

· 综 述 ·

中医药治疗幽门螺杆菌感染性胃部疾病概况

陈 正 王庆其

(上海中医药大学内经教研室, 上海市浦东新区张江高科技园区蔡伦路 1200 号, 201203)

[关键词] 幽门螺杆菌; 胃病; 中医药治疗; 综述

幽门螺杆菌(*Helicobacter pylori*, Hp)感染引起的胃部疾病(Hp 感染性胃病)是发病率较高的消化道疾病。我国属Hp 高感染地区^[1]。目前西医主要采用铋剂、H₂受体阻滞剂或质子泵抑制剂加两种抗生素的三联疗法,但存在诸如副作用大、复发率高、费用昂贵等缺陷,这为中医药治疗带来了机遇和挑战,也提供了广阔的空间。本文就近年来中医药治疗Hp 感染性胃病的情况作一概述。

1 Hp 感染与中医证型及舌象的关系

近年来有关Hp 与证、舌的关系一直是热门话题,许多研究也证实了Hp 感染与舌质舌象的变化及证型密切相关。如王长洪等^[2]对518例慢性胃病且Hp 阳性患者的舌苔进行观察,结果显示,Hp 阳性者的黄苔发生率高达81.6%,明显高于Hp 阴性者。因此,提出胃病患者如果出现黄苔,则提示有Hp 感染的可能性,应作为Hp 检测对象。余毅等^[3]观察了356例消化性溃疡的患者的舌象,结果发现各种舌质的消化性溃疡患者,其Hp 感染率均超过50%,但红舌和紫舌的Hp 感染率与淡红舌相比,其差异有统计学意义或高度统计学意义,提示红舌和紫舌患者的Hp 感染率高于淡红舌。季和平^[4]观察43例慢性浅表性胃炎患者后发现,Hp 抗体阳性者18例,其中黄苔为12例,白苔为6例;Hp 抗体阴性者25例,其中黄苔为9例,白苔为16例,两者有明显差异性。Hp 感染属中医的“邪气”范畴,《辨舌指南》中说:“察舌可占气之盛衰,验苔以识邪之出入。”在胃病患者中,观察Hp 作用于人体后的舌色、苔色,可为临床辨病与辨证相结合提供较客观的依据。而且二者在临床检查中,痛苦少,费用低,简单易行,便于广泛开展。

关于Hp 与中医证型的关系,许多学者认为,Hp

感染以脾胃湿热、气滞血瘀等证型感染率较高,而脾胃虚弱等证型感染率较低。如李灿东等^[5]观察了76例慢性浅表性胃炎脾胃湿热证患者,同时选择43例同病脾胃气虚证患者和10例健康人分别作为对照。结果表明,湿热证Hp 感染率高,而脾胃气虚证Hp 感染率低。从而提出湿热邪气—慢性胃炎—湿热证—Hp 阳性相互之间有着必然联系。蔡子鸿等^[6]认为,慢性胃病以脾胃虚寒型多见,Hp 感染以胃热炽盛型最多见。苏锐^[7]对500例功能性消化不良患者进行中医辨证分型并探讨与Hp 感染的关系。结果显示,Hp 检测阳性率以气滞血瘀型、食积停滞型、寒热错杂型最多,分别为71.9%、68%、69.2%,三型Hp 感染差异无显著性($P > 0.05$);以脾胃虚弱型Hp 感染率最低,为39.6%,混合型为51.7%,此两型Hp 感染差异无显著性($P > 0.05$),但与前三型比较差异显著($P < 0.05$)。张闽光等^[8]对124例胃镜诊断糜烂性胃炎的患者进行中医辨证分型后观察Hp 感染情况,发现糜烂性胃炎的Hp 感染率以脾胃湿热型最高,肝胃不和型次之,脾胃气虚型最低。由于Hp 致病在病情缠绵、胃镜下Hp 活动期的黏膜充血水肿,甚至糜烂等方面与湿热邪气致病特点十分吻合,故而提出湿热之邪和Hp 感染在病因学上应该是等同的。

2 中医药治疗Hp 感染性胃病

2.1 单味中药对Hp 的抑菌作用

近年来,许多学者研究了单味中药对Hp 的抑菌作用。周曾芬等^[9]分别用大蒜和大黄进行体外Hp 抑菌实验,发现大蒜和大黄有明确的抑菌作用。刘波等^[10]对单味药黄连、枳实、紫草等作体外实验,比较对Hp 的杀菌率。结果显示,黄连的杀菌效果最好,当浓度为50mg/ml时,杀菌率达99.8%。曹景龙^[11]亦从古代文献以及现代药理研究两方面进行了研究。现代药理研究显示,黄连含有小檗碱、黄连碱、甲基黄连碱、掌叶防己碱、非洲防己碱等多种成分,具有抗微生物及原虫作用,同时具有利胆及对平滑肌有松弛和兴奋作用,此与中医论述黄连的“清热解毒、燥湿杀虫”的功效暗合,故

基金项目:上海市教委高校高水平特色发展项目(沪教委财2005-81号);上海市高校选拔培养优秀青年教师科研专项基金;上海中医药大学名师传承研究工程

通讯作者:陈正, chen-zheng-@126.com, (021) 51322119

黄连可抗Hp 感染。但黄连为苦寒之品,过用可戕伐中焦阳气,故临证时应谨守病机,明察虚实,以免过用苦寒损伤正气而犯“虚虚”之戒。张文勤^[12]运用酒制大黄治疗 48 例 Hp 阳性患者,3 个月后, Hp 转阴 40 例 (83.3%),临床症状消失或明显改善者 39 例 (81.3%)。上海市大黄协作组对大黄的不同提取物进行的 11 株 Hp 抑菌试验结果表明,81.8%的 Hp 对大黄的水提取物中度敏感,100%的 Hp 对大黄的醇提取物高度敏感^[13]。提示大黄是一味治疗 Hp 感染有效的中药。

2.2 复方中药治疗 Hp 感染的作用

中医药遵循扶正祛邪的治疗原则,通过辨证与辨病相结合的方法,调整全身和局部胃黏膜的功能,以达到直接或间接抑杀 Hp 的目的。刘玫等^[14]采用胃安乐胶囊(党参、白术、陈皮、半夏、黄连、砂仁、木香等)治疗慢性胃炎 68 例,停药后 3 个月复查胃镜及 Hp 测定,结果治疗前 Hp 阳性 46 例,治疗后转阴 28 例,转阴率为 60.9%。李秩伦等^[15]对 41 例上消化道溃疡患者以巫氏溃疡散加味方(黄芪、党参、白芍、延胡索、白及、三七、川贝母、煅瓦楞子、黄芩、丹参、蒲公英、土茯苓、白术、海螵蛸、黄连、川楝子)治疗, Hp 转阴 33 例,根除率为 80.48%。覃丕恩^[16]自拟和胃解毒汤治疗 116 例 Hp 相关性胃病, Hp 根除 94 例,根除率 81%。张俊杰等^[17]采用芩连合剂作用于 Hp 相关的慢性胃溃疡模型,结果表明,芩连合剂能通过降低胃黏膜和血清中的 MDA 含量,升高 SOD 和 GSH-PX 活性,有效清除氧自由基,从而保护胃黏膜并有效地拮抗 Hp。

综合近年来对 Hp 感染性胃病的研究,中医的辨证论治主要从以下两个方面达到抗 Hp 的目的:(1)固护正气,增强免疫,主要采用健脾益气方法;(2)祛除病邪,改善症状,主要采用理气通滞、清热化湿、活血祛瘀等方法。简而言之,就是扶正祛邪。中医辨证论治不仅可以改善各种胃病的临床症状,还能有效提高人体免疫功能,从而破坏 Hp 的内部生存环境,达到抗 Hp 感染的疗效。

2.3 中西医结合治疗 Hp 感染作用

目前治疗 Hp 感染性胃病,西医主要采用三联疗法,虽然见效快,但是存在依赖性大,副作用多,成本高等缺陷。而中药虽然能避免以上缺陷,但显效较慢,疗程较长。因此,中西医结合用药成为临床根除 Hp 的用药趋势。

一般认为,中西医结合用药较单纯使用中药或西药有显著的 Hp 根除效果。如张鹰等^[18]在对照组服用雷尼替丁、阿莫西林、甲硝唑的基础上,治疗组加用中

药复方(法半夏、黄连、黄芩、干姜、炙甘草、木香、砂仁、党参、大枣、枳壳、厚朴),治疗 4 周并停药 4 周后,观察两组 Hp 根除效果,结果显示,治疗组为 72.22%,对照组为 44.44%,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。随访 6 个月后,治疗组复发率为 8.8%,而对照组复发率达 46.9%,两组差异亦有显著性意义($P < 0.05$)。田波^[19]在对照组服用奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林基础上,治疗组加用由吴茱萸、黄连、白及按 1:2:2 的比例制成的胶囊,4 周后复查 Hp 根除率。治疗组为 94.87%,对照组为 80.95%。两组比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。杨圣宇^[20]在对照组口服阿莫西林、甲硝唑或加枸橼酸铋、吗叮啉等基础上,治疗组另服用自拟养胃方(黄芪、人参、白芍、桂枝、麦芽、三七、蒲黄、白及、当归、麦冬、延胡索、山楂、鸡内金、黄连、甘草)。治疗 40 天后,观察 Hp 根除率,治疗组 38 例中, Hp 转阴 28 例,占 73.68%;而对照组 35 例中, Hp 转阴 18 例,占 51.43%,两组比较差异有显著性($P < 0.01$)。治疗组治愈的 28 例中,2 个月复发 4 例,1 年后复发 2 例,2 年后复发 1 例。对照组治愈的 18 例,2 个月复发 6 例,1 年后复发 4 例,2 年复发 3 例。两组比较复发率差异亦有显著性($P < 0.05$)。潘丰满等^[21]在西药组(雷尼替丁、阿莫西林、甲硝唑)的基础上用黄芪建中汤加味(黄芪、白芍、海螵蛸、白术、炙甘草、桂枝、茯苓、饴糖、蒲公英、三七粉)。治疗后 Hp 根除率比较,中西医结合组 76 例中 Hp 阴性 68 例,阳性 8 例, Hp 根除率 89.5%;对照组 52 例中 Hp 阴性 38 例,阳性 14 例, Hp 根除率 73.1%,两组差异有显著性意义($P < 0.05$)。1 年后比较复发情况:治疗组 76 例中复发 5 例,复发率 6.6%;对照组 52 例中复发 12 例,复发率 23.1%。两组复发病例均为经治疗后 Hp 仍阳性者。复发率经统计学处理,差异有显著性意义($P < 0.01$)。何小琦等^[22]在对照组服用雷尼替丁、阿莫西林、甲硝唑三联治疗的基础上,治疗组再加用自拟疏肝建中汤(黄芪、桂枝、白芍、柴胡、蒲公英、黄连、海螵蛸、木香、白及、三七粉、佛手、甘草)。分别治疗 1 个月后,比较 Hp 根除率,结果显示,治疗组总有效率为 91.49%,与对照组比较差异有显著性($P < 0.05$)。在症状改善方面,治疗组和对照组总有效率分别为 93.62%、91.11%,差异亦有显著性($P < 0.01$)。

也有部分研究认为,中西医结合疗法与西药三联治疗方案相比,在 Hp 根除治疗上并无特殊临床意义,有的只在临床症状改善方面略显优势,有的甚至不如单纯使用西药疗效明显。如伏新顺^[23]采用自拟中药汤剂愈胃方(乌贼骨、煅瓦楞子、丹参、炒蒲黄、白及、延胡

索、竹茹、鸡内金、白芍、炙甘草)为基本方,配合奥美拉唑、果胶铋、阿莫西林、克拉霉素治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡患者 58 例。对照组单用以上西药。两组治疗 1 周后, Hp 根除率中西医结合组 56 例(96. 55%), 对照组 36 例(94. 74%), 两组差异无显著性($P > 0. 05$)。症状缓解时限比较, 中西医结合组($2. 8 \pm 1. 8$)天, 对照组($3. 1 \pm 2. 7$)天, 两组差异有显著性。韦艳碧等^[24]辨证治疗 Hp 阳性消化性溃疡患者 76 例, 对照组用西药奥美拉唑、克拉霉素、阿莫西林。治疗 2 周后, 观察 Hp 根除率, 治疗组为 91. 79%, 对照组为 93. 42%, 两组差异无显著性($P > 0. 05$), 胃镜下两组溃疡愈合情况差异亦无显著性($P > 0. 05$), 故认为中药组在 Hp 清除方面与西药相当。陆为民等^[25]以仁术健胃颗粒(黄芪、白术、薏苡仁、莪术、黄芩等) 治疗 85 例慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染患者, 对照组服用胃复春片。结果治疗组 Hp 根除率 36. 5%, 有效率 77. 6%; 对照组根除率 30. 2%, 有效率 69. 8%。两组经统计学处理差异无显著性($P > 0. 05$)。何劲^[26]以自拟和胃饮(香附、乌药、茯苓、木瓜、川芎、砂仁、蒲公英) 为基本方, 另加服克拉霉素片, 对照组用克拉霉素、奥美拉唑、吗叮啉。两组治疗 20 天后, 观察 Hp 根除率, 治疗组为 76. 67%, 对照组为 85. 71%。两组比较差异无显著性($P > 0. 05$)。

综上所述, 我们认为, 中西医结合用药治疗 Hp 感染性胃病可以起到增强抗 Hp 的作用, 尤其在改善临床症状以及症状改善的时限上有积极作用。中医药提高 Hp 根除率是一种有前途的治疗方案。

3 讨论

目前对 Hp 根除的难度仍然很大, 有的在治疗期间检测达到根除标准, 但很快复发, 往往使患者失去治疗信心。近年来, 中医药治疗 Hp 感染性胃病的的研究虽然取得了较大的进展, 但纵观此类研究, 尚存在以下问题。

首先, 众多抗 Hp 感染的单味及复方中药的实验及临床研究均为体外抑菌试验, 此类研究多注重在 Hp 阴转和病理形态的改善方面, 并且受多方面因素影响, 无法从本质上来解释中药抗 Hp 真正的疗效机制。如体外的抑菌试验和胃内的环境有着很大的差别, 中药有效成分如何在胃的酸环境下稳定不被胃酸破坏或很少被破坏, 且能透过胃黏液屏障在胃黏液下层和胃黏膜上皮表面达到有效的抑杀浓度; 中药制剂如何经肠胃吸收后通过调节机体的整体功能达到抗 Hp 的作用等。今后可以借助动物模型进行体内抗 Hp 的研究, 从细胞分子水平深入研究 Hp 对胃黏膜的作用机制以及 Hp 毒力、形态变异等。

其次, 许多学者进行了 Hp 感染与中医证型关系的研究, 结果却见仁见智。这可能与研究者各自选择的胃病的病种不同、各自的证型分类标准和辨证经验不等以及研究对象所感染的 Hp 的菌株相异等原因有关。以上研究标准的不统一影响了进一步的研究。今后可以采取多中心、多因素、大样本的 Hp 流行病学调查, 运用统计软件对临床资料进行分析, 从而对证的定位、定性及定量更加规范化和科学化。

再次, 目前对于 Hp 的检测大多数采用快速尿素酶试验, 但胃内产生尿素酶的细菌并非只有 Hp, 而且胃内 Hp 少时可使尿素酶试验呈假阴性。组织切片染色的病理组织学检查固然可靠, 但由于活检组织部位的差异极可能导致结论的误差。如 Hp 治疗时, 胃内环境发生了改变, 细菌可由胃窦移行到胃体部。而治疗后活检胃窦部组织, Hp 也可呈现假阴性。因此, 判断抗 Hp 感染的疗效, 一般要求胃窦和胃体同时取材送检, 但目前中医药的报道大多不能做到这点。

Hp 的西药治疗方案除了副作用大、复发率高、费用高等缺陷外, 长期地、广泛地运用抗生素可导致肠道菌群紊乱、耐药性等, 这也是西医抗 Hp 治疗失败的重要原因。由于西药治疗 Hp 后的复发率有明显上升趋势, 这为中医药抗 Hp 治疗提供了机遇, 失败后的再治疗既是当今 Hp 治疗的难点, 也将是中医药治疗 Hp 感染性胃病的优势所在。

我们认为, 任何致病因素的感染都与个体体质的易感受性有密切关系, 因此, 在采用中医中药治疗 Hp 感染性胃病时, 切忌“见菌治菌”的论治思路, 应该从邪正两个方面整体考虑, 辨证论治, 既着眼 Hp 感染所引起的临床表现, 又不忽视个体体质的特异性, 因人制宜地制订治疗方案, 有助于提高临床疗效, 并进一步发挥中医药的优势。

参考文献

[1]潘国宗. 现代胃肠病学. 北京: 科学出版社, 1994: 88.
[2]王长洪, 陆宇平, 陈山泉, 等. 518 例胃病患者幽门螺杆菌感染与舌苔的关系. 中国中西医结合杂志. 2002, 22(4) : 266.
[3]余毅, 陈杭军, 戴映平, 等. 消化性溃疡与幽门螺杆菌和舌象关系的初步观察附: 356 例病案报告. 成都中医药大学学报. 2005, 28(2) : 14~16.
[4]季和平. 慢性浅表性胃炎苔色与幽门螺杆菌抗体的关系. 北京中医, 2002, 21(5) : 291.
[5]李灿东, 兰启防, 赵永洲, 等. 慢性胃炎舌印片与证候及幽门螺杆菌的相关性研究. 福建中医学院学报, 2002, 12(4) : 8~10.
[6]蔡子鸿, 洪清嫔, 肖冰. 慢性胃病中医分型与 Hp 感染的相关性研究. 中医杂志, 2003, 44(4) : 290~29.
[7]苏锐. 功能性消化不良辨证分型与 Hp 感染关系的探讨. 现

代中西医结合杂志, 2002, 11(6) : 482~483.

[8]张闽光, 朱国曙. 糜烂性胃炎中医分型与幽门螺杆菌感染的相关研究. 现代中西医结合杂志, 2002, 11(1) : 7~8.

[9]周曾芬, 崔蓉, 张水生, 等. 大蒜、大黄对幽门螺杆菌抑制作用的实验研究. 中华实用医学, 2002, 2(6) : 1~3.

[10]刘波, 李雪驼, 徐和利, 等. 5 种中药制剂杀灭幽门螺杆菌的实验研究. 中国新药杂志, 2002, 11(6) : 457~459.

[11]曹景龙. 黄连抗幽门螺杆菌的侧证. 中国医药研究, 2004, 2(5) : 39.

[12]张文勤. 中药大黄治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎疗效观察. 中国煤炭工业医学杂志, 2003, 6(12) : 1213.

[13]焦东海. 大黄研究. 上海: 科学技术出版社, 2000: 17.

[14]刘玫, 刘英茹, 刘英, 等. 胃安乐胶囊治疗慢性胃炎 68 例. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(3) : 25.

[15]李秩伦, 何丽芳. 巫氏溃疡散加味治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 41 例临床观察. 中医杂志, 2004, 45(1) : 31~33.

[16]覃丕恩. 和胃解毒汤治疗幽门螺杆菌相关性胃病 116 例. 河北中医, 2005, 27(10) : 733~734.

[17]张俊杰, 周庚生, 顾伟忠, 等. 芩连合剂对幽门螺杆菌感染性胃溃疡大鼠氧自由基参数的影响. 中国中医药科技, 2006, 13(3) : 157~158.

[18]张鹰, 胡宏. 中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性慢性胃炎 56 例. 时珍国医国药, 2003, 14(7) : 436.

[19]田波, 张波. 中西医结合治疗幽门螺杆菌感染 39 例疗效观察. 新中医, 2006, 38(12) : 51~52.

[20]杨圣宇. 中西医结合治疗幽门螺杆菌相关性慢性胃炎 38 例总结. 湖南中医杂志, 2005, 21(1) : 12~13.

[21]潘丰满, 杨钦河, 孙登江, 等. 中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性的消化性溃疡 76 例疗效观察. 四川中医, 2003, 21(12) : 26~27.

[22]何小琦, 罗承锋, 刘月婵, 等. 中西医结合治疗 Hp 相关性慢性胃炎的疗效分析. 广州医药, 2006, 37(3) : 77~78.

[23]伏新顺. 中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡 58 例疗效观察. 四川中医, 2006, 24(6) : 52~53.

[24]韦艳碧, 覃冬林, 陈树光. 辨证治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡 76 例观察. 浙江中医杂志, 2002, 37(1) : 8~9.

[25]陆为民, 单兆伟, 杨学文, 等. 仁术健胃颗粒对慢性萎缩性胃炎患者幽门螺杆菌及其 cagA 基因的影响. 天津中医药, 2003, 20(1) : 26~28.

[26]何劲. 中药干预治疗幽门螺杆菌感染相关性慢性活动性胃窦炎的临床观察. 时珍国医国药, 2002, 13(10) : 636.

(收稿日期: 2007-11-26)

[编辑: 李 巍]

尚真杯诊治疑难病学术研讨会征文通知

疑难病症的诊治是当今医学的热点、难点和重点研究课题, 为探讨、研究各地医务工作者诊治疑难病的思路和方法, 拟于 2009 年 4 月在上海召开“尚真杯诊治疑难病学术研讨会”。现征文如下: 临床各科疑难病诊治经验总结和名老中医经验介绍; 疑难病的基础研究和实验研究; 疑难病的单验方和中成药开发研究; 疑难病的仪器诊断和治疗研究; 疑难病的现代研究进展及研究思路探讨; 疑难病例/医案讨论和罕见少见疾病的个案报道; 误诊误治分析; 癌症、中风、冠心病、糖尿病、乙型肝炎、老年性痴呆以及临床各科的一些难治病的治疗体会与经验总结。截文日期: 2009 年 1 月 31 日。论文请寄: 南京市商埠街 27 号, 南京尚真医学技术研究中心学术部收邮编: 210011。电子邮件: tougao@yxyjw.com。电话: (025) 51522033、51502086。来文一经录用, 拟将编入《疑难病研究》, 及刊登在医学研究网 www.yxyjw.com。欢迎致力于疑难病研究的专家、学者、同仁赐稿; 并请注明“疑难病”字样, 及附作者简历、电话。

欢迎邮购下列图书

●《冠心病中西医诊疗学》系统地论述了冠心病的中西医基础理论; 重点阐明了冠心病心绞痛、心肌梗塞、心律失常、心力衰竭及猝死的中西医治疗与进展; 对目前临床能够开展的各种检查及对冠心病的现代治疗手段与进展、冠心病临床用药等作了详细的论述。每册 66.00 元。

●《医学纲目》包括阴阳脏腑、运气占候、各科病证诊治、针灸及调摄等。其特点是每论一证, 先引历代有关论述, 治法区分为正门与支门, 取各家之长, 体现同病异治的原则。每册 98.50 元。

●《中西医临床外科学》为国内第一部独具特色的外科诊疗专著。荟萃了不同学术体系名老外科专家的临床经验。全书 100 余万字, 详述了 254 个外科疾病的诊治, 西医、中医、中西医结合内容依次分述, 三方通融, 相互结合, 重在临床, 突出实用。每册 85.00 元。

●《千金方衍义》《千金要方》是唐代名医孙思邈的一部医学巨著, 由于其博大精深, 绵历 1300 余年, 对其注释阐发无一人敢于问津。清代名医张璐凭藉 60 多年的临证体会, 探源索研数十年, 撰成《千金方衍义》一书, 为历史上唯一的一部《千金要方》注释之书。每册 70.00 元。

●《中医痛证诊疗大全》内容丰富系统, 重在实用, 突出新意和特

色, 阐述以疼痛为主的 128 种疾病的中医、针灸、外治等疗法, 书中不少病证不仅系首次从中医角度系统整理, 而且着重反映新成果、新疗法、新动向。每册 86.25 元。

●《白话本草纲目拾遗》为《本草纲目拾遗》的白话本, 语言简练, 通俗实用。《本草纲目拾遗》为清代赵学敏撰, 刊行于 1765 年, 收录《本草纲目》中未载或已载而需予补充的药物, 共 18 类 900 多种。其中新增 700 多种, 100 多种为《本草纲目》已收药物的补订内容。赵学敏广泛参考了多种文献资料, 结合个人采集、种植、见闻和临床经验分别予以介绍。并对《本草纲目》中的一些错误作了订正。还收集较多的民间验方、治法和当时传入的西医药资料。每册 59.00 元。

●《中医内科常见病诊疗指南》是由国家中医药管理局立项、中华中医药学会组织编写完成的。王永炎院士率 200 余位中医专家学者历经 3 年付出了不懈努力, 《指南》凝聚着中医专家的心血和汗水, 标志着中医标准化建设工作又迈出了坚实的一步。《中医内科常见病诊疗指南》是国家中医药管理局立项, 中华中医药学会组织, 并由内科分会实施编写的一部指导中医内科各级医师诊断治疗行为的医疗文件。《中医内科常见病诊疗指南》“中医病证部分”, 采用中医病名, 保持中医特色, 选择相对优势病证, 共 46 种, 其中包括呼吸病 7 种、外感热病 6 种、心脑血管病 6 种、脾胃病 8 种、肝胆病 4 种、肾与膀胱病 4 种、气血津液病 5 种、肢体经络病 6 种。全书注重突出中医内科的学科优势, 注重坚持中医辨证论治的特色, 病证结合, 方证相应; 注重吸收新的学术成果, 具有较强的时代特征, 是一部简明实用, 操作性强, 具有较强的科学性、实用性和先进性的行业标准。每册: 37.00 元。

以上书价均含邮资, 汇款地址: 北京东直门内南小街 16 号中医杂志医海林音像书店图书部收, 邮编: 100700

电话: 010-64035632。

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951~1986 年 (4 张光盘) 480 元, 1995~2004 年 (1 张光盘) 280 元, 汇款地址: 北京东直门内南小街 16 号中医杂志医海林音像书店, 邮编: 100700。电话: 010-64013164, 64035632。