

引用:程超超,姚舒雅,王静,何昌能,王书.疏肝解郁汤联合中医走罐疗法治疗甲状腺结节的疗效观察[J].中医药导报,2025,31(11):85-89.

## 疏肝解郁汤联合中医走罐疗法治疗 甲状腺结节的疗效观察\*

程超超,姚舒雅,王 静,何昌能,王 书  
(合肥市第一人民医院,安徽 合肥 230061)

[摘要] 目的:探讨疏肝解郁汤联合中医走罐疗法治疗甲状腺结节的疗效。方法:纳入84例甲状腺结节患者,采用随机数字表法分为对照1组、对照2组及治疗组,每组28例。对照1组予基础治疗,对照2组在对照1组基础上予中医走罐疗法,治疗组在对照1组基础上予疏肝解郁汤联合中医走罐疗法。比较3组患者治疗前后中医证候积分、影像学指标、内分泌代谢指标,并评价疗效,观察不良反应。结果:总有效率治疗组为92.86%(26/28),对照1组为10.71%(3/28),对照2组为71.43%(20/28),治疗组高于对照1、2组( $P<0.05$ ),对照2组高于对照1组( $P<0.05$ )。治疗后,治疗组及对照2组患者中医证候积分均低于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组低于对照2组及对照1组( $P<0.05$ ),对照2组低于对照1组( $P<0.05$ )。治疗后,治疗组及对照2组患者结节体积及最大直径小于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组小于对照2组及对照1组( $P<0.05$ ),对照2组小于对照1组( $P<0.05$ )。治疗后,治疗组及对照2组患者血清游离甲状腺素( $FT_4$ )、游离三碘甲状腺原氨酸( $FT_3$ )含量高于治疗前( $P<0.05$ ),血清促甲状腺素(TSH)含量低于治疗前( $P<0.05$ ),且治疗组患者血清 $FT_4$ 、 $FT_3$ 含量高于对照2组及对照1组( $P<0.05$ )、血清TSH含量低于对照2组及对照1组( $P<0.05$ ),对照2组患者血清 $FT_4$ 、 $FT_3$ 含量高于对照1组( $P<0.05$ )、血清TSH含量低于对照1组( $P<0.05$ )。3组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论:疏肝解郁汤联合中医走罐疗法治疗甲状腺结节具有较好疗效,能减轻症状,改善甲状腺影像学指标,促进内分泌代谢恢复。

[关键词] 甲状腺结节;疏肝解郁汤;中医走罐疗法;代谢指标

[中图分类号] R265 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)11-0085-05

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.11.015

### Efficacy Observation of Shugan Jieyu Decoction (疏肝解郁汤) Combined with Moving Cupping Therapy on Thyroid Nodules

CHENG Chaochao, YAO Shuya, WANG Jing, HE Changneng, WANG Shu  
(Hefei First People's Hospital, Hefei Anhui 230061, China)

[Abstract] Objective: To investigate the curative effect of Shugan Jieyu Decoction combined with moving cupping therapy on thyroid nodules. Methods: Eighty-four patients with thyroid nodules were divided into control group 1, control group 2, and treatment group using a random number table, with 28 cases in each group. Control group 1 received basic treatment, control group 2 received moving cupping therapy in addition to the basic treatment of control group 1, and the treatment group received Shugan Jieyu Decoction combined with moving cupping therapy in addition to the basic treatment of control group 1. The TCM syndrome scores, imaging indicators, endocrine and metabolic indicators were compared among the three groups before and after treatment. The curative effect was evaluated, and adverse reactions were observed. Results: The total effective rate was 92.86% (26/28) in the treatment group, 10.71% (3/28) in control group 1 and 71.43% (20/28) in control group 2. The total effective rate of the treatment group was higher than that of control group 1 and control group 2 ( $P<0.05$ ); the total effective rate of control group 2 was higher than that of control group 1 ( $P<0.05$ ). After treatment, the TCM syndrome scores in the treatment group and control group 2 were lower than those before treatment ( $P<$

\*基金项目:安徽省中医药传承创新科研项目(2024CCCX142)

通信作者:程超超,女,副主任医师,研究方向为中医内科

0.05)。The TCM syndrome score of the treatment group was lower than those of control group 2 and control group 1 ( $P<0.05$ ), and the score of control group 2 was lower than that of control group 1 ( $P<0.05$ ). After treatment, the nodule volume and maximum diameter in the treatment group and control group 2 were smaller than those before treatment ( $P<0.05$ ). The nodule volume and maximum diameter in the treatment group were smaller than those in control group 2 and control group 1 ( $P<0.05$ ), and those in control group 2 were smaller than those in control group 1 ( $P<0.05$ ). After treatment, the serum levels of free thyroxine ( $FT_4$ ) and free triiodothyronine ( $FT_3$ ) in the treatment group and control group 2 were higher than those before treatment ( $P<0.05$ ), while the serum TSH level was lower than before treatment ( $P<0.05$ ). The serum  $FT_4$  and  $FT_3$  levels in the treatment group were higher than those in control group 2 and control group 1 ( $P<0.05$ ), and the serum TSH level was lower than those in control group 2 and control group 1 ( $P<0.05$ ). The serum  $FT_4$  and  $FT_3$  levels in control group 2 were higher than those in control group 1 ( $P<0.05$ ), and the serum TSH level was lower than that in control group 1 ( $P<0.05$ ). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions among the three groups ( $P>0.05$ ). Conclusion: Shugan Jieyu Decoction combined with moving cupping therapy has a good curative effect on thyroid nodules. It can alleviate symptoms, improve thyroid imaging indicators, and promote the recovery of endocrine metabolism.

[Keywords] thyroid nodule; Shugan Jieyu Decoction; moving cupping therapy; metabolic indicators

甲状腺结节是常见内分泌疾病,多见于女性群体。甲状腺结节发病率随精神压力及生活压力增加而不断升高<sup>[1]</sup>。现阶段西医临床主要采用射频消融、手术切除及放射性碘治疗等方案治疗该病,疗效值得肯定,但易遗留手术疤痕、引起甲状腺功能减退,存在一定的局限性<sup>[2-3]</sup>。甲状腺结节在中医属“瘰癧”范畴,肝郁痰凝是其主要病机,治法应以疏肝解郁、化痰散结为主<sup>[4-5]</sup>。走罐是中医常用外治手段,可调和脏腑、疏通经络、行气散结<sup>[6]</sup>。疏肝解郁汤是我院治疗甲状腺疾病的验方,疗效肯定。疏肝解郁汤与走罐相结合可相辅相成、内外同治。前期研究显示,中医走罐可化痰通络、祛瘀血、生新血,对于肝郁所致的甲状腺结节具有一定疗效<sup>[7]</sup>;疏肝解郁汤法可明显缩小甲状腺结节患者的结节体积,有效减轻症状,具有确切的疗效<sup>[8]</sup>。但疏肝解郁汤及中医走罐疗法联合应用的协同效应尚未明确,且缺乏联合治疗对患者甲状腺功能及代谢指标影响的系统性分析研究。故本研究探讨疏肝解郁汤联合中医走罐疗法治疗甲状腺结节的疗效,旨在为临床甲状腺结节治疗提供参考。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 依据文献[9]进行诊断:触诊可触及甲状腺局部肿块,表皮色泽正常,活动性较好、质地较软,可随吞咽动作发生移动;甲状腺超声显示结节边界清晰、血流信号正常、回声均匀。甲状腺成像报告和数据系统(thyroid imaging reporting and data system, TI-RADS)分类标准如下。1类:正常甲状腺,超声未见明显结节,甲状腺大小、形态及回声均正常,无异常血流信号;2类:良性结节,多表现为纯囊性结节,或由多个小囊泡组成的海绵样改变结节,边界清晰,形态规则,无钙化,后方回声无衰减或增强,血流信号不丰富;3类:可能良性结节,多为实性结节,边界清晰,形态规则,可伴有粗大钙化,无微钙化,纵横比 $<1$ ,血流信号正常或稍丰富,恶性风险较低(通常 $<2\%$ );4类:可疑恶性结节,进一步分为4A(超

声表现为实性结节,边界可清晰或欠清晰,可能伴有微小钙化或轻度纵横比异常)、4B(边界欠清晰,形态欠规则,微钙化概率增加,纵横比可能 $>1$ )、4C(边界不清晰,形态不规则,多伴有微钙化,纵横比 $>1$ ,血流信号丰富且紊乱);5类:高度怀疑恶性结节,超声表现为边界极不清晰,形态极不规则,伴有明显微钙化,纵横比 $>1$ ,内部低回声,后方回声衰减,血流信号异常丰富,恶性风险 $>90\%$ ;6类:已经病理证实为恶性的结节,超声表现结合病理检查结果可明确诊断,多伴有转移灶或侵犯周围组织的特征。

1.1.2 中医辨证标准 依据《中医内科学》<sup>[10]</sup>中有关“瘰癧”诊断标准的相关内容,拟定肝郁痰凝证辨证标准。主症:颈部触及结节、颈部觉胀;次症:情志抑郁、喉间梗阻感、胸胁胀痛、善太息、痰多;舌脉:舌淡红、苔薄白或腻、脉弦。满足主症及任意2项次症及以上,结合舌脉象即可辨证为肝郁痰凝证。

1.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准和辨证标准;(2)TI-RADS分类为3类及以下的结节;(3)年龄 $\geq 18$ 岁;(4)首次确诊;(5)思维正常,体征稳定;(6)具备表达及交流能力。

1.3 排除标准 (1)甲状腺外伤或手术史者;(2)甲状腺结节恶性病变者;(3)肝功能、肾功能、认知功能损伤者;(4)对本研究治疗方法不耐受者;(5)精神病患者;(6)合并其他甲状腺疾病者。

1.4 脱落标准 临床资料不全。

1.5 样本量估算 依据样本量计算公式: $n=[(Z_{1-\alpha}+Z_{1-\beta})\sigma/\delta]^2 \times (1+c)/c$ ,  $\alpha=0.05$ ,  $Z_{1-\alpha}=1.96$ ,  $\beta=0.10$ ,  $Z_{1-\beta}=1.64$ , 根据 $\sigma$ 为均数之差,  $\delta$ 为较大的标准差, 根据预试验 $\sigma=3.11$ ,  $\delta=3.52$ , 计算得 $n \approx 21$ , 按照20%脱落率, 每组至少纳入27例, 总样本量不低于81例。

1.6 研究对象 选取2022年7月至2024年7月合肥市第一人民医院收治的84例甲状腺结节患者。采用随机数字表法分为对照1组( $n=28$ )、对照2组( $n=28$ )及治疗组( $n=28$ )。本研究经合肥市第一人民医院伦理委员会批准。

1.7 治疗方法

1.7.1 对照1组 予基础治疗,包括保持适量运动、戒烟酒、低碘饮食、禁食辛辣及膻腥类食物。治疗3个月。

1.7.2 对照2组 在对照1组基础上予中医走罐疗法:患者取俯卧位,放平肩部,使用闪罐法于背部督脉及膀胱经,先上后下,再由下至上,反复操作至皮肤潮红,将石蜡油涂抹于背部皮肤及罐口,使用闪火法于大椎穴处吸拔玻璃罐,并沿督脉至尾骶部进行推拉,留罐于背俞穴5 min,以背部出现紫色罐印为度,1次/周。治疗3个月。

1.7.3 治疗组 在对照1组基础上予疏肝解郁汤联合中医走罐疗法。疏肝解郁汤组方:威灵仙15 g,夏枯草、玫瑰花、浙贝母、蒲公英、陈皮、黄芩及百合各10 g,桂枝及甘草各6 g。药物均由医院药房提供并经同一煎药机煎煮,1剂/d,煎煮2次共取药汁300 mL,于早晚各温服150 mL。中医走罐疗法操作同对照2组。治疗3个月。

1.8 观察指标

1.8.1 中医证候积分 于治疗前、治疗3个月后,参考《中药新药证候及疗效评价》<sup>[10]</sup>中的相关标准,量化评估患者证候,其中主症(颈部触及结节、颈部觉胀)按照严重程度(无、轻、中、重度)分别计0、2、4、6分,次症(情志抑郁、喉间梗阻感、胸胁胀痛、善太息、痰多)按照严重程度(无、轻、中、重度)分别计0、1、2、3分。

1.8.2 影像学指标 于治疗前、治疗3个月后,使用Resona 7型超声仪(迈瑞医疗国际有限公司)测定患者甲状腺结节体积及最大直径。

1.8.3 内分泌代谢指标 于治疗前、治疗3个月后清晨空腹状态下取患者静脉血3 mL,离心(3 500 r/min,离心半径10 cm)10 min,取上清液,以化学发光法测定血清游离甲状腺素(FT<sub>4</sub>)、游离三碘甲状腺原氨酸(FT<sub>3</sub>)及促甲状腺素(TSH)含量。

1.8.4 不良反应 记录患者头晕、腹泻、恶心及皮疹情况。

1.9 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[12]</sup>拟定。显效:结节最大直径减少幅度≥50%,中医证候积分减少幅度≥70%;有效:30%≤结节最大直径减少幅度<50%,30%≤中医证候积分减少幅度<70%;无效:不满足上述标准。结节最大直

径减少幅度=(治疗前结节最大直径-治疗后结节最大直径)/治疗前结节最大直径×100%。中医证候积分减少幅度=(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%。总有效为显效及有效之和。

1.10 统计学方法 采用SPSS 26.0软件分析数据。符合正态分布、方差齐的计量资料以“均数±标准差”(x̄±s)表示,3组间比较行单因素方差分析,两两比较采用LSD-*t*检验,同组治疗前后比较行配对样本*t*检验;计数资料以例和率(%)表示,组间比较行χ<sup>2</sup>检验或Fisher精确概率检验。*P*<0.05为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基线资料比较 3组患者均未出现脱落。3组患者基线资料比较,差异无统计学意义(*P*>0.05),具可比性。(见表1)

2.2 3组患者疗效比较 总有效率治疗组为92.86%(26/28),对照1组为10.71%(3/28),对照2组为71.43%(20/28),治疗组高于对照1、2组(*P*<0.05),对照2组高于对照1组(*P*<0.05)。(见表2)

表 2 3 组患者疗效比较 [例(%)]

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
治疗组	28	11(39.29)	15(53.57)	2(7.14)	26(92.86) <sup>ab</sup>
对照2组	28	4(14.29)	16(57.14)	8(28.57)	20(71.43) <sup>a</sup>
对照1组	28	0(0.00)	3(10.71)	25(89.29)	3(10.71)
χ <sup>2</sup>					41.829
<i>P</i>					0.000

注:与对照1组比较,<sup>a</sup>*P*<0.05;与对照2组比较,<sup>b</sup>*P*<0.05。

2.3 3组患者中医证候积分比较 治疗前,3组患者中医证候积分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后,对照1组中医证候积分与治疗前比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗组及对照2组患者中医证候积分低于治疗前(*P*<0.05)。且治疗组低于对照2组及对照1组(*P*<0.05),对照2组低于对照1组(*P*<0.05)。(见表3)

2.4 3组患者治疗前后影像学指标比较 治疗前,3组患者结节体积及最大直径比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后,对照1组患者结节体积及最大直径与治疗前比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗组及对照2组患者结节体积及最大

表 1 3 组患者基线资料比较

组别	<i>n</i>	性别/例		年龄(x̄±s,岁)	体质量指数(x̄±s,kg/m <sup>2</sup> )	病程(x̄±s,个月)	结节数量/例		结节性质/例	
		男	女				单发	多发	实性	囊实性
治疗组	28	8	20	43.81±7.05	22.94±1.53	7.15±1.92	25	3	18	10
对照2组	28	10	18	42.63±6.82	23.26±1.47	6.87±1.84	22	6	21	7
对照1组	28	5	23	44.09±6.57	22.87±1.59	7.31±2.15	24	4	19	9
检验统计量		χ <sup>2</sup> =2.275		<i>F</i> =0.362	<i>F</i> =0.517	<i>F</i> =0.356	χ <sup>2</sup> =1.274		χ <sup>2</sup> =0.780	
<i>P</i>		0.321		0.698	0.599	0.701	0.529		0.677	

表 3 3 组患者中医证候积分比较 (x̄±s,分)

组别	<i>n</i>	主症				次症				总积分			
		治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	28	8.97±1.42	3.36±0.85 <sup>ab</sup>	25.036	0.000	11.82±1.53	5.24±1.37 <sup>ab</sup>	24.012	0.000	20.79±3.04	8.60±2.18 <sup>ab</sup>	24.714	0.000
对照2组	28	9.21±1.36	5.08±1.17 <sup>a</sup>	17.276	0.000	12.16±1.44	7.93±1.68 <sup>a</sup>	14.348	0.000	21.37±2.87	13.01±2.63 <sup>a</sup>	16.086	0.000
对照1组	28	9.03±1.49	8.71±1.28	1.223	0.227	12.23±1.41	11.97±1.53	0.936	0.354	21.26±2.90	20.68±2.79	1.079	0.286
<i>F</i>		0.215	168.001			0.631	136.915			0.308	161.352		
<i>P</i>		0.807	0.000			0.535	0.000			0.736	0.000		

注:与对照1组比较,<sup>a</sup>*P*<0.05;与对照2组比较,<sup>b</sup>*P*<0.05。

直径小于治疗前 ( $P<0.05$ ), 且治疗组小于对照 2 组及对照 1 组 ( $P<0.05$ ), 对照 2 组小于对照 1 组 ( $P<0.05$ )。(见表 4)

表 4 3 组患者治疗前后结节体积及最大直径比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	结节体积/cm <sup>3</sup>				结节最大直径/cm			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	28	1.42±0.23	0.68±0.15 <sup>ab</sup>	20.609	0.000	1.22±0.18	0.55±0.12 <sup>ab</sup>	23.635	0.000
对照 2 组	28	1.38±0.25	0.91±0.18 <sup>a</sup>	11.567	0.000	1.19±0.21	0.73±0.14 <sup>a</sup>	13.909	0.000
对照 1 组	28	1.45±0.21	1.39±0.23	1.443	0.156	1.24±0.20	1.18±0.25	1.411	0.165
F		0.650	102.260			0.457	91.660		
P		0.525	0.000			0.635	0.000		

注:与对照 1 组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照 2 组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

2.5 3 组患者治疗前后内分泌代谢指标比较 治疗前,3 组患者血清 FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>、TSH 含量比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。治疗后,对照 1 组患者血清 FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>、TSH 含量与治疗前比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );治疗组及对照 2 组患者血清 FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub> 含量高于治疗前 ( $P<0.05$ ),且治疗组高于对照 2 组及对照 1 组 ( $P<0.05$ ),对照 2 组高于对照 1 组 ( $P<0.05$ )。治疗后,治疗组及对照 2 组患者血清 TSH 含量低于治疗前 ( $P<0.05$ ),且治疗组低于对照 2 组及对照 1 组 ( $P<0.05$ ),对照 2 组低于对照 1 组 ( $P<0.05$ )。(见表 5)

2.6 3 组患者不良反应比较 3 组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。(见表 6)

表 6 3 组患者不良反应比较

组别	n	头晕[例(%)]	腹泻[例(%)]	恶心[例(%)]	皮疹[例(%)]	不良反应发生率/%
治疗组	28	0(0.00)	1(3.57)	1(3.57)	1(3.57)	10.71
对照 2 组	28	0(0.00)	1(3.57)	0(0.00)	1(3.57)	7.14
对照 1 组	28	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0.00
P						0.362 <sup>a</sup>

注:<sup>a</sup>Fisher 精确概率。

3 讨 论

甲状腺结节的病因相对复杂,与碘缺乏、遗传、年龄及辐射暴露等多种因素有关。近年来甲状腺结节检出率随医学影像技术发展及居民健康观念转变而不断升高<sup>[13-15]</sup>。现阶段对于体积较小的良性甲状腺结节,临床认为无须进行特殊治疗,以随访观察为主;对于体积较大、引起呼吸困难及影响外观的良性甲状腺结节,现代医学多采取手术切除及放射性碘治疗<sup>[16-17]</sup>。然而,上述治疗方案在提高疗效的同时,也面临着一些挑战,如射频消融及放射性碘治疗可能导致甲状腺功能减退。

中医学认为肝郁气滞、痰瘀凝结是引起甲状腺结节的主要病机<sup>[18]</sup>。肝经病变会影响所过之处。《黄帝内经》记载“肝足厥阴之脉……循喉咙之后,上入颃颥,连目系”。肝经循行路

表 5 3 组患者治疗前后血清 FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>、TSH 含量比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	FT <sub>4</sub> /(pmol/L)				FT <sub>3</sub> /(pmol/L)				TSH/(μIU/mL)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	28	12.75±2.42	18.86±2.05 <sup>ab</sup>	14.466	0.000	4.22±0.73	4.95±0.81 <sup>ab</sup>	5.017	0.000	2.53±0.26	1.51±0.17 <sup>ab</sup>	25.104	0.000
对照 2 组	28	13.11±2.29	16.07±1.83 <sup>a</sup>	7.603	0.000	4.16±0.75	4.53±0.78 <sup>a</sup>	2.559	0.014	2.48±0.29	1.97±0.23 <sup>a</sup>	10.379	0.000
对照 1 组	28	13.04±2.57	13.76±2.33	1.555	0.127	4.19±0.81	4.11±0.71	0.557	0.580	2.55±0.31	2.49±0.28	1.076	0.287
F		0.173	42.204			0.043	0.378			0.441	126.052		
P		0.842	0.000			0.958	0.000			0.645	0.000		

注:与对照 1 组比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照 2 组比较,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

线包括甲状腺。甲状腺结节患者多以喜太息、易怒等症状为主,与肝失疏泄、气机郁结密切相关。《格致余论》言“司疏泄者,肝也”。喜条达恶抑郁为肝的主要生理特性。《诸病源候论》谓“瘰者,由忧恚气结所生”。该病多因患者在长期精神压力过大或情志失常等因素作用下,出现气机变化,导致肝气郁滞、全身气机不畅,引起肝经气血津液运行异常,郁气、痰浊内生,日久气滞痰凝结于颈前而诱发<sup>[19-20]</sup>。针对病因病机,中医遵循疏肝解郁、理气化痰、消癭散结的治疗原则。中医外治法以便捷及安全等特点而逐渐应用于临床治疗。

中医走罐疗法采用闪罐法及闪火法,以石蜡油润滑皮肤,并沿肌肉分布或经络循行路线进行推拉,具有疏经通络、振奋阳气的功效。中医走罐疗法可促进五脏功能恢复,调畅全身气机,改善情志失常,缓解躯体症状。现代医学研究显示,中医走罐疗法在治疗过程中可产生良性物理刺激,有助于调节神经-内分泌反应,从而调控机体免疫系统,提高防病抗病能力,且良性物理刺激能经皮肤及血管感受器等调节中枢神经功能,影响兴奋调节<sup>[21]</sup>。

疏肝解郁汤中夏枯草清肝泻火,散结消肿;玫瑰花疏肝解郁,健脾化痰。两药合用可提高疏肝解郁之效。《医旨绪余》言“郁久则生火”。患者肝郁日久,容易化火。方中浙贝母清热化痰,散结消痞;蒲公英清热解毒,消痈散结;黄芩清热泻火。夏枯草苦能降泄,辛能疏化,善解郁散结;浙贝母开泄散结,清火化痰。两者相伍清热解毒、化痰散结的效果更佳。陈皮理气化痰,健脾燥湿;威灵仙活血通络;桂枝平冲降气,温通经脉,助阳化气。三者合用能疏通经络,调节气机。甲状腺结节患者可能伴有精神恍惚、失眠多梦等症状。方中百合宁心安神,清心除烦。甘草补脾益气,调和诸药。全方组方严谨,具有疏肝解郁、理气化痰、消癭散结之功效,可使郁热得清、痰凝得除而癭病自消。现代药理研究发现,夏枯草中黄酮类及鞣质等成分能抑制早期炎症反应,改善免疫功能,抑制甲状腺结节恶性病变<sup>[22]</sup>;玫瑰花中玫瑰多糖具有良好的抗炎及抗肿瘤作用<sup>[23]</sup>;浙贝母中贝母素能减少炎性物质渗出,从而起到抗炎作用,同时贝母素能抑制癌细胞增殖<sup>[24]</sup>;蒲公英中香兰素及秦皮乙素能抑制炎症细胞浸润,减少促炎因子释放<sup>[25]</sup>。本研究结果表明,治疗组总有效率高于对照 2 组、对照 1 组,且治疗 3 个月后治疗组患者中医证候积分低于对照 2 组、对照 1 组,结节体积及最大直径小于对照 2 组、对照 1 组。疏肝解郁汤联合中医走罐疗法治疗甲状腺结节患者有较好疗效,能减轻症状,改善甲状腺影像学指标。

FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>均为甲状腺激素,是临床评估甲状腺功能状态的重要指标。两者以游离形式进入血液循环,其水平降低表示

甲状腺功能减退,升高则表示甲状腺功能亢进<sup>[26]</sup>。TSH为调节甲状腺激素合成的垂体分泌激素,是判断甲状腺功能的敏感指标<sup>[27]</sup>。在甲状腺结节治疗过程中,临床需监测及维持FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>、TSH水平正常,以确保机体内分泌正常代谢。本研究发现,治疗组患者治疗3个月后血清FT<sub>4</sub>、FT<sub>3</sub>含量高于对照2组、对照1组,血清TSH含量低于对照2组、对照1组,表明疏肝解郁汤联合中医走罐疗法能改善甲状腺结节患者甲状腺功能,促进内分泌代谢恢复。这可能与疏肝解郁汤联合中医走罐疗法能控制病情进展、抑制结节生长有关。夏枯草中的山柰酚苷可抑制炎症因子及趋化因子分泌,控制机体炎症反应,调节机体免疫水平,以提高甲状腺功能<sup>[28]</sup>;夏枯草中的夏枯草多糖能通过抑制甲状腺腺体内滤泡细胞的增殖,改善甲状腺功能<sup>[29]</sup>;浙贝母中的 $\beta$ -谷甾醇可通过抗增殖活性及激活细胞凋亡,发挥治疗作用,从而促进甲状腺功能恢复<sup>[30]</sup>。上述成分共同作用,可能是疏肝解郁汤调节甲状腺功能的作用机制。3组不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),说明疏肝解郁汤联合中医走罐疗法并不会增加不良反应,安全性高。

综上所述,疏肝解郁汤联合中医走罐疗法治疗甲状腺结节有较好疗效,能减轻症状,改善甲状腺影像学指标,促进内分泌代谢恢复。

#### 参考文献

- [1] 王济玉,谢勤.散结消癭方治疗甲状腺结节(痰结血瘀证)疗效及对甲状腺功能的影响[J].长春中医药大学学报,2024,40(9):995-999.
- [2] 侯博越,丁雷.丁雷应用丹栀逍遥散联合消癭丸治疗良性甲状腺结节经验[J].中医临床杂志,2024,36(7):1267-1271.
- [3] 刘滢琳,乔梁,朱时典,等.吴敏教授从“土壅木郁,痰瘀互结”分型辨证治疗甲状腺结节经验精粹[J].世界中西医结合杂志,2024,19(6):1118-1121.
- [4] 晏和国,杨博,周也,等.国医大师张震“一体两翼,疏调气机”理论论治甲状腺结节经验[J].中国中医药信息杂志,2024,31(10):172-175.
- [5] 杨乾韬,田朝晖,杨耀,等.疏肝健脾化痰方联合左甲状腺素治疗肝郁痰凝型多发性良性甲状腺结节的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2021,16(11):2092-2096.
- [6] 于文君,宋鲁成.宋鲁成运用综合疗法治疗甲状腺结节经验[J].湖南中医杂志,2021,37(12):21-23.
- [7] 时萌萌,王晶亚,冯洁,等.夹脊穴走罐联合耳穴压丸治疗肝郁化火型失眠的临床研究[J].时珍国医国药,2024,35(8):1915-1917.
- [8] 陈金凤,温乔,严清萍,等.从疏肝解郁论治甲状腺结节[J].环球中医药,2021,14(9):1587-1592.
- [9] HAUGEN B R, ALEXANDER E K, BIBLE K C, et al. 2015 American thyroid association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American thyroid association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer[J]. Thyroid,2016,26(1):1-133.
- [10] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].3版.北京:中国中医药出版社,2012:149-154.
- [11] 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.
- [12] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:286-287.
- [13] 赵冬夏,黄钰,曹凌强.射频消融治疗、手术切除治疗甲状腺结节的临床应用对比研究[J].罕少疾病杂志,2024,31(8):33-34.
- [14] 张玉亮,朱宏,陈德轩,等.甲状腺结节病例特点分析及其临床诊治意义[J].中国临床研究,2023,36(11):1619-1622.
- [15] 王子焱,刘承鑫,魏佳明,等.郭志华基于“痰、瘀、虚”诊疗良性甲状腺结节经验[J].中医药导报,2024,30(6):177-180.
- [16] 张金梅,吕恋,刘鑫琦,等.散结外敷方贴敷治疗气郁痰阻型良性甲状腺结节40例临床观察[J].中医杂志,2024,65(21):2234-2239.
- [17] 张冬燕.CT能谱成像技术在甲状腺良恶性结节鉴别诊断中的价值[J].中国CT和MRI杂志,2023,21(7):33-34.
- [18] 左艳敏,韩娟,张立文,等.疏肝解郁、软坚散结法治疗肝郁痰凝血瘀型甲状腺结节疗效研究[J].湖北中医药大学学报,2023,25(3):57-60.
- [19] 周新苗,肖洋,柯婷,等.米烈汉从肝论治良性甲状腺结节经验[J].中医药导报,2023,29(2):218-220.
- [20] 韩娟,张立文,宋金岭,等.疏肝解郁、软坚散结法治疗甲状腺良性结节患者临床研究[J].湖北中医药大学学报,2023,25(1):107-110.
- [21] 宋祖琪,张微,刘智宇,等.针刺配合背部腧穴走罐疗法对抑郁症患者血清多巴胺、肾上腺素水平及情绪障碍的影响分析[J].四川中医,2021,39(10):186-188.
- [22] 王艳杰,郝嘉平,代巧妹,等.中药夏枯草药理作用及其分子机制研究进展[J].中医药导报,2022,28(2):118-122.
- [23] 何琴芳,萨仁高娃,成日青,等.玫瑰多糖化学成分及药理作用的研究进展[J].华西药学杂志,2024,39(5):617-620.
- [24] 陈雨彤,叶琳若,崔琦,等.浙贝母化学成分和药理作用的研究进展及其质量标志物预测分析[J].中医药信息,2024,41(6):60-75,81.
- [25] 石爱文,姚佳靖,王庆,等.蒲公英化学成分和药理作用研究进展及其质量标志物预测分析[J].中华中医药学刊,2024,42(9):38-45,259.
- [26] 韩鹏,胡桂芹,王树艳.FT<sub>4</sub>、TPOAb及TgAb联合超声弹性成像鉴别良恶性甲状腺结节的价值[J].分子诊断与治疗杂志,2022,14(8):1367-1370.
- [27] 贾梅杰,余江毅,王丽娟.“化痰散结膏”治疗气郁痰阻型甲状腺结节50例临床研究[J].江苏中医药,2023,55(10):36-39.
- [28] 赵鹏新,郝增方,马雨昕,等.左甲状腺素钠联合夏枯草胶囊治疗桥本甲状腺炎的效果评价[J].临床误诊误治,2025,38(8):46-51.
- [29] 周雨茜,尹桃清,许帅,等.消癭散结颗粒治疗气郁痰阻型良性甲状腺结节的临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2024,41(7):1750-1756.
- [30] 王国庆,刘伟,黄菲.基于网络药理学和分子对接探讨浙贝母-夏枯草药对治疗甲状腺结节的作用机制[J].河南中医,2023,43(10):1526-1533.

(收稿日期:2025-05-15 编辑:蒋凯彪)