



团 体 标 准

T/CACM 1657—2025

甲状腺癌中西医结合诊疗指南

Guidelines for the diagnosis and treatment of thyroid carcinoma by combining
traditional Chinese and western medicine

2025 - 05 - 26 发布

2025 - 05 - 27 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 诊断 1

 4.1 疾病诊断 1

 4.2 病理学诊断分类 2

 4.3 甲状腺癌的分期 2

 4.4 DTC 的复发风险分层 2

 4.5 中医证候诊断 2

5 甲状腺癌中西医结合诊疗方案 3

 5.1 中西医结合治疗原则与适用人群 3

 5.2 西医治疗原则 3

 5.3 西医治疗方法 4

 5.4 甲状腺癌中医药诊治原则与特色 5

 5.5 中医治疗方法 5

6 甲状腺癌中西医结合诊疗流程 14

附录 A（资料性） 编制方法及缩略词对照表 15

附录 B（资料性） 证据概要表 19

参考文献 37

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020 《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中日友好医院、中国医学科学院肿瘤医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：中日友好医院、中国医学科学院肿瘤医院、北京协和医院、江苏省中医院、上海中医药大学附属龙华医院、山东中医药大学附属医院、广东省中医院、河南中医药大学第一附属医院、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院广安门医院、北京中医药大学循证医学中心、北京中医药大学孙思邈医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学厦门中医院、湖南省人民医院（湖南师范大学附属第一医院）、辽宁中医药大学附属医院、辽宁省人民医院、南京市中西医结合医院、湖北省中医院、重庆市中医院、浙江省中医院、安徽中医药大学第一附属医院、湖南省中医药研究院附属医院、北京市丰台中西医结合医院、天津中医药大学第二附属医院、成都市第七人民医院、宁夏回族自治区中医医院。

本文件主要起草人：夏仲元、冯利、杨猛、张波、马朝群、阙华发。

本文件主审人（按姓氏首字母排序）：贾立群、林岩松、裴晓华、张波。

本文件专家组成员（按姓氏首字母排序）：安常明、蔡晓频、陈德轩、崔建春、程靖宁、丁治国、高天舒、贺安利、黄学阳、黄子慧、林岩松、刘兆兰（方法学专家）、廖代祥、吕钢、刘守尧、刘丽星、李静蔚、林燕、吕萌、裴晓华、祁烁、孙小亮、时光喜、魏军平、王红、吴可人、王芷乔、许云、于庆生、袁泉、燕树勋、雍伟、殷玉琨、彰金、曾普华、张超杰、张广德、左新河。

本文件编写秘书：袁泉、刘丽星。

本文件工作组成员：乔佳君、陈颖、陈韵如、陆钰原、王悦竹、赵翊昆、陈佳阳、尚汇渊、黄子宸、马雪娇。

引言

0.1 背景信息

甲状腺癌是头颈部最常见的恶性肿瘤，全球范围内发病率增长迅速。根据世界卫生组织国际癌症研究机构（International Agency for Research on Cancer, IARC）最新发布的评估报告，2022 年全球新发甲状腺癌病例位居肿瘤发病率的第 7 位^[1]。国家癌症中心肿瘤统计数据显示，2022 年中国甲状腺癌发病率居女性恶性肿瘤的第 3 位^[2]。

甲状腺癌常分为甲状腺乳头状癌、甲状腺滤泡状癌、甲状腺髓样癌、甲状腺低分化癌以及甲状腺未分化癌等；前二者合称为分化型甲状腺癌^[3]。欧美发达国家甲状腺癌的 5 年生存率为 98.6%，中国年龄标准化 5 年相对生存率为 84.3%^[4]。我国甲状腺癌患者的生存率和生活质量仍有待进一步提高。在规范诊疗的基础上，强调功能保护，关注患者生活质量以及医患共同决策等甲状腺癌的诊治新理念越来越受到重视，多学科联合诊治已成为发展趋势。

中西医结合诊治甲状腺癌临床运用越来越广泛，在协同增效、减少不良反应、改善患者生活质量、临床症状和生化疗效指标等方面显示出良好前景^[5-10]，在主动监测期的早期药物干预方面具有特色和优势。但迄今尚缺乏甲状腺癌中西医结合诊疗指南，既往有关甲状腺癌的中医诊疗指南相对简单^[3, 11]，难以满足日益发展的临床需求。

因此，我们围绕本病的主要临床问题，在总结甲状腺癌中西医结合诊疗实践和循证证据的基础上，参照国际临床实践指南制订方法和中华中医药学会团体标准管理办法等相关要求，按照循证为主、共识为辅、经验为鉴的原则，组织全国中医、西医、中西医结合相关领域包括外科、肿瘤科、内分泌科、核医学科、超声科等多学科专家和方法学专家等，制订了《甲状腺癌中西医结合诊疗指南》，为本病的中西医规范化诊疗提供参考依据，指南编制方法和缩略词对照表见附录 A。

0.2 确定并构建临床问题

本文件工作组通过对甲状腺癌国内外文献调查分析，结合专家访谈与临床调研结果，围绕本病中西医结合诊治的重点环节，按照 PICO 原则形成主要临床问题。通过德尔菲法专家调查评价临床问题和结局指标的重要性，确定最终临床问题和结局指标清单，临床问题证据概要表见附录 B。

主要临床问题

问题 1 甲状腺癌如何进行中医辨证论治？

问题 2 甲状腺癌术后情志失调如何进行中西医结合治疗？

问题 3 甲状腺癌术后并发声音异常如何进行中西医结合治疗？

问题 4 甲状腺癌术后并发甲状旁腺功能减退如何进行中西医结合治疗？

问题 5 DTC 术后 ¹³¹I 治疗引起的唾液腺损伤如何进行中西医结合治疗？

问题 6 中西医结合治疗对 DTC 术后 TSH 抑制治疗引起的心悸等心血管系统不良反应是否有防治作用？

问题 7 甲状腺癌术后残留病灶或合并对侧甲状腺结节如何进行中医治疗？

问题 8 甲状腺癌合并桥本氏甲状腺炎如何进行中医治疗？

问题 9 中西医结合治疗是否能降低甲状腺癌术后复发率和转移率？

问题 10 晚期或转移性甲状腺癌患者如何中西医结合治疗？

问题 11 晚期甲状腺癌靶向治疗不良反应如何进行中医治疗？

问题 12 中医外治疗法在甲状腺癌治疗中如何应用？

问题 13 如何进行甲状腺癌全程中西医结合随访管理？

主要结局指标

指标 1 生活质量指标：采用相关生活质量量表评价。

指标 2 生化疗效反应：DTC 评估血清 Tg、TGAb、TSH 水平，MTC 评估降钙素、癌胚抗原等。

指标 3 结构疗效反应：颈部超声评估甲状腺肿瘤大小、术后甲状腺床及颈部淋巴结，CT、MRI 等影像评估病灶大小的改变。

指标 4 中医证候疗效：采用相关中医证候量表评价。

指标 5 安全性指标：评估肝功能、肾功能等。

0.3 说明资金资助及利益冲突情况

本文件资金资助来源：中央高水平医院临床科研业务费资助（No. 2024-NHLHCRF-JBGS-ZN-02）。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”，且已存档。本文件制订过程中“无利益冲突”，为此不会成为本文件制订的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作前在会议上公开了利益声明和评价结果，即所有参与本文件制订的成员均和药品生产企业没有任何经济利益往来。

本文件将在临床实践中进一步完善与更新。

甲状腺癌中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件界定了甲状腺癌的定义，提供了甲状腺癌的诊断、中西医结合治疗方案、监测和随访方案指导意见。

本文件适用于各级医疗机构的中医、中西医结合以及西医医师等在甲状腺癌中西医结合诊治和管理中使用。

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

GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第2部分：证候

GB/T 16751.3—2023 中医临床诊疗术语 第3部分：治法

GB/T 42467.2—2023 中医临床名词术语 第2部分：外科学

3 术语和定义

GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021、GB/T 16751.3—2023和GB/T 42467.2—2023界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

甲状腺癌 thyroid carcinoma

一种起源于甲状腺滤泡上皮或滤泡旁上皮细胞的恶性肿瘤。

注：中医学中无甲状腺癌之名，与中医学的“石瘿”最为类似。

3.2

石瘿 stony goiter

以颈前单侧或双侧结块坚硬如石，不可移动为主要表现的瘿病。

4 诊断

4.1 疾病诊断

甲状腺癌的诊断需结合临床表现、影像学评估及病理学检查综合判断。病理是诊断的金标准，在

甲状腺癌术前评估、复发风险分层、指导临床诊疗过程中发挥重要作用。病理检查方法主要包括手术前或复发性肿瘤/淋巴结超声引导下细针抽吸活检、粗针穿刺、术中快速冰冻切片诊断和术后常规病理，以及分子病理检查。具体内容参考相关指南。

4.2 病理学诊断分类

甲状腺癌组织学分类参考《甲状腺癌诊疗指南(2022版)》分为甲状腺乳头状癌(Papillary Thyroid Carcinoma, PTC)、甲状腺滤泡状癌(Follicular Thyroid Carcinoma, FTC)、甲状腺髓样癌(Medullary Thyroid Carcinoma, MTC)、甲状腺低分化癌(Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma, PDTC)以及甲状腺未分化癌(Anaplastic Thyroid Carcinoma, ATC)。PTC又包括多个亚型。

第5版WHO甲状腺恶性肿瘤分类^[12]又分为：滤泡细胞源性恶性肿瘤、甲状腺C细胞源性癌、混合型髓样-滤泡细胞源性癌、唾液腺型甲状腺癌、组织发生不确定的甲状腺癌、甲状腺母细胞瘤。

4.3 甲状腺癌的分期

分期参考AJCC第8版制定。根据甲状腺癌术前评估(病史、查体、辅助检查)可确立临床分期(cTNM)，根据术后病理结果可获得病理分期(pTNM)。

4.4 DTC的复发风险分层

根据术后病理特征如病灶残留、肿瘤大小与数目、病理亚型、包膜血管侵犯、淋巴结转移与外侵、术后Tg、TGAb水平、分子病理特征等因素将DTC患者复发风险分为低、中、高危3级，具体参考《甲状腺癌诊疗指南(2022版)》。

4.5 中医证候诊断

4.5.1 气阴两虚证

证候表现：常见于甲状腺癌术后，乏力气短，心悸失眠，动则多汗，口干咽燥，劳累或多语时声音嘶哑。舌红少苔，脉细数或脉沉细无力。

4.5.2 肝郁气滞证

证候表现：常见于甲状腺癌术前或术后，颈前胀痛憋闷，咽中梗塞感，情绪低落，闷闷不乐或急躁易怒，胸闷喜太息。舌淡红苔薄白，脉弦。

4.5.3 痰瘀互结证

证候表现：常见于甲状腺癌术前或术后，颈部结节或憋闷刺痛，痰多质黏，咽中梗塞。舌暗瘀点、瘀斑，舌苔腻，脉弦滑或涩。

4.5.4 毒瘀互结证

证候表现：不能手术者或术后复发者多见，颈部肿块或憋闷甚至颈脉怒张，声音嘶哑，呼吸不畅，吞咽不利。舌质红绛或青紫，苔黄，脉弦涩、舌底络脉粗大。

4.5.5 瘀热伤阴证

证候表现：常见于甲状腺癌术后，口干咽燥，饮不解渴。舌质暗红，或见瘀点、瘀斑，脉沉涩。

4.5.6 阴虚火旺证

证候表现：常见于甲状腺癌术后，五心烦热，形体消瘦，心慌失眠，烦躁易怒，头胀眩晕，口干咽痛，大便干结，小便短赤。舌质红少津，中有裂纹，舌苔少或无，脉细数。

4.5.7 脾气亏虚证

证候表现：常见于甲状腺癌术前或术后，肢体倦怠，食少腹胀，大便溏薄，少气懒言。舌质淡，舌苔白，脉缓弱。

4.5.8 气血两虚证

证候表现：常见于甲状腺癌术后或不能手术者，神疲乏力，气短懒言，面色苍白或萎黄，头晕眼花。舌淡苔白，脉细弱或结代。

证据概要：甲状腺癌的中医基本病因病机为情志内伤、体质因素、劳倦耗损等，导致脏腑功能失调，痰瘀毒结聚颈前，正气亏虚所致，术前、术后中医证候各有侧重。甲状腺癌术后中医证候分类研究较多^[13-27]。《甲状腺癌诊疗指南（2022年版）》中分为正气亏虚证、阴虚火旺证、肝肾不足证、肝郁气滞证、寒痰凝滞证、毒瘀互结证6类^[3]。一项对全国30多位专家的德尔菲法调查甲状腺癌中医辨证研究结果显示，本病常见中医证候为痰瘀互结证、肝郁气滞证、瘀热伤阴证、气血两虚证、气阴两虚证、脾肾阳虚证^[25]。一项基于文献的2068例甲状腺癌患者中医证型研究显示，甲状腺癌术后以气阴两虚证和肝郁气滞证为主，分别占甲状腺癌术后病例的41.0%和31.9%^[17]。本文件根据专家共识推荐以上8种中医证候诊断（共识建议，共识度100%）。

5 甲状腺癌中西医结合诊疗方案

5.1 中西医结合治疗原则与适用人群

推荐意见1：甲状腺癌中西医结合治疗可以贯穿于疾病的全周期，包括围手术期、术后期、放化疗期、靶向治疗期以及晚期患者。将中医的整体综合治疗和西医精准治疗相结合，重在减轻甲状腺癌西医治疗可能带来的一些不良反应和副作用，改善患者体质，提高生活质量；对晚期甲状腺癌以及其他预后不良的甲状腺癌患者加用中医药治疗协同增效等。在DTC早期主动监测阶段，发挥中医“治未病”特色适时干预，防止其发展。随访管理阶段配合中医养生调摄，促进患者身心康复（共识建议，共识度100%）。

推荐意见2：在西医治疗基础上，联合中医药治疗的具体适用人群：①伴有明显不适症状影响生活质量者；②手术后并发声音异常、甲状旁腺功能减退者；③¹³¹I治疗后唾液腺损伤者；④TSH抑制治疗引起心血管系统不良反应者；⑤术后残留病灶者；⑥甲状腺癌术后合并有良性甲状腺疾病；⑦晚期甲状腺癌靶向治疗引起不良反应者；⑧DTC术后¹³¹I难治性甲状腺癌患者的辅助治疗；⑨晚期、复发转移性甲状腺癌的辅助治疗（共识建议，共识度100%）。

推荐意见3：可以单用中医药治疗的适用人群：①低风险≤1cm的PTC；②体积较小、惰性的复发淋巴结；③不能手术、放化疗的患者（共识建议，共识度100%）。

5.2 西医治疗原则

推荐意见：根据甲状腺癌的不同病理类型与疾病分期，选择手术治疗、¹³¹I治疗、TSH抑制治疗、

放化疗、分子靶向治疗等。DTC 的治疗以手术为主，辅以术后内分泌治疗、放射性核素治疗，必要时配合靶向治疗。MTC 以手术为主，某些情况下需辅以放射治疗、靶向治疗。对于 ATC，少数病人有手术机会，部分病人行放疗、化疗可能有一定效果。PTC 患者中，如果属于非多灶，肿瘤 $\leq 1\text{cm}$ 且位于甲状腺内非紧邻被膜、气管、食管、喉返神经，无腺外侵犯，无淋巴结转移和远处转移，无甲状腺癌家族史，无颈部放射史者，采取主动监测或结合病人意愿择期手术。具体方法参考国内外甲状腺癌相关指南等^[28-30]。（共识建议，共识度 100%）。

5.3 西医治疗方法

5.3.1 手术治疗

手术治疗包括甲状腺全切、腺叶切除及颈淋巴结清扫等。各手术方式的具体适应证和方法参考相关指南。手术治疗在彻底切除病灶的同时，要注意保护好喉返神经和甲状旁腺，尽量减少手术损伤。DTC 可以选择开放式手术和腔镜手术。

5.3.2 ^{131}I 治疗

DTC 术后部分患者需要 ^{131}I 治疗以清除残留病灶和残留甲状腺。 ^{131}I 治疗的指征、禁忌、甲状腺清除治疗剂量、局部或远处转移患者清灶治疗的原则、Tg 阳性、 ^{131}I 全身扫描阴性患者的治疗原则、注意事项等，参照西医相关指南执行。

5.3.3 TSH 抑制治疗

DTC 术后需要进行 TSH 抑制治疗，首选左甲状腺素钠片。根据复发风险和心血管不良事件风险，确定 TSH 抑制治疗的目标，确定甲状腺激素治疗的给药剂量。TSH 抑制水平与 DTC 的复发、转移和癌症相关死亡的关系密切，特别对复发风险高危的 DTC 患者，TSH 抑制治疗最佳目标值应满足：既能降低 DTC 的复发、转移率和相关死亡率，又能减少外源性亚临床甲亢导致的不良反应，提高患者生活质量^[28]。在 DTC 患者的初治期（术后 1 年内）TSH 抑制治疗目标建议参考《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南（第二版）》执行，起始剂量因患者年龄和伴发疾病情况而异，最终剂量根据 TSH 抑制目标和监测结果调整。

5.3.4 分子靶向治疗及其适应证

DTC 患者，在外科治疗和 ^{131}I 治疗均无效、且疾病仍有显著进展的情况下可选择靶向治疗。可考虑使用多靶点激酶抑制剂、BRAF 抑制剂联合 MEK 抑制剂、RET 抑制剂、TRK 抑制剂。DTC 存在血管内皮生长因子及其受体的高表达，以及 BRAF^{V600E} 突变、RET 重排 RAS 点突变等基因改变。作用于这些靶点的多激酶抑制剂可延长中位无进展生存期，并使部分患者的肿瘤缩小^[31]。根据目前的临床研究结果，靶向治疗可能延长患者的无进展生存，但多数不能改善总体生存。靶向治疗开始后，一旦疾病出现进展可能呈现加速进展状态。因此，建议严格把握靶向治疗适应证^[31, 32]。靶向药物常见不良反应有高血压、掌跖感觉丧失性红斑综合征、腹泻、蛋白尿、谷丙/谷草转氨酶升高、发热、高磷血症和低钙血症等^[33]。

5.3.5 放射治疗及其适应证

对于术后高危、持续/复发及转移性 DTC 患者，外照射有利于局部区域病灶控制。对整体治疗可以起到积极的辅助和补充作用。当有肉眼可见、无法手术的局部残留或复发肿瘤，或位于关键部位无法手术的远处转移，均可考虑外照射治疗，尤其在肿瘤不摄碘或碘治疗效果差出现碘难治性状态时^[29]。

5.3.6 化学治疗及其适应证

对于 IVA 期和 IVB 期 ATC，可考虑在放疗基础上加用化疗。化疗可以与放疗同步使用，也可在放疗后辅助性给予。使用的药物包括紫杉类、蒽环类和铂类^[3]。

5.4 甲状腺癌中医药诊治原则与特色

中医辨治方法主要包括病证结合、分期论治、态靶辨治等模式。中医整体辨证论治框架适合于甲状腺癌的各种病理类型，结合术前、术后分期论治“有是证用是方”。对于中西医结合干预重点环节，如手术并发症、¹³¹I 治疗、TSH 抑制治疗及靶向治疗的不良反应等的辨证论治方法，共性和个性相结合。

5.5 中医治疗方法

问题 1 甲状腺癌如何进行中医辨证论治？

推荐意见 1.1 气阴两虚证推荐联合使用生脉饮《医学启源》加味（低质量证据，强推荐）。

治法：益气养阴，宁心安神。

生脉饮组成：党参、麦冬、五味子。

证据概要：共检索到 2 项 RCT^[34, 35]评估了生脉饮加味治疗甲状腺癌术后患者的临床疗效。其中 1 项 RCT 对照组给予优甲乐，治疗组联合生脉饮加味，共纳入 62 例患者，结果显示治疗组的卡氏功能状态（KPS）评分较对照组上升 [MD=3.34, 95%CI (-0.35, 7.03)]；1 项 RCT 对照组给予 ¹³¹I 治疗及优甲乐，治疗组联合生脉饮加味，共纳入 86 例患者，结果显示治疗组的世界卫生组织生活质量（WHOQOL）评分较对照组提升 [MD=15.81, 95%CI (13.30, 18.32)]，且治疗组的腮腺 [MD=2.24, 95%CI (-1.07, 5.55)] 及颌下腺 [MD=2.31, 95%CI (-2.80, 7.42)] 酸刺激后最大排泌率（maximum secretion ratio, MSR）高于对照组。安全性方面，未见报告不良反应。

推荐意见 1.2 肝郁气滞证推荐联合使用柴胡疏肝散《医学统旨》合半夏厚朴汤《金匱要略》加减（低质量证据，强推荐）。

治法：疏肝解郁，化痰散结。

柴胡疏肝散组成：柴胡、白芍、香附、川芎、甘草、陈皮、枳壳。

半夏厚朴汤组成：半夏、厚朴、茯苓、生姜、苏叶。

证据概要：共检索到 3 项 RCT^[36-38]评估了柴胡疏肝散合半夏厚朴汤加减治疗甲状腺癌术后患者的临床疗效，对照组给予优甲乐，治疗组联合柴胡疏肝散合半夏厚朴汤加减，其中 1 项 RCT^[37]评估了临床有效率，共纳入 110 例患者，结果显示治疗组的临床有效率较对照组提高 [RR=1.16, 95%CI (1.00, 1.33)]；1 项 RCT^[36]评估了咽部不适症状评分，共纳入 62 例患者，结果显示治疗组的咽部不适症状评分 [MD=-0.33, 95%CI (-0.54, -0.12)] 较对照组下降；3 项 RCT^[36-38]评估了 TSH 水平，共纳入 232 例患者，结果显示治疗组的 TSH 水平（mIU/L）较对照组下降 [MD=-0.27, 95%CI (-0.28, -0.26)]；2 项 RCT^[36, 37]评估了 Tg 水平（ng/mL），共纳入 172 例患者，结果显示治疗组的 Tg 水平较对照组下降 [MD=-0.22, 95%CI (-0.24, -0.20)]。安全性方面，未见报告不良反应。

推荐意见 1.3 痰瘀互结证推荐联合使用消瘿丸《医学心悟》合海藻玉壶汤《外科正宗》加减（共识建议，共识度 91.89%）。

治法：化痰行瘀，消瘿散结。

消瘿丸组成：元参、牡蛎、贝母。

海藻玉壶汤组成：海藻、贝母、陈皮、昆布、青皮、川芎、半夏、连翘、当归、独活、海带、甘草。（¹³¹I 治疗前忌用）

证据概要：甲状腺癌肿块或有颈部憋闷疼痛等为气郁、痰湿、瘀血凝滞于颈前而成，以化痰行瘀，消瘿散结为治法，临床经验提示可采用消瘿丸合海藻玉壶汤加减治疗^[24, 39, 40]。

推荐意见 1.4 毒瘀互结证推荐联合使用消岩汤加减（低质量证据，强推荐）或六军丸《外科正宗》（共识建议，共识度 83.78%）加减。

治法：解毒活血散结，消瘿抗瘤。

消岩汤组成：黄芪、太子参、夏枯草、生牡蛎、白花蛇舌草、蜂房、姜黄、郁金。

六军丸组成：全蝎、蜈蚣、蝉衣、僵蚕、夜明砂。

证据概要：共检索到 3 项 RCT^[41-43]评估了消岩汤加减治疗甲状腺癌术后患者的临床疗效，对照组给予优甲乐，治疗组联合消岩汤加减，其中 1 项 RCT^[41]评估了 KPS 改善率，共纳入 83 例患者，结果显示治疗组的 KPS 改善率较对照组提高 [RR=1.17, 95%CI (1.15, 2.54)]; 3 项 RCT^[41-43]评估了 TSH 水平，共纳入 209 例患者，结果显示治疗组的 TSH 水平 (mIU/L) 较对照组下降 [MD=-0.27, 95%CI (-0.37, -0.16)]。2 项 RCT^[41, 43]评估了 Tg 水平 (ng/mL)，共纳入 145 例患者，结果显示治疗组的 Tg 水平较对照组下降 [MD=-0.46, 95%CI (-0.71, -0.20)]。安全性方面，未见报告不良反应。临床经验提示六军丸可以用于 DTC 复发转移，或恶性程度较高的髓样癌、未分化癌，或不能手术者，低风险≤1cm 的 PTC、术后颈部疼痛等方面的治疗^[6, 39, 44-48]。

推荐意见 1.5 瘀热伤阴证推荐联合使用通窍活血汤《医林改错》合养阴清肺汤《重楼玉钥》加减（共识建议，共识度 91.89%）。

治法：化瘀散结，和营养阴。

通窍活血汤组成：赤芍、川芎、桃仁、大枣、红花、老葱、生姜、麝香。

养阴清肺汤组成：生地、麦冬、元参、贝母、丹皮、薄荷、白芍、甘草。

证据概要：患者素体虚弱或久病瘀热耗伤正气，或手术、¹³¹I 治疗后、放疗等耗气伤津，导致虚实并见。参考十四五全国高等中医药院校规范教材《中医外科学》教材石瘰章节，予通窍活血汤合养阴清肺汤化瘀散结，和营养阴。

推荐意见 1.6 阴虚火旺证推荐联合使用沙参麦冬汤《温病条辨》加减（低质量证据，强推荐）。

治法：滋阴清热。

沙参麦冬汤组成：沙参、玉竹、桑叶、麦冬、生扁豆、天花粉、甘草。

证据概要：共检索到 2 项 RCT^[49, 50]评估了沙参麦冬汤加减治疗甲状腺癌术后患者的临床疗效，其中 1 项 RCT^[49]对照组给予优甲乐，治疗组联合沙参麦冬汤加减，共纳入 68 例患者，结果显示治疗组的生活质量指数 (QLI) 评分较对照组提升 [MD=1.54, 95%CI (1.11, 1.97)]; 1 项 RCT^[50]对照组给予 ¹³¹I 治疗及优甲乐，治疗组联合沙参麦冬汤加减，共纳入 76 例患者，结果显示治疗组的 KPS 评分较对照组提升 [MD=5.39, 95%CI (1.51, 9.27)]。安全性方面，未见报告不良反应。

推荐意见 1.7 脾气亏虚证推荐联合使用补中益气汤《内外伤辨惑论》加减（低质量证据，强推荐）。

治法：益气健脾。

补中益气汤组成：黄芪、党参、白术、当归、陈皮、升麻、柴胡、生姜、大枣、甘草。

证据概要：共检索到 3 项 RCT^[51-53]评估了补中益气汤加减治疗甲状腺癌术后患者的临床疗效，对照组给予优甲乐，治疗组联合补中益气汤加减，其中 1 项 RCT^[53]评估了 KPS 评分以及乏力、失眠、咽部不适症状评分，共纳入 50 例患者，结果显示治疗组的 KPS 评分较对照组提升 [MD=8.00, 95%CI (5.17, 10.83)]，乏力 [MD=-1.36, 95%CI (-2.01, -0.71)]、失眠 [MD=-1.04, 95%CI (-1.42, -0.66)]及咽部不适症状评分 [MD=-0.88, 95%CI (-1.43, -0.33)]较对照组下降；2 项 RCT^[51, 53]评估了 TSH 水平，共纳入 120 例患者，结果显示治疗组的 TSH 水平 (mIU/L) 较对照组下降 [MD=-0.12, 95%CI (-0.22, -0.01)]；2 项 RCT^[52, 53]评估了 Tg (ng/mL) 水平，共纳入 142 例患者，结果显示治疗组的 Tg 水平较对照组下降 [MD=-0.88, 95%CI (-1.27, -0.49)]。安全性方面，未见报告不良反应。

推荐意见 1.8 气血两虚证推荐联合使用八珍汤《瑞竹堂经验方》加减（低质量证据，强推荐）。

治法：补益气血，扶正抗癌。

八珍汤组成：党参、白术、茯苓、当归、川芎、白芍、熟地、炙甘草。

证据概要：共检索到 1 项 RCT^[54]评估八珍颗粒治疗不可切除甲状腺癌患者的疗效，对照组给予阿帕替尼治疗，治疗组联合八珍颗粒，共纳入 60 例患者，结果显示治疗组的 KPS 评分较对照组上升 [MD=20.73, 95%CI (18.93, 22.53)]；TSH 水平 (mIU/L) 较对照组下降 [MD=-2.22, 95%CI (-2.39, -2.05)]；FT4 水平 (pmol/L) [MD=13.39, 95%CI (12.08, 14.70)]及 FT3 水平 (pmol/L) [MD=9.29, 95%CI (8.54, 10.03)]较对照组上升。安全性方面，治疗组报告 1 例心理症状、1 例胃肠道反应，对照组报告 2 例心理症状、1 例胃肠道反应。

问题 2 甲状腺癌术后情志失调如何进行中西医结合治疗？

推荐意见：甲状腺癌术后伴焦虑抑郁症状辨证为肝郁气滞证者，推荐联合使用柴胡疏肝散《医学统旨》加减治疗（低质量证据，强推荐）。

证据概要：DTC 术后患者焦虑、抑郁等不良情绪较为常见，与 TSH 抑制治疗中使用过量的甲状腺激素增加成年人神经兴奋性以及甲状腺毒症造成多种情绪障碍、神经系统症状等相关。患者对肿瘤的恐惧心理也会引起情志失调。目前西医治疗主要为心理疏导，中医药治疗具有形神同调特点。共检索到 2 项 RCT^[37, 55]评估了柴胡疏肝散加减治疗甲状腺癌术后患者的抑郁自评量表 (SDS) 评分，对照组给予优甲乐，治疗组联合柴胡疏肝散加减，共纳入 236 例患者，结果显示治疗组的 SDS 评分较对照组下降 [MD=-8.04, 95%CI (-9.91, -6.17)]；共检索到 1 项 RCT^[55]评估了焦虑自评量表 (SAS) 评分，纳入 126 例患者，结果显示治疗组的 SAS 评分较对照组下降 [MD=-9.06, 95%CI (-10.55, -7.57)]；共检索到 1 项 RCT^[37]评估了汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评分，纳入 110 例患者，结果显示治疗组的 HAMD 评分较对照组下降 [MD=-9.04, 95%CI (-10.06, -8.02)]。安全性方面，未见报告不良反应。

问题 3 甲状腺癌术后并发声音异常如何进行中西医结合治疗？

推荐意见：推荐按声音异常发生和持续时间长短等分期辨证论治，联合清热利咽开音类中成药治疗（共识建议，共识度 100%）。

推荐意见 3.1 声音异常初期属于瘀血阻窍证者，推荐使用会厌逐瘀汤《医林改错》加减治疗^[56]（低质量证据，强推荐）。

治法：活血化瘀，通窍活络。

会厌逐瘀汤组成：桃仁、红花、生地、甘草、桔梗、当归、赤芍、枳壳、柴胡、玄参。

证据概要：检索到 1 项 RCT^[57]评估了会厌逐瘀汤加减治疗甲状腺癌术后声音异常的疗效，对照组给予优甲乐，治疗组联合会厌逐瘀汤加减，共纳入 104 例患者，结果显示治疗组发声疲劳 [MD=-0.42, 95%CI (-0.68, -0.16)]、咽部不适 [MD=-0.48, 95%CI (-0.71, -0.25)]及口干 [MD=-0.32, 95%CI (-0.54, -0.1)]症状评分较对照组下降。安全性方面，未见报告不良反应。

推荐意见 3.2 声音异常属于阴虚火旺证者，推荐联合使用养阴散结汤加减治疗（低质量证据，强烈推荐）。

治法：养阴清热，散结开音。

养阴散结汤组成：生地、天花粉、玄参、山慈菇、夏枯草、大枣、桔梗。

证据概要：共检索到 4 项 RCT^[58-61]评估了养阴散结汤加减治疗甲状腺癌术后患者的声音嘶哑症状消失时间，对照组给予优甲乐，治疗组联合养阴散结汤加减，共纳入 240 例患者，结果显示治疗组的声音嘶哑症状消失时间（天）较对照组下降 [MD=-3.85, 95%CI (-5.06, -2.65)]。安全性方面，未见报告不良反应。

推荐意见 3.3 声音异常中成药推荐使用金嗓子喉片治疗（共识建议，共识度 83.78%）。

治法：疏风清热，利咽开音。

金嗓子喉片组成：薄荷脑、青果、桉油、石斛、罗汉果、橘红、八角茴香油。处方来源于《国家基本医疗保险和工伤保险药品目录》。

适用证及用法：金嗓子喉片适用于咽喉肿痛、干燥灼热、声音嘶哑等症状。含服，一次 1 片，一日 6 次。

证据概要：甲状腺癌术后 38%~87% 的患者会出现暂时性声音异常，13%~35% 的患者会出现永久性声音变化^[62-64]，发生原因与喉返神经损伤、气管插管咽喉损伤等相关。西医常规采取营养神经以及激素抗炎治疗，神经损伤保守治疗无效时考虑行神经修复手术治疗。中医药治疗有促进声音恢复的作用。1 项^[65]纳入 278 例患者的 RCT 比较了金喉系列药物与传统西医治疗在支撑喉镜下声带息肉切除术后的疗效。结果显示，金喉系列药物治疗组在治愈率和总有效率上高于对照组，且复发率更低，并且具有较好的安全性和经济性。还有其他研究推荐甲状腺癌术后患者出现声音沙哑等咽喉-嗓音症状群时使用清咽利喉类含片治疗^[66]。

问题 4 甲状腺癌术后并发甲状旁腺功能减退如何进行中西医结合治疗？

推荐意见：推荐在补充钙剂和维生素 D 的基础上，根据相应中医证候予以不同方药内服和足浴辅助治疗（共识建议，共识度 100%）。

推荐意见 4.1 中医辨证属于血不荣筋证者，推荐使用地黄饮子《宣明论方》加减治疗（共识建议，共识度 91.89%）。

治法：滋肾阴，补肾阳，开窍化痰。

地黄饮子组成：地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、附子、五味子、肉桂、茯苓、麦冬、菖蒲、远志。

推荐意见 4.2 中医辨证属于气虚血瘀证者，推荐使用黄芪桂枝五物汤《金匮要略》加减（共识建议，共识度 91.89%）。

治法：益气温经，和血通痹。

黄芪桂枝五物汤组成：黄芪、桂枝、芍药、生姜、大枣

推荐意见 4.3 中医辨证属于肝风内动证者，推荐使用镇肝熄风汤《医学衷中参西录》加减（共识建议，共识度 91.89%）。

治法：镇肝熄风，滋阴潜阳。

镇肝熄风汤组成：牛膝、生龙骨、生牡蛎、生龟板、代赭石、白芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草。

证据概要：甲状腺癌术后甲状旁腺功能减退症的发生率为 14%~60%^[67-69]。西医治疗参考《甲状旁腺功能减退症临床诊疗指南》治疗部分^[70]。两篇中医辨证治疗的临床经验提示，甲状腺术后甲状旁腺功能减退症阴虚阳亢证予镇肝熄风汤或大定风珠汤加减治疗后，肢体抽搐、麻木等症状消失^[71, 72]；1 篇个案报道发现甲状腺术后甲状旁腺功能减退症予地黄饮子加减治疗 2 个月后，手足时有抽搐、双下肢痿软无力、行走困难、腰背僵硬、疼痛、四肢末端麻木疼痛等诸症状明显减轻^[73]。

问题 5 DTC 术后 ¹³¹I 治疗引起的唾液腺损伤如何进行中西医结合治疗？

推荐意见 5.1 唾液腺损伤辨证属于气阴两虚证者，推荐联合使用生脉饮《医学启源》加味治疗（极低质量证据，强推荐）。

证据概要：DTC 术后 ¹³¹I 治疗引起的唾液腺损伤发生率从 2%到 67%不等^[74]。西医治疗补充维生素 C 或维生素 E 以保护腮腺和唾液腺功能。中医药有消炎、改善唾液腺功能等综合作用。共检索到 1 项 RCT^[35]评估了生脉饮加味（红参、麦冬、五味子、山药、甘草、知母）治疗 DTC 术后 ¹³¹I 治疗引起的唾液腺损伤，对照组给予 ¹³¹I 治疗及优甲乐，治疗组联合生脉饮加味，共纳入 86 例患者，结果显示治疗组的疼痛 [MD=-3.47, 95%CI (-4.77, -2.17)]、肿胀 [MD=-0.48, 95%CI (-1.91, 0.95)] 症状评分较对照组下降，且治疗组的腮腺 [MD=2.24, 95%CI (-1.07, 5.55)] 及颌下腺 [MD=2.31, 95%CI (-2.80, 7.42)] 酸刺激后最大排泌率 (maximum secretion ratio, MSR) 均高于对照组。未见报告不良反应。

问题 6 中西医结合治疗对 DTC 术后 TSH 抑制治疗引起的心悸等心血管系统不良反应是否有防治作用？

推荐意见：DTC 术后 TSH 抑制治疗静息心率大于 90 次/分和（或）伴发心血管疾病、无 β 受体阻滞剂禁忌证者，推荐给予 β 受体阻滞剂治疗，有其他心血管异常情况者采用相应规范治疗^[18]，并联合使用益气养阴类中药如益气养阴丸治疗，不能耐受 β 受体阻滞剂者可以单用中药（中质量证据，强推荐）。

治法：益气养阴，消癭散结。

益气养阴丸药物组成：黄芪、党参、北沙参、麦冬、五味子、龟甲、鳖甲、牡蛎、夏枯草、土贝母、丹参、何首乌。

证据概要：检索到 5 项 RCT^[75-79]评估了益气养阴类方剂治疗 DTC 术后患者的心律失常发生率，其中益气养阴丸 3 项（益气养阴丸药物组成：黄芪、党参、麦冬、五味子、丹参、白芍等）。对照组给予优甲乐，观察组联合益气养阴类方剂治疗，共纳入 524 例患者，结果显示观察组治疗后的心律失常发生率与对照组相比下降 [RR=0.43, 95%CI (0.22, 0.87)]。安全性方面，治疗组报告腹泻 2 例、恶心呕吐 1 例、失眠 1 例、多汗 1 例，对照组报告胃痛 1 例、恶心呕吐 3 例、腹泻 5 例、失眠 4 例、体重下降 1 例、多汗 3 例。

问题 7 甲状腺癌术后残留病灶或合并对侧甲状腺结节如何进行中医治疗？

推荐意见 7.1 甲状腺癌术后残留病灶者，可在西医治疗基础上联合使用华蟾素胶囊治疗（极低质量证据，弱推荐）。

治法：解毒、消肿、止痛。

华蟾素胶囊组成：干蟾皮。药品来源于《国家基本医疗保险和工伤保险药品目录》。

适应证及用法：华蟾素胶囊适用于中、晚期肿瘤，慢性乙型肝炎等症。口服。一次 2 粒，一日 3 次~4 次。

推荐意见 7.2 甲状腺癌术后遗留对侧甲状腺结节者，中成药推荐使用小金丹《外科全生集》制剂等消癭散结类药物（共识建议，共识度 86.49%）。

治法：散结活血。

小金丹组成：白胶香、草乌、五灵脂、地龙、木鳖子、没药、当归身、乳香、麝香、墨碳。

证据概要：共检索到 2 项 RCT^[80, 81]评估华蟾素胶囊治疗甲状腺癌患者的疗效，其中 1 项 RCT^[80]对照组给予放疗，治疗组联合华蟾素胶囊，共纳入 62 例患者，结果显示治疗组的 KPS 改善率较对照组提高 [RR=1.78, 95%CI (0.93, 3.40)]、放射性食管炎发生率较对照组下降 [RR=0.46, 95%CI (0.20, 1.06)]；1 项 RCT^[81]对照组给予 ¹³¹I 治疗，治疗组联合华蟾素胶囊，共纳入 84 例患者，结果显示治疗组的临床有效率 [RR=1.25, 95%CI (0.97, 1.61)]及腮腺酸刺激后最大浓聚率 (maximum accumulation ratio, MAR) [MD=5.86, 95%CI (3.56, 8.16)]、最大排泌率 (maximum secretion ratio, MSR) [MD=15.87, 95%CI (13.63, 18.11)]较对照组提高。安全性方面，未报告其他不良反应。一项纳入 9 项 RCT，共计 779 例甲状腺结节或结节性甲状腺肿患者的 Meta 分析^[82]结果显示，小金胶囊联合优甲乐 [MD = -0.49, 95% CI = (-0.71, -0.27)] 缩小最大结节直径的效果优于单用优甲乐，9 项研究均未报道严重不良反应，小金胶囊组发生不良反应事件共计 30 例，主要为恶心呕吐等胃肠道反应 (15/30)。

问题 8 甲状腺癌合并桥本氏甲状腺炎如何进行中医治疗？

推荐意见：甲状腺癌合并桥本氏甲状腺炎推荐使用中医辨证论治结合态靶辨治选方用药治疗，中成药推荐联合使用夏枯草制剂、小金丹制剂（共识建议，共识度 89.19%）。

证据概要：甲状腺癌合并桥本氏甲状腺炎 (HT) 者的发病率为 25.6%^[83, 84]。甲状腺癌术后患者抗甲状腺抗体仍强阳性，容易引起患者焦虑紧张等。目前缺乏针对降低抗体的西药，中医药治疗 HT 可以发挥免疫调节等作用。临床经验提示，将 HT 的临床表现分为郁、热、虚三“态”，“调态”以散结为主，兼顾开郁、清热、补虚，改善症状和体征；“打靶”以调节免疫为要，降低甲状腺自身抗体水平，改善甲状腺功能指标，态靶同调^[85-88]更有利于提高 HT 疗效。一项临床观察性研究显示，使用夏枯草口服液联合优甲乐治疗桥本氏甲状腺炎甲状腺功能减退患者，可以降低患者甲状腺自身抗体水平^[89]；一项 RCT 显示，夏枯草胶囊联合优甲乐治疗桥本氏甲状腺炎的临床有效率高于单用优甲乐，且治疗后的 TGAbs、TPOAbs 下降水平优于对照组^[90]。一项纳入 13 个 RCT，共 1414 例受试者的荟萃分析显示^[91]，口服小金胶囊联合优甲乐可降低血清 TPOAb 水平 (MD=-39.13, 95%CI [(-49.97, -28.3)]，提高临床有效率 (RR=1.16, 95%CI [(1.10, 1.21)]，且未增加不良事件的发生率。

问题 9 中西医结合治疗是否能降低甲状腺癌术后复发率和转移率？

推荐意见：推荐在西医治疗基础上联合使用中医辨证论治，可能有利于降低甲状腺癌术后患者的复发率和转移率（极低质量证据，强推荐）。

证据概要：检索到 5 项 RCT^[92-96]评估了中西医结合治疗甲状腺癌术后患者的 3 个月复发/转移率，纳入的病理类型包括甲状腺髓样癌、乳头状癌及滤泡状癌，其中 4 项 RCT^[92, 93, 95, 96]对照组给予优甲乐，治疗组联合中药汤剂辨证治疗（养阴散结汤、加味当归建中汤），共纳入 240 例患者，治疗组的 3 个月复发/转移率较对照组下降 [RR=0.40, 95%CI (0.09, 1.68)]；1 项 RCT^[94]对照组给予¹³¹I 及优甲乐，治疗组联合香远合剂治疗，共纳入 59 例患者，治疗组的 3 个月复发/转移率较对照组下降 [RR=0.34, 95%CI (0.08, 1.50)]。检索到 5 项 RCT^[38, 97-100]评估了中西医结合治疗甲状腺癌术后患者的 1 年复发/转移率，其中 3 项 RCT 对照组给予优甲乐，治疗组联合中药汤剂辨证治疗（消瘿散结平瘤汤^[97]、柴胡疏肝散合二陈汤^[38]、益气养阴方^[100]），共纳入 221 例患者，治疗组的 1 年复发/转移率较对照组下降 [RR=0.26, 95%CI (0.08, 0.83)]；2 项 RCT 对照组给予¹³¹I 及优甲乐，治疗组联合中药汤剂辨证治疗（消瘿扶正平瘤汤^[98]、益气化痰汤^[99]），共纳入 368 例患者，治疗组的 1 年复发/转移率较对照组下降 [RR=0.21, 95%CI (0.04, 1.08)]。检索到 1 项 RCT^[100]评估了中西医结合治疗甲状腺癌术后患者的 2 年复发/转移率，对照组给予优甲乐，治疗组联合益气养阴方治疗，共纳入 81 例患者，治疗组的 2 年复发/转移率较对照组下降 [RR=0.24, 95%CI (0.06, 1.08)]。检索到 1 项 RCT^[101]评估了中西医结合治疗甲状腺癌术后患者的 3 年复发/转移率，对照组给予¹³¹I，治疗组联合养阴散结汤治疗，共纳入 110 例患者，治疗组的 3 年复发/转移率较对照组下降 [RR=0.09, 95%CI (0.01, 0.68)]。

问题 10 晚期或转移性甲状腺癌患者如何中西医结合治疗？

推荐意见：晚期或转移性甲状腺癌者属于气血亏虚证者，推荐在西医治疗基础上联合使用八珍颗粒，有助于改善患者生活质量（低质量证据，强推荐）等。

治法：补益气血。

八珍颗粒组成：熟地、当归、白芍、川芎、党参、白术、茯苓、炙甘草。药品来源于《国家基本医疗保险和工伤保险药品目录》。

适应证及用法：八珍颗粒适用于气血两亏，面色萎黄，食欲不振，四肢乏力，月经过多等。开水冲服。一次 1 袋，一日 2 次。

证据概要：共检索到 1 项 RCT^[54]评估八珍颗粒治疗不可切除甲状腺癌患者的疗效，对照组给予阿帕替尼，治疗组联合八珍颗粒，共纳入 60 例患者，结果显示治疗组的 KPS 评分较对照组提高 [MD=20.73, 95%CI (18.93, 22.53)]；TSH 水平较对照组下降 [MD=-2.22, 95%CI (-2.39, -2.05)]；FT4 水平 [MD=13.39, 95%CI (12.08, 14.7)]及 FT3 水平 [MD=9.29, 95%CI (8.54, 10.03)]较对照组提高。安全性方面，治疗组报告 1 例心理症状、1 例胃肠道反应，对照组报告 2 例心理症状、1 例胃肠道反应。

问题 11 晚期甲状腺癌靶向治疗不良反应如何进行中医治疗？

推荐意见：晚期甲状腺癌靶向治疗常见的不良反应如手足综合征推荐中药外洗，腹泻推荐根据辨证选用相应方药口服（共识建议，共识度 100%）。

推荐意见 11.1 出现手足综合征者，推荐中药外洗方一（大黄、牡丹皮、紫草、马齿苋、苦参）或加味金黄散熏洗（大黄、黄柏、姜黄、苍术、厚朴、陈皮、甘草、白芷、天花粉、忍冬藤、络石藤）。

推荐意见 11.2 出现腹泻等不良反应者，中医辨证多属于脾虚证、湿热证、寒热错杂证，分别选用相应方药治疗。

证据概要：晚期甲状腺癌的靶向治疗研究应用进展迅速，多种不同作用机制的靶向药物已在国内获批用于治疗不同类型的晚期甲状腺癌，但靶向治疗相关不良反应非常普遍^[31, 33]。对常见的手足皮肤

反应(hand-foot skin reaction, HFSR)和腹泻不良反应推荐中西医结合治疗。靶向治疗出现手足综合征者,中医治疗参考《手足综合征中医辨证分型及治法方药专家共识》^[102]。靶向治疗出现腹泻等不良反应者,1项最终纳入9项RCT研究的Meta分析^[103]评价中医药治疗抗肿瘤分子靶向药物相关腹泻的有效性和安全性,共484例患者。结果显示,在常规西药治疗的基础上加用或单用中医药,可以明显提高治疗的总有效率[相对危险度(relative risk, RR)=1.347, 95%可信区间(confidence interval, CI)(1.212, 1.497), P=0.000],降低腹泻症状积分[RR=1.527, 95%CI(1.287, 1.812), P=0.000]与分级[RR=1.218, 95%CI(1.064, 1.393), P=0.004],且未增加不良反应。其中包括黄芩汤、参苓白术散加减。

问题 12 中医外治疗法在甲状腺癌治疗中如何应用?

推荐意见 12.1 甲状腺癌术后伴焦虑和失眠者,推荐使用艾灸百会、安眠等穴(低质量证据,强推荐);或耳穴压豆神门、交感、心、肝、咽喉、颈椎、皮质下等穴(低质量证据,强推荐)或耳穴压豆联合针刺合谷、足三里、三阴交等穴(低质量证据,强推荐)治疗。

推荐意见 12.2 术后颈部疼痛明显者,推荐穴位贴敷治疗,穴位选择神阙穴、天突穴、大椎穴等(低质量证据,强推荐)。

推荐意见 12.3 术后出现恶心呕吐者,推荐揸针治疗,选择神门、皮质下、心、三焦、神衰点、胃等耳穴以及内关、足三里等穴(低质量证据,强推荐)治疗。

推荐意见 12.4 术后甲状旁腺功能减退手足麻木疼痛、抽搐者,推荐中药泡脚方足浴(共识建议,共识度 86.49%)。

泡脚方组成:牛膝、姜黄、生艾叶、伸筋草、川芎、铁线透骨草。

证据概要:共检索到1项RCT^[104]评估艾灸治疗甲状腺癌患者的疗效,共纳入74例患者,观察组在对照组常规术后护理基础上给予百会穴艾灸,结果显示与空白对照相比,治疗组SDS [MD=-7.61, 95%CI(-10.27, -4.95)]、SAS评分 [MD=-8.22, 95%CI(-11.00, -5.44)]及PSQI评分 [MD=-5.27, 95%CI(-6.25, -4.29)]下降。共检索到2项RCT^[105, 106]评估耳穴压豆治疗甲状腺癌患者睡眠质量的疗效,共纳入185例患者,观察组在对照组常规护理基础上给予耳穴压豆,结果显示与空白对照相比,治疗组的PSQI评分 [MD=-2.78, 95%CI(-5.06, -0.51)]下降;其中1项RCT观察了两组患者的颈部疼痛及SDS [MD=-9.69, 95%CI(-19.16, -0.23)]、SAS评分 [MD=-13.77, 95%CI(-33.53, -5.99)]和VAS评分以及术后恶心呕吐(postoperative nausea and vomiting, PONV)发生率,治疗组的VAS评分 [MD=-1.83, 95%CI(-2.28, -1.38)]及PONV发生率 [RR=0.61, 95%CI(0.40, 0.94)]下降。共检索到1项RCT^[107]评估耳穴压豆联合针刺治疗甲状腺癌术后早期患者的疗效,共纳入88例患者,结果显示与空白对照相比,治疗组的SDS [MD=-6.46, 95%CI(-8.92, -4.00)]、SAS评分 [MD=-6.74, 95%CI(-9.33, -4.15)]及VAS评分 [MD=-0.68, 95%CI(-0.78, -0.58)]下降。共检索到1项RCT^[108]评估穴位贴敷治疗甲状腺癌患者疼痛的疗效,共纳入70例患者,治疗组使用自拟止痛方(乳香15g,川芎15g,红藤15g,栀子12g,郁金12g,木香12g,薄荷15g)穴位贴敷神阙穴、天突穴、大椎穴治疗,每天贴敷4-6小时,连续贴敷7天,使用简化麦吉尔疼痛问卷(SF-MPQ)记录患者治疗前和治疗7天后疼痛缓解情况,与安慰剂相比,治疗组的临床有效率 [RR=1.79, 95%CI(1.13, 2.82)]提高。安全性方面,未见报告不良反应。共检索到1项RCT^[109]评估揸针治疗甲状腺癌患者的疗效,共纳入100例患者,结果显示与空白对照相比,治疗组SAS评分 [MD=-2.11, 95%CI(-3.26, -0.96)]及PONV发生率

[RR=0.38, 95%CI (0.15, 1.00)]下降。专家经验显示^[110], 对于甲状腺癌术后损伤甲状腺旁腺, 导致甲状腺旁腺功能低下者, 可以采用舒经通络的中药如伸筋草、姜黄、艾叶等外洗泡脚。日常生活中, 鼓励患者多晒太阳, 促进维生素 D 转化和钙质的吸收。

问题 13 如何进行甲状腺癌全程中西医结合随访管理?

推荐意见: 甲状腺癌在中西医结合随访管理过程中, 要定期随访、长期监测病情变化, 评估临床疗效, 及时发现复发和转移情况并采取合理的治疗措施。积极开展健康宣教活动, 指导患者在日常生活中注意饮食宜忌、运动锻炼和情志调理等; “避风寒, 慎起居, 调情志, 食饮有节, 不妄作劳”以扶助正气, “既病防变, 瘥后防复”。具体方法参考甲状腺癌管理等相关国内外指南(共识建议, 共识度 100%)。

推荐意见 13.1 随访监测

(1) DTC 患者: 术后需要长期随访, 定期监测血清 TSH、Tg、TgAb 等, 以评估 TSH 抑制情况和生化疗效反应。基于复发风险、治疗反应和 TSH 抑制的副作用风险等, 设定和调整个体化的控制目标。对于全甲状腺切除和¹³¹I 治疗后的 DTC 患者, Tg 水平持续增高或 TgAb 进行性升高则高度提示 DTC 病灶残留、复发或转移。

影像学评估以颈部超声为主, 评估术后甲状腺床区和颈部中央淋巴区和颈侧区淋巴结状态, 对可疑病灶和颈淋巴结建议在超声引导下 FNAB 或 FNAB-Tg 检查。对体积较小、惰性的复发淋巴结可考虑进行主动监测联合中医药治疗, 对体积较大、侵袭性的复发淋巴结应进行手术治疗。¹³¹I 治疗后进行诊断性全身核素显像评估疗效和决策是否需要再次治疗。必要时进行胸部 CT/MRI、骨扫描等, 排查有无肺、骨转移。未手术的主动监测期患者, 若发现甲状腺肿瘤明显增长需要及时采用手术等治疗, 如超声检查示肿瘤体积增大 50% 以上或至少有 2 条径线增加超过 20% (且超过 2mm) 或最长径增长超过 3mm^[28]。

疗效评估包括疗效满意(无肿瘤残存)、疗效不确切、生化疗效不佳和结构性疗效, 具体评价标准参考《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南(第二版)》。与此同时, 还推荐采用生活质量量表、症状量表等进行生活质量评估。

(2) MTC 术后患者: 随访主要监测血清降钙素(Ctn)和癌胚抗原(CEA); 以及颈部超声, CT/MRI 和必要时的 PET/CT 等影像学检查。

推荐意见 13.2 饮食宜忌

甲状腺癌术后患者饮食宜营养均衡和多样化, 以“五谷为养, 五果为助, 五畜为益, 五菜为充”。同时, 还要考虑疾病特点、治疗情况和体质差异等因素进行饮食调理。

(1) 术后恢复期: 手术后短期内饮食宜清淡, 忌服辛辣刺激性食物以免刺激咽喉不适。

(2) 含碘饮食: DTC 术后需要行¹³¹I 治疗的患者, 应严格按照医生的要求避免服用可能影响碘摄取或代谢的食物(如海鲜、海带、紫菜等海产品及加碘盐等), 通常于治疗前 2 周~4 周开始, 一直持续到放射碘治疗之后。若患者只进行了单侧腺叶切除, 并且对侧伴有桥本氏甲状腺炎, 建议适碘饮食。

(3) 中医药膳: 乏力等气虚症状明显者, 选用黄芪、党参、女贞子、枸杞等煲汤, 西洋参代茶饮。术后声音嘶哑、咽喉疼痛者, 选桑叶、菊花、蒲公英、麦冬、陈皮、桔梗、胖大海等代茶饮。¹³¹I 治疗后唾液腺损伤, 口干口渴等气阴两虚症状明显者, 选用麦冬、五味子、乌梅、石斛等代茶饮。焦虑抑郁等情绪异常属肝郁气滞者, 选用玫瑰花、山楂、夏枯草、菊花等代茶饮。需要在专业中医师的指导下合理搭配使用。注意阳盛易上火或阴虚火旺者, 慎用黄芪等温燥之品; 脾胃虚寒易腹泻者慎用女贞

子、西洋参、蒲公英、胖大海等偏寒凉之品；有反酸等症状者，慎用山楂、五味子等酸味之品。

推荐意见 13.3 运动锻炼

甲状腺癌术后患者宜适当运动，增强体力，促进气血运行和疾病康复。但运动强度需根据个体情况逐渐增加，避免剧烈运动造成伤口拉伤。推荐采用中医传统功法如八段锦、易筋经、太极拳等进行运动锻炼。恢复期可选择适当的有氧运动等。

推荐意见 13.4 调畅情志

甲状腺癌患者中青年女性居多，容易受精神情绪因素影响，需要指导患者减少对肿瘤的恐惧心理，减轻压力，调畅情志，对延缓疾病的进展、促进康复十分重要。推荐选择冥想、瑜伽、五音疗法等，以舒缓紧张焦虑，释放压力。

6 甲状腺癌中西医结合诊疗流程

本文件形成的中西医结合诊治甲状腺癌的诊疗流程图详见图 1。

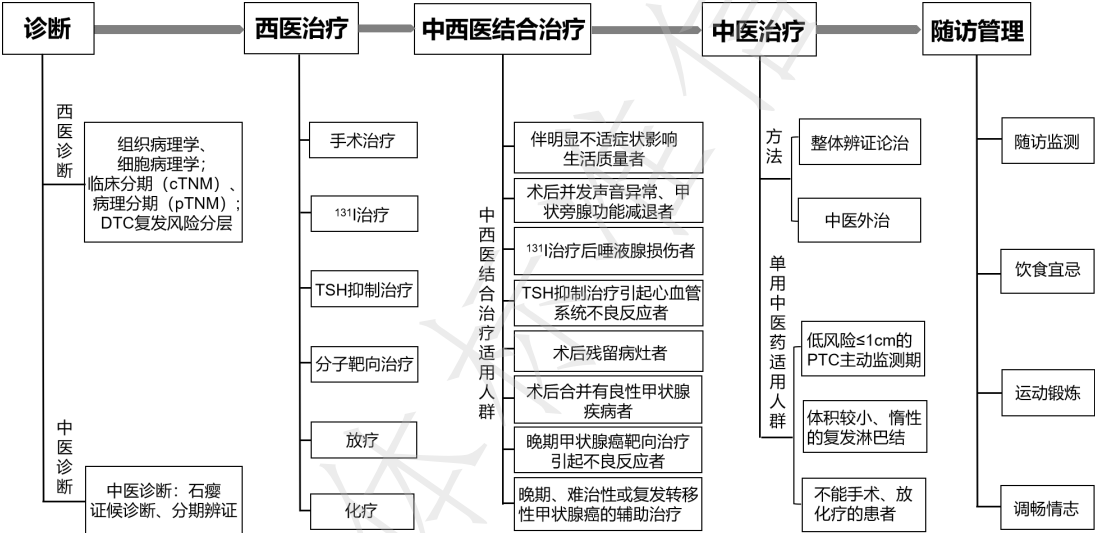


图 1 甲状腺癌中西医结合诊疗流程图

附录 A

（资料性）

编制方法及缩略词对照表

A.1 本文件编制方法

A.1.1 本文件编制依据与原则

本文件以中华中医药学会、中华医学会联合制定的《中西医结合诊疗指南体例格式》要求为基础，并参考其他相关要求撰写。指南具体制订过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及相应推荐意见形成等遵循相应的原则或标准。证据质量与推荐强度分级标准见表 A.1。

表 A.1 证据质量与推荐强度分级

分级	具体描述
证据质量分级	
高	非常有把握：观察值接近真实值
中	有中等把握：观察值有可能接近真实值，但也有可能差别很大
低	把握有限：观察值可能与真实值有很大差别
极低	几乎没把握：观察值可能与真实值有极大差别
推荐强度	
强推荐	明显利大于弊，一定使用
弱推荐	可能利大于弊，可能使用
不确定	利弊相当或不确定，无明确推荐

A.1.2 主要编制过程

A.1.2.1 成立指南起草组

本文件由夏仲元、冯利牵头，成立了指南起草组。2023 年 9 月 28 日在中华中医药学会批准立项（20230910-BZ-CACM）。

A.1.2.2 确定指南题目、范围、目的

2023 年 11 月 28 日召开指南启动会，起草组专家讨论后，确定指南题目为《甲状腺癌中西医结合诊疗指南》；适用范围包括所有类型甲状腺癌（主要是 DTC）；指南将为中西医结合甲状腺癌规范诊治提供科学依据和有力指导，对提高本病的临床诊疗水平和科研水平具有重要意义。

A.1.2.3 构建指南问题

通过专家访谈形成临床调研问卷，对全国 50 名临床医生开展广泛临床调研形成初步指南问题清单。之后进行了全国 30 名专家的二轮德尔菲法专家调查，形成 30 个问题（17 个基础问题和 13 个 PICO 化

临床问题)与10个结局指标。最终经课题组主要专家讨论,确定13个主要问题和5个关键结局指标。

A.1.2.4 证据的检索、筛选和综合

A.1.2.4.1 检索说明

为了保证查全率,文献检索并未设定具体的研究类型。优先考虑已发表的系统评价/Meta分析,从时效性、临床问题匹配度和质量3个方面看能否被本指南纳入。如不能纳入,则开展新的系统评价/Meta分析。如RCT数量较少或无法回答目前的临床问题,则进一步酌情考虑其他类型的研究结果,如队列研究、病例对照研究等。

A.1.2.4.2 根据PICO确定检索策略

检索时间均从各数据库建库至2024年8月31日。检索国内外原始研究数据库,包括PubMed, Embase, Cochrane Library; 中国知网、中文科技期刊全文数据库、中国生物医学文献数据库、万方全文数据库。国内外临床试验注册平台以及国内外指南文库、医脉通等。

共检索到文献10103篇,经去除重复文献和文献筛选后,最终共纳入43篇研究,其中包括40篇RCT和3篇Meta分析。

A.1.2.4.3 证据评价与分级

使用AGREEII评价相关指南方法学质量^[103]。使用AMSTAR2工具对纳入的系统评价分析进行方法学质量评价^[104]。如为高质量的系统评价和(或)Meta分析直接使用;重新制定的系统评价/Meta分析使用Cochrane偏倚风险评估工具2.0版本(Risk of Bias 2, ROB 2)评价纳入RCT的偏倚风险^[105]。使用GRADE对临床问题的证据进行分级^[106]。

A.1.2.5 形成推荐意见/共识意见

指南组37位专家对有证据支持的意见依据GRADE网络进行计票并形成推荐意见;对于无证据支持的意见采用多数同意规则形成共识建议。最终形成19条推荐意见(强推荐18条、弱推荐1条)与19条共识建议,投票结果与会专家均未表示异议。

A.1.2.6 撰写指南征求意见稿

参考《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)》与《中医临床实践指南报告清单》中有关指南体例的要求,形成了本指南的征求意见稿。

A.1.2.7 征求意见和同行评议

将指南征求意见稿通过网络问卷方式开展征求意见工作。问卷征求意见覆盖全国13个省份23家单位的专家。共收到44条意见/建议。对反馈的意见/建议进行逐条研究处理后对本指南的征求意见稿进行修订。召开专家定稿会,最终形成《甲状腺癌中西医结合诊疗指南》送审稿。

A.1.2.8 送审、审查与发布

项目组完成《甲状腺癌中西医结合诊疗指南》送审稿与编制说明,2025年2月14日上交中华中医药学会审查。

A.2 缩略词对照表

缩略词对照表见表 A.2。

表 A.2 缩略词对照表

缩写	全称	中文
ATA	American Thyroid Association	美国甲状腺学会
ATC	Anaplastic Thyroid Carcinoma	甲状腺未分化癌
AJCC	American Joint Committee on Cancer	美国癌症联合委员会
CT	Calcitonin	降钙素
CEA	Carcinoembryonic Antigen	癌胚抗原
CI	Confidence Interval	可信区间
CNKI	China National Knowledge Infrastructure	中国知网
CBM	Chinese Biomedical Literature Database	中国生物医学文献数据库
DTC	Differentiated Thyroid Carcinoma	分化型甲状腺癌
FT4	Free Thyroxine	游离甲状腺素
FT3	Free Triiodothyronine	游离三碘甲状腺原氨酸
HT	Hashimoto's Thyroiditis	桥本氏甲状腺炎
IARC	International Agency for Research on Cancer	世界卫生组织国际癌症研究机构
KPS	Karnofsky Performance Status	卡氏功能状态评分量表
MAR	Maximum Accumulation Ratio	最大浓聚率
MSR	Maximum Secretion Ratio	最大排泌率
NCCN	National Comprehensive Cancer Network	美国国立综合癌症网络
PTC	Papillary Thyroid Carcinoma	甲状腺乳头状癌
PDTC	Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma	甲状腺低分化癌
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index	匹兹堡睡眠质量指数
PONV	Postoperative Nausea And Vomiting	术后恶心呕吐
RCT	Randomized Controlled Trial	随机对照试验
RR	Relative Risk	相对危险度
SG	Stony Goiter	石瘰
SDS	Self-rating Depression Scal	抑郁自评量表
SAS	Self-rating Anxiety Scale	焦虑自评量表
TC	Thyroid Carcinoma	甲状腺癌
TSH	Thyroid stimulating hormone	促甲状腺激素
Tg	Thyroglobulin	甲状腺球蛋白
TGAb	Thyroglobulin Antibody	甲状腺球蛋白抗体
TPOAb	Thyroid Peroxidase Antibody	甲状腺过氧化物酶抗体
VIP	China Science and Technology Journal Database	中国科技期刊数据库

表 A. 2 缩略词对照表 (续)

缩写	全称	中文
VAS	Visual Analog Scale	视觉模拟评分
WanFang	Wanfang Data Knowledge Service Platform	万方数据知识服务平台

附 录 B

(资料性)

证据概要表

证据概要如下。

问题 1 甲状腺癌如何进行中医辨证论治？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
1.1 生脉饮加味												
1.1.1 生脉饮加味+优甲乐 v. s. 优甲乐												
KPS 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	31	31	-	MD 3.34 higher (0.35 lower to 7.03 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
1.1.2 生脉饮加味+ ¹³¹ I+优甲乐 v. s. ¹³¹ I+优甲乐												
WHOQOL 100	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	43	43	-	MD 15.81 higher (13.3 higher to 18.32 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
腮腺 MSR	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	43	43	-	MD 2.24 higher (1.07 lower to 5.55 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

颌下腺 MSR	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	43	43	—	MD 2.31 higher (2.80 lower to 7.42 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
1.2 柴胡疏肝散合半夏厚朴汤加减												
1.2.1 柴胡疏肝散合半夏厚朴汤加减+优甲乐 v. s. 优甲乐												
临床有 效率 [△]	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	52/55 (94.5%)	45/55 (81.8%)	RR 1.16 (1.00 to 1.33)	13 more per 100 (from 0 fewer to 27 more)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
咽部不 适症状 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	31	31	—	MD 0.33 lower (0.54 lower to 0.12 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
TSH	3	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	较严重 ^b	无	116	116	—	MD 0.27 mIU/L lower (0.28 lower to 0.26 higher)	⊕○○○ 极低 ^{a, b, d}
Tg	2	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	较严重 ^b	无	86	86	—	MD 0.22ng/mL lower (0.24 lower to 0.20 lower)	⊕○○○ 极低 ^{a, b, d}
1.4 消岩汤加减												
1.4.1 消岩汤加减+优甲乐 v. s. 优甲乐												
KPS 改善率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30/41 (73.2%)	18/42 (42.9%)	RR 1.17 (1.15 to 2.54)	7 more per 100 (from 6 more to 66 more)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

乏力 症状评分	2	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	64	62	—	SMD 1.26 SD lower (1.64 lower to 0.87 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
咽部不适 症状评分	2	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	64	62	—	SMD 0.89 SD lower (1.25 lower to 0.52 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
TSH	3	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	较严重 ^b	无	105	104	—	MD 0.27 mIU/L lower (0.37 lower to 0.16 lower)	⊕○○○ 极低 ^{a, b, c}
FT4	3	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	非常严重 ^b	无	105	104	—	MD 0.22 pmol/L higher (0.28 lower to 0.73 higher)	⊕○○○ 极低 ^{a, b, c}
FT3	3	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	非常严重 ^b	无	105	104	—	MD 0.05 pmol/L higher (0.09 lower to 0.19 higher)	⊕○○○ 极低 ^{a, b, c}
Tg	2	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	73	72	—	MD 0.46 ng/mL lower (0.71 lower to 0.2 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
1.6 沙参麦冬汤加減												
1.6.1 沙参麦冬汤加減+优甲乐 v. s. 优甲乐												

QLI 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	41	36	—	MD 1.54 higher (1.14 higher to 1.94 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
1.6.2 沙参麦冬汤加減+ ¹³¹ I+优甲乐 v. s. ¹³¹ I +优甲乐												
KPS 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	38	38	—	MD 5.39 higher (1.51 higher to 9.27 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
1.7 补中益气汤加減												
1.7.1 补中益气汤加減+优甲乐 v. s. 优甲乐												
KPS 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	25	25	—	MD 8.00 higher (5.17 higher to 10.83 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
乏力 症状评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	25	25	—	MD 1.36 lower (2.01 lower to 0.71 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
失眠 症状评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	25	25	—	MD 1.04 lower (1.42 lower to 0.66 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
咽部不 适 症状评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	25	25	—	MD 0.88 lower (1.43 lower to 0.33 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

TSH	2	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	较严重 ^b	无	60	60	—	MD 0.12 mIU/L lower (0.22 lower to 0.01 lower)	⊖⊕⊕⊕ 极低 ^{a, b, c}
FT4	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b		25	25	—	MD 3.64 pmol/L higher (0.04 higher to 7.24 higher)	⊖⊕⊕⊕ 低 ^{a, b}
FT3	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b		25	25	—	MD 0.82 pmol/L higher (0.18 higher to 1.45 higher)	⊖⊕⊕⊕ 低 ^{a, b}
1.8 八珍汤												
1.8.1 八珍颗粒+阿帕替尼 v. s. 阿帕替尼												
KPS 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	—	MD 20.73 higher (18.93 higher to 22.53 higher)	⊕⊕⊕⊕ 低 ^{a, b}
TSH	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	—	MD 2.22 mIU/L lower (2.39 lower to 2.05 lower)	⊕⊕⊕⊕ 低 ^{a, b}
FT4	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	—	MD 13.39 pmol/L higher (12.08 higher to 14.7 higher)	⊕⊕⊕⊕ 低 ^{a, b}

FT3	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	-	MD 9.29 pmol/L higher (8.54 higher to 10.03 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
-----	---	------	------------------	-----	-----	------------------	---	----	----	---	--	---------------------------

CI: confidence interval; MD: mean difference; SMD: standardised mean difference. [△]评价标准: 临床有效率 = (显效+有效) / 总例数*100% (显效: 患者症状、体征明显改善, 中医证候积分减少>70%; 有效: 患者症状、体征有所减轻, 中医证候积分减少>30%; 无效: 未能达到以上标准者。)

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;
b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm;
c. Substantial heteogeneity (I-square≥50%).

问题 2 甲状腺癌术后情志失调如何进行中西医结合治疗？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
柴胡疏肝散加减+优甲乐 v. s. 优甲乐												
SDS 评 分	2	RCTs	较严重 ^a	较严重 ^b	不严重	不严重	无	118	118	—	MD 8.04 lower (9.91 lower to 6.17 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
SAS 评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^c	无	63	63	—	MD 9.06 lower (10.55 lower to 7.57 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, c}
HAMD 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^c	无	55	55	—	MD 9.04 lower (10.06 lower to 8.02 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, c}

CI: confidence interval; MD: mean difference; MD: mean difference

- Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;
 b. Substantial heteogeneity($I^2 \geq 50\%$);
 c. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm.

问题 3 甲状腺癌术后并发声音异常如何进行中西医结合治疗？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
3.1 会厌逐瘀汤+优甲乐 v.s. 优甲乐												
发声 疲劳 症状 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	52	52	-	MD 0.42 lower (0.68 lower to 0.16 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
咽部 不适 症状 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	52	52	-	MD 0.48 lower (0.71 lower to 0.25 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
口干 症状 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	52	52	-	MD 0.32 lower (0.54 lower to 0.1 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
3.2 养阴散结汤加减+优甲乐 v.s. 优甲乐												
声音 嘶哑 消失 时间	4	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	125	115	-	MD 3.85 days lower (5.06 lower to 2.65 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio.

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;

b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm.

问题 5 分化型甲状腺癌术后 ¹³¹I 治疗引起的唾液腺损伤如何进行中西医结合治疗？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
5.1 生脉饮加味+ ¹³¹ I+优甲乐 v. s. ¹³¹ I+优甲乐												
疼痛	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	43	43	—	MD 3.47 lower (4.77 lower to 2.17 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
肿胀	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	43	43	—	MD 0.48 lower (1.91 lower to 0.95 higher)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
腮腺 MSR	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	43	43	—	MD 2.24 higher (1.07 lower to 5.55 higher)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
颌下 腺 MSR	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	43	43	—	MD 2.31 higher (2.80 lower to 7.42 higher)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
5.2 黄芪注射液+ ¹³¹ I+优甲乐 v. s. ¹³¹ I+优甲乐												
KPS 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	60	60	—	MD 12.35 higher (11.34 higher to 13.36 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
腮腺	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	60	60	—	MD 6.80 lower	⊕⊕○○

MSR											(9.05 lower to 4.55 lower)	低 a, b
颌下 腺 MSR	1	RCTs	较严重 a	不严重	不严重	非常严重 b	无	60	60	-	MD 0.27 higher (1.25 lower to 1.79 higher)	⊕○○○ 极低 a, b

CI: confidence interval; MD: mean difference.

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;

b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm.

问题 6 中西医结合治疗对 DTC 术后 TSH 抑制治疗引起的心悸等心血管系统不良反应是否有防治作用？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
益气养阴类方剂+优甲乐 v. s. 优甲乐												
心律 失常	5	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	10/262 (3.8%)	25/262 (9.5%)	RR 0.43 (0.22 to 0.87)	5 fewer per 100 (from 7 fewer to 1 fewer)	⊕⊕⊕○ 中 ^a
心肌 缺血	2	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	1/90 (1.1%)	3/90 (3.3%)	RR 0.43 (0.06 to 2.88)	2 fewer per 100 (from 3 fewer to 6 more)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
血压 升高	2	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	6/90 (6.7%)	10/90 (11.1%)	RR 0.61 (0.23 to 1.60)	4 fewer per 100 (from 9 fewer to 7 more)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}

CI: confidence interval; RR: risk ratio

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;

b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm.

问题 7 甲状腺癌术后残留病灶或合并对侧甲状腺结节如何进行中医治疗？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
7.1 华蟾素胶囊												
7.1.1 华蟾素胶囊+调强放疗 v.s. 调强放疗												
KPS 改善 率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 _b	无	16/31 (51.6%)	9/31 (29.0%)	RR 1.78 (0.93 to 3.40)	23 more per 100 (from 2 fewer to 70 more)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
放射 性食 管炎 发生 率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 _b	无	6/31 (19.4%)	13/31 (41.9%)	RR 0.46 (0.20 to 1.06)	23 fewer per 100 (from 34 fewer to 3 more)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
7.1.2 华蟾素胶囊+ ¹³¹ I v.s. ¹³¹ I												
腮腺 MAR	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 _b	无	42	42	—	MD 5.86 higher (3.56 higher to 8.16 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
腮腺 MSR	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 _b	无	42	42	—	MD 15.87 higher (13.63 higher to 18.11 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio.

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;

b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm.

问题 9 中西医结合治疗是否能降低甲状腺癌术后复发率和转移率？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
9.1 中药汤剂+优甲乐 v.s. 优甲乐												
术后 3 个月 复发/ 转移 率	4	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	1/118 (0.8%)	5/122 (4.1%)	RR 0.40 (0.09 to 1.68)	2 fewer per 100 (from 4 fewer to 3 more)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
术后 1 年复 发/转 移率	3	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	3/111 (2.7%)	15/110 (13.6%)	RR 0.26 (0.08 to 0.83)	10 fewer per 100 (from 13 fewer to 2 fewer)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
术后 2 年复 发/转 移率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	2/41 (4.9%)	8/40 (20.0%)	RR 0.24 (0.06 to 1.08)	15 fewer per 100 (from 19 fewer to 2 more)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
9.2 中药汤剂+ ¹³¹ I +优甲乐 v.s. ¹³¹ I +优甲乐												
术后 3 个月 复发/ 转移 率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	2/27 (7.4%)	7/32 (21.9%)	RR 0.34 (0.08 to 1.50)	14 fewer per 100 (from 20 fewer to 11 more)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}

术后 1 年复 发/转 移率	2	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	非常严重 ^b	无	4/184 (2.2%)	24/184 (13.0%)	RR 0.21 (0.04 to 1.08)	10 fewer per 100 (from 13 fewer to 1 more)	⊕○○○ 极低 ^{a, b, c}
9.3 中药汤剂+ ¹³¹ I v. s. ¹³¹ I												
术后 3 年复 发/转 移率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	1/55 (1.8%)	11/55 (20.0%)	RR 0.09 (0.01 to 0.68)	18 fewer per 100 (from 20 fewer to 6 fewer)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

CI: confidence interval; RR: risk ratio

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;

b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm;

c. Substantial heteogeneity($I^2 \geq 50\%$)

问题 10 晚期或转移性甲状腺癌患者如何中西医结合治疗？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
八珍颗粒+阿帕替尼 v. s. 阿帕替尼												
KPS 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	-	MD 20.73 higher (18.93 higher to 22.53 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
TSH	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	-	MD 2.22 mIU/L lower (2.39 lower to 2.05 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
FT4	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	-	MD 13.39 pmol/L higher (12.08 higher to 14.7 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
FT3	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	30	30	-	MD 9.29 pmol/L higher (8.54 higher to 10.03 higher)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio.

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;

b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm.

问题 12 中医外治疗法在甲状腺癌治疗中如何应用？

结局 指标	证据质量评估							样本量		效应值		证据质量
	研究数量	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	不精确性	其他	中西医结合	西医治疗	相对（95% CD）	绝对（95%CD）	
12.1 耳穴压豆联合针刺 v. s. 空白对照												
SDS 评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	44	44	—	MD 6.46 lower (8.92 lower to 4.00 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
SAS 评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	44	44	—	MD 6.74 lower (9.33 lower to 4.15 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
VAS 评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	44	44	—	MD 0.68 lower (0.78 lower to 0.58 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
12.2 耳穴压豆 v. s. 空白对照												
SDS 评 分	2	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	不严重	无	93	92	—	MD 9.69 lower (19.16 lower to 0.23 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, c}
SAS 评 分	2	RCTs	较严重 ^a	非常严重 ^c	不严重	非常严重 ^b	无	93	92	—	MD 13.77 lower (33.53 lower to 5.99 higher)	⊕○○○ 极低 ^{a, b, c}
PSQI 评分	2	RCTs	较严重 ^a	较严重 ^c	不严重	不严重	无	93	92	—	MD 2.78 lower (5.06 lower to 0.51 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, c}
VAS 评	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	58	57	—	MD 1.83 lower	⊕⊕○○

分											(.2.28 lower to 1.38 lower)	低 ^{a, b}
PONV 发生 率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	20/58 (34.5%)	32/57 (56.1%)	RR 0.61 (0.40 to 0.94)	22 fewer per 100 (from 34 fewer to 3 fewer)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
12.3 撤针 v. s. 空白对照												
SAS 评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	50	50	—	MD 2.11 lower (3.26 lower to 0.96 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
PSQI 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	50	50	—	MD 1.43 lower (2.49 lower to 0.37 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
PONV 发生 率	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	非常严重 ^b	无	5/50 (10.0%)	13/50 (40.0%)	RR 0.38 (0.15 to 1.00)	16 fewer per 100 (from 22 fewer to 0 fewer)	⊕○○○ 极低 ^{a, b}
12.4 艾灸 v. s. 空白对照												
SDS 评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	37	37	—	MD7.61 lower (10.27 lower to 4.95 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
SAS 评 分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	37	37	—	MD 8.22 lower (11.00 lower to 5.44 lower)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}
PSQI 评分	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	37	37	—	MD 5.27 lower (6.25 lower to	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

											4.29 lower)	
12.5 穴位贴敷 v.s. 安慰剂												
临床有效率 [△]	1	RCTs	较严重 ^a	不严重	不严重	较严重 ^b	无	25/35 (71.4%)	14/35 (40.0%)	RR 1.79 (1.13 to 2.82)	32 more per 100 (from 5 more to 73 more)	⊕⊕○○ 低 ^{a, b}

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio; [△]评价标准: 临床有效率 = (显效+有效) / 总例数*100% (显效: 患者症状、体征明显改善, 中医证候积分减少>70%; 有效: 患者症状、体征有所减轻, 中医证候积分减少>30%; 无效: 未能达到以上标准者。)

Explanations: a. All studies were rated some concerns or high risk of bias;
b. Small sample size, small number of events, or CI includes appreciable benefit or harm;
c. Substantial heteogeneity (I-square≥50%).

参 考 文 献

- [1] F. Bray, M. Laversanne, H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel, I. Soerjomataram, A. Jemal. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin, 2024 74 (3): 229-263.
- [2] B. Han, R. Zheng, H. Zeng, S. Wang, K. Sun, R. Chen, L. Li, W. Wei, J. He. Cancer incidence and mortality in China, 2022[J]. J Natl Cancer Cent, 2024 4 (1): 47-53.
- [3] 中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局. 甲状腺癌诊疗指南(2022年版)[J]. 中国实用外科杂志, 2022 42 (12): 1343-1357+1363.
- [4] 中国抗癌协会甲状腺癌专业委员会. 中国抗癌协会甲状腺癌整合诊治指南(2022 精简版)[J]. 中国肿瘤临床, 2023 50 (07): 325-330.
- [5] 万会娜, 张国玉, 段飞, 符宇, 燕树勋. 甲状腺癌术后中西医治疗[J]. 中医药学报, 2022 50 (02): 5-9.
- [6] 夏仲元. 甲状腺癌中医药诊治的现状与未来[J]. 北京中医药大学学报, 2022 45 (04): 353-359.
- [7] 张蕴, 陈利国, 郑颖慧, 向明芝. 口服中药联合西药治疗甲状腺癌术后临床疗效的 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2019 14 (03): 313-317+323.
- [8] 范浩群, 吴剑纯, 廖聪, 敖雪仁. 软坚散结方联合左甲状腺素钠治疗甲状腺癌术后患者疗效的 Meta 分析[J]. 广州中医药大学学报, 2024 41 (03): 798-808.
- [9] 张国玉. 中西医结合治疗甲状腺癌术后疗效的 Meta 分析[J]. 中医临床研究, 2021 13 (22): 136-142.
- [10] 刘小庆, 潘金强, 耿中利. 养阴散结汤联合左甲状腺素钠片对甲状腺癌术后患者血清甲状腺球蛋白及相关抗体的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020 29 (33): 3715-3718.
- [11] 中华中医药学会. 《肿瘤中医诊疗指南》. [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [12] Z. W. Baloch, S. L. Asa, J. A. Barletta, R. A. Ghossein, C. C. Juhlin, C. K. Jung, V. A. LiVolsi, M. G. Papotti, M. Sobrinho-Simões, G. Tallini, O. Mete. Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms[J]. Endocr Pathol, 2022 33 (1): 27-63.
- [13] 赵勇, 徐文华, 陈如泉. 陈如泉运用益气养阴扶正法治疗甲状腺癌术后经验[J]. 湖北中医杂志, 2013 35 (11): 24-25.
- [14] 林鸿国, 黄学阳, 刘大晟, 蔡炳勤. 从中医整体观谈甲状腺癌的防治[J]. 天津中医药, 2022 39 (04): 474-477.
- [15] 张竞轶. 低危甲状腺乳头状癌患者术后促甲状腺激素水平与复发的相关性及其中医证型分布初探 [D]. 南京中医药大学, 2024.
- [16] 李玲, 徐筱玮, 唐琳, 于尚君. 分化型甲状腺癌术后中医证型的客观化研究[J]. 中医药临床杂志, 2023 35 (07): 1379-1382.

- [17] 邵嘉锴, 闵晓俊, 赵勇, 左新河, 冯心苑, 肖勇. 基于文献的2068例甲状腺癌患者中医证型研究[J]. 亚太传统医药, 2020 16 (08): 127-130.
- [18] 钮杰宇, 戴建国. 甲状腺癌的中医辨证论治研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020 26 (11): 1739-1742.
- [19] 燕树勋. 甲状腺癌患者手术、碘 131 治疗后中医证候研究. 河南省, 河南中医药大学, 2019-03-27.
- [20] 秦双双, 张琦, 朱太阳, 王高元, 马朝群. 甲状腺癌术后并发症中医治疗现况[J]. 中医肿瘤学杂志, 2023 5 (03): 79-83.
- [21] 张戈. 甲状腺乳头状癌患者中医证型分布及其相关性研究 [D]. 湖北中医药大学, 2022.
- [22] 仇莲胤, 阙华发. 阙华发治疗甲状腺癌的经验[J]. 上海中医药杂志, 2020 54 (06): 75-78.
- [23] 雷春明, 单玮. 唐汉钧教授治疗甲状腺癌术后的临床经验 [J]. 时珍国医国药, 2023 34 (12): 2998-3000.
- [24] 李元英, 许芝银. 许芝银教授对甲状腺癌的诊断及辨证治疗经验[J]. 云南中医中药杂志, 2019 40 (02): 4-7.
- [25] 王芷乔, 周玉, 关青青, 夏仲元. 应用德尔菲法确立甲状腺癌中医证候的调查研究[J]. 北京中医药大学学报, 2016 39 (11): 955-960+964.
- [26] 石雅璐, 院倩, 张广德. 张广德教授辨治甲状腺癌术后诸症经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2021 16 (08): 1429-1432+1480.
- [27] 孙伯菊, 董莉莉, 魏军平. 中医药治疗甲状腺癌临床研究概述[J]. 中医杂志, 2016 57 (21): 1882-1885.
- [28] 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, 中华医学会核医学分会, 中国抗癌协会甲状腺癌专业委员会, 中国医师协会外科医师分会甲状腺外科医师委员会, 中华医学会超声医学分会. 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 (03): 181-226.
- [29] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)分化型甲状腺癌诊疗指南 2021[J]. 肿瘤预防与治疗, 2021 34 (12): 1164-1201.
- [30] 中国抗癌协会. 甲状腺癌专业委员会. 中国肿瘤整合诊治指南(CACA)甲状腺癌 V2.0_2024 (20241220). [M]. 2024.
- [31] 丛慧, 梁军, 林岩松. 碘难治性分化型甲状腺癌的诊断与靶向治疗[J]. 国际放射医学核医学杂志, 2015 (01): 25-31.
- [32] 王任飞, 王勇, 石峰, 刘斌, 陈立波, 陆克义, 张青, 杨爱民, 杨辉, 李智勇, 林岩松, 柳卫, 程义壮. 碘难治性分化型甲状腺癌的诊治管理共识(2019年版) [J]. 中国癌症杂志, 2019 29 (06): 476-480.
- [33] 薛丽琼, 郭晔, 陈立波. 晚期甲状腺癌靶向药物不良反应管理专家共识(2023年版) [J]. 中国癌症杂志, 2023 33 (09): 879-888.

- [34] 黎绮颖. 加味生脉散治疗甲状腺癌术后气阴两虚证疗效观察 [D]. 广州中医药大学, 2021.
- [35] 武飞, 安军, 王士雨, 范珍, 刘冲. 加味生脉饮对 DTC 患者术后 ^{131}I 治疗时唾液腺保护的临床观察[J]. 河北医药, 2022 44 (03): 345-349.
- [36] 邵灿灿, 吕久省, 潘研, 燕树勋. 柴胡疏肝散合二陈汤治疗甲状腺癌术后气郁痰阻证的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018 13 (05): 683-686.
- [37] 任立栋. 柴胡疏肝散合二陈汤治疗甲状腺癌术后气郁痰阻证临床效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(3):22-24.
- [38] 贺小华. 甲状腺次全切除术后应用柴胡疏肝散合二陈汤对甲状腺癌患者的效果分析[J]. 天津药学, 2021 33 (01): 37-39.
- [39] 陈晓晓, 黄挺. 黄挺对甲状腺癌术后的辨证论治思路[J]. 江西中医药大学学报, 2015 27 (01): 25-28.
- [40] 王皓月, 夏蕾, 齐元富. 齐元富辨治甲状腺癌术后经验[J]. 山东中医杂志, 2023 42 (03): 276-279+294.
- [41] 马薇. “扶正解毒祛瘀法”干预分化型甲状腺癌术后气虚毒瘀证的临床疗效研究 [D]. 天津中医药大学, 2019.
- [42] 程瑞花. 消岩汤联合快速康复干预对甲状腺癌术后患者免疫功能及甲状腺功能的影响[J]. 光明中医, 2021 36 (20): 3471-3473.
- [43] 张蕴超, 尹世强, 贾英杰, 马薇, 宋博群. 消岩汤治疗甲状腺癌术后患者维持治疗期的临床观察研究[J]. 天津中医药, 2019 36 (12): 1156-1159.
- [44] 覃佐涛, 韩庆龙, 陈继东. 陈如泉治疗甲状腺癌术后经验[J]. 湖北中医药大学学报, 2022 24 (04): 116-119.
- [45] 方妍, 陶李蕙苹, 程海波. 基于癌毒病机理论辨治甲状腺癌[J]. 中国中医药信息杂志, 2024 31 (04): 16-19.
- [46] 蔡北源. 甲状腺术后中医辨治体会[J]. 内蒙古中医药, 2012 31 (07): 66.
- [47] 刘静. 陆德铭教授治疗甲状腺疾病经验总结[J]. 中医药导报, 2018 24 (04): 59-61.
- [48] 王斌, 林兰, 倪青, 苏诚炼. 中医辅助西医治疗甲状腺癌优势探究[J]. 北京中医药, 2011 30 (05): 354-356.
- [49] 孙毓晗, 孔婷婷, 李建涛, 米光熙, 王德平. 沙参麦冬汤对甲状腺癌术后免疫功能的影响: 随机对照研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2020 40 (02): 158-163.
- [50] 王德平, 郭长秀, 王彤彤, 关悦, 孙毓晗. 沙参麦冬汤联合碘 ^{131}I 化钠口服溶液对甲状腺癌术后患者的临床疗效[J]. 中成药, 2019 41 (06): 1280-1284.
- [51] 张鹤, 周英泽. 补中益气汤加减对甲状腺癌术后的干预研究[J]. 内蒙古中医药, 2017 36 (13): 59-60.
- [52] 余雯, 陈啟谷. 健脾益气汤联用左甲状腺素钠片对分化型甲状腺癌术后患者血清 Tg、VEGF 和骨代谢的影响[J]. 医学新知杂志, 2018 28 (06): 649-652.

- [53] 张明英. 益气消痰化痰法干预分化型甲状腺癌术后气虚痰瘀证的临床研究 [D]. 南京中医药大学, 2016.
- [54] Y. Bai, J. Jin, Y. Liu, B. Zhang, J. Li. The clinical efficacy of Apatinib plus Ba Zhen granules in the treatment of advanced unresectable differentiated thyroid cancer and their influence on immune factors[J]. Pak J Pharm Sci, 2023 36 (3(Special)): 935-939.
- [55] 单静怡, 朱凌宇, 顾贤. 柴麦汤治疗甲状腺癌术后肝郁痰湿证的疗效观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2021 38 (07): 1320-1325.
- [56] 陈晨, 王高元, 朱宏, 成汇, 潘超, 黄凯歌, 陈德轩. 朱永康治疗分化型甲状腺癌术后并发症的经验[J]. 上海中医药杂志, 2024 58 (03): 52-54.
- [57] 梁优, 刘兆龙, 杨乐, 黄建平, 余奎, 林满萍, 李思虹, 谢晓峰. 会厌逐瘀汤对分化型甲状腺癌术后康复的影响研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2022 31 (11): 1497-1501.
- [58] 黎茂尧. 甲状腺癌术后患者使用左甲状腺素联合养阴散结汤的临床疗效评价[J]. 中国医药科学, 2021 11 (23): 222-226.
- [59] 张惠明, 邹一夫, 苏琼川. 甲状腺癌术后应用左甲状腺素钠配合养阴散结汤的疗效[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2016 23 (04): 443-445.
- [60] 陆淑瑾. “养阴散结汤”联合左甲状腺素钠治疗甲状腺癌术后 32 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2015 47 (04): 22-24.
- [61] 林晓东, 黄惠梅. 中药方联合甲状腺素片治疗甲状腺癌术后患者的效果观察[J]. 中国卫生标准管理, 2020 11 (05): 101-104.
- [62] L. Soyulu, S. Ozbas, H. Y. Uslu, S. Kocak. The evaluation of the causes of subjective voice disturbances after thyroid surgery[J]. Am J Surg, 2007 194 (3): 317-322.
- [63] L. R. Henry, L. B. Helou, N. P. Solomon, R. S. Howard, J. Gurevich-Uvena, G. Coppit, A. Stojadinovic. Functional voice outcomes after thyroidectomy: an assessment of the Dysphonia Severity Index (DSI) after thyroidectomy[J]. Surgery, 2010 147 (6): 861-870.
- [64] C. P. Lombardi, M. Raffaelli, C. De Crea, L. D'Alatri, D. Maccora, M. R. Marchese, G. Paludetti, R. Bellantone. Long-term outcome of functional post-thyroidectomy voice and swallowing symptoms[J]. Surgery, 2009 146 (6): 1174-1181.
- [65] 陈文勇, 陈彩凤, 李云英. 金喉系列药物对声带息肉支撑喉镜术后疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2008 (11): 53-54.
- [66] 李妍, 孙琳, 武梦晓, 寇翠敏, 李正江, 范改萍, 李霞, 尹楠, 吕青. 甲状腺癌患者术后早期症状群与生活质量的相关性研究[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2024 31 (08): 485-491.
- [67] L. A. Orloff, S. M. Wiseman, V. J. Bernet, T. J. Fahey, 3rd, A. R. Shaha, M. L. Shindo, S. K. Snyder, B. C. Stack, Jr., J. B. Sunwoo, M. B. Wang. American Thyroid Association Statement on Postoperative Hypoparathyroidism: Diagnosis, Prevention, and Management in Adults[J]. Thyroid, 2018 28 (7): 830-841.

[68] Y. Qiu, Z. Xing, Y. Fei, Y. Qian, Y. Luo, A. Su. Role of the 2018 American Thyroid Association statement on postoperative hypoparathyroidism: a 5-year retrospective study[J]. BMC Surg, 2021 21 (1): 334.

[69] H. O. El Malki, R. Abouqal. Systematic review and meta-analysis of predictors of post-thyroidectomy hypocalcaemia (Br J Surg 2014; 101: 307-320)[J]. Br J Surg, 2014 101 (7): 883.

[70] 中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会, 中华医学会内分泌分会代谢性骨病学组. 甲状旁腺功能减退症临床诊疗指南[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志, 2018 11 (04): 323-338.

[71] 周榆腾, 刘大晟, 黄亚兰, 林鸿国, 黄学阳. 甲状腺术后甲状旁腺功能减退症的中医辨治思路[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023 29 (06): 1029-1031.

[72] 伍锐敏, 焦明铭, 郎琳娜, 刘轩, 黄晓军, 徐蒙, 李志清. 难治性甲状腺病的中医治疗[J]. 中医杂志, 1988 (08): 33-34.

[73] 周晖. 继发性甲状旁腺功能减退合并基底节钙化治愈 1 例[J]. 北京中医药, 2009 28 (08): 644-645.

[74] D. Van Nostrand. Sialoadenitis secondary to ^{131}I therapy for well-differentiated thyroid cancer[J]. Oral Dis, 2011 17 (2): 154-161.

[75] L. Zhou, S. Qin, H. Ba, P. Wang, Q. Zhang. Combined Efficacy of Modified Buqi Yangyin Sanjie Decoction and Levothyroxine Sodium Tablets on Thyroid Function and Immune Function Among Patients After Thyroid Cancer Surgery[J]. Altern Ther Health Med, 2024 30 (7): 168-173.

[76] 牛领锋, 王松, 翟媛媛, 王志军. 益气养阴方配合左甲状腺素钠片对分化型甲状腺癌手术患者甲状腺功能的改善效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2022 7 (08): 129-132.

[77] 陆钰原, 乔佳君, 刘昕怡, 楚爱景, 刘守尧, 夏仲元. 益养丸对分化型甲状腺癌术后气阴两虚证患者心血管不良反应的防治作用[J]. 北京中医药大学学报, 2024 47 (06): 753-759.

[78] 刘昕怡. 益养丸防治甲状腺癌术后 TSH 抑制治疗心血管不良反应的临床研究 [D]. 北京中医药大学, 2020.

[79] 陆钰原. 益养丸联合优甲乐治疗分化型甲状腺癌术后的临床研究 [D]. 北京中医药大学, 2022.

[80] 郑一. 华蟾素胶囊联合调强放疗在甲状腺癌术后残留患者中的应用[J]. 国际医药卫生导报, 2018 24 (23): 3619-3623.

[81] 李希辉, 杨晓蓉, 徐崇飞, 王唯. 华蟾素联合 ^{131}I 治疗分化型甲状腺癌的机制[J]. 贵州医药, 2017 41 (07): 733-735.

[82] 刘萍, 张宸宇, 夏长军, 王宙, 吴峰, 陈剑, 安秋冬, 张艳. 小金胶囊治疗甲状腺结节疗效与安全性的系统评价[J]. 云南中医中药杂志, 2021 42 (10): 45-51.

[83] J. Liang, W. Zeng, F. Fang, T. Yu, Y. Zhao, X. Fan, N. Guo, X. Gao. Clinical analysis of Hashimoto thyroiditis coexistent with papillary thyroid cancer in 1392 patients[J]. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2017 37 (5): 393-400.

- [84] C. T. Shen, X. Y. Zhang, Z. L. Qiu, Z. K. Sun, W. J. Wei, H. J. Song, Q. Y. Luo. Thyroid autoimmune antibodies in patients with papillary thyroid carcinoma: a double-edged sword?[J]. *Endocrine*, 2017 58 (1): 176-183.
- [85] 仝小林, 何莉莎, 赵林华. 论“态靶因果”中医临床辨治方略[J]. *中医杂志*, 2015 56 (17): 1441-1444.
- [86] 张培, 苟筱雯, 于晓彤, 赵林华. 态靶辨证在痰火凝结型甲状腺结节中的应用——消瘰丸加夏枯草、莪术、三七[J]. *辽宁中医杂志*, 2023 50 (03): 59-62.
- [87] 刘小溪, 朴春丽. 仝小林教授分类、分期、分证思想在甲状腺结节及甲状腺癌的治疗中的体现[J]. *世界中医药*, 2020 15 (23): 3690-3692+3697.
- [88] 张培, 于晓彤, 刘珂, 雷烨, 宋斌, 王强, 魏燕, 李智滨, 何莉莎, 李青伟, 苟筱雯, 赵林华. 仝小林院士“态靶理论”辨治桥本甲状腺炎思路探析[J]. *江苏中医药*, 2024 56 (06): 5-8.
- [89] 张自婕, 张桢铭, 石蕊, 焦宁华, 许铭娟. 夏枯草口服液联合左甲状腺素钠片对甲状腺自身抗体及免疫反应水平的影响效果观察[J]. *航空航天医学杂志*, 2024 35 (08): 960-963.
- [90] 薛磊, 苏冬月, 庞妩燕. 优甲乐联合夏枯草胶囊对桥本甲状腺炎患者自身抗体及 Th17 细胞的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2014 34 (14): 4053-4054.
- [91] A. Chu, S. Liu, Y. Chen, Z. Xia. The efficacy of Chinese patent medicine Xiaojin capsule in the treatment of Hashimoto's thyroiditis: A systematic review and meta-analysis[J]. *European Journal of Integrative Medicine*, 2024 70 102395.
- [92] 武芍丽. 观察中西医结合治疗甲状腺癌临床疗效[J]. *中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生*, 2021(1):189-189.
- [93] 段姗姗, 王永恒, 熊武, 彭书旺. 加味当归建中汤联合优甲乐对分化型甲状腺癌的临床观察[J]. *世界中医药*, 2020 15 (24): 3826-3830+3835.
- [94] 张泽莲. 香远合剂对分化型甲状腺癌患者全切术后的临床应用研究 [D]. 湖北民族大学, 2022.
- [95] 方园, 闵建新. 中西医结合治疗甲状腺癌临床疗效[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2015 15 (A5): 139-140.
- [96] 刘瑞琦, 赵民学. 中西医结合治疗甲状腺癌临床疗效观察[J]. *中国地方病防治杂志*, 2016 31 (09): 1014-1015.
- [97] 张金玉. 消瘰扶正平瘤汤辅助手术治疗甲状腺癌的疗效观察[J]. *辽宁中医杂志*, 2022 49 (02): 113-116.
- [98] 陈帅, 孙璐, 毕诗胜. 消瘰散结平瘤汤联合左甲状腺素钠片辅助手术治疗肝郁痰凝型甲状腺癌患者的效果分析[J]. *大医生*, 2024 9 (10): 20-22.
- [99] 田亮, 霍占江, 王志杰, 张强, 郝敏丽, 董陆玲. 益气化痰汤联合 ¹³¹I 治疗老年分化型甲状腺癌的疗效及对免疫功能、CK19、MUC1 表达的影响[J]. *辽宁中医杂志*, 2021 48 (12): 116-119.
- [100] 赵煜辉, 甘建雄, 李可嘉. 益气养阴中药对甲状腺癌患者临床疗效的影响[J]. *中国肿瘤临床与康复*, 2019 26 (05): 555-558.

- [101] 周甜. 养阴散结汤治疗甲状腺癌术后 55 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2018 53 (01): 28.
- [102] 贾立群, 贾英杰, 陈冬梅, 邓超, 邓博. 手足综合征中医辨证分型及治法方药专家共识[J]. 中医杂志, 2022 63 (06): 595-600.
- [103] 俞仪萱, 李嘉, 张旭, 薛崇祥, 董慧静, 胡紫馨, 鲁星好, 崔慧娟. 中医药治疗抗肿瘤分子靶向药物相关腹泻的 Meta 分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2022 46 (07): 805-815.
- [104] 夏五妹, 林伟青, 陈婵婵, 周宇璇. 百会穴艾灸对甲状腺癌病人术后负性情绪及睡眠质量的影响[J]. 护理研究, 2019 33 (13): 2239-2242.
- [105] 林淑梅, 杨丽明. 耳穴压豆对甲状腺癌患者术后睡眠质量的影响分析[J]. 医药前沿, 2022 12 (6): 115-117.
- [106] 陈李孙. 耳穴压豆联合心理干预对老年腔镜下甲状腺癌根治术患者术后恶心呕吐和睡眠质量的影响[J]. 新中医, 2020 52 (08): 172-175.
- [107] 邵文娟. 耳穴压豆与针刺联合常规医护措施对分化型甲状腺癌术后早期康复的影响[J]. 新中医, 2020 52 (17): 160-163.
- [108] 宋霄男. 穴位贴敷治疗分化型甲状腺癌术后慢性疼痛的临床观察 [D]. 山东中医药大学, 2022.
- [109] 雷丽, 胡爱莲. 揶针治疗在甲状腺癌手术患者围术期的应用研究[J]. 检验医学与临床, 2023 20 (21): 3227-3230.
- [110] 李黎靖, 刘昕怡, 彭婧, 夏仲元. 甲状腺癌术后中医诊治的适应证及其治疗原则[J]. 中国临床保健杂志, 2020 23 (04): 450-453.
- [111] 田文, 张浩. 分化型甲状腺癌术后管理中国专家共识(2020 版) [J]. 中国实用外科杂志, 2020 40 (09): 1021-1028.
- [112] 中国临床肿瘤学会核医学专家委员会, 中国临床肿瘤学会甲状腺癌专家委员会, 中华医学会核医学分会, 中国研究型医院学会甲状腺疾病专业委员会, 中国医疗保健国际交流促进会甲状腺疾病学分会, 中国抗癌协会甲状腺癌专业委员会, 中国人口文化促进会甲状腺疾病防治专业委员会. 放射性碘难治性分化型甲状腺癌诊治管理指南(2024 版) [J]. 中华核医学与分子影像杂志, 2024 (06): 359-372.
- [113] B. R. Haugen, E. K. Alexander, K. C. Bible, G. M. Doherty, S. J. Mandel, Y. E. Nikiforov, F. Pacini, G. W. Randolph, A. M. Sawka, M. Schlumberger, K. G. Schuff, S. I. Sherman, J. A. Sosa, D. L. Steward, R. M. Tuttle, L. Wartofsky. 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.
- [114] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thyroid Carcinoma (Version 4.2024) [J]. (2024).