

**, **, **
0*



团体标准

T/CACM *****—202*

桥本甲状腺炎中医诊断和疗效评价 专家共识

Hashimoto's thyroiditis traditional Chinese medicine diagnosis
and efficacy evaluation expert consensus

(文件类型：草案)
(完成时间：2026 年 7 月)

20**~**~**发布

20**~**~**实施

中华中医药学会发布

目 次

前 言.....	1
引 言.....	3
1 范围.....	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义.....	3
4 中医病名.....	3
5 临床分期.....	4
6 甲状腺功能正常期.....	4
6.1 高危人群识别.....	4
6.2 治疗目的.....	5
6.3 干预手段.....	5
6.4 疗效评价.....	5
7 亚临床甲减期.....	7
7.1 高危人群识别.....	7
7.2 治疗目标.....	7
7.3 干预手段.....	7
7.4 疗效评价.....	8
8 临床甲减期.....	9
8.1 治疗目标.....	9
8.2 干预手段.....	9
8.3 疗效评价.....	9
附录 A （资料性）.....	10
附录 B （资料性）.....	12
附录 C （资料性）.....	14
参 考 文 献.....	20

前 言

本文件参照GB/T1.1—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。

本文件由中国中医科学院西苑医院、中日友好医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：中国中医科学院西苑医院、中日友好医院、北京中医药大学孙思邈医院、中国中医科学院广安门医院、北京中医药大学东直门医院、北京中医药大学东直门医院厦门医院、河北省中医院、厦门大学附属第一医院、辽宁中医药大学附属医院、长春中医药大学附属医院、青岛大学附属医院、河南中医药大学第一附属医院、山东大学齐鲁医院、山东大学齐鲁医院德州医院、深圳市中医院、成都中医药大学附属医院、首都医科大学附属北京友谊医院、山东中医药大学附属医院、山东中医药大学第二附属医院、湖北中医药大学附属医院。

本文件主要起草人：高蕊、夏仲元、丁治国、魏军平、裴晓华。

本文件参与起草人：张贺芳、张广德、赵能江、于世家、王秀阁、王颜刚、冯志海、刘杰军、李惠林、杨叔禹、杨晓晖、陈丽、陈秋、袁明霞、倪青、徐云生、唐健元、李静蔚、林燕、张波、杨猛、左新河、蔡晓频、赵勇、王建新、丰雪、高娅婷。

引 言

桥本甲状腺炎（Hashimoto's Thyroiditis, HT）作为一种以甲状腺淋巴细胞浸润和组织进行性破坏为特征的自身免疫性疾病，是甲状腺功能减退症（以下简称“甲减”）最主要的病因^[1]。部分HT患者在甲状腺功能正常期或甲减纠正后，仍持续存在乏力、情绪障碍等非特异性症状、甲状腺肿大及生活质量下降，与甲状腺自身免疫炎症有关^[2~4]。

目前西医尚无治疗HT并阻止其发展为临床甲减的有效方法。中医药通过整体调节与综合干预，在降低抗体滴度、改善临床症状、提高生活质量乃至延缓疾病进展方面具有明显优势^[5]。但HT的早期干预时机尚不清晰、尚无发展为临床甲减的高风险人群识别方法与标准、尚缺乏确有疗效的早期干预药物，亦无早期干预疗效评价体系与标准，导致中医药防治HT中药研发困难，限制了中医药防治 HT优势的发挥。

本共识旨在构建一套 HT疾病发展各阶段的临床干预标准和疗效评价体系，填补HT 在中医药临床研究评价领域的空白。起草组在广泛检索文献基础上，组织国内相关领域中、西医临床专家及方法学专家，根据专家共识制定流程及中华中医药学会团体标准管理办法等相关要求，发布《桥本甲状腺炎中医诊断和疗效评价专家共识》。

本文件的内容涉及桥本甲状腺炎的各阶段高危人群识别、治疗目的、干预手段以及疗效评价指标，对于指导中医药防治桥本甲状腺炎的临床实践和科学研究的开展、提高桥本甲状腺炎的整体防治水平具有重要意义。

桥本甲状腺炎中医诊断和疗效评价专家共识

1 范围

本文件给出了桥本甲状腺炎针对不同分期的高危人群识别、治疗目标、干预手段及以研究目的为导向的疗效评价体系。

本文件适用于桥本甲状腺炎的甲状腺功能正常期、亚临床甲减期的高风险人群识别标准，及桥本甲状腺炎不同分期的临床疗效评价指标选择。本文件不涉及一过性甲亢及桥本甲亢。

本文件适用于中医师、中西医结合医师及临床研究人员使用。

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》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

桥本甲状腺炎 (Hashimoto's Thyroiditis, HT)

ICD-11编码：5A03.20，桥本甲状腺炎是以淋巴细胞浸润甲状腺为主要病理特征的一种自身免疫性甲状腺炎^[6]。

注：本病多发于30~50岁女性，以甲状腺弥漫性肿大、质地坚硬、表面呈结节状，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。

[来源：王辰，王建安. 内科学 [M]. 第9版. 北京：人民卫生出版社，2018.]

4 中医病名

桥本甲状腺炎在中医学中无直接对应病名，根据其甲状腺弥漫性、无痛性肿大的特征，多将其归属于“瘰癧”范畴。《释名·释疾病》云：“瘰，婴也，在颈婴喉也。”明代李梴《医学入门》描述：“瘰、瘤所以两名者，以瘰形似樱桃，一边纵大亦似之，椎槌而垂，皮宽不急。”“瘰”指甲状腺肿大，多由瘀血、痰饮、浊气等病理性产物留结于颈部所致，符合HT的形态特征。然而，“瘰癧”作为甲状腺疾病的总称，其内涵较为宽泛，难以精准反映HT的疾病本质。且HT病程迁延，甲状腺形态、功能及临床表现随疾病进展呈动态演变，其病名归属宜立足病程加以辨识。

甲功正常期患者全身症状不明显，部分患者可伴甲状腺弥漫性肿大、颈部不适感。若甲状腺弥漫性肿大，随情绪波动者，可归属于“气瘰”；若颈前出现单个或多个无痛性柔韧肿块，随吞咽上下移动者，归属于“肉瘰”；若以颈前漫肿，质地韧硬或可触及结节者，归属于“瘰肿”。伴有局限性、可触及的甲状腺结节者，可归属于“瘰瘤”^[6, 8-9]。HT发展至亚临床甲减期，临床表现隐匿。至临床甲减期，出现倦怠乏力、畏寒肢肿、表情淡漠等症状，若甲状腺肿大或结节不明显者，可归属于“虚劳”范畴^[9]。

5 临床分期

5.1 甲状腺功能正常期

仅有甲状腺自身抗体阳性，甲状腺功能在正常范围内。临床表现常不典型，可伴有咽部不适或轻度吞咽困难、颈部压迫感、局部疼痛与触痛等症状^[10]。

[来源：中国甲状腺疾病诊治指南—甲状腺炎，2008]

5.2 亚临床甲状腺功能减退期 (subclinical hypothyroidism, SCH)

血清 TSH 升高，FT₄、TT₄水平在正常范围，通常缺乏明显的临床症状和体征。根据 TSH水平，可分为轻度 SCH (TSH <10 mIU/L) 和重度 SCH (TSH ≥10 mIU/L)^[11]。

[来源：成人甲状腺功能减退症诊治指南，2017]

5.3 临床甲状腺功能减退期 (overt hypothyroidism, OH)

血清 TSH 明显升高，FT₄、TT₄ 降低。以畏寒、乏力、嗜睡、记忆力减退、便秘、黏液性水肿等为典型症状及体征^[11]。

[来源：成人甲状腺功能减退症诊治指南，2017]

6 甲状腺功能正常期

6.1 高危人群识别

高危人群指在甲状腺功能正常期存在较高的亚临床或临床甲减疾病进展风险，需要更密切随访并考虑预防性干预的人群，满足下列其中一项即可。不同的检测系统的测定结果和参考区间存在差异，在治疗随访期间同一患者尽量采用统一检测系统进行检测^[12]。

a) 抗体高滴度：TPOAb > 200 IU/ml 或 >6 个 ULN 者^[13-15]。

b) TSH 处于正常范围上限 (>2.5 mIU/L 或正常参考范围上 1/2) 者^[15-19] (此标准不适用于 70 岁以上老年患者)。

c) 甲状腺超声显示回声弥漫性不均匀改变、回声减低或网格样改变者^[20-21]。

d) 伴有临床症状 (颈部肿胀憋闷感、情绪焦虑抑郁、乏力等)、甲状腺肿大明显者。

e) 轻度碘缺乏 (50~99 μg/L) 补碘至超足量 (200~299 μg/L)；或长期碘过量者 (≥300 μg/L)^[22]。

6.2 治疗目的

本阶段的主要治疗目标为预防性干预。中医药在本阶段的核心作用在于既病防变，通过对高风险人群的早期识别与干预，调节免疫状态，延缓或阻止疾病向甲减发展，实现改善临床症状与改善预后的双重目的。

6.3 干预手段

6.3.1 西医治疗

对于无明显症状的患者，建议以生活方式干预（如控制碘摄入在安全范围内；碘过量者控碘饮食）和定期随访为主，每 6 至 12 个月复查甲状腺功能，必要时行甲状腺超声检查。对于硒或维生素 D 缺乏者，相应的补充治疗可降低抗体水平，改善免疫状态^[3]。补硒应遵循适量原则，具体参考《中国甲状腺疾病诊治指南（2008 年）》^[10]、《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]。

6.3.2 中医干预

对于高危人群，应以患者自身治疗意愿为前提^[23]，根据证候进行中医辨证论治，调节体质偏颇，以纠正机体内环境紊乱。中医证候分型参考《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]。具体治疗方案参考《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]、《桥本甲状腺炎病证结合诊疗指南》^[24]。

6.4 疗效评价

6.4.1 以改善症状为目的

6.4.1.1 干预时长

基于改善症状进行干预时，需通过相关检查评估并排除其他潜在病因，避免漏诊或误治。干预时长为 1~3 个月。

6.4.1.2 主要疗效指标

推荐采用甲状腺疾病生活质量简明量表（ThyPRO-39）对临床症状进行整体评估^[25-26]，包含疲劳、焦虑、抑郁、认知障碍等多个维度，比较治疗前后量表各维度及总分变化。

6.4.1.3 次要疗效指标

6.4.1.3.1 核心症状改善情况

主要评估疲劳、情绪焦虑或抑郁及甲状腺肿大等核心临床症状的评分变化情况。

a) 疲劳乏力

疲劳乏力是影响 HT 患者生活质量的主要症状之一，出现在病程各阶段。采用疲劳严重程度量表（fatigue severity scale, FSS）评估患者疲劳症状的有无及程度^[27]。总分 <36 分为无疲劳，≥36 分为疲劳，36~42 分为轻度疲劳，43~49 分为中度偏下疲劳，50~56 分为中度偏上疲劳，57~63 分为重度疲劳。可联合多维疲劳量表（multidimensional fatigue inventory, MFI）进行多维度评价。

b) 情绪相关症状

桥本甲状腺炎常合并情绪焦虑、抑郁等心理症状，采用以下标准进行评价。

通过医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale,HADS)评估患者治疗前后焦虑、抑郁情况^[28]。0~7分：正常，8~10分：轻度焦虑/抑郁，11~14分：中度焦虑/抑郁，15~21分：重度焦虑/抑郁。

采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Scale,HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale,HAMD)对患者治疗前后的心理状态进行评价^[29]。焦虑程度分级：<7分，无焦虑；7~13分，可能有焦虑；14~20分，肯定有焦虑；21~28分，明显焦虑；≥29分，严重焦虑。抑郁程度分级：<7分无抑郁；7~17分轻度抑郁；18~24分中度抑郁；>24分重度抑郁。

采用焦虑自评量表(Self~Rating Anxiety Scale, SAS)、抑郁自评量表(Self~rating Depression Scale, SDS)评估焦虑抑郁情况^[30]。SAS总分≥50分说明患者存在焦虑状态，50~59分为轻度焦虑，60~69分为中度焦虑，≥70分为重度焦虑。SDS总分≥53分时表明患者存在抑郁状态，53~62分为轻度抑郁，63~72分为中度抑郁，≥73分为重度抑郁。

c) 甲状腺肿大

甲状腺肿大是桥本甲状腺炎常见体征，主要采用以下两种标准进行评价^[5]。

1) 触诊分级

通过触诊，评估甲状腺的肿大程度。甲状腺肿大程度分级：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) 影像学测量

治疗前后检查甲状腺彩超，记录甲状腺腺体左右叶的前后径、上下径、左右径及峡部厚度，计算甲状腺体积，判断甲状腺的肿大程度^[5]。

甲状腺体积正常值为：(4 cm~6 cm)(上下径)×(2 cm~2.5 cm)(左右径)×(1.5 cm~2 cm)(前后径)，峡部<0.3 cm。甲状腺叶体积=0.479×长径×宽径×厚径，总体积=甲状腺左叶体积+甲状腺右叶体积。甲状腺缩小指双侧叶前后径<1 cm，峡部厚度<0.2 cm；甲状腺增大则双侧叶前后径>2 cm，峡部厚度>0.3 cm。甲状腺双侧叶前后径介于1.5~2 cm、峡部厚度介于0.2~0.3 cm，需结合患者个体差异判断是否肿大^[5]。

6.4.1.3.2 中医证候积分

采用治疗前、后中医症状评分表总积分减分值进行证候疗效评价。

6.4.2 以改善预后为目的

6.4.2.1 干预时长

干预时长3~6个月，并随访1~2年。

6.4.2.2 主要终点

疾病进展率：观察期内进展为亚临床或临床甲减的累积发生率。

6.4.2.3 次要终点

a) TPOAb 滴度下降率。

TPOAb 是桥本甲状腺炎的特异性抗体^[5]，其滴度变化可作为疾病活动性的指标。

检测治疗前后 TPOAb 抗体的滴度变化，滴度下降率 = (治疗前滴度 — 治疗后滴度) / 治疗前滴度 × 100%。

TPOAb 应答如下：显效：TPOAb 滴度下降 $\geq 30\%$ ；有效：TPOAb 滴度下降 10%~30%；无效：TPOAb 滴度下降 $< 10\%$ ，或无变化，或上升^[31]。

由于不同试剂盒和仪器的参考值范围有差异，亦可选取 TPOAb 的倍数，即 TPOAb 的数值除以参考值最高值进行比较。以 TPOAb 倍数下降比例 $\geq 30\%$ 为显效；TPOAb 倍数的下降比例 10%~30% 为有效；TPOAb 倍数的下降比例 $< 10\%$ ，或无变化，或上升为无效。

b) 甲状腺功能稳定率：TSH 始终维持在正常范围内的患者比例。

c) 生活质量评分，同 6.4.1.2。

d) 甲状腺肿改善，同 6.4.1.3.1。

7 亚临床甲减期

7.1 高危人群识别

此期患者已处于进展风险中，出现以下情况时，进展为临床甲减的风险显著增高。

a) 初诊 TSH > 6 mIU/L 者^[22]，或 TSH 超出参考范围上限~10 mIU/L 伴有症状、TPOAb 阳性者。

b) TPOAb 抗体滴度一年内进行性升高^[32]。

c) 轻度碘缺乏 (50~99 μ g/L) 补碘至超足量者 (200~299 μ g/L)^[22]。

7.2 治疗目标

本阶段的主要治疗目标为：促使 TSH 恢复正常，延缓或阻止其向临床甲减进展。同时，改善乏力、情绪低落等症状，提高患者生活质量。

7.3 干预手段

7.3.1 西医治疗

a) TSH ≥ 10 mIU/L，或 TSH < 10 mIU/L 伴甲减症状、TPOAb 阳性者，应予左甲状腺素 (L-T4) 治疗。每 4~6 周检测甲状腺功能，个体化调整用药剂量；达标后，每 6~12 个月复查一次激素水平。具体治疗方法参考《成人甲状腺功能减退症诊治指南》^[11]。

b) 老年患者 (≥ 60 岁) 需根据年龄、危险因素及合并疾病进行个体化治疗。60~70 岁同 a)；71~80 岁：TSH ≥ 10 mIU/L 且伴甲减症状、心血管疾病危险因素时考虑 L-T4 治疗；TSH < 10 mIU/L 者及 80 岁以上者以随访观察为主^[19]。

7.3.2 中医干预

此阶段患者可基于辨证论治原则采用中医药干预，以改善症状、提高生活质量，并延缓疾病进展。中医证候分型参考《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]。具体治疗方案参考《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]、《桥本甲状腺炎病证结合诊疗指南》^[24]。

7.4 疗效评价

7.4.1 以改善症状为目的

7.4.1.1 干预时长

对于症状明显或西药治疗后症状仍持续存在者，干预时长为1~3个月。

7.4.1.2 评价指标

同 6.4.1。

7.4.2 以改善预后为目的

7.4.2.1 干预时长

针对高风险人群，干预疗程不少于3~6个月，并随访1~2年。

7.4.2.2 主要终点

临床甲减转化率：观察期间进展为临床甲减的人数占比。

临床甲减转化时间：从开始治疗到发展为临床甲减所用时间。

7.4.2.3 次要终点

a) 甲状腺功能逆转指标：TSH 复常率：血清 TSH 恢复至正常参考范围，并在 6 个月后复查仍维持正常的患者比例。

b) TP0Ab 滴度下降率，同 6.4.2.3。

c) 影像学指标改善率：甲状腺超声体积、实质回声、血流、剪切波弹性值改善的患者占比。

1) 甲状腺体积，同 6.4.1.3.1。

2) 实质回声情况：观察治疗前后甲状腺实质回声变化情况，以实质回声分级下降为有效。

3) 甲状腺实质血流信号：观察治疗前后甲状腺实质血流信号分布情况，以 0、I 级血流信号或血流分布降级为有效。

4) 剪切波弹性值

采用剪切波弹性成像，测定治疗前后甲状腺左、右叶的弹性模量平均值，计算甲状腺双叶弹性模量改善率，评估其硬度的改善情况。甲状腺双叶弹性模量改善率定义为：左、右叶弹性模量值下降人数占比，下降例数统计标准为弹性变化值（用药后-用药前）<0 kpa。

d) 生活质量评分改善，同 6.4.1.2。

e) 中医证候积分改善。

f) L-T4 剂量调整有效率：治疗后 L-T4 日剂量较治疗前减少 $\geq 12.5\mu\text{g}$ 的人数占比。

8 临床甲减期

8.1 治疗目标

本阶段的主要治疗目标为缓解甲减的症状和体征，优化生活质量，并促使甲状腺功能恢复正常。同时减轻替代治疗的不良反应，提高治疗耐受性。

8.2 干预手段

8.2.1 西医方案

采用 L-T₄ 替代治疗，根据患者的病情、年龄和体重等，个体化调整剂量。具体方案参考《成人甲状腺功能减退症诊治指南》^[11]、《中国老年人甲状腺疾病诊疗专家共识》^[19]。

8.2.2 中医干预

对于存在疲劳乏力、黏液性水肿、咽部异物感等症状及甲状腺肿者，可依据证候予中药内服和针刺疗法，以降低抗体滴度、改善甲状腺功能和临床症状。伴有颈前压迫感、咽部异物感等局部症状和甲状腺肿者，可予中医外治疗法。若应用激素替代治疗后甲状腺功能恢复正常者，仍持续存在甲状腺肿大、疲劳乏力等症状，或对长期服药存在顾虑者，可结合患者意愿选择中医药辨证治疗。中医证候分型参考《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]。具体治疗方案参考《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》^[5]、《桥本甲状腺炎病证结合诊疗指南》^[23]。

8.3 疗效评价

8.3.1 主要终点

临床症状缓解率：核心症状（乏力、情绪焦虑或抑郁、甲状腺肿大等）的消失或改善率。

8.3.2 次要终点

- a) 生活质量评分改善, 同 6.4.1.2。
- b) 中医证候积分改善。
- c) TP0Ab 滴度下降率。
- d) 影像指标改善率：体积、实质回声、血流信号、剪切波弹性值，同 7.4.2.3。
- e) L-T₄ 剂量调整有效率：治疗后 L-T₄ 日剂量较治疗前减少 $\geq 12.5\mu\text{g}$ 的人数占比。

附录 A
(资料性)

表 1 甲状腺疾病患者生活质量问卷简明版

甲状腺疾病患者生活质量问卷简明版 (Thyroid~specific patient~reported outcome ThyPR039)							
指导语： 以下问题涉及您对健康、或生活其他方面的看法。在我读出每一个问题的同时，请您做出选择。请选择最适当的答案。如果您暂时不能确定，则头脑中的第一反应往往是最正确的。所有问题都请您按照自己的标准、愿望或自己的感觉来回答。注意所有问题都是您最近 4 周内的情况。							
在过去的四个星期里您是否有以下症状			0	1	2	3	4
甲状腺肿 症状	1a	颈部有肿胀的感觉吗？					
	1c	喉咙里有压迫感吗？					
	1h	吞咽食物时感到不适吗？					
甲亢	1l	手颤抖吗？					
	1m	容易出很多汗吗？					
	1n	心悸（也就是，心跳快速）吗？					
	1q	肚子有不适吗					
眼部 症状	1w	眼睛干燥或有异物感吗？					
	1x	有视力下降吗？					
	1bb	对光线非常敏感（怕光）吗？					
甲减	1q	怕冷吗？					
	1cc	手或脚肿胀吗？					
	1dd	皮肤干燥吗？					
	1ee	皮肤发痒吗？					
疲劳	2a	您容易累吗					
	2c	您有毫无动力去做任何事吗？					
	3b*	您感到精力充沛吗？					
认知	4a	您有记忆力下降吗？					
	4b	您有思维缓慢或不清晰的现象吗？					
	4f	您注意力不集中？					
焦虑	5b	您有感到害怕和焦虑吗？					
	5c	您有感到紧张吗？					
	5e	您有感到不安吗？					
	6a	您有感到悲伤吗？					

抑郁	6e	您感到不开心吗？					
	6g*	您有自信吗？					
情绪波动	7c	有注意到自己容易感到压力吗？					
	7d	您有情绪波动的问题吗？					
	7h*	您有感觉在掌控自己的生活吗？					
剩余的问卷是关于您的甲状腺疾病如何影响您生活各个方面的问题。在过去四个星期，您的甲状腺疾病是否已造成您			0	1	2	3	4
社交活动	8a	与其他人（如配偶、子女、男/女朋友、朋友）相处有困难吗？					
	8b	感到自己成为别人的负担？					
	8c	跟其他人发生争执？					
日常生活	9a	您有困难处理日常生活吗？					
	9c	不能参与日常的活动？					
	9e	感到一切事情都需要更长的时间来完成？					
容貌影响	11a	您的甲状腺疾病是否已经影响到您的外貌（如：颈部肿胀、眼睛变化、体重变化）吗？					
	11d	别人看你时是否觉得不安？					
	11e	您的甲状腺疾病有影响您的穿着吗？					
生活质量	12	甲状腺疾病对您的生活质量产生负面的影响吗？					

判断标准^[26]：根据近 4 周内甲状腺疾病对自身的影响程度分别以 0、1、2、3、4 分表示完全没有、有一点、有些、多一些、很多。其中 3 b、6g、7 h 为反相条目，0 =影响严重，4 =完全没有影响。进行缩减后的项目计算出每个亚量表粗分后对照计分表和计算公式转换成标准分，标准分总分范围 0~100 分，得分越高，表示生活质量越差。

附录 B
(资料性)

疲劳乏力量表

表 B.1 疲劳严重程度量表(FSS)

1. 当我疲惫的时候，我的积极性会下降	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
2. 运动使我疲劳	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
3. 我很容易感到疲劳	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
4. 疲劳会影响到我的躯体活动	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
5. 疲劳经常给我带来困扰	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
6. 疲劳使我不能进行持续体力活动	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
7. 疲劳影响我履行某些职责和任务	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
8. 疲劳是影响我活动能力的症状之一	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
9. 疲劳影响了我的工作、家庭或社交生活	1	2	3	4	5	6	7
非常不同意							非常同意
注：由 9 个条目组成，每一条目采用Likert 7 级评分法，1 = 非常不同意，2 = 比较不同意，3 = 稍微不同意，4 = 同意，5 =稍微同意，6 = 比较同意，7 = 非常同意，各项相加即可得到疲劳严重程度评分。							

表 B.2 多维疲劳量表 (MFI)

填表说明：下列问题是为了了解您最近的感觉如何，如果您觉得完全符合您的实际情况，请在数字 5 上打“√”；完全不符合您的情况，请在数字 1 上打“√”。即根据您的实际情况在核实的数字上打“√”。 请注意回答每一道题，不要漏题。						
序号	条目	完全不符合 (1)	不太符合 (2)	一般 (3)	比较符合 (4)	完全符合 (5)
1	我整体感觉不错					
2	我感觉我的体力使我只能做少量工作					
3	我感觉自己精力充沛					
4	我想要做各种自己感觉好的事情					
5	我觉得累					
6	我认为一天中我做了很多事					
7	我在做事时能够集中注意力					
8	根据我的身体情况，我能承担很多工作					
9	我害怕必须做事					
10	我认为我一天中做的事情太少了					
11	我能够很好的集中注意力					
12	我休息得很好					
13	我要集中注意力很费劲					
14	我觉得自己的身体状况不好					
15	我有很多想做的事情					
16	我容易疲倦					
17	我做的事很少					
18	我不想做任何事					
19	我的思想很容易走神					
20	我感觉我的身体状况非常好					

附录 C

(资料性)

焦虑抑郁量表

表 C.1 医院焦虑抑郁量表 (HADS)

项目			评分
1	我感到紧张 (或痛苦) (A)	0=根本没有; 1=有时; 2=大多数时候; 3=几乎所有时候	
2	我对以往感兴趣的事情还是 有兴致 (D)	0=肯定一样; 1=不像以前那样多; 2=只有一点点; 3=根本没有了	
3	我感到有点害怕, 好象预感到有什么可怕事情要发生 (A)	0=根本没有; 1=有一点, 但并不使我害怕; 2=是有, 但并不太严重; 3=非常肯定和十分严重	
4	我能够哈哈大笑, 并看到事物好的一面 (D)	0=我经常这样; 1=现在已经不大这样了	
5	我的心中充满烦恼 (A)	0=偶然如此; 1=时时, 但并不经常; 2=常常如此; 3=大多数时候	
6	我感到愉快 (D)	0=大多数, 1=有时, 2=并不经常, 3=根本没有	
7	我能够安闲而轻松地坐着 (A)	0=肯定; 1=经常; 2=并不经常; 3=根本没有	
8	我对自己的仪容 (打扮自己) 比平时更注意 (D)	0=我仍像以往一样关心; 1=我可能不是非常关心; 2=并不像我应做到的那样关心; 3=一点也不	
9	我有点坐立不安, 好象感到非做点什么不可 (A)	0=根本没有; 1=并不很多; 2=是不少; 3=确实非常多	
10	我对一切都是乐观地向前看 (D)	0=差不多是这样做的; 1=并不完全是这样做的; 2=根本不能这样; 3=完全不能这样	
11	我空发发现成就感 (A)	0=根本没有, 1=并不经常, 2=时常, 3=确实经常	
12	我好像感到情绪在渐渐低落 (A)	0=根本没有; 1=有时; 2=很经常; 3=几乎所有的时间	
13	我感到有点害怕, 好象某个内脏器官变坏了 (A)	0=根本没有; 1=有时; 2=很经常; 3=非常经常	
14	我能欣赏一本好书或一项好的广播或电视节目 (D)	0=常常; 1=有时; 2=并非经常; 3=很少	
总 分			

共 14 个项目, 包含焦虑分量表 (HADS-A) 和抑郁分量表 (HADS-D), 各含 7 个项目, 由被试者自评过去 1 个月的情绪状况。数项为焦虑量表 (A), 分别为第 1、3、5、7、9、11、13 项; 双数项为抑郁量表 (D), 分别为第 2、4、6、8、10、12、14 项, 总分为 21 分。

表 C.2 SAS 焦虑自评量表

题目		A	B	C	D
1	我觉得比平时容易紧张和着急				
2	我无缘无故地感到害怕				
3	我容易心里烦乱或觉得惊恐				
4	我觉得我可能将要发疯				
*5	我觉得一切都很好, 也不会发生什么不幸				
6	我手脚发抖打颤				
7	我因为头痛、颈痛和背痛而苦恼				
8	我感觉容易衰弱和疲乏				
*9	我觉得心平气和, 并且容易安静坐着				
10	我觉得心跳得快				
11	我因为一阵阵头晕而苦恼				
12	我有过晕倒发作, 或觉得要晕倒似的				
*13	我呼气吸气都感到很容易				
14	我手脚麻木和刺痛				
15	我因胃痛和消化不良而苦恼				
16	我常常要小便				
*17	我的手常常是干燥温暖的				
18	我脸红发热				
*19	我容易入睡并且一夜睡得很好				
20	我做噩梦				
总粗分:		标准分:			
判断标准: 带“*”号的条目(第5、9、13、17、19题)为反向计分题, 其余为正向计分题。正向计分: 选A计1分, 选B计2分, 选C计3分, 选D计4分; 反向计分: 选A计4分, 选B计3分, 选C计2分, 选D计1分。总粗分: 20个条目得分相加。标准总分: 总粗分 $\times$ 1.25, 取整数部分。标准总分越高, 焦虑症状越严重。					

表 C. 3 SDS 抑郁自评量表

填表说明：本量表由20个题目构成，采用四级评分，主要评定症状出现的频率。请您阅读以下内容，根据最近一星期的实际情况，在A~D下划“√”。选项说明：A：没有或很少时间有；B：有时有；C：大部分时间有；D：绝大部分或全部时间都有。					
题目		A	B	C	D
1	我觉得闷闷不乐，情绪低沉				
*2	我觉得一天之中早晨最好				
3	我一阵阵哭出来或觉得想哭				
4	我晚上睡眠不好				
*5	我吃得跟平常一样多				
*6	我与异性密切接触时和以往一样感到愉快				
7	我发觉我的体重在下降				
8	我有便秘的苦恼				
9	我心跳比平常快				
10	我无缘无故地感到疲乏				
11	我的头脑跟平常一样清楚				
12	我觉得经常做的事情并没有困难				
13	我觉得不安而平静不下来				
14	我对将来抱有希望				
15	我比平常容易生气激动				
16	我觉得作出决定是容易的				
17	我觉得自己是个有用的人，有人需要我				
*18	我的生活过得很有意思				
19	我认为如果我死了，别人会生活得好些				
*20	平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣				
总粗分：		标准分：			
判断标准：带“*”号的条目（第2、5、6、18、20题）为反向计分题，其余为正向计分题。正向计分：选A计1分，选B计2分，选C计3分，选D计4分；反向计分：选A计4分，选B计3分，选C计2分，选D计1分。总粗分：20个条目得分相加。标准总分：总粗分 × 1.25，取整数部分。标准总分越高，抑郁症状越严重。					

表 C.4 汉密尔顿焦虑量表（HAMA）

填表说明：所有项目采用 0~4 分的 5 级评分法，各级的标准为：0 分无症状；1 分轻度；2 分中等；3 分重度；4 分极重。			
项 目			评分*
1	焦虑心境	担心，预感会发生最坏的情况，恐惧性的期盼，易激惹	
2	紧张	紧张、疲劳、惊恐反应，易激动，颤抖，不能平静，不能放松	
3	害怕	怕黑暗，怕生人，怕独自一人，怕动物，怕过马路，怕人多拥挤	
4	失眠	难入睡，睡眠中断，睡眠不足或醒后感觉困乏，多梦、夜惊	
5	记忆或注意障碍	注意不集中，记忆力不好	
6	抑郁心境	缺乏兴趣，对各项业余爱好感到索然无味，抑郁、早醒，一日之内心境有波动	
7	躯体性焦虑（肌肉系统）	疼痛、抽蓄、强硬、磨牙、说话声音颤抖、音调增高	
8	躯体性焦虑（感觉系统）	耳鸣，视物模糊，时冷时热感，体弱感，刺痛感	
9	心血管系统症状	心动过速、心悸，胸痛，血管波动感，发昏，心律不齐	
10	呼吸系统症状	胸部压迫，呼吸不畅，叹气，呼吸困难	
11	胃肠道症状	吞咽困难，多排气，腹痛，腹部灼热感，腹胀，恶心，呕吐，肠鸣，大便溏稀，体重减轻，便秘	
12	生殖泌尿系统症状	尿频、尿急，闭经、月经过多，性淡漠，早泄，性欲缺乏，阳痿	
13	植物神经系统症状	口干，面色潮红，面色苍白，易出汗，头晕目眩，紧张性头痛，竖毛	
14	会谈时行为表现	烦躁不安，坐立不安或来回走动，手发抖，皱眉，绷紧脸，叹息或呼吸急促，面色苍白，吞咽，嗝气，腱反射，瞳孔扩大，突眼	
总 分			
HAMA 分躯体性和精神性两大类因子结构：（1）躯体性焦虑：由肌肉系统、感觉系统、心血管系统症状、呼吸系统症状、胃肠道症状、生殖泌尿系统症状和植物神经系统症状等 7 项组成，详见第 7-13 项。（2）精神性焦虑：由焦虑心境、紧张、害怕、失眠、认知功能、抑郁心境以及会谈时行为表现等 7 项组成，详见第 1-6、14 项。			

表 C.5 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)

项 目			评分
1	抑郁情绪	0=无症状; 1=只有在问到时才叙述; 2=在谈话中自发地表达; 3=不用语言也可以从表情、姿势、声音或欲哭中流露出这种情绪; 4=患者的自发言语和非言语表达 (表情、动作) 几乎完全表现为这种情绪	
2	有罪感	0=无症状; 1=责备自己, 感到自己已连累他人; 2=认为自己犯了罪, 或反复思考以往的过失或错误; 3=认为目前的疾病是对自己的错误的惩罚或有罪恶妄想; 4=罪恶妄想伴有指责或威胁性幻觉	
3	自杀	0=无症状; 1=觉得活得没有意义; 2=希望自己已经死去或常想到与死有关的事; 3=消极观念 (自杀念头); 4=有严重自杀行为	
4	入睡困难	0=无症状; 1=主诉有入睡困难, 上床 30 分钟后仍不能入睡; 2=主诉 每晚均有入睡困难	
5	睡眠不深	0=无症状; 1=睡眠浅, 多恶梦; 2=半夜 (晚 12 点以前) 曾醒来 (不包括上厕所)	
6	早醒	0=无症状; 1=有早醒, 比平时早醒 1 小时, 但能重新入睡; 2=早醒后无法重新入睡	
7	工作和兴趣	0=无症状; 1=提问时才叙述; 2=自发地直接或间接表达对活动、工作或学习失去兴趣, 如感到无精打采、犹豫不决、不能坚持或需强迫才能工作或活动; 3=活动时间减少或效率降低, 住院者每天病室劳动或娱乐不满 3 小时; 4=因目前的疾病而停止工作, 住院者不参加任何活动或没有他人帮助便不能完成病室日常事务	
8	迟滞	0=无症状; 1=精神检查中发现轻度迟滞; 2=精神检查中发现明显迟滞; 3=精神检查进行困难; 4=完全不能回答问题 (木僵)	
9	激越	0=无症状; 1=检查时显得有些心神不定; 2=明显心神不定或小动作多; 3=不能静坐, 检查中曾起立; 4=措手、咬手指、扯头发、咬嘴唇	
10	精神性焦虑	0=无症状; 1=问及时叙述; 2=自发性表达; 3=表情和言谈流露出明显忧虑; 4=明显惊恐	
11	躯体性焦虑	0=无症状; 1=轻度; 2=中度, 有肯定的上述症状; 3=重度, 上述症状严重, 影响生活或需要处理; 4=严重影响生活和活动	
12	胃肠道症状	0=无症状; 1=食欲减退, 但不需要他人鼓励便自行进食;	

		2=进食需他人催促或请求	
13	全身症状	0=无症状；1=四肢、背部或颈部沉重感；2=症状明显	
14	性症状	0=无症状；1=轻度；2=重度；3=不能肯定（不适用）	
15	疑病	0=无症状；1=对身体健康过分关注；2=反复考虑健康问题； 3=有疑病妄想；4=伴幻觉的疑病妄想	
16	体重减轻	A、根据病史评定： 0=无症状；1=患者叙述可能有体重减轻； 2=肯定体重减轻； B、医师测定体重： 0=体重记录表明1星期内不到0.5kg； 1=体重记录表明1星期内减轻0.5kg以上； 2=体重记录表明1星期内减轻1kg以上	
17	自知力	0=知道自己有病，表现为抑郁；1=知道自己有病，但归咎伙 食太差、环境问题、工作过忙、病毒感染、需要休息； 2=完全否认有病	
总 分			
注：询问患者本人，对患者近一个月的表现进行评价，由检查者在每项提问后进行填写。			

参 考 文 献

- [1] Antonelli A., Ferrari S.M., Corrado A., Di Domenicantonio A., Fallahi P. Autoimmune thyroid disorders. *Autoimmun Rev.* 2015;14(2):174–180. doi: 10.1016/j.autrev.2014.10.016.
- [2] Groenewegen KL, Mooij CF, van Trotsenburg ASP. Persisting symptoms in patients with Hashimoto's disease despite normal thyroid hormone levels: Does thyroid autoimmunity play a role? A systematic review. *J Transl Autoimmun.* 2021;4:100101. Published 2021 Apr 15. doi:10.1016/j.jtauto.2021.100101.
- [3] Zhang H, Tong W, Zeng W, et al. Persistent symptoms in euthyroid Hashimoto's thyroiditis: current hypotheses and emerging management strategies. *Frontiers in Endocrinology.* 2025. doi:10.3389/fendo.2025.1627787.
- [4] Guldvog I, Reitsma LC, Johnsen L, et al. Thyroidectomy Versus Medical Management for Euthyroid Patients With Hashimoto Disease and Persisting Symptoms: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine.* 2019;170(7):453–464. doi:10.7326/M18~0284.
- [5] 丁治国, 夏仲元. 桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南[J/OL]. 中华中医药学刊, 1~31[2025~12~12]. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.r.20250708.1028.00>.
- [6] 国家市场监督管理总局, 国家标准化委员会. 中医临床诊疗术语第1部分: 疾病: GB/T 16751.1—2023[S].
- [7] 王辰, 王建安. 内科学[M]. 第9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
- [8] 赵静, 柏力荀, 王丹玮, 等. 运用中医“整体恒动观”辨治桥本甲状腺炎探析[J]. 中国临床保健杂志, 2020, 23(01):142–145.
- [9] 曾明星, 向楠, 陈继东, 等. 甲状腺疾病中医病名规范化探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(10):1343–1345. DOI:10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2019.10.006.
- [10] 中华医学会内分泌学分会. 中国甲状腺疾病诊治指南[J]. 中华内科杂志, 2008, 47(9):784~788.
- [11] 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. DOI:10.3760/cma.j.issn.1000~6699.2017.02.018.
- [12] 中华医学会检验医学分会, 中华医学会内分泌学分会. 甲状腺疾病常用检验项目的应用专家共识(2025版)[J]. 中华检验医学杂志, 2025, 48(12):1494–1508. DOI:10.3760/cma.j.cn114452-20250321-00184.
- [13] 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. *Br J Nutr.* Published online July 25, 2022. doi:10.1017/S0007114522002367.
- [14] 杜宗毓, 林燕, 王立, 等. 382例桥本甲状腺炎患者甲状腺功能、自身抗体与中医证型分布特点分析[J]. 中国临床医生杂志, 2022, 50(12):1502–1505.
- [15] Feng X, Lyu X, Gao Y, Gao X and Gao R. Analysis of risk factors for hypothyroidism in initially euthyroid patients with positive thyroid autoantibodies: a multicenter retrospective cohort study. *Front. Endocrinol.* 17:1827517. doi: 10.3389/fendo.2026.1827517.
- [16] Walsh JP, Bremner AP, Feddema P, Leedman PJ, Brown SJ, O'Leary P. Thyrotropin and thyroid antibodies as predictors of hypothyroidism: a 13-year,

longitudinal study of a community-based cohort using current immunoassay techniques. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(3):1095~1104. doi:10.1210/jc.2009~1977.

[17] Wartofsky L, Dickey RA. The evidence for a narrower thyrotropin reference range is compelling. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90(9):5483~5488. doi:10.1210/jc.2005~0455.

[18] 宋博, 滕卫平. 血清促甲状腺激素参考值的范围[J]. 中国实用内科杂志, 2025, 45(02):113-116. DOI:10.19538/j.cnki.1007-1226.2025020107.

[19] 中华医学会老年医学分会老年内分泌代谢疾病学组, 中华医学会内分泌学分会甲状腺学组. 中国老年人甲状腺疾病诊疗专家共识(2021)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2021, 37(5):399-418.

[20] Rago T, Chiovato L, Grasso L, Pinchera A, Vitti P. Thyroid ultrasonography as a tool for detecting thyroid autoimmune diseases and predicting thyroid dysfunction in apparently healthy subjects. *J Endocrinol Invest.* 2001 Nov;24(10):763-9. doi: 10.1007/BF03343925.

[21] 赵思童, 胡晓东, 许怀瑾, 等. 桥本甲状腺炎超声与病理学诊断的一致性分析[J]. 解放军医学杂志, 2023, 48(05):530-536.

[22] Teng W, Shan Z, Teng X, et al. Effect of iodine intake on thyroid diseases in China. *N Engl J Med.* 2006;354(26):2783~2793. doi:10.1056/NEJMoa054022.

[23] 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. DOI:10.3760/cma.j.cn311282-20221023-00589.

[24] 高天舒, 倪青. 桥本甲状腺炎病证结合诊疗指南[J]. 中华全科医学, 2024, 22(03):361~367. DOI:10.16766/j.cnki.issn.1674~4152.003403.

[25] 薛霞, 徐旭娟, 顾志峰, 等. 中文版甲状腺疾病患者生活质量问卷简明版的信效度检验[J]. 中国全科医学, 2017, 20(17):2111~2117+2122.

[26] Watt T, Bjorner JB, Groenvold M, et al. Development of a Short Version of the Thyroid-Related Patient-Reported Outcome ThyPRO. *Thyroid.* 2015;25(10):1069~1079. doi:10.1089/thy.2015.0209.

[27] Machado MO, Kang NC, Tai F, et al. Measuring fatigue: a meta-review. *Int J Dermatol.* 2021;60(9):1053~1069. doi:10.1111/ijd.15341.

[28] 乔雪, 刘炳蔚, 牟思霖, 等. 穴位贴敷治疗肝气郁滞型桥本甲状腺炎的疗效: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2024, 44(05):513~520. DOI:10.13703/j.cnki.1005-1226.20230916~k0001.

[29] Thompson E. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occup Med (Lond).* 2015;65(7):601. doi:10.1093/occmed/kqv054.

[30] 吴艳珂, 葛亚雪, 钱嘉惠, 等. 中医内外合治对桥本甲状腺炎伴焦虑抑郁的影响及机制[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(04):1581~1586.

[31] Wang W, Mao J, Zhao J, et al. Decreased Thyroid Peroxidase Antibody Titer in Response to Selenium Supplementation in Autoimmune Thyroiditis and the

Influence of a Selenoprotein P Gene Polymorphism: A Prospective, Multicenter Study in China. *Thyroid*. 2018;28(12):1674~1681. doi:10.1089/thy.2017.0230.

[32] Li Y, Teng D, Guan H, et al. Dynamic Changes in Antithyroperoxidase and Antithyroglobulin Antibodies Suggest an Increased Risk for Abnormal Thyrotropin Levels. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020;11:521. Published 2020 Aug 4. doi:10.3389/fendo.2020.00521.