

盆炎平方内服联合蒲地方保留灌肠对慢性盆腔炎 免疫状况及细胞因子的影响

刘玉兰*, 时菁静, 徐鸿雁, 吴松柏, 丁艳玲, 曲洪彬
(承德医学院附属医院, 河北 承德 067000)

[摘要] 目的:探讨盆炎平方内服联合蒲地方保留灌肠对慢性盆腔炎(湿热瘀结型)患者的免疫调节作用。方法:将 120 例患者随机按数字表分为对照组和观察组各 60 例。对照组采用黄藤素分散片,4 片/次,3 次/d,自月经干净后开始服用,一个疗程 20 d;苦参栓,1 粒/次,1 次/d,自月经干净后 3 d 开始用直肠给药,1 个疗程连续使用 10 d。观察组采用盆炎平方,1 剂/d,常规水煎,每次约 200 mL,从月经干净后分早晚服用,一个疗程 20 d;蒲地灌肠方,1 剂/d,自月经干净后 3 d 开始保留灌肠,1 个疗程连续使用 10 d。两组均连续观察 3 个月经周期。采用速率散射比浊法测定治疗前后血清免疫球蛋白 G, A, M (IgG, IgA, IgM),采用单向免疫扩散法测定补体 C₃, C₄ 水平,采用流式细胞仪法测定 CD₃⁺ T 细胞, CD₄⁺ 细胞, CD₈⁺ T 细胞及 CD₄⁺/CD₈⁺;检测治疗前后白细胞介素 2 (IL-2)、白细胞介素 10 (IL-10)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平。结果:观察组 IgG, IgA, IgM, C₃ 及 C₄ 异常例数少于对照组 ($P < 0.05$);两组血清 IgG, IgA, IgM 水平下降, C₃ 和 C₄ 水平升高 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);观察组 IgG 水平低于对照组, C₃ 和 C₄ 高于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);观察组 CD₃, CD₄, CD₈, CD₄/CD₈ 异常例数均少于对照组 ($P < 0.05$);观察组 CD₃, CD₄ 及 CD₄/CD₈ 水平高于对照组, CD₈ 低于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗后两组血清 IL-2, IL-10 水平升高,观察组高于对照组,两组 TNF- α 下降,观察组低于对照组 ($P < 0.01$)。结论:盆炎平方内服联合蒲地方保留灌肠能调节慢性盆腔炎(湿热瘀结型)患者体液免疫,调节 T 细胞亚群,促进其平衡,还能调节炎症细胞因子水平,从而有利于疾病的康复,这可能是其重要的作用机制。

[关键词] 慢性盆腔炎; 盆炎平方; 蒲地方; 免疫球蛋白; T 细胞亚群; 细胞炎性因子; 湿热瘀结型

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)01-0193-05

[doi] 10.11653/syfy2014010193

Effect of Penyanping Decoction Plus Pudi Decoction on Immune State and Cytokines of Chronic Pelvic Inflammation

LIU Yu-lan*, SHI Jing-jing, XU Hong-yan, WU Song-bai, DING Yan-ling, QU Hong-bin
(The Affiliated Hospital of Chengde Medical College, Chengde 067000, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the effect of Penyanping decoction plus Pudi decoction on the immunoregulation of patients with chronic pelvic inflammatory disease (hot and damp stasis junction). **Method:** One hundred and twenty patients were randomly divided into observation group ($n = 60$) and control group ($n = 60$). Control group was given Huangtengsu dispersible tablets after menstrual clean, 4 tablets each time, 3 time each day, for 20 days, matrine suppositories, 1 capsule each time, 1 time each day after menstrual clean for 3 days, for 20 days. Observation group was given Penyanping decoction after menstrual clean, 200 mL each dosage, 1 dosage each day, all for 20 days, Pudi decoction, 1 dosage each day after menstrual clean for 3 days, for 10 days. Both groups were observed for 3 menstrual cycle. Immune globulin G, immune globulin A, immune globulin M (IgG, IgA, IgM) of pretherapy and post-treatment were tested by rate nephelometry. Complement in blood serum (complement-C₃, complement-C₄) were measured by Single radil immunodiffusion. T lymphocyte subtype

[收稿日期] 20130906(194)

[基金项目] 河北省承德市科学技术研究与发展计划项目(20122183)

[通讯作者] * 刘玉兰, 主治医师, 从事中医妇科临床研究工作, Tel: 15903148543, E-mail: liuyulanzjy@163.com

of CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ and CD_4^+/CD_8^+ were detected by flow cytometry. The level of interleukin-2, interleukin-10, tumor necrosis factor- α (IL-2, IL-10, TNF- α) were tested. **Result:** The cases of abnormal IgG, IgA, IgM, C_3 and C_4 in observation group were less than control group ($P < 0.05$), the level of IgG, IgA, IgM of both groups after the treatment were lower than before, and the level of C_3 , C_4 of both groups were higher than before ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The level of IgG in observation group were lower than control group, and the level of C_3 , C_4 in observation group were higher than control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The cases of abnormal CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ , CD_4^+/CD_8^+ in observation group were less than control group ($P < 0.05$), the level of CD_3^+ , CD_4^+ , CD_4^+/CD_8^+ in observation group were higher than control group, the level of CD_8^+ in observation group were lower than control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The level of IL-2, IL-10 of both groups were risen, and observation group were higher than control group, the level of TNF- α of both groups were declined, and observation group were lower than control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Penyanping decoction plus Pudi decoction can adjust humoral immunity, regulate T lymphocyte subtype and the level of inflammatory cytokines, promote equilibrium so as to be beneficial for disease rehabilitation. It may be significant mechanism of action.

[Key words] chronic pelvic inflammatory disease; Penyanping decoction; Pudi decoction; T cell subset; immune globulin; inflammatory cytokines; hot and damp stasis junction

慢性盆腔炎病情顽固,易反复发作,迁延致炎性包块形成、慢性腰腹痛、月经不调、痛经、不孕、甚至宫外孕等,严重影响患者的生活质量,成为国内外妇科疾病治疗学中的难点与热点问题之一^[1]。病原体感染是其最主要原因,但近年来学者观察到反复发作阶段多数没有病原体感染的临床症状,病情仍缠绵难愈,难以以单纯感染解释。免疫功能紊乱逐渐受到关注^[2],研究显示湿热瘀结型慢性盆腔炎患者存在免疫失衡现象^[3]。笔者前期的研究显示盆腔平方内服联合蒲地方保留灌肠能减轻慢性盆腔炎(湿热瘀结型)患者临床症状,改善患者血液的浓、黏、凝、滞状态,提高临床疗效。本研究笔者进一步探讨了该疗法对患者体液免疫、T 细胞亚群及细胞炎性因子(白细胞介素 2、白细胞介素 10、肿瘤坏死因子- α)的影响,以进一步探讨其作用机制。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取承德医学院附属医院 2012 年 4 月-2013 年 4 月中医妇科门诊慢性盆腔炎(湿热瘀结型)患者 120 例。随机按数字法分为对照组和观察组各 60 例。治疗组年龄 22~45 岁,平均(29.2 \pm 7.5)岁;病程 6~26 个月,平均(12.3 \pm 5.6)月。观察组年龄 24~46 岁,平均(28.7 \pm 7.9)岁;病程 6~24 个月,平均(12.6 \pm 6.2)月。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 西医诊断标准 参照《妇产科学》拟定^[4]有子宫内膜、宫体、附件等炎症病史;下腹疼痛,或发热、阴道分泌物增加,腹痛为持续性,活动或性生活

后加重,月经紊乱等;妇科检查有宫颈举痛、子宫压痛或附件区压痛;B 超或 CT 检查见输卵管增粗、输卵管积液、输卵管卵巢肿块、盆腔积液等。

1.2.2 湿热瘀结诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定^[5]主症:下腹胀痛,腰骶胀痛,带下量多,色黄味臭。次症:低热起伏,神疲乏力,胸闷纳呆,月经量多或经期延长,或见阴道不规则出血,经期腹痛加重,小便黄赤,或尿频尿急,尿痛,大便干燥或溏而不爽。舌脉:舌质红,苔黄腻,脉弦滑或滑数。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断^[4];②符合湿热瘀结辨证标准^[5];③年龄 18~50 岁;④取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①排除妇科肿瘤、子宫内膜异位症等疾病;②妊娠、准备妊娠或哺乳期妇女;③有严重的心、肝、肾、造血系统疾患及精神障碍者;④经期超过 10 d 或阴道不规则流血者;⑤合并明显兼证者;⑥已经采用同类中药治疗,难以判断疗效者。

1.5 治疗方法 ①对照组,黄藤素分散片(湖南方盛制药股份有限公司,批号 Z20050279),4 片/次,3 次/d。自月经干净后开始服用,一个疗程服用 20 d。苦参栓(威海华新药业集团,批号 Z37021008)。1 粒/次,1 次/d,自月经干净后 3 d 开始直肠给药,一个疗程连续使用 10 d。②观察组,盆腔平方内服,药物组成:苍术 15 g,黄柏 10 g,丹参 15 g,赤芍 12 g,生薏苡仁 20 g,败酱草 15 g,香附 15 g,川牛膝 10 g。1 剂/d,常规水煎,每次约 200 mL,从月经干净后分早晚服用,一个疗程服用 20 d。蒲地方灌肠,药物

组成:蒲公英 15 g,紫花地丁 15 g,红藤 12 g,三棱 10 g,莪术 10 g,土茯苓 15 g,夏枯草 15 g,皂角刺 15 g。1 剂/d,常规水煎浓缩至 150 mL 左右,药液温度 39 ℃ ~ 41 ℃,嘱病人排尽二便,取左侧卧位,松肛,用一次性中号肛管插入肛门约 15 cm 深处,经 5 min 缓慢注入,保持左侧卧位 30 min。自月经干净后 3 d 开始用,一个疗程连续使用 10 d。两组均连续观察 3 个月经周期。

1.6 观察指标 ①体液免疫 采用速率散射比浊法测定治疗前后血清免疫球蛋白 G, A, M (IgG, IgA, IgM), 采用单向免疫扩散法测定补体 C₃, C₄ 水平。②T 细胞亚群采用流式细胞仪法测定 CD₃⁺ T 细胞, CD₄⁺ 细胞, CD₈⁺ T 细胞及 CD₄⁺/CD₈⁺, 治疗前后各检测 1 次。③治疗前后白细胞介素 2 (IL-2), 白细胞介素 10 (IL-10), 肿瘤坏死因子-α (TNF-α) 检测, 采用酶联免疫吸附剂测定法, 深圳欣博生物科技有限

公司试剂盒, 批号 20123776。

1.7 统计学处理 数据分析采用 SPSS 16.0 统计分析软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验, 计数资料比较采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前 IgG, IgA, IgM, C₃ 及 C₄ 检测情况比较 治疗后对照组 IgG, IgA, IgM, C₃ 及 C₄ 异常例数均比治疗前减少, 但差异无统计学意义; 观察组 IgG, IgA, IgM, C₃ 及 C₄ 异常例数较治疗前明显减少 ($P < 0.01$), 治疗后组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后两组血清 IgG, IgA, IgM 水平下降, C₃ 和 C₄ 水平升高 ($P < 0.05, P < 0.01$), 治疗后两组间 IgG, C₃ 及 C₄ 比较差异有统计学意义 ($P < 0.05, P < 0.01$), 见表 1 ~ 2。

表 1 两组治疗前 IgG, IgA, IgM, C₃ 及 C₄ 检测情况比较 (n = 60)

组别	时间	IgG		IgA		IgM		C ₃		C ₄	
		异常	正常	异常	正常	异常	正常	异常	正常	异常	正常
对照	治疗前	13	47	6	54	7	53	16	44	19	41
	治疗后	8	52	4	56	3	57	9	51	10	50
观察	治疗前	12	48	7	53	8	52	17	43	20	40
	治疗后	2	58 ^{1,2)}	0	60 ^{1,2)}	1	59 ^{1,2)}	2	58 ^{1,2)}	3	57 ^{1,2)}

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

表 2 两组治疗前后 IgG, IgA, IgM, C₃, C₄ 水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	时间	IgG	IgA	IgM	C ₃	C ₄
		g · L ⁻¹				
对照	治疗前	12.05 ± 1.96	2.08 ± 0.84	1.98 ± 0.72	0.65 ± 0.28	0.43 ± 0.25
	治疗后	8.84 ± 1.57 ²⁾	1.77 ± 0.73 ²⁾	1.70 ± 0.66 ²⁾	0.78 ± 0.33 ¹⁾	0.57 ± 0.29 ¹⁾
观察	治疗前	12.13 ± 2.02	2.10 ± 0.81	2.01 ± 0.79	0.66 ± 0.31	0.44 ± 0.26
	治疗后	7.51 ± 1.52 ^{2,4)}	1.69 ± 0.72 ¹⁾	1.66 ± 0.68 ¹⁾	0.92 ± 0.35 ^{2,3)}	0.77 ± 0.31 ^{2,4)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$, ⁴⁾ $P < 0.01$ (表 3, 4 同)。

2.2 两组治疗前后 CD₃, CD₄, CD₈, CD₄/CD₈ 检测情况比较 治疗后对照组 CD₃ 和 CD₄/CD₈ 异常例数较治疗前减少 ($P < 0.05$), 观察组 CD₃, CD₄, CD₈, CD₄/CD₈ 异常例数均较治疗前减少 ($P < 0.01$), 治疗后组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后两组 CD₃, CD₄ 及 CD₄/CD₈ 水平血清升高, CD₈ 下降 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗后组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05, P < 0.01$), 见表 3 ~ 4。

2.3 两组治疗前后血清 IL-2, IL-10 及 TNF-α 水平比较 治疗后两组血清 IL-2, IL-10 水平升高, TNF-α 下降 ($P < 0.01$); 治疗后观察组 IL-2, IL-10 水平高

于对照组, TNF-α 水平低于对照组 ($P < 0.01$), 见表 5。

表 3 两组治疗前 CD₃, CD₄, CD₈, CD₄/CD₈ 检测情况比较 (n = 60)

组别	时间	CD ₃		CD ₄		CD ₈		CD ₄ /CD ₈	
		异常	正常	异常	正常	异常	正常	异常	正常
对照	治疗前	26	34	19	41	16	44	20	40
	治疗后	14	46 ¹⁾	10	50	9	51	9	51 ¹⁾
观察	治疗前	25	35	20	40	17	43	21	39
	治疗后	5	55 ^{2,3)}	2	58 ^{2,3)}	2	58 ^{2,3)}	1	59 ^{2,3)}

表 4 两组治疗前后 CD₃, CD₄, CD₈, CD₄/CD₈ 水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	时间	CD ₃	CD ₄	CD ₈	CD ₄ /CD ₈
对照	治疗前	56.6 ± 5.74	31.4 ± 4.72	30.1 ± 4.85	1.10 ± 0.44
	治疗后	58.7 ± 5.69 ¹⁾	33.9 ± 4.82 ²⁾	27.9 ± 4.43 ²⁾	1.22 ± 0.47 ¹⁾
观察	治疗前	56.5 ± 5.77	31.6 ± 4.69	30.3 ± 4.86	1.09 ± 0.42
	治疗后	61.6 ± 5.58 ^{2,4)}	36.8 ± 5.37 ^{2,4)}	25.1 ± 4.42 ^{2,3)}	1.47 ± 0.55 ^{2,3)}

表 5 两组治疗前后血清 IL-2, IL-10 及 TNF-α 水平比较 ($\bar{x} \pm s, n = 60$)

组别	时间	IL-2 /μg·L ⁻¹	IL-10 /ng·L ⁻¹	TNF-α /μg·L ⁻¹
对照	治疗前	3.37 ± 0.64	32.52 ± 7.78	2.24 ± 0.38
	治疗后	4.23 ± 0.72 ¹⁾	64.49 ± 9.81 ¹⁾	1.58 ± 0.26 ¹⁾
观察	治疗前	3.32 ± 0.67	33.57 ± 7.86	2.21 ± 0.40
	治疗后	4.85 ± 0.75 ^{1,2)}	75.51 ± 10.29 ^{1,2)}	1.20 ± 0.27 ^{1,2)}

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

3 讨论

近来研究显示慢性盆腔炎发病机制除与病原体直接侵害有关外,还与免疫功能紊乱有密切关系^[6]。抵抗力低下,免疫功能紊乱是导致盆腔炎反复发作的主要原因;并且长期采用单纯抗生素治疗也容易造成菌群失调和免疫功能下降^[3]。

在体液免疫中,血清免疫球蛋白及补体系统是其重要部分。免疫球蛋白 IgG, IgA, IgM 具有抗菌、高效能杀菌溶菌、促吞噬及凝集作用。研究显示^[7]湿热瘀结型慢性盆腔炎患者血清 IgG, IgA, IgM 存在异常。补体系统活化后可通过免疫黏附、中和及溶解细菌和病毒发挥抗感染免疫作用,且可促进微生物与吞噬细胞黏附,发挥免疫调理作用,使微生物被吞噬、杀伤。C₃ 和 C₄ 是补体中重要成分,不论在经典途径或替代途径中都起到中枢性的作用,C₃ 的高低与总补体的含量相平行,其水平是衡量体液免疫的重要指标,研究显示慢性盆腔炎血清 C₃, C₄ 水平低下^[3,8]。

T 淋巴细胞是人体最主要的免疫细胞之一,在人体免疫过程中起着举足轻重的作用。正常情况下外周成熟的 T 淋巴细胞有辅助性 T 细胞 (Th) 与抑制性 T 细胞 (Ts), 两者比值的保持动态平衡,决定着机体免疫调控状态及免疫水平。研究显示慢性盆腔炎患者机体 CD₄ 水平下降, CD₈ 水平上升, CD₄/CD₈ 较正常时下降^[2]。Th1 细胞主要分泌 IL-2, TNF 等, Th2 细胞主要分泌 IL-4, 5, 10 等。研究显示盆腔炎区可产生 Th1 样细胞因子, 局部白细胞和巨噬细胞浸润及大量聚集, 产生特异性及非特异性免疫

反应,能有效地杀伤和清除细胞内的病原微生物,有助于抑制病毒感染^[9]。Th2 主要介导体液免疫,同时可抑制 Th1 型反应的发生、发展,与感染的慢性化有关^[10]。IL-2 具有调节免疫、增加机体抗感染能力的作用,作为一种重要的细胞因子,IL-2 与 T 细胞、B 细胞、单核细胞表面的 IL-2 受体结合,能引起 T 细胞增殖,促进细胞毒 T 细胞杀伤作用,增强自然杀伤细胞活性,促进 B 细胞分泌 IgG 等免疫球蛋白,因此在免疫调节方面具有重要意义^[11]。TNF-α 是影响炎症进程中的主要细胞因子之一,是炎症细胞因子网络的关键部分。IL-10 是一种多功能负性调节因子,主要由 Th2 细胞、活化的 B 细胞、单核细胞、巨噬细胞产生,它参与免疫细胞、炎症细胞等多种细胞的生物调节,能拮抗炎性介质,下调炎症反应^[12]。研究显示慢性盆腔炎患者 IL-2 和 IL-10 显著下降, TNF-α 水平明显升高,存在明显免疫功能紊乱^[2,13]。近来研究证明中药有免疫调节作用,中药通过细胞因子、炎症因子等对慢性盆腔炎的免疫调节作用已有较多的实验和临床研究^[2],显示中医药治疗本病具有多层次、多靶点的特色。

本组资料显示治疗后观察组 IgG, IgA, IgM, C₃ 及 C₄ 异常例数少于对照组,治疗后观察组 IgG 水平低于对照组, C₃ 和 C₄ 水平高于对照组,提示了盆腔炎平方内服联合蒲地方保留灌肠能促进慢性盆腔炎(湿热瘀结型)患者补体系统的活性,发挥抗菌作用,从而有利于炎症减轻。治疗后观察组 CD₃, CD₄, CD₈, CD₄/CD₈ 异常例数少于对照组,治疗后观察组 CD₃, CD₄ 及 CD₄/CD₈ 水平高于对照组, CD₈ 低于对照组,提示了盆腔炎平方内服联合蒲地方保留灌肠能调节患者的 T 细胞亚群,平衡免疫功能,从而有利于疾病的康复。进一步的研究显示治疗后观察组 IL-2 和 IL-10 均明显上升, TNF-α 明显下降,表明了盆腔炎平方内服联合蒲地方保留灌肠能调节细胞因子的功能,减轻细胞因子所致损伤。

综上,盆腔炎平方内服联合蒲地方保留灌肠能调节慢性盆腔炎(湿热瘀结型)患者体液免疫,调节 T 细胞亚群,促进其平衡,还能调节炎性细胞因子水

平,从而有利于疾病的康复,这可能是其重要的作用机理,值得进一步深入研究。

[参考文献]

- [1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:275.
- [2] 刘瑞芬,杨晓娜. 盆腔炎颗粒对血瘀兼肾虚型慢性盆腔炎患者免疫学指标的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2007,27(9):841.
- [3] 曾倩,张璐,鄢贵芹,等. 117例湿热瘀结型慢性盆腔炎患者免疫状况分析[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(8):1475.
- [4] 乐杰. 妇产科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社,2008:246.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:243.
- [6] 曾倩,靳素萍,曾庆秋,等. 盆腔炎性疾病与T淋巴细胞亚群及S-IgA的相关性探讨[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(2):211.
- [7] 郝会莲. 湿热瘀结型慢性盆腔炎患者免疫状况分析

[D]. 成都:成都中医药大学,2012.

- [8] 宋俏蔚,叶铤,徐彩华,等. 固本调周法联合中药外敷治疗慢性盆腔炎患者的临床观察[J]. 中国现代医生,2011,49(25):112.
- [9] 郭延荣,韩素萍,赵丹梅,等. 人巨细胞病毒、微小病毒与盆腔炎性疾病的相关性研究[J]. 实用临床医药杂志,2007,11(4):91.
- [10] 陈慰峰. 医学免疫学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:41.
- [11] 张樱山,李文雅,赵晖,等. 红花如意丸治大鼠慢性盆腔炎的研究[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(15):180.
- [12] 刘春丽. 化瘀温经利湿法对慢性盆腔炎患者血流变及细胞因子的影响[J]. 中国临床保健杂志,2008,11(2):131.
- [13] 李鑫,郭建生,师振予,等. 妇科千金片对慢性盆腔炎大鼠血清炎症细胞因子表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(10):225.

[责任编辑 蔡仲德]

声 明

最近,某公司未经授权,擅自将本刊列为支持单位,欲组织召开“首届中药方剂组成原理与临床实践高峰论坛”。对此,中国实验方剂学杂志社郑重声明:“首届中药方剂组成原理与临床实践高峰论坛”的主办方及其活动与《中国实验方剂学杂志》社无任何关系,任何盗用《中国实验方剂学杂志》名义组织学术会议的行为都是违法的,我杂志社将保留追究其法律责任的权利。同时提醒本刊广大作者和读者,本刊组织发起和冠名支持的学术活动均会在《中国实验方剂学杂志》印刷版及本刊网站www.syfjxzz.com发布正式的会议通知或者邀请函上均会加盖本刊公章,请广大作者、读者注意识别,以防造成不必要的财产损失。

中国实验方剂学杂志社

2013年12月4日