

加味赤石脂禹余粮汤对脾肾阳虚证肝硬化腹水患者的影响及疗效分析

甘霞*, 赵新芳, 林红, 周云

(石河子大学医学院 第一附属医院, 新疆 石河子 832008)

[摘要] **目的:**探讨加味赤石脂禹余粮汤治疗肝硬化腹水脾肾阳虚证的临床疗效及对腹水中葡萄糖(GLU)和乳酸脱氢酶(LDH)水平以及血清腹水白蛋白梯度(SAAG)的影响。**方法:**共选入脾肾阳虚证肝硬化腹水患者 104 例,随机按照入院先后顺序分为对照组和治疗组各 52 例。两组均参照《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》标准给予限钠、护肝和利尿治疗;对照组给予恩替卡韦片口服,0.5 mg/次,1 次/d。治疗组在对照组用药的基础上给予加味赤石脂禹余粮汤治疗,1 剂/d,常规水煎煮,分早晚 2 次内服。两组患者均治疗 4 周。比较两组患者治疗前后中医临床症状评分;采取 B 超检测两组患者门静脉与脾静脉主干宽度和腹水深度;检测两组患者腹水中 LDH 和 GLU 水平;比较两组患者治疗前后 SAAG。**结果:**治疗组治疗后中医临床症状评分均明显低于对照组($P < 0.01$);治疗组临床总有效率为 88.46%,对照组为 67.31%,治疗组高于对照组($P < 0.05$);治疗组治疗后门静脉与脾静脉主干宽度和腹水深度均明显低于对照组($P < 0.05, P < 0.01$);治疗后治疗组患者腹水 LDH 和 GLU 水平以及 SAAG 均明显低于对照组,比较差异均有统计学意义($P < 0.01$)。**结论:**加味赤石脂禹余粮汤联合恩替卡韦片治疗肝硬化腹水脾肾阳虚证可明显改善患者中医临床症状,改善肝硬化门静脉高压,提高腹水临床治疗效果,可降低患者腹水中 LDH 和 GLU 水平以及 SAAG。

[关键词] 赤石脂禹余粮汤; 恩替卡韦; 肝硬化腹水; 脾肾阳虚证

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2016)06-0172-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2016060172

Effect and Efficacy Analysis of Modified Chishizhi Yuyuliang Tang in Patients with Cirrhosis Ascites (Spleen-Kidney-Yang Deficiency)

GAN Xia*, ZHAO Xin-fang, LIN Hong, ZHOU Yun

(The First Affiliated Hospital, Medical College of Shihezi University, Shihezi 832008, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the clinical efficacy of Modified Chishizhi Yuyuliang Tang for cirrhosis ascites of spleen-kidney-yang deficiency and its effect on glucose (GLU) and lactate dehydrogenase (LDH) levels in ascitic fluid and serum-ascites albumin gradient (SAAG). **Method:** One hundred and four patients with cirrhosis ascites of spleen-kidney-yang deficiency were randomly divided into control group (52 cases) and treatment group (52 cases) with digital table method. By referring to the treatment methods in 'A Consensus Opinion on The Diagnosis and Treatment of Cirrhosis Ascites in The Traditional Chinese and Western Medicine', patients of both groups were treated with therapy of sodium restriction, liver protection and diuresis. Patients of control group were treated with entecavir tablets (0.5 mg/time, qd) by orally taking. Patients of treatment group were also treated with Modified Chishizhi Yuyuliang Tang based on the treatment in control group (1 dose/d in form of water decoction, bid). The treatment course was 4 weeks for both groups. The traditional Chinese medicine (TCM) symptom scores in both groups were compared before and after treatment. The width of the trunk of vena portae and vena lienalis and the depth of ascites were detected by B ultrasound. LDH and GLU levels in ascites

[收稿日期] 20150728(205)

[基金项目] 新疆建设兵团科技攻关计划课题(2011BA053)

[通讯作者] *甘霞, 硕士, 主治医师, 从事中西医结合消化内科临床工作, Tel:13899509916, E-mail: ganxiawenzhang@163.com

were detected for both groups. Levels of SAAG were compared in two groups before and after treatment. **Result:** The TCM symptom scores in treatment group were significantly lower than those in control group after treatment ($P < 0.01$). The total efficacy of treatment group was 88.46%, significantly higher than 67.31% in control group, with statistically significant difference ($P < 0.05$). Compared with control group, the width of the trunk of vena portae and vena lienalis and the depth of ascites were significantly lower in treatment group after treatment ($P < 0.05$, $P < 0.01$). Levels of LDH, GLU in ascites and SAAG were significantly lower in the treatment group than those in control group after treatment, with statistically significant differences ($P < 0.01$). **Conclusion:** Modified Chishizhi Yuyuliang Tang combined with entecavir for cirrhosis ascites of spleen-kidney-yang deficiency could evidently improve the TCM symptoms, cirrhotic portal hypertension, clinical therapeutic effects of ascitic fluid and reduce levels of LDH, GLU in ascites and SAAG level.

[**Key words**] modified Chishizhi Yuyuliang Tang; entecavir; cirrhosis ascites; spleen-kidney-yang deficiency

腹水为肝硬化最常见并发症,也是肝硬化疾病进程和失代偿的重要表现,WHO 将肝硬化腹水归属为临床难治病种之一^[1];调查显示,新发肝硬化患者在 10 年内的腹水发生率为 50% ~ 70%^[2];肝硬化患者腹水的出现不但会引起生活质量的下降,也与其他并发症如肝肾综合征、细菌性腹膜炎等联系密切;研究证实,肝硬化腹水患者如不及时进行有效治疗,5 年内的死亡率高达 50%^[3]。

目前,现代医学治疗该病主要采取对症治疗,如腹腔穿刺排放腹水或使用利尿剂等,但常引起不良反应,如电解质紊乱等,且肝硬化腹水作为一种全身性疾病,上述疗法显然未能从整体疗效出发获得理想疗效^[4];中医药干预可减少利尿剂使用剂量、改善病人食欲,且中医药扶正补虚、从整体调节入手,对于改善患者脏腑功能和提高生活质量等方面有着现代医学无可比拟的优势^[5]。笔者自 2012 年来采用加味赤石脂禹余粮汤联合恩替卡韦片治疗肝硬化腹水脾肾阳虚证取得较好疗效,赤石脂禹余粮汤出自《伤寒论》,功效收敛固脱、涩肠止泻;本研究依据肝硬化腹水脾肾阳虚证病机特点,进行加味治疗。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组研究共选入脾肾阳虚证肝硬化腹水 104 例患者,均为石河子大学医学院第一附属医院消化科 2012 年 12 月—2014 年 12 月收治的住院病例,随机按照入院先后顺序分为对照组和治疗组各 52 例;对照组男性 32 例,女性 20 例;年龄 46 ~ 66 岁,平均(52.89 ± 5.71)岁;病程 2 ~ 5 年,平均(3.46 ± 0.44)年。治疗组男性 30 例,女性 22 例;年龄 48 ~ 68 岁,平均(54.11 ± 5.63)岁;病程 2.5 ~ 6 年,平均(3.86 ± 0.49)年。两组患者之间在性别、年龄、病程一般资料比较,差异均无统计学意义,具

有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《肝硬化腹水诊治进展—AASLD 2012 版肝硬化腹水诊疗指南介绍》^[6]中关于肝硬化腹水诊断标准制定。①临床表现:腹胀、腹水征阳性,或合并腹壁静脉曲张,脾脏肿大,蜘蛛痣、肝掌以及浮肿等症状;②有慢性肝病或肝硬化病史;③肝功能异常;④影像学检测提示有肝硬化中及以上腹水等。

1.2.2 脾肾阳虚证诊断标准 参照《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2011 年,海南)》^[7]标准拟定。主证:①腹大胀满,形似蛙腹,早轻暮重;②面色萎黄,怯寒肢冷;③舌淡胖,或有齿痕,苔薄白润。次证:①脘闷纳呆,食少便溏;②肢冷喜暖,下肢水肿;③小便短少不利;④脉沉弦。具有 2 项主证兼次证 2 项即可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合以上病证诊断标准者;②年龄 30 ~ 70 岁;③无肝癌、上消化道出血以及结核性腹膜炎等并发症;④自愿接受本治疗方案,并签署同意协议书者。

1.4 排除标准 ①合并心脑血管、肺、肾等系统严重疾病以及精神病患者;②心源性或肾源性等其他因素引起腹水;③对本研究药物过敏或体质过敏者;④近期有采取中药制剂治疗者;⑤同时参与其他临床试验者;⑥肝昏迷、意识障碍者。

1.5 治疗方法 两组患者基础治疗参照《肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见》^[8]制定,限制钠、水摄入以及营养支持;护肝给予注射用还原型谷胱甘肽(上海复旦复华药业有限公司,国药准字 H20031265)加入 100 mL 生理盐水中,静脉滴注,1.2 g/次,1 次/d;适当给予利尿治疗,口服螺内酯片

(海南海神同洲制药有限公司, 国药准字 H46020690), 40 mg·d⁻¹, 分 2 次服用; 和口服呋塞米片 (广东邦民制药厂有限公司, 国药准字 H44022268), 20 mg/次, 1 次/d; 对低蛋白血症患者, 给予白蛋白; 同时给予对症治疗。

对照组口服恩替卡韦片 (中美上海施贵宝制药有限公司, 国药准字 H20052237), 0.5 mg/次, 1 次/d。治疗组在对照组用药的基础上给予加味赤石脂禹余粮汤治疗, 1 剂/d, 常规水煎煮, 分早晚 2 次内服; 方药组成: 赤石脂 30 g, 禹余粮 30 g, 制附子 20 g (先煎), 炮姜 15 g, 党参 15 g, 黄芪 12 g, 白术 10 g, 肉桂 12 g, 茯苓 10 g, 泽泻 10 g, 猪苓 10 g, 葶苈子 9 g, 淫羊藿 10 g, 甘草 9 g; 两组患者均治疗 4 周。

1.6 观察指标 ①两组中医临床症状评分参照《中药新药临床研究指导原则》标准, 评价指标包括: 面色萎黄, 食少便溏, 腹大胀满, 脘闷纳呆, 怯寒肢冷, 下肢水肿; 均按 4 级记分为无、轻、中和重, 对应分值为 0 分, 1 分, 2 分和 4 分; 得分越低, 提示临床症状恢复越好。②两组患者门静脉与脾静脉主干宽度和腹水深度检测, 采取 B 超于治疗前后各测量 3 次, 取平均值。③两组患者腹水葡萄糖 (GLU) 和乳酸脱氢酶 (LDH) 水平检测, 常规腹腔穿刺抽取腹水, 离心, 取上清液 1 h 内测定完毕; LDH 采取酶显色测定, 试剂盒由上海广锐生物科技有限公司提供, 货号 ER1327; GLU 采用己糖激酶法在全自动生化分析仪上测定。④两组患者血清腹水白蛋白梯度 (SAAG) 水平测定, 腹水和血清白蛋白均采用溴甲酚绿法在全自动生化分析仪上检测。

$$SAAG = \text{血清白蛋白} - \text{腹水白蛋白}$$

表 1 两组患者治疗前后中医临床症状评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

Table 1 Comparison of TCM symptom scores between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

组别	时间	腹大胀满	脘闷纳呆	怯寒肢冷	下肢水肿	面色萎黄	食少便溏
对照	治疗前	3.06 ± 0.32	2.98 ± 0.30	2.92 ± 0.33	2.95 ± 0.33	2.97 ± 0.32	2.87 ± 0.31
	治疗后	1.51 ± 0.18 ¹⁾	1.48 ± 0.21 ¹⁾	1.42 ± 0.19 ¹⁾	1.44 ± 0.20 ¹⁾	1.46 ± 0.28 ¹⁾	1.39 ± 0.15 ¹⁾
治疗	治疗前	3.11 ± 0.35	3.01 ± 0.31	2.89 ± 0.30	2.91 ± 0.36	2.89 ± 0.30	2.91 ± 0.33
	治疗后	0.72 ± 0.09 ^{1,2)}	0.74 ± 0.10 ^{1,2)}	0.68 ± 0.08 ^{1,2)}	0.65 ± 0.16 ^{1,2)}	0.67 ± 0.11 ^{1,2)}	0.55 ± 0.08 ^{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⁾ $P < 0.01$ (表 4 同)。

2.2 两组患者治疗后临床疗效比较 治疗后治疗组临床总有效率为 88.46%, 对照组为 67.31%, 治疗组高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者治疗前后门静脉、脾静脉主干宽度和腹水深度比较 两组患者治疗后门静脉与脾静脉主干宽度和腹水深度均减少 ($P < 0.01$); 治疗后治疗

1.7 疗效评定标准 参照《肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见 (2011 年, 海南)》^[7] 制定。临床缓解: 腹水及肢体水肿基本消退, B 超检查阴性, 主要症状消失, 每日尿量 1 200 mL 以上, 大便通畅, 纳食较好, 体重、腹围恢复至腹水出现前水平, 肾功能、电解质正常并稳定 ≥ 3 个月以上; 显效: 腹水及肢体水肿大部分消退, B 超检查腹水减少 $\geq 50\%$, 症状明显改善, 腹胀明显减轻, 每日尿量 $> 1\ 000$ mL, 大便通畅, 纳食较前增加, 体重减轻 > 2 kg, 或腹围缩小 > 5 cm, 肾功能正常, 电解质基本正常, 稳定 1 个月或更长; 有效: 腹水及肢体水肿有所消退, B 超检查腹水减少 $< 50\%$, 但 $> 25\%$; 症状略有改善, 腹胀略减轻, 24 h 尿量不足 1 000 mL, 大便干结或溏薄改善, 纳食一般, 体重有所减轻但 < 2 kg, 或腹围缩小 > 3 cm 但 < 5 cm, 肾功能基本正常, 电解质轻度异常。无效: 腹水、体重、腹围、症状无改善或加重者。

$$\text{总有效率} \% = (\text{临床缓解} + \text{显效} + \text{有效}) / \text{总例数} \times 100\%$$

1.8 统计学方法 应用 SPSS 19.0 统计学软件分析数据, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验分析, 以 $P < 0.05$ 表示比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医临床症状评分比较 治疗后两组患者中医临床症状评分均比治疗前明显减少 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组中医临床症状评分均明显低于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 见表 1。

分 score

组门静脉与脾静脉主干宽度和腹水深度均明显低于对照组, 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 见表 3。

2.4 两组患者治疗前后腹水中 LDH, GLU 水平和 SAAG 比较 治疗后两组患者腹水中 LDH 和 GLU 水平以及 SAAG 均明显减少 ($P < 0.01$); 治疗后治

表 2 两组患者治疗后临床疗效比较

Table 2 Comparison of clinical efficacy between two groups after treatment

组别	临床缓解 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效率 /%
对照	0	13	22	17	67.31
治疗	2	20	24	6	88.46 ¹⁾

注:与对照组治疗后比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后门静脉与脾静脉主干宽度和腹水深度比较 ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

Table 3 Comparison of trunk width of portal vein and ascites depth between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

组别	时间	脾静脉/mm	门静脉/cm	腹水深度/cm
对照	治疗前	1.04 ± 0.14	1.52 ± 0.19	6.62 ± 0.71
	治疗后	0.88 ± 0.09 ¹⁾	1.40 ± 0.15 ¹⁾	3.96 ± 0.42 ¹⁾
治疗	治疗前	1.02 ± 0.12	1.50 ± 0.17	6.59 ± 0.69
	治疗后	0.63 ± 0.07 ^{1,3)}	1.34 ± 0.14 ^{1,2)}	2.57 ± 0.27 ^{1,3)}

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

疗组腹水中 LDH 和 GLU 水平以及 SAAG 均低于对照组,比较差异均有统计学意义 ($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后腹水中 LDH, GLU 水平和 SAAG 比较 ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

Table 4 Comparison of levels of LDH and GLU in ascites and SAAG between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 52$)

组别	时间	LDH/U·L ⁻¹	GLU/mmol·L ⁻¹	SAAG/g·L ⁻¹
对照	治疗前	133.72 ± 13.57	8.97 ± 0.95	21.86 ± 2.39
	治疗后	118.55 ± 12.63	7.36 ± 0.82 ¹⁾	16.97 ± 1.82 ¹⁾
治疗	治疗前	132.49 ± 13.81	9.12 ± 0.93	22.10 ± 2.25
	治疗后	104.27 ± 10.79	6.14 ± 0.70 ^{1,2)}	13.94 ± 1.58 ^{1,2)}

3 讨论

肝硬化腹水的发病机制当前尚不十分清楚,一般认为,该病为门静脉高压和肝功能减退共同作用结果,而腹水的形成涉及多方面原因;近年发现,肝硬化腹水被认为与门静脉高压与内脏血管扩张、肾脏因素、血液流变学紊乱、内毒素血症以及淋巴系统等方面密切相关^[9];恩替卡韦是鸟嘌呤核苷类似物,可抑制 HBV 多聚酶和逆转录酶,发挥抗病毒效应,达到对肝硬化腹水的间接治疗效果;恩替卡韦已成为临床最新抗 HBV 的一线药物^[10]。本组研究在对照组中应用恩替卡韦片干预治疗,结果显示该药无论对临床症状改善,还是促进腹水方面均发挥了一定治疗效果,与以往临床研究结果近似^[11]。

肝硬化腹水在中医学辨证为“臌胀”病范畴,其病机为肝、脾、肾功能失调及其虚衰引起;一般认为,肝病日久而气滞血瘀,经脉失调,损伤脾脏则运化失调,清阳不升,浊阴不降,日久及肾,肾阳亏虚,不能温煦脾土,从而出现脾肾阳虚之证;脾阳不振或肾阳衰弱均无力温化水湿而导致水湿停积,停于腹中而为臌胀;故治疗以温阳利水为治则,辅以益气活血、行气利水之品以促使腹水消退。

赤石脂禹余粮汤为《伤寒论》主治久泻、久痢之主要方剂;以往研究证实,以赤石脂禹余粮汤为基础方进行加味具有止泻作用,能够促进腹水消退和肝功能恢复,对于肝硬化腹水合并腹泻具有良好的治疗效果^[12]。在本研究中,笔者依据患者脾肾阳虚证特点进行加味治疗。方中赤石脂、禹余粮温养脾胃、收敛固脱;制附子、炮姜温中散寒;黄芪、党参、白术、甘草益气健脾、除湿消肿、升清降浊;猪苓、茯苓、泽泻利尿渗湿;制附子、肉桂、淫羊藿温补肾阳,化气行水;葶苈子利水消肿。诸药合用,共奏益气健脾、温补肾阳、化气利水之功。

本研究结果显示,在恩替卡韦片治疗基础上给予加味赤石脂禹余粮汤治疗肝硬化腹水脾肾阳虚证能够明显改善患者中医临床症状,降低门静脉、脾静脉主干宽度以及腹水深度;治疗 4 周后临床疗效分析发现,加味赤石脂禹余粮汤联合恩替卡韦患者临床总有效率为 88.46%,明显高于对照组的 67.31%,比较差异有统计学意义。

近年研究显示,肝硬化患者腹水中 LDH 和 GLU 水平以及 SAAG 的检测是临床诊断和评估肝硬化腹水的重要指标^[13];SAAG 为血清白蛋白与腹水白蛋白间的差值,是评价门静脉高压是否存在的临床指标,当门静脉高压存在时 $SAAG \geq 11 \text{ g} \cdot \text{L}^{-1}$ ^[14];肝脏具有较强的糖原合成和分解能力,在肝硬化腹水时体内胰高血糖素升高而胰岛素抵抗,从而引起血糖增高^[14];LDH 为糖酵解和糖异生过程中的酶类,在肝实质细胞损伤中发挥重要作用,在机体组织细胞损伤时,血液中 LDH 浓度升高,而在肝硬化腹水时腹水中 LDH 含量也增高^[15]。因此,检测患者腹水中 LDH 和 GLU 水平以及 SAAG 的变化对评估肝硬化腹水临床进程具有重要作用。本组结果显示,加味赤石脂禹余粮汤联合恩替卡韦治疗患者腹水中 LDH 和 GLU 水平以及 SAAG 均明显低于对照组单纯西药治疗,比较差异均有统计学意义。

综上所述,加味赤石脂禹余粮汤联合恩替卡韦治疗肝硬化腹水脾肾阳虚证可明显改善患者中医临

床症状,降低门静脉与脾静脉主干宽度以及腹水深度,降低患者腹水中LDH和GLU水平以及SAAG,值得临床应用。

[参考文献]

[1] 巫协宁,汪佩文.乙型肝炎肝硬化腹水的中西医结合治疗策略[J].中华消化杂志,2010,30(10):786-787.
[2] 谢渭芬.重视肝硬化腹水的规范化治疗[J].中华消化杂志,2013,33(9):577-580.
[3] 赵宁,李智伟.肝硬化腹水患者监测血清锌水平的临床意义[J].中国医师杂志,2014,16(9):1238-1239.
[4] 刘嘉辉.肝硬化腹水的中医药研究进展[J].环球中医药,2013,6(11):875-878.
[5] 刘嘉辉,吕东勇.近5年肝硬化腹水中医组方用药规律探讨[J].中国中医药科技,2014,21(5):588-589.
[6] 金银鹏,傅青春.肝硬化腹水诊治进展—AASLD2012版肝硬化腹水诊疗指南介绍[J].肝脏,2013,18(9):638-640.
[7] 中华中医药学会脾胃病分会.肝硬化腹水中医诊疗规范专家共识意见(2011年,海南)[J].中国中西医结合杂志,2012,32(12):1692-1696.
[8] 中国中西医结合学会消化疾病专业委员会.肝硬化腹水的中西医结合诊疗共识意见[J].中国中西医结合杂志,2011,31(9):1171-1174.

[9] Hsu S J, Huang H C. Management of ascites in patients with liver cirrhosis: recent evidence and controversies [J]. J Chin Med Assoc, 2013, 76(3): 123-130.
[10] Ye X G, Su Q M. Effects of entecavir and lamivudine for hepatitis B decompensated cirrhosis: meta-analysis [J]. World J Gastroenterol, 2013, 19(39): 6665-6678.
[11] Sadler M D, Coffin C S, Lee S S. Entecavir for the treatment of patients with hepatitis B virus-related decompensated cirrhosis [J]. Expert Opin Pharmacother, 2013, 14(10): 1363-1369.
[12] 王红霞,党志博,党中勤,等.加味赤石脂禹余粮汤联合热敏灸治疗肝硬化腹水并顽固性腹泻疗效观察[J].广州中医药大学学报,2015,32(2):255-258.
[13] 王建芳,谈国蕾,张红梅,等.肝硬化腹水患者血清与腹水中LDH, GLU, SAAG联合检测的临床意义[J].肝脏,2012,17(11):790-791.
[14] Rahman A, Sumon S M, Sutradhar S R, et al. Prediction of oesophageal varices in cirrhosis of liver patients by serum ascitic albumin gradient [J]. Mymensingh Med J, 2013, 22(4): 669-675.
[15] Huang H J, Yang J, Huang Y C, et al. Diagnostic feature of tuberculous peritonitis in patients with cirrhosis: A matched case-control study [J]. Exp Ther Med, 2014, 7(4): 1028-1032.

[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。