

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.15.017

从“宗卫气虚”论治病毒感染后慢性疲劳综合征

黄圣¹, 杜宏波^{1,2}✉

1. 北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700; 2. 北京中医药大学中医肝病研究院

[摘要] 病毒感染后慢性疲劳综合征是疫病恢复期以持续性疲劳为核心表现的综合征, 具有持久化、不具睡眠恢复性、脑雾现象明显、加重反应等特性。认为本病病机属“宗卫气虚”, 即宗气生化乏源、卫气循行失序, 从而呈现出形气俱损的“疫后虚劳”状态。宗气、卫气贵在“动而不耗”, 故内治强调益元助运以复宗气, 自拟平补疫后虚劳方; 外治强调疏调气络以利卫行, 通过八段锦导引、规律作息及呼吸吐纳促进卫气周流。

[关键词] 病毒感染; 慢性疲劳综合征; 宗气; 卫气; 气络

病毒感染已被证实是慢性疲劳综合征 (chronic fatigue syndrome, CFS) 的重要诱因之一^[1]。不同于其他诱因, 病毒感染所致的慢性疲劳由于免疫紊乱机制更突出, 免疫系统处于长期“警戒”状态, 故更容易持久化、不具睡眠恢复性; 若患者在感染期病情较重而服用了免疫抑制剂, 可能导致机体难以清除病毒或修复损伤, 从而在恢复期长期存在低滴度病毒, 加剧慢性疲劳^[1]。此外, 病毒感染诱发的神经炎症, 导致患者出现认知功能下降、情绪波动以及反应迟钝, 疲劳的主观感受更强烈。EB 病毒 (EBV)、人类疱疹病毒 (如 HHV-6、HHV-7)、嗜人 T 淋巴细胞病毒 I 型 (HTLV-I)、细小病毒 B-19 (HPVB19)、巨细胞病毒 (CMV)、新型冠状病毒 (COVID-19) 等均能引起 CFS^[1-4], 研究表明, 12%~30% 的 EB 病毒感染者^[5]、20%~40% 的 COVID-19 康复者^[6-8] 会出现持续 6 个月以上的重度疲劳、认知障碍等症状。

与心理应激或神经内分泌系统失调诱发的 CFS 相比, 病毒感染引起的 CFS 机制更为复杂, 治疗难度也更高。病毒源性 CFS 常存在线粒体损伤 (如 EB 病毒抑制 ATP 合成酶)、持续低滴度抗原暴露及神经炎症 (小胶质细胞活化致中枢敏化) 等机制^[9]。当前现代医学主要采用抗病毒、免疫调节及对症治疗等方案, 常用药如辅酶 Q10、还原型辅酶 I、

糖皮质激素等, 但免疫抑制剂长期使用可能导致继发感染风险的增加^[10]。中医药以多层次、多靶点、不良反应少的优势, 对 CFS 可发挥积极的治疗作用, 如基于“脾胃为气血生化之源”“肝为罢极之本”的经典理论, 采用升阳益胃汤、柴胡桂枝汤治疗取得较好疗效^[11]; 又如根据“虚郁同见”观点, 以补气、解郁、调神、舒络为治法进行针灸治疗^[12], 还有太极拳^[13]、芳香推拿^[14]等疗法, 都有一定效果。

我们认为, 病毒感染后 CFS 属于“疫后虚劳”范畴, 宗气、卫气虚损是其病机关键, 据此提出临证内外联合的治法, 内治注重益元助运, 自拟平补疫后虚劳方以守中焦、补元气, 保证宗卫化生有源, 外治予吐纳练习以补益宗气, 配合八段锦导引、纠正昼夜作息节律以促进卫气循气络周流, 现将相关经验总结如下。

1 CFS 疾病进展的主要原因

1.1 肺失宣肃致宗气无源

宗气虚损的原因是感染期肺气受戕, 肃降无力, 故自然界大气难沉入心肺。病毒感染所致 CFS 有两个主要症状, 一是每遇疲劳一过性加重时, 患者喜用胸式呼吸, 稍用腹式呼吸则易干咳, 此为肺体不壮; 二是说话时间稍长即可诱发干咳, 是因胸阳亏虚, 肺脏难容外来之气, 稍感清凉即拒之。细究宗气亏虚之因, 可追溯到感染初期, 各种病毒侵入呼吸道诱发气管炎或肺炎, 此后转入恢复期, 表

基金项目: 第五批全国中医临床优秀人才研修项目 (国中医药人教函〔2022〕1 号)

✉ 通讯作者: duhongbotcm@126.com

现为持续干咳、气短，此乃宣发、肃降功能难以流利续接，实为宗气暗耗的表现。《素问·阴阳应象大论篇》云：“天食人以五气，地食人以五味，五气入鼻，藏于心肺。”心肺不藏清气，则宗气生化乏源，渐至虚衰。CFS 患者易干咳的病理机制是肺纤维化、气道高反应状态下的黏膜受损变薄和神经暴露^[8]。肺脏娇柔居于上焦阳位，喜温暖不耐酷热，更恶潮湿清冷。《读医随笔·气血精神论》言：“凡呼吸、语言、声音，以及肢体运动，筋力强弱者，宗气之功用也。”疫邪袭肺，肺气恢复需要较长时间，宗气生成减少，贯注心脉不足，则四肢失于气血濡养、力量下降。若感染较重，正邪交争使得脏腑、精气亏耗严重，恢复期则更易形成疲劳症状。总之，肺气不足易格拒自然界大气，则宗气不生，成为病毒感染后 CFS 的发病基础。

1.2 中气不足致卫气虚羸

卫气虚损则难以激发肌肉发力，日久废痿不用，不任神使，如《素问·逆调论篇》所言：“营气虚则不仁，卫气虚则不用”，卫气之生化本于中焦，故中气强健则卫气足。EB 病毒、COVID-19、疱疹病毒等疫邪具有湿性^[15-18]，易壅滞中焦气机，使脾失健运、胃纳不振。CFS 患者进食后易腹胀脘痞，稍食生冷则肠鸣腹泻，此是中气恢复慢的表象，正如《温疫论》所云：“不思食者，此中气不苏”。脾胃为仓廪之本，水谷不入则易仓廪空虚，中气不生，形成脾虚与纳差互为因果的恶性循环。研究表明，约 8.4% 的病毒感染患者可出现持续 3 个月的肠易激综合征、功能性消化不良^[19]；约 22% 的 COVID-19 感染患者可出现持续 4 周以上的食欲减退、味觉丧失^[20]，皆与病毒引起的脑肠互动失调有关。总之，中气不足致使卫气化生无源，是 CFS 发病的中间环节，为卫气的循行失序埋下隐患。

1.3 卫气运行失序致气化难复

卫气稽留而营失偕行，致神气昧而不爽，寤寐颠倒。病毒感染后 CFS 的特异性辨证要点是不具睡眠恢复性^[5-6]，即疲劳感难以靠睡眠缓解，主因乃卫行迟缓、血浊不清。卫气昼行于阳分二十五周，夜行于阴分二十五周，维持正常的免疫功能和睡眠节律^[21]。恢复期疫邪已祛而卫气虚损，肌肉、络脉作为卫气正常循行时会经过的部位，均在正邪交争中受损，导致卫气运行不畅、稽留则循行失序，如《灵枢·口问》言：“卫气稽留，经脉虚空，血气不次，乃失其常”。卫行失序主要影响免疫功能

和睡眠节律，睡眠是人体消除疲劳、组织自我康复、促进生长发育的重要生命活动，睡眠时间过短则代谢废物清除不彻底、免疫力下降。《灵枢·大惑论》言：“卫气不得入于阴，常留于阳，留于阳则阳气满，阳气满则阳跷盛，不得入于阴则阴气虚，故目不瞑矣。”“不得入于阳则阳气虚，故目闭也。”“卫气留久于阴而不行，故卒然多卧焉。”卫气不入阴，常留阳分则出现入睡困难、易醒，觉醒后有头晕、反应迟缓、注意力不集中、记忆力减退等“脑雾”症状；卫气不出阳分，久留于阴则喜卧嗜睡，病毒感染后恢复期的嗜睡、睡眠不能缓解疲劳与此候相似^[6]。总而言之，卫行失序导致了寤而不精、寐而不酣，虽入睡却神气不得静守，故元气持续暗耗，正是气化功能难恢复的根本原因。

1.4 气络络道不通致肉痿失用

《素问·阴阳应象大论篇》云：“地之湿气，感则害皮肉筋脉。”湿性疫邪最易伤腠理肌肉，浸淫日久则肌肉废痿不用，如《医经原旨》云：“湿着于肉则卫气不荣，故肌肉顽痹而为肉痿”。肌肉是卫气运行的重要通道，为气络所在之处。王永炎院士提出血络、气络、津络的概念^[22-23]，人体络脉网是以血络为形为营，以气络为功为用，以津络为润为充，其中气络作为卫气的载体，有着联系脏腑经脉、主持阳气周流的功能。若气络壅阻，则阳气不举，肌肉更易疲劳。病毒感染所致 CFS 有“加重反应”（PEM，又称运动后不适）这一特异表现^[24-25]，指即使轻度的体力活动或心理负荷也会导致疲劳迅速加重，表现为长时间的困倦、头痛、肌肉疼痛等，加重反应通常在活动后的 24~48 h 内出现，且症状持续数天至数周。研究^[26]表明，COVID-19 感染恢复期患者在小强度运动后，骨骼肌中的萎缩性纤维、局灶性坏死和再生纤维显著增加，也更容易出现肌痛、疲劳，表明其组织损伤比健康人群更重。湿性疫邪潜伏孔窍、窜入气络，最易阻碍气机运转，降低气化功能。总之，气络不通阻碍了卫气的正常运行，是导致阳气无法有效发挥作用、肌肉更易疲劳的关键因素。

2 病毒感染后 CFS 的治疗原则

2.1 守中焦以待宗气还

病毒感染后疲劳是形气俱损之候，其治当以“守中焦、培元气”为要。中焦如釜，气化如薪，需徐徐添火，忌急补峻攻。选药宜甘温平润，自拟平补疫后虚劳方，以人参 6 g、红景天 18 g 为君，

仙鹤草 6~12 g、刺五加 18 为臣，佐以谷芽 9 g、山药 9 g。人参归脾、肺经，可大补宗气、元气，元气是推动气化的原动力，用人参则可使方中群药补而不滞，寓运于补。红景天升补宗气，《四部医典》谓其“甘涩性平，补元气”，可益气活血，除虚劳，通气络之滞，凡气短伴四肢麻木者，用之可令气贯肢末；红景天善解“高原低氧”样疲劳，可提升血红蛋白携氧效率，缓解肌肉乳酸堆积^[27]，COVID-19 感染后血氧饱和度正常但气短乏力者可用之。仙鹤草又称“脱力草”，补虚与收敛兼顾，以仙鹤草配伍红景天则可收敛浮散之气归于丹田。刺五加补肾安神，可治精气虚损而夜寐不安。此四药相伍，以红景天固守中焦，人参增强元气运行，仙鹤草、刺五加养虚安神。辅以谷芽、山药健运脾胃，使宗气、元气渐复，疲劳自消。

2.2 充养卫气以引卫气循气络周流

卫气贵在“动而不耗”，治当疏通气络并引导卫气循之周流。内治用黄芪 30 g 起步，同自拟方合用，黄芪为实表气、充卫气之要药，然其性守少动，恐其填塞气络，故必须配合外治以促卫气徐缓运行。外治法强调阴阳相引，以八段锦为导引术，通过四肢和缓轻柔的活动，牵拉胸腹部筋膜，借助膻中宗气和丹田（即关元）的元气激发全身气络，促进卫气由中上二焦向四肢布散。太极拳、八段锦、五禽戏等传统功法都结合了呼吸调节、肢体运动和心理放松性暗示活动，以调节自主神经功能来改善睡眠质量^[28-29]。另外还需锻炼吐纳，每日晨起于户外慢走以纳清气，使卫气随阳气外达；日暮静坐调息以敛气归元，避免夜间卫气妄动。还可以练习吹气球，气球撑开分为两个过程，第一个阶段时用力吹入气体，气球形状变化很小，第二个阶段继续吹气时气球突然撑开，形状迅速扩大，此举意在锻炼患者呼吸肌的爆发力、追求肺活量上限进一步提高。若在练习吐纳时发生脘腹隐痛、腹中雷鸣下利者，属中脏虚寒，中阳不煦，丹田难以承接外界清气，可临时予黄芪建中汤缓急止痛。此外，作息应顺应天时，日出而作日落而息，规律作息可调和营卫，此治法遵《素问·上古天真论篇》“起居有常，不妄作劳”之法，使卫气循行复常，肌肉筋骨得荣，则疲劳困重自除。

3 验案举隅

患者，女，40 岁，2023 年 5 月 13 日初诊。主诉：COVID-19 感染后疲乏 5 个月余，偶伴心悸。现病

史：患者 2022 年 12 月 17 日感染 COVID-19，发热和呼吸道症状改善后，逐渐出现严重乏力，伴心悸、胸闷喘憋，头部昏沉、嗜睡，觉醒后乏力缓解不明显。生活质量下降，说话超过 5 min、行走 30 步左右即感乏力，每日喜坐、喜卧，情绪易激动。2023 年 3 月诊断为 CFS、低钾血症，予益气复脉注射液、丹参酮 II A 磺酸钠注射液静脉滴注，琥珀酸美托洛尔缓释片、曲美他嗪片、枸橼酸钾颗粒、氟哌噻吨美利曲辛片口服（具体用量不详），症状改善明显。但此后症状仍间断发作，心悸时自行口服富马酸比索洛尔片、辅酶 Q10 软胶囊，症状改善不明显。刻下症见：疲劳，偶心悸、喘憋，劳动后加重，怕冷，身穿较多衣物，易自汗，头部昏沉，嗜睡，每日睡眠时间 9 h，情绪易激动，纳可，二便调，舌红苔薄白，脉细数。西医诊断：慢性疲劳综合征。中医诊断：虚劳（宗卫气虚证）。内治以益元助运，外治以导引卫气入气络周流为法。处方：人参 6 g，黄芪 30 g，仙鹤草 90 g，百合 30 g，生地黄 30 g，知母 6 g，当归 6 g，川芎 12 g。7 剂，每日 1 剂，水煎早晚 2 次分服。嘱忌食生冷，规律完成八段锦和吹气球训练，并于睡前吸氧。

2023 年 5 月 31 日二诊：疲劳发作频率较前减少，心悸、喘憋、嗜睡改善，每日睡眠时间为 8 h，现情绪状态良好。患者当天于本地医院检查动脉血气示：血氧分压 88 mmHg，氧饱和度 97%。口干，怕冷，近日进食凉樱桃后腹胀、纳呆，二便调，眠可，舌红苔薄白，脉数。予初诊方加红景天 18 g，刺五加 18 g，14 剂，煎服法同前。此后守方半年余，仙鹤草逐渐减量至 12 g，其间坚持每日完成八段锦、吹气球训练，症状逐渐改善。

2024 年 3 月 21 日随访，患者诉疲劳症状较初诊时已明显改善，体力良好，可完成每日工作的同时锻炼，现已无心悸、喘憋、自汗、嗜睡等症状，睡眠质量佳，偶畏寒，病情改善明显，余无特殊不适。

按语：患者以长期疲劳伴心悸、喘憋为主症。病毒感染恢复后，宗气、卫气虚损，气络已于正邪交争后受损，阳气不周流肌表，故见全身乏力、怕冷、易自汗、喜坐喜卧；卫气循行失序，羁留气络，不得疏泄，营气不与偕行，则百脉失调，见心悸、胸闷喘憋；卫气久留于阴分，故嗜睡但无法减轻疲劳感。综合脉症，证属宗卫气虚，故以益元助运为法，初诊处方中黄芪充壮卫气，大剂仙鹤草除虚劳、敛汗、定悸，此二味用意在于迅速缓解主

症,虽剂量较大,但无推动气行之效,恐其填壅生滞,故仍以人参为君药益元气而助运,外加百合、生地黄、知母滋养肺阴,配伍当归、川芎共奏荣养百脉之效。同时配合八段锦促进卫气周流至四肢,引导其从阴分出于阳分,是遵《素问·阴阳应象大论篇》“清阳发腠理”之义;吹气球训练可锻炼呼吸肌群、增大肺活量以摄入更多氧气。二诊时疲劳发作频率减少,心悸、喘憋、嗜睡、自汗症状均有所改善,说明治疗有效,但未遵医嘱而贪食生凉饮食,伤脾肺阳气,脾气运转迟滞、肺气肃降失职故见腹胀、纳呆,加红景天作为第二味君药以补元气、通气络,刺五加健脾补肾。此后患者守方半年,由于疲劳主症缓解明显,故对仙鹤草逐渐减量至 12 g,嘱其坚持八段锦和吹气球训练,病情向愈。本案以长期疲劳为主症,治疗注重补气、益元、引卫气周流,达到体力渐复之目的,终获良效。

4 小结

病毒感染后 CFS 的本质可归结于疫邪伤正、宗卫气虚。本文从宗气无源、卫气失运、气络壅阻三因分析了病毒感染后“形气俱损”的病机核心——宗气生化乏源则元气不充,卫气循行失序则气化难复,气络不通则肌肉废痿;通过益元助运、疏通气络、阴阳相引等治法,辅以导引吐纳、起居调摄,可逐步重建“宗-卫-络”的动态平衡。

参考文献

- [1]潘泗红,张振贤,黄瑶,等.慢性疲劳综合征流行病学、病因及病机的研究进展[J].临床医学研究与实践,2024,9(21):195-198.
- [2]石阶瑶,陈卫忠,沈洁,等.病毒感染对慢性疲劳综合征发病风险的 Meta 分析[J].中国老年学杂志,2012,32(5):902-905.
- [3]徐聪.可疑感染因素引起的慢性疲劳综合征病例的流行病学调查[D].重庆:第三军医大学,2016.
- [4]吴克复,郑国光,马小彤,等.Eb 病毒感染的多样性及其意义[J].中国肿瘤临床,2021,48(7):330-335.
- [5]CHOUTKA J, JANSARI V, HORNIG M, et al. Unexplained post-acute infection syndromes [J]. Nat Med, 2022, 28(5): 911-923.
- [6]DAVIS HE, CORKELL LMC, VOGEL JM, et al. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations[J]. Nat Rev Microbiol, 2023, 21(3): 133-146.
- [7]PROAL AD, VAN ELZAKKER MB, ALEMAN S, et al. SARS-CoV-2 reservoir in post-acute sequelae of COVID-19 (PASC)[J]. Nat Immunol, 2023, 24(10): 1616-1627.

- [8]NALBANDIAN A, SEHGAL K, GUPTA A, et al. Post-acute COVID-19 syndrome[J]. Nat Med, 2021, 27(4): 601-615.
- [9]SUKOCHEVA OA, MAKSOUD R, BEERAKA NM, et al. Analysis of post COVID-19 condition and its overlap with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome [J]. J Adv Res, 2022, 40: 179-196. doi: 10.1016/j.jare.2021.11.013.
- [10]深圳市第三人民医院,国家感染性疾病临床医学研究中心,深圳市感染性疾病质量控制中心.长新冠综合征临床诊治专家共识[J].新发传染病电子杂志,2024,9(1):80-97.
- [11]赵云,张苗苗,金杰.中医药治疗慢性疲劳综合征研究进展[J].中国现代应用药学,2023,40(11):1571-1577.
- [12]郭玮,宋婷婷,杜世豪,等.从“虚”“郁”探讨针灸治疗慢性疲劳综合征取穴思路[J].中医杂志,2022,63(14):1333-1336.
- [13]李匡时,吴康,李媛媛,等.太极拳对慢性疲劳综合征患者功能性磁共振成像中分数低频振幅的影响[J].中医杂志,2023,64(4):370-376.
- [14]吴双韵,付勇,刘慧,等.芳香推拿治疗慢性疲劳综合征 34 例随机对照临床研究[J].中医杂志,2024,65(12):1249-1254.
- [15]薛崇祥,杨映映,罗金丽,等.全小林寒湿疫辨治思想及其诊疗要点[J].中医杂志,2023,64(22):2354-2358.
- [16]郑文科,张俊华,杨丰文,等.从湿毒疫论治新型冠状病毒肺炎[J].中医杂志,2020,61(12):1024-1028.
- [17]杜炎远,朱潇雨,高劲,等.基于“浊邪害清”理论探讨鼻咽癌的病因病机及治法[J].北京中医药大学学报,2023,46(9):1319-1324.
- [18]杨璐,张元,张葆青.基于三焦辨证探讨儿童 EB 病毒与肺炎支原体感染病机演变异同[J].中国中西医结合儿科学,2024,16(2):170-174.
- [19]GOLLA R, VUYYURU S, KANTE B, et al. Long-term gastrointestinal sequelae following COVID-19: a prospective follow-up cohort study[J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2023, 21(3): 789-796.
- [20]CHOUDHURY A, TARIQ R, JENA A, et al. Gastrointestinal manifestations of long COVID: a systematic review and meta-analysis [J]. Therap Adv Gastroenterol, 2022, 15: 17562848221118403. doi: 10.1177/17562848221118403.
- [21]邢玉瑞.经验与理念的张力:营卫循行不同路径的发生学研究[J].中医杂志,2018,59(21):1805-1807,1818.

- [22]常富业,王永炎.浅谈津络学说[J].北京中医药大学学报,2022,45(1):11-14.
- [23]王显,王永炎.对“络脉、病络与络病”的思考与求证[J].北京中医药大学学报,2015,38(9):581-586.
- [24]国家老年医学中心,中国老年医学学会心电与心功能分会,北京医学会心血管病学会影像学组,等.新型冠状病毒感染相关心肌损伤、心肌炎和感染后状态管理专家共识(第二版)[J].中国全科医学,2023,26(14):1692-1702.
- [25]孙增坤,蒙玲莲,何裕民.从“重启慢性疲劳综合征研究”受关注谈起[J].科学通报,2019,64(23):2379-2385.
- [26]APPLMAN B, CHARLTON BT, GOULDING RP, et al. Muscle abnormalities worsen after post-exertional malaise in long COVID[J]. Nat Commun, 2024, 15(1): 17.
- [27]南星梅,于洋,杨进,等.唐古特红景天化学成分和药理作用的研究进展[J].中草药,2023,54(16):5433-5441.
- [28]曹震宇,季诚昕,王磊.中医传统运动应用于帕金森病运动和非运动症状的研究进展[J].南京中医药大学学报,2024,40(11):1275-1284.
- [29]贾颖田,林可可,郭少波,等.慢性病患者中医传统功法康复训练促进与阻碍因素的Meta整合[J].护理学杂志,2024,39(22):16-21.

Treating Post-viral Chronic Fatigue Syndrome from the Perspective of Deficiency of Pectoral and Defensive *Qi* HUANG Sheng¹, DU Hongbo^{1,2}

1. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. Institute of Liver Disease of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine

ABSTRACT Post-viral chronic fatigue syndrome (CFS) is a condition characterized by persistent fatigue during the recovery phase of infectious diseases. It is marked by prolonged duration, not be recovered by sleep, significant brain fog, and post-exertional malaise. This paper has proposed that the core pathogenesis lies in deficiency of pectoral and defensive *qi*, that is insufficiency in the generation and transformation of pectoral *qi* and disordered circulation of defensive *qi*. This results in a state of post-epidemic deficiency fatigue, where both physical form and *qi* are impaired. Pectoral and defensive *qi* thrive on "movement without depletion". Consequently, internal treatment emphasizes on replenishing original *qi* and promoting its circulation to restore pectoral *qi* by self-designed *Pingbu Yihou Xulao Formula* (平补疫后虚劳方). External treatment focuses on regulating the *qi* collaterals to facilitate defensive *qi* circulation, achieved through practices such as Baduanjin exercises, maintaining regular daily activity, and breathing techniques to promote the smooth flow of defensive *qi*.

Keywords viral infection; chronic fatigue syndrome; pectoral *qi*; defensive *qi*; *qi* collaterals

(收稿日期: 2025-02-24; 修回日期: 2025-03-19)

[编辑: 贾维娜]

广告

欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001年合订本每本100元,2002、2003年合订本每本105元,2004年合订本115元,2005年合订本125元,2007—2010年合订本每本140元。2011(缺5、6期)—2013年每册9.80元,2014(缺21期)—2017年(缺3、5、15、18期)每册15元,2018年(缺5、7、9期)每册20元,2020年(缺7、8、9期)每册20元,2021年每册20元。2022、2023年每册30元。2011—2013年合订本,每年4本,全年280元;2014年合订本,共4本,全年400元;2018—2021年合订本,每年4本,全年600元;2022、2023年合订本,每年4本,全年800元;2024年合订本,共4本,全年960元。

以上免费邮寄,如需挂号每件另加3元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街16号,收款人:中医杂志社。

或关注《中医杂志》官方微信(zyzgzzh)购买。邮编:100700,电话:(010)64089195。