

# 温阳通脉方联合抗抑郁药及认知行为干预 对恐惧性姿势性眩晕患者的临床研究

李志强<sup>1</sup> 邢红霞<sup>2</sup>

(新乡医学院第一附属医院, 新乡, 453100)

**摘要** 目的:探讨温阳通脉方联合抗抑郁药及认知行为干预治疗恐惧性姿势性眩晕(PPV)的临床疗效。方法:选取 2015 年 6 月至 2017 年 6 月新乡医学院第一附属医院收治的 PPV 患者 78 例作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 39 例,对照组采用抗抑郁药及认知行为干预治疗,观察组在对照组基础上给予温阳通脉汤加减治疗,连续治疗 4 周,随访 6 个月。治疗前后采用国际眩晕评分量表(DHI)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评定患者的临床症状及心理状态改善情况,检测并比较 2 组治疗前后凝血功能指标变化,统计 2 组临床疗效及随访期间复发情况。结果:治疗后,观察组临床总有效率 89.74%,明显高于对照组的 69.23% ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组躯体症状评分、心理因子评分、社会功能评分、DHI 总分、HAMD 评分及 HAMA 评分均较治疗前明显下降 ( $P < 0.01$ ),且观察组各项评分均低于对照组 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。治疗后对照组各项凝血功能指标无明显变化 ( $P > 0.05$ ),观察组 PT、APTT 明显延长,且长于对照组, FIB 及 D-D 水平明显降低,且低于对照组 ( $P < 0.01$ )。随访期间,观察组、对照组复发率分别为 12.82%、17.95%,2 组间复发率差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论:PPV 患者在抗抑郁药及认知行为干预的基础上应用温阳通脉方治疗效果显著,不仅有效降低患者各种负面情绪,同时改善了血液高凝状态及眩晕症状,具有一定的临床推广价值。

**关键词** 恐惧性姿势性眩晕;温阳通脉方;认知行为干预;焦虑;抑郁

## Clinical Study on Wenyang Tongmai Decoction Combined with Antidepressants and Cognitive Behavior Intervention on Phobic Postural Vertigo Patients

Li Zhiqiang<sup>1</sup>, Xing Hongxia<sup>2</sup>

(First Affiliated Hospital of Xinxiang Medical College, Xinxiang 453100, China)

**Abstract Objective:** To explore the clinical effect of Wenyang Tongmai Decoction combined with antidepressants and cognitive behavior intervention on phobic postural vertigo (PPV) patients. **Methods:** A total of 78 cases of PPV patients in First Affiliated Hospital of Xinxiang Medical College from June 2015 to June 2017 were selected and randomly divided into the control group ( $n = 39$ ) and the observation group ( $n = 39$ ). The control group was treated with antidepressants and cognitive behavior intervention, and the observation group was treated with Wenyang Tongmai Decoction on the basis of the control group, and continuously treated for 4 weeks, followed up for 6 months. The clinical symptoms and mental status of the patients were assessed by the Dizziness Handicap Inventory (DHI), the Hamilton Depression Scale (HAMD) and the Hamilton Anxiety Scale (HAMA) before and after treatment, the changes of coagulation function before and after treatment were detected and compared. The clinical efficacy and recurrence of the 2 groups were analyzed. **Results:** After treatment, the total effective rate in the observation group was 89.74%, which was significantly higher than 69.23% in the control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, physical symptoms, psychological factor scores, social function scores, DHI total score, HAMD score and HAMA score in the 2 groups were significantly decreased than before treatment ( $P < 0.01$ ), and the scores in the observation group were lower than the control group ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). After treatment, there was no significant change in the coagulation function of the control group ( $P > 0.05$ ), compared with before treatment and the control group, the levels of PT and APTT in the observation group prolonged, the levels of FIB and D-D were significantly decreased than before treatment and lower than the control group ( $P < 0.01$ ). During the follow-up period, the relapse rates of the observation group and the control group were 12.82% and 17.95% respectively, and there was no significant difference between the 2 groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Wenyang Tongmai Decoction combined with antidepressants and cognitive behavior intervention on PPV has significant curative effects, which can improve the patients' vertigo symptoms and hypercoagulable state of blood, reduce the negative emotions such as anxiety and depression, and have certain clinical promotion value.

**Key Words** Phobic postural vertigo; Wenyang Tongmai Decoction; Cognitive behavior intervention; Anxiety; Depression

中图分类号: R255.3 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.04.045

恐惧性姿势性眩晕(Phobic Postural Vertigo, PPV)是临床慢性头晕患者的常见病因之一,患者多数前庭功能正常,但疾病发作时会出现主观上的步态不稳及摇晃感,通常并无神经系统阳性体征;中年人群为PPV主要发患者群<sup>[1]</sup>。Staab J P等研究表明<sup>[2]</sup>,PPV实质是一种神经精神性眩晕,主要因患者常伴有焦虑、抑郁等精神心理疾患,临床常与良性阵发性位置性眩晕(Benign Paroxysmal Positional Vertigo, BPPV)相混淆。从中医学的角度分析,PPV属“眩晕”范畴,风、火、痰、瘀、虚等为其病机,温阳通脉方具有健脾益气、活血养血的功效,治疗脾肾阳虚型眩晕具有显著疗效<sup>[3]</sup>。在长期临床实践中,笔者在抗抑郁及认知行为干预治疗的基础上,充分发挥中医治疗眩晕的优势,同时结合温阳通脉方治疗PPV,极大地改善了患者的临床症状,效果显著。现将治疗方法及结果整理报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年6月至2017年6月新乡医学院第一附属医院收治的PPV患者78例为研究的研究对象,按照随机数字表法随机分为对照组和观察组,每组39例。对照组中男27例,女12例;年龄39~75岁,平均年龄( $56.92 \pm 4.52$ )岁;病程3个月至6.27年,平均病程( $3.66 \pm 2.11$ )年;合并高血压17例,糖尿病12例,颈椎病10例,高血脂10例,冠心病7例;轻度眩晕14例,中度眩晕19例,重度眩晕6例;观察组中男26例,女13例;年龄38~74岁,平均年龄( $57.89 \pm 4.75$ )岁;病程3个月至6.46年,平均病程( $3.43 \pm 2.33$ )年;合并高血压16例,糖尿病14例;颈椎病12例,高血脂12例,冠心病8例;轻度眩晕14例,中度眩晕20例,重度眩晕5例;2组基线数据比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),组间具有可比性。本研究经新乡医学院第一附属医院医学伦理委员会审批同意(伦理审批号:20150420)。

1.2 诊断标准 中医诊断参照《眩晕》<sup>[4]</sup>和《中医内科常见病诊疗指南-中医病证部分》<sup>[5]</sup>进行诊断,属脾肾阳虚型眩晕,病参照国外PPV的相关诊断标准<sup>[6]</sup>进行诊断:1)站立或行走时出现主观失衡与短暂的头晕;2)病程持续时间长,通常为急性发作,对社交场合或周围环境敏感性高;3)通常伴有焦虑、抑郁及自主神经症状等表现;4)对疾病有恐惧性回避,精神压力较大,且具有强迫型人格特质;5)有原发性前庭功能障碍史。

1.3 纳入标准 符合1.2中的诊断标准;年龄35~

75岁者;所有患者均签署知情同意书。

1.4 排除标准 头颅影像学检查异常者;合并慢性中耳炎及中枢神经系统疾病者;伴有严重的肝肾及心脑血管急慢性病者;妊娠或哺乳期女性;对治疗中所用药物有过敏现象者等。

1.5 脱落与剔除标准 治疗依从性差无法完成整个治疗者;中途主动退出本次研究者;因服用其他药物影响本研究结果者等。

1.6 治疗方法 2组患者均给予甲磺酸倍他司汀片[卫材(中国)药业有限公司,国药准字H20040130],6 mg/次,3次/d,饭后服用;艾司西肽普兰(山东京卫制药有限公司,国药准字H20080599),10 mg/次,1次/d,连续治疗4周。认知行为干预疗法:1)认知教育:帮助患者建立正确的疾病及自我认知模式,了解患者的个性特征及对疾病的认知,引导其向积极的情绪转变。2)心理及情感关爱:制定针对性的心理护理方案,获得患者的信任,促使患者积极配合治疗工作的开展,注重沟通时的态度、语气。3)行为强化:改变患者不良的心理行为习惯,讲解治疗效果显著的病例,指导其正确的看待事物,积极面对治疗中遇到的问题。30~50 min/次,1次/周,连续治疗4周。观察组在上述治疗的基础上给予温阳通脉方:熟地黄、生地黄、山药、山茱萸、黄芪、炙甘草各15 g,丹参、制附子、肉桂、鹿角胶、当归、人参、阿胶、桂枝各10 g,每日1剂,以水煎至200 mL,分早晚2次温服,连续治疗28 d。辨证加减:急躁易怒且舌质淡红、苔薄白、脉弦者,加柴胡、郁金、木香等;舌干红,少苔,脉弦细,夜不能寐者,加酸枣仁、麦冬等。2组患者均随访6个月,统计复发情况。

1.7 观察指标 采用国际眩晕评分量表(DHI)评价患者治疗前后临床症状改善情况,主要包括眩晕、情感、功能及躯体,分数越低患者病情程度越低;采用汉密尔顿焦虑自评量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁自评量表(HAMD)评定心理状态,分值越高,患者焦虑、抑郁状态越严重;采集2组患者治疗前后空腹静脉血4 mL,枸橼酸钠抗凝剂处理后,离心分离血浆,检测凝血指标,主要包括凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血酶原时间(APTT)、纤维蛋白原(FIB)及D-二聚体(D-D)等;统计治疗后随访期间患者复发情况。

1.8 疗效判定标准 参照《良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估方案》<sup>[7]</sup>自拟疗效评价标准。经过治疗患者眩晕及其他临床症状均完全消失为痊愈;经过治疗,患者变换头部位置后仍有头昏症状,

表 1 2 组患者临床疗效比较[例( % )]

| 组别                  | 痊愈        | 有效        | 无效        | 总有效率        |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 对照组( <i>n</i> = 39) | 7(17.95)  | 20(51.28) | 12(30.77) | 27(69.23)   |
| 观察组( <i>n</i> = 39) | 13(33.33) | 22(56.41) | 4(10.26)  | 35(89.74) * |

注:与对照组比较, \* *P* < 0.05

表 2 治疗前后 2 组患者 DHI 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别                  | 躯体症状评分          | 心理因子评分          | 社会功能评分           | DHI 总分           |
|---------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| 对照组( <i>n</i> = 39) |                 |                 |                  |                  |
| 治疗前                 | 17.43 ± 2.57    | 20.75 ± 2.38    | 15.63 ± 7.57     | 50.48 ± 6.45     |
| 治疗后                 | 1.53 ± 1.07 **  | 1.26 ± 1.17 **  | 2.24 ± 1.27 **   | 4.26 ± 1.37 **   |
| 观察组( <i>n</i> = 39) |                 |                 |                  |                  |
| 治疗前                 | 17.67 ± 2.48    | 21.74 ± 2.43    | 17.65 ± 6.56     | 52.67 ± 6.69     |
| 治疗后                 | 1.14 ± 0.58 **△ | 0.75 ± 0.85 **△ | 1.24 ± 1.03 **△△ | 2.75 ± 0.46 **△△ |

注:与治疗前比较, \*\* *P* < 0.01, 与对照组比较, △ *P* < 0.05, △△ *P* < 0.01

不平衡感及轻微短暂眩晕感,但较治疗前明显减轻为有效;治疗后眩晕发作次数无减少,症状无减轻甚或加重为无效。总有效率 = (痊愈 + 有效)例数/总例数 × 100%。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 *t* 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用  $\chi^2$  检验;以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效比较 观察组治疗后统计结果显示其临床总有效率为 89.74%,明显高于对照组的 69.23% (*P* < 0.05)。见表 1。

2.2 治疗患者前后 2 组患者 DHI 评分比较 治疗后 2 组躯体症状评分、心理因子评分、社会功能评分及 DHI 总分均较治疗前明显下降(*P* < 0.01);其中观察组各项评分及 DHI 总分均低于对照组(*P* < 0.05 或 *P* < 0.01)。见表 2。

2.3 治疗前后 2 组患者 HAMD、HAMA 评分比较 治疗后 2 组 HAMD、HAMA 评分均较治疗前明显下降(*P* < 0.01),其中观察组各项评分均低于对照组(*P* < 0.05 或 *P* < 0.01)。见表 3。

2.4 治疗前后 2 组患者凝血功能指标变化 治疗后对照组各项凝血功能指标无明显变化(*P* >

0.05),观察组 PT、APTT 明显延长,且长于对照组, FIB 及 D-D 水平明显降低,且低于对照组(*P* < 0.01)。见表 4。

2.5 治疗后复发率比较 随访 6 个月期间,观察组、对照组复发率分别为 12.82%(5/39)、17.95%(7/39),2 组间复发率比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。

3 讨论

PPV 是在躯体疾病、精神因素等多种因素作用下导致的一种病态性代偿症候,Bisdorff 等<sup>[8]</sup>研究后认为,PPV 并非属于单纯的神经耳科疾病;患者对周围物体运动高度敏感,但神经影像学检查及行为评估通常正常,情感障碍及高焦虑特质可提高临床

表 3 治疗前后 2 组患者 HAMD、HAMA 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别                  | HAMD 评分         | HAMA 评分          |
|---------------------|-----------------|------------------|
| 对照组( <i>n</i> = 39) |                 |                  |
| 治疗前                 | 3.72 ± 2.74     | 14.48 ± 2.95     |
| 治疗后                 | 1.48 ± 0.74 **  | 6.44 ± 1.17 **   |
| 观察组( <i>n</i> = 39) |                 |                  |
| 治疗前                 | 3.87 ± 2.85     | 15.15 ± 2.59     |
| 治疗后                 | 1.11 ± 0.75 **△ | 4.35 ± 1.36 **△△ |

注:与治疗前比较, \*\* *P* < 0.01, 与对照组比较, △ *P* < 0.05, △△ *P* < 0.01

表 4 治疗前后 2 组患者凝血功能指标变化( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别                  | PT(s)             | APTT(s)           | FIB(g/L)         | D-D(μg/mL)       |
|---------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
| 对照组( <i>n</i> = 39) |                   |                   |                  |                  |
| 治疗前                 | 9.76 ± 1.94       | 28.93 ± 7.24      | 4.14 ± 1.36      | 1.74 ± 0.67      |
| 治疗后                 | 9.33 ± 2.05       | 29.65 ± 8.03      | 3.85 ± 1.27      | 1.62 ± 0.55      |
| 观察组( <i>n</i> = 39) |                   |                   |                  |                  |
| 治疗前                 | 9.56 ± 1.36       | 29.14 ± 7.55      | 4.35 ± 1.97      | 1.74 ± 0.72      |
| 治疗后                 | 12.55 ± 2.24 **△△ | 33.74 ± 7.93 **△△ | 2.52 ± 1.43 **△△ | 0.84 ± 0.45 **△△ |

注:与治疗前比较, \*\* *P* < 0.01, 与对照组比较, △△ *P* < 0.01

PPV 的发病风险<sup>[9-10]</sup>。Obermann 等<sup>[11]</sup> 研究结果显示,PPV 占 3 113 例眩晕患者的 23%;BPPV 占 14%,其他主要治病因素包括梅尼埃病、单侧前庭病、前庭中枢性疾病、前庭性偏头痛等。精神心理因素在 PPV 的发生发展过程中起关键作用,持续的眩晕可激活机体威胁-焦虑系统,使易感人群向持续性姿势-知觉性头晕或 PPV 发展。王霞等<sup>[12]</sup>、陈淑燕等<sup>[13]</sup> 研究表明,个人认知程度可决定其情绪和行为,认知行为疗法可通过改变人的认知和观念来纠正不良情绪和行为。

中医认为瘀血内停、气血亏虚导致眩晕的发生,血溢于脉则为离经之血,当以益气养血、燥湿化痰为治<sup>[14-15]</sup>。杨仁斋指出“瘀血致眩,肝肾阴虚,以肾为本”,“癖滞不行,皆能眩晕”,《丹溪心法》中“无痰不作眩”,痰饮可致眩晕形成痰瘀互结,痰瘀相关与津液同源相似,津液与血,均属阴精,津液留滞即为痰为瘀<sup>[16-17]</sup>。温阳通脉方将炙甘草汤及右归饮合方,炙甘草汤可滋阴复脉、益气养血,对气虚血少型心律失常证等缺血性心脑血管病治疗效果显著;右归饮为温肾之经典方剂,对水肿、头痛、腰痛、遗精、不孕、阳痿、月经带下等脾肾阳虚型诸疾证均有良好治疗作用;温阳通脉方将 2 方合用,兼补气血阴阳,阴中求阳、补而不滞,同时具有开窍醒神、宁神益智的良好功效<sup>[18]</sup>。周晓伟<sup>[19]</sup> 应用温阳通脉颗粒治疗脾肾阳虚型缺血性中风合并轻度血管性认知障碍患者,明显改善了患者的中医症状,提高了患者的认知水平及日常生活自理能力,且安全性高。本研究结果中,治疗后,观察组临床总有效率 89.74%,明显高于对照组的 69.23%;治疗后 2 组躯体症状评分、心理因子评分、社会功能评分、DHI 总分、HAMD 评分及 HAMA 评分均较治疗前明显下降,且观察组各项评分均低于对照组。表明温阳通脉方联合抗抑郁药及认知行为干预可有效改善 PPV 患者的临床症状,并通过整体调节患者身体功能的途径进而增强患者的心理状态,降低抑郁焦虑等不良情绪的程度。另外本研究结果显示,治疗后对照组各项凝血功能指标无明显变化,而观察组 PT、APTT、FIB 及 D-D 等凝血功能指标水平有了显著的改善,表明 PPV 患者的治疗中加用温阳通脉方可更有效的改善患者血液高凝状态,改善血流动力学,提高脑组织局部血流灌注,缓解临床症状,可能与温阳通脉方中阿胶、丹参、肉桂、制附子可抗血小板聚集、改善血液循环<sup>[20]</sup>;当归可保护心肌缺血、增加冠脉血流量;黄芪和红参可抗脑缺血损伤;山茱萸及山药可抗氧化等药物作用

有极大的相关性<sup>[21]</sup>。与张波等<sup>[3]</sup> 研究结果相一致。

综上所述,在抗抑郁药及认知行为干预的基础上,PPV 患者联合应用温阳通脉方治疗效果显著,不仅有效降低患者各种负面情绪,同时改善了血液高凝状态及眩晕症状,具有一定的临床推广价值。

#### 参考文献

- [1] 武霞,戚晓昆. 恐惧性姿势性眩晕的研究进展[J]. 中华神经科杂志,2016,49(12):980-982.
- [2] Staab JP, Rohe DE, Eggers SD, et al. Anxious, introverted personality traits in patients with chronic subjective dizziness[J]. J Psychosom Res, 2014, 76(1):80-83.
- [3] 张波,鲍远程,陈怀珍,等. 温阳通脉颗粒治疗椎-基底动脉供血不足脾肾阳虚型眩晕的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2007,5(7):585-586.
- [4] 黄如训. 眩晕[M]. 2 版. 西安:第四军医大出版社,2008:109-119.
- [5] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南——中医病症部分[S]. 北京:中国中医药出版社,2008:43-46.
- [6] Brandt T. Phobic postural vertigo[J]. Neurology, 1996, 46(46):1515-1519.
- [7] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉科学分会. 良性阵发性位置性眩晕的诊断依据和疗效评估(2006 年,贵阳)[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,42(3):163-164.
- [8] Bischoff AR, Staab JP, Newman-Toker DE. Overview of the International Classification of Vestibular Disorders[J]. Neurol Clin, 2015, 33(3):541-50, vii.
- [9] Wuehr M, Brandt T, Schniepp R. Distracting attention in phobic postural vertigo normalizes leg muscle activity and balance[J]. Neurology, 2017, 88(3):284-288.
- [10] Palm U, Kirsch V, Kübler H, et al. Transcranial direct current stimulation(tDCS) for treatment of phobic postural vertigo: an open label pilot study[J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2019, 269(2):269-272.
- [11] Obermann M, Bock E, Sabev N, et al. Long-term outcome of vertigo and dizziness associated disorders following treatment in specialized tertiary care: the Dizziness and Vertigo Registry( DiVeR) Study[J]. J Neurol, 2015, 262(9):2083-2091.
- [12] 王霞,杨敏. 基于认知行为疗法的自助干预在抑郁患者中的应用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2016,25(5):404-409.
- [13] 陈淑燕,谢雅鹃,黄薛冰,等. 集体认知行为治疗对广泛性焦虑障碍疗效的随机对照研究[J]. 中国心理卫生杂志,2017,31(3):177-182.
- [14] 汤伟,周亮,范晓晔. 自拟定眩汤加减配合足底穴位敷贴治疗眩晕症 100 例疗效观察[J]. 世界中医药,2016,11(3):1289-1289.
- [15] 田永衍,胡蓉,赵小强.《黄帝内经》眩晕证治探讨[J]. 南京中医药大学学报,2017,33(2):109-111,176.
- [16] 陶晶,孙涛,唐庆波,等. 益气活血清脑汤联合高压氧治疗气虚血瘀型眩晕的疗效观察[J]. 基因组学与应用生物学,2017,36(1):30-33.
- [17] 邹春晓. 补肾清肝方不同剂型对高血压阴虚阳亢证患者血压变

- 异性及血管内皮功能的干预效应研究[D]. 北京:中国中医科学院,2013.
- [18] 朱家艳. 温阳通脉方治疗非痴呆型血管性认知功能障碍的临床疗效及作用机制研究[J]. 中国医药导刊,2016,18(4):381-382.
- [19] 周晓伟. 温阳通脉颗粒治疗缺血性中风合并轻度血管性认知障碍脾阳虚型的临床研究[D]. 合肥:安徽中医药大学,2015.

- [20] 刘聪燕,瞿鼎,黄萌萌,等. 中药配方颗粒掩味技术研究的思考[J]. 中华中医药杂志,2016,23(9):3658-3661.
- [21] 郭辉. 温阳通脉方联合氯吡格雷治疗不稳定型心绞痛临床观察[J]. 陕西中医,2017,38(6):692-693.

(2019-01-10 收稿 责任编辑:王明)

## 世界中医药前沿论坛第一轮会议通知

为了响应国家建设 21 世纪“海上丝绸之路”“振兴中医药”的宏伟战略目标,贯彻中共中央、国务院印发《粤港澳大湾区发展规划纲要》精神,打造高水平科技创新载体和平台,由世界中医药学会联合会、北京中医药大学联合主办,深圳市坪山区人民政府、《世界中医药》杂志社、共同承办,拟于 2019 年 6 月 29-7 月 2 日在广东省深圳市坪山高新区综合服务中心召开“世界中医药前沿论坛”,并在此期间同时召开《世界中医药杂志》(WJTCM)英文版第二届编委会换届会议。

深圳市坪山区在人民政府的带动下,深入实施创新驱动发展战略,深度融入粤港澳大湾区建设,在中医药全面进驻粤港澳大湾区的建设中发挥着至关重要的作用,本次大会将助力坪山区打造高质量发展可持续发展的创新坪山,在更高起点、更高层次、更高目标上加快推进深圳市东部中心建设,以丰富的内容搭建内陆与港澳沿线地区中医药产业全方位合作新平台,构建新常态下对外开放新格局,并为中国中医药健康服务产业走向世界打通一条海上通道。

### 一、组织结构:

主管单位:国家中医药管理局

主办单位:世界中医药学会联合会

北京中医药大学

承办单位:深圳市坪山区人民政府

《世界中医药》杂志社

协办单位:深圳市宝安中医院(集团)

### 二、会议总体安排

大会主题:创新、协作、共享、发展

会议时间:2019 年 6 月 29 日-7 月 2 日

报到时间:2019 年 6 月 29 日上午 8:00-下午 10:30

会议地点:深圳市坪山高新区综合服务中心

### 三、参会对象

- 1、国家、广东省、深圳市、区政府中医药相关部门领导;
- 2、中医药领域院士、国内外著名大学和科研院所领导及知名专家、教授和学者;
- 3、坪山区中医药企业高层管理人员;
- 4、国内外中医药产业界翘楚及领军人物;
- 5、国内外投融资机构、银行、律师事务所等嘉宾;
- 6、医疗机构、国内外孵化器机构、中医药行业服务平台等第三方服务机构相关负责人;

### 四、前沿论坛主要会议内容

- 1、院士专家沙龙;
- 2、中医药政策论坛;
- 3、前沿论坛主题报告(100 多位国内外中医药特邀专家进行“世界中医药前沿论坛”会议学术报告);
- 4、合作项目签约仪式;

5、资本助力中医药产业创新与发展专场路演与成果转化洽谈会;

6、国际产学研公共服务平台协同与创新;

7、国际产学研对接闭门会议(设立中医药企业、产业投资机构与专家闭门会议,解决中医药科研医疗与产业发展关键问题);

8、《世界中医药杂志》英文版第二届编委会换届会议;

### 五、大会征文

1、中医药基础理论、临床及发展战略研究;

2、针灸基础与临床应用研究;

3、中医药国际化;

4、中药资源保护、开发利用及可持续发展;

5、中药基础研究、临床应用、中药炮制、中药分析与标准等。

### 六、产学研交流

1、主题报告会:以“创新、协作、共享、发展”为主旋律,促进粤港澳大湾区中医药事业健康、有序发展。

2、分会场报告会:(1)中药创新与产业发展前沿论坛;(2)中医基础与临床研究前沿论坛;(3)针灸疗效与机制探索前沿论坛;(4)民族医药与健康产业前沿论坛;(5)中医药产业创新与发展专场路演;(6)大产业经验总结与未来战略专场。

3、卫星会:集成学术资源,开展务实高效的学术交流,通过医和药的交叉融合,推进药学服务价值提升。

4、授予学分:参会人员可获国家级继续医学教育 I 类学分 8 分,国家级继续教育项目 II 类学分 6 分。

### 七、展览展示

1、中医药展览会(中医药企业、产品、科研、教育、技术等会展);

2、中医药专场推介洽谈会。

### 八、联系方式

1、地址:北京市朝阳区小营路 19 号财富嘉园 A 座 303

2、大会秘书处:E-mail:wjtcmmoffice@vip.126.com

电话:010-58239055,010-58650023,010-58650507

3、编委会会议及前沿论坛联系人:

张文婷:13811425951,杨阳:18110024420

武子涵:13922808291,刘明慧:13590471652

徐颖:18611430598,王明:18610031786

王杨:15011374358,魏金明:13621390426

主管单位:国家中医药管理局

主办单位:世界中医药学会联合会

北京中医药大学

承办单位:深圳市坪山区人民政府

《世界中医药》杂志社

协办单位:深圳市宝安中医院(集团)

2019 年 4 月 30 日