

上消化道內視鏡檢查之臨床研究

陳盛煊 潘 憲 郭宗煥

前 言

台北醫學院附設醫院自民國 67年 5月至 70年 6月共施行上消化道內視鏡檢查凡 1018例，本文之目的即在分析此 1018例，1132次檢查之結果，並與國內外歷年來各家研究之結果作一比較。

材料與方法

台北醫學院附設醫院自民國 67年 5月開始使用 Olympus JFB₃側視型十二指腸纖維鏡施行上消化道內視鏡檢查，至民國 69年 1月以後改用 Olympus GIF-P₂直視型泛內視鏡做常規上消化道內視鏡檢查，而 JFB₃則只使用於特殊場合，如檢查十二指腸第二部位或施行 ERCP等。

由民國 67年 5月至 70年 6月止，三年期間，針對 1018名病人，施行 1132次檢查；其中接受 JFB-3 檢查之病例有 462例，施行 488次檢查，以 GIF-P 檢查之病例有 556例，施行 644次檢查。

在所受檢之 1018例中，男性 681例，女性 337例；以男性居多，約為總數之三分之二左右。若以年齡分析，北醫附設醫院之上消化道內視鏡檢查，似乎以年青人居多，其中 21-40歲者佔 50%左右，受檢者中年齡最小者為 9歲之女孩，年齡最大者為 84歲之老婦人（表一）。

結果及討論

本系列 1018例之檢查結果，以消化性潰

瘍最多，有 509例，佔所有受檢人數之 50%；其中，十二指腸潰瘍有 386例，佔 37.92%，胃潰瘍 95例，佔 9.33%，胃合併十二指腸潰瘍 20例，佔 1.96%，邊緣性潰瘍 6例，佔 0.59%，食道潰瘍二例，佔 0.2%。而胃炎（單獨存在或合併有十二指腸炎者）有 253例，佔 24.85%為第二多數。潰瘍症候群（有上腹不適之症狀，但檢查無發現異常者）有 208例，佔 20.43%，為第三位較多見之病例。另外，十二指腸球炎有 80例，佔 7.86%（診斷根據：十二指腸球內有表面性之糜爛和假性息肉樣病變存在時，則診斷為十二指腸球炎）⁽¹⁾，食道靜脈曲張有 20例，佔 1.96%，胃切除後胃炎 16例，佔 1.57%。胃癌 14例，佔 1.38%，胃息肉 14例，佔 1.38%。其他之疾病發生率較低；例如食道病變：包括食道炎、食道癌等或者是十二指腸球息肉等（表二）。

在 1018例，1132次檢查中，有 18例無法完成檢查；其中少部份為完全無法檢查者，多數為病人太過緊張或喉頭過於敏感而不斷嘔吐，亦有一些為胃中食物太多而無法完全檢查各部位者，無一例純屬技術上之失敗。因此，上消化道內視鏡只要有 8-12 小時以上之禁食，且病人能充份合作，施行上技術方面並

表一 受檢對象

年 齡 (歲)	男	女	總 計	百分比 (%)
< 10	1	1	2	0.20
11 ~ 20	47	36	83	8.15
21 ~ 30	205	106	311	30.55
31 ~ 40	138	65	203	19.94
41 ~ 50	105	63	168	16.50
51 ~ 60	140	39	179	17.58
61 ~ 70	34	19	53	5.21
71 ~ 80	10	7	17	1.67
81 ~ 90	1	1	2	0.20
總 計	681	337	1018	

表二 上消化道病變之分佈 (1018例)

內 視 鏡 診 斷	病 例 數		總 計	百分比 (%)
	JFB ₃	GIF-P ₂		
十二指腸潰瘍	204	182	386	37.92
胃潰瘍	48	47	95	9.33
胃及十二指腸潰瘍	7	13	20	1.96
胃炎 (可合併十二指腸球炎)	93	160	253	24.85
胃切除	15	15	20	1.96
胃切除後胃炎	6	10	16	1.57
邊緣性潰瘍	4	2	6	0.59
十二指腸球炎	31	49	80	7.86
胃癌	11	3	14	1.38
胃息肉	8	6	14	1.38
胃淋巴腫	1	0	1	0.10
胃黏膜下或外壓瘤腫	6	4	10	0.98
裂孔赫尼亞	0	3	3	0.29
食道炎	2	7	9	0.88
食道潰瘍	0	2	2	0.20
食道靜脈曲張	3	19	22	2.16
Mallory-Weiss 症候群	1	1	2	0.20
食道息肉	1	0	1	0.10
食道癌	3	3	6	0.59
十二指腸球息肉	2	3	5	0.49
十二指腸球憩室	1	0	1	0.10
無發現者	89	119	208	20.43
失敗者	8	10	18	1.77

無特別困難之處。

在使用 JFB₃ 之 488 次，462 例檢查中，我們發現其對十二指腸各部位皆可做詳細的檢查；此和台大王等之經驗一樣⁽²⁾，然而，其對食道病變之檢查卻相當困難；例如，在我們極勉強施行檢查下，食道靜脈曲張在 462 例中只發現了 3 例，但在利用 GIF-P₂ 檢查之 556 例中，有 19 例。另外如食道炎，在使用 JFB-3 之 462 例檢查中只發現 2 例，而用 GIF-P₂ 之 556 例檢查中則有 7 例，且裂孔赫尼亞或食道潰瘍等在 JFB₃ 之檢查下皆極困難發現。因此，我們在使用 Olypus JFB₃ 側視型十二指腸纖維鏡和 Olypus GIF-P₂ 泛內視鏡之經驗上和其他醫院之檢查經驗是一致的^(2,3)；那就是 JFB₃ 雖可使用於常規上消化道檢查，不過其對十二指腸病變之檢查特別有用，缺點為食道病變不易檢查。而 GIF-P₂ 內視鏡，對食道、胃及十二指腸之觀察皆極良好，不過在十二指腸球靠近幽門之部份，觀察應極小心，以免漏失。

另表二胃切除一項 20 例中，包括胃切除後胃炎及邊緣性潰瘍兩項。因此，看到胃切除但無病變者只有 5 例而已。

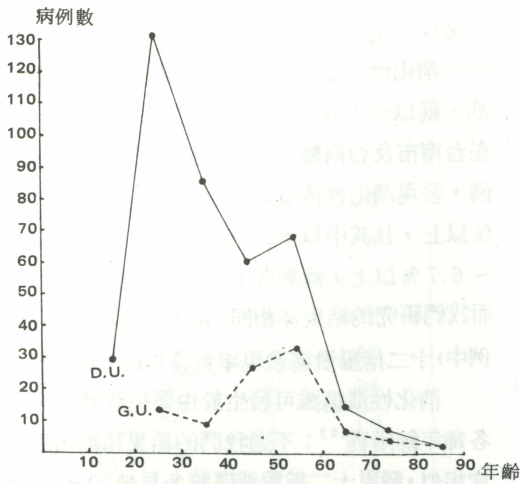
(一)消化性潰瘍病例研究：

消化性潰瘍在台灣是一種常見的消化系疾病，就以台大醫院宋等於民國 62 年及 63 年在台南市及台南縣之公教人員 8757 名普查為例，發現消化性潰瘍之盛行率為 6.01 ~ 7.23 % 以上，且其中以十二指腸潰瘍最多，佔 5.22 ~ 6.7 % 以上，此和英美之報告大致相同⁽⁴⁾，而我們研究的結果亦相同。在本院受檢的 1018 例中，十二指腸潰瘍發現率竟達 50 % (表二)。

消化性潰瘍雖可發生於由嬰兒到老年人之各種年齡階層⁽⁵⁾；不過我們的結果和國內的研究相似，發現十二指腸潰瘍較多見於 20 - 40 歲間，而胃潰瘍在 40 - 60 歲間 (表三，圖一)，男性比女性常見。本系列之 509 例消化性潰瘍中，十二指腸潰瘍佔 75.83 %，而胃潰瘍只佔 18.66 %。十二指腸潰瘍與胃潰瘍之比為 4.06 : 1，此和台大醫院宋等於民國 55 年之報告 4.72:1⁽⁶⁾，及台大余於民國 67 年之 5.6:1⁽⁷⁾ 等報告相似。和仁愛醫院潘等於民國 65 年之報告 4.37:1 亦相近⁽⁸⁾。不過，民國 70 年，馬偕醫院盧等於中華民國消化系醫學會第十一次演講會中所提之 1.97:1 和以上之報告不一樣⁽⁹⁾。外國之報告亦以 4 : 1 為多見⁽¹⁰⁾。

表三 消化性潰瘍之年齡分佈

年 齡 (歲)	十 二 指 腸 潰 瘍		胃 潰 瘍	
	人 數	百分比 (%)	人 數	百分比 (%)
11 ~ 20	30	7.77	0	0
21 ~ 30	130	33.68	14	14.74
31 ~ 40	82	21.24	10	10.53
41 ~ 50	59	15.28	28	29.47
51 ~ 60	62	16.07	30	31.58
61 ~ 70	15	3.89	7	7.37
71 ~ 80	7	1.81	5	5.26
81 ~ 90	1	0.26	1	1.05
總 計	386		95	
	男：307人 女：79人		男：78人 女：17人	



圖一：消化性胃潰瘍之年齡分佈

D.U.：十二指腸潰瘍

G.U.：胃潰瘍

(1) 十二指腸潰瘍：

引起十二指腸潰瘍的可能原因很多；例如衆所公認的胃酸和胃蛋白酶，或者是先天性因子（O型血型者十二指腸潰瘍較多）及內分泌疾病、抽煙等⁽¹⁰⁾。但是，在我們所檢查的1018例中，精神壓力大或緊張、神經質之病

患其罹患十二指腸潰瘍的比例相當高。因此，雖然有些報告對精神因子之致病性仍有存疑⁽¹⁰⁾，不過依照過去之經驗，我們發現它的確是一個重要的致病因子。

在本系列 386 例十二指腸潰瘍中，男性 307 例，女性 79 例，男女之比為 3.88:1。此和台大醫院之 3.53:1⁽⁷⁾，仁愛醫院之 4.3:1⁽⁸⁾ 相近，但和馬偕醫院之 2.6:1 略有出入⁽⁹⁾。

年齡則以 21—40 歲為好發年齡，其中 21—30 歲最多佔 33.68%，其次為 31—40 歲佔 21.24%（表三，圖一），此和前面所提數家醫院之研究結果相似。

一年中，到底什麼時候較易發病呢？表四中，我們見到一年四季發生十二指腸潰瘍的時節都差不多，比例上冬、春較多。此和台大宋等之冬秋較多之結論有點不大一樣⁽⁶⁾。不過，可以肯定的是寒冷時似乎是十二指腸潰瘍極易發生的時期。

臨床症狀，則以上腹部疼痛為最多見，佔 64.77%，其次為上消化道出血有 27.20%，

表四 消化性潰瘍之受檢時節及人數

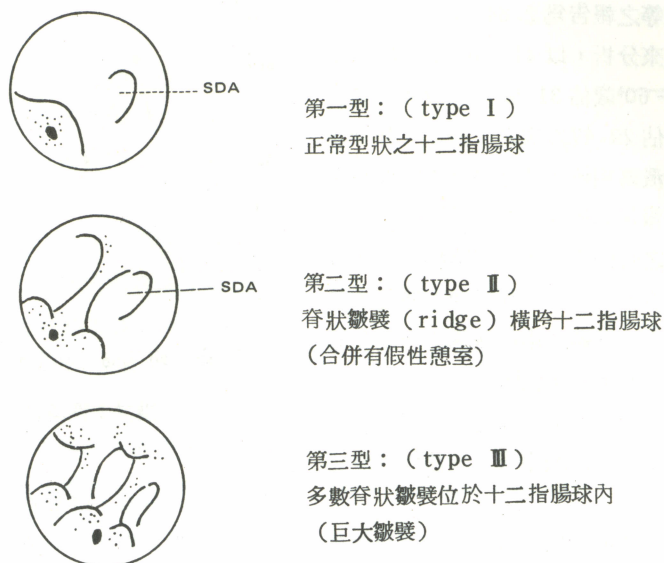
時 節	十二指腸潰瘍	胃 潰 瘍
春（3月—5月）	112 (29.02)	30 (31.58)
夏（6月—8月）	90 (23.32)	26 (27.37)
秋（9月—11月）	82 (21.24)	20 (21.37)
冬（12月—2月）	102 (26.42)	19 (20)
總 計	386	95

() 中為百分比%

表五 上消化道潰瘍之臨床症狀

症 狀	十二指腸潰瘍	胃 潰 瘍
上腹部疼痛	250 (64.77)	61 (64.21)
上腹部漲感	63 (16.32)	14 (14.74)
上消化道出血	106 (27.20)	25 (26.32)

() 中為百分比%



圖二：十二指腸潰瘍內視鏡之分類：
(北醫學報 9:17-25, 1978)

上腹部漲感有 16.32% (表五)。上腹部疼痛和十二指腸潰瘍之密切關係，已是不爭之事實，然而上消化道出血亦佔了近三分之一左右卻令人感到吃驚。不過，我們再查查別人的報告，發現仁愛醫院潘等於民國 65 年發表以上消化道出血來就診之十二指腸潰瘍病例竟高達 38.0%⁽⁸⁾，台大宋等之報告為 19.1%⁽⁶⁾，仁濟醫院潘等之報告為 12.90%⁽¹¹⁾，出入極大。到底原因在那裡呢？是否跟地區性有關係或病人之來源有關係？目前仍無結論。

潘等於民國 65 年在新加坡第二屆亞太地區消化系內視鏡醫學會中，依十二指腸球內部粘膜之形狀變化提出了三型分類以來 (圖二)，我們發現它在十二指腸潰瘍預後之判斷上相當有幫助⁽¹¹⁾。若以此分類來看，則本系列之 386 例十二指腸潰瘍中，屬第一型 (type I) 有 182 例，佔 47.15%，此型為急性球部潰瘍，十二指腸球部之形狀正常，且無脊狀皺襞 (ridge) 者。第二型 (type II) 為活動性慢性潰瘍，脊狀皺襞橫跨十二指腸球，合併有假性憩室者有 144 例，佔 37.31%。第三型 (type

III) 為合併有多數脊狀皺襞 (巨大皺襞) 之十二指腸潰瘍者有 60 例，佔 15.54%。此結果和仁愛醫院鄭等之報告；即第一型 59.2%，第二型 26.3%，第三型 14.5%⁽¹³⁾，以及仁濟醫院潘及廖之三篇報告，即第一型 48.38%、50.9%、44.07%，第二型 32.25%、34.4%、40.68%，第三型 19.57%、14.6%、13.98% 等之結果相似。此表示在台灣常見之十二指腸潰瘍以第一及第二型為多^(11,14,15)。

(2) 胃潰瘍：

胃潰瘍之發生仍然和十二指腸潰瘍類似，其主要之因子仍為胃酸和胃蛋白酶之存在。另一個重要因子是胃壁本身抗潰瘍因素之完整性受損而來⁽¹⁰⁾。其和精神因子似乎沒有十二指腸潰瘍來得密切。就其發生之年齡來說也比十二指腸潰瘍之好發年齡晚了 10-20 年。

在本系列之 95 例胃潰瘍中，男性有 78 例，女性 17 例，男女之比為 4.58:1。在國內之研究中，有相似的報告，亦有相差頗大的報告。例如台大醫院宋等之報告為男女之比為 6.8:1⁽⁶⁾，台大醫院余之報告為 3.53:1⁽⁷⁾

，馬偕醫院盧等之報告為 2.84:1⁽⁹⁾。

若以年齡來分析，以 41—60 歲為好發年齡，其中 51—60 歲佔 31.58% 為最多，其次為 41—50 歲佔 29.47% 次之（表三，圖一），和十二指腸潰瘍相較，其好發之年齡偏高，此和國內外之報告皆相同^(6,8,9,10)。

若以受檢之時節看來，則胃潰瘍似乎在春夏時較易發生（表四），此和台大醫院宋等之報告不一樣⁽⁶⁾，不過，由於病患不一定在發生上腹部不適後馬上前來就醫或施行上消化道內視鏡檢查，因此，以來受檢之時節為統計後即表示好發於某個季節的報告，無法代表真正好發的時節。

臨床上，胃潰瘍亦以上腹部疼痛為最常見，佔 64.21%，其次為上消化道出血，佔 26.32% 及上腹部漲感，佔 14.74%（表五），此和十二指腸潰瘍的臨床表現相似。因此，若要以臨床的表徵來區別十二指腸潰瘍和胃潰瘍，似乎有困難。

對於潰瘍在胃內好發的位置，我們亦概略的統計了一下；其中以胃角部最多，佔 50.53%，其次為胃體部 23.16%，胃竇部 22.11%，再來是幽門環 9.47%，賁門 4.21%（表六）。此和台大醫院王等之報告相近⁽¹⁶⁾。

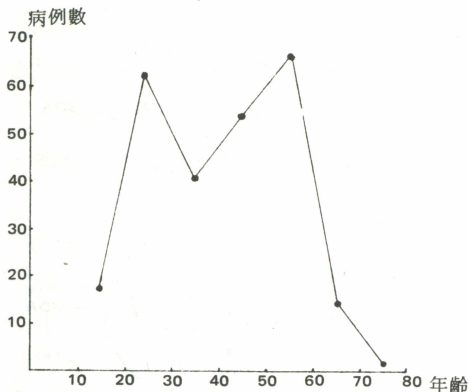
(二) 胃炎病例研究：

在我們所檢查之病例中，胃炎高居第二位

表六 潰瘍在胃內之位置

位 置	病例數	百分比 (%)	
		北醫	台大*
幽 門	9	9.47	3
胃 竇	21	22.11	5
胃 角	48	50.53	62
胃 體	22	23.16	30
賁 門	4	4.21	0
胃大彎	1	1.05	0

*取材自台灣醫學會雜誌七十卷第四期 199~201 頁



圖三：胃炎之年齡分佈

，佔 24.85%，可見它也是一種很普通的胃疾病。另外，胃炎可分急性和慢性胃炎，但因急性胃炎病例不多，因此不擬在此討論。

G. E. Stall 早在西元 1728 年即發表了「假性胃炎」的診斷；但至今，它不但仍為多數學者所爭論，而且也是大眾了解不多的疾病。

本系列胃炎病例中，男性 163 例，女性 90 例，總計 253 例，其中男女之比為 1.8:1，可見慢性胃炎的發生，男女之間並無太大的差別。若依年齡加以分析，我們發現 11—20 歲有 18 例佔 7.11%、21—30 歲有 61 例佔 24.11%、31—40 歲有 39 例佔 15.42%、40—50 歲 52 例佔 20.55%、50—60 歲 66 例佔 26.09%、61—70 歲 16 例佔 6.32%、71—80 歲 1 例佔 0.40%（圖三）。其中在 21—30 歲及 40—60 歲間所佔比例較高，表示其為好發之年齡。在我們臨床施行內視鏡的印象中，前者（較年青者）以表面性胃炎為多，而後者（年紀較大者）則以萎縮性或疣狀性胃炎為多見。此發現和仁愛醫院蕭等之報告相似⁽¹⁷⁾。由於表面性胃炎亦可見於健康，無症狀之體檢病人，所以其臨床意義為何？有待進一步的研究。一般慢性萎縮性或疣狀性胃炎好發的年齡為 40—70 歲，此和胃癌之好發年齡相近。它們之間的關係，目前研究頗多，但尚無定論。

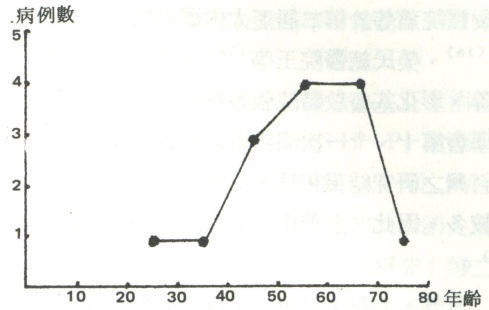
(三)胃癌病例研究：

北醫附設醫院所發現的胃癌病例不多，是否由於前來受檢的病患皆比較年青之故（21—40 歲者佔 50 %），不得而知。三年來之檢查，胃癌人數共 14 例，其中男性 11 例、女性 3 例男女之比為 3.67 : 1。男性發生比率較女性為高。而且，所見到的病例幾乎都為 Barman type III 進行性胃癌（adoansed Ca.），只有一例為類似 IIc+III 之早期胃癌者，但因未獲證實，因此不列入本統計中。

前來就醫之主訴；上腹部疼痛者 8 例、腹漲者 3 例、腹部腫瘤者 5 例，出血 1 例。這樣看來，若上腹部疼痛加上可摸見腫瘤，則為胃癌的機會較大。

以年齡分佈看來，以 40—70 歲之間為多（圖四），此種分佈和國內外的報告皆相似。

其中有一例比較特別；是一個 28 歲女性、孕婦。來院時主要是為了待產，但在住院前數個月即時常有嘔吐及體重減輕的現象，她一直把它當作是懷孕的關係，所以沒有特別注意。來院後接受胃鏡檢查，證實為腺癌。生產後並接受手術治療，但於手術後不久即死亡。



圖四：胃癌之年齡分佈

(四)上消化道出血之研究：

上消化道出血之可能原因很多；消化性潰瘍、上消化道炎症或瘤腫等皆可發生（表七）。本系列之 167 例上消化道出血中，以十二指腸潰瘍人數最多，有 106 例佔 63.47%，其中可見活動性出血病變者有 20 例，其次為胃潰瘍 25 例，佔 14.97%，有活動性出血病變者 4 人，出血性胃炎 12 例，佔 7.19%，十二指腸及胃潰瘍同時存在 5 例，佔 2.98%，十二指腸球炎及食道靜脈曲張各 4 例，各佔 2.40%。因上消化道出血徵候來院檢查，但找不到病變者 7 例，佔 4.19%。

上消化道出血以消化性潰瘍為最多，此和

表七 上消化道出血 167 例

出血原因	JFB ₃	GIF-P ₂	總計	百分比 (%)	活動性出血
十二指腸潰瘍	57	49	106	63.47	20
胃潰瘍	11	14	25	14.97	4
十二指腸潰瘍合併胃潰瘍	1	4	5	2.98	1
胃炎	3	9	12	7.19	0
十二指腸球炎	3	1	4	2.40	0
胃及十二指腸球炎	1	0	1	0.60	0
胃癌	1	0	1	0.60	0
食道癌	0	1	1	0.60	0
食道炎	1	0	1	0.60	0
食道靜脈曲張	1	3	4	2.40	1
無發現者	3	4	7	4.19	0
總計	82	85	167		26

仁愛醫院蕭等於第二屆亞太內視鏡醫學會之報告⁽¹⁸⁾、榮民總醫院王等⁽¹⁹⁾、省立台北醫院李等、彰化基督教醫院張等在中華民國消化系醫學會第十、十一次演講會之報告相似。不過，台灣之研究結果和日本不太相同；日本因胃疾較多，因此，上消化道出血以胃潰瘍多見⁽²⁰⁾。

另外，上消化道出血之可疑病例，到底於何時施行內視鏡檢查較合適呢？自 E.D. Palmer 於西元 1950 年提倡「緊急內視鏡檢查」以來，許多學者均贊成在出血 48 小時內施行內視鏡檢查，其着眼點期於早日獲得確實之診斷，用以做最適當的治療。不過，在我們的經驗中，對大多數病例而言，是否早期施行檢查，其預後似乎沒有什麼影響。最近，Peterson 亦提出了不希望已停止出血的病例接受所謂的早期內視鏡檢查的臨床依據⁽²¹⁾。

(五) 消化性潰瘍症候羣病例研究：

在來院接受上消化道內視鏡檢查的病例中，絕大部份都有上腹部不適的症狀，如上腹疼痛、漲感或嘔酸水、餓痛、深夜疼痛、壓痛、噁心或熱感等類似消化性潰瘍的徵候。但仍有許多病例內視鏡檢查無發現。我們稱這類病患為所謂的「消化性潰瘍症候羣」。在本系列檢查中有 208 例，佔受檢病例的 20%。

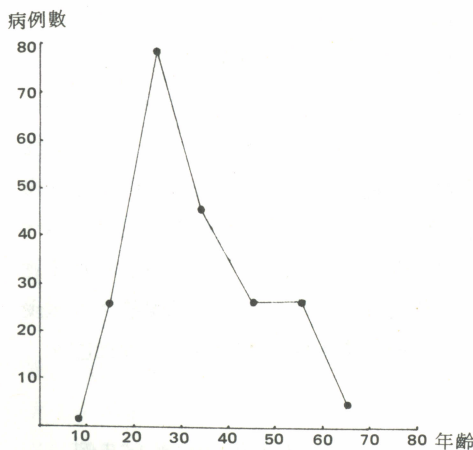
這些病例大部份屬於神經質或緊張型的人物。在內視鏡檢查的過程中，雖在檢查前五分鐘曾肌注給予抗膽鹼性藥物，我們仍可見他們的胃部有痙攣性收縮。另外其胃液分泌之量亦較一般正常人為多。檢查過程中常有噁心、嘔吐的傾向。

在 208 例、213 次檢查中，男性 96 例，女性 112 例，女性略多於男性。年齡分佈以 21—30 歲為最多，有 79 人佔 37.98%。

31—40 歲次之，有 45 人佔 21.64% (表八)。這樣的分佈和十二指腸潰瘍的好發年齡相仿 (圖一、圖五)。因此，我們的結論是：緊張敏感型的年青人，不但易得十二指腸潰瘍，也易得所謂的「潰瘍症候羣」。

表八 潰瘍症候羣之年齡分佈

年齡 (歲)	人數	百分比 (%)
< 10	1	0.48
11 ~ 20	26	12.50
21 ~ 30	79	37.98
31 ~ 40	45	21.64
41 ~ 50	26	12.50
51 ~ 60	26	12.50
61 ~ 70	5	2.40
總計	208	男：96 人 女：112 人



圖五：潰瘍症候羣之年齡分佈

不過在臨床上，以制酸劑及鎮靜劑給之，皆可得良好的療效。這個發現表示；它可能和胃酸的存在有密切的關係。對於這些人是否在將來變成真正的潰瘍病例，我們仍不敢妄加斷。或許這些人在進一步的檢查下可發現有胆道或肝臟等的疾病也說不定。因此，消化性潰瘍症候羣的臨床意義有待進一步的研究。

(六) 食道疾病病例研究：

食道疾病在大多數醫院的內視鏡檢查結果中所佔的比例不大，例如本系列 1018 例中，裂孔赫尼亞只 3 例，食道炎只 9 例，食道潰瘍 2 例，Mallory-Weiss 症候羣 2 例、食道息肉 1 例、食道癌 6 例，皆佔少數。只有食道

靜脈曲張稍多，有 22 例。

裂孔赫尼亞皆有上消化道 X 光證實，食道潰瘍之 2 例中；一例為吞食腐蝕性藥劑自殺之病例，另一例為食用抗生素 Cleocin[®] 而引起潰瘍。雖然，靜脈曲張的原因不一定和肝臟有關，但我們分析的這些病例卻絕大部份因肝硬化而來之門脈高血壓所引起的。

結 論

1. 本系列 1018 例，1132 次檢查中，以消化性潰瘍最多佔 50%，十二指腸潰瘍佔其中之 73.36%，胃潰瘍 18.66%，胃合併十二指腸潰瘍 3.93%。而且，消化性潰瘍之好發年齡、性別、潰瘍位置和臨床症狀等皆和國內各大醫院之研究報告相似。

2. 胃炎病例佔受檢人數之 24.85%，為北醫附設醫院第二多見的疾病。其中表面性胃炎好發於 21—30 歲之年青人，而萎縮性或疣狀性胃炎好發於 40—60 歲之中年人。後者好發之年齡和胃癌之好發年齡相仿。

3. 胃癌病例僅有 14 例，佔受檢人數之 1.38%。或許由於前來北醫附設醫院受檢病患年齡偏低的關係；本系列中 21—40 歲者佔受檢人數的 50%，而本系列中胃癌的好發年齡為 40—70 歲。

4. 有類似消化性潰瘍之症狀，在上消化道內視鏡檢查中卻無任何特別發現者，我們稱之為「消化性潰瘍症候群」(Peptic ulcer syndrome)。在 1018 例中有 208 例，佔 20.43%。我們發現它的臨床症狀和年齡分佈等皆與十二指腸潰瘍的病例相似。它是否在以後可發展成十二指腸潰瘍，仍有待進一步的追蹤研究。

參考文獻

1. Fontan A.N., Rapaport M., Celener D. et al: Chronic non-specific duodenitis (bulbitis). *Endoscopy* 10:94-98, 1978.
2. 王德宏、宋瑞樓：側視型十二指腸纖維鏡

檢查之經驗，*台灣醫學雜誌*，76:29-38, 1977.

3. 王德宏、賴明陽、林榮宗等：泛上消化道內視纖維鏡 Olympus GIF-P₂ 之臨床經驗，*台灣醫學雜誌*，77:44-55, 1978.
4. 宋瑞樓、王德宏、陳金樹等：中國人消化性潰瘍及胃癌之流行病學的研究(第二報)，*台灣醫學雜誌*，75:120-129, 1976.
5. Bockus H.L., Berk J.E., Haubrich W.S. et al: *Gastroenterology* Vol. I, Philadelphia, W.B. Saunders Co. p. 614, 3rd ed. 1974.
6. 宋瑞樓、楊鼎勳、余瑞雲等：消化性潰瘍 1774 例，*台灣醫學雜誌*，65:436-446, 1966.
7. 余瑞雲：消化性潰瘍之臨床經過，*中華民國消化系醫學會會刊*，7:14-15, 1978.
8. 潘憲、林光洋、何信基等：十二指腸潰瘍與胃潰瘍—其比例、性別、年齡及潰瘍部位，*中華民國消化系醫學會會刊*，5:14-15, 1976.
9. 盧榮福、陳發達、周炳南等：內視鏡檢查胃、十二指腸潰瘍之臨床分析，*中華民國消化系醫學會第十一次演講會(摘要)* P.44, 1981.
10. Isselbacher K.J., Adams R.D., Braunwald E. et al: *Harrison's principles of internal medicine*, New York, McGraw-Hill Book Co. P. 1374, 9th ed. 1980.
11. 潘憲、廖正雄：內視鏡十二指腸潰瘍之分類及其臨床意義之研究—初報，*北醫學報*，9:17-25, 1978.
12. Pan S., Wei C.F., Siau C.P. et al: Diagnostic merits of fiberduodenoscopy and panfiberscopy of duodenal ulcer. *Proceedings of 2nd Asian-Pacific congress of digestive endoscopy*, Singapore, P. 145-151, 1976.

13. 鄭勇山、林光洋、魏忠夫等：十二指腸潰瘍的纖維鏡診斷再評估，中華民國消化系醫學會會刊，10:35-36，1981。
14. 潘憲、廖正雄：內視鏡下十二指腸潰瘍之分類及其臨床意義之研究—第二報，中華民國消化系醫學會會刊，9:57-58，1980
15. Liao C.H., Pan S.: An edoscopic study on duodenal ulcer—A brief endoscopic classification and a follow-up study of duodenal ulcer, 3rd Asia-Pacific congress of digestive endoscopy (abstract), Taipei, P. 206, 1980.
16. 王德宏、余瑞雲、楊鼎勳等：台灣之消化性胃潰瘍之部位分布，台灣醫學會雜誌，70:199-201，1971。
17. 蕭泉豹、魏忠夫、林光洋等：慢性胃炎，中華民國消化系醫學會會刊，10:17-18，1981。
18. Siau C.P., Wei C.F., Pan S. et al: Pan-endoscopy in upper gastrointestinal bleeding. Proceeding of the 2nd Asia-Pacific congress of endoscopy, Singapore, P. 80-85, 1976.
19. 王志堂、李兆綱、黎國洪等：上消化道出血之早期內視鏡檢查，中華民國消化系醫學會會刊，10:39-40，1981。
20. Suzuki A., Ishiwatu H., Kuwayama H. et al: The emergency endoscopy in upper G-I tract. 3rd Asia-Pacific congress of digestive endoscopy (abstract), Taipei, P. 294, 1980.
21. Peterson W.L., Barnett C.C., Smith H.J. et al: Routine early endoscopy in upper-gastrointestinal-tract bleeding. New Eng. J. Med. 304: 925-929, 1981.

Study of Upper Digestive Endoscopic Examination

SHENG-SHUAN CHEN, SHIANN PAN, TSUNG-HUAN KUO

ABSTRACT

Since the introduction of fiberoptic gastroscope by Hirschowitz et al. in 1958, endoscopy of gastrointestinal tract has become an important method for evaluation of gastrointestinal diseases.

During the past three years, from May 1978 to June 1981, there were 1018 cases received 1132 upper G-I endoscopic examinations in Taipei Medical College Hospital. 462 cases were received 488 examinations with Olympus JFB-3 side-viewing duodeno-fiberscope and 556 cases were received 644 examinations with Olympus GIF P-2 pan-endoscope. Male was 681 cases, and female 337 cases. The youngest patient was a 8-year-old girl and the oldest patient was a 84-year-old woman.

The prevalence of peptic ulcer in our series was 50%, which including duodenal ulcer 37.92%, gastric ulcer 9.33%, and gastroduodenal ulcer 1.96%. 54.92% of duodena ulcer occurred between the age of 21-40 and 61.05% gastric ulcer between the age of 40-60. So the most common kind of peptic ulcer in Taiwan may be duodenal ulcer, especially in young age group. And the peak incidence of gastric ulcer is approximately 10-20 years older than that of duodenal ulcer. The results in our series were the same as the previous reports in Taiwan in age distribution, sex prominent and clinical appearance.

The occurrence of gastritis in our series was 24.85%. Chronic superficial gastritis was more common in young age group, but the chronic atrophic or verrucous gastritis was most found in middle to old age group which was similar to the peak incidence of gastric carcinoma.

There were 208 cases, 20.43%, to be found as "peptic ulcer syndrome"—has peptic ulcer-like symptoms, but no organic lesion was found by endoscopic examination. We found that peptic ulcer syndrome was similar to duodenal ulcer in clinical symptoms, age distribution and clinical course. Whether the peptic ulcer syndrome will become duodenal ulcer or not is need more further researches.