

中西医结合治疗甲状腺功能亢进的疗效观察

朱新建 徐凤华 王玲 彭乐 李明

武警北京总队医院内一科 北京 100027

【摘要】目的：探讨中西医结合治疗方案在青年甲状腺功能亢进（甲亢）患者中的临床疗效及安全性。方法：选取2025年01月至2026年04月期间收治的50例甲亢患者作为研究对象，按照随机数字表法分为观察组（n=25例）与对照组（n=25例）。对照组患者给予单纯西药治疗（甲巯咪唑联合倍他乐克），观察组患者在对照组基础上加用中医辨证分型汤药治疗。对比两组患者的临床总有效率、甲状腺功能指标变化以及不良反应发生情况。结果：观察组患者的临床总有效率为96.00%，显著高于对照组的76.00%（ $P<0.05$ ）。治疗后，观察组患者的游离三碘甲状腺原氨酸（FT3）、游离甲状腺素（FT4）水平均显著低于对照组，促甲状腺激素（TSH）水平显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组不良反应发生率为8.00%，显著低于对照组的32.00%（ $P<0.05$ ）。结论：中西医结合治疗青年甲状腺功能亢进能够显著提高临床疗效，快速改善甲状腺激素水平，且有效降低西药带来的不良反应发生率，安全性高，具有临床推广价值。

【关键词】：甲状腺功能亢进；中西医结合；甲巯咪唑；倍他乐克；辨证论治

DOI:10.12417/2705-098X.26.13.014

甲状腺功能亢进症（Hyperthyroidism，简称甲亢）是由多种原因引起的甲状腺激素分泌过多所致的临床综合征，其病理基础为甲状腺合成与释放过多的甲状腺激素，导致机体代谢亢进和交感神经兴奋。近年来，甲亢的发病率呈现逐年上升及年轻化的趋势。在特定人群中，如青壮年群体，由于学习工作压力大、生活作息不规律等因素，发病率有所增加^[1]。

目前，现代医学针对甲亢主要采用抗甲状腺药物（如甲巯咪唑）、 β 受体阻滞剂（如倍他乐克）以及放射性碘或手术治疗。其中，甲巯咪唑能够抑制甲状腺过氧化物酶的活性，阻断甲状腺激素的合成，是临床一线用药；倍他乐克则能有效控制心悸、心动过速等交感神经兴奋症状^[2]。然而，长期单纯使用西药治疗往往面临起效较慢、疗程长、停药易复发以及可能出现粒细胞减少、肝功能损害、皮疹等不良反应的局限性，部分患者因无法耐受副作用而被迫中断治疗。中医学将甲亢归属于“瘰疬”、“心悸”、“消渴”等范畴。中医理论认为，本病的发生多与情志内伤、饮食水土失宜等因素有关，基本病机为气滞、痰凝、血瘀壅结颈前，日久则耗伤气阴，导致肝郁化火、心肝阴虚^[3]。

针对本病的病机特点，中医强调辨证论治，通过疏肝理气、化痰散结、滋阴降火等治法，在改善患者临床症状、减轻西药副作用、调节机体免疫功能方面具有独特优势^[4]。特别是对于发病时间较短（小于6个月）、无妊娠等特殊生理状态的青年男性患者，其体质相对较强，但对药物副作用导致的生活质量下降较为敏感。因此，本研究选取2025年01月至2026年04月期间收治的50例特定特征的甲亢患者，旨在深入观察和分析中西医结合治疗方案在改善甲状腺功能、缓解临床症状及降

低不良反应方面的确切疗效，为临床优化甲亢治疗方案提供详实、具体的循证医学数据支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2025年01月至2026年04月期间于我院内分泌科确诊并接受治疗的50例甲状腺功能亢进患者为研究对象。按照随机数字表法将其分为观察组与对照组，每组各25例。观察组中，男性23例，女性2例；年龄最小20岁，最大25岁，平均年龄为（22.16±1.28）岁；对照组中，男性23例，女性2例；年龄最小21岁，最大24岁，平均年龄为（22.08±1.14）岁。两组患者一般资料方面进行比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：（1）所有患者均符合《中国甲状腺疾病诊治指南》中关于甲状腺功能亢进的西医诊断标准，血清FT3、FT4水平升高，TSH水平降低，并伴有高代谢症候群、甲状腺肿大或突眼等临床表现；（2）符合《中药新药临床研究指导原则》中关于“瘰疬”的中医辨证标准；（3）发病时间均小于6个月；（4）年龄18-25岁；（5）入组前未接受过系统抗甲状腺药物治疗或已停药超过2周；（6）患者及家属对本研究知情同意，并签署知情同意书。

排除标准：（1）合并妊娠期或哺乳期女性；（2）伴有严重心脑血管疾病、肝肾功能不全者；（3）合并原发性血小板减少症或粒细胞缺乏症等血液系统疾病者；（4）对甲巯咪唑、倍他乐克或本研究中使用的中药成分过敏者；（5）存在甲状腺恶性肿瘤或亚急性甲状腺炎者；（6）精神智力障碍，无法

配合治疗及随访者。

1.2 方法

对照组患者采用单纯西药治疗方案。具体用药如下：甲巯咪唑片（初始剂量为每次 10mg，每日 2 次，口服），根据患者临床症状及甲状腺功能复查结果，每隔 2 至 4 周调整剂量一次，待症状缓解、甲状腺功能指标恢复正常后，逐渐减量至维持剂量（每日 2.5mg 至 5mg）；酒石酸美托洛尔片（倍他乐克，每次 25mg，每日 2 次，口服），主要用于控制心悸、心动过速等交感神经兴奋症状，当患者静息心率降至 80 次/分钟以下时，逐渐减量或停用。连续治疗观察 4 个月。

观察组患者在对照组西药治疗的基础上，加用中医辨证分型汤药治疗。根据患者的临床表现及舌脉特征，主要分为以下两型进行论治：

（1）肝郁化火型：症见颈前轻度肿大，情绪急躁易怒，心悸失眠，口苦咽干，多食易饥，手抖，舌红苔黄，脉弦数。治以疏肝泄热、消癭散结。方选丹栀逍遥散合海藻玉壶汤加减。处方组成：柴胡 10g，牡丹皮 10g，栀子 10g，当归 10g，白芍 15g，茯苓 15g，白术 10g，海藻 15g，昆布 15g，浙贝母 10g，夏枯草 15g，香附 10g。每日 1 剂，水煎取汁 400ml，分早晚两次温服。

（2）心肝阴虚型：症见癭肿或大或小，心悸不宁，烦热少寐，易汗出，头晕目眩，手指震颤，舌红少苔，脉细数。治以滋阴降火、宁心柔肝。方选天王补心丹合一贯煎加减。处方组成：生地黄 20g，麦冬 15g，玄参 15g，太子参 15g，五味子 10g，当归 10g，酸枣仁 15g，柏子仁 10g，丹参 15g，茯苓 15g，牡蛎 30g（先煎），白芍 15g。每日 1 剂，水煎取汁 400ml，分早晚两次温服。中药连续服用 4 个月，期间根据病情变化随症加减。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：参照《中药新药临床研究指导原则》中的疗效评定标准。显效：临床症状及体征完全消失或基本消失，甲状腺功能指标（FT3、FT4、TSH）恢复正常范围；有效：临床症状及体征明显减轻，甲状腺功能指标较治疗前显著改善但未完全恢复正常；无效：临床症状及体征无明显改善甚至加重，甲状腺功能指标无变化或恶化。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。

（2）甲状腺功能指标：分别于治疗前及治疗 4 个月后，采集患者清晨空腹静脉血，采用化学发光免疫分析法检测血清游离三碘甲状腺原氨酸（FT3）、游离甲状腺素（FT4）及促甲状腺激素（TSH）水平。

（3）不良反应发生情况：详细记录两组患者在治疗期间出现的不良反应，包括白细胞减少（外周血白细胞计数 $<4.0 \times 10^9/L$ ）、肝功能损害（丙氨酸氨基转移酶 ALT 或天冬氨酸转

基转移酶 AST 高于正常上限 2 倍）、皮疹、胃肠道反应（恶心、呕吐、腹胀等）等，计算不良反应总发生率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS27.0 软件处理数据。符合正态分布的计量资料（如年龄、发病时间、FT3、FT4、TSH 水平等）以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组间比较采用独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验。计数资料（如性别、临床疗效、不良反应发生率等）以频数和百分比（n，%）表示，组间比较采用卡方（ χ^2 ）检验。所有检验均为双侧检验，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组显著高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表 1 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	观察组	对照组	χ^2 值	P 值
例数	25	25		
显效	16(64.00)	9(36.00)		
有效	8(32.00)	10(40.00)		
无效	1(4.00)	6(24.00)		
总有效率	24(96.00)	19(76.00)	4.153	0.042

2.2 两组患者治疗前后甲状腺功能指标比较

治疗前，观察组与对照组的 FT3、FT4、TSH 水平进行对比，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。治疗 4 个月后，两组患者的 FT3、FT4 水平均较本组治疗前显著下降，TSH 水平均较本组治疗前显著上升，差异均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。组间对比发现，观察组的 FT3 水平降至（ 4.12 ± 0.85 ）pmol/L，显著低于对照组的（ 5.86 ± 1.12 ）pmol/L（ $t = 6.176$ ， $P < 0.001$ ）；观察组的 FT4 水平降至（ 12.35 ± 2.14 ）pmol/L，显著低于对照组的（ 16.78 ± 2.69 ）pmol/L（ $t = 6.381$ ， $P < 0.001$ ）；观察组的 TSH 水平上升至（ 2.45 ± 0.62 ）mIU/L，显著高于对照组的（ 1.32 ± 0.48 ）mIU/L（ $t = 7.188$ ， $P < 0.001$ ）。

表 2 两组患者治疗前后甲状腺功能指标比较

组别	例数	时间	FT3(pmol/L)	FT4(pmol/L)	TSH(mIU/L)
观察组	25	治疗前	18.56 ± 3.24	42.35 ± 5.68	0.12 ± 0.05
		治疗后	4.12 ± 0.85	12.35 ± 2.14	2.45 ± 0.62
对照组	25	治疗前	18.72 ± 3.15	41.98 ± 5.74	0.13 ± 0.06
		治疗后	5.86 ± 1.12	16.78 ± 2.69	1.32 ± 0.48

组间治 疗后 t 值	6.176	6.381	7.188
组间治 疗后 P 值	<0.001	<0.001	<0.001

注：续表 2。

2.3 两组患者不良反应发生情况比较

在为期 4 个月的用药观察期内，对照组 25 例患者中，发生白细胞减少 2 例（8.00%），肝功能损害 3 例（12.00%），皮疹 2 例（8.00%），胃肠道反应 1 例（4.00%），不良反应总发生率为 32.00%（8/25）。观察组 25 例患者中，仅发生肝功能损害 1 例（4.00%），皮疹 1 例（4.00%），未发生白细胞减少和明显的胃肠道反应，不良反应总发生率为 8.00%（2/25）。观察组的不良反应总发生率显著低于对照组，差异具有统计学意义（ $\chi^2=4.500$, $P=0.034$ ）。

表 3 两组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	观察组	对照组	X ² 值	P 值
例数	25	25		
白细胞减少	0(0.00)	2(8.00)		
肝功能损害	1(4.00)	3(12.00)		
皮疹	1(4.00)	2(8.00)		
胃肠道反应	0(0.00)	1(4.00)		
不良反应总发生率	2(8.00)	8(32.00)	4.500	0.034

3 结语

甲状腺功能亢进症（甲亢）的流行病学特征正悄然生变，青年男性群体发病率逐年攀升，学业竞争与职业高压下的身心失衡成为重要诱因。尽管甲巯咪唑联合β受体阻滞剂的标准方案可有效抑制甲状腺激素合成、控制高代谢症候群，但青年患者对药物不良反应的敏感性较高，粒细胞减少、肝酶异常等事件常导致依从性骤降，甚至被迫终止治疗，严重影响社会功能恢复与远期预后^[5]。中医对“瘰疬”的辨证论治不仅着眼于局部散结消瘰，更重视疏泄肝郁、滋养阴血以恢复机体自稳调节能力。近年研究表明，滋阴降火类方药可多靶点干预甲状腺自身免疫紊乱，并能通过抗氧化应激、调节肝药酶活性等途径减轻西药相关脏器损伤。基于此，本研究聚焦于初发（病程<6

个月）且既往未接受系统治疗的青年男性甲亢患者，采用前瞻性随机对照设计，在规范化西药治疗基础上引入辨证中药干预，旨在客观评估中西医协同治疗在加速激素达标、降低不良反应风险方面的临床价值，为构建兼顾疗效与生活质量的分层优化方案提供循证依据^[6]。

本研究对照组采用甲巯咪唑联合倍他乐克常规西药治疗，观察组在此基础上依据中医辨证分型给予汤药干预，针对肝郁化火型以丹栀逍遥散合海藻玉壶汤加减，发挥疏肝泄热、消癭散结之效；针对心肝阴虚型以天王补心丹合一贯煎加减，实现滋阴降火、宁心柔肝之功。这种中西医结合模式并非简单的药物叠加，而是将西医快速控制激素水平、缓解急症的优势，与中医整体调理、改善体质、减轻副作用的特点相结合^[7]。从数据来看，观察组临床总有效率达 96.00%，显著高于对照组的 76.00%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），提示辨证中药联合西药可协同提升治疗效果，更全面地消除临床症状、恢复甲状腺功能。

甲状腺功能指标是评估甲亢治疗效果的核心依据，治疗前两组 FT3、FT4、TSH 水平无显著差异，具有可比性。治疗 4 个月后，两组 FT3、FT4 均较治疗前显著降低，TSH 显著升高，说明两种方案均能有效调节甲状腺激素水平。但组间对比显示，观察组 FT3（ 4.12 ± 0.85 ）pmol/L、FT4（ 12.35 ± 2.14 ）pmol/L 低于对照组，TSH（ 2.45 ± 0.62 ）mIU/L 高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.001$ ）。这表明中药可增强西药对甲状腺功能的调控作用，加速激素水平恢复正常，缩短临床起效时间，这与中医疏肝、滋阴、散结治法能调节机体免疫功能、改善甲状腺局部微循环的作用机制密切相关^[8]。

不良反应是影响甲亢长期治疗的关键因素，本研究中对照组不良反应总发生率为 32.00%，以白细胞减少、肝功能损害、皮疹为主，与既往研究结果一致；观察组仅为 8.00%，显著低于对照组（ $P<0.05$ ），且未出现白细胞减少与胃肠道反应。其原因在于辨证中药可减轻甲巯咪唑对骨髓、肝脏的毒性，缓解药物过敏反应，同时调理脾胃功能，减少胃肠道不适，在保证治疗效果的同时提升用药安全性，尤其适合对副作用敏感的青年男性患者。

综上所述，中西医结合治疗青年男性甲状腺功能亢进，可显著提高临床总有效率，快速改善 FT3、FT4、TSH 水平，有效降低西药相关不良反应，兼顾疗效与安全性，契合青年患者的治疗需求。本研究样本量有限，且观察周期为 4 个月，未来可扩大样本量、延长随访时间，进一步探讨该方案的长期疗效与复发率，为临床推广提供更充分的循证医学证据。

参考文献：

[1] 熊静. 中西医结合治疗甲状腺功能亢进性肝损害临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(1): 3.

- [2] 安杨,张兰.中西医结合治疗桥本甲状腺炎研究进展[J].实用中医内科杂志,2023,37(9):91-95.
- [3] 付仁玉,王冰梅.甲状腺功能亢进症的中西医结合干预现状与展望[J].中医学,2025,14(11):5018-5022.
- [4] 朱琳,李倩.分析中西医结合疗法治疗甲状腺功能亢进症的效果[J].世界复合医学,2024,10(1):137-140.
- [5] 黄盛,商建伟,陈晓珩,等.柴胡疏肝散加减治疗甲状腺功能亢进症的 Meta 分析和序贯分析[J].世界中西医结合杂志,2023,18(2):236-243.
- [6] 饶鼎鼎.当归六黄汤治疗甲状腺功能亢进症临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2025,23(23):64-66.
- [7] 王梓仪,黄淑敏,张倩,等.基于中西医临床病症特点的甲状腺功能亢进症动物模型分析[J].中国实验方剂学杂志,2022(006):028.
- [8] 赵心瑜,刘文琼.中西医结合治疗早期先兆流产伴亚临床甲状腺功能减退症的临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(19):114-116.