

益气活血方联合三联疗法对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎患者炎症反应和血液流变学的影响

王国庆 刘红军 梁素芳

(河南省新乡市中心医院特需病房内科, 新乡, 453000)

摘要 目的:探究益气活血方联合三联疗法对气虚血瘀型慢性萎缩性胃炎(CAG)患者炎症反应和血液流变学的影响。方法:选取2016年1月至2017年12月新乡市中心医院收治的气虚血瘀型CAG患者160例纳入研究。按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组80例,对照组予以奥美拉唑、阿莫西林以及克拉霉素三联疗法治疗,观察组在此基础上联用益气活血方,2组均治疗8周,比较2组临床疗效、临床症状的改善情况以及不良反应发生情况,比较治疗前和治疗8周后炎症反应递质、血液流变学。结果:观察组的总有效率为95.00%,明显高于对照组的85.00% ($P < 0.05$)。观察组痞满、脘痛、纳呆、嗳气、乏力、上腹压痛及舌象的总改善率均高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗8周后观察组的白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、表皮生长因子(EGF)、白细胞介素-32(IL-32)及转化生长因子- β_1 (TGF- β_1)水平均明显低于对照组,血浆黏度、全血黏度、红细胞沉降率及纤维蛋白原水平也明显低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组的不良反应总发生率为5.00%,与对照组的8.75%比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论:气虚血瘀型CAG患者采用益气活血方联合三联疗法治疗安全有效,并对其机体的炎症反应和血液流变学也有较好的改善作用,有助于更好地促进患者的康复。

关键词 益气活血方;三联疗法;气虚血瘀型;慢性;萎缩性胃炎;炎症反应;血液流变学;疗效

Effects of Yiqi Huoxue Prescription Combined with Triple Therapy on Inflammatory Reaction and Hemorheology in Patients with Qi deficiency and Blood Stasis Type Chronic Atrophic Gastritis

Wang Guoqing, Liu Hongjun, Liang Sufang

(Third Special Demand Department, Xinxiang Central Hospital, Xinxiang 453000, China)

Abstract Objective: To study the effects of Yiqi Huoxue Prescription combined with triple therapy on inflammatory reaction and hemorheology in patients with Qi deficiency and blood stasis type chronic atrophic gastritis (CAG). **Methods:** A total of 160 patients with Qi deficiency and blood stasis type CAG who were treated in Xinxiang Central Hospital from January 2016 to December 2017 were included in the study. According to the random number table method, the patients were divided into the observation group and the control group with 80 cases in each group. The control group was treated with triple therapy of omeprazole, amoxicillin and clarithromycin. The patients in the observation group were combined with Yiqi Huoxue prescription on the basis of control group, and two groups were treated for 8 weeks. The clinical efficacy, the improvement of clinical symptoms and the incidence of adverse reactions were compared between the two groups, and the levels of inflammatory factors and hemorheology were compared before treatment and 8 weeks after treatment. **Results:** The total effective rate of the observation group was 95.00%, which was significantly higher than the control group of 85.00% ($P < 0.05$). The total improvement rate of fullness, stomachache, aversion, belching, fatigue, upper abdominal tenderness and tongue appearance in the observation group were all higher than those of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor- α (TNF- α), epidermal growth factor (EGF), interleukin-32 (IL-32) and transforming growth factor- β_1 (TGF- β_1) in the observation group were significantly lower than the control group, and the levels of plasma viscosity, whole blood viscosity, erythrocyte sedimentation rate and fibrinogen were also significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The total incidence of adverse reactions in the observation group was 5.00%, compared with 8.75% in the control group, and the difference was no statistical significance ($P > 0.05$). **Conclusion:** The treatment of patients with qi deficiency and blood stasis type of CAG with Yiqi Huoxue Prescription combined with triple therapy is safe and effective. It can also improve the inflammatory reaction and hemorheology of the body and help to improve the recovery of patients.

Key Words Yiqi Huoxue prescription; Triple therapy; Qi deficiency and blood stasis type; Chronic; Atrophic gastritis; Inflammatory reaction; Hemorheology; Curative effect

中图分类号:R289.5;R573.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.01.038

慢性萎缩性胃炎 (Chronic Atrophic Gastritis, CAG) 是由于机体的胃黏膜腺体产生病变而导致的一类慢性消化道疾病, 通常是由于胃黏膜上皮受到幽门螺杆菌 (*Helicobacter pylori*, Hp) 的反复侵袭及损害而导致^[1]。据统计, CAG 患者发生 Hp 的感染率甚至高达 70% 以上, 而 Hp 感染又会加重患者胃黏膜的炎性反应, 促使 CAG 朝着肠上皮化生及上皮内瘤变等方向进展, 严重时会导致胃癌的发生^[2]。由于 CAG 患者的病程较长, 容易反复发作, 其治疗难度较大, 以往西医临床主要应用奥美拉唑、阿莫西林以及克拉霉素的三联疗法进行治疗, 但由于 Hp 针对克拉霉素具有较强的耐药性, 因此寻找新型药物的综合疗法逐渐成为了临床的热门研究课题之一。近年来, 利用中西医结合的方式治疗胃炎取得了一定的临床经验, 特别是中药材的有效成分可通过强化胃黏膜屏障、优化胃黏膜内的血流、拮抗胃黏膜的损伤等方式产生较好的胃黏膜修复效果^[3]。对于 CAG 而言, 大多数患者的辨证分型均为气虚血瘀型, 而中药汤剂益气活血方具有较好的益气活血作用, 将其与标准的三联疗法综合用于 CAG 的治疗, 可能获得更好的治疗效果。本研究通过分析益气活血方联合三联疗法治疗气虚血瘀型 CAG 患者的疗效, 并探讨其对患者炎性反应和血液流变学的影响, 为临床诊治提供方案支持及数据参考。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月在河南省新乡市中心医院接受治疗的气虚血瘀型 CAG 患者 160 例, 按照随机数字表法将患者分成观察组和对照组, 每组 80 例。观察组中男 52 例, 女 28 例; 年龄 21 ~ 67 岁, 平均年龄 (42.63 ± 6.97) 岁; 病程 2 ~ 15 年, 平均病程 (7.29 ± 1.03) 年; 胃黏膜的萎缩程度: 轻度 22 例, 中度 43 例, 重度 15 例。对照组中男 55 例, 女 25 例; 年龄 20 ~ 69 岁, 平均年龄 (43.66 ± 7.88) 岁; 病程 3 ~ 17 年, 平均病程 (6.32 ± 1.17) 年; 胃黏膜的萎缩程度: 轻度 24 例, 中度 41 例, 重度 15 例。2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究已经获得医院伦理委员会批准 [审批件 (2015) 伦审第 (31) 号]。

1.2 诊断标准 1) 符合中华医学会消化病学分会制定的《中国慢性胃炎共识意见》中关于 CAG 的西医诊断标准^[4]; 2) 符合中华中医药学会脾胃病分会在 2010 年制定的关于 CAG 的中医诊断标准^[5], 且辨证分型为气虚血瘀型。

1.3 纳入标准 1) 均由¹³C-尿素呼气试验明确为

Hp 阳性, 且由胃镜及病理切片确诊为 CAG; 2) 临床资料完整者; 3) 患者或其家属已对此次研究知情同意, 并签署了知情同意书。

1.4 排除标准 1) 其他类型的胃炎或胃部疾病者; 2) 存在心、肝、肾等功能障碍者; 3) 血液疾病者; 4) 治疗期间服用过抗生素或质子泵抑制剂以及 H₂ 受体型阻滞剂等药物者; 5) 感染性疾病或免疫类疾病者; 6) 存在恶性肿瘤者。

1.5 脱落与剔除标准 1) 无法配合研究者; 2) 中途退出者。

1.6 治疗方法 对照组患者分别予以奥美拉唑 (悦康药业集团有限公司, 国药准字 H20056577); 阿莫西林 (山东鲁抗医药股份有限公司, 国药准字 H19993034); 克拉霉素 (邢台市明神制药厂, 国药准字 H20000406) 治疗, 3 种药物剂量分别为 20 mg、1.0 g 和 0.25 g, 餐前口服, 2 次/d, 共治疗 8 周。观察组在对照组的上述用药基础上另给予益气活血方: 太子参 10 g、白术 10 g、黄芪 10 g、莪术 10 g、紫丹参 10 g、法半夏 8 g、薏苡仁 15 g、麦冬 15 g、仙鹤草 15 g。以水煎至 400 mL, 1 剂/d, 分早晚 2 次服用, 共治疗 8 周。2 组在治疗期间均需清淡饮食及少食多餐。

1.7 观察指标 于治疗前和治疗 8 周后抽取 2 组患者晨间的空腹静脉血 6 mL, 分成 2 份血液样本, 其中一份给予 15 min 3 000 r/min 的离心后, 提取血清, 通过酶联免疫吸附法检测白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (Tumor Necrosis Factor- α , TNF- α)、表皮生长因子 (Epidermal Growth Factor, EGF)、白细胞介素-32 (interleukin-32, IL-32)、转化生长因子- β_1 (Transforming Growth Factor- β_1 , TGF- β_1) 水平, 有关试剂盒均购自武汉的博士德公司; 另一份血液样本用于检测血液流变学指标, 采用上海欧加华公司的 EB-5000 型自动血液流变检测仪检测血浆黏度、全血黏度、红细胞沉降率、纤维蛋白原水平。记录 2 组不良反应发生情况。

1.8 疗效判定标准 1) 临床疗效评价标准: 患者的症状和体征均已消失, 胃镜活检已无急性炎性反应, 胆汁反流也已消失为痊愈; 胃镜活检显示的急性炎性反应已基本消失, 慢性炎性反应有所改善, 胆汁反流降低 2/3 以上为显效; 胃镜活检显示的黏膜病变区域减小一半以上, 急性及慢性炎性反应均有所改善, 胆汁反流降低 1/2 以上为有效; 相关症状无改善或恶化为无效。总有效率 = 1 - 无效率。2) 临床症状的改善情况评价标准: 治疗后相关临床症状均消失

为完全改善;治疗后相关临床症状分级下降 2 级为改善 2 级;治疗后相关临床症状分级下降 1 级为改善 1 级;相关症状没有明显改善甚至恶化为无改善^[6-7]。总改善率=1-无改善率。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据分析,计数资料用率表示,用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较 观察组的总有效率为 95.00%,明显高于对照组的 85.00% ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较					
组别	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
观察组($n=80$)	36	22	18	4	95.00
对照组($n=80$)	26	21	21	12	85.00
χ^2	4.444				
P	0.035				

2.2 2 组临床症状改善比较 观察组痞满、脘痛、纳呆、暖气、乏力、上腹压痛及舌象的总改善率均高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 2 组炎症反应递质比较 治疗 8 周后 2 组的 IL-6、TNF- α 、EGF、IL-32 及 TGF- β_1 水平均明显低于治疗前($P < 0.05$);治疗前 2 组的炎症反应递质水平差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 8 周后观察组的 IL-6、TNF- α 、EGF、IL-32 及 TGF- β_1 水平均低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 2 组血液流变学比较 2 组治疗 8 周后的血浆黏度、全血黏度、红细胞沉降率及纤维蛋白原水平均明显低于治疗前($P < 0.05$);治疗前 2 组血液流变学比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 8 周后观察组的血浆黏度、全血黏度、红细胞沉降率及纤维蛋白原水平均明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 2 组不良反应比较 观察组的不良反应总发生率为 5.00%,与对照组的 8.75% 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 5。

表 2 2 组临床症状改善比较[例(%)]

组别	完全改善	改善 2 级	改善 1 级	无改善	总改善率
观察组					
痞满($n=75$)	33(44.00)	21(28.00)	19(25.33)	2(2.67)	73(97.33)*
脘痛($n=72$)	30(41.67)	18(25.00)	18(25.00)	6(8.33)	66(91.67)*
纳呆($n=71$)	31(43.66)	23(32.39)	13(18.31)	4(5.63)	67(94.37)*
暖气($n=73$)	33(45.21)	16(21.92)	16(21.92)	8(10.96)	65(89.04)*
乏力($n=66$)	24(36.36)	15(22.73)	21(31.82)	6(9.09)	60(90.91)*
上腹压痛($n=69$)	27(39.13)	15(21.74)	23(33.33)	4(5.80)	65(94.20)*
舌象($n=80$)	31(38.75)	16(20.00)	26(32.50)	7(8.75)	73(91.25)*
对照组					
痞满($n=76$)	28(36.84)	25(32.89)	14(18.42)	9(11.84)	67(88.16)
脘痛($n=70$)	27(38.57)	16(22.86)	13(18.57)	14(20.00)	56(80.00)
纳呆($n=70$)	30(42.86)	22(31.43)	6(8.57)	12(17.14)	58(82.86)
暖气($n=73$)	28(38.36)	18(24.66)	9(12.33)	18(24.66)	55(75.34)
乏力($n=67$)	23(34.33)	14(20.90)	15(22.39)	15(22.39)	52(77.61)
上腹压痛($n=75$)	23(30.67)	14(18.67)	25(33.33)	13(17.33)	62(82.67)
舌象($n=80$)	25(31.25)	11(13.75)	28(35.00)	16(20.00)	64(80.00)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

表 3 2 组炎症反应递质比较($\bar{x} \pm s$)

组别	IL-6 (ng/mL)	TNF- α (μ g/mL)	EGF (ng/mL)	IL-32 (pg/mL)	TGF- β_1 (mg/mL)
观察组($n=80$)					
治疗前	55.38 $\pm$ 12.13	2.49 $\pm$ 0.54	4.20 $\pm$ 0.64	76.11 $\pm$ 7.94	28.74 $\pm$ 8.27
治疗 8 周后	23.91 $\pm$ 7.25*	1.43 $\pm$ 0.26*	3.23 $\pm$ 0.38*	40.19 $\pm$ 5.32*	16.21 $\pm$ 5.30*
对照组($n=80$)					
治疗前	55.29 $\pm$ 11.48	2.50 $\pm$ 0.48	4.22 $\pm$ 0.37	76.23 $\pm$ 6.89	28.81 $\pm$ 9.11
治疗 8 周后	36.82 $\pm$ 5.70* Δ	2.02 $\pm$ 0.39* Δ	4.03 $\pm$ 0.51* Δ	55.29 $\pm$ 5.47* Δ	23.08 $\pm$ 6.32* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗 8 周后比较, $\Delta P < 0.05$

表 4 2 组血液流变学比较($\bar{x} \pm s$)

组别	血浆黏度(mPa·s)	全血黏度(mPa·s)	红细胞沉降率(mm/h)	纤维蛋白原(g/L)
观察组($n=80$)				
治疗前	2.35±0.14	4.90±1.24	25.32±3.61	11.24±2.36
治疗 8 周后	1.23±0.11*	4.42±1.04*	16.27±2.98*	7.35±1.29*
对照组($n=80$)				
治疗前	2.33±0.15	4.89±1.23	25.29±3.57	11.26±2.40
治疗 8 周后	2.06±0.12* [△]	4.60±0.45* [△]	21.33±2.84* [△]	9.33±2.01* [△]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗 8 周后比较,[△] $P<0.05$

表 5 2 组不良反应比较[例(%)]

组别	恶心、呕吐	头晕	腹泻	皮疹	总发生率
观察组($n=80$)	1(1.25)	2(2.50)	1(1.25)	0(0.00)	4(5.00)
对照组($n=80$)	2(2.50)	1(1.25)	2(2.50)	2(2.50)	7(8.75)
χ^2					0.879
P					0.349

3 讨论

CAG 主要是指人体的胃黏膜上皮受到反复性侵袭损伤后引起的黏膜固有腺体逐渐萎缩或消失的一种胃部病变,此病属于一种常见病及多发病,其病理表现主要包括胃黏膜变薄、肌层变厚以及胃酸的分泌减少等,还可伴随肠上皮化生或异形增生等症状,对患者的日常生活具有一定的影响^[8-9]。关于 CAG 的治疗,西医疗法中常用奥美拉唑、克拉霉素以及阿莫西林药物的三联方案,虽然可获得短期的疗效,但常缺乏明显的逆转性,部分患者较易复发,因此寻找新型治疗方案尤为迫切^[10]。近年来,随着人们对于中医学的重视,应用中医或中西医结合疗法治疗 CAG 逐渐引起了临床医务工作者的关注。中医学认为,CAG 归属“痞满”和“胃脘痛”等范畴,其病机主要是气虚血瘀,治疗主要是以益气健脾和活血调中为主导思想^[11]。为了寻找更具效果的治疗方案,尝试将起效较快的西医治法与标本兼治的中医疗法综合应用于 CAG 的治疗,以取得更佳的疗效。

本研究发现,总有效率观察组高于对照组,且观察组痞满、脘痛、纳呆、嗝气、乏力、上腹压痛及舌象等总改善率也高于对照组($P<0.05$),观察组所用的西医药物中,奥美拉唑属于一类质子泵抑制剂,也是脂溶性的弱碱性药物,其能够抑制患者机体内 H⁺-K⁺-ATP 酶的正常作用,进而抑制胃酸的分泌,对慢性胃炎、CAG 以及胃泌素瘤等疾病症状均具有较好的改善作用^[12]。阿莫西林属于 β-内酰胺类抗生素,可同幽门螺杆菌胞质膜中的靶分子蛋白进行结合,导致细胞壁缺损,进而可穿透细胞膜而达到杀菌效果^[13]。克拉霉素作为 14 元环的大环内酯型抗

生素,抑菌效果较好,对于 CAG 患者可发挥较好的治疗作用^[14]。观察组所用的中医药物中,太子参可补脾肺之气,并可养阴生津;白术可健脾益气及燥湿利水;黄芪可补益气血及活血通络;莪术可破血行气及消积止痛;紫丹参可祛瘀止痛及凉血消痈;法半夏可降逆止呕及消痞散结;薏苡仁可利水消肿及健脾除痹;麦冬可养阴生津及润肺清心;仙鹤草可收敛止血及下气补虚^[15-16];上述诸药共用产生了较好的补血、活血及消痞等功效。IL-6 和 TNF-α 是临床常用的炎性反应递质,二者对于 CAG 患者机体的炎性反应具有较好的反馈作用^[17]。IL-32 也是一种炎性反应递质,其可参与胃黏膜中的炎性反应,并可介导胃黏膜萎缩过程^[18]。TGF-β₁ 属于细胞生长的调节蛋白,可参与到组织损伤后的修复进程^[19]。EGF 是 53 个氨基酸残基构成的一种耐热单链式低分子多肽,与机体的炎性反应及细胞增殖和分化等过程均密切相关^[20]。而血浆黏度、全血黏度、红细胞沉降率及纤维蛋白原均为反映机体血液流变学的重要指标。本研究发现,治疗 8 周后观察组的炎性反应递质及血液流变学指标低于对照组($P<0.05$),2 组应用的三联疗法可产生明显的抗炎抑菌作用,但观察组加用的益气活血方通过应用多种中药材,为患者疏通经络,畅通气血,扩张了微血管,并更好地改善其胃黏膜的微循环,消除了血瘀的病理变化,强化了胃黏膜的血氧供应,缓解了局部性血管痉挛,最终对患者的胃黏膜屏障产生了有效保护^[21]。此外,本研究结果还显示,2 组的不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),说明观察组应用的益气活血方联合三联疗法治疗 CAG 的安全性较高。因为相对于对照组,观察组仅仅增用了中药汤剂益气

活血方,而方中所用的中药材药理性质均较为温和,不会引起明显的不良反应。因此,2组患者的不良反应无差异无统计学意义。

综上所述,应用益气活血方联合三联疗法治疗气虚血瘀型 CAG 的疗效明显,还可有效改善患者机体的炎性反应及血液流变学情况,安全性也较好。

参考文献

- [1] Yamada S, Tomatsuri N, Kawakami T, et al. Helicobacter pylori Eradication Therapy Ameliorates Latent Digestive Symptoms in Chronic Atrophic Gastritis[J]. Digestion, 2018, 97(4): 333-339.
- [2] 张峰, 王卫国, 谢燕, 等. 慢性萎缩性胃炎胃镜与病理诊断的符合率及与 Hp 感染的相关性分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(23): 2325-2327.
- [3] 李淑红, 刘华一, 唐艳萍, 等. 益气活血通络法对气虚血瘀型萎缩性胃炎癌前病变细胞凋亡和增殖的作用研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(8): 1143-1146.
- [4] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见[J]. 胃肠病学, 2013, 18(1): 24-36.
- [5] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中医杂志, 2010, 51(8): 749-753.
- [6] 刘长发, 杨春壮, 董嘉楠. 丹芪祛瘀止痛颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床疗效观察[J]. 牡丹江医学院学报, 2013, 34(1): 65-66.
- [7] 国家食品药品管理局. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 124-129.
- [8] Gao X, Zhang Y, Brenner H. Associations of Helicobacter pylori infection and chronic atrophic gastritis with accelerated epigenetic ageing in older adults[J]. Br J Cancer, 2017, 117(8): 1211-1214.
- [9] 赵威, 鲁英杰, 黄爱洁, 等. 帕罗西汀对慢性萎缩性胃炎患者血清胃泌素和胃动素水平的影响[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(8): 1487-1489.
- [10] Deguchi R, Shiraishi K, Arase Y, et al. Successful Eradication Therapy for Helicobacter pylori-positive Atrophic Gastritis at the Sixth Attempt: A Case Report. Tokai J Exp Clin Med, 2016, 41(4): 233-

235.

- [11] 高志华, 代二庆, 白玉茹, 等. “益气升阳活血法”指导下中药配合针灸、穴位埋线治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(4): 492-496.
- [12] Wang F, Zhang X, Wang J. Effects of domperidone in combination with omeprazole in the treatment of chronic superficial gastritis[J]. Pak J Med Sci, 2017, 33(2): 306-309.
- [13] Wang L, Lin Z, Chen S, et al. Ten-day bismuth-containing quadruple therapy is effective as first-line therapy for Helicobacter pylori-related chronic gastritis: a prospective randomized study in China[J]. Clin Microbiol Infect, 2017, 23(6): 391-395.
- [14] Zemali N, Guillemot G, Jaubert J, et al. Helicobacter pylori resistance to clarithromycin in Reunion Island[J]. Med Mal Infect, 2016, 46(7): 385-389.
- [15] 王丽华. 益胃活络经验方联合三联疗法对胃络瘀血证慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜腺体及血清炎性因子的影响[J]. 陕西中医, 2016, 37(1): 48-50.
- [16] 杨剑明, 朱方石, 徐婷婷, 等. 益气活血方治疗慢性萎缩性胃炎 31 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2014, 46(12): 16-18.
- [17] 李多, 杜三军, 于永强, 等. 白术内酯 I 对慢性萎缩性胃炎大鼠相关炎性因子的影响[J]. 解放军医药杂志, 2016, 28(8): 10-14.
- [18] Wang YM, Li ZX, Tang FB, et al. Association of genetic polymorphisms of interleukins with gastric cancer and precancerous gastric lesions in a high-risk Chinese population[J]. Tumour Biol, 2016, 37(2): 2233-2242.
- [19] 邵雪辉, 王建国, 马一飞, 等. 激光针灸对慢性萎缩性胃炎大鼠血清炎症因子的影响[J]. 激光杂志, 2016, 37(9): 156-159.
- [20] 陈伟军, 郑献敏, 梁建华, 等. 健胃消痞汤配合针刺治疗对慢性萎缩性胃炎患者血清表皮生长因子、一氧化氮的影响[J]. 河北中医, 2017, 39(2): 194-198.
- [21] Dai YK, Zhang YZ, Li DY, et al. The efficacy of Jianpi Yiqi therapy for chronic atrophic gastritis: A systematic review and meta-analysis[J]. PLoS One, 2017, 12(7): e0181906.

(2018-05-29 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

2018 年“一带一路”中医药学术交流活动走进希腊

11月20日,第十五届世界中医药大会分会场“‘一带一路’中医药学术交流活动——希腊站”在雅典举办,世界中医药学会联合会副主席兼秘书长桑滨生等与希腊会员团体代表和当地中医药从业人员进行了学术和工作交流,对中医药在希腊发展情况进行实地考察。参加活动的还有世界中联副秘书长陈立新以及来自北京、广州的专家学者和企业界人士。

桑滨生秘书长向希腊中医学会、希腊东方医学院负责人详细询问了中医药在希腊的发展情况,表示世界中联将支持

希腊中医药高等教育的进一步发展,并提供教材和师资力量。陈立新副秘书长提出在希腊开展中医药培训和水平考试,逐步提升当地中医师的理论和临床水平,吸引更多的当地医师学习中医药。

希腊东方医学院的创始人兼院长 Vita Revelli 对世界中联的支持和关注表示感谢,并希望能在 2020 年带队参加世界中联组织的国际中医药专业技术水平培训和考试。希腊东方医学院 1996 年成立,于 2003 年正式成为世界中联在希腊的首个团体会员。