

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.14.023

标准与规范

泄泻中医诊疗专家共识意见 (2017)

中华中医药学会脾胃病分会

泄泻是指以排便次数增多,粪质溏薄或完谷不化,甚至泻出如水样为主症的病证。西医学中因消化器官功能和器质性病变而发生的腹泻如胃肠功能紊乱、慢性肠炎、腹泻型肠易激综合征、功能性腹泻、急性肠炎、炎症性肠病、吸收不良综合征,内分泌及代谢障碍疾病如甲状腺功能亢进、糖尿病、系统性红斑狼疮、尿毒症、肿瘤及药物相关性肠炎等均可参照本病辨证施治^[1]。本病在证候规律研究、辨证治疗方法等诸多方面取得了不少进展,但关于泄泻疾病尚无相关中医诊疗共识意见。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了《泄泻中医诊疗专家共识意见》起草小组。小组成员依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内脾胃病专家就泄泻的证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,之后按照国际通行的德尔菲法进行了 3 轮投票。2015 年 9 月在重庆进行了第一次投票,并根据专家意见对本共识意见进行了修改。2015 年 12 月在北京进行了第二次投票。2016 年 6 月中华中医药学会脾胃病分会在厦门召开核心专家审稿会,来自全国各地的 20 余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票,并进行了充分讨论和修改。2016 年 7 月在哈尔滨第 28 届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定,并于 2016 年 9 月在北京召开了本共识的最后专家定稿会议,完成了本共识意见的制定。会上表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全

不同意。如果 $>2/3$ 的人数选择①,或 $>85\%$ 的人数选择①+②,则作为条款通过。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中不断完善。

1 概述

1.1 泄泻是以排便次数增多,粪质稀溏或完谷不化,甚至泻出如水样为主症的病证

古有将大便溏薄而势缓者称为泄,大便清稀如水而势急者称为泻,现临床一般统称为泄泻^[2]。

1.2 泄泻论述始于《黄帝内经》,也有称为“飧泄”“注下”

泄泻,《黄帝内经》时期以“泄”称之,汉唐时期把“下利”包括其中,唐宋以后才统称“泄泻”。最早在《黄帝内经》中有了与之相类似病症的记载,如《素问·气交变大论》中有“飧泄”“注下”等病名。《难经·五十七难》从脏腑角度提出“五泄”之说。汉唐时期,《伤寒论》将痢疾和泄泻统称为“下利”。及至宋代《太平惠民和剂局方》将泄泻与痢疾分为“泻疾证候”和“痢疾证候”,但直到陈无择的《三因极一病证方论》才开始将“泄泻”立专篇论治。明代医家对命门多有研究,重肾命的思想反映到病名的认识上,即是“肾泄”“五更泄”的由来。从古至今,各医家各抒己见,以脏腑命名有肝泻、肾泄、脾肾泄、肾虚泄,以病势命名有暴泄、紧病,以病因命名有外感寒邪泻、热泄、暑泄、酒泄、湿泻、食泻、积泻、饮泻,以症状命名有滑泄(滑泻、洞肠泄)、飧泄等。通过对中国古代文献的追根溯源,可以窥见古代医家对泄泻病名的相关记载和论述。

2 病因病机

2.1 感受外邪、饮食所伤、情志失调、病后体虚、禀赋不足等是泄泻的主要病因

六淫皆可致泄泻^[3],但以湿邪为主,常夹寒、夹暑热之邪^[4],影响脾胃升降功能;饮食过量、

基金项目:北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业(中医脾胃病):ZYLX201411

通讯作者:1)张声生,首都医科大学附属北京中医医院消化中心,邮箱:zhss2000@163.com;2)王垂杰,辽宁中医药大学附属医院脾胃病科,邮箱:lnzyxhk@163.com

嗜食肥甘生冷或误食不洁而伤于脾胃; 郁怒伤肝, 忧思伤脾; 病后体虚, 劳倦年老, 脾胃虚弱, 肾阳不足; 或先天禀赋不足等皆能使脾运失职而致泄泻。

2.2 肠为泄泻的病位之所在, 脾为其主病之脏, 与肝、肾密切相关^[8]

脾主运化功能失常, 则生湿生滞, 脾为湿困, 不得升清, 肠道功能失司, 而致泄泻。肝气郁滞日久, 肝疏泄功能失常, 肝木横逆, 克犯脾土, 脾失健运而致泄泻。若禀赋不足, 或后天失调, 饥饱失常, 劳倦过度及久病正虚等, 脾失健运, 脾土反侮肝木, 肝失疏泄而致泄泻。脾为后天之本, 肾为先天之本, 二者互促互助, 共司水液代谢之平衡。肾阳即命门之火, 肾阳不升, 脾失温煦, 水湿下注而致泄泻。脾阳不足, 寒从中生, 肾失温养, 脾肾阳虚而致泄泻^[6-7]。

2.3 脾虚湿盛为泄泻的主要病机, 脾胃运化功能失调, 肠道分清泌浊、传导功能失司^[8]

脾喜燥恶湿, 为后天之本, 主运化食物及水液, 脾主升清, 不宜下陷。外感寒湿、长期饮食不节、劳倦内伤等皆可引起脾胃受损, 湿困脾土, 脾失健运, 脾胃运化失常, 而致泄泻。小肠主受盛化物、分清泌浊, 大肠主传化糟粕, 小肠受盛及大肠传导功能失常, 小肠无以分清泌浊, 大肠无法传化, 水谷停滞, 合污而下, 即可发生泄泻^[9-10]。

2.4 迁延日久, 泄泻由实转虚, 脾病及肾, 虚实之间相互转化、夹杂

久泻致虚, 但往往虚中夹实, 其中以虚夹湿邪最为常见。无湿不成泻, 湿盛困脾, 脾虚生湿, 脾虚湿盛, 二者互为因果, 共致泄泻。肾藏先天水火, 水不足则干, 火不足则湿。肾火不旺, 不能温化积水, 蒸腾寒气, 导致肠中多水, 而成泄泻。此外久泻脾虚, 脾虚日久亦可累及肾脏, 导致肾阳不足, 脾肾阳虚, 完谷不化, 而致五更泻。情志不畅, 肝郁失于疏泄, 久必横逆犯脾, 肝强脾弱, 而成泄泻。脾病日久入络, 加之情志忧郁, 病情可向气滞血瘀转变^[11-12]。

3 辨证分型

3.1 寒湿困脾证

主症: 1) 大便清稀或如水样; 2) 腹痛肠鸣。次症: 1) 食欲不振; 2) 脘腹胀满; 3) 胃寒。舌脉: 舌苔薄白或白腻; 脉濡缓。

3.2 肠道湿热证

主症: 1) 腹痛即泻, 泻下急迫; 2) 粪色黄

褐臭秽。次症: 1) 肛门灼热; 2) 腹痛; 3) 烦热口渴; 4) 小便短黄。舌脉: 舌苔黄腻; 脉濡数或滑数。

3.3 食滞胃肠证

主症: 1) 泻下大便臭如败卵, 或伴不消化食物; 2) 腹胀疼痛, 泻后痛减。次症: 1) 脘腹痞满; 2) 嗳腐吞酸; 3) 纳呆。舌脉: 舌苔厚腻; 脉滑。

3.4 脾气亏虚证

主症: 1) 大便时溏时泻; 2) 稍进油腻则便次增多。次症: 1) 食后腹胀; 2) 纳呆; 3) 神疲乏力。舌脉: 舌质淡, 苔薄白; 脉细弱。

3.5 肾阳亏虚证

主症: 1) 晨起泄泻; 2) 大便清稀, 或完谷不化。次症: 1) 脐腹冷痛, 喜暖喜按; 2) 形寒肢冷; 3) 腰膝酸软。舌脉: 舌淡胖, 苔白; 脉沉细。

3.6 肝气乘脾证

主症: 1) 泄泻伴肠鸣; 2) 腹痛、泻后痛缓。次症: 1) 每因情志不畅而发; 2) 胸胁胀闷; 3) 食欲不振; 4) 神疲乏力。舌脉: 苔薄白; 脉弦。

证候诊断: 主症 2 项 + 次症 2 项, 参照舌脉, 即可诊断。

4 临床治疗

4.1 以去除病因、缓解及消除泄泻症状为治疗目标, 以祛邪扶正为基本治则, 以运脾化湿为基本治法

泄泻病常以脾虚湿盛作为基本病理变化, 导致肠道功能失司而成。脾虚失健则运化失常, 湿邪内生, 脾为湿困, 中气下陷, 故当健脾化湿。急性腹泻多以湿盛为主, 重在化湿, 佐以分利, 其次根据寒热不同运用清化湿热和温化寒湿治法, 兼表邪者, 可疏解; 兼伤食者, 可消导。慢性腹泻以脾虚为主, 必当健脾, 肝气乘脾而致痛泻时宜抑肝扶脾, 肾阳虚衰时宜温肾健脾。然当病情复杂, 虚实夹杂者, 应随证而论。《医宗必读》的治泻九法, 均可在临床中借鉴。

4.2 辨证施治

4.2.1 寒湿困脾证 治法: 芳香化湿, 解表散寒。主方: 藿香正气散(《太平惠民和剂局方》)。药物: 藿香、苍术、茯苓、半夏、陈皮、厚朴、大腹皮、紫苏、白芷、桔梗、木香。加减: 恶寒重者, 加荆芥、防风; 发热、头痛者, 加金银花、连翘、薄荷。

4.2.2 肠道湿热证 治法: 清热燥湿, 分利止泻。

主方：葛根芩连汤（《伤寒论》）。药物：葛根、黄芩、黄连、甘草。加减：肛门灼热重者，加金银花、地榆、槐花；噤腐吞酸、大便酸臭者，加神曲、山楂、麦芽。

4.2.3 食滞胃肠证 治法：消食导滞，和中止泻。

主方：保和丸（《丹溪心法》）。药物：神曲、山楂、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘。加减：脘腹胀满重者，加大黄、枳实；兼呕吐者，加砂仁、紫苏叶。

4.2.4 脾气亏虚证 治法：健脾益气，化湿止泻。

主方：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）。药物：人参、白术、茯苓、甘草、砂仁、陈皮、桔梗、白扁豆、山药、莲子肉、薏苡仁。加减：泻势严重者，加赤石脂、诃子、陈皮炭、石榴皮炭；肛门下坠者，加黄芪、党参；畏寒重者，加炮姜。

4.2.5 肾阳亏虚证 治法：温肾健脾，固涩止泻。

主方：四神丸（《证治准绳》）。药物：补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子、大枣、生姜。加减：中气下陷、久泻不止者，加黄芪、党参、诃子、赤石脂；小腹冷痛者，加炮附片、肉桂；面色黧黑、舌质瘀斑者，加蒲黄、五灵脂。

4.2.6 肝气乘脾证 治法：抑肝扶脾。主方：痛泻要方（《丹溪心法》）。药物：白芍、白术、陈皮、防风。加减：情志抑郁者，加合欢花、郁金、玫瑰花；性情急躁者，加牡丹皮、炒栀子、黄芩；伴失眠者，加酸枣仁、远志、煅龙骨、珍珠母。

4.3 常用中成药

4.3.1 参苓白术颗粒（丸） 健脾益气。用于体倦乏力，食少便溏。

4.3.2 补中益气颗粒（丸） 补中益气，升阳举陷。用于脾胃虚弱、中气下陷所致的泄泻。

4.3.3 参倍固肠胶囊 固肠止泻，健脾温肾。用于脾肾阳虚所致的慢性腹泻、腹痛、肢体倦怠、神疲懒言、形寒肢冷、食少、腰膝酸软；肠易激综合征（腹泻型）见上述证候者。

4.3.4 补脾益肠丸 益气养血，温阳行气，涩肠止泻。用于脾虚气滞所致的泄泻。

4.3.5 人参健脾丸 健脾益气，和胃止泻。用于脾胃虚弱所致的饮食不化、脘闷嘈杂、恶心呕吐、腹痛便溏、不思饮食、体弱倦怠。

4.3.6 固本益肠片 健脾温肾，涩肠止泻。用于脾肾阳虚所致的泄泻。

4.3.7 四神丸 温肾散寒，涩肠止泻。用于肾阳不足所致的泄泻。

4.3.8 胃肠灵胶囊 温中祛寒，健脾止泻。用于中焦虚寒，寒湿内盛，脘腹冷痛，大便稀溏或泄泻；慢性胃肠炎、慢性结肠炎见上述证候者。

4.3.9 痛泻宁颗粒 柔肝缓急，疏肝行气，理脾运湿。用于肝气犯脾所致的腹痛、腹泻、腹胀、腹部不适等症；肠易激综合征（腹泻型）等见上述证候者。

4.3.10 枫蓼肠胃康颗粒 清热除湿化滞。用于急性胃肠炎，属伤食泄泻型及湿热泄泻型者。

4.3.11 克痢痧胶囊 解毒辟秽，理气止泻。用于泄泻，痢疾。中病即止，避免长久使用。

4.3.12 肠舒止泻胶囊 益气健脾，清热化湿。用于脾虚湿热所致的急慢性泄泻。

4.4 针灸治疗

4.4.1 针刺 多选手足阳明经、足太阴经经穴，配以足太阳经经穴^[13-14]。主穴用天枢、大肠俞、足三里、气海、关元、中脘；配穴：寒湿困脾加神阙、三阴交、阴陵泉；肠道湿热加合谷、下巨虚；食滞胃肠加中脘里；肝郁加期门、太冲；脾气亏虚加脾俞；肾阳亏虚加命门、关元^[15]。

4.4.2 灸法 艾灸多选腹部的任脉俞穴，最常用的是神阙、气海、关元、天枢；辨证施灸，如脐中疼痛不舒灸神阙；脾虚乏力、声低懒言灸气海；五更泻灸关元；寒湿泄泻灸水分。灵活运用隔物灸，如泄泻腹胀隔葱灸，寒湿困脾泻下冷冻如痰隔附子灸等^[16]。

4.5 外治法

4.5.1 穴位贴敷^[17] 取穴：天枢、大肠俞、上巨虚、三阴交、关元、中脘、足三里。中药膏的制作：取白芥子、肉桂、延胡索、炮附片各 1 份，甘遂、细辛各 0.5 份，共研细末，用鲜姜汁调成稠膏状，做成 1 cm × 1 cm 的小丸，放在直径约 5 cm 的胶布上，固定于上述穴位。每隔 10 日贴敷 1 次，每次敷贴 4 ~ 6 h，连续贴敷 3 次。此疗法用于脾胃虚弱型泄泻的治疗。

4.5.2 脐疗^[18] 脐疗是中医外治法的一种，是以脐（神阙穴）处为用药或刺激部位，将中药的不同剂型（如丸、散、膏等）通过贴脐、敷脐、涂脐、蒸脐等方法，激发元气，开通经络，促进气血流通，调节人体阴阳与脏腑功能，从而防治疾病的一种方法。常用药物为丁香、艾叶、木鳖子、肉桂、麝香、大蒜、吴茱萸、胡椒等。

4.6 诊疗流程图

具体见图 1。

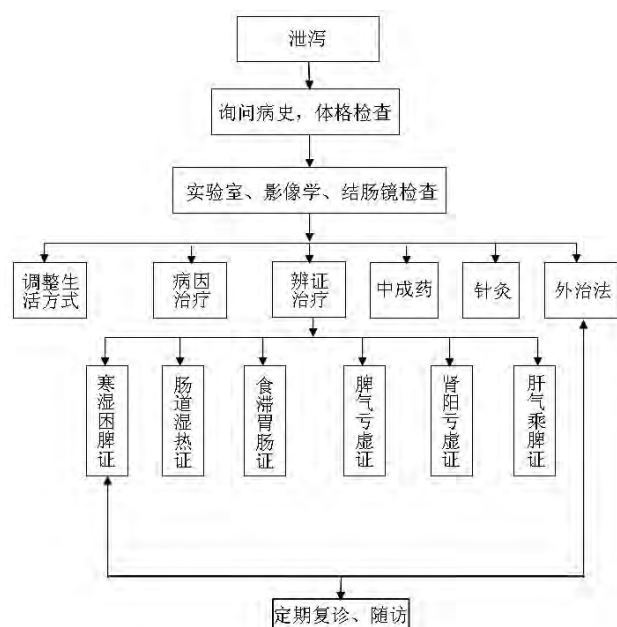


图1 泄泻诊疗流程图

5 疗效评定

5.1 主要单项症状疗效评价标准

5.1.1 大便性状及排便频率 参照布里斯托大便分类法和排便频率评分标准^[9], 详见表1。

表1 大便性状及排便频率评分标准

项目	0分	2分	4分	6分
大便性状	像香肠或蛇一样, 且表面很光滑	断边光滑的柔软块状(容易通过)	粗边蓬松块状, 糊状大便	水状, 无固体块(完全液体)
排便频率(次/日)	小于3次	3~4次	5~6次	≥7次

5.1.2 泄泻 计算公式(尼莫地平法): 疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。积分为大便性状和排便频率积分之和。1) 临床痊愈: 疗效指数 $\geq 95\%$; 2) 显效: $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$; 3) 有效: $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$; 4) 无效: 疗效指数 $< 30\%$ 。

5.2 证候疗效评价标准^[9]

采用尼莫地平法: 疗效指数 = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$, 分为临床痊愈、显效、有效、无效共4级。1) 临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 $\geq 95\%$; 2) 显效: 主要症状、体征明显改善, $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$; 3) 有效: 主要症状、体征明显好转, $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$; 4) 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。

5.3 疾病疗效评定标准^[9]

临床痊愈: 大便次数、量及性状恢复正常, 伴随症状及体征消失, 与泄泻相关的西医疾病理化检查正常; 显效: 大便次数每日2~3次, 近似成形, 或便溏而每日仅1次, 伴随症状及体征总积分较治疗前减少 $\geq 70\%$, 与泄泻相关的西医疾病理化检查复查显著改善; 有效: 大便的次数和质有好转, 伴随症状及体征总积分较治疗前减少 $\geq 35\%$ 且 $< 70\%$, 与泄泻相关的西医疾病理化检查复查有所改善; 无效: 未达到有效标准者。

5.4 生存质量评价标准

可参照患者报告结局(patient report outcomes, PRO)及SF-36健康调查量表进行评价。

6 饮食调摄

泄泻发作多与感受外邪、饮食所伤、情志失调、病后体虚、禀赋不足等有关, 故在预防上要重视寒温、饮食、情志、劳逸等的调摄; 饮食清淡易消化, 忌粗糙多纤维饮食, 避免浓茶、咖啡、烟酒和辛辣等诱发因素; 慎用水杨酸、肾上腺皮质激素等西药。

项目负责人: 张声生

共识意见执笔人: 王垂杰, 李玉峰, 汪楠

参与共识意见专家(按姓氏笔画排名为序):

丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、牛兴东、叶松、田旭东、田耀洲、冯培民、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、齐玉珍、江宇泳、孙玉信、苏娟萍、李军祥、李佃贵、李勇、李振华、李乾构、李培、李慧臻、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张磊、陈苏宁、陈涤平、林寿宁、金小晶、周正华、周强、郑昱、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒清、黄穗平、梁超、董明国、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘洋、薛西林、魏玮。

参考文献

- [1] 唐承薇, 张澍田. 内科学: 消化内科分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 24-25.
- [2] 周仲瑛, 金实, 李明富, 等. 中医内科学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 234-235.

- [3] 薛辉,王庆其. 结合运气学说辨治泄泻证及医案剖析 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(2): 103-104.
- [4] 罗成宇,李点,姚欣艳,等. 熊继柏教授辨治泄泻经验 [J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(9): 2851.
- [5] 李晓林,田德禄. 田德禄治疗脾胃病学术思想及临床经验 [J]. 中医杂志, 2011, 52(20): 1730-1731.
- [6] 王皓宇,马育轩,殷越,等. 泄泻之五脏论治 [J]. 中医药信息, 2013, 30(1): 5-6.
- [7] 王翠芳,李峰,王玉光. 浅谈泄泻与脏腑的关系 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 1921-1923.
- [8] 李翠娟,邢玉瑞. 谈《内经》对泄泻病的认识 [J]. 现代中医药, 2011, 31(6): 57.
- [9] 袁旭潮,王捷虹,王康永,等. 《黄帝内经》论述泄泻对腹泻型肠易激综合征的诊疗启示 [J]. 辽宁中医药杂志, 2016, 43(9): 1871-1872.
- [10] 张娜,郭丽颖,贾建伟. 从湿论治泄泻 [J]. 中国医药导报, 2016, 13(9): 68-71.
- [11] 吴皓萌,徐志伟,敖海清. 21 位国医大师治疗慢性泄泻的经验撷菁 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(10): 2866-2868.
- [12] 李雁,王双,贾玫,等. 杜怀棠实脾强肾柔肝法治疗慢性泄泻临证经验 [J]. 北京中医药, 2014, 33(5): 337-338.
- [13] 马珊,阳仁达,郭凤敏,等. 浅谈针灸治疗慢性泄泻 [J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(3): 96-97.
- [14] 许继宗,李玉华,张喆,等. 改良雷火神针法联合参苓白术散治疗功能性腹泻 30 例疗效观察 [J]. 长春中医药大学学报, 2012, 28(4): 709-710.
- [15] 赵敏,周思远,陈大帅,等. 针灸治疗腹泻临床选穴规律及治法分析 [J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(2): 46-48.
- [16] 吴皓萌,徐志伟,敖海清. 基于数据挖掘的针灸治疗慢性泄泻的选穴规律研究 [J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(12): 4272-4274.
- [17] 雷森娜,朱叶珊,石志敏. 中药膏穴位贴敷治疗腹泻型肠易激综合征疗效观察 [J]. 四川中医, 2013, 31(1): 135-137.
- [18] 张娜,刘传强,马玉侠. 泄泻脐疗的古代常用药物分析 [J]. 山东中医杂志, 2016, 35(1): 34-35.
- [19] BLAKE MR, RAKER JM, WHELAN K. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2016, 44(7): 693-703.
- [20] 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: 139-143.

(收稿日期: 2017-03-20; 修回日期: 2017-04-10)

编辑: 焦爽

第 34 次全国特色医疗名医学术交流暨膏方制作应用培训班通知

特色医疗是中医药治病优势, 中医膏方又是特色医疗的良剂。为了进一步推广特色医疗技术, 使众多的基层中医人员能自制自用中医膏方、掌握膏方的制作和验方使用方法, 中国民间中医药研究开发协会特色医疗分会、北京聚医杰医药科学研究院联合主办本次会议及培训。定于 2017 年 9 月 24 日—25 日(23 日报到) 在北京举办, 特通知如下。

一、参会对象: 各级中医医疗机构的中医医师、乡村中医、民间中医、中医养生保健师等。

二、会议征文: 运用中医药各种特色疗法及膏方治疗各种常见病、疑难病的经验总结及技术交流、单方、验方介绍等。要求文字通顺、层次分明, 每文 2000 字以内, 附 200 字以内作者简介、作者二寸蓝底相片 4 张, 寄会务组或发电子信箱 13366005273@163.com。

三、培训内容: 1. 中国民间中医药研究开发协会特色医疗分会会长、北京聚医杰医药科学研究院院长、中医膏方研究专家江淑安教授作中医膏方制作及运用和验方介绍的培训讲座; 2. 中国民间中医药研究开发协会特色医疗分会副会长、中医膏方专家沈峰主任医师作中医膏方在治疗疑难病及养生保健方面的经验介绍; 3. 世中联穴位埋线分会会长、穴位埋线发明人任晓艳博士作无痛穴位埋线技术培训; 4. 定位电火针发明人羊汝琴博士作定位电火针治疗痛症的经验介绍; 5. 特色医疗名医周岩博士作穴位注射配合中药内服治疗慢性鼻炎的技术培训; 6. 其他特色疗法的培训及讲座。

四、会议费用: 参会报名费 300 元、会务及培训费资料费 1500 元, 会期食宿统一安排, 费用自理。

五、相关说明: 1. 9 月 23 日全天为报到时间, 24 日、25 日两天为会议及培训时间; 2. 参加会议者均发“参会交流及培训学习”证书及纪念品; 3. 会议将评选“特色医疗名医”及“优秀论文奖”。

六、报名方式: 请将交流论文(无论文也可报名)、个人技术简介、二寸蓝底相片 4 张、参会报名费 300 元一起快递寄至北京市 100036-98 信箱, 叶续宗收, 邮编: 100036, 联系电话: 010-83210238、18511329528、18500577884。欢迎登录 www.zgtsyl.com 查询相关信息。