

清心胶囊治疗轻中度高血压病的临床研究

雷 燕 卢全生* 马晓昌 陈可冀

摘要 **目的** 观察中药清心胶囊治疗轻中度高血压病的临床疗效,并进一步探索其降压机理。**方法** 采用随机对照、双盲双模拟的方法进行临床试验,将 98 例符合纳入标准的高血压病患者随机分为清心胶囊(A)组 34 例、卡托普利(B)组 32 例、清心胶囊加卡托普利(C)组 32 例,疗程 12 周。观察治疗前后血压和动态血压的变化,以及临床症状、生活质量、血浆降钙素基因相关肽(CGRP)、血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)、内皮素(ET)水平的改变,并记录与药物相关的不良反应。**结果** A组、B组、C组降压显效率分别为 44.1%、53.1%、75.0%;而改善症状显效率分别为 55.9%、46.9%、50.0%;在症状积分下降幅度方面,C组>A组>B组;在改善生活质量方面,A组优于B组($P<0.05$);3组均可显著提高血浆 CGRP 水平;A组还对血浆 AngⅡ、ET 有显著的下调作用,治疗前后比较差异有显著性($P<0.05$)。**结论** 清心胶囊对于轻、中度高血压病患者具有良好的降压作用,在改善患者临床症状和提高生活质量方面 A 组和 C 组优于 B 组。清心胶囊取效机制可能与其抑制循环肾素-血管紧张素系统(RAS)活性、纠正 ET/CGRP 失衡有关,临床使用安全有效。

关键词 清心胶囊;高血压病;随机对照双盲;生活质量;血浆血管紧张素Ⅱ;降钙素基因相关肽

Clinical Study on Effect of Qingxin Capsule in Treating Patients with Hypertension of Mild or Moderate Degree LEI Yan, LU Quan-sheng, MA Xiao-chang, et al *Department of Cardiovascular Diseases, Xiyuan Hospital, China Academy of TCM, Beijing (100091)*

Objective To observe the therapeutic effect of Qingxin capsule (QXC) in treating patients with hypertension of mild or moderate degree, and to explore its mechanism in lowering blood pressure. **Methods** Adopting randomized double-blind double-simulated positive controlled clinical trial design, 98 patients were randomly divided into three groups, they were treated by QXC ($n=34$), captopril ($n=32$) and QXC plus captopril ($n=32$), respectively for 12 weeks. Changes of blood pressure, clinical symptoms, quality of life (QOF), plasma levels of calcitonin gene-related peptide (CGRP), angiotensin Ⅱ (AngⅡ) and endothelin (ET) in patients before and after treatment were observed, and the adverse reactions to the treatment were recorded. **Results** The markedly effective rate in lowering blood pressure of QXC, captopril and QXC plus captopril was 44.1%, 53.1% and 75.0% respectively, the markedly effective rate in ameliorating symptoms was 56.0%, 47.0% and 50.0% respectively. In respect of reducing symptomatic scores, QXC > captopril > QXC + captopril, in respect of ameliorating QOF, QXC was superior to captopril ($P<0.05$). Single or combined use of QXC and captopril could increase the plasma CGRP level. QXC could also reduce the plasma levels of AngⅡ and ET, showing statistical significance in comparing the levels before and after treatment ($P<0.05$). **Conclusion** QXC can safely and effectively lower blood pressure of patients with mild or moderate degree of hypertension. QXC alone or combined with captopril could improve clinical symptoms and raise QOF in patients more potently than that of captopril alone. The mechanism of QXC might be related with its inhibition on the activity of circulatory renin-angiotensin system and adjustment on ET/CGRP imbalance.

Key words Qingxin capsule; hypertension; randomized double-blind controlled trial; quality of life; angiotensin Ⅱ; calcitonin gene-related peptide

基金项目:中国中医研究院科技创新基金项目(No. CX-00-11)

作者单位:中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

* 现在 Georgetown University Medical Center, Washington, DC 20007, USA

通讯作者:雷 燕, Tel:010-64013948, E-mail:leiyanyan@public.bta.net.cn

清心胶囊是针对高血压病阴虚阳亢、本虚标实证而设的一个中药复方,前期工作发现其有较好的降压作用,本研究采用随机对照双盲双模拟的试验方法,进一步观察清心胶囊的临床疗效,以冀寻找防治高血压病的有效方药。

资料与方法

1 病例来源 本课题所有病例均来自 2001 年 3 月—2003 年 1 月在北京市海淀区青龙桥五个社区普查的高血压病患者。

2 诊断标准 高血压病诊断和分级标准参照 1999 年《WHO/ISH 高血压治疗指南》^[1]制定的标准。中医证候诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中制定的高血压病阴虚阳亢证标准。主证为:眩晕头痛,腰酸膝软,五心烦热;次证为:心悸,失眠,耳鸣,健忘,便干、舌红少苔,脉弦细而数。

中医症状轻重分级评分标准:主证根据病情轻、中、重的不同分别计 2、4、6 分,次证根据病情轻、中、重的不同分别计 1、2、3 分。

3 试验病例选择 纳入标准:凡符合高血压病诊断标准,高血压分级属 1~2 级者,中医辨证为阴虚阳亢证,年龄在 40~80 岁,签署知情同意书者。排除标准:除外继发性高血压;收缩压(SBP)≥180mmHg 或舒张压(DBP)≥110mmHg 者;合并有肝、脑、心、肾和造血系统严重原发疾病以及精神病患者,或正在参加其他临床试验的患者;以及对本药过敏者。剔除标准:不符合纳入标准,未按照规定服药,无法判断疗效,或者资料不全等影响疗效或安全性判断者。

4 临床资料 见表 1。共入选合格病例 98 例,先进行社区高血压人群普查,符合高血压病入选标准者,单盲给予安慰剂治疗,并接受饮食和生活习惯的指导,经安慰剂洗脱 2 周后,将仍符合入选标准的 98 例患者纳入试验,应用 SAS 软件区组随机化方法,随机分为 3 组。其中清心胶囊(A)组 34 例,卡托普利(B)组 32 例,清心胶囊加卡托普利(C)组 32 例。3 组患者年龄、性别、病程、体重指数、血压及分级的比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

5 研究方法

5.1 药物 清心胶囊:由本院药厂提供,每粒 0.4g(1g 相当于生药 10g)。主要由杜仲、钩藤、玄参、牡丹皮、莲子心等药物组成。中药模拟剂:由西苑医院药厂提供,形状、大小、颜色、包装同清心胶囊。卡托普利片:每片 12.5mg,上海普康药业有限公司生产,生产批号:0109031。西药模拟剂:由双鹤药业片剂车间制

作,药片形状、大小、颜色、外包装等与卡托普利片同。

5.2 给药方法 A 组给予清心胶囊 4 粒,每天 3 次口服;西药模拟剂 1 片,每天 2 次口服。B 组给予卡托普利 1 片,每天 2 次口服;中药模拟剂 4 粒,每天 3 次口服。C 组给予清心胶囊 4 粒,每天 3 次口服,卡托普利 1 片,每天 2 次口服。4 周为 1 个疗程,连续观察 3 个疗程,每 4 周进行 1 次临床随访,治疗过程中出现的任何不适或症状均按不良反应加以记录。

5.3 观察指标及方法 分别于治疗前、治疗后 12 周逐项询问并作记录,其症状记分之之和为该病例证候总积分值,包括临床症状及舌象、脉象的变化等。观察收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、心率(HR)、脉压(PP)、心电图、血糖、血浆 Ang II、ET、降钙素基因相关肽(calcitonin gene-related peptide, CGRP,药盒购自北京东亚免疫研究所)、药物不良反应等,并采用 SF-36 生存质量量表^[3]进行生活质量评定。

清心胶囊组分别于治疗前、后各查 1 次 24h 动态血压(ambulatory blood pressure, ABP),采用美国 Spacelabs Medical 公司生产的 9027-ABP 型动态血压记录仪测量。同时计算谷峰比值,谷峰比值=谷效应/峰效应,以 2h 内血压降低的平均值最大者为峰效应,以治疗期上一次服药后、下一次服药前 1h 的血压平均下降值为谷效应。

6 统计学方法 用 SPSS 10.0 软件统计分析,计量资料用 t 检验,ANOVA 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验。

结 果

1 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]。

1.1 血压疗效判定标准 显效:(1)舒张压下降≥10mmHg,并达到正常范围;(2)舒张压虽未降至正常但已下降 20mmHg。有效:(1)舒张压下降<10mmHg,但已达到正常范围;(2)舒张压较治疗前下降 10~19mmHg,但未达到正常范围;(3)收缩压较治疗前下降≥30mmHg。须具备其中一项。无效:未达到以上标准者。

1.2 症状积分疗效评定标准 显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少>70%。有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 30%~70%。无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

1.3 单项症状疗效标准 显效:治疗后症状消失,或记分下降≥2个等级;有效:治疗后症状记分下降

表 1 各组临床资料 ($\bar{x} \pm s$)

组别	性别(例)		年龄 (岁)	病程 (年)	体重指数	分级(例)		SBP (mmHg)	DBP (mmHg)
	男	女				1	2		
A	12	22	64.94±7.13	10.28±10.26	26.72±3.58	18	16	156.56±11.44	87.50±11.16
B	9	23	62.78±8.30	10.00±12.10	26.44±3.16	16	16	155.97±11.56	87.35±10.02
C	12	20	63.13±8.59	12.72±12.11	28.01±3.77	11	21	160.44±16.38	90.31±10.74

表 2 各组治疗前后 HR、SBP、DBP 及 PP 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	HR(次/min)	SBP(mmHg)	DBP(mmHg)	PP(mmHg)
A	34	治前	76.97±8.59	156.56±11.44	87.50±11.16	69.06±14.57
		治后	70.12±7.73*	133.13±13.71*	79.94±9.45*	53.19±15.58*
B	32	治前	80.13±9.51	155.97±11.56	87.35±10.02	68.62±12.55
		治后	71.12±7.92*	130.18±11.66*	79.38±7.88*	50.79±9.78*
C	32	治前	76.63±10.36	160.44±16.38	90.31±10.74	70.13±13.20
		治后	69.78±8.24*	134.66±12.78*	77.53±9.36*	57.13±11.81*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$

降 1 个等级而未消失;无效:治疗后症状无变化或加重。

2 疗效

2.1 降压疗效比较 A 组、B 组、C 组显效率分别为 44.1% (15/34)、53.1% (17/32)、75.0% (24/32),总有效率分别为 82.4% (28/34)、87.5% (28/32)、93.8% (30/32),经秩和检验, $\chi^2=6.635$, $P=0.036$,提示 C 组与 A、B 组间差异有显著性($P<0.05$),而 A 组和 B 组之间差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.2 各组治疗前后 HR、SBP、DBP、PP 比较 见表 2。治疗后各组 HR、SBP、DBP、PP 均较治前下降,差异有显著性($P<0.01$),但组间比较差异无显著性($P>0.05$)。

3 治疗前后动态血压的变化 观察了 A 组 32 例患者的动态血压,疗程 10 天。结果发现,治疗后 24h、白昼(Day)和夜间(Night)的平均收缩压、平均舒张压、平均动脉压(MAP)较治疗前均有所下降,但差异无显著性($P>0.05$);治疗后平均心率(MHR)差异无显著性,24h 收缩压和舒张压负荷(即监测过程中收缩压 ≥ 140 mmHg 和舒张压 ≥ 90 mmHg 的次数百分率)较治疗前均减少,但差异无显著性($P>0.05$)。其谷峰比值为 53%。

4 各组症状疗效及症状积分的比较 A 组、B 组、C 组症状改善总有效率分别为 91.2% (31/34)、68.8% (22/32)、93.8% (30/32),显效率分别为

55.9% (19/34)、46.9% (15/32)、50.0% (16/32),组间比较差异无显著性($P>0.05$)。对于主要症状疗效,C 组对头痛、腰膝酸软改善方面优于 B 组($P<0.05$),A 组对头痛的改善方面优于 B 组($P<0.05$);各组治疗前症状积分相近($P>0.05$),治疗后与治疗前比较,各组均有所下降,差异有显著性($P<0.05$, $P<0.01$)。在症状积分下降幅度方面,C 组 $>$ A 组 $>$ B 组,其中 C 组的下降幅度与 B 组比较,差异有显著性($P<0.05$)。结果见表 3。

表 3 各组治疗前后症状积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	症状积分		
		治疗前	治疗后	差值
A	34	19.94±9.73	10.68±9.16**	9.26±12.36
B	32	14.19±9.37	8.88±10.33*	5.31±12.76
C	32	17.88±10.31	6.50±7.25**	11.38±10.98 Δ

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与 B 组比较, $\Delta P<0.05$

5 各组患者治疗前后生活质量积分的比较 见表 4。A 组和 C 组治疗后生理功能、社会功能、疼痛、生活质量总分等项目得分明显高于治疗前($P<0.05$, $P<0.01$);而卡托普利组治疗前后未出现显著性差异($P>0.05$)。组间比较,A 组在生活质量总分方面明显高于 B 组($P<0.05$);C 组在生理功能方面也明显高于 B 组($P<0.05$)。结果表明在生活质量改善方面,C 组和 A 组优于 B 组。

6 各组治疗前后血浆 Ang II、ET、CGRP 的比较

表 4 各组治疗前后生活质量积分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	生理功能	社会功能	疼痛	生活质量总分
A	34	治前	65.56±22.50	77.78±25.32	65.74±30.34	514.13±133.04
		治后	79.63±17.37*	90.74±15.70*	88.89±12.66**	702.23±97.21** Δ
B	32	治前	75.60±17.99	78.00±23.18	77.00±22.73	534.02±155.33
		治后	70.45±25.30	84.09±23.84	80.68±20.31	620.40±181.49
C	32	治前	69.78±18.74	75.00±25.00	63.04±22.45	526.99±135.43
		治后	83.82±15.96 Δ	91.18±12.13**	88.24±12.86**	681.49±129.73* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与 B 组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

见表 5。各组治疗后血浆 CGRP 水平较治前均明显增高,差异有显著性($P<0.05$, $P<0.01$);各组血浆 Ang II、ET 在治疗后皆出现一定程度的下降,其中 A 组治疗后与治疗前比较,差异有显著性($P<0.05$)。

表 5 各组治疗前后血浆 Ang II、ET 及 CGRP 比较 ($\mu\text{g/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	Ang II	ET	CGRP
A	34	治前	18.00 $\pm$ 21.86	143.06 $\pm$ 20.14	73.75 $\pm$ 42.87
		治后	10.87 $\pm$ 9.75*	128.08 $\pm$ 18.56*	106.87 $\pm$ 32.97*
B	32	治前	15.29 $\pm$ 11.15	146.04 $\pm$ 19.57	68.82 $\pm$ 41.93
		治后	10.08 $\pm$ 6.56	135.58 $\pm$ 16.78	117.93 $\pm$ 49.79**
C	32	治前	15.38 $\pm$ 8.14	139.89 $\pm$ 22.47	79.94 $\pm$ 47.77
		治后	13.41 $\pm$ 17.21	132.32 $\pm$ 20.60	120.93 $\pm$ 54.35*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

7 不良反应 治疗期间,A 组出现轻度腹泻 3 例,头昏、心悸、胸闷各 1 例;B 组出现干咳 6 例,胸闷 3 例,上腹不适 3 例;C 组干咳 3 例,胸闷 2 例,头昏 1 例,腹泻 2 例,但最后或自行缓解,或药物减量而缓解。

讨 论

高血压病属中医学“眩晕”、“头痛”、“肝风”、“肝阳”等范畴,阴虚阳亢、本虚标实是高血压病的基本病机。流行病学调查表明,阴虚阳亢和肝阳上亢证型是高血压病早期的常见中医证型,多见于 I~II 级高血压病。因此,针对高血压病病机特点,以滋肾平肝、清心活血为法,创清心胶囊方。

清心胶囊由杜仲、玄参、钩藤、牡丹皮、莲子心等组成。方中杜仲性温味苦甘,入肝、肾经,功擅补益肝肾,补而不滞,故为君药;玄参,入肺、肾经,滋阴降火除烦利咽,为清补肾经之剂,既能滋肾助杜仲之补益肝肾之功,又能清热除烦,清除高血压之心肝火热之证;钩藤,入肝、心经,能清肝热、泄心火、平肝风、祛风痰,故与玄参同为臣药;牡丹皮,性辛苦味凉,入心、肝、肾经,其功擅清热凉血,和血消瘀;莲子心,性寒味苦,入心经,有良好的清心祛热之效,与牡丹皮同用,共为佐使。诸药合用,标本兼治,共奏补益肝肾、平肝潜阳、清心活血之功。现代药理研究表明^[4-7],上述诸药或其有效成分有不同程度的降压作用,杜仲可作用于血管平滑肌,使外周血管扩张,外周阻力降低;玄参有扩张血管和中枢镇静作用;玄参水浸液、醇浸液和煎剂对麻醉犬、猫及兔等多种动物具有降压作用;钩藤可通过直接或间接抑制血管运动中枢而引起周围血管扩张;牡丹皮水煎剂静脉注射或口服,对实验性高血压犬或大鼠,皆有一定的降压作用,牡丹酚在急性动物实验中亦有降压效力;莲子心之生物碱如莲心碱和甲基莲心碱、异莲心碱

等,可通过直接扩张血管平滑肌的作用,以及阻断 α 受体引起的内钙和外钙收缩反应,而产生降压效应。

由于症状反映了高血压病脏腑气血功能紊乱的本质,症状的改善和心、脑、肾等重要脏器血流供需关系的改善相关联,故从某种意义上讲,症状的改善较之单纯的降压更具有实际意义。清心胶囊改善症状显效率为 55.9%,同时,清心胶囊加卡托普利组在减少症状积分方面显著优于卡托普利组,提示清心胶囊有较好的改善症状作用,而中西药合用疗效更佳,这是本方治疗高血压病的主要优势之一。

现代医学在评价降压药物疗效时,已越来越多地考虑到生活质量这个重要评价指标^[8]。本研究结果表明,清心胶囊有明显的提高患者生活质量的作用。

Ang II 是肾素血管紧张素系统中关键性的血管活性肽,能引起血管收缩,肾脏水钠潴留,并有促生长激素样作用,刺激血管平滑肌细胞的 DNA 和蛋白质合成增加,促成血管硬化和动脉粥样硬化^[9]。ET 可产生持久的浓度依赖和血管收缩效应,是与血管损伤有关疾病的共同致病因素^[10]。CGRP 是迄今所知体内最强的舒血管物质,对心血管舒缩功能调节有着重要作用,是内源性 ET 拮抗剂^[11]。研究表明,清心胶囊明显降低 Ang II、ET 水平,促进 CGRP 分泌。从而推测纠正 ET、CGRP 的失调状态、抑制循环肾素血管紧张素系统活性可能是清心胶囊降压的重要机制之一。

总之,清心胶囊对于轻、中度高血压病患者具有良好的降压作用,同时,能显著改善患者临床症状,提高患者的生活质量。在试验过程中,清心胶囊组个别患者出现轻微的腹泻等症状,但都是暂时的,不用停药可自行缓解,表明清心胶囊的临床应用是安全有效的。

参 考 文 献

1 WHO/ISH. Guidelines for the management of hypertension. J Hypertens 1999;17:151.

2 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则. 北京:中国医药科技出版社, 2002:73—77.

Zheng XY, editor. Guidance principle of clinical study on new drug of TCM. Beijing: China Medical Pharmaceutical Science and Technology Publishing House, 2002:73—77.

3 Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey(SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6):473—483.

4 管淑玉,苏薇薇. 杜仲化学成分与药理研究进展. 中药材 2003;26(2):124—129.

Guan SY, Su WW. Recent progress on chemical composition and pharmacological studies of *Eucommia ulmoides* oliver. J

- Chin Med Materials 2003;26(2):124—129.
- 5 王浴生, 邓文龙, 薛春生, 主编. 中药药理与应用. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 390—391.
Wang YS, Deng WL, Xue CS, editors. Chinese traditional medicine pharmacology and application. Beijing: People's Medical Publishing House, 1998: 390—391.
 - 6 姜平. 高血压的基本病机与中药降压作用的研究. 甘肃中医学院学报 1996; (9): 48—51.
Jiang P. Studies on pathogenesis of hypertension and effect of Chinese traditional meditions in the anti-hypertensions. J Gansu Coll TCM 1996; (9): 48—51.
 - 7 章灵华, 肖培根, 黄艺, 等. 丹皮酚的药理与临床研究进展. 中国中西医结合杂志 1996; 16(3): 187—190.
Zhang LH, Xiao PG, Huang Y, et al. Recent progress on pharmacological and clinical studies of paeonol. Chin J Integr Tradit West Med 1996; 16(3): 187—190.
 - 8 Stamler J, Prineas RJ, Neaton JD, et al. Background and design of the new U. S. trial on diet and drug treatment of "mild" hypertension (TOMHS). Am J Cardiol 1987; 59(14): 51G—60G.
 - 9 Stroth U, Unger T. The renin-angiotensin system and its receptors. J Cardiovasc Pharmacol 1999; 33(Suppl 1): S21—S28.
 - 10 Masaki T. The discovery, the present state, and the future prospects of endothelin. J Cardiovasc Pharmacol 1989; 13(Suppl 5): S1—S4.
 - 11 谭敦勇. 降钙素基因相关肽拮抗内皮素生物效应的研究. 中国病理生理杂志 1993; 9(7): 653—657.
Tan DY. Antagonistic effect of calcitonin gene-related peptide on endothelin. Chin J Pathophysiol 1993; 9(7): 653—657.

(收稿: 2004-08-20 修回: 2004-11-06)

中国中西医结合实验医学专业委员会成立大会 暨第七次学术研讨会在太原召开

2004 年 7 月 25 日, 中国中西医结合实验医学专业委员会成立大会暨第七次学术研讨会在太原市山西饭店召开。会议由中国中西医结合学会实验医学专业委员会主办、《日中医学交流》杂志社协办, 山西中医学院承办, 共有代表 88 名, 包括专业委员会委员 36 名。中国中西医结合学会会长, 中国科学院学部主席团成员, 中国科学院院士陈可冀先生亲临大会开幕式并热情讲话, 同时陈院士亲笔题词: “实验医学的成就是临床医学进步的原动力, 两者互补将进一步提高大家的原创能力, 造福人类。”以祝贺实验医学专业委员会正式成立。会议 7 月 25—29 日, 共进行 5 天, 期间与会专家学者就相关领域的研究展开了热烈的讨论, 吴伟康、黄秀榕、杨秀伟、蔡定芳、魏育林、刘成海、黄照、雷燕、孙文陵等 9 位专家作了大会发言。祁明信、薛晓鸥、姚成芳、李恩宽、齐名、刘城林、赵宗江等 20 多位专家学者作了分会发言。

中西医结合实验医学是借助现代科学的实验研究知识、技术、方法和手段对中医药学进行系统研究的独具特色的医学研究领域, 是中西医结合学术体系中的重要组成部分。自 1959 年以来, 系统的实验研究被引入之后, 中医药研究已不限于文献研究及临床研究的传统方式, 开始进入实验研究的科学领域。改变了文献研究采用考订、校刊、注释等以经注经的单一研究模式, 实验医学的引入, 促进了中医药现代化的进程, 是现代中医发展的标志, 导致了中西医结合新学科的必然产生。

中西医结合实验医学专业委员会走过了不平凡的历程: 在 1997 年香山科学会议上, 陈可冀院士将专业委员会定名为实验医学专业委员会, 经中国中西医结合学会批准, 1997 年 10 月 28 日, 中国中西医结合实验医学专业委员会(筹)正式成立。筹备委员会主任委员为北京中医药大学副校长牛建昭教授, 副主任委员 4 名, 分别为吴伟康教授、杨秀伟教授、魏育林研究员和黄秀榕教授; 委员 50 名。1997—2004 年的 6 年间, 中国中西医结合实验医学专业委员会分别在北京、广州、福州、长春、成都成功举办并召开了 6 次中西医结合实验医学学术研讨会, 编辑了会议论文集并按中国中西医结合学会要求上报了相关资料。通过学术交流, 促进了专业委员会的发展和我国中西医结合实验医学专业人才的培养, 通过学术交流, 促进地方中西医结合工作的发展和中药新药的研发。目前, 该专业委员会许多成员已成为学科带头人及走上领导岗位。专业委员会大多数成员主持承担国家级课题, 如 973、863、国家自然科学基金重点项目和科技部重大课题、国家攻关项目等并在国内外一流专业杂志发表论文、获得专利及新药证书。在第一、二次世界中西医结合大会都有不少委员的学术报告。2004 年 3 月 30 日, 经中国科协 and 民政部批准, 中国中西医结合实验医学专业委员会正式成立。7 年来, 在总会的领导及扶持下, 在实验医学专业委员会各位成员的共同努力下、在全国各地同行的大力支持和协助下, 实验医学专业委员会在 7 年中逐渐长大, 为中国中西医结合实验医学专业委员会正式成立和开展相关工作奠定了坚实基础。

(实验医学专业委员会)

(收稿: 2004-11-24)