

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.24.003

当代名医

唐旭东基于调中复衡理论辨治功能性胃肠病经验

车慧, 王凤云[✉] 指导: 唐旭东

中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所, 北京市海淀区西苑操场1号, 100091

[摘要] 总结唐旭东教授运用“调中复衡”理论辨治功能性胃肠病(FGIDs)的临床经验。认为FGIDs的核心病机是中焦脾胃功能失调, 气机升降失衡影响胃肠道通畅下行的生理功能, 进而影响其他脏腑及气血、神志功能整体协调的“平衡”状态。临证施治时, 遵循“调中复衡”理论进行整体调治。根据脾胃病的发病规律特点, 以恢复气机升降和脏腑功能的平衡为目的; 辨脏腑, 多脏同调, 重点施治; 辨虚实, 动静结合, 补而不滞; 辨气血, 用药浅深, 各有侧重; 辨寒热, 注重配伍, 以平为期; 随证灵活化裁。

[关键词] 功能性胃肠病; 调中复衡; 名医经验; 唐旭东

唐旭东(1963—), 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 中国中医科学院首席研究员, 中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所所长, 第六批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医临床工作近40年, 继承董建华院士“通降理论”思想精髓, 在功能性消化系统疾病的中医治疗方面积累了丰富的临床经验。

功能性胃肠病(functional gastrointestinal disease, FGIDs)为一组以慢性复发性消化系统症状为特征的疾病, 尚无法找到可以明确解释症状的器质性改变^[1]。本病类型众多, 包括功能性烧心(functional heartburn, FH)、功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)、肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)、功能性腹泻(functional diarrhea, FDr)、功能性便秘(functional constipation, FC)等, 涉及食管、胃十二指肠、肠道、胆系及肛门直肠及其特征的32类功能性疾病。由于FGIDs患病率高, 发病机制复杂, 个体差异较大, 临床表现普遍存在胃肠症状重叠, 目前在整体治疗方面尚缺乏疗效满意的治疗手段^[2]。

中医学整体观念和辨证论治思维模式在FGIDs的治疗上具有独特的优势, 但尚未形成完整的理论体系。唐旭东教授在继承董建华院士“通降理论”

思想和长期胃肠疾病临床实践的基础上, 提出了“调中复衡”理论^[3], 认为中焦脾胃升降失衡影响了胃肠道通降下行的生理功能, 导致脏腑气血功能失调及FGIDs的发生发展。根据脾胃病的病理特点, 结合八纲辨证与脏腑辨证理论体系, 采用具有脾胃病辨证特色的“新八纲”辨证, 从脏腑、气血、虚实、寒热四种纲要辨别病位、病性、病程阶段和机体状态以指导临床治疗, 以中焦“平衡”为中心目标调整脏腑气血功能治疗FGIDs。现将具体治疗经验总结如下。

1 遵循“调中复衡”理论进行整体调节

随着现代社会生活节奏加快、饮食结构改变、精神压力增加, FGIDs已成为全球范围内的多发病。FGIDs症状重叠现象突出, 各类上、下消化道FGIDs之间及FGIDs与消化道器质性疾病间极易发生症状重叠, 同一症状群可在不同的FGIDs中出现, 不同FGIDs之间可发生症状的转换, 如FD和IBS、FH和GERD症状重叠等^[4-6]。FGIDs发病机制复杂, 不同类型的FGIDs可能有共同的病理生理基础, 且与精神心理因素关系密切。研究发现, 约50%的FGIDs患者首先出现精神心理异常, 随后出现胃肠道症状, 而另外约50%的FGIDs患者则在胃肠道症状发生后出现精神心理异常^[7-9]。功能性胃肠病罗马IV诊断标准提出“脑-肠轴”互动异常是FGIDs“生物-心理-社会”模式重要的病理生理基

基金项目:国家自然科学基金(82205104); 国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划(ZYCYXTD-C-202010); 中国中医科学院科技创新工程创新团队(CI2021B005)

[✉] 通讯作者: wfy811@163.com

础, 中枢神经系统 (central nervous system, CNS) 和肌间神经丛至内脏平滑肌以及其他末梢器官之间存在双向联系, CNS 对胃肠道的感觉、运动、内分泌、自主神经、免疫和炎症等多方面的功能调控产生影响^[10]。胃肠道功能异常影响着神经信号向中枢神经系统的传导, 可导致一系列精神、躯体症状的发生。但目前 FGIDs 的治疗模式多采取单靶点联合用药的方式对症治疗^[11], 尚缺乏针对“脑-肠轴”互动异常的整体调节方法。

中医理论认为脏腑功能生克有序且与神志相互影响, 如《灵枢·本神》云:“肝藏血, 血舍魂”“脾藏营, 营舍意”“心藏脉, 脉舍神”“肺藏气, 气舍魄”“肾藏精, 精舍志”, 与现代医学认识的“脑-肠”互动机制相似^[12]。气血营卫是神志与五脏功能双向调节的物质基础, 脾胃作为“后天之本”“气血生化之源”, 在充养五脏之气并维持其功能方面发挥了重要的作用。脾胃之用受损, 气机升降失序, 气血生成乏源, 不仅可导致痞满、吞酸、腹痛、泄泻等多种胃肠道症状, 且会进一步影响五脏藏神的功能, 引发神志异常等多种疾病。由此观之, FGIDs 以中焦脾胃功能失调为发病的核心, 在协调五脏功能中起到重要的中枢作用。如张介宾在《景岳全书·杂证谟》所云:“脾胃有病, 自宜治脾, 然脾为土脏, 灌溉四旁, 是以五脏中皆有脾气, 而脾胃中皆有五脏之气, 此其互为相使, 有可分而不可分者在焉。故善治脾者, 能调五脏, 即所以治脾胃也。能治脾胃, 而使食进胃强, 即所以安五脏。”在 FGIDs 中医诊治方面, 唐老师提出以脾胃升降理论为指导, 结合脏腑理论体系, 以恢复脏腑通降功能为前提, 将脾胃作为一个整体进行辨治, 形成了以脾胃为中心、五脏相关的整体证治体系。通过辨别脏腑、虚实、气血、寒热, 抓住升降失序、纳运失和、气血失调、燥润不济的核心病机, 守护中土并兼顾他脏, 调和机体的失衡状态。中州得治, 则气血调和, 气机通畅, 有助于其他脏腑气血功能的恢复。

2 基于“调中复衡”理论的辨治要点

2.1 辨脏腑, 多脏同调, 重点施治

脾胃病脏腑传变规律主要分为(胃)本腑病, 胃病及脾, 胃(脾)病及他脏(腑)三个层次^[13]。病位以中焦脾胃为中心, 涉及肝、胆、肾等多个脏腑。唐老师认为, 抓主症是明确脏腑定位的关键。临证之时, 重视主症的信息有助于准确把握病位在

胃本腑、胃病及脾或脾胃病及他脏的三种情况, 并根据药物归经理论明确用药方向。通过详细询问患者特异性症状的发作时间(餐前、餐后)及情绪等伴随兼证的细微变化来协助辨证。如餐前嘈杂反酸、急躁易怒, 属肝失疏泄, 横逆犯胃; 纳食无碍、餐后痞满、肠鸣、暖气、吞酸等, 属脾不运化; 食后倦怠困倦, 属脾不升清; 忧思而纳少, 紧张、惊恐后即腹泻, 泄泻兼有腹痛, 属木胜克土, 肝郁脾虚; 晨起腹痛、泻后痛减, 属脾肾阳虚。

《素问·五脏别论篇》云:“五脏者, 藏精气而不泄也……六腑者, 传化物而不藏也。”“脏”与“腑”的功能分属两类, “脏”宜补而“腑”宜通, 临床用药当根据脏腑病情的主次有针对性地调整药物比例和剂量。胃本腑病宜单纯治胃, 以恢复胃气顺降之性为主要治疗目的, 如应用紫苏梗、陈皮、香橼、佛手等理气和胃之品。多个脏腑同病时, 当详细审查症状区分脏腑之间的主导地位, 在治疗上有所侧重, 如脾胃同病则应脾胃合治, 选用香砂六君子汤为基础方进行调治; 当胃气壅滞为主时, 宜加用紫苏梗、香附、大腹皮、莱菔子、鸡内金等增强理气通降、消食导滞之力, 稍佐党参、炒白术等补脾益气之品, 以免壅滞中焦; 而以脾虚为主兼有胃气壅滞时, 宜加用山药、炒扁豆、薏苡仁等增强健脾助运之力。肝脾同调时, 肝郁为主则疏肝为先, 配伍柴胡、白芍、香附、郁金、栀子、牡丹皮等以增强疏肝解郁之力; 脾虚为主则着重健脾, 选用柴芍六君子汤, 在健脾的基础上兼用疏肝之药。

2.2 辨虚实, 动静结合, 补而不滞

FGIDs 多慢性起病, 脏腑虚损与湿邪、气滞、痰阻、食积、瘀血等致病因素或病理产物俱见, 病性多虚实夹杂。脾虚是发病的根本, 在 FGIDs 虚实转化中发挥了重要作用^[14]。临证之时, 应根据患者的年龄、体质、饮食、排便习惯等结合四诊信息综合辨别。如通过判断大便的干湿状态、排便通畅与否作为切入点判断脾胃的升降功能和机体的虚实状态: 大便软而排便不净, 伴有食后暖气频频、满闷纳呆, 为脾虚不运导致气机壅滞, 水湿内聚; 大便溏稀不爽, 伴脘腹胀满、暖气反酸、倦怠乏力、纳少口干, 为虚中夹实, 脾虚兼有气滞; 大便黏滞, 伴有腹胀、心情烦躁、面色暗沉、困倦、口黏口苦等, 为土壅木郁, 肝气不舒, 脾气不升, 湿热内蕴; 大便干燥, 排便费力, 伴胃隐隐灼痛、口干咽燥、饥而不欲食、乏力倦怠, 则为脾虚不化, 胃失所养, 润降不利等。

唐老师认为,按虚实两方面的程度进行补泻时应把握用药分寸,既要避免误补、壅补、漫补,又要避免过用通降之法。实证为主,以“通”为先,运用理气、消导、降泄之法,恢复胃气通降,再行补益;虚证为主,以“通补”为法,动静结合,补而不滞。补法有别,当根据脏腑特性。脾虚当“调”“化”“补”,胃阴虚当“润养”。“调”为调脾胃纳运,气机升降,脏腑润燥,使脾胃功能纳运协调,燥湿相济,常用药如苍术、枳壳、陈皮、砂仁等;“化”为健脾化湿浊、痰饮,清湿热,使标实得去,脾运恢复,常用药如薏苡仁、炒扁豆、竹茹、佩兰、豆蔻等;“补”为调理脾胃物质基础及生理功能,如口干不欲饮、乏力困倦等当助脾之运化,以振奋胃阳,常用药如山药、黄芪、白术等。此外,疏通气机应兼顾滋养胃阴,常用石斛、麦冬、玉竹、生麦芽等。在运用补益药时,为避免药物滋腻的呆补、壅补,常配伍苍术、陈皮、砂仁等理气、醒脾、化湿之品。

2.3 辨气血,用药浅深,各有侧重

气血失和是不同 FGIDs 均可呈现出的基本病机。《素问·举痛论篇》云:“百病生于气。”初病在气,久病在血,辨别在气在血能够明确病之浅深。病在气分,位置表浅,病程较短,如气郁、气滞、气逆等。气滞者多为脾虚运化不利或邪气阻滞中焦影响到胃气通降,轻则为胀,重则为痛,表现为胃胀、腹胀、胀甚而痛、时发时止、游走不定等;气逆则为气机阻滞日久而上逆,表现为反酸、噯气等;气滞化火则口苦、烧心等,壮火食气,耗伤正气,多见脾气虚,表现为乏力倦怠、少气懒言、面色萎黄等;气虚日久及阳,导致中焦虚寒,表现为喜温喜按、胸闷气短、大便溏稀;阳损及阴,胃阴亏虚,则见口干不欲饮、饥不欲食等。病久不愈,病位深入,气滞、气虚日久皆能影响到血的运行,引起血瘀,表现为胃脘、腹部痛如针刺、固定不移,气与血互为因果,瘀血阻滞气机又可进一步引起气虚。

临证治疗,初病在气,以理气、降气之法为主,进一步分为疏肝理气、和胃理气、行气导滞、行气化瘀、降气止逆等法。理气之品包括紫苏梗、陈皮、砂仁等;降气之品如枳实、苦杏仁、紫苏子等;如见肝郁不舒,则佐以疏肝理气之品如柴胡、香附、郁金、玫瑰花等;配合瓜蒌、决明子通便助胃气顺降。病久入血导致血瘀,出现胃痛、胁痛、腹痛等,则采用和血、活血、逐瘀之法。和血之品

如当归、白芍、川芎、红花等,活血之品如川楝子、延胡索、五灵脂等,逐瘀之品如酒大黄、桃仁等。若由实转虚,由腑及脏,脾气亏虚,脾阳衰弱,则益气以温通,如应用党参、黄芪、白术、干姜等。若气滞化火,胃阴耗伤,则和血养阴以润降,如应用北沙参、石斛、生地黄、丹参等。通过祛邪导滞、补虚行滞、疏通气机、调畅气血等手段疏解中焦壅滞,恢复胃腑通降下行之性。

2.4 辨寒热,注重配伍,以平为期

脾胃为饮食水谷受纳运化之所,易受外界邪气的侵扰,又因脾胃生理特性的不同,其在易感邪气及寒热转化方面也存在差异。以寒热为纲,脾为太阴,其气易虚,虚则生寒;胃为阳明,其性易实,实则生热,为此,FGIDs 症状常表现为上热下寒、脾寒胃热等寒热状态错杂之象。中、上二焦多热邪,表现为口苦咽干、渴喜冷饮、吞酸嘈杂、烦躁失眠等症,下焦多虚寒,表现为肠鸣泄泻、腹胀腹痛、喜温喜按、下肢寒凉等症。在临床辨证时应全面了解患者的症状,综合进行判断,从而指导方药中寒热药物的配伍,取得调节阴阳平衡的效果。

临证遣方时应注重温清并用,平衡寒热之状态、调和机体之阴阳,以平为期^[3]。脾胃虚弱,湿浊内生,重浊腻滞,阻遏气机,又因个体禀赋差异而趋于热化或寒化,治疗最为棘手。日久可见大便溏稀、腰酸肢冷,兼见反酸烧心、口黏口苦、口渴不欲饮等则寒热错杂之象。如治疗脾虚兼有湿热之证,过于苦寒,伐伤脾阳,则不利于湿邪的祛除,温补太过,则助火生热,不利于热邪的清解,宜避免过用苦寒或温补之品,或采用寒热药物兼用的方法,使机体状态恢复平衡。如半夏泻心汤中苦寒的黄芩、黄连与辛温药半夏、干姜同用,左金丸中黄连与吴茱萸同用,丹栀逍遥散中栀子、牡丹皮与当归、生姜同用。虚证兼有热,运用黄芩、黄连、栀子等苦寒燥湿药物时应用量适中,一般以 6 g 左右为宜;虚证兼有寒,运用温中止泻药如木香、苍术、乌药等香燥之品时,用量不宜过大,并可同时配合炒扁豆、山药等滋养胃阴,固护胃气。

3 典型病例

患者,男,36 岁,2016 年 5 月 26 日初诊。主诉:间断胃脘不适 2 年余,近 3 个月频繁发作,加重 2 周。患者身高 180 cm,体重 60 kg,两年前因进食不当引发胃脘隐痛,曾自服中成药(具体不详)后症状缓解,但仍易反复。3 个月前因工作劳

累, 饮食、睡眠不规律, 症状发作尤为频繁, 2 周前又因进食寒凉食物, 胃脘不适症状持续无法自行缓解。刻下症见: 知饥, 欲食, 食入略烧心, 隐痛, 胃稍胀, 纳少, 大便或干或溏, 近日略溏, 乏力, 倦怠。舌淡红、苔薄, 脉细滑。胃镜检查提示: 慢性浅表性胃炎, 幽门螺杆菌 (-)。西医诊断: 慢性浅表性胃炎; 中医诊断: 胃痛, 脾虚气滞证。治则: 健脾理气, 和胃止痛。处方: 党参 15 g, 麸炒白术 20 g, 紫苏梗 12 g, 陈皮 12 g, 醋香附 12 g, 枳实 12 g, 砂仁 6 g (后下), 黄连 6 g, 干姜 6 g, 海螵蛸 30 g, 延胡索 12 g, 炙甘草 6 g, 炒神曲 15 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚饭后温服。法莫替丁片每次 20 mg, 每晚睡前口服。

2016 年 6 月 21 日二诊: 患者服前方两周后, 烧心症状缓解, 遂停用中药, 仅睡前服用法莫替丁 20 mg。现食后偶有胃脘隐痛, 大便每日 1 次, 略溏, 食后胃不胀, 舌淡红、苔薄, 脉细滑。守初诊方加黄芪 20 g、佩兰 12 g, 干姜改炮姜 6 g。14 剂, 煎服法同前, 嘱停药法莫替丁片。

2016 年 7 月 14 日三诊: 胃脘隐痛消失, 大便成形, 纳可, 食量可, 仍觉乏力, 倦怠, 睡眠不安、多梦易醒, 舌淡红舌尖略赤、苔薄, 脉细滑。治法: 健脾柔肝, 凉血安神。处方: 北柴胡 10 g, 黄芪 20 g, 白芍 15 g, 当归 10 g, 麸炒白术 20 g, 茯苓 30 g, 牡丹皮 15 g, 炒栀子 15 g, 枳壳 12 g, 砂仁 9 g (后下), 炒神曲 20 g, 炙甘草 6 g, 海螵蛸 30 g。14 剂, 煎服法同前。两周后告知胃痛、烧心等症状未复发, 胃胀基本缓解, 纳可, 大便成形, 乏力、倦怠明显改善, 睡眠转佳, 未再复诊。

按语: 本案中患者患病 2 年余, 频繁发作 3 个月余, 加重 2 周。胃镜检查报告为慢性浅表性胃炎, 未发现明显器质性病变, 符合 FGIDs 的诊断。初诊时因饮食、起居不当而引起胃脘隐痛、烧心、便溏, 病位主要定位在胃与肠。脾失健运, 运化失司, 胃气壅滞, 则见胃痛、烧心; 湿邪下注, 清阳不升, 则见倦怠、乏力、大便略溏; 再根据舌脉辨为脾虚气滞证, 亦有脾寒胃热之象。治疗依据脏腑同调、重点施治的原则脾胃同治, 以加味香苏散为基本方通降和胃, 加入党参、炒白术等增强健脾助运之力, 兼用延胡索理气活血止痛、海螵蛸制酸、炒神曲消食导滞, 诸药合用, 补中有泻, 动静结合, 黄连、干姜配伍, 辛开苦降, 寒热平调, 共奏健脾益气、通降和胃之功。睡前加服法莫替丁以减少胃酸分泌, 有助胃痛、烧心等症状的缓解。二诊

胃痛、烧心症状减轻, 仍便溏, 提示运化功能未完全恢复, 湿邪未完全消解, 为避免长期抑酸影响脾胃消化功能, 遂停用法莫替丁, 继续中药调理。初诊方加入黄芪、佩兰, 干姜改炮姜以加强健脾化湿、温阳止泻之功。三诊时诸症好转, 仍存在乏力、倦怠等脾虚之证, 土虚肝木易乘之, 上扰心神, 导致睡眠不安、多梦易醒、舌淡红舌尖略赤, 故在健脾的同时加强调肝之力, 抑木扶土, 选用丹栀逍遥加减以健脾柔肝、凉血安神以善后。

参考文献

- [1] DROSSMAN DA, LIN C, WILLIAM DC, et al. 功能性胃肠病: 罗马 IV [M]. 方秀才, 侯晓华, 译. 北京: 科学出版社, 2016: 519.
- [2] SPERBER AD, BANGDIWALA SI, DROSSMAN DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome foundation global study [J]. Gastroenterology, 2021, 160(1): 99-114.
- [3] 王风云, 张北华, 苏博, 等. “调中复衡”理论的内涵及其在脾胃病治疗中的应用 [J]. 中医杂志, 2021, 62(11): 930-933.
- [4] GEERAERTS A, VAN HOUTTE B, CLEVERS E, et al. Gastroesophageal reflux disease-functional dyspepsia overlap: do birds of a feather flock together? [J]. Am J Gastroenterol, 2020, 115(8): 1167-1182.
- [5] YAO X, YANG YS, CUI LH, et al. The overlap of upper functional gastrointestinal disorders with irritable bowel syndrome in Chinese outpatients: a multicenter study [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2016, 31(9): 1584-1593.
- [6] AZIZI, PALSSON OS, TÖRNBLOM H, et al. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study [J]. Lancet Gastroenterol Hepatol, 2018, 4(3): 252-262.
- [7] JONES MP, TACK J, VAN OUDENHOVE L, et al. Mood and anxiety disorders precede development of functional gastrointestinal disorders in patients but not in the population [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2017, 15(7): 1014-1020.
- [8] KOLOSKI NA, JONES M, KALANTAR J, et al. The brain-gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study [J]. Gut, 2012(61): 1284-1290.
- [9] KOLOSKI NA, JONES M, TALLEY NJ. Evidence that independent gut-to-brain and brain-to-gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1-year population-based prospective study

- [J]. Aliment Pharmacol Ther, 2016, 44(6): 592-600.
- [10] BLACK CJ, DROSSMAN DA, TALLEY NJ, et al. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management[J]. Lancet, 396 (10263): 1664-1674.
- [11] 魏玮, 罗晓颖, 刘建平. 功能性胃肠病诊治现状及中药治疗优势与展望[J]. 北京中医药, 2022, 41(4): 348-350.
- [12] 夏梦幻, 王庆其. 五神脏理论钩玄[J]. 中医杂志, 2019, 60(3): 186-189, 194.
- [13] 唐旭东, 马祥雪. 传承董建华“通降论”学术思想, 创建脾胃病辨证新八纲[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(11): 893-896.
- [14] 王凤云, 卞兆祥, 康楠, 等. 从脾论治功能性胃肠病[J]. 中医杂志, 2014, 55(11): 920-923.

TANG Xudong's Experience in Treating Functional Gastrointestinal Diseases based on the Theory of Regulating the Center and Restoring Balance

CHE Hui, WANG Fengyun

Institute of Digestive Diseases, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091

ABSTRACT This paper summarized professor TANG Xudong's clinical experience in treating functional gastrointestinal diseases (FGIDs) with the theory of “regulating the center and restoring balance”. It is believed that the core pathogenesis of FGIDs is the dysfunction of the spleen and stomach in the middle *jiao* (焦). The unbalanced ascending and descending of *qi* movement affect the physiological function of the gastrointestinal tract, thereby affecting the “balance” state of the overall coordination of other *zang fu* organs (脏腑), *qi*, blood, and the mind. In clinical practice, it is recommended to adopt the theory of “regulating the center and restoring balance” for overall adjustment. According to the pathological characteristics of spleen and stomach diseases, with the purpose of restoring the balance of *qi* movement and *zang fu* functions, it is advised to distinguish *zang* from *fu* organs, coordinate multiple organs, and put focus on the main; to distinguish deficiency from excess, combine movement and stillness, nourish avoiding stagnation; to distinguish *qi* from blood, and take medication at different depth with its own emphasis; to differentiate cold from heat, pay attention to the combination of medicinals, and adjust the medication flexibly to the syndrome following the principle of pursuing neutral state.

Keywords functional gastrointestinal disease; regulating the center and restoring balance; experience of famous doctors; TANG Xudong

(收稿日期: 2022-05-19; 修回日期: 2022-08-23)

[编辑: 崔京艳]

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。2011—2013年合订本每年4本, 全年280元, 2014—2017年合订本每年4本(缺2017年上半年合订本), 全年400元, 2018—2021年合订本, 每年4本, 全年600元, 2022年上半年合订本2本, 共400元。《中医杂志》2006—2008年增刊每册40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(zyzzgzh)购买。邮编: 100700, 电话: (010)64089195。