

60例湿热中阻型胃脘痛在中医全科医疗服务新模式治疗前后的疗效分析

丁克妍¹ 刘昊¹ 陈彦峰¹ 吴霞¹

(上海市浦东新区曹路社区卫生服务中心 上海市 201209)

摘要: 目的: 研究湿热中阻型胃脘痛在中医全科医疗服务新模式治疗前后的疗效。方法: 选择我中心 2021 年 2 月—2021 年 12 月中医全科门诊收治的湿热中阻型胃脘痛患者 60 例作为研究对象, 随机均分为两组各 30 例, 对照组患者采用中药饮片治疗, 中医全科模式组患者采用中药饮片和针刺治疗, 对比两组患者治疗前后的胃肠症候评分和 VAS 评分。结果: 治疗结束后中医全科模式组的胃肠症候评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 说明治疗后中医全科模式组的胃肠症状更轻。治疗结束后中医全科模式组的 VAS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 说明治疗后中医全科模式组的视觉自觉疼痛程度更低。结论: 治疗后中医全科模式组的患者胃肠症状更轻, 视觉自觉疼痛程度更低, 治愈或者显效的患者更多。

关键词: 湿热中阻型胃脘痛; 慢性胃炎; 中医全科医疗服务新模式; 疗效

胃痛又称“胃脘痛”, 是以上腹胃脘部近心窝处疼痛为主症的病证。临床主要表现为上腹疼痛不适。西医学中急性胃炎、慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡等以上腹部疼痛为主要症状者, 属于中医学胃痛范畴。^[1]多因寒热, 饮食失调, 阴阳气血不足, 气滞血瘀等使胃失和降所致。^[2]理气和胃止痛为基本治疗法则。^[3]湿热中阻型胃脘痛的证候为: 胃脘疼痛, 痛势急迫, 脘闷灼热, 口干口苦, 口渴而不欲饮, 纳呆恶心, 小便色黄, 大便不畅; 舌红, 苔黄腻, 脉滑数。治则为清化湿热, 理气和胃。^[4]

中医全科是在中医药理论指导下, 面向社区和家庭, 研究全科医学相关疾病的病因病机、证治规律、预防保健和管理模式的一门临床科室。^[4]在社区卫生服务中心建设不同于综合医院的中医全科, 并围绕“常见病、多发病及慢性病诊治”的功能定位在全科基础上开展中医药服务。同时, 应该根据原有的中医科基础、区域医疗资源、服务人群的特点及医疗服务需求设立。^[5]中医全科医疗服务新模式的服务流程是中医全科医生积极运用多种中医药治疗方法(中医药物治疗结合中医非药物治疗), 按照病种临床路径和诊疗方案, 使病人在中医综合服务区完成疾病诊断、中医内服加外治综合治疗、中医康复、健康宣教等综合医疗服务的全过程。

为了研究湿热中阻型胃脘痛在中医全科医疗服务新模式治疗前后的疗效, 我中心对 2021 年 2 月—2021 年 12 月中医全科门诊收治的湿热中阻型胃脘痛患者 60 例作为研究对象, 纳入标准为满足“慢性萎缩性胃炎中医诊疗共识意见”(中华中医药学会脾胃病分会)、“慢性浅表性胃炎中医诊疗共识意见”(中华中医药学会脾胃病分会, 2009 深圳)及《中药新药临床研究指导原则(2002 年)》的诊断标准; 患者符合湿热中阻型的中医辨证分型; 年龄介于 20~75 周岁, 性别不限; 接受治疗前 1 个月未进行中医技术或汤药治疗; 自愿参与并配合随访, 签署知情同意书; 符合中医全科治疗的适应症。对照组患者采用中药饮片治疗, 中医全科模式组患者采用中药饮片和针刺治疗, 现将研究结果报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 2 月—2021 年 12 月中医全科门诊收治的湿热中阻型胃脘痛(慢性胃炎)患者 60 例作为研究对象, 随机均分为两组各 30 例, 两组患者性别、年龄资料进行比较, 性别和年龄差异无统计学意义。详见表 1。

表1 两组社会人口学资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)
		男	女	
中医全科模式组	30	17	13	55.20 ± 14.35
对照组	30	20	10	56.73 ± 10.66
t/X ² 值		0.635		-0.470
P 值		0.596		0.640

1.2 方法

对照组患者采用中药饮片治疗(清中汤加减: 本方由黄连、栀子、半夏、茯苓、陈皮、草豆蔻、甘草组成。若湿偏重者, 加苍术、藿香; 若热偏重者加蒲公英、黄芩; 若恶心呕吐者, 加竹茹、橘皮; 若大便秘结不通者, 可加大黄; 若气滞腹胀者, 加厚朴、枳实; 若纳呆少食者, 加神曲、炒谷芽、炒麦芽^[6])。

中医全科模式组患者采用中药饮片(清中汤加减: 本方由黄连、栀子、半夏、茯苓、陈皮、草豆蔻、甘草组成。若湿偏重者, 加苍术、藿香; 若热偏重者加蒲公英、黄芩; 若恶心呕吐者, 加竹茹、橘皮; 若大便秘结不通者, 可加大黄; 若气滞腹胀者, 加厚朴、枳实; 若纳呆少食者, 加神曲、炒谷芽、炒麦芽^[6])和针刺治疗(取胃的募穴、下合穴为主, 以毫针刺, 采用泻法; 常取中脘、足三里、内关、公孙等; 留针 20 分钟^[6])。

1.3 观察指标

比较两组治疗前(基线)、治疗中期(2 周)和治疗结束后(4 周)的胃肠症候评分和 VAS 评分。胃肠症候包括胃脘痞满、胃脘疼痛、胸胁疼痛、少腹胀痛、食欲减退、食后腹胀、早饱、多食易饥、烧心或灼热感、呃逆、泛酸、恶心呕吐、嗝气、反胃、口苦或粘、喜冷饮、口干舌燥、口吐清涎、口臭、咽部梗阻感、口渴不欲饮、身热不扬、全身及四肢困重、大便稀溏、大便干结、里急后重、精神疲乏、四肢无力、畏寒怕冷、四肢不温、烦躁易急、失眠多梦。

1.4 统计学处理

单因素重复测量方差分析结果显示, 经箱线图判断, 数据无异常值; 经 Shapiro-Wilk 检验, 各组数据服从正态分布 ($P>0.05$); 经 Mauchly's 球形假设检验, 两组因变量的方差协方差矩阵相等 ($P>0.05$), 满足球形假设。两组干预前后的胃肠症候评分差异具有统计学意义, 校正后 F (中医全科模式组) = 119.003、 F (对照组) = 70.703, $P<0.001$ 。两组干预前后的 VAS 评分差异具有统计学意义, 校正后 F (中医全科模式组) = 78.012、 F (对照组) = 90.091, $P<0.001$ 。

2. 结果

2.1 治疗前(基线)两组的胃肠症候评分和 VAS 评分

治疗前对两组的胃肠症候评分和 VAS 评分进行比较, 差异均无统计学意义。详见表 2。

表2 治疗前(基线)两组的胃肠症候评分和 VAS 评分比较

组别	症候评分	VAS 评分
中医全科模式组	41.93 ± 20.43	2.40 ± 1.22
对照组	42.67 ± 21.93	2.43 ± 0.97
t 值	-0.134	-0.117
P 值	0.894	0.907

2.2 治疗中期两组的胃肠症候评分和 VAS 评分比较

治疗中期对两组的胃肠症候评分和 VAS 评分进行比较, 差异均无统计学意义。详见表 3。

表3 治疗中期两组的胃肠症候评分和 VAS 评分比较

组别	症候评分	VAS 评分
中医全科模式组	23.23 ± 12.34	0.77 ± 1.10

对照组	26.63 ± 15.70	0.97 ± 0.89
t 值	-0.932	-0.772
P 值	0.355	0.443

2.3 治疗结束后两组的胃肠症候评分和 VAS 评分比较

研究数据不存在显著异常值,且在组内接近正态分布。独立样本 t 检验结果显示,治疗结束后中医全科模式组的胃肠症候评分 (9.27 ± 9.24) 低于对照组 (15.03 ± 10.38),差异具有统计学意义 (P<0.05),说明治疗后中医全科模式组的胃肠症状更轻。治疗结束后中医全科模式组的 VAS 评分 (0.07 ± 0.37) 低于对照组 (0.40 ± 0.62),差异具有统计学意义 (P<0.05),说明治疗后中医全科模式组的视觉自觉疼痛程度更低。详见表 4。

表 4 治疗结束后两周两组的胃肠症候评分和 VAS 评分比较

组别	症候评分	VAS 评分
中医全科模式组	9.27 ± 9.24	0.07 ± 0.37
对照组	15.03 ± 10.38	0.40 ± 0.62
t 值	-2.273	-2.533
P 值	0.027	0.015

2.4 两组治疗前后胃肠症候评分比较

单因素重复测量方差分析结果显示,经箱线图判断,数据无异常值;经 Shapiro-Wilk 检验,各组数据服从正态分布 (P>0.05);经 Mauchly's 球形假设检验,两组因变量的方差协方差矩阵不相等 (P<0.001),通过 Greenhouse-Geisser 方法校正。两组干预前后的胃肠症候评分差异具有统计学意义,校正后 F (中医全科模式组)=119.003、F (对照组)=70.703, P<0.001。两两比较中,中医全科模式组治疗中期胃肠症候评分比治疗前降低 18.70 分,治疗结束时胃肠症候评分比治疗前降低 32.66 分,治疗结束时胃肠症候评分比治疗中期降低 13.96 分,差异均具有统计学意义 (P<0.001)。对照组治疗中期胃肠症候评分比治疗前降低 16.04 分,治疗结束时胃肠症候评分比治疗前降低 27.64 分,治疗结束时胃肠症候评分比治疗中期降低 11.60 分,差异均具有统计学意义 (P<0.001)。详见表 5。

表 5 两组治疗前后胃肠症候评分比较

分组	治疗时间	均值 ± 标准差	Mauchly's 球形检验		主体内效应检验	
			卡方	P	F	P
中医全科模式组	治疗前	41.93 ± 20.43	15.856	<0.001	119.003	<0.001
	治疗中期	23.23 ± 12.34				
	治疗结束	9.27 ± 9.24				
	治疗前	42.67 ± 21.93				
	治疗中期	26.63 ± 15.70				
对照组	治疗结束	15.03 ± 10.38	18.525	<0.001	70.703	<0.001

2.5 两组治疗前后 VAS 评分比较

单因素重复测量方差分析结果显示,经箱线图判断,数据无异常值;经 Shapiro-Wilk 检验,各组数据服从正态分布 (P>0.05);经 Mauchly's 球形假设检验,两组因变量的方差协方差矩阵相等 (P>0.05),满足球形假设。两组干预前后的 VAS 评分差异具有统计学意义,校正后 F (中医全科模式组)=78.012、F (对照组)=90.091, P<0.001。两两比较中,中医全科模式组治疗中期 VAS 评分比治疗前降低 1.63 分,治疗结束时 VAS 评分比治疗前降低 2.33 分,治疗结束时 VAS 评分比治疗中期降低 0.70 分,差异均具有统计学意义 (P<0.05)。对照组治疗中期 VAS 评分比治疗前降低 1.46 分,治疗结束时 VAS 评分比治疗前降低 2.03 分,治疗结束时 VAS 评分比治疗中期降低 0.57 分,差异均具有统计学意义

(P<0.001)。详见表 6。

表 6 两组治疗前后 VAS 评分比较

分组	治疗时间	均值 ± 标准差	Mauchly's 球形检验		主体内效应检验	
			卡方	P	F	P
中医全科模式组	治疗前	2.40 ± 1.22	3.957	0.138	78.012	<0.001
	治疗中期	0.77 ± 1.10				
	治疗结束	0.07 ± 0.37				
	治疗前	2.43 ± 0.97				
	治疗中期	0.97 ± 0.89				
对照组	治疗结束	0.40 ± 0.62	1.221	0.543	90.091	<0.001

2.6 两组费用和疗效统计

中医全科模式组 76.7% 患者治疗显效或治愈,对照组仅 36.7% 的患者治疗显效或治愈,且两组的差异具有统计学意义。详见表 7。

表 7 两组治疗费用和疗效汇总

分组	中医治疗费用 (均数 ± 标准差)	中医药物费用 (均数 ± 标准差)	疗效			
			治愈	显效	有效	无效
中医全科模式组	272.00 ± 0	871.51 ± 74.91	5	18	7	0
对照组	37.80 ± 141.29	833.68 ± 243.37	2	9	14	5
t/X ²	9.079	0.801	11.330			
P	<0.001	0.429	0.006			

3. 讨论

两组治疗前基线齐。治疗中期两组的评分差异无统计学意义。治疗后中医全科模式组的患者胃肠症状更轻,视觉自觉疼痛程度更低,治愈或者显效的患者更多。湿热型胃痛患者在中医全科医疗服务新模式的服务流程治疗结束后,临床疗效更显著。在中医全科门诊上,对于湿热中阻型胃痛患者采用中药饮片内服加针刺治疗,对胃肠症状的改善疗效显著。故中医全科新模式值得临床推广。

参考文献

- [1]张伯礼,吴勉华.中医内科学 (第十版) [M].北京:中国中医药出版社,2017:155-161.
- [2]上海市卫生局.上海市中医病证诊疗常规 (第2版) [M].上海:上海中医药大学出版社,2003:15-17.
- [3]余小萍,李守朝.社区临床常见病证及处理 [M].北京:中国中医药出版社,2010:40-45.
- [4]华颖.全科医学探究.北京中医药大学硕士学术论文,2013.
- [5]张丽芳,刘中元,林春梅,张艳春,秦江梅.我国社区卫生服务中心专科服务开展现状及发展策略 [J].中国全科医学,2019,22 (16):1900-1903.
- [6]高树中,杨骏.针灸治疗学 (第十版) [M].北京:中国中医药出版社,2016:68-69.

基金项目:浦东新区“国家中医药发展综合改革试验区”建设项目---中医全科医疗服务新模式试点,项目编号:PDZY-2020-0701