

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2014.18.010

蠲痹颗粒联合甲氨蝶呤片治疗活动性 类风湿关节炎 140 例临床观察

李兆福^{1,2}, 刘维超², 彭江云^{2*}, 狄朋桃², 杨会军²

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江省杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053; 2. 云南中医学院第一附属医院)
基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (81360543); 云南省科技计划资助项目 (2012BC010)

摘要 **目的** 观察蠲痹颗粒联合甲氨蝶呤片治疗活动性类风湿关节炎 (RA) 的临床疗效和安全性。 **方法** 209 例活动性风寒湿痹型 RA 患者随机分为治疗组 140 例和对照组 69 例, 两组均给予甲氨蝶呤片, 每次 10 mg 口服、每周 1 次的基础治疗; 治疗组加服蠲痹颗粒, 每次 15 g, 冲服, 每日 3 次; 对照组加服正清风痛宁缓释片, 每次 60 mg, 每日 2 次; 两组均治疗 8 周。观察两组患者疾病疗效、证候疗效, 比较治疗前后类风湿关节炎疾病活动性评分 (DAS28)、临床疾病活动指数 (CDAI)、简化疾病活动指数 (SDAI)、关节肿胀数 (SJC28)、关节压痛数 (TJC28), 进行患者疼痛评分、患者自身病情总体评价 (PGA)、医生对患者病情的总体评价 (MDGA), 检测血沉 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP)。 **结果** 治疗组疾病疗效、证候疗效均优于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 两组治疗后 DAS28、CDAI、SDAI、SJC28、TJC28、患者疼痛评分、PGA、MDGA、ESR、CRP 与本组治疗前比较均明显改善 ($P < 0.01$), 并且治疗组在改善 DAS28、CDAI、SDAI、SJC28、TJC28、疼痛评分、PGA、MDGA 方面优于对照组 ($P < 0.01$)。两组均未出现明显毒副作用和不良反应。 **结论** 蠲痹颗粒联合甲氨蝶呤片治疗活动性 RA 能明显改善患者临床症状及疾病活动度, 且安全性好。

关键词 类风湿关节炎; 风寒湿痹型; 蠲痹颗粒; 疾病活动度

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是一种慢性进行性的、以 T 细胞反应为主的自身免疫性疾病^[1]。我国的患病率为 0.2% ~ 0.4%, 70% 左右的患者经反复发作出现关节畸形、功能障碍^[2]。目前西医常用免疫抑制剂治疗, 在一定程度上缓解病情, 但毒副作用大、医疗费用高一直是 RA 治疗的瓶颈^[3]。我们采用蠲痹颗粒联合甲氨蝶呤片治疗活动性 RA 患者 140 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断参照《类风湿关节炎诊断及治疗指南》^[4] 中活动性 RA 诊断标准。

中医诊断及辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[5] 辨证为风寒湿痹证。

1.2 纳入标准

①符合上述西医诊断标准及中医辨证标准者,

年龄 18 ~ 65 岁; ② ACR 关节功能分级 I ~ III 级^[6], X 线分期 I ~ III 期^[7]; ③接受糖皮质激素治疗的患者进入研究前剂量稳定至少 30 天且在以后治疗中维持不变 (强的松 ≤ 10 mg/d), 如果未服激素, 则至少已经 30 天未用; ④若使用非甾体抗炎药 (NSAIDs) 的患者, 需要停用 7 天以上 (含 7 天); ⑤若使用甲氨蝶呤或其他同类药以及生物制剂, 需停药 3 个月以上; ⑥患者签署知情同意书。

1.3 排除标准

①RA 晚期, 关节严重畸形者; ②合并其他风湿性疾病如系统性红斑狼疮、干燥综合征、严重骨质疏松等; ③合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重疾病者; ④妊娠或哺乳期妇女, 精神病患者; ⑤过敏体质者。

1.4 一般资料

209 例患者均来自 2010 年 2 月至 2013 年 12 月云南中医学院第一附属医院风湿科门诊, 按随机数

* 通讯作者: pengjiangyun@126.com, 13099963399

字表法分为治疗组 140 例和对照组 69 例。治疗组中男 29 例,女 111 例;年龄 20 ~ 64 岁,平均 (49.66 ± 10.70) 岁;病程 1 个月 ~ 30 年,平均 (5.88 ± 5.59) 年;关节功能分级: I 级 4 例, II 级 51 例, III 级 85 例; X 线分期: I 期 20 例, II 期 71 例, III 期 49 例。对照组中男 7 例,女 62 例;年龄 23 ~ 65 岁,平均 (49.67 ± 11.47) 岁;病程 1 个月 ~ 40 年,平均 (8.44 ± 10.03) 年;关节功能分级: I 级 2 例, II 级 27 例, III 级 40 例; X 线分期: I 期 11 例, II 期 33 例, III 期 25 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗: 两组均给予甲氨蝶呤片 (上海信谊药厂有限公司提供, 2.5 mg/片, 批号: H31020644), 每次 10 mg, 口服, 每周 1 次。

治疗组: 加服蠲痹颗粒 (组成: 炮附片 10 g, 桂枝 15 g, 麻黄 10 g, 细辛 3 g, 川芎 15 g, 赤芍 15 g, 羌活 15 g, 独活 15 g, 透骨草 15 g, 薏苡仁 15 g, 五加皮 15 g。由云南中医学院第一附属医院制剂中心提供, 每袋 15 g, 每 10 g 相当于原生药 11.4 g, 批号: 20082554A 号), 每次 15 g, 冲服, 每日 3 次。

对照组: 加服正清风痛宁缓释片 (湖南正清制药集团股份有限公司, 每片含盐酸青藤碱 60 mg, 批号: Z20010174), 每次 60 mg, 口服, 每日 2 次。

两组疗程均为 8 周。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 疗效性指标 ①中医证候积分: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7] 证候评分标准。关节疼痛、关节肿胀分别按无、轻、中、重计 0、2、4、6 分, 关节压痛、关节屈伸不利、晨僵、关节喜暖恶寒按无、轻、中、重计 0、1、2、3 分; ②关节肿胀数 (SJC28)、关节压痛数 (TJC28), 以 28 个关节计数: 10 个近端指间关节、10 个掌指间关节、2 个腕关节、2 个肘关节、2 个肩关节、2 个膝关节^[8]; ③患者疼痛评分、患者自身病情总体评价 (PGA)、医生对患者病情的总体评价 (MDGA), 采用 0 ~ 10 cm 目视模拟标尺法 (VAS)^[8] 评价; ④实验室检查: 血沉 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP) 水平; ⑤类风湿关节炎疾病活动性评分 (DAS28)、简化疾病活动指数 (SDAI)^[9]、

临床疾病活动指数 (CDAI)^[9], 疾病活动度构成标准: ①DAS28: DAS28 ≤ 2.6 为疾病缓解, $2.6 < \text{DAS28} \leq 3.2$ 为低活动度, $3.2 < \text{DAS28} \leq 5.1$ 为中等活动度, $\text{DAS28} > 5.1$ 为高活动度^[9]; ②SDAI: SDAI ≤ 3.3 为疾病缓解, $3.3 < \text{SDAI} \leq 11$ 为低活动度, $11 < \text{SDAI} \leq 26$ 为中等活动度, SDAI > 26 为高活动度^[10]; ③CDAI: CDAI ≤ 2.8 为疾病缓解, $2.8 < \text{CDAI} \leq 10$ 为低活动度, $10 < \text{CDAI} \leq 22$ 为中等活动度, CDAI > 22 为高活动度^[10]。各项指标治疗前后各记录 1 次。

2.2.2 安全性指标 生命体征、血常规、尿常规、大便常规 + 潜血、肝肾功能及心电图, 治疗前后各检测 1 次。记录治疗过程中所有药物不良事件, 包括临床表现、出现时间、持续时间和转归。

2.3 疗效判定标准

2.3.1 疾病疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]。①显效: 主要症状、体征整体改善率 $\geq 75\%$, ESR 及 CRP 正常或明显改善或接近正常; ②进步: 主要症状、体征整体改善率 $\geq 50\%$ 但 $< 75\%$, ESR 及 CRP 有改善; ③有效: 主要症状、体征整体改善率 $\geq 30\%$ 但 $< 50\%$, ESR 及 CRP 有改善或无改善; ④无效: 主要症状、体征整体改善率 $< 30\%$, ESR 及 CRP 无改善。

注: 主要症状、体征是指关节压痛数、关节肿胀数、晨僵时间、疼痛评分等 4 项。整体改善率是指以上 4 项指标的改善百分率 $[(\text{治疗前值} - \text{治疗后值}) / \text{治疗前值} \times 100\%]$ 相加后求其平均值。

2.3.2 证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]。①临床痊愈: 临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; ②显效: 临床症状、体征明显改善, 证候积分减少 70% ~ 94%; ③有效: 临床症状、体征均有好转, 证候积分减少 30% ~ 69%; ④无效: 临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少 $< 30\%$ 。

注: 计算公式 (尼莫地平法) 为: 证候积分减少 = $(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分} \times 100\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件进行统计分析, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间治疗前后的变化采用 t 检验; 计数资料采用频数 (构成比) 表示, 两组治疗前后的变化采用 Ridit 分析或 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者疾病疗效比较

表 1 示, 两组患者疾病疗效比较, 治疗组优于对照组 ($P < 0.01$)。

表 1 两组活动性 RA 患者疾病疗效比较 例 (%)

组别	例数	显效	进步	有效	无效	总有效
治疗组	140	64 (45.71)	56 (40.00)	11 (7.86)	9 (6.43)	131 (93.57)
对照组	69	9 (13.04)	31 (44.92)	22 (31.88)	7 (10.14)	62 (89.86)

3.2 两组患者证候疗效比较

表 2 示, 两组证候疗效比较, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组活动性 RA 患者证候疗效比较 例 (%)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	140	1 (0.01)	17 (12.14)	117 (83.58)	5 (3.57)	135 (96.43)
对照组	69	0	3 (4.35)	58 (89.86)	8 (5.79)	61 (88.41)

3.3 两组患者疗效性指标比较

表 3 示, 两组患者治疗后 SJC28、TJC28、患者疼痛评分、PGA、MDGA、CRP、ESR、DAS28、CDAI、SDAI 与治疗前比较均显著降低 ($P < 0.01$)。治疗后两组 SJC28、TJC28、患者疼痛评分、PGA、MDGA、DAS28、CDAI、SDAI 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组优于对照组。

3.4 两组患者疾病活动度构成比较

表 4、5、6 示, 两组治疗后与治疗前比较, DAS28、CDAI、SDAI 构成差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后两组 DAS28、CDAI、SDAI 构成组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 说明治疗组控制 RA 活动度优于对照组。

表 4 两组活动性 RA 患者 DAS28 构成比较 例 (%)

组别	时间	例数	疾病缓解	低活动度	中活动度	高活动度
治疗组	治疗前	140	1 (0.71)	0	18 (12.86)	121 (86.43)
	治疗后	140	20 (14.29)	30 (21.43)	79 (56.43)	11 (7.86)
对照组	治疗前	69	0	0	11 (15.94)	58 (84.06)
	治疗后	69	5 (7.25)	36 (52.17)	23 (33.33)	5 (7.25)

表 5 两组活动性 RA 患者 CDAI 构成比较 例 (%)

组别	时间	例数	疾病缓解	低活动度	中活动度	高活动度
治疗组	治疗前	140	0	1 (0.71)	2 (1.43)	137 (97.86)
	治疗后	140	5 (3.57)	55 (39.29)	60 (42.86)	20 (14.29)
对照组	治疗前	69	0	2 (2.90)	3 (4.35)	64 (92.75)
	治疗后	69	1 (1.45)	10 (14.49)	15 (21.74)	43 (62.32)

表 6 两组活动性 RA 患者 SDAI 构成比较 例 (%)

组别	时间	例数	疾病缓解	低活动度	中活动度	高活动度
治疗组	治疗前	140	0	0	6 (4.29)	134 (95.71)
	治疗后	140	2 (1.43)	32 (22.86)	66 (47.14)	40 (28.57)
对照组	治疗前	69	0	0	1 (1.45)	68 (98.55)
	治疗后	69	1 (1.45)	5 (7.25)	18 (26.09)	45 (65.22)

3.5 安全性评价

在整个治疗过程中, 两组患者均未出现血、尿、大便常规和肝、肾功能及心电图的异常。治疗组有 6 例出现口干、咽痛, 但无红肿, 未做特殊处理。对照组有 10 例出现皮疹、瘙痒, 出现在 1 周内, 给予盐酸西替利嗪片 (苏州东瑞制药有限公司, 10 mg/片, 批号: H19980014) 10 mg/次, 口服, 每日 1 次; 黄金万红膏 (云南中医学院第一附属医院制剂中心, 每盒 20 g, 每 10 g 相当于原生药 3.0 g, 批号: 20082571A) 适量局部涂搽, 每日 3 次, 以上均治疗 2 天后症状消失, 未退出试验而影响疗效判定。

表 3 两组活动性 RA 患者疗效性指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TJC28 (个)	SJC28 (个)	患者疼痛评分 (分)	PGA (分)	MDGA (分)
治疗组	治疗前	140	20.93 $\pm$ 6.65	15.36 $\pm$ 7.73	7.85 $\pm$ 0.99	7.70 $\pm$ 1.03	7.44 $\pm$ 0.95
	治疗后	140	6.30 $\pm$ 4.52 ^{*△}	2.16 $\pm$ 3.12 ^{*△}	2.88 $\pm$ 1.31 ^{*△}	2.78 $\pm$ 1.21 ^{*△}	2.64 $\pm$ 1.24 ^{*△}
对照组	治疗前	69	21.45 $\pm$ 7.12	14.84 $\pm$ 8.93	7.58 $\pm$ 1.19	7.61 $\pm$ 1.19	7.49 $\pm$ 1.16
	治疗后	69	10.99 $\pm$ 5.74 [*]	5.52 $\pm$ 4.85 [*]	4.07 $\pm$ 1.41 [*]	4.01 $\pm$ 1.32 [*]	3.91 $\pm$ 1.23 [*]

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.01$

表 3 (续) 两组活动性 RA 患者疗效性指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	CRP (mg/L)	ESR (mm/h)	DAS28 (分)	CDAI (分)	SDAI (分)
治疗组	治疗前	140	26.66 $\pm$ 32.20	35.40 $\pm$ 29.88	6.52 $\pm$ 1.36	51.31 $\pm$ 14.36	78.35 $\pm$ 38.29
	治疗后	140	8.42 $\pm$ 13.17 [*]	15.76 $\pm$ 10.65 [*]	3.65 $\pm$ 1.14 ^{*△}	13.88 $\pm$ 9.06 ^{*△}	22.30 $\pm$ 16.45 ^{*△}
对照组	治疗前	69	26.82 $\pm$ 25.92	32.83 $\pm$ 26.07	6.53 $\pm$ 1.26	51.39 $\pm$ 15.55	78.07 $\pm$ 31.92
	治疗后	69	7.97 $\pm$ 8.42 [*]	15.28 $\pm$ 9.69 [*]	4.45 $\pm$ 1.23 [*]	24.43 $\pm$ 11.36 [*]	32.68 $\pm$ 17.08 [*]

注: 与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.01$

4 讨论

依据 RA 临床表现及发病特点,可归属中医“痹证”、“历节”、“顽痹”等范畴。根据《素问·痹论》:“风寒湿三气杂至,合而为痹”;《素问·刺法论》:“正气存内,邪不可干”;《素问·评热病论》:“邪之所凑,其气必虚”;《济生方》:“皆因体虚,腠理空虚,受风寒湿气而成痹也”等病因病机理论,吴生元教授结合自己长期临床实践,认为 RA 发病以阳虚为本,感受风寒湿邪为标,“阳虚邪凑”是其关键病机,故提出温阳通络法为主治疗 RA,于 1995 年研发成院内制剂——蠲痹颗粒。该制剂具有温阳通络、祛风散寒除湿之功,主治风寒湿痹之关节肌肉疼痛、类风湿关节炎。前期实验研究显示,蠲痹颗粒具有抗炎、镇痛、免疫抑制效应^[11-12],且对胶原诱导性关节炎(CIA)小鼠具有抑制作用^[13]。

甲氨蝶呤片是目前治疗 RA 首选的慢作用抗风湿药,临床单用治疗 RA 往往使用剂量大、起效慢,且肝肾毒性、骨髓抑制等不良反应明显,故常需要联合用药^[14]。正清风痛宁缓释片主要成分为盐酸青藤碱,具有祛风除湿、活血通络之功,主用于风湿与 RA 属风寒湿痹证者,具有较强的抗炎、消肿、止痛、免疫抑制与调节作用^[15],是目前临床治疗 RA 有效的中药制剂。本研究结果显示,治疗组能明显改善 RA 患者 TJC28、SJC28、患者疼痛评分、PGA、MDGA、DAS28、CDAI、SDAI 等疾病疗效指标及疾病活动度,其疗效优于对照组,且无明显不良反应及毒副作用发现,表明蠲痹颗粒联合甲氨蝶呤片是治疗 RA 安全有效的方法,值得深入研究和推广应用。但本研究仅对蠲痹颗粒联合甲氨蝶呤片治疗 RA 的短期疗效和安全性进行了总结,而对其远期疗效及安全性评价,需要进一步开展分层区组随机、盲法、阳性药对照、多中心的临床研究验证。

参考文献

- [1] Liu Y, Zhang L, Wu Y, et al. Therapeutic effects of TACI-Ig on collageninduced arthritis by regulating T and B lymphocytes function in DBA/1 mice [J]. Eur J Pharmacol, 2011, 654(3): 304-314.
- [2] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊断及治疗

指南 [J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(4): 265-270.

- [3] Hou LF, He SJ, Wang JX, et al. SM934, a water-soluble derivative of artemisinin, exerts immunosuppressive functions in vitro and in vivo [J]. Int Immunopharmacol, 2009, 9(13-14): 1509-1517.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 30-31.
- [5] Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, et al. The American College of Rheumatology 1991 revise criteria for classification of global functional status in rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 1992, 35(5): 498-502.
- [6] Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis [J]. JAMA, 1994, 140(8): 659-662.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 115-119.
- [8] Aletaha D, Ward MM, Machold KP, et al. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states [J]. Arthritis Rheum, 2005, 52(9): 2625-2636.
- [9] Aletaha D, Smolen JS. Remission of rheumatoid arthritis: should we care about definitions? [J]. Clin Exp Rheumatol, 2006, 24(Suppl 43): S45-51.
- [10] Aletaha D, Smolen JS. The simplified disease activity index (SDAI) and the clinical disease activity index (CDAI): a review of their usefulness and validity in rheumatoid arthritis [J]. Clin Exp Rheumatol, 2005, 23(Suppl 39): S100-108.
- [11] 彭江云, 李兆福, 杨洲, 等. 蠲痹颗粒抗炎作用的实验研究 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(11): 52-53.
- [12] 万春平, 李兆福, 杨会军, 等. 蠲痹颗粒主要药效学及安全性评价研究 [J]. 风湿病与关节炎, 2012, 1(5): 16-18.
- [13] 万春平, 李兆福, 杨会军, 等. 蠲痹颗粒对胶原诱导性小鼠关节炎的抑制作用及机制研究 [J]. 中药材, 2013, 36(9): 1505-1509.
- [14] 王文琴. 甲氨蝶呤联合正清风痛宁缓释片治疗类风湿关节炎 120 例 [J]. 浙江实用医学, 2010, 15(4): 280-281.
- [15] 黄智胜, 王君. 正清风痛宁缓释片治疗类风湿关节炎的临床观察 [J]. 河北医药, 2010, 32(1): 59-60.
- [16] 刘素苗, 张莉芸, 马丹. 临床疾病活动指数和简化疾病活动指数在类风湿关节炎疾病活动性评估中的比较研究 [J]. 中华风湿病学杂志, 2012, 16(9): 601-605.

A Clinical Observation on Juanbi Granules Combined With Methotrexate for 140 Cases of Active Rheumatoid Arthritis

LI Zhaofu^{1,2}, LIU Weichao², PENG Jiangyun², DI Pengtao², YANG Huijun²

(1. The First Clinical School of Zhejiang Chinese Medical University, Zhejiang Province 310053; 2. The First Affiliated Hospital of Yunnan University of TCM)

ABSTRACT Objective To observe the efficacy and safety of *Juanbi Granules* combined with methotrexate (MTX) for active rheumatoid arthritis (RA). **Methods** Totally 209 active RA patients with wind-cold-dampness arthralgia syndrome were randomized into the treatment group of 140 patients and control group of 69 patients. Both groups were given 10 mg of MTX once weekly. The treatment group was added with *Juanbi Granules* three times daily. The control group was added with Zhengqing Fengtongning sustained-release tablets twice daily. The treatment lasted for 8 weeks. The efficacy and traditional Chinese medicine (TCM) syndrome efficacy were observed. The Disease Activity Score 28 (DAS28), Clinical Disease Activity Index (CDAI), Simplified Disease Activity Index (SDAI), Swollen Joint Count 28 (SJC28) and Tender Joint Count 28 (TJC28) were compared. The pain score, Patient Global Assessment (PGA) and Physician Global Assessment (MDGA) were observed. The levels of erythrocyte sedimentation rate (ESR) and C-reactive protein (CRP) were detected. **Results** The efficacy and TCM syndrome efficacy in the treatment group were superior to those in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Both groups were significantly improved in DAS28, CDAI, SDAI, SJC28, TJC28, pain score, PGA, MDGA, ESR and CRP after treatment ($P < 0.01$), especially treatment group in DAS28, CDAI, SDAI, SJC28, TJC28, pain score, PGA and MDGA ($P < 0.01$). There was no adverse reaction in both groups. **Conclusion** *Juanbi Granules* combined with MTX can obviously relieve symptoms and disease activity of active RA with a good safety.

Keywords rheumatoid arthritis; wind-cold-dampness arthralgia syndrome; *Juanbi Granules*; disease activity

(收稿日期: 2014-05-30; 修回日期: 2014-06-27)

[编辑: 叶晨]

中医杂志社医海林音像书店邮购图书目录

- | | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| ●国医大师临床丛书 | 骨伤病 24 | 伤寒论临床应用 59 | 伤寒论方剂当代研究 128 |
| 李济仁医论医选集 98 | 神经精神疾病 24 | 内经临床精要 59 | 柴浩然医论医案集 128 |
| 中医古籍文献学 (第2版) 228 | 儿科疾病 25 | 伤寒论临床发挥 68 | 林沛湘学术经验集 138 |
| 张琪学术思想探赜 78 | 老年疾病 25 | 内经临床运用 79 | 康复评定学 148 |
| ●名老中医方药心得丛书 | 风湿免疫及内分泌疾病 28 | ●其它图书 | 现代脉诊学 148 |
| 祁宝玉眼科方药心得 50 | 社区常见疾病预防与保健 29 | 抗微生物药物合理应用手册 39 | 岭南本草集 148 |
| 晁恩祥临证方药心得 58 | 社区急症 29 | 让“胰岛”动起来——我是这样战胜 | 章次公医案经验集 (增补版) 158 |
| 俞长荣临证经验集 68 | 流行病学与传染病 29 | 糖尿病的 (第3版) 39 | 中药血清药物化学 188 |
| 姜良铎内科方药心得 68 | 社区医学检查诊断技术 29.8 | 中药药对表解 (修订版) 39 | 天然产物化学研究 198 |
| 段富津方剂学讲课实录 78 | 肾脏及血液疾病 29.9 | 手法治疗骨科软组织损伤图释 39.8 | 广西特色中草药资源选编 498 |
| 周文泉老年病临证经验集 79 | 耳鼻咽喉及口腔科疾病 29.9 | 章次公《药理学》点校 48 | 千金翼方论译 110 |
| 徐福松男科纲目 88 | 泌尿生殖疾病 30 | 病毒性疾病中医治疗学概要 54 | 当代中医外治精要 48 |
| 白兆芝临证经验集萃 88 | 外科疾病 30 | 全国名老中医柴瑞霭临床经验集萃 78 | 济阴济阳纲目 140 |
| ●名医讲学荟萃 | 眼科疾病 35 | 病毒性传染病中医治疗概要 58 | 医学入门 68 |
| 裘沛然讲《内经》 38 | 消化疾病 35 | 黄德彰医文精华 68 | 奇效良方 77 |
| 张琪讲临床 42 | 社区护理 35 | 陈雨苍中医妇科临床经验 68 | 中医百年百名中医临床家丛书 340 |
| 孟庆云讲中医经典 58 | ●中医药科学方法学研究系列丛书 | 中医学概论 (英文版) 68 | 张氏医通 49 |
| ●农村卫生适宜技术推广丛书 | 中医药临证特效实例与方法学思考 50 | 中医学导论 69.8 | 简明实用中医学 63 |
| 地方性疾病中医诊疗技术 27 | 中医学科学方法特征与沿革 69 | 常见肿瘤的非手术治疗 79 | 冯氏锦囊秘录 94 |
| 中药炮制实用技术 29.8 | 当代中医药学家谈科学思维与方法 88 | 张灿理医论医案纂要 79 | 黄元御医学全书 103 |
| 农村实用针灸技术 34 | 古代中医药名家学术思想与认识论 98 | 中医学名词内科学妇科学儿科学 88 | 医宗金鉴 86 |
| 农村实用液体疗法 37 | 中医药理论技术发展的方法学思考 118 | 脊髓损伤的中西医结合治疗 98 | |
| 灾害医学救治技术 39.8 | 中医临床基础医学研究 128 | 中国的藏医 (汉文、藏文、英文) 98 | |
| ●社区医师中医诊疗规范丛书 | ●重读中医经典丛书 | 现代中成药的药材炮制 98 | |
| 心血管疾病 22 | 金匱要略临床运用 48 | 刘炳凡医论医案 118 | |
| 社区康复 22 | 金匱要略临床精要 58 | 华廷芳学术经验集 128 | |
| 肿瘤 24 | 伤寒论临床精要 59 | 临床常见疾病影像诊断及治疗原则 128 | |
| 呼吸疾病 24 | | 糖络杂病论 (第2版) 128 | |

以上书均免费邮寄,欲购者请汇款至北京东直门内北新仓 18 号中医杂志社医海林音像书店图书部收,邮政编码: 100700。电话: (010) 64035632。请在汇款单附言栏写清所购书名、册数及邮编。