专家共识指南

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.08.049

桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南

中华中医药学会

摘要:桥本甲状腺炎(Hashimotos thyroiditis,HT)是常见的自身免疫性甲状腺疾病,患病率和发病率均呈增长趋势。中医药在桥本甲状腺炎的综合治疗中展现出独特的疗效优势,如降低抗体滴度水平,改善甲状腺功能,缩小甲状腺肿,改善患者临床症状及预后,提高生活质量等。本指南工作组在遵循循证医学原则的基础上,参考国际国内最新临床实践指南制订方法,客观评价桥本甲状腺炎中西医结合诊治证据,广泛征求中医学、临床医学、方法学等多学科专家的意见,最终形成本指南,旨在为我国桥本甲状腺炎的中西医结合规范诊疗提供参考。

关键词:桥本甲状腺炎;中西医结合;指南
中图分类号:R259.814 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)08-0246-13

Guidelines for Diagnosis and Treatment of Hashimoto's Thyroiditis by Combining Traditional Chinese and Western Medicine

China Association of Chinese Medicine

Abstract: Hashimoto's thyroiditis is a common autoimmune thyroid disease, and its prevalence and incidence are increasing. Traditional Chinese medicine has shown unique advantages in the comprehensive treatment of Hashimoto's thyroiditis, such as reducing antibody titer levels, improving thyroid function, reducing goiter, improving clinical symptoms and prognosis, and improving the quality of life. On the basis of following the principles of evidence-based medicine, the guideline working group referred to the latest international and domestic clinical practice guideline development methods, objectively evaluated the evidence of integrated traditional Chinese and Western medicine in the diagnosis and treatment of Hashimoto's thyroiditis, and extensively solicited the opinions of multidisciplinary experts such as traditional Chinese medicine, clinical medicine and methodology, and finally formed this guideline, so as to provide reference for integrated traditional Chinese and Western medicine diagnosis and treatment of Hashimoto's thyroiditis.

Keywords: Hashimoto's thyroiditis; combination of traditional Chinese and Western medicine; guidelines

桥本甲状腺炎(Hashimotos thyroiditis,HT)又称慢性淋巴细胞性甲状腺炎,属于自身免疫性甲状腺炎,由日本学者Hashimoto于1912年首先报道[1]。本病以甲状腺弥漫性肿大、质地坚韧、表面结节状,伴甲状腺过氧化物酶抗体(anti-thyroid peroxidase antibody,TPOAb)、甲状腺球蛋白抗体(anti-thyroid globulin antibody,TgAb)升高为主要临床特征,淋巴细胞浸润甲状腺为主要病理特征[1]。

流行病学调查显示近年来,桥本甲状腺炎的患病率、发病率均呈增长趋势,我国甲状腺自身免疫性抗体升高率约为14.19%[2],女性发病率是男性发病率的15~20倍[3],30~50岁的女性是高发人群[4]。发病机制尚不明确。现代医学以随访为主,无特殊治疗方式,如继发甲状腺毒症、继发甲状腺功能减退症,需进行抗甲状腺药物或激素补充治疗。

桥本甲状腺炎在中医古籍文献中没有关于病名的记载,大多医家将其归属于"瘿肿""气瘿""瘿病""虚劳""瘿瘤"等范畴,其中以"瘿肿""气瘿"最为多见。中医学对桥本甲状腺炎领域临床研究较多,但在中西医结合诊治方面存在诸多争议点,且尚未建立系统的指南和标准。现行版西医指南为2008年中华医学会内分泌学分会发布的《中国甲状腺疾病诊治指南-甲状腺炎》[5],期间已有多项科学证据有待更新。在中西医结合领域,主要为2021年北京中西医结合学会甲状腺病专业委员会发布的《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识(2021,北京)》[6]、《桥本氏甲状腺炎中西医结合质量控制指标体系北京专家共识(2021版)》[7],对桥本甲状腺炎患者所处疾病阶段未进行具体阐述,且多以共识为主,缺乏高质量的循证证据支持,难以满足目前临床需求。因此,亟需在新的临床实践和研究基础上,制定全国性的桥本甲状腺炎中西医结合诊疗规范指南,以更好地指导临床和推广运用。

本文件参照国际临床实践指南制订方法,遵照《中华中医药学会团体标准管理办法》等相关要求,并在相关法律法规和技术文件指导的框架下,结合中医药自身特色及临床实践情

基金项目:财政部办公厅、国家中医药管理局综合司"中医药传承创新发展示范试点项目"(国中医药综结合函〔2024〕234号);陕西省卫生健康高层次人才(团队)培育计划-北京中医药大学孙思邈医院甲状腺疑难疾病中西医结合诊疗研发及应用创新团队项目(陕卫人函〔2024〕192号);陕西省秦创原"科学家+工程师"队伍建设项目(2022KXJ-019)

通讯作者:丁治国(1978-),男,山东平度人,主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:中西医结合治疗甲状腺疾病。E-mail:dingzhiguo_1@163.com。

况，融汇现代医学研究成果，基于现有证据，在广泛共识的基础上形成桥本甲状腺炎中西医结合诊疗的推荐意见，以保证指南的科学性、实用性及临床可操作性，以期协助临床、中医和中西医结合医师更好地将本指南应用于桥本甲状腺炎患者的临床诊治工作。同时，本指南的科学性、实用性和临床可操作性将在临床实践中不断验证，并根据反馈意见进行更新完善。

本文件工作组通过对桥本甲状腺炎国内外最新中、西医指南与临床研究报告进行分析，结合专家调研与访谈，围绕中西医结合环节，形成主要临床问题，通过德尔菲法和网络专家共识会议法评价临床问题和结局指标的重要性，确定最终临床问题清单：1）桥本甲状腺炎的西医诊断标准是什么？2）桥本甲状腺炎如何进行鉴别诊断？桥本甲状腺炎的中医辨证分型是什么？各证型的常见证候及辨证要点是什么？3）桥本甲状腺炎的中西医结合诊治原则是什么？4）桥本甲状腺炎患者生活方式的改善包括哪些具体内容和方法？5）桥本甲状腺炎甲功正常时，中西医结合治疗能否有效降低TPOAb滴度？6）桥本甲状腺炎甲功正常时，中西医结合治疗能否更好改善患者的临床症状（如颈前压迫感，咽部异物感等）和甲状腺肿？7）桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症时，中西医结合治疗能否有效降低TPOAb滴度？8）桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症时，中西医结合治疗能否更快改善甲状腺功能？9）桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症时，中西医结合治疗能否更好改善患者的临床症状（如颈前压迫感、咽部异物感、心慌手抖等）和甲状腺肿？10）桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症时，中西医结合治疗能否有效降低TPOAb滴度？11）桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症时，中西医结合治疗能否更快改善甲状腺功能？12）桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症时，中西医结合治疗能否更好改善患者的临床症状（如咽部异物感、疲劳乏力、黏液性水肿等）和甲状腺肿？13）中医外治法能否改善桥本甲状腺炎患者的临床症状（如颈前压迫感、咽部异物感）和甲状腺肿？

本文件受财政部办公厅、国家中医药管理局“中医药传承创新发展示范试点项目”资助。

本文件项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”且存档。本指南制订过程中“无利益冲突”，为此不会成为本指南制订的偏倚来源，无须进一步处理。正式工作前，在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本指南制订的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

本文件已通过国际实践指南注册与透明化平台完成注册（注册号：PREPARE－2025CN083）。本指南由中华中医药学会发布（T/CACM 1656—2025）。

桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件界定了成人桥本甲状腺炎的术语，提供了诊断标准及中西医结合治疗方案。

本文件适用于开展桥本甲状腺炎中西医结合诊疗的所有医疗机构，使用者为中医、中西医结合、西医临床医师。

本文件不适用于妊娠期及哺乳期患者。

注1：本文件所推荐方药的用法、用量等临床医师需结合《中华人民共和国药典》（2020）规定、临床实际、用药经验合理使用，注意特殊药物炮制方法。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病[8]

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候[9]

GB/T 16751.3—2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法[10]

GB/T 21709.9—2008 针灸技术操作规范 第9部分：穴位贴敷

GB/T 21709.20—2009 针灸技术操作规范 第20部分：毫针基本刺法

3 术语和定义

GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021、GB/T 16751.3—2023界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1 桥本甲状腺炎（Hashimotos thyroiditis，HT）

桥本甲状腺炎（Hashimotos thyroiditis，HT）又称慢性淋巴细胞性甲状腺炎，属于自身免疫性甲状腺炎，以甲状腺弥漫性肿大、质地韧硬、表面结节状，伴甲状腺过氧化物酶抗体（thyroid peroxidase antibody，TPOAb）、甲状腺球蛋白抗体（thyroglobulin antibody，TgAb）升高为主要临床特征，淋巴细胞浸润甲状腺为主要病理特征。

来源：桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识（2021，北京）。

3.2 瘿肿（Goiter swelling）

瘿肿（Goiter swelling），临床是以颈前漫肿，质地韧硬，颈前喉间可触及结节等为特征的瘿病。

来源：GB/T 16751.1—2023，8.2.1

4 诊断

4.1 西医诊断

临床问题1：桥本甲状腺炎的西医诊断标准是什么？

共识建议：桥本甲状腺炎的诊断应依据临床表现及辅助检查结果进行判断（共识度：100%）。

临床表现：本病临床表现不典型，起病隐匿，进展缓慢，病程较长，主要表现为甲状腺弥漫性肿大，多呈无痛性、对称性，质地偏韧硬，与周围组织无粘连，随吞咽上下活动，病程长者可扪及结节。早期临床表现往往并不典型，部分患者可伴有咽部不适或轻度吞咽困难、颈部压迫感、局部疼痛与触痛、乏力、失眠等症状。继发甲状腺毒症时，临床表现可见心悸、多汗、食欲亢进等；继发甲状腺功能减退症时，临床表现可见乏力、困倦、心动过缓、怕冷、黏液性水肿、便秘等。

辅助检查：a）甲状腺功能：包括血液中总甲状腺素（Total Thyroxine，TT_4），总三碘甲状腺原氨酸（Total Triiodothyronine，

TT_3）、血清游离甲状腺素（Free Thyroxine，FT_4）和游离三碘甲腺原氨酸（Free Triiodthyronine，FT_3）以及促甲状腺激素（Thyroid Stimulating Hormone，TSH）。根据甲状腺破坏的程度，本病早期甲状腺功能可正常，部分患者可有一过性甲状腺毒症；发生甲状腺功能损伤时可出现甲状腺功能减退，表现为血清 TSH 增高和/或 TT_4、FT_4 降低。部分患者亦可出现甲状腺毒症与甲状腺功能减退交替的病程。

b）甲状腺自身抗体：甲状腺相关抗体 TPOAb、TgAb 滴度明显升高是本病的特征之一。在出现甲减以前，抗体阳性是临床诊断本病的主要依据。TPOAb 是诊断 HT 的最重要指标，HT 患者血清中 TPOAb 的阳性率达到 95% 以上，TPOAb 的滴度与甲状腺淋巴细胞浸润的程度密切相关，直接反映炎症程度。TgAb 具有与 TPOAb 相同的诊断意义，HT 患者中 TgAb 的阳性率为 60% ~80%，但其敏感性不如 TPOAb。

c）超声检查：双侧甲状腺体积增大，回声不均匀，弥漫性低回声内出现短线状强回声并形成分隔状或网格状改变，对本病的诊断具有较高的特异性。部分患者可合并甲状腺结节。早期甲状腺体积增大明显，后期由于腺体萎缩、纤维化，体积缩小，内部呈网格样改变。弥漫性低回声反映甲状腺内的淋巴细胞浸润，网格样改变反映间质的纤维化。

d）核医学检查：1）甲状腺摄碘率：本病早期摄碘率可以正常，后期甲状腺滤泡逐渐被破坏，摄碘率逐渐降低；2）甲状腺核素显像：可显示为不规则的浓集与稀疏区，显影密度不均、边界不清，或呈“冷结节”样改变。

e）细针穿刺和细胞学检查（Fine Needle Aspiration Cytology，FNAC）：不作为常规诊断手段，如桥本甲状腺炎合并可疑恶性肿瘤、持续性甲状腺毒症，需要鉴别桥本甲状腺炎和毒性弥漫性甲状腺肿时可考虑行 FNAC。

f）组织病理学检查：桥本甲状腺炎病理切片可见淋巴细胞和浆细胞，甲状腺滤泡上皮细胞可表现增生、萎缩、结构破坏及间质显微组织增生等不同改变。

诊断标准：桥本甲状腺炎诊断标准：血清 TPOAb 和 TgAb 阳性，诊断即可成立。如 TPOAb、TgAb 单一抗体阳性，需要结合临床表现。甲状腺弥漫性肿大，质地较韧，特别是伴有峡部锥状叶肿大，不论甲状腺功能是否改变，均应怀疑桥本甲状腺炎。伴有亚临床甲减或临床甲减进一步支持诊断，FNAC 或病理检查有确诊价值。

桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症临床诊断标准：a）符合桥本甲状腺炎诊断标准；b）血清 TSH 水平降低，和/或 FT_4、FT_3 水平升高。

桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症临床诊断标准：a）符合桥本甲状腺炎诊断标准；b）血清 TSH 水平升高，和/或 FT4、TT4 水平降低。

证据描述：参考 2008 年《中国甲状腺疾病诊治指南—甲状腺炎》[5]、2021 年《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识 2021》[6]、2017 年《成人甲状腺功能减退症诊治指南》[12]、2022 年《中国甲状腺功能亢进症和其他原因所致甲状腺毒症诊治指南》[13]。

4.2 鉴别诊断

临床问题 2：桥本甲状腺炎如何进行鉴别诊断？

共识建议：桥本甲状腺炎的诊断需要注意与亚急性甲状腺炎、弥漫性毒性甲状腺肿（Graves 病）、单纯性甲状腺肿、甲状腺恶性淋巴瘤及甲状腺恶性肿瘤等疾病进行鉴别（共识度：100%）。

a）亚急性甲状腺炎：发病前多有上呼吸道感染史，甲状腺区域性疼痛及肿大逐渐或突然发生，放射性疼痛及转移性疼痛为特征性表现，红细胞沉降率（Erythrocyte sedimentation rate，ESR）可明显升高，血清中 TT_4、TT_3 增高或正常，与甲状腺摄碘率降低呈双向分离可协助诊断，必要时可行 FNAC 鉴别。

b）弥漫性毒性甲状腺肿（Graves 病）：HT 与 Graves 病均为自身免疫性甲状腺疾病，HT 继发甲状腺毒症临床症状相对较轻，不伴或较少伴有胫前黏液水肿及突眼。摄碘率可有助于鉴别，HT 继发甲状腺毒症时甲状腺吸碘率可正常或升高，但可被 T3 抑制；Graves 病时甲状腺吸碘率明显升高，且不能被 T3 抑制。

c）单纯性甲状腺肿：甲状腺肿质软，甲状腺自身抗体多为阴性，甲功正常。

d）甲状腺恶性淋巴瘤：病理学家观察到几乎所有的恶性淋巴瘤患者的甲状腺组织都存在不同程度的 HT 表现。当 HT 患者甲状腺短期迅速增大，并伴有气管、喉部受压，发热、体质量明显减轻等症状时，应行 FNAC 相鉴别。

e）甲状腺恶性肿瘤：HT 中甲状腺癌的发生率为 5% ~17%，比普通人群高 3 倍。二者均可有甲状腺结节样改变，但甲状腺癌的肿块坚硬固定、与周围器官粘连，可伴随颈部淋巴结肿大或出现对周围器官的压迫症状，甲状腺超声或 FNAC 可协助鉴别。

证据描述：参考 2008 年《中国甲状腺疾病诊治指南－甲状腺炎》[5]、2021 年《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识 2021》[6]、科学出版社“十四五”普通高等教育研究生规划教材《中西医结合甲状腺病学》[14]。

4.3 中医证候

4.3.1 中医病因病机

本病的发生主要与情志内伤、饮食水土失宜和体质因素有关。

a）情志内伤：长期忿郁恼怒或忧思郁虑，致肝失调达，气机郁滞，气血运行不畅，津凝成痰，血滞为瘀，痰、气、瘀交阻于颈前而成瘿肿。肝失疏泄致脾失健运，则肝郁脾虚；痰气郁久化火，火热扰动心神，则致心火亢盛，出现心烦，心悸怔忡，指舌颤抖等症；火热耗气伤阴，而致气阴两虚、阴虚火旺。瘿肿日久，正气虚衰，阳气受损，损及肾阳，则出现畏寒肢冷，毛发干枯，性欲减退，月经稀少等症；损及脾阳，则出现食少腹胀、肢体困重等症；损及心阳，则出现心悸、胸闷等症。

b）饮食水土失宜：饮食失调，或水土失宜，一方面影响脾的功能，使脾失健运，不能运化水湿，聚而成痰；一方面影响气血的正常运行，导致气滞、痰凝、血瘀壅结颈前而成瘿肿。

c）体质因素：体质秉承于先天，得养于后天。先天禀赋不足或素体亏虚，正气虚弱而易患本病，且病后难复；女子以肝为先天，肝主疏泄，与情志密切相关，情志失调，常引起气郁痰凝或肝郁化火等病理变化，故女性更易患本病。

综上所述，本病发病一般多为慢性起病，病位在肝、脾，与心、肾关系密切。初期多为实证，久则由实至虚，成虚实夹杂之证，后期多为虚证；气滞、痰凝、血瘀是常见的病理因素。

4.3.2 辨证分型

临床问题 3：桥本甲状腺炎的中医辨证分型是什么？各证

型的常见证候及辨证要点是什么?

共识建议:桥本甲状腺炎中医辨证依据甲状腺功能水平,分为桥本甲状腺炎、桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症、桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症三个阶段分别进行中医辨证分型,辨证要点如下。

a)桥本甲状腺炎(共识度:96%)。

肝郁气滞证:主症:颈部多无明显肿大,可有颈前肿胀感或咽部异物感,无痛,情绪抑郁,善太息;次症:胸胁或脘腹胀满,得太息则舒,食欲不振,妇女可有乳房胀痛,月经不调;舌脉:舌质淡红,舌苔薄白,脉弦。

肝郁化热证:主症:颈前弥漫性肿大,可伴肿胀、疼痛,或咽部异物感,心烦易怒,口苦咽干;次症:胁肋灼痛,寐少、梦多,大便秘结,小便黄赤;舌脉:舌质红,苔黄,脉弦数。

肝郁痰凝证:主症:颈前肿大,局部闷胀不适,咽部异物感,似有痰梗,吞咽不下,咳咯不出,随情绪波动而增减;次症:情绪急躁或抑郁,胸胁或少腹闷胀,善太息;舌脉:舌淡或黯、苔白或腻,脉弦滑。

肝郁脾虚证:主症:颈部弥漫性肿大,情志抑郁,喜太息,体倦乏力;次症:胸胁胀痛,或食少腹胀,便溏不爽,或腹痛欲泻,泻后痛减;舌脉:舌质淡,苔白,脉弦细或缓弱。

b)桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症(共识度:90%)。

肝郁化火证:主症:颈前弥漫性肿大,可有颈部肿胀、疼痛,或咽部异物感,急躁易怒,汗出增多,食欲亢进;次症:怕热,耳暴鸣,口干,口苦,大便质干,小便黄赤;舌脉:舌质红,苔黄,脉弦数。

心肝热盛证:主症:颈前弥漫性肿大,按之震颤,可有疼痛,焦虑、易怒,身热多汗,心慌,手抖,不寐,多梦;次症:面红目赤,头痛,口干,口苦,多食易饥,身体消瘦;舌脉:舌尖红、苔黄,脉弦数有力。

阴虚火旺证:主症:颈前弥漫性肿大,五心烦热,急躁易怒,怕热,汗出,多食易饥,手指震颤;次症:面部烘热,潮热,盗汗,失眠多梦,口燥咽干,溲赤,便秘;舌脉:舌红瘦,少苔或无,脉细数。

气阴两虚证:主症:颈前弥漫性肿大,神疲乏力,气促多汗,手抖,五心烦热,心悸怔忡;次症:健忘失眠,烦渴欲饮,纳少,形体消瘦,溲赤,便秘或便溏;舌脉:舌红,少苔,脉细或虚数。

c)桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症(共识度:98%)。

痰结血瘀证:主症:颈前肿块质韧或硬,有结节感,咽喉阻塞感,胸闷脘痞,胀痛或刺痛,头身困重,疲乏嗜睡;次症:头晕耳鸣,表情淡漠,肌肤麻木或甲错,痰多,或形体肥胖,腹胀,便溏;舌脉:舌黯胖或有瘀斑、瘀点,苔滑腻,脉沉迟或弦涩。

肝郁脾虚证:主症:颈前弥漫性肿大,质软或韧,可有异物感,情志抑郁,四肢倦怠,语声低微,懒言、少动;次症:胸闷嗳气,喜太息,或腹胀,食欲不振,纳呆,便溏不爽;舌脉:舌淡胖,边有齿痕,苔白,脉弦细或缓弱。

脾肾阳虚证:主症:颈前漫肿或不肿,质地韧或硬,面浮肢肿、畏寒怕冷、倦怠乏力、腹胀纳呆;次症:记忆力减退、毛发稀疏,下肢浮肿、男子阳痿,女子月经量少或闭经,大便排出困难或五更泻,小便清长;舌脉:舌淡胖,苔白滑,脉沉细或沉迟无力。

心肾阳虚证:主症:颈前漫肿或不肿,质地韧或硬,形寒肢冷,面? 虚浮,下肢水肿,心悸气促,嗜睡息短,肢软乏力;次症:头晕目眩,耳鸣重听,胸闷胸痛,唇甲青紫,小便不利;舌脉:舌质淡或黯,舌苔白滑,脉沉迟而弱。

证据描述:经查阅中英文数据库中建库至 2023 年 12 月的报道类文献 8835 篇,剔除重复文献,根据纳排标准最终纳入桥本甲状腺炎 16 篇、甲状腺毒症 248 篇,甲状腺功能减退症 67 篇文献进行研究,并手工检索涉及相关内容的书籍类文献 24 部,包括科学出版社“十四五”普通高等教育研究生规划教材《中西医结合甲状腺病学》、全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中西医结合外科学》、全国中医药行业高等教育“十四五”规划教材《中医外科学》以及国内相关的专家共识、标准与指南。对检索得到的 331 篇报道类文献和 24 部书籍类文献中的证候类型、各证型的证候要素分别进行频数统计,并对其进行专家共识,对证候类型、各证型的证候要素进行选择并排序,形成桥本甲状腺炎的证候要素。证候名称及证候表现参考 GB/T 16751.2 – 2021 进行规范。

5 治疗

5.1 中西医结合治疗原则

临床问题 4:桥本甲状腺炎的中西医结合诊治原则是什么?

共识建议:a)西医辨病,中医辨证,病证结合:中西医结合治疗桥本甲状腺炎,应结合患者临床症状及辅助检查结果明确西医诊断,在此基础上,谨守“西医辨病,中医辨证,病证结合”的原则,进行分阶段辨证论治。(共识度:100%)

b)分段论治,中西协同,优势互补:中西医结合治疗的目的在于优势互补。现代医学在调控甲状腺功能等方面优势明显,而中医学在改善临床症状、降低甲状腺相关抗体滴度、改善甲状腺肿、提升生活质量等方面效果更好。中西医结合治疗在增强疗效的同时,能够弥补各疗法的薄弱方面。对于桥本甲状腺炎早期患者,若症状不明显者,可在干预生活方式的基础上定期随访;若症状明显者,则应在正确辨证的前提下增加中医治疗;对于临床症状明显、甲功异常的患者,可在干预生活方式的基础上进行中西医结合治疗(共识度:100%)。

证据描述:参考 2021 年《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识 2021》[6],科学出版社“十四五”普通高等教育研究生规划教材《中西医结合甲状腺病学》[14]。

5.2 结局指标

关键结局指标(按照评分进行排序)。

a)TPOAb 抗体滴度改善情况。

b)甲状腺功能 FT_3、FT_4、TT_3、TT_4、TSH 水平恢复情况。

c)临床症状改善情况:颈前压迫感、咽部异物感、倦怠乏力、情绪低落或烦躁易怒等,可采用甲状腺疾病生活质量简明量表(ThyPRO – 39)或中医证候积分量表进行评定。

d)甲状腺肿改善情况:1)甲状腺肿大分级:不能看出肿大但能触及者为Ⅰ度;既能看到肿大又能触及,但在胸锁乳突肌以内者为Ⅱ度;超过胸锁乳突肌外缘者为Ⅲ度;2)甲状腺超声检查:甲状腺大小划分与体质量、年龄显著相关,个体之间有较大差异。

甲状腺体积正常值:(4 ~ 6 cm)(上下径)×(2 ~ 2.5 cm)(左右径)×(1.5 ~ 2 cm)(前后径),峡部 < 0.3 cm。多以前后径作为判断甲状腺是否肿大的重要指标,将“双侧叶前后

径 <1 cm,峡部厚度 <0.2 cm"定义为甲状腺缩小;将"双侧叶前后径 >2 cm,峡部厚度 >0.3 cm"定义为甲状腺增大。"双侧叶前后径介于 1.5 ~2 cm,峡部厚度介于 0.2 ~0.3 cm"依据患者个体差异判别是否肿大。

证据描述:参考科学出版社"十四五"普通高等教育研究生规划教材《中西医结合甲状腺病学》[14]、国家卫生健康委员会"十三五"规划教材《内科学》[15]、国家卫生健康委员会"十三五"规划教材《诊断学》[16]、2002 版《中药新药临床研究指导原则》[17]、《桥本氏甲状腺炎中西医结合质量控制指标体系北京专家共识(2021 版)》[7]相关内容确定疗效评价指标。

TPOAb 作为评价指标:TPOAb 是桥本甲状腺炎的特异性抗体,几乎存在于所有 HT 患者中,主要是由甲状腺周围浸润的淋巴细胞产生[18],无论是否存在甲状腺功能减退,TPOAb 均能反映甲状腺淋巴细胞浸润的严重程度[k = 0.55,95% CI(0.493,0.615)][19-22],在存在甲状腺功能减退的 HT 患者中 TPOAb 的滴度水平与 TSH 水平呈正相关[OR = 40,95% CI(12,136)][23-24];血清 TPOAb 水平的测定不仅在疾病诊断中发挥重要作用,它还是对疾病治疗效果的评价指标,在评估患者的临床治疗效果上具有重要地位[25-27]。

TgAb 不作为评价指标:TgAb 抗体与疾病发展至甲状腺功能减退之间缺乏明确关联,通常不作为桥本甲状腺炎预后评估或疾病结局判断的独立指标[28-30]。

甲状腺疾病生活质量简明量表(ThyPRO-39):一项系统评价[31],经检索英文文献数据库共确定 904 项研究,根据纳排标准最终纳入 64 项研究 16 个不同问卷,其中 4 份问卷涉及良性甲状腺疾病(ThyPRO、ThyPRO-39、Thy-R-HRQoL 和 Thy-D-QOL),研究结果显示 ThyPRO 和 ThyPRO-39 可靠性及内部一致性均 >0.75,是更适合评估良性甲状腺疾病的问卷,相较于 ThyPRO 量表的 85 个项目,ThyPRO-39 量表的 39 个项目更短小,在完成时间(14 min VS 4 min)方面更有优势,且 ThyPRO-39 量表排除了具有文化差异的项目[31-33]。

5.3 治疗方案

5.3.1 中西医结合治疗方法

a)桥本甲状腺炎。

临床问题 5:桥本甲状腺炎甲功正常时,中西医结合治疗能否有效降低 TPOAb 滴度?

临床问题 6:桥本甲状腺炎甲功正常时,中西医结合治疗能否更好改善患者的临床症状(如颈前压迫感,咽部异物感等)和甲状腺肿?

推荐意见 5-6.1:在生活方式干预的基础上,定期随访,一般主张每半年到 1 年随访 1 次,主要检查甲状腺功能,必要时可行甲状腺超声检查。控制碘摄入量在安全范围有助于阻止甲状腺自身免疫破坏的进展。

证据描述:参考 2008 年《中国甲状腺疾病诊治指南-甲状腺炎》[5]、2021 年《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识 2021》[6]。

推荐意见 5-6.2:在推荐意见 5-6.1 的基础上,进行中医辨证治疗,有助于有效降低 TPOAb 滴度,更好改善患者的临床症状(如颈前压迫感,咽部异物感等)和甲状腺肿。

肝郁气滞证:治则治法:疏肝解郁。推荐方药:柴胡疏肝散加减(药物组成:柴胡、川芎、香附、陈皮、白芍、枳壳、甘草等)(C 级证据,强推荐)。

证据描述:1 项 RCT[34](n = 69)评估柴胡疏肝散治疗 HT 的临床疗效,对照组予硒酵母,观察组予柴胡疏肝散加减联合硒酵母,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD = -16.20,95% CI[-85.97,53.57]),中医证候积分(MD = -6.34,95% CI[-8.52,-4.16])。研究未报告不良事件。

肝郁化热证:治则治法:疏肝清热。推荐方药:清肝散结消瘿方(药物组成:夏枯草、柴胡、合欢花、牡丹皮、白芍、黄芩、赤芍、桔梗、猫爪草、生牡蛎、珍珠母、黄芪等)(B 级证据,强推荐)。

证据描述:1 项 RCT[35](n = 90)评估清肝散结消瘿方治疗 HT 的临床疗效,对照组予限碘饮食,观察组予清肝散结消瘿方联合限碘饮食,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善临床症状及改善甲状腺肿方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD = -13.55,95% CI[-71.12,44.02]),中医证候积分(MD = -5.58,95% CI[-7.94,-3.22]),甲状腺体积(MD = -0.30,95% CI[-2.68,2.08]),HAMA 焦虑评分(MD = -4.00,95% CI[-5.53,-2.47]),HAMD 抑郁评分(MD = -2.50,95% CI[-4.07,-0.93]),匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)(MD = -4.14,95% CI[-5.38,-2.91]),疲劳严重程度测评量表(FSS)(MD = -6.19,95% CI[-10.85,-1.53])。研究未报告不良事件。

肝郁痰凝证:治则治法:疏肝散结。推荐方药:四逆散合半夏厚朴汤加减(药物组成:柴胡、白芍、赤芍、枳实、半夏、厚朴、紫苏叶、茯苓、炙甘草、生姜、乌梅等)(B 级证据,强推荐)。

证据描述:1 项 RCT[36](n = 63)评估四逆散合半夏厚朴汤加减治疗 HT 的临床疗效,对照组予硒酵母,观察组予四逆散合半夏厚朴汤加减联合硒酵母,结果显示,在改善甲状腺肿方面,观察组疗效明显优于对照组,甲状腺体积(MD = -2.04,95% CI[-3.97,-0.11])。2 项 RCT[36,37](n = 157)评估半夏厚朴汤加减治疗 HT 的临床疗效,对照组予硒酵母,观察组予半夏厚朴汤加减联合硒酵母,结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,中医证候积分(MD = -6.23,95% CI[-7.27,-5.18])。3 项 RCT[36,37,38](n = 217)评估半夏厚朴汤加减治疗 HT 的临床疗效,对照组予硒酵母,观察组予半夏厚朴汤加减联合硒酵母,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD = -58.3,95% CI[-72.6,-4.4]),颈前肿大(MD = -1.3,95% CI[-1.79,-0.8]),咽部异物感(MD = -1.15,95% CI[-1.49,-0.81]),情志抑郁(MD = -1.39,95% CI[-1.85,-0.093])。研究均未报告不良事件。

肝郁脾虚证:治则治法:疏肝健脾。推荐方药:小柴胡汤合当归芍药散加减(药物组成:柴胡、黄芩、人参、半夏、生姜、当归、白芍、白术、茯苓、泽泻、川芎等)(C 级证据,强推荐)。

证据描述:1 项 RCT[39](n = 63)评估小柴胡汤合当归芍药散加减治疗 HT 的临床疗效,对照组予硒酵母,观察组予小柴胡汤合当归芍药散加减联合硒酵母,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD = -40.59,95% CI[-57.53,-23.65]),中医证候积分(MD = -4.45,95% CI[-7.51,

-1.39])。研究未报告不良事件。

2 项 RCT[40,41](n = 120)评估疏肝健脾消瘿方[40]、芪草方[41]治疗 HT 的临床疗效,对照组予硒酵母/夏枯草口服液,观察组予疏肝健脾消瘿方(柴胡、黄芪、夏枯草、白术、白芍、当归、莪术、牡蛎、浙贝、玄参、防风),芪草方(黄芪、夏枯草、柴胡、香附、陈皮、郁金、白术、桔梗、浙贝母,甘草)联合硒酵母/夏枯草口服液,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD = -52.91,95% CI[-68.16,-36.66]),中医证候积分(MD = -8.53,95% CI[-9.53,-7.53]),颈前肿大(MD = -0.81,95% CI[-1.06,-0.57]),颈前胀闷感(MD = -0.82,95% CI[-1.13,-0.51]),烦躁易怒(MD = -0.51,95% CI[-1.09,-0.07]),疲劳乏力(MD = -0.32,95% CI[-0.48,-0.15]),食少纳呆(MD = -0.93,95% CI[-1.74,-0.12])。研究均未报告不良事件。

推荐意见 5-6.3:在推荐意见 5-6.1 的基础上,推荐使用逍遥丸(D 级证据,弱推荐)降低 TPOAb 抗体滴度。

证据描述:1 项 RCT[42](n = 80),评估逍遥丸治疗 HT 肝郁脾虚证的临床疗效,对照组予限碘饮食,观察组予逍遥丸联合限碘饮食,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD = -198.06,95% CI[-275.84,-120.28])。研究均未报告不良事件。

b)桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症。

临床问题 7:桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症时,中西医结合治疗能否有效降低 TPOAb 滴度?

临床问题 8:桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症时,中西医结合治疗能否更快改善甲状腺功能?

临床问题 9:桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症时,中西医结合治疗能否更好改善患者的临床症状(如颈前压迫感、咽部异物感、心慌手抖等)和甲状腺肿?

推荐意见 7-9.1:桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症患者需进行生活方式干预,一般不用抗甲状腺药物,甲状腺毒症症状明显,尤其是老年患者、静息心率超过 90 次/min 或合并心血管疾病,可用 β 受体阻滞剂治疗,个别症状严重不能控制者,可应用小剂量抗甲状腺药物,并根据甲状腺功能监测情况及时调整剂量或停药,以免导致甲减。一般不予 I^{131} 及手术治疗。具体药物使用方法及注意事项、不良反应参考《中国甲状腺功能亢进症和其他原因所致甲状腺毒症诊治指南(2022)》[13]。

推荐意见 7-9.2:在推荐意见 7-9.1 的基础上,进行中医辨证治疗,有助于有效降低 TPOAb 滴度,更快改善甲状腺功能,更好改善患者的临床症状(如颈前压迫感、咽部异物感、心慌手抖等)和甲状腺肿。

肝郁化火证:治则治法:清肝泻火。推荐方药:丹栀逍遥散加减(药物组成:柴胡、茯苓、白芍、白术、当归、栀子、牡丹皮、甘草、生姜、薄荷等)(C 级证据,强推荐)。

证据描述:1 项纳入 14 个 RCT(n = 1062)的 Meta 分析[43],观察组予丹栀逍遥散联合西医常规药物治疗,对照组予西医常规药物治疗,13 个 RCT 比较了临床疗效,结果显示,试验组临床有效率高于对照组[RR = 1.25,95% CI(1.19,1.33)];10 个 RCT 比较了 FT_3、FT_4 水平,结果显示,试验组 FT_3 水平低于对照组[MD = -3.63,95% CI(-6.13,-1.12)],试验组 FT_4 水平低于对照组[MD = -9.96,95% CI(-15.91,-4.02)];7 个 RCT 比较了 TSH 水平,结果显示,试验组 TSH 水平高于对照组[MD = 0.42,95% CI(0.09,0.75)];6 个 RCT 报道了不良反应,试验组白细胞减少、皮疹发生率低于对照组,差异有统计学意义,白细胞减少[RR = 0.45,95% CI(0.21,0.96);皮疹[RR = 0.24,95% CI(0.08,0.76)]。

1 项 RCT[44](n = 55)评估丹栀逍遥散加减治疗 HT 继发甲状腺毒症的临床疗效,对照组予西医常规治疗,观察组予丹栀逍遥散加减联合西医常规治疗,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD = -159,95% CI[-221.69,-96.31]),中医证候积分(MD = -3.17,95% CI[-5.27,-1.07]),颈前肿大(MD = -1.17,95% CI[-2.17,-0.17]),心悸不宁(MD = -0.31,95% CI[-1.11,-0.49]),多汗(MD = -1.08,95% CI[-1.88,-0.28])。2 项 RCT[44,45](n = 125)评估丹栀逍遥散加减治疗 HT 继发甲状腺毒症的临床疗效,对照组予西医常规治疗,观察组予丹栀逍遥散加减联合西医常规治疗,结果显示,在改善甲状腺功能方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 FT_3(MD = -1.42,95% CI[-2.14,-0.7]),血清 FT_4 水平(MD = -4.64,95% CI[-5.61,-3.67]),血清 TSH(MD = 0.05,95% CI[-0.04,0.13])。2 项研究[44-45]报道不良反应,对照组出现白细胞减少、皮疹、胃肠道不适等,观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义(RR = 0.25,95% CI[0.38,0.12])。

心肝热盛证:治则治法:清心泻肝。推荐方药:栀子清肝汤加减(药物组成:柴胡、栀子、牡丹皮、茯苓、川芎、白芍、当归、牛蒡子、甘草等)(B 级证据,强推荐)。

证据描述:4 项 RCT[46-49](n = 380)评估栀子清肝汤加减治疗 HT 继发甲状腺毒症的临床疗效,对照组予西医常规药物治疗,观察组予栀子清肝汤加减联合西医常规药物治疗,结果显示,在改善甲状腺功能方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 FT_3(MD = -0.58,95% CI[-0.75,-0.40]),血清 FT_4(MD = -0.56,95% CI[-0.68,-0.45]),血清 TSH(MD = 0.08,95% CI[0.04,0.11])。1 项 RCT[46](n = 120)评估栀子清肝汤加减治疗 HT 继发甲状腺毒症的临床疗效,对照组予西医常规药物治疗,观察组予栀子清肝汤加减联合西医常规药物治疗,结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,中医证候积分(MD = -1.10,95% CI[-1.45,-0.75])。1 项 RCT[49](n = 80)评估栀子清肝汤加减治疗 HT 继发甲状腺毒症的临床疗效,对照组予西医常规药物治疗,观察组予栀子清肝汤加减联合西医常规药物治疗,结果显示,在改善临床症状、改善甲状腺肿方面,观察组疗效明显优于对照组,手足心热(MD = -0.21,95% CI[-0.33,-0.09]),手指震颤(MD = -0.25,95% CI[-0.37,-0.13])。2 项 RCT[46,47](n = 240)报道了不良反应,对照组出现白细胞减少、皮疹、胃肠道不适、肝功能异常等,观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义(RR = 0.58,95% CI[0.35,0.97])。

2 项 RCT[50-51](n = 150)评估清火解毒消瘿汤[50]、清肝泻火消瘿方[51]治疗 HT 继发甲状腺毒症的临床疗效,对照组予西医常规药物治疗,观察组予清火解毒消瘿汤、清肝泻火消瘿方联合西医常规药物治疗,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体

滴度水平、改善甲状腺功能、改善临床症状及甲状腺肿方面，观察组疗效明显优于对照组，血清TPOAb（MD = -174.11，95% CI[-205.68，-142.53]），血清FT_3（MD = -0.08，95% CI[-0.63，-0.48]），血清FT_4（MD = -1.46，95% CI[-2.08，-0.84]），甲状腺峡部厚度（MD = -0.41，95% CI[-0.84，-0.03]），颈前压迫感（MD = -0.57，95% CI[-0.92，-0.21]），心悸不宁（MD = -1.5，95% CI[-1.82，-1.19]），怕热多汗（MD = -1.43，95% CI[-1.81，-1.05]），口干口苦（MD = -1.33，95% CI[-1.72，-0.94]）。研究均未报道不良事件。

阴虚火旺证：治则治法：滋阴清热。推荐方药：当归六黄汤加减（药物组成：当归、生地黄、黄芩、黄连、黄柏、熟地黄、黄芪等）（B级证据，强推荐）。

证据描述：11项RCT[52-62]（n=996）评估当归六黄汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予当归六黄汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善甲状腺功能（血清FT_3、FT_4、TSH）方面，观察组疗效明显优于对照组，血清FT_3（MD = -2.69，95% CI[-2.79，-2.59]），血清FT_4（MD = -6.40，95% CI[-6.77，-6.02]），血清TSH（MD = 0.38，95% CI[0.37，0.40]）。5项RCT[52,54-57]（n=374）评估当归六黄汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予当归六黄汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善甲状腺功能（血清TT_3、TT_4）方面，观察组疗效明显优于对照组，血清TT_3（MD = -1.54，95% CI[-1.62，-1.47]），血清TT_4（MD = -6.00，95% CI[-7.33，-4.67]）。7项RCT[54,56-60,62]（n=676）评估当归六黄汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予当归六黄汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，中医证候积分（MD = -2.61，95% CI[-2.69，-2.54]）。2项RCT[60,62]（n=200）评估当归六黄汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予当归六黄汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在提高生活质量方面，观察组疗效明显优于对照组，ThyPRO-39量表（MD = 11.56，95% CI[10.04，13.08]）。1项RCT[56]（n=200）评估当归六黄汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予当归六黄汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，颈前肿大（MD = -1.50，95% CI[-1.82，-1.19]），烦躁易怒（MD = -1.06，95% CI[-1.14，-0.98]），手足心热（MD = -1.13，95% CI[-1.24，-1.02]）。4项RCT[56-58,60]（n=296）报道了不良反应，对照组出现白细胞减少、皮疹、肝肾功能异常等，观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（RR = 0.21，95% CI[0.10，0.44]）。

气阴两虚证：治则治法：益气养阴。推荐方药：天王补心丹合补中益气汤加减（药物组成：党参、茯苓、玄参、丹参、桔梗、远志、当归、柏子仁、酸枣仁、生地黄、黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、甘草、当归等）（C级证据，强推荐）。

证据描述：4项RCT[63-66]（n=254）评估天王补心丹加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予天王补心丹加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善甲状腺功能方面，观察组疗效明显优于对照组，血清FT_3（MD = -2.80，95% CI[-3.06，-2.54]），血清FT_4（MD = -1.10，95% CI[-1.52，-0.68]），血清TSH（MD = 0.35，95% CI[0.23，0.48]）。3项RCT[63-65]（n=194）评估天王补心丹加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予天王补心丹加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，中医证候积分（MD = -19.35，95% CI[-20.62，-18.12]）。1项RCT[65]（n=60）评估天王补心丹加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予天王补心丹加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，心悸不宁（MD = -0.08，95% CI[-0.60，-0.44]），手指震颤（MD = -0.85，95% CI[-1.27，-0.43]）。2项RCT[65-66]（n=120）报告了不良反应，表现为白细胞减少、肝功能异常等，观察组不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义（RR = 0.42，95% CI[0.16，1.10]）。

3项RCT[67-69]（n=170）评估补中益气汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予补中益气汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善血清TPOAb抗体滴度水平方面，观察组疗效明显优于对照组（MD = -55.46，95% CI[-57.78，-53.14]）。2项RCT[67-68]（n=100）评估补中益气汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予补中益气汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在降低血清FT_3、FT_4水平方面，观察组疗效明显优于对照组，血清FT_3（MD = -0.14，95% CI[-0.39，0.11]），血清FT_4（MD = -0.48，95% CI[-0.97，0.01]）。1项RCT[68]（n=40）评估补中益气汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予补中益气汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在升高血清TSH水平、改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，血清TSH（MD = 1.86，95% CI[0.92，2.80]），颈前肿大（MD = -1.03，95% CI[-1.27，-0.79]），咽喉不利（MD = -0.96，95% CI[-1.22，-0.70]），失眠多梦（MD = -0.85，95% CI[-0.99，-0.71]），情志不畅（MD = -1.07，95% CI[-1.25，-0.89]）。1项RCT[67]（n=60）评估补中益气汤加减治疗HT继发甲状腺毒症的临床疗效，对照组予西医常规药物治疗，观察组予补中益气汤加减联合西医常规药物治疗，结果显示，在改善临床症状及甲状腺肿方面，观察组疗效明显优于对照组，中医证候积分（MD = -5.43，95% CI[-7.56，-3.30]），甲状腺峡部厚度（MD = -0.80，95% CI[-1.00，-0.60]）。研究均未报告不良事件。

c）桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症。

临床问题10：桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症时，中西医结合治疗能否有效降低TPOAb滴度？

临床问题11：桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症时，中西医结合治疗能否更快改善甲状腺功能？

临床问题12：桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症时，中西医结合治疗能否更好改善患者的临床症状（如咽部异物感、疲劳乏力、黏液性水肿等）和甲状腺肿？

推荐意见 10-12.1:桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症患者需进行生活方式干预,依据 TSH 水平采用左甲状腺素(L-T4)替代治疗。具体药物使用方法参考《成人甲状腺功能减退症诊治指南》[12]。

推荐意见 10-12.2:在推荐意见 10-12.1 的基础上,进行中医辨证治疗,有助于有效降低 TPOAb 滴度,更快改善甲状腺功能,更好改善患者的临床症状(如咽部异物感、疲劳乏力、黏液性水肿等)和甲状腺肿。

痰结血瘀证:治则治法:理气活血,化痰消瘿。推荐方药:解郁通络消瘿汤(柴胡、白芍、茯苓、玄参、当归、白术、郁金、法半夏、陈皮、浙贝母、山慈菇、连翘、鸡血藤、莪术、炙甘草)(C 级证据,强推荐)或化痰祛瘀消瘿汤(半夏、当归、厚朴、茯苓、赤芍、川芎、僵蚕、柴胡、黄芩、人参、丹参、鸡血藤、炙甘草等)(C 级证据,强推荐)或消瘿散结方(夏枯草、仙鹤草、猫爪草、生甘草、三棱、莪术、仙灵脾)(C 级证据,强推荐)。

证据描述:3 项 RCT[70-72](n=192)评估解郁通络消瘿汤[70]、化痰祛瘀消瘿汤[71]、消瘿散结方[72]治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予解郁通络消瘿化痰祛瘀消瘿汤、消瘿散结方联合左甲状腺素,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平方面,观察组疗效明显优于对照组(MD=-100.26,95% CI[-107.92,-96.60])。2 项 RCT[70,71](n=134)评估解郁通络消瘿汤、化痰祛瘀消瘿汤治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予解郁通络消瘿汤、化痰祛瘀消瘿汤联合左甲状腺素,结果显示,在改善甲状腺功能方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 FT_3(MD=-0.10,95% CI[-0.41,0.21]),血清 FT_4(MD=-0.17,95% CI[-1.37,1.04]),血清 TSH(MD=-1.75,95% CI[-2.46,-1.05])。1 项 RCT[71](n=60)评估化痰祛瘀消瘿汤治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予化痰祛瘀消瘿汤联合左甲状腺素,结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,中医证候积分(MD=-1.20,95% CI[-1.93,-0.47])。1 项 RCT[72](n=60)评估消瘿散结方治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予消瘿散结方联合左甲状腺素,结果显示,在改善甲状腺肿方面,观察组疗效明显优于对照组(MD=-11.7,95% CI[-11.18,-11.59])。研究均未报告不良事件。

肝郁脾虚证:治则治法:疏肝健脾。推荐方药:柴胡疏肝散或逍遥散加减(药物组成:柴胡、白芍、枳实、陈皮、川芎、香附、甘草或柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、炙甘草、生姜等)(C 级证据,强推荐)。

证据描述:6 项 RCT[73-78](n=641)评估柴胡疏肝散治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予柴胡疏肝散加减联合左甲状腺素,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平方面,观察组疗效明显优于对照组(MD=-6.38,95% CI[-7.84,-4.93])。4 项 RCT[73-74,76-77](n=318),评估柴胡疏肝散治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予柴胡疏肝散加减联合左甲状腺素,结果显示,在改善甲状腺功能、改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 FT_3(MD=0.77,95% CI[0.62,0.92]),血清 FT_4(MD=2.80,95% CI[2.34,3.25]),血清 TSH(MD=-1.18,95% CI[-1.48,-0.88]),中医证候积分水平(MD=-0.31,95% CI[-0.43,-0.34])。2 项 RCT[76-77](n=87)评估柴胡疏肝散治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予柴胡疏肝散加减联合左甲状腺素,结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,颈部不适(MD=-0.35,95% CI[-0.39,-0.30]),情志抑郁(MD=-0.44,95% CI[-0.49,-0.39]),疲劳乏力(MD=-0.25,95% CI[-0.30,-0.20])。研究未报告不良事件。

1 项 RCT[79](n=62)评估逍遥散治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予逍遥散加减联合左甲状腺素,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善甲状腺功能、改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD=-57.58,95% CI[-155.48,-40.32]),血清 FT_3(MD=0.08,95% CI[-0.11,0.28]),血清 FT_4(MD=0.07,95% CI[-0.08,0.21]),血清 TSH(MD=-1.36,95% CI[-2.07,-0.64]),中医证候积分(MD=-5.03,95% CI[-6.47,-3.59]),颈部不适(MD=-0.06,95% CI[-0.75,-0.63]),情志抑郁(MD=-0.51,95% CI[-1.09,-0.07]),疲劳乏力(MD=-0.97,95% CI[-1.58,-0.36])。研究未报道不良事件。

脾肾阳虚证:治则治法:温补脾肾。推荐方药:参苓白术散合金匮肾气丸加减(药物组成:人参、炙甘草、白术、熟地黄、山药、山茱萸、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、附子等)(C 级证据,强推荐)。

证据描述:1 项 RCT[80](n=68)评估参苓白术散治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予参苓白术散加减联合左甲状腺素,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善甲状腺功能、改善甲状腺肿及临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD=-67.39,95% CI[-96.41,-40.17]),血清 FT_3(MD=0.73,95% CI[0.44,1.02]),血清 FT_4(MD=0.28,95% CI[0.11,0.45]),血清 TSH(MD=-1.39,95% CI[-1.91,-0.87]),甲状腺体积(MD=-3.12,95% CI[-4.60,-1.64]),颈部不适(MD=-0.47,95% CI[-0.79,-0.15]),急躁易怒(MD=-0.53,95% CI[-0.8,-0.26]),疲劳乏力(MD=-0.53,95% CI[-0.83,-0.23]),畏寒肢冷(MD=-0.35,95% CI[-0.63,-0.07])。研究均未报告不良事件。

5 项 RCT[81-85](n=372)评估金匮肾气丸加减治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予金匮肾气丸加减联合左甲状腺素,结果显示,在降低血清 TPOAb 抗体滴度水平、改善甲状腺功能方面,观察组疗效明显优于对照组,血清 TPOAb(MD=-17.44,95% CI[-19.98,-14.97]),血清 FT_3(MD=0.26,95% CI[0.14,0.39]),血清 FT_4(MD=2.27,95% CI[1.92,2.61]),血清 TSH(MD=-1.34,95% CI[-1.53,-1.14])。1 项 RCT[83](n=104)评估金匮肾气丸加减治疗 HT 继发甲减患者的临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予金匮肾气丸加减联合左甲状腺素,结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,颈前肿大(MD=-0.31,95% CI[-0.44,-0.18]),疲劳乏力(MD=-0.47,95% CI[-0.58,-0.36]),畏寒肢冷(MD=-0.29,95% CI[-0.38,-0.20])。研究均未报道不良事件。

心肾阳虚证：治则治法：温补心肾。推荐方药：真武汤加减（药物组成：茯苓、白术、白芍、炙甘草、生姜、附子等）（C级证据，强推荐）。

证据描述：2项RCT[86-87]（n=160）评估真武汤加减治疗HT继发甲减患者的临床疗效，对照组予左甲状腺素，观察组予真武汤加减联合左甲状腺素，结果显示，在降低血清TPOAb抗体滴度水平方面，观察组疗效明显优于对照组，血清TPOAb（MD=-58.88，95% CI[-62.71，-55.06]）。4项RCT[86-89]（n=268）评估真武汤加减治疗HT继发甲减患者的临床疗效，对照组予左甲状腺素，观察组予真武汤加减联合左甲状腺素，结果显示，在改善甲状腺功能方面，观察组疗效明显优于对照组，血清FT_3（MD=0.1，95% CI[-0.05，0.25]），血清FT_4（MD=0.22，95% CI[-0.03，0.47]），血清TSH（MD=-0.21，95% CI[-0.34，-0.07]）。2项RCT[87,89]（n=120）评估真武汤加减治疗HT继发甲减患者的临床疗效，对照组予左甲状腺素，观察组予真武汤加减联合左甲状腺素，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，中医证候积分（MD=-2.88，95% CI[-3.37，-2.39]）。2项RCT[88-89]（n=108）评估真武汤加减治疗HT继发甲减患者的临床疗效，对照组予左甲状腺素，观察组予真武汤加减联合左甲状腺素，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，神疲乏力（MD=-1.02，95% CI[-1.43，-0.6]），肢体浮肿（MD=-1.05，95% CI[-1.39，-0.72]）。1项RCT[89]（n=60）评估真武汤加减治疗HT继发甲减患者的临床疗效，对照组予左甲状腺素，观察组予真武汤加减联合左甲状腺素，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，畏寒肢冷（MD=-0.4，95% CI[-1.13，-0.33]）。研究均未报道不良事件。

推荐意见10-12.3：在推荐意见10-12.1的基础上，推荐使用夏枯草制剂（D级证据，弱推荐）联合左甲状腺素，降低TPOAb抗体滴度，改善甲状腺功能；脾肾阳虚证推荐使用右归丸（D级证据，弱推荐）联合左甲状腺素，降低TPOAb抗体滴度，改善临床症状。

证据描述：一项纳入11项RCT（n=1215）的Meta分析[90]，评估夏枯草制剂治疗HT继发甲减患者的临床疗效，对照组予优甲乐，观察组予夏枯草制剂联合优甲乐，结果显示，治疗总有效率观察组高于对照组（RR=1.15，95% CI[1.09，1.21]），能够显著降低血清TPOAb滴度（SMD=-0.91，95% CI[-1.40，-0.41]），缩小甲状腺左叶（MD=-1.46，95% CI[-1.82，-1.11]），甲状腺右叶（MD=-1.45，95% CI[-1.96，-0.94]），甲状腺峡部厚度（MD=-1.08，95% CI[-1.20，-0.95]）。

1项RCT[91]（n=63），评估右归丸治疗HT继发甲减脾肾阳虚证的临床疗效，对照组予优甲乐，观察组予右归丸联合优甲乐，结果显示，在降低血清TPOAb抗体滴度、改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组，血清TPOAb（MD=-61.20，95% CI[-135.80，13.40]），中医证候积分（MD=-1.48，95% CI[-3.10，0.14]）。研究均未报告不良事件。

5.3.2 中医外治法

临床问题13：中医外治法能否改善桥本甲状腺炎患者的临床症状（如颈前压迫感、咽部异物感）和甲状腺肿？

推荐意见：在西药规范治疗基础上，联合中药外敷、针刺疗法治疗某些桥本甲状腺炎，可以更好改善患者的甲状腺肿及临床症状（如：颈前压迫感、情志不畅、神疲乏力、畏寒肢冷等）。建议根据患者疾病所处阶段及证型选择药物、经络及穴位。

方法：a）中药外敷：桥本甲状腺炎伴有甲状腺肿者，可予颈部甲状腺区域敷贴治疗。桥本甲状腺炎肝郁痰阻证推荐药物：消瘿散结方（夏枯草、连翘、姜半夏、陈皮、土贝母、三棱、莪术、牡丹皮、乳香、没药、丹参、赤芍、白芍、生牡蛎、水蛭、郁金、芒硝）（C级证据，强推荐）。

桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症推荐药物：消瘿方（黄芪、夏枯草、猫爪草、柴胡、香附、莪术、丁香、冰片）（C级证据，强推荐）或消瘿膏（黄芪、柴胡、黄芩、夏枯草、郁金、山慈菇、红花、天葵子、川芎、赤芍、当归、肉桂、菊花、金银花、杜仲、莪术、半夏、川楝子、浙贝、芒硝）（C级证据，强推荐）联合左甲状腺素（L-T_4）。

将诸药研磨成粉，根据情况可加入助透剂、巴布剂、赋形剂等，将药粉调成糊状，制成膏剂。注意事项与禁忌证应符合GB/T 21709.9—2008[92]。

b）针刺：桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症可依据证候予针刺疗法联合左甲状腺素（L-T4）治疗。

1）手阳明经透刺推荐取穴：三间、合谷、曲池、臂臑、肩髃、人迎联合足三里（B级证据，强推荐）。患者卧位，穴位局部常规消毒，三间透合谷，曲池透臂臑，臂臑透肩髃，肩髃斜刺，人迎、足三里直刺。每周2次~3次。

2）肝郁肾虚证推荐取穴：关元、太溪、悬钟、太冲、合谷、三阴交、内关、丰隆、人迎、扶突。除关元外，余穴位均取双侧（C级证据，强推荐）。患者取仰卧位，对针灸部位进行常规消毒，直刺或斜刺进针，针刺得气后，使用平补平泻，使局部有酸麻重胀感，每次留针30 min，隔日1次。

3）脾肾阳虚证温针灸推荐取穴：脾俞（双侧）、肾俞（双侧）、命门、丰隆（双侧）、太冲（双侧）（C级证据，强推荐）。患者取俯卧位，针刺得气后，行温灸治疗，用艾绒或艾条套入针柄并点燃尾底部，每次艾灸2壮；温灸过程中，艾炷燃烧时，若患者灼烫难忍，可将硬纸薄片裁剪至适宜大小，并放置在对应穴位，以减弱火力，避免皮肤烫伤。

注意事项与禁忌证应符合GB/T 21709.20—2009[93]中的规定。临床应用时可适当配合电针（疏波）。

证据描述：中药外敷：1项RCT[94]（n=54）评估中药外敷治疗HT肝郁痰阻证临床疗效，对照组予限碘饮食，观察组予消瘿散结方外敷（夏枯草、连翘、姜半夏、陈皮、土贝母、三棱、莪术、牡丹皮、乳香、没药、丹参、赤芍、白芍、生牡蛎、水蛭、郁金、芒硝）联合限碘饮食，结果显示，在改善临床症状方面，观察组疗效明显优于对照组（MD=-8.68，95% CI[-9.73，-7.63]），主症（颈前肿大、颈部梗塞感、情志抑郁、憋闷不舒）积分（MD=-5.40，95% CI[-10.97，-0.07]），次症（食少纳呆，善太息，脘胀纳呆，便溏不爽，胸胁胀痛）积分（MD=-4.45，95% CI[-5.81，-3.09]）。研究未报道不良事件。

2项RCT[95-96]（n=150）评估中药外敷治疗HT继发甲减临床疗效，对照组予左甲状腺素，观察组予消瘿方[95]（黄芪、夏枯草、猫爪草、柴胡、香附、莪术、丁香、冰片）、消瘿膏[96]（黄芪、

柴胡、黄芩、夏枯草、郁金、山慈菇、红花、天葵子、川芎、赤芍、当归、肉桂、菊花、金银花、杜仲、莪术、半夏、川楝子、浙贝、芒硝)联合左甲状腺素,结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组(MD = -1.31,95% CI[-1.59,-1.03])。1项 RCT[96](n=60)评估中药外敷治疗 HT 继发甲减临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予消瘿膏联合左甲状腺素,结果显示,在改善甲状腺肿方面,观察组疗效明显优于对照组甲状腺峡部厚度(MD = -1.40,95% CI[-1.88,-0.92]),甲状腺左叶厚度(MD = -2.40,95% CI[-3.19,-1.61]),甲状腺右叶厚度(MD = -4.0,95% CI[-4.66,-3.34])。研究均未报告不良事件。

针刺:1项 RCT[97](n=60)评估手阳明经透刺疗法治疗 HT 继发甲减临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予手阳明经透刺疗法(取穴)联合左甲状腺素,观察周期为 16 周,结果显示,在提高生活质量方面,观察组疗效明显优于对照组,甲状腺疾病生活质量简明量表(ThyPRO-39)(MD = -2.83,95% CI[-7.83,-2.17]),健康自测量表(SF-36)(MD = 6.39,95% CI[0.77,13.55])。研究未报道不良事件。

1项 RCT[98](n=60)评估针刺疗法治疗 HT 继发甲减肝郁肾虚证临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予针刺疗法联合左甲状腺素,观察周期为 12 周结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,颈前肿大(MD = -1.00,95% CI[-1.59,-0.41]),神疲乏力(MD = -0.53,95% CI[-1.01,-0.05]),情志不畅(MD = -0.49,95% CI[-1.40,-0.48]),腰膝酸软(MD = -0.80,95% CI[-1.30,-0.30])。研究未报告不良事件。

1项 RCT[99](n=60)评估温针灸疗法治疗 HT 继发甲减脾肾阳虚证临床疗效,对照组予左甲状腺素,观察组予温针灸疗法联合左甲状腺素,观察周期为 12 周,结果显示,在改善临床症状方面,观察组疗效明显优于对照组,颈前肿大(MD = -0.36,95% CI[-0.65,-0.07]),颈前压迫感(MD = -0.33,95% CI[-0.58,-0.08]),神疲乏力(MD = -0.36,95% CI[-0.66,-0.06]),畏寒肢冷(MD = -0.40,95% CI[-0.76,-0.04]),腰膝酸软(MD = -0.37,95% CI[-0.69,-0.05]),浮肿(MD = -0.36,95% CI[-0.61,-0.11])。研究未报告不良事件。

5.3.3 生活方式

临床问题 14:桥本甲状腺炎患者生活方式的改善包括哪些具体内容和方法?

共识建议:a)饮食有节,营养均衡:适量补充热量和营养,如维生素、蛋白质、微量元素等,保证营养均衡。关于碘摄入,建议根据尿碘浓度(urine iodine concentration,UIC)水平评估,制订个体化方案;平素饮食有所节制,避免过食或偏嗜,避免食用高碘食物,富碘类药物根据临床需求谨慎使用(共识度:100%)。

b)调畅情志,心理健康:情志对甲状腺病的影响尤为突出。保持精神愉悦,心胸开朗,及时疏解不良情绪;积极沟通和社交,适应周围生活环境变化是防治 HT 的重要方式(共识度:96%)。

c)起居有常,不妄作为:顺应四时变化,培养良好的生活习惯,注意劳逸结合,五脏六腑调和,机体内环境稳定,疾病乃愈。(共识度:98%)

d)适度运动,增强体质:积极锻炼身体,避免过度劳累,增强抗病能力,激发正气,中医所谓"正气存内,邪不可干"(共识度:98%)。

e)早期发现,适时干预:HT 发病慢,病程长,具有一定隐匿性。注意定期体检甲状腺,有相关家族遗传史者更应重视;一旦发现应定期复查,适时合理治疗(共识度:98%)。

证据描述:2021 年《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识 2021》[6]、科学出版社"十四五"普通高等教育研究生规划教材《中西医结合甲状腺病学》[14]、2021 年《橼本相应论:甲状腺疾病中医诊疗新思路》[100]。

6 诊疗流程

桥本甲状腺炎患者应注意改善生活方式,同时根据甲状腺功能水平进行分段治疗。当甲状腺功能正常时,可根据证候进行中医辨证论治;当继发甲状腺毒症时,一方面根据证候进行中医辨证论治,另一方面根据甲状腺功能水平及症状严重程度联合 β 受体阻滞剂或抗甲状腺药物进行治疗;当继发甲状腺功能减退时,一方面根据证候进行中医辨证论治,另一方面根据甲状腺功能水平及症状严重程度予左甲状腺素(L-T4)替代治疗。桥本甲状腺炎患者需要长期随访与管理。诊疗流程见图 1。

利益冲突:无。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位:北京中医药大学孙思邈医院、海南医科大学、中日友好医院、陕西中医药大学西安附属医院(西安市中医医院)、北京中医药大学深圳医院(龙岗)、海南省人民医院、海南医科大学第一附属医院、海南医科大学第二附属医院、北京中医药大学东直门医院、成都中医药大学附属医院、贵州中医药大学第一附属医院、南京中医药大学第二附属医院、海南医科大学、陕西中医药大学附属医院、云南中医药大学第一临床医学院、安徽中医药大学第一附属医院、辽宁中医药大学附属医院、北京中医药大学东方医院、山西省中西医结合医院、长春中医药大学附属医院、湖南中医药大学第二附属医院(湖南省中医院)、北京中医药大学、浙江中医药大学附属第二医院、芜湖市中医医院、北京中医药大学东直门医院厦门医院、山东中医药大学附属医院(山东省中医院)、首都医科大学附属北京世纪坛医院、陕西中医药大学第二附属医院、青岛大学附属青岛市海慈医院、西安医学院第一附属医院、北京中医药大学东直门医院洛阳医院、北京中医药大学第三附属医院、吉林省中医药科学院第一临床医院、新疆医科大学第七附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、浙江中医药大学附属第一医院(浙江省中医院)、江苏省中医院重庆医院(重庆市永川区中医院)、青海省中医院、首都医科大学附属北京中医医院、北京中医药大学房山医院、上海中医药大学附属市中医医院、天津中医药大学第一附属医院、内蒙古自治区中医医院、广西中医药大学第一附属医院、陕西省中医医院、南昌大学第一附属医院、北京中医药大学东方医院秦皇岛医院、海南省中医院、甘肃省中医院、中国中医科学院西苑医院、湖北省中医院(湖北中医药大学附属医院)。

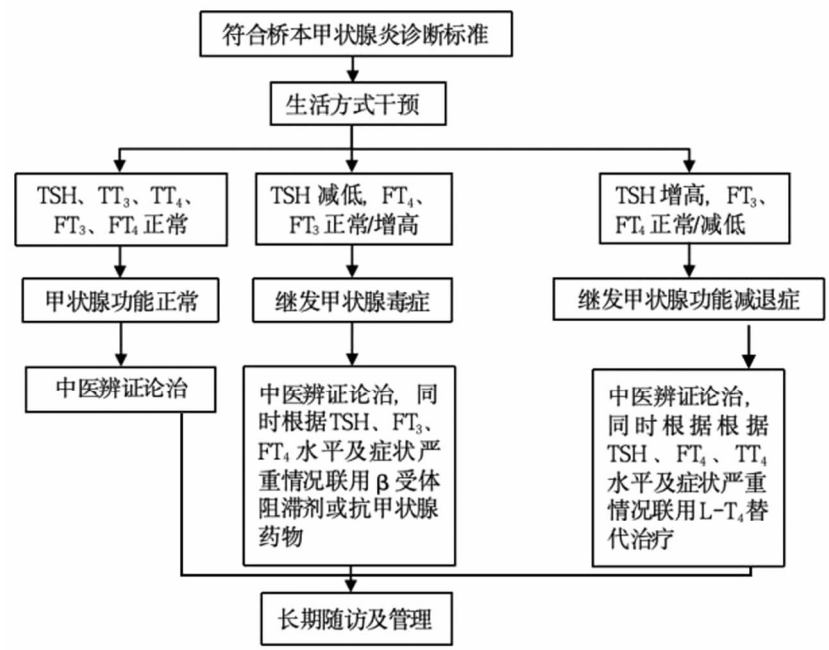


图1 桥本甲状腺炎中西医结合诊疗流程

本文件主要起草人：丁治国、夏仲元。

本文件参与起草人：（按姓氏首字母排序）白小林、鲍玉晓、陈开宁、陈小盼、陈宗存、陈晓珩、陈秋、代芳、狄红杰、段玉红、范源、方朝晖、费宇彤（方法学）、葛亚雪、宫成军、郭翔宇、郭志芹、何泽、胡剑卓、胡江、胡素颖、胡天赤、户蕊、黄延芹、姜敏、雷烨、李光善、李会龙、李璐、李亚、李宇鹏、李哲、林燕、刘美君、娄锡恩、卢丹、卢雪玲、马建、倪海祥、欧畅、蒲慰荣、祁烁、钱嘉惠、商建伟、尚菊菊、孙鲁英、陶枫、王斌、王栋、王权、王小平、王振刚、魏淑凤、肖洋、徐积兄、徐江红、杨文奎、张东鹏、周春宇、周静威、邹本良、左新河。

参考文献

[1] 林果为，王吉耀，葛均波. 实用内科学[M]. 15版. 北京：人民卫生出版社，2017：2284－2285.

[2] LI Y, TENG D, BA J, et al. Efficacy and safety of long－term universal salt iodization on thyroid disorders：epidemiological evidence from 31 provinces of mainland China[J]. Thyroid, 2020, 30(4)：568－579.

[3] CATUREGLI P, DE REMIGIS A, ROSE N R. Hashimoto thyroiditis：clinical and diagnostic criteria[J]. Autoimmun Rev, 2014, 13(4－5)：391－397.

[4] RALLI M, ANGELETTI D, FIORE M, et al. Hashimoto's thyroiditis：an update on pathogenic mechanisms, diagnostic protocols, therapeutic strategies, and potential malignant transformation[J]. Autoimmun Rev, 2020, 19(10)：102649.

[5] 中华医学会内分泌学分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南—甲状腺炎[J]. 中华内科杂志，2008，49(9)：784－785.

[6] Thyropathy Committee of Beijing Association of the Integrating of Traditional and Western Medicine. 桥本甲状腺炎中西医结合诊疗北京专家共识(2021，北京)[J]. 中国医药导报，2022，19(34)：4－7.

[7] 北京中西医结合学会甲状腺病专业委员会. 桥本氏甲状腺炎中西医结合质量控制指标体系北京专家共识(2021版)[J]. 中日友好医院学报，2021，35(6)：323－327.

[8] 国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第1部分：疾病：GB/T 16751.1—2023[S].

[9] 国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第2部分：证候：GB/T 16751.2—2021[S].

[10] 国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第3部分：治法：GB/T 16751.3—2023[S].

[11] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典：二部[M]. 北京：中国医药科技出版社，2020.

[12] 中华医学会内分泌学分会. 成人甲状腺功能减退症诊治指南[J]. 中华内分泌代谢杂志，2017，33(2)：167－180.

[13] 中华医学会内分泌学分会，中国医师协会内分泌代谢科医师分会，中华医学会核医学分会，等. 中国甲状腺功能亢进症和其他原因所致甲状腺毒症诊治指南[J]. 中华内分泌代谢杂志，2022，38(8)：700－748.

[14] 丁治国. 中西医结合甲状腺病学[M]. 北京：科学出版社，2024.

[15] 葛均波，徐永健，王辰. 内科学[M]. 9版. 北京：人民卫生出版社，2018.

[16] 万学红，卢雪峰. 诊断学[M]. 9版. 北京：人民卫生出版社，2018.

[17] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002.

[18] MCLACHLAN S M, MCGREGOR A, SMITH B R, et al. Thyroid－autoantibody synthesis by Hashimoto thyroid lymphocytes[J]. Lancet, 1979, 1(8108)：162－163.

[19] GUAN H X, DE MORAIS N S, STUART J, et al. Discordance of serological and sonographic markers for Hashimoto's thyroiditis with gold standard histopathology[J]. Eur J Endocrinol, 2019, 181(5)：539－544.

[20] ARAI T, KURASHIMA C, UTSUYAMA M, et al. Measurement of anti－thyroglobulin and anti－thyroid peroxidase antibodies using

highly sensitive radioimmunoassay: an effective method for detecting asymptomatic focal lymphocytic thyroiditis in the elderly[J]. Endocr J, 2000, 47(5): 575 - 582.
[21] YOSHIDA H, AMINO N, YAGAWA K, et al. Association of serum antithyroid antibodies with lymphocytic infiltration of the thyroid gland: studies of seventy autopsied cases[J]. J Clin Endocrinol Metab, 1978, 46(6): 859 - 862.
[22] KEYHANIAN M, SARVGHADI F, MEHRAN L, et al. Long - term variations of antithyroperoxidase antibodies and its clinical significance[J]. Horm Metab Res, 2019, 51(6): 347 - 352.
[23] BLIDDAL S, DERAKHSHAN A, XIAO Y, et al. Association of thyroid peroxidase antibodies and thyroglobulin antibodies with thyroid function in pregnancy: an individual participant data meta - analysis[J]. Thyroid, 2022, 32(7): 828 - 840.
[24] HOLLOWELL J G, STAEHLING N W, DANA FLANDERS W, et al. Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2002, 87(2): 489 - 499.
[25] KOTANI T. Anti - TPO autoantibodies[J]. Rinsho Byori, 1998, 46(4): 324 - 330.
[26] PRUMMEL M F, WIERSINGA WM. Thyroid peroxidase autoantibodies in euthyroid subjects[J]. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2005, 19(1): 1 - 15.
[27] TYWANEK E, MICHALAK A, ŚWIRSKA J, et al. Autoimmunity, new potential biomarkers and the thyroid gland - the perspective of Hashimoto's thyroiditis and its treatment[J]. Int J Mol Sci, 2024, 25(9): 4703.
[28] ZHOU Z, LIU L, JIN M, et al. Relationships between the serum TPOAb and TGAb antibody distributions and water iodine concentrations, thyroid hormones and thyroid diseases: a cross - sectional study of 2503 adults in China[J]. Br J Nutr. Published online July 25, 2022. doi: 10.1017/S0007114522002367.
[29] ORGIAZZI J. Thyroid autoimmunity[J]. Presse Med, 2012, 41(12 p 2): e611 - e625.
[30] KAWASAKI M, ITO M, DANNO H, et al. The association between thyroid hormone balance and thyroid volume in patients with Hashimoto thyroiditis[J]. Endocr J, 2019, 66(9): 763 - 768.
[31] USLAR V, BECKER C, WEYHE D, et al. Thyroid disease - specific quality of life questionnaires - A systematic review[J]. Endocrinol Diabetes Metab, 2022, 5(5): e357.
[32] WATT T, BJORNER J B, GROENVOLD M, et al. Development of a short version of the thyroid - related patient - reported outcome Th_yPRO[J]. Thyroid, 2015, 25(10): 1069 - 1079.
[33] WONG C K H, LANG B H H, LAM C L K. A systematic review of quality of thyroid - specific health - related quality - of - life instruments recommends Th_yPRO for patients with benign thyroid diseases[J]. J Clin Epidemiol, 2016, 78: 63 - 72.
[34] 字丽丽. 加减柴芍消瘿汤联合硒制剂治疗女性桥本甲状腺炎肝郁气滞证的临床研究[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2023.
[35] 耿文倩. 清肝散结消瘿方治疗桥本甲状腺炎的临床疗效研究及机制探索[D]. 北京: 北京中医药大学, 2023.
[36] 张雅琦. 四逆散合半夏厚朴汤加减治疗气滞痰凝型桥本甲状腺炎的临床观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2023.
[37] 张蕊, 张辽, 魏文静, 等. 夏枯消瘿汤对桥本甲状腺炎患者疗效的影响[J]. 海南医学, 2023, 34(17): 2469 - 2474.
[38] 欧阳意, 邹宗智, 吴秋生, 等. 加味半夏厚朴汤治疗气郁痰阻型桥本甲状腺炎临床观察[J]. 山西中医, 2023, 39(4): 38 - 39.
[39] 徐凯. 基于络病理论治疗桥本氏甲状腺炎肝郁脾虚证的临床研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2020.
[40] 朱俐鲜. 疏肝健脾消瘿方治疗桥本甲状腺炎的临床观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.
[41] 赵悦. 芪草方联合硒酵母片治疗气虚肝郁型桥本甲状腺炎的临床疗效观察[D]. 上海: 上海中医药大学, 2020.
[42] 张秀琴, 朱砚. 逍遥丸对青年女性无症状性桥本甲状腺炎相关抗体的影响[J]. 天津中医药, 2018, 35(2): 105 - 106.
[43] 秦立伟, 廖琳. 丹栀逍遥散辅助治疗甲状腺功能亢进症的 Meta 分析[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(1): 74 - 79, 86.
[44] 唐亚兰. 丹栀逍遥散对桥本甲亢肝郁脾虚挟热证的临床干预与研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2012.
[45] 陈朝阳, 徐伟刚. 丹栀逍遥散加减联合甲巯咪唑片治疗甲状腺功能亢进症(肝郁血热证)的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(3): 305 - 306.
[46] 王荣正. 栀子清肝汤加减方联合甲巯咪唑治疗甲状腺功能亢进症临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(21): 8 - 11.
[47] 刘守华. 栀子清肝汤加减联合甲巯咪唑片治疗初发性甲亢效果观察[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(2): 144 - 145.
[48] 张东兴, 李砚颖. 栀子清肝汤治疗肝火旺盛型甲状腺功能亢进症的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(6): 59 - 61.
[49] 谢相贵, 李明, 张春玲. 栀子清肝汤加减联合甲巯咪唑片治疗初发性甲状腺功能亢进症的临床疗效及安全性[J]. 临床合理用药, 2023, 16(13): 78 - 81.
[50] 解海燕. 清火解毒消瘿汤治疗桥本甲状腺炎心肝火旺证的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
[51] 夏海丹. 清肝泻火消瘿方治疗心肝火旺型桥本甲状腺炎的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.
[52] 芦文芳. 当归六黄汤联合丙基硫氧嘧啶治疗阴虚火旺型甲亢 30 例[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(9): 83 - 84.
[53] 胡秀霞. 当归六黄汤联合甲巯咪唑治疗甲状腺功能亢进症临床分析[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(13): 88 - 89.
[54] 孙扶, 阮志华. 当归六黄汤治疗阴虚火旺型甲亢的疗效分析[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(10): 27 - 29.
[55] 肖蓉, 王冰萱, 徐志红. 当归六黄汤治疗阴虚火旺型甲状腺功能亢进临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(5): 44 - 46.
[56] 冯妞妞, 李妍妍. 加味当归六黄汤合甲巯咪唑片治疗阴虚火旺型甲状腺功能亢进症疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(7): 131 - 132.
[57] 周慧萍, 余泳, 杨杏华. 加味当归六黄汤联合 PTU 治疗阴虚火旺型甲亢的疗效分析[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(5): 142 - 143.
[58] 阮东英, 郭选贤. 加味当归六黄汤联合甲巯咪唑治疗对阴虚火旺型甲亢患者的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(16): 17 - 18, 59.
[59] 王正. 加味当归六黄汤联合甲巯咪唑治疗甲状腺功能亢进症阴虚火旺型疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(8): 989 - 990.

[60] 丁冬生. 加味当归六黄汤联合甲巯咪唑片治疗阴虚火旺型甲状腺功能亢进症的疗效[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(11): 21 - 22.
[61] 代伟. 加味当归六黄汤联合甲巯咪唑片治疗阴虚火旺型甲状腺功能亢进症的疗效及安全性[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(3): 274 - 276, 283.
[62] 王霜, 柳诗全, 韩敏, 等. 加味当归六黄汤联合甲巯咪唑片治疗阴虚火旺型甲状腺功能亢进症临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(7): 23 - 26.
[63] 蔡其霞. 加味天王补心丹治疗甲状腺功能亢进症的临床研究[D]. 青岛: 青岛大学, 2021.
[64] 刘斌. 天王补心丹合一贯煎加减治疗甲状腺功能亢进症的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2020.
[65] 黄宏华(SAKUNKAMJORNKIT LAKSIKA). 天王补心丹加减方治疗甲状腺功能亢进阴虚火旺证的临床观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.
[66] 任佳琦. 天王补心丹加减对甲亢(Graves 病)合并失眠伴焦虑的临床疗效观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2021.
[67] 韦利英. 补中益气汤加减方治疗气阴两虚型慢性淋巴细胞性甲状腺炎的临床观察[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2023.
[68] 刘绍维, 石丹妮, 李佩哲, 等. 补中益气汤加减与硒制剂联用治疗气阴两虚型桥本甲状腺炎的临床观察[J]. 中华养生保健, 2024(21): 27 - 30.
[69] 陈文信, 张超, 王树刚, 等. 益气养阴法治疗桥本甲状腺炎气阴两虚证疗效观察[J]. 河北中医, 2021, 43(5): 731 - 735.
[70] 刘桂男. 解郁通络消瘿汤治疗桥本氏甲状腺炎甲减期(肝郁脾虚 痰瘀阻络证)临床观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2016.
[71] 邓清献. 化痰祛瘀消瘿汤治疗痰瘀互结型桥本甲状腺炎临床观察[D]. 贵阳: 贵州中医药大学, 2021.
[72] 陈晓,梁伏龙,田沁禾,等. 消瘿散结方治疗桥本甲状腺炎痰瘀互结证疗效观察[J]. 中国保健营养,2019,29(3):342.
[73] 申雨萍. 柴胡疏肝散化裁方治疗肝郁脾虚型桥本甲状腺炎的临床疗效观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2020.
[74] 王英娜, 高天舒, 李品, 等. 柴胡疏肝散化裁方治疗肝郁脾虚证桥本甲状腺炎合并甲减患者临床疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2023, 47(3): 291 - 295, 311.
[75] 王静, 徐佳. 柴胡疏肝散加减联合左甲状腺素钠片治疗桥本氏甲状腺炎的分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S4): 451 - 452.
[76] 杨晓琴, 都增强, 王文娟, 等. 柴胡疏肝散加减联合左甲状腺素钠治疗桥本氏甲状腺炎临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(6): 1179 - 1181.
[77] 王太宇, 陈秋兰. 柴胡疏肝散加减治疗桥本甲状腺炎甲状腺功能减退对患者免疫炎症及甲状腺功能指标的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2024, 8(3): 94 - 96.
[78] 李春霞, 薛延辉. 加味柴胡疏肝散联合左旋甲状腺素治疗桥本甲状腺炎伴甲减 23 例[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(17): 143 - 144.
[79] 肖康. 逍遥散化裁治疗肝郁脾虚型桥本氏甲状腺炎的临床观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2018.
[80] 陈晓明, 蔡美香, 庄丽明, 等. 加味参苓白术散治疗桥本氏甲状腺炎的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(10): 15 - 19.
[81] 王卫. 观察金匮肾气丸治疗桥本甲状腺炎甲减的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2025,52(4):118 - 121.
[82] 郑粤文, 贾燕飞, 罗瑞钦. 金匮肾气丸对阳虚型亚临床甲状腺功能减退症患者甲状腺过氧化物酶抗体、甲状腺球蛋白抗体及甲状腺功能的影响[J]. 河北中医, 2017, 39(10): 1473 - 1476.
[83] 郑粤文, 杨磊. 金匮肾气丸联合左甲状腺素钠片治疗桥本甲状腺炎伴甲状腺功能减退的临床研究[J]. 河北中医, 2018, 40(4): 541 - 545.
[84] 尹冬, 惠媛. 金匮肾气丸联合左甲状腺素片治疗桥本甲状腺炎甲减的临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(3): 756 - 758.
[85] 李靖. 金匮肾气丸临症加减治疗甲状腺功能减退临床观察[J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11(8): 105 - 108.
[86] 吴剑纯, 林宗粤, 吴漪彤, 等. 真武汤对脾肾阳虚型 TPOAb 阳性甲状腺功能减退症疗效及对细胞因子、血脂水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(3): 478 - 484.
[87] 傅洁, 文雅雅, 周卫东. 真武汤对脾肾阳虚型桥本甲状腺炎合并甲状腺功能减退症抗体滴度、25 羟维生素 D、血脂水平的影响[J]. 中医临床研究, 2021, 13(32): 117 - 121.
[88] 杨聪, 郑刚, 齐婧, 等. 加味真武汤治疗心肾阳虚型甲状腺功能减退性心脏病的临床效果[J]. 中国医药导报, 2020, 17(21): 161 - 164.
[89] 高悦, 刘春燕, 赵娜, 等. 真武汤治疗脾肾阳虚型原发性甲减所致黏液性水肿 30 例临床疗效观察[J]. 中医药信息, 2019, 36(6): 111 - 115.
[90] 张艺梁, 胡瑞学, 赵晖, 等. 夏枯草制剂治疗桥本甲状腺炎系统评价与试验序贯分析[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(23): 5777 - 5788.
[91] 郑倩倩. 右归丸联合硒酵母对桥本甲状腺炎(脾肾阳虚证)血清甲状腺抗体滴度的影响[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2017.
[92] 《针灸技术操作规范第部分: 穴位贴敷》项目组. 中华人民共和国国家标准(GB/T21709.9—2008)《针灸技术操作规范 第 9 部分: 穴位贴敷》[J]. 中国针灸, 2009, 29(4): 329 - 331.
[93] 国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准化管理委员会. 针灸技术操作规范 第 20 部分:毫针基本刺法: GB/T 21709.20—2009[S].
[94] 胡浩, 胡燕, 谢培凤, 等. 消瘿散结方外敷治疗气郁痰阻型桥本甲状腺炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(13): 1835 - 1838.
[95] 朱小雨, 李家磊, 严莹, 等. "消瘿方"外用联合优甲乐治疗桥本甲状腺炎合并甲状腺功能减退临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(10): 123 - 127.
[96] 李丙琛. 消瘿膏外用治疗桥本甲状腺炎的临床疗效观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2017.
[97] WANG S Z, YANG C, ZENG W M, et al. Acupuncture treatment for Hashimoto's thyroiditis: an exploratory randomized controlled trial[J]. Integr Med Res, 2024, 13(1): 101023.
[98] 叶栋梓. 基于"培元解郁"学说针刺治疗肾虚肝郁型桥本甲状腺炎的临床疗效观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2023.
[99] 林舒婷. 温针灸结合雷替斯治疗桥本氏甲状腺炎伴甲减的临床观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2017.
[100] 丁治国. 屙本相应论: 甲状腺疾病中医诊疗新思路[M]. 北京: 清华大学出版社, 2021.