

亚临床甲状腺功能减退症中医研究进展

王耀立, 魏军平

(中国中医科学院广安门医院内分泌科, 北京 100053)

中图分类号: R581.2

文献标识码: A

DOI: 10.3969/J.issn.1672-6790.2016.03.035

甲状腺功能减退(甲减)是由多种原因引起的甲状腺激素合成、分泌或生物效应不足所致的临床综合征。无甲减症状与体征,但血中促甲状腺激素 TSH 升高(伴或不伴 FT4 下降)的轻型甲减称为亚临床甲状腺功能减退症(亚临床甲减)。亚临床甲减患者,体内已存在甲状腺激素合成和分泌不足,它通过机体的代偿机制使甲状腺激素维持在正常水平。亚临床甲减是一个阶段、一个过程,一般不具有特异的临床症状和体征。有些患者可以出现类似甲减的症状,症状轻微,可以持续存在,也可以发展为临床甲减。

随着生活节奏的加快,工作压力的增大,人们承受的心理压力不断增加。近年来,亚临床甲减的发病率也在明显升高。文献报道^[1]各国普通人群中亚临床甲减的患病率 4% ~ 10%, 美国是 4% ~ 8.5%, 我国为 0.91% ~ 6.05%。亚临床甲减发病以女性多见,患病率随年龄增长而增加,在 74 岁以上女性,其发病率高达 21%^[2]。

1 病名

亚临床甲减属于现代医学病名,祖国医学中没有该病名的记载,有关此病对应的中医病名,根据其不同的临床表现,纳入中医学不同病证范畴讨论。陈如泉教授认为亚临床甲减从其发病机制而论可归属于中医的“瘵劳”“虚劳”“瘵病”的范畴^[3]。以神疲乏力、四肢怕冷为主症的可纳入中医虚劳的范畴;以颜面四肢浮肿为主症的可纳入中医水肿的范畴^[4];以咽喉不适,咽中梗塞,吞之不下,吐之不出为主症的可纳入中医梅核气的范畴;以胸闷、心慌、

短气为主要表现的患者可纳入中医心悸或短气病的范畴;以入睡困难,眠中多梦为主症的可纳入中医失眠的范畴;以立迟、行迟、齿迟、语迟、发迟等小儿生长发育迟缓为主要表现的可纳入中医五迟的范畴^[5]。

2 病因病机病性病位

关于亚临床甲减的病因和病机,中医各医家有丰富的阐述。通过归纳和总结各家对亚临床甲减的认识得出:其发病主要由先天之因和后天之因两部分组成。周雨等^[6]认为先天禀赋不足,肾中元气衰微,气血不能正常运行,导致气血痰凝,水湿、瘀血等病理产物滞留人体,进而脏腑失养,而发病。谢春光认为,先天不足,则肾精亏虚,五脏失于温养而发病^[7]。徐蓉娟等^[8]认为父母所受先天之精不足,肾阳虚衰,命火不足,或兼脾阳不足,或兼心阳不足都会发病。冯鑫等^[9]根据阴主静阳主动,阴主成形阳主化气的理论,认为亚临床甲减多属阳虚阴盛。陈放中^[10]认为肝阳虚致使相火失于布散,十二经得不到温煦,全身功能衰退,进而导致气结、水停、痰阻、食滞、血瘀,产生诸多症状。后天致病集中表现在情志不遂、饮食劳倦内伤、水土失宜。王秋红等^[11]认为甲状腺所在位置为足厥阴肝经所属,情志不调,肝失疏泄,容易发生甲状腺疾病;生活中过食寒凉食物,损伤脾胃阳气,日久累及肾阳致病。裴倩等^[12]认为,劳逸过度久伤阳气,扰乱人体阳气的正常运行规律,可导致亚临床甲减的发生。高天舒认为情志不畅,肝气乘脾,脾虚日久伤及脾阳是发病的重要原因^[13]。徐德凤认为饮食失节,偏好生冷,胃脘受寒,伤及脾胃;过度疲劳,房劳过度,损伤肾气,均可导致亚临床甲减的发生^[14]。

由上述可见,亚临床甲减病情复杂,本虚标实是其发病的综合病机。本虚的基础上会产生痰湿、水饮、瘀血等病理产物,病位在颈部前面两侧,可涉及肾、脾胃、心、肝胆多脏腑。

基金项目: 中央保健科研课题(w2013BJ45);首都卫生发展科研专项项目(首发 2014-2-4152);中国中医科学院名医名家传承项目(CM2014GD1003)

作者简介: 王耀立, 硕士在读, Email: 13656320801@163.com

通信作者: 魏军平, 主任医师, 博士生导师, Email: weijunping@126.com

3 证候分型

亚临床甲减还没形成统一的证型标准。综合各医家对亚临床甲减的认识,亚临床甲减辨证分型大体有以下观点:单纯实证的亚临床甲减患者少见,白平等^[15]将其分为三型:脾阳虚证、肾气虚证、脾肾阳虚证。黄达^[16]、曲竹秋^[17]等将其分为四型:肾阳虚证、脾肾阳虚证、心肾阳虚证、阴阳两虚证。部分亚临床甲减患者在发病过程中会伴随瘀血、水湿、痰饮,牛云飞^[18]将其分为脾肾阳虚证、心肾阳虚证、阴阳两虚证、痰湿瘀结证。贾锡莲^[19]将其分为肾阳虚证、心肾阳虚证、脾肾阳虚证、阳虚水泛证、阴阳两虚证。根据亚临床甲减本虚标实的致病特点,胡齐鸣等^[20]将其标实证分为肝气郁结证、痰湿中阻证、痰阻血瘀证,本虚证分为肾阳虚衰证、脾阳不足证、心阳不足证、阴阳两虚证。亚临床甲减病情复杂,发病过程中多变化,高天舒认为初期以肝郁证为主,中期多见脾虚证,后期肾虚证较突出^[21]。程汉桥等^[22]认为其发病大体分为五个阶段:心脾两虚证、脾肾两虚证、心肾阳虚证、痰瘀互结证、阳气衰竭证。胡元奎^[23]根据亚临床甲减发病人群的不同,将其分为气血两虚证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证。郭建生等^[24]运用东垣清暑益气汤治疗甲减,通过以方测证的方法提出脾虚挟湿证。田文英等^[25]通过西医临床分型与中医辨证相结合的前提下提出亚临床甲减对应中医脾肾阳虚证。

4 治疗进展

4.1 中药治疗

4.1.1 辨证分型 辨证论治为中医治病之本,但目前关于亚临床甲减的辨证分型缺乏统一的标准,各医家根据自己的治病经验各有分型。徐蓉娟等^[8]将亚临床甲减主要分为6型论治:(1)肝郁痰凝证,治宜疏肝解郁、软坚化痰,方药小柴胡汤合半夏厚朴汤加减;(2)痰瘀互结证,治宜理气化痰、活血消癥,方药补阳还五汤或桃红四物汤合消癥散加味;(3)肾阳虚衰证,治法温肾助阳、益气祛寒,方药桂附八味丸加减;(4)脾肾阳虚证,治法温中健脾、扶阳补肾,方药补中益气汤合四神丸加减;(5)心肾阳虚证,治法温通心阳、补肾利水,方药真武汤加减;(6)阴阳两虚证,治法温润滋阴、调补阴阳,方药六味地黄丸、左归丸等加减;此外还见气虚两虚证、肝肾阴虚证,治宜在温肾助阳的基础上配合补气养血、滋阴平肝之药。徐德凤将其分为5型进行辨证论治:脾肾阳虚证、心肾阳虚证、气血两虚证、阳虚水泛证、阳

气衰竭证^[14]。徐老认为,针对不能耐受替代疗法或是要求中药治疗的患者,通过中医的辨证施治,可以明显改善临床症状,取得满意疗效。

4.1.2 分期治疗 高天舒^[26]根据自己的临床经验并参阅相关文献,提出单纯以脾肾阳虚不能全面解释其病机,并提出本病当分初期肝郁、中期脾虚、后期“肾虚”三期辨证论治。初期肝郁及脾,以疏肝理气为主,用逍遥散加减治疗;脾虚明显时,合用参苓白术散加减进行治疗。中期脾气虚弱,气血不足,临证以补中益气汤加味治疗;气血亏虚显著,合八珍汤化裁。后期脾肾阳虚衰,水湿内停,常用金匮肾气丸加减治疗;如水肿严重时,治宜温肾健脾,通阳利水,治用金匮肾气丸合防己黄芪汤、五皮饮加减。

4.1.3 膏方治疗 陈如泉等^[27]认为膏方最适宜治疗脾肾阳虚证的甲减患者,还提出甲减膏方调配六大原则:(1)注重整体,因时制宜;(2)补肾为主,兼顾脾胃;(3)病证结合,精选方药;(4)以平为期,以缓图效;(5)衷中参西,欲求优效;(6)区别轻重,加减用药。

4.2 针灸治疗 甲状腺的位置主要有足厥阴肝经循行通过,亚临床甲减的发病与心肝肾脾胃等脏腑关系紧密,因此,可以通过针灸来调节脏腑经脉气血的运行,进而治疗亚临床甲减。

李林^[28]对60例脾肾阳虚证甲减患者随机分组进行治疗,治疗组(针灸结合优甲乐组)与对照组(优甲乐组)各30例。研究发现:(1)针灸结合优甲乐治疗脾肾阳虚型甲状腺功能减退症临床疗效显著;(2)针灸治疗能明显改善脾肾阳虚型甲状腺功能减退症患者的甲状腺功能及临床症状;(3)针灸治疗甲状腺功能减退症具有疗效显著、无毒副作用、提高患者生活质量的优势。

4.3 中西医结合治疗 于世家认为,在甲状腺激素替代治疗的基础上合理运用中药辨证施治,既能提高治疗的针对性,又可以帮助患者尽快的康复^[29]。欧阳雪琴等^[30]将60例甲减患者随机分为治疗组和对照组各30例,治疗组采用自拟抗甲减方加减合并应用左甲状腺素片治疗;对照组单独应用左甲状腺素片治疗。两组治疗3个月后血清甲状腺激素、中医证候均有明显改善($P < 0.05$),治疗组有效率为86.7%,对照组有效率为53.3%,两组疗效比较有显著性差异($P < 0.01$)。结论:中西药联合治疗有明显优势。廖虹等^[31]将75例亚临床甲减患者随机分为中药组、西药组、中西医结合组,每组各25例。

中药组给予温肾方加减口服;西药组给予西药优甲乐常规治疗;中西医结合组采用温肾方加减配合优甲乐常规治疗。3个月后发现中西医结合组总有效率及甲状腺激素水平优于其他两组($P < 0.05$),中西医结合治疗亚临床甲减,疗效优于单纯中药或西药治疗。

综上所述,现代中医各家对亚临床甲减病名、病证、病因、病机的认识有丰富的阐述,但是,尚未形成统一的辨证分型标准;中医治疗亚临床甲减可以及时改善患者症状,部分患者还可免于甲状腺素终身替代治疗,同时为不能耐受替代疗法或是要求中药治疗的患者提供新的治疗方法。然而目前对中医中药治疗亚临床甲减缺少统一的疗效评判标准,缺乏科学性的疗效评价方法。在今后的临床科研工作中要逐步建立统一的亚临床甲减辨证分型标准,提高中医中药辨证论治的客观性;形成科学有效的中医中药疗效评价方案,这些都需要我们进一步的去探索去研究。

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[J]. 中华内科杂志, 2007, 46(10): 967-968.
- [2] 赵宏图. 亚临床甲状腺功能减低与全因死亡的 meta 分析[D]. 山东: 泰山医学院, 2013.
- [3] 杨瑞霞, 陈如泉. 从肾阳虚论治亚临床甲状腺功能减退的理论探讨[J]. 湖北中医杂志, 2012, 34(3): 32.
- [4] 李舒. 高天舒教授从脾虚论治亚临床甲状腺功能减退之经验总结[D]. 辽宁: 辽宁中医药大学, 2013.
- [5] 王秋虹. 亚临床甲状腺功能减退症中医体质特征及与证型相关性研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2013.
- [6] 周雨, 陈惠, 倪青. 甲状腺功能减退症中医学病因病机探讨[J]. 北京中医药, 2012, 31(3): 189.
- [7] 莫崇念, 康晓燕, 邓丽莎, 等. 谢春光教授治疗甲状腺功能减退症经验[J]. 湖南中医杂志, 2012, 28(1): 27.
- [8] 徐蓉娟, 葛芳芳, 李红. 中医辨治甲状腺功能减退症[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(6): 42.
- [9] 冯鑫, 李赛美. 辨治内分泌疾病经验[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30(9): 699.
- [10] 陈放中. 34例原发性甲状腺功能减退症肝阳虚辨证分析[J]. 湖北中医杂志, 2007, 27(11): 23-24.
- [11] 王秋虹, 魏军平. 甲状腺功能减退症中医证治研究述评[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(11): 1005.

- [12] 裴倩, 王芳芳, 朱章志. 甲状腺疾病责之阳气异常[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(3): 93.
- [13] 李静. 高天舒教授治疗原发性甲状腺功能减退症经验介绍[J]. 新中医, 2007, 39(11): 8-9.
- [14] 徐锦平, 徐德凤. 徐德凤辨治甲状腺功能减退症经验[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(2): 149.
- [15] 白平, 陈莹林. 33例甲状腺功能减退症不同治疗方案的分析[J]. 福建中医学院学报, 2002, 12(1): 6-7.
- [16] 黄达, 解发. 中医药治疗甲状腺功能减退症研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2008, 24(5): 99-101.
- [17] 卢秀鸾. 曲竹秋教授辨证论治甲状腺功能减退症[J]. 天津中医学院学报, 2000, 19(2): 5-6.
- [18] 牛云飞. 原发性甲状腺功能减退症中医治疗进展[J]. 安徽医药, 2010, 14(3): 352-354.
- [19] 贾锡莲. 甲状腺功能减退症的中医治疗与实验研究进展[J]. 医学综述, 2007, 13(9): 716-718.
- [20] 胡齐鸣, 徐蓉娟. 治疗甲状腺疾病经验[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30(10): 781-785.
- [21] 李全生. 原发性甲状腺功能减退症的中医证候学研究[D]. 辽宁: 辽宁中医药大学, 2012.
- [22] 程汉桥, 高蕊. 成人甲状腺功能减退症的辨治体会[J]. 甘肃中医, 1999, 12(5): 39-40.
- [23] 胡元奎. 中医辨证治甲减[J]. 医药与保健, 2002, 10(1): 56-57.
- [24] 郭建生, 钟洪, 彭康, 等. 东垣清暑益气汤临床运用举隅[J]. 浙江中医杂志, 2004, 39(6): 237.
- [25] 田文英, 丁波, 李新发. 成人“甲减”的临床研究[J]. 中华中西医结合杂志, 2005, 3(3): 40-42.
- [26] 高天舒. 中医分期辨治甲减[J]. 中华养生保健, 2014, (3): 24-25.
- [27] 陈如泉, 吴东. 陈如泉运用膏方调治甲状腺功能减退经验[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(3): 109-110.
- [28] 李林. 针灸治疗脾肾阳虚型甲状腺功能减退症的临床研究[D]. 黑龙江: 黑龙江省中医药科学院, 2014.
- [29] 刘进. 于世家教授中西医结合论治原发甲状腺功能减退症经验撷菁[D]. 辽宁: 辽宁中医药大学, 2008.
- [30] 欧阳雪琴, 奕琛. 中西医结合治疗甲状腺功能减退症临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(12): 881.
- [31] 廖虹, 文建华. 中西医结合治疗亚临床甲减的临床观察[J]. 中西医结合研究, 2011, 3(2): 62.

(收稿日期: 2015-10-27)