

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.22.007

基于“体脏合痹”理论论治风湿免疫病专栏

基于“体脏合痹”理论探讨痹病病位与体脏传变规律

刘子夏, 姜泉[✉], 巩勋, 张柔曼, 刘蔚翔, 马协丽, 常甜, 杨煜辰

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁5号, 100053

[摘要] 基于“体脏合痹”理论深化痹病病位认识。通过梳理历代医家对痹病的相关论述, 阐释“五体痹”与“脏腑痹”的病位, 并将形体官窍、奇恒之腑纳入痹病病位范畴。结合中医学理论, 阐释痹病以气血津精为物质基础, 循经络网络, 在体表(五体、官窍)与在里(脏腑、奇恒之腑)之间相互影响、传变的病机规律, 分析风湿免疫病呈现多系统损害、慢性迁延、虚实夹杂等临床特征的中医内在机制, 为风湿免疫病诊疗提供中医理论新范式。

[关键词] 风湿免疫病; 体脏合痹; 五体痹; 脏腑痹

风湿免疫病患者约占世界人口5%~8%, 且随着人口老龄化加剧, 其发病率呈逐年上升趋势, 已成为严重影响人类健康和生活质量的重大疾病之一^[1]。风湿免疫病发病机制及临床表现复杂多样, 除累及肢体外, 还会造成多种重要靶器官损害, 病程迁延难愈, 甚则危及生命。随着医学体系的迭代更新及临床大数据的广泛应用, 新兴技术实现多学科汇融, 医疗诊疗走向精准化和智能化, 对风湿免疫病发病诱因及多系统损害表现的认识愈发精确, 而传统中医对痹病“五体痹”“五脏痹”的认识已难以满足现代风湿免疫病临床诊疗的需求。遵循中医整体观念, 我们提出“体脏合痹”理论^[2], 强调痹病病位涵盖体表形体官窍及内在脏腑组织, 体-脏通过气、血、精、津在经络中的运转流通, 构成内外一体的协调整体。在诊疗过程中, 注重体脏相互传变、相互影响, 以指导现代风湿免疫病个性化、整体化防治。

1 痹病病位的传统认识

1.1 五体痹

“五体”描述首见于《灵枢·根结》, 曰: “逆顺

五体者, 言人骨节之大小, 肉之坚脆, 皮之厚薄……脉之长短”, 指出皮、肉、筋、脉、骨为五体。《素问·痹论篇》曰: “痹在于骨则重, 在于脉则血凝而不流, 在于筋则屈不伸, 在于肉则不仁, 在于皮则寒, 故具此五者则不痛也。”五体痹即指骨痹、脉痹、筋痹、肉痹、皮痹, 其临床表现同现代风湿免疫病肢体脉络病变相似, 如硬皮病、系统性红斑狼疮(SLE)等可归属于皮痹, 以皮肤粗糙发硬、麻木不仁为特点; 多发性肌炎、皮肌炎、风湿性多肌痛等可归属于肌痹, 以肌肉疼痛麻木、感觉异常为特点; 血管炎可归属于脉痹, 以脉搏微弱或消失、肢体疼痛、遇寒加重甚则变色为特点; 纤维肌痛可归属于筋痹, 以筋急挛痛、肢体屈伸不利为特点; 骨关节炎可归属于骨痹, 以关节疼痛甚则活动不利为特点。

1.2 脏腑痹

《素问·痹论篇》云: “凡痹之客五脏者, 肺痹者, 烦满喘而呕; 心痹者, 脉不通, 烦则心下鼓, 暴上气而喘, 嗑干善噫, 厥气上则恐; 肝痹者, 夜卧则惊, 多饮, 数小便, 上为引如怀; 肾痹者, 善胀, 尻以代踵, 脊以代头; 脾痹者, 四肢解堕, 发咳呕汁, 上为大塞。”清代王肯堂于《证治准绳》中首次将“五脏痹”作为独立病名提出, 标志五脏痹理论初见雏形^[3]。

《素问·痹论篇》云: “六腑亦各有俞, 风寒湿气中其俞, 而食饮应之, 循俞而入, 各舍其腑也”;

基金项目: 中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目(HLCMHPP2023087, HLCMHPP2023014); 北京市重大疑难疾病中西医协同攻关项目(2023BJSZDYNJBXTGG-003); 国家自然科学基金(82230121); 北京中医药薪火传承“新3+3”工程首批成熟类“三名”传承工作室建设项目(2007-SZ-B-01)

✉ 通讯作者: doctorjq@126.com

“肠痹者，数饮而出不得，中气喘争，时发飧泄”；“胞痹者，少腹膀胱按之内痛，若沃以汤，涩于小便，上为清涕”，首次论及肠痹、胞痹。后世医家多以此为宗，对“六腑痹”展开补充性论述。例如，《张氏医通·痹门》论“三焦痹”为“头眩短气，上焦痹也。温温欲吐，中焦痹也。脚肿如脱，下焦痹也。肢节疼痛，身体尪羸，筋骨痹也。由是观之，当是风寒湿痹其营卫筋骨三焦之病”；《千金翼方》云：“胃痹之状，腹中雷鸣，食不消，食即气满，小便数起”；《医学启源》云：“寒热往来，胆痹”。《辨证录·痹证门》中论述“风寒湿结于胃而成痹”“风寒湿结于心包络”和“风寒湿之犯于三焦”，对“六腑痹”的病因、病位进行了补充。六腑痹又称腑痹，同五脏痹合称脏腑痹^[4]。临床实践中，脏腑痹症状同现代医学中风湿免疫病合并多系统、多脏器损害时的症状类似，如SLE出现心脏瓣膜病变（心痹）、胸膜炎（肺痹）、蛋白尿（肾痹）等脏腑受累表现。

2 基于“体脏合痹”理论的痹病病位延伸

中医学对于病位的认识不同于现代解剖学建立的实体病位，其病位内涵多基于组织及脏腑功能，主要反映人体生理病理功能，即“视其外应，以知其内脏，则知所病矣”（《灵枢·本脏》）。在此背景之下，中医病位分为空间性、实体性、具体性病位与时间性、功能性、模糊性病位，前者为具体直观病位，如皮肉筋脉骨、五官九窍、五脏六腑，后者则为三焦六经、卫气营血等结合症状体征的抽象病位^[5]。

痹病传统病位认知主要围绕“五体”和“脏腑”展开论述，对脑髓、女子胞、三焦等奇恒之腑的系统阐述不足。尤其“三焦痹”在古籍中多据局部证候与上中下焦分段界定病位，难以全面囊括现代疾病谱中痹病的累及范围。通过拓展五体痹、脏腑痹的病位维度，不仅涵盖传统五体与脏腑，另将形体官窍、奇恒之腑纳入其中，对疾病病位进行重新思考，进一步分析疾病发生发展的深层规律。

2.1 五体痹的病位延伸

传统五体痹理论局限于皮、肉、筋、脉、骨，难以全方位涵盖痹病体表受累的复杂表现。形体官窍，包含目、耳、鼻、口、前后二阴，亦常成为疾病首发及重要受累部位。例如在抗中性粒细胞胞浆抗体（ANCA）相关性血管炎中，紫癜、结节、溃

疡等皮肤损害常是最早出现的症状之一，随着病情的发展继而累及五官，常出现听力受损、视力下降等表现。此类症状提示，形体官窍不仅是外邪入侵的门户，亦是机体免疫失调的外在反映。古籍医典中虽未明确提及“体窍痹”，但《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病证治》中“蚀于喉为惑，蚀于阴为狐”的描述与白塞病“口-眼-生殖器三联征”的临床表现高度一致；“阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，唾脓血。五日可治，七日不可治，升麻鳖甲汤主之。阴毒之为病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛。五日可治，七日不可治，升麻鳖甲汤去雄黄、蜀椒主之”的描述则与SLE面部光敏性皮炎、口腔黏膜溃疡、关节游走性疼痛、雷诺现象等典型症状契合。《素问·玄机原病式》云：“目无所见……舌不知味，筋痿，骨痹，齿腐……悉由热气怫郁，玄府闭塞而致气液血脉荣卫精神不能升降出入故也”，此与干燥综合征口眼干燥、猖獗齿等临床表现相似。综上所述，形体官窍受累诸症契合风湿免疫病合并体表组织受累症状，提示“形体官窍”可纳入体痹的病位。

形体官窍是由肌表黏膜等组织构成的体表器官，既是六淫疫疠侵袭之门户，亦为沟通人体内外的孔穴通道^[6]。从形态结构共性角度论述，《灵枢·本脏》提出“五脏常内阅于上七窍也”，形体官窍依附于皮肤筋骨，同五体同属体表之“形”，皆为脏腑精气的体表表征，共同构成体表的防御与感知体系。《素问·六节藏象论篇》云：“心者……其华在面；肺者……其充在皮；肝者……其充在筋；脾者……其充在肌；肾者……其充在骨。”《四圣心源·五官开窍》言：“肝窍于目，心窍于舌，脾窍于口，肺窍于鼻，肾窍于耳。”形体官窍通过经络与五脏相连，乃五脏精气之外华，与五体之运动、感知功能相辅相成，表明形体官窍与五体在生理功能上具有特定联系，具有“外内之应，皆有表里”（《素问·阴阳应象大论篇》）的特点。从经络连属关系论述，《灵枢·经脉》载：“心手少阴之脉……上挟咽系目系；脾足太阴之脉……连舌本，散舌下；肝足厥阴之脉……从目系下颊里；肾足少阴之脉……挟舌本；胃足阳明之脉……下循鼻外；胆足少阳之脉……从耳后入耳中，出走耳前”，说明形体官窍均为经脉所入、所循、所挟、所散的体表部位，其与五体通过十二正经、奇经八脉及经别、经筋系统共御外邪，连通内外气机，共同构筑

体痹病机从表层到深层的传变网络。

基于上述论述,我们提出将“形体官窍”延伸至“五体痹”的论治范围,从广义上涵盖了在表、在外的所有组织器官,突破了传统痹病仅限于肢体经络的局限性,强调体表组织器官的整体性受累特征。五体痹病位外延强调痹证体表组织器官受累区别于单纯肢体经络的风湿免疫病,主要体现在整体紊乱与局部失调、多窍并病与单窍为患;治疗时应遵循“调枢机和气血、截断伏邪传变”的整体辨治原则,为体痹多体表组织器官受损的施治提供参考。

2.2 脏腑痹的病位延伸

2.2.1 脑髓、女子胞 传统脏腑痹多聚焦于五脏及六腑,然现代风湿免疫病的复杂表现提示脑髓、女子胞等奇恒之腑亦为痹病病位的重要延伸。奇恒之腑虽不属五脏,但以藏精气为要,与五脏精气的生化、输布息息相关。正因如此,当风寒湿热等外邪侵袭、气血运行失常发为脏腑痹时,奇恒之腑往往成为精气受损与疾病传变的重要场所。

《灵枢·海论》言:“脑为髓之海,诸髓皆属于脑。”脑髓的痹阻不通主要与邪毒内侵、攻陷脑髓和肾精亏虚导致髓海失养有关。临床中如SLE伴神经精神症状(认知障碍、癫痫)或多发性硬化引发的神经功能障碍,MRI影像学常显示白质脱髓鞘病变,可视为“邪毒攻陷脑髓”的现代例证。多发性硬化以神经髓鞘的脱失为主要特征,同时存在“邪毒内侵”与“髓海失养”的双重病理表现,这些均为“脑髓受累”提供了现代临床参照。

女子胞主月经和孕育,依赖冲任二脉的气血充盈,肝肾为冲任之本,其精血盛衰直接决定胞宫的荣枯。若因邪毒内蕴,扰动冲任,或肝肾亏虚,精血不足,均可致胞脉痹阻,血海蓄溢失常。临床所见,如抗磷脂综合征患者反复滑胎的病机与邪毒致瘀、瘀阻胞宫高度相关;又如自身免疫性卵巢早衰病机多为精血亏虚、胞脉失养。冲任经脉联络女子胞与肝肾,脑髓则通过督脉与肾精相连,外邪循经内传或肝肾精血亏虚均可导致奇恒之腑痹阻。

由此可知,脑髓、女子胞不仅是精气所藏之所,亦是痹病病机传变的关键环节,将其纳入脏腑痹范畴,既是对古籍理论的认识深化,又是对现代风湿免疫病复杂病机的整体化解读。

2.2.2 三焦 研究者结合现代解剖及生理功能,认为三焦与淋巴系统具有高度关联性^[7]。从形态位置来看,三焦在人体覆盖广泛,分属上中下三部,

其腔性结构与淋巴系统的管道结构具有一致性。从生理功能层面,三焦主通行元气与水液输布,与淋巴系统承载免疫细胞循环与介导免疫应答的功能高度相应^[7]。淋巴系统遍布全身,涵盖淋巴管、淋巴结及胸腺、脾脏等免疫器官,负责体液循环与免疫应答,尤其是胸腺与脾脏,作为T细胞、B细胞生成与成熟的核心场所,直接决定免疫耐受与抗原应答的平衡。

三焦以通为用,若其受外邪所犯而痹阻,则气机运行与津液输布失常,遂成“三焦痹”,可呈现弥漫性多脏器损害的免疫紊乱状态。免疫细胞的过度活化和异常抗体的生成是风湿免疫疾病的核心病理机制之一,B细胞和T细胞的异常活化不仅导致自身抗体的生成,还通过细胞因子的分泌进一步加剧免疫系统的失衡^[8]。在类风湿关节炎(RA)及SLE中,B细胞和T细胞的异常活化与淋巴器官中的生发中心反应密切相关,生发中心是B细胞成熟和抗体亲和力成熟的场所,异常的生发中心反应会导致自身抗体的产生和疾病的进展^[9]。此外,在RA中,异位淋巴样结构的形成与B细胞和T细胞的异常活化有关^[10]。异位淋巴样结构类似于次级淋巴器官,能够支持抗体亲和力成熟和自身抗体的持续生产,与促炎性细胞因子的高表达以及辅助性T细胞17(Th17)和滤泡辅助性T细胞(Tfh)的活化密切相关^[11]。这种以淋巴器官为中心,弥散全身的免疫细胞过度激活、自身抗体生成及细胞因子风暴,融合现代医学对胸腺-脾脏-淋巴网络在免疫调控中核心作用的认识,正是中医“邪毒内蕴、痹阻三焦”病理状态的现代微观诠释。综上,奇恒之腑的脑髓、女子胞、三焦不仅与脏腑经脉相联系,气血相通,亦是风湿免疫病易受累的重要病位。

3 基于“体脏合痹”理论的体脏互传病因及传变规律

3.1 体脏互传的病因

《素问·痹论篇》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹也……五脏皆有合,病久而不去者,内舍于其合也……其入藏者死,其留连筋骨间者疼久,其留皮肤间者易已。”痹病病机初起于体表(如口眼干、皮麻、筋挛、骨痛),可循经入脏,表现为心悸、气喘、蛋白尿等,反映病位由表及里的传变。

正气虚弱、卫外不固为体脏互传的内在根源,外感时令邪气为体脏互传的外在诱因。正气指机体

所表现出的抗邪、调节、修复能力,免疫细胞承担的免疫防御功能可视为正气的现代免疫学写照^[12];邪气指扰乱机体内外环境平衡、损害机体正常生理功能的因素,从免疫学角度,病原微生物、外来抗原物质及因免疫紊乱产生的自身抗体、免疫复合物等均归属为邪气^[13]。现代研究表明,风湿免疫病出现多系统受累与免疫紊乱密切相关,如SLE患者皮肤受紫外线照射后导致皮肤细胞大量凋亡,诱导产生大量干扰素激活自身反应性T细胞,特别是Tfh和Th17细胞分泌白细胞介素21并上调CD40L,促使B细胞分化成高亲和力的浆细胞,产生大量自身抗体同抗原结合形成免疫复合物沉积于肾小球基底膜,直接造成足细胞损伤、基底膜断裂和肾小球硬化^[14]。可见皮肤损伤作为全身免疫炎症风暴的“前沿预警”,肾脏受累则是这场风暴跨系统造成的“脏腑重创”。正气亏虚与外感邪气的相互作用,构成了痹病体脏互传的临床特点。

3.2 体脏互传的规律与特点

3.2.1 肢体官窍传变 《灵枢·邪气藏府病形》云:“邪之中人,上下左右,无有恒常,其何故也……中人也,方乘虚时及新用力,若饮食汗出,腠理开而中于邪。”机体正气亏虚,邪气首侵肢体官窍。现代研究表明,RA患者在出现对称性关节肿痛以外,常伴随多种关节外表现,包括眼干、口腔溃疡、眼部不适等症状,部分患者还可能出現角膜炎、巩膜炎以及鼻腔干燥、出血等问题,这些症状的发生与免疫复合物的沉积和血管炎性改变相关^[15]。由此可见,肢体官窍内传是痹病临床的重要规律之一,反映体表不同组织结构在疾病演变过程中的动态关联性。临床中肢体痹痛与官窍症状的相兼出现或次第发生,并非单纯的病位叠加,而是病情由浅入深、由表及里的递进过程。肢体官窍病症的相互影响,共同促使邪气渐盛、病势加重,是理解痹病演变和判断其预后的关键环节。这一认识为临床早期识别和综合干预提供了线索,强调防止单一症状演变为多部位共病的重要性。

3.2.2 脏腑传变 《灵枢·邪气藏府病形》云:“身之中于风也,不必动脏。故邪入于阴经,则其脏气实,邪气入而不能客,故还之于腑”,可见痹病临床中因正气充盛呈现脏腑间相互牵连内传现象。临床实践证实,狼疮性肾炎患者可能出现狼疮性肠系膜血管炎,这是一种罕见但严重的并发症,可能导致消化道出血等危及生命的症状^[16]。硬皮病

导致的肾脏受累涉及肾小动脉的内皮损伤、内膜增生和动脉狭窄,显著增加心血管事件的风险^[17]。根据五行学说分析,脏腑之间存在生克制化的动态联系,痹病初累一脏,若正气不足,则他脏在五行制化关系中极易受累,导致病势进展。此体现了中医学“先安未受邪之地”的学术思想,即在治疗上不仅要调理已受累之脏,更应关注潜在易受累的脏腑环节,及早扶正固本,以阻断疾病的进一步传变。

3.2.3 由体及脏 以《素问·痹论篇》中“皮痹不已,复感于邪,内舍于肺”之论述为例,对应RA患者类风湿结节与肺间质纤维化的共现。研究表明,RA继发肺间质病变的发生率为6.3%^[18],而抗环瓜氨酸肽抗体(ACPA)可与免疫细胞相互作用,促进关节炎症的发生^[19]。此外,ACPA与肺部的瓜氨酸化蛋白交叉反应可导致肺间质病变,高分辨率计算机断层扫描显示,ACPA阳性RA患者的肺部实质异常发生率显著高于ACPA阴性患者和健康对照组^[20]。由此可见,ACPA不仅是RA的重要诊断标志物,还可能通过与肺组织的交叉反应导致肺间质病变,可视为“伏毒”载体。由体及脏的传变机制体现了中医经典的“外邪引动伏毒、正虚痰瘀互结”的动态演变过程,为早期干预体脏传变提供新思路,同时彰显“既病防变”的治未病思想。

3.2.4 由脏及体 由脏及体理论源流可追溯至《素问·痹论篇》,即“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛;病在脉,血脉不利;病在筋,筋缓不收,屈伸不利;病在肌,肌肉濡泄不收;病在皮,寒气不去”,体现了体与脏之间的双向互动关系;《灵枢·经脉》言:“脉者,血之府也……血不利则筋骨皮肉皆无所养”,佐证了脏腑病变对五体的反向影响。现代医学研究亦发现,风湿免疫病中多个脏器功能异常可引发或加重体表症状。有研究指出,SLE合并肌炎的患者中肌无力和肌痛的症状可能在其他系统性症状如皮疹、脱发和血液学异常之后出现,体表症状出现可能与SLE的疾病活动性有关,尤其是在疾病活动性较高的患者中更为常见^[21]。再如干燥综合征临床可见患者先表现为干咳、口干等肺阴不足之象,继而发展为反复关节疼痛不解^[22],提示肺脾功能失调后,津液亏耗,五体失濡,终致体痹症状。

4 小结

风湿免疫病不是局限于单一系统的病变,而是

涉及多个系统的复杂相互作用。“体脏合痹”理论以中医整体观和动态平衡为核心,系统阐释了体与脏之间免疫微环境相互影响的特征,为辨识风湿免疫病的传变规律与治疗窗口提供了理论依据。为深入阐释“体脏同痹”内涵,区别于传统痹证研究的局部病位辨治模式,可通过整合交叉多学科技术,靶标特定生物标志物,进一步借助 AI 数字模型搭建风险预测模型,识别体脏互传的高危因素,量化体脏互传临界阈值。未来研究可聚焦于理论内涵的现代诠释及高质量临床证据的积累,建立循证医学证据链,整合免疫抑制剂与中药复方,形成阶梯治疗方案,结合中药药理及多组学技术,助力新药开发,切实提升临床疗效,为风湿免疫病患者提供中医特色优势方案。

参考文献

- [1]姜泉.实用中医风湿免疫病学[M].北京:中国中医药出版社,2022:2-3.
- [2]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.
- [3]徐润,姜泉,韩曼.五脏痹理论在类风湿性关节炎多系统受累中的应用探讨[J].云南中医中药杂志,2022,43(9):14-19.
- [4]李满意,姜玉铃.六腑痹源流考[J].风湿病与关节炎,2013,2(6):48-52.
- [5]王光林,张润顺,白宇宁.中医病位辨识[J].浙江中医药大学学报,2011,35(3):313-315.
- [6]王光晃.略论《内经》孔窍学说[J].甘肃中医学院学报,1990,7(3):2-5.
- [7]李文珍,罗雅雪,黄淑琳,等.三焦实质与淋巴系统的相关性探讨[J].山东中医杂志,2024,43(11):1196-1202.
- [8]RUBIN SJS, BLOOM MS, ROBINSON WH. B cell checkpoints in autoimmune rheumatic diseases [J]. Nat Rev Rheumatol, 2019, 15(5):303-315.
- [9]CHENG Q, MUMTAZ IM, KHODADADI L, et al. Auto-antibodies from long-lived 'memory' plasma cells of NZB/W mice drive immune complex nephritis[J]. Ann Rheum Dis, 2013, 72(12):2011-2017.
- [10]HUMBY F, BOMBARDIERI M, MANZO A, et al. Ectopic lymphoid structures support ongoing production of class-switched autoantibodies in rheumatoid synovium [J]. PLoS Med, 2009, 6(1):e1.
- [11]JONES GW, BOMBARDIERI M, GREENHILL CJ, et al. Interleukin-27 inhibits ectopic lymphoid-like structure development in early inflammatory arthritis [J]. J Exp Med, 2015, 212(11):1793-1802.
- [12]李文诗,孙家乐,王琳.中医“扶正祛邪”治则及其在免疫性疾病治疗中的应用[J].世界中医药,2024,19(17):2676-2680.
- [13]李庆生,袁嘉丽,陈文慧.微生态失调与免疫功能紊乱属中医学“邪气”范畴[J].中医学刊,2005,23(2):199-202.
- [14]DAI X, FAN Y, ZHAO X. Systemic lupus erythematosus: updated insights on the pathogenesis, diagnosis, prevention and therapeutics [J]. Sig Transduct Target Ther, 2025, 10(1):102.
- [15]BAERWALD C, KNEITZ C, BACH M, et al. Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis [J]. Z Rheumatol, 2012, 71(10):841-849.
- [16]CHENG J, WU Q, WU Q, et al. Lupus mesenteric vasculitis with gastrointestinal bleeding as the primary manifestation: a case report [J]. Br J Hosp Med (Lond), 2024, 85(6):1-7.
- [17]BOSE N, CHIESA-VOTTERO A, CHATTERJEE S. Scleroderma renal crisis [J]. Semin Arthritis Rheum, 2015, 44(6):687-694.
- [18]SAMHOURI BF, VASSALLO R, ACHENBACH SJ, et al. Incidence, risk factors, and mortality of clinical and sub-clinical rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: population-based cohort [J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2022, 74(12):2042-2049.
- [19]ENGLAND BR, THIELE GM, MIKULS TR. Anticitrullinated protein antibodies: origin and role in the pathogenesis of rheumatoid arthritis [J]. Curr Opin Rheumatol, 2017, 29(1):57-64.
- [20]REYNISDOTTIR G, KARIMI R, JOSHUA V, et al. Structural changes and antibody enrichment in the lungs are early features of anti-citrullinated protein antibody-positive rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheumatol, 2014, 66(1):31-39.
- [21]LIANG Y, LENG RX, PAN HF, et al. Associated variables of myositis in systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study [J]. Med Sci Monit, 2017, 23: 2543-2549. doi:10.12659/msm.902016.
- [22]PATEL R, SHAHANE A. The epidemiology of Sjögren's syndrome [J]. Clin Epidemiol, 2014, 6: 247-255. doi: 10.2147/CLEP.S47399.

Discussion on Location and Transmission Patterns of *Bi* (痹) Syndrome Based on the "*Bi* of both Body and Viscera" Theory

LIU Zixia, JIANG Quan, GONG Xun, ZHANG Rouman, LIU Weixiang, MA Xieli, CHANG Tian, YANG Yuchen

Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053

ABSTRACT This study deepens the understanding of the disease location of *bi* (痹) syndrome based on "*bi* of both body and viscera" theory. By reviewing classical and modern medical discussions on *bi* syndrome, the paper elucidates the disease location of "*bi* of five body constituents" and "*bi* of *zang-fu* organs (脏腑)", while also incorporating body and orifices, extraordinary organs into the scope of *bi* syndrome localization. Integrating traditional Chinese medicine (TCM) theory, this study explicates how *bi* syndrome, grounded in the material basis of *qi*, blood, fluids, and essence, follows the meridian network and exhibits pathomechanisms of mutual influence and transmission between the exterior (the five body constituents and sensory orifices) and the interior (the viscera and the extraordinary organs). It further analyzes the intrinsic TCM mechanisms behind the clinical features of rheumatic immune diseases, namely multisystem involvement, chronic protraction, and the intermingling of deficiency and excess, thereby offering a new TCM theoretical paradigm for their diagnosis and treatment.

Keywords rheumatic and immune diseases; *bi* (痹) of both body and viscera; *bi* of five body constituents; *bi* of *zang-fu* organs (脏腑)

(收稿日期: 2025-06-06; 修回日期: 2025-09-06)

[编辑: 焦 爽]

珍贵文献 临床科研必备《中医杂志》光盘合订本

《中医杂志》光盘检索系统收录了 1951—2013 年出版发行的《中医杂志》所有期刊(繁体字已转为简体字)。您可借助计算机阅读收录的任意一篇文章,而且可对光盘进行任意词或多组合条件检索,检索结果可以打印或下载保存。您可以在几秒钟内就能检索到某种疾病、某种疗法或某种药的相关文章,本光盘可按自然年、期排序,方便阅读与保存。1951—1986 年光盘还收录了扫描的原文版面图像。

邮购地址:北京东直门内南小街 16 号中医杂志社,邮政编码:100700

电话:(010) 64035632 联系人:杨秋雷(请在汇款单附言栏写明购买者的电话)

1951—1986 年光盘合订本每套(4 张光盘)480 元

1987—1994 年光盘合订本每套(1 张光盘)260 元

1995—2004 年光盘合订本每套(1 张光盘)280 元

2005—2013 年光盘合订本每套(1 张光盘)300 元



欢迎关注《中医杂志》公众号

科技精品光盘全文检索管理系统 3.5—《中医杂志》(1987—1994)

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

1. 系统工具 2. 检索结果 3. 检索设置 4. 桌面设置 5. 帮助

