

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.07.018

电针麻醉下行心房颤动冷冻球囊消融及左心耳封堵一站式手术 1 例

匡荣仁¹, 王帅², 蒋玉莲^{2,3}, 王贤良², 殷建明¹, 毛静远²✉

1. 深圳市中医院, 广东省深圳市福田区福华路 1 号, 518033; 2. 天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心;
3. 天津中医药大学

[摘要] 心房颤动是临床最为常见的慢性心律失常类型, 导管消融及左心耳封堵是治疗心房颤动的有效方法, 手术过程需要麻醉药物支持才能完成, 但麻醉药物常导致恶心呕吐、不自主运动、呼吸抑制等相关副作用。报道完全针刺麻醉下顺利完成心房颤动冷冻球囊消融及左心耳封堵一站式手术 1 例, 患者术前 30 min 采用针灸针刺双侧内关、列缺、郄门、孔最, 得气后连接电针仪器, 整个手术全程使用电针麻醉止痛。术中患者耐受度好、配合度高, 针刺麻醉完全替代了静脉麻醉药物, 保证了手术顺利完成, 且术后随访效果理想。

[关键词] 心房颤动; 针刺麻醉; 冷冻球囊消融; 左心耳封堵

心房颤动(简称房颤)指心房不协调电激动和无效收缩, 是临床最为常见的慢性心律失常类型, 其可增加死亡^[1]、卒中^[2]、心力衰竭^[3]等风险, 严重影响患者生活质量。抗凝是房颤治疗的首要措施, 导管消融术是房颤恢复窦性心律的有效方法, 但房颤导管消融术后存在复发风险, 消融成功后仍需根据脑卒中评分进行抗凝治疗, 而左心耳封堵为高危抗凝出血及拒绝服用抗凝药物的患者提供了可替代方案^[4]。近年来, 房颤消融术联合左心耳封堵一站式手术已经逐渐在国内各大医院成功开展, 由于术式复杂, 手术过程往往需要更有力的麻醉药物支持, 而手术过程麻醉药物常带来相关副作用。近年来, 有研究应用针刺麻醉辅助房颤射频消融术, 结果显示叠加针刺麻醉可减少镇痛药物使用剂量及药物相关不良反应发生率^[5], 但未见针刺麻醉用于房颤冷冻球囊消融及左心耳封堵手术一站式手术的报道。我们采用完全针刺麻醉下成功行房颤冷冻球囊消融联合左心耳封堵一站式手术 1 例, 报告如下。

1 病历介绍

患者, 男, 75 岁, 2021 年 12 月 15 日初诊。主诉: 间断心悸 1 年。现病史: 患者 1 年前无明显诱因出现心悸伴发头晕, 随之晕厥, 头部着地, 意识丧失, 未见呕吐白沫、四肢抽搐、胸闷胸痛、大小便失禁等, 约 10 min 可自行恢复意识。入院后查心电图结果示: 房颤; 头颅 CT 结果提示: 右侧枕部血肿, 蛛网膜下腔出血, 腔隙性脑梗死。经静脉滴注盐酸胺碘酮注射液处理后转为窦性心律, 同时予尼莫地平对症处理后症状好转。出院后继续服用盐酸胺碘酮片, 每次 0.2 g, 每日 1 次, 但心悸仍反复发作, 多次检查心电图提示房颤。刻诊症见: 心悸, 头晕, 乏力, 口干, 纳可, 夜寐欠安, 舌质红、苔薄黄, 脉弦细。既往史: 患高血压病、2 型糖尿病、阻塞性睡眠低通气综合征病史 1 年余。查体: 血压 157/76 mmHg, 双肺未闻及干湿啰音, 心率 66 次/min、律齐、未闻及明显杂音及额外心音, 双下肢无水肿, 双下肢肌力 IV 级, 双下肢病理征(-)。辅助检查: 低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 1.16 mmol/L, 糖化血红蛋白 (HbA1c) 6.3%; 头颅 CT 结果提示: 多发腔隙性脑梗死; 心脏超声: 左心房 (LA) 前后径 34 mm, 左心室 (LV) 舒张末

基金项目: 国家中医药管理局中医药创新团队及人才支持计划项目(ZYYCXTD-C-202203)

✉ 通讯作者: jymao@126.com

期前后径 48 mm, 左室射血分数 (LVEF) 63%; 24 h 动态心电图结果提示: 房颤。左房冠脉 CT 血管造影 (CTA) 排除左房血栓。房颤脑卒中风险评分 (CHA₂DS₂-VASc)^[6] 5 分, 抗凝治疗出血风险评分 (HAS-BLED)^[7] 3 分。

西医诊断: 心律失常 (持续性房颤); 高血压病; 2 型糖尿病; 睡眠呼吸暂停综合征。中医诊断: 心悸 (气阴两虚证); 治以益气养阴, 安神定悸。处方: 黄芪 15 g, 太子参 10 g, 麦冬 15 g, 五味子 10 g, 生地黄 10 g, 当归 10 g, 丹参 10 g, 川芎 10 g, 龙骨 30 g (先煎), 甘草 3 g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次温服。西药予口服利伐沙班片, 每次 15 mg, 每日 1 次抗凝; 瑞舒伐他汀钙片每次 10 mg, 每晚 1 次降血脂; 缬沙坦胶囊每次 80 mg, 每晚 1 次降血压; 阿卡波糖片每次 50 mg, 每日 3 次; 二甲双胍片, 每次 0.5 g, 每日 3 次降血糖; 泮托拉唑肠溶片, 每次 40 mg, 每日 1 次抑酸、保护胃黏膜。

经过手术团队充分讨论, 结合患者实际情况, 与患者及家属充分沟通并签署知情同意书, 决定在针刺麻醉支持下行冷冻球囊消融及左心耳封堵一站式手术, 手术过程在麻醉科医师监护下进行, 如针刺麻醉不充分, 则立刻给予静脉麻醉以保证手术顺利进行。2021 年 12 月 18 日手术过程: 患者术前 30 min, 取仰卧位, 暴露双上肢, 按国际标准取穴, 选取双侧内关、列缺穴、郄门、孔最常规消毒后, 选取 40 mm×0.30 mm 针灸针 (苏州医疗用品有限公司) 直刺 0.5~1 寸, 捻转针身, 得气后连接电针 (EA) 仪器 (SDZ-Ⅲ型, 安徽华佗国药股份有限公司), 连续波, 频率 15 Hz, 电流强度以患者感觉舒适为宜, 整个手术全程使用电针麻醉, 在操作过程中时刻关注患者情况, 如果不耐受立刻停止操作。

冷冻球囊消融术: 利用利多卡因局麻后成功穿刺左右股静脉, 经左侧股静脉置入心室电极和冠状窦导管, 经右侧股静脉完成房间隔穿刺, 通过穿刺鞘管进行选择性肺静脉造影, 使用美敦力公司 Arctic Front 冷冻球囊系统分别冷冻消融左上肺静脉、左下肺静脉、右上肺静脉及右下肺静脉, 四个肺静脉前庭分别冷冻消融 2 次, 每次 150~180 s, 最低温度达到 -50~-35 ℃, 直至验证肺静脉隔离, 术中恢复窦性心律, 结束消融手术。左心耳封堵术: 退出冷冻球囊导管系统, 循加硬导丝将输送鞘

置于左心耳附近, 置入猪尾导管于左心耳内行左心耳造影, 测量最大展开位左心耳开口处直径、锚定区直径和左心耳深度, 结合造影结果选择 LAmbre-2634 左心耳封堵器, 通过输送鞘输送封堵器至合适位置打开, 多体位重复造影确认左心耳被完全封堵且无明显造影剂泄漏, 再进行牵拉试验, 符合 COST (C, circumflex artery; O, open; S, sealing; T, tug test)^[8] 原则后释放封堵器, 再次造影确认封堵成功。后切断电针电源, 拔出鞘管及针灸针, 局部止血包扎, 安全返回病房。手术共用时 2.5 h, 手术过程中及术后患者意识清醒, 呼吸均匀, 配合度高, 血压、心率、血氧饱和度均正常, 未出现明显疼痛、恶心呕吐等不适。

患者术后复查心电图为窦性心律, 心脏超声提示封堵器固定在位, 未见心包积液, 并于术后第 3 天出院。患者出院后口服盐酸胺碘酮片每次 0.2 g, 每日 1 次, 3 个月后停用; 利伐沙班片, 每次 15 mg, 每日 1 次, 3 个月后改为阿司匹林肠溶片每次 0.1 g, 每日 1 次, 硫酸氢氯吡格雷片每次 75 mg, 每日 1 次; 再 3 个月后停用阿司匹林肠溶片, 单用硫酸氢氯吡格雷片每次 75 mg, 每日 1 次维持治疗。术后中药守原方继续服用 3 个月, 每日 1 剂, 煎服法同前。

术后 3 个月随访, 无明显心悸、口干、乏力等症状, 纳寐可, 舌质淡红、苔薄白, 脉弦, 查动态心电图提示窦性心律。术后半年、1 年行左房 CTA 检查均显示左心耳封堵器封堵良好, 无残余漏, 无器械表面血栓。术后 1 年半余 (2023 年 6 月 10 日) 随访, 患者未诉心悸不适, 心电图示窦性心律, 未见房颤和不良事件。

2 讨论

对于药物治疗无效的症状性房颤, 导管消融被指南列为一线治疗方法^[4]。冷冻球囊消融是通过冷冻能源造成的低温引起靶点心肌细胞坏死, 其对心肌的损伤与射频消融效果相似, 但是患者耐受度更好, 特别对高龄患者更合适^[9]。非瓣膜性房颤患者 90% 以上的血栓来自左心耳, 防止左心耳血栓形成是预防脑卒中的重要措施, 对于出血风险高的患者, 左心耳封堵是抗凝药物的有效替代手段^[10]。房颤导管消融及左心耳封堵一站式手术已经成为治疗房颤的新选择^[11]。

本案患者 75 岁高龄, 房颤病史 1 年, 房颤发作伴有晕厥, 服用盐酸胺碘酮片控制无效, CHA₂DS₂-

VASc 评分 5 分, HAS-BLED 评分 3 分, 为脑卒中及出血高危人群, 采用冷冻球囊消融及左心耳封堵一站式手术是适应患者的优化方案。房颤冷冻消融及左心耳封堵一站式手术常需 2~4 h 完成, 对患者配合度要求高, 术中常规需要麻醉支持。目前国内房颤导管消融术主要采用清醒镇静, 对不能耐受或不能配合的患者可全身麻醉或深度镇静, 但临床中常用的静脉麻醉药芬太尼和咪达唑仑属于阿片类药物, 常使患者产生如恶心呕吐、不自主运动、呼吸抑制等不良反应^[12]。为减轻麻醉药物带来的副作用, 需减少麻醉药物剂量, 但是镇静镇痛效果不佳又会影响手术进程及患者安全。

针刺麻醉技术诞生于 20 世纪 50 年代, 既可以缓解患者围手术期的疼痛和焦虑, 又可防止恶心呕吐等不适, 在分娩^[13]、骨折^[14]、胸腔镜^[15]、肛肠^[16]等手术中均有一定应用, 可以部分甚至完全替代麻醉镇痛药物。在心脏手术方面, 相对于常规麻醉, 针药复合麻醉可以减少心脏瓣膜手术及房颤射频消融术的麻醉药物用量及术后并发症, 并可有效促进术后康复^[5, 17]。但针刺麻醉临床个体差异较大, 目前仍缺乏充分参考依据和相关规范, 由于镇痛不足, 既往多数手术都需要针刺、药物复合麻醉, 然而追求针刺麻醉更好效果的研究仍在进行探索^[18]。本例为高龄老年患者, 既往有睡眠呼吸暂停综合征病史, 考虑常规麻醉手术可能不耐受, 冷冻球囊消融术较射频消融术患者耐受度更好, 麻醉要求相对较低, 故我们尝试在针刺麻醉下行冷冻球囊消融及左心耳封堵一站式手术, 术中患者耐受性好, 配合度高, 完全替代了静脉麻醉药物, 未出现麻醉药相关副作用, 保证了手术顺利完成, 且术后随访效果亦比较理想。

研究证明, 针刺麻醉的可能作用机制为促进机体释放多种内源性有镇痛作用的阿片类介质(如内啡肽、脑啡肽、强啡肽等), 通过针刺穴位深部的感受器以及神经末梢等传入到中枢系统中, 疼痛和针刺信号在脊髓的核团内相互作用, 减少抑制, 并通过脊髓背角边缘层神经元的直接投射, 激活高位神经系统, 起到提高疼痛阈值而镇痛的效果^[19-20]。针刺麻醉还可能起到保护心肌的效应, 通过抑制应激反应, 改善血管内皮功能及稳定免疫系统, 从而促进患者的术后康复^[21-22]。然而, 针刺麻醉在房颤导管消融上的具体作用机制尚待进一步明确。

房颤归属于中医学“心悸”范畴, 因外感或内

伤致气血阴阳亏虚, 心失所养; 或因瘀血痰饮阻滞脉络, 心脉不畅, 临床表现以心悸为主要症状, 属本虚标实证。中医治疗可减少房颤导管消融术后复发, 改善患者生活质量^[23]。本例患者辨证为心悸(气阴两虚证), 方中黄芪补中益气, 太子参、麦冬、五味子益气养阴, 生地黄、当归滋阴养血, 川芎、丹参活血化瘀、除烦安神, 龙骨镇静安神, 甘草调和诸药, 全方共奏益气养阴、安神定悸之功。本例患者在西医治疗基础上加载中药, 临床症状明显改善, 术后 1 年半随访效果理想, 说明中药治疗对防止术后复发起到了辅助作用。

《素问·举痛论篇》载“百病生于气”, 气行不畅, 气血瘀滞, 经脉瘀阻, 故“不通则痛”。中医学认为针刺之所以能够止痛, 主要是因为其具有“调气”的作用。“气为血之帅, 血为气之母”, 气行则血行, 循经取穴, 通畅经脉气调血自和, 可达止痛之功^[24]。房颤病位在心, 心主血脉, 《灵枢·经脉》中记载“心包代心受邪”, 故心病可从心包经论治。内关为手厥阴心包经之络穴, 具有通脉活血、宁心安神、理气止痛功效; 郄门为手厥阴心包经之郄穴, 有安神定悸作用。中医学认为, 肺主气, 司呼吸。列缺、孔最均为手太阴肺经穴位。列缺为手太阴肺经络穴, 通任脉, 《针灸大全·千金十一穴歌》云:“胸项如有痛, 后溪并列缺”, 列缺具有通经活络、理气止痛的作用。孔最穴本身具有救急止痛的作用, 又是手太阴肺经之郄穴, 为本经气血深聚之处, 又得诸经之气, 因此孔最具有调畅气机作用。依据“经络所在, 主治所及”的特点, 采用循经取穴和远道取穴原则, 针刺以上四穴可调和气血, 起到治疗及麻醉止痛的作用。目前针刺麻醉临床取穴多样, 缺乏统一标准, 不同穴位的选择、配伍及电针使用对不同疾病及个体针刺麻醉的效果有较大影响。文献^[5, 17, 25]报道在心脏手术中, 常循手厥阴心包经及手太阴肺经取穴, 常取内关、郄门、列缺、孔最、中府、尺泽。我们选择易于手术过程操作的内关、郄门、列缺、孔最穴, 配合常用电针连续波, 找到患者舒适的干预频率, 结果完全替代了静脉麻醉, 进行了一次成功的尝试。

本例为一高龄房颤患者, 既往有睡眠呼吸暂停综合征病史, 脑卒中及抗凝出血风险均为高危, 患者在完全针刺麻醉下成功完成房颤冷冻球囊消融及左心耳封堵一站式手术, 术后随访保持窦性心律, 未见不良事件发生。此病例扩大了针刺麻醉的应用

范围,为后续进一步应用提供了参考。然而,由于针刺操作者及患者个体差异较大,目前尚无统一评价标准,尚需要进一步研究。

伦理学声明

1) 本例报告已获得患者及家属知情同意并签署知情同意书;2) 本研究符合国家卫生健康委员会公布的《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》的相关要求及世界医学会最新修订的《赫尔辛基宣言》的相关规定;3) 本研究经深圳市中医院伦理委员会个案报道伦理审查通过。

利益冲突声明

本病例报道不存在利益冲突。

参考文献

- [1] ODUTAYO A, WONG CX, HSIAO AJ, et al. Atrial fibrillation and risks of cardiovascular disease, renal disease, and death: systematic review and meta-analysis[J]. BMJ, 2016, 354: i4482. doi: 10.1136/bmj.i4482.
- [2] NOUBIAP JJ, FETEH VF, MIDDELDORP ME, et al. A meta-analysis of clinical risk factors for stroke in anticoagulant-naïve patients with atrial fibrillation[J]. Europace, 2021, 23(10): 1528–1538.
- [3] NICOLI CD, O'NEAL WT, LEVITAN EB, et al. Atrial fibrillation and risk of incident heart failure with reduced versus preserved ejection fraction[J]. Heart, 2022, 108(5): 353–359.
- [4] 中华医学会心血管病学分会, 中国生物医学工程学会心律分会. 心房颤动诊断和治疗中国指南[J]. 中华心血管病杂志, 2023, 51(6): 572–618.
- [5] 楚扬, 刘浩琪, 幸敬芬, 等. 针刺麻醉联合针刺治疗对阵发性心房颤动病人射频消融围术期症状及早期复发的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(12): 2258–2261.
- [6] LIP GY, NIEUWLAAT R, PISTERS R, et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation[J]. Chest, 2010, 137(2): 263–272.
- [7] PISTERS R, LANE DA, NIEUWLAAT R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey[J]. Chest, 2010, 138(5): 1093–100.
- [8] 中国医师协会心血管内科医师分会结构性心脏病专业委员会. 中国经导管左心耳封堵术临床路径专家共识[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2019, 27(12): 661–672.
- [9] ATTANASIO P, HUEMER M, SHOKOR PARWANI A, et al. Pain reactions during pulmonary vein isolation under deep sedation: cryothermal versus radiofrequency ablation[J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2016, 39(5): 452–457.
- [10] KAR S, DOSHI SK, SADHU A, et al. Primary outcome evaluation of a next-generation left atrial appendage closure device: Results from the PINNACLE FLX Trial[J]. Circulation, 2021, 143(18): 1754–1762.
- [11] PASUPULA DK, SIDDAPPA MALLESHPA SK, MUNIR MB, et al. Combined atrial fibrillation ablation and left atrial appendage occlusion procedure in the United States: a propensity score matched analysis from 2016–2019 national readmission database[J]. Europace, 2023, 25(2): 390–399.
- [12] DINGES HC, OTTO S, STAY DK, et al. Side effect rates of opioids in equianalgesic doses via intravenous patient-controlled analgesia: a systematic review and network meta-analysis[J]. Anesth Analg, 2019, 129(4): 1153–1162.
- [13] SMITH CA, COLLINS CT, LEVETT KM, et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2020, 2(2): CD009232.
- [14] 项瑞龙, 邓珊明, 王珂, 等. 改良后的针刺麻醉技术在胸腔镜肺部手术中的应用[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(11): 1384–1386.
- [15] 张超, 鲁亮. 针刺联合硬膜外麻醉对老年下肢骨折手术患者麻醉效果及循环功能的影响[J]. 新中医, 2022, 54(22): 134–137.
- [16] 王开勇, 苏丹, 李香盛, 等. 骶管麻醉联合经皮穴位电刺激对混合痔麻醉效果的影响[J]. 上海针灸杂志, 2022, 41(3): 285–290.
- [17] 池浩, 周文雄, 吴瑶瑶, 等. 针药复合麻醉下心脏瓣膜置换手术 80 例报道[J]. 针刺研究, 2014, 39(1): 1–6.
- [18] 彭艳斌, 魏绪强, 王珂, 等. 针刺麻醉在临床手术中的应用研究[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(8): 4226–4229.
- [19] VICKERS AJ, RUSCH VW, MALHOTRA VT, et al. Acupuncture is a feasible treatment for post-thoracotomy pain: results of a prospective pilot trial[J]. BMC Anesthesiol, 2006, 6: 5. doi: 10.1186/1471-2253-6-5.
- [20] BIELLA G, SOTGIU ML, PELLEGGATA G, et al. Acupuncture produces central activations in pain regions[J]. Neuroimage, 2001, 14(1): 60–66.
- [21] 张贤亮, 贾慧园, 张小宇, 等. 针刺内关、足三里配合七氟醚对中老年冠心病行腹腔镜胆囊切除术患者血管内皮功能与应激反应的影响[J]. 现代中西医结合杂志

志, 2021, 30(11):1236-1240.

[22]张丽慧. 经皮穴位电刺激辅助麻醉对老年全膝关节置换术患者T淋巴细胞亚群的影响及在术后转归中的作用[D]. 太原:山西医科大学, 2019.

[23]HUANG H, LIU Y, SHUAI W, et al. Atrial tachyarrhythmia prevention by Shensong Yangxin after catheter

ablation for persistent atrial fibrillation: the SS-AFRF trial[J]. Eur Heart J, 2024, 45(40):4305-4314.

[24]戚洪佳, 马文, 童秋瑜, 等. 针刺麻醉的临床应用[J]. 医学综述, 2021, 27(12):2436-2440.

[25]牟秋润. 针刺内关对房颤射频消融术中镇痛药剂量影响[D]. 济南:山东中医药大学, 2024.

A Case of One-stop Procedure for Cryoballoon Ablation and Left Atrial Appendage Occlusion of Atrial Fibrillation Under Electroacupuncture Anesthesia

KUANG Rongren¹, WANG Shuai², JIANG Yulian^{2,3}, WANG Xianliang², YIN Jianming¹, MAO Jingyuan²

1. Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen, 518033; 2. First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine/National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion; 3. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine

ABSTRACT Atrial fibrillation is the most common type of chronic cardiac arrhythmia. Catheter ablation and left atrial appendage occlusion are effective treatment methods for atrial fibrillation, but these procedures require anesthesia support. However, anesthetic drugs often cause side effects such as nausea, vomiting, involuntary movements, and respiratory depression. This paper presents a case of a successful one-stop procedure for cryoballoon ablation and left atrial appendage occlusion of atrial fibrillation performed entirely under acupuncture anesthesia. Thirty minutes before the procedure, acupuncture needles were inserted perpendicularly at bilateral Neiguan (PC 6), Lieque (LU 7), Ximen (PC 4) and (LU 6). After obtaining the *deqi* (得气) sensation, an electroacupuncture device was connected, and electroacupuncture anesthesia was used for pain control throughout the procedure. The patient exhibited good tolerance and cooperation, with electroacupuncture anesthesia completely replacing intravenous anesthetics, ensuring the smooth completion of the surgery. Postoperative follow-up showed favorable outcomes.

Keywords atrial fibrillation; acupuncture anesthesia; cryoballoon ablation; left atrial appendage occlusion

(收稿日期: 2024-07-08; 修回日期: 2024-12-17)

[编辑: 果 彤, 侯建春]

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, 共4本, 全年800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(zyzgzzh)购买。邮编: 100700, 电话: (010) 64089195。