

(6) 中国抗癫痫协会. 临床诊疗指南-癫痫病分册(2015 修订版) (M). 北京: 人民卫生出版社, 2015: 27-31.

(7) 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 (S). 北京: 中国医药科技出版社, 2013: 35.

(8) 胡明辉, 刘璐, 舞艳. 免疫球蛋白联合抗癫痫药物治疗难治性癫痫临床研究 (J). 中国药业, 2019, 28(23): 49-52.

(9) 赵蕾蕾, 杜小莉, 徐小微. 新型抗癫痫药醋酸艾司利卡西平 (J). 中国新药杂志, 2014, 23(21): 2461-2464.

(10) 刘金民, 郑香春. 中药柴贝止痢汤对难治性癫痫大鼠多药耐药基因 MDR1 表达的研究 (J). 天津中医药, 2009, 26(6): 472-475.

(11) 郑香春, 刘金民. 柴贝止痢汤对难治性癫痫大鼠多药耐药蛋白 P-gp 表达影响的研究 (J). 北京中医药大学学报, 2018, 41(10): 828-834.

(12) 韩慧, 王颖, 李洪斌, 等. 中医药治疗癫痫研究概况 (J). 中医药临床杂志, 2019, 31(10): 1807-1811.

(13) 张媛. 中药治疗癫痫的系统评价及柴贝止痢汤治疗难治性癫痫的临床疗效观察 (D). 北京: 北京中医药大学, 2015.

(14) 代国军, 苏俊峰. 柴贝止痢汤联合抗癫痫药物治疗难治性癫痫的疗效和安全性 (J). 现代中西医结合杂志, 2017, 26(18): 2006-2008.

(15) 孙江燕, 刘冲冲, 袁斯远, 等. 柴贝止痢汤及其主要人血成分柴胡皂苷 a 对癫痫模型大鼠卡马西平脑内分布的影响 (J). 中医杂志, 2019, 60(8): 689-695.

(文章编号) 1007-0893(2022)09-0036-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.011

健胃舒颗粒辅助多潘立酮片治疗对老年功能性消化不良患者胃蛋白酶原、胃泌素的影响

黄涛 唐银佩

(南阳市第二人民医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨健胃舒颗粒辅助多潘立酮片治疗对老年功能性消化不良患者胃蛋白酶原 (PG)、胃泌素 17 (G-17) 的影响。**方法:** 选取南阳市第二人民医院 2020 年 1 月至 2021 年 10 月期间收治的 90 例老年功能性消化不良患者, 采用简单随机分组将患者分为观察组和对照组, 各 45 例。对照组患者口服多潘立酮片治疗, 观察组患者采用健胃舒颗粒辅助多潘立酮片治疗。观察两组患者治疗后临床疗效, 治疗前后症状积分、促肾上腺皮质激素 (CRH), 胃动素 (MTL)、PG (PGI、PGII) 和 G-17 以及不良反应发生情况。**结果:** 观察组患者总有效率为 97.78%, 高于对照组的 84.44%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的各项症状积分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的 CRH 水平明显低于对照组, MTL 水平明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的 PGI、PGII、G-17 水平明显高于对照组, 胃蛋白酶原比值 (PGR) 水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者均未发生严重的不良反应, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 健胃舒颗粒辅助多潘立酮片可以明显提高老年功能性消化不良患者的临床疗效, 改善胃肠道消化功能。

〔关键词〕 功能性消化不良; 健胃舒颗粒; 多潘立酮; 老年人

〔中图分类号〕 R 57 **〔文献标识码〕** B

功能性消化不良是临床常见的胃肠道疾病, 主要发病群体为老年人^[1]。临床表现为上腹胀痛、呕吐、恶心等^[2]。目前临床上常用的治疗方法是通过口服多潘立酮片来增强胃部消化功能, 促进胃肠蠕动^[3]。但部分患者不良反应较多, 因此在此基础上联合其他药物共同进行治疗。中医认为功能性消化不良属于“胃脘痛”“痞满”等范围, 病位在胃, 常累及肝、脾, 三者相互影响, 脾胃气虚,

运化功能失常, 导致食积、气滞, 引发疾病。健胃舒颗粒是由多种中药制成的非处方药, 具有扶本固正、滋阴益胃的功效, 并且其不良反应较少^[4]。但目前国内对于这两种药物联合使用的研究较少, 因此本研究选取 2019 年 1 月至 2021 年 10 月期间收治的 90 例老年功能性消化不良患者为研究对象, 探讨健胃舒颗粒辅助多潘立酮片的疗效, 旨在为临床治疗老年功能性消化不良提供借鉴,

〔收稿日期〕 2022-02-12

〔作者简介〕 黄涛, 男, 住院医师, 主要从事消化内科工作。

内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取南阳市第二人民医院 2020 年 1 月至 2021 年 10 月期间收治的 90 例老年功能性消化不良患者，采用简单随机分组将患者分为观察组和对照组，各 45 例。观察组男 22 例，女 23 例；年龄 62~81 岁，平均年龄 (69.34 ± 3.05) 岁；病程 1~10 年，平均病程 (5.36 ± 1.02) 年；体质量指数 18~28 kg·m²，平均体质量指数 (22.15 ± 1.33) kg·m²；文化水平：大专及以上 9 例，中学 19 例，小学 17 例。对照组年龄男 23 例，女 22 例；年龄 61~80 岁，平均年龄 (68.65 ± 3.25) 岁；病程 1~9 年，平均病程 (5.34 ± 1.05) 年；体质量指数 19~28 kg·m²，平均体质量指数 (22.18 ± 1.31) kg·m²；文化水平：大专及以上 8 例，中学 19 例，小学 18 例。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 (P > 0.05)，具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合功能性消化不良诊断标准^[5]，患者及家属了解并知情同意；(2) 年龄 ≥ 60 岁；(3) 伴有不同程度的上腹灼热、疼痛，早饱及餐后胀腹等症状中的一种或者多种；(4) 上述症状存在时间 ≥ 6 个月，并且近 3 年症状在持续发生；(5) 胃镜检查显示上述症状为良性浅表性胃炎，不具有可影响上述症状发生器质性病变；(6) 符合中医证型肝郁脾虚证诊断标准^[6]。

1.2.2 排除标准 (1) 伴随严重感染者；(2) 存在严重的肝肾功能不全者；(3) 存在严重胃肠道器质性的病变；(4) 对健胃舒颗粒和多潘立酮片过敏者；(5) 造血功能异常者；(6) 依从性较差者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 口服多潘立酮片 (安杨森制药有限公司，国药准字 H10910003) 口服治疗。10 mg·次⁻¹，3 次·d⁻¹。持续治疗 1 个月。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上加用健胃舒颗粒 (合肥华润神鹿药业有限公司，国药准字 Z34020733，10 g·袋⁻¹) 辅助治疗，40 °C 水下冲服。1 袋·次⁻¹，2 次·d⁻¹。持续治疗 1 个月。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效 疗效标准判定^[6]，(1) 痊愈：治疗后患者无上腹疼痛、上腹灼热、餐后胀腹及早饱等症状；(2) 显效：治疗后患者上腹疼痛、上腹灼热基本消失，餐后胀腹及早饱等症状明显减轻；(3) 有效：治疗后患者上腹疼痛、上腹灼热症状有好转，餐后胀腹及早饱症状有所改善；(4) 无效：患者临床症状没有缓解甚至加重。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。

1.4.2 症状积分 分别于治疗前后，对患者上腹疼痛、上腹灼热、餐后胀腹、早饱等症状进行评分，分数范围为 0~3 分，分数越高，症状越严重。

1.4.3 胃动力指标 分别于治疗前后，采集患者静脉血。采用放射免疫法测量促肾上腺皮质激素 (corticotropin releasing hormone, CRH)，采用相关试剂盒 (北京百奥莱博科技有限公司) 检测胃动素 (motilin, MTL)，检测步骤严格按照使用说明书操作。

1.4.4 胃蛋白酶原、胃泌素 17 分别于治疗前后，采集患者空腹静脉血。采用酶联免疫吸附法检测胃蛋白酶原 (pepsinogen, PG) 和胃泌素 17 (gastrin-17, G-17) 水平，计算胃蛋白酶原比值 (pepsinogen ratio, PGR) = PGI/PGII。检测 PGI 和 PGII 的试剂盒均来自上海韵泰信息科技有限公司，检测 G-17 水平的试剂盒来自北京百奥莱博科技有限公司，检测方法参照试剂盒使用说明书。

1.4.5 不良反应 观察两组患者治疗后不良反应发生情况，主要包括头晕、嗜睡、腹泻等。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者总有效率为 97.78 %，高于对照组的 84.44 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (n = 45, n (%))

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	20(44.44)	10(22.22)	8(17.78)	7(15.56)	38(84.44)
观察组	26(57.78)	10(22.22)	8(17.78)	1(2.22)	44(97.78) ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后症状积分比较

治疗前两组患者的各症状积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者的各项症状积分明显低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后症状积分比较 (n = 45, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	上腹疼痛	上腹灼热	餐后胀腹	早饱
对照组	治疗前	2.13 ± 0.31	2.16 ± 0.49	2.15 ± 0.36	2.13 ± 0.42
	治疗后	1.16 ± 0.23	1.43 ± 0.35	1.25 ± 0.41	1.26 ± 0.45
观察组	治疗前	2.14 ± 0.32	2.15 ± 0.51	2.14 ± 0.29	2.12 ± 0.39
	治疗后	0.98 ± 0.21 ^b	0.87 ± 0.31 ^b	0.85 ± 0.39 ^b	0.84 ± 0.39 ^b

注：与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后胃动力指标比较

治疗前两组患者的 CRH、MTL 比较，差异无统计学

意义 ($P > 0.05$)；治疗后观察组患者的 CRH 水平明显低于对照组，MTL 水平明显高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后胃动力指标比较 ($n=45$, $\bar{x} \pm s$, $\mu\text{g} \cdot \text{mL}^{-1}$)

组别	时间	CRH	MTL
对照组	治疗前	14.21 ± 1.34	75.40 ± 13.22
	治疗后	10.92 ± 1.42	103.52 ± 20.51
观察组	治疗前	14.51 ± 1.23	78.51 ± 10.26
	治疗后	7.31 ± 1.21 ^c	185.12 ± 20.25 ^c

注：CRH—促肾上腺皮质激素；MTL—胃动素。
与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后 PG、G-17 比较

治疗前两组患者的 PG、G-17 比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后观察组患者的 PGI、PGII、G-17 水平明显高于对照组，PGR 水平明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 PG、G-17 比较 ($n=45$, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	PGI $/\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	PGII $/\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	PGR	G-17 $/\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	82.52 ± 9.21	10.51 ± 1.51	8.42 ± 0.86	6.82 ± 0.69
	治疗后	105.59 ± 11.06	13.85 ± 1.22	7.93 ± 1.08	8.95 ± 0.97
观察组	治疗前	81.21 ± 9.13	10.49 ± 1.35	8.39 ± 0.88	6.87 ± 0.74
	治疗后	126.54 ± 13.22 ^d	16.38 ± 1.36 ^d	7.18 ± 1.36 ^d	11.65 ± 1.24 ^d

注：PG—胃蛋白酶原；PGR—胃蛋白酶原比值；G-17—胃泌素 17。
与对照组治疗后比较，^d $P < 0.05$ 。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

治疗后，对照组患者出现轻微头晕 2 例、腹泻 3 例；观察组患者轻微头晕 2 例、腹泻 2 例，但经过一段时间后均可自行恢复，两组患者均未发生严重的不良反应，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

功能性消化不良作为临床常见的胃肠道功能紊乱性疾病，是指胃窦十二指肠运动协调紊乱、胃底容受舒张障碍及内脏高敏等导致的消化道症状。患者易因胃肠道消化功能减弱、蠕动强度降低，而出现不同程度的食欲减退、腹痛等症状，给日常生活造成极大困扰^[7-8]。当前临床治疗功能性消化不良以改善胃部消化功能、促进胃肠蠕动为主。

药物是临床治疗功能性消化不良的重要方式，以多潘立酮片较为常见，该药作为一种外周多巴胺受体阻滞剂，能够作用于胃外部的多巴胺受体从而促进胃肠运动，获得较好的治疗效果^[9-10]。但单独应用多潘立酮片易出现锥体外系症状及消化系统不良反应等，临床应用受限。为保障治疗效果，应在此基础上联合其他药物共同进行

治疗。健胃舒颗粒是一种由黄芪、桂枝、白芍、枳实、厚朴等成分的纯中药制剂，方中黄芪健脾益气，可促进胃肠运动，桂枝、白芍和里缓急、柔肝止痛，木香行气疏肝，与枳实、厚朴相伍有增强下气通腑除胀之功，利于促进胃肠蠕动，改善患者临床症状。诸药合用，消补兼施，共奏健脾疏肝、行气消滞、除胀止痛之效。本研究结果显示，观察组患者的治疗总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。表明健胃舒颗粒辅助多潘立酮片在老年人功能性消化不良的治疗中疗效显著。本研究发现，治疗后观察组各项症状积分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明健胃舒颗粒辅助多潘立酮片能够有效缓解老年人功能性消化不良患者的各项临床症状。劳敏莹等^[11]研究发现，健胃舒颗粒辅助多潘立酮片治疗功能性消化不良可明显缓解患者临床症状，本研究结果与其相仿，说明本研究可为研究老年功能性消化不良患者的临床症状的缓解提供参考。MTL、CRH 是胃肠分泌促进胃肠蠕动的两种激素。MTL 能够促进胃平滑肌的运动，促进胃食物的排空，而 CRH 主要作用与 MTL 相反：即抑制胃排空。本研究中，治疗后观察组患者 CRH 水平降低和 MTL 水平升高较对照组更加显著。出现上述结果可能是因为健胃舒颗粒辅助多潘立酮片能够促进胃肠道中 MTL 的分泌，抑制 CRH 的分泌，从而促进老年功能性消化不良患者的胃动力恢复^[12-14]。PG 是胃蛋白酶的前体，PG 又分为两种亚型，即 PGI、PGII。PGI、PGII 由胃黏膜细胞合成，当胃黏膜受损时，血清中 PGI、PGII 含量会发生变化，临床上常常通过检测 PGI、PGII 含量变化来分析胃黏膜受损情况。G-17 能够促进胃酸的分泌，同时还有利于胃黏膜再生和胃肠蠕动。本研究中，治疗后观察组患者 PGI、PGII、G-17 水平高于对照组，PGR 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。出现上述结果可能是因为健胃舒颗粒辅助多潘立酮片能够促进老年功能性消化不良患者机体的 PG 和 G-17 的分泌，从而预防其胃黏膜受损，加强胃肠道蠕动。白一景等^[15]的研究中发现，多潘立酮能够明显提升老年功能性消化不良患者的 PG 和 G-17 水平，本研究与其相仿，说明此指标可作为临床医师治疗老年功能性消化不良患者提供参考。但本研究中观察对象仅为 90 例，研究样本总量较少，且观察时间较短，可能对研究结果的可信度及准确性造成一定的影响，后续研究中应增加纳入样本量，延长观察时间，以深入分析健胃舒颗粒联合多潘立酮片在老年功能性消化不良患者中的应用效果，为临床治疗提供更加客观、可靠的指导。

综上所述，健胃舒颗粒辅助多潘立酮片治疗能够提高老年功能性消化不良患者临床疗效，促进胃动力的恢复，提高 PG 和 G-17 水平，并且治疗后不良反应较轻。

[参考文献]

(1) Wauters L, Talley NJ, Walker MM, et al. Novel concepts in the pathophysiology and treatment of functional dyspepsia (J). 2020, 69(3): 591-600.

(2) 张少辉, 李宝静, 王志华, 等. 健胃消食口服液联合立酮片治疗小儿功能性消化不良患儿临床症状及腹胀积分的影响 (J). 实用临床医药杂志, 2016, 20(7): 121-123.

(3) 邓红英. 中西医结合治疗老年功能性消化不良临床观察 (J). 湖北中医药大学学报, 2019, 21(4): 76-78.

(4) 杨玉奇. 胃舒颗粒对胃肠运动及对胃液分泌的影响 (J). 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(4): 173-174.

(5) 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组, 中华医学会消化病学分会胃肠功能性疾病协作组. 中国功能性消化不良专家共识意见 (2015 年, 上海) (J). 中华消化杂志, 2016, 36(4): 217-229.

(6) 朱雯雯. 功能性消化不良的中医临床辨证规律研究 (J). 中国卫生标准管理, 2018, 9(11): 120-121.

(7) 丁庞华, 李军祥, 赵兴杰, 等. 健胃消食口服液治疗 240 例老年人功能性消化不良的临床研究 (J). 中国中西医结合消化杂志, 2019, 27(5): 325-329.

(8) 黄宜贵. 多潘立酮片联合莫沙必利对老年功能性消化不良患者胃动力及血清 PG 和 G-17 水平的影响 (J). 医学综述, 2019, 25(15): 3101-3105.

(9) 刘平. 多潘立酮结合复方消化酶胶囊对老年功能性消化不良患者胃动力的影响探究 (J). 首都食品与医药, 2019, 26(23): 54-55.

(10) 潘军. 多潘立酮联合乳酶生治疗小儿功能性消化不良对临床疗效及不良反应的影响 (J). 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(3): 388-390.

(11) 劳敏莹, 兰丽琴, 黄梦婕, 等. 健脾和胃汤加减辅助治疗功能性消化不良的效果及对患者胃泌素和胃动素水平的影响 (J). 云南中医中药杂志, 2020, 41(5): 44-47.

(12) 李美姗, 刘磊, 魏鑫, 等. 多潘立酮片联合复方消化酶胶囊对老年功能性消化不良患者胃动力及血清 PG 和 G-17 水平的影响 (J). 中国药业, 2018, 27(1): 50-52.

(13) 刘利英. 研究多潘立酮片联合复方消化酶胶囊对老年功能性消化不良患者胃动力及血清 PG 和 G-17 水平的影响 (J). 世界最新医学信息文摘, 2018, 5(29): 87.

(14) 李孝鹏. 多潘立酮联合复方消化酶胶囊治疗老年功能性消化不良的临床疗效 (J). 临床合理用药杂志, 2019, 12(12): 25-26.

(15) 白一景, 李璇, 陈小林. 吗丁啉联合达吉对老年功能性消化不良患者胃动力及血清 PG、G-17 水平的影响 (J). 国际消化病杂志, 2017, 37(1): 49-53.

(文章编号) 1007-0893(2022)09-0039-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.012

平衡针对腰椎间盘突出症患者 PELD 后残余神经痛及炎症因子水平的影响

贾连升 蒋丹丹

(南阳市中医院, 河南 南阳 473000)

[摘要] **目的:** 探讨平衡针对腰椎间盘突出症患者经皮椎间孔镜椎间盘切除术 (PELD) 后残余神经痛及炎症因子水平的影响。**方法:** 选取在南阳市中医院 2017 年 11 月至 2019 年 11 月行 PELD 后残余神经痛患者 86 例, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 对照组 43 例给予肌肉注射牛痘疫苗接种家兔炎症皮肤提取物注射液, 观察组 43 例加用平衡针, 治疗 4 周后比较两组患者残余神经痛、炎症因子水平和并发症。**结果:** 治疗后两组患者的视觉模拟评分 (VAS)、日本矫形外科腰痛评分 (JOA) 均较治疗前降低, 且治疗后观察组患者的 VAS、JOA 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后两组患者的白细胞介素-6 (IL-6)、前列腺素 E2 (PGE2)、血栓素 A2 (TXA2) 均较治疗前降低, 且治疗后观察组患者的 IL-6、PGE2、TXA2 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者并发症的发生率为 4.65% (2/43), 低于对照组的 23.25% (10/43), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 平衡针治疗腰椎间盘突出症患者 PELD 后效果确切, 通过对穴位的刺激, 促进患者机体血液循环, 促进受损组织的修复, 降低炎症因子水平, 缓解疼痛。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 平衡针; 牛痘疫苗接种家兔炎症皮肤提取物注射液

[中图分类号] R 681.5 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2022-02-19

[作者简介] 贾连升, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医骨伤针灸, 脊柱微创。