

# 荜铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎的疗效及对外周血 T 淋巴细胞亚群和血清炎症相关细胞因子水平的影响\*

苏卫仙<sup>1</sup> 刘倩<sup>1</sup> 杜丙杰<sup>1</sup> 高振伟<sup>1</sup> 何娣<sup>1</sup> 赵俊精<sup>1</sup> 秘树青<sup>2</sup>

**[摘要]** 目的:探讨荜铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌(Hp)相关性慢性胃炎的临床疗效以及其对患者外周血 T 淋巴细胞亚群和血清炎症相关细胞因子水平的影响。方法:选择廊坊市人民医院消化科 2021 年 2 月—2022 年 2 月收治的 100 例 Hp 相关性慢性胃炎患者作为研究对象,按随机数字表法分成观察组与对照组各 50 例。观察组采用荜铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗,对照组采用常规艾司奥美拉唑四联疗法治疗。连续治疗 14 d 后观察 2 组临床疗效和胃镜疗效,统计 2 组 Hp 根除率与不良反应情况。比较治疗前后 2 组中医证候积分、外周血 T 淋巴细胞亚群和血清炎症因子水平。结果:观察组临床及胃镜总有效率分别为 94.00%(47/50)、90.00%(45/50),与对照组[78.00%(39/50)、72.00%(36/50)]比较均显著升高( $P < 0.05$ )。2 组治疗后气滞血瘀证的各项症状积分均较治疗前显著降低( $P < 0.05$ ),且均以观察组的下降更显著( $P < 0.05$ )。观察组 Hp 根除率达 94.00%(47/50),较对照组[80.00%(40/50)]显著提高( $P < 0.05$ )。与治疗前比较,2 组患者治疗后外周血 CD4<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 和血清干扰素  $\gamma$ (IFN- $\gamma$ ) 水平均显著升高( $P < 0.05$ ),外周血 CD8<sup>+</sup> 和血清肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$ 、白细胞介素(IL)-6 水平均显著降低( $P < 0.05$ );且均以观察组的改善更显著( $P < 0.05$ )。观察组不良反应发生率与对照组比较差异无统计学意义[6.00%(3/50) vs. 14.00%(7/50)]( $P > 0.05$ )。结论:荜铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎的整体疗效显著,该联合方案能有效改善患者细胞免疫状态,下调血清 IFN- $\gamma$ 、TNF- $\alpha$ 、IL-6 的表达水平,提高 Hp 根除率,且安全性好。

**[关键词]** 荜铃胃痛颗粒;四联疗法;艾司奥美拉唑;Hp 相关性胃炎;T 淋巴细胞亚群;炎症细胞因子

DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.06.07

[中图分类号] R573.6 [文献标志码] A

## Efficacy of Biling Weitong Granule combined with esomeprazole in the treatment of Hp related chronic gastritis and effects on T lymphocyte and inflammatory cytokine levels in peripheral blood

SU Weixian<sup>1</sup> LIU Qian<sup>1</sup> DU Bingjie<sup>1</sup> GAO Zhenwei<sup>1</sup> HE Di<sup>1</sup>  
ZHAO Junjing<sup>1</sup> MI Shuqing<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Department of Gastroenterology, Langfang People's Hospital, Langfang, Hebei, 065000, China; <sup>2</sup>School of Life Sciences, Langfang Normal University)

Corresponding author: SU Weixian, E-mail: kzj011@163.com

**Abstract Objective:** To investigate the clinical efficacy of Biling Weitong Granule combined with esomeprazole in the treatment of *Helicobacter Pylori* (Hp) related chronic gastritis and its effects on peripheral blood T lymphocyte and serum levels of inflammatory cytokines. **Methods:** A total of 100 patients with Hp related chronic gastritis admitted to our hospital from February 2021 to February 2022 were randomly divided into observation group(50 cases) and control group(50 cases). The observation group was treated with Biling Weitong Granule combined with esomeprazole quadruple therapy, while the control group was treated with conventional esomeprazole quadruple therapy. After 14 days of continuous treatment, the clinical and gastroscopic efficacy, Hp eradication rate and adverse reactions were observed. Before and after treatment, TCM syndrome integral was performed in both groups, and the levels of T lymphocyte in peripheral blood of both groups were detected by flow cytometry, serum levels of IFN- $\gamma$ , tumor necrosis factors  $\alpha$  and interleukin 6 were measured by enzyme linked im-

\*基金项目:河北省 2022 年度医学科学研究课题计划(No:20221596)

<sup>1</sup>廊坊市人民医院消化科(河北廊坊,065000)

<sup>2</sup>廊坊师范学院生命科学学院

通信作者:苏卫仙,E-mail: kzj011@163.com

引用本文:苏卫仙,刘倩,杜丙杰,等.荜铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎的疗效及对外周血 T 淋巴细胞亚群和血清炎症相关细胞因子水平的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2022,30(6):419-423,430. DOI:10.3969/j.issn.1671-038X.2022.06.07.

munosorbent assay(ELISA). **Results:** The total effective rates of clinical and gastroscopic of observation group were 94.00%(47/50) and 90.00%(45/50) respectively, which were significantly higher than those of control group (78.00%[39/50] and 72.00%[36/50]) ( $P < 0.05$ ). After treatment, the symptom scores of Qi stagnation and blood stasis syndrome in both groups were significantly lower than those before treatment( $P < 0.05$ ), and the decrease was more significant in the observation group( $P < 0.05$ ). The eradication rate of Hp in the observation group was 94.00%(47/50), which was significantly higher than that in the control group( $P < 0.05$ ). After treatment, the levels of CD4<sup>+</sup>, CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> and IFN- $\gamma$  in peripheral blood were significantly increased( $P < 0.05$ ), and the level of CD8<sup>+</sup>, TNF- $\alpha$  and IL-6 in peripheral blood were significantly decreased( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The combined therapy of Biling Weitong Granule and esomeprazole has a significant effect on Hp related chronic gastritis. The combined therapy can effectively correct the imbalance of T lymphocyte in peripheral blood and enhance the cellular immune function of patients, reduce the body's inflammatory reaction, improve the eradication rate of Hp, and of good security.

**Key words** Biling Weitong Granule; quadruple therapy; esomeprazole; Hp associated gastritis; T lymphocyte; inflammatory cytokines

慢性胃炎是消化内科常见病及多发病,其因病机复杂,大量研究证实,幽门螺杆菌(Hp)感染是诱发慢性胃炎的主要因素,约 60% 以上的慢性胃炎患者伴有 Hp 感染,而 Hp 又是 I 类致癌物质,是引发严重胃部并发症以及胃炎转化为胃癌的重要危险因素<sup>[1-2]</sup>。目前西医治疗 Hp 相关性慢性胃炎尚缺乏特效药,临床主要采取的是三联或四联疗法,包括保护胃黏膜、根除 Hp、增加胃动力等,一定程度上能改善患者胃黏膜病变,缓解消化道不适症状,但整体疗效并不十分理想,且易产生耐药性<sup>[3]</sup>。Hp 相关性慢性胃炎属中医“痞满”“胃脘痛”等范畴,中医药治疗慢性胃炎具有多靶点、多途径的整体调节作用,在 Hp 的根除上效果较为突出<sup>[4]</sup>。铈铃胃痛颗粒属于纯中药制剂,具有和胃止痛、行气活血、舒肝解郁等功效,在慢性胃炎、胃溃疡等胃部疾病的治疗中能取得显著疗效<sup>[5]</sup>。为进一步探讨铈铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法在 Hp 相关性慢性胃炎中的应用价值,本研究对我院近年来收治的此类疾病患者给予铈铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗,并与单用四联疗法作对照。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象为 2021 年 2 月—2022 年 2 月我院消化科收治的 100 例 Hp 相关性慢性胃炎患者,按随机数字表法分成观察组与对照组各 50 例。2 组基线资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组基线资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁	病程/年
		男	女		
观察组	50	23	27	45.31±6.17	6.47±1.98
对照组	50	25	25	44.68±6.43	6.25±1.83
$\chi^2/t$		0.160		0.500	0.577
$P$		0.689		0.618	0.565

**1.1.1 诊断标准** 慢性胃炎诊断标准参照《中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)》<sup>[6]</sup>,查<sup>13</sup>C 呼气试验阳性患者。中医辨证为气滞血瘀证<sup>[7]</sup>。即主症:胃脘痛有定处,拒按,胃脘胀满,久治不愈;次症:胸闷喜太息,暖气频繁,面色晦暗,大便色黑;舌脉象:舌暗红或紫暗,有瘀点或瘀斑,脉弦涩。符合主症+次症 2 项,结合舌脉象,可确诊。

**1.1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:①符合慢性胃炎诊断标准,中医辨证为气滞血瘀证;②<sup>13</sup>C 呼气试验结果为 Hp 阳性;③近 4 周内未使用过质子泵抑制剂、胃黏膜保护药及抗生素等相关药物;④年龄 18~70 岁,性别不限;⑤无铈铃胃痛颗粒、艾司奥美拉唑等本研究涉及药物使用禁忌证;⑥愿签署知情同意书;⑦既往无胃部手术史。排除标准:①既往接受 Hp 根除治疗次数 $\geq 3$  次;②妊娠期、备孕或哺乳期女性;③伴有胃黏膜不典型增生;④过敏体质;⑤合并胃镜检查禁忌证;⑥患有消化性溃疡;⑦伴有重要脏器功能障碍;⑧合并胃肠道、肝脏等器官肿瘤。

### 1.2 治疗方法

对照组:给予艾司奥美拉唑四联疗法治疗,包括:①艾司奥美拉唑镁肠溶片(规格:20.0 mg/片),1 粒/次,2 次/d,早晚餐前 30 min 服用;②克拉霉素缓释片(规格:0.5 g/片),1 片/次,2 次/d,早晚餐后即刻服用;③阿莫西林胶囊(规格:0.25 g/粒),4 粒/次,2 次/d,早晚餐后即刻服用;④胶体果胶铋胶囊(规格:50 mg/粒),4 粒/次,2 次/d,早晚餐前 30 min 服用。

以上药物连服 14 d。在此基础上,观察组:口服铈铃胃痛颗粒(规格 5 g/袋):1 袋/次,3 次/d,连服 14 d。

### 1.3 观察指标

①参照内镜疗效评价标准<sup>[8]</sup>,痊愈:胃黏膜恢复正常;显效:胃黏膜病变积分减少 2 级以上;有效:胃黏膜病变积分减少 1 级;无效:胃黏膜病变无

改变或加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。②中医证候量化标准:参照文献<sup>[7,9]</sup>对气滞血瘀证进行量化分级,包括胃脘痛、胃脘胀满、胸闷喜太息、嗳气频繁、舌质暗、脉弦涩;其中主症胃脘痛、胃脘胀满及舌象、脉象按照无和轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分,次症胸闷喜太息、嗳气频繁分别计 0、1、2、3 分。③Hp 根除情况:Hp 根除率=Hp 已根除病例数/总病例数×100%。Hp 根除标准:停药 4 周后<sup>13</sup>C 呼气试验结果显示 Hp 阴性。④外周血 T 淋巴细胞亚群:治疗前后抽取受试者空腹外周静脉血 3 mL,使用美国贝克曼库尔特公司的 Cytomics FC 500 流式细胞仪检测外周血 T 淋巴细胞亚群水平,主要观察外周血 CD4<sup>+</sup>、CD8<sup>+</sup> 水平及其比值(CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>)变化。⑤血清细胞因子:采集受试者的空腹肘静脉血 3 mL,3000 r/min 速度离心,分离血清;选用美国赛默飞世尔 MK3 全自动酶标仪测定血清干扰素  $\gamma$ (IFN- $\gamma$ )、白细胞介素(IL)-6、肿瘤坏死因子(TNF)- $\alpha$  水平,试剂盒(酶联免疫法)均购自上海雅吉生物,操作均按说明书。⑥统计 2 组治疗期间食欲不振、胃肠道不适等不良反应发生情况。

#### 1.4 疗效判定标准

参照文献<sup>[6,10]</sup>拟定。痊愈:临床症状体征(如胃脘痛、胃脘胀满等主症)消失,中医证候总积分下降(以下简称为“N”)≥95%,胃黏膜复常, Hp 转阴。显效:临床症状体征(如胃脘痛、胃脘胀满等)以及胃镜下黏膜炎症明显减轻, Hp 转阴, 70%≤N<95%。有效:临床症状体征(如胃脘痛、胃脘胀满等)以及胃镜下黏膜炎症有所减轻, 30%≤N<70%。无效:不及上述标准。

#### 1.5 统计学方法

使用统计软件 SPSS 25.0 处理数据,计量资料以  $\bar{X} \pm S$  表示,组内和组间两两比较分别行配对与

独立样本 *t* 检验,计数资料行  $\chi^2$  检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组临床疗效比较

观察组临床总有效率较对照组显著升高,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	50	18	17	12	3	94.00
对照组	50	10	11	18	11	78.00
$\chi^2$						5.316
<i>P</i>						0.021

### 2.2 2 组胃镜疗效比较

观察组胃镜总有效率显著高于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 3。

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	50	18	14	13	5	90.00
对照组	50	10	9	17	14	72.00
$\chi^2$						5.263
<i>P</i>						0.022

### 2.3 2 组中医证候积分比较

2 组治疗后气滞血瘀证的各项症状积分均较治疗前显著降低(*P* < 0.05),且均以观察组的下降更显著(*P* < 0.05)。见表 4。

### 2.4 2 组 Hp 根除率比较

观察组 Hp 根除率达,较对照组显著提高,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 5。

组别	例数	胃脘痛		胃脘胀满		胸闷喜太息	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	4.11±0.37	1.25±0.34 <sup>1)</sup>	3.96±0.32	1.33±0.28 <sup>1)</sup>	1.85±0.24	0.96±0.16 <sup>1)</sup>
对照组	50	3.98±0.42	2.17±0.26 <sup>1)</sup>	3.87±0.36	2.24±0.30 <sup>1)</sup>	1.77±0.29	1.44±0.20 <sup>1)</sup>
<i>t</i>		1.642	15.199	1.321	15.680	1.503	13.252
<i>P</i>		0.104	<0.001	0.189	<0.001	0.136	<0.001

  

组别	例数	嗳气频繁		舌质暗		脉弦涩	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	2.01±0.26	1.17±0.16 <sup>1)</sup>	4.56±0.42	1.12±0.28 <sup>1)</sup>	4.33±0.37	1.21±0.27 <sup>1)</sup>
对照组	50	1.94±0.22	1.55±0.18 <sup>1)</sup>	4.47±0.38	2.15±0.33 <sup>1)</sup>	4.24±0.43	1.64±0.32 <sup>1)</sup>
<i>t</i>		1.453	11.157	1.124	16.829	1.122	7.262
<i>P</i>		0.149	<0.001	0.264	<0.001	0.265	<0.001

与组内治疗前比较,<sup>1)</sup>*P* < 0.05。

表 5 2 组 Hp 根除率比较

组别	例数	阴性	阳性	根除率/%
观察组	50	47	3	94.00
对照组	50	40	10	80.00
$\chi^2$				4.332
<i>P</i>				0.037

2.5 2 组外周血 T 淋巴细胞亚群水平比较

2 组治疗后外周血 CD4<sup>+</sup> 水平和 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 均较治疗前显著升高 ( $P < 0.05$ ), 外周血 CD8<sup>+</sup> 水

平均较治疗前显著降低 ( $P < 0.05$ ); 且均以观察组的改善更显著 ( $P < 0.05$ )。见表 6。

2.6 2 组血清炎性因子水平比较

与治疗前比较, 2 组治疗后血清 IFN- $\gamma$  水平均显著升高 ( $P < 0.05$ ), 血清 TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平均显著降低 ( $P < 0.05$ ); 但均以观察组的改善更显著 ( $P < 0.05$ )。见表 7。

2.7 2 组不良反应比较

观察组不良反应发生率与对照组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 8。

表 6 2 组外周血 T 淋巴细胞亚群水平比较

组别	例数	CD4 <sup>+</sup> / %		CD8 <sup>+</sup> / %		CD4 <sup>+</sup> / CD8 <sup>+</sup>	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	38.57 ± 3.46	48.12 ± 4.22 <sup>1)</sup>	24.65 ± 2.17	19.34 ± 1.64 <sup>1)</sup>	1.54 ± 0.23	2.49 ± 0.28 <sup>1)</sup>
对照组	50	38.24 ± 3.18	42.58 ± 3.95 <sup>1)</sup>	24.38 ± 2.03	22.15 ± 1.86 <sup>1)</sup>	1.58 ± 0.22	1.92 ± 0.25 <sup>1)</sup>
<i>t</i>		0.497	6.777	0.642	8.013	0.889	10.738
<i>P</i>		0.621	<0.001	0.522	<0.001	0.376	<0.001

与组内治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 7 2 组血清炎性因子水平比较

组别	例数	IFN- $\gamma$		TNF- $\alpha$		IL-6	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	22.87 ± 3.21	35.12 ± 4.47 <sup>1)</sup>	36.12 ± 4.21	17.22 ± 3.85 <sup>1)</sup>	45.22 ± 2.84	15.87 ± 1.34 <sup>1)</sup>
对照组	50	23.12 ± 3.09	29.04 ± 4.25 <sup>1)</sup>	35.86 ± 3.97	24.34 ± 3.40 <sup>1)</sup>	45.08 ± 2.76	29.92 ± 2.26 <sup>1)</sup>
<i>t</i>		0.397	6.970	0.318	9.802	0.250	37.813
<i>P</i>		0.692	<0.001	0.751	<0.001	0.803	<0.001

与组内治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

表 8 2 组不良反应比较

组别	例数	恶心 呕吐	便秘	腹泻	皮疹	食欲 不振	总发生率 /%
观察组	50	1	0	1	0	1	6.00
对照组	50	2	1	2	1	1	14.00
$\chi^2$							1.778
<i>P</i>							0.182

3 讨论

慢性胃炎在消化内科十分多见, 以腹部不适、腹痛等为主要表现, 可导致消化吸收不良, 容易引起营养不良、免疫力下降, 随着病情进展还可引发胃溃疡、胃出血等, 若溃疡反复发生, 可对胃黏膜造成严重损伤, 增加癌变风险<sup>[11]</sup>。Hp 是慢性胃炎的主要致病菌, 更是被世界卫生组织 (WHO) 列为 I 类致癌因子, 可影响慢性胃炎病程进展, 增加胃癌风险。对于 Hp 相关性胃炎应及时给予 Hp 根除治疗, 以抑制炎症向萎缩、肠化生、异型增生进展, 降低癌变风险<sup>[7]</sup>。现代医学对于 Hp 相关性胃炎

的治疗主要以抗生素、质子泵抑制剂等三联或四联疗法为主, 旨在从多方面抑制胃酸分泌、改善胃黏膜屏障、根除 Hp 感染, 从而提高临床治疗效果。本研究采用的四联疗法中, 克拉霉素与阿莫西林的作用是根治 Hp; 艾司奥美拉唑为质子泵抑制剂, 可通过抑制 H<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>-ATP 酶 (即质子泵), 减少胃酸分泌; 胶体果胶铋具有抗胃蛋白酶的作用, 能增强胃黏膜屏障, 并能杀灭 Hp, 能延缓 Hp 对于抗生素的耐药性。目前临床关于以艾司奥美拉唑为主的四联疗法对于 Hp 的根除率报道不一, 本研究中该四联疗法的 Hp 根除率为 80.00%, 可见其疗效仍有较大提升空间。近年来大量研究证实, 在常规西药治疗基础上联合中医药治疗 Hp 相关性慢性胃炎能有效提高 Hp 根除率, 进而提高临床疗效<sup>[12]</sup>。

慢性胃炎属中医“痞满”“胃脘痛”等范畴, 主要因外邪犯胃、情志不畅、内伤饮食引起脾胃升降失调, 发病机制涉及食滞、气滞、血瘀、痰湿等多个方面, 可引发胃脘痞胀、胃痛、嗝气、口干口苦等症状, 治宜制酸止痛、行气活血。萆铃胃痛颗粒是主要由萆澄茄、醋延胡索、川楝子、黄连、吴茱萸、酒大黄、

醋香附、佛手、香橼、煨瓦楞子、海螵蛸等十一味中药经现代制药工艺精制而成的中成药,其组方是在古方金铃子散(出自宋·《太平圣惠方》)以及左金丸(元·朱丹溪《丹溪心法》)基础上加味而成。方中萆澄茄、川楝子、醋延胡索共为君药,可温中散寒、行气止痛;黄连、吴茱萸共为臣药,具有清肝泻火、降逆止呕之功效;酒大黄、醋香附、香橼、佛手共为佐药,可活血化瘀、疏肝理气;海螵蛸、煨瓦楞子共为使药,可制酸止痛、化痰散结。诸药合用,可共奏和胃止痛、行气活血之功效。现代药理研究表明,萆铃胃痛颗粒对于胃酸分泌具有明显的抑制作用,能提高胃液酸碱度(pH 值),抑制胃蛋白酶活性,对胃黏膜起到保护与修复作用<sup>[13]</sup>;方中萆澄茄、川楝子、延胡索具有有效的抗炎、镇痛作用,其中延胡索还具有抑制胃液分泌与抗胃溃疡等作用;大黄、黄连、吴茱萸具有一定的抗 Hp 作用。临床研究证实,萆铃胃痛颗粒能改善慢性非萎缩性胃炎以及慢性萎缩性胃炎患者胃脘痛、腹胀等症状,下调炎症因子水平,改善胃功能及胃镜表现,减轻胃黏膜萎缩、肠化生,促进病情的恢复<sup>[14-15]</sup>。本研究结果显示,观察组治疗后临床及胃镜总有效率、Hp 根除率分别为 94.00%、90.00%、94.00%,与对照组的 78.00%、72.00%、80.00%相比均显著升高。且治疗后,观察组气滞血瘀证的胃脘痛、胃脘胀满、胸闷喜太息等各项症状积分均较治疗前显著降低,且降低幅度显著大于对照组。上述结果提示,萆铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎的疗效显著,该中西医结合疗法能有效促进患者临床症状体征的缓解,提高 Hp 根除率,疗效确切。

Hp 相关性慢性胃炎患者机体内存在一定的细胞免疫功能紊乱状态,主要表现为外周血 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞减少,CD8<sup>+</sup>T 淋巴细胞增多,即机体细胞免疫功能低下,从而不利于 Hp 的清除和疾病转归<sup>[16]</sup>。其中 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞属于辅助性 T 细胞(Th 细胞),能协助巨噬细胞、单核细胞、B 细胞等免疫细胞发挥免疫保护作用;CD8<sup>+</sup>T 淋巴细胞属于抑制和细胞毒性 T 细胞,其数量增多表示体内细胞免疫受限制。本研究结果显示,观察组治疗后外周血 CD4<sup>+</sup>水平和 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>均显著高于治疗前,外周血 CD8<sup>+</sup>水平显著低于治疗前,且改善幅度显著大于对照组;提示,萆铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎能有效纠正患者外周血 T 淋巴细胞亚群失衡,增强机体细胞免疫功能,进而有利于促进 Hp 的根除,大大提高治疗效果。Hp 相关性慢性胃炎的发生及发展与多种炎症相关细胞因子有关,其中炎症反应起着重要作用。Hp 感染后可使胃黏膜生成大量促炎因子,诱发炎症反应,引发或加重胃黏膜损伤<sup>[17]</sup>。

IFN- $\gamma$  主要由活化的自然杀伤(NK)细胞与 Th 细胞产生,高水平的 IFN- $\gamma$  可刺激免疫细胞工作进而杀灭 Hp。TNF- $\alpha$  主要由激活的单核-巨噬细胞产生,能激活炎症反应,使胃黏膜损伤加重。IL-6 是重要的促炎因子之一,具有多种生物学功能,可激活内皮细胞,对多种细胞均可起到促炎与趋化作用,参与胃黏膜炎症反应。本研究通过比较 2 组治疗前后血清指标得出,2 组治疗后血清 IFN- $\gamma$  水平均较治疗前显著升高,血清 TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平均较治疗前显著降低,但均以观察组的改善更显著。该结果提示,萆铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎能有效缓解患者体内炎症反应,减轻炎症损伤。其原因与萆铃胃痛颗粒及其拆方具有的抗炎、抗 Hp 以及胃黏膜保护等作用有关。此外,本研究发现,萆铃胃痛颗粒的使用不仅未增加 Hp 相关性慢性胃炎患者不良反应的发生风险,反而有助于减少艾司奥美拉唑四联疗法不良反应的发生(6.00% vs. 14.00%)。

综上所述,萆铃胃痛颗粒联合艾司奥美拉唑四联疗法治疗 Hp 相关性慢性胃炎相对于单用四联疗法治疗能进一步提高 Hp 根除率,提高临床疗效,促进患者胃脘痛、胃脘胀满等症状体征的缓解,并能正性调节外周血 T 淋巴细胞亚群以及血清 IFN- $\gamma$ 、TNF- $\alpha$ 、IL-6 水平,增强机体细胞免疫功能,缓解体内炎症反应,值得临床推广应用。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

#### 参考文献

- [1] Anjana ML, Kavitha Y. Evaluation of chronic gastritis with Helicobacter pylori using updated Sydney system [J]. Int J Res Med Sci, 2021, 9(9): 2728-2732.
- [2] Alrashidi HE, El-Ageery SM, Fawzy IM, et al. The role of T helper 17 cells in Helicobacter pylori associated chronic gastritis [J]. J Med Microbiol, 2021, 30(3): 119-126.
- [3] Chang YW, Park YM, Oh CH, et al. Effects of probiotics or broccoli supplementation on Helicobacter pylori eradication with standard clarithromycin-based triple therapy [J]. Korean J Intern Med, 2020, 35(3): 574-581.
- [4] 张诗宇, 王垂杰, 路小龙. 慢性胃炎中医辨治思路 [J]. 江苏中医药, 2020, 52(12): 43-45.
- [5] 于丽, 巩阳. 萆铃胃痛颗粒联合四联疗法治疗 Hp 阳性胃溃疡的临床疗效观察 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29(3): 175-177, 182.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见 (2017 年, 上海) [J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见 (2011 年天津) [J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(6): 738-743.

(下转第 430 页)

- 期体外胃肠起搏治疗的康复效果评价[J]. 河北医药, 2020, 42(23):3660-3663.
- [10] 冯娟, 陈桂兰. 大黄外敷神阙穴联合胃肠起搏在老年功能性便秘患者中的应用[J]. 中国医药导报, 2020, 17(36):159-162.
- [11] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组, 中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021, 44(3):170-205.
- [12] 韩芳朵, 李碧珍, 吴恋恋, 等. 呼吸康复护理干预对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者运动耐力及呼吸困难指数的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(13):2402-2403.
- [13] 杨露露, 曲木诗玮, 司徒炫明, 等. 慢性阻塞性肺疾病稳定期患者六分钟步行试验诱导的运动性低氧的预测方法研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(2):212-216.
- [14] 薛佩妮, 冯敏娟, 王惠琴. 噻托溴铵粉联合糖皮质激素治疗慢性阻塞性肺疾病疗效及对患者生活质量评分的影响[J]. 陕西医学杂志, 2020, 49(2):216-219.
- [15] 杨改玲, 冯波. 胃肠起搏治疗胃肠功能紊乱性疾病的临床疗效观察[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(24):35-36.
- [16] Zhu B, Wang Y, Ming J, et al. Disease burden of COPD in China: a systematic review[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2018, 13:1353-1364.
- [17] Balasuriya GK, Mohsenipour M, Brassington K, et al. Ebselen prevents cigarette smoke-induced gastrointestinal dysfunction in mice[J]. Clin Sci (Lond), 2020, 134(22):2943-2957.
- [18] 黄伟锋, 刘明, 栗华, 等. 胃肠起搏器治疗功能性胃肠病的临床疗效分析[J]. 福建医药杂志, 2017, 39(1):116-118.
- [19] 何彦侠, 薛兵. 6MWT 与 COPD 患者肺功能的相关性及对患者预后的预测价值[J]. 西南国防医药, 2019, 29(1):27-30.
- [20] 覃尚红, 黄东挺, 宾洋雁, 等. 胃肠起搏联合认知行为治疗老年腹泻型肠易激综合征患者的疗效及对生活质量的影响[J]. 内科, 2021, 16(4):429-432.

(收稿日期:2022-04-09)

(上接第 423 页)

- [8] 国家中医药管理局. 国家中医药管理局办公室关于印发中风病(脑梗死)等 92 个病种中医临床路径和中医诊疗方案(2017年版)的通知[EB/OL]. (2017-03-22) [2021-02-01]. <http://yzs.satcm.gov.cn/gongzudongtai/2018-03-24/2651.html>.
- [9] 中华中医药学会脾胃病分会. 脾胃病症状量化标准专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8):3590-3596.
- [10] 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, 2002:383-384.
- [11] Elias RE, Gisuthan B, Sreeganesh AS. Histopathological Changes in Helicobacter pylori Associated Gastritis and Scope of Special Stain and Immunohistochemistry as Diagnostic Aids [J]. J Evid Based Med Healthc, 2020, 7(50):3027-3032.
- [12] 姚国鹏, 李启祥, 段雪辉, 等. 荆花胃康胶丸联用四联疗法补救治疗幽门螺杆菌感染的随机对照研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(7):922-925.
- [13] 刘敏. 革铃胃痛颗粒的基础研究及临床应用[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(7):553-556.
- [14] 崔丹阳, 巩阳. 对比观察革铃胃痛颗粒与气滞胃痛颗粒对肝胃不和型非萎缩性胃炎的临床疗效和起效时间[J]. 中华消化杂志, 2019, 39(6):412-414.
- [15] 姚鹏, 田晶晶, 康洪昌, 等. 革铃胃痛颗粒联合标准四联疗法治疗慢性萎缩性胃炎伴轻中度肠上皮化生患者的效果研究[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27(6):855-859.
- [16] 杜爱平, 张利伟, 翟亚娟. 叶酸联合萎胃颗粒对 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者血清炎性指标和外周血 T 细胞亚群的影响[J]. 免疫学杂志, 2019, 35(2):151-156.
- [17] 房涛, 王歌文, 赵佳华. 益胃汤加减联合三联疗法对 HP 感染所致慢性胃炎患者血清炎性因子、HP 清除率的影响[J]. 陕西中医, 2019, 40(11):1598-1601.

(收稿日期:2022-03-22)