

· 研究方法学 ·

胃黏膜定标活检技术临床应用共识(2018)

中华中医药学会脾胃病分会

中国医师协会中西医结合医师分会消化病学专业委员会

1 背景

2012 年全球胃癌发病率在恶性肿瘤中高居第三位,男性发病率为女性的 2 倍^[1,2]。我国是胃癌高发国家,根据 2015 年中国癌症数据报告,我国每年胃癌预估新发病例为 67.9 万例,死亡病例 49.8 万例,其发病率和死亡率在恶性肿瘤中均高居第二位,我国胃癌新发病例和死亡病例约占全球 42.6% 和 45.0%^[3]。我国慢性胃炎发病率呈上升趋势,而 H.pylori (Hp) 感染率呈下降趋势^[4,5]。慢性胃炎人群中,慢性萎缩性胃炎的比例在不同国家和地区之间存在较大差异,一般与胃癌的发病率呈正相关^[6]。早期诊断早期治疗胃癌前病变 (gastric precancerous lesion, GPL) 并定期随访监测其变化是预防胃癌发生的关键。胃癌前病变通常为多灶性病变,内镜诊断敏感性较低,需结合病理检查结果确认^[7]。由于胃内黏膜缺乏精确的定位标志,普通活检复查时极易造成定位的偏差和病灶的漏诊。如何对胃癌前病变病灶进行准确定位以便于准确监测和评价疗效仍是亟待解决的临床技术难题。定标活检技术 (marking targeting biopsy, MTB) 通过明显的黑色标记以及长期留存的稳定性,克服了该缺陷。

MTB 技术是由浙江大学姒健敏教授等首先提出并获得国家专利,通过特制的定标活检钳进行活检同时于同点染色标记,便于复检识别^[8]。应用的定标液 (印度墨汁) 是使用最广泛的医用染料之一,广泛用于皮肤纹身术,而无毒副反应,用于胃肠道也同样安全^[9,10]。用 MTB 技术标记于胃肠道黏膜可以存留约一年以上,保证了复查的准确性。目前胃黏膜定标技术主要用于慢性胃炎的临床科研,为进一步推广其临床应用,由中华中医药学会脾胃病分会联合中国医师协会中西医结合医师分会消化病专业委员会,组织我国中西医领域的消化、内镜、病理学等多学科专家,特

制定本共识意见。

本共识征求意见稿于 2018 年 3 月 16 日在北京由 41 名中西医消化病领域专家采用改良 Delphi 法讨论修改。修订版于 2018 年 6 月 30 日在杭州由 50 名中西医消化病领域专家充分讨论后形成本共识意见 (表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果 >2/3 的人数选择①,或 >85% 的人数选择①+②,则作为条款通过),并由核心专家组进行了最终的审定。

2 胃黏膜定标活检技术应用对象

胃癌前病变是指具有恶性转化可能的胃黏膜病理改变,通常包括胃黏膜萎缩、肠上皮化生、上皮内瘤变 (异型增生),其癌变风险依次增高^[11,12],目前上皮内瘤变 (异型增生) 是当前最为公认直接的胃癌前病变,是胃癌防治的关键环节,也是胃黏膜定标活检应用的最主要病变。

中华医学会病理分会消化病理学组制定的《慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识》建议异型增生和上皮内瘤变含义相近,可等同使用,不推荐将低、高级别上皮内肿瘤与轻、中、重度异型增生直接对应^[13]。

对于以下胃癌高风险人群发现可疑有上皮内瘤变或异型增生病变者均可应用胃黏膜定标活检技术。

2.1 慢性胃炎 OLGA/OLGIM 分期Ⅲ、Ⅳ期患者

2005 年国际萎缩研究小组提出了胃黏膜炎性反应、萎缩程度和范围的分级、分期标准,即慢性胃炎 OLGA 分级分期系统^[14],根据胃窦、胃体的萎缩程度将慢性胃炎分为 0~Ⅳ期,详见表 1。有研究对 93 例慢性胃炎患者进行了 12 年的随访,发现绝大部分 OLGA 0~Ⅱ期患者的胃炎分期维持不变,而癌变均发生在 OLGA Ⅲ、Ⅳ期的群体中^[15]。多项研究显示,肠型胃癌患者的 OLGA 分期较高 (Ⅲ、Ⅳ期),而十二指肠溃疡和胃溃疡的 OLGA 分期主要在 0~Ⅱ期和Ⅱ、Ⅲ期^[16-18]。

OLGA 分期Ⅲ、Ⅳ期与胃癌高危密切相关,但是医师间判断的一致率相对较低,2010 年又提出根据胃黏

基金项目:中医药行业科研专项 (No. 201407001-12);北京市科学技术委员会“首都临床特色应用研究” (No. Z141107002514018)

通讯作者:唐旭东, E-mail: txdy@sina.com; 张澍田, E-mail: zhangst@ccmu.edu.cn

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20181017. 310

膜肠化生的 OLGIM 分期标准^[19], 详见表 2。研究显示, 与 OLGA 相比, OLGIM 可使大约 1/3 病例的分期下调; 按 OLGA 分期定为高危的病例中, 小于 1/10 的病例则被 OLGIM 分期定为低危^[20]。另有研究显示, 胃癌组与非胃癌组 OLGA III ~ IV 期的比例分别是 52.1% 和 22.4%, OLGIM III ~ IV 期的比例分别是 42.3% 和 19.9%^[21]。在临床实践中, 推荐 OLGA 与 OLGAIM 结合使用。

表 1 慢性胃炎 OLGA 分期系统

萎缩评分		胃体			
		无萎缩 (0 分)	轻度萎缩 (1 分)	中度萎缩 (2 分)	重度萎缩 (3 分)
胃窦 (含胃角)	无萎缩(0 分)	0 期	I 期	II 期	III 期
	轻度萎缩(1 分)	I 期	I 期	II 期	III 期
	中度萎缩(2 分)	II 期	II 期	III 期	IV 期
	重度萎缩(3 分)	III 期	III 期	IV 期	IV 期

表 2 慢性胃炎 OLGIM 分期系统

肠化评分		胃体			
		无肠化 (0 分)	轻度肠化 (1 分)	中度肠化 (2 分)	重度肠化 (3 分)
胃窦 (含胃角)	无肠化(0 分)	0 期	I 期	II 期	III 期
	轻度肠化(1 分)	I 期	I 期	II 期	III 期
	中度肠化(2 分)	II 期	II 期	III 期	IV 期
	重度肠化(3 分)	III 期	III 期	IV 期	IV 期

2.2 胃癌筛查评分属高风险患者

根据中国早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017 年, 上海)^[22], 将我国胃癌筛查目标人群定义为年龄≥40 岁, 且符合以下任一条件者: (1) 胃癌高发地区人群; (2) Hp 感染者; (3) 既往患有慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、手术后残胃、恶性贫血等胃癌前疾病; (4) 胃癌患者一级亲属; (5) 存在胃癌其他风险因素(如摄入高盐、腌制饮食、吸烟、重度饮酒等)。根据新型胃癌筛查评分系统(详见表 3), 将评分(17~23 分)属胃癌高危人群确定为胃黏膜定标活检监测对象。国内大样本研究表明, 血清胃蛋白酶原(PG) I 和 PG I/II 比值(PGR)降低(<3.89)与胃癌高风险相关, 而血清胃泌素 17(G-17)水平>1.5 pmol/L 均与胃癌高风险相关^[23]。

3 胃黏膜定标活检技术的应用范畴

3.1 胃癌前病变的长期随访监测

对于慢性胃炎胃癌前病变患者, 应用胃黏膜定标活检技术, 通过网络平台收集患者诊疗信息, 建立胃癌前病变随访监测数据库, 通过统计分析建立数学模型, 以便有针对性的对重点患者进行监测, 有利于提高早

期胃癌的检出率^[24]。

表 3 新型胃癌筛查评分系统

变量名称	分值
年龄(岁)	
40~49	0
50~59	5
60~69	6
>69	10
性别	
女	0
男	4
Hp 感染	
无	0
有	1
PGR	
≥3.89	0
<3.89	3
G-17(pmol/L)	
<1.50	0
1.50~5.70	3
>5.70	5

注: 胃癌高危人群(17~23 分), 胃癌中危人群(12~16 分), 胃癌低危人群(0~11 分)

3.2 基于病理组织学客观评价中医药治疗胃癌前病变的远期疗效

胃癌前病变是消化系统难治病, 根除 Hp、定期内镜检查、早期诊断、早期镜下治疗高级别上皮内瘤变是现代医学公认的预防胃癌措施, 并无其他理想的内科干预方法^[6]。中医及中西医结合治疗慢性胃炎积累了丰富的经验^[25-27], 基于中医学理论, 借助于现代科技, 采用宏观辨证和微观辨证相结合的个体化方法治疗胃癌前病变具有一定的优势^[28]。由于治疗前后病理活检部位缺乏一致性, 有些评价中医药治疗胃癌前病变临床疗效的研究结论有待进一步验证^[29,30]。基于胃黏膜定标活检技术, 可以准确判断中医药治疗慢性胃炎前后特定病变的发展变化, 客观评价中医药的远期疗效。

“十一五”科技支撑计划课题“胃癌前病变早期诊断早期治疗的关键技术研究”中, 基于 MTB 技术建立了胃癌前病变中医药综合疗效评价指标方法, 包含病理组织学评分、内镜下黏膜病变评分、症状测评、基于患者报告结局量表测评等^[31,32]。基于 MTB 技术的多中心双盲双模拟随机对照研究显示: 摩罗丹治疗胃癌前病变异型增生消失率为 24.6%, 叶酸组为 15.2%, 摩罗丹组各主症消失率为 37%~83%, 其中上腹部疼痛和主症总体消失率优于叶酸, 差异有统计学意义^[33]。多个研究采用 MTB 技术评价中药复方及中西

医结合综合方案治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效,可操作性强,评价标准更加客观^[34-36]。

4 胃黏膜定标活检操作规范

4.1 物品准备

4.1.1 电子胃镜及其附属装置。

4.1.2 黏膜定标液(印度墨汁)、一次性黏膜定标活检钳或黏膜注射针、预装 10% 福尔马林的标本瓶、滤纸等。

4.1.3 其他用品:无菌手套、弯盘、利多卡因胶浆、牙垫、清洁用水等。

4.2 人员要求:可熟练开展消化内镜下治疗的高年资内镜医生。

4.3 操作规程

4.3.1 检查前准备 (1)向患者解释检查的目的及检查的注意事项,并签署黏膜定标活检知情同意书。(2)术前 6 h 禁食、术前 4 h 禁水。(3)使用祛泡剂和祛黏液剂。

4.3.2 定标活检部位选择 (1)明显的或孤立的“肠化结节”,中央呈“橘红色无结构”改变,或伴糜烂、黏膜出血。(2)明显的萎缩背景下,局部或孤立的“片状红斑”。(3)褪色区域,异常血管,或血管透见消失等。(4)其他可疑胃癌前病变或早癌病变。

4.3.3 标准操作规程 (1)规范化电子胃镜检查操作,清晰地暴露可疑部位,定标活检前最好行电子染色、化学染色或放大观察确定目标部位。(2)定标活检钳连接预吸好定标液的 2 mL 注射器,注意防止漏液,经活检孔道接近病变部位。(3)预排空:定标活检钳推注 0.1 mL,黏膜注射针推注 1.2 mL(胃型),或 1.6 mL(肠型),可见黑色定标液从针头排出。(4)定标活检:倾斜 30°~45°刺入黏膜,每个拟活检部位黏膜内注射定标液 0.2~0.3 mL。定标活检钳注射后直接回拉手柄闭合活检钳完成活检。黏膜注射针辅助定标时,无菌水冲洗确定标记后,普通活检钳完成活检。定标印迹直径约 1 cm 为最佳。(5)护士将取出的标本黏膜面向上贴在小滤纸上,置入 10% 福尔马林溶液中固定,送病理学检查。(6)无菌水冲洗病灶,确定无大量出血,并评估定标效果,可见清晰墨迹残留。

4.4 注意事项 (1)建议活检前电子染色观察或放大观察可疑部位。(2)定标前预排空,注射时镜身辅助支撑。(3)以黏膜注射针进行定标时,一定要黏膜内注射,活检前冲洗,确定标记成功。活检后注意评估,可见清晰墨迹残留。(4)活检最好取正常和病变交界部的黏膜,活检标本要足够深,达黏膜肌层。

(5)实施定标活检的患者应每 6 个月随访 1 次,复查胃镜时,除观察定标部位外,其他部位仍应仔细观察避免漏诊。(6)报告中应描述定标部位与病变的关系,同时留存照片。(7)有出血风险或对定标液过敏者禁忌应用。

5 小结

早期诊断、早期治疗胃癌前病变是预防胃癌的关键环节,对于病理已明确或可疑有胃癌前病变的患者均可应用胃黏膜定标活检技术,该技术在监测胃癌前病变发展,客观评价中西医治疗慢性胃炎及其癌前病变临床疗效方面具有重要作用。

发起人:唐旭东(中国中医科学院西苑医院)、张澍田(首都医科大学附属北京友谊医院)

专家组成员(按姓氏拼音排序):白光(辽宁中医药大学附属医院)、蔡敏(海南省中医院)、蔡毅东(中国中医科学院西苑医院)、查安生(安徽中医药大学第一附属医院)、陈涤平(南京中医药大学)、陈苏宁(中国医科大学附属盛京医院)、迟莉丽(山东中医药大学附属医院)、冯培民(成都中医药大学附属医院)、郭朋(中国中医科学院西苑医院)、郭绍举(深圳市中医院)、郭晓燕(西安交通大学第二附属医院)、郝微微(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、胡玲(广州中医药大学)、黄恒青(福建中医药大学附属第二人民医院)、黄绍刚(广东省中医院)、黄穗平(广东省中医院)、季光(上海中医药大学)、蒋健(上海中医药大学附属曙光医院)、柯晓(福建中医药大学附属第二人民医院)、李保双(中国中医科学院西苑医院)、李慧臻(天津中医药大学第二附属医院)、李健(深圳市中医院)、李军祥(北京中医药大学东方医院)、李鹏(首都医科大学附属北京友谊医院)、李延萍(重庆市中医院)、李振华(中国中医科学院西苑医院)、刘凤斌(广州中医药大学第一附属医院)、刘华一(天津市中医药研究院附属医院)、刘力(陕西中医药大学)、刘启泉(河北省中医院)、刘绍能(中国中医科学院广安门医院)、吕宾(浙江省中医院)、孟立娜(浙江省中医院)、钦丹萍(浙江省中医院)、任顺平(山西中医学院附属医院)、沈洪(江苏省中医院)、盛剑秋(陆军总医院)、时昭红(武汉市中西医结合医院)、舒劲(甘肃省中医院)、唐旭东(中国中医科学院西苑医院)、唐志鹏(上海中医药大学附属龙华医院)、汪红兵(首都医科大学附属北京中医医院)、王垂杰(辽宁中医药大学附属医院)、王风云(中国中医科学院西苑医院)、王敏(贵阳中医学院第一附属医院)、王萍(中国中医科学院西苑医院)、王宪波(首都医科大学附属北京地

坛医院)、王晓素(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、王彦刚(河北省中医院)、魏玮(中国中医科学院望京医院)、温艳东(中国中医科学院西苑医院)、谢胜(广西中医药大学第一附属医院)、徐进康(昆山市中医院)、杨晋翔(北京中医药大学第三附属医院)、杨倩(河北省中医院)、杨胜兰(华中科技大学附属协和医院)、叶松(湖北省中医院)、鱼涛(陕西省中医院)、袁红霞(天津中医药大学)、张北华(中国中医科学院西苑医院)、张北平(广东省中医院)、张声生(首都医科大学附属北京中医医院)、张澍田(首都医科大学附属北京友谊医院)、张烁(浙江省中医院)、张学智(北京大学第一医院)、张雅丽(黑龙江省中医药科学院南岗分院)、赵文霞(河南中医药大学第一附属医院)、周正华(天津中医药大学第一附属医院)、朱莹(湖南中医药大学第二附属医院)、邹多武(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

执笔人: 张北华、蔡毅东、王 萍、温艳东、李 鹏

参 考 文 献

- [1] Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012[J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65 (2): 87-108.
- [2] Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012 [J]. Int J Cancer, 2015, 136(5): E359-386.
- [3] Chen W, Zheng R, Baade PD, et al. Cancer statistics in China, 2015 [J]. CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.
- [4] 张慧, 薛艳, 周丽雅, 等. 北京某三级甲等医院 35 年间主要上消化道疾病及幽门螺杆菌感染的演变[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(6): 440-444.
- [5] Jiang JX, Liu Q, Mao XY, et al. Downward trend in the prevalence of *Helicobacter pylori* infections and corresponding frequent upper gastrointestinal diseases profile changes in Southeastern China between 2003 and 2012[J]. Springerplus, 2016, 5(1): 1601.
- [6] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017 年, 上海)[J]. 中华消化杂志, 2017, 37 (11): 721-738.
- [7] Du Y, Bai Y, Xie P, et al. Chronic gastritis in China: a national multi-center survey[J]. BMC Gastroenterol, 2014, 14: 21.
- [8] Sun LM, Si JM, Chen SJ, et al. The establishment and clinical appliance of technique of mucosa marking targeting biopsy[J]. Hepatogastroenter-

- ology, 2009, 56(89): 59-62.
- [9] McArthur CS, Roayaie S, Wayne JD. Safety of preoperation endoscopic tattoo with india ink for identification of colonic lesions[J]. Surg Endosc, 1999, 13(4): 397-400.
- [10] Shatz BA, Weinstock LB, Swanson PE, et al. Long-term safety of India ink tattoos in the colon [J]. Gastrointest Endosc, 1997, 45(2): 153-156.
- [11] Correa P. A human model of gastric carcinogenesis[J]. Cancer Res, 1988, 48(13): 3554-3560.
- [12] de Vries AC, van Grieken NC, Looman CW, et al. Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands [J]. Gastroenterology, 2008, 134 (4): 945-952
- [13] 中华医学会病理分会消化病理学组筹备组. 慢性胃炎及上皮性肿瘤胃黏膜活检病理诊断共识[J]. 中华病理学杂志, 2017, 46(5): 289-293.
- [14] Rugge M, Genta RM. Staging and grading of chronic gastritis[J]. Hum Pathol, 2005, 36(3): 228-233.
- [15] Rugge M, de Boni M, Pennelli G, et al. Gastritis OLGA-staging and gastric cancer risk: a twelve-year clinico-pathological follow-up study [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2010, 31 (10): 1104-1111.
- [16] Rugge M, Meggio A, Pennelli G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system[J]. Gut, 2007, 56(5): 631-636.
- [17] Satoh K, Osawa H, Yoshizawa M, et al. Assessment of atrophic gastritis using the OLGA system [J]. Helicobacter, 2008, 13(3): 225-229.
- [18] Quach DT, Le HM, Nguyen OT, et al. The severity of endoscopic gastric atrophy could help to predict operative link on gastritis assessment gastritis stage [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2011, 26 (2): 281-285.
- [19] Capelle LG, de Vries AC, Haringsma J, et al. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis [J]. Gastrointest Endosc, 2010, 71(7): 1150-1158.
- [20] Rugge M, Fassan M, Pizzi M, et al. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment[J]. World J Gastroenterol, 2011, 17(41): 4596-4661.
- [21] Zhou Y, Li HY, Zhang JJ, et al. Operative link on gastritis assessment stage is an appropriate predictor of early gastric cancer[J]. World J Gastroenterol, 2016, 22(13): 3670-3678.
- [22] 国家消化系统疾病临床医学研究中心, 中华医学会消化内镜学分会, 中华医学会健康管理学分会, 等. 中国

- 早期胃癌筛查流程专家共识意见(草案)(2017 年,上海)[J]. 胃肠病学, 2018, 23(2): 92-97.
- [23] Tu H, Sun L, Dong X, et al. A serological biopsy using five stomach-specific circulating biomarkers for gastric cancer risk assessment: A multi-phase study[J]. Am J Gastroenterol, 2017, 112(5): 704-715.
- [24] 胡伟玲. 胃癌前病变精准监测和癌变有效逆转诊疗系统数字化建设[D]. 杭州: 浙江大学, 2016: 4-22.
- [25] 中华中医药学会脾胃病分会. 慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3060-3064.
- [26] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性非萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 1-8.
- [27] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(2): 121-131.
- [28] 李振华. 慢性萎缩性胃炎内镜微观辨治探讨[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(12): 96-97.
- [29] 杨湘怡, 吴云林, 朱燕华, 等. 胃黏膜低级别上皮内瘤变的胃复春联用叶酸治疗及转归研究[J]. 内科理论与实践, 2013, 8(1): 25-28.
- [30] 孙志文, 谢晶日. 欣胃颗粒治疗胃癌前病变气阴两虚兼瘀毒证的临床观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(6): 516-519.
- [31] 王萍, 张北华, 王风云, 等. 胃癌前病变的疗效评价研究[J]. 医学与哲学, 2015, 36(12B): 18-20.
- [32] 王萍, 唐旭东. 慢性胃炎背景下胃癌前病变的疗效评价问题[J]. 现代中医临床, 2016, 24(6): 1-3.
- [33] Tang XD, Zhou LY, Zhang ST, et al. Randomized double-blind clinical trial of Muluodan for the treatment of chronic atrophic gastritis with dysplasia[J]. Chin J Integr Med, 2016, 22(1): 9-18.
- [34] 刘海燕, 陈永灿, 潘庆, 等. 运用定标活检技术评价半夏泻心汤治疗慢性萎缩性胃炎的疗效[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(4): 804-807.
- [35] 陈宇基, 文安怡. 以定标活检技术评价胃痞方合黄芪穴位注治疗慢性萎缩性胃炎脾胃虚弱证的疗效[J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33(3): 317-320.
- [36] 熊萍香, 熊江琴, 林智平, 等. 定标组织活检评价中西医结合优化治疗方案治疗慢性萎缩性胃炎的疗效[J]. 世界华人消化杂志, 2016, 24(7): 1082-1086.

(收稿: 2018-10-15 在线: 2018-11-05)

责任编辑: 李焕荣

英文责编: 张晶晶

欢迎订阅 2019 年 *Chinese Journal of Integrative Medicine*

Chinese Journal of Integrative Medicine (《中国结合医学杂志》)是由中国中西医结合学会、中国科学院主办的国际性学术期刊,旨在促进结合医学及替代医学的国际交流,及时发表结合医学或替代医学领域的最新进展、趋势以及临床实践、科学研究、教育、保健方面经验和成果的科学论文。1995 年创刊,由中国科学院院士陈可冀担任主编。设有述评、专题笔谈、论著、临床经验、病例报道、综述、药物相互作用、法规指南、学术探讨、思路与方法、跨学科知识、会议纪要、书评、读者来信等栏目。本刊被多种国际知名检索系统收录,如: Science Citation Index Expanded (SCI-E)、Index Medicus/Medline、Chemical Abstracts (CA)、Abstract Journal (AJ)、CAB Abstracts、CAB International、Excerpta Medica (EMBASE)、Expanded Academic、Global Health、Google Scholar、Index Copernicus (IC)、Online Computer Library Center (OCLC)、SCOPUS 等。本刊于 2007 年被 SCI-E 收录。2018 年 6 月底科睿唯安公布 2017 年本刊 SCI 影响因子为 1.346。2010 年 10 月 1 日与汤森路透集团签约,正式采用 ScholarOne Manuscripts 在线投审稿系统。

Chinese Journal of Integrative Medicine 为大 16 开本,铜版纸印刷,彩色插图,2011 年改为月刊,80 页,国内定价为 60.00 元/期,全年定价:720.00 元。国际标准刊号:ISSN 1672-0415,国内统一刊号:CN 11-4928/R,国内邮发代号:82-825,海外发行由 Springer 公司代理。国内订户在各地邮局均可订阅,也可直接汇款至本社邮购。

地址:北京海淀区西苑操场 1 号,中国中西医结合杂志社,邮政编码:100091;电话:010-62886827,62876547,62876548;传真:010-62874291;E-mail:cjim_en@cjim.cn;网址:http://www.cjim.cn。