

基于“龙雷之火”理论探析桥本甲状腺炎免疫病机的理论内涵

龚荣龙^{1,2}, 李倩^{1,2}, 高泓^{2,3,4*}

¹成都中医药大学临床医学院, 四川 成都

²成都中医药大学附属医院, 四川 成都

³成都中医药大学附属医院, 代谢与慢病中医药防治四川省重点实验室, 四川 成都

⁴成都中医药大学附属医院内分泌科, 四川 成都

收稿日期: 2026年9月14日; 录用日期: 2026年10月5日; 发布日期: 2026年10月16日

摘要

目前桥本甲状腺炎发病率不断升高, 临床多表现为甲状腺功能异常, 可出现口干咽燥、心烦失眠、颈前闷胀不适、畏寒肢冷、腰膝酸软、神疲乏力等症状, 严重影响生活质量。目前西医主要采用对症治疗, 无法从根本上调节免疫异常, 而中医药在调节甲状腺免疫紊乱、降低自身抗体、改善甲状腺炎症、逆转早期病变方面具有明确优势。因桥本甲状腺炎发病机制与龙雷之火“水中之火, 静守为阳气, 炽动为龙雷”的特性相合, 故本文以“龙雷之火”理论为纲, 现代免疫机制变化为基础, 从二者相结合的角度出发, 探讨桥本甲状腺炎全周期的免疫机制状态与龙雷之火病机演变规律, 总结现代各医家的临床治验, 提出“温潜、清降、平调、温补”的分期论治治则, 构建基于“龙雷之火”理论的桥本甲状腺炎中医分期辨治体系, 为中医药治疗桥本甲状腺炎提供新的理论思考。

关键词

龙雷之火, 龙火, 雷火, 免疫机制, 桥本甲状腺炎

Exploration on the Theoretical Connotation of Immune Pathogenesis of Hashimoto's Thyroiditis Based on the Theory of "Dragon-Thunder Fire"

Ronglong Gong^{1,2}, Qian Li^{1,2}, Hong Gao^{2,3,4*}

¹Clinical Medical College, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

*通讯作者。

文章引用: 龚荣龙, 李倩, 高泓. 基于“龙雷之火”理论探析桥本甲状腺炎免疫病机的理论内涵[J]. 中医学, 2026, 15(10): 430-437. DOI: 10.12677/tcm.2026.1510576

²Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

³Sichuan Provincial Key Laboratory of Traditional Chinese Medicine for Prevention and Treatment of Metabolic and Chronic Diseases, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

⁴Department of Endocrinology, Affiliated Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

Received: September 14, 2026; accepted: October 5, 2026; published: October 16, 2026

Abstract

With the continuously rising incidence of Hashimoto's thyroiditis (HT), its clinical presentations predominantly involve thyroid dysfunction, manifesting as dry mouth and throat, irritability and insomnia, anterior neck distension and discomfort, aversion to cold with cold extremities, soreness and weakness of the lower back and knees, and profound fatigue, all of which severely impair quality of life. Currently, Western medicine mainly relies on symptomatic treatment and cannot fundamentally regulate the underlying immune dysregulation. In contrast, traditional Chinese medicine (TCM) offers distinct advantages in modulating thyroid immune disorders, reducing autoantibody levels, ameliorating thyroid inflammation, and reversing early-stage pathological changes. Given that the pathogenesis of HT aligns closely with the nature of Long-Lei Huo (Dragon-Thunder Fire)—“a fire within water, which remains subdued and calm as yang qi, yet flares up intensely as Dragon-Thunder when disturbed”—this paper adopts the “Dragon-Thunder Fire” theory as its guiding framework and modern immunological mechanisms as its foundation. By integrating these two perspectives, it investigates the immunological status across the full disease cycle of HT and the corresponding evolutionary pattern of Dragon-Thunder Fire pathogenesis, synthesizes the contemporary clinical experience of various TCM practitioners, and proposes a stage-based therapeutic principle of “warming and anchoring, clearing and descending, harmonizing and regulating, and warming and tonifying.” Ultimately, a stage-based TCM syndrome differentiation and treatment system for HT based on the “Dragon-Thunder Fire” theory is constructed, offering novel theoretical insights into the TCM management of this disease.

Keywords

Dragon-Thunder Fire, Fire of Dragon, Fire of Thunder, Immune Mechanism, Hashimoto's Thyroiditis

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

桥本甲状腺炎(Hashimoto's thyroiditis HT)是一种因免疫功能紊乱导致产生针对自身组织的免疫性炎症,也是最常见的甲状腺疾病之一。据研究调查发现,HT的发病率在全球范围内呈上升趋势,目前全球发病率已达到5%~10% [1];中国乌海地区HT患病率为9.01%。该病具有明显的性别差异,女性患病率显著高于男性[2]。目前西医主要采用对症治疗,针对HT甲减期使用甲状腺激素替代疗法,虽能改善甲状腺功能减退症状,但需长期用药,且无法从根本上调节免疫异常[3];继发甲状腺毒症可用 β 受体阻滞剂治疗或小剂量联用抗甲状腺药物,但有可能因剂量调整不当导致甲减[4]。中医药在调节甲状腺免疫紊

乱、降低自身抗体、改善甲状腺炎症、逆转早期病变方面具有明确优势[5]，但目前中医药治疗桥本甲状腺炎多从“肝郁脾虚”“脾肾阳虚”“肝气郁结”“痰瘀互结”等单一证候切入[6]-[10]，探讨单一方药或复方对自身抗体、甲功的影响，尚缺乏从 HT 全周期角度对该病进行系统辨治的理论框架与诊治体系。

本研究基于“龙雷之火”理论，结合其乃肾水亏极、肝木失涵，相火失位、浮越于上所化之异动之火，其上扰则头眩咽干，内灼则腺体渐萎，外泛则促发自身免疫攻击。此火非实火可直折，非虚火可纯补，具有“得湿而焰，遇水则炽，得辛热则散”的特性[11]，与 HT 隐匿起病、迁延反复、抗体持续升高的临床特征高度契合。故立足“龙雷之火”理论，构建 HT 全周期免疫病机分层框架，覆盖疾病隐匿期至反复耐药期的所有免疫状态，明确各阶段病机特点，提出对应病机的治则治法，为 HT 的中医个体化辨治、中医药干预免疫紊乱提供可落地的理论依据。

2. “龙雷之火”与 HT 的内涵

“龙雷之火”理论源于唐代王冰《素问》注“微者逆之，甚者从之”提到“病之大甚者，犹龙火也”[12]，其开创性以“龙火”以代指虚阳浮越之火，此为理论之雏形。元代朱丹溪在《格致余论·相火论》中进一步指出“见于天者，出于龙雷，则木之气；出于海，则水之气也。具于人者，寄于肝肾二部，肝属木而肾属水也”，由此正式确立“龙雷之火”理论，认为其本质为寄藏于人体肝肾的“相火”，即肝之相火为雷火，肾之相火为龙火[13]。张景岳在《景岳全书》中提到“凡君火动于上，则相火应于下。夫相火者，水中之火也，静而守位则为阳气，炽而无制则为龙雷，而涸泽燎原，无所不至”深刻揭示了龙雷之火的病理转变机制，其安与危全仗阴液之盈亏。阴液充足，则水能涵木、坎能纳阳，龙火潜藏于肾水之中，雷火安守于肝木之内，相火静而为阳气，助司脏腑气化之功；阴液干涸，则水亏无以制火，虚阳失其依附，龙火腾越于下，雷火冲逆于上，遂成无根之浮焰。此时阴亏于下而阳热亢烈于上，同性相引，同气相求，虚火与浮阳内外感通，化而为内动。其变可为阴火，循三焦上冲而扰及甲状腺，故临证可见甲状腺肿大，心慌心悸、烦躁易怒等；或可挟肝风，乘木势横逆而无所不至，临证可见手抖震颤、烦躁不安等。其性本动，其势“如雷之迅、龙之升”，暴烈难制[14]。HT 起病隐匿、迁延反复、抗体持续升高，其病程中所显现的寒热错杂之象[15]，为上焦烦热与下焦虚寒并见、虚火浮越与阳气衰微共存所致，正与龙雷之火“水中之火，静守为阳气，炽动为龙雷”之机相合。HT 初起多由情志内伤，肝气失疏，气机壅滞，郁而化火，此即雷火被扰而妄动之始；或因肾阴素亏，水不涵木，龙雷失制而循经上浮，结于颈前，发为瘰疬，此即龙火失潜、雷火随之冲逆之变。

3. 从“龙雷之火”阐释 HT 病机

3.1. 龙火潜藏不及，阳气不振(隐匿潜伏期)

HT 的隐匿潜伏期在临床上常表现为甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)和甲状腺球蛋白抗体(TgAb)轻度升高，但此时甲状腺功能正常即促甲状腺激素(TSH)、游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)、游离甲状腺素(FT4)尚处于正常范围内，无明显特异性症状，或仅见轻微神疲乏力、畏寒肢冷、腰膝酸软等表现[16]。笔者发现，此阶段可用龙雷之火病机概括为“龙火潜藏不及，阳气不振，摄纳微弛”，肾为先天之本，内寄元阳，乃“龙火”潜藏之所[17]。若先天禀赋不足，或后天劳倦、房劳伤肾，导致肾中阳气不振，命门之火失于潜藏，温煦功能减退，全身失于温养，故见畏寒肢冷、腰膝酸软、神疲乏力、脉沉细等虚寒内盛之象。而在现代医学角度上仅表现为免疫系统的轻微“妄动”——即 TPOAb、TgAb 的升高。由此形成“肾阳不振，浮火微动”的独特格局，使得甲状腺功能仍能代偿正常，而免疫紊乱已在暗处滋生。

据现代研究发现，HT 是自身免疫系统功能的紊乱，目前发现各种免疫细胞，尤其是 T 辅助性 T 细胞 17 (THelperCell17, Th17)/调节性 T 细胞(Regulatory T Cells, Treg)细胞稳态的破坏在其发病机制具有关

键作用[18]。Treg 是维持外周免疫耐受的关键细胞,其功能犹如肾阳的统摄与潜藏之力,能有效抑制自身免疫发生[19]。在 HT 隐匿期,Treg 数量减少、功能轻度下降,导致抗炎因子分泌减少,Th17 细胞增多,激活免疫系统,释放炎症介质,导致自身抗体增加,炎症反应加重,恰印证“阳失固摄,龙火浮越”。与此同时,自然杀伤(NK)细胞活性轻度升高,参与早期的免疫监视与组织损伤,亦可视作阳气不能潜藏而浮游巡视之象。此时甲状腺代偿功能仍属完好,血清 TSH、FT3、FT4 维持在正常范围,疾病处于代偿性隐匿阶段。

3.2. 雷火冲逆上炎,亢盛伤阴(急性活动期)

HT 随着病情进展,患者的 TPOAb 与 TgAb 显著升高,TPOAb 常超过 1000 IU/mL,同时伴有 TSH 降低而 FT3、FT4 升高,提示病情由隐匿潜伏期进展至急性活动期,即桥本甲亢期;甲状腺细胞被破坏,大量甲状腺激素被释放进入血液之中,导致出现暂时性甲亢,此时临床可见甲状腺肿大,心慌心悸、烦躁易怒、多汗怕热、手抖、口干咽燥、失眠多梦、舌红苔黄、脉弦数等典型表现[20]。笔者发现此阶段可用龙雷之火病机概括为“雷火冲逆上炎,亢盛伤阴”。

雷火者,肝中所寄之相火也,其性本应条达而不亢,潜藏而不越。但或因长期情志不遂或压力蓄积,使肝气郁结,肝失疏泄,气机壅滞,相火郁极而发,火热炼津为痰,结于颈前,冲逆而上,发为甲亢;肾内寄元阴元阳,又或因肾水不足以滋养肝体,肝阳无所制而浮越,相火失其依附,逆冲于上则发甲亢[21];雷火乃肝之相火,肝肾失调,终使雷火失位,燔灼三焦,与该期病机相合。

此期 Th17/Treg 平衡被彻底打破,Th17 细胞大量分化导致 Treg 细胞生成被抑制,Th17 细胞在甲状腺中富集后进一步分化相关促炎因子如 IL-17、IL-22 等,进一步加重了 HT 免疫炎症反应[22],致使 B 细胞受体(B cell receptor, BCR)被激活,从而导致调节性 B 细胞(regulatory B cell, Breg)数量增多,Breg 表达凋亡相关因子配体(FasL)和 TNF 相关凋亡诱导配体(TRAIL) [19],可使甲状腺滤泡细胞(thyroid follicular cells, TFCs)损伤和甲状腺实质破坏[23],TFCs 受损,滤泡内甲状腺激素被迫释放入血液之中,从而表现为桥本甲亢,患者可出现心慌、手抖、多汗等甲状腺毒症表现,此即雷火亢盛,伤及阴津;与此同时 B 淋巴细胞接受刺激,大量分化为浆细胞,从而产生高滴度的 TPOAb 和 TgAb,通过抗体依赖细胞介导的细胞毒作用(ADCC)持续损伤甲状腺组织,此处抗体作用恰如中医中“火毒”弥漫咽喉。

3.3. 龙雷交争,寒热错杂(慢性迁延期)

HT 若病情迁延,患者血清 TPOAb 与 TgAb 持续高滴度阳性,甲状腺功能波动于甲亢、正常与甲减之间[15][24],缺乏稳定,则临床症状会出现寒热错杂,即雷火余邪,虚火扰及心肺,灼伤津液,上焦故多见口干咽燥、心烦失眠、颈前闷胀不适等虚热之象;龙火虚衰,命门火不足,脾土失其温煦,寒从中生,水湿不化,故下焦多见畏寒肢冷、腰膝酸软、大便溏薄等虚寒之征,舌质淡红或暗红、苔薄白或薄黄,脉沉弦或细弦。笔者发现此阶段可用龙雷之火病机概括为“龙雷交争,寒热错杂”,可归属于慢性迁延期或免疫失衡期。此时雷火久燔,肾阴持续被耗,终致肾水枯竭,潜藏于命门的龙火失于滋养,渐趋虚衰于下,即龙火虚衰,失其温煦之职,下焦阴寒内盛;雷火浮越,虚火扰动,上焦虚热不宁。龙欲潜而不力,雷欲清而不尽[25],二火交争,寒热互见,虚实夹杂,构成 HT 最为复杂的病理状态。

本时期 Th17 细胞的活动较急性期有所下降但仍持续存在,机体代偿性试图增加 Treg 数量以控制炎症,但在机体目前炎症微环境影响下,部分 Treg 丧失抑制功能,故甲状腺组织仍存在明显的炎症反应和损伤[26]。Th17 与 Treg 进行动态博弈,Th17/Treg 比例严重失衡,构成“龙雷交争”的免疫学本质,即一为炎症肆虐(雷火上扰),一为免疫抑制失守(龙火不潜),此时 TPOAb、TgAb 维持在较高水平,持续攻击导致甲状腺滤泡渐进性破坏,有效滤泡数量减少,即使甲状腺激素漏出停止,机体代偿能力依旧处于

临界状态, 临床多表现为甲状腺功能波动在甲亢、正常与甲减之间。

3.4. 龙火虚衰, 痰瘀互结(反复耐药期)

HT 疾病晚期多见血清 TPOAb 与 TgAb 持续高滴度阳性, 甲状腺功能表现为临床甲减, 同时需大剂量左甲状腺素(L-T4)替代治疗, 且剂量调整困难[27]。此时临床可见神疲乏力、脸色苍白、记忆力减退、反应迟钝、精神萎靡、粘液性水肿等表现[28]。笔者结合发现此阶段可用龙雷之火病机概括为“龙火虚衰, 痰瘀互结”, 此前“龙雷交争”日久, 龙火与雷火在持续的交争中持续损耗衰微。雷火久燔致使阴精涸竭, 雷火衰熄; 龙火虚衰, 复遭雷火长期劫烁致使命门火衰、元阳式微; 即如《景岳全书》所论“阳衰则阴盛, 火亏则寒生”, 故较慢性迁延期而言, 此期焦虚热之象随之退去, 临床不再见寒热错杂, 转而呈现纯阴无阳之象。阳失温运, 气虚推动无力, 津液不行则凝聚为痰, 血液迟滞则留而为瘀。痰性黏滞, 瘀性凝涩, 二者胶结于颈前, 日久结成癥瘕, 故临证可见甲状腺肿大质韧, 触之坚硬如石。痰瘀已成, 复又阻碍气机运行, 困遏残存阳气, 形成“阳虚生痰瘀, 痰瘀困阳气”的恶性循环, 使病情难解。

此期甲状腺滤泡上皮细胞大量凋亡[22], 被纤维结缔组织所取代, 甲状腺激素合成与分泌功能不可逆转性衰竭, 导致永久性甲减; 此时免疫紊乱已非单纯的 Th17/Treg 失衡所能概括, 而是表现为慢性免疫活化的持续与免疫清除、修复能力的全面衰退。促炎因子如 IL-17、IFN- γ 等仍处于较高水平, 但抗炎因子如 IL-10 分泌极低, 机体处于免疫功能失常与慢性炎症仍存的并行状态。这种状态恰如龙火衰微之下, 痰瘀郁滞而微热不散, 死灰余烬久燃不灭, 持续消耗机体气血阴阳。

4. 基于“龙雷之火”探析 HT 的辨治思路

基于“龙雷之火”理论对桥本甲状腺炎(HT)病机演变规律的系统梳理, 故本病的治疗当以“调火”为核心, 依据不同阶段龙雷二火的盛衰、浮潜、交争状态, 分别采用“温潜、清降、平调、温补”四大治则, 同时兼顾化痰散结、活血化瘀, 以恢复甲状腺功能及龙雷之火的正常潜藏, 重建机体免疫稳态。以下分期阐述具体辨治思路。

4.1. 隐匿潜伏期

“龙火潜藏不及, 阳气不振, 摄纳微弛”当为桥本甲状腺炎的初始阶段, 此期肾阳不振之症可显现于临床, 临证可见轻微神疲乏力、畏寒肢冷、腰膝酸软, 下肢水肿, 舌淡胖有齿痕, 脉沉细。免疫学上以 Treg 功能轻度下降、免疫耐受初步打破为特征。故治当以温肾潜阳, 正本清源, 选方可用金匮肾气丸[29]化裁, 其组成为熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、茯苓、牡丹皮、桂枝、炮附子等味。方中熟地黄、山茱萸、山药三药相合重在填补肾中阴精, 泽泻、茯苓、牡丹皮三药以泻助补、阴中求阳, 少佐桂枝与炮附子微微生火, 意在使龙火得暖复其潜藏之性, 全方共奏阴中求阳, 引火归元, 固摄潜纳之功。若患者多有明显焦虑或抑郁情绪, 可适当加入柴胡、郁金、香附等疏肝理气开郁之品[30]。

4.2. 急性活动期

雷火乃相火寄与肝, 肝肾失调, 终使“雷火冲逆上炎, 亢盛伤阴”, 临证可见患者甲状腺肿大, 心慌心悸、烦躁易怒、多汗怕热、手抖、口干咽燥、失眠多梦、舌红苔黄、脉弦数。此为少阴肾水亏虚而不养厥阴肝木, 肝中雷火妄动, 劫烁厥阴阴血, 冲逆上炎扰动心神, 即可见少阴阴伤之证。故治以滋阴潜阳, 清肝降火, 其方可用一贯煎[31]加减, 用药为北沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞子、川楝子、龙骨、牡蛎、夏枯草、黄芩等味。此阶段, 龙雷之火妄动更甚, 雷火冲逆, 故除滋阴之外, 还应合用清肝泻火之品, 方中以一贯煎为底滋养肝肾之因以治其本, 加以龙骨、牡蛎重镇潜阳以抑制雷火冲逆上炎, 合夏枯草、黄芩清肝泻火, 以减雷火上炎之症。临证时若伴有手颤者可加珍珠母、天麻、钩藤、石决明等平肝熄

风潜阳之品以止痉[32]。

4.3. 慢性迁延期

此期“龙雷交争，寒热错杂”，临床见患者甲状腺功能波动于甲亢、正常、甲减之间，临证可见心烦急躁、唇口干燥、怕热、面瘰、颈前闷胀不适等上焦郁热表现，以及畏寒肢冷、腰膝酸软、大便溏薄等下焦虚寒之象，龙火虚衰，失其温煦之职，下焦阴寒内盛；雷火浮越，虚火扰动，上焦虚热不宁。故治以清上温下，寒热平调；选方可用乌梅丸加减[33]，其药用乌梅，细辛，干姜，黄连，黄柏，当归，附子，蜀椒，桂枝，人参等味。其中乌梅酸收敛浮火，可引雷火归位；黄连、黄柏苦寒清泻上焦郁热，宁心安神；附子、干姜、桂枝、细辛、蜀椒辛温温补下焦虚寒，振奋龙火；人参、当归益气养血，固护中州。全方寒温同调，清上而不伤下，温下而不助上。全方使龙火得温而潜归下焦，雷火得清而平息上炎，阴阳交通，水火既济，寒热错杂之证自解。

4.4. 反复耐药期

“龙雷交争”日久，龙火与雷火在持续的交争中持续损耗衰微。雷火久燔致使阴精涸竭，雷火衰熄；龙火虚衰，复遭雷火长期劫烁致使命门火衰、元阳式微；故临证可见神疲乏力、脸色苍白、记忆力减退、反应迟钝、精神萎靡、粘液性水肿等表现，《血证论》云：“一切不治之证终以不善祛瘀之故”，提示病程日久气虚血瘀明显[34]，故此证舌脉多见舌胖大或有齿痕，或伴舌质暗、舌底瘀滞，脉沉细弱。因其龙火衰微，阳气受损，气虚推动无力，痰瘀互结，故其治为温补肾阳，化痰祛瘀，其方可用天魂汤加减[20]，其药用桂枝、附子、炙甘草、黄芪、干姜、茯苓、淫羊藿、仙茅、熟地黄、山药等味。本证虽以肾阳虚衰为本质，但应健脾益气，温升脾阳，使脾运化有功，故用茯苓、黄芪、炙甘草健脾益气，加以附子、桂枝、干姜温阳散寒，助阳气升发，更加淫羊藿、仙茅、熟地黄、山药补肾助阳，扶正固本。若甲状腺结节可加三棱、莪术以散结消癭[35]。

5. 讨论

现代医家对 HT 的中医病机认识经历了从单一证候辨识到多维度理论模型建构的发展过程，但现有模型仍存在不同程度的解释局限。《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南[4]》以甲状腺功能水平为依据，将 HT 划分为桥本甲状腺炎期、桥本甲状腺炎继发甲状腺毒症期、桥本甲状腺炎继发甲状腺功能减退症期三个阶段进行辨证分型，此为目前较为主流的理论模型，其优势在于紧扣甲功变化分期论治，临床可操作性高，局限性在于各阶段辨证分型仍属静态证候归类，未能揭示阶段之间的动态传变规律，尤其对自身抗体滴度升降、疾病迁延反复等免疫学特征缺乏对应解释，难以建立甲功波动与免疫紊乱之间的机制映射；马雯琳等[20]基于“一气周流”理论出发，以脾胃中气升降为枢纽，阐释 HT 甲亢期与甲减期之间的转化关系，在一定程度上揭示了 HT 局部病变与整体气化失调的内在关联。然该理论侧重气机升降的圆运动阐释，未能将自身免疫炎症反应(自身抗体产生、甲状腺滤泡细胞破坏等核心免疫学事件)与气机运动建立对应关系；同时，对甲状腺局部痰瘀结聚、腺体肿大质韧等病理改变的病机阐释亦显薄弱；黄汨萌等[35]从“虚损生积”立论，认为 HT 甲状腺肿大的病机在于日久正虚、痰瘀积结于颈前，对甲状腺局部癥瘕结聚的形成机制给出了较为清晰的解释。然该模型主要适用于 HT 伴甲状腺肿大者，对无明显甲状腺肿大的 HT 患者，尤其是以抗体升高、甲功波动为主要表现的隐匿期与迁延期，缺乏系统的病机阐释，适用范围受限。

综观上述模型，其共性不足在于：或囿于单阶段静态辨证，或侧重某一局部病理环节，均未能将 HT 从免疫耐受打破到甲状腺组织不可逆破坏这一完整免疫病程串联为连贯的病机演化链条，亦未实现各阶段免疫功能变化与中医病机之间的精细化对应。基于此，笔者以“龙雷之火”理论为框架，尝试将 HT 病

机变化串联为一个连贯的演化链,以“龙雷之火”在不同时相的盛衰浮潜对应 HT 病程的自然进展;同时将 HT 从免疫耐受被打破到甲状腺组织被不可逆破坏这一完整免疫过程,及其各阶段免疫功能变化与“龙雷之火”病机演变逐一对应,以期弥补现有理论模型在全病程动态覆盖与免疫机制映射方面的不足,为 HT 全周期中医辨证论治提供更具解释力的理论框架。

6. 结语

HT 作为一种典型的自身免疫性甲状腺疾病,其患病率呈逐年递增,且日益低龄化趋势[36][37],本文从“龙雷之火”与免疫机制相结合角度出发,探讨 HT 全周期的免疫机制状态与“龙雷之火”病机演变规律,总结现代各医家对 HT 的临证经验,提出了“温潜、清降、平调、温补”的分期论治治则,构建基于“龙雷之火”理论的 HT 中医分期辨治体系,为中医治疗 HT 提供新的思路。

同时,本文的研究仍存在若干局限。首先,“龙雷之火”理论与免疫学机制的对应当前主要基于文献梳理与理论推导,尚缺乏系统的实验验证。其次,文中提出的分期治则与代表方药的疗效证据多来源于散在的临床报道,尚缺乏大样本、多中心、前瞻性的随机对照研究支持。此外,龙雷之火升降浮沉的“状态”如何客观量化,如何与 Treg/Th17 比值、细胞因子谱等免疫指标建立精确的映射关系,亦是亟待突破的方法学难题。

基金项目

1、第六批四川省名中医传承工作室建设项目——四川省名中医高泓传承工作室(川中医药办发〔2023〕36号);2、四川省中医药科技产业创新团队专项课题(2022C012)。

参考文献

- [1] Wang, L., Zhu, X., Xu, S., Zhou, B., Wu, Y., Li, Z., et al. (2026) Hashimoto's Thyroiditis: From Pathogenesis to Clinical Management. *Frontiers in Endocrinology*, 17, Article ID: 1729316. <https://doi.org/10.3389/fendo.2026.1729316>
- [2] 鲍德力格尔. 乌海地区桥本甲状腺炎现状及血清 25(OH)D 与性别差异的临床分析[J]. 赤峰学院学报(自然科学版), 2025, 41(11): 36-40.
- [3] 高丽红, 周翔海. 桥本甲状腺炎诊治研究进展[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(3): 235-238.
- [4] China Association of Chinese Medicine. 桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(8): 246-58.
- [5] 刘羽, 刘勇麟, 刘影哲. 补中益气汤调节炎症因子治疗自身免疫性甲状腺炎的研究现状[J]. 时珍国医国药, 2026, 37(3): 535-539.
- [6] 丰雪, 任毅铭, 高安冉, 等. 疏肝化浊方治疗桥本甲状腺炎(肝郁脾虚证)临床研究[J]. 辽宁中医杂志: 1-10. <https://link.cnki.net/urlid/21.1128.r.20260409.1601.002>, 2026-10-12.
- [7] 张志丹, 卜健, 沈红权, 等. 芍药甘草汤治疗肝郁脾虚型桥本甲状腺炎非甲减期的临床疗效及对血清炎症因子的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2025, 41(8): 1087-1093.
- [8] 武文平, 张薇, 佟瑞. 健脾温肾正气法治疗脾肾阳虚型桥本甲状腺炎的效果及对甲状腺功能的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2025, 52(6): 59-62.
- [9] 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(5): 513-520.
- [10] 魏彦宁, 石艳霞, 曹丹丹, 等. 消瘿散外敷联合左甲状腺素钠片治疗甲减期痰瘀互结型桥本甲状腺炎临床观察[J]. 山西中医, 2026, 42(1): 44-45.
- [11] 刘洋. 龙雷之火病机总论[J]. 中医药通报, 2023, 22(3): 46-47+68.
- [12] 刘智慧, 白浩, 宋金婷, 等. 基于“龙雷之火”上浮探讨刘焯教授运用清润疗法治疗儿童抽动障碍治验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2025, 27(11): 137-140.
- [13] 王永涛, 张怀亮. 相火、阴火、龙雷之火、浮游之火统一论[J]. 国医论坛, 2019, 34(4): 10-11.

- [14] 杜宁宁, 刘长玉. 从“水不足、火不旺”浅析“龙雷之火”——基于阴阳、五行和藏象理论[J]. 吉林中医药, 2017, 37(8): 770-773.
- [15] 范景丽, 孙铁锋, 王敬涛, 等. 192 例桥本甲状腺炎患者流行特征及临床症状分析[J]. 中华地方病学杂志, 2025, 44(10): 846-850.
- [16] Ragusa, F., Fallahi, P., Elia, G., Gonnella, D., Paparo, S.R., Giusti, C., et al. (2019) Hashimotos' Thyroiditis: Epidemiology, Pathogenesis, Clinic and Therapy. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33, Article ID: 101367. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2019.101367>
- [17] 李琳珂, 蔡永敏. “龙火”“龙雷之火”“雷火”的辨析及考证[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26(3): 299-300+11.
- [18] 娄文凤, 马文欣, 胡铁琳, 等. 基于“阴平阳秘”理论探讨 T 细胞轴对桥本甲状腺炎的影响[J]. 世界中医药, 2026, 21(4): 724-730.
- [19] 李奕, 汤子媚, 王容, 等. 桥本甲状腺炎: 免疫学发病机制的进展[J]. 中国免疫学杂志, 2025, 41(9): 2098-2105.
- [20] 马雯琳, 孙婧, 周希乔, 等. 从“一气周流”理论辨治桥本甲状腺炎[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(10): 1419-1425.
- [21] 汤怡婷, 陈玉鹏, 庞晴, 等. 林兰基于龙雷之火理论辨治甲状腺功能亢进症经验[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(9): 4202-4206.
- [22] 高晓莉, 马德寿, 江彤, 等. Th17 细胞与 IL-17 在桥本甲状腺炎中的研究进展[J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2024, 40(4): 373-377.
- [23] 姚文杰, 宋凯雨, 姜冠桐, 等. 桥本甲状腺炎的研究进展[J]. 国际医药卫生导报, 2023, 29(6): 741-744.
- [24] 陈海东, 龚旭初. 龚旭初“消、托、补”三法分期论治桥本甲状腺炎经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2025, 45(3): 553-557.
- [25] 解泽同, 李良松. 论析《伤寒论》相火之机[J]. 中医学报, 1-6. <https://link.cnki.net/urlid/41.1411.R.20250901.1334.058>, 2026-10-12.
- [26] 娄文凤, 马文欣, 胡铁琳, 等. 中西医调节 Th17 细胞/Treg 细胞平衡在桥本甲状腺炎的研究进展[J]. 世界中医药, 2026, 21(2): 320-326.
- [27] 葛亚雪, 钱嘉惠, 吴艳珂, 等. 《桥本甲状腺炎中西医结合诊疗指南》编制要点及特点分析[J]. 中华中医药学刊: 1-27. <https://link.cnki.net/urlid/21.1546.R.20260206.1755.002>, 2026-10-12.
- [28] 胡雪淇, 闫梦如, 杨小雪, 等. 名中医李惠林从“燮理阴阳”论治桥本甲状腺炎经验[J]. 陕西中医, 2025, 46(5): 676-679+684.
- [29] 李军, 赵焱鑫, 闫敏, 等. 基于“木郁达之”辨治桥本甲状腺炎[J]. 中国民间疗法, 2026, 34(1): 4-7.
- [30] 余晓, 曹莹. 基于古今医案云平台探讨中药复方治疗桥本甲状腺炎的用药规律[J]. 亚太传统医药, 2026, 22(7): 114-120.
- [31] 赵焱鑫, 杨栋, 李军, 等. 从“调枢和营”角度论治桥本甲状腺炎[J]. 中医临床研究, 2025, 17(7): 109-113.
- [32] 廖明娟, 唐汉钧. 唐汉钧治疗桥本氏甲状腺炎经验总结[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(11): 27-31.
- [33] 宋双宏, 高天旭, 王晓琳, 等. 高体三基于“三阴同调”运用乌梅丸治疗桥本甲状腺炎之经验[J]. 江苏中医药, 2025, 57(8): 13-16.
- [34] 包文辉, 张曾聿. 基于精明失养辨治桥本甲状腺炎[J]. 中医杂志, 2024, 65(13): 1399-1402.
- [35] 黄汨萌, 邵迎新. 从“虚损生积”论治桥本甲状腺炎[J]. 山西中医, 2024, 40(8): 1-3.
- [36] 司富春, 宋雪杰. 中医治疗桥本甲状腺炎的证候分布和方药规律文献研究[J]. 中医杂志, 2019, 60(8): 701-707.
- [37] 方露, 朱武飞, 廖翔宇, 等. 桥本氏甲状腺炎患者年龄、性别分布及自身免疫抗体水平分析[J]. 微循环学杂志, 2020, 30(1): 69-72.