

饮食偏嗜的成瘾性及病机规律探析

李小可¹, 刘 灿², 赵丹丹¹, 于 娜¹, 高思华^{pk}

(1. 北京中医药大学糖尿病研究中心, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 中国农业大学食品科学与营养工程学院)

摘要 根据食物成瘾性研究, 致瘾性食物环境与情绪压力是饮食偏嗜形成的外在与内在原因, 相关神经生物学与心理学机制和可衡量的临床表现亦使之具备了完整的疾病内涵。饮食偏嗜是重要的中医病因概念之一, 其病以肝郁为主、累及脾肾; 具体病机规律为病生于肝、情志内伤, 其伤在脾、热浊痰瘀, 日久及肾、耗损元神; 中医药干预尤其是传统体育与养生指导方法对调节饮食行为、纠正偏嗜具有显著作用。这一认识为建立我国饮食行为干预临床评价体系奠定了基础, 也为中医药系统治疗营养代谢类疾病提供了新的视角。

关键词 饮食偏嗜; 食物成瘾性; 郁病; 逸病; 病机规律

伴随着社会经济的发展和文化的改变, 超重和肥胖成为世界范围内普遍流行的重要健康问题, 2013 年我国体重指数 (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ 的成人肥胖人口比例男性 28.3%, 女性 27.4%^[1]。肥胖是营养能量摄入超过能量消耗的最终结果, 因此, 作为营养物摄入源头的饮食行为已经成为研究关注的热点。饮食偏嗜是典型的饮食行为紊乱, 也是中医基础理论的概念之一, 属于“饮食内伤”的范畴。本文即以食物成瘾性研究为基础, 对饮食偏嗜的内涵进行再认识, 并从病机理论角度阐释其基本疾病规律, 讨论方药应用与养生调控的干预方案, 以期探索中医药在调节饮食行为方面的临床实践意义。

1 对饮食偏嗜概念的再认识

1.1 饮食偏嗜的传统认识

传统上, 饮食偏嗜是饮食行为不循常度, 特别喜好某些食物, 过量食用超过人体自我调节范围, 直接伤及脏腑导致气血阴阳失调而发病的一种致病因素。饮食偏嗜同时涵盖两个纬度的概念, 其一为饮食种类的偏性, 包括寒热、膏粱果蔬、五味的偏颇, 尤以五味偏嗜论最具代表, 这在《素问·五脏生成》中已有记载, 即“多食咸, 则脉凝泣而变色; 多食苦, 则皮槁而毛拔; 多食辛, 则筋急而

爪枯; 多食酸, 则肉胝胎而唇揭; 多食甘, 则骨痛而发落”。其二为饮食量的偏多, 即多食或暴食症, 与饮食不节之过饱的概念有很大程度的重叠。一般认为, 饮食偏嗜是单纯的病因概念, 其作为内伤致病的基本原因可导致以脾胃运化功能受损为主的消化、代谢性疾病, 是一种不良的个人生活习惯, 并完全可以通过主观意愿的改变进行修正。

1.2 环境改变与饮食偏嗜的关系

饮食偏嗜者常体型肥胖, 从而承受着生活质量下降和体重相关负面影响带来的双重心理压力^[2]。研究显示, 在现代饮食环境巨大改变的背景下, 对某些种类的食物 (尤其是深加工、添加大量增味剂的食物) 的成瘾性是造成饮食过量和肥胖甚至糖尿病的重要因素^[3]。肥胖实际上大都与内在的饮食成瘾性相关^[4], 饮食偏嗜行为更可能是饮食成瘾性的直接后果。人类可能会对很多食物成瘾, 目前主要对高糖、高脂、高盐和食物中含有的致瘾物如咖啡因、乙醇、尼古丁或其他植物碱^[5]的研究较多。随着经济水平的上升、食品工业化的发展, 添加大量增味剂和食品深加工而形成的加工食品使现代环境远离了自然食品为主的传统状态。当环境促使人们选择某些食物, 如果这些食物使人成瘾, 或者含有使人成瘾的成分, 脑与环境的不良联系即建立起来, 形成恶性循环。高糖、高脂、高盐可致瘾, 同时卡路里密度高的食物和饮料价格相对便宜而低能量食物如蔬菜水果的价格相对较高^[6-7], 加工食品和液态卡路里如碳酸饮料的广告

基金项目: 国家国际科技合作项目 (2011DFA30920); 国家科技重大专项 (2012ZX09103201-005)

* 通讯作者: gaosihua1216@163.com, (010) 64286929

营销覆盖更广, 这些因素亦促使人们更多地接触、选择致瘾性食品。在致瘾性的影响下, 人们更多地产生了饮食种类和饮食量的异常, 形成饮食偏嗜。因此, 既往认为饮食偏嗜是个人自身问题, 但目前基于成瘾性的基础研究认为, 饮食偏嗜实际上更是受到环境因素影响形成的成瘾性疾病, 这种认识也将从根本上减少人们对饮食偏嗜和肥胖者的负面印象^[8]。

1.3 饮食偏嗜的新内涵

致瘾性使饮食偏嗜的病因概念除了内在性也表现出外在性的特征, 形成了一种新的不内外因的性质。饮食偏嗜的种类上, 嗜食肥甘来源于对高脂、高糖等高能量食物的成瘾性, 对五味的偏嗜中已有研究基础的主要是高糖和高盐的成瘾性即对甜和咸的偏嗜。由于饮食习惯受地域文化的显著影响, 现有的食物成瘾性研究主要基于北美现代饮食环境, 而我们在基于我国饮食习惯的食物成瘾性初步调查中发现, 我国普遍存在着对辛辣食物的成瘾, 即对辛的偏嗜, 其他对酸、苦的偏嗜尚缺乏调研数据而不能得出结论。在对饮食过量的影响上, 食物的零食化和饮食的社交方式化会促进人们在非饥饿时的进食行为, 在我国尤其是聚餐为主的社交文化, 很大程度上促进了饮食成瘾的形成。

与其他成瘾性疾病一样, 饮食成瘾与人的精神压力和情绪状态密切相关。整体来看, 饮食偏嗜不仅是一种病因概念, 而是包含了特定病因、临床表现和发病机制的一类神经精神性疾病。我国古代把饮食偏嗜当作生活安逸人群的一种不良生活习性, 而现在发现这是一种食物丰富环境的影响下产生的成瘾性疾病。伴随生活水平的提高, 人们对食物的生理需求普遍满足的情况下, 饮食偏嗜具有了普遍流行的基础。作为一类疾病, 饮食偏嗜具有特定的行为学表现, 可以通过某些临床工具进行衡量和评价。

1.4 饮食偏嗜的体现与评价

进化观点认为, 人类进化形成的犒赏系统是食物成瘾性的基础, 犒赏相关的神经机制促使非基于能量需要而是基于愉悦感的享受型饮食行为产生并长期存在^[9]。社会食物环境变化, 自然食物经过加工变为加工食物使犒赏变得更强大, 进一步激励了享受型饮食行为, 形成饮食偏嗜, 出现人对某类食物的多食、戒断、渴求及对其他类似物交叉敏化的表现。饮食偏嗜在行为上很难与正常的饮食行为全然分开, 且常与肥胖等代谢类疾病和暴食症等其他神经精神类疾病相混杂, 长期以来缺乏合适的评价

工具。按照《精神疾病诊断与统计手册》第 5 版 (DSM-5) 的成瘾性诊断标准^[10], 食物成瘾性可能有如下几个方面的表现: 较原计划更长期、大量地摄入某种食物, 长期存在戒断的想法或反复尝试戒断失败, 大量时间或精力花费在获取、食用某种食物上, 为之放弃或减少了重要的社交、职业或娱乐活动, 尽管知道有副作用还继续食用, 耐受, 典型戒断症状、食用后症状缓解。耶鲁食物成瘾量表 (Yale Food Addiction Scale, YFAS) 是在此基础上制定的目前多数研究者认可的相关临床量表, 已作为评价工具广泛使用^[11], 同时被认为在肥胖症、暴食症、减肥手术后特定人群中同样适用^[12-14]。目前研究者已开始进行不同文化环境中的食物成瘾量表修订^[15], 我们也已经着手并初步完成了中文版食物成瘾量表的修订工作, 以期建立饮食偏嗜程度衡量的有效工具。

2 饮食偏嗜的病机规律

2.1 病生于肝, 情志内伤

饮食行为障碍多因抑郁、焦虑, 情志内伤, 肝郁气结, 气失疏泄所致, 病生于肝, 病性属虚实夹杂, 或木不疏土, 脾不健运而形成厌食性进食障碍; 或气滞化火, 肝胃郁热, 脾胃气阴血亏虚, 形成暴食性进食障碍或饮食偏嗜。发病机制上, 食物产生的犒赏性愉悦感是成瘾的基础, 因而情绪状态与饮食偏嗜的发生具有关联, 临床研究也证实, 饮食偏嗜患者 YFAS 症状与其沮丧情绪的程度密切相关^[16]。神经生物学认识上, 不同食物的致瘾机制虽然不尽相同, 但很多都与多巴胺、乙酰胆碱、阿片肽等神经递质有关。以糖成瘾为例, 动物实验提示糖的摄入可能促进中脑边缘多巴胺系统的多巴胺分泌, 产生愉悦感, 反复摄入后分泌减弱, 形成耐受, 继发对糖的多食, 同时促使乙酰胆碱分泌延迟, 滞后产生饱足感^[17]。长期精神压力、沮丧、焦虑的群体, 在致瘾性食物刺激下产生犒赏、反复刺激而耐受, 同时期盼通过饮食得到的愉悦感即预期犒赏比饮食实际产生的犒赏即完成犒赏强烈很多, 两个原因共同促使患者进食更多的某类食物来达到预期的精神愉悦。

相比暴食症和厌食症, 饮食偏嗜存在长期的精神压力因素激发的正反馈通路。饮食偏嗜者并不一定肥胖^[18], 在偏嗜一种食物的同时可能减少其他食物的摄入, 或者反复经历节食、复食、再节食的循环, 但其间一定存在情绪状态的波动, 而这些不

稳定又可能作为诱因进一步激发成瘾加重。在这种长期的精神压力下,肝郁日久,对整体代谢的损害大于短期的饮食行为障碍。研究显示,饮食偏嗜(尤其是高糖)的发病率女性高于男性^[9],也符合“女子以肝为先天”、易患情志病的理论。故而饮食偏嗜当属中医学“郁病”范畴,应以疏肝解郁为根本治法。

2.2 其伤在脾,热浊痰瘀

饮食偏嗜又与“脾瘅”“消渴”同属中医学“逸病”范畴,“逸病者,脾病也”。一般饮食偏嗜最常见的后果就是引起肥胖,其伤在脾,实际上多作为长期并发症看待。多食日久,水谷过剩、精微不化,脾胃枢机失司,积而成脂,聚而为痰,故痰湿郁阻中焦,脾胃虚弱,如《素问·痹论》云:“饮食自倍,肠胃乃伤”;又或湿浊下至肠,湿浊血瘀,化腐生癥瘕或肠癖为痔,如《素问·生气通天论》云“因而饱食,筋脉横解,肠癖为痔”;若肝胃郁火,脾胃郁热,可进一步加重饮食之偏嗜。另外,一些健脾清热中药复方对肥胖者的整体代谢具有明确调节作用,影响内源性激素如胰岛素、瘦素、胃饥饿素等的分泌,而这些激素与调节饮食行为的脑区域的神经活动有相关性^[4],从另一侧面反映了脾的运化升清功能与饮食偏嗜的产生密切相关。

2.3 日久及肾,耗损元神

“五味所入,……咸入肾”,偏嗜咸者,反补为伤,殃及肾脏。若本先天禀赋不足,年老体弱,又咸伤于肾,则肾精不藏,无以化生阴阳,水不涵木,肝阳上亢,亦或脾肾阳虚,水饮内停变生眩晕、水肿等病。对于盐敏感人群,高盐饮食成瘾直接引起盐敏感性高血压病的发生,而补肾滋水法对这一类患者具有良好的控制作用。偏嗜肥甘厚味,病伤于脾,日久及肾,形成足三阴亏损,脾不足痰湿积聚而形体胖硕,肾不足元神耗损而出现认知和行为功能的减退。有证据显示,肥胖者可能出现工作记忆力、注意力、运动能力等认知和行为功能的减退^[1],这种功能障碍又与其饮食偏嗜行为相关联^[2],在饮食行为得到纠正、体重控制的情况下可以逆转。临床中运用补肾填精、疏肝健脾的中药复方在纠正饮食行为的同时常有助于认知行为的改善。

3 基于病机理论的饮食偏嗜干预方法

3.1 方药辨治

结合中医病机认识,饮食偏嗜的中医辨证治疗

多采用疏肝解郁、理气益脾、清热泻浊、补肾滋阴方药,其中又以治肝为主,如用白梅花、白菊花、合欢花诸花疏肝调脾,香橼、佛手畅达情志,若肝气郁结予柴胡疏肝散加减,若肝郁脾虚血弱予逍遥散加减,兼热加牡丹皮、栀子,若气结血瘀予血府逐瘀汤加减,胃火偏炽予清胃散,脾胃伏火予泻黄散。

饮食偏嗜临床治疗不宜采用重药,应以辅助养生指导改善饮食习惯、调畅情志为主,若病及脾、肾,当具体辨证处理。同时健脾清热、补肾填精的方药对调节整体代谢、纠正饮食偏嗜也有裨益。

3.2 传统体育与养生指导

目前饮食偏嗜个体干预方法非常有限,单纯的饮食行为纠正的长期效应不确定,节食自然戒断后大量患者焦虑、渴求、烦躁、沮丧的情绪波动难以克服,在一段时间后出现摄入量更高的复食。并且基于饮食行为的复杂性,进食限制常会引起其他的病态进食问题。神经肽激素和其他类型成瘾治疗药物如纳曲酮、巴氯酚^[23]可能成为饮食偏嗜的治疗药物,但应用前景尚不明确。有证据显示,大量运动同样形成犒赏产生愉悦性依赖^[24],所以运动疗法可能对饮食调节具有作用。情绪脑训练是目前流行的被认为可能从根本上进行情绪调节以纠正饮食行为的干预方法。相较之下,传统体育和养生指导在饮食偏嗜干预中体现了良好的应用价值。传统体育如太极、导引等具有一定运动量,同时也十分重视情绪调节,共同作用可能促进饮食行为的改善。中医养生指导一方面强调“恬淡虚无,精神内守”调节精神状态,另一方面促进形成传统的饮食观念,如《饮膳正要》所提倡的“先饥而食,食勿令饱,先渴而饮,饮勿令过,食欲数而少,不欲顿而多”。我们在对某社区 36 人基于深层访谈法的饮食行为调研中也发现,系统的中医养生知识对饮食偏嗜行为的纠正具有长期、确切的作用。由于饮食行为的文化特性,在我国传统体育和养生指导干预饮食偏嗜具有很好的应用前景。

4 小结

食物成瘾性是目前营养和代谢性疾病的重要研究方向之一,在我国也越来越成为突出的健康和社会问题。在成瘾性的背景下,有必要重新探讨饮食偏嗜这一中医内伤病概念,分析其系统的病因、发病机制和临床表现。饮食偏嗜病位在肝,累及脾肾,这种规律与肥胖、高血压病、糖尿病等相关疾

病肝脾肾同病的病机认识密切相关^[23], 促进了对营养代谢类疾病整体病机特点的深入理解。在对饮食偏嗜新认识的指导下, 我们首先建立了我国食物成瘾性的临床评价体系, 为进一步开展饮食偏嗜相关的临床研究奠定了基础在实践中也开始尝试使用中药复方、传统体育和养生指导等方案综合干预、调整饮食行为, 目前为止已经取得了良好的效果。未来还将继续深入探寻我国饮食文化环境下中医药方案干预饮食行为异常的临床与生物学证据。

参考文献

- [1] Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 [J]. *Lancet*, 2014, 384(9945): 766–781.
- [2] Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults [J]. *Obesity (Silver Spring)*, 2006, 14(10): 1802–1815.
- [3] Shriner R, Gold M. Food addiction: an evolving nonlinear science [J]. *Nutrients*, 2014, 6(11): 5370–5391.
- [4] DePierre JA, Puhl RM, Luedicke J. A new stigmatized identity? Comparisons of a “food addict” label with other stigmatized health conditions [J]. *Basic Appl Soc Psychol*, 2013, 35(1): 10–21.
- [5] Davis C. Evolutionary and neuropsychological perspectives on addictive behaviors and addictive substances: relevance to the “food addiction” construct [J]. *Subst Abuse Rehabil*, 2014, 5: 129–137. doi: 10.2147/SAR.S56835.
- [6] Drewnowski A. The Nutrient Rich Foods Index helps to identify healthy, affordable foods [J]. *Am J Clin Nutr*, 2010, 91(4): 1095S–1101S.
- [7] Drewnowski A, Bellisle F. Liquid calories, sugar, and body weight [J]. *Am J Clin Nutr*, 2007, 85(3): 651–661.
- [8] Latner JD, Puhl RM, Murakami JM, et al. Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology [J]. *Appetite*, 2014, 77: 77–82. doi: 10.1016/j.appet.2014.03.004.
- [9] Gold MS. From bedside to bench and back again: a 30-year saga [J]. *Physiol Behav*, 2011, 104(1): 157–161.
- [10] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [M]. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013: 481–590.
- [11] Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, et al. The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review [J]. *Nutrients*, 2014, 6(10): 4552–4590.
- [12] Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, et al. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings [J]. *Compr Psychiatry*, 2013, 54(5): 500–505.
- [13] Boggiano MM, Burgess EE, Turan B, et al. Motives for eating tasty foods associated with binge-eating. Results from a student and a weight-loss seeking population [J]. *Appetite*, 2014, 83: 160 – 166. doi: 10.1016/j.appet.2014.08.026.
- [14] Clark SM, Saules KK. Validation of the Yale Food Addiction Scale among a weight-loss surgery population [J]. *Eat Behav*, 2013, 14(2): 216–219.
- [15] Brunault P, Ballon N, Gaillard P, et al. Validation of the French version of the yale food addiction scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample [J]. *Can J Psychiatry*, 2014, 59(5): 276–284.
- [16] Eichen DM, Lent MR, Goldbacher E, et al. Exploration of “food addiction” in overweight and obese treatment-seeking adults [J]. *Appetite*, 2013, 67: 22–24. doi: 10.1016/j.appet.2013.03.008.
- [17] Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Sugar and fat bingeing have notable differences in addictive-like behavior [J]. *J Nutr*, 2009, 139(3): 623–628.
- [18] Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample [J]. *Compr Psychiatry*, 2007, 48(2): 124–131.
- [19] Fattore L, Melis M, Fadda P, et al. Sex differences in addictive disorders [J]. *Front Neuroendocrinol*, 2014, 35(3): 272–284.
- [20] Murray S, Tulloch A, Gold MS, et al. Hormonal and neural mechanisms of food reward, eating behaviour and obesity [J]. *Nat Rev Endocrinol*, 2014, 10(9): 540–552.
- [21] Bruhl H, Wolf OT, Sweat V, et al. Modifiers of cognitive function and brain structure in middle-aged and elderly individuals with type 2 diabetes mellitus [J]. *Brain Res*, 2009, 1280: 186–194. doi: 10.1016/j.brainres.2009.05.032.
- [22] Krashes MJ, Kravitz AV. Optogenetic and chemogenetic insights into the food addiction hypothesis [J]. *Front Behav Neurosci*, 2014, 8: 57. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00057.
- [23] Gold MS, Avena NM. Animal models lead the way to further understanding food addiction as well as providing evidence that drugs used successfully in addictions can be successful in treating overeating [J]. *Biol Psychiatry*,

2013, 74(7): e11. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.04.022.

[4] Allegre B, Souville M, Therme P, et al. Definitions and measures of exercise dependence [J]. Addict Res Theory,

2006, 14(6): 631-646.

[5] 赵丹丹, 高思华, 穆倩倩, 等. 肝脾肾同调辨治 2 型糖尿病的理论依据与特色 [J]. 中医杂志, 2014, 55(3): 205-208.

New Understanding of Addiction at Diet Preference and Exploration and Analysis of Its Pathogenesis Regularity

LI Xiaoke¹, LIU Chan², ZHAO Dandan¹, YU Na¹, GAO Sihua¹

(1. Diabetes Research Center of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029, China; 2. Food Science and Nutrition Engineering Institute of China Agricultural University)

ABSTRACT Based on the food addictive researches, the formation of diet preference mainly is related to the external food addictive environment and the internal emotional pressure. It has been clearly expounded on the relative neurobiological and psychological mechanisms and its measurable clinical manifestations. Diet preference is one of the most important Chinese etiological concepts, which is mainly on liver depression, and the spleen and kidney are also involved. The specific pathogenesis regularities are as follows: It is formed by the liver damaged because of the internal emotional injuries, then the spleen harmed which leading to the stasis of fire, turbidity and phlegm, and finally the kidney involved due to the primordial spirit consumed with time passing. There are significant effects on regulating diet behaviors and correcting its preference with Chinese medicine interventions, especially with the traditional sports and healthy guidance. This understanding lays a foundation for establishing the clinical evaluation system on food behavior intervention in China, and provides a new perspective in treating nutritional metabolic diseases with Chinese medicine methods.

Keywords diet preference; food addiction; depression disease; leisure disease; pathogenesis regularity

(收稿日期: 2015-02-04; 修回日期: 2015-02-16)

编辑: 崔京艳

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 | 内经临床精要 59 | 伤寒论方剂当代研究 128 |
| 李济仁医论医选集 98 | 儿科疾病 25 | 伤寒论临床发挥 68 | 柴浩然医论医案集 128 |
| 中医古籍文献学 (第 2 版) 228 | 老年疾病 25 | 内经临床运用 79 | 林沛湘学术经验集 138 |
| 张琪学术思想探赜 78 | 风湿免疫及内分泌疾病 28 | ●其它图书 | 康复评定学 148 |
| ●名老中医方药心得丛书 | 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 | 现代脉诊学 148 |
| 祁宝玉眼科方药心得 50 | 社区急症 29 | 让“胰岛”动起来——我是这样战胜糖尿病的 (第 3 版) 39 | 岭南本草集锦 148 |
| 晁恩祥临证方药心得 58 | 流行病与传染病 29 | 中药药对表解 (修订版) 39 | 章次公医案经验集 (增补版) 158 |
| 俞长荣临床经验集 68 | 社区医学检查诊断技术 29.8 | 手法治疗骨科软组织损伤图谱 39.8 | 中药血清药物化学 188 |
| 姜良铎内科方药心得 68 | 肾脏及血液疾病 29.9 | 章次公《药理学》点校 48 | 天然产物化学研究 198 |
| 段富津方剂学讲课实录 78 | 耳鼻咽喉及口腔科疾病 29.9 | 病毒学感染性疾病中医治疗学概要 54 | 广西特色中草药资源选编 498 |
| 周文泉老年病临证经验集 79 | 泌尿生殖疾病 30 | 全国名老中医柴瑞雷临床经验集萃 78 | 千金翼方选译 110 |
| 徐福松男科纲目 88 | 外科疾病 30 | 病毒性传染病中医治疗概要 58 | 当代中医外治精要 48 |
| 白兆芝临证经验集萃 88 | 眼科疾病 35 | 黄德彰医文精华 68 | 医学入门 68 |
| ●名医讲学荟萃 | 消化疾病 35 | 陈雨苍中医妇科临床经验 68 | 中国百年百名中医临床家丛书 340 |
| 裘沛然讲《内经》38 | 社区护理 35 | 中医学概论 (英文版) 68 | 张氏医通 49 |
| 张琪讲临床 42 | ●中医药科学方法学研究系列丛书 | 中医学导论 69.8 | 简明实用中医学 63 |
| 孟庆云讲中医经典 58 | 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 |
| ●农村卫生适宜技术推广丛书 | 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 | 医宗金鉴 86 |
| 地方性疾病中西医结合诊疗技术 27 | 古代中医药名家学术思想与认识论 98 | 中医药学名词内科学妇科学儿科学 88 | 伤寒论现代研究与临床应用 38 |
| 中药炮制实用技术 29.8 | 中医药理论技术发展的方法学思考 118 | 脊髓损伤的中医康复治疗 98 | 国医大师验案精粹 (内科篇) 58 |
| 农村实用针灸技术 34 | 中医临床基础医学研究 128 | 中国的藏医 (汉文、藏文、英文) 98 | 经方化裁——伤寒论现代研究丛刊 36 |
| 农村实用液体疗法 37 | ●重读中医经典丛书 | 现代中成药的药材炮制 98 | 以上书均免费邮寄, 欲购者 |
| 灾害医学救治技术 39.8 | 金匱要略临床运用 48 | 刘炳凡医论医案 118 | 请汇款至北京市东直门内南小街 |
| ●社区医师中西医诊疗规范丛书 | 金匱要略临床精要 58 | 华廷芳学术经验集 128 | 16 号中医杂志社医海林音像书 |
| 心血管疾病 22 | 伤寒论临床精要 59 | 临床常见疾病影像诊断及治疗原则 128 | 店图书部收, 邮政编码: 100700。 |
| 社区康复 22 | 伤寒论临床运用 59 | 糖络杂病论 (第 2 版) 128 | 电话: (010) 64035632。请在汇款 |
| 肿瘤 24 | | | 单附言栏写清所购书名、册数及 |
| 呼吸疾病 24 | | | 邮编。 |
| 骨伤病 24 | | | |