

伍锐敏治疗亚急性甲状腺炎的临床经验

罗 贞 商学征

(北京中医药大学东方医院, 北京, 100078)

摘要 文章介绍伍锐敏教授治疗亚急性甲状腺炎的经验, 伍教授认为本病由风邪-流感病毒引起, 属中医“癰肿”“热病”范畴, 急性期外因风邪-流感病毒犯表, 内有肝胃郁热, 内外合因发病, 缓解期脾阳不振, 气不化水, 恢复期气郁痰凝不化, 或久则成瘰。分三期论治, 初期散风透邪, 疏肝清胃, 中期温运脾阳, 以利水湿, 后期理气化痰散结, 或兼活血化痰。他认为本病最容易误诊, 临证中应通过中医四诊合参, 结合现代医学方法确诊, 治疗上, 以中医中药为首选, 病证结合, 分期论治, 同病异治, 疗效卓著。

关键词 @ 伍锐敏教授; 亚急性甲状腺炎; 中医辨证论治

Wu Ruimin's Clinical Experience in Treating Subacute Thyroiditis

Luo Zhen, Shang Xuezheng

(Dongfang College of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100078, China)

Abstract This paper introduces the experience of professor Wu RuiMin in the treatment of subacute thyroiditis. Professor Wu thinks the disease belongs to TCM (traditional Chinese medicine) syndrome “gall swell” or “fever”, induced by the wind evil and flu virus. In the acute phase, exuberance heat stagnated in liver and stomach, and internal and external pathogens trigger the disorder. In remission progress, due to deficiency of spleen yang, qi fails to promote water. As a result, qi and phlegm stagnate and further caused stagnation. The treatment should be processed from three stages, dispelling wind and dissipating pathogen with regulating liver and clearing stomach at first, then warm spleen yang to eliminate dampness, and last to regulate qi and remove phlegm and stagnation or activating blood movement. Professor Wu regards that such a disease is easily to be mis-diagnosed, and thus should be differentiated with both western and Chinese medicine. In treatment, Chinese medicine should be taken as priority to deal with different syndromes. This has received favorable results.

Key Words @ Professor Wu Ruimin; Subacute thyroiditis; TCM differentiation and treatment

中图分类号: R25 文献标识码: B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.03.023

伍锐敏教授致力于临床、科研、教学 50 余载, 为中日友好医院主任医师, 曾任中华中医药学会甲状腺病专业委员会副主任委员、被聘为中华医学会医疗事故技术鉴定委员会专家库成员、日本大学客座教授等, 贡献突出, 享受国务院津贴并获日本大学医学部奖励。30 余年前伍教授赴日本研修甲状腺疾病, 此后专注于亚甲炎、桥本氏病、甲减、甲亢等的中西医结合诊治, 著有中国第一部甲状腺疾病的中医专著, 诊治许多难治性甲状腺病, 疗效独特, 患者遍布全国各地。伍教授在临证中反复强调, 亚甲炎治疗不用肾上腺皮质激素类药物、抗生素、抗甲状腺药物、非甾体类抗炎药、放射性同位素¹³¹I 或手术治疗等治标, 而用中医中药抗病毒治本, 疗效显著, 现对伍教授治疗亚甲炎的经验作一介绍。

1 明确病因, 选对治法

现代医学认为亚甲炎常继发于上呼吸道感染,

故病因倾向于病毒感染, 如流感病毒、腺病毒、柯萨奇病毒等^[1], 有学者报道临床中亚甲炎误诊为上呼吸道感染的误诊率高达 41.93%^[2]。经过伍教授长期的临床观察, 亚甲炎患者常于冬春季节或流感时激增, 而他接诊的很多外地患者几乎都在外院服用肾上腺皮质激素, 减量、停药后病情反跳, 高热退而复升, 甲状腺肿痛加重。伍教授用中医中药治疗后, 症状改善明显, 疗效持久而稳定, 这正是得益于中药的解毒病因学说对“未病预防流感”和“已病首选中医中药治疗”亚甲炎具有重要的临床意义。

2 明确诊断, 避免误诊

伍教授认为, 由于亚甲炎的临床表现变化多端, 因人而异, 有的患者以发热咽痛等上呼吸道症状为初表现, 继之甲状腺局部肿痛, 肿大的腺体随吞咽动作移动, 单侧或双侧甲状腺呈自觉痛、放射痛和触痛, 也可沿颈部放射至邻近部位如下颌、耳后、牙龈

作者简介: 罗贞 (1990—), 女, 北京东方医院临床专业学位硕士在读, 研究方向: 中医内科学 (内分泌代谢病方向)

通信作者: 商学征 (1975—), 男, 北京东方医院内分泌科副主任医师, 研究方向: 中西医结合内分泌代谢病诊治, 地址: 北京市丰台区方庄芳星园 6 号东方医院内分泌科, 邮编: 100078, E-mail: dfyysxz@163.com

等处,在咀嚼、吞咽、活动颈部时疼痛加重,而全身症状不明显;有的患者乏力、咽痛、发热等全身症状严重,而甲状腺局部症状和查体无异常,故特别容易漏诊误诊,国内报道误诊率为12%~48%^[3]不等,故明确诊断尤为关键。

急性期患者多表现为怕热多汗、心悸易怒、多食善饥、消瘦、便溏等类似甲亢的表现,甲状腺功能:TT3(三碘甲状腺原氨酸)、TT4(甲状腺素)、FT3(游离三碘甲状腺原氨酸)、FT4(游离甲状腺素)升高、TSH(促甲状腺激素)下降,血中TGA(甲状腺球蛋白抗体)、TPOAb(甲状腺过氧化物酶抗体)可有一过性增高或正常,而甲状腺摄¹³¹I率常低于10%,呈亚甲炎特征性的“分离现象”,这一特异的“分离现象”对亚甲炎具有较高的临床诊断价值;甲状腺扫描完全不显影或为“凉结节”“冷结节”。红细胞沉降率常大于50 mm/h,有的患者超过120 mm/h。

缓解期患者甲状腺肿痛不明显,常伴畏寒、乏力、嗜睡、面色苍白或虚浮、记忆力减退、腹胀便秘、体重增加等甲减的症状,由于甲状腺滤泡因炎症破坏,甲状腺激素逐渐被消耗,甲状腺功能减退的缘故,甲状腺功能:TT3、TT4、FT3、FT4下降,TSH上升,甲状腺摄¹³¹I率、ESR恢复正常,甲状腺扫描示稀疏不均图像。

恢复期患者甲状腺常无特殊不适,甲状腺逐渐得到修复,亚甲炎经中药治愈后,复查甲状腺功能、甲状腺摄¹³¹I率、甲状腺扫描、B超、血沉等恢复正常,部分患者遗留甲状腺结节。

3 防止误诊,重视鉴别

伍教授认为甲状腺疾病中亚甲炎是最容易被误诊的疾病之一,故鉴别诊断尤为重要,注意与以下疾病鉴别^[4]:1)上呼吸道感染:虽有畏寒、发热、咽痛等症状,无甲状腺肿痛表现,实验室检查提示甲状腺功能正常。2)急性化脓性甲状腺炎:患者多有甲状腺外伤史,或有身体其他部位化脓感染灶存在,或行甲状腺穿刺术时未严格遵守无菌操作引起,起病急,甲状腺局部红、肿、热、痛明显并有寒战、发热等全身感染症状。实验室检查提示白细胞和中性粒细胞均升高明显,甲状腺化脓时行触诊可及波动感,此时穿刺可抽出脓液,可确诊为化脓性甲状腺炎,常用抗生素治疗有效。3)桥本氏病:起病隐匿,病程漫长,甲状腺多呈无痛性肿大,查双侧甲状腺对称性、弥漫性肿大,状如马蹄形,质地坚韧而有弹性,边界清楚,随病程逐渐增大,随吞咽上下移动。TPOAb、TGA(甲状腺球蛋白抗体)滴度甚高,诊断一般不困难。但伍教授观察到,临床上桥

本氏病的甲状腺肿大还有多种类型,有的表现为凹凸不平、质地坚硬的不规则的甲状腺肿大,有的表现为甲状腺腺瘤样肿大,也有的表现为结节型甲状腺肿大,虽然这些患者也可出现TPOAb、TGA(甲状腺球蛋白抗体)阳性,他在桥本氏生前所在的日本国立九州大学研修甲状腺病时发现病理诊断证实为桥本氏病合并甲状腺癌的发生率明显高于非桥本氏病者。因此,伍教授认为,TPOAb、TGA(甲状腺球蛋白抗体)是诊断桥本氏病的一个相对指标,而并非一个绝对指标,必要时应行甲状腺活检才可确诊。4)Graves病:除高代谢的临床表现外,查甲状腺弥漫性肿大,质地较软,眼球突出、胫前黏液性水肿,甲状腺区有震颤和血管杂音,查TRAb升高是诊断Graves的重要指标,摄¹³¹I率升高且高峰前移,甲状腺扫描提示放射性浓聚。亚甲炎急性期虽可表现类似甲亢的表现,但甲状腺功能与摄¹³¹I率呈特征性的“分离现象”,可与Graves鉴别。5)甲状腺囊内出血:常发生在用力后,甲状腺囊肿、甲状腺腺瘤或结节性甲状腺血管破裂,肿物迅速增大,压迫气管可引起气促,腺体局部肿胀疼痛,压之痛甚,可放射至耳后、枕部,甲状腺扫描提示冷结节,穿刺抽出血性液体即可确诊,如反复抽吸后肿物不缩小反而增大,应警惕有恶性的可能。6)甲状腺癌:伍教授临证时观察到,近年甲状腺癌患者明显增多,尤以乳头状癌为多,有明显遗传倾向。甲状腺癌起病隐匿,质地坚硬,表面不光滑,边界不清,活动度差,还有的患者长期患有甲状腺肿或桥本氏病,近来肿物迅速增大变硬,伴有声音嘶哑,呼吸困难,吞咽困难者均应高度警惕,也有的亚甲炎伴有结节,亚甲炎治愈后结节不缩小,要考虑到亚甲炎合并甲状腺癌的可能。鉴别结节良恶性,伍教授要作两项检查,一是甲状腺超声,如可见到砂粒样钙化,为甲状腺乳头状癌的特征性表现,粗大的钙化多为滤泡状癌。我国甲状腺结节和分化型甲状腺癌指南亦指出^[5]:甲状腺结节患者均应行颈部超声检查(A级推荐)。一是B超引导下甲状腺穿刺,行细胞学检查或组织学检查。这两项检查对甲状腺癌的诊断率很高,现代学者研究也证实^[6],甲状腺超声及超声引导下甲状腺穿刺在亚甲炎的临床诊断和治疗、随访病情变化、鉴别诊断困难病例等方面有重要的临床应用价值。如结节较大应行胸部X线片正侧位检查,了解气管受压、移位情况,一般不行CT、MRI、PET检查。如为恶性应尽早手术,行手术+¹³¹I+甲状腺激素抑制剂+中药治疗,可减少原发病灶的复发,延长患者的生存期。

4 分期辨治,同病异治

经多年临床实践,伍教授认为中医药治疗亚甲炎疗效显著,他强调辨证是中医治疗的核心,首先要明确诊断,然后对亚甲炎不同阶段和病情演变进行分期辨证施治^[7],辨病与辨证相结合,随时据病情调整治疗方案,这是保证中医中药疗效的关键,西医均辨病为亚甲炎,中医会根据不同个体、病情发展阶段、症候表现,采用“同病异治”的个体化治疗。

4.1 早期 起病急骤,发热咽痛、心慌汗出、急躁易怒、口干唇燥、倦怠乏力、甲状腺肿痛明显,多食易饥、失眠多梦,舌红,苔薄黄,脉浮数。

辨证:风邪外袭,肝胃郁热。

治法:疏风散邪,疏肝清胃。

药物:桑叶、连翘、葛根、菊花、牛蒡子、锦灯笼、薄荷、生石膏、知母、郁金、香附等。加减:若纳食不馨,腹胀,便溏,舌红,苔黄腻,脉濡等湿热征象者,加佩兰、藿香芳化湿浊,醒脾和胃;失眠多梦者加百合、酸枣仁、夜交藤、茯苓、莲子心清心安神。

4.2 中期 患者畏寒喜暖、神疲乏力、嗜睡懒言、面色㿔白,面目水肿,舌体胖大,有齿痕,舌淡红,苔白滑,脉沉或迟。

辨证:脾阳失运,水湿不利。

治法:温运脾阳,以利水湿。

药物:生黄芪、白术、党参、桂枝、干姜、小茴香、茯苓、陈皮等,若患者症状较重,嗜睡健忘、面色㿔白、周身水肿、腰膝酸软、背凉肢冷,腹胀便秘,舌淡而胖,苔白,脉沉迟或细弱者,辨证当属脾肾阳虚,阴寒内盛。温补脾肾,行气散寒,常用药物:炮附子、肉桂、炙黄芪、当归、菟丝子、肉苁蓉、核桃仁、益智仁、菖蒲、远志等。

4.3 恢复期 全部症状消失,甲状腺肿痛消失,有的患者颈部可留有结节,时有胸闷不适,咳痰不爽,舌红或有瘀斑,苔黄,脉弦。

辨证:气郁痰凝,瘀血阻滞。

立法:理气化痰,活血化瘀。

药物:郁金、香附、半夏、浙贝母、夏枯草、玄参、陈皮、莪术、生牡蛎、丹参等。如经药物治疗,结节不缩小、不消失者,则考虑到有的结节是患者得亚甲炎以前就已存在多年,如查甲状腺功能、TGAb、TPO-Ab 均正常,结节不缩小,反而明显增大,甲状腺恶性结节可能性大,临床中有已有少数学者报道亚急性

甲状腺炎合并甲状腺癌被误诊的病例^[8-9],其中乳头状癌多见,故鉴别结节良恶性尤为关键。

伍教授处方用药一贯坚持少而精的原则,一般每剂用药 10 味左右,每味剂量 6~10 g 左右,既节约药材,同样效专力宏,又减轻患者经济负担,深受患者欢迎。另外,伍教授认为,治病除了用药之外,还应重视患者本身具备的抗病能力,用适量的药物即可激活、调动机体抗病力,真可谓一举多得。伍教授对前来就诊没有使用激素治疗的患者^[10],主张采用中医药治疗;伍教授对已用抗生素、非甾体类抗炎药或抗甲状腺药物者均嘱停药;对正服用激素的患者,伍教授不主张骤停,而是运用中医药的同时逐渐减量至停用;对甲状腺功能减退症状明显的患者,酌情配合小剂量左甲状腺素钠片。

经多年临床观察,凡经中药治愈的亚甲炎患者,未见复发者。中药治疗亚甲炎取得满意的临床疗效,主要得益于中药独具的抗病毒能力。因此,伍教授主张,治疗亚甲炎应首选中医中药,不仅可以避免强的松、非甾体类抗炎药等西药的不良反应,同时缩短病程,早用早获益。(本文承蒙中日友好医院伍锐敏教授亲自指导、修改,不胜感激。)

参考文献

- [1] 陈灏珠,林果为. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:1281.
- [2] 刘苏霞. 亚急性甲状腺炎误诊 124 例分析[J]. 中国误诊学杂志, 2011,11(4):891.
- [3] 刘志民,贝政平,汤如勇. 内分泌与代谢疾病诊疗标准[S]. 上海:上海科学普及出版社,2014:98.
- [4] 伍锐敏. 容易误诊的甲状腺疾病-亚甲炎[J]. 首都医药,2000,7(1):45.
- [5] 中华医学会内分泌学分会,中华医学会外科分会,中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会,中华医学会核医学分会. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南[S]. 中国肿瘤临床,2012,39(17):1253.
- [6] 陈林,陈悦,詹维伟,等. 超声诊断亚急性甲状腺炎[J]. 中国医学影像技术,2010,26(9):1678-1679.
- [7] 伍锐敏,郎琳娜,焦明铭,等. 亚急性甲状腺炎的中医辨证治疗[J]. 中日友好医院学报,1990,4(3):154-156.
- [8] 陈育忠,谢维捷,郝蕾. 亚急性甲状腺炎合并甲状腺乳头状癌误诊分析[J]. 临床误诊误治,2013,26(10):47-48.
- [9] 殷德涛,葛文明,王勇飞,等. 亚急性甲状腺炎合并甲状腺癌 10 例临床分析[J]. 郑州大学学报:医学版,2015,50(4):565-567.
- [10] 伍锐敏,焦明铭,徐蒙,等. 亚急性甲状腺炎的新疗法[J]. 北京中医杂志,1992,11(1):37-38.

(2015-10-26 收稿 责任编辑:洪志强)