

针刺治疗良性甲状腺结节临床观察

李 晨¹ 黄 坚² 张亚凤¹

(1 北京市中西医结合医院针灸科,北京,100039; 2 北京市肛肠医院,北京,100120)

摘要 目的:观察针刺治疗甲状腺结节的疗效。方法:采用随机数字表法分为针刺观察组、针刺空白组和药物组,针刺观察组根据中医辨证取穴:曲池,臂臑,内关,蠡沟,列缺,丰隆,委中,局部可触及结节者,局部围刺;不能触及者,加患侧扶突,手法:泻法。针刺空白组取穴:中脘,气海,足三里,手法:针刺时尽量轻柔,不施任何补泻手法。两针刺组均每周治疗 3 次,30 次为 1 个疗程;药物组口服左旋甲状腺素片,50 μg /次,1 次/d,疗程 10 周。结果:针刺观察组总有效率明显高于针刺空白组和药物组($P < 0.05$),针刺观察组治疗前后甲状腺结节体积明显缩小($P < 0.05$),针刺观察组治疗后结节体积明显小于针刺空白组和药物组($P < 0.05$),差异有统计学意义;针刺观察组治疗前后甲状腺激素无明显变化($P > 0.05$)。结论:针刺可以有效地抑制和缩小早期良性甲状腺结节,改善临床症状,对患者甲状腺激素水平无影响。

关键词 针刺;良性甲状腺结节;甲状腺结节体积;甲状腺激素;肝郁痰凝证

Clinical Observation of Acupuncture in Treating Benign Thyroid Nodules

Li Chen¹, Hang Jian², Zhang Yafeng¹

(1 Department of Acupuncture and Moxibustion, Beijing Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Beijing 100039, China; 2 Beijing Anorectal Hospital, Beijing 100120, China)

Abstract Objective: To observe the therapeutic effect of acupuncture in treating thyroid nodules. **Methods:** Patients were divided into acupuncture study group, acupuncture control group and medicine group by random number table. Acupuncture study group were given acupuncture treatment according to syndrome differentiation of traditional Chinese medicine. LI 11, LI 14, PC 6, LR 5, LU 7, ST 40, BL 40 were chosen. If local nodules could be touched, then local encircled needling was applied, if not, LI 18 in the disease part was also needled. Reducing method was used. The control group was given CV 12, CV 6, ST 36 needling gently without any reinforcement and reduction needling methods. Two acupuncture groups were treated three times a week, 30 times for one course of treatment; the medicine group was treated with Levothyroxine for 50 days, one time per week for ten weeks. **Results:** The total effective rate was significantly higher in the acupuncture study group and the medicine group ($P < 0.05$). The volume of thyroid nodules in the acupuncture study group significantly decreased ($P < 0.05$), compared with the acupuncture control group and the medicine group ($P < 0.05$), and no changes of thyroid hormone were observed in acupuncture control group ($P > 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture can effectively inhibit and reduce early benign thyroid nodules, improve clinical symptoms; and have no effect on patients' thyroid hormone levels.

Key Words Acupuncture; Benign thyroid nodule; Thyroid volume; Thyroid hormone; Liver stagnation and phlegm coagulation syndrome

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.07.046

甲状腺结节(Thyroid Nodules, TN)是指甲状腺局部细胞在生长过程中变异所引起的散在病变^[1]。是目前甲状腺病症中最常见的症状之一。近年来由于高分辨率超声的应用,使确诊的患病率显著提高。总发病率平均在 19%~46%,女性发病率明显高于男性,老年人更常见^[2]。且其患病率与患者的年龄增长、食物中碘摄入量的减少相关^[3-4]。绝大多数 TN 患者早期无任何感觉,往往在体检时才发现,而以呼吸不畅、进食有阻力等症状就诊的患者,往往结节已生长到相当程度,压迫了周围组织,这种情况临床已较少见。我科自 2013 年 3 月至 2015 年 3

月,对 90 例 TN 患者进行了临床观察,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 90 例患者来自北京市中西医结合医院针灸科门诊及北京市肛肠医院妇科门诊,采用随机数字表法随机分为 3 组,即针刺观察组、针刺空白组和药物组各 30 例。其中针刺观察组男 4 例,女 26 例;单发结节 5 例,多发结节 25 例;年龄 37~66 岁,平均年龄(52.02 ± 13.18)岁;病程 1.5~18 个月,平均病程(9.35 ± 6.78)个月。针刺空白组男 3 例,女 27 例;单发结节 4 例,多发结节 26 例;年龄 35~65 岁,平均年龄(51.11 ± 12.98)岁;病程 2~18

个月,平均病程(10.21 ± 7.33)个月。药物组男5例,女25例;单发结节5例,多发结节25例;年龄36~66岁,平均年龄(51.88 ± 14.95)岁;病程2~18个月,平均病程(9.98 ± 7.78)个月。3组患者在性别、年龄、病程等基线资料方面无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及辨证标准 西医诊断标准:根据《中国甲状腺疾病诊治指南—甲状腺结节》^[5]制定。影像学检查:甲状腺B型超声检查发现有1个或以上结节,除外恶性肿瘤和压迫周围组织器官的情况。症状:结节活动度好,可随吞咽上下活动,无红肿热痛,结节较大时可有颈部牵掣感、呼吸不畅等症状。体征:甲状腺检查可扪及单侧或双侧甲状腺肿大,亦可触及肿块,可扪及1个及以上结节,边界清楚,无压痛,无震颤,无血管杂音,吞咽时可上下移动。甲状腺功能正常。中医辨证标准:参考《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定。主症:颈前可触及肿块,活动度好,可随吞咽上下移动,可有颈部不适感、咽部异物感、呼吸不畅感,肿块质软不痛。次症:平素情绪不畅,自觉症状不明显,常通过体检得知,颈咽部症状随情绪波动明显,可有胸闷心悸,失眠多汗,倦怠乏力,舌淡红苔白,脉滑或弦。以上满足1项主症,2项及2项以上次症;或2项主症,1项或1项以上次症;或3项主症,若干次症者,均属中医瘰病肝郁痰凝证。

1.3 纳入标准 符合以上TN西医诊断标准及中医辨证标准;年龄18~70岁,男女不限,愿意接受针刺治疗,同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 临床查体、实验室检验、细针穿刺细胞学等检查提示有恶变可能者;在治疗过程中服用过甲状腺激素者;有严重心、肝、肾等并发症者;精神病患者;对针刺中途产生恐惧自愿退出者。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 3组患者治疗期间均要求忌碘饮食,并忌食各种辛辣及刺激性食物。针刺观察组取穴:曲池,臂臑,内关,蠡沟,列缺,丰隆,委中,局部可触及结节者,局部围刺;不能触及者,加患侧扶突。手法:泻法。针刺空白组取穴:中脘,气海,足三里,手法:针刺时尽量轻柔,不施任何补泻手法。针刺观察及空白组均治疗3次/周,30次(10周)为1个疗程。药物组口服左旋甲状腺素片,50 μg /次,1次/d。疗程10周。

1.5.2 观察指标及方法

1.5.2.1 中医证候积分评定 参照《中药新药临床

研究指导原则》^[7]制定,对颈部不适,情绪不畅、咽部异物感、呼吸不畅感,胸闷心悸,失眠多汗,倦怠乏力等采用半定量等级计分评价方法,按无、轻、中、重标准分别记0、1、2、3分,在治疗前后分别进行记分,以总评分评价疗效结果,比较前后积分变化。

1.5.2.2 结节体积测定 采用超声测定治疗前后TN的体积,分别记录,进行比较。

1.5.2.3 实验室指标 放免法测定甲状腺激素,包括FT3、FT4、TSH,治疗前后各检测1次,并记录数值。

1.6 疗效判定标准

1.6.1 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]制定。临床痊愈:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 90\%$;显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:临床症状、体征无明显改善,证候积分减少 $< 30\%$ 。

1.6.2 结节体积疗效标准 参照《甲状腺与甲状旁腺超声影像学》^[8]制定。临床痊愈:结节消失;显效:结节体积缩小50%;有效:结节体积缩小30%~49%;无效:结节体积缩小30%以下或增大。

1.7 统计学方法 所有资料采用SPSS 18.0软件进行数据处理,计数资料用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;疗效等级比较采用Ridit分析检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组患者中医证候疗效比较 针刺观察组治疗后中医证候积分明显低于针刺空白组和药物组, $P < 0.05$,差异有统计学意义;针刺空白组治疗前后中医证候积分自身比较, $P > 0.05$,差异无统计学意义;药物组治疗前后自身比较, $P > 0.05$,差异无统计学意义;从表2可以看出,针刺观察组总有效率(83.3%)明显高于针刺空白组(36.7%)和药物组(33.3%), $P < 0.05$,差异有统计学意义。见表1、表2。

表1 3组TN患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
针刺观察组	30	7.98 ± 1.89	$3.77 \pm 1.03^* \Delta$
针刺空白组	30	7.36 ± 2.14	7.09 ± 1.72
药物组	30	7.65 ± 1.77	7.36 ± 1.32

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与另外2组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 3组患者治疗前后结节体积比较 针刺观察组治疗前后结节体积明显缩小, $P < 0.05$,差异有统计学意义;针刺空白组和药物组治疗前后结节体积

变化均不明显, $P > 0.05$, 差异无统计学意义。针刺观察组治疗后结节体积明显小于另外 2 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 3 组 TN 患者中医证候疗效比较[$n(\%)$]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	有效率
针刺观察组	30	3(10.0)	7(23.3)	15(50.0)	5(16.7)	25(83.3)*
针刺空白组	30	0(0)	0(0)	11(36.7)	19(63.3)	11(36.7)
药物组	30	0(0)	0(0)	10(33.3)	20(66.7)	10(33.3)

注:与另外 2 组有效率比较, * $P < 0.05$ 。

表 3 3 组 TN 患者治疗前后结节体积比较($\bar{x} \pm s, \text{cm}^3$)

组别	例数	治疗前	治疗后
针刺观察组	30	0.78 $\pm$ 1.02	0.43 $\pm$ 0.69 * Δ
针刺空白组	30	0.70 $\pm$ 1.15	0.69 $\pm$ 1.18
药物组	30	0.73 $\pm$ 1.13	0.74 $\pm$ 0.72

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与另 2 组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.3 3 组患者治疗前后结节体积疗效比较 治疗组总有效率为 73.3%, 对照组总有效率为 23.3%。治疗组总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 3 组 TN 患者体积疗效比较[$n(\%)$]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	有效率
针刺观察组	30	0(0)	14(46.7)	8(26.7)	8(26.7)	22(73.3)*
针刺空白组	30	0(0)	2(6.7)	5(16.7)	23(76.7)	7(23.3)
药物组	30	0(0)	1(3)	6(20)	23(76.7)	7(23.3)

注:与另外 2 组有效率比较, * $P < 0.05$ 。

2.4 3 组患者治疗前后甲状腺激素比较 治疗前 3 组甲状腺激素比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后药物组 FT3、FT4 上升, TSH 下降, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$);与另外 2 组治疗后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。针刺观察组与空白组治疗前后自身及组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 5。

表 5 3 组 TN 患者甲状腺激素比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FT3 (pmol/L)	FT4 (pmol/L)	TSH (mIU/L)
针刺观察组	30 治疗前	4.53 $\pm$ 0.40	10.79 $\pm$ 1.18	1.71 $\pm$ 0.90
	30 治疗后	4.41 $\pm$ 0.39	10.52 $\pm$ 1.30	1.87 $\pm$ 0.90
针刺空白组	30 治疗前	4.43 $\pm$ 0.50	10.60 $\pm$ 1.25	1.81 $\pm$ 0.79
	30 治疗后	4.51 $\pm$ 0.40	10.68 $\pm$ 1.20	1.81 $\pm$ 0.69
药物组	30 治疗前	4.58 $\pm$ 0.57	10.36 $\pm$ 1.13	1.87 $\pm$ 1.10
	30 治疗后	4.97 $\pm$ 0.71 * Δ	11.10 $\pm$ 1.80 * Δ	1.19 $\pm$ 1.11 * Δ

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$;与另外 2 组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.5 不良反应 90 例患者入组前及治疗后均进行肝肾功能等检测, 未发现异常。

3 讨论

TN 是人群多发病, 甲状腺疾病都可以结节的表现形式出现, 这其中可以包括 Graves 病、桥本氏甲状腺炎、亚急性甲状腺炎、结节性甲状腺肿、高功能腺瘤, 甚至还有甲状腺腺癌、甲状腺髓样癌及甲状腺淋巴瘤等。在分类学上 TN 根据其是否有囊分为实性、囊性和囊实性, 依据数量多少分为单发和多发, 依据结节性质分为良性和恶性。临床上 TN 患者的甲状腺功能可以正常、减低或亢进。TN 只是临床上的一种表现形式而已^[8]。截至目前 TN 的病因尚不清楚, 国内外教科书通常介绍碘缺乏是结节性甲状腺肿和 TN 形成的重要原因, 但是高碘饮食的摄入同样可以导致 TN 发生, 这一点却很少提及, 事实上某些自身免疫性疾病也会导致患者出现 TN^[9]。因此我们对于 TN 患者必须因时、因地、因人地提出个体化诊疗意见。目前广大患者的最大烦恼, 就是在结节性质确定之前, 不知如何治疗, 即使被确定为良性结节之后, 也希望找到一种可以接受的干预方法。最新的美国甲状腺学会(ATA)、美国国立综合癌症网络(NCCN)等指南都详细地报告了良性 TN 的评估方法, 但对于良性 TN 是否需要治疗, 则未给出任何建议, 国内指南则要求治疗在充分、正确地评估 TN 良恶性的基础上, 对于良性 TN, 仅需定期随访, 无需特殊治疗。对于某些临床症状明显的良性 TN, 可考虑手术治疗^[10]。从目前临床上看, 大多数西医院在治疗良性 TN 的方法上主要采取随访观察、甲状腺激素抑制治疗、手术治疗等。而甲状腺激素治疗是主要的方法之一, 这是一种较为古老的方法, 已有 150 多年的历史, 应用甲状腺激素抑制促甲状腺激素(TSH)能够延缓甚至逆转甲状腺的异常生长^[11]。但运用甲状腺激素抑制治疗良性 TN 也还存在广泛的争议^[12]。有学者认为, 甲状腺激素治疗 TN 的效果可能与患者的 TSH 水平及所在地区的碘缺乏相关, 且长期使用效果不理想, 相反却增加了骨量丢失, 甲状腺功能改变及诱发心血管疾病的风险。手术治疗是目前在临床上应用较多的方法之一, 患者往往为求“根治”而选择此方法, 但在手术过程中存在甲状腺组织切除过多或术后复发的缺点, 导致甲状腺手术并发症时有发生, 单侧喉返神经及喉上神经损伤是常见的并发症, 双侧喉返神经损伤、甲状旁腺功能低下、永久性甲状腺功能低下也时有发生^[13], 术后往往导致甲状腺正常功能减退或丧失, 患者需要付出终生服用激素的代价。同时由于患者焦虑恐惧也会使其生活质量受到严重影响。本研究

采用中医针灸疗法,按疗程分次复诊治疗,既能抑制结节的早期发展,又能防止其复发,同时也满足了定期随访的要求,不失为一种良性 TN 较理想的早期干预方法。

TN 属中医学“瘰癧”“积”等范畴^[14]。瘰之病名,最早见于《尔雅》《说文解字》:“瘰,颈瘤也,从病婴音”。意思为颈前肿物,是一种颈部疾病。古代医学典籍关于本病亦有很多记载,明·陈实功《外科正宗》:“夫人生瘰癧之症,非阴阳正气结肿,乃五脏瘀血、浊气、痰凝而成”。将瘰癧的病因归于“气滞、痰阻、血瘀”。中医认为“瘰病”多由情志内伤,饮食失调引起,“脾为生痰之源”,脾虚则运化失常,导致水湿内停,久则化为痰饮,痰饮聚于体内,黏腻难行,阻碍气机,终致气血运行受阻,由痰生瘀,痰瘀互结而生本病。由此可见,气滞、水停、痰饮、血瘀 4 者互为因果,终致痰浊、气滞、血瘀相互搏结于颈前形成肿块,成为本病主要病理因素,而病机则是气滞痰凝血瘀^[15]。据此针刺观察组选取了曲池,臂臑,内关,蠡沟,列缺,丰隆,委中等穴,该组穴具有理气化痰,软坚散结,活血化瘀的功效,配合结节局部的围刺,有效抑制和阻碍了结节的气血来源,从而达到控制和缩小结节的目的。本观察结果表明,针刺观察组总有效率(83.3%)明显高于针刺空白组(36.7%)和药物组(33.3%), $P < 0.05$,差异有统计学意义。说明针刺观察组通过中医辨证取穴,单纯运用针刺疗法,可以有效地抑制和缩小早期良性 TN,改善临床症状,且治疗期间对甲状腺激素水平无实质性影响,为早期干预 TN 提供了新的治疗思路。

参考文献

[1] 中华医学会内分泌学分会. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指

南[S]. 中华内分泌代谢杂志,2012,28(10):783-786.

[2] 杨春明. 甲状腺结节的评估[J]. 医学与哲学:临床决策论坛版,2010,31(6):7-9.

[3] 向盈,魏军平. 甲状腺结节诊断方法述评[J]. 医学综述,2014,20(4):679-681.

[4] 赵军玉,董建军,姚金明,等. 甲状腺结节的诊疗进展[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2014,8(15):2866-2870.

[5] 中华医学会内分泌学分会,《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺结节[S]. 中华内科杂志,2008,47(10):867-868.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:233.

[7] 燕山,詹维伟,周建桥. 甲状腺与甲状旁腺超声影像学[M]. 北京:科学技术文献出版社,2009:48.

[8] 张春玉,富晶,刘颖,等. 关于甲状腺结节处理的一些思考[J]. 医学与哲学:临床决策论坛版,2010,31(6):10-12.

[9] 孙宁,刘一飞,田大字. 目前国内甲状腺结节的诊断要点综述[J]. 医药论坛杂志,2014,35(2):138-140.

[10] 田文,罗晋. 中国与美国甲状腺结节与分化型甲状腺癌诊治指南比较[J]. 中国实用外科杂志,2013,33(6):475-479.

[11] 孙云刚,蒋宁一,孙云凤,等. 甲肿散联合甲状腺素片治疗良性多发性甲状腺结节[J]. 广东医学,2010,31(2):241-242.

[12] 李昆,张磊冰,沈祖楹. 甲状腺结节 1301 例临床分析[J]. 贵州医药,2000,24(8):473-474.

[13] 房居高. 甲状腺良性结节应审慎手术[J]. 中国耳鼻喉头颈外科,2014,21(3):113-115.

[14] 刘玲,余江毅. 甲状腺结节的中医治疗优势[J]. 辽宁中医药大学学报,2011,13(1):136-138.

[15] 韩瑚,李俊贤,谢春光. 扶正消瘰方辨治良性甲状腺结节临床体会[J]. 泸州医学院学报,2014,37(3):315-317.

(2015-08-18 收稿 责任编辑:徐颖)