

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.21.016

基于内毒理论辨治亚急性甲状腺炎反复发作经验

单心觉^{1,2}, 王晓斐^{1,2}, 靳方舟^{1,2}, 蓝宇洋^{1,2}, 吴深涛^{1,2}✉

1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津市西青区昌凌路 88 号, 300381; 2. 国家中医针灸临床医学研究中心

[摘要] 介绍基于内毒理论辨治亚急性甲状腺炎(简称亚甲炎)反复发作的临证经验。认为内毒蓄积为亚甲炎反复发作的核心病机,脾虚为成毒的根本原因,脾失健运,生浊内蕴,酿生本原之毒;火、湿、毒互结为病机关键,湿浊蕴积日久酿生痰、火、瘀,邪气久积化为附生之毒。临床见火湿毒较重者,治以疏肝健脾、水火分治,方以自拟柴胡解毒饮加减;脾虚毒恋者,治以健脾化浊、断其毒源,方以自拟十味白术散加减;阳虚毒滞者,解毒不忘温阳,治以和阳益血托毒,方以自拟和阳败毒散加减。

[关键词] 亚急性甲状腺炎;复发;内毒

亚急性甲状腺炎(简称亚甲炎)是一种自限性、疼痛性、非化脓性甲状腺炎症,伴有甲状腺肿大、疼痛以及发热等全身症状。尽管该疾病的自然病程通常是自限性的,但仍有部分患者病情反复发作,持续数月至 2 年不等^[1-2]。据统计,2008 年亚甲炎复发率为 2%~4%^[1],至 2020 年复发率已达 20% 左右^[3]。目前非甾体抗炎药和类固醇为一线用药,但亚甲炎反复发作和激素依赖是目前治疗的难点^[3]。中医辨证治疗可以有效改善亚甲炎患者的不适症状,明显减少不良反应及降低复发率^[4],但目前有关中医药治疗亚甲炎反复发作的经验报道较少。我们基于临床经验,认为内毒蓄积为亚甲炎反复发作的核心病机,现将基于内毒理论辨治亚甲炎反复发作的经验总结如下。

1 内毒理论内涵

内外毒理论及以毒辨治始于张仲景《伤寒杂病论》,曰:“寸口脉洪数,按之弦急者,当发瘾疹;假令脉浮数……为外毒;脉数大……为内毒”。后外毒之学随外感热病学、六淫致病学的发展渐兴,而内毒之理却趋于式微^[5]。内毒是一种由内外因致脏腑气血运化失常而蕴积内生之邪气,内毒之蓄积以机体升清降浊失司为核心机制,具有蚀伤腐损特

性及因果双重之病理作用^[6]。脏腑气血运化功能受损是内毒形成的关键,机体升清降浊失司是内毒的核心病机,隐匿、秽浊、痼痼是内毒的基本特性。内毒作为独立致病因素,促进疾病向慢性、重症转化,并可引发新的病证,各种以秽腐、病情顽固胶着或重笃为主的慢性疾病、疑难病症尤为常见。内毒蓄损是当今时代疾病谱变化的重要因素以及许多慢性病证的主要病理特征^[7]。

《金匱要略心典》云:“毒者,邪气蕴结不解之谓。”内毒乃病邪内伏、日积月累或盛极而成,或由他邪从化,或与他邪兼杂,常蓄久而不散,具有起病隐匿、为病胶痼、复杂难效的特性。据生成途径不同内毒可分为“本原之毒”和“附生之毒”^[8]。本原之毒源于脾不散精,湿浊内蕴,继而秽腐酿毒,多潜伏渐发,其毒性偏于痼痼胶着;附生之毒为火、湿、痰、瘀等邪气积久或盛极所化,其毒性偏于急危重笃。

2 基于内毒理论的亚甲炎反复发作病因病机辨析

亚甲炎病因复杂,既往亦有医家从毒论治,但多以“温毒”等概之,未明确毒内外之别^[9-10]。临床中亚甲炎反复发作患者常常被反复的低热、颈部疼痛困扰,时作时止,动辄反复,缠绵不愈。其发作特点与内毒痼痼、胶着之特性类似,可知该类患者病情反复乃脏腑气血运化失常而蕴积内生之邪导致,以内毒蓄损为其核心病机。

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

✉ 通讯作者:shtaowu@163.com

2.1 脾虚为成毒的根本原因

我们认为正虚之处即是毒留之所,正气与内毒两者之关系亦决定着疾病的走向。亚甲炎早期患者常无任何症状或仅自觉轻微不适,若元气充足,调治又早,是以诸症得痊,余毒藉此消除。然临床常见中气虚弱或久病失治者,五脏之气皆不得精微所养,反生湿浊,继而酿生本原之毒,毒伏于内而致亚甲炎反复发作。

毒伏于内,正虚毒恋时则见发热、颈痛又作,毒不去则症不减。患者在低热、颈痛症状反复发作的同时多伴有面色晦暗无华、瘦弱无神、头蒙身困、纳呆泛恶、脘闷腹胀、困倦乏力等;舌多淡紫,或伴齿痕,或淡紫而胖嫩,苔多浊腻,或黄白相兼,或伴白涎线。究其根源,多为脾失健运,升降失司,气血失调,或脾不散精,水谷精微不得布散,从而酿生痰瘀,如李杲《脾胃论》所言:“是清气不升,浊气不降,清浊相干,乱于胸中,使周身血逆行而乱”。另外毒邪久蕴易与他邪兼杂为患,毒与痰、火、瘀等邪气胶结,则更加胶痼难解。故亚甲炎患者复发与否、何时复发赖于正气强弱与毒邪盛衰之变化,其病虽诱发于客邪之侵袭,实源于内毒之蓄损。

2.2 火、湿、毒互结为主要矛盾

亚甲炎反复发作之病机关键在于木郁土壅之后,火、湿、毒互结难分。亚甲炎发病与肝脾关系密切,肝失疏泄,气滞成郁,郁久而化热蕴毒,如《临证指南医案》所云“心境愁郁,内火自燃”;或土虚木乘,进一步损伤脾胃,生浊酿毒。其病机特点往往为虚实夹杂,表现为肝盛脾虚、火湿毒相兼之候。肝木内郁,相火横逆,转结颈部,久蓄为毒。此类痰、火、瘀等邪气蓄积而成之毒为附生之毒。毒蕴经络,浸淫脏腑,常规疏肝之法可使病情暂时得以控制,但由于毒伏于内,火、湿、毒相互交结,任何一方受诱因引动,即可复发,故病情往往缠绵难愈,且易累及他脏。

毒由所附之火、湿转化而来,三者相互交结,但临床表现侧重不同。如见颈部痛势较重,全身热势较高,或颈部触之灼热,或胸膈灼热如焚,或咽喉干痛,或双眼突起、白睛红赤、眼珠定凝,烦躁失眠、头痛头晕,溲赤便结,舌红绛或绛紫,苔黄或燥或焦黑,或少苔、无苔、剥脱,脉洪、滑数或细数等,多为火毒偏胜。见颈部痛势较轻,但缠绵反复,身热不扬,或颈部顽肿,或触之或痛或不痛而冷,或生湿疹伴瘙痒,神识昏蒙,纳呆恶心,大

便或黏滞或泄利,小便不利,舌淡胖大或嫩紫,苔腻或水滑,脉滑或数,或濡缓沉迟等,多为湿毒偏胜。若现阴疽、厥脱,或面赤肢厥、脉微欲绝,多为毒盛阳衰甚至阳脱。临床中往往毒与各邪气相兼为患,病机复杂,需辨证辨病相结合而明鉴之。

3 临床辨治

3.1 疏肝健脾,水火分治

火、湿、毒三者相互纠缠,互为因果,致亚甲炎反复发作。虽病在肝脾,但由于附生内毒导致病势缠绵,故常规疏肝理脾之法难以奏效。毒性秽腐难消,逐之非一日之功,为防苦寒泻火之品败胃伤脾而湿愈重,辛温燥湿之品助火伤阴而热愈炽,临证应水火分治。治火以疏肝泄胆为首,治湿以健脾降胃为要,解毒以复人体气机为本,在祛除病理产物、改善症候的同时,解决其迁延难愈之根源,如《儒门事亲》云:“万病能将火湿分,彻开轩岐无缝锁”。

临证火湿毒较重者选用自拟柴胡解毒饮加减,方以小柴胡汤、五苓散的基础上合清热祛湿解毒之品而成。方中小柴胡汤和解少阳、疏利枢机,五苓散助阳化气、化湿利水,二方合用共奏水火分治之效;配伍连翘、大青叶、牛蒡子清热泻火、凉血解毒;土茯苓、地锦草化湿解毒。若火毒偏盛者可加板蓝根、升麻、栀子加强清热解毒之力;湿毒偏盛者可加苍术、生薏苡仁、徐长卿、水红花子解毒利湿;另有痰毒、瘀毒、寒毒等,以浙贝母、夏枯草等化痰解毒,益母草、玄参等活血解毒,徐长卿、桂枝、蛇床子等温阳解毒。久病毒邪入络,病剧不能捷效者,可加忍冬藤、大血藤等藤类药通络^[11]以疏肝木之郁。

3.2 健脾化浊,断其毒源

对于亚甲炎反复发作的患者,徒祛其毒,病情仍胶痼难解,实因此类患者病程一般较长,本原之毒久伏于内,痼痼胶着,难以祛除。胃纳脾化,升降出入之机畅达,则浊难酿毒。因此,临证当斡旋中州,升清降浊。毒未成时扶元化浊以防其酿毒,亦谓断其毒源;毒已成则以健脾化浊解毒为要义,即张仲景《伤寒杂病论》之“以脾家实,腐秽当去故也”;毒衰减时应注意养复脾胃之气以维其生生之性,即《本草崇原集说》所云“气化则毒不留”,非攻毒亦能解毒之理。

治毒之未成或防其复生当如喻昌《尚论篇》所言:“预饮芳香正气药,则邪不能入”,可用佩兰、荷叶、藿香等气味芳香之品。毒已成则需健脾化

浊、断其毒源，常用自拟十味白术散以健脾益气、芳化浊毒。本方由《小儿药证直诀》中七味白术散化裁而来，方中太子参、炒白术、茯苓、炙甘草之四君子补气健脾；以佩兰易藿香，芳化浊邪兼能解毒，《神农本草经》谓“兰草，辛、味平，主利水道，杀蛊毒”；葛根、五味子益气生津，升清敛精；香附、丹参、土茯苓理气活血，凉血消痈，除湿解毒。全方共奏健脾益气，芳化滞浊，化瘀解毒之功。若机体气血不畅，痰湿阻滞，中焦气机闭塞较重，至浊毒泄越无门，症见脘腹胀闷、舌暗苔厚、脉沉而数等，解毒的同时需兼顾脾胃之气化，可以升降散升阳泄浊、清热透郁，如《伤寒瘟疫条辨》所谓：“一升一降，内外通和，而杂气之流毒顿消矣”。待毒衰时，余毒未净，脾肺两虚，其热已转为阴火，尤易气滞不化而致毒留，治以李昇升阳益胃汤以扶土清金、升阳益气，同时加地骨皮、金银花、青蒿、白茅根等清热养阴生津，使治始于内毒，收于阴火。

3.3 解毒不忘温阳

既往医家多见毒即泄，但一者苦寒凉遏，易伤阳气，二者诚如《景岳全书》所言：“大抵因虚者多，因寒者多，惟血气不充，正虚之处，始为受邪之地……惟阴邪留滞，故经脉为之不利”。亚甲炎患者常以土湿木郁为本，土湿则肾水生寒，寒水侮土，则脾不但湿，而亦病寒。若以解毒法过清肝热而败脾阳，则木火增其陷泄，湿热酿毒，伐贼脏腑。故若病呈阴寒弥漫，气虚阳浮之象，则于苦寒解毒和斡旋脾胃之中，必要虑其阳气。

临证治以和阳益血托毒之法，在阳和汤的基础上自拟和阳败毒散以温阳补血，解毒通滞。方中以熟地黄补血滋阴，辅以鹿角胶、黄芪助阳生血，托毒生肌；佐以肉桂、姜炭温阳散寒，祛其阴毒。配伍白藜、赤芍、连翘、大青叶凉血散结，解血分之毒；黄芩、桑白皮清肺，宣散在表之毒；加薏苡仁、茯苓利湿以通阳气。诸药合力，则如《外科证治全生集》所云：“阳和通腠，温补气血”，气血宣畅，脉络温通，毒无所聚而自散。临证常加宣阳化湿清疏之品如荆芥穗、蝉蜕、防风、葛根等，引阳气由里达表。因阳虚毒滞，解毒之品当注意性味和合、慎用苦寒，常佐以甘平之蜂房、酸寒之马齿苋、辛寒之鱼腥草、辛温之徐长卿等，解毒而无伤阳之弊。

4 验案举隅

患者，女，52岁，2022年4月21日初诊。主诉：发热、颈痛9个月余。患者2021年7月因颈前疼痛、发热查动态红细胞沉降率（ESR）：15 mm/h，C反应蛋白（CRP）：0.24 mg/dl；游离甲状腺功能：游离三碘甲状腺原氨酸（FT3）4.10 pmol/L、游离甲状腺素（FT4）13.33 pmol/L、超敏促甲状腺素（HTSH）4.418 μ IU/mL；甲状腺彩色多普勒超声：甲状腺弥漫性病变。诊断为亚急性甲状腺炎，采用激素冲击治疗，予醋酸泼尼松片口服45 mg，每日1次，后随病情逐渐调整剂量。药后发热、颈痛缓解，然减量或停药时症状即反复，迭治数月仍无法撤药，伴心悸、多汗及咽痛、体重增加，遂前来就诊。刻下：口服醋酸泼尼松片2.5 mg，每日1次，减药或停药则持续低热，体温约37.5 $^{\circ}$ C，伴颈咽部疼痛、焦虑、心悸；舌暗红、苔白浊，脉弦。西医诊断：亚甲炎；中医诊断：癭病，湿热蕴毒证，治以清热解毒化湿。处方：土茯苓30 g，秦皮20 g，金银花15 g，连翘20 g，车前草20 g，夏枯草20 g，鱼腥草25 g，当归15 g，地骨皮20 g，白芍20 g，麸炒白术20 g，葛根15 g，丹参25 g，北柴胡15 g。14剂，每日1剂，水煎分2次服。嘱患者继续口服醋酸泼尼松片2.5 mg，每日1次。

2022年5月5日二诊：患者症状未见明显好转，且新现便溏，大便每日3或4次，舌淡、苔白干，脉沉细弱。此为阳虚毒滞之证，治以扶阳败毒，处方：熟地黄20 g，黄芪20 g，连翘20 g，桑白皮15 g，黄芩10 g，鱼腥草20 g，马齿苋30 g，蜂房20 g，蝉蜕6 g（后下），荆芥穗10 g，防风10 g，肉桂6 g，芦根25 g，甘草25 g，薏苡仁30 g，炒牛蒡子30 g，川芎15 g。14剂，煎服法同前。嘱患者继续口服醋酸泼尼松片，剂量同前。

2022年5月19日三诊：患者诉药后颈咽疼痛明显减轻，故于服药1周后自行停用激素。复查ESR 16 mm/h，FT3 4.28 pmol/L，FT4 12.23 pmol/L，HTSH 3.884 μ IU/ml；甲状腺彩色多普勒超声：甲状腺弥漫性病变。现时觉低热、微恶寒，时自汗，吞咽时仍有咽痛，心悸未作，情绪改善，大便已成形，日1行，舌质略暗、苔白，脉小弦。此为邪自里出表，余毒留恋于半途，治以疏和少阳，清热解毒，方以自拟柴胡解毒饮化裁。处方：北柴胡20 g，桂枝15 g，黄芩15 g，刺五加30 g，甘草10 g，虎杖30 g，赤芍20 g，枇杷叶15 g，肉桂6 g，金银花

20 g, 徐长卿 25 g (后下), 连翘 20 g, 牛蒡子 20 g, 玄参 20 g, 板蓝根 20 g, 芦根 30 g, 延胡索 20 g。14 剂, 煎服法同前。嘱患者停服激素。

2022 年 6 月 9 日四诊: 患者颈部及咽部症状已基本消失, 但近 2 日又出现泄泻, 大便每日 4 或 5 次, 自诉用艾灸止泻。现自觉微热、恶风, 伴自汗, 舌淡、苔白, 脉细。此时毒热已挫, 脾虚湿浊始现, 治以益气健脾, 升阳除湿。方以升阳益胃汤加减, 处方: 太子参 20 g, 麸炒白术 20 g, 黄芪 15 g, 黄连 7 g, 陈皮 12 g, 茯苓 20 g, 泽泻 15 g, 芦根 25 g, 羌活 15 g, 独活 15 g, 北柴胡 15 g, 白芍 20 g, 干姜 10 g, 清半夏 12 g, 白茅根 25 g, 青蒿 20 g。14 剂, 煎服法同前。

2022 年 6 月 23 日五诊: 患者诉微热、恶风基本消失, 体温正常, 现乏力, 自汗, 泄泻已止, 大便仍不成形, 日 1 行, 舌淡红、苔薄白, 脉弦细。在四诊方的基础上黄芪增至 30 g, 加桂枝 15 g。14 剂, 煎服法同前。

2022 年 7 月 7 日六诊: 患者无发热颈痛, 乏力减轻, 偶有自汗, 活动后较明显, 大便已成形, 日 1 行, 舌淡红, 苔薄白, 脉弱。善后以白虎加人参汤合玉屏风散化裁, 处方: 生石膏 30 g, 知母 20 g, 甘草 10 g, 太子参 20 g, 黄芪 15 g, 防风 10 g, 炒白术 20 g, 浮小麦 30 g, 酒萸肉 20 g, 煅赤石脂 20 g (先煎)。14 剂, 煎服法同前。

2022 年 10 月随访, 患者诉颈痛及发热未反复, 汗出、乏力较前缓解, 纳寐可, 未再服用激素。复查 ESR 15 mm/h, CRP 0.30 mg/dl, FT3 4.08 pmol/L, FT4 12.02 pmol/L, HTSH 3.731 μ IU/ml, 均未见明显异常。

按: 此案患者口服激素已 9 个月余, 发热、颈痛等仍有反复, 虽甲状腺功能及炎症指标无异常, 但症状顽固胶着, 迭治不效, 属内毒之临床表现。首诊治以清热解毒化湿之法, 然药后现便溏, 舌淡、苔白干, 脉沉细弱, 是气伤而虚阳上浮, 又为苦寒凉遏而成虚阳毒滞之变, 遂二诊改用和阳败毒之法, 以熟地黄补血滋阴, 黄芪助阳生血, 川芎行气活血, 肉桂温阳散寒, 连翘、黄芩、桑白皮宣散在表之毒, 荆芥穗、蝉蜕、防风等清疏之品宣通阳气, 鱼腥草、马齿苋、蜂房、牛蒡子、甘草相伍,

增强解毒之力而无伤阳之弊。三诊时患者颈咽痛症状有所减轻, 然因正虚不胜毒, 至半表半里而留恋少阳, 施以自拟柴胡解毒饮, 清解肝经热毒, 疏和少阳。四诊患者发热及颈咽部主要症状已基本消失, 此时毒热已挫, 浊毒得消, 激素终得停撤, 然脾虚湿浊始现, 其泄泻为清气趋下, 所发之热为阴火, 故用李杲升阳益胃汤甘温除热。五诊患者泄泻已止, 但自汗、乏力明显, 黄芪增至 30 g 增强益气托毒之功, 加桂枝 15 g 调和营卫。六诊患者症状进一步改善, 发热颈痛未发, 久病初瘥, 仍有体虚自汗, 以白虎加人参汤合玉屏风散加减善后。回顾治疗全程, 和阳与化浊并用, 疏木与培土相贯, 解毒之法贯穿始终, 最终毒去病解。

参考文献

- [1] 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): 784-785.
- [2] TIAN Z, SU Y, ZHANG M, et al. Successful management of recurrent subacute thyroiditis by adding colchicine to glucocorticoid treatment: a case series study [J]. Horm Metab Res, 2020, 52(10): 712-717.
- [3] STASIAK M, LEWIŃSKI A. New aspects in the pathogenesis and management of subacute thyroiditis [J]. Rev Endocr Metab Disord, 2021, 22(4): 1027-1039.
- [4] 张翠, 裴琴, 刘恒, 等. 中医治疗亚急性甲状腺炎的临床研究进展[J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(5): 63-66.
- [5] 吴深涛. 难病可从毒去解: 论内毒与难治性慢性病诊治之关系[J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(12): 1-5.
- [6] 吴深涛. 内毒论[J]. 中医杂志, 2017, 58(15): 1265-1269.
- [7] 吴深涛, 章清华, 刘弘毅, 等. 内毒蓄损与“生生之气”失衡: 现代病证的核心机制[J]. 中医杂志, 2016, 57(23): 1985-1988.
- [8] 吴深涛. 内毒辨释[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(2): 4-7.
- [9] 董彦敏, 杨怡坤, 陈宇阳, 等. 张学文从毒辨治亚急性甲状腺炎经验[J]. 陕西中医药大学学报, 2020, 43(2): 50-52.
- [10] 张丽华, 向楠, 曾明星. 从毒论治亚急性甲状腺炎[J]. 亚太传统医药, 2022, 18(8): 151-154.
- [11] 李小婷, 徐菁, 张静, 等. 段行武运用藤类药“通络”治疗皮肤病经验[J]. 中医药导报, 2022, 28(11): 125-128.

(下转第 2268 页)