

# 中医药治疗慢性浅表性胃炎的研究进展

海兴华<sup>1</sup>, 王晓宇<sup>2</sup>, 刘芳<sup>1</sup>, 靳丽<sup>1</sup>, 逢妍<sup>1</sup>, 孙庆<sup>1\*</sup>

(1 天津中医药大学第一附属医院治未病健康管理中心, 天津 300381; 2 天津中医药大学, 天津 301617)

**【摘要】**目前慢性浅表性胃炎(CSG)的发病率在慢性胃炎及各种胃肠疾病中位居首位,如不及时进行干预治疗,最终可能发展为慢性萎缩性胃炎,甚至胃癌,故预防并及时治疗CSG具有重要意义。本研究对CSG的中医病名、病因病机、辨证分型、临床研究包括辨证治疗、自拟方药治疗、中成药治疗、针灸治疗、推拿治疗等分别进行综述。最后对CSG的中医药诊治做出客观评价、思考和展望。中医药治疗对于提高CSG患者有效率和治愈率、降低复发率、改善患者临床症状等具有重要作用和意义,需进一步开展高质量的临床试验和基础实验研究,以期发挥中医药治疗CSG的特色优势。

**【关键词】**慢性浅表性胃炎; 中医药; 临床治疗; 研究进展

**Research progress in treatment of chronic superficial gastritis with Traditional Chinese Medicine** HAI Xing-hua\*, WANG Xiao-yu, LIU Fang, et al. \*First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300381, China.

**【Abstract】**At present, the incidence rate of chronic superficial gastritis (CSG) is the first place in chronic gastritis and various gastrointestinal diseases. If not intervened in time, it may eventually develop into chronic atrophic gastritis or even gastric cancer. Therefore, prevention and timely treatment of CSG play an important significance. In this study, the TCM disease name of CSG, etiology and pathogenesis, syndrome differentiation, clinical research including syndrome differentiation treatment, self-made prescription treatment, proprietary Chinese medicine treatment, acupuncture treatment, massage treatment were reviewed. Finally, the objective evaluation, thinking and prospect of CSG diagnosis and treatment of TCM are made. TCM treatment plays an important role in improving the effective rate and cure rate of CSG patients, reducing the recurrence rate and improving the clinical symptoms of patients. It is necessary to further carry out high-quality clinical trials and basic experimental research in order to give full play to the characteristic advantages of TCM treatment of CSG.

**【Key words】**Chronic superficial gastritis; Traditional Chinese Medicine; Clinical treatment; Research progress

慢性浅表性胃炎(Chronic Superficial Gastritis, CSG)是指胃黏膜在各种致病因素作用下所致的非萎缩性慢性炎症性病变<sup>[1]</sup>,内镜下可见黏膜红斑,黏膜出血点或斑块,黏膜伴或不伴水肿,及充血渗出等基本表现<sup>[2]</sup>,是消化系统常见疾病<sup>[3]</sup>。根据新悉尼系统分类法将慢性胃炎分为CSG、慢性萎缩性胃炎和特殊类型胃炎,据流行病学调查,慢性浅表性胃炎在各年龄段均有发病,发病率居于慢性胃炎及胃肠疾病之首<sup>[4]</sup>,约占接受胃镜检查患者的42%~78%。在我国,80%以上的成年人都具有不同程度的CSG,且男性多于女性,呈逐年上升趋势<sup>[5]</sup>。此疾病在任何年龄层都可见,其中以青壮年发病者居多,并可随年龄增长而逐渐升高<sup>[6]</sup>。近年研究表明,CSG病变发展模式为“正常胃黏膜—CSG—萎缩性胃炎—肠上皮化生—异型增生—胃癌”<sup>[7]</sup>,其中1978年WHO将慢性萎缩性胃炎列为胃癌的“癌前疾病”或称为“癌前状态”,而在慢性萎缩性胃炎基础上出现的肠上皮化生和异型增生则是胃癌的“癌前病变”,故CSG的有效治疗对消化道癌症的预防、诊治均有重要意义。目前,西医临床治疗CSG主要是对症治疗,多采用抗生素(如阿莫西林、克拉霉素、甲硝唑等)、质子泵抑制剂(如奥美拉唑、雷贝拉唑等)、胶体铋剂类药物(如枸橼酸铋钾)、抑酸剂(西咪替丁、雷尼替丁等)等,但其存在一定不良反应<sup>[8-12]</sup>,且疗程长,停药后临床易复发等不足<sup>[13]</sup>;而中医治疗本病在四诊合参、辨证论治的大量临床实践基础上取得了丰富的经验和不错的疗效,有其独特优势<sup>[14-17]</sup>。现对该病的中医临床治疗进展进行综述,报告如下。

## 1 中医病名

在中医中并无CSG之说,将其归于“痞满”、“胃脘痛”、“呃逆”、“呕吐”等范畴,其主要症状表现为心下痞塞、胸膈胀闷不舒、胃脘部疼痛、反酸呃逆、呕吐为主<sup>[18-21]</sup>。

痞满:《素问·太阴阳明论》记载:“饮食不节,起居不时者,阴受之。阴受之则入五脏,入五脏则膜满闭塞”,认为其病因是

饮食不节、起居不适和寒气为患等;其病名首见于《伤寒论》“满而不痛者,此为痞”<sup>[22]</sup>;张介宾所著《景岳全书·痞满》明确指出分虚实诊治:“凡有邪有滞而痞者,实痞也,无物无滞而痞者,虚痞也。……实痞实满者,可消可散,虚痞虚满者,非大加温补不可。”根据其虚、实分治,实者泻之,虚者补之,虚实夹杂者补消并用。

胃脘痛:首见于《内经》,《灵枢·邪气脏腑病形》指出:“胃病人者,腹腹胀,胃脘当心而痛”,与心经本身病变的“厥心痛”相混;《素问·六元正纪大论》首提胃痛的发生与肝、脾相关;宋代之后医家对胃痛与心痛的混谈提出质疑,《兰室秘藏》中首立“胃脘痛”一门,将胃脘痛的证候、病因病机和治法明确区分于心痛,明清时代进一步澄清胃痛与心痛的混淆之论,提出胃痛治疗大法,《医学真传·胃脘痛》:“气在上者涌之,清气在下者提之,寒者温之,热者寒之,虚者培之,实者泻之,结者散之,留者行之”,邪盛以祛邪为急,正虚以扶正为先,虚实夹杂者,则当祛邪扶正并举。

呃逆:《素问·宣明五气》中记载的“胃之气逆,为哕”即是本病;《灵枢·口问》曰:“谷入于胃,胃气上注于肺。今有寒客气与新谷气,俱还入于胃,新故相乱,真邪相攻,气并相逆,复出于胃,故为哕。”已认识到本病的病机为胃气上逆,其发病与寒气客胃、肺相关;张仲景在《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》中将呃逆分为三类,并提出了治法方药;《证治汇补·呃逆》对本病提出系统的治法方药:“治当降气化痰和胃为主,随其所感而用药。气逆者,疏导之;……虚而夹热者,当凉补。”

呕吐:《内经》对其病因病机已有较详细的论述,如:《素问·举痛论》云:“寒气客于肠胃,厥逆上出,故痛而吐也。”《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸……皆属于热。”“诸逆冲上。皆属于火。”《素问·脉解》曰:“所谓食则呕者,物盛满而上溢,故呕也。”《灵枢·四十气》云:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕苦。”认为呕吐可由外邪、火热、食滞及肝胆气逆犯胃导致;张景岳将呕吐分为虚实两类,《景岳全书·呕吐》:“呕吐一证,最当详辨虚实。实者有邪,去其邪则愈;虚者无邪,则全由胃气之虚也,补其虚则呕吐可止。”叶天士在《临证指南医案》

基金项目:国家自然科学基金项目(81603711)

\*通信作者:孙庆, Email: 13820290606@163.com

中提出“泄肝安胃”为呕吐治疗纲领,在用药方面强调“以苦辛为主,以酸佐之”,治法方药丰富。

## 2 病因病机

中医理论认为 CSG 大多与饮食不节、情志因素、素体虚弱、外邪犯胃、劳倦内伤等方面有关,与肝脾两脏关系最为密切<sup>[23]</sup>。其病机比较复杂,初期气机失调,胃失和降,纳谷不化,正气未亏,邪气侵犯;日久邪气留恋,正气渐耗,虚实互见,或本虚标实,脾胃虚弱,气虚阴亏,表实则以脉络瘀阻、湿热内蕴、气机郁滞为主<sup>[24]</sup>。可见,早期临床以实证为主,日久病变则为虚证或虚实夹杂;早期病变在气分,日久则渐入血分。

## 3 辨证分型

根据 2009 年中华中医药学会发布的《慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见》<sup>[25]</sup>将 CSG 分为以下几个证型:①脾胃气虚证:主症:胃脘胀满或胃痛隐隐,餐后明显,饮食不慎后易加重或发作。次症:纳呆,疲倦乏力,少气懒言,四肢不温,大便溏薄,舌淡或有齿印,苔薄白,脉沉弱。②脾胃虚寒证:主症:胃痛隐隐,绵绵不休,喜温喜按,劳累或受凉后发作或加重。次症:泛吐清水,神疲纳呆,四肢倦怠,手足不温,大便溏薄,舌淡苔白,脉虚弱。③肝胃不和证:主症:胃脘胀痛,痞塞不舒,情绪不遂时易加重或复发。次症:两胁胀满,纳少泛恶,心烦易怒,善叹息,舌淡红,苔薄白,脉弦。④脾胃湿热证:主症:脘腹痞满,舌质红,苔黄腻,脉滑或数。次症:食少纳呆,口干口苦,身重困倦,小便短黄,恶心欲呕。⑤胃阴不足证:主症:胃脘灼热疼痛,胃中嘈杂,舌红少津或有裂纹,苔少或无。次症:似饥而不欲食,口干舌燥,大便干结,脉细或数。上述证候需必备主症,另加次症 2 项以上即可诊断为该证型。

## 4 临床治疗

中医药辨证施治脾胃疾患历史悠久且经验丰富,逐渐在临床显现出疗效好、不良反应少等优势作用<sup>[26-28]</sup>。大量相关临床研究结果表明<sup>[29-33]</sup>,中医药疗法配合西医循证医学基础治疗 CSG 可取得事半功倍的临床效果,临床常选择的中医治疗方法包括中药内服、毫针、艾灸、推拿、耳穴压丸等,根据各个治疗方法的自身优势与不足,联合西医或多种方法联合用药发挥其协同作用,从多靶点、多途径、多环节发挥药效以治疗 CSG。

### 4.1 辨证治疗

张美颖等<sup>[34]</sup>观察柴胡疏肝散治疗肝胃不和型 CSG 的疗效,将 112 例患者随机分为对照组和治疗组各 56 例,对照组予多潘立酮片联合奥美拉唑肠溶片治疗,治疗组在其基础上予柴胡疏肝散,组方:柴胡、陈皮、川芎、芍药、枳壳、香附、炙甘草,辨证加减治疗,诸药合用,共奏疏肝理气、活血止痛之功。经治疗 1 个月后,治疗组(92.86%)临床有效率显著高于对照组(78.57%),有效改善了患者胃脘痛、烧灼感、反酸暖气、恶心呕吐的症状,同时治疗组有效降低患者相关炎症反应递质水平,提升了 Hp 清除率和患者生活质量水平。吕翔等<sup>[35]</sup>探讨清中汤加味联合常规治疗脾胃湿热型 CSG 的疗效及症状体征的影响,将 92 例 CSG 患者随机分为对照组和治疗组各 46 例,对照组予甲硝唑片、果胶铋胶囊、阿莫西林胶囊常规治疗,治疗组在其基础上采取清中汤加味治疗,方用黄连、栀子、陈皮、茯苓、白术、石菖蒲、法半夏、薏苡仁、草豆蔻、党参、大枣、炙甘草,随症加减,诸药相合,共奏清热化湿、健脾和胃、升清降浊的功效。治疗 1 个月后,治疗组患者脾胃湿热证证候评分、胃镜下胃黏膜和病理分级评分均低于对照组,治疗组总有效率(95.65%)显著高于对照组(78.26%),同时治疗组复发率(10.87%)远低于对照组(52.63%),明显改善 CSG 患者的中医证候,提高临床疗效,降低

其复发率和炎症因子水平。刘玉如<sup>[36]</sup>观察黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型 CSG 的效果,对照组予奥美拉唑、阿莫西林、克拉霉素常规治疗,观察组行黄芪建中汤加味治疗,方药:黄芪、大枣、饴糖、元胡、乌贼骨、白芍、桂枝、生姜片、白芨、炙甘草,随症加减,诸药合用,共奏补气生血、散寒和胃止痛的功效。经治疗 1 个月后,观察组临床效果优于对照组,可缩短症状消失时间和减少不良反应发生。

### 4.2 自拟方药治疗

全小林常用黄芪、吴茱萸、黄连三味小方治疗虚寒型 CSG<sup>[37]</sup>。他认为当下脾胃病多寒热错杂,其主要病因是素体脾胃虚弱或长期贪食冰凉冷饮,中伤脾阳、中焦虚寒,致脾虚运化失常、积热壅滞。黄连苦寒,吴茱萸味辛,辛开苦降,加强脾胃功能;偏寒者酌加黄芪以补气,以达补气升阳、利水消肿之功,常用药 15~45 g;吴茱萸温补脾阳常用药 6~15 g;黄连苦降和胃、清热燥湿常用药 3~9 g。若胃热较重酌加蒲公英清热解毒,湿胜酌加薏苡仁健脾燥湿,若见湿胜苔白厚腻酌加白术、茯苓健脾利水除湿。赵行君等<sup>[38]</sup>观察自拟胃安方治疗 CSG 的效果及其对血清中 SOD、MDA 及 GSH-Px 的影响,对照组予阿莫西林胶囊、奥美拉唑肠溶片、克拉霉素片,治疗组予院内自拟胃安方,组方:制厚朴、黄连(姜汁炒)、黄芩、丹参、石菖蒲、砂仁、制半夏、麦芽、焦栀子、芦根,随症加减。连续治疗 2 个月后,治疗组有效率(92.5%)明显优于对照组(78.0%),内镜下胃黏膜疗效比较,治疗组有效率(94.3%)高于对照组(82.0%),临床研究显示自由基损伤胃黏膜是引起 CSG 的主要原因,胃安方可有效降低患者血清中 MDA 含量,提高 SOD 和 GSH-Px 含量,表明其可以有效清除自由基发挥抗氧化作用,进而保护胃黏膜。余优芬<sup>[39]</sup>以常规西药治疗加用经验方胃炎 1 号方治疗 CSG,并于治疗前后进行胃镜检查,观察 Hp 清除率及餐后饱胀不适、早饱和上腹部疼痛改善情况,结果发现,与单纯运用西药治疗相比,胃炎 1 号方能明显减轻 CSG(脾胃湿热型)患者的临床症状,提高临床疗效,并能降低复发率。

### 4.3 中成药治疗

CSG 临床治疗因其迁延难愈、易复发,需长期用药,中成药有其携带服用方便、药效成分确定的明显优势,经过大量动物实验和临床试验已验证中成药治疗 CSG 疗效确切,对患者而言,其比中药汤剂更易接受。黄永强<sup>[40]</sup>观察革铃胃痛颗粒联合质子泵抑制剂对 CSG 患者临床效果、前列腺素 E<sub>2</sub>、表皮细胞生长因子水平的影响,将 106 例患者随机分为对照组和观察组各 53 例,对照组予兰索拉唑肠溶片治疗,观察组在其基础上予革铃胃痛颗粒,连续治疗 6 周后,观察组有效率(94.34%)高于对照组(81.13%),中医证候积分和表皮细胞因子生长水平低于对照组,前列腺素 E<sub>2</sub> 水平高于对照组,与兰索拉唑联合使用发挥协同作用,进一步改善 CSG 患者症状,抑制胃酸生成,促进胃黏膜愈合,加快其恢复,革铃胃痛颗粒组为革澄茄、黄连、延胡索,诸药相合共奏活血散瘀、行气止痛之功。段晓伟等<sup>[41]</sup>探讨温胃舒颗粒联合铝碳酸镁治疗 CSG 的临床疗效,将 101 例患者分为对照组(50 例)和治疗组(51 例),对照组予口服铝碳酸镁片,治疗组在其基础上予口服温胃舒颗粒,连续治疗 4 周后,治疗组证候积分、胃黏膜炎症病变评分显著低于对照组,日常生活能力评分、血清前列腺素 E<sub>2</sub> 和超氧化物歧化酶水平明显高于对照组。温胃舒颗粒主要成分为党参、附子、黄芪等中药提取物,具有和胃温中止痛的功效,现代药理学研究表明其可抑制胃酸、抗炎止痛、提高机体免疫,经治疗后患者胃脘疼痛、嘈杂吞酸、痞闷胀满、口干口苦症状改善明显,同时改善血清内



治愈因子、修复损伤胃黏膜,进而提高患者生活质量。刘天海<sup>[42]</sup>在临床中运用胃康灵胶囊联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗 CSG,同样证实了其具有临床疗效较好,防止病情复发,减少不良反应发生等优点。

#### 4.4 针灸治疗

针灸具有调和阴阳、通调气血、调节脏腑功能、疏通经络的作用,大量医家和学者经过长期的研究发现其对 CSG 患者疗效显著<sup>[43-47]</sup>。

##### 4.4.1 毫针治疗

汪利君等<sup>[48]</sup>认为 CSG 病位在胃,与肝脾密切相关,肝失疏泄有碍脾胃升降出入,故见痞闷胀满吞酸,脾胃互为表里,病理和生理上相互配合和影响,同时考虑 CSG 病久迁延难愈,患者兼见焦虑、抑郁、失眠等情绪障碍,通过调神以治形为目的探讨“调神针刺法”治疗 CSG 的临床效果,将 60 例患者随机分为对照组和观察组各 30 例,对照组予常规西药治疗,观察组在其基础上予调神针刺法治疗,取穴:足三里、中脘、关元、天枢、神庭、四神聪、内关、三阴交,连续治疗 8 周后,观察组有效率(86.67%)明显高于对照组(76.67%),且胃镜检查积分、症状积分、SAS 积分及 SDS 积分均较对照组降低明显,提示调神针刺法可以明显改善 CSG 患者临床症状及抑郁、焦虑情绪障碍,明显提高疗效。调神针刺法能明显改善 CSG 患者的临床症状及焦虑、抑郁情况,明显提高患者的治愈率及有效率,对治疗 CSG 疗效确切。段宜珂等<sup>[49]</sup>观察疏肝调神针刺法为主治疗肝胃不和型 CSG 的临床疗效及对 SAS 评分的影响,临床患者予以疏肝调神针刺法,取穴百会、印堂、四神聪、神庭、本神、内关、太冲、中脘、足三里、公孙、期门,治疗 1 个疗程后,患者胃脘痛、嗝气、泛酸改善明显,SAS 评分下降明显,患者情绪障碍有所改善,临床有效率达 90.3%,疗效确切。

##### 4.4.2 温针灸治疗

盛刚等<sup>[50]</sup>认为外邪犯胃、饮食不节(洁)等导致患者出现胃脘冷痛、痞满不适、嗝气反酸等症状,应当采用“寒者热之、虚者补之”的原则进行治疗,故采用温针灸治疗脾胃虚弱(寒)型 CSG,温针灸将针刺与艾灸相合具有温经散寒、和胃止痛、通行血脉的作用,取穴关元、中脘及两侧足三里进行温针灸,经治疗一个疗程后,患者大便稀薄、畏寒肢冷等症状改善明显,生存质量评分明显升高,提示温针灸可发挥其温、补、通的优势作用,改善患者虚、寒的症状。郑成全<sup>[51]</sup>观察温针灸治疗 CSG 的胃镜疗效及对胃内幽门螺杆菌(Hp)含量水平的影响,将 86 例患者随机分为研究组和常规组各 43 例,常规组予口服奥美拉唑肠溶胶囊、甲硝唑片、阿莫西林胶囊,研究组采用温针灸治疗,取穴百会、四神聪、中脘、大横、关元、气海、内关、足三里、三阴交,温针灸针刺诸穴,共奏温经通络、逐寒祛湿之功,持续治疗 8 周后,研究组胃镜下评分降低和 SF-36 评分升高明显优于常规组,研究组有效率(90.70%)显著高于常规组(72.09%),研究组胃内 Hp 根除率达 93.02%,1 年随访复发率仅 9.30%。胡斌<sup>[52]</sup>运用温针灸结合常规针灸治疗 CSG 总有效率达 97.96%,疗效明显优于单纯应用针灸治疗,并且能明显改善患者生活质量。

##### 4.4.3 火针治疗

熊先亨等<sup>[53]</sup>考虑火针具有针和灸的双重作用,既可以开泻腠理,使湿寒之邪,得火热之行,不除自化,又可补脾益胃、温阳固脱,故观察火针治疗脾胃虚寒型 CSG 的疗效,CSG 患者采用细火针刺,取穴:建里、气海、中脘、梁丘、足三里、三阴交,治疗 4 周后,患者腹胀腹痛、嗝气吞酸、纳差恶心较前改善明显,其临床有效率达 93.33%。

#### 4.4.4 穴位埋线治疗

苏婉祯等<sup>[54]</sup>认为 CSG 临床治疗以口服药为主,患者依从性较差,穴位埋线有治疗时间短、作用时间长,补泄双向调节等优势,对治疗 CSG 有较高的价值,选取 60 例肝胃不和型 CSG 患者随机分为两组,对照组予口服柴胡疏肝汤加减,治疗组接受埋线治疗,取穴:A 组[中脘、胃俞(双)、肝俞(双)];B 组[足三里(双)、脾俞(双)、胆俞(双)],两组交替使用,经治疗 1 个月后,治疗组(96.67%)有效率显著高于对照组(76.67%),治疗组患者胃痛、脘腹胀满、反酸烧心较前明显改善,躯体疼痛、一般健康状况等 SF-36 评分等升高均优于对照组。刘倩等<sup>[55]</sup>探讨穴位埋线联合质子泵抑制剂治疗慢性非萎缩性胃炎的临床疗效,对照组予口服奥美拉唑肠溶片,治疗组在其基础上联合使用穴位埋线治疗,取穴:足三里、内关、中脘,治疗 3 个月后,治疗组有效率(89%)明显高于对照组(67%),治愈率亦优于对照组,患者症状得到明显改善。

#### 4.5 推拿治疗

推拿作为中医外治法重要的手段之一,对于胃痛、腹胀、腹泻、便秘等内科疾病有明显的改善作用,其中以腹部推拿最为多见,在临床中治疗 CSG 已有大量的研究基础,取得了较好的疗效<sup>[56-61]</sup>。《黄帝内经》曰:“脾司大腹”,即腹部为脾所主,腹部推拿具有调节中焦气机升降的作用,通过调节脾胃升降的功能,从而达到治疗脾胃本体的病变的目的,同时腹部也是胃经、脾经循行分布的地方,经脉所过、主治所及,腹部推拿可以通过经络的刺激来治疗本经本腑的疾患。海兴华等<sup>[62]</sup>运用揉腹法治疗 CSG 患者 23 例,并与口服西药多潘立酮进行疗效对比,结果显示揉腹法对于改善 CSG 的临床症状及胃黏膜炎性表现等方面均优于口服多潘立酮,证实了腹部推拿治疗 CSG 的临床疗效。屈玉疆等<sup>[63]</sup>运用腹部推拿手法中的按法、揉法、运法综合治疗 CSG 患者 30 例,90% 的患者临床症状减轻或消失,并且复查胃镜显示炎性表现减轻,幽门螺杆菌(Hp)阴转或减弱,取得了较好的临床疗效。曹建明等<sup>[64]</sup>运用腹部推拿配合整脊手法治疗胃痛患者(包括胃溃疡及慢性胃炎患者)116 例,96.56% 的患者胃脘部疼痛症状得到了改善,亦疗效显著。此外,有研究<sup>[65]</sup>证实了推拿疗法可以降低胃泌素(GAS)、生长抑素水平,升高胃动素水平,从而达到改善胃肠道症状的治疗作用。

#### 5 总结与展望

综上所述,针对 CSG 的中医药治疗,国内学者进行了大量的临床及实验研究,不但在病因病机、辨证论治、临床治疗积累了充足经验,并且证实了中药汤剂、中成药、针灸、推拿等中医药手段治疗 CSG 具有确切疗效。但是纵观当前中医药治疗 CSG 的临床研究,大多研究未设定严格的纳入和排除标准,临床样本量较小,结局指标缺乏客观性和统一性,研究质量普遍偏低,在未来的研究中应增加大样本 RCT 研究,以进一步提升临床研究的质量和证据强度。同时中医药治疗 CSG 的相关基础研究仍然不足,应更加深入的探讨中医药治疗 CSG 的作用机制,以中医理论为指导,从整体出发,辨证论治,充分挖掘中医药治疗 CSG 的特色优势。

#### 参考文献

- [1] 黄伟. 柴胡疏肝散加味治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床观察[D]. 武汉:湖北中医药大学,2013.
- [2] 沈艳莉. 栗德林教授学术思想与临床经验总结及自拟连夏芪麦汤治疗慢性非萎缩性胃炎寒热错杂证的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学,2017.
- [3] 喻斌,黄陆强,高羽,等. 理气暖胃颗粒治疗慢性浅表性胃炎的

IV期临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2020, 36 (22): 3608-3611.

[4] 陈锡美, 许树长. 胃黏膜疾病基础与临床研究[M]. 上海: 上海科技教育出版社, 2004: 64.

[5] 孟灿, 费建平. 慢性浅表性胃炎肝胃不和证中医药研究进展[J]. 上海中医药大学学报, 2013, 27 (4): 92-94.

[6] 张声生. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18 (3): 1-16.

[7] 刘启泉, 王志坤, 张晓利, 等. 基于浊毒理论的慢性胃炎证治规律探讨[J]. 北京中医药大学学报, 2012, 35 (11): 791-792.

[8] 张兴桥, 宋立明, 尚志刚, 等. 慢性浅表性胃炎临床症状调查与病因病机分析[J]. 中医临床研究, 2015, 7 (7): 22-24.

[9] 李彦哲. 中医在治疗慢性浅表性胃炎中的临床分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3 (5): 126-127.

[10] 王欢, 李成光, 李林. 慢性浅表性胃炎的中医证型分布规律研究[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42 (8): 1390-1393.

[11] 肖俊. 慢性浅表性胃炎患者的临床治疗方案[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7 (26): 60-61.

[12] 林柳兵, 阙任辉, 沈艳婷, 等. 慢性浅表性胃炎的中西医研究进展[J]. 陕西中医, 2016, 37 (8): 1099-1101.

[13] 张兴桥, 封丽华. 苓连苓丹降胃汤治疗慢性浅表性胃炎[J]. 吉林中医药, 2017, 37 (9): 930-933.

[14] 唐旭东, 王凤云, 张声生, 等. 消化系统常见病慢性非萎缩性胃炎中医诊疗指南(基层医生版)[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34 (8): 3613-3618.

[15] 尹祥. 中医辨证治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 智慧健康, 2019, 5 (12): 107-108.

[16] 龚光辉. 中医治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36 (5): 6-7.

[17] 廖媛. 半夏泻心汤治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29 (13): 40-41.

[18] 宋淑芳. 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30 (9): 1348-1350.

[19] 刘学成. 连朴清胃汤治疗脾胃湿热型慢性浅表性胃炎临床研究[J]. 光明中医, 2019, 34 (18): 2761-2763.

[20] 朱科榜. 柴胡疏肝散治疗慢性浅表性胃炎肝胃不和证临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26 (16): 60-61.

[21] 白怀娟. 加味四逆散治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎的临床观察[D]. 太原: 山西中医药大学, 2018.

[22] 王东祥. 现代中药药理学[M]. 天津: 天津科技出版社, 1999: 345-958.

[23] 丁号旋. 针灸治疗脾胃气虚型慢性浅表性胃炎(CSG)合募配穴法对比单穴临床疗效的研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2019.

[24] 刘浩端. 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J]. 中国中医药, 2011, 9 (3): 74-75.

[25] 张声生, 李乾构, 黄穗平, 等. 慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见(2009, 深圳)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2010, 18 (3): 207-209.

[26] 邹雄峰, 林寿宁, 张锦超, 等. 中医药治疗慢性浅表性胃炎研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2020, 23 (3): 67-70.

[27] 伍建新, 甘海苹, 吴红彦, 等. 中医药辨证分型治疗胃脘痛研究进展[J]. 亚太传统医药, 2017, 13 (8): 84-85.

[28] 魏冬琴, 蒋士生. 慢性萎缩性胃炎中医辨证论治研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34 (12): 155-157.

[29] 刘梁英, 万晓强, 石钢, 等. 阿拉坦五味丸联合泮托拉唑治疗慢

性浅表性胃炎的临床研究[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25 (1): 83-86.

[30] 杨远姗, 卢凤立, 李翠勤. 泮托拉唑联合艾灸治疗慢性浅表性胃炎的疗效观察[J]. 药物流行病学杂志, 2017, 26 (11): 739-741.

[31] 徐致君, 杨振斌, 邱伟, 等. 白术健脾汤联合耳穴压豆治疗脾胃气虚型慢性浅表性胃炎临床研究[J]. 山东中医杂志, 2018, 37 (12): 992-995.

[32] 马远新. 小柴胡汤加减联合替普瑞酮治疗老年慢性浅表性胃炎 50 例效果观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11 (20): 48-50.

[33] 汪湃, 冯世兵, 刘宏伟, 等. 温针灸联合黄连温胆汤治疗慢性浅表性胃炎的疗效[J]. 世界中医药, 2020, 15 (14): 2155-2158, 2162.

[34] 张美颖, 刘鹏, 杜梅. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎患者的临床疗效及机制[J]. 世界中医药, 2019, 14 (11): 2978-2982, 2987.

[35] 吕翔, 丁炜, 曹友红. 清中汤加味治疗慢性浅表性胃炎脾胃湿热证的疗效观察[J]. 中医药导报, 2020, 26 (3): 85-88.

[36] 刘玉如. 黄芩建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床效果分析[J]. 中国处方药, 2018, 16 (12): 119-120.

[37] 顾成娟, 吴学敏, 王涵. 黄芩、吴茱萸、黄连治疗慢性浅表性胃炎(虚寒型)经验——全小林三味小方撷萃[J]. 吉林中医药, 2020, 40 (5): 565-567.

[38] 赵仔君, 高群, 曹胤. 自拟胃安方治疗慢性浅表性胃炎的疗效及其对胃黏膜保护作用的临床研究[J]. 四川中医, 2017, 35 (3): 69-72.

[39] 余优芬. 胃安 1 号方治疗慢性浅表性胃炎(脾胃湿热型) 50 例临床观察[J]. 新中医, 2013, 45 (12): 69-72.

[40] 黄永强. 革铃胃痛颗粒联合质子泵抑制剂治疗慢性浅表性胃炎观察[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20 (2): 68-70.

[41] 段晓伟, 刘卫, 贺星, 等. 温胃舒颗粒联合铝碳酸镁治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34 (6): 1761-1764.

[42] 刘天海. 胃康灵胶囊联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗慢性浅表性胃炎的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27 (23): 52-53.

[43] 戚锦丽, 黄柳和. 温针灸与常规针灸治疗脾胃虚弱型慢性浅表性胃炎的临床疗效对比[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38 (12): 139-140.

[44] 文胜, 蔡章健, 赵秀珍. 灵龟八法按时开穴为主针灸治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J]. 中医临床研究, 2020, 12 (5): 48-50.

[45] 杜科涛, 谢辉. 针刺配合灸法治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2015, 34 (10): 908-910.

[46] 孙俊杰. 针刺联合雷火灸治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎临床疗效观察[D]. 太原: 山西中医药大学, 2020.

[47] 张丽艳. 针刺郄门结合阿是穴治疗气血不足型慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 光明中医, 2020, 35 (19): 3071-3072.

[48] 汪利君, 杨伟林. “调神针刺法”治疗慢性浅表性胃炎的临床疗效观察[J]. 中医药学报, 2017, 45 (3): 56-58.

[49] 段宜珂. 疏肝调神法针刺治疗慢性浅表性胃炎(肝胃不和型)的临床观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.

[50] 盛刚, 杨改琴, 王丽芬, 等. 温针灸治疗脾胃虚弱(寒)型慢性浅表性胃炎[J]. 吉林中医药, 2018, 38 (11): 1345-1348.

[51] 郑全成. 温针灸治疗慢性浅表性胃炎的胃镜疗效观察及对胃内 Hp 含量水平的影响[J]. 四川中医, 2017, 35 (6): 190-192.

[52] 胡斌. 温针灸与常规针灸治疗脾胃虚弱型慢性浅表性胃炎 49 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2020, 55 (11): 826.

[53] 熊先亨. 火针治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2016.



# 口服降糖药的用药监护

贾晓旭<sup>1</sup>, 朱金墙<sup>2\*</sup>

(1 鄂尔多斯市中医医院药剂科, 内蒙古鄂尔多斯 017010;

2 天津中医药大学中医药研究院天津市现代中药重点实验室—省部共建国家重点实验室培育基地, 天津 301617)

【摘要】目的 促进2型糖尿病患者正确、合理应用口服降糖药。方法 对常见几种降糖药进行梳理, 参考药品说明书及相关文献, 提出临床用药监护要点。结果与结论 通过临床用药监护, 为2型糖尿病患者合理用药提供参考依据, 提高使用的安全性和有效性。

【关键词】2型糖尿病; 口服降糖药; 用药监护

Pharmaceutical care of oral hypoglycemic agents JIA Xiao-xu\*, ZHU Jin-qiang. \*Department of Pharmacy, Ordos Hospital of TCM, Ordos 017010, China.

【Abstract】Objective To promote the correct and rational use of oral hypoglycemic agents in patients with type 2 diabetes. Methods Several kinds of hypoglycemic drugs were sorted out, and the main points of clinical medication monitoring were put forward by referring to drug instructions and relevant literature. Results and conclusion Through pharmaceutical care, it can provide reference basis for rational medication of type 2 diabetes patients and improve the safety and effectiveness of use.

【Key words】Type 2 diabetes; Oral hypoglycemic agents; Pharmaceutical care

中国糖尿病发病率增长迅速, 已成为继肿瘤、心血管疾病之后的第三大威胁人类健康的慢性疾病。近年来, 2型糖尿病的药物疗法取得了较大进展, 如何科学合理地使用药物, 对用药效果及用药安全至关重要。为了让患者得到更合理的药物治疗, 现根据药物特性和合理使用证据, 对临床中几种常见口服降糖药从用法用量、不良反应、药物相互作用进行整理, 提出药物监护要点, 汇总如下。

## 1 磺酰脲类

磺酰脲类药物属于胰岛素促泌剂, 主要药理作用是通过刺激胰岛β细胞分泌胰岛素, 增加体内的胰岛素水平而降低血糖, 可使HbA1c降低1.0%~1.5%<sup>[1]</sup>。目前常见的种类有格列本脲、格列吡嗪、格列奇特、格列喹酮、格列美脲等。

### 1.1 用法用量

格列本脲: 开始时每次2.5 mg, 一般用量为每日5~10 mg, 最大用量每日不超过15 mg。每天3次, 三餐前服。格列奇特: 初始剂量为每天80 mg, 维持剂量为每天80~240 mg, 最大剂量可用到每天320 mg, 分2~3次服用; 缓释制剂推荐最大日剂量120 mg。格列吡嗪: 起始剂量为每天2.5~5 mg, 每天剂量超过15 mg者, 应分2~3次餐前服用。最大日剂量不超过

30 mg; 控、缓释片日最大剂量为20 mg。格列美脲: 起始剂量为一次1~2 mg, 每天1次, 于早餐时或首次主餐时给药; 最大维持量为每天6 mg (仅个别患者需用至8 mg)。格列喹酮: 从15~30 mg开始, 最大日剂量为180 mg; 日剂量低于30 mg时可于早餐前顿服, 高于30 mg时应分3次于三餐前服用。

### 1.2 不良反应(见表1)<sup>[2-3]</sup>

### 1.3 药物相互作用(见表2)<sup>[4-5]</sup>

## 2 双胍类

目前临床上使用的双胍类药物主要是盐酸二甲双胍。主要药理作用是通过减少肝脏葡萄糖的输出和改善外周胰岛素抵抗而降低血糖。许多糖尿病诊治指南中均推荐二甲双胍作为2型糖尿病患者控制高血糖的一线用药和药物联合中的基本用药。二甲双胍的降糖疗效为HbA1c下降1.0%~1.5%, 并可减轻体重<sup>[6-8]</sup>。

### 2.1 用法用量

普通制剂起始剂量为一次0.25 g, 每天2~3次, 最大日剂量为2.55 g; 缓释制剂起始剂量为一次0.5 g, 每天1次, 最大日剂量为2 g。

### 2.2 不良反应(见表3)<sup>[2,9]</sup>

### 2.3 药物相互作用(见表4)<sup>[10]</sup>

## 3 噻唑烷二酮类

主要通过增加靶细胞对胰岛素作用的敏感性而降低血糖, 可使HbA1c下降0.7%~1.0%<sup>[11-12]</sup>。目前临床上使用较多的药

基金项目: 天津市自然科学基金项目(18JCQNJC83400)

\*通信作者: 朱金墙, Email: zhujinqiang1860@163.com

[54] 苏婉贞. 穴位埋线治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.

[55] 刘倩, 李永娟, 赵俊精, 等. 穴位埋线配合质子泵抑制剂治疗慢性非萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 世界中医药, 2019, 14(7): 1884-1887.

[56] 杨璐, 王丽梅, 李佳莘, 等. 腹部推拿结合刺络疗法治疗瘀血停胃型胃脘痛的效果[J]. 医学信息, 2020, 33(5): 156-158.

[57] 黄再军, 罗朝斗. 健脾和胃丸与中医推拿治疗慢性胃肠炎的临床观察[J]. 北方药学, 2017, 14(2): 25.

[58] 张杰明. 推拿手法治疗急性胃痉挛和顽固性呃逆的疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(6): 75-78.

[59] 郑朝怡. 推拿配合针灸疗法治疗脾胃虚弱型功能性消化不良的临床疗效及对患者胃动力、血清胃肠激素水平的影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(3): 158-159, 161.

[60] 王巧雀, 丁慧, 黄燕, 等. 温阳通便推拿法治疗老年功能性便秘合并失眠临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(19): 136-139.

[61] 符增珍. 调脊通督手法与常规推拿分别联合饮食指导干预在慢性腹泻脾肾阳虚证中的应用观察[J]. 四川中医, 2020, 38(10): 196-198.

[62] 海兴华, 李华南, 张玮, 等. 揉腹法治疗慢性浅表性胃炎的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2015, 32(5): 865-867, 873.

[63] 屈玉疆, 玄志金. 腹部推拿治疗慢性浅表性胃炎30例[J]. 中国针灸, 2013, 33(8): 743-744.

[64] 曹建明, 高建辉, 刘俊昌. 腹部推拿配合整脊治疗胃痛116例[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(1): 46-47.

[65] 周晶, 乔桂圆. 整脊推拿手法配合中药敷贴对脾胃虚弱型患者胃肠激素分泌的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(9): 108-109.