

基于多元统计分析的类风湿关节炎 证候诊断评价标准研究

白云静¹, 姜德训^{1*}, 申洪波², 安娜¹, 赵丽萍¹

(1. 中国人民解放军北京军区总医院, 北京市东城区南门仓 5 号, 100700; 2. 北京大学第三医院)

基金项目: 首都医学科技发展基金资助 (SF-2009-III-51)

摘要 目的 建立类风湿关节炎 (RA) 的证候诊断标准, 并验证该标准的诊断性能。方法 制订 RA 临床证候调查表, 采用横断面调查研究的方法对 700 例 RA 患者进行调查, 对调查信息先后进行聚类分析、Logistic 逐步回归分析、逐步判别分析、主成分分析、因子分析等多元统计分析, 并用判别分析法验证 RA 证候诊断标准的诊断性能。结果 700 例 RA 患者 179 个诊断指标经过初筛后降为 124 个; 聚类分析得出基本证型为湿热痹阻证、肝肾阴虚证、瘀血痹阻证、寒湿痹阻证、气血两虚证、痰瘀阻络证、脾肾阳虚证 7 个; Logistic 逐步回归分析将 7 种证型的诊断指标由 124 个降为 41 个; 逐步判别分析得出 46 个诊断指标作为补充。将上述指标合并, 并参考聚类分析得出的诊断证候群, 确立 RA 7 种基本证型的诊断敏感指标共 52 个。对 52 个指标进行主成分分析, 保留的指标为 47 个。对 47 个指标再次进行因子分析, 根据症状对证型贡献度的大小, 列出了 RA 7 种基本证型的证候诊断标准; 判别分析证实该诊断标准的诊断准确率为 83.39%。结论 RA 中医证候诊断分为湿热痹阻证、寒湿痹阻证、肝肾阴虚证、气血两虚证、瘀血痹阻证、痰瘀阻络证、脾肾阳虚证 7 个基本证型, 具有较高的诊断准确率。

关键词 多元统计分析; 证候诊断; 类风湿关节炎

类风湿关节炎 (RA) 是一种以关节肿胀、疼痛甚至畸形为主要临床表现的自身免疫系统疾病, 属中医“痹症”范畴。RA 证型繁多、证候复杂, 证候分类及诊断标准不统一, 不便于临床应用及学术交流, 有必要建立规范的操作性能较强的证候诊断评价体系。前期我们已对 RA 部分证候资料进行了研究, 最终确立了包括 9 个基本证型在内的 RA 证候诊断评价体系^[1], 但所用证候资料来自于回顾性研究, 为此, 我们采用前瞻性横断面调查研究的方法, 进一步开展了 RA 证候诊断评价标准的研究, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准采用《中华风湿病学》^[2]中 RA 诊断标准。

中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标

准》^[3]、《中药新药临床研究指导原则》^[4]和《中医内科学》^[5]中痹病的诊断标准。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准者; 年龄 18~70 岁; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

合并其他风湿性疾病如系统性红斑狼疮、干燥综合征、严重的膝骨关节炎等患者; 合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病; 精神病患者。

1.4 一般资料

700 例患者均来自中国人民解放军北京军区总医院风湿科门诊和住院患者, 其中男 181 例, 女 519 例; 年龄 19~68 岁, 平均(42.53±14.85)岁; 病程 2~128 个月, 平均(15.86±13.72)个月。

2 方法与结果

2.1 研究方法

在参考《中药新药临床研究指导原则》^[4]、既

* 通讯作者: byjing880629@sina.com, (010) 64033959

往研究结果^[1]、文献整理结果^[6-9]及专家经验的基础上,制订 RA 中医临床证候调查表。调查表包含姓名、性别、年龄、病程等一般项目和症状、体征、实验室指标、影像学资料及观察医师主观诊断证型等项目共计 213 项,其中症状、体征 179 个,初步拟定的基本证型有 10 个(见表 1)。由北京军区总医院风湿科经过培训的两名主治医师以上职称医生同时收集病例。

表 1 类风湿关节炎证候调查项目

项目	指标
一般项目	姓名、性别、年龄、住址、电话、家族史、个人史、过敏史、发病年龄、病程
实验室指标	血沉、C 反应蛋白、类风湿因子、抗环瓜氨酸抗体、白细胞、血红蛋白、血小板、尿常规、大便常规、大便潜血、谷丙转氨酶、尿素氮、肌酐
影像学资料	双手 X 光片
症状和体征	关节肿胀、关节疼痛、活动后关节疼痛加重、痛如针刺、疼痛不定、疼痛固定、阴雨天关节疼痛加重、经期关节疼痛加重、晨起关节疼痛加重、夜间关节疼痛加重、关节剧痛、关节酸痛、关节隐痛、关节重着、关节热、关节红、关节喜暖、遇冷痛甚、遇热不适、色素沉着、关节畸形、关节强直、活动受限、足跟痛、髌痛、颞颌痛、颈痛、双手近端指间关节疼痛、双手掌指关节疼痛、腕痛、晨僵小于半小时、晨僵大于半小时、风湿结节、肌肉萎缩、肌肉酸痛、浮髌试验阳性、握力下降、双手尺偏、足背肿、散在皮疹、雷诺氏征、肢体麻木、肢冷、皮肤红热、皮肤干燥、面萎黄、面潮红、面色暗、面色不华、面色嫩红、颜面浮肿、颧红、低热、午后发热、夜间发热、傍晚发热、高热、寒战、手足心热、多汗、盗汗、头痛、多梦、脉差、双胁胀痛、腰背酸痛、腰膝酸软、腰骶痛、倦怠乏力、心烦、心悸、心慌、胸闷、气短、胸痛、眼睑浮肿、耳鸣、健忘、恶风寒、喜暖、恶热、恶风、喜冷、咳嗽咯痰、胃脘不适、胃脘胀满、胃脘灼热、恶心、纳差、口干欲饮、口干不饮、口苦、口粘、眼干、视物模糊、不规则发热、语音低微、头晕、下肢水肿、下肢无力、四肢无力、咽痒、咽痛、咽干、咽红、淋巴肿大、小便短赤、小便黄、小便频、小便清长、大便稀、大便干、大便粘、白带色黄、口唇淡、口唇紫暗、口唇紫暗、爪甲色淡、舌体胖大、边有齿痕、舌体瘦小、舌有裂纹、舌质红、舌质干红、舌质淡红、舌质淡、舌质暗红、舌质暗、舌质紫暗、舌质淡紫、舌质嫩红、舌有瘀斑、少苔、舌苔白、苔光剥、苔黄腻、苔少津、苔中剥、苔白腻、苔黄燥、苔黄、苔中黄、苔白滑、苔根部腻、舌尖尖红、舌底迂曲、舌底紫暗、脉细、脉滑、脉弦、脉沉、脉涩、脉缓、脉沉细、脉沉滑、脉弦细、脉弦滑、脉弦滑数、脉滑细、脉滑细数、脉沉滑数、脉沉细滑、脉滑数、脉沉弦、脉沉细、脉无力、脉弦细数、脉细弱、脉细数、脉浮弦、脉沉涩、脉濡缓、脉沉弦紧、脉弦细滑、脉沉细弦、脉沉细缓、脉弦涩、脉弦数、脉沉数
证候	湿热痹阻证、寒湿痹阻证、寒热错杂证、肝肾阴虚证、脾胃阳虚证、气血两虚证、阴虚内热证、瘀血痹阻证、痰瘀阻络证、热毒蕴结证

2.2 统计学方法与结果

2.2.1 统计学方法 采用 SAS 8.0 统计分析软件,分别用方差分析、聚类分析、Logistic 逐步回归分析、逐步判别分析、主成分分析、因子分析等多种多元统计分析方法筛选 RA 诊断标准,最后用判别

分析法验证该标准的诊断性能。

2.2.2 初步筛选 RA 证候诊断指标 统计 700 例 RA 患者 179 个症状、体征的出现频率,得出 RA 的四诊信息出现频率表;出现频率在 15% 以上的(症状)有 120 个,舍弃其中 3 个(颞颌关节疼痛、双手近端指间关节疼痛、双手掌指关节疼痛)根据专业知识判断对中医证候诊断无特异性的指标,保留其余 117 个;暂时保留出现频率在 10% ~ 15% 的 24 个指标;在 10% 以下共 35 个,暂时保留其中 4 个(高热、颜面浮肿、雷诺氏征、下肢水肿等)根据专业知识判断对上述 10 个假设证型可能有诊断意义的指标,舍弃其余 31 个。对暂时保留的 28 个症状分别进行单变量方差分析,保留其中 $P < 0.05$ 的 7 个症状;经过粗筛和单变量方差分析,最初的 179 个观察指标共保留 124 个纳入多元统计分析。

2.2.3 确定证类及证型的相关联程度(聚类分析) 将上述 124 个指标作为变量进行聚类分析(系统根据各指标之间的相关性,将指标逐步聚类),在聚为 10 类时截取,其中有 3 类包含的指标无明显证候特征,其余 7 类分别与临床诊断的证型相对应。最终确定 700 例 RA 患者的 124 个指标集中反映了湿热痹阻证、肝肾阴虚证、瘀血痹阻证、寒湿痹阻证、气血两虚证、痰瘀阻络证、脾胃阳虚证等 7 个证型的诊断信息,故确立本组资料的中医基本证型为上述 7 个;聚类分析在给出证候分类的同时,还给出了诊断证候群,在此作为参考;另外,聚类分析还根据各分类之间的类间相关值以及指标聚类树形图判断出各分类(证型)之间的相关联程度。

2.2.4 优化证候诊断指标(Logistic 逐步回归分析) 700 例 RA 患者中各证型的病例数不等,且证型之间有兼挟证,根据指标聚类分析结果,选择与所分析证型相距较远的 2 ~ 3 个证型的病例作为对照组,进行 Logistic 逐步回归分析,一般病例与对照组的比例控制在 1 ~ 1.5 倍。经过分析,上述 7 种基本证型的诊断敏感指标由 124 个降为 41 个(见表 2)。

2.2.5 补充优化指标(逐步判别分析) 逐步判别分析要求证型诊断没有兼挟证。本组 700 例 RA 患者中阴虚内热证、脾胃阳虚证和热毒蕴结证患者存在较多兼挟证,舍弃该 3 种证型,其余 7 种证型只有单证诊断者共 530 例,其中湿热痹阻证 202 例、肝肾阴虚证 98 例、瘀血痹阻证 41 例、寒湿痹

表 2 类风湿关节炎 7 种基本证型 Logistic 回归分析筛选指标

证型	症状或体征
湿热痹阻证	关节红、脉滑数、关节肿胀、关节热、舌质红、小便黄、苔黄腻
寒湿痹阻证	关节重着、遇冷痛甚、关节喜暖、苔白腻、肢冷、舌体胖大、阴雨加重、边有齿痕
肝肾阴虚证	足跟痛、肌肉萎缩、腰膝酸软、腰背酸痛、关节酸痛、耳鸣、盗汗、舌质红、皮肤干燥
气血两虚证	语声低微、倦怠乏力、关节隐痛、面色不华、爪甲色淡、舌质淡、脉沉细
瘀血痹阻证	关节剧痛、舌有瘀斑、舌质暗、肢体麻木、疼痛固定、口干不欲饮、脉沉涩
痰瘀阻络证	风湿结节、关节疼痛、关节畸形、咳嗽咯痰、苔白腻、舌质暗
脾肾阳虚证	肢冷、关节喜暖、关节隐痛、舌质淡、遇冷痛甚、腰膝酸软

阻证 87 例、气血两虚证 45 例、痰瘀阻络证 38 例、脾肾阳虚证 19 例。对上述 530 例初步筛选后的 124 个指标 7 个证型做逐步判别分析以筛选变量，最终保留诊断敏感指标 46 个作为补充。

2.2.6 汇总优化指标 将 Logistic 逐步回归分析筛选的 41 个诊断敏感指标和逐步判别分析筛选的 46 个补充指标合并，并参考聚类分析所得出的诊断证候群，最终确立 7 种基本证型的诊断敏感指标共 52 个。

2.2.7 确定证候诊断指标的主、次症（因子分析） ①进一步筛选指标（主成分分析）：对汇总后的 52 个诊断敏感指标进行主成分分析以提取公因子，分析矩阵为协方差阵，用最大方差旋转法^[10]对因子轴进行旋转，对上述因子载荷阵中因子载荷小于 0.2 的变量剔除，如此循环，直至变量的因子载荷均大于 0.2 为止。经过上述分析，最后纳入因子分析的变量数为 47 个。②确定主、次症（因子分析）：对上述因子分析提取的 47 个公因子再次进行因子分析，根据因子载荷阵的数值确定 7 个基本证型的主、次症。先用主成分分析法提取公因子，从累积贡献率来看，取前 7 个特征值时，累积贡献率为 0.7435，根据最小特征值标准保留 7 个公因子，这 7 个公因子对 47 项指标的全部信息的累积贡献率为 74.35%。③随后对 47 个指标进行因子分析，用最大方差旋转法，保留因子载荷大于 0.2 的指标，根据因子载荷阵的结果，取症状对证型贡献度为前 3 位的为主症，其余为次症，列出 7 种基本证型的证候诊断优化组合（见表 3）。

2.2.8 验证 RA 证候诊断标准的诊断价值（判别分析） 判别分析只适用于单类判别的情况，对

表 3 类风湿关节炎 7 种基本证型及证候诊断敏感指标

证型	主症	次症
湿热痹阻证	关节肿胀、关节热、苔黄腻、	小便黄、关节红、脉滑数、舌质红、关节疼痛
寒湿痹阻证	关节喜暖、遇冷痛甚、关节重着	苔白腻、肢冷、阴雨天关节疼痛加重、边有齿痕、舌体胖大、脉弦滑
肝肾阴虚证	腰膝酸软、腰背酸痛、关节酸痛	足跟痛、皮肤干燥、耳鸣、盗汗、舌质红、脉细数、肌肉萎缩、关节屈伸不利
气血两虚证	倦怠乏力、关节隐痛、面色不华	语声低微、爪甲色淡、四肢无力、舌质淡、脉沉细
瘀血痹阻证	关节疼痛固定、舌有瘀斑、关节剧痛	肢体麻木、关节畸形、面色暗、口干不欲饮、舌质暗、脉沉涩
痰瘀阻络证	风湿结节、关节疼痛、关节畸形	脉沉细、舌质暗、苔白腻、咳嗽咯痰、
脾肾阳虚证	肢冷、关节喜暖、遇冷痛甚	腰膝酸软、关节隐痛、舌质淡、舌体胖大、苔白腻、脉沉细

700 例样本中的 530 例有单证诊断的病例进行判别分析。根据判别函数的常数及系数向量，可以得到 7 种证型 47 个指标的判别函数式。将每一位患者 47 项症状、体征的得分分别代入上述 7 个判别函数式，根据算出的 z 值可诊断证型。判别分析结果显示：该模型共判对 442 例占 83.39%，判错 88 例占 16.61%。说明该模型的诊断准确率为 83.39%。

3 讨论

RA 病情反复发作、迁延难愈，病因病机寒热错杂、虚实并见，导致了其证型繁多、证候复杂。有学者认为^[11] RA 一般早期以邪气痹阻之肿胀疼痛为虐，中后期以瘀滞不通之功能障碍为患，其证候分布特征也与病情的反复迁延及病因病机的错综复杂密切相关。临床虽然开展了很多的 RA 证候研究，但依然存在的问题在于缺乏基于合理、科学的分析而得出能被多数学者所接受、并在临床实践中容易采纳的 RA 中医证候分类方法。

证候是对疾病病理生理变化的整体反应状态的总概括，是一个多维多阶多变量的复杂系统^[12]，本组资料显示，700 例 RA 患者共包含了 10 个基本证型，179 个症状和体征。这提示证候的诊断信息繁多而冗余，给证候的诊断带来相当的难度，在保持证候本质的前提下，对证候诊断资料的高维性进行降维处理成为证候规范化研究的关键所在。本课题经过初步筛选、单变量方差分析和聚类分析后，首先确定了本组资料包含 7 个基本证型，并将 179 个诊断指标初步降为 124 个；随后对上述指标进行的 Logistic 逐步回归分析、逐步判别分析以及主成

分分析,将 7 种基本证型的诊断敏感指标由 124 个最终降为 47 个,实现了真正意义上的降维处理研究。但是, Logistic 逐步回归分析在筛选指标的过程中无法解决兼加证的情况,逐步判别分析也只能处理具有单证诊断的病例,而且只能筛选出优化的指标群,不能区分出各证型所属的相应指标;主成分分析可以处理兼加证的情况,但是提取的公因子(证型)应和所有的变量均有关系,在决定取舍的过程中难免丢失一部分可能有意义的指标^[3]。可见,每一种统计方法各有优缺点,如果将这些方法单独运用在中医证候研究中,有时结果并不能尽如人意。中医证候是多维多阶多变量的复杂系统,在不同的机体、不同的疾病、疾病发展的不同阶段甚至不同的观察视角下,常呈现出不同的形式(界面)^[3]。不同的统计分析方法所得出的结果不尽相同,这可看做从不同的角度审视中医证候可呈现出不同的界面,正体现了证候多维界面的特征。我们针对上述各种统计方法的优缺点,将多种多元统计方法有机结合,不仅能弥补了各种方法的不足,还可以将不同方法筛选的结果看作是证候的不同界面。把多种结果合理合并,就类似于将证候的多维界面加以综合^[4]。因此,我们选择多种多元统计方法有机结合,避免了单独应用一种方法的局限性,对证候有一个更全面的把握。

此次建立的 RA 诊断标准仅有 7 个基本证型,较以往研究少了寒热错杂证、热毒蕴结证和阴虚内热证,而多了脾肾阳虚证。RA 属中医“痹症”范畴,风、寒、热、痰、瘀则出现在疾病的不同阶段^[5];而湿热毒邪、痹阻经络是活动期 RA 急性起病的主要病理基础^[6];肝肾阴虚、气血不足、虚实夹杂为缓解期的主导^[7];痰瘀贯穿于 RA 病程始终。本研究显示 RA 证型以湿热痹阻、寒湿痹阻、肝肾阴虚、气血两虚、瘀血痹阻为主,其次还包括痰瘀阻络、脾肾阳虚等证;这正与 RA 上述病因病机相吻合。说明本次研究所得的 RA 基本证型更能准确把握 RA 证候的真实面貌,更具有临床可操作性。

本研究综合运用了多种多元统计分析方法,依此建立的 RA 证候诊断评价标准具有很好的诊断性能,说明将聚类分析、 Logistic 逐步回归分析、逐步判别分析、主成分分析、因子分析等多元统计分析方法联合应用于证候诊断标准的研究中,能够筛

选出证候的最优或较优诊断指标,具有很好的降维处理能力,依此建立的证候诊断评价标准具有良好的诊断性能,是一种有效的、可以借鉴的证候诊断标准研究方法。在今后的证候诊断标准研究中值得进一步推广应用。

参考文献

- [1] 白云静,申洪波,姜德训,等. 类风湿关节炎证候诊断因子优化组合研究 [J]. 世界中医药, 2010, 5(2): 87-90.
- [2] 蒋明, David Yu, 林孝义, 等. 中华风湿病学 [M]. 北京: 华夏出版社, 2004: 752-753.
- [3] 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: 29-30.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 115-119.
- [5] 周仲英. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 484-486.
- [6] 高建华, 张剑勇, 何伟珍, 等. 类风湿关节炎中医证型临床分布规律研究 [J]. 河北中医, 2012, 34(9): 1292-1294.
- [7] 侯雷, 马武开. 类风湿关节炎中医证候分类临床文献研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(3): 279-283.
- [8] 王均琴, 李国春, 周学平, 等. 类风湿关节炎中医证候量表条目筛选 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(3): 80-82.
- [9] 何羿婷, 付丽媛, 阎小萍, 等. 类风湿性关节炎中医证候分布规律的初步探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(1): 26-28.
- [10] 胡良平. 现代统计学与 SAS 应用 [M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2000: 324-330.
- [11] 鲁丽, 吴洋, 陈艳林, 等. 类风湿关节炎中医主要证候分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 6(6): 491-493.
- [12] 张志斌, 王永炎. 辨证方法新体系的建立 [J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(1): 1-3.
- [13] 白云静, 申洪波, 孟庆刚. 多元统计分析 with 中医证候规范化研究 [J]. 中世界中医药, 2010, 5(4): 272-274.
- [14] 白云静, 申洪波, 姜德训, 等. 证候诊断因子优化组合的方法研究 [J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(10): 1-2, 16.
- [15] 周全, 刘征堂. 金实教授从湿论治类风湿性关节炎经验介绍 [J]. 新中医, 2005, 37(1): 21-22.
- [16] 孙钟海, 毕媛媛, 张霞, 等. 活动期类风湿性关节炎的病机探讨 [J]. 河南中医, 2010, 30(3): 228-229.
- [17] 刘小平, 侯秀娟, 朱悦兰, 等. 类风湿关节炎病因病机探讨 [J]. 现代中医临床, 2014, 21(1): 19-20.

Research on Syndrome Diagnostic Evaluation Criteria in Rheumatoid Arthritis Based on Multivariate Statistical Analysis

BAI Yunjing¹, JIANG Dexun¹, SHEN Hongbo², AN Na¹, ZHAO Liping¹

(1. Military General Hospital of Beijing, People's Liberation Army, Beijing, 100700; 2. Peking University Third Hospital)

ABSTRACT Objective To establish a syndrome diagnostic criterion for rheumatoid arthritis (RA) and validate the diagnostic performance of the criteria. **Methods** We drew up a RA clinical syndrome questionnaire and applied cross-sectional study method. 700 RA patients were surveyed. Then survey information underwent multivariate statistical analysis, including cluster analysis, logistic stepwise regression analysis, stepwise discriminant analysis, principal component analysis, and factor analysis. The diagnostic performance of RA syndrome diagnostic criteria was validated with discriminant analysis. **Results** Diagnostic indicators of 700 RA patients were reduced from 179 to 124 after first screening; cluster analysis showed that the basic syndromes were damp-heat stagnation, liver-kidney yin deficiency, stagnation of blood stasis, cold-damp stagnation, blood and qi deficiency, phlegm and blood stasis blocking collaterals, and spleen-kidney yang deficiency. By Logistic stepwise regression analysis, the diagnostic indicators of these 7 syndromes were reduced from 124 to 41. Forty six diagnostic indicators were added after stepwise discriminant analysis. Summing up the indicators above, we confirmed that there were 52 sensitive diagnostic indicators for 7 basic syndromes of RA. And after principal component analysis was applied on these 52 indicators, 47 remained. Factor analysis then was done on the 47 indicators. According to contributions of the symptoms to the syndrome, syndrome diagnostic criteria of 7 RA basic syndrome types were developed. It is proved with discriminant analysis that the diagnostic accuracy of the criteria was 83.39%. **Conclusion** There are 7 basic TCM syndromes in RA, and TCM syndrome diagnostic criteria of RA have a relatively high diagnostic value.

Keywords multivariate statistical analysis; TCM syndromes diagnosis; rheumatoid arthritis

(收稿日期: 2014-07-03; 修回日期: 2014-08-10)

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

以上书均免费邮寄,欲购者请汇款至北京市东直门内南小街 16 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。