

清养透解合剂联合泼尼松片对 SLE 阴虚证患者 Th_1/Th_2 的影响

黄钢花¹ 陈银环¹ 段红妍² 刘 叶¹ 梁雪芬³ 何玉萍¹
文小敏⁴ 徐秋英¹ 曾征伦¹ 钟嘉熙¹

摘要 目的 研究清养透解合剂联合泼尼松片对系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)阴虚证患者 Th_1/Th_2 的影响,探讨其治疗 SLE 的主要作用环节。方法 选择 42 例 2009 年 8 月—2011 年 3 月广州中医药大学第一附属医院内科门诊及住院 SLE 患者,按随机数字表分为治疗组(22 例)和对照组(20 例),另选择广州中医药大学第一附属医院职工和学生体检健康者 12 名作为健康对照组(健康组)。两组均采用口服泼尼松片治疗,剂量根据 SLE 活动性指数评分及病情调整:重度活动期用 40~60 mg/d;中度活动期用 20~40 mg/d,轻度活动期用 15~20 mg/d;稳定期用小剂量(<15 mg/d)治疗;病情稳定 1~2 周后严格按激素减量法渐次减量。病情复发或合并狼疮肾炎、狼疮脑炎用口服激素难以控制病情时,加用标准环磷酰胺注射液冲击疗法(0.5~1.0 g/m²体表面积,每 4 周 1 次)静脉滴注。治疗组加用清养透解合剂治疗,每天 1 剂,分早晚 2 次服用。对照组加用安慰剂,每天 1 剂,分早晚 2 次口服。两组均治疗 6 个月。健康组不予任何治疗措施。治疗前后取静脉血采用酶联免疫法检测 Th_1 类细胞因子(IFN- γ 、IL-12)、 Th_2 类细胞因子(IL-10、IL-4)。结果 与健康组比较,治疗组和对照组治疗前血清 Th_1 类细胞因子(IL-12、IFN- γ)、 Th_2 类细胞因子(IL-10、IL-4)升高, Th_1/Th_2 细胞因子比值(IFN- γ /IL-4、IL-12/IL-10)降低,差异均有统计学意义($P < 0.01$);与本组治疗前比较,治疗组治疗后血清 Th_1 类细胞因子(IL-12、IFN- γ)降低、 Th_2 类细胞因子(IL-10、IL-4)降低($P < 0.05$), Th_1/Th_2 细胞因子比值(IFN- γ /IL-4、IL-12/IL-10)升高($P < 0.05$);与对照组治疗后比较,治疗组 IL-4 降低,IFN- γ /IL-4 升高($P < 0.05$)。治疗组不良反应例数少于对照组($P < 0.01$)。结论 清养透解合剂联合泼尼松片能改善 Th_1/Th_2 细胞群失衡,能减轻激素、免疫抑制剂的毒副作用。

关键词 系统性红斑狼疮;清养透解合剂;阴虚证; Th_1/Th_2 细胞因子

Effects of Qingyang Toujie Mixture in Combination with Prednisone Tablet on Th_1/Th_2 Cytokines in Patients Suffering from Systemic Lupus Erythematosus HUANG Gang-hua¹, CHEN Yin-huan¹, DUAN Hong-yan², LIU Ye¹, LINAG Xue-fen³, HE Yu-ping¹, WEN Xiao-min⁴, XU Qiu-ying¹, ZENG Zheng-lun¹, and ZHONG Jia-xi¹ 1 First Hospital Affiliated Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510405), China; 2 Graduate School, Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510405), China; 3 Institute of Gastroenterology, Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510405), China; 4 Department of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangzhou (241002), China

ABSTRACT Objective To research the effects of Qingyang Toujie Mixture (QTM) in combination with prednisone tablet on the balance of Th_1 and Th_2 (Th_1/Th_2) of systemic lupus erythematosus (SLE) patients of yin deficiency syndrome (YDS). Methods Totally 42 patients with SLE were recruited from clinics of internal medicine and hospitalization department of First Hospital Affiliated to Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine from August 2009 to March 2011. They were randomly assigned to the treatment group (22 cases) and the control group (20 cases) according to the random digit table. Another 12 healthy subjects were recruited as the healthy control group from employees of First Hospital Affili-

基金项目:广东省科技计划项目(No.2008152);广州中医药大学科技创新基金项目(No.09CX025)

作者单位:1.广州中医药大学第一附属医院(广州 510405);2.广州中医药大学研究生院(广州 510405);3.广州中医药大学脾胃研究所(广州 510405);4.南方医科大学中医系(广州 2410002)

通讯作者:钟嘉熙, Tel:020-36591222, E-mail:hy1309@126.com

ated to Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine and healthy students in physical examinations. All patients took prednisone tablet. The dosage was adjusted according to the severity of SLE activity index and the condition: 40–60 mg per day for severe active stage; 20–40 mg per day for moderate active stage; 15–20 mg per day for light active stage; and less than 15 mg per day for those in the stable stage, respectively. When patients' condition had been stabilized for 1 to 2 weeks, the dosage was gradually reduced according to the method of hormone reduction. In case of the recurrence of symptoms or when complicated with lupus nephritis or lupus encephalitis uncontrollable, standard shock therapy with Cyclophosphamide Injection ($0.5-1 \text{ g/m}^2$ body surface area, intravenous dripping, once every 4 weeks) was performed. Patients in the treatment group took QTM additionally, one dose daily, taken in two portions, once in the morning and once in the evening. Those in the control group took placebos additionally, one dose daily, taken in two portions, once in the morning and once in the evening. The therapeutic course was 6 months for all. No measure was taken for those in the healthy control group. Venous blood was withdrawal before and after treatment. Th_1 cytokines (IFN- γ , IL-12) and Th_2 cytokines (IL-10, IL-4) were detected by ELISA. Results Compared with the healthy control group, the serum Th_1 cytokines such as IL-12 and IFN- γ , Th_2 cytokines such as IL-10 and IL-4 increased, the Th_1/Th_2 ratios such as IFN- $\gamma/\text{IL-4}$ and IL-12/IL-10 decreased in the treatment group and the control group before treatment ($P < 0.01$). Compared with before treatment in the same group, the serum Th_1 cytokines such as IL-12 and IFN- γ decreased, the serum Th_2 cytokines such as IL-10 and IL-4 decreased, the ratios of Th_1/Th_2 cytokines such as IFN- $\gamma/\text{IL-4}$ and IL-12/IL-10 increased in the treatment group (all $P < 0.05$). Compared with the control group after treatment, IL-4 decreased, and the ratio of IFN- $\gamma/\text{IL-4}$ increased in the treatment group ($P < 0.05$). Fewer patients suffered from adverse reactions in the treatment group than in the control group ($P < 0.01$). Conclusion QTM in combination with prednisone tablet was effective to improve the balance of Th_1/Th_2 cytokines, and alleviate the toxic and adverse reactions of hormone or immune inhibitors.

KEYWORDS systemic lupus erythematosus; Qingyang Toujie Mixture; yin deficiency syndrome; Th_1/Th_2 cytokine

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种具有明显遗传背景,由感染、激素等触发因子与外环境、内环境诸多因素共同相互作用而引起机体免疫调节紊乱的自身免疫性疾病,以多个器官、组织受累和血清中有多种自身抗体为特征。T 淋巴细胞在免疫应答中起核心作用,具有调节细胞免疫和体液免疫的作用。近年来研究发现 Th_1/Th_2 细胞亚群及细胞因子在其发病的过程中发挥着重要的作用^[1,2]。清养透解合剂是由广州中医药大学第一附属医院钟嘉熙教授经过 30 余年临床实践总结研制的处方。经临床验证以清养透解为原则制成中成药苓丹片配合激素治疗 SLE 患者取得显著的疗效^[3-5],同时有助于提高患者的生活质量^[5]。本研究拟采用单盲随机对照临床试验的方法,以阴虚证 SLE 患者免疫失衡为切入点,分析清养透解合剂联合泼尼松对 Th_1/Th_2 细胞因子平衡的调节影响,探讨清养透解合剂治疗 SLE 的机制。

资料与方法

1 诊断标准及中医辨证分型标准 诊断标准参

照 1997 年由美国风湿病学会(ACR)修订的诊断标准^[6],中医辨证分型标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]阴虚证诊断标准。

2 纳入、排除及脱落标准 纳入标准:首次确诊为 SLE,或进入试验前 2 周内未用过任何药物;年龄 15~65 岁;签署知情同意书。排除标准:其他结缔组织病、重叠综合征、药物性狼疮、结核病;合并心、肝、肾、脑和造血系统等严重原发性疾病;精神病;合并严重感染。剔除标准:用药量或试验时间未超过 2 个月。

3 一般资料 42 例均为 2009 年 8 月—2011 年 3 月广州中医药大学第一附属医院内科门诊及住院 SLE 患者,按随机数字表分为治疗组(22 例)及对照组(20 例),另选择广州中医药大学第一附属医院职工和学生健康体检者 12 名作为健康对照组(健康组)。治疗组男 3 例,女 19 例,平均年龄(30.0 ± 6.6)岁,平均病程(3.3 ± 4.1)年,病情轻度 2 例,中度 6 例,重度 14 例;对照组男 2 例,女 18 例,平均年龄(28.7 ± 7.5)岁,平均病程(3.4 ± 3.5)年,病情轻度 1 例,中度 5 例,重度 14 例;健康组男 2 名,女 10 名,平均年

龄(30.0 ± 7.1)岁。各组性别、年龄比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗组和对照组病程、病情分布比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 治疗方法 两组均采用口服泼尼松片(5 mg/片,南京第二制药厂,批号:H32022566)治疗。根据SLE 活动性指数评分及病情调整:重度活动期用40~60 mg/d;中度活动期用20~40 mg/d,轻度活动期用15~20 mg/d;稳定期用小剂量(<15 mg/d)治疗;病情稳定1~2周后严格按激素减量法渐次减量。病情复发或合并狼疮肾炎、狼疮脑炎时用口服激素难以控制病情时,加用标准环磷酰胺注射液(0.1 g/支,上海医药集团有限公司华联制药厂,批号:H31021702)冲击疗法(0.5~1 g/m²体表面积,每4周1次)静脉滴注^[8]。

治疗组加用清养透解合剂[青蒿(后下)、鳖甲(先煎)、水牛角(先煎)、生地、丹皮、玄参、秦艽按2:3:4:3:2:3:2比例组成]。由广州中医药大学附属医院药剂科制备为汤剂(100 mL/袋),每天1剂,分早晚2次口服。对照组加用安慰剂(由淮山药、焦糖组成,与清养透解合剂剂型、剂量相同,包装一致,并使用统一的药物标签。由广州中医药大学附属医院药剂科制备)。每天1剂,分早晚2次口服。两组均治疗6个月,健康组不予任何治疗措施。

5 观察指标及方法 治疗组、对照组与健康组于治疗前及治疗结束后次日清晨空腹采肘静脉血3 mL,静置30 min,3 000 r/min离心5 min,吸取上层血清,按试剂盒说明书,采用ELISA法检测IFN- γ 、IL-12、IL-4、IL-10。IFN- γ 、IL-4、IL-10、IL-12酶联免疫检测试剂盒(编号:CSB-E04577h、CSB-E04633h、CSB-E04593h、CSB-E04599h)由华美公司提供。酶标仪TECAN TYPE: Sunrise Remote/ Tonch-Screen由南京华东电子集团医疗装备有限责任公司提供。观察治疗期间出现的药物不良反应:柯兴氏征、高血压、消化性溃疡、脱发、继发白细胞减少、肝功能异常等。

6 统计学方法 受试者、检验人员和数据录入者

始终处于盲态。试验过程中注意盲法的隐藏。临床试验结束后进行第1次揭盲,由统计分析人员完成数据录入以及统计分析报告;完成统计分析后进行第2次揭盲,得出临床研究报告。用Epidata 2.1a建立数据库录入数据,用SPSS 17.0进行统计分析,计量资料用t检验或方差分析,数据不符合参数检验条件时用非参数检验,计数资料用 χ^2 检验、等级资料用非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 病例脱落情况 本研究纳入观察SLE病例共42例,38例完成了试验,治疗组及对照组各脱落2例。1例因工作调动离开广州;1例因经济困难,未能定期复诊;其余2例均为外省患者,未能坚持在我院治疗。

2 各组治疗前后血清IL-12、IL-10、IFN- γ 、IL-4、IL-12/IL-10、IFN- γ /IL-4水平比较(表1) 与健康组比较,治疗组和对照组治疗前血清Th₁类细胞因子(IL-12、IFN- γ)、Th₂类细胞因子(IL-10、IL-4)升高,Th₁/Th₂细胞因子比值(IFN- γ /IL-4、IL-12/IL-10)降低,差异均有统计学意义($P < 0.01$);与本组治疗前比较,治疗组治疗后血清Th₁类细胞因子(IL-12、IFN- γ)及Th₂类细胞因子(IL-10、IL-4)降低($P < 0.05$),Th₁/Th₂细胞因子比值(IFN- γ /IL-4、IL-12/IL-10)升高($P < 0.05$)。与对照组治疗后比较,治疗组IL-4降低,IFN- γ /IL-4升高($P < 0.05$)。

3 各组不良反应比较(表2) 治疗6个月后,治疗组与对照组在柯兴氏征、高血压、消化性溃疡、脱发、继发性白细胞减少、肝功能异常方面例数比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗组发生这些不良反应例数明显比对照组少。

讨 论

现代研究认为SLE发病的免疫学特征是多克隆B细胞激活和T细胞功能异常,产生多种自身抗体,形成免疫复合物,沉积于血管壁、肾小球和关节,导致Ⅲ

表1 各组治疗前后血清IL-12、IL-10、IFN- γ 、IL-4、IL-12/IL-10及IFN- γ /IL-4水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-12	IL-10	IFN- γ	IL-4	IL-12/IL-10	IFN- γ /IL-4
			(pg/mL)					
对照	18	治疗前	143.0 $\pm$ 123.3 ^{$\Delta\Delta$}	449.5 $\pm$ 475.8 ^{$\Delta\Delta$}	31.6 $\pm$ 24.9 ^{$\Delta\Delta$}	225.0 $\pm$ 221.3 ^{$\Delta\Delta$}	0.4 $\pm$ 0.3 ^{$\Delta\Delta$}	0.2 $\pm$ 0.1 ^{$\Delta\Delta$}
		治疗后	188.8 $\pm$ 321.6 ^{$\Delta\Delta$}	249.4 $\pm$ 356.6 [*] Δ	18.1 $\pm$ 19.5 ^{**} Δ	132.2 $\pm$ 155.7 ^{**}	0.9 $\pm$ 0.9 [*]	0.2 $\pm$ 0.1 ^{$\Delta\Delta$}
治疗	20	治疗前	137.0 $\pm$ 175.9 ^{$\Delta\Delta$}	509.7 $\pm$ 433.8 ^{$\Delta\Delta$}	25.4 $\pm$ 19.2 ^{$\Delta\Delta$}	162.6 $\pm$ 122.2 ^{$\Delta\Delta$}	0.3 $\pm$ 0.3 ^{$\Delta\Delta$}	0.2 $\pm$ 0.1 ^{$\Delta\Delta$}
		治疗后	60.0 $\pm$ 56.6 [*]	388.8 $\pm$ 173.3 ^{**}	10.5 $\pm$ 12.4 ^{**}	48.4 $\pm$ 92.0 ^{**} Δ	0.9 $\pm$ 0.9 [*]	0.4 $\pm$ 0.3 ^{Δ*}
健康	12		16.8 $\pm$ 6.7	16.4 $\pm$ 2.6	4.6 $\pm$ 1.2	7.6 $\pm$ 2.2	1.0 $\pm$ 0.4	0.6 $\pm$ 0.2

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与健康组比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$;与对照组同期比较,[▲] $P < 0.05$

表 2 各组不良反应比较 [例(%)]

不良反应	治疗组	对照组
柯兴氏征	5(25.0)*	12(66.7)
高血压	4(20.0)*	11(61.1)
消化性溃疡	0(0)	3(16.7)
糖尿病	0(0)	0(0)
感染	0(0)	1(6.0)
无菌性股骨头坏死	0(0)	1(6.0)
继发精神神经症状	0(0)	0(0)
脱发	1(5.0)*	11(61.1)
继发白细胞数减少	0(0)*	3(16.7)
继发肝功能异常	0(0)*	3(16.7)
继发肾功能异常	0(0)	0(0)
治疗后心电图异常	0(0)	0(0)

注:与对照组比较,* $P < 0.01$

型超敏反应并造成全身多系统、多器官的慢性炎症损害^[9]。随着免疫学研究的不断深入,发现 B 细胞免疫应答活动主要由 T 细胞调控^[3],SLE 患者 B 细胞功能亢进与 T 细胞表现异常关系极为密切^[10]。Th₁/Th₂ 细胞是 CD4⁺ T 细胞重要的两类细胞,Th₁ 细胞可分泌 IL-2、IL-12、IFN- γ 、TNF- β 等因子,介导细胞免疫,促进 T 细胞分化、成熟和增殖,促进炎症介质的合成;Th₂ 细胞可分泌 IL-4、IL-5、IL-6、IL-10、IL-13 等细胞因子,介导体液免疫,并促进 B 细胞分化、成熟和增殖,促进抗体生成。T 细胞亚群分布紊乱及其不同亚群的活化和功能异常在 SLE 发生发展中有重要作用。目前普遍推测 SLE 发病与 Th₂ 优势有关^[2,11-13]。

本研究发现,与健康组比较,治疗组和对照组治疗前血清 Th₁ 类细胞因子(IL-12、IFN- γ)、Th₂ 类细胞因子(IL-10、IL-4)升高,Th₁/Th₂ 细胞因子比值(IFN- γ /IL-4、IL-12/IL-10)降低,差异均有统计学意义($P < 0.01$),提示 SLE 患者体内存在 Th₁/Th₂ 细胞因子平衡紊乱,Th₁/Th₂ 细胞因子向 Th₂ 漂移。治疗组治疗后 Th₁/Th₂ 细胞因子平衡紊乱改善,且优于对照组,提示清养透解合剂为主中西医结合治疗能改善 Th₁/Th₂ 细胞群失衡。治疗 6 个月后治疗组不良反应例数少于对照组($P < 0.01$),提示清养透解合剂能减轻激素、免疫抑制剂的毒副作用。

钟嘉熙教授认为 SLE 属“伏邪温病”范畴,“阴虚化热,邪毒伏藏”是贯穿 SLE 病程始终的病机特点。结合现代医学对 SLE 的认识,钟教授经过 30 余年临床实践总结研制出清养透解合剂。前期临床研究证实,运用清养透解法为主综合治疗方案有助于提高 SLE 患者的生活质量^[5]。清养透解合剂方中鳖甲、青蒿、水牛角为君药。鳖甲咸寒,归肝脾肾经,具有滋阴

潜阳,退热除蒸,软坚散结之效;青蒿苦辛寒,归肝胆经,具有清透虚热,凉血除蒸功效。吴鞠通在《温病条辨·卷三·下焦篇》^[14]云:“邪气深伏阴分,混处气血之中,不能纯用养阴,又非壮火,更不得任用苦燥。”“故以鳖甲蠕动之物,入肝经至阴之分,既能养阴,又能入络搜邪;以青蒿芳香透络,从少阳领邪外出”。水牛角味咸寒,可清热解毒、凉血清心,使火平热降,毒解血宁;方中以生地、玄参、牡丹皮为臣药,生地、玄参苦寒,养阴清热生津、止血凉血,可以助水牛角清热凉血止血,又可补充耗伤之阴血;丹皮清热凉血,活血散瘀。佐以秦艽辛苦,微寒,祛风除湿,通络舒筋,清退虚热,全方共奏清热解毒,养阴透邪,活血化瘀之效。

根据本临床研究结果推测,清养透解合剂联合泼尼松治疗可能通过改善 Th₁/Th₂ 细胞失衡,从而维持 T 细胞功能正常,抑制 B 细胞的异常增殖,减轻炎症损伤而达到治疗 SLE 作用的。由于本研究患者观察时间为半年,研究时间短暂,SLE 临床初发病例不是很常见,病例来源相对少,加上资金不足,收集的病例数较少,难免有随机抽样误差,故实验大部分数据呈非正态分布;由于经费的不足及医学伦理方面的因素,临床研究双盲对照方法难以实施,难免产生观察性偏倚等因素,都有可能影响临床试验结果。希望将来通过进一步扩大临床试验样本含量、进行更严密的多中心随机双盲临床试验进行清养透解法治疗 SLE 机制的研究。

参 考 文 献

- [1] Morimoto S, Tokano Y, Kaneko H, et al. The increased interleukin-13 in patients with systemic lupus erythematosus: relations to other Th1-, Th2-related cytokines, and clinical findings [J]. Autoimmunity, 2001, 34(1): 19-25.
- [2] 王少敏,张洁,马丽. 30 例女性 SLE 患者淋巴细胞培养上清液中 IL-2、TNF- α 、IFN- γ 、IL-4 水平测定[J]. 中国妇幼保健, 2008, 23(7): 982-983.
- [3] 张剑勇,钟嘉熙,彭胜权,等. 苓丹片、青蒿琥酯对系统性红斑狼疮患者 IL-2 与 sIL-2R 影响的研究[J]. 河南中医学院学报, 2003, 18(2): 43-44.
- [4] 钟彦彦,陆晓和,钟嘉熙,等. 清养透解法治疗系统性红斑狼疮伴视功能损害临床研究[J]. 新中医, 2010, 42(4): 60-61,129.
- [5] 陈银环,钟嘉熙,刘叶,等. 清养透解法为主综合治疗系统性红斑狼疮患者 81 例生存质量评价[J]. 新中医, 2009, 41(1): 47-48.
- [6] Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classifica-

- tion of systemic lupus erythematosus [J]. Arthritis Rheum, 1997, 40: 1725.
- [7] 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 111 - 115.
- [8] 陈灏珠主编. 实用内科学 [M]. 第 11 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 2316 - 2317.
- [9] 刘静, 舒强. 系统性红斑狼疮发病的免疫学机制 [J]. 医学理论与实践, 2004, 17 (4): 394.
- [10] 刘喜德. 论肾虚瘀毒为系统性红斑狼疮的基本病因病机 [J]. 中国中医药信息杂志, 2002, 9 (12): 4 - 5.
- [11] Viillard JF, Pellegrin JL, Ranchin V, et al. Th₁ [IL-2, interferon-gamma (IFN-gamma)] and Th₂ (IL-10, IL-4) cytokine production by peripheral blood mononuclear cells (PBMC) from patients with systemic lupus erythematosus (SLE) [J]. Clin Exp Immunol, 1999, 115(1): 189 - 195.
- [12] 石韞珍, 孟锐, 李丽, 等. 青藤碱对红斑狼疮患者外周血 T 细胞的抑制作用及机制探讨 [J]. 中国免疫学杂志, 2008, 24(9): 800 - 807.
- [13] 吴昌辉, 蔡川川, 陆善词, 等. 系统性红斑狼疮患者 Th₁、Th₂ 细胞因子偏移与类风湿因子和抗心磷脂抗体的相关性研究 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志, 2005, 4(3): 141 - 143.
- [14] 吴瑭著, 邓拙校注. 温病条辨 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010, 4: 122.
- (收稿: 2012 - 04 - 26 修回: 2012 - 09 - 10)

香港大学中医药学院成功举办

第七届庞鼎元国际中医药研讨会暨中医全科学士全日制课程十周年纪念

第七届庞鼎元国际中医药研讨会暨中医全科学士全日制课程十周年纪念活动于 2012 年 12 月 1—2 日在香港大学李嘉诚医学院举行。本次活动由香港大学中医药学院主办。香港大学校长徐立之教授、国家卫生部副部长兼国家中医药管理局局长王国强先生、香港特别行政区食物及卫生局局长高永文医生、中国科学院院士、上海中医药大学校长陈凯先教授、广西壮族自治区卫生厅副厅长兼中医药局局长甘霖厅长、台湾卫生署中医药委员会主任委员黄林煌先生、香港大学中医药学院院长、大会主席童瑶教授作为主礼嘉宾先后在开幕式上致辞。会上香港大学校长徐立之教授还向王国强部长颁发了香港大学中医药学院名誉教授证书。

首日研讨会主题为“全球中医药发展趋势及策略高峰论坛”，主讲嘉宾来自英国、马来西亚、新加坡等国家以及上海、云南、台湾、澳门及香港地区的中医药政府行政管理人员、教研机构学者专家及香港中医界。国家卫生部副部长兼国家中医药管理局局长王国强先生作了题为“中医药事业发展的形势与任务”的重要演讲。香港特别行政区卫生署助理署长(中医药)林文健医生、台湾卫生署中医药管理委员会主任委员黄林煌先生分别介绍了香港及台湾中医药发展现状及规管情况。世界中医药学会联合会常务副主席兼秘书长李振吉教授介绍了中医药国际合作的现状及展望。其他来自世界各地的主讲嘉宾也分别介绍了各地区推动中医药医疗、教育、科研发展的政策、措施及尚待解决的问题，让与会者全面了解全球中医药发展的现状、趋势及前景，共同探讨中医药未来的发展。

次日主题为“香港大学中医药学院名誉教授主讲之学术讲座”，特邀多位香港大学中医药学院名誉教授就研究成果及临床治疗经验作学术专题探讨。中国科学院院士、中国中医科学院首席研究员陈可冀教授介绍了清代宫廷医药档案与医疗保健；上海中医药大学教授兼脊柱病研究所名誉所长施杞教授分享了中医药防治慢性筋骨病的思路与方法；台湾中国医药大学针灸研究所张永贤教授从脉象方面探讨了自律神经能量；云南大学生命科学学院虞泓教授介绍了云南虫草生物资源；上海中医药大学终身教授兼上海中医药学会会长严世芸教授探讨了上海中医流派传承研究的工作思路和方法；香港中文大学社区医学荣休讲座教授李绍鸿教授带领与会者回顾了香港公共卫生的过去并指出了面临的新挑战。

研讨会期间举办了《近代海派中医文化掠影》展，介绍了近代上海中医事业的发展轨迹，使参会者加深对近代海派中医文化特点及发展历史的了解和认识。

本次活动吸引了本地注册中医师及对中医药感兴趣的各界人士共 400 多人参加，反响热烈，是一次中医药界国际性高层次、高水平的学术活动，将对促进中医药国际交流起到积极的推动作用。

(香港大学中医药学院 供稿)