

[5] 周发友,章小毅,王允武,等.经尿道 1470 纳米半导体激光汽化术治疗前列腺增生的疗效分析[J].中国内镜杂志,2016,22(12):26-29.

[6] ZHOU Y,XUE B,MOHAMMAD N A,et al.Greenlight high-performance system (HPS) 120-W laser vaporization versus transurethral resection of the prostate for the treatment of benign prostatic hyperplasia:a meta-analysis of the published results of randomized controlled trials [J].Lasers Med Sci,2016,31(3):485-495.

[7] 张玉杰,杨宇.老年患者前列腺电切手术期间体温保护的临床观察[J].第三军医大学学报,2016,38(18):2096-2099.

[8] 龙其成,于哲,林光正,等.膀胱造瘘术对于 80 g 以下良性前列腺增生症双极前列腺电切术患者围手术期的临床意义[J].南方医科大学学报,2016,36(1):15-17.

[9] 刘爱香,毕东军,张美玲.快速康复外科理念在膀胱肿瘤

电切术患者围手术期护理中的应用[J].中华肿瘤防治杂志,2016,23(S2):367-368.

[10] 樊鑫,董安珂,师磊,等.经尿道膀胱电切术联合氟尿嘧啶热灌注化疗治疗腺性膀胱炎 126 例疗效观察[J].山东医药,2018,58(11):77-79.

[11] SHIN H J,NA H S,JEON Y T,et al.The impact of irrigating fluid absorption on blood coagulation in patients undergoing transurethral resection of the prostate:A prospective observational study using rotational thromboelastometry[J].Medicine,2017,96(2):465-468.

[12] 张道秀,苏明阳,赵会平,等.经尿道前列腺剜除电切术与传统经尿道前列腺电切术治疗大体积前列腺疗效比较[J].中华实验外科杂志,2016,33(3):807-809.

(收稿日期:2019-02-15 修回日期:2019-05-12)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.045

氨甲蝶呤联合手术治疗异位妊娠的疗效观察

黄光慧¹,袁超艳²,谭远桃¹

1.湖北省恩施土家族苗族自治州建始县人民医院妇科,湖北恩施 445300;

2.湖北民族大学附属医院妇科,湖北恩施 445000

摘要:目的 分析腹腔镜手术联合氨甲蝶呤对异位妊娠患者血清 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)、孕酮水平及生育结局的影响。方法 分析湖北省恩施土家族苗族自治州建始县人民医院 2013 年 8 月至 2015 年 8 月收治的 98 例行腹腔镜手术治疗的异位妊娠患者的病历资料,将其中 48 例腹腔镜联合氨甲蝶呤治疗的患者作为 A 组,另外 50 例未采用氨甲蝶呤治疗的患者作为 B 组,比较两组术后恢复情况、治疗前后血清 β -HCG 及孕酮水平、输卵管通畅情况,术后随访 2 年了解两组再次妊娠情况。结果 A 组积液吸收时间、月经恢复时间、术后住院时间、 β -HCG 恢复正常时间均短于 B 组($P < 0.05$)。A 组治疗第 7 天血清 β -HCG、孕酮水平均低于 B 组($P < 0.05$)。A 组输卵管通畅率为 91.66%,高于 B 组的 76.00%($P < 0.05$)。两组流产率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);再次妊娠,A 组宫内妊娠率为 90.70%,高于 B 组的 74.36%($P < 0.05$);A 组再次异位妊娠率为 4.65%,低于 B 组的 17.95%($P < 0.05$)。结论 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗异位妊娠临床疗效显著,可有效改善患者输卵管堵塞情况,提高术后妊娠率。

关键词:异位妊娠; 腹腔镜手术; 氨甲蝶呤; 人绒毛膜促性腺激素; 孕酮

中图分类号:R714.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)22-3373-04

异位妊娠是指受精卵着床于子宫以外位置的非正常过程,以受精卵着床于输卵管较为多见^[1]。腹腔镜手术是目前治疗异位妊娠最常用的方法,具有损伤小、痛苦轻、恢复快等优势,尤其适用于有生育要求的女性。研究表明,单纯的腹腔镜手术治疗在促进女性生育功能恢复上的效果有限,近年来不少临床工作者认为腹腔镜手术联合药物治疗可以达到更好的治疗效果^[2]。氨甲蝶呤作为临床治疗异位妊娠的常用药物,可破坏胚胎绒毛组织,有效促使输卵管通畅,防止持续性异位妊娠的发生。本研究选取 98 例行腹腔镜手术治疗的异位妊娠患者,根据是否联合氨甲蝶呤治疗分为两组,比较其临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析湖北省恩施土家族苗族

自治州建始县人民医院 2013 年 8 月至 2015 年 8 月收治的 98 例行腹腔镜手术治疗的异位妊娠患者。纳入标准:(1)所有患者均符合《妇产科学》^[3]中异位妊娠的临床诊断标准,经血清 β -人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)、B 超检查确诊为异位妊娠,输卵管包块直径 < 4 cm,血清 β -HCG $< 2\ 000$ U/L;(2)患者各项检查结果均符合腹腔镜手术指征,生命体征平稳,输卵管未破裂,无腹腔活动性出血;(3)年龄 18~36 岁,停经时间 < 60 d,病历资料完整;(4)均为已婚,有生育需求。排除标准:(1)合并严重肝、肾功能不全,凝血功能障碍,免疫性疾病者;(2)有盆腔手术史、精神疾病史者;(3)对氨甲蝶呤过敏者;(4)年龄 > 36 岁,两侧输卵管完全堵塞且病变严重、合并子宫或卵巢恶性肿瘤者;(5)休克型异位妊娠者。根据是否采用氨甲蝶呤治疗

分为 A 组(48 例)和 B 组(50 例)。A 组年龄 21~35 岁,平均(25.69±4.58)岁;停经时间 44~58 d,平均(50.69±5.17)d;输卵管壶腹部妊娠 25 例,输卵管峡部妊娠 17 例,输卵管伞部妊娠 6 例。B 组年龄 20~34 岁,平均(25.28±4.46)岁;停经时间 42~55 d,平均(49.58±5.63)d;输卵管壶腹部妊娠 26 例,输卵管峡部妊娠 15 例,输卵管伞部妊娠 9 例。两组年龄、停经时间、异位妊娠部位等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组均给予腹腔镜手术治疗,患者全身麻醉后取平卧位,电刀于肚脐下缘 1 cm 处作 1 个 1~2 cm 长的切口作为观察孔,气腹针穿刺连接 CO₂ 气腹机建立人工气腹,置入腹腔镜探查腹腔情况。分别于左、右髂前上棘与肚脐连线的 1/3 交界处作 2 个 1 cm 长的切口作为操作孔。输卵管壶腹部及峡部异位妊娠行输卵管开窗取胚术,于输卵管膨胀最明显处纵向切开 1~2 cm,钳夹取出血块及胚胎组织;输卵管伞部异位妊娠行输卵管伞端挤压术,用钳夹夹住输卵管膨胀处上方,腹腔镜下将血块及胚胎组织挤压出输卵管伞端,生理盐水反复冲洗腹腔清除残余绒毛组织,出血部位不进行常规缝合,采用电凝血止血。仅 A 组术中取出妊娠囊后于输卵管系膜内注射氨甲蝶呤 25 mg(生产厂家:山西普德药业有限公司;批准文号:国药准字 H14022462;规格:5 毫克/瓶)。

1.2.2 血清 β-HCG、孕酮检测方法 患者于治疗前及治疗第 7 天清晨空腹采集外周静脉血 3 mL,标本经 3 000 r/min 离心 5 min 后分离出血清, -70 °C 保存。采用 Coche e411 全自动化学发光免疫分析仪与北京贝尔生物工程有限公司提供的试剂盒检测血清 β-HCG、孕酮水平,检测方法为化学发光免疫分析法。

1.3 观察指标

1.3.1 术后恢复情况 观察两组术后积液吸收时间、月经恢复时间、术后住院时间及 β-HCG 恢复正常所用时间。积液吸收时间为患者手术结束至术后 B 超检查腹腔积液消失时间;月经恢复时间为患者手术结束至术后第 1 次月经回潮时间;术后住院时间为患者手术结束至出院时间;β-HCG 恢复正常时间为手术结束至血清 β-HCG 恢复正常水平所用时间。

1.3.2 血清 β-HCG、孕酮水平 比较两组患者治疗前及治疗第 7 天血清 β-HCG、孕酮水平。

1.3.3 输卵管通畅情况^[4] 患者于治疗后第 2 次月经结束后门诊复诊,行输卵管造影检查, X 线透视下观察造影剂流经宫腔及输卵管的通畅程度以判断输卵管通畅情况。输卵管通畅率=(通畅例数+部分通畅例数)/总例数×100%。

1.3.4 再次妊娠情况 术后门诊复查或电话随访 2 年,了解患者术后 2 年中流产、宫内妊娠、再次异位妊娠的发生情况。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行统计处理和分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后恢复情况比较 A 组积液吸收时间、月经恢复时间、术后住院时间、β-HCG 恢复正常时间短于 B 组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组术后恢复情况比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	积液吸收时间	月经恢复时间	术后住院时间	β-HCG 恢复正常时间
A 组	48	3.58±0.51	28.85±4.35	5.56±0.65	14.58±2.25
B 组	50	5.21±0.62	32.14±4.68	7.16±0.78	17.57±3.13
<i>t</i>		14.181	3.601	2.347	5.410
<i>P</i>		<0.001	<0.001	0.021	<0.001

2.2 两组治疗前后血清 β-HCG、孕酮水平比较 两组治疗前血清 β-HCG、孕酮水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$),A 组治疗第 7 天血清 β-HCG、孕酮水平低于 B 组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组治疗前后血清 β-HCG、孕酮水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	β-HCG(U/L)	孕酮(ng/mL)
A 组	48	治疗前	4 689.74±221.68	9.13±1.35
		治疗第 7 天	276.36±25.48*#	5.35±4.16*#
B 组	50	治疗前	4 687.62±220.57	9.05±1.29
		治疗第 7 天	385.61±35.69*	7.28±2.12*

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与 B 组比较,# $P<0.05$

2.3 两组输卵管通畅情况比较 A 组输卵管通畅率为 91.66%,高于 B 组的 76.00%,差异有统计学意义($\chi^2=4.400, P=0.036$),见表 3。

表 3 两组输卵管通畅情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	通畅	部分通畅	堵塞	输卵管通畅率
A 组	48	19(39.58)	25(52.08)	4(8.33)	44(91.66)
B 组	50	11(22.00)	27(54.00)	12(24.00)	38(76.00)

表 4 两组再次妊娠情况比较[*n*(%)]

组别	<i>n</i>	流产	宫内妊娠	再次异位妊娠
A 组	43	2(4.65)	39(90.70)	2(4.65)
B 组	39	3(7.69)	29(74.36)	7(17.95)
χ^2		0.335	3.909	3.872
<i>P</i>		0.563	0.048	0.049

2.4 两组再次妊娠情况比较 术后随访 2 年,剔除失访者后 A 组有 43 例, B 组有 39 例,均为再次妊娠女性。两组流产率比较,差异无统计学意义($P>$

0.05), A 组宫内妊娠率高于 B 组, 再次异位妊娠率低于 B 组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

3 讨论

异位妊娠常伴随腹痛、阴道不规则出血、腹部包块等症状或体征, 治疗不及时可引发输卵管破裂造成急性大出血, 严重威胁育龄期女性生命安全^[5]。临床上常用腹腔镜手术治疗异位妊娠, 但该术促进生育功能恢复的作用有限。氨甲蝶呤是一种叶酸拮抗剂, 可降低胚胎滋养细胞的增殖活性并使其脱落、坏死, 常用于异位妊娠的药物保守治疗^[6]。崔芳等^[7]研究认为, 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗异位妊娠可促进患者病情恢复、提高术后再次妊娠率、预防异位妊娠再发。同时, 王艳等^[8]研究认为, 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤清除残留滋养细胞、疏通输卵管的效果更好, 可发挥腹腔镜手术及药物治疗的整体优势, 降低异位妊娠再发率。

本研究中, A 组积液吸收时间、月经恢复时间、术后住院时间、 β -HCG 恢复正常时间均明显短于 B 组 ($P < 0.05$), 说明腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗使患者术后恢复更快。腹腔镜手术视野清晰、开阔, 便于医生及时发现异常情况并立即处理; 术中以生理盐水反复冲洗盆腔以清除绒毛组织, 避免滋养细胞残留于腹腔内; 于输卵管病变系膜内注射氨甲蝶呤可提高病灶处的血药浓度, 促进滋养细胞坏死及血清 β -HCG 更快地恢复正常。腹腔镜手术与氨甲蝶呤联用, 患者术后恢复更快, 腹腔积液吸收时间及住院时间更短, 激素水平更快恢复正常, 可促进术后月经恢复正常。刘山等^[9]研究认为, 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗可提高异位妊娠患者临床治疗效果, 促进患者术后康复。

β -HCG 是胎盘滋养细胞分泌的 α 和 β 二聚体合成的一种糖蛋白, 正常妊娠时 β -HCG 于受精第 7 天开始持续增长, 妊娠 8~10 周可达高峰。孕酮是由卵巢黄体分泌的一种可促进胎儿生产发育、维持正常妊娠的孕激素, 妊娠期 β -HCG 及孕酮偏低常提示胚胎发育出现异常。发生异位妊娠时, 胚胎发育所需营养及血供不足, 血清 β -HCG、孕酮增长水平会低于正常妊娠, 因此 β -HCG、孕酮水平检测可作为异位妊娠的早期诊断依据。李玮等^[10]研究认为, 腹腔镜术后检测 β -HCG、孕酮下降水平可作为异位妊娠治疗康复的重要参考指标。本研究中, A 组治疗第 7 天血清 β -HCG、孕酮水平均显著低于 B 组 ($P < 0.05$)。术中取出胚胎组织终止妊娠是患者术后血清 β -HCG、孕酮下降的主要原因。氨甲蝶呤可使滋养细胞中二氢叶酸还原酶失活, 阻止 DNA、RNA 合成, 干扰蛋白质合成, 加速滋养细胞凋亡、脱落、吸收, 使 β -HCG、孕酮合成受阻, 故 A 组术后 β -HCG、孕酮下降得更多。李亚玲等^[11]研究表明, 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗可更快促进 β -HCG、孕酮水平恢复正常, 与本研究结果基

本一致。

本研究中, A 组输卵管通畅率高于 B 组 ($P < 0.05$), 说明腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗更有利于异位妊娠患者输卵管的再通。残留绒毛堵塞输卵管、输卵管炎症、粘连是造成输卵管堵塞的主要原因。腹腔镜可直视病灶, 完整切除妊娠囊, 清除绒毛组织, 减轻输卵管与周围组织粘连, 促进输卵管再通, 联合使用氨甲蝶呤可提高绒毛组织清除效果, 提高输卵管通畅率。周丽红等^[12]研究认为, 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗可显著提高异位妊娠患者输卵管再通率, 促进其生育功能恢复。

术后 2 年随访, A 组宫内妊娠率高于 B 组, 再次异位妊娠率低于 B 组 ($P < 0.05$), 说明腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗可有效提高患者正常受孕概率, 降低异位妊娠再发率。研究表明, 异位妊娠手术后再发率为 10%~20%^[13], 原因是术中为保留患者生育功能需尽量避免误伤输卵管, 部分滋养组织残留于输卵管内部无法被完全清除, 导致异位妊娠再次发生。而术中联合使用氨甲蝶呤可促进滋养细胞死亡、脱落, 降低再次发生异位妊娠的风险。输卵管通畅是受孕的必要条件, 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗更有利于输卵管再通, 使受孕率提高。王玲云等^[14]的研究中对异位妊娠患者采用腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗, 1 年内宫内妊娠率为 75.00%, 再次异位妊娠率为 3.85%, 均略低于本研究结果, 笔者认为与纳入样本及随访时间有关。

综上所述, 腹腔镜手术联合氨甲蝶呤治疗异位妊娠的临床疗效优于单纯腹腔镜治疗, 可促进异位妊娠患者血清 β -HCG、孕酮水平更快恢复至正常水平, 改善输卵管通畅程度, 提高妊娠率, 减少异位妊娠再发率。

参考文献

- [1] 刘光兰, 叶校根, 袁磊, 等. 腹部 B 超、血清 β -HCG、孕酮、雌二醇分别及协同对宫外孕早期诊断的临床价值[J]. 中国地方病防治杂志, 2016, 31(7): 799.
- [2] 陈翠红. 腹腔镜手术联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(22): 5781-5784.
- [3] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 302.
- [4] 慎先萍, 彭莉. 腹腔镜手术联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠的疗效及对性生活质量的影响[J]. 中国性科学, 2017, 26(7): 112-114.
- [5] 毕新军, 张勤, 张学琴, 等. 异位妊娠的 CT 与 MRI 表现[J]. 临床放射学杂志, 2016, 35(6): 903-907.
- [6] 张玲, 王鹤, 陈祥云, 等. 米非司酮联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2016, 32(3): 209-211.
- [7] 崔芳, 徐珊, 史红, 等. 甲氨蝶呤不同给药方法联合腹腔镜手术治疗输卵管妊娠[J]. 中华医学杂志, 2015, 95(45):

3663-3666.

988-990.

[8] 王艳,方俊华,佐满珍,等.腹腔镜开窗取胚术联合甲氨蝶呤局部注射与药物保守治疗异位妊娠后再次妊娠的临床对比研究[J].腹腔镜外科杂志,2017,22(3):223-226.

[9] 刘山,房娟,朱桃花,等.腹腔镜下插管微泵缓释甲氨蝶呤治疗未破裂型输卵管妊娠可行性研究[J].中国妇幼保健,2016,31(17):3565-3567.

[10] 李玮,鲁意,金建华,等.不同甲氨蝶呤给药方案联合微创保守手术对输卵管妊娠的治疗效果[J].生殖医学杂志,2018,27(4):305-309.

[11] 李亚玲,王宝玲.腹腔镜联合小剂量甲氨蝶呤在 160 例异位妊娠治疗中的观察[J].陕西医学杂志,2016,45(8):

[12] 周丽红,张菊平.甲氨蝶呤在异位妊娠腹腔镜术后预防异位妊娠的应用研究[J].河北医药,2017,39(6):901-903.

[13] 宋菁华,王克芳,张军,等.腹腔镜输卵管妊娠保守性手术后发生持续性异位妊娠的多因素分析[J].中国微创外科杂志,2016,16(8):677-680.

[14] 王玲云,夏淑华,金蕾,等.腹腔镜手术与甲氨蝶呤保守治疗异位妊娠的效果及对再孕影响的比较分析[J].中国妇幼保健,2016,31(23):5104-5106.

(收稿日期:2019-02-10 修回日期:2019-06-02)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2019.22.046

多西环素联合复方磺胺甲噁唑治疗急性期布鲁氏菌病的疗效观察

刘瑾¹,刘爱军¹,慕卫东²

1. 陕西省延安市延川县疾病预防控制中心,陕西延安 717200;
 2. 陕西省延安市延川县人民医院内三科,陕西延安 717200

摘要:目的 探讨多西环素联合复方磺胺甲噁唑治疗急性期布鲁氏菌病(布病)的疗效。方法 选择 2016 年 2 月至 2018 年 5 月在延川县疾病预防控制中心就诊的急性布病患者 124 例,分为试验组 64 例与对照组 60 例。对照组给予多西环素治疗,试验组在对照组治疗的基础上给予复方磺胺甲噁唑治疗,两组均治疗 12 周,记录疗效与不良反应发生情况。结果 治疗后试验组的总有效率为 100.00%,显著高于对照组的 88.33% ($P < 0.05$)。两组治疗期间的不良反应主要为皮疹、肝功能损伤、胃肠道反应、头晕,两组不良反应发生率比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗 6 周与治疗 12 周关节的视觉模拟(VAS)评分均低于治疗前 ($P < 0.05$),且试验组治疗 6 周与治疗 12 周的 VAS 评分显著低于同时间点的对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗前后不同时间点的白细胞计数在组内与组间比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 多西环素联合复方磺胺甲噁唑治疗急性期布病能缓解关节疼痛,提高治疗效果,且安全性好,对白细胞计数无明显影响。

关键词:多西环素; 复方磺胺甲噁唑; 布鲁氏菌病; 关节疼痛; 白细胞计数

中图分类号:R516.7

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)22-3376-03

布鲁氏菌病又名波浪热(简称布病),是布鲁氏菌感染引起的人畜共患传染性疾病^[1],是我国《传染病防治法》规定的乙类传染病。布鲁氏菌可以通过皮肤黏膜、消化道和呼吸道等传播^[2],该病在临床上主要表现为乏力、发热、多汗、关节疼痛、肝脾及淋巴结肿大等^[3]。该病在牧区多见,世界范围内均有分布,全球每年约有 50 万人成为布病患者^[4],家庭养殖户的发病率较高^[5]。该病的治疗原则为早期、联合、足量、足疗程用药,必要时延长疗程,以防止该病复发及慢性化。不过布鲁氏菌属于胞内寄生菌,常规抗菌药物无法进入细胞内,难以彻底发挥杀菌效应。复方磺胺甲噁唑主要成分为磺胺甲噁唑与甲氧苄啶,属于磺胺类抗菌药物^[6]。多西环素为四环素类抗菌药物之一,可阻止细菌的肽链增长及蛋白质生成,它可以与细菌核糖体的 30S 亚基结合,阻碍转运 RNA(tRNA)与细菌核糖体结合,达到抑制细菌生长的目的。已有研究表明,多种药物的联合使用在布病治疗中可发挥协同

作用,在减轻药物不良反应的同时也降低了耐药性^[7],但是多西环素联合复方磺胺甲噁唑的应用还较少见相关报道。本文观察了多西环素联合复方磺胺甲噁唑治疗急性期布病的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 2 月至 2018 年 5 月在延川县疾病预防控制中心就诊的急性布病患者 114 例。纳入标准:符合中华人民共和国卫生行业标准《布鲁氏菌病诊断标准》,布鲁氏菌凝集试验阳性,关节疼痛、乏力、出汗症状出现 ≥ 2 项;年龄 16~70 岁;无药物过敏史。排除标准:能引起发热及肝脾肿大疾病的患者;妊娠与哺乳期女性;风湿热和风湿性关节炎患者;病历资料缺乏者;结核病、败血症、氟骨症患者。本研究经延川县疾病预防控制中心批准且所有研究对象均签署了知情同意书。124 例患者分为试验组(64 例)与对照组(60 例),两组患者的临床症状(关节疼痛、乏力、出汗)、性别、年龄、病程、体质量指数比