

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.04.005

基于“血水同病”理论探析经方叠用辨治射血分数保留的心力衰竭干预策略

贾裕智, 何庆勇[✉], 王阶, 赵欣, 王梓仪, 李东梅, 安俊桥

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053

[摘要] 基于《金匱要略》“血水同病”理论,并结合射血分数保留的心力衰竭(HFpEF)动态证候演变规律,系统阐释HFpEF阳虚为本、血瘀为枢、水停为标的病机传变规律。提出温阳培元以固其本、活血通络以畅其机、利水调枢以祛其标的治则。构建了“一君一臣一佐”复方结构,形成温阳、活血、利水三法协同的整体干预策略,采用经方叠用方法,即真武汤温阳化饮固其本,直抵阳虚病源为君;桂枝茯苓丸活血利水通其枢,辅助阻断瘀水互结为臣;葶苈大枣泻肺汤行气散饮祛其标,缓解水饮急证为佐。该复方温而不燥,利而不峻,祛瘀而不耗血,共达温阳活血利水之功效。

[关键词] 射血分数保留的心力衰竭;真武汤;桂枝茯苓丸;葶苈大枣泻肺汤;血水同病

射血分数保留的心力衰竭(heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF)是临床与病理高度异质、涉及多系统生理功能紊乱的心血管疾病^[1]。随着老龄化人口的增加及代谢综合征等疾病负担的加重, HFpEF 发病率持续上升^[2], 约占心力衰竭(heart failure, HF)的50%^[3]。HFpEF以左心室舒张功能异常为核心,仅以钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂联合利尿剂作为治疗,虽可短期缓解症状,但在改善心室重构、优化远期预后等方面存在显著局限,且不良反应严重影响患者生存质量^[4-5]。因此, HFpEF 有效治疗药物局限、临床病程迁延,是当前亟待解决的问题。

HF可归属于中医学“心痹”“水肿”“心水”等范畴,随着中西医结合治疗HF专家共识的逐步完善,中医药在HF治疗中展现了多靶点、整体调节的独特优势^[6]。HFpEF主症以眩晕、双下肢水肿、畏寒、胸闷痛、口淡、纳差、口唇青紫、夜尿频多为主^[7],其核心病机为脾肾阳气亏虚、血水互结,属本虚标实,涉及虚、瘀、水病理要素^[8]。我们基

于“血水同病”理论临床治疗HF多有效验^[9-10],故本文从血水同病视角系统探析HFpEF的证候演变规律,提出构建HFpEF的系统辨治体系及经方应用策略,以期对HFpEF的临床施治提供思路。

1 “血水同病”理论概述

《素问·调经论篇》云:“孙络水溢,则络有留血”,首次提出水病及血的病理关联论述,奠定了理论雏形。张仲景进一步深化了该理论。《金匱要略·水气病脉证并治第十四》指出:“少阳脉卑,少阴脉细,男子则小便不利,妇人则经水不通,经为血,血不利则为水,名曰血分”,指出“血不利”是“病水”的关键动因。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》云:“夫病人饮水多,必暴喘满”“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”,阐述了水饮内停与气机阻滞、血脉不畅的因果关系,完善了“血水互累”的病理认知。隋代《诸病源候论·水肿病诸候》云:“水病者,由肾脾俱虚故也”,强调脾肾亏虚是水代谢失常的内在根基。清代《血证论·阴阳水火气血论》中气能行血、血能载气、水血互根的论述,则为“血水同病”理论提供了整体观指导,形成气-血-水系统的理论框架。

“血水同病”的核心内涵在于病理状态下“虚为病本、瘀为病枢、水为病标”的恶性循环^[11-12]。

基金项目:国家科技重大专项(2024ZD0528200);中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目(HLCMHPP2023064);北京市科技计划(Z221100007422081)

✉ 通讯作者:heqingyong@163.com

“虚”以脾肾阳气虚衰为要，肾阳不足则气化失司，脾阳亏虚则运化失常，心阳衰弱则血行无力，共同构成“血不利”与“水停”的内在根源；“瘀”涵盖脉中凝滞之血、离经之血、阻经之血三种状态，导致气机阻滞，闭塞三焦水道，引发津液输布排泄障碍；“水”表现为水溢肌肤、水溢脉外、渗入体腔积液等病理状态，且水停复增瘀，壅塞脉道，加重阳气虚馁，形成“虚→瘀、水→更虚”的恶性循环局面。

2 “血水同病”是 HFpEF 的核心病机特征

HFpEF 的病因与“血水同病”的形成机制高度契合。年老体衰致肾阳亏虚，心阳失温则血凝滞，肾不化气致脾虚生痰饮，为阳虚生痰瘀之始。饮食不节戕伐脾胃，致气血不足使心脉失养，湿浊成痰，痰阻血瘀，终致血涩水停，形成痰、瘀、水互结。情志失调扰动脏腑，思虑伤脾、悲忧伤肺、惊恐伤肾、喜乐耗心，更致肝气郁结、气滞血瘀，进一步影响津液输布，终成“血水同病”。

HFpEF 患者心阳不振，无力推动血液运行，血行迟滞进而形成瘀血，瘀血阻滞脉络，影响津液的正常输布，使得津液停滞于组织间隙，最终引发双下肢水肿等症；而水停又会反过来阻碍血行，加重血瘀，二者交互影响形成恶性循环，推动病情进展，加重心脏负担，导致呼吸困难等症状加剧。HFpEF 的病机以“阳虚、血瘀、水停”为核心且累及多脏。心肾阳虚是病理根基，心阳不振则血瘀，肾阳不足则水泛，脾阳亏虚则生痰湿，且阳气虚馁因瘀水阻滞愈发严重；血瘀作为病理因素，既是阳虚产物，又通过“血不利则为水”加重水停，瘀阻气机还会影响肺的宣降功能加重水停；水停作为外在标实，不仅遏伤阳气、阻滞血行，还可能通过水饮凌心、水湿困脾、水寒射肺等病理变化，导致心、脾、肺、肾多脏功能失调，形成多脏互损的病理状态，最终使“虚-瘀-水”循环不断加剧。

3 基于“血水同病”的 HFpEF 治疗法则

《金匮要略·水气病脉证并治第十四》言：“血不利则为水”，深刻揭示了血瘀与水停互为因果、恶性循环的病理关系。《诸病源候论·水肿病诸候》又云：“水病者，由肾脾俱虚故也”，阐明脾肾阳虚是血水代谢失常的内在基础。由此确立温阳以促血行、活血以利水消、利水以护阳气的治则，即温阳活血利水法。

温阳活血利水法治疗 HFpEF 的辨治体系紧扣

HFpEF “阳虚为本、血瘀为枢、水停为标”的核心病机，确立辨治法则。温阳培元以固本：针对阳虚根本，法取温肾阳实脾土，以真武汤为代表方温壮肾阳、健脾运湿，补先天温后天，复壮阳气；活血通络以畅机：针对血瘀枢纽，采用去菀陈莖法，以桂枝茯苓丸为代表方活血化瘀、温通血脉，破瘀通络以畅达气机；利水调枢以祛标：针对水停标实，用洁净腑法，以葶苈大枣泻肺汤为代表方渗利水湿，通调水道以消除潴留。三者协同，相辅相成，温阳助血行、利水，活血通水道、防瘀伤阳，利水减阳遏、助气血畅行。

4 基于“血水同病”的 HFpEF 经方叠用策略

4.1 “一君一臣一佐”三法协同

针对 HFpEF 的核心病机，我们构建了“一君一臣一佐”复方结构，形成温阳、活血、利水三法协同的组方逻辑，实现“三法协同”整体干预。君方真武汤以温阳化饮固其本，直抵阳虚生瘀水之源；臣方桂枝茯苓丸以活血利水通其枢，破除瘀阻生水之关键；佐方葶苈大枣泻肺汤以行气散饮祛其标，缓解饮壅气逆之急，三者共奏“气血水同治”之效。

4.1.1 君方真武汤温阳化饮 HFpEF 患者见脾肾阳虚、水饮内停证候，症见面色㿔白、精神萎靡、小便不利或水肿、腹痛或下利、后背怕冷、身体瞤动、目眩、心悸、浮肿、舌淡胖苔白滑、脉沉细或沉迟。脾肾阳虚则气化失司、运化无权，致水饮停聚，泛滥肌肤则肿，凌心则悸，阻遏清阳则目眩。我们临床运用真武汤以温阳利水，谨遵张仲景所制比例，茯苓、白术、白芍、生姜为 3:2:3:3。方中附子大辛大热，温补肾之元阳，又可暖脾化气行水；茯苓健脾散水气；白术实脾助运化；生姜辛热以温胃，助附子温阳散寒，又合茯苓、白术散水气；白芍利小便以行水气，敛汗防附子伤阴，又可柔肝以调缓急。诸药合用泻中有补，共奏温阳利水之功。

4.1.2 臣方桂枝茯苓丸活血利水 血瘀则水停，水停则瘀更重，水血为患，多瘀多滞，迁延难愈。久病心气衰微，帅血无力，日久而成瘀，血瘀阻碍气机运行，气滞血瘀而致肺、脾、肾受扰，三焦络脉瘀阻，体内津液循环不畅，则津液停留为水，又因水血为患或贯穿疾病始终，使心络气血运行不畅，久之则心阳衰败，发为 HFpEF。HFpEF 患者可见口唇紫绀、爪甲色暗、舌质暗紫或瘀斑瘀点、

肌肤甲错、胸痛固定、腹满或按之有抵抗的明显瘀水互结征象。桂枝茯苓丸出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》，主治妇人癥病，瘀血阻滞胞宫，病机为瘀阻气机、水血互结。我们认为，桂枝茯苓丸也适用于 HFpEF 病程中瘀血内阻、水道不通之证。临床上常将丸剂改用汤剂，且多赤芍、白芍同用。桂枝温经通脉，温助阳气；茯苓甘补脾气，通利小便，祛除湿气；桃仁、牡丹皮凉血活血，又可行滞祛瘀；赤芍味酸下气，入血分，顺血脉，除血痹，清郁热；白芍味酸柔肝，敛阴养营，调肝脾，利小便，赤芍、白芍合用佐制桂枝之辛热，刚柔相济以调和，活血利水而不伤阴。全方温通与凉散并用，活血兼利水。

4.1.3 佐方葶苈大枣泻肺汤行气散饮 HFpEF 患者水饮停聚郁而成痰，壅于胸廓者，应行气以化水，泻肺以平喘。心为君主之官，HFpEF 则数脏同病，饮邪蕴肺，肺气壅塞，有失宣降，主治节功能失常，则津液郁而化痰，痰饮浮动，内犯于心，故而喘不得卧；饮邪停蕴，心肺同居上焦，心肺受扰，心不能行血，肺不能通调水道，壅于胸廓，溢于肌肤，故胸满胀，眼睑、头面浮肿，且患者舌淡苔白腻或水滑，脉弦数或浮数。《金匮要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》云：“肺癰，喘不得卧”“肺癰胸满胀，一身面目浮肿……咳逆上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之。”我们临床使用葶苈大枣泻肺汤以泻痰行水、散饮清肺。方中葶苈子破坚逐邪，通利水道，上走肺脏而下达膀胱，开泄肺气，通利小便；大枣补益肺脾，又可养营安神，甘缓调和葶苈子药性，防泻肺肃降太过。二药共奏行水化水、平喘泻肺之效。

4.2 核心方药解析与临床运用

我们认为，治疗 HFpEF 要注意温阳、活血、利水三个关键环节，故以真武汤、桂枝茯苓丸、葶苈大枣泻肺汤三方合用。其药量遵循张仲景所制比例，一般常用剂量为：炮附片 10~15 g（先煎），茯苓 12~45 g，白术 8~12 g，生姜 12~18 g，桂枝 15~20 g，牡丹皮 15~20 g，桃仁 15~20 g，赤芍 10~15 g，白芍 10~15 g，葶苈子 15~41 g（包煎），大枣 12~15 g。此方以炮附片为君药，以温肾补火助阳，暖脾化气行水。臣以茯苓健脾利水消肿，水邪从小便而出；白术实脾益气祛湿，与茯苓合用以宣散水气；桂枝温经通脉，振奋心阳，解散水气；牡丹皮凉血通经；桃仁、赤芍活血化瘀，白芍养血柔肝；葶苈子泻水逐饮，行水消肿。《千金方·卷第二十

一》云：“治大水，头面遍身肿胀。又葶苈、桃仁各等分。”葶苈子与桃仁合用共奏泻水逐瘀之功。佐以生姜辛热以温胃，助附子温阳散寒，又合茯苓、白术散水气；大枣补益肺胃之气。诸药共用，温而不燥，利而不峻，祛瘀而不耗血，共达温阳活血利水之功效。

我们在临床上根据 HFpEF 患者实际情况，注重活血宜温通，利水宜淡缓，中病即止，否则利水过快易伤阴，祛瘀过度易耗血。结合前期研究^[13]及临床经验，临证灵活运用对药、角药配伍优化，可取得较为满意的临床效果。若 HFpEF 患者元阳亏虚较重，畏寒且得衣被不减，或肢体后背触诊冰凉，可用人参-附子药对。核心方已含附子，故根据阳虚程度调整附子用量，另加人参 12~15 g，合成附子汤以加强温阳之功。人参补元气，附子温阳，两者合用益心气、温心阳。附子具有正性肌力作用，改善心肌缺血缺氧^[14]，人参皂苷可改善心肌能量代谢，降低心脏负荷^[15]。若 HFpEF 患者瘀血较重，有口舌紫暗，可用川芎-赤芍药对。川芎为血中之气药，赤芍活血化瘀，两者合用活血利水。赤芍总苷可保护损伤的心肌细胞^[16]，川芎中藁本内酯具有抗氧化、保护内皮细胞再灌注损伤作用^[17]。若 HFpEF 患者脾虚湿重，有纳呆、便溏、肢体困重，可优化茯苓-白术对药配伍用量，用茯苓 45~90 g，白术 20~30 g。茯苓甘淡，色白入肺，白术甘苦，色黄入脾，制水之逆流，两者合用益气利水，而水气自顺。白术倍半萜具有持久的利尿效果^[18]，茯苓多糖能降低机体氧化，对心肌细胞凋亡产生预防作用^[19]。若 HFpEF 患者痰饮较重，又兼血瘀，伴咳喘痰多黏稠、水肿不消、口唇紫绀、舌下络脉瘀曲明显者，可用丹参-鬼箭羽-益母草角药，常用剂量：丹参 10~15 g，鬼箭羽 6~10 g，益母草 10~20 g。丹参活血通络、化瘀生新；鬼箭羽入血分，活血行血散瘀，又可清解阴分之燥热；益母草温经利水。丹参有效成分丹酚酸、丹参酮，可改善冠状动脉供血，抗心肌氧化应激，改善血液循环，增强机体代谢功能，改善血供、抗凝、利尿的作用^[20]。鬼箭羽可以保护急性心肌缺血的心肌细胞^[21]。益母草碱具有抗炎、抗细胞凋亡、调节代谢的药理作用^[22]。此角药为去菟陈莖之活血利水的具体体现。若后期患者出现渴欲引饮、烦热不寐、舌暗红少苔或无苔、脉细涩，此为水瘀内停，郁久化热，或阳损及阴致气阴两伤，出现阴亏热扰、水热胶结之变证。此时可加用猪苓汤化裁，以

育阴养血、清热利水，常用剂量：阿胶 10~15 g，滑石 10~15 g，泽泻 10~15 g，猪苓 10~15 g。

5 结语

本文基于《金匮要略》“血水同病”理论，针对 HFpEF 的阳虚为本、血瘀为枢、水停为标的核心病机，提出构建温阳培元固其本、活血通络畅其机、利水调枢祛其标的治法框架，以真武汤、桂枝茯苓丸、葶苈大枣泻肺汤形成的经方叠用策略，共奏气、血、水同治之效，可截断“虚-瘀-水”恶性循环，标本兼治。同时，临床需遵循活血忌凉遏宜温通、利水忌峻猛宜淡缓原则，中病即止，避免温补太过、祛瘀耗血、利水伤阴，同时结合合理膳食、规律起居、适度锻炼、情志调畅等非药物干预。

此外，基于“血水同病”理论及温阳活血利水辨治体系，未来可从三方面研究以优化 HFpEF 的现有诊疗策略：一是优先开展多中心、大样本临床疗效验证研究，明确温阳活血利水法的临床有效性与安全性，为该方案的临床推广提供直接证据支撑；二是在疗效验证过程中，系统收集患者证候信息，结合超声心动图、生物标志物等客观数据，构建基于“虚-瘀-水”动态演变的 HFpEF 辨证分型标准，解决临床个体化辨证施治的关键问题；三是进一步解析该复方治疗 HFpEF 的可能分子机制，为该复方的疗效优势提供科学依据，也为经方现代化转化奠定基础。

参考文献

- [1] FAYYAZ AU, ELTONY M, PROKOP LJ, et al. Pathophysiological insights into HFpEF from studies of human cardiac tissue[J]. Nat Rev Cardiol, 2025, 22(2): 90-104.
- [2] ZHANG Z, WANG Y, CHEN X, et al. The aging heart in focus: the advanced understanding of heart failure with preserved ejection fraction[J]. Ageing Res Rev, 2024, 101: 102542. doi: 10.1016/j.arr.2024.102542.
- [3] KHAN MS, SHAHID I, BENNIS A, et al. Global epidemiology of heart failure[J]. Nat Rev Cardiol, 2024, 21(10): 717-734.
- [4] BORLAUG BA, SHARMA K, SHAH SJ, et al. Heart failure with preserved ejection fraction: JACC scientific statement[J]. J Am Coll Cardiol, 2023, 81(18): 1810-1834.
- [5] 杨康, 刘梦洋, 卢维杰, 等. 射血分数保留的心力衰竭综合管理策略[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2024, 26(10): 1238-1240.
- [6] 董国菊, 刘思雨. 射血分数保留心力衰竭中西医结合的分期诊断专家共识[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(5): 254-258.
- [7] 陈婵, 张鹏, 王娟, 等. 射血分数保留和射血分数减低心力衰竭中医四诊及证候特征研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(7): 972-975.
- [8] 黄钰婷, 张恺, 王笑, 等. 中医药在射血分数保留型心力衰竭防治研究中的思考[J]. 中国科学: 生命科学, 2022, 52(6): 840-848.
- [9] 郭建波, 丁宇坤, 王辉, 等. 何庆勇运用经方“行水八法”治疗心力衰竭经验[J]. 北京中医药, 2017, 36(12): 1111-1114.
- [10] 赵欣, 何庆勇, 王阶, 等. 从水、虚、瘀论述射血分数保留的心力衰竭治疗三法[J]. 北京中医药大学学报, 2024, 47(6): 747-752.
- [11] 柏容容, 于小涵, 王赵雨, 等. 白长川基于“血不利则为水”理论治疗心力衰竭经验[J]. 湖南中医杂志, 2025, 41(2): 42-44.
- [12] 李艳彦, 梁琦. 《血证论》水血相因思想初探[J]. 中医杂志, 2015, 56(9): 731-733.
- [13] 高雅, 何庆勇, 丁宇坤, 等. 汉代以来著名医家治疗水肿的方剂用药规律的数据挖掘研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20(5): 703-709.
- [14] 史攀博, 李亨达, 薛宁, 等. 附子药理、毒理及解毒机制研究述评[J]. 中医学报, 2023, 38(11): 2347-2353.
- [15] 刘伟, 刘永博, 王梓, 等. 人参的化学成分与转化机理研究进展[J]. 吉林农业大学学报, 2023, 45(6): 664-673.
- [16] 苗佳勇, 董馨, 况媛媛, 等. 赤芍的研究进展及其质量标志物预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(10): 236-242.
- [17] 管咏梅, 蒋成, 臧振中, 等. 川芎挥发油化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中成药, 2024, 46(3): 873-880.
- [18] 赵旌屹, 马凯乐, 张伟, 等. 重构本草: 白术[J]. 吉林中医药, 2025, 45(2): 213-215.
- [19] 厉晓, 龚婕, 丁婵, 等. 茯苓多糖的结构、活性及其构效关系研究进展[J]. 中草药, 2025, 56(1): 305-317.
- [20] 张冠雄, 耿晓娟, 田露, 等. 丹参活性成分防治心力衰竭药理作用研究进展[J]. 环球中医药, 2024, 17(10): 2088-2095.
- [21] 郭延秀, 席少阳, 马毅, 等. 鬼箭羽化学成分及药理活性研究进展[J]. 中国现代应用药学, 2021, 38(18): 2305-2316.
- [22] 李天爱, 王一硕, 王颖, 等. 益母草化学成分、药理作用研究进展及质量标志物(Q-Marker)的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(6): 1-35.

Intervention Strategies for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction Using Combined Classical Formulas Based on the Theory of "Disease of Both Blood and Water"

JIA Yuzhi, HE Qingyong, WANG Jie, ZHAO Xin, WANG Ziyi, LI Dongmei, AN Junqiao

Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053

ABSTRACT Based on the theory of "disease of both blood and water" in *Essentials from the Golden Cabinet* (《金匱要略》), and in combination with the dynamic syndrome evolution of heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF), this paper systematically clarifies the pathomechanism of HFpEF, characterized by *yang* deficiency as the root, blood stasis as the pivotal factor and water retention as the manifestation. Accordingly, the therapeutic principles have been proposed, which are warming *yang* and banking up original *qi* to consolidate the root, activating blood and unblocking collaterals to smooth the mechanism, and promoting urination and regulating pivot to remove the branch. On this basis, a compound formula structure of "one monarch, one minister and one assistant" is established, forming an integrated intervention strategy that synergistically combines the three methods of warming *yang*, activating blood, and promoting urination through combined classical formulas. *Zhenwu Decoction* (真武汤), which warms *yang* and dissolves rheum, is used to consolidate the root and directly target the source of *yang* deficiency, serving as the monarch; *Guizhi Fuling Pills* (桂枝茯苓丸), which activates blood, promotes urination and unblocks the pivot, assists in interrupting the binding of blood stasis and water retention, serving as the minister; *Tingli Dazao Xiefei Decoction* (葶蒴大枣泻肺汤), which regulates *qi*, disperses retained fluids, and eliminates the manifestation, alleviates acute water-retention symptoms, serving as the assistant. This compound formula is warming without being drying, diuretic without being drastic, and dispels stasis without consuming blood, thereby achieving the therapeutic effects of warming *yang*, activating blood, and promoting urination.

Keywords heart failure with preserved ejection fraction; *Zhenwu Decoction* (真武汤); *Guizhi Fuling Pills* (桂枝茯苓丸); *Tingli Dazao Xiefei Decoction* (葶蒴大枣泻肺汤); disease of both blood and water

(收稿日期: 2025-07-20; 修回日期: 2025-11-01)

[编辑: 侯建春]

广告

《中医杂志(英文版)》欢迎投稿

Journal of Traditional Chinese Medicine [《中医杂志(英文版)》] (ISSN 0255-2922, CN 11-2167/R, 双月刊) 由中华中医药学会与中国中医科学院联合主办, 是我国中医药界具有权威的中医药英文科技期刊, 现发行和交换 90 多个国家和地区。

《中医杂志(英文版)》自 1981 年创刊以来一直坚持正确的办刊宗旨, 国际影响力不断提升。2010 年入选 SCI-E (《科学引文索引》扩刊版), 2011 年获得中国中医科学院自主选题项目资助, 2013 年获得“中国科技期刊国际影响力提升计划”资助, 自 2012 年起连续被评为“中国最具国际影响力学术期刊”, 2023 年再次入选“T1 级中医药英文科技期刊目录”。本刊先后被国际知名文献数据库 MEDLINE、《化学文摘》(CA)、《医学文摘》(EM) 等收录, 是 MEDLINE 收录的第一份中国出版的中医药期刊, 是 SCI 收录的 30 余种全科医学和替代医学期刊中的中国传统医学综合性学术期刊之一。

《中医杂志(英文版)》主要栏目包括循证研究、理论研究、基础研究、临床观察、中药研究、文献研究, 思路与方法、综述等。内容以报道中医药基础、临床研究成果和科研前沿进展为主, 覆盖中医药学科各个领域。欢迎广大专家学者积极投稿。作者可直接登录本刊网站 <http://www.journaltcm.cn> 投稿。

联系邮箱: jtcmen@126.com。联系电话: 010-64089190。

联系地址: 北京市东城区东直门内南小街 16 号, 邮政编码: 100700。