

临床研究

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.11.010

消胀抑瘤方联合化疗治疗胃癌所致恶性腹腔积液
35 例临床观察黄莎¹, 杨建伟^{1*}, 黄俊山², 高炜¹, 林锦源¹

(1. 福建省肿瘤医院, 福建省福州市晋安区福马路 420 号, 350014; 2. 福建省中医药研究院)

摘要 目的 探讨消胀抑瘤方联合全身及腹腔内化疗治疗晚期胃癌所致恶性腹腔积液的临床疗效及安全性。方法 70 例晚期胃癌所致恶性腹腔积液辨证属肝郁脾虚证型患者, 按随机数表法分成治疗组和对照组各 35 例。对照组仅给予左亚叶酸钙 100 mg/m^2 + 5-氟尿嘧啶 2.0 g/m^2 + 紫杉醇 95 mg/m^2 (静脉滴注) + 紫杉醇 30 mg/m^2 (腹腔灌注化疗) 双周方案化疗。治疗组采用相同方案化疗, 并口服消胀抑瘤方, 每日 1 剂。两组疗程均为 30 天, 疗程结束后观察两组患者腹腔积液疗效及中医证候疗效, 治疗期间记录引流腹腔积液次数、化疗毒副反应发生情况。结果 治疗组腹腔积液疗效有效率为 62.86%, 稳定率为 85.71%; 对照组分别为 51.43% 和 62.86%, 治疗组稳定率优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组引流腹水次数显著少于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组恶心、呕吐, 腹泻, 中性粒细胞下降, 转氨酶升高等化疗毒副反应的发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组中医证候疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 消胀抑瘤方联合全身及腹腔内化疗治疗肝郁脾虚型胃癌所致恶性腹腔积液患者, 与单纯化疗相比, 可提高腹腔积液治疗稳定率, 减少治疗过程中引流腹水次数, 减轻化疗毒副反应, 改善中医证候, 且临床应用安全。

关键词 胃癌; 恶性腹腔积液; 消胀抑瘤方

恶性腹腔积液是晚期胃癌常见并发症之一, 严重影响患者的生活质量。出现腹腔积液常提示预后不良, 若无法获得有效治疗, 病情常会在短期内恶化^[1]。目前, 现代医学的治疗方法主要是全身化疗、腹腔灌注化疗及引流腹水。中药配合化疗可起到增效减毒, 提高生活质量的作用^[2]。我们认为, 恶性腹腔积液属中医学“臌胀”范畴, 肝郁脾虚是其基本病机, 治疗应健脾疏肝、行气利水。本研究观察消胀抑瘤方联合化疗治疗肝郁脾虚型晚期胃癌所致恶性腹腔积液的疗效及安全性, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

胃癌诊断标准参照《实用内科学》^[3] 1989-1994, 经病理或细胞学证实为原发性胃癌。恶性腹腔积液诊断标准参照《实用内科学》^[3] 1955-1957, 腹水中检出脱落癌细胞者诊断为恶性腹腔积液。

基金项目: 福建省自然科学基金(2015J01437); 福建省卫生计生委国家临床重点专科建设项目(2013 年度)

* 通讯作者: swzcq62@163.com, 83660063

中医诊断及辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4] 和《中医内科学》^[5] 自拟臌胀肝郁脾虚证辨证标准, 主症: 胁肋及腹部胀满不适, 乏力气短; 次症: 情绪抑郁或急躁易怒, 善太息, 肠鸣矢气, 食少纳呆, 便溏不爽, 恶心呕吐, 面色萎黄, 小便短少, 舌苔白或腻, 脉弦或细。具有主症 2 项和次症 2 项, 即可诊断。

1.2 纳入标准

确诊晚期胃癌患者, 经腹部超声检查证实为中量或大量腹腔积液^[6], 腹水中检出脱落癌细胞; 中医辨证属臌胀肝郁脾虚证者; 心、肺、肝、肾等重要脏器功能无明显异常; 预计生存时间 > 3 个月者; 年龄 18 ~ 75 岁。

1.3 排除标准

正在参加其他药物临床研究; 有严重无法控制的内科疾病者; 主要器官功能障碍不能耐受化疗者; 对试验药物过敏者; 腹腔严重粘连穿刺置管损伤肠管风险较高者; 有明显出血障碍患者; 完全性肠梗阻患者。

1.4 一般资料

收集 2014 年 6 月至 2016 年 8 月在福建省肿瘤医院腹部肿瘤内科住院治疗的晚期胃癌伴恶性腹腔积液、辨证属肝郁脾虚证型患者 70 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 35 例。治疗组中男 20 例, 女 15 例; 年龄 25 ~ 72 岁, 平均 (49.74 ± 1.03) 岁; 病程 4 ~ 15 个月, 平均 (9.46 ± 2.49) 个月; 腹腔积液量^[8]: 中量 19 例, 大量 16 例。对照组中男 19 例, 女 16 例; 年龄 26 ~ 70 岁, 平均 (49.69 ± 1.01) 岁; 病程 4 ~ 17 个月, 平均 (9.86 ± 2.87) 个月; 腹腔积液量: 中量 20 例, 大量 15 例。两组患者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

两组患者均根据超声定位选择穿刺点, 采用中心静脉导管, 行腹腔穿刺置管引流术, 第 1 天引流腹腔积液不超过 1000 ml, 持续 2 ~ 3 日间断引流, 至腹腔积液不再流出, 超声检查证实为少量腹腔积液后开始化疗。化疗方案采用左亚叶酸钙 (L-CF) + 5-氟尿嘧啶 (5-FU) + 紫杉醇 (静脉滴注) + 紫杉醇 (腹腔内化疗) 方案^[9], 具体方法: 紫杉醇 30 mg/m² (每支 30 mg, 重庆莱美药业股份有限公司, 国药准字 H20054814), 腹腔灌注, 紫杉醇 95 mg/m², 静脉滴注, 第 1 天; L-CF 100 mg/m² (每支 25 mg, 江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20080718), 静脉滴注, 第 1 天及第 2 天; 5-FU 2.0 g/m² (每支 0.25 g, 天津金耀药业有限公司, 国药准字 H12020959), 微量泵持续静脉滴注 48 h, 第 1 天开始。腹腔内化疗每周 1 次, 全身化疗为双周方案。

治疗组从化疗第 1 天开始每日口服消胀抑瘤方, 组成: 黄芪 30 g, 茯苓 10 g, 党参 10 g, 甘松 10 g, 合欢皮 10 g, 车前子 15 g (包), 泽泻 15 g, 大腹皮 10 g, 猪苓 10 g, 佩兰 10 g, 山萸肉 15 g, 甘草 6 g。每日 1 剂, 水煎液 300 ml, 早晚分服, 持续 30 天。对照组仅给予化疗治疗。

两组患者每周化疗第 1 ~ 3 天给予盐酸托烷司琼预防性止吐治疗 (每支 5 ml/5 mg, 江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20061193), 5 mg 静脉注射, 每日两次。当中性粒细胞 $< 1.5 \times 10^9/L$ 时, 给予重组人粒细胞刺激因子注射液治疗 (每支 1 ml/150 μg, 上海三维生物技术有限公司, 国

药准字 S19980036), 150 μg 皮下注射, 每日 1 次, 连续注射 3 天后复查血常规。当血小板 $< 75 \times 10^9/L$ 时, 给予重组人白介素 11 治疗 (每支 1.5 mg, 北京双鹭药业股份有限公司, 国药准字 S20030015), 1.5 mg 皮下注射, 每日 1 次, 连续注射 3 天后复查血常规。患者自觉腹胀时可给予引流腹腔积液 1000 ml 缓解症状, 治疗期间均不给予利尿剂治疗。两组疗程均为 30 天。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 腹腔积液量 分别于治疗前后行腹部超声检查, 观察腹腔积液量^[8]。记录患者治疗期间引流腹腔积液次数。

2.2.2 中医证候评分 于治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]记录中医证候积分。

2.2.3 化疗毒副反应发生情况 每周化疗前 3 天及化疗第 6 天查血常规、血生化, 观察两组患者治疗期间化疗毒副反应发生情况。化疗毒副反应参照《临床肿瘤内科手册》^[76-78]中标准, 恶心、呕吐程度标准: 0 度: 无; I 度: 恶心; II 度: 暂时性呕吐; III 度: 呕吐、需治疗; IV 度: 难控制的呕吐。腹泻程度标准: 0 度: 无; I 度: 暂时性 (< 2 天); II 度: 能耐受 (> 2 天); III 度: 不能耐受、需治疗; IV 度: 血性腹泻。中性粒细胞下降程度标准: 0 度: $\geq 2.0 \times 10^9/L$; I 度: $(1.5 \sim 1.9) \times 10^9/L$; II 度: $(1.0 \sim 1.4) \times 10^9/L$; III 度: $(0.5 \sim 0.9) \times 10^9/L$; IV 度: $< 0.5 \times 10^9/L$ 。血小板下降程度标准: 0 度: $\geq 100 \times 10^9/L$; I 度: $(75 \sim 99) \times 10^9/L$; II 度: $(50 \sim 74) \times 10^9/L$; III 度: $(25 \sim 49) \times 10^9/L$; IV 度: $< 25 \times 10^9/L$ 。肌酐、转氨酶、胆红素升高程度标准: 0 度: $\leq 1.25 \times N$; I 度: $1.26 \sim 2.5 \times N$; II 度: $2.6 \sim 5 \times N$; III 度: $5.1 \sim 10 \times N$; IV 度: $> 10 \times N$ 。

2.3 疗效判定标准

2.3.1 腹腔积液疗效标准 参照《临床肿瘤内科手册》^[80]中标准, 完全缓解 (CR): 腹水完全消失, 持续 4 周; 部分缓解 (PR): 腹水减少超过 50% 以上, 持续 4 周; 稳定 (SD): 腹水无明显变化至少 4 周, 估计减少不足 50% 或增加不到 25%; 进展 (PD): 腹水增加 25% 以上。有效率 = (CR + PR) / 总例数 $\times 100\%$, 稳定率 = (CR + PR + SD) / 总例数 $\times 100\%$ 。

2.3.2 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]中有关标准, 临床痊愈: 中医临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减

少 $\geq 95\%$ 。显效: 中医临床症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 证候积分减少 $< 95\%$ 。有效: 中医临床症状、体征好转, $30\% \leq$ 证候积分减少 $< 70\%$ 。无效: 中医临床症状、体征无明显改善, 或加重, 证候积分减少 $< 30\%$ 。计算公式 (尼莫地平法): 证候积分减少 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 软件, 计数资料使用 χ^2 检验, 计量资料使用 t 检验, 等级资料比较使用秩和检验, $P < 0.05$ 有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者腹腔积液疗效比较

治疗组 35 例患者中 CR 0 例, PR 22 例, SD 8 例, PD 5 例, 有效率为 62.86%, 稳定率为 85.71%; 对照组 35 例患者中 CR 0 例, PR 18 例, SD 4 例, PD 13 例, 有效率为 51.43%, 稳定率为 62.86%。两组有效率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗组稳定率优于对照组 ($P = 0.029$)。

3.2 两组患者治疗期间引流腹腔积液次数比较

治疗组患者治疗期间引流腹腔积液次数 4 ~ 11 次, 平均 (6.71 ± 1.67) 次; 对照组患者治疗期间引流腹腔积液次数 4 ~ 12 次, 平均 (7.71 ± 2.24) 次。治疗组引流腹腔积液次数少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.3 两组患者化疗毒副反应发生情况

表 1 示, 治疗组恶心、呕吐, 腹泻, 中性粒细胞减少, 转氨酶升高发生率较对照组低 ($P < 0.05$), 其余毒副反应比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 两组胃癌伴恶性腹腔积液患者化疗毒副反应发生情况比较 (例)

组别	例数	程度	恶心、 呕吐	腹泻	中性粒细 胞下降	血小板 下降	肌肝 升高	转氨酶 升高	胆红素 升高
治疗组	35	0	25	30	21	33	34	29	31
		I	5	5	8	2	1	5	4
		II	3	0	5	0	0	1	0
		III	2	0	1	0	0	0	0
		IV	0	0	0	0	0	0	0
对照组	35	0	18	23	14	32	33	21	32
		I	4	11	7	3	2	12	3
		II	5	1	9	0	0	2	0
		III	5	0	4	0	0	0	0
		IV	3	0	1	0	0	0	0

3.4 两组患者中医证候疗效比较

治疗组 35 例中临床痊愈 3 例, 显效 11 例, 有

效 13 例, 无效 8 例, 总有效率为 77.14%; 对照组 35 例中临床痊愈 1 例, 显效 6 例, 有效 12 例, 无效 16 例, 总有效率为 54.29%。两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

4 讨论

晚期胃癌可通过多种因素引起恶性腹腔积液, 其中腹膜转移是主要原因^[9]。现代医学主要通过化疗来控制疾病进展, 单独静脉化疗时, 因化疗药物难以透过“血浆-腹膜屏障”而不能作用于腹膜转移病灶, 联合腹腔化疗可大大提高腹腔内药物浓度, 对原发病灶、腹腔转移病灶均有抑制作用^[10]。近来多项研究报道, 腹腔内给予紫杉醇因分子量较大, 吸收入血缓慢, 紫杉醇腹腔内与血浆最高药物浓度 AUC 比值可超过 1000 : 1^[11-12]。有研究显示^[13], 晚期胃癌并中量腹水患者, 口服替吉奥联合静脉与腹腔内紫杉醇组较单用替吉奥联合顺铂全身化疗组中位生存时间明显延长。5-FU 是治疗晚期胃癌的基础药物, 单药有效率 10% ~ 20%, 与紫杉醇联合使用有效率可增加至 46% ~ 70%^[14]。晚期胃癌所致恶性腹腔积液患者, 单纯化疗常常不能取得令人满意的效果, 平均生存期约 20 周^[15], 探索中西医结合途径治疗恶性腹腔积液十分必要。

恶性腹腔积液属中医学臌胀范畴。晚期胃癌患者, 往往情志不畅, 忧思郁怒, 导致肝失疏泄, 气机郁滞, 水湿停滞。再者, 患者本已脾气亏虚, 肝气郁结, 横逆犯脾。脾气亏虚, 则无以运化水湿, 水湿停聚中焦, 腹大肿满, 渐成臌胀之病。脾虚日久, 累及于肾, 肾阳不足, 无以温养脾土; 肾阴亏虚, 无以滋养肝木, 致肝脾更伤。因此, 肝郁脾虚是臌胀的基本病机, 乃本虚标实之证。故臌胀的治疗应以健脾为主, 疏肝为辅, 兼以利水, 攻补兼施, 使脾运得健, 肝郁得解, 血脉畅通, 水湿分消。本研究所用消胀抑瘤方中黄芪、茯苓、党参合用, 健脾益气, 助运化利水湿, 共为君药; 甘松、合欢皮疏肝解郁, 行气畅中, 猪苓、泽泻、车前子渗湿利水, 大腹皮行气利水, 佩兰芳香化湿, 俱为臣药; 佐以山茱萸滋补肝肾, 以防利水太过伤及阴精, 甘草调和诸药为使药。全方谨守病机, 共奏健脾疏肝、行气利水之功效。

本研究结果显示, 治疗组腹腔积液治疗有效率与对照组比较差异无统计学意义, 这可能与样本量较小有关。但在腹腔积液治疗稳定率方面, 治疗组显著优于对照组, 这表明消胀抑瘤方联合化疗较单

纯化疗在恶性腹腔积液的治疗上具有一定优势。恶性腹腔积液患者津液输布失常,水湿停聚中焦,消胀抑瘤方健脾疏肝,使脾气健旺,气机调达,则水湿渐化,腹满消减。在治疗过程中,治疗组引流腹腔积液次数显著少于对照组,在一定程度上避免了引流腹腔积液可能会引起的水盐代谢失衡、蛋白流失等并发症。

化疗毒副反应是患者化疗完成率及生活质量的重要影响因素。本研究结果显示,治疗组化疗毒副反应发生率低于对照组,其中恶心、呕吐,中性粒细胞下降,转氨酶升高的发生率显著低于对照组,表明消胀抑瘤方能够降低化疗毒副反应,增加化疗耐受性,帮助患者顺利完成化疗。脾为后天之本,气血生化之源,脾气亏虚,气血无以化生,脾胃虚弱,气逆于上,兼之化疗药物损伤人体气血、精津致五脏六腑功能失调,出现恶心、呕吐、骨髓抑制等临床表现。消胀抑瘤方益气健脾扶正,脾气健则气血生化有源,胃气降顺。故消胀抑瘤方可减轻化疗毒副反应,尤其是在消化道反应、骨髓抑制及肝功能损伤方面。

在中医证候疗效方面,治疗组显著优于对照组,表明消胀抑瘤方联合化疗可改善临床症状,提高生活质量。本方具有扶正固本、行气利水双重功效。一方面,健脾疏肝、扶助正气,缓解脾虚肝郁、正气不足引起的各种症状。另一方面,行气利水,消除腹水,减轻由腹腔积液导致的各种症状。综上所述,消胀抑瘤方联合化疗治疗肝郁脾虚型胃癌所致恶性腹腔积液患者,与单纯化疗相比可提高腹腔积液治疗稳定率,减少引流腹水次数,减轻化疗毒副反应,改善中医证候,且临床应用安全,值得推广及进一步研究。

参考文献

- [1] 廖国清,曲怡梅,王红梅,等.循环热灌注化疗治疗晚期胃癌合并腹腔积液的临床研究[J].中国肿瘤临床,2012,39(8):452-454.
- [2] QI F, ZHAO L, ZHOU A, et al. The advantages of using traditional Chinese medicine as an adjunctive therapy in the whole course of cancer treatment instead of only terminal

stage of cancer [J]. Biosci Trends, 2015, 9(1): 16-34.

- [3] 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].13版.北京:人民卫生出版社,2009.
- [4] 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,2002:364-366.
- [5] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].9版.北京:中国中医药出版社,2012:268-269.
- [6] MILLAR JW, HUNFER AM, HORNE NW. Intravascular immunotherapy with corynebacterium parvum in recurrent malignant [J]. Pleural effusions Thorax, 1980, 35(11): 856-858.
- [7] 高春芳,王仰坤.消化系统肿瘤学[M].北京:人民军医出版社,2012:791.
- [8] 孙燕,石远凯.临床肿瘤内科手册[M].北京:人民卫生出版社,2009.
- [9] MAEDA H, KOBAYASHI M, SAKAMOTO J. Evaluation and treatment of malignant ascites secondary to gastric cancer [J]. World J Gastroenterol, 2015, 21(39): 10936-10947.
- [10] FUSHIDA S, OYAMA K, KINOSHITA J, et al. Intraperitoneal chemotherapy as a multimodal treatment for gastric cancer patients with peritoneal metastasis [J]. J Cancer Therapy, 2013, 4(9): 6-15.
- [11] IMANO M, YASUDA A, ITOH T, et al. Phase II study of single intraperitoneal chemotherapy followed by systemic chemotherapy for gastric cancer with peritoneal metastasis [J]. J Gastrointest Surg, 2012, 16(12): 2190-2196.
- [12] FUSHIDA S, OYAMA K, KINOSHITA J, et al. Intraperitoneal chemotherapy as a multimodal treatment for gastric cancer patients with peritoneal metastasis [J]. J Cancer Therapy, 2013, 4(9): 6-15.
- [13] YAMAGUCHI H, ISHIGAMI H, KITAYAMA J. Intraperitoneal chemotherapy for peritoneal metastasis of gastric cancer [J]. Gan To Kagaku Ryoho, 2016, 43(13): 2481-2485.
- [14] 秦叔逵,龚新雷.晚期胃癌化疗的现状和新进展[J].临床肿瘤学杂志,2006,11(9):641-652.
- [15] KOBOLD S, HEGEWISCH-BECKER S, OECHSLE K, et al. Intraperitoneal VEGF inhibition using bevacizumab: a potential approach for the symptomatic treatment of malignant ascites? [J]. Oncologist, 2009, 14(12): 1242-1251.

Clinical Observation on Xiaozhang Yiliu Fang (消胀抑瘤方) Combined with Chemotherapy in Treating 35 Cases of Gastric Cancer-induced Malignant Ascites

HUANG Sha¹, YANG Jianwei¹, HUANG Junshan², GAO Wei¹, LIN Jinyuan¹

(1. Fujian Provincial Cancer Hospital, Fuzhou, 350014; 2. Fujian Academy of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To explore the clinical efficacy and safety of Xiaozhang Yiliu Fang (消胀抑瘤方) combined with systemic or intraperitoneal chemotherapy in treating advanced gastric cancer-induced malignant ascites.

Methods Seventy patients with advanced gastric cancer-induced malignant ascites and differentiated as liver constraint and spleen deficiency type were randomized into treatment group and control group with 35 cases in each group. The control group was administered Calcium levofolinate $100 \text{ mg/m}^2 + 5\text{-fluorouracil } 2.0 \text{ g/m}^2 + \text{Paclitaxel } 95 \text{ mg/m}^2$ (intravenous infusion) + Paclitaxel 30 mg/m^2 (intraperitoneal chemotherapy) biweekly therapy. In addition to the same chemotherapy, the treatment group also took *Xiaozhang Yiliu Fang* orally with one dose a day. Both groups were treated for 30 days. After treatment, the ascites changes and Chinese medicine syndrome changes were observed. During treatment, the drainage times and adverse reactions were recorded. **Results** For the ascites, the total effective rate in the treatment group was 62.86%, and the stable rate was 85.71%; those in the control group were respectively 51.43% and 62.86%. The stable rate in the treatment group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). The drainage frequency in the treatment was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). So was the incidence rate of adverse reactions such as nausea, emesis, diarrhea, neutrophil decreasing and transaminases elevating ($P < 0.05$). The efficacy of improving the Chinese medicine syndrome in the treatment group was significantly better than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** *Xiaozhang Yiliu Fang* combined with systematic or intraperitoneal chemotherapy shows better effect than chemotherapy alone in treating gastric cancer-induced malignant ascites patients of liver constraint and spleen deficiency type. It could increase the stable rate in treating ascites, reduce the drainage times during treatment as well as relieving the chemotherapy-induced adverse reactions and improving Chinese medicine syndromes with good clinical safety.

Keywords gastric cancer; malignant ascites; *Xiaozhang Yiliu Fang* (消胀抑瘤方)

(收稿日期: 2016-12-26; 修回日期: 2017-02-20)

编辑: 叶 晨

全国第二届百名杰出青年中医学术成果论坛暨全国青年中医科技工作者成果论坛会议通知

由中华中医药学会主办, 广东省中医院、《世界中西医结合杂志》社承办, 中华中医药学会继续教育与科学普及部协办的全国第二届百名杰出青年中医学术成果论坛暨全国青年中医科技工作者成果论坛将于 2017 年 06 月 16—18 日在广东迎宾馆(广州市解放北路 603 号)举行。会议主要内容为百名杰出青年中医及青年中医科技工作者学术成果发布及成果交流。

1. 征文内容及要求

1) 成果汇集: 个人简介、个人感言、成果展示三部分, 要求 Word 文档, 宋体, 小四号字, 2000 字左右(附近期生活、工作照)。2) 成果交流论文: 要求为未公开发表的论文, 体裁不限, 5000 字左右, 摘要 ≤ 400 字, 关键词 3~5 个, 个人简介: 100 字左右。注明作者姓名、单位、详细通讯地址、邮编、电话、电子邮箱。3) 论文及会议回执于 2017 年 5 月 15 日前发送至 sjzxyjh@126.com (注明会议征稿)。

2. 会议费用

会务费 1000 元/人, 食宿由大会统一安排, 交通费、住宿费自理。

3. 会务联系人

陈志霞: 13570206868, 020-81887233 转 30917; 乔利梅: 13811106829, 010-82275911; 杨露露: 13522879627, 010-82275991。

中西医结合肝癌治疗技术新进展学术研讨会征文通知

由中华中医药学会主办、河南省中医院、《世界中西医结合杂志》社承办的“中西医结合肝癌治疗技术新进展学术研讨会”拟定于 2017 年 9 月 8—10 日在河南省郑州市召开, 会议将邀请知名的中西医肿瘤学专家学者作专题报告及学术论文交流。会议期间, 将聘请部分与会专家为中华中医药学会部分系列杂志的编委并颁发证书。现将有关事宜通知如下:

1. 征文内容与要求

未在国内外杂志公开发表的, 内容涉及肝癌、肝硬化、各类慢性肝炎等的文献研究、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。论文将择优汇集在《世界中西医结合杂志》增刊中。来稿体裁不限, 要求论点明确, 论据充分, 逻辑性强; 字数 3000~4000 字; 附 400 字以内摘要、3~5 个关键词及 100 字的个人简介。论文发送至邮箱: sjzxyjh@126.com (注明会议征稿)。稿件末尾注明作者姓名、单位、详细通讯地址、邮编、电话、电子邮箱。截稿日期为: 2017 年 8 月 15 日。

2. 会议费用

会务费 1000 元/人, 餐饮、住宿由大会统一安排, 交通费、住宿费自理。

3. 报到地点

河南索尔思酒店(郑州市金水区东风路与丰庆路交叉口向北三百米路西, 河南省中医院西门)。

4. 联系人 乔利梅 13811106829; 杨露露 13522879627