

辨病辨证相结合治疗亚急性甲状腺炎验案 2 则

丁伟 徐宁 马运涛

【摘要】 本文通过介绍两个以中医药为主要治法治疗亚急性甲状腺炎的临床病例,分析总结其临床用药规律:根据疾病的特异性做出宏观综合评定治疗,又针对中医病因病机以立法处方,将辨病、辨证二者有机结合,缓急得当,主次分明。临床运用辨病辨证相结合的思路治疗甲状腺疾病,事半功倍。

【关键词】 亚急性甲状腺炎; 瘰病; 辨证辨病; 医案

【中图分类号】 R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.07.014

亚急性甲状腺炎(subacute thyroiditis,SAT)呈自限性,是最常见的甲状腺疼痛疾病,以短暂疼痛的破坏性甲状腺组织损伤伴全身炎症反应为特征。根据急性起病、发热等全身症状及甲状腺疼痛、肿大且质硬的临床症状,结合红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate,ESR)显著增快,血清甲状腺激素浓度升高与甲状腺摄碘率降低的双向分离现象可诊断本病^[1]。

在中西医结合防治内分泌代谢病领域,尤其对甲状腺疾病的治疗见解独到。吴深涛教授辨治亚急性甲状腺炎,擅将辨病辨证相结合,既坚持针对机体各个部分以及整体的主要功能状态与病理活动综合评定,提出恰当的处理;又在寻找病源、明确诊断的基础上,针对病源用药^[2]。正如清代名医徐灵胎在《医学源流论序》中指出:“欲治病者,必先识病之名。能识病名,而后求其病之所由生。知其所由生,又当辨其生之因各不同,而病状所由异,然后考其治之之法。”现将吴师治疗亚急性甲状腺炎验案 2 则介绍如下,管窥之见,同

道作抛砖之看。

1 热毒壅盛案

患者,男,42岁,初诊时间:2015年9月23日。该患者平素急躁易怒,于白露节气后5天发病,初起咽部不适感,自测T:37.4℃,后体温逐日上升,最高可达39.4℃,午后热盛,发热时伴有咽部及牙部疼痛症状,予非甾体类抗炎药治疗,症状未见明显缓解,患者拒绝使用激素类药物。刻下:身热无汗,咽痛,牙痛,头晕,时有心慌,大便干,舌红苔薄黄,脉数而弦。查体:甲状腺Ⅰ度肿大;心率:114次/分,律齐;ESR:110.0 mm/h↑;C反应蛋白:115.000 mg/L↑;甲状腺功能:FT3:13.70 pmol/L↑;FT4:57.90 pmol/L↑;TSH:0.032 mIU/L↓。居住地腮腺炎(痒腮、大头瘟)流行,但否认接触史。西医诊断:亚急性甲状腺炎。中医诊断:瘰病。辨证:热毒壅盛证。治法:清热解毒,理气散结。停用西药,予中药汤剂,处方:黄芩20g、黄连15g、牛蒡子30g、连翘20g、薄荷6g、僵蚕10g、玄参20g、马勃15g、板蓝根30g、桔梗15g、甘草10g、陈皮15g、升麻10g、柴胡15g、大黄6g、夏枯草15g、石斛10g、丹参20g、川芎10g、生石膏^{先煎}60g,水煎300 mL,早晚两次分服,共14剂。

二诊:诸症好转,偶有低热,稍感乏力,寐欠安,二便调,

作者单位:300193 天津中医药大学[丁伟(硕士研究生)];天津中医药大学第一附属医院(徐宁、马运涛)

作者简介:丁伟(1989-),2013级在读硕士研究生。研究方向:中医药防治内分泌与代谢疾病。E-mail:947743562@qq.com

舌红苔少,脉细。触诊甲状腺质稍硬。处方:当归 12 g、白芍 30 g、柴胡 20 g、茯苓 30 g、牡丹皮 20 g、沙参 20 g、玄参 20 g、白术 20 g、黄芩 15 g、地锦草 20 g、夏枯草 30 g、连翘 20 g、川芎 15 g、刺五加 30 g、香附 15 g、柏子仁 30 g,水煎 300 mL,早晚两次分服,共 7 剂。

14 天后患者复诊,甲状腺功能正常,诸症未复发。

按 该患者主诉以发热疼痛为主,大便干,舌红苔薄黄,脉数而弦,一派热毒之象。首诊吴师裁用普济消毒饮,李东垣在其《东垣试效方》中以此方治疗“大头天行”,本方由黄芩、黄连、陈皮、甘草、玄参、柴胡、桔梗、连翘、板蓝根、马勃、牛蒡子、薄荷、僵蚕、升麻组成,诸药共奏清热解毒、疏风散邪功效^[3]。药效学研究结果表明,普济消毒饮具有抗菌和增强免疫作用^[4]。据症辨证为热毒壅盛颈前,遂依证而选用主方,并以清解外毒为主要治法,正如清代医家徐灵胎所说:“与夫内外分合气血聚散之形,必有凿凿可征者,而后立为治法……内外上下无一不病,则当求其因何而起,先于诸症中择最甚者为主。”^[5]在主方的基础上加减用药,如大黄以泻热通便。

中医学将 SAT 归为瘰癧范畴,瘰癧的病因归结于情志内伤,饮食及水土失宜,病机是气滞、痰凝、血瘀壅结颈前,治疗以理气消瘰之法^[6]。该患者素急躁易怒,易致肝气郁滞;又出于辨病辨证相结合考虑,吴师在以清热解毒为主要治法的基础上,加入夏枯草、川芎理气散结之品(化裁于《疡医大全》消癧丸,去蓖麻子加地锦草、川芎),以其疏肝气之用。

生石膏是治疗壮热的主药。该患者壮热不退,又午后热盛,阳明热证之象,故首方用生石膏 60 g 以退热。《伤寒论》中,白虎汤、竹叶石膏汤都将石膏用到一斤之数,大青龙汤用石膏“如鸡子大”,可见用大剂量生石膏退热之法自张仲景由来久矣。清代医家余霖在其《疫疹一得》中,创清瘟败毒饮治时疫,方“以重剂石膏治冯鸿臚星实之姬,人见者骇异,然呼吸将绝,应手辄痊……有一剂用至八两,一人服至四斤者”(《阅微草堂笔记:卷十八》)。近代医家张锡纯认为生石膏“性凉能散”,可以大剂量使用以退热,并无寒胃之嫌,正如其在《医学衷中参西录》中所说:“重用生石膏治愈之证当以千记。有治一证用数斤者,有一证而用至十余斤者,其人病愈之后,饮食有加,毫无寒胃之弊。”于晓彤等^[7]对 446 例报道生石膏使用的文献进行统计学分析,发现其用量在 6~300 g 之间,30 g 为最常用剂量。吴师以生石膏退热,用量在 60~120 g 之间,退热疗效显著。吴师治疗消渴病,辨证用药时适当选配辛散药物,取其引热从表解散之功,以予邪以出路从而提高了临床疗效^[8]。此处以石膏退高热,亦有“从表散解”之意,表散而气机出入得复,可谓事半功倍。

二诊患者热势已退,咽痛、头晕、心慌症状均已好转,唯颈前甲状腺稍硬,此时治疗方向由清热解毒为主转为疏肝散结为主,养阴清热为辅。方用逍遥散合消癧丸化裁,加牡丹皮、黄芩以养阴清余热,加香附加理气散结之力,加柏子仁则针对患者寐欠安症状稍予安神之品,药证合拍,故取效迅捷。

2 风热犯表案

患者,男,34 岁,初诊时间:2015 年 10 月 8 日。患者于白露节气前后发病,初起咽痛,迁延 2 月余,逐渐加重,期间自觉时时微热,予非甾体类抗炎药治疗,症状未见明显缓解。患者拒绝使用激素类药物。刻下:咽痛,身微热,时心慌憋气,寐欠安,二便调,舌红苔薄白,脉数而弦。查体:咽部充血,扁桃腺稍大,甲状腺 I 度肿大伴压痛;心率:96 次/分,律齐;甲状腺功能:FT3:7.25 pmol/L ↑;FT4:25 pmol/L ↑;甲状腺彩超示:甲状腺多发结节。居住地腮腺炎流行,否认接触史。西医诊断:亚急性甲状腺炎。中医诊断:瘰癧。辨证:风热犯表证。治法:疏散风热,活血散结。处方:金银花 30 g、连翘 20 g、炒牛蒡子 30 g、荆芥 15 g、淡豆豉 15 g、芦根 20 g、淡竹叶 15 g、桔梗 15 g、甘草 10 g、夏枯草 30 g、地锦草 30 g、丹参 20 g、首乌藤 30 g,水煎 300 mL,早晚两次分服,共 5 剂。

二诊:咽痛隐隐,未诉发热,仍心悸,寐欠安,舌尖红少苔,脉弦细。处方:连翘 20 g、炒牛蒡子 30 g、川芎 15 g、淡豆豉 15 g、芦根 20 g、淡竹叶 15 g、桔梗 15 g、甘草 10 g、夏枯草 30 g、地锦草 30 g、丹参 20 g、首乌藤 30 g、玄参 20 g、柏子仁 30 g,水煎 300 mL,早晚两次分服,共 7 剂。

14 天后复诊,甲状腺功能正常,诸症未复发。

按 该患者以咽痛发病,缠绵不愈,病程较长。就诊时身微热,伴有心慌,寐差等症,提示风热表证仍在。吴师裁用银翘散,其为疏风散热之基础方,该患者咽痛为主,发热次之,有热壅成毒之势,故去薄荷、防风等解表祛风药,加牛蒡子增强清热解毒之力。如前案,仍以辨病辨证相结合,患者病属瘰癧,触诊甲状腺肿伴压痛,当兼顾气郁痰凝这一基本病机,酌加夏枯草、地锦草、丹参,3 剂后即微热渐除。

二诊未诉发热,咽痛隐隐,心悸、寐欠安转成主诉,吴师考虑该患者病势绵长,有伤正之嫌,此时余热未尽,阴液受损,心阴耗伤,而致心悸、不寐诸症犹在。于前方去金银花、荆芥穗疏散风热之品,银翘散化裁为清热生津之用。加入柏子仁、川芎合丹参、首乌藤以养心阴安神志;加入玄参合夏枯草、地锦草以养阴清热,疏肝散结。治疗不寐,方药多化裁于柏子养心汤、酸枣仁汤、天王补心丹,常常多方合用,各取精髓,如柏子仁、川芎、首乌藤、丹参等是其治疗失眠的常用主药。

3 讨论

亚急性甲状腺炎虽为自限性疾病,但疾病过程中常出现发热、疼痛、甲状腺肿痛等症状,西医多以非甾体抗炎药治疗,效果欠佳,则适度使用糖皮质激素^[1]。从文献资料上分析,根据中医病因病机特色进行辨证论治,用中药治疗具有疗效显著、毒副作用小、复发率低等特点,可以成为治疗亚急性甲状腺炎的首选方案^[7]。以上两则病案,患者拒绝激素治疗,此时中医中药对本病的治疗较有优势,尤其对于持续剧烈疼痛、高热不退的患者,中西药配合治疗可避免糖皮质激素使用带来的副作用,减少并发症的可能。

3.1 从传统辨病辨证角度分析“辨病辨证相结合”的应用

传统中医学对现代医学所论甲状腺这一器官并未讨论其脏腑归属及生理意义,仅于《素问·骨空论篇第六十》及《灵枢经·经脉第十》中论及四条阴经脉(脾足太阴之脉、心手少阴之脉、肾足少阴之脉、肝足厥阴之脉)、一条阳经脉(胃足阳明之脉)及任脉、督脉循行颈前与咽喉部联系。其对甲状腺的认识,起于“瘰癧”,早在《吕氏春秋·季春纪》中就记载“轻水所,多秃与瘰癧”,《诸病源候论》中较为系统的论述了“瘰癧,由忧恚气郁所生,亦有饮沙水、沙随气入于脉,搏颈下而成之”^[9],发展到现代,仍以喉结两旁肿大这一症状,作为对瘰癧的主要定义^[10-11]。从瘰癧的辨证治则来看,巢元方将其按照形质分为“三瘰”,陈无择将其发展为“五瘰——石、肉、筋、血、气”,归其根本仍旧属于八纲、气血津液辨证范畴^[12]。可见中医在历史上是将甲状腺认识为脏腑经络系统中的一部分,在生理情况下,参与脏腑经络系统功能的一部分,在病理状态下,才提升为独立的疾病^[13-14]。

在以上报道的诊治 SAT 的医案中,吴师并未拘泥于“瘰癧病”这一诊断,而是从整体舌脉入手,直取病机,以辨证论治,制定了患者主要治法原则;同时参考辨病论治的原则,在治疗主症的同时兼顾主病。这一思路符合中医对甲状腺疾病的认识,即将颈前局部症状归于四诊之中,从患者的主症、其他兼症及舌脉明确证型及治法,辅以针对瘰癧的治疗,并根据病情的轻重变化,动态调整主治与辅治的方向。从吴师的临床疗效来看,这种主次搭配、动态变化的诊疗方案多收事半功倍之效。

3.2 从“浊毒理论”角度分析“辨病辨证相结合”的应用

吴师明确指出,清浊与寒热、阴阳、气血等“元概念”一样,具有其丰富的生理、病理内涵及所致独立病证的自身属性。又《灵枢·阴阳清浊篇》言:“浊而清者上出于咽,清而浊者则下行,清浊相干,命曰乱气。”强调了浊邪产生的病理基础是气机的升降出入紊乱^[15]。浊邪概念及内涵的明确,有利于深入探讨现代一些病证的病机理论,特别有利于对当今许多代谢性疾病的深入辨析^[16]。若将“浊”“内毒”“气机”等概念引入并加以分析,便可从同病异证、异病同证的高度更深刻地认识“辨病辨证相结合”这一理论。

以上病案中,患者所感皆为“外毒”。其内浊,或素有急躁易怒,浊随气逆之内在之浊;或久病耗气,气虚无以升降清浊,浊随气滞之浊。如《格致余论·生气通天论病因章句辨》所云“浊气熏蒸,清道不通,沉重而不爽利,似乎有物以蒙冒之”等“害清”之象,但更多则是表现出病损之广、病变之深重等病情痼痼之性,亦即“蕴结不解之谓”^[17]。吴师指出水液过之为湿,谷精壅滞为浊^[18]。“谷精”广义上可理解为维持正常生理功能必须的物质,浊与“谷精”二者异名同类,可见浊于常时配合“清”“气机”共同完成生理活动,于不平时则“壅滞”为邪,故而具有蕴结不解之性,此处自可区别于水溢之“湿”而与西医亚急性甲状腺炎发热病理暗合。故以上病案病机皆可总结为:外毒内侵,壅于颈前,浊邪内生,浊毒夹杂,毒重于浊。治疗上,两病案患者“毒”“浊”的轻

重、新旧,所在位置不同造成不同的辨证,而亚急性甲状腺炎(瘰癧)的中医药治疗皆应从浊毒两方面入手,既是“辨病论治”的所在。

以上两案,充分体现了辨病辨证相结合的处方思路。随着现代科学的进步,中医面对越来越多有病无症的疾患,尤其在内分泌代谢病领域,诸如糖尿病前期、高血压、高脂血症、非毒性甲状腺结节等疾病,存在生理异常,而又属于传统中医观念中的“未病”。在诊治亚急性甲状腺炎,病证不完全相符时的经验值得借鉴。正如宋代名医朱肱在其《南阳活人书》中所说“因名识病,因病识证,而治无差矣”。若将该思路更广泛、深入地应用于中医药防治代谢病乃至其他内科疾病方面,或将为中医理论做出有益的新探索。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会内分泌学分会. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺炎[J]. 中华内科杂志, 2008, 47(9): 784-788.
- [2] 朱良春. 辨证与辨病相结合, 提高临床疗效[J]. 中医药通报, 2011, 10(1): 1-3.
- [3] 占新辉, 石静, 王微, 等. 普济消毒饮临床应用概况[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(5): 246-248.
- [4] 张保国, 程铁峰, 刘庆芳. 普济消毒饮疗效及临床研究[J]. 中成药, 2010, 32(1): 117-120.
- [5] 刘洋. 徐灵胎医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 142-143.
- [6] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 316-318.
- [7] 于晓彤, 武胜萍, 徐立鹏, 等. 生石膏现代临床用量研究[J]. 中国临床医生杂志, 2014, 42(11): 87-89.
- [8] 吴深涛. 辛散药在消渴病治疗中的应用[J]. 中医药学报, 1999, 4: 12-13.
- [9] 杜明, 梅冬艳, 王海涛. 亚急性甲状腺炎的中医药治疗概况[J]. 河北中医, 2010, 32(11): 1741-1742.
- [10] 丁光迪. 诸病源候论校注[M]. 北京: 人民卫生出版, 1992: 856-858.
- [11] 杨超. 夏枯草口服液治疗亚急性甲状腺炎的临床疗效[J]. 中国卫生产业, 2012, 9(21): 51.
- [12] 李旻瑶. 血清前白蛋白与甲亢合并肝损的相关性分析及中西医结合治疗近期疗效观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2014.
- [13] 马德权. 中西医结合治疗亚急性甲状腺炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 4: 455.
- [14] 邓才兵, 柯常旺. 中西医结合治疗亚急性甲状腺炎 50 例观察[J]. 实用中医药杂志, 2015, 31(1): 42.
- [15] 韩飞. 分析中西医结合治疗亚急性甲状腺炎的疗效[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2015, 3(6): 101-102.
- [16] 天津中医药大学第一附属医院 吴深涛. 重新审视与界定浊[N]. 中国中医药报, 2010-10-25(4).
- [17] 廉治, 吴深涛. 吴深涛对浊毒的新认识[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(5): 104-105.
- [18] 吴深涛. 论浊与湿异[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(9): 1931-1933.

(收稿日期: 2016-01-06)

(本文编辑: 韩虹娟)