

中国中西医结合学会 中华中医药学会 中华医学会  
联 合 发 布

---

## 2 型糖尿病中西医结合诊疗指南

Guidelines for diagnosis and treatment of type 2 diabetes with integrated Chinese and  
Western medicine

2023-XX-XX 发布

2023-XX-XX 实施

---

# 目 次

前 言.....	II
引 言.....	III
正 文	
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 筛查与诊断.....	1
5 治疗.....	4
6 诊疗流程图.....	23
附录 A（资料性）编制方法 .....	24
附录 B（资料性）证据综合报告 .....	27
附录 C（资料性）中国糖尿病风险评分量表（CDRS） .....	82
附录 D（资料性）缩略词对照 .....	83
附录 E （资料性）《2 型糖尿病中西医诊疗指南》工作组成员表 .....	84
参 考 文 献 .....	85

# 前 言

## 1.起草原则:

本指南按照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

## 2.制定小组

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

本指南起草单位：中国中医科学院广安门医院、上海市第六人民医院

本指南主要负责人：全小林（中国中医科学院广安门医院）、贾伟平（上海市第六人民医院）。

本指南执笔人：倪青（中国中医科学院广安门医院）、李敏（中国中医科学院广安门医院）、王佳（中国中医科学院广安门医院）、陈薇（北京中医药大学）、张颖（北京中医药大学）、连凤梅（中国中医科学院广安门医院）、赵林华（中国中医科学院广安门医院）、李修洋（中国中医科学院广安门医院）、王宜（中国中医科学院广安门医院）、赵霞（中国中医科学院广安门医院）、周军（首都体育学院）。

本指南主审人：王秀阁（长春中医药大学附属医院）、肖新华（北京协和医院）、朴春丽[广州中医药大学深圳医院（福田）]、杨叔禹（厦门大学附属第一医院）、谢春光（成都中医药大学附属医院）、杨金奎（北京同仁医院）、陆灏（上海中医药大学附属曙光医院）、方朝晖（安徽中医药大学第一附属医院）、张波（中日友好医院）。

讨论专家：陈弘东（北京市和平里医院）、陈杰（江苏省扬州市中医院）、陈秀芝（太和县中医院）、陈岩（中国中医科学院广安门医院）、程永娟（青岛市黄岛区第三人民医院）、邓德强（新疆乌鲁木齐市中医医院）、杜国清（晋州市人民医院）、冯志海（河南中医药大学第一附属医院）、高怀林（河北以岭医院）、高天舒（辽宁中医药大学）、龚敏（上海市浦东医院）、关婕婷（北京中医医院顺义医院）、桂定坤（上海市第六人民医院）、郭俊杰（山西省中医院）、郭乃刚（南京中医药大学附属盐城市中医院）、何刚（山东菏泽市中医医院）、胡爱民（武汉市中医医院）、华文进（无锡中西医结合医院）、黄菲（苏州市中医医院）、吉红玉（郑州市中医院）、江丹（广东食品药品职业学院）、蒋升（新疆医科大学第一附属医院）、雷烨（陕西中医药大学第二附属医院）、黎永富（佛山市中医院禅城高新区医院）、李贺赞（郑州市中医院）、李红（张家港市中医医院）、李惠林（深圳市中医院）、李凯利（新疆医科大附属中医医院）、李平（中日友好医院）、李双蕾（广西中医药大学第一附属医院）、李伟（北京协和医院）、李显筑

（黑龙江省中医药科学院）、李运伦（山东中医药大学附属医院）、李竹（天津医科大学朱宪彝纪念医院）、林立志（宝鸡市第三人民医院）、刘世巍（中国中医科学院望京医院）、刘长勤（厦门大学附属第一医院）、马丽（新疆维吾尔自治区中医医院）、马艳红（航空总医院）、毛庆莉（凤台市中医院）、米佳（长春中医药大学附属医院）、庞国明（开封市中医院）、平凡（北京协和医院）、钱秋海（山东中医药大学附属医院）、尚菊菊（首都医科大学附属北京中医医院）、申晶（解放军总医院第八医学中心）、史婷婷（北京同仁医院）、宋斌（遵义市第一人民医院/遵义医科大学第三附属医院）、孙敏（江苏省人民医院）、田佳星（中国中医科学院广安门医院）、王斌（天津中医药大学第一附属医院）、王大为（首都医科大学附属北京同仁医院）、王会芳（保定市中医院）、王健（石家庄市中医院）、王奎刚（吉林省吉林中西医结合医院）、王昕（中日友好医院）、王旭（江苏省中医院）、王颜刚（青岛大学附属医院）、王元松（河北省沧州中西医结合医院）、王悦芬（北京中医医院肾病科）、王志刚（甘肃天水市中医医院）、温伟波（云南中医药大学第一附属医院）、吴深涛（天津中医药大学第一附属医院）、肖明中（湖北省中医院）、肖晓莉[广州中医药大学深圳医院（福田）]、谢毅强（海南医学院）、信中（北京同仁医院）、许利平（首都医科大学）、许岭翎（北京协和医院）、杨一文（常州市中医医院）、伊力多斯·阿里什（新疆医科大学第一附属医院）、于淼（北京协和医院）、余江毅（江苏省中医院）、张东伟（北京中医药大学）、张化冰（北京协和医院）、张金凤（郓城诚信医院）、张金苹（中日友好医院）、张珂炜（郑州市中医院）、张梅香（苏州第九人民医院）、张世龙（甘肃庆阳市第二人民医院）、张雪莲（北京同仁医院）、张智海（厦门大学附属第一医院）、张忠勇（河北省沧州中西医结合医院）、赵进喜（北京中医药大学东直门医院）、赵玲（广东省中医院）、郑涛（宝鸡市第三人民医院）、郑仲华（郑州市中医院）、周毅德（齐鲁医药学院附属医院）、朱章志（广州中医药大学第一附属医院）。

# 引 言

## 1. 背景信息:

糖尿病是由于胰岛素分泌绝对或相对不足（胰岛素分泌缺陷），以及机体靶组织或靶器官对胰岛素敏感性降低（胰岛素作用缺陷）引起的以血糖水平升高，可伴有血脂异常等为特征的代谢性疾病。临床特征为多饮、多食、多尿及消瘦，同时伴有脂肪、蛋白质、水和电解质等代谢障碍，且可以并发眼、肾、神经、心脑血管等多脏器和组织的慢性损害，引起其功能障碍及衰竭。病情严重或应激时可以发生急性代谢紊乱，如糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷和乳酸性酸中毒等危及生命。

过去的10年间（2011年~2021年），我国糖尿病患者人数由9000万增加至1亿4000万，位居于全球首位，增幅达56%，18岁以上人群发病率达11.2%，其中以2型糖尿病（T2DM）在糖尿病人群中占90%以上<sup>[1,3]</sup>。随着我国老龄人口、城市人口的不断增加和生活方式的改变，糖尿病已成为严重的公共卫生问题。

中西医结合干预兼具中西医各自优势，能够进一步改善2型糖尿病患者症状，降低血糖水平，综合调理患者代谢（体重、血脂、血压、血尿酸等），缓解西药不良反应，最终提高患者的生活质量。

## 2. 确定并构建临床问题:

本诊疗指南制定初期通过前期两轮问卷调查和专家深度访谈以及专家共识会议的形式构建了以下主要临床问题，并在下列临床问题的基础上按照 PICO 原则构建具体问题:

- 1) 2型糖尿病患者的常见中医证候是什么？
- 2) 在西医常规疗法的基础上，联合中药膳食疗法干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？
- 3) 在西医常规疗法的基础上，联合八段锦干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？
- 4) 在西医常规疗法的基础上，联合太极拳干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？
- 5) 在西医常规疗法的基础上，联合中医情志疗法干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？
- 6) 对于2型糖尿病肝胃郁热证患者，采用大柴胡汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能进一步改善？
- 7) 对于2型糖尿病痰热互结证患者，采用小陷胸汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能进一步改善？
- 8) 对于2型糖尿病肺胃热盛证患者，采用白虎汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能进一步改善？
- 9) 对于2型糖尿病胃肠实热证患者，采用大黄黄连泻心汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能进一步改善？

- 10) 对于2型糖尿病肠道湿热证患者，采用葛根芩连汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 11) 对于2型糖尿病热毒炽盛证患者，采用三黄汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 12) 对于2型糖尿病热盛伤津证患者，采用白虎加人参汤或消渴方加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 13) 对于2型糖尿病阴虚火旺证患者，采用知柏地黄丸加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 14) 对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用生脉散加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 15) 对于2型糖尿病肝肾阴虚证患者，采用六味地黄丸加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 16) 对于2型糖尿病脾虚胃滞证患者，采用半夏泻心汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 17) 对于2型糖尿病上热下寒证患者，采用乌梅丸加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 18) 对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用津力达颗粒联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 19) 对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用参芪降糖颗粒联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 20) 对于2型糖尿病气阴两虚证兼血瘀证患者，采用糖脉康颗粒联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 21) 对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用消渴丸联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 22) 对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用天芪降糖胶囊联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 23) 对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用玉泉丸联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 24) 对于2型糖尿病气虚内热证（适用于热盛津伤证）患者，采用金芪降糖片联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 25) 对于2型糖尿病患者，采用针灸联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？
- 26) 对于2型糖尿病患者，采用推拿联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

基于循证医学证据，充分结合专家经验，在广泛共识的基础上形成了中西医结合诊治2型糖尿病的推荐意见，以保证本指南的科学性、实用性、有效性和临床可操作性。本指南的证据等级及推荐意见强度使用GRADE方法。

根据专家意见确定了关键结局指标及等级排序为：糖尿病并发症发生率、HbA<sub>1c</sub>、FBG、2hPG；重要结局指标为中医证候积分。在本指南推荐条目中，以关键结局指标评价证据等级，如果关键结局指标存在评级不一致的情况，最终评级遵循“糖尿病并发症发生率>HbA<sub>1c</sub>>FBG>2hPG>中医证候积分”的原则。如果同一干预措施因对照措施不一致存在评级不一致的情况，最终评级遵循“择优推荐”的原则；同一干预措施不同结局指标推荐强度相同时，则合并推荐。本指南采用GRADE方法对证据体进行汇总和质量评价，将证据体分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四个等级，推荐强度以数字形式展示于证据质量等级之前，“1”代表强推荐，“2”代表弱推荐。

### 3.说明资金资助及利益冲突情况：

本诊疗指南由国家中医药管理局中西医结合与少数民族医药司资助。本诊疗指南项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本诊疗指南制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本诊疗指南制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本诊疗指南制定的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

## 2 型糖尿病中西医结合诊疗指南

### 1 范围

本指南规定了2型糖尿病的诊断标准及中西医结合干预方案。

本指南适用于开展2型糖尿病中医、中西医结合诊疗的所有医疗机构，使用者可为中医、中西医结合临床医师及相关护理人员，并可为西医临床医师和健康管理相关专业人员等提供参考。

### 2 规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。本指南出版时，所示版本均为有效。包括其他的共识或者规范性文件，比如：

GB/T16751.1—1997 中医临床诊疗术语·疾病部分

GB/T16751.2—1997 中医临床诊疗术语·证候部分

GB/T33415—2016 针灸异常情况处理

ZY/T 001.1—1994 中医内科病证诊断疗效标准

### 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南

#### 3.1

##### **消渴病 consumptive thirst disease**

消渴病是由体质因素、饮食失节、情志失调、年高劳倦、外感邪毒或药石所伤等多种病因所致，以多饮、多食、多尿、乏力、形体消瘦或肥胖、体重减轻为典型症状的病证。

注：西医学的糖尿病属于中医消渴病范畴。

#### 3.2

##### **2型糖尿病 diabetes mellitus type 2**

2型糖尿病是由于遗传因素和环境因素共同作用导致以高血糖、胰岛素抵抗、胰岛素分泌不足为主要特征的一种慢性代谢疾病，旧称非胰岛素依赖型糖尿病或成人发病型糖尿病，占糖尿病患者90%以上。2型糖尿病的早期以胰岛素抵抗为主，后期则是以胰岛素分泌不足为主伴有胰岛素抵抗。

### 4 筛查与诊断 参照《中国2型糖尿病防治指南（2020版）》

#### 4.1 高危人群

在成年人（≥18岁）中，具有下列任何一个及以上的糖尿病危险因素者，即为糖尿病



高危人群：

- 1) 有糖尿病前期史；
- 2) 年龄 $\geq 40$ 岁；
- 3) 体重指数 (BMI)  $\geq 24\text{kg/m}^2$  和 (或) 中心型肥胖 (男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ )；
- 4) 一级亲属有糖尿病史；
- 5) 缺乏体力活动者；
- 6) 有巨大儿分娩史或有妊娠期糖尿病病史的女性；
- 7) 有多囊卵巢综合征病史的女性；
- 8) 有黑棘皮病者；
- 9) 有高血压史，或正在接受降压治疗者；
- 10) 高密度脂蛋白胆固醇 $< 0.90\text{mmol/L}$ 和 (或) 甘油三酯 $> 2.22\text{mmol/L}$ ，或正在接受调脂药治疗者；
- 11) 有动脉粥样硬化性心血管疾病 (ASCVD) 史；
- 12) 有类固醇类药物使用史；
- 13) 长期接受抗精神病药物或抗抑郁症药物治疗；
- 14) 中国糖尿病风险评分 (附录A) 总分 $\geq 25$ 分。

儿童和青少年高危人群为BMI $\geq$ 相应年龄、性别的第85百分位数，且合并以下3项危险因素中至少1项：

- 1) 母亲妊娠时有糖尿病 (包括妊娠期糖尿病)；
- 2) 一级亲属或二级亲属有糖尿病史；
- 3) 存在与胰岛素抵抗相关的临床状态 (如黑棘皮病、多囊卵巢综合征、高血压、血脂异常)。

## 4.2 筛查方法

目前筛查糖尿病的方法有：血浆血糖检测 [空腹血糖、任意点血糖、口服葡萄糖耐量试验 (Oral glucose tolerance test, OGTT)]、糖化血红蛋白 (Hemoglobin A<sub>1c</sub>, HbA<sub>1c</sub>)、全血血糖检测 (指尖血糖) 等。不同检测方法的准确性、简便性、费用各有差异。

《中国2型糖尿病防治指南 (2020年版)》推荐，对于具有至少一项危险因素的高危人群应及早进行血糖筛查，其中空腹血糖筛查简单易行，宜作为常规的筛查方法，但有漏诊的可能性。如果空腹血糖 $\geq 6.1\text{mmol/L}$ 或随机血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ ，建议行口服葡萄糖耐量试验 (OGTT)，同时检测空腹血糖和糖负荷后2h血糖。筛查结果正常者建议每3年筛查一次；筛查结果为糖尿病前期者，建议每年筛查一次。

## 4.3 疾病诊断

### 4.3.1 临床表现

2型糖尿病早期临床上无症状，至症状期才出现多食、多饮、多尿、烦渴、善饥、消瘦或肥胖、疲乏无力等，久病者常伴发心脑血管、肾、眼及神经等病变。2型糖尿病常伴动脉粥样硬化、非酒精性脂肪肝和肥胖。严重病例或应激时可发生酮症酸中毒、高渗性昏迷、乳酸性酸中毒而威胁生命，常易并发化脓性感染、尿路感染、肺结核等。

#### 4.3.2 诊断标准

糖尿病的诊断标准

诊断标准	静脉血浆葡萄糖或 HbA <sub>1c</sub> 水平
典型糖尿病症状	
加上随机血糖	≥11.1 mmol/L
或加上空腹血糖	≥7.0 mmol/L
或加上 OGTT 2h 血糖	≥11.1 mmol/L
或加上 HbA <sub>1c</sub>	≥6.5%
无糖尿病典型症状者，需改日复查确认	

注：OGTT为口服葡萄糖耐量试验；HbA<sub>1c</sub>为糖化血红蛋白。典型糖尿病症状包括烦渴多饮、多尿、多食、不明原因体重下降；随机血糖指不考虑上次用餐时间，一天中任意时间的血糖，不能用来诊断空腹血糖受损或糖耐量减低；空腹状态指至少8h没有进食热量。推荐糖化血红蛋白在采用标准化检测方法且有严格质量控制（美国国家糖化血红蛋白标准化计划、中国糖化血红蛋白一致性研究计划）的医疗机构进行测定。

#### 4.4 疾病分型

采用WHO（1999年）的糖尿病病因学分型体系，根据病因学证据将糖尿病分为4种类型，即1型糖尿病（T1DM）、2型糖尿病（T2DM）、特殊类型糖尿病和妊娠期糖尿病。

1型糖尿病、2型糖尿病和妊娠期糖尿病是临床常见类型。1型糖尿病病因和发病机制尚不清楚，其显著的病理学和病理生理学特征是胰岛B细胞数量显著减少和消失所导致的胰岛素分泌显著下降或缺失。2型糖尿病的病因和发病机制目前亦不明确，其显著的病理生理学特征为胰岛素调控葡萄糖代谢能力的下降（胰岛素抵抗）伴随胰岛B细胞功能缺陷所导致的胰岛素分泌减少（或相对减少）。特殊类型糖尿病是病因学相对明确的糖尿病。随着对糖尿病发病机制研究的深入，特殊类型糖尿病的种类会逐渐增加。

#### 4.5 中医证候

4.5.1 临床问题：2型糖尿病患者的常见中医证候是什么？

4.5.2 推荐意见：2型糖尿病包括“郁、热、虚、损”四态，糖尿病前期对应“郁”态，糖尿病期多见“热”“虚”二态，糖尿病并发症期则见于“损”态。本病初始多六郁相兼为病，始为郁态；郁久化热，多见肝、胃、肠、肺热盛，渐成热态；燥热伤阴，壮火食气，故气血阴阳俱虚，转为虚态；久病入络，络瘀脉损，终致损态。本指南主要涉及“热”“虚”二态的辨证论治。热态六证：肝胃郁热证、痰热互结证、肺胃热盛证、胃肠实热证、肠道湿热证、热毒炽盛证；虚态六证：热盛伤津证、阴虚火旺证、气阴两虚证、肝肾阴虚证、脾虚胃滞证、上热下寒证。

**4.5.3 证据概要：**参考《中国2型糖尿病防治指南（2020年版）》<sup>[1]</sup>中医药部分“郁热虚损”辨治框架，并通过对中医、中西医结合相关专家的访谈及两轮临床调研，最终经专家共识会议确立证候分型。

## 5 治疗

### 5.1 干预原则

2型糖尿病患者的干预目标是通过适当的干预方法使其血糖逆转为正常，至少维持在宽松血糖管理目标范围，从而预防或延缓糖尿病并发症的发生。2型糖尿病患者建议先采用基础干预，若干预3个月后血糖指标未见明显好转，根据患者意愿及具体情况采用中西医结合治疗，具体流程诊疗流程图。

对于以下患者优先考虑采用中西医结合治疗：有意愿采用中医药疗法的患者；体重、血脂、血压、血尿酸等方面需要综合调理的患者；糖尿病症状较为明显，并且采用西药治疗不能完全改善的患者；采用西药治疗后，出现较为明显副作用的患者；服用西药降糖药物后，血糖控制情况不佳的患者。

### 5.2 基础干预

#### 5.2.1 健康教育与管理 参照《中国2型糖尿病防治指南（2020版）》

糖尿病治疗的近期目标是通过控制高血糖和代谢紊乱来消除糖尿病症状和防止出现急性并发症，糖尿病治疗的远期目标是通过良好的代谢控制达到预防慢性并发症、提高患者生活质量和延长寿命的目的。为了达到这一目标，应建立完善的糖尿病教育和管理(DSMES)体系，主要推荐如下：

1) 糖尿病患者在诊断后，应接受糖尿病自我管理教育，掌握相关知识和技能，并且不断学习。

2) DSMES应以患者为中心，尊重和顺应患者的个人爱好、需求和价值观，以此指导临床决策。

3) 糖尿病自我管理教育是患者的必修教育课，该课程应包含延迟和预防2型糖尿病(T2DM)的内容，并注重个体化。

4) DSMES可改善临床结局和减少花费。

5) 当提供DSMES时，健康教育提供者应该考虑治疗负担和患者自我管理的效能和社会与家庭支持的程度。

6) 医护人员应在最佳时机为糖尿病患者提供尽可能全面的糖尿病自我管理教育。

管理形式如下：

糖尿病自我管理教育的方式包括个体教育、集体教育、个体和集体教育相结合以及远程教育，可以是课堂式、小组式，也可以是个体式。小组式或个体化的教育针对性更强。教育内容包括饮食、运动、血糖监测和自我管理能力的指导。

1) 集体教育包括小组教育和大课堂教育。小组教育指糖尿病教育者针对多个患者的共同问题同时与他们沟通并给予指导,每次教育时间为1h左右,患者人数10~15人为佳。大课堂教育指以课堂授课的形式由医学专家或糖尿病专业护士为患者讲解糖尿病相关知识,每次课时1.5h左右,患者人数在50~200人不等,主要针对对糖尿病缺乏认识的患者以及糖尿病高危人群。

2) 个体教育指糖尿病教育者与患者进行一对一的沟通和指导,适合一些需要重复练习的技巧学习,如自我注射胰岛素、自我血糖监测。在制定健康教育目标时应重视患者的参与,在方案实施过程中,细化行为改变的目标,重视患者的反馈,以随时对方案做出调整。

3) 远程教育为通过手机应用程序和互联网平台开展远程教育,宣传糖尿病自我管理相关知识,提高患者的自我管理技能。

4) 根据患者需求和不同的具体教育目标以及资源条件,可采取多种形式的教育,包括演讲、讨论、示教与反示教、场景模拟、角色扮演、电话咨询、联谊活动、媒体宣传等。

5) 糖尿病的教育和指导应该是长期和及时的,特别是当血糖控制较差、需调整治疗方案时,或因出现并发症需进行胰岛素治疗时,必须给予具体的教育和指导。而且教育应尽可能标准化和结构化,并结合各地条件做到“因地制宜”。

## 5.2.2 营养与药膳

### 5.2.2.1 营养学干预 参照《中国2型糖尿病防治指南(2020版)》

#### (一) 能量

1) 糖尿病前期或糖尿病患者应当接受个体化能量平衡计划,目标是既要达到或维持理想体重,又要满足不同情况下营养需求。

2) 对于所有超重或肥胖的糖尿病患者,应调整生活方式,控制总能量摄入,至少减轻体重5%。

3) 建议糖尿病患者能量摄入参考通用系数方法,按照 $105\sim 126\text{kJ}$  ( $25\sim 30\text{kcal}$ )  $\cdot \text{kg}^{-1}$  (标准体重)  $\cdot \text{d}^{-1}$  计算能量摄入。再根据患者身高、体重、性别、年龄、活动量、应激状况等进行系数调整。不推荐糖尿病患者长期接受极低能量 ( $<800\text{kcal/d}$ ) 的营养治疗。

#### (二) 脂肪

1) 不同类型的脂肪对血糖及心血管疾病的影响有较大差异,故难以精确推荐膳食中脂肪的供能。一般认为,膳食中脂肪提供的能量应占总能量的20%~30%。如果是优质脂肪(如单不饱和脂肪酸和n-3多不饱和脂肪酸组成的脂肪),脂肪供能比可提高到35%。

2) 应尽量限制饱和脂肪酸、反式脂肪酸的摄入量。单不饱和脂肪酸和n-3多不饱和脂肪酸(如鱼油、部分坚果及种子)有助于改善血糖和血脂,可适当增加。

3) 参考2016年中国居民膳食指南,应控制膳食中胆固醇的过多摄入。

#### (三) 碳水化合物

1) 社区动脉粥样硬化危险研究结果显示,碳水化合物所提供的能量占总能量的

50%~55%时全因死亡风险最低。考虑到我国糖尿病患者的膳食习惯，建议大多数糖尿病患者膳食中碳水化合物所提供的能量占总能量的50%~65%。餐后血糖控制不佳的糖尿病患者，可适当降低碳水化合物的供能比。不建议长期采用极低碳水化合物膳食。

2) 在控制碳水化合物总量的同时应选择低血糖生成指数碳水化合物，可适当增加非淀粉类蔬菜、水果、全谷类食物，减少精加工谷类的摄入。全谷类应占总谷类的一半以上。全谷类摄入与全因死亡、冠心病、T2DM及结直肠癌风险呈负相关。

3) 进餐应定时定量。注射胰岛素的患者应保持碳水化合物摄入量与胰岛素剂量和起效时间相匹配。

4) 增加膳食纤维的摄入量。成人每天膳食纤维摄入量应>14g/1000kcal。膳食纤维摄入量与全因死亡、冠心病、T2DM及结直肠癌风险呈负相关。

5) 严格控制蔗糖、果糖制品（如玉米糖浆）的摄入。

6) 喜好甜食的糖尿病患者可适当摄入糖醇和非营养性甜味剂。

#### （四）蛋白质

1) 肾功能正常的糖尿病患者，推荐蛋白质的供能比为15%~20%，并保证优质蛋白占总蛋白的一半以上。

2) 有显性蛋白尿或肾小球滤过率下降的糖尿病患者蛋白质摄入应控制在每日0.8g/kg体重。

#### （五）饮酒

1) 不推荐糖尿病患者饮酒。若饮酒应计算酒精中所含的总能量。

2) 女性一天饮酒的酒精量不超过15g，男性不超过25g（15g酒精相当于350ml啤酒、150ml葡萄酒或45ml蒸馏酒）。每周饮酒不超过2次。

### 5.2.2.2 中药膳食疗法

5.2.2.2.1 **临床问题：**在西医常规疗法的基础上，联合中药膳食疗法干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？

5.2.2.2.2 **用药推荐：**膳食疗法以药食同源为核心，依据辨体质、辨证候将药食两用类食材的不同属性，进行膳食搭配，对糖尿病前期患者养生保健具有重要意义。多选生津清热、养阴益气的食物，如：冬瓜、鲤鱼、萝卜等；药物多采用药食同源的中药，如：山药、茯苓、葛根等。

5.2.2.2.3 **推荐意见：**推荐在西医常规治疗基础上配合中药膳食疗法改善2型糖尿病患者的血糖水平（1C）。

5.2.2.2.4 **证据概要：**纳入6篇RCT<sup>[4]</sup>的系统评价，均为药膳食疗配合西医常规治疗，干预时间为2周到3个月，结果显示中医药膳食疗在改善患者的空腹血糖[MD=-1.80(2.85,-0.75),n=220]（C级）、餐后2h血糖[MD=-2.20(2.50,-1.91),n=220]（C级）和糖化血红蛋白[MD=-1.40(1.78,-0.91),n=220]（C级）方面效果明显。在纳入的研究中，因分配隐藏未描述、

脱落病例未进行解释说明、盲法未交待等原因 GRADE 质量评级为低级。

### 5.2.3 运动与功法

#### 5.2.3.1 运动干预 参照《中国2型糖尿病防治指南（2020版）》

运动锻炼在2型糖尿病（T2DM）患者的综合管理中占重要地位。规律运动可增加胰岛素敏感性、改善体成分及生活质量，有助于控制血糖、减少心血管危险因素而且对糖尿病高危人群一级预防效果显著。

T2DM患者运动时应遵循以下原则：

1)运动治疗宜在相关专业人员指导下进行。运动前进行必要的健康评测和运动能力评估，有助于保证运动治疗的安全性和科学性。

2)成年T2DM患者每周至少150min（如每周运动5d、每次30min）中等强度（50%~70%最大心率，运动时有点费力，心跳和呼吸加快但不急促）的有氧运动。即使1次进行短时的体育运动（如10min），累计30min/d，也是有益的。

3)中等强度的体育运动包括健步走、太极拳、骑车、乒乓球、羽毛球和高尔夫球等。较高强度的体育运动包括快节奏舞蹈、有氧健身操、游泳、骑车上坡、足球、篮球等。

4)如无禁忌证，每周最好进行2~3次抗阻运动（两次锻炼间隔 $\geq 48h$ ），锻炼肌肉力量和耐力。锻炼部位应包括上肢、下肢、躯干等主要肌肉群，训练强度宜中等。联合进行抗阻运动和有氧运动可获得更大程度的代谢改善。

5)运动处方的制定需遵循个体化原则。运动项目要与患者的年龄、病情、喜好及身体承受能力相适应，并定期评估，适时调整运动计划。运动可穿戴设备的使用（如计步器），有助于提升运动依从性。运动前后要加强血糖监测，运动量大或激烈运动时应建议患者临时调整饮食及药物治疗方案，以免发生低血糖。运动中要注意及时补充水分。

#### 5.2.3.2 八段锦

5.2.3.2.1 临床问题：在西医常规疗法的基础上，联合八段锦干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？

5.2.3.2.2 操作说明：治则治法：舒畅经络，调养脏腑。适应病证：2型糖尿病诸证。

八段锦为中国传统导引术之一，以中医脏腑经络理论为指导，通过八式动作引导形、气、神三者相合，以防治疾病、延年益寿。由专业人员对糖尿病前期人群进行八段锦培训指导，分为热身部分、八段锦部分、放松部分。在患者掌握基本动作后，根据患者的时间选择适宜的场所进行训练。练习3~5天/周，练习八段锦1~3次/天，6个月为1个疗程。

5.2.3.2.3 推荐意见：推荐在西医常规治疗基础上配合八段锦进一步改善2型糖尿病患者空腹血糖水平、糖化血红蛋白。（1C）

5.2.3.2.4 证据概要：纳入4篇RCT<sup>[5]</sup>的系统评价显示，八段锦配合西医常规治疗，经过6周到6个月的干预，可在西医常规治疗基础上进一步降低患者空腹血糖[MD=-0.76(-1.01,-0.50),n=172]（C级）、糖化血红蛋白[MD=-0.68(0.90,-0.46),n=172]（C级）。上述纳入的研

究中有部分研究随机、盲法、选择性报告描述不清晰，未记录病例脱落原因，GRADE质量评级为低级。

### 5.2.3.3 太极拳

**5.2.3.3.1 临床问题：**在西医常规疗法的基础上，联合太极拳干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？

**5.2.3.3.2 操作说明：**治则治法：舒畅经络，调养脏腑。适应病证：2型糖尿病诸证。

太极拳是以中国传统儒、道哲学中的太极、阴阳辩证理念为核心思想，集颐养性情、强身健体、技击对抗等多种功能为一体，结合易学的阴阳五行之变化、中医经络学、古代的导引术和吐纳术形成的一种内外兼修、柔和、缓慢、轻灵、刚柔相济的中国传统拳术。由专业人员对2型糖尿病人群进行太极拳培训指导，分为热身部分、太极拳部分、放松部分。在2型糖尿病人群掌握后，根据患者的时间选择适宜的场所进行训练。练习3~6天/周，练习60分钟/天。6个月为1个疗程。

**5.2.3.3.3 推荐意见：**推荐在西医常规治疗基础上配合太极拳进一步改善2型糖尿病患者空腹血糖水平。（1C）

**5.2.3.3.4 证据概要：**纳入2篇RCT<sup>[6]</sup>的系统评价显示，太极拳配合西医常规治疗，经过3个月到6个月的干预，可在西医常规治疗基础上进一步降低患者空腹血糖[MD=-1.09(-1.36,-0.81),n=113]（C级）。上述纳入的研究中有部分研究随机、盲法、选择性报告描述不清晰，未记录病例脱落原因，GRADE质量评级为低级。

### 5.2.4 心理调节与情志疗法

#### 5.2.4.1 心理调节

- 1) 客观认识和评估糖尿病前期状态，采取科学的保健措施，增加安全感，舒缓自己的担忧情绪。
- 2) 识别接纳自己的情绪，忧虑、紧张、恐惧是绝大多数人面对疾病的正常反应，接受自己的负面情绪，建立新的生活规律，逐步排解负面情绪。
- 3) 接受家人、朋友和社会的支持和关心，维持良好的社会关系。
- 4) 主动获取心理健康知识和心理保健技巧，必要时主动寻求专业帮助。

#### 5.2.4.2 中医情志疗法

**5.2.4.2.1 临床问题：**在西医常规疗法的基础上，联合中医情志疗法干预2型糖尿病患者是否能取得进一步改善？

**5.2.4.2.2 操作说明：**情志疗法包括五音疗法等，可调畅情志，避免不良情绪。曲用《秋月夜》《鸟投林》《闲居吟》等宫调式音乐，有助于脾气散精，起到缓解脾瘵、防治消渴的作用。让患者在进餐后聆听悠扬、醇厚的宫调式音乐，每周5次，每次持续30分钟，12周为1疗程。音量控制在30~40分贝，具体以患者感觉舒适、悦耳为度，同时应避免在聆听音乐过程中如灯光、电话、声音等各种干扰，嘱患者闭上双眼、调整呼吸，全身心沉浸

在五行音乐的意境之中。

**5.2.4.2.3 推荐意见：**推荐在西医常规治疗基础上可配合中医情志疗法改善2型糖尿病患者空腹血糖水平。（**2D**）

**5.2.4.2.4 证据概要：**共纳入2篇RCT<sup>[7]</sup>的系统评价，均为情志疗法配合西医常规治疗，干预时间为2~3个月，结果显示中医情志疗法在改善患者的空腹血糖水平[MD=-1.86(3.02,-0.70),n=156]（**D级**）中效果明显。而在改善患者的2hPG、HbA<sub>1c</sub>中无明显的差异。在纳入的研究中，因分配隐藏未描述、脱落病例未进行解释说明、盲法未交待等原因GRADE质量评级为极低级。

### 5.3 中药辨证论治联合西药干预

#### 5.3.1 热态

##### 5.3.1.1 肝胃郁热证

**5.3.1.1.1 临床问题：**对于2型糖尿病肝胃郁热证患者，采用大柴胡汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

**5.3.1.1.2 症状：**脘腹痞满，胸胁胀闷，面色红赤，形体偏胖，腹部膨隆，心烦易怒，口干口苦，大便干，小便色黄，舌质红，苔黄，脉弦数。

**5.3.1.1.3 治则治法：**开郁清热。

**5.3.1.1.4 推荐方药：**大柴胡汤（《伤寒论》）加减。柴胡、黄芩、半夏、枳实、白芍、大黄、生姜。加减：舌苔厚腻，加化橘红、陈皮、茯苓；舌苔黄腻、脘痞，加五谷虫、红曲、生山楂；舌暗，舌底脉络瘀，加水蛭粉、桃仁。

**5.3.1.1.5 推荐意见：**对于2型糖尿病肝胃郁热证患者，采用大柴胡汤加减联合西药治疗可进一步改善血糖水平及中医证候积分。参考联用西药：二甲双胍（**2C**）、胰岛素类（**2D**）。

**证据概要：**大柴胡汤加减联合二甲双胍：1项RCT<sup>[8]</sup>研究结果显示，与单纯使用二甲双胍相比，大柴胡汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肝胃郁热证患者2周，可降低空腹血糖水平[MD=-1.26(-2.04,-0.48),n=60]。因研究局限性、发表偏倚，GRADE证据等级为低质量（**C级**）。

大柴胡汤加减联合甘精胰岛素：纳入2项RCT<sup>[9]</sup>的系统评价显示，与单纯使用甘精胰岛素相比，大柴胡汤加减联合甘精胰岛素治疗2型糖尿病肝胃郁热证患者2个月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.24(-1.73,-0.75),n=220]（**D级**），可降低空腹血糖水平[MD=-1.24(-1.73,-0.75),n=220]（**D级**），可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.46(-1.65,-1.28),n=220]（**C级**），可改善中医证候积分[MD=-4.98(-6.20,3.76),n=120]（**C级**）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚。

##### 5.3.1.2 痰热互结证

**5.3.1.2.1 临床问题：**对于2型糖尿病痰热互结证患者，采用小陷胸汤加减联合西药治疗



与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.3.1.2.2 **症状**：形体肥胖，腹部膨隆，胸闷脘痞，口干口渴，喜冷饮，饮水量多，心烦口苦，大便干结，小便色黄，舌质红，舌体胖，苔黄腻，脉弦滑。

5.3.1.2.3 **治则治法**：清热化痰。

5.3.1.2.4 **推荐方药**：小陷胸汤（《伤寒论》）加减。黄连、半夏、全瓜蒌、枳实。加减：口渴喜饮加生牡蛎；腹部胀满加炒莱菔子、槟榔；不寐或少寐加竹茹、陈皮。

5.3.1.2.5 **推荐意见**：对于2型糖尿病痰热互结证患者，采用小陷胸汤加减联合西药治疗，可进一步改善血糖水平，降低不良反应发生率。参考联用西药：二甲双胍（2C）。

**证据概要**：纳入2项RCT<sup>[10]</sup>的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，小陷胸汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病痰热互结证患者3个月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.25(-0.36,-0.13),n=164]（C级），可降低空腹血糖水平[MD=-0.89(-1.00,-0.78),n=164]（C级），可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.35(-2.37,-0.33),n=164]（D级），可降低不良反应发生率[RR=0.83(0.27,2.56),n=104]（D级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚。

### 5.3.1.3 肺胃热盛证

5.3.1.3.1 **临床问题**：对于2型糖尿病肺胃热盛证患者，采用白虎汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.3.1.3.2 **症状**：口大渴，喜冷饮，饮水量多，易饥多食，汗出多，小便多，面色红赤，舌红，苔薄黄，脉洪大。

5.3.1.3.3 **治则治法**：清热泻火。

5.3.1.3.4 **推荐方药**：白虎汤（《伤寒论》）加减。石膏、知母、生甘草、桑白皮、黄芩、天冬、麦冬、南沙参。加减：心烦加黄连；大便干结加大黄；乏力、汗出多加西洋参、乌梅、桑叶。

5.3.1.3.5 **推荐意见**：对于2型糖尿病肺胃热盛证患者，采用白虎汤加减联合西药治疗可进一步改善患者的血糖水平。参考联用西药：二甲双胍（1B）、磺脲类（1C）。

**证据概要**：白虎汤加减联合二甲双胍：纳入2项RCT<sup>[11]</sup>的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，白虎汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肺胃热盛证患者6~12周，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.34(-0.35,-0.33),n=70]（B级），可降低空腹血糖水平[MD=-1.54(-3.82,0.74),n=178]（D级），可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.39(-2.70,-0.07),n=178]（D级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚。

白虎汤加减联合格列齐特：1项RCT研究结果显示，与单纯使用格列齐特相比，白虎汤加减联合格列齐特治疗2型糖尿病肺胃热盛证患者4周，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.19(-1.98,-0.40),n=60]（C级），可降低空腹血糖水平[MD=-2.08(-2.90,-1.26),n=60]（C级），可降低餐后2h血糖水平[MD=-3.25(-4.21,-2.29),n=60]（C级）。以上GRADE证据等级评价涉

及因素为研究局限性、发表偏倚。

#### 5.3.1.4 胃肠实热证

5.3.1.4.1 临床问题：对于2型糖尿病胃肠实热证患者，采用大黄黄连泻心汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.3.1.4.2 症状：脘腹胀满，痞塞不适，大便秘结难行，口干口苦，或有口臭，口渴喜冷饮，饮水量多，多食易饥，舌红，苔黄，脉数有力，右关明显。

5.3.1.4.3 治则治法：清泄实热。

5.3.1.4.4 推荐方药：大黄黄连泻心汤（《伤寒论》）加减。大黄、黄连、枳实、石膏、葛根、玄明粉。加减：口渴甚加天花粉、生牡蛎；大便干结不行加枳壳、厚朴，并加大大黄、玄明粉用量；大便干结如球状，加当归、制首乌、生地；口舌生疮、心胸烦热，或齿、鼻出血，加黄芩、黄柏、栀子、蒲公英。

5.3.1.4.5 推荐意见：对于2型糖尿病胃肠实热证患者，采用大黄黄连泻心汤加减联合西药治疗，可进一步改善患者的血糖水平和中医证候积分。参考联用西药：二甲双胍（2C）。

证据概要：纳入2项RCT<sup>[12]</sup>的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，大黄黄连泻心汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病胃肠实热证患者3~6月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.27(-0.45,-0.10),n=182]（C级），可降低空腹血糖水平[MD=-1.02(-1.41,-0.62),n=182]（C级），可降低餐后2h血糖水平[MD=-2.40(-3.36,-1.45),n=182]（D级），可改善中医证候积分[MD=-8.32(-9.06,-7.58),n=106]（C级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

#### 5.3.1.5 肠道湿热证

5.3.1.5.1 临床问题：对于2型糖尿病肠道湿热证患者，采用葛根芩连汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.3.1.5.2 症状：脘腹痞满，大便黏腻不爽，或臭秽难闻，小便色黄，口干不渴，或有口臭，舌红，舌体胖大，或边有齿痕，苔黄腻，脉滑数。

5.3.1.5.3 治则治法：清利湿热。

5.3.1.5.4 推荐方药：葛根芩连汤（《伤寒论》）加减。葛根、黄连、黄芩、炙甘草。加减：苔厚腐腻去炙甘草，加苍术；纳食不馨，脘腹胀闷，四肢沉重加苍术、藿香、佩兰、炒薏苡仁；小便不畅，尿急、尿痛加黄柏、桂枝、知母；湿热下注肢体酸重加秦皮、威灵仙、防己；湿热伤阴加天花粉、生牡蛎。

5.3.1.5.5 推荐意见：对于2型糖尿病肠道湿热证患者，采用葛根芩连汤加减联合西药治疗可改善进一步血糖水平，降低不良反应率，参考联用西药：二甲双胍（2D）、胰高糖素样肽-1受体激动剂（2D）、DPP-4抑制剂（2C）。

证据概要：葛根芩连汤加减联合二甲双胍：

纳入5项RCT<sup>[13]</sup>的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，葛根芩连汤加减联合二甲

双胍治疗2型糖尿病肠道湿热证患者2~3个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.54(-2.74,-0.33),n=446]。因研究局限性、不一致性，GRADE证据等级为极低质量（D级）。

纳入2项RCT的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，葛根芩连汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肠道湿热证患者2~3个月，可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.27(-1.86,-0.68),n=134]。因研究局限性、不一致性、发表偏倚，GRADE证据等级为极低质量（D级）。

纳入4项RCT的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，葛根芩连汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肠道湿热证患者2~3个月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.47(-2.22,-0.73),n=274]。因研究局限性、不一致性、发表偏倚，GRADE证据等级为极低质量（D级）。

纳入2项RCT的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，葛根芩连汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肠道湿热证患者2个月，可降低不良反应发生率[MD=0.36(0.14,0.91),n=110]。因研究局限性、发表偏倚，GRADE证据等级为低质量（C级）。

葛根芩连汤加减联合利拉鲁肽：1项RCT<sup>[14]</sup>研究结果显示，与单纯使用利拉鲁肽相比，葛根芩连汤加减联合利拉鲁肽治疗2型糖尿病肠道湿热证患者3个月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.20(-0.62,0.22),n=90]（D级），可降低空腹血糖水平[MD=-0.16(-0.58,0.26),n=90]（D级），可降低餐后2h血糖水平[MD=-0.22(-0.82,0.38),n=90]（D级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、发表偏倚。

葛根芩连汤加减联合沙格列汀：1项RCT研究结果显示，与单纯使用沙格列汀相比，葛根芩连汤加减联合沙格列汀治疗2型糖尿病肠道湿热证患者1个月，可降低空腹血糖水平[MD=-2.20(-2.36,-2.04),n=96]（C级），可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.00(-3.03,1.03),n=96]（D级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、发表偏倚。

### 5.3.1.6 热毒炽盛证

5.3.1.6.1 临床问题：对于2型糖尿病热毒炽盛证患者，采用三黄汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.3.1.6.2 症状：口渴引饮，心胸烦热，体生疥疮、痈、疽，或皮肤瘙痒，便干溲黄，舌红，苔黄，脉数。

5.3.1.6.3 治则治法：清热解毒。

5.3.1.6.4 推荐方药：三黄汤（《千金翼》）加减。黄连、黄芩、生大黄、银花、地丁、连翘、鱼腥草。加减：心中懊恼而烦，卧寐不安者，加栀子；皮肤瘙痒甚加苦参、地肤子、白鲜皮；痈疽疮疖焮热红肿甚加丹皮、赤芍、蒲公英。

5.3.1.6.5 推荐意见：对于2型糖尿病热毒炽盛证患者，采用三黄汤加减联合西药治疗，可进一步改善患者的糖化血红蛋白水平和空腹血糖水平，降低不良反应发生率。参考联用西药：利拉鲁肽（2C）。

证据概要：纳入2项RCT<sup>[15]</sup>的系统评价显示，与单纯使用利拉鲁肽相比，三黄汤加减联合利拉鲁肽治疗2型糖尿病热毒炽盛证患者3个月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-2.37(-

2.74,-2.00),n=259] (C级), 可降低空腹血糖水平[MD=-0.99(-1.32,-0.65),n=259] (C级)。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、发表偏倚。

1项RCT研究结果显示, 与单纯使用利拉鲁肽相比, 三黄汤加减联合利拉鲁肽治疗2型糖尿病热毒炽盛证患者3月, 可降低不良反应发生率[RR=0.57(0.18,1.86),n=132]。因研究局限性、不精确性、发表偏倚, GRADE证据等级为极低质量 (D级)。

### 5.3.2 虚态

#### 5.3.2.1 热盛伤津证

5.3.2.1.1 临床问题: 对于2型糖尿病热盛伤津证患者, 采用白虎加人参汤或消渴方加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善?

5.3.2.1.2 症状: 口大渴, 喜冷饮, 饮水量多, 汗多, 乏力, 易饥多食, 尿频量多, 口苦, 溲赤便秘, 舌干红, 苔黄燥, 脉洪大而虚。

5.3.2.1.3 治则治法: 清热益气生津。

5.3.2.1.4 推荐方药: 白虎加人参汤(《伤寒论》)或消渴方(《丹溪心法》)加减。石膏、知母、太子参、天花粉、生地、黄连、葛根、麦冬、藕汁。加减: 口干渴甚加生牡蛎; 便秘加玄参; 热象显著重用黄连, 加黄芩, 太子参易为西洋参; 大汗出, 乏力甚加浮小麦、乌梅、白芍。

5.3.2.1.5 推荐意见: 对于2型糖尿病热盛伤津证患者, 采用白虎加人参汤或消渴方加减联合西药治疗, 可进一步改善血糖水平。参考联用西药: 二甲双胍(2D)、磺脲类(2D)、噻唑烷二酮类(2D)、格列奈类(2C)。

**证据概要:** 白虎加人参汤加减联合二甲双胍: 纳入2项RCT<sup>[16]</sup>的系统评价显示, 与单纯使用二甲双胍相比, 白虎加人参汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病热盛伤津证患者6~24周, 可降低空腹血糖水平[MD=-1.79(-3.52,-0.06),n=140] (D级), 可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.10(-2.76,0.57),n=140] (D级)。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚。1项RCT研究结果显示, 与单纯使用二甲双胍相比, 白虎加人参汤加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病热盛伤津证患者24周, 可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.33(-0.82,-0.16),n=60]。因研究局限性、不精确性、发表偏倚, GRADE证据等级为极低质量 (D级)。

白虎加人参汤加减联合格列吡嗪: 1项RCT研究结果显示, 与单纯使用格列吡嗪相比, 白虎加人参汤加减联合格列吡嗪治疗2型糖尿病热盛伤津证患者1月, 可降低空腹血糖水平[MD=-0.19(-0.88,0.50),n=80] (C级), 可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.80(-2.73,-0.87),n=80] (D级)。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、发表偏倚。

白虎加人参汤加减联合罗格列酮: 1项RCT研究结果显示, 与单纯使用罗格列酮相比, 白虎加人参汤加减联合罗格列酮治疗2型糖尿病热盛伤津证患者3月, 可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.90(-2.39,0.59),n=68] (D级), 可降低空腹血糖水平[MD=-1.60(-2.39,-

0.81),n=68] (C 级), 可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.50(-3.00,0.00),n=68] (D 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、发表偏倚。

白虎加人参汤加减联合瑞格列奈: 1 项 RCT 研究结果显示, 与单纯使用瑞格列奈相比, 白虎加人参汤加减联合瑞格列奈治疗 2 型糖尿病热盛伤津证患者 1 月, 可降低空腹血糖水平[MD=-3.14(-4.76,-1.52),n=40]。因研究局限性、发表偏倚, GRADE 证据等级为低质量 (C 级)。

消渴方加减联合二甲双胍: 纳入 3 项 RCT<sup>[17]</sup>的系统评价显示, 与单纯使用二甲双胍相比, 消渴方加减联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病热盛伤津证患者 2 月, 可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.68(-1.48,0.11),n=192] (D 级), 可降低空腹血糖水平[MD=-1.69(-2.23,-1.16),n=192] (C 级), 可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-3.95(-4.72,-3.18),n=192] (C 级), 可降低不良反应发生率[RR=0.70(0.32,1.56),n=192] (D 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、发表偏倚。

### 5.3.2.2 阴虚火旺证

5.3.2.2.1 临床问题: 对于 2 型糖尿病阴虚火旺证患者, 采用知柏地黄丸加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善?

5.3.2.2.2 症状: 五心烦热, 急躁易怒, 口干口渴, 时时汗出, 少寐多梦, 小便短赤, 大便干, 舌红赤, 少苔, 脉虚细数。

5.3.2.2.3 治则治法: 滋阴降火。

5.3.2.2.4 推荐方药: 知柏地黄丸 (《景岳全书》) 加减。知母、黄柏、生地、山萸肉、山药、丹皮。加减: 失眠甚加夜交藤、炒枣仁; 火热重加黄连、乌梅; 大便秘结加玄参、当归。

5.3.2.2.5 推荐意见: 对于 2 型糖尿病阴虚火旺证患者, 采用知柏地黄丸加减联合西药治疗可进一步改善空腹血糖水平。参考联用西药: 二甲双胍 (2C)。

证据概要: 1 项 RCT<sup>[18]</sup>研究结果显示, 与单纯使用二甲双胍相比, 知柏地黄丸加减联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病阴虚火旺证患者 2 月, 可降低空腹血糖水平[MD=-0.98(-1.91,-0.05),n=60]。因研究局限性、发表偏倚, GRADE 证据等级为低质量 (C 级)。

### 5.3.2.3 气阴两虚证

5.3.2.3.1 临床问题: 对于 2 型糖尿病气阴两虚证患者, 采用生脉散加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善?

5.3.2.3.2 症状: 消瘦, 疲乏无力, 易汗出, 口干口苦, 心悸失眠, 舌红少津, 苔薄白干或少苔, 脉虚细数。

5.3.2.3.3 治则治法: 益气养阴清热。

5.3.2.3.4 推荐方药: 生脉散 (《医学启源》) 加减。人参、生地、五味子、麦冬、玄参。加减: 口苦、大汗、舌红脉数等热象较著加黄连、黄柏; 口干渴、舌干少苔等阴虚之象明

显加石斛、天花粉、生牡蛎；乏力、自汗等气虚症状明显加黄芪。

**5.3.2.3.5 推荐意见：**对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用生脉散加减联合西药治疗可进一步改善血糖水平。参考联用西药：二甲双胍（2C）。

**证据概要：**纳入2项RCT<sup>[19]</sup>的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，生脉散加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病气阴两虚证患者1-3月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.60(-1.25,0.05),n=120]（D级）。因研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚，GRADE证据等级为极低质量。1项RCT研究结果显示，与单纯使用二甲双胍相比，生脉散加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病气阴两虚证患者3月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.71(-0.97,-0.45),n=60]（C级）可降低餐后2h血糖水平[MD=-0.87(-2.00,0.26),n=60]（D级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚。

#### 5.3.2.4 肝肾阴虚证

**5.3.2.4.1 临床问题：**对于2型糖尿病肝肾阴虚证患者，采用六味地黄丸加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

**5.3.2.4.2 症状：**小便频数，浑浊如膏，视物模糊，腰膝酸软，眩晕耳鸣，五心烦热，低热颧红，口干咽燥，多梦遗精，皮肤干燥，雀目，或蚊蝇飞舞，或失明，皮肤瘙痒，舌红少苔，脉细数。

**5.3.2.4.3 治则治法：**滋补肝肾。

**5.3.2.4.4 推荐方药：**六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减。熟地、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻、女贞子、墨旱莲。加减：视物模糊加茺蔚子、桑椹子；头晕加桑叶、天麻。

**5.3.2.4.5 推荐意见：**对于2型糖尿病肝肾阴虚证患者，采用六味地黄丸加减联合西药治疗，可进一步改善血糖水平、中医证候积分、不良反应发生率。参考联用西药：二甲双胍（2D）、α-葡萄糖苷酶抑制剂（2C）、磺脲类（2D）。

**证据概要：**六味地黄丸加减联合二甲双胍：

纳入24项RCT<sup>[20][21]</sup>的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，六味地黄丸加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肝肾阴虚证患者3~12周，可降低空腹血糖水平[MD=-1.20(-1.43,-0.97),n=2824]。因研究局限性、不一致性，GRADE证据等级为极低质量（D级）。

23项RCT的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，六味地黄丸加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肝肾阴虚证患者4~12周，可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.17(-1.42,-0.91),n=2690]。因研究局限性、不一致性，GRADE证据等级为极低质量（D级）。

20项RCT的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，六味地黄丸加减联合二甲双胍治疗2型糖尿病肝肾阴虚证患者3~12周，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.77(-0.94,-0.61),n=2436]。因研究局限性、不一致性，GRADE证据等级为极低质量（D级）。

纳入4项RCT的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，六味地黄丸加减联合二甲

双胍治疗 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者 2~12 周，可降低不良反应发生率[MD=0.40(0.21,0.76),n=382]。因研究局限性，GRADE 证据等级为中质量（**B 级**）。

纳入 2 项 RCT 的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，六味地黄丸加减联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者 4~8 周，可改善中医证候积分[MD=-5.68(-6.28,-5.09),n=336]。因研究局限性、发表偏倚，GRADE 证据等级为低质量（**C 级**）。

六味地黄丸加减联合  $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂：

纳入 2 项 RCT 的系统评价显示，与单纯使用  $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，六味地黄丸加减联合  $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂治疗 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者 2~3 月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.47(-0.81,-0.13),n=209]（**C 级**），可降低空腹血糖水平[MD=-0.69(-1.19,-0.19),n=209]（**D 级**），可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.57(-2.83,-0.30),n=209]（**D 级**），可降低不良反应发生率[RR=0.72(0.30,1.72),n=209]（**D 级**）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

六味地黄丸加减联合磺脲类降糖药：

纳入 2 项 RCT 的系统评价显示，与单纯使用磺脲类降糖药相比，六味地黄丸加减联合磺脲类降糖药治疗 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者 1 月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.83(-1.46,-0.20),n=184]，可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-0.60(-1.63,0.43),n=134]。因研究局限性、发表偏倚，GRADE 证据等级为低质量（**C 级**）。

1 项 RCT 显示，与单纯使用磺脲类降糖药相比，六味地黄丸加减联合磺脲类降糖药治疗 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者 1 月，可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-0.60(-1.63,0.43),n=134]。因研究局限性、不精确性、发表偏倚，GRADE 证据等级为极低质量（**D 级**）。

### 5.3.2.5 脾虚胃滞证

5.3.2.5.1 临床问题：对于 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者，采用半夏泻心汤加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.3.2.5.2 症状：心下痞满，呕恶纳呆，水谷不消，便溏，或肠鸣下利，干呕呃逆，舌淡胖，苔腻，舌下络瘀，脉弦滑无力。

5.3.2.5.3 治则治法：辛开苦降，运脾理滞。

5.3.2.5.4 推荐方药：半夏泻心汤（《伤寒论》）加减。半夏、黄芩、黄连、党参、干姜、炙甘草。加减：腹泻甚易干姜为生姜；呕吐加苏叶、苏梗、旋覆花等；便秘加槟榔、枳实、大黄；瘀血内阻加水蛭粉、酒大黄。

5.3.2.5.5 推荐意见：对于 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者，采用半夏泻心汤加减联合西药治疗，可进一步改善血糖水平。参考联用西药：二甲双胍（**2D**）、胰岛素类（**2C**）。

证据概要：半夏泻心汤加减联合二甲双胍：

2 项 RCT 研究结果显示，与单纯使用二甲双胍相比，半夏泻心汤加减联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者 3 月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.77(-1.25,-0.28),n=120]。

因研究局限性、不一致性、发表偏倚，GRADE 证据等级为极低质量（D 级）。

1 项 RCT 研究结果显示，与单纯使用二甲双胍相比，半夏泻心汤加减联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者 3 月，可降低空腹血糖水平[MD=-2.00(-2.68,-1.32),n=60]（C 级），可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.45(-2.13,-0.77),n=60]（C 级）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、发表偏倚。

半夏泻心汤加减联合甘精胰岛素：

1 项 RCT<sup>[22]</sup>研究结果显示，与单纯使用甘精胰岛素相比，半夏泻心汤加减联合甘精胰岛素治疗 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者 3 月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.71(-0.93,-0.49),n=120]（C 级），可降低空腹血糖水平[MD=-0.55(-0.78,-0.32),n=120]（C 级）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、发表偏倚。

### 5.3.2.6 上热下寒证

5.3.2.6.1 临床问题：对于 2 型糖尿病上热下寒证患者，采用乌梅丸加减联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.3.2.6.2 症状：心烦口苦，胃脘灼热，或呕吐，下利，手足及下肢冷甚，舌红，苔根部腐腻，舌下络脉瘀闭。

5.3.2.6.3 治则治法：清上温下。

5.3.2.6.4 推荐方药：乌梅丸（《伤寒论》）加减。乌梅、黄连、黄柏、干姜、蜀椒、附子、当归、肉桂、党参。加减：下寒甚重用肉桂；上热明显重用黄连，加黄芩；虚象著加重用党参，加黄芪；瘀血内阻加水蛭粉、桃仁、大黄。

5.3.2.6.5 推荐意见：对于 2 型糖尿病上热下寒证患者，采用乌梅丸加减联合西药治疗可进一步改善血糖水平及中医证候积分。参考联用西药：二甲双胍（2C）。

证据概要：纳入 3 项 RCT<sup>[23]</sup>的系统评价显示，与单纯使用二甲双胍相比，乌梅丸加减联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病上热下寒证患者 1-3 月，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.30(-0.42,-0.18),n=180]（C 级），可降低空腹血糖水平[MD=-0.57(-0.82,-0.33),n=180]（D 级），可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-0.48(-0.68,-0.27),n=180]（C 级）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。1 项 RCT 研究结果显示，与单纯使用二甲双胍相比，乌梅丸加减联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病上热下寒证患者 3 月，可改善中医证候积分[MD=-4.46(-5.35,-3.57),n=60]。因研究局限性、发表偏倚，GRADE 证据等级为低质量（C 级）。

## 5.4 中成药联合西药干预

### 5.4.1 津力达颗粒

5.4.1.1 用药说明：津力达颗粒用于 2 型糖尿病气阴两虚证，每次 1 袋，每天 3 次。

5.4.1.2 临床问题：对于 2 型糖尿病气阴两虚证患者，采用津力达颗粒联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？



**5.4.1.3 推荐意见：**对于 2 型糖尿病患者，在西药治疗的基础上联合津力达颗粒治疗可进一步改善患者的血糖水平，降低糖尿病并发症发生率及不良反应发生率。参考联用西药：DPP-4 抑制剂（**2C**）、GLP-1 受体激动剂（**2D**）、磺脲类降糖药（**2D**）、二甲双胍（**2C**）、胰岛素类（**2C**）。

**5.4.1.4 证据概要：**津力达颗粒联合 DPP-4 抑制剂：3 项 RCT<sup>[24]</sup>数据显示，与单独使用 DPP-4 抑制剂相比，津力达颗粒联合 DPP-4 抑制剂治疗 2 型糖尿病患者 3 个月，可降低空腹血糖水平 [MD=-1.17 (-1.36,-0.97),n=294]（**C 级**）、可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-2.50(-2.93,-2.08),n=294]（**C 级**）；2 项 RCT 数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.40(-0.68,-0.12),n=184]（**C 级**）、可降低不良反应水平[MD=0.73(0.29,1.87),n=184]（**D 级**）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、发表偏倚。

津力达颗粒联合 GLP-1 受体激动剂：2 项 RCT<sup>[25]</sup>数据显示，与单独使用 GLP-1 受体激动剂相比，津力达颗粒联合 GLP-1 受体激动剂治疗 2 型糖尿病患者 2~3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-2.22(-2.95,-1.48),n=182]（**D 级**）、可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-2.12(-2.66,-1.58),n=182]（**D 级**）、可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.67(-2.21,-1.12),n=182]（**D 级**）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

津力达颗粒联合磺脲类降糖药：3 项 RCT 数据显示，与单独使用磺脲类降糖药相比，津力达颗粒联合磺脲类降糖药治疗 2 型糖尿病患者 2~3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.64(-1.96,-1.31),n=262]（**C 级**）、可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-2.20 (-2.90,-1.49),n=262]（**D 级**）、可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.14(-1.44,-0.84),n=262]（**D 级**）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

津力达颗粒联合二甲双胍：1 项 RCT 数据显示，与单独使用二甲双胍相比，津力达颗粒联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病患者 3 个月，可降低糖尿病并发症发生率 [RR=0.21(0.07,0.70),n=92]（**C 级**）；11 项 RCT 数据显示，与单独使用二甲双胍相比，津力达颗粒联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病患者 2~6 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.06(-1.49,-0.63),n=1071]（**D 级**）；10 项 RCT 数据显示，津力达颗粒联合二甲双胍治疗可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.52(-1.83,-1.22),n=979]（**B 级**）；9 项 RCT 数据显示，津力达颗粒联合二甲双胍治疗，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.80(-0.95,-0.64),n=933]（**C 级**）；4 项 RCT 数据显示，津力达颗粒联合二甲双胍治疗，可降低不良反应发生率水平 [MD=0.29(0.14,0.61),n=471]（**B 级**）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

津力达颗粒联合胰岛素类：3 项 RCT 数据显示，与单独使用胰岛素类相比，津力达颗粒联合胰岛素类治疗 2 型糖尿病患者 2~3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.22(-1.63,-0.80),n=309]（**C 级**）、可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.37(-1.83,-0.92),n=309]（**C 级**）、可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.98(-1.16,0.80),n=309]（**C 级**）。以上 GRADE 证据等级评价涉及

因素为研究局限性、发表偏倚。

#### 5.4.2 参芪降糖颗粒

5.4.2.1 用药说明：参芪降糖颗粒用于2型糖尿病气阴两虚证，一次9g，一日3次。

5.4.2.2 临床问题：对于2型糖尿病气阴两虚证患者，采用参芪降糖颗粒联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.4.2.3 推荐意见：对于2型糖尿病患者，采用参芪降糖颗粒联合西药治疗可进一步改善患者的血糖水平及中医证候积分，降低不良反应发生率，参考联用西药：二甲双胍（2D）、DPP-4 抑制剂（2C）、 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂（2D）、磺脲类降糖药（2C）、胰岛素类（2C）。

5.4.2.4 证据概要：参芪降糖颗粒联合二甲双胍：1项RCT数据显示，与单独使用二甲双胍相比，参芪降糖颗粒联合二甲双胍治疗2型糖尿病患者3个月，可降低中医证候积分水平[MD=-3.14(-4.16,-2.12),n=120]（C级）；12项RCT<sup>[26][27]</sup>数据显示，可降低空腹血糖水平[MD=-1.27(-1.48,-1.05),n=996]（C级）；13项RCT数据显示，可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.95(-2.14,-1.77),n=1096]（B级）；13项RCT数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.15(-1.38,0.91),n=1070]（D级）；4项RCT数据显示，可降低不良反应发生率水平[MD=1.23(0.05,33.08),n=170]（D级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、不一致性、发表偏倚。

参芪降糖颗粒联合DPP-4抑制剂：3项RCT数据显示，与单独使用DPP-4抑制剂相比，参芪降糖颗粒联合DPP-4抑制剂治疗2型糖尿病患者3个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.02(-1.74,-0.31),n=298]（D级）、可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.58(-2.10,-1.06),n=298]（C级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

参芪降糖颗粒联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂：4项RCT数据显示，与单独使用 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，参芪降糖颗粒联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂治疗2型糖尿病患者1~4个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.23(-1.38,-1.07),n=392]（C级）、可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.67(-2.58,-0.76),n=392]（D级）；3项RCT数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.01(-1.44,-0.58),n=272]（D级）、不良反应发生率水平[MD=0.80(0.44,1.48),n=332]（C级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

参芪降糖颗粒联合磺脲类降糖药：2项RCT数据显示，与单独使用磺脲类降糖药相比，参芪降糖颗粒联合磺脲类降糖药治疗2型糖尿病患者2个月，可降低中医证候积分水平[MD=-4.35(-4.86,-3.85),n=200]（C级）；6项RCT数据显示，可降低空腹血糖水平[MD=-2.21(-2.35,-2.07),n=636]（C级）、可降低餐后2h血糖水平[MD=-1.80(-1.99,-1.62),n=636]（B级）；4项RCT数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.43(-1.68,-1.19),n=350]（C级）；3项RCT数据显示，可降低不良反应发生率水平[MD=0.54(0.22,1.31),n=264]（D级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、不一致性、发表偏倚。

参芪降糖颗粒联合胰岛素：4 项 RCT 数据显示，与单独使用胰岛素相比，参芪降糖颗粒联合胰岛素治疗 2 型糖尿病患者 3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.09(-1.36,-0.82),n=426] (D 级)；3 项 RCT 数据显示，可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.83(-2.36,-1.30),n=322] (D 级)、可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.03(-1.15,-0.91),n=332] (C 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

### 5.4.3 糖脉康颗粒

5.4.3.1 用药说明：糖脉康颗粒用于 2 型糖尿病气阴两虚兼血瘀证，一次 5g，一日 3 次。

5.4.3.2 临床问题：对于 2 型糖尿病气阴两虚证兼血瘀证患者，采用糖脉康颗粒联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.4.3.3 推荐意见：对于 2 型糖尿病患者，采用糖脉康颗粒联合西药治疗可进一步改善血糖水平，参考联用西药：二甲双胍 (2D)、磺脲类降糖药 (2D)、胰岛素类 (2D)。

5.4.3.3.1 证据概要：糖脉康颗粒联合二甲双胍：3 项 RCT 数据显示，与单独使用二甲双胍相比，糖脉康颗粒联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病患者 2~6 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.88(-0.98,-0.78),n=354] (C 级)，4 项 RCT 数据显示，可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-0.93(-1.12,-0.75),n=577] (C 级)、可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.81(-1.25,0.36),n=577] (D 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

糖脉康颗粒联合磺脲类降糖药：2 项 RCT<sup>[28]</sup>数据显示，与单独使用磺脲类降糖药相比，糖脉康颗粒联合磺脲类降糖药治疗 2 型糖尿病患者 2 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.79(-1.31,-0.27),n=154] (C 级)、可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.01(-1.76,-0.26),n=154] (C 级)、糖化血红蛋白水平[MD=-0.99(-1.6,-0.39),n=154] (D 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

糖脉康颗粒联合胰岛素：2 项 RCT<sup>[29]</sup>数据显示，与单独使用胰岛素相比，糖脉康颗粒联合胰岛素治疗 2 型糖尿病患者 1~3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.02(-0.18,0.13),n=160] (D 级)、可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-0.78(-1.4,-0.16),n=160] (D 级)、可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.02(-0.17,0.13),n=160] (D 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚。

### 5.4.4 消渴丸

5.4.4.1 用药说明：消渴丸用于 2 型糖尿病气阴两虚证，一次 5~10 丸，一日 3 次，饭前用温开水送服。本品含西药格列本脲成分。

5.4.4.2 临床问题：对于 2 型糖尿病气阴两虚证患者，采用消渴丸联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.4.4.3 推荐意见：对于 2 型糖尿病患者，采用消渴丸联合西医常规治疗，可进一步改善血糖水平和中医证候积分，降低不良反应发生率。(2C)

5.4.4.4 证据概要：消渴丸联合西医常规治疗：1 项 RCT<sup>[30]</sup>数据显示，与单独使用西医常

规治疗相比，消渴丸联合西医常规治疗干预 2 型糖尿病患者 3 个月，可降低中医证候积分水平[MD=-6.79(-7.83,-5.75),n=132] (C 级)；12 项 RCT 数据显示，可降低空腹血糖水平[MD=-1.38(-1.94,-0.83),n=1124] (D 级)、可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-2.24(-2.88,-1.61),n=1124] (D 级)；9 项 RCT 数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-1.67(-1.89,-1.44),n=806] (C 级)；4 项 RCT 数据显示，可降低不良反应发生率水平[MD=0.36(0.23,0.56),n=398] (B 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

#### 5.4.5 天芪降糖胶囊

5.4.5.1 用药说明：天芪降糖胶囊用于 2 型糖尿病气阴两虚证，一次 5 粒，一日 3 次。

5.4.5.2 临床问题：对于 2 型糖尿病气阴两虚证患者，采用天芪降糖胶囊联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.4.5.3 推荐意见：对于 2 型糖尿病患者，采用天芪降糖胶囊联合西医常规治疗，可进一步改善血糖水平。(2C)

5.4.5.4 证据概要：天芪降糖胶囊联合西医常规治疗：5 项 RCT<sup>[31]</sup>数据显示，与单独使用西医常规治疗相比，天芪降糖胶囊联合西医常规治疗干预 2 型糖尿病患者 2~3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-1.17(-1.68,-0.67),n=451] (D 级)；3 项 RCT 数据显示，可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.22(-1.78,-0.67),n=243] (C 级)；4 项 RCT 数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.32(-0.52,-0.12),n=317] (C 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

#### 5.4.6 玉泉丸

5.4.6.1 用药说明：玉泉丸用于 2 型糖尿病气阴两虚证，一次 6 g，一日 4 次。

5.4.6.2 临床问题：对于 2 型糖尿病气阴两虚证患者，采用玉泉丸联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.4.6.3 推荐意见：对于 2 型糖尿病患者，采用玉泉丸联合西医常规治疗，可进一步改善血糖水平。(2D)

5.4.6.4 证据概要：玉泉丸联合西医常规治疗：4 项 RCT<sup>[32]</sup>数据显示，与单独使用西医常规治疗相比，玉泉丸联合西医常规治疗干预 2 型糖尿病患者 1~3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.96(-1.32,-0.6),n=338] (C 级)；5 项 RCT 数据显示，可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-1.45(-1.61,-1.3),n=407] (B 级)；2 项 RCT 数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.83(-0.88,0.22),n=198] (D 级)。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、不精确性、发表偏倚。

#### 5.4.7 金芪降糖片

5.4.7.1 用药说明：金芪降糖片用于 2 型糖尿病气虚内热证（适用于热盛津伤证），一次 2~3 片，一日 3 次。

5.4.7.2 **临床问题**：对于 2 型糖尿病气虚内热证（适用于热盛津伤证）患者，采用金芪降糖片联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.4.7.3 **推荐意见**：对于 2 型糖尿病患者，采用金芪降糖片联合西药治疗可进一步改善血糖水平。参考联用西药：二甲双胍（2D）

5.4.7.4 **证据概要**：金芪降糖片联合二甲双胍：5 项 RCT<sup>[32]</sup>数据显示，与单独使用二甲双胍相比，金芪降糖片联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病患者 2~3 个月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.87(-0.95,-0.79),n=462]（B 级）；4 项 RCT 数据显示，可降低餐后 2h 血糖水平[MD=-0.79(-1.23,-0.36),n=350]（C 级）；5 项 RCT 数据显示，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.75(-1.16,0.34),n=462]（D 级）。以上 GRADE 证据等级评价涉及因素为研究局限性、不一致性、发表偏倚。

## 5.5 中医外治联合西药干预

### 5.5.1 针灸

5.5.1.1 **操作说明**：治则治法：健脾益肾，养阴生津，清热润燥。

适应病证：2型糖尿病各证。

主穴：脾俞、胃俞、胃脘下俞、三阴交、中脘、关元、天枢等。

配穴：太渊、少府、内庭、太冲、关元、命门、肾俞、足三里、风池、曲池、血海等。

操作方法：各穴皮肤常规消毒，进针得气后行中等强度刺激的平补平泻手法，或依据患者具体情况选用补泻手法。若发生晕针立即终止操作，按照晕针对症处理，符合GB/T 33415-2016的要求。

5.5.1.2 **临床问题**：对于 2 型糖尿病患者，采用针灸联合西药治疗与仅采用西药治疗相比是否能有进一步改善？

5.5.1.3 **推荐意见**：推荐在西医常规治疗基础上配合针刺治疗改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平、空腹血糖水平。（2C）

5.5.1.4 **证据概要**：2项RCT<sup>[34]</sup>数据显示，针刺联合二甲双胍治疗2型糖尿病伴肥胖患者 1~2个月，可降低空腹血糖水平[MD=-0.63(-1.24,-0.01),n=126]。因研究局限性和发表偏倚，GRADE证据分级为低级（C级）。

### 5.5.2 推拿

5.5.2.1 **操作说明**：治则治法：健脾和胃、疏肝理气、益气养阴。

适应病证：2型糖尿病各证。

选穴以背俞穴、手足阳明经及太阴经经穴为主，如：脾俞、胃俞、肾俞、胃脘下俞、曲池、手三里、内关、合谷、阳陵泉、血海、足三里、三阴交等穴。手法选用按揉、一指禅推、振腹、拿法等，如：可拿揉四肢肌肉配合循经按揉相关穴位，再采用掌振法操作于关元穴和小腹部。

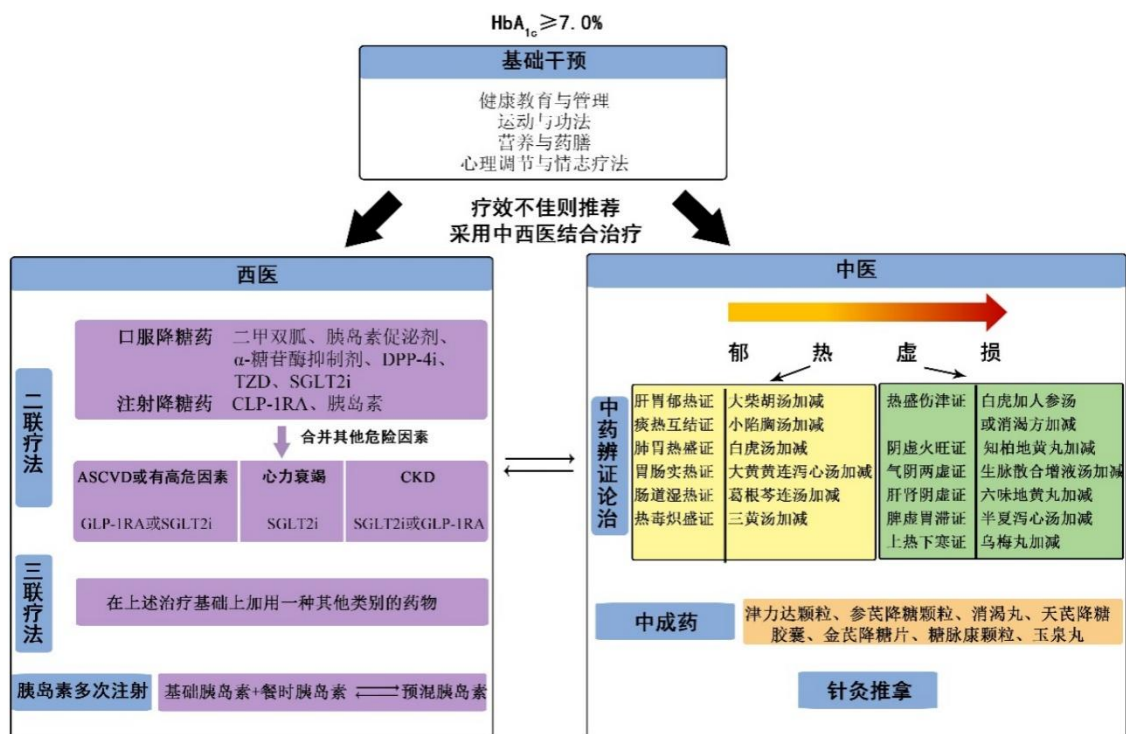
5.5.2.2 **临床问题**：对于 2 型糖尿病患者，采用推拿联合西药治疗与仅采用西药治疗相比

是否能进一步改善？

5.5.2.3 推荐意见：推荐在西医常规治疗基础上配合推拿治疗改善2型糖尿病患者的血糖水平。（2C）

5.5.2.4 证据概要：1项RCT<sup>[35]</sup>数据表明，推拿配合二甲双胍治疗肥胖2型糖尿病4周，可降低糖化血红蛋白水平[MD=-0.51(-0.95,-0.07),n=80]（C级），可降低空腹血糖水平[MD=-0.31(-0.85,0.23),n=80]（D级），可降低餐后2h血糖水平[MD=-0.92(-1.82,-0.02),n=80]（C级）。以上GRADE证据等级评价涉及因素为研究局限性、不精确性、发表偏倚。

## 6 诊疗流程图



## 附录 A (资料性) 编制方法

本指南参照国际最新的临床实践指南制订方法，遵照中华中医药学会团体标准管理办法等相关要求，并在相关法律法规和技术文件指导的框架下，结合中医药自身特色及临床实践情况，吸纳现代医学等多学科研究成果，制定《2型糖尿病中西医结合诊疗指南》，详见编制说明。

### A.1 临床问题的构建

根据2型糖尿病的疾病特点，以开放式问题就适用问题、治疗目标、结局指标、干预措施，以及如何更好地实现中西医结合方面向主要起草人等5位中西医领域的领军专家进行专家访谈，并根据访谈结果提出初步的临床问题。在通过网络问卷的形式进行多层次、广地域的临床调研，两轮调研共收集问卷88份，最终确定临床问题。

### A.2 中成药及方药的遴选

本指南纳入的中成药及方药均选自经典名方、既往指南、医保目录，经由临床调研投票后，纳入得票数大于20%的7种中成药，方药汤剂亦经投票得到80%以上参与调研专家认可后方可纳入。

### A.3 证据的检索

循证证据检索自国内外原始研究数据库，主要包括中文数据库中国知网、万方数据知识服务平台、维普中文科技期刊数据库、中国生物医学文献数据库；英文数据库PubMed、Embase。检索年限从建库到2022年4月。中英文检索关键词见下表。最终纳入RCT 169篇。

PICOS	检索内容	中文检索词	英文检索词
疾病P	糖尿病	糖尿病 + 2型糖尿病 + T2DM + DM + 消渴	Diabetes OR DM OR Diabetes Mellitus type 2 OR T2DM OR type 2 Diabetes OR Xiaoke
干预I	中成药	津力达颗粒 + 消渴丸 + 天芪降糖胶囊 + 芪药消渴胶囊 + 金芪降糖片 + 天麦消渴片 + 参术调脾颗粒 + 参芪降糖颗粒 + 糖脉康颗粒 + 丹蛭降糖颗粒 + 玉泉丸	Jinlida OR Xiaoke OR Tianqi jiangtang OR Qiyao xiaoke OR Jinqi jiangtang OR Tianmai xiaoke OR Shenzhu tiaopi OR Shenqi jiangtang OR Tangmaikang OR Danzhi jiangtag OR Yuquan OR formula OR granule OR granule of traditional Chinese medicine OR traditional Chinese medicine granules OR traditional Chinese medicine formula

	中药	大柴胡汤 + 小陷胸汤 + 白虎汤 + 桑白皮汤 + 玉女煎 + 大黄黄连泻心汤 + 葛根芩连汤 + 三黄汤 + 五味消渴饮 + 白虎加人参汤 + 消渴方 + 六味地黄丸 + 生脉散 + 增液汤 + 半夏泻心汤 + 乌梅丸	Dachaihu OR Xiaoxianxiong OR Baihu OR Sangbaipi OR Yunvjian OR Dahuang huanglian xiexin OR Gegenqilian OR Sanhuang OR Wuwei xiaoke OR Baihu jiarenshe OR Xiaoke OR Liuwei dihuang OR Shengmai OR Zengye OR Banxia xiexin OR Wumei OR traditional Chinese medical OR Chinese drug OR herb OR intervention
	针灸	针刺 + 针灸 + 电针 + 穴位 + 灸 + 耳穴疗法	Acupuncture OR electroacupuncture OR Acupoints OR Moxibustion OR Auricular Therapy
	推拿	推拿 + 穴位 + 按摩 + 指压 + 推拿 + 按压	Tuina OR massage OR manipulate OR acupressure OR acupoint
	功法	八段锦 + 太极拳 + 气功 + 导引	Baduanjin OR taijiquan OR daoyin OR qigong
	特殊疗法	情志疗法+音乐疗法+疗法+代茶饮+食疗+药膳	Praying method OR music therapy OR therapy OR emotion
研 究 类型S	RCT	对照 + 组	Randomized controlled trial
		NOT鼠 + 兔 + 猪	NOT mouse OR rat OR mice OR rabbit OR pig
		NOT糖尿病肾病 + 糖尿病视网膜病变 + 糖尿病足	NOT diabetic nephropathy OR diabetic retinopathy OR diabetic foot
	Meta分析	Meta + 系统评价+ 系统综述 + 荟萃分析	meta analysis
疾病P	排除糖尿病并发症，排除动物细胞实验；排除妊娠DM、合并冠心病/肝炎/心律失常等疾病；限制糖尿病合并症：合并血脂/血压/血尿酸/综合		

#### A.4 证据等级及推荐强度的评定

采用GRADE方法对证据体进行汇总和质量评价，将证据体分为高（A）、中（B）、低（C）、极低（D）四个等级。提取纳入文献信息，根据不同干预措施、不同结局指标进行meta分析并予以Grade评级。采用Cochrane协作网提供的Revman 5.3软件进行Meta分析，采用GRADEpro软件进行Grade评级。首先对相同干预措施及相同疗效指标的研究进行异质性评价，如果 $P \geq 0.1$ ， $I^2 \leq 50\%$ ，表示研究间异质性较小，采用固定效应模型进行分析。如果 $P < 0.1$ ， $I^2 > 50\%$ ，表示研究间异质性较大；针对研究间异质性较大，先分析异质性的来源，进行相应亚组分析处理或者进行敏感性分析，剔除对结果稳定性影响较大的文献。如果异



质性无法消除，选择随机效应模型进行估计合并效应值所有资料均采用95%的可信区间(CI)表达。GRADE方法为系统评价和指南提供了一个证据质量评价的体系，对每个结果进行证据质量分级。RCT 起始于高级别，观察性研究起始于低级别。降低级别因素：研究局限、不精确、结果不一致、间接证据、可能的发表偏倚。升高级别因素：效应量大、剂量反应、混杂因素使效应降到最低、每个结果最终以高、中、低或极低分级，并得出 GRADE 证据总结的最终结果。每篇文献由2人分别进行单独评价，如果存在分歧则与方法学专家讨论确定。

推荐意见通过专家共识会采用GRADE网格计票法给出，根据专家意见确定了关键结局指标及等级排序为：糖尿病并发症发生率、HbA<sub>1c</sub>、FBG、2hPG；重要结局指标为中医证候积分。在本指南推荐条目中，以关键结局指标评价证据等级，如果关键结局指标存在评级不一致的情况，最终评级遵循“糖尿病并发症发生率>HbA<sub>1c</sub>>FBG>2hPG>中医证候积分”的原则。如果同一干预措施因对照措施不一致存在评级不一致的情况，最终评级遵循“择优推荐”的原则；同一干预措施不同结局指标推荐强度相同时，将在草案中合并推荐。本指南中推荐强度以数字形式展示于证据质量等级之前，“1”代表强推荐，“2”代表弱推荐。

附录 B  
(资料性)  
证据综合报告

中药膳食疗法临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗基础上进行中药膳食疗法是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	中药膳食疗法+常规治疗	常规治疗	FBG
研究类型及数量	6 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.20[-2.50, -1.91] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1.5 篇文章分配隐藏未描述, 1 篇文章按照就诊次序分组, 5 篇文章采用盲法未描述 2. $I^2=47\%$			
结论	与常规治疗相比, 中药膳食疗法联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗基础上进行中药膳食疗法是否可以改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	中药膳食疗法+常规治疗	常规治疗	2hPG
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.80[-2.85, -0.75] P=0.0008			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1.4 篇文章分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. $I^2=91\%$ , 异质性较大			
结论	与常规治疗相比, 中药膳食疗法联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗基础上进行中药膳食疗法是否可以改善 2 型糖尿病糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	中药膳食疗法+常规治疗	常规治疗	HbA1c
研究类型及数量	5 个 RCT			

效应值及可信区间	-1.40[-1.78,-1.01] P<0.00001
证据等级	低级 (LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1.4 篇文章分配隐藏未描述, 1 篇文章按照就诊次序分组, 4 篇文章是否采用盲法未描述 2. $I^2=67\%$ , 有一定异质性
结论	与常规治疗相比, 中药膳食疗法联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。

八段锦临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗基础上进行八段锦是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	八段锦+常规治疗	常规治疗	FBG
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.76[-1.01,-0.50] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比, 八段锦联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗干预相比, 在常规治疗基础上进行八段锦是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	八段锦+常规治疗	常规治疗	HbA1c
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.68[-0.90,-0.46] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗干预相比, 八段锦联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

太极拳临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常	2 型糖尿病	太极拳+常规	常规治疗	FBG

规治疗基础上进行太极拳是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平		治疗		
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.09[-1.36, -0.81] $P < 0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比, 太极拳联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平具有显著差异。			

情志疗法临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗基础上情志疗法是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	情志疗法 + 常规治疗	常规治疗	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.86[-3.02, -0.70] $P = 0.002$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 脱落病例未进行解释说明 2. $I^2 = 0\%$ 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比, 情志疗法联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者空腹水平具有显著性差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗干预相比, 在常规治疗基础上进行情志疗法是否可以改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	情志疗法	常规治疗	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.42[-3.06, 0.21] $P = 0.09$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 脱落病例未进行解释说明 2. $I^2 = 92\%$ , 异质性极大 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异 4. 研究数量较少且为小样本研究			

结论	与常规治疗相比，情志疗法联合常规治疗对改善患者餐后2小时血糖无明显差异。
----	--------------------------------------

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规治疗相比，在常规治疗基础上进行情志疗法是否可以改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	情志疗法+常规治疗	常规治疗	HbA1c
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	-2.18[-5.54, 1.18] P=0.20			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述，脱落病例未进行解释说明 2. $I^2=99\%$ ，异质性极大 3. 95%可信区间过线，无显著性差异 4. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比，情志疗联合常规治疗对改善患者糖化血红蛋白水平无明显差异。			

大柴胡汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上进行大柴胡汤加减是否可以改善2型糖尿病肝胃郁热证患者空腹血糖水平	2型糖尿病	大柴胡汤加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-1.26[-2.04, -0.48] P=0.002			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，大柴胡汤加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病肝胃郁热证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与甘精胰岛素相比，在甘精胰岛素基础上进行大柴胡汤加减是否可以改善2型糖尿病肝胃郁	2型糖尿病	大柴胡汤加减+甘精胰岛素	甘精胰岛素	FBG

热证患者空腹血糖水平				
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.24[-1.73, -0.75] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. $I^2 = 56\%$ , 有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与甘精胰岛素相比, 大柴胡汤加减联合甘精胰岛素对改善 2 型糖尿病肝胃郁热证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与甘精胰岛素相比, 在甘精胰岛素基础上进行大柴胡汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肝胃郁热证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	大柴胡汤加减 + 甘精胰岛素	甘精胰岛素	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.46[-1.65, -1.28] $P < 0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与甘精胰岛素相比, 大柴胡汤加减联合甘精胰岛素对改善 2 型糖尿病肝胃郁热证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与甘精胰岛素相比, 在甘精胰岛素基础上进行大柴胡汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肝胃郁热证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	大柴胡汤加减 + 甘精胰岛素	甘精胰岛素	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.48[-1.05, 0.10] $P = 0.10$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异			
结论	与甘精胰岛素相比, 大柴胡汤加减联合甘精胰岛素对改善 2 型糖尿病肝胃郁热证患者糖化血红蛋白水平无明显差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与甘精胰岛素相比，在甘精胰岛素基础上进行大柴胡汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肝胃郁热证患者中医证候积分	2 型糖尿病	大柴胡汤加减+甘精胰岛素	甘精胰岛素	中医证候积分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-4.98[-6.20, -3.76] $P < 0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与甘精胰岛素相比，大柴胡汤加减联合甘精胰岛素对改善 2 型糖尿病肝胃郁热证患者中医证候积分具有显著差异。			

小陷胸汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上进行小陷胸汤加减是否可以改善 2 型糖尿病痰热互结证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	小陷胸汤加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.89[-1.00, -0.78] $P < 0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，小陷胸汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病痰热互结证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上进行小陷胸汤加减是否可以改善 2 型糖尿病痰热互结证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	小陷胸汤加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			

效应值及可信区间	-1.35[-2.37, -0.33] P=0.010
证据等级	极低级 (VERY LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. $I^2=79\%$ , 大于 75%, 异质性很大
结论	与二甲双胍相比, 小陷胸汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病痰热互结证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行小陷胸汤加减是否可以改善 2 型糖尿病痰热互结证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	小陷胸汤加减 +二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.25[-0.36, -0.13] P<0.0001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 小陷胸汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病痰热互结证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行小陷胸汤加减是否可以改善 2 型糖尿病痰热互结证患者不良反应发生率	2 型糖尿病	小陷胸汤加减 +二甲双胍	二甲双胍	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	0.82[0.23, 2.86] P=0.75			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 95%可信区间过线, 无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 小陷胸汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病痰热互结证患者不良反应发生率无明显差异。			

白虎汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------



	象)	施)		标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行白虎汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肺胃热盛证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	白虎汤加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.54[-3.82, 0.74] P=0.19			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=96\%$ , 大于 75%, 异质性很大 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异 4. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 白虎汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肺胃热盛证患者空腹血糖水平无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行白虎汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肺胃热盛证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	白虎汤加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.39[-2.70, -0.07] P=0.04			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=86\%$ , 大于 75%, 异质性很大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 白虎汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肺胃热盛证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行白虎汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肺胃热盛证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	白虎汤加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.34[-0.35, -0.33] P<0.00001			
证据等级	中级 (MODERATE)			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	1. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与二甲双胍相比，白虎汤加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病肺胃热盛证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与格列齐特相比，在格列齐特基础上进行白虎汤加减是否可以改善2型糖尿病肺胃热盛证患者空腹血糖水平	2型糖尿病	白虎汤加减+格列齐特	格列齐特	FBG
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-2.08[-2.90,-1.26] P<0.00001			
证据等级	低级(LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与格列齐特相比，白虎汤加减联合格列齐特对改善2型糖尿病肺胃热盛证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与格列齐特相比，在格列齐特基础上进行白虎汤加减是否可以改善2型糖尿病肺胃热盛证患者餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	白虎汤加减+格列齐特	格列齐特	2hPG
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-3.25[-4.21,-2.29] P<0.00001			
证据等级	低级(LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与格列齐特相比，白虎汤加减联合格列齐特对改善2型糖尿病肺胃热盛证患者餐后2小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与格列齐特相比，在格列齐特基础上进行白虎汤加减是否可以改善2型糖尿病肺胃热盛证患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	白虎汤加减+格列齐特	格列齐特	HbA1c
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-1.19[-1.98,-0.40] P=0.003			

证据等级	低级 (LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与格列齐特相比, 白虎汤加减联合格列齐特对改善 2 型糖尿病肺胃热盛证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。

大黄黄连泻心汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行大黄黄连泻心汤加减是否可以改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	大黄黄连泻心汤加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.02[-1.41, -0.62] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 大黄黄连泻心汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行大黄黄连泻心汤加减是否可以改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	大黄黄连泻心汤加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.40[-3.36, -1.45] P<0.00001			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. $I^2=83\%$ , 大于 75%, 异质性很大			
结论	与二甲双胍相比, 大黄黄连泻心汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上进行大黄黄连泻心汤加减是否可以改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	大黄黄连泻心汤加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.27[-0.45, -0.10] P=0.002			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，大黄黄连泻心汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上进行大黄黄连泻心汤加减是否可以改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者中医证候积分	2 型糖尿病	大黄黄连泻心汤加减+二甲双胍	二甲双胍	中医证候积分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-8.32[-9.06, -7.58] P<0.00001			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，大黄黄连泻心汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病胃肠实热证患者中医证候积分具有显著差异。			

葛根芩连汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	葛根芩连汤加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG

研究类型及数量	5 个 RCT
效应值及可信区间	-1.54[-2.74, -0.33] P=0.01
证据等级	极低级 (VERY LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 5 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=99\%$ , 大于 75%, 异质性很大
结论	与二甲双胍相比, 葛根芩连汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者空腹血糖水平具有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	葛根芩连汤加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.27[-1.86, -0.68] P<0.0001			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=71\%$ , 有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 葛根芩连汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	葛根芩连汤加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.47[-2.22, -0.73] P=0.0001			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 4 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=96\%$ , 大于 75%, 异质性很大 3. 研究数量较少且为小样本研究			

结论	与二甲双胍相比，葛根芩连汤加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病肠道湿热证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。
----	---

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善2型糖尿病肠道湿热证患者不良反应发生率	2型糖尿病	葛根芩连汤加减+二甲双胍	二甲双胍	不良反应发生率
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	0.36[0.14, 0.91] P=0.03			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，葛根芩连汤加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病肠道湿热证患者不良反应发生率具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与利拉鲁肽相比，在利拉鲁肽基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善2型糖尿病肠道湿热证患者空腹血糖水平	2型糖尿病	葛根芩连汤加减+利拉鲁肽	利拉鲁肽	FBG
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-0.16[-0.58, 0.26] P=0.45			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 95%可信区间过线，无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与利拉鲁肽相比，葛根芩连汤加减联合利拉鲁肽基础上对改善2型糖尿病肠道湿热证患者空腹血糖水平无明显差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与利拉鲁肽相比，在利拉鲁肽基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善2型糖尿病肠道湿热证患者餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	葛根芩连汤加减+利拉鲁肽	利拉鲁肽	2hPG
研究类型及数量	1个RCT			

效应值及可信区间	-0.22[-0.82, 0.38] P=0.47
证据等级	极低级 (VERY LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线，无显著性差异
结论	与利拉鲁肽相比，葛根芩连汤加减联合利拉鲁肽基础上改善2型糖尿病肠道湿热证患者餐后2小时血糖水平无明显差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与利拉鲁肽相比，在利拉鲁肽基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善2型糖尿病肠道湿热证患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	葛根芩连汤加减+利拉鲁肽	利拉鲁肽	HbA1c
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-0.20[-0.62, 0.22] P=0.35			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线，无显著性差异			
结论	与利拉鲁肽相比，葛根芩连汤加减联合利拉鲁肽对改善2型糖尿病肠道湿热证患者糖化血红蛋白水平无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与沙格列汀相比，在沙格列汀基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善2型糖尿病肠道湿热证患者空腹血糖水平	2型糖尿病	葛根芩连汤加减+沙格列汀	沙格列汀	FBG
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-2.20[-2.36, -2.04] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与沙格列汀相比，葛根芩连汤加减联合利拉鲁肽对改善2型糖尿病肠道湿热证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与沙格列汀相比，在沙格列汀基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	葛根芩连汤加减+沙格列汀	沙格列汀	2hPG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.00[-3.03, 1.03] P=0.33			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线，无显著性差异			
结论	与沙格列汀相比，葛根芩连汤加减联合利拉鲁肽对改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者餐后 2 小时血糖水平无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与沙格列汀干预相比，在沙格列汀基础上联合葛根芩连汤加减是否可以改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	葛根芩连汤加减+沙格列汀	沙格列汀	HbA1c
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.70[-0.90, -0.50] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与沙格列汀干预相比，葛根芩连汤加减联合沙格列汀对改善 2 型糖尿病肠道湿热证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

三黄汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与利拉鲁肽相比，在利拉鲁肽基础上联合三黄汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热毒炽盛证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	三黄汤加减+利拉鲁肽	利拉鲁肽	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.99[-1.32, -0.65] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			



升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与利拉鲁肽相比，三黄汤加减联合利拉鲁肽对改善 2 型糖尿病热毒炽盛证患者空腹血糖水平具有显著差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与利拉鲁肽相比，在利拉鲁肽基础上联合三黄汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热毒炽盛证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	三黄汤加减+利拉鲁肽	利拉鲁肽	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.37[-2.74, -2.00] P<0.00001			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与利拉鲁肽相比，三黄汤加减联合利拉鲁肽基础上对改善 2 型糖尿病热毒炽盛证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与利拉鲁肽相比，在利拉鲁肽基础上联合三黄汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热毒炽盛证患者不良反应发生率	2 型糖尿病	三黄汤加减+利拉鲁肽	利拉鲁肽	不良反应发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	0.54[0.15, 1.95] P=0.35			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 95%可信区间过线，无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与利拉鲁肽相比，三黄汤加减联合利拉鲁肽对改善 2 型糖尿病热毒炽盛证患者不良反应发生率无明显差异。			

白虎加人参汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合白虎加人参汤加减是否可以	2 型糖尿病	白虎加人参汤加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG

改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平				
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.79[-3.52, -0.06] P=0.04			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=90\%$ , 大于 75%, 异质性很大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 白虎加人参汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	白虎加人参汤加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.10[-2.76, 0.57] P=0.20			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=80\%$ , 大于 75%, 异质性很大 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异 4. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 白虎加人参汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者餐后 2 小时血糖水平无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	白虎加人参汤加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.33[-0.82, 0.16] P=0.19			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 95%可信区间过线, 无显著性差异			

	3. 研究数量较少且为小样本研究
<b>结论</b>	与二甲双胍相比，白虎加人参汤加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病热盛伤津证患者糖化血红蛋白水平无明显差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与格列吡嗪相比，在格列吡嗪基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善2型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平	2型糖尿病	白虎加人参汤加减+格列吡嗪	格列吡嗪	FBG
<b>研究类型及数量</b>	1个RCT			
<b>效应值及可信区间</b>	-0.19[-0.88,0.50] P=0.59			
<b>证据等级</b>	低级（LOW）			
<b>是否升级或降级</b>	降级			
<b>升级或降级因素</b>	1. RCT未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
<b>结论</b>	与格列吡嗪相比，白虎加人参汤加减联合格列吡嗪对改善2型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平无明显差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与格列吡嗪相比，在格列吡嗪基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善2型糖尿病热盛伤津证患者餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	白虎加人参汤加减+格列吡嗪	格列吡嗪	2hPG
<b>研究类型及数量</b>	1个RCT			
<b>效应值及可信区间</b>	-1.80[-2.73,-0.87] P=0.0001			
<b>证据等级</b>	极低级（VERY LOW）			
<b>是否升级或降级</b>	降级			
<b>升级或降级因素</b>	1. RCT未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线，无显著性差异			
<b>结论</b>	与格列吡嗪相比，白虎加人参汤加减联合格列吡嗪对改善2型糖尿病热盛伤津证患者餐后2小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与罗格列酮相比，在罗格列酮基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善2型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平	2型糖尿病	白虎加人参汤加减+罗格列酮	罗格列酮	FBG

研究类型及数量	1 个 RCT
效应值及可信区间	-1.60[-2.39, -0.81] P<0.0001
证据等级	低级 (LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与罗格列酮相比, 白虎加人参汤加减联合罗格列酮有一定可能改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平具有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与罗格列酮相比, 在罗格列酮基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	白虎加人参汤加减+罗格列酮	罗格列酮	2hPG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.50[-3.00, 0.00] P=0.05			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异			
结论	与罗格列酮相比, 白虎加人参汤加减联合罗格列酮对改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者餐后 2 小时血糖水平无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与罗格列酮相比, 在罗格列酮基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	白虎加人参汤加减+罗格列酮	罗格列酮	HbA1c
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.90[-2.39, 0.59] P=0.24			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异			
结论	与罗格列酮相比, 白虎加人参汤加减联合罗格列酮对改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者糖化血红蛋白水平无明显差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与瑞格列奈相比，在瑞格列奈基础上联合白虎加人参汤加减是否可以改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	白虎加人参汤加减+瑞格列奈	瑞格列奈	FBG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-3.14[-4.76, -1.52] P=0.0002			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与瑞格列奈相比，白虎加人参汤加减联合瑞格列奈对改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

消渴方临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合消渴方加减是否可以改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	消渴方加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.69[-2.23, -1.16] P<0.00001			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，消渴方加减合二甲双胍对改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合消渴方加减是否可以改善 2 型糖尿病热盛伤津证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	消渴方加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-3.95[-4.72, -3.18] P<0.00001			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与二甲双胍相比，消渴方加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病热盛伤津证患者餐后2小时血糖水平具有显著差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合消渴方加减是否可以改善2型糖尿病热盛伤津证患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	消渴方加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	-0.68[-1.48, 0.11] P=0.09			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线，无显著性差异			
结论	与二甲双胍相比，消渴方加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病热盛伤津证患者糖化血红蛋白水平无明显差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合消渴方加减是否可以改善2型糖尿病热盛伤津证患者不良反应发生率	2型糖尿病	消渴方加减+二甲双胍	二甲双胍	不良反应发生率
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	0.66[0.26, 1.65] P=0.37			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 95%可信区间过线，无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，消渴方加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病热盛伤津证患者不良反应发生率无明显差异。			

知柏地黄丸临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与格列本脲相比，在格列本脲的基础上联合知	2型糖尿病	知柏地黄丸加减+格列本脲	格列本脲	FBG

柏地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病阴虚火旺证患者空腹血糖水平				
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.98[-1.91, -0.05] P=0.04			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 知柏地黄丸加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病阴虚火旺证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

生脉散临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合生脉散加减是否可以改善 2 型糖尿病气阴两虚证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	生脉散加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.60[-1.25, 0.05] P=0.07			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. $I^2=70\%$ , 有一定异质性 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异 4. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 生脉散加减联合二甲双胍改善 2 型糖尿病气阴两虚证患者空腹血糖水平无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合生脉散加减是否可以改善 2 型糖尿病气阴两虚证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	生脉散加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.87[-2.00, 0.26] P=0.13			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2 95%可信区间过线, 无显著性差异			

	3 样本量 60<400
结论	与二甲双胍相比，生脉散加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病气阴两虚证患者餐后 2 小时血糖水平无明显差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合生脉散加减是否可以改善 2 型糖尿病气阴两虚证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	生脉散加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.71 [-0.97, -0.45] P<0.00001			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，生脉散加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病气阴两虚证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

六味地黄丸临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	24 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.20 [-1.43, -0.97] P<0.00001			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 16 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，24 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=89\%$ ，大于 75%，异质性很大			
结论	与二甲双胍相比，六味地黄丸加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG



证患者餐后 2 小时血糖水平				
研究类型及数量	23 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.17[-1.42, -0.91] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 15 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 23 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=87\%$ , 大于 75%, 异质性很大			
结论	与二甲双胍相比, 六味地黄丸加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	20 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.77[-0.94, -0.61] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 14 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 20 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=81\%$ , 大于 75%, 异质性很大			
结论	与二甲双胍相比, 六味地黄丸加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者不良反应发生率	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+二甲双胍	二甲双胍	不良反应发生率
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	0.40[0.21, 0.76] $P=0.005$			
证据等级	中级 (MODERATE)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 4 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 4 篇 RCT 未说明分配隐藏方案			
结论	与二甲双胍相比, 六味地黄丸加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者不良反应发生率具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者中医证候积分	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+二甲双胍	二甲双胍	中医证候积分
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-5.68[-6.28, -5.09] $P < 0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，六味地黄丸加减联合二甲双胍改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者中医证候积分具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，在 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+ $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	$\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.69[-1.19, -0.19] $P = 0.007$			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2 = 59\%$ ，有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，六味地黄丸加减联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，在 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+ $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	$\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	2hPG

证患者餐后 2 小时血糖水平				
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.57[-2.83,-0.30] P=0.02			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=90\%$ ，大于 75%，异质性很大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，六味地黄丸加减联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，在 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	六味地黄丸加减 + $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	$\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.47[-0.81,-0.13] P=0.007			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，六味地黄丸加减联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比，在 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者不良反应发生率	2 型糖尿病	六味地黄丸加减 + $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	$\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	不良反应发生率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	0.72[0.30, 1.72] P=0.46			

证据等级	极低级 (VERY LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法, 2 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2 = 53\%$ , 有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比, 六味地黄丸加减联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者不良反应发生率具有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与磺胺类降糖药相比, 在磺胺类降糖药基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+磺胺类降糖药	磺胺类降糖药	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	$-0.83[-1.46, -0.20]$ $P=0.01$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺胺类降糖药相比, 六味地黄丸加减联合磺胺类降糖药对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与磺胺类降糖药相比, 在磺胺类降糖药基础上联合六味地黄丸加减是否可以改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	六味地黄丸加减+磺胺类降糖药	磺胺类降糖药	2hPG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	$-0.60[-1.63, 0.43]$ $P=0.25$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 95%可信区间过线, 无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺胺类降糖药相比, 六味地黄丸加减联合磺胺类降糖药对改善 2 型糖尿病肝肾阴虚证患者餐后 2 小时血糖水平无明显差异。			

半夏泻心汤加减临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合半夏泻心汤加减是否可以改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	半夏泻心汤加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.00[-2.68, -1.32] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 半夏泻心汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合半夏泻心汤加减是否可以改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	半夏泻心汤加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.45[-2.13, -0.77] P<0.0001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 半夏泻心汤加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合半夏泻心汤加减是否可以改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	半夏泻心汤加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.77[-1.25, -0.28] P=0.002			

证据等级	极低级 (VERY LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. $I^2=83\%$ , 大于 75%, 异质性很大 3. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与二甲双胍相比, 半夏泻心汤加减小剂量二甲双胍对改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与甘精胰岛素相比, 在甘精胰岛素基础上联合半夏泻心汤加减小剂量是否可以改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	半夏泻心汤加减小剂量 + 甘精胰岛素	甘精胰岛素	FBG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.55[-0.78, -0.32] $P<0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与甘精胰岛素相比, 半夏泻心汤加减小剂量联合甘精胰岛素改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与甘精胰岛素相比, 在甘精胰岛素基础上联合半夏泻心汤加减小剂量是否可以改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	半夏泻心汤加减小剂量 + 甘精胰岛素	甘精胰岛素	HbA1c
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.71[-0.93, -0.49] $P<0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与甘精胰岛素相比, 半夏泻心汤加减小剂量联合甘精胰岛素对改善 2 型糖尿病脾虚胃滞证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。			

乌梅丸临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合乌梅丸加减是否可以改善 2 型糖尿病上热下寒证患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	乌梅丸加减+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.57[-0.82,-0.33] $P<0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，3 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. $I^2=55\%$ ，有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，乌梅丸加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病上热下寒证患者空腹血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合乌梅丸加减是否可以改善 2 型糖尿病上热下寒证患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	乌梅丸加减+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.48[-0.68,-0.27] $P<0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，3 篇 RCT 未说明分配隐藏方案 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，乌梅丸加减联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病上热下寒证患者餐后 2 小时血糖水平具有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合乌梅丸加减是否可以改善 2 型糖尿病上热下寒证患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	乌梅丸加减+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.30[-0.42,-0.18] $P<0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 1 篇 RCT 未说明随机序列产生方法，3 篇 RCT 未说明分配隐藏方			

	案 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与二甲双胍相比，乌梅丸加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病上热下寒证患者糖化血红蛋白水平具有显著差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合乌梅丸加减是否可以改善2型糖尿病上热下寒证患者中医证候积分	2型糖尿病	乌梅丸加减+二甲双胍	二甲双胍	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-4.46[-5.35, -3.57] $P<0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，乌梅丸加减联合二甲双胍对改善2型糖尿病上热下寒证患者中医证候积分具有显著差异。			

津力达颗粒临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与DPP-IV抑制剂相比，在DPP-IV抑制剂基础上联合津力达颗粒是否可以改善2型糖尿病患者空腹血糖水平	2型糖尿病	津力达颗粒+DPP-IV抑制剂	DPP-IV抑制剂	FBG
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	-1.17[-1.36, -0.97] $P<0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与DPP-IV抑制剂相比，津力达颗粒联合DPP-IV抑制剂对改善2型糖尿病患者空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与DPP-IV抑制剂相比，在DPP-IV抑制剂基础上联合津力达颗粒是否可以改善2型糖尿病患者餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	津力达颗粒+DPP-IV抑制剂	DPP-IV抑制剂	2hPG



研究类型及数量	3 个 RCT
效应值及可信区间	-2.50[-2.93, -2.08] P<0.00001
证据等级	低级 (LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与 DPP-IV 抑制剂相比, 津力达颗粒联合 DPP-IV 抑制剂对改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 DPP-IV 抑制剂相比, 在 DPP-IV 抑制剂基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + DPP-IV 抑制剂	DPP-IV 抑制剂	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.40[-0.68, -0.12] P=0.005			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 DPP-IV 抑制剂相比, 津力达颗粒联合 DPP-IV 抑制剂对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 DPP-IV 抑制剂相比, 在 DPP-IV 抑制剂基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者不良反应发生率	2 型糖尿病	津力达颗粒 + DPP-IV 抑制剂	DPP-IV 抑制剂	不良反应发生率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	0.72[0.25, 2.09] P=0.54			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异			
结论	与 DPP-IV 抑制剂相比, 津力达颗粒联合 DPP-IV 抑制剂对改善 2 型糖尿病患者不良反应发生率无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与 GLP-1 受体激动剂相比，在 GLP-1 受体激动剂基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒+GLP-1 受体激动剂	GLP-1 受体激动剂	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.22[-2.95, -1.48] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=88\%$ ，大于 75%，异质性极大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 GLP-1 受体激动剂相比，津力达颗粒联合 GLP-1 受体激动剂对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 GLP-1 受体激动剂相比，在 GLP-1 受体激动剂基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒+GLP-1 受体激动剂	GLP-1 受体激动剂	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.12[-2.66, -1.58] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=80\%$ ，大于 75%，异质性极大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 GLP-1 受体激动剂相比，津力达颗粒联合 GLP-1 受体激动剂对改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 GLP-1 受体激动剂相比，在 GLP-1 受体激动剂基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	津力达颗粒+GLP-1 受体激动剂	GLP-1 受体激动剂	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.67[-2.21, -1.12] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=81\%$ ，大于 75%，异质性极大 3. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与 GLP-1 受体激动剂相比，津力达颗粒联合 GLP-1 受体激动剂对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	FBG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.64[-1.96, -1.31] $P<0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 2 篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺脲类降糖药相比，津力达颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	2hPG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.20[-2.90, -1.49] $P<0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 2 篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=80\%$ ，大于 75%，异质性极大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺脲类降糖药相比，津力达颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	HbA1c

糖化血红蛋白水平				
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.14[-1.44, -0.84] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 2 篇研究分配隐藏未描述, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=80\%$ , 大于 75%, 异质性极大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺脲类降糖药相比, 津力达颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖尿病并发症发生率	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 二甲双胍	二甲双胍	糖尿病并发症发生率
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	0.16[0.04, 0.60] $P=0.007$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 9 篇研究分配隐藏未描述, 所有研究是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 津力达颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者糖尿病并发症发生率有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	11 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.06[-1.49, -0.63] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 9 篇研究分配隐藏未描述, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=98\%$ , 大于 75%, 异质性极大			
结论	与二甲双胍相比, 津力达颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	10 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.52[-1.83, -1.22] $P < 0.00001$			
证据等级	中级 (MODERATE)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	9 篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述			
结论	与二甲双胍相比，津力达颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	9 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.80[-0.95, -0.64] $P < 0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 9 篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=70\%$ ，有一定异质性			
结论	与二甲双胍相比，津力达颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者不良反应发生率	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 二甲双胍	二甲双胍	不良反应发生率
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	0.25[0.10, 0.63] $P=0.004$			
证据等级	中级 (MODERATE)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	9 篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述			
结论	与二甲双胍相比，津力达颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者不良反应发生率有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

	象)	施)		标)
与胰岛素类相比，在胰岛素类基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 胰岛素类	胰岛素类	FBG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.22[-1.63, -0.80] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与胰岛素类相比，津力达颗粒联合胰岛素类改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与胰岛素类相比，在胰岛素类基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 胰岛素类	胰岛素类	2hPG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.37[-1.83, -0.92] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与胰岛素类相比，津力达颗粒联合胰岛素类对改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与胰岛素类相比，在胰岛素类基础上联合津力达颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	津力达颗粒 + 胰岛素类	胰岛素类	HbA1c
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.98[-1.16, -0.80] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 所有研究分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与胰岛素类相比，津力达颗粒联合胰岛素类对改善 2 型糖尿病患者			

	糖化血红蛋白水平有显著差异。
--	----------------

参芪降糖颗粒临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善2型糖尿病空腹血糖水平	2型糖尿病	参芪降糖颗粒+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	12个RCT			
效应值及可信区间	-1.27[-1.48,-1.05] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 11篇研究分配隐藏未描述, 1篇按照就诊次序分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=52\%$ , 有一定异质性			
结论	与二甲双胍相比, 参芪降糖颗粒联合二甲双胍对改善2型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善2型糖尿病餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	参芪降糖颗粒+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	13个RCT			
效应值及可信区间	-1.95[-2.14,-1.77] P<0.00001			
证据等级	中级 (MODERATE)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	11篇研究分配隐藏未描述, 1篇按照就诊次序分组, 所有研究是否采用盲法未描述			
结论	与二甲双胍相比, 参芪降糖颗粒联合二甲双胍对改善2型糖尿病餐后2小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	参芪降糖颗粒+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	13个RCT			

效应值及可信区间	-1.15[-1.38,-0.91] P<0.00001
证据等级	极低级 (VERY LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 11 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇按照就诊次序分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=82\%$ , 大于 75%, 异质性极大
结论	与二甲双胍相比, 参芪降糖颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病中医证候积分水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒+二甲双胍	二甲双胍	中医证候积分
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-3.14[-4.16,-2.12] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 11 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇按照就诊次序分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 参芪降糖颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病中医证候积分水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者不良反应发生率	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒+二甲双胍	二甲双胍	不良反应发生率
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	1.28[0.03,47.65] P=0.89			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 11 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇按照就诊次序分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=86\%$ , 大于 75%, 异质性极大 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异 4. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 参芪降糖颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者不良反应发生率无明显差异。			



临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 DPP-IV 抑制剂相比, 在 DPP-IV 抑制剂基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病空腹血糖水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 +DPP-IV 抑制剂	DPP-IV 抑制剂	FBG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.02[-1.74, -0.31] P<0.00001			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. $I^2=93\%$ , 大于 75%, 异质性极大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 DPP-IV 抑制剂相比, 参芪降糖颗粒联合 DPP-IV 抑制剂对改善 2 型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 DPP-IV 抑制剂相比, 在 DPP-IV 抑制剂的基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 +DPP-IV 抑制剂	DPP-IV 抑制剂	2hPG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.58[-2.10, -1.06] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 DPP-IV 抑制剂相比, 参芪降糖颗粒联合 DPP-IV 抑制剂对改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比, 在 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病空腹血糖水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 + $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	$\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	FBG
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.23[-1.38, -1.07] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 3 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇研究按奇偶数分组, 所有研究是			

	否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比, 参芪降糖颗粒联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂对改善 2 型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比, 在 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 + $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	$\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	2hPG
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.67 [-2.58, -0.76] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 3 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇研究按奇偶数分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=89\%$ , 大于 75%, 异质性极大 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比, 参芪降糖颗粒联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂对改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比, 在 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 + $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	$\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂	HbA1c
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.01 [-1.44, -0.58] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 3 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇研究按奇偶数分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=75\%$ , 有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂相比, 参芪降糖颗粒联合 $\alpha$ -葡萄糖苷酶抑制剂对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与α-葡萄糖苷酶抑制剂相比，在α-葡萄糖苷酶抑制剂基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善2型糖尿病患者不良反应发生率	2型糖尿病	参芪降糖颗粒+α-葡萄糖苷酶抑制剂	α-葡萄糖苷酶抑制剂	不良反应发生率
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	0.79[0.39,1.58] P=0.50			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1.3篇研究分配隐藏未描述，1篇研究按奇偶数分组，所有研究是否采用盲法未描述 2.95%可信区间过线，无显著性差异			
结论	与α-葡萄糖苷酶抑制剂相比，参芪降糖颗粒联合α-葡萄糖苷酶抑制剂对改善2型糖尿病患者不良反应发生率无明显差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善2型糖尿病中医证候积分水平	2型糖尿病	参芪降糖颗粒+磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	中医证候积分
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	-4.35[-4.86,-3.85] P<0.00001			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1.5篇研究分配隐藏未描述，1篇根据入院顺序分组，所有研究是否采用盲法未描述 2.研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺脲类降糖药相比，参芪降糖颗粒联合磺脲类降糖药对改善2型糖尿病中医证候积分水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善2型糖尿病空腹血糖水平	2型糖尿病	参芪降糖颗粒+磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	FBG
研究类型及数量	6个RCT			
效应值及可信区间	-2.21[-2.35,-2.07] P<0.00001			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	1.5 篇研究分配隐藏未描述，1 篇根据入院顺序分组，所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=51\%$ ，有一定异质性
结论	与磺脲类降糖药相比，参芪降糖颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	2hPG
研究类型及数量	6 个 RCT			
效应值及可信区间	$-1.80[-1.99, -1.62]$ $P<0.00001$			
证据等级	中级（MODERATE）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	5 篇研究分配隐藏未描述，1 篇根据入院顺序分组，所有研究是否采用盲法未描述			
结论	与磺脲类降糖药相比，参芪降糖颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	HbA1c
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	$-1.43[-1.68, -1.19]$ $P<0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1.5 篇研究分配隐藏未描述，1 篇根据入院顺序分组，所有研究是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺脲类降糖药相比，参芪降糖颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	不良反应发生率

者不良反应发生率				
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	0.49[0.19, 1.30] P=0.15			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 5 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇根据入院顺序分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. 95%可信区间过线, 无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺脲类降糖药相比, 参芪降糖颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病患者不良反应发生率无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与胰岛素相比, 在胰岛素基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病空腹血糖水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒+胰岛素	胰岛素	FBG
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.09[-1.36, -0.82] P<0.00001			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 3 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇研究根据治疗方法分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=89\%$ , 大于 75%, 异质性极大			
结论	与胰岛素相比, 参芪降糖颗粒联合胰岛素对改善 2 型糖尿病空腹血糖水平有显著差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与胰岛素相比, 在胰岛素基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒+胰岛素	胰岛素	2hPG
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.83[-2.36, -1.30] P<0.00001			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 3 篇研究分配隐藏未描述, 1 篇研究根据治疗方法分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=71\%$ , 有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与胰岛素相比, 参芪降糖颗粒联合胰岛素对改善 2 型糖尿病餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与胰岛素相比，在胰岛素基础上联合参芪降糖颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	参芪降糖颗粒+胰岛素	胰岛素	HbA1c
研究类型及数量	3 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.03[-1.15, -0.91] $P < 0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 3 篇研究分配隐藏未描述，1 篇研究根据治疗方法分组，所有研究是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与胰岛素相比，参芪降糖颗粒联合胰岛素对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

消渴丸临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合消渴丸是否可以改善 2 型糖尿病空腹血糖水平	2 型糖尿病	消渴丸+常规治疗	常规治疗	FBG
研究类型及数量	12 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.38[-1.94, -0.83] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 部分分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=96\%$ ，大于 75%，异质性极大			
结论	与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合消渴丸对改善 2 型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合消渴丸是否可以改善餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	消渴丸+常规治疗	常规治疗	2hPG
研究类型及数量	12 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.24[-2.88, -1.61] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 部分分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=94\%$ ，大于 75%，异质性极大			

结论	与常规治疗相比，消渴丸联合常规治疗对改善餐后2小时血糖含量有显著差异。
----	-------------------------------------

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合消渴丸是否可以改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	消渴丸+常规治疗	常规治疗	HbA1c
研究类型及数量	9个RCT			
效应值及可信区间	-1.67[-1.89, -1.44] $P<0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 部分分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=64\%$ ，有一定异质性			
结论	与常规治疗相比，消渴丸联合常规治疗对改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合消渴丸是否可以改善2型糖尿病患者中医证候积分水平	2型糖尿病	消渴丸+常规治疗	常规治疗	中医证候积分
研究类型及数量	1个RCT			
效应值及可信区间	-6.79[-7.83, -5.75] $P<0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比，消渴丸联合常规治疗对改善2型糖尿病患者中医证候积分水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合消渴丸是否可以改善2型糖尿病患者不良反应发生率	2型糖尿病	消渴丸+常规治疗	常规治疗	不良反应发生率
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	0.25[0.14, 0.44] $P<0.00001$			
证据等级	中级（MODERATE）			
是否升级或降级	降级			

升级或降级因素	分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述
结论	与常规治疗相比，消渴丸联合常规治疗对改善2型糖尿病患者不良反应发生率有显著差异。

天芪降糖胶囊临床问题证据概要表

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合天芪降糖胶囊是否可以改善2型糖尿病空腹血糖水平	2型糖尿病	天芪降糖胶囊+常规治疗	常规治疗	FBG
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	-1.17[-1.68, -0.67] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=81\%$ ，大于75%，异质性极大			
结论	与常规治疗相比，天芪降糖胶囊联合常规治疗对改善2型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合天芪降糖胶囊是否可以改善餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	天芪降糖胶囊+常规治疗	常规治疗	2hPG
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	-1.22[-1.78, -0.67] $P < 0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比，天芪降糖胶囊联合常规治疗对改善餐后2小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与常规治疗相比，在常规治疗基础上联合天芪降糖胶囊是否可以改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	天芪降糖胶囊+常规治疗	常规治疗	HbA1c
研究类型及数量	4个RCT			



效应值及可信区间	-0.32[-0.52, -0.12] P<0.00001
证据等级	低级 (LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与常规治疗相比, 天芪降糖胶囊联合常规治疗对改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。

金芪降糖片临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍的基础上联合金芪降糖片是否可以改善2型糖尿病空腹血糖水平	2型糖尿病	金芪降糖片+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	-0.87[-0.95, -0.79] P<0.00001			
证据等级	中级 (MODERATE)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	4篇研究分配隐藏未描述, 1篇根据治疗方法分组, 所有研究是否采用盲法未描述			
结论	与二甲双胍相比, 金芪降糖片联合二甲双胍对改善2型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍的基础上联合金芪降糖片是否可以改善餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	金芪降糖片+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	-0.79[-1.23, -0.36] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 4篇研究分配隐藏未描述, 1篇根据治疗方法分组, 所有研究是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 金芪降糖片联合二甲双胍对改善餐后2小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

与二甲双胍相比，在二甲双胍的基础上联合金芪降糖片是否可以改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	金芪降糖片+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	5个RCT			
效应值及可信区间	-0.75[-1.16, -0.34] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 4篇研究分配隐藏未描述，1篇根据治疗方法分组，所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=80\%$ ，大于75%，异质性极大			
结论	与二甲双胍相比，金芪降糖片联合二甲双胍对改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

糖脉康颗粒临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善2型糖尿病空腹血糖水平	2型糖尿病	糖脉康颗粒+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	3个RCT			
效应值及可信区间	-0.88[-0.98, -0.78] $P < 0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 6篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比，糖脉康颗粒联合二甲双胍对改善2型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善餐后2小时血糖水平	2型糖尿病	糖脉康颗粒+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	-0.93[-1.12, -0.75] $P < 0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 6篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=51\%$ ，有一定异质性			
结论	与二甲双胍相比，糖脉康颗粒联合二甲双胍对改善餐后2小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	糖脉康颗粒 + 二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	4 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.81[-1.25, -0.36] $P < 0.00001$			
证据等级	极低级（VERY LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1.6 篇研究分配隐藏未描述，所有研究是否采用盲法未描述 2. $I^2=94\%$ ，大于 75%，异质性极大			
结论	与二甲双胍相比，糖脉康颗粒联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善 2 型糖尿病空腹血糖水平	2 型糖尿病	糖脉康颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.79[-1.31, -0.27] $P < 0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与磺脲类降糖药相比，糖脉康颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	糖脉康颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	2hPG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.01[-1.76, -0.26] $P < 0.00001$			
证据等级	低级（LOW）			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述			

	2. 研究数量较少且为小样本研究
<b>结论</b>	与磺脲类降糖药相比，糖脉康颗粒联合磺脲类降糖药对改善餐后 2 小时血糖水平有显著差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与磺脲类降糖药相比，在磺脲类降糖药基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	糖脉康颗粒 + 磺脲类降糖药	磺脲类降糖药	HbA1c
<b>研究类型及数量</b>	2 个 RCT			
<b>效应值及可信区间</b>	-0.99[-1.60, -0.39] $P < 0.00001$			
<b>证据等级</b>	极低级（VERY LOW）			
<b>是否升级或降级</b>	降级			
<b>升级或降级因素</b>	1. 分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. $I^2=67\%$ ，有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究			
<b>结论</b>	与磺脲类降糖药相比，糖脉康颗粒联合磺脲类降糖药对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与胰岛素相比，在胰岛素的基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善 2 型糖尿病空腹血糖水平	2 型糖尿病	糖脉康颗粒 + 胰岛素	胰岛素	FBG
<b>研究类型及数量</b>	2 个 RCT			
<b>效应值及可信区间</b>	-0.02[-0.18, 0.13] $P < 0.00001$			
<b>证据等级</b>	极低级（VERY LOW）			
<b>是否升级或降级</b>	降级			
<b>升级或降级因素</b>	1. 分配隐藏未描述，是否采用盲法未描述 2. 95%可信区间过线，无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
<b>结论</b>	与胰岛素相比，糖脉康颗粒联合胰岛素对改善 2 型糖尿病空腹血糖水平无明显差异。			

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与胰岛素相比，在胰岛素的基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	糖脉康颗粒 + 胰岛素	胰岛素	2hPG
<b>研究类型及数量</b>	2 个 RCT			
<b>效应值及可信区间</b>	-0.78[-1.40, -0.16] $P < 0.00001$			

证据等级	极低级 (VERY LOW)
是否升级或降级	降级
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. $I^2=60\%$ , 有一定异质性 3. 研究数量较少且为小样本研究
结论	与胰岛素相比, 糖脉康颗粒联合胰岛素对改善餐后2小时血糖水平有显著差异。

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与胰岛素相比, 在胰岛素的基础上联合糖脉康颗粒是否可以改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2型糖尿病	糖脉康颗粒+胰岛素	胰岛素	HbA1c
研究类型及数量	2个RCT			
效应值及可信区间	-0.02[-0.17, 0.13] $P<0.00001$			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 95%可信区间过线, 无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与胰岛素相比, 糖脉康颗粒联合胰岛素对改善2型糖尿病患者糖化血红蛋白水平无明显差异。			

玉泉丸临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗的基础上联合玉泉丸是否可以改善2型糖尿病空腹血糖水平	2型糖尿病	玉泉丸+常规治疗	常规治疗	FBG
研究类型及数量	4个RCT			
效应值及可信区间	-0.96[-1.32, -0.60] $P<0.00001$			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比, 玉泉丸联合常规治疗对改善2型糖尿病空腹血糖水平有显著差异			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗的基础上联合玉	2型糖尿病	玉泉丸+常规治疗	常规治疗	2hPG

泉丸是否可以改善餐后 2 小时血糖水平				
研究类型及数量	5 个 RCT			
效应值及可信区间	-1.45[-1.61,-1.30] P<0.00001			
证据等级	中级 (MODERATE)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述			
结论	与常规治疗相比, 玉泉丸联合常规治疗对改善餐后 2 小时血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与常规治疗相比, 在常规治疗的基础上联合玉泉丸是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	玉泉丸 + 常规治疗	常规治疗	HbA1c
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.83[-1.88,0.22] P<0.00001			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 分配隐藏未描述, 是否采用盲法未描述 2. $I^2=87\%$ , 大于 75%, 异质性极大 3. 95%可信区间过线, 无显著性差异 4. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与常规治疗相比, 玉泉丸联合常规治疗对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平无明显差异。			

针刺临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行针刺是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	针刺 + 二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	2 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.63[-1.24,-0.01] P=0.05			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 针刺联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平有显著差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
------	----------	----------	----------	----------

	象)	施)		标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行针刺是否可以改善 2 型糖尿病糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	针刺+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-2.00[-2.59, -1.41] P<0.00001			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. 随机序列产生以及分配隐藏文中未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 针刺联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病糖化血红蛋白水平有显著差异。			

推拿临床问题证据概要表

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行推拿干预是否可以改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平	2 型糖尿病	推拿+二甲双胍	二甲双胍	FBG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.31[-0.85, 0.23] P=0.26			
证据等级	极低级 (VERY LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 分配隐藏未描述 2. 95%可信区间过线, 无显著性差异 3. 研究数量较少且为小样本研究			
结论	与二甲双胍相比, 推拿联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者空腹血糖水平无明显差异。			

临床问题	P (研究对象)	I (干预措施)	C (对照措施)	O (结局指标)
与二甲双胍相比, 在二甲双胍基础上进行推拿干预是否可以改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平	2 型糖尿病	推拿+二甲双胍	二甲双胍	2hPG
研究类型及数量	1 个 RCT			
效应值及可信区间	-0.92[-1.82, -0.02] P=0.04			
证据等级	低级 (LOW)			
是否升级或降级	降级			
升级或降级因素	1. RCT 分配隐藏未描述			

	2. 研究数量较少且为小样本研究
<b>结论</b>	与二甲双胍相比，推拿联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者餐后 2 小时血糖水平有显著差异。

临床问题	P（研究对象）	I（干预措施）	C（对照措施）	O（结局指标）
与二甲双胍相比，在二甲双胍基础上进行推拿干预是否可以改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平	2 型糖尿病	推拿+二甲双胍	二甲双胍	HbA1c
<b>研究类型及数量</b>	1 个 RCT			
<b>效应值及可信区间</b>	-0.51[-0.95, -0.07] P=0.02			
<b>证据等级</b>	低级（LOW）			
<b>是否升级或降级</b>	降级			
<b>升级或降级因素</b>	1. RCT 分配隐藏未描述 2. 研究数量较少且为小样本研究			
<b>结论</b>	与二甲双胍相比，推拿联合二甲双胍对改善 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平有显著差异。			



附录 C  
(资料性)  
中国糖尿病风险评分量表 (CDRS)

中国糖尿病风险评分表			
评分指标	分值	评分指标	分值
年龄 (岁)		收缩压 (mmHg)	
20~24	0	<110	0
25~34	4	110~119	1
35~39	8	120~129	3
40~44	11	130~139	6
45~49	12	140~149	7
50~54	13	150~159	8
55~59	15	≥160	10
60~64	16	腰围 (cm)	
65~74	18	男性<75, 女性<70	0
体重指数 (kg/m <sup>2</sup> )		男性75~79.9, 女性70~74.9	3
<22	0	男性80~84.9, 女性75~79.9	5
22~23.9	1	男性85~89.9, 女性80~84.9	7
24~29.9	3	男性90~94.9, 女性85~89.9	8
≥30	5	男性≥95, 女性≥90	10
糖尿病家族史 (父母、同胞、子女)		性别	
无	0	女性	0
有	6	男性	2

附录 D  
(资料性)  
缩略词对照表

缩略词	英文全称	中文全称
T1DM	Type 1 Diabetes Mellitus	1 型糖尿病
T2DM	Type 2 Diabetes Mellitus	2 型糖尿病
FBG	Fasting Blood Glucose	空腹血糖
2hPG	2-hour Postprandial Blood Glucose	餐后 2 小时血糖
HbA <sub>1c</sub>	Glycated Hemoglobin A <sub>1c</sub>	糖化血红蛋白
BMI	Body Mass Index	体重指数
OGTT	Oral Glucose Tolerance Test	口服糖耐量测试
DSMES	Diabetes Self-Management Education and Support	糖尿病自我管理教育与支持
RCT	Randomized Controlled Trial	随机对照试验
n	Number	总数
MD	Mean Deviation	平均差
RR	Relative Risk	相对危险度
ASCVD	Atherosclerotic Coronary Artery Disease	动脉粥样硬化性心血管疾病
CKD	Chronic Kidney Disease	慢性肾脏病
DPP-4i	Dipeptidyl-peptidase-4 inhibitors	二肽基酶-4 抑制剂
TZD	Thiazolidinedione	噻唑烷二酮
SGLT2i	Sodium Glucose Cotransporter 2 inhibitor	钠-葡萄糖协同转运蛋白抑制剂
GLP-1RA	Glucagon-like Peptide-1 Receptor Agonists	胰高血糖素样肽-1 受体激动剂

附录 E  
(资料性)  
《2 型糖尿病中西医诊疗指南》工作组成员表

序号	姓名	单位	职称或在读学位	工作内容
1	李敏	中国中医科学院广安门医院	正高级	项目统筹、指导与管理
2	倪青	中国中医科学院广安门医院	正高级	组织共识会议及征求意见
3	王佳	中国中医科学院广安门医院	副高级	项目秘书
4	李修洋	中国中医科学院广安门医院	中级	项目协调与会议组织
4	陈薇	北京中医药大学	正高级	方法学指导
5	张颖	北京中医药大学	中级	方法学指导
6	万砺	中国中医科学院广安门医院	硕士在读	统筹指南编撰
7	郝瑞	中国中医科学院广安门医院	硕士在读	统筹数据分析及证据评级
8	赵旌屹	中国中医科学院广安门医院	博士在读	整理撰写编制说明
9	丁齐又	中国中医科学院广安门医院	博士在读	指南编撰指导
10	马凯乐	中国中医科学院广安门医院	硕士在读	循证数据分析及证据评级
11	王昭博	中国中医科学院广安门医院	硕士在读	循证数据分析及证据评级
12	田传玺	中国中医科学院广安门医院	博士在读	循证数据分析及证据评级
13	赵金悦	中国中医科学院广安门医院	博士在读	循证数据分析及证据评级
14	苟筱雯	中国中医科学院广安门医院	博士在读	循证文献检索
15	姚晨思	中国中医科学院广安门医院	博士在读	循证文献检索
16	周丽娟	中国中医科学院广安门医院	博士在读	循证文献检索

## 参 考 文 献

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南（2020 年版）[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(4): 315-409. DOI: 10.3760/cma.j.cn115791-20210221-00095.
- [2] 庞国明, 倪青, 张芳. 2 型糖尿病病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2021, 62(04): 361-368.
- [3] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Brussels, Belgium: 2021; Available at: <https://www.diabetesatlas.org>.
- [4] 陆安权, 张建德, 李慧灵, 王国松, 马丽, 艾丽蓉, 左林, 伍宗明, 叶静, 周毅琼. 三养胶麦食疗辅助治疗超重和肥胖 II 型糖尿病患者的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(08): 696-697+700.
- [5] 王成元, 张瀚元. 八段锦结合西医常规治疗法对 2 型糖尿病血糖水平的影响[J]. 中国医药科学, 2015, 5(22): 49-52.
- [6] 周丽娟. 太极拳对超重 2 型糖尿病患者治疗效果及体质指数的影响[J]. 糖尿病新世界, 2020, 23(02): 1-2.
- [7] 邓慧心, 高广生, 李智敏, 孙秀琪, 谷万丹. 接受式音乐疗法在老年糖尿病患者中的应用[J]. 中国保健营养, 2013, 23(05): 1186.
- [8] 邓鑫, 王文娟. 大柴胡汤治疗肥胖型糖尿病 39 例[J]. 陕西中医, 2011, 32(09): 1171-1172.
- [9] 常莉莉. 甘精胰岛素联合大柴胡汤治疗 T2DM 患者的效果及对血糖水平的影响[J]. 实用糖尿病杂志, 2020, 16(05): 71-72.
- [10] 张利民, 谭毅, 黄伟, 张学英, 李观强, 冯德勇. 小陷胸汤联合盐酸二甲双胍片治疗 2 型糖尿病痰湿蕴热型临床观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(02): 32-34+38.
- [11] 石青, 毛以林. 加味白虎汤治疗 2 型糖尿病 55 例临床观察[J]. 新中医, 2007(02): 75-76+8.
- [12] 李小梅, 包芸, 高小明. 大黄黄连泻心汤辅助西医综合治疗火热证 2 型糖尿病的疗效及作用机制[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5(20): 152-153.
- [13] 石碧霞. 葛根芩连汤治疗糖尿病的临床疗效探讨[J]. 糖尿病新世界, 2020, 23(23): 58-59+62.
- [14] 周笑漪. 葛根芩连汤联合利拉鲁肽对肥胖 2 型糖尿病湿热困脾证的临床疗效[J]. 天津中医药, 2020, 37(12): 1363-1367.
- [15] 魏卓恒, 杨跃青, 万纳. 三黄汤联合利拉鲁肽治疗老年 T2DM 合并肥胖患者的效果及对脂质代谢和炎症因子水平的影响[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(08): 1525-1528.
- [16] 游龙, 白会玲, 谷艳丽. 白虎加人参汤联合降糖药治疗 2 型糖尿病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(19): 2286-2287.
- [17] 冯玉莲, 余璇. 消渴方联合二甲双胍治疗新诊断 2 型糖尿病患者的临床观察[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(11): 21-22.

- [18] 迟桂春.格列本脲联合知柏地黄丸治疗 2 型糖尿病 30 例疗效观察[J].医学理论与实践,2009,22(10):1206-1207.
- [19] 梁友利.生脉散加减治疗气阴两虚型 2 型糖尿病的疗效观察[J].中国医药指南,2012,10(29):292-293.
- [20] 徐惠娟,戴加乐,杨金芬,胡洁云.六味地黄丸联合二甲双胍片治疗 2 型糖尿病疗效观察[J].中华中医药学刊,2019,37(07):1747-1750.
- [21] 何珂,朱丽华,陆西宛.六味地黄丸联合二甲双胍片治疗 2 型糖尿病临床疗效观察[J].中成药,2016,38(01):50-52.
- [22] 王婷.半夏泻心汤联合甘精胰岛素注射液对脾弱胃强型 2 型糖尿病患者血糖及免疫指标的影响[J].中国处方药,2022,20(01):82-84.
- [23] 谢更钟,何艳惠,张志玲,彭旋铃,刘德亮.经方乌梅丸治疗上热下寒型 2 型糖尿病疗效观察[J].中医药临床杂志,2017,29(08):1272-1276.
- [24] 吴敬.津力达颗粒联合西格列汀对 2 型糖尿病患者血糖控制的影响[J].临床研究,2021,29(02):124-125.
- [25] 张素贞,孔蕊,苗慧莹,王朝旭.津力达颗粒联合利拉鲁肽治疗 2 型糖尿病的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(03):668-671.
- [26] 孙金瑞.参芪降糖颗粒联合西医常规疗法治疗 2 型糖尿病患者的疗效观察[J].实用糖尿病杂志,2020,16(05):100-101.
- [27] 睢凤玲.参芪降糖颗粒联合西医治疗 2 型糖尿病患者效果观察[J].实用中西医结合临床,2019,19(07):69-70.
- [28] 永佳,王雅楠,永雪薇.糖脉康颗粒联合格列美脲治疗 2 型糖尿病的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(07):2156-2159.
- [29] 李怀山,张颖丽,赵宁宁,郭敏.糖脉康颗粒联合胰岛素强化治疗 2 型糖尿病的临床疗效及对患者血脂和 ET-1 的影响[J].中国实验方剂学杂志,2016,22(02):152-155.
- [30] 秦蕊,朱新建,董月华.消渴丸联合盐酸二甲双胍治疗 2 型糖尿病临床观察[J].辽宁中医杂志,2017,44(04):759-761.
- [31] 连凤梅,李瑶,孙晓方,向红丁,肖新华,仝小林.天芪降糖胶囊联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病随机、双盲、平行对照、多中心临床研究[J].中国糖尿病杂志,2011,19(08):600-602.
- [32] 李水花,吴农田.玉泉丸联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(12):163-164.
- [33] 姚庆春.金芪降糖片联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的临床研究[J].现代药物与临床,2014,29(07):786-790.
- [34] 李永华,崔淑玫,徐洪涛,马建.针灸治疗糖尿病合并肥胖患者临床观察[J].针灸临床杂志,2013,29(09):30-32.

- [35] 宋柏林,朴春丽,陈曦,齐伟,于淼,王之虹.推拿配合二甲双胍治疗肥胖 2 型糖尿病患者 80 例临床观察[J].世界中西医结合杂志,2011,6(03):206-209.