

黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗 脾胃虚寒型慢性胃炎 Meta 分析

陈俊芬¹,肖欢智²,陆廷飞¹,王敏²

(1.贵州中医药大学第一临床医学院,贵州 贵阳 550000;

2.贵州中医药大学第一附属医院消化内科,贵州 贵阳 550000)

摘要:目的 评估黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效。方法 计算机检索中国知网、万方数据库、超星期刊、维普网、中国生物医学数据库有关黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的相关文献,检索时限为建库至2022年9月,并筛选以常规西药或黄芪建中汤作为对照组的随机对照试验为研究对象,参照Cochrane手册对纳入文献进行质量评价,采用Review Manager 5.4软件进行Meta分析。结果 最终纳入文献10篇,共928例受试者。10篇文献试验组干预措施均为黄芪建中汤联合中药穴位贴敷,7篇文献对照组干预措施为常规西药,3篇文献对照组干预措施为黄芪建中汤。Meta分析显示,试验组临床有效率高于对照组,差异有统计学意义($OR=4.46, 95\%CI: 2.90\sim 6.84, P<0.000\ 01$);试验组临床治愈率高于对照组,差异有统计学意义($OR=2.55, 95\%CI: 1.80\sim 3.62, P<0.000\ 01$);试验组对于临床症状、体征的改善效果均优于对照组($P<0.05$);试验组对于血清PG I ($OR=12.21, 95\%CI: 8.05\sim 16.37, P<0.000\ 01$)、血清PG II ($OR=0.02, 95\%CI: -0.51\sim 0.55, P=0.94$)、血清GS ($OR=2.81, 95\%CI: 2.05\sim 3.57, P<0.000\ 01$)的改善效果均优于对照组;试验组不良反应发生率($OR=0.12, 95\%CI: 0.03\sim 0.55, P<0.05$)低于对照组。结论 相较于采用常规西药和黄芪建中汤治疗的对照组,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷对于治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床效果更好。

关键词:黄芪建中汤;穴位贴敷;脾胃虚寒;慢性胃炎

中图分类号:R573.3

文献标识码:A

DOI:10.3969/j.issn.1006-1959.2023.18.010

文章编号:1006-1959(2023)18-0046-08

Meta-analysis of Huangqi Jianzhong Decoction Combined with Acupoint Application of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Chronic Gastritis of Spleen-stomach Deficiency-cold Type

CHEN Jun-fen¹,XIAO Huan-zhi²,LU Ting-fei¹,WANG Min²

(1.The First Clinical Medical College of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine,Guiyang 550000,Guizhou,China;

2.Department of Gastroenterology,the First Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550000,Guizhou,China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical efficacy of Huangqi Jianzhong decoction combined with acupoint application of traditional Chinese medicine in the treatment of chronic gastritis of spleen-stomach deficiency-cold type.**Methods** The relevant literatures on Huangqi Jianzhong Decoction combined with acupoint application of traditional Chinese medicine in the treatment of chronic gastritis of spleen and stomach deficiency cold type were searched by computer from China National Knowledge Infrastructure, Wanfang Database, Superstar Journal, VIP Network and China Biomedical Database. The retrieval time limit was from the establishment of the database to September 2022, and the randomized controlled trials with conventional western medicine or Huangqi Jianzhong Decoction as the control group were selected as the research objects. The quality of the included literatures was evaluated according to the Cochrane manual, and Meta-analysis was performed using Review Manager 5.4 software.**Results** Finally, 10 literatures were included, with a total of 928 bsubjects. In 10 literatures, the intervention measures of the experimental group were Huangqi Jianzhong decoction combined with acupoint application of traditional Chinese medicine, the intervention measures of the control group in 7 literatures were conventional western medicine, and the intervention measures of the control group in 3 literatures were Huangqi Jianzhong Decoction. Meta-analysis showed that the clinical effective rate of the experimental group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($OR=4.46, 95\%CI: 2.90\sim 6.84, P<0.000\ 01$); the clinical cure rate of the experimental group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($OR=2.55, 95\%CI: 1.80\sim 3.62, P<0.000\ 01$); the improvement of clinical symptoms and signs in the experimental group was better than that in the control group ($P<0.05$); the improvement of serum PG I ($OR=12.21, 95\%CI: 8.05\sim 16.37, P<0.000\ 01$), serum PG II ($OR=0.02, 95\%CI: -0.51\sim 0.55, P=0.94$) and serum GS ($OR=2.81, 95\%CI: 2.05\sim 3.57, P<0.000\ 01$) in the experimental group was better than that in the control group;the incidence of adverse reactions in the experimental group ($OR=0.12, 95\%CI: 0.03\sim 0.55, P<0.05$).**Conclusion** Compared with the control group treated with conventional western medicine and Huangqi Jianzhong decoction, Huangqi Jianzhong decoction combined with acupoint application of traditional Chinese medicine is more effective in the treatment of chronic gastritis of spleen-stomach deficiency-cold type.

Key words: Huangqi Jianzhong decoction;Acupoint application;Deficiency of spleen and stomach;Chronic gastritis

作者简介:陈俊芬(1996.8-),女,贵州六盘水人,硕士研究生,主要从事中医药防治脾胃病研究

通讯作者:王敏(1957.5-),女,贵州贵阳人,本科,主任医师,主要从事中医药防治脾胃临床研究

慢性胃炎(chronic gastritis,CG)是常见的消化系统疾病之一,是由于幽门螺杆菌(helicobacter pylori, Hp)感染、胆汁反流、长期服用非甾体类抗炎药以及摄入乙醇等导致的胃黏膜病变。据统计^[1],患慢性胃炎的人群中70%~90%有Hp感染。慢性胃炎缺乏特异性临床表现,大部分表现为上腹部饱胀不适、隐痛、烧灼痛,并且疼痛无节律性,一般在进食后加重,有时也会表现出诸如食欲不振、嗝气、反酸、恶心等消化不良症状^[2]。目前临床上西医主要采用四联用药方案进行治疗,且对于合并有Hp感染者进行相应的抗Hp治疗,但是因个体差异较大,目前并无绝对理想的用药方案^[3],并且长期大量服用此类药物存在患者依从性较差、增加肝脏负担、副作用较大等缺点^[4]。

慢性胃炎根据其症状及体征可归于中医的“胃脘痛”“反酸”“痞满”等范畴。现中医将其分为肝胃气滞型、肝胃郁热型、脾胃湿热型、脾胃气虚型、脾胃虚寒胸、胃阴不足型及胃络瘀阻型^[5],其中脾胃虚寒型是临床最常见的证型之一,常用黄芪建中汤对其进行治疗^[6]。中药穴位贴敷是常见的中医外治疗法,具有悠久的历史,拥有驱邪散寒、疏通经络气血、调节脏腑阴阳平衡的作用,现已广泛运用于临床,并且取得了良好的效果^[7]。目前临床上已将黄芪建中汤和中药穴位贴敷联合用于治疗脾胃虚寒型慢性胃炎,发现其具有良好的治疗效果。因此,本研究对使用黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床研究进行系统评价,以期为临床治疗胃肠疾病提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准

1.1.1 纳入标准 ①研究类型:临床随机对照试验(无论是否使用盲法)②诊断标准:符合《慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)》^[8]《慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见2011年,天津》^[9]《慢性胃炎基层诊疗指南》(实践版·2019)^[10]《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[11]《中国慢性胃炎共识意见》^[12]《中医病证诊断疗效标准》^[13]《中药新药临床研究指导原则》^[14]《中医内科学》^[15]等脾胃虚寒型慢性胃炎确诊标准;③干预措施:试验组为黄芪建中汤联合穴位贴敷,对照组为常规西药或黄芪建中汤;④观察指标:主要指标为临床总有效率,次要指标为证候积分、不良反应率、复发率等。

1.1.2 排除标准 ①非随机对照试验;②文献资料不全或者丢失、一稿多投者;③无明确诊断标准、无主要观察指标;④基础实验、文献综述、专家经验以及回忆文章等;⑤联合其他方剂者;⑥数据丢失者。

1.2 文献检索策略 计算机检索中国知网、万方数据库、超星期刊、维普网、中国生物医学数据库,搜集各数据库自建库至2022年9月发表的黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎相关文献,同时补充检索纳入文献的参考文献,以扩充文献量。检索词包括:脾胃、脾胃虚寒、脾胃虚;黄芪建中汤、黄芪建中;穴位贴敷、贴敷;慢性胃炎、胃炎等。以知网为例,检索式为:检索式SU%=黄芪建中汤 AND SU%=贴敷 AND SU%=脾胃 AND SU%=胃炎。

1.3 文献筛选与资料提取 根据主题词确定检索式在各数据库进行文献检索,使用Note express软件进行排重,由2名研究者按排除标准独立筛选标题和摘要,精读全文后确定纳入文献,再根据纳入文献提取相关信息,包括文献基本情况、样本量、干预措施、治疗时间、结局指标。

1.4 文献质量评价 参照Cochrane系统评价员手册5.3推荐的RCT偏倚风险评价工具对纳入的随机对照试验进行方法学质量评估:①具体随机分配方法;②分配方案是否隐藏;③是否采用盲法;④是否有测量偏倚;⑤结果数据的完整性;⑥是否选择性报告研究结果;⑦其它偏倚来源。在所有条目中,有“高偏倚风险”“低偏倚风险”和“偏倚风险不确定”3个等级。质量评价由2位研究者独立进行并交叉核对,如有分歧讨论解决。

1.5 统计学方法 采用Review Manager 5.4软件对提取的数据进行Meta分析。计量资料采用均数差(MD)及其95%可信区间(CI),二分类变量结果采用比值比(OR)及其95%CI进行分析,连续型变量采用均数差(MD)与95%CI分析。异质性检验结果由I²指数和P值体现,如果I²<50%,P>0.05,表明研究结果异质性较小,需采用固定效应模型(FE);若相反,则说明研究结果异质性较大,需采用随机效应模型(RE)。P<0.05为差异有统计学意义,最后采用森林图分析结果。根据纳入文献数量(≥10),通过倒漏斗图分析检验是否存在发表偏倚。

2 结果

2.1 文献检索结果 按照检索词确定的检索式在数据库中进行检索,共检索237篇文献,使用Note ex-

press 软件剔除重复文献剩余 91 篇,浏览题目及摘要后剩余 62 篇,最后通读全文选出符合标准的文献 10 篇^[13-22]。文献筛选流程及结果见图 1。

2.2 纳入文献基本特征 本研究共纳入 10 篇文献,均为随机对照试验,共纳入 928 例受试者。10 篇文

献的试验组干预措施均为黄芪建中汤联合中药穴位贴敷,7 篇文献的对照组干预措施为常规西药,3 篇文献的对照组干预措施为黄芪建中汤。纳入文献基本特征见表 1。

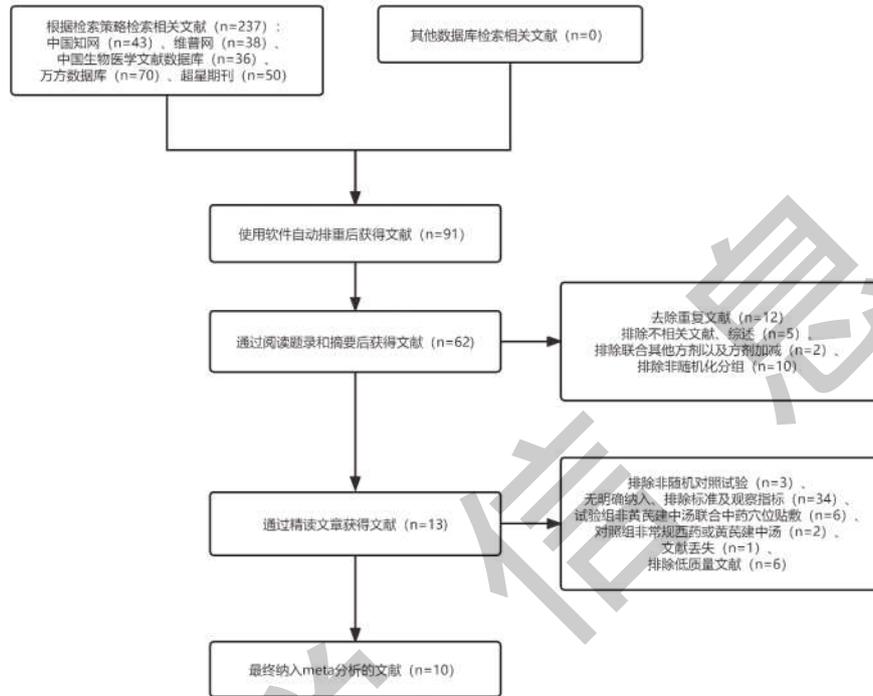


图 1 文献筛选流程及结果

表 1 纳入文献基本特征

纳入研究 及年份	样本量		干预措施		治疗时间 (d)	结局指标
	T	C	T	C		
李力 ^[13] 2014	60	60	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	奥美拉唑、HP 感染者+阿莫西林、 胶体果胶铋胶囊、甲硝唑片	14	1、2、3
史金花 ^[14] 2016	54	54	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	奥美拉唑、HP 感染者+阿莫西林、 胶体果胶铋胶囊、甲硝唑片	7~14	1、2、3、4、7
韦斯总 ^[15] 2016	30	30	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	雷尼替丁胶囊、多潘立酮	14	1、2
冯艳彬 ^[16] 2017	62	62	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	奥美拉唑、阿莫西林、胶体果胶铋胶囊	7~14	1、2、3、7
魏子坚 ^[17] 2017	50	50	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	兰索拉唑肠溶片、胶体果胶铋胶囊、 HP 感染者+阿莫西林	14	1、3
王立颖 ^[18] 2017	40	40	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	黄芪建中汤	10	1、2、3、4、7
魏晓广 ^[19] 2018	65	65	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	黄芪建中汤	42	1、2、3、6、7
房莉珍 ^[20] 2020	18	18	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	奥美拉唑、阿莫西林、胶体果胶 铋胶囊、甲硝唑片	14	1、2、3、5
付美艳 ^[21] 2019	55	55	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	黄芪建中汤	14	1、2、3
袁亚磊 ^[22] 2022	30	30	黄芪建中汤+中药穴位贴敷	奥美拉唑、阿莫西林、胶体果胶 铋胶囊、甲硝唑片	14	1、2、3、6

注:T:试验组;C:对照组;1:临床有效率(P<0.05);2:治愈率;3:证候积分;4:不良反应发生率;5:复发率;6:血清水平;7:其它指标

2.3 纳入文献质量评价 所纳入的 10 篇文献均提及随机,其 4 篇文献写明了随机序列产生的方法,包括随机数字表法和电脑随机法,其余文献未提及随机方法。文献均未设计分配隐藏方法,未有文献提及是否实施盲法,均未对研究结局进行盲法评价,无失访及选择性报告等其他的偏倚风险来源。纳入文献质量评价结果见图 2。

2.4 Meta 分析结果

2.4.1 总有效率 本研究纳入的 10 篇文献^[13-22]均对临床总有效率进行了报告。异质性检验显示各研究之间的异质性较小($P=0.87, I^2=0$),故采用固定效应模型进行分析。Meta 分析显示,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷的有效率明显优于对照组,差异有统计学意义($OR=4.46, 95\% CI: 2.90\sim 6.84, P<0.000 01$),见图 3。根据不同干预方式进行亚组分析,常规西药治疗与黄芪建中汤治疗之间异质性较小($P=0.78, I^2=0, P=0.54, I^2=0$),采用固定效应模型进

行分析。Meta 分析显示,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷有效率优于常规西药($OR=4.19, 95\% CI: 2.53\sim 6.96, P<0.000 01$)和黄芪建中汤($OR=5.15, 95\% CI: 2.31\sim 11.49, P<0.0001$),见图 4。

2.4.2 治愈率 纳入研究中 9 篇文献^[13-16, 18-22]报道了临床治愈率,即对治疗后患者临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $>95\%$,或行胃镜检查,胃镜下患者胃黏膜炎症消失,局部无充血水肿情况进行了统计。9 篇文献之间的异质性较小($P=0.62, I^2=0$),采用固定效应模型进行分析。Meta 分析显示,与常规西药和单纯的黄芪建中汤相比,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷能消除脾胃虚寒型慢性胃炎患者的临床症状,促进胃黏膜炎症消失和消除胃粘膜的充血水肿,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治愈率明显优于对照组,差异有统计学意义($OR=2.55, 95\% CI: 1.80\sim 3.62, P<0.000 01$),见图 5。

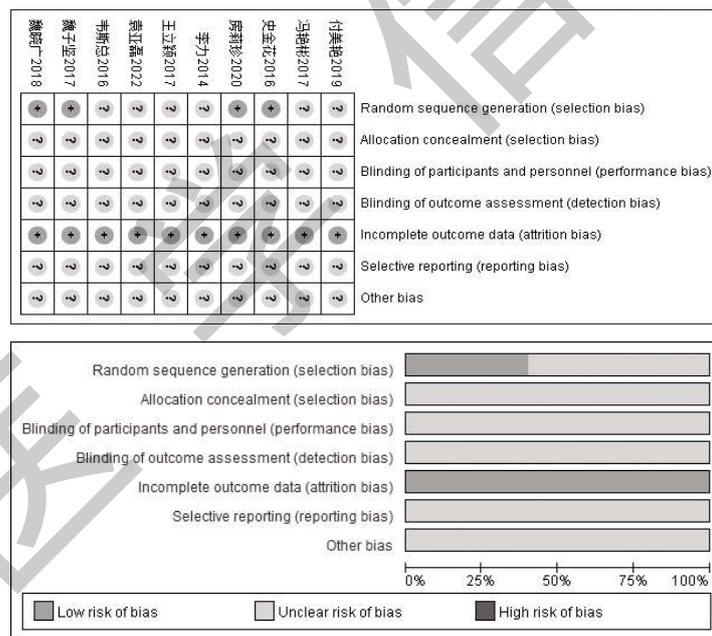


图 2 纳入文献方法学质量评价结果

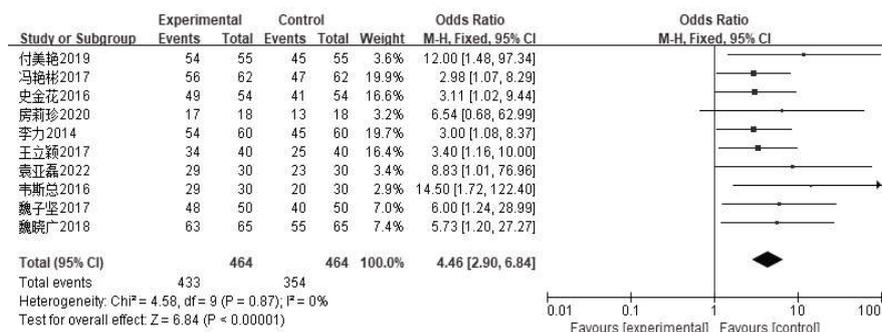


图 3 临床总有效率森林图

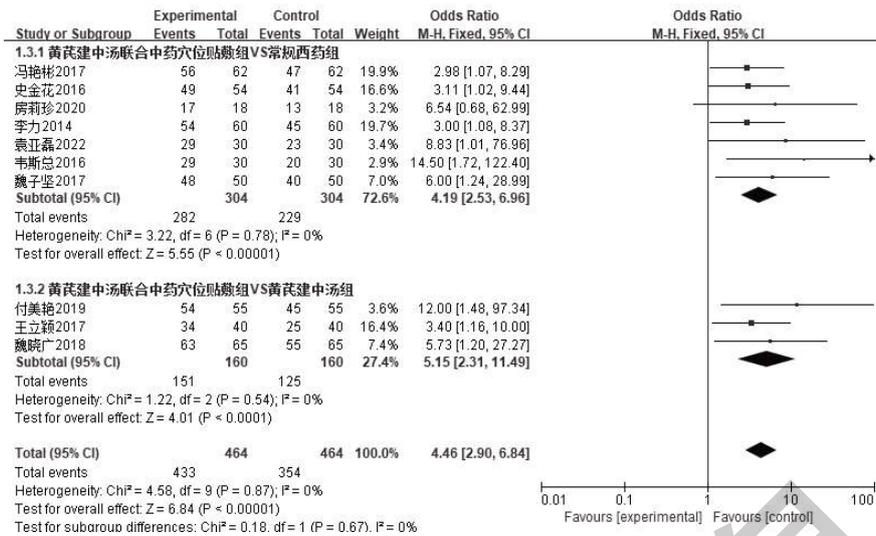


图 4 不同干预方式的临床总有效率森林图

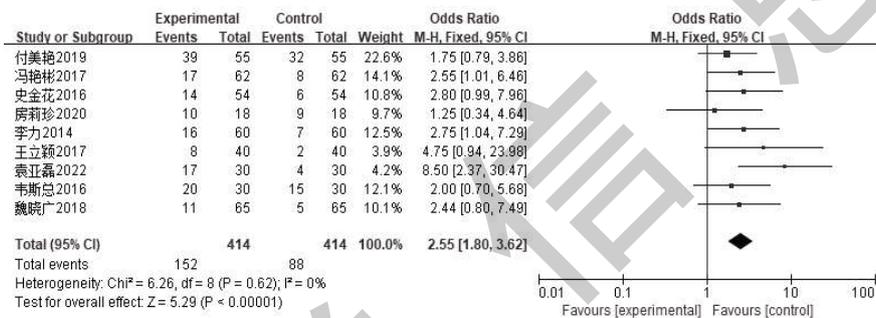


图 5 临床治愈率森林图

2.4.3 证候积分 共有 11 项研究提及证候积分这一指标,结果示有 3 项^[13,16,17]研究报告胃脘疼痛、上腹不适、恶心呕吐、饥不欲食的中医证候积分;1 项^[14]研究仅报告胃脘疼痛的中医证候积分;1 项^[20]研究报告胃脘疼痛和恶心呕吐的中医证候积分;2 项^[19,22]研究报告中医证候总积分;2 项^[18,21]研究报告临床证候总积分。因此,由于所纳入研究观察的症状和评价标准因差异性较大,故无法对证候积分这一指标进行 Meta 分析。但是通过精读文献全文,总结发现,各研究结果表明黄芪建中汤联合中药穴位贴敷对于临床症状、体征的改善结果均优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.4.4 血清指标 有 2 篇^[19,22]文献报告患者血清 PG I、PG II 和 GS 水平,异质性检验显示各研究之间异质性均较小 ($P = 0.60, I^2 = 0; P = 1.00, I^2 = 0; P =$

$0.84, I^2 = 0$),故采用固定效应模型进行分析。Meta 分析显示建中汤联合中药穴位贴敷对于血清 PG I ($OR = 12.21, 95\% CI: 8.05 \sim 16.37, P < 0.000 01$)、血清 PG II ($OR = 0.02, 95\% CI: -0.51 \sim -0.55, P = 0.94$)、血清 GS ($OR = 2.81, 95\% CI: 2.05 \sim 3.57, P < 0.000 01$)的改善效果较好,见图 6~图 8。

2.4.5 不良反应发生率 2 篇^[14,20]文献报告了相关不良反应,如头晕头痛、口干、呕吐腹泻、皮疹等。异质性检验显示各研究之间异质性较小 ($P = 0.71, I^2 = 0$),故采用固定效应模型进行分析。Meta 分析显示黄芪建中汤联合中药穴位贴敷的不良发应低于对照组,差异有统计学意义 ($OR = 0.12, 95\% CI: 0.03 \sim 0.55, P = 0.006$),见图 9。

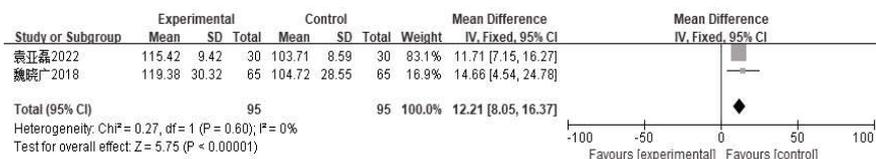


图 6 血清 PG I 森林图

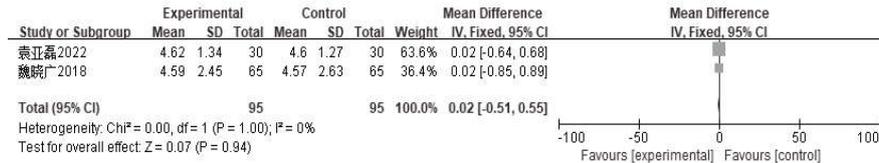


图 7 PG II 森林图

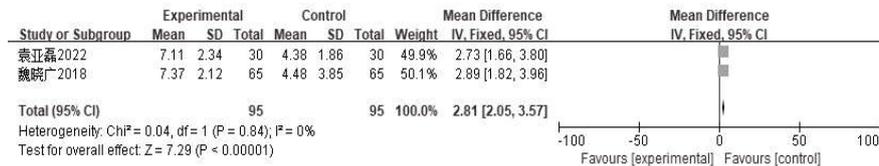


图 8 GS 森林图

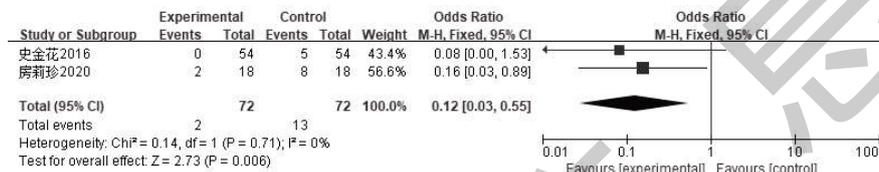


图 9 不良反应发生率森林图

2.4.6 其它指标 1 篇^[19]文献描述了胃镜疗效,结果显示黄芪建中汤联合中药穴位贴敷的胃镜总有效率高于对照组($P < 0.05$);3 篇^[14,16,18]文献描述了 Hp 相关指标,分别使用了 Hp 阳性率、Hp 根除率和 Hp 转阴率,所得结果均是黄芪建中汤联合中药穴位贴敷对于 Hp 感染的治疗效果优于对照组($P < 0.05$);1 篇^[20]文献报告了复发率,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷的复发率低于对照组($P < 0.05$)。

2.4.7 发表偏倚 对治愈率这一指标进行发表偏倚分析,漏斗图显示各研究在漏斗的两侧基本对称,提示发表偏倚的可能性较小,见图 10。

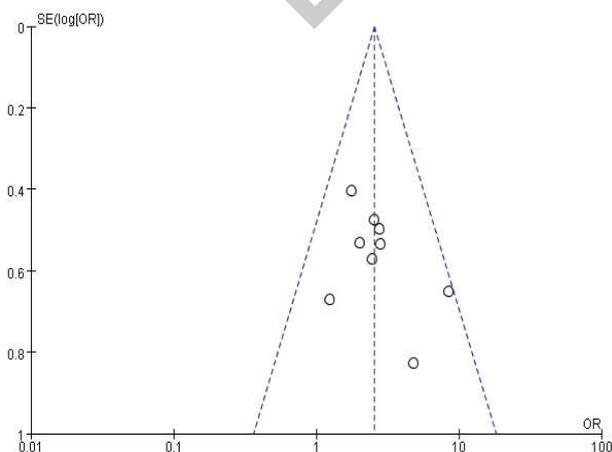


图 10 治愈率漏斗图

3 讨论

慢性胃炎根据所表现主证不同可将其归为中医的“胃脘痛”“反酸”“嘈杂”“痞满”等范畴,从古至今各医家对此都有不同的见解,根据中医相关典籍所载,中医认为脾胃虚弱、情志内伤、饮食不节、外邪客胃等是导致其发病的病因病机^[23,24]。根据其不同的病因病机,中医将其分为不同的证型,脾胃虚寒型是其主要证型^[25],治疗时以益气健脾、温中止痛为主^[26]。

经方黄芪建中汤出自《金匮要略》,由黄芪、白芍、桂枝、炙甘草、生姜、大枣、饴糖组成,具有温中补虚、和里缓急之功效^[27],可以有效改善痞闷胀满、胃脘疼痛等症状,对于中焦脾胃虚寒之证具有良好的治疗效果^[28]。现已有明确的药理研究证实,黄芪建中汤药理作用有抗炎、抗氧化、调节破坏因子和保护因子平衡等,对脾虚所导致的如胃溃疡、胃炎等消化系统疾病具有良好的功效^[29]。中药穴位敷贴疗法以中医整体观念和经络学说为指导的中医特色外治疗法,历史悠久,又称之为“外敷”“外贴”等^[4,30]。现已广泛运用于内科、外科、妇科、儿科及五官科之中,并取得了良好的疗效,其机制主要是经络传导和皮肤透入,经研究发现与现代医学研究结果相一致,将中药贴敷于穴位,刺激穴位,通过经络传导改善患处的气

血运行,发挥良好的整体治疗作用^[31,32]。对于脾胃虚寒型慢性胃炎的患者用温热药对相应的穴位进行贴敷可通过穴位传递,通畅经络,直达脏腑以止痛^[33],再联合具有温中补虚作用的黄芪建中汤进行内外合治,可以有效改善脾胃虚寒型慢性胃炎的腹部不适、恶心呕吐、胃脘痛等临床症状^[13]。

本研究结果显示,与对照组相比,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷的有效率优于对照组 ($OR=4.46, 95\% CI: 2.90\sim 6.84, P<0.000\ 01$);临床治愈率高于对照组 ($OR=2.55, 95\% CI: 1.08\sim 3.62, P<0.000\ 01$);胃肠激素水平优于对照组血清 PG I ($OR=12.21, 95\% CI: 8.05\sim 16.37, P<0.000\ 01$)、血清 PG II ($OR=0.02, 95\% CI: -0.51\sim 0.55, P=0.94$)、血清 GS ($OR=2.81, 95\% CI: 2.05\sim 3.57, P<0.000\ 01$);不良反应率低于对照组 ($OR=0.12, 95\% CI: 0.03\sim 0.55, P=0.006$)。以上结果提示,在治疗脾胃虚寒型慢性胃炎时黄芪建中汤联合中药穴位贴敷相比于常规西药和单纯的黄芪建中汤而言,具有更加良好的治疗效果何相对更高的安全性。在本研究中,Meta 分析结果显示,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的总体有效率和治愈率均优于常规西药以及单纯的黄芪建中汤,这一治疗方式充分体现出内外合治的优势,不仅发挥了中药多靶点、多角度的优势,可达到温中健脾、补益气血的功效,对于脾胃虚寒型慢性胃炎有良好的治疗效果^[34]。对于症状改善而言,慢性胃炎多有胃脘疼痛、上腹部疼痛不适、恶心呕吐、饥不欲食等临床表现,经 Meta 分析发现,与对照组相比,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷这种内敷外调的方式可以使药物直达病所,有效改善患者的临床症状,降低患者的症状积分,说明其在临床使用中具有疗效好、作用快的效果,这可能与中药穴位贴敷同时具备使穴位刺激和中药吸收的作用有关^[35]。血清指标上,已有文献的 Meta 分析结果显示,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷对于血清相关激素表达特别是血清 PG I、GS 水平明显优于对照组,这可能与黄芪建中汤及中药穴位贴敷的药理作用有关,现代药理研究表明,黄芪建中汤有促进胃肠蠕动、抑制胃酸分泌以及修复胃粘膜等诸多药理作用^[36];同时另有实验研究表明^[37],穴位贴敷可促进胃泌素的分泌,升高血浆胃动素水平,具有粘膜营养以及调节胃肠蠕动的作用。由此推测,此治疗方式可能对于脾胃虚寒型慢性胃炎的胃肠激素水平具有一定影

响。不良反应率方面,Meta 分析显示,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷的不良反应用于对照组,说明内外合治具有更高的安全性,其作用疗效更加稳定,更加适于临床使用。在所纳入文献中,对于复发率、内镜疗效、Hp 清除率方面,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷效果均优于对照组,另外,也有相关研究显示黄芪建中汤联合中药穴位贴敷对于脾胃虚寒型慢性胃炎的血清中 PG I、PG II 以及 GS 水平具有提高作用,同时还可缓解中医证候,降低不良反应发生率、提高 Hp 转阴率^[38]。

本研究对黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的随机对照试验进行 Meta 分析,为中医内外合治治疗胃肠疾病提供了有利的证据,但是本研究存在一定的局限性:①10 篇随机对照试验中有大部分未对具体的随机方案进行描述,并且只有 1 项研究描述了使用盲法,对于分配隐藏未有研究进行描述,故对于研究的可靠性具有一定的影响;②所纳入研究的诊断、疗效判定以及证候积分并无统一的判定标准,可能会导致异质性的增加。③对照组中使用西药的治疗方案相同程度比较低,同时对于远期复发率和不良反应率的报告比较少,不利于客观的进行远期疗效的评价;④所纳入研究均为中文文献,试验地点均在我国,对于和世界其它地区的结果缺乏研究对一致性需要进一步的研究和确认,一定程度上对研究结果具有一定的影响。

综上所述,黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎疗效确切,在临床有效率、治愈率、症状改善情况均优于常规西药和单纯的黄芪建中汤,且复发率低、不良反应少,值得进一步应用。

参考文献:

- [1]中华医学会消化病学分会.中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.
- [2]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2011年天津)[J].中国中西医结合杂志,2012,32(6):738-743.
- [3]鄢佳佳,杨雅明,杜婷.黄芪建中汤与穴位贴敷联合治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效及其对胃肠功能的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(24):80-83.
- [4]郭菊红,黄来荣,吴际生.子午流注纳子法择时穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床研究[J].中医外治杂志,2022,31(4):34-36.
- [5]中华中医药学会脾胃病分会,张声生,唐旭东.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):

3060-3064.

[6]谢淑颖,周晓虹.慢性胃炎的中医常见证型研究[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(4):53-54.

[7]王莹.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床研究[J].黑龙江中医药,2021,50(4):92-93.

[8]张万岱,陈治水,危北海,等.慢性胃炎的中西医结合诊治方案(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2004,12(5):314-317.

[9]慢性胃炎基层诊疗指南(实践版·2019)[J].中华全科医师杂志,2020,19(9):776-782.

[10]胃脘痛的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J].实用中医内科杂志,2021,35(2):128.

[11]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,2002:124-129.

[12]董建华,陈可冀,邓铁涛,等.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:244-249.

[13]李力,周晓玲,税典奎.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎120例疗效观察[J].中国中西医结合消化杂志,2014,22(8):471-472.

[14]史金花.穴位贴敷联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的临床研究[J].世界中西医结合杂志,2016,11(2):227-230.

[15]韦斯总.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎疗效观察[J].广西中医药,2016,39(5):38-39.

[16]冯艳彬.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2017,26(25):2786-2788.

[17]魏子坚,邱筠滇.黄芪建中汤配合穴位敷贴治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效观察[J].内蒙古中医药,2017,36(20):20-21.

[18]王立颖,陈超,徐俊林,等.穴位敷贴联合黄芪建中汤在脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎中的应用[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(4):310-311,314.

[19]魏晓广.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2018,22(9):68-71.

[20]房莉珍.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎[J].智慧健康,2020,6(15):74-76.

[21]付美艳,刘汉玉.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎疗效观察[J].国际感染病学(电子版),2019,8(4):155-156.

[22]袁亚磊.黄芪建中汤联合穴位贴敷治疗慢性胃炎脾胃虚寒

证30例[J].广西中医药,2022,45(4):29-31.

[23]梁艺钟,林德荣,郭绍举,等.中药治疗脾胃虚弱型幽门螺杆菌相关性慢性胃炎的疗效分析[J].中国现代医学杂志,2019,29(16):103-107.

[24]王永宁,石杰.黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎临床观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(4):67-68.

[25]关玉东.温腹通督手法对中老年脾胃虚寒型胃脘痛患者中医症状积分的影响[J].中医外治杂志,2022,31(3):94-95.

[26]展笑丽,李玄丽,高素,等.黄芪建中汤加味治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎36例[J].湖南中医杂志,2016,32(3):42-43.

[27]孙宁,刘旺根,王雪萍,等.黄芪建中汤对脾虚型慢性萎缩性胃炎大鼠胃粘膜病理形态影响的研究[J].河南中医学院学报,2005,20(5):11-12,19.

[28]唐兵,吴艳阳,曹雪蛟.中药黄芪建中汤加减辅助幽门螺杆菌阳性慢性胃炎的临床效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(17):71-74.

[29]许文倩,秦雪梅,刘月涛.基于网络药理学的黄芪建中汤治疗慢性萎缩性胃炎作用机制研究[J].中草药,2018,49(15):3550-3561.

[30]戈学风,郭志玲,安静.穴位贴敷治疗气秘型功能性便秘临床观察[J].西部中医药,2018,31(1):109-111.

[31]张莘,张选平,贾春生,等.基于数据挖掘的穴位贴敷疗法运用特点研究[J].针刺研究,2012,37(5):416-421.

[32]孔祥镜,张学勇,张心开.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎40例[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(18):42-44.

[33]雷唤启,李巧云,林广珍.黄芪建中汤联合中药穴位贴敷疗法在脾胃虚寒型慢性胃炎中的应用[J].中国处方药,2020,18(1):128-130.

[34]施军.穴位贴敷联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎的疗效分析[J].内蒙古中医药,2017,36(17):75.

[35]崔成文.黄芪建中汤配合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性浅表性胃炎效果观察[J].中医临床研究,2019,11(2):37-39.

[36]蒲应炎,潘奔前,殴宛新,等.穴位贴敷联合中药治疗慢性浅表性胃炎的临床研究[J].中医临床研究,2017,9(31):47-49.

[37]张桂兰.穴位贴敷对慢性萎缩性胃炎大鼠胃肠激素影响的实验研究[J].河南中医学院学报,2007(3):21-22.

[38]杨茂敬.黄芪建中汤联合穴位贴敷对慢性胃炎患者Hp转阴率的影响[J].光明中医,2020,35(5):652-654.

收稿日期:2022-10-29;修回日期:2022-12-02

编辑/王萌