

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.12.011

清养透解合剂联合西药对系统性红斑狼疮患者血管损伤的影响

黄钢花¹, 钟嘉熙^{*}, 刘叶¹, 陈银环¹, 梁雪芬², 段红妍², 何玉萍¹, 徐秋英¹, 曾征伦²

(1. 广州中医药大学第一附属医院, 广东省广州市白云区机场路 16 号, 510405; 2. 广州中医药大学)

基金项目: 广东省科技计划资助项目 (2008152, 20110316)

摘要 **目的** 观察清养透解合剂联合西药治疗系统性红斑狼疮 (SLE) 患者的临床疗效及其对血管损伤的影响。**方法** 采用前瞻性单盲随机对照的方法, 将 42 例 SLE 阴虚证患者随机分为治疗组 22 例和对照组 20 例, 并设健康体检者 12 名作为健康组。治疗组在西医基础治疗同时加用清养透解合剂, 每天 1 剂; 对照组在西医基础治疗同时加用安慰剂, 每天 1 剂, 两组均治疗 6 个月。观察两组治疗前后狼疮活动性评分 (SLEDAI)、中医证候积分、泼尼松用量及不良反应; 并与健康组比较人可溶性血栓调节蛋白 (sTM)、血管假性血友病因子 (vWF) 的表达。**结果** 与本组治疗前比较, 两组治疗后 SLEDAI 评分、中医证候积分、泼尼松片用量均明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组 SLEDAI 评分、中医证候积分、泼尼松片用量均明显低于对照组 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$)。治疗前治疗组及对照组与健康组比较血清 vWF、sTM 水平均明显升高 ($P < 0.01$); 治疗组治疗后较治疗前血清 vWF、sTM 水平明显降低 ($P < 0.01$)。治疗组不良反应例数明显少于对照组 ($P < 0.01$)。**结论** 清养透解合剂联合西药能改善 SLE 阴虚证患者临床症状, 减少激素用量, 明显降低血管损伤因子 vWF、sTM 的表达, 从而减轻血管损伤。

关键词 系统性红斑狼疮; 清养透解合剂; 狼疮活动性评分; 血管损伤因子

系统性红斑狼疮 (systemic lupus erythematosus, SLE) 是一种慢性自身免疫性疾病, 临床表现多种多样, 结缔组织黏液样水肿、纤维蛋白样变性和坏死性血管炎是红斑狼疮的基本病理变化^[1]。中小血管因免疫复合物沉积或者抗体直接侵袭而出现血管壁的结缔组织发生纤维蛋白样变性, 甚至坏死、血栓形成、出血和缺血等病变, 构成坏死性血管炎^[2]。本研究拟采用前瞻性单盲随机对照临床试验的方法, 观察清养透解合剂联合西药对 SLE 阴虚证患者血管损伤因子可溶性血栓调节蛋白 (sTM)、血管假性血友病因子 (vWF) 表达的影响, 探讨其治疗 SLE 的可能作用机理。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

西医诊断参照《系统性红斑狼疮诊断标准》^[3]: ①颧颊部红斑; ②盘状狼疮; ③光敏感; ④口腔溃疡; ⑤非侵蚀性关节炎; ⑥胸膜炎或心包

炎; ⑦蛋白尿 ($> 0.5 \text{ g/d}$) 或尿细胞管型; ⑧癫痫发作或精神病, 除外药物或已知的代谢紊乱; ⑨溶血性贫血或白细胞减少, 或淋巴细胞减少, 或血小板减少; ⑩抗 dsDNA 抗体阳性, 或抗 Sm 抗体阳性, 或抗磷脂抗体阳性 (包括抗心磷脂抗体、或狼疮抗凝物、或至少持续 6 个月的梅毒血清试验假阳性 3 者中各具备 1 项阳性); ⑪在任何时候和未用药物诱发“药物性狼疮”的情况下, 抗核抗体滴度异常。11 项中符合 4 项或 4 项以上者, 在除外感染、肿瘤和其他结缔组织病后, 即可诊断。同时具备第 7 条肾脏病变即可诊断为狼疮性肾炎。

中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4] 阴虚证诊断标准, 主症及舌脉: 腰膝酸软, 脱发, 眩晕耳鸣, 低热, 舌质红, 苔少或有剥脱, 脉细; 次症: 乏力, 口燥咽干, 视物模糊, 月经不调或闭经。

1.2 纳入标准

符合上述西医诊断及中医辨证标准者; 首次确诊, 或进入试验前 2 周内未用过任何药物; 年龄

* 通讯作者: hy1309@126.com, (020) 36590957

15~65 岁; 签署知情同意书。

1.3 排除及脱落标准

排除合并其他结缔组织病、重叠综合征、药物性狼疮、结核病患者; 合并心、肝、肾、脑、造血系统等严重原发性疾病及精神病者; 合并严重感染者。用药量或试验时间未超过 2 个月者视为脱落。

1.4 一般资料

42 例 2009 年 8 月至 2011 年 3 月广州中医药大学第一附属医院内科门诊及住院 SLE 阴虚证患者, 按随机数字表分为治疗组 (22 例) 及对照组 (20 例), 另选择广州中医药大学第一附属医院健康体检者 12 名作为健康组。治疗组中男 3 例, 女 19 例, 平均年龄 (30.02 ± 6.58) 岁, 平均病程 (3.34 ± 4.18) 年; 病情程度^[4]: 轻度 2 例, 中度 6 例, 重度 14 例。对照组中男 2 例, 女 18 例, 平均年龄 (28.68 ± 7.45) 岁, 平均病程 (3.37 ± 3.47) 年; 病情程度: 轻度 1 例, 中度 5 例, 重度 14 例。健康组中男 2 名, 女 10 名, 平均年龄 (30.05 ± 7.08) 岁。各组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗: 参考《实用内科学》^[5], 治疗组和对照组均采用口服泼尼松片 (南京第二制药厂, 批号: H32022566, 规格: 5 mg/片) 治疗。根据 SLE 活动性指数评分及病情调整泼尼松片用量: 重度活动期每天 40~60 mg; 中度活动期每天 20~40 mg; 轻度活动期每天 15~20 mg; 稳定期每天 < 15 mg; 病情稳定 1~2 周后严格按激素减量法渐次减量。病情复发或合并狼疮性肾炎、狼疮脑炎用口服激素难以控制病情时, 加用环磷酰胺注射液 (上海医药集团有限公司华联制药厂, 批号: H31021702, 规格: 0.1 g/支) 冲击疗法 (0.5~1 g/m² 体表面积, 每 4 周 1 次) 静脉滴注。

治疗组在基础治疗同时加用清养透解合剂。清养透解合剂由青蒿 (后下)、鳖甲 (先煎)、水牛角 (先煎)、生地黄、牡丹皮、玄参、秦艽按 2: 3: 4: 3: 2: 3: 2 比例组成, 广州中医药大学附属医院药剂科制备为水剂, 每天 1 剂, 分早晚 2 次口服。

对照组在基础治疗同时加用安慰剂, 由怀山药、焦糖按 2: 1 的比例组成, 与清养透解合剂剂型、剂量相同, 包装一致, 并使用统一的药物标

签, 广州中医药大学附属医院药剂科制备, 每天 1 剂, 分早晚 2 次口服。

以上两组均治疗 6 个月, 健康组不予任何治疗措施。

2.2 观察方法及指标

2.2.1 血清 sTM、vWF 的测定 治疗组、对照组于治疗前后次日清晨抽取静脉血各 3 ml, 静置 30 min, 以 3000 r/min 离心 5 min, 吸取上层血清, -20℃ 保存待测。健康组体检当日取血, 步骤如前。采用酶联免疫吸附试验 (ELISA) 法测定, 试剂盒由北京华美公司提供, 产品编号: CSB-E13261h、CSB-E08437h, 操作过程严格按试剂盒说明书进行。

2.2.2 狼疮活动性评分 (SLEDAI) 及中医证候积分 SLEDAI 评分参照文献 [6]。中医证候积分参照《中药新药临床研究指导原则》^[7] 中“系统性红斑狼疮症状分级量化表”拟定, 见表 1、表 2。

2.2.3 泼尼松用量 统计治疗组和对照组患者治疗前后平均每天泼尼松片用量情况。

2.2.4 不良反应 观察治疗过程中治疗组和对照组患者出现不良事件的发生情况, 包括柯兴氏征、高血压病、消化性溃疡、糖尿病、感染、无菌性股骨头坏死、继发精神神经症状、脱发、继发性白细胞减少、继发肝功能异常、继发肾功能异常、心电图异常。

2.3 盲法设计

受试者、检验人员和数据录入者始终处于盲态, 试验过程中注意盲法的隐藏。临床试验结束后进行第 1 次揭盲, 由统计分析人员完成数据录入以及统计分析报告; 完成统计分析后进行第 2 次揭盲, 得出临床研究报告。

2.4 统计学方法

采用 Epidata 2.1a 建立数据库录入数据, 用 SPSS 17.0 进行统计分析, 计量资料用 t 检验或方差分析, 数据不符合参数检验条件时用非参数检验; 计数资料用 χ^2 检验; 等级资料用非参数检验。

3 结果

本研究 38 例完成了试验, 治疗组及对照组各脱落 2 例。

3.1 各组受试者血清 vWF 及 sTM 水平比较

表 3 示, 治疗前治疗组及对照组与健康组比较血清 vWF、sTM 水平均明显升高 ($P < 0.01$); 对照组治疗后与健康组血清 vWF、sTM 水平比较亦明

表 1 系统性红斑狼疮中医证候主要症状及体征积分量表

主要症状及体征	0 分	2 分	4 分	6 分
红斑	无	面部或者甲周散在红斑或呈丘疹样	面部、甲周多处红斑,多呈紫红色	面部、甲周满布红斑,色鲜红或者黯红
发热	无	体温 37.5 ~ 37.9℃	体温 38.0 ~ 38.9℃	体温 39℃ 及以上
关节疼痛	无	隐痛,不需服药	疼痛,伴僵硬,需服药缓解	疼痛,活动受限,服药不缓解
脱发	无	少量,梳头时明显	用手轻撈头发即有脱落	成片脱发,毛发稀疏,伴有头皮炎症
口疮	无	少量口疮,无痛	多处口疮	广泛口疮,反复发作

表 2 系统性红斑狼疮中医证候次要症状及体征积分量表

次要症状及体征	0 分	2 分	4 分	6 分
心烦	无	偶有	经常	经常,影响日常生活
口干	无	微干,不需饮水	口干,饮水可解	口干难忍,经常饮水,饮水也不解口干
手足心热	无	偶有手心或脚心发热	手心或脚心发热,尚可忍受	手心或脚心发烫,难以忍受
乏力	无	活动时即感乏力	稍有活动即感乏力	不欲活动,喜卧床
失眠	无	偶有	每天	需服药才能入睡
盗汗	无	少量盗汗,醒后无出汗,无不适感	盗汗较多,睡装湿透,醒后汗即止	汗出量大,被褥浸湿,一夜需数次换睡装
月经不调	无	月经量少,但经期正常	月经量少,经期延迟 10 天 ~ 1 个月	月经极少,延迟 1 个月以上,甚至闭经
夜尿	无	1 ~ 3 次	4 ~ 5 次	5 次以上
尿色	淡黄	较黄	很黄	深黄
大便	正常	排便稍有不畅	排便不畅,排便时间延长	大便难出,排便时间明显延长
舌苔	舌淡红 苔薄白	舌红干苔少或花剥		
脉象	脉平和	脉细数		

显升高 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 治疗组治疗后与健康组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 与本组治疗前比较, 治疗组治疗后血清 vWF、sTM 水平明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后对照组与治疗组组间比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.2 两组患者 SLEDAI 评分与中医证候积分比较

表 4 示, 与本组治疗前比较, 两组治疗后 SLEDAI 评分、中医证候积分均明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后两组 SLEDAI 评分、中医证候积分组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组明显低于对照组。

3.3 两组患者泼尼松片用量比较

表 5 示, 与本组治疗前比较, 两组治疗后泼尼松片用量均明显降低 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组泼尼松片用量明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 两组患者不良反应比较

治疗 6 个月后, 治疗组出现柯兴氏征 5 例、高血压病 4 例、脱发 1 例; 对照组出现柯兴氏征 12 例、高血压病 11 例、消化性溃疡 3 例、感染 1 例、无菌性股骨头坏死 1 例、脱发 11 例、继发白细胞减少 3 例、继发肝功能异常 3 例。两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组不良反应例数明显少于对照组。

表 3 各组受试者血清 vWF 及 sTM 水平比较 (pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	vWF	sTM
健康组		12	14.26 ± 3.45	0.98 ± 0.31
对照组	治疗前	18	168.99 ± 197.64 ^{△△}	16.50 ± 19.20 ^{△△}
	治疗后	18	113.43 ± 144.68 [△]	9.30 ± 1.11 ^{△△}
治疗组	治疗前	20	188.43 ± 222.78 ^{△△}	16.60 ± 9.06 ^{△△}
	治疗后	20	88.06 ± 128.57 [*]	2.91 ± 2.42 [*]

注: 与本组治疗前比较, $*$ $P < 0.01$; 与健康组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

表 4 两组 SLE 患者 SLEDAI 评分及中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	SLEDAI 评分	中医证候积分
治疗组	治疗前	20	17.45 ± 5.17	29.55 ± 8.07
	治疗后	20	5.90 ± 3.21 ^{*△}	10.10 ± 3.48 ^{*△}
对照组	治疗前	18	15.22 ± 5.21	30.67 ± 9.02
	治疗后	18	9.72 ± 5.02 [*]	18.78 ± 6.27 [*]

注: 与本组治疗前比较, $*$ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

表 5 两组 SLE 患者泼尼松片用量比较 (mg/d, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	20	27.75 ± 12.82	11.30 ± 6.17 ^{*△}
对照组	18	25.28 ± 9.31	16.22 ± 7.14 [*]

注: 与本组治疗前比较, $*$ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

4 讨论

SLE 为自身免疫性疾病,以 B 淋巴细胞的高度化为特征,产生大量的自身抗体,引起自身免疫紊乱^[1],免疫复合物沉积于血管壁、肾小球和关节,导致Ⅲ型超敏反应并造成全身多系统、多器官的慢性炎症损害^[2],血管炎是其基本病理改变^[3]。vWF、sTM 均是由血管内皮细胞合成的糖蛋白,不仅是重要的抗凝辅助因子,也是血管内皮细胞受损的标志。有研究显示^[4],血浆可溶性 sTM 和 vWF 均与 SLE 疾病活动指数有显著正相关性,血浆可溶性 sTM 和 vWF 较血沉 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP)、IgG、C3 更能反映 SLE 疾病的活动性。

SLE 属于“伏邪温病”范畴,“阴虚化热,邪毒伏藏”是贯穿 SLE 病程始终的病机特点。清养透解合剂是针对 SLE 最常见证型——阴虚证患者及特点制定的处方。该方以青蒿鳖甲汤加减组成,方中鳖甲咸寒,归肝、脾、肾经,具有滋阴潜阳、退热除蒸、软坚散结之效;青蒿苦辛寒,归肝、胆经,具有清透虚热、凉血除蒸功效。吴鞠通在《温病条辨·下焦篇》^[5]云“邪气深伏阴分,湿处气血之中,不能纯用养阴,又非壮火,更不得任用苦燥”,“故以鳖甲蠕动之物,入肝经至阴之分,既能养阴,又能入络搜邪;以青蒿芳香透络,从少阳领邪外出”。水牛角味咸寒,可清热解毒、凉血清心,使火平热降,毒解血宁;生地黄、玄参苦寒,养阴清热生津、止血凉血,可以助水牛角清热凉血止血,又可补充耗伤之阴血;牡丹皮清热凉血,活血散瘀。佐以秦艽辛苦、微寒,祛风除湿,通络舒筋,清透虚热。全方共奏清热解毒、养阴透邪、活血化瘀之效。临床上配合皮质类固醇激素、免疫抑制剂治疗阴虚证 SLE 患者,疗效确切^[12-13]。

本研究结果显示,治疗组和对照组均能降低 SLEDAI 性评分、中医证候积分,减少泼尼松用量,治疗组效果优于对照组。治疗组治疗后较治疗前能降低血清 vWF、sTM 水平,治疗组发生不良反应例

数明显少于对照组。上述研究结果提示,清养透解合剂联合西药的中西医结合治疗在减轻 SLE 病情活动、改善阴虚证候方面明显优于单纯西药治疗,可加速激素的撤减、减少激素用量,副作用也较少,并且能明显降低血管损伤因子 vWF、sTM 的表达,可减轻血管损伤,保护血管内皮细胞。

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为. 实用内科学 [M]. 13 版. 北京:人民卫生出版社,2009:2701.
- [2] 陆再英,钟南山. 内科学 [M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2004:2701.
- [3] 系统性红斑狼疮诊断标准 [J]. 疑难病杂志,2007,6(4):227.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:111-115.
- [5] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 11 版. 北京:人民卫生出版社,2001:2316-2317.
- [6] Bombardier C, Gladman DD, Vrowitz MB, et al. Derivation of the SLEDAI. A disease activity index for lupus patients. The Committee on Prognosis Studies in SLE [J]. Arthritis Rheum, 1992, 35(6):630-640.
- [7] 陈水连,江峰,刘佳婧,等. IL-18 基因多态性与系统性红斑狼疮相关性的 Meta 分析 [J]. 免疫学杂志,2013,29(2):130-136.
- [8] 刘静,舒强. 系统性红斑狼疮发病的免疫学机制 [J]. 医学理论与实践,2004,17(4):394-397.
- [9] 高娜,李梦涛,王卓龙,等. 系统性红斑狼疮并发蛛网膜下腔出血的临床特点 [J]. 中华临床免疫和变态反应杂志,2013,7(2):146-150.
- [10] 张信强,刘晓华,柯瑶,等. 系统性红斑狼疮患者血管内皮细胞损伤标志物检测及其临床意义 [J]. 山东医药,2005,45(16):11-12.
- [11] 吴塘. 温病条辨 [M]. 邓翊,校注. 北京:科学技术文献出版社,2010:122.
- [12] 陈银环,钟嘉熙,刘叶,等. 清养透解法为主综合治疗系统性红斑狼疮患者 81 例生存质量评价 [J]. 新中医,2009,41(1):47-49.
- [13] 钟彦彦,陆晓和,钟嘉熙,等. 清养透解法治疗系统性红斑狼疮伴视功能损害临床研究 [J]. 新中医,2010,42(4):59-61.

Effects of Qingyang Toujie Mixture Combined With Western Medicine on Vascular Injury in Patients With Systemic Lupus Erythematosus

HUANG Ganghua¹, ZHONG Jiayi¹, LIU Ye¹, CHEN Yinhan¹, LIANG Xuefen², DUAN Hongyan², HE Yiping¹, XU Qiuying¹, ZENG Zhenglun²

(1. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangdong Province 510405; 2. Guangzhou University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the therapeutic effect of Qingyang Toujie Mixture combined with western medi-

cine and its effects on vascular injury in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). **Methods** A prospective single-blind randomized controlled method was used. Totally 42 SLE patients with yin deficiency syndrome were randomized into the treatment group with 22 patients and control group with 20 patients. Twelve healthy persons were selected as the healthy group. Both the treatment and control groups were given western medicine. The treatment group was added with Qingyang Toujie Mixture one dose daily. The control group was added with placebo one dose daily. Both groups were treated for 6 months. The Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), TCM syndrome score, prednisone dosage and adverse reactions were observed before and after treatment. The expressions of soluble thrombomodulin (sTM) and von Willebrand factor (vWF) were observed and compared with the healthy group. **Results** The SLEDAI scores, TCM syndrome scores and prednisone dosage were significantly decreased in the treatment group and control group after treatment ($P < 0.01$), especially in the treatment group ($P < 0.01$). Comparing with the healthy group, the levels of vWF and sTM were significantly higher in the treatment group and control group before treatment ($P < 0.01$). The levels of vWF and sTM were significantly decreased in the treatment group after treatment ($P < 0.01$). The cases of adverse reactions in the treatment group were significantly fewer than those in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion** The combo therapy of Qingyang Toujie Mixture and western medicine can relieve the clinical symptoms, reduce the hormone dosage, decrease vWF and sTM expression, and alleviate vascular injury in SLE patients with yin deficiency syndrome.

Keywords systemic lupus erythematosus; Qingyang Toujie Mixture; Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; vascular injury factors

(收稿日期: 2013-10-24; 修回日期: 2014-02-17)

编辑: 邓 媛

2014 年中华中医药学会编辑出版分会年会征文通知

为更好地促进中医药编辑出版工作的发展,由中华中医药学会主办,编辑出版分会、苏州市中西医结合医院、《世界中西医结合》杂志社承办的“2014 年中华中医药学会编辑出版分会年会暨全国中医、中西医结合防治肝病肝癌高峰论坛”拟于 2014 年 8 月下旬在江苏省苏州市举办。现将有关事项通知如下。

一、会议主题: 1. 编辑出版分会换届选举; 2. 学习国家期刊改革工作意见,探讨期刊改革方向,邀请主管期刊工作领导作报告; 3. 研讨交流肝癌、肝硬化、各类型慢性肝炎的文献研究、理论探讨、临证经验总结、思路与方法研究、最新研究进展以及慢病防控等。二、征文内容及要求: 内容涉及中医药期刊及图书出版、编辑等发展策略、主导思想、机制创新的探讨; 提升出版物和传媒影响力的方法与措施; 编辑人才培养与编辑出版管理等。来稿请注明作者姓名、单位、职称、地址、邮编、电话、E-mail; 稿件以 Word 文档形式,字体统一为宋体,题目 3 号字,小标题 4 号字,内容 5 号字,发送至邮箱: bjfhn@126.com。三、特别提示: 各中医药专业期刊和出版社的负责人及编辑人员,各学术机构、医药卫生企事业单位的院刊、校刊、会刊、工作通讯等报纸、期刊的中医药编辑人员及负责人等皆可参会。征文截稿日期: 2014 年 8 月 10 日。四、联系方式: 1. 北京市朝阳区北四环东路 115 号院 6 号楼 109 室,邮编: 100101,电话: 010-64822253,联系人: 李绍林 13311062766,梁子钰 15201067003; 2. 江苏省苏州市吴中区中山西路下沙塘 39 号,苏州市中西医结合医院,联系人: 陈超 13962160235,邮箱: 13962180235@139.com。

全国中医、中西医结合防治肝病及肝癌高峰论坛征文通知

为更好地促进中医药编辑出版工作的发展,由中华中医药学会编辑出版分会主办,苏州市中西医结合医院、《世界中西医结合》杂志社承办,北京伟达中医肿瘤医院协办的“2014 年中华中医药学会编辑出版分会年会暨全国中医、中西医结合防治肝病肝癌高峰论坛”拟于 2014 年 8 月下旬在江苏省苏州市举办。会议将邀请知名的肝病专家学者作专题报告及学术论文交流,现将有关事项通知如下:

1. 征文内容: 未在国内外杂志公开发表的,内容涉及肝癌、肝硬化、各类型慢性肝炎的文献研究、理论探讨、实验研究、临床研究、药物研究、临证经验总结、思路与方法研究、最新研究进展以及治未病等方面的论文皆可参会。2. 征文要求: 来稿请注明作者姓名、单位、职称、地址、邮编、电话、E-mail; 稿件以 Word 文档形式,字体统一为宋体,题目 3 号字,小标题 4 号字,内容 5 号字。截稿日期为 8 月 10 日。3. 特别提示: (1) 征文请注明会议论文,发送至邮箱: fzga2014@126.com。大会将进行优秀论文评选,并印制会议论文集。(2) 从事肝病专科的医、教、研、护等人员、相关的医药卫生企事业单位的人员和中医药文化爱好者,提交论文与否均可参会。(3) 参会代表可获 I 类继续教育学分 10 分,并获赠《世界中西医结合杂志》2015 年 1-12 期杂志一份。4. 联系方式: (1) 江苏省苏州市吴中区中山西路下沙塘 39 号苏州市中西医结合医院,联系人: 陈超 13962160235,邮箱: 13962180235@139.com; (2) 北京市朝阳区北四环东路 115 号院 6 号楼 109 室,邮编: 100101,电话: 010-64822253,联系人: 李绍林 13311062766,徐睿瑶 18653304263。