胃复康对反流性食管炎患者食管黏膜恢复及胃蛋白酶原、胃泌素-17的影响

盖学明，刘凯文，周青，申世英，郑薇薇*
（潍坊市中医院脾胃病科，山东 潍坊 261000）

摘要　目的：研究胃复康对反流性食管炎（RE）患者食管黏膜恢复及胃蛋白酶原、胃泌素-17（G-17）的影响。方法：选取2023年11月—2024年10月在潍坊市中医院就诊的RE患者94例，采用随机数字表法分为西药组和中药组，每组47例。西药组采用兰索拉唑+莫沙必利治疗，中药组在西药组基础上联合胃复康治疗。观察两组患者治疗后的食管黏膜恢复情况、临床症状评分、血清PG和G-17水平、胃肠激素水平、炎症因子以及不良反应发生情况。结果：治疗后两组总有效率比较，中药组为95.74%（45/47），高于西药组的80.85%（38/47），差异有统计学意义（$P<0.05$）。两组患者的临床症状评分、胃蛋白酶原II（PGII）、G-17、血管活性肠肽（VIP）、白介素-2（IL-2）、白介素-6（IL-6）、白介素-17（IL-17）水平均显著下降（$P<0.05$），且中药组低于西药组（$P<0.05$）。两组患者的胃蛋白酶原I（PGI）、胃泌素（GAS）、胃动素（MTL）水平均升高（$P<0.05$），且中药组高于西药组（$P<0.05$）。两组患者的不良反应差异无统计学意义（$P>0.05$）。结论：采用兰索拉唑、莫沙必利联合胃复康治疗RE患者，能够改善食管黏膜恢复情况，改善临床症状、调节胃肠激素和胃蛋白酶原水平，降低炎症反应，降低G-17水平，具有较高安全性。

关键词　兰索拉唑；莫沙必利；反流性食管炎；胃复康；胃蛋白酶原；胃泌素-17
中图分类号：R256.33　　**文献标识码**：A　　**文章编号**：1002-2392(2025)08-0068-05
DOI：10.19664/j.cnki.1002-2392.250167

反流性食管炎（Reflux esophagitis，RE）是继发于胃食管反流病的食管黏膜炎症，胃内容物反流到食管或食管以外，导致的症状和并发症[1]。病因是食管抗反流功能下降、食管清除能力降低以及食管黏膜防御屏障作用减弱等，主要表现为反酸、胃灼热、烧心、胸痛等，部分患者还会表现出消化不良的症状[2]。目前，临床上常采用抑酸治疗、促动力药等药物治疗。兰索拉唑属于苯并咪唑类药物，能够减少胃酸分泌，降低食管酸反流[3]。莫沙必利是一种促胃肠动力药，其作用于5-羟色胺4（5-HT4）受体，促进食管蠕动，加速食物排空，减轻临床症状[4]。单独使用临床效果有限，且存在一定的不良反应，因此需要寻找更安全有效的治疗方法[5]。中医将RE归属于“胃脘痛”范畴，其中证型以肝胃郁热证为主，其病机为情志失调、肝失疏泄，治疗应以解郁泄热、和胃降逆为主。胃复康为潍坊市中医院自制剂，由广藿香、陈皮、半夏、黄连等药物组成，具有健脾行气、和胃降逆的功效。研究发现，胃复康治疗慢性萎缩性胃炎效果较好，能够促进胃黏膜修复，抑制胃酸分泌[6]。但目前有关胃复康治疗RE患者的研究报道较少，因此，本研究探究胃复康对RE患者食管黏膜恢复及胃蛋白酶原、胃泌素-17（G-17）的影响，以期为临床研究提供理论支撑。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选取2023年11月—2024年10月潍坊市中医院就诊的RE患者94例，随机分为西药组和中药组，每组47例。两组一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表1。本研究经潍坊市中医院伦理委员会批准（2023YX191）。

1.2　诊断标准

西医诊断符合RE诊断标准[7]，胃灼热、反酸，或有上腹部烧灼感、嗳气。

中医辨证符合肝胃郁热证诊断标准[8]，主症：烧

收稿日期：2024-12-24　　**修回日期**：2025-04-23
基金项目：潍坊市卫生健康委员会中医药科研项目[2022年（第二类）第004号]
作者简介：盖学明（1987-），男，硕士，主治中医师，从事中医脾胃病相关研究工作。
*通信作者：郑薇薇（1978-），女，博士，副主任医师，从事炎症性肠病的中西医结合诊治相关工作。

心、反酸、胸痛、烧灼感、嗳气反流等；次症：口干苦、胃脘嘈杂等；舌脉：舌淡红，苔黄；脉象：脉弦数。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准；②经胃镜检查确诊为 RE；③患者自愿参与，并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①肾、肝等重要器官功能不全者；②对研究使用药物过敏者；③自身有免疫系统疾病者；④患有精神疾病者；⑤胃肠道功能障碍者。

表 1 两组 RE 患者的一般资料比较

组别	例数	性别/[例(%)]		年龄($\bar{x}\pm s$)/岁	病程($\bar{x}\pm s$)/月	BMI($\bar{x}\pm s$)/(kg/m^2)	内镜分级/[例(%)]		
		男	女				A 级	B 级	C 级
西药组	47	24(51.06)	23(48.94)	53.30 ± 6.65	13.95 ± 2.68	23.10 ± 4.02	17(36.17)	20(42.55)	10(21.28)
中药组	47	28(59.57)	19(40.43)	54.10 ± 6.80	14.20 ± 2.75	22.98 ± 3.86	18(38.30)	17(36.17)	12(25.53)
χ^2/t 值		0.689		0.577	0.446	0.148	0.454		
P 值		0.407		0.566	0.656	0.883	0.797		

1.5 治疗方法

西药组采用兰索拉唑治疗(扬子江药业集团四川海蓉药业公司，国药准字 H20065186，规格 15 mg) 30 mg/次，1 次/d，餐前服用。加用莫沙必利(鲁南贝特制药公司，国药准字 H19990317，规格 5 mg)，5 mg/次，3 次/d，餐前服用。

中药组在西药组基础上加用胃复康，组方：广藿香 12 g，陈皮 12 g，醋香附 12 g，枳实 12 g，槟榔 3 g，焦山楂 5 g，炒谷芽 8 g，炒麦芽 10 g，炒鸡内金 6 g，黄连 12 g，三棱 8 g，半夏 12 g，吴茱萸 8 g，甘草 6 g，厚朴 10 g，砂仁 8 g，大黄 6 g。(配制单位：潍坊市中医院，鲁药制字 z07080126，规格为 0.3 g/粒) 1.5 g/次，3 次/d，餐后口服。两组患者均连续治疗 8 周。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 食管黏膜恢复情况

参照相关文献[9]，部分痊愈：内镜检查，食管黏膜恢复正常，食管内壁无破损或充血；有效：食管内壁破损面积明显缩小，水肿和充血改善；无效：患食管内壁破损面积无缩小，水肿、充血症状无改善、加重；总有效率 =(部分痊愈例数 + 有效例数)/总例数 ×100%。

1.6.2 临床症状评分

采取自制症状量表进行评估，包括反酸、胃灼痛、胸骨后灼痛等，分为无症状(0 分)、轻度(1 ~ 2 分)、中度(3 ~ 4 分)、重度(> 4 分)。

1.6.3 胃蛋白酶原(PG)和 G - 17 水平

采集患者清晨空腹时静脉血 10 mL，以 3 000 r/min 离心 10 min，采用酶联免疫吸附法测定胃蛋白酶原 I(PGI)、胃蛋白酶原 II(PGII)和 G - 17 水平。

1.6.4 胃肠激素

抽取患者空腹静脉血 5 mL，4 000 r/min、离心半径15 cm，离心 10 min 分离血清，采用酶联免疫吸附法检测定胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)和血管活性肠肽(VIP)水平。

1.6.5 炎症因子

前处理同 1.6.4，采用酶联免疫吸附法测定两组患者白介素 - 2(IL - 2)、白介素 - 6(IL - 6)、白介素 - 17(IL - 17)水平。

1.6.6 不良反应

记录两组患者药物使用过程中的主要不良反应发生情况。

1.7 统计学方法

采用统计学软件 SPSS 22.0 数据分析。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，组内比较采用配对样本 t 检验、两组间比较采用单因素方差分析(两两比较采用 $SNK-q$ 检验)，计数资料以例(%)表示，两组间结果比较行 χ^2 检验(两两比较采用 Boferroni 法)，$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 食管黏膜恢复情况

治疗后，两组总有效率比较，中药组为 95.74%(45/47)，高于西药组的 80.85%(38/47)，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组 RE 患者食管黏膜恢复情况比较[例(%)]

组别	例数	部分痊愈	有效	无效	总有效
西药组	47	15(31.91)	23(48.94)	9(19.15)	38(80.85)
中药组	47	20(42.55)	25(53.19)	2(4.26)	45(95.74)
χ^2 值					5.045
P 值					0.025

2.2 临床症状评分

治疗前，两组患者的临床症状评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，两组患者的临床症状评分均显著降低($P<0.05$)，且中药组低于西药组($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组 RE 患者治疗前后临床症状评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	反酸		胃灼热		胸骨后灼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	47	3.32 ± 0.40	1.60 ± 0.40 *	2.80 ± 0.30	1.48 ± 0.46 *	3.14 ± 0.36	1.82 ± 0.53 *
中药组	47	3.42 ± 0.45	1.35 ± 0.34 *&	2.92 ± 0.34	1.28 ± 0.32 *&	3.20 ± 0.38	1.36 ± 0.42 *&

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,& $P < 0.05$。

2.3 血清 PG 和 G - 17 水平

治疗前,两组患者的血清 PGⅠ、PGⅡ和 G - 17 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者的 PGⅠ水平均升高($P < 0.05$),且中药组高于西药组($P < 0.05$);PGⅡ和 G - 17 水平下降($P < 0.05$),且中药组低于西药组($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组 RE 患者治疗前后血清 PG 和 G - 17 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PGⅠ/(μg/L)		PGⅡ/(μg/L)		G - 17/(pmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	47	69.87 ± 8.05	121.60 ± 20.20 *	20.26 ± 3.80	14.10 ± 2.12 *	20.62 ± 3.85	12.45 ± 3.02 *
中药组	47	70.38 ± 8.12	134.21 ± 30.35 *&	20.98 ± 3.57	12.80 ± 1.87 *&	20.75 ± 3.70	10.52 ± 2.80 *&

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,& $P < 0.05$。

2.4 胃肠激素指标

治疗前,两组患者的胃肠激素水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者的 GAS 和 MTL 均显著提高($P < 0.05$),且中药组高于西药组($P < 0.05$);VIP 水平降低($P < 0.05$),且中药组低于西药组($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组 RE 患者治疗前后胃肠激素比较($\bar{x} \pm s$,pg/mL)

组别	例数	GAS		MTL		VIP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	47	46.32 ± 6.10	62.35 ± 10.26 *	172.10 ± 25.78	250.20 ± 30.50 *	32.90 ± 4.12	16.30 ± 4.80 *
中药组	47	46.98 ± 5.80	69.43 ± 15.20 *&	170.32 ± 20.46	268.24 ± 32.60 *&	33.10 ± 4.08	13.58 ± 4.20 *&

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,& $P < 0.05$。

2.5 炎症因子

治疗前,两组患者的炎症水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者的 IL - 2、IL - 6、IL - 17 水平均显著降低($P < 0.05$),且中药组低于西药组($P < 0.05$),见表 6。

表 6 两组 RE 患者治疗前后炎症因子比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL - 6/(pg/L)		IL - 2/(pg/L)		IL - 17/(μg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西药组	47	51.35 ± 6.40	35.30 ± 8.54 *	50.68 ± 5.62	35.15 ± 8.25 *	43.82 ± 8.50	30.18 ± 5.68 *
中药组	47	51.40 ± 6.38	30.10 ± 6.80 *&	50.49 ± 6.20	31.30 ± 6.60 *&	45.12 ± 8.20	26.90 ± 4.78 *&

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,& $P < 0.05$。

2.6 不良反应发生情况

治疗后,两组患者的不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 7。

表 7 两组 RE 患者不良反应发生情况[例(%)]

组别	例数	皮疹	腹泻	头晕	腹胀	不良反应总发生
西药组	47	2(4.26)	2(4.26)	1(2.13)	1(2.13)	6(12.77)
中药组	47	1(2.13)	1(2.13)	1(2.13)	1(2.13)	4(8.51)
χ^2 值						0.448
P 值						0.503

3 讨论

RE 是一种常见的消化系统疾病,是胃内容物异常反流至食管而引起的胃酸反流等症状,在内镜下可观察到食管黏膜损伤[10]。RE 发病机制主要与胃酸分泌增加、下食管括约肌压力降低、幽门螺旋杆菌感染、反流物侵蚀、胃排空障碍等因素有关,多集中在中、老年男性人群[11]。临床表现为胃反流、烧心、吞咽困难及咽部不适等[12]。目前,胃食管反流病患者多采用药物治疗,以 PPI、促进胃肠动力、抑制胃酸为主,但易复发,存在一定副作用。因此,需要寻找一种更安全有效

的治疗方式。

兰索拉唑是一种质子泵抑制剂,其对于胃黏膜的壁细胞具有特异性作用,能抑制胃黏膜壁细胞中的 H^+-K^+-ATP 酶,降低胃酸分泌量,具有抵抗幽门螺杆菌和促进溃疡愈合双重作用[13]。研究[14]发现,兰索拉唑治疗食管癌术后 RE 效果较好,能有效减轻患者的临床症状,改善患者的消化功能,降低炎性反应水平。但是单用效果不佳[15]。莫沙必利通过刺激5-羟色胺4(5-HT4)受体,增加乙酰胆碱释放,促进胃肠蠕动和胃排空,但其存在一定的不良反应[16]。目前中医药广泛应用于 RE,具有副作用小、安全性高等优点。中医将 RE 归属于"吐酸"范畴,其常见主要病机为患者肝胃郁热、脾胃受损,导致肝胃郁热,胃气上逆[17],治疗宜采用清肝泄热、和胃降逆等治疗原则。胃复康中含有广藿香、陈皮、醋香附、枳实、槟榔、焦山楂、黄连、吴茱萸等,广藿香芳香健脾,化湿行气;吴茱萸、黄连泄火疏肝,和胃止痛;半夏、陈皮、砂仁燥湿健脾,降逆止呕;香附、厚朴、槟榔、枳实、三棱疏调肝脾气机;焦山楂、鸡内金、炒谷麦芽消食和胃;大黄泄火化积,逐瘀通经;以上药物共奏和胃降逆之效。现代药理研究[18-20]表明,广藿香有调节胃肠道功能、止咳、祛痰、平喘、抗炎、镇痛等多种药理作用;陈皮、醋香附、枳实中的黄酮类、生物碱类等具有调节胃肠道、抗炎、抑菌等作用[18-20];半夏具有镇咳祛痰、镇吐、抗肿瘤、抗炎等药理作用[21]。

本研究结果显示,中药组总有效率显著高于西药组,临床症状评分低于西药组。提示应用胃复康治疗 RE 患者效果最好,能够有效缓解患者的临床症状,促进患者食管黏膜恢复。分析原因为胃复康中黄连、吴茱萸、厚朴、枳实、广藿香、陈皮、醋香附等成分具有抗胃溃疡炎症、抗炎、镇痛、止呕等作用[22-23],几种中药相互作用共同起到协同增效作用。加用兰索拉唑通过抑制胃壁细胞胃酶氢钾腺苷三磷酸酶的活力,抑制胃酸分泌,达到降低胃酸含量,保护胃黏膜的作用[24]。莫沙必利是促进胃肠动力药物,选择性地结合 5-HT4 受体,刺激乙酰胆碱释放量,能够促进肠道蠕动,增加胃内容物排出,避免胃酸反流[25]。胃蛋白酶原(PG)是反映胃黏膜功能的重要指标,包括胃蛋白酶原 I(PGI)和胃蛋白酶原 II(PGII)。胃肠激素在 RE 发生发展中发挥着重要作用,其可对食管的运动功能及消化道的分泌功能产生明显影响。胃泌素-17(G-17)是胃窦部 G 细胞分泌的胃肠激素,主要用于评估胃黏膜的损伤和炎症情况。本研究中,中药组患者的 PGⅠ、GAS 和 MTL 水平高于西药组;PGⅡ、VIP 和 G-17 低于西药组。提示采用胃复康治疗 RE 患者,能够调节患者胃蛋白酶、胃激素水平,促进胃肠道的激素分泌和胃肠运动。分析原因可能是,胃复康中的广藿香、陈皮、醋香附、枳实均具有调节胃肠道的作用,胃复康中的成分可能增强食管黏膜的防御机制,减少胃酸和胃蛋白酶对黏膜的侵蚀,通过调节胃肠功能、保护胃黏膜等机制发挥作用。本研究中,中药组患者的 IL-2、IL-6、IL-17 水平低于西药组。提示胃复康治疗 RE 患者,能够降低患者的炎症反应,胃复康通过减少胃黏膜的炎症反应和损伤,降低炎症的分泌。本研究还发现,两组患者的不良反应比较差异无统计学意义,表明采用胃复康治疗 RE 患者,具有较高的安全性。

综上所述,采用兰索拉唑、莫沙必利联合胃复康治疗 RE 患者,能够改善食管黏膜恢复情况,改善临床症状、调节胃肠激素和胃蛋白酶原,降低炎症反应,降低 G-17 水平,具有较高安全性。

参考文献:

[1] JUNG H K, TAE C H, SONG K H, et al. 2020 Seoul consensus on the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2021, 27(4): 453-481.

[2] 李正欢, 张晓云, 陈杨, 等. 2020 年慢性阻塞性肺疾病全球倡议《COPD 诊断、治疗与预防全球策略》指南解读(一)——稳定期药物管理[J]. 中国全科医学, 2021, 24(8): 923-929.

[3] 张丽萍, 陈欣欣. 奥美拉唑与兰索拉唑治疗胃食管反流病效果的 meta 分析[J]. 中国现代应用药学, 2023, 40(2): 254-260.

[4] 王云滨. 双歧杆菌四联活菌片联合莫沙必利片对功能性便秘患者肠神经递质和结肠传输功能的影响[J]. 中国微生态学杂志, 2020, 32(4): 447-450.

[5] 邹会, 汪照函, 盛景义, 等. 莫沙必利联合奥美拉唑镁治疗反流性食管炎患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2022, 38(24): 2941-2945.

[6] 臧海洋, 杨晓慧. 胃复康Ⅱ方治疗慢性萎缩性胃炎(脾虚气滞型)临床疗效及对血清胃蛋白酶原、胃泌素 17 表达的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(10): 1871-1875.

[7] 李军祥, 陈誩, 李岩. 胃食管反流病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(3): 221-226, 232.

[8] 李志, 段国勋, 陈拥军, 等. 反流阳性胃食管反流病的中医证候研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(3): 223-225.

[9] 庹敏. 莫沙必利分别联合雷贝拉唑、奥美拉唑治疗老年反流性食管炎的价值比较[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(46): 147-148.

[10] SUGIMOTO M, MURATA M, MIZUNO H, et al. Endoscopic reflux esophagitis and reflux-related symptoms after helicobacter pylori E-radication therapy: meta-analysis[J]. J Clin Med, 2020, 9(9): 3007.

[11] 孟子惠, 白光, 姜巍, 等. 疏肝利胆和胃方对反流性食管炎大鼠 IL-8及 VIPmRNA 表达影响的研究[J]. 中华中医药学刊, 2022, 40(9): 120-124, 274-276.

[12] DAVIS T A, PRAKASH G C. Refractory gastroesophageal reflux disease: diagnosis and management[J]. J Neurogastroenterol Motil, 2024, 30(1): 17 - 28.
[13] 汪希, 鱼美蓉, 雷振民. 兰索拉唑加莫沙比利治疗反流性食管炎患者临床疗效及对患者生活质量影响[J]. 贵州医药, 2020, 44(6): 919 - 920.
[14] 刘文, 罗继文, 杨艳刚, 等. 兰索拉唑与雷贝拉唑治疗食管癌术后反流性食管炎的疗效比较[J]. 疑难病杂志, 2024, 23(7): 775 - 778, 783.
[15] 周军怀. 泄热降逆汤联合兰索拉唑肠溶胶囊治疗肝胃郁热证反流性食管炎的疗效研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2021, 26(8): 1021 - 1024.
[16] NISHIZAWA T, MORI K, YOSHIDA S, et al. Additional mosapride to proton pump inhibitor for gastroesophageal reflux disease: a meta - analysis[J]. J Clin Med, 2020, 9(9): 2705.
[17] 王健, 林柳兵, 沈莹, 等. 疏肝和中汤联合雷贝拉唑治疗肝胃郁热型反流性食管炎临床研究[J]. 陕西中医, 2020, 41(2): 168 - 171.
[18] 关徐涛, 杨鹤年, 张津铖, 等. 陈皮的化学成分和药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(6): 41 - 49, 266.
[19] 王凤霞, 钱琪, 李葆林, 等. 香附化学成分和药理作用研究进展及质量标志物(Q - Marker)预测分析[J]. 中草药, 2022, 53(16): 5225 - 5234.
[20] 杨思雨, 史汶龙, 路平, 等. 枳实化学成分及药理作用研究进展[J]. 中成药, 2023, 45(7): 2292 - 2299.
[21] 周亚丽, 杨萍, 李喜香, 等. 半夏化学成分与药理作用研究进展及其质量标志物(Q - Marker)预测[J]. 中草药, 2024, 55(14): 4939 - 4952.
[22] 曾超, 莫婷婷, 陆梅元, 等. 黄连抗胃溃疡炎症的作用机制及其活性成分的实验研究[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(7): 1559 - 1562.
[23] 蔡梦如, 董晓旭, 朱荣玥, 等. 经典名方吴茱萸汤研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(1): 155 - 159.
[24] XIAO Y L, ZHANG S T, DAI N, et al. Phase III, randomised, double - blind, multicentre study to evaluate the efficacy and safety of vonoprazan compared with lansoprazole in Asian patients with erosive oesophagitis[J]. Gut, 2020, 69(2): 224 - 230.
[25] QI Q Q, WANG N N, LIU H, et al. Prokinetics for the treatment of functional dyspepsia: an updated systematic review and network meta - analysis[J]. BMC Gastroenterol, 2023, 23(1): 370.

Effect of Weifukang on Esophageal Mucosal Healing and Pepsinogen, Gastrin - 17 Levels in Patients with Reflux Esophagitis

GAI Xueming, LIU Kaiwen, ZHOU Qing, SHEN Shiying, ZHENG Weiwei
(*Department of Spleen and Stomach Diseases, Weifang Traditional Chinese Medicine Hospital, Weifang* 261000, *China*)

Abstract Objective: To investigate the effect of Weifukang on esophageal mucosal healing and pepsinogen, gastrin - 17 (G - 17) levels in patients with reflux esophagitis (RE). Methods: A total of 94 RE patients treated at Weifang Traditional Chinese Medicine Hospital from November 2023 to October 2024 were selected and divided into a Western medicine group and a traditional Chinese medicine (TCM) group using a random number table, with 47 cases in each group. The Western medicine group was treated with lansoprazole + mosapride, while the TCM group received Weifukang in addition to the Western medicine. The esophageal mucosal healing, clinical symptom scores, serum pepsinogen (PG) and G - 17 levels, gastrointestinal hormone levels, inflammatory factors, and adverse reactions were observed in both groups. Results: After treatment, the total effective rate in the TCM group was 95.74% (45/47), higher than that in the Western medicine group (80.85%, 38/47), with a statistically significant difference ($P < 0.05$). The clinical symptom scores, pepsinogen II (PGII), G - 17, vasoactive intestinal peptide (VIP), interleukin - 2 (IL - 2), interleukin - 6 (IL - 6), and interleukin - 17 (IL - 17) levels significantly decreased in both groups ($P < 0.05$), and the TCM group was lower than the Western medicine group ($P < 0.05$). The pepsinogen I (PGI), gastrin (GAS), and motilin (MTL) levels increased in both groups ($P < 0.05$), and the TCM group was higher than the Western medicine group ($P < 0.05$). There was no significant difference in adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: The combination of lansoprazole, mosapride, and Weifukang in the treatment of RE patients can improve esophageal mucosal healing, alleviate clinical symptoms, regulate gastrointestinal hormone and pepsinogen levels, reduce inflammatory responses, and lower G - 17 levels, with high safety.

Key words Lansoprazole; Mosapride; Reflux esophagitis; Weifukang; Pepsinogen; Gastrin - 17