

吴昊医生

简体中文

胃肠及肝脏健康资讯手册

本手册仅供本诊所患者使用。

仅供本诊所患者在香港使用。本手册仅提供一般信息，不构成医疗建议、个人诊断、治疗处方或操作同意书，也不能取代合资格医护人员的个体评估。请遵从个人医疗指示；紧急情况应立即就医或致电 999。

简体中文 · 2026-10-28

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

paulng.clinic

© 2026 吴昊医生。版权所有。

一般资讯，并非个人诊断

本手册仅供本诊所患者使用。

本手册整合网站的一般健康资讯，并非个人诊断、治疗建议或操作同意书。列出疾病及操作不表示您需要接受相关检查或治疗，也不表示所有服务均于每个地点提供。是否检查、治疗或不作处理，须与合资格医护人员讨论个人风险、获益及其他选择。请勿自行开始、停止或更改药物；个别准备及出院指示优先于本手册。网上版本可能较新。

如有呕血、黑便或大量出血、剧烈或持续加重的腹痛、晕厥、呼吸困难，或检查后出现严重不适，请立即到急诊室就医；紧急时致电 999，勿等待网上回复。

目录

胃肠及肝脏疾病 / 检查及治疗操作

01 反流性食管炎	10
02 咽喉异物感 (Globus pharyngeus)	12
03 巴雷特食管 (Barrett食管)	14
04 嗜酸性粒细胞食管炎 (EoE)	16
05 食管动力障碍	18
06 贲门失弛缓症 (食管失弛缓症)	20
07 胃酸反流 / 胃食管反流病 (GERD)	22
08 胆汁反流 (十二指肠胃反流)	24
09 幽门螺杆菌感染 (幽门螺旋菌)	26
10 胃炎	29

11	31
胃溃疡・十二指肠溃疡（消化性溃疡）	
12 胃肠化生（胃黏膜肠上皮化生）	34
13 自身免疫性胃炎	37
14 胃排空延迟（胃轻瘫）	39
15 结肠息肉（大肠息肉）	41
16 结肠憩室病／憩室炎	45
17 溃疡性结肠炎（UC）	47
18 克罗恩病（克隆氏症）	49
19 显微镜下结肠炎	51
20 乳糜泻（麸质敏感性肠病）	53
21 小肠细菌过度生长（SIBO）	55
22 乳糖不耐受／乳糖不耐症	58

23 胆汁酸腹泻／胆汁酸吸收不良	60
24 痔疮	62
25 肛裂	64
26 放射性直肠炎	66
27 肠脑互动障碍（DGBI）	68
28 肠易激综合征（IBS）	70
29 功能性便秘	72
30 功能性消化不良	74
31 乙型肝炎（乙肝）	76
32 丙型肝炎（丙肝）	79
33 脂肪肝（肝脂肪变性疾病）	81
34 代谢功能障碍相关脂肪性肝病 （MAFLD）	84

35 肝纤维化	86
36 肝硬化	89
37 自身免疫性肝炎 (AIH)	92
38 原发性胆汁性胆管炎 (PBC)	94
39 肝囊肿	96
40 胆结石 (胆囊结石)	98
41 胆囊息肉	101
42 胆囊切除术后症状	103
43 慢性胰腺炎	105
44 胰腺外分泌功能不全 (PEI)	107
45 胰腺囊肿 (胰脏囊肿)	109
46 胃镜 (OGD)	112

47 大肠镜	120
48 胶囊内镜	129
49 内镜活组织检查	134
50 幽门螺杆菌培养及抗生素敏感性试验	138
51 结肠息肉切除术	141
52 内镜黏膜切除术 (EMR)	144
53 染色内镜	147
54 窄带成像内镜 (NBI)	150
55 放大内镜	153
56 无线食管酸碱值监测	156
57 食管压力测定	160
58 内镜逆行胰胆管造影 (ERCP)	164

59 痔疮橡皮圈结扎	169
60 食管肉毒杆菌注射	173
61 幽门肉毒杆菌注射	177
62 腹部影像检查	181
63 肝脏弹性成像	184
64 幽门螺杆菌尿素呼气试验	188
65 SIBO／IMO 氢气及甲烷呼气试验	193
66 肠道菌群基因测序（粪便基因组检测）	196
67 粪便病原体 PCR 检测	199
68 粪便钙卫蛋白	202
69 营养管理	205
70 营养评估及营养不良	209

71 饮食支持及口服营养补充剂	213
72 吞咽困难及进食安全	217
73 经皮内镜胃造瘘术 (PEG)	221
74 喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管	225
75 胃造瘘空肠延伸管 (PEG-J)	229
76 肠外营养 (静脉营养)	233
77 喂食管及造口护理	237
78 再喂养综合征	240
79 诊所资料	244
80 胃镜及大肠镜检查后照护	246

反流性食管炎

反流性食管炎是胃内容物反流到食管后，食管内壁出现炎症或损伤。胃镜可能看到相关变化，但有反流症状不一定代表存在可见炎症。这是反流可能造成的一种具体后果，并不等同于 GERD：GERD 可以引起明显症状但没有可见食管炎，而炎症程度也未必与症状强弱一致。

胃镜看到食管炎症，是反流相关损伤的一种表现，但症状与黏膜外观未必一致。GERD 是更广泛的临床状况，即使没有可见食管炎也可能存在；反过来，黏膜发炎时症状也可能较轻。应结合检查原因、用药及活检结果（如有）解读报告。如果吞咽疼痛或困难、食物卡住或出血，应尽快就医。

诊症时须讨论

医生会综合胃镜所见、症状、用药，以及吞咽疼痛或困难、出血、反复呕吐、不明原因体重下降等警示表现。也可能评估食

管炎症的其他原因，再决定是否需要进一步检查或复查。出血或食物卡住应尽快就医。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜（OGD） 无线食管酸碱值监测

相关疾病

嗜酸性食管炎（EoE） 巴雷特食管 胃食管反流病（GERD）

专业参考资料: ACG • Acid reflux / GERD

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

咽喉异物感 (Globus pharyngeus)

咽喉异物感是指喉咙反复或持续有东西堵着、像有一团东西的感觉，但不一定真的有异物。典型情况并不疼痛，常在两餐之间出现，进食时反而可能减轻，食物和饮品仍能正常吞下。这与食物真的卡住、吞咽困难或吞咽疼痛不同。

成因可能涉及咽喉肌肉紧张、感觉敏感或脑肠互动；压力可使症状加重，但不代表症状是想象出来的。胃食管反流可在部分人身上同时存在，不能单凭咽喉异物感便诊断为反流。评估会了解症状、药物、吸烟及饮酒情况，并检查口腔及颈部；必要时转诊耳鼻喉科进行鼻咽喉内镜检查。胃镜、食管酸碱监测或测压只会按个体情况考虑，并非人人需要。经适当评估而未发现令人担忧的原因后，可讨论补充水分、减少反复清嗓和干咽，以及按需要接受言语治疗或放松训练。抑酸药并非对所有人有效，只应在有适应证时使用。

诊症时须讨论

持续或反复的症状应接受评估。如有逐渐加重的吞咽困难、吞咽痛、不明原因体重下降、持续声音嘶哑、单侧咽痛或颈部肿块，应尽快就医，不应自行当作一般咽喉异物感。若呼吸困难、食物卡住或连唾液也无法吞下，须立即到急诊就医。

相关疾病

胃食管反流病 (GERD) 食管动力障碍 肠脑互动障碍 (DGBI)

专业参考资料: Frontline Gastroenterology (BSG / BMJ) • Managing a patient with globus pharyngeus

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

巴雷特食管（Barrett食管）

巴雷特食管是下段食管内壁细胞发生变化，通常与长期反流有关。需要通过胃镜和组织活检确诊，不能只凭症状判断。它不是癌症，大多数患者不会发展为食管癌；不过未来风险略有增加，活检结果和受影响范围可能影响监测讨论。

诊断需要结合胃镜表现和活检确认特征性内壁细胞变化。病理报告可能说明是否存在异型增生；结果不确定或发现异型增生时，可能需要专科复核。巴雷特食管不是癌症，监测安排会根据活检、病变长度、检查质量、整体健康和个人意愿决定。新出现吞咽困难、出血、持续呕吐或不明原因体重下降，应及时评估，不要等到常规复查。

诊症时须讨论

医生会查看胃镜和病理报告，确认诊断、受影响长度，以及是否存在异型增生（癌前细胞变化）。结果不确定时，取样方式和

病理专科复核可能很重要。监测安排并非人人相同，会考虑预期获益、检查质量、活检结果、整体健康和个人意愿。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜（OGD） 内镜活组织检查 窄带成像内镜（NBI）

相关疾病

胃食管反流病（GERD） 反流性食管炎

专业参考资料: ACG • Barrett's oesophagus

<https://paulng.clinic/zh/conditions/oesophagus/#barretts-oesophagus>

嗜酸性粒细胞食管炎 (EoE)

EoE 是慢性免疫介导的食管炎症，食管内壁会聚集嗜酸性粒细胞。可导致吞咽困难、食物卡住或嵌塞，有时类似反流；儿童可能出现进食或生长问题。

即使内镜下食管外观正常，也可能存在 EoE，因此怀疑时从多个部位取活检很重要。嗜酸性粒细胞数量和分布需结合症状及其他可能原因解读；食管可能逐渐狭窄，随访可参考症状和组织结果。

诊症时须讨论

诊断需要食管功能障碍症状、活检显示嗜酸性粒细胞增多，并考虑其他原因。内镜外观可能正常，因此需要从食管不同部位取样；评估还会考虑狭窄及症状、活检结果的变化。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜（OGD） 内镜活组织检查 吞咽困难及进食安全

相关疾病

反流性食管炎 食管动力障碍

专业参考资料: ACG • Eosinophilic oesophagitis

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

食管动力障碍

食管动力障碍泛指吞咽时食管运动或协调异常，是一种广义描述而非单一诊断。可能引起吞咽困难、胸部不适或反流；狭窄、炎症或其他问题也可能造成类似症状。

高分辨率食管测压记录吞咽时的压力模式，用于分类食管运动功能，但不能直接显示黏膜炎症或排除结构性狭窄。可能需要先做或同时进行内镜、影像检查；边界性结果需结合症状和检查条件解释。

诊症时须讨论

评估会按情况考虑结构或黏膜问题，可能安排胃镜或影像。高分辨率食管测压会测量吞咽时的压力和协调，但需结合症状及其他发现解读。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜 (OGD) 食管压力测定 吞咽困难及进食安全

相关疾病

贲门失弛缓症 嗜酸性食管炎 (EoE) 咽喉异物感 (Globus pharyngeus)

专业参考资料: ACG • Oesophageal physiologic testing

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

贲门失弛缓症（食管失弛缓症）

贲门失弛缓症是一种少见的食管运动障碍，下食管括约肌不能正常放松，食管也失去有效向下推进的收缩。可逐渐导致固体和液体吞咽困难、反流、胸部不适，有时体重下降。

测压是识别贲门失弛缓症特征性括约肌松弛障碍和正常蠕动消失的主要检查。内镜有助排除机械性梗阻或其他原因，定时钡餐影像可显示食管排空；这些检查提供互补信息，不能互相替代。

诊症时须讨论

评估通常结合胃镜排除梗阻、高分辨率测压识别运动模式，以及定时钡餐评估排空。结果需综合解读，部分情况可能需要其他影像或活检；诊断和分型会影响治疗讨论。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜（OGD） 食管压力测定 食管肉毒杆菌注射 吞咽困难及进食安全

相关疾病

食管动力障碍

专业参考资料: ASGE • Achalasia guideline

<https://paulng.clinic/zh/conditions/oesophagus/#achalasia>

胃酸反流／胃食管反流病 (GERD)

胃内容物反流到食管，如果引起明显的烧心、反酸，或损伤食管内壁，就可能属于胃食管反流病。症状常在饭后或躺下时加重，但胸口或上腹不适也可能有其他原因，不能仅凭感觉确诊。

胃镜有时能看到食管发炎或溃疡，但黏膜外观正常也不能排除反流病，因为检查时可能没有明显损伤。服用抑酸药后好转可以支持反流的可能，却不能证明所有喉咙、胸口或胃部不适都由胃酸引起。如果按建议处理后仍持续不适，医生可能重新检查用药方法、考虑其他原因，或安排胃镜及反流监测。吞咽困难、食物卡住、出血、反复呕吐或不明原因体重下降，应尽快提出并评估。记录不适与进餐、躺下或睡眠时间的关系，可以让就诊讨论更具体；生活或用药调整也应结合个人健康状况。可记录症状与进餐、躺下、睡眠及曾用药物的时间关系，帮助医生区分反流模式和其他需要评估的原因，并讨论检查是否会改变

处理方向。也可记录吞咽时是否疼痛或有食物停留感，便于就诊时了解变化。带上既往胃镜报告也有帮助。

诊症时须讨论

医生会了解症状出现的频率、对生活的影响、以往处理方式，以及吞咽困难或疼痛、持续呕吐、出血、不明原因消瘦等警示表现，再判断是否需要检查。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜（OGD） 无线食管酸碱值监测

相关疾病

反流性食管炎 巴雷特食管 功能性消化不良 胆汁反流（十二指肠胃反流） 咽喉异物感（Globus pharyngeus）
专业参考资料: ACG • Acid reflux / GERD

<https://paulng.clinic/zh/conditions/stomach/#gerd>

胆汁反流（十二指肠胃反流）

胆汁由肝脏制造，通常经胆管进入十二指肠，帮助消化脂肪。胆汁反流指十二指肠内容物反流入胃，有时可进入食管。它与胃酸反流不同，但两者可以并存。可能出现上腹不适、恶心、苦味反流或黄绿色呕吐物，单凭症状不能确诊。

少量十二指肠胃反流可在无疾病时出现。部分病例与胃部手术、幽门功能或胃肠动力改变有关；切除胆囊不等于一定有胆汁反流。医生会评估症状、手术及用药史。胃镜可观察黏膜并按需活检，但看到胆汁本身不能证明是症状的原因。食管酸碱监测评估酸暴露，不能直接确认胆汁；阻抗监测可识别非酸反流，但不能仅凭结果确定是胆汁。治疗需结合原因及黏膜情况个别决定，可能包括饮食和生活方式调整、药物，少数情况下考虑外科评估。药物治疗的证据有限；抑酸药可处理并存的酸反流，但不能直接阻止胆汁反流。

诊症时须讨论

持续上腹不适、呕吐或反流应接受评估，不宜自行诊断为胆汁反流。不明原因体重下降、吞咽困难或持续呕吐应尽快就医。呕血、黑便、剧烈腹痛、腹胀伴黄绿色呕吐或无法进饮须立即接受急诊评估。

相关疾病

胃食管反流病 (GERD) 胃炎 胆囊切除术后症状

专业参考资料: Gastroenterology Research and Practice • Bile reflux gastritis review

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

幽门螺杆菌感染（幽门螺旋菌）

幽门螺杆菌能在胃黏膜内生存并引起长期炎症。很多人没有症状，部分人会出现消化不良、胃炎或消化性溃疡；感染也与一生中胃癌风险增加有关。呼气或粪便检测可以检查活动性感染，胃镜取得的胃黏膜活检也能发现细菌。

呼气或粪便抗原检测可在不做胃镜的情况下检查活动性感染；血液抗体在旧感染清除后仍可能阳性，通常不适合用来确认是否根除。部分抑酸药、抗生素和铋剂会影响检测准确性，医生可能会说明如何准备。耐药情况及既往疗程会影响抗生素组合，服药应按要求完成。治疗后需要在适当时间做根除确认检测；不能只凭症状是否好转判断细菌是否仍然存在。如果服药期间出现明显副作用或漏服，应联系治疗医生询问，而不是自行更改药物组合。检测和治疗安排仍需根据个人病史决定。就诊时带上既往根除疗程和抗生素

过敏信息，有助于考虑后续检测或用药。检测前如需暂停某些药物，应按实验室说明及医生建议安排，适当时间因检测和个人情况而异。

诊症时须讨论

是否检测以及选择哪种根除方案，要结合病史、药物过敏和既往抗生素使用情况，因为细菌耐药情况不同。治疗通常需要多种药物配合，而非只用一种抗生素。完成治疗后应在合适时间复查；症状好转本身不能证明细菌已经清除。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[胃镜（OGD）](#) [内镜活组织检查](#) [幽门螺杆菌培养及抗生素敏感性试验](#) [幽门螺杆菌尿素呼气试验](#)

相关疾病

[胃炎](#) [胃溃疡](#) [胃肠化生](#) [自身免疫性胃炎](#) [功能性消化不良](#)

[专业参考资料: ACG • H. pylori](#)

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

胃炎

胃炎是胃内壁发炎，可短期出现，也可能持续较久。幽门螺杆菌、某些药物（如抗炎止痛药）、酒精或免疫疾病都可能相关，但有时找不到明确原因。有些人没有症状，另一些人会有上腹不适、恶心或消化不良；类似不适也可能在没有胃炎时出现，因此症状本身不能确诊。

胃镜活检可以发现症状或内镜外观不明显的炎症。幽门螺杆菌、抗炎药和其他因素都可能有关，但不同炎症类型的原因和意义各异。病理报告需要结合胃镜所见、用药史及检查原因解读；消化不良本身不能证明存在胃炎。呕血、黑便、疼痛加重或无法饮水，应尽快就医。

诊症时须讨论

评估会了解症状、用药和相关病史。根据情况可做幽门螺杆菌检测、验血或胃镜活检，以确认炎症及可能原因。报告中的“胃炎”可指不同的显微特征，需要结合活检描述、胃镜所见和整体病史解读。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜（OGD） 内镜活组织检查 幽门螺杆菌培养及抗生素敏感性试验 幽门螺杆菌尿素呼气试验

相关疾病

胆汁反流（十二指肠胃反流） 幽门螺杆菌感染 自身免疫性胃炎 功能性消化不良
专业参考资料: AGA • Atrophic gastritis
clinical update

<https://paulng.clinic/zh/conditions/stomach/#gastritis>

胃溃疡·十二指肠溃疡（消化性溃疡）

胃溃疡是胃内壁较深的破损，不只是表面刺激。常见相关因素包括幽门螺杆菌感染和抗炎止痛药，但也可能有其他原因。有些人会有上腹痛或消化不良，也有人症状不明显，直到出现并发症。胃溃疡不同于胃炎，而发现幽门螺杆菌也不是胃溃疡唯一可能的解释。

胃镜发现溃疡时，医生可能取样了解性质，并考虑检测幽门螺杆菌和检查用药。幽门螺杆菌是重要原因之一，但检测阴性不能排除抗炎止痛药或其他原因。是否复查胃镜及时间取决于溃疡特征、活检结果和整体情况。呕血、黑色柏油样大便、昏厥或突发剧烈腹痛都是警示表现。

十二指肠溃疡与消化性溃疡

胃溃疡发生于胃，十二指肠溃疡发生于小肠起始的十二指肠；两者均属消化性溃疡，但不是同一位置的疾病。幽门螺杆菌感染及非甾体消炎止痛

药是常见相关因素。症状不能可靠分辨溃疡位置，诊断、药物、幽门螺杆菌处理及随访须由医生个别评估；胃溃疡的活检安排不可直接用于所有十二指肠溃疡。

诊症时须讨论

胃镜可以观察溃疡，并在需要时取活检；医生也可能检测幽门螺杆菌并了解止痛药、其他用药和病史。活检及复查计划取决于溃疡外观和整体情况。呕血、排出黑色柏油样大便、昏厥或突发剧烈腹痛，需要紧急就医。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[胃镜 \(OGD\)](#) [内镜活组织检查](#) [幽门螺杆菌培养及抗生素敏感性试验](#) [幽门螺杆菌尿素呼气试验](#)

相关疾病

[幽门螺杆菌感染](#)

[专业参考资料: ACG • H. pylori and peptic ulcer disease](#)

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

胃肠化生（胃黏膜肠上皮化生）

胃肠化生是胃黏膜部分细胞在显微镜下呈现出较像肠道细胞的变化，需要通过活检确认。它不是胃癌，但可能属于与日后胃癌风险增加有关的改变；不少有此发现的人并不会因此患癌。风险会随病变范围及其他因素而不同。

这是组织的显微变化，并非肉眼可见的肿块；胃部取样范围会影响能否了解病变分布。范围较广或属于不完全型、幽门螺杆菌持续感染以及直系亲属胃癌病史，都可能影响风险评估，但没有单一因素能准确预测个人结果。如果存在幽门螺杆菌，按医嘱处理是降低风险的重要步骤。是否复查胃镜及监测间隔，需要结合病理细节、整体风险、健康状况和个人意愿讨论，而不是套用统一时间表。可以请医生解释病理报告用词及取样位置，因为只说“肠化生”并不能说明胃内涉及范围。讨论监测时，也可一并权衡预期获益、检查负担和个人意愿。病理报告应结合胃镜所见和

活检部位解读，因为取样有限时未必能代表整个胃部。医生可以说明病变是局部还是范围较广，以及对个人风险有何意义。

诊症时须讨论

医生会查看病理报告，了解取样和病变涉及胃内哪些部位，并评估是否存在幽门螺杆菌及是否已处理。家族史、个人背景风险和原胃镜检查是否充分也可能重要。并非所有人都需要复查胃镜或定期监测，应结合可能获益和负担逐一讨论。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[胃镜（OGD）](#) [内镜活组织检查](#) [窄带成像内镜（NBI）](#) [放大内镜](#) [幽门螺杆菌尿素呼气试验](#)

相关疾病

[自身免疫性胃炎](#) [幽门螺杆菌感染](#)

[专业参考资料: AGA • Gastric intestinal metaplasia](#)

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

自身免疫性胃炎

自身免疫性胃炎是免疫系统损伤胃内分泌胃酸的腺体，主要涉及胃体及胃底。胃酸及内因子减少可影响铁和维生素 B12 吸收；部分人胃部症状不明显，因营养素缺乏或贫血才接受检查。

这与幽门螺杆菌相关胃炎不同，但两者可以并存。诊断结合胃部活检、血细胞计数、铁及维生素 B12 水平，并按需要检查抗体；单是抗体阳性不能确诊。恶性贫血是部分患者的较晚期表现，并非每例自身免疫性胃炎的别称。评估也考虑相关自身免疫疾病，尤其甲状腺疾病，以及幽门螺杆菌。处理包括纠正营养素缺乏及个体化随访。此病可增加某些胃部肿瘤的风险，但不表示已经患癌；是否复查胃镜取决于活检、病变范围、其他风险及共同讨论，没有适用于所有人的固定间隔。

诊症时须讨论

不明原因缺铁或维生素 B12 不足应查明原因，不宜只自行补充。麻木、刺痛或平衡问题需要及时告知医生；呕血、黑色柏油样便、晕厥或严重气促需要紧急就医。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜 (OGD) 内镜活组织检查

相关疾病

胃炎 幽门螺杆菌感染 胃肠化生

专业参考资料: AGA • Diagnosis and management of atrophic gastritis

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

胃排空延迟（胃轻瘫）

胃轻瘫是指没有实际梗阻，但食物离开胃部的速度比正常慢。患者可能吃少量就觉得饱、饭后饱胀较久、恶心、呕吐或腹胀；反复呕吐、进食不足还可能影响水分和营养。其他疾病也会造成类似不适。

胃排空检查通常会在排除实际梗阻并检查影响胃蠕动的药物后考虑。检查会观察标准餐在一段时间内离开胃部的速度；准备方式、血糖及药物都可能影响结果。糖尿病、既往手术以及某些神经或结缔组织疾病可能相关，但有时找不到明确原因。症状本身不能确诊，严重程度也未必能反映延迟程度。如果持续呕吐、脱水或难以维持营养，应及时就医。医生也会考虑其他胃肠疾病是否能解释症状；检查需要按指定方法准备，否则结果可能无法准确比较。医生也会了解每餐分量、呕吐次数以及体重或水分变化，以评估营养影响。请如实提供药物和补充剂信息；它们可能影响胃蠕动或检查结果，未经医嘱不要停药。

诊症时须讨论

评估会考虑糖尿病、既往手术、其他疾病，以及可能减慢胃蠕动的药物。排除梗阻后，如果病史和症状适合，医生可能安排标准化胃排空检查。检查准备会影响结果，测得的延迟程度也不一定与症状轻重一致。

相关操作资讯

胃轻瘫不建议常规接受幽门注射。此链接并非治疗建议。

[幽门肉毒杆菌注射](#) [营养管理](#) [营养评估及营养不良](#) [饮食支持及口服营养补充剂](#) [喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管](#) [胃造瘘空肠延伸管 \(PEG-J\)](#)

相关疾病

[功能性消化不良](#)

[专业参考资料: ACG • Gastroparesis](#)

<https://paulng.clinic/zh/conditions/stomach/#gastroparesis>

结肠息肉（大肠息肉）

大肠息肉是大肠内壁的增生，多数没有症状。腺瘤和部分锯齿状病变可能随时间逐渐发展为癌症，另一些类型几乎没有癌变风险。结肠镜可以切除不少息肉并送检；病理检查比单凭外观更能确定息肉类型。

结肠镜报告会记录肠道清洁和观察是否理想、检查是否到达预定位置，以及息肉是否完整切除。病理可以区分腺瘤、锯齿状病变和非肿瘤性增生，其临床意义各不相同。癌前息肉较大或数量较多，可能影响复查时间；检查质量和个人风险也同样重要。请保留病理和操作报告以便一并查看；如果检查未完成或切除情况不确定，建议可能需要调整。部分较大的病灶可能分阶段或通过特定技术切除，因此内镜报告细节尤其重要。如果家人需要评估大肠癌风险，应依据确切病理和家族史讨论，不要只凭“息肉”这个词推断。病理报告写“癌前”并不代表息肉已经是癌症；

切除本身是预防大肠癌的重要机会。既往息肉史或近亲患大肠癌，也可能影响复查讨论。肠道清洁度和是否完整切除也要一并考虑。

了解腺瘤

管状与绒毛状的区别

腺瘤是由腺体组织形成的息肉，日后可能逐步发展为癌症。病理显微镜下，管状腺瘤主要呈管道状结构；绒毛状腺瘤有较多指状突起，管状绒毛状腺瘤则同时具有两种形态。这些名称描述的是组织结构，不代表息肉大小。绒毛状特征与出现进展性改变的可能性较高有关，但不能单凭形态预测个人结果。确切类型需要切除后由病理检查确认，不能只看外观。

大小、异型增生及其他风险

较大的腺瘤通常更值得关注，尤其是直径达到10毫米或以上者。异型增生描述细胞异常程度：低度的变化较轻；高度异型增生属于较进展的癌前变化，但不等于已经发生浸润性癌。腺瘤数量、是否完整切除、肠道清洁和检查质量、以往息肉结果，以及相关个人或家族史，都影响风险及随访。锯齿状息肉属于另一种分类。

应结合病理和结肠镜报告解读。没有单一特征能决定每个人的复查间隔；医生会根据整体情况解释是否及何时需要再检查。

专业参考资料: 美国多学科工作组 · 结肠镜及息肉切除后随访指引

诊症时须讨论

复查计划会综合病理类型、息肉数量、大小和位置、是否完整切除、肠道准备和观察是否清楚，以及个人或家族病史。这些信息有助于确定何时再次做结肠镜，没有适用于所有人的固定间隔。便血或新出现的排便变化也应接受评估，不要自行归因于息肉。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

大肠镜 结肠息肉切除术 内镜黏膜切除术 (EMR) 染色内镜 窄带成像内镜 (NBI) 放大内镜

专业参考资料: ACG · Colon polyps

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

结肠憩室病／憩室炎

憩室是肠壁向外突出的小囊袋，常见于结肠，许多没有症状。憩室炎是涉及憩室的炎症；憩室出血是另一种并发症，可以没有腹痛。

憩室不是肠息肉，本身也不是癌症。腹痛原因很多，发现憩室不代表它就是症状的原因。怀疑急性憩室炎时，可能需要体格检查、验血及 CT 等影像检查。是否使用抗生素或住院取决于严重程度、并发症及个人风险，并非每次单纯发作都必须如此。如有需要，结肠镜通常在恢复后考虑，而非在急性炎症期间常规进行。长期饮食建议应个体化，一般不必一概禁食坚果和种子。

诊症时须讨论

腹痛严重或加重、发热伴明显不适、持续呕吐或大量便血，应及时就医；晕厥或出血伴明显乏力需要急诊评估。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

大肠镜

相关疾病

肠易激综合征 (IBS) 痔疮

专业参考资料: ACG • Diverticulosis and diverticulitis

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

溃疡性结肠炎（UC）

溃疡性结肠炎是慢性炎症性肠病，影响大肠内层，通常从直肠开始并连续延伸一段距离。症状可包括腹泻、便血或黏液、便急和腹部不适，病情可有活动期和缓解期。

溃疡性结肠炎通常连续影响直肠和结肠，受累范围因人而异。内镜和活检有助确认炎症模式及范围；症状改善本身不能证明炎症已受控，评估也可能参考粪便或血液指标，并根据病程考虑结直肠癌监测。

诊症时须讨论

评估会结合症状、血液和粪便检查，以及适当情况下的内镜和活检。医生会了解炎症范围和程度、营养状况及并发症，并与克罗恩病和其他结肠炎原因区分；长期随访也会考虑病程和结直肠癌风险。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[大肠镜](#) [内镜活组织检查](#) [染色内镜](#) [粪便病原体PCR 检测](#) [粪便钙卫蛋白](#)

相关疾病

[克罗恩病](#) [放射性直肠炎](#) [显微镜下结肠炎](#)
[专业参考资料: ACG • Inflammatory bowel disease](#)

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

克罗恩病（克隆氏症）

克罗恩病是慢性炎症性肠病，可影响消化道任何部位，较常见于小肠和结肠。炎症可累及较深肠壁并呈斑片分布；症状可包括腹痛、腹泻、疲倦或体重下降，可能的并发症包括狭窄、脓肿或异常通道。

克罗恩病可影响消化道不同部位，炎症有时深入肠壁，受累区域之间也可能有正常组织。内镜、小肠影像、化验指标和营养评估各有用途；医生会按情况评估狭窄、瘘管或脓肿等并发症。

诊症时须讨论

评估结合症状、血液和粪便检查、内镜活检及必要时的小肠影像。医生会确认炎症部位和程度、营养影响及并发症，并排除感染等原因；随访可结合症状、化验、内镜或影像结果。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[大肠镜](#) [胶囊内镜](#) [内镜活组织检查](#) [染色内镜](#)
[粪便病原体 PCR 检测](#) [粪便钙卫蛋白](#) [营养管](#)
[理](#) [营养评估及营养不良](#)

相关疾病

[显微镜下结肠炎](#) [溃疡性结肠炎 \(UC\)](#) [肛裂](#)
[胆汁酸腹泻／胆汁酸吸收不良](#)
[专业参考资料: ACG · Inflammatory bowel disease](#)

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

显微镜下结肠炎

显微镜下结肠炎是结肠炎症的一种，通常引起持续水样腹泻，一般没有便血，也可有便急、夜间排便或失禁。结肠镜下肠道外观可以正常或接近正常，炎症需要通过活检在显微镜下识别。

主要类型包括胶原性结肠炎及淋巴细胞性结肠炎。它与肠易激、溃疡性结肠炎和克罗恩病不同，但症状可以重叠。评估会审视腹泻模式、水分状态、用药，以及感染、乳糜泻或胆汁酸腹泻等其他原因。怀疑此病时，结肠镜中从不同部位取活检有助确诊；单是肠镜外观正常并不能排除。部分药物与此病有关联，但不代表某位患者的情况必定由药物引起，不要自行停用处方药。处理可包括由医生审视用药，并按症状、活检结果及个人风险考虑布地奈德等处方治疗。

诊症时须讨论

持续水样腹泻应接受评估，不宜直接当作肠易激。便血、不明原因消瘦或症状加重需要及时就医；严重脱水、晕厥或剧烈腹

痛需要紧急处理。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

大肠镜 内镜活组织检查 粪便病原体 PCR 检测

相关疾病

肠易激综合征 (IBS) 胆汁酸腹泻／胆汁酸吸收不良 溃疡性结肠炎 (UC) 克罗恩病 乳糜泻 (麸质敏感性肠病)

专业参考资料: UEG / EMCG • Microscopic colitis guideline

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

乳糜泻（麸质敏感性肠病）

乳糜泻是由麸质触发的免疫介导疾病，可损伤小肠内壁并影响营养吸收。症状各异，可有腹泻、腹胀、腹部不适或贫血，也可能没有明显消化道症状；它不同于小麦过敏和非乳糜泻麸质敏感。

乳糜泻抗体检查和小肠活检需要结合症状及营养情况解读。检查前开始无麸质饮食可能降低检查信息量，因此检查需结合临床情况安排；确诊后也可能根据症状、血液检查和营养状况随访。

诊症时须讨论

评估通常包括乳糜泻相关血液抗体检查，许多成人也会考虑胃镜和小肠活检。如果检查前已避免麸质，结果可能受影响；医生会结合准备情况、营养状况及其他发现解读。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜（OGD） 内镜活组织检查 营养管理 营养评估及营养不良

相关疾病

显微镜下结肠炎 乳糖不耐受／乳糖不耐症 小肠细菌过度生长（SIBO）

专业参考资料: ACG • Celiac disease

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

小肠细菌过度生长 (SIBO)

SIBO 指小肠内细菌数量过多或分布模式改变；正常情况下，小肠的细菌量低于结肠。患者可能腹胀、胀气、腹部不适或腹泻，有时也会影响营养吸收。但这些症状十分常见，成因很多，并不能据此证明患有 SIBO。

SIBO 可继发于不同胃肠疾病，例如肠道蠕动异常或手术后肠道结构改变，也可能与某些用药有关。因此，评估不应只聚焦 SIBO 或呼气测试结果，而应全面审视整体健康、病史与手术史、营养状况及所有常用药物，并处理可能的相关因素。切勿自行停用或更改处方药物，应先与医生讨论。呼气测试通常会在饮用指定饮品后测量氢气或甲烷；测试方法、准备以及肠道通过速度都会影响结果。阳性不一定代表细菌过度生长能解释所有不适，阴性也不能排除所有相关问题。医生会寻找可能原因，例如肠道结构改变或蠕动减慢，也会考虑胀气和腹泻的其他常见原因。没有明确诊断就反复使用抗生素，可能带来副作用

和耐药性，因此应结合临床情况解读测试和治疗。检查前可以了解准备要求及结果能回答的问题；如果持续腹泻、体重下降或有营养不足迹象，应评估更广泛的原因。治疗后症状再次出现时，重新检查首次检测的原因及可能的蠕动或结构问题，通常比自动重复使用抗生素更有用。持续腹泻、体重下降或营养疑虑应在复诊时提出。

诊症时须讨论

医生会了解既往肠道手术、结构或蠕动改变等因素，再判断检测是否有帮助。呼气测试会测量饮用特定糖类后产生的气体；准备方式和肠道通过速度都会影响结果，也可能出现假阳性或假阴性。治疗不应只根据症状或一次检测结果决定。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

SIBO/IMO 氢气及甲烷呼气试验

相关疾病

肠易激综合征（IBS） 乳糜泻（麸质敏感性肠病） 乳糖不耐受／乳糖不耐症

专业参考资料: ACG · Small intestinal bacterial overgrowth

<https://paulng.clinic/zh/conditions/bowel/#sibo>

乳糖不耐受／乳糖不耐症

乳糖酶活性不足可使奶类中的乳糖不能充分消化，引起腹胀、排气、腹绞痛或腹泻。乳糖不耐受与牛奶蛋白过敏并不相同。

症状与摄入量及个人耐受程度有关，并非人人都需要完全戒除乳制品。乳糖吸收不良可以没有症状，也可能暂时出现或继发于乳糜泻等小肠疾病。评估可包括在指导下减少乳糖后逐步重新摄入，或在适当情况下进行氢气呼气试验，并结合症状判读。应避免不必要的长期饮食限制。无乳糖食品、调整份量或乳糖酶补充剂可能对部分人有帮助，同时应保证足够钙及维生素 D。

诊症时须讨论

持续症状及营养需要宜与医生或营养师讨论。便血、体重下降或持续腹泻不应直接归因于乳糖不耐受；怀疑食物过敏需要另外评估。

相关疾病

肠易激综合征（IBS） 小肠细菌过度生长

（SIBO） 乳糜泻（麸质敏感性肠病）

专业参考资料: ACG · Lactose intolerance

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

胆汁酸腹泻／胆汁酸吸收不良

过量胆汁酸进入结肠可引起水样腹泻及便急。胆汁酸腹泻可原发出现，也可与回肠疾病或手术有关，有时见于胆囊切除后。

并非所有慢性腹泻都是肠易激，也不是所有胆囊切除后腹泻都由胆汁酸引起。评估需要审视药物、肠道及手术病史、营养与其他原因。在可以提供的地区，SeHCAT 或空腹血清 C4 等检查可协助诊断；检查供应因地区而异，本页不表示本诊所提供这些检查。处理可包括处方胆汁酸结合剂及个体化饮食建议。这类药物可影响其他药物吸收，剂量及服药时间需由医护人员审视，不宜自行试药。

诊症时须讨论

持续水样腹泻应接受评估，包括脱水及其他疾病的可能。便血、不明原因消瘦或明显脱水需要及时就医；不要自行更改处方药。

相关疾病

肠易激综合征（IBS） 克罗恩病 胆囊切除术后
症状 显微镜下结肠炎

专业参考资料: CAG • Management of bile
acid diarrhoea

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

痔疮

痔疮是肛管内血管垫组织出现症状的情况。内痔可能导致无痛鲜红色出血或脱出；外痔可能引起不适、肿胀或疼痛肿块。直肠出血不应自动归因于痔疮。

痔疮很常见，但可见出血也可能来自其他结直肠疾病，需结合年龄、病史和检查结果判断。肛门镜有助识别内痔；持续或表现不典型的出血可能需要进一步评估，处理选择取决于解剖特点及症状影响。

诊症时须讨论

评估会了解出血、疼痛、排便习惯、检查所见和病史，可能包括肛门视诊及肛门镜检查。若出血持续或表现不典型，医生会考虑进一步评估；处理方式取决于症状程度和痔疮类型。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

痔疮橡皮圈结扎

相关疾病

肛裂 结肠憩室病／憩室炎

专业参考资料: ASCRS • Management of hemorrhoids

<https://paulng.clinic/zh/conditions/bowel/#hemorrhoids>

肛裂

肛裂是肛管内壁的小裂口，可在排便时引起尖锐疼痛，并持续一段时间，有时厕纸或大便表面会有少量鲜血。大便干硬及频繁腹泻都可能促成肛裂。

肛裂与痔疮不同，不能把所有肛门痛或便血都归因于其中一种。评估通常包括症状模式及轻柔检查；持续不愈、多处或位置不典型的裂口，可能需要排查克罗恩病等其他原因。初步处理常着重保持大便柔软成形、避免用力排便及温水坐浴。持续肛裂可能需要处方药膏或专科治疗，并非必须手术；预期益处及包括控便功能在内的风险需要个体化讨论。痔疮橡皮圈结扎不是肛裂的治疗。

诊症时须讨论

反复疼痛、裂口不愈或持续便血应就诊。

肛门肿胀伴发热，或持续加重的疼痛，可能是脓肿等其他问题，需要及时评估；大量出血、晕厥或明显乏力需要急诊处理。

相关疾病

痔疮 功能性便秘 克罗恩病

专业参考资料: ASCRS • Management of anal fissures

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

放射性直肠炎

放射性直肠炎指盆腔放射治疗后直肠受到刺激或损伤。它可能在治疗期间或不久后出现，也可能在数月或数年后才发生。症状包括便急、腹泻、直肠不适或出血；这些症状也可能有其他原因，不应仅因曾接受放疗就归因于此。

盆腔放射治疗后出现直肠出血可能有多种解释，因此放疗史本身不能确诊放射性直肠炎。评估可能需要考虑原有癌症、照射范围和时间、其他治疗及用药，以及其他可能原因。内镜或其他检查会根据临床问题选择，并应结合肿瘤治疗史。大量出血、昏厥、剧痛、发热或黑便需要紧急评估。

诊症时须讨论

医生会了解放疗类型和时间、症状、用药及其他病史，并根据情况考虑体检、验血或内镜，以评估直肠并排除其他原因。合

适的评估方式取决于个人的癌症和治疗史。大量出血、黑便、昏厥、剧烈疼痛或发热需要紧急就医。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

大肠镜

相关疾病

溃疡性结肠炎 (UC)

专业参考资料: ASGE • Radiation proctopathy

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

肠脑互动障碍 (DGBI)

DGBI 是一组肠道与神经系统之间信息互动方式发生改变的疾病。肠道蠕动、对肠壁伸展的敏感度，以及身体处理肠道信号的方式可能相互影响，从而引起腹痛、腹胀或排便变化，即使常规检查没有发现结构异常。症状是真实的，并非想象出来；肠易激综合征和功能性消化不良都是例子。

肠脑信号是双向的：消化道会向神经系统传递信息，神经系统活动也会影响肠道蠕动和敏感程度。睡眠、压力或以往患病经历可能与症状变化有关，但这不代表症状不真实或患者有责任。如果常规检查正常且符合整体临床情况，结果可以带来一定安心，但不应因此忽视症状。DGBI 包含多种疾病，处理前应先找出主要问题；如果症状改变或出现警示表现，需要重新评估。有些人会留意症状与饮食、睡眠或日常作息的关系，也有人需要从其他方面着手；并不存在适用于所有 DGBI 的单一方法。记录腹痛、排便或饱胀的变

化及对日常生活的影响，有助于了解症状趋势。新出现出血、吞咽困难加重、发热或不明原因体重下降，应评估肠脑互动障碍以外的原因。

诊症时须讨论

评估会结合具体症状模式及其对生活的影响，并留意是否有提示其他疾病的表现或病史。DGBI 并没有一项通用检查可以诊断整个类别；解释和处理方式需针对具体疾病制定，可能需要多方面配合。如果症状发生变化，也应重新评估。

相关疾病

[肠易激综合征 \(IBS\)](#) [功能性便秘](#) [咽喉异物感 \(Globus pharyngeus\)](#) [功能性消化不良](#)
[专业参考资料: Rome Foundation • Disorders of gut-brain interaction](#)

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

肠易激综合征（IBS）

肠易激综合征表现为反复腹痛，并与排便或大便次数、形状变化有关。有些人以腹泻为主，有些以便秘为主，也有人两者交替；急迫感、腹胀和排便不尽感也可能出现。IBS 属于肠脑互动障碍，不同于炎症性肠病，但症状可能相似。

IBS 的症状模式可能随时间变化，大便形态有时比排便次数更能描述情况。饮食、感染、压力和生活节奏改变可能与症状加重同时出现，但诱因因人而异，也未必能找到。IBS 不会造成炎症性肠病那样的组织损伤，也不代表患癌。不过便血、持续发热、贫血、夜间症状或不明原因体重下降仍需评估；曾经诊断 IBS，不应成为忽视新变化的理由。简单记录腹痛、大便情况和可能相关因素，有助于说明最困扰的症状，不必因此自行大量忌口。医生会根据病史讨论哪些检查确实有用。详细病史有助于避免不必要的广泛检

查，同时识别是否需要针对性检测。新症状、与以往明显不同的变化或相关家族史，应重新讨论，不要一概认为是 IBS。

诊症时须讨论

诊断依据典型病史和适当的临床评估，并非只因影像检查正常就能确定。医生会考虑症状持续时间和模式、家族史、年龄，以及便血、贫血、发热或不明原因体重下降等警示表现，判断是否需要针对性检查。新出现、持续或明显改变的症状仍应就医评估。

相关疾病

肠脑互动障碍 (DGBI) 显微镜下结肠炎 结肠憩室病／憩室炎 乳糖不耐受／乳糖不耐症 小肠细菌过度生长 (SIBO) 胆汁酸腹泻／胆汁酸吸收不良

专业参考资料: ACG • Irritable bowel syndrome

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

功能性便秘

功能性便秘是持续排便困难，但没有发现能解释症状的结构性问题。大便可能干硬或呈颗粒状、次数偏少、需要用力，或排便后仍觉得没有排净；腹胀和腹部不适也可能同时出现。便秘不只看排便次数，症状也可能与其他肠道问题重叠。

记录排便日记有助于描述大便形态、次数、用力情况和排便后的感受。生活规律改变、膳食纤维摄入不足、药物或其他疾病都可能产生影响；纤维并非适合所有原因或所有人，症状明显时可先和医生讨论。如果盆底肌肉协调有困难，只是增加排便次数可能解决不了问题。新出现的剧烈腹痛、呕吐、不能排气、便血或突然持续改变，应接受医疗评估。就诊时也可说明如厕姿势、停留时间，以及是否需要按压或用手辅助排便，这些细节有助于判断是否存在排出困难。初步处理无效时应重新评估，不宜自行反复大幅改变方法。医生可能会检查部分止痛药或铁剂等容易造成便

秘的药物，也会了解大便偏软时是否仍难以排出。这些细节有助于区分肠道蠕动较慢与排便或盆底协调问题。

诊症时须讨论

评估会了解症状持续时间、大便形态、饮食和饮水、活动量、其他疾病以及可能相关的药物。长期用力或排便不尽有时与盆底肌肉不能协调放松有关，并非单纯大便干硬。可能原因、伴随症状和既往处理方式有助于讨论适合的方案及是否需要进一步检查。

相关疾病

肠脑互动障碍 (DGBI) 肛裂

专业参考资料: AGA / ACG • Chronic idiopathic constipation

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

功能性消化不良

功能性消化不良属于肠脑互动障碍，可引起上腹痛或灼热、少量进食便饱，或餐后不适的饱胀感；经过适当评估，没有其他疾病足以解释症状。

症状是真实的，并不表示必然存在胃溃疡、癌症或胃排空延迟。功能性消化不良不是胃炎或胃轻瘫的别称，但可以与其他情况并存。评估会考虑症状模式、用药、幽门螺杆菌及其他原因。并非每位患者都需要胃镜；医生会根据年龄、家族史、警示症状及当地风险判断。处理可包括饮食调整、在适当情况下治疗幽门螺杆菌、抑酸药或其他个体化治疗。

诊症时须讨论

持续或反复不适应与医生讨论，不宜反复自行服药。进行性吞咽困难、不明原因消瘦或持续呕吐需要及时评估；呕血或黑色柏油样便可能需要急诊处理。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

胃镜 (OGD)

相关疾病

肠脑互动障碍 (DGBI) 幽门螺杆菌感染 胃炎 胃排空延迟 (胃轻瘫) 胃食管反流病 (GERD)

专业参考资料: BSG • Functional dyspepsia guideline

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

乙型肝炎（乙肝）

乙肝病毒会感染肝脏，感染后可能清除，也可能持续成为慢性感染。慢性乙肝可长期引起肝脏炎症、纤维化、肝硬化和肝癌，早期往往没有症状。一组血液检查可区分当前感染、既往感染或疫苗免疫，并帮助评估病毒活跃程度和肝脏损伤。

乙肝表面抗原、抗体和病毒 DNA 分别回答不同问题，通常需要结合整套结果解读，有时还要复查。慢性感染的活跃程度会变化，所以即使感觉良好或某次肝功能正常，也可能需要继续监测。抗病毒治疗可以抑制病毒，但不一定完全清除，因此治疗期间和之后仍可能需要随访。没有免疫力的人可以咨询疫苗接种。不要共用针具、剃须刀或可能沾血的牙刷；日常接触、一起吃饭和拥抱不会传播乙肝。慢性感染者可与医生讨论家人和伴侣检测、未有免疫力时接种疫苗，以及避免血液暴露的方法。未经医生建议不要自行停用抗病毒药，因为停药后病毒可能重新活跃。乙肝

患者即使完全没有不适，感染也可能处于活动状态，因此复查不应只根据症状决定。怀孕计划、其他肝病和用药都可能影响监测方式或时间，宜在就诊时提出。

诊症时须讨论

病毒和肝脏指标随时间的变化很重要，单次结果未必能确定疾病阶段或治疗需要。医生会综合病毒数值、肝功能、纤维化、年龄、家族史和其他健康因素，讨论复查或抗病毒治疗；部分人需要定期监测肝癌。病毒可经血液、性接触或分娩前后传播，日常社交接触不会传播；家人和伴侣可以咨询检测与接种疫苗。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

肝脏弹性成像

相关疾病

丙型肝炎 肝纤维化 肝硬化

专业参考资料: AASLD • Hepatitis B

<https://paulng.clinic/zh/conditions/liver/#hepatitis-b>

丙型肝炎（丙肝）

丙肝是经血液传播的病毒感染，可持续多年并逐渐造成肝脏瘢痕，早期通常没有明显症状。抗体检测提示曾接触病毒，但单靠抗体不能判断感染是否仍存在；HCV RNA 检测可以确认血液中当前是否有病毒。现有直接抗病毒药物能够治愈大多数感染。

丙肝抗体阳性表示曾接触病毒，RNA 检测才能确认当前是否仍检测到病毒。现代口服抗病毒疗程通常有明确期限且成功率高，但合适的药物取决于肝脏情况、既往治疗、其他疾病和药物相互作用。复查 RNA 可确认治愈；治愈后抗体往往仍呈阳性，并不代表仍有感染。肝硬化患者仍需持续接受肝脏照护，并在适当情况下监测肝癌，因为清除病毒不会消除已经形成的瘢痕。治愈后如果再次接触带血物品，仍可能重新感染，因此预防建议依然重要。医生也可根据个人接触史讨论其他血液传播感染检测或相关人员评估。治愈后抗体仍可能阳性，不能用来检查是否再次感

染；怀疑当前感染时需要检测 RNA。开始抗病毒疗程前应核对所有药物和补充剂，避免药物相互作用影响选择。

诊症时须讨论

如果检测到 RNA，评估包括肝脏健康、纤维化程度、其他疾病以及可能与治疗相互作用的药物。疗程和复查会按个人情况选择，之后通过 RNA 检测确认治愈。已有严重纤维化或肝硬化的人，治愈后仍可能需要肝脏随访。避免共用可能沾血的个人用品；如担心曾经接触病毒，可咨询医生。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

肝脏弹性成像

相关疾病

肝纤维化 肝硬化 乙型肝炎

专业参考资料: AASLD • Hepatitis C

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

脂肪肝（肝脂肪变性疾病）

肝脂肪变性疾病指肝细胞内脂肪过多，常与糖尿病、胆固醇异常或体重过高等代谢因素有关，也需要考虑酒精、药物和其他原因。有些人只有脂肪而没有持续损伤，另一些人会发生炎症并逐渐纤维化。这种疾病通常没有特定症状。

当肝脂肪变性同时伴有至少一项心脏代谢风险因素时，可能使用 MASLD（代谢功能障碍相关脂肪性肝病）这一名称；还应评估饮酒和药物等其他原因。影像可以发现脂肪，却不能可靠判断炎症程度或纤维化分期。即使验血正常，也可能存在明显瘢痕，因此医生有时会分阶段使用风险评分和肝脏硬度检查。心血管健康也很重要，因为代谢风险会影响心脏和血管。饮食、活动、体重或药物方面的改变，应以个人能够安全坚持的方式讨论。血压、血糖和胆固醇管理也可能属于整体照护的一部分，即使肝脏没有症状。目标是发现可调整的风险并制定可行的随访，而不是责怪患者或要求所有人采用同一种饮食。影像发现

脂肪不能确定病因，也不能显示是否已有瘢痕。综合评估代谢健康、饮酒和用药，有助于避免遗漏其他因素，也让后续风险判断更有参考价值。

诊症时须讨论

评估可能包括了解饮酒和用药、代谢健康、血液结果及影像，再估计纤维化风险，不能只看肝酶。处理方式因人而异，可能需要同时管理相关代谢问题和可持续的健康习惯。验血正常或超声提示有脂肪，都不能单独判断瘢痕程度；随访安排取决于整体风险。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[腹部影像检查](#) [肝脏弹性成像](#)

相关疾病

[代谢功能障碍相关脂肪性肝病 \(MAFLD\)](#) [肝纤维化](#)

[专业参考资料: AASLD • Steatotic liver disease](#)

<https://paulng.clinic/zh/conditions/liver/#fatty-liver>

代谢功能障碍相关脂肪性肝病 (MAFLD)

MAFLD 是较早使用的名称和诊断框架，指脂肪肝伴有超重、2 型糖尿病或其他代谢风险。它与较新的 MASLD 名称并非完全相同，两者定义和判断标准有所不同。两者都描述代谢背景下的脂肪肝；影像发现脂肪本身不能确定病因，也不能显示是否有炎症或瘢痕。饮酒、药物和其他肝病也可能同时产生影响。

MAFLD 是较早提出的诊断框架，采用脂肪肝加代谢功能障碍的条件；它并非 MASLD 的另一种写法，后者采用更新的共识标准。旧报告可能仍使用 MAFLD，当前评估可能采用新术语。两个名称都不能单独显示炎症或纤维化程度，脂肪肝也可能有多个相关原因。可以请医生说明原诊断依据，以及当前评估是否会改变风险判断。

诊症时须讨论

医生会查看原有 MAFLD 诊断依据、代谢健康、饮酒及用药情况，并在适当时排查其他原因。验血和影像可发现脂肪并帮助估算瘢痕风险，但肝酶正常不能排除纤维化。随访应根据整体健康情况而非名称决定；医生可说明当前术语是否适用以及是否需要进一步评估。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

腹部影像检查 肝脏弹性成像

相关疾病

肝硬化 脂肪肝（肝脂肪变性疾病）

专业参考资料: AASLD • Steatotic liver disease

<https://paulng.clinic/zh/conditions/liver/#mafld>

肝纤维化

肝纤维化是肝脏反复受损后形成的瘢痕，例如病毒性肝炎、酒精相关损伤或代谢性肝病都可能造成。程度从轻微到严重不等；肝硬化则是更晚期的阶段，肝脏结构和血流也发生改变。早期纤维化通常没有明显症状。

非侵入性风险评分会使用常规验血和临床资料；肝脏弹性检查则估计组织硬度，两者都不能完美显示每一处瘢痕。炎症、胆汁流动问题或肝脏淤血可能暂时使硬度升高，非肝脏疾病也可能影响血液评分。如果结果不一致或不明确，医生可能讨论复查、改用其他影像，或在少数情况下考虑活检。了解并处理肝损伤原因很重要，因为纤维化风险和随访需要取决于程度以及病因是否持续。低风险结果在某些情况下可以支持减少随访频率，但不代表无需处理根本病因。医生可以解释具体评分的意义，以及是否应在其他健康问题处理后复查。肝脏硬度只是风险评估的一部

分，不能单独代表肝功能或预测结局。可询问医生如何与验血和既往检查比较，以及先处理暂时影响因素后再测是否更易解读。

诊症时须讨论

血液风险评分和测量肝脏硬度的影像检查，可以在不取肝组织的情况下估计严重纤维化的可能性，但并非直接逐处测量瘢痕。炎症、淤血等因素也可能影响结果。医生会结合验血、病史和可能病因解读，并判断是否需要复查或转诊专科。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

肝脏弹性成像

相关疾病

肝硬化 自身免疫性肝炎 (AIH) 原发性胆汁性胆管炎 (PBC) 乙型肝炎 丙型肝炎 脂肪肝
(肝脂肪变性疾病)

专业参考资料: AASLD • Noninvasive liver assessment

<https://paulng.clinic/zh/conditions/liver/#liver-fibrosis>

肝硬化

肝硬化是严重瘢痕使肝脏结构变形，也可能阻碍血液流经肝脏。有些人多年没有不适，另一些人会出现腹水、扩张静脉出血、意识混乱或黄疸等并发症。慢性病毒性肝炎、酒精相关损伤、代谢或自身免疫性肝病都可能导致肝硬化。

“代偿期”肝硬化指尚未出现主要并发症；“失代偿期”则表示曾发生腹水、出血或意识混乱等情况。这一区分有助于评估风险和安排照护，但病情可能随时间变化。随访可能包括评估肝功能、门静脉高压、营养和用药，并在适当情况下定期监测肝癌。医生也可能讨论疫苗，以及避免饮酒或可能加重肝损伤的药物。呕血、黑便、突然意识混乱、腹胀伴发热或黄疸迅速加重都属于急症。保留用药清单和随访计划，有助不同医护人员协调照护；新出现水肿、嗜睡或食欲变差也应告知医生。可请照护团队说明哪些变化需要

当天求助，以及哪些复诊或扫描属于常规安排。请保留最新用药清单并告知新药，因为肝功能会影响部分药物的处理。

诊症时须讨论

照护会考虑病因、肝功能，以及是否存在门静脉高压或其他并发症。根据需要可能安排验血、影像和胃镜，并监测肝癌、预防或处理相关并发症。处理根本病因仍可能有帮助。呕血、黑便、新出现意识混乱、腹胀伴发热或黄疸迅速加重，都需要紧急就医。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[腹部影像检查](#) [肝脏弹性成像](#)

相关疾病

[乙型肝炎](#) [丙型肝炎](#) [代谢功能障碍相关脂肪性肝病 \(MAFLD\)](#) [肝纤维化](#)
[专业参考资料: AASLD • Cirrhosis care](#)

<https://paulng.clinic/zh/conditions/liver/#cirrhosis>

自身免疫性肝炎（AIH）

AIH 是免疫介导的肝脏炎症，可能没有明显症状，也可能出现疲倦或黄疸，或在肝功能异常时发现。持续炎症可能导致纤维化和肝硬化；没有单一抗体或检查可以单独确诊。

AIH 的诊断综合肝脏生化、免疫学及有时的组织学结果，并评估其他肝炎原因。自身抗体不能单独确诊，疾病活动度可随时间变化；随访通常会持续关注肝功能检查和纤维化。

诊症时须讨论

诊断结合肝酶、免疫球蛋白、自身抗体、排除其他原因，并常需考虑肝活检。结果需整体解读，并评估炎症和瘢痕程度、相关自身免疫疾病及长期监测需要。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

肝脏弹性成像

相关疾病

肝纤维化

专业参考资料: AASLD • Autoimmune
hepatitis

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

原发性胆汁性胆管炎（PBC）

PBC 是慢性自身免疫性疾病，会逐渐损害肝内小胆管。胆汁流动受影响可导致肝功能检查异常、瘙痒或疲倦，但有些人在发现时没有症状；持续损伤可能造成肝脏瘢痕。

PBC 常根据胆汁淤积型肝功能异常和抗线粒体抗体而受到怀疑，同时需要考虑胆管阻塞和其他解释。部分抗体阴性病例需要进一步评估，典型情况并非都需要活检；长期随访可关注肝功能、纤维化及相关健康问题。

诊症时须讨论

评估通常考虑胆汁淤积型肝功能指标、抗线粒体抗体或其他相关抗体，并排除其他原因。影像可评估胆管；若诊断仍不确定或考虑重叠疾病，部分情况下会考虑肝活检。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

肝脏弹性成像

相关疾病

肝纤维化

专业参考资料: AASLD • Primary biliary cholangitis

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

肝囊肿

肝囊肿是肝内充满液体的病灶，常在因其他原因做影像检查时偶然发现。典型单纯囊肿在影像上边缘光滑、囊壁较薄、内部为清亮液体，通常是良性的，常无症状，也不需要治疗。表现不典型的病灶可能属于其他类型，不能一概当作单纯囊肿。

单纯肝囊肿通常可根据超声、CT或MRI上的典型表现判断；如果特征明确且没有相关症状，一般不需要额外检查。内部隔膜、不规则厚壁、结节或强化等复杂特征需要进一步评估，可能安排专门影像检查。囊肿并非都由相同原因造成，报告用词和原始影像都很重要。如果持续疼痛、发热或症状改变，应就医评估；但这些不适也可能与囊肿无关。典型单纯囊肿通常不会变成癌症，反复扫描明确良性病灶未必有额外好处。如果报告提示性质不明确或表现复杂，下一步是弄清影像特征，而不是先作最坏推测。如果报告称病灶

复杂或性质不明，下一步通常是通过合适影像明确特征，而不是只凭“囊肿”一词下结论。既往影像有助于判断外观是否稳定。

诊症时须讨论

医生会查看原始影像和报告，留意内部隔膜、囊壁增厚、实性部分或强化等特征，并结合症状和病史。诊断不明确时可能需要其他影像检查。很大的囊肿有时会造成疼痛或饱胀，但也要考虑其他原因；是否随访取决于实际影像诊断。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

腹部影像检查

专业参考资料: ACG • Focal liver lesions

<https://paulng.clinic/zh/conditions/liver/#liver-cysts>

胆结石（胆囊结石）

胆结石是胆囊内由胆汁成分形成的固体沉积物，很多是偶然发现，终生没有症状。如果结石堵住胆囊出口，可能引起上腹持续疼痛，饭后有时更明显；结石进入胆管则可能阻碍胆汁流动，引起黄疸、感染或胰腺炎。

典型胆结石疼痛常在上腹逐渐加重并持续一段时间后缓解，反复发作有时与进食有关，但仅凭饭后疼痛不能确认病因。超声可显示胆囊结石；如果怀疑胆管结石，可能需要验血或额外影像。偶然发现胆结石的很多人一直没有症状，也未必需要手术。如果持续疼痛伴发热、眼白或皮肤发黄、大便颜色变浅、尿色变深或反复呕吐，可能是并发症，应尽快评估。疼痛有时会放射到背部或右肩，但位置各异，其他疾病也可能造成类似不适。医生会权衡结石与症状的关联，以及干预可能带来的获益和风险。影像上的结石可能只是偶然发现，因此要核对疼痛位置、发作时间和

扫描结果，判断它们是否相关。突发剧痛、黄疸或发热可能提示梗阻或感染，不应等到常规复诊。

诊症时须讨论

超声检查和症状模式有助于区分偶然发现的结石与造成问题的结石；怀疑胆管并发症时，医生可能考虑验血或其他影像检查。观察还是治疗，要看症状、并发症和整体健康状况。上腹痛伴发热、黄疸、尿色变深或持续剧痛时，应尽快就医。

相关操作资讯

ERCP 一般用于特定胆管或胰管问题，并非单纯胆囊结石的常规处理。以下是教育资讯，并非治疗建议。

[内镜逆行胰胆管造影（ERCP）](#) [腹部影像检查](#)

相关疾病

[胆囊息肉](#) [胆囊切除术后症状](#)

[专业参考资料: ACG • Gallbladder and gallstone disorders](#)

<https://paulng.clinic/zh/conditions/gallbladder/#gallstones>

胆囊息肉

胆囊息肉是超声检查中常见的胆囊壁小突起。许多实际上是胆固醇沉积或其他非癌性改变，并非真正肿瘤；少数才可能是有恶性潜力的增生。超声报告写着“息肉”，并不能单独确定组织类型。

超声有时会把胆囊皱襞、附着的胆泥或胆固醇沉积看作息肉，小病灶的尺寸也可能因检查而略有差异。查看影像并比较既往报告，有助于判断发现是否稳定或确有变化。大小很重要，但还需考虑生长情况、胆囊壁外观和个人风险。有些发现无需处理，另一些可能适合复查超声或咨询专科；是否手术要权衡估计风险与手术的利弊。如果建议复查，时间会根据影像特点和个人因素安排，并不表示所有息肉都会增长。带上既往影像报告有助于更准确地比较变化。可确认报告是否描述固定的胆囊壁病灶、最大尺寸和检查日期，便于比较影像。相差几毫米有时来自测量差异，不一定表示确实长大。

诊症时须讨论

医生会综合测量大小、形状、胆囊壁是否增厚、与既往影像相比有无变化，以及个人相关风险因素。超声测量存在一定差异，轻微大小变化需要谨慎解读。根据整体情况，可能讨论复查影像、专科评估或手术；不能只凭“息肉”这个名称决定。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

腹部影像检查

相关疾病

胆结石

专业参考资料: ESGAR / ESGE et al. •

Gallbladder polyps

<https://paulng.clinic/zh/conditions/gallbladder/#gallbladder-polyps>

胆囊切除术后症状

胆囊切除后持续或新出现的消化症状，有时统称为胆囊切除术后综合征；这描述一种症状情境，并非单一疾病。可能原因包括残留或复发的胆管结石、胆管问题、反流、肠道功能障碍或其他非胆道疾病。

胆囊切除后症状有多种可能原因，这个统称并不表示手术造成了单一的持续性疾病。评估可根据发现包括肝功能检查和非侵入性胆管影像，并同时考虑常见的非胆道原因；ERCP 等操作通常限于有明确理由的情况，因为操作有风险。

诊症时须讨论

评估会了解手术原因、症状时间和特点、手术记录及相关检查。进一步检查可评估胆管或其他原因；单凭症状不能确诊括约肌疾病，检查选择应结合临床发现。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

腹部影像检查

相关疾病

胆汁反流（十二指肠胃反流） 胆汁酸腹泻／胆汁酸吸收不良 胆结石

专业参考资料: ASGE · Biliary tract disorders and choledocholithiasis

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

慢性胰腺炎

慢性胰腺炎涉及胰腺持续炎症及瘢痕形成。部分人反复上腹痛，有时放射至背部；随时间可能影响消化或血糖调节，但症状与病程因人而异。

病因及风险因素包括酒精、吸烟、反复急性胰腺炎、遗传及其他胰腺疾病，不能一概归因于饮酒。诊断结合病史和影像，常用 CT 或 MRI，必要时再作专科检查；单凭腹痛或一次胰酶验血结果不能确诊。照护可包括处理病因、戒烟、避免酒精、营养、疼痛及糖尿病管理。胰酶补充用于消化酶不足，并非每位患者都需要。内镜或手术仅在专科评估后为特定问题考虑。慢性胰腺炎不等于胰腺癌，虽然日后风险可增加，监测安排也并非人人相同。

诊症时须讨论

持续腹痛、脂肪便、体重下降或血糖变化应与医生讨论。突发剧痛、持续呕吐、发热或新出现黄疸需要及时评估，不应当作一般病情发作。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

腹部影像检查 营养评估及营养不良

相关疾病

胰腺外分泌功能不全（PEI） 胰腺囊肿

专业参考资料: ACG • Chronic pancreatitis guideline

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

胰腺外分泌功能不全 (PEI)

PEI 指肠道内胰腺消化酶活性不足以正常消化食物，可能影响脂肪和其他营养素吸收。有时会出现油腻或难冲净的大便、腹泻、体重下降或营养缺乏，但这些症状也可由其他原因引起。

粪便弹性蛋白酶是间接评估胰腺酶分泌的常用检查，但水样样本可能造成偏低结果，需结合临床情况解释。影像可检查胰腺结构，却不能证明消化功能是否充足；营养指标和吸收不良的其他原因也可能需要评估。

诊症时须讨论

评估会考虑胰腺疾病或手术史、症状、体重和营养状况。粪便弹性蛋白酶常用于评估，但水样粪便会影响结果；影像可以检查胰腺，却不能直接测量消化功能。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

腹部影像检查 营养管理 营养评估及营养不良
饮食支持及口服营养补充剂

相关疾病

慢性胰腺炎

专业参考资料: UEG et al. • Pancreatic
exocrine insufficiency guideline

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

胰腺囊肿（胰脏囊肿）

胰腺囊肿是胰腺内部或旁边的含液体腔隙，常在影像检查中偶然发现。部分与既往胰腺炎有关，另一些来自胰管或能形成囊肿的增生；不同类型未来变化不一样。很多囊肿长期稳定，但某些类型可能出现需要关注的变化，因此“囊肿”并非单一诊断或风险类别。

囊肿类型通常可根据位置及与胰管的连接情况推测，但影像不一定能完全确定诊断。MRI／MRCP 可以观察胰管和囊肿随时间的变化；内镜超声可以提供更近的图像，有时还可抽取囊液，但并非每个偶然发现都需要。评估会考虑可疑特征、增长、胰腺炎等症状、年龄、整体健康，以及患者是否能从干预中获益。监测可能包括定期影像，专科医生可以解释建议的检查或复查间隔。监测的目的是发现有意义的变化，同时避免安排不会改变处理方式的检查。保留既往影像报告作比较，有时比单次测量更有参考价值。影像报告对胰管连接及其他特征的描述，有助于缩

小可能类型，但不一定能单独确诊。专科医生可结合年龄、健康状况和囊肿表现，解释监测与进一步检查的取舍。

诊症时须讨论

评估会比较既往影像，并考虑囊肿大小、增长、是否连接胰管、胰管扩张、有无结节或实性部分、症状及整体健康状况。MRI / MRCP 常有帮助；只有在结果可能影响决定时，才会为部分患者考虑内镜超声和囊液取样。观察、进一步检查或干预取决于具体特征，发现囊肿本身并不表示必须手术。

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

腹部影像检查

相关疾病

慢性胰腺炎

专业参考资料: ACG · Pancreatic cysts

<https://paulng.clinic/zh/conditions/pancreatic-conditions/#pancreatic-cysts>

胃镜（OGD）

胃镜（OGD）的预约及检查前安排，请与护士确认个别指示。

胃镜（OGD）及大肠镜均由吴昊医生亲自进行，不会交由其他医生代做，检查后的跟进亦由吴医生负责。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

这项检查是什么？

胃镜（OGD）以柔软的内视镜经口腔观察食道、胃及十二指肠。医生可按需要评估是否取组织样本。

本页内容

[预约安排](#) [检查前的准备](#) [确认地点](#) [检查过程、作用与后续](#) [检查后会怎样？](#) [诊症及检查收费](#)

预约安排

胃镜及大肠镜等检查均须预约；检查地点及个别准备指示请向护士确认。

预约形式

诊症及内视镜服务均须预约。

安排日期

星期一至六. 请与护士确认可预约时间。

检查前的准备

如安排胃镜检查，请先与护士确认预约、地点及检查前安排。

可安排即日胃镜（OGD）检查。检查前须禁食六小时。

检查前实用清单

1. 确认到达时间及地点

向护士确认日期、到达时间及实际诊所或医院。预留登记及准备时间；到达时间可能与检查时间不同。

2. 依照个别准备指示

胃镜前须禁食六小时。请向护士确认何时停止进食及饮水，并遵从个别指示。如未能依照禁食指示，请于出发前联系护士。

3. 确认药物及健康资料

请告知护士您正在服用的药物（尤其是抗凝血药或糖尿病药物）、药物过敏及相关健康状况。除非您的医护人员另有指示，请勿自行停药或更改剂量。

4. 准备携带物品

带上身份证明、预约或转介资料（如有）、目前药物清单及相关旧报告。如打算索偿，可带上保险卡或保单资料及索偿表格（如有）；保险文件并非就诊必需。

5. 如接受镇静，提前安排回家陪同

安排一位负责任的成年人陪同回家，并按指示在之后提供照护。请勿打算自行驾车回家。向护士确认陪同要求，以及多久内须避免驾驶、饮酒、操作机器及作重要决定；如无人陪同，请提前告知护士。

确认地点

诊症及内视镜服务可于香港岛或九龙安排。请在预约时向护士确认实际就诊地点。

中环

香港中环皇后大道中30号娱乐行20楼

地图及路线

尖沙咀

九龙尖沙咀金马伦道37号7楼

地图及路线

私家医院

如检查安排于私家医院，请向护士确认实际医院及时间。

港怡医院圣保禄医院香港浸信会医院圣德肋撒医院

请勿只按地址自行前往；预约时请与护士确认诊症地点及时间。

检查过程、作用与后续

检查时，医生会将细长、可弯曲的内视镜由口腔引入，逐段观察食道、胃及十二指肠。可能会送入少量空气或气体以展开胃部，并吸走液体；短暂作呕、腹胀或打嗝均可能出现。喉部喷剂或镇静安排视乎个人计划，护士会说明适用于您的安排。

胃镜可协助查找上消化道症状的原因，并观察发炎、溃疡或其他黏膜变化。内视镜影像只反映检查时可见的部位，并非所有疾病都能单靠胃镜诊

断；如有需要，医生可取少量组织作化验。取样通常不会令人感到明显痛楚，结果及跟进安排由医疗团队向您说明。

严重并发症并不常见，但可能包括出血、穿孔，以及（如使用镇静）与镇静相关的反应。检查后可有短暂喉咙不适或腹胀；请遵照医护人员提供的恢复及离院指示。如曾接受镇静，请遵从有关驾驶及照护安排的指示。如出现剧烈或加重的胸腹痛、发烧、呼吸困难或大量出血，请立即求医。

检查后会怎样？

恢复及回家安排

胃镜后可有短暂喉咙不适或腹胀。如曾使用喉部喷剂，请待医护人员确认可安全吞咽后才进食或饮水。

在恢复区休息，直至医护人员确认可离开。请遵从书面离院指示，包括饮食、药物及活动安排。如接受镇静，请由提前安排的陪同者接送，并遵从医护人员提供的限制。

结果及跟进

检查后的跟进由吴昊医生负责。医疗团队会在您适合听取说明时讲解所见；组织或息肉化验结果可能仍待完成。离开前请确认如何及何时取得结果、是否需要复诊，以及如未按安排收到消息应联系谁。

何时需要求医

如出现剧烈或加重的胸腹痛、发烧、呼吸困难、吐血或大量出血，请立即求医。

如症状严重，请前往急症室或在香港致电 999，切勿等候 WhatsApp 或微信回复。如有非紧急的恢复或结果问题，请使用离院资料上的联系方式或以下诊所联系方式向护士查询。

诊症及检查收费

诊症及内镜收费请参阅「到诊信息」的收费部分。如需个人报价，请联系我们，并告知您考虑在中心还是医院进行诊症/检查。

[查看诊症及检查收费通过 WhatsApp 确认收费](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

[胃食管反流病 \(GERD\)](#) [反流性食管炎](#) [巴雷特食管](#) [胃炎](#) [胃溃疡](#) [幽门螺杆菌感染](#) [胃肠化生](#) [乳糜泻 \(麸质敏感性肠病\)](#) [嗜酸性食管炎 \(EoE\)](#) [食管动力障碍](#) [贲门失弛缓症](#) [功能性消化不良](#) [自身免疫性胃炎](#)

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[内镜黏膜切除术 \(EMR\)](#) [染色内镜](#) [窄带成像内镜 \(NBI\)](#) [放大内镜](#) [内镜活组织检查](#)

继续阅读

[Bravo 无线酸碱值监测](#) [食道压力测试](#)

<https://paulng.clinic/zh/gastroscopy/>

大肠镜

大肠镜的预约及肠道准备安排，请以护士提供的个别指示为准。

胃镜（OGD）及大肠镜均由吴昊医生亲自进行，不会交由其他医生代做，检查后的跟进亦由吴医生负责。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

这项检查是什么？

大肠镜以柔软的内视镜观察大肠内壁；医生可按情况考虑取组织样本或处理息肉。检查前须依照个别指示完成肠道准备。

本页内容

[预约安排](#) [检查前的准备](#) [确认地点](#) [检查过程、作用与后续](#) [检查后会怎样？](#) [诊症及检查收费](#)

预约安排

胃镜及大肠镜等检查均须预约；检查地点及个别准备指示请向护士确认。

预约形式

诊症及内视镜服务均须预约。

安排日期

星期一至六. 请与护士确认可预约时间。

检查前的准备

肠道准备方案及饮食安排会按个别情况指示；开始时间、饮食选择及药物安排请依照护士提供的指示，勿自行更改方案。

提供 GI Clean、Pico-Prep 及 Linzess Modified 肠道准备方案。病人安全是我们的首要考虑；方案会按病人的个别情况选择。

检查前实用清单

1. 确认到达时间及地点

向护士确认日期、到达时间及实际诊所或医院。预留登记及准备时间；到达时间可能与检查时间不同。

2. 依照个别准备指示

依照个别低渣饮食、清流质、清肠药及禁食时间表。饮食安排不能代替处方清肠药。如无法完成准备、呕吐清肠药，或不确定清肠是否足够，请于出发前联系护士。

3. 确认药物及健康资料

请告知护士您正在服用的药物（尤其是抗凝血药或糖尿病药物）、药物过敏及相关健康状况。除非您的医护人员另有指示，请勿自行停药或更改剂量。

4. 准备携带物品

带上身份证明、预约或转介资料（如有）、目前药物清单及相关旧报告。如打算索偿，可带上保险卡或保单资料及索偿表格

(如有)；保险文件并非就诊必需。

5. 如接受镇静，提前安排回家陪同

安排一位负责任的成年人陪同回家，并按指示在之后提供照护。请勿打算自行驾车回家。向护士确认陪同要求，以及多久内须避免驾驶、饮酒、操作机器及作重要决定；如无人陪同，请提前告知护士。

肠道准备参考资料 (ASGE)

确认地点

诊症及内视镜服务可于香港岛或九龙安排。请在预约时向护士确认实际就诊地点。

中环

香港中环皇后大道中30号娱乐行20楼

地图及路线

尖沙咀

九龙尖沙咀金马伦道37号7楼

地图及路线

私家医院

如检查安排于私家医院，请向护士确认实际医院及时间。

港怡医院圣保禄医院香港浸信会医院圣德肋撒医院

请勿只按地址自行前往；预约时请与护士确认诊症地点及时间。

检查过程、作用与后续

检查时，医生会将柔软的内视镜经肛门送入大肠，并逐段观察肠道内壁。为看清肠壁，检查期间会送入空气或气体；您可能感到腹胀或有便意，医护人员亦可能请您转换姿势。检查方式及镇静安排因人而异，请按预约时护士提供的个人资料准备。

大肠镜可协助评估肠道症状及检查黏膜变化。如有需要，医生可取组织作化验，或处理发现的息肉；是否进行及其后续安排由医生按检查情况决

定。肠道准备不足、肠道弯曲或其他因素有时会限制观察范围，因此检查未必能发现所有病变，亦可能需要另作评估。

可能的风险包括出血（尤其取样或切除息肉后）、肠穿孔，以及（如使用镇静）相关反应；严重并发症并不常见。检查后短暂腹胀或排气增加并不少见，请遵照医护人员的恢复及离院指示。如曾接受镇静，请遵从有关驾驶及照护安排的指示。如出现大量或持续出血、剧烈或加重腹痛、发烧或晕厥，请立即求医。

检查后会怎样？

恢复及回家安排

大肠镜后短暂腹胀或排气增加并不少见。如曾取样或切除息肉，请遵从额外的饮食、药物及活动指示。

在恢复区休息，直至医护人员确认可离开。请遵从书面离院指示，包括饮食、药物及活动安排。如接受镇静，请由提前安排的陪同者接送，并遵从医护人员提供的限制。

结果及跟进

检查后的跟进由吴昊医生负责。医疗团队会在您适合听取说明时讲解所见；组织或息肉化验结果可能仍待完成。离开前请确认如何及何时取得结果、是否需要复诊，以及如未按安排收到消息应联系谁。

何时需要求医

如出现大量或持续出血、剧烈或加重腹痛、发烧、呼吸困难或晕厥，请立即求医。切除息肉后的出血也可能于回家后出现。

如症状严重，请前往急症室或在香港致电 999，切勿等候 WhatsApp 或微信回复。如有非紧急的恢复或结果问题，请使用离院资料上的联系方式或以下诊所联系方式向护士查询。

诊症及检查收费

诊症及内镜收费请参阅「到诊信息」的收费部分。如需个人报价，请联系我们，并告知您考虑在中心还是医院进行诊症/检查。

[查看诊症及检查收费通过 WhatsApp 确认收费](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

[大肠息肉](#) [溃疡性结肠炎 \(UC\)](#) [克罗恩病](#) [放射性直肠炎](#) [结肠憩室病／憩室炎](#) [显微镜下结肠炎](#)

相关操作资讯

以下仅为一般资讯，不表示你需要接受相关检查或治疗。

[结肠息肉切除术](#) [内镜黏膜切除术 \(EMR\)](#) [染色内镜](#) [窄带成像内镜 \(NBI\)](#) [放大内镜](#) [内镜活组织检查](#)

继续阅读

[胶囊内视镜](#) [痔疮橡皮圈结扎](#)

<https://paulng.clinic/zh/colonoscopy/>

胶囊内镜

了解这项检查的用途、限制，以及检查前后需要讨论的事项。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

简介

胶囊内视镜是一枚小型、可吞服的摄影胶囊，会随消化道自然移动，并把影像传送到佩戴在身上的记录器。

本页内容

[胶囊可观察什么](#) [用途、风险与限制](#) [检查准备与后续](#) [如何理解结果](#)

胶囊可观察什么

它主要用来观察小肠；一般胃镜和大肠镜无法完整看到小肠的大部分范围。医生可能在调查原因未明的出血或贫血，或评估某些疑似小肠疾病时考虑此项检查，尤其是先前检查仍未能解答疑问时。胶囊沿途拍摄一系列画面，不能由医生实时操控；检查后由医护人员读取影像，并结合你的症状判断是否需要进一步检查。

用途、风险与限制

胶囊只能拍摄影像，不能取得组织样本、切除息肉或止血。因此，若发现需要进一步观察、取样或治疗的问题，可能还要安排其他内镜或程序。一个重要限制是肠道狭窄可能令胶囊通过延迟或滞留；这种情况并不常见，但有时需要进一步处理才能取出。请告诉医生你是否曾肠梗阻或接受肠道手术、已知有狭窄或克罗恩病、吞咽有困难，或使用植入式医疗装置，帮助评估是否适合检查，以及是否要先作其他检查（例如可溶解的通畅性胶囊）。影像未必每次都能清楚显示全部范围，正常结果也不能排除所有症状原因。

检查准备与后续

准备方式因人和检查安排而异，医护人员可能会说明饮食、肠道准备、药物、何时吞服胶囊及传感器腰带或记录器的使用方法。请遵从为你预约提供的指示，不要套用其他患者的准备办法。可向护士确认如何固定记录器、哪些活动适合、是否要记录症状或进食，以及设备如何和何时归还。胶囊通常会自然排出；若担心胶囊未排出或出现新症状，应按医护人员提供的联系方式查询。医护人员也会说明结果预计何时完成，以及如何讨论检查结果。如果难以吞咽药片，请在检查前告知团队，不要勉强吞下胶囊。单靠影像有时未能看清所有位置，医生可能会建议其他检查；胶囊也不会即时传送警报或让医护人员实时看到画面。可先确认检查当天是否需要陪同、记录期间能否照常活动，以及设备的归还和查询方法。也可询问医生检查主要针对哪个疑问，以及如果影像不完整或仍有症状，下一步会如何评估。检查不是即时诊断，结果需待影像读取后结合病史解释；不宜只凭一次正常记录自行排除持续不适的原因。

如何理解结果

报告可能显示疑似出血位置、发炎或其他异常，但影像不能代替组织诊断。如果记录不完整，或发现需要进一步评估的病变，医生可能讨论影像检查或器械辅助小肠镜。正常记录也须结合症状及之前的检查结果理解。

本页提供一般资讯，并非建议你接受某项检查。医护团队会根据你的情况解释是否适合，以及个人的准备与跟进安排。

专业参考资料

- [ASGE · 胶囊内视镜](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

[克罗恩病](#)

继续阅读

[大肠镜（肠镜）](#) [胃镜（OGD）](#)

<https://paulng.clinic/zh/video-capsule-endoscopy/>

内镜活组织检查

内镜活组织检查（活检）是取少量消化道内壁组织化验，用于评估炎症、感染等多种情况。取活检不表示一定怀疑癌症。

为什么取活组织？

活检可帮助评估幽门螺杆菌、胃炎、乳糜泻、嗜酸性粒细胞食管炎、显微镜下结肠炎或可见异常。部分疾病即使内壁外观正常，仍需取样。

数量及位置取决于临床问题；靶向与系统性取样作用不同，并非每人都需所有类型。小片活检不等于整个息肉或病变切除。

取样及化验过程

小型活检钳经内镜取样，标记部位后交实验室检查。黏膜取样一般不会产生单独的明显痛感，但内镜过程本身可有不适。

外观所见可能当天讨论，病理则需要额外时间，特殊化验可能更久。请确认何时、如何复诊解读结果；样本只代表取得的组织，若不足或不具代表性，可能需再次评估。

安全与结果解读

可有少量出血，严重出血不常见，但取决于取样位置、药物及健康。穿孔和镇静等其他风险也与内镜及附加治疗有关。

请告知抗凝或抗血小板药及出血问题，勿自行改药。遵循出院指示；大量出血、柏油样黑便、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛需要紧急评估。活检正常也不能排除所有症状原因。

个体化安排，并非常规必需

这些技术可在合适的胃镜或结肠镜中使用，并非人人都需要。请与团队确认方法、设备、场地、知情同意、准备及出院安排。药物应按个人指示处理，勿自行停

用抗凝或抗血小板药。检查后若大量出血、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛，需要紧急就医。本指南不能代替诊症。

继续阅读

[幽门螺杆菌感染](#)

[胃炎](#)

[自身免疫性胃炎](#)

[胃肠化生](#)

[乳糜泻（麸质敏感性肠病）](#)

[显微镜下结肠炎](#)

[嗜酸性食管炎（EoE）](#)

[溃疡性结肠炎（UC）](#)

[克罗恩病](#)

[巴雷特食管](#)

[胃溃疡](#)

[结肠息肉切除术](#)

[内镜黏膜切除术（EMR）](#)

[胃镜（OGD）](#)

[大肠镜](#)

专业参考资料

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

<https://paulng.clinic/zh/endoscopic-biopsies/>

幽门螺杆菌培养及抗生素敏感性试验

胃镜取得的胃黏膜活检样本可送往实验室培养幽门螺杆菌，再检测抗生素敏感性，帮助选择根除方案。其用途与幽门螺杆菌呼气试验不同。

何时考虑检测？

根除治疗后仍有感染，尤其多次治疗失败时，可考虑抗生素敏感性试验。医生会综合既往方案、服药情况、药物过敏及当地耐药资料作决定。

并非每位初次诊断感染的患者都需要培养或胃镜。请带上既往根除处方、抗生素使用记录及复查结果。

取样及准备

通常在胃镜检查时取得胃黏膜样本。培养需要与实验室预先协调专门的采集和运送安排；常规病理样本并不一定适合培养。

抑酸药、抗生素及铋剂可能降低检测敏感度。医生会安排是否及何时停药；通常质子泵抑制剂需停药两周，抗生素及铋剂约四周，但不要自行停用处方药。胃镜的禁食、镇静及风险亦须个别确认。

结果的局限

如成功培养，实验室可检测细菌对指定抗生素的敏感性或耐药性。检测范围及报告时间因实验室而异；结果有助选药，但不能保证根除成功。

幽门螺杆菌较难培养，药物、取样、运送及处理均可影响生长。培养阴性不能排除感染。部分情况下可考虑分子耐药检测，但其检测的耐药标记范围与培养不同。

治疗及复查

医生会综合结果、既往方案及药物耐受情况选择治疗。不要自行更换抗生素。培养及药敏试验不能取代治疗后的根除确认。

一般在完成抗生素后至少四周，以尿素呼气试验或合适的粪便抗原检测确认根除，并按指示处理抑酸药等干扰因素。抗体验血不适合确认根除。

请预先与医生和实验室安排

是否适合检测、取样方法、检测安排、费用及报告时间须个别确认。本页仅供一般参考，并非个体诊断或用药建议。

继续阅读

[幽门螺杆菌感染](#)

[胃炎](#)

[胃溃疡](#)

[内镜活组织检查](#)

[幽门螺杆菌尿素呼气试验](#)

[胃镜（OGD）](#)

专业参考资料

[ACG • H. pylori guideline highlights \(2024\)](#)
[AGA • Management of refractory H. pylori infection](#)

<https://paulng.clinic/zh/h-pylori-culture-sensitivity/>

结肠息肉切除术

结肠息肉切除术是在结肠镜检查时移除肠壁息肉。切除部分癌前息肉可降低日后结直肠癌风险，但不同息肉的性质、风险及适合的处理方法并不相同。

为什么考虑切除？

部分腺瘤及锯齿状病变可随时间演变成癌症。许多息肉没有症状，仅看外观不能完全确定组织类型。

医生会考虑大小、形状、位置、可能性质、用药及整体健康。大型或复杂病变可能需要另行安排专科切除，而非在首次结肠镜检查中立即处理。

如何移除息肉？

医生可用称为圈套器的金属圈套住并切除息肉。冷圈切除不使用切割电流；热圈切除使用电流。方法应配合病变，并非某种永远最好。

取出的组织通常送病理化验。部分病变需内镜黏膜切除术（EMR）、其他进阶技术或手术。适当情况下可使用止血夹控制或降低出血风险，但不是每个息肉都需要。

风险、恢复与复查

出血可在切除时或数日后发生，也有穿孔、未完全切除及镇静相关风险；实际风险取决于病变和技术。

肠道准备、药物、饮食及活动应遵医嘱，勿自行停用抗凝或抗血小板药。复查取决于病理、切除完整性及检查质量，没有统一间隔。大量出血、晕厥、发热或严重、加重腹痛需要紧急评估。

个体化安排，并非常规必需

这些技术可在合适的胃镜或结肠镜中使用，并非人人都需要。请与团队确认方法、设备、场地、知情同意、准备及出院安排。药物应按个人指示处理，勿自行停

用抗凝或抗血小板药。检查后若大量出血、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛，需要紧急就医。本指南不能代替诊症。

继续阅读

[大肠息肉](#)

[内镜黏膜切除术 \(EMR\)](#)

[内镜活组织检查](#)

[大肠镜](#)

专业参考资料

[ESGE • Colorectal polypectomy and EMR \(2024\)](#)
[ASGE • Upper endoscopy and biopsies](#)

<https://paulng.clinic/zh/colonic-polypectomy/>

内镜黏膜切除术 (EMR)

EMR 经内镜移除消化道内壁上适合的表浅病变，常用于较大或较平坦、不能以简单息肉切除处理的病变。并非所有病变或癌症都适合。

什么病变会考虑 EMR？

评估考虑大小、形状、位置、表面特征及可能浸润深度。合适病变有时可借此避免外科手术，但较深浸润可能需要其他处理。

EMR 与内镜黏膜下剥离术 (ESD) 是不同技术；选择取决于临床需要、完整标本的必要性、专业经验及个人风险。诊断评估不保证同次切除。

切除过程

传统 EMR 常先在病变下方注射液体，将组织抬起，再用圈套器切除。部分情况可考虑水下 EMR 等方法。病变可能整块或分片取出。

组织需要病理化验。分片切除可能使边缘判断更困难；场地、镇静及是否需过夜观察，根据部位、复杂程度及患者健康决定。

风险与切除部位复查

EMR 可引起即刻或延迟出血、穿孔；使用热能也可能损伤肠壁。残留或复发组织可能需再次治疗，外观切净不代表无需随访。

瘢痕复查取决于病变、病理及切除完整性，分片切除尤其需要随访。勿自行改药，遵循出院指示。大量出血、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛需要紧急就医。

个体化安排，并非常规必需

这些技术可在合适的胃镜或结肠镜中使用，并非人人都需要。请与团队确认方法、设备、场地、知情同意、准备及出院安排。药物应按个人指示处理，勿自行停用抗凝或抗血小板药。检查后若大量出血、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛，需要紧急就医。本指南不能代替诊症。

继续阅读

[大肠息肉](#)

[结肠息肉切除术](#)

[内镜活组织检查](#)

[胃镜 \(OGD\)](#)

[大肠镜](#)

专业参考资料

[ESGE • Colorectal polypectomy and EMR \(2024\)](#)
[ASGE • Upper endoscopy and biopsies](#)

<https://paulng.clinic/zh/endoscopic-mucosal-resection/>

染色内镜

染色内镜在检查时将染剂或对比染色剂施于消化道内壁，使表面细节更容易识别。这是观察技术，本身不切除组织。

染色有什么用途？

染剂可辅助识别细微病变或边界，帮助靶向取样及治疗规划。在部分监测检查，例如长期累及结肠的炎症性肠病，医生可能考虑使用。

适用性取决于疾病、检查质量及临床评估，并非每次常规结肠镜都需要。复查间隔也应个体化，不能单凭使用某项技术决定。

染剂与电子影像不同

清洁表面后，医生经内镜施用染剂。不同染剂以不同方式突出轮廓或组织特征；良好肠道准备和仔细观察仍然重要。

虚拟染色内镜通过光学或电子技术改变影像，不需喷染剂。窄带成像（NBI）是其中一种方法，与染剂染色不同；两者也不一定包括光学放大。请告知过敏或既往反应。

局限与检查后安排

影像增强可帮助选择活检或切除位置，但不能保证找出所有病变，也未必能确定组织诊断；仍可能需要病理化验。

风险和恢复主要取决于胃镜或结肠镜本身，以及有无活检或治疗。团队会说明染剂相关考虑、用药及警示症状。任何影像技术都不能保证一定发现癌症。

个体化安排，并非常规必需

这些技术可在合适的胃镜或结肠镜中使用，并非人人都需要。请与团队确认方法、设备、场地、知情同意、准备及出院安排。药物应按个人指示处理，勿自行停

用抗凝或抗血小板药。检查后若大量出血、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛，需要紧急就医。本指南不能代替诊症。

继续阅读

[大肠息肉](#)

[溃疡性结肠炎（UC）](#)

[克罗恩病](#)

[窄带成像内镜（NBI）](#)

[放大内镜](#)

[内镜活组织检查](#)

[胃镜（OGD）](#)

[大肠镜](#)

专业参考资料

[ESGE • Advanced imaging in colorectal endoscopy](#)
[BSG • Colorectal surveillance in inflammatory bowel disease \(2025\)](#)

<https://paulng.clinic/zh/chromoendoscopy/>

窄带成像内镜（NBI）

NBI 利用特定波长的光，使消化道表面的微血管及黏膜纹理更清楚，辅助观察可疑部位。本身不取活组织或切除病变。

可辅助观察什么？

NBI 可辅助评估病变表面、血管纹理及边界，包括食管、胃或结肠的适合部位，帮助选择活检位置或规划切除。

作用取决于部位、临床问题、设备、影像质量及经验。它辅助仔细的白光检查，不保证所有早期疾病都能被发现。

与其他影像技术的区别

NBI 改变检查所用光线，无需喷染剂。在合适设备上可在内镜检查时切换，可配合或不配合独立放大功能。

NBI 不等于染剂染色、一般高清影像或光学放大；不同系统功能有别。医生根据检查目的和实际设备选用，并非每位患者都必须使用。

局限、取样与恢复

外观纹理可提示组织性质，但未必能确诊或判断全部浸润深度；仍可能需要活检或切除标本化验。

NBI 本身不切割组织。准备、镇静风险及恢复仍取决于胃镜或结肠镜，以及有无取样或治疗，请遵循预约和出院指示。

个体化安排，并非常规必需

这些技术可在合适的胃镜或结肠镜中使用，并非人人都需要。请与团队确认方法、设备、场地、知情同意、准备及出院安排。药物应按个人指示处理，勿自行停用抗凝或抗血小板药。检查后若大量出血、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛，需要紧急就医。本指南不能代替诊症。

继续阅读

[大肠息肉](#)

[巴雷特食管](#)

[胃肠化生](#)

[染色内镜](#)

[放大内镜](#)

[内镜活组织检查](#)

[胃镜（OGD）](#)

[大肠镜](#)

专业参考资料

[ESGE • Advanced imaging in colorectal endoscopy](#)[ASGE • Upper endoscopy and biopsies](#)

<https://paulng.clinic/zh/narrow-band-imaging/>

放大内镜

放大内镜使用有相应功能的设备放大消化道内壁细节。光学放大可帮助观察表面及血管纹理，有时与染色或 NBI 配合。

为什么近距离观察？

仔细观察可帮助分析特定病变、识别边界，规划活检或切除；作用取决于部位、疑似疾病及检查质量。

使用放大不表示病变一定是癌症，也非每次常规检查都必需。仅凭外观未必能确定组织性质或浸润深度。

光学放大不只是数字变焦

光学放大通过内镜光学系统获取近距离细节；数字变焦只是放大已有影像，不等于取得更多光学细节。

放大和影像增强是不同功能，可配合使用，例如放大加 NBI，但 NBI 影像不一定已经放大。稳定位置、清洁表面及合适设备都很重要。

局限与下一步

黏液、炎症、出血或移动可能遮盖细节，判断也需要经验，仍可能需通过活检或切除标本确认。

这是观察技术，不是切除治疗。准备及恢复取决于胃镜或结肠镜及其他治疗安排，应与医生讨论所见如何影响处理，而非把放大影像当作病理替代品。

个体化安排，并非常规必需

这些技术可在合适的胃镜或结肠镜中使用，并非人人都需要。请与团队确认方法、设备、场地、知情同意、准备及出院安排。药物应按个人指示处理，勿自行停用抗凝或抗血小板药。检查后若大量出血、晕厥、发热或严重、加重胸腹痛，需要紧急就医。本指南不能代替诊症。

继续阅读

[大肠息肉](#)

[胃肠化生](#)

[窄带成像内镜（NBI）](#)

[染色内镜](#)

[内镜活组织检查](#)

[胃镜（OGD）](#)

[大肠镜](#)

专业参考资料

[ESGE • Advanced imaging in colorectal endoscopy](#)
[ASGE • Upper endoscopy and biopsies](#)

<https://paulng.clinic/zh/magnifying-endoscopy/>

无线食管酸碱值监测

了解这项检查的用途、限制，以及检查前后需要讨论的事项。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

简介

Bravo 是记录食道（食物通过的管道）酸暴露情况的检查。

本页内容

[Bravo 如何测量胃酸反流](#) [用途、风险与限制](#)
[检查准备与后续](#) [如何理解结果](#)

Bravo 如何测量胃酸反流

小型无线感应胶囊通常在胃镜检查期间固定于食道内壁，在一段由医护团队安排的时间内记录酸度，并把数据传送到随身接收器。你可能需要记

录症状、进食和相关活动，医生会把记录与酸度变化对照，评估酸倒流是否与不适有关；即使接受治疗后仍有疑问时，也可能有助评估。它和胃镜回答的问题不同：胃镜观察内壁外观，Bravo 则记录一段时间内的酸暴露。

用途、风险与限制

感应胶囊通常会自行脱落并随消化道排出，一般无需取回。部分人会短暂感到胸口不适、吞咽时有感觉，或在胶囊附着期间觉得不舒服。少数情况下胶囊可能提早脱落，或记录不完整。Bravo 测量酸度，无法识别所有非酸性反流，也不能显示结构异常或取得组织样本；若要检查食道内壁，不能以它取代胃镜。医生会结合症状和过往检查解释记录，单凭监测结果未必能解释所有不适原因。

检查准备与后续

监测时长、症状记录方法，以及检查时是否继续或暂停抑酸药，取决于临床问题和个人病史。除非医生明确指示，否则不要自行停药或改变处方。若有吞咽困难、过敏、植入式装置，或监测期间计划做 MRI，请事先告知医护团队，以便核

实胶囊和装置的安全说明及相关限制。可询问接收器出现提示时该怎么办、设备如何归还、结果如何跟进，以及若同时接受胃镜和镇静应怎样恢复。请先了解接收器如何标记症状，以及何时记录进食和活动，让医生可比较当时的酸度读数。检查是在服用抑酸药期间还是按医嘱暂停，代表回答不同临床问题；不要自行选择或更改。若同时进行胃镜，恢复安排也会受镇静影响，请依照离院指示。感应器有时会令吞咽时短暂感觉异常；如果不适令你难以进食或使用接收器，应向检查团队查询，而非自行移除胶囊。MRI 限制须按实际胶囊和团队指示确认，不要只凭一般网上说明判断。监测只反映所记录的那段时间：症状可能没有在期间出现，或感觉不适时未必同时有酸度改变，所以平静或不明确的结果仍要配合平日症状和其他检查理解。若漏记一次症状，可询问团队如何处理，不必猜测或补写。感应胶囊并不测量所有液体反流；若主要疑问涉及非酸性反流，医生可能会讨论另一种监测方式。

如何理解结果

报告会考虑食道接触胃酸的时间，以及记录的症状是否与酸暴露同时出现。酸暴露与症状的相关性是不同的问题，单靠其中一项不能解释所有不

适。检查在服用抑酸药期间进行，或按医嘱暂停药物，也会影响结果的解读。

本页提供一般资讯，并非建议你接受某项检查。医护团队会根据你的情况解释是否适合，以及个人的准备与跟进安排。

专业参考资料

- [英国肠胃病学会 · 食道酸度及压力监测](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

[胃食管反流病 \(GERD\)](#) [反流性食管炎](#)

继续阅读

[胃镜 \(OGD\)](#) [食道压力测试](#)

<https://paulng.clinic/zh/bravo-ph-test/>

食管压力测定

了解这项检查的用途、限制，以及检查前后需要讨论的事项。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

简介

食道压力测试（manometry）测量吞咽时食道肌肉及上、下括约肌的运作。

本页内容

[压力测试测量什么](#) [用途、风险与限制](#) [检查准备与后续](#) [如何理解结果](#)

压力测试测量什么

检查通常会把一条幼细而柔软、带压力传感器的导管经鼻腔放入食道和胃部。医护人员会请你小口喝水，有时会安排不同次数或姿势的吞咽，传

感器记录压力及协调情况。检查可帮助了解吞咽困难、食物停滞感、反流或疑似食道蠕动问题；评估反流或某些治疗前，也可能需要了解食道功能。医生会结合症状和其他检查结果解释数据，而不会单凭某个压力读数下结论。

用途、风险与限制

压力测试了解食道如何运作，不会拍摄内壁影像，也不能诊断所有吞咽困难原因或取得组织样本。胃镜与压力测试提供互补而非可互相取代的资料。放置导管可能引起短暂流泪、作呕、鼻塞感或鼻喉不适，也可能有轻微刺激或少量鼻出血。检查通常在清醒状态进行，让你按指示吞咽；如感到不适，可告知医护人员，他们会协助或暂停。具体步骤和检查时长会按检查方案及个人需要而异。

检查准备与后续

预约时请告知医护团队正在服用的药物、过敏、鼻塞或鼻部手术、出血问题，以及吞咽液体是否困难。部分药物或进食可能影响测量，但是否需要调整药物及禁食多久，须按你的检查目的个别说明；不要自行更改。可询问衣着或陪同安排是

否有特别需要。多数人检查后可离开，但恢复进食、饮水和服药的时间应遵从医护人员的说明，并确认结果会在何时、以何种方式解释。这项检查测量压力，不是吞钡造影；后者以影像观察吞咽时的形态和移动，医生会按疑问选择其中一种或两者。导管会在检查结束时取出，不会留在体内。检查期间如需暂停，可告诉工作人员，不必勉强吞咽；完成后若鼻部出血持续或不适加重，请按团队提供的方法查询。可确认结果是否另约时间解释，因为测量模式须与症状和其他检查合并判读。如果检查前不清楚药物或禁食安排，请先致电检查单位确认，避免自行推断；结果如何影响后续评估，也应由医生按你的情况说明。

如何理解结果

重复吞咽时的压力模式，可能提示食道出口放松不足、蠕动乏力或痉挛。结果须结合症状、胃镜及其他检查解读；压力测试不能观察食道内壁，也不能解释所有吞咽困难的原因。

本页提供一般资讯，并非建议你接受某项检查。医护团队会根据你的情况解释是否适合，以及个人的准备与跟进安排。

专业参考资料

- [美国肠胃病学院 · 食道功能检查](#)
- [ASGE · 食道压力测试](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

[贲门失弛缓症](#) [食管动力障碍](#)

继续阅读

[胃镜（OGD）](#) [Bravo 无线酸碱值监测](#)

<https://paulng.clinic/zh/oesophageal-manometry/>

内镜逆行胰胆管造影（ERCP）

了解这项检查的用途、限制，以及检查前后需要讨论的事项。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

简介

内镜逆行胆胰管造影（ERCP）结合软式内镜与X光影像，以进入并处理胆管和胰管。

本页内容

[何时可能考虑 ERCP](#) [用途、风险与限制](#) [检查准备与后续](#) [如何理解结果](#)

何时可能考虑 ERCP

医生会把内镜经口腔送至十二指肠，再辨认胆管和胰管的小开口，并以细小器械进入管道。若怀疑有需要治疗的问题，例如胆管结石、阻塞或狭

窄，或需要放置、更换引流支架，医生可能考虑 ERCP。检查期间可按情况取石、采集样本、扩宽开口或放置支架。若主要目的是寻找问题而非治疗，超声波、CT 或 MRI/MRCP 等侵入性较低的影像检查可能提供有用资料；医生会按你的情况权衡选择。

用途、风险与限制

ERCP 是治疗性程序，并非一般诊断性胃镜；实际步骤可能按检查所见而改变。检查通常会使用镇静或麻醉，并涉及 X 光。风险包括胰腺炎、出血、胆管感染，以及较少见的撕裂或穿孔；并发症可能需要额外治疗或延长住院，极少数情况会很严重。个人风险会受检查原因、治疗步骤及健康状况影响。支架可能需要之后复查或取出，一次检查也未必能解决根本问题。进行前，医生应与你说明预期益处、替代方案、潜在并发症，以及若未能按计划处理胆管时的安排。

检查准备与后续

吴医生的 ERCP 只安排在医院进行，以日间入院或过夜留院形式安排，不在门诊中心进行。医院环境可按程序需要作评估及观察，但不能消除所

有风险。检查前请告诉医护人员你使用的所有药物（尤其抗凝血或抗血小板药）、过敏、糖尿病、心肺疾病、怀孕可能、以往 ERCP 或麻醉问题，以及相关检查结果。不要自行停药或套用通用禁食时间：具体时间、镇静计划、是否需要陪同者及留院安排，会在评估后个别决定。团队会说明检查后的恢复、饮食及用药建议、支架跟进方式，以及出院后有疑问时的联络方法。造影剂会经导管注入胆管，在 X 光下显示通道；有时需要切开胆管开口以取石或改善引流。若管道位置、狭窄或发炎令器械难以进入，治疗可能无法一次完成，或需另作程序。支架可能是暂时性的，请在离院前确认复诊或取出的计划。医院团队会观察镇静后的恢复，再决定何时出院；是否留宿取决于检查所见和恢复情况。出院后如腹痛加剧、发烧、反复呕吐、黑便或出血，请按书面出院安排尽快联系医院团队，并遵从其评估建议。若曾出现麻醉不良反应或有睡眠呼吸问题，也应在术前评估时提出，以便安排监测。确认术后联络方式和支架跟进责任人，避免遗漏预定复查。

如何理解结果

如果处理了胆胰管或放置支架，应确认实际进行了什么，以及由谁负责检查、更换或取出支架。程序后仍可能需要跟进症状与验血结果。如出现腹痛、发烧或黄疸，请按离院指示尽快联系医疗团队。

本页提供一般资讯，并非建议你接受某项检查。医护团队会根据你的情况解释是否适合，以及个人的准备与跟进安排。

专业参考资料

- [ASGE • ERCP](#)

相关疾病

ERCP 一般用于特定胆管或胰管问题，并非单纯胆囊结石的常规处理。以下是教育资讯，并非治疗建议。

[胆结石](#)

继续阅读

腹部影像检查

<https://paulng.clinic/zh/ercp/>

痔疮橡皮圈结扎

以下是针对部分内痔橡皮圈结扎的一般资讯，并不代表任何医生或诊所提供此项程序。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

简介

橡皮圈结扎是在内痔基部套上细小橡皮圈，位置高于肛门口较敏感的区域。血流减少后，被结扎的组织会逐渐萎缩脱落；留下的小疤痕或有助固定黏膜。

本页内容

[什么情况可能考虑](#) [程序大概如何进行](#) [风险与其他选择](#)

什么情况可能考虑

如内痔出血或脱出，且纤维、水分及避免用力排便等措施后仍有困扰，医生或会讨论结扎。这是针对部分内痔的门诊治疗，不适用于所有肛门症状或外痔。

直肠出血不应自行当作痔疮。治疗前可能需要检查，并按年龄、症状及病史考虑进一步评估，以排除其他原因。

程序大概如何进行

评估后，医生以小型器械在选定组织周围套上一个或多个橡皮圈。程序通常很短，期间可能有压迫感、便意或轻微不适。被结扎的组织通常数天内脱落，期间有时会少量出血。

治疗范围及是否需要再次治疗，视乎检查结果和症状。医疗团队应说明准备、影响出血的药物、护理方法及出现问题时的联系安排。

风险与其他选择

可能出现压迫感、疼痛、组织脱落时出血或排尿困难；严重出血或感染等并发症较少见但可能严重。如大量出血、发烧、剧痛或排尿困难，请立

即就医。

选择视乎诊断及严重程度，可讨论排便习惯调整、其他门诊治疗或手术。结扎不能保证症状不再出现。决定前应由医生评估个人风险，包括抗凝血药物。

本页为一般资讯，不是治疗承诺或个人建议。新出现或持续的直肠出血应接受医疗评估。

专业指引

- [美国结直肠外科医师学会（ASCRS）：痔疮资讯](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

[痔疮](#)

继续阅读

[大肠镜（肠镜）](#) [麻醉与检查地点](#)

<https://paulng.clinic/zh/rubber-band-ligation/>

食管肉毒杆菌注射

食管肉毒杆菌注射是部分食管动力障碍（包括贲门失弛缓症）可能讨论的治疗之一；并非人人适合，作用也可能短暂。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

简介

医生可在内镜引导下把肉毒杆菌注射到下食管括约肌，即食物进入胃部时应放松的肌肉。贲门失弛缓症会令放松受阻。注射可暂时减弱肌肉收缩，但不能解决吞咽困难的所有原因。

本页内容

[评估与治疗选择](#) [注射程序](#) [效果限制与治疗选项](#)

评估与治疗选择

贲门失弛缓症是一种特定的食管动力障碍。评估通常包括症状、排除其他病因的胃镜，以及食管压力测试等；也可能需要影像检查。其他疾病也会造成类似症状，应先确立诊断再选择治疗。

指引主要将肉毒杆菌注射列为不适合接受较持久治疗者，或经个别讨论后的选项。适合接受确定性治疗的人士可讨论气囊扩张、海勒肌切开术或POEM；选择取决于病情及个人意愿。

注射程序

注射经内镜进行，通常会安排镇静或麻醉，并在括约肌内注射数处。程序、地点、禁食及恢复指示由治疗团队按个人情况提供，切勿套用他人的指示。

吞咽可能改善，但反应和持续时间因人而异，效果常较短暂，症状可能复发，日后或需再次注射或其他治疗。肉毒杆菌是放松肌肉，并非以机械方式持续打开狭窄。

效果限制与治疗选项

内镜和注射可能引起胸部不适、反流、出血、感染或罕见穿孔；镇静或麻醉也有自身风险。请告知医疗团队过敏、药物、怀孕、既往程序及心肺疾病。

可询问治疗针对什么诊断、预期效果、可能维持多久、是否需重复治疗，以及与扩张或肌切开术的比较。程序后如剧烈胸痛、发烧、呼吸困难或无法吞咽液体，请立即就医。

本页介绍专科治疗选项，并不表示本诊所提供此程序。须确诊并与胃肠科团队讨论后才可决定。

专业指引

- [美国胃肠病学会（ACG）：贲门失弛缓症临床指引](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

贲门失弛缓症

继续阅读

食道压力测试 胃镜 (OGD)

<https://paulng.clinic/zh/oesophageal-botulinum-injection/>

幽门肉毒杆菌注射

幽门肉毒杆菌注射曾用于研究胃排空延迟，但不应视为常规或已确立治疗。现行 AGA 指引建议不要常规使用，包括药物治疗无效的胃轻瘫患者。

香港肠胃肝脏科专科医生吴昊医生。中环及尖沙咀诊症均须预约；检查地点及是否适合须经评估，请向护士确认安排。

简介

胃轻瘫是没有机械性阻塞但胃排空延迟。幽门是胃通往小肠的出口肌肉。内镜下可将肉毒杆菌注入该肌肉，尝试降低排空阻力；是否有效仍不确定。

本页内容

[确认胃排空延迟](#) [程序如何进行](#) [证据与治疗选择](#)

确认胃排空延迟

恶心、呕吐、早饱及腹胀可由很多原因引起。诊断胃轻瘫需有相符症状、排除阻塞，并以适当检查证实胃排空延迟；常用四小时胃排空检查。药物和其他疾病也可能影响结果。

专科医生会评估营养、水分、相关血糖控制、减慢胃排空的药物，以及有证据改善症状或排空的治疗。注射不应取代诊断评估或个体化的常规照护。

程序如何进行

如专科团队认为可讨论，肉毒杆菌会经内镜注入幽门肌肉。在不少地方，这属于胃轻瘫的标签外介入。程序涉及内镜及镇静安排，团队应解释个别风险、替代方案及随访。

注射不保证胃排空加快或症状改善；可能效果有限或完全无效，药效也会消退。以幽门检查选择患者仍在研究中，不能证明对某个人有效。

证据与治疗选择

内镜相关风险包括出血、感染及罕见穿孔；镇静也有风险。知情同意前请讨论药物、过敏、相关疾病及提出此选项的原因。

2025 年 AGA 指引建议不要对药物治疗无效的胃轻瘫患者常规注射肉毒杆菌。可询问证据质量、治疗目标、替代方案及临床研究机会。技术上可做并不代表一定有益。

本页只供资讯参考，并非治疗建议。AGA 不建议常规幽门肉毒杆菌注射；任何特殊或研究用途均须由专科医生讨论。

专业指引

- [美国胃肠病学会（AGA）：胃轻瘫临床指引](#)

相关疾病

列出相关疾病不表示此项操作适合所有人；是否需要须根据个人情况评估。

[胃排空延迟（胃轻瘫）](#)

继续阅读

胃镜（OGD） 麻醉与检查地点

<https://paulng.clinic/zh/pyloric-botulinum-injection/>

腹部影像检查

超声波、电脑扫描（CT）和磁力共振（MRI）各有用途和限制。最合适的检查取决于医生需要回答的问题，而非某一种影像永远“最好”。

腹部超声波

利用声波即时观察腹部器官，不涉及电离辐射。怀疑胆囊结石时，超声波通常是首选检查。

肠气、体型和检查部位会影响影像；对某些深层结构，能显示的解剖细节和视野可能不及 CT 或 MRI。这不代表超声波对所有器官的分辨率都较低。

电脑扫描（CT）

以 X 光取得腹部的横切面影像，速度较快，能一次观察较广的范围；有些检查需要注射造影剂。

CT 涉及辐射，也可能看不到部分胆囊结石，尤其是与胆汁密度接近的结石。因此 CT 报告“没有结石”未必能排除胆石。

磁力共振（MRI）／磁力共振胆胰管造影（MRCP）

利用磁场和无线电波提供软组织影像，不涉及电离辐射；MRCP 可针对胆管和胰管成像。

检查时间通常较长。金属植入物、心脏装置或体内金属碎片须先接受 MRI 安全评估；并非所有金属都一律禁止，部分装置符合特定条件仍可扫描。

如何选择？

如主要问题是胆囊结石，通常先考虑超声波；若需要观察更广泛的腹部情况或胆胰管，医生可能按临床情况建议 CT 或 MRI／MRCP。请告知医生怀孕可能、肾脏问题、造影剂过敏或任何植入装置。

继续阅读

[胆结石](#)

[胆囊息肉](#)

[胆囊切除术后症状](#)

[肝囊肿](#)

[胰腺囊肿](#)

[慢性胰腺炎](#)

[胰腺外分泌功能不全 \(PEI\)](#)

[脂肪肝 \(肝脂肪变性疾病\)](#)

[代谢功能障碍相关脂肪性肝病 \(MAFLD\)](#)

[肝硬化](#)

[肝脏弹性成像](#)

专业参考资料

[ACR · 右上腹痛影像检查RadiologyInfo · 腹部超声波RadiologyInfo · MRI 安全](#)

<https://paulng.clinic/zh/abdominal-imaging/>

肝脏弹性成像

肝脏弹性成像测量肝脏硬度，协助估算肝纤维化（瘢痕）的风险。它不需穿刺取组织，但不是直接测量瘢痕，也不能单凭一个数值诊断肝硬化。

什么情况会考虑？

医生可能在评估脂肪肝、慢性乙型或丙型肝炎及其他慢性肝病时考虑此检查，协助判断较严重肝纤维化的风险及随访需要。

结果结合病史、肝功能验血、血小板、血液风险评分和其他影像解读。肝酶正常不代表一定没有纤维化；超声显示脂肪肝，也不能单独确定瘢痕程度。并非每位脂肪肝患者都需要相同检查或复查安排。

如何测量肝脏硬度？

超声类弹性成像利用在肝内传播的机械波估算硬度。通常仰卧并举起右臂，探头接触右侧肋间皮肤；可能感到轻微振动或压力，并按指示短暂屏

气。

瞬时弹性成像、剪切波弹性成像及磁共振弹性成像是不同方法。FibroScan 是一种设备的品牌，不是所有弹性成像的统称。部分设备也估算肝脂肪，但这与硬度是不同测量。本页不表示诊所配备某品牌或提供所有方法；实际设备与地点需要先确认。

检查前后注意什么？

进食可影响硬度，请遵循预约团队的空腹及饮水指示，不要套用他人的准备方法。带同旧报告及药物清单，并告知糖尿病、近期急病、怀孕可能、腹水或植入装置。

不要自行停药；如有糖尿病或禁食困难，应提前咨询。超声类检查一般不需镇静，没有电离辐射，通常可很快恢复日常活动。磁共振类型需要另外评估金属及植入装置安全，准备与时间也不同。适用性及安排取决于个人情况。

数值不等于纤维化分期

肝脏炎症、胆汁淤积、心脏问题造成的肝淤血及近期进食都可使硬度升高，而不完全是瘢痕增加。体型、肋间距、腹水及测量质量也可影响部分方法。

结果常以 kPa 报告，但不同技术、病因和临床问题的判断界值不同，不宜对照网上表格自行分期。结果不可靠或与其他检查不一致时，可能需复测、其他检查，少数情况仍需肝活检。弹性成像不能替代必要的肝癌监测，也不能排除所有肝病。

结合整体肝脏健康解读

与医生讨论测量质量、影响数值的因素和随访需要。检查方法、地点及准备应先确认。本页是一般资讯，不是个人诊断或人人都需检查的建议。

继续阅读

[乙型肝炎](#)

丙型肝炎

脂肪肝（肝脂肪变性疾病）

代谢功能障碍相关脂肪性肝病（MAFLD）

肝纤维化

肝硬化

自身免疫性肝炎（AIH）

原发性胆汁性胆管炎（PBC）

腹部影像检查

专业参考资料

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

<https://paulng.clinic/zh/liver-elastography/>

幽门螺杆菌尿素呼气试验

尿素呼气试验（UBT）是一种检查胃内当前是否存在幽门螺杆菌感染的非侵入性方法，与评估 SIBO 的氢气／甲烷呼气试验不同。

试验测量什么？

幽门螺杆菌会产生尿素酶。服用少量带标记的尿素后，实验室测量呼气中的带标记二氧化碳，帮助判断是否有活动性感染；这并非测量胃酸、胃溃疡或肠道菌群多样性。

有时也称“尿素酶呼气试验”，通常名称为“尿素呼气试验”。不同方法的标记及程序有别；如怀孕、哺乳或有其他相关情况，应先告知团队以选择合适检查。

标记种类也很重要：碳十三（ ^{13}C ）不具放射性；碳十四（ ^{14}C ）属于放射性示踪剂。请向实验室确认拟使用的类型。怀孕或哺乳时须事先告知团队，按实际检测方法评估是否适合，不要假设所有尿素呼气试验使用相同制剂。

何时考虑？

可用于评估疑似幽门螺杆菌感染，或确认根除治疗是否成功。症状改善不等于已经根除；血液抗体在感染清除后仍可能阳性，因此不适合单独确认根除。

如需要观察胃部或取组织活检，呼气试验不能代替胃镜。呕血、黑便、持续呕吐、吞咽困难、贫血或不明原因体重下降，须接受医疗评估，不能只依赖呼气试验。

药物及检查前准备

抑酸药、抗生素及铋剂可能暂时抑制细菌，造成假阴性。一般指南要求距抗生素及铋剂至少四周，质子泵抑制剂或钾离子竞争性酸阻滞剂约两周后再检测。

这些只是安排检查时常用的间隔，并非自行停药指示。须由医生及检测中心确认适合您的时间、空腹要求及是否需要临时替代药物。请说明近期根除治疗及相关用药。

当天流程及治疗后复查

一般先收集基线呼气样本，服用试验制剂后再按指定时间收集样本。空腹、吸烟及检查期间饮食安排应遵从检测中心指示；不同方法的制剂及采样时间可不同。

确认根除通常在完成抗生素至少四周后安排，并满足抑酸药的停药间隔。过早或准备不当可能影响准确性；请确认如何获取结果及安排复诊。

如何理解结果？

阳性通常支持当前存在感染，但治疗仍须考虑过往抗生素、过敏、其他用药及本地耐药情况。不要自行重用旧处方或按照网络信息选择抗生素。

阴性不能解释所有上腹不适；如准备或时间不合适，结果也可能不可靠。医生可根据临床问题考虑复查、其他经过验证的幽门螺杆菌检查或不同检查。

准备及停药安排须单独确认

不要自行停用处方药，也不要为等待呼气试验而延误警示症状的评估。结果须结合个人医疗评估，不能单凭试验判断消化不良的全部原因。

继续阅读

[幽门螺杆菌感染](#)

[胃炎](#)

[胃溃疡](#)

[胃肠化生](#)

[幽门螺杆菌培养及抗生素敏感性试验](#)

[SIBO/IMO 氢气及甲烷呼气试验](#)

专业参考资料

[American College of Gastroenterology • H. pylori treatment and confirmation of eradication \(2024\)](#)[Cochrane • Non-invasive tests for Helicobacter pylori](#)

<https://paulng.clinic/zh/urea-breath-test/>

SIBO/IMO 氢气及甲烷呼气试验

饮用葡萄糖或乳果糖后测量呼气气体，可辅助评估部分疑似小肠细菌过度生长（SIBO）或肠道产甲烷微生物过度生长（IMO）的患者，但不能单凭试验解释所有腹胀。

检测什么？

收集呼气样本，检测氢气及通常包括甲烷。甲烷阳性通常称为肠道产甲烷微生物过度生长（IMO），并不等同于细菌过度生长。

症状、肠道通过速度及手术史影响解读，也可能有假阳性或假阴性；结果不能解释所有消化症状。

准备及局限

按实验室指示安排饮食、禁食、吸烟、活动和药物；近期抗生素、肠道准备或泻药可影响结果。

不要自行停药。粪便菌群测序不能诊断 SIBO；所用底物及检测方法也很重要。

全面健康评估

SIBO 可继发于肠动力异常、结构改变、其他胃肠疾病或药物使用。

应评估整体健康及潜在原因，而非只处理数值。阳性不等于必须使用抗生素、补充剂或限制饮食。

结合病情解读

检测不等于自动确诊或治疗建议。请与医生讨论目的、准备、局限及随访；检测安排及方法有所不同。

继续阅读

[小肠细菌过度生长（SIBO）](#)

[肠道菌群基因测序（粪便基因组检测）](#)

专业参考资料

ACG • Small intestinal bacterial overgrowth guideline

<https://paulng.clinic/zh/sibo-breath-test/>

肠道菌群基因测序（粪便基因组检测）

检测分析粪便中的微生物遗传物质，与病原体 PCR 及用于结直肠癌筛查的粪便 DNA 检测不同。

报告反映什么？

报告可描述菌群和多样性，结果受采样、保存、测序和参考数据库影响。

粪便主要反映大肠而非小肠。饮食、药物及近期疾病可改变菌群，并无通用的「健康菌群」标准。

临床用途仍有限

商业报告的「菌群失衡」评分或菌种名单不能单独诊断 SIBO、肠易激综合征、食物不耐受或症状原因。

常规用于选择个体化饮食、益生菌或补充剂的证据仍有限；菌的多少不一定代表疾病或治疗靶点。

检测前的讨论

讨论临床问题、经验证的替代检查、费用、隐私、数据保存及结果是否会改变照护。

不要只凭报告使用抗生素、补充剂或大幅限制饮食；新出现或令人担忧的症状仍需常规临床评估。

结合病情解读

检测不等于自动确诊或治疗建议。请与医生讨论目的、准备、局限及随访；检测安排及方法有所不同。

继续阅读

[SIBO/IMO 氢气及甲烷呼气试验](#)

[粪便病原体 PCR 检测](#)

[粪便钙卫蛋白](#)

专业参考资料

[International consensus • Microbiome testing in clinical practice](#)

<https://paulng.clinic/zh/gut-microbiome-sequencing/>

粪便病原体 PCR 检测

粪便 PCR 检测指定细菌、病毒或寄生虫的遗传物质，不同实验室组合所含病原体不同。

何时考虑？

按腹泻严重程度、持续时间、旅行、免疫状态和接触史考虑检测。

并非所有感染的全面检查，不能取代脱水、出血或其他腹泻原因的评估。

理解结果

阳性可能反映感染、携带状态或感染后的遗传物质残留，也可能同时检出多项。

应结合病情，阳性未必需要抗生素。阴性不能排除未覆盖的病原体或非感染性疾病。

采样及随访

使用指定容器，遵从采样和运输要求，告知近期抗生素使用及接触史。

药敏或公共卫生需要可能仍需培养或其他检测。剧痛、大量出血、发热伴严重不适或脱水时应尽快就医。

结合病情解读

检测不等于自动确诊或治疗建议。请与医生讨论目的、准备、局限及随访；检测安排及方法有所不同。

继续阅读

[显微镜下结肠炎](#)

[溃疡性结肠炎（UC）](#)

[克罗恩病](#)

[粪便钙卫蛋白](#)

[肠道菌群基因测序（粪便基因组检测）](#)

专业参考资料

[IDSA • Infectious diarrhoea guideline](#)

<https://paulng.clinic/zh/stool-pcr/>

粪便钙卫蛋白

粪便钙卫蛋白是肠道炎症指标，可辅助判断进一步检查的必要性，也用于监测已确诊的炎症性肠病。

指标的含义

它反映炎症，但不能单独确定病因，也不能仅凭数值区分克罗恩病和溃疡性结肠炎。

感染和某些药物，包括非甾体抗炎药，可使数值升高；它不是结直肠癌筛查试验。

结果解读

界值随实验室、年龄和临床情况而异，边缘结果可能需要复查。

升高不等于确诊炎症性肠病，偏低也不能排除所有肠病。持续便血、贫血或体重下降仍需评估。

准备及随访

按实验室要求采样，并讨论药物及近期感染，不要自行停药。

已确诊炎症性肠病者，应将趋势与症状、验血及必要时的内镜或影像结合，不能只凭一次数值更改治疗。

结合病情解读

检测不等于自动确诊或治疗建议。请与医生讨论目的、准备、局限及随访；检测安排及方法有所不同。

继续阅读

[溃疡性结肠炎 \(UC\)](#)

[克罗恩病](#)

[粪便病原体 PCR 检测](#)

专业参考资料

[NICE DG11 • Faecal calprotectin diagnostic tests](#)

<https://paulng.clinic/zh/faecal-calprotectin/>

营养管理

营养支持应先了解进食不足的原因、肠道功能及患者的治疗目标，而不只是选择喂食管或静脉营养。

先评估，再选择支持方式

评估体重变化、食量、肌肉功能、吞咽、疾病、药物及日常照护。体重超重的人也可能营养不良。

吞咽安全且能满足需要时，可先考虑普通食物、食物营养强化及口服营养补充剂。管饲和静脉营养各有适用情况及风险。

首先须分清进食减少是由于疼痛、恶心、容易饱、吞咽困难、吸收不良，还是买菜做饭有困难。不同问题的处理并不相同。医生可调查及治疗原因，营养师协助维持摄入；支援途径则取决于能否安全吞咽，以及消化道能否吸收足够营养。

治疗目标与共同决策

与患者及适当的照护者讨论预期获益、负担、使用时间及替代方案，包括不接受操作的选择。

应考虑决策能力、既往意愿、预后及生活质量。喂食管不能完全防止误吸，也不保证延长寿命；晚期痴呆一般不建议接受 PEG。

目标应与实际生活有关，例如保持体力接受治疗、改善水分状况或让家庭照护更容易安排。事先约定如何评估效果和不适，以及何时重新检讨。有些情况可考虑目标明确的限时试用；不应单凭一次体重或因为某个操作可以做而决定。

跨专业照护及复评

医生、营养师、护士、药师及言语治疗师可共同制定监测、照护者培训及定期复评计划。

居家治疗需要合适设备、受训患者或照护者及专业支持。列出项目不表示每个诊疗地点均提供相关服务。

离院前应确认营养品和设备由谁供应、药物如何给予、装置问题由谁处理，以及非办公时间如何求助。复查还要关注舒适程度、活动能力和照护

负担。吞咽或肠道功能改善后，可重新评估较简单的途径；减少或停止支援也须有计划地讨论。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[胃排空延迟（胃轻瘫）](#)

[乳糜泻（麸质敏感性肠病）](#)

[克罗恩病](#)

[胰腺外分泌功能不全（PEI）](#)

[营养评估及营养不良](#)

[饮食支持及口服营养补充剂](#)

[吞咽困难及进食安全](#)

[经皮内镜胃造瘘术（PEG）](#)

喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管

胃造瘘空肠延伸管（PEG-J）

肠外营养（静脉营养）

喂食管及造口护理

再喂养综合征

专业参考资料

NICE CG32 • Nutrition support for

adultsESPEN • Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/zh/nutritional-management/>

营养评估及营养不良

非刻意体重下降、食量减少或肌力减退，即使体重并不偏低，也值得评估。

评估什么？

了解近期体重、饮食、肌肉流失、水分、活动能力、吞咽及消化道症状。

疾病、药物、牙齿问题、情绪及购买或准备食物的困难均可能影响营养。验血有助寻找原因，但不能单凭验血诊断营养不良。

可带上近期体重记录、平日一天的饮食概况和药物清单。衣服变松、走路或起身更费力也值得提出。水肿可能掩盖体重下降，而白蛋白正常不能单独排除营养不良，因此须结合饮食、身体变化、疾病及功能评估。

个体化营养计划

营养师可按需要、症状、饮食文化、喜好及其他疾病提供建议。

处理进食不足的原因与补充热量同样重要；肾病、肝病及心脏病患者对蛋白质、水分和电解质的需要不同。

计划应说明需要改善什么，以及怎样在日常生活中做到。容易饱的人与有吞咽或吸收问题的人需要不同安排。应检讨原有忌口是否必要，而非不断增加限制；如考虑特殊营养品，可询问预期作用、如何配合普通饮食及调整时机。

随访及就医

随访食量、体重、肌力、耐受程度及相关化验；并非每人都需要补充剂、喂食管或静脉营养。

迅速恶化、无法饮水、脱水或新出现吞咽困难时，应尽快就医。长期进食不足者开始营养支持前应评估再喂养风险。

应约定复查时间和实际进展指标，避免长期使用补充品却不评估效果。持续腹泻、呕吐、食量下降或无法执行计划时应及早求助。明显无力、尿

量减少或头晕可能需要提前评估；严重气促、昏倒或意识改变须立即求助，在香港致电 999。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[胃排空延迟（胃轻瘫）](#)

[乳糜泻（麸质敏感性肠病）](#)

[克罗恩病](#)

[慢性胰腺炎](#)

[胰腺外分泌功能不全（PEI）](#)

[营养管理](#)

[饮食支持及口服营养补充剂](#)

[再喂养综合征](#)

专业参考资料

[NICE CG32 • Nutrition support for adults](#)
[ESPEN • Home enteral nutrition](#)

<https://paulng.clinic/zh/nutritional-assessment/>

饮食支持及口服营养补充剂

吞咽安全且肠道可使用、但日常摄入不足时，调整饮食或口服营养补充剂可能有帮助。

从日常食物入手

可按情况少量多餐、提高食物能量及蛋白质密度，或安排购物、做饭及进食协助。

建议应配合摄入不足的原因及其他疾病；不必要的忌口可能加重营养不良。

食物营养强化是将额外营养加入已经能够耐受的食物，不一定要勉强增加每餐分量。用餐时间、疲倦、恶心、疼痛和进食协助同样重要。营养师可帮助找出可持续的调整；有其他疾病而须限制蛋白质、盐或水分者，不应照搬一般增加摄入的建议。

选择合适补充剂

口服营养补充剂可在食物不足时提供额外能量、蛋白质及其他营养素。

不同产品并不相同，也不能取代病因评估。营养师可考虑配方、时间、过敏、耐受、糖尿病及水分限制。

补充品须有明确用途，不同产品的能量、蛋白质、纤维及容量不同，也不能与运动饮料或维生素产品互换。如影响食欲，可能须调整与正餐的间隔。口味、费用、储存和过敏也应考虑，不能只依据宣传选择。

监测效果及安全

随访食量、体重、功能和症状，按需要调整；并非补充得越多越好。

吞咽困难者改变饮品稠度前应接受评估。严重或长期摄入不足，即使经口进食，也可能发生再喂养综合征。

可记录实际摄入量及有无恶心、腹胀、排便变化或正常食量减少，以区别产品耐受问题与仍需处理的疾病。无法达到计划摄入量时应求助；喝饮

品时新出现咳嗽或声音湿浊，需要吞咽评估，不能只靠更换品牌处理。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[胃排空延迟（胃轻瘫）](#)

[胰腺外分泌功能不全（PEI）](#)

[营养评估及营养不良](#)

[吞咽困难及进食安全](#)

[再喂养综合征](#)

专业参考资料

[NICE CG32 • Nutrition support for adults](#)
[ESPEN • Home enteral nutrition](#)

<https://paulng.clinic/zh/oral-nutritional-support/>

吞咽困难及进食安全

进食时咳嗽、声音湿浊、食物卡住或反复肺部感染，可能需要吞咽评估；误吸也可能没有明显咳嗽。

查明原因

需区分口腔、咽喉的吞咽问题与食管问题；言语治疗师可评估进食安全。

部分人需吞咽影像或内镜评估，另一些需胃肠科检查。新出现或加重的吞咽困难不应仅靠限制饮食处理。

难以开始吞咽、喝水咳嗽，与吞咽后感觉食物卡住，可能涉及不同部位，不能自行确诊。可记录固体还是液体更困难，以及疼痛、体重下降或胸肺感染情况。如突然吞咽困难伴口角歪斜、肢体无力或言语不清，可能是中风，应立即致电999。

按评估调整进食

食物质地、饮品稠度、姿势和协助方式应遵从个人评估，而非照搬网上方法。

增稠饮品并非人人适合，也可能影响饮水和进食体验。怀疑哽塞或误吸时，不要自行尝试喂食技巧。

评估可能建议特定食物质地、陪同进食或环境调整，并须解释及复查；饮品并非越稠越安全。口腔清洁和进食时能否保持清醒也很重要。如仍难以进食，应再次评估，而不是在缺乏营养支援下不断自行删减食物。

喂食管的局限

经口进食不安全或不足时可考虑喂食管，但仍可能误吸唾液或反流物。

应讨论获益、其他选择及患者意愿。哽塞至无法呼吸、说话或有效咳嗽时，应立即求救并致电999。

管饲可提供营养，但不能防止所有吸入性肺炎，因为唾液仍可能进入气道，也可能发生反流。须讨论实际效益及每天的照护负担。如患者希望在

已知风险下为舒适而进食，需要个别且有记录的共同决策，不能把网上说明视为许可。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[贲门失弛缓症](#)

[食管动力障碍](#)

[嗜酸性食管炎（EoE）](#)

[营养评估及营养不良](#)

[饮食支持及口服营养补充剂](#)

[经皮内镜胃造瘘术（PEG）](#)

[喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管](#)

专业参考资料

[NICE CG32 • Nutrition support for adults](#)
[ESPEN • Home enteral nutrition](#)

<https://paulng.clinic/zh/swallowing-safety/>

经皮内镜胃造瘘术（PEG）

PEG 在内镜引导下，经腹壁把喂食管放入胃内，通常用于考虑较长期管饲的情况。

何时考虑？

经口进食不安全或不足、但消化道仍可使用时，可能考虑 PEG；体重下降或吞咽困难不表示必须接受此操作。

可讨论协助经口进食、暂时鼻管或其他通道。预后、决策能力、目标及照护支持均重要；晚期痴呆一般不建议接受 PEG。

PEG 是提供营养、水分及合适药物的通道，不能治疗原有吞咽疾病，也不会自动恢复吞咽。可询问为何现在考虑、预期使用多久、不接受时有何安排。患者如无法自行决定，团队须依相关法律及伦理原则，并考虑患者已知意愿。

评估、操作及风险

团队评估解剖结构、呼吸、出血风险、药物及镇静安全。禁食及用药须个别说明，不要自行停用抗凝药。

风险包括感染、出血、误吸、渗漏、邻近器官损伤、腹膜炎及镇静问题；也可能放置失败，严重并发症可能需要住院。

放置时内镜经口进入胃，协助评估及选择腹壁安全入口。镇静或麻醉和具体技术视患者及场地而定。既往腹部手术、感染、腹水或无法找到安全位置，可能改变方案。应先了解替代方法及无法完成时如何处理。

护理及脱管

应由团队确认何时开始喂养及用药，并教授该管的皮肤、冲管及固定护理。PEG 不能完全防止误吸。

新放置的管脱落，或出现剧痛、发热、大量渗漏，应停用并紧急就医。不要自行推回或更换；未成熟的瘘道可使内容物漏入腹腔。

回家前应取得管的类型、书面护理指示和联络方式。疼痛加剧、出血或营养液从周围渗漏均须评估；外观愈合也不代表可自行换管。任何脱管应尽快联系团队；近期放置或伴疼痛、不适者应到急症室处理。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[营养管理](#)

[喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管](#)

[胃造瘘空肠延伸管（PEG-J）](#)

[喂食管及造口护理](#)

专业参考资料

ESGE • Enteral tubes: indications and access
ESGE • Enteral tubes: placement and aftercare
ESPEN • Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/zh/peg/>

喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管

鼻胃管（NG）经鼻进入胃；鼻空肠管（NJ）进入小肠，常用于暂时营养支持。

选择路径

根据吞咽、胃排空、误吸风险、肠道功能及预计使用时间决定。

鼻胃管可在床边放置；鼻空肠管可能需影像或内镜协助。长期选择包括胃或空肠造瘘，没有一种方法适合所有人。

鼻胃管通往胃，鼻空肠管越过胃进入小肠；选择取决于临床问题，不只是管的粗细。可讨论使用时间 & 临时试用能否帮助评估耐受情况。管饲仍可能有反流、腹泻或误吸；出现时须检讨原因及途径。

放置及确认位置

可能有不适、鼻出血、误入气道、误吸及移位。使用前必须按医疗机构认可流程确认位置。

医护人员确认前不要使用；仅靠注气听声不能确认安全位置。管外长度改变或出现新的呼吸症状，须重新评估。

导管误入气道时不一定有明显反应，所以确认位置必不可少。团队按情况用认可方法，例如胃液检测或必要时影像检查；不同方法不能任意互换。确认前勿注入营养液、水或药物，并应了解固定胶布松脱或管被拉扯后的处理。

喂养及随访

配方、速度、水分和药物须个体化安排，患者及照护者需要培训和明确联络方式。

怀疑移位时，停止经管喂养及用药并联系团队。呼吸困难或严重不适须紧急就医，不要自行调整位置。

计划应列明营养液、给予方式、水分、药物、停用和求助的征状，以及由谁按当地流程持续检查位置。不要直接套用别人的住院喂养安排。家中

脱管时，按预定紧急联系方式求助，不要自行重新插入。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[胃排空延迟（胃轻瘫）](#)

[吞咽困难及进食安全](#)

[经皮内镜胃造瘘术（PEG）](#)

[胃造瘘空肠延伸管（PEG-J）](#)

[喂食管及造口护理](#)

专业参考资料

ESGE • Enteral tubes: indications and access
ESGE • Enteral tubes: placement and aftercare
ESPEN • Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/zh/feeding-tube-insertion/>

胃造瘘空肠延伸管 (PEG-J)

PEG-J 经腹壁的胃造瘘进入胃，再以延伸管穿过胃到达小肠的空肠部分，并非直接经腹壁穿刺空肠。

何时考虑 PEG-J?

部分因胃排空不佳等原因而无法耐受胃内喂养的患者，可考虑将营养送至胃以外；小肠仍须有足够吸收功能。

选择须结合原因、预计使用时间 & 患者目标；经口支持或临时鼻空肠管也可能适用。PEG-J 不能完全防止误吸唾液或胃反流物。

PEG 将营养送入胃；PEG-J 加上延伸管，将营养送到胃以外。这可能帮助处理部分胃内喂养问题，但不能自动解决肠衰竭或严重吸收不良。可询问预期改善、是否先试用鼻空肠管，以及何时复查耐受情况、舒适程度和继续使用的需要。

放置过程及风险

延伸管通过现有或新放置的 PEG 进入胃，再引导至空肠，通常需内镜，有时结合影像协助。可行性取决于解剖结构、原有通道及医疗场所。

风险包括感染、出血、渗漏、穿孔、腹膜炎、肠损伤或梗阻及镇静问题。空肠延伸管可能堵塞、弯折或退回胃内；也可能放置失败或需再次接受操作。

已有 PEG 不代表可以立即加上延伸管或沿用同一装置，团队须评估造瘘口、解剖结构及设备。PEG-J 经胃到达小肠，与直接空肠造瘘不同。应确认是否需新建胃造瘘或更换装置、如何确认位置，以及堵塞或移位时由谁处理。

喂养、装置护理及随访

空肠喂养常需泵控制，配方、水分及药物须个别安排。如装置有胃和空肠两个接口，团队须解释各自的指定用途，不能互换。

除非已接受该装置的特定指导，不要旋转、推进或更换。疑似移位、剧痛、大量渗漏、发热或呕吐时应停用并紧急就医；近期放置的管脱落须到急症室评估，不要自行放回。

营养液不再先进入胃作为储存缓冲，可能需较缓慢地输入，但不能自行设定泵速。接口、药物剂型及冲管须按个别指示。新出现呕吐、反流或不耐受，可能是延伸管移位或其他问题，应接受评估而非自行调位；请备存装置信息和紧急联络指示。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[胃排空延迟（胃轻瘫）](#)

[喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管](#)

[经皮内镜胃造瘘术（PEG）](#)

[喂食管及造口护理](#)

专业参考资料

ESGE • Enteral tubes: indications and access
ESGE • Enteral tubes: placement and aftercare
ESPEN • Home enteral nutrition

<https://paulng.clinic/zh/peg-j/>

肠外营养（静脉营养）

肠外营养（PN）经静脉提供营养，用于经口或管饲无法安全、充分满足需要的情况，不是一般保健或维生素输液。

何时考虑？

部分肠功能衰竭、严重吸收不良或肠梗阻患者可能无法充分利用消化道。

可补充其他摄入或提供全部营养。中央或外周静脉通道取决于处方及时间，须权衡获益、导管及代谢风险。

肠外营养直接进入血液，不依赖肠道消化吸收，可补充口服或管饲，或在肠道不能充分使用时作为主要来源。使用理由应清楚，因为静脉导管及配方有普通进食没有的风险。如仍有可用肠道功能，也应纳入整体计划。

风险及监测

风险包括导管血流感染、血栓、导管损坏、血糖或电解质异常、液体失衡及肝脏问题。

也可能有再喂养综合征。专业团队须监测体重、液体、验血和导管；不要自行改变配方、速度或输注时间。

开始或调整配方时一般须较密切监测，稳定后再按情况调整。团队结合验血、水分、体重、血糖、导管和营养目标进行评估，以调整个人处方，而非使用人人相同的配方。长期治疗还须关注微量营养素、肝脏及骨骼并发症。

居家治疗及警示症状

居家静脉营养需要评估、培训、无菌导管护理、安全储存、合适设备及可靠支持。

输注时发热或寒战、管口红肿、手臂或颈部肿胀、导管损坏或呼吸困难，须尽快就医。不要使用损坏导管，严重不适时不要等待网上回复。

培训包括洗手、指定无菌连接技术、储存、输液泵及设备故障处理，并应有书面紧急计划。输注时发热或寒战，即使导管口正常，也可能是血流

感染，须紧急评估。导管损坏时，勿在等候常规回复期间自行修补、操作或继续使用。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[营养管理](#)

[营养评估及营养不良](#)

[再喂养综合征](#)

专业参考资料

[ESPEN • Home parenteral nutrition](#)
[NICE CG32 • Nutrition support for adults](#)

<https://paulng.clinic/zh/parenteral-nutrition/>

喂食管及造口护理

护理取决于管的种类、位置及放置时间，一般资料不能取代针对实际装置的培训。

书面照护计划

团队应教授皮肤护理、固定、规定冲管水量、设备，以及堵塞或移位时如何处理。

PEG、PEG-J 及空肠管的旋转或推进方法不同，不要互相套用；保留导管资料及紧急联络方式。

书面计划应记载管的类型、放置日期、外部标记、日常检查及该装置能否旋转或推进，并分清哪些工作只可由受训专业人员进行。应先看示范，再在监督下练习；家属阅读通用资料，不等于已经接受该装置的管理培训。

药物及堵塞

药师应评估合适药物及剂型，并非所有药片都可碾碎或经管给药。

按处方冲管及给药；不要强行冲开、插入物件或使用未经批准的液体及偏方。无法冲管时联系团队。

缓释、肠溶及其他药物可能不能碾碎，经管给药也可能改变吸收。须逐项向药剂师确认，不能只关注营养液。堵塞可能由药物、营养液或机械问题引起，应针对原因处理。勿强行加压、使用尖物、自配化学品或照搬他人通管方法。

何时停用及求助？

已移位或怀疑移位时应停用。疼痛加重、红肿扩散、发热、出血、大量渗漏或呼吸困难须评估。

新放置的胃或空肠管脱落属于紧急情况，不要自行放回。严重症状应到急诊，不要等待常规诊所回复。

应分清可等待营养团队处理及需要紧急评估的问题。如位置不明、喂养时出现新的明显疼痛或脱管，应停用。除非已经获合资格团队具体指导及培训，勿往造口插入物品以保持开口。呼吸困难、剧烈腹痛、昏倒或大量出血须紧急就医。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[经皮内镜胃造瘘术 \(PEG\)](#)

[喂食管置入：鼻胃管及鼻空肠管](#)

[胃造瘘空肠延伸管 \(PEG-J\)](#)

专业参考资料

[ESGE • Enteral tubes: indications and](#)

[accessESGE • Enteral tubes: placement and](#)

[aftercareESPEN • Home enteral nutrition](#)

<https://paulng.clinic/zh/feeding-tube-care/>

再喂养综合征

严重或长期营养不足后重新补充营养，可引起危险的电解质及液体变化；食物、补充剂、管饲和静脉营养均可能引起。

谁可能有风险？

评估体重过低或下降、长期极少进食、酒精相关问题、疾病及电解质结果。

不能仅凭体型排除风险，体重超重但营养已大量耗损的人也可能受影响。

长期营养不足后重新摄入碳水化合物，会改变激素和电解质在细胞内外的分布，血磷、钾、镁可能下降，并可潴留水分，影响肌肉、呼吸和心脏功能。初始验血正常也不能排除之后下降的风险，所以增加营养前的摄入和体重记录很重要。

在监督下预防

高风险者可能需要在监督下开始营养、补充硫胺素（维生素 B1）等，并监测磷、钾、镁、血糖和液体平衡。

开始量、增加速度及补充治疗均属个体化医疗处方，不要套用一般热量表或自行补充电解质。

预防不仅是“慢慢吃”，还须由团队决定起始摄入量、维生素、电解质补充和监测强度，并考虑其他疾病。即使开始时感觉良好，也可能需要早期复查血液。高风险者可能须住院，不能单凭网络清单决定在家开始是否安全。

识别恶化

重新进食后无力、水肿、气促、意识混乱、心悸或迅速恶化，应尽快就医。

再喂养问题可危及生命。严重气促、晕倒或意识改变，须紧急就医并致电 999，不要等待网上回复。

症状并不特异，并非重新进食后的所有不适都是再喂养综合征。但在营养恢复期间新出现水肿、明显无力、心悸或气促时须及早评估。不要自行

使用电解质粉、大量饮水或网络喂养表处理；严重不适时，不要等到下一次预约验血才求助。

个体评估及照护

本资料属一般健康教育，并非个人喂养处方或操作同意书。应与医疗团队讨论获益、负担、其他选择及患者意愿；不要自行改变药物、喂养或导管护理。严重呼吸困难、晕倒或严重不适应紧急就医，在香港致电 999。

继续阅读

[营养评估及营养不良](#)

[饮食支持及口服营养补充剂](#)

[肠外营养（静脉营养）](#)

专业参考资料

[NICE CG32 • Nutrition support for adults](#)
[ESPEN • Home enteral nutrition](#)

<https://paulng.clinic/zh/refeeding-syndrome/>

诊所资料

请勿只按地址自行前往；预约时请与护士确认诊症地点及时间。

中环

香港中环皇后大道中30号娱乐行20楼

[地图及路线](#)

尖沙咀

九龙尖沙咀金马伦道37号7楼

[地图及路线](#)

港怡医院

港怡医院的非紧急门诊服务将继续提供，但严格限于星期二，并须预约。

[地图及路线](#)

三个地点均可统一用同一WhatsApp 预约。

电话: +852 2120 6186

WhatsApp: +852 9631 7065

电邮: nurse@paulng.clinic

最新安排请向护士确认。

如有呕血、黑便或大量出血、剧烈或持续加重的腹痛、晕厥、呼吸困难，或检查后出现严重不适，请立即到急诊室就医；紧急时致电 999，勿等待网上回复。

<https://paulng.clinic/zh/visit/>

胃镜及大肠镜检查后照护

本资料为一般检查后照护资讯，并非同意书；请遵从个别离院指示。

如曾接受镇静

请由一位负责任的成年人陪同离开，并遵从医疗团队提供的照护安排。在离院指示指定的期间内，请勿驾驶、饮酒、操作机器或作重要决定。

胃镜检查后照护

检查用途、限制及风险: 胃镜可观察上消化道内壁，并可按需要取组织样本，有助查找症状原因，但不能诊断所有疾病。严重并发症并不常见，但包括出血、穿孔（消化道壁撕裂）及镇静相关反应。

胃镜后可有短暂喉咙不适或腹胀。如曾使用喉部喷剂，请待医护人员确认可安全吞咽后才进食或饮水。

如出现剧烈或加重的胸腹痛、发烧、呼吸困难、吐血或大量出血，请立即求医。

大肠镜检查后照护

检查用途、限制及风险: 大肠镜可观察大肠内壁，并可按需要取组织样本或切除息肉。清肠及其他因素可限制视野，不能发现所有异常。重要风险包括出血（切除息肉后可延迟出现）、穿孔（肠壁撕裂）及镇静相关反应。

大肠镜后短暂腹胀或排气增加并不少见。如曾取样或切除息肉，请遵从额外的饮食、药物及活动指示。

如出现大量或持续出血、剧烈或加重腹痛、发烧、呼吸困难或晕厥，请立即求医。切除息肉后的出血也可能于回家后出现。

药物安排

请遵从个别药物计划，尤其是抗凝或抗血小板药物及糖尿病药物。切勿自行停用、恢复服用或更改处方药物。如指示不清楚，请先向负责治疗的医疗团队确认，再作更改。

恢复及回家安排

在恢复区休息，直至医护人员确认可离开。请遵从书面离院指示，包括饮食、药物及活动安排。如接受镇静，请由提前安排的陪同者接送，并遵从医护人员提供的限制。

结果及跟进

检查后的跟进由吴昊医生负责。医疗团队会在您适合听取说明时讲解所见；组织或息肉化验结果可能仍待完成。离开前请确认如何及何时取得结果、是否需要复诊，以及如未按安排收到消息应联系谁。

何时需要求医

如症状严重，请前往急症室或在香港致电999，切勿等候 WhatsApp 或微信回复。如有非紧急的恢复或结果问题，请使用离院资料上的联系方式或以下诊所联系方式向护士查询。

如有呕血、黑便或大量出血、剧烈或持续加重的腹痛、晕厥、呼吸困难，或检查后出现严重不适，请立即到急诊室就医；紧急时致电 999，勿等待网上回复。

非紧急照护及结果查询

电话: +852 2120 6186

WhatsApp: +852 9631 7065

电邮: nurse@paulng.clinic

<https://paulng.clinic/zh/visit/>