

中西医结合治疗类风湿性关节炎的疗效

徐 丹 高明利 于 静 姜兆荣 董 巡

(辽宁中医药大学附属医院风湿科, 沈阳, 110032)

摘要 目的:探究中西医结合治疗对类风湿性关节炎患者的临床疗效。方法:将 140 例类风湿性关节炎患者随机分成 2 组,分别为西药组、结合组。西药组患者给予美洛昔康分散片,结合组患者在西药组的基础上给予自拟补肾祛湿通络汤,连续治疗 3 周,对 2 组患者治疗前后的症状体征、McGill 疼痛评分、生命质量以及实验室相关指标等方面进行差异性分析。结果:2 组患者治疗后症状体征、模拟评分法视觉疼痛(VAS)评分、生命质量以及实验室相关指标等方面均有显著改善($P < 0.05$),且结合组的改善程度明显优于西药组($P < 0.05$)。结论:中西医结合治疗对于改善类风湿性关节炎患者的临床症状具有良好的效果,能够有效治疗类风湿性关节炎。

关键词 中西医结合;中医;类风湿性关节炎;疗效观察

Clinical Efficacy of the Combination of Traditional Chinese and Western Medicine in Treating Rheumatoid Arthritis

Xu Dan, Gao Mingli, Yu Jing, Jiang Zhaorong, Dong Xun

(Department of Rheumatology, Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, China)

Abstract Objective: To explore the clinical effects of traditional Chinese medicine combined with western medicine on patients with rheumatoid arthritis. **Methods:** A total of 140 patients with rheumatoid arthritis were randomly divided into western medicine group and the combination group. Western medicine group was treated with Meloxicam Dispersible Tablets. The combination group was treated with Bushen Qushi Tongluo Decoction based on Western medicine group. The treatment last for 3 weeks. The symptoms and signs, McGill pain score, quality of life and related laboratory indicators of 2 groups before and after treatment were performed for difference analysis. **Results:** The symptoms and signs, VAS pain score, quality of life and related laboratory index of 2 groups after treatment were improved ($P < 0.05$), and the degree of improvement in combination group was significantly better than the western medicine group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combination of traditional Chinese and Western medicine treatment can improve the clinical symptoms of rheumatoid arthritis patients with good effects, and can be effective in the treatment of rheumatoid arthritis.

Key Words Combination of traditional Chinese and Western medicine; Traditional Chinese medicine; Rheumatoid arthritis; Curative effect observation

中图分类号:R259 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.01.020

类风湿性关节炎是一种自身免疫性疾病,因发病初期无明显表现,故常常被人们忽视^[1]。类风湿性关节炎的主要发病因素是由于滑膜慢性受损,长时间处于炎性反应的状态之中,逐渐导致关节及其软骨的结构被破坏,病情轻者常见关节疼痛,严重者会因长期废用而出现关节畸形、萎缩,严重影响了人们正常的工作和生活^[2]。随着现代人们生活节奏的加快、工作压力的增大、生活习惯的不规律,我国患有类风湿性关节炎的人数已呈现逐年上升的趋势,有研究显示,现阶段我国患有类风湿性关节炎的患者人数已达到 3 000 万以上。类风湿性关节炎常常会发生机体其他部位的病变,40% 以上的类风湿性

关节炎患者会出现胸膜炎、心包炎等疾病^[3,4]。因此,如何早期、有效的、快速的治疗本病已成为世界医疗界的重大研究课题。随着医疗水平的不断发展,医学界针对类风湿性关节炎已研制出各种治疗方法,类风湿性关节炎也受到了医务工作者的广泛关注^[5]。

日前,西医针对类风湿性关节炎的常规治疗用药以提高人体免疫,延缓炎性反应的发生为主,而这些药物的临床效果虽然短期效果比较乐观,但患者长时间大量服用则会严重损害患者的肝脏和肾脏,如若患者停止服用,则会产生严重的负面影响^[6]。中医学作为我国历史文化中的瑰宝,对于本病的治

疗也同样拥有很多方法,因此如何提高本病的临床疗效,是医疗界的一大挑战^[7-8]。本研究通过对类风湿性关节炎患者治疗前后的症状体征、视觉模拟评分法疼痛(VAS)评分、生命质量以及实验室相关指标等进行比较,探究中西医结合治疗对类风湿性关节炎患者的临床疗效,为临床指导治疗提供科学的依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年12月至2016年3月期间在我院确诊为类风湿性关节炎的患者140例,并通过随机数字表分成2组,分别为西药组(70例)和结合组(70例)。西药组男48例,女22例,年龄25~65岁,平均年龄 (45.25 ± 14.40) 岁;结合组男44例,女26例,年龄45~75岁,平均年龄 (45.46 ± 12.29) 岁。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 1)晨僵:关节及其周围僵硬感至少持续1 h(病程 ≥ 6 周);2)3个或3个区域以上关节部位的关节炎:医生观察到下列14个区域(左侧或右侧的近端指间关节、掌指关节、腕、肘、膝、踝及跖趾关节)中累及3个,且同时软组织肿胀或积液(不是单纯骨隆起)(病程 ≥ 6 周);3)手关节炎:腕、掌指或近端指间关节炎中,至少有一个关节肿胀(病程 ≥ 6 周);4)对称性关节炎:两侧关节同时受累(双侧近端指间关节、掌指关节及跖趾关节受累时,不一定绝对对称)(病程 ≥ 6 周);5)类风湿结节:医生观察到在骨突部位,伸肌表面或关节周围有皮下结节;6)类风湿因子阳性:任何检测方法证明血清类风湿因子水平异常,而该方法在正常人群中的阳性率小于5%;7)影像学改变:在手和腕的后前位相上有典型的类风湿性关节炎放射学改变:必须包括骨质侵蚀或受累关节及其邻近部位有明确的骨质脱钙。上述标准满足4条或4条以上即可诊断。

1.2.2 中医诊断标准 1)患者出现关节疼痛、肿胀、晨僵等表现;2)患者伴有便溏、腰膝酸软、自汗等症状;3)舌淡苔腻,舌体胖大,脉沉迟或濡。

1.3 纳入标准 所有入选患者均符合全国风湿学会和国家卫生联合颁布的诊断标准。具体标准如下^[9]:1)临床表现关节疼痛、肿胀、晨僵;2)患者意识清晰,无明显障碍者;3)生命指标符合相应标准,无心、肝、肾、血液系统或免疫系统严重疾病,排除恶性肿瘤患者及精神失常者;4)患者对该研究签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并其他风湿病者;2)妊娠、哺乳期妇女;3)精神病患者,不能配合临床治疗者;4)关节严重畸形者、无劳动能力者;5)不能够按要求服药者。

1.5 脱落与剔除标准 1)患者治疗期间出现其他严重并发症;2)患者出现严重不良反应;3)服药期间患者自行停药,或服用其他相关治疗药物;4)研究认为患者不再适合继续参与本研究项目者。

1.6 治疗方法 西药组患者口服美洛昔康分散片(7.5 mg/片,2次/d,1片/次)。结合组患者在西药组治疗的基础上加以补肾祛湿通络汤(由熟地黄10 g、肉桂10 g、鹿角胶10 g、白芥子10 g、麻黄5 g、牛膝10 g、甘草10 g等组成)服用,1剂/d,于每日早、中、晚饭后0.5 h温服。对2组患者进行连续3周的连续治疗。

1.7 观察指标 本研究观察指标主要包括:对患者的症状体征进行评分,VAS疼痛评分,健康调查简表SF-36,及类风湿因子,红细胞沉降率,C-反应蛋白(CRP)等实验室指标。

1.8 疗效判定标准

1.8.1 对患者的症状体征进行评分 对患者的关节压痛情况、关节肿胀情况、关节活动度、关节发热程度、晨僵时间、腰腿酸软及四肢乏力情况进行判断;系统评分,总分为120分,得分越高说明患者的症状越为严重^[10]。

1.8.2 VAS疼痛评分的测定 VAS是遵循国内外医疗界采用的测评疼痛的简化McGill疼痛量表,对患者的疼痛进行评估,在一条直线上标出从0至10,共11个等级,0分表示无疼痛,10分表示疼痛十分剧烈,让患者在直线上指出自己身体的疼痛程度。评分得分越低说明疼痛程度越轻^[11]。

1.8.3 健康调查简表SF-36 生命质量简表(SF-36)是由美国波士顿健康研究所研制的一种普适量表,量表共分为八个维度,是对患者生理和心理健康的评估,测评得分与患者生理心理健康程度呈正比关系^[12]。

1.9 统计学方法 选用SPSS 13.5统计软件进行数据分析,计量数据应用独立样本 t 检验,数据以平均值 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料的比较应用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后症状体征比较 症状体征与同组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与西药组治疗后比较,差异有统计学意义

($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后患者症状体征的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后
西药组($n=70$)	100.45 ± 25.74	60.31 ± 15.48 *
结合组($n=70$)	97.09 ± 24.46	18.52 ± 5.41 * [△]

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

2.2 2 组患者治疗前后 VAS 疼痛评分比较 VAS 疼痛评分与同组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与西药组治疗后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后患者 VAS 疼痛评分的比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后
西药组($n=70$)	8.21 ± 2.42	6.25 ± 1.41 *
结合组($n=70$)	8.87 ± 2.41	1.50 ± 0.44 * [△]

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

2.3 2 组患者治疗前后生命质量情况 生命质量情况与同组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与西药组治疗后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 实验室指标的检测 类风湿因子、红细胞沉降率和 C-反应蛋白与同组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与西药组治疗后比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

3.1 指标的选择与类风湿性关节炎的联系

3.1.1 症状体征对痛风性关节炎的影响 由于类

风湿性关节炎的主要临床表现为患者周身关节疼痛难忍,因此针对周身小关节进行不同程度的积分评定,从患者的关节压痛情况、关节肿胀情况、关节活动度、关节发热程度、晨僵时间、腰腿酸软及四肢乏力情况进行系统评分,将笼统的症状体征通过数字得分的方法更加形象化,研究结果显示,治疗后 2 组患者症状体征得分均小于治疗前,且结合组的评分下降幅度更为显著,差异有统计学意义($P < 0.05$);说明中西医结合治疗对于改善类风湿性关节炎患者症状具有良好的效果。

3.1.2 VAS 疼痛评分对类风湿性关节炎的影响 VAS 是遵循国内外医疗界采用的测评疼痛的简化 McGill 疼痛量表,McGill 问卷共分为 3 个部分^[13],但 VAS 却是其中最具有代表性的检测方法,测试时患者将疼痛的程度在直线上直观的表达出来,操作简单易懂、不需要其他的辅助器材,具有客观性^[14],为临床测评疾病的疼痛程度提供了良好的辅助手段。研究结果显示,治疗后 2 组患者 VAS 得分均小于治疗前,且结合组的评分减少程度更为显著,差异有统计学意义($P < 0.05$);说明中西医结合治疗对于减轻类风湿性关节炎患者疼痛具有较为乐观的效果。

3.1.3 生命质量与类风湿性关节炎的关系 健康调查简表 SF-36 是对痛风性关节炎患者生命质量的测评,因其具有操作简单、信度高及患者的良性反应强等优势,是临床中测评多种疾病患者生命质量的重要测量工具^[15]。测评分为生理测量和心理测量,更加深刻的对患者的治疗身心情况进行辨析,本研究结果显示,2 组患者在治疗后生命质量得分均高

表 3 2 组患者治疗前后生命质量情况($\bar{x} \pm s$,分)

组别	生理测量				心理测量			
	生理功能	生理职能	躯体疼痛	总体健康	精力	情感职能	社会职能	精神健康
西药组($n=70$)								
治疗前	73.10 ± 17.62	37.50 ± 11.83	53.52 ± 14.42	42.61 ± 11.71	27.24 ± 8.23	41.35 ± 10.46	49.47 ± 12.70	37.50 ± 10.06
治疗后	75.02 ± 16.28 *	43.25 ± 12.04 *	56.41 ± 15.74 *	55.26 ± 14.03 *	33.22 ± 10.78 *	51.27 ± 15.43 *	63.09 ± 12.75 *	39.29 ± 12.71 *
结合组($n=70$)								
治疗前	73.22 ± 17.75	38.05 ± 12.71	56.13 ± 16.92	41.53 ± 12.44	24.64 ± 7.01	38.07 ± 12.98	47.42 ± 14.91	36.04 ± 11.10
治疗后	79.94 ± 17.45 * [△]	58.39 ± 16.50 * [△]	73.15 ± 18.31 * [△]	56.91 ± 14.07 * [△]	66.06 ± 16.64 * [△]	83.05 ± 20.52 * [△]	65.88 ± 21.32 * [△]	57.69 ± 16.88 * [△]

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

表 4 类风湿因子、红细胞沉降率和 C-反应蛋白($\bar{x} \pm s$)

组别	类风湿因子(U/mL)	红细胞沉降率(mm/h)	C-反应蛋白(mg/L)
西药组($n=70$)			
治疗前	259.31 ± 80.04	47.02 ± 10.66	25.41 ± 7.14
治疗后	190.59 ± 60.27 *	24.35 ± 7.06 *	12.33 ± 3.16 *
结合组($n=70$)			
治疗前	254.47 ± 79.13	54.45 ± 11.38	25.41 ± 7.14
治疗后	150.45 ± 49.92 * [△]	17.41 ± 5.20 * [△]	10.48 ± 3.21 * [△]

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与西药组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

于治疗前,且结合组患者的得分上升幅度明显高于西药组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明中西医结合治疗对于提高类风湿性关节炎患者的生命质量具有较好的作用。

3.1.4 实验室指标的测定

3.1.4.1 类风湿因子水平与类风湿性关节炎的关系 类风湿因子是一种抗体,通过 IgG 为靶抗原,抗人或动物抗原决定簇的抗体,是辨别自身抗体的重要方法,类风湿因子的水平与类风湿性关节炎的严重程度之间存在着不可分割的联系,临床中常通过对类风湿因子进行检测从而对类风湿性关节炎进行初步的判断^[16]。本研究结果显示,2 组患者在治疗后类风湿因子水平均低于治疗前,且结合组患者的下降程度较西药组更为显著,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明中西医结合治疗能够有效控制类风湿性关节炎的发生和发展。

3.1.4.2 红细胞沉降率与类风湿性关节炎的关系

红细胞沉降率的检测是在实验室指标检验中最为常规且操作简单的一项检查,主要表现血液中血浆蛋白的类型改变情况,红细胞沉降率(ESR)的检测对于类风湿性关节炎的诊断具有重要的临床意义^[17]。研究结果显示,治疗后 2 组患者红细胞沉降率水平均小于治疗前,且结合组的下降程度更为显著,差异有统计学意义($P < 0.05$);说明中西医结合治疗能够有效控制类风湿性关节炎的发生和发展。

3.1.4.3 C-反应蛋白与类风湿性关节炎的关系

CRP 是一种急性反应蛋白,CRP 能与体多种物质联合,CRP 既能与细菌等微生物结合,又能与核酸等物质共存,是临床判断炎症反应发生的重要检验指标之一^[18]。CRP 的水平在机体发生细菌感染后的 5~8 h 稳步提高并在感染两天后达到巅峰,CRP 的水平与软组织损伤程度和机体感染程度呈正比关系,即 CPR 水平越高,机体受到的损伤和感染越为严重,而 CPR 水平亦会随着机体炎症反应的解除而降低。CPR 是人体内相对稳定的物质之一,其不会因机体的免疫力、糖皮质激素及放化疗等因素而改变。CRP 的水平与骨结构被破坏程度呈现正比关系,CRP 的水平检测在现代临床中被广泛应用,尤其针对类风湿性关节炎的诊断、预防、治疗效果的掌握以及对疾病预后情况的判断等方面,是临床中对于类风湿性关节炎诊疗的一项重要指标。本研究通过对 2 组治疗前后 CRP 水平进行比较,研究结果显示,治疗后 2 组患者 CRP 水平均小于治疗前,且结合组的下降程度更为显著,差异有统计学意义

($P < 0.05$);说明中西医结合治疗能够有效控制类风湿性关节炎的发生和发展。

3.2 现代医学对于类风湿性关节炎的治疗 现代医学对于类风湿性关节炎的了解归结于人体自身免疫和结缔组织炎症反应的发生,故西医针对此病的治疗无外乎提高身体免疫力及组织炎症反应的发生。美洛昔康分散片^[19]是一种非甾体消炎药,是治疗类风湿关节炎较为典型和常见的药物,但是长期服用会有损伤肾脏、肝脏及胃肠不适的感觉。

3.3 传统医学对于类风湿性关节炎的了解和治疗

3.3.1 类风湿性关节炎的发病原因 中医学认为类风湿性关节炎发病的因素分为内因和外因两部分,外因是由于感受风寒湿邪,风为百病之长,风邪易合他邪联合发病,寒湿为阴邪,损伤人体之阳气,风邪与寒湿之邪合而发病,人体阳气损伤,气机不畅,人体湿气聚而成饮,滞留肢体关节,故发病时常见关节疼痛等表现^[20]。内因则多由肾虚而发,肾为先天之本,主藏精气和人体正气之生源,肾气的充盈维系了脏腑之间的平衡,若肾脏虚衰则百病从生。肾阳不足,则气无以生源,腠理失密,机体更易感受邪气,加之正气虚弱,则寒湿之邪滞留体内,疾病不易康复。另外,肾为作强之官,若肾气失司,则人体一身疼痛,故补肾祛湿通络为治疗本病的主要原则。

3.3.2 补肾祛湿通络汤的选择

3.3.2.1 补肾祛湿通络汤的功效 补肾祛湿通络汤^[21]主要由熟地黄、肉桂、鹿角胶、白芥子、麻黄、牛膝以及甘草等组成。方中以熟地黄、鹿角胶共为君药,其中熟地黄有添精益髓之功,加入大补血肉温阳之鹿角胶,二者共用具有补益肝肾、添精益髓的功效。肉桂为辛热之品,大补命门之火衰,既能止痛又能温通血脉。白芥子辛散而散寒利气,祛湿而散结。麻黄亦为辛温之药,具有温腠理、调血脉的作用,三药均为臣药。佐以牛膝专功下肢之症,一切下肢不适之感均可配用牛膝,取其通络止痛之功,甘草为使药具有清热解毒,调和诸药的作用。诸药合参,共奏补肾祛湿通络止痛之华章。

3.3.2.2 补肾祛湿通络汤的现代药理学研究 研究显示^[22],熟地黄具有提高人体免疫力,抑制骨吸收的作用,鹿角胶能够减缓人体骨骼衰老的速率,肉桂的提取物对于抵抗炎症反应的发生具有显著的效果,白芥子与麻黄能够缓解疼痛,促进人体免疫细胞的形成,牛膝则具有扩张血管、调节免疫及加快血液循环的作用。

综上所述,美洛昔康分散片联合补肾祛湿通络

汤对于改善类风湿性关节炎患者的临床症状具有良好的效果,能够有效治疗类风湿性关节炎。

参考文献

- [1] 马进,陈岷,李获,等. 中药联合抗风湿药治疗类风湿性关节炎活动期的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(5):192-196.
- [2] 褚克丹,苏晓宇,李煌,等. 类风湿性关节炎治疗中雷公藤的减毒增效措施的研究现状[J]. 中国实验方剂学杂志,2015,21(16):208-213.
- [3] 周宇字,华璐,李一石. 类风湿性关节炎合并冠心病患者的红细胞沉降率与心肌梗死病史的关系[J]. 中国循环杂志,2015,30(1):6-8.
- [4] 史一雯. 类风湿性关节炎合并糖尿病 32 例临床观察[J]. 吉林医学,2012,33(18):3962-3963.
- [5] 字绍芬,李迎春. 类风湿性关节炎的治疗及护理研究现状[J]. 全科护理,2015,13(32):3219-3221.
- [6] 李树锋. Tim-3 和 PD-1 在类风湿性关节炎中的表达和作用研究[D]. 济南:山东大学,2014.
- [7] 陆柳丹,韦嵩. 中医治疗类风湿性关节炎研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(10):86-88.
- [8] 李锐强,王子龙,王田资. 中医治疗 56 例类风湿性关节炎组方配伍规律的临床疗效[J]. 医学理论与实践,2015,28(22):3092-3094.
- [9] 刘新爱. MRI 检查技术在腕关节类风湿关节炎诊断中的应用研究[D]. 郑州:郑州大学,2013.
- [10] 汉辉传. 加减桂枝芍药知母汤治疗类风湿关节炎疗效观察及生存质量的临床研究[D]. 南京:南京中医药大学,2013.
- [11] 高万露,汪小海. 视觉模拟疼痛评分研究的进展[J]. 医学研究杂志,2013,42(12):144-146.

- [12] 潘雁,叶颖,朱珺,等. 应用 SF-36 量表分析高血压患者生命质量(QOL)的影响因素[J]. 复旦学报:医学版,2014,41(2):205-209,273.
- [13] 彭琳,张菊英. 简化 McGill 疼痛问卷中文版在腰椎间盘突出所致坐骨神经痛患者中的适用性[J]. 中国康复医学杂志,2013,28(11):1035-1040.
- [14] 胡海游. 简化版的 McGill 疼痛问卷表(SF-MPQ)在术后静脉自控镇痛的应用[D]. 长沙:中南大学,2014.
- [15] 曹文君,化前珍,王庸晋,等. SF-36 量表在中国老年人群中应用的心理学特征测评[J]. 现代预防医学,2014,41(6):964-967,971.
- [16] 热汗古丽·米吉提. 类风湿因子检测在风湿疾病诊断中的作用[J]. 中国社区医师:医学专业,2011,13(23):221.
- [17] 华关民,唐荣德,刘基凤,等. 抗-CCP、RF 和 h-CRP 在诊断 RA 中的相关性研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2015,36(28):4229-4230.
- [18] 杨永昌,张淑艳,贾志凌,等. 抗 CCP 抗体、类风湿因子及 C 反应蛋白在类风湿性关节炎诊断中的应用评价[J]. 国际检验医学杂志,2014,35(6):781-783.
- [19] 林小姬,接力刚,张君忠,等. 丹参酮 II A 注射液联合来氟米特片、美洛昔康分散片治疗类风湿关节炎临床观察[J]. 现代医院,2013,13(7):41-43.
- [20] 成满福,刘晓艳. 类风湿性关节炎动物模型及中医因病机研究概述[J]. 吉林中医药,2015,35(11):1182-1184.
- [21] 朱阳春. 补肾通督胶囊治疗类风湿性关节炎的临床观察及改善骨破坏机制研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.
- [22] 林琳. 补肾通督胶囊对胶原诱导关节炎大鼠的骨破坏与免疫调节机制研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.

(2017-02-09 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第 82 页)

- [12] 姜莉萍,赵英勤. 中西医结合治疗急性胆囊炎 36 例[J]. 云南中医中药杂志,2017,38(1):34-35.
- [13] 胡闪明,兰飞,耿桂飞. 腹腔镜联合利胆行气方治疗老年急性结石性胆囊炎[J]. 中国中西医结合外科杂志,2015,14(2):160-162.
- [14] 罗冠琴. 中西医结合治疗急性结石性胆囊炎疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(19):195.
- [15] 王宏亮,袁吕荣,刘亚明. 胆舒胶囊联合喜炎平治疗急性胆囊炎

的机制研究[J]. 海南医学院学报,2016,22(23):2847-2850.

- [16] 沈旦,郭庆渠,吴育连. 腹腔镜胆囊切除术对急性结石性胆囊炎患者炎症因子及血清淀粉酶水平的影响[J]. 肝胆胰外科杂志,2016,28(3):232-234.
- [17] 陈立坤,唐楠. 腹腔镜胆囊切除术对急性结石性胆囊炎治疗效果及对炎症因子的影响[J]. 中国社区医师,2017,33(18):26-27.

(2017-08-29 收稿 责任编辑:杨觉雄)