

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220616-0003

中图分类号: R 245 文献标志码: A

《黄帝内经》“分肉之间”理论与经筋痹痛分层治疗*

谢 曾[△], 肖 京[✉], 曹昂焱, 饶 毅, 季宇宣, 姜 爽, 赵兴丽

(中国中医科学院西苑医院康复医学科, 北京 100091)

【摘 要】 十二经筋在体表形成的立体网络结构中不同层次间的潜在间隙称为“分肉之间”, 经筋的各种病理变化导致“分肉之间”粘连而闭合, 引起经筋系统力学传导异常, 进而引发经筋痹痛, 故重启“分肉之间”是针刺治疗经筋痹痛的关键。肌骨超声引导下针刺“分肉之间”可实现对层次和进针角度的精准掌握, 提升针刺疗效。

【关键词】 分肉之间; 经筋痹痛; 分层针刺; 肌骨超声; 《黄帝内经》

The fenrou zhijian theory in The Inner Canon of Huangdi and the stratified treatment of painful bi syndrome of meridian tendons

XIE Zeng[△], XIAO Jing[✉], CAO Bing-yan, RAO Yi, JI Yu-xuan, LOU Shuang, ZHAO Xing-li (Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

ABSTRACT The fenrou zhijian is defined as potential gap between different layers in the three-dimensional network structure formed by the twelve meridian tendons. Various pathological changes of the meridian tendons lead to the adhesion and closure of fenrou zhijian, causing abnormal mechanical conduction of the meridian tendon system, which in turn leads to painful bi syndrome of meridian tendons. As such, restarting the fenrou zhijian is the key to acupuncture treatment for painful bi syndrome of meridian tendons. Under the guidance of musculoskeletal ultrasound, the level and the angle of needle insertion of acupuncture at fenrou zhijian could be accurately controlled, the efficacy of acupuncture is improved.

KEYWORDS fenrou zhijian; painful bi syndrome of meridian tendons; stratified treatment of acupuncture; musculoskeletal ultrasound; The Inner Canon of Huangdi

经筋痹痛是临床常见疾病, 属中医“痹痛”范畴, 《素问·长刺节论》曰:“病在筋, 筋挛节痛, 不可以行, 名曰筋痹。刺筋上为故, 刺分肉间”, 《灵枢·经筋》曰:“经筋之病, 寒则反折筋急, 热则筋弛纵不收, 阴痿不用”, 经筋痹痛的典型症状为疼痛、拘急、痉挛、关节活动受限, 乃至痿废失用^[1], 其治疗要点为“刺分肉间”。“分肉之间”与经筋痹痛有何联系? 如何通过“刺分肉间”治疗经筋痹痛? 本文试结合临床实践探讨两者关系及针刺要点。

1 “分肉之间”与经筋痹痛

1.1 “分肉之间”的空间定位

“分肉之间”这一概念首见于《黄帝内经》(以下简称《内经》), 历来各医家对“分肉之间”的解剖定位并未形成共识。有学者据“肉之柱在臂胫诸阳分肉之间”(《灵枢·卫气失常》), 认为其为臂胫的多块腓肉之间的间隙^[2]; 另有根据《灵枢·周痹》“此内不

在脏, 而外未发于皮, 独居分肉之间, 真气不能周, 故名曰周痹”推断其在肌筋膜包裹的大型结缔组织网络之内^[3]; 笔者既往研究^[4]也曾阐释, 《内经》对“分肉之间”的认识包含了古人对筋膜组织以及“连缀四肢百骸”的运动系统的朴素认识, 即“分肉之间”是存在于经筋立体网络结构间的潜在间隙, 该间隙为比邻肌肉筋膜所区隔, 一般并无物理意义上的实体空间, 利用肌骨超声可观察到间隙的“水分离”现象。明确“分肉之间”这一概念对理解经筋系统运动机能的运转及经筋痹痛产生机制至关重要。

十二经筋是经脉体系的重要组成部分, 有可揣摩的实体和完整的结构, 可以根据现代解剖学找到经筋所对应的组织结构^[5-6], 但经筋的实质不应是单纯的肌肉、肌腱、韧带、神经等, 而是由筋膜所连缀起来, 由肌肉、肌腱、关节囊等不同组织组成的运动功能单位^[5]。《类经》认为“……经筋联缀百骸, 故维络周身, 各有定位。虽经筋所行之部, 多与经脉相同, 然其所结所盛之处, 则惟四肢溪谷之间为最, 以筋会于节也。筋属木, 其华在爪, 故十二经筋皆起于四肢指爪之间, 而后盛于辅骨, 结于肘腕, 系于膝关, 联于

*中国中医科学院科技创新工程重大攻关课题项目: CI2021A02010;

北京中医药大学教育科学研究课题项目: XJY21094

✉通信作者: 肖京, 主任医师。E-mail: 58280244@sina.com

△谢曾, 中国中医科学院硕士研究生。E-mail: xzyig131@163.com

肌肉,上于颈项,终于头面,此人身经筋之大略也”,由此可见,经筋分布呈现多维性^[7-8],在体表分层交叠、网络交织,呈点、束、片、面状分布和结、聚、交、合循行特点^[1]。尤其是在关节部,经筋呈现前、后、上、下、纵、横、浅、深、点、线、面、体的构建形式^[9]。一方面,经筋的这种循行分布方式产生了丰富多样的层次结构,层与层之间的潜在间隙即“分肉之间”;另一方面经筋的这种循行分布方式所构筑的立体式网络结构,与人体骨骼结构共同构成工程力学上所谓的“张拉整体结构”^[10],骨骼提供静稳定支撑,经筋则提供活动的动力来源,以实现各种复杂精妙、稳定可控的运动机能。

1.2 “分肉之间”与经筋痹痛的病因病机联系

对于经筋痹痛的成因,《灵枢·周痹》阐释为“风寒湿气,客于外分肉之间,迫切而为沫,沫得寒则聚,聚则排分肉而分裂也,分裂则痛”,《说文解字》载:“聚,会也;会,合也”,“聚”表示事物间结聚、会合的状态。痹痛的产生,源于风寒湿邪留滞于“分肉之间”,“迫切”生成的病理产物称为“沫”,“沫”的结聚会合导致“分肉”受到挤压分裂进而产生疼痛。“结聚”的“沫”使相邻层次的经筋形成病理性的粘连和“筋结点”,使“分肉之间”不畅,正如《灵枢·刺节真邪》所说:“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经,令之不通”,薛立功教授认为“横络”即“筋结点”,或称“筋结”^[11-12]。

正常情况下,由经筋和骨骼构成的“张拉整体结构”作为机体力学分配器^[10],将肌肉的牵引力跨肌肉、跨关节传导^[5];病理状态下,“沫”和“横络”的出现导致“分肉之间”受挤压而闭合,比邻经筋的力学传导异常,影响“张拉整体结构”的收缩、舒张、移行,导致运动机能异常,如通过肌骨超声可观察到肩峰撞击综合征患者冈上肌腱毛糙、肩峰下滑囊增厚、肩峰骨质增生、肌腱与肩峰之间的间隙(即“分肉之间”)变窄、冈上肌滑动不利无法顺利退入肩峰下方。力学传导的异常往往表现为超限载荷和应力集中,一方面,通常肌腹横截面积大于肌腱,若肌肉与肌腱走向存在扭转角度,肌腱移行部易形成应力集中,当应力超过载荷上限,则损伤出现,继而产生增生和粘连^[13];另一方面,运动过程中传导的应力更易在最薄弱的点集中使其发生病变^[5]。经筋病理变化包括炎性聚集,大量细胞破裂坏死、组织渗出,成为体内异物,刺激周围组织发生疼痛,引起内源性致

痛物质和炎性因子在局部聚集发生炎性反应,导致组织粘连,从而引发循经传导的经筋痹痛^[14]。

1.3 重启“分肉之间”是经筋痹痛针刺治疗的关键

既然“横络”的形成使“分肉之间”闭合是经筋痹痛形成的关键,那治疗起效的前提必然是消除“横络”,重启“分肉之间”,恢复经筋系统的正常力学传导,《内经》称“解结”,即《灵枢·刺节真邪》“……此必有横络盛加于大经之上……视而泻之,此所谓解结也”。

如何实现“解结”?传统观点强调“以知为数,以痛为输”,即依赖切、循、按、弹,结合审视指下肌肉的跳动反应,以引发病理性疼痛为标准,探查定位病灶,随即以特定的针具施以适宜的手法,针刺到位的标准是“针至病所”和“气至病所”^[15]。临床施行解结法,针具多选用大针、长针以增强刺激力度、触及深部病灶,手法选择关刺、恢刺、短刺、合谷刺等^[16]。《灵枢·官针》曰:“合谷刺者,左右鸡足,针于分肉之间,以取肌痹,此脾之应也”,目前对于合谷刺是“一针多刺”还是“多针刺”存在争议^[17-18],但是可以确定的是“分肉之间”理论指导下的“合谷刺”是一种多刺、深刺的针刺疗法^[4],刺激量较强;由《灵枢·本输》“……转筋者,立而取之,可令遂已。痿厥者,张而刺之,可令立快也”可知,“分肉之间”理论指导下的针刺不追求留针,因为合谷刺多刺、深刺,已达到了“分肉之间”相关组织疾病所需的刺激量,无需再通过延长留针时间的方式增加刺激。

2 基于“分肉之间”理论的针刺治疗

2.1 针刺治疗的层次和进针角度

自《内经》始,进针层次和手法一直是中医针灸取效的关键,通常以天、人、地划分“三才”,以皮、脉、肉、筋、骨划分“五体”,作为最基本、最具体的层次划分,以医者的手感和患者的自觉感受为针尖所在位置和层次的判断依据^[19],这种判断的合理性在于机体不同组织间存在张力和密度差异,针尖触及不同组织界面时,医者和患者均可感受到明显的变化,即落空感和滞针感,这种感觉在直刺时最为显著,当平刺时很难感受到针尖压力的变化。但经筋和“分肉之间”位于浅层,理论上若要达到“针游于巷”的效果,进针时宜与经筋平行,因此,实施横络解结的最佳进针角度宜小。有研究比较各种进针角度治疗肌筋膜疼痛综合征的疗效,证实平刺疗效优于斜刺,斜

刺优于直刺^[20]。传统针刺仅凭医生手感和医患交流判断病灶,确定进针层次和进针角度,这种“盲刺”难以准确探索到“分肉之间”以实施精准操作,如遇有感觉减退、外伤瘢痕、术后组织结构改变等情况则基本无法施行,无法精准定位到“分肉之间”则难以实现高效的分离解粘作用,临床疗效无法得到保证,操作安全性亦受影响,据蒋龙龙等^[21]统计,传统针刀术后血管、神经、肌腱损伤率可达 67.6%。

2.2 肌骨超声引导下的经筋痹痛针刺要点

近年来肌骨超声逐步推广,为“分肉之间”的精准针刺操作提供了有力保障。肌骨超声可清晰显示机体的解剖结构,明确病灶所在经筋层次,不同于传统针刺和针刀操作,肌骨超声引导下针体可接近平行筋膜层次进针,直达病所,在“分肉之间”疏通剥离,并且肌骨超声可动态显示肌肉、肌腱的相对运动,实时评价治疗效果,避免重要神经、血管、脏器的损伤及并发症,确保做到《素问·刺要论》所述“刺毫毛腠理无伤皮……刺皮无伤肉……刺肉无伤脉……刺脉无伤筋……刺筋无伤骨……刺骨无伤髓”。

进针角度的改良除可以避免损伤邻近正常组织外,还可以有效利用针体与病灶接触表面积,提高刺激量,增强对病灶的机械效应^[22],有效重启“分肉之间”,释放过度集中的应力,从而恢复“张拉整体结构”的力学传导,使经筋系统恢复平衡。

针刺治疗经筋痹痛的第一步是辨病位^[23],仍以传统诊查手法为主,“审、切、循、扪、按,视其寒温盛衰而调之,是谓因适而为之真也”,感知“横络”处明显的条索状、结节状和皮温降低现象^[16],初步确定病灶所在位置后,采用肌骨超声探查病灶的层次、深度、范围及和比邻组织的关系,特别是周边重要神经血管,注意动态扫查判断是否存在组织粘连和肌肉滑动异常,必要时与健侧进行对比。根据患者体型和病灶特点确定最佳进针角度,选择适宜针具。可先以注射针头穿刺进入目标层次,视情况注入适量 0.5%利多卡因溶液实施“水分离”,进一步明确空间层次及病理粘连范围,再以合适的针具刺入,实施操作。通常纵向疏通、横向剥离法适用于松解筋膜间、筋膜与肌肉间组织粘连,提插切割法适用于治疗挛缩的肌腱、韧带组织,通透剥离法适用于治疗腱鞘囊肿、滑囊炎等,注射松解剥离法适用于神经卡压^[24],体现《灵枢·刺节真邪》“视而泻之”及“坚紧者,破而散之,气下乃止”。

3 验案举隅

患者,女,58岁,2021年11月20日就诊。主诉:右肩关节活动受限,伴疼痛进行性加重1年。现病史:1年前无明显诱因出现右肩关节活动受限,晨僵,稍活动可缓解,未予重视,后出现疼痛。行针刺治疗未见好转,疼痛进一步加重。刻下症:右肩疼痛剧烈,夜间加剧,肩关节活动受限,舌淡红、苔薄白,脉沉细。查体:右肩三角肌轻度萎缩,肩周广泛压痛,大结节顶点、结节间沟、喙突外缘、冈下窝强压痛,被动关节活动度(PROM)前屈70°,外展40°,后伸15°,体侧外旋20°,内旋至右臀部。视觉模拟量表(VAS)评分9分,Constant-Murley(CSM)功能量表评分35分。右肩MRI示:肩峰下-三角肌下滑囊、肱二头肌长头肌腱鞘积液,肩袖间隙结构模糊,喙肱韧带增厚。西医诊断:肩周炎;中医诊断:冻结肩。肌骨超声探查显示,肱二头肌长头肌水肿增粗,结节间沟少量积液,肩胛下肌静态显示浅层筋膜明显增厚,动态可见肌腱滑动不利;肩峰下-三角肌下滑囊明显增厚扩张;冈上肌腱毛糙增厚,肩关节被动外展中发现冈上肌滑动不良,不能退入肩峰下方;盂肱关节囊腔狭窄。分2次实施治疗,首次行肩峰下-三角肌下滑囊“水分离”,针刀松解冈上肌腱粘连。操作:患者端坐呈Grass体位,探头在冈上肌长轴切面确认冈上肌腱关节侧、滑囊侧、肩峰与肱骨大结节止点。然后调转探头呈短轴切面,注射针头平面内进针,至滑囊与冈上肌筋膜层面,缓慢注入0.5%利多卡因溶液5mL,直至滑囊与冈上肌充分分离,显露“分肉之间”(图1a)。出针,患者仍取坐位,患肩自然下垂屈肘前臂旋后置于膝上,探头以长轴切面清晰显示肩峰和冈上肌腱止点,局部麻醉,以汉章3号一次性无菌针刀平面内进针,刃口平行于肌腱,在肌腱上方滑动,行纵向疏通、横向剥离法3~4下,松解肌腱表面粘连和肩峰下增厚部分(图1b),觉针下突破及落空感后出针。超声下做肩关节被动外展,显示冈上肌滑动良好,可轻松退入肩峰下。压迫止血,无菌敷料贴敷针孔。患者自觉即刻疼痛明显减轻,查体:右肩PROM前屈130°,外展90°,后伸30°,体侧外旋20°,内旋至L₄。嘱患者健侧带动患侧,行被动前屈上举、后伸、内旋锻炼,每天10min。

2021年11月27日复诊,患者诉疼痛减轻,查体:右肩PROM前屈120°,外展90°,后伸30°,体

侧外旋 20°, 内旋至 L₄, VAS 评分 6 分, CSM 功能量表评分 63 分, 压痛点主要分布于结节间沟及喙突外缘, 行肱二头及肩胛下肌松解。操作: 患者取坐位, 患肩自然下垂屈肘前臂旋后置于膝上, 超声探头横置于肱骨结节间沟上方, 显示肱二头肌长头肌腱增粗水肿。以注射针头从外侧平面内进针, 调整进针角度, 针尖刺入腱鞘, 注入 0.5% 利多卡因溶液 2 mL, 至腱鞘充盈。退针至皮下, 超声探头向内移动完整显露肩胛下肌及内侧的喙突, 见喙肱韧带显著增厚。调整进针角度, 沿肩胛下肌浅表及喙肱韧带深侧进针, 随针注入 0.5% 利多卡因溶液 5 mL, “水分离” 肩胛下肌与喙肱韧带间隙, 观察增厚的韧带筋膜及粘连带, 出

针更换汉章 3 号一次性无菌针刀, 刀口平行于肌腱, 在肌腱上方滑动至喙突外缘, 行纵向疏通、横向剥离法 3~4 下, 松解肌腱表面粘连和喙肱韧带增厚部分 (图 1c)。出针后压迫止血, 无菌敷料贴敷。查体: 右肩 PROM 前屈 160°, 外展 130°, 后伸 30°, 体侧外旋 30°, 内旋至 T₁₀, 嘱患者继续行康复训练。

2021 年 12 月 5 日复诊, 患者自述疼痛显著缓解, 日常生活基本不受影响。查体: 右肩 PROM 前屈 170°, 外展 150°, 体侧外旋 60°, 内旋至 T₁₀, VAS 评分 3 分, CSM 功能量表评分 88 分。超声显示患肩少量积液, 冈上肌腱和肩胛下肌滑动良好。嘱患者行肩关节松动训练, 注意保暖, 未复发无需复诊。



a 肩峰下-三角肌下滑囊注射

b 冈上肌腱松解

c 肩胛下肌腱松解

注: ↓ 针; SK 皮肤; ST 皮下组织; HH 肱骨头; Del 三角肌; Supras 冈上肌腱; Acr 肩峰; Subs 肩胛下肌; Cor 喙突; △ 喙肱韧带。

图 1 肩周炎患者于肌骨超声引导下针刀松解肩关节

按语: 经筋痹痛的诊疗重在动态的审查疾病的核心病灶, 寻找主要矛盾, 以点带线, 由面及体。本案患者右肩关节各方向活动均受限, MRI 显示不同层次的组织病变, 但结合超声分析, 其核心病灶在冈上肌、肩胛下肌和肱二头肌长头肌, 前两肌各司肩关节的外展和内旋^[25], 肱二头肌长头肌腱鞘与盂肱关节腔相通, 三条肌肉的肌腱毛糙增厚、水肿, 与比邻组织粘连, “分肉之间” 减小或闭合。同时这三条肌肉在不同平面不同方向相互牵制, 致肩关节广泛粘连疼痛, 影响肩关节多向活动^[26]。分步治疗方案意在精准的靶点治疗, 并尽量减少不必要的正常组织干扰。结果显示, 冈上肌腱松解和肩峰下-三角肌下滑囊注射, 对缓解疼痛和外展上举功能效果显著, 但内旋改善不明显。而对肩胛下肌腱和肱二头肌长头肌的松解除明显改善内旋外, 对外展、前屈上举、体侧外旋的改善同样显著。

结语

综上, “分肉之间” 与经筋系统的力学传导功能和病理机制关系密切, 运用 “分肉之间” 理论可以补充经筋痹痛的病机阐释, 结合肌骨超声, 有助于精准判断经筋痹痛的病灶层次和波及范围, 引导针刺治疗

提升疗效, 突破传统盲刺的局限, 使经筋痹痛的针刺治疗精准可控, 安全高效。

参考文献

- [1] 程永, 王竹行, 唐成林, 等. 经筋病中医病理机制理论探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(6): 101-108.
- [2] 严健民. (月困)肉、肉(月困)、分肉之间解析[J]. 中医文献杂志, 2004, 22(1): 16-18.
- [3] 赵志斌, 李伟红, 刘世敏. 《灵枢·周痹》中“迫切而为沫”的含义探析[J]. 风湿病与关节炎, 2021, 10(9): 62-64, 67.
- [4] 饶毅, 曹昂焱, 庄威, 等. 《黄帝内经》分肉之间的层次探讨及该理论对针灸临床的借鉴意义[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(3): 1-5.
- [5] 曹昂焱, 饶毅, 庄威, 等. 经筋实质和治疗应用的探讨[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(4): 6-9.
- [6] 魏子耿, 李丽肖, 刘永强, 等. 《灵枢·经筋》“十二经筋”组织解剖结构浅析[J]. 河北中医, 2016, 38(2): 272-274, 301.
- [7] 李光明, 董宝强, 林星星. 从经筋“多维性”角度探讨经筋病候的治疗原则[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(7): 147-149.
- [8] 潘超然, 王政研, 陈星良, 等. 从筋层多维性角度浅析经筋病痛点的针刺深度[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(9): 5222-5225.
- [9] 陈佳丽, 林星星, 张文静. 从时空角度探讨经筋理论的架构[J]. 中医杂志, 2017, 58(7): 552-555.
- [10] Myers TW. 解剖列车: 徒手与动作治疗的肌筋膜经线[M]. 关玲, 周维金, 翁长水译. 3 版. 北京: 军事医学科学出版社, 2015.

- [11] 薛立功. 中国经筋学[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2009.
- [12] 苏鑫童, 马晓晶, 薛立功, 等. 论经筋痹痛[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(4): 381-382.
- [13] 赵勇, 董福慧, 张宽. 经筋痹痛的软组织力学变化分析与治疗思路[J]. 北京中医药, 2008, 27(9): 705-707.
- [14] 姚重界, 孔令军, 程艳彬, 等. 骨关节疾病中“聚沫”致痛说刍议[J]. 中医杂志, 2022, 63(8): 706-709.
- [15] 董宝强, 林星星, 王树东, 等. 经筋刺法与针至病所理论的关系[J]. 中医杂志, 2017, 58(3): 189-191, 194.
- [16] 韦嵩, 陈志煌, 接力刚, 等. 以《内经》横络解结法治疗顽痹的认识及应用[J]. 山东中医药大学学报, 2009, 33(2): 118-119.
- [17] 董雪莲, 虞逸舒, 艾炳蔚. 近 10 年《灵枢·官针》中“合谷刺法”临床应用进展[J]. 中医药信息, 2020, 37(2): 115-118.
- [18] 殷优长, 冉新. 《灵枢·官针》的刺法分类比较[J]. 上海针灸杂志, 2006, 25(4): 41-42.
- [19] 陈德成. 针刺层次与针感的关系[J]. 中国针灸, 2017, 37(11): 1219-1222.
- [20] 傅俊钦, 赵百孝. 以痛为腧治疗肌筋膜疼痛综合征针刺角度临床研究[J]. 吉林中医药, 2011, 31(5): 426-429.
- [21] 蒋龙龙, 张伯宇, 于海龙. 基于文献研究的针刀不良事件分析与对策[J]. 中国针灸, 2018, 38(9): 1007-1012.
- [22] 章海娟, 涂明琦, 周舒宁, 等. 经筋病针刺角度与疗效关系的理论探讨[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(1): 53-54.
- [23] 田鸿芳, 陈胤希, 周清辰, 等. 论“辨病位”是针灸辨证论治的第一步[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(11): 3807-3810.
- [24] 邢尧丹, 冶尔西, 娄必丹, 等. 基于皮脉肉筋骨理论探讨针刀在临床精准应用的方法[J]. 中国医药科学, 2020, 10(21): 70-72.
- [25] 李莹, 姜春岩, 王满宜. 肩关节的功能解剖与手术入路[J]. 中华创伤骨科杂志, 2005(9): 865-868.
- [26] Jon AJ. 肌骨超声必读[M]. 王月香译. 3 版. 北京: 科学出版社, 2021.

(收稿日期: 2022-06-16, 网络首发日期: 2023-02-15, 编辑: 陈秀云)

编辑部在售杂志明细

因编辑部淘宝网店被黑, 现无法正常使用, 购买杂志请直接支付宝转账, 支付宝账号: **zhenjiuguangfa@aliyun.com**, 转账前请先加好友, 以便沟通。现将编辑部出售中的杂志品种附录于后, 欢迎购买。早年杂志所剩无几, 售完为止, 先到先得!

《中国针灸》杂志 2002-2021 年合订本价目表

合订本	原价 (元/册)	现价 (元/册)	快递费 (元/册)
2002 年	100	80	25
2003-2004 年	120	90	25
2005-2006 年	130	100	25
2007-2008 年	140	110	25
2011、2013 年	170	140	25
2012 年	170	170	25
2014 年 (1-12 期)	216	200	25
2015 年 (1-12 期)	216	200	25
2016 年 (1-12 期)	216	200	25
2017 年 (1-12 期)	300	300	25
2018 年	320	320	30
2019 年	398	398	0
2020 年	398	398	0
2021 年	398	398	0

注: 合订本每年 1 册, 2014-2017 年为单行本, 合订本已售罄。

《中国针灸》杂志增刊价目表

增刊	原价 (元/册)	现价 (元/册)	邮寄挂号费 (元/册)
2005 年	27	20	3
2007 年	27	20	3
2008 年	30	20	3
2009 年	27	20	3
2010 年	30	20	3
2011 年	30	20	3
2015 年	35	20	3

另出售部分《针刺研究》杂志, 2017 年 (1-6 期), 25 元/册; 2018 年 (1-12 期), 20 元/册; 2019 年 (1-12 期), 25 元/册。

亦可通过邮局汇款购买, 邮编: 100700, 收款人地址: 北京东直门内南小街 16 号, 收款人姓名: 中国针灸编辑部。

联系人: 马兰萍 张新宇 联系电话: 010-84046331, 010-64089349

(本次活动最终解释权归《中国针灸》《针刺研究》编辑部)



用支付宝扫二维码, 加我好友