

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.01.020

• 个案报道 •

桂枝茯苓丸联合西药治疗桥本病并亚甲炎 1 例

陈琛 胡爱民[△] 王琼

武汉市中医医院内分泌科, 武汉 430014

关键词 桥本病; 亚甲炎; 中西医结合; 桂枝茯苓丸

中图分类号 R259 **文献标志码** A

桥本甲状腺炎(hashimoto thyroiditis, HT)又称桥本病,是内分泌科常见疾病;亚急性甲状腺炎(subacute thyroiditis, SAT)简称亚甲炎,二者共存较为少见,且中西医结合治疗 HT 合并 SAT 少有报道。现本文回顾 1 例以桂枝茯苓丸为主的中西医结合治疗 HT 合并 SAT 病例,探讨其诊治思路,旨在为中西医结合治疗 HT 合并 SAT 提供临床参考。

1 临床资料

1.1 病史

程某某,男,40 岁,因“怕冷、乏力、浮肿 3 月,加重伴颈前肿痛 2 月”于 2019 年 3 月 14 日入院。诉 2018 年 12 月初起无明显诱因出现怕冷、乏力、周身浮肿、打鼾、颈前肿胀,未诊治。2019 年 1 月开始上述症状加重,并出现颈前疼痛放射至耳后,吞咽不畅,遂往某院就诊。辅助检查结果:促甲状腺激素(TSH) >100 uIU/mL(正常值 0.38~4.31 uIU/mL);游离三碘甲状腺原氨酸(FT₃) <0.1 pg/mL(正常值 1.8~3.8 pg/mL);游离甲状腺素(FT₄) <0.4 ng/dL(正常值 0.78~1.86 ng/dL);甲状腺球蛋白抗体(TgAb)594 IU/mL(正常值 0~13.6 IU/ml);甲状腺过氧化物酶抗体(TPO-Ab) >1000 IU/mL(正常值 0~3.2 IU/mL)。诊断为“桥本甲状腺炎、甲状腺功能减退症”,予左甲状腺素钠片口服,75 μg/次,1 次/日,服用 1 月后剂量调整为 100 μg/次,1 次/日。患者颈前肿胀疼痛加重,遂收住入院。入院症见:颈部肿胀、疼痛放射至耳后,吞咽不畅,打鼾,乏力,腹部胀满,大便稀,2 次/日,发病以来无恶寒发热、咽痛、咳嗽。体检结果:体温 36.3℃,脉搏 70 次/分,呼吸 20 次/分,血压 120/80 mmHg;颜面四肢无浮肿,甲状腺Ⅲ度肿大,质地硬,触痛(+),肺、心、腹无异常。舌苔白,舌质红,脉

弦。实验室检查:三大常规、肝肾功能、风湿免疫全套无明显异常;甲状腺功能:TSH 33.16 uIU/mL $\uparrow$, FT₄ 1.93 ng/dL $\uparrow$, TgAb:1126.17 IU/mL $\uparrow$, TPO-Ab >1000 IU/mL $\uparrow$, 促甲状腺激素受体抗体(TRAb)0.45 IU/L(正常值 0~1.75 IU/L),血沉(ESR)25.0 mm/h(正常值 0~20 mm/h),超敏 C 反应蛋白(hs-CRP) >5.00 mg/L(正常值 0.5~10 mg/L)。甲状腺彩色多普勒超声提示:甲状腺切面形态饱满,体积增大,甲状腺左侧叶大小约为 50.2 mm $\times$ 24.7 mm $\times$ 29.7 mm,右侧叶大小约为 53.0 mm $\times$ 32.1 mm $\times$ 26.9 mm,峡部厚约 9.1 mm,甲状腺实质回声强弱不等,分布不均呈网络样改变;CDFI 提示:甲状腺增大,质地不均,血流稍增多。颈部浅表淋巴结彩色多普勒超声提示:双侧颈部多发淋巴结可显示。甲状腺 CT 提示:甲状腺弥漫性增大并密度减低,周围组织受推移,气管受压,呈“剑鞘样”改变。甲状腺细针穿刺细胞学检查结果提示:镜下见中性粒细胞、组织细胞、巨噬细胞、淋巴细胞等炎性细胞(见图 1、图 2)。

1.2 诊疗经过

中医诊断:癭病——寒凝血瘀、脾阳不振证;西医诊断:桥本病合并亚甲炎。治疗:①中医以活血化瘀、温阳健脾为法,方选“桂枝茯苓丸”为基础方加减,药用桂枝 10 g,茯苓 20 g,白术 10 g,党参 30 g,甘草 10 g,赤芍 10 g,郁金 10 g,丹参 30 g,三棱 10 g,莪术 10 g,法半夏 10 g,黄芩 20 g,川芎 10 g,桃仁 10 g,全蝎 6 g,延胡索 10 g;酌病情加山药、莲子、薏仁、白扁豆、三七、苏木、浙贝、瓜蒌皮、陈皮等,水煎服,1 付/日。②左甲状腺素钠片:根据甲状腺功能,调整剂量,由开始的 50 μg 增加至 75 μg,1 次/日,口服。③塞来昔布胶囊:0.2 g/次,2 次/日,口服,症状未缓解;一周后改为强的松 10 mg/次,3 次/日,口服,当晚疼痛明显缓解;疼痛缓解后每周减量 5 mg。患者经上述治疗 19 天后,颈前疼痛消失,肿胀较前缓解,腹无胀满,大便正

[△]通信作者,Corresponding author,E-mail:whzhyham@126.com

常,呼吸吞咽无异常,无打鼾,身体不肿,怕冷、乏力明显缓解;复查甲状腺功能 5 项:TSH 18.63 uIU/mL ↑, FT₃ 3.12 pg/mL ↓, FT₄ 正常, TgAb 2600.00 IU/mL ↑, TPO-Ab 652.80 IU/mL ↑;甲状腺 B 超显示甲状腺体积较入院前缩小,遂出院。出院后继续服中药(原

方加减)共 2 月;左甲状腺素钠片剂量调整为 100 μg/次,1 次/日;强的松每周减量 5 mg,一月后停用。2020 年 10 月 15 日电话回访:未诉不适,多次门诊查 TSH、FT₃、FT₄ 正常,继续口服左甲状腺素钠片 100 μg/次,1 次/日。

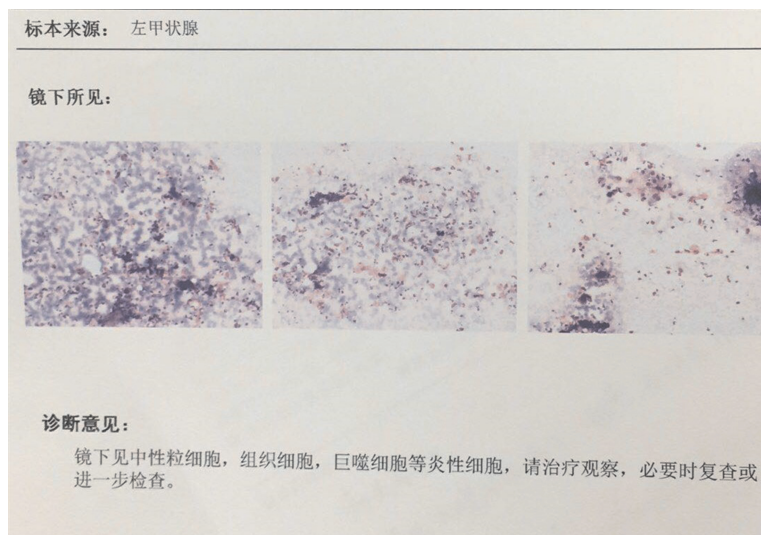


图 1 左侧甲状腺细针穿刺细胞学检查结果

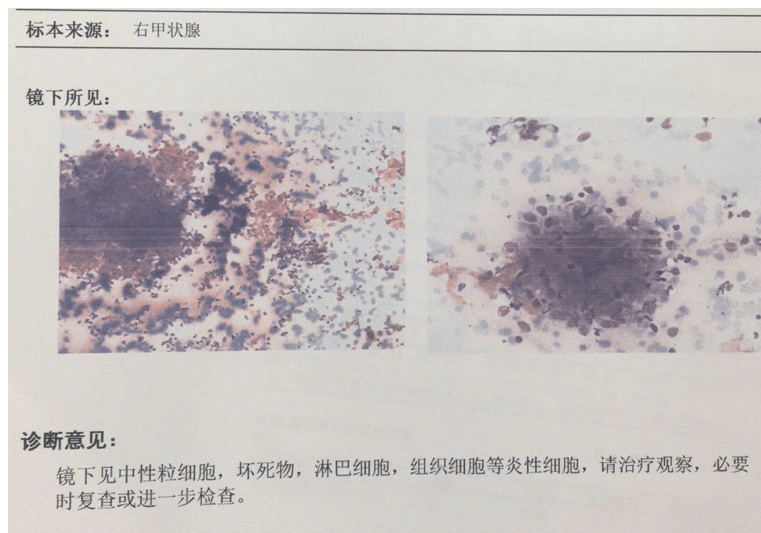


图 2 右侧甲状腺细针穿刺细胞学检查结果

2 讨论

本例患者怕冷、乏力、浮肿、吞咽不畅,甲状腺Ⅲ度肿大,质硬;TSH 升高,FT₃、FT₄降低,TgAb、TPO-Ab 升高;甲状腺彩色超声:甲状腺分布不均呈网络样改变;甲状腺 CT:甲状腺弥漫性增大并密度减低、呈“剑鞘样”改变;符合 HT 诊断。同时,本例患者颈前肿胀疼痛放射至耳后,甲状腺有触痛;ESR、hs-CRP 升高;淋巴结彩超:双侧颈部多发淋巴结可显示;甲状腺细针穿刺病检结果:镜下见中性粒细胞,组织细胞,巨

噬细胞等炎性细胞;糖皮质激素治疗敏感;符合 SAT 诊断。故考虑 HT 合并 SAT 的诊断。

HT 为自身免疫性疾病,可与 1 型糖尿病、类风湿性关节炎、干燥综合征、自身免疫性肝炎、系统性红斑狼疮等自身免疫性疾病共生,临床不多见,HT 合并 SAT(非自身免疫性疾病)临床则更为少见且表现各异。查阅近 20 年国内医学文献发现,有 6 篇 HT 合并 SAT 个案报告,共报告 7 个病例^[1-6];其中,6 例存在颈部疼痛,5 例存在发热;2 例以发热、恶寒、咽痛等“上呼吸道感染”症状起病,1 例以乏力、怕冷等“甲状腺功

能减退”症状起病;本例起病以乏力、怕冷等表现为主。目前,HT 合并 SAT 的发病机制尚不明确,有文献^[7]报道在 SAT 的肉芽肿区甲状腺滤泡上皮可见大量 HLA-DR 抗原表达及树突状细胞,此结果提示 HLA-DR 抗原阳性细胞和树突状细胞共同协调发挥的甲状腺自身抗原递呈作用和细胞毒作用在促进 HT 和 SAT 发生发展的免疫机制中可能存在一定联系。

HT 属中医“瘰癧”范畴,病因多为情志内伤、饮食不节、水土失宜等。病机前期多属实证,中期虚实夹杂,后期多为虚证。薛慈民教授^[8]认为本病早期以热毒郁结为主,治宜清热解毒、疏肝养阴,中期病机转为痰凝、气滞、血瘀并见,治宜健脾化痰、理气散瘀;后期以脾肾阳虚为主,治宜温补脾肾、化痰散瘀。SAT 属中医“痛癭”范畴,发病多因外感六淫邪气,日久不解,而致痰瘀热毒壅滞。冯志海教授^[9]认为其发病主要与情志内伤、感受外邪、饮食及体质因素相关。王高元等^[10]研究发现,中医内服、外敷治疗 SAT 能增强疗效、缩短病程、减少激素不良反应、降低复发率。HT 合并 SAT 的中医诊治案例目前报道较少。本例患者素体脾虚,中阳不振、运化失司,渐致痰结血瘀,加之时值寒冬,外寒入里,气血痹阻,故颈前肿痛拒按,治宜健脾温阳、活血通络、化痰散结,选用“桂枝茯苓丸”为基础方加减。

“桂枝茯苓丸”为仲景所创,最早出现于《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》篇,用于治疗癥积及胎动不安,为扶正祛邪、化瘀消癥之轻剂。本例患者处方中桂枝温经散寒、活血通络;茯苓益气健脾;桃仁、赤芍、丹参活血化瘀;赤芍兼养血和营;白术、党参补气健脾、助脾运化;郁金、川芎活血行气止痛;延胡索理气化瘀止痛;三棱、莪术行气止痛,破血散结;法半夏化痰散结;黄芩清热燥湿;全蝎搜风通络、散结止痛;甘草补脾益气,调和诸药。患者刚入院时腹部胀

满,大便稀,每日 2~3 次,选用山药、莲子、薏仁、白扁豆益气健脾、渗湿止泻以健脾扶正;患者甲状腺颈前肿痛较甚时,加用三七、苏木加强活血止痛,浙贝、瓜蒌皮、陈皮加强化痰散结。本例患者在西医治疗基础上,结合中医辨证论治,以“桂枝茯苓丸”加减方进行治疗,不仅发挥中药多靶点治疗的优势,而且在缓解症状、缩短病程、减少激素毒副作用、降低复发率等方面取得一定效果,值得临床进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 王菁楠. 桥本甲状腺炎合并不典型亚急性甲状腺炎 1 例报道[J]. 复旦学报(医学版), 2009, 36(4): 503-504.
- [2] 康怡, 朱本章. 桥本甲状腺炎与亚急性甲状腺炎共存(二例报告)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2004, 20(2): 117-118.
- [3] 刘莉, 谷巍. 桥本甲状腺炎合并亚急性甲状腺炎 1 例[J]. 河北医药, 2013, 35(2): 319-320.
- [4] 蔡文娟, 张建中, 张颖, 等. 桥本病合并亚急性甲状腺炎 1 例报告[J]. 吉林医学, 2011, 32(7): 1448.
- [5] 田世英, 赵东. 桥本氏病合并无痛性亚急性甲状腺炎 1 例[J]. 中日友好医院学报, 2001, 15(2): 79.
- [6] 刘晔, 王育璠, 彭永德. 桥本甲状腺炎合并亚急性甲状腺炎一例报道[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2011, 31(5): 691-693.
- [7] 江昌新, 谭郁彬, 刘岩, 等. 自身免疫性甲状腺疾病和亚急性甲状腺炎树突状细胞与 HLA-DR 抗原表达观察[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2001, 17(6): 344-347.
- [8] 赵亮, 关溪. 薛慈民治疗桥本甲状腺炎经验[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(10): 13-14.
- [9] 李昕欣, 冯志海, 成芸. 冯志海治疗亚甲炎早期经验总结[J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(8): 69-71.
- [10] 王高元. 中医内外结合治疗亚甲炎的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(19): 3-4.

(收稿日期: 2020-11-19)

(上接第 60 页)

- [10] 曹丽楠, 徐保来, 王倩. 补肾化瘀胶囊治疗黄褐斑的临床效果及其作用机制[J]. 中药药理与临床, 2017, 33(1): 170-172.
- [11] 王倩, 蔡念宁, 周涛, 等. 调肝健脾祛斑方治疗肝郁脾虚型黄褐斑 42 例[J]. 环球中医药, 2018, 11(7): 1148-1151.
- [12] 韩洪静. 针灸配合中药治疗黄褐斑 65 例[J]. 中国医疗美容, 2015, 5(1): 124-125.
- [13] 谢馥穗. 喘可治穴位注射治疗围绝经期女性黄褐斑的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.

- [14] 牛彬, 张靓, 石年. 黄褐斑治疗中 Medlite-C6 Q-开关 1064 nm 激光联合川黄口服液对临床疗效的影响分析[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2020, 19(3): 246-249.
- [15] 杨科. 微针疗法配合氨甲环酸湿敷治疗黄褐斑的疗效分析[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(1): 84-86.
- [16] 刘洁. 超声波导入左旋维生素 C 联合针刺治疗黄褐斑[J]. 医学美容, 2020, 29(6): 34.

(收稿日期: 2020-09-14)