

中西医结合治疗甲状腺机能亢进 44 例

顾 果¹ 张永华¹ 金庆丰²

1985 年 9 月~1995 年 9 月,笔者采用中西医结合治疗甲状腺机能亢进(简称甲亢)44 例,并与西药治疗作对照,效果较满意,现报告如下。

临 床 资 料

诊断标准按《黄家驷外科学》(第 4 版,北京:人民卫生出版社,1979:807)。84 例患者,甲亢病程 2~17 年,平均 6.7 年。前 60 例按首次就诊先后分为 I、II、III 3 组各 20 例,以后就诊的 24 例列入 III 组,故 III 组共 44 例。3 组患者中甲状腺肿大 82 例,其中呈对称性弥漫性肿大者 I 组 18 例,II 组 18 例,III 组 38 例;不对称性结节性肿大 I 组 2 例,II 组 1 例,III 组 5 例;无明显肿大 2 例。原发性甲亢 I 组 18 例,II 组 19 例,III 组 39 例;继发性甲亢 I 组 2 例、II 组 1 例、III 组 5 例。全部病例有 T_3 或 T_4 或两者升高。3 组患者的一般资料见表 1。

表 1 3 组病例的一般资料分析 (例)

组别	例数	性别		年龄(岁) ($\bar{x} \pm s$)	甲亢程度			突眼症	精神 症状
		男	女		轻	中	重		
I	20	—	20	33.28 $\pm$ 7.23	9	8	3	14	19
II	20	1	19	38.89 $\pm$ 6.22	8	9	3	17	20
III	44	2	42	35.57 $\pm$ 6.41	17	21	6	27	40

治 疗 方 法

I 组用甲基或丙基硫氧嘧啶 100~200mg,每日 3 次口服;鲨肝醇 25~50mg 及(或)维生素 B_{12} 10~20mg,每日 3 次口服。每周测定白细胞,如正常又无其他副作用,可继续服药。II 组用他巴唑 10~20mg,每日 3 次口服;甲状腺片 20mg,每日 3 次口服。III 组用甲基或丙基硫氧嘧啶 100mg,每日 3 次口服;中药自拟处方:当归 10g 玄参 30g 穿山甲 10g 皂刺 10g 罗布麻 30g 野菊花 30g 合欢皮 30g 夜交藤 30g 僵蚕 15g 制大黄 6~10g 党参 15g 黄芪 15g 鳖甲 25g 龟板 30g 生地 30g,随证加减。每日 1 剂,水煎,分 2 次服。以上 3 组均为连续服药,继发性甲亢治疗 1~3 个月,原发性甲亢治疗 2~4 个月,无明显效果者改用他法治疗。有效病例一般服药至基础代谢率、 T_3 、 T_4 降至正常范

围,症状基本消失后,I 组甲基或丙基硫氧嘧啶改为每日或隔日 50~150mg;II 组他巴唑改为每日或隔日 5~15mg,III 组甲基或丙基硫氧嘧啶改为每日或隔日 50mg,加中药。持续用药 1 年以上。对部分症状可采用对症处理。对甲状腺结节继发甲亢疑有恶变,中、重度原发性甲亢药物治疗无效,或胸骨后甲状腺肿伴甲亢腺体较大有压迫症状者,则需行手术治疗。

结 果

1 疗效标准 治愈:症状基本消失,基础代谢率、 T_3 、 T_4 均在正常范围,不需手术,随访 0.5 年以上无复发者。好转:症状明显改善或已基本消失,基础代谢率、 T_3 、 T_4 已降至正常或近正常,但在 0.5 年内可有复发,或需行手术治疗者。无效:经治疗后症状、体征或实验室检查无改善,且难行手术,需改用他法治疗者。

2 3 组疗效结果 见表 2。

表 2 3 组疗效结果比较 (例(%))

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效	手术
I	20	4(20)	13(65)	3(15)	17(85)	11(35)
II	20	2(10)	11(55)	7(35)	13(65)	9(45)
III	44	24(54.5)*	20(45.5)	0	44(100)*	16(36.4)

注:与 I、II 组比较,* $P<0.01$

治愈率与总有效率以 III 组为最高,与 I 及 II 组比较均有显著差异($P<0.01$);手术率因 I 及 II 组无效病例均改用 III 组疗法,而缺乏可比性。治疗过程中,3 组病例均未遇白细胞减少、药疹、药热等副作用;且经治疗后 III 组病例甲状腺肿块缩小 34 例(77.3%)。

3 3 组治疗前后 T_3 、 T_4 值比较 见表 3。

I、II、III 组治疗后 T_3 值及 I、III 组 T_4 值比治疗前有显著性差异($P<0.05$, $P<0.01$),III 组治疗后 T_3 、 T_4

表 3 3 组治疗前后 T_3 、 T_4 值比较 (nmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		T_3	T_4
I	20	治前	6.48 $\pm$ 3.03	260.51 $\pm$ 72.23
		治后	3.91 $\pm$ 2.28* Δ	212.63 $\pm$ 69.93* Δ
II	20	治前	6.21 $\pm$ 2.57	253.07 $\pm$ 77.29
		治后	4.47 $\pm$ 1.97* Δ	223.54 $\pm$ 56.80 Δ
III	44	治前	5.92 $\pm$ 2.89	239.45 $\pm$ 98.71
		治后	2.95 $\pm$ 0.56**	179.99 $\pm$ 66.22**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与 III 组治疗后比较, $\Delta P<0.01$

1. 浙江省嘉善县第二人民医院(浙江 314102);2. 上海市金山县中心医院

值与 I、II 组比较均有显著性差异。

讨 论

抗甲状腺素药物硫氧嘧啶或他巴唑,可阻止甲状腺激素的合成,但用这类药物可促使甲状腺肿大和动脉性充血,并可引起白细胞减少或出现药疹、药热等副作用,而且有部分病例无明显疗效。采用中西医结合治疗不但能减少西药的副作用,而且能增加疗效。生地与玄参

滋阴生津、养血润喉;山甲与皂刺活血理气,软坚散结消肿,罗布麻与野菊花疏肝理气;麝香、大黄及当归消瘀散结生血;合欢皮与夜交藤镇静安神;党参与黄芪固本补气、健脾补血;鳖甲与龟板滋阴潜阳。因此本方具有疏肝理气、育阴潜阳、软坚散结、养血安神以缓解甲亢之功效,并兼有防止因用硫氧嘧啶所致的甲状腺增大及白细胞减少等副作用,标本兼顾。

(收稿:1996-11-11 修回:1997-04-15)

中西医结合治疗腹膜透析患者腹泻的疗效观察

曲晓璐¹ 叶任高² 王 丽³

我们在临床工作中发现,部分持续性不卧床腹膜透析(CAPD)患者,常出现反复或持续的腹泻,原因不明,而一般常规西药治疗效果不理想,严重影响了 CAPD 患者的营养状况和生活质量,为此,我们于 1995 年 9 月~1996 年 3 月对 40 例 CAPD 腹泻患者进行西药和中西药结合治疗的对照研究,现将结果报告如下。

临床资料 选择大便次数每日>3 次,或超出原有的习惯频率,每日大便量超过 300g,为不成形稀便,或在一定时间内频繁的水样便,中医辨证属脾胃虚弱证、肾阳虚衰证者;大便常规及培养排除感染性腹泻。40 例均为住院患者,随机分为两组,治疗组 20 例,男 11 例,女 9 例,年龄 17~63 岁,平均 41.2 岁;腹泻病程 2~18 天,平均 5.3 天;原发病:慢性肾小球肾炎 16 例,糖尿病肾病 2 例,高血压性肾病 1 例,狼疮性肾病 1 例;中医辨证属脾胃虚弱证 8 例,肾阳虚衰证 12 例。对照组 20 例,男、女各 10 例;年龄 15~62 岁,平均 44.8 岁;腹泻病程 1~21 天,平均 4.9 天;原发病:慢性肾小球肾炎 17 例,糖尿病肾病 1 例,梗阻性肾病(双肾结石)1 例,狼疮性肾病 1 例;中医辨证属脾胃虚弱证 7 例,肾阳虚衰证 13 例。40 例大便培养均无志贺氏、沙门氏菌生长,两组病例腹透方法一样,使用“O”型管道腹腔置管,透析液 2000ml,每 4h 更换 1 次,每日 4 次,最后 1 次留腹至次日清晨,两组间一般资料具有可比性。

治疗方法 对照组予易蒙停(盐酸洛哌丁胺,每片含生药量 2mg,西安杨森制药有限公司生产,批号 950115)2 片,每日 3 次,氟哌酸(北京制药厂生产,批号 950624)0.2g,每日 4 次;治疗组在对照组用药基础上,加服中药止泻饮(由党参 15g 白术 10g 茯苓 15g 薏苡仁 15g 淮山药 10g 吴茱萸 5g 补骨脂 10g 陈皮 10g 组成,每毫升含生药量 1g)30ml,每天 3 次口服。两

组疗程均为 3 天,受试者每日记录大便次数,大便量及性状,伴随症状,所有病例均做大便常规及连续 3 次大便培养(包括细菌、真菌、厌氧菌)。统计学方法采用 χ^2 检验及 t 检验。

结 果

1 疗效判断标准 显效:泄泻症状消失,大便成形,每日 1~2 次,与泄泻相关的客观指标有显著改善;有效:大便次数和性状有好转,与泄泻相关的客观指标有好转;无效:症状无改善或有所加重。

2 疗效 治疗组显效 14 例(70%),有效 5 例,无效 1 例,总有效率 95%;对照组依次为 7 例(35%)、7 例与 6 例,总有效率 70%,两组显效率和总有效率差异有显著性($P < 0.05$)。疗程:治疗组 8~72h,平均 20.27h;对照组 20~72h,平均 37.65h。差异有显著性($P < 0.01$)。大便次数(次/天, $\bar{x} \pm s$):治疗组治疗前为 8.6 ± 3.1 ,治疗后第 1、2、3 天分别为 3.6 ± 2.2 、 1.5 ± 1.2 、 1.3 ± 0.7 ;对照组治疗前为 8.6 ± 2.5 ,治疗后第 1、2、3 天分别为 5.4 ± 2.4 、 2.6 ± 2.0 、 2.1 ± 2.0 ,治疗组服药后第 1 天、第 2 天明显低于对照组的大便次数, ($P < 0.05$),治疗组服药过程中未出现不良反应,治疗后两组病例大便培养结果均为无志贺氏、沙门氏菌生长。

讨 论 中医理论认为:“无湿不成泻”、“无虚不久泻”,尿毒症患者往往久病,内有脾肾阳虚为其本,外有湿浊阻滞为其标,本虚标实,虚实夹杂交于肠腑而成泄泻之证,据此,我们拟定了止泻饮与西药配合治疗,方中以党参、白术、茯苓补气健脾;补骨脂、吴茱萸温补肾阳,薏苡仁、淮山药、陈皮渗湿止泻;全方共奏温补脾肾、渗湿止泻之功。临床观察表明,与纯西药治疗比较,中西医结合治疗疗效好,且无不良反应。

(收稿:1996-04-10 修回:1997-08-06)

1. 湖南中医学院附属一院内科(长沙 410007);2. 广州中山医科大学附属一院肾病研究所;3. 广东省惠州市中医院急诊科