

基于“体脏合痹”理论 论治风湿免疫病专栏

【按语】在现代风湿免疫疾病谱系日趋复杂、多系统受累成为主流的背景下，中医风湿病学亟需一场立足根本、观照全局的理论创新。值此之际，中国中医科学院广安门医院姜泉教授团队提出的“体脏合痹”学说应运而生，可谓恰逢其时。该理论在继承中医经典与前辈学说的基础上，进一步系统梳理与深化拓展，自《“体脏合痹”理论内涵及其在风湿免疫病防治中的应用思路》一文于 2024 年 5 月正式发表以来，迅速引起学界广泛关注与深入探讨。文章对理论内涵与概念体系的阐述持之有据、要言不繁，体现了严谨的学术态度与清晰的逻辑脉络。“体脏合痹”理论深植于《内经》“五体痹”“五脏痹”传变与伏邪思想，并融汇了五行学说、气血津液及脏腑经络之理论精华。特别是《黄帝内经》的伏邪理论，对临床指导意义极大，如明清两代发展形成的伏气温病学说。但六淫皆可为伏，非独温也，特别是风寒湿邪，三气杂至合而为痹，可以从五体痹发展成五脏痹，正是风寒湿邪内含于脏腑的伏邪。从这个角度去理解，许多风湿免疫疾病的发展脉络就清晰可见了。尤其需要注意的是，古人特别重视环境因素，风寒湿是人体可以直接感受到的。为什么北方寒冷地区的许多哮喘、高血压病、银屑病、类风湿病等病人，移居到南方，病情就大大缓解，而回到北方又加重？所以，古人这些重视环境因素的思想，都可能对我们现代风湿免疫病的研究带来深刻的启示。回顾过去，众多中医名家如路志正、焦树德、李济仁等学者，持续深耕痹病领域，为痹病理论的丰富与发展奠定了坚实基础。例如，路老、焦老等人合著的《痹病论治学》，系统总结了痹病理论；李老早年提出的“体脏互观、痹痿通治”理念，以及本人在与李老合著的《痹证通论》基础上主编的《脏腑风湿论》等。可见，“体脏合痹”理论既汲取了以往的宝贵经验，又直面当代风湿免疫病多系统受累、病情复杂多变的临床实际，是顺应新时代疾病特征、遵循中医药自身发展规律的重要理论创新。它不仅是对痹病学术思想的深化与拓展，更是中医原创思维在当代疾病语境下的生动实践与理论升华，展现出中医理论强大的生命力与时代活力。本期专栏集结的十篇力作，从多个维度对“体脏合痹”理论进行了深入阐释与实证探索。内容涵盖中西医结合诊疗思维的构建、痹病病位与体脏传变规律的剖析，以及从“肾藏精”角度对病机诊疗的再思考，基于阴阳五行对共病防治的新见解；既有对气血津液机理及时空演变的现代诠释，也有致力于构建类风湿关节炎“态靶辨治”新体系的探索；更有将血液炎症指标与心血管风险纳入中医时空观进行因果探讨的跨界研究，以及基于大规模临床数据的证候差异与疗效评价实证分析。本组文章体系完整、逻辑严密、学研并重，充分体现了“从临床中来，到临床中去”的研究理念，是“体脏合痹”理论从理论构建迈向临床实践的关键一步。本专栏的出版，对于传播“体脏合痹”理论的科学内涵、交流中医药传承创新经验具有重要意义。它标志着中医风湿免疫病在传承创新道路上迈出坚实步伐，为应对现代复杂疾病模式提供了全新的中医思路与解决方案，最终必将惠及广大患者，引领学科未来发展。

仝小林

乙巳中秋于北京广安门医院

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.21.006

基于“体脏合痹”理论探讨风湿免疫病 中西医结合诊疗思维框架的构建

韩曼¹, 姜泉^{1✉}, 曾小峰², 李梦涛², 唐晓颇¹, 巩勋¹, 焦娟¹

1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053; 2. 中国医学科学院北京协和医院

[摘要] 基于“体脏合痹”理论, 构建风湿免疫病体-脏动态关联的诊疗思维框架。在阐释“体脏合痹”理论内涵的基础上, 从免疫稳态和异常免疫反应两个方面对“体脏合痹”理论进行中西医学互释; 提出“体脏合痹”理论指导下诊断思维、治疗思维、预防思维、康复思维的四维整合诊疗思维体系框架, 并对该框架结合现代技术的发展前景进行展望, 为风湿免疫病的中西医结合诊疗提供思路和方法。

[关键词] 风湿免疫病; 体脏合痹; 中西医结合; 诊疗思维

风湿免疫病属于中医学“痹病”范畴^[1], 是具有高度异质性的自身免疫性疾病群, 其病理特征呈现多维度复杂性^[2]。在临床表现层面, 除关节滑膜炎、骨侵蚀等肌骨系统典型病变外, 风湿免疫病常伴随多系统、多器官损伤; 在发病机制层面, 风湿免疫病多涉及先天/适应性免疫失调、细胞因子网络紊乱、免疫代谢重编程及炎性衰老等多层次生物过程交互作用^[2]。风湿免疫病临床治疗中常面临继发感染风险高、心血管事件风险增加及药物应答异质性、长期用药的抗药性等挑战, 同时单靶点干预对风湿免疫病免疫-代谢-微环境多维失衡的调控难以达到理想效果^[3]。

“体脏合痹”理论强调五体(皮、肉、筋、骨、脉)与五脏(肺、脾、肝、肾、心)在生理病理上的紧密联系, 注重痹病中五体与五脏的相互影响、相互传变, 强调在风湿免疫病的诊疗过程中不仅要关注患者体表的痹病表现, 还强调深入探究其内在的脏腑功能失调^[4]。本文通过深入探索“体脏合痹”理论的内涵及其在现代风湿免疫病诊疗中的应用价值, 进一步构建风湿免疫病中西医临床诊疗思维, 以期为解决风湿免疫病临床疑难问题、提高临

床疗效提供思路。

1 “体脏合痹”的理论内涵

《素问·痹论篇》首次系统构建了五体痹向五脏痹传变的病理模型, 揭示了外邪侵袭由表及里的动态演化规律, 即五体(皮、肉、脉、筋、骨)作为脏腑功能的外在载体, 其痹阻状态可通过经络系统内传相应脏腑, 形成“体痹未已, 复感于邪, 内舍于脏”的传变路径。具体而言, 风、寒、湿三气杂至引发的皮痹可进一步引发肺痹, 表现为烦、满、喘、呕等肺系症状; 肌痹传脾则见四肢懈惰、脘痞呕逆等脾失健运之象。临床实践中, 风湿免疫病除关节、肌肉、肢体症状表现外, 还呈现多系统、多脏器受累、传变复杂多变的特点, 如类风湿关节炎(RA)患者早期多表现为关节晨僵、肿胀等体痹特征, 随着病程进展逐渐出现间质性肺炎(肺痹)、心脏瓣膜病变(心痹)等脏腑受累表现。基于此, 本团队融合中医学痹病理论及现代风湿免疫病研究成果, 提出体痹及脏、脏痹及体、体脏合痹的五体-脏腑动态传变的痹病观, 强调在风湿免疫病诊疗中需建立“观体知脏, 治脏调体”的整体思维, 通过调控体脏间的气血输布与功能协调将治疗关口前移。

2 “体脏合痹”的中西医学理论互释

2.1 从免疫稳态阐释“体脏合痹”

免疫稳态是机体通过精密调控, 在清除病原体

基金项目: 中央高水平中医医院临床科研业务费(HLCMHPP2023087); 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A01503); 青海省重点研发与转化计划科技援青专项(2025-QY-212); 中华中医药学会雏鹰计划中医临床青年人才研修项目(CYJH2024015); 青海省“昆仑英才·高端创新创业人才”项目(QHKLYC-GDCXCXY-2023-313)

✉ 通讯作者: doctorjq@126.com

与异常细胞时避免过度炎症及自身免疫损伤的动态平衡状态^[5]。当免疫细胞代谢重编程异常、关键免疫调节分子表达失调,免疫稳态即被打破,进而引发系统性红斑狼疮(SLE)、RA等风湿免疫性疾病^[6-7]。中医学之正气不仅包含抗病能力之意,更强调维持脏腑协调、气血畅达的动态平衡,与西医学维持、调整免疫稳态的观念不谋而合;而“邪盛正衰”则对应免疫稳态失衡致使疾病发生的含义^[8]。故而本团队提出,风湿免疫病的发生发展本质是体脏系统免疫稳态的破坏过程:外邪侵袭首先导致体络痹阻,表现为免疫细胞异常活化、炎症因子释放,即现代医学中的局部免疫紊乱;随后,病理状态通过“络病传脏”机制,从五体(皮、肉、筋、骨、脉)累及五脏(心、肝、脾、肺、肾),引发脏腑功能失调,产生器官特异性自身抗体,导致全身免疫失衡。在治疗层面,基于“体脏合痹”理论提出的“和正祛邪、多靶调衡”治则与免疫稳态重建目标高度契合:“祛邪”可对应过度免疫反应的抑制,以青蒿琥酯为例,其通过干扰素调节因子4(IRF4)介导抑制干燥综合征(SS)辅助性T淋巴细胞17(Th17)及辅助性T淋巴细胞1(Th1)细胞分化,减少免疫抗体产生与细胞因子分泌,改善SS病情^[9];“和正”则聚焦免疫耐受重塑,如益气清络方通过上调RA患者外周血单个核细胞中微小RNA-146a(miR-146a)表达,纠正Th17/调节性T细胞(Treg)平衡,与甲氨蝶呤协同改善病情^[10]。综上,西医学免疫稳态相关研究可为“体脏合痹”理论提供科学依据;而“体脏合痹”理论则从整体观角度为理解风湿免疫病的发病机制与治疗策略提供思维框架;二者相互补充,共同深化对风湿免疫性疾病的认知。

2.2 从异常免疫反应阐释“体脏合痹”

风湿免疫病是一类复杂而多变的自身免疫性疾病,涉及免疫系统的异常激活,常广泛累及人体多个系统与脏器,从皮肤、关节、肌肉到内脏器官如心、肺、肾等均可能受到不同程度的损害。风湿免疫病患者的免疫系统对自身组织产生异常免疫反应,导致关节、肌肉、骨骼等组织的炎症和损伤;同时,免疫系统的异常激活也会影响内脏器官的功能,导致共病的发生^[11]。这些疾病的免疫机制错综复杂,涉及免疫细胞的异常激活、自身抗体的产生、免疫复合物的沉积以及补体系统的过度反应等多个层面,共同作用导致了组织损伤和炎症反应的持续存在^[11-12]。从免疫微环境视角分析,免疫细胞

如Th17/Treg失衡、功能紊乱→促炎因子如肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素6(IL-6)等级联释放→微血管内皮损伤及细胞外基质重塑→关节与组织发生炎症及慢性损伤→器官的慢性炎症、纤维化进程^[13],这一过程也在分子层面印证了中医学络脉痹阻、脏腑失和以及久病入络、络损及脏的观点。具体而言,气血津液代谢紊乱在体脏合痹过程中呈现特殊的生物学表征,如SLE的血小板活化因子(PAF)介导的微循环障碍及血管新生异常^[14]与中医学“血瘀”类似,转化生长因子 β 1(TGF- β 1)诱导的成纤维细胞活化及胶原沉积密切相关^[15]则与中医学“痰浊”类似。而骨不仅提供结构支持,还通过分泌特定细胞因子骨因子在维持各器官功能和平衡方面发挥关键作用^[3]。以上研究均从免疫学角度诠释了“体脏合痹”的病理学机制。

“体脏合痹”理论指出体与脏紧密联系,表里相合,互为统属,相互依存,通过五行的体脏系统、经络的循环沟通、气血津液的濡养、脑髓的意识活动,构成了关系密切的系统网络,充分反映了风湿免疫病多系统损害的复杂特性。以RA(体)与肺间质病变(脏)的关联机制为例,RA相关间质性肺病(RA-ILD)患者关节滑膜组织和肺组织中信号淋巴细胞活化分子1(SLAMF1)和信号淋巴细胞活化分子7(SLAMF7)的表达均显著上调^[16]。从中医学角度来看,RA的肺间质纤维化乃痰瘀互结、痹阻体脏,上焦气化失司所致^[17],而益气化痰活血法可同步改善肺纤维化患者肺活量(VC)、用力肺活量(FVC)及一秒用力呼气容积(FEV1)/用力肺活量(FVC)^[18],体现了“体脏合痹”的科学内涵。

3 “体脏合痹”理论下诊疗思维框架的构建和发展前景

3.1 风湿免疫病中西医结合诊疗思维框架的构建

3.1.1 诊断思维 “体脏合痹”理论强调五体(筋,脉,肉,皮,骨)与五脏(肝、心、脾、肺、肾)的动态关联,将中医宏观辨证与西医微观检测有机结合,从“辨人-辨病-辨证-辨症”四个层次深入剖析五体、五脏的病理变化,为临床决策提供依据。

1) 辨人。综合分析患者的年龄、性别、体质、生活环境等因素,是个体化诊疗的基础。例如,老年RA患者多因肝肾亏虚,筋骨失养,易出现关节畸形、腰膝酸软;青年女性SLE患者常因情志失

调、阴虚内热，伴见面部红斑、五心烦热。地域因素同样影响疾病表现，如北方寒湿地区患者，风湿症状多以关节冷痛、遇寒加重为主；南方湿热地区患者，则常见关节红肿热痛、舌苔黄腻。这种对患者个体情况的全面评估能为后续辨病、辨证提供方向。

2) 辨病。辨病需整合中医四诊信息与西医检查结果，明晰疾病发生部位及传变趋势。从五体角度，观察皮肤红斑（皮痹）、肌肉萎缩（肉痹）、筋脉拘挛（筋痹）、骨节变形（骨痹）、脉象异常（脉痹）等体征，结合影像学检查结果（如 RA 的关节 X 线骨质侵蚀、强直性脊柱炎的骶髂关节 CT 炎性改变）和实验室指标（如 SLE 的抗双链 DNA 抗体阳性），明确病位。从五脏角度，若患者出现心悸、胁痛、腹胀、咳喘、水肿等症状，需进一步排查是否存在心脏受累（心痹）、肝功能异常（肝痹）、间质性肺炎（肺痹）、狼疮性肾炎（肾痹）等脏腑损害，捕捉“体痹及脏”的早期信号。

3) 辨证。指通过四诊信息归纳中医证候，揭示五体痹与五脏痹的病机。如患者关节疼痛、遇寒加剧，伴肢体沉重、舌苔白腻，反映寒湿之邪侵袭筋脉，困阻脾阳，为风寒湿痹证；患者关节隐痛、腰膝酸软，伴头晕耳鸣、脉沉细，提示筋骨失养，病位涉及肝肾，为肝肾亏虚证。在 RA 诊断中，若患者关节肿胀灼热、舌红苔黄，结合血沉、C 反应蛋白升高，辨证为湿热痹阻证，治当清热利湿；若同时出现咳嗽、咳痰、喘憋等症状，需警惕“体痹及肺”，应进一步检查肺 CT、肺功能，调整辨证为湿热蕴结兼痰瘀阻肺证，精准把握体脏同病的复杂病机。

4) 辨症。指强调针对主症施治，并随病情变化动态调整。例如，对于 SLE 患者的面部红斑（皮痹），提示邪热泛滥肌表而发为斑疹，可外用清热解毒中药膏剂，使药力直达病变皮肤，迅速缓解皮损症状；若红斑加重伴高热、神昏，提示邪毒内陷心包（心痹），需急投清心开窍之品。临床实践中可通过定期监测五体症状（如关节肿痛程度、皮肤红斑变化）和五脏功能指标（如肝肾功能、心肌酶谱）评估疾病进展。若 RA 患者经治疗后关节疼痛缓解，但出现纳差、便溏，提示邪气伤及脾胃，需调整处方，加入健脾和胃药物，实现对症精准干预。

综上，基于“体脏合痹”的诊断思维，通过辨人、辨病、辨证、辨症四个层次，为风湿免疫病的早期识别、传变预判及个体化治疗奠定坚实基础。

3.1.2 治疗思维 风湿免疫病作为一类慢性、进行性且多系统受累的疾病，治疗时呈现病程迁延、疗程漫长、病情反复等难点。虽然现代医学在风湿免疫病治疗中已取得了显著进展，但长期用药的安全性问题日益凸显。如糖皮质激素作为许多风湿免疫病的基础治疗药物，长期应用导致库欣综合征发生率上升^[19]，同时其带来的骨密度下降常导致骨质疏松症及病理性骨折风险升高等^[20]；免疫抑制剂如甲氨蝶呤能控制 RA 患者病情，但约 50% 患者治疗效果不佳或复发后再次用药治疗应答不充分^[21]，且临床应用存在不同比例的肝脏毒性发生率^[22]。以上均说明西医治疗模式在长期疾病管理中存在一定局限性。

基于“体脏合痹”理论构建治疗思维，通过整合中西医优势，可形成精准协同的创新治疗模式。一方面，遵循体脏传变规律，分层阻断病理进程。风湿免疫病遵循“体痹及脏、脏痹及体”的动态传变规律，治疗需依据疾病进展阶段分层干预。以 SLE 为例，早期患者常表现为蝶形红斑、关节疼痛等症状，此时病邪尚在体表，治疗应以透邪解毒、凉血通络为核心，选用牡丹皮、赤芍等凉血活血药物，同时联合西医免疫调节治疗，阻断病邪内传；若病情进展出现蛋白尿、水肿等表现，表明病邪已由体入脏，需在原方基础上配伍芡实、金樱子等益肾固精之品，配合西医保护肾脏的治疗，通过体脏双向调节截断病势。另一方面，加强中西医协同治疗，优化疾病管理结局。“体脏合痹”理论指导下的治疗思维强调中西医优势互补，以西药快速控制免疫炎症^[23]，采用中药依托多靶点调节机制实现增效减毒^[10, 18]。例如，清热活血方联合甲氨蝶呤治疗 RA，清热活血方通过 Th1/辅助性 T 淋巴细胞 2 (Th2) 细胞平衡、抑制炎症因子表达增强西药疗效，同时还可减轻甲氨蝶呤的肝脏毒性^[24]。针对依赖激素的患者，中医药可通过补肾健脾改善体质，减少激素依赖；运用清热减毒、补肾减毒等治法，缓解激素引发的骨质疏松、代谢紊乱等副作用，助力安全减停激素^[25-26]。这种中西医协同模式，既能发挥现代医学的精准靶向治疗优势，又体现了中医整体调节特色，为风湿免疫病的全程管理提供了高效、安全的创新路径。

3.1.3 预防思维 基于“体脏合痹”理论，风湿免疫病的防治体系应从“形-脏-神”三维动态关系切入，建立“未病先防-既病防传-瘥后防复”的三级预防体系。

在防发病层面,针对 RA、SLE 等疾病前驱状态,中医学认识到“伏邪致痹”,认为先天禀赋异常与后天脏腑失调共同构成“痹毒内伏”的发病基础^[27]。此时通过运用扶正祛邪的策略,如服用具有调气血、清热解毒功效的中药汤剂及采用针灸、拔罐等外治法,以增强体质,阻断疾病的发生。同时,应注重生活方式的调整,如合理膳食、适度运动、调畅情志等,以维护机体的阴阳平衡,防止痹毒外发。

在防传变层面,“体脏合痹”理论揭示了五体痹与五脏痹之间的传变关系,指出风湿免疫病传变遵循“经脉络属,脏气相通”的规律。如 SLE 患者早期虽以皮肤红斑为首表现,但其“阴虚血热”的本质已现,阴精亏虚导致虚火内生,形成“体痹传脏”之势。此时通过滋阴清热、凉血解毒之法,如使用生地、玄参、牡丹皮等中药或针刺太溪、三阴交等穴位,以滋养阴液、清泄虚火,防止疾病由体表向脏腑深入传变或脏腑病变进一步累及他脏。

在防共病层面,中医注重脏腑间的相互关联与影响,通过调理脏腑功能,达到“调脏安体”的目的,从而避免或减轻因脏腑功能失调而引发的多种并发症。如 RA 患者较普通人群的心血管事件风险升高,其中心肌梗死的风险升高了 2~3 倍,卒中风险升高约 50%^[28]。中医学认为此乃“久痹入络,痰瘀互结”所致,此时可通过活血化瘀、化痰通络之法,以改善微循环障碍、调节免疫功能紊乱,打破“痹-络-脏”传变的恶性循环,实现疾病的个体化、系统化防治。这种预防共病的理念体现了中医学“既病防变”的学术思想,通过多靶点干预,有效降低了风湿免疫病患者的共病风险。

在防复发层面,“体脏合痹”理论揭示了风湿免疫病缓解期“余邪未清,正气待复”的核心病机,指出预防复发需遵循“固护正气,调和脏腑,清除余邪”的规律。如 SLE 患者经治疗后,虽皮疹消退、关节疼痛减轻、指标改善进入缓解期,但其“肝肾阴虚,余热瘀阻”的根本矛盾往往尚未完全解决。此时脏腑精气亏虚,正气不足,卫外不固,且体内可能仍有伏邪(如残余热毒),形成“正虚邪恋”之势。稍遇诱因(如外感、劳累、情志失调、日晒)极易引动伏邪,再次由脏腑功能失调外现于五体(皮肤、关节等),或直接引发脏腑病变复发。此时,应通过“培补肝肾、益气养阴、清透余邪、活血通络”之法,以固本培元、调和脏腑气血、清除残余病邪,有效阻断“脏腑虚损引动伏

邪,内外合邪导致复发”的病机变化规律,防止疾病在缓解期后再次发作或加重,实现“瘥后防复”的目标。

3.1.4 康复思维 基于“体脏合痹”理论,风湿免疫病康复需遵循“形神同治、动静相衡”的核心原则,通过“调形以养神,养体以和脏”的康复路径,实现机体功能重塑。“体脏合痹”理论强调“体为脏之华,脏为体之根”的体脏互用关系,认为关节筋骨(体)与五脏六腑(脏)通过经络系统形成能量-信息-物质的三维交互网络。因此,在风湿免疫病康复过程中不仅要关注关节筋骨等“形”的恢复,更要重视脏腑功能、气血状态的调整,以及精神心理层面的调护,实现身心同步康复。

八段锦、太极拳、五禽戏等传统功法在风湿免疫病康复中展现出显著效果。如针对纤维肌痛症患者的研究^[29]发现,八段锦练习能够显著改善患者的疼痛程度,并全面改善纤维肌痛影响问卷(FIQ)、疲劳多维评估(MAF)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)等指标。太极拳练习也被证实能够降低风湿免疫病患者的炎症指标^[30],减轻关节疼痛和僵硬感,同时提高患者的自我效能感和生活质量^[31]。传统功法通过柔和缓慢的动作、均匀的呼吸以及意念的引导,有效促进气血运行、调和阴阳、增强体质,从而改善风湿免疫病患者的症状、提高生活质量,且安全性高、副作用小,值得在临床实践中进一步推广和应用。

3.2 风湿免疫病中西医结合诊疗思维的发展前景

人工智能、生物信息学与可穿戴技术等现代科技的深度融合为揭示风湿免疫病“五体-脏腑”动态传变的科学本质提供了全新视角,也推动了中西医诊疗思维在数字化时代的系统性重构。如基于多模态数据构建中西医融合分析平台,整合中医四诊信息与西医免疫指标、影像组学等多维度数据,有望动态解析“体痹传脏”的潜在规律。代谢组学与肠道菌群分析的联合应用可从“脾胃为后天之本”的角度解析风湿免疫病共病机制。研究发现,RA 患者的肠道菌群失衡特征中,普雷沃菌的异常增殖可通过激活 Th17 细胞免疫反应、诱发自身抗体产生等机制加剧关节炎症^[32],而补充益生菌能调节 Th17/Treg 平衡从而缓解病情^[33],这些发现揭示了肠道菌群通过“肠-关节轴”调控 RA 共病机制的关键作用。随着互联网技术的迭代,可穿戴医疗设备可为风湿免疫病精准管理提供技术支撑。基于相关技术构建中医健康管理平台,通过实时采集患者

关节活动度及行为模式等数据,结合动态监测-智能评估-个性化干预的闭环管理体系,可实现健康风险的早期预警与行为干预靶点识别,进而驱动中医“治未病”理念指导下的个体化健康促进方案,最终达成改善患者预后及生存质量的核心目标。

以上技术突破可推动风湿免疫病诊疗从经验医学向数字医学的转型,更构建了连接传统理论与现代科学的转化通道。当借助人工智能解构“体脏转变”的时空规律、采用生物信息学技术揭示“痹阻络脉-脏腑失和”的分子交互机制、应用可穿戴设备实现疾病活动的动态监测时,我们可以重新诠释“体脏合痹”的理论精髓,这既是中医药现代化的必然路径,也是破解复杂免疫疾病诊疗难题的关键突破口。

4 小结

“体脏合痹”理论揭示了风湿免疫病体脏共病的深层联系。在此理论下构建四维诊疗体系,诊断上融合中医四诊辨证与西医影像组学量化评估;治疗中建立整体调节与局部干预的协同策略,实现“以体养脏、调脏治体”。此外,借助人工智能与生物信息学技术与可穿戴设备,不仅能推动风湿免疫病管理从经验医学向数字医学转型,更可彰显中西医协同作用优势,为风湿免疫病精准防治提供解决方案。

参考文献

- [1] 齐德生. 中医风湿病发展史研究[D]. 杭州:浙江中医药大学,2017.
- [2] 李振彬. 关注风湿病的共存疾病(共病)研究[C]//中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会. 第十六届中国中西医结合风湿病学术年会论文集. 广州:中国人民解放军白求恩国际和平医院,2018:203.
- [3] 胡玉玺,何驰宇,高璇,等. 风湿免疫疾病治疗药物的研究进展[J]. 现代药物与临床,2020,35(9):1930-1936.
- [4] 姜泉. “体脏合痹”理论内涵及其在风湿免疫病防治中的应用思路[J]. 中医杂志,2024,65(16):1656-1661.
- [5] AWUAH WA, HUANG H, KALMANOVICH J, et al. Circadian rhythm in systemic autoimmune conditions: potential of chrono-immunology in clinical practice: a narrative review[J]. *Medicine (Baltimore)*, 2023, 102(32): e34614.
- [6] KUGELBERG E. Immune homeostasis: balancing the gut[J]. *Nat Rev Immunol*, 2013, 13(12):848-849.
- [7] LU Y, WANG Y, RUAN T, et al. Immunometabolism of Tregs: mechanisms, adaptability, and therapeutic implica-

- tions in diseases[J]. *Front Immunol*, 2025, 16: 1536020. doi: 10.3389/fimmu.2025.1536020.
- [8] 尧忠柳,王莘智,叶新萍,等. 从“正气化邪”探析自身免疫病的病机及辨治[J]. 中医杂志,2024,65(10):1013-1018.
- [9] XIAO F, RUI K, HAN M, et al. Artesunate suppresses Th17 response via inhibiting IRF4-mediated glycolysis and ameliorates Sjögren's syndrome [J]. *Signal Transduct Target Ther*, 2022, 7(1):274.
- [10] 朴雪梅,王亚乐,丁兴,等. 益气清络方对类风湿关节炎患者 miR-146a 表达和 Th17、Treg 水平的影响[J]. 上海中医药大学学报,2017,31(6):36-39.
- [11] VASILEV VV, NOE R, DRAGON-DUREY MA, et al. Functional characterization of autoantibodies against complement component C3 in patients with lupus nephritis [J]. *J Biol Chem*, 2015, 290(42):25343-25355.
- [12] ESPÉLI M, SMITH KG, CLATWORTHY MR. FcγRIIB and autoimmunity [J]. *Immunol Rev*, 2016, 269(1): 194-211.
- [13] 徐祖森,蔡华华. 系统性红斑狼疮患者血浆血小板活化因子水平及其与血浆脂质过氧化物水平关系的研究[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2005,21(6): 429-430.
- [14] CHEN CY, TUNG HY, TSENG YF, et al. Verbascoside and isoverbascoside ameliorate transforming growth factor β1-induced collagen expression by lung fibroblasts through Smad/non-Smad signaling pathways[J]. *Life Sci*, 2022, 308:120950. doi: 10.1016/j.lfs.2022.120950.
- [15] DENG AF, WANG FX, WANG SC, et al. Bone-organ axes: bidirectional crosstalk [J]. *Mil Med Res*, 2024, 11(1):37.
- [16] XIE K, CHE Q, CHEN J, et al. SLAMF7-expressing B cells as crucial mediators in the pathogenesis of rheumatoid arthritis-interstitial lung disease [J]. *Int Immunopharmacol*, 2025, 152:114392. doi: 10.1016/j.intimp.2025.114392.
- [17] 谢爽,高明利. 以肺痹论治类风湿关节炎肺间质纤维化[J]. 实用中医内科杂志,2012,26(3):59-60.
- [18] 杨秀玲. 益气化痰活血法联合西医治疗对肺间质纤维化的氧化应激反应与炎症因子的影响研究[J]. 中医药导报,2014,20(12):60-62.
- [19] TACK LJ, TATSI C, STRATAKIS CA, et al. Effects of glucocorticoids on bone: what we can learn from pediatric endogenous Cushing's syndrome [J]. *Horm Metab Res*, 2016, 48(11):764-770.
- [20] ANGELI A, OSELLA G, REIMONDO G, et al. Glucocorticoid-induced osteoporosis: recent findings [J]. *Ann Ital Med Int*, 2000, 15(1):47-55.
- [21] LIMA A, BERNARDES M, AZEVEDO R, et al. Phar-

- macogenomics of methotrexate membrane transport pathway: can clinical response to methotrexate in rheumatoid arthritis be predicted? [J]. *Int J Mol Sci*, 2015, 16(6): 13760–13780.
- [22] GELFAND JM, WAN J, ZHANG H, et al. Risk of liver disease in patients with psoriasis, psoriatic arthritis, and rheumatoid arthritis receiving methotrexate: a population-based study [J]. *J Am Acad Dermatol*, 2021, 84(6): 1636–1643.
- [23] MA K, LI L, LIU C, et al. Efficacy and safety of various anti-rheumatic treatments for patients with rheumatoid arthritis: a network meta-analysis [J]. *Arch Med Sci*, 2019, 15(1): 33–54.
- [24] GONG X, LIU WX, TANG XP, et al. Traditional Chinese medicine Qingrehuoxue treatment vs. the combination of methotrexate and hydroxychloroquine for active rheumatoid arthritis: a multicenter, double-blind, randomized controlled trial [J]. *Front Pharmacol*, 2021, 12: 679588. doi:10.3389/fphar.2021.679588.
- [25] 吴德鸿, 李正富, 何兆春, 等. 范永升“三维一体”理论在系统性红斑狼疮治疗中的运用 [J]. *中华中医药杂志*, 2021, 36(10): 5930–5933.
- [26] 甘逸鸿, 彭佳琪, 黄硕, 等. 系统性红斑狼疮诊治的中医原创思维解析 [J]. *中华中医药杂志*, 2024, 39(2): 580–583.
- [27] 陈烨峰, 赵宇杉, 林佳瑾, 等. 基于伏邪致痹探讨痛风的中医疗治策略 [J]. *实用中医内科杂志*, 2025, 39(5): 111–113.
- [28] GODBOLE S, SOLOMON JL, JOHNSON M, et al. Treating cardiovascular disease in the inflammatory setting of rheumatoid arthritis: an ongoing challenge [J]. *Biomedicine*, 2024, 12(7): 1608.
- [29] JIAO J, RUSSELL IJ, WANG W, et al. Ba-Duan-Jin alleviates pain and fibromyalgia-related symptoms in patients with fibromyalgia: results of a randomised controlled trial [J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2019, 37(6): 953–962.
- [30] WOŚ I, TABARKIEWICZ J. Effect of interleukin-6, -17, -21, -22, and -23 and STAT3 on signal transduction pathways and their inhibition in autoimmune arthritis [J]. *Immunol Res*, 2021, 69(1): 26–42.
- [31] BHAGWATKAR SS, HARJPAL P, ANKAR P. A case report of Sjögren's syndrome and rheumatoid arthritis: the role of physiotherapy in enhancing quality of life [J]. *Cureus*, 2024, 16(3): e55411.
- [32] PIANTA A, CHIUMENTO G, RAMSDEN K, et al. Identification of novel, immunogenic HLA-DR-presented prevotella copri peptides in patients with rheumatoid arthritis [J]. *Arthritis Rheumatol*, 2021, 73(12): 2200–2205.
- [33] FERRO M, CHARNECA S, DOURADO E, et al. Probiotic supplementation for rheumatoid arthritis: a promising adjuvant therapy in the gut microbiome era [J]. *Front Pharmacol*, 2021, 12: 711788. doi: 10.3389/fphar.2021.711788.

Construction of an Traditional Chinese and Western Medicine Integrated Framework for Diagnosis and Treatment of Rheumatic and Immunological Diseases Based on the Theory of the Integration of Body and Viscera in *Bi* (痹) Disorders

HAN Man¹, JIANG Quan¹, ZENG Xiaofeng², LI Mengtao², TANG Xiaopo¹, GONG Xun¹, JIAO Juan¹

1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053; 2. Peking Union Medical College Hospital

ABSTRACT Based on the theory of the integration of body and viscera in *Bi* (痹) disorders, this paper constructs a diagnostic and therapeutic framework emphasizing the dynamic interrelation between the body and internal organs in rheumatic and immunological diseases. On the foundation of elucidating the theoretical connotation of "integration of body and viscera in *Bi* disorders", the concept is interpreted through both traditional Chinese medicine (TCM) and modern biomedical perspectives, focusing on immune homeostasis and abnormal immune responses. Under this theoretical guidance, a four-dimensional integrative diagnostic and therapeutic thinking framework is proposed, encompassing diagnostic, therapeutic, preventive, and rehabilitative dimensions. Furthermore, this paper explores the prospects of combining this framework with modern medical technologies, aiming to provide new ideas and methodologies for the integrated TCM and western medical management of rheumatic and immunological diseases.

Keywords rheumatic and immunological diseases; integration of body and viscera in *Bi* (痹) disorders; integration of traditional Chinese and western medicine; diagnostic and therapeutic thinking

(收稿日期: 2025-04-21; 修回日期: 2025-07-20)

[编辑: 焦爽]