

解毒消癭颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎临床效果研究

潘研¹ 赵敏²

(1 河南中医药大学第一附属医院内分泌 郑州 450000;
2 河南省驻马店市中医院内分泌科 驻马店 463000)

摘要:目的:探讨解毒消癭颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎的临床价值。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的亚急性甲状腺炎患者 100 例,随机抽签法分为对照组和观察组各 50 例。对照组患者口服西药泼尼松片,观察组给予解毒消癭颗粒剂治疗。比较两组患者临床疗效及疼痛时间、消肿时间。结果:两组临床疗效比较无显著性差异($P>0.05$);观察组疼痛时间、消肿时间均低于对照组($P<0.05$)。结论:解毒消癭颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎,可有效缩短患者疼痛时间及消肿时间,值得临床推广应用。
关键词:亚急性甲状腺炎;解毒消癭颗粒剂;疗效

中图分类号:R581.4 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.052

亚急性甲状腺炎是甲状腺疼痛性疾病中最为常见的疾病之一,其发病机制尚未明确,可能与病毒感染有关^[1-2]。目前,西药治疗主要为肾上腺糖皮质激素,但患者停药后极易复发,不良反应发生率较高,治疗周期较长,疗效并不理想^[3]。本研究采用解毒消癭颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎,取得良好的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 1 月我院收治的亚急性甲状腺炎患者 100 例,随机抽签法分为对照组和观察组各 50 例。对照组男 22 例,女 28 例;年龄 18~61 岁,平均年龄(45.50 ± 2.50)岁;病程 3~66 d,平均病程(45.50 ± 5.40) d;轻度 18 例,中度 15 例,重度 17 例。观察组男 21 例,女 29 例;年龄 18~63 岁,平均年龄(45.80 ± 2.30)岁;病程 3~69 d,平均病程(44.80 ± 4.90) d;轻度 17 例,中度 14 例,重度 19 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者均行常规治疗,对甲状腺毒症患者给予酒石酸美托洛尔片(国药准字 H20057290)治疗,12.5 mg/次,2 次/d;对发热疼痛患者给予双氯芬酸钠胶囊(国药准字 H10960217)治疗,75 mg/次,1 次/d。对照组在常规治疗基础上给予醋酸泼尼松片(国药准字 H41021232)治疗,30 mg/次,1 次/d。观察组在常规治疗基础上给予解毒消癭颗粒剂治疗,方剂组成:蒲公英、连翘、板蓝根、延胡索、忍冬藤各 30 g,甘草 6 g,僵蚕、桔梗、黄芪各 10 g,发热者加柴胡 12 g,黄芩、薄荷各 10 g;乏力者加黄芪、陈皮、姜半夏各 10 g,水煮煎服,1 剂/d,分 2 次服用。两组患者均持续治疗 2 周。

1.3 观察指标及标准 比较两组患者临床疗效、消肿时间以及疼痛消失时间等。疗效评定标准,痊愈:患者疼痛、乏力、发热、嗜睡等症状完全消失,血清

FT₃、FT₄、TSH 明显改善;显效:患者临床症状逐渐好转,血清 FT₃、FT₄、TSH 有所改善;无效:患者临床症状及体征未见明显改变,甚至加重。总有效=痊愈+显效。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS20.0 统计软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 两组患者临床疗效比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较					
组别	<i>n</i>	痊愈(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	50	25	19	6	44(88.0)
观察组	50	28	17	5	45(90.0)
χ^2					1.245
<i>P</i>					>0.05

2.2 两组疼痛时间及消肿时间比较 观察组疼痛时间、消肿时间均明显低于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组疼痛时间及消肿时间比较($\bar{d},\bar{x}\pm s$)			
组别	<i>n</i>	消肿时间	疼痛时间
对照组	50	13.45 ± 0.80	9.40 ± 0.40
观察组	50	8.30 ± 1.20	6.50 ± 0.20
<i>t</i>		7.694	5.593
<i>P</i>		<0.05	<0.05

3 讨论

亚急性甲状腺炎是由于病毒感染后甲状腺发生变态反应,引起甲状腺局部疼痛的一种非细菌感染疾病,临床症状主要为发热、甲状腺肿大、疼痛等,多发于 30~50 岁人群,发病率较高^[4]。用药安全性及依从性一直是影响亚急性甲状腺炎治疗效果的关键因素。糖皮质激素是西医临床治疗该病的重要手段,但用药期间患者极易出现一系列不良反应,导致自行停药而终止治疗的后果,影响临床疗效。

随着中医药对甲状腺疾病研究的不断深入,中医治疗亚急性甲状腺炎逐渐受到广大临床工作者重视。中医认为,亚急性甲状腺炎属于“瘰病、瘰痛”等范畴,其发病与外感六淫、内伤七情以及体质因素有关,起病多因风温邪热外侵,侵蚀经络,热毒内壅,最终结于颈前,其治疗原则为疏风清热解毒、散结消肿止痛^[9]。本研究所用中药方剂中,忍冬藤通络止痛、清热疏风;蒲公英、连翘清热解毒、消肿散结;板蓝根凉血利咽;桔梗祛痰利气;延胡索理气活血、行气止痛;僵蚕软坚散结;黄芩消痰利气、定喘嗽;甘草调和诸药。此外,发热者加柴胡、薄荷清热疏风;乏力者加陈皮、姜半夏健脾和胃,诸药合用共奏清热解毒、软坚散结之功。

本研究结果显示,两组临床疗效比较无显著性差异 ($P>0.05$); 观察组疼痛时间、消肿时间均低于

对照组 ($P<0.05$)。说明加用解毒消瘰颗粒剂治疗与传统西药治疗效果基本一致,但患者疼痛时间及消肿时间均明显缩短,效果仍优于传统西药治疗。综上所述,在常规西药治疗基础上加用解毒消瘰颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎,可明显缩短患者疼痛时间及消肿时间,疗效确切,值得临床推广应用。

参考文献

[1]韩笑,朴春丽,陈曦.解毒消瘰散联合双氯芬酸二乙胺乳胶剂外敷治疗亚急性甲状腺炎 30 例[J].中医研究,2014,27(9):18-19
[2]王洪梅,李霞清,陈莲花.强的松片联合解毒消瘰散外敷治疗亚急性甲状腺炎 50 例[J].河南中医,2016,36(6):1044-1045
[3]舒震,徐新亚.强的松片加用解毒消瘰散外敷治疗亚急性甲状腺炎的临床观察[J].中国中医急症,2015,24(7):1257-1259
[4]牛亚欧.解毒消瘰法治疗亚急性甲状腺炎临床疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(20):73-74
[5]吕蕾,张维亮,焦云红,等.解毒消瘰颗粒剂治疗亚急性甲状腺炎临床观察[J].光明中医,2016,6(13):1844-1846

(收稿日期: 2017-12-11)

(上接第 69 页)

2.3 两组并发症发生情况比较 新型手术组并发症发生率低于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况比较

组别	n	角膜水肿(例)	结膜滤过泡渗漏(例)	虹膜纤维素样渗出(例)	浅前房(例)	发生率(%)
对照组	40	3	2	2	3	25.00
新型手术组	40	1	1	1	0	7.50
χ^2						6.874
P						0.013

3 讨论

传统手术治疗合并白内障闭角型青光眼多需进行分次手术,增加患者痛苦,且手术步骤多复杂,对眼部损伤较大,容易出现较多的并发症^[3]。近年来,随着眼科技术不断发展,超声乳化白内障摘除辅助房角分离术在合并白内障的闭角型青光眼治疗中的应用不断增多,手术过程中用比较薄的晶状体有效替换结构变厚的病变晶状体,以改善瞳孔阻滞和解除病因^[4-5]。通过房角分离术,又可促进房水循环生理通道重建,提高房角宽度和深度,促进房水排出,从而有助于眼压降低^[6-8]。手术操作简便,对眼部组织损伤小,避免术后并发症的发生^[9]。

本研究结果显示,新型手术组治疗总有效率高 于对照组, $P<0.05$; 新型手术组术后并发症发生率 低于对照组, $P<0.05$; 干预前两组视力、中央前房、房角深度、眼压水平比较无显著性差异, $P>0.05$; 干预后两组视力均明显改善,且组间比较差异不显著, $P>0.05$; 新型手术组中央前房、房角深度高于对照 组,眼压水平低于对照组, $P<0.05$ 。说明,房角分离

手术结合超声乳化白内障摘除治疗合并白内障闭角型青光眼,可有效降低患者眼压、提高前方深度、改善视力,且术后并发症少。与裴锦云等^[10]研究结果相似。综上所述,超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障闭角型青光眼效果肯定,可有效改善患者视力和眼压等情况,且手术并发症少,安全性高。

参考文献

[1]林树燕,邹桂年,吴志群,等.超声乳化白内障摘除辅助房角分离术治疗合并白内障的闭角型青光眼 78 例疗效分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(23):4421-4423
[2]刘旋.白内障超声乳化联合房角分离手术治疗闭角型青光眼合并白内障[J].中国实用眼科杂志,2011,29(10):1088-1090
[3]Sanchez-Parra Laura,Pardhan Shahina,Buckley Roger J,et al.Diurnal Intraocular Pressure and the Relationship With Swept-Source OCT-Derived Anterior Chamber Dimensions in Angle Closure: The IMPACT Study [J].Investigative Ophthalmology &Visual Science, 2015,56(5):2943-2949
[4]朱靖,赵伟,邵琨,等.单纯房角分离术和超声乳化联合房角分离术治疗慢性闭角型青光眼远期疗效比较 [J]. 中华实验眼科杂志, 2013,31(10):964-967
[5]邓里,曾军.超声乳化白内障摘除人工晶状体植入术联合房角分离术治疗闭角型青光眼[J].国际眼科杂志,2017,17(2):335-337
[6]Man X,Chan N C,Baig N,et al.Anatomical effects of clear lens extraction by phacoemulsification versus trabeculectomy on anterior chamber drainage angle in primary angle-closure glaucoma (PACG) patients[J].Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol,2015,253(5):773-778
[7]徐武平,洪卫,朱建刚.不同房角关闭状态闭角型青光眼合并白内障的手术方式探讨[J].国际眼科杂志,2016,16(6):1099-1101
[8]杨怡田,陶黎明.超声乳化联合房角分离术治疗慢性闭角型青光眼临床效果[J].中国实用眼科杂志,2016,34(5):428-432
[9]冷仲禹,徐文双,崔婵.房角分离手术结合超声乳化对原发性闭角型青光眼合并白内障的治疗价值[J].中外医疗,2016,35(9):64-65
[10]裴锦云,林羽,杨海燕.超声乳化联合房角分离术治疗闭角型青光眼合并白内障的临床效果分析[J].天津医药,2016,44(7):906-909

(收稿日期: 2017-11-28)