

胃力胶囊联合铝碳酸镁片治疗胆汁反流性胃炎胆胃不和证临床研究

金哲, 张静, 金建军

河南科技大学临床医学院(河南科技大学第一附属医院), 河南 洛阳 471003

[摘要] 目的: 观察胃力胶囊联合铝碳酸镁片治疗胆汁反流性胃炎(BRG)胆胃不和证的临床疗效, 以及对患者胃肠激素、炎症指标水平的影响。方法: 选取150例BRG胆胃不和证患者, 按随机数字表法分为对照组和观察组各75例。对照组给予铝碳酸镁片治疗, 观察组在对照组基础上给予胃力胶囊治疗, 2组均治疗4周。比较2组临床疗效, 胆汁反流分级, 胃黏膜炎症、第二版慢性胃炎患者生命质量测定量表(QLICD-CG V2.0)、症状评分, 以及胃肠激素、炎症指标水平, 记录不良反应。结果: 治疗后, 观察组临床疗效总有效率90.67%, 高于对照组76.00% ($P < 0.05$)。2组胆汁反流程度均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 观察组胆汁反流程度比对照组改善更明显 ($P < 0.05$)。2组胃黏膜炎症评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), QLICD-CG V2.0评分均较治疗前升高 ($P < 0.05$); 观察组胃黏膜炎症评分低于对照组 ($P < 0.05$), QLICD-CG V2.0评分高于对照组 ($P < 0.05$)。2组上腹痛、嗳气、胃灼热感、泛酸评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 观察组上述4项症状评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。2组血浆胃动素(MTL)水平均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 血清胃泌素(GAS)、胆囊收缩素(CCK)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 观察组血浆MTL水平高于对照组 ($P < 0.05$), 血清GAS、CCK、TNF- α 、MCP-1、IL-1 β 水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗期间, 2组均未见明显不良反应。结论: 胃力胶囊联合铝碳酸镁片治疗BRG胆胃不和证, 能安全有效地缓解患者的临床症状, 抑制其胆汁反流, 减轻内镜下胃黏膜炎症表现, 提高患者的生活质量。

[关键词] 胆汁反流性胃炎; 胆胃不和证; 胃力胶囊; 铝碳酸镁片; 生活质量; 胃肠激素; 炎症指标

[中图分类号] R573.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2023) 10-0042-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.10.010

Clinical Study on Weili Capsules Combined with Hydrotalcite Tablets for Bile Reflux Gastritis with Gallbladder-Stomach Disharmony Syndrome

JIN Zhe, ZHANG Jing, JIN Jianjun

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Weili Capsules combined with Hydrotalcite Tablets on bile reflux gastritis (BRG) with gallbladder-stomach disharmony syndrome and its effect on levels of gastrointestinal hormones and inflammatory indexes of patients. **Methods:** A total of 150 patients with BRG with gallbladder-stomach disharmony syndrome were selected and divided into the control group and the observation group, with 75 cases in each group. The control group was treated with Hydrotalcite Tablets, and the observation group was additionally given Weili Capsules based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 4 weeks. The clinical effects, classification of bile reflux, scores of gastric mucosal inflammation, Quality of Life Instruments for Chronic Disease-Chronic Gastritis

[收稿日期] 2022-10-09
[修回日期] 2023-02-20
[基金项目] 河南省医学科技攻关计划项目 (201504018)
[作者简介] 金哲 (1988-), 男, 硕士, 住院医师, E-mail: zsp2294@163.com。

(QLICD-CG V2.0) and symptoms, and levels of gastrointestinal hormones and inflammatory indexes were compared between the two groups, the adverse reactions were observed. **Results:** After treatment, the total clinical effective rate was 90.67% in the observation group, higher than that of 76.00% in the control group ($P < 0.05$). The degree of bile reflux in both groups were lessened when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the release of the degree of bile reflux in the observation group was more obvious than that in the control group ($P < 0.05$). The scores of gastric mucosal inflammation in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the QLICD-CG V2.0 scores were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the score of gastric mucosal inflammation in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$), and the QLICD-CG V2.0 score was higher than that in the control group ($P < 0.05$). The scores of abdominal pain, abdominal swelling, nausea and vomiting, and bitter mouth in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above 4 scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The levels of motilin (MTL) in plasma in both groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and levels of gastrin (GAS), cholecystokinin (CCK), tumor necrosis factor- α (TNF- α), monocyte chemotactic protein-1 (MCP-1), and interleukin-1 β (IL-1 β) in serum were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the level of MTL in plasma in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$), and the levels of GAS, CCK, TNF- α , MCP-1, and IL-1 β in serum were lower than those in the control group ($P < 0.05$). During treatment, no obvious adverse reactions occurred in the two groups. **Conclusion:** Weili Capsules combined with Hydrotalcite Tablets can safely and effectively mitigate the clinical symptoms of BRG patients with gallbladder-stomach disharmony syndrome, inhibit the bile reflux, reduce the gastric mucosal inflammation presented in the endoscope, and enhance the quality of life of patients.

Keywords: Bile reflux gastritis; Gallbladder-stomach disharmony syndrome; Weili Capsules; Hydrotalcite Tablets; Quality of life; Gastrointestinal hormone; Inflammatory index

胆汁反流性胃炎(BRG)是在各种致病因素作用下,胆汁、胰液等十二指肠内容物反流至胃部,侵蚀胃黏膜屏障,造成胃黏膜化学性炎症病变的一种疾病^[1]。本病具有易复发的特点,严重影响患者的身心健康及生活质量。BRG临床症见上腹痛、嗳气、胃灼热感、泛酸等,目前西医以药物治疗为主,旨在减轻胆汁反流、保护胃黏膜,改善临床症状^[2]。铝碳酸镁是一种兼具抗酸和抗胆汁效果的胃黏膜保护剂,是临床治疗 BRG 的一线用药^[3]。中医学认为,本病常因情志不畅、饮食不节引起胆汁排泄失常并上逆于胃腑所致,病理因素有气郁、湿热、痰浊等。治疗应以疏肝利胆、降逆和胃为主。胃力胶囊为中成药,有行气止痛、和胃利胆、消积导滞、通腑降浊等功效。本研究观察胃力胶囊联

合铝碳酸镁片治疗 BRG 胆胃不和证的临床疗效,以及对胃肠激素、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、单核细胞趋化蛋白-1(MCP-1)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平的影响,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《慢性胃炎基层诊疗指南(2019年)》^[4]中 BRG 的诊断标准制定。症见上腹痛、嗳气、胃灼热感、泛酸等,结合胃镜检查确诊。

1.2 辨证标准 参照《实用中医消化病学》^[5]中 BRG 的辨证标准辨为胆胃不和证。主症:泛酸,烧心,胃脘胀痛,嗳气;次症:咽干口苦,胸胁胀满,心烦失眠,纳差;舌脉象:舌质红、苔薄黄,脉弦数。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准; Kellosalo

胆汁反流严重度分级Ⅱ~Ⅲ级；幽门螺杆菌阴性；年龄18~75岁；既往无消化系统器质性疾病；参与研究前4周内无促胃动力药物、胃黏膜保护剂等使用史；无本研究所用药物治疗禁忌证；签署知情同意书。

1.4 排除标准 确诊为慢性胆囊炎、消化性溃疡或上消化道出血等其他消化系统疾病；既往有腹部外伤史或手术史；哺乳期或妊娠期妇女；对本研究所用药物成分过敏；伴有心、肺、肝、肾等重要脏器功能不全；继发BRG；既往有神经系统或精神疾病史。

1.5 剔除标准 失访者；依从性差者；研究中途因各种原因终止治疗或改用其他疗法治疗者，如出现幽门螺杆菌感染、发生严重不良反应等。

1.6 一般资料 选取2021年1月—2022年6月在河南科技大学临床医学院(河南科技大学第一附属医院)治疗的150例BRG胆胃不和证患者，按随机数字表法分为观察组和对照组，每组75例。观察组男33例，女42例；年龄23~70岁，平均 (46.35 ± 10.21) 岁；病程3~50个月，平均 (22.13 ± 6.94) 个月；Kellosalo分级：Ⅱ级45例，Ⅲ级30例。对照组男38例，女37例；年龄25~71岁，平均 (47.42 ± 11.08) 岁；病程3~52个月，平均 (22.86 ± 7.57) 个月；Kellosalo分级：Ⅱ级48例，Ⅲ级27例。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。本研究经河南科技大学临床医学院(河南科技大学第一附属医院)医学伦理委员会审批(2015079)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予铝碳酸镁片(四川健能制药有限公司，国药准字H20153169，规格：1g/片)口服治疗。每次1片，每天3次。

2.2 观察组 在对照组基础上给予胃力胶囊(洛阳远洋生物制药有限公司，国药准字Z20080490，规格：0.3g/粒)口服治疗。每次4粒，每天3次。

2组均治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②胆汁反流严重度分级。治疗前后分别进行1次胃镜检查，根据胃镜检查结果，参照Kellosalo分级标准，将胆汁反流严重程度分为0、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级，等级越高表示胆汁反流越严重^[9]。0级：黏液湖清亮、透明，无黄染；Ⅰ级：

黏液湖清亮，淡黄色；Ⅱ级：黏液湖清亮，黄色；Ⅲ级：黏液湖深绿色。③胃黏膜炎症评分。根据胃黏膜充血、水肿和糜烂等情况，参照文献[7]拟定胃黏膜炎症评分标准。无明显充血、水肿计0分；略微充血、水肿，未见糜烂计2分；局部充血、水肿明显，有平坦型糜烂和 ≤ 10 个出血点计4分；充血、水肿明显，有隆起疣状糜烂和 > 10 个出血点计6分。④生活质量。采用第二版慢性胃炎患者生命质量测定量表(QLICD-CG V2.0)评估，QLICD-CG V2.0包括生理功能、心理功能、社会功能的共性模块及特异模块4个项目，共有40个条目，总分0~100分，分值越高表示生活质量越好^[8]。⑤症状评分。参考文献[9]，将上腹痛、嗝气、胃灼热感、泛酸的严重程度分为无、轻度、中度、重度，分别计为0、2、4、6分，总分0~24分。⑥胃肠激素、炎症指标水平。以酶联免疫吸附法检测胃肠激素[血浆胃动素(MTL)、血清胃泌素(GAS)、血清胆囊收缩素(CCK)]及炎症指标(血清TNF- α 、MCP-1、IL-1 β)水平。⑦不良反应。

3.2 统计学方法 运用SPSS19.0统计学软件分析数据。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验；等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗4周后，参照文献[9]拟定疗效标准。临床痊愈：上腹痛、嗝气、胃灼热感、泛酸等临床症状、体征，以及胆汁从幽门反流至胃腔内的现象消失，胃黏膜无黄染；显效：与治疗前比较，症状总评分减少 $\geq 70\%$ ，从幽门反流至胃腔内的胆汁量明显减少，黏液湖颜色变浅，胃黏膜无黄染；有效：与治疗前比较，症状总评分减少30%~69%，从幽门反流至胃腔内的胆汁量有所减少，胃黏膜无黄染或伴有轻度黄染；无效：不符合上述标准。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，观察组临床疗效总有效率90.67%，高于对照组76.00%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后胆汁反流分级比较 见表2。治疗前，2组胆汁反流程度比较，差异无统计学意

义($P>0.05$)。治疗后,2组胆汁反流程度均较治疗前改善(观察组: $Z=9.207$, $P<0.05$;对照组: $Z=7.036$, $P<0.05$),观察组胆汁反流程度比对照组改善更明显($Z=2.189$, $P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
观察组	75	15	29	24	7	68(90.67)
对照组	75	9	20	28	18	57(76.00)
χ^2 值						5.808
P 值						0.016

表2 2组治疗前后胆汁反流分级比较

组别	时间	例数	0级	I级	II级	III级
观察组	治疗前	75	0	0	45	30
	治疗后	75	39	22	10	4
对照组	治疗前	75	0	0	48	27
	治疗后	75	29	20	15	11

4.4 2组治疗前后胃黏膜炎症、QLICD-CG V2.0评分比较 见表3。治疗前,2组胃黏膜炎症、QLICD-CG V2.0评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组胃黏膜炎症评分均较治疗前降低($P<0.05$),QLICD-CG V2.0评分均较治疗前升高($P<0.05$);观察组胃黏膜炎症评分低于对照组($P<0.05$),QLICD-CG V2.0评分高于对照组($P<0.05$)。

4.5 2组治疗前后症状评分比较 见表4。治疗前,

2组上腹痛、嗝气、胃灼热感、泛酸评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组上述4项症状评分均较治疗前降低($P<0.05$),观察组上述4项症状评分均低于对照组($P<0.05$)。

4.6 2组治疗前后胃肠激素水平比较 见表5。治疗前,2组血浆MTL、血清GAS、血清CCK水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组血浆MTL水平均较治疗前升高($P<0.05$),血清GAS、CCK水平均较治疗前降低($P<0.05$);观察组血浆MTL水平高于对照组($P<0.05$),血清GAS、CCK水平均低于对照组($P<0.05$)。

4.7 2组治疗前后炎症指标水平比较 见表6。治疗前,2组血清TNF- α 、MCP-1、IL-1 β 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组血清TNF- α 、MCP-1、IL-1 β 水平均较治疗前降低($P<0.05$),观察组血清TNF- α 、MCP-1、IL-1 β 水平均低于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后胃黏膜炎症、QLICD-CG V2.0

		评分比较($\bar{x}\pm s$)				分
组别	例数	胃黏膜炎症评分		QLICD-CG V2.0评分		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
观察组	75	4.51 $\pm$ 0.53	1.32 $\pm$ 0.21 ^①	52.75 $\pm$ 12.84	84.68 $\pm$ 9.27 ^①	
对照组	75	4.64 $\pm$ 0.58	1.97 $\pm$ 0.34 ^①	54.83 $\pm$ 13.79	77.92 $\pm$ 8.46 ^①	
t 值		1.433	14.086	0.956	5.248	
P 值		0.154	<0.001	0.341	<0.001	

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表4 2组治疗前后症状评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	上腹痛		嗝气		胃灼热感		泛酸	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	75	4.73 $\pm$ 0.51	1.04 $\pm$ 0.16 ^①	4.64 $\pm$ 0.49	1.15 $\pm$ 0.19 ^①	4.43 $\pm$ 0.60	0.94 $\pm$ 0.15 ^①	4.28 $\pm$ 0.57	0.85 $\pm$ 0.13 ^①
对照组	75	4.86 $\pm$ 0.45	1.59 $\pm$ 0.23 ^①	4.77 $\pm$ 0.54	1.67 $\pm$ 0.28 ^①	4.31 $\pm$ 0.55	1.43 $\pm$ 0.22 ^①	4.40 $\pm$ 0.48	1.34 $\pm$ 0.24 ^①
t 值		1.655	17.000	1.544	13.309	1.277	15.937	1.395	15.547
P 值		0.100	<0.001	0.125	<0.001	0.204	<0.001	0.165	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表5 2组治疗前后胃肠激素水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MTL		GAS		CCK	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	75	153.48 $\pm$ 29.32	217.39 $\pm$ 31.27 ^①	195.72 $\pm$ 25.19	95.28 $\pm$ 17.63 ^①	183.79 $\pm$ 41.50	145.30 $\pm$ 30.42 ^①
对照组	75	149.76 $\pm$ 27.24	182.36 $\pm$ 35.68 ^①	192.15 $\pm$ 26.34	128.42 $\pm$ 20.74 ^①	187.86 $\pm$ 38.97	162.78 $\pm$ 34.21 ^①
t 值		0.805	6.394	0.848	10.543	0.619	3.307
P 值		0.422	<0.001	0.398	<0.001	0.537	0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$

表6 2组治疗前后炎症指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α (ng/L)		MCP-1(pg/mL)		IL-1 β (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	75	78.93 $\pm$ 19.76	47.84 $\pm$ 11.79 ^①	99.64 $\pm$ 25.42	32.76 $\pm$ 8.31 ^①	31.25 $\pm$ 7.94	16.89 $\pm$ 4.27 ^①
对照组	75	81.08 $\pm$ 20.84	63.59 $\pm$ 14.27 ^①	101.98 $\pm$ 23.87	56.62 $\pm$ 14.70 ^①	30.17 $\pm$ 7.42	21.65 $\pm$ 6.08 ^①
t值		0.648	7.369	0.581	12.237	0.861	5.548
P值		0.518	<0.001	0.562	<0.001	0.391	<0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

4.8 不良反应 治疗期间, 2组均未见明显不良反应, 心电图, 血、尿常规, 肝、肾功能指标均未见明显异常。

5 讨论

BRG为消化系统常见疾病, 临床可分为继发性BRG和原发性BRG。原发性BRG的病因复杂, 现代医学认为, 其发病可能与幽门螺杆菌感染、胆囊疾病、精神心理因素、糖尿病性胃轻瘫、其他消化系统疾病(如消化性溃疡、肝炎等)、不良生活习惯、阿片类药物的使用等诸多因素有关^[10]。这些致病因素会引起胃肠激素分泌紊乱、胃-幽门-十二指肠运动失调、胃排空延迟等, 进而导致BRG的发生。目前临床对于BRG多以药物对症治疗为主, 即结合、吸附胆汁, 保护胃黏膜, 预防胃酸反流。铝碳酸镁属于胃黏膜保护剂, 既可迅速、温和、持久地中和胃酸, 使胃液pH值维持在3~5的最佳治疗范围; 又可直接抑制胃蛋白酶活性, 吸附和结合胃蛋白酶与胆汁酸, 来减轻或避免上述物质对胃黏膜的损伤和破坏; 还能在胃内形成碳酸氢盐储池, 促进胃黏膜内表皮生长因子、前列腺素E2等胃黏膜保护因子释放, 保护胃黏膜^[11]。但BRG常反复发作, 且病情呈缓慢进展的特点。有研究显示, 中成药单用或联合西药治疗BRG均可获得较好的疗效, 降低复发风险^[12]。

BRG归属于中医学胃脘痛、呕苦、嘈杂等范畴。中医学认为, BRG的发病多因情志内伤, 肝气郁滞, 胆气不舒, 横逆犯胃; 或饮食不节, 损伤脾胃, 湿热、痰浊内阻, 致胃失和降, 肝不随脾升, 胆不随胃降, 胆胃不和, 胆气上逆。胆胃不和是BRG的关键病机, 治应以疏肝理气、降逆和胃为主。BRG患者多脾胃功能失调, 宜辅以消积导滞、通腑降浊的药物治之, 使中焦气机顺畅、脾胃运纳与升降功能复常。胃力胶囊组方中姜半夏降逆和胃, 以消痞满; 木香、枳实疏肝利胆、通腑化积、

消胀止呕; 大黄入胃、大肠、肝经, 有清透脏腑邪热之功效, 龙胆草善泻肝胆实火, 与大黄配伍可增强清热泻火之功效。诸药合用, 共奏疏肝利胆、清热泻火、通腑化积、降逆和胃等功效。药理学研究表明: 半夏具有抗胃溃疡、清除自由基、止呕、抗炎等作用^[13]; 木香中的萜类成分具有促进胃排空、解痉止痛、抗消化性溃疡等药理活性^[14]; 大黄可调控钙离子信号通路, 升高胃肠平滑肌细胞内钙离子浓度, 引起平滑肌收缩, 从而增强胃肠蠕动^[15]; 龙胆苦苷可降低血清生长抑素水平、上调MTL受体在胃肠道中的表达, 调节胃肠激素分泌, 促进胃排空和肠蠕动^[16]; 枳实可促进MTL释放、抑制血管活性肠肽表达, 起到改善胃肠动力的作用^[17]。

本研究结果显示, 治疗后, 观察组临床疗效总有效率高于对照组。治疗后, 观察组胆汁反流分级、胃黏膜炎症评分、QLICD-CG V2.0评分、症状评分均优于对照组, 2组均无明显不良反应发生。提示胃力胶囊联合铝碳酸镁片治疗BRG胆胃不和证安全有效, 可缓解患者的临床症状, 提高其生活质量。胃肠激素分泌紊乱是BRG发病的关键环节^[18]。MTL可控制消化间期移行性复合运动(MMC), 产生强烈、规律的胃收缩反应, 清除胃内反流物, 达到预防BRG发生的效果^[19]。GAS具有刺激胃黏膜细胞增殖、延缓胃排空、促进消化液分泌、诱导胃蛋白酶原合成等生理活性^[20]。CCK是一种脑肠肽, 其主要功能是促进胆囊收缩, 延缓胃排空、松弛Oddi括约肌, 还可通过CCK-1受体来刺激胰腺内消化酶分泌^[21]。研究表明, 在BRG病理状态下, 机体存在MTL分泌不足, 而GAS、CCK过量分泌的现象^[22]。本研究结果显示, 治疗后, 观察组血浆MTL水平高于对照组, 血清GAS、CCK水平均低于对照组。提示胃力胶囊联合铝碳酸镁片治疗BRG胆胃不和证, 能进一步纠正胃肠激素分泌紊乱, 改善胆汁反流, 减

少胆汁对胃黏膜的损伤。TNF- α 、MCP-1、IL-1 β 等炎症指标介导的炎性损伤是BRG重要的病理生理过程。TNF- α 可上调内皮细胞和中性粒细胞(NEUT)上黏附分子表达、趋化NEUT移动、刺激NEUT黏附,以及促进蛋白水解酶、自由基等毒性物质释放,参与胃黏膜损伤过程;还可诱导胃黏膜内微血栓形成,减少胃黏膜血氧供给,加剧胃黏膜损伤^[23]。MCP-1可增强单核细胞向受损内皮细胞趋化、聚集、黏附的能力,并能促进其他炎症指标合成与释放,诱导炎症级联反应,加速胃黏膜炎性损伤^[24]。IL-1 β 可激活多种免疫炎症细胞,参与胃黏膜损伤过程^[25]。本研究结果显示,治疗后,观察组血清TNF- α 、MCP-1、IL-1 β 水平均低于对照组。提示胃力胶囊联合铝碳酸镁片治疗有利于控制BRG胆胃不和证患者的胃黏膜炎症反应。

综上所述,胃力胶囊联合铝碳酸镁片治疗BRG胆胃不和证疗效确切,能安全有效地缓解患者的临床症状,减轻内镜下胃黏膜炎症表现,抑制胆汁反流,提高患者的生活质量,其作用机制可能与该疗法可纠正机体胃肠激素分泌紊乱、下调血清炎症指标水平有关。

[参考文献]

- [1] 周银斌,陈东风.胆汁反流性胃炎研究现状[J].胃肠病学和肝病杂志,2019,28(6):689-692.
- [2] OTHMAN A A A, DWEDAR A A Z, ELSADEK H M, et al. Bile reflux gastropathy: Prevalence and risk factors after therapeutic biliary interventions: A retrospective cohort study[J]. Ann Med Surg (Lond), 2021(72): 103168.
- [3] 杨林辉,郭志娟,向姝.聚普瑞锌颗粒联合铝碳酸镁片治疗胆汁反流性胃炎伴肠化生的临床疗效[J].武警医学,2021,32(5):389-392.
- [4] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会消化病学分会.慢性胃炎基层诊疗指南(2019年)[J].中华全科医师杂志,2020,19(9):768-775.
- [5] 李乾构,周学文,单兆伟.实用中医消化病学[M].北京:人民卫生出版社,2001:163-175.
- [6] 张亚历.实用消化病学图解诊断与治疗方法[M].北京:清华大学出版社,2009:120-123.
- [7] 中华医学会消化内镜学分会.慢性胃炎的内镜分型分级标准及治疗的试行意见[J].中华消化内镜杂志,2004,21(2):77-78.
- [8] 于磊.慢性胃炎与消化性溃疡患者生命质量测定量表(第二版)的研制及其最小临床有意义差异制定[D].湛江:广东医学院,2015.
- [9] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:124-129.
- [10] 赵亚男,许翠萍.胆汁反流性胃炎病因病机及诊治进展[J].世界华人消化杂志,2018,26(32):1886-1892.
- [11] 闫玲玲,刘文波,黄馥,等.肝胃双和汤辅助铝碳酸镁片治疗胆汁反流性胃炎对患者环氧化酶、炎症因子的变化研究[J].四川中医,2021,39(3):99-103.
- [12] HE M, WANG Q, LIU L, et al. Traditional Chinese patent medicine for bile reflux gastritis: a systematic review and network meta-analysis[J]. Ann Palliat Med, 2021, 10(7): 7721-7735.
- [13] 杨丽,周易,王晓明,等.炮制对半夏化学成分及药理作用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2022,24(2):49-53.
- [14] 王阳,范潇晓,杨军,等.木香的萜类成分与药理作用研究进展[J].中国中药杂志,2020,45(24):5917-5928.
- [15] 张开弦,姚秋阳,吴发明,等.大黄属药用植物化学成分及药理作用研究进展[J].中国新药杂志,2022,31(6):555-566.
- [16] 李生浩,李俊义,武昆利,等.龙胆苦苷的药理作用及分子机制研究进展[J].昆明医科大学学报,2020,41(1):158-162.
- [17] 钟民勇,乔日发,魏飞亭,等.枳壳、枳实胃肠动力作用及其机制的研究概况[J].江西中医药,2021,52(12):68-71.
- [18] 冀渤海,梁靓靓.柴枳夏及汤对胆汁反流性胃炎大鼠血清及血浆中胃动素、血管活性肠肽、生长抑素表达的影响[J].陕西中医,2021,42(1):12-17.
- [19] 熊利红.自拟调脾养胃汤对胆汁反流性胃炎患者胃肠激素及血清炎症因子的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(8):889-891.
- [20] 魏晏,魏群,魏明,等.奥瑞凝胶对胆汁反流性胃炎患者胃肠激素与炎症反应的影响[J].中医学报,2018,33(10):2003-2007.
- [21] 王增允,连颖,王放.疏肝健脾降逆汤加减联合磷酸铝凝胶治疗胆汁反流性胃炎的疗效及对血清CCK、NF- κ B水平变化的影响[J].四川中医,2022,40(4):74-76.
- [22] 苏保伟,王景杰.胆汁反流性胃炎发病机制及其肠化生分子作用机制研究进展[J].陕西医学杂志,2020,49(9):1199-1201.
- [23] 贾国昌.老年腹腔镜胆囊切除术后患者血清CCK、GAS及TNF- α 水平与胆汁反流性胃炎的关系[J].实验与检验医学,2021,39(1):198-201.
- [24] 方明,张国庆.香砂养胃汤联合替普瑞酮胶囊对慢性浅表性胃炎患者外周血胃肠激素、T淋巴细胞亚群、IL-8、IL-32、MCP-1的影响[J].中药材,2020,43(11):2812-2816.
- [25] 董菁菁,王允野,王维纲,等.和胃利胆汤对萎缩性胃炎大鼠病理改变及白细胞介素1 β 、表皮生长因子、血管活性肠肽的影响[J].北华大学学报(自然科学版),2022,23(2):209-212.

(责任编辑:刘迪成,蒋维超)