

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.22.010

中医临床路径治疗急性上呼吸道感染 628 例临床观察

陈婕, 余衍亮*

(南京中医药大学附属医院, 江苏省南京市汉中路 155 号, 210029)

摘要 目的 观察中医临床路径治疗急性上呼吸道感染的临床疗效。方法 按中医外感发热的辨证标准将该病分为风寒束表证、风热犯表证、暑湿袭表证、卫气同病证、热毒袭肺证 5 个证型, 予中医临床路径协定方治疗, 观察患者治疗 4 h、24 h、72 h 时发热、头痛、咽痛、全身酸痛、咳嗽改善情况。结果 完成观察 628 例, 其中风寒束表证 102 例、风热犯表证 208 例、卫气同病证 217 例、暑湿袭表证 78 例、热毒袭肺证 23 例。72 h 痊愈 485 例, 5 例恶化转为肺炎。4 h、24 h、72 h 退热有效率分别为 46.66%、54.45%、93.47%。卫气同病证 24 h 退热有效率高于 4 h ($P < 0.05$), 其他证型 72 h 退热有效率高于 24 h ($P < 0.05$)。卫气同病证 4 h、24 h 退热有效率优于风寒束表证、风热犯表证 ($P < 0.01$), 前者 24 h 退热有效率亦高于暑湿袭表证 ($P < 0.05$)。4 h、24 h、72 h 头痛、咽痛、全身酸痛治疗有效率分别为 37.90%、66.08%、82.32%。风寒束表证、风热犯表证、暑湿袭表证及卫气同病证各症状 24 h 治疗有效率优于 4 h ($P < 0.05$), 风寒束表证、风热犯表证、卫气同病证及热毒袭肺证各症状 72 h 治疗有效率优于 24 h ($P < 0.05$)。卫气同病证各症状 4 h 有效率 44.24% 高于风热犯表证 33.65% ($P < 0.05$)。4 h、24 h、72 h 咳嗽治疗有效率分别为 34.55%、59.71%、73.73%。风寒束表证、风热犯表证、暑湿袭表证及卫气同病证咳嗽 24 h 治疗有效率高于 4 h ($P < 0.05$)。风寒束表证、风热犯表证及卫气同病证咳嗽 72 h 治疗有效率高于 24 h ($P < 0.05$)。结论 中医临床路径治疗急性上呼吸道感染疗效确切。

关键词 急性上呼吸道感染; 外感发热; 中医临床路径

急性上呼吸道感染中医称为“外感发热”, 是常见病与多发病, 大多属于病毒感染^[1], 少部分可并发肺炎、病毒性脑炎、病毒性心肌炎。该病早期西医用奥司他韦治疗有部分疗效, 但该药价格高且副作用多^[2]。南京中医药大学附属医院受国家中医药管理局委托制定了“外感发热”的中医临床路径, 我们按中医外感发热临床路径方案治疗 628 例急性上呼吸道感染患者, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《实用内科学》^[3]中急性上呼吸道感染诊断标准: 1) 有感冒流行接触史或受凉、过度劳累等诱因。2) 以局部症状为主, 可有全身症状。局部症状: 喷嚏、鼻塞、流涕、咳嗽、咽干咽痛; 全身症状: 发热畏寒、全身不适、头痛、四肢酸痛、乏力纳差。3) 血常规示白细胞总数正常或偏低。

基金项目: 江苏高校优势学科建设工程(95)

* 通讯作者: tqhms@163.com, (025) 86617141

中医辨证标准参照国家中医药管理局《中医外感高热症急症诊疗规范》^[4], 1) 风寒束表证: 恶寒重, 发热轻, 无汗, 头项强痛, 鼻塞声重, 鼻涕清稀, 或有咽痒, 咳嗽, 痰白稀, 口不渴, 肢节酸痛, 舌苔薄白, 脉浮紧。2) 风热犯表证: 发热重, 微恶风寒, 鼻塞流黄涕, 身热有汗, 口渴欲饮或有咯黄痰, 舌苔薄黄, 脉浮。3) 暑湿袭表证: 恶寒发热, 头重, 胸腹闷胀, 恶心呕吐腹泻, 肢倦神疲, 或口中黏腻, 渴不多饮, 舌苔白腻, 脉濡滑。4) 卫气同病证: 自觉发热重, 烦渴, 小便短赤, 舌红苔黄, 恶寒或恶风, 或高热寒战, 流涕, 咽痒咽痛, 头痛头胀, 脉洪大。5) 热毒袭肺证: 高热、咳嗽、痰黏, 咯痰不爽, 口渴喜饮, 咽痛, 目赤, 舌质红苔黄, 脉滑数。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准及中医辨证标准; 就诊时和理化检查合格后两次测体温均 $\geq 38^{\circ}\text{C}$; $3 \times 10^9/\text{L} < \text{白细胞总数} < 10 \times 10^9/\text{L}$; 急性起病, 病程 $\leq 48\text{h}$; 年龄 18 ~ 65 岁; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

妊娠期、哺乳期妇女；合并严重并发症如慢性肾炎、肝硬化、肺炎、脑炎。

1.4 一般资料

收集南京中医药大学附属医院急诊科 2016 年 2 月至 2017 年 4 月符合纳入标准的患者 628 例，全部进行辨证论治后用中医路径方案治疗，其中有 5 例并发肺炎而终止路径方案，转为肺炎治疗方案。628 例患者中男 302 例，女 326 例；年龄 18 ~ 65 岁，平均 (37.21 ± 8.06) 岁；平均病程 (32.54 ± 6.19) h；风寒束表证 102 例，风热犯表证 208 例，卫气同病证 217 例，暑湿袭表证 78 例，热毒袭肺证 23 例。

2 方法

2.1 治疗方法

不同中医证型患者按照中医临床路径治疗方案具体用药如下：1) 风寒束表证：炙麻黄 6g，苦杏仁 10g，桂枝 10g，甘草 6g，葛根 15g。2) 风热犯表证：牛蒡子 10g，薄荷 6g，苦杏仁 10g，淡豆豉 10g，淡竹叶 10g，连翘 12g，荆芥穗 10g，金银花 12g，桔梗 6g，桑叶 10g，甘草 6g。3) 暑湿袭表证：藿香 10g，大腹皮 10g，白芷 10g，紫苏叶 10g，茯苓 12g，半夏曲 10g，白术 10g，陈皮 6g，厚朴 10g，桔梗 6g，甘草 6g。4) 卫气同病证：北柴胡 10g，黄芩 10g，青蒿 10g，羌活 10g，薄荷 6g，生石膏 30g，大青叶 15g，鸭跖草 15g，甘草 3g。5) 热毒袭肺证：炙麻黄 3g，苦杏仁 10g，生石膏 30g，知母 10g，芦根 15g，牛蒡子 10g，浙贝母 10g，金银花 10g，青蒿 10g，薄荷 6g，瓜蒌 15g，甘草 3g。

上述中药每日 1 剂，水煎 200ml，早晚分 2 次口服，72 h 为 1 个疗程。若服药后体温逐渐降至正常 (≤37.2℃) 且维持 72 h 可停药。若体温升降反复，继续按上法治疗。观察期间不再服用其他抗病毒、退热的中药和西药。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 退热作用 观察各证型患者服用中药 4 h、24 h、72 h 后体温下降情况。参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[4]，服药 72 h 内体温下降至 37.2℃ 及以下并且其后体温不再上升超过 37.2℃ 为有效，否则判定为无效。服药 4 h 内体温下降 ≥0.5℃ 为有效，否则为无效。

2.2.2 症状疗效 包括头痛、咽痛、全身酸痛及咳嗽于 4 h、24 h、72 h 各评价 1 次，以患者自我感

觉各症状明显好转为有效，否则为无效。

2.2.3 痊愈情况 用药 72 h 后观察患者痊愈情况，统计痊愈患者例数，痊愈标准参照文献 [5] 及临床实践拟定，体温恢复正常，且头痛、咽痛、全身酸痛及咳嗽明显改善。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件，定性指标以频数表或百分率构成描述，采用 CMH 检验进行组间比较。

3 结果

3.1 628 例患者痊愈情况

628 例中 72 h 内痊愈 485 例 (占 77.23%)，5 例病情恶化，转为肺炎 (占 0.80%)。其中风寒束表证痊愈 81 例，恶化 1 例；风热犯表证痊愈 149 例，恶化 1 例；卫气同病证痊愈 200 例，无恶化；暑湿袭表证痊愈 38 例，无恶化；热毒袭肺证痊愈 17 例，恶化 3 例。

3.2 628 例不同证型患者治疗 4 h、24 h、72 h 后退热疗效比较

表 1 示，628 例各证型 4 h 内退热 293 例 (46.66%)，24 h 内各证型退热 342 例 (54.45%)，72 h 内退热 587 例 (93.47%)。同一证型各治疗时点疗效比较：卫气同病证退热有效率治疗 24 h 66.82% 高于治疗 4 h 57.14% ($P < 0.05$)，其他证型在治疗 72 h 退热有效率明显高于治疗 24 h ($P < 0.05$)。2) 各证型同一治疗时点疗效比较：治疗 4 h、24 h，卫气同病证退热有效率均明显高于风寒束表证与风热犯表证 ($P < 0.01$)。与暑湿袭表证比较，卫气同病证退热有效率治疗 24 h 明显升高 ($P < 0.05$)。其他组间同一时点退热疗效比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 628 例不同证型急性上呼吸道感染患者治疗 4 h、24 h、72 h 退热疗效比较 例 (%)

证型	例数	疗效	4 h	24 h	72 h
风寒束表	102	有效	40 (39.22)	48 (47.06)	95 (93.14)
		无效	62 (60.78)	54 (52.94)	7 (6.86)
风热犯表	208	有效	82 (39.42)	98 (47.12)	194 (93.27)
		无效	126 (60.58)	110 (52.88)	14 (6.73)
暑湿袭表	78	有效	36 (46.15)	39 (50.00)	73 (93.59)
		无效	42 (53.85)	39 (50.00)	5 (6.41)
卫气同病	217	有效	124 (57.14)	145 (66.82)	205 (94.47)
		无效	93 (42.86)	72 (33.18)	12 (5.53)
热毒袭肺	23	有效	11 (47.83)	12 (52.17)	20 (86.96)
		无效	12 (52.17)	11 (47.83)	3 (13.04)

3.3 628 例不同证型患者头痛、咽痛、全身酸痛治疗 4 h、24 h、72 h 疗效比较

表 2 示，628 例中 4 h 内头痛、咽痛、全身酸

痛减轻 238 例 (37.90%), 24 h 内减轻 415 例 (66.08%), 72 h 内减轻或好转 517 例 (82.32%)。同一证型各治疗时点疗效比较: 风寒束表证、风热犯表证、暑湿袭表证及卫气同病证 4 个证型改善头痛、咽痛、全身酸痛症状疗效治疗 24 h 显著优于治疗 4 h ($P < 0.05$), 风寒束表证、风热犯表证、卫气同病证及热毒袭肺证 4 个证型症状疗效治疗 72 h 显著优于治疗 24 h ($P < 0.05$)。各证型同一治疗时点疗效比较: 治疗 4 h, 卫气同病证症状改善有效率 (44.24%) 显著高于风热犯表证 (33.65%) ($P < 0.05$)。其他组间同一治疗时点对头痛、咽痛、全身酸痛疗效比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 628 例不同证型急性上呼吸道感染患者治疗 4 h、24 h、72 h 头痛、咽痛、全身酸痛疗效比较 例(%)]

证型	例数	疗效	4 h	24 h	72 h
风寒束表	102	有效	38 (37.25)	66 (64.71)	84 (82.35)
		无效	64 (62.75)	36 (35.29)	18 (17.65)
风热犯表	208	有效	70 (33.65)	134 (64.42)	166 (79.81)
		无效	138 (66.35)	74 (35.58)	42 (20.19)
暑湿袭表	78	有效	26 (33.33)	56 (71.79)	65 (83.33)
		无效	52 (66.67)	22 (28.21)	13 (16.67)
卫气同病	217	有效	96 (44.24)	147 (67.74)	182 (83.87)
		无效	121 (55.76)	70 (32.26)	35 (16.13)
热毒袭肺	23	有效	8 (34.78)	12 (52.17)	20 (86.96)
		无效	15 (65.22)	11 (47.83)	3 (13.04)

3.4 628 例不同证型患者治疗 4 h、24 h、72 h 咳嗽疗效比较

表 3 示, 咳嗽 4 h 内好转 217 例 (34.55%), 24 h 内好转 375 例 (59.71%), 72 h 内好转 463 例 (73.73%)。同一证型各治疗时点疗效比较: 风寒束表证、风热犯表证、暑湿袭表证及卫气同病证 4 个证型改善咳嗽症状治疗 24 h 疗效显著优于治疗 4 h ($P < 0.05$), 风寒束表证、风热犯表证、卫气同

表 3 628 例不同证型急性上呼吸道感染患者治疗 4 h、24 h、72 h 咳嗽疗效比较 例(%)]

证型	例数	疗效	4 h	24 h	72 h
风寒束表	102	有效	35 (34.31)	58 (56.86)	72 (70.59)
		无效	67 (65.69)	44 (43.14)	30 (29.41)
风热犯表	208	有效	70 (33.65)	121 (58.17)	149 (71.63)
		无效	138 (66.35)	87 (41.83)	59 (28.37)
暑湿袭表	78	有效	24 (30.77)	44 (56.41)	55 (70.51)
		无效	54 (69.23)	34 (43.59)	23 (29.49)
卫气同病	217	有效	81 (37.33)	140 (64.52)	172 (79.26)
		无效	136 (62.67)	77 (35.48)	45 (20.74)
热毒袭肺	23	有效	7 (30.43)	12 (52.17)	15 (65.22)
		无效	16 (69.57)	11 (47.83)	8 (34.78)

病证 3 个证型对该症状疗效治疗 72 h 显著优于治疗 24 h ($P < 0.05$)。各证型同一治疗时点疗效比较: 各组间同一治疗时点对咳嗽疗效比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

急性上呼吸道感染可归入中医学“外感发热”范畴, 感受六淫邪气及时行疫疠之气而发病出现上述证候者皆可按此论治。本项临床研究治疗方案基于国家中医药管理局“外感发热”中医临床路径, 旨在探讨该方案对不同证型外感发热的不同症状的疗效差异。

研究发现, 应用该中医临床路径治疗方案治疗, 各证型在治疗 24 h 均有逾半数退热, 72 h 退热效果明显。各证型治疗 24 h、72 h 头痛、咽痛、全身酸痛、咳嗽症状均得到显著改善。5 个证型中, 卫气同病证外感发热的退热作用于治疗 4 h、24 h 显著优于其他组。该组用药中柴胡、黄芩、青蒿、石膏为退热良药^[7-9]。柴胡配黄芩仿《伤寒论》小柴胡汤之意, 通调表里、和解少阳, 既能升阳达表, 又能凉肌养阴; 青蒿解表透邪, 专解骨蒸劳热, 尤能泄暑热之火, 善清阴分伏热, 与石膏相伍清热降火、凉血解毒。

风寒束表证组方为《伤寒论》葛根汤加减, 辛温发汗、解肌止痛, 方中葛根解肌散邪, 辅以麻黄、桂枝散寒解表。研究发现, 葛根汤退热疗效优于银花解毒颗粒^[10]、复方盐酸伪麻黄碱缓释胶囊^[11]。风热犯表证组方为《温病条辨》银翘散加减, 辛凉解肌、除烦利咽, 方中金银花、连翘辛凉轻宣、清热解毒, 薄荷、牛蒡子、荆芥穗、淡豆豉宣散透表, 竹叶、桑叶清热除烦等。热毒袭肺证组方为《伤寒论》麻杏石甘汤合白虎汤加减, 清泄肺热、止咳平喘, 方中麻黄与石膏相伍宣肺泄热, 杏仁降肺气, 知母滋阴降火。研究发现, 麻杏石甘汤和银翘散体外均可抑制流感病毒诱导细胞产生细胞因子及趋化因子的表达, 麻杏石甘汤兼具直接抗病毒和抑制病毒介导炎症的作用, 但银翘散仅显示了抗炎药效^[12]。暑湿袭表证组方为《太平惠民和剂局方》藿香正气散加减, 解表化湿、理气和中, 方中藿香性味辛温解表散寒兼能芳香化浊, 紫苏叶、白芷解表化湿, 半夏曲、陈皮燥湿, 白术、茯苓健脾。

本研究结果证实了中医“外感发热”临床路径治疗方案对急性上呼吸道感染的具有显著治疗效果, 能缩短退热时间, 改善头痛、咽痛、全身酸痛、咳嗽临床症状, 为临床应用中医“外感发热”

临床路径治疗急性上呼吸道感染提供参考。

参考文献

- [1] 孙婷婷, 陈兰羽, 吕文良, 等. 800 例外感发热患者中医证候分布及与节气关系 [J]. 中国中医急症, 2014, 23(9): 1622-1623, 1641.
- [2] 董伟, 王艳彩. 磷酸奥司他韦预防甲型 H1N1 流感时引起不良反应 206 例报道 [J]. 中国临床药理学杂志, 2011, 20(2): 111-113.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学 [M]. 11 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 533-548.
- [4] 国家中医药管理局. 中医外感高热症急症诊疗规范 [J]. 中国中医急症, 1995, 4(6): 259-261.
- [5] 江耀广, 何嘉莉, 周红, 等. 外感发热中医临床路径门诊实施 70 例临床分析 [J]. 中国中医急症, 2012, 21(7): 1058, 1076.

- [6] 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: 58-60.
- [7] 卢健. 柴胡退热功能分析 [J]. 中医研究, 2010, 23(4): 12-13.
- [8] 林凌, 蔡树杰, 林汉梅, 等. 青蒿退热的临床应用经验 [J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(2): 17-18.
- [9] 周灏. 石膏清热作用的物质基础及作用机制 [J]. 中医学报, 2015, 30(6): 860-862.
- [10] 刘宇聪. 葛根汤治疗上呼吸道感染随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(9): 72-74.
- [11] 虞桂, 杨秀捷, 马荣, 等. 加减葛根汤治疗外寒内热型上呼吸道感染的临床研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 07(12): 1048-1050, 1059.
- [12] 曾丽娟, 丁月文, 陈俏妍, 等. 麻杏石甘汤和银翘散体外抗流感病毒药理特点的比较研究 [J]. 中药新药与临床药理, 2016, 27(3): 381-385.

Clinical Observation of 628 Patients with Acute Upper Respiratory Infection Treated According to Chinese Medicine Clinical Pathway

CHEN Jie, YU Yanliang

(Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210029)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of the therapy according to Chinese medicine clinical pathway in the treatment of acute upper respiratory infection. **Methods** The syndromes of the disease were divided into syndrome of superficies tightened by wind-cold, syndrome of superficies attacked by wind-heat, syndrome of superficies attacked by summer-heat-dampness, syndrome of Weifen and Qifen, and syndrome of heat-toxicity blocking lung according to standards of syndrome differentiation of fever caused by exogenous pathogens. The patients were given prescriptions specified in the Chinese medicine clinical pathway. The improvements of fever, headache, sore throat, general sour pain and cough were observed at the 4th hour, 24th hour and 72nd hour of treatment. **Results** Six hundred and twenty-eight patients had finished the observation. There were 102 patients with syndrome of superficies tightened by wind-cold, 208 patients with syndrome of superficies attacked by wind-heat, 217 patients with syndrome of disease involving Weifen and Qifen, 78 patients with syndrome of superficies attacked by summer-heat-dampness, and 23 patients with syndrome of heat-toxicity blocking lung. There were 485 patients recovering in 72 hours and 5 patients deteriorating into pneumonia in 72 hours. The effective rates of antipyretic action were 46.66%, 54.45% and 93.47% in 4 hours, 24 hours and 72 hours, respectively. The effective rate of antipyretic action in 24 hours in patients with syndrome of disease involving Weifen and Qifen was higher than that in 4 hours ($P < 0.05$). The effective rates of antipyretic action in 72 hours in patients with the other syndromes were higher than those in 24 hours ($P < 0.05$). The effective rates of antipyretic action in 4 hours and in 24 hours in patients with syndrome of disease involving Weifen and Qifen were higher than those in patients with syndrome of superficies tightened by wind-cold and patients with syndrome of superficies attacked by wind-heat ($P < 0.01$). The effective rate of antipyretic action in 24 hours in patients with syndrome of disease involving Weifen and Qifen was also higher than that in patients with syndrome of superficies attacked by summer-heat-dampness ($P < 0.05$). The effective rates of headache, sore throat and general sour pain at the 4th hour, 24th hour and 72nd hour of treatment were 37.90%, 66.08% and 82.32%, respectively. The effective rates of all the above symptoms in patients with syndrome of superficies tightened by wind-cold, syndrome of superficies attacked by wind-heat, syndrome of superficies attacked by summer-heat-dampness and syndrome of disease involving Weifen and Qifen at the 24th hour of treatment were higher than those at the 4th hour of treatment ($P < 0.05$). The effective rates of all the above symptoms in patients with syndrome of superfi-

cies tightened by wind-cold, syndrome of superficies attacked by wind-heat, syndrome of disease involving Weifen and Qifen and syndrome of heat-toxicity blocking lung at the 72nd hour of treatment were higher than those at the 24th hour of treatment ($P < 0.05$). The effective rate of all the above symptoms in patients with syndrome of disease involving Weifen and Qifen at the 4th hour of treatment was 44.24% and the rate in patients with syndrome of superficies attacked by wind-heat at the 4th hour of treatment was 33.65%. The rate in patients with syndrome of disease involving Weifen and Qifen at the 4th hour of treatment was higher than that in patients with syndrome of superficies attacked by wind-heat ($P < 0.05$). The effective rates of cough at the 4th hour, 24th hour and 72nd hour of treatment were 34.55%, 59.71% and 73.73%, respectively. The effective rates of cough in patients with syndrome of superficies tightened by wind-cold, syndrome of superficies attacked by wind-heat, syndrome of superficies attacked by summer-heat-dampness and syndrome of disease involving Weifen and Qifen at the 24th hour of treatment were higher than those at the 4th hour of treatment ($P < 0.05$). The effective rates of cough in patients with syndrome of superficies tightened by wind-cold, syndrome of superficies attacked by wind-heat and syndrome of disease involving Weifen and Qifen at the 72nd hour of treatment were higher than those at the 24th hour of treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Therapy based on Chinese medicine clinical pathway seems to have definite curative effect in the treatment of acute upper respiratory infection.

Keywords acute upper respiratory infection; fever caused by exogenous pathogens; Chinese medicine clinical pathway

(收稿日期: 2017-06-12; 修回日期: 2017-07-21)

编辑: 叶 晨

中国中医药信息研究会膏方分会会员招募公告

“膏方”是以中医理论为指导、辨证论治为基础、强身疗疾相结合的中医常用制剂。经过几千年的发展,膏方已演化成为中医药学的重要组成部分,在中医“治未病”理论的临床实践中具有不可替代的优势地位。为加强中医药院校、科研院所、医院及企业之间的交流合作,促进膏方的学术发展和推广应用,中国中医药信息研究会定于2017年12月22日—24日在辽宁省大连市召开中国中医药信息研究会膏方分会成立大会暨膏方应用推广大会,目前会员招募工作正全面展开。

一、学会宗旨

开展膏方学术交流,完善理论、深入实践、促进发展;促进现代技术与膏方技术融合,完善膏方技术标准及服务规范;推动各级各类医疗、保健、养生、康复机构开展膏方相关的医学实践、培训指导、知识普及、保健服务等工作。

二、入会条件

1. 个人会员(具备以下条件之一)

(1) 积极参与本会活动,从事膏方相关工作或对膏方兴趣浓厚的个人;(2) 在大专及以上学历院校医学、药学等相关专业学习的在校学生。

2. 理事会成员(具备以下条件之一)

(1) 在临床医学或药学等相关专业领域取得中、高级职称;(2) 在膏方相关领域有较深学术造诣并积极参加学会活动的个人;(3) 在膏方相关领域有丰富实践经验及管理经验的企业负责人。

3. 团体会员

团体会员的入会资格请联系分会秘书处咨询。

三、申请入会方式

扫描二维码填写并提交入会申请表。

四、联系方式

马老师 010-84922373, 邮箱: gaofangfenhui@163.com

