

·经验交流·

辨证论治降低亚急性甲状腺炎的复发率

——附78例临床分析

福建医学院内分泌研究室(福州 350001)

张闽珍 陈美爱 林哲章 宋鹤鸣 周虹 陈功

亚急性甲状腺炎(简称亚甲炎)又称De Quervain's 甲状腺炎,因双侧甲状腺常交替反复发生,故又称爬行性甲状腺炎,复发率达11~47%。早期症状无特异,且临床表现复杂多样。易误诊漏诊,甚至误诊为甲状腺癌而行手术切除,造成甲状腺功能低下。我院自1975年至今共收治78例,治疗后复发率降至3.8%。现结合有关文献对其降低复发率等问题加以分析讨论。

临床资料

一、一般资料:本院自1975年9月至今共收治亚甲炎78例,其中男性16例,女性62例,男:女=1:3.9,其中<30岁9例,30~50岁58例占74.4%,>50岁11例。年龄16~73岁,平均39岁。病程6天~2年,平均62天。

二、临床表现:本病临床表现分经典型及肿块型,前者多见,有畏寒发热,甲状腺肿痛等症状,后者仅见甲状腺肿块或伴轻度触痛。78例均有甲状腺肿大,甲状腺质地硬70例,甲状腺触及结节65例,甲状腺有触痛68例,疼痛可放射至颈、颞、耳、枕、胸部62例,发热62例,畏寒57例,多汗30例,心悸25例,性情急躁17例。

实验室检查:¹³¹I摄取率低于正常56例,其中24h摄取率<10%34例;血沉增高61例,>100mm/h 14例;33例甲状腺扫描,9例不显影,冷结节13例,凉结节8例,热结节3例。

由于甲状腺质地硬,扫描多为冷、凉结节,症状多样,故78例中有42例入院前曾误诊为其他疾病,误诊率达53.9%。其中误诊为甲状腺瘤16例,误诊为上感、咽炎、扁桃腺炎15例,误诊为甲状腺癌5例,误诊为结节性甲状腺肿、甲亢、发热待查各2例。

三、中医辨证:初22例按常规用泼尼松等治疗,由于复发率高,故后56例改用中医辨证论治。中医辨证分以下两型:(1)肝胆蕴热型43例,畏寒、发热(多见午后)、头痛多汗、咽痛、颈项痛、口苦喜饮、疲乏等,舌质红、苔黄,脉弦数。相当于现代医学经

典型亚甲炎。(2)肝热痰湿型13例,颈部肿块、头晕、多梦、痰多而粘、疲乏,舌质红、苔黄,脉弦。相当于现代医学肿块型亚甲炎。

治疗方法

一、西药组:泼尼松30~40mg/d,分3~4次口服,血沉恢复正常时开始减量,每周减2.5~5mg。甲状腺片30mg,每日1~2次口服,症状改善后渐减量,与上药同步。消炎痛25mg或阿斯匹林0.5g每日3次口服。热退或疼痛消失时可酌情停药。疗程2个月左右。

二、中药组

1.肝胆蕴热型:疏肝利胆,清热止痛散结,用蒿芩清胆汤加减:青蒿6g 黄芩6g 丹皮6g 板蓝根15g 夏枯草15g 元参15g 桔梗4.5g 浙贝9g,随证加减,日1剂。

2.肝热痰湿型:疏肝泄热,化痰软坚散结,用柴胡疏肝汤加减:柴胡5g 白芍9g 赤芍9g 枳壳5g 竹茹15g 海浮石12g 制半夏4.5g 牡蛎60g,随证加减,日1剂。甲状腺肿基本消失后,可隔日服中药1剂。

结 果

一、疗效标准:(1)治愈:全身症状消除,肿大甲状腺消退,血沉恢复正常。(2)显效:症状明显缓解,肿大甲状腺亦显著缩小,血沉恢复正常。(3)有效:症状缓解,肿大甲状腺见缩小,血沉下降但未恢复正常。

二、疗效:如附表所示,短期使症状缓解,西药优于中药组,但西药组病程迁延较长,个别见长达2年,而且常反复发作,中药组复发率明显低于西药组。

三、副作用:服皮质激素后可使原有的溃疡病、高血压病加重,个别甚至无法继续服用,如用药超过1个月以上,往往可见不同程度的类柯兴氏病或类固醇性糖尿病。而中药组无副作用。

附表 中西药治疗亚甲炎疗效比较

组别	平均退热 时间 (d)	甲状腺肿消退 时间 (d)	血沉恢复 时间 (d)	复发率 (%)
西药	2.4	10.1	18.5	45.4
中药	6.2	27.3	22	3.8
P 值	<0.05	<0.01	>0.05	<0.001

讨 论

本组78例入院前误诊率达53.9%，误诊为甲状腺瘤的主要原因是片面根据甲状腺触及质地较硬的结节，甲状腺扫描为冷、凉结节，而忽视结合病史对其症状、体征和实验室检查进行全面分析。本组甲状腺扫描有13例冷结节、8例凉结节，T₃、T₄增高而¹³¹I摄取率低下的分离现象仅占33%，又说明大部分病例被延误诊断已过了急性期，少有典型的分离现象，因而更易误诊。

误诊为上感、咽炎、扁桃体炎、发热待查，其原

因主要是亚甲炎早期全身症状最轻，且常伴咽痛、咽充血及扁桃体肿大，这些情况容易掩盖甲状腺的局部症状而造成误诊。甚至使病程迁延，因此及时诊断亚甲炎，对提高疗效及降低复发率是关键之一。

亚甲炎的病因尚未明了，一般认为与病毒感染及自身免疫有关。50年代以来常规用ACTH及皮质激素治疗，可较快消除症状，但减少药量太快或停药太早常易复发，复发率达11~49%。本组22例用泼尼松治疗，其中10例在治疗中反复发作。病程迁延平均长达83天(最长2年)，用激素时间过长，又有许多副作用，本组用激素治疗22例中有8例出现高血压、浮肿、糖尿、满月脸、失眠、兴奋等副作用。有人认为激素不能改变病程，反而延长甲状腺恢复功能的时间。而中药板蓝根、青蒿、连翘、黄芩等能清热解毒，祛邪扶正，抑制病毒，使机体内环境和免疫功能相对稳定，不但疗效好，最重要是明显降低复发率，且能避免激素带来的副作用，可作为治疗亚甲炎首选方案之一。

B超胆系功能测定在推按运经仪治疗胆石症中的应用

抚州市中医院(江西 344000) 黄龙辉 傅 蔚

我们总结了B超胆系功能测定在推按运经仪治疗胆石症86例中起导向作用的应用情况，报道如下。

临床资料 本组86例，男34例，女52例，年龄20~72岁。肝内胆管结石6例，胆总管结石20例，胆总管蛔虫16例，胆囊结石44例。

方 法 采用ALoRG SSD-210 DXII型线阵电子扫描实象仪，探头频率3.5MHz。查前禁食12h以上。先探查患者结石所在部位、数量、大小、性质，胆囊大小，壁厚及胆囊中心在体表的投影，胆总管大小及体表投影的位置和走行。随后嘱患者吃油煎蛋2~3个，15min后再探查，观察脂餐后胆囊收缩的高峰期限，并重测胆囊大小和胆总管直径。根据脂餐前后胆囊测值和胆总管扩张等综合判定胆系功能良好与否。B超导向“推按运经仪”总攻排石。上机前根据中医辨证论治选服中药。按时服33%硫酸镁45~80ml，5min后服0.5%稀盐酸25~35ml，食高脂餐(油煎蛋2~3个或猪脚1只)。依据B超提供的胆系结石所在肝管，胆总管的位置及走行选取最佳排石体位和穴位，20min后上机总攻排石，也可在B超直视下观察推按运经仪的排石过程。更有利调整排石最佳体位和掌握排石最有利时机。

结 果 本组86例，排石有效70例(81.4%)，排净18例(21.9%)，无效16例(18.6%)，排蛔虫率90%。

讨 论 临床实践表明，B超配合推按运经仪治疗胆石症是相当重要的。(1)B超直视观察到，上机总攻10min后见胆囊开始收缩，14~35min胆囊达收缩高峰，40~45min后胆囊收缩明显减弱；本组65~70%的患者在上机后13~22min时见胆总管内径从0.4cm扩张至1.0~1.5cm，说明此时胆汁分泌达到高峰，是排石最有利的时机。(2)B超胆系功能测定为推按运经仪治疗胆石症提供了选择适应症的依据。胆囊收缩功能与胆管的扩张功能良好，排石现象出现早。本组1例单发0.6cm结石治疗2次即排净。胆囊切除者，排石效果差。胆囊管内径正常是0.3cm，经扩张最大直径可达0.8cm左右。本组0.8cm以上的胆囊结石难以排出。充满型胆囊结石并壁厚0.5cm左右，胆汁透声差者，萎缩性胆囊炎，胆囊结石合并胆囊积脓、积水者，其排石效果差，不宜用推按运经仪治疗。肝内1~2级肝管内结石易排出，肝内小胆管多发性结石难于排出。(3)B超为推按运经仪总攻排石选取最佳体位和穴位，使胆囊结石产生一定重力惯性，易向胆囊颈部游动，增进了疗效。(4)B超可动态观察中西药促使胆汁分泌和胆囊收缩及扩张情况，为筛选中药提供了依据，提高了推按运经仪结合中药治疗胆石症的综合疗效。