·论　著·

抗病毒药物联合小剂量强的松治疗亚急性甲状腺炎临床分析

谢亘青　（长沙市中心医院内分泌科 湖南长沙 410000）

摘要：目的　分析抗病毒药物联合小剂量强的松治疗亚急性甲状腺炎的临床效果。**方法**　收取我院 120 例亚急性甲状腺炎患者，收取时间在 2015 年 10 月 11 日直至 2016 年 3 月 20 日，并将亚急性甲状腺炎患者分为两组，对照组(60 例患者实施抗病毒药物治疗)，观察组(60 例患者实施抗病毒药物联合小剂量强的松治疗)，将两组亚急性甲状腺炎患者治疗后各项指标实施对比。**结果**　观察组亚急性甲状腺炎患者的肿胀消退时间（5.41±1.27)d、疼痛消退时间（4.27±1.18)d、发热消退时间（5.34±1.45)d 优于对照组（P＜0.05），观察组亚急性甲状腺炎患者的复发率 8.33% 低于对照组（P＜0.05）。**结论**　给予亚急性甲状腺炎患者实施抗病毒药物联合小剂量强的松治疗，具有显著效果，能促进患者较快康复，值得推广应用。

关键词：抗病毒药物　小剂量强的松　亚急性甲状腺炎　临床效果

中图分类号：R581.4　　**文献标识码：**A　　**文章编号：**1009-5187（2017）08-049-02

亚急性甲状腺炎为临床中非化脓性炎性病变、非自限性炎性病变，其发病特点具有季节性和群体性，在临床中对于该类患者首先实施激素类药物治疗，虽然该药物能在短时间内控制患者疾病，但是多数患者易发生复发情况，并且其复发率较高，难以进行根除，而实施一项有效的联合治疗十分重要[1-2]。因此，我院选取 120 例亚急性甲状腺炎患者作为研究对象，分别实施不同的治疗，见本次研究中描述。

1 资料和方法

1.1 资料

收取我院 120 例亚急性甲状腺炎患者，收取时间在 2015 年 10 月 11 日直至 2016 年 3 月 20 日，并将亚急性甲状腺炎患者分为两组。纳入标准：① 120 例患者均符合临床亚急性甲状腺炎诊断标准，②以甲状腺结节弥漫性肿大、发热作为主要症状，患者实施超声检查后，其压痛部位以低密度病灶作为主要表现。排除标准：①未经过医学伦理委员会批准，②临床资料不完整、其他严重疾病。观察组：患者年龄均在 40 ～ 59 岁之间，患者的平均年龄为（50.45±1.17）岁，男性患者有 40 例、女性患者有 20 例。对照组：患者年龄均在 41 ～ 60 岁之间，患者的平均年龄为（51.23±1.29）岁，男性患者有 41 例、女性患者有 19 例。上述两组亚急性甲状腺炎患者各项资料无明显的差异，能够实施对比（P＞0.05）。

1.2 方法

对照组 -60 例亚急性甲状腺炎患者实施抗病毒药物治疗，将 006g 病毒唑溶于葡萄糖溶液 250ml 中，待其完全溶解后，再对患者进行静脉点滴，根据患者自身具体情况，在治疗后 5 天 -7 天停止治疗。

观察组 -60 例亚急性甲状腺炎患者治疗抗病毒药物治疗方式和对照组相同，再采用小剂量强的松治疗，在治疗初期给予患者口服 30mg 强的松，在治疗 14 天后，将患者用药剂量根据患者病情减少。

将两组亚急性甲状腺炎患者的用药效果详细记录。

1.3 观察指标

对比亚急性甲状腺炎患者治疗后的各项指标（肿胀消退时间、疼痛消退时间、发热消退时间等）。

对比亚急性甲状腺炎患者治疗后的各项指标（复发率）。

1.4 统计学处理

本次研究均采用 SPSS22.0 软件，每组亚急性甲状腺炎患者治疗后的肿胀消退时间、疼痛消退时间、发热消退时间、复发率进行相关统计处理，研究中计数资料使用百分比进行检验，计量资料则采用 T 检验，采用 P＜0.05 代表两组亚急性甲状腺炎患者对比具有差异，其两组患者各项指标具有意义。

2 结果

2.1 对比各项指标

观察组亚急性甲状腺炎患者的肿胀消退时间（5.41±1.27)d、疼痛消退时间（4.27±1.18)d、发热消退时间（5.34±1.45)d 优于对照组（P＜0.05），如表 1 所示。

表 1：对比 2 组亚急性甲状腺炎患者治疗后的肿胀消退时间、疼痛消退时间、发热消退时间

组别	例数（n）	肿胀消退时间（d）	疼痛消退时间（d）	发热消退时间（d）
观察组	60	5.41±1.27	4.27±1.18	5.34±1.45
对照组	60	7.26±1.18	8.26±1.05	7.33±1.85

注：观察组和对照组两组相比较 p＜0.05。

2.2 对比复发率

观察组亚急性甲状腺炎患者的复发率 8.33% 低于对照组（P＜0.05），如表 2 所示。

表 2：对比 2 组亚急性甲状腺炎患者治疗后的复发率

组别	例数（n）	复发（n）	未复发（n）	复发率（n；%）
观察组	60	5	55	5（8.33）
对照组	60	17	43	17（28.33）

注：观察组和对照组两组相比较 p＜0.05。

3 讨论

亚急性甲状腺炎为自限性疾病，对于症状较轻患者，无需进行特殊处理，告知患者应多饮水和多休息，给予患者采用消炎镇痛药即可，对于压痛明显、甲状腺肿大、高热、全身症状重患者应使用激素进行治疗[3]。通过抑制患者中性粒细胞和巨噬细胞浸润聚集而形成的微小脓肿，能显著提高治疗效果，具有治愈率高、副作用少、疗效确切等优点[4]。

但是亚急性甲状腺炎患者发病率呈上升趋势，具有复发率高等特点，其主要症状包括咽中异物感、发热、疲倦乏力、咽痛、颈前肿痛，在临床中，该疾病无统一的治疗方式，在治疗时均使用激素类药物治疗，但是该项治疗方式，易导致患者复发率增加，对亚急性甲状腺炎患者治疗效果造成影响[5]。而对患者实施抗病毒药物联合小剂量强的松治疗，均取得显著效果，通过对患者实施联合治疗后，不仅能缩短患者肿胀消退时间、疼痛消退时间、发热消退时间，改善患者临床症状，还能降低复发率，两组药物联合应用具有协同作用，能促进亚急性甲状腺炎患者较快康复，为临床上十分理想的治疗方式[6-8]。

经研究表明，观察组亚急性甲状腺炎患者的肿胀消退时间（5.41±1.27)d、疼痛消退时间（4.27±1.18)d、发热消退时间（5.34±1.45)d 优于对照组（P＜0.05），观察组亚急性甲状腺炎患者的复发率 8.33% 低于对照组（P＜0.05）。

综上所述，给予亚急性甲状腺炎患者实施抗病毒药物联合小剂量强的松治疗，具有显著效果，能促进患者较快康复，值得广泛应用。

参考文献

[1] 刘佳 . 抗病毒药物联合小剂量强的松治疗亚急性甲状腺炎临床分析 [J]. 海峡药学，2015，5(3):97-98.

[2] 任豪 . 抗病毒药物联合小剂量强的松治疗亚急性甲状腺炎疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊），2015，5(51):77-78.

（下转第 53 页）

学术期刊网 www.qikanjiansuo.com

口坏死，常规组并发症高于综合组（P＜0.05）。

表 1：两组 SDS、SAS 以及生活质量评分比较（ $\bar{\chi}\pm s$，分）

组别（n）	时间	SDS 评分	SAS 评分	生存质量评分
综合组	护理前	61.52±2.80	60.70±3.42	30.97±2.86
（n=52）	护理后	30.81±2.45	30.28±2.91	60.89±3.54
常规组	护理前	61.22±3.07	60.13±3.84	31.24±2.91
（n=52）	护理后	43.71±3.15	42.54±3.26	42.75±2.83

3 讨论

肠造口手术作为直肠癌治疗的常用手术，虽具有良好的治疗效果，但由于手术时需要将肛门切除，在患者腹壁做结肠造口以形成人工肛门，因此对患者生活状态以及生存质量都造成较大的影响，而术后造口如得不到有效护理，则很容易出现并发症，这将不利于患者的后续治疗[4-5]。

综合护理干预在直肠癌术后结肠造口临床护理中是一种新型的护理概念，其目的是通过针对性的心理干预、饮食指导、造口护理以及出院指导等一系列综合护理措施，以改善患者术后的负性心理状态，同时提高其生活质量，降低并发症的发生，从而促进患者康复[6-7]。本次研究结果显示：综合组护理后 SDS 评分、SAS 评分以及生存质量评分等各项指标均优于常规组，且综合组患者的并发症发生率也明显低于常规组，将综合组和常规组的数据进行比对，数据与数据之间的差异显著（P＜0.05）。

概而言之，综合护理干预确实能够改善患者心理状态，提升病患的生存质量可推广。

参考文献

[1]熊建容，胡斯丽，王清等.直肠癌术后结肠造口患者的护理体会[J].当代医学，2013，08(30):121-122.

[2]王梅丽.综合护理对直肠癌术后造口患者疾病影响程度和自我概念的影响[J].齐鲁护理杂志，2014，12(10):22-24.

[3]吴艳雯，谢玲女，马琳琳等.直肠癌术后结肠造口患者行综合性护理干预的效果分析[J].中国现代医生，2016，54(25):154-157.

[4]刘多军.护理干预对直肠癌结肠造口术后患者生活质量的影响[J].医学信息，2014，22(36):163-163.

[5]余立群.综合护理干预对直肠癌结肠造口术患者的生存质量影响分析[J].吉林医学，2013，34(16):3220-3221.

[6]王留针，段卉.护理干预对永久性结肠造口术后预防肠梗阻的护理观察[J].大家健康（中旬版），2015，06(7):218-219.

[7]陆凤媚，陈锦坚，李春梅等.综合护理干预对低位直肠癌患者生活质量的影响[J].国际护理学杂志，2014，33(2):359-361.

（上接第 48 页）

参考文献

[1]赵春霞.克林霉素联合甲硝唑治疗细菌性阴道炎的疗效分析[J].医学理论与实践，2016，29(9):1209-1211.

[2]刘喜绒.73 例甲硝唑联合克林霉素治疗细菌性阴道炎临床观察[J].微量元素与健康研究，2015，32(1):73-74.

[3]张晓菊.甲硝唑联合克林霉素治疗细菌性阴道炎的疗效[J].热带医学杂志，2016，16(7):886-887.

[4]孙盈建.甲硝唑联合克林霉素治疗细菌性阴道炎临床效果观察[J].中国民康医学，2014，26(13):62-64.

[5]狄春萍.甲硝唑与克林霉素联合治疗细菌性阴道炎的效果观察[J].中国卫生标准管理，2016，7(9):103-104.

[6]古里江·居马.甲硝唑联合克林霉素治疗细菌性阴道炎临床疗效观察[J].世界最新医学信息文摘（电子版），2015，15(33):131-131.

[7]吴扬.甲硝唑联合克林霉素治疗细菌性阴道炎的临床探讨[J].中国卫生标准管理，2015，6(32):92-93.

（上接第 49 页）

[3]刘九洲.抗病毒药物联合小剂量强的松治疗亚急性甲状腺炎临床分析[J].临床研究，2016，24(6):53-53.

[4]罗准.抗病毒药物联合小剂量强的松治疗 68 例亚急性甲状腺炎临床效果[J].按摩与康复医学，2016，7(3):59-60.

[5]丁美.亚急性甲状腺炎应用抗病毒药物与小剂量强的松治疗的效果研究[J].当代医学，2017，23(10):131-132.

[6]王雪.抗病毒药物联合小剂量强的松治疗亚急性甲状腺炎临床分析[J].中国继续医学教育，2017，9(8):161-162.

[7]刘彦娥，张效荣，张计划等.甲状腺内注射激素与环磷酰胺双重免疫调节治疗亚急性甲状腺炎 43 例[J].中国老年学杂志，2012，32(19):4295-4296.

[8]姚骥如，谢丹红.中西医结合治疗亚急性甲状腺炎 98 例疗效观察[J].中国药房，2015，5(23):3270-3272.

（上接第 50 页）

反应发生率，临床上值得推广及应用。

参考文献

[1]杨凯.陈惠仁.何学鹏等.地西他滨联合不同化疗方案治疗老年人急性髓系白血病的临床观察[J].白血病·淋巴瘤，2014，23(8):484-487.

[2]蔡志梅.赵利东.王莹等.国产地西他滨联合小剂量 HAA 方案治疗急性髓系白血病的临床观察[J].现代实用医学，2014，26(9):1090-1092.

[3]秘菅昌.地西他滨与支持治疗或小剂量阿糖胞苷治疗初诊老年 AML 的多中心随机Ⅲ期临床试验研究[J].循证医学，2013，13(5):264-267.

[4]徐瑜.沙颖豪.谢彦晖.地西他滨联合小剂量化疗治疗老年中高危骨髓增生异常综合征及急性髓系白血病的临床观察[J].老年医学与保健，2013，19(1):31-33.

[5]陈为志.苏洲.地西他滨治疗老年急性髓系白血病患者的效果及安全性评价[J].肿瘤研究与临床，2014，26(6):415-417.

[6]于锦香.蔡冬梅.王晓雪等.地西他滨联合 CAG 治疗老年急性髓系白血病的疗效观察[J].实用药物与临床，2013，16(3):211-213.

（上接第 51 页）

医联合给药方案可显著提高其临床疗效，对保障患者生活质量、生命安全均具有积极意义，值得推广应用。

参考文献

[1]陈翀昊，王广燕，苏衡等.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀对早发冠心病急性心肌梗死患者的近期疗效[J].中国临床药理学杂志，2013，29(2):126-128.

[2]贺常萍.心电图与冠状动脉造影诊断冠心病的对比[J].中国老年学杂志，2013，33(19):4830-4831

[3]谢玉霞，武刚.吲达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病患者的疗效观察[J].重庆医学，2013，42(6):640-641，644.

[4]徐采云，邢之华，刘卫平等.冠心病不同中医证型与血浆纤维蛋白原的相关性研究[J].中国康复，2010，25(3):190-192.

[5]闫晓霞，王建昌，李忠东等.活血化瘀中药联合抗凝抗血小板西药在冠心病治疗中的现状与思考[J].中国老年学杂志，2012，32(21):4841-4843.

[6]李霁，王阶，王师菡等.细胞凋亡在冠心病中的作用及活血化瘀药对其干预影响[J].辽宁中医杂志，2008，35(5):691-693.

学术期刊网 www.qikanjiansuo.com