

高血压致慢性心力衰竭中医证型危险因素的 Logistic 分析

李万芳¹ 陈守强²

(1 山东中医药大学, 济南, 250014; 2 山东中医药大学第二附属医院内科, 济南, 250001)

摘要 目的:探讨高血压所致慢性心力衰竭患者中医证候分型规律,并对其进行相关因素的 Logistic 回归分析。方法:选取符合标准的 506 例慢性心力衰竭患者进行中医辨证分型,并详细记录患者的有关资料。1)通过利用 Pearson 相关性分析,研究中医证型分布与年龄、性别、病程、收缩压、舒张压、NYHA 分级、EF 值、心肌重构(心房重构、心室重构、房室重构)、心律失常及 NT-proBNP、SCR、BUN、hs-CRP 等检查指标之间的相关性。2)采用二分类 Logistics 回归分析对年龄、性别、病程、收缩压、舒张压、NYHA 分级、EF 值、心肌重构(心房重构、心室重构、房室重构)、心律失常及 NT-proBNP、SCR、BUN、Hs-CRP 等因素对中医证型分布情况的影响进行回归分析。结果:随着年龄的增长,高血压心力衰竭患者易表现为气虚血瘀证、气阴两虚证;随着病程的进展,患者易出现气虚血瘀证、阳虚水泛证;随着心功能的下降,患者易出现阳虚水泛证;随着肌酐(Scr)和尿素氮(BUN)的升高,患者易出现痰浊闭阻证;随着高敏 C 反应蛋白(hs-CRP)的升高,患者易出现痰瘀互结证。结论高血压导致慢性心力衰竭的主要证型为气阴两虚证和痰瘀互结证。年龄为气虚血瘀证、气阴两虚证的危险因素;病程为气虚血瘀证和阳虚水泛证的危险因素;NT-proBNP 为阳虚水泛证的危险因素;SCR、BUN 为痰浊闭阻证的危险因素;hs-CRP 为痰瘀互结证的危险因素;心功能为阳虚水泛证的保护性因素。

关键词 高血压;慢性心力衰竭;证型;危险因素;Logistic 分析

Logistic Analysis Risk Factors of TCM Patterns of Chronic Heart Failure Caused by Hypertension

Li Wanfang¹, Chen Shouqiang²

(1 Shandong University of Chinese Medicine, Jinan 250014, China; 2 Department of Cardiology, The Second Affiliated Hospital of Shandong University of Chinese Medicine, Jinan 250001, China)

Abstract Objective: To discuss the laws of TCM differentiation patterns in patients with chronic heart failure caused by hypertension, and to conduct logistic regression analysis of related factors. **Methods:** A total of 506 patients with chronic heart failure were classified according to TCM pattern differentiation, and relevant data were recorded in detail. **Results:** It was found that, with age, hypertensive heart failure patients tend to develop into the pattern of qi deficiency and blood stasis, and the pattern of deficiency of both qi and yin. With the progress of the disease course, patients were prone to qi deficiency and blood stasis pattern, and yang deficiency with water flooding pattern. With the decline of cardiac function, patients were prone to the pattern of yang deficiency with water flooding. With the increase of SCR and BUN, patients are prone to the pattern of sputum turbidity and obstruction. With the increase of Hs-CRP, patients were prone to phlegm stasis binding pattern. **Conclusion:** The study of pattern classification laws of chronic heart failure caused by hypertension, and the logistic regression analysis of its related factors, certain references were provided for the rationality and norms of the prevention and treatment of such disease via Chinese medicine.

Key Words Hypertension; Chronic heart failure; TCM syndrome type; Logistic analysis

中图分类号:R241.5;R541 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.05.060

世界卫生组织在进行了流行病学调查与大量临床试验性研究基础上认为 2020 年后高血压及心血管疾病将成为严重威胁我国人民生命健康的慢性疾病之一。据相关流行病学调查报告,截至 2017 年,中国有 2.7 亿高血压患者。长期的高血压状态成为多种靶器官受损的巨大隐患,可引起心脏结构及功能异常,造成左心室负荷加重、左心室肥厚进入代偿

期,最终导致器质性心脏病——心力衰竭的发生。慢性心力衰竭(Chronic Heart Failure, CHF)作为各类心血管疾病的终末阶段,常常具有预后不良、死亡率高等特点^[1]。据统计,目前全球 CHF 患者超过 3 800 万^[2],而我国心力衰竭患者大约有 450 万^[3],发病率约为 0.9%^[4],其中高血压所导致的 CHF 则占 30.4%,因此,分析高血压导致 CHF 中医证型危

险因素对于早期治疗和改善预后具有重要意义。本研究以临床高血压所致 CHF 患者为对象,并运用中医理论和方法对其进行辨证分型,探讨高血压心力衰竭的中医不同证型与临床各指标因素的关系,并对其进行 Logistic 回归分析,为中医防治 CHF 的发生与发展提供支持与依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月至 2018 年 3 月前来山东中医药大学第二附属医院心内科门诊或病房前来就诊并确诊为 CHF 的患者 732 例,根据纳入标准及排除标准共选择符合要求的 CHF 患者 506 例作为研究对象。其中,男 243 例,占比 48.02%;女 263 例,占比 51.98%。年龄 53~90 岁,平均年龄(71.32±12.64)岁。病程 5~27 年,平均病程(13.16±8.14)年。平均收缩压(164.29±16.34)mmHg,平均舒张压(94±15.86)mmHg。心功能Ⅱ级 86 例,占 16.70%,Ⅲ级 227 例,占 44.86%,Ⅳ级 193 例,占 38.14%。

1.2 诊断标准中医辨证诊断标准 中医辨证分型参考《2002 版中药新药治疗心力衰竭的临床研究指导原则》^[11],并参考《中药新药治疗高血压病的临床研究指导原则》《中医虚证辨证参考标准》《血瘀证诊断标准》^[12-14],由两名副主任或以上职称的医师对符合标准的 CHF 患者进行中医辨证分型:1)气虚血瘀证:主要表现为心悸怔忡、疲乏无力、气短懒言、面浮肢肿、口唇发绀,舌质紫黯苔薄白,或舌尖有瘀斑瘀点、脉细涩或结代。2)阳虚水泛证:主要表现为心悸、畏寒肢冷、气喘(促)或气短、全身水肿、腰膝酸冷、口唇发绀,舌质淡暗苔薄白、舌体胖大边有齿痕,脉沉细或结代。3)气阴两虚证:心悸、心烦、气短乏力、口干舌(咽)燥、头晕目眩、失眠、盗汗、舌红少苔、舌淡红苔薄白,脉细数或结代。4)痰浊闭阻证:心悸、咳嗽、咯痰、气喘、胸脘痞满、口渴,舌淡胖苔白腻、舌质紫黯,脉弦滑或滑数。5)痰瘀互结证:心悸、心烦、咯痰、胸脘痞满、头晕目眩、口唇紫黯、舌苔白腻或黄、舌尖瘀斑、瘀点,脉弦涩或滑涩。6)阴阳两虚证:心悸气短、少气懒言、潮热盗汗、自汗、腹泻便溏、自汗、脉微细或虚大无力。

1.3 纳入标准 确诊为高血压 CHF 患者,临床各项检查资料完整。

1.4 排除标准 其他原发病所致的 CHF;急性心肌梗死或急性心力衰竭;合并严重肝、肾、血液系统、呼吸系统疾病;恶性肿瘤、精神病、传染病、风湿及类风湿疾病患者;严重内分泌系统疾病及长期服用激素

类患者;资料不全或数据不全无法进行统计学分析患者。

1.4 脱落与剔除标准 因各种原因致依从性差,临床检查不完善者;调查过程中患者病情加重,或出现其他疾病加重者;患者不同意自己的资料参与调查研究者。

1.5 研究方法 收集符合纳入标准患者的完整病历资料,包括以下指标:1)一般资料:包括姓名、年龄、性别、家庭住址、联系方式等。2)病情情况:就诊日期、病程、实验室检查(包括收缩压、舒张压、血脂、血糖、EF 值、心肌重构(心房重构、心室重构、房室重构)、肌酐(Scr)和尿素氮(BUN)、高敏 C 反应蛋白(hs-CRP)、N 端 B 型脑钠肽(NT-pro BNP)、美国纽约心脏病协会(NYHA)心功能分级、心脏彩超报告(左室射血分数)。3)中医证型、脉象、舌象等信息。4)通过利用 Pearson 相关性分析,研究中医证型分布与年龄、性别、病程、收缩压、舒张压、NYHA 分级、射血分数(EF)、心肌重构(心房重构、心室重构、房室重构)、心律失常及 NT-proBNP、Scr、BUN、hs-CRP 等检查指标之间的相关性。5)采用二分类 Logistics 回归分析对年龄、性别、病程、收缩压、舒张压、NYHA 分级、EF 值、心肌重构(心房重构、心室重构、房室重构)、心律失常及 NT-proBNP、Scr、BUN、hs-CRP 等因素对中医证型分布情况的影响进行回归分析。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析。本研究计数资料采用频数、百分比来表示;不同中医证型分布与相关因素之间采用相关性分析及二元 Logistic 回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 证型分布情况 以气阴两虚证所占比例最大,其次为痰瘀互结证。见表 1。

表 2 证候分布表

证型	例数(例)	百分比(%)
气虚血瘀证	97	19.38
阳虚水泛证	49	9.59
气阴两虚证	148	29.35
阴阳两虚证	27	5.28
痰浊闭阻证	53	10.38
痰瘀互结证	132	26.02

2.2 不同证型与危险因素的相关性 不同证型与不同危险因素存在相关性。其中,气虚血瘀证与年龄、病程;阳虚水泛证与病程;气阴两虚证与年龄、

NT-proBNP;痰浊闭阻证与 Scr、BUN;痰瘀互结证与 Hs-CRP,等为正相关。阳虚水泛证与 NYHA 分级;阴阳两虚证与 EF 值,等为负相关。见表 2。

表 2 不同证型与相关因素的相关性

证型	因素	相关系数(r)	P 值
气虚血瘀证	年龄	0. 561	0. 006
	病程	0. 421	0. 042
阳虚水泛证	病程	0. 462	0. 015
	NYHA 分级	-0. 568	0. 018
气阴两虚证	年龄	0. 696	0. 035
	NT-proBNP	0. 429	0. 043
阴阳两虚证	EF 值	-0. 401	0. 012
痰浊闭阻证	SCR	0. 762	0. 016
	BUN	0. 638	0. 036
痰瘀互结证	Hs-CRP	0. 425	0. 040

2.3 不同证型与危险因素的 Logistic 回归分析 分类 Logistic 回归分析发现,年龄为气虚血瘀证、气阴两虚证的危险因素;病程为气虚血瘀证和阳虚水泛证的危险因素;心功能为阳虚水泛证的保护性因素;NT-proBNP 为阳虚水泛证的危险因素;SCR、BUN 为痰浊闭阻证的危险因素;hs-CRP 为痰瘀互结证的危险因素。见表 3。

3 讨论

CHF 是指由于各种原因导致心室充盈或射血功能受损,无法将静脉血流量充分排出体外,致使肺循环和体循环瘀血,组织、器官血液灌注不足,从而引起呼吸困难、液体潴留、疲乏等一系列心脏循环障碍的症状和体征。CHF 为当代病名,根据临床症状和描述,可将其归为中医学中的“心悸”“水肿”“喘证”“痰饮”等范畴^[9],如《素问·逆调论》云:“人有…不得卧而息有音者;有不得卧而息无音者,…有得卧,行而喘者;有不得卧,不能行而喘者…”较为形象的描述了各种呼吸困难的临床表现,其中大部分与心力衰竭所致呼吸困难类似。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云“咳逆倚息,…其形如肿,谓之支

饮”。与心力衰竭急性期所致端坐呼吸相类似。古书记载中有关心力衰竭的病名则首见于宋代《圣济总录》:“心衰则健忘…惊悸,恍惚,少颜色,舌本强”。CHF 的病因病机古代医家多认为是由心气虚损所致,如《圣济总录》曰:“虚劳惊悸者,心气不足,心下有停水也”。《医宗必读·水肿胀满篇》曰:“虚人水肿者,土虚不能制水也,水虽制于脾,实则统于肾,肾本水脏而无阳寓焉。命门火衰既不能自制阴虚,又不能温养脾土,则阴不从阳而精化为水,故水肿之证多属火衰也”。明·刘纯的《伤寒治例》曰:“气虚停饮,阳气内弱,心下空虚,正气内动而悸也”。这些论述皆表明心气亏虚为 CHF 的重要病因。当代医家也认为 CHF 的病机为本虚标实,本虚在于气虚、阴虚、阳虚,标实在于水饮、痰浊、血瘀,其中本虚为心力衰竭的基础,标实则病理产物^[10]。病变脏腑以心为主,涉及肝、脾、肺、肾 4 脏。本虚为心力衰竭病的基础,多因劳累、外感或饮食劳逸而诱发;标实是心力衰竭的变化因素,影响着心力衰竭的病情发展与变化。如施今墨老先生认为 CHF 的病因病机在于气阳亏虚,以虚证居多,虚中挟实者亦属多见^[11],其临床发作症状则以水气泛滥、气滞血瘀为要。赵锡武教授认为 CHF 的病位在心,与肺、肝、脾、肾 4 脏密切相关,证属心肾阳衰,水气凌心犯肺^[12]。唐蜀华教授认为心力衰竭是在的基础在于气虚,当发展为严重阶段时则表现为阳虚,同时阴虚也是形成的心力衰竭的另一关键因素^[13]。陈可冀教授认为 CHF 的根本病因在于内虚,早期主要表现为气阳亏损,并随着病情病机的发展,气阳亏损运血无力以致瘀血内停^[9];中后期则由于脾肺之气的亏耗以及膀胱气化不利致使水饮泛滥,水湿内停。因此,CHF 的病机可用为“虚”“瘀”“水”来进行概括。本研究也表明在高血压导致 CHF 患者中以气阴两虚,痰瘀互结最为多见。

表 3 不同证型与相关因素的 Logistic 回归分析

证型	因素	B	S. E.	Wals	df	P 值	Exp(B)
气虚血瘀证	年龄	0. 369	0. 914	1. 328	1	0. 036	3. 264
	病程	0. 128	0. 624	1. 561	1	0. 042	1. 305
阳虚水泛证	病程	0. 361	0. 624	1. 561	1	0. 026	3. 305
	NYHA 分级	-2. 028	0. 362	3. 128	1	0. 043	0. 632
	NT-proBNP	0. 301	0. 308	7. 004	1	0. 040	2. 035
气阴两虚证	年龄	0. 125	0. 320	2. 035	1	0. 020	2. 365
痰浊闭阻证	Scr	0. 398	0. 124	0. 206	1	0. 046	3. 020
	BUN	0. 258	0. 523	0. 307	1	0. 022	1. 024
痰瘀互结证	Hs-CRP	0. 628	0. 267	1. 328	1	0. 025	1. 021

高血压是指以体循环动脉血压升高为主要临床表现的疾病,为临床常见的心血管疾病之一^[14]。随着我国人民生命质量的提高、生活压力的增大、人口老龄化和城镇化速度的加快,心脑血管疾病的发病率逐年上升,而高血压则是其中最常见的慢性疾病^[15]。高血压病程较长,可损伤重要的靶器官,如心脑血管的结构和功能,最终导致这些器官的受损和衰竭,如心肌梗死、心力衰竭、脑梗死、慢性肾病等。这些疾病致残、致死率高,给患者与家庭带来沉重的精神压力与经济负担^[16]。据不完全统计,目前我国高血压患者已达 2.7 亿^[17],18 岁以上成年人患病率约为 18.8%,大约每 10 个成年人中就有 2 人患高血压。由于人们对高血压危害程度的意识不够,故出现了高发病率、高致残率、高致死率等“三高”和低知晓率、低治疗率和低控制率等“三低”的严重问题^[18]。这种现状使得高血压成为多种靶器官受损的巨大隐患。世界卫生组织在进行了流行病学调查与大量临床试验性研究基础上认为 2020 年后高血压及心血管疾病将成为严重威胁我国人民生命健康的慢性疾病之一。因此如何调控高血压及预防其并发症的发生已成为当代医学研究的热门话题。而高血压所导致的 CHF 则占 30.4%,这说明高血压已成为心力衰竭主要原因。有研究表明,高血压者发生 CHF 的概率为正常血压者的 6 倍,75% 的 CHF 患者是由高血压引起,其死亡率可高达 50%,因此,高血压患者发生 CHF 的危险性和死亡危险因素显著增加。

为探求 CHF 中医证型的形成因素,众多学者进行了相关研究,并试从分子基因水平、心脏结构、心功能分级、病程、预后、心脏收缩舒张功能等方面进行探究。如贺泽龙和郭振球^[19]收集了 408 例 CHF 的住院患者,对其进行中医辨证分型后分别比较其心功能分级、病程及预后,结果表明心功能Ⅱ、Ⅲ级患者的证型主要以心阳虚证、心气虚证、阴阳两虚证、气虚血瘀证为多见;心功能Ⅳ级的患者主要以心肾阳虚证、阳虚水泛证为多见。导致心阴虚和心阳虚的原因分别与心脏的舒张和收缩功能损害有关。心气虚证、气虚血瘀证的患者预后良好。孙艺英和李长生^[20]收集 CHF 患者 55 例,根据中医辨证分为气虚血瘀证、气阴两虚证、心肾阳虚证 3 组,分别测定其 BNP 与 CRP,结果显示 3 组的 BNP、CRP 值均显示为心肾阳虚组 > 气虚血瘀组 > 气阴两虚组。由此得出结论:轻度心力衰竭的患者以气阴两虚证为主,兼杂证较少;中度心力衰竭为心阴虚向心阳虚转化的过渡阶段,表现为气虚血瘀证,兼

杂证由少变多,由轻变重;晚期重度心力衰竭以阳气虚衰为主,并且多合并痰瘀证。沈建平对 145 例心力衰竭患者进行中医证候与心功能关系的研究显示:心功能分级在心气阴两虚证、心气虚证、心阴阳两虚证和心阳虚证之间差异有统计学意义;CHF 心气虚证以心功能Ⅰ级和Ⅱ级为主,心气阴两虚证主要在Ⅱ级和Ⅲ级;心阳虚证主要在Ⅲ级;心阴阳两虚证主要在Ⅲ级和Ⅳ级。说明心气虚证、气阴两虚证、阳虚证和阴阳两虚证的顺序与心功能Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级和Ⅳ级正相关。并且认为 CHF 的心虚证是从心气虚和心气阴两虚的两证始发,心气虚一方面可以伤阴发展为气阴两虚,一方面又可损阳发展为心阳虚;气阴两虚又可阴损及阳发展为阴阳两虚,或心阳虚阳损及阴而发展为阴阳两虚。因此阴阳两虚证为 CHF 终末的阶段证型,为心力衰竭的重晚期阶段。

本研究也表明长期高血压所导致的 CHF 患者的中医证型分布特点具有一定的规律性。本研究发现气阴两虚证为本病的主要证型;其次为痰瘀互结证。长期高血压易导致肝肾之精亏损,正气耗伤,发展到心力衰竭时多为气阴两伤。气为血之帅,气行则血行,气虚无力推动血液运行则易致血脉瘀滞。阴伤气耗则水液输布失调,痰饮内生。痰浊、瘀血作为病理产物又可加重心力衰竭,故 CHF 的主要证型为气阴两虚证和痰瘀互结证。此外通过相关性分析可以发现,不同证型与不同因素存在着相关性。其中,气虚血瘀证与年龄、病程;阳虚水泛证与病程;气阴两虚证与年龄、NT-proBNP;痰浊闭阻证与 SCR、BUN;痰瘀互结证与 Hs-CRP 等为正相关。阳虚水泛证与 NYHA 分级;阴阳两虚证与 EF 值等为负相关。结合二分类 Logistic 回归分析发现,年龄为气虚血瘀证、气阴两虚证的危险因素;病程为气虚血瘀证和阳虚水泛证的危险因素;心功能为阳虚水泛证的保护性因素;NT-proBNP 为阳虚水泛证的危险因素;SCR、BUN 为痰浊闭阻证的危险因素;hs-CRP 为痰瘀互结证的危险因素。综合 2 种分析方法,可以得出:随着年龄的增长,本病患者易发展为气虚血瘀证、气阴两虚证。随着病程的进展,病情的恶化,患者易出现气虚血瘀证、阳虚水泛证。随着心功能的下降,患者易出现阳虚水泛证。随着 Scr、BUN 的升高,患者易出现痰浊闭阻证。hs-CRP 升高的患者易出现痰瘀互结证。

随着中国老龄化社会的加速,高血压作为一种常见的老年性疾病,其发病率在不断的上升。长期高血压则会导致心脏负荷加重,心功能下降,渐而发

展为 CHF。现代医学对高血压导致 CHF 的相关研究正在不断深入。而中医学对防治高血压及 CHF 的发生具有一定的优势,但对高血压导致 CHF 的证候分布及治疗的相关性研究尚不全面,至今尚未形成统一规范。本研究通过对该病中医证型分布特点及影响因素的探讨,力求为中医药防治本病的合理性及规范性提供参考依据。

参考文献

- [1] Braunwald E. The war against heart failure; the Lancet lecture[J]. Lancet, 2015, 385(9970): 812-824.
- [2] Costalunga A, Gavazzi A. Effect of carvedilol on outcome after myocardial infarction in patients with left ventricular dysfunction; the CAPRICORN randomized trial[J]. Ital Heart J Suppl, 2001, 2(11): 1246-1247.
- [3] 中国心血管病报告编写组.《中国心血管病报告 2016》概要[J]. 中国循环杂志, 2017, 32(6): 521-530.
- [4] 杨建波, 王晓峰. 慢性心力衰竭的中医研究概况[J]. 新疆中医药, 2008, 26(2): 71-74.
- [5] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 84-85.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研巧指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73-77.
- [7] 沈自尹, 王文健. 中医虚证辨证参考标准[J]. 中西医结合杂志, 1986, 6(10): 598.
- [8] 王阶, 陈可冀, 翁维良等. 血瘀证诊断标准的研究[J]. 中西医结合

合杂志, 1988, 8(10): 585-589.

- [9] 李立志. 陈可冀治疗充血性心力衰竭经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(2): 136-138.
- [10] 王振涛. 充血性心力衰竭辨治体验[J]. 四川中医, 2005, 23(6): 9-10.
- [11] 祝肇刚. 施今墨学术思想概述[J]. 中医药图书情报, 1989, 8(3): 1-2.
- [12] 于天星, 李祥国. 赵锡武老中医治疗慢性充血性心力衰竭的经验[J]. 新医药学杂志, 1978, 24(11): 7-10.
- [13] 朱贤慧. 唐蜀华教授衷中参西辨治心力衰竭临床经验[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(3): 277-279.
- [14] 陈灏珠. 内科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 257.
- [15] 宫苏娜. 补肾和脉方治疗社区高血压的疗效评价: 诊室血压研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2017.
- [16] 赵庆高. 原发性高血压患者不同中医体质间早期肾损害指标比较及相关性分析[D]. 北京: 北京中医药大学, 2013.
- [17] 隋辉, 陈伟伟, 王文.《中国心血管病报告 2014》要点介绍[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(7): 627-629.
- [18] 王增武, 武阳丰, 赵连成, 等. 中国中年人群高血压患病率及知晓率、治疗率、控制率的演变趋势[J]. 中华流行病学杂志, 2004, 25(5): 407-411.
- [19] 贺泽龙, 郭振球. 充血性心力衰竭中医证候的临床回顾性调查研究[J]. 湖南中医学院学报, 2003, 23(5): 33-36.
- [20] 孙艺英, 李长生. 充血性心力衰竭辨证分型与血浆 BNP、血清 CRP 相关性研究[J]. 山东医药, 2008, 48(13): 53-54.

(2018-06-05 收稿 责任编辑: 杨觉雄)

关于开展“首荟通便胶囊、鼻渊通窍颗粒、脉络舒通丸”征文的通知

首荟通便胶囊, 商品名: 顺益舒[®], 鲁南厚普制药有限公司生产, 由何首乌、芦荟、决明子、阿胶、枸杞、人参、白术、枳实八味药材组方而成。适应症: 功能性便秘(气阴两虚兼毒邪内蕴证), 症见便秘、腹胀、口燥咽干、神疲乏力、五心烦热、舌质红嫩或淡、苔薄白或白腻、脉沉细或滑数者。在临床应用可达到泻浊通便, 养阴益气的效果, 国家专利组方, 精选道地药材, 临床治愈率高, 润肠通便, 排毒养颜, 减肥降脂, 可全面改善肠道功能, 安全性高。

鼻渊通窍颗粒, 山东新时代药业有限公司生产, 组方在宋代严用和“苍耳子散”基础上, 结合现代临床疾病特点, 化裁而来的经验方, 配伍严谨, 标本同治, 见效快, 疗效确切, 可以迅速改善鼻塞, 减少鼻腔分泌物, 清除鼻甲肿胀, 改善或恢复功能, 缓解头痛、头昏等症状, 对细菌感染和病毒感染均有效, 适用人群广泛: 儿童、成人、老人均可使用, 纯中药颗粒剂, 服用方便, 副作用少。由辛夷、苍耳子(炒)、麻黄、白芷、薄荷等 14 味中药组方而成, 适应症: 用于急鼻渊(急性鼻窦炎)属外邪犯肺证, 症见: 前额或颧骨部压痛, 鼻塞时作, 流涕黏白或黏黄, 或头痛, 或发热, 苔薄黄或白, 脉浮。

脉络舒通丸, 商品名: 通力达[®], 鲁南厚普制药有限公司生产, 是国医大师唐祖宣的临床经验方, 由二妙散、四妙勇安汤, 止痉散等五个方剂融合而成, 方药组成: 黄芪、金银花、黄柏、苍术、薏苡仁、玄参、当归、白芍、甘草、水蛭、蜈蚣、全蝎。具有一定的抗炎、抗凝溶栓、消肿止痛的作用, 临床用于防治浅静脉炎和深静脉血栓形成, 可以与抗凝药联合, 不增加出血风险。

为了进一步总结和评估首荟通便胶囊、鼻渊通窍颗粒、脉络舒通丸在中国人群中的临床疗效, 交流临床应用经验, 更好地提高疾病的

临床治疗水平,《世界中医药》杂志编辑部与鲁南制药集团有限公司自 2019 年 1 月 1 日起联合举办“助力中药科研,”有奖征文活动。具体要求如下:

1. 征文内容及要求

内容: (1) 基础研究。(2) 临床疗效分析和临床应用经验总结。

要求: (1) 凡未在公开期刊上发表的论文均可投稿; (2) 应征论文写作规范请参照《世界中医药》杂志稿约的要求; (3) 本次征文只接受 E-MAIL 方式投稿, 电子版请使用 Word 排版, E-MAIL 地址: lnzyzw@163.com(投稿后请注意确认)。(4) 来稿请注明支持文章的基金项目名称及编号、作者姓名、性别、出生年月、单位、学历、职称、研究方向、通讯地址、联系电话和电子邮箱。

2. 评选及奖励办法:《世界中医药》编辑部将邀请国内知名专家及相关专业编委组成评审委员会, 对所有征文进行评审。本次征文活动设特等奖 1 名, 奖励科研基金 20000 元; 一等奖 3 名, 奖励科研基金 10000 元; 二等奖 5 名, 奖励科研基金 5000 元; 三等奖论文 10 篇, 奖励科研基金 2000 元; 参与奖 300 名, 获精美礼品 1 份。对获奖论文只奖励第一作者。优秀论文将择优发表, 获奖优秀文章将推荐到各级期刊发表。凡符合论文要求的所有优秀论文均收入产品论文汇编。

3. 征文截止日期: 2019 年 12 月 30 日。

4. 联系方式: 邮编: 276000; 地址: 山东省临沂市红旗路 209 号鲁南制药集团 医学部; 电话: 15266651969(微信同号), 联系人: 医学部 孙成磊; 邮箱: lnzyzw@163.com, 邮件主题请注明“鲁南制药有奖征文+姓名+医院+科室”。

《世界中医药》杂志社