

芪浙消癭方联合硒酵母治疗气虚痰凝型桥本甲状腺炎合并良性甲状腺结节临床研究

钟钻仪, 周宇清, 吴倩莹

东莞市中医院内分泌科, 广东 东莞 523000

[摘要] 目的: 观察芪浙消癭方联合硒酵母治疗气虚痰凝型桥本甲状腺炎 (HT) 合并良性甲状腺结节的临床疗效及对炎症反应的影响。方法: 选取2023年4月—2024年10月在东莞市中医院就诊的66例气虚痰凝型HT合并良性甲状腺结节患者, 经随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组33例。研究期间, 对照组脱落1例, 治疗组剔除1例, 最终每组均有32例患者完成研究。对照组给予硒酵母胶囊治疗, 治疗组给予芪浙消癭方联合硒酵母胶囊治疗, 2组均治疗12周。观察2组治疗前后中医证候积分, 抗甲状腺过氧化物酶抗体 (TPOAb)、抗甲状腺球蛋白抗体 (TgAb)、促甲状腺激素 (TSH)、游离甲状腺素 (FT4)、游离三碘甲状腺原氨酸 (FT3)、白细胞介素-17 (IL-17)、 γ -干扰素 (IFN- γ)、白细胞介素-10 (IL-10) 水平, 以及甲状腺峡部厚度、最大结节最长直径的变化。比较2组的中医证候疗效及不良反应发生率。结果: 治疗12周后, 2组中医证候积分以及TPOAb、TgAb、IL-17、IFN- γ 水平均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 治疗组中医证候积分以及TPOAb、TgAb、IL-17、IFN- γ 水平均低于对照组 ($P < 0.05$); 2组IL-10水平均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 治疗组IL-10水平高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径均较治疗前减小, 且均小于对照组 ($P < 0.05$); 对照组甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径与治疗前比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。FT3、FT4、TSH水平同组治疗前后比较以及治疗12周后组间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组中医证候疗效总有效率90.63% (29/32), 高于对照组65.63% (21/32) ($P < 0.05$)。治疗组不良反应发生率9.38% (3/32), 对照组不良反应发生率6.25% (2/32), 2组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 芪浙消癭方联合硒酵母治疗气虚痰凝型HT合并良性甲状腺结节临床效果显著, 可能通过减轻炎症反应起效。

[关键词] 桥本甲状腺炎; 良性甲状腺结节; 气虚痰凝证; 芪浙消癭方; 硒酵母; 中医证候; 炎症反应

[中图分类号] R265; R581.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 06-0079-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.06.013

Clinical Study on Qizhe Xiaoying Prescription Combined with Selenious Yeast for Hashimoto's Thyroiditis with Benign Thyroid Nodules of Qi Deficiency and Phlegm Coagulation Type

ZHONG Zuanyi, ZHOU Yuqing, WU Qianying

Department of Endocrinology, Dongguan Traditional Chinese Medicine Hospital, Dongguan Guangdong 523000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical efficacy of Qizhe Xiaoying Prescription combined with Selenious Yeast in the treatment of Hashimoto's thyroiditis (HT) with benign thyroid nodules of qi deficiency and phlegm coagulation type, and to investigate its effect on inflammatory responses. **Methods:** A total of 66 patients with HT and benign thyroid nodules of qi deficiency and phlegm coagulation type, treated at Dongguan Traditional Chinese Medicine Hospital from April 2023 to October 2024, were selected. They were randomly divided into the treatment group and

[收稿日期] 2025-10-09

[修回日期] 2025-12-11

[作者简介] 钟钻仪 (1977-), 女, 主任医师。

the control group using the random number table method, with 33 cases in each group. During the study, 1 case dropped out from the control group and 1 case was excluded from the treatment group, resulting in 32 patients in each group completing the study. The control group was treated with Selenious Yeast Capsules, while the treatment group received Qizhe Xiaoying Prescription combined with Selenious Yeast Capsules. Both groups were treated for 12 weeks. Traditional Chinese medicine syndrome scores, levels of anti-thyroid peroxidase antibody (TPOAb), anti-thyroglobulin antibody (TgAb), thyroid-stimulating hormone (TSH), free thyroxine (FT4), free triiodothyronine (FT3), interleukin-17 (IL-17), interferon- γ (IFN- γ), and interleukin-10 (IL-10), as well as changes in thyroid isthmus thickness and the maximum diameter of the largest nodule, were observed before and after treatment in both groups. The traditional Chinese medicine syndrome efficacy and the incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After 12 weeks of treatment, traditional Chinese medicine syndrome scores and levels of TPOAb, TgAb, IL-17, and IFN- γ in both groups decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$). The treatment group showed lower traditional Chinese medicine syndrome scores and lower levels of TPOAb, TgAb, IL-17, and IFN- γ than the control group ($P < 0.05$). IL-10 levels in both groups increased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the treatment group had higher IL-10 levels than the control group ($P < 0.05$). The thyroid isthmus thickness and the maximum diameter of the largest nodule in the treatment group decreased compared with those before treatment and were smaller than those in the control group ($P < 0.05$). In the control group, there were no statistically significant differences in thyroid isthmus thickness and the maximum diameter of the largest nodule compared with those before treatment ($P > 0.05$). There were no statistically significant differences in FT3, FT4, and TSH levels within each group before and after treatment, nor between the two groups after 12 weeks ($P > 0.05$). The total effective rate for traditional Chinese medicine syndrome efficacy in the treatment group was 90.63% (29/32), higher than that of 65.63% (21/32) in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 9.38% (3/32) in the treatment group and 6.25% (2/32) in the control group, with no statistically significant difference between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Qizhe Xiaoying Prescription combined with Selenious Yeast shows significant clinical efficacy in the treatment of HT with benign thyroid nodules of qi deficiency and phlegm coagulation type. Its mechanism may involve alleviating the inflammatory responses.

Keywords: Hashimoto's thyroiditis; Benign thyroid nodule; Qi deficiency and phlegm coagulation syndrome; Qizhe Xiaoying Prescription; Selenious Yeast; Traditional Chinese medicine syndrome; Inflammatory responses

桥本甲状腺炎(HT)被广泛认定为一种器官特异性自身免疫性疾病,属于慢性淋巴细胞性甲状腺炎的一种。HT患者常伴有甲状腺弥漫性肿大,尤其是峡部和椎体叶的肥大,血清中甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)及甲状腺球蛋白抗体(TgAb)显著升高。随着病情进展,部分HT患者可逐渐发展为甲状腺功能减退^[1]。近年来,随着超声技术的快速进步,甲状腺结节的检出率显著上升,超声检查的结节检出率达50%~67%^[2]。在HT患者中,伴随甲状腺结节的比例较高,且结节的恶性程度增加,提高了患甲状腺癌的风险,HT被认定为甲状腺乳头状癌(PTC)的一

个危险因素^[3]。HT患者中,PTC的发病率介于0.12%~64.3%^[4]。HT的发病被认为与遗传、免疫、感染及环境等多种因素相关。采用泼尼松、硒酵母等西药治疗HT虽有一定的效果,但疗效仍达不到预期^[5]。笔者在多年的临床实践中观察到,中西医结合治疗HT较单纯西药治疗疗效更佳。

HT合并良性甲状腺结节归属于中医学瘰病范畴。东莞市中医院全国名中医黄淑玲教授基于长期临床工作经验,并结合东莞市的气候环境特点,认为气虚痰凝证是本病临床常见的中医证型之一,治疗应以补气化痰为原则。芪浙消瘰方是由二陈汤及玉屏

风散化裁而来,根据气虚痰凝型HT的证候特点加减组方。笔者在多年的临床实践中应用芪浙消癭方治疗气虚痰凝型HT合并良性甲状腺结节,取得了较好疗效。本研究观察此方联合硒酵母治疗气虚痰凝型HT合并良性甲状腺结节的临床疗效,并分析其对炎症反应的影响,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《实用内科学》^[6]中的HT诊断标准及《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南(第二版)》^[7]中的甲状腺结节诊断标准,制订HT合并良性甲状腺结节的诊断标准。颈前肿大随吞咽动作上下移动,质地韧或硬;血清TPOAb和(或)TgAb水平升高;超声检查显示甲状腺呈弥漫性变化,回声不均,并伴有结节。

1.2 辨证标准 参考文献[8]拟定气虚痰凝证辨证标准。主症:乏力倦怠,颈前肿大可随吞咽上下移动、质地韧或硬。次症:咽部异物感,痰多,吞咽困难,声音嘶哑,胸闷胁胀。舌脉象:舌淡红、苔白腻,脉弦滑。主症与次症均至少具备2项,结合舌脉象。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准;甲状腺功能正常,甲状腺超声检查显示最大结节直径 ≤ 10 mm,且甲状腺影像报告与数据系统(TI-RADS)风险分级为3分或以下;年龄18~65岁;自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 对本研究所用治疗药物过敏者;有甲状腺恶性结节病史或接受过甲状腺手术、放射性碘治疗者;合并肝肾功能不全者;患精神疾病或恶性肿瘤者;妊娠期或哺乳期女性;合并其他自身免疫性疾病者。

1.5 脱落及剔除标准 失访者;治疗配合度较差者;研究期间出现甲状腺功能减退、甲状腺功能亢进或甲状腺囊内出血者;研究期间出现其他严重疾病者。

1.6 一般资料 选取2023年4月—2024年10月在东莞市中医院就诊的66例气虚痰凝型HT合并良性甲状腺结节患者,经随机数字表法分为治疗组和对照组,每组33例。研究期间,对照组有1例患者因失访而脱落,治疗组有1例患者因治疗配合度较差而剔除,最终每组均有32例患者完成研究。对照组男13例,女19例;年龄23~62岁,平均 (46.03 ± 4.73) 岁;HT合并良性甲状腺结节病程2.6~5.5年,平均 (3.64 ± 0.51) 年。治疗组男12例,女20例;年龄22~65岁,平均 (45.02 ± 4.60) 岁;HT合并良性甲状腺结节病程

2.5~5.3年,平均 (3.56 ± 0.47) 年。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究已获得东莞市中医院医学伦理委员会批准(审批号:20220108A26)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予硒酵母胶囊(芜湖华信生物药业股份有限公司,国药准字H20052532,规格:50 μ g/粒)治疗,每天口服2次,每次100 μ g。

2.2 治疗组 在硒酵母胶囊基础上加用芪浙消癭方治疗。处方:黄芪30 g,浙贝母15 g,夏枯草15 g,猫爪草15 g,法半夏10 g,陈皮10 g,白术10 g,莪术10 g,当归10 g,佛手15 g,桔梗15 g。每天1剂,由东莞市中医院煎药房统一制备成为真空包装水煎剂,每袋200 mL,早晚饭后1 h各温服1袋,每天2袋。

2组均治疗12周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。参考《中药新药证候及疗效评价》^[9]拟定中医证候评分量化表,见表1。主症、次症均按无、轻度、中度、重度4个等级,分别计为0、2、4、6分和0、1、2、3分,总分0~27分。于治疗前、治疗12周后评估。②中医证候疗效。于治疗12周后评价。③甲状腺相关抗体、甲状腺功能指标及炎症指标。治疗前、治疗12周后分别采集患者晨起空腹静脉血,离心后收集血清,使用化学发光免疫分析法检测血清TPOAb、TgAb、游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4)、促甲状腺素(TSH)水平。同时,使用酶联免疫法检测血清白细胞介素-17(IL-17)、 γ -干扰素(IFN- γ)、白细胞介素-10(IL-10)水平。以上所有指标均由东莞市中医院检验科检测。④甲状腺超声。治疗前、治疗12周后分别测量患者甲状腺峡部厚度及最大结节的最长直径。⑤不良反应。治疗过程中监测胃肠道不适、皮疹、头痛等不良反应的发生情况,同时监测肝、肾功能。

3.2 统计学方法 使用SPSS22.0统计学软件分析数据。中医证候积分、甲状腺相关抗体、炎症指标、甲状腺超声指标等计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验。中医证候疗效、不良反应发生率等计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

表1 中医证候评分量化表			
中医证候	轻度	中度	重度
乏力倦怠	偶有乏力倦怠，不需要休息	常感乏力倦怠，休息后可缓解	持续乏力倦怠，影响日常活动
颈前肿大可随吞咽上下移动、质地韧或硬	1度肿大，质地稍韧	2度肿大，质地韧	3度肿大，质地硬
咽部异物感	偶有异物感，持续时间<0.5h	时有异物感，累计时间0.5~2h	持续异物感
痰多	偶有咳吐痰涎	常有咳吐痰涎，可以缓解	常有痰多或呕吐痰涎，难以缓解
吞咽困难	偶有吞咽不畅，不影响进食	吞咽困难，需缓慢进食	吞咽困难明显，影响进食
声音嘶哑	偶有声音嘶哑	常见声音嘶哑，常有清嗓动作	持续声音嘶哑，影响说话
胸闷胁胀	偶有胸闷胁胀，不影响日常活动	时有胸闷胁胀，发作时需休息，缓解后可继续正常活动	持续胸闷胁胀，影响日常活动

4 疗效标准与治疗结果

4.1 中医证候疗效标准 参考《中药新药证候及疗效评价》^[9]拟定。显效：乏力倦怠明显改善，颈前肿大缩小，次症(咽部异物感、痰多、吞咽困难、声音嘶哑、胸闷胁胀)中至少有2项症状明显改善，中医证候积分减少率≥70%；有效：乏力倦怠减轻，颈部结节质地较前变软，次症中至少有2项症状减轻，30%≤中医证候积分减少率<70%；无效：主症、次症均无明显好转，中医证候积分减少率<30%。中医证候积分减少率=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前，2组中医证候积分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗12周后，2组中医证候积分均较治疗前降低，治疗组中医证候积分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 分			
组别	例数	治疗前	治疗12周后
治疗组	32	17.37±4.22	7.13±1.93 ^{①②}
对照组	32	17.63±3.55	10.34±1.49 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与对照组治疗后比较， $P<0.05$ 。

4.3 2组中医证候疗效比较 见表3。治疗后，治疗组总有效率90.63%，高于对照组65.63%，差异有统计学意义($\chi^2=5.85$ ， $P=0.016<0.05$)。

表3 2组中医证候疗效比较 例					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
治疗组	32	15	14	3	29(90.63) ^①
对照组	32	2	19	11	21(65.63)

注：①与对照组比较， $P<0.05$ 。

4.4 2组治疗前后TPOAb、TgAb水平比较 见表4。治疗前，2组TPOAb、TgAb水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗12周后，2组TPOAb、TgAb水平均较治疗前降低，治疗组TPOAb、TgAb水平均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后TPOAb、TgAb水平比较($\bar{x}\pm s$) IU/mL					
组别	例数	TPOAb		TgAb	
		治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后
治疗组	32	578.76±41.13	459.37±44.35 ^{①②}	474.76±65.03	331.93±56.61 ^{①②}
对照组	32	574.40±42.09	506.70±29.49 ^①	472.60±54.34	384.78±45.87 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与对照组治疗后比较， $P<0.05$ 。

4.5 2组治疗前后FT3、FT4、TSH水平比较 见表5。治疗前，2组FT3、FT4、TSH水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。上述3项指标同组治疗前后比较以及治疗12周后组间比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。

4.6 2组治疗前后IL-17、IFN- γ 、IL-10水平比较 见表6。治疗前，2组IL-17、IFN- γ 、IL-10水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗12周后，2组IL-17、IFN- γ 水平均较治疗前降低，治疗组IL-17、IFN- γ 水平均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。2组IL-10水平均较治疗前升高，治疗组IL-10水平高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.7 2组治疗前后甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径比较 见表7。治疗前，2组甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗12周后，治疗组甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径均较治疗前减小，且均小于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)；对照组

甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径与治疗前比较,差异均无统计学意义($\chi^2=0.22$, $P=0.641 > 0.05$)。

表5 2组治疗前后FT3、FT4、TSH水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FT3(pmol/L)		FT4(pmol/L)		TSH(mIU/L)	
		治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后
治疗组	32	4.34 ± 0.63	4.29 ± 0.56	16.60 ± 0.76	16.25 ± 1.02	1.26 ± 0.27	1.35 ± 0.43
对照组	32	4.39 ± 0.38	4.38 ± 0.64	16.74 ± 0.81	16.29 ± 1.04	1.38 ± 0.26	1.39 ± 0.18

表6 2组治疗前后IL-17、IFN- γ 、IL-10水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-17		IFN- γ		IL-10	
		治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后	治疗前	治疗12周后
治疗组	32	46.24 ± 3.42	30.09 ± 2.55 ^{①②}	264.33 ± 7.98	186.36 ± 6.41 ^{①②}	145.15 ± 5.48	204.79 ± 6.31 ^{①②}
对照组	32	45.59 ± 2.53	37.42 ± 2.44 ^①	267.38 ± 10.59	238.55 ± 7.61 ^①	145.01 ± 4.45	178.55 ± 5.61 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表7 2组治疗前后甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	甲状腺峡部厚度		甲状腺最大结节的最长直径	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	32	3.13 ± 0.13	2.38 ± 0.22 ^{①②}	8.90 ± 0.65	6.23 ± 0.76 ^{①②}
对照组	32	3.10 ± 0.10	3.13 ± 0.21	8.75 ± 0.80	8.40 ± 0.79

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.8 2组不良反应发生率比较 见表8。治疗组不良反应发生率9.38%,对照组不良反应发生率6.25%,2组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表8 2组不良反应发生率比较

组别	例数	胃肠道不适	皮疹	头痛	肝功能受损	肾功能受损	合计[例(%)]
治疗组	32	2	0	1	0	0	3(9.38)
对照组	32	1	0	0	1	0	2(6.25)

5 讨论

HT是一种由T细胞介导的器官特异性自身免疫性疾病,患者血液中常检测到高水平的TPOAb和TgAb抗体,其主要病理特征表现为甲状腺弥漫性肿大、滤泡增生以及间质中淋巴细胞和浆细胞的浸润,伴有纤维化和结节样病变^[10]。临床治疗部分HT患者时,可能会采用硒酵母进行补硒干预,但针对HT合并甲状腺结节尤其是甲状腺功能正常的患者,单纯使用硒酵母治疗效果并不理想。中医药治疗HT由来已久,笔者在临床实践过程中发现在硒酵母基础上联合中药汤剂治疗效果更好。

HT合并良性甲状腺结节归属于中医学瘰病范畴。

既往医家大多认为本病因饮食失宜、脾失健运、情志不畅、肝失疏泄所致^[11]。笔者认为,气虚痰凝证患者多因久病耗伤正气,导致气虚脾弱,湿聚痰凝,痰瘀互结,循经上扰,结于颈前,属本虚标实、虚实夹杂之证,因患者常兼夹血瘀,故治疗以补气健脾、化痰散结为主,行气活血为辅。基于临床实践,笔者团队创制芪浙消瘰方。方中重用黄芪补气扶正,为君药。浙贝母清热化痰、软坚散结,夏枯草清肝散结,猫爪草化痰消肿,法半夏燥湿消痞,四药共为臣药,协同增强化痰散结之力。白术健脾燥湿,与黄芪相配,构成健脾益气药对;陈皮理气健脾、燥湿化痰,以顺气助痰消;莪术破血行气、消积化痰;当归补血活血,既可制莪术破血伤阴之弊,又能助化痰散结;佛手理气化痰,五药共为佐药。桔梗宣肺利咽,载药上行,引诸药达病所,为使药。全方配伍,共奏补气健脾、化痰散结、行气活血之效。本研究结果显示,治疗12周后,治疗组中医证候积分低于对照组,中医证候疗效总有效率高于对照组;对照组甲状腺峡部厚度及最大结节的最长直径无改善,而治疗组甲状腺峡部厚度、最大结节的最长直径均明显减小。提示在硒酵母基础上加用芪浙消瘰方治疗可更有效地改善气虚痰凝型HT合并良性甲状腺结节患者的临床症状并缩小结节。

HT患者常伴有血清TPOAb与TgAb水平升高,以及多种炎症因子异常^[12],提示免疫炎症反应在HT发病中具有重要作用。近年研究发现,Th17/Treg细胞平衡失调是HT发病的关键环节,Th17过度活化或Treg功能不足均可加剧免疫炎症^[13]。研究表明,HT

患者外周血 Th17 比例升高, Treg 比例降低, 存在 Th17/Treg 失衡^[14]。Th17 通过分泌 IL-17、IFN- γ 等促炎因子介导甲状腺组织淋巴细胞浸润与破坏, 而 Treg 则通过释放 IL-10 等抑制性细胞因子调节免疫反应^[15]。现代药理学研究显示, 黄芪中所含的黄芪多糖可抑制 Th17 细胞分化, 调节 Th17/Treg 平衡, 减轻炎症反应^[16]; 浙贝母中的生物碱、皂苷及黄酮类成分具有抗炎、抗氧化作用, 可能通过抑制炎症因子的释放而发挥作用^[17]; 夏枯草与猫爪草中的槲皮素、木犀草素等成分可通过靶点影响 Th17 细胞分化, 从而干预 HT 进程^[18]。本研究结果显示, 治疗 12 周后, 2 组 TPOAb、TgAb、IL-17、IFN- γ 水平平均下降, IL-10 水平平均上升, 但治疗组效果更显著, 提示在硒酵母基础上加用芪浙消癭方治疗气虚痰凝型 HT 合并良性甲状腺结节患者可能通过调节 Th17/Treg 平衡, 抑制 IL-17、IFN- γ 等炎症因子介导的炎症反应起效。

综上, 芪浙消癭方联合硒酵母治疗气虚痰凝型 HT 合并良性甲状腺结节患者疗效显著, 且安全性良好, 其作用机制可能与减轻炎症反应有关。然而, 本研究样本量有限, 后续需扩大样本规模, 并结合动物实验深入探讨其具体作用靶点与机制。

[参考文献]

- [1] 朱梦燕, 张银玉, 周鑫鑫, 等. 方朝晖教授治疗桥本甲状腺炎合并甲状腺结节气郁痰阻证的用药规律探析[J]. 山西中医药大学学报, 2023, 24(9): 955-958.
- [2] 鲁志林, 陈继东, 曾明星, 等. 向楠从气、痰、瘀辨治甲状腺结节常用药队采撷[J]. 江苏中医药, 2024, 56(1): 30-34.
- [3] 樊星, 郑坤, 陈文颖. ACR TI-RADS 预测伴桥本甲状腺炎的甲状腺乳头状癌颈淋巴结转移的价值[J]. 江苏大学学报(医学版), 2022, 32(4): 292-296.
- [4] ABBASGHOLIZADEH P, NASERI A, NASIRI E, et al. Is Hashimoto thyroiditis associated with increasing risk of thyroid malignancies? A systematic review and meta-analysis[J]. Thyroid Res, 2021, 14(1): 26.
- [5] 王迪, 梁伟娟, 许雷鸣, 等. 桥本甲状腺炎西药治疗进展[J]. 医学综述, 2021, 27(22): 4501-4505.
- [6] 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.
- [7] 中华医学会内分泌学分会, 中华医学会外科学分会甲状腺及代谢外科学组, 中国抗癌协会头颈肿瘤专业委员会, 等. 甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南(第二版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2023, 39(3): 181-226.
- [8] 郑洁莹, 张新杰, 乔佳君. 460 例桥本甲状腺炎患者中医体质调查及病-体-证相关性分析[J]. 世界中医药, 2025, 20(8): 1356-1360.
- [9] 商洪才, 王保和, 张伯礼. 中药新药证候及疗效评价[J]. 中药新药与临床药理, 2004, 15(5): 365-368.
- [10] 盖丽珍, 宁日红, 张倩倩, 等. 红花逍遥片治疗桥本甲状腺炎伴结节的临床观察[J]. 中医药导报, 2023, 29(2): 91-95.
- [11] 柴淑芳, 林卫, 沈洁, 等. 散结膏外敷联合中医定向透药治疗仪治疗甲状腺结节临床研究[J]. 河南中医, 2020, 40(10): 1544-1547.
- [12] 李奕, 汤子媚, 王容, 等. 桥本甲状腺炎: 免疫学发病机制的进展[J]. 中国免疫学杂志, 2025, 41(9): 2098-2105.
- [13] 李清林, 章煌杰, 葛明华, 等. 基于 Th17/Treg 平衡和 IL-23/IL-17 炎症轴探讨淫羊藿总黄酮防治桥本甲状腺炎的作用机制[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(8): 71-77.
- [14] SAFDARI V, ALIJANI E, NEMATI M, et al. Imbalances in T Cell-Related Transcription Factors Among Patients with Hashimoto's Thyroiditis[J]. Sultan Qaboos Univ Med J, 2017, 17(2): 174-180.
- [15] 许可, 张碧辰, 商雪纯, 等. 柴胡软坚消癭颗粒对肝郁脾虚型桥本甲状腺炎大鼠 TH1/TH2 及 TH17/Treg 平衡的影响[J]. 环球中医药, 2021, 14(10): 1747-1753.
- [16] 黄武祯, 陈斯宁, 黎展华. 黄芪活性成分调控 Th17/Treg 细胞免疫平衡作用的研究进展[J]. 中华医院感染学杂志, 2024, 34(22): 3515-3520.
- [17] 孙禹, 梁伟. 浙贝母的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 特产研究, 2022, 44(1): 87-92.
- [18] 李鸣, 付黎韵, 闫凯, 等. 基于网络药理学及分子对接技术研究夏枯草-猫爪草药对治疗桥本氏甲状腺炎的药效物质基础及作用机制[J]. 甘肃中医药大学学报, 2024, 41(2): 55-60.

[责任编辑: 刘迪成, 吴凌, 蒋维超(英文)]