

- 2023, 51(8): 1004-1006.
- [12] 王石艳, 杨杭, 高真真, 等. 脑卒中恢复期患者 Fugl-Meyer 下肢运动评估的最小临床重要性差值分析[J]. 浙江临床医学, 2023, 25(2): 207-209.
- [13] Sütçü G, Özçakar L, Yalçın A İ, et al. Bobath vs. task-oriented training after stroke: an assessor-blind randomized controlled trial[J]. *Brain Inj*, 2023, 37(7): 581-587.
- [14] 马宁, 白琳, 刘厚洋, 等. 基于上肢表面肌电图及神经传导速度评价新 Bobath 技术联合电子生物反馈疗法对卒中中偏瘫的作用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2024, 27(5): 605-610.
- [15] Le X, Guo M, Yao X, et al. Efficacy of Baishao Luoshi Decoction on synaptic plasticity in rats with post stroke spasticity[J]. *J Tradit Chin Med*, 2023, 43(2): 295-302.
- [16] Wang G L, Xu Y L, Zhao K M, et al. Anti-inflammatory effects of Tao Hong Si Wu Tang in mice with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease[J]. *World J Clin Oncol*, 2024, 15(9): 1198-1206.
- [17] 梁森, 李东鹤, 沈佳雯, 等. NJF 技术联合滋阴通络解痉方对脑卒中后偏瘫患者下肢功能和平衡功能的影响[J]. 四川中医, 2024, 42(4): 157-161.
- [18] 陈芷枫, 尹建军, 金义羚. 针刺阴经穴联合雷火灸对卒中中偏瘫肢体肌张力的影响[J]. 陕西中医, 2024, 45(7): 971-974; 979.
- [19] 康秀敏, 高长越, 廖伶艺. 中枢传导通路的新 bobath 技术干预对偏瘫患者的作用及预后分析[J]. 河北医药, 2024, 46(13): 2017-2019; 2023.
- [20] Su M, Yu W C, Su Y. The influence of acupoint scraping combined with traditional Chinese medicine fumigation on gastrointestinal dysfunction and defecation after minimally invasive abdominal surgery[J]. *Minerva Gastroenterol (Torino)*, 2024, 70(4): 463-465.

胃复春胶囊联合奥美拉唑对脾气虚证慢性非萎缩性胃炎患者的临床疗效

嵇超峰^{1,2}, 赵丽英², 钟兴伟³

(1. 浙江中医药大学药学院, 浙江 杭州 310053; 2. 德清县人民医院药剂科, 浙江 德清 313200; 3. 德清县人民医院消化科, 浙江 德清 313200)

摘要: **目的** 探讨胃复春胶囊联合奥美拉唑对脾气虚证慢性非萎缩性胃炎患者的临床疗效。**方法** 120 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 60 例, 对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊, 观察组在对照组基础上加用胃复春胶囊, 连续治疗 4 周。检测临床疗效、病情改善指标 (中医证候评分、内镜病理评分)、胃动力状态指标 (餐前 30 min、餐后 30 min 胃电图幅值)、胃黏膜分泌 (胃动素、生长抑素、胃泌素)、炎症因子 (IL-8、IL-1 β 、TNF- α)、不良反应发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组中医证候评分、内镜病理评分、炎症因子降低 ($P < 0.05$), 胃动力状态指标、胃黏膜分泌升高 ($P < 0.05$), 以观察组更明显 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 胃复春胶囊联合奥美拉唑能安全有效地缓解脾气虚证慢性非萎缩性胃炎, 改善胃动力状态, 调节胃黏膜分泌水平, 减轻炎症反应。

关键词: 胃复春胶囊; 奥美拉唑; 慢性非萎缩性胃炎; 脾气虚证; 胃动力状态

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2025)09-3169-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.09.056

慢性非萎缩性胃炎是以非特异性消化不良为主要表现的慢性炎症性病变, 具有发病率高、症状反复发作等特点^[1-2]。现阶段西医治疗慢性非萎缩性胃炎主要以减轻症状、缓解胃黏膜炎症为主, 通常采用促胃肠动力及抑酸类药物^[3]。奥美拉唑是治疗慢性胃炎常用的质子泵抑制剂, 对胃酸分泌具有较强的抑制作用, 可保护并修复胃黏膜, 从而减轻症状、控制病情^[4-5]。研究显示, 奥美拉唑虽能降低患者临床证候评分, 调节胃肠功能, 但单独用药疗效一

般达不到预期^[6]。有研究认为, 奥美拉唑仅能通过抑制胃酸分泌减轻胃黏膜刺激, 而胃炎的病因复杂, 单独使用奥美拉唑无法针对这些因素进行干预, 且长期使用停药后胃酸分泌可能出现反弹性增加, 导致症状再次加重^[7]。

中医治疗具有效果确切、患者易接受、安全性较高等特点。中医理论指出, 慢性非萎缩性胃炎的病位在胃, 但发病与脾密切相关, 脾气虚是主要病机, 脾失健运, 胃失受纳, 清浊不分, 诱发此病^[8]。因此, 中医治疗慢性非萎

收稿日期: 2025-04-02

作者简介: 嵇超峰 (1990—), 男, 主管药师, 从事药剂相关研究。Tel: 18305066690, E-mail: love639004@163.com

缩性胃炎应以益气健脾、温中和胃为主。胃复春胶囊是由香茶菜、炒枳壳及红参组成的中药制剂，具有益气健脾、理气和胃的功效。近年临床关于胃复春胶囊治疗胃溃疡、消化不良等消化系统疾病的报道较多^[9-10]，但针对胃复春胶囊治疗慢性非萎缩性胃炎的高质量随机对照研究较少，因此，本研究旨在探讨胃复春胶囊联合奥美拉唑对脾气虚证慢性非萎缩性胃炎患者的临床疗效，现报道如下。

表1 2组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=60$)

组别	性别/例		平均年龄/岁	平均体质量指数/($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$)	平均病程/年		
	男	女					
对照组	36	33	43.11±6.29	23.15±1.93	2.99±0.86		
观察组	24	27	41.98±5.73	22.76±1.88	3.22±0.94		

组别	疾病类型/例			内镜分级/例		
	全胃炎	胃体胃炎	胃窦胃炎	I级	II级	III级
对照组	26	13	21	26	24	10
观察组	30	12	18	23	29	8

1.2 诊断标准

1.2.1 西医(慢性非萎缩性胃炎) 参照《中国慢性胃炎共识意见》^[11]，多数无典型症状，伴有症状的患者以嘈杂反酸、早饱、不规则上腹痛等为主；内镜显示胃黏膜间断点红斑、连贯条红斑或广泛交融红斑；病理表现为黏膜腺体未破坏，炎症性细胞浸润。

1.2.2 中医(脾气虚证) 参照《慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见》^[12]，主证食后胀甚或食欲不振，胃脘隐痛且遇劳而发；次证口淡不渴，倦怠乏力，神疲懒言，面色萎黄，排便无力，大便稀溏；舌淡，苔薄白腻，脉缓弱。

1.3 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准；②首次确诊；③¹⁴C尿素呼气试验结果为阴性；④生命体征稳定，具备表达及交流能力；⑤患者了解本研究，签署知情同意书；⑥对本研究药物无过敏史。

1.4 排除标准 ①思维模糊，认知及凝血功能损伤；②其他类型胃炎；③消化道手术史；④近期接受相关治疗；⑤伴有胃癌、胃穿孔、胃肠息肉、消化性溃疡、食管反流；⑥脑、肾等脏器器质性损伤；⑦药物或酒精依赖；⑧临床资料不完整。

1.5 治疗手段 2组给予常规治疗，同时注意清淡饮食，忌寒凉、辛辣及过热等食物，并保持规律作息及心情舒畅，戒烟戒酒。对照组给予奥美拉唑肠溶胶囊(海南海灵化学制药有限公司，国药准字H10920092，20 mg/粒)口服，每天1次，每次1粒，连续治疗4周。

观察组在对照组基础上给予胃复春胶囊(杭州胡庆余堂药业有限公司，国药准字Z20090697，0.35 g/粒)口服，每天3次，每次4粒，连续治疗4周。

1.6 指标检测

1.6.1 病情改善指标 采用中医证候评分^[13]、胃镜病理评分^[12]评估患者病情，中医证候评分标准为主证食后胀甚或食欲不振，胃脘隐痛且遇劳而发，依据严重程度分别计0、2、4、6分；次证口淡不渴、倦怠乏力、神疲懒言、面

1 资料与方法

1.1 一般资料 2023年9月至2024年9月就诊于德清县人民医院的120例慢性非萎缩性胃炎患者，随机数字表法分为对照组和观察组，每组60例。2组一般资料见表1，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。研究经医院伦理委员会批准(批准文号LL2059-K19)。

色萎黄、排便无力、大便稀溏，依据严重程度分别计0、1、2、3分，中医证候评分越高，患者越严重。胃镜病理评分包括慢性炎症及活动性等2个条目，依据严重程度分别计0、1、2、3分，分值越高，患者越严重。

1.6.2 胃动力状态指标 采用胃电图仪(迈达佩思医疗公司，MEGG-04A)测定餐前30 min及餐后30 min的胃电幅值。

1.6.3 胃黏膜分泌 抽取2组患者清晨空腹静脉血各3 mL，3 500 r/min离心10 min，分离血清，采用酶联免疫放射试验测定胃动素、生长抑素、胃泌素水平。

1.6.4 炎症因子 抽取2组患者清晨空腹静脉血各3 mL，3 500 r/min离心10 min，分离血清，采用ELISA试验测定白细胞介素(IL)-8、IL-1 β 、肿瘤坏死因子(TNF)- α 水平。

1.6.5 不良反应发生率 治疗期间，记录2组发生呕吐、头疼、恶心、头晕及腹泻情况，计算其发生率。

1.7 疗效评价 参照《中医病证诊断疗效标准》^[14]，①治愈，证候评分降低 $\geq 95\%$ ；②显效，70% \leq 证候评分降低 $< 95\%$ ；③有效，30% \leq 证候评分降低 $< 70\%$ ；④无效，不满足上述标准。总有效率=[(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数] $\times 100\%$ 。

1.8 统计学分析 通过SPSS 26.0软件进行处理，计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，比较采用 t 检验；计数资料以百分率表示，比较采用卡方检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)，见表2。

2.2 病情改善指标 治疗后，2组中医证候评分、胃镜病理评分降低($P<0.05$)，以观察组更明显($P<0.05$)，见表3。

2.3 胃动力状态指标 治疗后，2组餐前30 min及餐后30 min胃电幅值升高($P<0.05$)，以观察组更明显($P<0.05$)，见表4。

表2 2组临床疗效比较 [例 (%), n=60]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	7(11.67)	24(40.00)	17(28.33)	12(20.00)	48(80.00)
观察组	13(21.67)	32(53.33)	11(18.33)	4(6.67)	56(93.33)*

注:与对照组比较,*P<0.05。

表3 2组病情改善指标比较 (分, $\bar{x}\pm s$, n=60)

组别	中医证候评分		胃镜病理评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	22.67±3.54	10.82±2.37*	4.57±0.71	1.89±0.52*
观察组	23.35±3.22	6.67±1.61* [△]	4.61±0.68	1.15±0.33* [△]

注:与同组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05。

表4 2组胃动力状态指标比较 ($\bar{x}\pm s$, n=60)

组别	餐前30min胃电幅值/mV		餐后30min胃电幅值/mV	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	102.18±15.67	116.92±19.35*	176.35±32.21	218.77±36.84*
观察组	100.43±17.24	127.51±22.83* [△]	173.68±30.97	242.91±41.36* [△]

注:与同组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05。

2.4 胃黏膜分泌 治疗后,2组胃动素、生长抑素、胃泌素水平升高(P<0.05),以观察组更明显(P<0.05),见表5。

表5 2组胃黏膜分泌比较 ($\bar{x}\pm s$, n=60)

组别	胃动素/(ng·L ⁻¹)		生长抑素/(ng·L ⁻¹)		胃泌素/(ng·L ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	140.68±22.43	201.73±25.97*	10.87±2.15	13.42±3.08*	66.39±11.58	85.41±15.63*
观察组	138.41±20.65	246.24±28.50* [△]	11.42±2.36	16.92±3.71* [△]	65.74±10.29	99.62±18.04* [△]

注:与同组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05。

2.5 炎症因子 治疗后,2组IL-8、IL-1 β 、TNF- α 水平降低(P<0.05),以观察组更明显(P<0.05),见表6。

表6 2组炎症因子比较 ($\bar{x}\pm s$, n=60)

组别	IL-8/(pg·mL ⁻¹)		IL-1 β /(pg·mL ⁻¹)		TNF- α /(pg·mL ⁻¹)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	28.45±4.17	21.33±3.05*	44.87±4.95	30.93±3.81*	60.84±7.91	39.57±5.24*
观察组	29.26±3.82	14.97±2.43* [△]	46.21±5.34	23.62±3.07* [△]	59.47±6.52	26.93±3.83* [△]

注:与同组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,[△]P<0.05。

2.6 不良反应发生率 2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义(P>0.05),见表7。

表7 2组不良反应比较 [例 (%), n=60]

组别	呕吐	头疼	恶心	头晕	腹泻	总发生
对照组	2(3.33)	1(1.67)	0(0)	1(1.67)	1(1.67)	5(8.34)
观察组	1(1.67)	0(0)	2(3.33)	2(3.33)	1(1.67)	6(10.00)

3 讨论

中医结合症状将慢性非萎缩性胃炎归于“胁痛”“胃脘痛”“痞症”等范畴,认为胃是病位所在之处,发病与脾相关。胃主受纳水谷,脾主运化,二者为仓廩之官,通过经络构成表里,阴阳互助。患者先天禀赋不足,后天调养失宜,饮食不节,劳倦尤过,均会造成脾胃虚弱,运化失常,升降无力,脾气损伤,胃气失和,气机阻滞,诱发慢性非萎缩性胃炎。针对病因病机,中医治疗慢性非萎缩性胃炎需遵循益气健脾、温中和胃的原则。胃复春胶囊中君药为红参,其味甘、性温,具有大补元气、健脾益气等功效,可补脾胃之气,善于脾气虚证的治疗;香茶菜为臣药,味辛、性凉,具有益气活血、清热散瘀等功效,善清

胃中之郁热;炒枳壳为佐药,味苦、性温,具有健脾和胃、行滞消胀、理气宽中等功效;全方共奏益气健脾、理气和胃之功效,可促进脾胃升降功能恢复。现代药理研究发现,红参中的皂苷及多糖成分能提高机体免疫力,缓解炎症反应^[15];香茶菜中香茶菜甲素能改善炎症反应,促进病变部位血液循环及胃黏膜修复^[16];炒枳壳中柠檬烯及挥发油成分能调节胃肠动力,改善胃肠激素释放^[17]。临床报道显示,胃复春胶囊能减轻慢性非萎缩性胃炎患者症状,并能改善胃黏膜病理形态,缓解炎症反应,控制病情进展^[18]。本研究发现,治疗4周后观察组较对照组中医证候评分、胃镜病理评分降低,总有效率升高,与上述报道结果相符,表明胃复春胶囊能缓解慢性非萎缩性胃炎患者病情,疗效确切。

既往研究认为,多数胃炎患者存在不同程度胃动力障碍^[19]。本研究结果显示,观察组治疗4周后,餐前及餐后胃电幅值较对照组升高,说明胃复春胶囊可以改善慢性非萎缩性胃炎患者胃动力状态。胃复春胶囊能增强胃黏膜抵抗能力,促进损伤胃黏膜修复,从而改善黏膜屏障功能,有助于促进胃动力状态恢复。治疗后,观察组胃动素、生

长抑素、胃泌素较对照组升高,提示胃复春胶囊能调节慢性非萎缩性胃炎患者胃黏膜分泌水平,这可能是胃复春胶囊的治疗机制之一。临床报道显示,胃黏膜炎性变化是慢性非萎缩性胃炎的病理特征,促炎因子可损伤胃黏膜表层,与胃黏膜炎症反应存在联系^[20]。本研究发现,观察组治疗4周后IL-8、IL-1 β 、TNF- α 较对照组降低,表明能减轻炎症反应。胃复春胶囊中炒枳壳、香茶菜及红参等均含有抗炎成分,有助于抑制炎症因子释放,缓解炎症反应。对比不良反应发生率情况,结果显示2组不存在明显差异,可见在小剂量奥美拉唑基础上予以胃复春胶囊并不会增加不良反应,具有较高的安全性。

综上所述,胃复春胶囊联合奥美拉唑能安全有效地缓解脾气虚证慢性非萎缩性胃炎,改善胃动力状态,调节胃黏膜分泌水平,减轻炎症反应。

参考文献:

[1] 张易从,叶帆,刘慧敏,等.姚乃礼经验方治疗慢性非萎缩性胃炎的效果观察[J].长春中医药大学学报,2023,39(11):1221-1225.

[2] Pinar I E, Mavis O. The effect of *Helicobacter pylori* density on serum vitamin B12 and folate levels in patients with non-atrophic gastritis[J]. *Cureus*, 2023, 15(9): e45252.

[3] 郭心怡,刘长兴,赵丹,等.加味三仁汤治疗脾虚湿热兼肝郁型慢性非萎缩性胃炎临床观察[J].河北中医,2023,45(7):1097-1101.

[4] Da Mata A M O F, Paz M F C J, De Menezes A P M, et al. Evaluation of mutagenesis, necrosis and apoptosis induced by omeprazole in stomach cells of patients with gastritis[J]. *Cancer Cell Int*, 2022, 22(1): 154.

[5] 李永娟,刘永香,刘倩,等.穴位埋线、柴龙逆萎汤联合质子泵抑制剂对肝胃气滞型非H. pylori感染慢性非萎缩性胃炎的治疗效果[J].河北医药,2022,44(17):2599-2602.

[6] 檀志娟,贾金英,张增建.补虚养胃汤联合奥美拉唑对慢性萎缩性胃炎的疗效及对表皮生长因子、胃动素及可溶性白介素-2受体的影响[J].世界临床药物,2024,45(7):749-754.

[7] Lin X, Chen H, Lin Y N. The clinical efficacy and safety of

atropine combined with omeprazole in the treatment of patients with acute gastritis: a systematic review and meta-analysis[J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10(9): 9535-9543.

[8] 母相聪,李寿庆,兰向东,等.李氏化滞汤治疗脾虚气滞型慢性非萎缩性胃炎患者的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2024,19(10):2042-2045.

[9] 张虹,彭波,张昌敏,等.胃复春胶囊结合三联疗法根除幽门螺杆菌的疗效观察[J].胃肠病学和肝病杂志,2024,33(5):518-521.

[10] 王文娟,李海可,马蕾,等.胃复春对Hp感染萎缩性胃炎大鼠模型胃黏膜组织IL-6/JAK2/STAT3信号通路的影响[J].中华医院感染学杂志,2022,32(13):1987-1991.

[11] 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].中华消化杂志,2017,37(11):721-738.

[12] 李军祥,陈喆,胡玲,等.慢性非萎缩性胃炎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(1):1-8.

[13] 商洪才,王保和,张伯礼.中药新药证候及疗效评价[J].中药新药与临床药理,2004,15(5):365-368.

[14] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:201-207.

[15] 樊伟旭,詹志来,侯芳洁,等.红参的化学成分及药理作用研究进展[J].天然产物研究与开发,2021,33(1):137-149.

[16] 康年松,黄骞,钱蓉,等.胃复春片联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗功能性消化不良的临床疗效[J].中华全科医学,2024,22(4):597-600.

[17] 王慧,钟国跃,张寿文,等.枳壳化学成分、药理作用的研究进展及其质量标志物的预测分析[J].中华中医药学刊,2022,40(9):184-192;284.

[18] 赵书红,马永亮,徐健,等.胃复春胶囊辅助西药治疗脾胃虚弱证慢性浅表性胃炎疗效观察及对血清胃泌素的影响[J].新中医,2023,55(6):50-53.

[19] 段琳,王太武,张宗霞,等.莫沙比利联合埃索美拉唑镁肠溶片治疗老年慢性萎缩性胃炎的疗效[J].西部医学,2023,35(7):992-995;1000.

[20] 石松艳,孙永顺,李毅平.莲蓬胶囊对脾胃湿热型幽门螺杆菌相关性慢性非萎缩性胃炎的效果[J].中国医药导报,2023,20(7):89-92.