

消化性潰瘍的療法

蘇聯先進醫學經驗的介紹

沈 今 凡

一、消化性潰瘍的成因

消化性潰瘍，在都市裏行醫的同志大家都有一個共同的經驗，這病要佔胃病當中的百分之六十——八〇，大多的病人問他們起病的原因，多有喜嗜刺激性的食物如辛辣食物辣椒胡椒嗜酒等或飲食沒有定時，或暴飲暴食或喜食生冷食物如在婦女或受精神上的極大刺激而起如驚恐失戀失歡遺棄為大多數的引起本病的一般因素。

二、消化性潰瘍的病理變化

消化性潰瘍的病理變化：據佛爾好（Virchow）氏學說：L為血栓的閉塞小血管，一小部份胃粘膜失去營養料的供給，因此胃壁為胃蛋白酶所消化而生潰瘍。它的潰瘍成為圓形，與此說似相吻合。然而事實上經屍體解剖，亦有未發見血栓的病人。

有的說胃潰瘍的發生，為抗蛋白酶素的消失。日常食物中的蛋白質入胃，都被消化，不但食物中的蛋白質可被消化，用動物試驗，將胃切開，挿入生活蛙腿，也能被胃液消化，因此胃中如無抗蛋白酶素的保護胃壁或抗蛋白酶素的減少或缺乏的時候，則胃粘膜亦有被消化損壞而成為消化性潰瘍。

根據蘇聯巴甫洛夫氏的學說：胃潰瘍的生成，與條件反射大腦皮質興奮有關係，大腦皮質興奮與內臟神經的興奮也有相互的關係，內臟神經系過度的興奮，胃蠕動異常劇烈，起強直性收縮形成痙攣，因痙攣而壓迫胃血管，使胃粘膜失去營養，被消化而形成潰瘍，叫做痙攣性潰瘍。內臟神經過度的興奮，除胃蠕動亢強外，胃的分泌機能同時也呈亢進，因此胃酸過多，所以患潰瘍性的病人常見胃酸過多，但也有胃酸不過多的病人。

內臟神經，就是植物性神經系統，植物性神經系統不受意識支配。分為二個系統，就是交感神經與迷走神經系統。這二種神經分佈於內臟的各個器官，但是它的刺激作用的表現，完全相反，而成頤頤作用。如交感神經與迷走神經刺激作用的力量相等，則內臟的機能得以平衡，而保持生理狀態。如刺激作用的力量發生偏差，則內

臟就起機能的異常了。試將胃的迷走神經切斷，則胃就弛緩。反是切斷它的交感神經，則胃起強烈收縮，而持續的深凹，及劇烈的蠕動。因此可知迷走神經使胃的運動亢進，而交感神經則有抑制胃的蠕動，興奮迷走神經的藥品：如毒扁豆鹼、Physostigmin，匹羅卡品 Pilocarpin，柯林 Cholin。制止迷走神經的藥品，則為阿刀賓 Atropin。興奮交感神經的藥品，有阿特來拉林 Adrenalin。根據動物試驗，持續注射毒扁豆鹼或匹羅卡品或將交感神經切斷，則迷走神經，或因藥品的刺激，或因它對抗性交感神經的消失，而呈作用，使胃起痙攣，及劇烈運動。試驗於多數動物，可在它的胃與十二指腸，發現多數粘膜缺損。這可證明胃與十二指腸的潰瘍，因迷走神經過度興奮，已無可疑。

三、消化性潰瘍常發的部位

消化性潰瘍分胃部和十二指腸部：

（1）胃潰瘍——多發生在胃小彎、幽門部。

（2）十二指腸潰瘍——多發生在十二指腸球部。

四、消化性潰瘍的一般症狀

胃和十二指腸潰瘍，無自覺症狀全無胃部疼痛和胃酸過多的症候經常潛伏存在的很多。並且有潰瘍清楚的存在，而症候潛伏的也有。無胃痛、過酸、嘔吐、吐血、便血等的臨床症候，據後藤氏統計有77%，反田氏說有68.1%在病理學上有潰瘍，胃和十二指腸潰瘍的四分之三是潛伏性。十二指腸潰瘍多無自覺症狀時只有便血，潰瘍在幽門以外的出血，形成便血，有時發現黑色便已久，因貧血而去就醫，十二指腸潰瘍往往自覺症候極輕微。

患消化性潰瘍的特點：（1）多為作事的人，食慾如常，營養不缺。（2）病狀多為慢性經數年之久，時發時愈。（3）胃部疼痛；但是痛的程度極不一致，但與飲食的關係極為準確；

疼痛的次序：

（一）胃潰瘍的疼痛則為「食物、舒適、痛、舒適」。

(二) 十二指腸潰瘍的疼痛則為「食物、舒適、痛」。夜間作痛、夜半痛醒，常可斷定為此病。

乙、消化性潰瘍與季節的關係：

(一) 夏季——暑熱時門診潰瘍患者減少；但壁竈仍然存在，症狀也無。

(二) 冬季——冬季如在暖室內生活或在溫暖的天氣時「今天比較舒服」等感覺出現。

丙、消化性潰瘍與地理的關係：

(一) 熱帶——熱帶地方的消化性潰瘍的症候比較輕微，或無症候。

(二) 溫帶——或離赤道較遠的地方，潰瘍表現週期性的出現。

丁、消化性潰瘍的週期性：

(一) 消化性潰瘍最多發現的月份——胃和十二指腸潰瘍的週期性，它的症候的出現，多起於三、四、五、七、八月的春秋二季。

(二) 消化性潰瘍最少發現的月份——一、二、六、八月症候輕減。

(三) 消化性潰瘍再發的月份——九、十、十一月，因過夏症候減輕或治愈，到秋涼再發症候。

五、消化性潰瘍的診斷

一般在仰臥位檢查之，胃空虛時或因食物充滿的程度，必須考慮胃和十二指腸究竟在何部位呈何形狀。

(一) 仰臥位或腹臥位照胃粘膜皺襞像時：

a. 軀幹粗短，腹圓大，肋骨弓形成的心窩角成鈍角的，叫做牛角胃。空虛時由左膈穹窿下方向右下，凸面向左下方形成弓狀，走向右肋骨弓，往往橫臥在劍突下，胃的弓狀成強凸面的弧狀時，胃的下半部可能接近膈上部。

b. 軀幹狹長的由左膈穹窿下方，沿左半身縱的中央與正中線平行鉛直下降，至膈高直角或弧形向右彎曲，直角或銳角彎曲的往往是胃下垂。

(二) 胃腸潰瘍發生的最多部位：

(1) 胃潰瘍的常發部位是沿胃小彎，在小彎下二分之一厘米及與此鄰接的後壁較多，尤其是在幽門附近較多。

(2) 十二指腸潰瘍的常發部位——在幽門外——二厘米處為常發部位。

診斷可在空腹時搜查十二指腸潰瘍或幽門潰瘍。

(a) 牛角胃的病人因幽門在正中線右側所以多發生於膈與右肋骨弓中間的結合線上。小彎多在上腹部中央或右上方較多。

(b) 鉤狀胃的幽門在正中線稍右及正中線的中間，膈的右上或直上，小彎在正中線稍偏左側處。下垂胃的幽門在膈高。因此軀幹狹長的空腹時取仰臥位在上腹部中央捫診的是錯誤的。

(二) 用食物將胃充滿過半時，於食後——二小時診察。

(a) 軀幹粗短，呈牛角胃的，小彎恰在上腹中央，由左上稍斜向右下，或由左向右橫行穿過中央，幽門及十二指腸球部在膈與右肋骨弓中央結合線的中央位。

(b) 軀幹稍狹長呈鉤狀胃的，如無下垂，小彎由左上而右小向膈部下降，在膈上鉤狀彎曲走向右上，右肋骨弓中央與膈的結合線中央或靠近正中線是幽門的部位，而向十二指腸，此時潰瘍部在上腹中央一帶。

(c) 下垂胃時小彎由左膈穹窿下，離正中線左側——二公分處垂直下降，在膈窩的下方右側，仰臥位時約在膈高向右彎曲。幽門十二指腸在膈部，或其上方，右上方或下方。

檢查胃十二指腸潰瘍壓痛點時，應當考察體格、胃形、位置、胃中食物的多寡，與潰瘍相配合，大約在胃體小彎的上部，或屬飢餓痛，如有幽門症候群，可想像為幽門附近的潰瘍，而搜查它的壓痛點，下垂胃常在小彎的上部有潰瘍，牛角胃十二指腸及幽門附近的潰瘍較多。所以十二指腸潰瘍的壓痛呈點狀，在上腹部中央近處較多。

(三) 消化性潰瘍的X光線檢查

胃潰瘍的X線診斷上最重要的是發現直接症候的壁竈症候，即侵入潰瘍中的造影劑陰影，由胃境界突出故可發現。它的形狀為半球形，有時呈圓錐形，圓筒形等，潰瘍的側壁成階梯狀。大小不同，基底可達數厘米。新鮮潰瘍淺小而扁平與蠕動很難區別。每隔數秒向同一膠板放射三次而攝影時（叫重覆攝影法）小彎的潰瘍部蠕動脫落，攣縮緊張呈一直線。

有壁竈的部位小彎最多，但X光線看到的小彎與解剖學上的小彎不一定相同。小彎附近的大潰瘍容易以壁竈出現，立位時不能出現的轉換體位的位置或腹位攝影時即可出現於膠板上。有時向潰瘍底呈錐體形例如小彎附近，幽門竇與十二指腸後壁的潰瘍，恰似錐體形洞樣存在，此時出現圓形或橢圓形的造影劑斑點，有向周圍放散的皺紋，尤其粘膜皺襞攝影時更易發現。

十二指腸潰瘍及幽門附近潰瘍，其皺襞較小不易發見，需要相當熟練，所謂胃酸過多症中常常發見胃潰瘍，更多的是十二指腸潰瘍。既往或現在無壓痛點亦可發見。如不仔細觀察X光線像

常不能發見。究竟在十二指腸球部或在幽門竇部的想像下，尤其是應在暗室內十五分以上，使目力充分習慣，縮小X光圈注視十二指腸球部或幽門竇，另一面壓迫胃部使造影劑通過幽門且用狄司聽克拖兒(Distinctor)或手指適當壓迫，以觀察壁龕功點，(Eutace niche), Profile niche)或因癍痕的皺紋屈曲像等。

十二指腸球部變小或變形也是潰瘍的原因，實際十二指腸潰瘍較胃潰瘍為多。但比胃潰瘍很少被人發現，其原因可能是不易看出的潰瘍症候被忽視的緣故。慢性胃炎的一部及胃酸過多症中被發見的十二指腸潰瘍頗多。

胃潰瘍的間接症候：

a. 限局性攣縮：小彎有潰瘍時往往由大彎倒輪狀肌收縮恰如以手指押向壁龕處收縮，稱為痙攣性砂鐘。

b. 小彎縮短：即小彎的縱走肌收縮，小彎角成鈍角，或消失。小彎縮短成蝸牛殼樣迴轉。如生癍痕性牽引時更加嚴重，幽門被牽引向左上方移動以致幽門閉鎖不全。

c. 胃的蠕動異常亢進：緊張亦強，幽門或十二指腸潰瘍時較多。

d. 雖無因幽門狹窄而停滯，但胃的氣泡戾與鉏戾的中間戾即分泌戾範圍很廣。

e. 胃內容排出延緩是診斷之助，小彎的癍痕性變化，幽門的癍痕性狹窄。

f. 粘膜的皺襞像中紋粗而硬有不規則的行走，大彎的鋸齒狀等皆為診斷之助。

(四) 消化性潰瘍的隱血檢驗法

消化性潰瘍中的胃潰瘍和十二指腸潰瘍潛伏性匿血，非用化學檢驗不易發現，茲將隱血檢驗法分述如左：

一、胃潰瘍隱血檢驗法一用○·1%聯苯胺與過氧化氫各半合勻，加胃液由數滴至一毫升，如呈現藍色表示有隱血。

二、十二指腸潰瘍隱血檢驗法一糞便內隱血檢查法：取糞便約五克，加下列混合液研勻(酒精一份，冰醋酸一份，醚一份共十五毫升)，用濾紙過濾數次，至液體幾完全濾去為止，取此濾紙作試驗時用。

糞血內隱血檢查法有兩種：

甲、毛細玻璃管取新配癒創樹膠(約○·五克加酒精三毫升)少許，加於上備的濕濾紙上，再加少許過氧化氫，如呈現藍色，為陽性反應。

乙、取酒精飽和聯苯胺溶液數滴，滴於上備濕濾紙上，再加過氧化氫數滴，如呈現藍色，為陽性反應。

六、消化性潰瘍的療法

消化性潰瘍治療的目標以自覺症狀、壓痛點、潛出血、胃十二指腸的X光線所見等為主，並包括營養狀態及貧血程度等。疼痛澎滿感吞酸嘈雜等自覺症候，多數在第一次門診服藥後較輕快，第一週末可能全部消失，多半不超過二—三週而輕快。但穿通性潰瘍，粘連，肝胰性潰瘍，幽門狹窄等殘遺不癒壓痛點在自覺症候消失後尚可殘留，如不是陳舊的潰瘍，多半在二—四週後消失。壓痛點雖然消失應注意潰瘍有時並不消失。潛出血反應門診患者中三〇—五〇%是陰性。雖是陰性不能說潰瘍已全部癍痕化。尤其在X光線上發現深壁龕的，壁龕往往不易消失。經數週間的治療不能看出壁龕時但實際上往往仍殘存壁龕。如真正形成癍痕時，探壁龕往往形成放射狀皺紋而治愈。探肝胰性潰瘍經二—三週治療，本來不能治愈，二—三週後往往變成潛伏性。

幽門竇、幽門輪十二指腸等部的潰瘍過大時，於其治愈後，容易發生狹窄。因此採用內科治療方法能够完全治愈的潰瘍，必須潰瘍淺薄，且需於潰瘍較小時開始潰瘍療法，那末就須注重早期診斷及早期治療是必要的。

(一) 門診治療

藥劑療法、膳食療法與比較的安靜的休養是主要的消化性潰瘍治療法。

藥物治療的原則如下：

(1) 胃酸過多時，用藥物使它中和及吸着而減輕它的症狀。

(2) 使胃中的鹽酸分泌限制於某程度。

(3) 使幽門開放，胃中食物不可久停。

(4) 減少幽門附近的攣縮。

(5) 減少胃壁的過敏度。

(6) 最好減少採用胃酸的生成材料。

(7) 減輕疼痛。

(8) 防制胃十二指腸出血。

(9) 預防潰瘍再發。

(10) 防止潰瘍穿孔及癌性變化。

治療消化性潰瘍最佳的治療藥物，應當具有下列的優點：

(1) 不在水中溶解，(2) 不刺激胃腸，(3) 平時在水中為中和性，(4) 能解除酸質，(5) 久服而不發生鹼質過多症，(6) 又不致擾亂體中的酸鹼平衡，(7) 或使尿中磷酸物沉澱過多而在腎中或輸尿管中結為尿石，(8) 又不發生腹瀉及大便秘結，(9) 體中其中礦質亦不致失其平衡，(10) 作用持久，無其他不良反應的最好。

甲、全身性制酸劑

重碳酸鈉(小蘇打或重曹)——為目前羣衆

最常用的制酸藥，此藥易溶於水，入胃後迅速中和胃酸，是它的優點，但是離胃甚速，效力短暫影響酸鹼平衡，易致鹼中毒，且產生二氧化碳，使發生噯氣及刺激發性胃酸上升；大量長期應用，亦有促使潰瘍穿孔的危險，口服劑量，每次0.5—2克。

乙、局部性制酸劑

作用限於消化道，不至引起鹼中毒。

1. 氧化鎂——解酸作用約較碳酸氫鈉（小蘇打）強四倍，因入胃後與鹽酸化合生成氯化鎂，並不產生二氧化碳，氧化鎂本身無鹼性，入腸亦不易吸收，所以無鹼中毒的危險，作用持久，但有輕瀉的缺點，如腎臟能不良的病人，微量的鎂吸收後，不即排洩，有蓄積中毒的可能，宜注意為要。

氧化鎂——每次0.6—4克，口服。

碳酸鎂——每次0.6—4克，口服。

鎂乳（氫氧化鎂的水中混懸液）每次5—15毫升，除作制酸藥外，亦常作輕瀉藥。

2. 碳酸鈣——遇胃酸後產生二氧化碳及氯化鈣，入腸後又恢復後為碳酸鈣，不易溶解，故不被吸收，有便秘作用，宜與鎂製劑併用。作用持久，無鹼中毒的危險。口服每次0.6—4克。

3. 薛沛氏粉為制酸藥的混合粉。

第一號粉——含氧化鎂0.6克，與重碳酸鈉0.6克。

第二號粉——含碳酸鈣0.6克，與重碳酸鈉0.6克。

氧化鎂有輕瀉作用，碳酸鈣有便秘作用，所以兩藥交替使用，並適當的調整其次數，就可互相糾正兩者的弊病。

丙、吸凝性制酸劑

吸凝性制酸劑係膠性液，主要為物理性的吸凝作用，在胃內不易吸收，稍能中和胃酸。

1. 氫氧化鋁：也叫氫氧化鋁膠液，乃最佳的近來風行的制酸藥，它有四大優點：（一）不吸收無鹼中毒危險。（二）中和胃酸時無氣體放出。（三）中和後所產生的氯化鋁具強大的收斂作用有止血效能。（四）膠性溶液對潰瘍面有保護作用。除口服外有時以兩倍水稀釋，以連續胃內滴入法給藥。5.5%氫氧化鋁膠液一次量為4—8毫升，和入半杯水吞服。

2. 三矽酸鎂：為最合乎理想的制酸藥，持效時間長達四—五小時，而無鹼中毒危險，有吸着作用在胃壁能形成一保護性薄膜。劑量10克。口服每次2—4克。

丁、止痛劑

1. 鹽酸嗎啡——為最大的應用止痛，因它能麻醉大腦的痛覺。有鎮靜和鎮痙作用。能抑制腸

胃蠕動，在腸胃出血，需要休息時，可用嗎啡，抑制蠕動。以注射為原則，一般劑量，都是五—一二五毫克，連用劑量每次不得超過一五毫克，二四小時內不得超過四次。一次極量三〇毫克。

2. 硫酸阿託品——作用是解除副交感神經的功能；因此用於鬆弛腸胃緊張性和蠕動能減少腹痛和嘔吐，尤其是胃幽門痙攣，減少胃酸分泌，用於胃潰瘍。用量：口服或皮下注射：一次0.000二五—0.001一克，每日不可超過三次！一次極量0.001一克，一日極量0.003三克。

3. 顛茄葉——與阿託品同，主要作用止痛，抑制過量分泌等。通常多用它的醇劑及流浸膏。

〔製劑〕（一）顛茄酊——含顛茄葉10%。劑量：一次0.25—1.0毫升。

（二）顛茄浸膏——含顛茄質鹼1%，劑量：一次0.06克，一日0.1—0.18克。

（三）顛茄流浸膏——含顛茄質鹼0.75%，劑量：一次0.07毫升，一日0.2—0.3毫升。

（二）膳食療法

膳食療法在門診上是不可能作到嚴格的監督。可能在門診治療的病人，指導他們膳食的宜忌，和應注意的要點：如不宜只用流動食。吃粥、軟飯、白麵包、麵條等為主，再加以軟菜，以魚、卵為副食，有時雞肉，豬牛肉可作特別膳食。例如可用豆腐，剝皮軟煮的豆類，軟煮馬鈴薯、甘藷、胡蘿蔔、蘿蔔、百合、菠菜、冬瓜、王瓜、南瓜、西紅柿等。禁食洋葱、牛蒡、蒿苣筍、松蘿等。材料應注意，調理法也不可忽視。可甜不可酸。水果宜用酸味較少的如梨、香蕉甜葡萄，香料中辣椒、芥子、生薑、胡椒等少用。為了營養價多，使用奶油，最好不煎食物。但是魚肝油能延長胃內容的停留應加考慮，糖類無妨多用，半熟卵、蒸蛋糕、合包蛋等可用。魚肌纖維柔軟、煮、燒、蒸食均可。應當避用鹹魚，不要吃零食。還應禁食酸辣物如酸牛乳、強酸性的水果、酒精飲料、炭酸飲料、堅硬刺激胃粘膜的食物一概避免。最好每日勸飲牛乳。

以上是主要門診療法：多數可於一—二個月內治療而痊癒。但是胃十二指腸潰瘍的症候帶有週期性的很多，春秋二季最易再發，四、五、十、十一月雖不再發，春秋二季應勸病人就診再行健康診斷指導他們注意的要點攝生的方法，以便保持久永的健康，使不復發，或減少後發的機會，實行有效的預防治療。

（三）醫院治療

住醫院治療的主要優點：（1）具有門診所

治療的一般優點。(2)醫院設備較門診所設備完全。(3)醫院環境比家庭安靜。(4)有專門護士看護。(5)膳食調配合宜。(6)醫生多可行會診。(7)可行外科治療(8)實施其他各種最新的優良療法。

(四)介紹蘇聯先進療法

1.輸血法：據報告病例患胃潰瘍的八人，十二指腸潰瘍的十二人，吐血貧血，住院平均三星期，經輸血每人三——五次，每次八〇——一二〇毫升，多數痛除，或痛減，紅血球血色素增加，隱血轉陰性，X光檢查壁龕縮小。

2.抗網狀組織細胞毒血清治療(組織療法)：用胚胎製劑血清，六二病例中患十二指腸潰瘍的四二人，胃潰瘍二〇人，平均住院一六天，用胚胎製劑血清的十分之一生理食鹽水溶液，每隔二天注射一次，第一次〇.〇五毫升，第二次〇.一毫升，第三次〇.一毫升。結果八〇%症狀改善，痛止、消化不良狀態消失，壁龕直徑縮短。三八%胃酸正常或減低，出院觀察二年中復發的五人，一年後復發的五人。六月後復發的三人。

3.洩色血治療：七四例患消化性潰瘍有十二指腸潰瘍五五人胃潰瘍一九人，住院三星期，每人平均受洩色血肌肉注射一〇次，本人血與消毒完備的蒸溜水成十分之一的洩色血，每隔一日注射一次，第一次三毫升，以後每次加一毫升，加到一〇毫升，共注射一〇——一二次，受治三——四次後就不痛，胃口睡眠均改善，三星期時四分之三病人一般症狀消失，勞動力恢復，胃液分泌正常，X光檢查壁龕消失。

4.睡眠療法：七九例患消化性潰瘍的有十二指腸四〇人，胃潰瘍三九人，神經系統傾向迷走神經過敏的五四人，交感神經過敏的一三人，神經狀態正常的一二人，胃酸度升高的二九人，降低的二三人，正常的二七人，行睡眠療法早餐後用生理食鹽水灌腸一次後用〇.五%水合氯醛一〇〇——一二〇毫升，緩緩滴灌于直腸中，晚間再作一次，在一〇——一五天中再服魯米那。一——〇.二每日一——三次，劑量依病人體質增減，務全能在一週夜中睡一五——一八小時，醒時食物及大小便，胃痛病人睡三——四天後就不痛，立即改善的六七人，占八五%，壁龕消失的二一人，壁龕縮短酸度後常的一九人，隱血轉陰性，二年內觀察一四人發復，六人加重。

5.玻尿酸療法：玻尿酸存在於動物結締組織體液中(也是組織療法的一種)，對神經組織的新生有刺激作用，玻尿酸製劑皮下注射，每日一毫升，連續二〇——三五次，在六九例中男性四六人，女性二三人。患胃潰瘍的二七人，患十二指腸的四十二人，結果七五%減輕，壁龕消失的二五人，占四七.二%，縮小的二〇人，無變化的八人。

七、消化性潰瘍座談會

消化性潰瘍在我們醫務工作者時常遇到的常見疾病，作者在上海市第一中醫進修班結業時特為發起召開醫工消化性潰瘍座談會共同討論這

個常見的疾病，今將總結記錄如下：(承蒙朱培玉張定一兩同志供給材料，特此致謝)

一、症狀：疼痛的特性——疼痛有定時，多在食物之後，食酸及刺激物則疼加劇，痛有一定部位，有週期性，痛呈灼痛。

①在幽門部的潰瘍，食後二小時痛，按之痛減，部位在人字骨下，痛放射至右肩，幽門痙攣則嘔吐，有時潰瘍收縮則成幽門狹窄。

②十二指腸潰瘍，痛多在食後三——四小時，尤其在夜間痛，左肩腰部有放射痛。

③胃潰瘍，在食後半小時至一小時痛，吐酸水，冷涎、喜按，甚則嘔吐，總酸度常起過六〇度以上(正常四〇度)。

④爛至血管而成胃出血、嘔血、紫色或咖啡色呈酸性，(肺血為歛血、有歛嗽、呈鹼性，痰中帶血，有氣泡)，大便黑色(隱血)，出血占全身三分之一的有危險。

⑤胃十二指腸潰瘍也有併發腹膜炎的。

二、治療：

①休息靜養，少食多餐，忌食烟酒及刺激性食物。

②服中和胃酸並有保護作用的藥品如氫氧化鋁。

③止痛服阿力平、顛茄製劑等。

④外科治療：胃切除術。尤其適用(a)有變痛的傾向的，(b)經內科治療無效的，(c)胃穿孔出血的病人。

⑤消化性潰瘍應用蘇聯先進醫學經驗的療法很易見效並可痊癒。

⑥中藥療法採用煅牡蠣煅石決明研細粉，每服三分，一日三次，開水吞服，也很有效，並再配以對症療法，也可治愈輕病，這兩藥因含有碳酸鈣磷酸鈣的成分。

三、修補：人體各部損傷後修補機能的強弱，各有不同。粘膜損傷後的修補比較皮膚快得多，大約皮膚上的創傷修補需二三天的創口，粘膜上只要二三小時就够了。

根據姜振勛醫師說：「胃和十二指腸潰瘍不必害怕，只有注意飲食早期診斷安心療養，很易痊愈的，為了防制復發，須實行健康檢查。」

四、醫生與病人：醫生對病人要有「割股之心」全心的為病人服務！指導病人保健方法，努力爭取愈病條件，來達到愈病的最大目的和愈後的防制復發的原因。

如遇重病或性情怪僻的病員更須注意言語動態，務使他有愈病的信心與醫生通力合作，應用蘇聯先進經驗的優良療法和聯合療法來制止病情的惡化，改善病態為首要。

病人也應當信任醫生，接受醫生的指導，要有「必愈此病的信心」，還要有「決心」恒心去療養，以便達到愈病保健的目的。醫生與病人合作，愈病率可以提高。

總之，醫生掌握與疾病作鬥爭的武器，用他們的智慧來指揮戰鬥，病人接受指導，無條件的信任醫生來戰勝疾病恢復健康！