

• 证候诊断 •

慢性心力衰竭急性加重期中医证候特征的多中心调查分析

赵志强¹ 毛静远^{1*} 王贤良¹ 侯雅竹¹ 毕颖斐¹ 李 彬¹ 赵英强² 牛天福³
李广平⁴ 施 乐⁵ 崔晋荣⁶ 王永刚⁷ 贾秀丽⁸ 樊瑞红⁹ 林 谦¹⁰

(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. 天津中医药大学第二附属医院;
3. 山西省中医药研究院; 4. 天津医科大学第二医院; 5. 天津中医药大学附属北辰区中医医院;
6. 山西中医学院中西医结合医院; 7. 陕西中医学院第二附属医院 8. 天津市南开区中医医院;
9. 天津市中医院; 10. 北京中医药大学东方医院)

基金项目:“十一五”国家科技支撑计划项目(2006BAI08B02-01); 国家中医药行业科研专项资助项目(201007001-02)

* 通讯作者: jymao@126.com, (022)27432325

[摘要] 目的 探讨慢性心力衰竭(简称心衰)急性加重期的中医证候特征。方法 制定心衰中医证候流行病学调查量表, 对我国华北地区 10 家医院的 340 例慢性心衰急性加重期患者进行现场调查, 建立慢性心衰急性加重期中医证候信息数据库, 对问诊、望诊、舌象采用双百分法进行权重系数分析, 对脉象进行频数统计分析, 并据此分析其证候要素、证候(证素组合)、病位分布规律。结果 340 例慢性心衰急性加重期患者问诊症状权重系数最大的前 3 项依次为气短、憋气、乏力; 望诊权重系数最大的前 3 项分别为精神倦怠、面色无华、口唇紫绀; 舌象权重系数最大的前 3 项分别为舌质紫暗、舌红、舌苔少; 脉象频次最高的前 3 项分别为沉、细、弦。虚证证素出现频次由高到低依次为气虚 339(99.7%)、阴虚 193(56.8%)、阳虚 147(43.2%); 实证证素出现频次由高到低依次为血瘀 340(100%)、水饮 298(87.6%)、痰浊 190(55.9%)。出现最多的中医证候为气虚血瘀证 339 例(99.7%), 在此基础上合并水饮或痰浊者为 314 例(92.4%)。累及病位按照频数排序分别为心(100%)、肾(100%)、肺(98.2%)、脾(75.0%)、肝(66.8%), 累及 3 脏者占 98.2% 以上、累及 4 脏者占 74.4% 以上、累及 5 脏者占 50.6%。结论 慢性心衰急性加重期最基本的中医证候特点为气虚血瘀兼水饮或痰浊, 病位以心肾为主, 五脏皆可累及。

[关键词] 慢性心力衰竭; 急性加重期; 中医证候; 流行病学调查

A Multi-Center Investigation and Analysis of TCM Pattern Characteristics in Acute Exacerbation of Chronic Heart Failure

ZHAO Zhiqiang¹, MAO Jingyuan¹, WANG Xianliang¹, HOU Yazhu¹, BI Yingfei¹, LI Bin¹, ZHAO Yingqiang², NIU Tianfu³, LI Guangping⁴, SHI Le⁵, CUI Jinrong⁶, WANG Yonggang⁷, JIA Xiuli⁸, FAN Ruihong⁹, LIN Qian¹⁰

(1. First Affiliated Hospital of Tianjin University of TCM, Tianjin 300193; 2. Second Affiliated Hospital of Tianjin University of TCM; 3. Shanxi Institute of TCM; 4. Second Hospital of Tianjin Medical University; 5. TCM Hospital of Beichen District, Tianjin University of TCM; 6. Integrative Medicine Hospital, Shanxi University of TCM; 7. Second Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine; 8. TCM Hospital of Nankai District, Tianjin; 9. TCM Hospital of Tianjin; 10. Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To research the TCM pattern characteristics in acute exacerbation of chronic heart failure (CHF).

Methods Totally 340 CHF patients in acute exacerbation from 10 hospitals in northern China were surveyed according to the TCM pattern epidemiological survey form. The TCM pattern database was established. Double percent method was used for weight coefficient analysis of inquiry, inspection and tongue image, and frequency statistics was used to analyze the pulse. The pattern factors, patterns (pattern element combinations) and distribution of disease location were analyzed. **Results** The top 3 maximum weight coefficients of inquiry were short of breath, feeling suffocated and fatigue. The top 3 maximum weight coefficients of inspection were mental fatigue, lusterless complexion and cyanotic lips. The top 3 maximum weight coefficients of tongue image were dark purple tongue, red tongue and less tongue fur. The top 3 frequencies of pulse were deep pulse, fine pulse and stringlike pulse. The deficiency pattern factors from high to low were qi deficiency (339 cases, 99.7%), yin deficiency (193 cases, 56.8%) and yang deficiency (147 cases, 43.2%). The repletion pattern factors from high to low were blood stasis (340 cases, 100%), water-rheum (298 cases, 87.6%) and phlegm turbidity (190 cases, 55.9%). The highly frequent pattern was qi deficiency blood stasis pattern (339 cases, 99.7%) and then combined with water-rheum or phlegm turbidity

(314 cases, 92.4%). The main organs implicated were the heart (100.0%), kidney (100.0%), lung (98.2%), spleen (75.0%) and liver (66.8%). Three organs were implicated in 98.2% patients, four organs in 74.4% patients and five organs in 50.6% patients. **Conclusion** The basic TCM pattern characteristic in acute exacerbation of CHF is qi deficiency blood stasis with water-rheum or phlegm turbidity. The main organs implicated are the heart and kidney, however all five organs are affected.

Keywords chronic heart failure; acute exacerbation; TCM pattern; epidemiologic investigation

心力衰竭(简称心衰)根据临床表现可以分为慢性心衰和急性心衰,慢性心衰急性加重期是急性心衰的一种类型。慢性心衰患者周而复始的出现“恶化→入院→好转→出院→再恶化”的周期,心功能不可避免地呈螺旋式下降。当前中医学界针对慢性心衰急性加重期证候特征的流行病学调查少见报道,而把握慢性心衰急性加重期的中医证候特征,有助于更有针对性地进行中医药干预,从而提高临床疗效。本研究通过采集慢性心衰急性加重期患者的一般情况及中医四诊信息,对患者进行规范中医辨证,探讨其中医证候的流行病学规律。现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

慢性心衰诊断标准参考《慢性心力衰竭诊断治疗指南》^[1]制定。有基础心脏病的病史、症状及体征;有或既往有呼吸困难、咳嗽、乏力和液体潴留(水肿)等症状;左室射血分数(LVEF)≤50%(改良 Simpson 法)。

1.2 纳入标准

符合以上诊断标准,心功能Ⅱ—Ⅳ级,且目前心衰症状加重需要住院治疗;年龄40~79岁;签署知情同意书。

1.3 排除标准

血浆脑钠肽(BNP) < 200 pg/ml;严重肝肾功能不全、内分泌疾病、贫血者;精神病患者;妊娠及哺乳期妇女;近两月内参加其他研究者;有下列疾病之一者:①急性心肌梗死(4周内);②肺原性心脏病;③严重瓣膜病变;④肥厚梗阻性心肌病;⑤先天性心脏病;⑥急慢性肺动脉栓塞或其他原因引起的肺动脉高压;⑦预激综合征;⑧近6个月内脑卒中者;⑨急性心肌炎等。

1.4 一般资料

340例研究病例来自2008年9月至2010年4月天津中医药大学第一附属医院、天津中医药大学第二附属医院、山西省中医药研究院、天津医科大学第二医院、天津市中医院、北京中医药大学东方医

院、山西中医学院中西医结合医院、天津市南开区中医医院、陕西中医学院第二附属医院和天津中医药大学附属北辰区中医医院10家医院的住院患者。

2 方法

2.1 调查表的制定

参考文献^[2]制定心衰中医证候流行病学调查表,除脉诊条目分为无、有外,将问诊、望诊、舌诊的每一条目按严重程度分无、很轻、轻、中、重、很重6个等级依次计为0、1、2、3、4、5分;在正式调查之前,以天津中医药大学第一附属医院为试验点进行预调查,预调查结果提示调查表具有良好的信度、效度和反应度。

2.2 调查方法

由参与研究的上述10家医院各自指定1~2名具有研究生学历的中医临床人员组成调查小组,进行现场调查。在调查之前,课题组负责编制调查手册并组织调查组成员进行研究内容、量表条目、填表要求、患者沟通方法等方面的学习培训。

2.3 统计学方法

利用EpiData 3.1建立数据库,实行双人双录入,经核对后转化为SPSS数据库,运用SPSS 19.0软件对数据进行统计分析。分别采用双百分法(两个构成比之积)进行权重系数分析^[3]、频数分析等。

3 结果

3.1 一般情况分布

340例患者中男186例,女154例;平均年龄(66.95±9.22)岁,其中39岁1例,40~49岁18例,50~59岁57例,60~69岁94例,70~79岁169例,80岁1例(注:出现39岁、80岁各1例的原因是入选后按照出生日期进行年龄核对时发现这2例患者分别与设定的40岁、79岁标准相差在30天以内,故未予排除);平均心衰病史(3.21±4.46)年;心功能分级:Ⅱ级36例,Ⅲ级183例,Ⅳ级121例;冠心病273例,高血压病219例,糖尿病112例,风湿性心脏病115例,心律失常38例,扩张型心肌病16例,心肌炎5例;汉族336例,满族2例,回族2例;工人64例,农民22例,干部27例,其他227例。

3.2 问诊、望诊、舌、脉象分布情况

问诊症状权重系数最大的前 5 项依次为气短、憋气、乏力、胸闷、喘息。望诊(舌象单列)权重系数最大的前 5 项分别为精神倦怠、面色无华、口唇紫绀、双目乏神、面色晦暗,反映了慢性心衰急性加重期患者气虚、血瘀的基本证候特点。舌象权重系数最大的前 5 项分别为舌质紫暗、舌红、舌苔少、舌有瘀点瘀斑、舌苔腻,反映了血瘀、气虚、阴虚、痰浊的基本证候特征。脉象频次最高的前 5 项分别为沉、细、弦、弱、结代。问诊、望诊、舌脉象具体分布情况见表 1~4。

表 1 慢性心衰急性加重期患者问诊症状分布情况

症状	频数	构成比 1 (%)	分值	构成比 2 (%)	权重系数 (%×%)
气短	325	95.6	1067	3.4	322.5
憋气	316	92.9	1061	3.4	311.9
乏力	309	90.9	983	3.1	282.5
胸闷	301	88.5	934	3.0	261.5
喘息	290	85.3	913	2.9	246.3
心慌	262	77.1	817	2.6	199.1
平卧困难	256	75.3	781	2.5	186.0
下肢沉重	253	74.4	702	2.2	165.2
腰膝酸软	247	72.6	670	2.1	153.9
下肢浮肿	226	66.5	642	2.0	135.0
咳嗽	230	67.6	599	1.9	128.1
咽干口燥	224	65.9	556	1.8	115.8
失眠	212	62.4	567	1.8	111.8
食欲差	204	60.0	541	1.7	102.7
口渴欲饮	216	63.5	471	1.5	94.6

注:构成比 1=该条目出现频数/各条目出现频数之和;构成比 2=该条目分值/各条目分值之和;权重系数=构成比 1×构成比 2

表 2 慢性心衰急性加重期患者望诊症状分布情况

症状	频数	构成比 1 (%)	分值	构成比 2 (%)	权重系数 (%×%)
精神倦怠	317	93.2	878	2.8	258.9
面色无华	289	85.0	724	2.3	194.6
口唇紫绀	279	82.1	658	2.1	170.8
双目乏神	271	79.7	677	2.1	170.6
面色晦暗	234	68.8	541	1.7	117.7
颈部青筋	123	36.2	258	0.8	29.5
面色白	123	36.2	249	0.8	28.5
颜面浮肿	102	30.0	197	0.6	18.7
面目黄染	39	11.5	78	0.2	2.8

注:构成比 1=该条目出现频数/各条目出现频数之和;构成比 2=该条目分值/各条目分值之和;权重系数=构成比 1×构成比 2

3.3 中医证候分布情况

3.3.1 中医证候要素分布 参考《中医症状鉴别诊断学》^[4]对以上信息进行病位、证素归类。结果显示,340 例慢性心衰急性加重期患者中医证候中虚

证证素出现频次由高到低依次为气虚 339 (99.7%),阴虚 193(56.8%),阳虚 147(43.2%);实证证素出现频次由高到低依次为血瘀 340(100%),水饮 298(87.6%),痰浊 190(55.9%)。提示慢性心衰急性加重期患者本虚以气虚最为常见,几乎可见于所有患者;标实以血瘀最多,所有患者均可见到;而单纯的气滞、血虚很少见到,常隐现于其他证素中。

表 3 慢性心衰急性加重期患者舌象分布情况

舌象	频数	构成比 1 (%)	分值	构成比 2 (%)	权重系数 (%×%)
舌质紫暗	291	85.6	698	2.2	188.9
舌红	188	55.3	421	1.3	73.6
舌苔少	189	55.6	397	1.3	69.8
舌有瘀点瘀斑	173	50.9	371	1.2	59.7
舌苔腻	136	40.0	326	1.0	41.2
舌体胖大	140	41.2	266	0.8	34.6
舌苔厚	113	33.2	253	0.8	26.6
舌苔黄	106	31.2	237	0.7	23.4
舌有齿痕	99	29.1	195	0.6	18.0
舌苔燥	84	24.7	176	0.6	13.8
舌苔滑	74	21.8	150	0.5	10.3

注:构成比 1=该条目出现频数/各条目出现频数之和;构成比 2=该条目分值/各条目分值之和;权重系数=构成比 1×构成比 2

表 4 慢性心衰急性加重期患者脉象分布情况

脉象	频次	构成比 (%)
脉沉	159	46.8
脉细	149	43.8
脉弦	122	35.9
脉弱	99	29.1
脉结代	88	25.9
脉涩	67	19.7
脉滑	67	19.7
脉数	53	15.6
脉迟	35	10.3
脉浮	17	5.0

3.3.2 中医不同证候要素组合 将以上证候要素进行不同组合可反映 340 例慢性心衰急性加重期患者中医证候的分布情况。表 5 示,慢性心衰急性加重期出现最多的中医证候是气虚血瘀证为 339 例 (99.7%),在此基础上合并水饮或痰浊者为 314 例 (92.4%)。

3.3.3 病位分布 表 6 示,340 例慢性心衰急性加重期患者的心、肾两脏均累及;涉及 3 脏者占 98.2%以上,最常见者为心、肾、肺;累及 4 脏者在 74.4%以上,最常见者为心、肾、肺、脾;累及 5 脏者占 50.6%。

表 5 慢性心衰急性加重期患者中医证候分布情况

证型	例数	构成比(%)
气虚血瘀	339	99.7
气虚血瘀兼水饮或痰浊	314	92.4
气虚血瘀兼水饮	298	87.6
气阴两虚兼血瘀	193	56.8
气虚血瘀兼痰浊	190	55.9
气阴两虚血瘀兼水饮或痰浊	179	52.6
气阴两虚血瘀兼水饮	169	49.7
气阳两虚血瘀	146	42.9
气阳两虚血瘀兼水饮或痰浊	133	39.1
气阳两虚血瘀兼水饮	128	37.6
气阴两虚血瘀兼痰浊	116	34.1
气阳两虚血瘀兼痰浊	75	22.1

表 6 慢性心衰急性加重期患者病位分布情况

病位	例数	构成比(%)
心	340	100
肾	340	100
肺	334	98.2
脾	255	75.0
肝	227	66.8
心肾肺	334	98.2
心肾脾	255	75.0
心肾肝	227	66.8
心肾肺脾	253	74.4
心肾肺肝	222	65.3
心肾肝脾	173	50.9
心肾肺肝脾	172	50.6

4 讨论

我国现代医学关于急性心衰的研究滞后,缺少基本的流行病学资料,成为影响我国心血管病急症治疗的一个薄弱环节^[5]。辨证论治是中医学诊疗疾病的核心理论,疗效优势的体现需建立在科学、规范的中医辨证治疗方案基础之上,辨证的准确性与规范性直接影响中医药的临床疗效。本研究运用临床流行病学和量表学的方法,对 340 例慢性心衰急性加重期患者的一般情况、中医四诊信息等内容进行多中心的现场调查与分析,旨在探索慢性心衰急性加重期的中医证候分布特征,明确该病的主要证候、次要证候、累及病位的排序情况,从而为中医临床辨证提供参考与依据。需要指出的是,由于舌象在临床实践中具有重要的辨证参考价值,所以相较于其他望诊信息我们对舌象进行了独立分析;同时,采用权重系数对问诊、望诊、舌诊信息进行重要性排序,相较于单独采用频次分析更为科学。权重系数是衡量评价指标重要性的一种指数值。在综合评价中,由于各指标的重要性各不相同,因此,权重系数的应

用会使综合评价更客观。权重系数不仅兼顾灵敏度,而且特异性较好,用双百分法不但计算简便,而且对数据没有特殊要求。权重系数越大,该指标的重要性程度越强^[3]。

研究结果显示,慢性心衰急性加重期中医证素分布,虚性证素以气虚为首,并存阴虚、阳虚,实性证候要素以血瘀为首,其次水饮、再次痰浊。中医证型的最基本特点是虚实夹杂,气虚血瘀可见于几乎所有证型,经常伴随水饮或痰浊,在此基础上合并阴虚、阳虚。研究显示,气虚血瘀兼水饮或痰浊证型可囊括总病例的 92.4%,如果进一步以气阴两虚血瘀兼水饮或痰浊、气阳两虚血瘀兼水饮或痰浊为证型对患者进行划分,可分别涵盖 52.6%、39.1% 的病例,能够囊括 91.7% 的病例。提示慢性心衰急性加重期患者气虚血瘀兼水饮或痰浊为最基本证型,可以进一步划分为气阴两虚血瘀兼水饮或痰浊、气阳两虚兼血瘀兼水饮或痰浊两个证型,这样可以执简驭繁,有利于指导临床选方用药。本研究结果与文献分析、专家调查及临床实际情况相符^[6-7],几乎所有慢性心衰急性加重期患者均存在气虚表现,阴虚及阳虚多由气虚发展而来,符合中医“年四十,而阴气自半也”的基本认识;血瘀证为最基本的证候,所有患者合并血瘀证,血瘀脉中,心失所养,这与冠心病是心衰主要病因的现代认识是一致的。

慢性心衰急性加重期心、肾两脏皆有累及,而五脏皆有累及者在一半以上。提示急性加重期患者病本在心,关乎肾,五脏皆及的特点。当前很多学者主张将证素分为病位要素(如心、肝、脾)及病性要素(如气滞、气虚、血虚)两大类,认为证型或证名是由病位要素+病性要素构成。病性的确是必不可少的基本要素,病位则是病性的有益补充,但在病证结合的体系中,由于疾病本身的特异性,特定疾病定位明确,此时在证候名称的组成中多不必要考虑病位,如慢性心衰急性加重期中医证型主要为气虚血瘀兼水饮或痰浊,这样表达更便于临床实用^[8]。

需要指出的是,对于多数非专门研究心衰的人员,常常会参考教科书或有关著作认识心衰相关中医证候,以至于对证型的认识产生混乱,在文字表述上似有区别、内涵似明确,但外延实较难把握。本研究的目的之一就是试图简化、规范复杂的证候名称,循名责实,使之切合临床实际及客观逻辑,便于把握应用。一阴一阳在这里正是基于临床实际及试验研究的高度概括表达。当然,“概括”就要牺牲某些细微的差别,因此要理解和尊重有关的不同学术观点,

例如对慢性心衰急性加重期有专家认为有必要进一步分为肾精亏损证、心阳欲脱等,但究其实质仍分别是气阴亏虚、气阳亏虚的严重状态,而此时患者往往处于更为危急重症状态,需要结合现代医学积极抢救,建议同样在把握上述原则的基础上加载中医辨证治疗。

在研究中也有一些问题需要进一步思考、解决,如尽管对参加调查人员进行了统一培训,但是某些具有中医特色的症状条目仍不易完全为西医院医生所理解,在执行起来难免有所偏差;我们尝试了运用权重系数对条目的重要性进行了排序,但是在对某些重要条目进一步赋予权重方面仍面临瓶颈;而且限于当前研究的客观水平,证素、证候的认定仍主要参考主观判断,确实存在影响结果客观性和准确性的因素。这些问题只能在不断地实践中解决,我们也会进一步利用课题数据库结合其他手段,如数据挖掘分析等技术进行探索。此外,由于人力物力所限,本次调查仅对我国华北部分地区进行了多中心的临床调查,在今后的工作中,希望能够在全国范围内开展多中心、大样本的慢性心衰急性加重期中医证候特征流行病学调查,以获取更加具有代表性和

普适性的中医病证信息,为进一步建立中医相关诊疗方案奠定基础。

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.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.
- [2] 崔小磊,毛静远,王贤良,等.心力衰竭中医证候流行病学调查表的设计[J].北京中医药,2009,28(3):179-181.
- [3] 吴崇胜,陈家旭,胡立胜. Delphi 法建立中医证候诊断标准中权重系数确定法新探—双百分法[J].中国中医基础医学杂志,2006,12(4):254-255.
- [4] 赵金铎.中医症状鉴别诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1984:3.
- [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.急性心力衰竭诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2010,38(3):195-208.
- [6] 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,2011,29(7):22-25.
- [7] 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,2009,23(2):31-33.
- [8] 毕颖斐,毛静远.证候要素概念刍议[J].中国中医药信息杂志,2012,19(8):6-7.

(收稿日期:2012-11-20;修回日期:2013-01-24)

[编辑:崔京艳]

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,满足广大基层医生对中医特色诊疗的需求,中国人体健康科技促进会医药科技专业委员会、世界针灸学会联合会世针针灸交流中心将于2013年8月23日至26日(23日报到),举办“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。

1. 该法以中医整体观念为基础,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。

2. 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(会讲、会操作、会诊疗)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。凡参加专修班学员的优秀论文,《世界中医药》杂志将优先发表或在当年增刊上发表。欲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。

3. 培训地点:世界针灸交流中心701会议室;住宿:绿景苑宾馆(距世界针灸交流中心100米)90元/床/天。乘车路线:从北京西站乘52路、从北京站乘52、29、674路、从北京南站乘特12路外环或乘84路,凡乘以上各路公交车者均到广渠门站下车,向西到“夕照寺大街东玖大厦B座701室”报到。

4. 回执地址与联系方式

(1)北京市朝阳区小营路19号财富嘉园A座301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:王炳岐、徐晖、赵和爱。

(2)北京广渠门内夕照寺大街东玖大厦B座7层,世界针灸学会联合会世针针灸交流中心。邮编:100061。电话:(010)87190518。邮箱:info@wfas-acu.org。手机:13051608026。联系人:邓爱英。