· 临床论著 ·

晚期原发性肺癌血瘀证评分与临床指标相关性研究

李　蒙[1]　吴玖斌[2]　郭秀伟[1]　张培彤[1]　徐鹏翔[3]

摘要　目的　观察晚期原发性肺癌血瘀证量化评分与临床指标相关性。**方法**　选择晚期原发性肺癌患者 63 例，分为中药组(31 例)和化疗组(32 例)，中药组以中药注射液联合桃红四物汤加减治疗；化疗组以常规方案化疗，21 天为 1 个周期，连续治疗 2 周期；分别测定治疗前后 46 项常用临床指标及用拟定量化标准得出的血瘀证量化值，观察血瘀证量化值的改变与临床指标改变的相关性。**结果**　血瘀证量化值的改变与与营养不良相关因子(HGB、ALB、GLB、TP、HCT、MCV)、凝血指标(AT-Ⅲ、D-Dimer、FIB、APTT、FDP)、血脂指标(TC、LDL-C、HDL-C)、炎症因子(LYMPH#、PDW、CRP)、部分肿瘤标志物(SA)、Cr 及部分免疫相关因子($CD3^+$、$CD4^+/CD25^+$、$CD8^+/CD28^+$、NK)的改变呈正相关($P<0.01$，$P<0.05$)，而与其他免疫相关因子($CD3^+/CD4^+$、$CD3^-/CD19^+$)、SOD 及肿瘤标志物(CEA、CA125)的改变呈负相关($P<0.01$，$P<0.05$)。**结论**　晚期原发性肺癌血瘀证量化评分与多个常用临床指标密切相关。

关键词　肺癌；血瘀证评分；常用临床指标；相关性

Correlation Study on Blood Stasis Syndrome Score with Clinical Indicators in Advanced Primary Lung Cancer

LI Meng[1], WU Jiu-bin[2], GUO Xiu-wei[1], ZHANG Pei-tong[1], and XU Peng-xiang[3]

1 Department of Oncology, Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100053); 2 Department of Osteology, First Affiliated Hospital of Tianjin University of Chinese Medicine, Tianjin (300000); 3 Department of Pneumology, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing (100091)

ABSTRACT　**Objective**　To explore the correlation of quantitative changes of blood stasis syndrome and changes of clinical indicators in advanced primary lung cancer. **Methods**　Totally 63 cases of advanced primary lung cancer were assigned to the Chinese medicine (CM) group and the chemotherapy group. A total of 31 cases treated with CM injection and modified Taohong Siwu Decoction were in the CM group, the other 32 cases treated with normal chemotherapy regimen. It was defined that 21 days as a treatment cycle, and all cases were continually treated with 2 cycles. A total of 46 laboratory indicators were measured before and after treatment respectively, and blood stasis scores before and after treatment were determined by quantitative criteria. Then the correlation between changes of blood stasis scores and changes of clinical indexes were observed. **Results**　Quantitative numerical changes of blood stasis were positively correlated with changes in malnutrition correlating factors (HGB, ALB, GLB, TP, HCT, MCV), blood coagulation related factors (AT-Ⅲ, D-Dimer, FIB, APTT, FDP), blood lipid parameter (TC, LDL-C, HDL-C) inflammatory factor (LYMPH#, PDW, CRP), partial tumor markers (SA), CR and partial immunity correlating factors ($CD3^+$, $CD4^+/CD25^+$, $CD8^+/CD28^+$, NK, $P<0.01$, $P<0.05$). Quantitative numerical changes of blood stasis after treatment were negatively correlated with changes in the other immunity correlating factors ($CD3^+/CD4^+$, $CD3^-/CD19^+$), SOD and tumor markers (CEA, CA125, $P<$

基金项目：国家自然科学基金资助项目(No. 81173450)；北京市自然科学基金项目(No. 7122152)

作者单位：1.中国中医科学院广安门医院肿瘤科(北京 100053)；2.天津中医药大学第一附属医院骨科(天津 300193)；3.中国中医科学院西苑医院呼吸科(北京 100091)

通讯作者：张培彤，Tel：13910678101，E-mail：drzhangpeitong@hotmail.com

DOI：10.7661/j.cjim.20170901.311

0.01, $P<0.05$). Conclusion The quantitative changes of blood stasis syndrome on advanced primary lung cancer is closely related with the changes of several common clinical indicators.

KEYWORDS lung cancer; blood stasis syndrome score; common clinical indicators; correlation

原发性肺癌是常见恶性肿瘤之一,其发病率及病死率占全国恶性肿瘤的首位[1]。血瘀证是肺癌常见的中医证型之一[2]。在病证结合的模式下,学者们不断寻找辨证分型的客观依据来建立规范标准的证型体系,其中以血瘀证的客观化研究最为热门。本研究主要针对晚期原发性肺癌血瘀证量化积分与临床指标的相关性进行探讨。

资料与方法

1 诊断及辨证分型标准 原发性肺癌诊断参照《原发性肺癌诊断标准》[3]。血瘀证辨证分型参考课题组前期拟定的血瘀证分级量化诊断标准(简称拟定量化标准)[4],具体为:痛有定处,拒按(15 分);舌质紫暗、舌体瘀斑、瘀点(12 分);出血(10 分);脉络瘀血 (9 分);癥积(9 分);外伤史、手术史及人工流产史(9 分);痰血(8 分);胸痛(5 分)。具备以上项目且相加为 18 ~25 分为轻度血瘀证,26 ~32 分为中度血瘀证,33 分以上为重度血瘀证。

2 纳入、排除、剔除及脱落标准 纳入标准:符合诊断标准;TNM 分期[5] Ⅲb 期或Ⅳ期,或术后复发转移;目前正在接受化学治疗或中药治疗;入选时所需观察的临床内容记载完整;愿意配合临床观察,并签署知情同意书。排除标准:有严重的心、肝、肾、急性脑血管疾病等其他严重疾病患者。剔除标准:纳入后发现不符合纳入标准。病例脱落标准:随访期间中断治疗或改用其他治疗。

3 一般资料 收集 2014 年 12 月—2015 年 12 月在中国中医科学院广安门医院肿瘤科住院治疗的晚期原发性肺癌患者共 63 例,由于本试验探讨血瘀积分与临床指标的相关性,需至少保证样本量 ≥ 30[6]。考虑到化疗方案有较严重的胃肠道反应和骨髓抑制,因此需要科室专家结合患者体力评分情况决定治疗方式,分为中药组 31 例,男性 20 例,女性 11 例,年龄 32 ~81 岁,中位年龄 67 岁,Ⅲb 期患者 13 例,Ⅳ期患者 18 例;化疗组 32 例,男性 20 例,女性 12 例,年龄 36 ~80 岁,中位年龄 64 岁,Ⅲb 期患者 15 例,Ⅳ期患者 17 例。两组性别、年龄、分期差异均无统计学意义($P>0.05$)。本试验已经通过中国中医科学院广安门医院伦理委员会审核,批准号:2012095。

4 治疗方法 中药组用中药注射液加辨证论治汤剂治疗,中药注射液包括榄香烯注射液(100 mg/20 mL,大连金港药业公司,批号:H10960114)600 mg、康莱特注射液(100 mL,浙江康莱特药业公司,批号:Z10970091)200 mL 或艾迪注射液(10 mL,贵州益佰制药股份有限公司,批号:Z52020236)60 mL,均配以生理盐水,静脉滴注,1 次/日,21 天/周期,共 2 周期。同时配合桃红四物汤加减,由桃仁 12 g、红花10 g、川芎 6 g、当归 10 g、赤芍 10 g、生地黄 10 g 组成,由本院煎药室统一熬制并装袋保存,每次200 mL,温服,早晚各 1 次。

化疗组用以下任意一种化疗方案。TP/TC 方案:紫杉醇(30 mg/5 mL,辉瑞制药股份有限公司,批号:H20059378)135 ~175 mg/m^2,静脉滴注(3 h,并预处理及观察),第 1 天;顺铂(10 mg,齐鲁制药股份有限公司,批号:H20073652)75 mg/m^2,(配合水化、止吐药和利尿)或卡铂(100 mg,齐鲁制药股份有限公司,批号:H10920028)300 mg/m^{2}静脉滴注,第 1 天;21 天/周期,计 2 周期。NP/NC 方案:长春瑞滨(10 mg/mL,江苏豪森制药股份有限公司,批号:H20031337)25 mg/m^2,静脉滴注(10 min),第 1、8 天;顺铂 75 mg/m^2,(配合水化、止吐药和利尿)或卡铂 300 mg/m^2 静脉滴注,第 1 天;21 天/周期,计 2 周期。GP/GC 方案:吉西他滨(1 g,江苏豪森制药股份有限公司,批号:H20030104)1 000 mg/m^2,静脉滴注(30 min),第 1、8 天;顺铂 75 mg/m^2,(配合水化、止吐药和利尿)或卡铂 300 mg/m^{2}静脉滴注,第 1 天;21 天/周期,计 2 周期。PP/PC 方案:培美曲塞(0.2 g,江苏豪森制药股份有限公司,批号:H20060671)500 mg/m^2,静脉滴注(30 min),第 1 天;顺铂 75 mg/m^2,(配合水化、止吐药和利尿)或卡铂 300 mg/m^{2}静脉滴注,第 1 天;21 天/周期,计 2 周期。

5 观察指标及方法 实验指标选择主要考虑结合临床,且便于临床医生的观察和随诊。因此以患者入院后常规做的检查项目为主,包括血常规、生化全项、肿瘤标志物、DIC 初筛实验和免疫指标,具体为 HGB、RBC、红细胞压积(HCT)、红细胞平均体积(MCV)、WBC、PLT、中性粒细胞比例(NEUT%)、淋巴细胞数量(LYMPH#)、中性粒细胞(NEUT#)、红细胞分布宽度(RDW-SD)、红细胞分布宽度比值

(RDW-CV)、血小板分布宽度(PDW)、平均血小板体积(MPV)、CRP、葡萄糖(GLU)、Cr、球蛋白(GLB)、极低密度脂蛋白(VLDL)、脂蛋白 a(LP-a)、总蛋白(TP)、白蛋白(ALB)、BUN、超氧化物歧化酶(SOD)、TG、TC、LDL-C、HDL-C、乳酸脱氢酶(LDH)、血清唾液酸(SA)、癌胚抗原(CEA)、糖链抗原 125(CA125)、鳞状上皮细胞癌抗原(SCC)、细胞角蛋白 19 片段(CYFRA21-1)、糖链抗原 199(CA199)、神经特异性烯醇化酶(NSE)、D-二聚体定量(D-Dimer)、纤维蛋白原(FIB)、活化部分凝血活酶(APTT)、纤维蛋白原降解产物(FDP)、抗凝血酶Ⅲ活性(AT-Ⅲ)、总 T 细胞($CD3^+$)、辅助 T 细胞 Th($CD3^+/CD4^+$)、活化辅助性 T 细胞($CD4^+/CD25^+$)、B 淋巴细胞($CD3^-/CD19^+$)、细胞毒 T 细胞($CD8^+/CD28^+$)和自然杀伤细胞(NK 细胞)。患者入院第二天晨起空腹抽取静脉血共 15 mL,分别测定出以上 46 项指标治疗前、后数值,用拟定量化标准[4]分别评价治疗前后的血瘀证量化评分,比较两组血瘀证量化值的改变与临床指标改变的相关性,同时观察诊断标准各条目的符合率,目的是找出较为常见的、有价值的血瘀证诊断条目,为临床评价血瘀水平提供参考依据。

6　统计学方法　所有数据通过 EpiData 录入,采用 SPSS 19.0 软件,计量资料符合正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,不符合正态分布用 M(P25,P75)表示。使用双变量相关分析,用 *Spearman* 相关系数表示。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结　果

1　受试者流程(图 1)　最终 55 例患者完成治疗。

2　治疗前后两组血瘀证量化评分比较　治疗前中药组患者血瘀证量化积分[(21 ±10)分]低于化疗组[(28 ±10)分,$P=0.01$];治疗后中药组患者血瘀量化积分[(16 ± 13)分]低于化疗组[(21 ± 13)分,$P=0.14$]。

3　拟定量化标准各条目符合率(表 1)　条目 2、6 符合率在 50%以上,条目 3 的符合率最低。

4　血瘀证量化积分与临床指标变化的相关系数(表 2)　治疗前血瘀积分为(5.0 ±1.5)分,治疗后血瘀积分为(18.9 ±1.8)分。血瘀证量化积分的改变与与营养不良相关因子(HGB、ALB、GLB、TP、HCT、MCV)、凝血指标(AT-Ⅲ、D-Dimer、FIB、APTT、FDP)、血脂指标(TC、LDL-C、HDL-C)、炎症因子(LYMPH#、PDW、CRP)、部分肿瘤标志物(SA)及部分免疫相关因子($CD3^+$、$CD4^+/CD25^+$、$CD8^+/CD28^+$、NK)的改变呈正相关($P<0.01$, $P<0.05$),而与其他免疫相关因子($CD3^+/CD4^+$、$CD3^-/CD19^+$)、SOD、CR 及肿瘤标志物(CEA、CA125)的改变呈负相关($P<0.01$, $P<0.05$)。

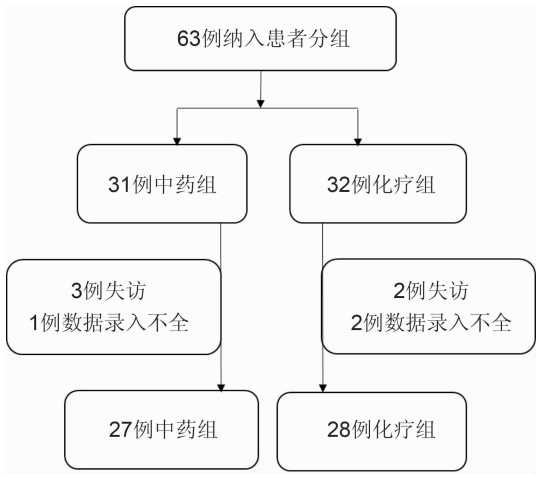

图 1　试验流程

表 1　拟定量化标准各条目符合率

拟定量化标准条目	符合(例)	不符合(例)	符合率(%)
1	16	39	29.1
2	37	18	67.3
3	1	54	1.8
4	2	53	3.6
5	18	37	32.7
6	29	26	52.7
7	18	37	32.7
8	20	35	36.4

注:条目 1 为痛,痛有定处,拒按;条目 2 为舌质紫暗、舌体瘀斑、瘀点;条目 3 为出血;条目 4 为脉络瘀血;条目 5 为癥积;条目 6 为外伤史、手术史及人工流产史;条目 7 为痰血;条目 8 为胸痛

讨　论

恶性肿瘤患者多伴有较高的营养不良发生率,高达 64.70%[7]。陈欢耀等[8]发现存在营养不良的恶性肿瘤以虚证为主,多兼夹血瘀证。本研究发现血瘀量化值的改变与营养不良相关因子的改变呈正相关,即随着治疗后血瘀程度的减轻,患者的营养不良的状态未得到改善。考虑到本试验所纳入的均为晚期肺癌患者,由于癌细胞的侵袭转移加上正气不足,以及各种并发症的出现,因此患者低下的营养状况较难逆转。

本试验观察到血瘀量化值的改变与纳入的所有凝血指标的变化均呈正相关,这与目前普遍将凝血指标作

表 2 血瘀证量化积分与临床指标变化的相关系数

临床指标	治疗前	治疗后	r	P	临床指标	治疗前	治疗后	r	P
HGB(g/L, $\bar{x}\pm s$)	127±13	119±15	0.30	0.03	SOD(U/mL, $\bar{x}\pm s$)	121±17	126±23	−0.39	0.00
HCT(%, $\bar{x}\pm s$)	38±4	36±4	0.47	0.00	CEA[ng/mL, M(P25,P75)]	3.5(2.3,18.4)	4.2(2.5,19.3)	−0.30	0.03
MCV(μm, $\bar{x}\pm s$)	90±4	90±5	0.67	0.00	CA125[U/mL, M(P25,P75)]	26.5(14.1,101.3)	22.5(11.9,64.2)	−0.83	0.00
LYMPH#(/L, $\bar{x}\pm s$)	1.4±0.4	1.3±0.4	0.50	0.00	$CD3^+/CD4^+$($\bar{x}\pm s$)	37±8	37±8	−0.83	0.00
PDW(%, $\bar{x}\pm s$)	11.6±1.6	11.2±1.3	0.47	0.00	$CD3^-/CD19^+$($\bar{x}\pm s$)	9.07±3.63	9.20±4	−0.34	0.01
CRP[mg/L, M(P25,P75)]	3.3(1.4,13.5)	6.0(1.8,37.2)	0.25	0.01	RBC(10^{12}/L)	4.3±0.4	4.0±0.5	0.25	0.06
GLB(g/L, $\bar{x}\pm s$)	26±3	25±4	0.49	0.00	WBC(10^9/L, $\bar{x}\pm s$)	6.7±2.2	5.2±1.1	0.11	0.43
TP(g/L, $\bar{x}\pm s$)	65±4	64±5	0.43	0.00	PLT(10^9/L, $\bar{x}\pm s$)	241±61	235±60	0.13	0.34
ALB(g/L, $\bar{x}\pm s$)	39±3	39±3	0.63	0.00	NEUT%(%, $\bar{x}\pm s$)	65±9	64±10	−0.15	0.28
TC(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	1.5±0.5	1.9±0.8	0.40	0.00	NEUT#(10^9/L, $\bar{x}\pm s$)	4.6±1.9	4.4±2.1	0.23	0.10
LDL-C(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	2.9±0.5	2.8±0.6	0.42	0.00	RDW-SD(fL, $\bar{x}\pm s$)	44±4	47±5	−0.04	0.76
HDL-C(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	1.12±0.19	1.11±0.20	0.70	0.00	RDW-CV(%, $\bar{x}\pm s$)	14.1±1.9	14.2±1.4	−0.23	0.09
SA(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	66±13	65±14	0.47	0.00	MPV(fL, $\bar{x}\pm s$)	10.3±0.7	10.3±0.6	−0.01	0.92
FIB(g/L, $\bar{x}\pm s$)	83.3±5.9	4.2±1.1	0.35	0.01	GLU(mmol/L)	5.8±0.9	5.8±0.8	−0.26	0.06
FDP[mg/L, M(P25,P75)]	3.6(1.8,5.0)	3.6(1.9,6.1)	0.38	0.01	VLDL(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	0.45±0.22	0.72±0.33	0.23	0.09
AT-Ⅲ(g/L, $\bar{x}\pm s$)	84±8	83±6	0.29	0.03	LP-a(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	19±12	23±14	0.10	0.46
D-Dimer[μg/L, M(P25,P75)]	1.0(0.4,1.8)	1.0(0.4,1.5)	0.39	0.00	BUN(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	5.3±1.7	5.3±1.4	0.22	0.11
APTT(s, $\bar{x}\pm s$)	29.5±2.9	29.1±2.3	0.60	0.00	TG(mmol/L, $\bar{x}\pm s$)	1.5±0.5	1.9±0.8	−0.07	0.60
$CD3^+$(%, $\bar{x}\pm s$)	69±8	63±14	0.49	0.00	LDH(U/L, $\bar{x}\pm s$)	217±80	235±112	0.25	0.06
$CD4^+/CD25^+$($\bar{x}\pm s$)	18±6	17±7	0.87	0.00	SCC[μg/L, M(P25,P75)]	1.0(0.7,1.5)	0.9(0.7,1.6)	0.10	0.49
$CD8^+/CD28^+$($\bar{x}\pm s$)	12±4	13±4	0.60	0.00	CYFRA21-1[ng/mL, M(P25,P75)]	3.1(2.0,6.6)	2.7(2.0,5.3)	−0.20	0.14
NK(%, $\bar{x}\pm s$)	18±8	17±8	0.36	0.01	CA199[U/mL, M(P25,P75)]	17.3(9.8,43.5)	16.8(11.8,38.5)	0.22	0.11
Cr(mmmol/L, $\bar{x}\pm s$)	64±11	65±11	−0.29	0.04	NSE(U/mL, $\bar{x}\pm s$)	18±8	17±8	−0.26	0.05

注：$P<0.05$ 提示两者具有相关性，相关系数越接近 1，则相关性越显著

为评价血瘀情况的客观指标一致。郭晓青等[9]研究发现 63.7% 的中晚期胃癌患者辨证为血瘀证，与凝血指标存在相关性，其中，FIB、D-Dimer 异常升高所占比例最多（$P<0.05$）。虽然肿瘤患者血液中存在的高凝状态不能完全等同于中医学的血瘀证，但有研究发现肿瘤高凝状态与血瘀证关系密切，而且临床观察发现运用活血化瘀法纠正肿瘤患者体内的高凝状态疗效较为显著[10]。因此，将血瘀证分级量化后，通过判断前后程度改变，来预测凝血指标的改变情况，就能为进一步临床治疗提供指导，也可及早发现不良情况（如 DIC 等），及时做出预防，避免或延迟不良预后的发生。

研究发现气滞血瘀证患者多以 LDL-C 及 TC 升高为主[11,12]。说明血脂与血瘀的关系密切，这使痰瘀互结证在临床中的普遍性得到解释。而本试验进一步发现两者呈正相关，通过改善血瘀情况，可使血脂水平得到改善，进而纠正体内痰浊的状态。

有学者对 219 例肺癌患者各证型间 T 细胞亚群的比较，发现气滞血瘀证患者的 T 细胞亚群显著高于其他虚证类型[12]。另有学者观察到血瘀证与 $CD4^+/CD25^+$、$CD8^+/CD28^+$ 呈正相关[13]，而本试验还发现血瘀程度的改变与 $CD3^+$、NK 的改变呈正相关，与（$CD3^+/CD4^+$、$CD3^-/CD19^+$）的改变呈负相关。考虑本试验所纳入的均为晚期肺癌患者，由于恶性肿瘤的消耗使患者免疫力普遍下降，即使血瘀证通过治疗得到减轻，患者的部分免疫指标也未能改善。

余丽娟[14]研究发现大肠癌晚期患者 CEA 浓度以瘀毒蕴结证最高，与本研究结果不一致。一方面可能是本试验样本量较少，不能很好地反映两者的相关性；另一方面，由于所纳入患者的分期较晚，而且疾病的控制不佳，致使肿瘤标志物的变化趋势难以控制。多数患者通过临床治疗，尤其是化疗，由于疗效的不同（有效或无效），可能对肿瘤标志物的变化产生截然相反的作用。另外，本研究发现血瘀证改变方炎症相关因子改变显示相关，提示血瘀证与炎症发生密切样关。

近年来，原发性肺癌血瘀证量化积分与临床指标的相关性逐渐受到医疗界的关注。通过本试验，发现血瘀证量化积分的改变与临床常用指标关系密切。通过辨证治疗血瘀状态得到改善，患者相关的临床指标也发生改变，这为肺癌血瘀证的客观化提供依据，也为寻找肺癌血瘀证较特异性的常用指标进行了有益的探索。然而，由于样本量较少，加上疾病分期的限制，因此不能很好反映两者的相关性，使部分结果与其他研究结果不一致。据此，可尝试包含多个分期的较大样

本量研究,来验证本团队自拟的分级量化标准,以便临床的运用推广。

利益冲突:无。

参 考 文 献

[1] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015[J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115 -132.

[2] 马齐襄, 朱晓丹, 胡凯文, 等. 253 例原发性肺癌转移特征及中医证型分析[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(10): 3659 -3661.

[3] 中华人民共和国卫生部. 原发性肺癌诊断标准(WS 323 -2010)[M]. 北京: 中国标准出版社, 2010: 1 -6.

[4] 刘永衡, 张培彤, 孔凡君. 中晚期原发性肺癌血瘀证分级量化标准的临床研究[J]. 山东中医药大学学报, 2010, 34(2): 125 -129.

[5] 叶波, 杨龙海, 刘向阳. 最新国际肺癌 TNM 分期标准(第 7 版)修订稿解读[J].中国医刊, 2008, 43(1): 21 -23.

[6] 袁建文, 李科研. 关于样本量计算方法的比较研究[J]. 统计与决策, 2013, 1: 22 -25.

[7] 黄丽. 恶性肿瘤患者精神因素与营养状况关系调查分析[J]. 湖南中医杂志, 2012, 26(3): 93 -94.

[8] 陈欢耀, 傅婷, 姚庆华. 肿瘤患者营养风险及中医证候的调查分析[J]. 中医学报, 2015, 30(210): 1552 -1555.

[9] 郭晓青, 田劭丹, 侯丽, 等. 80 例中晚期胃癌患者凝血指标及血瘀症状的临床分析[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(11): 786 -788.

[10] 胡国志, 武英蕾, 张勇, 等. 金龙胶囊改善恶性肿瘤化疗患者高凝状态的临床分析[J]. 中国肿瘤临床, 2012, 39(22): 1846 -1848.

[11] 丰胜利, 张学智, 张月苗, 等. 痰、瘀、虚与高脂血症相关性研究初探[J]. 世界中医药, 2013, 8(6): 638 -639.

[12] 李际强, 徐凯, 罗翌, 等. 肺癌患者中医证候分型与 T 淋巴细胞亚群及 NK 细胞的相关性研究[J]. 江西中医学院学报, 2007, 19(4): 36 -38.

[13] 张琼, 张涛, 龚亚斌. 晚期非小细胞肺癌血瘀证与外周血免疫指标相关性研究[J]. 山西医药杂志, 2012, 41(9): 933 -934.

[14] 余丽娟. 大肠癌中医证候相关因子的多因素分析研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2013.

(收稿: 2016 -08 -07　在线: 2017 -11 -16)

责任编辑: 赵芳芳

2017 首届结合医学上海论坛会议在上海召开

由上海市中西医结合学会主办的首届“结合医学上海论坛”于 2017 年 12 月 3 日在上海美兰湖国际会议中心胜利召开,本次论坛的主题是“结合医学,是趋势,更是未来!”。中国中西医结合学会名誉会长、中国科学院院士陈可冀,上海市中西医结合学会名誉会长、上海中医药大学终身教授赵伟康,上海市科学技术协会副主席李虹鸣,上海市卫生和计划生育委员会副主任、上海市中医药发展办公室主任张怀琼等出席大会并致辞,参会代表 1 400 余人。

论坛由上海市中西医结合学会张友根秘书长主持,凌昌全会长致开幕辞,王文健名誉会长致欢迎辞。中国中西医结合学会名誉会长陈可冀院士在大会致辞中指出:我国的中西医结合医学以实现“新医学、新生活”为宗旨,起步早、实践广,是全球结合医学的倡导者和领跑者。上海是中西医结合事业重要的发源地和实践基地之一。上海市中西医结合学会已经走过了 36 年的历程。36 年来,学会逐渐发展壮大,由最初的 300 余名会员发展到迄今已经拥有近万名个人会员,35 个单位会员,下设虚证与老年医学、活血化瘀等 63 个专业委员会。上海市中西医结合学会有义务更有责任在中国中西医结合学会的正确领导下,积极开展国内外学术交流,吸引并联合更多的结合医学工作者共同研究、探索,大胆实践,为最终实现“新医学、新生活”的宗旨而努力奋斗!

2017“结合医学上海论坛”的主会场,邀请澳门科技大学荣誉教授李恩主任、上海中医药大学刘平副校长、海军军医大学药学院现代中药研究中心张卫东主任分别做了题为“引领未来医学新时代的中西医结合医学”、“病证结合与中西医结合学科发展”和“中药方剂现代研究的策略与实践”的精彩主题报告。

本届“结合医学上海论坛”还开设了医学工程论坛、活血化瘀论坛、儿科论坛、皮肤性病论坛、肿瘤论坛、危急重症医学论坛及妇产科论坛等 7 场分论坛。邀请到各自专业领域中的著名专家学者,进行了丰富多彩的学术交流及表彰等活动。

凌昌全会长在致闭幕辞时表示:上海市中西医结合学会经第八届理事会会长办公会研究决定,自 2017 年开始,每年十二月的第一个周末举办“结合医学上海论坛”。论坛交流的内容围绕结合医学的理论、临床、教育、管理等诸多方面,参与的人员立足上海、面向全国、吸引全球,旨在打造一个具有相当影响力和吸引力的结合医学学术交流与知识互享的平台,推动中国乃至全球结合医学事业的繁荣与发展。“千里之行,始于足下”,上海市中西医结合学会将以本次论坛作为新的起点,搭建更广阔的学术平台,营造更浓厚的学术氛围,实现更高端的学术交流。相信通过大家若干年的努力实践,“结合医学上海论坛”一定会办出它的特色、办出它的品牌。

(上海市中西医结合学会办公室　整理)