著改善，FBG 与 2 h PBG 降低 30%及以上。总有效率 =（有效 + 显效）/ 总例数× 100%。

1.5 统计学分析 采用统计学软件 SPSS22.0 对所有研究数据进行处理，用率表示计数资料并进行 χ^2 检验，用（$\bar{x}\pm s$）表示计量资料并进行 t 检验，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血糖水平比较 治疗前，两组血糖水平比较无明显差异，$P>0.05$；治疗后，研究组血糖指标下降程度明显优于参照组，$P<0.05$。见表 1。

表 1 两组治疗前后血糖水平比较（mmol/L，$\bar{x}\pm s$）

组别	n	空腹血糖		餐后 2 h 血糖	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	32	10.7± 2.4	7.7± 1.8	14.6± 2.1	11.1± 2.4
研究组	32	10.8± 2.2	5.2± 1.5	14.4± 2.9	9.2± 2.7
t		0.174	3.621	0.320	2.975
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率明显高于参照组，$P<0.05$。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例（%）]

组别	n	无效	有效	显效	总有效
参照组	32	6（18.75）	11（34.38）	15（46.88）	26（81.25）
研究组	32	1（3.12）	10（31.25）	21（65.62）	31（96.88）
χ^2					4.010
P					<0.05

3 讨论

中医认为，糖尿病发病机制是肺胃燥热偏盛，阴津亏耗，阴损及阳，导致阴阳亏虚，气血不足，经脉失养，瘀血内滞。因此，中医治疗糖尿病以益气生津、养阴补肾为主，辅以丹参、三七、鸡血藤等药物活血通络。六味地黄丸是治疗肝肾阴虚的常用药方，其组成成分山药、茯苓健脾益胃除湿，熟地黄补肾养血、滋阴填精，山茱萸补益肝肾、涩精固脱，泽泻渗湿泻热，牡丹皮清肝火[4]。此外，在中医上山药、熟地黄和山茱萸属补益肝肾的药物，茯苓、丹皮、泽泻被称为“三泻”。全方寓补于泻、补泻结合，对于阴虚燥热、气阴受损的糖尿病患者具有良好的调理作用。因此，六味地黄丸治疗 2 型糖尿病，既能滋阴补肾，又可益气生津[5]。

生脉散中含有五味子、生地黄、党参、知母和黄芪等药物，其中茯苓除湿利尿、健脾益胃；黄芪补中益气；五味子敛肺滋肾、生津涩精；生地黄、知母、麦冬、黄连清热解毒、滋阴除燥；天花粉清热泻火、生津止渴：诸药合用具有补肾养阴、止渴生津的功效[6]。六味地黄丸联合生脉散治疗 2 型糖尿病，不仅增强滋阴清火、健脾补肾的功效，还能改善患者肺胃热盛、气阴不足等症状。

本研究结果显示，研究组治疗总有效率显著高于参照组（$P<0.05$）；治疗前两组血糖水平比较无明显差异（$P>0.05$），治疗后两组血糖水平均有所改善，且研究组改善程度优于参照组（$P<0.05$）。说明生脉散联合六味地黄丸治疗 2 型糖尿病疗效显著，可有效控制血糖，缓解患者临床症状，且安全性高，值得临床推广应用。

参考文献

[1]肖召安,李光灿.六味地黄丸治疗糖尿病及其并发症的作用机制与临床应用[J].中国药房,2012,23(20):1913-1915
[2]刘晓勇.六味地黄丸联合生脉散治疗糖尿病 64 例疗效分析[J].内蒙古中医药,2012,31(16):7-8
[3]中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)[J].中华内分泌代谢杂志,2014,30(10):447-498
[4]张彩霞.六味地黄丸治疗糖尿病疗效比较[J].华西医学,2010,25(6):1137-1138
[5]邓小敏,唐丽丽,陆斌,等.生脉散合六味地黄丸治疗 2 型糖尿病气阴两虚证[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(11):192-194
[6]郎宁,余洁,文俊.自拟加味生脉散治疗初发 2 型糖尿病 42 例临床研究[J].亚太传统医药,2015,11(8):121-122

（收稿日期：2017-10-20）

环孢素治疗重症类风湿关节炎的疗效分析

王振杰
（河南省濮阳市人民医院 濮阳 457000）

摘要：目的：探讨环孢素治疗重症类风湿关节炎的临床疗效。方法：选取我院收治的重症类风湿关节炎患者 80 例，随机分为观察组与对照组各 40 例。对照组采用甲氨蝶呤治疗，观察组在此基础上采用环孢素治疗。比较两组患者临床疗效与相关指标的差异。结果：治疗前，两组关节功能分级 C 反应蛋白、血沉等指标比较差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，观察组关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标均明显优于对照组（$P<0.05$）；治疗后，观察组关节肿胀指数、关节压痛指数、晨僵时间均显著优于对照组，不良反应发生率低于对照组（$P<0.05$）。结论：环孢素治疗重症类风湿关节炎疗效显著，可有效改善患者临床症状，安全性高，值得临床推广应用。

关键词：类风湿关节炎；重症；环孢素；甲氨蝶呤

中图分类号：R593.2 **文献标识码**：B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.042

类风湿关节炎是临床常见慢性疾病之一，以关节、骨骼以及周围组织损伤为主要表现，可累及全身多系统[1]。其发病机制复杂，可能与性激素、环境因素、心理因素、生理因素等各方面因素有关[2]。目前

临床主要通过药物治疗类风湿关节炎，但尚无特效药物根治此病。甲氨蝶呤、来氟米特、环孢素等均为临床治疗该病的常用药物，可有效缓解患者临床症状[3]。本研究旨在探讨环孢素治疗重症类风湿关节炎的临床疗效。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 *一般资料* 选取我院收治的重症类风湿关节炎患者 80 例，随机分为观察组与对照组，各 40 例。对照组男 9 例，女 31 例；年龄 21~73 岁，平均年龄（36.15± 3.57）岁。观察组男 11 例，女 29 例；年龄 22~69 岁，平均年龄（35.43± 4.18）岁。两组一般资料比较差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。所有患者均符合类风湿关节炎临床相关诊断标准，并自愿签署知情同意书。排除存在药物禁忌症患者、血液系统疾病患者、心肝肾功能障碍患者、内分泌失调患者、精神障碍患者以及患有传染性疾病患者等。

1.2 *治疗方法* 对照组采用甲氨蝶呤（国药准字 H31020644）口服治疗，10 mg/ 次，1 次 / 周。观察组在此基础上给予环孢素（国药准字 H20058148）治疗，初始用药剂量为 12~15 mg/（kg•d），根据患者病情酌情增减，持续治疗 1~2 周后，每周减少初始剂量的 5%至维持剂量 5~10 mg/（kg•d）。两组均持续治疗 12 周。

1.3 *观察指标* （1）比较两组治疗前后关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标情况；（2）观察治疗后两组关节压痛指数、关节肿胀指数及晨僵时间；（3）记录两组不良反应发生情况。

1.4 *统计学方法* 数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 t 检验，计数资料用%表示，采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 *两组各临床症状比较* 治疗后，观察组关节肿胀指数、关节压痛指数、晨僵时间均显著优于对照组，$P<0.05$，差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组各临床症状比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	关节肿胀指数	关节压痛指数	晨僵时间（h）
观察组	40	7.6± 3.2	12.5± 3.3	2.04± 0.21
对照组	40	13.8± 4.5	21.3± 4.5	2.98± 0.45
t		6.547 1	9.195 2	11.037 5
P		0.000	0.000	0.000

2.2 *两组关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标比较* 治疗前，两组关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标比较差异无统计学意义，$P>0.05$；治疗后，观察组关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标均明显优于对照组，$P<0.05$。见表 2。

表 2 两组关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	n	关节功能分级（分）	C 反应蛋白（mg/L）	血沉（mm/h）
观察组	治疗前	40	1.03± 0.11	47.58± 16.34	86.57± 41.23
	治疗后	40	2.35± 0.57*	20.14± 12.26*	40.25± 30.21*
对照组	治疗前	40	1.02± 0.07	48.51± 15.39	85.39± 42.33
	治疗后	40	1.14± 0.45	32.27± 15.36	52.54± 32.44

注：与对照组比较，*$P<0.05$。

2.3 *两组不良反应发生率比较* 观察组出现胃肠道反应 2 例，不良反应发生率为 5.0%（2/40）；对照组出现 8 例胃肠道反应，不良反应发生率为 20.0%（8/40），组间差异具有统计学意义，$P<0.05$。

3 讨论

类风湿关节炎是一种以慢性、对称性多关节炎为主要临床表现的自身免疫疾病，多发于中老年群体，由关节炎侵犯造成的关节内滑膜炎为其主要病理改变[4]。环孢素为治疗类风湿关节炎的常用药物，环孢素服用后主要经回肠吸收，可通过小肠乳糜淋巴管进入胸导管周围淋巴细胞集中区域；且环孢素长期应用，其生物利用度升高，药物吸收后大部分分散于组织中，主要通过肝脏代谢，由胆汁经肠道排泄[5]。类风湿关节炎患者体内活化的巨噬细胞能够分泌大量的趋化因子、调节性细胞因子及促炎性因子等，加剧机体内炎性反应和关节破坏。巨噬细胞作为抗原提呈细胞能够与 T 细胞形成免疫突触，该免疫突触具有促进 T 细胞活化和提高 T 细胞效应的作用，还能抑制类风湿关节炎患者体内巨噬细胞的凋亡。环孢素治疗类风湿关节炎，能够减弱该免疫突触对巨噬细胞的保护，促进锯齿细胞凋亡，从而抑制炎性因子的分泌，减轻关节破坏[6]。

本研究结果显示，治疗前，两组关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标比较差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，观察组关节功能分级、C 反应蛋白、血沉等指标均明显优于对照组（$P<0.05$）；治疗后，观察组关节肿胀指数、关节压痛指数、晨僵时间均显著优于对照组，不良反应发生率低于对照组（$P<0.05$）。说明环孢素治疗重症类风湿关节炎疗效显著，能够有效改善患者临床症状，降低不良反应发生率，安全可靠，值得临床推广应用。

参考文献

[1]张葳.环孢素治疗风湿免疫疾病的临床探究[J].黑龙江医药,2017,30(1):115-116

[2]池里群.抗类风湿性关节炎药物不良反应的监测研究[D].天津:天津大学,2015.16

[3]夏光涛,王霞,吴倩,等.环孢素用于类风湿关节炎的治疗研究[J].世界临床药物,2016,37(3):148-150

（下转第 74 页）

学会审核批准。

1.2 手术方法

1.2.1 A 组 给予患者传统开放手术：协助患者采用俯卧位，垫高腰部后进行全麻，常规消毒铺巾，在肋间行切口，逐渐游离至肾中下极，打开肾盂后向内游离直至肾盏，将肾盂和肾窦完全暴露，根据影像检查结果将结石小心取出后使用生理盐水冲洗切口，确认结石清除完毕后放置导尿管，逐层缝合。

1.2.2 B 组 给予患者经皮肾镜取石术：协助患者取截石位，全身麻醉，常规消毒铺巾，在患侧放置输尿管，将患者体位改为斜仰卧位，然后在超声引导下进行穿刺，连续穿刺肾中盏、下盏以建立扩张通道，穿刺成功后，扩张导丝，置入输尿管镜探查肾内情况，随后使用激光碎石、取石，仔细检查确认结石已经完全取出后结束手术，逐层缝合。

1.3 观察指标 (1)两组患者手术时间、术中出血量、住院天数等手术指标；(2)结石清除率和并发症发生率；(3)术后随访 1 年，观察结石复发和切口周围不适的发生率。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS22.0 处理。其中计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以%表示，组间比较使用 χ^2 检验，$P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况比较 B 组患者手术时间、术中出血量、住院天数均低于 A 组，差异存在统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
A 组	35	76.7± 11.4	59.6± 13.5	7.2± 1.5
B 组	38	54.3± 10.5	38.1± 14.1	5.6± 1.2
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组结石清除率比较 术后 CT 显示 A 组共有 28 例结石完全清除，而 B 组有 37 例完全清除，B 组结石清除率(97.37%，37/38)与 A 组结石清除率(80.00%，28/35)间存在统计学差异($P<0.05$)。

2.3 两组术后并发症发生率比较 A 组患者发生切口感染 3 例，出血 3 例，尿外渗 2 例；而 B 组出现切口感染 1 例，出血 1 例。A 组术后并发症发生率(22.86%，8/35)高于 B 组(5.26%，2/38)，差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 两组术后随访结果比较 B 组结石复发率和切口不适发生率均为 2.63%(1/38)，A 组结石复发率为 20.00%(7/35)，切口不适发生率为 17.14%(6/35)，B 组结石复发率和切口不适发生率均低于 A 组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

肾结石多发于肾盂、肾盏等部位。发病原因较为复杂，尿路感染、药物、代谢异常等都会导致该病的发生。中老年人由于饮食不佳、消化能力减弱、代谢能力降低等原因更是加大了肾结石的发病率[3]。患者出现肾结石梗阻后会导致肾积水和进行性肾功能减退的发生，随着病情的发展最终可导致肾功能不全。肾功能不全是导致肾结石患者死亡的重要原因，特别是老年患者机体免疫能力较低，恢复难度较高，死亡风险要明显高于青壮年，因此及时给予治疗显得十分必要[4]。经皮肾镜取石术是现代微创技术在泌尿外科应用的代表，该术从皮肤建立一条通往肾脏的通道，然后利用激光、碎石等方式将结石击碎后取出，具有手术创伤小、术后恢复快等特点[5]。

本研究结果显示，B 组患者手术时间和术中出血量均明显低于 A 组，且 B 组结石清除率较高，这与经皮肾镜取石术术中出血量较小，视野较好有关。此外，B 组患者术后感染等并发症发生率较 A 组低，术后恢复较 A 组快，缩短住院时间也在一定程度上减轻了患者经济负担。术后随访结果显示，B 组肾结石复发和切口周围不适的发生率也较低，说明预后较好。综上所述，经皮肾镜取石术治疗老年肾结石临床效果显著，患者术中出血量少、结石清除率高、术后并发症少、复发低。

参考文献

[1]孟庆利,江彬,侯旭,等. 微创手术治疗合并肾功能不全老年肾结石患者的效果观察[J]. 当代医学,2017,23(30):131-133

[2]牛超,廖邦华,罗德毅,等. 经输尿管软镜取石术与经皮肾镜取石术治疗肾结石的有效性和安全性的系统评价 [J]. 中国循证医学杂志,2013,13(07):868-874

[3]魏勃,安瑞华. 肾结石危险因素的研究进展[J]. 现代泌尿外科杂志,2014,19(12):832-835

[4]李胜武. 经输尿管软镜取石术与经皮肾镜取石术治疗肾结石的有效性[J]. 中国社区医师,2016,32(29):75-76

[5]郭剑明,王国民,徐志兵,等. 经皮肾镜气压弹道联合超声碎石术治疗复杂性肾结石 150 例报告[J]. 中国微创外科杂志,2009,9(10):908-910

(收稿日期：2017-10-16)

(上接第 71 页)

[4]张永文,张晓立,沈思钰,等.环磷酰胺冲击治疗风湿免疫疾病规范探讨[J].安徽医药,2014,18(7):1205-1208

[5]张葳.环孢素治疗风湿免疫疾病的临床探究[J].黑龙江医药,2017,30(1):115-116

[6]池淑红,王海英,鱼云霞.类风湿关节炎并发周围神经病变的临床分析[J].宁夏医科大学学报,2011,33(9):880-882

(收稿日期：2017-11-07)