

张仁以针刺为主分期论治病理性近视黄斑出血的经验介绍

胡艳美¹, 薛金刚², 杨伟杰³, 张仁⁴

(1. 上海市徐汇区中心医院, 上海 200031; 2. 上海市长宁区北新泾街道社区卫生服务中心, 上海 200335; 3. 上海交通大学医学院附属瑞金医院, 上海 200025; 4. 上海市中医文献馆, 上海 200020)



张仁(1945—), 主任医师, 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室专家, 第六、七批全国名老中医药专家学术经验继承导师, 享受国务院政府特殊津贴。中国针灸学会名誉副会长, 上海市针灸学会名誉理事长, 上海市名中医, 上海市中医药杰出贡献奖获得者, 上海市非物质文化遗产“方氏针灸疗法”第三代传人。从事针灸临床、科研和文献研究 50 余年。擅长针灸治疗现代难病, 特别是难治性眼病, 包括黄斑变性、视网膜色素变性、青光眼、糖尿病性眼病和弱视。在国内外出版中医针灸专著 70 部。

【关键词】 针刺疗法; 近视; 黄斑出血; 黄斑病变; 张仁; 名医经验

【中图分类号】 R246.82 【文献标志码】 A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.05.0473

病理性近视黄斑出血亦称“高度近视黄斑出血”, 是高度近视的重要并发症之一。黄斑出血可能发生于高度近视的各个年龄层次, 临床发病率较高, 主要表现为突发视力下降、中心暗点、视物变形, 严重时可导致中心视力丧失而致盲^[1]。流行病学调查结果显示, 预计到 2050 年, 世界范围内高度近视患者人数将达到 9.38 亿^[2]。随着经济社会的不断发展, 我国成为了近视患病大国, 其中病理性近视的比例在不停上升。而病理性近视患者屈光度高于-8.00 D 时, 容易出现黄斑出血。因高度近视患者的视网膜受到强力牵拉后, 新生的血管容易通过玻璃体的裂隙进入视网膜而出现出血现象, 影响黄斑中心, 导致视力急剧下降^[3]。因此, 治疗和预防病理性近视黄斑出血成为当前眼科领域的研究热点。目前, 西医治疗本病以抗血管内皮生长因子 (vascular endothelial growth factor, VEGF) 治疗为主要手段, 但易复发, 多次注射增加眼内感染的风险。激光治疗, 产生的瘢痕可能会扩大, 进而影响视力,

远期疗效差^[4]。手术治疗能提高视力, 同样易复发, 且易出现并发症。口服止血药物如安络血、维生素 K₁、云南白药等, 作用局限且不良反应多^[5]。而针灸治疗该病具有特色优势, 花费相对较少, 安全无毒。早在西晋时期, 便有关于针刺治疗近视的最早记载, 如皇甫谧《针灸甲乙经》中记载“远视不明, 承光主之”。但迄今为止, 有关针灸治疗病理性近视黄斑出血的临床资料仍十分少见。张仁老师治疗病理性近视黄斑出血, 临床经验丰富, 取穴精当, 临床疗效显著。笔者有幸随师侍诊, 现报道如下。

1 病因病机

病理性近视黄斑出血在中医学中并无确切病名, 但根据其临床表现, 可归属于“暴盲”“血灌瞳神后部”“视瞻昏渺”“视直为曲”等病症范畴^[6]。《灵枢·大惑论》: “五脏六腑之精气皆上注于目而为之精。”目窍得五脏六腑气血津液之濡养, 神光充沛, 才能发挥视

基金项目: 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承项目[国中医药人教函(2022)76 号]; 国家中医药管理局张仁全国名老中医药专家传承工作室项目(1542962311683)

作者简介: 胡艳美(1986—), 女, 副主任医师, 硕士, Email: huyanmei_a@126.com

通信作者: 杨伟杰(1991—), 男, 主治医师, 硕士, Email: ywj1991827@163.com

物功能。高度近视及黄斑出血的发生,或由于先天禀赋不足,肝肾亏虚,精血无以升腾,目失濡养则视力下降;或因劳瞻竭视,血伤气损,气虚不摄,血溢络外而致出血,从而出现视瞻昏渺甚至暴盲^[7];或因后天饮食不节,脾胃失养,气血生化乏源,脾胃气虚而失于健运,不能运化水湿,痰湿之浊上泛而视物昏朦。历代医家对此多有论述,如《秘传眼科龙木论》所述“肾气衰则五脏皆病,攻于眼目之病,其系首重”,《证治准绳·杂病·七窍门》认为本病“有神老、血少、有元气弱、有元精亏而昏渺者”,《目经大成》认为“瞳神,均属乎肾”,《素问·金匱真言论》记载“肝开窍于目,藏精于肝”“中央黄色,入通于脾”。临床上多位学者也认为,黄斑疾病应从脾论治^[8-9]。基于以上理论以及多年的临床经验,张师认为本病与肝、肾、脾三脏有关。

2 穴方思路

2.1 分期论治,取穴精当

张师认为,病理性近视黄斑出血的发生以气虚血瘀为主要病机。在高度近视的进展过程中,本质为眼底病变,病变过程中出现出血、水肿、瘀血等病理现象。临床上,西医将本病分为两类,即单纯性黄斑出血和新生血管性黄斑出血。两者虽均有黄斑出血之象,但同中有异,不同之处在于后者一般有黄斑水肿、渗出、Fuchs斑等,而前者无。张师将其分为急性期和稳定期进行分期治疗。出血早期,因肝肾亏虚,脾气不足,气虚不摄而血溢络外,为急性期,治疗以补益肝肾、健脾益气摄血为主;出血后期,血已止,但见瘀血及水肿之象,为稳定期,治疗以活血化瘀、利水消肿明目为主。

不同发病时期,病理表现不同,张师所选取的穴位亦有所不同,分基础穴、主穴、配穴3组。基础穴取新明1(耳垂后皮肤皱襞的中点处)、风池、天柱、攒竹、上健明(睛明上5分)、承泣、瞳子髎。主穴分两组,急性期取肝俞、肾俞、脾俞、足三里;稳定期取新明2(位于额部,眉梢直上1寸,外开0.5寸处)、血海、三阴交、耳尖。配穴取球后、太阳。其中,基础穴不论稳定期还是急性期均取。张师认为,其由中取(颈项部三穴)和近取(眼周局部四穴)组成,前者风池、天柱分别位于胆、膀胱经之上,与肝、肾互为表里且入眼,意在调节肝肾,属治本;新明1属新发现之眼底病经验穴;而眼部诸穴,则是重在疏导病所之气血,属于治标。急性期主穴,重用背俞穴以加强补肝肾、健脾胃之功,配

合足三里补益气血,以达益气摄血止血;稳定期采用针刺新明2、血海、三阴交及耳尖穴行刺血法,重在活血化瘀、利水消肿。配穴用于穴位注射,以求针药并用。此外,对于发病过程中出现的其他不同症状,则随症配穴。如眼干目涩者配下睛明;视力低下者配光明;目珠胀痛者配目窗、头临泣。

2.2 不同针法,形成合力

张师强调,黄斑出血属难治之症,在操作上,要综合毫针法、刺血法和穴位注射法等针法,形成合力。重用毫针法,取0.25 mm×40 mm毫针,新明1进针时将耳垂略向前外方牵引,针体与身体纵轴成45°角,针尖向耳屏切迹后刺入。风池穴向鼻尖方向快速进针,天柱向同侧瞳孔方向刺入,两穴进针15~20 mm。攒竹向眼眶内缘平刺;上健明进针时令患者眼睛向下看,沿眶上缘向眶尖刺入;承泣穴令患者双目正视或上视,针尖略朝上刺入;瞳子髎向太阳方向刺,眼区穴一般进针12~20 mm。肝俞、肾俞、脾俞均向下斜刺15~25 mm,肝俞平补平泻,肾俞、脾俞行捻转补法。新明2直刺10~12 mm。足三里、血海、三阴交均直刺25~40 mm。余穴均常规操作。刺血法,用于耳尖穴。每次取一侧,以0.30 mm×13 mm毫针浅刺约5 mm,留针30 min。取针前,先轻轻挤压穴区周围耳廓使之充血,然后拔出毫针,挤出血5~6滴,用消毒干棉球按压针孔,两耳交替选用。本法用于稳定期。穴位注射法,甲钴胺注射液(0.5 mg/1 mL)注射于球后穴,左右分别注射0.5 mL(双眼发病)或患侧1 mL(单眼发病)。复方樟柳碱注射液注射于左右两侧太阳穴各1 mL(不管单侧发病抑或双侧发病,操作均如此)。操作时用一次性注射器抽取药液,快速进针至有针感后,回抽无血,将药物缓慢注入穴位。其中,甲钴胺注射液修复受损的神经纤维,营养眼周神经^[10-11];复方樟柳碱注射液可缓解血管痉挛,恢复管壁通透性,增加血流量,使缺血区视网膜的血管活性物质保持正常^[12]。如此针药有机结合,充分发挥两者优势,最大限度地提高临床疗效。

上述治法,急性期每周3次,稳定期每周1~2次,3个月为1个疗程。

2.3 不同手法,相得益彰

针灸疗效,不仅在于选穴和针法,还在于手法。《素问·刺要论》:“病有浮沉,刺有浅深,各至其理,无过其道。”《灵枢·九针十二原》:“言不可治者,未得其术也。”可见针刺手法的重要性。为达到更好的临

床疗效,张师灵活应用不同针刺手法,包括导气法^[13-15]和行气法^[16]。

导气法源于《灵枢·五乱》中“五乱者,刺之有道乎……徐入徐出,谓之导气。补泻无形,谓之同精”。但对于怎样做到“徐入徐出”并未具体说明。张师认为,“导”,即诱导、引导、催导之意。行针时,应以和缓为贵,慢进慢出。虚者导其正气,使之恢复旺盛;实者导其邪气,使之不致深入。针刺达到一定深度,稍加捻转提插,获得针感后,将针尖朝向病所,即“待针沉紧气至,转针头向病所”(《针灸大成》)。再用拇、示指执针行徐入徐出之法,以提插为主,反复施行,动作宜慢,提插幅度在 5~10 mm,频率 30 次/min,捻转角度小于 90°,操作要有连续性,行针约 1 min,以针感逐渐向病所放射为宜。根据张师多年治疗眼病的临床经验及验证发现,本法对控制针感传导及促进“气至病所”有较好作用^[17]。导气法一般在离病灶较远的穴区施行,如颈项部的风池和天柱穴。操作时,一是要全神贯注,二是要有耐心,多需反复提插才能出现满意针感。如不能达到满意的气至病所的效果,也不必强求。

行气法分为强行气法和弱行气法。强行气法即以拇指指腹将针柄压在示、中二指指腹上,以拇指做较大幅度的顺时针方向捻转,捻转幅度为 360°,捻转频率为 80 次/min,提插幅度为 1~2 mm,行针 1 min。多用于耳后新明 1 穴。本法刺激量较大,可产生热胀酸针感,并可传至前额或颞部及眼区。临床操作时需注意,一是本法对医者的指力要求较高,须反复苦练,否则难以达到所要求的提插捻转的幅度和频率,也难以坚持所规定的运针时间;二是新明 1 穴,若刺激过强,可出现颞颥部胀痛,重者可影响进食,应当预先向患者说明,并采取局部按摩和热敷,使之减轻。弱行气法,即进针后行小幅度提插捻转,用于眼周穴,如攒竹、瞳子髎。应用本法时,要求捻转提插幅度小且用力轻柔,使其针感明显而刺激量较小,以免引起眶内出血。

张师指出,导气法和行气法的气至病所是建立在得气的基础上。首先要得气,再用手法。临床中两者配合使用,相辅相成,共达“气至病所”之效。

3 病案举隅

3.1 病案一,右眼病理性近视黄斑出血

患者,男,30 岁。初诊日期为 2015 年 10 月 15 日。

主诉为右眼视物遮挡伴变形 10 个月。现病史为患者有高度近视史(OD:-18.00/-3.75×5→1.0,OS:-18.50/-3.00×175→1.0)。2015 年 1 月 23 日,在无明确诱因下出现右眼视物黑影遮挡、变形,急至上海市第一人民医院就诊,荧光素眼底血管造影术示双眼高度近视眼底表现,右眼血管充盈时间延长,血管形态欠规则,可见血管渗漏。光学相干断层扫描(optical coherence tomography, OCT)示介质模糊,视网膜各层反射欠清晰,视网膜表面反光带欠光滑,视网膜色素上皮层强反射伴隆起(见图 1A)。诊断为病理性近视黄斑变性,右眼黄斑出血。予雷珠单抗球内注射治疗,治疗 1 周后患者自觉视力较前有所好转,视物遮挡范围缩小。但其后数月,视觉质量未再继续改善,患者畏惧再次球内注射,又担心复发影响工作,遂求治于针灸治疗以进一步改善视力。刻下示视物模糊、变形,部分遮挡。查体示右眼视力(矫正)为 0.4。眼压为 14.5 mmHg。眼底黄斑中心凹反光未见,视盘颞侧脉络膜萎缩弧,血管形态不规则,豹纹状眼底,周边色素沉着(见图 1B)。舌淡紫,有瘀斑,苔薄,脉弦细。西医诊断为右眼病理性近视黄斑出血;中医诊断为视直为曲(瘀血阻络证)。

本例为稳定期患者,张师针刺取新明 1、新明 2、风池、天柱、攒竹、上健明、承泣、瞳子髎、新明 2、血海、三阴交、光明及耳尖穴。按上述操作进行治疗,配合甲钴胺注射液 1 mL 注射于右侧球后穴,复方樟柳碱注射液注射于双侧太阳穴(各 1 mL),每周治疗 3 次。治疗 3 周后,患者自觉视力模糊较前改善。治疗 3 个月后,患者右眼矫正视力恢复至 0.6,且视物变形明显好转,视物遮挡已完全消失。为巩固疗效,患者坚持每周针灸 1 次。治疗 1 年余,眼底未再有出血、水肿(见图 1C、1D)。2 年后随访无复发。

按:患者高度近视引起黄斑水肿、出血,虽经雷珠单抗治疗后水肿明显吸收,但其后视觉质量不再改善,且因视力低下而影响工作。因患者发病已有十月余,眼底无新发出血,且舌淡紫,有瘀斑,脉弦细,根据张师的分期理论,为稳定期状态。张师采取对应的针刺、穴位注射及耳尖放血治疗,以活血化瘀、利水消肿明目。经过治疗,患者症状逐渐改善,视物遮挡完全消失,视物扭曲变形的现象明显好转,且视力明显提高,同时出血水肿吸收后,随访 2 年未再复发。重新回归工作岗位。

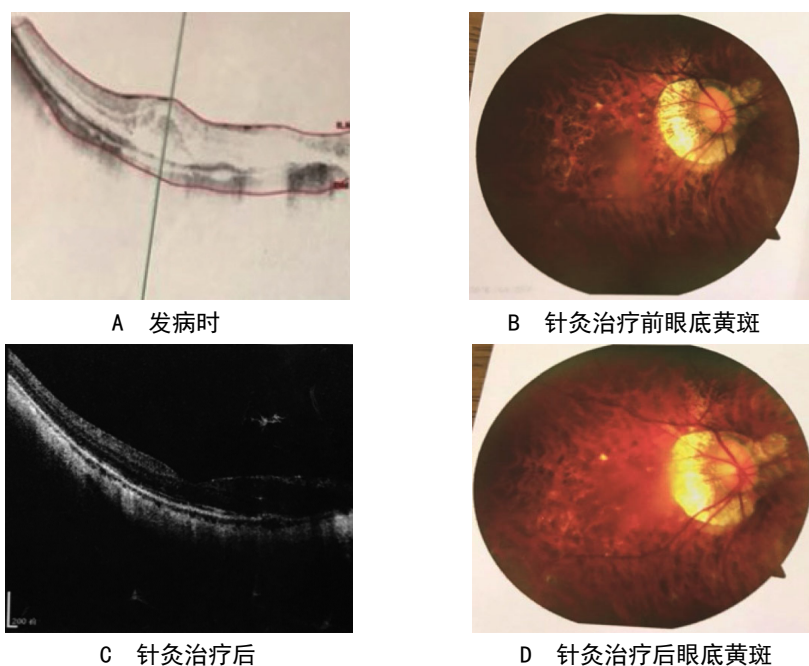


图1 治疗前后 OCT 检查

3.2 病案二, 右眼病理性近视黄斑出血、脉络膜新生血管

患者, 女, 34 岁。初诊日期为 2019 年 6 月 18 日。主诉为突发右眼视物模糊 2 周。患者超高度近视 (1 000 度以上) 已 15 年。2019 年 6 月 4 日因工作疲劳突发右眼视物模糊, 伴视物扭曲。6 月 5 日就诊于上海市某三甲医院, 查眼底彩超、OCT (见图 2A) 后确诊, 予雷珠单抗玻璃体腔内注射治疗。6 月 18 日就诊于上海市中医文献馆中医门诊部。刻下示右眼视物模糊, 视物变形变小, 时有心情烦躁, 夜间手心热, 略有咽干, 胃纳可, 夜寐欠佳。检查示右眼矫正视力 0.3, 眼压 15.4 mmHg, 外眼正常。眼底双侧以 -16D 窥视, 视神经乳头颞侧有大块弧形萎缩斑, 眼底呈豹纹状改变。右眼黄斑区约有 1/8 PD 范围的团块状出血, 中心凹反光不清。眼底黄斑部见大小不一、形态不同的出血灶。舌红苔略少, 脉细数。西医诊断为病理性近视黄斑出血 (右眼)、脉络膜新生血管 (右眼); 中医诊断为络损暴盲 (肝肾阴虚证)。

综合应用毫针法、穴位注射法。针刺取穴取急性期处方, 即新明 1、风池、天柱、攒竹、上健明、承泣、瞳子髎、肝俞、肾俞、脾俞。穴位注射用甲钴胺注射液 1 mL 注射于右侧球后穴, 复方樟柳碱注射液注射于双侧太阳穴各 1 mL。以上治疗, 每周 3 次。6 月 26 日复诊, 查 OCT 示右眼黄斑区隆起较前减轻 (见图 2B), 右

眼视力 0.5, 继续治疗。之后每月复查视力和 OCT, 右眼视力 7 月 31 日 0.6, 8 月 28 日 0.9, 12 月 4 日恢复至 1.0。7 月 (见图 2C)、8 月 (见图 2D)、9 月 (见图 2E) 的 OCT 显示黄斑区隆起逐渐减轻, 直至基本正常。2020 年 4 月 (治疗 10 个月) 再访, 患者视力基本稳定, 右眼 OCT 正常 (见图 2F)。

按: 本例属黄斑出血发作期患者, 患者高度近视多年, 因工作劳累引起黄斑出血。虽已注射了一针雷珠单抗, 但为了避免反复发作而影响今后的生活和工作, 患者在发病早期便开始针灸治疗。张师予益气止血明目、补益肝肾针刺治疗, 同时配合穴位注射法加强疗效。正是患者及时的针灸治疗和雷珠单抗的共同作用, 患者病情恢复速度快, OCT 检查在逐渐改善直至完全正常。患者因工作繁忙, 用眼较多, 为巩固视力, 坚持每周治疗 1 次至今已 3 年余, 视力稳定, 未曾复发。

4 讨论

病理性近视黄斑出血作为致盲疾病之一, 严重威胁人们的视力健康。因其出血的不同阶段病理表现有所不同, 张师明辨标本虚实, 将其分为急性期和稳定期进行分期治疗, 不同时期, 选取不同的针刺穴位。同时, 配合刺血法和穴位注射法, 不同针法综合应用。此外, 尤其重视不同手法的灵活应用, 导气法和行气法 (包括强行气法和弱行气法) 相互配合, 用法得当。

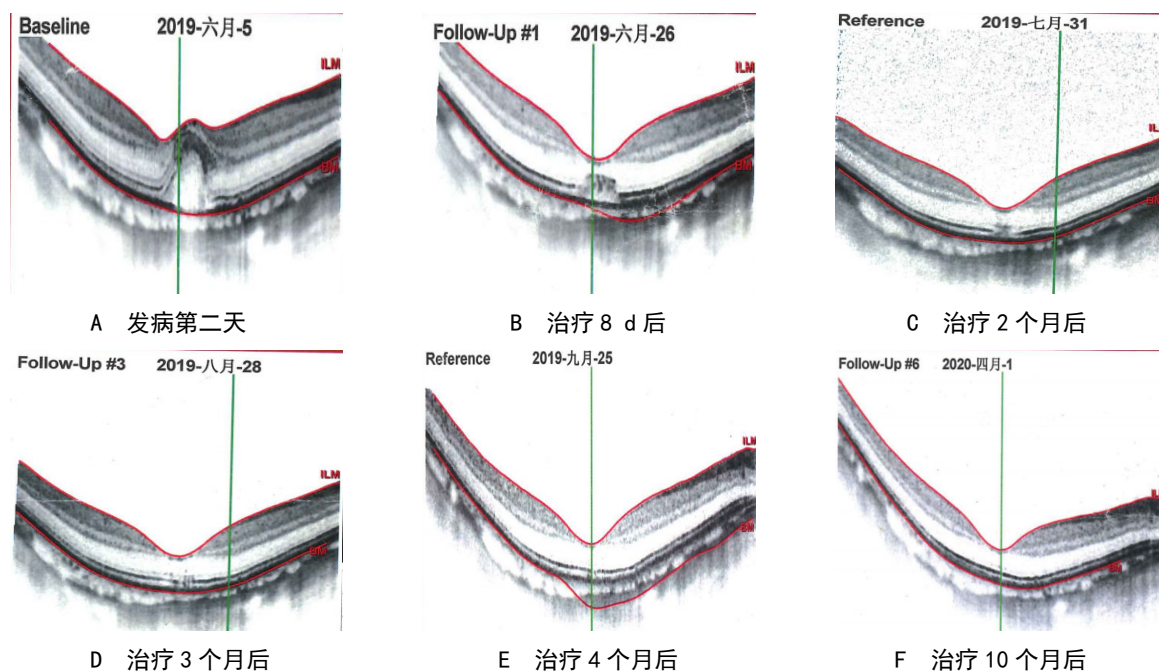


图 2 治疗前后各时间点 OCT 检查

在本病的治疗过程中,张师在眶内上健明、攒竹、承泣、球后等穴或进行针刺,或进行穴位注射操作,或施行弱行气法等针刺手法,具有一定的风险性。因此,张师尤其强调“治神守气”。首先,针刺前,要多与患者沟通,解除其紧张情绪。其次,针刺时,应心静气沉,心眼手相合,手如握虎,动作轻柔,获得适度得气感即可。

《灵枢·官能》:“语徐而安静,手巧而心审谛者可使行针矣。”由于病理性近视黄斑出血患者容易发生视网膜脱落等情况,留针期间,一般不用电针,且应多注意观察。在穴位注射时,张师发现少数患者在使用复方樟柳碱注射液注射于球后穴后,会出现眩晕或复视,持续 10~30 min 后可自行缓解;而在太阳穴注射则不会出现类似症状,故一般选择太阳穴。若将 2 mL 复方樟柳碱注射液完全注射于单侧穴位,对机体的刺激过大,局部可能出现明显的胀痛感,因此在两侧太阳穴各注射 1 mL 以减轻刺激。甲钴胺注射液用于穴位注射时,一般不会引起明显的机体刺激,且每支药水只有 1 mL,全部注射于单个穴位,患者完全能够接受。

本病防控,重在护眼。平时可多食用叶黄素含量较高的深绿色蔬菜如菠菜、芥菜等,以及黄玉米、胡萝卜、南瓜等食品。另外,对高度近视者要避免剧烈运动,以防诱发出血。且一旦发病,应及时就诊,不可耽误病情。研究^[18]表明,针灸对于眼病的治疗,治疗前后视力与病程呈负相关,即病程越短,疗效越好,而病程越长,疗效越差。所举两个病案疗效好且长期疗效稳定,一方面就

是就诊及时,另一方面也说明,针灸和西药可适当结合应用。张师针刺为主治疗本病能有效改善目暗不明、视物变形等症状,疗效佳者标准视力对照表能提高三行以上,但由于病程、病况各不相同,临床中疗效有差别。总体而言,张仁老师所用不同针法和不同手法分期论治病理性近视黄斑出血的方法,临床有效可行,值得学习借鉴。

参考文献

- [1] 刘家琦. 实用眼科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1984: 496.
- [2] HOLDEN BA, FRICKE TR, WILSON DA, *et al.* Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050[J]. *Ophthalmology*, 2016, 123(5): 1036-1042.
- [3] 吴云艳. 中西医结合治疗高度近视黄斑出血疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(21): 2345-2346.
- [4] WANG J, KANG Z. Summary of prognostic factors for choroidal neovascularization due to pathological myopia treated by intravitreal bevacizumab injection[J]. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2012, 250(12): 1717-1723.
- [5] 蔡航波. 滋阴明目方治疗阴虚火旺型病理性近视黄斑出血临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(16): 118-120.
- [6] 曹愉. 病理性近视黄斑病变的中医辨证分型及其与病

- 理类型之间的关系研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2018.
- [7] 高欣,王旻. 中医药防治近视研究进展[J]. 吉林中医药, 2020, 40(4):557-560.
- [8] 蒋鹏飞,彭俊,彭清华. 浅析黄斑属脾[J]. 中国中医眼科杂志, 2020, 30(1):42-44, 48.
- [9] 董志国,刘新泉,张殷建,等. 浅析黄斑变性的五脏辨证治疗[J]. 中国中医眼科杂志, 2019, 29(1):59-62.
- [10] 吴鹏,杨剑云,陈琳,等. 甲钴胺对轻中度腕管综合征治疗的有效性研究[J]. 中华手外科杂志, 2013, 29(1):46-48.
- [11] 卫其华,许淑颖,王伟伟,等. 浮针结合甲钴胺治疗轻中度腕管综合征临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(1):40-42.
- [12] 徐琪,赵秀丽. 复方樟柳碱注射液在眼科的临床应用研究进展[J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33(9):861-864.
- [13] 张仁,徐红. 眼病针灸[M]. 上海:上海科学技术文献出版社, 2014:27.
- [14] 谢汶璋,曾亮,陶颖,等. 导气针刺法治疗干眼症临床疗效观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(2):153-157.
- [15] 梁永瑛,朱博畅,应嘉伟,等. 张仁针刺治疗甲状腺相关性眼病的临床经验[J]. 中国中医眼科杂志, 2020, 30(8):576-579.
- [16] 刘坚,徐红,张进,等. 张仁针刺治疗青光眼经验[J]. 中国针灸, 2020, 40(12):1338-1342.
- [17] 何俊景,甘华刚,江学勤. 《内经》导气法的研究及临床应用[J]. 江西中医药, 2008, 39(5):5-6.
- [18] 杨伟杰,刘文婷,崔若林,等. 异病同治法针刺综合治疗黄斑水肿临床观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(8):841-846.

收稿日期 2024-01-12

《上海针灸杂志》“专题研究”栏目征稿启事

《上海针灸杂志》(CN 31-1317/R, 月刊)由上海市卫生健康委员会主管,上海市针灸学会和上海市中医药研究院主办,上海市针灸经络研究所承办;是中国科技核心期刊、中国科学引文数据库(Chinese Science Citation Database, CSCD)来源期刊、中国生物医学核心期刊和中国学术期刊综合评价数据库(Chinese Academic Journal Comprehensive Evaluation Database, CAJCED)统计源期刊。

《上海针灸杂志》栏目设置多样,理论与实践并重,提高与普及兼顾,既能反映针灸学术发展的较高水平,又能满足一般基层医生的临床需要。目前新增“专题研究”栏目,旨在重点关注热点问题的最新研究成果和常见病的临床研究或独特经验。为进一步丰富“专题研究”栏目的内容,诚邀广大作者积极投稿,本刊将择优录用并优先发表。

专栏主题范围

针灸治疗中风、失眠、抑郁、痴呆、变应性鼻炎、哮喘、慢性胃炎、炎症性肠病、膝骨关节炎、腰椎间盘突出症和不孕以及针灸镇痛的相关临床研究、机制探讨及综述。

投稿途径

请通过《上海针灸杂志》在线投稿系统(www.acumoxj.com)进行投稿,投稿时备注“专题研究”。

稿件要求

投稿文章应未在正式出版物上发表过,不存在一稿多投现象,且必须保证文章的真实性和原创性。来稿须符合《上海针灸杂志投稿须知》中的要求。稿件类型无限制(包括但不限于临床研究、临床报道、文献研究和综述)。

《上海针灸杂志》编辑部