

胃镜下局部敷撒中药粉末治疗 消化性溃疡的临床观察

李廷荃¹ 张琳² 潘崇兰²

我们于 1990 年 5 月~1992 年 5 月,采用胃镜直视下清创配合局部敷撒中药粉末法治疗消化性溃疡 33 例,与口服雷尼替丁组 30 例作对照观察,并对两组痊愈病例随访 1 年。现将结果报告如下。

临床资料

经胃镜检查有活动性消化性溃疡(PU),其中十二指肠球部溃疡(DU)直径 ≥ 0.3 cm;胃溃疡(GU)直径 ≥ 0.5 cm,并做局部组织活检除外恶性病变,排除其他脏器活动性病变,符合上述条件者 63 例,随机分为两组。治疗组 33 例,男 25 例、女 8 例,年龄为 22~68 岁(平均 40.4 岁);病程 3 个月~29 年(平均 10.4 年)。其中 DU 24 例, GU 6 例,复合性溃疡(CU)3 例。对照组 30 例,男 24 例、女 6 例,年龄为 23~69 岁(平均 40.6 岁);病程 3 个月~29 年(平均 10.6 年),其中 DU 22 例, GU 6 例, CU 2 例。两组病情无显著差异, $P > 0.05$ 。

治疗方法

1 治疗组 胃镜检查发现溃疡后,在胃镜直视下用活检钳或细胞刷彻底清除溃疡创面坏死组织,边缘常规活检。然后经由钳导孔导入装有中药粉末的塑料管(导管末端以少许凡士林封口,以防胃液进入导管,导致药粉结块堵塞,外端连接 50 ml 注射器)向溃疡面喷洒,使之在创面上形成较为均匀的药膜,术后 4 h 进食。如未愈,10 日后重复上述治疗 1 次。中药组成:枯矾、冰片、硼砂、青黛、珍珠各等份,研极细末,过 160 目筛,装瓶密封。

2 对照组 市售雷尼替丁胶囊(白云东平制药厂,批号:900 11)0.3 g,睡前服,30 日为 1 个疗程,疗程结束 1 日内做胃镜复查。

3 对两组近期治愈病例,于 1 年后或症状复发时做胃镜复查。

结果

1 疗效评定标准 参照 1978 年全国消化会议制定的标准,凡临床症状消失,胃镜下溃疡完全消失,局部轻度充血,无明显水肿者为治愈。

2 近期疗效

2.1 疼痛缓解时间 治疗组疼痛缓解时间为 2.85 ± 1.15 天,对照组为 7.85 ± 2.56 天,具有显著性差异($P < 0.01$)。

2.2 治愈率比较 治疗组 1 次治愈者 21 例,占 63.6%;2 次治愈者 6 例,占 18.2%;3 次治愈者 2 例,占 6.1%;共治愈 29 例,占 87.9%。对照组治愈 15 例,治愈率 50%,两组具有非常显著性差异($P < 0.01$)。

3 远期疗效 1 年后随访并复查胃镜结果,治疗组 29 例复发 2 例,占 6.9%;对照组 15 例复发 7 例,占 46.7%,两组具有非常显著性差异, $P < 0.01$ 。

讨论

如何降低消化性溃疡的复发,已成为当前消化性溃疡病研究中亟待解决的中心问题^①。我们发现消化性溃疡的复发多在其原发病灶或其近旁组织,占 85.6%,与日本学者报道^②相似。提示针对溃疡病灶的彻底治疗,可能成为“根治”消化性溃疡的有效途径。胃镜下局部药物治疗使这种构想成为现实。首先胃镜下彻底清创,改善了溃疡局部病灶的微循环,并使溃疡基底部新鲜肉芽组织充分暴露,能与药物充分接触。其次中药粉末中,枯矾收湿敛疮,具有强烈的凝固蛋白作用,使溃疡创面的表层蛋白凝固,形成一层蛋白的痂膜,阻隔胃液对病灶的刺激^③;冰片、硼砂于粘膜下吸收迅速,具有活血止痛、防腐生肌以及温和的粘膜保护作用;珍珠粉、青黛清热解毒、敛疮生肌,能促进肉芽组织生长。此外,上述药物均具有较强的杀菌能力,共同作用的结果为溃疡的愈合创造了充分有利的条件,使溃疡能够迅速、良好地愈合。在这种条件下愈合的溃疡局部组织可能具有较强的抗损伤能力,从而降低溃疡的复发率。

参考文献

1. 江绍基. 消化性溃疡治疗的沿革. 中华消化杂志 1991; 11(5): 249.
2. 斋藤征史, 加藤俊幸, 丹羽正之, 他. 胃潰瘍再発と難治化の臨床病理学の検討. 日本臨床 1988; 46(1): 94.
3. 江苏新医学院. 中药大辞典. 第 1 版. 上海: 上海人民卫生出版社, 1977: 680.

(收稿: 1994-06-17 修回: 1994-08-31)

1. 山西省中医研究所(太原 030012); 2. 黑龙江省中医研究院