

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.15.003

当代名医

张震运用益髓生血汤加减治疗类风湿关节炎合并贫血经验

朱建平¹, 杨宇瑶¹, 朱文慧², 张天武¹✉

1. 普洱市中医医院, 云南省普洱市思茅区茶城大道13号, 665000; 2. 浙江中医药大学第二临床医学院

[摘要] 总结张震教授运用自拟益髓生血汤加减治疗类风湿关节炎合并贫血的临床经验。认为本病的核心病机以脾肾亏虚、精血不足为本, 湿邪痹阻、瘀血内停为标。治疗以补益脾肾、填精益髓、养血生血为核心, 兼顾除湿通络、活血化瘀, 据此拟定益髓生血汤为基础方, 并根据证型及临床表现灵活加减。气血两虚兼湿浊证配伍益气养血、健脾祛湿、轻宣痹阻之品; 风寒湿痹证配伍祛风散寒、除湿通络之品; 湿热痹阻证配伍清热利湿、通络宣痹之品; 瘀血阻络证配伍活血化瘀、通络止痛之品; 阴虚内热证配伍滋阴清热、凉血通络之品。

[关键词] 类风湿关节炎; 贫血; 益髓生血汤; 名医经验; 张震

张震(1928—2023), 教授, 主任医师, 第三届国医大师, 全国第四批名老中医药学术经验继承工作指导老师, 中国中医科学院学部委员教授、主任医师。从事中医、中西医结合临床、科研及教学工作70余年, 擅长内科常见病及疑难病的诊治。提出“两态三三构型规律”“一体两翼、疏调气机”等学术观点。

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以侵蚀性、对称性多关节炎为主要临床表现的慢性、全身性自身免疫性疾病, 其病理特征为关节滑膜的慢性炎症、血管翳形成, 并逐渐出现关节软骨和骨破坏, 最终导致关节畸形和功能丧失, 严重影响患者生活质量^[1]。贫血是RA最常见的关节外并发症之一。RA合并贫血的发生率为30%~70%, 严重影响患者的活动能力、疼痛程度及整体预后, 使关节症状更难控制, 治疗周期延长, 甚至增加心血管事件风险^[2-3]。研究认为, RA合并贫血的发病机制复杂, 主要与炎症因子介导的铁代谢异常、红细胞生成减少、红细胞破坏增加等相关^[3]。控制RA疾病活动度能改善贫血相关指标及症状, 而纠正贫血则有利于RA治疗效果^[4]。临床治疗在控制

RA原发病(改善病情抗风湿药、应用生物制剂等)基础上, 联合应用铁剂、促红细胞生成素等纠正贫血, 但无法从根本上改善造血功能, 部分药物还会加重骨髓抑制, 致贫血反复发作^[5]。

RA合并贫血属中医学“痹证”“血虚”“虚劳”等范畴^[6]。《景岳全书·痹》云:“盖痹者闭也, 以血气为邪所闭, 不得通行而病也。”《济生方·痹》曰:“皆因体虚, 腠理空疏, 受风寒湿三气而成。”痹证发生本于正气亏虚, 标在邪气阻滞, 而血虚的形成则与气血生化不足、耗伤太过密切相关^[7]。张震教授结合临床实践自拟益髓生血汤, 用于治疗RA合并贫血, 并根据疾病病程不同阶段的证候差异, 灵活配伍健脾、祛湿、化瘀、滋阴之品, 临床应用疗效确切, 现将张老师临证经验总结如下。

1 RA合并贫血的病机特点

本病总属本虚标实之证, 脾肾亏虚、精血不足为本, 湿邪痹阻、瘀血内停为标, 本虚与标实相互胶结、互为因果, 贯穿疾病发生、发展与转归的全过程。本病之本虚, 根于脾肾亏虚、精血不足, 致气血生化乏源、机体卫外不固。患者多有先天禀赋不足, 或因病程日久、久病失养, 耗伤脾肾之正气, 致两脏功能失调。肾为先天之本, 主藏精生髓, 髓能化血, 肾虚则精亏髓少, 造血无源, 精血

基金项目: 云南省科技厅中医药基础研究联合专项(202501AZ070001-152); 云南省科技厅中医药基础研究联合专项青年项目(202401AZ070001-139)

✉ 通信作者: ztwzygc@sina.com

无以化生,遂成血虚;脾为后天之本,主运化水谷精微,为气血生化之源,脾虚则运化失司,水谷精微无法输布濡养周身,气血生化不足,既不能充养四肢百骸、经络关节,又致机体正气亏虚,卫外功能失司。脾肾二脏相济相生,脾虚则气血不足,无以充养肾精,致肾精更亏;肾虚则命门火衰,无以温煦脾土,致脾虚运化更弱,二者相互累及,加重精血亏虚之象,成为本病发生、迁延的内在根源。

本病之标实责于湿邪痹阻、瘀血内停^[8],标实由本虚而生,以因虚致实、邪阻络脉为特点。正虚则卫外不固,风寒湿邪易乘虚而入,阻滞经络关节,致气血运行不畅,而成痹证;经络瘀阻又进一步导致气血输布失常,瘀血内停成为新的病理产物与致病因素。瘀血阻滞络脉,既阻碍气血化生,又煎灼营血、耗伤精血,使脾肾亏虚、精血不足更甚。同时,湿邪久稽经络可郁而化热,或素体脾虚湿盛、郁久化热,形成湿热痹阻之候,热邪灼伤阴液、耗气伤血,更可与瘀血互结为瘀热,使络脉痹阻益甚、精血耗伤更剧,进一步胶结病机,使贫血与关节病变缠绵难愈、临床表现更趋复杂。久痹不解,内含脏腑,脏腑功能失调可导致各种并发症^[9]。现代医学视角下,RA 患者存在的慢性炎症反应,可介导铁代谢异常、红细胞生成减少^[10],此与中医邪热耗伤气血的病机相符;而炎症引发的免疫复合物沉积、微循环障碍、血液高凝状态^[2]是中医瘀血内停的微观体现。

2 RA 合并贫血的辨治经验

2.1 以益髓生血汤为基础方

基于以上病机,张老师以补益脾肾、填精益髓、养血生血为治则,自拟益髓生血汤为基础方。组成:黄芪 20 g,当归 15 g,熟地黄 20 g,黄精 15 g,补骨脂 12 g,鹿角胶 10 g(烊化),枸杞子 15 g,女贞子 15 g,菟丝子 15 g,淫羊藿 12 g,甘草 6 g。方中黄芪为补气之要药,善健运脾胃、鼓舞气血生长,滋气血生化之源;当归为血中之气药,善补血养血、活血行滞,补血而不壅滞,行血而不伤正。二者相须为用,取当归补血汤之意,补气以生血,养血以通络,直补气血之虚,兼顾络脉之滞,共为君药。臣药以熟地黄善补血养阴、填精益髓,助君药滋养精血、补益肝肾;黄精善补气养阴、健脾益肾,助黄芪健运脾胃,辅熟地黄填精益髓;补骨脂善温补脾肾,温煦脾肾阳气以助气血生化;鹿角胶为血肉有情之品,善温补肝肾、益精养

血,速补精血耗伤。四药相合,脾肾同调、先后天兼顾,助君药增强补益脾肾、填精益髓之力,使精血生化有源。佐药以枸杞子滋补肝肾、益精明目,补而不滞;女贞子善滋补肝肾、养阴生津,与枸杞子相伍,阴阳互补,增强滋肾益精之功;菟丝子善补肾益精、健脾益气,兼顾脾肾,助补精益髓、益气生血;淫羊藿善补肾强骨,又能温通经脉、祛风除湿,补阳而不燥,通络而不伤正,使全方补中有通,防纯补留邪。甘草为使药,善益气补中、调和诸药,既能助黄芪、黄精健脾益气,固后天之本,又能缓和方中温热之品的燥性,防温燥伤阴。全方诸药合用,共奏补益脾肾、填精益髓、养血生血之效,标本兼顾,扶正不碍邪,祛邪不伤正。

2.2 辨证加减

2.2.1 气血两虚兼湿浊证 本证以气血生化不足、湿浊初犯为主要病机,正气亏虚较轻,邪气亦不盛,无明显寒凝、瘀阻、湿热之象。临床症见面色苍白无华、头晕乏力、心悸气短,活动后诸症加重,关节轻微酸痛、晨僵不显、肿胀不甚,食欲不振、大便溏薄,舌淡胖边有齿痕、苔白腻,脉沉细无力。张老师认为,此型属虚多邪少之证,脾肾气虚、气血生化乏源,湿浊内生阻滞中焦、壅塞关节络脉所致,治以益气养血、健脾祛湿、轻宣痹阻为法,于益髓生血汤基础上加味,忌用峻猛祛邪之品,防伤正气。如见关节酸痛、肢体困重者,加桑枝 15 g、丝瓜络 12 g,二者药性平和,轻清通络止痛、宣通关节痹滞,无伤正之弊;见面色苍白、头晕乏力甚者,加白芍 15 g、阿胶 10 g,白芍敛阴养血,阿胶滋阴补血,二者与黄芪、当归相协,增强气血同补之功;见食欲不振、大便溏薄者,加扁豆 15 g、藿香 10 g、佩兰 10 g,扁豆健脾化湿,藿香、佩兰芳化湿浊、醒脾和胃。

2.2.2 风寒湿痹证 本证以风、寒、湿邪痹阻经络为主要病机,为本虚标实并重之证。临床症见面色苍白、头晕乏力、心悸气短,关节疼痛、遇寒加重、得温则减,肢体沉重、畏寒怕冷,舌淡苔白腻,脉弦紧或濡缓。脾肾亏虚日久,卫外不固,风寒湿邪乘虚而入、深稽经络,气血运行不畅所致。治以补益脾肾、祛风散寒、除湿通络为法,在益髓生血汤基础上,按核心症状轻重随症加减,扶正与祛邪兼顾。如见关节疼痛、遇寒加重者,加羌活 12 g、独活 12 g、桂枝 10 g、防风 10 g,羌活善祛上部风湿,独活善祛下部风湿,二者相须为用通治一身风湿痹痛,桂枝温通经脉、散寒止痛,防风祛

风胜湿、通络止痛；见关节肿胀明显、肢体沉重者，加薏苡仁 30 g、茯苓 15 g、苍术 12 g，薏苡仁利水渗湿、除痹止痛，茯苓健脾利水，苍术燥湿健脾，三药合用使湿邪从小便而去；见食欲不振、大便溏薄等脾虚甚者，加党参 15 g、白术 12 g、山药 20 g、莲子 15 g，四药合用增强健脾益气之力，固护气血生化之源，使脾运健则气血生。

2.2.3 湿热痹阻证 本证以湿热痹阻经络为主要病机，属标实突出、本虚相随之证，多见于 RA 活动期，湿热与体虚并存。临床症见关节红肿热痛、触之灼热、疼痛较剧、晨僵显著，肢体困重，口苦口黏，胸闷纳呆，小便黄，大便黏滞，面色少华，神疲乏力，舌质红、苔黄腻，脉滑数或濡数。此型多由风、寒、湿邪郁而化热，或素体湿热内蕴，复因脾肾亏虚、卫外不固，湿热浊邪痹阻关节经络所致。治以清热利湿、通络宣痹、佐补脾肾为法，于益髓生血汤中酌减温燥之品，加清利湿热、通络止痛之药，祛邪而不伤正，清热而不碍脾。如见关节红肿热痛明显者，加忍冬藤 30 g、黄柏 12 g、苍术 12 g、牛膝 15 g，取四妙丸之意，清热燥湿、利湿消肿、通络止痛；见关节肿胀重着、湿热偏盛者，加土茯苓 30 g、萆薢 15 g、薏苡仁 30 g，利湿泄浊、除痹消肿，使湿热从小便而去；见疼痛剧烈、屈伸不利者，加络石藤 15 g、青风藤 15 g，藤类善行经络，清热解毒、通络止痛；见神疲乏力、纳呆腹胀者，减补骨脂、淫羊藿等温燥之品，加白术 12 g、茯苓 15 g、陈皮 12 g，健脾理气、化湿和中，顾护后天之本。

2.2.4 瘀血阻络证 本证以瘀血内停络脉为主要病机，属因虚致实、瘀虚互结之证，病势缠绵难愈。临床症见头晕乏力，面色晦暗，关节疼痛剧烈、呈刺痛感、夜间加重，关节屈伸不利、肢体麻木，皮肤瘀斑瘀点，爪甲青紫，舌暗紫或有瘀斑瘀点，脉涩。此型乃脾肾亏虚日久，气血运行不畅，瘀血内生，又因瘀致虚，新血不生。治以活血化瘀、通络止痛为法，在益髓生血汤基础上增化瘀之力，同时兼顾固护脾肾之本，忌用单纯峻猛化瘀之品，防耗伤精血。如见关节刺痛、夜间加重者，加丹参 15 g、川芎 12 g、红花 10 g、桃仁 10 g，丹参活血祛瘀、通经止痛，川芎为血中之气药，行气活血使瘀散而血行，红花、桃仁活血破瘀，四药合用增强化瘀通络之功；见关节畸形僵硬、肢体麻木者，加地龙 10 g、僵蚕 10 g、全蝎 6 g，虫类药善走窜，通经达络、破瘀散结之力强，为治顽固络瘀之要

药；见头晕乏力、腰膝酸软等肾虚表现著者，加杜仲 15 g、续断 15 g、山萸肉 12 g，杜仲、续断补肝肾、强筋骨，山萸萸补益肝肾、收涩固脱，三者合用增强补肾益髓之力，固护先天之本。

2.2.5 阴虚内热证 本证以阴虚内热、络脉痹阻为主要病机，本虚标实，热邪与痹阻并存。临床症见头晕耳鸣，腰膝酸软、乏力，关节灼热疼痛，口干咽燥，手足心热，潮热盗汗，舌红少苔或无苔，脉细数。此型乃脾肾亏虚日久，阴液耗伤，致阴虚内热与络脉痹阻并存。治以滋阴清热、凉血通络为法，益髓生血汤基础上减温燥、加滋阴清热之品，谨防温热之品加重内热。如见关节灼热疼痛、口干咽燥者，减原方中补骨脂、鹿角胶、淫羊藿等温热之品，加麦冬 15 g、玄参 15 g、生地黄 20 g，麦冬养阴生津，玄参清热凉血、滋阴降火，生地黄清热凉血、养阴生津，三者合用滋阴清热、顾护阴液；见手足心热、潮热盗汗等阴虚明显者，加沙参 15 g、玉竹 15 g，增强滋阴生津之力，使阴液充则虚热自退；见关节灼热疼痛甚者，加牡丹皮 12 g、忍冬藤 30 g、络石藤 15 g，牡丹皮清热凉血、活血化瘀，忍冬藤、络石藤清热解毒、通络止痛。藤类植物本株多弯绕蔓延、纵横交织，其形态与人体络脉之状相类，依据中医“取象比类”思维，故认为藤类药物多具通络行脉之效，临床选用此类药物，能增强通络之力。

3 验案举隅

患者，女，56 岁，2019 年 3 月 10 日初诊。主诉：双手小关节肿痛 8 年，头晕乏力、心悸气短 6 个月，加重 1 周。患者 8 年前因双手近端指间关节、掌指关节对称性肿痛，伴晨僵，遂至当地医院就诊，查类风湿因子（RF）、红细胞沉降率（ESR）、C 反应蛋白（CRP）升高，抗环瓜氨酸肽（anti-CCP）阳性，诊断为 RA，予口服甲氨蝶呤片（10 mg，每周 1 次）、来氟米特片（20 mg，每晚 1 次）、叶酸片（10 mg，每周 1 次）后症状略有好转。其后规律服药，然关节肿痛仍偶有发作、时轻时重。6 个月前出现头晕乏力、心悸气短，活动后加重，未予重视及进一步诊治。1 周前因劳累后头晕、乏力明显加重，遂前来就诊。刻下症见：双手近端指间关节、掌指关节肿痛，晨僵约 1 h，头晕乏力，心悸，面色苍白，爪甲色淡，食欲不振，畏寒怕冷，肢体沉重，大便溏薄、每日 1 或 2 次，舌淡胖边有齿痕、苔白腻，脉沉细濡缓。实验室检查：2019 年 3 月 10

血常规示血红蛋白 82 g/L, 红细胞 $3.5 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积 28%; RF 128 IU/ml, ESR 45 mm/h, CRP 28 mg/L。西医诊断: RA; 中度贫血; 中医诊断: 痹证(脾肾亏虚, 精血不足, 寒湿痹阻)。治以补益脾肾、填精生血、散寒除湿为法, 方予益髓生血汤加減。处方: 黄芪 20 g, 当归 15 g, 熟地黄 20 g, 黄精 15 g, 补骨脂 12 g, 鹿角胶 10 g (烔化), 枸杞子 15 g, 女贞子 15 g, 菟丝子 15 g, 淫羊藿 12 g, 甘草 6 g, 党参 15 g, 白术 12 g, 山药 20 g, 羌活 12 g, 独活 12 g, 桂枝 10 g, 薏苡仁 30 g。14 剂, 每日 1 剂, 水煎分早、中、晚餐后温服, 每次 150 ml。西药治疗: 继续服甲氨蝶呤片 (10 mg, 每周 1 次)、叶酸片 (10 mg, 每周 1 次)、来氟米特片 (20 mg, 每晚 1 次)。嘱患者规律服药, 注意关节保暖, 避免受凉受潮, 饮食宜清淡易消化, 避免辛辣刺激、生冷油腻食物, 适当进行关节功能锻炼, 保持情绪平和。

2019 年 3 月 24 日二诊: 患者头晕乏力、心悸气短较前明显减轻, 面色较前红润, 双手关节肿痛及僵硬感缓解, 晨僵约 30 min, 食欲改善, 大便质软、每日 1 次, 舌淡胖、苔白, 脉沉细。复查血常规: 血红蛋白 95 g/L, 红细胞 $3.8 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积 32%; ESR 35 mm/h, CRP 18 mg/L。效不更法, 予初诊方去薏苡仁, 加防风 10 g。14 剂, 煎服法及西药剂量、服法同前。

2019 年 4 月 7 日三诊: 患者头晕乏力、心悸气短症状消失, 面色红润, 双手关节肿痛及僵硬感基本消失, 晨僵时间小于 10 min, 纳眠可, 二便调, 舌淡红、苔薄白, 脉和缓。复查血常规: 血红蛋白 115 g/L, 红细胞 $4.2 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积 36%; ESR 20 mm/h, CRP 8 mg/L。守二诊方继续服 14 剂巩固疗效, 煎服法及西药剂量、服法同前。

后患者坚持每月随诊 1 次, 在三诊方基础上随症加減, 未再出现头晕乏力、关节肿痛等不适症状。2019 年 10 月复查血常规示: 血红蛋白 125 g/L, 红细胞 $4.5 \times 10^{12}/L$, 红细胞压积 40%, ESR 15 mm/h, CRP 4 mg/L, 停药中药, 继续维持原剂量服用西药。

按语: 患者罹患 RA 8 年, 久病耗伤正气, 脾肾亏虚失司, 气血生化乏源, 故见头晕乏力、面色苍白、纳差便溏等症; 脾肾亏虚则卫外不固, 风寒湿邪乘虚而入、深稽经络, 致气血运行不畅, 瘀血内停, 经络痹阻, 故伴双手近端指间关节、双膝关节肿痛僵硬、肢体沉重, 实验室检查亦佐证贫血与 RA 活动之象。初诊紧扣脾肾亏虚、风寒湿痹病机,

治以补益脾肾、填精益髓、养血生血、祛风散寒、除湿通络为法, 予益髓生血汤加減。方中增党参、白术、山药健脾益气, 助气血生化; 加羌活、独活、桂枝祛风散寒通络, 薏苡仁利水渗湿消肿, 全方扶正祛邪、标本兼顾, 使脾肾之气渐复, 邪气得疏。二诊时患者诸症改善, 实验室指标好转, 提示药已中病, 唯风湿之邪未尽留恋经络, 故效不更法, 去薏苡仁防利水伤阴, 加防风增强祛风胜湿、通经止痛之力, 既可助解关节之僵, 又不碍脾之健运, 正合此时湿浊已化、风湿未净之病机。三诊时患者关节肿痛基本消失, 贫血相关症状改善, 实验室指标恢复正常, 脾肾亏虚得补, 气血生化有源, 风寒湿邪已祛, 病机趋于平和。此时守方巩固, 旨在扶助正气、调和气血, 使脏腑功能复常, 杜绝邪复之机。纵观全案, 始终紧扣本病脾肾亏虚、精血不足为本, 风寒湿痹阻、瘀血内停为标的核心病机, 兼顾病程中病机的细微演变, 以益髓生血汤为基础灵活化裁。初诊标本同治、扶正祛邪, 二诊清疏余邪、顾护正气, 三诊扶正固本、巩固疗效, 层层递进、药证相符, 终使正气来复、邪气得祛, 气血调和而病愈。

参考文献

- [1] 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心(北京协和医院), 中国医师协会风湿免疫专科医师分会, 中国康复医学会风湿免疫病康复专业委员会, 等. 2024 中国类风湿关节炎诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2024, 63(11): 1059-1077.
- [2] 魏慧, 张警丰, 姚中强, 等. 类风湿关节炎合并慢性贫血患者的临床特征及相关因素[J]. 北京大学学报(医学版), 2026, 58(2): 307-312.
- [3] 俞建钰, 陈晗, 陈祥芳, 等. 类风湿关节炎合并慢性贫血的机制探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2018, 7(12): 52-54.
- [4] 朱芳晓, 周润华, 覃决, 等. 类风湿关节炎血液系统受累的诊治分析[J]. 临床合理用药杂志, 2013, 6(9): 93-94.
- [5] 郑凤伟, 邱明山, 陈进春. 类风湿关节炎贫血的中西医结合研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(1): 75-80.
- [6] 黄丽玲, 余玲玲, 李凤珍. 类风湿关节炎伴贫血的中医研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2025, 23(4): 169-171.
- [7] 王亚辉, 班光国, 宋晓宇, 等. 阎艳丽教授治疗再生障碍性贫血经验初探[J]. 现代中西医结合杂志, 2025, 34(10): 1414-1418.
- [8] 刘焯斌, 杨毅宏, 熊树典, 等. 类风湿关节炎的虚、湿、瘀病机演变及分期辨治[J]. 中医杂志, 2026, 67(4): 461-464.
- [9] 刘子夏, 姜泉, 巩勋, 等. 基于“体脏合痹”理论探讨痹病

病位与体脏传变规律[J]. 中医杂志, 2025, 66(22): 2327-2332.

[10] Weiss G, Schett G. Anaemia in inflammatory rheumatic diseases[J]. Nat Rev Rheumatol, 2012, 9(4): 205-215.

ZHANG Zhen's Experience in Treating Rheumatoid Arthritis Complicated with Anemia Using Modified *Yisui Shengxue Decoction* (益髓生血汤)

ZHU Jianping¹, YANG Yuyao¹, ZHU Wenhui², ZHANG Tianwu¹

1. Hospital of Traditional Chinese Medicine of Pu'er City, Yunnan Province, 665000; 2. Second Clinical Medical College, Zhejiang Chinese Medical University

ABSTRACT This paper summarized professor ZHANG Zhen's clinical experience in treating rheumatoid arthritis (RA) complicated with anemia using self-formulated *Yisui Shengxue Decoction* (益髓生血汤) with modifications. It is proposed that the core pathogenesis of this condition is rooted in spleen and kidney depletion with insufficiency of essence and blood, while pathogenic dampness obstruction and internal blood stasis accumulation are the branches. The treatment principle focuses on tonifying the spleen and kidney, replenishing essence and nourishing the marrow, and enriching and generating blood, while simultaneously removing dampness and unblocking collaterals, activating blood and dissolving stasis. Based on this approach, *Yisui Shengxue Decoction* is used as the basic prescription, with flexible modifications according to syndrome patterns and clinical manifestations. For deficiency of both *qi* and blood combined with damp turbidity syndrome, medicinals that tonify *qi* and nourish blood, fortify the spleen and eliminate dampness, and mildly disperse obstruction are added. For wind-cold-dampness *bi* (痹) syndrome, medicinals that dispel wind and disperse cold, remove dampness and unblock the collaterals are incorporated. For wind-dampness-heat *bi* syndrome, medicinals that clear heat and eliminate dampness, unblock the collaterals and relieve *bi* are selected. For blood stasis obstructing the collaterals syndrome, medicinals that activate blood and resolve stasis, unblock the collaterals and relieve pain are combined. For *yin* deficiency with internal heat syndrome, medicinals that nourish *yin* and clear heat, cool blood and unblock the collaterals are prescribed.

Keywords rheumatoid arthritis; anemia; *Yisui Shengxue Decoction* (益髓生血汤); experience of famous doctors; ZHANG Zhen

(收稿日期: 2025-12-21; 录用日期: 2025-06-16; 修回日期: 2026-06-23)

[编辑: 果 彤, 焦 爽]

读者·作者·编者

《中医杂志》关于论文利益冲突的相关规定

期刊出版利益冲突指个人能够从其履职行为或决定中获得利益。利益冲突不仅限于经济利益, 还包括学术竞争、个人关系等方面, 潜在的利益冲突可能涉及研究者、研究机构、资助方等。当涉及主要利益(如患者福利或研究有效性)的专业判断可能受到次要利益(如经济收益)的影响时, 就存在利益冲突和偏见的可能性。作者在投稿时应披露可能的经济利益与学术利益冲突情况。

1. 利益冲突声明披露的内容应包括作者与研究的利益关系以及研究的支持来源, 尤其当研究支持来自相关产品公司时, 应当说明利益冲突情况。如果涉及的经济利益有可能导致作者提供带有偏见的数据和结果, 编辑部予以拒稿。

2. 当作者中包含产品相关人时, 应在利益冲突声明中说明作者中包含产品相关人, 但未参与论文审稿及录用流程。产品相关人指论文研究中使用的药品、医疗器械、医疗设备和生物制品等产品生产或销售企业的人员。

对于受资助的研究成果论文, 应按要求如实标注资助机构、项目名称和批准号。对于受多个机构资助产生的项目成果论文, 原则上按对论文贡献的大小排序。不应标注与研究工作无关或虚假的项目; 不应为了掩饰利益冲突而不披露资助来源、隐瞒真实作者信息或虚构署名。

(本刊编辑部)