

• 临床研究 •

寻常型银屑病中医诊疗方案的多中心临床研究

陈维文¹ 周冬梅^{1*} 王 萍¹ 张广中¹ 刘瓦利² 白彦萍³刘红霞⁴ 陈晴燕⁵ 李 斌⁶ 杨素清⁷ 史月君⁸ 李领娥⁹

(1. 首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010; 2. 中国中医科学院广安门医院;

3. 卫生部中日友好医院; 4. 新疆维吾尔自治区中医医院; 5. 沈阳市第七人民医院; 6. 上海中医药大学

附属岳阳中西医结合医院; 7. 黑龙江中医药大学附属医院; 8. 大连市皮肤病医院; 9. 石家庄市中医院)

基金项目: 北京市科学技术委员会重大项目(D08050703550901)

* 通讯作者: 52176857@163.com, (010)52176857

[摘要] 目的 通过对寻常型银屑病中医治疗方案的临床验证, 确定治疗方案的临床疗效, 为进一步优化诊疗方案奠定基础。方法 选择寻常型银屑病患者 186 例, 其中血热证 131 例, 血燥证 34 例, 血瘀证 21 例。按照预先制定的诊疗方案进行辨证论治, 内治法血热证治以凉血解毒, 血燥证治以养血解毒, 血瘀证治以活血解毒。外治法有中药湿敷、中药浸浴、针灸疗法及其他疗法。在治疗的第 8 周和第 12 周观察银屑病皮损面积、严重程度指数(PASI)和不良反应。结果 在中医治疗方案实施中, 中药汤剂口服是应用最多的方法, 其余依次为中药软膏外用、中药药浴、中成药口服和中药湿敷。完成 8 周治疗的 158 例患者中总有效 126 例占 79.7%, 其中血热证组为 78.2%, 血燥证组为 82.4%, 血瘀证组为 82.6%, 各证型间疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$)。继续治疗至 12 周的 100 例患者中总有效 89 例占 89.0%, 其中血热证组为 92.1%, 血燥证组为 89.5%, 血瘀证组为 77.8%, 各证型间疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 中药汤剂口服、中药软膏外用、中药药浴、中成药口服和中药湿敷是中医治疗银屑病常用的治疗方法, 银屑病中医诊疗方案疗效肯定, 患者依从性好。

[关键词] 银屑病; 治疗方案; 血热证; 血燥证; 血瘀证

A Multi-Center Clinical Validation Study of Chinese Medicine Treatment Program for Psoriasis Vulgaris

CHEN Weiwen¹, ZHOU Dongmei¹, WANG Ping¹, ZHANG Guangzhong¹, LIU Wali², BAI Yanping³, LIU Hongxia⁴, CHEN Qingyan⁵, LI Bin⁶, YANG Suqing⁷, SHI Yuejun⁸, LI Ling'e⁹

(1. Beijing Hospital of TCM, Capital Medical University, Beijing 100010; 2. Guanganmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences; 3. China-Japan Friendship Hospital; 4. TCM Hospital of Xinjiang Uygur Autonomous Region; 5. The 7th People's Hospital of Shenyang; 6. Yueyang Hospital Affiliated to Shanghai University of TCM; 7. Hospital Affiliated to Heilongjiang University of Chinese Medicine; 8. Dermatology Hospital of Dalian; 9. Shijiazhuang Hospital of TCM)

ABSTRACT Objective To validate the Chinese medicine treatment program for psoriasis vulgaris, determine its therapeutic effect and lay foundation for further optimization. **Methods** Totally 186 psoriasis vulgaris patients were included, of which 131 cases were blood heat syndrome, 34 were blood dryness syndrome, and 21 were blood stasis syndrome. According to syndrome type, they were treated with the method of cooling blood and removing toxin, nourishing blood and removing toxin and activating blood and removing toxin respectively. External treatment including moist compress, medicated bath, acupuncture were also used. Lesion area, psoriasis area and severity index (PASI) and side effect were observed on the 8th and 12th week. **Results** Oral administration of decoction was the most widely used Chinese medication, followed by ointment, medicated bath, oral administration of proprietary Chinese medicine and moist compress. There were 158 patients finished the eight-week treatment and the total effective rate was 79.7%, among which the effective rate of blood heat syndrome, blood dryness syndrome and blood stasis syndrome was 78.2%, 82.4% and 82.6% respectively, with no significant difference between different syndromes ($P>0.05$). There were 100 patients finished the twelve-week treatment and the total effective rate was 89.0%, among which the effective rate of blood heat syndrome, blood dryness syndrome and blood stasis syndrome was 92.1%, 89.5% and 77.8%, with no significant difference between different syndromes ($P>0.05$). **Conclusion** Blood heat syndrome is the most common syndrome in psoriasis vulgaris. Oral administration of decoction, ointment, medicated bath, oral administration of proprietary Chinese medicine and moist compress are widely used Chinese medication for psoriasis vulgaris. Chinese medication for psoriasis is effective with good compliance.

Keywords psoriasis; treatment program; blood heat syndrome; blood dryness syndrome; blood stasis syndrome

银屑病是皮肤科临床常见的红斑鳞屑性皮肤病,常给患者带来巨大的身心痛苦。本病病因不清,尚无特效疗法,中医治疗本病临床报道虽多,但治则治法纷繁杂乱,尚未形成统一的规范^[1],故而探索本病的辨证规律,建立中医诊疗规范是亟待完成的工作。本研究由首都医科大学附属北京中医医院皮肤科牵头组成国家中医药管理局“十一五”重点皮肤病专科银屑病协作分组。该协作分组首先梳理各成员单位的中医诊疗方案,并在协作分组内进行深入讨论,整合方案,形成了待验证诊疗方案的初稿。进一步进行专家共识,形成待验证诊疗方案。协作组内 9 家单位参与了诊疗方案的验证,现将验证结果总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

诊断标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中的白疔和《临床皮肤病学》^[3]中的寻常型银屑病诊断标准。具体诊断依据如下:①皮损初为针尖至扁豆大的炎性红色丘疹,常呈点滴状分布,迅速增大,表面覆盖银白色多层性鳞屑,状如云母。鳞屑剥离后,可见薄膜现象及筛状出血,基底浸润,可有同形反应。陈旧皮损可呈钱币状、盘状、地图状等。②好发于头皮、四肢伸侧,以肘关节面多见,常泛发全身。③部分患者可见指甲病变,轻者呈点状凹陷,重者甲板增厚,光泽消失。或可见于口腔、阴部黏膜。发于头皮者可见束状毛发。④起病缓慢,易于复发。有明显季节性,一般冬重夏轻。⑤可有家族史。⑥组织病理检查示表皮角化过度、角化不全。角层内有中性多形核白细胞堆积,棘层增厚。表皮突呈规则性向下延伸,真皮乳头水肿呈棒状,乳头内血管扩张,血管周围有炎性细胞浸润。

中医辨证标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]及《中医症状鉴别诊断学》^[4],并根据前期研究结果^[5-6],进一步经专家论证后制定。血热证:主症:①新出皮疹不断增多,迅速扩大;②皮损潮红。次症:①舌质红,舌苔薄黄或白;②脉弦滑或数;③溲黄。血燥证:主症:①原有皮损部分消退;②皮损淡红。次症:①舌质淡,舌苔少或薄白;②脉缓或沉细;③口干咽燥。血瘀证:主症:①皮损肥厚浸润,经久不退;②皮损颜色暗红。次症:①舌质紫暗或有瘀点、瘀斑;②脉涩或细缓;③女性可有痛经。证候确定需具备 2 项主症及 1 项以上的次症。

1.2 纳入标准

符合寻常型银屑病诊断标准;符合血热证、血燥

证、血瘀证银屑病辨证分型标准;年龄 18~65 岁。

1.3 排除标准

①妊娠或哺乳期妇女及 3 个月内有生育计划者;②近 1 个月内曾服用糖皮质激素和/或免疫抑制剂类药物及维 A 酸类药物,或 2 周内外用糖皮质激素制剂、维甲酸类药物及维生素 D3 衍生制剂;③合并有心血管、脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病及精神病患者;④对研究药物过敏者;⑤正在参加其他药物临床试验者。

1.4 一般资料

病例来自 2009 年 10 月至 2010 年 10 月在首都医科大学附属北京中医医院、石家庄市中医院、中国中医科学院广安门医院、沈阳市第七人民医院、新疆维吾尔自治区中医医院、黑龙江省中医研究院、卫生部中日友好医院、大连市皮肤病医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 9 家医院皮肤科的门诊或住院患者。采用开放性试验、观察性病例系列研究的方法进行研究。重视参与人员培训,建立质控和监督机制,由监查员定期对研究的各项工作进行监督、处理。对所有参与临床验证的患者进行诊疗方案应用依从性调查,治疗方案的应用情况按照“全部应用、偶尔漏用、有 1/3 未用、有 1/2 以上未用”4 种情况进行调查,对未能完成用药的原因按照“忘记、不良反应、对试验药物失去信心、患其他疾病、其他”5 种情况进行调查。共完成观察病例 186 例,其中男 118 例,女 68 例;年龄 18~67 岁,平均(40.99±13.42)岁,病程 1 周~39 年。治疗前,血热证 131 例(占 70.4%),血燥证 34 例(占 18.3%),血瘀证 21 例(占 11.3%)。完成 8 周诊疗方案治疗者 158 例,12 周时仍接受诊疗方案治疗者 100 例。

2 方法

2.1 治疗方法

主要分内治法和外治法 2 种。治疗过程中如果出现证型转变,则以随访时的证型(转变后)进行辨证论治。治疗 8 周时进行疗效判定。若患者未痊愈,根据知情同意原则,可继续观察并治疗至 12 周再进行疗效判定。每 2 周复诊 1 次,随访期间若患者病情痊愈,可随时结束治疗,疗效按痊愈计。

2.1.1 内治法 中医汤剂:①血热证:治以凉血解毒,基本方药:土茯苓 30g,槐花 15~30g,紫草 15~30g,重楼 15~30g,生地黄 15~30g,白鲜皮 10~15g,赤芍 10~15g。加减:夹瘀,加丹参 10~15g、鸡血藤 10~15g;热重,加白茅根 15~30g、大青叶 15~

30g、忍冬藤 15g、金银花 10~15g、紫花地丁 10~15g、板蓝根 15~30g、水牛角(片)10g、牡丹皮 10~15g、夹湿,加苦参 10g;夹毒,加甘草 6g;咽痛,加山豆根 4.5~6g。②血燥证:治以养血解毒,基本方药:丹参 15g,当归 10~15g,生地黄 15~30g,麦冬 10~15g,玄参 15g,鸡血藤 15g。加减:热重,加金银花 10~15g、赤芍 10~15g、紫草 15g、天花粉 10~15g;夹毒,加草河车 15g、土茯苓 15~30g、蜂房 6g、甘草 6g;夹瘀,加桃仁 10g、红花 5~10g;燥甚,加麻仁 10~15g、天冬 10g;痒剧,加白鲜皮 15~20g、乌梢蛇 10g、威灵仙 10g。③血瘀证:治以活血解毒,基本方药:白花蛇舌草 15g,莪术 10~15g,鬼箭羽 10~15g,红花 6~10g,鸡血藤 15~30g,桃仁 6~10g,丹参 15~30g。加减:热重,加大青叶 15g、紫草 10~15g;夹瘀,加赤芍 15g、三棱 10g;夹燥,加生地黄 15g、麻仁 15~30g、玄参 15g;咽痛,加山豆根 6g;夹湿,加苦参 10g、虎杖 10g、陈皮 10g。煎服法:上方每次加水 500~600ml,共煎煮 2 次,每次均煎取 200ml,两煎混合后分早晚 2 次各温服 200ml。中成药:各协作单位可应用院内制剂,要求各院内制剂主治功效与本病诊疗方案中的辨证治疗原则相符合,主要包括银乐丸、除湿丸、丹槐银屑浓缩丸等。市售中成药可选用下列药物:血热证:消银颗粒、复方青黛胶囊、清热解毒软胶囊、清开灵口服液或清开灵注射液等;血燥证:当归丸、六味地黄丸、白芍总苷胶囊或复方丹参注射液等;血瘀证:大黄廑虫丸、血府逐瘀胶囊或复方丹参注射液等。

2.1.2 外治法 ①中药湿敷:适用于血热证,选取马齿苋 100g、黄柏 50g、苦参 50g,清热凉血、燥湿解毒,中药按 3%~10%比例加水煎汤后待凉,以 8 层纱布浸湿后凉敷患处,每次 20~40min,每日 1 或 2 次。②中药浸浴:适用于血燥证、血瘀证。基本方:艾叶 30g,当归、鸡血藤、首乌藤、白蒺藜、透骨草、白鲜皮、地肤子、大皂角、楮桃叶各 60g。功效:养血活血、润燥止痒。煎汤浸浴或熏蒸,每次 20~40min,每日或隔日 1 次。加减:瘙痒着,加苦参 60g;皮损肥厚,加红花 60g、蛇床子 60g;皮损红,加槐花 60g、龙胆草 60g、白茅根 60g。③中药软膏:各协作单位可应用院内制剂,主要包括芩柏膏、紫草膏、普连膏、康选乳膏、五倍子膏、双黄软膏、湿毒膏、银翘三黄膏和玉黄膏等。市售中成药可选用冰黄肤乐软膏(主要应用于血燥证或血瘀证)。④针灸疗法:根据患者病情需要,辨证采用体针和罐疗进行治疗。⑤

其他疗法:可根据病情选择窄谱 UVB 或 PUVA、高能紫外光照射、准分子激光、中频治疗仪等物理方法进行治疗。

2.2 疗效性指标

记录患者用药前、治疗第 8 周和第 12 周皮损面积、红斑、浸润及脱屑等指标的变化情况,根据银屑病皮损面积和严重程度指数(PASI)评分法^[7]评分。

2.3 安全性指标

观察可能出现的不良反应。主要指标包括患者的症状、体征和生化指标(血常规、尿常规和肝肾功能)。对不良反应按“有关、可能有关、可能无关、无关和无法判定”5 种情况进行因果分析。

2.4 随访时间

分别在治疗后第 2 周、第 4 周和第 8 周进行随访,需要治疗 12 周者,于第 10 周、第 12 周也进行随访。

2.5 疗效判定标准^[8]

PASI 评分变化计算公式:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。临床痊愈:PASI 评分减少≥95%;显效:PASI 评分减少 60%~94%;有效:PASI 评分减少 30%~59%;无效:PASI 评分减少<30%,无变化或增多。

2.6 统计学方法

全部病例资料输入 EpiData 数据库,用 SPSS 13.0 软件进行统计分析,计量资料采用方差分析,配对计量资料采用配对 *t* 检验,计数资料采用卡方检验或秩和检验。

3 结果

3.1 证型转变情况

在完成 8 周治疗的 158 患者中,有 21 例患者在治疗过程中各出现了 1 次证型转变,占总病例数的 13.1%。3 个证型中的任意 2 个证型之间均出现了证型转变,其中最常见的是由血热证转变为血燥证,共有 9 例(42.9%),其次为血热证转变为血瘀证,共有 4 例(19.0%)。其中血热证共有 13 例(9.9%)出现了证型转变,血燥证有 6 例(17.6%)出现了证型转变,血瘀证有 2 例(占 9.5%)出现了证型转变。经卡方检验,各证型之间出现的转变情况差异无统计学意义($\chi^2=1.681, P>0.05$)。第 6 周是最常见的转变时间,共有 10 例(47.6%)。

3.2 治疗方法应用情况

在诊疗方案的实施过程中,中药汤剂口服是应用最多的治疗方法,其余依次为中药软膏外用、中药药浴、中成药口服和中药湿敷,各种治疗方法具体应

用情况见表 1。

表 1 治疗方法应用情况[例(%)]

治疗方法	治疗开始 (186 例)	治疗 8 周 (158 例)	治疗 12 周 (100 例)
中药汤剂口服	182(97. 8)	145(91. 8)	89(89. 0)
中成药口服	38(22. 0)	26(16. 5)	17(17. 0)
中成药注射	5(1. 1)	0	0
中药软膏外用	120(64. 5)	87(55. 1)	55(55. 0)
中药湿敷	36(18. 8)	17(10. 8)	11(11. 0)
中药药浴	86(46. 2)	58(36. 7)	32(32. 0)
罐疗	9(4. 8)	1(0. 6)	0
窄谱 UVB 照射	9(4. 8)	5(3. 2)	2(2. 0)

通过对治疗开始各种治疗方法应用情况的分析发现,各证型中治疗方法应用情况基本相同,中药汤剂口服是应用最多的治疗方法,其余依次为中药软膏外用、中药药浴、中成药口服和中药湿敷。各治疗方法在各证型间的应用情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。罐疗和窄谱 UVB 照射有较小比例的应用,主要应用于血燥证和血瘀证中,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 治疗开始各证型中医治疗方法应用情况[例(%)]

治疗方法	血热证 (131 例)	血燥证 (34 例)	血瘀证 (21 例)
中药汤剂口服	129(98. 5)	32(94. 1)	21(100)
中成药口服	27(20. 6)	8(23. 5)	3(14. 3)
中成药注射	3(2. 3)	1(2. 9)	1(4. 8)
中药软膏外用	85(64. 9)	18(52. 9)	17(81. 0)
中药湿敷	27(20. 6)	6(17. 6)	3(14. 3)
中药药浴	64(48. 9)	11(32. 4)	11(52. 4)
罐疗	1(0. 8)	4(11. 8)	4(19. 0)
窄谱 UVB 照射	2(1. 5)	3(8. 8)	3(14. 3)

3.3 临床疗效

完成 8 周治疗的有 158 例,总有效 126 例占 79. 7%。其中血热证 101 例中总有效 79 例占 78. 2%;血燥证 34 例中总有效 28 例占 82. 4%;血瘀证 23 例中总有效 19 例占 82. 6%,经秩和检验,各证型间疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$),详见表 3。

表 3 治疗 8 周 3 组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
血热证	101	8(7. 9)	50(49. 5)	21(20. 8)	22(21. 8)	79(78. 2)
血燥证	34	5(14. 7)	17(50. 0)	6(17. 6)	6(17. 6)	28(82. 4)
血瘀证	23	0	13(56. 5)	6(26. 1)	4(17. 4)	19(82. 6)

继续治疗至 12 周的 100 例患者中总有效 89 例占 89. 0%,疗效高于 8 周,但经卡方检验,两者差异无统计学意义($\chi^2=3. 773,P>0.05$)。其中血热证

63 例中总有效 58 例占 92. 1%;血燥证 19 例中总有效 17 例占 89. 5%;血瘀证 18 例中总有效 14 例占 77. 8%。经秩和检验,各证型间疗效比较差异无统计学意义($P>0.05$),详见表 4。

表 4 治疗 12 周 3 组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
血热证	63	15(23. 8)	35(55. 6)	8(12. 7)	5(7. 9)	58(92. 1)
血燥证	19	1(5. 3)	14(73. 7)	2(10. 5)	2(10. 5)	17(89. 5)
血瘀证	18	1(5. 6)	11(61. 1)	2(11. 1)	4(22. 2)	14(77. 8)

对完成 12 周治疗的 100 例患者的 PASI 改善率采用配对 t 检验进行分析,结果显示 12 周时 PASI 的改善率($61. 74\pm 26. 60$)% 明显大于 8 周时($78. 54\pm 25. 29$)%,差异有统计学意义($t=9. 740,P<0.05$)。

治疗 8 周,无效患者共有 32 例,其中有 27 例完成了 12 周治疗,包括血热证 16 例,血燥证 5 例,血瘀证 6 例。完成 12 周治疗时对该 27 例患者进行疗效评价,痊愈 1 例(3. 7%),显效 7 例(25. 9%),有效 8 例(29. 6%),无效 11 例(40. 7%),总有效率为 59. 3%。进一步对第 12 周时疗效评价为无效的 11 例患者进行 PASI 评分比较发现,12 周较 8 周 PASI 评分增加(病情加重)2 例(18. 2%),无变化 1 例(9. 1%),减少(病情减轻)8 例(72. 7%)。

3.4 临床研究的依从性调查

参与临床方案验证的患者中有 172 例填写了治疗方案应用情况问卷,其中 136 例(73. 1%)患者全部能够按照诊疗方案进行治疗,36 例(19. 4%)患者偶尔漏用诊疗措施,14 例(7. 5%)患者未填写诊疗方案应用情况。

有 22 例(84. 6%)患者登记了未完成用药原因,其中有 18 例患者因忘记服药,有 4 例患者原因不明,所有患者未因发生不良反应或对试验药物失去信心而未完成治疗。

3.5 病例脱落情况分析

在第 8 周共有 26 例患者未完成治疗,总体脱落率为 14. 0%。其中 5 例中止原因为失访,3 例因违背治疗方案而出组,因疗效不佳而中止和撤销知情同意书各 1 例,其余 16 例中止原因不详。

3.6 不良事件情况

所有病例在治疗过程中均未报告不良事件。

4 讨论

本研究中根据适应症的要求,除罐疗和窄谱 UVB 照射主要应用于血燥证和血瘀证,其余各治疗

方法在各证型的应用情况基本一致。中药汤剂口服是应用最多的治疗方法,其次为中药软膏外用、中药药浴、中成药口服和中药湿敷。诊疗方案中的针灸疗法应用很少,体针疗法在所有的研究病例中均未应用,这可能与中医皮肤科医师担心会出现同形反应加重病情,或因条件所限,无法开展针灸治疗有关。既往有研究表明针灸治疗银屑病疗效可靠,且能延长缓解期^[9-11]。而本研究中医针灸疗法应用极少,不能全面、准确地评价其在银屑病治疗中的效果。

本研究结果显示,银屑病的中医分型以血热证最为多见,其次为血燥证,最少的为血瘀证,这与以往的报道一致^[9-10],既往研究发现以上 3 个证型之间存在时相性,能够反映银屑病的临床经过,进行期多表现为血热证,静止期或消退期多表现为血燥证或血瘀证^[12]。本研究发现在 8 周的治疗过程中约有 13.1% 的患者出现了证型转变,3 个证型中的任意 2 个证型之间均有证型转变。其中最常见转变情况是由血热证转变为血燥证。血热证是最易出现证型转变的证候,血燥证次之,血瘀证是最稳定的证候,这也从另一方面证实以上 3 证的时相性。

本次验证采用病例系列观察研究,未进行同期平行对照,初步临床研究结果显示,中医综合治疗方案疗效突出,不良反应少。同时本研究发现治疗 12 周的疗效优于 8 周的疗效。经 8 周治疗无效的患者继续经过 4 周的治疗,59.3% 的患者 PASI 评分改善率在 30% 以上。但仍有 11 例患者在治疗 12 周被评为无效,本治疗方案对部分病例疗效仍欠佳,需进一步完善。

患者依从性调查发现,73.1% 的患者能够按照诊疗方案进行治疗,而未完成用药的患者大部分是因为忘记服药,表明本诊疗方案患者的依从性较好。

本诊疗方案疗效较好,患者依从性好,未发现明显不良反应。由于本次验证采用开放性研究,存在个别单位由于条件限制对外用药膏和非药物治疗措施等采用较少且药物不统一的情况,因此本研究证据等级偏低。要明确各中医疗法单独或联合使用治疗银屑病的疗效,应采取更严格的试验设计,以获得更高级别的证据。

参考文献

- [1] 张丽丽,周飞红. 中医药辨证治疗银屑病临床研究现状[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2009,8(2):128-131.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社,1994:154-155.

- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京: 江苏科学技术出版社,2001:759-766.
- [4] 姚乃礼. 中医证候鉴别诊断学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社,2002:55-61.
- [5] 王莒生,张苍,姜春燕,等. 20 世纪北京中医名家银屑病辨证思路演变文献初探[J]. 北京中医,2006,25(10):590-591.
- [6] 张广中,王萍,王莒生,等. 2651 例寻常型银屑病中医证候分布和演变规律研究[J]. 中医杂志,2008,49(10):894-896.
- [7] Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis—oral therapy with a new retinoid[J]. Dermatologica,1978,157(4):238-244.
- [8] 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,2002:299-302.
- [9] 王二香,李艳梅,王丽,等. 电针刺络拔罐并穴位埋线治疗牛皮癣 296 例疗效观察[J]. 内蒙古中医药,2000,19(1):30-32.
- [10] 马新平. 耳穴割治加针刺治疗银屑病 115 例[J]. 中国针灸,2004,24(4):254.
- [11] 赵晖,赵阳,韩煜. 刺络放血疗法治疗银屑病 500 例疗效分析[J]. 黑龙江医药科学,1999,22(5):88.
- [12] 邓丙戌,姜春燕,王萍,等. 银屑病的中医证候分布及演变规律[J]. 中医杂志,2006,47(10):770-772.

(收稿日期:2012-02-09;修回日期:2012-04-25)

[编辑:王利芬]

基层医生手穴诊疗培训班招生通知

为了发掘民族瑰宝、弘扬中医精粹,满足广大基层学员对中医特色诊疗的需求,世界针联世针针灸交流中心拟于 2012 年 10 月 28 日至 11 月 1 日(28 日报到),在北京举办 2012 年国家中医药继续教育项目“基层医生手穴诊疗培训班”。由中国人体健康科技促进会医药科技专业委员会副主任委员、中国老年教授协会医药专业委员会手诊分会副会长、江苏省常州市手穴诊疗研究所所长刘浩兴主讲,传授“望诊、触诊、压诊”的手穴诊疗方法。该法以中医整体观念为基石,融西医组织解剖理论,结合中医“四诊”察病智慧与经络腧穴治病经验,创造性的将中医整体理论运用于手诊,数分钟即可概知家族遗传性疾病和自身健康状况,鉴别诊断多种疑难病症,方法独特,在临床有较高的实用价值。该法还能根据掌、指的各种特征预测部分隐患。该手诊方法直观明了、易学易用,为广大医务工作者诊病寻根、治病求本、治未病提供了新思路、新方法,尤其适用于基层。

每人学费 1200 元(含培训费、资料费等),学期 3 天,交通、食宿费用自理,会务组可协助安排食宿事宜。每班 40 人开班。学习经考核合格予以结业,颁发中英文对照的结业证书和国家继续教育学分证书 I 类继续教育学分 12 分。凡参加学习的优秀论文,《世界中医药》杂志将优先发表。欲参加学习者请先交报名费 50 元,并附个人简历、身份证复印件(注明通讯地址、邮政编码、联系电话、邮箱以及职业等)。会务组收到报名函后即做排名和安排。经审查合格,在开班前 1 个月内发入学通知。

报名地址与联系方式:北京市朝阳区小营路 19 号财富嘉园 A 座 302 室,《世界中医药》杂志社。邮编:100101。电话:(010) 62143672。邮箱:13901318403@139.com。手机:13901318403。传真:(010)58239066。联系人:徐晖、赵和爱。