

研究探讨自拟亚甲康应用于亚急性甲状腺炎的临床价值

彭玉金 李淡文

常德市汉寿县人民医院内分泌科 湖南常德 415900

[摘要] 目的 研究在亚急性甲状腺炎的治疗中,使用自拟亚甲康对治疗效果的影响。**方法** 选取 2015 年 3 月到 2016 年 8 月来我院治疗被确诊为亚急性甲状腺炎的 87 例病人,使用自拟亚甲康进行治疗,对比治疗前后各项生命指标的差异,主要有 TSH、FT₃、FT₄、ESR 数值的变化情况。**结果** 治疗前,病人的 TSH、FT₃、FT₄、ESR 数值分别为 3.24 ± 0.57 、 11.31 ± 3.12 、 24.56 ± 1.98 、 52.38 ± 8.12 ,经过治疗后各项数值分别为 0.08 ± 0.054 、 4.26 ± 1.24 、 8.22 ± 1.51 、 15.26 ± 4.98 。前后的差异比较明显。一共有 41 人痊愈,占比为 47.13%,仅有 2 人无效,占比为 2.30%,总有效率为 97.70%。**结论** 采用此次中药药方治疗的方式,能够取得较好效果,痊愈率较高,可以在临床中推广。

[关键词] 自拟亚甲康;亚急性甲状腺炎;临床价值

[中图分类号] R581.4

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 07-076-02

引言:

亚急性甲状腺炎的发病率正在上升,一般表现为呼吸道不适,伴随着疼痛、发热症状,有时还会表现出甲亢症状,如怕热、多汗、心慌、烦躁不安等症状。季节原因和饮食习惯都影响着该疾病的发作。该疾病对病人生活质量影响较大,一经发现需要立即治疗。目前大多数西药方法的治疗效果并不好。因此本文通过对 87 例病人开展治疗探究了自拟亚甲康对该疾病的治疗效果,以下是主要研究内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1.1 基本资料

选取 2015 年 3 月到 2016 年 8 月来我院治疗被确诊为亚急性甲状腺炎的 87 例病人,开展治疗研究。87 例病人中有男性 31 人,有女性 56 人,病人的年龄分布在 29.8 岁到 57.2 岁之间,平均为 44.1 ± 3.6 岁,病人的病程是 5 天到 1.1 个月之间,平均为 16.3 ± 3.6 d。两组病人的年龄、病程数据之间的差异很小,且都不患有器官功能性缺失疾病,都没患过精神病。

1.1.2 确诊指标

病人甲状腺区发生明显疼痛,伴有甲状腺肿大,偏硬;病人早期有甲亢的症状,血沉速度较快^[1]。

1.2 治疗方法

使用自拟亚康进行治疗,用药方式为口服,每天服用一次,每次使用一剂量的药物,使用温水煎熬口服,共持续一个小时,用药 14 天为一个疗程,共持续 2 个疗程。服药前,禁止食用冰冷、辛辣以及油腻等刺激性食物。药方如下:10g 金银花;10g 浙贝母;3g 甘草;15g 夏枯草;15g 半枝莲;20g 大青叶;30g 板蓝根;10g 徐长卿;10g 连翘;10g 赤芍^[2]。

1.3 观察指标

1.3.1 身体指标检查:在治疗后,使用专业医疗方案的相关规定评价疗效。检查病人的各项生命指标,主要有 TSH、FT₃、FT₄、ESR 数值。各英文对应含义如下表 1 所示。

表 1: 英文符号对应表

英文符号	含义
TSH	促甲状腺激素
FT ₃	三碘甲状腺后氨酸
FT ₄	甲状腺素
ESR	血沉

1.3.2 治疗效果:当上述各项指标恢复为正常的大小,则判定为痊愈;当数值大小有所下降,但与正常仍存在差异,则判定为疗效显著;当数值较治疗前有所下降,但与正常数值差异较大,则判定为疗效一般;当数值没有下降甚至升高,则判定为无效。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 版本软件进行统计分析,统计数据用

[n/%] 表示(人数/比例),当数据为 $[\bar{x} \pm s]$ (平均数 ± 方差)时,用 χ^2 检验,用 P 表示数据的差异,当 $P < 0.05$ 时,两组数据的差异很大^[3]。

2 结果

2.1 检查结果

两组病人的 TSH、FT₃、FT₄、ESR 的数值检查结果如下表 2 所示。治疗前各项数值普遍较高,分别为 3.24 ± 0.57 、 11.31 ± 3.12 、 24.56 ± 1.98 、 52.38 ± 8.12 ,在治疗后,各项数值都得到了控制,分别为 0.08 ± 0.054 、 4.26 ± 1.24 、 8.22 ± 1.51 、 15.26 ± 4.98 。在治疗前后,各项数据的差异都很大, $P < 0.05$ 。

表 2: 身体检查表 $[\bar{x} \pm s]$

项目	n	FT ₃ pmol/L	FT ₄ pmol/L	TSH mIU/L	ESR mm/h
治疗前	87	11.31 ± 3.12	24.56 ± 1.98	3.24 ± 0.57	52.38 ± 8.12
治疗后	87	4.26 ± 1.24	8.22 ± 1.51	0.08 ± 0.054	15.26 ± 4.98
χ^2		5.4448	6.523	11.025	8.546
P		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 治疗效果

两组病人的治疗效果如下表 3 所示,总有效率为 97.70%,在 87 人中有 41 人痊愈,占比 47.13,有 31 人效果显著,占比 35.63%,仅有 2 人无效,占比 2.30%。

表 3 治疗效果表 [n/%]

项目	有效			无效	有效率
(87)	痊愈	显著	一般		
治疗后	41	31	13	2	85
%	47.13	35.63	14.94	2.30	97.70

3 讨论

在此次研究中,根据上述的表格可以看出:在治疗前,病人的 TSH、FT₃、FT₄、ESR 数值分别为 3.24 ± 0.57 、 11.31 ± 3.12 、 24.56 ± 1.98 、 52.38 ± 8.12 ,经过治疗后各项数值得到了有效控制,分别为 0.08 ± 0.054 、 4.26 ± 1.24 、 8.22 ± 1.51 、 15.26 ± 4.98 。在治疗前后各例病人数据的整体数值下降都比较明显。自拟亚甲康的治疗原理不同于西药,西方缓解症状的方式,普遍是与身体各项异常激素反应从而消除病症,只能在短期起到效果,还会容易出现不良症状,损伤身体机能^[4]。在亚急性甲状腺炎的治疗中,西药能与促甲状腺激素反应,从而消除疼痛、类似甲亢的症状,但甲状腺却一直处于较活跃的状态,分泌甲状腺激素会更多,对身体内不平衡有损^[5]。通过本文的中药治疗方式,能够调节身体的局部循环,从发病源头进行治疗,取得了较好效果,达到了清热解毒、理气止痛的效果。本次研究中一共有 87 人,

(下转第 80 页)

行为的人越来越多,随着人们就业和生活压力的增大,存在烟瘾和吸烟行为的人在数量上明显增加。有研究表明^[5],吸烟与慢阻肺合并肺部感染的发生有着较密切的关系,并且,相比较于普通人群,有吸烟行为的人群发生慢阻肺合并肺部感染的概率更高。此外,年龄越大,发生慢阻肺合并肺部感染的概率也越大。

此次研究的结果表明,观察组的治疗总有效率明显高于对照组,治疗后的 PaO₂ 与 PaCO₂ 指标水平明显优于对照组,组间差异显著(P<0.05)。结合慢阻肺合并肺部感染患者的具体致病因素和病症成因来看,对于慢阻肺合并肺部感染患者的治疗应当从氧疗、平喘、祛痰以及抗感染等多个方面进行。其中祛痰步骤是治疗慢阻肺合并肺部感染的关键所在,这是因为患者产生的痰液本身还有大量的病菌,一旦清理不及时,不仅会导致引流不畅,同时还会增加患者感染的程度。

盐酸氨溴索是在临床应用比较广泛的祛痰药物,在本次研究中所起到的作用也主要是祛痰。该药物能对患者的呼吸道产生刺激作用,可有效调节痰液和浆液的产出量,增加气管上皮细胞含水量,并由此达到改善患者呼吸道环境的目的。此外,盐酸氨溴索还能有效分解痰液中的粘多糖纤维,降低痰液和纤毛的粘着力,提高气道内纤毛的动力,促进排痰^[6]。

综上所述,盐酸氨溴索能提高慢阻肺合并肺部感染患者的临床疗效,改善相关血气指标,减轻因疾病造成的痛苦。

[参考文献]

- [1] 甘文云,赵兵,李海明,等.关于豫南地区内科医师对慢性阻塞性肺疾病诊疗行为的调查[J].中国临床医学,2015,22(05):604-606.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-264.
- [3] 杨利.盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2016,10(08):130-131.
- [4] 韩冰.探讨盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(37):101-104.
- [5] 樊彩云,刘向文.盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并急性肺部感染的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(06):5.
- [6] 朱静.用盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的效果探析[J].当代医药论丛,2016,14(22):120-121.
- [7] 罗琳.用盐酸氨溴索治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的效果探析[J].当代医药论丛,2017,15(11):41-42.
- [8] 韩景贤.矽肺合并肺部感染 80 例患者盐酸氨溴索雾化治疗的临床观察及护理[J].基层医学论坛,2016,20(24):3422-3423.

(上接第 76 页)

其中有 41 人痊愈,占比为 47.13%,仅有 2 人无效,占比为 2.30%,总有效率高达 97.70%,可以在临床中推广。

另外,该疾病的发病速度较快,病人会忍受一定痛苦,在治疗过程中,除了以中药药方为主外,还可以将西药结合为辅,在早期迅速缓解病症,规避病人的生理痛苦。据调查,该疾病与季节存在一定关系,与病毒流行也有一定关系,因此居民需要养成良好的生活习惯,规律作息,健康饮食,规避发病。

[参考文献]

- [1] 高庆林,王晓晨,刘吉成,等.夏连颗粒(甲康)治疗亚急性甲状腺炎的临床研究[J].医学研究杂志,2005,34(2):37-39.
- [2] 张定华,史晓伟.亚甲康加减治疗亚急性甲状腺炎 46 例[J].西部中医药,2012,25(10):88-90.
- [3] 张宝泉,高硕,方佩华.亚急性甲状腺炎的核医学检查应用研究——附 145 例分析[J].新医学,2001,32(4):205-206.
- [4] 刘雪梅.亚甲方治疗热毒雍盛、血热夹瘀型亚急性甲状腺炎的可行性及安全性分析[J].中国医学工程,2015(11):166-166.
- [5] 张立梅.夏枯草口服液治疗亚急性甲状腺炎的临床疗效探究[J].健康必读旬刊,2013,12(9):268-269.

(上接第 77 页)

效(97.96%)与采用 PPH 的临床疗效(93.88%),差异不具有统计学意义(P>0.05),但是 TST 并发症较少(4.08%),要优于 PPH,差异具有统计学意义(P<0.05)。这是因为:(1) PPH 是治疗内痔的有效措施,但是 TST 是在 PPH 基础上,创新出来的新技术,既继承了 PPH 的优势,又自身具备着一定的先进性。(2) TST 是根据患者的实际病情,合理把控和调节患者内痔切除程度,能够在改善患者病情的情况下,尽可能的保留患者肛门功能,有着一定的人性化,使治疗效果更佳。(3) 内痔患者在术后出现并发症,通常是由于切除过度造成的,而通过 TST 提升切除有效率,这对降低患者术后并发症有着积极的意义。(4) TST 治疗手段,主要集中在三期内痔患者以及四期内痔患者治疗过程中,其自身具备的手术时间短、创伤小以及并发症发生情况较低的优势特点,使患者能够尽可能的在解除病灶的情况下,保留患者粘膜桥以及正常肛垫,

能够有效避免 PPH 手术给患者带来的环状瘢痕狭窄及肉芽肿现象。并且,其能够降低使用钛钉置入的数量,对患者肛门精细功能有着一定的保障作用,更符合现代医疗微创化的科学理念。

综上所述,对重度内痔患者的临床治疗中,积极采用 TST 及 PPH 的治疗效果均十分显著,但是 TST 具备并发症发生率较低以及恢复较快的治疗优势,具有积极的治疗作用,值得在临床中进行推广和应用。

[参考文献]

- [1] 彭华林,林荣华.TST 与 PPH 治疗重度混合痔的临床对比分析[J].现代医药卫生,2016,32(19):2966-2967+2971.
- [2] 姜美凤.TST 术与 PPH 术治疗重度内痔的临床对比研究[J].OL.临床医药实践,2016,25(08):570-573.
- [3] 葛强,于洪顺,田磊等.PPH 治疗内痔 1000 例的临床疗效分析[J].结直肠肛门外科,2015,21(03):193-195.

(上接第 78 页)

[1] 许传浩.连续血液净化治疗 ICU 中多器官功能障碍综合征患者的临床分析[J].吉林医学,2015,(13):2782-2782.

[2] 雷莹,聂晨,孙丹华,等.中国危重症住院患者急性肾损伤的流行病学分析[J].南方医科大学学报,2016,36(6):744-750.

[3] 金献冠,徐建国,杨燕阳,等.肾损伤分子-1 在脓毒症急性肾损伤患者选择 CRRT 治疗时机中的参考价值[J].实用医学杂志,2016,32(10):1647-1649.

[4] 许涛,盛晓华,崔勇平,等.CRRT 在脓毒症急性肾损伤患者救治中的临床研究[J].中国血液净化,2013,12(12):646-650.

[5] 胡振杰,刘丽霞,赵聪聪,等.连续性肾脏替代治疗开始时对合并急性肾损伤重症患者预后的影响[J].中华危重病急救医学,2013,25(7):415-419.

[6] 刘键,杜秀,刘丽,等.不同连续性血液净化介入时机对老年多脏器衰竭合并急性肾损伤预后的影响[J].中国医药导报,2017,14(2):106-109,113.