小青龙汤联合布地奈德治疗支气管肺炎风寒袭肺证临床研究

温霞[1]，朱明力[2]

1. 温州医科大学附属平阳医院呼吸与危重症医学科，浙江 温州 325400
2. 温州医科大学附属平阳医院中医科，浙江 温州 325400

［摘要］**目的：**观察小青龙汤联合布地奈德治疗支气管肺炎风寒袭肺证的临床疗效。**方法：**选择支气管肺炎患者92例，按随机数字表法分为观察组和对照组各46例。对照组采用布地奈德治疗，观察组在对照组基础上联合小青龙汤治疗，2组均治疗4周。评价2组临床疗效，比较2组治疗前后中医证候积分、肺功能指标、血清炎症因子水平、免疫功能指标变化，统计2组治疗期间的不良反应。**结果：**观察组总有效率为95.56%，高于对照组80.43%（$P<0.05$）。治疗后，2组各项中医证候评分较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组各项中医证候评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组肺活量（FVC）、第1秒用力呼气容积（FEV_1）、最大呼气峰流速值（PEF）、第1秒用力呼气容积占用力肺活量比值（FEV_1/FVC）较治疗前升高（$P<0.05$）；且观察组FVC、FEV_1、PEF、FEV_1/FVC高于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组C-反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、白细胞介素-8（IL-8）水平较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组CRP、TNF-α、WBC、IL-8水平低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组免疫球蛋白G（IgG）、免疫球蛋白M（IgM）较治疗前升高，免疫球蛋白E（IgE）较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组IgG、IgM高于对照组，IgE低于对照组（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**小青龙汤联合布地奈德治疗支气管肺炎风寒袭肺证可促进症状缓解，改善患者肺功能及免疫功能，抑制血清炎症因子表达，安全可靠。

［关键词］支气管肺炎；风寒袭肺证；小青龙汤；肺功能；中医证候；免疫功能；炎症因子；不良反应
［中图分类号］R562.2　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2024）05-0005-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2024.05.002

Clinical Study on Xiaoqinglong Decoction Combined with Budesonide for Bronchopneumonia with Wind-Cold Attacking the Lung Syndrome

WEN Xia[1], *ZHU Mingli*[2]

1. Department of Respiratory and Critical Care Medicine, Pingyang Hospital Affiliated to Wenzhou Medical University, Wenzhou Zhejiang 325400, China; 2. Department of Traditional Chinese Medicine, Pingyang Hospital Affiliated to Wenzhou Medical University, Wenzhou Zhejiang 325400, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Xiaoqinglong Decoction combined with Budesonide on bronchopneumonia with wind-cold attacking the lung syndrome. **Methods:** A total of 92 patients with bronchopneumonia were selected and divided into the observation group and the control group according to the random number table method, with 46 cases in each group. The control group was treated with Budesonide, and the observation group was additionally treated with Xiaoqinglong Decoction based on the treatment of the control group. Both groups were treated for 4 weeks. The clinical effects were evaluated between the two groups. The changes in traditional Chinese medicine (TCM) syndrome

［收稿日期］2023-08-08
［修回日期］2023-12-08
［作者简介］温霞（1991-），女，主治医师，E-mail：wen2020wenxia@163.com。

scores，lung function indexes，inflammatory factor levels in serum，and immune function indexes were compared before and after treatment between the two groups. The adverse reactions during the treatment period were calculated between the two groups. **Results**：The total effective rate was 95.56% in the observation group，higher than that of 80.43% in the control group ($P<0.05$). After treatment，the scores of various TCM syndromes in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$)；the scores of various TCM syndromes in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment，the forced vital capacity (FVC)，forced expiratory volume in one second (FEV_1)，peak expiratory flow (PEF)，and the ratio of FEV_1 to FVC (FEV_1/FVC) in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$)；the FVC，FEV_1，PEF，and FEV_1/FVC in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$). After treatment，the levels of C-reactive protein (CRP) and tumor necrosis factor-α (TNF-α)，and interleukin-8 (IL-8) in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$)；the levels of CRP，TNF-α，WBC and IL-8 in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment，the levels of immunoglobulin G (IgG) and immunoglobulin M (IgM) in the two groups were increased when compared with those before treatment，and immunoglobulin E (IgE) levels were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$)；the levels of IgG and IgM in the observation group were higher than those in the control group，and the IgE level was lower than that in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion**：Xiaoqinglong Decoction and Budesonide for bronchopneumonia with wind-cold attacking the lung syndrome can promote symptom relief，improve lung and immune function of patients，and inhibit inflammatory factor expression in serum，which is safe and reliable.

Keywords：Bronchopneumonia；Wind-cold attacking the lung syndrome；Xiaoqinglong Decoction；Lung function；Traditional Chinese medicine syndromes；Immune function；Inflammatory factors；Adverse reactions

支气管肺炎因感染所致，早期表现表现为咳、痰、喘，好发于秋冬季节，病程迁延难愈，给患者的预后造成不良影响[1]。支气管肺炎可同时累及气管、支气管，若治疗不及时可引发阻塞性肺疾病、肺源性心脏病等急症。临床多以对症治疗为主，布地奈德属于糖皮质激素药物，雾化后药物在肺部吸收，可扩张气管平滑肌，确保呼吸通畅，发挥局部抗炎的效果，对改善患者临床症状有积极作用[2]。支气管肺炎属于中医学咳嗽、喘证范畴，因外邪袭肺所致，导致机体肺气壅遏，由此发生咳嗽、咳痰，故治疗当以宣肺散寒、化痰平喘为主。研究表明，小青龙汤加减用于治疗支气管肺炎，可促进症状消失，效果显著，且安全性高[3]。小青龙汤组方精炼，方药配伍十分严谨，是主治外有寒邪、内有里饮之咳喘的名方，具有温肺散寒、解表化饮平喘的功效，现普遍用于治疗支气管哮喘、阻塞性肺疾病等呼吸系统疾病，均取得较满意效果[4]。本研究观察小青龙汤治疗支气管肺炎风寒袭肺证的效果及对肺功能影响。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《急性气管-支气管炎中医诊疗指南(2015版)》[5]中支气管肺炎诊断标准。以咳嗽、咳痰为主要症状，继发于感冒之后，肺部听诊可闻两肺呼吸音较粗，或少量散在的干湿性啰音，X线片显示肺纹理增粗。

1.2 辨证标准 参考《中医内科学》[6]辨证为风寒袭肺证。咳嗽流涕，气短懒言，痰少稀白，畏寒自汗，手足冰凉，面色淡白，舌苔薄白，脉弱。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；存在少量干湿性啰音或透视检查显示肺纹理增粗；恶寒、无汗或伴有发热；患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 患有严重心、脑血管疾病；伴有肺癌、肺结核等其他呼吸道疾病；严重脱水或代偿性酸中毒；患有造血或免疫系统疾病；处于妊娠期或哺乳期妇女；对本次研究药物过敏者；呼吸衰竭或全身性感染者。

1.5 一般资料 选择2020年6月—2023年6月温州医科大学附属平阳医院收治的支气管肺炎患者92例，按随机数字表法分为对照组和观察组各46例。对照组男28例，女18例；平均年龄(39.98±3.94)岁；平均病程(7.32±1.57)年；病程严重程度：轻度16例，中度21例，重度9例；合并疾病：鼻炎25例，其他过敏性疾病21例；平均体质量指数22.95±3.40。观察组男26例，女20例；平均年龄(40.28±3.81)岁；平均病程(7.20±1.46)年；病程严重程度：轻度14例，中度20例，重度12例；合并疾病：鼻炎27例，其他过敏性疾病19例；平均体质量指数22.82±3.13。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究通过温州医科大学附属平阳医院伦理委员会审核(LW-2023-40)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予信必可都保(瑞典Astra Zeneca，含布地奈德4.5 μg和福莫特罗160 μg，国药准字H20140458，规格：60吸/支)吸入治疗，每次1吸，每天2次，治疗4周。

2.2 观察组 在对照组基础上予小青龙汤治疗。处方：干姜、五味子、桂枝、炙麻黄、甘草、白芍、姜半夏各10 g，细辛3 g。药材由医院药房提供，煎药室统一熬制，每剂取汁300 mL，分早晚2次饭后服用，每次150 mL，每天1剂，治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。治疗前后评估证候严重程度，包括咳嗽、痰多、气喘、恶寒、干湿啰音5个方面，分值越高症状越严重[7]。②肺功能。治疗前后采用肺功能仪(德国Jergal公司)检测肺功能指标，包括肺活量(FVC)、第1秒用力呼气容积(FEV_1)、最大呼气峰流速值(PEF)、第1秒最大呼气量占用力肺活量比值(FEV_1/FVC)。③血清炎症因子。治疗前后抽取空腹静脉血4 mL，离心分离血清，用酶联免疫吸附法测定血清C-反应蛋白(CRP)、血清肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、白细胞介素-8(IL-8)水平，全自动生化分析仪检测白细胞(WBC)水平。④免疫功能。治疗前后抽取空腹静脉血4 mL，离心分离血清，用免疫比浊法检测免疫球蛋白G(IgG)、免疫球蛋白M(IgM)、免疫球蛋白E(IgE)水平。⑤临床疗效。⑥不良反应。记录2组不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS21.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对样本t检验；计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》[8]制定疗效标准。显效：临床症状消失，肺部纹理清晰；有效：临床症状有缓解，肺部纹理粗糙程度改善；无效：症状无改善或加重。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为95.56%，高于对照组80.43%($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组 别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	46	32	12	2	95.56
对照组	46	21	16	9	80.43
χ^2值					5.060
P值					0.024

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组各项中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组各项中医证候评分较治疗前降低($P<0.05$)；且观察组各项中医证候评分低于对照组($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后肺功能指标比较 见表3。治疗前，2组FVC、FEV_1、PEF、FEV_1/FVC比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组FVC、FEV_1、PEF、FEV_1/FVC较治疗前升高($P<0.05$)；且观察组FVC、FEV_1、PEF、FEV_1/FVC高于对照组($P<0.05$)。

4.5 2组治疗前后炎症指标比较 见表4。治疗前，2组CRP、TNF-α、WBC、IL-8水平比较，差异无

统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组CRP、TNF-α、WBC、IL-8水平较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组CRP、TNF-α、WBC、IL-8水平低于对照组（$P<0.05$）。

4.6　2组治疗前后免疫功能指标比较　见表5。治疗前，2组IgG、IgM、IgE水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组IgG、IgM较治疗前升高，IgE较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组IgG、IgM高于对照组，IgE低于对照组（$P<0.05$）。

4.7　2组不良反应发生率比较　见表6。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	咳嗽		痰多		气喘		恶寒		干湿啰音	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	2.43±0.40	1.01±0.21①	2.71±0.43	1.21±0.16①	1.98±0.37	0.87±0.12①	2.42±0.35	0.95±0.14①	1.98±0.17	0.83±0.10①
对照组	46	2.49±0.37	1.67±0.26①	2.67±0.40	1.73±0.20①	1.92±0.33	1.02±0.23①	2.39±0.32	1.27±0.11①	1.92±0.21	1.20±0.24①
t值		0.747	15.073	0.461	13.769	0.821	3.922	0.429	12.189	1.506	9.652
P值		0.457	<0.001	0.645	<0.001	0.414	<0.001	0.669	<0.001	0.136	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

表3　2组治疗前后肺功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	FVC（L）		FEV_1（L）		PEF（L/s）		FEV_1/FVC（%）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	1.41±0.27	2.33±0.34①	1.20±0.18	2.78±0.32①	2.37±0.52	4.91±0.41①	42.09±4.18	78.31±5.09①
对照组	46	1.39±0.23	1.78±0.29①	1.24±0.22	2.01±0.27①	2.41±0.46	3.87±0.57①	42.15±3.98	67.28±6.23①
t值		0.382	8.347	0.954	12.473	0.391	10.046	0.077	9.298
P值		0.703	<0.001	0.342	<0.001	0.967	<0.001	0.938	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

表4　2组治疗前后炎症指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	CRP（μg/mL）		TNF-α（pg/mL）		WBC（$\times10^9$/L）		IL-8（pg/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	24.98±3.48	14.28±2.12①	6.28±1.20	2.01±0.41①	12.09±2.38	5.38±1.21①	22.87±4.25	10.38±1.98①
对照组	46	24.61±3.20	20.14±2.09①	6.34±1.09	3.28±0.56①	12.31±3.12	7.34±1.09①	22.91±4.51	15.27±2.37①
t值		0.531	13.351	0.251	12.411	0.380	8.162	0.044	10.739
P值		0.596	<0.001	0.802	<0.001	0.705	<0.001	0.965	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

表5　2组治疗前后免疫功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）　g/L

组　别	例数	IgG		IgM		IgE	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	6.92±1.24	10.34±3.09①	0.98±0.13	2.34±0.29①	241.08±21.39	178.34±15.81①
对照组	46	6.81±1.31	8.73±2.93①	0.91±0.21	1.87±0.41①	240.87±20.73	192.45±14.09①
t值		0.413	2.564	1.9223	6.347	0.048	4.519
P值		0.681	0.012	0.067	<0.001	0.962	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$

5　讨论

支气管肺炎是因细菌、呼吸道病毒、支原体感染所致的炎症性疾病，发病季节集中于秋冬，且存在明显的心肌酶水平升高或心肌损伤现象，导致患者的病情较严重，危及患者的生命安全[9]。

支气管肺炎属于中医学咳嗽、喘证范畴，因外

表6　2组不良反应发生率比较　例

组　别	例数	心悸	头疼	呼吸道不适	合计(%)
观察组	46	1	0	1	4.35
对照组	46	1	2	1	8.70
χ^2值					0.713
P值					0.398

邪袭肺导致机体肺气壅遏，由此发生咳嗽、咳痰，此病多发生于寒冷季节，咳嗽、咳痰是其主要症状，因此治疗当以清热、止咳、平喘为主[10]。西医治疗多以控制感染、祛痰为主，但治标不治本，因此造成疾病反复。小青龙汤具有解表散寒、温肺化饮的效果，是治疗慢性支气管炎、支气管哮喘等呼吸系统疾病的有效方剂[11]。小青龙汤方中干姜、细辛具有温肺化饮的功效，炙麻黄、桂枝宣肺祛寒，五味子敛气，白芍养血，姜半夏祛痰散结，甘草调和诸药，诸药共奏止咳平喘、宣肺通气之功效[12]。研究表明，中西医结合治疗支气管肺炎可标本兼治，发挥协同增效的作用，对改善患者的临床症状体征有积极效果[13]。本研究显示，治疗后观察组总有效率高于对照组，各项中医证候评分低于对照组，说明小青龙汤治疗支气管肺炎风寒袭肺证可促进患者症状缓解，提高治疗效果。

研究指出，在慢性阻塞性肺疾病中肺功能损伤程度与患者的病情严重程度息息相关，通过对肺功能指标进行评估可反映患者预后情况[14]。FEV_1水平可反映喘息情况，PEF可反应气道堵塞状况，而FEV_1/FVC则反应肺功能改善情况，小青龙汤联合西医治疗支气管肺炎抗炎效果更理想，可有效减轻患者的临床症状，改善患者肺功能，提高生活质量[15]。本研究中，治疗后观察组的肺功能状况优于对照组，说明小青龙汤治疗支气管肺炎可促进肺功能改善。气道出现炎症反应是支气管肺炎的主要病理表现之一。CRP属于急性时相蛋白，当肝脏遭受应激刺激时会大量合成CRP，发挥补体激活、增强WBC吞噬功能的作用。IL-8多由巨噬细胞、上皮细胞分泌，诱导中性粒细胞于肺部聚集，诱导支气管痉挛发生，对肺部造成实质性损伤，导致患者的病情不断加重。研究表明，TNF-α、CRP、IL-8表达水平与肺部感染严重程度呈明显的正相关，对判断患者的病情、预后有积极意义[16]。本研究显示，治疗后观察组血清CRP、TNF-α、WBC、IL-8均低于对照组，说明小青龙汤治疗支气管肺炎可有效抑制炎症表达，促进疾病转归。

研究表明，支气管肺炎的发生及病情进展与机体免疫功能低下息息相关，具体表现为IgA水平降低，IgE、IgM水平升高，且与病情严重程度有相关性，将其用于评估支气管肺炎的病情有指导作用[17]，因此在临床治疗中可通过提高机体免疫力，进而增强机体抵御外来致病菌侵袭的能力。免疫球蛋白是机体体液免疫不可或缺的一部分，体液免疫功能紊乱与支气管肺炎的发生密切相关。IgE属于亲细胞抗体，当过敏原刺激呼吸道黏膜时，B细胞所分化的炎症细胞与IgE受体结合会产生致敏作用，释放大量的活性递质，造成不可逆性气道阻塞。而IgG、IgM在支气管肺炎病情加重时，其水平会明显降低，导致机体组织对炎症的清除能力降低，损伤肺功能，诱导病情反复发作。本研究结果显示，治疗后观察组IgG、IgM高于对照组，IgE低于对照组，说明小青龙汤治疗支气管肺炎可有效调节患者免疫功能，增强机体抵御细菌、病毒侵袭的能力。从安全性看，2组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义，说明小青龙汤治疗支气管肺炎不会增加不良反应，安全性高。

综上所述，小清龙汤治疗支气管肺炎风寒袭肺证可促进症状缓解，改善患者的肺功能、免疫功能，抑制血清炎症因子表达，安全可靠。

[参考文献]

[1] 吉祥灵，雷智贤，吴守业，等. 儿童肺炎支原体感染支气管肺炎与大叶性肺炎临床及血液学特征[J]. 中华医院感染学杂志，2021，31(2)：281-285.

[2] 刘乐，王君霞，甘新茹，等. 布地奈德雾化联合氨溴索治疗小儿支气管肺炎疗效及对血清CRP PCT水平的影响[J]. 河北医学，2023，29(4)：681-685.

[3] 陶媛媛，陈鹏，张金兰. 小青龙汤加减治疗小儿支气管肺炎疗效观察[J]. 吉林中医药，2022，42(2)：184-186.

[4] 龚李萍，王玉兰，郭超峰. 小青龙汤的临床应用研究进展[J]. 长春中医药大学学报，2021，37(2)：468-472.

[5] 中华中医药学会肺系病分会，中国民族医药学会肺病分会. 急性气管-支气管炎中医诊疗指南(2015版)[J]. 中医杂志，2015，

57(9)：806-808.
[6] 吴勉华，王新月. 中医内科学[M]. 北京：中国中医药出版社，2012：10.
[7] 赵霞，汪受传，虞舜，等. 中医儿科病证诊断疗效标准·哮喘(修订)征求意见稿[J]. 中医儿科杂志，2018，14(2)：1-4.
[8] 国家中医药管理局. ZY/T001.1～001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京：南京大学出版社，1994：2.
[9] 郑忠梅，龚春竹. 支气管肺炎患儿血清PCT、病原体、心肌酶谱及cTnI联合检测的临床意义[J]. 贵州医科大学学报，2021，46(8)：959-963.
[10] 陈玉，冯标婵，钟李英，等. 清金化痰益肺汤在治疗支气管肺炎中的应用价值及对呼吸功能的影响[J]. 中华中医药学刊，2021，39(8)：251-254.
[11] 陈科伶，付正丰，黄青松，等. 小青龙汤化学成分分析及其对慢性阻塞性肺疾病急性发作期小鼠的作用[J]. 中成药，2022，44(12)：4037-4040.
[12] 江承书. 小青龙汤加减治疗喘证的证治规律探析[J]. 实用心脑肺血管病杂志，2020，12(S1)：257-259.
[13] 田卫东，熊秀. 苏沈九宝汤联合布地奈德雾化吸入对喘息性支气管炎患儿症状及肺功能的影响[J]. 湖北中医药大学学报，2021，23(6)：68-70.
[14] 钱建德，宦才娟. 不同分级慢性阻塞性肺疾病患者免疫功能，炎症因子水平及其与肺功能的关系分析[J]. 浙江医学，2021，43(13)：1435-1438，1443.
[15] 徐东波，李艳静，李站领，等. 小青龙汤联合西药治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征疗效及对血清炎症因子、肺功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志，2021，30(29)：3233-3237.
[16] 王静，宋义琴，李文慧，等. 血清TNF-α、IL-6、CRP、sICAM-1、PCT水平变化在评估儿童重症肺炎中的应用价值[J]. 河北医药，2021，43(6)：876-878，882.
[17] 朱云芳，彭林强，薛满，等. 血清25羟维生素D、免疫球蛋白水平与小儿支气管肺炎严重程度及转归的关系研究[J]. 海南医学，2022，33(20)：2661-2664.

（责任编辑：郑锋玲）

《新中医》杂志稿约

《新中医》是由广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的中医药学术期刊，1969年创刊。标准刊号：ISSN 0256-7415，CN 44-1231/R，2020年由原月刊改为半月刊，期刊代号，国内：46-38，国外：SM186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范，对来稿做出如下要求。**一、征稿内容**　实验研究、网络药理学、用药规律、文献综述、经方古方、临床证治、肿瘤研究、针灸推拿、特色疗法、调研报告、思路方法、名医传承、经典古籍、临证医案等。**二、来稿要求**　主题鲜明，论点明确，论据充分，文字精炼，内容真实，资料可靠，数据准确，数据比较应做统计学处理。**三、来稿格式**　参照本刊格式。**四、投稿方式**　在线投稿。投稿时需同时上传单位投稿证明。网址：http：//xzy.ijournal.cn。**五、文责自负**　作者如有侵权行为，本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》，本刊对文稿有修改权、删节权，修改稿未按时寄回视作自动撤稿。**六、稿件采用**　需与编辑部签订论文著作权转让书，并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址：广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼。邮编：510006。电话：020-39354129。