

系列痛风颗粒联合金黄膏分期治疗痛风性关节炎疗效观察

周 蜜 王一飞 周 茹 张 明 李 斌

摘要 **目的** 评价系列痛风颗粒分期治疗痛风性关节炎疗效。**方法** 将 90 例痛风患者随机分为中药组(60 例)和西药组(30 例)。中药组急性期予虎杖痛风颗粒、外用金黄膏,缓解期予茵连痛风颗粒;西药组急性期予双氯芬酸钠缓释胶囊、外用金黄膏,缓解期予苯溴马隆片,治疗观察 3 个月。观察两组治疗期间内症状严重程度积分、显效时间、急性期显效率、复发率、血尿酸(BUA)、尿尿酸(UUA)、SCr、BUN、TG、TC、FPG 及不良反应发生率。**结果** 与本组前一时间点比较,两组症状严重程度积分均降低($P < 0.05$)。两组急性期显效率及有效率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组 BUA、UUA 治疗前后差值比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。中药组 TG、SCr 治疗后与治疗前比较有统计学意义($P < 0.05$),两组 TG、SCr 治疗前后差值比较有统计学意义($P < 0.05$)。中药组复发率(3.3%, 2/60)低于西药组(20%, 6/30, $P < 0.05$)。**结论** 系列痛风颗粒能促进 UUA 排泄,降低间歇期 BUA 水平,具有良好的预防复发作用,虎杖痛风颗粒能显著改善痛风性关节炎急性期炎症症状及体征。

关键词 系列痛风颗粒;金黄膏;痛风性关节炎;分期治疗

Treatment of Gouty Arthritis in Different Phases by a Series of Tongfeng Granule: an Efficacy Observation ZHOU Mi, WANG Yi-fei, ZHOU Ru, ZHANG Ming, and LI Bin Department of Dermatology, Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai (200437), China

ABSTRACT **Objective** To evaluate the clinical efficacy of a series of Tongfeng Granule (TG) in treating gouty arthritis patients in different stages. **Methods** Ninety primary gout patients were randomly assigned to two groups, the TCM treatment group (60 cases) and the Western medicine control group (30 cases). Huzhang Tongfeng Granule in combination of external application of Jinhuang Ointment were given to those in the TCM treatment group in the acute phase, and Yinlian Tongfeng Granule in the remission phase. Diclofenac Sodium Sustained Release Capsule in combination of external application of Jinhuang Ointment were given to those in the Western medicine control group in the acute phase, and Benzbromarone in the remission phase. All were treated for three months. The severity integral of symptoms, effective time, effective rate in the acute phase, the recurrence rate, blood uric acid (BUA), urine uric acid (UUA), serum creatinine (SCr), blood urea nitrogen (BUN), triglyceride (TG), total cholesterol (TC), fasting plasma glucose (FPG), and the incidence of adverse reactions were observed in the two groups during the course of treatment. **Results** The severity integral of symptoms was lowered in the two groups when compared with a former time point ($P < 0.05$). There was no statistical difference in markedly effective rate or the effective rate in the acute phase between the two groups ($P > 0.05$). There was statistical difference in the difference of BUA or UUA between before and after treatment in the two groups ($P < 0.05$). There was statistical difference in TG and SCr in the TCM group between after treatment and before treatment ($P < 0.05$). There was statistical difference in TG and SCr in the two

基金项目:上海市科学技术委员会项目(No. 12401902401);上海市中医药事业发展三年行动计划海派中医流派传承研究基地建设项目(夏氏外科, No. 12);国家中管局“十二五”重点专科建设项目(No. ZK0901FS013)

作者单位:上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院皮肤科(上海 200437)

通讯作者:张 明, Tel: 021-65161782 转 2218, E-mail: drzhangming_sh@163.com

DOI: 10.7661/CJIM.2013.12.1603

groups between after treatment and before treatment ($P < 0.05$). The recurrence rate was 3.3% in the TCM treatment group (2/60), lower than that of the Western medicine control group (20%, 6/30, $P < 0.05$). Conclusions A series of Tongfeng Granule could promote the excretion of UUA, reduce the BUA level in the intermission phase, and play a favorable role in the prevention of relapse. Huzhang Tongfeng Granule could significantly improve inflammatory symptoms and signs of gouty arthritis patients in the acute phase.

KEYWORDS a series of Tongfeng Granule; gouty arthritis; staging treatment

痛风性关节炎(gouty arthritis, GA)是由于嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所致的一组慢性疾病,需要长期饮食控制及药物治疗。前期临床研究发现,治疗 GA 的棘手问题是:急性期西药毒副作用大,间歇期单纯应用西药其复发率较高^[1]。因此,寻找治疗及预防 GA 安全、有效的药物,制定防治本病的规范化诊疗方案,成为广大医务工作者亟待解决的关键任务。笔者在 20 余年的临床实践中总结出中医药分期分型综合防治 GA 的诊疗方案,开发出一系列治疗 GA 的中药制剂——虎杖痛风颗粒和茵连痛风颗粒,2010 年 5 月—2011 年 12 月本课题组对这一诊疗方案进行了临床研究,报道如下。

资料与方法

1 诊断标准及中医辨证分型标准 GA 诊断标准参照 1977 年美国风湿病协会制定的 GA 诊断标准^[2],中医辨证分型标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]痛风辨证标准。

2 纳入及排除标准 纳入标准:(1)年龄 18~75 岁;(2)本次急性发作在 72 h 以内;(3)1 个月内未接受任何治疗痛风的药物,6 个月内未使用激素类制剂;(4)签署知情同意书。排除标准:(1)合并心脑血管、肝、肾及造血系统等严重原发性疾病;(2)伴有活动性胃肠疾病,以及本研究前 30 天内有消化道溃疡;(3)病情危重,难以对本次临床观察的有效性和安全性作出确切评价;(4)晚期关节炎重度畸形、僵硬、丧失劳动力者;(5)精神病;(6)已知对本次研究用药过敏者。

3 一般资料 90 例均为 2010 年 5 月—2011 年 12 月上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院痛风专科门诊 GA 患者,按随机数字表法分为中药组(60 例)和西药组(30 例)。两组性别比、年龄及病程比较(表 1),差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 两组一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男/女	年龄(岁)	病程(月)
中药	60	59/1	54.1 ± 13.1	55.3 ± 47.7
西药	30	28/2	49.9 ± 14.2	53.0 ± 47.3

4 治疗方法 两组患者均给予健康宣教:禁止饮酒,低嘌呤、低脂饮食,足量饮水($\geq 2\,000\text{ mL/d}$);避免关节受凉、外伤及过度疲劳等诱发因素;避免使用利尿剂、水杨酸类制剂、糖皮质激素等影响尿酸代谢与排泄的药物。中药组:急性期口服虎杖痛风颗粒(由虎杖、羌活、当归、茵陈、黄柏、苍术、茯苓、川牛膝、猪苓、泽泻、油松节、甘草共 12 味中药组成,每克颗粒剂生药含量为 7.55 g,12 g/包,由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院药剂科制剂室提供,批号:100628),每次 1 包,每天 2 次;患病关节外敷金黄膏(由姜黄、大黄、黄柏、白芨、白芷、生南星、木香、生半夏、天花粉、苍术、厚朴、陈皮、黄芩、生甘草、丹皮、黄连共 16 味中药组成,20 g/盒,由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院药剂科制剂室提供,批号:101009),外敷面积大于肿胀范围 1 cm,厚度约 3 mm,每天 1 次。缓解期口服茵连痛风颗粒(由茵陈、金钱草、玉米须组成,每克颗粒剂生药含量 5.58 g,10 g/包,由上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院药剂科制剂室提供,批号:100623),每次 1 包,每天 2 次。西药组:急性期口服双氯芬酸钠缓释胶囊(商品名:英太青,50 mg,中国药科大学制药厂生产,批号:1010240),每次 50 mg,每天 2 次;患病关节外敷金黄膏。缓解期口服苯溴马隆片(商品名:立加利仙,50 mg,德国赫曼大药厂生产,批号:1001062),每次 25 mg,每天 1 次。两组患者均连续治疗 3 个月,急性期每周复诊 1 次,缓解期每 2 周复诊 1 次。治疗期内若有急性发作,分别采用各组急性期治疗方案,症状完全控制后再采用缓解期治疗方案,直至治疗期满。治疗期间不使用其他治疗痛风的药物。

5 观察指标及方法

5.1 症状严重程度积分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]拟定。疼痛:不痛为 0 分;隐约疼痛(或)酸楚不适为 1 分;疼痛较重但可忍受为 2 分;疼痛剧烈无法忍受为 3 分。累计部位:未累及任何关节为 0 分;仅累及 1 个关节为 1 分;累及 2 个关节为 2 分;累及 2 个以上关节为 3 分。间歇时间:1 年以上为

0 分;6 个月~1 年为 1 分;1~6 个月为 2 分;1 月内发作多次为 3 分。肿胀情况:关节无明显肿胀为 0 分;关节轻度肿胀为 1 分;关节显著肿胀为 2 分;关节高度肿胀为 3 分。皮肤颜色:局部皮肤颜色正常为 0 分;局部皮肤颜色淡红为 1 分;局部皮肤颜色暗红为 2 分;局部皮肤颜色焮红发亮为 3 分。关节功能:关节活动不受限,可做各种活动为 0 分;轻度受限,1 个或多个关节不适或活动受限,但可从事正常活动为 1 分;明显受限,生活可自理,但不能从事一般活动为 2 分;卧床或坐卧,生活不能自理为 3 分。关节畸形:无关节畸形为 0 分;仅趾(指)关节肥大、变形为 1 分;腕、肘、膝、踝关节轻度肥大、畸形为 2 分;腕、肘、膝、踝关节显著肥大、畸形为 3 分。痛风石:无痛风石为 0 分;痛风石单发, $\phi \leq 1.0\text{ cm}$ 为 1 分;痛风石数量 ≤ 3 个, $\phi \leq 1.5\text{ cm}$ 为 2 分;痛风石 >3 个为 3 分。全身症状:无明显全身症状为 0 分;低热($37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以下),稍觉乏力,头痛较轻,食欲稍差为 1 分;发热($37.5\sim 38\text{ }^{\circ}\text{C}$),周身不适,疲乏无力,食欲不振,头痛较轻为 2 分;高热($38\text{ }^{\circ}\text{C}$ 以上),寒战,周身疼痛,厌食疲倦,头痛较重为 3 分。上述各项条目分数相加即为该患者的症状严重程度积分,积分越高,说明病情越重。分别于治疗前、治疗 1 周后、治疗 2 周后及治疗 12 周结束时进行评定。

5.2 显效时间 记录首次急性发作至症状完全缓解所需要的时间。

5.3 急性期临床疗效 首次急性发作至症状完全缓解时计算。疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]。临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,关节功能恢复正常(症状严重程度积分 <5 分),主要理化指标正常。显效:临床症状、体征明显改善,关节功能基本恢复正常(症状严重程度积分 $5\sim 7$ 分),主要理化指标基本正常。有效:临床症状、体征均有好转,主要关节功能及主要理化指标基本正常(症状严重程度积分 $8\sim 10$ 分)。无效:与治疗前相比,各方面无明显改善或加重(症状严重程度积分 >10 分)。显效率($\%$)=(临床痊愈数+显效数)/总例数 $\times 100\%$;总有效率($\%$)=(临床痊愈数+显效数+有效数)/总例数 $\times 100\%$ 。

5.4 不良反应 记录观察期内两组患者不良反应,计算不良反应发生率。不良反应发生率($\%$)=(发生不良反应例数/总例数) $\times 100\%$ 。

5.5 实验室指标 (1)安全性指标:血常规(WBC、N%)、尿常规(尿 pH 值)、肝功能(GOT、GPT)、肾功能(BUN、SCr);(2)疗效性指标:血尿酸(BUA)、尿尿酸(UUA);(3)其他相关性指标:甘油三

酯(TG)、胆固醇(TC)、空腹血糖(FPG)。上述疗效性指标每 4 周检测 1 次,安全性指标及相关性指标观察前后各检测 1 次。

5.6 复发率 不计纳入时的急性发作,疗程结束时计算两组复发次数。复发率($\%$)=(发作例数/总例数) $\times 100\%$ 。

6 统计学方法 所得资料运用 SPSS 16.0 统计分析软件进行处理,正态分布计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,偏态分布计量资料用中位数及四分位数间距表示,计数资料用率表示。计量资料若满足正态分布且方差齐性,组间比较用两样本 t 检验,组内比较用配对 t 检验,不符合正态分布采用非参数检验;多次测量的计量资料用重复测量方差分析。计数资料用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 两组各时间点症状严重程度积分比较(表 2) 两组各时间点症状严重程度积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。与本组治疗前比较,两组治疗 1~12 周症状严重程度积分均降低($P<0.05$);与本组治疗 1 周后比较,两组治疗 2、12 周后症状严重程度积分均降低($P<0.05$);与本组治疗 2 周后比较,两组治疗 12 周后症状严重程度积分均降低($P<0.05$)。

表 2 两组各时间点症状严重程度积分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后	治疗 12 周后
西药	30	12.5 $\pm$ 1.4	7.3 $\pm$ 1.2 [*]	5.0 $\pm$ 1.7 ^{*△}	2.0 $\pm$ 0.6 ^{*▲}
中药	60	12.1 $\pm$ 2.1	7.2 $\pm$ 1.5 [*]	4.9 $\pm$ 1.8 ^{*△}	2.2 $\pm$ 0.9 ^{*▲}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与本组治疗 1 周后比较,[△] $P<0.05$;与本组治疗 2 周后比较,[▲] $P<0.05$

2 两组显效时间比较 中药组和西药组显效时间分别为(7.4 ± 1.8)、(7.7 ± 2.0)天,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 两组急性期临床疗效比较 中药组临床痊愈 24 例,显效 33 例,有效 2 例,无效 1 例,显效率为 95.0%,总有效率为 98.3%;西药组临床痊愈 12 例,显效 16 例,有效 1 例,无效 1 例,显效率为 93.3%,总有效率为 96.7%。两组显效率及有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

4 两组治疗前后 SCr、BUN、FPG、TG、TC 比较(表 3) 与本组治疗前比较,中药组治疗后 SCr、TG 降低($P<0.05$),且中药组低于西药组同期($P<0.05$);两组 BUN、TC、FPG 治疗前后及差值比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

表 3 两组治疗前后 SCr、BUN、FPG、TG、TC 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SCr ($\mu\text{mol/L}$)	BUN (mmol/L)	FPG (mmol/L)	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)
西药	30	治疗前	83.97 $\pm$ 16.38	4.5 $\pm$ 1.0	5.5 $\pm$ 0.8	1.7 $\pm$ 0.8	4.9 $\pm$ 0.8
		治疗后	83.93 $\pm$ 14.30	4.5 $\pm$ 1.0	5.5 $\pm$ 0.7	1.8 $\pm$ 0.9	4.9 $\pm$ 0.7
中药	60	治疗前	87.87 $\pm$ 20.50	4.9 $\pm$ 1.4	5.5 $\pm$ 0.7	2.2 $\pm$ 1.1	4.7 $\pm$ 0.7
		治疗后	80.93 $\pm$ 17.04 * Δ	4.7 $\pm$ 1.1	5.4 $\pm$ 0.6	2.1 $\pm$ 0.9 * Δ	4.6 $\pm$ 0.7

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组同期比较, $\Delta P < 0.05$

表 4 两组各时间点 BUA、UUA 比较 ($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	BUA	UUA
西药	30	治疗前	533.1 $\pm$ 71.6	2070.4 $\pm$ 903.3
		治疗 4 周后	492.1 $\pm$ 81.6 *	2463.7 $\pm$ 725.9 *
		治疗 8 周后	449.4 $\pm$ 70.2 * Δ	2765.7 $\pm$ 808.5 *
		治疗 12 周后	415.4 $\pm$ 59.4 *	3176.4 $\pm$ 796.9 *
中药	60	治疗前	527.6 $\pm$ 77.5	2137.4 $\pm$ 987.9
		治疗 4 周后	493.5 $\pm$ 75.9 *	2299.4 $\pm$ 802.6 *
		治疗 8 周后	473.5 $\pm$ 70.8 *	2472.8 $\pm$ 736.6 *
		治疗 12 周后	448.2 $\pm$ 71.8 *	2738.6 $\pm$ 890.8 * Δ

注:与本组前一时间点比较,* $P < 0.05$;与西药组同期比较, $\Delta P < 0.05$

5 两组各时间点 BUA、UUA 比较(表 4) 两组治疗前 BUA、UUA 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),两组治疗期间 BUA 均呈下降趋势,UUA 均呈上升趋势,与本组前一时间点比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。与西药组治疗 12 周后比较,中药组上升幅度低($P < 0.05$)。两组治疗前后 BUA 及 UUA 差值比较,差异均有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。

6 两组复发率比较 中药组疗程内有 2 例复发,复发率 3.33%,西药组疗程内有 6 例复发,复发率 20.0%,两组复发率比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

7 不良反应 中药组 4 例服用系列痛风颗粒时有轻度胃部不适、恶心、大小便次数增多等反应;西药组 4 例服用双氯芬酸钠缓释胶囊后有胃肠道不适,患者改为饭后服药缓解。中药组不良反应发生率为 6.7%,西药组为 13.3%,两组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组 WBC、N%、尿 pH 值、GOT、GPT 治疗前后及差值比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

讨 论

本次研究共收集病例 90 例,男女比例为 29:1。有资料显示 GA 在男女性别之间存在差异^[4],男女之比为 20:1,本研究结果符合以往研究规律^[5]。本研究分别对两组患者治疗前及治疗 1~12 周后临床症状严重程度评分,结果显示两组药物均能显著改善 GA 患者的临床症状及体征,其中虎杖痛风颗粒在改善急

性期临床症状及体征方面与双氯芬酸钠缓释胶囊的疗效相当。

此外,在急性期两组病例均使用金黄膏外敷于病变关节,患者反应良好,未出现明显不良反应。金黄膏具有消肿止痛、活血化瘀之功,认为其具有良好的辅助治疗作用。

在 GA 急性发作缓解后,则进入无明显症状的缓解期。通过检测两组患者 BUA 及 UUA 水平,发现系列痛风颗粒与苯溴马隆片均能促进 UUA 排泄、降低 BUA,但系列痛风颗粒促进 UUA 排泄疗效不如苯溴马隆片。苯溴马隆片为强有力的促尿酸排泄药,其最大缺点是易引起尿酸盐结晶在尿路沉积,引发肾绞痛及肾功能损害,亦能激发 GA 急性发作^[6]。长期临床观察发现苯溴马隆片虽能使患者的 BUA 水平下降,但必须以维持剂量长期服用,若中途停药则 BUA 值立即反跳至治疗前水平甚至更高^[7]。本研究发现系列痛风颗粒能很好地控制 BUA 水平,虽然短期疗效不如西药,这与中药作用缓和、起效缓慢有关,但其不良反应少,不易引起痛风急性发作且降尿酸作用更为持久。

随着生活水平的提高及饮食结构的改变,GA 患者常伴有肥胖、高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、2 型糖尿病、脂代谢紊乱及胰岛素抵抗,其在代谢综合征中与其他因素的关系越来越受到重视^[8]。本次研究我们对两组病例治疗前后血脂、FPG 进行观察,结果显示两组药物在降低 TC、FPG 方面不明显,但中药组在降低 TG 方面优于西药组,提示系列痛风颗粒具有一定的调节脂代谢紊乱的作用。其作用机制可能是通过虎杖、茵陈、金钱草等药的降血脂药理作用^[9,10]。

在本研究中,中药组在预防痛风急性复发方面优于西药组。我们还对观察期内复发的病例进行了症状严重程度评分,因样本量少未对其进行统计分析,西药组 6 例复发时积分均 ≥ 10 分,中药组 2 例复发时积分分别为 6、7 分,且西药组平均缓解时间为 4.5 天,中药组为 2.5 天。因此认为系列痛风颗粒不仅能预防急性复发,且有降低复发时的症状严重程度、缩短发作时间的趋势。

在用药过程中,西药组 4 例服用双氯芬酸钠缓释

胶囊后出现胃肠道不适,中药组有 3 例服用系列痛风颗粒后表现为大小便次数增多,仅有 1 例服用茵连痛风颗粒后出现轻度胃部不适、恶心,改为饭后服药后缓解。因此认为系列痛风颗粒对胃肠道的刺激较小,患者耐受性较好。

本研究证实系列痛风颗粒既能安全、有效缓解急性期症状,恢复关节功能,又能有效地控制间歇期 BUA 水平,预防急性发作。但由于时间不足、条件限制,致使观察样本量偏少,且未对中药有效成分、作用机制进行深入研究。

参 考 文 献

- [1] 王一飞,李伯华,张明,等. 中西医结合分期综合治疗痛风性关节炎的随机对照临床研究[J]. 中西医结合学报, 2008, 6(6): 576-580.
- [2] Wallace SL, Robinson H, Masi AT, et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout[J]. Arthritis Rheum, 1977, 20(3): 895-900.

- [3] 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, 1995: 179-183.
- [4] Ma ZS, Qiu MC. Recent development in the risk factors of gout[J]. Geriatr Health Care, 2000, 6(1): 48.
- [5] 苗志敏,赵世华,王颜刚,等. 山东沿海居民高尿酸血症及痛风的流行病学调查[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2006, 22(5): 421-425.
- [6] 陈兴坚,朱春梅,吴民. 降尿酸药物在临床应用的相关问题[J]. 中外医疗, 2011, 30(18): 103-105.
- [7] 张明,王一飞,刘胜芬. 泽苓痛风饮治疗痛风性关节炎间歇期低排泄型高尿酸血症 33 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(8): 1000-1002.
- [8] 刘淑芳,朱桂芳,台芳玲. 痛风的危险因素与健康教育[J]. 现代医药卫生, 2005, 21(9): 1069-1070.
- [9] 葛少祥,彭代银,刘金旗,等. 连钱草治疗胆固醇结石的实验研究[J]. 中药材, 2007, 30(7): 842-845.
- [10] 孙远南,冯建. 茵陈蒿的化学成分与药理作用研究进展[J]. 中国现代医生, 2011, 49(21): 12-14.

(收稿:2013-06-02 修回:2013-09-20)

2014 全国中西医结合皮肤性病学术年会征文通知

中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会定于 2014 年 4 月 10—14 日在江西南昌前湖迎宾馆召开 2014 全国中西医结合皮肤性病学术年会。此次会议将注重中西医结合治疗皮肤病的新方法及新的研究进展等方面的学术交流,内容密切联系临床,切合皮肤科医师的实际需求,会议将邀请知名专家做特邀演讲,阐述皮肤科相关领域的最新研究进展,现征文如下。

投稿要求 (1)投稿内容:皮肤科各种基础研究论文、皮肤科临床诊断和治疗等方面的论文、典型与疑难病例等;(2)投稿方式:中文全文和 400 字以内的中文摘要,请通过电子邮件投稿,Email: pfkxh@126.com。来稿请注明 2014 会议征文,截稿日期:2014 年 3 月 5 日。(3)会议交流形式:特邀讲演、大会发言、分会发言、书面交流。

联系方式 地址:上海市凤阳路 415 号,上海长征医院《中国真菌学杂志》编辑部,邮编:200003;E-mail:pfkxh@126.com;联系人:朱和平,电话:021-81885501,手机:13671816152。