

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.21.013

优化新生脉散方联合西药治疗慢性心力衰竭 单病例交叉随机对照研究

王贤良¹, 袁 杨², 毛静远^{3*}, 李 彬¹, 周瑞娟¹, 张晓亮³, 王 帅¹, 王拴虎³

(1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津市南开区鞍山西道 314 号, 300193; 2. 天津市滨海新区塘沽中医医院; 3. 天津中医药大学)

[摘要] **目的** 观察优化新生脉散方、新生脉散原方对慢性心力衰竭气虚血瘀水饮证患者的临床疗效和安全性。**方法** 采用单病例交叉随机对照设计, 将 20 例患者随机分组并按不同顺序分别接受优化新生脉散方治疗联合西药规范治疗、单纯西药规范治疗、新生脉散原方联合西药规范治疗, 每阶段 4 周, 中药治疗后加设 2 周洗脱期, 期间只使用单纯西药治疗。试验结果分析时, 将使用单纯西药阶段的 20 例患者命名为对照组, 使用新生脉散原方阶段的 20 例患者为原方组, 使用优化新生脉散方阶段 20 例患者为优化组。于治疗前及 3 种治疗结束时观察心功能分级、中医症状积分、生存质量评分、六分钟步行距离、超声心动图指标。**结果** 对照组、原方组、优化组治疗后心功能分级疗效总有效率分别为 50.0%、60.0%、85.0%, 优化组优于原方组及对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗后优化组中医症状积分总分及气短、乏力、面肢浮肿的单项积分均优于原方组 ($P < 0.05$)。治疗后原方组、优化组患者生存质量、六分钟步行距离、超声心动图射血分数均较治疗前显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 且优化组优于原方组 ($P < 0.05$)。**结论** 优化新生脉散方治疗慢性心力衰竭具有较好的临床疗效及安全性, 在缓解临床症状、改善生存质量、增加六分钟步行距离及提高射血分数方面较新生脉散原方更具优势。

[关键词] 慢性心力衰竭; 优化新生脉散方; 心功能分级; 射血分数

慢性心力衰竭 (chronic heart failure, CHF) 指由任何初始心肌损伤引起心脏结构或功能变化, 导致心室泵血和 (或) 充盈功能低下的一种复杂的临床综合征^[1]。中医药治疗 CHF 在缓解患者临床症状、提高生活质量、改善远期预后等方面具有独特的优势^[2], 目前其气虚血瘀水饮证的主要病机已基本明确^[3]。优化新生脉散方是由天津中医药大学第一附属医院治疗 CHF 的院内制剂——新生脉散方化裁而成, 具有益气活血利水之功, 前期动物实验证实了优化新生脉散方改善心功能的优势^[4]。本研究通过单病例交叉随机对照试验, 评价优化新生脉散方治疗 CHF 气虚血瘀水饮证患者的临床疗效及安全性, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

CHF 诊断标准参照 2007 版《慢性心力衰竭诊

断治疗指南》^[5]; 中医气虚血瘀水饮证辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[6]。

1.2 纳入标准

1) 符合 CHF 诊断标准及中医气虚血瘀水饮证辨证标准; 2) 心功能分级^[5] II ~ IV 级; 3) 年龄 40 ~ 79 岁; 4) 近 1 周内未服用中药汤剂及中成药者; 5) 签署知情同意书。

1.3 排除标准

急性心力衰竭或慢性心力衰竭急性加重; 急性冠脉综合征 (30 天内), 近 3 个月内拟行血运重建术; 合并心源性休克; 合并药物难以控制的高血压 (收缩压 ≥ 180 mmHg 和/或舒张压 ≥ 110 mmHg); 合并 II 度 II 型以上窦房或房室传导阻滞且未置入起搏器治疗; 合并难以控制的恶性心律失常; 合并肺心病、心肌炎、严重瓣膜病变、肥厚梗阻性心肌病及先天性心脏病者; 急慢性肺动脉栓塞或其他原因引起的肺动脉高压; 近 6 个月内脑卒中者; 心脏再同步化治疗者; 近 1 周内静脉使用利尿、强心、扩血管药物; 合并甲状腺功能亢进等严重内分泌疾病

基金项目: 天津市高等学校科技发展基金计划项目 (20110222); 教育部“创新团队发展计划” (IRT1276)

* 通讯作者: jymao@126.com

者; 严重贫血者, 血红蛋白 ≤ 9 g/dl; 精神病患者; 妊娠及哺乳期妇女; 严重肝肾功能不全者; 合并有肿瘤疾病者; 对试验药物可疑或明确过敏者; 不愿接受中药治疗者; 近两个月内参加其他临床研究者。

1.4 一般资料

收集天津中医药大学第一附属医院心血管科 2012 年 10 月至 2014 年 8 月期间的慢性心力衰竭门诊患者 20 例。按随机数字表法将患者分为 A 组和 B 组各 10 例。A 组患者中男 5 例, 女 5 例; 平均年龄 (65.80 ± 9.68) 岁; 慢性心力衰竭病程 2.0 ~ 11.5 年, 中位病程 3.5 年; 基础心脏病: 冠心病 5 例, 风湿性心脏病 2 例, 扩张型心肌病 2 例, 其他 1 例; 心功能分级^[5] II 级者 3 例, III 级者 7 例。B 组患者中男 7 例, 女 3 例; 平均年龄 (66.50 ± 7.43) 岁; 慢性心力衰竭病程 0.5 ~ 9.25 年, 中位病程 1.5 年; 基础心脏病: 冠心病 5 例, 风湿性心脏病 2 例, 扩张型心肌病 1 例, 其他 2 例; 心功能分级 II 级者 2 例, III 级者 8 例。两组患者一般情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方案

分为 3 个阶段进行: 第 1 阶段 A 组先予优化新生脉散方 (水煎 150 ml, 分两次服) + 西药规范治疗, B 组先予新生脉散原方 (水煎 150 ml, 分两次服) + 西药规范治疗, 疗程 4 周。第 2 阶段两组均仅给予西药规范治疗, 疗程 6 周 (包括 2 周洗脱期和 4 周单纯西药治疗对照期); 第 3 阶段 A 组予新生脉散原方 (水煎 150 ml, 分两次服) + 西药规范治疗, B 组予优化新生脉散方 (水煎 150 ml, 分两次服) + 西药规范治疗, 疗程 4 周, 试验全程共 14 周。

两组患者西药规范治疗参照 2007 版《慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[5] 推荐的治疗方案, 包括血管紧张素转化酶抑制剂、 β 受体阻滞剂、醛固酮受体拮抗剂、利尿剂、洋地黄制剂等药物治疗。优化新生脉散方: 党参 15 g, 麦冬 15 g, 刺五加 15 g, 黄芪 15 g, 醋鳖甲 15 g, 丹参 15 g, 葶苈子 10 g, 枳壳 10 g。新生脉散原方: 党参 15 g, 麦冬 12 g, 五加皮 6 g, 泽泻 15 g, 丹参 15 g, 夏枯草 12 g, 三棱 10 g, 莪术 10 g, 醋鳖甲 15 g, 浙贝母 10 g, 豆蔻 6 g, 猪苓 10 g。中药饮片均来源于天津中医药大学第一附属医院药剂科, 水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次口服。

2.2 观察指标及方法

于每个阶段治疗前后, 观察患者疗效及安全性指标变化。

2.2.1 疗效评价指标 心功能分级^[5], 中医症状积分^[6], 生存质量评分^[7], 六分钟步行距离^[8], 超声心动图相关指标^[9] (包括每搏输出量、每分钟输出量、心脏指数、射血分数, 采用飞利浦 IE33 全数字化彩色心脏超声诊断系统)。

2.2.2 安全性评价指标 包括血压、心率、血常规、尿常规、肝功能、肾功能及心电图等。

2.3 疗效判定标准

心功能分级疗效判定参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]。显效: 心功能进步 1 级以上, 而未达到 I 级心功能, 症状、体征及各项检查明显改善。有效: 心功能进步 1 级, 而未达到 I 级心功能, 症状、体征及各项检查有所改善。无效: 心功能无明显改善或加重死亡。

2.4 统计学方法

统计描述时, 将 A、B 两组患者中使用单纯西药阶段的 20 例患者命名为对照组, 使用新生脉散原方治疗阶段的 20 例患者 (其中 A 组 1 例患者在第三阶段服原方 1 周后死亡, 对第三阶段治疗后数据进行平移接转, 按“无效”统计) 命名为原方组, 使用优化新生脉散方治疗阶段的 20 例患者设定为优化组。

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析处理, 计量资料进行正态性检验和方差齐性检验, 正态分布数据以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较用自身前后对照配对 t 检验, 组间比较用单因素方差分析, 多组间两两比较用 LSD 检验; 计数资料用率表示, 等级资料比较用秩和检验。

3 结果

3.1 各组患者治疗后心功能分级疗效比较

表 1 示, 治疗后各组患者心功能分级疗效比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 优化组心功能分级疗效总有效率高于对照组 ($P < 0.01$), 亦高于原方组 ($P < 0.05$), 原方组与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 各组慢性心力衰竭患者治疗后心功能分级疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	20	0	10 (50.0)	10 (50.0)	10 (50.0)
原方组	20	3 (15.0)	9 (45.0)	8 (40.0)	12 (60.0)
优化组	20	11 (55.0)	6 (30.0)	3 (15.0)	17 (85.0)

表 2 各组慢性心力衰竭患者治疗前后中医症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	气短	乏力	心悸	面肢浮肿	自汗
对照组	治疗前	20	4.80 ± 0.83	3.40 ± 0.68	4.10 ± 1.12	1.85 ± 0.88	1.85 ± 0.87
	治疗后	20	4.40 ± 0.82	3.45 ± 1.20	3.80 ± 1.00	1.80 ± 1.06**	1.70 ± 1.03
原方组	治疗前	20	4.40 ± 0.68	3.90 ± 0.85	4.20 ± 0.70	1.85 ± 1.04	1.65 ± 1.00
	治疗后	20	3.55 ± 1.15*△▲	3.40 ± 1.00△	3.20 ± 0.89**	1.60 ± 0.94△	1.50 ± 0.89
优化组	治疗前	20	4.40 ± 0.88	3.80 ± 1.15	4.00 ± 1.12	2.05 ± 1.00	1.80 ± 1.15
	治疗后	20	2.90 ± 1.07***▲	2.30 ± 1.13***▲	2.40 ± 1.00***▲	1.55 ± 0.83***▲	1.55 ± 0.83

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与优化组治疗后比较, △ $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ▲ $P < 0.05$, ▲▲ $P < 0.01$

续表 2 各组慢性心力衰竭患者治疗前后中医症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	尿少	胸闷	口唇紫绀	总积分
对照组	治疗前	20	1.95 ± 0.76	1.80 ± 0.83	1.90 ± 0.79	29.15 ± 5.03
	治疗后	20	1.75 ± 0.91	1.75 ± 1.02	1.70 ± 0.92	28.30 ± 6.88△△
原方组	治疗前	20	1.85 ± 0.93	1.80 ± 1.00	1.75 ± 0.91	29.50 ± 6.67
	治疗后	20	1.55 ± 0.83	1.55 ± 0.89	1.55 ± 0.83	24.55 ± 11.47*△▲
优化组	治疗前	20	1.80 ± 1.06	2.00 ± 0.97	1.80 ± 1.06	29.55 ± 6.82
	治疗后	20	1.70 ± 0.80	1.60 ± 0.82*▲	1.60 ± 0.75	18.65 ± 9.07**

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与优化组治疗后比较, △ $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ▲ $P < 0.05$, ▲▲ $P < 0.01$

3.2 各组患者治疗前后中医症状积分比较

表 2 示, 原方组、优化组治疗后中医症状总积分较治疗前明显改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 对照组治疗前后中医症状总积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。各组患者治疗后中医症状总积分比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 原方组、优化组中医症状总积分较对照组显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 且优化组优于原方组 ($P < 0.05$)。

表 2 示, 治疗前各组患者单项中医症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。对照组治疗前后各项中医症状积分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。原方组治疗后气短、心悸较治疗前改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 优化组治疗后气短、乏力、心悸、面肢浮肿、胸闷较治疗前改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。与对照组治疗后比较, 优化组气短、乏力、心悸、面肢浮肿、胸闷症状积分显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 原方组气短症状积分显著改善 ($P < 0.01$)。与原方组治疗后总分比较, 优化组气短、乏力、面肢浮肿症状显著改善 ($P < 0.05$)。

3.3 各组患者治疗前后生存质量评分比较

表 3 示, 治疗后原方组、优化组患者生存质量评分均较治疗前显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 对照组与治疗前比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。各组治疗后生存质量评分总体比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 两两比较显示, 优化组优于原方组与对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 原

方组与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 3 各组慢性心力衰竭患者治疗前后生存质量评分及六分钟步行距离比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	生存质量评分 (分)	六分钟步行距离 (m)
对照组	治疗前	20	68.65 ± 8.62	323.60 ± 60.72
	治疗后	20	68.65 ± 5.86△△	326.95 ± 55.40△△
原方组	治疗前	20	69.05 ± 7.89	322.50 ± 59.01
	治疗后	20	73.00 ± 8.94*△	338.65 ± 52.22*△
优化组	治疗前	20	68.50 ± 8.70	321.95 ± 58.71
	治疗后	20	77.75 ± 8.95**	354.75 ± 53.57**

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与优化组治疗后比较, △ $P < 0.05$, △△ $P < 0.01$

3.4 各组患者治疗前后六分钟步行距离比较

表 3 示, 原方组、优化组治疗后六分钟步行距离较治疗前显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 对照组治疗前后比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。各组治疗后六分钟步行距离比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 两两比较显示, 优化组治疗后六分钟步行距离较原方组、对照组显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 原方组与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.5 各组患者治疗前后超声心动图指标比较

表 4 示, 原方组、优化组治疗后超声心动图射血分数治疗后较治疗前均显著改善 ($P < 0.05$), 余指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但呈改善趋势。对照组治疗前后超声心动图各指标差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后各组超声心动图射血分数比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 两

表 4 各组慢性心力衰竭患者治疗前后超声心动图指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	每搏输出量 (ml)	每分输出量 (L/min)	心脏指数 (L/min)	射血分数 (%)
对照组	治疗前	20	48.45 ± 19.62	3.58 ± 1.50	1.96 ± 0.72	41.30 ± 8.65
	治疗后	20	48.45 ± 14.17	3.50 ± 1.36	1.93 ± 0.65	40.35 ± 10.64 ^{△△}
原方组	治疗前	20	49.00 ± 17.00	3.53 ± 1.38	1.96 ± 0.63	39.65 ± 10.10
	治疗后	20	49.35 ± 13.77	3.69 ± 1.47	2.09 ± 0.80	42.25 ± 10.00 ^{*△}
优化组	治疗前	20	48.45 ± 15.10	3.40 ± 1.33	1.90 ± 0.75	39.80 ± 7.76
	治疗后	20	50.70 ± 16.30	3.71 ± 1.38	2.10 ± 0.71	43.65 ± 9.48 [*]

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与优化组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

两比较显示, 优化组优于原方组与对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 原方组与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 余指标治疗后总体差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.6 安全性比较

A 组 1 例患者在第三阶段服用新生脉散原方 1 周后死亡, 电话随访获知患者感寒后心力衰竭急性加重, 未予重视, 于家中死亡。其余 19 例患者在治疗期间均未出现药物不良反应以及血、尿常规及肝、肾功能的明显异常。

4 讨论

虽然现代医学对 CHF 治疗理念和手段不断进步, 使得患者预后有了明显改善, 但中医药因其在稳定病情、改善心功能、提高生存质量等方面的优势, 仍被广泛地应用于 CHF 的治疗^[10]。近年来, 国内专家学者通过研究把握了 CHF 的中医证候特征, 即心力衰竭的本虚以气虚为主, 常兼有阴虚、阳虚; 标实以血瘀为主, 常兼痰、饮等, 气虚血瘀水饮是 CHF 的基本病理特征, 益气活血利水是 CHF 的基本治法^[11-13]。鉴于新生脉散方存在处方过大、补气及利水之力不足等欠缺, 优化新生脉散方去除了易耗伤正气之三棱、莪术, 加用补气利水之黄芪, 以黄芪、党参、刺五加益气, 丹参、醋鳖甲、茯苓、葶苈子活血利水, 枳壳行气, 用麦冬防伤阴, 具有益气活血利水之功。

本研究结果表明, 优化新生脉散方联合西药治疗较单纯西药治疗及新生脉散原方, 可进一步缓解患者临床症状, 提高运动耐量, 改善心功能, 提高生活质量, 为开发具有益气活血利水作用的优化新生脉散方提供一定的临床疗效支撑。

参考文献

[1] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014 [J]. 中华

心血管病杂志, 2014, 42(2): 98-122.

- [2] 张森. 慢性心衰规范化治疗的价值 [D]. 济南: 山东大学, 2013.
- [3] 冠心病中医临床研究联盟, 中国中西医结合学会心血管病专业委员会, 中华中医药学会心病分会, 等. 慢性心力衰竭中医诊疗专家共识 [J]. 中医杂志, 2014, 55(14): 1258-1260.
- [4] 庞磊, 毛静远, 万蝉俊, 等. 新生脉散优化方对阿霉素致小鼠心肌损伤保护作用的研究 [J]. 吉林中医药, 2012, 32(7): 712-715.
- [5] 中华医学会心血管病学分会, 《中华心血管病杂志》编辑委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1095.
- [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: 78-79.
- [7] 刘洪伟, 毛静远, 崔小磊. 心力衰竭患者生存质量评价量表 [J]. 中国循证心血管医学杂志, 2009, 3(1): 186-188.
- [8] 张忠玲, 毛静远. 六分钟步行试验在慢性心力衰竭中的应用思考 [J]. 吉林中医药, 2011, 31(7): 629-632.
- [9] 田海燕, 张小杉, 皇甫卫忠, 等. 超声心动图对慢性心力衰竭(CHF) 临床心功能分级的诊断价值研究 [J]. 内蒙古医科大学学报, 2015, 31(2): 152-154.
- [10] Fu SF, Zhang JH, Gao XM, et al. Clinical practice of traditional Chinese medicines for chronic heart failure [J]. Heart Asia, 2010, 27(2): 24-27.
- [11] 毕颖斐, 毛静远, 崔小磊, 等. 心力衰竭中医证候特征的临床横断面调查 [J]. 中华中医药学刊, 2013, 32(5): 1001-1003.
- [12] 崔小磊, 毛静远, 王贤良, 等. 心力衰竭中医证候的专家调查分析 [J]. 上海中医药大学学报, 2009, 33(2): 31-33.
- [13] 蔡辉, 毛静远, 王强, 等. 慢性心力衰竭中医辨证规律的文献分析 [J]. 四川中医, 2011, 46(7): 22-25.

Optimized New Shengmai Powder (新生脉散) Combined with Western Medicine Treating Chronic Heart Failure: a N-of-1 Crossover Study

WANG Xianliang¹, YUAN Yang², MAO Jingyuan¹, LI Bin¹, ZHOU Ruijuan¹, ZHANG Xiaoliang³, WANG Shuai¹, WANG Shuanhu³

(1. First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300193; 2. Tanggu Hospital of Chinese Medicine of Tianjin Binhai New District; 3. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effect and safety of optimized *New Shengmai Powder* and original *New Shengmai Powder* treating chronic heart failure (CHF) patients of blood stasis and fluid retention syndrome.

Methods The study was a crossover randomized controlled trial with individual patient. Twenty patients were randomized into groups and given standard treatment of optimized *New Shengmai Powder* combined with western medicine, western medicine alone and original *New Shengmai Powder* combined with western medicine respectively according to different order for 4 weeks in every stage. After Chinese medicine treatment, a washout period of 2 weeks was added and western medicine alone was applied during the period. When analyzing trial results, researchers named the 20 patients in the stage of western medicine alone as treatment control group, the 20 patients in the stage of original *New Shengmai Powder* as treatment original prescription group and the 20 patients in the stage of optimized *New Shengmai Powder* as treatment optimization group. Observed cardiac functional grading, scores of Chinese medicine symptoms, scores of life quality, 6-minutes walk distance and indexes of ultrasound cardiogram before treatment and at the end of 3 treatments.

Results After treatment, total effective rate of cardiac functional grading effect of control, original prescription and optimization groups was 50.0% , 60.0% and 85.0% respectively. Optimization group was superior to original prescription and control groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). After treatment, total score of Chinese medicine symptoms and item scores of shortness of breath, weakness and edema of face and limbs of optimization group were superior to those of original prescription group ($P < 0.05$). After treatment, quality of life , 6-minutes walk distance and ultrasound cardiogram ejection fraction of original prescription and optimization groups were improved ($P < 0.05$ or $P < 0.01$); optimization group was superior to original prescription group ($P < 0.05$).

Conclusion Optimized *New Shengmai Powder* treating CHF was effective and safe. It was also better than original *New Shengmai Powder* in relieving clinical symptoms, improving quality of life, increasing 6-minutes walk distance and ejection fraction.

Keywords chronic heart failure; optimized *New Shengmai Powder*; cardiac functional grading; ejection fraction

(收稿日期: 2015 - 03 - 11; 修回日期: 2015 - 05 - 26)

[编辑: 焦 爽]

首届国医大师、院士学术思想及临床经验研讨会征文通知

国医大师及院士是我国德高望重、医术精湛的名医大家, 中医药理论造诣深厚, 学术成就卓越, 临床经验丰富。为了促进国医大师及院士学术思想和临床经验的传承, 更好地促进中医药事业发展, 不断提高广大中医临床医师的诊治水平, 《中医杂志》将设专栏报道国医大师及院士经验。同时, 配合专栏拟定于 2015 年第 4 季度举办国医大师、院士学术思想及临床经验研讨会, 现公开进行征文。优秀来稿将陆续在《中医杂志》“国医大师与院士”专栏公开发表。征文要求如下。

1. 征文内容: 1) 国医大师及院士学术思想、临床经验、诊疗特长的总结与整理; 2) 国医大师及院士中医、中西医结合诊治典型病例的探讨; 3) 国医大师及院士治疗临床常见病、疑难病、危重病的用药经验; 4) 国医大师及院士对中医药事业发展、中医理论、中医药科研及临床研究的思考等。

2. 征文要求: 1) 内容必须来自于两院院士和国家中医药管理局正式公布的两届国医大师; 2) 未正式公开发表过的论文; 3) 论文务求主题鲜明、资料详实; 4) 文章作者应是国医大师亲传弟子、院士弟子、工作室(站)或工作团队; 5) 稿件篇幅在 5000 字以内, 摘要 150 ~ 300 字, 关键词 3 ~ 8 个, 请注明作者姓名、职称、具体通讯地址、邮政编码、电子信箱、手机号码等; 6) 来稿同时, 请附上国医大师或院士两寸照片和 400 字以内小传; 7) 论文邮件主题以“作者姓名 + 国医大师(或院士)姓名”命名。请用 Word 文档以附件的形式发送至邮箱 tcm64035632@163.com。收到必复, 1 周内若无回复, 请与编辑部联系; 8) 详情可登录 www.jtcm.net.cn 查询, 截稿日期: 2015 年 11 月 30 日。

3. 联系方式: 地址: 北京市东城区东直门内南小街 16 号中医杂志社, 邮编: 100700, 联系电话: (010) 64089186, 64035632, 联系人: 侯建春, 手机 13691096692。