·专题研究:“体脏合痹”理论指导风湿免疫病真实世界研究·

基于“体脏合痹－君臣佐使”框架探索风湿免疫病中西医治疗模式*

卢楠楠,刘文靖,周新尧✉,姜泉

中国中医科学院广安门医院,北京 100053

摘要:体脏合痹理论是指体痹与脏痹相互传变从而导致风湿病患者多系统受累,防治重点在于既病防变和整体调控。将君臣佐使理论应用于风湿免疫病的治疗,不仅是将传统中医理念与现代医学相结合的尝试,也是应对复杂免疫失衡网络的一种治疗策略。君药作为风湿免疫病治疗的核心药物,主要通过靶向关键炎症通路来恢复免疫稳态,减轻炎症反应。臣药通过多靶点调节免疫网络,协同增强君药的治疗效果。佐药主要是预防糖皮质激素及 DMARDs 的不良反应,也可协助药物减量或停药。使药主要通过调节免疫微环境提供治疗效果。中西医结合治疗风湿免疫病的模式中,“体脏合痹”提供了风湿免疫病的病机方向,明确了体脏传变的路径与靶点;“和正调衡”确立了治疗的总体目标;而君臣佐使则为实现这一目标提供了治疗系统的配伍架构。

关键词:风湿免疫病;体脏合痹;君臣佐使;和正调衡;分期辨势;分层论治;体脏传变

DOI:10.16368/j.issn.1674－8999.2026.10.311

中图分类号:R255.6　　**文献标志码**:A　　**文章编号**:1674－8999(2026)10－2042－06

Integrative Medicine Treatment Model for Autoimmune Rheumatic Disease Under "Body－Zang Bi Syndrome and Monarch－Minister－Assistant－Envoy" Medicating Framework

LU Nannan, LIU Wenjing, ZHOU Xinyao, JIANG Quan

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

Abstract: The theory of "body－Zang Bi syndrome" suggests that the interaction between body Bi and organ Bi is the core reason why patients with rheumatic diseases experience multi－system involvement. The focus of prevention and treatment is both on preventing disease progression and overall regulation. Applying the "monarch－minister－assistant－envoy" theory to the treatment of rheumatic autoimmune diseases is not only an attempt to combine traditional Chinese medicine concepts with modern medicine but also a strategy to address complex immune imbalance networks. "Monarch medicine" acts as the core drug in treating rheumatic autoimmune diseases, mainly targeting key inflammatory pathways to restore immune homeostasis and reduce inflammation. "Minister medicine" regulates the immune network through multiple targets to synergistically enhance the effect of the "monarch medicine". "Assistant medicine" prima-

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(82374285);中央高水平中医医院临床研究和成果转化能力提升项目——临床科研一体化人才专项项目(全国优才培育项目)(HLCMHPP20230120)

作者简介:卢楠楠(2001－),女,河南周口人,硕士研究生,研究方向:中医药治疗风湿免疫病的临床与基础研究。

✉通信作者:周新尧,医学博士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药治疗风湿免疫病的临床与基础研究。E－mail:xyz_1102@126.com

rily prevents adverse reactions of glucocorticoids and DMARDs and can assist in reducing or stopping medication. "Envoy medicine" mainly works by modulating the immune microenvironment and providing therapeutic effects. In integrative medicine treatment model for rheumatic autoimmune diseases, "body – Zang Bi syndrome" provides a disease mechanism direction, clarifying the pathways and targets of body – Zang transmission; "Harmonizing and Regulating" establishes the overall treatment goal; and the "monarch – minister – assistant – envoy system provides the medicating framework for achieving that goal.

Key words: rheumatic autoimmune disease; body – Zang Bi syndrome; monarch – minister – assistant – envoy; harmonizing and regulating; differentiate the situation by stages; stratified treatment; body – Zang transmission

风湿免疫病是一类病因复杂，兼具系统性与慢性炎症性的自身免疫性疾病群，通常归属中医“痹证”范畴[1]。此类疾病具有高度异质性并呈现多维度复杂性的病理特征。现代医学多以非甾体抗炎药、传统合成改变病情抗风湿药物（conventional synthetic disease – modifying anti – rheumatic drugs，csDMARDs）、靶向合成改善病情抗风湿药（targeted synthetic disease – modifying anti – rheumatic drugs，tsDMARDs）、生物制剂、糖皮质激素等药物进行治疗，取得了一定疗效，但仍面临部分患者疗效欠佳、药物不良反应明显、疾病易反复及个体差异大等问题[2-3]。中医药凭借其多成分、多靶点的调控优势，尤其在调节机体免疫稳态、改善整体机能、减轻西药不良反应等方面展现了独特优势[4]。然而，在面对重症炎症或急进性脏器损害时，无论是中医或西医单一治疗方法，都在疗效范围、适应证选择及不良反应管理等方面存在诸多局限。因此，亟须探索超越传统单一医学模式的中西医整合治疗策略。

在此背景下，中西医协同已成为当代风湿免疫病治疗的重要方向。临床上已有中西医联合治疗的实践，但两者的结合往往存在“简单叠加、作用重合、缺乏统领”的问题。姜泉教授立足“五体痹”“五脏痹”传变与风湿免疫病的发展和转归，提出“体脏合痹”理论，并在此理论指导下提出“和正调衡”的总体治疗原则和“以体养脏、调脏安体、体脏同治”的治疗理念[5]。君臣佐使理论原为方剂配伍之纲，已有现代研究将其从方剂内部配伍法则拓宽至系统治疗层面[6-7]。基于此，本文提出以中医君臣佐使组方理论为核心的中西医协同治疗新范式，旨在通过对中西医治疗比重的动态调整与有序配置，实现“1 +1 >2”的协同效应。

1　中医君臣佐使理论在风湿免疫病治疗中的内涵拓展及其与现代免疫学的结合

1.1　君臣佐使理论的内涵拓展与宏观架构构建　在中医方剂学中，君臣佐使是组方原则的核心，其基本含义不仅是药物的功效分配，更在于体现治疗中主次有序、协同作用的整体观。《素问·至真要大论》云：“君一臣二，制之小也；君一臣三佐五，制之中也；君一臣三佐九，制之大也。”阐释了中药处方中不同药物之间的主次关系，开启了中药配伍的规范化道路[8]。

随着风湿免疫疾病治疗的逐步复杂化，中西医结合治疗的需求日益突出。将君臣佐使理念从中医方剂学延伸至中西医协同治疗，形成一种治疗策略的功能性类比框架，可有效整合多种干预手段，优化治疗方案，避免治疗过程中多种手段作用的重复和冲突。在构建中西医协同治疗方案时，可以将治疗方法按其在整个治疗策略中的作用分为 4 个层次：君药、臣药、佐药和使药。君药作为治疗的核心，通常针对疾病的主证或关键病理环节发挥主导作用；臣药则协同君药，增强其主要疗效，并兼顾次要病理变化或并存证候；佐药进一步辅助君臣药，解决伴随症状或调控君臣药可能带来的不良反应；使药则引导药力作用于靶点，协调药物间相互关系，优化整体治疗效果。在这一框架中，君药可以由中药复方、西药 DMARDs 等担当，而其他治疗手段根据病情与证候的变化灵活配置，使其在整个治疗体系中形成有机协同、层次分明的结构[9]。

1.2　君臣佐使理论与现代免疫学的结合　将君臣佐使理论应用于风湿免疫病的治疗，不仅是对传统中医理念与现代医学相结合的尝试，也是应对复杂免疫失衡网络的一种治疗策略。在风湿免疫病中，免疫稳态的失衡是疾病发展的核心病理基础，涉及多种免疫细胞和炎症因子的异常表达，如 T 细胞、B 细胞、肿瘤坏死因子 – α（tumor necrosis factor – α，TNF – α）、白细胞介素 – 6（interleukin – 6，IL – 6）等的异常激活[10]。君臣佐使理论为这一复杂免疫网

络提供了一个系统性的调节框架。

1.2.1　君药针对主证，靶向干预核心通路　君药作为风湿免疫病治疗的核心药物，主要通过靶向关键炎症通路来恢复免疫稳态，减轻炎症反应。在风湿免疫病活动期，炎症因子如 TNF－α、IL－6 等是推动疾病进展的主要因素。类风湿关节炎（rheumatoid arthritis，RA）高活动期时（DAS28－ESR＞5.1），TNF－α、IL－6、IL－1 等促炎细胞因子持续激活，表现为关节剧烈肿痛等湿热瘀阻之象，导致滑膜炎症、关节肿痛及结构损伤风险升高。此时，发挥快速控制免疫炎症活动功能的药物，便承担了君药的角色，如相关指南中建议糖皮质激素作为短期桥接治疗药物，联合 DMARDs 治疗，发挥其高效的抗炎作用，直接靶向并抑制核心促炎因子的释放，从而快速控制急性炎症，为整体治疗奠定基础[11－12]。在疾病稳定期或缓解期，君药往往以中药来改善多器官受累，防治并发症，巩固疗效。如在狼疮性肾炎稳定期，辨证给予中药可有效降低患者尿蛋白及血压水平，发挥心、肾保护作用[13－14]。

1.2.2　臣药针对兼证，协同君药，多靶点调节免疫反应　臣药通过多靶点调节免疫网络，协同增强君药的治疗效果。以 RA 相关间质性肺病（interstitial lung disease，ILD）快速进展期为例，临床确诊后指南推荐应用甲泼尼龙静脉冲击疗法[15－16]，并同步联合应用利妥昔单抗、环磷酰胺或吗替麦考酚酯等，根据病情采用初始双联或三联治疗，而非激素单药治疗后序贯加药。在君臣佐使框架下，糖皮质激素发挥快速控制炎症之“君”效，此时选择中医药作为臣药亦可协助多靶点调节免疫反应。临床研究表明，在治疗 RA－ILD 时，雷公藤多苷片联合治疗组在影像学改善方面与非雷公藤组比较无显著差异，但其间质评分好转率更高，印证了雷公藤多苷片可通过多靶点调控发挥抗炎与抗纤维化协同效应[17]。此外，针对患者咳嗽、呼吸困难、胸痛等症状，中医药治疗强调宣肺化痰、益气养阴，通过调节肺脏功能改善呼吸道症状，抑制肺部炎症与纤维化[18]，体现了臣药在整体治疗策略中的增效与多靶点作用。

1.2.3　佐、使药针对药物毒性，改善免疫微环境，辅助君臣药，提升整体疗效　佐药主要是预防糖皮质激素及 DMARDs 的不良反应，也可协助药物减量或减停。佐药可以是钙剂、维生素 D、护肝药等，预防骨质疏松与肝损伤，亦可以是中药复方，以清热解毒、健脾和胃、补益肝肾、养心安神等治法为主。使药主要通过调节机体免疫微环境提供治疗效果。研究表明，肠道菌群的失衡与风湿免疫病的进展密切相关[19－20]。通过中医干预调节肠道菌群，为药物起效创造更好的机体内环境，可能有助于降低疾病活动度，延长药效持续时间[21]。与此同时，运动康复和心理疏导也是使药的重要组成部分，通过改善患者的健康状态，起到支持治疗的作用[22]。

1.3　君臣佐使与体脏合痹的结合　姜泉教授基于中医“五体痹”“五脏痹”理论，结合风湿病多系统受累、临床表现复杂多变的特点，提出“体脏合痹”理论，认为体痹与脏痹相互传变是导致风湿免疫病患者多系统受累的核心因素，防治重点在于既病防变和整体调控，并提出“和正调衡”的总体治疗原则和“以体养脏、调脏安体、体脏同治”的治疗理念[5]。“体脏合痹”理论明确了风湿病的病机传变路径与治疗方向，君臣佐使理论可实现多层次治疗手段的功能整合与主次分工，在规范现代抗风湿治疗的基础上，与中药、针灸、导引等多种干预手段整体协同运用。“体脏合痹”与君臣佐使的结合，实质上是将病机诊断体系与治疗配伍体系进行有机整合，形成“以体脏合痹为目、以君臣佐使为纲”的一体化临床决策系统。以系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus，SLE）为例[23－24]，当抗体攻击中枢神经系统而引发神经精神狼疮（脑痹）时，其病机属体痹及脏，体表之邪未解，循经络内传脏腑，或阻滞气血津液输布，酿生痰浊、瘀血等病理产物，随气血流注脏腑。治疗上，甲泼尼龙静脉冲击联合环磷酰胺冲击是迅速控炎、阻断神经损伤的君药；邪去而正虚，患者常表现为神志淡漠、反应迟钝，此因心脾受损、气机郁结、痰浊蒙蔽心神所致，故需以中药化痰开窍醒神为臣药；佐以针刺、导引等康复疗法，以助神机恢复，体现体脏同治、君臣有序的整合治疗思路。

2　风湿免疫病的中西医协同诊疗模式

风湿免疫病的中西医结合治疗模式中，“体脏合痹”提供了风湿免疫病的病机方向，明确了体脏传变的路径与靶点；“和正调衡”确立了治疗的总体

目标；而君臣佐使则为实现这一目标提供了治疗系统的配伍架构。首先，通过分期辨势与分层论治，精确诊断病情发展阶段，识别“体痹”与“脏痹”的失衡状态，以及核心矛盾、次要矛盾、传变风险[3]。其次，依据君臣佐使原则，动态配置中西药物的治疗权重，确保治疗的个性化与适应性。最后，运用动态调控机制，通过调整药物配伍减少不良反应并有效防止疾病复发，实现长期稳定的疗效。

2.1　风湿免疫病协同治疗的前提——分期辨势、分层论治　在风湿免疫病的诊疗过程中，分期辨势和分层论治是关键的治疗策略。以干燥综合征（Sjögren′s syndrome，SS）为例，目前已有多个研究从临床阶段、症状特点、年龄、基因表达及病理特征等角度提出多种中西医分层诊治方法，为 SS 早期诊断、风险评估及个体化治疗提供重要依据[25-26]。在 RA 的治疗中，分期辨势同样至关重要。RA 可分为早期、活动期和缓解期，应分期诊治，早期祛风除湿、通络止痛，活动期清热祛湿、活血化瘀，缓解期扶正固本、调节免疫稳态。该疗法能够有效控制疾病活动度，避免骨破坏和功能丧失，并使治疗更加具有针对性和时效性[27]。

2.2　君臣佐使配伍方式在风湿免疫病治疗中的实际应用——中西医用药权重的动态配置　中西医协同治疗的关键在于如何科学、合理地调整中西药物的治疗比重。在此过程中，“和正调衡”作为“体脏合痹”理论的总体治疗原则，为中西药物的配伍提供了基本准则。“和正”即顾护机体，维持免疫稳态与自我调节的能力，“调衡”即祛除导致免疫失衡与体脏痹阻的邪气。在疾病的急性期或高活动期，西药如激素、DMARDs 等可作为君药，发挥扶正祛邪的作用。而中药则根据辨证施治原则，可作为臣药或佐药协同治疗，发挥抗炎、免疫调节、减轻西药不良反应等作用，以期“和正”，形成“君以祛邪、臣佐以安正”的协同方案。

以 RA 为例，可依据病程、疾病活动度、结构损伤及不良预后风险，运用君臣佐使思路动态配置中西医干预手段。确诊初期或中期、疾病高活动期应遵循“急则治其标”的治疗原则，以控制滑膜炎和预防关节损伤为核心；无禁忌证者宜采用以甲氨蝶呤为基础的 csDMARD 治疗，必要时以最低有效剂量糖皮质激素短期桥接，并尽快减量至停药。治疗 3 个月无明显改善或 6 个月未达标者，应结合预后因素优化 csDMARD 方案，或加用 bDMARDs、tsDMARDs。此阶段可将规范的抗风湿疗法作为抗炎阻损之“君”，中医药依据湿热、寒湿、痰瘀等证候，分别采用清热除湿、散寒通络及化痰祛瘀等治法发挥“臣、佐”作用。研究表明，中药联合甲氨蝶呤可通过调控 TLR/MyD88 等信号通路，改善炎症微环境，提升临床疗效并有助于减少西药剂量[28-29]。随着疾病进入临床缓解期，应优先减停糖皮质激素，DMARDs 仅可在持续达标、医患共同决策及严密监测下逐步减量。中药由臣药上升为主要干预手段，发挥扶正固本、调节免疫的优势，而西药则转为臣药或佐药，形成“主次转换”的协同格局。在全程治疗中，佐药可用于预防或减轻糖皮质激素及 DMARDs 引发的感染、骨质疏松、肝肾损伤等不良反应[30]；针灸、功法锻炼及心理干预等非药物措施则可作为使药，促进整体疗效发挥，改善患者生活质量。

2.3　君臣佐使的运行机制——遵循体脏传变规律动态调整　“宏观君臣佐使”治疗模式的一个重要特点是治疗过程的动态性和灵活性。该模式强调根据患者病情的进展、治疗反应的变化以及疾病活动度的波动，动态调整中西医治疗手段的使用比重。在治疗过程中，通过及时的反馈和调整，可以避免治疗方案僵化和疗效下降，最大限度地发挥各类治疗手段的综合效果。研究表明，基于君臣佐使的药物组方，能够在治疗过程中进行灵活调整，在疾病活动期加强免疫抑制治疗，缓解期减少免疫抑制药物的使用，同时加入中医药调理，起到减少不良反应、避免药物依赖的作用。通过合理搭配中西药物，优化治疗方案，以中药调节免疫稳态，增强机体自愈能力，减少疾病复发的风险。中西医治疗的协同效应不仅仅体现在疾病的控制上，更在于改善患者的整体健康状态和生活质量，达到“攻补有序、中西互用”的治疗效果。

综上所述，基于分期辨势与分层论治的治疗策略能为风湿免疫性疾病提供精准的个体化治疗方案，而君臣佐使原则的动态配置则为中西医结合治疗提供了重要的理论依据和临床指导（图 1）。这些策略的实施不仅能有效提高治疗效果，还能减少不

良反应，为患者提供长期稳定的治疗效果。

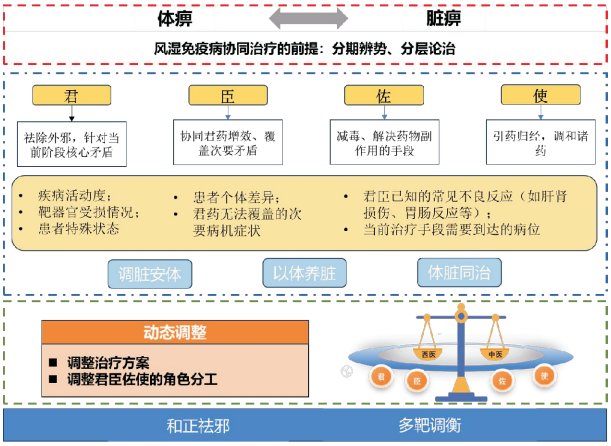


图 1　基于体脏合痹－君臣佐使理论风湿免疫病中西医协同治疗方案

3　结语

以君臣佐使理论为指导的中西医协同治疗新范式，为风湿免疫病的治疗提供了一种兼具战略高度与战术精度的整合框架。它打破了中西医结合简单的“加法”思维，通过赋予治疗手段的动态变化，体现了“急则治标、缓则治本、标本兼顾”的中医思维。中西医协同治疗风湿免疫病前景广阔，尤其是在免疫调节和整体调治的层面，显示出巨大的潜力。然而，目前在实际临床应用中，仍面临着中西医结合比重难以精准把握、治疗效果缺乏统一标准等问题。未来，随着中西医协同治疗模式的不断发展，需进一步加强中医药治疗效果的科学评价，提升中西医结合的临床规范性，并通过大样本的临床研究验证中西医协同治疗方案的长期疗效和安全性。

参考文献：

[1]姜泉. 风湿病中医药研究进展及展望[J]. 北京中医药大学学报，2023，46(9)：1195－1203.
[2]Bowman S J，Seror R，Porcher R，et al. Primary Sjögren′s Disease：a review of unmet need，outcome measures，therapeutic advances and health economic impacts. Lessons from the NEw Clinical Endpoints in primary Sjögren″s Syndrome：an Interventional Trial based on stratifYing patients（NECESSITY）Innovative Health Initiative（IHI）[J]. Ann Rheum Dis，2025，84(7)：1068－1089.
[3]韩曼，姜泉，曾小峰，等. 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[J]. 中医杂志，2025，66(21)：2210－2215.
[4]徐愿，罗静，韩曼，等. 中医药治疗风湿免疫领域临床优势病种的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志，2022，28(9)：198－204.
[5]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.
[6]庞枫韬，唐晓颇，徐浩东，等. 从中医学“君臣佐使”理论探索系统性红斑狼疮现代用药方案[J]. 风湿病与关节炎，2022，11(5)：48－50，57.
[7]江勋源. 治病治人，君臣佐使：论中西医治疗原则的殊途同归[J]. 新医学，2006，37(8)：550－551.
[8]常甜，姜泉，彭秋伟. 基于君臣佐使理论浅析姜泉运用药对治疗类风湿关节炎经验[J]. 辽宁中医杂志，2022，49(9)：35－38.
[9]姜泉，周新尧，唐晓颇，等. 干燥综合征病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志，2024，65(4)：434－444.
[10]黄源. 不同剂量糖皮质激素冲击治疗风湿病患者的临床疗效分析[J]. 中国实用医药，2024，19(4)：133－136.
[11]国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心，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.
[12]姜泉，巩勋，焦娟，等. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南（2025 年）[J]. 中医杂志，2025，66(17)：1842－1856.
[13]王子涵，陈艳宇，崔勇，等. 中医药临床优势病种探讨：系统性红斑狼疮[J]. 中国实验方剂学杂志，2025，31(13)：263－269.
[14]Khajehdehi P，Zanjaninejad B，Aflaki E，et al. Oral supplementation of turmeric decreases proteinuria，hematuria，and systolic blood pressure in patients suffering from relapsing or refractory lupus nephritis：a randomized and placebo－controlled study[J]. J Ren Nutr，2012，22(1)：50－57.
[15]王金平，陶庆文，莫美，等. 中医药临床优势病种探讨：类风湿关节炎[J]. 中国实验方剂学杂志，2025，31(17)：202－210.
[16]Johnson S R，Bernstein E J，Bolster M B，et al. 2023 American college of rheumatology（ACR）/American college of chest physicians（CHEST）guideline for the treatment of interstitial lung disease in people with systemic autoimmune rheumatic diseases[J]. Arthritis Rheumatol，2024，76(8)：1182－1200.
[17]陈丽明. 雷公藤多苷片治疗类风湿关节炎合并间质性肺疾病的临床疗效评估及机制研究[D]. 南昌：南昌大学，2025.
[18]刘文靖，刘瑞华，周新尧，等. 中医药治疗干燥综合征相关间质性肺病的研究现状与思考[J]. 中华中医药杂志，2025，40(3)：1288－1293.
[19]Midtvedt T. Intestinal bacteria and rheumatic disease[J]. Scand J Rheumatol，1987，16(sup64)：49－54.

（下转第 2065 页）

view[J]. Ann Rheum Dis,2014,73(5):861 – 870.
[16]国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心,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.
[17]Smolen J S, Landewé R B M, Bergstra S A, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease – modifying antirheumatic drugs:2022 update[J]. Ann Rheum Dis,2023,82(1):3 – 18.
[18]Smolen J S, Breedveld F C, Burmester G R, et al. Treating rheumatoid arthritis to target:2014 update of the recommendations of an international task force[J]. Ann Rheum Dis,2016,75(1):3 – 15.
[19]Sherman R E, Anderson S A, Dalpan G J, et al. Real – world evidence:what is it and what can it tell us? [J]. N Engl J Med,2016,375(23):2293 – 2297.
[20]Vonelm E, Altman D G, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement:guidelines for reporting observational studies[J]. Lancet,2007,370(9596):1453 – 1457.
[21]Goldbach – mansky R, Wilson M, Fleischmann R, et al. Comparison of Tripterygium wilfordii Hook F versus sulfasalazine in the treatment of rheumatoid arthritis:a randomized trial[J]. Ann Intern Med,2009,151(4):229 – 240.
[22]Lv Q W, Zhang W, Shi Q, et al. Comparison of Tripterygium wilfordii Hook F with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis (TRIFRA):a randomised, controlled clinical trial[J]. Ann Rheum Dis,2015,74(6):1078 – 1086.
[23]Wang X Y, Kong Y Q, Li Z G. Advantages of Chinese herbal medicine in treating rheumatoid arthritis:a focus on its anti – inflammatory and anti – oxidative effects[J]. Front Med,2024,11:1371461.
[24]邱亦江,王磊,何晓瑾. 关于发挥中医治疗类风湿关节炎优势的思考[J]. 江苏中医药,2016,48(12):76 – 77.
[25]姜泉,王海隆,巩勋,等. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志,2018,59(20):1794 – 1800.

收稿日期:2026 – 05 – 26
编辑:秦小川

(上接第 2046 页)

[20]Zhang X, Zhang D Y, Jia H J, et al. The oral and gut microbiomes are perturbed in rheumatoid arthritis and partly normalized after treatment[J]. Nat Med,2015,21(8):895 – 905.
[21]蒋志明,刘磊,张辽,等. 基于肠道菌群探讨隔物灸治疗类风湿关节炎及相关不良情绪的疗效机制[J]. 针刺研究,2026,51(7):896 – 906.
[22]Wang C C. Role of Tai Chi in the treatment of rheumatologic diseases[J]. Curr Rheumatol Rep,2012,14(6):598 – 603.
[23]徐惠,姜泉,夏聪敏,等. “体脏合痹”理论视角下系统性红斑狼疮继发妇产科疾病的病机及诊疗思路[J]. 中医杂志,2025,66(23):2438 – 2442.
[24]Sammaritano L R, Askanase A, Bermas B L, et al. 2025 American college of rheumatology (ACR) guideline for the treatment of systemic lupus erythematosus[J]. Arthritis Rheumatol,2026,78(7):1361 – 1386.
[25]Nguyen Y, Nocturne G, Henry J, et al. Identification of distinct subgroups of Sjögren′s disease by cluster analysis based on clinical and biological manifestations:data from the cross – sectional Paris – Saclay and the prospective ASSESS cohorts[J]. Lancet Rheumatol,2024,6(4):e216 – e225.
[26]刘文靖,周新尧,姜泉. 干燥综合征分层诊治研究现状与思考[J]. 中医杂志,2025,66(3):244 – 250.
[27]周新尧,韩曼,肖红,等. 病证结合、分期论治类风湿关节炎[J]. 北京中医药,2019,38(10):1020 – 1023.
[28]王柳青,李海剑,张红,等. 不同剂量糖皮质激素联合甲氨蝶呤、来氟米特治疗早期类风湿关节炎的疗效比较[J]. 淮海医药,2022,40(5):503 – 506.
[29]王寒,胡兵,魏东,等. 乌头汤合防己黄芪汤结合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎急性期的疗效分析[J/OL]. 中华中医药学刊,1 – 7[2025 – 11 – 27]. http://link.cnki.net – s.dres.hactcm.edu.cn/urlid/21.1546.R.20251127.1447.012.
[30]姜瑞,周晶,瞿琪,等. 东亚人群类风湿关节炎与骨质疏松症孟德尔随机化研究[J]. 中国骨质疏松杂志,2025,31(11):1610 – 1615,1628.

收稿日期:2026 – 04 – 22
编辑:孙铮