

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.10.007

颅脑损伤中医诊疗方案

凌江红^{*}, 黄李平¹, 黄 熙², 范学政³, 黄良文⁴, 周 霞⁵, 苏同生⁶, 陈 霄⁷, 邱修辉⁸

(1. 广西医科大学第一附属医院, 广西壮族自治区南宁市双拥路 6 号, 530021; 2. 中南大学湘雅医院; 3. 广西中医药大学附属瑞康医院; 4. 广州中医药大学第一附属医院; 5. 山东省千佛山医院; 6. 陕西省中医医院; 7. 西安中医脑病医院; 8. 柳州市中医院)

【摘要】 颅脑损伤属于中医学损伤内证、损伤昏厥范畴。中医药被广泛应用于颅脑损伤的临床治疗, 有助于提高治疗效果、促进患者康复。我们结合近 30 年有关颅脑损伤的中医药研究文献及临床实践, 经过 4 轮的专家意见征询及修改, 形成了包括颅脑损伤的中西医诊断标准、疗效评价标准及中药分期辨证论治、针灸治疗、其他中医治疗方法、中医诊疗设备应用、现代设备治疗、康复治疗、推拿按摩、并发症的处理等详尽的颅脑损伤中医诊疗方案。

【关键词】 颅脑损伤; 辨证论治; 诊疗方案

颅脑损伤是现代威胁人类生命的主要疾患之一, 其发生率占全身损伤的 10% ~ 15%, 在各种创伤中占第一位^[1], 重型颅脑损伤的死亡率和致残率为 36.3% ~ 64.3%^[2-4], 是中青年人群第一死亡原因, 造成巨大的社会与经济负担^[5]。纵观中医伤科两千多年的发展史, 颅脑损伤并未形成一个独立的专门学科, 也未发现脑伤证治中医古籍专著。然而, 仍有散在关于脑伤证治的记载可见, 且已有不少学者将中医药介入颅脑损伤救治过程中^[6-8]。目前, 缺乏颅脑损伤的诊疗规范及疗效评价标准, 因此, 规范颅脑损伤的中医诊疗方案对提高我国中西医结合诊治颅脑损伤的水平具有重要意义。本研究检索近 30 年发表的有关中医、中西医结合救治颅脑损伤的文献, 聚集了国家中医药管理局颅脑损伤协作组专家的经验, 经过 4 轮的专家意见征询及修改, 经过梳理和优化, 最终形成本诊疗方案。

1 诊断标准

1.1 中医诊断标准

目前尚无颅脑外伤中医诊断标准, 我们制定诊断标准如下: 1) 头部跌仆损伤史; 2) 神明失用

之证, 包括昏厥或一过性昏厥、嗜睡、健忘、烦躁等; 3) 躯体失用之证, 包括头昏、头痛、失眠或睡眠颠倒, 头颅破损, 双目失神, 肢体瘫痪、抽搐、强直、二便失禁。具备 1) 项外加 2) 或 3) 中症状之一者即可诊断。

1.2 西医诊断标准

参照江基尧主编《现代颅脑损伤学》^[9], 具体各病: 头皮损伤和颅骨骨折^{[9]83-96}; 脑震荡^{[9]97-100}; 脑挫裂伤^{[9]101-126}; 创伤性脑水肿^{[9]127-137}; 颅内高压与脑疝^{[9]138-167}; 脑干伤^{[9]192-202}; 创伤性蛛网膜下腔出血^{[9]213-225}。

2 治疗方案

2.1 中医辨证论治

2.1.1 急性期 (发病 2 周以内)

2.1.1.1 气滞血瘀证 临床表现: 外来暴力伤及脑络之后, 头痛、头晕或伴呕恶、目眩、耳鸣, 舌淡红, 脉弦细而涩。一般多见于脑震荡、脑挫伤等轻度颅脑损伤。

治法: 行气活血。

方药: 血府逐瘀汤加减: 桃仁 10g、三七粉 5g (冲服)、当归 10g、枳壳 10g、牛膝 15g、川芎 10g、赤芍 10g、生地黄 15g、北柴胡 6g、桔梗 10g。

中成药: 可选用注射用血栓通、注射用灯盏花素或银杏达莫注射液等^[10], 10 ~ 15 天为 1 个疗程。

基金项目: 国家中医药管理局重点专科建设项目 (20J1X1L402K214); 广西科学研究与技术开发计划项目 (桂科攻 1298003-3-4); 广西壮族自治区卫生厅中医药科技专项 (GZKZ10-106)

* 通讯作者: ling_jianghong@hotmail.com (0771) 5356515

急性期发病 1 周内出血或出血倾向者谨慎使用。

2.1.1.2 瘀阻窍证 临床表现: 颅脑外伤后昏迷、牙关紧闭、肢体强痉、抽搐、呕吐, 或四肢痿软或神志昏蒙、胡言乱语, 或清醒后头痛剧烈、痛处固定如针刺, 或伴头面部或全身多处青紫瘀肿, 舌淡红, 脉弦或涩。

治法: 活血化瘀, 开窍醒脑。

方药: 通窍活血汤加减: 白芷 10g、三七 10g、牛膝 15g、五灵脂 10g、川芎 10g、石菖蒲 10g、琥珀末 3g (冲服)、郁金 10g。

中成药: 可选用醒脑静注射液^[11]。

2.1.1.3 痰瘀热结证 临床表现: 神志昏蒙、牙关紧闭、肢体强痉或躁扰不宁、发热甚至高热、气粗、喉中痰鸣、面色红赤、大便秘结不通, 舌苔厚、黄燥或黄腻、舌质红, 脉弦滑数或弦数有力。

治法: 活血化瘀, 清热豁痰。

方药: 菖芩 I 号^[12]: 大黄 8g、牡丹皮 10g、三七粉 6g (冲)、黄芩 10g、石菖蒲 10g、沉香 5g、琥珀 5g、地龙 10g、川芎 15g。

中成药: 可选用醒脑静注射液^[11]、痰热清注射液^[13]或鼻饲安宫牛黄丸^[14]。

2.1.2 恢复期 (发病 2 周至 6 个月)

2.1.2.1 气虚血瘀证 临床表现: 伤后仍昏迷或清醒后眩晕、乏力、神疲倦怠、半身不遂、口角歪斜、言语不利、肢体麻木, 舌淡紫或有瘀斑、苔薄白, 脉细涩。

治法: 益气活血, 化瘀通络。

方药: 补阳还五汤加减: 黄芪 30g、当归 15g、川芎 10g、丹参 10g、牛膝 15g、天麻 10g (先煎)、赤芍 10g、地龙 10g。

中成药: 可选用参麦注射液^[15]、银杏达莫注射液^[16]。

2.1.2.2 痰瘀蒙窍证 临床表现: 伤后仍意识障碍或精神异常、神情恍惚或伴手舞足蹈、骂詈喊叫; 或清醒但见眩晕、头痛、沉重如裹, 胸膈满闷、纳少、恶心、身倦肢重、口舌歪斜或短胖、舌强语蹇、言语不利、口角流涎, 可伴肢体麻木、四肢僵直、不言不食, 甚至出现失明、失声、失聪, 或抽搐、口吐涎沫, 舌质黯、舌苔厚腻, 脉弦滑或涩。

治法: 涤痰祛瘀, 通络开窍。

方药: 通窍活血汤合二陈汤加减: 僵蚕 6g、青礞石 15g、石菖蒲 10g、胆南星 6g、郁金 10g、牛膝 15g、红花 10g、丹参 10g、三七粉 5g

(冲服)。

中成药: 可选用醒脑静注射液^[11]、银杏达莫注射液^[16]。

2.1.2.3 肝肾亏虚证 临床表现: 伤后仍昏迷或清醒后眩晕耳鸣、视物模糊、健忘少寐、神疲、语音低怯, 可伴舌暗不语、智能减退、肢体痿软无力、足难任地、肢体强直震颤或癫痫, 舌红苔少, 脉弦细。

治法: 滋补肝肾, 填精补髓。

方药: 杞菊地黄丸加减: 黄芪 20g、黄精 15g、熟地黄 15g、枸杞子 15g、益智仁 15g、牛膝 15g、山萸肉 15g、菟丝子 15g。

中成药: 可选用生脉注射液^[17]。

2.2 西医基础治疗

颅脑损伤处理原则是降低颅内压, 控制脑水肿, 维持生命机能, 防止继发性脑损害, 适当应用神经营养药物, 对症处理, 防治并发症。有手术指征者及时转外科手术^{[9]77-81}。

2.3 针灸治疗

2.3.1 体针治疗 可选用肩髃、曲池、足三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、解溪、绝骨等穴位^[18]。

2.3.2 头针治疗 半身不遂取健侧运动区; 感觉障碍加健侧感觉区; 运动性失语加健侧面运动区; 命名性失语加健侧语言二区; 感觉性失语加健侧语言三区^[19]。

2.3.3 醒脑开窍针法 取督脉、十二井穴为主, 用毫针泻法; 穴位: 人中、十二井、内关、太冲、丰隆、合谷^[20]。

2.3.4 艾灸治疗 出现脱证时, 治疗宜艾灸任脉经穴以回阳固脱, 可选用神阙、关元等穴位。

2.3.5 耳穴贴压 促醒取脑干、脑点、皮质下及交感穴等, 并根据不同瘫痪部位加用耳部肢体穴, 用王不留行籽贴压穴位^[21]。

2.3.6 药物穴位注射 选穴原则同普通针刺选穴, 每次选 2 处穴位。用药可据窍闭神昏、气虚、血虚分别选用麝香注射液、黄芪注射液、当归注射液^[22]。

2.3.7 芒针治疗 肌张力低者可选用芒针治疗, 一般在阳明经循经透刺^[23]。

2.4 其他中医治疗方法

2.4.1 中药吸入治疗 意识障碍者可选用吹鼻促醒, 主要组成: 猪牙皂、山奈、丁香、牛黄或冰片雾化吸入疗法^[24-26]。

2.4.2 中药外洗、外敷、熏蒸 针对恢复期病情稳定伴肢体关节疼痛、麻痹、痿软无力、挛缩、活动不利者,以威灵仙、宽筋藤、千斤拔、乳香、没药、细辛、桂枝为基本方,随证加减^[27-28]。

2.4.3 中医药熨疗法 针对肢体关节筋肉的疼痛、肿胀、麻木、瘫痪、挛缩和僵硬等病变,用姜活、宽筋藤、透骨草、姜黄、秦艽、桂枝、川椒、艾叶、麻黄、川芎各 30g,将药物碾成粗末等量搅拌加粗盐,置入锅内翻炒。将药熨袋放在患处或相应的穴位上用力来回推熨^[29]。

2.4.4 中药涂擦 对于肌张力增高或半身不遂或肢体疼痛卧床的患者可外用药酒。治以活血通络,可用十一方药酒外擦关节僵硬部位和骶尾部及患肢^[30]。

2.5 中医诊疗设备的应用

电脑中频治疗,选穴原则同普通针刺选穴^[31]。TDP 治疗应用于手术治疗者,术后照射手术切口,目的是改善局部循环,利于切口愈合^[32]。

2.6 现代诊疗设备的应用

恢复期病情稳定者,由高压氧科会诊确定治疗方案。空气压力波治疗肢体,预防深静脉血栓和防止关节僵硬级肌肉萎缩^[33]。电子生物反馈疗法用于肌力下降、肢体瘫痪的治疗^[34]。

2.7 康复治疗

按照运动发育的顺序和不同姿势反射水平进行。包括:床上训练、坐起训练、从坐到站起训练、站立及站立平衡训练、步行训练、上肢及手功能训练、作业治疗训练。还应针对患者病情选择康复言语训练、吞咽功能障碍训练、认知功能训练等^[35]。

2.8 推拿按摩

治疗大法以疏通经脉、调和气血、促进功能的恢复,避免对痉挛肌肉群的强刺激。1) 头部操作:取穴及部位:印堂、神庭、百会、四神聪、运动区。主要手法:推法、按法、拿法、擦法。2) 上肢操作:取穴及部位:肩井、肩髃、曲池、手三里。主要手法:揉法、按法、按法、揉法、捻法、搓法。3) 下肢操作:取穴及部位:阳陵泉、风市、梁丘、血海、委中、足三里、膝眼、三阴交、太冲。主要手法:推法、按法、按法、揉法、捻法、搓法、揉法、拿法^[36]。

2.9 并发症的处理

2.9.1 肺部感染 痰热者予肺感方^[37]加减,由黄芩 10g、法半夏 10g、瓜蒌 10g、鱼腥草 30g、薏苡仁 30g、桃仁 10g、芦根 20g 组成;寒饮伏肺予

小青龙汤化裁。视病情合理使用抗生素或联用免疫调节药物。

2.9.2 尿路感染 予三金片或复方金钱草颗粒或自拟尿感方加减,由车前子 15g、扁蓄 10g、滑石 15g、金钱草 15g、小蓟 10g、泽兰 10g、黄柏 10g、苍术 10g 组成。视病情合理使用抗生素。

2.9.3 便秘 用番泻叶泡服;必要时用导泻剂保留灌肠或清洁灌肠。伴呃逆频作,属腑气不通者予中药通腑泻热灌肠技术或大承气汤加减方煎服。

2.9.4 上消化道出血 可予云南白药鼻饲。视病情予禁食,联合使用抑酸止血、保护胃黏膜药物治疗和支持治疗,或通腑泻热中药灌肠,每日 1 或 2 次,以排尽黑便为度。

3 疗效评价

3.1 中医证候疗效评价

3.1.1 评价方法 按中医证候积分量表(见表 1)进行积分评价。证候积分减少 = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] × 100%。

表 1 颅脑损伤中医证候量化评价表

证候	正常 (0分)	轻 (2分)	中 (4分)	重 (6分)
神昏	无	呼之能应,对答准确	呼之能应,对答不准确,甚至胡言乱语	呼之不应,疼痛刺激仅见肢体活动或无反应
肢体不用	无	肢体乏力,不影响日常活动	肢体乏力,可部分活动,生活不能自理	肢体瘫软不用
言语謇涩或不语	无	能分别词句但言语欠连贯	构词困难或仅能说出词语但不成句	简单发音或不语
吞咽困难	无	无呛咳,但进食缓慢,口中食物残留	饮水呛咳,缓慢流质饮食无呛咳	呛咳,无法进食
抽搐	无	神清,时有肢体抽动	神清,频发肢体抽动或肢体强直	神昏,筋脉拘急,牙关紧闭,肢体强直
头晕、头痛	无	轻微头痛、头晕,不影响日常生活	头痛、头晕影响日常生活	头痛、头晕无法忍受
恶心、呕吐、纳差	无	恶心,无呕吐,食少	恶心、呕吐,不欲饮食	呕吐不止,无法饮食,需卧床休息
咳嗽、发热	无	咳嗽、咳痰,无发热	咳嗽、咳痰,低热	咳嗽、咳痰,高热
心烦不寐	无	能入睡,但时常觉醒	烦躁,入睡时间不超过 4h	烦躁,彻夜不眠
健忘	无	偶有忘事,尚可记起	时而忘事,不易记起	转瞬即忘,不能回忆
耳鸣、失聪	无	时有耳鸣,但听力正常	频发耳鸣,听力下降	耳鸣,失聪
失明	无	视物模糊,不影响日常生活	轻度影响日常生活	失明

3.1.2 疗效标准 临床痊愈: 临床症状、体征消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$; 有效: 临床症状、体征均有好转, 证候积分减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$; 无效: 临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.2 西医疗效评价

3.2.1 评价方法 采用功能障碍评分 (DRS)^[38] 评价。

3.2.2 疗效标准 基本痊愈: 功能障碍评分减少 91% ~ 100%, 病残程度为 0 级; 显著进步: 功能障碍评分减少 46% ~ 90%, 病残程度为 1 ~ 3 级; 进步: 功能障碍评分减少 18% ~ 45%; 无变化: 功能障碍评分减少 $\leq 17\%$ 或增加 $\leq 18\%$; 恶化: 功能障碍评分增加 $> 18\%$; 死亡。

参考文献

[1]刘君厚,王学庆. 基础医院对颅脑损伤的首诊处理[J]. 山东医药, 1990, 30(7): 49-50.

[2]Levis PR. MERRITT'S 神经病学[M]. 高旭光,译. 沈阳: 辽宁科学技术出版, 2002: 379-390.

[3]尤荣开. 神经科危重症监测治疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004: 447-450.

[4]吴运泉. 中西医临床脑伤科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2000: 179-180.

[5]申放,杨延斌,江惠婷,等. 颅脑损伤患者住院费用及影响因素分析[J]. 中国卫生统计, 2013, 30(6): 869-871.

[6]汪春,郭知学,李鸥,等. 中药早期介入对脑外伤偏瘫患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(2): 123-125.

[7]黄李平,韦相兰,李凯,等. 活血化瘀法在颅脑损伤治疗中的运用[J]. 实用中医药杂志, 2011, 26(4): 282-283.

[8]王联庆,王玉华. 中药配合针刺治疗脑外伤后神经功能障碍 77 例报告[J]. 现代康复, 2001, 4(2): 139.

[9]江基尧. 现代颅脑损伤学[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2010.

[10]沈锦,刘启华,谢天一,等. 活血化瘀中药注射剂治疗颅脑损伤的研究进展[J]. 中成药, 2013, 35(5): 1051-1054.

[11]刘洪章,马志伟,刘毅,等. 醒脑静注射液辅助治疗继发性脑损伤[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(15): 248-250.

[12]罗杰坤,王杨,张海男,等. 菖苓 I 号对重型颅脑外伤昏迷患者促醒的疗效观察[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2012, 14(1): 1294-1296.

[13]郑杰,宋来君,彭玮. 痰热清注射液在重型颅脑损伤术后肺部感染中的应用[J]. 中国中医急症, 2014, 23(6): 1198-1199.

[14]郑铁军. 安宫牛黄丸治疗颅脑外伤昏迷疗效观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(2): 294.

[15]张又,刘卫东. 参麦注射液治疗轻、中型颅脑损伤的临床观察[J]. 西北药学杂志, 2008, 23(5): 320.

[16]翟中文,张晶,唐克诚,等. 银杏达莫注射液辅助治疗急性颅脑损伤 40 例[J]. 河南中医, 2014, 34(12): 2336-2337.

[17]马朝晖,谢裕华. 中西医结合辨证治疗急性重型颅脑损伤的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2008, 25(6): 503-506.

[18]张毅敏. 针灸治疗颅脑损伤及其后遗症的概况[J]. 中国临床康复, 2006, 10(7): 135-137.

[19]杨颖,王照浩. 头针治疗闭合性颅脑外伤的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 1999, 15(5): 31-33.

[20]刘水生,唐尤佳,郭秋霞,等. 醒脑开窍针法在颅脑损伤昏迷患者促苏醒治疗中的应用[J]. 实用临床医学, 2006, 7(10): 93-95.

[21]高智颖. 醒脑开窍针刺法结合耳穴贴压治疗颅脑外伤临床观察[J]. 新中医, 2007, 39(3): 29-30.

[22]刘顺宜. 针灸推拿加穴位注射治疗颅脑外伤引起的偏瘫临床观察[J]. 中国当代医药, 2011, 18(24): 122-123.

[23]吴志刚,杨兆钢. 芒针临床应用与实验研究概况[J]. 针灸临床杂志, 2007, 23(6): 55-57.

[24]陈霄,李省让,高青铭,等. 中医综合方案促醒持续植物状态的临床研究[J]. 中医药学报, 2012, 40(5): 71-74.

[25]卢淑金,黄李平,苏金玲,等. 冰片雾化吸入对重型颅脑损伤促醒作用的临床观察[J]. 中国保健营养(中旬刊), 2013, 2(11): 167-168.

[26]王道刚,张钰琴,张光荣,等. 冰片对麻醉大鼠海马 GABA、GLU 和 β -EP 表达的影响[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(8): 1913-1915.

[27]吴永兰. 中药外敷加功能锻炼护理治疗偏瘫 26 例[J]. 安徽中医临床杂志, 2000, 12(4): 268.

[28]吴名波,沈鹰. 中药熏蒸在痹证中的应用历史沿革[J]. 云南中医学院学报, 2009, 32(1): 59-61, 67.

[29]罗彩花,贺青涛,王慧. 药熨的临床应用及其在社区护理发展前景[J]. 吉林中医药, 2007, 27(7): 67-69.

[30]田元春,伍小燕. 十一方药酒的临床应用及实验研究概况[J]. 广西中医药, 2010, 33(4): 1-2.

[31]张丽红,刘静. HY-D03 型电脑中频治疗仪在偏瘫患者中的应用[J]. 海南医学, 2010, 21(9): 91-92.

[32]代艳然,宋向阳,何亚会. TDP 局部照射对术后切口愈合的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2003, 24(10):

1129-1130.

[33]彭慧平,卢晓欣,吴钟琪,等. 高压氧在脑外伤治疗中的作用[J]. 中国临床康复, 2002, 6(6): 858-859.

[34]杨晔,王莉,杨玉仓,等. 电子生物反馈治疗脑卒中偏瘫的临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(17): 2709-2710.

[35]高晓平. 颅脑损伤后运动功能障碍的康复[J]. 安徽医学, 2008, 29(5): 488-490.

[36]郭泽新,陈卫华. 缓解中风偏瘫痉挛状态推拿手法及其机理探讨[J]. 按摩与导引, 2003, 19(1): 2-3.

[37]农云凤,蒋霞,梁宏洁,等. 肺感方对肺部多重耐药菌体外抑菌作用的研究[J]. 广西中医药大学学报, 2014, 17(1): 65-67.

[38]江基尧. 现代颅脑损伤学[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2010: 493-494.

A Traditional Chinese Medicine Protocol for the Diagnosis and Treatment of Craniocerebral Injury

LING Jianghong¹, HUANG Liping¹, HUANG Xi², FAN Xuezheng³, HUANG Liangwen⁴, ZHOU Xia⁵, SU Tongsheng⁶, CHEN Xiao⁷, QIU Xiuhui⁸

(1. The First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Guangxi Zhuang Autonomous Region 530021, China; 2. Xiangya Hospital Central South University; 3. Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine; 4. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine; 5. Shandong Qianfoshan Hospital; 6. Shaanxi Hospital of Chinese Medicine; 7. Xi'an Encephalopathy Hospital of Chinese Medicine; 8. Liuzhou Hospital of Chinese Medicine)

ABSTRACT Craniocerebral injury belongs to the category of injury interior syndrome and injury syncope in traditional Chinese medicine. Chinese medicine is widely used in clinical treatment of craniocerebral injury, which can help to improve the effect of treatment and promote patients recover. According to traditional Chinese medicine research literature and clinical practice experiences on craniocerebral injury in the past 30 years, after four rounds of expert consultation and modification, the authors formed a detailed traditional Chinese medicine protocol for the diagnosis and treatment of craniocerebral injury, including Chinese and western medicine diagnostic criteria, evaluation standard of curative effect, syndrome differentiation and treatment of Chinese medicine according to stages, acupuncture treatment, other therapies of Chinese medicine, application of equipments for Chinese medicine diagnosis and treatment, treatment with modern equipment, rehabilitation, massage and the management of complications.

Keywords craniocerebral injury; traditional Chinese medicine; diagnosis and treatment protocol

(收稿日期: 2014-07-04; 修回日期: 2014-12-16)

[编辑: 焦爽]

欢迎订阅 2015 年《中医杂志》

《中医杂志》是由中华中医药学会和中国中医科学院主办的全国性中医药综合性学术期刊。1955 年创刊以来始终坚持“以提高为主, 兼顾普及”的办刊方针, 是我国中医药界创刊早、发行量大、具有较高权威性和学术影响力的国家级中医药期刊之一, 是中国中文核心期刊和科技核心期刊、中国精品科技期刊、首届国家期刊奖获得者和中国期刊方阵双奖期刊。2009 年被中国期刊协会评为“新中国 60 年有影响力的期刊”。2011 年和 2013 年分别荣获“国家新闻出版政府奖期刊奖提名奖”, 并且是唯一获此荣誉的中医类期刊。2013 年被国家新闻出版总署评为“中国百强科技期刊”。

本刊主要栏目中当代名医和临证心得分别介绍名老中医和临床医生辨证用药治疗疑难病的经验; 临床研究介绍中医药治疗的新方法、新成果; 学术探讨、思路与方法、专家论坛、病例讨论、综述、百家园等栏目, 提供最新学术观点、研究成果与治疗方法, 成为学习中医药、研究中医药, 不断提高临床及研究水平的良师益友。

《中医杂志》为半月刊, 每月 2 日和 17 日出版, 每期 15.00 元。读者可以到全国各地邮局办理订阅手续(邮发代号: 2-698), 也可以与本刊读者服务部联系邮购, 邮购免邮费。电话: 010-64035632。国外发行: 中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱, 邮编: 100044, 代号: M140)。本社地址: 北京市东直门内南小街 16 号, 邮编: 100700, 网址: <http://www.jtcm.net.cn>。