

参考文献:

- [1] 陈谦明. 口腔黏膜病学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 64-71.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 333-337.
- [3] 李灿东. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 173-174.
- [4] 李秉琦, 唐国瑶. 复发性阿弗他溃疡疗效评价的试行标准[J]. 中华口腔医学杂志, 2002, 37(3): 234.
- [5] 赵信救编, 王振国, 杨金萍主校. 圣济总录(第6册)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 2555.
- [6] 赵献可. 医贯[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 88.
- [7] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2005: 241-242.
- [8] 纪淳望, 姜晓娜, 杨梦琦, 等. 复发性口腔溃疡患者中医体质类型调查与分析[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(4): 358-361.
- [9] 陈士铎. 辨证录[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 49.
- [10] 柳长华. 陈士铎医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 110-275.
- [11] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 290-403.
- [12] 迟宇昊, 李暘, 申远. 麦冬化学成分及药理作用研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2021, 38(2): 189-192.
- [13] 马艳春, 冯天甜, 韩宇博, 等. 五味子的化学成分和药理研究进展[J]. 中医药学报, 2020, 48(11): 67-71.
- [14] 申文玲, 彭相君, 于丽萍. 熟地黄活性成分药理作用的相关研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(85): 194.
- [15] 王坤凤. 茯苓化学成分及质量控制方法研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
- [16] 王羚. 巴戟天抗衰老活性成分及作用机制研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.

【责任编辑: 陈建宏】

基于护场理论运用如意金黄散外敷治疗对肛周蜂窝织炎术后患者临床疗效的影响

曹敏然, 张书信, 屈映, 刘子号, 姬慧茹
(北京中医药大学东直门医院肛肠科, 北京 100029)

摘要:【目的】观察基于护场理论运用如意金黄散外敷治疗肛周蜂窝织炎术后患者的临床疗效。【方法】将86例肛周蜂窝织炎术后患者随机分成观察组44例和对照组42例。观察组患者给予如意金黄散外敷护场治疗, 对照组患者给予凡士林外敷护场治疗, 疗程为7 d。观察2组患者治疗前后红肿、疼痛、高热寒战等临床症状评分以及血清C反应蛋白(CRP)和白细胞介素6(IL-6)水平的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)治疗7 d后, 观察组的总有效率为90.91%(40/44), 对照组为66.67%(28/42), 组间比较, 观察组的临床疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。(2)治疗后, 2组患者的红肿、疼痛、高热寒战等临床症状评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且观察组对各项临床症状评分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(3)治疗3、7 d后, 2组患者血清CRP、IL-6水平均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且观察组对血清CRP、IL-6水平的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。【结论】基于护场理论运用如意金黄散外敷治疗肛周蜂窝织炎疗效确切, 可明显加快术后红肿硬结消散、疼痛消失和切口收口, 有效降低炎症因子水平, 加快局部炎症消散, 促进术后康复。

关键词: 护场理论; 肛周蜂窝织炎; 如意金黄散; 外治法

中图分类号: R266

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2628-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.12.014

收稿日期: 2021-04-12

作者简介: 曹敏然(1995-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: veronica1995@qq.com

通讯作者: 张书信(1965-), 男, 医学博士, 主任医师; E-mail: zhshxincn@126.com

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(编号: 81473689)

Effect of External Application with *Ruyi Jinhuang* Powder on the Clinical Efficacy of Patients with Perianal Cellulitis after Surgery Based on the Focus Field Protection Theory

CAO Min-Ran, ZHANG Shu-Xin, QU Ying, LIU Zi-Hao, JI Hui-Ru

(Dept. of Anorectal Surgery, Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of external application with *Ruyi Jinhuang* Powder (an external application formula with the actions of clearing heat and removing toxin, alleviating swelling and relieving pain) in treating perianal cellulitis after operation based on the focus field protection theory. **Methods** Eighty-six patients with perianal cellulitis were randomly divided into observation group ($n = 44$) and control group ($n = 42$). The observation group was given external application of *Ruyi Jinhuang* Powder for focus field protection treatment, while the control group was given external application of vaseline for field protection treatment, the course of treatment lasting 7 days. Before and after treatment, we observed the scores of clinical symptoms such as swelling, pain, high fever and chills, and the serum levels of C-reactive protein (CRP) and interleukin-6 (IL-6) in the two groups. After treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated. **Results** (1) After 7 days of treatment, the total effective rate of the observation group was 90.91% (40/44), and that of the control group was 66.67% (28/42). The intergroup comparison showed that the clinical efficacy of the observation group was significantly superior to that of the control group, and the difference being statistically significant ($P < 0.01$). (2) After treatment, the scores of clinical symptoms such as swelling, pain, high fever and chills in the two groups were significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.01$), and the observation group had stronger effect on decreasing the clinical symptom scores than the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.01$). (3) After 3 and 7 days of treatment, the serum CRP and IL-6 levels in the two groups were significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.01$), and the observation group had stronger effect on decreasing the serum CRP and IL-6 levels than the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusion** External application with *Ruyi Jinhuang* Powder based on the focus field protection theory exerts certain effect in treating perianal cellulitis after operation, which can significantly accelerate the dissipation of postoperative swelling and induration, the disappearance of pain and the healing of incision, effectively reduce the level of inflammatory factors, accelerate the dissipation of local inflammation, and promote postoperative rehabilitation.

Keywords: focus field protection theory; perianal cellulitis; *Ruyi Jinhuang* Powder; external treatment

肛周蜂窝织炎是发生在肛周的急性蜂窝织炎, 其通常为发生于筋膜下、皮下、肌间隙或深部蜂窝组织的化脓性、弥漫性感染^[1], 以患处红肿硬结为主要临床特点。肛周蜂窝织炎一旦脓肿形成, 需要切开引流, 但临床往往存在术后患者切口周围红肿硬结难消、疼痛、切口收口缓慢的问题, 为肛肠科医生临床常见的难题之一。近年来, 笔者基于护场理论, 应用如意金黄散外敷, 以箍围药治疗肛周蜂窝织炎, 以促进肛周蜂窝织炎术后红肿硬结的消散、减轻疼痛和加快切口收

口, 临床疗效满意, 现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2018年9月至2020年1月在北京中医药大学东直门医院肛肠科行肛周蜂窝织炎手术治疗且术后存在切口周围红肿硬结的患者, 共86例。按就诊先后顺序, 采用随机数字表将患者随机分为观察组44例和对照组42例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 参照陈孝平等主编、人民卫生出版社出版的《外科学》(第9版)^[1]

肛周蜂窝织炎的诊断标准。中医辨证标准：参照陈红风主编、人民卫生出版社出版的《中医外科学》(第2版)^[2]，中医证型为气滞血瘀、热毒炽盛证。

1.3 纳入标准 ①符合上述肛周蜂窝织炎诊断标准；②中医证型为气滞血瘀、热毒炽盛证；③为首次发病；④以往无肛门手术史；⑤肛门形态特征及能力正常；⑥年龄在18~65岁之间；⑦语言表达及判断能力正常；⑧自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

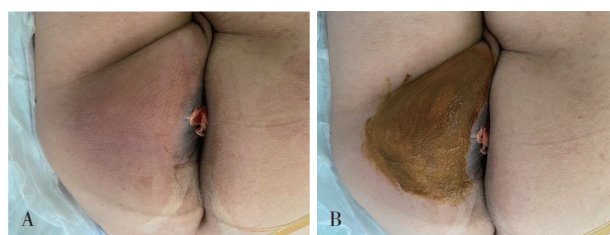
1.4 排除标准 ①合并有溃疡性结肠炎、肛周皮肤病、肛门直肠肿瘤和结核等疾病的患者；②合并有肝肾疾病、心脑血管疾病及其他系统严重疾病的患者；③合并有精神类疾病的患者；④合并有糖尿病，可能影响切口愈合的患者；⑤妊娠期或哺乳期女性；⑥有药物过敏史或者酗酒史的患者；⑦病情严重，未完成整个疗程而退出试验的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 术后常规治疗 2组患者均给予术后西药常规治疗，即给予注射用头孢他啶(商品名：泰得欣；生产厂家：韩国Hanmi Pharm. Co. Ltd.；批准文号：注册证号H20150184)0.5 g加入氯化钠注射液100 mL中静脉滴注，每日2次，连续治疗3 d。

1.5.2 观察组 在常规治疗基础上，给予如意金黄散外敷护场治疗。用法：患者在每日常规换药后，将如意金黄散(生产厂家：北京同仁堂股份有限公司同仁堂制药厂；批准文号：国药准字Z11020906；规格：12 g/瓶)与凡士林按1:9比例调和成膏状，外敷于患者切口周围的护场处(即切口周围的红肿硬结处)，厚度约2 mm，无菌纱布包扎，每日1次，每次外敷2 h。疗程为7 d。注意事项：外敷时须避开手术切口创面，只将如意金黄散敷布于以红肿硬结为特征的护场处，以成“药四围箍之”之势，使余邪有路可出，得以“气聚而外泄”；切忌将药膏敷满整个创面，使余邪无外泄之门(见图1)。

1.5.3 对照组 在常规治疗基础上，给予凡士林外敷护场治疗。用法：患者在每日常规换药后，将凡士林均匀外敷于患者切口周围的护场处，外敷方法及时间与观察组相同。疗程为7 d。



A. 截石位6:00-12:00红肿硬结处即为护场处；B. 避开手术切口，将如意金黄散敷布于护场处

图1 如意金黄散敷布于肛周蜂窝织炎术后护场处示意图
Figure 1 Schematic diagram of Ruyi Jinhuang Powder applied on the focus field after perianal cellulitis operation

1.6 观察指标及疗效评价

1.6.1 临床症状评分 对患者的红肿、疼痛和高热寒战等症状进行评分，根据症状的严重程度分为无、轻度、中度和重度4级分别计为0、1、2、3分。观察2组患者治疗前(术前)和治疗后各项临床症状评分的变化情况。

1.6.2 炎症因子水平检测 2组患者分别于治疗前(术前)和治疗3、7 d后，抽取空腹静脉血5 mL，以3 000 r/min离心15 min，取上层血清保存待测。采用酶联免疫吸附法(ELISA)检测2组患者待测血清中C反应蛋白(CRP)和白细胞介素6(IL-6)水平，检测过程严格按照ELISA试剂盒说明书进行。

1.6.3 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]。显效：切口面积缩小80%以上，红肿硬结完全消散，疼痛消失；有效：切口面积缩小50%以上但在80%以下，红肿硬结减轻，疼痛减轻；无效：切口面积缩小在50%以下甚至无缩小，红肿硬结、疼痛等症状无改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.7 统计方法 运用SPSS 21.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用两独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验；计数资料用率或构成比表示，组间比较采用 χ^2 检验；等级资料组间比较采用非参数秩和检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 对照组42例患者中，男25例，女17例；年龄22~57岁，平均年龄(41.2±3.6)岁；平均病程(17.14±6.82)d。观察组

44例患者中,男27例,女17例;年龄21~58岁,平均年龄(42.6 ± 3.4)岁;平均病程(17.32 ± 7.06)d。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者临床疗效比较 表1结果显示:治疗7d后,观察组的总有效率为90.91%(40/44),对照组为66.67%(28/42),组间比较,观察组的临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 2组患者治疗前后炎症因子水平比较 表2和表3结果显示:治疗前(术前),2组患者血清CRP、IL-6水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗3、7d后,2组患者血清CRP、IL-6水平均较治疗前明显降低($P < 0.01$),且观察组对血清CRP、IL-6水平的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

2.4 2组患者治疗前后临床症状评分比较 表4结果显示:治疗前(术前),2组患者的红肿、疼痛、高热寒战等临床症状评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的红肿、疼痛、高热寒战等临床症状评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$),且观察组对各项临床症状评分的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组肛周蜂窝织炎术后患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with perianal cellulitis

组别	例数(例)	after operation			总有效 [例(%)]
		显效	有效	无效	
观察组	44	17(38.64)	23(52.27)	4(9.09)	40(90.91) ^①
对照组	42	12(28.57)	16(38.10)	14(33.33)	28(66.67)
χ^2 值					7.631
P值					0.006

① $P < 0.01$, 与对照组比较

3 讨论

蜂窝织炎通常表示机体软组织受到感染而造成的局部炎性反应。因为致炎因子的影响,炎症期间可造成局部血液循环异常,同时提升组织耗氧量,直接影响氧化过程,增加炎症区域的渗透压^[4]。蜂窝织炎术后,虽已切开引流,但感染的软组织仍然存在,炎症反应并不能立即消失。在中医学中,蜂窝织炎属于“发”的范畴,其病机特点为气滞血瘀、热盛肉腐,而肛周蜂窝织炎是发于人体下部的“发”病,与湿热、火毒的关系最为密切^[2],治宜清热燥湿、活血行气。术后机体湿热火毒之邪未除,局部气血运行不畅,且作为开放性创面,以及肛门部位生理环境的特殊性,极易被粪便污染而致感染,故临床常见患者术后切

表2 2组肛周蜂窝织炎术后患者治疗前后血清C反应蛋白(CRP)水平比较

Table 2 Comparison of pre- and post-treatment serum CRP level between the two groups of patients with perianal cellulitis after operation

组别	例数(例)				$(\bar{x} \pm s, \text{mg} \cdot \text{L}^{-1})$	
		治疗前	治疗3d后	治疗7d后	t值	P值
观察组	44	55.96 ± 4.09	18.23 ± 4.53 ^{①②}	9.25 ± 7.39 ^{①②}	882.770	0.001
对照组	42	56.06 ± 4.22	25.01 ± 5.24 ^①	19.03 ± 8.92 ^①	417.870	0.001
t值		0.112	6.428	5.547		
P值		0.911	0.001	0.001		

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组同期比较

表3 2组肛周蜂窝织炎术后患者治疗前后血清白细胞介素6(IL-6)水平比较

Table 3 Comparison of pre- and post-treatment serum IL-6 levels between the two groups of patients with perianal cellulitis after operation

组别	例数(例)				$(\bar{x} \pm s, \text{ng} \cdot \text{L}^{-1})$	
		治疗前	治疗3d后	治疗7d后	t值	P值
观察组	44	32.50 ± 5.57	14.99 ± 4.20 ^{①②}	7.89 ± 6.07 ^{①②}	247.670	0.001
对照组	42	32.06 ± 5.41	21.69 ± 4.81 ^①	17.59 ± 7.60 ^①	66.650	0.001
t值		0.371	6.889	6.555		
P值		0.711	0.001	0.001		

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组同期比较

表4 2组肛周蜂窝织炎术后患者治疗前后临床症状评分比较

Table 4 Comparison of pre- and post-treatment clinical symptom scores between the two groups

of patients with perianal cellulitis after operation

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	红肿		疼痛		高热寒战	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	44	2.86 ± 0.85	1.03 ± 0.24 ^{①②}	2.61 ± 0.77	0.84 ± 0.18 ^{①②}	2.41 ± 0.70	0.61 ± 0.10 ^{①②}
对照组	42	2.77 ± 0.81	1.53 ± 0.41 ^①	2.58 ± 0.86	1.35 ± 0.36 ^①	2.36 ± 0.68	0.97 ± 0.22 ^①
<i>t</i> 值		0.502	6.940	0.171	8.367	0.336	9.843
<i>P</i> 值		0.617	0.001	0.865	0.001	0.738	0.001

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组治疗后比较

口周围红肿硬结难消、疼痛, 术后恢复时间较长。近年来, 笔者发现从护场理论出发治疗肛周蜂窝织炎, 可明显加快患者红肿硬结的消散, 而且从鼓舞患者自身正气、扶助其自身护场以抗邪的角度出发, 不失为临床解决该问题的一个新的角度和方法。从护场论治疗疮的治疗方法自古有之, 但多为理论论述, 目前用更科学、严谨的方法对其进行详细观察分析的研究还较少^[5]。因此, 本研究进一步对护场理论治疗下肛周蜂窝织炎患者炎症因子的变化情况进行观察和分析, 同时观察其临床疗效, 以期为临床运用护场理论治疗肛周蜂窝织炎术后患者提供依据, 从而更好地指导临床实践。

本研究采用的如意金黄散是中医外治法中箍围法的代表方, 其组成为大黄、黄柏、天花粉、陈皮、厚朴、天南星、姜黄、苍术、白芷、甘草, 具有箍毒散结、清热燥湿、活血行气的功效^[6]。根据护场理论, 将如意金黄散外敷于患者切口周围的护场处以箍围湿热火毒邪气, 同时留出切口作为邪气外泄的门户, 使其与创面分泌物一同排出。随着正邪交争中邪气逐渐减少, 此消则彼长, 护场中的正气不断增长, 又进一步增强了局部正气祛邪的能力, 从而加快了对邪气的清除和消灭, 进而达到红肿得散、疼痛得消、切口得收、病程缩短的目的^[7]。

C反应蛋白(CRP)和白细胞介素6(IL-6)均为早期炎症反应的敏感指标。CRP是一种急性期反应蛋白, 当存在炎症疾病、组织坏死、恶性肿瘤等情况时, 其含量会快速升高, 病变消退后又会快速降低; CRP作为人体各种感染、炎症的敏感指标, 可反映全身炎症水平^[8-9]。IL-6能够刺激参

与炎症反应的细胞增殖、分化, 加快细胞急性期蛋白合成并促进其功能; IL-6敏感性较高, 其含量升高常提示机体出现感染、创伤等, 可作为早期诊断脓毒血症和判断愈后的指标^[10]。本研究结果显示: 治疗3、7 d后, 2组患者的CRP和IL-6水平均较术前明显降低($P < 0.01$), 且观察组对CRP和IL-6水平的降低作用均明显优于对照组($P < 0.01$)。表明基于护场理论运用如意金黄散外敷治疗肛周蜂窝织炎可促进术后患者炎症因子的下调, 明显减轻机体的炎症反应。另外, 本研究从切口面积、红肿硬结及疼痛的改变3个方面比较了2组患者治疗7 d后的临床疗效, 结果显示: 观察组患者的临床疗效明显优于对照组($P < 0.01$), 且观察组对各项症状积分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。表明基于护场理论运用如意金黄散外敷治疗肛周蜂窝织炎可明显改善患者术后切口周围的疼痛和红肿不适等症状, 加快切口愈合, 促进患者康复。

综上所述, 基于护场理论运用如意金黄散外敷治疗肛周蜂窝织炎可有效降低炎症因子水平, 促进局部炎症消散, 加快患者切口周围红肿硬结消散、疼痛消失和切口收口, 具有较好的临床疗效。此外, 该治法简便效廉, 通过医护人员的指导, 患者及家属可自行在家操作, 无须专门前往医院治疗, 较之其他术后较为复杂的治疗方法, 规避了患者往返医院途中的安全隐患, 值得临床应用推广。

参考文献:

- [1] 陈孝平, 汪建平, 赵继宗, 等. 外科学[M]. 9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 110.
- [2] 陈红风. 中医外科学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社,

- 2012; 11-85.
- [3] 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.
- [4] 洪美玲. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 50-59.
- [5] 汪彬哲, 郑宏良, 陈世彩, 等. 颈部蜂窝织炎及合并纵膈胸腔脓肿的保守治疗与外科处理[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 30(6): 468-470, 473.
- [6] 王爽, 李小兵, 樊军, 等. 负压封闭对口引流治疗糖尿病足合并蜂窝织炎的临床效果[J]. 中华烧伤杂志, 2018, 34(1): 47-50.
- [7] 于秀辰, 杨慧鑫, 陈圆圆. 箍围法与护场的关系探讨[J]. 现代中医临床, 2016, 23(3): 45-46, 49.
- [8] 宋丹, 何小俊, 余墨声. 可调节负压引流技术在皮下急性蜂窝织炎治疗中的临床应用[J]. 临床外科杂志, 2017, 25(9): 701-703.
- [9] 周洋. 中西医结合治疗四肢蜂窝织炎临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(7): 899-900.
- [10] 赵雪峰, 魏秀华. 脓毒血症患者血清IL-6以及IL-10的表达及对免疫功能的影响[J]. 中国实验诊断学, 2017, 21(2): 279-281.

【责任编辑: 陈建宏】

《广州中医药大学学报》投稿须知

《广州中医药大学学报》是由广州中医药大学主办, 面向国内外公开发行的综合性中医药学术类期刊。为配合刊物的规范化编排, 来稿必须符合以下要求:

(1) 来稿要求立意新颖、资料真实、数据准确、方法科学、统计合理、结论合乎逻辑, 文字使用规范, 全文段落分明、标点符号规范、图表清晰、参考文献出处明确, 缩略语第1次出现在正文时请注明中文全称。来稿请采用在线投稿, 投稿网址为 <http://xb.zyxy.com.cn>。

(2) 为保证稿件资料来源真实, 来稿应经作者工作单位审核, 并附单位科研办公室介绍信, 注明无抄袭、无重复发表、署名排序无争议、无一稿多投、不涉及保密、无与相关单位有版权争议等项。来稿在收到本刊收稿回执后3个月未接到稿件处理通知者, 可向编辑部查询。如欲改投他刊, 请先与本刊联系, 切勿一稿多投。来稿超过6个月未与作者联系, 可另投他刊。

(3) 依照《著作权法》有关规定, 本刊将按相关的规范和标准对来稿进行文字修改、删节, 凡有涉及原意的修改、补充或删节等则提请作者考虑, 并退回原稿请作者修改。作者应遵守《著作权法》, 避免侵犯他人知识产权, 引用他人的资料应以参考文献或注释等形式标明出处。作者修改后的稿件电子版应于30 d内返回编辑部, 逾期3个月不返回者, 视作自动撤稿。对决定录用的稿件, 本刊酌情收取论文版面费, 并用正式函件发出录用通知, 由作者签署《论文著作权转让协议》等, 同意在本刊发表, 保证论文内容真实, 文责自负。稿件刊出后酌致稿酬(为方便作者, 稿酬已于收取版面费时扣除), 稿酬包括各类文摘、数据库、光盘版等应付予作者的作品使用费, 并赠当期杂志2册。

·《广州中医药大学学报》编辑部·