

猴头健胃灵胶囊辅助质子泵抑制剂四联疗法治疗肝胃不和型幽门螺杆菌阳性糜烂性胃炎临床研究

詹旭林, 胡艳艳, 詹婷

浙江金华广福肿瘤医院消化内科, 浙江 金华 321000

【摘要】目的: 观察猴头健胃灵胶囊辅助质子泵抑制剂四联疗法治疗肝胃不和型幽门螺杆菌 (Hp) 阳性糜烂性胃炎的效果及其对免疫功能的影响。**方法:** 回顾性分析 2023 年 6 月—2024 年 6 月浙江金华广福肿瘤医院收治的 140 例肝胃不和型 Hp 阳性糜烂性胃炎患者的临床资料, 按照治疗方案分为对照组与观察组各 70 例。对照组采用质子泵抑制剂四联疗法治疗, 观察组采用猴头健胃灵胶囊辅助质子泵抑制剂四联疗法治疗。2 组均治疗 2 周。比较 2 组治疗前后的临床症状评分、胃黏膜糜烂评分、胃功能指标 [胃泌素-17 (G-17)、胃蛋白酶原 I (PG I)、胃蛋白酶原 II (PG II)]、免疫功能指标 (CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺比值)。比较 2 组的临床疗效、Hp 转阴率及不良反应发生率。**结果:** 治疗后, 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。2 组上腹痛、纳差胃黏膜糜烂评分及血清 PG II 水平均较治疗前下降, 血清 G-17、PG I 水平均较治疗前上升, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组胃黏膜糜烂评分及血清 PG II 水平均低于对照组, 血清 G-17、PG I 水平均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组 CD3⁺、CD4⁺水平及 CD4⁺/CD8⁺比值均较治疗前升高, CD8⁺水平均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组 CD3⁺、CD4⁺水平及 CD4⁺/CD8⁺比值均高于对照组, CD8⁺水平低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组治疗后 3 个月、6 个月的 Hp 转阴率均高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论:** 猴头健胃灵胶囊辅助质子泵抑制剂四联疗法治疗肝胃不和型 Hp 阳性糜烂性胃炎, 可有效改善患者的临床症状, 提高 Hp 根除率, 并有一定的免疫调节作用。

【关键词】 糜烂性胃炎; 幽门螺杆菌; 肝胃不和证; 猴头健胃灵胶囊; 质子泵抑制剂; 四联疗法; 免疫功能; 胃功能

【中图分类号】 R259; R573.3

【文献标志码】 A

【文章编号】 0256-7415 (2026) 08-0074-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.012

Clinical Study of Houtou Jianweiling Capsules Assisted Proton Pump Inhibitor Quadruple Therapy in Treating Helicobacter pylori-Positive Erosive Gastritis of Liver-Stomach Disharmony Type

ZHAN Xulin, HU Yanyan, ZHAN Ting

Department of Gastroenterology, Zhejiang Jinhua Guangfu Tumor Hospital, Jinhua Zhejiang 321000, China

Abstract: Objective: To observe the efficacy of Houtou Jianweiling Capsules assisted proton pump inhibitor quadruple therapy in treating Helicobacter pylori (Hp)-positive erosive gastritis of liver-stomach disharmony type and its impact on immune function. **Methods:** Clinical data of 140 patients with Hp-positive erosive gastritis of liver-stomach disharmony type admitted to Zhejiang Jinhua Guangfu Tumor Hospital from June 2023 to June 2024 were

【收稿日期】 2025-05-13

【修回日期】 2026-02-08

【基金项目】 金华市 2021 年度第二批重大科学技术研究计划项目 (2021-3-032)

【作者简介】 詹旭林 (1988-), 男, 主治医师。

retrospectively analyzed. Patients were divided into a control group and an observation group according to the treatment protocol, with 70 cases in each group. The control group received proton pump inhibitor quadruple therapy, while the observation group received Houtou Jianweiling Capsules assisted proton pump inhibitor quadruple therapy. Both groups were treated for two weeks. Clinical symptom scores, gastric mucosal erosion scores, gastric function indicators [gastrin-17 (G-17), pepsinogen I (PG I), pepsinogen II (PG II)], and immune function indicators (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺ ratio) before and after treatment were compared. Clinical efficacy, Hp eradication rates, and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was higher in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). Epigastric pain, poor appetite, acid reflux, belching, and abdominal distension scores decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$), with lower scores in the observation group ($P < 0.05$). Gastric mucosal erosion scores and serum PG II levels decreased, serum G-17 and PG I levels increased in both groups after treatment ($P < 0.05$). The observation group showed lower gastric mucosal erosion scores and serum PG II levels, higher serum G-17 and PG I levels than the control group ($P < 0.05$). CD3⁺, CD4⁺ levels, and CD4⁺/CD8⁺ ratio increased, while CD8⁺ levels decreased in both groups after treatment ($P < 0.05$). The observation group had higher CD3⁺ and CD4⁺ levels, higher CD4⁺/CD8⁺ ratio, and lower CD8⁺ levels than the control group ($P < 0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). The Hp eradication rates at three months and six months after treatment were higher in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Houtou Jianweiling Capsules assisted proton pump inhibitor quadruple therapy effectively alleviates clinical symptoms, improves Hp eradication rates, and exerts immunomodulatory effects in patients with Hp-positive erosive gastritis of liver-stomach disharmony type.

Keywords: Erosive gastritis; Helicobacter pylori; Liver-stomach disharmony syndrome; Houtou Jianweiling Capsules; Proton pump inhibitor; Quadruple therapy; Immune function; Gastric function

糜烂性胃炎是一种以胃黏膜糜烂为特征的消化内科疾病,病因以幽门螺杆菌(Hp)感染为主,应激、药物、酒精等亦较为常见,常有上腹痛、纳差等症状,严重者可出现上消化道出血、缺铁性贫血等^[1]。有研究表明,Hp感染是糜烂性胃炎发生的主要危险因素^[2]。现阶段,我国人群中Hp感染率为40%~60%;在Hp感染者中,伴有糜烂性胃炎的比例超过60%^[3]。Hp感染是糜烂性胃炎的重要致病因素之一,因此针对Hp阳性糜烂性胃炎患者,清除Hp是治疗的关键。目前临床广泛采用质子泵抑制剂四联疗法根除Hp并改善胃黏膜病变,但该方案整体疗效仍有提升空间,根治困难、病情反复发作及Hp耐药率上升等问题,以及部分患者在服药期间可能出现腹泻、口苦等不良反应,在一定程度上限制了该疗法的临床应用。

Hp阳性糜烂性胃炎可归属于中医学胃痞范畴,肝胃不和证是临床常见中医证型,以疏肝解郁、和胃消痞为治疗原则。猴头健胃灵胶囊具有疏肝和胃、

理气止痛之效,临床用于治疗肝胃不和诸症。笔者认为猴头健胃灵胶囊可作为辅助用药,弥补四联疗法在不良反应、Hp耐药率增加等方面的不足。为提升临床疗效,本研究观察猴头健胃灵胶囊辅助质子泵抑制剂四联疗法治疗肝胃不和型Hp阳性糜烂性胃炎的效果及其对免疫功能的影响。结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《中国慢性胃炎诊治指南(2022年,上海)》^[4]拟定Hp阳性糜烂性胃炎的诊断标准。有上腹痛、纳差、反酸等典型临床症状和体征;经上消化道内镜验证糜烂性胃炎,且¹⁴C尿素呼气试验显示Hp阳性。

1.2 辨证标准 参考《慢性胃炎中医诊疗专家共识(2023)》^[5]拟定肝胃不和证辨证标准。主症:胃脘胀痛连胁,嗳气、矢气可缓,脘痞不舒等;次症:嗳气频作,嘈杂反酸,善太息;舌淡红、苔薄白,脉弦。具备2项主症加任意1项次症,结合舌脉,即

可确诊。

1.3 纳入标准 符合诊断标准与辨证标准；年龄18~70岁；意识清楚，具有良好依从性；知悉本研究内容，配合检查和治疗。

1.4 排除标准 不耐受质子泵抑制剂四联疗法治疗或对猴头健胃灵胶囊存在禁忌证；凝血功能明显异常；患严重精神疾病；处于妊娠期；对本研究所用药物过敏。

1.5 一般资料 回顾性分析2023年6月—2024年6月浙江金华广福肿瘤医院收治的140例肝胃不和型Hp阳性糜烂性胃炎患者的临床资料，按照治疗方案分为对照组和观察组各70例。对照组男38例，女32例；年龄21~65岁，平均(45.63±2.38)岁；病程1~7年，平均(2.36±0.57)年。观察组男36例，女34例；年龄22~66岁，平均(46.12±2.45)岁；病程1~7年，平均(2.40±0.55)年。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。本研究获得浙江金华广福肿瘤医院伦理委员会审核批准(广福医院伦理审-2025自-第013号)。

2 治疗方法

2.1 对照组 予质子泵抑制剂四联疗法治疗。奥美拉唑肠溶胶囊(阿斯利康制药有限公司，国药准字H20030412，规格：20 mg/粒)，每次口服20 mg，每天2次；阿莫西林胶囊(通化茂祥制药有限公司，国药准字H22023468，规格：0.125 g/粒)，每次口服1 g，每天2次；克拉霉素片(岳阳同联药业有限公司，国药准字H10970023，规格：0.25g/片)，每次口服0.5 g，每天2次；复方铝酸铋片(广东元宁制药有限公司，国药准字H44022149)，每次口服1片，每天3次。

2.2 观察组 在质子泵抑制剂四联疗法的基础上加用猴头健胃灵胶囊(湖南新汇制药股份有限公司，国药准字Z43020067，规格：0.34 g/粒)治疗，每次口服4粒，每天3次。

2组疗程均为2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)临床症状评分。参考《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识(2025年)》^[6]拟定临床症状评分标准，见表1。总分为5项临床症状评分之和，分值范围0~30分。评分越高，代表症状越严重。于治疗前、2周疗程结束后的3天内评估。(2)糜

烂内镜分级标准。根据胃镜检查结果，对胃黏膜糜烂程度进行分级。Ⅰ级：胃黏膜可见单发糜烂灶，多见于胃窦部，偶见于胃体或胃底部；Ⅱ级：胃黏膜可见2~5个局限性糜烂灶，可伴有黏膜充血或点状出血；Ⅲ级：胃黏膜可见6个以上广泛性糜烂灶，常合并黏膜出血、水肿，部分可伴有浅表溃疡形成。于治疗前、2周疗程结束后的3天内，通过胃镜检查评估。(3)胃黏膜糜烂评分。于胃镜检查时，根据胃黏膜糜烂情况，从糜烂数量、最大直径、深度和出血表现4个方面进行评分，各项评分标准如下。①糜烂数量。1分：糜烂灶数量≤2个；2分：糜烂灶数量3~5个；3分：糜烂灶数量6~10个；4分：糜烂灶数量>10个。②最大直径(cm)。1分：单个糜烂灶最大直径<0.5 cm；2分：0.5 mm≤最大直径≤1 cm；3分：1 cm<最大直径≤2 cm；4分：最大直径>2 cm。③深度。1分：仅黏膜表层损伤；2分：损伤达黏膜中层；3分：接近黏膜肌层但未穿透；4分：伴溃疡形成或穿透黏膜肌层。④出血表现。1分：无出血；2分：点状渗血；3分：活动性渗血；4分：喷射性出血或表面覆有血痂。总分为上述4项评分之和，分值4~16分。于治疗前、2周疗程结束后的3天内，行胃镜检查时进行评分。(4)Hp转阴。分别于2周疗程结束后的3个月及6个月进行¹⁴C尿素呼气试验。结果为阴性则视为Hp转阴。(5)胃功能指标。抽取空腹状态下的外周血6 mL，分离血清，由浙江金华广福肿瘤医院检验科人员采用酶联免疫吸附法检测血清胃泌素-17(G-17)、胃蛋白酶原Ⅰ(PGⅠ)、胃蛋白酶原Ⅱ(PGⅡ)。于治疗前、2周疗程结束后的3天内检测。(6)免疫功能指标。在治疗前及2周疗程结束后的3天内，抽取空腹状态下的外周血3 mL，由金华广福医院检验科人员应用美国BD FACSCanto™Ⅱ流式细胞仪检测CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺T淋巴细胞亚群的比例，计算得出CD4⁺/CD8⁺比值。于治疗前、2周疗程结束后的3天内检测。(7)用药安全性。记录治疗期间不良反应的发生情况。(8)临床疗效。在2周疗程结束后的3天内进行疗效评价。

3.2 统计学方法 应用SPSS24.0统计学软件处理数据。符合正态分布的计量资料以均数±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样本 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

表1 临床症状评分标准

临床症状	轻度(2分)	中度(4分)	重度(6分)
上腹痛	偶发隐痛或轻微烧灼感,不影响日常活动,进食后偶有不适	持续性钝痛或灼痛,每天发作,需药物缓解,影响部分工作或生活	剧烈刀割样疼痛,放射至背部,夜间痛醒,伴冷汗,需紧急就医
纳差	食欲略减,食量为原来的3/4左右,无体质量下降	食量减少约1/3,选择性厌食,偶有恶心感	厌恶进食,食量减少1/2以上,伴明显体质量减轻或营养不良
反酸	偶发反酸(每周1~2次),1h内自行缓解,无烧心感	每周反酸3~5次,伴胸骨后灼烧感,需服用抗酸药	每天频繁反酸,平卧加重,服药仅可短暂缓解,可伴有食管黏膜损伤
嗝气	每天嗝气1~4次,无不适感	每天嗝气5~10次,伴腹胀或轻微恶心	每天嗝气≥11次,嗝气带酸腐味或苦味,影响社交活动
腹胀	餐后轻微饱胀感,调整饮食或排气后可缓解	持续腹胀,需松解腰带,偶需使用促动力药	腹部膨隆明显如鼓,伴持续疼痛或呕吐,可能提示肠梗阻等严重病变

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[7]拟定疗效标准。显效:上腹痛、纳差、反酸等症状明显改善,胃镜下见糜烂内镜分级改善≥2级,临床症状总分减少率≥70%;有效:上腹痛、纳差、反酸等症状部分改善,胃镜下见糜烂内镜分级改善1级,30%≤临床症状总分减少率<70%;无效:上腹痛、纳差、反酸等症状无明显改善或加重,临床症状总分减少率<30%。临床症状总分减少率=(治疗前临床症状总分-治疗后临床症状总分)/治疗前临床症状总分×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表2。治疗后,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。

4.3 2组治疗前后临床症状评分比较 见表3。治疗前,2组上腹痛、纳差、反酸、嗝气及腹胀评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组上腹痛、纳差、反酸、嗝气及腹胀评分均较治疗前

下降($P<0.05$)。观察组5项症状评分均低于对照组($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后胃黏膜糜烂评分、胃功能指标比较 见表4。治疗前,2组胃黏膜糜烂评分及血清G-17、PG I、PG II水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组胃黏膜糜烂评分及血清PG II水平均较治疗前下降,血清G-17、PG I水平均较治疗前上升,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组胃黏膜糜烂评分及血清PG II水平均低于对照组,血清G-17、PG I水平均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	70	29(41.43)	21(20.00)	20(28.57)	50(71.43)
观察组	70	38(54.29)	26(37.14)	6(8.57)	64(91.43)
χ^2 值					9.258
P 值					0.002

表3 2组治疗前后临床症状评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	上腹痛		纳差		反酸		嗝气		腹胀	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	70	3.85±0.47	1.27±0.40 ^①	3.09±0.46	0.99±0.32 ^①	3.23±0.38	1.06±0.22 ^①	3.29±0.46	1.01±0.46 ^①	3.39±0.62	1.01±0.29 ^①
观察组	70	3.84±0.45	0.43±0.22 ^{①②}	3.10±0.45	0.35±0.18 ^{①②}	3.30±0.40	0.50±0.19 ^{①②}	3.31±0.48	0.40±0.23 ^{①②}	3.40±0.61	0.34±0.22 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

表4 2组治疗前后胃黏膜糜烂评分、胃功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	胃黏膜糜烂评分(分)		G-17($\mu\text{g/L}$)		PG I($\mu\text{g/L}$)		PG II($\mu\text{g/L}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	70	6.02±1.48	3.51±0.92 ^①	282.42±8.96	335.62±12.27 ^①	41.12±7.08	56.62±8.61 ^①	20.42±2.56	13.68±1.84 ^①
观察组	70	6.99±1.50	1.22±0.32 ^{①②}	283.57±9.14	391.46±15.83 ^{①②}	41.85±6.97	68.76±9.98 ^{①②}	21.04±2.49	10.27±1.10 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

4.5 2组治疗前后免疫功能指标比较 见表5。治疗前, 2组外周血CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺水平及CD4⁺/CD8⁺比值比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2组CD3⁺、CD4⁺水平及CD4⁺/CD8⁺比值均较治疗前升高, CD8⁺水平均较治疗前下降, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组CD3⁺、CD4⁺水平及CD4⁺/CD8⁺

比值均高于对照组, CD8⁺水平低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.6 2组不良反应发生率比较 见表6。治疗过程中, 观察组不良反应发生率10.00%, 对照组不良反应发生率7.14%, 2组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

表5 2组治疗前后免疫功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	70	54.62±4.23	58.08±3.98 ^①	43.25±4.99	47.01±5.08 ^①	36.73±4.12	34.26±3.98 ^①	1.18±0.23	1.42±0.24 ^①
观察组	70	54.01±4.19	62.18±5.67 ^{①②}	42.98±5.01	50.67±6.29 ^{①②}	36.85±4.26	30.75±3.27 ^{①②}	1.17±0.21	1.68±0.29 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

表6 2组不良反应发生率比较

组别	例数	恶心呕吐	头晕	便秘	腹泻	食欲减退	全身乏力	合计
对照组	70	1(1.43)	2(2.86)	0	1(1.43)	1(1.43)	0	5(7.14)
观察组	70	2(2.86)	0	1(1.43)	2(2.86)	1(1.43)	1(1.43)	7(10.00)
χ^2 值								0.365
P 值								0.546

4.7 2组Hp转阴率比较 见表7。观察组治疗后3个月、6个月的Hp转阴率均高于对照组($P<0.05$)。

表7 2组Hp转阴率比较

组别	例数	治疗后3个月	治疗后6个月
对照组	70	36(51.43)	56(80.00)
观察组	70	50(71.43)	67(95.71)
χ^2 值		5.909	8.101
P 值		0.015	0.004

5 讨论

中医认为, 胃为受纳、腐熟和通降之腑, 以通降为顺。肝喜条达而恶抑郁, 情志不畅可使肝失疏泄, 气滞郁结, 横逆犯胃, 致胃失和降, 胃气上逆; 气滞日久, 可致水停生湿、谷停为滞, 引起胃失和降。治疗肝胃不和型Hp阳性糜烂性胃炎应从疏肝和胃、降逆、通畅脾胃气机着手^[8-10]。

本研究所用的猴头健胃灵胶囊被研究证实, 在缓解胃内高敏状态、炎症反应、促进胃动力和提高免疫功能等方面均具有良好的作用^[11]。猴头健胃灵胶囊由猴头菌丝体、醋香附、海螵蛸、酒白芍、醋延胡索、甘草组成。猴头菌丝体功擅疏肝和胃、理气消滞^[12-13], 为君药; 醋香附为臣药, 可疏肝解郁、理

气宽中, 与君药配伍, 可增疏肝理气、消滞除胀之力; 佐以海螵蛸制酸止痛, 酒白芍柔肝缓急止痛, 醋延胡索活血行气止痛, 三者共助行气除痞、和胃止痛之功; 使以甘草, 调和诸药。全方配伍, 共奏疏肝和胃、理气止痛之效。

本研究结果显示, 观察组总有效率高于对照组, 上腹痛、纳差、反酸、嗝气及腹胀评分均低于对照组。提示加用猴头健胃灵胶囊治疗可提高疗效, 更好地改善临床症状。

Hp感染可定植在胃黏膜内, 产生多种代谢产物及细胞毒素, 破坏胃黏膜屏障, 影响胃黏膜结构的完整性和分泌功能^[14]。胃黏膜糜烂评分能够有效反映胃黏膜糜烂程度, 胃功能指标(G-17、PG I和PG II)可间接反映胃黏膜损伤和糜烂程度, 有助于评估治疗效果。G-17由胃窦G细胞分泌, 主要作用是刺激壁细胞分泌胃酸, 维持胃黏膜结构和功能的完整性, Hp感染会破坏胃窦黏膜屏障, 导致G细胞过度增殖, G-17分泌增加^[15]。PG I主要由胃底腺的主细胞及颈黏液细胞分泌, 反映胃体黏膜功能, 其水平降低提示胃底腺萎缩^[16]。PG II由胃底腺、胃窦幽门腺和十二指肠腺分泌, 与全胃黏膜状态相关, 其水平升高提示胃黏膜炎症或Hp感染^[17]。本研究结果显示, 观

察组2周疗程结束后3个月、6个月的Hp转阴率均高于对照组,胃黏膜糜烂评分及胃功能指标(G-17、PG I、PG II)的改善均优于对照组。提示在四联疗法基础上加用猴头健胃灵胶囊治疗可促进Hp转阴,并改善胃功能。

机体免疫功能降低时易感染Hp, Hp定植于胃黏膜上皮及黏液层,可诱发慢性炎症反应,造成胃黏膜结构与功能损伤,并进一步加剧免疫失衡。因此,监测免疫功能指标变化有助于评估治疗效果^[18]。正常机体感染Hp后可产生特异性免疫反应以清除病原菌,其中CD3⁺、CD4⁺和CD8⁺ T细胞均参与机体免疫应答,CD3⁺代表全T淋巴细胞水平,CD4⁺/CD8⁺比值是评估免疫稳态的关键指标,其异常提示免疫功能失调^[19]。本研究结果显示,治疗后,2组免疫功能指标(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺水平及CD4⁺/CD8⁺比值)均较治疗前改善,观察组的改善情况优于对照组。提示猴头健胃灵胶囊可有效改善Hp阳性糜烂性胃炎患者的免疫功能。本研究结果显示,2组不良反应发生率相近,提示猴头健胃灵胶囊安全性良好。

综上所述,猴头健胃灵胶囊辅助质子泵抑制剂四联疗法治疗肝胃不和型Hp阳性糜烂性胃炎,可有效改善患者的临床症状,提高Hp根除率,并有一定的免疫调节作用。但本研究受限于样本量较小及随访时间较短,目前仅能评价其近期疗效。未来可开展大样本、多中心、长期随访的深入研究,进一步明确该治疗方案对患者预后的影响,并深入探究猴头健胃灵胶囊的作用机制。

[参考文献]

- [1] 李娟娟,王风云,吕林,等.慢性糜烂性胃炎的中医研究进展[J].中华中医药杂志,2020,35(1):297-299.
- [2] CHEN R Y, LI Y, CHEN X D, et al. *dupA*⁺ *H. pylori* reduces diversity of gastric microbiome and increases risk of erosive gastritis[J]. Front Cell Infect Microbiol, 2023, 13: 1103909.
- [3] YANG Y Y, LI K M, XU G F, et al. Clinical manifestation, lifestyle, and treatment patterns of chronic erosive gastritis: A multicenter real-world study in China[J]. World J Gastroenterol, 2024, 30(9): 1108-1120.
- [4] 中华医学会消化病学分会,中华医学会消化病学分会消化系统肿

瘤协作组.中国慢性胃炎诊治指南(2022年,上海)[J].中华消化杂志,2023,43(3):145-175.

- [5] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性胃炎中医诊疗专家共识(2023)[J].中华中医药杂志,2023,38(12):5904-5911.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J].中国中西医结合消化杂志,2025,33(12):1123-1140.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.
- [8] 蒋海良,郑君渭,彭永剑.柴胡牡蛎汤加味联合四联疗法治疗Hp阳性慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床研究[J].新中医,2024,56(20):31-35.
- [9] 张秋霞,张影,张雅文,等.基于古今医案云平台系统探析慢性糜烂性胃炎临床症状-证候-用药规律[J].首都医科大学学报,2023,44(3):463-469.
- [10] 张敏敏.消化性溃疡诊断与治疗共识意见(2022年,上海)[J].胃肠病学,2023,28(4):208-225.
- [11] 黄茜,杨湛南,李雅然,等.猴头健胃灵联合莫沙必利治疗老年人功能性消化不良的临床观察[J].现代消化及介入诊疗,2014,19(2):117-119.
- [12] 张华伟,黄蓉.猴头健胃灵片联合奥美拉唑治疗萎缩性胃炎的临床效果[J].中国医学创新,2024,21(31):41-45.
- [13] 杨洋,邹多武,魏玮.猴头健胃灵片治疗慢性胃炎、消化性溃疡临床应用专家共识[J].中国实验方剂学杂志,2024,30(20):96-102.
- [14] 陆崇,王琳,曾禄昌.幽门螺杆菌毒素分型与慢性萎缩性胃炎癌变风险的关系探讨[J].现代消化及介入诊疗,2023,28(6):679-684.
- [15] 霍佳宁,孙春,李姣姣,等.外周血PLR、G-17及PG I/PG II比值在慢性萎缩性胃炎患者中的检测意义[J].临床医学研究与实践,2025,10(33):93-96.
- [16] 蒋桂平,曹会波,王正银.参术健脾方加减治疗脾虚湿阻型胃痞病的疗效及对血清PG I、PG II和G-17水平的影响[J].分子诊断与治疗杂志,2025,17(11):2064-2066.
- [17] 文婷,吴娣娣,雷颜霞,等.分析胃蛋白酶原I、II、PCR与胃泌素(G-17)在萎缩性胃炎中的表达相关性研究[J].实验室检测,2025,3(19):274-276.
- [18] 任丽江,杨胜男,董丽丽,等.Hp感染免疫过程与临床诊治进展[J].临床医学研究与实践,2025,10(36):191-194.
- [19] 史敏敏,雷俊梅,崔萌萌,等.外周血白细胞介素-6水平联合CD4⁺/CD8⁺比值评估胃癌严重程度和预测复发的临床价值分析[J].肿瘤学杂志,2024,30(7):599-603.

[责任编辑:吴凌,蒋维超(英文)]