

清肝宁胃汤联合熊去氧胆酸对原发性胆汁反流性胃炎患者疗效分析

雷云霞¹ 张慧田¹ 刘新²

(1 新疆维吾尔自治区中医医院, 乌鲁木齐, 830000; 2 新疆医科大学中医学学院, 乌鲁木齐, 830000)

摘要 目的:探讨给予原发性胆汁反流性胃炎(PBRG)患者熊去氧胆酸、清肝宁胃汤联合治疗的临床价值。方法:选取2017年4月至2018年4月新疆维吾尔自治区中医医院收治的PBRG患者86例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组43例。对照组采用常规西药治疗,观察组采用清肝宁胃汤+熊去氧胆酸治疗,观察患者中医证候积分、血清胆囊收缩素(Gastrin)及胃泌素(CCK)水平等改善情况。结果:经治疗,观察组患者胃脘痞满、嗝气、恶心呕吐、胃痛或痛窜两胁等症状中医证候积分均显著低于对照组($P < 0.05$);观察组治疗后血清Gastrin为 (50.18 ± 10.46) ng/L,显著低于对照组的 (76.36 ± 10.36) ng/L,CCK为 (139.64 ± 8.39) ng/L,显著高于对照组的 (120.24 ± 8.35) ng/L($t = 11.660, 10.747, P < 0.05$);观察组治疗后IgA、IgM、IgG及补体C3改善程度均显著优于对照组($P < 0.05$);2组腹痛、腹泻、心悸等不良反应总发生率为9.30%,相比对照组的32.56%显著更低($P < 0.05$),2组均为患者出现血尿常规异常。结论:给予PBRG患者清肝宁胃汤联合熊去氧胆酸治疗,可促进患者临床症状及血清Gastrin、CCK水平获得更大程度改善,可使患者机体免疫功能获得有效调节。

关键词 原发性胆汁反流性胃炎;熊去氧胆酸;清肝宁胃汤;胃泌素

Therapeutic Effects of Qinggan Ningwei Decoction Combined with Ursodeoxycholic Acid on Patients with Primary Bile Reflux Gastritis

Lei Yunxia¹, Zhang Huitian¹, Liu Xin²

(1 Xinjiang Uygur Autonomous Region Hospital of Traditional Chinese Medicine, Urumqi 830000, China;

2 College of Traditional Chinese Medicine, Xinjiang Medical University, Urumqi 830000, China)

Abstract Objective: To evaluate the clinical value of ursodeoxycholic acid and Qinggan Ningwei Decoction in the treatment of primary bile reflux gastritis (PBRG). **Methods:** A total of 86 PBRG patients who received treatment in Xinjiang Uygur Autonomous Region Hospital of Traditional Chinese Medicine from April 2017 to April 2018 were divided into a control group ($n = 43$, conventional western medicine treatment) and an observation group ($n = 43$, Qinggan Ningwei Decoction + Ursodeoxycholic acid treatment). The improvement of TCM syndrome score, serum cholecystokinin (Gastrin) and gastrin (CCK) level were observed. **Results:** After treatment, the scores of TCM syndromes such as fullness of stomach, belching, nausea and vomiting, stomachache or pain in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$); The serum Gastrin was (50.18 ± 10.46) ng/L after treatment in the observation group, which was significantly lower than that of the control group (76.36 ± 10.36) ng/L. CCK (139.64 ± 8.39) ng/L was significantly higher than that of the control group (120.24 ± 8.35) ng/L ($t = 11.660, 10.747, P < 0.05$); After treatment, the improvement of IgA, IgM, IgG and complement C3 in the observation group was significantly better than those in the control group ($P < 0.05$); The total incidence of adverse reactions such as abdominal pain, diarrhea and palpitation in the 2 groups was 9.30%, significantly lower than 32.56% in the control group ($P < 0.05$). The 2 groups showed abnormal hematuria. **Conclusion:** PBRG patients were treated with Qinggan Ningwei Decoction combined with ursodeoxycholic acid, which can improve the clinical symptoms and the levels of Gastrin and CCK, and regulate the immune function of patients.

Key Words Primary bile reflux gastritis; Ursodeoxycholic acid treatment; Qinggan Ningwei Decoction; Gastrin

中图分类号: R573.3; R2-031 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.12.036

原发性胆汁反流性胃炎 (Primary Bile Reflux gastritis, PBRG) 属于临床治疗中常见慢性消化系统疾病,具有发病率高、治愈难度大的特点。患病后,患者会出现胃胀、恶心呕吐、胃痛、胃食管反流、胃出血等症状,日常生活、工作均会受到严重影响,生命质量大大降低^[1]。现阶段,临床上尚无统一标准诊

断及治疗方式,主要给予西药治疗,促进患者胃肠动力提高,加快肠道蠕动,减轻胃黏膜刺激,控制炎症反应等,改善患者临床症状^[2]。但既往研究显示,仅给予患者常规西药治疗,总体疗效存在明显局限性,复发率较高^[3]。因此,越来越多研究加强从中医、中西医结合角度探讨 PBRG 更有效治疗方式进行深入

基金项目:2018年自治区卫计委青科项目(QK-2018047)

作者简介:雷云霞(1975.02—),女,博士研究生,副主任医师,研究方向:脾胃病的临床与基础研究,E-mail:lyuh1983@163.com

通信作者:刘新(1974.03—),男,硕士研究生,副教授,研究方向:内科疾病的中医药研究,E-mail:297194830@qq.com

研究。本研究主要探讨熊去氧胆酸联合清肝宁胃汤方案用于 PBRG 患者治疗的临床效果,现做入选报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 4 月至 2018 年 4 月期间新疆维吾尔自治区中医医院治疗的 PBRG 患者 86 例作为研究对象。按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 43 例。对照组中男 28 例,女 15 例,年龄 19~64 岁,平均年龄(47.8±2.7)岁;胆汁反流程度:Ⅱ度 18 例,Ⅲ度 25 例;病程 2 个月至 4 年,平均病程(2.6±0.6)年。观察组中男 29 例,女 14 例;年龄 21~65 岁,平均年龄(47.3±2.9)岁;胆汁反流程度:Ⅱ度 16 例,Ⅲ度 27 例;病程 3 个月至 5 年,平均病程(2.7±0.2)年。纳入病例基线资料(病程、年龄等)比较,2 组间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已获我院医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 临床症状表现为上腹部存在明显隐痛,且会反复发作,或者接受胃部手术治疗后出现胸骨后或上腹部疼痛,同时伴有呕吐黄绿色胆汁,症状往往在饭后出现,或者出现食欲明显减退,体质量明显下降等;查体表现为剑突下或上腹部有明显压痛,但痛感较轻,未存在反跳痛;胃镜检查显示胃黏膜有明显水肿、充血、脆性增加表现,易发生糜烂、出血,幽门口显示有黄绿色、黄色反流物,内镜下可见黏膜糜烂、黏液湖胆汁样染色、充血中度 3 者并存时,可明确诊断为胆汁反流性胃炎,相关症状为非手术引起时,诊断为原发性胆汁反流性胃炎。

1.2.2 中医诊断标准 符合中医辨证肝胃郁热证型诊断标准^[5],即主要证候表现为胃脘痞满、胃痛或痛窜两胁、情志不畅;次要证候表现为口苦、口臭;反酸、烧心;恶心、呕吐;暖气、大便干结。主证 2 项,次证 1 项者即可确诊为肝胃郁热证型 PBRG。

1.3 纳入标准 1)符合 PBRG 西医诊断标准^[4]。2)无全身其他系统疾病史;3)无胃肠胆囊手术史;4)无研究所用药物过敏史;5)入组前未使用过质子泵抑制剂(PPI)、H₂受体阻滞、抗菌药物或铋剂治疗;6)自愿参与研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)伴有意识障碍、精神疾病;2)伴有重要脏器(脑、心、肾、肝)严重疾病及神经、造血系统疾病等;3)近期 4 周内使用过铋剂、PPI、抗生素,或者其他对治疗效果产生影响的药物治疗;4)处于妊娠期或哺乳期女性;5)依从性差,无法坚持整个

治疗疗程。

1.5 脱落与剔除标准 治疗过程中因发生严重不良事件需退出研究者;失去联系者;临床资料不全者;未能严格遵照治疗方案进行治疗或擅自加入其他临床研究者等。

1.6 治疗方法 给予对照组患者常规西药治疗。给予患者甲氧氯普胺片(仁和堂药业有限公司,国药准字 H37020792)、铝碳酸镁片(拜耳医药保健有限公司,国药准字 H20013410)治疗。甲氧氯普胺使用方法:患者于餐前 0.5 h 口服药物 2 片/次,3 次/d。铝碳酸镁片使用方法:患者于餐后 1~2 h 口服药物 2 片/次,3 次/d。同时给予患者质子泵抑制剂(PPI)治疗,按照特定药物说明书用药。患者服药治疗时间为 2 个月。

给予观察组患者熊去氧胆酸(上海上药信谊药厂有限公司,国药准字 H31021875)联合自拟清肝宁胃汤治疗。患者于睡前口服熊去氧胆酸 1 次/d,0.25 g/次。自拟清肝宁胃汤组方:梔子、郁金、浙贝母、厚朴、醋柴胡、黄芩、炒白术、木香各 10 g,枳实 15 g,黄连、炙甘草各 3 g,炒九香虫 6 g。将药物放入术中煎煮至 400 mL 后取药汁服用。口服药物,每日 1 剂,于早饭前、晚饭前 0.5 h 服药。患者用药治疗时间均为 2 个月。

服用治疗过程中,所有患者均禁止使用刺激性食物,嘱咐患者多食用易消化、清淡使用,忌饮酒、吸烟、喝浓茶、喝咖啡,同时禁止同时使用其他胃肠系统药物进行治疗。

1.7 观察指标 1)症状改善效果评估:于治疗前、治疗后评估患者胃脘痞满、胃痛或痛窜两胁、反酸或烧心、情志不畅、口苦或口臭、恶心呕吐、暖气等中医证候积分,无症状计 0 分,有轻度症状记 2 分,有中度症状记 4 分,有重度症状记 6 分,得分越高表明症状越严重。2)血清胃泌素、胆囊收缩素改善评估:治疗前、后于患者空腹状态下采集其 4 mL 静脉血分装 2 个试管中作为样本,实施血清胃泌素(Gastrin)、胆囊收缩素(CCK)水平检测。Gastrin 通过酶联免疫法(ELISA)进行测定。CCK、Gastrin 水平检测相关操作均严格按照试剂说明书规范进行。3)免疫功能改善评估:观察患者治疗前、后免疫相关指标水平变化情况,具体观察补体 C3、免疫球蛋白(IgM、IgG、IgA)变化情况。选用免疫荧光检测试剂盒实施相关指标检测,测定操作均严格按照试剂盒说明规范实施。4)安全性评估:观察患者治疗期间相关不良反应发生情况。同时给予患者血、尿常规检测。

1.8 疗效判定标准 依据《中药新药临床研究指导原则》对2组临床疗效进行评估:临床症状及体征基本消失,胃镜检查结果中胃黏膜糜烂、充血、水肿均消失为显效;临床症状及体征明显好转,胃镜检查结果中上述现象显著改善为有效;临床症状及体征无变化,胃镜检查结果中上述现象均无改善为无效。总有效率 = 显效例数 + 有效例数 / 总例数 × 100%。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据分析。计量数据(不良反应发生率、治疗总有效率等)比较行 χ^2 检验;计量数据(中医证候积分、胃泌素水平等)使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,比较行 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者症状改善效果比较 2组患者接受治疗前胃脘痞满、嗝气、反酸或烧心等主要症状中医证候积分比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。经相应治疗后,观察组相关症状中医证候积分均有明显降低,且显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表1。

2.2 2组患者血清胃泌素、胆囊收缩素水平比较

2组患者接受治疗前 Gastrin、CCK 水平比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,2组患者 Gastrin 水平均明显低于治疗前,CCK 水平均明显高于治疗前,且观察组降低、提高程度均显著大于对照组 ($P < 0.05$)。见表2。

2.3 2组患者免疫指标改善效果比较 2组患者治疗前相关免疫指标水平比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,2组患者相关指标均获得明显改善,但对照组比较,观察组患者改善程度显著更大 ($P < 0.05$)。见表3。治疗期间2组均未发生不良事件。

2.4 2组患者安全性比较 治疗期间,2组均有患者出现相关药物不良反应,患者症状主要表现为腹痛、腹泻、心悸、荨麻疹、恶心呕吐等,观察组不良反应总发生率为 9.30%,显著低于对照组的 32.56% ($P < 0.05$)。见表4。2组均为患者出现血尿常规异常。

表1 2组患者治疗前、后症状中医证候积分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	胃脘痞满	胃痛或痛窜两胁	反酸、烧心	情志不畅	口苦、口臭	恶心呕吐	嗝气
对照组 ($n = 43$)							
治疗前	4.07 ± 1.21	3.75 ± 1.21	2.10 ± 0.73	4.03 ± 0.68	2.05 ± 0.89	1.75 ± 0.67	2.30 ± 0.64
治疗后	3.04 ± 0.52	2.31 ± 0.65	1.42 ± 0.57	2.68 ± 0.46	1.63 ± 0.21	1.15 ± 0.25	1.52 ± 0.27
t/P 值	5.128/0.000	6.874/0.000	4.814/0.000	10.782/0.000	3.011/0.025	5.501/0.000	7.363/0.000
观察组 ($n = 43$)							
治疗前	4.04 ± 1.25	3.78 ± 1.14	2.08 ± 0.68	4.06 ± 0.51	2.07 ± 0.80	1.77 ± 0.57	2.32 ± 0.47
治疗后	1.56 ± 0.42	1.36 ± 0.32	0.88 ± 0.78	1.34 ± 0.31	0.67 ± 0.05	0.62 ± 0.46	0.86 ± 0.05
t/P 值	12.332/0.000	13.402/0.000	7.604/0.000	29.885/0.000	11.453/0.000	10.295/0.000	20.255/0.000
t_1/P_1 值	0.149/0.095	0.118/0.099	0.131/0.097	0.231/0.874	0.109/0.099	0.149/0.096	0.165/0.094
t_2/P_2 值	14.519/0.000	8.598/0.000	3.665/0.000	15.840/0.000	29.161/0.000	6.638/0.000	15.761/0.000

注: t_1/P_1 为治疗前2组比较, t_2/P_2 为治疗后2组比较

表2 2组患者治疗前、后胃泌素、胆囊收缩素水平比较 $(\bar{x} \pm s, \text{ng/L})$

组别	Gastrin		t/P 值	CCK		t/P 值
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
对照组 ($n = 43$)	90.56 ± 12.41	76.36 ± 10.36	5.759/0.000	84.27 ± 8.51	120.24 ± 8.35	19.783/0.000
观察组 ($n = 43$)	90.63 ± 11.84	50.18 ± 10.46	16.789/0.000	85.39 ± 8.58	139.64 ± 8.39	29.644/0.000
t 值	0.026	11.660		0.607	10.747	
P 值	0.982	0.000		0.396	0.000	

表3 2组患者治疗前、后免疫指标变化情况比较 [$M(P_{25}, P_{75})$]

组别	IgA	IgM	IgG	补体 C3
对照组 ($n = 43$)				
治疗前	4.61 (3.16, 5.42)	4.15 (2.60, 4.79)	18.13 (16.59, 18.74)	0.88 (0.48, 1.42)
治疗后	3.14 (1.45, 3.96)	2.50 (1.32, 3.54) *	13.60 (11.14, 14.68) *	0.80 (0.63, 1.14)
观察组 ($n = 43$)				
治疗前	4.65 (3.12, 5.35)	4.12 (2.62, 4.84)	18.10 (16.62, 18.79)	0.92 (0.52, 1.32)
治疗后	2.31 (1.04, 6.25)	2.78 (1.24, 3.47) * Δ	14.06 (10.45, 15.74) *	1.22 (0.92, 1.84) * Δ

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

表4 2组患者不良反应比较[例(%)]

组别	腹泻	腹痛	恶心呕吐	总胆汁酸升高	荨麻疹	心悸	失眠	合计
对照组(n=43)	3(6.98)	2(4.65)	2(4.65)	3(6.98)	1(2.33)	1(2.33)	2(4.65)	14(32.56)
观察组(n=43)	1(2.33)	1(2.33)	0(0.00)	1(2.33)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.33)	4(9.30)
χ^2 值								7.026
P 值								0.008

3 讨论

胆汁反流性胃炎为临床治疗中一种具有较高发病率的消化系统疾病,其发病率在胃炎总数中所占比例高达 12.3%,随着人们饮食结构、生活方式的不断变化,该病发生率表现出明显递增趋势^[6]。胆汁反流性胃炎指的是由于胆汁以及其他肠液混合液发生反流,经幽门进入胃部,然后在胃酸作用下刺激胃黏膜,使胃黏膜出现炎性病变,进而导致消化道出现一系列不适症状。未接受过腹部手术治疗,幽门解剖下生理结构能够保持良好完整性为原发性胆汁反流性胃炎(PBRG)^[7]。胃动力、十二指肠动力发生异常以及幽门括约肌功能障碍、胆道系统疾病、胃肠激素水平异常等均与 PBRG 的发生存在密切联系^[8]。该类患者病情易反复,治愈难度大,对患者健康状况及生命质量均造成严重影响。此外,长时间胆汁反流还可大大增加胃食管反流病、胃溃疡、Barrett 食管、胃癌、食管腺癌等严重疾病的发生风险。因此,及时给予 PBRG 患者有效质量,控制病情进一步加重对总体疗效提高及预后改善均具有重要意义。

现阶段,临床上主要选用抑酸药、胃黏膜保护药、质子泵抑制剂、胃动力药等给予 PBRG 患者治疗。给予患者传统药物治疗可发挥一定抑酸作用,同时可促进幽门控制作用明显增强,使胃黏膜获得更好保护,进而促进胃肠动力改善,调节胃及十二指肠运动,最终使胆汁以及其他肠液混合液等反流获得明显减少^[9]。但临床研究及实际应用结果显示,传统药物长时间使用后较难获得理想效果,复发率较高,且易引发相关不良反应,不利于患者总体疗效提高^[10]。本研究从中西医结合角度给予 PBRG 患者熊去氧胆酸联合清肝宁胃汤治疗后,在症状改善、血清胆囊收缩素及胃泌素改善、安全性等方面均表现出良好效果。

熊去氧胆酸属于一种内源性胆汁酸,应用过程中可使胆汁成分发生改变,降低毒性胆酸(脱氧胆酸、石胆酸等)浓度,进而减轻胃黏膜损伤^[11]。肝胃郁热证为 PBRG 患者中一种常见类型,患者症状主要表现为反酸嘈杂、两胁胀闷、口干口苦、心烦易怒、

大便秘结等。中医学认为,肝胃郁热证 PBRG 的发病机制表现为中焦气机不利,导致脏腑升降失司,辨证主要表现为胃失和降、肝胃预热。在人体中,脾胃为脏腑气机升降的主要枢纽,忧思恼怒、饮食不节、外感邪气等均可导致脾胃功能遭受损害,导致脾胃虚弱,健运水谷无法正常进行,使肝木疏泄本性逐渐丧失,引发胃气郁滞,最终导致胃痞满、两肋胀满、胃脘痛等症状出现。同时,胃气上逆,湿热郁蒸肝胆,导致胆气上溢,引发反酸烧心、口臭、恶心呕吐等症状,最终形成 PBRG。因此,从中医学角度给予肝胃郁热证 PBRG 患者治疗应坚持辨证施治、祛邪、调理脏腑升降等原则。本研究选用清肝宁胃汤中,醋柴胡具有和解退热、疏肝解郁、升举阳气等功效;黄连有泻火解毒、清热燥湿等功效。二者共为该中医汤剂的君药,同时使用可促进药物清肝胃郁热功效获得显著增强。现代药理学研究显示,黄连在应用过程中发挥良好抗病毒、抗菌、抗腹泻、解热、抗炎等多重作用,可促进患者相关临床症状获得有效缓解。中药汤剂中,厚朴、枳实、黄芩、白术、木香、郁金等同时使用,可发挥良好清热降泄、除满止痛、行气消痞、行气解郁、健脾益气、利胆护胆、醒脾疏肝等功效。现代药理学研究显示,枳实中所含 D-柠檬烯可对局部黏膜产生刺激作用,促进胆囊内压明显增高,使胆汁分泌获得有效调节,进而使括约肌张力增加,同时还对可刺激胃肠道平滑肌兴奋,进而加快肠道蠕动,减少胃液分泌,降低胃溃疡发生风险;黄芩对炎症反应表现出良好抑制作用,可促进机体免疫功能获得有效提高,保护肝胆。本研究中,给予观察组熊去氧胆酸+清肝宁胃汤治疗后,该组患者血清胃泌素、胆囊收缩素及临床症状均获得显著改善,且改善程度均显著明显大于对照组。同时,观察组患者机体免疫指标 IgM、IgG、IgA 等改善程度也显著优于参照组,患者不良反应总发生率显著低于对照组。由此可知,应用于观察组的治疗方案,可使患者胃泌素水平显著下降,胆囊收缩素水平显著升高,增强患者机体免疫能力,更有助于患者临床症状获得更大程度改善,且可减少不良反应。

(下接第 3273 页)

- dex) in IVT patients-the-SPAN 10065 index[J]. *BMC Neurol*, 2018, 18(1):129.
- [5] 郑凯日, 吴宣富. 缺血性卒中合并不同等级睡眠呼吸暂停低通气综合征患者的中医证候分布特点[J]. *广州中医药大学学报*, 2019, 36(1):7-12.
- [6] 黄琛凯, 陈卫银, 陈湘东, 等. 中药治疗急性缺血性脑卒中临床药物选择[J]. *医学理论与实践*, 2018, 31(17):2558-2561.
- [7] 李强, 耿秀超, 聂金涛, 等. 中医药治疗血管性痴呆研究概况[J]. *中医临床研究*, 2018, 10(12):32-36.
- [8] 陈翠华, 蒋艳玲. 水蛭酶解前后对缺血性脑卒中大鼠治疗作用比较[J]. *河南中医*, 2017, 37(8):1373-1375.
- [9] 张向平. 丹参多酚酸盐联合 rt-PA 静脉溶栓对急性缺血性脑卒中患者 NIHSS 评分及血液流变学的影响[J]. *内蒙古医学杂志*, 2018, 50(7):832-833.
- [10] Zhang JH, Li JK, Ma LL, et al. RNA interference-mediated silencing of S100B improves nerve function recovery and inhibits hippocampal cell apoptosis in rat models of ischemic stroke[J]. *J Cell Biochem*, 2018, 119(10):8095-8111.
- [11] Lu YL, Wang R, Huang HT, et al. Association of S100B polymorphisms and serum S100B with risk of ischemic stroke in a Chinese population[J]. *Sci Rep*, 2018, 8(1):971.
- [12] Huang W, Lv B, Zeng H, et al. Paracrine Factors Secreted by MSCs Promote Astrocyte Survival Associated With GFAP Downregulation After Ischemic Stroke via p38 MAPK and JNK[J]. *J Cell Physiol*, 2015, 230(10):2461-2475.
- [13] Wytrykowska A, Proszba-Mackiewicz M, Nyka WM. IL-1 β , TNF- α , and IL-6 levels in gingival fluid and serum of patients with ischemic stroke[J]. *J Oral Sci*, 2016, 58(4):509-513.
- [14] Li W, Suwanwela NC, Patumraj S. Curcumin prevents reperfusion injury following ischemic stroke in rats via inhibition of NF- κ B, ICAM-1, MMP-9 and caspase-3 expression[J]. *Mol Med Rep*, 2017, 16(4):4710-4720.
- [15] Zhang Y, Yu P, Liu H, et al. Hyperforin improves post-stroke social isolation-induced exaggeration of PSD and PSA via TGF- β [J]. *Int J Mol Med*, 2019, 43(1):413-425.
- [16] Siotto M, Aprile I, Simonelli I, et al. An exploratory study of BDNF and oxidative stress marker alterations in subacute and chronic stroke patients affected by neuropathic pain[J]. *J Neural Transm (Vienna)*, 2017, 124(12):1557-1566.
- [17] Jittiwat J. Laser Acupuncture at GV20 Improves Brain Damage and Oxidative Stress in Animal Model of Focal Ischemic Stroke[J]. *J Acupunct Meridian Stud*, 2017, 10(5):324-330.
- [18] Yeh TT, Hsieh YW, Wu CY, et al. A Preliminary Investigation of the Association of Sleep With Inflammation and Oxidative Stress Biomarkers and Functional Outcomes After Stroke Rehabilitation[J]. *Sci Rep*, 2017, 7(1):8634.

(2019-01-29 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 3268 页)

综上所述, 给予 PBRG 患者熊去氧胆酸 + 清肝宁胃汤治疗, 可显著降低其血清胃泌素水平, 提高胆囊收缩素水平, 调节机体免疫功能, 有助于总体疗效获得显著提高, 且安全性良好。

参考文献

- [1] 肖洪玲, 田凌云, 方正清, 等. 半夏泻心汤合并西药治疗胆汁反流性胃炎临床疗效的 Meta 分析[J]. *中国临床药理学杂志*, 2015, 31(22):2257-2259.
- [2] 孙丽霞, 陈维, 王丽华, 等. 基于临证医案的单兆伟教授治疗胆汁反流性胃炎药对关联解析[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2015, 21(21):213-216.
- [3] Barakat E M E, Abbas N, El-Kholi N. Primary bile reflux gastritis versus *Helicobacter pylori* gastritis: a comparative study[J]. 2018, 30(1):23.
- [4] 杨洪英, 全瑞民, 段复华, 等. 浅析胆胃康胶囊治疗胆汁反流性胃炎的临床观察[J]. *世界中西医结合杂志*, 2015, 10(3):398-400.
- [5] 丁宁. 四逆散加味治疗肝胃不和型胆汁反流性胃炎 50 例[J]. *河南中医*, 2015, 35(3):486-488.
- [6] Zhanqiong X U, Jun H E, Liao M, et al. Shu-Mu Thread Embedding Therapy on Gastroscopy of Primary Bile Reflux Gastritis[J]. *Liaoning Journal of Traditional Chinese Medicine*, 2017, 12(6):856-857.
- [7] 张旖晴, 郭宇, 刘涛, 等. 辛开苦降法治疗寒热错杂型胆汁反流性胃炎疗效观察[J]. *陕西中医*, 2017, 38(7):901-902.
- [8] 周银斌, 文良志, 刘凯军, 等. 639 例胃内胆汁反流与禁食时间相关性的临床观察[J]. *第三军医大学学报*, 2018, 40(10):928-933.
- [9] Ban J, Yang W, Rao G, et al. Ursodeoxycholic acid combined with omeprazole and mosapride in the treatment of bile reflux gastritis in 53 cases[J]. *Chinese Youjiang Medical Journal*, 2018, 5(16):883-884.
- [10] 林清义, 周萍. 疏肝和胃饮辨证加减治疗肝胃不和型胆汁反流性胃炎疗效观察[J]. *陕西中医*, 2017, 38(2):242-243.
- [11] 黄衔, 钟志旭. 基于四磨汤的四联用药治疗胆囊切除术后胆汁反流性胃炎的效果观察[J]. *广东医学*, 2017, 38(s1):271-273.

(2018-12-30 收稿 责任编辑:苍宁)