

内镜联合早期肠内营养治疗急性重症胆源性胰腺炎31例

周文策, 张辉, 李汛, 李玉民, 张磊, 孟文勃, 朱晓亮

■背景资料

急性重症胆源性胰腺炎是临床上常见的危急重症, 发病凶险, 病死率高, 临床上治疗十分棘手, 缺乏有效、经济、安全、规范的治疗方案, 肠内营养在治疗急性胰腺炎中的价值已经达成共识, 内镜治疗是近年新的治疗此类疾病的有效方法, 创伤小, 恢复快, 不能耐受手术者亦可使用内镜治疗。

周文策, 张辉, 李汛, 李玉民, 张磊, 孟文勃, 朱晓亮, 兰州大学第一临床医学院 甘肃省兰州市 730000

作者贡献分布: 本课题由周文策和李玉民设计; 研究过程由周文策、张辉、张磊及孟文勃完成; 研究所用实验试剂、仪器、分析工具由周文策提供; 数据分析由李汛、孟文勃及朱晓亮完成; 论文写作由周文策、李汛、李玉民及张辉完成。

通讯作者: 周文策, 副教授, 730000, 甘肃省兰州市, 兰州大学第一医院. zhouwc129@163.com

电话: 0931-8625200-6919

收稿日期: 2009-03-26 修回日期: 2009-04-29

接受日期: 2009-05-05 在线出版日期: 2009-06-08

Combination of endoscopy and enteric nutrition in treatment of acute severe biliary pancreatitis: an analysis of 31 cases

Wen-Ce Zhou, Hui Zhang, Xun Li, Yu-Min Li, Lei Zhang, Wen-Bo Meng, Xiao-Liang Zhu

Wen-Ce Zhou, Hui Zhang, Xun Li, Yu-Min Li, Lei Zhang, Wen-Bo Meng, Xiao-Liang Zhu, the First Clinical Medicine College of Lanzhou University, Lanzhou 730000, Gansu Province, China

Correspondence to: Wen-Ce Zhou, the First Hospital of Lanzhou University, Lanzhou 730000, Gansu Province, China. zhouwc129@163.com

Received: 2009-03-26 Revised: 2009-04-29

Accepted: 2009-05-05 Published online: 2009-06-08

Abstract

AIM: To evaluate the therapeutic efficacy of endoscopy and enteric nutrition (EN) in acute severe biliary pancreatitis at early stage.

METHODS: The clinical data of patients, who were admitted in our department from January 2005 to July 2008, were collected and the diagnoses were acute severe biliary pancreatitis (ASBP). Those patients were randomly divided into two groups (E-group and R-group): E-group's treatment protocols were ERCP + EST + ERBD and Enteral Nutritional on early stage; R-group's treatment protocol was orthodox treatment and Total Parenteral Nutrition (TPN) + EN. We compared the dates of two groups in subjective symptoms, signs, chemical examinations, endotoxin of plasma, TNF- α , computed tomography grades, cost of hospitalization, length of hospital

stay. All of dates showed that E group had an advantage in comparison with R group.

RESULTS: All patients involved completed our therapy, and received the EN at early stage. Endoscopy and enteric nutrition significantly improved subjective symptoms, clinical signs, laboratory examinations, TNF- α , endotoxin, significantly reduced hospital fees, length of hospital stay.

CONCLUSION: Endoscopy and enteric nutrition at early stage is of effectiveness, safe and economic protocol in acute severe biliary pancreatitis.

Key Words: Endoscope; Enteral nutrition; Acute severe biliary pancreatitis; Combination therapy

Zhou WC, Zhang H, Li X, Li YM, Zhang L, Meng WB, Zhu XL. Combination of endoscopy and enteric nutrition in treatment of acute severe biliary pancreatitis: an analysis of 31 cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2009; 17(16): 1684-1688

摘要

目的: 观察内镜联合早期肠内营养治疗急性重症胆源性胰腺炎的临床效果。

方法: 对我院2005-2008年收治的急性重症胆源性胰腺炎患者31例行内镜ERCP+EST+ERBD, 同时放置肠内营养管行早期肠内营养, 并与36例常规治疗联合肠内外营养的患者进行比较。分别对患者术后主观症状、临床检查、化验检查、TNF- α 、血清内毒素含量、CT结果、患者总住院费用及住院时间的指标进行比较。

结果: 入选患者可顺利完成内镜治疗, 对早期肠内营养能较好的耐受。内镜联合早期肠内营养方案对患者主观症状的改善、临床指标的改善、实验室检查、TNF- α 、内毒素血症、CT结果、患者住院费用、住院时间方面整体优于传统治疗联合肠内外营养组。

结论: 内镜联合早期肠内营养治疗急性重症胆源性胰腺炎是安全、有效、经济的治疗方案。

■同行评议者

金瑞, 教授, 首都医科大学附属北京佑安医院消化科

关键词: 内镜; 肠内营养; 重症胆源性胰腺炎; 联合治疗

周文策, 张辉, 李汛, 李玉民, 张磊, 孟文勃, 朱晓亮. 内镜联合早期肠内营养治疗急性重症胆源性胰腺炎31例. 世界华人消化杂志 2009; 17(16): 1684-1688
<http://www.wjgnet.com/1009-3079/17/1684.asp>

0 引言

急性重症胰腺炎(severe acute pancreatitis, SAP)是临床常见病多发病, 病死率高、治疗花费巨大、住院时间长. 在国内近60%的SAP患者均由胆系疾病所致. 内镜下治疗对胆源性胰腺炎具有重要的临床价值; 重症胰腺炎处于高分解代谢状态, 极易发生营养不良或内环境严重紊乱^[1]. 因而急性重症胆源性胰腺炎(acute severe biliary pancreatitis, ASBP)的治疗一直是临床上研究的热点问题. 肠内营养(enteral nutritinal, EN)具有并发症少、安全性高、提高机体免疫功能的作用^[2]. 我院2005-01/2008-07对ASBP患者31例行内镜下逆行胰胆管造影(endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP)+内镜乳头括约肌切开术(endoscopic sphincterotomy, EST)+内镜胆管塑料支架引流术(endoscopic retrograde biliary drainage, ERBD)联合EN, 观察该方案在患者主观症状、临床指征、实验室检查、CT评分、患者住院费用、住院时间方面的疗效, 并与传统治疗联合肠内外营养组及内镜治疗联合早期EN组比较, 结果如下.

1 材料和方法

1.1 材料 选择我院2005-01/2008-07收治的ASBP患者67例, 男29例, 女38例, 平均年龄 47.5 ± 12.9 岁. ASBP诊断标准依据中华医学会外科学会胰腺学组2007年制订的方案^[3], 所有患者APACHE II积分8-21(平均11.5)分; CT检查发现有胰腺坏死, BalthazarCT分级均属II级.

1.2 方法

1.2.1 分组: 按照患者是否愿意接受内镜治疗分组为: 内镜联合EN组31例, 男12例, 女19例, 平均年龄 52.7 ± 15.4 岁; 常规治疗联合肠内外营养组36例, 男16例, 女20例, 平均年龄 58.3 ± 13.3 岁.

1.2.2 治疗: 所有患者入院后均按胰腺炎传统治疗(抗生素、生长抑素、补液、抑酸、胃肠减压、腹腔穿刺引流术等). E组: 治疗方案为ERCP+EST+ERBD联合早期EN, 即在发病72 h以内行早期内镜干预, 同时内镜下放置鼻肠营

养管, 开始EN, 先从水疗法开始, 逐渐过渡至EN乳剂, 热量按 $167 \text{ kJ}/(\text{d} \cdot \text{kg})$; R组: 传统治疗+肠内外营养; 以全胃肠外营养(total parenteral nutrition, TPN)治疗逐渐过渡至肠内营养, 先从水疗法开始, 逐渐过渡至肠内营养乳剂, 热量按 $167 \text{ kJ}/(\text{d} \cdot \text{kg})$.

1.2.3 指标检测: 2组患者分别于入院时、第6、12、20天观察以下指标: (1)主观症状(腹痛、腹胀、腹泻、后背部胀痛、发热、恶心、呕吐); (2)指征(上腹部压痛、反跳痛、生命指征、血氧饱和度); (3)化验检查(血尿淀粉酶、血清胆红素、白细胞、血小板、血清钙离子); (4)CT检查结果(住院期间复查CT至少3次); (5)各个时点血清中炎症因子TNF- α 、IL-10, 内毒素含量的测定、 $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 细胞比值; (6)并发症(胰腺周围脓肿、胰腺周围假性囊肿、腹腔内出血、消化系出血、消化系瘘、一个或多个器官功能衰竭); (7)住院时间和费用. 取患者静脉血5 mL, 离心后取血清置于 -70°C 保存待检. 日立全自动生化分析仪测定血淀粉酶、尿淀粉酶、TBIL、WBC、PLT、钙; 内毒素检测采用鲎试验基质偶氮显色法, 试剂购自上海医药化学研究所. 细胞因子(TNF- α 、IL-10)的检测采用ELISA法, 试剂购自美国Sigma公司. 所有操作均按试剂盒说明书进行. $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 测定采用流式细胞仪检测.

统计学处理 采用SPSS13.0统计软件进行统计分析, 数据按照 $\text{mean} \pm \text{SD}$ 表示, 两样本间的比较用 t 检验.

2 结果

2.1 入院时两组临床症状比较 所有患者入院时均有不同程度的腹痛、腹胀、后背部胀痛、恶心、呕吐; E组70.97%患者体温升高(22/31); R组72.22%患者体温升高(26/36); 两组所有患者均有不同程度的上腹部压痛、反跳痛、肠鸣音减弱, E组22.6%患者生命指证出现异常(7/31); R组27.8%患者存在生命指证异常(10/36); 组间比较无显著的统计学意义.

2.2 实验室检查 血清中常规指标结果: 数据表明治疗组血尿淀粉酶在实验组中明显低于常规治疗组, 治疗后第6天开始明显下降, 实验组下降较常规治疗组下降显著; 胆红素在第12天开始明显下降, 实验组下降幅度较常规治疗组明显; 实验组治疗20 d后血尿淀粉酶、胆红素、白细胞、血小板等数据较常规治疗组明显好转($P < 0.01$, 表1).

■ 研发前沿

急性重症胆源性胰腺炎的治疗目前在临床上缺乏有效、经济、安全的治疗方案, 部分学者倾向于保守治疗, 部分学者倾向于外科手术干预, 处于争论阶段.

■ 相关报道

Kalfarentzos *et al* 认为: SAP患者的肠道被长期旷置, 黏膜免疫屏障功能即可能被削弱, 进而诱发肠道细菌和毒素移位, 导致全身感染和脓毒血症. 接受EN的急性胰腺炎患者, 在败血症、MODS和重症监护时间方面均有普遍改善, CT评分、APACHE II评分明显下降, 血浆内毒素水平亦明显下降.

■创新盘点

本研究首次将内镜联合早期肠内治疗方案作为治疗急性重症胆源性胰腺炎的基本治疗方案。连续4年的治疗经验及数据表明内镜联合早期肠内营养是治疗急性重症胆源性胰腺炎目前最有效、最经济、安全的治疗方案,值得临床上推广。

表 1 血清中常规指标检查结果 (mean ± SD)

		血清AMY(U/L)	尿AMY(U/L)	TBIL(μmol/L)	WBC(×10 ⁹)	PLT(×10 ⁹)	钙(mmol/L)
入院时	E组	4362 ± 2043	5766 ± 3379	80.3 ± 40.1	13.5 ± 6.8	145 ± 80.1	1.07 ± 0.66
	R组	3998 ± 1344	5124 ± 2765	110.5 ± 59.0	14.7 ± 8.6	177 ± 98.1	1.24 ± 0.47
第6天	E组	2790 ± 1155	2473 ± 1795	55.1 ± 31.1	12.7 ± 7.1	170 ± 100.1	1.22 ± 0.73
	R组	4362 ± 2043 ^a	5766 ± 3379 ^a	77.5 ± 40.7	15.2 ± 8.4	151 ± 24.1	1.04 ± 0.44
	t值	5.48	7.05				
第12天	E组	1885 ± 952	2107 ± 1379	53.7 ± 55.6	13.7 ± 7.9	150 ± 77.4	1.57 ± 0.88
	R组	3867 ± 2321 ^a	4766 ± 2379	80.9 ± 34.5 ^a	14.7 ± 6.5	122 ± 40.1	1.20 ± 0.51 ^a
	t值	6.47	7.92	4.66			2.98
第20天	E组	762 ± 252	810 ± 369	46.5 ± 21.7	8.5 ± 3.7	178 ± 70.1	1.87 ± 0.78
	R组	1386 ± 263 ^a	3399 ± 582 ^a	69.7 ± 22.9 ^a	18.5 ± 8.2 ^a	104 ± 60.1	1.61 ± 0.41
	t值	14.02	30.75	6.02	9.17		

^aP<0.05 vs E组。

2.3 CT检查 入院后查CT提示胰腺周围明显渗出,胰腺体积增大,胰腺周围脂肪囊液增多,存在胰腺坏死,E组67.7%的患者(21/31)在行早期内镜治疗后同一时点在第2次复查CT时胰腺周围渗出较R组明显减少,能显著影响胆源性重症胰腺炎的病程进展,48.3%的患者(15/31)减轻效果在第3次复查CT时更为明显。

2.4 并发症 E组有2、1、1名患者分别发生呼吸衰竭、急性肾功能衰竭和胰腺周围脓肿形成,发生率为12.9%;R组有6名患者分别发生呼吸衰竭转ICU治疗,急性肾功能衰竭4例,其中1例死亡。不良事件的发生率30.6%,显著高于E组。

2.5 住院时间和费用 E组平均住院花费(人民币)为(5±1.76)万元;R组平均住院花费为(8±4.12)万元;E组平均住院时间为21±6 d;R组平均住院时间34±10 d;在ICU住院时间为:E组3±2.2 d,R组6±3.5 d。住院时间及住院费用E组显著好于R组。

2.6 血清中内毒素、IL-10/TNF-α, CD4⁺/CD8⁺细胞数 内镜治疗+早期EN治疗ASBP是安全有效的,在减轻内毒素血症方面有重要意义,以治疗后第6天比较明显,同时能够较传统治疗+肠内营养组显著降低TNF-α/IL-10的比值,以治疗后第12天较为明显。但对于免疫功能的影响不显著(图1,表2)。

3 讨论

ASBP早期及时内镜下治疗行胆道减压,手术时间短,对患者机体内环境影响较小。内镜治疗ASBP,ERCP治疗组的并发症发生率、住院天数及住院费用均明显低于非ERCP治疗组

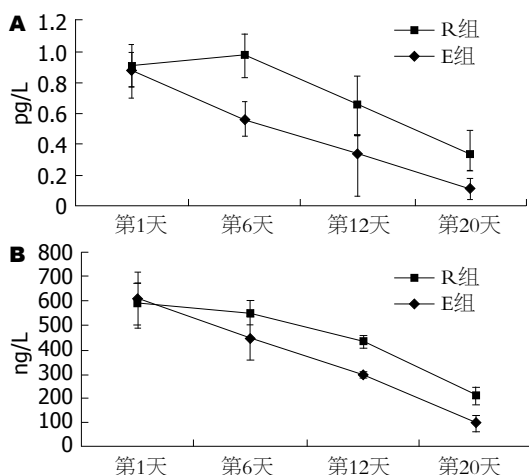
(P<0.05),而2组轻症之间的上述指标差异无显著意义^[4-5]。内镜下治疗避免了手术导致的并发症,降低了手术风险^[6]。另有研究表明,对非胆源性SAP给予ENBD,也获得比单纯药物治疗更好的疗效。分析其原因,与直接降低胰管内高压有关,这些患者虽部分有胰管梗阻性病变,但绝大多数患者十二指肠乳头有明显充血水肿及开口不畅^[7-8]。虽然在炎症消退后能够重新恢复通畅,但所需时间显然比EST+ENBD长,理论有必要内镜干预。

肠道不仅是消化吸收器官,其黏膜组织还是十分重要的免疫学屏障,直接的经肠道营养对于维护黏膜免疫屏障的完整性和功能具有重要的意义^[17-19]。如果SAP患者的肠道被长旷置,黏膜免疫屏障功能即可能被削弱,进而诱发肠道细菌和毒素移位,导致全身感染和脓毒血症。接受EN的急性胰腺炎患者,在败血症、多器官功能衰竭综合征(multiorgan dysfunction syndrome, MODS)和重症监护时间方面均有普遍改善,CT评分、APACHE II评分明显下降,血浆内毒素水平亦明显下降^[21-22]。EN可刺激细胞内溶酶体向细胞表面移动,减少细胞胰酶的释放,减轻炎症反应,对SAP有直接治疗作用^[23]。临床研究证实,SAP患者入院后48 h内进行EN,安全和有效。虽然多数患者在开始肠内营养早期出现不同程度的腹胀,部分患者还出现腹泻、呕吐并伴有腹部隐痛,但经对症处理均可控制,随着支持时间的延长和营养素的调整,症状均逐渐消失。EN相对低廉的费用和较短的住院时间也具有明显优势。

ASBP的临床治疗,内镜治疗联合早期EN具

表 2 血清中内毒素、IL-10、TNF- α 及CD4⁺/CD8⁺细胞数检测结果 (mean \pm SD)

		入院时	第6天	第12天	第20天
内毒素 (ng/L)	E组	0.87 \pm 0.17	0.56 \pm 0.11	0.34 \pm 0.28	0.11 \pm 0.07
	R组	0.90 \pm 0.20	0.97 \pm 0.14 ^a	0.65 \pm 0.19 ^a	0.33 \pm 0.16 ^a
	t值	0.9375	18.64	7.56	10.48
CD细胞 (CD4 ⁺ /CD8 ⁺)	E组	1.35 \pm 0.09	1.51 \pm 0.05	1.66 \pm 0.07	1.98 \pm 0.08 ^a
	R组	1.44 \pm 0.07	1.41 \pm 0.06	1.61 \pm 0.05	1.69 \pm 0.08 ^a
	t值	6.47	10.52	4.54	21.01
TNF- α (ng/L)	E组	604 \pm 112	443 \pm 89	297 \pm 13.3	97 \pm 32
	R组	589 \pm 87	550 \pm 49	432 \pm 25.0	210 \pm 37
	t值	0.86	8.62	39.02	18.89
IL-10	E组	161.6 \pm 24.7	180.4 \pm 35.5	124 \pm 27.3	144 \pm 40
	R组	155.1 \pm 31.1	143.2 \pm 56.3	127 \pm 42.1 ^a	116.3 \pm 18 ^a
	t值	1.42	4.57	0.48	5.16

^aP<0.05 vs E组.图 1 入院后E组血清内TNF- α 和内毒素的变化规律. A: 内毒素; B: TNF- α .

有良好的应用前景. 早期的内镜治疗不仅可以明显减轻胆道的压力, 解除胆道梗阻, 通畅引流, 并且具有创伤小, 费用低, 手术时间短, 患者恢复快等优点^[24]. 联合早期EN治疗, 减轻内毒素血症, 减少细菌移位, 保护肠黏膜屏障, 降低腹腔内并发症的发生具有十分重要的意义. 在放置ENBD/ERBD的同时可留置导丝, 在导丝引导下放置鼻肠营养管, 既经济又快速, 位置确切可靠. 本研究中接受E组治疗患者多能很好耐受静脉复合麻醉下内镜治疗, 尽管部分患者在EN开始时有腹胀、腹痛等不适, 但主观感觉、指征、血清淀粉酶、内毒素水平、TNF- α 水平均显著优于R组, 表明早期内镜治疗联合早期EN可减轻肠源性内毒素血症, 明显改善患者症状指征, 明显降低患者住院费用及住院时间, 是目前治疗急性重症胆

源性胰腺炎有效、经济的治疗方案.

4 参考文献

- 1 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学. 第6版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 120-122
- 2 Imrie CW, Carter CR, McKay CJ. Enteral and parenteral nutrition in acute pancreatitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002; 16: 391-397
- 3 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治指南. *中华外科杂志* 2007; 45: 727-729
- 4 Neuhaus H. Therapeutic pancreatic endoscopy. *Endoscopy* 2004; 36: 8-16
- 5 周鸣清, 李能平, 陆仁达. 急性胆源性胰腺炎的十二指肠镜治疗. *中华普通外科杂志* 2000; 15:
- 6 缪林, 范志宁, 季国忠, 文卫, 刘政, 黄光明, 蒋国斌, 吴萍. 急性胆源性胰腺炎早期内镜治疗52例. *世界华人消化杂志* 2004; 12: 2006-2008
- 7 王自法, 潘承恩, 刘绍浩. 重症急性胰腺炎发病机理研究进展. *中华普通外科杂志* 1999; 14: 144-146
- 8 胡兵, 陈平, 唐承薇. 内镜联合药物治疗急性重症胰腺炎153例临床分析. *中国实用内科杂志* 2007; 27: 441-443
- 9 Nitsche R, Folsch UR. Role of ERCP and endoscopic sphincterotomy in acute pancreatitis. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 1999; 13: 331-343
- 10 González-Huezo MS, Jeréz-González L, Bobadilla-Díaz J, Robles-Díaz G, Uscanga L. [Endoscopic cholangiography in mild acute biliary pancreatitis: when and for whom?] *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67: 87-92
- 11 Hagenmüller F, Keuchel M. [Acute pancreatitis. Early elective endoscopic intervention] *Chirurg* 2000; 71: 265-268
- 12 覃华, 程继华, 侯伟, 李荣香, 赵秋, 刘南植. 经内镜治疗急性胆源性胰腺炎临床疗效/费用分析. *世界华人消化杂志* 2005; 13: 2517-2519
- 13 Acosta JM, Rossi R, Galli OM, Pellegrini CA, Skinner DB. Early surgery for acute gallstone pancreatitis: evaluation of a systematic approach. *Surgery* 1978; 83: 367-370
- 14 张圣道, 韩天权, 汤耀卿. 重症急性胰腺炎临床新技术. 北京: 人民军医出版社, 2002: 68-69
- 15 施伟斌, 王雪峰, 张文杰, 董平. 经内镜治疗急性胆

■应用要点

本文证明内镜联合早期肠内营养治疗重症胆源性胰腺炎是安全、有效的, 即使在发病72 h内进行治疗也是可行的, 但应充分认识到胰腺炎治疗的个体化差异, 循序渐进的治疗最为合理.

■同行评价

本文设计严谨, 结果客观, 讨论充分, 对临床医师有很高的指导价值。

- 源性胰腺炎80例临床报告. 中国内镜杂志 2006; 12: 692-694
- 16 周文策, 李玉民, 李汛, 曹农, 朱有全, 孟文勃, 张磊, 陈昊. 内镜治疗急性胆源性胰腺炎的临床价值. 腹部外科 2005; 18: 209-210
- 17 Bengmark S. Gut microenvironment and immune function. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 1999; 2: 83-85
- 18 Brandtzaeg P, Halstensen TS, Kett K, Krajci P, Kvale D, Rognum TO, Scott H, Sollid LM. Immunobiology and immunopathology of human gut mucosa: humoral immunity and intraepithelial lymphocytes. *Gastroenterology* 1989; 97: 1562-1584
- 19 McClave SA, Greene LM, Snider HL, Makk LJ, Cheadle WG, Owens NA, Dukes LG, Goldsmith LJ. Comparison of the safety of early enteral vs parenteral nutrition in mild acute pancreatitis. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1997; 21: 14-20
- 20 Meier RF, Beglinger C. Nutrition in pancreatic diseases. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006; 20: 507-529
- 21 Abou-Assi S, Craig K, O'Keefe SJ. Hypocaloric jejunal feeding is better than total parenteral nutrition in acute pancreatitis: results of a randomized comparative study. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2255-2262
- 22 Kalfarentzos F, Kehagias J, Mead N, Kokkinis K, Gogos CA. Enteral nutrition is superior to parenteral nutrition in severe acute pancreatitis: results of a randomized prospective trial. *Br J Surg* 1997; 84: 1665-1669
- 23 McClave SA, Snider H, Owens N, Sexton LK. Clinical nutrition in pancreatitis. *Dig Dis Sci* 1997; 42: 2035-2044
- 24 周文策, 李玉民, 李汛, 孟文勃, 张磊, 陈昊. 十二指肠镜、腹腔镜和胆道镜联合治疗胆道结石. 中国内镜杂志 2006; 12: 570-571

编辑 李军亮 电编 吴鹏朕

ISSN 1009-3079 CN 14-1260/R 2009年版权归世界华人消化杂志

• 消息 •

2009年广东省中西医结合、中医脾胃消化病学术会议暨 国家级继续教育项目消化病进展研讨班征文通知

本刊讯 由广东省中西医结合学会脾胃消化病专业委员会, 广东省中医药学会消化病专业委员会主办的2009年脾胃消化病学术会议暨国家级继续教育项目消化病进展研讨班将于2009-09-25/27在广东省广州市召开, 现将会议征文有关事项通知如下:

1 征稿内容

中西医结合、中医治疗消化系统疾病的基础理论研究、临床经验总结、诊治的新进展, 名老中医、西医和中西医结合专家个人诊治特色总结。

2 征稿要求

论文资料务必真实可靠, 书写规范, 简明扼要, 每篇以3000字以内为宜, 并附800字左右的摘要1份; 来稿请用电脑打印, 用word软件编入, 并附软盘, 或发送电子邮件, 文稿中请注明作者姓名、单位、通讯地址、邮政编码及联系电话. 截稿日期: 2009-07-30

3 交流方式

专题报告、论文宣读与讨论答疑相结合. 入选论文并参会者给予记 I 类学分6分, 另外将择优编入《现代消化及介入诊疗》杂志. 参加继续教育研讨班者另给予国家级一类学分12分。

4 投稿地址

(1)E-mail: zhangwdcn@163.com; (2)全文、摘要并附软盘寄至广东省广州市广州大道北1838号南方医院消化编辑部罗永华同志(邮编: 510105); 并注明脾胃消化病学术会议投稿. 无论文者也欢迎参会或报名参加研讨班。

5 联系方式

姚永莉, 510105, 广东省广州市广州大道北1838号, 南方医院消化内科, 电话: 13189096556