

腕踝针疗法对关节镜下肩袖修补术后肩关节功能恢复的影响

邢月蒙¹, 王亚楠¹, 段怡帆², 王珍妮¹, 蔡冰星¹, 邓宝贵³

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 深圳平乐骨伤科医院护理部, 广东深圳 518010;
3. 广州中医药大学第一附属医院运动医学科, 广东广州 510405)

摘要:【目的】探讨腕踝针疗法对关节镜下肩袖修补术后肩关节功能恢复的影响。【方法】将76例关节镜下肩袖修补术后返院康复的患者随机分为对照组和观察组, 每组各38例, 对照组给予常规康复治疗, 观察组在对照组治疗的基础上, 给予腕踝针治疗。治疗1周为1个疗程。治疗1个疗程后, 观察2组患者治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分的变化情况, 以及肩关节活动度(ROM)的情况。比较2组患者治疗前后肩关节功能活动评分(UCLA)的变化情况, 并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)研究过程中, 观察组失访3例, 对照组失访1例。最终观察组35例、对照组37例纳入疗效统计。(2)治疗后, 2组患者的VAS、UCLA评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善VAS、UCLA评分方面明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的肩关节活动度均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善肩关节活动度方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)2组患者治疗期间均未出现明显不良反应, 2组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。【结论】腕踝针疗法能够明显地缓解关节镜下肩袖修补术后患者康复期的疼痛症状, 有助于肩关节功能的恢复, 改善关节的活动度, 临床疗效显著。

关键词: 腕踝针疗法; 肩袖损伤修补术; 康复期; 疼痛; 肩关节功能; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2023)07-1723-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbcm.2023.07.022

Effect of Wrist-Ankle Acupuncture on Functional Recovery of the Shoulder Joint After Arthroscopic Rotator Cuff Repair

XING Yue-Meng¹, WANG Ya-Nan¹, DUAN Yi-Fan², WANG Zhen-Ni¹,
CAI Bing-Xing¹, DENG Bao-Gui³

(1. The First Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China; 2. Dept. of Nursing, Shenzhen Pingle Orthopedics and Traumatology Hospital, Shenzhen 518010 Guangdong, China; 3. Dept. of Sports Medicine, The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To investigate the effect of wrist-ankle acupuncture on functional recovery of the shoulder joint after arthroscopic rotator cuff repair. **Methods** The 76 patients who returned to hospital for rehabilitation after arthroscopic rotator cuff repair were randomly divided into a control group and an observation group, with 38 patients in each group. The control group was given conventional rehabilitation treatment, while the observation group was given wrist-ankle acupuncture treatment on the basis of the treatment in the control group. The control group was given conventional rehabilitation treatment, while the observation group was given wrist-ankle acupuncture treatment on top of the control group. After one course of treatment, the change in Visual Analogue Scale(VAS) score and shoulder range of motion (ROM) were observed before and after treatment. The changes in University of California at Los Angeles shoulder rating scale(UCLA) were compared before and after treatment in the two groups. The safety of the two groups and the occurrence of adverse effects were also evaluated. **Results** (1) During the study, 3 cases were lost in the observation group and 1 case was lost in the control group. Finally, 35 cases in the observation group and 37 cases in the control group were included in the efficacy statistics. (2) After

收稿日期: 2023-01-21

作者简介: 邢月蒙(1998-), 女, 硕士研究生; E-mail: SimoneX98@163.com

通信作者: 段怡帆(1994-), 女, 护师; E-mail: 353000429@qq.com

基金项目: 广东省基础与应用基础研究基金资助项目(编号: 2021A1515110647)

treatment, the VAS and UCLA scores of patients in both groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the VAS and UCLA scores, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the shoulder joint mobility of both groups was significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the shoulder joint mobility, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (4) No significant adverse reactions occurred during the treatment period in the two groups, and the difference in the incidence of adverse reactions between the two groups was not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion** Wrist-ankle acupuncture therapy can significantly relieve the pain symptoms of patients in the rehabilitation period after arthroscopic rotator cuff repair, help restore the function of the shoulder joint and improve the mobility of the joint, with remarkable clinical efficacy.

Keywords: wrist-ankle acupuncture; arthroscopic rotator cuff repair; rehabilitation; pain; shoulder joint function; clinical observation

肩袖损伤归属于中医学“筋伤”“肩痹”“痹证”“肩凝”等范畴^[1]。本病最早见于《黄帝内经》，病机主要是肩部经络阻滞不通或筋肉失于濡养，被认为与人体营卫腠理疏松、气血瘀滞有关^[2-3]。目前，肩袖损伤已成为临床常见骨科疾病之一，临床表现为疼痛和功能障碍，首选治疗方式为关节镜下肩袖修补术^[4]。既往的研究报道中多重视围手术期的治疗，往往忽视了肩袖修补术制动后的康复训练^[5]，而合理的康复训练是临床疗效和肩关节功能恢复的主要决定因素之一，因此，早期适当的康复治疗显得尤为重要。在康复过程中，疼痛症状严重地影响着患者术后功能恢复的治疗效果^[3,6]。腕踝针是一种特殊的针刺疗法，针刺点位于腕踝附近，接近于传统经络学中十二经脉的“根、本”部，行针时通过激发气血实现缓解疼痛、治疗病症的临床效果，在骨科围手术期的治疗中应用颇广^[7]。本研究采用腕踝针疗法治疗关节镜下肩袖修补术后患者，取得显著疗效，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2021年5月至2022年5月广州中医药大学第一附属医院运动医学科招募肩袖损伤术后4~6周返院康复的住院患者76例作为研究对象。按照随机数字表法将患者随机分为对照组和观察组，每组各38例。本研究已通过广州中医药大学第一附属医院伦理委员会审核批准，伦理批件号：JY

【2021】187。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照中华医学会《临床诊疗指南骨科分册》^[8]中有关肩袖损伤的诊断标准拟定。临床表现：患者肩部运动受限，外展为主；伴有肩关节外上方疼痛，疼痛程度与肩关节活动有关，夜间症状加重是常见的临床征兆。体格检查：一般伴有肩关节局部压痛，外展及上举功能障碍。肩峰下凹征、臂坠落试验阳性，撞击试验及疼痛弧试验可为阳性。辅助检查：MRI显示早期肩袖组织的不完整性。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医筋伤学》^[9]有关肩袖损伤气滞血瘀型的诊断标准拟定。症见术后肩部肿胀，或有皮下瘀血，刺痛不移，夜间痛剧，关节活动受限，舌暗或瘀斑，脉弦或沉涩。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准；②年龄在18岁~80岁之间；③在广州中医药大学第一附属医院运动医学科行关节镜下肩袖修补术后4~6周返院康复的住院患者；④存在明显的术后疼痛症状，视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分在4~8分；⑤意识清楚，生命体征正常；⑥腕关节及其周围无皮肤破损及其他皮肤相关疾病；⑦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合并恶性肿瘤或其他器官系统严重疾病的

患者;②既往有肩关节疾病、畸形或做过其他肩关节手术的患者;③患有严重皮肤病或手腕部有皮肤破损的患者;④妊娠或者哺乳期妇女;⑤患有高热、免疫缺陷疾病(如艾滋病等),或心、脑血管严重疾病,或癌症、自身免疫性疾病等其他严重疾病的患者;⑥既往有晕针史的患者;⑦无明显疼痛或正在使用除常规镇痛类药物之外的其他治疗方式治疗的患者;⑧同时参加其他临床试验的患者。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者;②出现断针,或不良反应者(如晕针、皮下出血等);③不能配合或主动退出治疗者;④病情发生严重变化,不适宜继续参与研究者;⑤研究资料不齐全而影响疗效判定者;⑥未按研究方案要求治疗者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

给予常规康复治疗。治疗方法参照2019年美国骨科医师协会(AAOS)《肩袖损伤临床实践指南(2019年)》^[10],包括调控血压、血糖、血脂等。康复治疗以早期制动,被动活动,疼痛管理,系统地训练恢复肩关节活动范围,预防肌肉萎缩与关节僵硬为主要原则^[11]。每天治疗1次,连续治疗1周。

1.6.2 观察组

在对照组常规康复治疗的基础上,给予腕踝针治疗。具体操作方法如下:取穴参照《实用腕踝针疗法》^[12],根据病症选取对应患侧的上4、上5、上6作为针刺点。上4位于手腕背面,拇指侧的桡骨缘上,即手阳明经循行路线上;上5位于腕面的中央近外关穴,在手少阳经循行路线上;而上6位于小指侧尺骨缘背,在手太阳经循行路线上。操作:嘱患者取舒适且便于医者操作的卧位或坐卧位。根据痛点对应经脉从上4、上5、上6中选取针刺点;施针时间为临床常规治疗等操作完成后(约上午10:30前后);采用东邦牌一次性无菌针灸针(苏州东邦医疗器械有限公司生产,规格:0.30 mm×25 mm,产品编号:苏械注准20192200828)。于穴位局部皮肤常规消毒后,以与皮肤呈15°~30°角度的位置针尖朝上刺入皮下后,水平于皮肤推进,使其处在皮肤的下浅表层位置,以感受到松软的感觉为最佳,除进针时轻微刺痛外,患者针下无任何不适感觉,刺入皮肤

深度1.0寸为最佳;留针30 min;每天治疗1次,连续治疗5 d,休息2 d为1个疗程,共治疗1个疗程。腕踝针疗法为皮下浅刺的特殊疗法,治疗过程中操作者无需进行补泻捻转等手法,患者无得气感。

1.7 观察指标

1.7.1 疼痛程度评估

分别于治疗前后观察2组患者视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分的变化情况。采用一条长约10 cm的游动标尺,一面标有10个刻度,两端分别为“0”分端和“10”分端,0分表示无痛,10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。中间部分表示不同程度的疼痛。让患者根据自我感觉在横线上划一记号,表示疼痛的程度^[13]。

1.7.2 肩关节活动度评估

分别于治疗前后观察2组患者肩关节活动度(range of motion, ROM)的变化情况。由参与手术的医师团队测量,包括前屈、后伸、外展、内收及体侧外旋。肩关节活动度统一应用科室固定肩肘专用量角器测量。测量时患者维持中立位,固定肩胛骨,以避免代偿活动引起数据误差,每一方向角度分别测量3次,取平均值^[14-15]。

1.7.3 肩关节功能评估

采用美国加州大学肩关节功能活动评分表(University of California at Los Angeles shoulder rating scale, UCLA)进行评定。分别于治疗前后观察2组患者UCLA评分的变化情况。该量表总分为2~35分,得分与肩关节功能成正比,得分越高,代表肩关节功能越好^[16]。

1.8 安全性评价

观察2组患者治疗期间不良反应的发生情况,并给予及时处理。

1.9 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验。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

表1结果显示:2组患者的性别、年龄、术后时长和手术部位等一般情况比较,差异均无统计

表1 2组关节镜下肩袖修补术后患者基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline data between the two groups of patients with post-operative arthroscopic rotator cuff repair

组别	例数/例	性别/例		年龄/岁			术日间隔时间/周			手术部位/例	
		男	女	最小	最大	平均年龄	最短	最长	平均时间	左侧	右侧
对照组	38	10	28	37	76	58.24 ± 9.652	4	6	5.76 ± 0.490	12	26
观察组	38	15	23	22	71	54.24 ± 11.497	4	6	5.87 ± 0.414	15	23

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组患者失访情况比较

研究过程中,观察组失访3例,对照组失访1例。最终观察组35例、对照组37例纳入疗效统计。

2.3 2组患者治疗前后VAS、UCLA评分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者VAS、UCLA评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的VAS、UCLA评分均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善VAS、UCLA评分方面明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者治疗前后肩关节活动度比较

表3结果显示:治疗前,2组患者肩关节活动度包括前屈、后伸、内收、外展、体侧外旋比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,

表2 2组关节镜下肩袖修补术后患者治疗前后VAS、UCLA评分比较

Table 2 Comparison of VAS and UCLA scores between the two groups of patients with post-operative arthroscopic rotator cuff repair before and after treatment

组别	时间	例数/例	VAS评分	UCLA评分
对照组	治疗前	37	5.32 ± 1.08	14.11 ± 4.90
	治疗后	37	1.95 ± 0.82 ^①	26.76 ± 2.53 ^①
观察组	治疗前	35	5.51 ± 1.12	12.71 ± 4.52
	治疗后	35	1.23 ± 0.69 ^{①②}	30.00 ± 2.51 ^{①②}

注:① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2组患者的肩关节活动度均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善肩关节活动度方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组关节镜下肩袖修补术后患者治疗前后肩关节活动度比较

Table 3 Comparison of shoulder joint motion between the two groups of patients with post-operative arthroscopic rotator cuff repair before and after treatment

组别	时间	例数/例	ROM活动度				
			前屈	后伸	内收	外展	体侧外旋
对照组	治疗前	37	113.92 ± 14.87	17.84 ± 6.62	37.43 ± 9.83	76.62 ± 8.98	17.03 ± 6.61
	治疗后	37	142.03 ± 16.14 ^①	40.68 ± 5.79 ^①	48.92 ± 2.92 ^①	105.27 ± 11.30 ^①	42.30 ± 6.83 ^①
观察组	治疗前	35	110.86 ± 15.22	18.00 ± 6.34	36.00 ± 9.46	76.00 ± 8.81	15.86 ± 6.47
	治疗后	35	153.86 ± 11.38 ^{①②}	50.71 ± 5.96 ^{①②}	50.00 ± 0.00 ^{①②}	120.86 ± 10.04 ^{①②}	51.00 ± 5.53 ^{①②}

注:① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2.5 2组患者的不良反应情况比较

表4结果显示,2组患者治疗期间均未出现明显不良反应,2组患者的不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

关节镜下肩袖修补术相对于传统开放性手术,具有创口小、效果好、并发症少等优点,已

表4 2组患者的不良反应发生率比较

Table 4 The incidence of adverse reactions between the two groups of patients with post-operative arthroscopic rotator cuff repair

组别	例数/例	晕针	断针	皮下出血
对照组	37	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
观察组	35	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)

成为肩袖损伤患者临床诊断和治疗的“金标准”,为患者提供了一种更为有效、安全的治疗方案^[4]。为了避免术后粘连、僵硬的发生,影响到肩关节活动度的恢复,术后合理的康复治疗是患者预后和肩关节功能恢复最终的决定性因素之一。但由于术后康复时间较长,因此,系统的康复训练显得尤为重要,多数患者在康复治疗期间均会有明显的疼痛症状。难以忍受的疼痛严重影响了患者对康复训练的坚持和肩关节功能的恢复^[17-18]。因此,安全、有效的疼痛管理措施可通过减轻关节镜下肩袖术修补术后疼痛进而降低关节僵硬、粘连、肌肉萎缩等临床问题发生的几率。

目前,临床试验和研究报告中均已证实,针刺镇痛在围手术期的临床治疗效果。腕踝针疗法最初是由第二军医大学张心曙教授在电刺激疗法的基础上结合传统针刺理论创立而来^[19]。针刺部位局限于上肢的腕部与下肢的踝部,其以“横隔”为界的十二分区与十二皮部的分布极为相似,同时接近于十二经脉。腕踝针主要依照上病取上、下病取下、左病取左、右病取右的原则,根据病症部位所在分区确定针刺点进行针刺。中医认为,肩袖损伤病变部位在肩部筋肉,与手三阳经(即手阳明经、手太阳经、手少阳经)关系密切,恰好对应腕踝针针刺点的上4区、上5区、上6区。此外,关节镜下肩袖损伤术后多以肩关节局部疼痛、肿胀、僵硬为主要临床表现,基本病机是肩部筋肉失于濡养或其经络阻滞不通,而腕踝针通过激发卫气、促进经络气血循行,达到“通则不痛”的镇痛效果^[20]。因此,本研究根据肩袖损伤的临床特点,选择疾病对应针刺点进行治疗,可促进气血的运行流通,实现缓解疼痛促进肩关节功能快速恢复的临床目的。

本研究结果显示,治疗后,2组患者的VAS、UCLA评分均明显改善($P<0.05$),且观察组在改善VAS、UCLA评分方面明显优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结果表明,在肩袖损伤术后康复期进行腕踝针治疗,可以起到祛邪而不伤正、通经活络镇痛,从而达到降低患者康复期疼痛的治疗效果。而在促进肩袖损伤术后患者肩关节功能的恢复方面,观察组的UCLA评分明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。这说明,肩袖损伤术后返院康复期的患者大多存在明

显的术后肩部疼痛,尤其是在康复锻炼后。而腕踝针疗法具有明显缓解疼痛的治疗效果,在患者的疼痛得到缓解后,其肩关节可以进行更为专业的康复锻炼。治疗后,2组患者的肩关节活动度均明显改善($P<0.05$),且观察组在改善肩关节活动度方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组患者治疗期间均未出现明显的不良反应,2组患者的不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结果表明,腕踝针疗法在肩袖损伤术后患侧痛点所在经脉对应的针刺点进行施针,可最大限度地激发经气,调节脏腑经络,促进气血运行,改善气血凝滞,有效缓解术后康复期疼痛,从而有助于患者更好地进行康复锻炼,进而增加肩关节的活动范围。

综上所述,腕踝针疗法能够明显地缓解关节镜下肩袖修补术后患者康复期的疼痛症状,有助于肩关节功能的恢复,改善关节的活动度,临床疗效显著,值得在临床进一步推广应用和深入研究。

参考文献:

- [1] 刘康霖.不同深度针刺阿是穴治疗肩袖损伤的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2019.
- [2] 殷超群.活血利水汤在肩关节镜下肩袖修补术后的应用疗效观察[D].合肥:安徽中医药大学,2020.
- [3] 高天昊,白玉龙.肩袖损伤康复治疗进展[J].中国康复医学杂志,2016,31(11):1264-1268.
- [4] WEBER S, CHAHAL J. Case Studies AAOS clinical practice guideline: management of rotator cuff injuries [J]. J Am Acad Orthop Surg, 2021, 29(3): 104-108.
- [5] 陶伟,郭程,刘力,等.快速康复外科模式下关节镜治疗肩袖损伤术后早期康复效果分析[J].中国运动医学杂志,2021,40(8):607-613.
- [6] LONGO U G. Editorial commentary: sleep disorders in rotator cuff diseases [J]. Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery, 2022, 38(3): 1001-1002.
- [7] 李亚静,解晓斌,许冬梅,等.腕踝针对经巩膜睫状体光凝术患者术中及术后镇痛的影响[J].中华中医药杂志,2020,35(1):480-482.
- [8] 中华医学会.临床诊疗指南骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009:63.
- [9] 黄桂成.中医筋伤学[M].10版.北京:中国中医药出版社,2016:74-76.
- [10] WEBER S, CHAHAL J. Management of Rotator Cuff Injuries [J]. J Am Acad Orthop Surg, 2020, 28(5): 193-201.
- [11] 尚小可,郑君,余子杨,等.肩袖损伤的处理临床实践指南

- (2019年)解读[J].中华肩肘外科电子杂志, 2021, 9(2): 103-111.
- [12] 张心曙, 凌昌全, 周庆辉.实用腕踝针疗法[M].北京:人民卫生出版社, 2002: 23-28.
- [13] 李瑞青, 王艺莹, 梅紧紧, 等.腕踝针治疗中风后肩手综合征 I 期临床疗效观察[J].中国针灸, 2022, 42(7): 721-725.
- [14] 陈娇, 魏清风, 熊燕, 等.乳腺癌手术患者绘画训练主导的功能锻炼研究[J].护理学杂志, 2021, 36(2): 21-23, 27.
- [15] TAE H Y, SUNG J K, YUN R C, et al. Arthroscopic revision rotator cuff repair: the role of previously neglected subscapularis tears[J].Am J Sports Med, 2021, 49(14): 3952-3958.
- [16] 康思淼, 潘海乐.关节镜下肩袖损伤修复术后康复治疗进展[J].医学综述, 2020, 26(19): 3882-3886.
- [17] 李宇津, 王梓, 尹梦虹, 等.体外冲击波对于肩袖修补术后患者功能恢复的疗效观察[J].中国康复, 2019, 34(7): 347-350.
- [18] 赖圳登, 包倪荣, 赵建宁.肩袖损伤患者的夜间疼痛与生物钟的联系[J].医学研究生学报, 2019, 32(9): 999-1003.
- [19] 杨克, 杜玉荣, 石晶, 等.利用数据挖掘技术探析腕踝针疗法的优势病种及临床应用特点[J].中国针灸, 2019, 39(6): 673-678.
- [20] 兰蕾, 张国山.腕踝针疗法[M].2版.北京:中国医药科技出版社, 2012: 2-11.

【责任编辑: 宋威】

《广州中医药大学学报》征稿启事

《广州中医药大学学报》(ISSN 1007-3213/CN 44-1425/R)是由广东省教育厅主管、广州中医药大学主办的综合性中医药学术类期刊, 国内外公开发行人。本刊为中国科技核心期刊、T2级优秀中医药科技期刊、RCCSE中国核心学术期刊(A)、中文核心期刊(2011年版)、国家期刊方阵双效期刊, 先后被国内外多个重要检索系统/数据库收录, 并多次获国家、省部级优秀期刊奖项。

本刊为广大临床、教学、科研工作者提供学术交流平台, 全方位、多角度报道中医药领域各学科具有前瞻性、创造性和较高学术水平的科研成果和临床诊疗经验, 主要开设的栏目有: 中医理论探讨、中医药临床研究、中西医结合研究、针灸与经络、中药药理、中药资源研究、南药园地、名医经验传承、中医证候研究、专家论坛、新学科与新技术、中医文献研究和岭南医学研究等。本刊从2019年起改为月刊, 于每月20日出版。邮局发行, 邮发代号: 国内为46-275, 国外为M7077。每期定价20.00元。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722室, 邮编: 510006; 电话: 020-39354129; 电子邮箱: gzzxyb@gzucm.edu.cn; 投稿官网: <http://xb.zyxy.com.cn>。欢迎投稿! 欢迎订阅!

投稿要求: (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, 图表清晰、参考文献出处明确, 缩略语注明中文全称, 附中英文摘要、第一作者与通讯作者简介(包括姓名、性别、出生年份、学历、职称等)及联系方式(电话及E-mail)。(2)来稿应经作者工作单位审核以保证稿件资料来源真实、无争议等。收到本刊收稿回执后3个月内未接到稿件处理通知者, 可向本编辑部查询。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》, 本刊将按相关规范和标准对来稿进行文字修改、删节, 凡涉及原意的修改、补充或删节提请作者考虑, 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。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》书回函同意在本刊发表, 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), 并赠当期杂志2册。(4)本刊对国家及省部委基金资助项目的稿件优先录用, 请作者准确标注项目(课题)编号, 并附课题资助证明复印件。(5)本刊已被国内外多家数据库收录, 并已加入《中国学术期刊(光盘版)》等。凡在本刊发表的论文, 其著作权归作者所有, 版权属本刊所有。本刊有权将其编辑的刊物制成电子版, 统一纳入相关数据库, 作者如未做特殊声明则视为同意。本刊所付稿酬包含著作权使用费及数据库使用费, 不再另外付酬。

• 《广州中医药大学学报》编辑部 •