

石斛破壁草本联合奥美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察

齐 乐

淮南朝阳医院 消化内科, 安徽 淮南 232007

摘要: 目的 观察石斛破壁草本联合奥美拉唑治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法 回顾性选取2020年1月—2021年12月淮南朝阳医院收治的112例幽门螺杆菌阳性的慢性萎缩性胃炎患者, 根据治疗方案不同分为对照组和试验组, 每组各56例。对照组采用基础治疗方案(口服奥美拉唑肠溶胶囊、阿莫西林胶囊和克拉霉素缓释片)治疗; 试验组在对照组基础上加用石斛破壁草本, 冲泡服用, 每次2袋, 每天3次。两组患者治疗疗程均为1个月。采用世界卫生组织生活质量表(WHOQOL-100)评估患者治疗前和治疗后的生活质量, 采取酶联免疫吸附法(ELISA)检测两组患者治疗前后炎症因子C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)及血清胃蛋白酶原I(PGI)、血清胃蛋白酶原II(PGII)和胃泌素-17(G17)水平。观察记录两组患者治疗总有效率及不良反应情况。结果 治疗前, 两组患者WHOQOL-100评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后, 两组患者WHOQOL-100评分均显著高于治疗前($P<0.01$), 治疗后试验组WHOQOL-100评分显著高于对照组($P<0.01$)。对照组和试验组总有效率分别为85.71%和96.42%, 两组比较差异无统计学意义($P>0.05$); 试验组总显效率为78.57%, 显著高于对照组的64.28%($P<0.01$)。治疗前, 两组患者CRP、TNF- α 和IL-1 β 水平比较差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后, 两组患者CRP、TNF- α 和IL-1 β 水平均较治疗前显著降低($P<0.01$), 且治疗后试验组各炎症因子水平均低于对照组($P<0.01$)。治疗前, 两组患者PGI、PGII和G17水平比较差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后两组患者PGII和G17水平较治疗前显著降低($P<0.01$), PGI水平较治疗前显著升高($P<0.01$); 治疗后, 试验组PGII和G17水平显著低于对照组($P<0.05$), PGI水平显著高于对照组($P<0.01$)。治疗前两组患者中医证候评分比较差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗后两组患者中医证候评分均较治疗前显著降低($P<0.01$), 且治疗后试验组中医证候评分显著低于对照组($P<0.05$)。两组患者治疗过程中不良反应发生率无显著差异, 且不良反应发生率较低。结论 西医常规治疗联合石斛破壁草本治疗慢性萎缩性胃炎临床效果显著, 安全性好。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 石斛破壁草本; C-反应蛋白; 白细胞介素-1 β ; 肿瘤坏死因子 α ; 胃蛋白酶原I; 胃蛋白酶原II; 胃泌素-17

中图分类号: R975 文献标志码: A 文章编号: 1674-6376(2022)06-1141-06

DOI: 10.7501/j.issn.1674-6376.2022.06.018

Clinical observation of breaking cell wall herb of *Dendrobii Caulis* combined with omeprazole in treatment of chronic atrophic gastritis

QI Le

Huainan Chaoyang Hospital, Huainan 232007, China

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of breaking cell wall herb of *Dendrobii Caulis* combined with omeprazole in treatment of chronic atrophic gastritis. **Methods** A total of 112 patients with chronic atrophic gastritis and positive *Helicobacter pylori* treated in Huainan Chaoyang Hospital from January 2020—December 2021 were selected retrospectively. Patients were divided into control group and experimental group according to different treatment schemes, with 56 cases in each group. Patients in the control group were treated with basic treatment scheme (oral Omeprazole Enteric Coated Capsule, Amoxil Capsule and Clarithromycin Sustained-Release Tablets). On the basis of the control group, Patients in the experimental group were added breaking cell wall herb of *Dendrobii Caulis*, brewed and taken, two bags each time, three times a day. The treatment course of both groups was one month. The World Health Organization Quality of life scale (WHOQOL-100) was used to evaluate the quality of life of patients before and after treatment. The inflammatory factors C-reactive protein (CRP), interleukin-1 β (IL-1 β) and tumor necrosis factor α (TNF- α) were detected by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), and the levels of serum pepsinogen I (PGI), serum

收稿日期: 2022-02-15

第一作者: 齐乐, 本科, 主治医师, 研究方向为消化内科临床。E-mail: xiaohua_qile@126.com

pepsinogen II (PGII) and gastrin-17 (G17) were detected by ELISA method. The total effective rate and adverse reactions of two groups were observed and recorded. **Results** Before treatment, there was no significant difference in WHOQOL-100 score between two groups ($P > 0.05$). After treatment, the WHOQOL-100 score of two groups was significantly higher than that before treatment ($P < 0.01$). Compared with the control group, the WHOQOL-100 score of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.01$). The total effective rates of the control group and the experimental group were 85.71% and 96.42% respectively. There was no significant difference between two groups ($P > 0.05$). The total effective rate of the experimental group was 78.57%, which was significantly higher than 64.28% of the control group ($P < 0.01$). Before treatment, there was no significant difference in level of CRP, TNF- α and IL-1 β in two groups ($P > 0.05$). After treatment, the levels of CRP, TNF- α and IL-1 β in two groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$), and the levels of inflammatory factors in the experimental group were lower than those in the control group ($P < 0.01$). Before treatment, there was no significant difference in the levels of PGI, PGII and G17 between two groups ($P > 0.05$). After treatment, the levels of PGII and G17 in two groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$), and the level of PGI was significantly higher than that before treatment ($P < 0.01$). After treatment, the levels of PGII and G17 in the experimental group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$), and the level of PGI was significantly higher than those in the control group ($P < 0.01$). There was no significant difference in TCM syndrome scores between two groups before treatment ($P > 0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores of two groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$), and the TCM syndrome scores of the experimental group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between two groups, and the incidence of adverse reactions was low. **Conclusion** Breaking cell wall herb of *Dendrobii Caulis* combined with the conventional treatment of Western medicine is effective and safe in treatment of chronic atrophic gastritis. **Key words:** chronic atrophic gastritis; Breaking cell wall herb of *Dendrobii Caulis*; C-reactive protein; interleukin-1 β ; tumor necrosis factor α ; pepsinogen I; pepsinogen II; gastrin-17

慢性胃炎是多种病因导致的一种慢性胃黏膜炎症病变,主要分为幽门螺杆菌阳性和非阳性两类^[1-2]。在我国慢性胃炎的发病率占所有胃肠道疾病的首位,是多发性慢性疾病^[3]。目前随着工作压力、社会压力的增加,以及环境的变化、饮食的变化导致了这种类型的疾病越来越多^[3]。慢性胃炎的常见临床症状常表现为上腹疼痛饱胀等消化不良现象,胃黏膜糜烂并伴有一定的出血等^[4]。慢性胃炎患者易出现胃部萎缩性病变,此类病变易导致癌前疾病,若治疗不当有相当的癌症病变可能性^[1]。临床上西医常采用对症治疗的方式,如针对幽门螺杆菌的三联疗法、质子泵抑制剂以及抗炎药物等^[5]。慢性胃炎在中医属于“胃脘痛”“胃痞证”范畴,铁皮石斛是中国传统药材,是药食两用药材,滋阴益胃、清热生津;补五脏虚劳羸,久服厚肠胃^[6]。现代药理学研究表明,铁皮石斛安全性高,具有抗氧化、抗肿瘤、抗炎、增强免疫等广泛的药理学作用^[7]。药食两用中药材作为安全性较高的中草药,其新功能的开发及临床应用是中药材的重要研发领域。中药材破壁技术作为近年来促进中药材药效的工业化技术,能有效地促进药材有效成分的溶出,能提高其临床效果^[8-9]。本课题组开展对破壁石斛草本联合西医常规治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察,为临床及新药开发提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取2020年1月—2021年12月淮南朝阳医院收治的112例幽门螺杆菌阳性的慢性萎缩性胃炎患者为研究对象,其中男性66例,女性46例;平均年龄(46.73 $\pm$ 7.71)岁;平均病程(5.7 $\pm$ 2.1)年;慢性萎缩性胃炎分级3级5例,2级52例,1级55例。

1.2 诊断标准

慢性萎缩性胃炎患者诊断标准:西医诊断标准参照《慢性胃炎基层诊疗指南(2019版)》^[10],行实验室检查、幽门螺杆菌检查、内镜及病理组织检查,符合慢性萎缩性胃炎。中医诊断标准参照《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》脾胃湿热证、脾胃虚弱证^[11]。

1.3 纳排标准

1.3.1 纳入标准 ①纳入的患者经过临床胃镜诊断确诊慢性胃炎,且胃功能3项检查异常;②患者的临床病症为腹胀、纳差、反酸、嗝气、恶心、呕吐等;③纳入的患者无其他胃部疾患如胃溃疡、息肉等;④患者及家属对本研究均知情且同意;⑤患者精神状态良好,且对试验所用药物不存在过敏症状。

1.3.2 排除标准 ①患者对本研究所用药物存在过敏症状;②患者伴有严重的心、肝、肾功能障碍;③中途退出试验以及不能及时进行随访者;④近期

患有其他消化系统疾病者;⑤临床资料不全患者。

1.4 治疗方案

基础治疗方案参照《慢性胃炎基层诊疗指南(2019版)》^[10],口服奥美拉唑肠溶胶囊(海南葫芦娃药业集团股份有限公司,国药准字H20066394,规格:每粒40 mg,生产批号201001、210103),每次40 mg,每天2次;口服阿莫西林胶囊(国药准字H13020726,规格:每粒0.25 g,华北制药有限公司,批号F9102201、F0012306、F0022305),每次1 g,每天2次;口服克拉霉素缓释片(莱阳市江波制药有限公司,国药准字H20052746,规格:每片0.50 g,生产批号2006092、2011131),每次1片,每天2次。对照组采用基础治疗方案治疗;试验组在对照组基础上加用石斛破壁草本(中山市中智中药饮片有限公司;粤食药监注专[2011]09号;规格:每袋1 g,国家发明专利号:ZL 200610122171.7,生产批号2001010A、2004012A),冲泡服用,每次2袋,每天3次。两组患者治疗疗程均为1个月。

1.5 观察指标

1.5.1 生活质量评分 采用世界卫生组织生活质量量表(WHOQOL-100)评估患者治疗前和治疗后的生活质量,包括生理、心理、独立性领域、社会关系、环境等6个领域,总共100分,分值越大则生活质量越高^[12]。

1.5.2 临床疗效评价 按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13]的慢性萎缩性胃炎的疗效评价标准拟定。痊愈:症状消失,病理正常,炎症显著减轻;显效:症状基本消失,病理恢复正常或改善,炎症好转;有效:症状显著好转,病理改善,炎症改善;无效:无改善,甚至恶化。

总显效率=(痊愈+显效)例数/总例数

总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数

1.5.3 炎症因子及胃功能3项指标水平 分别于治疗前和治疗后抽取两组患者约5 mL外周静脉血进行检测。采取酶联免疫吸附法(ELISA)检测(试剂盒均购于南京建成生物工程研究所)。炎症因子指标:C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α),胃功能3项:血清胃蛋白酶原I(PGI)、血清胃蛋白酶原II(PGII)和胃泌素-17(G17)^[14]。

1.5.4 中医证候评分 参照《胃肠疾病中医证候评分表》^[15]证候进行评分,包括胃脘痞满、胃脘疼痛、胸肋疼痛、少腹疼痛、纳差、餐后腹胀、早饱、多食、易饥、灼热感等、呃逆、反酸等。

1.5.5 不良反应 在1个月的疗程内,监测两组患者的不良反应发生情况。

1.6 统计学方法

采用SPSS 21.0软件统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以例或百分率表示,进行 χ^2 检验; $P < 0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料

根据治疗方案不同将患者分为对照组和试验组,每组各56例。对照组:男性35例、女性21例,年龄32~61岁,平均年龄(43.88 $\pm$ 10.01)岁,病程2~9年,平均病程(5.42 $\pm$ 2.86)年;试验组:男性38例、女性18例,年龄33~63岁,平均年龄(45.42 $\pm$ 9.40)岁,病程2~10年,平均病程(6.01 $\pm$ 3.08)年;两组患者性别、年龄、病程均无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 两组患者治疗前后生活质量评分比较

两组患者治疗前后生活质量评分如表1所示,治疗前,两组患者WHOQOL-100评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患者WHOQOL-100评分均显著高于治疗前($P < 0.01$),与对照组比较,治疗后试验组WHOQOL-100评分显著高于对照组($P < 0.01$)。

表1 两组患者治疗前后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of WHOQOL-100 scores between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	时间	WHOQOL-100评分
对照	56	治疗前	70.87 $\pm$ 11.56
		治疗后	80.19 $\pm$ 8.65**
试验	56	治疗前	71.22 $\pm$ 12.65
		治疗后	87.28 $\pm$ 7.31***

与同组治疗前比较:** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较:*** $P < 0.01$

** $P < 0.01$ vs same group before treatment; *** $P < 0.01$ vs control group after treatment

2.3 两组患者治疗后临床疗效比较

结果如表2所示,对照组和试验组总有效率分别为85.71%和96.42%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$);试验组总显效率为78.57%,显著高于对照组的64.28%,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。

2.4 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

两组患者炎症因子水平如表3所示,治疗前,两组患者CRP、TNF- α 和IL-1 β 水平比较差

表2 两组临床疗效比较

Table 2 Comparison of clinical efficacy between two groups

组别	n/例	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总显效率/%	总有效率/%
对照	56	23	13	12	8	64.28	85.71
试验	56	28	16	10	2	78.57**	96.42

与对照组比较:** $P < 0.01$ ** $P < 0.01$ vs control group

异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患者CRP、TNF- α 和IL-1 β 水平均较治疗前显著降低($P < 0.01$),且治疗后试验组各炎性因子水平均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 两组患者治疗前后CRP、TNF- α 和IL-1 β 水平比较($\bar{x} \pm s$)Table 3 Comparison of CRP, TNF- α and IL-1 β levels in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	时间	CRP/(mg·L ⁻¹)	TNF- α /(μ g·L ⁻¹)	IL-1 β /(ng·L ⁻¹)
对照	56	治疗前	9.63 $\pm$ 3.98	327.43 $\pm$ 65.32	89.43 $\pm$ 17.21
		治疗后	7.43 $\pm$ 2.19**	201.76 $\pm$ 56.32**	60.23 $\pm$ 15.30**
试验	56	治疗前	9.32 $\pm$ 2.80	319.61 $\pm$ 50.76	86.01 $\pm$ 13.21
		治疗后	5.42 $\pm$ 1.65***	195.21 $\pm$ 49.21***	50.12 $\pm$ 12.31***

与同组治疗前比较:** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较:*** $P < 0.01$ ** $P < 0.01$ vs same group before treatment; *** $P < 0.01$ vs control group after treatment表4 两组患者治疗前后PGI、PGII和G17水平比较($\bar{x} \pm s$)Table 4 Comparison of PGI, PGII and G17 levels in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	时间	PGI/(ng·mL ⁻¹)	PGII/(ng·mL ⁻¹)	G17/(pmol·L ⁻¹)
对照	56	治疗前	71.37 $\pm$ 8.78	28.11 $\pm$ 6.19	23.56 $\pm$ 1.08
		治疗后	89.01 $\pm$ 6.32**	19.31 $\pm$ 2.13**	15.31 $\pm$ 0.98**
试验	56	治疗前	70.56 $\pm$ 7.32	26.34 $\pm$ 5.43	22.53 $\pm$ 1.83
		治疗后	98.78 $\pm$ 5.31***	15.90 $\pm$ 3.31***	10.87 $\pm$ 1.18***

与同组治疗前比较:** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较:*** $P < 0.05$ *** $P < 0.01$ ** $P < 0.01$ vs same group before treatment; *** $P < 0.05$ *** $P < 0.01$ vs control group after treatment表5 两组患者治疗前后中医证候评分对比($\bar{x} \pm s$)Table 5 Comparison of TCM syndrome scores between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	n/例	时间	中医证候评分
对照	56	治疗前	13.07 $\pm$ 3.89
		治疗后	7.28 $\pm$ 4.09**
试验	56	治疗前	12.98 $\pm$ 4.51
		治疗后	5.89 $\pm$ 3.68***

与同组治疗前比较:** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较:*** $P < 0.05$ ** $P < 0.01$ vs same group before treatment; *** $P < 0.05$ vs control group after treatment

2.5 两组患者治疗前后胃功能3项指标水平比较

两组患者治疗前后胃功能3项指标结果如表4所示,治疗前,两组患者PGI、PGII和G17水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组患者PGII和G17水平较治疗前显著降低($P < 0.01$),PGI水平较治疗前显著升高($P < 0.01$);治疗后,试验组PGII和G17水平显著低于对照组($P < 0.05$),PGI水平显著高于对照组($P < 0.01$)。

2.6 两组患者治疗前后中医证候评分比较

如表5所示,治疗前两组患者中医证候评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组患者中医证候评分均较治疗前显著降低($P < 0.01$),且治疗后试验组中医证候评分显著低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2.7 两组患者治疗过程中不良反应发生情况

两组患者治疗过程中出现的不良反应有过敏和胃部不适等;不良反应总发生率组间差异不显著,且不良反应发生率较低。见表6。

3 讨论

慢性胃炎是中国人群中的高发性疾病,其中萎缩性慢性胃炎已被列为癌症前症状^[1]。慢性胃炎的临床症状如腹部不适、疼痛、食欲不振以及消瘦等会导致患者的生活质量严重下降。随着现代生活节奏的不断加快,饮食规律的改变,快餐的不断推广,导致现代社会中慢性胃炎高发。此外,慢性胃

表6 两组不良反应发生情况
Table 6 Adverse reactions of two groups

组别	n/例	过敏/例	胃部不适/例	其他/例	总发生率/%
对照	56	1	1	0	3.57
试验	56	1	0	1	3.57

炎有着病程长、易反复以及治疗难度大等问题。现代西医主要针对临床症状进行治疗,西医治疗指南中采用的奥美拉唑可降低胃酸对胃黏膜损伤,克拉霉素是大环内酯类抗生素,阿莫西林是广谱青霉素药物;且长期使用抗生素类药物亦会导致耐药性的增加^[16-17]。慢性胃炎在中医中归为“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等范畴,近年来中医药在治疗慢性胃炎方面逐渐显示出其特有的优势。

石斛具有益胃生津、滋阴清热的功效,《本草求真》记载石斛“入脾肾,甘淡微苦、咸平,故能入脾,除虚热”^[18]。铁皮石斛多糖对慢性萎缩性胃炎大鼠有良好的保护及逆转作用,能有效恢复体质量,缓解胃黏膜萎缩,其作用机制可能是通过抑制 JAK2/p-STAT3 信号通路的活化来改善胃黏膜病理状态^[19]。中药材的有效成分溶出率与其破碎程度有显著的关系,随着现代工业水平的提高,中药材的破壁率提高可显著改善有效成分的溶出^[8]。石斛破壁草本采用超微粉碎技术进行破壁,相比于普通石斛制剂,物料破壁后,其有效成分更容易被溶解出来,其有效成分多糖和醇溶性浸出物含量增加,药效优于普通石斛制剂。

本研究发现,在常规西医治疗的基础上加用石斛破壁草本能有效改善患者生活质量和胃功能相关指标。G17为萎缩性胃炎的血清标志物^[14],本研究加用石斛破壁草本后患者血清 G17 水平显著降低,且改善效果优于对照组;此外,试验组患者的炎症因子水平也显著下降,效果优于对照组。试验组的总显效率显著高于对照组,不良反应发生率与对照组比较差异无统计学意义。综上所述,西医常规基础上联合石斛破壁草本治疗慢性萎缩性胃炎临床效果显著,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] Sipponen P, Maaroos H I. Chronic gastritis [J]. Scand J Gastroenterol, 2015, 50(6): 657-667.
- [2] Bacha D, Walha M, Ben Slama S, et al. Chronic gastritis classifications [J]. Tunis Med, 2018, 96(7): 405-410.
- [3] 萧树东, 房静远. 解读和评述: 中国慢性胃炎共识意见 [J]. 胃肠病学, 2007(9): 513-515.
Xiao S D, Fang J Y. Chinese national consensus on chronic gastritis: Interpretation and comment [J]. Chin J Gastroenterol, 2007(9): 513-515.
- [4] Rugge M, Genta R M. Staging and grading of chronic gastritis [J]. Hum Pathol, 2005, 36(3): 228-233.
- [5] 张万岱, 陈治水, 危北海. 慢性胃炎的中西医结合治疗方案(草案). [J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(2): 172-175.
Zhang W D, Chen Z S, Wei B H. Schedule for diagnosis and treatment of chronic gastritis with integrative chinese and western medicine (draft) [J]. Chin J Integr Tradit West Med, 2005, 25(2): 172-175.
- [6] 张万岱, 陈治水, 危北海. 慢性胃炎的中西医结合治疗方案 [J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2697-2700.
Zhang W D, Chen Z S, Wei B H. Schedule for diagnosis and treatment of chronic gastritis with integrative chinese and western medicine [J]. World Chin J Dig, 2004, 12(11): 2697-2700.
- [7] 邵华, 张玲琪, 李俊梅, 等. 铁皮石斛研究进展 [J]. 中草药, 2004, 35(1): 109-112.
Shao H, Zhang L Q, Li J M, et al. Advances in research of *Dendrobium officinale* [J]. Chin Tradit Herb Drugs, 2004, 35(1): 109-112.
- [8] 杜枚倩, 邓红, 冯伟勋, 等. 铁皮石斛破壁率与其多糖溶出量的相关性研究 [J]. 广东药科大学学报, 2018, 34(2): 137-141.
Du M Q, Deng H, Feng W X, et al. Correlation of cell wall-broken rate and polysaccharide dissolution rate of *Dendrobium officinale* [J]. J Guangdong Pharm Univ, 2018, 34(2): 137-141.
- [9] 李飞鹤, 裴妙荣, 苏静杰, 等. 中药破壁饮片与传统饮片对比研究 [J]. 世界中医药, 2021, 16(8): 1210-1213.
Li F H, Pei M R, Su J J, et al. Comparative study on traditional Chinese medicine's cell-broken and traditional decoction pieces [J]. World Chin Med, 2021, 16(8): 1210-1213.
- [10] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会消化病学分会, 等. 慢性胃炎基层诊疗指南(实践版·2019) [J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(9): 776-782.
Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of Gastroenterology, et al. Guideline for primary care of chronic gastritis: Practice version(2019) [J]. Chin J Gen Pract, 2020, 19(9): 776-782.
- [11] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 等. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-

- 3064.
- Zhang S S, Tang X D, Huang S P, et al. Consensus of TCM experts on diagnosis and treatment of chronic gastritis [J]. China J Tradit Chin Med Pharm, 2017, 32 (7): 3060-3064.
- [12] 方积乾, 郝元涛, 李彩霞. 世界卫生组织生活质量量表中文版的信度与效度 [J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13 (4): 203-205.
- Fang J Q, Hao Y T, Li C X. Reliability and validity for Chinese version of WHO Quality of Life Scale [J]. Chin Ment Heal J, 1999, 13(4): 203-205.
- [13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- Zheng X Y. *Guiding Principles for Clinical Research of New Traditional Chinese Medicine* [M]. Beijing: China Medical Science and Technology Press, 2002.
- [14] 朱钜铭, 周芳, 温东辉. 血清胃功能三项联合Hp检测在胃癌筛查中的临床研究 [J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(1): 121-122.
- Zhu J M, Zhou F, Wen D H. Clinical study of three items of serum gastric function combined with Hp detection in gastric cancer screening [J]. Mod Diagn Treat, 2021, 32 (1): 121-122.
- [15] 危北海, 陈治水, 张万岱. 胃肠疾病中医证候评分表 [J]. 世界华人消化杂志, 2004, 12(11): 2701-2703.
- Wei B H, Chen Z S, Zhang W D. Gastrointestinal disease TCM syndrome score [J]. World Chin J Dig, 2004, 12 (11): 2701-2703.
- [16] Leung E, Weil D E, Raviglione M, et al. The WHO policy package to combat antimicrobial resistance [J]. Bull World Health Organ, 2011, 89(5): 390-392.
- [17] 祁冉, 郭虹, 苏秀丽, 等. 荆花胃康胶丸联合瑞巴派特治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2021, 36(5): 952-956.
- Qi R, Guo H, Su X L, et al. Clinical study on Jinghua Weikang Capsules combined with rebamipide in treatment of chronic atrophic gastritis [J]. Drugs Clin, 2021, 36(5): 952-956.
- [18] 王杰, 王邦才. 鲜铁皮石斛临床应用举隅 [J]. 浙江中医杂志, 2012, 47(11): 841-842.
- Wang J, Wang B C. Examples of clinical application of fresh *Dendrobium officinale* [J]. Zhejiang J Tradit Chin Med, 2012, 47(11): 841-842.
- [19] 欧阳一鸣, 凌平, 李临海, 等. 铁皮石斛多糖对慢性萎缩性胃炎大鼠的作用及其分子机制研究 [J]. 中国比较医学杂志, 2018, 28(10): 67-72.
- Ouyang Y M, Ling P, Li L H, et al. The effect and 'molecular mechanism of *Dendrobium candidum* polysaccharides on chronic atrophic gastritis in rats [J]. Chin J Comp Med, 2018, 28(10): 67-72.

[责任编辑 刘东博]