

糖络通治疗糖尿病性周围神经病变 60 例临床研究

衡先培¹ 林应华² 褚克丹¹ 周国英¹ 林青¹ 翁苓¹

摘要 目的:观察中药复方制剂糖络通治疗糖尿病性周围神经病变的(DPN)临床疗效。方法:采用随机、双盲、双中心前瞻性研究。A 组 60 例,给予糖络通 0.9g,每日 3 次,B 组 60 例,给予肌醇 0.5g,每日 3 次,疗程 2 个月(58 天),比较两组疗效。结果:两组的症状、右腓总神经感觉传导速度(RSCV)、振动觉阈值都有改善,A 组优于 B 组(分别为 78.3%与 51.7%、68.3%与 46.7%、65.0%与 31.7%)。总有效率 A 组为 70.0%,B 组为 38.3%。结论:糖络通治疗 DPN 有疗效,值得开发。

主题词 糖尿病神经病变/中医药疗法 @糖络通

Clinical Study on Tangluotong for Treatment of 60 Cases of Diabetic Peripheral Neuropathy

Heng Xianpei¹, Lin Yinghua², Chu Kedan¹, et al.

(1. Department of Endocrinology, People's Hospital of Fujian Province, Fuzhou 350004; 2. Mindong Hospital of Fujian Province)

Objective: To observe the therapeutic effect of Tangluotong, a compound preparation of TCM, on diabetic peripheral neuropathy.

Methods: Random, double blind and double central prospective study was adopted. 60 cases of group A were treated with 0.9g Tangluotong, t. i. d, and 60 cases of group B with 0.5g inositol, t. i. d for 2 months(58 days), and then their therapeutic effects were compared. **Results:** The symptoms, right common peroneal nerve sensory conduction velocity(RSCV), palmesthetic threshold were improved in the two groups with the group A better than the group B(they were 78.3% and 51.7%, 68.3% and 46.7%, 65.0% and 31.7%, respectively). The total effective rate was 70.0% in the group A and 38.3% in the group B. **Conclusion:** Tangluotong is effective for diabetic peripheral neuropathy.

Key Words Diabetic peripheral neuropathy/TCM therapy; @Tangluotong

糖尿病性周围神经病变(DPN)是糖尿病最常见的慢性并发症。从 2000 年 6 月~2003 年 12 月,我们观察了中药复方制剂糖络通治疗 DPN 的疗效,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:120 例全部为 2 型糖尿病患者,A 组 60 例中男 27 例,女 33 例;B 组 60 例中男 29 例,女 31 例。住院期间开始服药者 79 例,包括 A 组 39 例,B 组 40 例;全门诊服药 41 例,包括 A 组 21 例,B 组 20 例。A 组平均年龄 55.5 ± 6.3 岁,糖尿病平均病程 7.7 ± 3.2 年,DPN 平均病程(从肢体麻木或疼痛发病算起) 2.3 ± 1.6 年;B 组平均年龄 54.8 ± 6.6 岁,糖尿病平均病程 7.6 ± 2.9 年,DPN 平均病程 2.3 ± 1.5 年。两组性别、平均年龄、平均病程等差异无显著性。

1.2 病例纳入标准

1.2.1 诊断标准:(1)糖尿病按照世界卫生组织(WHO)1999 年公布的诊断标准操作^[1];(2)DPN 按照 1980~1985 年 WHO 糖尿病周围神经病国际协作研究(WHOPNTF)的标准^[2],确诊糖尿病患者出现周围神

经病变的症状和体征:①有中等到严重程度的四肢(至少在双下肢)的持续性疼痛和/(或)感觉障碍。②双下肢拇趾(或至少有一拇趾)有振动觉的异常——用 WHOPNTF 分度音叉在拇趾处测 3 次,振动觉的平均值 ≤ 7.0 (注:分度音叉系用普通 128 音叉按 WHO 的方法自制,分为 0~8 度)。③右腓总神经感觉传导速度(RSCV)低于同一年龄平均值 1 标准差(SD)以上(注:我们事先测定了 30 例 40~65 岁年龄段的健康人,平均为 45.61 ± 4.03 m/s)。

1.2.2 中医证候标准:主症:下肢或(和)上肢远端麻木、疼痛。兼症:或如针刺,感觉不灵。临床分为两个证型,痰瘀互结型:主症及兼症,舌质暗红,苔或厚或腻,脉或滑或涩或濡;痰瘀互结兼阴虚内热型:主症及兼症,舌质暗红,苔薄黄,脉偏细数。根据 1988 年卫生部公布的《新药中药治疗老年病临床研究指导原则》中《附件》“中医证的计分方法”的有关规定,凡主动说出症状记 4 分,问出的症状显著或持续出现记 3 分,时轻时重记 2 分,轻微或偶尔出现记 1 分,无症状记 0 分。舌脉典型者记 4 分,不典型者记 2 分,不支持者记 0 分。主症最多 8 分,兼症最多 8 分,舌(舌苔、舌质)脉最多 12 分。凡纳入观察的病例,主症积分必须 ≥ 4 分。

1.3 排除标准:(1)年龄 40~65 岁以外、妊娠、肝肾功能异常;(2)空腹血糖 > 8.33 mmol/L,或必须使用胰岛

基金项目:国家中医药管理局立项资助项目(00-01LQ02)

1 福建省人民医院内分泌科,福建省福州市 817 中路 602 号(350004)

2 福建省闽东医院

收稿日期:2004-04-29;修回日期:2004-06-15

素者；(3)严重的糖尿病并发症(如增殖性视网膜炎、足背动脉或胫后动脉搏动消失)；(4)有3次以上的糖尿病昏迷史；(5)其它严重疾病(如恶性肿瘤、1年以内的心肌梗死、心力衰竭、严重肝肾疾病、中风、严重精神病、慢性酒精中毒)；(6)踝反射活跃；(7)存在可能引起周围神经病变的因素(如药物、铅、苯、汽油等有机溶剂，或其它毒物接触的职业因素)；(8)过度肥胖(超出标准体重40%或以上)者。

2 治疗及观察方法

2.1 随机化方案及双盲观察方法：取连续数字1, 2, 3, ……，120。在统计用Casio fx-180计算器上操作，取随机数字120次，依次与连续数字1~120对应。凡随机数尾数为奇数者归入A组，尾数为偶数者归入B组，并经调整使两组数据相等，即各60例。两组药物包装外观除连续数字编号不同外，其余完全一样。临床观察医生对符合纳入标准的病例，收集完所需的临床资料后，按就诊顺序对患者按1, 2, 3, ……，120编号，并发给对应编号的药物让患者服用。服药满2个疗程的病例再作第2次检测，同时作好记录。对于失访的病例，如在A组视为无效，如在B组视为有效。整个研究过程中，医生和患者均不知道所属组别。

2.2 治疗方法：用随机双盲法分为A、B两个组。A组用糖络通(本院制剂室生产，2000)加伪肌醇，B组用伪糖络通加肌醇(购于福建省医药公司，由浙江仙居兴祥医药化工厂生产，批号：000311。由本院制剂室按所需用量装胶囊)。伪药(即填充剂)为糊精(每例患者每日用量不超过1g)。糖络通组方以化痰活血、开痹通络佐以养阴清热为原则。处方(每日用量)：白芥子6.0g，水蛭1.5g，冰片0.5g，延胡索4.0g，当归3.0g，玄参3.0g，西洋参1.0g，黄连1.5g。生药均购于同春堂医药股份有限公司中药分公司。按颗粒剂型加工后干燥，装入胶囊，每粒0.45g；肌醇装胶囊，每粒0.25g。二者胶囊完全相同，胶囊未装满者以糊精填充。胶囊装瓶，每瓶50粒，每7瓶为1组。由制剂负责人按上述随机分

组方法，分别贴上对应编号的标签，标签上只有药物编码，没有A、B字母。每组药物外观除编号不同外，其余均完全相同。分组对号单由制剂负责人独立保管，临床研究人员不知道任何一个号码所在的组别。纳入病例在收集完观察资料后，登记电话号码及家庭住址，按编号一次性发给1组药物，同时告知复诊、复查的时间，以便患者按要求执行。均口服给药，每次2粒，每天3次，餐后即服。两组疗程相同，均连续观察2个疗程，每个疗程4周。

2.3 观测指标及方法：(1)安全性观察，包括不良反应的症状、体征，血、尿、大便常规化验，心电图、肝功能(ALT、AST)、肾功能(Cr、BUN)检查；(2)空腹血糖(FBG)及餐后2小时血糖(PBG，用微量血糖仪测定)；(3)糖化血红蛋白(HbA_{1c})；(4)右腓总神经感觉传导速度(RSCV，用意大利CYTO肌电图机测定)；(5)右足拇趾振动觉测定：振动的分度音叉柄底部置于右足拇趾根部的皮肤上，直到患者感觉不到振动，读取数字。连续测定3次，取平均值。(6)疼痛及麻木症状，分为4度，其中“0”为无症状，“1”为轻度症状，“2”为中度症状，“3”为重度症状。

2.4 统计学方法：*t*检验及 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准：当前治愈：(1)疼痛、感觉障碍症状完全消失；(2)振动觉达到8度；(3)RSCV达到正常范围。具备(1)、(2)、(3)为综合疗效当前治愈。显效：(1)疼痛或/和感觉障碍恢复至少2个度阶；(2)振动觉至少上升1度；(3)RSCV增加至少1SD。具备(1)、(2)或(1)、(3)者为综合疗效显效。有效：(1)疼痛或/和感觉障碍恢复至少1个度阶；(2)振动觉至少上升0.5度；(3)RSCV增加至少0.5SD。具备(1)、(2)或(1)、(3)者为综合疗效有效。无效：达不到以上标准者。

3.2 两组疗效比较：表1示，对症状治疗的有效率A组优于B组，差异有极显著性($P < 0.01$)；对振动觉有效率A组优于B组，差异有极显著性($P < 0.01$)；对

表1 两组患者疗效比较[例(%)]

项目	组别	例数	当前治愈	显效	有效	无效	总有效
症状	A组	59+1	13(21.7)	20(33.3)	14(23.3)	12+1(21.7)	47(78.3)
	B组	60	4(6.7)	11(18.3)	16(26.7)	29(48.3)	3(51.7)**
振动觉	A组	59+1	10(16.7)	12(20.0)	17(28.3)	20+1(35.0)	39(65.0)
	B组	60	1(1.7)	7(11.7)	11(18.3)	11(68.3)	19(31.7)**
RSCV	A组	59+1	7(11.7)	15(25.0)	19(31.7)	18+1(31.7)	41(68.3)
	B组	60	2(3.3)	7(11.7)	19(31.7)	32(53.3)	28(46.7)*
综合疗效	A组	59+1	2(3.3)	21(35.0)	19(31.7)	17+1(30.0)	42(70.0)
	B组	60	0	7(11.7)	16(26.7)	37(61.7)	23(38.3)**

与A组比较，* $P < 0.05$ ，* * $P < 0.01$ ；表中“+1”均为1例失访者，因其在治疗组，按国际规则视为无效

RSCV 有效率 A 组优于 B 组,差异有显著性($P<0.05$)。总有效率 A 组为 70.0%,B 组为 38.3%,差异有极显著性($P<0.01$)。

3.3 两组治疗前后症状积分比较:表 2 示,治疗前后比较,A 组的主症、兼症、舌脉及 B 组主症、兼症差异均有极显著性($P<0.01$),治疗后较治疗前积分下降。组间比较,治疗前主症、兼症、舌脉差异均无显著性;但治疗后主症积分 A 组低于 B 组,差异有显著性($P<0.05$);舌脉 A 组低于 B 组,差异有极显著性($P<0.01$);兼症积分 A 组低于 B 组,但仅取单侧差异有显著性($P<0.05$)。

3.4 两组治疗前后肝肾功能比较:表 3 示,两组肝肾功能各指标治疗前后及组间比较差异均无显著性($P>0.05$)。

3.5 两组治疗前后血糖及糖化血红蛋白比较:表 4 示,治疗后 A 组 FBG 有一定下降($P<0.05$),PBG 与 HbA_{1c}治疗前后差异均无显著性。B 组治疗前后 FBG、PBG、HbA_{1c}差异均无显著性。组间比较治疗前后差异均无显著性。

3.6 两组治疗前后电生理学比较:表 5 示,两组治疗后 RSCV 都有改善,但 A 组改善较 B 组明显。治疗前后组间比较,差异均无显著性,但两组治疗前后 RSCV 净增加值(治疗后-治疗前)比较,A 组显著优于 B 组($P<0.01$)。治疗前 RSCV 在 A 组中有 9 例、B 组中有 8 例未能测出。治疗后在 A 组的 9 例中有 8 例、B 组的 8 例中有 5 例能测出 RSCV,提示神经传导有恢复;但在 A 组中仍有 1 例、B 组中仍有 3 例未能测出 RSCV。两组重新恢复神经传导的病例,RSCV 都较慢,为了不影响两组 RSCV 的比较结果,其值不纳入各组 $\bar{x}\pm s$ 的计算,单独作恢复神经传导的 χ^2 检验,二者差异无显著性。

3.7 两组治疗前后振动觉比较:表 6 示,A 组治疗后振动觉显著恢复($P<0.01$),B 组也有明显恢复($P<0.05$),治疗前后组间比较差异无显著性。但两组治疗后的净改善值(治疗后-治疗前)差异有显著性($P<0.01$),A 组优于 B 组。治疗前振动觉两组各有 6 例未测出。治疗后 A 组的 6 例中有 4 例、B 组的 6 例中有 3 例可测出振动觉。对两组治疗前后未测出振动觉的例数作 χ^2 检验,二者差异无显著性。

3.8 不良反应:B 组全部 60 例患者完成了观察;A 组 59 例完成观察,1 例失访者为外地人,无法联系。两组治疗前后因不良反应出现的症状包括轻度腹痛(两组均为 5 例)、腹泻(3 天及以内 A 组 6 例、B 组 4 例;3 天以上 A 组 3 例、B 组 1 例)、上腹胀满(A 组 4 例、B 组 6

表 2 两组患者治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	主症	兼症	舌脉
A 组	治疗前 59	6.4±1.21	6.1±1.03	8.7±2.63
	治疗后 59	2.7±1.32 [△]	2.6±1.31 [△]	4.3±2.36 [*]
B 组	治疗前 60	6.3±1.18	5.9±1.15	8.3±2.54
	治疗后 60	3.5±2.12 [*]	3.2±2.06 [*]	7.7±2.86

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与 B 组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同

表 3 两组患者治疗前后肝肾功能比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	ALT(U/L)	AST(U/L)	Cr(μ mol/L)	BUN(mmol/L)
A 组	治疗前 59	30±6.85	27±6.63	82±14.6	5.3±1.25
	治疗后 59	29±7.03	27±6.45	80±15.3	5.0±1.12
B 组	治疗前 60	30±7.14	27±7.25	78±13.7	5.0±1.08
	治疗后 60	29±7.25	27±6.74	81±15.2	5.1±1.15

表 4 两组患者治疗前后 FBG、PBG 及 HbA_{1c} 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	FBG(mmol/L)	PBG(mmol/L)	HbA _{1c} (%)
A 组	治疗前 59	7.1±1.21	10.1±1.93	8.0±0.92
	治疗后 59	6.7±1.16 [*]	9.7±2.15	7.7±1.18
B 组	治疗前 60	6.9±1.23	10.1±2.21	7.8±0.89
	治疗后 60	7.0±1.28	9.8±1.86	7.6±1.03

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$

表 5 两组患者治疗前后 RSCV 比较(m/s, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗后-治疗前
A 组	50	37.82±3.34	41.34±4.01 ^{**}	2.52±1.64 [△]
	52	38.16±3.11	39.63±4.14 [*]	1.47±1.21

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$,^{**} $P<0.01$;与 B 组同项比较,[△] $P<0.01$;下同

表 6 两组患者治疗前后振动觉阈值比较(度, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗后-治疗前
A 组	53	6.08±0.81	6.78±1.12 ^{**}	0.70±0.52 [△]
	54	6.12±0.84	6.53±1.09 [*]	0.41±0.48

例)、恶心(两组均为 4 例)、胸部不适与心悸(A 组 0 例、B 组 1 例)。以上组间比较差异均无显著性。其中 A 组有 1 例每日腹泻 3~4 次(其余 ≤ 2 次),连续 3 天,后嘱其每次服量减半后,大便恢复为每日 2 次松软大便,1 周后逐渐恢复为常规服法,未再腹泻。B 组有 1 例出现胸闷、心悸,3 天后加用氨酰心安 6.25mg,每日 2 次,1 周后症状消失。其余症状轻微,未作特殊处理,均在 1 周内自行恢复。两组治疗前后均未发现与副作用相关的体征变化。两组血、尿、大便常规化验及心电图均未见异常改变。

4 讨论

DPN 是糖尿病最常见的慢性并发症。据中华医学

会糖尿病分会糖尿病慢性并发症调查组对近 10 年糖尿病患者进行调查,发现 DPN 发病率为 60.3%,远高于发病率居第 2 位的眼部并发症(34.3%)^[3];美国 DPN 发病率为 50%~90%^[4]。对其发病机制的研究,已经从微循环障碍、糖醇代谢异常、维生素缺乏、自由基损伤、必需脂肪酸代谢异常、神经营养因子缺乏等^[2],发展到近年来的胰岛素、C-肽缺乏及神经线粒体呼吸链的受损及凋亡等^[5,6],可谓内容丰富。这些学说各有其依据与合理性,从不同侧面阐明了 DPN 的发病机制。目前应用于临床的治疗 DPN 的药物,都是强针对性药物,如神经节苷脂、不饱和脂肪酸(α -lipoid acid)^[7]、氨基胍^[8]以及经典的醛糖还原酶抑制剂等,疗效难于达到临床要求。国内有过关于甲钴胺治疗 DPN 临床研究的权威报道^[9,10],但临床医生在实际应用过程中效果也不太理想,而且药价较高。有关肌醇治疗 DPN 的报道比较符合临床实际,据初步观察大约对半数患者有效,而且药价低廉,口服给药^[11]。这也是本研究选肌醇作对照的原因。以上研究证实糖络通治疗本病有一定疗效,与我们以往的动物实验结果相印证^[1,2]。

《景岳全书·风痹》曰:“痹者,闭也”,是说痹证就是经络闭塞之证。糖尿病周围神经病变麻木、疼痛等临床表现,就是经络阻滞的结果。因此,我们认为本病可归属于中医“痹证”的范围,是痹证的一种特殊形式,而阻滞经络之邪就是痰瘀之邪。这种特殊痹证的发病过程,实际上就是在消渴的基础上生痰生瘀,最终导致痰瘀阻闭经络的过程,因此,糖尿病周围神经病变的基本病机常常是本虚标实,本虚在肾,标实为痰瘀互结,阻滞经络。治疗 DPN 应以治标为主,首予祛痰活血、开痹通络,兼以养阴清热以治其本。糖络通方以水蛭、白芥子为君,冰片、当归、延胡索为臣,玄参、西洋参、黄连为

佐使。其中水蛭虫类通络、活血化瘀,破除络中顽瘀;白芥子祛逐皮里膜外之痰,《本草纲目》谓其能治“麻木足气,筋骨腰节诸痛”,二药痰瘀同治,使瘀化则痰邪易散,痰去则瘀血难生。冰片芳香辛窜,开痹通络,兼散痰浊;当归、延胡索加强活血,疏络止痛;玄参、西洋参滋养肾阴,少量黄连微清虚热,是以治本。全方还寓有补气以生津、益血以助养阴、阴足可润络之意。

参考文献

- WHO Dept. of Noncommunicable Disease Surveillance. 关于糖尿病的新诊断标准与分型. 中国糖尿病杂志, 2000, 8(1): 5-6.
- 衡先培. 糖尿病性神经病变诊断与治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 12-23, 214.
- 中华医学会糖尿病学分会糖尿病慢性并发症调查组. 全国住院糖尿病患者慢性并发症及其相关危险因素 10 年回顾性调查分析. 中国糖尿病杂志, 2003, 11(4): 232-236.
- Pittenger G, Vinik A. Nerve growth factor and diabetic neuropathy. Exp Diabetes Res, 2003, 4(4): 271-285.
- Podwall D, Gooch C. Diabetic neuropathy: clinical features, etiology and therapy. Curr Neurol Neurosci Rep, 2004, 4(1): 55-61.
- Fernyhough P, Huang TJ, Verkhatsky A. Mechanism of mitochondrial dysfunction in diabetic sensory neuropathy. J Peripher Nerv Syst, 2003, 8(4): 227-235.
- Ziegler D, Gries FA. α -lipoic acid in treatment of diabetic peripheral and cardiac autonomic neuropathy. Diabetes, 1997, 46(Suppl 2): 62-66.
- Cameron NE, Cotter MA. Rapid reversed by aminoguanidine of the neurovascular effects of diabetes in rats: modulation by nitric oxide synthase inhibition. Metabolism, 1996, 45(9): 1147-1152.
- 上海多中心临床研究协作组. 甲钴胺治疗糖尿病神经病变临床观察. 中华内分泌代谢杂志, 1997, 13(4): 197-200.
- 北京弥可宝临床观察协作组. 甲钴胺治疗糖尿病神经病变的临床观察. 中华内科杂志, 1999, 38(1): 14-16.
- 蔡芳, 梁忠忠, 廖显康. 大剂量肌醇治疗糖尿病外周神经病变疗效初步观察. 华西医科大学学报, 1990, 21(3): 201-203.
- 衡先培, 雷缨, 张发荣, 等. 糖络通对糖尿病性周围神经病变大鼠坐骨神经感觉电生理及病理形态的影响. 中国中医急症, 2003, 12(1): 64-65.

四十余年研究成果大总结 数十位学科带头人主笔

《中国中西医结合临床全书》

定价 480.00 元 优惠价: 288.00 元 16 开豪华精装 700 万字 3000 页

顾问 崔月犁 董建华 陈可冀 尚天裕 高辉远 祝谌予 名誉主编 陈敏章

我国中西医结合全科临床权威巨著, 全书包括临床十一个学科(内、外、妇、儿、骨伤、皮肤、五官等)近千种病症, 每病按概述、病因病理、临床表现、实验室及其他检查、并发症、诊断与鉴别诊断、中医辨证、西医治疗、中西医结合治疗、预防护理等项详述, 有的还专列中西医结合研究一项, 内容宏富、资料翔实、兼收并蓄、实事求是, 是迄今为止最为系统、全面、权威的中西医结合临床专著。该书问世后, 好评如潮, 连年畅销。

一套经典巨典在手 中西医临床各科诊疗方案任你拥有

权威性 系统性 可视性 自主性 便捷性

《中医学课程示范教学 VCD》

伤寒论(70 盘) 金匮要略(80 盘) 中医基础理论(75 盘) 中药学(83 盘)

内经(77 盘) 温病学(72 盘) 中医诊断学(75 盘) 方剂学(79 盘)

每课 1500 元 优惠价 1050 元 全套 4000 元 每课 1000 元 优惠价 888 元 全套 3500 元

中医药管理局主管, 北京中医药大学等七所院校相关学科带头人主讲, 按照大学本科要求, 结合临床实践, 对课文分门别类进行系统精讲, 配有中文字幕, 课堂学术氛围浓厚, 闪光点频频迸发, 随堂摄录, 记录每个精彩瞬间, 看光盘如身临其境, 进入大学课堂, 不用千里奔波, 只需打开 VCD 或电脑就可亲耳聆听知名教授、名师妙趣横生的讲授, 随时随地上课, 自由选择。

《秦伯未医学名著全书》

定价 158.00 优惠价 136.00

理论高深 说理透彻 临床实用 思路开阔

上篇 增补《谦斋医学讲稿》(新增 37 篇)

中篇 谦斋专著汇编《治疗格言》

《中医入门》、《中医临证备要》、《内经类证》

《清代名医医案精华》、《金匱要略杂病浅说》

《清代名医医话精华》、《内经知要浅解》

下篇 谦斋医案荟萃 内科、妇科、儿科、膏方

《冉雪峰医著全集》(3 卷)

定价 360.00 优惠价 280.00

冉雪峰先生, 六世医传, 早在 20 世纪 30 年代, 医坛已有“南冉北张”(南冉: 冉雪峰, 北张: 张锡纯)之誉。冉先生七十年如一日, 潜心中医学, 于近世中医学界, 影响深远。本书由冉子冉先德率同门下高足, 合数十人之力, 费时 3 年, 将冉先生的全部遗著加以整理, 精心订正, 仔细核对, 完成此书。全书约 300 万余言, 纳《医经》、《方药》、《临证》3 卷。

邮购办法: 免费邮寄, 汇款地址: 北京 39 支局三想医药书店(北京五棵松·解放军医学图书馆内)。邮编: 100039; 联系人: 张 岩; 电话: (010)68234503、68234504(传真); 66931860, 万余种医学图书可供选购, 函索即寄详细书目。http://www.sanxiangshudian.cn