

从脾论治桥本甲状腺炎临证撷要

李欣怡¹ 祁 烁² 袁姣姣¹ 耿文倩¹ 吴艳珂¹ 李心爱¹ 李祎琳³ 丁治国²

(1. 北京中医药大学东直门医院, 北京 100700; 2. 北京中医药大学孙思邈医院, 陕西铜川 727031;
3. 承德医学院, 河北承德 067000)

摘 要 桥本甲状腺炎是一种常见的自身免疫性疾病, 由于病因不明、症状不一、病程缠绵, 治疗有一定难度。中医认为脾具有输布四方的特性, 体现并传达任何脏腑出现的问题。足太阴脾经循经桥本甲状腺炎病变部位; 脾为后天之本、气血生化之源, 甲状腺功能的正常依赖脾所化生之气血津液, 而脾失健运, 则气滞、痰凝、血瘀壅滞而成瘰; 基于五行生克理论, 脾之功能失常, 会通过于心、肝、肺、肾的影响而致桥本甲状腺炎发生。因此, 需重视从脾论治本病, 具体可结合桥本甲状腺炎分期(早期、中期、后期), 分别采用健脾疏肝以遏其化热、清热运脾给邪以出路、补益脾肾以固护本源, 将实脾贯穿始终, 常获良效。附验案1则以佐证。

关键词 桥本甲状腺炎; 从脾论治; 柴胡疏肝散; 益胃升阳汤; 加味道遥散; 消瘰丸; 金匱肾气丸; 四君子汤

基金项目 陕西省中医药管理局科研项目(2022-QCYZH-043); 陕西省重点研发计划(2023-ZD-ZDLSF-56); 陕西省铜川市甲状腺病防治中心中医药科研专项(TJF-2022-19)

桥本甲状腺炎(Hashimoto thyroiditis, HT), 即慢性淋巴细胞性甲状腺炎, 是一种常见的自身免疫性疾病^[1]。血清抗甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)和/或甲状腺球蛋白抗体(TGAb)升高, 超声提示甲状腺组织弥漫性病变或肿大, 即可临床诊断为桥本甲状腺炎^[2]。近年来桥本甲状腺炎的发病率逐年上升^[3], 女性发病率高于男性, 多发生于青、中年人群, 发病年龄范围为30~50岁。环境因素、遗传因素及高含碘饮食是本病主要的发病及影响因素^[4-6]。目前, 现代医学对本病的干预措施主要为低碘饮食^[6], 而中医药治疗在降低抗体水平及缩小甲状腺局部肿大方面效果明显。

桥本甲状腺炎可归属于中医学“瘰病”“瘰瘤”等范畴, 基于中医学整体观念, 本病临床表现除甲状腺局部肿胀外, 还有情绪急躁或低落、神疲倦怠、心慌心悸等全身症状, 故在认识上不可局限于甲状腺一个组织。因桥本甲状腺炎发病和症状多与情志相关, 故中医临床多从肝论治, 但笔者思考, 不可忽视脾在本病发生发展中的重要作用。《医学实在易》^[7]述: “脾为土脏, 藏意与智, 居心肺之下, 故从卑。又脾者裨也, 裨助胃气, 以化谷也。”脾居心肺之下, 故为谏议之官; 脾者助胃气, 转输, 故“知周出”。由于脾具有输布四方的特性, 脾脏体现并传达任何脏腑出现的问题, 与周身脏腑气血津液运化

功能息息相关。桥本甲状腺炎作为自身免疫性疾病之一, 其发病机制尚未明确。基于脾的特性, 机体免疫紊乱与脾之间的关系值得重视。因此, 笔者拟通过分析桥本甲状腺炎与中焦脾土经络循行、生理病理特性及五行生克的关系, 探索从脾论治本病的辨治思路。

1 脾与桥本甲状腺炎的生理、病理密切相关

1.1 桥本甲状腺炎病变部位为足太阴脾经循行所过 甲状腺主要位于颈部甲状软骨下方, 气管两旁^[8]。咽喉是经脉循行交会之处。《灵枢·经脉》云: “脾足太阴之脉, 起于大趾之端……入腹, 属脾, 络胃, 上膈, 挟咽, 连舌本, 散舌下。其支者, 复从胃别上膈, 注心中”^[9], 明确指出足太阴脾经上行, 沿食道两旁循经咽喉连于舌根, 其走行经过甲状腺所在位置以及颈、咽、舌、心等部位。桥本甲状腺炎临床常见颈部肿胀、口干、咽部异物感等局部症状, 以及心慌、心悸等全身症状, 其病变部位为足太阴脾经循行所过。

1.2 脾脏生理病理特性与桥本甲状腺炎发生、发展相关 桥本甲状腺炎症状不一, 其看似是甲状腺局部淋巴细胞浸润导致的炎症反应, 实则为本体的免疫系统紊乱性疾病。脾位于中焦, 为人体气机升降之枢、后天之本, 其失常同样会影响局部甲状腺及全身脏腑功能。《素问·玉机真脏论》^[10]言: “脾脉者,

土也,孤脏以灌四傍者也”,“脾者土也,治中央,常以四时长四脏,各十八日寄治,不得独主于时也”。从所居之位而言,脾主中央,有承上启下、输布四方的位置优势;从所主之时而言,脾不单旺一季,而分旺四时以长养四脏,有独特的时间优势。《素问·经脉别论》^{[10]133}云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱;水精四布,五经并行,合于四时五脏阴阳,揆度以为常也。”水谷精微经脾转输散精,上输于肺,由肺脏注入心脉化为气血,再通过经脉输送全身,以营养五脏六腑。因此,五脏六腑维持正常生理活动所需要的水谷精微,都有赖于脾的运化。《医宗必读·肾为先天本脾为后天本论》^[11]曰:“一有此身,必资谷气,谷入于胃,洒陈于六腑而气至,和调于五脏而血生,而人资之以为生者也。故曰后天之本在脾。”人以水谷为本,脾胃作为水谷之海,即为后天之本、气血生化之源。脾气健运,则机体的消化吸收功能健全,得以化生气血津液以维持正常生理活动。《外科正宗·癭瘤论》^[12]云:“夫人生癭瘤之症,非阴阳正气结肿,乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成”,若脾失健运,则机体运化气血津液便因之而失常,气滞、痰凝、血瘀壅滞而成癭。

1.3 脾脏影响他脏导致桥本甲状腺炎发生、发展 五脏相生相克,脾虚致其他脏腑功能失常也可引发桥本甲状腺炎。《诸病源候论·癭候》^[13]曰:“癭者,由忧恚气结所生。”情志因素是桥本甲状腺炎发生因素之一,肝属木,脾属土,木克土,土不及则肝脾之间的动态平衡被破坏,土虚木乘,肝失疏泄而气机郁结,故桥本甲状腺炎患者常出现烦躁、情绪波动等症状。正如《素问·六微旨大论》^{[10]367}言:“亢则害,承乃制。”心属火,火生土,土不及则“子盗母气”,脾气虚衰,心血耗伤,因此桥本甲状腺炎患者常出现心悸、胸闷、失眠多梦等相关症状。肺属金,土生金,脾病则“母病及子”,累及于肺,肺气虚损,宣降失职,津液不布,水道不利,则聚水而生痰饮,故桥本甲状腺炎患者常出现咽部异物感、咳痰等症状。肾属水,土克水,生理状态下脾土制约肾水,脾虚致肾水泛滥,水湿内停,阻滞三焦,因此桥本甲状腺炎患者常出现四肢怕冷、腹胀、大便失调或下肢水肿等症状。

2 从脾论治桥本甲状腺炎

桥本甲状腺炎在发生发展过程中可并发一过性甲状腺毒症、甲状腺功能减退。如何在甲状腺功能正常的情况下有效减低抗体、延缓疾病发展是临床中的难点与重点。本课题组前期通过观察性研究探索桥本甲状腺炎的临床症状及证型分布规律,结果

显示:甲状腺功能正常情况下桥本甲状腺炎患者主要表现为三组证型,分别是肝气郁结、脾虚痰湿证,肝经郁热、脾虚痰凝证,脾肾不足、阴阳两虚证^[14]。纵观以上三证,其核心病机均涉及脾虚,因此在桥本甲状腺炎的治疗中应始终重视“实脾土”。

2.1 健脾疏肝以遏其化热 桥本甲状腺炎早期发病与情志失调、饮食水土特性相关,多见肝气郁结、脾虚痰湿证,临床表现为情绪不佳、育龄期女性经期乳胀、颈部肿大。《素问·宝命全形论》^{[10]153}云:“土得木而达”,当治以疏肝理气、健脾升阳,常用柴胡疏肝散合益胃升阳汤加减。不仅做到知肝传脾以实脾,且恐疏肝耗气以补气,故肝脾同调。临证可选用柴胡、升麻升举中气,枳壳破滞气,陈皮利中气,香附解气郁,芍药养肝阴而缓肝急,人参、白术、黄芪健脾益气,切记应少用三棱、莪术等破气之药。针对眠浅易醒可加酸枣仁、茯神、首乌藤养心安神;咽部异物感明显可加射干、木蝴蝶、浙贝母化痰利咽;胸闷明显可加厚朴、大黄荡涤痰邪以解心胸痞塞。健脾、疏肝、柔肝、养肝,诸法同用,则中气健,化源足,肝脾调,阴阳和,情绪烦闷、局部异物感自除。

2.2 清热运脾给邪以出路 脾虚肝郁日久生热,因此桥本甲状腺炎中期证型以肝经郁热、脾虚痰凝证为主。此热可分为气血之热和虚实之热。《丹溪心法》^{[15]13}云:“气有余便是火”,此气郁之热,即气分热;情志郁结,五志过极化火致血热,即血分热。另一方面《脾胃论·安养心神调治脾胃论》^[16]云:“凡怒、忿、悲、思、恐、惧皆损元气。夫阴火之炽盛,由心生凝滞,七情不安故也”,情致不遂,阴火内盛,此为虚热。无论虚实之热,均可炼液为痰,致痰湿结聚颈前。该证型临床表现为燥热汗出、咽部异物感明显,或下肢困重,或入睡难且烦躁等。治疗常用加味逍遥散合消瘰丸加减,其中消瘰丸出自《医学心悟》,由牡蛎、贝母、玄参组成。临证可选用夏枯草、柴胡、黄芩清气郁之热,牡丹皮、赤芍清血瘀之热,猫爪草、牡蛎、贝母化痰散结消肿,黄芪、白术、茯苓、刺五加健脾祛湿,厚朴燥湿化痰,桔梗载诸药上行以利癭。治疗时常用苦寒药泻火热以清气血二分之热,但应注意逐邪而不伤正,不忘以甘温之品补中,且《丹溪心法》^{[15]27}云:“治痰法:实脾土、燥脾湿,是治其本也。”针对下肢困重可加车前子、泽泻、防己、茯苓皮以利水消肿;月经不调、月经量少可加益母草、红花、路路通活血通经;眼部干涩可加决明子、茺蔚子清肝明目;烦躁多汗可加白芍柔肝止汗。清热与补气药相配,清而不耗气;运脾与化痰利湿药相伍,标本兼治。

2.3 补益脾肾固护本源 病久气血阴阳耗失,先后天之本亏虚,因此桥本甲状腺炎后期证型以脾肾不足、阴阳两虚证为主。《景岳全书》^[17]云:“命门为精血之海,脾胃为水谷之海,均为五脏六腑之本。然命门为元气之根,为水火之宅,五脏之阴气非此不能滋,五脏之阳气非此不能发。而脾胃以中州之土,非火不能生”,脾肾相互依赖,相互影响。郁热日久伤阴,阴阳互根,阴病及阳,阴阳两虚,以虚证为主,主要累及脾肾。该证型临床表现为怕风或怕冷,手脚发凉,女性月经量少、血色发暗等。治疗常用金匱肾气丸合四君子汤加减,方中党参、白术、茯苓、山药、熟地黄、山萸肉补益脾肾,但以黄芩、夏枯草清热,恐补益日久滋腻生热。针对阳虚寒重,用辛热之品肉桂以温阳祛寒,但不可持久,久则耗气伤阴;针对阴虚热盛,用寒凉之品五味子、生地黄、麦冬以滋阴清热。由此,补脾肾兼清热,补益而不滋腻,“壮水之主,以制阳光;益火之源,以消阴翳”,阴阳俱补。

3 验案举隅(丁治国主诊)

袁某某,女,13岁。2022年3月8日初诊。

主诉:间断乏力倦怠近1年,颈部肿胀加重7d。患者1年前出现倦怠乏力、颈部肿胀不适,于外院查甲状腺功能八项提示促甲状腺激素、甲状腺过氧化物酶抗体、甲状腺球蛋白抗体、甲状腺微粒体抗体均升高,余甲状腺激素水平正常,后规律口服左甲状腺素钠片(优甲乐)至今。7d前患者自觉颈部肿胀明显,持续1周末缓解,遂来求诊。刻下:颈部肿胀,咽部异物感明显,燥热,偶有汗出及胸闷,乏力倦怠,偶有口苦,无咳痰,常烦躁难以入眠,小便可,大便偏干,每日一行,舌红、苔白腻,脉弦数。查甲状腺功能五项示:甲状腺球蛋白抗体32.70%(参考区间: $<30\%$),甲状腺微粒体抗体21.30%(参考区间: $<20\%$),余皆正常。西医诊断:桥本甲状腺炎;中医诊断:瘰病(肝经郁热、脾虚痰凝证)。治法:疏肝清热,运脾化痰。方拟加味逍遥散合消瘰丸化裁。处方:

夏枯草30g,赤芍18g,白芍15g,牡丹皮25g,牡蛎30g,黄芪15g,猫爪草20g,桔梗12g。7剂。每日1剂,水煎,分早晚2次服用。

2022年4月12日二诊:7剂药后患者在当地自行抓药续服。药后患者咽部异物感、乏力倦怠有所改善,但情绪烦躁,偶有燥热,舌红、苔薄黄,脉弦数。复查甲状腺功能五项示:甲状腺球蛋白抗体8.07%,甲状腺微粒体抗体15.20%,此两项指标已恢复正常。予初诊方加黄芩28g,桔梗减量至9g,7剂。

后随诊3个月,患者诸症明显改善,甲状腺激素水平控制平稳,甲状腺球蛋白抗体、甲状腺微粒体抗体保持在正常范围内。

按:本案患者因学业压力较大,长期情绪不佳,忧思恼怒伤肝,疏泄升发失常,肝郁气滞,气郁日久则生热化火,乘胜伤脾,故见燥热、乏力;热扰心神则烦躁难以入眠;且久居西北干燥寒凉之地,长期外感寒邪,内客脾胃,致脾失健运,中焦亏虚,运化之功失责,水湿停滞,炼液为痰,搏结于颈,故见颈部肿胀、咽部异物感。综上可辨为肝经郁热、脾虚痰凝证,初诊治以疏肝清热、健脾化痰,方拟加味逍遥散合消瘰丸加减。方中夏枯草清肝泻火、散结消肿,牡丹皮、赤芍清血瘀之热,猫爪草化痰散结,牡蛎软坚散结,黄芪健脾祛湿使运化有权,白芍柔肝止汗,桔梗载诸药上行以利咽,并有利咽之效。诸药合用,患者胸中烦闷得舒,整体情况有所好转。二诊时患者情绪烦躁,仍偶有燥热,故加黄芩以增清上焦火之力,咽部异物感稍有缓解,痰气搏结改善,故桔梗减量。后经随访,患者诉药后症状均有所改善,实验室检查示甲状腺自身抗体水平下降,提示甲状腺自身免疫功能的异常得到纠正。综观整个诊疗过程,清肝火、清血热、化痰湿以消肿散结,健脾、柔肝、利咽使气畅痰消,故疗效可观。

参考文献

- [1] 向光大.临床甲状腺病学[M].北京:人民卫生出版社,2013:200.
- [2] CATUREGLI P, DE REMIGIS A, ROSE N R. Hashimoto thyroiditis: clinical and diagnostic criteria[J]. Autoimmun Rev, 2014, 13 (4/5): 391.
- [3] THOMPSON L D R. Chronic lymphocytic thyroiditis (hashimoto thyroiditis) [J]. Ear Nose Throat J, 2014, 93 (4/5): 152.
- [4] PETNEHAZY E, BUCHINGER W. Hashimoto thyroiditis, therapeutic options and extrathyroidal options—an up-to-date overview[J]. Wien Med Wochenschr, 2020, 170 (1/2): 26.
- [5] WIERSINGA W M. Clinical relevance of environmental factors in the pathogenesis of autoimmune thyroid disease[J]. Endocrinol Metab, 2016, 31 (2): 213.
- [6] XU C C, WU F, MAO C M, et al. Excess iodine promotes apoptosis of thyroid follicular epithelial cells by inducing autophagy suppression and is associated with Hashimoto thyroiditis disease[J]. J Autoimmun, 2016, 75: 50.
- [7] 陈修园.医学实在易[M].王玉兴,朱力平,庞连晶,校注.北京:中医古籍出版社,2012:6.
- [8] 柏树令,丁文龙.系统解剖学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2018:407.

沈洪基于温病理论治疗消化系统疾病验案 4 则

熊 航 王梦琪 刘亚军

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

指导: 沈 洪

关键词 温病理论; 消化系统疾病; 沈洪; 验案; 呃逆; 呕吐; 泄泻; 厌食

温病理论主要研究温热邪气致病的特点及其传变规律, 治法与方药独具特色。湿与热是温病重要的致病因素, 二者相合则疾病变化多端, 证型更加复杂, 缠绵难愈。如朱丹溪所云: “湿热为患, 十之八九”, 岐黄学者沈洪教授认为, 脾胃居中焦, 太阴阳明内伤, 湿热邪气为患, 可表现为多种内伤病证, 临床诊治可参照温病理论, 明辨湿热之轻重、涉及之脏腑。在治疗上重视调畅气机、清化湿热, 恢复脾升胃降之生理功能, 用药清灵、和缓、醇正, 取得了显著的临床疗效。现将沈洪教授运用温病理论治疗消化系统疾病验案 4 则介绍如下。

1 湿邪困阻、肺气痹郁——化湿除痹、宣畅气机

于某, 女, 41 岁。2021 年 9 月 8 日初诊。

主诉: 暖气间作 4 年余。患者 4 年前无明显诱因出现暖气, 夜间为甚, 偶有反酸及恶心呕吐, 曾服用奥美拉唑等抑酸药未见好转。2019 年 3 月 17 日查胃镜示: 反流性食管炎 A 级, 慢性糜烂性胃炎。刻诊: 暖气、反酸时作, 咽喉梗阻不适, 偶有白痰, 食欲

尚振, 上腹胀, 大便尚调, 夜寐欠安。舌偏暗、边有齿印、苔薄黄, 脉细滑。西医诊断: 反流性食管炎; 慢性糜烂性胃炎。中医诊断: 呃逆(湿邪痹阻, 气机上逆证)。治法: 化湿除痹、宣畅气机。方选吴鞠通《温病条辨·上焦篇》上焦宣痹汤合桔梗甘草汤加减。处方:

枇杷叶 12 g, 郁金 10 g, 射干 6 g, 通草 5 g, 黄连 3 g, 吴茱萸 1 g, 炒谷芽 20 g, 炒麦芽 20 g, 炒白术 10 g, 生薏苡仁 15 g, 石见穿 15 g, 桔梗 9 g, 生甘草 3 g。14 剂。水煎, 每日 1 剂, 分 2 次服。

2021 年 10 月 4 日二诊: 患者呕吐间作, 偶有暖气反酸, 咽喉梗阻感较前好转, 睡眠尚可, 以初诊方再服 7 剂, 随访患者诉症状未作。

按: 本案患者暖气间作 4 年余, 夜间为甚, 偶有反酸及恶心呕吐, 咽喉有梗阻不适感, 既往有返流性食管炎、慢性糜烂性胃炎病史, 服用抑酸药后未见明显好转。根据舌脉等表现, 辨其病机为湿邪痹阻、气机逆乱。肺气受湿邪痹阻, 清气不升, 浊气不降, 胃

[9] 佚名. 灵枢经[M]. 谭一松, 何文彬, 主编. 北京: 中国医药科技出版社, 1998: 78.

[10] 佚名. 素问[M]. 何文彬, 谭一松, 主编. 北京: 中国医药科技出版社, 1998.

[11] 李中梓. 医宗必读[M]. 王卫, 点校. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 6.

[12] 陈实功. 外科正宗[M]. 张印生, 韩学杰, 点校. 北京: 中医古籍出版社, 1999: 119.

[13] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 169.

[14] 徐首静, 祁烁, 商建伟, 等. 甲状腺功能正常的桥本甲状腺炎患者临床症状及证型分布规律[J]. 中国医药导报, 2022, 19(29): 134.

[15] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 彭建中, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.

[16] 李杲. 脾胃论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2019: 48.

[17] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 30.

第一作者: 李欣怡(1994—), 女, 博士研究生在读, 研究方向: 中西医结合治疗甲状腺疾病。

通讯作者: 丁治国, 医学博士, 主任医师, 博士研究生导师. yb3116@163.com

修回日期: 2023-03-03

编辑: 吴 宁