

隔药灸治疗桥本氏甲状腺炎临床观察

上海市针灸经络研究所 (上海 200032)

胡国胜 陈汉平 侯永建* 何金森 程子成 王瑞龄

摘要 观察治疗桥本氏甲状腺炎 103 例,分为艾灸 I 组 35 例,艾灸 II 组 36 例,对照组 32 例。艾灸 I 组采用隔附子饼灸,并在饼下加温阳中药粉末;艾灸 II 组亦用隔附子饼灸,并在饼下加益气温阳和活血化瘀中药粉末。对照组以西药甲状腺片常规治疗。结果表明,艾灸 II 组疗效明显优于艾灸 I 组 ($P < 0.01$),对甲状腺局部情况的改善、血清甲状腺抗体结合率的降低及甲状腺功能的改善方面亦均优于艾灸 I 组。艾灸 I 组和艾灸 II 组治疗后甲状腺抗体结合率均明显降低,对照组则无明显变化。

关键词 甲状腺炎,自体免疫性/针灸疗法 间接灸 附子/投药和剂量

桥本氏甲状腺炎是一自身免疫损伤引起的甲状腺疾病,是目前发病率最高的甲状腺疾病之一。本病在临床上主要表现为甲状腺肿大,甲状腺质地较硬或韧,表面高低不平。到后期,多数患者会出现甲状腺萎缩,甲状腺功能衰竭⁽¹⁾,表现出类似于脾肾阳虚的中医证型。根据艾灸调节机体免疫功能的原理⁽²⁾,我们曾对部分桥本氏甲状腺炎患者施行艾灸治疗。结果发现,患者经艾灸治疗后,在免疫功能趋向正常的同时,甲状腺功能减退患者的甲状腺功能恢复正常,并通过随访证明其远期疗效良好⁽³⁾,说明艾灸疗法优于甲状腺激素疗法,艾灸有可能成为治疗桥本氏甲状腺炎的有效方法之一。为进一步提高疗效,我们采用两种不同的隔药灸配方治疗桥本氏甲状腺炎,观察活血化瘀中药在艾灸治疗中的作用。

一、临床资料

1. 诊断标准: 根据 Fisher⁽⁴⁾的临床诊断标准,符合下列条件即可确诊:(1) 甲状腺弥漫性肿大、质韧,或有结节而表面高低不平;(2)

血清甲状腺球蛋白抗体和微粒体抗体阳性;(3) 血清 TSH 含量升高;(4) 甲状腺显像有不规则的浓集或稀疏区;(5) 过氯酸钾排泌试验阳性。所有患者均具备上述五项中的四项以上。

2. 甲状腺功能分级: 按 Evered⁽⁵⁾的标准将患者的甲状腺功能分成四级:(1) 严重甲状腺功能减退(简称严重甲减): 乏力,畏寒,肢端感觉异常,体重增加,声音嘶哑,便秘,血清总 T_4 (甲状腺素)、 T_3 (三碘甲状腺原氨酸) 含量降低, TSH (促甲状腺素) 含量升高。(2) 轻度甲状腺功能减退(简称轻度甲减): 易疲乏再加上皮肤干燥、毛发脱落和便秘三项中之任一项,血清总 T_4 、 T_3 含量偏低, TSH 含量升高。(3) 亚临床甲状腺功能减退(简称亚临床甲减): 患者无临床症状,血清总 T_3 、 T_4 含量在正常范围内,但 TSH 含量升高。(4) 甲状腺功能正常(简称甲功正常): 无临床症状,血清总 T_3 、 T_4 、TSH 含量均在正常范围内。

3. 病例资料: 本组 103 例,均符合 Fisher 的临床诊断标准,随机分为艾灸 I 组、艾灸 II 组和对照组。艾灸 I 组 35 例,男 2 例,女 33 例;属严重甲减 9 例,轻度甲减 5 例,亚临床甲减 5 例,甲功正常 16 例。艾灸 II 组 36 例,男 2 例,女 34 例;属严重甲减 9 例,轻度甲减 5 例,亚临床甲减 5 例,甲功正常 17 例。对照组 32 例,男 2 例,女 30 例;属严重甲减 8 例,轻度甲减 4 例,亚临床甲减 5 例,甲功正常 15 例。本组病例最小年龄 19 岁,最大 66 岁,平均 41.5 岁;从发病至就诊时间为 1~21 年,平均 10.4 年。

* 上海市第四人民医院

4. 治疗方法: 艾灸组均采用隔附子饼灸, 其中艾灸 I 组在附子饼下加益气温阳中药粉末, 艾灸 II 组在附子饼下加益气温阳和活血化瘀的中药粉末。艾灸 I 组和 II 组取穴相同。穴分两组: 一组为膻中、中脘、关元; 另一组为大椎、肾俞、命门。两组穴位交替, 每次每穴灸五壮, 每壮含纯艾绒 2 克。住院患者每天治疗一次, 门诊患者隔天治疗一次, 均以 50 次为一个疗程。

对照组以常规西药甲状腺片 (40~120 mg/日) 治疗, 两个月为一个疗程。

5. 观察指标: 内容为临床症状及体征观察、甲状腺功能测定和免疫功能测定。在甲状腺功能方面, 主要是测定血清总 T_4 含量 (正常值 50~140 ng/ml)、总 T_3 含量 (正常值 0.5~2.5 ng/ml)、TSH 含量 (正常值 $<9.1 \mu\text{U/ml}$) 和甲状腺 ^{131}I 摄取率 (正常值 3 小时, 5~25%; 24 小时, 20~52%)。免疫功能测定为测定血清 TGA (甲状腺球蛋白抗体) 和 MCA (甲状腺微粒体抗体) 结合率。

二、结果

1. 疗效评定标准: (1) 显效: 患者临床症状、体征明显改善, 血清 TGA、MCA 结合率降至正常水平, 甲减患者甲状腺功能恢复正常; (2) 有效: 患者临床症状、体征有所改善, 血清 TGA、MCA 结合率降低幅度超过 30%, 甲减患者甲状腺功能改善一级以上; (3) 无效: 患者临床症状、体征无改善, 血清 TGA、MCA 结合率降低幅度不到 30%, 甲减患者甲状腺功能无改善。

2. 临床疗效: 按上述疗效标准评定, 艾灸 I 组治疗后显效 7 例, 有效 8 例, 无效 20 例, 总有效率为 42.9%; 艾灸 II 组显效 19 例, 有效 9 例, 无效 8 例, 总有效率为 77.8%。经统计学处理, 两组临床疗效有非常显著性差异 ($P < 0.01$)。

3. 主要症状、体征变化: 表 1 示, 经艾灸治疗后, 艾灸 I 组和艾灸 II 组的临床症状、体征均有不同程度的改善, 两组之间比较无明显差异。

表 1 治疗后主要症状、体征改变情况*

症状体征	艾灸 I 组			艾灸 II 组		
	出现例数	改善例数	消失例数	出现例数	改善例数	消失例数
神疲乏力	33	19	6	34	19	7
舌淡胖	30	11	1	20	9	2
畏寒	29	15	7	31	16	8
毛发脱落干枯	29	12	2	30	13	5
脉细弱	26	9	0	20	8	0
皮肤干燥	25	10	4	25	12	6
语音低或嘶哑	25	3	4	25	4	4
食欲减退	23	7	12	21	7	12
表情淡漠	23	7	1	20	7	2
大便干结	22	6	16	26	7	19
体重增加	22	15	1	20	14	2
嗜睡	18	10	2	19	10	4
膝反射减弱	18	6	3	18	6	4
脉沉迟	16	7	0	17	9	0
月经紊乱	10	1	9	12	3	8
浮肿	6	3	3	6	2	4
畏热多汗	4	2	0	5	3	1

* 表中主要症状、体征排列以出现率为序

4. 灸治对甲状腺局部的影响: 治疗前后有甲状腺检查记载者, 艾灸 I 组 34 例, 艾灸 II 组 35 例。灸治结果, 艾灸 I 组甲状腺肿大有不同程度缩小者 11 例 (32.3%)、甲状腺结节减少或缩小者 10 例 (29.0%)、甲状腺质地改善者 18 例 (52.9%); 艾灸 II 组分别为 25 例 (71.4%)、23 例 (65.7%)、28 例 (80.0%)。上述三项甲状腺局部改善情况, 两组相比均以艾灸 II 组为优, 其中前二者 $P < 0.01$, 后者 $P < 0.05$ 。

5. 不同治疗方法对血清甲状腺抗体结合率的影响: 表 2 示, 艾灸 I 组和艾灸 II 组患者治疗后血清甲状腺抗体结合率明显下降

表 2 艾灸对血清甲状腺抗体结合率的影响

项目	艾灸 I 组 (35例)	艾灸 II 组 (36例)	对照组 (32例)
治疗前:			
TGA	58.99 ± 3.36	58.57 ± 2.23	58.28 ± 3.44
MCA	43.01 ± 2.39	44.74 ± 2.03	46.72 ± 2.87
治疗后:			
TGA	39.94 ± 3.99*	20.18 ± 3.08* [△]	50.18 ± 3.92
MCA	31.24 ± 2.77*	12.92 ± 1.70* [△]	43.95 ± 2.99

* 与治疗前比较 $P < 0.01$

[△] 与艾灸 I 组比较 $P < 0.01$

($P<0.01$), 其中艾灸 II 组的下降幅度较艾灸 I 组显著 ($P<0.01$); 而对照组患者治疗前后则没有明显变化 ($P>0.05$)。

6. 灸治对患者甲状腺功能的影响: 表 3 示, 艾灸 I 组和艾灸 II 组经用不同隔药灸治疗

表 3 两组艾灸治疗后甲状腺功能变化比较

项 目	艾灸 I 组(18例)	艾灸 II 组(19例)
治疗前:		
T_3	0.68 ± 0.10	0.67 ± 0.11
T_4	33.84 ± 6.57	34.33 ± 4.69
TSH	33.01 ± 6.44	41.18 ± 7.96
治疗后:		
T_3	$1.44 \pm 0.11^*$	$1.48 \pm 0.12^*$
T_4	$86.11 \pm 7.31^*$	$83.46 \pm 5.60^*$
TSH	$5.94 \pm 1.04^*$	$5.16 \pm 0.71^*$

* 与治疗前比较 $P<0.01$

后, 血清总 T_3 、 T_4 含量明显升高, TSH 含量显著降低, 经统计学处理均有非常显著性差异 ($P<0.01$), 但两组之间的变化幅度无明显差异 ($P>0.05$)。另检测两组甲状腺 ^{131}I 摄取率也较治疗前有所升高。

三、讨论

根据桥本氏甲状腺炎的临床表现, 结合中医文献描述分析, 本病属“石瘰”范畴, 其病机与气血凝滞有关。明代医家陈实功指出, 石瘰的发生是由于五脏瘀血、浊气和痰凝所致, 并认为本病初起属实证, 病久则表现为虚证。这与桥本氏甲状腺炎的病理过程十分吻合。临床治疗表明, 加用活血化瘀中药的艾灸 II 组在减轻甲状腺肿大, 消除甲状腺结节和改善甲状腺质地以及降低血清甲状腺抗体结合率等方面的

作用明显优于未加活血化瘀中药的艾灸 I 组。说明活血化瘀中药能明显促进艾灸改善甲状腺局部症状和降低血清抗甲状腺自身抗体的作用。桥本氏甲状腺炎的甲状腺肿大、结节和后期的甲状腺功能减退都是甲状腺组织受到自身免疫伤害的结果, 因此, 艾灸治疗改善甲状腺局部的作用与其调节机体的免疫功能、降低血中抗甲状腺自身抗体的作用有密切关系, 而活血化瘀中药能够增强艾灸的这种作用。

此外, 我们还看到, 甲状腺激素虽然能替代性地纠正患者的甲状腺功能减退, 但对患者血清甲状腺抗体结合率没有明显影响⁽³⁾。艾灸 I 组和艾灸 II 组经治疗后患者甲状腺功能得到恢复, 但两组之间没有明显差异。说明甲状腺激素纠正患者甲减的机理与艾灸治疗不同, 前者通过增加外来激素而起作用, 所以用药过量时, 就出现甲亢的症状; 而后的作用在于促使患者受损的甲状腺功能恢复正常, 所以当用活血化瘀中药使艾灸的疗效提高时, 患者血清中甲状腺激素的含量没有进一步升高。

参 考 文 献

- (1) Papapetron PD, et al. Long-term treatment of Hashimoto's thyroiditis with thyroxine Lancet 1972; 2:1045.
- (2) 桂金水, 等. 不同灸法对人体免疫功能的影响. 上海针灸杂志 1983; 4:21.
- (3) 胡国胜, 等. 艾灸治疗桥本氏甲状腺炎的临床研究. 上海医学院、上海中医药研究院学报 1987; 1(1):16.
- (4) Fisher DA, et al. The diagnosis of Hashimoto's thyroiditis. J Clin Endocrinol Metab 1975; 40:795.
- (5) Evered DC, et al. Grades of hypothyroidism. British Medical Journal 1973; 17:657.

第二届全国大黄学术讨论会征稿通知

为 1993 年第二届国际大黄学术讨论会 (意大利·米兰) 作论文方面的准备, 中国中医研究院中药研究所和上海香山中医医院拟于 1992 年第三季度召开第二届全国大黄学术讨论会, 从现在起在国内开始征集论文, 有关征稿事项公告如下:

一、征文范围: 中药大黄 (含大黄属的民间药、民族药) 的植物分类、药材质量、炮制、制剂、药理、药化、临床应用、生产管理、本草文献等不同领域的研究论文。

二、论文条件: 1. 论文必须自 1990 年 5 月首届国际大黄学术讨论会议以来未在国内公开刊物上发表过。2. 每篇论文字数不超过五千字, 另须附五百字左右的摘要一份。3. 论文一律用稿纸誊写清楚, 不管录用与否一律不退稿, 请作者自留底稿。4. 学术会议期间拟同时举办“丝路杯”大黄摄影作品 (原植物、加工、炮制、制剂、临床等) 评比活动。5. 征文和摄影作品截稿日期: 1992 年 6 月 31 日。6. 征文寄交地点: 北京市东直门内中国中医研究院中药研究所 100700 蔡仲德 (来稿请在信封背面注明第二届全国大黄学术讨论会稿件字样)。