

桑白皮汤联合西医常规治疗支气管扩张症 痰热壅肺证疗效观察

邱磊 杨小钰 陈佳骏 张少言 吴定中 张惠勇 郑培永 鹿振辉
(上海中医药大学附属龙华医院呼吸疾病研究所, 上海 200032)

【摘要】目的 观察桑白皮汤联合西医常规治疗支气管扩张症(简称“支扩”)痰热壅肺证的临床疗效。**方法** 选择 2019 年 1 月—2022 年 12 月就诊于上海中医药大学附属龙华医院门诊的支扩患者 62 例,采用简单随机方法按照 1:1 比例分为中药组和对照组。中药组接受西医基础治疗联合中药桑白皮汤颗粒治疗,对照组仅接受西医基础治疗,疗程 1 个月。对比 2 组治疗结束后 3 个月内出现的支扩急性加重情况,治疗前及治疗后 3 个月末圣乔治呼吸问卷(SGRQ)评分及改善值,肺功能指标及改善值,监测不良事件和实验室指标。**结果** 治疗后 3 个月内,中药组、对照组急性加重分别为 4、5 例,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后 3 个月末,2 组 SGRQ 评分(症状、活动、心理评分和总分)均较治疗前降低($P<0.05$),中药组 SGRQ 评分改善值均高于对照组($P<0.05$)。治疗后 3 个月末,2 组肺功能参数(FEV1、FVC、FEV1/FVC)均较治疗前提高,但组内比较差异无统计学意义($P>0.05$);中药组肺功能指标改善值与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。中药组不良事件发生率为 32.3%(10/31),其中腹泻 4 例、腹胀 3 例和恶心 3 例。对照组不良事件发生率为 35.5%(11/31),其中腹泻 5 例、腹胀 2 例和恶心 4 例。2 组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.072, P>0.05$)。**结论** 桑白皮汤联合西医常规治疗支扩痰热壅肺证能够显著改善患者的临床症状、活动能力、耐力和心理状态,且安全性良好。

【关键词】 支气管扩张症;痰热壅肺证;桑白皮汤;辨证论治

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.08.002

支气管扩张症(简称“支扩”)是全球第三大慢性气道疾病,具有病程长、反复发作、病变不可逆转等特点,反复加重或快速进展可严重损害患者肺功能和生活质量,加重疾病负担^[1-2]。在中国,40 岁以上的人群中支扩的总体患病率为 1.2%,且随人口老龄化呈快速上升趋势^[3]。桑白皮汤出自《景岳全书》,是治疗肺系疾病“痰热证”的经典方剂^[4]。2018 年,桑白皮汤入选国家中医药管理局《古代经典名方目录(第一批)》,是重点支持发展的经典方剂之一^[5]。本团队长期应用桑白皮汤治疗痰热壅肺型支扩取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月—2022 年 12 月就诊于上海中医药大学附属龙华医院门诊的支扩患者 62 例,采

用简单随机方法按照 1:1 比例分为中药组和对照组。2 组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究经上海中医药大学附属龙华医院伦理委员会批准(批件号:2019LCSY058),患者均已签署知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断:参考《成人支气管扩张症诊治专家共识(2012)版》^[1]和《英国胸科协会成人支气管扩张指南(2018)版》^[2]中有关诊断标准,根据胸部高分辨率 CT 的表现诊断支扩:①支气管内径/伴行肺动脉直径 >1 ;②支气管沿其走行方向、管径未逐渐变细;③靠近胸膜 1 cm 或接近纵隔胸膜范围内可见支气管影;④可见支气管增厚,黏液嵌塞,呼吸相 CT 可见马赛克征或气体陷闭、轨道征等征象。长期(超过 8 周)咳嗽、咳痰、痰中带血、或反复咯血等临床表现,并且 CT 征象符合以

基金项目:上海市科委项目(20Y21900200,21Y21920400,22Y11920200,22XD1423500);上海市浦东新区卫健委联合攻关项目(PW2020D-1);上海市徐汇区卫健委联合攻关项目(XHLHGG202107)

作者简介:邱磊,男,29 岁,博士,主治医师。研究方向:中医药防治呼吸系统疾病的临床与基础研究。

通信作者:鹿振辉,E-mail:Dr_luzh@shutcm.edu.cn

引用格式:邱磊,杨小钰,陈佳骏,等.桑白皮汤联合西医常规治疗支气管扩张症痰热壅肺证疗效观察[J].北京中医药,2023,42(8):819-823.

表 1 2 组一般资料比较[例(%), $\bar{x}\pm s$]

一般资料		中药组 (n=31)	对照组 (n=31)	P 值
性别(男/女,例)		15/16	16/15	0.799
年龄(岁)		61.1±10.7	59.6±10.5	0.418
BMI(kg/m ²)		19.5±3.2	20.1±3.4	0.575
吸烟史	从未吸烟	14(45.2)	13(41.9)	0.798
	已戒烟	13(41.9)	15(48.4)	0.610
	正在吸烟	4(12.9)	5(16.1)	0.718
饮酒史		19(61.3)	20(64.5)	0.793
病程(年)		12.5±4.7	13.2±5.1	0.576
既往 1 年内急性加重		5(16.1)	6(19.4)	0.740
既往呼吸道感染史	肺结核	18(58.1)	20(64.5)	0.602
	肺炎	24(77.4)	23(74.2)	0.767
mMRC≤II 级		25(80.6)	26(83.9)	0.740
累及肺叶情况	1 个肺叶	5(16.1)	6(19.4)	0.740
	2 个肺叶	10(32.3)	8(25.8)	0.576
	≥3 个肺叶	16(51.6)	17(54.8)	0.799
支扩类型	柱状	10(32.3)	11(35.5)	0.788
	囊状	5(16.1)	5(16.1)	1.000
	囊柱状	16(51.6)	15(48.4)	0.799
铜绿假单胞菌定植		4(12.9)	3(9.7)	0.688

上任意 1 条。

1.2.2 中医辨证:参照《支气管扩张症中医证候诊断标准(2019 版)》^[6]确定支扩痰热壅肺证的诊断标准:①主症:咯痰、痰色黄,痰中带血,或新鲜咯血;②次症:痰黏难咯,痰质稠,脓痰,咳嗽,胸闷,发热,口渴,大便秘结;③舌脉:舌红,苔黄,苔腻,脉数。符合主症≥1 项、次症≥2 项和舌脉特征可明确诊断。

1.3 纳入标准

年龄≥18 岁,性别不限;能够配合完成随访评估。

1.4 排除标准

合并哮喘、慢性阻塞性肺疾病(简称“慢阻肺”)、间质性肺病等其他慢性肺病患者;合并严重的心脑血管、肾、肝、造血系统等慢性疾病者;合并自身免疫性疾病或严重免疫缺陷患者;合并恶性肿瘤,且预期寿命短于 2 年者;近 3 个月内有大量咯血病史者;遗传因素(如纤毛功能缺陷、巨大气管-支气管症、软骨缺陷、囊性纤维化等)引起的支扩者;妊娠或哺乳期妇女;精神或认知障碍患者;病例资料提供不全、无法进行有效分析者。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组:仅接受西医基础治疗。西医基础治疗包括气道廓清治疗(体位引流、胸部叩击振动等)、化痰药物(厄多司坦)、口服抗菌药物(阿奇霉素、氟喹诺酮类、头孢类等)、吸入支扩剂(噻托溴铵)等。

2.1.2 中药组:在对照组基础上联合中药桑白皮汤颗粒。桑白皮汤颗粒组成:桑白皮 15 g,黄芩 9 g,黄连 9 g,栀子 9 g,浙贝母 12 g,紫苏子 12 g,杏仁 12 g,半夏 12 g。1 袋/次,2 次/d,餐后热水冲服,疗程 1 个月。桑白皮汤颗粒剂由江阴天江药业有限公司生产,上海中医药大学附属龙华医院负责监制。

2.2 观察指标与方法

2.2.1 支扩急性加重情况:记录治疗结束后 3 个月内急性加重次数。根据 2019 年英国胸科协会(BTS)支扩指南,支扩的急性加重定义为咳嗽、痰量变化、脓性痰、呼吸困难或运动耐受度、乏力或不适、咯血,这 6 项症状中≥3 项出现恶化,时间超过 48 h,且临床医生认为需要处理的情况。

2.2.2 圣乔治呼吸问卷(St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ)评分:治疗前及治疗后 3 个月末用 SGRQ 评分(症状、活动、心理和总分)对支扩患者的临床症状和生活质量进行评估,分值越高说明支扩控制水平越差。改善值=|治疗前 SGRQ 评分-治疗后 SGRQ 评分|。

2.2.3 肺功能指标检测:治疗前和治疗后第 3 个月检测肺功能指标,包括第 1 秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)和 FEV1/FVC。改善值=|治疗前肺功能指标-治疗后肺功能指标|。

2.2.4 不良事件:监测不良事件和实验室指标。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 28.0 统计软件进行数据分析。符合正态分布的计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验;不符合正态分布计量资料以中位数和四分位间距 [*M* (*Q*₁, *Q*₃)] 表示,比较采用 Mann-Whitney *U* 检验。计数资料比较采用 χ^2 检验。*P*< 0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 2 组急性加重情况比较

治疗后 3 个月内,中药组、对照组急性加重分

别为 4、5 例，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3.2 2 组治疗前后 SGRQ 评分比较

治疗前 2 组 SGRQ 评分 (症状、活动、心理评分和总分) 比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后 3 个月末，2 组 SGRQ 评分均较治疗前降低 ($P<0.05$)，中药组 SGRQ 评分改善值均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后 SGRQ 评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	症状评分	活动评分	心理评分	总分
中药组	31				
治疗前		38.0±3.9	40.6±2.6	44.6±2.6	42.3±1.9
治疗后		31.9±4.5 [#]	32.9±2.8 [#]	36.7±2.8 [#]	34.7±1.9 [#]
改善值		6.1±1.3 [△]	7.7±1.6 [△]	7.9±1.4 [△]	7.6±0.8 [△]
对照组	31				
治疗前		36.4±3.9	40.9±2.6	45.7±2.8	42.7±1.8
治疗后		31.3±4.4 [#]	34.2±2.5 [#]	38.8±3.1 [#]	36.2±2.0 [#]
改善值		5.1±1.3	6.7±1.5	6.8±1.8	6.5±1.1

与治疗前比较, $\#P<0.05$; 与对照组比较, $\Delta P<0.05$

3.3 2 组治疗前后肺功能指标比较

治疗前 2 组肺功能参数 (FEV1、FVC、FEV1/FVC) 比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，2 组肺功能参数 (FEV1、FVC、FEV1/FVC) 均较治疗前提高，但组内比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；中药组肺功能指标改善值与对照组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 2 组治疗前后肺功能指标比较 [$M(Q_1, Q_3), \bar{x}\pm s$]

组别	例数	FEV1(L)	FVC(L)	FEV1/FVC
中药组	31			
治疗前		2.17±0.14	2.43±0.22	0.89±0.05
治疗后		2.32±0.16	2.53±0.22	0.92±0.05
改善值		0.14±0.07	0.09±0.03	0.02(0, 0.03)
对照组	31			
治疗前		2.20±0.18	2.44±0.24	0.90±0.04
治疗后		2.32±0.19	2.54±0.25	0.91±0.05
改善值		0.13±0.05	0.10±0.03	0.01(0, 0.03)

3.4 2 组药物安全性比较

中药组不良事件发生率为 32.3% (10/31)，其中腹泻 4 例、腹胀 3 例、恶心 3 例。对照组不良事件发生率为 35.5% (11/31)，其中腹泻 5 例、腹胀 2 例和恶心 4 例。2 组比较差异无统计学意义 ($\chi^2=0.072$, $P>0.05$)。

4 讨论

支扩是多种慢性肺部疾病导致气道结构破坏的共同终点^[7]，50%~70% 支扩病因不明。支扩病因至少包括下呼吸道感染、免疫功能缺陷、遗传因素、气道阻塞、误吸、自身免疫性疾病和慢性肺病 (哮喘、慢阻肺、间质性肺病等)^[7]。Cole “恶性旋涡”学说认为，“感染、炎症、气道黏液淤积、气道损伤”共同驱动形成的恶性病理循环是支扩关键发病机制^[8-9]。笔者团队前期研究^[10]发现：痰热壅肺证是支扩主要证型 (45.65%)。痰热壅肺证支扩临床以反复咳吐痰液为特征，与西医所称的“湿性支扩”具有相似性。与非痰热壅肺证支扩相比，痰热壅肺证支扩的气道高分泌状态、微生物感染定植、感染炎症反应均更显著，肺功能更差，更容易急性加重住院^[11-12]。关注痰热壅肺证支扩的病情变化特征，及时进行中医药干预，对于阻止急性加重、改善临床预后具有重要意义^[13]。

研究^[13-14]表明，中药治疗支扩痰热壅肺证能够显著改善气道高分泌状态，减轻感染炎症反应，改善肺通气功能 (FEV1、FVC、FEV1/FVC)，改善急性期氧合功能 (动脉血氧分压、氧饱和度)，缩短急性期病程和住院时间等。支扩归属于中医学“咳嗽”“咯血”“肺萎”等多个病证范畴。支扩病因包括两方面，外因指外感风、寒、暑、湿、燥、火之淫邪以及特殊邪气 (癘虫)，内因包括先天禀赋不足、饮食不节、七情内伤、起居失调、久病体虚等，内外因相互作用；支扩病机不外乎“痰、热、瘀、虚”，气血津液亏虚为本，痰、热、瘀交互为标，本虚标实、虚实夹杂；急性期以标实为主，稳定期以本虚为主^[13]。笔者临证发现，“痰热壅肺证”贯穿于支扩病理全程，本虚标实、标急本缓，痰热为标，肺脾肾虚为本；患者反复感受外邪，致肺络受损、肺叶扩张，内生伏痰，郁久酿生痰热、壅塞肺气，可见慢性咳嗽、反复咳吐黄稠痰或伴有痰血、咳引胸痛、烦渴引饮、大便干结、小便赤涩、舌质红、苔黄腻、脉数；临证辨治应注意“急则治其标”，重视清肺泻火、解毒排脓、理气化痰、凉血止血等治法，应用清肺化痰法治疗尤为合适，其中以桑白皮汤、清金化痰汤等为代表性方剂。

笔者前期基于现代文献和数据挖掘总结了支扩的中医组方用药规律发现：治疗支扩痰热壅肺

证的最常用中药包括桑白皮、黄芩、芦根、鱼腥草、桔梗、陈皮、茯苓、薏苡仁等, 诸药均为祛痰之要药, 功擅清肺泻火、化痰排脓、止咳平喘^[15]。桑白皮汤出自《景岳全书·古方八阵》, 是治疗痰火内盛致咳喘病的经典名方, 方中桑白皮清热润肺、止咳平喘, 是为君药, 浙贝母、半夏化痰, 紫苏子、杏仁降气化痰平喘, 栀子、黄芩、黄连清热泻肺; 全方相伍, 共奏清热化痰、止咳平喘之功。笔者通过网络药理学方法分析桑白皮汤治疗支扩的药效机制^[16]发现: 桑白皮汤治疗支扩具有多成分、多靶点、多通路的效应特点, 其关键活性成分包括槲皮素、木犀草素、山奈酚、汉黄芩素、黄芩素、 β -谷甾醇、金合欢素、 β -胡萝卜素等, 效应机制涉及对脂多糖的反应、对细菌来源分子的反应、对化学应激的细胞反应、氧化应激反应、对活性氧的反应、凋亡信号通路的调控等多个生物学过程, 靶点包括 FOS、CCL2、FN1、PTEN、HSP90AA1、CXCL8、EGFR、HIF1A 等, 能够通过调控与支扩关键病理环节密切相关的一系列信号通路, 发挥抗氧化应激、抗炎、肺损伤保护等多重调控作用。

SQRG 已经被证实能够有效评估支扩的综合健康状况, 广泛用于慢性肺病临床研究的终点评价^[17]。本研究发现, 桑白皮汤不仅能够显著改善支扩痰热壅肺的临床症状, 纠正气道高分泌状态、降低痰液量, 还能够有效提高患者活动能力和运动耐受力, 减轻因慢性呼吸道症状反复发作导致的心理焦虑障碍, 初步显示了桑白皮汤对“肺部病损-整体功能-心理状态”多维度-多靶点整体干预的优势。

中医药防治支扩临床和科研工作仍然存在诸多重要问题亟待解决, 未来需要继续坚持开展临床经验总结、基础研究和高质量临床研究, 明确支扩痰热壅肺证的病证生物学特征及其纵向演变规律, 建立兼顾现代临床循证评价规范和传统中药多靶作用特点的支扩疗效评价体系, 产出经典方剂的高质量循证证据, 阐释其药效机制及物质基础, 丰富慢性肺病中医辨证论治理论体系, 以期充分发挥中医药理论和经典方剂实践疗效的优势, 提高支扩的中西医协同全程管理水平。

参考文献

[1] 蔡柏嵩, 何权瀛, 高占成, 等. 成人支气管扩张症诊治专

家共识(2012 版)[J]. 中华危重症医学杂志(电子版), 2012,5(5):315-328.

- [2] HILL AT, SULLIVAN AL, CHALMERS JD, et al. British Thoracic Society guideline for bronchiectasis in adults[J]. BMJ Open Respir Res, 2018,5(1):e348.
- [3] LIN JL, XU JF, QU JM. Bronchiectasis in China[J]. Ann Am Thorac Soc, 2016,13(5):609-616.
- [4] 王香英, 李素云. 中医药辨证治疗支气管扩张症的现状概述[J]. 中医临床研究, 2020,12(2):143-145.
- [5] 国家中医药管理局. 关于发布《古代经典名方目录(第一批)》的通知[EB/OL]. (2018-04-13)[2023-04-07] http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2018-12/31/content_5429153.htm.
- [6] 李建生, 王至婉, 谢洋, 等. 支气管扩张症中医证候诊断标准(2019 版)[J]. 中医杂志, 2020,61(15):1377-1380.
- [7] 支气管扩张症专家共识撰写协作组, 中华医学会呼吸病学分会感染学组. 中国成人支气管扩张症诊断与治疗专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021,44(4):311-321.
- [8] O'DONNELL AE. Bronchiectasis: A clinical review[J]. N Engl J Med, 2022,387(6):533-545.
- [9] CHALMERS JD, HAWORTH CS, METERSKY ML, et al. Phase 2 trial of the DPP-1 inhibitor brensocatic in bronchiectasis[J]. N Engl J Med, 2020, 383(22): 2127-2137.
- [10] 张惠勇, 李欣, 倪伟, 等. 支气管扩张证中医辨证分型规律的研究[J]. 上海中医药杂志, 2005,39(1):16-18.
- [11] 唐雪春, 陈小燕. 150 例支气管扩张住院患者中医证候分布规律的回顾性研究[J]. 辽宁中医杂志, 2008,35(8): 1157-1158.
- [12] 房波, 赵刚. 葶金消痈汤加减辅助治疗支气管扩张急性加重期痰热壅肺证的临床分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016,22(15):194-198.
- [13] 狄冠麟, 朱振刚, 郑延龙. 清金化痰汤加减治疗支气管扩张症急性加重期痰热蕴肺证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020,26(1):98-103.
- [14] 邱磊, 张少言, 岑俊, 等. 中医药治疗支气管扩张症研究进展与思考[J]. 中国中医药信息杂志, 2023,30(4):163-168.
- [15] 邱磊, 杨铭, 张少言等. 基于现代文献和数据挖掘探讨支气管扩张症的中医组方用药规律[J]. 结核与肺部疾病杂志, 2020,1(4):233-239.
- [16] 邱磊, 徐皓, 杨小钰, 等. 基于网络药理学探讨桑白皮汤治疗支气管扩张症的潜在作用机制[J]. 实用中医内科杂志, 2023,37(7):9-12, 176-179.
- [17] WILSON CB, JONES PW, O'LEARY CJ, et al. Validation of the St. George's Respiratory Questionnaire in bronchiectasis[J]. Am J Respir Crit Care Med, 1997, 156 (2 Pt 1):536-541.

Observation on curative effect of Sangbaipi Decoction combined with routine western medicine in treating bronchiectasis with phlegm-heat obstructing lung syndrome

QIU Lei, YANG Xiao-yu, CHEN Jia-jun, ZHANG Shao-yan, WU Ding-zhong, ZHANG Hui-yong, ZHENG Pei-yong, LU Zhen-hui
(Institute of Respiratory Diseases, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai, 200032, China)

ABSTRACT **Objective** To analyze the therapeutic effect of Sangbaipi Decoction on bronchiectasis with phlegm-heat obstructing the lung syndrome. **Methods** A total of 62 patients with bronchiectasis with phlegm-heat obstructing the lung syndrome, who visited Longhua Hospital Affiliated to the Shanghai University of Traditional Chinese Medicine from January 2019 to December 2022, were randomly divided into a traditional Chinese medicine (TCM) group ($n=31$) and a control group ($n=31$). The control group received routine western medicine treatment alone, and the TCM group received western medicine combined with Sangbaipi Decoction Granules for one month. The proportion of acute exacerbation of bronchiectasis within 3 months after treatment, the pulmonary function indicators before and after treatment, and the St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) before and after treatment were compared between the two groups, and the adverse events and laboratory indicators were recorded simultaneously. **Results** Within 3 months after treatment, there were 4 cases of acute exacerbation in TCM group and 5 cases in control group, with no statistical significance ($P>0.05$). At the end of 3 months after treatment, the SGRQ scores (symptoms, activity, psychological score and total score) in both groups were lower than those before treatment ($P<0.05$), and the SGRQ scores in TCM group were higher than those in the control group ($P<0.05$). At the end of 3 months after treatment, the pulmonary function parameters (FEV1, FVC, FEV1/FVC) of the two groups were all improved compared with those before treatment, but there was no statistical difference between the two groups ($P>0.05$). Compared with the control group, there was no significant difference in the improvement of pulmonary function indexes in the Chinese medicine group ($P>0.05$). The incidence of adverse events in TCM group was 32.3% (10/31), including 4 cases of diarrhea, 3 cases of abdominal distension and 3 cases of nausea. The incidence of adverse events in the control group was 35.5% (11/31), including 5 cases of diarrhea, 2 cases of abdominal distension and 4 cases of nausea. There was no significant difference between the two groups ($\chi^2=0.072$, $P>0.05$). **Conclusion** Conventional western medicine treatment combined with Sangbaipi Decoction can significantly improve the clinical symptoms, activity/endurance, and psychological state inpatients with bronchiectasis of phlegm-heat obstructing the lung syndrome with good safety.

Keywords Bronchiectasis; syndrome of phlegm-heat obstructing the lung; Sangbaipi Decoction; syndrome differentiation and treatment

(收稿日期: 2023-04-26)

《北京中医药》杂志 2023 年征稿、征订启事

《北京中医药》杂志是由北京市中医管理局主管,北京中医药学会、北京中西医结合学会、北京市中药研究所共同主办的国内外公开发行的中医药科技期刊。杂志为“中国科技论文统计源期刊”(中国科技核心期刊)、全国中医药优秀期刊、中国期刊全文数据库全文收录期刊、中国学术期刊综合评价数据库统计源期刊。本刊常设有临床研究、实验研究、学验传承、学术探讨、临证纵横、医案医话、文献综述等栏目。

本刊为月刊,大 16 开本,112 页,每月 25 日出版。每册定价 20.00 元,全年 240.00 元。中国标准连续出版物号 ISSN 1674-1307; CN 11-5635/R。全国邮局均可订阅,国内邮发代号 2-587;国外邮发代号 M 668。

编辑部地址:北京市东单三条甲 7 号《北京中医药》编辑部;邮编:100005;

电话:(010) 6524 7704; E-mail: bjzy1589@126.com (仅用于联系,不接受投稿)。

投稿系统入口位于杂志官方网站“<http://www.bjtcn.net>”。

(本刊编辑部)