定。新出現吞嚥困難、出血、持續嘔吐或不明原因消瘦，應及早評估，不要等待例行覆查。

> **診症時須討論**
> 醫生會檢視胃鏡和病理報告，確認診斷、受影響長度，以及有否異生（癌前細胞變化）。若結果不確定，取樣方式和病理專科

> 覆核可能重要。監察安排並非人人相同，會考慮預期好處、檢查質素、活檢結果、整體健康及個人意願。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 內視鏡活組織檢查 窄頻影像內視鏡（NBI）

相關疾病

胃食道逆流病（GERD） 反流性食道炎
專業參考資料: ACG • Barrett’s oesophagus

---

https://paulng.clinic/conditions/oesophagus/#barretts-oesophagus

嗜酸性食道炎（嗜酸性粒細胞食道炎／EoE）

EoE 是慢性免疫介導的食道發炎，食道內壁會積聚嗜酸性球。可引起吞嚥困難、食物卡住或哽塞，有時似胃酸逆流；兒童可能有進食或生長問題。

即使胃鏡下食道外觀正常，仍可能有 EoE，因此懷疑時會考慮從多個位置取活檢。嗜酸性球數量和分布須結合症狀及其他可能成因解讀；食道可能隨時間狹窄，跟進會參考症狀和組織結果。

> **診症時須討論**
> 確診需要食道功能障礙症狀、活檢顯示嗜酸性球增加，並考慮其他成因。內視鏡外觀可能正常，因此須從食道不同位置取樣；評估亦會考慮狹窄和症狀、活檢結果的變化。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 內視鏡活組織檢查 吞嚥困難及進食安全

相關疾病

反流性食道炎 食道動力障礙

專業參考資料: ACG • Eosinophilic oesophagitis

---

https://paulng.clinic/conditions/oesophagus/#eosinophilic-oesophagitis

食道動力障礙

食道動力障礙泛指吞嚥時食道活動或協調異常，是一種廣泛描述而非單一診斷。可能引起吞嚥困難、胸部不適或反流；食道狹窄、發炎或其他問題亦可造成相似症狀。

高解像度食道壓力檢查會記錄吞嚥時的壓力模式，用以分類食道運動功能，但不能直接顯示黏膜發炎或排除結構狹窄。可能須先做胃鏡或影像檢查；邊界性結果需結合症狀和檢查條件解讀。

> **診症時須討論**
> 評估會按情況考慮結構或黏膜問題，可能安排胃鏡或影像。高解像度食道壓力檢查會測量吞嚥時的壓力和協調，但須與症狀及其他發現一併解讀。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 食道壓力測試 吞嚥困難及進食安全

相關疾病

食道失弛緩症 嗜酸性食道炎（EoE） 癔球症（Globus pharyngeus）
專業參考資料: ACG • Oesophageal physiologic testing

---

https://paulng.clinic/conditions/oesophagus/#oesophageal-dysmotility

食道失弛緩症（賁門失弛緩症）

食道失弛緩症是一種少見的食道運動疾病，下食道括約肌不能正常放鬆，食道亦失去有效向下推進的收縮。可引起固體和液體都難以下嚥、反流、胸部不適，有時體重下降。

食道壓力檢查是辨認失弛緩症典型括約肌放鬆不足及正常蠕動消失的重要檢查。胃鏡有助排除機械性阻塞或其他成因，定時鋇劑影像可顯示食道排空；各項檢查提供互補資料，不能互相取代。

> **診症時須討論**
> 評估通常結合胃鏡以排除阻塞、高解像度壓力檢查以辨認運動模式，以及定時鋇劑吞嚥檢查評估排空。結果須一併解讀，並會影響後續治療討論。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 食道壓力測試 食道肉毒桿菌注射 吞嚥困難及進食安全

相關疾病

食道動力障礙
專業參考資料: ASGE • Achalasia guideline

---

https://paulng.clinic/conditions/oesophagus/#achalasia

胃酸倒流／胃食道逆流病（GERD）

胃內容物倒流入食道，若引起困擾的胃灼熱、酸水倒流，或損傷食道內壁，便可能屬胃食道逆流病。症狀常在飯後或躺下時較明顯，但胸口或上腹不適亦可能有其他原因，不能只憑感覺確診。

胃鏡有時會看到食道發炎或潰瘍，但黏膜外觀正常亦不能排除逆流病，因為檢查時可能沒有明顯損傷。服用抑酸藥後好轉可支持逆流的可能，卻不能證明所有喉嚨、胸口或胃部不適都由胃酸造成。若按建議處理後仍持續不適，醫生可能重新檢視用藥方法、考慮其他成因，或安排胃鏡及逆流監測。吞嚥困難、食物卡住、出血、反覆嘔吐或不明原因消瘦，應盡快提出並評估。記錄不適與用餐、躺下或睡眠時間的關係，可讓診症討論更具體；任何生活或用藥調整亦應配合個人健康情況。 可記錄症狀與用餐、躺下、睡眠及曾用藥物的時間關係，協助醫生分辨反覆逆流模式與其

他需要評估的原因，並討論檢查是否會改變處理方向。亦可記下吞嚥時有否疼痛或食物停滯，方便診症時掌握變化。帶備舊胃鏡報告亦有幫助。

> **診症時須討論**
> 醫生會了解症狀頻率、對生活的影響、以往處理方式，以及吞嚥困難、吞嚥疼痛、持續嘔吐、出血或不明原因消瘦等警示徵象，再判斷是否需檢查。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 無線食道酸鹼值監測

相關疾病

反流性食道炎 巴雷特食道 功能性消化不良 膽汁倒流（膽汁反流） 癮球症（Globus pharyngeus）
專業參考資料: ACG ・ Acid reflux / GERD

---

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#gerd

膽汁倒流（膽汁反流）

膽汁由肝臟製造，通常經膽管流入十二指腸，協助消化脂肪。膽汁倒流是十二指腸內容物倒流入胃，有時可再進入食道。這與胃酸倒流不同，但兩者可同時存在；可出現上腹不適、噁心、苦味反流或黃綠色嘔吐物，單憑症狀不能確診。

少量十二指腸胃反流可在沒有疾病時出現；部分病人則與胃部手術、幽門功能或腸胃動力改變有關。曾切除膽囊不等於一定有膽汁倒流。醫生會檢視症狀、手術及用藥史；胃鏡可評估黏膜及按需要抽取組織，但見到膽汁本身並不能證明是症狀的原因。食道酸鹼監測評估酸暴露，不能直接確認膽汁；阻抗監測可發現非酸反流，但也不能單憑結果判定是膽汁。治療須按成因及黏膜情況個別決定，可能包括飲食及生活調整、藥物或少數情況下的外科評估；相關藥物的證據有限。抑酸藥可處理同時存在的酸反流，但不能直接阻止膽汁倒流。

> **診症時須討論**

> 持續上腹不適、反覆嘔吐或反流應接受評估，不宜自行當作膽汁倒流。無故體重下降、吞嚥困難或持續嘔吐須盡快求醫；吐血、黑便、劇烈腹痛、腹脹伴黃綠色嘔吐或不能進飲，須立即接受急症評估。

相關疾病

胃食道逆流病（GERD） 胃炎 膽囊切除術後症狀

專業參考資料: Gastroenterology Research and Practice ・ Bile reflux gastritis review

---

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#bile-reflux

幽門螺旋菌感染（幽門螺旋桿菌／幽門螺桿菌）

幽門螺旋菌可在胃黏膜內存活並引起長期發炎。不少人沒有症狀，部分人則會有消化不良、胃炎或消化性潰瘍；感染亦與一生中患胃癌的風險增加有關。呼氣或糞便測試可檢查活動性感染，胃鏡取得的胃部活組織亦可驗出細菌。

呼氣或糞便抗原測試可在不做胃鏡的情況下檢查活動性感染；血液抗體在舊感染清除後仍可能陽性，一般不適合用來確認已根除。部分抑酸藥、抗生素和鉍劑會影響測試準確度，醫生可能會交代如何準備。抗藥性及以往療程會影響抗生素組合，服藥時應依指示完成。治療後須在合適時間安排根除確認測試；不能只憑症狀有否改善判斷細菌是否仍在。若服藥期間出現明顯副作用或漏服，應聯絡治療醫生詢問，而非自行更改藥物組合。檢查及治療安排仍須按個人病史決定。 診症時帶備以往根除療程及抗生素敏感資料，有助考

慮後續檢查或用藥。測試前如需暫停某些藥物，應按化驗指示及醫生建議安排，合適時間因測試和個人情況而異。

> **診症時須討論**
> 是否檢查及選用哪種根除療程，會按病史、藥物敏感和過往抗生素使用等因素決定，因細菌抗藥情況各有不同。療程通常要配合多種藥物，而非單一抗生素。完成治療後須在合適時間覆查；症狀好轉本身不能確認細菌已清除。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 內視鏡活組織檢查 幽門螺旋菌培養及抗生素敏感性測試 幽門螺旋菌尿素呼氣測試

相關疾病

胃炎 胃潰瘍 胃腸化生 自身免疫性胃炎 功能性消化不良
專業參考資料: ACG ・ H. pylori

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#h-pylori

胃炎

胃炎是胃內壁發炎，可短暫出現或持續一段時間。幽門螺旋菌、部分藥物（例如消炎止痛藥）、酒精或免疫疾病都可能相關，但有時找不到明確成因。有些人沒有症狀，另一些人會有上腹不適、噁心或消化不良；相似不適也可在沒有胃炎時出現，因此症狀本身不能確診。

胃鏡活檢可發現症狀或內視鏡外觀未必明顯的發炎。幽門螺旋菌、消炎藥及其他因素均可能有關，但不同發炎型態的成因和意義各異。病理報告須與胃鏡所見、用藥史及檢查原因一併解讀；消化不良本身不能證明有胃炎。吐血、黑便、痛楚惡化或無法飲水，應盡快求醫。

> **診症時須討論**
> 評估會了解症狀、用藥和相關病史。按情況可安排幽門螺旋菌檢測、驗血或胃鏡活檢，以確認炎症及可能成因。報告中的「胃炎」可指不同顯微特徵，須結合活檢文字、胃鏡所見和整體病史解讀。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 內視鏡活組織檢查 幽門螺旋菌培養及抗生素敏感性測試 幽門螺旋菌尿素呼氣測試

相關疾病

膽汁倒流（膽汁反流） 幽門螺旋菌感染 自身免疫性胃炎 功能性消化不良
專業參考資料: AGA • Atrophic gastritis clinical update

---

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#gastritis

胃潰瘍・十二指腸潰瘍（消化性潰瘍）

胃潰瘍是胃內壁較深的破損，不只是表面刺激。常見相關因素包括幽門螺旋菌感染和消炎止痛藥，但也可能有其他成因。有些人會上腹痛或消化不良，也有人症狀不明顯，直至出現併發症。胃潰瘍不等同胃炎，而發現幽門螺旋菌亦不是胃潰瘍唯一可能解釋。

胃鏡發現潰瘍時，醫生可能取樣了解性質，並考慮幽門螺旋菌檢測及檢視用藥。幽門螺旋菌是重要成因之一，但陰性結果不能排除消炎止痛藥或其他成因。是否重做胃鏡及時間，取決於潰瘍特徵、活檢及整體情況。吐血、黑色柏油狀大便、昏厥或突發劇烈腹痛均屬警示徵象。

十二指腸潰瘍與消化性潰瘍

胃潰瘍發生於胃，十二指腸潰瘍則發生於小腸起始的十二指腸；兩者均屬消化性潰瘍，但不是同一個位置的疾病。幽門螺旋菌感染及非類固醇消炎止痛藥是常見相關因素。症狀不能可靠分辨潰

瘍位置，診斷、藥物、幽門螺旋菌處理及是否需要覆查須由醫生個別評估；胃潰瘍的活檢安排不可直接套用於所有十二指腸潰瘍。

> **診症時須討論**
> 胃鏡可觀察潰瘍，並按需要取活檢；醫生亦可能檢查幽門螺旋菌及檢視止痛藥、其他用藥和病史。活檢及覆查安排取決於潰瘍外觀和整體情況。吐血、排出黑色柏油狀大便、昏厥或突發劇烈腹痛，須即時求醫。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 內視鏡活組織檢查 幽門螺旋菌培養及抗生素敏感性測試 幽門螺旋菌尿素呼氣測試

相關疾病

幽門螺旋菌感染
專業參考資料: ACG • H. pylori and peptic ulcer disease

---

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#gastric-ulcer

胃腸化生（胃黏膜腸上皮化生）

胃腸化生是胃內壁部分細胞在顯微鏡下呈現較像腸道細胞的變化，須靠活組織檢查確認。它並不是胃癌，但可屬於與日後胃癌風險增加相關的變化；很多有此發現的人並不一定會患癌。風險會因病變範圍及其他因素而不同。

這是組織顯微變化，並非肉眼可見的腫塊；胃部取樣範圍會影響能否掌握病變分布。範圍較廣或屬不完全型、幽門螺旋菌持續感染及直系親屬胃癌病史，可能改變風險評估，但沒有單一因素能準確預測個人結果。如有幽門螺旋菌，按醫囑處理是降低風險的重要一步。是否重做胃鏡及監察間隔，須按病理細節、整體風險、健康狀況和個人意願討論，而非套用統一時間表。可請醫生解釋病理報告用詞及取樣位置，因為單說「腸化生」未能表示胃內涉及範圍。若討論監察，也可一併衡量預期好處、檢查負擔及個人意願。 病理報告應連同胃鏡所見及活檢位置一起解讀，因取樣有限未必代表整個胃部。醫生可說明病變是局部還是範圍較廣，以及對個人風險有何意義。

> **診症時須討論**
> 醫生會查看病理報告，了解取樣及病變涉及胃內哪些位置，並評估有否幽門螺旋菌及是否已處理。家族史、個人背景風險和原有胃鏡檢查是否充分亦可能重要。並非人人都需要再做胃鏡或定期監察，應個別衡量可能好處與負擔。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 內視鏡活組織檢查 窄頻影像內視鏡（NBI） 放大內視鏡 幽門螺旋菌尿素呼氣測試

相關疾病

自身免疫性胃炎 幽門螺旋菌感染
專業參考資料: AGA • Gastric intestinal metaplasia

---

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#gastric-metaplasia

自身免疫性胃炎

自身免疫性胃炎是免疫系統損害胃內分泌胃酸的腺體，主要涉及胃體及胃底。胃酸及內因子減少可影響鐵質和維他命 B12 吸收；部分人胃部症狀不明顯，因缺乏營養素或貧血才接受檢查。

這與幽門螺旋菌相關胃炎不同，但兩者可以並存。診斷會結合胃部活檢、血球計數、鐵質及維他命 B12 水平，並按需要驗抗體；單是抗體陽性不能確診。惡性貧血是部分患者的較後期表現，並非每宗自身免疫性胃炎的別稱。評估亦會考慮相關自身免疫疾病，尤其甲狀腺疾病，以及幽門螺旋菌。處理包括補充不足的營養素及個別跟進。此症可增加某些胃部腫瘤的風險，但不表示已患癌；是否覆查胃鏡須按活檢、病變範圍、其他風險及共同討論決定，並無適用於所有人的固定年期。

> **診症時須討論**

> 不明原因缺鐵或維他命 B12 不足應查明原因，不宜只自行補充。手腳麻痺、刺痛或平衡問題須盡快告知醫生；吐血、黑色柏油狀大便、暈倒或嚴重氣促須緊急求醫。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD）　內視鏡活組織檢查

相關疾病

胃炎　幽門螺旋菌感染　胃腸化生
專業參考資料: AGA • Diagnosis and management of atrophic gastritis

---

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#autoimmune-gastritis

胃排空延遲（胃輕癱）

胃輕癱是指沒有實際阻塞，但食物離開胃部的速度比正常慢。患者可能吃少量便覺飽、飯後飽脹持續較久、噁心、嘔吐或腹脹；反覆嘔吐或進食不足亦可影響水分及營養。相同症狀也可能由其他疾病引起。

胃排空檢查通常會在排除實際阻塞及檢視影響蠕動的藥物後考慮。檢查會觀察標準餐點在一段時間內離開胃部的速度；準備方式、血糖及藥物均可能影響結果。糖尿病、曾做手術，以及部分神經或結締組織疾病可能相關，但有時找不到明確原因。症狀本身不能確診，嚴重程度亦未必反映延遲多少。若持續嘔吐、脫水或難以維持營養，應及早求醫。醫生亦會考慮其他胃腸疾病是否能解釋症狀；檢查須按指定方法準備，否則結果未必能準確比較。 醫生亦會了解每餐份量、嘔吐次數及體重或水分變化，以評估營養影響。請如實提供藥物和補充品資料；它們可能影響胃蠕動或檢查結果，未經醫囑不要停藥。

> **診症時須討論**
> 評估會考慮糖尿病、曾接受的手術、其他疾病，以及可能減慢胃部蠕動的藥物。排除阻塞後，如症狀和病史合適，醫生或會安排標準化胃排空檢查；檢查準備會影響結果，而測得的延遲程度未必與不適程度一致。

相關程序資訊

胃輕癱不建議常規接受幽門注射。此連結並非治療建議。

幽門肉毒桿菌注射　營養管理　營養評估及營養不良　飲食支援及口服營養補充品　餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管　胃造口空腸延伸管（PEG-J）

相關疾病

功能性消化不良
專業參考資料: ACG • Gastroparesis

---

https://paulng.clinic/conditions/stomach/#gastroparesis

大腸瘜肉／大腸息肉

大腸瘜肉是大腸內壁的增生，大多沒有症狀。腺瘤及部分鋸齒狀病變可隨時間逐漸演變成癌症，另有一些類型幾乎沒有癌變風險。大腸鏡可切除不少瘜肉並送化驗，病理檢查比單看外觀更能確定類型。

大腸鏡報告會記錄腸道清潔及觀察是否理想、檢查是否到達預定位置，以及瘜肉有否完整切除。病理可分辨腺瘤、鋸齒狀病變及非腫瘤性增生，對應的意義各不相同。癌前瘜肉較大或數目較多，可能影響覆查時間；檢查質素和個人風險也同樣重要。請保留病理及程序報告以便一併檢視；若檢查未完成或切除不確定，建議可能需要調整。部分較大的病灶可能分階段或以特定技術切除，因此內視鏡報告的細節尤其重要。若家人需要評估大腸癌風險，應按確切病理及家族病史討論，不要只憑「瘜肉」一詞推斷。 病理報告寫「癌前」不代表瘜肉已是癌症；切除本身是預防大腸癌的重要機會。曾有瘜肉或近親患大腸癌，

也可能影響覆查討論。檢查清潔度和切除是否完整亦須一併考慮，並留意大腸鏡是否到達預定位置。

認識腺瘤

管狀與絨毛狀的分別

腺瘤是由腺體組織形成的瘜肉，日後有機會逐步發展成癌症。病理顯微鏡下，管狀腺瘤主要呈管道狀結構；絨毛狀腺瘤有較多指狀突起，而管狀絨毛狀腺瘤同時有兩種形態。這些名稱描述組織結構，並不表示瘜肉大小。絨毛狀特徵與較高機會出現進展性變化有關，但不能單憑形態預測個人結果。確實類型須在切除後由病理檢查判定，不能只看外觀。

大小、異型增生及其他風險

較大的腺瘤通常更值得留意，尤其是直徑達 10 毫米或以上者。異型增生描述細胞異常程度：低度代表變化較輕；高度異型增生屬較進展的癌前變化，但不等同已侵入組織的癌症。腺瘤數目、有否完整切除、腸道清潔及檢查質素、以往瘜肉結果，以及相關個人或家族病史，均會影響風險及跟進。鋸齒狀瘜肉則屬另一種分類。

應一併檢視病理及大腸鏡報告。沒有單一特徵可以決定每個人的覆查間隔；醫生會按整體情況解釋是否及何時需要再檢查。

專業參考資料: 美國多專科工作小組 • 大腸鏡及瘜肉切除後跟進指引

> **診症時須討論**
> 覆查安排會綜合病理類型、瘜肉數目、大小及位置、是否完整切除、大腸清潔和觀察是否清楚，以及個人或家族病史。這些資料有助決定何時再做大腸鏡，並無適用於所有人的固定年期。便血或新出現的排便改變亦應評估，不應自行歸因於瘜肉。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

大腸鏡 大腸瘜肉切除術 內視鏡黏膜切除術（EMR） 染色內視鏡
窄頻影像內視鏡（NBI） 放大內視鏡
專業參考資料: ACG • Colon polyps

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#colonic-polyps

大腸憩室病／憩室炎

憩室是腸壁向外突出的小囊袋，常見於大腸，很多時沒有症狀。憩室炎是涉及憩室的發炎；憩室出血是另一種併發症，可以沒有腹痛。

憩室不是大腸瘜肉，本身亦不是癌症。腹痛成因很多，發現憩室不代表已找到症狀原因。懷疑急性憩室炎時，可能需要身體檢查、驗血及電腦掃描等影像檢查。是否使用抗生素或住院須按嚴重程度、併發症及個人風險決定，並非每次單純發作都必須如此。若有需要，大腸鏡通常在康復後考慮，而非在急性發炎期間常規進行。長期飲食建議須個別處理，一般不必一概戒除果仁和種子。

> **診症時須討論**
> 腹痛嚴重或加劇、發燒並明顯不適、持續嘔吐或大量便血，應盡快求醫；暈倒或出血伴明顯乏力須急症評估。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

大腸鏡

相關疾病

腸易激綜合症（IBS） 痔瘡
專業參考資料: ACG • Diverticulosis and diverticulitis

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#diverticular-disease

潰瘍性結腸炎（潰瘍性大腸炎／UC）

潰瘍性結腸炎是慢性炎症性腸病，影響大腸內層，通常由直腸開始並連續延伸一段距離。症狀可包括腹瀉、便血或黏液、急便及腹部不適，病情會有較活躍和緩解時期。

潰瘍性結腸炎通常連續影響直腸和大腸，受影響長度則因人而異。內視鏡及活檢有助確認發炎模式和範圍；症狀改善本身不能證明發炎已受控制，因此評估也可能參考糞便或血液指標，並按病程考慮大腸癌監察。

> **診症時須討論**
> 評估會綜合症狀、血液和糞便檢查，以及在適當情況下進行內視鏡及活檢。醫生會了解發炎範圍和程度、營養狀況及併發症，並與克隆氏症和其他結腸炎成因區分；長期跟進亦會考慮病程和大腸癌風險。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

大腸鏡 內視鏡活組織檢查 染色內視鏡 糞便病原體 PCR 檢測 糞便鈣衛蛋白（Calprotectin）

相關疾病

克隆氏症 放射性直腸炎 顯微鏡下結腸炎
專業參考資料: ACG ・ Inflammatory bowel disease

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#ulcerative-colitis

克隆氏症（克隆病）

克隆氏症是慢性炎症性腸病，可影響消化道任何部位，較常見於小腸和大腸。發炎可深入腸壁並呈不連續分布；症狀可包括腹痛、腹瀉、疲倦或體重下降，併發症可能有狹窄、膿瘍或異常通道。

克隆氏症可影響消化道不同位置，發炎有時深入腸壁，受影響區域之間亦可能有正常組織。內視鏡、小腸影像、化驗指標和營養評估各有用途；醫生會按情況留意狹窄、瘻管或膿瘍等併發症。

> **診症時須討論**
> 評估會結合症狀、血液和糞便檢查、內視鏡活檢及需要時的小腸影像。醫生會確認發炎部位和程度、營養影響及併發症，並排除感染等成因；跟進可能結合症狀、化驗、內視鏡或影像。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

大腸鏡　膠囊內視鏡　內視鏡活組織檢查　染色內視鏡　糞便病原體 PCR 檢測　糞便鈣衛蛋白（Calprotectin）　營養管理　營養評估及營養不良

相關疾病

顯微鏡下結腸炎　潰瘍性結腸炎（UC）　肛裂　膽汁酸腹瀉／膽汁酸吸收不良
專業參考資料: ACG • Inflammatory bowel disease

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#crohn-disease

顯微鏡下結腸炎

顯微鏡下結腸炎是大腸發炎的一種，通常引起持續水樣肚瀉，一般沒有便血，亦可有急便、夜間排便或失禁。照大腸鏡時，腸道外觀可以正常或接近正常；炎症須靠活組織在顯微鏡下辨認。

主要類型包括膠原性結腸炎及淋巴細胞性結腸炎。它與腸易激、潰瘍性結腸炎和克隆氏症並不相同，但症狀可以重疊。評估會檢視肚瀉模式、水分狀態、用藥，以及感染、乳糜瀉或膽汁酸腹瀉等其他原因。若懷疑此症，大腸鏡時從不同部位取活檢有助確診；單是腸鏡外觀正常並不能排除。部分藥物與此症有關聯，但不代表某位病人的情況必定由藥物引起，切勿自行停用處方藥。處理可包括由醫生檢視用藥，並按症狀、活檢結果及個人風險考慮布地奈德等處方治療。

> **診症時須討論**
> 持續水樣肚瀉應接受評估，不宜直接當作腸易激。便血、無故消瘦或症狀加劇須盡快求醫；嚴重脫水、暈倒或劇烈腹痛須緊急處

> 理。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

大腸鏡　內視鏡活組織檢查　糞便病原體 PCR 檢測

相關疾病

腸易激綜合症（IBS）　膽汁酸腹瀉／膽汁酸吸收不良　潰瘍性結腸炎（UC）　克隆氏症　乳糜瀉（麩質敏感性腸病）
專業參考資料: UEG / EMCG • Microscopic colitis guideline

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#microscopic-colitis

乳糜瀉（麩質敏感性腸病）

乳糜瀉是對麩質產生免疫反應的疾病，可損害小腸內壁並影響營養吸收。症狀不一，可有腹瀉、腹脹、腹部不適或貧血，也可能沒有明顯腸胃症狀；它與小麥過敏及非乳糜瀉麩質敏感不同。

乳糜瀉抗體檢查和小腸活檢須結合症狀及營養資料解讀。檢查前開始無麩質飲食可能令結果較難判讀，因此檢查安排須按臨床情況決定；確診後亦可能按症狀、血液結果和營養狀況跟進。

> **診症時須討論**
> 評估通常包括相關血液抗體檢查，許多成人亦會考慮胃鏡及小腸活檢。若檢查前已避免麩質，結果可能受影響；醫生會結合準備情況、營養狀況及其他發現解讀。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD） 內視鏡活組織檢查 營養管理 營養評估及營養不良

相關疾病

顯微鏡下結腸炎 乳糖不耐症／乳糖不耐受 小腸細菌過度生長（SIBO）
專業參考資料: ACG • Celiac disease

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#celiac-disease

小腸細菌過度生長（SIBO）

SIBO 是指小腸內細菌數量過多或種類分布改變；正常情況下，小腸的細菌量低於大腸。患者可有腹脹、脹氣、腹部不適或腹瀉，部分情況亦會影響營養吸收。不過這些症狀十分常見，也有很多其他成因，並不足以證明是 SIBO。

SIBO 可繼發於不同腸胃疾病，例如腸道蠕動異常或手術後腸道結構改變，亦可能與某些用藥有關。因此，評估不應只聚焦 SIBO 或呼氣測試結果，而應全面檢視整體健康、病史與手術史、營養狀況及所有常用藥物，並處理可能的相關因素。切勿自行停用或更改處方藥物，應先與醫生討論。 呼氣測試通常會在飲用指定飲品後量度氫氣或甲烷；測試方法、準備及腸道通過速度都會影響結果。陽性不一定代表細菌過度生長可解釋所有不適，陰性亦不能排除所有相關問題。醫生會尋找可能成因，例如腸道結構改變或蠕動減慢，也會考慮脹氣和腹瀉的其他常見原因。沒有清晰診斷便反覆使用抗生素，可能帶來副作用及抗藥性，因此應結合臨床情況判讀測試和治療。

檢查前可先了解準備要求及結果可回答的問題；若持續腹瀉、體重下降或有營養不足跡象，應評估更廣泛的成因。 治療後症狀再現時，重新檢視初次檢查原因及可能的蠕動或結構問題，往往比自動重複抗生素更有用。持續腹瀉、消瘦或營養疑慮應在覆診提出。

> **診症時須討論**
> 醫生會先了解腸道手術、結構或蠕動改變等可能因素，再考慮測試是否有用。呼氣測試會量度飲用指定糖類後產生的氣體；測試準備及腸道通過速度都會影響結果，也可能有假陽性或假陰性。治療討論不應只依據症狀或單一次測試。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

SIBO／IMO 氫氣及甲烷呼氣測試

相關疾病

腸易激綜合症（IBS） 乳糜瀉（麩質敏感性腸病） 乳糖不耐症／乳糖不耐受

專業參考資料: ACG ・ Small intestinal bacterial overgrowth

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#sibo

乳糖不耐症／乳糖不耐受

乳糖酶活性不足可令奶類中的乳糖未能充分消化，引起肚脹、放屁、腹絞痛或肚瀉。乳糖不耐症與牛奶蛋白過敏並不相同。

症狀與攝取量及個人耐受程度有關，並非人人都需要完全戒奶。乳糖吸收不良未必有症狀，亦可在短期內出現，或繼發於乳糜瀉等小腸疾病。評估可包括在指導下減少乳糖後再逐步重新攝取，或在適當情況下進行氫氣呼氣測試，並結合症狀判讀。應避免不必要的長期飲食限制；無乳糖食品、調整份量或乳糖酶補充劑可能對部分人有幫助，同時要維持足夠鈣質及維他命 D。

> **診症時須討論**
> 持續症狀及營養需要宜與醫生或營養師討論。便血、體重下降或持續肚瀉不應直接歸因於乳糖不耐症；懷疑食物過敏須另作評估。

相關疾病

腸易激綜合症（IBS） 小腸細菌過度生長（SIBO） 乳糜瀉（麩質敏感性腸病）

專業參考資料: ACG • Lactose intolerance

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#lactose-intolerance

膽汁酸腹瀉／膽汁酸吸收不良

過量膽汁酸進入大腸可引起水樣肚瀉及急便感。膽汁酸腹瀉可原發出現，亦可與迴腸疾病或手術有關，有時見於切除膽囊後。

並非所有長期肚瀉都是腸易激，亦非所有膽囊切除後肚瀉都由膽汁酸引起。評估須檢視藥物、腸道及手術病史、營養與其他原因。在有提供的地區，SeHCAT 或空腹血清 C4 等檢查可協助診斷；檢查供應因地而異，本頁不表示本診所提供這些測試。處理可包括處方膽汁酸結合劑及個別飲食建議。這類藥物可影響其他藥物吸收，用量及服藥時間須由醫護人員檢視，不宜自行試藥。

> **診症時須討論**
> 持續水樣腹瀉應接受評估，包括脫水及其他疾病的可能。便血、無故消瘦或明顯脫水須盡快求醫；切勿自行更改處方藥物。

相關疾病

腸易激綜合症（IBS） 克隆氏症 膽囊切除術後症狀 顯微鏡下結腸炎

專業參考資料: CAG • Management of bile acid diarrhoea

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#bile-acid-diarrhoea

痔瘡

痔瘡是肛管內血管墊組織出現症狀的情況。內痔可能造成無痛鮮紅色出血或脫出；外痔則可能引起不適、腫脹或疼痛腫塊。直腸出血不應自動歸因於痔瘡。

痔瘡很常見，但可見出血亦可能來自其他大腸直腸疾病，須按年齡、病史和檢查結果解讀。肛門鏡有助辨認內痔；持續或不典型出血可能需要進一步評估，處理選項則視乎位置和症狀負擔。

> **診症時須討論**
> 評估會了解出血、疼痛、排便習慣、檢查所見和病史，可能包括肛門視診及肛門鏡。若出血持續或模式不典型，醫生會考慮進一步檢查；處理方法視乎症狀程度和痔瘡類型。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

痔瘡橡皮圈結紮

相關疾病

肛裂 大腸憩室病／憩室炎

專業參考資料: ASCRS ・ Management of hemorrhoids

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#hemorrhoids

肛裂

肛裂是肛管內壁的小裂口，可在排便時引起尖銳痛楚，並持續一段時間，有時廁紙或大便表面會有少量鮮血。大便乾硬及頻密肚瀉都可能促成肛裂。

肛裂與痔瘡不同，不能把所有肛門痛或便血都歸因於其中一種。評估通常包括症狀模式及輕柔檢查；持續不癒、多處或位置不典型的裂口，可能需要排查克隆氏症等其他原因。初步處理常着重保持大便柔軟成形、避免用力排便及溫水坐浴。持續肛裂或需處方藥膏或專科治療，並非必須手術；預期好處及包括控便功能在內的風險須個別討論。痔瘡橡皮圈結紮並非肛裂的治療。

> **診症時須討論**
> 反覆痛楚、裂口不癒或持續便血應求診。肛門腫脹伴發燒，或持續加劇的痛楚，可能是膿瘍等其他問題，須盡快評估；大量出血、暈倒或明顯乏力須急症處理。

相關疾病

痔瘡 功能性便秘 克隆氏症

專業參考資料: ASCRS • Management of anal fissures

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#anal-fissure

放射性直腸炎

放射性直腸炎指盆腔放射治療後直腸受刺激或損傷。可在治療期間或不久後出現，也可能在數月或數年後才發生。症狀包括便急、腹瀉、直腸不適或出血；這些症狀亦有其他成因，不應單憑曾接受放射治療便歸因於此。

盆腔放射治療後出現直腸出血可能有多種解釋，因此放射治療史本身不能確診放射性直腸炎。評估可能須考慮原有癌症、照射範圍和時間、其他治療及用藥，以及其他可能成因。內視鏡或其他檢查會按臨床問題選擇，並應配合腫瘤治療史。大量出血、昏厥、劇痛、發燒或黑便須緊急評估。

> **診症時須討論**
> 醫生會了解放射治療種類和時間、症狀、用藥及其他病史，並按情況考慮檢查、驗血或內視鏡，以評估直腸和排除其他原因。合適

> 評估方式須考慮個人的癌症和治療史。大量出血、黑便、昏厥、劇痛或發燒須緊急求醫。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

大腸鏡

相關疾病

潰瘍性結腸炎（UC）
專業參考資料: ASGE ・ Radiation proctopathy

---

https://paulng.clinic/conditions/bowel/#radiation-proctitis

腸腦互動障礙（DGBI）

DGBI 是一組腸道與神經系統訊息互動方式改變的疾病。腸道蠕動、對伸展的敏感程度，以及身體處理腸道訊號的方式可能互相影響，令患者出現腹痛、腹脹或排便改變，即使一般檢查未見結構異常。症狀是真實的，並非想像出來；腸易激綜合症及功能性消化不良都是例子。

腸腦訊號是雙向的：消化道會向神經系統傳遞訊息，神經系統活動亦會影響腸道蠕動及敏感程度。睡眠、壓力或以往生病經歷可能與症狀變化有關，但這不代表症狀不真實或患者有責任。若一般檢查正常而且符合整體臨床情況，結果可帶來一定安心，但不應因此忽略症狀。DGBI 涵蓋多種疾病，處理前應先辨認主要問題；若症狀轉變或出現警示徵象，便要重新評估。有人會留意症狀與飲食、睡眠或日常作息的關係，也有人需要其他切入點；並不存在適合所有 DGBI 的單一方法。 記錄腹痛、排便或飽脹的變化及對日常生

活的影響，有助了解症狀走勢。新出現出血、吞嚥困難加重、發燒或不明原因消瘦，應評估腸腦互動障礙以外的原因。

> **診症時須討論**
> 評估會按具體症狀模式及其影響進行，同時留意是否有提示其他疾病的徵象或病史。DGBI 並沒有一項通用檢查可確診整個類別；解釋及處理方式須配合個別疾病，可能需要多方面配合，若症狀改變亦應重新評估。

相關疾病

腸易激綜合症（IBS） 功能性便秘 癮球症（Globus pharyngeus） 功能性消化不良

專業參考資料: Rome Foundation • Disorders of gut-brain interaction

---

https://paulng.clinic/conditions/gut-brain/#dgbi

腸易激綜合症（IBS，俗稱「腸敏感」）

腸易激綜合症的特徵是反覆腹痛，並與排便或大便次數、形狀改變有關。有些人以腹瀉為主，有些以便秘為主，也有人兩者交替；急便、腹脹及排不乾淨的感覺亦可出現。IBS 屬腸腦互動障礙，與炎症性腸病不同，但症狀可能相似。

IBS 的症狀模式可隨時間改變，糞便形態有時比排便次數更能描述情況。飲食、感染、壓力和生活節奏變動可能與症狀加劇同時出現，但誘因因人而異，也未必找得到。IBS 不會造成炎症性腸病那種組織損傷，也不代表患癌。不過便血、持續發燒、貧血、夜間症狀或不明原因消瘦仍須評估；曾被診斷 IBS，不應成為忽略新變化的理由。簡單記錄腹痛、大便模式及可能相關的情況，有助描述最困擾的症狀，亦無須因此自行大量戒口。醫生會按病史討論哪些檢查真正有用。詳細病史有助避免不必要的廣泛檢查，同時找出

是否需要針對性檢驗。新症狀、與以往明顯不同的變化或相關家族病史，應重新討論，不宜一概當作 IBS。

> **診症時須討論**
> 診斷會根據典型病史和適當的臨床評估，並非只因掃描正常便可判定。醫生會考慮症狀持續時間、模式、家族病史、年齡，以及出血、貧血、發燒或不明原因消瘦等警示徵象，決定是否需要針對性檢查。新出現、持續或明顯轉變的症狀仍應求診。

相關疾病

腸腦互動障礙（DGBI） 顯微鏡下結腸炎 大腸憩室病／憩室炎 乳糖不耐症／乳糖不耐受 小腸細菌過度生長（SIBO） 膽汁酸腹瀉／膽汁酸吸收不良

專業參考資料: ACG ・ Irritable bowel syndrome

---

https://paulng.clinic/conditions/gut-brain/#ibs

功能性便秘

功能性便秘是持續排便困難，但未找到可解釋症狀的結構問題。大便可能乾硬或結塊、次數偏少、需要用力，或排便後仍覺未清；腹脹和腹部不適亦可能伴隨出現。便秘不只看排便次數，症狀亦可能與其他腸道問題重疊。

記錄排便日誌有助描述糞便形態、次數、用力程度及排便後感覺。生活作息改變、纖維攝取不足、藥物或其他疾病都可能有影響；纖維並非適合所有成因或所有人，症狀明顯時可先與醫生討論。若盆底肌肉協調有困難，只增加排便次數可能未能解決問題。新出現的劇烈腹痛、嘔吐、不能排氣、便血或突然持續改變，應接受醫療評估。診症時亦可提及如廁姿勢、逗留時間，以及是否需要按壓或用手協助排便，這些細節有助分辨排出困難。初步處理無效時應重新評估，不宜自行反覆大幅改變方法。 醫生可能檢視部分止痛藥或鐵劑等會造成便秘的藥物，亦會了解大便偏軟時是否仍難以排出。這些細節有助分辨蠕動較慢與排便或盆底協調問題。

> **診症時須討論**
> 評估會了解症狀多久、糞便形態、飲食和水分、活動量、其他疾病，以及可能有影響的藥物。若長期用力或排不乾淨，有時是盆底肌肉未能協調放鬆，不單是大便乾硬。可能成因、其他症狀及以往處理方式，有助討論合適選項和是否需要進一步檢查。

相關疾病

腸腦互動障礙（DGBI） 肛裂

專業參考資料: AGA / ACG • Chronic idiopathic constipation

---

https://paulng.clinic/conditions/gut-brain/#functional-constipation

功能性消化不良

功能性消化不良屬腸道與腦部互動障礙，可引起上腹痛或灼熱、吃少量便飽，或餐後不適的飽滯感；經適當評估後，未有其他疾病足以解釋症狀。

症狀是真實的，並不表示必然有胃潰瘍、癌症或胃排空延遲。功能性消化不良並非胃炎或胃輕癱的別稱，但不同情況可以並存。評估會考慮症狀模式、用藥、幽門螺旋菌及其他原因。並非每位病人都需要照胃鏡；醫生會按年齡、家族史、警號症狀及本地風險判斷。處理可包括飲食調整、在適當情況下治療幽門螺旋菌、抑酸藥物或其他個別選擇的治療。

> **診症時須討論**
> 持續或反覆不適應與醫生討論，不宜只反覆自行服藥。吞嚥困難逐漸加重、無故消瘦或持續嘔吐須盡快評估；吐血或黑色柏油狀大便可能需要急症處理。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

胃鏡（OGD）

相關疾病

腸腦互動障礙（DGBI） 幽門螺旋菌感染 胃炎
胃排空延遲（胃輕癱）
胃食道逆流病（GERD）
專業參考資料: BSG • Functional dyspepsia guideline

---

https://paulng.clinic/conditions/gut-brain/#functional-dyspepsia

乙型肝炎（乙肝）

乙型肝炎病毒會感染肝臟，感染後可清除，也可能持續成為慢性感染。慢性乙肝可長期引起肝臟發炎、纖維化、肝硬化及肝癌，早期往往沒有症狀。一組血液檢查可分辨現時感染、過往感染或疫苗免疫，並協助評估病毒活躍度及肝臟受損情況。

乙肝表面抗原、抗體及病毒 DNA 各自回答不同問題，通常須一併解讀，有時還要覆驗。慢性感染的活躍程度會變化，因此即使感覺良好或單次肝功能正常，仍可能需要覆查。抗病毒治療可抑制病毒，但未必將病毒完全清除，故治療期間及之後仍可能要跟進。未有免疫力的人可詢問接種疫苗。不要共用針具、剃鬚刀或可能沾血的牙刷；日常接觸、共餐和擁抱不會傳播乙肝。慢性感染者可與醫生討論家人及伴侶的檢測、未有免疫力時接種疫苗，以及避免血液接觸的方法。未經醫囑不要自行停用抗病毒藥，因停藥後病毒可能再度活躍。 乙肝患者即使完全沒有不適，感染仍可

能活躍，因此覆查不應只按症狀決定。懷孕計劃、其他肝病和用藥都可能影響監察方式或時間，宜在診症時提出。

> **診症時須討論**
> 病毒及肝臟指標隨時間的變化很重要，單一次結果未必能決定疾病階段或治療需要。醫生會綜合病毒數值、肝功能、纖維化、年齡、家族史及其他健康因素，討論覆查或抗病毒治療；部分人士需要定期監察肝癌。病毒可經血液、性接觸或分娩前後傳播，日常社交接觸不會傳染；同住家人及伴侶可詢問檢測和接種疫苗。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

肝臟彈性掃描

相關疾病

丙型肝炎　肝纖維化　肝硬化
專業參考資料: AASLD ・ Hepatitis B

丙型肝炎（丙肝）

丙型肝炎是經血液傳播的病毒感染，可多年持續並逐漸造成肝臟疤痕，早期通常沒有明顯症狀。抗體測試顯示曾接觸病毒，但單靠抗體不能判斷感染是否仍在；HCV RNA 測試可檢查血液中目前有否病毒。現有直接作用抗病毒藥物可治癒大部分感染。

丙肝抗體呈陽性表示曾接觸病毒，RNA 檢測才可確認目前是否仍驗到病毒。現時口服抗病毒療程通常有固定期限且成功率高，但合適藥物取決於肝臟狀況、過往治療、其他疾病及藥物相互作用。覆查 RNA 可確認治癒；治癒後抗體通常仍會陽性，並不代表仍有感染。肝硬化患者仍須持續接受肝臟照護，並按需要監察肝癌，因為清除病毒不會消除既有疤痕。治癒後若再次接觸帶血物品仍可能重新感染，因此預防建議依然重要。醫生亦可按個人接觸史討論其他血液傳播感染檢測或相關人士評估。 治癒後抗體仍可陽性，不能用

來檢查有否再次感染；懷疑現時感染時須驗 RNA。開始抗病毒療程前應檢視所有藥物及補充品，避免相互作用影響選藥。

> **診症時須討論**
> 若驗出 RNA，評估會包括肝臟健康、纖維化程度、其他疾病及可能與治療相互作用的藥物。療程及覆查按個人情況選擇，之後以 RNA 測試確認治癒。已有嚴重纖維化或肝硬化的人士，治癒後仍可能需要肝臟跟進。避免共用可能沾血的個人物品；如擔心曾接觸病毒，可向醫生查詢。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

肝臟彈性掃描

相關疾病

肝纖維化　肝硬化　乙型肝炎
專業參考資料: AASLD ・ Hepatitis C

---

https://paulng.clinic/conditions/liver/#hepatitis-c

脂肪肝（肝脂肪變性疾病）

肝脂肪變性疾病是肝細胞內積聚過多脂肪，常與糖尿病、膽固醇異常或體重過高等代謝因素有關，但亦要考慮酒精、藥物及其他成因。有些人只有脂肪而沒有持續損傷，另一些人會發炎並逐漸纖維化。此病通常沒有特定症狀。

若肝脂肪變性同時有至少一項心臟代謝風險因素，可能使用 MASLD（代謝功能障礙相關脂肪性肝病）一詞；亦須檢視飲酒及藥物等其他成因。影像能發現脂肪，卻不能可靠判斷發炎程度或纖維化分期。即使驗血正常亦可能有明顯疤痕，因此醫生有時會分階段使用風險評分及肝臟硬度檢查。心血管健康同樣重要，因代謝因素會影響心臟和血管。飲食、活動、體重或藥物方面的改變，應以個人可安全持續的方式討論。血壓、血糖及膽固醇亦可能是整體照護的一部分，即使肝臟沒有症狀亦然。目標是找出可調整的風險並制定可行跟進，而非責怪患者或要求人人採用相同飲食。 影像見脂肪不能確定成因，也不能顯示有

否疤痕。綜合檢視代謝健康、飲酒及藥物，有助避免忽略其他因素，亦令後續風險評估更有參考價值。

> **診症時須討論**
> 評估可能包括了解飲酒和用藥、代謝健康、血液結果及影像，再估算纖維化風險；不能只依賴肝酵素。處理方法因人而異，可能要同時照顧相關代謝問題和可持續的健康習慣。驗血正常或超聲波見脂肪，都不能單獨判定疤痕程度；跟進安排視乎整體風險。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查　肝臟彈性掃描

相關疾病

代謝功能障礙相關脂肪肝病（MAFLD）　肝纖維化
專業參考資料: AASLD ・ Steatotic liver disease

---

https://paulng.clinic/conditions/liver/#fatty-liver

代謝功能障礙相關脂肪肝病（MAFLD）

MAFLD 是較早使用的名稱和診斷框架，指脂肪肝伴隨超重、二型糖尿病或其他代謝風險。它與較新的 MASLD 名稱並非完全相同，兩者定義和判定條件有所不同。兩者都描述代謝背景下的脂肪肝；影像看到脂肪本身不能確定成因，也不能顯示有否發炎或疤痕。酒精、藥物和其他肝病亦可能同時有影響。

MAFLD 是較早提出的診斷框架，採用脂肪肝加上代謝功能障礙的條件；它並非 MASLD 的另一種拼法，後者採用更新的共識標準。舊報告可能仍寫 MAFLD，現時評估則可能使用新術語。兩個名稱都不能單獨顯示發炎或纖維化程度，脂肪肝也可能有多個相關成因。可請醫生說明原診斷依據，以及目前評估會否改變風險判斷。

> **診症時須討論**

> 醫生會檢視原有 MAFLD 診斷依據、代謝健康、飲酒和用藥情況，並按需要排查其他原因。驗血和影像可發現脂肪及協助估算疤痕風險，但肝酵素正常不能排除纖維化。跟進會按整體健康情況而非名稱決定；醫生可說明現時用語是否適用及需否進一步評估。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查　肝臟彈性掃描

相關疾病

肝硬化　脂肪肝（肝脂肪變性疾病）
專業參考資料: AASLD ・ Steatotic liver disease

---

https://paulng.clinic/conditions/liver/#mafld

肝纖維化

肝纖維化是肝臟反覆受傷後形成的疤痕，例如病毒性肝炎、酒精相關損傷或代謝性肝病都可能造成。程度由輕微至嚴重不等；肝硬化則是較後期、肝臟結構及血流亦出現改變的階段。早期纖維化通常沒有明顯症狀。

非入侵性風險評分會用常規驗血及臨床資料；肝臟彈性檢查則估算組織硬度，兩者都不能完美顯示每一處疤痕。發炎、膽汁流通問題或肝臟充血可暫時令硬度升高，非肝病亦可能影響血液評分。若結果不一致或不明確，醫生可能討論重做檢查、改用其他影像，或在少數情況下考慮活檢。了解並處理肝損傷成因很重要，因纖維化風險及跟進需要取決於程度和成因是否持續。低風險結果在某些情況下可支持較少密集的跟進，但不代表毋須處理根本病因。醫生可解釋分數的實際意思，以及是否應在其他健康問題處理後再檢查。 肝臟硬度只是風險評估的一部分，不能單獨

代表肝功能或預測結果。可詢問醫生如何與驗血和舊檢查比較，以及先處理暫時影響因素後再檢查是否較易解讀。

> **診症時須討論**
> 血液風險評分及量度肝臟硬度的影像檢查，可在不切取肝組織下估算嚴重纖維化的可能性，但不是直接逐處量度疤痕。發炎、充血等因素亦可影響結果。醫生會結合驗血、病歷及可能病因解讀，並判斷是否適合覆查或轉介專科。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

肝臟彈性掃描

相關疾病

肝硬化 自身免疫性肝炎（AIH） 原發性膽汁性膽管炎（PBC） 乙型肝炎 丙型肝炎 脂肪肝（肝脂肪變性疾病）
專業參考資料: AASLD • Noninvasive liver assessment

https://paulng.clinic/conditions/liver/#liver-fibrosis

肝硬化

肝硬化是嚴重肝疤痕令肝臟結構扭曲，亦可能阻礙血液流經肝臟。有些人多年沒有不適，另一些人會出現腹水、擴張靜脈出血、神志混亂或黃疸等併發症。慢性病毒性肝炎、酒精相關損傷、代謝或自身免疫性肝病均可引起肝硬化。

「代償性」肝硬化指尚未出現主要併發症；「失代償性」則指曾出現腹水、出血或神志混亂等情況。這個區分有助評估風險和安排照護，但狀況可能隨時間改變。覆查可能包括肝功能、門靜脈高壓、營養和藥物評估，以及在適當情況下定期監察肝癌。醫生亦可能討論疫苗，以及避免酒精或可能加重肝損傷的藥物。吐血、黑便、突然神志混亂、腹脹兼發燒或黃疸迅速惡化均屬急症。保留藥物清單和覆查計劃，有助不同醫護人員協調照護；新出現水腫、嗜睡或食慾轉差亦應告知醫生。 可請照護團隊說明哪些變化須即日求助，以及哪些覆診或掃描屬例行安排。請保持最新用藥清單並告知新藥，因肝功能會影響部分藥物的處理。

> **診症時須討論**
> 照護會考慮病因、肝功能，以及有否門靜脈高壓或其他併發症。按需要可安排驗血、影像和胃鏡，並監察肝癌及預防或處理併發症。處理根本病因仍可能有幫助。吐血、黑便、新出現神志混亂、腹脹兼發燒或黃疸迅速惡化，均須即時求醫。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查　肝臟彈性掃描

相關疾病

乙型肝炎　丙型肝炎　代謝功能障礙相關脂肪肝病（MAFLD）　肝纖維化

專業參考資料: AASLD • Cirrhosis care

---

https://paulng.clinic/conditions/liver/#cirrhosis

自身免疫性肝炎（自體免疫性肝炎／AIH）

AIH 是免疫系統介導的肝臟發炎，可沒有明顯症狀，也可能引起疲倦或黃疸，或在肝功能異常時偶然發現。若發炎持續，可能形成纖維化和肝硬化；沒有單一抗體或檢查可單獨確診。

AIH 的診斷會綜合肝臟生化、免疫檢查及有時的組織結果，並評估其他肝炎成因。自體抗體不能單獨確診，病情活動度亦可隨時間改變；跟進一般會檢視肝功能血液結果和纖維化。

> **診症時須討論**
> 診斷會綜合肝酵素、免疫球蛋白、自體抗體、排除其他成因，並常需考慮肝活檢。結果須整體解讀，並評估發炎、疤痕及長期監察需要。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

肝臟彈性掃描

相關疾病

肝纖維化
專業參考資料: AASLD ・ Autoimmune hepatitis

---

https://paulng.clinic/conditions/liver/#autoimmune-hepatitis

原發性膽汁性膽管炎（PBC）

PBC 是慢性自身免疫疾病，會逐漸損害肝內細小膽管。膽汁流動受影響可令肝功能檢查異常、痕癢或疲倦，但有些人初次發現時沒有症狀；持續損傷可能造成肝臟疤痕。

PBC 常由膽汁淤積型肝功能異常及抗粒線體抗體引起懷疑，同時須考慮膽管阻塞和其他原因。部分抗體陰性人士需要進一步評估，典型個案未必需要活檢；長期跟進可監察肝功能、纖維化和相關健康問題。

> **診症時須討論**
> 評估通常會考慮膽汁淤積型肝功能指標、抗粒線體抗體或其他相關抗體，並排除其他原因。影像可評估膽管；若診斷仍不確定或考慮重疊疾病，部分情況才會考慮肝活檢。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

肝臟彈性掃描

相關疾病

肝纖維化
專業參考資料: AASLD • Primary biliary cholangitis

---

https://paulng.clinic/conditions/liver/#primary-biliary-cholangitis

肝囊腫

肝囊腫是肝內充滿液體的病灶，常在因其他原因做影像檢查時偶然發現。典型單純囊腫呈光滑薄壁及清澈液體影像，通常屬良性，常沒有症狀，也不需治療。影像不典型的病灶可能屬其他種類，不能一概當作單純囊腫。

單純肝囊腫通常可按超聲波、電腦掃描或磁力共振的典型外觀判斷；若特徵清楚且沒有相關症狀，一般不需額外檢查。內部分隔、不規則厚壁、結節或造影增強等複雜特徵，則須另作評估，可能安排專門影像檢查。囊腫成因並非全部相同，報告用詞和原始影像都很重要。若持續疼痛、發燒或症狀改變，應求醫檢視；但這些不適亦可能與囊腫無關。典型單純囊腫通常不會變成癌症，反覆掃描明確良性病灶未必帶來額外好處。若報告稱病灶性質未明或較複雜，下一步是釐清影像特徵，而非先作最壞推測。 若報告形容病灶複雜或性質未明，下一步通常是用合適影像釐清特徵，而非只憑「囊腫」一詞下結論。舊影像有助判斷外觀是否穩定。

> **診症時須討論**
> 醫生會查看原有影像及報告，留意內部分隔、壁層增厚、實質部分或造影變化等特徵，並結合症狀和病歷。診斷未明時可能需要其他影像檢查。很大的囊腫有時會引起痛楚或飽脹，但亦須考慮其他原因；是否跟進取決於實際影像診斷。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查
專業參考資料: ACG ・ Focal liver lesions

---

https://paulng.clinic/conditions/liver/#liver-cysts

膽石（膽囊結石）

膽石是膽囊內由膽汁成分形成的固體沉積物，很多是偶然發現而一生沒有症狀。若結石阻塞膽囊出口，可引起上腹持續疼痛，進食後有時更明顯；若移入膽管，則可能阻礙膽汁流通，引致黃疸、感染或胰臟炎。

典型膽石痛多在上腹逐漸加劇並持續一段時間後緩解，反覆發作有時與進食有關，但單靠飯後疼痛不能確定病因。超聲波可顯示膽囊結石；若懷疑膽管結石，可能需要驗血或額外影像。偶然發現膽石的人很多一直沒有症狀，也未必需要手術。若持續痛楚伴隨發燒、眼白或皮膚變黃、大便顏色變淡、尿色深或反覆嘔吐，可能是併發症，應盡快評估。痛楚有時會放射至背部或右肩，但位置各異，其他疾病亦可造成相似症狀。醫生會衡量結石與不適的關聯，以及介入可能帶來的好處和風險。 影像上的結石可能只是偶然發現，因此須核對痛楚位置、發作時間與掃描所見，才判斷是否相關。突發劇痛、黃疸或發燒可能表示阻塞或感染，不應等候例行覆診。

> **診症時須討論**
> 超聲波及症狀模式有助分辨偶然發現的膽石與引起問題的結石；若懷疑膽管併發症，醫生或會考慮血液或其他影像檢查。觀察或治療的取捨視乎症狀、併發症及整體健康。上腹痛同時發燒、黃疸、尿色變深或持續劇痛，應盡快求醫。

相關程序資訊

ERCP 一般用於個別膽管或胰管問題，並非單純膽囊結石的常規處理。以下是教育資訊，並非治療建議。

內視鏡逆行膽胰管造影（ERCP） 腹部影像檢查

相關疾病

膽囊瘜肉 膽囊切除術後症狀
專業參考資料: ACG • Gallbladder and gallstone disorders

---

https://paulng.clinic/conditions/gallbladder/#gallstones

膽囊瘜肉／膽囊息肉

膽囊瘜肉是超聲波常見的膽囊壁小突起。很多其實是膽固醇沉積或其他非癌性變化，並非真正腫瘤；少數才可能是有惡性潛力的增生。超聲波報告寫上「瘜肉」，未必能單獨確定組織類型。

超聲波有時會把膽囊皺褶、附着膽泥或膽固醇沉積看成瘜肉，小型病灶的尺寸亦可能因檢查而稍有差異。查看影像及比較報告有助分辨穩定發現與確實變化。大小重要，但還須考慮生長情況、膽囊壁外觀和個人風險。有些發現無需處理，另一些可考慮覆查超聲波或專科意見；是否手術須衡量估計風險及手術利弊。如建議覆查，時間會按影像特徵和個人因素安排，不代表所有瘜肉都會增長。帶同以往影像報告，可幫助較準確比較變化。 可確認報告有否描述固定的膽囊壁病灶、最大尺寸及檢查日期，方便比較影像。相差數毫米有時源於量度差異，未必代表確實增長。

> **診症時須討論**

> 醫生會考慮量度大小、形狀、膽囊壁有否增厚、與舊影像相比有否變化，以及個人相關風險因素。超聲波量度本身有一定差異，輕微大小變化須小心解讀。按整體情況，可能建議覆查影像、專科評估或討論手術；不能只根據「瘜肉」一詞決定。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查

相關疾病

膽石
專業參考資料: ESGAR / ESGE et al. • Gallbladder polyps

---

https://paulng.clinic/conditions/gallbladder/#gallbladder-polyps

膽囊切除術後症狀

膽囊切除後持續或新出現的消化症狀，有時統稱為膽囊切除術後症候群；這描述一種症狀情況，並非單一疾病。可能原因包括殘留或復發膽管結石、膽管問題、逆流、腸道功能障礙或其他非膽道疾病。

膽囊切除後症狀有多種可能成因，這個統稱不代表手術必然造成單一持續疾病。視乎發現，評估可能包括肝功能和非侵入性膽管影像，亦會考慮常見的非膽道成因；ERCP 等程序通常只在有明確原因時考慮，因為程序本身有風險。

> **診症時須討論**
> 評估會了解手術原因、症狀時間和特徵、手術紀錄及相關檢查。進一步檢查可評估膽管或其他原因；單靠症狀不能確診括約肌疾病，選擇檢查須配合臨床發現。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查

相關疾病

膽汁倒流（膽汁反流） 膽汁酸腹瀉／膽汁酸吸收不良 膽石
專業參考資料: ASGE ・ Biliary tract disorders and choledocholithiasis

---

https://paulng.clinic/conditions/gallbladder/#post-cholecystectomy-syndrome

慢性胰臟炎

慢性胰臟炎涉及胰臟持續發炎及形成疤痕。部分人會反覆上腹痛，有時延伸至背部；隨時間可能影響消化或血糖調節，但症狀與病程因人而異。

成因及風險因素包括酒精、吸煙、反覆急性胰臟炎、遺傳及其他胰臟疾病，不能一概歸因於飲酒。診斷會結合病史和影像，常用電腦掃描或磁力共振，必要時再作專科檢查；單憑腹痛或一次胰酵素驗血結果不能確診。照顧可包括處理病因、戒煙、避免酒精、營養、痛楚及糖尿病管理。胰酵素補充用於消化酵素不足，並非每位患者都需要。內視鏡或手術只在專科評估後為特定問題考慮。慢性胰臟炎不等於胰臟癌，雖然日後風險可增加，監察安排亦不是人人相同。

> **診症時須討論**
> 持續腹痛、油脂便、體重下降或血糖轉變應與醫生討論。突發劇痛、持續嘔吐、發燒或新出現黃疸須盡快評估，不應當作一般病情發作。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查　營養評估及營養不良

相關疾病

胰臟外分泌功能不全（PEI）　胰臟囊腫

專業參考資料: ACG ・ Chronic pancreatitis guideline

---

https://paulng.clinic/conditions/pancreatic-conditions/#chronic-pancreatitis

胰臟外分泌功能不全（PEI）

PEI 是腸道內胰臟消化酵素不足以正常消化食物，可影響脂肪和其他營養素吸收。有時會有油膩或難沖走的大便、腹瀉、體重下降或營養缺乏，但這些症狀也有其他成因。

糞便彈性蛋白酶是間接評估胰臟酵素分泌的常用檢查，但水樣樣本可能令數值偏低，結果須配合臨床情況解讀。影像可檢查胰臟結構，卻不能證明消化功能足夠；醫生亦可能檢視營養指標和吸收不良的其他成因。

> **診症時須討論**
> 評估會考慮胰臟疾病或手術史、症狀、體重和營養狀況。糞便彈性蛋白酶常用於評估，但水樣糞便會影響結果；影像可檢視胰臟，卻不會直接測量消化功能。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查 營養管理 營養評估及營養不良
飲食支援及口服營養補充品

相關疾病

慢性胰臟炎
專業參考資料: UEG et al. • Pancreatic exocrine insufficiency guideline

---

https://paulng.clinic/conditions/pancreatic-conditions/#pancreatic-exocrine-insufficiency

胰臟囊腫（胰腺囊腫）

胰臟囊腫是胰臟內或旁邊的液體空間，常在掃描時偶然發現。部分與過往發炎有關，另一些源自胰管或形成囊腫的增生；不同類型日後變化各異。很多囊腫長期穩定，但某些類型可出現令人關注的變化，因此「囊腫」並非單一診斷或風險類別。

囊腫類型通常會按位置及與胰管的連接情況推測，但影像未必能完全確定診斷。MRI／MRCP可觀察胰管及囊腫變化；內視鏡超聲波可取得更近的影像，有時亦能抽取囊液，但並非每個偶然發現都需要。評估會考慮可疑特徵、生長、胰臟炎等症狀、年齡、整體健康及患者能否受惠於介入。監察可能涉及定期影像；專科醫生可解釋建議的檢查或覆查間隔。監察目的是及早發現有意義的變化，同時避免安排不會改變處理方式的檢查。保留舊影像報告作比較，有時比單次量度更有參考價值。 影像報告對胰管連接及其他特徵的

描述，有助縮窄可能類型，但未必能單獨確診。專科醫生可按年齡、健康及囊腫所見，解釋監察和進一步程序的取捨。

> **診症時須討論**
> 評估會比較舊影像，並考慮大小、增長、是否連接胰管、胰管擴闊、有否結節或實質部分、症狀及整體健康。MRI／MRCP 常有幫助；只有在結果可能影響決策時，才會為部分患者考慮內視鏡超聲波及抽取囊液。監察、進一步檢查或介入均視乎個別特徵，單是發現囊腫並不代表需要手術。

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

腹部影像檢查

相關疾病

慢性胰臟炎
專業參考資料: ACG • Pancreatic cysts

---

https://paulng.clinic/conditions/pancreatic-conditions/#pancreatic-cysts

胃鏡（OGD）

胃鏡（OGD）的預約及檢查前安排，請與護士確認個別指示。

胃鏡（OGD）及大腸鏡均由吳昊醫生親自進行，不會交由其他醫生代做，檢查後的跟進亦由吳醫生負責。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

這項檢查是甚麼？

胃鏡（OGD）以柔軟的內視鏡經口腔觀察食道、胃及十二指腸。醫生可按需要評估是否取組織樣本。

本頁內容

預約安排 檢查前的準備 確認地點 檢查過程、用途與後續 檢查後會怎樣？ 診症及檢查收費

預約安排

胃鏡及大腸鏡等檢查均須預約；檢查地點及個別準備指示請向護士確認。

預約形式

診症及內視鏡服務均須預約。

安排日期

星期一至六. 請與護士確認可預約時間。

檢查前的準備

如安排胃鏡檢查，請先與護士確認預約、地點及檢查前安排。

可安排即日胃鏡（OGD）檢查。檢查前須禁食六小時。

檢查前實用清單

1. 確認到達時間及地點

   向護士確認日期、到達時間及實際診所或醫院。預留登記及準備時間；到達時間可能與檢查時間不同。

2. 依照個別準備指示

   胃鏡前須禁食六小時。請向護士確認何時停止進食及飲水，並遵從個別指示。如未能依照禁食指示，請於出發前聯絡護士。

3. 確認藥物及健康資料

   請告知護士您正在服用的藥物（尤其是抗凝血藥或糖尿病藥物）、藥物過敏及相關健康狀況。除非您的醫護人員另有指示，請勿自行停藥或更改劑量。

4. 準備攜帶物品

   帶備身份證明、預約或轉介資料（如有）、現時藥物清單及相關舊報告。如打算索償，可帶備保險卡或保單資料及索償表格（如有）；保險文件並非就診必需。

5. 如接受鎮靜，預先安排回家陪同

   安排一位負責任的成年人陪同回家，並按指示在之後提供照顧。請勿打算自行駕車回家。向護士確認陪同要求，以及多久內須避免駕駛、飲酒、操作機器及作重要決定；如無人陪同，請提前告知護士。

確認地點

診症及內視鏡服務可於香港島或九龍安排。請在預約時向護士確認實際就診地點。

中環

香港中環皇后大道中30號娛樂行20樓

地圖及路線

尖沙咀

九龍尖沙咀金馬倫道37號7樓

地圖及路線

私家醫院

如檢查安排於私家醫院，請向護士確認實際醫院及時間。

港怡醫院聖保祿醫院香港浸信會醫院聖德肋撒醫院

> 請勿只按地址自行前往；預約時請與護士確認診症地點及時間。

檢查過程、用途與後續

檢查時，醫生會將細長、可彎曲的內視鏡由口腔引入，逐段觀察食道、胃及十二指腸。可能會送入少量空氣或氣體以展開胃部，並吸走液體；短暫作嘔、腹脹或打嗝均可能出現。喉部噴劑或鎮靜安排視乎個別計劃，護士會說明適用於您的安排。

胃鏡可協助查找上消化道症狀的原因，並觀察發炎、潰瘍或其他黏膜變化。內視鏡影像只反映檢查時可見的部位，並非所有疾病都能單靠胃鏡診斷；如有需要，醫生可取少量組織作化驗。取樣通常不會令人感到明顯痛楚，結果及跟進安排由醫療團隊向您說明。

嚴重併發症並不常見，但可能包括出血、穿孔，以及（如使用鎮靜）與鎮靜相關的反應。檢查後可有短暫喉嚨不適或腹脹；請依照醫護人員提供的恢復及離院指示。若曾接受鎮靜，請遵從有關駕駛及照顧安排的指示。如出現劇烈或加重的胸腹痛、發燒、呼吸困難或大量出血，請立即求醫。

檢查後會怎樣？

恢復及回家安排

胃鏡後可有短暫喉嚨不適或腹脹。如曾使用喉部噴劑，請待醫護人員確認可安全吞嚥後才進食或飲水。

在恢復區休息，直至醫護人員確認可離開。請遵從書面離院指示，包括飲食、藥物及活動安排。如接受鎮靜，請由預先安排的陪同者接送，並遵從醫護人員提供的限制。

結果及跟進

檢查後的跟進由吳昊醫生負責。醫療團隊會在您適合聽取說明時講解所見；組織或瘜肉化驗結果可能仍待完成。離開前請確認如何及何時取得結果、是否需要覆診，以及如未按安排收到消息應聯絡誰。

> #### 何時需要求醫
>
> 如出現劇烈或加重的胸腹痛、發燒、呼吸困難、吐血或大量出血，請立即求醫。

> 如症狀嚴重，請前往急症室或在香港致電 999，切勿等候 WhatsApp 或 WeChat 回覆。如有非緊急的恢復或結果問題，請使用離院資料上的聯絡方式或以下診所聯絡方法向護士查詢。

診症及檢查收費

診症及內視鏡收費請參閱「到診資訊」的收費部分。如需個別報價，請聯絡我們，並告知您考慮在中心還是醫院進行診症／檢查。

查看診症及檢查收費透過 WhatsApp 確認收費

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

胃食道逆流病（GERD） 反流性食道炎 巴雷特食道 胃炎 胃潰瘍 幽門螺旋菌感染 胃腸化生 乳糜瀉（麩質敏感性腸病） 嗜酸性食道炎（EoE） 食道動力障礙 食道失弛緩症 功能性消化不良 自身免疫性胃炎

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

內視鏡黏膜切除術（EMR） 染色內視鏡 窄頻影像內視鏡（NBI） 放大內視鏡 內視鏡活組織檢查

繼續閱讀

Bravo 無線酸鹼值監測 食道壓力測試

---

https://paulng.clinic/gastroscopy/

大腸鏡

大腸鏡的預約及腸道準備安排，請以護士提供的個別指示為準。

胃鏡（OGD）及大腸鏡均由吳昊醫生親自進行，不會交由其他醫生代做，檢查後的跟進亦由吳醫生負責。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

這項檢查是甚麼？

大腸鏡以柔軟的內視鏡觀察大腸內壁；醫生可按情況考慮取組織樣本或處理瘜肉。檢查前須依照個別指示完成腸道準備。

本頁內容

預約安排 檢查前的準備 確認地點 檢查過程、用途與後續 檢查後會怎樣？ 診症及檢查收費

預約安排

胃鏡及大腸鏡等檢查均須預約；檢查地點及個別準備指示請向護士確認。

預約形式

診症及內視鏡服務均須預約。

安排日期

星期一至六. 請與護士確認可預約時間。

檢查前的準備

腸道準備方案及飲食安排會按個別情況指示；開始時間、飲食選擇及藥物安排請依照護士提供的指示，勿自行更改方案。

提供 GI Clean、Pico-Prep 及 Linzess Modified 腸道準備方案。病人安全是我們的首要考慮；方案會按病人的個別情況選擇。

檢查前實用清單

1. 確認到達時間及地點

   向護士確認日期、到達時間及實際診所或醫院。預留登記及準備時間；到達時間可能與檢查時間不同。

2. 依照個別準備指示

   依照個別低渣飲食、清流質、清腸藥及禁食時間表。飲食安排不能代替處方清腸藥。如無法完成準備、嘔吐清腸藥，或不確定清腸是否足夠，請於出發前聯絡護士。

3. 確認藥物及健康資料

   請告知護士您正在服用的藥物（尤其是抗凝血藥或糖尿病藥物）、藥物過敏及相關健康狀況。除非您的醫護人員另有指示，請勿自行停藥或更改劑量。

4. 準備攜帶物品

   帶備身份證明、預約或轉介資料（如有）、現時藥物清單及相關舊報告。如打算索償，可帶備保險卡或保單資料及索償表格（如有）；保險文件並非就診必需。

5. 如接受鎮靜，預先安排回家陪同

   安排一位負責任的成年人陪同回家，並按指示在之後提供照顧。請勿打算自行駕車回家。向護士確認陪同要求，以及多久內須避免駕駛、飲酒、操作機器及作重要決定；如無人陪同，請提前告知護士。

腸道準備參考資料（ASGE）

確認地點

診症及內視鏡服務可於香港島或九龍安排。請在預約時向護士確認實際就診地點。

中環

香港中環皇后大道中30號娛樂行20樓

地圖及路線

尖沙咀

九龍尖沙咀金馬倫道37號7樓

地圖及路線

私家醫院

如檢查安排於私家醫院，請向護士確認實際醫院及時間。

港怡醫院聖保祿醫院香港浸信會醫院聖德肋撒醫院

> 請勿只按地址自行前往；預約時請與護士確認診症地點及時間。

檢查過程、用途與後續

檢查時，醫生會將柔軟的內視鏡經肛門送入大腸，並逐段觀察腸道內壁。為看清腸壁，檢查期間會送入空氣或氣體；您可能感到腹脹或有便意，醫護人員亦可能請您轉換姿勢。檢查方式及鎮靜安排因人而異，請按預約時護士提供的個別資料準備。

大腸鏡可協助評估腸道症狀及檢查黏膜變化。若有需要，醫生可取組織作化驗，或處理發現的瘜肉；是否進行及其後續安排由醫生按檢查情況決定。腸道準備不足、腸道彎曲或其他因素有時會限制觀察範圍，因此檢查未必能發現所有病變，亦可能需要另作評估。

可能的風險包括出血（尤其取樣或切除瘜肉後）、腸穿孔，以及（如使用鎮靜）相關反應；嚴重併發症並不常見。檢查後短暫腹脹或排氣增加並不少見，請依照醫護人員的恢復及離院指示。若曾接受鎮靜，請遵從有關駕駛及照顧安排的指示。如出現大量或持續出血、劇烈或加重腹痛、發燒或暈厥，請立即求醫。

檢查後會怎樣？

恢復及回家安排

大腸鏡後短暫腹脹或排氣增加並不少見。如曾取樣或切除瘜肉，請遵從額外的飲食、藥物及活動指示。

在恢復區休息，直至醫護人員確認可離開。請遵從書面離院指示，包括飲食、藥物及活動安排。如接受鎮靜，請由預先安排的陪同者接送，並遵從醫護人員提供的限制。

結果及跟進

檢查後的跟進由吳昊醫生負責。醫療團隊會在您適合聽取說明時講解所見；組織或瘜肉化驗結果可能仍待完成。離開前請確認如何及何時取得結

果、是否需要覆診，以及如未按安排收到消息應聯絡誰。

何時需要求醫

如出現大量或持續出血、劇烈或加重腹痛、發燒、呼吸困難或暈厥，請立即求醫。切除瘜肉後的出血亦可能於回家後出現。

如症狀嚴重，請前往急症室或在香港致電 999，切勿等候 WhatsApp 或 WeChat 回覆。如有非緊急的恢復或結果問題，請使用離院資料上的聯絡方式或以下診所聯絡方法向護士查詢。

診症及檢查收費

診症及內視鏡收費請參閱「到診資訊」的收費部分。如需個別報價，請聯絡我們，並告知您考慮在中心還是醫院進行診症／檢查。

查看診症及檢查收費透過 WhatsApp 確認收費

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

大腸瘜肉　潰瘍性結腸炎（UC）　克隆氏症　放射性直腸炎　大腸憩室病／憩室炎　顯微鏡下結腸炎

相關程序資訊

以下是一般資訊，不代表你需要接受相關檢查或治療。

大腸瘜肉切除術　內視鏡黏膜切除術（EMR）　染色內視鏡　窄頻影像內視鏡（NBI）　放大內視鏡　內視鏡活組織檢查

繼續閱讀

膠囊內視鏡　痔瘡橡皮圈結紮

---

https://paulng.clinic/colonoscopy/

膠囊內視鏡

了解這項檢查的用途、限制，以及檢查前後需要討論的事項。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

簡介

膠囊內視鏡是一枚小型、可吞服的攝影膠囊，會隨消化道自然移動，並把影像傳送至佩戴在身上的記錄器。

本頁內容
膠囊可觀察甚麼　用途、風險與限制　檢查準備與後續　如何理解結果

膠囊可觀察甚麼

它主要用來觀察小腸；一般胃鏡和大腸鏡無法完整看到小腸的大部分範圍。醫生可能在調查原因未明的出血或貧血，或評估某些疑似小腸疾病時

考慮此檢查，尤其是先前檢查仍未能解答疑問時。膠囊沿途拍攝一系列畫面，不能由醫生即時操控；檢查後由醫護人員讀取影像，並結合你的症狀判斷是否需要進一步檢查。

用途、風險與限制

膠囊只能拍攝影像，不能取得組織樣本、切除瘜肉或止血。因此，若發現需要進一步觀察、取樣或治療的問題，可能還要安排其他內視鏡或程序。一個重要限制是腸道狹窄可能令膠囊通過延遲或滯留；這種情況並不常見，但有時需要進一步處理才能取出。請告訴醫生你是否曾腸阻塞或接受腸道手術、已知有狹窄或克隆氏症、吞嚥有困難，或使用植入式醫療裝置，幫助評估是否適合檢查，以及是否要先作其他檢查（例如可溶解的通暢性膠囊）。影像未必每次都能清楚顯示全部範圍，正常結果也不能排除所有症狀原因。

檢查準備與後續

準備方式因人和檢查安排而異，醫護人員可能會說明飲食、腸道準備、藥物、何時吞服膠囊及感應帶或記錄器的使用方法。請遵從為你預約提供的指示，不要套用其他病人的準備辦法。可向護士確認如何固定記錄器、哪些活動適合、是否要

記錄症狀或進食，以及設備如何和何時交還。膠囊通常會自然排出；若擔心膠囊未排出或出現新症狀，應按醫護人員提供的聯絡方法查詢。醫護人員也會說明結果預計何時完成，以及如何討論檢查結果。若吞嚥藥片有困難，請在檢查前告訴團隊，不要勉強吞下膠囊。單靠影像有時未能看清所有位置，醫生可能會建議其他檢查；膠囊也不會即時傳送警報或讓醫護人員即時看到畫面。可先確認檢查當日是否需要陪同、記錄期間可否照常活動，以及設備的歸還和查詢方法。亦可詢問醫生檢查主要針對哪個疑問，以及若影像不完整或仍有症狀，下一步會如何評估。檢查不是即時診斷，結果需待影像讀取後結合病史解釋；不宜只憑一次正常記錄自行排除持續不適的原因。

如何理解結果

報告可能顯示疑似出血位置、發炎或其他異常，但影像不能代替組織診斷。如果記錄不完整，或發現需要進一步評估的病變，醫生可能討論影像檢查或器械輔助小腸鏡。正常記錄亦須連同症狀及先前檢查結果理解。

> 本頁提供一般資訊，並非建議你接受某項檢查。醫護團隊會按你的情況解釋是否適合，

> 以及個別的準備與跟進安排。

專業參考資料

- ASGE · 膠囊內視鏡

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

克隆氏症

繼續閱讀

大腸鏡（腸鏡） 胃鏡（OGD）

---

https://paulng.clinic/video-capsule-endoscopy/

內視鏡活組織檢查

內視鏡活組織檢查（活檢）是取少量消化道內壁組織作化驗，用於評估發炎、感染等多種情況。取活檢並不表示一定懷疑癌症。

為甚麼取活組織？

活檢可協助評估幽門螺旋菌、胃炎、乳糜瀉、嗜酸性食道炎、顯微鏡下結腸炎或可見異常。部分疾病即使內壁看來正常，仍需要取樣。

數量與位置須配合臨床問題；針對性和系統性取樣作用不同，並非每人都要所有類型。小片活檢亦不等於整粒瘜肉或整個病變切除。

取樣及化驗過程

醫生把小型活檢鉗經內視鏡送入取樣，標示位置後交化驗室檢查。黏膜取樣一般不會有獨立明顯痛感，但內視鏡過程本身可有不適。

外觀所見可能當日討論，病理則需要額外時間，特殊化驗可能更久。請確認何時及如何覆診解釋結果；樣本只代表取到的組織，若不足或未具代表性，可能須再評估。

安全與結果判讀

可有少量出血，嚴重出血並不常見，但須看取樣位置、藥物及健康。穿孔及鎮靜等其他風險亦與內視鏡及附加治療有關。

請告知薄血藥及出血問題，勿自行改藥。遵從出院指示；大量出血、黑色柏油狀大便、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛須緊急評估。活檢正常亦不能排除所有症狀原因。

個別安排，並非常規必需

這些技術可在合適的胃鏡或大腸鏡中使用，並非人人都需要。請與團隊確認方法、設備、場地、同意程序、準備及出院安排。藥物須按個別指示處理，勿自行停用薄血藥。

> 檢查後若大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛，須緊急求醫。本指南不能代替診症。

繼續閱讀

幽門螺旋菌感染

胃炎

自身免疫性胃炎

胃腸化生

乳糜瀉（麩質敏感性腸病）

顯微鏡下結腸炎

嗜酸性食道炎（EoE）

潰瘍性結腸炎（UC）

克隆氏症

巴雷特食道

胃潰瘍

大腸瘜肉切除術

內視鏡黏膜切除術（EMR）

胃鏡（OGD）

大腸鏡

專業參考資料

ASGE ・ Upper endoscopy and biopsiesBSG ・ Colorectal surveillance in inflammatory bowel disease (2025)

---

https://paulng.clinic/endoscopic-biopsies/

幽門螺旋菌培養及抗生素敏感性測試

透過胃鏡取得胃黏膜活組織，在化驗室培養幽門螺旋菌，再測試其對抗生素的敏感性，協助醫生選擇除菌療法。這與幽門螺旋菌吹氣測試的用途不同。

何時考慮檢測？

曾接受除菌治療但仍有感染，尤其多次治療失敗時，醫生可能考慮抗生素敏感性測試。是否檢測須結合過往療程、服藥情況、藥物過敏及本地抗藥性資料決定。

並非每位首次發現感染的病人都需要培養或胃鏡。請帶同過往除菌處方、抗生素使用紀錄及覆檢結果。

如何取樣及準備？

通常在胃鏡檢查時取得胃黏膜樣本。培養需要特定的收集及運送安排，應事先與醫生及化驗室協調；一般病理化驗樣本不能自動用來培養。

抑酸藥、抗生素及鉍劑可能降低檢測的敏感度。醫生會按病情安排停藥時間；常需停用質子泵抑制劑約兩星期，以及抗生素及鉍劑約四星期，但切勿自行停藥。胃鏡的禁食、鎮靜及風險安排亦須個別確認。

結果有甚麼限制？

如成功培養，可測試細菌對指定抗生素的敏感性或抗藥性。檢測的藥物種類及所需時間因化驗室而異，結果有助選藥，但不保證除菌成功。

幽門螺旋菌較難培養；藥物、樣本量、運送及處理均可影響結果。培養陰性不代表沒有感染。部分情況可考慮分子抗藥性檢測，但其可檢測的抗藥性範圍與培養不同。

治療及覆檢

醫生會結合化驗結果、過往療程及藥物耐受情況選擇治療，請勿自行更換抗生素。培養與藥敏測試亦不能取代療程後的除菌確認。

治療後通常以尿素呼氣測試或合適的糞便抗原測試確認除菌，至少在完成抗生素後四星期進行，並按指示處理抑酸藥及其他干擾因素。抗體驗血不適合用來確認除菌。

與醫生及化驗室預先安排

檢測是否合適、取樣方式、供應安排、收費及結果時間須個別確認。本頁為一般資訊，並非個別診斷或用藥建議。

繼續閱讀

幽門螺旋菌感染

胃炎

胃潰瘍

內視鏡活組織檢查

幽門螺旋菌尿素呼氣測試

専業参考資料

ACG ・ H. pylori guideline highlights (2024)AGA ・ Management of refractory H. pylori infection

---

https://paulng.clinic/h-pylori-culture-sensitivity/

大腸瘜肉切除術

大腸瘜肉切除術是在照大腸鏡時移除腸壁上的瘜肉（息肉）。切除部分癌前瘜肉可減低日後大腸癌風險，但不同瘜肉的性質、風險及合適處理方法並不相同。

為甚麼考慮切除？

部分腺瘤及鋸齒狀病變可隨時間演變成癌症。很多瘜肉沒有症狀，單看外觀亦不能完全確定組織類型。

醫生會考慮大小、形狀、位置、可能性質、用藥及整體健康。大型或複雜病變可能須另作專科切除安排，而非在首次大腸鏡即時處理。

如何移除瘜肉？

醫生可用稱為圈套器的金屬圈套住並切除瘜肉。冷圈切除不使用切割電流；熱圈切除則使用電流。方法須配合病變，並非某一種永遠最好。

取出的組織通常送病理化驗。部分病變需內視鏡黏膜切除術（EMR）、其他進階技術或手術。在合適情況下可用止血夾控制或減低出血風險，但並非每粒瘜肉都需要。

風險、恢復與覆查

出血可在切除時或數日後出現，亦有穿孔、未完全切除及鎮靜相關風險；實際風險取決於病變和技術。

腸道準備、藥物、飲食及活動須遵從醫護指示，切勿自行停用薄血藥。覆查按病理、切除完整性及檢查質素決定，並無統一年期。大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇腹痛須緊急評估。

個別安排，並非常規必需

這些技術可在合適的胃鏡或大腸鏡中使用，並非人人都需要。請與團隊確認方法、設備、場地、同意程序、準備及出院安排。藥物須按個別指示處理，勿自行停用薄血藥。

> 檢查後若大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛，須緊急求醫。本指南不能代替診症。

繼續閱讀

大腸瘜肉

內視鏡黏膜切除術（EMR）

內視鏡活組織檢查

大腸鏡

專業參考資料

ESGE ・ Colorectal polypectomy and EMR (2024)ASGE ・ Upper endoscopy and biopsies

---

https://paulng.clinic/colonic-polypectomy/

內視鏡黏膜切除術（EMR）

EMR 經內視鏡移除消化道內壁上合適的表淺病變，常用於較大或較平坦、不能以簡單瘜肉切除處理的病變。並非所有病變或癌症都適合。

甚麼病變會考慮 EMR？

評估會考慮大小、形狀、位置、表面特徵及可能入侵深度。合適病變有時可藉此避免外科手術，但較深層入侵可能需要其他處理。

EMR 與內視鏡黏膜下剝離術（ESD）是不同技術；選擇取決於臨床需要、能否取得完整標本、專業經驗及個人風險。診斷評估不保證同次切除。

切除過程

傳統 EMR 常先在病變下方注射液體，把組織抬起，再以圈套器切除。部分情況可考慮水下 EMR 等方法。病變可能整塊或分片取出。

組織須作病理化驗。分片切除可能令邊緣判讀較困難；檢查場地、鎮靜及是否需過夜觀察，須按部位、複雜程度及病人健康決定。

風險與切除位置覆查

EMR 可引起即時或延遲出血、穿孔；使用熱能亦可能損傷腸壁。殘留或復發組織可能需再治療，外觀已切清並不表示無需跟進。

疤痕覆查須按病變、病理及切除完整性安排，分片切除尤其需要跟進。勿自行改藥，並遵從出院指示。大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛須緊急求醫。

個別安排，並非常規必需

這些技術可在合適的胃鏡或大腸鏡中使用，並非人人都需要。請與團隊確認方法、設備、場地、同意程序、準備及出院安排。藥物須按個別指示處理，勿自行停用薄血藥。檢查後若大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛，須緊急求醫。本指南不能代替診症。

繼續閱讀

大腸瘜肉

大腸瘜肉切除術

內視鏡活組織檢查

胃鏡（OGD）

大腸鏡

專業參考資料

ESGE・Colorectal polypectomy and EMR (2024)ASGE・Upper endoscopy and biopsies

---

https://paulng.clinic/endoscopic-mucosal-resection/

染色內視鏡

染色內視鏡在檢查時把染劑或對比染色劑施於消化道內壁，讓表面細節較易辨認。這是觀察技術，本身不會切除組織。

染色有甚麼用途？

染劑可協助辨認細微病變或邊界，輔助針對性取樣及治療計劃。在部分監察檢查，例如長期涉及大腸的炎症性腸病，醫生可能考慮使用。

是否合適須看疾病、檢查質素及臨床評估，並非每次常規大腸鏡都需要。覆查間隔亦須個別決定，不能單靠採用了某項技術而定。

染劑與電子影像並不相同

清潔表面後，醫生經內視鏡施用染劑。不同染劑以不同方式突顯輪廓或組織特徵；良好腸道準備和仔細觀察仍然重要。

虛擬染色內視鏡以光學或電子技術改變影像，不需噴染劑。窄頻影像（NBI）屬其中一種方法，與染劑染色並不相同；兩者亦不一定包含光學放大。請告知藥物過敏或過往反應。

限制與檢查後安排

影像增強可協助選擇活檢或切除位置，但不能保證找出所有病變，亦未必能確定組織診斷；仍可能需要病理化驗。

風險與恢復主要取決於胃鏡或大腸鏡本身，以及有否活檢或治療。醫護人員會解釋染劑相關考慮、用藥及警號症狀。任何影像技術都不能保證一定發現癌症。

個別安排，並非常規必需

這些技術可在合適的胃鏡或大腸鏡中使用，並非人人都需要。請與團隊確認方法、設備、場地、同意程序、準備及出院安排。藥物須按個別指示處理，勿自行停用薄血藥。

> 檢查後若大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛，須緊急求醫。本指南不能代替診症。

繼續閱讀

大腸瘜肉

潰瘍性結腸炎（UC）

克隆氏症

窄頻影像內視鏡（NBI）

放大內視鏡

內視鏡活組織檢查

胃鏡（OGD）

大腸鏡

專業參考資料

ESGE ・ Advanced imaging in colorectal endoscopyBSG ・ Colorectal surveillance in inflammatory bowel disease (2025)

---

https://paulng.clinic/chromoendoscopy/

窄頻影像內視鏡（NBI）

NBI 利用特定波長的光，讓消化道表面的微血管及黏膜紋理較清楚，協助觀察可疑部位。本身不會取活組織或切除病變。

可協助觀察甚麼？

NBI 可輔助評估病變表面、血管紋理及邊界，包括食道、胃部或大腸的合適部位，協助選擇活檢位置或規劃切除。

作用取決於部位、臨床問題、設備、影像質素及經驗。它是仔細白光觀察的輔助，並非保證所有早期疾病都能被發現。

與其他影像技術的分別

NBI 改變檢查所用光線，不需噴染劑。在合適設備上可於內視鏡檢查時切換，亦可配合或不配合獨立放大功能。

NBI 不等於染劑染色、一般高清影像或光學放大；不同系統的功能有別。醫生會按檢查目的和實際設備選用，並非每位病人都必須使用。

限制、取樣與恢復

外觀紋理可提示組織性質，但未必能確診或判斷全部入侵深度；仍可能需要活檢或切除標本化驗。

NBI 本身不切割組織。準備、鎮靜風險及恢復仍取決於胃鏡或大腸鏡，以及有否取樣或治療，請遵從預約和出院指示。

個別安排，並非常規必需

這些技術可在合適的胃鏡或大腸鏡中使用，並非人人都需要。請與團隊確認方法、設備、場地、同意程序、準備及出院安排。藥物須按個別指示處理，勿自行停用薄血藥。檢查後若大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛，須緊急求醫。本指南不能代替診症。

繼續閱讀

大腸癌肉

巴雷特食道

胃腸化生

染色內視鏡

放大內視鏡

內視鏡活組織檢查

胃鏡（OGD）

大腸鏡

專業參考資料

ESGE • Advanced imaging in colorectal endoscopyASGE • Upper endoscopy and biopsies

---

https://paulng.clinic/narrow-band-imaging/

放大內視鏡

放大內視鏡利用具相應功能的設備，放大消化道內壁細節。光學放大可協助觀察表面及血管紋理，有時與染色或 NBI 配合。

為甚麼需要近距離觀察？

仔細觀察可協助分析特定病變、辨認邊界，以及規劃活檢或切除；作用須按部位、懷疑疾病及檢查質素判斷。

使用放大不表示病變必定是癌症，亦非每次常規檢查都必需。單靠外觀未必能確定組織性質或入侵深度。

光學放大不只是數碼放大

光學放大透過內視鏡的光學系統取得近距離細節；數碼放大只是放大既有影像，並不等於取得更多光學細節。

放大與影像增強是不同功能，可配合使用，例如放大加 NBI，但 NBI 影像不一定已放大。穩定位置、清潔表面及合適設備都很重要。

限制與下一步

黏液、發炎、出血或移動可能遮蓋細節，判讀亦需要經驗，仍可能須靠活檢或切除標本確認。

這是觀察技術，不是切除治療。準備及恢復須跟隨胃鏡或大腸鏡及其他治療安排，應與醫生討論所見如何影響處理，而非把放大影像當作病理替代品。

個別安排，並非常規必需

這些技術可在合適的胃鏡或大腸鏡中使用，並非人人都需要。請與團隊確認方法、設備、場地、同意程序、準備及出院安排。藥物須按個別指示處理，勿自行停用薄血藥。檢查後若大量出血、暈倒、發燒或嚴重／加劇胸腹痛，須緊急求醫。本指南不能代替診症。

繼續閱讀

大腸瘜肉

胃腸化生

窄頻影像內視鏡（NBI）

染色內視鏡

內視鏡活組織檢查

胃鏡（OGD）

大腸鏡

專業參考資料

ESGE・Advanced imaging in colorectal endoscopyASGE・Upper endoscopy and biopsies

---

https://paulng.clinic/magnifying-endoscopy/

無線食道酸鹼值監測

了解這項檢查的用途、限制，以及檢查前後需要討論的事項。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

簡介

Bravo 是記錄食道（食物通過的管道）酸暴露情況的檢查。

本頁內容
Bravo 如何測量胃酸倒流　用途、風險與限制　檢查準備與後續　如何理解結果

Bravo 如何測量胃酸倒流

小型無線感應膠囊通常在胃鏡檢查期間固定於食道內壁，在一段由醫護團隊安排的時間內記錄酸度，並把數據傳送至隨身接收器。你可能需要記錄症狀、進食和相關活動，醫生會把記錄與酸度

變化對照，評估酸倒流是否與不適有關；即使接受治療後仍有疑問時，也可能有助評估。它和胃鏡回答的問題不同：胃鏡觀察內壁外觀，Bravo 則記錄一段時間內的酸暴露。

用途、風險與限制

感應膠囊通常會自行脫落並隨消化道排出，一般無需取回。部分人會短暫感到胸口不適、吞嚥時有感覺，或在膠囊附着期間覺得不舒服。少數情況下膠囊可能提早脫落，或記錄不完整。Bravo 測量酸度，無法識別所有非酸性倒流，也不能顯示結構異常或取得組織樣本；若要檢查食道內壁，不能以它取代胃鏡。醫生會結合症狀和過往檢查解釋記錄，單憑監測結果未必能解釋所有不適原因。

檢查準備與後續

監測時長、症狀記錄方法，以及檢查時是否繼續或暫停抑酸藥，取決於臨床問題和個人病史。除非醫生明確指示，否則不要自行停藥或改變處方。若有吞嚥困難、過敏、植入式裝置，或監測期間計劃做 MRI，請事先告知醫護團隊，以便核實膠囊和裝置的安全說明及相關限制。可詢問接收器出現提示時該怎麼辦、設備如何交還、結果

如何跟進，以及若同時接受胃鏡和鎮靜應怎樣恢復。請先了解接收器如何標記症狀，以及何時記下進食和活動，讓醫生可比較當時的酸度讀數。檢查是在服用抑酸藥期間還是按醫囑暫停，代表回答不同臨床問題；不要自行選擇或更改。若同時進行胃鏡，恢復安排亦會受鎮靜影響，請依照出院指示。感應器有時會令吞嚥時短暫感覺異常；如果不適令你難以進食或使用接收器，應向檢查團隊查詢，而非自行移除膠囊。MRI 限制須按實際膠囊和團隊指示確認，不要只憑一般網上說明判斷。監測只反映所記錄的那段時間：症狀可能沒有在期間出現，或感覺不適時未必同時有酸度改變，所以平靜或不明確的結果仍要配合平日症狀和其他檢查理解。若漏記一次症狀，可詢問團隊如何處理，不需猜測或補寫。感應膠囊並不量度所有液體倒流；若主要疑問涉及非酸性反流，醫生可能會討論另一種監測方式。

如何理解結果

報告會考慮食道接觸胃酸的時間，以及記錄的症狀是否與酸暴露同時出現。酸暴露與症狀的相關性是不同的問題，單靠其中一項不能解釋所有不適。檢查在服用抑酸藥期間進行，或按醫囑暫停藥物，亦會影響結果的解讀。

> 本頁提供一般資訊，並非建議你接受某項檢查。醫護團隊會按你的情況解釋是否適合，以及個別的準備與跟進安排。

專業參考資料

- 英國腸胃病學會 • 食道酸度及壓力監測

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

胃食道逆流病（GERD） 反流性食道炎

繼續閱讀

胃鏡（OGD） 食道壓力測試

---

https://paulng.clinic/bravo-ph-test/

食道壓力測試

了解這項檢查的用途、限制，以及檢查前後需要討論的事項。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

簡介

食道壓力測試（manometry）測量吞嚥時食道肌肉及上、下括約肌的運作。

本頁內容

壓力測試量度甚麼　用途、風險與限制　檢查準備與後續　如何理解結果

壓力測試量度甚麼

檢查通常會把一條幼細而柔軟、帶壓力感應器的導管經鼻腔放入食道和胃部。醫護人員會請你小口喝水，有時會安排不同次數或姿勢的吞嚥，感應器記錄壓力及協調情況。檢查可幫助了解吞嚥

困難、食物停滯感、倒流或疑似食道蠕動問題；評估倒流或某些治療前，也可能需要了解食道功能。醫生會結合症狀和其他檢查結果解釋數據，而不會單憑某個壓力讀數下結論。

用途、風險與限制

壓力測試了解食道如何運作，不會拍攝內壁影像，也不能診斷所有吞嚥困難原因或取得組織樣本。胃鏡與壓力測試提供互補而非可互相取代的資料。放置導管可能引起短暫流淚、作嘔、鼻塞感或鼻喉不適，也可能有輕微刺激或少量鼻出血。檢查通常在清醒狀態進行，讓你按指示吞嚥；如感到不適，可告知醫護人員，他們會協助或暫停。具體步驟和檢查時長會按檢查方案及個人需要而異。

檢查準備與後續

預約時請告知醫護團隊正在服用的藥物、過敏、鼻塞或鼻部手術、出血問題，以及吞嚥液體是否困難。部分藥物或進食可能影響測量，但是否需要調整藥物及禁食多久，須按你的檢查目的個別說明；不要自行更改。可詢問衣着或陪同安排是否有特別需要。多數人檢查後可離開，但恢復進食、飲水和服藥的時間應遵從醫護人員的說明，

並確認結果會在何時、以何種方式解釋。這項檢查量度壓力，不是吞鋇造影；後者以影像觀察吞嚥時的形態和移動，醫生會按疑問選擇其中一種或兩者。導管會在檢查結束時取出，不會留在體內。檢查期間如需停一停，可告訴工作人員，不必勉強吞嚥；完成後若鼻部出血持續或不適加重，請按團隊提供的方法查詢。可確認結果會否另約時間解釋，因為測量模式須與症狀和其他檢查合併判讀。若檢查前不清楚藥物或禁食安排，請先致電檢查單位確認，避免自行推斷；結果如何影響後續評估，亦應由醫生按你的情況說明。

如何理解結果

重複吞嚥時的壓力模式，可能提示食道出口放鬆不足、蠕動乏力或痙攣。結果須配合症狀、胃鏡及其他檢查解讀；壓力測試不能觀察食道內壁，也不能解釋所有吞嚥困難的原因。

> 本頁提供一般資訊，並非建議你接受某項檢查。醫護團隊會按你的情況解釋是否適合，以及個別的準備與跟進安排。

專業參考資料

- 美國腸胃病學院 · 食道功能檢查
- ASGE · 食道壓力測試

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

食道失弛緩症　食道動力障礙

繼續閱讀

胃鏡（OGD）　Bravo 無線酸鹼值監測

---

https://paulng.clinic/oesophageal-manometry/

內視鏡逆行膽胰管造影（ERCP）

了解這項檢查的用途、限制，以及檢查前後需要討論的事項。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

簡介

內視鏡逆行膽胰管造影（ERCP）結合軟式內視鏡與 X 光影像，以進入並處理膽管和胰管。

本頁內容

何時可能考慮 ERCP　用途、風險與限制　檢查準備與後續　如何理解結果

何時可能考慮 ERCP

醫生會把內視鏡經口腔送至十二指腸，再辨認膽管和胰管的小開口，並以細小器械進入管道。若懷疑有需要治療的問題，例如膽管結石、阻塞或狹窄，或需要放置、更換引流支架，醫生可能考

慮 ERCP。檢查期間可按情況取石、採集樣本、擴闊開口或放置支架。若主要目的是尋找問題而非治療，超聲波、CT 或 MRI／MRCP 等侵入性較低的影像檢查可能提供有用資料；醫生會按你的情況權衡選擇。

用途、風險與限制

ERCP 是治療性程序，並非一般診斷性胃鏡；實際步驟可能按檢查所見而改變。檢查通常會使用鎮靜或麻醉，並涉及 X 光。風險包括胰臟炎、出血、膽管感染，以及較少見的撕裂或穿孔；併發症可能需要額外治療或延長住院，極少數情況會很嚴重。個人風險會受檢查原因、治療步驟及健康狀況影響。支架可能需要之後覆查或取出，一次檢查也未必能解決根本問題。進行前，醫生應與你說明預期益處、替代方案、潛在併發症，以及若未能按計劃處理膽管時的安排。

檢查準備與後續

吳醫生的 ERCP 只安排在醫院進行，以日間入院或過夜留院形式安排，不在門診中心進行。醫院環境可按程序需要作評估及觀察，但不能消除所有風險。檢查前請告訴醫護人員你使用的所有藥物（尤其抗凝血或抗血小板藥）、過敏、糖尿病、

心肺疾病、懷孕可能、以往 ERCP 或麻醉問題，以及相關檢查結果。不要自行停藥或套用通用禁食時間：具體時間、鎮靜計劃、是否需要陪同者及留院安排，會在評估後個別決定。團隊會說明檢查後的恢復、飲食及用藥建議、支架跟進方式，以及出院後有疑問時的聯絡方法。造影劑會經導管注入膽管，在 X 光下顯示通道；有時需要切開膽管開口以取石或改善引流。若管道位置、狹窄或發炎令器械難以進入，治療可能無法一次完成，或需另作程序。支架可能是暫時性的，請在離院前確認覆診或取出的計劃。醫院團隊會觀察鎮靜後的恢復，再決定何時出院；是否留宿取決於檢查所見和恢復情況。出院後如腹痛加劇、發燒、反覆嘔吐、黑便或出血，請按書面出院安排盡快聯絡醫院團隊，並遵從其評估建議。若曾出現麻醉不良反應或有睡眠呼吸問題，也應在術前評估時提出，以便安排監察。確認手術後聯絡方式和支架跟進責任人，避免遺漏預定覆查。

如何理解結果

如果處理了膽胰管或放置支架，應確認實際進行了甚麼，以及由誰負責檢查、更換或取出支架。程序後仍可能需要跟進症狀與驗血結果。如出現

腹痛、發燒或黃疸，請按出院指示盡快聯絡醫療團隊。

> 本頁提供一般資訊，並非建議你接受某項檢查。醫護團隊會按你的情況解釋是否適合，以及個別的準備與跟進安排。

專業參考資料

- ASGE · ERCP

相關疾病

ERCP 一般用於個別膽管或胰管問題，並非單純膽囊結石的常規處理。以下是教育資訊，並非治療建議。

膽石

繼續閱讀

腹部影像檢查

---

https://paulng.clinic/ercp/

痔瘡橡皮圈結紮

以下是針對部分內痔橡皮圈結紮的一般資訊，並不代表任何醫生或診所提供此項程序。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

簡介

橡皮圈結紮是在內痔基部套上細小橡皮圈，位置高於肛門口較敏感的區域。血流減少後，被結紮的組織會逐漸萎縮脫落；留下的小疤痕或有助固定黏膜。

本頁內容

甚麼情況可能考慮　程序大概如何進行　風險與其他選擇

甚麼情況可能考慮

如內痔出血或脫出，且纖維、水分及避免用力排便等措施後仍有困擾，醫生或會討論結紮。這是針對部分內痔的門診治療，不適用於所有肛門症狀或外痔。

直腸出血不應自行當作痔瘡。治療前可能需要檢查，並按年齡、症狀及病史考慮進一步評估，以排除其他原因。

程序大概如何進行

評估後，醫生以小型器械在選定組織周圍套上一個或多個橡皮圈。程序通常很短，期間可能有壓迫感、便意或輕微不適。被結紮的組織通常數天內脫落，期間有時會少量出血。

治療範圍及是否需要再次治療，視乎檢查結果和症狀。醫療團隊應說明準備、影響出血的藥物、護理方法及出現問題時的聯絡安排。

風險與其他選擇

可能出現壓迫感、疼痛、組織脫落時出血或排尿困難；嚴重出血或感染等併發症較少見但可能嚴重。如大量出血、發燒、劇痛或排尿困難，請立

即求醫。

選擇視乎診斷及嚴重程度，可討論排便習慣調整、其他門診治療或手術。結紮不能保證症狀不再出現。決定前應由醫生評估個人風險，包括抗凝血藥物。

> 本頁為一般資訊，不是治療承諾或個人建議。新出現或持續的直腸出血應接受醫療評估。

專業指引

- 美國結直腸外科醫師學會（ASCRS）：痔瘡資訊

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

痔瘡

繼續閱讀

大腸鏡（腸鏡）　麻醉與檢查地點

https://paulng.clinic/rubber-band-ligation/

食道肉毒桿菌注射

食道肉毒桿菌注射是部分食道動力障礙（包括賁門失弛緩症）可能討論的治療之一；並非人人適合，作用亦可能短暫。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

簡介

醫生可在內視鏡引導下把肉毒桿菌注射到下食道括約肌，即食物進入胃部時應放鬆的肌肉。賁門失弛緩症會令放鬆受阻。注射可暫時減弱肌肉收縮，但不能解決吞嚥困難的所有原因。

本頁內容

評估與治療選擇　注射程序　效果限制與治療選項

評估與治療選擇

賁門失弛緩症是一種特定的食道動力障礙。評估通常包括症狀、排除其他病因的胃鏡，以及食道壓力測試等；亦可能需要影像檢查。其他疾病也會造成類似症狀，應先確立診斷再選擇治療。

指引主要將肉毒桿菌注射列為不適合接受較持久治療者，或經個別討論後的選項。適合接受確定性治療的人士可討論氣囊擴張、海勒肌切開術或POEM；選擇取決於病情及個人意願。

注射程序

注射經內視鏡進行，通常會安排鎮靜或麻醉，並在括約肌內注射數處。程序、地點、禁食及恢復指示由治療團隊按個人情況提供，切勿套用他人的指示。

吞嚥或會改善，但反應和持續時間因人而異，效果常較短暫，症狀可能復發，日後或需再次注射或其他治療。肉毒桿菌是放鬆肌肉，並非以機械方式持續打開狹窄。

效果限制與治療選項

內視鏡和注射可能引起胸部不適、逆流、出血、感染或罕見穿孔；鎮靜或麻醉亦有自身風險。請告知醫療團隊過敏、藥物、懷孕、既往程序及心肺疾病。

可詢問治療針對甚麼診斷、預期效果、可能維持多久、是否需重複治療，以及與擴張或肌切開術的比較。程序後如劇烈胸痛、發燒、呼吸困難或無法吞嚥液體，請立即求醫。

> 本頁介紹專科治療選項，並不表示本診所提供此程序。須確診並與腸胃科團隊討論後才可決定。

專業指引

- 美國腸胃科學會（ACG）：賁門失弛緩症臨床指引

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

食道失弛緩症

繼續閱讀

食道壓力測試 胃鏡（OGD）

---

https://paulng.clinic/oesophageal-botulinum-injection/

幽門肉毒桿菌注射

幽門肉毒桿菌注射曾用於研究胃排空延遲，但不應視為常規或已確立治療。現行 AGA 指引建議不要常規使用，包括藥物治療無效的胃輕癱患者。

香港腸胃肝臟科專科醫生吳昊醫生。中環及尖沙咀診症均須預約；檢查地點及是否適合須經評估，請向護士確認安排。

簡介

胃輕癱是沒有機械性阻塞但胃排空延遲。幽門是胃通往小腸的出口肌肉。內視鏡下可將肉毒桿菌注入該肌肉，嘗試降低排空阻力；是否有效仍不確定。

本頁內容

確認胃排空延遲　程序如何進行　證據與治療選擇

確認胃排空延遲

噁心、嘔吐、早飽及腹脹可由很多原因引起。診斷胃輕癱需有相符症狀、排除阻塞，並以適當檢查證實胃排空延遲；常用四小時胃排空檢查。藥物和其他疾病亦可能影響結果。

專科醫生會評估營養、水分、相關血糖控制、減慢胃排空的藥物，以及有證據改善症狀或排空的治療。注射不應取代診斷評估或個人化的常規照護。

程序如何進行

如專科團隊認為可討論，肉毒桿菌會經內視鏡注入幽門肌肉。在不少地方，這屬胃輕癱的標籤外介入。程序涉及內視鏡及鎮靜安排，團隊應解釋個別風險、替代方案及跟進。

注射不保證胃排空加快或症狀改善；可能效果有限或完全無效，藥效亦會消退。以幽門檢查選擇患者仍在研究中，不能證明對某個人有效。

證據與治療選擇

內視鏡相關風險包括出血、感染及罕見穿孔；鎮靜也有風險。知情同意前請討論藥物、過敏、相關疾病及提出此選項的原因。

2025 年 AGA 指引建議不要對藥物治療無效的胃輕癱患者常規注射肉毒桿菌。可詢問證據質素、治療目標、替代方案及臨床研究機會。技術上可做並不代表一定有益。

> 本頁只供資訊參考，並非治療建議。AGA 不建議常規幽門肉毒桿菌注射；任何特殊或研究用途均須由專科醫生討論。

專業指引

- 美國腸胃科學會（AGA）：胃輕癱臨床指引

相關疾病

列出相關疾病不代表這項程序適合所有人；是否需要須按個別情況評估。

胃排空延遲（胃輕癱）

繼續閱讀

胃鏡（OGD） 麻醉與檢查地點

---

https://paulng.clinic/pyloric-botulinum-injection/

腹部影像檢查

超聲波、電腦掃描（CT）和磁力共振（MRI）各有用途和限制。最合適的檢查取決於醫生需要回答的問題，而非某一種影像永遠「最好」。

腹部超聲波

利用聲波即時觀察腹部器官，不涉及游離輻射。懷疑膽囊結石時，超聲波通常是首選檢查。

腸氣、體型和檢查部位會影響影像；對某些深層結構，能顯示的解剖細節和視野可能不及 CT 或 MRI。這不代表超聲波對所有器官的解像度都較低。

電腦掃描（CT）

以 X 光取得腹部的橫切面影像，速度較快，能一次觀察較廣的範圍；有些檢查需要注射顯影劑。

CT 涉及輻射，亦可能看不到部分膽囊結石，特別是與膽汁密度接近的結石。因此 CT 報告「沒有結石」未必能排除膽石。

磁力共振（MRI）／磁力共振膽胰管造影（MRCP）

利用磁場和無線電波提供軟組織影像，不涉及游離輻射；MRCP 可針對膽管和胰管成像。

檢查時間通常較長。金屬植入物、心臟裝置或體內金屬碎片須先接受 MRI 安全評估；並非所有金屬都一律禁止，部分裝置符合特定條件仍可掃描。

如何選擇？

如主要問題是膽囊結石，通常先考慮超聲波；若需要觀察更廣泛的腹部情況或膽胰管，醫生可能按臨床情況建議 CT 或 MRI／MRCP。請告知醫生懷孕可能、腎臟問題、造影劑過敏或任何植入裝置。

繼續閱讀

膽石

膽囊瘜肉

膽囊切除術後症狀

肝囊腫

胰臟囊腫

慢性胰臟炎

胰臟外分泌功能不全（PEI）

脂肪肝（肝脂肪變性疾病）

代謝功能障礙相關脂肪肝病（MAFLD）

肝硬化

肝臟彈性掃描

專業參考資料

ACR ・ 右上腹痛影像檢查RadiologyInfo ・ 腹部超聲波RadiologyInfo ・ MRI 安全

---

https://paulng.clinic/abdominal-imaging/

肝臟彈性掃描

肝臟彈性掃描量度肝臟硬度，協助估算肝纖維化（疤痕）的風險。它不需穿刺取組織，但不是直接量度疤痕，亦不能單憑一個數值診斷肝硬化。

甚麼情況會考慮？

醫生可能在評估脂肪肝、慢性乙型或丙型肝炎，以及其他慢性肝病時考慮此檢查，以協助判斷有否較嚴重肝纖維化的風險及跟進需要。

結果須與病史、肝功能驗血、血小板、血液風險評分及其他影像一併解讀。肝酵素正常不代表一定沒有纖維化；超聲波顯示脂肪肝，亦不能單獨確定疤痕程度。並非每位脂肪肝患者都需要相同檢查或覆查安排。

如何量度肝臟硬度？

超聲波類型的彈性掃描利用在肝臟內傳播的機械波估算硬度。檢查時通常仰臥，把右手舉高，探頭接觸右側肋骨間的皮膚；可能感到輕微震動或

壓力，並按指示短暫屏息。

瞬時彈性掃描、剪切波彈性成像及磁力共振彈性成像是不同方法。FibroScan 是其中一種設備的品牌名稱，並非所有彈性掃描的統稱。部分設備亦可估算肝脂肪，但這與肝硬度是不同測量。本頁不代表診所備有某個品牌或提供所有方法；實際設備及地點須先確認。

檢查前後需要注意甚麼？

進食可影響肝硬度，請遵從預約團隊提供的空腹及飲水指示，不要自行套用其他人的準備方法。請帶同舊報告及藥物清單，並告知糖尿病、近期急病、懷孕可能、腹水或植入裝置。

不要自行停藥；如有糖尿病或禁食困難，應預先安排。超聲波類型一般不需鎮靜、沒有游離輻射，通常可很快恢復日常活動。若安排磁力共振類型，須另作金屬及植入裝置安全評估，準備及時間亦不同。是否適合檢查及所需安排須按個人情況決定。

數值不等於疤痕程度

肝臟發炎、膽汁淤積、心臟問題造成的肝充血，以及近期進食，都可令硬度升高而不完全是疤痕增加。體型、肋骨間距、腹水及量度品質亦可影響部分方法。

數值常以 kPa 報告，但不同方法、病因及臨床問題的判讀界線並不相同，不宜自行對照網上表格判定期數。結果不可靠或與其他檢查不一致時，可能需要覆測、另一種檢查，少數情況仍需肝活檢。彈性掃描不能取代所需的肝癌監察，亦不能排除所有肝病。

> ## 按整體肝臟健康解讀
>
> 請與醫生討論結果品質、可能影響數值的因素，以及是否需要跟進。檢查方式、地點和準備須先確認；此頁只提供一般資訊，並非個人診斷或指定檢查建議。

繼續閱讀

乙型肝炎

丙型肝炎

脂肪肝（肝脂肪變性疾病）

代謝功能障礙相關脂肪肝病（MAFLD）

肝纖維化

肝硬化

自身免疫性肝炎（AIH）

原發性膽汁性膽管炎（PBC）

腹部影像檢查

專業參考資料

ACR / RSNA ・ ElastographyACR / RSNA ・ Fatty liver disease and liver fibrosis

---

https://paulng.clinic/liver-elastography/

幽門螺旋菌尿素呼氣測試

尿素呼氣測試（UBT）是檢查胃內現時有沒有幽門螺旋菌感染的非入侵性方法，香港亦常稱「幽門螺旋菌吹氣測試」。它與評估 SIBO／IMO 的氫氣及甲烷呼氣測試不同。

測試量度甚麼？

幽門螺旋菌會產生尿素酶。服用少量帶標記的尿素後，化驗會量度呼氣中的帶標記二氧化碳，協助判斷是否有活躍感染；並非量度胃酸、胃潰瘍或腸道菌群多樣性。

有時有人稱為「尿素酶呼氣測試」，較常用名稱是「尿素呼氣測試」。不同方法使用的標記及程序不同；懷孕、餵哺母乳或有其他相關情況，應先告知團隊以選擇合適測試。

標記種類亦重要：碳十三（13C）不具放射性；碳十四（14C）則屬放射性示蹤劑。請向化驗所確認將使用哪一種。如懷孕或餵哺母乳，須事先

告知團隊，按實際檢測方法評估是否適合；不要假設所有尿素呼氣測試的製劑都相同。

甚麼情況下考慮？

可用於評估懷疑幽門螺旋菌感染，或檢查根除療程是否成功。症狀改善不等於已根除；驗血抗體在感染清除後仍可能呈陽性，故未必適合確認根除。

如需要檢視胃部或抽取組織，呼氣測試不能取代胃鏡。吐血、黑便、持續嘔吐、吞嚥困難、貧血或不明原因體重下降，須接受醫療評估，不宜只做呼氣測試。

藥物及檢查前準備

抑制胃酸藥、抗生素及鉍劑可能暫時抑制細菌，造成假陰性。一般指引會要求距離抗生素及鉍劑至少四星期，質子泵抑制劑或鉀離子競爭性酸阻斷劑則約兩星期後才測試。

以上只是安排檢查時常用的時間，並非叫您自行停藥。須由醫生及檢測中心確認適合您的時間、禁食要求及是否需要暫時替代藥物。請申報近期根除療程及相關藥物。

當日程序及根除後覆檢

一般先收集呼氣樣本，再服用測試製劑，按指定時間再次呼氣。禁食、吸煙及檢查期間飲食安排應依檢測中心指示；不同方法的製劑及收集時間可不同。

確認根除通常安排於完成抗生素至少四星期後，並符合抑制胃酸藥的停藥間隔。太早或準備不當可能令結果不可靠；請確認何時取得結果及如何覆診。

如何理解結果？

陽性通常支持現時有感染，但處方仍須考慮過往抗生素、過敏、其他藥物及本地抗藥性。勿自行重用舊處方或按網上資料選擇抗生素。

陰性不能解釋所有上腹不適；如準備或時間不合適，也可能不準確。醫生可按問題考慮重做、其他經驗證的幽門螺旋菌測試，或其他檢查。

準備及停藥安排須個別確認

不要自行停用處方藥，亦不要為等候呼氣測試而延誤處理警號症狀。結果須配合個別醫療評估，不能單憑測試判斷消化不良的全部原因。

繼續閱讀

幽門螺旋菌感染

胃炎

胃潰瘍

胃腸化生

幽門螺旋菌培養及抗生素敏感性測試

SIBO／IMO 氫氣及甲烷呼氣測試

專業參考資料

American College of Gastroenterology ・ H. pylori treatment and confirmation of eradication (2024)Cochrane ・ Non-invasive tests for Helicobacter pylori

https://paulng.clinic/urea-breath-test/

SIBO／IMO 氫氣及甲烷呼氣測試

飲用葡萄糖或乳果糖後量度呼氣氣體，可協助評估部分懷疑小腸細菌過度生長（SIBO）或腸道產甲烷微生物過度生長（IMO）的病人，但不能單憑測試解釋所有腹脹。

量度甚麼？

測試收集呼氣樣本，量度氫氣及通常包括甲烷。甲烷陽性通常稱為腸道產甲烷菌過度生長（IMO），與細菌過度生長不同。

症狀、腸道通過速度及手術史會影響解讀，也可能有假陽性或假陰性；結果不能確認所有消化不適的原因。

準備及限制

請按化驗所指示處理飲食、禁食、吸煙、活動及藥物；近期抗生素、清腸或瀉藥可能影響結果。

勿自行停藥。糞便菌群基因檢測不能診斷 SIBO；所用糖類及化驗方法亦會影響解讀。

不只聚焦 SIBO

SIBO 可繼發於腸道蠕動問題、結構改變、其他腸胃疾病或藥物使用。

應檢視整體健康及潛在原因，而非只處理數值。陽性結果不等於必須使用抗生素、補充品或限制飲食。

> ### 結合病情解讀
>
> 檢測不等於自動確診或治療建議。請與醫生討論檢測目的、準備、限制及跟進；供應安排及化驗方法各有不同。

繼續閱讀

小腸細菌過度生長（SIBO）

腸道菌群基因測序（糞便基因組檢測）

專業參考資料

ACG • Small intestinal bacterial overgrowth guideline

https://paulng.clinic/sibo-breath-test/

腸道菌群基因測序（糞便基因組檢測）

此檢測分析糞便中的微生物遺傳物質，與腸道病原體 PCR 及大腸癌篩查用的糞便 DNA 檢測不同。

報告反映甚麼？

報告可列出菌群及多樣性；結果受採樣、保存、測序及參考資料庫影響。

糞便主要反映大腸而非小腸。飲食、藥物及近期疾病可改變菌群，並沒有一個普遍適用的「健康菌群」標準。

臨床用途仍有限

商業報告的「菌群失衡」分數或菌種名單，不能單獨診斷 SIBO、腸易激綜合症、食物不耐受或症狀原因。

常規用於選擇個人化飲食、益生菌或補充品的證據仍有限；菌的多寡不一定代表疾病或需要治療。

檢測前先討論

應討論臨床疑問、已驗證的替代檢查、費用、私隱、資料保存，以及結果會否改變照護。

勿只憑報告開始抗生素、補充品或大幅戒口。新出現或令人擔心的症狀仍須接受一般臨床評估。

> ## 結合病情解讀
>
> 檢測不等於自動確診或治療建議。請與醫生討論檢測目的、準備、限制及跟進；供應安排及化驗方法各有不同。

繼續閱讀

SIBO／IMO 氫氣及甲烷呼氣測試

糞便病原體 PCR 檢測

糞便鈣衛蛋白（Calprotectin）

專業參考資料

International consensus ・ Microbiome testing in clinical practice

---

https://paulng.clinic/gut-microbiome-sequencing/

糞便病原體 PCR 檢測

糞便 PCR 偵測特定細菌、病毒或寄生蟲的遺傳物質，不同化驗組合所包含的病原體各有不同。

何時考慮？

醫生可按腹瀉的嚴重程度、時間、旅遊史、免疫狀態及接觸史考慮檢測。

它不是所有感染的全面檢查，也不能取代評估脫水、出血或其他腹瀉原因。

如何解讀？

陽性可能代表感染、帶菌，或感染後仍殘留的遺傳物質；也可能同時偵測多項。

須結合病情，陽性不一定需要抗生素。陰性不能排除未包括的病原體或非感染性疾病。

採樣及跟進

使用指定容器並遵從採樣、運送指示，告知團隊近期抗生素及接觸史。

藥物敏感性或公共衞生需要可能仍須培養或其他檢測。如劇痛、大量出血、發燒伴嚴重不適或脫水，應盡快求醫。

結合病情解讀

檢測不等於自動確診或治療建議。請與醫生討論檢測目的、準備、限制及跟進；供應安排及化驗方法各有不同。

繼續閱讀

顯微鏡下結腸炎

潰瘍性結腸炎（UC）

克隆氏症

糞便鈣衞蛋白（Calprotectin）

腸道菌群基因測序（糞便基因組檢測）

專業參考資料

IDSA • Infectious diarrhoea guideline

---

https://paulng.clinic/stool-pcr/

糞便鈣衛蛋白（Calprotectin）

糞便鈣衛蛋白是腸道炎症指標，可協助判斷是否需要進一步檢查，亦可用於跟進已確診的炎症性腸病。

指標代表甚麼？

它反映炎症，不能單獨確定病因，也不能只憑數值分辨克隆氏症與潰瘍性結腸炎。

感染及部分藥物（包括非類固醇消炎止痛藥）可令數值升高；它不是大腸癌篩查檢查。

解讀結果

界線值視化驗所、年齡及臨床情況而定；邊緣結果可能需要覆檢或再評估。

升高不等於確診炎症性腸病，偏低也不能排除所有腸病。持續便血、貧血或體重下降仍須評估。

採樣及跟進

請依化驗所方法採樣，並討論藥物及近期感染；勿自行停藥。

已確診炎症性腸病者，須把趨勢與症狀、驗血及有需要時的內視鏡或影像合併解讀，勿只按一次數值改變治療。

> ## 結合病情解讀
>
> 檢測不等於自動確診或治療建議。請與醫生討論檢測目的、準備、限制及跟進；供應安排及化驗方法各有不同。

繼續閱讀

潰瘍性結腸炎（UC）

克隆氏症

糞便病原體 PCR 檢測

專業參考資料

NICE DG11 · Faecal calprotectin diagnostic tests

https://paulng.clinic/faecal-calprotectin/

營養管理

營養支援應先了解進食不足的原因、腸道功能及病人的治療目標，而不只是選擇餵食管或靜脈營養。

先評估，再選擇支援方法

評估體重變化、食量、肌肉功能、吞嚥、疾病、藥物及日常照顧。體重過重的人也可能營養不良。

如吞嚥安全且能滿足需要，可先考慮一般食物、食物營養強化及口服營養補充品。管飼及靜脈營養各有適應情況及風險。

先要分辨是疼痛、噁心、容易飽、吞嚥困難、吸收不良，還是無法買餸煮食等原因令進食減少；不同問題的處理並不相同。醫生可一邊找出及治療病因，營養師則協助維持攝取。選擇支援途徑時，須了解能否安全吞嚥，以及消化道能否吸收足夠營養，而非只看體重。

治療目標與共同決策

與病人及適當的照顧者討論預期益處、負擔、使用時間、替代方案，包括不接受程序的選擇。

須考慮決策能力、過往意願、預後及生活質素。餵食管不能完全防止吸入，也不保證延長壽命；晚期認知障礙一般不建議接受 PEG。

目標應與病人的實際生活有關，例如保持體力接受治療、改善水分狀況，或讓家居照顧較容易安排。事前約定如何衡量效果、怎樣評估不適，以及何時重新檢討。部分情況可考慮有明確目標及覆檢安排的限時試用；不應單憑一次體重數字或因為程序可做而決定。

跨專業照顧及覆檢

醫生、營養師、護士、藥劑師及言語治療師可共同訂立監察、照顧者訓練及定期評估計劃；病人及醫療團隊應共同檢討成效及適時調整。

家居治療需要合適設備、受訓病人或照顧者及專業支援。本頁列出項目不表示每個診症地點均提供相關服務。

離院前應確認營養品及設備由誰供應、藥物怎樣給予、遇到裝置問題找誰，以及非辦公時間如何求助。覆檢不只看驗血，也要了解舒適程度、活動能力及照顧負擔。吞嚥或腸道功能改善後，可評估是否改用較簡單的方法；減少或停止支援亦須有計劃地討論。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電 999。

繼續閱讀

胃排空延遲（胃輕癱）

乳糜瀉（麩質敏感性腸病）

克隆氏症

胰臟外分泌功能不全（PEI）

營養評估及營養不良

飲食支援及口服營養補充品

吞嚥困難及進食安全

經皮內視鏡胃造口術（PEG）

餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管

胃造口空腸延伸管（PEG-J）

腸外營養（靜脈營養）

餵食管及造口護理

再餵食綜合症

專業參考資料

NICE CG32 · Nutrition support for adultsESPEN · Home enteral nutrition

---

https://paulng.clinic/nutritional-management/

營養評估及營養不良

非刻意體重下降、食量減少或肌力減退，即使不是體重過輕，也值得評估。

評估甚麼？

了解近期體重、飲食、肌肉流失、水分、活動能力、吞嚥及消化道症狀。

疾病、藥物、牙齒問題、情緒及購買或準備食物的困難均可能影響營養。驗血有助找出原因，但不能單憑驗血診斷營養不良。

如方便，可帶備近期體重紀錄、平日一日的飲食概況及藥物清單；衣服變鬆、走路或起身較吃力亦值得提出。水腫可能掩蓋體重下降，而白蛋白正常也不能單獨排除營養不良，因此要把飲食、身體變化、疾病及功能一併評估。

個人化營養計劃

營養師可按需要、症狀、飲食文化、喜好及其他疾病提供建議。

處理進食不足的原因與補充熱量同樣重要；腎病、肝病及心臟病患者對蛋白質、水分及電解質的需要不同。

計劃應清楚說明要改善甚麼，以及在現實生活中如何做到。容易飽的人，與有吞嚥或吸收問題的人，需要不同安排。應檢討原有戒口是否仍有必要，而非不斷增加限制。如考慮特殊營養品，可問清楚預期作用、如何配合日常食物，以及甚麼情況下需要調整。

跟進及求醫

跟進食量、體重、肌力、耐受程度及相關化驗；並非每人都需要補充品、餵食管或靜脈營養。

如迅速轉差、無法飲水、脫水或出現新的吞嚥困難，應盡快求醫。長期進食不足者開始營養支援前須評估再餵食風險。

應約定覆檢時間及實際觀察指標，避免一直服用補充品卻沒有評估效果。持續腹瀉、嘔吐、食量繼續減少或無法按計劃進食，應及早聯絡團隊。明顯無力、尿量減少或頭暈也可能需要提早評估；嚴重氣促、昏倒或意識改變須緊急求醫。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電 999。

繼續閱讀

胃排空延遲（胃輕癱）

乳糜瀉（麩質敏感性腸病）

克隆氏症

慢性胰臟炎

胰臟外分泌功能不全（PEI）

營養管理

飲食支援及口服營養補充品

再餵食綜合症

專業參考資料

NICE CG32 ・ Nutrition support for adultsESPEN ・ Home enteral nutrition

---

https://paulng.clinic/nutritional-assessment/

飲食支援及口服營養補充品

當吞嚥安全且腸道可使用，但日常攝取不足時，調整飲食或口服營養補充品可能有幫助。

從日常食物入手

可按情況少食多餐、增加食物的能量及蛋白質密度，或安排購物、煮食及進食協助。

建議須配合進食不足的原因及其他疾病；不必要的戒口或限制飲食可能加重營養不良。

食物營養強化是把額外營養加入本來已能接受的食物，不一定要勉強增加每餐份量。用餐時間、疲倦、噁心、疼痛及是否有人協助同樣重要。營養師可協助找出可持續的調整；有其他疾病而需要限制蛋白質、鹽分或水分者，不宜照搬一般「多補充」建議。

選擇合適補充品

口服營養補充品可在食物不足時提供額外能量、蛋白質及其他營養素。

不同產品並不相同，也不能取代找出病因。營養師可考慮配方、時間、過敏、耐受程度、糖尿病及水分限制。

補充品須有明確用途；不同產品的能量、蛋白質、纖維及容量各異，不能與運動飲品或維他命產品互換。如影響胃口，可能需要調整與正餐的時間。口味、費用及儲存也影響能否持續使用。應核對成分、過敏及個人需要，而非只根據宣傳選購。

監察效果及安全

應跟進食量、體重、功能及症狀，並按需要調整；並非補充得越多越好。

吞嚥困難者改變飲品稠度前應接受評估。長期或嚴重進食不足，即使由口進食，也可能出現再餵食綜合症。

可記錄實際飲用份量，以及有沒有噁心、腹脹、排便改變或正常食量減少，幫助分辨產品耐受問題與仍需處理的疾病。無法達到原定攝取量時應求助。如飲用時新出現咳嗽或聲音濕濁，需要吞嚥評估，不能只靠轉換品牌解決。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電 999。

繼續閱讀

胃排空延遲（胃輕癱）

胰臟外分泌功能不全（PEI）

營養評估及營養不良

吞嚥困難及進食安全

再餵食綜合症

專業參考資料

NICE CG32 · Nutrition support for adultsESPEN · Home enteral nutrition

---

https://paulng.clinic/oral-nutritional-support/

吞嚥困難及進食安全

進食時咳嗽、聲音濕濁、食物哽住或反覆胸肺感染，可能需要吞嚥評估；吸入亦可能沒有明顯咳嗽。

找出困難所在

需分辨口腔及咽喉吞嚥問題與食道問題；言語治療師可評估進食安全。

部分人需要吞嚥影像或內視鏡評估，另一些需腸胃科檢查。新出現或持續加重的吞嚥困難，不應只靠戒口處理。

難以開始吞嚥、飲水咳嗽，與吞嚥後覺得食物卡住，可能涉及不同位置，但不能只憑症狀自行確診。可記錄固體還是液體較困難，以及有沒有疼痛、體重下降或胸肺感染。如突然吞嚥困難並伴面歪、手腳無力或說話不清，可能是中風，應立即致電 999。

按評估調整進食

食物質地、飲品稠度、姿勢及進食協助，應依個人評估，而非照搬網上方法。

稠化飲品不是人人適合，也可能影響水分攝取及進食樂趣。如懷疑哽塞或吸入，勿自行嘗試餵食技巧。

評估後可能建議特定食物質地、陪同進食或環境調整，並需要解釋及覆檢；並非飲品越稠就越安全。口腔清潔及進食時能否保持清醒也很重要。如依計劃仍難以進食，應再評估，不宜在沒有營養支援下不斷自行刪減食物。

餵食管的限制

口服不安全或不足時可考慮餵食管，但仍可能吸入唾液或倒流物。

須討論益處、其他選擇及病人意願。如哽塞至無法呼吸、說話或有效咳嗽，應立即求救並致電999。

管飼可提供營養，但不能防止所有吸入性肺炎，因為唾液仍可進入氣道，也可能出現倒流。因此須討論管飼能實際達到甚麼，以及每天照護的負

擔。如病人希望在已知風險下為舒適而進食，需要個別及有紀錄的共同決策，不能把網上一般資訊當作許可。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電 999。

繼續閱讀

食道失弛緩症

食道動力障礙

嗜酸性食道炎（EoE）

營養評估及營養不良

飲食支援及口服營養補充品

經皮內視鏡胃造口術（PEG）

餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管

専業参考資料

NICE CG32 ・ Nutrition support for adultsESPEN ・ Home enteral nutrition

---

https://paulng.clinic/swallowing-safety/

經皮內視鏡胃造口術（PEG）

PEG 在內視鏡引導下，經腹壁把餵食管放入胃內，一般用於考慮較長期管飼的情況。

何時考慮？

口服不安全或不足、但消化道仍可使用時，可能考慮 PEG；體重下降或吞嚥困難不等於必須接受此程序。

可討論協助口服進食、暫時鼻管或其他通道。預後、決策能力、目標及照顧支援均重要；晚期認知障礙一般不建議接受 PEG。

PEG 是供給營養、水分及合適藥物的通道，並不能治療引致吞嚥困難的原有疾病，也不會自動恢復正常吞嚥。可問為何現在考慮、可能使用多久，以及不接受時有哪些安排。病人如無法自行決策，團隊須按相關法律及倫理原則，並考慮病人已知意願。

評估、程序及風險

團隊會評估解剖結構、呼吸、出血風險、藥物及鎮靜安全。禁食及藥物安排須個別說明，勿自行停用抗凝血藥。

風險包括感染、出血、吸入、滲漏、鄰近器官損傷、腹膜炎及鎮靜問題；也可能無法成功放置，嚴重併發症可能需要住院。

放置時，內視鏡經口進入胃，協助評估並選擇腹壁的安全入口。鎮靜或麻醉及具體方法視病人和場地而定。過往腹部手術、感染、腹水或找不到安全位置，可能令方案改變。應事前了解替代方法，以及無法完成放置時如何處理。

照護及脫管

須由團隊確認何時開始餵食及用藥，並教授該管的皮膚、沖管及固定護理。PEG 不能完全防止吸入。

新放置的管脫落，或有劇痛、發燒、大量滲漏，應停止使用並緊急求醫。勿自行推回或更換；未成熟的管道可令內容物漏入腹腔。

回家前應取得管的種類、書面照護指示及聯絡方法。疼痛加劇、出血或營養液從周圍滲出均需要評估；外觀似已癒合，也不代表可安全自行換管。任何脫管都應盡快聯絡團隊；如剛放置不久，或伴疼痛及不適，應到急症室處理。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電999。

繼續閱讀

營養管理

餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管

胃造口空腸延伸管（PEG-J）

餵食管及造口護理

專業參考資料

ESGE ・ Enteral tubes: indications and accessESGE ・ Enteral tubes: placement and aftercareESPEN ・ Home enteral nutrition

---

https://paulng.clinic/peg/

餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管

鼻胃管（NG）經鼻進入胃；鼻空腸管（NJ）則進入小腸，常用於暫時營養支援。

選擇路徑

須按吞嚥、胃排空、吸入風險、腸道功能及預計使用時間決定。

鼻胃管可在床邊放置，鼻空腸管可能需要影像或內視鏡協助；長期選擇包括胃或空腸造口，但沒有一種方法適合所有人。

鼻胃管把營養送到胃，鼻空腸管則越過胃進入小腸，選擇取決於臨床問題，不是只看哪條管較幼。可討論預計使用多久，及暫時試用能否幫助了解耐受程度。管飼仍可能有倒流、腹瀉或吸入，如發生這些情況，須檢討原因及路徑。

放置及確認位置

可能有不適、鼻出血、誤入呼吸道、吸入及移位。使用前必須按醫療機構認可程序確認位置。

醫護人員確認前勿使用；只靠注氣聽聲不能確認安全位置。管外長度改變或有新的呼吸症狀，須重新評估。

管誤入氣道時不一定有明顯反應，所以位置確認十分重要。團隊會按情況用認可方法，例如胃液測試，或有需要時作影像檢查；並非每種方法都可互相取代。未確認前不要注入營養液、水或藥物，並應問清楚膠布鬆開或管被拉扯時怎樣處理。

餵食及跟進

配方、速度、水分及藥物均須個別安排，病人及照顧者需要訓練及明確聯絡方法。

懷疑移位時，停止經管餵食及用藥並聯絡團隊。如呼吸困難或嚴重不適，須緊急求醫；勿自行調整位置。

照護計劃應列明營養液、給予方式、水分、藥物，以及哪些徵狀需要停用及求助，也應說明由誰按當地程序持續檢查位置。不要把別人的住院餵食表直接套用。如在家脫管，應依已約定的緊急聯絡方法求助，而非自行重新插入。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電 999。

繼續閱讀

胃排空延遲（胃輕癱）

吞嚥困難及進食安全

經皮內視鏡胃造口術（PEG）

胃造口空腸延伸管（PEG-J）

餵食管及造口護理

專業參考資料

ESGE • Enteral tubes: indications and accessESGE • Enteral tubes: placement and aftercareESPEN • Home enteral nutrition

https://paulng.clinic/feeding-tube-insertion/

胃造口空腸延伸管（PEG-J）

PEG-J 經腹壁的胃造口進入胃，再以延伸管穿過胃通往小腸的空腸部分，並非直接經腹壁刺入空腸。

何時考慮 PEG-J？

部分因胃排空不佳等原因而無法耐受胃內餵食的病人，可考慮把營養送到胃以外；小腸仍須有足夠吸收功能。

選擇須考慮原因、預計使用時間及病人目標；口服支援或暫時鼻空腸管亦可能適用。PEG-J 不能完全防止吸入唾液或胃部倒流物。

PEG 把營養送入胃；PEG-J 則加上延伸管，把營養送到胃以外。這可能有助處理部分胃內餵食問題，但不能自動解決腸衰竭或嚴重吸收不良。可問清楚預期改善甚麼、是否先試用鼻空腸管，以及何時檢討耐受程度、舒適程度和繼續使用的需要。

放置程序及風險

延伸管經現有或新放置的 PEG 進入胃，再引導至空腸，通常需內視鏡，有時配合影像協助。可行性視解剖結構、原有通道及醫療場地而定。

風險包括感染、出血、滲漏、穿孔、腹膜炎、腸損傷或阻塞及鎮靜問題。空腸延伸管可阻塞、屈曲或退回胃內；亦可能無法放置或需再次接受程序。

已有 PEG 不代表可以立即加上延伸管，或沿用同一裝置；團隊須評估造口、解剖結構及設備。PEG-J 經胃到小腸，與直接空腸造口不同。應確認是否要新建胃造口或更換裝置、如何確認位置，以及阻塞或移位時由誰處理。

餵食、裝置護理及跟進

空腸餵食常需餵食泵控制，配方、水分及藥物須個別安排。如裝置有胃及空腸兩個接口，團隊須解釋各自的指定用途，不能互換。

除非已獲該裝置的特定指導，勿旋轉、推進或更換。懷疑移位、劇痛、大量滲漏、發燒或嘔吐時應停用並緊急求醫；新放置的管脫落須到急症室評估，勿自行放回。

營養液不再先進入胃作儲存，可能需要較緩慢地給予，但不代表可自行設定餵食泵速度。接口、藥物劑型及沖管安排須依個別指示。新出現嘔吐、倒流或不耐受，可能是延伸管移位或其他問題，應評估而非自行調位；請備存裝置資料及緊急聯絡指示。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電999。

繼續閱讀

胃排空延遲（胃輕癱）

餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管

經皮內視鏡胃造口術（PEG）

餵食管及造口護理

専業参考資料

ESGE ・ Enteral tubes: indications and accessESGE ・ Enteral tubes: placement and aftercareESPEN ・ Home enteral nutrition

---

https://paulng.clinic/peg-j/

腸外營養（靜脈營養）

腸外營養（PN）經靜脈提供營養，用於口服或管飼無法安全、充分滿足需要的情況，並非一般保健或維他命點滴。

何時考慮？

部分腸衰竭、嚴重吸收不良或腸阻塞，可能無法充分利用消化道。

可補充其他攝取或提供全部營養。中央或周邊靜脈通道視處方及時間而定，須衡量益處、導管及代謝風險。

腸外營養直接進入血液，不依賴腸道消化及吸收，可補充口服或管飼，或在腸道無法充分使用時作主要營養來源。使用原因須清楚，因為靜脈導管及輸液配方帶來普通進食沒有的風險。若仍有可用的腸道功能，也應納入整體計劃考慮。

風險與監察

風險包括導管血液感染、血栓、管道損壞、血糖或電解質異常、水分失衡及肝臟問題。

亦可能有再餵食綜合症；專業團隊須監察體重、水分、驗血及導管。勿自行更改配方、速度或輸注時間。

開始或更改配方時通常需要較密切監察，穩定後再按情況調整。團隊會檢視驗血、水分、體重、血糖及導管狀況，並評估營養目標有沒有達到。化驗是為調整個人處方，而非證明所有人都適用同一配方；長期治療亦須評估微量營養素、肝臟及骨骼問題。

家居治療及警號

家居靜脈營養需要評估、訓練、無菌導管護理、安全儲存、合適設備及可靠支援。

輸注時發燒或發冷、管口紅腫、手臂或頸腫、導管損壞或呼吸困難，須盡快求醫。勿使用損壞導管，嚴重不適時勿等待網上回覆。

訓練須包括潔手、指定的無菌接駁方法、儲存、餵食泵及設備故障時怎樣處理，並備有書面緊急計劃。輸注期間發燒或發冷，即使管口外觀正常，也可能有血液感染，須緊急評估。導管損壞時，不要在等候一般回覆期間自行修補、操作或繼續使用。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電 999。

繼續閱讀

營養管理

營養評估及營養不良

再餵食綜合症

專業參考資料

ESPEN ・ Home parenteral nutritionNICE CG32 ・ Nutrition support for adults

---

https://paulng.clinic/parenteral-nutrition/

餵食管及造口護理

護理方法取決於管的種類、位置及放置多久，一般資料不能取代針對實際裝置的訓練。

書面照護計劃

團隊應教授皮膚護理、固定、指定沖管水量、設備，以及阻塞或移位時如何處理。

PEG、PEG-J 及空腸管的旋轉或推進方法不同，勿互相套用；應備存導管資料及緊急聯絡方法。

書面計劃應記錄管的種類、放置日期、外部標記、日常檢查，以及該裝置是否需要旋轉或推進，也要分清哪些工作只可由受訓專業人員做。應先看示範，再在監督下練習；家人閱讀一般單張，不等於已接受處理該裝置的訓練。

藥物及阻塞

藥劑師應評估合適藥物及劑型；並非所有藥丸都可壓碎或經管給予。

依處方沖管及用藥。勿強行沖開、插入物件或使用未經批准的液體及偏方；無法沖管時聯絡團隊。

緩釋、腸溶及其他藥物可能不能壓碎，經管給藥也可能改變吸收。須逐一向藥劑師確認，不能只留意營養液。阻塞可由藥物、營養液或機械問題造成，應按原因處理。勿使用壓力、尖物、自調化學品，或照搬別人的通管方法。

何時停用及求助？

已移位或懷疑移位時應停用。疼痛加劇、紅腫擴散、發燒、出血、大量滲漏或呼吸困難須評估。

新放置的胃或空腸管脫落屬緊急情況，勿自行放回。嚴重症狀應到急症室，不要等待一般診所回覆。

應分清可等候營養團隊處理的問題，與需要緊急評估的情況。如位置不明、餵食時新出現明顯疼痛或脫管，應停用。除非已獲合資格團隊的特定指示及訓練，勿把任何物件插入管道以保持開口。呼吸困難、劇烈腹痛、昏倒或大量出血須緊急求醫。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電 999。

繼續閱讀

經皮內視鏡胃造口術（PEG）

餵食管置入：鼻胃管及鼻空腸管

胃造口空腸延伸管（PEG-J）

專業參考資料

ESGE ・ Enteral tubes: indications and accessESGE ・ Enteral tubes: placement and aftercareESPEN ・ Home enteral nutrition

---

https://paulng.clinic/feeding-tube-care/

再餵食綜合症

嚴重或長期營養不足後重新補充營養，可引致危險的電解質及水分變化；口服、補充品、管飼及靜脈營養均可能引起。

誰可能有風險？

評估會考慮體重過低或下降、長期極少進食、酒精相關問題、疾病及電解質結果。

不能只憑體型排除風險；體重過重但營養已大量耗損的人亦可能受影響。

長期營養不足後重新攝取碳水化合物，會改變荷爾蒙及電解質在細胞內外的分布，血磷、鉀及鎂可能下降，也可能積水，影響肌肉、呼吸及心臟功能。開始前驗血正常，也不能排除其後下降的風險，因此增加營養前的進食及體重變化紀錄很重要。

在監督下預防

高風險者可能需要有監督地開始營養、補充硫胺素（維他命 B1）等，並監察磷、鉀、鎂、血糖及水分。

開始份量、增加速度及補充治療均屬個別醫療處方；勿套用一般熱量表或自行補充電解質。

預防不只是「慢慢吃」，而是由醫療團隊決定起始攝取量、維他命及電解質補充、監察強度，並考慮其他疾病。即使起初感覺良好，也可能需要早期覆驗血液。風險較高者可能需要住院處理，不能單憑網上核對清單決定在家開始是否安全。

辨認惡化

重新進食後如出現無力、水腫、氣促、混亂、心悸或迅速轉差，應盡快求醫。

再餵食問題可危及生命。嚴重氣促、昏倒或意識改變，須緊急求醫並致電 999，而非等待網上回覆。

症狀並不特異，並非重新進食後所有不適都是再餵食綜合症，但營養恢復期間新出現水腫、明顯無力、心悸或氣促，應及早評估。勿自行用電解

質粉、大量飲水或網上餵食表處理懷疑問題；嚴重不適時不要等到下一次預約驗血才求助。

個別評估及照護

本資料屬一般健康教育，並非個人餵食處方或程序同意書。須與醫療團隊討論益處、負擔、其他選擇及病人意願；勿自行更改藥物、餵食或導管護理。如嚴重呼吸困難、昏倒或嚴重不適，應緊急求醫，在香港致電999。

繼續閱讀

營養評估及營養不良

飲食支援及口服營養補充品

腸外營養（靜脈營養）

專業參考資料

NICE CG32 · Nutrition support for adultsESPEN · Home enteral nutrition

診所資料

請勿只按地址自行前往；預約時請與護士確認診症地點及時間。

中環

香港中環皇后大道中30號娛樂行20樓

地圖及路線

尖沙咀

九龍尖沙咀金馬倫道37號7樓

地圖及路線

港怡醫院

港怡醫院的專科門診服務將繼續提供，但僅限於星期二，並須預約。

地圖及路線

三個地點均可統一用同一WhatsApp 預約。

電話: +852 2120 6186
WhatsApp: +852 9631 7065
電郵: nurse@paulng.clinic

最新安排請向護士確認。

> 如有吐血、黑便或大量出血、劇烈或持續加劇的腹痛、昏厥、呼吸困難，或檢查後出現嚴重不適，請立即到急症室求醫；緊急時致電 999，勿等待網上回覆。

---

https://paulng.clinic/visit/

胃鏡及大腸鏡檢查後照護

本資料為一般檢查後照護資訊，並非同意書；請遵從個別離院指示。

如曾接受鎮靜

請由一位負責任的成年人陪同離開，並遵從醫療團隊提供的照顧安排。在離院指示指定的期間內，請勿駕駛、飲酒、操作機器或作重要決定。

胃鏡檢查後照護

檢查用途、限制及風險: 胃鏡可觀察上消化道內壁，並可按需要取組織樣本，有助查找症狀原因，但不能診斷所有疾病。嚴重併發症並不常見，但包括出血、穿孔（消化道壁撕裂）及鎮靜相關反應。

胃鏡後可有短暫喉嚨不適或腹脹。如曾使用喉部噴劑，請待醫護人員確認可安全吞嚥後才進食或飲水。

如出現劇烈或加重的胸腹痛、發燒、呼吸困難、吐血或大量出血，請立即求醫。

大腸鏡檢查後照護

檢查用途、限制及風險: 大腸鏡可觀察大腸內壁，並可按需要取組織樣本或切除瘜肉。清腸及其他因素可限制視野，不能發現所有異常。重要風險包括出血（切除瘜肉後可延遲出現）、穿孔（腸壁撕裂）及鎮靜相關反應。

大腸鏡後短暫腹脹或排氣增加並不少見。如曾取樣或切除瘜肉，請遵從額外的飲食、藥物及活動指示。

如出現大量或持續出血、劇烈或加重腹痛、發燒、呼吸困難或暈厥，請立即求醫。切除瘜肉後的出血亦可能於回家後出現。

藥物安排

請遵從個別藥物計劃，尤其是薄血藥及糖尿病藥物。切勿自行停用、恢復服用或更改處方藥物。如指示不清楚，請先向負責治療的醫療團隊確認，再作更改。

恢復及回家安排

在恢復區休息，直至醫護人員確認可離開。請遵從書面離院指示，包括飲食、藥物及活動安排。如接受鎮靜，請由預先安排的陪同者接送，並遵從醫護人員提供的限制。

結果及跟進

檢查後的跟進由吳昊醫生負責。醫療團隊會在您適合聽取說明時講解所見；組織或瘜肉化驗結果可能仍待完成。離開前請確認如何及何時取得結果、是否需要覆診，以及如未按安排收到消息應聯絡誰。

何時需要求醫

如症狀嚴重，請前往急症室或在香港致電999，切勿等候 WhatsApp 或 WeChat 回覆。如有非緊急的恢復或結果問題，請使用離院資料上的聯絡方式或以下診所聯絡方法向護士查詢。

如有吐血、黑便或大量出血、劇烈或持續加劇的腹痛、昏厥、呼吸困難，或檢查後出現嚴重不適，請立即到急症室求醫；緊急時致電 999，勿等待網上回覆。

非緊急照護及結果查詢

電話: +852 2120 6186
WhatsApp: +852 9631 7065
電郵: nurse@paulng.clinic

---

https://paulng.clinic/visit/