

本文引用: 陈海东, 龚旭初. 龚旭初“消、托、补”三法分期论治桥本甲状腺炎经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(3): 553-557.

龚旭初“消、托、补”三法分期论治桥本甲状腺炎经验

陈海东, 龚旭初*

南京中医药大学南通附属医院, 江苏 南通 226001

[摘要] 桥本甲状腺炎(Hashimoto thyroiditis, HT)是一种慢性自身免疫性的甲状腺疾病,病理特征是淋巴细胞浸润,导致甲状腺逐渐萎缩和纤维化,早期因甲状腺滤泡性细胞过度破坏,可出现甲状腺功能亢进,最终可因耗竭导致甲状腺功能减退。该病发病较隐蔽,发病率高,难以根治,西医缺乏有效的治疗方案,长期服用甲状腺激素补充治疗容易出现心慌、骨质疏松等不良反应。龚旭初教授认为,本病发病机制多为脾肾阳虚、肝脾失衡,病理因素为气滞、痰凝、血瘀,病性为本虚标实。治疗上承袭陈实功“外科正宗”学术思想,结合HT的病机特点,将疮疡病“消、托、补”三法用于该病的不同阶段,强调根据患者的症状、体征、甲状腺激素及抗体水平分期辨证论治,酌情配合西医治疗,可缩短疾病治疗周期,降低复发,临床疗效好,值得推广。

[关键词] 消法;托法;补法;桥本甲状腺炎;《外科正宗》;学术经验;龚旭初

[中图分类号]R249

[文献标志码]A

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2025.03.026

GONG Xuchu's experience in staged treatment of Hashimoto thyroiditis with three methods of "resolving, supporting, and tonifying"

CHEN Haidong, GONG Xuchu*

Nantong Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Nantong, Jiangsu 226001, China

[Abstract] Hashimoto thyroiditis (HT) is a chronic autoimmune thyroid disease characterized pathologically by lymphocyte infiltration, leading to gradual atrophy and fibrosis of the thyroid gland. In the early stages, due to excessive destruction of thyroid follicular cells, hyperthyroidism may occur, ultimately progressing to hypothyroidism as a result of thyroid depletion. The onset of the disease is insidious, with a high incidence rate, and it is difficult to cure completely. Western medicine lacks effective treatment options, and long-term thyroid hormone replacement therapy is associated with adverse reactions such as palpitations and osteoporosis. Professor GONG Xuchu believes that the pathogenesis of this disease is mostly attributed to deficiency of spleen and kidney yang, as well as imbalance between the liver and spleen. The pathological factors include qi stagnation, phlegm coagulation, and blood stasis, with the disease nature being deficiency in root and excess in manifestation. In treatment, Professor GONG has adopted the academic thought of *Wai Ke Zheng ZONG* (Orthodox Lineage of External Medicine) by CHEN Shigong, and has combined it with the pathogenic characteristics of HT, applying the three methods of “resolving, supporting, and tonifying”, which are used in treating sores and ulcers, to different stages of HT. He has emphasized the importance of staged treatment based on pattern identification according to patients' symptoms, signs, thyroid hormone levels, and antibody levels. By appropriately combining this method with Western medicine, the treatment cycle can be shortened, recurrences can be reduced, and good clinical efficacy can be achieved, making it worthy of promotion.

[Keywords] resolving method; supporting method; tonifying method; Hashimoto thyroiditis; *Wai Ke Zheng ZONG* (Orthodox Lineage of External Medicine); academic experience; GONG Xuchu

[收稿日期]2024-08-26

[基金项目]第七批全国名老中医师承项目(国中医药人教函[2022]76号);国家中医药管理局重点专科项目(国中医药办医政函[2019]210号);南通市“十四五”科教强卫工程临床医学中心及青年医学重点人才项目(通卫科教[2021]15号)。

[通信作者]* 龚旭初,男,主任中医师,教授,E-mail:gxj0317@sina.com。

中医学将甲状腺疾病归为“瘰病”,根据脏腑归属,宋代陈无择《三因极一病证方论》瘰瘤证治中将瘰病分为石瘰、肉瘰、筋瘰、血瘰、气瘰之“五瘰”,现代中医学分为气瘰、肉瘰、石瘰、瘰癧 4 种^[1]。然而不管何种分类,桥本甲状腺炎(Hashimoto thyroiditis, HT)因其特殊临床表现未有被中医文献所定义,只能其称为“瘰病”^[2]。现代医学将其列为甲状腺乳头状癌的独立危险因素,西医对于该病的治疗多以对症治疗为主,如糖皮质激素抗炎、免疫抑制等,且多在功能异常时配合抗甲状腺激素或补充治疗,效果欠佳或病情反复,亦造成患者的长期药物依赖。中医学认为,HT 发病机制主要与体质、情志失调、饮食不节有关,基于整体观念和辨证论治理念,中医药治疗 HT 可有效改善临床症状,延缓病情进展,且安全性好^[3]。

龚旭初教授为第七批全国名老中医师承项目指导老师,“外科正宗”学术思想传承人之一,从事中医外科临床工作近 40 年,善于将陈实功外科疾病内治法总则“消、托、补”三法灵活应用于甲状腺疾病的诊治。龚旭初教授应用中医药治疗 HT 又受江苏省名中医许芝银教授学术思想影响,从该病“脾肾阳虚”之本虚、“痰瘀”之标实出发,融会贯通“消、托、补”三法,分期论治,取得良好临床效果,现将其具体治疗经验浅述如下。

1 HT 的病因病机

古代中医文献没有 HT 的病名及定义,多数学者称其为“瘰病”。《诸病源候论·瘰瘤等病诸候》最早记载“瘰者,由忧恚气结所生,亦曰饮沙水,沙随气入于脉,搏颈下而成之”;《医宗金鉴·外科心法要诀·瘰瘤》载瘰的发病“多外因六邪,荣卫气血凝郁;内因七情,忧恚怒气,湿痰瘀滞,山岚水气而成,皆不痛痒”;《外科正宗·瘰瘤论》载“夫人生瘰瘤之症,非阴阳正气结肿,乃至五脏瘀血、浊气、痰滞而成”。龚旭初教授认可上述关于“瘰病”病因的阐述及“气滞、痰凝、血瘀”的致病因素,但认为患者先天禀赋及机体正气不足是 HT 发病的关键,指出“脾肾亏虚”为本,贯穿始终,“痰瘀”为标。

龚旭初教授指出,HT 早期多有甲亢症状,在禀赋不足、肝脾不调的基础上,或有风温、风火之外因,或有情志不舒、气郁化火之内因,致心肝火旺,挟痰上扰,气滞痰阻。临床多表现为颈部肿胀、质地稍硬,伴有咽喉不适、咽干、喜饮、脾气急躁、头晕目赤、失眠心慌、夜间尤甚,或见疲倦乏力、面色黄、小便赤、大便干结或黏腻不尽,日久可出现消瘦、消谷善饥,

舌红少苔或苔薄黄,脉弦数或濡数。HT 晚期多由甲亢期未有效控制及治疗,导致甲状腺滤泡细胞大量破坏,甲状腺功能明显衰退。龚旭初教授认为,此期患者前期阶段耗伤气阴,气失温煦固涩之职,加之痰瘀之邪阻塞经络,气血难以调达,最终困遏阳气,导致脾肾阳虚,同时脾肾亏虚无以化生水谷精微,气不化湿,脾虚湿盛,痰瘀缠绵难除,形成恶性循环。临床多表现神疲乏力、肢体困重、头重如裹、少气懒言、动则气喘,或有胸闷,甚则肢体水肿、四肢凉、嗜睡,舌质淡胖紫暗,苔薄白,脉细弦。

2 “消、托、补”三法的内涵

龚旭初教授认为,陈实功外治不但善用刀、针、割、切、缝、接等类似现代手术技术以及药蚀等中医外治特色治法,又善内外兼治,言其“治外较难于治内何者?内之症或不及其外,外之症则必根于其内也”。陈实功认为,外科肿疡其根源在内部之五脏不和、气血郁结,因此应注意调和脏腑、流通气血,从而阐发了“消、托、补”三法,作为外科疾病内治总则,善于“内外合治、调理脾胃”^[4],主要分别应用于“疮疡”疾病的早、中、后期的不同阶段。龚旭初教授深入研究外科正宗学术思想,认可其在中医外科领域独到的诊治方法,并通过临床经验分析总结,认为陈实功“消、托、补”三法并非单纯指 3 种治疗办法,而是指 3 种“法则”。针对不同疾病的特点,上述三法的具体含义有所不同的,如“消”法可有清热、化痰、行气、祛湿、通下、活血等不同;“托”法又有补托、透托之分,且两者在具体应用时又有所不同,如托里、清中、温中、建中、定痛等;“补”法亦有益气、补血、养阴、温阳等。龚旭初教授将上述三法扩展应用于 HT 治疗,指出在 HT 治疗过程中三法并非完全对应早、中、晚三期,可相互交叉应用,且有所侧重。

3 采用“消、托、补”三法分期论治 HT

大多医家将 HT 大致分为早、中、晚三期辨证治疗。如许芝银教授认为,HT 是一种演变性疾病,先为有形之“痰瘀”搏结于颈,后为无形之“痰瘀”阻塞经络而遏抑阳气,治疗上:早期当清热养阴、理气和血;中期当破瘀化痰、软坚散结;后期当温肾健脾,辅以活血化痰^[5-6]。魏军平教授基于“辨体-辨病-辨证”诊疗模式,结合 HT 先实后虚、虚实夹杂的特点,明确 HT 各期主方,加减药味,精准治疗:早期疏肝理气,兼清郁热;中期疏肝行气,健脾化痰;后期温阳补血,散寒通滞^[7]。唐汉钧教授认为,HT 与肝脾二脏关系最为密切,“肝郁”“脾虚”为其病机,治疗以疏肝健

脾为主,适当配合清热消肿的药物,称之为“扶正清瘕法”,如:早期患者或仅有咽部阻塞感,可予夏枯草、浙贝母等软坚药;中期颈前肿胀坚韧,予莪术、川芎等活血软坚之品;后期出现甲状腺功能亢进症(简称甲亢)、甲状腺功能减退症(简称甲减)反复交替紊乱,甲亢可予以麦冬、知母等养阴清热之品,甲减则予以巴戟天、肉苁蓉等温补脾肾之品^[8-9]。

龚旭初教授结合各家学说、临证经验及现代医学对 HT 的理解,指出该病治疗当密切结合患者病史、体质、症状、体征、甲状腺功能状态、甲状腺球蛋白抗体(anti-thyroglobulin antibodies, TGA_b)及甲状腺过氧化物酶抗体(thyroid peroxidase antibody, TPOAb)水平,辨证使用中医外科“消、托、补”三法,并酌情配合西药治疗。这与丁治国教授以饮食调护、中西医结合、中医内外合治的“三位一体”诊疗体系不谋而合,重视整体,但不局限于中医辨证论治^[10]。龚旭初教授根据甲状腺功能状态将 HT 分为甲亢期、甲减期、稳定期,分期论治,同时贯穿李东垣“内伤脾胃百病由生”及陈实功重视“顾护脾胃”的外病内治的学术观点,以扶助正气、调节机体的内环境。

3.1 “消”法为主治疗 HT 甲亢期

甲状腺功能亢进,现代医学称之为高代谢状态,严重者可出现甲状腺毒症或甲亢危象,甲状腺功能主要表现为促甲状腺(thyroid stimulating hormone, TSH)降低,伴甲状腺激素[三碘甲状腺原氨酸(triiodothyronine, T₃)、甲状腺素(thyroxine, T₄)]升高。龚旭初教授认为,此期患者因症状明显,最为多见,治疗当以“消”法为主,拟清肝泻火、化痰散结,同时辅以养阴、健脾等“补托”之法,以清肝泻心汤合二陈汤加减。龚旭初教授“消法”采用柴胡、醋香附疏肝理气,配合生黄芩、栀子清泻肝火,其中栀子可清心火;玄参、连翘、蒲公英、猫爪草清热凉血、解毒散结,玄参尚可滋阴降火,连翘兼有疏风散热之功,“托透”毒邪外解,又为疮家圣药,长于消肿散结,蒲公英清热解毒作用较强,且能利尿通淋,可缓解目赤咽痛之症,猫爪草性平、偏温,散结作用较强,缓解其余 3 药之寒凉,以防伤脾;法半夏、浙贝母化痰软坚散结。“补托”采用黄芪益气托毒,白术、茯苓、陈皮健脾化痰;白芍、麦冬养阴生津,其中白芍兼有柔肝平肝之功,防柴胡截肝阴之弊,麦冬尚有清心除烦之功,缓解患者心悸、心慌之证。

龚旭初教授认为,HT 甲亢患者可根据具体甲状腺功能状态,酌情配合西药甲巯咪唑片等抗甲状腺激素治疗、普萘洛尔片等控制心率治疗,中西医并治,快速缓解患者甲亢症状,并在治疗过程中逐渐下

调西药用量,直至停用西药。另外龚旭初教授指出,此期患者若出现脾虚便溏等脾胃虚寒之证,可酌情减少清热解毒之品,防止苦寒伤脾胃;黄芪用药剂量不宜过大,防止助火敛邪、加重肝阳上扰;避免使用如夏枯草、生牡蛎、昆布、海藻等化痰软坚之品,因上述中药药含量较高,易加重甲亢症状;若患者出现痰瘀互结之证,表现为甲状腺质地坚硬、舌有瘀斑边有紫气、颈部刺痛、夜寐不安、月经后期、量少或夹有血块等,可加用桃仁、莪术行气破瘀,配合化痰利湿之品,以达“去菟陈莖”之功,此亦为“消法”之化痰法的体现。

3.2 “托”法为主治疗 HT“稳定期”

多数医家认为 HT 稳定期甲状腺功能正常,无须治疗。但龚旭初教授指出,临证不能拘泥于甲状腺功能,当根据患者症状、体征,四诊合参,并通过观察 TGA_b、TPOAb 指标,判断甲状腺状态。龚旭初教授认为,此期甲状腺功能看似稳定,但具有双向转变可能,而此时可参照“治未病”理论。早在《素问·四气调神大论篇》中有载:“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱。此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎。”此时 HT 的“治未病”主要体现在增强体质,适当锻炼,按时作息,使正气存内、邪不可干,同时避免过劳、过思伤脾肾。有研究表明,HT 患者多有明显的焦虑或者抑郁情绪,因此,当调控情绪,避免怒而伤肝,注重饮食营养调补^[11-12]。正如陈实功所言“凡病在于用药调理,而又要杂禁,节饮食,调寒暑,戒喜怒,省劳役,此则不损脾胃也”,可适当配合疏肝理气健脾之品,促进肝脾调和。龚旭初教授认为,上述“治未病”理论,多从扶助自身正气出发,托毒外泄并防止毒邪内陷,亦是“托”法之意。

龚旭初教授认为,若患者确无特殊不适,B 超仅有弥漫性改变,TGA_b、TPOAb 正常或轻度升高,可循上述“治未病”理论,注意调护,防止出现甲亢或甲减。但若患者有临床症状,且抗体明显升高,甲状腺功能中 TSH 提示有偏甲亢或甲减趋势,亦当以“托法”为治,可根据具体症状采用清中、温中、建中、定痛等托里之法。如偏甲亢,可予以金银花、连翘“透托”致病之外邪,清热解毒,散结消肿;如偏甲减,可予黄芪、白术、茯苓等益气托毒之“补托”法托毒外泄,恢复正气。

3.3 “补”法为主治疗 TH 甲减期

HT 甲减患者病程多较长,甲状腺功能提示 TSH 升高,伴 T₃、T₄ 降低。龚旭初教授认为,此期患者为 HT 后期表现,多数患者需要甲状腺素片替代治疗,

病情易反复,此期中医治疗当以“补”法为主,而龚旭初教授师承许芝银教授经验,采用“温阳”法为主^[3],即温“补”脾肾治其本,同时兼顾化痰破瘀之“消法”治其标,拟阳和汤合桃红四物汤加减。龚旭初教授“补法”重用黄芪益气温阳,温中补虚,黄芪是补气药中的清补之品,补气力强,补而善升,补而不滞,治疗HT中排名前三^[14];熟地黄滋补阴血,填精益肾,配合血肉有情之鹿角,补肾助阳,以阴中求阳,达“阴平阳秘”之功;少佐麻黄宣通经络,开腠理,散寒结,引阳气周达全身;干姜、肉桂温化寒痰,下资肾阳;党参、白术、茯苓温补脾阳,资后天之本,使得生化来源充足。“消法”予炒芥子、穿山龙、法半夏温化寒痰,除湿化痰;桃仁、当归、川芎行气活血,化瘀新生。

龚旭初教授认为,HT甲减患者可根据具体甲状腺功能状态,酌情配合西药左甲状腺素片补充治疗,并在中西医结合治疗过程中,同样逐渐减少其用量,以达脱离用药并减少反复的目的。龚旭初教授指出,此期患者以温药治疗为主,若过程中出现以气阴亏虚为主之症,可佐以麦冬、白芍等养阴之品,防止温药之燥耗伤气阴;此期可适当使用如生牡蛎、昆布、海藻等化痰软坚之品,但不能过量,因甲状腺对碘具有自我调控能力,初始碘摄入增加会引发“碘阻滞效应”,尽管此效应会随时间减弱,但持续高碘状态亦导致甲状腺始终不能恢复碘的有机化,导致病情缠绵难遇,脱药困难^[15],且上述药物偏寒凉,易助湿。

4 验案举隅

患者,女性,47岁。2023年8月7日初诊。主诉“自觉颈部肿胀伴乏力嗜睡1个月余”,患者诉有桥本甲状腺炎病史10余年,长期吃无碘盐,平素情绪急躁易怒,时常熬夜,约6个月前患者出现明显消瘦,伴有心慌、手抖、目赤肿痛,至南通大学附属医院内分泌科就诊,查甲状腺功能提示:总三碘甲状腺原氨酸(total triiodothyronine, TT₃)5.85 ng/mL,总甲状腺素(total thyroxine, TT₄)250.54 ng/mL,游离三碘甲状腺原氨酸(free triiodothyronine, FT₃)28.34 pg/mL,游离甲状腺素(free thyroxine, FT₄)47.19 pg/mL, TSH 0.001 μIU/mL,甲状腺球蛋白(thyroglobulin, Tg)1.08 ng/mL, TgAb 68.30 IU/mL, TPOAb >1 064.00 kIU/L。予口服甲巯咪唑片 20 mg 2次/d,普萘洛尔片 5 mg 3次/d(早、中、睡前),嘱患者定期复查。患者症状一度好转,未有复查。约1个月前,患者出现颈部明显增粗,伴有肿胀不适、乏力明显、喜卧、嗜睡、畏寒、眼睑浮肿、食欲不佳、吞咽梗阻、咳痰清稀、咳之不尽,小便量少,大便5~7日一行,便质黏腻,伴有胸闷不

适,活动后咳喘明显,后自行停用甲巯咪唑及普萘洛尔,然症状未有缓解,月经量少,经前乳房及小腹疼痛明显,遂至南通市中医院中医外科门诊就诊。专科检查:体温 36.5 ℃,心率约 60 次/min,心脏听诊无明显杂音,甲状腺Ⅱ度肿大,无明显压痛,质地韧,未及明显肿物,双下肢胫前及可凹性水肿,眼睑肿胀,四肢不温;舌质淡紫,苔薄白,脉濡。甲状腺B超提示:双侧甲状腺弥漫性改变,峡部增厚,考虑HT,双颈部未及明显异常淋巴结;甲状腺功能八项提示:TT₃ 1.08 ng/mL, TT₄ 24.44 ng/mL, FT₃ 3.03 pg/mL, FT₄ 4.26 pg/mL, TSH >10 IU/mL, Tg 41.09 ng/mL, TgAb 2.70 IU/mL, TPOAb >1 064.00 kIU/L。西医诊断:HT,甲状腺功能减退症。中医诊断:瘰病·脾肾阳虚证。治以温补脾肾,兼化痰散瘀。方药:生黄芪 30 g,熟地黄 15 g,升麻 6 g,鹿角(先煎)10 g,干姜 6 g,肉桂(后下)3 g,肉苁蓉 10 g,党参 20 g,白术 30 g,茯苓 15 g,猪苓 10 g,醋香附 10 g,全瓜蒌 10 g,法半夏 10 g,陈皮 10 g,炒芥子 10 g,穿山龙 30 g,浙贝母 10 g,紫苏梗 10 g,当归 15 g,川芎 10 g。14剂,每日1剂,水煎服,分早晚温服(约200 mL/袋)。配合口服优甲乐(左甲状腺素片),每天1片(50 mg),嘱患者改无碘盐为加碘盐,适当运动,避免熬夜。

2023年8月21日二诊。患者诉服药后自觉精神及嗜睡较前好转,下肢水肿较前消退,四肢较前温,大便干结。一诊方加桃仁 12 g, 14剂,煎服法同前。其余治疗同前。

2023年9月4日三诊。查甲状腺功能提示:TT₃ 1.37 ng/mL, TT₄ 82.01 ng/mL, FT₃ 5.02 pg/mL, FT₄ 16.68 pg/mL, TSH 12.701 IU/mL。患者自觉颈部肿胀不适感明显缓解,乏力改善,无嗜睡,仍有气虚,易疲劳,汗出明显,眼睑浮肿基本缓解,食欲明显改善,吞咽梗阻感好转,咽部痰黏好转,现无明显胸闷不适,小便正常,大便稍有改善,口腔出现溃疡,嘴角破溃,脾气急躁。二诊方去干姜、猪苓,加郁金 10 g,浮小麦 30 g、五味子 10 g, 14剂,煎服法同前。调整优甲乐为 25 mg 1次/日。

2023年9月26日四诊。患者复查甲状腺功能提示:TSH 9.687 IU/mL(其余指标正常)。患者主诉稍有颈部肿胀,气虚汗出亦有好转,下肢及眼睑水肿基本缓解,稍觉乏力,诉月经前乳房胀痛,小腹痛好转,手足温,出现咽干,时有心慌不适,夜间明显,脾气仍急躁易怒,舌质淡紫,苔薄黄。三诊方去升麻、浮小麦、五味子,黄芪减量至 15 g,鹿角减量至 5 g,加麦冬 15 g、丹参 15 g、青皮 10 g、百合 10 g, 30剂,煎

服法同前。嘱患者优甲乐调整为隔日 25 mg 口服,1 个月后停用。

2023 年 11 月 21 日五诊。患者复查甲状腺功能提示:TSH 5.859 IU/mL(其余指标正常)。患者主诉稍有颈部肿胀不适,脾气较前好转,颈前乳房胀痛明显好转,月经量较前增多,无明显畏寒。嘱其继续停药观察,并注意预防调护,增强体质,保证睡眠。

随访 3 个月,复查甲状腺功能八项:TT₃ 1.48 ng/mL, TT₄ 73.60 ng/mL, FT₃ 5.31 pg/mL, FT₄ 10.73 pg/mL, TSH 5.304 IU/mL, Tg 6.52 ng/mL, TgAb 5.00 IU/mL, TPO-Ab 155.07 kIU/L。除了 TPOAb 稍高,其余均在正常范围。

按:本患者 47 岁、女性,有 HT 病史,素体禀赋不足,脾肾亏虚,气血不足,气虚血瘀,平素情绪急躁易怒,肝失条达,郁而化火横逆犯脾,脾运失健,痰湿内停,从而痰瘀互结,大剂量口服抗甲状腺药物,导致甲状腺功能严重减退。初诊时,患者出现明显的脾肾虚症状,治疗上当以“补法”,温补脾肾为主,配合化痰散瘀之“消法”。其中重用生黄芪益气温阳,温中补虚;配合鹿角、干姜、肉桂、肉苁蓉等补肾助阳,同时佐以熟地黄滋补阴血,以阴中求阳;少佐升麻宣通、升举阳气;配合党参、白术、茯苓、陈皮健脾益气,资后天之本,使得脾胃健运,生化有度。“消法”予炒芥子、穿山龙、法半夏、猪苓温化寒痰,除湿化痰;醋香附、全瓜蒌、浙贝母、紫苏梗理气化痰散结;当归、川芎行气活血,化痰新生。二诊时,患者症状好转,诉便秘,予桃仁润肠通便,同时加强活血散结之功。三诊时,患者诸症好转,诉有气虚汗出症状,去猪苓,加浮小麦、五味子加强敛汗之功,患者出现上火症状,去掉干姜之温药,因主诉心烦气躁,加用郁金疏肝理气,龚旭初教授言此时慎用柴胡,防截肝阴。四诊时,患者阳虚诸症明显缓解,脾胃功能恢复,但患者脾气急躁伴有乳房胀痛不适,夜间时有心慌,考虑肝郁化火伴有心阴不足,再次有甲亢趋势,去升麻、浮小麦、五味子,予黄芪和鹿角减量,加麦冬、丹参养阴清热,青皮、百合疏肝理气,此时治疗补中有清、寓清于补。后患者停药 3 个月后病情未有反复,顺利脱离西药。

5 结语

西医认为 HT 的发病机制与遗传易感性及环境因素有关,此外,肠道菌群、微量元素缺乏、药物、性别对其发病也有一定的影响,称其为慢性炎症反应,而各种炎性细胞会损伤甲状腺间质细胞的 DNA,导致其错误修复,增加甲状腺乳头癌的发生率,这也是

HT 日益被关注的主要原因之一。西医目前缺乏对 HT 的有效治疗,只能对症抗甲状腺激素治疗或者补充甲状腺激素治疗,存在长期服药的弊端,且易反复^[6]。

陈实功“消、托、补”三法意义深远,其临床应用已扩展为外科多种疾病,不断缩短治疗病程,为外科微创干预治疗创造了时机。龚旭初教授熟练掌握上述三法,将其交叉并有所侧重的应用于 HT 不同分期治疗中,从其本虚标实之病机出发,结合临床表现及现代医学检测指标,综合论治,随证加减,应证而变,可以避免西医治疗的毒副作用,缩短疾病治疗周期,降低复发率,贴近临床,值得推广。

参考文献

- [1] 陈红风. 中医外科学[M]. 5 版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 128-129.
- [2] 陆瑶瑶. 基于数据挖掘探讨许芝银教授辨治非甲亢期桥本氏甲状腺炎用药规律[D]. 南京: 南京中医药大学, 2021.
- [3] YU D, BO L, YI L. Progress in the treatment of Hashimoto's thyroiditis with traditional Chinese medicine[J]. Academic Journal of Medicine & Health Sciences, 2024, 5(1): 114.
- [4] 张金超, 何秀娟, 李 萍, 等. 《外科正宗》“内外合治、调理脾胃”思想及其应用[J]. 中医学报, 2018, 33(8): 1424-1426.
- [5] 钱 玥, 陆瑶瑶, 马朝群. 许芝银“麻附温治”桥本氏甲状腺炎功效探析[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(7): 1237-1239.
- [6] 王高元, 费忠东. 许芝银治疗桥本氏甲状腺炎的经验[J]. 江苏中医药, 2015, 47(10): 16-17.
- [7] 高云逸, 韦茂英, 李会敏, 等. 基于辨体-辨病-辨证诊疗模式防治桥本氏甲状腺炎经验[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(3): 1143-1146.
- [8] 沈 亮, 高东雯, 尤圣富, 等. 基于复杂系统熵网络方法的唐汉钧教授治疗桥本氏甲状腺炎用药规律研究[J]. 医药论坛杂志, 2021, 42(17): 17-20.
- [9] 廖明娟, 唐汉钧. 唐汉钧治疗桥本氏甲状腺炎经验总结[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(11): 27-31.
- [10] 付金香, 祁 烁, 陈晓珩, 等. 丁治国教授治疗桥本氏甲状腺炎经验撷萃[J]. 西部中医药, 2022, 35(1): 47-50.
- [11] GIANNOULI V, TOULIS K A, SYRMOS N. Cognitive function in Hashimoto's thyroiditis under levothyroxine treatment[J]. Hormones, 2014, 13(3): 430-433.
- [12] 乔 雪, 刘炳蔚, 牟思霖, 等. 穴位贴敷治疗肝气郁滞型桥本氏甲状腺炎的疗效: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2024, 44(5): 513-520.
- [13] 赵浩然, 许芝银, 马朝群. 许芝银应用温阳法辨治瘰疬病后期经验[J]. 世界中医药, 2024, 19(8): 1153-1158.
- [14] 姚心怡, 邓奕辉. 基于国家专利的中药复方治疗桥本氏甲状腺炎的用药规律研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(7): 1296-1300.
- [15] 李振科, 刘国良. 碘过量与甲状腺功能减退症[J]. 实用糖尿病杂志, 2020, 16(6): 6-7.
- [16] 栗敦涛, 欧阳辉, 李新营. 桥本氏甲状腺炎与甲状腺乳头状癌相关性研究进展[J]. 中国普通外科杂志, 2021, 30(5): 606-612.