

消化器系・鎮痙・鎮痛劑
Daipin[®] Tab.

Daichi

DAIPIN之物性

性狀

外觀：無色結晶性粉末
Melting Point: 172°C

製劑

Daipin錠
1錠中含N-Methylscopolammonium methylsulfate
1mg之白色小型糖衣錠
識別號碼 D 106
安定性：對溫度、濕度、光線具良好之安定性

DAIPIN在體內之作用

本劑之吸收部位在胃、十二指腸，投與量之25%在胃部被吸收。經口投與30分鐘後血中濃度開始增加，1小時後達最高血中濃度，48小時內全投與量之90%被排泄。對血球與血清蛋白之結合少，多數由尿中排泄。Rat經口投與LD₅₀ ♂ 5590mg/kg, ♀ 5950mg/kg。

DAIPIN之藥理作用

本劑之作用機序在支配內臟器官之平滑肌之運動、胃液之分泌等自律神經之末梢部位，與Acetylcholin競爭拮抗而顯示強力之抗Cholin作用為神經性之機序，內因性之抑制分泌促進作用而得知抑制體液之分泌機序。神經性之機序特別對神經節沒有遮斷作用，體液性之機序則因內因性之Gastrin對胃壁細胞之直接而完全之抑制作用，與以前之鎮痙劑作用迥異，比Atropin顯示更特異之Atropin樣之鎮痙作用。

1. 抗Spasmogen作用

設 Butylscopolamin bromide 為1時，Daipin之抗Cholin作用為 Butylscopolamin bromide 之90倍，抗Histamin作用為強39倍，抗 Serotonin 作用為同等。

2. 抑制胃液、胃酸之分泌作用

3. 抑制胃之運動

4. 抗潰瘍作用

DAIPIN之臨床試驗報告

1. 疾患別之綜合成績

1日3~8錠使用的結果，得下面之臨床成績，臨床所見之改善情形，以非常有效、有效、無效分別之。其有效率為有效以上例數之收集統計而成，概括而言，有效率為89.5%，胃炎、胃潰瘍為80~90%之成績。

疾患	有效/例	有效率
胃潰瘍	180/206	89.4
十二指腸潰瘍	105/122	86
胃炎	200/234	81
過酸症	29/30	96.7
其他	196/248	79.3
合計	710/840	89.5

適應症

胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍與其隨伴發生之痙攣性疼痛

用法・用量

通常成人1次1~2錠，1日3~4次口服
可視年齡、症狀適宜增減

使用上之注意事項

綠內障患者請勿服用

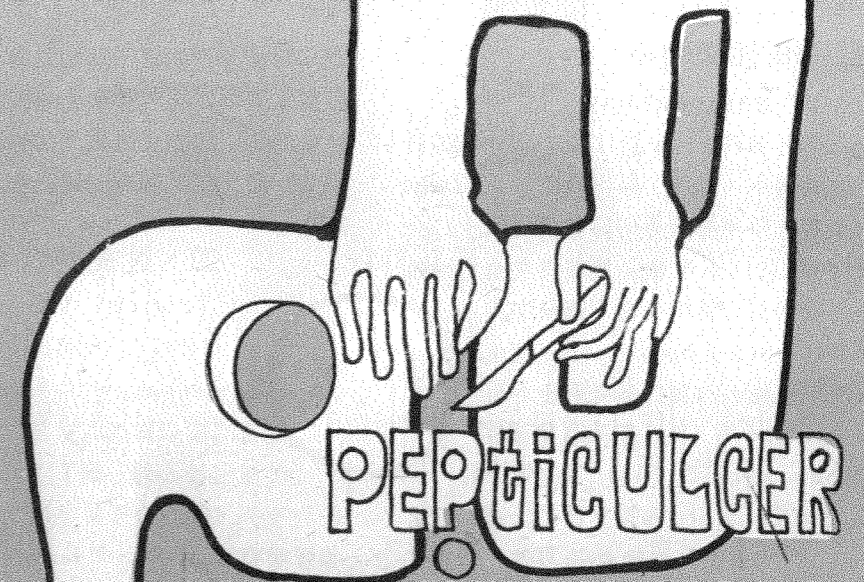
包裝

100錠 1000錠

純良醫藥  第一製藥

第一製藥株式会社

台北郵政信箱22779號・電話：(02)719511號



談消化性潰瘍的 外科治療

作者簡介：

黃河洋醫師，台灣省彰化縣人，私立高雄醫學院醫學系畢業（1968），曾任榮民總醫院外科部總醫師（1974~1975），現任台中順天綜合醫院外科主任。

最近台中順天綜合醫院在處理十二指腸潰瘍的病例中，採用了兩側迷走神經幹切斷術及幽門成形術，而有些採用高度選擇性迷走神經切斷術，結果少數病人於手術後在別的醫院做胃部x-ray攝影檢查時，發現胃部無被手術過的跡象，該醫師竟驚訝：「您的胃沒被切掉，幸好被我發現，否則您仍被矇於鼓中……我行醫三十多年從未聽說過有這種手術……」等等，如此井蛙之見，筆者除感嘆此等醫師孤陋寡聞和無職業道德外，亦感吾等醫生於畢業後再教育之需要，故希望借此文以收拋磚引玉之效，共謀醫療水準之提高，此乃吾著本文的最大希冀，現將消化性潰瘍的外科治療分成五部份敘述：

一、部份胃部切除術

(Partial gastrectomy)

Dr. Theodor Billroth 於 1881 年元月 29 日，首次於胃癌的病例中，成功了部份胃切除術。Rydy-gier 於 1886 年首次利用部份胃切除術於治療十二指腸潰瘍。Billroth 於 1885 年做了遠端胃次全切除術（關鍵字①）及結腸前胃腸吻合術（關鍵字④），此即有名的 Billroth II operation。此後採用此法及其技術性修改的報告多如雨後春筍，諸如 Hoffmeister 於 1896 年的結腸後胃腸吻合術，Schoemaker 於 1911 年的胃小彎大量切除術，1921 年 Bancroft 的胃前竇清除術，1952 年 Wangenstein 的胃前竇粘膜袖脫術等等，但總其原理仍與 1885 年的 Billroth 手術相去不遠。1892 年 Braun 曾採用 Rouxeny 手術接合胃腸，但到 1930 年 Donald Balfour 發表此種手術的吻合口潰瘍發生率高達 34%，而被廢棄。美國在 1940 年到 1960 年代中，治療消化性潰瘍的手術仍以這類胃次全切除術為主流。但經數十年的追蹤檢查，發現胃次全切除術後的病患，發生食物的消化及吸收障礙比例顯著地增加。所以 1960 年以後也漸被廢棄而不採用。1974 年 Lynwood Harrington 在美國外科雜誌上有關消化性潰瘍的外科治療論文中，更強調地說：「胃次全切除術對於消化性潰瘍的治療，在今日已成為一個歷史性的名詞而已。」

二、幽門成形術 (Pyloroplasty)

1886 年 Heineke 及 1888 年 Mikulicz 採用幽門成形術治療十二指腸潰瘍所引起的幽門狹窄後，於 1892 年 Jaboulay，1920 年 Finney 和 1919 年 Horsley 也發表幽門成形術的改進，另外還有利用成形外科的 Y-V-Plasty 成形術於幽門成形術者。幽門成形術屬於胃引流術的一種，雖可減少胃排空時間，但不能減少胃酸的分泌，所以單純的幽門成形術治療潰瘍效果不佳，仍需配合迷走神經切除術。

三、胃腸吻合術

(Gastrojejunostomy)

胃腸吻合術屬胃引流術的一種，效果與幽門成形術相同，假如幽門處疤痕組織太多或施行幽門成形術有技術上的困難時，可採用此法，但也須配合迷走神

經切除術。例如幽門阻塞是因發炎腫脹引起，且迷走神經未切斷時則腫脹消失後幽門再復通，則部份食物經幽門到十二指腸再經胃腸吻合口再回到胃部，乃引起食物局部不良循環於胃及十二指腸間，此是其一大缺陷。

四、迷走神經幹切斷術

(Truncal Vagotomy)

1889 年 Pavlov 及 Madame Schumow Simanowsky 經由狗實驗證明迷走神經幹切斷術可減少胃酸的分泌，1922 年 Latarjet 首次應用於人類，到了 1924 年他發表了六個成功的治療例，但發現胃排空時間延長，所以後來須再做胃腸吻合術。1943 年 Dragstedt 發表橫膈膜上述迷走神經幹切斷術（關鍵字⑥）可正確完全地切斷迷走神經，但也發現後來還要作胃引流術，才能解決胃排空時間延長的問題。1952 年 Farne 及 Smithwich 採用橫膈膜下迷走神經幹切斷術（關鍵字⑦）及遠端半胃切除術（關鍵字②）治療消化性潰瘍，得到非常好的效果，此法到 1960 年後漸漸普及世界各地，而且長期的追蹤觀察手術後病患，也被公認比以往的方法優良，另外亦有許多醫師採用迷走神經幹切斷術及胃引流術，效果亦不錯，雖潰瘍再發率微高些，但手術簡單且危險性非常少是其優點。

五、高度選擇性迷走神經切斷術

(Highly Selective vagotomy or Parietal Cell Vagotomy)

由於迷走神經幹切除後，控制幽門，膽囊及小腸間的副交感神經也一起被犧牲掉，使得胃排空時間延長，且易引起膽結石及腹瀉等併發症。1948 年 Jackson 介紹了選擇性迷走神經切斷術的觀念，主張保留迷走神經的肝分支，以防止手術後膽結石的發生。到 1961 年 Burge 廣泛的應用此法，但效果並未如理想中之臻於完美的境界。1957 年 Griffith 及 Harkins 提議只要切斷控制胃部分泌胃酸的細胞之迷走神經小分支，即可達成減低胃酸分泌之效果，而達成治療消化性潰瘍的目的。經十幾年的努力探求與實驗，終於在 1970 年丹麥的 Amdrup 及英國的 Johnston 不約而同地發展出高度選擇性迷走神經切斷術（關鍵字⑨），目前已迅速的被各國推廣中。1976 年 Rene

Menguy 所著“消化性潰瘍的外科”書中說：「從 1882 年首次切胃手術以來，消化性潰瘍的外科治療經各種改進，今日已進步到非常簡單的高度選擇性迷走神經切斷術，它是一種不侵犯到胃腸道的手術。」

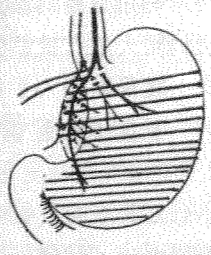
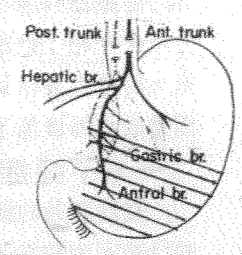
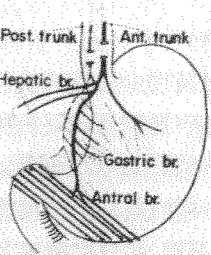
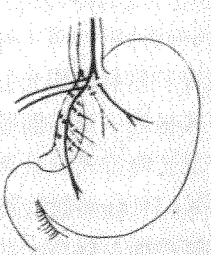
參考文獻：

- ① Rene Menguy M. D. Surgery of peptic ulcer 1976 Prof of Surgery The university of Rochester.
- ② Lynwood Harrington M. D. Am. J. of Surg - 1974
- ③ The Surgical Clinics of America Oct. 1975
- ④ Amdrup E. Gastroenterology 59:522 1970
- ⑤ Johnston D. Br. J. Surg 57:289 1970

關鍵字：

- ① 遠端胃次全切除術 Distal subtotal gastrectomy
- ② 遠端半胃切除術 Distal hemigastrectomy
- ③ 幽門成形術 Pyloroplasty
- ④ 胃腸吻合術 Gastrojejunostomy
- ⑤ 胃引流術 Gastric drainage procedure
- ⑥ 橫膈膜上述迷走神經幹切斷術 Supraphrenic truncal vagotomy
- ⑦ 橫膈膜下迷走神經幹切斷術 Subphrenic truncal vagotomy
- ⑧ 選擇性迷走神經切斷術 Selective vagotomy
- ⑨ 高度選擇性迷走神經切斷術 Highly selective vagotomy or Parietal Cell Vagotomy

附表：（請配合前文比較對照，以收相得益彰之效）

method	(1) Subtotal Gastrectomy	(2) Truncal Vagotomy and Hemigastrectomy	(3) Truncal Vagotomy and Pyloroplasty	(4) Highly Selective Vagotomy (Parietal Cell Vagotomy)
figure				
優點	較徹底的治療不易再發生潰瘍	同(1)且無消化及吸收障礙	手術較簡單不必切掉胃組織無消化吸收障礙併發症很少	手術更簡單、胃腸壁無傷口幾乎無併發症
缺點	①胃部切除太多，影響消化及吸收問題 ②可能發生 Dumping Syndrome	①有生膽結石的可能性 ②可能發生腹瀉 ③可能發生 Dumping Syndrome	同(2)	如在幽門阻塞或大量出血時不宜施行此手術
盛行於美國年代	1940~1960	1956~1976	同(2)	1971→到目前
配合敘述名稱號碼	一、部份胃切除術	四、迷走神經幹切斷術	二、幽門成形術	五、高度選擇性迷走神經切斷術