

仁青芒觉胶囊联合雷贝拉唑治疗胃溃疡的临床研究

薛梅¹, 薛伟², 张梦巧¹, 贾伟¹, 魏秀芹¹

1. 首都医科大学附属北京康复医院, 北京 100144

2. 青岛市黄岛区第六人民医院, 山东 青岛 266419

摘要: **目的** 探讨仁青芒觉胶囊联合雷贝拉唑治疗胃溃疡的临床疗效。**方法** 选取 2020 年 3 月—2023 年 2 月首都医科大学附属北京康复医院收治的 91 例胃溃疡患者, 按随机数字表法将所有患者分为对照组 (45 例) 和治疗组 (46 例)。对照组晨服雷贝拉唑钠肠溶片, 20 mg/次, 1 次/d。治疗组在对照组基础上口服仁青芒觉胶囊, 4 粒/次, 1 次/d。两组疗程均为 6 周。观察两组临床疗效, 比较治疗前后两组主要症状积分、溃疡愈合率和幽门螺杆菌 (Hp) 根除率、36 项健康调查简表 (SF-36) 评分及血清胃泌素 (GAS)、胃动素 (MTL)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、转化生长因子- β 1 (TGF- β 1) 水平。**结果** 治疗后, 治疗组总有效率是 95.65%, 较对照组的 80.00% 显著提高 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组中上腹痛、反酸、嗝气、脘腹胀满积分及其总积分均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$); 且治疗后, 治疗组主要症状积分显著低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组溃疡愈合率、Hp 根除率分别为 73.91%、89.13%, 均显著高于对照组的 51.11%、71.11% ($P < 0.05$)。治疗后, 两组 SF-36 中生理健康评分、心理健康评分及量表总分均显著增加 ($P < 0.05$); 且治疗后, 治疗组 SF-36 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组 GAS、MTL、TNF- α 、TGF- β 1 水平均较治疗前显著下降 ($P < 0.05$); 且治疗后, 治疗组血清 GAS、MTL、TNF- α 、TGF- β 1 水平均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 仁青芒觉胶囊联合雷贝拉唑治疗胃溃疡可获得确切疗效, 能安全有效地缓解患者主要症状, 调节胃肠激素, 抑制炎症反应, 促进溃疡愈合及 Hp 清除, 改善生活质量, 值得临床推广应用。

关键词: 仁青芒觉胶囊; 雷贝拉唑钠肠溶片; 胃溃疡; 症状积分; 胃肠激素; 肿瘤坏死因子- α ; 转化生长因子- β 1

中图分类号: R975 **文献标志码:** A **文章编号:** 1674-5515(2023)08-1971-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2023.08.023

Clinical study on Renqing Mangjue Capsules combined with rabeprazole in treatment of gastric ulcer

XUE Mei¹, XUE Wei², ZHANG Meng-qiao¹, JIA Wei¹, WEI Xiu-qin¹

1. Beijing Rehabilitation Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100144, China

2. The Sixth People's Hospital of Huangdao District in Qingdao, Qingdao 266419, China

Abstract: Objective To explore the clinical efficacy of Renqing Mangjue Capsules combined with rabeprazole in treatment of gastric ulcers. **Methods** A total of 91 patients with gastric ulcer admitted to Beijing Rehabilitation Hospital Affiliated to Capital Medical University from March 2020 to February 2023 were selected and divided into control group (45 cases) and treatment group (46 cases) according to random number table method. Patients in the control group were *po* administered with Sodium Rabeprazole Enteric-coated Tablets, 20 mg/time, once daily. Patients in the treatment group were *po* administered with Renqing Mangjue Capsules on the basis of the control group, 4 grains/time, once daily. Patients in two groups were treated for 6 weeks. After treatment, the clinical efficacy was evaluated, and the score of major symptoms, ulcer healing rate, Hp eradication rate, 36 health survey summary table (SF-36) score and serum gastrin (GAS), motilin (MTL), tumor necrosis factor- α (TNF- α), transforming growth factor- β 1 (TGF- β 1) levels were compared before and after treatment. **Results** After treatment, the total effective rate of the treatment group was 95.65%, which was significantly higher than that of the control group (80.00%, $P < 0.05$). After treatment, the scores of middle and upper abdominal pain, acid regurgitation, belching, abdominal distension and their total scores were significantly decreased in both groups compared with before treatment ($P < 0.05$). After treatment, the main symptom score of the treatment group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the ulcer healing rate and Hp eradication rate in the treatment group were 73.91% and 89.13%,

收稿日期: 2023-04-12

基金项目: 首都医科大学附属北京康复医院科技发展专项 (2020-036)

作者简介: 薛梅, 主治医师, 主要从事消化系统疾病的诊断和治疗。E-mail: xuemei202305@163.com

respectively, which were significantly higher than 51.11% and 71.11% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the physical health score, mental health score and total score of SF-36 in two groups were significantly increased ($P < 0.05$). After treatment, the SF-36 score of the treatment group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, serum GAS, MTL, TNF- α and TGF- β 1 levels in two groups were significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$). After treatment, the levels of GAS, MTL, TNF- α and TGF- β 1 in the treatment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$).

Conclusion Renqing Mangjue Capsules combined with rabeprazole can obtain the exact curative effect in treatment of gastric ulcers, can safely and effectively relieve the main symptoms of patients, regulate gastrointestinal hormones, inhibit inflammatory response, promote ulcer healing and Hp clearance, and also can improve the quality of life, which is worthy of clinical application.

Key words: Renqing Mangjue Capsules; Sodium Rabeprazole Enteric-coated Tablets; gastric ulcer; symptom score; gastrointestinal hormones; TNF- α ; TGF- β 1

消化性溃疡是患病率为 5%~10% 的消化内科常见病, 胃溃疡作为其常见类型, 主要是指在各种致病因子如幽门螺杆菌 (Hp) 感染、非甾体抗炎药 (NSAIDs) 使用等作用下发生的胃黏膜炎症及可达黏膜肌层或更深层次的坏死缺损^[1]。胃溃疡的发病率男性高于女性, 在 40~60 岁的中老年人群中最常见, 上腹部周期性、慢性、节律性疼痛是本病的主要症状, 多呈胀痛、灼痛或钝痛, 部分可伴呕吐、失眠、体质量下降等, 严重者可导致穿孔、幽门梗阻等并发症, 对患者生活质量产生较大影响^[2]。目前该病的治疗以降低胃酸的药物如质子泵抑制剂 (PPI)、制酸剂等、抗 Hp 药物及胃黏膜保护剂等药物为主, 旨在缓解患者胃肠道症状、促进溃疡愈合、改善患者生活质量^[3]。雷贝拉唑为新一代 PPI, 有抗 Hp、减少胃酸分泌等作用, 是治疗胃溃疡的常用抑酸剂^[4]。此外, 中医药在治疗本病方面优势明显。仁青芒觉胶囊属于藏药, 有清热解毒、益肝养胃之功效, 适用于毒热蕴胃引起的胃溃疡^[5]。故而本研究将仁青芒觉胶囊联合雷贝拉唑治疗胃溃疡, 取得了较好的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 3 月—2023 年 2 月首都医科大学附属北京康复医院收治的 91 例胃溃疡患者, 男 51 例, 女 40 例; 年龄 29~66 岁, 平均 (48.95 ± 9.14) 岁; 病程 6 个月~8 年, 平均 (3.67 ± 1.02) 年; 溃疡直径 7~16 mm, 平均 (12.04 ± 3.13) mm。

纳入标准: (1) 满足胃溃疡诊断标准^[6]; (2) 既往无胃肠道手术史; (3) 自愿签订知情同意书; (4) Hp 阳性; (5) 年龄 20~70 岁; (6) 无精神障碍等不能表达主诉及配合试验的情况; (7) 近 4 周内无相关中医药、PPI 等治疗史。

排除标准: (1) 存在大出血、穿孔等并发症;

(2) 妊娠或哺乳期女性; (3) 存在胃神经官能症、胃癌等类似疾病; (4) 伴有心、肝、肾等重要脏器严重功能损伤; (5) 难治性胃溃疡; (6) 患有其他消化系统疾病; (7) 合并雷贝拉唑使用禁忌证; (8) 对仁青芒觉胶囊中任何成分过敏。

1.2 药物

仁青芒觉胶囊由甘南佛阁藏药有限公司生产, 规格 0.25 g/粒, 产品批号 190822、2110028、2212029、2203014; 雷贝拉唑钠肠溶片由成都迪康药业有限公司生产, 规格 20 mg/片, 产品批号 2002093。

1.3 分组和治疗方法

按随机数字表法将所有患者分为对照组 (45 例) 和治疗组 (46 例)。其中对照组男 27 例, 女 18 例; 年龄 29~65 岁, 平均 (48.09 ± 9.59) 岁; 病程 6 个月~8 年, 平均 (3.51 ± 0.94) 年; 溃疡直径 8~16 mm, 平均 (12.39 ± 3.27) mm。治疗组男 24 例, 女 22 例; 年龄 31~66 岁, 平均 (49.38 ± 8.82) 岁; 病程 6 个月~8 年, 平均 (3.85 ± 1.09) 年; 溃疡直径 7~14 mm, 平均 (11.76 ± 3.05) mm。两组基线资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

所有患者均给予相同的基础治疗, 即进食富有营养、易消化、少刺激的食物和保持心情舒畅、避免精神刺激等饮食、心理干预, 以及胃黏膜保护、根除 Hp 等对症治疗。对照组患者晨服雷贝拉唑钠肠溶片, 20 mg/次, 1 次/d。治疗组在对照组基础上口服仁青芒觉胶囊, 4 粒/次, 1 次/d。用药期间防止受凉, 禁用生冷、酸腐、油腻食物。两组疗程均为 6 周。

1.4 疗效判定标准^[7]

临床治愈: 溃疡无痕迹或疤痕愈合, 症状完全消失, Hp 根除; 显效: 溃疡至愈合期 (H2), 主要症状消失, Hp 根除; 有效: 溃疡至愈合期 (H1), 症状减轻, Hp 由+++转为+; 无效: 以上评定指

标均未好转。

总有效率 = (临床治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数

1.5 观察指标

1.5.1 主要症状量化标准 按症状轻重分为 4 级, 对中上腹痛、反酸、嗝气、脘腹胀满各项主要症状分别计 0~3 分, 总积分 0~12 分, 积分越高患者主要症状越严重^[7]。

1.5.2 溃疡愈合率 患者疗程结束后, 复查胃镜, 由检查结果统计两组溃疡愈合率。以“内镜下溃疡消失或瘢痕形成”视为溃疡愈合。

1.5.3 Hp 根除率 疗程结束 4 周后, 选用德国菲舍尔分析仪器有限公司 HeliFANplus(FANci3)13C 呼气分析仪及其配套试验药盒对患者行碳 13 呼气试验检查, 操作均按说明书进行。由检测结果统计两组 Hp 根除率。

Hp 根除率 = Hp 根除例数 / 总例数

1.5.4 36 项健康调查简表(SF-36) 共包含生理健康总评(生理职能、躯体疼痛等 4 个维度, 0~100 分)和心理健康总评(精神健康、社会功能等 4 个维度, 0~100 分)两大领域, 各领域评分及量表总分(0~100 分)越高则提示生活质量越好^[8]。

1.5.5 血清细胞因子 治疗前后采集患者 6 mL 空腹静脉血, 离心(3 000 r/min, 半径 13.5 cm) 15 min, 保留上清液, 分装, -70 °C 冻存备用; 使用

ThermoFisher 生产的 Multiskan FC 型酶标仪, 以酶联免疫法检测血清胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、转化生长因子- β 1(TGF- β 1)水平, 操作均按说明书进行; 其中 GAS、MTL 的试剂盒均购自重庆雷鸟生物, TNF- α 、TGF- β 1 的试剂盒均购自上海恒远生物。

1.6 不良反应观察

记录患者药物相关不良反应。

1.7 统计学分析

使用 SPSS 24.0 统计软件包处理数据, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; 用百分比来表示计数资料, χ^2 检验进行组间比较。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗后, 治疗组总有效率是 95.65%, 较对照组的 80.00%显著提高($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组主要症状积分比较

治疗后, 两组中上腹痛、反酸、嗝气、脘腹胀满积分及其总积分均较治疗前显著降低($P < 0.05$); 且治疗后, 治疗组患者主要症状积分显著低于对照组($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组溃疡愈合率、Hp 根除率比较

治疗后, 治疗组溃疡愈合率、Hp 根除率分别为 73.91%、89.13%, 均显著高于对照组的 51.11%、71.11%($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison on clinical efficacy between two groups

组别	n/例	临床治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	45	23	9	4	9	80.00
治疗	46	34	7	3	2	95.65*

与对照组比较: * $P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs control group

表 2 两组主要症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison on main symptom scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	主要症状积分				
			中上腹痛	反酸	嗝气	脘腹胀满	总积分
对照	45	治疗前	2.24 $\pm$ 0.51	1.98 $\pm$ 0.39	1.88 $\pm$ 0.35	2.16 $\pm$ 0.47	8.17 $\pm$ 1.46
		治疗后	1.05 $\pm$ 0.21*	0.99 $\pm$ 0.18*	0.97 $\pm$ 0.16*	1.19 $\pm$ 0.22*	4.24 $\pm$ 1.01*
治疗	46	治疗前	2.30 $\pm$ 0.53	2.01 $\pm$ 0.41	1.85 $\pm$ 0.33	2.13 $\pm$ 0.44	8.20 $\pm$ 1.52
		治疗后	0.91 $\pm$ 0.17*▲	0.83 $\pm$ 0.14*▲	0.78 $\pm$ 0.14*▲	1.02 $\pm$ 0.19*▲	3.53 $\pm$ 0.96*▲

与同组治疗前比较: * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较: ▲ $P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs same group before treatment; ▲ $P < 0.05$ vs control group after treatment

2.4 两组 SF-36 评分比较

治疗后, 两组患者 SF-36 中生理健康评分、心理健康评分及量表总分均显著增加 ($P < 0.05$); 且治疗后, 治疗组 SF-36 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组血清 GAS、MTL、TNF- α 、TGF- β 1 水平比较

治疗后, 两组血清 GAS、MTL、TNF- α 、TGF-

β 1 水平均较治疗前显著下降 ($P < 0.05$); 且治疗后, 治疗组血清 GAS、MTL、TNF- α 、TGF- β 1 水平均显著低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 5。

2.6 两组不良反应比较

对照组发生光敏性反应、头痛各 1 例, 不良反应发生率是 4.44%; 治疗组发生光敏性反应、头痛、腹泻各 1 例, 不良反应发生率是 6.52%, 两组不良反应发生率比较差异无统计学意义。

表 3 两组溃疡愈合率、Hp 根除率比较

Table 3 Comparison on ulcer healing rate and Hp eradication rate between two groups

组别	n/例	溃疡愈合情况		Hp 根除情况	
		n/例	愈合率/%	n/例	根除率/%
对照	45	23	51.11	32	71.11
治疗	46	34*	73.91*	41*	89.13*

与对照组比较: * $P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs control group

表 4 两组 SF-36 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison on SF-36 scores between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	生理健康评分		心理健康评分		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	45	51.86 $\pm$ 9.89	69.97 $\pm$ 8.16*	56.21 $\pm$ 10.24	63.08 $\pm$ 7.35*	53.64 $\pm$ 9.13	65.52 $\pm$ 8.55*
治疗	46	53.02 $\pm$ 10.38	73.49 $\pm$ 6.97* $\blacktriangle$	57.15 $\pm$ 10.47	72.26 $\pm$ 6.88* $\blacktriangle$	55.10 $\pm$ 9.21	72.48 $\pm$ 6.34* $\blacktriangle$

与同组治疗前比较: * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较: $\blacktriangle P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs same group before treatment; $\blacktriangle P < 0.05$ vs control group after treatment

表 5 两组血清细胞因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison on serum cytokine between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	观察时间	GAS/(ng·L ⁻¹)	MTL/(ng·L ⁻¹)	TNF- α /(ng·L ⁻¹)	TGF- β 1/(ng·L ⁻¹)
对照	45	治疗前	189.96 $\pm$ 27.63	396.54 $\pm$ 91.05	66.35 $\pm$ 9.97	71.03 $\pm$ 11.28
		治疗后	129.45 $\pm$ 19.64*	227.49 $\pm$ 62.71*	42.66 $\pm$ 8.15*	57.44 $\pm$ 9.11*
治疗	46	治疗前	192.03 $\pm$ 30.45	392.48 $\pm$ 83.55	67.52 $\pm$ 10.21	69.87 $\pm$ 10.70
		治疗后	102.17 $\pm$ 14.52* $\blacktriangle$	195.63 $\pm$ 50.24* $\blacktriangle$	35.19 $\pm$ 6.23* $\blacktriangle$	50.26 $\pm$ 7.63* $\blacktriangle$

与同组治疗前比较: * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较: $\blacktriangle P < 0.05$

* $P < 0.05$ vs same group before treatment; $\blacktriangle P < 0.05$ vs control group after treatment

3 讨论

Hp 感染、NSAIDs 是胃溃疡的主要病因及消化道并发症和复发的重要因素, 近年来随着全球范围内 Hp 抗生素耐药增加和 NSAIDs 的广泛应用, 胃溃疡的诊治面临较大挑战。此外, 应激精神因素、遗传、慢性病、胃运动异常、饮食、巨细胞病毒感染等多种因素均可参与该病的发病, 胃溃疡形成是多种损害因子(如代谢紊乱、高泌酸环境、药物、缺血、病毒、炎症等)对黏膜的破坏超过黏膜自身

防御机制(如前列腺素、黏液-碳酸氢盐屏障、上皮生长因子、黏膜血流等)所产生的综合作用结果, 最终因胃酸分泌过多而引发^[9]。因此, 提高黏膜防御因子以增强保护作用、减弱损害因素对胃黏膜的损伤是本病治疗的两条重要途径, 其中抑酸和根除 Hp 为关键对症措施。雷贝拉唑作为用于治疗酸相关消化疾病的常用 PPI, 主要可通过抑制壁细胞尖端分泌膜内质子泵来阻碍壁细胞分泌胃酸所需氢离子的转运, 发挥强效抗胃酸分泌活性, 使胃内酸碱度

值较大程度且持久地增高；同时本品能选择性抑制Hp，从而利于削弱损害因子刺激，促进溃疡愈合^[10]。1项随机对照试验中，Hp阳性胃溃疡患者分别接受其他质子泵抑制剂和雷贝拉唑四联疗法治疗，雷贝拉唑组的疗效、Hp清除率明显好于对照组，即表现出显著的抑酸和抗Hp效果^[11]。

胃溃疡属中医“胃痛”等范畴，病位在胃，与肝、脾功能关系密切，饮食或药物所伤、毒邪、肝胆火气侵脾犯胃、胆汁逆流化毒、情志过极气郁化热等引起的“毒热”是其重要病因，毒热搏结于胃损伤胃络，乃至血肉腐败，发为溃疡，毒热相依可致脾胃运化失职，肝失疏泄，胃失和降，胃阴耗伤，胃之气机阻滞或脉络失养，失荣、不通则痛。因此，针对毒热蕴胃型胃溃疡宜采用“清胃泻热、解毒生肌”之法。仁青芒觉胶囊是传统民族药，主要是由西红花、马钱子、毛诃子、牛黄、蒲桃等45味天然药材经现代制药工艺精制而成的胶囊剂，有解毒化热、养胃疏肝、愈疮生肌、行气止痛、健脾和中等多种功效，是治疗各种“毒症”的良药^[12]，切中胃溃疡毒热蕴胃证之中医病机要点。相关文献表明，仁青芒觉胶囊具有抑制Hp等多种细菌、保护胃黏膜、抗炎、改善胃肠平滑肌痉挛、抑制疼痛传导、提高机体免疫力等多种药理活性，从而可发挥对胃溃疡的良好治疗作用^[13]。葛永祥等^[14]研究表明，仁青芒觉胶囊联合西药治疗Hp感染能明显提高根除率。间接佐证了本品用于治疗以Hp感染为主要病因的胃溃疡的有效性。本研究中，较之雷贝拉唑治疗的对照组，联合使用仁青芒觉胶囊与雷贝拉唑的治疗组总有效率（95.65%）显著提高，且治疗后主要症状积分和SF-36评分的改善效果亦均更优，溃疡愈合率、Hp根除率也明显增高；说明仁青芒觉胶囊联合雷贝拉唑能明显改善胃溃疡患者中上腹痛、反酸等典型症状，促进溃疡愈合与Hp清除，促使患者生活质量的改善，且效果显著。此外，该联合治疗方案的安全性亦较佳，药物不良反应少而轻微。

各种损害因子引起的GAS、MTL等胃肠激素失调及炎症反应是胃溃疡形成和发展的重要原因。其中GAS也称促胃液素，其在胃溃疡病理状态下随着G细胞敏感性增强而分泌增加，通过直接刺激壁细胞产生胃酸、损伤局部胃黏膜等途径加重溃疡程度^[15]。MTL是调节胃肠运动的关键激素，具有诱导胃肠蠕动的作用，胃溃疡患者由于胃酸分泌过量、胃排空延迟，导致MTL水平代偿性升高^[16]。TNF- α

是引起溃疡形成的烈性炎症介质，可与白细胞介素（IL）-1、IL-6等致炎因子及趋化因子形成复杂的细胞因子网络，加重胃黏膜炎症反应及损伤^[17]。TGF- β 1为多功能生长因子，胃溃疡患者机体由于Hp感染、免疫活性细胞受抑制及胃黏膜炎症反应等，导致TGF- β 1表达增加，并通过抑制免疫应答、减轻局部免疫病理损伤及刺激细胞外基质中胶原合成、作用于成纤维细胞、促进肉芽组织形成等途径，参与胃溃疡的组织重建^[18]。本研究显示，治疗后治疗组血清GAS、MTL、TNF- α 、TGF- β 1水平的改善效果均较对照组更显著；提示仁青芒觉胶囊联合雷贝拉唑对胃溃疡患者胃肠激素紊乱和胃黏膜炎症具有较好的调控作用，利于溃疡愈合。

综上所述，仁青芒觉胶囊联合雷贝拉唑治疗胃溃疡可获得确切疗效，能安全有效地缓解患者主要症状，调节胃肠激素，抑制炎症反应，促进溃疡愈合及Hp清除，改善生活质量，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] Lanas A, Chan F K L. Peptic ulcer disease [J]. *Lancet*, 2017, 390(10094): 613-624.
- [2] 陈超. 胃溃疡的发病原因与表现 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(68): 248.
- [3] 王素青, 王晓阁. 胃溃疡的药物疗法进展 [J]. 天津药学, 2021, 33(1): 75-78.
- [4] 李伟, 王善春. 抗溃疡药物雷贝拉唑的现代研究进展 [J]. 中国药业, 2016, 25(13): 1-5.
- [5] 彭成, 黄正明. 中国临床药物大辞典: 中药成方制剂卷(下卷) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018: 1638.
- [6] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 消化性溃疡中西医结合诊疗共识意见(2017年) [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 112-120.
- [7] 中华中医药学会脾胃病分会. 消化性溃疡中医诊疗共识意见(2009,深圳) [J]. 中医杂志, 2010, 51(10): 941-944.
- [8] 李鲁, 王红妹, 沈毅. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试 [J]. 中华预防医学杂志, 2002, 36(2): 109-113.
- [9] 沈贵芳, 赵伟春, 张文诗. 胃黏膜损伤防御机制的研究进展 [J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(3): 257-260.
- [10] 陈庆财, 赵俊, 张建设. 雷贝拉唑的药学与临床研究进展 [J]. 华西药学杂志, 2014, 29(4): 467-468.
- [11] 王喆, 袁平, 王鑫, 等. 奥美拉唑与雷贝拉唑四联疗法治疗Hp阳性胃溃疡的效果对比 [J]. 中国实用医刊, 2022, 49(13): 95-97.

- [12] 陈维武, 王海荣, 霍璇, 等. 仁青芒觉胶囊对二甲基亚硝胺诱导的大鼠肝纤维化的治疗作用 [J]. 药物评价研究, 2019, 42(6): 1099-1104.
- [13] 万玛草, 才让玉珍, 刘文珍, 等. 基于藏药药性理论的仁青芒觉配伍机制及现代研究进展 [J]. 西南民族大学学报: 自然科学版, 2022, 48(6): 637-642.
- [14] 葛永祥, 王丽辉. 仁青芒觉胶囊联合四联疗法治疗幽门螺杆菌感染的临床效果 [J]. 健康女性, 2021(9): 63.
- [15] 汪泓, 刘兆云. Hp 感染对胃溃疡患者胃泌素、白细胞介素 1β 的影响及其临床意义 [J]. 武警后勤学院学报: 医学版, 2021, 30(7):63-65.
- [16] 康健, 康丽丽, 于浩, 等. 胃溃疡患者血清多肽类激素及胃黏膜中单胺类神经递质的水平及其临床意义 [J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(26): 5131-5134.
- [17] 袁浩壬, 付晓林. Hp 感染性胃溃疡患者血清炎症因子、MMP-9 和 TIMP-1 水平变化及其与炎性活动度的相关性 [J]. 海南医学, 2022, 33(8): 968-971.
- [18] 蔡雪华, 杜净红, 王育斌, 等. 幽门螺杆菌阳性胃病患者 TGF- β 1 和 miR-146a 的表达及意义 [J]. 中华医院感染学杂志, 2021, 31(9): 1278-1291.

[责任编辑 金玉洁]