

归脾汤治疗心脾两虚型抑郁症 30 例

朱晨军, 李侠*, 曲淼

(北京中医药大学第三附属医院脑病科, 北京 100029)

[摘要] **目的:**探讨归脾汤与氟西汀治疗心脾两虚型抑郁症的疗效比较。**方法:**将 60 例抑郁症心脾两虚型患者,随机按数字法分为归脾汤组和氟西汀组各 30 例。氟西汀组口服氟西汀,20 mg/次,1 次/d;归脾汤组口服归脾汤加减治疗,1 剂/d,分 2 次服用;两组疗程均为 6 周。在治疗的第 1,2,4,6 周时,分别对两组患者进行汉密顿(HAMD)量表评分及中医症状量表评分,两组治疗后的 HAMD 疗效有效率以及中医症状疗效有效率进行对比,并记录不良反应。**结果:**归脾汤组和氟西汀组的 HAMD 疗效有效率随治疗时间不断提高,在治疗后第 1 周时,归脾汤组总有效率为 3.33%,氟西汀组总有效率为 0%,归脾汤组总有效率高于氟西汀组($P < 0.01$);而在治疗后第 2,4,6 周时两组的有效率差异无统计学意义。两组的中医症状疗效有效率亦随治疗时间不断提高,在治疗后第 1 周时,归脾汤组总有效率为 10%,氟西汀组总有效率为 3.33%,归脾汤组总有效率高于氟西汀组($P < 0.01$);在治疗后第 2 周时归脾汤组总有效率为 53.33%,氟西汀组总有效率为 16.67%,归脾汤组总有效率亦高于氟西汀组($P < 0.01$);在治疗后第 4,6 周时两组的总有效率差异无统计学意义。归脾汤组不良反应发生率为 0%,氟西汀组治疗过程中出现腹泻 1 例,患者于治疗 1 周后脱落,不良反应发生率为 3.33% ($P < 0.01$)。**结论:**归脾汤可显著提高心脾两虚型抑郁症患者的 HAMD 量表及中医症状量表减分率,与氟西汀治疗比较疗效相当,但比服用氟西汀后的不良反应少,起效更早。服用归脾汤是治疗心脾两虚型抑郁症安全有效的方法。

[关键词] 归脾汤; 抑郁症; 心脾两虚; 氟西汀

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)16-0209-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2014160209

Guipi Decoction for Treating 30 Cases of Heart-spleen Deficiency Depression

ZHU Chen-jun, LI Xia*, QU Miao

(The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the therapeutic effect of Guipi decoction compared with Fluoxetine for depression patients with Heart-spleen deficiency. **Method:** Sixty cases of patients were randomly divided into Guipi decoction group and the Fluoxetine group with 30 cases in each group. Patients were given with Fluoxetine (20 mg, once a day) in the Fluoxetine group and Guipi decoction was given (half of one decoction, twice a day) in the treatment group. The treatment course was 6 weeks. Hamilton rating scale for depression (HAMD) and traditional chinese medicine (TCM) symptoms scale were measured at week 1, 2, 4, and 6 after the treatment, and the effective rate was assessed according to HAMD and TCM symptoms scale to evaluate therapeutic effects. Adverse reactions were recorded. **Result:** Both of the effective rates of HAMD and TCM symptoms increased in two groups along with treatment time. After the first week of treatment, the total effective rate of HAMD in Guipi group (3.33%) was higher than that in the Fluoxetine group (0%) ($P < 0.01$). However, there was no difference for total effective rate of HAMD between groups after 2, 4, or 6 weeks of treatment. The total effective rate of TCM symptoms in Guipi group were 10% and 53.33% after first and second week of treatment respectively, which were

[收稿日期] 20140422(147)

[基金项目] 北京中医药大学优秀中青年教师资助项目(2011JYBIIIJS-028)

[第一作者] 朱晨军, 博士, 主治医师, 从事中医脑病的临床及研究工作, Tel: 18612295723, E-mail: zhuchenjun007b@126.com

[通讯作者] * 李侠, 博士, 副主任医师, 从事中医药防治脑病的研究工作, Tel: 010-52075438, E-mail: lixia7782@sina.com

significantly higher ($P < 0.01$) than that in the Fluoxetine group (3.33% and 16.67%). But no difference was found for effective rate of TCM symptoms between groups after 4 or 6 weeks of treatment. Furthermore, no adverse event was found in Guipi decoction group, while 1 case was dropped out after one week of treatment because of diarrhea in the Fluoxetine group, thus indicated the adverse reaction rate was 3.33% in the Fluoxetine group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Compared to Fluoxetine, Guipi decoction has similar effect on improving HAMD scores and TCM symptoms for depression patients with Heart-spleen deficiency, but it has fewer adverse reactions and faster onset of action. In conclusion, Guipi decoction is safe and effective for Heart-spleen deficiency depression.

[**Key words**] Guipi decoction; depression; Heart-spleen deficiency; Fluoxetine

抑郁症 (Depression) 是精神科的常见病和多发病,其主要表现为情绪低落、思维迟缓并伴有兴趣减低、主动性下降等精神运动性迟滞症状,具有较高的发病率及复发率。有研究表明,全球范围内每年有约 11.4% 的成年人罹患此病,其中女性患病率达 25%^[1]。目前治疗抑郁症的西药存在副反应多、依从性差等诸多弊端,限制了其临床应用。中医药立足于整体调节防治抑郁症,灵活运用理法方药,取得较好疗效,更因为其副作用小而提高了患者依从性,体现了中医的优势和特色。导师唐启盛教授课题组通过对抑郁症进行的大规模中医证候学研究,运用数据挖掘等分析方法,结合中医理论研究出证候要素,经专家论证、专家问卷调查以及学会组织专家讨论,制定了涵盖抑郁症大部分症状的中医证型标准,包含了抑郁症的核心症状和周边症状的不同组合方式,体现了抑郁症临床多变的证候特点,其中心脾两虚型为抑郁症的主要证型之一^[2]。临床实践中,我科室以养心健脾为法治疗轻、中度心脾两虚型抑郁症,应用归脾汤化裁,效果颇佳。氟西汀是一种选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs) 型的抗抑郁剂,是国际公认的疗效确切的抗抑郁药物。本项研究对心脾两虚型抑郁症患者分别采用西药氟西汀及归脾汤进行治疗,比较归脾汤与氟西汀治疗心脾两虚型抑郁症的临床疗效,旨在为抑郁症心脾两虚型患者提供一种可靠且有效的中医治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者均为 2011 年 12 月 - 2013 年 6 月就诊于北京中医药大学第三附属医院神经内科门诊,随机按数字表法将 60 例患者以 1:1 分为归脾汤组和氟西汀组各 30 例。归脾汤组男 12 例,女 18 例;年龄 20 ~ 62 岁,平均 (40.83 ± 11.86) 岁;病程 2 ~ 24 个月,平均 (9.67 ± 4.64) 个月;汉密顿 (HAMD) 抑郁量表基线 (26.00 ± 4.45) 分;中医证候量表基线 (34.50 ± 5.69) 分。氟西汀组男 13 例,女 17 例;年龄 21 ~ 64 岁,平均 (44.83 ± 12.65) 岁;

病程 3 ~ 22 个月,平均 (10.77 ± 3.56) 个月;HAMD 抑郁量表基线 (27.07 ± 4.53) 分;中医证候量表基线 (33.67 ± 5.93) 分。两组患者在性别、年龄、病程及病情等方面均无显著性差异,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国精神疾病分类与诊断标准》^[3] 忧郁症自我测试和断定方法 (CCMD-3) 抑郁发作的诊断标准,其中包括症状标准、严重标准、病程标准及排除标准。

1.2.2 中医证候标准 参照《中医内科常见病诊疗指南·抑郁症》^[4] 中抑郁症的中医诊断标准。其中主症以神情抑郁为主,兼见兴趣索然,烦躁,思维迟缓,疲乏无力,失眠,善忘,性欲减退,食欲下降;兼证包括多思善虑,心悸,多梦,面色萎黄,手足麻木,头晕,气短,自汗,腹胀,大便溏,月经不调,舌质淡嫩,舌苔白,脉细弱。

1.2.3 严重程度标准 参照美国精神病协会《美国精神障碍诊断与统计手册》^[5] (DSM-IV) 制定。轻度:不多于诊断所需项数的症状,轻度影响日常社交、人际关系或轻度影响职业功能;中度:症状或功能损害程度在“轻度”和“重度”之间;重度:多于诊断所需项数的症状,且严重影响日常社交、人际关系或职业功能。参考 24 项汉密顿 (HAMD) 抑郁量表^[6] 评分:无抑郁 < 8 分;阈下抑郁 8 ~ 18 分;轻度抑郁 18 ~ 25 分;中度抑郁 25 ~ 35 分,重度抑郁 ≥ 35 分。

1.3 自拟纳入标准 ①意识清楚,生命体征平稳,具备一定表达力者;②年龄 18 ~ 65 岁者;③抑郁发作严重程度为轻、中度者;④HAMD 量表评分 ≥ 18 分者;⑤签署知情同意书者。

1.4 排除及剔除标准 ①生命体征不平稳,或严重失语、失认者;②继发性抑郁者;③非抑郁症性精神病者;④重度抑郁者或有严重自杀倾向者;⑤酗酒、物质依赖者;⑥试验前 1 月内进行过抗抑郁治疗者;⑦同时使用其他抗抑郁疗法及药物者;⑧未按规定

用药导致资料不全、无法观察疗效等影响疗效和安全性判断者;⑨妊娠及哺乳期妇女;⑩严重肝功能、肾功能不全者;符合上述其中一项即予以排除。

1.5 治疗方法 氟西汀组服用氟西汀(美国礼来制药公司,批号 2090A),20 mg/次,1 次/d;归脾汤组采用归脾汤化裁,药物组方:白术 15 g,茯苓 30 g,党参 20 g,炙黄芪 30 g,龙眼肉 15 g,酸枣仁 15 g,木香 10 g,当归 20 g,远志 20 g,大枣 3 枚,炙甘草 15 g,水煎分 2 次服用,1 剂/d。治疗过程中,随病情变化进行加减:虚烦不眠较重者加柏子仁、五味子以养心安神;多梦、心神不宁、烦躁易怒较重者加煅磁石、生龙骨、生牡蛎以镇惊安神;脾虚见纳呆、便溏、苔滑腻较重者加法半夏、厚朴、陈皮等,以理气健脾化痰;心血不足见心悸、健忘较重者加熟地黄、阿胶、白芍以养心补血。两组疗程均为 6 周。实验期间不得选用其他抗抑郁药物或者心理治疗。

1.6 观察标准

1.6.1 汉密尔顿抑郁量表^[6]减分率评定 临床控制 HAMD 减分率 $\geq 80\%$;显著进步 50% ~ 80%;进步 30% ~ 50%;无效 $< 30\%$ 。

$$\text{HAMD 减分率} = (\text{疗前评分} - \text{疗后评分}) / (\text{疗前评分} - \text{量表最低分}) \times 100\%$$

1.6.2 中医症状量表减分率评定 以《中医内科常见病诊疗指南^[4]》为参照制定《心脾两虚型抑郁症中医症状量表》,量表包括神情抑郁、兴趣索然、思维迟缓、烦躁、疲乏无力、失眠、健忘、心悸、多梦、

面色萎黄、手足麻木、头晕、气短、便溏、舌质淡嫩、脉细弱等相关症状。临床控制:中医症状量表减分率 $\geq 80\%$;显著进步:50% ~ 80%;进步:30% ~ 50%;无效 $< 30\%$ 。

$$\text{中医症状量表减分率} = [(\text{疗前评分} - \text{疗后评分}) / (\text{疗前评分} - \text{量表最低分})] \times 100\%$$

1.7 统计学方法 采用 SAS8.2 统计分析软件,定量指标主要用 t 检验或秩和检验。定性指标主要用 χ^2 检验或秩和检验。采用双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。使用意向性分析处理缺失数据,以确保随机化原则。

2 结果

2.1 两组患者治疗后 HAMD 疗效评分比较 归脾汤组和氟西汀组随治疗时间延长,HAMD 疗效的总有效率不断提高。归脾汤组第 1 周总有效率为 3.33%,第 2 周总有效率提高至 46.67% ($P < 0.01$),第 4 周总有效率比第 2 周进一步提高为 70% ($P < 0.05$),第 4 周与第 6 周比较,总有效率差异无统计学意义;氟西汀组第 1 周总有效率为 0%,第 2 周总有效率提高至 53.33% ($P < 0.01$),第 4 周总有效率比第 2 周进一步提高为 73.33% ($P < 0.05$),第 4 周与第 6 周比较,总有效率差异无统计学意义。治疗后第 1 周,归脾汤组总有效率为 3.33%,对照组总有效率为 0%,归脾汤组总有效率高于氟西汀组 ($P < 0.01$),而在治疗后的第 2,4,6 周时两组的总有效率差异无统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者治疗后 HAMD 疗效评分比较 ($n = 30$)

| 组别 | 时间/周 | HAMD 量表评分 / $(\bar{x} \pm s)$ | 临床控制 /例 (%) | 显著进步 /例 (%) | 进步 /例 (%) | 无效 /例 (%) | 总有效率 / % |
|-----|------|----------------------------------|----------------|----------------|--------------|--------------|---------------------|
| 归脾汤 | 1 | 23.83 \pm 3.80 | 0(0) | 0(0) | 1(3.33) | 29(96.67) | 3.33 ¹⁾ |
| | 2 | 18.67 \pm 4.43 | 0(0) | 0(0) | 14(46.67) | 16(53.33) | 46.67 ²⁾ |
| | 4 | 14.00 \pm 4.52 | 0(0) | 13(43.33) | 8(26.67) | 9(30.00) | 70.00 ³⁾ |
| | 6 | 9.53 \pm 4.58 | 4(13.33) | 16(53.33) | 4(13.33) | 6(20.00) | 80.00 |
| 氟西汀 | 1 | 25.70 \pm 3.98 | 0(0) | 0(0) | 0(0) | 30(100.00) | 0 |
| | 2 | 20.00 \pm 4.71 | 0(0) | 0(0) | 16(53.33) | 14(46.67) | 53.33 ²⁾ |
| | 4 | 15.10 \pm 4.34 | 0(0) | 9(30.00) | 13(43.33) | 8(26.67) | 73.33 ³⁾ |
| | 6 | 9.70 \pm 3.90 | 1(3.33) | 18(60.00) | 3(10.00) | 8(26.67) | 73.33 |

注:与氟西汀组治疗后同期比较¹⁾ $P < 0.01$;治疗后组内 2 周与 1 周比较²⁾ $P < 0.01$;治疗后组内 4 周与 2 周比较³⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后中医症状疗效比较 归脾汤组和氟西汀组随治疗时间延长,中医症状疗效总有效率均不断提高。归脾汤组第 1 周总有效率为 10%,第 2 周总有效率提高至 53.33% ($P < 0.01$),第 4 周总有效率比第 2 周进一步提高为

90% ($P < 0.01$),第 4 周与第 6 周比较,总有效率差异无统计学意义;氟西汀组第 1 周总有效率为 3.33%,第 2 周总有效率提高至 16.67% ($P < 0.01$),第 4 周总有效率比第 2 周进一步提高为 86.67% ($P < 0.01$),第 4 周与第 6 周比较,总有效

率差异无统计学意义。在治疗后第 1 周时,归脾汤组总有效率为 10%,氟西汀组总有效率为 3.33%,归脾汤组总有效率高于氟西汀组 ($P < 0.01$),在治疗后第 2 周时,归脾汤组总有效率为

53.33%,氟西汀组总有效率为 16.67%,归脾汤组总有效率亦高于氟西汀组 ($P < 0.01$),在治疗后第 4,6 周时两组的总有效率差异无统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者治疗后中医证候疗效比较 ($n = 30$)

| 组别 | 时间/周 | 中医证候评分 / ($\bar{x} \pm s$) | 临床控制 /例 (%) | 显著进步 /例 (%) | 进步 /例 (%) | 无效 /例 (%) | 总有效率 / % |
|-----|------|---------------------------------|----------------|----------------|--------------|--------------|-----------------------|
| 归脾汤 | 1 | 29.13 ± 4.23 | 0(0) | 0(0) | 3(10.00) | 27(90.00) | 10.00 ¹⁾ |
| | 2 | 21.30 ± 6.90 | 0(0) | 6(20) | 10(33.33) | 14(46.67) | 53.33 ^{1,2)} |
| | 4 | 14.47 ± 7.64 | 3(10) | 20(66.67) | 4(13.33) | 3(10) | 90 ³⁾ |
| | 6 | 7.43 ± 5.20 | 14(46.67) | 15(50) | 1(3.33) | 0(0) | 100 |
| 氟西汀 | 1 | 30.67 ± 4.68 | 0(0) | 0(0) | 1(3.33) | 29(96.67) | 3.33 |
| | 2 | 22.83 ± 5.58 | 0(0) | 1(3.33) | 4(13.33) | 25(83.33) | 16.67 ²⁾ |
| | 4 | 14.53 ± 7.97 | 1(3.33) | 22(73.33) | 3(10.00) | 4(13.33) | 86.67 ³⁾ |
| | 6 | 10.70 ± 7.52 | 10(33.33) | 17(56.67) | 1(3.33) | 2(6.67) | 93.33 |

注:与氟西汀治疗后同期比较¹⁾ $P < 0.01$;治疗后组内 2 周与 1 周比较²⁾ $P < 0.01$;治疗后组内 4 周与 2 周比较³⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 脱落病例 归脾汤组在整个治疗过程中未发现不良反应,不良反应发生率为 0%。氟西汀组治疗过程中出现腹泻 1 例,患者于治疗 1 周后脱落,不良反应发生率为 3.33% ($P < 0.01$)。

4 讨论

抑郁症的临床表现变化万千,病因病机复杂。对抑郁症,中医学很早就有了一定的认识,多将其归于“情志疾病”的范畴里,分散的记载于“郁证”、“脏躁”、“失眠”、“善忘”等论述中^[7]。中医学认为,人体调控情志是通过以气血津液为基础、经络为通道、五脏为中心的系统来实现的。抑郁症的发病是人体为情志所伤后,出现五脏气血阴阳不相调和,进而出现脑神不利所致。张锡纯^[8]认为:“脑为元神,心为识神”,“脑中之神,体也”,“心中之神,用也”,“心与脑,共为神明之府”,意即心与脑作为人体情志活动的高级中枢皆主神明。具体到神志病当中的抑郁症,有当代医家提出抑郁症的主要中医病机是肾虚肝郁,田青^[9]等人通过研究 CREB 在抑郁症模型大鼠的海马及额叶前皮质 cAMP 通路上的表达,在分子层面上阐明了益肾调气的中药方剂颐脑解郁方,通过调节信号转导通路、神经递质等多种机制的综合作用,达到了抗抑郁的作用,从而进一步验证了抑郁症肾虚肝郁的病机。另有诸多医家认为肝郁是抑郁症的中心病机,故与肝郁相关的中医证型较为多见^[10]。肝气不舒,横逆犯脾,致脾失健运,病久则气血生化无源,心神耗伤,心失所养,可致心脾两虚证^[11]。心与脾二脏关系密切,二者阴阳相通、经络

相连,气血互济,他们之间的相互影响既体现在生理上,也体现在病理上。如过度思虑或者劳心过度,则可耗伤心血,也可引起脾之运化功能失常,从而气血生化乏源,最终导致心脾两虚。可见心脾两虚是抑郁症的一个重要病机之一。临床上根据“治病求本”的原理,在治疗原则上当以养心健脾为法,归脾汤是其中的代表方剂。归脾汤源于宋代医家严用和的《济生方》,该方从心脾两脏治疗,方中党参、黄芪、茯苓、白术、炙甘草健脾益气,酸枣仁、远志、龙眼肉养心安神,当归养肝而生心血,木香理气醒脾,使补气血之诸药补而不滞^[12]。从全方的配伍特点不难看出,本方心脾同治,重在治脾,脾乃气血化生之源,补脾从而达到养心之目的,且补益脾气,血行方可得到统摄,故能引血归脾,方名为“归脾”的寓意可知。

此方在临床上应用广泛,大量研究表明在归脾汤基础上加减化裁后用于治疗郁病、不寐、善忘等中医病证,取得了较好的疗效^[13]。如孙晨等人针对临床常见的心脾两虚型失眠患者采用由归脾汤拆分而成的“寤方”和“寐方”,相对应于晨起和睡前时服用,显示了归脾汤治疗失眠的良好临床疗效^[14]。

本研究采用循证医学的方法,比较归脾汤与氟西汀治疗心脾两虚型抑郁症的临床疗效,研究结果显示:归脾汤组和对照组随着治疗时间的延长,疗效均不断提高,归脾汤治疗心脾两虚型抑郁症,其疗效与国际公认的抗抑郁药氟西汀相当,但归脾汤比氟西汀起效早,可以更加有效地改善周边症状以及

部分西药难以有效控制的症状,而且其不良反应少,从而增强了患者的依从性,体现了中医辨证治疗抑郁症的特色与优势。笔者认为,抑郁症从心脾论治,体现了《内经》“正气存内,邪不可干”之理,具有预防抑郁症发作,或防止其复发的积极意义^[15]。

本研究采用随机、对照的科研方法,这就避免了使用非实验性的临床经验或者临床资料,来检验证候正确与否,以及判断药物疗效过程当中存在的主观性和片面性,使得研究结果更加可靠。该研究在前期相关研究^[16]的基础上,进一步丰富了抑郁症的中医病因病机理论的同时,也为今后进一步开展多中心、大样本的临床试验提供相关数据,以期降低抑郁症的病死率和致残率。因而,本研究具有一定的现实意义和实用价值。

[参考文献]

[1] 刘顺发. 我国抑郁症患病情况的流行病学研究现状[J]. 医学文选, 2006, 25(4):861.

[2] 唐启盛,曲淼,包祖晓,等. 抑郁症中医证候规律及诊疗标准制定的研究[J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(2):77.

[3] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[S]. 济南:山东科学技术出版社, 2001:87.

[4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008:294.

[5] 庞天鉴. DSM-IV分类与诊断标准[S]. 西安:杨森出版局, 2001:161.

[6] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 2版. 长沙:湖南科学技术出版社, 2003:41.

[7] 唐启盛. 抑郁障碍中西医基础与临床[M]. 北京:人民卫生出版社, 2012:70.

[8] 张锡纯. 医学衷中参西录[M]. 石家庄:河北科学技术出版社, 2001:81.

[9] 田青,唐启盛,赵瑞珍,等. 抑郁症模型大鼠皮质、海马 cAMP 通路的信号表达及颞脑解郁方的干预作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(3):121.

[10] 金卫东. 肝郁与抑郁症关系探讨[J]. 中医研究, 2009, 12(11):1.

[11] 彭贵军,胡瑜瑜,张海男,等. 抑郁症肝郁脾虚、心脾两虚证证候标准第二轮专家问卷分析[J]. 湖南中医学院学报, 2003, 23(5):37.

[12] 严用和. 重订严氏济生方[M]. 北京:人民卫生出版社, 1980:117.

[13] 叶人,李伟,宋秀华,等. 归脾汤结合睡眠卫生宣教对心脾两虚型亚健康失眠干预作用的临床研究[J]. 中国中药杂志, 2011, 36(16):285.

[14] 孙晨,周莉,马斌,等. 归脾汤拆分治疗心脾两虚型失眠 30 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(24):334.

[15] 叶金竹,郭霞珍,刘晓燕,等. 论抑郁症从心脾论治的理论基础[J]. 贵阳中医学院学报, 2011, 33(4):36.

[16] 朱晨军,唐启盛,曲淼,等. 安神定志丸治疗抑郁症的临床疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(5):206.

[责任编辑 何希荣]

计量单位正确写法

| 内容 | 正确写法 | 本刊不采用的写法 |
|------|--|-------------------------------|
| 计量单位 | $\text{mg} \cdot \text{mL}^{-1}$ (简化为 $\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$) | mg/mL |
| | $^{\circ}\text{C} \cdot \text{min}^{-1}$ | $^{\circ}\text{C}/\text{min}$ |
| | mL, μL | ml, μl |
| | g, h, min | 克、小时、分钟 |
| | $\text{r} \cdot \text{min}^{-1}$ | rpm |