

文章编号 1672-5301(2003)01-0032-05

## 同种异体原位心脏移植 39 例

350000 福建省福州市, 福建医科大学附属协和医院心血管外科  
福建省胸心外科研究所 陈良万(执笔)

**关键词** 心脏移植; 同种异体; 免疫抑制

**摘要 目的** 总结 39 例同种异体原位心脏移植体会以及远期随访结果。**方法** 回顾性分析自 1995 年 8 月—2003 年 2 月共 39 例心脏移植病例, 对其治疗经验和随访结果进行分析、总结。**结果** 本组 39 例受体术后早期(1 周内)死亡 7 例, 病死率 17.9%, 手术成功率 82.1%, 7 例死亡病例中有 5 例死于术后急性右心功能衰竭, 1 例死于败血症, 1 例死于急性肾功能衰竭。晚期死亡病例 5 例, 占存活总数的 15.6%, 远期存活率 84.4%, 其中 1 例死于心律失常, 1 例死于败血症, 1 例因并发肺部曲霉菌感染用二性霉素治疗后死于肝功能衰竭。对远期存活病例进行随访, 所有病例的生活质量良好, 心功能恢复至 I~II 级(NYHA)。**结论** 心脏移植是治疗终末期心脏病的有效方法, 在手术早期为了提高手术的成功率, 要重视围手术期对受体适应证的选择、选择合理的免疫抑制治疗方案以及对肾功能损害的处理尤其是对急性肾功能衰竭的处理。在远期的随访中, 要根据具体情况合理调整环孢素的血药浓度以及重视对各种并发症的处理。

**ORTHOTOPIC HOMOLOGOUS HEART TRANSPLANTATION IN SITU: A REPORT OF 39 CASES** Cheng Liangwan. Department of cardiovascular surgery, Fujian medical university affiliated union hospital, Fujian 350000

**key words** heart transplantation; orthotopic homologous orthotopic; immunosuppression

**Abstract Objective** To review the experience of the perioperative management and the long-term following in heart transplantaton. **Methods** 39 records were studied retrospectively for analysis of the experience. **Results** 7 cases died of the complications in perioperation and the mortality was 18.9%. 5 of 7 cases died of the acute right heart failure, one case died of the septicemia, the other case died of the acute renal failure. In the long-term following, 5 cases died of the complications and the long-term mortality was 15.6%, 2 of 5 cases died of the acute rejection, one case died of the cardiac arrhythmia, one case died of the septicemia, the other case died of the hepatic failure. **Conclusion** In perioperation, the low mortality can be realized by selecting the suitable recipients, using the optimal immunosuppressive protocols and the management of the complications. In long-term following, the adjustment of the blood Concentration of Cyclosporin and the management of the complications were necessary.

**中图分类号** R654.2 **文献标识码** B

心脏移植是治疗各种终末期心脏病最有效的治疗手段, 我科 1995 年 8 月—2003 年 2 月共开展了同种异体原位心脏移植 39 例, 对其中取得的经验和教训总结如下。

### 1 临床资料及方法

**1.1 一般资料** 本组 39 例受体中, 男 36 例, 女 3 例, 年龄最大 58 岁, 最小 13 岁, 平均 34.8 岁。术前诊断为扩张型心肌病 35 例, 恶性心律失常 1 例, 遗传性肥厚性梗阻型心肌病 1 例, 遗传性肥厚性非梗阻型心肌病 1 例, 二尖瓣置换术后左心室持续扩张

致重度心衰 1 例。诊断为扩张型心肌病的患者术多多普勒彩色超声心动图检查示左心室舒张末期内径(LVEDD) ( $74.7 \pm 5.2$ ) mm, 收缩末期内径(LVESD) ( $66.4 \pm 4.5$ ) mm, 缩短分数(FS) ( $11.8 \pm 3.3$ )%, 射血分数(EF) ( $23.9 \pm 6.8$ )%。术前常规进行实验室生化检查, 内分泌学检查, 相关的细菌学、病毒学检查以及各种物理辅助检查, 特别是进行漂浮导管(Swan-Ganz 导管)检查, 以测定肺血管阻力, 从总体上进行手术适应证的评估。本组 39 例受体中, 有 2 例患者术前伴重度肺动脉高压, 肺血管阻力分别为 10.2 Wood 单位和 9 Wood 单位, 其余病例肺血管阻力平均 3.2~6.8 Wood 单位。本组受

术前均经过积极的内科治疗, 心功能或恶性心律失常未见明显好转, 且病情反复, 呈进行性加重。术前有 4 例患者虽然经过积极的内科治疗, 血尿素氮、肌酐仍然高于正常 (BUN 8.9~21.2mmol/L, Cr 130~250 $\mu$ mol/L)。供体均为男性, 脑死亡者, 年龄 20~38 岁, 供受者之间 ABO 血型一致, 淋巴细胞毒抗体试验 (PRA) 阳性率 < 10%。

**1.2 手术情况** 所有病例均在气管内插管静脉麻醉、中度低温体外循环下行原位心脏移植术。手术方式: 除 1 例用双腔静脉吻合法行原位心脏移植手术 (SOTH) 外, 其他病例均行标准 Stanford 原位心脏移植手术 (BOTH)。麻醉过程中采取等容性血液稀释放血 (ANH)<sup>[1]</sup>, 使术中血细胞比容保持在 20%~25%。异地取供心, 供心保护液均采用 4℃ 改良 Stanford 大学溶液配方<sup>[2]</sup>。供心热缺血时间约 3~16min, 冷缺血时间约 80~158min, 体外循环 (CPB) 转流时间约 118~212min。其中 1 例患者术前伴有重度肺动脉高压和严重的肾功能损害, 术中即发生急性肾功能衰竭, 在移植心脏开始复跳后 4h 经过积极治疗仍无尿, 血尿素氮、肌酐进行性升高, 接着行肾脏移植 (同一供体)。

### 1.3 围手术期免疫抑制治疗方案

**1.3.1 方案 I** 术前 24h 受者口服环孢素 A (CsA) 6~10mg/(kg·d) 或他克莫司 (FK506) 0.2mg/(kg·d) 与硫唑嘌呤 (Aza) 2mg/(kg·d) 或酶酚酸酯 (MMF) 2.0g/d (体重 > 50kg 者), 分 2 次口服。术中体外循环开始前及升主动脉开放前各用甲基强的松龙 (MP) 500mg 静推。术后前 3d 每 d 用 MP 500mg 静推。后改用泼尼松 (Pred) 口服, 开始剂量为 1.0mg/(kg·d), 术后 1 个月末剂量降至 10~15mg/d。术后远期常规抗排斥反应药物的应用按 CsA (或 FK506)、Pred 与 Aza (或 MMF) 三联方案。CsA 或 FK506 用量依个体血药浓度谷值 (TDx 法检测) 来调节, 一般第一个月 CsA 血药浓度谷值调节在 250~300ng/ml, FK506 在 15~20ng/ml, 术后第二、三个月 CsA 血药浓度谷值调节在 200~250ng/ml, FK506 在 10~15ng/ml<sup>[3]</sup>。

**1.3.2 方案 II** 术前 24h 受者静滴单次剂量赛尼哌 (Daclizumab) 1mg/kg, 以后每隔 14d 重复应用同一剂量, 推荐使用 4~6 次, 可明显降低急性排斥反应的发生率<sup>[4]</sup>。术后第一天至第五天静滴 ATG 2mg/(kg·d)。MP 的用法同方案 I。术后第五天起患者口服 CsA (或 FK506)、Pred 与 Aza (或 MMF) 三联免疫抑制治疗方案, 剂量、用法以及血药浓度的监

测同方案 I。

**1.3.3 方案 III** 赛尼哌 (Daclizumab)、MP 的用法同方案 II, 所不同的有二方面, 一是术后早期回到监护病房后考虑体外循环导致赛尼哌丢失, 补充给予赛尼哌 0.5mg/kg, 二是不用 ATG, 改用环磷酰胺 (CTX) 200mg/d, 静滴, 患者气管插管拔除后口服 Aza 或 MMF 替代, 开始口服 CsA 的剂量和时间根据患者的肾功能状况来调整, 通常在术后第四天开始。1 周后仍用经典的三联免疫抑制治疗方案, 剂量、用法以及血药浓度的监测同方案 I。

### 1.4 远期随访

**1.4.1 血药浓度的监测** 在术后远期, 免疫抑制治疗方案均为三联用药, 通常情况下只监测 CsA、FK506 的血药谷值浓度, 具体情况, 见表 1。

表 1 CsA、FK506 血药谷值浓度的监测 (ng/ml)

术后时间	CsA	FK506
1 个月	250~300	15~20
2~6 个月	200~250	10~15
7~24 个月	150~200	...
2 年后	150 左右	...

**1.4.2 排斥反应的监测** 对急性排斥反应的监测主要根据患者的症状以及心电图、心脏彩色多普勒超声心动图和心内膜心肌活检 (EMB), 其中 EMB 既是诊断急性排斥反应同时也是诊断慢性排斥反应的最主要标准。本组部分病例还进行了同位素心肌灌注断层显像检查诊断慢性排斥反应。由于各种原因, 本组未进行冠状动脉造影检查以了解由慢性排斥反应引起的冠状动脉弥漫性增殖性病变。此外在 DSA 室 X 线造影下行心内膜心肌活检需要昂贵的医疗费用, 且考虑到每例心脏移植患者在其长期存活过程中须接受多次的心内膜心肌活检, 因此我们尝试在多普勒超声的引导下进行 EMB, 一方面操作简单, 另一方面可以节省昂贵的医疗费用, 实践证明, 该方法是一种安全有效、可行的新方法。

## 2 结果

1) 本组 39 例受者中术后早期 (术后 1 周内) 只有 1 例发生急性排斥反应, 早期死亡病例 7 例, 占总数的 17.9%, 手术成功率 82.1%, 7 例中有 5 例死于术后急性右心功能衰竭, 1 例术后第四天死于败血症, 1 例死于急性肾功能衰竭。晚期死亡病例 5 例, 占存活总数的 15.6%, 远期存活率 84.4%, 其中 1 例于术后 34d 死于败血症, 1 例于术后 3 个月因并发肺部曲霉菌感染用二性霉素 B 治疗而死于肝功能衰竭, 2 例分别于术后 2 年和 3 年死于急性排斥

反应, 1 例于术后第四年死于心律失常。

2) 本组曾对 7 例受者在同一时期分别行同位素心肌灌注断层显像和心内膜心肌活检进行对比, 结果见表 2。国外研究资料表明<sup>[5]</sup>, 当心肌活检结果出现中度以上慢性排斥反应时, 心肌灌注血流显像减低, 从表 2 可以大致看出二者的相关性, 但因例数有限, 结论有待进一步验证。

3) 本组初步分析了 39 例早期病例免疫抑制治疗方案和肾功能的关系, 结果见表 3。

表 2 心肌灌注断层显像和心内膜心肌活检结果

病例	时间	心肌灌注断层显像	心内膜心肌活检
1	10 个月	左心室下壁、后壁 心肌血流灌注减低	轻度慢性排斥反应
2	23 个月	心肌血流灌注尚均匀	中度慢性排斥反应
3	28 个月	心肌血流灌注尚均匀	轻度慢性排斥反应
4	31 个月	心肌血流灌注尚均匀	轻中度急性排斥反应
5	32 个月	心肌血流灌注尚均匀	轻度慢性排斥反应
6	41 个月	心肌血流灌注尚均匀	轻度慢性排斥反应
7	68 个月	心肌血流灌注尚均匀	轻度慢性排斥反应

注: 心肌灌注断层显像中同位素采用<sup>99m</sup>Tc-MIBI 925MBq, 静息下静脉注射后 1.5h 心肌灌注显像沿左室长短轴分别横断面、冠状面以及矢状面断层, 每层 0.45cm。

表 3 免疫抑制治疗方案和肾功能的关系

治疗方案	术前肾功能		
	正常	治疗后正常组	治疗后异常组
病例数	21	12	4
方案 I	10B、2C	6B	1C
方案 II	5A	3A	2B
方案 III	4A	3A	1B

注: ①表中数字代表病例数; ②A 为术后肾功能一过性损害, 无特殊治疗; B 为术后肾功能经过积极治疗(大剂量使用利尿药, 适当降低血药浓度), 7~40d 恢复正常; C 为术后发生急性肾功能衰竭

4) 本组病例中, 除了早期出现的并发症, 如: 急性右心功能衰竭、急性肾功能衰竭、败血症、糖尿病外, 在后期主要是由免疫抑制剂引起的并发症(主要有多毛, 牙龈增生)和感染性疾病, 本组有 2 例受者分别并发肺部霉菌和曲霉菌感染, 有 1 例受者并发粟粒型肺结核, 1 例受者并发腰椎结核。

### 3 讨论

3.1 受体的选择 合适的受体是心脏移植手术取得成功的关键。手术的适应证通常主要考虑以下 2 个方面的问题: ①供-受体的免疫学相容性; ②受体的肺血管阻力, 对此美国 UNOS 制定了详细的受体选择标准<sup>[6]</sup>。根据此标准, 一般认为肺血管阻力要求 < 6 Wood 单位。本组受体术前均进行漂浮导管

(Swan-Ganz 导管)检查, 测定肺血管阻力(PVR), 检查的同时行吸氧以及应用前列腺素 E<sub>1</sub> 作实验性治疗, 鉴别功能性或器质性肺动脉高压, 本组中有 2 例受者术前 PVR > 8 Wood 单位, 术后并发急性右心衰竭死亡, 其他受者 PVR 平均 3.2~6.8 Wood 单位无一例因此而死亡, 故作者认为, 受体的 PVR < 7 Wood 单位是可以接受的。

3.2 手术方式的选择 在国外文献资料的报道中, 手术方式采用较多的是双腔静脉吻合法, 该方法可以减少术后三尖瓣的反流, 更好地保护窦房结的功能, 作者认为在技术条件成熟的情况下可以采用上述方法, 对初学者而言, 早期采用标准的原位心脏移植术较适宜, 这样可以减少出血, 缩短心肌冷缺血时间, 减少体外循环对机体的损害。

### 3.3 免疫抑制治疗方案的选择

1) 在心脏移植围手术期, 术后并发急性右心功能衰竭、急性排斥反应、急性肾功能衰竭以及各种病原体感染是导致术后早期患者死亡的高危因素, 急性右心功能衰竭与术前受者的肺血管阻力有密切关系, 而后三者却和围手术期所采用的免疫抑制治疗方案有直接的因果关系。

本组所有病例在围手术期均没有发生急性排斥反应, 这也说明本组病例所采用的三种方案在免疫抑制治疗的强度方面是可行的, 但三种方案在各种并发症的发生方面却有着较为明显的差别。心脏移植围手术期免疫抑制剂的应用随着新型免疫抑制剂的不间断世而出现了不同的免疫抑制治疗方案。首先, 从方案 I 和方案 II、III 的比较中可以看出, 采用方案 I 的病例组术后发生肾功能损害的程度较重, 预后较差, 这与 CsA、FK506 的肾毒性以及体外循环对肾脏的损伤有密切关系。这是因为, 一方面 CsA 和 FK506 在发挥免疫抑制作用的同时, 也对肾脏产生了严重的毒副作用。Hakin 等报道使用 CsA 的心脏移植患者 96.8% 有肾功能损害, 而新近的研究也表明, 接受 FK506 治疗的患者可发生明显的肾毒性反应<sup>[7]</sup>。CsA 和 FK506 造成肾功能损害的机制一般认为是由于二者改变了肾皮质内前列腺素与血管紧张素和血栓素 A<sub>2</sub>(TxA<sub>2</sub>) 的平衡, 从而使肾血管收缩, 降低了滤过率并影响了肾小管的功能<sup>[8]</sup>。另一方面, 新型的免疫抑制剂(如: ATG、Daclizumab)不但具有良好的耐受性和高效的免疫抑制活性, 而且没有肝肾毒性。所以, 在围手术期应选择合理的免疫抑制治疗方案(如前所述), 以避免体外循环和免疫抑制剂同时对肾脏造成损害, 待术后移植的

心脏及肾功能稳定后,再给予常规的 CsA(或 FK506)、Pred 与 Aza(或 MMF)三联免疫抑制治疗方案,本组病例的回顾性分析也初步说明了这点。

此外,在术后感染并发症的发生方面,方案Ⅲ比方案Ⅰ、Ⅱ在理论上应该更具有优越性,本组研究也初步体现了这一点。作者认为,方案Ⅲ之所以没有在术后早期应用 ATG,而只应用免疫抑制强度较弱的 CTX,原因有如下几个方面:①急性排斥反应主要以细胞免疫为主,Daclizumab 能够与白介素 2 受体(IL-2R)中的 TAC 亚单位结合,封闭激活的 T 细胞表面的 IL-2R,从而阻断由 T 细胞介导的细胞免疫反应,防止急性排斥反应的发生<sup>[9]</sup>,因此,可以不使用 ATG。同时 Daclizumab 对体液免疫的抑制较弱,不易导致感染的发生。②ATG 为抗 T、B 淋巴细胞的抗体,清除受者体内的 T、B 淋巴细胞的抗体,清除受者体内的 T、B 淋巴细胞,抑制细胞和体液免疫,容易导致感染的发生。③ATG 还容易导致受体过敏,在远期发生难治性排斥反应,对 MP 的冲击治疗无效时无法再次应用 ATG 治疗。④辅助短期少量使用 CTX,抑制骨髓产生淋巴细胞,使外周血中的淋巴细胞减少,减少排斥反应的发生。

2)术后远期免疫抑制治疗方案:一般说来,术后远期均采用 CsA(或 FK506)、Pred 与 Aza(或 MMF)三联免疫抑制治疗方案,虽然 FK506 的肝肾毒性比 CsA 低,MMF 对白细胞作用的选择性比 Aza 高而毒性低,但由于其昂贵的费用,尤其是对术前有糖尿病或糖耐量异常的患者,FK506 更容易导致移植性糖尿病<sup>[10]</sup>,在国内绝大多数患者目前均采用 CsA、Pred、Aza 三联免疫抑制治疗方案。此外,根据本组术后长期随访的经验,当患者的 CsA 血药谷值浓度 <180ng/ml 时,其引发的并发症如肝肾毒性、多毛、牙龈增生、手足震颤等可明显减小或减少。

### 3.4 排斥反应的监测

1)对急性排斥反应的早期发现主要依据患者的主诉(如食欲不振、乏力)和物理检查(早期心电图主要表现为频繁发作的房性早搏甚至心房颤动),而心脏超声检查早期不容易有阳性发现,EMB 虽然是确诊的标准,但在实际的临床工作中由于各种原因往往无法施行。

2)对慢性排斥反应的监测主要根据 EMB 作出确诊,应当指出,本组研究中所采用的在多普勒超声引导下 EMB 是一种安全、有效的方法。在慢性排斥反应的晚期常导致移植心脏冠状动脉广泛的增殖性病变,此时行冠状动脉造影检查是必要的。此

外,本组病例还进行了心肌灌注断层显像与 EMB 的对比研究,初步肯定了前者的应用价值,同时因为病例数有限,有待于进一步论证。

### 3.5 术后并发症的治疗

3.5.1 急性右心功能不全的治疗 术后发生急性右心功能不全主要和术前受体的 PVR 有密切关系,因此,对急性右心功能不全的治疗主要针对如何降低患者的 PVR,通常采用的措施有吸入 NO,应用前列腺素 E<sub>1</sub>,加强利尿,必要时行右心辅助循环。

3.5.2 急性肾功能衰竭的治疗 通常,对于术前肾功能正常的患者肾功能衰竭的预后与肾功能状态常无关系,而与其他并发症如心律失常、心功能衰竭、呼吸衰竭和败血症有关。因此,当心脏移植术后发生急性肾功能衰竭时,应注意防治上述并发症的发生。而对于术前肾功能有严重损害的患者,若术后发生急性肾功能衰竭,预后很差,应考虑到行心肾联合移植的可能,如本组 1 例。对于本组 1 例术前肾功能正常的患者,术后发生急性肾功能衰竭考虑药物性肾衰,行肾外替代治疗。行肾外替代治疗时,宜采用连续性肾脏替代治疗(CRRT),而不要采用传统的血液透析治疗,前者的优点是对血流动力学影响小,这对心脏移植术后早期保持血流动力学稳定至关重要。此外,在行 CRRT 治疗时还应注意以下几个方面问题:①血液通道宜选择静脉对静脉,尽可能减少对血流动力学的干扰,血流速度维持在 150ml/min 左右,既可避免滤器由于血流速度过缓导致凝血而发生堵塞,又可减少血泵因长时间运转对血细胞的破坏。②抗凝不宜使用肝素,应使用低分子肝素,如:速避凝,尽量降低出血的危险性。③虽然置换液采用后稀释法可以使尿素氮、肌酐等溶质得以更快清除,但却加重了移植心脏的容量负荷,不利于血流动力学的稳定,因此,置换液宜采用前稀释法。④由于持续性进行血液滤过,用药时需考虑 CRRT 对药物的清除作用,但有关这方面的报道尚少,根据我们治疗的经验,主要应考虑 CRRT 对免疫抑制剂的清除作用,通常术后 ATG 使用 1 周后因继续使用有增加感染发生的危险,因此需改用 CsA 治疗,我们将本组 2 例患者血药谷值浓度维持在 250ng/ml 左右,尽可能降低对肾脏的毒性作用,同时避免排斥反应的发生。

3.5.3 移植性糖尿病的处理 移植性糖尿病(Posttransplant diabetes mellitus, PTDM)通常是指那些接受移植手术后 30d 需要接受胰岛素治疗的患者<sup>[11]</sup>。PTDM 是影响移植后受体生存质量和病死

率的重要因素,在手术早期,它使受体更容易发生感染,同时,移植性糖尿病也是影响心血管疾病发生的独立风险因素。移植性糖尿病的发病因素是多方面的,推测与胰岛的 $\beta$ 细胞中毒以及胰岛素抵抗有关<sup>[11]</sup>。因此,在术后早期以及远期的随访中,要重视 PTDM 的处理。本组病例中,有 6 例受者术后并发 PTDM。

#### 4 参考文献

- [1] 夏求明. 现代心脏移植[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 57-64
- [2] 廖崇先, 李增祺, 陈道中, 等. 心脏移植治疗晚期扩张型心肌病七例报告[J]. 中华器官移植杂志, 1999, 20(1): 79-81
- [3] Hosenpud JD, Bennett LE, Keck BM, et al. The registry of the international society for heart and lung transplantation: sixteenth official report - 1999 [J]. J Heart Lung Transplantation, 1999, 18: 611-626
- [4] Vincenti F, Kirkman R, Light S, et al. Interleukin-2-receptor blockade with daclizumab to prevent acute rejection in renal transplantation. Daclizumab Triple Study Group [J]. N Engl J Med, 1998, 338: 161-165
- [5] 胡小琴. 心血管麻醉及体外循环[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 364-365
- [6] Fleischer KJ, Baumgartner WA. Heart transplantation [M]. In: Henry Edmunds L. Cardiac Surgery in the Adult. NY: McGraw-Hill, 1997: 1409-1449
- [7] Hakin M, Wallwork J, English T. Cyclosporine A in cardiac transplantation. Medium-term result in 62 patients [J]. Ann Thorac Surg, 1998, 46: 495-501
- [8] Coopersmith CM, Brennan DC, Miller B, et al. Renal transplantation following previous heart, liver, and lung transplantation: an 8-year single-center experience [J]. Surgery, 2001
- [9] H. Ekberg, L. Backman, G. Tufveson, et al. The study of Zenapax for acute rejection and the survival rate: one year analysis [J]. Transplant Int, 2000, 13: 151-159
- [10] A. V. Reisaeter and A. Hartmann, Risk Factors and Incidence of Posttransplant Diabetes Mellitus [J]. Transplant Proc, 2001, 33(5A): 8s-10s
- [11] G. Viberti. Diabetes Mellitus: A Major Challenge in Transplantation [J]. Transplant Proc, 2001, 33(5A): 3s-6s

[2003-09-02 收稿]

## · 消息 ·

### 中国医师协会主办杂志首次编辑部主任会议在京召开

中国医师协会主办杂志第一次编辑部主任工作会议, 2003 年 9 月 23 日在北京翠明庄宾馆举行。会议由中国医师协会编辑部肖先福主任主持, 常务副会长兼秘书长杨镜教授、协会办公室袁亚明主任、培训部曹金铎主任, 以及编辑部、培训部的有关同志参加了会议。中国医师协会主办的 12 种杂志和 2 种内部刊物的社长、总编、副总编、编辑部主任及编辑代表等近 30 人出席了会议。

会议主要贯彻了国家科技部、新闻出版总署关于部分期刊主管和主办单位的调整意见, 落实了卫生部办公厅在 9 月 16 日召开的卫生部主管报刊在京主办单位工作会议精神。提出中国医师协会主办的期刊一定要适应形势, 提高质量, 打造成医学期刊的品牌。

杨副会长代表中国医师协会欢迎代表参会, 同时对他们所做的工作表示感谢。杨副会长明确指出, 提高杂志的质量, 形成自己的品牌, 促进卫生事业的发展是我们共同的奋斗目标。

肖先福主任就《为创办中国医师协会系列杂志品牌而努力奋斗》做了重点发言。强调指出, 这次工作会议的目的是: 认清形势、转变观念、统一认识、统一行动、与时俱进。提出了对主办杂志实施规范管理和努力创办中国医师协会系列杂志品牌的基本方案, 对中国医师协会编辑部拟订的《中国医师协会系列杂志管理规范》(试行)进行宣解, 阐述了当前办好杂志的基本思路。

与会代表结合协会特点, 就新形式下创立中国医师协会系列杂志品牌的必要性、可行性、迫切性等 方面问题展开了热烈的讨论。会议还对运用多种方式办刊的问题统一了思想认识, 明确了各方的权力、责任、义务。会议还明确提出了共同奋斗目标, 同时还坚定了创办中国医师协会系列杂志品牌的信心。与会代表畅所欲言, 大家一致认为这次会议十分重要, 非常及时, 是中国医师协会主办杂志发展中的里程碑。这次会议为今后办好杂志开了一个好头。

(郭海鹏)