

会,中华消化杂志编辑委员会,等.中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年,上海)[J].中华消化杂志,2013,33(4):217-222

[7]李乾乾.中医消化病诊疗指南[M].北京:中国中医药出版社,2006.149-150

[8]芦波,薛华丹,赖雅敏,等.感染性坏死对急性胰腺炎不良预后的影响[J].中华消化杂志,2017,37(4):244-248.

[9]陈启明,熊焕宏,朱思奇,等.探讨早期适度液体复苏对急性胰腺炎患者的临床效果[J].胃肠病学和肝病学杂志,2016,25(2):223-225

[10]宋奇峰,周建波,桑建忠,等.乌司他丁联合奥曲肽对急性胰腺炎的临床疗效及预后分析[J].中国生化药物杂志,2016,36(7):158-160

[11]Shah AP,Mourad MM,Bramhall SR.Acute pancreatitis: current perspectives on diagnosis and management [J].J Inflamm Res,2018 (11):77-85

[12]郑曼琳.清肝泻热汤治疗急性胰腺炎肝胆湿热证的有效性和安全性研究[J].现代中西医结合杂志,2016,25(18):2007-2008,2013

[13]姜景平.重用中药泻下法在中度重症急性胰腺炎中的疗效观察[J].江西医药,2017,52(2):140-141

[14]刘斌斌,曹姣姣,林敏.通腑泄下法治疗重症急性胰腺炎探析[J].湖北中医杂志,2017,39(8):34-37

[15]Garcia L,K Ito.Lemierre's syndrome presented with acute pancreatitis[J].Acute Med Surg,2018,5(2):173-176

[16]刘雨晴,卢启明.血清 C 反应蛋白、胰蛋白酶原 -2、血小板活化因子在 ERCP 术后急性胰腺炎早期诊断中的临床意义[J].医学临床研究,2017,34(2):276-278

[17]牟来旭.小剂量糖皮质激素对急性胰腺炎大鼠 HMGB-1、TERM-1、MPO、BALF 的影响[J].海南医学院学报,2016,22(13):1336-1338,1342

[18]毛英,刘黎,张匠,等.高强度聚焦超声消融胰腺癌后对胰腺内分泌和外分泌功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2016,15(16):1620-1623

[19]黄艳辉.生长抑素对急性胰腺炎患者临床疗效及胰腺内外分泌系统的影响分析[J].河北医药,2016,38(4):535-537

[20]Carvalho JR,Fernandes SR,Santos P,et al.Acute pancreatitis in the elderly:a cause for increased concern? [J].Eur J Gastroen Heapt, 2018,30(3):1

(收稿日期: 2018-06-23)

Graves 病患者碘营养状况与抗甲状腺药物治疗效的相关性研究 *

石小霞¹ 柳德学¹ 郑月月³ 李瑞阁² 郭威¹

(1 南阳医学高等专科学校第一附属医院内分泌科 河南南阳 473058; 2 南阳理工学院统计学院 河南南阳 473000; 3 南阳医学高等专科学校第三附属医院内分泌科 河南南阳 473000)

摘要:目的:探讨毒性弥漫性甲状腺肿(Graves' Disease, GD)患者碘营养状况与口服抗甲状腺药物(ATD)治疗效果的相关性。方法:采用多中心配对、开放实验,将 360 例 GD 患者按尿碘中位数(MUI)水平正常、高、低分为 A、B、C 组,每组 120 例,均给予丙硫氧嘧啶(PTU)标准口服方案治疗 3 年,治疗结束 3 年后评定疗效。统计有效率、甲亢复发率、甲减发生率、疗程天数和副作用发生率,以 A 组为标准评价治疗效果。结果:三组的有效率比较:A 组>B 组>C 组,组间比较,差异均有统计学意义, $P<0.05$;C 组的甲亢复发率高于 A 组和 B 组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;A 组和 B 组的甲亢复发率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;B 组的甲减发生率高于 A 组和 C 组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;A 组和 C 组的甲减发生率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$;三组的平均疗程比较:C 组>B 组>A 组,组间比较,差异均有统计学意义, $P<0.05$;各组均无明显副作用。结论:GD 患者碘营养状况与 ATD 疗效有相关性。尿碘水平正常,有效率高;尿碘水平高,治疗周期短,但甲减发生率高;尿碘水平低,有效率低,治疗周期长,甲亢复发率高。

关键词:毒性弥漫性甲状腺肿;抗甲状腺药物;尿碘;复发率

中图分类号:R581.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.013

毒性弥漫性甲状腺肿 (Graves' Disease, GD) 是临床常见的内分泌疾病,近年来发病率逐渐上升^[1]。临床研究显示,导致发病率上升有多种原因,碘营养状况可能是影响 GD 的因素之一^[2]。口服抗甲状腺药物(ATD)是目前治疗该疾病的有效方法^[3]。碘营养状况是否会影响 ATD 对 GD 的效果,仍缺乏有力的循证医学证据。因此,本研究通过前瞻性、多中心开放和配对干预实验,对不同碘营养状况的 GD 患者口服 ATD 的治疗效果进行了研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部研究对象均为 2012 年 3 月~2015 年 3 月在河南省南阳医学高等专科学校第一、三附属医院及南阳理工学院 3 个研究中心在南

阳市碘营养状况居民普查项目中初次确诊的 GD 患者,共 360 例。其中女 210 例,男 150 例;年龄 18~65 岁,平均年龄(42.6± 22.5)岁;病程 0.2~2 年。以尿碘中位数(MUD)正常者为标准对照组(A 组),根据 A 组研究对象的一般情况,分别配对 MUI 偏高者进入 B 组,偏低者进入 C 组,每组 120 例。配对原则:性别相同,年龄差<5 岁,病程差<1 年。A 组男性 52 例,女性 68 例,平均年龄(44.7± 13.4)岁,症状持续时间(14.1± 9.6)个月;B 组男性 41 例,女性 79 例,平均年龄(45.1± 10.8)岁,症状持续时间(16.9± 10.7)个月;C 组男性 57 例,女性 63 例,平均年龄(43.1± 12.9)岁,症状持续时间(15.3± 9.6)个月。各项指标差异均无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

* 基金项目:河南省医学科技攻关计划项目(编号:201204150)

GD、甲状腺功能减退症诊断参考《中国甲状腺疾病诊治指南 - 甲状腺疾病的实验室及辅助检查》^[4],采用 2011 年 ATA/AACE 标准^[5];尿碘水平:尿碘中位数参照 WHO 标准评价^[6]。正常:100~299 μg/L,偏高:>300 μg/L,偏低:<100 μg/L。本研究由南阳医专医学伦理委员会批准(编号:宛医专 201223 号)。所有患者对本研究知情,并签署知情同意书。

1.2 纳入标准 18~65 岁的 GD 患者。

1.3 排除标准 未完成调查和检测的患者;合并糖尿病患者;血液疾病患者;合并心、肝、肾等疾病的患者。

1.4 治疗方法 三组研究对象均接受基本治疗,并给予标准 ATD 治疗。治疗方案:丙硫氧嘧啶(国药准字 H31021082,PTU),治疗期剂量以 5 mg/(kg·d)为标准,3 次/d,口服。减量期以临床症状、体征缓解,且促甲状腺激素(TSH)指标正常开始,2 周减少药物剂量 1 次,每次减少比例为 1/12。维持期治疗:当减量期 PTU 减少至 25 mg/d 时,进入维持治疗期,PTU 剂量为 25 mg/d,维持 6 个月。血清检验显示 TSH、T₃、T₄ 指标正常,TSAb 阴性时即可停药。在停药后 1 个月、3 个月、1 年、3 年时,分别复查 TSH、T₃、T₄ 各 1 次。6 个月内若出现 TSH 高或低,给予相应处理;TSH 正常(0.35~4.94) μIU/ml,即为痊愈。治疗结束 3 年后,出现 TSH 降低(<0.35 μIU/ml),视为甲亢复发;出现 TSH 升高(>4.94 μIU/ml),视为发生甲状腺功能减退,均给予相应的处理。治疗结束后 3 年为临床观察终止点。

1.5 观察指标及疗效标准 入组时采集基线 MUI:采用尿碘砷钼催化分光光度测定方法(WS/T107-2006)进行检测,仪器:723 型分光光度计(上海菁华科技仪器有限公司)。治疗结束后随访 3 年。观察指标:统计有效率、甲状腺功能亢进复发率、甲状腺功能减退发生率、疗程及副作用。有效:甲亢症状缓解,甲状腺功能正常,ATD 药物停用 6 个月无甲亢复发。甲亢复发:ATD 药物停用 6 个月~3 年,发生甲亢;甲减发生:治疗期间发生的与 ATD 剂量无关的甲状腺功能减退,或甲状腺功能减退症需要补充甲状腺素。疗程:指从服用 ATD 开始,至维持期结束,且 6 个月内无甲亢复发的治疗天数。

1.6 统计学处理 数据处理采用 SPSS19.0 统计学软件,计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组有效率比较 三组有效率比较:A 组>B

组>C 组,组间比较,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 三组有效率比较[例(%)]

组别	n	有效
A 组	120	99(82.5)
B 组	120	86(71.7)
C 组	120	63(52.5)

注:A 组与 B 组相比较, $\chi^2=3.99, P=0.041<0.05$;A 组与 C 组相比较, $\chi^2=24.61, P=0.001<0.05$;B 组与 C 组相比较, $\chi^2=3.99, P=0.001<0.05$ 。

2.2 三组甲亢复发率比较 C 组甲亢复发率高于 A 组和 B 组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;A 组和 B 组的甲亢复发率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 三组甲亢复发率比较[例(%)]

组别	n	甲亢复发
A 组	120	16(13.3)
B 组	120	18(15.0)
C 组	120	43(35.8)

注:A 组与 B 组相比较, $\chi^2=0.14, P=0.89>0.05$;A 组与 C 组相比较, $\chi^2=16.38, P=0.001<0.05$;B 组与 C 组相比较, $\chi^2=13.74, P=0.001<0.05$ 。

2.3 三组甲减发生率比较 B 组甲减发生率高于 A 组和 C 组,差异均有统计学意义, $P<0.05$;A 组和 C 组的甲减发生率比较,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 三组甲减发生率比较[例(%)]

组别	n	甲减发生
A 组	120	15(12.5)
B 组	120	38(31.7)
C 组	120	16(13.3)

注:A 组与 C 组相比较, $\chi^2=0.04, P=0.998>0.05$;B 组与 A 组相比较, $\chi^2=12.81, P=0.001<0.05$;B 组与 C 组相比较, $\chi^2=10.98, P=0.001<0.05$ 。

2.4 三组平均疗程比较 三组平均疗程比较:C 组>B 组>A 组,组间比较,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 三组平均疗程比较(d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	平均疗程
A 组	120	698.8± 52.7
B 组	120	675.4± 62.9
C 组	120	732.6± 62.6

注:A 组与 B 组比较, $t=69.8, P=0.001<0.05$;A 组与 C 组比较, $t=49.5, P=0.001<0.05$;B 组与 C 组比较, $t=51.8, P=0.001<0.05$ 。

2.5 三组发生副作用情况比较 三组均无明显副作用。

3 讨论

碘是人体必需的微量元素,是甲状腺合成甲状腺激素的主要原料之一,合成的甲状腺激素会发挥其生理作用^[7]。多项研究显示,碘营养状况与甲状腺疾病密切相关,但高碘对甲状腺功能的影响尚不明确^[8-9],既可造成甲减,也可造成甲亢。碘营养状况受

地域、水源、气候、摄入水平等多种因素影响，而尿碘的排泄与碘摄入量密切相关，故尿碘中位数是反映碘摄入量和评价碘营养状况的较好指标^[10]。

本研究通过对碘营养状况普查，对不同尿碘水平的 GD 患者服用 ATD 的效果进行了比较分析，结果显示，尿碘水平与 ATD 疗效有一定的联系。尿碘水平正常，有效率高，甲亢复发率低，甲减发生率相对较低，但疗程中等时间；尿碘水平高，有效率可，治疗周期短，甲亢复发率低，但甲减发生率高；尿碘水平低，有效率低，治疗周期长，甲亢复发率高，甲减发生率低。提示尿碘水平适中或偏高，有利于 ATD 产生抗甲状腺疗效，治疗周期应注意调整，在 ATD 治疗的维持期，应缩短治疗时间，以保护甲状腺功能；尿碘水平偏低，虽甲减发生率低，但抗甲状腺疗效受到影响，因此在治疗时，应增加碘营养供给，且在治疗周期中，延长减量期的间隔周期或调低减药剂量，有利于提升抗甲状腺效果。

综上所述，GD 患者碘营养状况与 ATD 疗效有相关性。尿碘水平正常，有效率高；尿碘水平高，治疗周期短，但甲减发生率高；尿碘水平低，有效率低，治疗周期长，甲亢复发率高。提示治疗 GD 时，应根

据患者的碘营养状况，采用相应的改善碘营养状况措施，调整 ATD 应用策略。

参考文献

[1]房彦平,黄泽娣.血清 anti-TgAb 和 anti-TPOAb 水平在诊断甲状腺疾病中的价值分析[J].现代诊断与治疗,2018,29(3):435-436
[2]徐媛辉,程道香,金运顺,等.碘摄入量、TRAb 在 Graves 病发病及临床转归中的重要意义[J].中国当代医药,2016,23(28):75-77
[3]王付颖.Graves 病 ¹³¹I 碘治疗后 TRAb 变化与早发甲减的相关性研究[D].泰安:泰山医学院,2014
[4]中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组.中国甲状腺疾病诊治指南 - 甲状腺疾病的实验室及辅助检查[J].中华内科杂志,2007,46(8):697-702
[5]阮茂美,陈立波.2011 版 ATA/AACE《甲亢和其他病因甲状腺毒症诊治指南》解读[J].世界临床药物,2011,32(9):564-570
[6]World Health Organization/International for the Control of the Iodine Deficiency Disorders/United Nations Children's Fund (WHO/ICCIDD/UNICEF).Assessment of the iodine deficiency disorders and monitoring their elimination [M].Third edition, World Health Organization,Geneva,2007
[7]王大斌,江雪,陈燕玲,等.新发 Graves 甲亢患者血清 25(OH)D 水平相关因素研究[J].标记免疫分析与临床,2018,25(5):641-645
[8]吴静,李莎,胡亚辉,等.Graves 甲亢患者 ¹³¹I 治疗前后 IL-23/Th17 轴相关因子水平的变化及临床表达意义[J].中国地方病防治杂志,2017,32(9):1018-1019
[9]何芳,王月慧,黄金城,等.公式法碘 -131 治疗 Graves 病甲亢甲状腺吸收剂量误差分析[J].中国医学物理学杂志,2017,34(9):879-881
[10]董林,陈超,杨光伟,等.放射碘治疗 Graves 病有效性及安全性观察[J].川北医学院学报,2015,30(4):548-551

(收稿日期: 2018-05-06)

评价针灸治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效

王佳琛

(福建省漳州市中医院 漳州 363030)

摘要:目的:探讨针灸治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效。方法:选取 2016 年 11 月~2017 年 3 月我院收治的糖尿病周围神经病变患者 100 例,根据随机数字表法分为对照组与观察组各 50 例。对照组接受常规治疗,观察组在对照组基础上予以针灸治疗。比较两组临床疗效。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);治疗前,两组胫神经、正中神经的运动神经传导速度和感觉神经传导速度比较均无显著性差异($P>0.05$);治疗后,观察组胫神经、正中神经的运动神经传导速度和感觉神经传导速度均高于对照组($P<0.05$);治疗前,两组 SF-36 评分比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后,观察组 SF-36 评分明显高于对照组($P<0.05$)。结论:针灸治疗糖尿病周围神经病变,有助于提高临床疗效,促进患者神经传导速度改善,并提高其生活质量,值得临床推广。

关键词:糖尿病周围神经病变;针灸;神经传导速度;生活质量

中图分类号:R587.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.014

糖尿病周围神经病变是指在排除其他原因的情况下,糖尿病患者出现与周围神经功能障碍相关的症状,临床主要表现为对称性疼痛和感觉异常^[1]。糖尿病周围神经病变作为糖尿病常见并发症之一,严重危害着患者身体健康,影响其生活质量。目前西医尚缺乏理想的治疗药物与手段,采用针灸治疗糖尿病周围神经病变则显示出一定的功效^[2]。本研究旨在探讨针灸治疗对糖尿病周围神经病变的临床疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 11 月~2017 年 3 月

我院收治的糖尿病周围神经病变患者 100 例,根据随机数字表法分为对照组与观察组各 50 例。对照组男 29 例,女 21 例;年龄 44~82 岁,平均年龄(62.7±5.3)岁;病程 1~10 年,平均病程(4.7±1.3)年。观察组男 31 例,女 19 例;年龄 43~78 岁,平均年龄(62.6±5.8)岁;病程 1~11 年,平均病程(4.7±1.1)年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究已通过医院伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:(1)符合《糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016 年版)》^[3]中