

益气通络汤联合银质针导热治疗仪治疗中老年带状疱疹后遗神经痛 64 例临床观察

吕大治

(青海省中医院, 西宁 810000)

[摘要] **目的:**探讨益气通络汤联合银质针导热治疗仪治疗气滞血瘀证中老年带状疱疹后患神经痛(PHN)的疗效及对T淋巴细胞亚群和血浆 β -内啡肽(β -EP)的影响。**方法:**125例患者随机按数字表法分为对照组61例和观察组64例。对照组采用甲钴胺注射液,0.5 mg/次,肌肉注射,3次/周;盐酸多塞平片,25 mg/次,2次/d,口服;布洛芬缓释胶囊,1粒/次,2次/d,口服。观察组采用益气通络汤内服,1剂/d,和银质针导热治疗。两组疗程均为8周。采用疼痛视觉模拟评分(VAS)评价疼痛情况;进行治疗前后汉密尔顿抑郁量表(HAMD),阿森斯失眠量表(AIS),气虚血瘀证和皮肤病生活质量指数(DLQI)量表评分;检测治疗前后T淋巴细胞亚群(CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺)和 β -EP水平。**结果:**经Ridit分析,观察组临床疗效优于对照组($P < 0.05$);观察组在治疗后第4,8周VAS评分均低于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组HAMD, AIS, 气虚血瘀证和DLQI评分均低于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺高于对照组, CD8⁺低于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组 β -EP高于对照组($P < 0.01$)。**结论:**益气通络汤联合银质针导热治疗仪治疗气滞血瘀证中老年带状疱疹后遗神经痛能明显减轻疼痛,改善抑郁、失眠和气虚血瘀证,提高患者的生活质量,并能调节T淋巴细胞亚群,升高 β -EP水平。

[关键词] 带状疱疹后遗神经痛; 益气通络汤; 银质针导热治疗仪; T淋巴细胞亚群; β -内啡肽

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2015)13-0194-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2015130194

Clinical Observation of Yiqi Tongluo Decoction Combined Thermal Silver Needle Treatment Instrument in Treating 64 Middle-aged and Elderly Patients with Postherpetic Neuralgia LYU Da-zhi (Qinghai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xining 810000, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the clinical effect of Yiqi Tongluo decoction combined thermal silver needle treatment instrument in treating postherpetic neuralgia (PHN) in middle-aged and elderly patients, and to investigate its influence on T cell subpopulations and serous β -endorphin (β -EP). **Method:** One hundred and twenty-five patients were randomly divided into the control group (61 cases) and the observation group (64 cases). Patients in the control group received 0.5 mg mecobalamin injection for intramuscular thrice weekly, 25 mg doxepin hydrochloride tablets twice daily, 1 grain of ibuprofen sustained release capsule twice daily. Patients in the observation group received one dose Yiqi Tongluo decoction combined thermal silver needle treatment instrument. All patients in both two groups received 8 weeks of treatment. Pain situation was evaluated by visual analogue scale (VAS). Before and after treatment, scores of Hamilton's depression scale (HAMD), Athens insomnia scale (AIS), qi deficiency and blood stasis and the quality of life index of skin disease (QLQI) were made. Levels of T cell subpopulations (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺) and β -EP were detected. **Result:** The clinical effect in the observation group was better than that in the control group ($P < 0.05$). At the fourth and eighth week after treatment, scores of VAS in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.01$). After treatment, scores of HAMD, AIS, qi deficiency and blood stasis and QLQI in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.01$). Levels of CD3⁺, CD4⁺ and CD4⁺/CD8⁺ were higher ($P < 0.01$), level of CD8⁺ was lower ($P < 0.01$), and level of β -EP was higher ($P < 0.01$) than those in the control group. **Conclusion:** Yiqi Tongluo decoction combined thermal silver needle treatment instrument could relieve the

[收稿日期] 20141229(254)

[第一作者] 吕大治,主治医师,从事中西医结合治疗疼痛的研究, Tel:13997295760, E-mail:lydazhi8@163.com

pain, ameliorate depression, insomnia and qi deficiency and blood stasis, improve patients' quality of life, regulate T cell subpopulations and improve the level of β -EP in treating middle-aged and elderly patients with PHN.

[**Key words**] postherpetic neuralgia; Yiqi Tongluo decoction; thermal silver needle treatment instrument; T cell subpopulations; serous β -endorphin

带状疱疹后遗神经痛(PHN)是常见的慢性疼痛性疾病,表现为持续或间断性疼痛,呈深在性疼痛、跳痛、刀割痛或感觉过敏,疼痛可达数月或数年^[1]。年龄是带状疱疹(HZ)患者发生PHN的风险因素,调查显示约62%的50岁以上的带状疱疹患者可发生PHN,其中20%疼痛持续时间超过6个月,年龄越大,PHN发生率越高,持续时间越长,且疼痛难忍,顽固难除^[2]。PHN对患者的睡眠、体力、精神情绪等方面都有很大影响,对患者的生活质量产生极大的影响,其发病机制仍然不清,临床采用三环类抗抑郁药、抗惊厥药、非甾体类抗炎药、麻醉性镇痛药对症处理,目前无确实有效消除疼痛的最佳治疗方案^[3]。

笔者认为PHN患者多年气血虚弱,无力抗邪外出,余毒残留,脉络损伤,不通则痛或不荣则痛。因此应同时注重气血不足与余毒残留二方面进行施治。银质针导热治疗仪能直接将热快速传导到病变部位,促进局部组织血液循环,起到消炎止痛的作用。益气通络汤具有益气活血,行气止痛之功,是笔者临床治疗PHN的验方。本研究观察了益气通络汤口服联合银质针导热治疗仪对中老年PHN患者的止痛效应及机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择青海省中医院康复疼痛科2013年7月—2014年10月的125例符合要求的PHN患者作为研究对象。采用随机按数字表法将患者分为对照组61例和观察组64例。对照组男29例,女32例,年龄50~75岁,平均(61.5±10.4)岁,病程3~9个月,平均(4.7±2.9)个月;疼痛部位:胸背部24例,腰腹部22例,头面部8例,四肢7例。观察组男34例,女30例,年龄52~74岁,平均(60.9±11.5)岁,病程3~10个月,平均(5.9±2.2)个月;疼痛部位:胸背部27例,腰腹部23例,头面部7例,四肢7例。两组一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 PHN诊断标准 参照《中国临床皮肤科学》^[3]制定。带状疱疹原发皮损消退后,在其受累皮肤局部疼痛持续3个月以上;疼痛的性质为自发

性刀割样痛、持续性烧灼痛、闪电样发作痛、紧束样疼痛;可伴有情绪抑郁苦闷、失眠等全身症状。

1.2.2 气虚血瘀证辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》。疱疹消退后留下色素沉着或者疤痕,刺痛或者窜痛,疼痛不止,拒按,入夜加重,夜寐不安,神疲乏力,少气懒言,舌紫黯或有瘀斑、瘀点,苔白,脉细弱。

1.3 纳入标准 ①符合上述PHN诊断标准且符合气虚血瘀证辨证者;②中老年患者,年龄在50~75岁;③疼痛中等程度以上,即疼痛视觉模拟评分(VAS)≥4分;④取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①眼、耳带状疱疹、播散型带状疱疹等所致后遗神经痛者;②合并糖尿病,恶性肿瘤、心、肝、肾功能严重不全者;③合并其他疾病,长期应用皮质类固醇或免疫抑制剂治疗的患者;④神经、精神疾病,不能配合治疗者。

1.5 治疗方法 对照组采用甲钴胺注射液[卫材(中国)药业有限公司,国药准字J20130076],0.5 mg/次,肌肉注射,3次/周;盐酸多塞平片(北京益民药业有限公司,国药准字H11020850),25 mg/次,2次/d,口服;布洛芬缓释胶囊(珠海联邦制药股份有限公司中山分公司,国药准字H19983137),1粒/次,2次/d,口服。观察组内服益气通络汤,基本方:黄芪30 g,西洋参10 g,熟地黄20 g,当归10 g,百合15 g,土鳖虫10 g,全蝎6 g,白芍20 g,甘草10 g,延胡索10 g,香附10 g,栀子10 g,丹参15 g。1剂/d,常规水煎煮,分早晚2次服。银质针导热治疗仪,(上海曙新科技开发有限公司,YRX-IA-32型银制针导热巡检仪),操作采取相应舒适的体位,用银质针导热疗法,选取皮损区或色素沉着区8~16个进针点做好标记,进针针距为2~4 cm,常规消毒铺巾,用0.5%利多卡因注射液于进针点处作皮丘麻醉后进针,每枚针刺入皮内组织即可,不必用手法提插捻针,布针结束后,连接银质针导热巡检仪。探头加热,加热20 min后关机,待银质针冷却后逐一起针,而后,在每枚针的针眼处涂0.3%~0.5%碘伏,纱布覆盖,3 d内不清洗患部或不与水接触,以免针点皮肤感染。如果皮损区范围过宽,分1~4次进行银质针导热疗法,隔天1次。每处皮损区仅做1次

治疗。两组疗程均为 8 周。

1.6 观察指标 ①疼痛程度,采用疼痛视觉模拟评分(VAS),0 分代表不痛,10 分代表能想象的最剧烈的疼痛。于治疗前、治疗后 1,4,8 周分别进行评价。②情绪状态评分,采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD),治疗前后各评价 1 次。③睡眠质量评分,采用阿森斯失眠量表(AIS)^[4],总分 <4 分,没有睡眠障碍;总分 4~6 分,怀疑失眠;总分在 6 分以上,失眠。治疗前后各评价 1 次。④气虚血瘀证分级,评分标准参照《中药新药临床研究指导原则》,根据无、轻、中、重分别记录 0,1,2,3 分。治疗前后各评价 1 次。⑤皮肤病生活质量指数(DLQI)量表^[5],治疗前后各进行 1 次评价。⑥T 淋巴细胞亚群(CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺),采用流式细胞仪,治疗前后各检测 1 次。⑦血浆 β-内啡肽(β-EP)水平,放射免疫分析法,治疗前后各检测 1 次。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。治愈:疼痛的症状、体征消失或者基本消失,疗效指数 ≥90%;显效:疼痛的症状、体征明显改善,疗效指数 ≥70%;有效:疼痛的症状、体征均有好转,疗效指数 ≥30%;无效:疼痛的症状、体征没有变化,甚至症状、体征加重,疗效指数 <30%。

1.8 统计学处理 采用 SPSS 15.0 统计分析软件,

计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料用 Ridit 分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 经 Ridit 分析,观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效
对照	61	23	16	14	8
观察	64	31	20	9	4

2.2 两组不同时点 VAS 评分比较 治疗后两组 VAS 评分呈逐渐下降趋势($P < 0.01$),观察组在治疗后第 4,8 周 VAS 评分均低于对照组($P < 0.01$),见表 2。

2.3 两组治疗前后 HAMD, AIS, 气虚血瘀证和 DLQI 评分 治疗后两组 HAMD, AIS, 气虚血瘀证和 DLQI 评分均比治疗前明显下降,治疗后观察组 HAMD, AIS, 气虚血瘀证和 DLQI 评分均低于对照组($P < 0.01$),见表 3。

表 2 两组不同时点 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of VAS scores in two groups at different point of time($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后		
			1 周	4 周	8 周
对照	61	6.96 ± 1.63	5.87 ± 1.46 ¹⁾	4.55 ± 1.37 ¹⁾	3.22 ± 1.08 ¹⁾
观察	64	7.02 ± 1.58	5.64 ± 1.51 ¹⁾	3.71 ± 1.09 ^{1,2)}	2.14 ± 0.85 ^{1,3)}

注:与本组前一时点比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后同期比较²⁾ $P < 0.01$ 。

表 3 两组治疗前后 HAMD, AIS, 气虚血瘀证和 DLQI 评分($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of scores of HAMD, AIS, qi deficiency and blood stasis and DLQI in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	HAMD	AIS	DLQI	气虚血瘀证
对照	治疗前	61	16.76 ± 3.15	5.38 ± 0.85	19.8 ± 3.72	20.64 ± 3.81
	治疗后		10.55 ± 2.47 ¹⁾	2.48 ± 0.63 ¹⁾	11.6 ± 2.56 ¹⁾	9.47 ± 2.16 ¹⁾
观察	治疗前	64	16.43 ± 2.73	5.19 ± 0.54	20.4 ± 3.83	21.36 ± 4.12
	治疗后		7.49 ± 1.86 ^{1,2)}	1.87 ± 0.46 ^{1,2)}	7.5 ± 1.68 ^{1,2)}	6.42 ± 1.25 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ 。

2.4 两组治疗前后 T 淋巴细胞亚群水平比较 与治疗前比较,对照组 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 均明显上升($P < 0.05$), CD8⁺ 有所下降,但差异无统计意义;观察组 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ 均显著上升, CD8⁺ 明显下降,治疗后观察组 CD3⁺, CD4⁺,

CD4⁺/CD8⁺ 均高于对照组, CD8⁺ 低于对照组($P < 0.01$),见表 4。

2.5 两组治疗前后血浆 β-EP 水平比较 治疗后两组 β-EP 水平较治疗前升高,治疗后观察组 β-EP 高于对照组($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组治疗前后 T 淋巴细胞亚群比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of T cell subpopulations in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	CD3 ⁺ / %	CD4 ⁺ / %	CD8 ⁺ / %	CD4 ⁺ / CD8 ⁺	β -EP / ng·L ⁻¹
对照	治疗前	61	52.6 ± 6.9	29.3 ± 4.8	30.4 ± 4.6	0.97 ± 0.28	33.18 ± 5.26
	治疗后		56.1 ± 6.6 ¹⁾	33.7 ± 5.6 ²⁾	28.5 ± 4.2	1.16 ± 0.35 ¹⁾	41.92 ± 6.67 ¹⁾
观察	治疗前	64	53.2 ± 7.3	30.2 ± 5.7	30.9 ± 4.8	0.91 ± 0.53	34.17 ± 5.48
	治疗后		64.4 ± 7.9 ^{2,4)}	38.3 ± 6.4 ^{2,4)}	24.6 ± 4.1 ^{2,4)}	1.54 ± 0.41 ^{2,4)}	52.06 ± 7.21 ^{2,4)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.01$ 。

3 讨论

PHN 属于神经源性痛,其发病机制尚不清楚。多数学者认为随着年龄增加,免疫功能降低,特别是免疫监视功能下降,病毒激活时病毒复制增加,感染扩散,导致神经严重受损,同时年龄越大,神经系统损伤修复能力相对较差,故中老年患者更易并发 PHN 且严重^[3]。有研究表明,在 55 岁,60 岁,70 岁的 HZ 患者中,PHN 的发病率分别为 29%,47%,73%,说明 PHN 的发病率与年龄密切相关^[6]。

中医学将 HZ 称为“缠腰火丹”、“蜘蛛疮”、“火带疮”等。认为 PHN 发生与余毒未清、气滞血瘀和年老气血不足有关。疮疹虽愈,但湿热余毒残留余经络之间,痹阻经络,气滞血瘀。《临证指南医案》曰:“久痛必入于络,络中气血,虚实寒热,稍有留邪,皆能致痛”,血行涩滞,瘀阻脉络,不通则痛。年老气弱,或疼痛日久致正气虚弱,无力驱除余邪,积虚成瘀,久病入络,邪热耗气伤阴,不能濡养筋脉,不荣则痛^[7-8]。可见三者之间互为因果,相互影响是导致 PHN 发生的核心病机特点。

本组益气通络汤中以黄芪益气扶正以通络,西洋参益气养阴,兼清余火,熟地黄、当归滋补阴血以濡养筋脉,白芍养阴柔肝,配甘草以缓急止痛,土鳖虫破血逐瘀,配全蝎搜风通络,一味丹参功同四物,活血散瘀,并能安神,延胡索、香附行气止痛、通络活血,栀子清散三焦游火余毒,百合宁心安神,全方共奏益气养血,活血通络,行气止痛之功。

银质针导热治疗仪是基于密集型针刺治疗与热疗相结合的治疗手段,在治疗无菌性软组织炎性疼痛取得了确切的效果,其具有增加局部血液循环,解除痉挛,消除炎症的功效^[9]。

PHN 是世界上困扰中老年人群的疼痛顽症之一,解除疼痛是临床最主要的治疗目的,但由于其机制不清,临床无公认有效的治疗方案。因此广泛探寻有效的解除 PHN 临床治疗方案有重要的意义。本研究显示采用益气通络汤联合银质针导热治疗仪治疗后,患者在治疗后第 4,8 周 VAS 评分均低于对

照组,提示了二者联合在减轻疼痛方面有较好的效果。

顽固的神经疼痛及其导致的失眠、体力下降、抑郁、焦虑等伴随症状,均可影响患者生活质量,影响疾病的康复,形成恶性循环。本研究显示益气通络汤联合银质针导热治疗仪治疗能在减轻疼痛的同时能降低 HAMD, AIS, 气虚血瘀证和 DLQI 评分,改善患者抑郁、失眠、气虚血瘀证,从而提高了患者的生活质量。

带状疱疹病毒的激活、复制、扩散与机体的免疫机制密切相关,特别是细胞免疫。研究显示疱疹病毒感染急性期 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺ / CD8⁺ 均降低、CD8⁺ 升高,机体自身免疫功能紊乱,急性期带状疱疹患者 T 细胞免疫明显受到抑制,并且 60 岁以上患者出现更明显^[10],因此监测 T 细胞亚群的变化,有助于对带状疱疹患者病情的判定^[11]。研究也显示虽然系统抗病毒治疗后,PHN 患者 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺ / CD8⁺ 仍然明显下降,机体细胞免疫状态仍然较差,这也可能是该患者留下后遗神经痛的主要原因^[12]。这与中医学老年体弱,气血不足,余邪余清的认识是一致的,现代医学强调调节机体免疫功能治疗的重要性,中医学也强调扶正以驱邪。本研究显示后益气通络汤联合银质针导热治疗仪治疗能提高 CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺ / CD8⁺ 水平,下调 CD8⁺,从而提高机体的细胞免疫功能。

β -EP 是体内主要的内源性阿片肽神经递质之一,具有较强的麻醉镇痛作用,也是疼痛传导通路的抑制性递质,可抑制感觉传导递质 P 物质的释放,同时还是一种能够刺激情绪并使人产生愉悦感觉的化学物质^[13]。研究显示老年带状疱疹患者血浆 β -EP 水平呈下降水平,可能是与该类者合成或释放 β -EP 的功能障碍有关^[14]。研究显示益气通络汤联合银质针导热治疗仪可提高 PHN 患者血浆 β -EP 水平,这可能是其产生良好无痛效应的重要机制。

[参考文献]

[1] 李晶晶,林辰,方刚,等. 壮医药线灸对带状疱疹后

- 遗神经痛患者血清细胞因子 IL-1 β 和 IL-10 的影响 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(6): 628-630.
- [2] 徐武生, 于建斌, 罗杨, 等. 50 岁以上带状疱疹患者后遗神经痛的影响因素及其防治 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(12): 56-59.
- [3] 赵辩. 中国临床皮肤科学 [M]. 南京: 江苏科技出版社, 2010: 395-399.
- [4] 阿森斯失眠量表 [J]. 医药世界, 2008, 15(5): 39.
- [5] Mollerup A, Johansen J D, Thing L F. Knowledge, attitudes and behaviour in everyday life with chronic hand eczema: a qualitative study [J]. Br J Dermatol, 2013, 169(5): 1056-1065.
- [6] 黄峻, 范卫新, 毕志刚, 等. 皮肤性病诊断流程与治疗策略 [M]. 北京: 科技出版社, 2008: 112-116.
- [7] 刘凤年. 卢传坚教授治疗带状疱疹后遗神经痛经验 [M]. 四川中医, 2007, 25(4): 4-5.
- [8] 周蜜. 自拟益气活血汤治疗带状疱疹后遗神经痛临床分析 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2014, 13(4): 253-254.
- [9] 张鸿, 寇久社, 丁天红, 等. 密集型银质针导热疗法治疗腰臀部软组织损伤 50 例 [J]. 河南中医, 2013, 33(10): 1695-1696.
- [10] 周海林, 蒋法兴. 197 例带状疱疹患者外周血 T 淋巴细胞亚群的测定 [J]. 安徽医学, 2014, 35(4): 485-487.
- [11] 张美芳, 马静, 杨励, 等. 带状疱疹患者 CD4⁺ T 淋巴细胞亚群的检测 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2009, 23(4): 205-206.
- [12] 刘军超, 时飞, 陈付强, 等. 神经阻滞治疗对老年带状疱疹后遗神经痛患者 T 淋巴细胞亚群的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(10): 2652-2654.
- [13] 杨帆, 李雅琴, 刘孝兵, 等. 肉毒毒素治疗带状疱疹后神经痛的疗效观察及其对血浆 β -内啡肽的影响 [J]. 河北医学, 2014, 20(6): 937-940.
- [14] 李久宏, 郭英军, 尚英彬, 等. 老年带状疱疹患者血浆三种神经肽的检测 [J]. 中华皮肤科杂志, 2006, 39(7): 410-412.

[责任编辑 何希荣]

《中国实验方剂学杂志》入选“2015—2016 RCCSE 中国核心学术期刊”

由武汉大学中国科学评价研究中心 (RCCSE)、武汉大学图书馆、中国科教评价网 (www.nseac.com) 共同研制的第 4 版《RCCSE 中国学术期刊评价研究报告——权威、核心学术期刊排行榜 (2015—2016)》已于 2015 年 1 月 13 日公布,《中国实验方剂学杂志》被评定为“RCCSE 中国核心学术期刊 (A)”, 在参评的 112 本中医学与中药学类期刊中综合排名第 15 名。

本次学术期刊评价在重点突出期刊学术影响力的同时,也注重了对期刊网络传播效率和期刊即时反应速率的考察,主要评价指标有:总被引频次、2 年影响因子、即年指标、基金论文比、Web 即年下载率、二次文献转载量 (或国外重要数据库收录情况) 和专家定性评价。参评期刊共 6201 种,排名前 5% 的“RCCSE 中国权威学术期刊” (A⁺) 316 种,排名前 5% ~ 20% 的“RCCSE 中国核心学术期刊” (A) 和排名前 20% ~ 30% 的“RCCSE 中国核心学术期刊 (扩展版)” (A⁻) 共 1572 种,准核心的学术期刊 1848 种 (B⁺), 一般期刊 1828 (B) 种,较差期刊 637 种 (C)。

“RCCSE 中国核心学术期刊”是继“中文核心期刊 (北大)”和“中国科技核心期刊”之后国内推出的又一核心期刊评价体系。