

中西医结合治疗急性脑出血的临床研究

——中医中风病诊疗规范研究之二

宋大桥 曹校校 俞小芬 楼建成 丁弘 潘海燕 韩彦文

(浙江省义乌市中医医院中风二科, 义乌, 322000)

摘要 目的:通过系列临床研究,体现我科中医药治疗急性脑出血的独特临床优势,并验证我科中医中风病诊疗方案的科学性、实用性、可重复性及可操作性。方法:将120例急性脑出血患者随机分为西医治疗组和中西医结合治疗组。通过对治疗前后血超氧化物歧化酶(Superoxide Dismutase, SOD)、脂质过氧化物血清丙二醛(MDA)、C反应蛋白(C-reactive Protein, CRP)、同型半胱氨酸(Homocysteine, HCY)指标的比较,分析比较2组患者之间在近期疗效方面的差异;通过对2组患者之间治疗前后的神经功能缺损评分、Barthel指数的比较,分析评价它们之间远期疗效的优劣。结果:近期指标:中西医结合治疗组的MDA、CRP、HCY比西医治疗组有明显下降($P < 0.05$), SOD升高($P < 0.05$), 优于西医治疗组。远期指标:中西医结合治疗组的神经功能缺损评分减低、Barthel指数提高比西医治疗组差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗急性出血性脑卒中比单纯西医治疗有明显的优势。

关键词 中风; 出血性脑卒中; 中医诊疗规范

Clinical Study on Integrative Medicine of Acute Cerebral Hemorrhage

Song Daqiao, Cao Xiaoxiao, Yu Xiaofen, Lou Jiancheng, Ding Hong, Pang Haiyan, Han Yanwen

(Yiwu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yiwu 322000, China)

Abstract Objective: To reflect the unique clinical advantages of Chinese medicine in treating acute cerebral hemorrhage and stroke, and to verify scientific, practical, repeatable and operability treatment programs in our department TCM. **Methods:** According to the random number table, 120 cases of patients with acute cerebral hemorrhage in our department were randomly divided into Western medicine treatment group ($n = 60$) and Chinese medicine combine with Western medicine therapy group ($n = 60$). Before and after treatment, blood superoxide dismutase, lipid peroxides in serum MDA, C-reactive protein, homocysteine indicators were observed. The difference between the short-term effect in terms of analysis and comparison of the two groups of patients were conducted; through the merits of the neurological deficit scores between the two groups of patients before and after treatment were observed, comparing the index, analysis and evaluation of long-term efficacy between them. **Results:** Recent indicators: Chinese medicine combine with Western medicine treatment group MDA, CRP, HCY decreased significantly ($P < 0.05$) than those in western medicine group, and SOD increased ($P < 0.05$), better than that of western medicine group. Long-term indicators: Chinese medicine combine with Western medicine neurological impairment score was lower intreatment group, Barthel index increased significantly differently than Western medicine treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Chinese medicine combine with Western medicine treatment of acute hemorrhagic stroke has a distinct advantage over applying Western medicine alone.

Key Words Stroke; Hemorrhagic stroke; Chinese medicine clinics specification

中图分类号: R255.2; R277.7 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2015.09.017

脑出血归属于中医“中风病”范畴,是临床常见的脑血管病之一,具有发病急、致残率高、致死率高的特点,是目前世界上导致人类死亡的三大主要疾病之一。当前,现代医学对脑出血的治疗手段单一,多采取脱水、脑保护及对症支持治疗,疗效一般。相对而言,中医学强调整体观念,辨证论治,在出血性脑卒中治疗方面,有明显的优势,长期的临床观察表明,中西医共同治疗出血性脑卒中是提高临床疗效的最佳选择,预后也较理想。侯氏^[1]等研究结果亦

提示中西医结合治疗能够促进急性期出血性中风患者脑神经功能恢复,降低致残率,疗效优于常规治疗。

因此,本研究旨在通过对我院120例急性脑出血患者的西医治疗组与中西医结合治疗组之间的实验室数据及近远期疗效比较,来分析评价中医在中风病规范化诊疗方面的优势。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 2009年3月至2011年12月之间,

到我院中风科就诊的患者,选取急性期(72 h 内)的患者,在患者自愿情况下,按接诊顺序的奇偶数随机分为西医治疗组和中西医结合治疗组,西医治疗组共 60 例,男 28 例,女 32 例,年龄 52 ~ 78 岁(71.46 ± 10.82 岁);中西医结合治疗组 60 例,中脏腑:闭证,阳闭 10 例,男性 5 例,女性 5 例,阴闭 9 例,男性 4 例,女性 5 例;脱证 9 例,男性 5 例,女性 4 例。中经络:肝风内动:肝火暴亢型 11 例,男性 6 例,女性 5 例。肝肾阴虚:风阳上扰型 9 例,男性 5 例,女性 4 例。肝风夹痰,热结腑实型 12 例,男性 6 例,女性 6 例。共计男 31 例,女 29 例,年龄 50 ~ 82 岁(70.46 ± 11.56)岁。经统计学处理,2 组病例在性别、年龄、病程等方面具有可比性,差异无统计学意义($P > 0.05$)

1.2 诊断及纳入标准 中医辨证分型诊断标准参照《中医病证分类与代码》及我科制订的中医诊疗规范。西医诊断标准参照 2005 年中国卫生部疾病控制司、中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病防治指南(试行)》,选择符合脑出血诊断标准者;所有患者通过头颅 CT 检查明确诊断。并具备下列条件:1)头颅 CT 确诊为脑出血,出血量为 20 ~ 30 mL,出血未破入脑室或蛛网膜下腔;2)发病 3 d 以内;3)初次发病,病前无任何卒中史及其他疾病引起的残疾;4)生命体征平稳。排除条件:1)脑疝或深度昏迷;2)手术治疗;3)合并心肺肝肾功能损害及严重精神疾病;4)合并血液系统疾病;5)颅内动脉瘤、动静脉畸形或肿瘤出血。

1.3 血肿体积测量 根据 CT 显示检查结果按照多田法计算,计算治疗第 7 天,第 14 天血肿体积。血肿体积:体积 = $\pi \times$ 长轴 \times 短轴 \times 血肿层面 / 6。

1.4 治疗方法 对照组治疗以脱水降颅压、抑酸护胃、营养神经等西医治疗,合并高血压和或糖尿病者按循证医学要求控制血压、血糖;治疗组在西医治疗的基础上采用我科中医诊疗规范要求的证型进行分型施治。具体治法:中脏腑根据正邪情况有闭证和脱证的区别。闭证以邪实内闭为主,属实证,急宜祛邪。脱证以阳气欲脱为主,属虚证,急宜扶正。闭证:根据有无热象,又有阳闭和阴闭之分。阳闭予安宫牛黄或羚羊角汤清肝熄风,辛凉开窍。阴闭予急用苏合香丸鼻饲,并用涤痰汤煎服豁痰熄风,辛温开窍。脱证予独参汤或参附汤,鼻饲益气回阳,救阴固脱。中经络:肝风内动:肝火暴亢型羚羊角钩藤汤化痰平肝熄风,化痰泻火。肝肾阴虚:风阳上扰型镇肝熄风汤或天麻钩藤饮加减滋阴潜阳,镇肝熄风。肝风

夹痰,热结腑实型黄连温胆汤或礞石滚痰丸合大承气汤化痰平肝化痰,通腑泻浊。

1.5 疗效判断

1.5.1 评分标准 根据日常生活活动指数 Barthel、《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》(全国第四届脑血管病学术会议通过)。1)基本痊愈:功能缺损评分减少 90% ~ 100%,病残程度为 0 级;2)显著进步:功能缺损评分减少 46% ~ 89%,病残程度为 I 级-II 级;3)进步:功能缺损评分减少 18% ~ 45%;4)无变化:功能缺损评分减少 17% 及以下;5)恶化:功能缺损程度评分增加;6)死亡。分别对患者病程第 0、30 天的神经功能严格评分。通过 2 组治疗前后临床神经功能缺损程度评分和 Barthel 指数评分的差值及变化率组间比较,判定治疗组和对照组疗效有无差别。

1.5.2 生化指标 抽取患者病程第 0、7 天外周静脉血,离心取血清,采用比色法测定 SOD、MDA 水平。SOD、MDA 试剂盒均购自南京生物工程研究所,操作步骤严格按照说明书进行。另第 0、7 天的血 CRP、HCY 浓度测定由我院检验科完成。

1.6 统计学方法 所有数据由另一组医生统计。对所有测量结果用 SPSS 11.0 软件包进行计算机统计学处理,数据采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

在治疗前,治疗组和对照组 SOD 及 MDA 水平差异均无统计学意义($P > 0.05$)。在治疗 7 d 后,2 组 SOD 及 MDA 水平组内治疗前后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗组 SOD 及 MDA 水平的治疗前后差值均明显大于对照组($P < 0.05$)。具体结果见表 1。

在治疗前,治疗组和对照组 CRP 及 HCY 水平差异均有统计学意义($P > 0.05$)。在治疗 7 d 后,2 组 CRP 及 HCY 水平组内治疗前后差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗组 CRP 及 HCY 水平的治疗前后差值均明显大于对照组($P < 0.05$)。具体结果见表 2。

在治疗前,治疗组和对照组神经功能缺损程度评分及 Barthel 指数评分差异均无统计学意义($P > 0.05$)。在治疗 30 d 后,2 组神经功能缺损程度评分及 Barthel 指数评分组内治疗前后比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗组神经功能缺损程度评分及 Barthel 指数评分的治疗前后差值均明显大于对照组($P < 0.05$)。具体结果见表 3。

表1 2组治疗前后MDA及SOD水平的变化($\bar{x} \pm s$)

时间	SOD (ng/mL)			MDA (ng/L)		
	治疗前	治疗7 d后	治疗前后差值	治疗前	治疗7 d后	治疗前后差值
治疗组(n=60)	50.01 ± 10.26	110.25 ± 9.87 [△]	58.49 ± 6.87*	20.07 ± 3.58	9.24 ± 2.34 [△]	10.92 ± 1.24*
对照组(n=60)	52.34 ± 11.88	90.43 ± 10.22	40.09 ± 5.81	19.66 ± 2.84	12.71 ± 3.05	7.04 ± 1.96

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与治疗组前比较,[△] $P < 0.05$ 。

表2 2组治疗前后CRP及HCY水平的变化($\bar{x} \pm s$)

时间	HCY (umol/L)			CRP (mg/L)		
	治疗前	治疗7 d后	治疗前后差值	治疗前	治疗7 d后	治疗前后差值
治疗组(n=60)	70.95 ± 11.27	31.29 ± 10.24 [△]	41.29 ± 7.59*	40.28 ± 9.36	10.54 ± 5.98 [△]	30.58 ± 4.29*
对照组(n=60)	71.58 ± 10.38	40.59 ± 11.15	30.74 ± 8.96	39.41 ± 8.24	16.73 ± 6.95	26.41 ± 5.69

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与治疗组前比较,[△] $P < 0.05$ 。

表3 2组治疗前后神经功能缺损程度评分及Barthel指数评分的变化($\bar{x} \pm s$)

时间	神经功能缺损程度评分			Barthel 评分		
	治疗前	治疗30 d后	治疗前后差值	治疗前	治疗30 d后	治疗前后差值
治疗组(n=60)	15.07 ± 5.89	5.39 ± 4.28 [△]	10.21 ± 3.16*	40.28 ± 14.17	86.77 ± 13.74 [△]	45.92 ± 14.07*
对照组(n=60)	16.19 ± 5.16	10.25 ± 5.04	6.17 ± 4.06	41.57 ± 15.91	60.27 ± 16.81	20.61 ± 15.29

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与治疗组前比较,[△] $P < 0.05$ 。

在治疗前,治疗组和对照组血肿体积差异无统计学意义($P > 0.05$)。在治疗7 d、14 d后,2组血肿体积组内治疗前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗组血肿体积的治疗前后差值均明显大于对照组($P < 0.05$)。具体结果见表4。

表4 2组治疗7 d、14 d后脑血肿体积变化($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗组(n=60)	对照组(n=60)
治疗前	25.87 ± 5.27	27.33 ± 6.26
治疗7 d后	18.77 ± 4.87*	21.54 ± 5.01
治疗14 d后	5.19 ± 3.88 [△]	11.69 ± 5.13
治疗7 d后与治疗前差值	8.09 ± 3.09 [▲]	5.47 ± 2.96
治疗14 d后与治疗前差值	21.67 ± 2.91 [□]	15.61 ± 3.07

注:与对照组比较,* $P < 0.05$,[△] $P < 0.05$;与治疗组前比较,[▲] $P < 0.05$,[□] $P < 0.05$ 。

3 讨论

出血性脑卒中(Intracerebral Hemorrhage, ICH)是指原发性非外伤性脑实质内出血,也称自发性脑出血,占急性脑血管病的20%~30%。归属于中医“中风”范畴。中风是危害人类健康的三大疾病之一,尽管多年来人们不断努力寻求中风的防治方法,但因现在社会环境的改变,人们生活方式、饮食结构的改变导致其发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高,其高达80%左右的致残率严重影响患者的生存质量^[2],故对中风的防治已成为当今世界医学和社会密切关注的课题。

目前现代医学方面排除有手术指征外,保守治疗除脱水降颅压、补液、维持电解质平衡、抑酸护胃

等常规治疗以外,没有其他更有效、更积极的手段。且在临床上,脑出血急性期应用止血药无明显临床价值^[3]。而中医中药运用其辨证论治的特色,临床治疗手段多样性和灵活性,具有独特的优势。中医学理论认为:“离经之血便是瘀”,脑出血之血肿属离经之血。瘀血会导致脑组织局部受压,血循环障碍,造成缺血缺氧坏死,导致神经功能缺损或丧失。脑部经络是脑脉气血运行的主要通路,是营养物质交换的场所,对维持脑组织和器官的生理功能起着重要作用,当有致病因素侵犯时会导致瘀血,因此离经之血会致脑卒中发生,有研究表明^[4]出血量越大,血瘀程度越重。而瘀血不去,则出血不止,新血不生,《血证论》有云“但凡血证总以祛瘀为要”。脑出血的发病机制在于血管壁的变化,脑出血后立即形成血肿,CT显示发病2~3 h后血肿已形成,一般不再扩大,6~7 h后仅为单纯血肿,故可施以活血化瘀治疗^[5]。活血化瘀是脑出血急性期的基本治则^[4,6],脑出血早期活血化瘀治疗,安全可行,疗程短且疗效显著,并能提高脑出血患者的生活质量,降低病残率,改善预后。而且中医活血类药物扩张微循环,增加血流量,有利于血肿的吸收。现代医家如王永炎^[7]认为“瘀血既是脑出血的病理基础,又是脑出血的病理性产物,因此在辨证论治的基础上活血化瘀贯穿了整个脑出血急性期的始终”。大量动物实验^[8]及临床研究^[9-10]表明,活血化瘀药对急性脑出血后脑水肿的疗效确切。张氏等^[11]研究结果也表明在西医综合处理的基础上加用了化瘀止血、涤

痰醒神、利水通腑的汤药,配合中药针剂,丸剂使用,对患者的意识和运动功能有显著的改善作用,整体疗效较好。关于开始用药时间及常用药物选择:出血性脑卒中,因部分患者在 24 h 内可有继续出血,我们起初使用活血止血药如三七粉,在发病 24 h 后或 3 d 后使用活血化瘀甚至破血类药物,如灯盏花、水蛭、虻虫类。

本研究将治疗组出血性脑卒中中医辨证分为两大类,分别为中脏腑和中经络。凡伴神志不清者属中脏腑,根据正邪情况,分闭证 19 例与脱证 9 例。闭证根据有无热象,又分阳闭 10 例和阴闭 9 例。伴神志清者属中经络,分属 3 个证型,分别为肝风内动,肝火暴亢型 11 例(18.3%),肝肾阴虚,风阳上扰型 9 例(15%),肝风夹痰,热结腑实型例 12(20%)。通过以上分型治疗,采用临床疗效及相关的实验室指标与对照组进行比较。

MDA 是自由基与生物膜多聚不饱和脂肪酸发生脂质过氧化的产物。其产生的量与自由基的量相平衡。因而测定 MDA 的量可反应自由基的水平。自由基的水平,因此对自由基清除是保护神经细胞膜结构完性的关键。SOD 为自由基的清除剂在清除自由基同时本身被消耗故它们的含量均可反映体内自由基的变化。从本实验结果表 1 可见:与治疗前相比,治疗 3 d 后 MDA 显著降低,且治疗 3 d 后中西医结合治疗组 MDA 明显低于西医治疗组($P < 0.05$);同时从表 1 可见:与治疗前相比,治疗 3 d 后 SOD 明显升高,且治疗 3 d 后中西医结合治疗组 SOD 明显高于西医治疗组($P < 0.05$)。患者 7 d 后,抗氧化指标 SOD 水平明显高于治疗前($P < 0.05$),脂质过氧化产物 MDA 水平明显低于治疗前($P < 0.05$),且与单纯西医治疗比较,加用中药的后的抗氧化效果更明显($P < 0.05$)。

CRP 是一种典型的急相反应蛋白,在感染、炎症反应和组织损伤时可迅速升高,是人体炎症反应最敏感的指标之一^[12]。HCY 是在细胞内由蛋氨酸脱甲基而生成的含硫氨基酸。轻度增高 HCY 血症就可引起炎症反应递质在动脉壁损伤局部的聚集,促进局部巨噬细胞的聚集,起到促炎作用,从而促进动脉粥样硬化的发展^[13]。

从表 2 可见:与治疗前相比,治疗 7 ~ 15 d 后 CRP、HCY 显著降低,且治疗 7 ~ 15 d 后中西医结合治疗组 CRP、HCY 明显低于西医治疗组($P < 0.05$)。

脑出血时脱水剂的应用,可使血黏度进一步增

高,影响脑循环,加重脑细胞的缺血缺氧,加重脑水肿,而应用活血化瘀药可促进血肿液化、吸收,减轻脑水肿。化瘀活血行血,使“瘀血得去”,而“新血得生”。药理研究表明^[14],我们常用的水蛭可促进脑血肿吸收,缩小血肿引起的脑组织实质细胞坏死的范围并可显著减低全血黏度和血浆黏度,缩短红细胞电泳时一间。中药的活血化瘀药(灯盏花、鸡血藤、豨莶草、红丹参等)可降低全血黏度,减轻红细胞压积,降低纤维蛋白原浓度,增加血浆中纤溶酶活性等从而发挥改善血液流变学、抑制血小板聚集和抗血栓的作用,促进并维持神经干细胞的增殖,抑制早期星形胶质细胞的过度表达从而修复神经组织功能。

因此,本研究在每个证中均加入灯盏花、水蛭等活血化瘀药,就是源于这样的药理基础。从表 3 可见:与西医组比较,治疗 15 d、30 d 后中西医结合组的总有效率明显升高,中西医结合治疗组,与治疗 15 d 后比,治疗 30 d 后,总有效率提高,神经功能缺损评分降低($P < 0.05$);与西医组比较,治疗 15 d、30 d 后中西医结合组 Barthel 指数明显升高,中西医结合治疗组,与治疗 15 d 后比,治疗 30 d 后,Barthel 指数明显升高($P < 0.05$),患者 30 d 后的神经功能缺损程度评分明显低于治疗前($P < 0.05$),且与对照组比较,加用中药治疗组的效果也要好于单纯的西医治疗患者($P < 0.05$)。由此我们认为,中医中药在治疗急性出血性脑卒中有显著的疗效,能促进患者的整体恢复,改善预后,提高患者的生活质量。

通过对各西医组及中西医结合组治疗前后患者的实验室指标及疗效的统计分析,得出两者比较有统计学意义,中西医结合组诊治脑卒中疗效明显优于纯西医组,说明我们辨证论治精确、分型合理、用药独到,体现中医药在中风病诊疗中的独特优势,以及我科制订的中风病诊疗规范的科学性、实用性、可操作性、可重复性,可在一定范围内推广应用,并进一步在今后的临床验证中优化中医中风病的诊疗方案。

参考文献

- [1]侯沛红,郑桥.中西医结合卒中单元对出血性中风患者神经功的影响[J].中国厂矿医学,2009,22(6):721-722.
- [2]王志静.脑卒中流行病学分析[J].中华流行病学杂志,2003,24(2):73-74.
- [3]Mayer SA. Intracerebral hemorrhage: natural history and rationale of ultra-early hemostatic therapy[J]. Intensive Care Medicine,2002,28(suppl 2):235-240.

[4] 商建军, 韩景光. 急性脑出血血瘀病机的研究状况[J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(5): 60.

[5] 赵耀东, 李军. 活血化瘀与脑出血急性期[J]. 甘肃中医学院学报, 2002, 19(4): 8.

[6] 江翠红, 丁爱国. 论活血化瘀是脑出血急性期的基本治疗原则[J]. 山东中医杂志, 2000, 19(5): 259 - 262.

[7] 王永炎. 关于提高脑血管疾病疗效难点的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(4): 195.

[8] 何武, 王恰如. 活血化瘀药治疗脑出血后脑水肿的实验研究进展[J]. 血栓与止血学, 2006, 12(4): 184.

[9] 陈苒靖. 脑出血急性期当重活血化瘀血[J]. 河北中医, 2003, 25(11): 821 - 822.

[10] Niessen F, Hilger T, Hoehn M, et al. Differences in clot preparation

determine outcome of recombinant tissue plasminogen activator treatment in experimental thromboembolic stroke [J]. Stroke, 2003, 34(8): 2019 - 2024.

[11] 张松青. 中西医结合治疗出血性中风急性期 48 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(28): 3467.

[12] 宋哲, 毕齐, 王力锋. 急性缺血性卒中与氧化应激、炎症反应标志物[J]. 中国动脉硬化杂志, 2009, 17(9): 787.

[13] Hankey GJ, Eikelboom JW. Homocysteine and vascular disease [J]. Lancet, 1999, 354(9176): 407 - 413.

[14] 严宝光. 水蛭对实验性脑水肿及皮下水肿的影响[J]. 中西医结合杂志, 1986, 6(7): 407.

(2014 - 10 - 28 收稿 责任编辑: 王明)

第四届传统医学与现代医学比较国际学术大会第一轮会议通知

为促进各民族传统医学相互之间及与现代医学的比较、继承、发展与融合, 进一步弘扬民族传统医学文化, 发扬传统医学与现代医学整合在诊治疾病方面的优势, 扩大中国传统医学在国内外的影响力, 加强国际间的学术交流与合作, 促进传统医学融入现代医学, 由复旦大学、复旦大学附属华山医院、中国中西医结合学会呼吸病专业委员会、《中国医学人文》杂志、云南省人民政府扶贫开发领导小组办公室、新疆医科大学、新疆维吾尔医学专科学校、内蒙古自治区蒙中医药管理局、甘肃省中医药管理局、青海省果洛藏族自治州卫生和计划生育委员会、东中西部区域发展和改革研究院主办, 复旦大学附属华山医院、云南省西双版纳傣族自治州和云南省滇西技术大学承办的“第四届传统医学与现代医学比较国际学术大会”将于 2015 年 11 月 26 日 - 30 日(11 月 26 日报到, 29 - 30 日参观或撤离)在中国云南省西双版纳傣族自治州召开。

本次国际学术大会的目的在于构建多种民族传统医学之间及与现代医学比较研究的学术交流平台, 通过相互之间全方位的比较与交流, 促进彼此之间的认识、交融与提高, 吸取各民族传统医学的精华, 促进中国传统医学体系的构建和人类共同医学文明的发展。本次国际学术大会的宗旨是认识、交流、比较和融合, 而会议的基本主题是相互认识、提高水平、促进融合、更好地为人类服务。另外, 根基于传统医学理论的药物和天然药物研发成果的介绍也是本次国际学术大会的重要内容。大会将分别以特邀报告、专题讲座、院士论坛、壁报交流、卫星会等多种形式就会议主题进行学术交流, 并积极介绍目前民族传统医学与现代医学诊治常见疾病中的新方法、新药物等最新研究成果。参加本届传统医学与现代医学比较国际学术大会授予 I 类学分 10 分。

大会征文围绕本次大会的主题, 征求有关各民族传统医学(包括汉医、藏医、维医、蒙医、傣医、回医、苗医、壮医等)构成要素(包括临床实践、文化特征、古典哲学、宗教特征和历史背景的演变)方面的文章; 征求各民族传统医学与现代医学认识和干预优势病种进展及比较方面的文章; 征求涉及传统药物及天然药物(包括汉药、藏药、维药、蒙药、傣药、回药、苗药、壮药等)研究与开发进展的文章。要求: 1 凡未在国内外刊物上公开发表过的论文均可投稿。2 所提交的论文原则上为英文全文, 在特殊情况下可使用中文、维语、藏文或其它语言文字, 但需附 300 字左右英文摘要, 并注明论文题目、作者、工作单位、通讯地址、邮政编码。3 论文需用 word 格式排版, 小四号字, 1.5 倍行距, 标准字间距。4 参会论文以附件形式发送电子邮件至 jcdong2004@126.com。5 若无条件上网提交论文者, 请将论文用软盘邮寄至大会组委会秘书处。截稿日期: 2015 年 10 月 20 日(以邮戳或电子邮件寄出时间为准, 逾期恕不受理)。

本届传统医学与现代医学比较国际学术大会的会务费用为 130 美元或人民币 800 元, 会务费用包括资料费、餐费等, 住宿费用等自理。参加本届传统医学与现代医学比较国际学术大会授予 I 类学分 10 分。联系人: 董竞成, 联系地址: 上海市乌鲁木齐中路 12 号复旦大学附属华山医院(邮编 200040), 联系电话: 021 - 52888301, 手机: 13601761761, 传真: 021 - 52888265, 电子邮件: jcdong2004@126.com; 李璐璐, 联系地址: 上海市乌鲁木齐中路 12 号复旦大学附属华山医院(邮编 200040), 联系电话: 021 - 52888301, 手机: 13816862497, 传真: 021 - 52888265, 电子邮件: lululeehui@163.com