

毒性弥漫性甲状腺肿中医研究进展

王颖¹ 戴芳芳²

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.江苏省中医院,江苏南京 210029)

摘要 毒性弥漫性甲状腺肿可归属于中医学“瘰病”、“瘰瘤”、“肝火”等范畴,由情志内伤、饮食水土失宜及体质因素等引起,以气滞、痰凝、血瘀壅结颈前为基本病机。临床治疗主要分为:分期治疗、辨证分型治疗、经验方治疗、针灸配合药物治疗及中西医结合治疗等。与单纯西药治疗相比,中医更强调辨证论治,通过全方位的调动身体机能,来改善全身症状以使甲状腺功能趋于平衡,特别在调节人体免疫机制方面显示出了独特的优势。但是,中医药治疗也有不足之处,如辨证分型有很大的差异,疗效判定缺乏科学统一的评判标准,一些含碘中药的使用也存在争议,而中药煎服方法的不便更降低了患者的依从性,实验研究也多为临床试验对照,基础研究非常少。因此,制定统一的辨证分型标准与严格的基础研究方案,方能对本病进行更深入的研究。

关键词 毒性弥漫性甲状腺肿 中医病机 中医药疗法 综述

中图分类号 R259.813

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)01-0080-03

毒性弥漫性甲状腺肿(Graves病)属于器官自身免疫性疾病,普通人群中本病的患病率约1%,发病率约15/10万~50/10万,女性显著高发(为男性的4~6倍),高发年龄为20~50岁。Graves病可归属于中医学“瘰病”、“瘰瘤”、“肝火”等范畴。近年来,中医药对Graves病的研究取得了一定进展,现概述如下。

1 病因病机

中医认为本病是由情志内伤、饮食水土失宜及体质因素等引起,以气滞、痰凝、血瘀壅结颈前为基本病机的一类疾病。《诸病源候论·瘰候》谓:“瘰者由忧恚气结所生,亦曰饮沙水,沙随气入于脉,搏颈下而成之。”《外科正宗·瘰瘤论》谓:“夫人生瘰瘤之症,非阴阳正气结肿,乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成。”《圣济总录·瘰瘤门》从病因的角度将五瘰作了归类,“石瘰、泥瘰、劳瘰、忧瘰、气瘰是为五瘰,石与泥则因山水饮食而得之;忧、劳、气则本于七情”。现代医家在总结古代医家言论的基础上对其病因病机有着进一步的理解。许芝银认为本病早期多以心肝火旺,灼伤阴液为主,病久多致气阴两伤,虽病情杂,其病机当为本虚标实,本虚以阴虚为主,标实为郁火、痰浊与血瘀。^[1]戴芳芳等^[2]认为热毒是本病发病的始动因素。王晓强^[3]认为“心肝火旺、血分热盛”是毒性弥漫性甲状腺肿的主要病机。陈惠等^[4]认为本病的基本病机为阴虚阳亢,甲亢初期,阴虚气滞痰凝兼见;甲亢中期,虚实夹杂阳亢为本;甲亢后

期,气阴两虚夹湿痰瘀。李英杰认为本病肝郁肝火只是甲亢的一过性表现,阴虚火旺才是甲亢的本质。^[5]

2 临床治疗

2.1 分期治疗 李赛美将本病分成3期论治,初期:实证为多,多属阳明或阳明少阳合病,尤以阳明热实证为多,治以清解阳明实热,方选白虎汤、白虎加人参汤,或合以四逆散。中期:虚实夹杂为主,治以涤痰化瘀、软坚散结为主,益气养阴为辅,采用程国彭《医学心悟》的“消瘰丸”加山慈姑、猫爪草、夏枯草作为基础方,随症加减,佐以柴胡、白芍等疏肝之品,标本同治。或治以小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤加减。后期:病程迁延,损及脾胃,久病之伤,穷必入肾,脾肾两虚,太少合病,治以柴芍六君汤或理中汤加减,匡扶正气^[6]。李彤寰等^[7]根据病机的演变过程将其本病为3期。早期:邪盛症重阶段,脏腑气机紊乱,心肝火旺,热盛为毒,临床表现一派火热之象,辨证属阳热亢盛之实证。中期:毒邪深入脏腑、血分,正不胜邪的阶段。热毒、痰毒、瘀毒交互为患,互为病理因素,兼有气阴不足,辨证属虚实夹杂。晚期:毒邪蕴伏于内,正不胜邪,虽无明显外候,实属隐患阶段。久病入络,痰瘀热毒,耗伤气阴,使疾病迁延难已,反复发作,辨证属本虚标实,以虚为主。因此对早期患者当以清热解毒为主,可兼以苦寒、辛寒直折其火,以断其蔓延之路;甲亢后期,则当以益气养阴为主。路志正教授认为甲亢病机特点属“本虚标实”,以“肝肾心

脾亏虚”为本,“肝郁胃热、化火生风、痰瘀停滞”为标。初期以肝郁胃热为主,治宜理气解郁、清肝泻火,常用逍遥散、丹桅逍遥散、柴胡疏肝散、四逆散等。中期以心脾气阴两虚明显,治以益气养阴、软坚散结,常用生脉散加减。后期多属脾肾两虚,痰瘀互结,治以健脾补肾、化痰祛瘀散结,健脾可选用参苓白术散、归脾丸等加减。^[8]

2.2 辨证分型治疗 崔秋环等^[9]将本病分为2型论治。①肝火旺盛型,治以清肝泻火、消瘿散结,药用:龙胆草、夏枯草、栀子、丹皮、柴胡、白芍、当归、牛蒡子、射干、龙骨、牡蛎、浙贝、白芥子、玄参、甘草;②心肝阴虚型,治以滋阴降火、宁心柔肝,药用:生地、沙参、玄参、麦冬、天冬、人参、茯苓、当归、枸杞、丹参、炒枣仁、五味子、远志、川楝子。吴旻^[10]将本病分为8型治疗。①肝郁气滞证,治宜疏肝解郁、理气消瘿,方用柴胡疏肝散合小柴胡汤或消瘿散加减。②气滞痰凝证,治宜理气化痰、消瘿散结,方用四海玉舒丸或海藻玉壶汤加减。③瘀血内结证,治宜理气活血、化痰消瘿,方用消瘿丸合海藻玉壶汤加减,若为寒痰气滞,可用半夏厚朴汤加减;若为热痰气滞,则改为小陷胸汤加减。④肝火亢盛证,治宜清肝泻火、散结消瘿,方用龙胆泻肝汤或珍珠母汤加减。⑤心肝阴虚证,治宜滋阴清热、养心柔肝,方用天王补心丹或一贯煎加减。⑥肝肾阴虚证,治宜滋补肝肾、养阴散结,方用生脉散合六味地黄丸加减。⑦肝阴虚阳亢生风证,治宜平肝熄风、滋阴潜阳,方用天王补心丹加天麻钩藤饮或大定风珠加减。⑧胃热亢盛证,治宜清胃除热、益气养阴,方用白虎加人参汤合麦门冬汤或白虎加人参汤合四逆散加减。高益民将本病分为气郁痰阻型、肝胆湿热型、肝肾阴虚型、气阴两虚型,治宜理气化痰、清利湿热、滋养肝肾、益气养阴,分别予疏肝化痰汤、茵陈蒿汤、二至丸、增液汤化裁。^[11]

2.3 经验方治疗 一些医家使用经验方治疗本病。高天舒使用消瘿散结汤加减(夏枯草、浙贝母、柴胡、郁金、莪术、法半夏、紫苏子、鳖甲)治疗肝火旺盛、痰气互结型甲亢,疗效显著^[12]。刘桂芳等^[13]将80例甲亢患者随机分为两组:对照组30例采用甲巯咪唑治疗,治疗组50例采用夏枯草汤加减治疗(夏枯草、酸枣仁、浙贝母、炒栀子、桃仁、红花、生地),治疗组总有效率为92.00%,对照组为93.33%,二者比较无显著性差异($P>0.05$),但治疗组在改善甲状腺肿大、突眼等方面明显优于对照组。胡爱民强调在甲亢的早中期,选用疏肝健脾、泄热除烦之丹桅逍遥散为主方进行加减,使肝气调畅,脾得健运,阴液回复,郁火清泻,则诸症可解^[14]。胡思荣常谓治疗

瘿病气不行则郁难开,痰不化则结难散,痰凝可以加重气滞,气滞又可以促进痰结,以痰之生成、致病为线索,以行气化痰散结法贯穿整个治疗始终,常用温胆汤化裁,既有祛痰行气之功,又有增补养心神之力,治标不忘本,临床疗效显著^[15]。刘倩^[16]将60例心肝阴虚火旺型甲亢患者随机分为治疗组和对照组。治疗组服用清热抗甲片治疗,对照组服用甲巯咪唑治疗,治疗组总有效率93.3%,对照组总有效率76.7%,治疗组未出现白细胞下降及肝功能异常,对照组有1例病人出现白细胞下降,2例病人出现肝功能异常。

2.4 针灸配合药物治疗 夏勇等^[17]将52例患者随机分为针药组27例和西药组25例。针药组采用针刺足三里、内关、三阴交等联合甲巯咪唑10mg/d和优甲乐25μg/d,西药组仅予甲巯咪唑10mg/d和优甲乐25μg/d,连续治疗3个月后发现针药并用能更好地改善甲亢症中所存在的高代谢综合征、高循环症候群、神经肌肉、消化系统等方面的相关症状。许伟明等^[18]将45例甲亢突眼患者随机分为针推组(25例)与西药组(20例),针推组采用针灸配合穴位按摩,选择睛明、球后、承泣等为针刺主穴,配合手法按摩颈后部及眶周局部各穴,西药组静脉点注地塞米松和氨甲蝶呤,口服泼尼松,结果发现针推组突眼度改善明显优于西药组。张娟等^[19]将80例初发甲亢患者随机分为治疗组40例和对照组40例。对照组予丙硫氧嘧啶片口服配合禁碘饮食,治疗组在丙硫氧嘧啶片口服的基础上配合气瘿、肾俞、足三里等穴穴位埋线,结果显示治疗组总有效率92.5%,对照组总有效率82.5%。贾翠霞等^[20]通过针刺合谷、太冲穴,甲状腺肿大腺体围针刺配合小剂量甲巯咪唑口服3月,治疗1例反复发作甲亢患者,结果其甲状腺大小恢复正常,甲状腺功能亦恢复正常,随访1年未复发。

2.5 中西医结合治疗 毒性弥漫性甲状腺肿的西医治疗方法主要包括抗甲状腺药物治疗、放射性碘治疗及手术治疗。近年来,在毒性弥漫性甲状腺肿的治疗方面,各地学者也都进行了一些新的探索,如介入栓塞治疗^[21]、甲状腺内局部注射地塞米松治疗^[22]、甲巯咪唑与糖皮质激素联合治疗^[23]、经皮无水乙醇注射治疗^[24]、甲壳多糖治疗^[25]、生长抑素类药物^[26],虽然取得了一定的疗效,但缺乏大量病例的长期统计研究,无法确定其确切的远期疗效、复发率及安全性。而中医药在改善全身症状、调节免疫机制等方面有着一定的优势。中西医结合治疗可大大缩短改善症状的时间,减少西药的副作用及降低复发率。李彤寰等^[27]将60例甲亢患者随机分为治疗

组和对照组,治疗组用小剂量甲巯咪唑联合银甲散(银花、连翘、天花粉、夏枯草、山慈姑、浙贝等)治疗,治疗组控制率43.7%,总有效率93.3%;对照组控制率22.7%,总有效率86.3%,提示中西医结合治疗本病既可减少甲巯咪唑的治疗剂量,又具有更好的临床疗效。查镜雨等^[28]用复方调癭合剂(夏枯草15g、太子参15g、炒白芍15g、玄参15g、浙贝母10g、炒栀子15g、牡丹皮10g)联合甲巯咪唑治疗甲亢,总有效率95%,高于西药对照组的90%。王晓强^[3]将55例初发甲状腺功能亢进症患者随机分为治疗组30例与对照组25例。两组均采用西药甲巯咪唑对症处理,治疗组加用中药凉血抗甲汤(生地、丹皮、赤芍、夏枯草、玄参、浙贝、生牡蛎、栀子、连翘、生甘草等),两个月后发现治疗组总有效率86.7%,对照组总有效率76.0%。

3 结语

综上所述,中医药治疗毒性弥漫性甲状腺肿有着良好的疗效,与单纯西药治疗相比,中医更强调辨证论治,通过全方位的调动身体机能,来改善全身症状以使甲状腺功能趋于平衡,特别在调节人体免疫机制方面显示出了独特的优势。而西药仅单纯侧重抑制甲状腺激素水平来达到治疗目的,在改善全身症状方面缺乏优势。在不良反应方面,中医药治疗更能降低如白细胞减少、药疹、肝脏损害等不良反应的发生率。但是,中医药治疗也有不足之处,如辨证分型有很大的差异,疗效判定缺乏科学统一的评判标准,一些含碘中药的使用也存在争议,而中药煎服方法的不便更降低了患者的依从性,实验研究也多为临床试验对照,基础研究非常少。因此,制定统一的辨证分型标准与严格的基础研究方案,才能对本病进行更深入的研究,以更好地继承和发扬中医精华,为更多的患者造福。

参考文献

- [1] 姚昶,高卫卫,杨理.清热养阴治甲亢:许芝银教授经验总结.中国民族民间医药,2009(20):61
- [2] 戴芳芳,李彤寰.银甲散治疗 Graves 甲亢的远期疗效观察.内蒙古中医药,2009(11):14
- [3] 王晓强.清热凉血法治疗初发 Graves 甲亢的理论探讨与临床研究:[学位论文].济南:山东中医药大学,2007
- [4] 陈惠,倪青.甲状腺功能亢进症中医病因病机探讨.辽宁中医药大学学报,2013,15(3):76
- [5] 刘春倩,武自力,高福顺.李英杰治疗甲亢经验初探.光明中医,2013,28(08):1561
- [6] 黄润波.甲状腺机能亢进症中医辨治述略与李赛美临床经验探讨:[学位论文].广州:广州中医药大学,2013
- [7] 李彤寰,戴芳芳.从热毒论治 Graves 甲亢.四川中医,2008,26(9):31
- [8] 魏华,路洁.路志正教授治疗甲状腺机能亢进症的用药经验.广州中医药大学学报,2004,21(5):407
- [9] 崔秋环,杨文军.中西医结合治疗甲状腺功能亢进症 31 例.陕西中医学院学报,2013,36(2):67
- [10] 吴旻.浅谈中医如何从肝脏论治甲状腺功能亢进症.工企医刊,2013,26(2):163
- [11] 张焱,王文娟,高琦,等.高益民辨治甲状腺功能亢进症经验.河北中医,2013,35(10):1445
- [12] 周婵媛,高天舒.高天舒消癭散结汤治疗甲状腺机能亢进症.实用中医内科杂志,2014,28(2):7
- [13] 刘桂芳,高彦彬.夏枯草汤加减治疗甲状腺机能亢进症临床观察.山西中医,2007,23(6):22
- [14] 黄寅莹,胡爱民.胡爱民医师运用疏肝清热法治疗甲状腺功能亢进症验案举隅.中国民族民间医药,2013(1):89
- [15] 胡然.胡思荣治疗毒性弥漫性甲状腺肿的经验.湖北中医杂志,2011,33(4):29
- [16] 刘倩.清热抗甲片治疗甲状腺功能亢进症的临床研究:[学位论文].济南:山东中医药大学,2005
- [17] 夏勇,舒适,李艺,等.针药并用治疗甲亢突眼症临床观察.上海针灸杂志,2010,29(8):498
- [18] 许伟明,郭艺红,陈碧虹.针刺结合穴位按摩治疗浸润性突眼疗效观察.中国针灸,2011,31(2):101
- [19] 张娟,文重远,余敏.丙硫氧嘧啶片联合穴位埋线疗法治疗伴情绪障碍甲亢患者的疗效分析.湖北中医药大学学报,2012,14(4):52
- [20] 贾翠霞,邵迎新.甲状腺功能亢进症反复发作案.针灸临床杂志,2012,28(3):22
- [21] 岑贤友,甘万崇.三种栓塞方法治疗甲亢对照研究.山东医药,2004,44(7):21
- [22] 周艳琴,许帮林,黄雪英.甲状腺内局部注射地塞米松治疗复杂性甲亢的临床研究.江西医药,2005,40(S1):693
- [23] 罗光涛.他巴唑与糖皮质激素联合治疗甲亢 Graves 病 49 例临床报告.川北医学院学报,2003,18(03):46
- [24] 陈孝义,文重远,杨莲花,等.超声指导经皮无水乙醇注射治疗药物难治性格雷夫斯病的研究.中华超声影像学杂志,2003,12(5):32
- [25] 林潮生.甲壳多糖治疗 37 例内分泌性浸润性突眼症的临床研究.福建医药杂志,2003,25(4):28
- [26] 雷春涛,方静.生长抑素类药物在 Graves 眼病的研究进展.国外医学·眼科学分册,2003(1):37
- [27] 李彤寰,戴芳芳.中西医结合治疗 Graves 病的临床观察.成都中医药大学学报,2008,31(3):18
- [28] 查镜雨,陈晓雯,章健,等.复方调癭合剂治疗甲状腺机能亢进症 20 例.中医研究,2008,21(4):23

第一作者:王颖(1989-),女,硕士研究生,从事内分泌疾病的临床研究。

通讯作者:戴芳芳,Dff1166@126.com

收稿日期:2014-09-25

编辑:傅如海