

## 仁青常觉联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的临床研究

牛省利<sup>1</sup>, 马忠杰<sup>2\*</sup>, 王艳晖<sup>1</sup>

1. 平顶山市第一人民医院 消化内科二病区, 河南 平顶山 467021

2. 平顶山市第一人民医院 肛肠科, 河南 平顶山 467021

**摘要:** **目的** 探讨仁青常觉联合泮托拉唑四联方案治疗幽门螺杆菌 (Hp) 阳性慢性萎缩性胃炎的临床疗效。**方法** 选取 2022 年 5 月—2025 年 4 月平顶山市第一人民医院消化内科收治的 82 例 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者, 按照随机数字法分为对照组 41 例和治疗组 41 例。对照组患者给予泮托拉唑标准四联疗法, 泮托拉唑钠肠溶片 40 mg/次, 早晚餐前 30 min 口服, 每日 2 次; 阿莫西林胶囊 1 g/次, 早晚餐前 30 min 口服, 每日 2 次; 克拉霉素片 0.5 g/次, 枸橼酸铋钾片 0.22 g/次, 早晚餐后 30 min 口服, 每日 2 次。在对照组的基础上, 治疗组口服仁青常觉, 1 g/次, 每隔 3 天服用 1 次。两组用药 2 周。观察两组的临床疗效, 比较两组治疗前后中医症状积分、胃黏膜病理积分、血清炎症因子和胃肠激素水平。**结果** 治疗后, 治疗组患者总有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组胃痛痞满积分、胃热嘈杂积分、口干口苦积分、嗳气反酸积分均显著降低 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 与对照组对比, 治疗组胃痛痞满积分、胃热嘈杂积分、口干口苦积分、嗳气反酸积分均更低 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组胃泌素 17 (G-17)、胃蛋白酶原 I (PGI) 水平显著升高, 而胃蛋白酶原 II (PGII) 水平降低 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 与对照组对比, 治疗组患者 G-17、PGI 水平均更高, PGII 水平更低 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组患者胃黏膜萎缩评分、不典型增生评分、胃黏膜炎症评分、肠上皮化生评分均显著降低 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 与对照组对比, 治疗组胃黏膜萎缩评分、不典型增生评分、胃黏膜炎症评分、肠上皮化生评分均更低 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 两组单核细胞趋化因子-1 (MCP-1)、白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ ) 水平显著降低, 而胃促生长素 (Ghrelin)、表皮生长因子 (EGF) 水平升高 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 与对照组对比, 治疗组 MCP-1、IL-1 $\beta$  水平更低, 且 Ghrelin、EGF 水平均更高 ( $P < 0.05$ )。**结论** 仁青常觉联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎效果良好, 可较好地改善患者临床症状, 降低胃黏膜严重程度, 调节血清炎症因子和胃肠激素水平。

**关键词:** 仁青常觉; 泮托拉唑钠肠溶片; 四联疗法; 幽门螺杆菌阳性; 慢性萎缩性胃炎; 胃黏膜病理积分; 胃泌素 17; 胃蛋白酶原 I; 胃蛋白酶原 II; 胃促生长素

中图分类号: R975 文献标志码: A 文章编号: 1674-5515(2025)08-2014-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-5515.2025.08.021

## Clinical study of Renqing Changjue combined with quadruple therapy in treatment of Hp-positive chronic atrophic gastritis

NIU Shengli<sup>1</sup>, MA Zhongjie<sup>2</sup>, WANG Yanhui<sup>1</sup>

1. Department 2 of Gastroenterology, Pingdingshan First People's Hospital, Pingdingshan 467021, China

2. Department of Anorectal Medicine, Pingdingshan First People's Hospital, Pingdingshan 467021, China

**Abstract: Objective** To explore the clinical effect of Renqing Changjue combined with quadruple therapy in treatment of Hp-positive chronic atrophic gastritis. **Methods** A total of 82 patients with Hp-positive chronic atrophic gastritis admitted to the Department of Gastroenterology of Pingdingshan First People's Hospital from May 2022 to April 2025 were selected and divided into control group of 41 cases and treatment group of 41 cases according to random number method. Patients in control group were given pantoprazole standard quadruple therapy, Pantoprazole Sodium Enteric-coated Tablets 40 mg/time, orally 30 min before breakfast and dinner, twice daily. Amoxicillin Capsules 1 g/time, taken orally 30 min before breakfast and dinner, twice daily. Clarithromycin Tablets 0.5 g/time, Bismuth Potassium Citrate Tablets 0.22 g/time, take orally 30 min after breakfast and dinner, twice daily. Based on control group, the treatment group took Renqing Changjue orally, 1 g/time, once every 3 d. Both groups were treated with medication for two weeks. The clinical

收稿日期: 2025-05-15

基金项目: 河南省医学科技攻关计划联合共建项目 (LHGJ20230848)

作者简介: 牛省利, 副主任医师, 研究方向是消化内科疾病的临床治疗。E-mail: shengli198005@163.com

\*通信作者: 马忠杰, 副主任医师, 研究方向是肛肠疾病的临床诊断治疗。E-mail: 377601773@qq.com

efficacy of two groups was observed, and TCM symptom scores, gastric mucosa pathological scores, serum inflammatory factors and gastrointestinal hormone in two groups were compared before and after treatment. **Results** After treatment, the total effective rate of patients in treatment group was higher than that in control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, the scores of stomach pain and fullness, stomach heat and noise, dry and bitter mouth, and belching and acid reflux in both groups were significantly reduced ( $P < 0.05$ ). After treatment, compared with control group, the scores of stomach pain and fullness, stomach heat and noise, dry and bitter mouth, and belching and acid reflux in treatment group were all lower ( $P < 0.05$ ). After treatment, the levels of G-17 and PG I in both groups significantly increased, but the level of PG II decreased ( $P < 0.05$ ). After treatment, compared with control group, the levels of G-17 and PGI in treatment group were higher, but the level of PGII was lower ( $P < 0.05$ ). After treatment, the scores of gastric mucosal atrophy, atypical hyperplasia, gastric mucosal inflammation and intestinal metaplasia in both groups were significantly decreased ( $P < 0.05$ ). After treatment, compared with the control group, the scores of gastric mucosal atrophy, atypical hyperplasia, gastric mucosal inflammation and intestinal metaplasia in the treatment group were all lower ( $P < 0.05$ ). After treatment, the levels of MCP-1 and IL-1 $\beta$  in both groups decreased significantly, but the levels of Ghrelin and EGF increased ( $P < 0.05$ ). After treatment, compared with control group, the levels of MCP-1 and IL-1 $\beta$  in treatment group were lower, but the levels of Ghrelin and EGF were higher ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** Renqing Changjue combined with quadruple therapy has a good effect in treatment of Hp-positive chronic atrophic gastritis, and can effectively improve the clinical symptoms of patients, reduce the severity of gastric mucosa, and regulate the levels of serum inflammatory factors and gastrointestinal hormones.

**Key words:** Renqing Changjue; Pantoprazole Sodium Enteric-coated Tablets; quadruple therapy; Hp-positive; chronic atrophic gastritis; pathological score of gastric mucosa; G-17; PGI; PGII; Ghrelin

慢性萎缩性胃炎是常见的胃肠道疾病，常与幽门螺杆菌（Hp）感染密切相关，导致患者出现多种消化系统症状<sup>[1]</sup>。幽门螺杆菌在我国人群中感染率可达 50%~80%，目前已有大量的研究表明，大多数慢性萎缩性胃炎的发生是由 Hp 感染所致的慢性胃炎发展而来的<sup>[2]</sup>。该病病因与发病机制十分复杂，很多患者并无太多症状及体征，所以往往不能在疾病早期给予系统全面的治疗，致使病情逐渐加重，给患者的身心健康造成影响<sup>[3]</sup>。萎缩性胃炎在中医中通常被归类为“胃痞”“胃脘痛”等疾病，幽门螺杆菌在中医属外感伏邪，以湿热为主；且属于伏毒，感染后暗伏于胃，消耗正气，待正虚无力抗邪时爆发，发为胃炎<sup>[4]</sup>。仁青常觉具有清热消炎、温中解毒、健脾散寒的功效，可促进胃黏膜的损伤修复，提高机体免疫功能，调理消化系统能力<sup>[5]</sup>。泮托拉唑四联疗法是临床治疗慢性萎缩性胃炎的常用方案，通过抗生素（阿莫西林、克拉霉素）、质子泵抑制剂（泮托拉唑）与铋剂（枸橼酸铋钾片）的联合，根除 Hp 感染、减少胃酸分泌、改善胃黏膜环境、增强胃黏膜的屏障功能、改善病情<sup>[6]</sup>。为此，本研究探讨采用仁青常觉联合泮托拉唑四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎，观察其临床疗效。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

研究对象选取 2022 年 5 月—2025 年 4 月平顶山市第一人民医院消化内科收治的 82 例 Hp 阳性慢

性萎缩性胃炎患者，其中男 52 例，女 30 例；年龄 26~68 岁，平均（49.52±10.37）岁；病程 3~9.5 年，平均（6.24±1.76）年；平均身体质量指数（BMI）（24.64±7.09）kg/m<sup>2</sup>。本研究经过平顶山市第一人民医院医学伦理委员会审批（PYLL2025050604）。

纳入标准：符合《中国慢性胃炎诊治指南(2022 年，上海)》<sup>[7]</sup>诊断标准；<sup>13</sup>C 呼气试验中检测结果 DOB 值 $\geq 4.0$ ，诊断为 Hp 阳性；经胃镜结合病理学确诊，内镜下出现局部或弥漫性黏膜萎缩，病理活检显示腺体萎缩；患者签订知情同意书。

排除标准：内镜及病理诊断为消化道溃疡、异型增生、胃癌；对本研究药物或其中成分过敏者；近期服用抗凝药物，活检出血风险高患者；不能耐受抗 Hp 治疗者及免疫性疾病者；有精神疾病及不能配合治疗患者。

### 1.2 药物

仁青常觉（西藏甘露藏药股份有限公司），规格 1 g/丸，产品批号 202204016、202409017。泮托拉唑钠肠溶片（辽宁诺维诺制药股份有限公司），规格 40 mg/片，产品批号 202201019、202411009。阿莫西林胶囊（山东淄博新达制药有限公司），规格 0.25 g/粒，产品批号 2204032A、2411141A。克拉霉素片（上海雅培制药有限公司），规格 0.25 g/片，产品批号 202202013、202407012。枸橼酸铋钾片（丽珠集团丽珠制药厂），规格 0.3 g/片，产品批号 202203017、202412015。

### 1.3 分组和治疗方法

按照随机数字法分为对照组 41 例和治疗组 41 例。其中对照组男 27 例，女 14 例；年龄 26~65 岁，平均 (49.37±10.16) 岁；病程 3~8.9 年，平均 (6.18±1.57) 年；平均 BMI (24.41±7.03) kg/m<sup>2</sup>。治疗组男 25 例，女 16 例；年龄 28~68 岁，平均 (49.64±10.48) 岁；病程 4~9.5 年，平均 (6.47±1.82) 年；平均 BMI (24.81±7.23) kg/m<sup>2</sup>。两组资料对比无统计学差异，具有可比性。

对照组给予四联疗法，泮托拉唑钠肠溶片 40 mg/次，早晚餐前 30 min 口服，每日 2 次；阿莫西林胶囊 1 g/次，早晚餐前 30 min 口服，每日 2 次；克拉霉素片 0.5 g/次，枸橼酸铋钾片 0.22 g/次，早晚餐后 30 min 口服，每日 2 次。在对照组基础上，治疗组患者口服仁青常觉，1 g/次，每隔 3 d 服用 1 次。两组用药 2 周。

### 1.4 临床疗效评价标准<sup>[8]</sup>

显效：治疗后，胃炎症状基本消失，胃镜下胃黏膜色泽正常，萎缩消失，且黏膜表面平滑。有效：胃炎症状明显缓解，胃镜下黏膜萎缩面积较治疗前缩小。无效：症状及胃黏膜萎缩未见改变，有甚者加重。

$$\text{总有效率} = (\text{显效例数} + \text{有效例数}) / \text{总例数}$$

### 1.5 观察指标

**1.5.1 中医症状积分** 治疗前后对 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者的相关症状进行评分，包含胃痛痞满、胃热嘈杂、口干口苦、暖气反酸共计 4 个项目，每个项目 0、2、4、6 分，从无、轻、中、重度进行量化，分值越高表示患者萎缩性胃炎症状越重<sup>[9]</sup>。

**1.5.2 胃黏膜严重程度** 两组患者在治疗前后均进行胃镜检查，采用胃黏膜病理积分进行评估，内容包括胃黏膜萎缩、不典型增生、胃黏膜炎症、肠上皮化生 4 个项目，按分值为 0、1、2、3 分测评，分数越高则胃黏膜萎缩程度越加重<sup>[10]</sup>。

**1.5.3 血清炎性因子和胃肠激素** 患者清晨时空腹状态下采集静脉血 5 mL，室温静置 20 min，使用离心机离心处理 (3 500 r/min, 10 min, 半径为

13.5 cm) 后收集血清，-65 °C 低温冰箱保存。并采用酶联免疫吸附法检测炎性因子血清单核细胞趋化因子-1 (MCP-1)、白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )、胃促生长素 (Ghrelin)、表皮生长因子 (EGF) 水平；同时应用免疫放射法测定胃肠激素因子血清胃泌素 17 (G-17)、胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII) 水平，严格遵守相关因子试剂盒 (上海上药信谊微生物生态科技有限公司) 标准进行操作执行。

### 1.6 药物不良反应观察

用药过程中，记录分析腹泻、头痛、转氨酶升高、皮疹等不良反应情况。

### 1.7 统计学分析

采用 SPSS 23.0 软件统计分析数据，计数资料用  $\chi^2$  检验，以百分比表示；计量资料用  $t$  检验，以  $\bar{x} \pm s$  表示。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

治疗后，治疗组总有效率高于对照组 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

### 2.2 两组中医症状积分比较

治疗后，两组胃痛痞满积分、胃热嘈杂积分、口干口苦积分、暖气反酸积分均显著降低 ( $P < 0.05$ )；治疗后，与对照组对比，治疗组胃痛痞满积分、胃热嘈杂积分、口干口苦积分、暖气反酸积分均更低 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

### 2.3 两组血清胃肠激素比较

治疗后，两组 G-17、PGI 水平显著升高，而 PGII 水平降低 ( $P < 0.05$ )；治疗后，与对照组对比，治疗组 G-17、PGI 水平均更高，PGII 水平更低 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

### 2.4 两组胃黏膜严重程度比较

治疗后，两组患者胃黏膜萎缩评分、不典型增生评分、胃黏膜炎症评分、肠上皮化生评分显著降低 ( $P < 0.05$ )；治疗后，与对照组对比，治疗组胃黏膜萎缩评分、不典型增生评分、胃黏膜炎症评分、肠上皮化生评分均更低 ( $P < 0.05$ )，见表 4。

表 1 两组临床疗效比较

Table 1 Comparison on clinical efficacy between two groups

组别	n/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
对照	41	19	13	9	78.05
治疗	41	32	7	2	95.12*

与对照组比较：\* $P < 0.05$ 。

\* $P < 0.05$  vs control group.

表2 两组中医症状积分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )Table 2 Comparison on symptom scores of traditional Chinese medicine between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	胃痛痞满积分	胃热嘈杂积分	口干口苦积分	嗳气反酸积分
对照	41	治疗前	4.61 ± 1.15	4.28 ± 1.07	3.98 ± 0.88	4.03 ± 1.13
		治疗后	3.06 ± 0.87*	2.89 ± 0.76*	2.16 ± 0.73*	2.94 ± 0.51*
治疗	41	治疗前	4.58 ± 1.09	4.19 ± 1.12	3.85 ± 0.91	4.01 ± 1.08
		治疗后	1.43 ± 0.46*▲	1.14 ± 0.25*▲	0.84 ± 0.52*▲	1.02 ± 0.34*▲

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.

表3 患者胃肠激素水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ )Table 3 Comparison on gastrointestinal hormone levels between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	G-17/(ng·mL <sup>-1</sup> )		PGI/(ng·mL <sup>-1</sup> )		PGII/(ng·mL <sup>-1</sup> )	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	41	19.78 ± 5.41	24.66 ± 7.24*	80.43 ± 12.51	97.50 ± 21.82*	25.19 ± 8.77	18.76 ± 5.38*
治疗	41	19.85 ± 5.32	38.69 ± 11.35*▲	80.55 ± 12.42	116.49 ± 32.57*▲	25.28 ± 8.65	14.27 ± 3.94*▲

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.

表4 两组胃黏膜病理评分对比 ( $\bar{x} \pm s$ )Table 4 Comparison on pathological scores of gastric mucosa between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	胃黏膜萎缩评分	不典型增生评分	胃黏膜炎症评分	肠上皮化生评分
对照	41	治疗前	2.79 ± 0.76	2.81 ± 0.64	2.43 ± 0.77	2.05 ± 0.61
		治疗后	1.38 ± 0.51*	1.71 ± 0.52*	1.84 ± 0.51*	1.19 ± 0.37*
治疗	41	治疗前	2.85 ± 0.69	2.78 ± 0.56	2.35 ± 0.68	1.99 ± 0.54
		治疗后	0.87 ± 0.14*▲	1.05 ± 0.26*▲	1.29 ± 0.31*▲	0.65 ± 0.15*▲

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.

## 2.5 两组血清学水平比较

治疗后, 两组患者 MCP-1、IL-1 $\beta$  水平较治疗前显著降低, 而 Ghrelin、EGF 水平升高 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 与对照组对比, 治疗组 MCP-1、IL-1 $\beta$  水平更低, 且 Ghrelin、EGF 水平均更高 ( $P < 0.05$ ), 见表 5。

## 2.6 两组药物不良反应比较

治疗后, 对照组发生腹泻 1 例, 头痛 2 例, 转氨酶升高 1 例, 皮疹 1 例, 不良反应发生率是 12.19%; 治疗组发生腹泻 1 例, 头痛 1 例, 转氨酶升高 2 例, 不良反应发生率是 9.76%; 两组药物不良反应发生率对比无统计学差异。

表5 两组血清因子水平对比 ( $\bar{x} \pm s$ )Table 5 Comparison on serum factor levels between two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n/例	观察时间	MCP-1/(pg·mL <sup>-1</sup> )	IL-1 $\beta$ /(ng·L <sup>-1</sup> )	Ghrelin/(ng·mL <sup>-1</sup> )	EGF/(pg·mL <sup>-1</sup> )
对照	41	治疗前	306.45 ± 51.72	30.49 ± 8.72	51.49 ± 8.71	46.77 ± 8.13
		治疗后	278.34 ± 32.61*	21.43 ± 5.29*	60.33 ± 11.27*	60.09 ± 11.72*
治疗	41	治疗前	305.58 ± 51.81	30.56 ± 8.81	52.38 ± 8.62	46.58 ± 8.22
		治疗后	196.77 ± 18.24*▲	14.05 ± 4.26*▲	69.18 ± 13.42*▲	73.55 ± 13.62*▲

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.

### 3 讨论

慢性萎缩性胃炎是由多种因素引起的胃黏膜长期炎症,主要由幽门螺杆菌感染引起,在胃镜直视下可呈现出黏膜红白相间、皱襞变平、血管显露的特点<sup>[11]</sup>。该病的特征在于胃黏膜的逐渐萎缩和腺体的损失,在遭受多种病因反复持续刺激后,导致患者的胃功能下降,黏膜固有层腺体萎缩的疾病,并可能发展为消化不良、幽门狭窄、甚至胃癌等并发症<sup>[12]</sup>。幽门螺杆菌可导致胃黏膜屏障受损,使胃酸分泌异常,加上幽门螺杆菌感染引发炎症,进而破坏胃黏膜<sup>[13]</sup>,并且刺激机体释放出多种炎症细胞因子,引起炎症细胞大量聚集,刺激产生多种炎症细胞介质,从而导致胃腺体萎缩,胃黏膜变薄,糜烂甚至出血等情况有关,不仅影响患者的生活质量,还增加了胃癌的风险<sup>[14]</sup>。慢性萎缩性胃炎属中医学“胃脘痛”“胃痞病”的范畴,该病其病因多为饮食不节、外邪内侵、情志内伤、素体脾虚等,其病位在胃,但与脾、肝、肾等脏腑关系密切,病机特点是虚中夹实<sup>[15]</sup>。幽门螺杆菌并无对应的中医病名,因其经口感染,普遍易感,直中脏腑,且有传染性,反复发作,迁延难愈,可属伏邪致病,伏邪闭阻气机,久郁化湿热化瘀,伤及脏腑本气,脾胃虚弱成萎缩胃病<sup>[16]</sup>。

慢性萎缩性胃炎主要以根除 Hp 是慢性萎缩性胃炎最基本的治疗,可以逆转萎缩,延缓肠化进展,从而降低胃癌前状态进展为胃癌的风险。其中泮托拉唑四联疗法是临床治疗的常用方案。泮托拉唑是质子泵抑制剂,抑制胃酸分泌;胶体果胶铋能够保护胃黏膜,灭杀 Hp;克拉霉素与阿莫西林则可以发挥高效的抗菌作用<sup>[18]</sup>。仁青常觉是一种中药制剂,由沉香、降香、西红花、马钱子、麝香、诃子、余甘子、秦艽、黄连、蛇床子、商陆、秦皮、三七、牛黄、沙棘、肉豆蔻、高良姜等一百多种中药组成,诸药合用在调节胃肠道免疫反应方面具有重要作用,还可通过增强特定免疫细胞功能,从而改变幽门螺旋杆菌感染引发的炎症反应,且达到抗炎和保护胃黏膜的功效<sup>[17]</sup>。在治疗的同时,也需要加强对患者的健康教育,提高他们对慢性萎缩性胃炎的认识,及早发现并治疗,以降低胃癌的风险。

本研究探讨仁青常觉联合泮托拉唑四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的临床疗效,分析了治疗前后血清中 MCP-1、IL-1 $\beta$ 、Ghrelin 和 EGF 水平的变化。MCP-1 作为一种关键的趋化因

子,通过调节单核细胞的迁移和浸润,在炎症反应中发挥了核心作用。MCP-1 与其受体 CCR2 的相互作用可能通过激活磷脂酰肌醇 3 激酶 (PI3K) 和 MAPK 信号通路,进而促进 IL-1 $\beta$  的表达,进一步加剧胃黏膜的炎症反应<sup>[19]</sup>。IL-1 $\beta$  的上调反映了胃黏膜对炎症刺激的适应性反应。IL-1 $\beta$  在炎症条件下水平升高,促进了上皮细胞增殖和修复,同时也可能导致胃酸分泌的改变<sup>[20]</sup>。Ghrelin 作为一种重要的胃肠激素,其在胃肠道健康和能量代谢中的作用逐渐受到重视<sup>[21]</sup>。EGF 是一种多肽类小分子,其水平降低致使与胃黏膜上皮细胞 EGFP 结合减少,从而使细胞、组织增殖及修复功能下降,造成病情加重<sup>[22]</sup>。在药物治疗后,与对照组对比,治疗组 MCP-1、IL-1 $\beta$  水平均降低,且治疗组 Ghrelin、EGF 水平均升高 ( $P < 0.05$ )。提示仁青常觉与四联疗法联合治疗更能调节 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎患者的胃肠激素分泌,抑制胃黏膜炎症损伤,促进胃肠功能的恢复,从而抑制甚至逆转其病理进程。

综上所述,仁青常觉联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎效果良好,可较好地改善患者临床症状,降低胃黏膜严重程度,调节血清炎症因子和胃肠激素水平。

**利益冲突** 所有作者均声明不存在利益冲突

### 参考文献

- [1] 吴丹. 慢性萎缩性胃炎患者消化内科临床治疗分析 [J]. 疾病预防与控制, 2025, 1(1): 178-180.
- [2] 张虎林, 刘文奇. 对 Hp 相关性慢性萎缩性胃炎患者行双歧杆菌四联活菌片辅助序贯疗法治疗的效果观察 [J]. 延边大学医学学报, 2025, 48(1): 85-87.
- [3] 蔡加锭, 苏海水, 洪清楚, 等. 幽门螺杆菌毒力基因 *cag A*、*vac A*、*ice A* 表达与慢性萎缩性胃炎的关系 [J]. 中华医院感染学杂志, 2023, 33(1): 27-30.
- [4] 朱延涛, 王国军. 慢性萎缩性胃炎的中医药治疗研究进展 [J]. 浙江临床医学, 2025, 27(2): 312-313.
- [5] 罗布占堆, 潘永越. 藏药仁青常觉对胃肠道疾病治疗作用方面的研究进展 [J]. 中国民族医药杂志, 2022, 28(10): 60-63.
- [6] 张榕培, 陈先社, 郭联斌, 等. 阿莫西林+克拉霉素铋剂四联治疗幽门螺杆菌感染慢性非萎缩性胃炎患者临床疗效分析 [J]. 贵州医药, 2023, 47(4): 579-580.
- [7] 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.

- [8] 钱家鸣. 消化内科学 [M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 271-279.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 1997: 428-436.
- [10] 房静远, 杜奕奇, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见 (2017年,上海) [J]. 胃肠病学, 2017, 22(11): 670-687.
- [11] 牛占岳, 石岩岩, 李司柱, 等. 幽门螺杆菌相关慢性胃炎的胃微生态特征分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2024, 28(1): 56-61.
- [12] 王庆保, 余金芸, 程平, 等. 慢性萎缩性胃炎病人幽门螺杆菌感染特征及胃功能状态评估研究 [J]. 蚌埠医学院学报, 2024, 49(9): 1210-1213.
- [13] 叶衬轩, 李伊敏, 林沛玲, 等. 京都胃炎评分、胃蛋白酶原联合胃泌素-17 预测中老年幽门螺杆菌感染阳性的萎缩性胃炎患者的最佳截断值 [J]. 中国内镜杂志, 2025, 31(6): 54-63.
- [14] 方松林, 冯亮华, 陈贇. 慢性胃炎幽门螺杆菌感染危险因素及其胃黏膜组织 TFF2、HSP70、TGF- $\beta$ R II 表达 [J]. 中华医院感染学杂志, 2024, 34(14): 2134-2138.
- [15] 邹燕梅, 杨辰华, 李丹艳. 从“胃络-玄府”探讨慢性萎缩性胃炎的病机及风药开玄之运用 [J]. 广州中医药大学学报, 2025, 42(2): 493-498.
- [16] 吴佳丽, 陈婉珍, 王震凯. 基于“甘守津还”理论探讨慢性萎缩性胃炎病机与辨治 [J]. 陕西中医, 2025, 46(6): 805-808.
- [17] 王杰琼, 王美艳, 薛玲, 等. 仁青常觉对慢性萎缩性胃炎模型大鼠胃黏膜病理学的影响 [J]. 山东中医药大学学报, 2015, 39(4): 358-360.
- [18] 焦小红, 赵文涛. 瑞巴派特联合泮托拉唑四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的效果观察 [J]. 首都食品与医药, 2025, 3(6): 58-61.
- [19] 严红梅, 代琳, 许丹, 等. 中西医结合治疗脾胃虚寒型慢性萎缩性胃炎疗效及对外周血胃肠激素、T 淋巴细胞亚群、IL-8、IL-32、MCP-1 的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(9): 156-159.
- [20] 王奕琛, 李玉萍, 张云展, 等. Hp 相关胃病病理演变及不同证候 IL-1 $\beta$  蛋白差异表达特征 [J]. 中国中西医结合杂志, 2024, 44(9): 1072-1078.
- [21] 张静, 丁士刚, 杨雪玲, 等. 胃黏膜病理学改变、体重指数与血清 Ghrelin 和瘦素关系的研究 [J]. 北京大学学报: 医学版, 2019, 42(5): 543-546.
- [22] 林沛玲, 周广文, 郭伟仪. 萎缩性胃炎患者 TGF- $\beta$ R II、EGF 及 G-17 水平改变情况及联合检测的意义分析 [J]. 海军医学杂志, 2025, 46(2): 215-218.

[责任编辑 金玉洁]