

PMC 方案联合狼疮扶正解毒胶囊治疗重度活动系统性红斑狼疮的临床观察

宋欣伟¹ 唐伟杰² 关天容¹ 戴巧定¹ 张彦¹ 郭亚军³

摘要 目的 评价泼尼松、甲氨蝶呤、羟氯喹联合狼疮扶正解毒胶囊治疗重度活动系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)的疗效和安全性。**方法** 选取活动期 SLE 患者 60 例,按中心随机化方法分成 2 组,对照组予 PMC 方案(泼尼松,每日 1 mg/kg,病情稳定后 2 周或疗程 8 周后,开始以每 2 周减 10% 的速度减量,减至泼尼松每日 0.5 mg/kg 后,减药速度每 2 周减 2.5 mg,减至 15 mg/d 以后每 4 周减 2.5 mg。甲氨蝶呤片,10 mg/次,每周 1 次。硫酸羟氯喹片,每次 100 mg,每日 2 次),治疗组采用 PMC 方案(同对照组)联合狼疮扶正解毒胶囊(组成:黄芪 50 g 当归 20 g 川芎 20 g 熟地黄 30 g 六月雪 30 g 积雪草 30 g 蜈蚣 4 g 全蝎 10 g 露蜂房 12 g 等,每粒 0.5 g,含生药量 5.7 g,激素大剂量时,12 粒/次,每日 3 次;激素中剂量时,8 粒/次,每日 3 次;激素小剂量时,6 粒/次,每日 3 次)治疗,两组疗程均为 180 天。观察治疗前后症状和体征改善情况,以及 SLE 活动指数(SLE disease activity index, SLEDAI);中医证候疗效;尿蛋白(upro)定性、血沉(ESR)、补体 3(C3)、C 反应蛋白(CRP)、激素撤减情况及呼吸道感染情况。**结果** 治疗组治疗后 SLE 活动积分差值明显大于对照组($P < 0.05$)。治疗组治疗后疲劳程度量表(fatigue severity scale, FSS)较治疗前减少,与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后中医证候积分(traditional chinese medicine symptom score, TCMSS)治疗组较治疗前减少,与对照组治疗后差值比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组与对照组的中医证候疗效总有效率分别为 93.33% (28/30)、86.66% (26/30),差异有统计学意义($\chi^2 = 6.736, P < 0.05$)。治疗组在治疗后 ESR 较治疗前下降,且较对照组显著($P < 0.01$),而 C3 较治疗前上升,且较对照组更明显($P < 0.05$)。治疗组在疗程结束时激素撤减至(13.70 ± 5.42)mg/d,较对照组[(17.63 ± 7.80)mg/d]明显减少($P < 0.05$)。治疗组继发呼吸道感染 7 例(上呼吸道感染 5 例,下呼吸道感染 2 例),较对照组(上呼吸道感染 25 例,下呼吸道感染 10 例)明显减少($P < 0.05$)。**结论** PMC 方案联合狼疮扶正解毒胶囊治疗重度活动期 SLE(SLEDAI ≥ 15)较单纯西药更安全有效,能帮助激素撤减。

关键词 系统性红斑狼疮;狼疮扶正解毒胶囊;PMC 方案;激素撤减

Treatment of Severe Active Systemic Lupus Erythematosus by PMC Therapy Combined Langchuang Fuzheng Jiedu Capsule: a Clinical Observation SONG Xin-wei¹, TANG Wei-jie², GUAN Tian-rong¹, DAI Qiao-ding¹, ZHANG Yan¹, and WU Ya-jun³ 1 Department of Rheumatism, Zhejiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou (310006), China; 2 The People's Hospital of Haining, Zhejiang (314400), China; 3 The 117th Hospital of Chinese People's Liberation Army, Hangzhou (310013), China

ABSTRACT Objective To evaluate the efficacy and safety of PMC therapy (Prednisone, Methotrexate, Chloroquine) combined Langchuang Fuzheng Jiedu Capsule (LFJC), thus choosing a better therapy of integrative medicine for SLE in the period of glucocorticoid use. **Methods** Sixty active SLE patients were randomly assigned to two groups, the control group and the treatment group. Those in the control group received PMC therapy (As for Prednisone, it was given at the daily dose of 1 mg/kg till 2

基金项目:浙江省中医药管理局资助项目(No. 2008GA1008)

作者单位:1.浙江省中医院风湿科(杭州 310006);2.浙江省海宁市人民医院肾病科(海宁 314400);3.中国人民解放军第 117 医院风湿免疫科(杭州 310013)

通讯作者:宋欣伟, Tel:0571-87072072, E-mail: sxw1055@163.com

DOI: 10.7661/CJIM.2013.10.1315

weeks after the condition being stable or after 8 weeks of treatment. Then the dose was reduced by 10% every two weeks. When the dose was reduced to 0.5 mg/kg daily, it was reduced by 2.5 mg per two weeks. When the dose was reduced to 15 mg daily, the dose was reduced to 2.5 mg per four weeks. As for Methotrexate, 10 mg each time, once a week. As for Chloroquine, 100 mg each time, twice daily), while those in the treatment group received PMC therapy (the same way as that for the control group) combined with LFJC (consisting of *Astragalus mmebranaceus* 50 g, *Angelica sinensis* 20 g, *Ligusticum Chuanxiong* 20 g, prepared *Rehmannia Rhizome* 30 g, *Herba Serissae* 30 g, *Centella* 30 g, centipede 4 g, scorpions 10 g, nidus verspae 12 g, et al., 0.5 g per pill, containing 5.7 g crude drug. When the hormone was given at a large dose, LFJC was administered at 12 pills each time, three times daily). When the hormone was given at a middle dose, LFJC was administered at 8 pills each time, three times daily. When the hormone was given at a small dose, LFJC was administered at 6 pills each time, three times daily. The treatment course was six months. The improvement of symptoms and signs between before and after treatment, SLE disease activity index (SLEDAI), efficacy of Chinese medical syndrome, UPro quantitation, erythrocyte sedimentation rate (ESR), complement 3 (C3), C-reactive protein (CRP), the reduction and withdrawal of hormones, and infection of the respiratory tract were observed. Results The difference in post-SLEDAI was obviously larger in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). The fatigue severity scale (FSS) was less after treatment than before treatment in the treatment group, showing statistical difference when compared with that of the control group ($P < 0.05$). The total effective rate was 93.33% in the treatment group, showing statistical difference when compared with that of the control group (86.66%; $\chi^2 = 6.736$, $P < 0.05$). The ESR decreased after treatment in the treatment group, showing statistical difference when compared with that of the control group ($P < 0.01$). C3 increased after treatment in the treatment group, showing statistical difference when compared with that of the control group ($P < 0.05$). The hormone was reduced to (13.70 ± 5.42) mg/d by the end of the therapeutic course in the treatment group, obviously less than that of the control group [(17.63 ± 7.80) mg/d, $P < 0.05$]. Seven patients suffered from secondary infection of the respiratory tract infection in the treatment group (5 from upper respiratory tract infection and 2 from lower respiratory tract infection), obviously less than those of the control group (25 from upper respiratory tract infection and 10 from lower respiratory tract infection) ($P < 0.05$). Conclusions PMC combined LFJC was a better treatment program for severe active SLE (SLEDAI ≥ 15). It was more safe and effective when compared with using Western medicine alone. It could enhance the efficacy of hormones and help reduction/withdrawal of hormones.

KEYWORDS systemic lupus erythematosus; Langchuang Fuzheng Jiedu Capsule; PMC therapy; the reduction and withdrawal of hormones

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是自身免疫介导的、以免疫炎症为突出表现的弥漫性结缔组织病,糖皮质激素(glucocorticoid, GC)是现代医学治疗 SLE 的最重要药物,迄今为止尚未有其他药物能替代,然而其毒副反应常常成为治疗失败的主要因素。近年来国内外采用泼尼松联合甲氨蝶呤、羟氯喹(PMC)方案治疗以减轻激素毒副反应^[1]。从 2008 年 6 月起,笔者在临床上采用狼疮扶正解毒胶囊加 PMC 方案治疗重度活动期 SLE 患者(SLEDAI ≥ 15),通过观察治疗前后的临床症状和实验室相关指标,评价该方案的客观疗效和安全性,为狼疮扶正解毒胶囊用于临床提供依据。

资料与方法

1 诊断、纳入和排除标准

1.1 诊断标准 SLE 诊断标准参照美国风湿病学会(ACR)1997 年推荐的 SLE 分类标准^[2], SLE 活动性标准参照临床 SLE 活动指数(SLE disease activity index, SLEDAI)积分表^[3], 疲劳程度指数测定选用国际公认的疲劳程度量表(fatigue severity scale, FSS)^[4]。

1.2 纳入标准 (1)符合重度活动期 SLE 的诊断标准(SLEDAI ≥ 15); (2)年龄 18 ~ 60 岁; (3)对已使用 GC(限于泼尼松)的病例,入选时剂量每日

应 $\leq 0.1 \sim 0.2 \text{ mg/kg}$;(4)曾经使用非甾体类消炎药的病例已停用 1 周;(5)曾经使用免疫抑制剂的病例已停用 0.5 年;(6)停用所有与本病有关的中药及中成药;(7)签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)重叠其他风湿病如类风湿关节炎、硬皮病、多发性肌炎、干燥综合征等;(2)准备妊娠、妊娠或哺乳期妇女、精神病患者等;(3)有严重的原发性心、肝、肾等脏器功能损害者;(4)正在参加其他药品临床试验的患者。

2 一般资料 2008 年 6 月—2010 年 8 月在浙江省中医院风湿免疫科就诊,符合上述标准的住院患者 60 例,采用中心随机化方法,借助 SPSS 软件随机排列,分成 2 组,每组 30 例。治疗组 30 例中,女 29 例,男 1 例;平均年龄(35.26 ± 11.11)岁;平均病程(11.56 ± 11.28)个月;SLEDAI 平均(18.20 ± 2.29)分;FSS 平均(4.86 ± 1.04)分;中医证候积分(TCMSS)平均(41.26 ± 6.26)分。对照组 30 例中,女 30 例,男 0 例,平均年龄(33.33 ± 11.35)岁,平均病程(11.73 ± 11.01)个月;SLEDAI 平均(18.16 ± 2.27)分;FSS 平均(4.40 ± 1.00)分;TCMSS 平均(41.00 ± 6.32)分。两组患者平均年龄、病程以及试验前 SLEDAI 积分及 FSS、TCMSS 评分等各项指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 治疗方法 治疗组:PMC 方案(泼尼松,每日 1 mg/kg,病情稳定后 2 周或治疗 8 周后,开始以每 2 周减 10% 的速度减量,减至泼尼松每日 0.5 mg/kg 后,减药速度为每 2 周减 2.5 mg,减至 15 mg/d 以后每 4 周减 2.5 mg。甲氨蝶呤片,10 mg/次,每周 1 次。硫酸羟氯喹片,100 mg/次,每日 2 次;若出现狼疮性肾炎,甲氨蝶呤改为环磷酰胺冲击疗法)联合狼疮扶正解毒胶囊(组成:黄芪 50 g 当归 20 g 川芎 20 g 熟地黄 30 g 六月雪 30 g 积雪草 30 g 蜈蚣 4 g 全蝎 10 g 露蜂房 12 g 等,每粒 0.5 g,含生药量 5.7 g,浙江省中医院中药制剂室制备,批号 SZ 2008)。激素大剂量时,服用全部剂量的狼疮扶正解毒胶囊(12 粒/次,每日 3 次);激素中剂量时,服用全部剂量 2/3 的狼疮扶正解毒胶囊(8 粒/次,每日 3 次);激素小剂量时,服用全部剂量 1/2 的狼疮扶正解毒胶囊(6 粒/次,每日 3 次)。对照组:采用 PMC 方案,用量、用法、疗程同治疗组,并予模拟胶囊(成分为麦芽、谷芽,浙江省中医院中药制剂室制备),给药剂量、方法与对照组相同。两组疗程均为 180 天。

4 观察项目及检测方法 全部病例于治疗前后评定 SLEDAI 积分及 FSS、TCMSS 评分,治疗后根据该积分评定中医证候疗效。SLE 症状分级量化标准

及中医证候疗效判断标准参考《中药新药临床研究指导原则》^[5]中标准。中医证候疗效:临床缓解:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $> 95\%$;显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $70\% \sim 95\%$;有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $30\% \sim 69\%$;无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。并进行尿蛋白(uPro)定性,血沉(ESR),补体 3(C3),C 反应蛋白(CRP)检测,计算激素撤减量,统计呼吸道感染情况,其中下呼吸道感染通过肺 CT 检查明确。

5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计分析软件进行数据处理。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 进行描述,符合正态分布者采用 t 检验,非正态分布采用 Wilcoxon 秩和检验。整体疗效计数资料采用 Ridit 分析,尿蛋白定性分析采用非参数检验,呼吸道感染发生率采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 两组患者治疗前后 SLEDAI 积分及 FSS 评分比较(表 1) 治疗后两组 SLEDAI 积分、FSS 评分均显著减少($P < 0.01$),且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后 SLEDAI 及 FSS 比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SLEDAI	FSS
治疗	30	治疗前	18.20 ± 2.29	4.86 ± 1.04
		治疗后	$2.93 \pm 1.68^{* \Delta}$	$1.93 \pm 0.58^{* \Delta}$
		差值	15.26 ± 2.11	2.93 ± 0.78
对照	30	治疗前	18.16 ± 2.27	4.40 ± 1.00
		治疗后	$4.16 \pm 2.00^{*}$	$2.30 \pm 0.59^{*}$
		差值	14.00 ± 2.70	2.10 ± 0.88

注:与本组治疗前比较, $^{*}P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$

2 两组治疗前后 TCMSS 及疗效比较(表 2) 治疗后两组 TCMSS 较治疗前均明显下降($P < 0.01$),且治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,治疗组临床缓解率为 0,显效 20 例,有效 8 例,无效 2 例,总有效率 93.33%(28/30)。对照组临床缓解率为 0,显效 6 例,有效 20 例,无效 4 例,总有效率 86.66%(26/30)。经 Ridit 分析,治疗组临床疗效优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后 TCMSS 比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TCMSS	
		治疗前	治疗后
治疗	30	41.26 ± 6.26	$10.80 \pm 6.65^{* \Delta}$
对照	30	41.00 ± 6.32	$19.83 \pm 8.48^{*}$

注:与本组治疗前比较, $^{*}P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$

3 两组治疗前后 upro 定性分级比较(表 3)

两组治疗前 upro 定性差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组 upro 定性较治疗前均有显著改善($P < 0.05$, $P < 0.01$),但组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 两组治疗前后 upro 定性分级比较 (例)

组别	例数	时间	upro 定性分级					
			-	±	+	++	+++	++++
治疗	30	治疗前	11	3	6	5	4	1
		治疗 1 个月	17**	4**	5**	3**	1**	0
		2 个月	17**	5**	5**	2**	1**	0
		3 个月	16**	7**	3**	2**	2**	0
		4 个月	17**	8**	2**	2**	1**	0
		5 个月	18**	7**	2**	2**	1**	0
		6 个月	18**	8**	2**	1**	1**	0
对照	30	治疗前	13	5	5	4	2	1
		治疗 1 个月	15	6	4	3	1	1
		2 个月	15	7	4	2	1	1
		3 个月	18*	6*	2*	2*	2*	0
		4 个月	18*	7*	2*	1*	2*	0
		5 个月	19**	6**	2**	2**	1**	0**
		6 个月	19**	7**	2**	1**	1**	0**

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

4 两组治疗前后 ESR、C3 及 CRP 测定结果比较(表 4)

治疗后两组 ESR 均有下降($P < 0.01$),且治疗组下降差值较对照组明显($P < 0.05$)。两组 C3 均升高,且治疗组优势明显($P < 0.05$)。两组 CRP 治疗前后变化不明显($P > 0.05$)。

表 4 两组治疗前后 ESR、C3 及 CRP 测定结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	ESR (mm/h)	C3 (g/L)	CRP (mg/L)
治疗	30	治疗前	82.60 ± 29.58	0.33 ± 0.31	2.39 ± 2.82
		治疗后	14.63 ± 8.52**	0.79 ± 0.25**	1.72 ± 1.96
		差值	67.96 ± 23.42 [△]	0.46 ± 0.22 [△]	0.67 ± 3.05
对照	30	治疗前	80.13 ± 21.52	0.37 ± 0.29	2.69 ± 2.67
		治疗后	20.66 ± 13.27**	0.69 ± 0.33*	2.31 ± 2.69
		差值	59.46 ± 14.82	0.32 ± 0.25	0.38 ± 2.79

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组差值比较,[△] $P < 0.05$

5 两组治疗前后激素撤减量比较(表 5)

治疗后两组激素量均明显撤减,差异有统计学意义($P < 0.01$),但治疗组撤减量明显大于对照组($P < 0.05$)。

表 5 两组治疗前后激素撤减量比较 (mg/d, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗	30	50.66 ± 4.09	13.70 ± 5.42* [△]	36.95 ± 6.89
对照	30	51.83 ± 4.44	17.63 ± 7.80*	34.20 ± 9.15

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

6 两组呼吸道感染发生率比较

治疗组 30 例中,发生上呼吸道感染 5 例,发生率为 16.7%;下呼吸道感染为 2 例,发生率为 6.7%。对照组 30 例中,发生上呼吸感染 25 例,发生率为 83.3%;下呼吸道感染 10 例,发生率为 33.3%。两组比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.024$, $P < 0.05$)。

讨 论

重度活动期 SLE 患者临床表现为面部或肢体红斑状如锦纹、遇热加重,壮热烦渴,关节疼痛或肿痛,口舌生疮,尿赤便干,舌质红绛,苔黄或生芒刺,脉弦数或洪数,甚则出现神昏谵语、手足抽搐等,此时中医病机为热毒内炽、气营两燔,甚者入血动血,一般治以清热解毒、泻火凉血为法,方选犀角地黄汤、清瘟败毒饮加减,若大便秘结则加用急下去火存阴的大承气汤。现代医学对此时的 SLE 活动期常采用大剂量激素、甚至冲击剂量激素进行治疗,但激素可使患者体温迅速下降、皮肤红斑迅速转淡,这与中医使用犀角地黄汤清热解毒凉血的治疗结果相同。笔者在临床上发现:(1)重度活动性 SLE 中西医结合治疗中,虽然常常采用清热解毒、泻火凉血的治法与糖皮质激素联合治疗,但这种联合的疗效并没有比单独使用糖皮质激素疗效更显著;(2)重度活动期 SLE 患者经激素治疗后,虽然中医气营两燔的状态迅速缓解,如高热等症状迅速减退,面部或肢体红斑等症状随之缓解,但患者往往出现大汗淋漓(尤其夜间)、神疲乏力、四肢厥冷、言微气短、舌质转淡、脉细弱的“急虚”症状,而且此种不良反应常常成为治疗失败的主要因素。若患者在治疗前高热时间较长,由于“壮火食气”,则尤其容易出现这种变化。对此,中医学认为是激素治疗所致的气随液脱、甚至亡阳的急虚证。这是因为激素使正邪力量在极短时间内发生了强烈变化,使中医病机证型发生了迅速的改变。因此,我们认为糖皮质激素是现代医学治疗 SLE 的基本药物,在迄今为止还没有任何药物能替代激素强大抗炎免疫抑制作用的情况下,在使用标准大剂量激素疗法治疗 SLE 时,即使面对最典型的气营两燔证,也可不需犀角地黄汤、清瘟败毒饮之类,而为预防中医急虚证的发生,可采用药先于病(此病非病邪,乃病证)的治法,投以黄芪、党参、生晒参、白术之类,使之可以较好的预防大剂量激素治疗时出现中医所谓的急性气阴两虚的急虚证候,有利于机体免疫功能的修复,可预防大剂量激素治疗时继发的各种感染。

坏死性血管炎是 SLE 的基本病理改变,SLE 患者

体内存在血栓前状态 (prethrombotic state, PTS), 长期应用激素又进一步加重血栓前状态, 使促栓、抗栓动态平衡机制被破坏, 发生血栓形成倾向, 是多脏器损伤和功能障碍的重要因素, 这与中医学的“络病理论”相吻合。SLE 发病之初, 邪在浅络可见面部红斑、关节肿痛等, “久病入络, 久病多瘀”则见雷诺现象、多系统器官损害。SLE 存在种种入络致瘀病因病机: 先天禀赋不足, 元气亏虚, 气虚不能推动血液运行致血瘀; 热毒迫血妄行, 血液离经而为瘀; 热毒煎灼津液等导致精血亏耗、血液不充、滞而不行成瘀; 内伤七情, 肝郁气滞致瘀; 外感六淫、药毒可致热入营血, 血热搏结致瘀; 病变后期, 阴损及阳, 寒邪客于肝脉, 经脉拘急, 血液凝滞不畅成瘀血^[6]。瘀血可以阻于五脏六腑、四肢百骸等各个部位形成不同症状, 故 SLE 整个病程中均存在络脉血瘀, 而对这种西医无良好对策的 PTS, 我们认为不论何证、何时均可加用通络活血中药, 如狼疮护正解毒胶囊中当归、川芎、蜈蚣、全蝎、露蜂房等, 与激素共同使用又能起到减毒增效作用。

参 考 文 献

- [1] 李挺, 陈顺乐, 鲍春德, 等. 泼尼松联合甲氨蝶呤氯喹治疗系统性红斑狼疮的研究 [J]. 中华风湿病学杂志, 2002, 6(6): 417-419.
- [2] 中华医学会风湿病学分会. 系统性红斑狼疮诊断及治疗指南 [J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(5): 342-346.
- [3] Bombardier C, Gladman DD, Urowitz MB, et al. Derivation of the SLEDAI: a disease activity index (SLEDAI) for lupus patients [J]. Arthritis Rheum, 1992, 35(8): 630-640.
- [4] Chang YJ, Lee JS, Lee CG, et al. Assessment of clinical relevant fatigue level in cancer [J]. Support Care Cancer, 2007, 15(7): 891-896.
- [5] 郑筱萸. 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.
- [6] 徐俊良. 系统性红斑狼疮中医辨治旨要 [J]. 江苏中医药, 2007, 39(6): 56-57.

(收稿: 2012-12-12 修回: 2013-06-20)

· 征订启事 ·

欢迎订阅 2014 年《中国中西医结合杂志》

《中国中西医结合杂志》是由中国科学技术协会主管、中国中西医结合学会和中国中医科学院主办的中西医结合综合性学术期刊。1981 年创刊, 由中国科学院院士陈可冀担任总编辑。设有述评、专家论坛、专题笔谈、临床论著、基础研究、临床报道、综述、学术探讨、思路与方法学、临床试验方法学、病例报告、中医英译、会议纪要等栏目。本刊多次获国家科委、中宣部、新闻出版署及国家中医药管理局颁发的全国优秀期刊奖; 2001 年被新闻出版署评为“双效期刊”, 列入中国期刊方阵; 2003—2012 年连续 10 年被评为“百种中国杰出学术期刊”; 3 次获中国科协择优支持基础性和高科技学术期刊专项资助; 4 次获“国家自然科学基金重点学术期刊专项基金”资助; 4 次获“中国科协精品科技期刊工程项目期刊”。并被多种国内外知名检索系统收录, 如: 中国科学引文数据库、中国生物医学文献数据库、美国医学索引 (MEDLINE)、美国《化学文摘》(CA)、俄罗斯《文摘杂志》(AJ)、日本《科学技术文献速报》(JST)、美国《乌利希期刊指南》(Ulrich's PD)、波兰《哥白尼索引》(IC)、英国《国际农业与生物科学研究中心》(CABI)、WHO 西太平洋地区医学索引 (WPRIM) 等; 为中国科技论文统计源期刊、中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊, 被编入《中文核心期刊要目总览》, 每年影响因子及总被引频次在中医药类期刊中均名列前茅。

《中国中西医结合杂志》为大 16 开本, 月刊, 128 页; 铜版纸印刷, 彩色插图。国内定价: 25.00 元/期。全年定价: 300.00 元。国际标准刊号: ISSN 1003-5370, 国内统一刊号: CN 11-2787/R, 国内邮发代号: 2-52, 国外代号: M640。国内外公开发行, 在各地邮局均可订阅, 也可直接汇款至本社邮购。

地址: 北京市海淀区西苑操场 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@cjim.cn; 网址: http://www.cjim.cn。