

阴道排液量较多,且连绵不断持续时间长,因此我们在波姆红外光治疗的基础上配合由紫珠草、乌药、益母草组成的抗宫炎片,其中主药紫草珠,具有止血散瘀,解毒消肿的功能;益母草可活血祛瘀,消肿解毒;乌药顺气止痛,散寒温肾,又可引药效走下焦,达少腹,充分发挥了清热解毒,活血化瘀,消肿排脓的功

效。既弥补了光疗后阴道排液多、且排液时间长的不足,又加速了鳞状上皮细胞的再生,进一步提高了治愈率,较单纯应用光疗有较理想的疗效。

(收稿:1996-06-14 修回:1996-11-30)

中西医结合治疗甲状腺囊肿临床研究

陈智民 易春涛 王修梅 彭 辉 刘彩华

甲状腺囊肿(thyroid cystic tuberculom, TCT)是常见多发病。我们开展了非手术中西医结合疗法的前瞻性研究。现将结果报告如下。

临床资料 诊断标准:205例TCT患者均符合下列条件:(1)颈前甲状腺区可见并触及结节,随吞咽上下移动;(2)B超或CT显示甲状腺增大并有无回声区或低密度暗区;(3)细针穿刺抽吸有液体吸出。205例按随机数字表法分为两组:中西医结合治疗组(A)104例,男15例,女89例;年龄16~51岁,平均 27.46 ± 18.19 岁($\bar{x} \pm s$,下同);病程15天~2年,平均7.81个月;甲状腺功能:TT₃、TT₄、FT₃、FT₄轻度增高42例,正常48例,偏低14例;吸¹³¹I率增高38例,正常56例,降低10例;囊液分析:数量1~14ml;颜色暗红70例,黄褐28例,脓性6例;TT₃、TT₄、FT₃和FT₄略高于血中水平;镜检见红细胞46例,白细胞6例,囊性变细胞55例,较大甲状腺细胞47例,正常甲状腺细胞36例。对照组(B)101例,男12例,女89例;年龄16~59岁,平均 29.61 ± 17.88 岁,病程1个月~2.5年,平均7.74个月;甲状腺功能轻度增高39例,正常45例,偏低17例。以上病例甲状腺结合球蛋白(TG_b)和TM_b阴性,细针穿刺抽液细胞学检查可排除恶性甲状腺囊肿。

治疗方法 A组采用7号针头穿刺抽吸囊液(37例较深囊肿由B超或CT引导),合并出血者用冰盐水冲洗,化脓性囊肿用2%灭滴灵和1%先锋霉素V交替冲洗,至囊液抽干后注入含90%酒精和10%利多卡因的白芥子复方酊剂(含元胡、三棱、莪术、甲珠、川芎、白芥子)1ml,术后加压包扎24h以上。每周2~3次,共4~12次。同时给予对症治疗和口服中药(甲状腺功能偏高者用1号:白芥子40g 麦冬20g 生地20g 夜交藤20g 龙胆草10g;功能正常和偏低者用2

号:白芥子40g 麦冬15g 生地10g 丹皮10g 夜交藤20g 黄芪20g。甲状腺功能偏高的42例还给予小剂量抗甲状腺药物,功能偏低的14例还给予甲状腺片20~40mg/d。B组只采用口服药物治疗,方法同A组。疗程均为1个月。

结 果

1 疗效评定标准 治愈:囊肿消失;有效:囊肿容积缩小50%以上;无效:囊肿无明显缩小。

2 疗效比较 A组治愈85例,有效12例,无效7例;B组治愈3例,有效39例,无效59例。A、B两组总有效率分别为95.19%和41.53%($P < 0.01$);A、B两组治愈率分别为81.73%和2.97%($P < 0.001$)。A组有效病例治疗前囊肿容积 $17.92 \pm 6.47 \text{ cm}^3$,治疗后 $1.39 \pm 0.81 \text{ cm}^3$ ($P < 0.001$),85例囊肿消失,12例明显缩小,平均缩小92.16%,其他症状也消失。7例无效者中5例为多发性囊肿,2例囊内出血不止。A组有效病例随访1年,仅4例复发(占3.85%)。

3 不良反应 A组39例无不良反应,43例有轻度疼痛,21例有颈部放射痛,给予镇痛剂后缓解,仅1例不能耐受而中断治疗。无其他不良反应和并发症。

讨 论 白芥子复方酊剂既有使囊壁粘连的特性,又有活血、止血、化瘀功能。经急性毒理试验,最大不死量为6.45ml/kg,相当于50kg的人每周用1ml的322.5倍,因此临床使用剂量相当安全。我们的研究表明,绝大部分患者接受治疗后无或仅有轻度不良反应。甲状腺囊肿的传统治疗方法是手术摘除或药物治疗,但前者有发生甲状腺功能减退的危险,不少患者拒绝接受,而后者疗效欠佳。本研究操作简便,治愈率和总有效率高,远期疗效也较理想,患者乐于接受。

(收稿:1996-07-01 修回:1996-12-03)