

中西医结合内服外敷法治疗亚急性甲状腺炎的回顾性研究

高 轩¹ 王丽岳² 李洪林³ 胡 倩⁴

(1 湖北省武汉市青山区普仁医院内分泌科, 武汉, 430080; 2 湖北省武汉市青山区普仁医院心血管内科, 武汉, 430080; 3 武汉钢铁(集团)公司第二职工医院肿瘤科, 武汉, 430085; 4 湖北省武汉市青山区普仁医院神经内科, 武汉, 430080)

摘要 目的: 回顾性研究中西医结合内服外敷法治疗亚急性甲状腺炎的临床疗效。方法: 选取2015年5月至2017年5月武汉市青山区普仁医院收治的经临床确诊的亚急性甲状腺炎患者64例, 按照随机表法, 随机分为中药组和对照组各32例。中药组采取中西医结合内服外敷法治疗, 对照组采取单纯西医常规治疗。观察2组患者症状改善情况(甲状腺肿胀消退时间、甲状腺疼痛缓解时间以及退热时间)、理化指标(游离三碘甲状腺原氨酸、游离四碘甲状腺原氨酸、促甲状腺分泌激素、红细胞沉降率、C-反应蛋白)、复发情况、安全性指标和中医证候疗效。结果: 中药组患者甲状腺肿胀消退时间、甲状腺疼痛缓解时间以及退热时间均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组治疗前与治疗后患者理化指标比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 中药组治疗后与对照组治疗后患者理化指标比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 中药组中医证候总有效率(93.75%)优于对照组(71.88%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 中药组患者复发率(6.66%)明显低于对照组(21.74%), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 中药组患者激素相关性不良反应发生率(3.13%)明显低于对照组(15.63%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中西医结合内服外敷法治疗亚急性甲状腺炎可以缩短病程, 提高治疗效果, 降低复发率, 减少激素相关性不良反应, 值得临床推广。

关键词 中西医结合; 内服外敷法; 亚急性甲状腺炎; 回顾性研究

Retrospective Study of Western Medicine Combined with Traditional Chinese Medicine Oral Administration and External Application in the Treatment of Subacute Thyroiditis

Gao Xuan¹, Wang Liyue², Li Honglin³, Hu Qian⁴

(1 Department of Endocrinology, Puren Hospital of Wuhan City, Wuhan 430080, China; 2 Hubei Province, Wuhan City Qingshan District Puren Medicine Department of Cardiology, Wuhan 430080, China; 3 Department of Oncology, The Second Worker Hospital, Wuhan Iron and Steel (Group) Company, Wuhan 430085, China; 4 Department of Neurology, Puren Hospital of Wuhan City, Wuhan 430080, China)

Abstract Objective: To study the clinical effects of western medicine combined with traditional Chinese medicine oral administration and external application in the treatment of subacute thyroiditis. **Methods:** A total of 64 cases of subacute thyroiditis were admitted and treated by Puren Hospital of Wuhan City from May 2015 to May 2017. According to random table method, patients were randomly divided into treatment group and control group, with 32 cases in each group. The Chinese medicine group took western medicine combined with traditional Chinese medicine oral administration and external application, and the control group only took the conventional western medicine treatment. The improvement situations of patients in the two groups were observed including symptoms; thyroid swelling subside time, thyroid pain relief time and antipyretic time, physicochemical index; free triiodothyronine (FT3), free tetraiodothyronine (FT4), thyroid stimulating hormone (TSH), erythrocyte sedimentation rate (ESR). C-reactive protein (CRP), recurrence, safety index and efficacy of TCM syndromes. **Results:** The time of thyroid swelling subsided, the remission time of thyroid pain and the time of fever abatement in the TCM group were shorter than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$); The differences of physicochemical indexes of the two groups of patients before and after treatment were statistically significant ($P < 0.05$); There were significant differences in physical and chemical indexes between the treatment group and the control group after treatment ($P < 0.05$); The total effective rate of TCM syndrome of TCM group (93.75%) was better than that of control group (71.88%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$); The recurrence rate of TCM group (6.66%) was significantly lower than that of the control group (21.74%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$); The incidence rate of hormone related side reaction in TCM group (3.13%) was significantly lower than that in control group (15.63%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Western medicine combined with traditional Chinese medicine treatment of subacute thyroiditis can shorten the course and improve the therapeutic

基金项目: 湖北省自然科学基金项目(2010CDB8701)

作者简介: 高轩(1979.12—), 男, 本科, 主治医师, 研究方向: 甲状腺相关性疾病及糖尿病并发症, E-mail: 1208807506@qq.com

通信作者: 王丽岳(1972.10—), 女, 博士, 主任医师, 研究方向: 心血管内科, E-mail: lingtingheyue@163.com

tic effect, reduce the recurrence rate and reduce the hormone related adverse reaction, which was worthy of promotion in the clinic.

Key Words Integrated Chinese and Western medicine; Oral administration and external application; Subacute thyroiditis; Retrospective study

中图分类号: R2-031 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.02.023

亚急性甲状腺炎(Subacute thyroiditis, SAT)是一种自限性非化脓性甲状腺炎性疾病,可出现局部疼痛,放射痛,伴发热、心悸等。多见于女性,起病可急、可缓,病程长短不一,多为2~5个月,常有上呼吸道感染或腮腺炎病史。近年来发病率逐渐增高,变化复杂,症状明显,且易复发^[1-3]。治疗以减轻局部症状和针对甲状腺功能异常影响为主,多采用非甾体抗炎药或激素治疗。激素治疗起效迅速,但起用量大,不良反应明显,尤其是减量、停药引起病情反复。而中药在抗病毒、提高免疫力、增强体质等方面有独到之处。因此我院对 SAT 患者采取西医常规治疗结合中药内服外敷的方法,效果显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年5月至2017年5月湖北省武汉市青山区普仁医院收治经临床确诊的 SAT 患者64例,按照随机表法,随机分为中药组和对照组各32例。中药组(中西医结合内服外敷法治疗):男5例,女27例,年龄26~59岁,平均年龄(44.18 ± 9.62)岁,病程5d至17个月,平均病程(12.88 ± 2.97)个月,其中肝胆蕴热型15例,肝热痰湿型17例。对照组(单纯西医常规治疗):男3例,女29例,年龄27~60岁,平均年龄(42.17 ± 9.15)岁,病程9d至16个月,平均病程(13.14 ± 2.61)个月,其中肝胆蕴热型16例,肝热痰湿型16例。2组一般资料经统计学处理无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《实用中西医结合诊断治疗学》的诊断标准进行确诊^[4]。

1.3 纳入标准 1)临床确诊为 SAT;2)年龄在16~60岁者;3)全身症状较重,持续高热,甲状腺肿大、压痛明显,需要激素治疗;4)自愿参加本研究并签署知情同意书者;本研究经湖北省武汉市青山区普仁医院伦理委员会批准。

1.4 排除标准 1)甲状腺肿大压迫邻近器官或合并甲状腺癌者;2)妊娠和哺乳期妇女;3)易过敏体质及对多种药物容易出现过敏反应的患者;4)合并严重心、肺、肝功能异常的患者。

1.5 脱落与剔除标准 1)中途退出治疗计划者;2)临床资料缺失者;3)没有按时复诊者;4)有精神病

史、脑部疾病史或智能障碍。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 采用西医常规治疗方法。口服醋酸泼尼松龙片(浙江仙琚制药股份有限公司生产,国药准字 H33021207),在患者治疗前2周内,要求口服1次/d,30g/次。此后减少口服剂量为20mg,再次治疗2周。随后递减5mg/周药量,至患者症状、体征回复正常后停药。合并甲亢症状者,口服盐酸普萘洛尔片(山西云鹏制药有限公司生产,国药准字 H14020768),口服3次/d,10mg/次。甲状腺功能减退者,口服左甲状腺素钠片(深圳市中联制药有限公司,国药准字 H20010008),开始剂量50μg/次,1次/d,后根据甲状腺激素水平调整剂量。甲状腺功能亢进者,口服丙基硫氧嘧啶片(上海朝晖药业有限公司,国药准字 H31021082),开始剂量为100mg,3次/d,后根据甲状腺激素水平调整剂量。

1.6.2 中药组 在对照组西医常规治疗方法的基础上根据中医辨证法加以中药内服外敷治疗。中药内服:1)肝胆蕴热型:治疗采用蒿芩清胆汤加加减汤,青蒿脑二钱,淡竹茹三钱、仙半夏钱半、赤茯苓三钱、青子芩钱半至三钱、生枳壳钱半、陈广皮钱半、碧玉散三钱,水煎服,1剂/d,分早晚两次服用,随症加减。2)肝热痰湿型:治疗采用柴胡疏肝散加加减汤,陈皮、柴胡各二钱、川芎、枳壳、芍药各一钱半、甘草五分、香附一钱半,水煎服,1剂/d,分早晚2次服用,随症加减。中药外敷:采用甲状腺消肿止痛贴治疗,中药成分为川乌头60g、生大黄30g、瓦楞子30g、全蝎21g、乳香60g等。贴于肿大甲状腺上,每间隔2d更换1次,7d为1个疗程,每疗程间隔2d,至患者疼痛、肿大消失后停药。

1.7 观察指标 1)症状改善情况:甲状腺肿胀消退时间、甲状腺疼痛缓解时间以及退热时间。2)理化指标:治疗前后各检测1次游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离四碘甲状腺原氨酸(FT4)、促甲状腺分泌激素(TSH)、红细胞沉降率(ESR)、C-反应蛋白(CRP)。3)复发情况:连续半年采用门诊和电话的方式随访临床痊愈、显效和有效的患者,以下2种情况均属于复发:患者完全遵从医嘱,临床表现明显好转,实验室指标恢复正常,经巩固治疗后停药,再次出现亚甲炎临床表现或实验室检查异常;患者在治

疗过程中尚未治愈但病情缓解后,出现病情加重。

4) 安全性指标:包括一般体格检查、全身不良反应、血常规、尿常规、粪便常规,以及每4周检测1次肝肾功能。

5) 中医证候疗效:参照《中药新药临床研究指导原则》于治疗前后各检测1次中医证候积分。

1.8 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》中医证候疗效判定标准^[5]。临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少率 $\geq 95\%$ 。显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减分率 $\geq 70\%$ 。有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减分率为 $\geq 30\%$ 。无效:中医临床症状、体征均无好转,证候积分减分率不足30%。总有效率=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/本组总病例数 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用 Excel 录入数据,SPSS 19.0 软件进行数据结果分析。组间比较采用 t 检验计量数据采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示;用百分比来表示计数资料,数据对比采取 χ^2 进行校验。以 $P<0.01$ 为差异有显著的统计学意义;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者症状改善情况分析 中药组患者甲状腺肿胀消退时间、甲状腺疼痛缓解时间以及退热时间均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2组患者症状改善情况比较($\bar{x}\pm s, d$)

组别	甲状腺肿胀 消退时间	甲状腺疼痛 缓解时间	退热时间
对照组($n=32$)	7.31 $\pm$ 1.64	3.67 $\pm$ 1.12	2.95 $\pm$ 0.89
中药组($n=32$)	5.15 $\pm$ 1.30	2.24 $\pm$ 0.96	2.07 $\pm$ 0.66

注:与对照组比较, $P<0.05$

2.2 2组患者疗前后理化指标分析 中药组治疗

表 2 2组患者治疗前后理化指标比较($\bar{x}\pm s, d$)

组别	FT ₃ (pg/mL)	FT ₄ (ng/dL)	TSH(μ IU/mL)	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
中药组($n=32$)					
治疗前	5.93 $\pm$ 0.56 ^{*Δ}	2.97 $\pm$ 0.43 ^{*Δ}	0.59 $\pm$ 0.37 ^{*Δ}	48.61 $\pm$ 5.79 ^{*Δ}	25.77 $\pm$ 8.49 ^{*Δ}
治疗后	2.96 $\pm$ 0.50 [▲]	1.36 $\pm$ 0.35 [▲]	3.43 $\pm$ 0.58 [▲]	3.38 $\pm$ 1.97 [▲]	4.90 $\pm$ 0.97 [▲]
对照组($n=32$)					
治疗前	5.98 $\pm$ 0.65 ^{Δ}	2.89 $\pm$ 0.37 ^{Δ}	0.58 $\pm$ 0.39 ^{Δ}	46.68 $\pm$ 6.95 ^{Δ}	26.19 $\pm$ 8.91 ^{Δ}
治疗后	4.32 $\pm$ 0.68	2.19 $\pm$ 0.56	1.36 $\pm$ 0.65	9.37 $\pm$ 1.63	5.62 $\pm$ 2.16

注:2组患者治疗前组间比较,^{*} $P>0.05$;2组患者治疗前后组内比较, ^{Δ} $P<0.05$;2组患者治疗后组间比较,[▲] $P<0.05$

表 3 2组患者治疗后中医证候疗效比较[例(%)]

组别	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药组($n=32$)	15(46.88%)	9(28.13%)	6(18.75%)	2(6.25%)	30(93.75%)
对照组($n=32$)	4(12.50%)	12(37.50%)	7(21.88%)	9(28.13%)	23(71.88%)

注:与对照组比较, $P<0.05$

前与对照组治疗前患者理化指标比较差异无统计学意义($P>0.05$);2组治疗前与治疗后患者理化指标比较差异有统计学意义($P<0.05$);中药组治疗后与对照组治疗后患者理化指标比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 2组患者中医证候疗效分析 中药组中医证候疗效总有效率为93.75%,对照组中医证候疗效总有效率为71.88%。中药组中医证候疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 2组患者复发情况分析 中药组患者2例复发,复发率为6.66%;对照组患者5例复发,复发率为21.74%。中药组患者复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.5 2组患者激素相关性不良反应分析 中药组患者有1例出现激素相关性不良反应,激素相关性不良反应率为3.13%;对照组患者有5例出现激素相关性不良反应,激素相关性不良反应率为15.63%。中药组患者激素相关性不良反应率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

目前,SAT治疗以西医为主。西医认为该病多由病毒感染后甲状腺细胞发生免疫性改变所致,症状较轻的患者多采用非甾体抗炎药,同时注意休息、多饮水等即可。病情较重的患者采用激素治疗,短期内即可改善病情,再根据患者临床表现和实验室检查结果进行药量调整。但单纯口服激素治疗容易引起向心性肥胖、痤疮、消化道溃疡、血压血糖异常、骨质疏松等多种不良反应。相关文献指出中药的应用减少了非甾体类抗炎药物及激素的用量,患者病程短、不良反应少、复发率低^[6-7]。

在中医里, SAT 属于“癰痛”范畴。肝胆蕴热型是由于热毒之邪入血, 灼伤营阴, 患者出现舌红苔黄, 午后发热, 多汗, 头痛, 咽痛, 颈项痛, 口干黏苦, 喜饮等症^[8-10]。治疗应以疏肝利胆, 清热止痛、散结为主。肝热痰湿型是由于痰热郁结, 患者出现舌质红, 苔黄或浊, 颈部肿块, 头晕, 多梦, 口苦, 痰多而黏等症^[11]。治疗应以疏肝泻热、化痰软坚、散结为主。

中药内服的蒿芩清胆加减汤出自清代俞根初先生《重订通俗伤寒论》, 方中青蒿清暑热以透邪, 黄芩化湿热以利胆, 共为君药; 竹茹、橘皮、半夏、枳壳理气降逆, 和胃化痰, 均为臣药; 赤茯苓、碧玉散淡渗利湿, 并导胆热下行, 为佐、使药。合而成为清胆热, 化痰湿, 畅气机的要方。柴胡疏肝散加减汤即四逆散加川芎、香附, 清热凉血、化痰散结之余, 重在调理肝肺, 感器疏则气机畅, 肺气健则卫表和, 从根本治疗 SAT。本方采用柴胡、枳壳、香附理气为主, 白芍、川芎和血为佐, 再用甘草以缓之, 可谓善于运用古方, 诸药结合, 共同发挥和解少阳, 清热解毒、化痰止痛、散结效应之功效。

中药外敷法是运用了中药归经的原则, 以气味具厚药物为引导率领群药, 开结行滞直达病灶^[12-13]。本研究采用的消肿止痛贴通过重要刺激患者病变部位, 加速血液循环和改善周围组织的营养, 从而达到消肿和消炎的作用。

本研究中, 中药组患者(病程)甲状腺肿胀消退时间、甲状腺疼痛缓解时间以及退热时间均低于对照组($P < 0.05$) 中药组治疗后患者理化指标优于对照组($P < 0.05$); 中药组中医证候总有效率(93.75%) 优于对照组(71.88%) ($P < 0.05$)。可见西医结合中药内服外敷法的治疗效果要远远优于西医常规治疗, 还有利于缩短病程。

除此之外, 中药组患者复发率(6.66%) 低于对

照组(21.74%) ($P < 0.05$); 中药组患者激素相关性不良反应发生率(3.13%) 明显低于对照组(15.63%) ($P < 0.05$)。可见中药可以增强体质, 顾护正气, 使病邪难以入侵而致发病, 在降低复发率和激素相关性不良反应发生率方面都有很好的效果。

综上所述, 中西医结合内服外敷法治疗 SAT 可以缩短病程, 提高治疗效果, 降低复发率, 减少激素相关性不良反应, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 刘秋艳, 岳仁宋, 刘慧玲, 等. 从少阳论治亚急性甲状腺炎验案举隅[J]. 中医药通报, 2016, 15(4): 54-55.
- [2] 苏群, 潘建章, 高贤荣, 等. 亚急性甲状腺炎的诊断与治疗[J]. 浙江临床医学, 2012, 14(2): 181-182.
- [3] 何娟, 王淑珍. 中西医结合治疗亚急性甲状腺炎 38 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(3): 193-193.
- [4] 陈贵廷, 杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1996: 1225.
- [5] 罗志昂, 许芝银. 许芝银教授治疗亚急性甲状腺炎临证思辨特点[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(12): 3736-3738.
- [6] 应智慧, 应声闻. 小柴胡汤加减治疗肝经蕴热型复发性亚急性甲状腺炎的疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2017, 19(5): 903-905.
- [7] 范崇信. 中医辨证治疗亚急性甲状腺炎疗效观察[J]. 北方药学, 2012, 9(11): 14-15.
- [8] 牛瑾瑜. 辨证治疗亚急性甲状腺炎 30 例[J]. 福建中医药, 2014, 45(2): 48-48.
- [9] 柯娜娜, 衡先培. 衡先培论治亚急性甲状腺炎临床经验[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3033-3035.
- [10] 许华, 赵璐, 路亮, 等. 柴葛解肌汤加减治疗亚急性甲状腺炎热毒炽盛证临床研究[J]. 河南中医, 2017, 37(5): 845-847.
- [11] 金艺璇. 辨证分型治疗亚急性甲状腺炎 50 例临床观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(22): 62-63.
- [12] 周焕荣, 潘永建, 肖元翠, 等. 中药外贴敷治疗癌性疼痛的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(48): 117-119.
- [13] 孙哲, 张宏军, 范克杰, 等. 中医药治疗肱骨外上髁炎的研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(12): 78-80.

(2018-01-08 收稿 责任编辑: 徐颖)

(上接第 343 页)

- [15] 李红, 陈莹, 郭丽华, 等. 围绝经期非器质性失眠妇女肝郁证素与白细胞介素 1 β 、肿瘤坏死因子- α 的相关性[J]. 中医杂志, 2016, 57(7): 584-587.
- [16] 徐萍, 季卫东, 潘尧生. 认知行为疗法联合药物对老年睡眠障碍患者血清细胞因子和皮质醇的影响及疗效观察[J]. 实用老年医学, 2015, 29(2): 137-141.

- [17] 杨媛, 胡明, 葛红敏, 等. 伴有失眠症状的抑郁症患者神经肽 Y 和 P 物质水平的变化研究[J]. 国际精神病学杂志, 2016, 43(5): 781-783.
- [18] 李红, 陈莹, 李森璠, 等. 围绝经期睡眠障碍肝郁证素与血清 5-HT 水平及 SDSSAS 积分的关联研究[J]. 四川中医, 2016, 34(4): 50-52.

(2017-03-14 收稿 责任编辑: 杨觉雄)