



专家共识

GS/CACM ×××—201×

代替×××××××

养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床 应用专家共识

Expert Consensus on the Clinical Application of Yangwei Granules in the Treatment
of Chronic Atrophic Gastritis

(稿件类型：共识公示稿)

(本稿完成时间：2023 年 1 月 1 日)

202X-XX-XX 发布

中华中医药学会 发布

目次

前 言	I
引 言	II
1 形成共识推荐意见/共识建议概要表	1
2 范围	5
3 药物基本信息	5
4 临床问题清单	5
5 疾病诊断	6
6 临床应用建议	6
7 利益相关说明	13
8 说明	13
附录 A	144
A.1 中医理论基础	144
A.2 药学研究	144
A.3 药理研究	144
A.4 非临床安全性研究	155
参 考 文 献	16

前 言

本共识按照 GB/T 1.1—2009《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》及《中华中医药学会中成药临床应用专家共识报告规范》给出的规则起草。

本共识由中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所、正大青春宝药业有限公司提出。

本共识由中华中医药学会归口。

本共识起草单位：中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所。

本共识主要起草人：唐旭东、陈旻湖、时永全、李鹏、王萍、卞立群

本共识专家组组长：唐旭东、陈旻湖

本共识专家组：唐旭东，陈旻湖，时永全，李景南，丁士刚，范骁辉，邹晓平，温艳东，刘震，王化虹，李鹏，蓝宇，陈紫暄，黄绍刚，张声生，李军祥，李延萍，张国新，杨倩，钦丹萍，沈洪，赵文霞，朱莹，魏玮，王垂杰，任顺平，时昭红，唐志鹏，徐进康，肖英莲，夏兴洲，李慧臻，王强，陆芳，孙秀静，王风云，白宇宁，李敬华。

本共识工作组秘书：王萍、卞立群。

引 言

经中华中医药学会立项，由中国中医科学院西苑医院脾胃病研究所牵头，承担《养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床应用专家共识》的制定工作。共识研究工作于 2019 年 12 月 23 日启动，编制工作小组通过说明书梳理、初步文献检索、专家访谈、市场应用调研等整理出养胃颗粒在临床应用中所关注的核心问题。2021 年 4 月 10 日召开专家会议对问题进行讨论和修订，结合文献证据检索，制定专家咨询问卷。2022 年 5 月 8 日开展德尔菲法(Delphi) 专家咨询，并以投票的方式对条目进行逐个表决，全部问题均获得了一致的意见。撰写形成指南初稿，经专家审定，于 2023 年 **月由中华中医药学会正式发布。

德尔菲法专家咨询问卷中的专家意见表决方式，每个条目为封闭式选项，即“①完全同意；②同意，但有一定保留；③同意，但有较大保留；④不同意，但有保留；⑤完全不同意”，对每一条目的投票意见为“完全同意”和“同意，但有一定保留”者超过 80%则视为条目通过。最终结果的选择由共识制定小组结合专家意见综合裁定。

条目的陈述证据分级及推荐等级标准参照（Grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE）系统证据质量分级和推荐强度系统。对于证据级别较低的条目，主要依据专家共识进行推荐。

免责声明:《养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床应用专家共识》的目标人群是成人患者，不包含儿童、妊娠及哺乳期妇女等特殊人群的用药指导。其本身是依据文献、理论分析，并结合专家经验和已有指南/共识制定的一个文本，部分内容与说明书并不一致，仅代表了专家对此药物在临床应用中的一般看法，共识制定小组不对依据本共识用药产生的法律问题承担任何责任。

养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床应用专家共识

1 形成共识推荐意见/共识建议概要表

本共识针对慢性萎缩性胃炎（chronic atrophic gastritis, CAG）治疗，通过名义组法共形成了涉及九个方面的三十一条推荐意见/共识建议，其中二十三条为有证据支持，且经过GRADE 评价获得的推荐意见；另外八条为在证据不充分的情况下，综合考虑专家经验、经济性、疗效、不良反应、患者可接受性等多方面因素所形成的共识建议。

表 1 养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎证据概要表

研究数量及设计	质量评价					结果总结				质量等级		
	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素	病例数		相对危险度 (95%CI)	绝对危险		质量情况	
						养胃颗粒组	对照组		对照组危险度*			危险度差
临床总有效率： 10 个 RCT	有	无	无	无	无	309/377 (82.0%)	278/376 (73.9%)	1.11(1.03, 1.20)	739/1,000	81/1,000(22,148)	⊕⊕⊕○	B
Hp 根除率：7 个 RCT	有	无	无	无	无	461/515 (89.5%)	384/513 (74.9%)	1.20(1.13, 1.26)	749/1,000	150/1,000(97,195)	⊕⊕⊕○	B
胃痛积分：1 个 RCT	有	有	无	无	无	53	53	平均值 2.83		MD 0.33(0.51,0.15)	⊕⊕○○	C
胃脘胀满积分： 1 个 RCT	有	有	无	有	无	53	53	平均值 2.64		MD 0.19(0.41,0.03)	⊕○○○	D
嗝气反酸积分： 1 个 RCT	有	有	无	有	无	53	53	平均值 2.75		MD 0.32(1.19,0.55)	⊕○○○	D
乏力积分：1 个 RCT	有	有	无	无	无	53	53	平均值 2.28		MD 0.83(0.92,0.74)	⊕⊕○○	C
胃镜：1 个 RCT	有	有	无	有	无	42	42	平均值 1.75		MD 0.07(0.27,0.41)	⊕○○○	D
胃黏膜萎缩：2 个 RCT	有	有	无	无	无	93	93	平均值 2.14		MD 0.22(0.43,0.02)	⊕⊕○○	C
肠化生：1 个 RCT	有	有	无	有	无	51	51	平均值 2.12		MD 0.03(0.15,0.09)	⊕○○○	D
异型增生：1 个 RCT	有	有	无	有	无	53	53	平均值 1.21		MD 0.2(0.47,0.07)	⊕○○○	D
轻微胃肠道反 应：1 个 RCT	有	有	无	有	无	3/41 (7.3%)	2/40 (5.0%)	1.46(0.26, 8.30)	50/1,000	23/1,000(37,365)	⊕○○○	D

表 2 本共识达成的推荐意见/共识建议概要表

共识条目	共识率	推荐/建议强度
(一) 组成及功效		
1. 养胃颗粒由炙黄芪、党参、陈皮、香附、白芍、山药、乌梅、甘草八味药物组成，具有养胃健脾、理气和中的功效，从中医角度而言其组方具有合理性。	100%	强推荐
(二) 作用机理		
1. 从现代医学角度而言，养胃颗粒有改善胃动力、修复胃黏膜、减轻黏膜炎症的作用。	94.12%	强推荐
(三) 临床适用中医证候的诊断和把握		
1. 用于慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证患者的治疗，临床使用的核心指征：上腹胀满（堵闷），上腹疼痛，暖气，以餐后多见，或伴食欲减退，食量减少。	97.06%	强推荐
2. 养胃颗粒所治疗的脾虚气滞证中的“脾虚”主要指脾气虚弱，以餐后上腹堵闷、胀满，食欲减退或食量减少，饥饿感缺乏等消化效率低下、排空功能障碍相关症状为特征。	97.06%	强推荐
3. 养胃颗粒也可用于慢性萎缩性胃炎气阴两虚证患者的治疗。	85.29%	强推荐
4. 养胃颗粒所治疗的脾虚气滞证中的“气滞”主要指脾胃气机郁滞，以餐后上腹堵闷、胀满、疼痛、暖气为特征。	100%	强推荐
5. 养胃颗粒也可用于脾胃气滞为主兼有肝郁气滞证者，以伴轻度胁肋胀痛、暖气，症状的出现或加重与情绪相关为特征。	100%	强推荐
(四) 适用目标疾病		
1. 本药治疗慢性萎缩性胃炎，主要是以改善症状为主。	91.18%	强推荐
2. 对于慢性萎缩性胃炎合并肠化生、异型增生的逆转作用尚缺乏高质量证据支持。	97.06%	强推荐
3. 养胃颗粒可辅助用于慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染的治疗。	91.18%	强推荐
(五) 适用的临床症状		
1. 适合用于以餐后消化不良为主要表现，症见上腹胀满、堵闷、暖气、隐痛的患者，可伴有食欲减退、食量减少、大便稀溏、乏力等。	94.12%	强推荐
2. 养胃颗粒治疗的上腹疼痛多为慢性、反复发作的胀痛或隐痛。	100%	强推荐

3. 不建议将养胃颗粒用于上腹剧烈疼痛、绞痛和痉挛性疼痛。	94.12%	强推荐
(六) 用量用法		
1. 用量用法		
(1) 按照药品说明书使用，成人临床常规用量为一次1袋，温开水冲服，一日3次。	97.06%	强推荐
2. 服用时间		
(1) 对于表现为早饱、餐中或餐后即上腹胀满的患者，建议餐前服用。	97.06%	强推荐
(2) 对于餐后较长时间存在上腹胀满，饥饿感不明显的患者，建议餐后服用。	91.18%	强推荐
3. 疗程		
(1) 用于改善慢性萎缩性胃炎临床症状，疗程一般为1-4周，根据实际需要可使用1-2个疗程。	94.12%	强推荐
(2) 对于癌变风险较低的局限于胃窦部或OLGA/OLGIM I/II级的胃黏膜萎缩和肠化生患者，做好内镜和组织学监测同时，以改善临床症状为主。	94.12%	强推荐
(3) 用于脾虚气滞证慢性萎缩性胃炎病理组织学改善时，疗程需在6个月以上。	85.29%	强推荐
(七) 联合用药和拓展病种		
1. 养胃颗粒可用于治疗功能性消化不良，以餐后上腹饱胀不适、早饱为特征。	94.12%	强推荐
2. 伴有酸相关症状（如空腹痛、反酸、嘈杂、易饥、上腹烧灼感）者，可联合使用抑酸药。	88.24%	强推荐
3. 伴胃镜下活动性炎症、糜烂及溃疡者，可合用黏膜保护剂和/或抑酸药。	94.12%	强推荐
4. 上腹饱胀明显，伴嗝气、早饱等，考虑存在胃动力障碍时可联用促动力药。	97.06%	强推荐
5. 慢性萎缩性胃炎伴有胆汁反流时，可联合使用具有吸附胆汁酸作用的黏膜保护剂。	97.06%	强推荐
6. 伴有进食相关的上腹胀满、嗝气、食欲减退、食量减少等症状者，可合用消化酶类药物。	97.06%	强推荐
7. 伴有大便稀溏者，可合并使用益生菌或健脾化湿中药。	88.24%	强推荐

8. 伴胃酸分泌紊乱，夜间嘈杂、烧心者，可配合睡前口服 H2 受体拮抗剂。	88.24%	强推荐
(八) 不良反应		
1. 临床未见明显不良反应，个别患者可能出现口干、嘈杂，需加强中医辨证的准确性。	97.06%	强推荐
(九) 禁忌症及其他注意事项		
1. 不建议妊娠及哺乳期妇女服用。	94.12%	强推荐
2. 不适合用于湿热证、实热（胃火炽盛、肝胃郁热）证患者。	97.06%	强推荐
3. 对本药成分过敏者禁用。	100%	强推荐

2 范围

本共识明确了养胃颗粒应用于慢性萎缩性胃炎治疗的临床适应征、用法用量及安全性等关键性问题。

本共识适用于各级医疗机构的中西医内科在使用养胃颗粒时参考使用。

3 药物基本信息

3.1 处方来源

养胃颗粒由正大青春宝药业有限公司生产，1982年10月由浙江省中医药研究院、杭州第二中药厂、浙江医科大学附属第二医院三方共同协作开展针对慢性萎缩性胃炎的临床及实验研究，杭州第二中药厂在浙江省中医药研究院提供临床经验方的基础上，根据三方认定的处方进行药物研制，确定合理工艺路线及药品质量标准。

3.2 主要成份

炙黄芪、党参、陈皮、香附、白芍、山药、乌梅、甘草。

3.3 功能主治

养胃健脾，理气和中。用于脾虚气滞所致的胃痛：症见胃脘胀痛，暖气不舒，纳呆食少，神疲乏力；慢性萎缩性胃炎见上述证候者。

3.4 政策准入情况

养胃颗粒是国家医保乙类品种，该产品于1985年报批取得文号，浙江卫药准字（85）0548-1号，收载于卫生部颁布标准WS3-B-3074-98、《中国药典》2020年版一部。

4 临床问题清单

表3 临床问题清单

序号	临床问题
1	临床应用养胃颗粒的指征是什么？
2	养胃颗粒适用于慢性萎缩性胃炎哪些情况？伴糜烂？伴胆汁反流？
3	养胃颗粒适合哪种类型的胃痛？
4	养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎，可以改善哪些症状指标？
5	养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的最佳干预时点是什么？
6	养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的最佳用药剂量是多少？
7	养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的最佳疗程？
8	养胃颗粒临床应用时，什么情况下可以单用，什么情况下需要联合用药？
9	临床应用养胃颗粒常与哪些药合并使用？

10	临床应用养胃颗粒有哪些配伍禁忌？
11	养胃颗粒临床应用中，什么情况下必须停用？
12	服用养胃颗粒有哪些不良反应？
13	哪些人不适合服用养胃颗粒？
14	对于特殊人群用药，需要注意哪些事项？
15	养胃颗粒的临床疗效特点有哪些？

5 疾病诊断

5.1 中医诊断要点

中医诊断要点：脾胃虚弱证；脾虚气滞证。

(1) 脾胃虚弱证

上腹隐痛，喜按喜暖，食后胀闷，痞满，纳呆少食，便溏或腹泻，乏力，四肢酸软，舌质淡或有齿痕，苔薄白，脉沉细。

(2) 脾虚气滞证

上腹胀满或胀痛，或有沉重感，食欲不振，食后腹胀，暖气频发，大便时溏时结，面色萎黄，神疲乏力等。

5.2 西医诊断要点

慢性萎缩性胃炎，参照《中国慢性胃炎共识意见（2017，上海）》、《慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见（2017）》。

(1) 胃镜诊断标准

慢性萎缩性胃炎在内镜下可见黏膜红白相间，以白为主，皱襞变平甚至消失，黏膜血管显露；黏膜颗粒或结节状等基本表现。

(2) 病理诊断标准

慢性胃炎病理活检示固有腺体萎缩或肠化生，即可诊断为慢性萎缩性胃炎，但需多处活检评估萎缩范围和程度。临床医生可根据病理检查结果并结合内镜所见，最后作出萎缩范围和程度的诊断。

6 临床应用建议

6.1 组成及功效

养胃颗粒由炙黄芪、党参、陈皮、香附、白芍、山药、乌梅、甘草八味药物组成，具有养胃健脾、理气和中的功效，从中医角度而言其组方具有合理性^[1-4]。（证据质量：低；推荐率：100%）

根据 2020 年版《中华人民共和国药典》记载的药物功效如下：

(1) 黄芪：甘、温，归肺、脾经，补气固表、敛疮生肌，用于气虚乏力、食量减少便溏、中气下陷、久泻脱肛等。

(2) 党参：甘、平，归脾、肺经，补中益气、健脾益肺，用于脾肺虚弱、气短心悸、食量减少、便溏、虚喘咳嗽等。

(3) 山药：甘、平，归脾、肺、肾经，补脾益胃、生津益肺、补肾涩精，用于脾虚食量减少、久泻不止等。

(4) 香附：辛、微苦、微甘、平，归肝、脾、三焦经，行气解郁、调经止痛，用于肝郁气滞、上腹及胁肋胀痛、消化不良、胸脘痞闷等。

(5) 陈皮：苦辛、温，归肺、脾经，理气健脾、燥湿化痰，用于腹部胀满、食量减少吐泻、咳嗽痰多。

(6) 白芍：苦酸、微寒，归肝、脾经，平肝止痛、养血调经、敛阴止汗，用于头痛眩晕、胁痛、腹痛、四肢挛痛、血虚萎黄等。

(7) 乌梅：酸涩、平，归肝、脾、肺、大肠经，敛肺、涩肠、生津、安蛔，用于肺虚久咳、蛔厥呕吐腹痛等。

(8) 甘草：甘、平，归心、肺、脾、胃经，清热解毒、润肺止咳、调和诸药，炙甘草补脾益气，主治咽喉肿痛、咳嗽等。

诸药合用，健脾、运脾，标本兼顾，虚实同调。药物组成总体上较为平和，不含大苦、大寒、大辛、大热之品。主导功效与药物组成相一致，符合中医的立法及处方原则。

6.2 作用机理

从现代医学角度而言，养胃颗粒有改善胃动力、修复胃黏膜、减轻黏膜炎症的作用。（证据质量：低；推荐率：94.12%）

慢性萎缩性胃炎由胃黏膜上皮遭受反复损害所致，致病因素包括幽门螺杆菌（*Helicobacter pylori*, Hp）感染、胆汁反流、免疫因素等^[5]。

养胃颗粒能提高慢性萎缩性胃炎大鼠血清及胃黏膜前列腺素 E2(PGE2)、生长抑素(SS)水平，增加血清胃泌素(GAS)水平^[6,7]，对胃黏膜直接或间接地发挥营养和保护作用。

临床研究^[8]发现联合使用养胃颗粒可降低血清胃动素(MTL)、胃蛋白酶原(PG)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、人表皮生长因子(hEGF)水平，升高血清胃泌素(GAS)、PG I、PG I / PG II 比值水平，调节胃肠激素分泌与氧化应激状态，与单用铝碳酸镁相比，差异有统计学意义(P<0.05)。提示养胃颗粒在改善炎症、调节胃分泌功能、促进上皮细胞生长等方面有一定作用。

有 2 项 RCT 研究评价养胃颗粒对胃黏膜的修护作用^[1,9]，分别以奥美拉唑和三联疗法为对照，共纳入病例 186 例，结果表明联合使用养胃颗粒修复胃黏膜的作用优于单纯使用西药(MD=-0.22, 95%CI [-0.43, -0.02] , P=0.03)。(C)

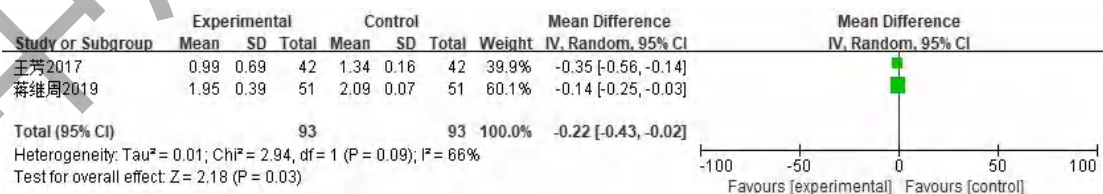


图 1 养胃颗粒对胃黏膜保护作用的 Meta 分析

一项纳入 99 例慢性萎缩性胃炎患者的 RCT 研究^[10]显示养胃颗粒联合三联疗法改善黏

膜炎症优于单纯三联疗法 (RR=1.19, 95%CI [0.99, 1.43], P=0.06)。(C)

6.3 临床适用中医证候的诊断和把握

(1) 用于慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证患者的治疗, 临床使用的核心指征: 上腹胀满(堵闷), 上腹疼痛, 暖气, 以餐后多见, 或伴食欲减退, 食量减少。(证据质量: 低; 推荐率: 97.06%)

脾虚气滞证诊断参照《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[11]: 上腹胀满或胀痛, 胃部有沉重感, 食欲不振, 食后腹胀, 暖气频发, 大便时干时稀, 面色萎黄, 神疲乏力等。

文献分析发现脾虚、气滞是慢性萎缩性胃炎最常见的两种证候要素, 前者的类似证候有: 脾胃虚弱证、脾胃气虚证; 后者的类似证候有: 气机壅滞证、气机阻塞证、肝气郁滞证, 也可兼见^[2,12-17]。

养胃颗粒可改善慢性萎缩性胃炎患者的临床症状。一项纳入 150 例 Hp 阳性脾虚气滞证萎缩性胃炎患者的 RCT^[18]研究, 在四联用药基础上, 治疗组和对照组分别给予养胃颗粒和多潘立酮片口服, 疗程 3 个月, 结果显示养胃颗粒组脾虚气滞证症状改善优于对照组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。(C)

(2) 养胃颗粒所治疗的脾虚气滞证中的“脾虚”主要指脾气虚弱, 以餐后上腹堵闷、胀满, 食欲减退或食量减少, 饥饿感缺乏等消化效率低下、排空功能障碍相关症状为特征。(证据质量: 低; 推荐率: 97.06%)

“脾气虚”是指脾的运化功能不足, 即上消化道消化效率低下、排空功能障碍, 表现为餐后上腹堵闷、胀满, 食欲减退, 食量减少, 饥饿感缺乏等, 下消化道表现为大便稀溏、或粪便含水量增加、腹胀等, 此外还可以有肢体乏力、精神不振等表现。

(3) 养胃颗粒也可用于慢性萎缩性胃炎气阴两虚证患者的治疗。(证据质量: 低; 推荐率: 85.29%)

养胃颗粒除健脾益气外, 还含有白芍、乌梅等滋养胃阴, 临床可用于养阴和胃。患者在脾虚基础上, 兼有阴虚表现者即气阴两虚证, 如伴口干、舌红, 舌苔少或无苔等, 也可酌情选用。

(4) 养胃颗粒所治疗的脾虚气滞证中的“气滞”主要指脾胃气机郁滞, 以餐后上腹堵闷、胀满、疼痛、暖气为特征。(证据质量: 低; 推荐率: 100%)

养胃颗粒所适用的“气滞”是指脾虚气机升降失调, 气机不畅而壅滞中焦的一种病理状态, 非有形之邪的阻滞。从组成药物的归经分析, 此处气滞是指中焦(脾胃)气机郁滞, 升降失常, 胃失和降, 临床表现为餐后上腹堵闷、胀满、疼痛、暖气等。

(5) 养胃颗粒也可用于脾胃气滞为主兼有肝郁气滞证者, 以伴轻度胁肋胀痛、暖气, 症状的出现或加重与情绪相关为特征。(证据质量: 低; 推荐率: 100%)

本药含有香附、白芍、陈皮, 可用于脾胃气滞为主兼有肝郁气滞证者, 表现为上腹胀痛, 与情绪相关, 兼有胁肋胀(痛)、暖气等。

本药疏肝理气作用不强, 不适用于治疗单纯肝郁气滞证, 表现为胸胁、上腹胀闷疼痛, 时轻时重, 时作时止, 或走窜不定, 胀痛可随暖气、肠鸣、排气而减轻, 反酸, 苔黄, 脉弦。

6.4 适用目标疾病

(1) 本药治疗慢性萎缩性胃炎, 主要是以改善症状为主。(证据质量: 中; 推荐率: 91.18%)

慢性萎缩性胃炎根据程度和范围不同分为低风险萎缩（单纯胃窦部、或 OLGA、OLGIM I/II 期）和高风险萎缩（窦体萎缩或 OLGA/OLGIM III/IV 期），对于低风险患者以改善消化不良症状为主^[19]。

一项 RCT^[8]纳入慢性萎缩性胃炎患者 106 例，对照组患者口服铝碳酸镁片，治疗组加用养胃颗粒，疗程 4 周。结果显示联合使用养胃颗粒改善上腹痛、嘈杂、上腹胀满、嗝气、反酸、乏力严重程度积分优于对照组（ $P<0.05$ ）。（C）

（2）对于慢性萎缩性胃炎合并肠化生、异型增生的逆转作用尚缺乏高质量证据支持。（证据质量：低；推荐率：97.06%）

1 项 RCT^[9]以三联疗法为对照，纳入患者 102 例，采用黏膜定标活检，病理组织学评分参照《中国慢性胃炎共识意见》。结果显示养胃颗粒改善胃黏膜萎缩积分（ $MD=-0.22$, 95%CI [-0.43, -0.02]， $P=0.03$ ），差异有统计学意义；也可改善肠化生，但差异无统计学意义（ $RR=-0.03$, 95%CI [-0.15, 0.09]， $P=0.62$ ）。（C）

一项纳入 106 例慢性萎缩性胃炎胃癌前病变患者的 RCT^[20]研究，以铋剂四联为对照，采用定标活检法技术，疗程 3 个月，结果显示养胃颗粒改善异型增生优于对照组（ $MD=-0.20$, 95%CI [-0.22, -0.18]， $P<0.01$ ），胃镜病理总有效率为 54.72%，高于对照组（28.30%），（ $P<0.05$ ）。（C）

有关养胃颗粒逆转慢性萎缩性胃炎合并肠化生、异型增生的研究总体质量不高，尚需开展高质量大样本 RCT 研究进一步确证。

（3）养胃颗粒可辅助用于慢性萎缩性胃炎伴幽门螺杆菌感染的治疗。（证据质量：中；推荐率：91.18%）

对养胃颗粒辅助治疗慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染的研究进行 Meta 分析，共纳入 7 个研究^[9,10,20,21,22-25]，以三联/四联疗法为对照，共纳入患者 753 例，结果显示联合使用养胃颗粒 Hp 根除率优于单纯三联/四联疗法（ $RR=1.11$, 95%CI [1.03, 1.20]， $P=0.007$ ）。（B）

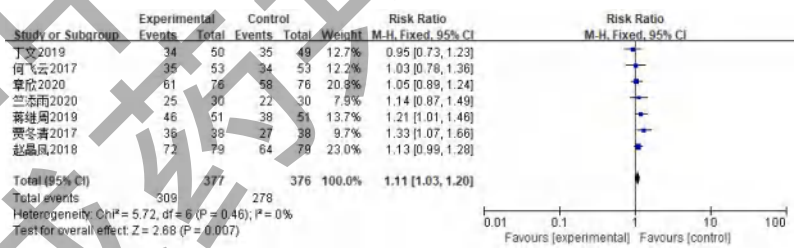


图 2 养胃颗粒治疗 Hp 感染的根除率的 Meta 分析

6.5 适用的临床症状

（1）适合用于以餐后消化不良为主要表现，症见上腹胀满、堵闷、嗝气、隐痛的患者，可伴有食欲减退、食量减少、大便稀溏、乏力等。（证据质量：中；推荐率：94.12%）

1 个 RCT^[8]以铝碳酸镁为对照，纳入患者 106 例，结果显示联合养胃颗粒改善上腹胀满（ $MD=-0.19$, 95%CI [-0.41, 0.03]， $P=0.09$ ）、嗝气反酸（ $MD=-0.32$, 95%CI [-0.58, -0.06]， $P=0.01$ ）、乏力（ $MD=-0.25$ ，95%CI [-0.49, -0.01]， $P=0.04$ ）严重程度积分，均优于铝碳酸镁。（B）

(2) 养胃颗粒治疗的上腹疼痛多为慢性、反复发作的胀痛或隐痛。(证据质量: 低; 推荐率: 100%)

脾虚运化不利、食物停滞阻碍气机, 是以餐后不适、餐后痛为主。不同于寒邪、瘀血造成的急性、剧烈疼痛。养胃颗粒可用于治疗上腹疼痛, 以隐痛或胀痛为主, 多呈慢性、反复发作性。

养胃颗粒组方中的白芍、香附、甘草等成分均可通过各自不同的途径产生镇痛作用, 对慢性萎缩性胃炎患者的胀痛、隐痛有缓解作用^[25]。

一项 RCT^[8](n=106) 研究显示养胃颗粒改善上腹疼痛优于铝碳酸镁(MD=-0.33, 95%CI [-0.51, -0.15], P<0.01)。(C)

一项 RCT^[12]研究(n=124) 显示养胃颗粒治疗隐痛、胀痛消失率分别为 71.4% 和 63%, 优于猴菇菌片(25%和 34.9%)(C)

(3) 不建议将养胃颗粒用于上腹剧烈疼痛、绞痛和痉挛性疼痛。(证据质量: 低; 推荐率: 94.12%)

养胃颗粒组方平和, 在脾气虚或气阴两虚基础上出现滞、胀、痛是最佳选择。如疼痛比较剧烈, 从中医角度认为可能由饮食积滞、寒凝外袭、血瘀阻络等有形实邪引起, 非本药所擅长。

无相关文献证据, 在理论及临床方面具备可行性, 专家共识推荐。

6.6 用法用量

(1) 用量用法

按照药品说明书使用, 成人临床常规用量为一次 1 袋, 温开水冲服, 一日 3 次。(证据质量: 低; 推荐率: 97.06%)

共纳入 20 篇临床研究, 养胃颗粒使用方法均为每次 1 袋, 温开水冲服, 每天 3 次。(C)

散类、丸的中成药宜以温开水送服, 也是中药温服的一种。

常规方药多采用温服, 温服能保养胃气, 减轻胃肠刺激, 利于药物吸收。

(2) 服用时间

①对于表现为早饱、餐中或餐后即上腹胀满的患者, 建议餐前服用。(证据质量: 低; 推荐率: 97.06%)

慢性胃炎消化不良症状的病理生理机制除动力障碍外, 可能与近端胃感觉和容受性舒张功能障碍密切相关^[26]。有研究显示^[27], 脾虚气滞型患者的最大饱足感时的近端胃容积低于脾虚湿阻型和脾胃阳虚型。

对于内脏高敏感及胃容受性功能障碍, 目前中医多立足于肝胃不和等认识基础上, 重视情志在发病中的作用, 健脾理气、疏肝和胃可能改善内脏高敏感性。

该药组方平和, 性味上不会对胃造成刺激, 可以餐前或空腹口服。

“餐前”是指进餐前 30-60 分钟, “空腹”是指进餐后 3-4 小时。空腹或餐前服用, 药物较快进入肠道, 减少食物对其生物利用度的影响, 有利于药物的吸收和利用。

②对于餐后较长时间存在上腹胀满, 饥饿感不明显的患者, 建议餐后服用。(证据质量: 很低; 推荐率: 91.18%)

脾虚患者多有胃排空功能低下及胃肠运动功能紊乱的表现。脾虚气滞证消化不良患者存在着胃排空延迟的状态^[28]。

一项 RCT^[21]研究，在治疗方法中提到，根据患者情况，餐后 15 分钟-1 小时，以药后不胀为度。（D）

“餐后”一般是指进餐后半小时到 1.5 小时。

（3）疗程

① 用于改善慢性萎缩性胃炎临床症状，疗程一般为 1-4 周，根据实际需要可使用 1-2 个疗程。（证据质量：低；共识率：94.12%）

无相关文献证据，在理论及临床方面具备可行性，专家共识推荐。

② 对于癌变风险较低的单纯胃窦部或 OLGA/OLGIM I/II 级的胃黏膜萎缩和肠化生，有症状时可根据需要服用。（证据质量：低；推荐率：94.12%）

对于胃癌发生风险较低的单纯胃窦部或 OLGA/OLGIM I/II 级的胃黏膜萎缩和肠化生，治疗以改善症状为主。

③ 用于脾虚气滞证慢性萎缩性胃炎病理组织学改善时，疗程需在 6 个月以上。（证据质量：很低；推荐率：85.29%）

慢性萎缩性胃炎及胃癌前病变反复发作、胃镜病理病变也呈灶性和逐渐移行性变化。胃黏膜的再生和重建以及恢复正常功能需要较长时间，因此慢性萎缩性胃炎的治疗疗程应不少于 3 个月，一般为 3-6 个月。针对胃癌前病变的干预疗程至少 6 个月，之后应进行不小于 6 个月的随访，以观察远期疗效及进行疾病复发的监测^[29]。

6.7 联合用药和拓展病种

（1）养胃颗粒可用于治疗功能性消化不良，以餐后上腹饱胀不适、早饱为特征。（证据质量：低；推荐率：94.12%）

功能性消化不良是常见的功能性胃肠病，分为餐后不适综合征和上腹痛综合征两类，前者表现为餐后饱胀不适、早饱、中上腹痛、烧灼不适中的 1 项或多项，症状出现至少 6 个月，近 3 个月症状符合以上诊断标准。辨证属脾虚气滞证者，也适合选用本药治疗。

无相关文献证据，在理论及临床方面具备可行性，专家共识推荐。

（2）伴有酸相关症状（如空腹痛、反酸、嘈杂、易饥、上腹烧灼感）者，可联合使用抑酸药。（证据质量：低；推荐率：88.24%）

无相关文献证据，在理论及临床方面具备可行性，专家共识推荐。

（3）伴胃镜下活动性炎症、糜烂及溃疡者，可合用黏膜保护剂和/或抑酸药。（证据质量：低；推荐率：94.12%）

共纳入 2 项 RCT^[20,21]，纳入的慢性萎缩性胃炎患者均合并有“活动性炎症”、“溃疡”、“糜烂”，对照组采用铝碳酸镁，治疗组加用养胃颗粒。其中 1 项研究^[20]纳入患者 106 例，结果显示养胃颗粒组总有效率为 94.34%，对照组为 81.13%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；另一项研究纳入患者 158 例，研究显示^[21]养胃颗粒组总有效率为 91.14%，对照组总有效率为 81.01%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。（C）

（4）上腹饱胀明显，伴暖气、早饱等，考虑存在胃动力障碍时可联用促动力药。（证据质

量：低；推荐率：97.06%）

上腹饱胀、早饱、嗝气等症状为主者，可加用促动力剂，如多潘立酮、莫沙比利、马来酸曲美布汀等。

养胃颗粒联合具有促胃动力、抗焦虑和抑郁的作用的舒必利，纳入病例 80 例，对照组为单用猴头菌，疗程 2 月，结果显示症状、胃镜、病理疗效优于猴头菌^[30]。

养胃颗粒联合铝碳酸镁治疗慢性萎缩性胃炎可有效改善上腹疼痛、胀满，嘈杂、嗝气、反酸的症状积分^[8]。

(5) 慢性萎缩性胃炎伴有胆汁反流时，可联合使用具有吸附胆汁酸作用的黏膜保护剂。（证据质量：低；推荐率：97.06%）

胆汁反流是慢性萎缩性胃炎的病因之一，也是促使胃黏膜萎缩、肠化生发展的重要因素。胆汁可削弱或破坏胃黏膜屏障功能，使胃黏膜产生炎性、糜烂、出血和肠化生等病变。部分黏膜保护剂如铝碳酸镁片可中和胆汁，保护胃黏膜^[31]。

无相关文献证据，在理论及临床方面具备可行性，专家共识推荐。

(6) 伴有进食相关的上腹胀满、嗝气、食欲减退、食量减少等症状者，可合用消化酶类药物。（证据质量：低；推荐率：97.06%）

无相关文献证据，在理论及临床方面具备可行性，专家共识推荐。

(7) 伴有大便稀溏者，可合并使用益生菌或健脾化湿中药。（证据质量：低；推荐率：88.24%）

无相关文献证据，在理论及临床方面具备可行性，专家共识推荐。

(8) 伴胃酸节律紊乱，夜间嘈杂、烧心者，可配合睡前口服 H₂ 受体拮抗剂。（证据质量：低；推荐率：88.24%）

无相关文献证据，在理论及临床方面具备可行性，专家共识推荐。

6.8 不良反应

临床未见明显不良反应，个别患者可能出现口干、嘈杂，需加强中医辨证的准确性。（证据质量：低；推荐率：97.06%）

纳入 3 项 RCT 研究^[8,10,32]，共 286 例患者。报道有轻微不良反应如口干、头晕、胃肠道反应等，未予处理。Meta 分析显示养胃颗粒联合西药组（三联疗法/四联疗法）的不良反应发生率低于常规西药组，组间无统计学差异(RR=0.74，95%CI [0.31, 1.74]，P=0.49)。

(C)

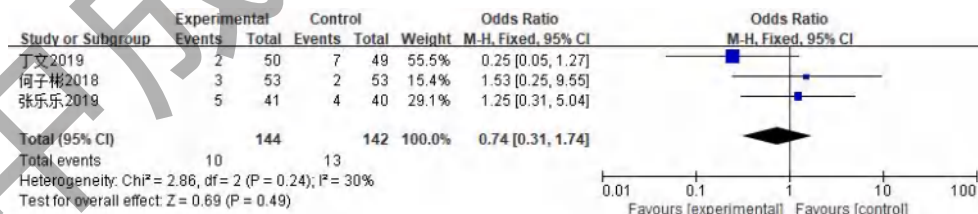


图 3 安全性分析

养胃颗粒组方中有白芍、乌梅、甘草配伍酸甘化阴，伴口干患者可以应用。

临床应用时，需加强中医辨证的准确性，严格把握适用证候，有助于减少不良反应发生。

6.9 禁忌症及其他注意事项

(1) 不建议妊娠及哺乳期妇女服用。(证据质量：很低；推荐率：94.12%)

共纳入 7 篇 RCT^[1,14,15,26,27,30,32]，排除标准包括妊娠和哺乳期妇女。目前缺乏养胃颗粒用于孕妇的安全性的直接数据，不建议妊娠及哺乳期妇女服用。(D)

(2) 不适合用于湿热证、实热(胃火炽盛、肝胃郁热)证患者。(证据质量：低；推荐率：97.06%)

养胃颗粒以养胃健脾、理气和中为主，典型的实证和热证，如湿热证、胃火炽盛证、肝胃郁热证患者不适合使用。相关概念：

- ① 湿热证：上腹胀疼或灼痛，口苦，口黏，口臭，大便黏滞不尽，苔厚腻。
- ② 胃火炽盛证：上腹灼热阵痛，痛势急迫，口干，烦热，牙痛、牙龈出血，便秘，尿黄。
- ③ 肝胃郁热证：上腹灼热疼痛，反酸，嘈杂，心烦易怒，口干口苦，大便秘结。

(3) 对本药成分过敏者禁用。(证据质量：很低；推荐率：100%)

有 4 项 RCT^[1,10,20,33]研究的排除标准包括本药成分过敏者。目前尚无养胃颗粒引起过敏的相关报道^[34-36]。(D)

7 利益相关说明

7.1 资助情况

无

7.2 利益相关情况

本专家共识项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，声明无利益冲突。在共识制定过程中，所有相关参与者均无利益冲突；企业人员主要负责组织、服务等事务性工作，不参与任何共识决策工作。

8 说明

本共识在临床应用过程中，若遇到特殊情况应结合实际情况处理。本共识未来将根据新的循证证据和实践进行更新。

附录 A
(资料性附录)
基础研究资料

A.1 中医理论基础

慢性萎缩性胃炎主要归属于中医“胃脘痛”、“痞满”、“胃痞”等范畴，其病位主要在胃，与肝、脾关系密切，由于胆附于肝，与肝同主疏泄，所以与胆也有联系。由于其病程较久、病情反复发作、久病多虚，往往表现为本虚标实、虚实夹杂证。本虚主要是脾气虚弱、胃阴亏虚为主；邪实重在气滞、血瘀、湿热等。在疾病发生发展过程中，脾胃虚弱与气滞血瘀常互为因果、夹杂存在，贯穿始终。养胃颗粒是在浙江省中医药研究院经验方的基础上，改进方药组成、改革剂型研制而成，经临床实践和研究证实，其可有效改善慢性萎缩性胃炎相关的上腹疼痛、胀满等症状。

养胃颗粒由炙黄芪、党参、白芍、甘草、陈皮、香附、乌梅、山药八味药材组成，具有养胃健脾，理气和中之功效。主治脾虚气滞所致的胃痛，症见胃脘不舒、嗳气食少，慢性萎缩性胃炎见上述证候者。

方中炙黄芪、党参补中益气，健脾和胃生津，为君药。山药补脾养胃，生津益肺；香附疏肝解郁，理气宽中；陈皮理气健脾，共为臣药。白芍、乌梅、甘草敛阴止汗，和中缓急，柔肝止痛，共为佐使药。全方合用，共奏养胃健脾、理气和中之功。

A.2 药学研究

养胃颗粒处方中含八味药材，分别为炙黄芪、党参、白芍、甘草、陈皮、香附、乌梅及山药，本品为棕黄色至棕色的颗粒。目前有多篇文章对养胃颗粒的物质基础及质量控制方面进行了研究^[37-42]，研究表明没食子酸、芍药内酯苷和苯甲酰芍药苷化合物是白芍主要有效成分^[37]，黄芪甲苷为黄芪主要活性成分之一，可通过高效液相色谱-蒸发光散射法对其含量进行测定^[38]，陈皮中主要成分为橙皮苷^[39]。在《中华人民共和国药典》2020年版一部中含量测定项下规定了测定白芍中的芍药苷这一个成分。

A.3 药理研究

现代药理学表明，乌梅具有抑菌、镇咳、镇静催眠及治疗结肠炎等药理作用^[43]；甘草可抗溃疡，抑制胃液分泌，缓解胃肠平滑肌痉挛及镇痛，并与芍药的有效成分芍药苷有协同作用^[44]；山药可改善消化功能，抑制胃排空和肠推进，缓解胃肠痉挛，保护胃黏膜等；白芍醇提物能够显著延长醋酸所致小鼠扭体次数与扭体反应潜伏期，并能降低光热法所致小鼠的痛阈值^[45]；香附根茎汤剂对溃疡具有保护作用，能够减少溃疡的形成，延迟胃排空的作用；陈皮的水煎液能够明显促进唾液淀粉酶的活性，可促进胃肠排空，且具有抑制十二指肠梗阻的作用；党参能够抑制胃酸分泌的增加，保护胃黏膜，且能够增加胃肠蠕动和肠管的张力；黄芪无论在细胞免疫还是体液免疫方面均有增强作用，能够治疗经久不愈的溃疡^[46]。

(1) 镇痛抗炎作用

吴康郁^[47]等研究养胃颗粒的镇痛抗炎作用，取养胃颗粒配制的不同剂量对实验小鼠给药，应用醋酸致小鼠扭体法、小鼠热板法、二甲苯致小鼠耳廓肿胀法研究其镇痛抗炎作用。结果表明养胃颗粒具有一定的镇痛抗炎效果，可减少醋酸致小鼠扭体次数，延长小鼠舔足时间，减轻二甲苯致小鼠耳廓肿胀程度。

(2) 保护胃黏膜

王德俊^[48]等观察养胃颗粒对慢性萎缩性胃炎组织病理学变化的影响。通过施行胃-肠吻合术建立慢性萎缩性胃炎，连续灌胃给药3个月后，大体观察并作石蜡切片，HE染色后在显微镜下观察并拍照。发现养胃颗粒能明显改善胃上皮损伤程度、减少炎症浸润范围，缩小

胃小凹的宽度，与模型组比较有明显差异（ $P<0.05$ ），与阳性对照组无差别（ $P>0.05$ ）。结果表明养胃颗粒通过减轻胃黏膜炎症反应、逆转肠化生，能有效的修复损伤的胃黏膜，从而改善胃黏膜萎缩。崔儒涛^[8]等用甲硝基亚硝胍加酒精建立大鼠慢性萎缩性胃炎模型，观察养胃颗粒对其胃黏膜组织病理学、前列腺素 E2（PGE2）、生长抑素（SS）、血浆胃动素（MOT）的影响。发现造模大鼠经治疗胃黏膜光镜下组织学明显改变，PGE2、SS 水平升高，与造模组对比，有显著性差异（ $P<0.05$ ）；血浆 MOT 浓度无显著性差异（ $P>0.05$ ）。结果表明养胃颗粒可调节胃肠道激素分泌，起到保护胃黏膜、修复损伤胃黏膜的治疗作用。

（3）逆转肠化生

王德俊^[49]等观察养胃颗粒对实验性反流性胃炎炎症病变的改善作用，实验采用大鼠胃空肠吻合手术制作实验性返流性胃炎模型，将模型大鼠随机分为养胃颗粒治疗 I、II、III 组、胃炎模型组和正常对照组（非手术大鼠），分别处理 90 天。于胃底部、大弯、小弯处取材，制作切片显微镜和电子显微镜下观察。结果发现养胃颗粒 1、5、10 g/kg 可抑制实验性返流性胃炎的炎症表现，使胃壁组织结构的病理改变得以修复。表明养胃颗粒可显著抑制实验性反流性胃炎的炎性细胞浸润、胃底腺增生和有效减轻胃上皮化生和胃小凹的扩张。

A. 4 非临床安全性研究^[50]

急毒试验中，NIH 系小鼠在 80 倍人用剂量下无毒性反应。亚急性毒性试验中，幼年大鼠 1 g/kg、2 g/kg 灌胃 3 个月，不影响生长发育，生化指标无明显影响，内脏系统未见异常。试验表示，养胃颗粒具有较高的安全性。

参 考 文 献

- [1] 王芳,周笑甜.养胃颗粒联合奥美拉唑肠溶胶囊治疗慢性萎缩性胃炎临床观察[J].新中医,2017,49(6):47-49.
- [2] 王小坤.养胃冲剂治疗慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].四川中医,2001(2):34-35.
- [3] 王世英,管吉宝.养胃冲剂治疗萎缩性胃炎疗效观察[J].中西医结合实用临床急救,1998(7):28.
- [4] 芍药甘草汤[EB/OL]. [2020-04-13]. <https://baike.baidu.com/item>.
- [5] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.慢性萎缩性胃炎中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(2):121-131.
- [6] 周学俭,王香花.养胃颗粒对慢性萎缩性胃炎大鼠胃泌素、生长抑素和前列腺素 E2 的影响[J].浙江中医杂志,2013,48(5):363-364.
- [7] 崔儒涛,蔡淦,尹兆宝,等.养胃冲剂对大鼠萎缩性胃炎胃粘膜组织形态及胃肠激素的影响[J].中药新药与临床药理,1999(5):273-275.
- [8] 何子彬,周骥,杨清强,等.养胃颗粒联合铝碳酸镁治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(4):856-860.
- [9] 蒋继周.养胃颗粒联合西药治疗慢性萎缩性胃炎的临床效果[J].浙江临床医学,2019,(10):1341-1343.
- [10] 丁文,危贵君,胡奕.养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎临床研究[J].新中医,2019,51(7):136-138.
- [11] 张万岱,陈治水,危北海.慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J].现代消化及介入诊疗,2005,10(3):4.
- [12] 连纯钢,龚德根.养胃冲剂治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察[J].中成药,2001(10):64-65.
- [13] 蒋振华,牛金仙.中医药治疗慢性萎缩性胃炎 35 例临床观察及药理分析[J].母婴世界,2015(10):145-146.
- [14] 王建国.养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎伴肠化的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2015,8(15):144-145.
- [15] 杨绪枫,李道鸿,吕荣.养胃颗粒治疗老年慢性萎缩性胃炎的临床观察[J].中医临床研究,2017,9(28):53-54.
- [16] 关常澄,胡聚卿.养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎患者的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2018,11(23):50-51.
- [17] 何根云.养胃冲剂对慢性萎缩性胃炎的疗效分析[J].海峡药学,2012,24(06):209-210.
- [18] 黄韶辉,宋金东,褚鹏程,等.养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎脾虚气滞证临床研究[J].新中医,2020,52(12):70-72.
- [19] 王萍,李鹏,等.中国整合胃癌前病变临床管理指南.胃肠病学,2021,26(2):91-111.
- [20] 何飞云,叶斌,潘俊娣,等.养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变的疗效[J].江苏医药,2017,43(24):4.
- [21] 赵晶凤,吴英,王秀艳,等.养胃颗粒联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的疗效及对血清 GAS、ET 和 PGs 的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2018,26(8):640-644.
- [22] 贾冬清,冀玉苓.消化内科慢性萎缩性胃炎临床规范治疗效果观察[J].特别健康,2017,(20):145.
- [23] 章欣,陈华群,尤君芬.养胃颗粒辅助治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎效果观察[J].中

国乡村医药,2020,27(1):14-22.

[24] 竺添雨,孔弘伟,殷清华,等.养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎伴 Hp 感染的疗效观察[J].中国继续医学教育,2020,12(36):171-174.

[25] 杨卓杰.英连金化浊解毒方对胃癌前病变的大鼠 P53、VEGF 及 PGI 表达的影响[D].石家庄:河北医科大学,2011:1-53.

[26] Tack J. Functional dyspepsia: impaired fundic accommodation. Curr Treat Options Gastroenterol, 2000, 3:287-294.

[27] 赵茜.不同证型功能性消化不良患者胃容受性舒张与胃排空功能差异性的临床研究.湖北中医药大学,2015,硕士研究生论文.

[28] 周斌,李乾构,任蜀兵,等.脾虚气滞型运动障碍样消化不良患者胃排空功能测定(附 32 例临床分析)[J].中国中西医结合脾胃杂志,1997.

[29] 王萍,张北华,王凤云,等.胃癌前病变的疗效评价研究[J].医学与哲学,2015,36(539):18-20.

[30] 徐春,林炎峰.养胃冲剂加舒必利治疗慢性萎缩性胃炎 40 例疗效分析.现代中西医结合杂志,2007,16(20):2808.

[31] 房静远,杜奕奇,刘文忠,等.中国慢性胃炎共识意见(2017 年,上海)[J].胃肠病学,2017,22(11):670-687.

[32] 张乐乐,耿雷,林旭荣,等.养胃颗粒联合四联疗法治疗 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的临床研究[J].中国医药导报,2019,16(08):152-155.

[33] 孙兆双,孙丹丹.奥美拉唑联合养胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察[J].中国疗养医学,2017,26(3):3.

[34] 王时望,王贤良,毛静远.黄芪水煎口服致过敏反应 1 例启示[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(14):2589-2590.

[35] 腰向颖,王晓静,葛丽英.口服黄芪煎剂致过敏反应一例[J].中医临床研究,2015,7(5):67-68.

[36] 陈志远,张亚群,高会全.黄芪所致过敏反应[J].中国医药指南,2012,10(10):648-649.

[37] 王静,邵青,瞿海斌,等.高效液相色谱法测定无糖型养胃颗粒中四种活性成分含量[J].药物分析杂志,2006,26(12):1804-1806.

[38] 何江敏,丁洁,叶虹.高效液相色谱-蒸发光散射法测定养胃颗粒中黄芪甲苷含量[J].中国药业,2010,19(22):43-44.

[39] 杨慈海,杨春丽.高效液相色谱法测定养胃颗粒中橙皮苷的含量[J].北方药学,2013,10(10):2.

[40] 戴希希,文萍.HPLC 法同时测定养胃颗粒中芍药苷和甘草苷的含量[J].实用中西医结合临床,2017,17(3):158-160.

[41] 戴金明,林徐剑,施晓萍.高效液相色谱法同时测定养胃颗粒中 3 种成分的含量[J].浙江中医杂志,2016(9):2.

[42] 何小闵,杨思沅,贾水莲.无糖型养胃颗粒的稳定性考察[J].海峡药学,2003(2):14-16.

[43] 张小琼,侯晓军,杨敏,冷静.乌梅的药理作用研究进展[J].中国药房,2016,27(25):3567-3570.

[44] 李葆林,麻景梅,田宇柔,等.甘草中新发现化学成分和药理作用的研究进展[J].中草药,2021,52(8):2438-2448.

[45] 欧阳勇.白芍醇提液抗炎镇痛作用研究[J].数理医药学杂志,2008(5):600-602.

[46] 李季泓.黄芪的药理作用研究[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(4):188-189.

[47] 吴康郁,朱群娣,刘香英,等.养胃颗粒的镇痛抗炎作用研究[J].中国医疗前沿,2013,8(11):17-18.

[48] 王德俊,谢强敏,邓阳梅,等.养胃冲剂对大鼠慢性萎缩性胃炎胃黏膜的保护作用[J].解剖学研究,2001(04):323-325+354.

[49] 王德俊,孙云,邓杨梅,等.养胃冲剂对实验性反流性胃炎的实验研究[J].中医药学刊,2004(11):2068-2070.

[50] 冯鹤.一种用于治疗慢性萎缩性胃炎的药物组合物:ZL200810182406.0[P].2010-12-15.

中华中医药学会
中成医药具公司材料