



中西医治疗系统性红斑狼疮的研究进展

敖秀红¹, 王玲²

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110847; 2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

摘要: 系统性红斑狼疮(SLE)是一种全身性自身免疫性疾病,目前机制尚不清楚,传统治疗主要以激素、免疫抑制剂等西药为主,不良反应明显。中医药治疗具有缓解临床症状、减轻不良反应的优势。中西医并重,取长补短,可以缩短疾病进程,有效缓解临床症状,在降低疾病治疗过程中的不良反应等方面疗效颇佳。现从中西医治疗 SLE 的发病机制、临床治疗、结论及展望综述如下。

关键词: 系统性红斑狼疮;发病机制;临床治疗;中西医;病因病机;分型;分期;外治法;综述

中图分类号: R593.241

文献标志码: A

文章编号: 1671-7813(2023)06-0012-04

Research Progress in the Treatment of Systemic Lupus Erythematosus with Traditional Chinese and Western Medicine

AO Xiuhong¹, WANG Ling²

(1. Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110847, Liaoning, China;

2. Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, Liaoning, China)

Abstract: Systemic lupus erythematosus(SLE) is a systemic autoimmune disease, the mechanism of which is still unclear. Traditional treatment mainly uses western drugs such as hormones and immunosuppressants, with obvious side effects. TCM treatment has the advantages of relieving clinical symptoms and alleviating adverse reactions. Both Chinese and western medicine pay equal attention to each other and learn from each other, which can shorten the course of disease, effectively relieve clinical symptoms, and reduce the adverse reactions and side effects in the course of disease treatment. The pathogenesis, clinical treatment, conclusion and prospect of SLE treated by Chinese and Western medicine are summarized as follows.

Keywords: Systemic lupus erythematosus; Pathogenesis; Clinical treatment; Chinese and western medicine; Etiology and pathogenesis; Parting; Stage; External treatment; Review

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种慢性自身免疫性疾病^[1]。病情异质性强,好发于育龄期女性,严重影响人们日常生活。临床表现复杂多变,可以累及全身各系统及组织器官,包括皮肤黏膜、关节肌肉、肾脏、血液、神经等^[2]。SLE 的发病机制现在还不完全清楚,大部分医家及学者普遍认为本病具有遗传易感性,受环境、激素、免疫水平等多种因素影响^[3-4]。若治疗不及时,或可造成组织器官的不可逆性损伤,严重者可致患者死亡,目前临床尚不能根治本病依旧是困扰众多医家和学者的难题,最大程度的减少疾病对各器官系统的损害,延缓病情迅速进展,有效改善预期后果,防止疾病反复发作,是广大学者一直以来追求的目标。SLE 的西医常规治疗主要为:糖皮质激素、免疫抑制剂和抗疟药等^[5],有很好的抑制炎症反应效果,能调控机体免疫状态,迅速缓解临床表

现,但这些药特异性差,长期服用不良反应明显,常困扰人们生活。中医药对控制 SLE 患者疾病活动、减少糖皮质激素使用剂量有明显的有益作用^[6]。现就中西医治疗 SLE 的研究进展予以综述,以为今后的试验研究及进一步的临床治疗提供理论依据。

1 发病机制

1.1 中医病因病机

古代医籍中并无系统性红斑狼疮的病名,据其症状不同,可将其归属于“痹证”“瘟毒发斑”“血风疮”“阴阳毒”“日晒疮”等范畴^[7]。基于对本病病因病机的认识不同,现代医家从不同角度辨治红斑狼疮。范永升^[8]认为本病是以素体正气不足为主,外界的热毒壅滞、瘀血阻络为其标,临床常见热毒之邪、阴液亏少、瘀血内阻相互交结。杨梓等^[9]从“邪伏少阴”角度认为 SLE 由禀赋不足,阴精亏少,热毒因虚内陷,外至腠理肌表,内侵五脏六腑,致使阴阳失调,日久血瘀、痰凝、饮停。郭锦晨等^[10]认为 SLE 是以素体亏虚,真阴耗伤,阴虚内热,邪毒浸淫,热壅血瘀,阻于络脉,由外感、过劳、七情等诱发。吕芹等^[11]从“阴阳毒”角度认为 SLE 是以素体亏虚,肾虚阴少,热盛、邪毒、瘀血在 SLE 的病程中起重要作用。陈雷鸣等^[12]从

基金项目: 国家重点研发计划项目(2018YFC1705202)

作者简介: 敖秀红(1995-),女,辽宁北票人,硕士在读,研究方向:中西医结合风湿免疫学。

通讯作者: 王玲(1970-),女,辽宁沈阳人,主任医师、教授,硕士研究生导师,硕士,研究方向:中西医结合风湿免疫学。E-mail: lxc_666@126.com。



“斑为阳明热毒”角度认为 SLE 是以肾阴亏虚,虚火内生,郁久化毒,燔灼营阴,由外邪、情志、饮食等诱发。任瑞星等^[13]从“伏邪”角度入手,认为本病属本虚标实,素体肝肾亏虚,外界六淫、七情内伤、饮食失节致使邪气内藏,郁久化热化毒,气血失和,外邪引动伏邪,使本病缠绵反复,经久不愈。冯宪章主张从肾论治 SLE,认为其为素体真阴亏虚,或因七情内伤,或因外感六淫邪气,尤其是日光暴晒,致使邪毒侵袭,郁久化热,灼伤营津,气滞血瘀,痹阻经脉,促使本病发生^[14]。综上,现代医家普遍认为本病是由素体禀赋不足,肾气素亏,外感六淫邪气,留滞筋骨肌肉关节,经络阻滞不通,蕴久化热化毒,加之情志失调、日光照射、饮食不节、过度劳累等致使气滞血阻、运行失畅,脏腑阴阳失和而致。

1.2 西医发病机制

免疫耐受性的终止和破坏是系统性红斑狼疮发生的根本机制,由多种自身抗体引起(以抗核抗体为代表)。多种因素导致 T_H 细胞过度表达或 T_S 细胞功能过低引起 B 淋巴细胞过度表达;或由于 B 细胞克隆本身的缺陷,使得 B 淋巴细胞活动亢进,产生大量自身抗体,与体内相应的抗原结合形成免疫复合物,沉积在皮肤、关节、小血管等组织部位,并在补体参与下引起急慢性炎症反应及组织坏死,或抗体直接与组织细胞抗原作用,引起细胞的破坏,造成各组织器官不同程度的损伤,引起发热及皮肤、肾及浆膜等组织损害为主,病程迁延,预后不良,严重者常因肾功能衰竭而死亡。

2 临床治疗

2.1 中医临床治疗

中医辨证、分期治疗 SLE 是目前中医辨治 SLE 的主流治疗方法,从中医学角度正确认识 SLE 患者的中医症状,并对其精准进行临床辨证、辨病与分期,临证时准确运用中医方剂与中药,适当辅以其他外治方法以共同治疗系统性红斑狼疮,可显著提高本疾病的临床治疗效果。

2.1.1 分型治疗 目前 SLE 的中医证型尚未统一,许多医家根据患者病情,并结合自身经验,灵活进行辨证。宋群先总结冯宪章教授经验将 SLE 分为四型:热毒炽盛,治以清热泻火、凉血化斑、解毒疗疮,多用凉血五花汤、犀角地黄汤、五味消毒饮加减;阴虚火旺,治宜补肾养阴益精,常用六味地黄丸、二至丸加减;气滞血瘀,治疗以理气和络、活血祛瘀,常用桃红四物汤、逍遥丸加减;脾肾两虚,治宜温阳化饮、补肾健脾、利水消肿,常用真武汤加减^[14]。赵静^[15]总结曹洪欣教授经验将 SLE 分以下四型:热毒炽盛、营血两燔;宜凉营清气、解毒消斑、清热泻火,多用犀角地黄汤、三黄石膏汤、清营汤加减治疗;脾肾两虚、水湿泛滥证,治以健脾理气、温肾利水、淡渗利湿,予以加减附子汤、清心莲子饮、实脾饮治疗;风湿痹痛、瘀血阻络证,治以祛风除湿行痹、理气活血通络,给予身痛逐瘀汤、黄芪桂枝五物汤加减;肝肾阴虚、阴虚火旺,宜滋阴清热降火、补益肝肾,治以上中下通用痛风方、知柏地黄丸加减。王义军^[16]总结胡荫奇教授经验将 SLE 分为六型:气营两燔,治宜凉营解毒、清热通络,给予自拟清热凉血解毒通络汤(生石膏、水牛角、生地黄、金银花、穿山龙、土茯苓等);阴虚内热证,治宜育阴清热、通络散瘀,给予自拟养阴清热通络汤(知母、忍冬藤、秦艽、青蒿、白薇、半枝莲等);瘀热痹阻,治宜清热凉血、活血化瘀兼通络除

痹,给予自拟清热活血化瘀汤(川芎、丹皮、穿山龙、生地黄、虎杖、半枝莲等);气阴两虚,治宜健脾益气、滋养阴液,给予自拟参芪麦味汤(玉竹、五味子、黄芪、地黄、麦冬、云苓等);脾虚肝郁,治宜益气健脾、行郁疏肝,给予自拟健脾疏肝汤(紫苏梗、白术、柿蒂、茯苓、太子参、红花等);脾肾阳虚,治宜温阳健脾、温肾利水,给予自拟温肾健脾利水汤(巴戟天、白术、牛膝、肉桂、熟地黄、桑白皮等)。在临床上不同医者虽然对 SLE 的分型略有差异,但都是在其多年诊治此病基础上总结而来的行之有效,验之确实的经验,临床效果理想。

2.1.2 分期治疗 除分型论治 SLE 外,许多医家在临床上依据病情分期治疗,亦能起到明显的疗效。杜伟哲等^[17]总结王庆国教授经验认为其急性期多为瘀热蕴结、燔灼气血,治宜清热凉血化瘀,方用化斑汤加减;慢性期多阴虚火旺,治宜养阴透热,常用青蒿鳖甲汤加减;痰瘀互结时治宜行瘀化痰,常用活络效灵丹、身痛逐瘀汤合二陈汤加减;热郁饮停时治宜清热化饮,多用木防己汤、苓桂术甘汤加减;湿热痹阻时宜清热利湿通络,常用痹汤方、加味苍柏散加减;毒邪伤肾时宜疏利三焦、宣通利水,常选用荆防肾炎汤合升降散加减。匡唐洪等^[18]总结温成平教授经验提出本病急性期多热毒炽盛,宜清热解毒,给予白虎汤合五味消毒饮加减;亦可见阴虚内热,宜清热滋阴,方选青蒿鳖甲汤、知柏地黄丸加减;缓解期常为脾肾阳虚证,宜温肾补脾,方选肾气丸化裁;亦有气阴两虚证,治以气阴双补,方选六味地黄汤合四君子汤加减;SLE 后期常表现肝肾阴虚、瘀血内阻,治宜补肝肾兼活血,给予一贯煎、血府逐瘀汤加减治疗。高洁等^[19]总结宋绍亮教授多年经验,认为本病活动期以瘀热毒壅为主,治宜凉血清热解毒、活血化瘀,药用雷公藤、甘草、青蒿、羚羊角粉、大青叶;缓解期多气阴两亏、内生虚热、兼有邪毒内伏,治宜滋阴补气、兼清余毒,方选六味地黄汤加减。不同的医家对于本病虽分期不同,但大体都将其分为急性活动期和慢性缓解期。并依据疾病的病程进展情况及严重程度的不同,仔细辨证,据其辨证情况灵活加减化裁,亦能达到期待的效果。

2.1.3 中医外治法 许涛等^[20]认为血液正常运行的功能依赖五脏之气推动,营气不足不能濡养推动五脏之精,使血行瘀滞;亦会影响卫气的功能,使其失于防卫,致血脉损伤,“营气衰少,卫气内伐”在本病发病过程中起重要作用。跷脉起于足下,上行头面,交通一身阴阳气血,调节肢体肌肉运动,针灸跷脉的特定腧穴,有助于调畅全身气血运行,通过经气传导作用,沟通脏腑肢节,联络形体官窍,以协调人体气血阴阳,在不同程度上对机体的生理机能和病理变化产生影响,可以更好地改善 SLE 患者的症状,缓解其病痛。汪金华^[21]选择 102 例本院 SLE 患者,随机分为对照组与观察组各 51 例,对照组予以单纯西医治疗,观察组加用针刺配合狼疮解毒汤(地黄、白花蛇舌草、大黄、鸡血藤、知母、甘草等),结果观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。说明在西医治疗基础上加用针刺配合狼疮解毒汤治疗 SLE 效果更明显,中医汤药结合外治有很好的辅助治疗作用,有利于促进患者恢复本来生活,值得临床推广与应用。何浩等^[22]选取系统性红斑狼疮(热毒炽盛型)患者 102 例,51 例对照组应用西医常规治疗,51 例观察组在对照组基础上配合犀角地黄汤结合针灸治疗,12 周后,结果显示观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。说明在西医常规治疗 SLE(热毒炽



盛型)患者时,针药结合能增强清热凉血解毒、祛瘀通络止痛之功,在一定程度上缓解患者血液系统异常情况,故在西医基础上应用犀角地黄汤结合针灸治疗,有利于患者尽快恢复正常生活,临床疗效更好。针灸与穴位贴敷都是临床常用的中医外治方法,简便廉验,有疏通经络,调节阴阳的作用,能使机体脉络通畅,气血津液正常运行,脏腑阴阳调和,从而达到治疗疾病、缓解病情的目的。所以在临床上加用针灸及穴位贴敷等外治手段在缓解本病临床症状方面有重要作用。

2.2 西医临床治疗

西医治疗是本病传统治疗方法,目前临床常用糖皮质激素和免疫抑制剂,在控制病情严重程度,恢复调节免疫功能,降低炎症反应,改善疾病临床表现,降低并发症的发生及延长寿命提高生活质量方面均有良好疗效,虽长期应用或可带来不良反应及不良反应,仍为本病的主要治疗方法。张华燕等^[23]选择75例本院活动期SLE患者,随机将其分为对照组与观察组,对照组予以甲泼尼龙琥珀酸钠进行治疗,观察组在此基础上加用甲氨蝶呤注射液,结果显示治疗活动期SLE患者,甲氨蝶呤结合甲泼尼龙琥珀酸钠治疗临床效果显著,可以在短期内控制其疾病活动程度、防止病情继续发展,能有效改善其实验室指标,缓解临床症状,提高生活质量。刘玲等^[24]选取SLE患者82例,随机分为观察组与对照组各41例,对照组应用泼尼松治疗,观察组加用环磷酰胺治疗,结果观察组治疗有效率高于对照组($P < 0.05$),说明应用泼尼松治疗系统性红斑狼疮患者时,加用环磷酰胺可有效改善其临床表现,有不错的临床效果,可以减轻炎症反应,防止病情进一步发展,疗效安全可靠,值得临床推广应用。曹雨等^[25]将71例SLE患者随机分为36例对照组和35例观察组,对照组予以利妥昔单抗注射液,观察组加用硫酸羟氯喹片,治疗4周后观察组有效率(91.43%)高于对照组(69.44%)($P < 0.05$)。说明羟氯喹联合利妥昔单抗能显著改善SLE患者的临床表现,控制病情进展,有效调控免疫功能、抑制炎症反应,降低血清IL-4、IL-17和MCP-4水平,值得推广应用。陈煜等^[26]选取SLE患者114例,随机分成联合组和常规组各57例,常规组应用醋酸泼尼松片进行治疗,联合组在此基础上加用来氟米特治疗,结果联合组总有效率高于常规组($P < 0.05$),认为在治疗SLE患者时,应用醋酸泼尼松片联合来氟米特治疗可显著提高临床效果,降低炎症反应,安全性及有效性高。

许多医家及学者开展一系列临床试验研究,目的是探究本病机制及实验室指标的变化,以期更好指导临床,为诊治本病提供新的思路。李英妮等^[27]通过检测已明确诊断的SLE患者105例和健康体检者73例血清中抗类瓜氨酸化抗体水平(抗CarP抗体常提示关节损伤及病情活动,常大量存在于类风湿关节炎患者身体中),发现在SLE患者血清中抗CarP抗体水平升高,说明SLE患者的临床及实验室指标与抗CarP抗体密切相关,或可以被用来评估其病情情况。郭俊恺等^[28]观察从试验组35例(SLE患者)与对照组25例(健康人)中circADCY9、circGARS、circMCTP2(由外周血单个核细胞中提取)的表达水平,发现在SLE患者PBMCs中,circMCTP2表达下调,且与疾病活动程度呈负相关;circADCY9与circGARS表达上调,且与疾病活动程度呈正相关。故评估三种环状RNA能够在一

定程度上反应SLE疾病严重程度。万梦婕等^[29]分别检测外周血 CD_4^+ T淋巴细胞(由健康者25例和SLE患者32例中提供)与外周血 CD_{19}^+ B淋巴细胞(由健康者29例和SLE患者62例;其中47例活动性患者及15例非活动性患者提供)VTR-NA2-1基因的表达水平,发现SLE患者 CD_4^+ T细胞中VTR-NA2-1基因表达水平与健康者相比无意义;而相对于健康者来说,SLE患者的B细胞高度表达VTRNA2-1基因,进而影响PKR而发挥其功能,导致疾病发生。

2.3 中西医结合治疗

不可否认的是,西医治疗本病虽有不良反应的存在然确有其疗效,随着中医药事业的发展,其价格不高容易得到、不良反应小、治疗效果显著的优势立竿见影、有目共睹,故众多医家大规模展开中医药联合现代医学治疗SLE的临床疗效论证及研究,颇见成效。张智勇等^[30]选取74例本院SLE患者,随机分成研究组37例和对照组37例,对照组予以西医基础治疗,研究组用扶正解毒汤治疗,结果总有效率扶正解毒汤配合甲泼尼龙(97.30%)高于对照组(81.08%),且骨髓抑制程度显著低于西药组($P < 0.05$)。说明扶正解毒汤联合甲泼尼龙可显著降低疾病活动程度及血清中IFN- γ 含量,有助于降低细胞毒性,调节免疫功能,且安全性高,有望使患者尽快回归其正常生活。杨夏等^[31]选取106例本院SLE患者,随机分为对照组与观察组各53例,对照组予以单纯西医治疗,观察组另外加用白芍总苷片,结果观察组有效率显著高于对照组,各项中医症状积分、SLEDAI评分均明显降低,全血中 CD_4^+ 比例和 CD_4^+/CD_8^+ 均明显升高($P < 0.05$)。说明在治疗SLE患者时在常规治疗基础上应用白芍总苷,有明显改善患者颜面部红斑、关节疼痛等中医症状、降低疾病活动程度的功效,在减轻不良反应、控制病情发展方面亦有良好效果。开展一系列临床试验与研究有望发现治疗SLE的行之有效的治疗体系及特色药物,有助于指导临床辨证施治,缓解病人疾苦,提高生活质量,尽快回归正常生活。王泽等^[32]选取60例系统性红斑狼疮患者,30例对照组予以常规西医治疗,30例治疗组联合应用健脾滋肾方(覆盆子、白术、山药、地黄、黄芪、金樱子等),12周后,结果显示治疗组临床疗效显著,中医症状、疾病活动程度均有明显缓解($P < 0.05$)。故认为在西医基础治疗(脾肾阳虚证)SLE患者时,健脾滋肾方有健脾益肾利水之功,补中有泻,能有效改善其面色苍白、肢体怕冷、下肢水肿等脾肾阳虚证的临床症状,控制病情发展。杨科朋等^[33]选取168例SLE患者,分为对照组与观察组各84例,对照组予以常规治疗,观察组加用解毒祛瘀滋阴方(白花蛇舌草、地黄、赤芍、青蒿、鳖甲、甘草等)治疗,结果观察组有效率高于对照组($P < 0.05$)。认为本病是由暑热燥等外邪称人体正气不足时进入,日久生成热毒,滞留时间过长营阴不足失于濡养,必致瘀,而阻塞脉络,解毒祛瘀滋阴方能有效缓解此过程,联合西医治疗效果确切,可更好地控制病情,且安全性更高。临床与实验研究结果表明中西医结合治疗本病具有协同发挥疗效,优势互补的特点,既能增强疗效缩短治疗时间,又能减轻不良反应利于患者恢复。

3 结论及展望

综上所述,SLE是一种可累及多种脏器的自身免疫性炎症结缔组织病,发病机制尚不明确,病情复杂多变,病程缠绵难



愈,治疗常受到限制。中医药一般价格低廉、来源丰富,在临床实践中毒性很小且不良反应少,常作为一种补充和替代药物的形式,被国内外用于治疗系统性红斑狼疮。中医药治疗 SLE 的机制虽不清楚,其免疫特性和调节作用在治疗系统性红斑狼疮时起重要作用^[34],但仍存在着许多不足:①没有统一的辨证治疗体系,基本都靠自身经验对其进行辨证施治;②本病发病机制尚不清楚,中医药对此方面的研究较少;③关于中医外治法治疗本病的研究较少,目前中医外治法仅作为现代医学与中药辅助手段应用于临床。西医治疗本病虽有良好临床效果,但长期应用亦会带来诸多不良反应,例如加重或诱发感染、代谢紊乱、向心性肥大、骨质疏松、血脂升高等。目前临床治疗本病时常在应用传统治疗基础上加用中医中药治疗,中西医并重,取长补短,可以缩短疾病进程,有效缓解临床症状,在降低疾病治疗过程中的不良反应等方面疗效颇佳。因此,在今后应开展大量中医药结合西医治疗 SLE 的临床试验研究,在疾病不同阶段灵活选用适合的中医药以尽早减少西医激素使用剂量甚或停用,以降低西医不良反应稳定病情,发挥中医药的巨大优势,为拓展和寻求治疗 SLE 的新途径和研制新药提供理论基础和科学依据,更好指导临床。

参考文献

[1] LUO YH, XU DH, FU YL, et al. Chinese herbal compound prescription for systemic lupus erythematosus a protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2020, 99(40): 22404.

[2] 陈薇薇, 苏励, 苏晓, 等. 当代医家中医药辨治系统性红斑狼疮的思路和方法[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(4): 922-924.

[3] 中华医学会风湿病学分会, 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心, 中国系统性红斑狼疮研究协作组. 2020 中国系统性红斑狼疮诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(3): 172-185.

[4] REES F, DOHERTY M, GRAINGE M J, et al. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies[J]. Rheumatology (Oxford), 2017, 56(11): 1945-1961.

[5] 李殿明, 酆琳, 郑明智, 等. 运用 Apriori 关联规则探讨温成平教授治疗系统性红斑狼疮的用药规律[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(11): 1391-1394.

[6] WANG Y, HAN M, PEDIGO CHRISTOPHER E, et al. Chinese Herbal Medicine for Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials[J]. Chinese journal of integrative medicine, 2021, 27(10): 778-787.

[7] 张好元. 浅论毒邪与系统性红斑狼疮的关系[J]. 四川中医, 2017, 35(4): 51-52.

[8] 范永升. 系统性红斑狼疮的中医临床探索与实践[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(10): 1030-1035.

[9] 杨梓, 范永升. 从“邪伏少阴”探讨系统性红斑狼疮的发病机制与临床辨治[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(5): 2205-2207.

[10] 郭锦晨, 刘健, 付书璠, 等. 329 例系统性红斑狼疮中医药治疗数据挖掘及作用机制研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(9): 1052-1058.

[11] 吕芹, 梁卡军, 李凯, 等. 《金匱要略》阴阳毒证治发挥[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(9): 2218-2219.

[12] 陈雷鸣, 朱正阳, 包洁, 等. 从“斑为阳明热毒”论治系统性红斑狼疮[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(8): 3972-3974.

[13] 任瑞星, 谭祖教, 吴磊, 等. 从“伏邪”论治系统性红斑狼疮[J]. 中国现代医生, 2020, 58(13): 133-135, 139.

[14] 宋群先. 冯宪章从肾论治红斑狼疮的病因病机和临床经验浅析[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(12): 35-38.

[15] 赵静, 曹洪欣. 曹洪欣论治系统性红斑狼疮经验[J]. 中医杂志, 2018, 59(3): 199-202.

[16] 王义军. 胡荫奇辨治系统性红斑狼疮经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(4): 551-552.

[17] 杜伟哲, 连雅君, 谭令, 等. 王庆国对系统性红斑狼疮的辨治思路与用药特色[J]. 中医学报, 2020, 35(6): 1221-1225.

[18] 匡唐洪, 温成平. 温成平治疗系统性红斑狼疮临证经验[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(1): 156-158.

[19] 高洁, 姜萍. 宋绍亮病证结合、分期论治系统性红斑狼疮合并血小板减少经验[J]. 中国中医急症, 2020, 29(10): 1861-1863.

[20] 许涛, 王欣妍, 曹晔文, 等. 针灸跷脉治疗系统性红斑狼疮[J]. 中医学报, 2022, 37(2): 259-262.

[21] 汪金华. 狼疮解毒汤联合针刺治疗系统性红斑狼疮疗效及安全性研究[J]. 四川中医, 2018, 36(9): 182-184.

[22] 何浩, 邹荣, 杨惠琴. 犀角地黄汤结合针灸治疗系统性红斑狼疮热毒炽盛型临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(16): 123-129.

[23] 张华燕, 何援军. 甲氨蝶呤联合甲泼尼龙琥珀酸钠治疗活动期系统性红斑狼疮的疗效观察及对活动度指标的影响[J]. 中国卫生检验杂志, 2021, 31(19): 2357-2359, 2363.

[24] 刘玲, 汤艳华, 刘炬. 环磷酰胺联合糖皮质激素在系统性红斑狼疮中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28(29): 56-59.

[25] 曹丽, 孙燕, 张静, 等. 羟氯喹联合利妥昔单抗治疗系统性红斑狼疮的临床研究[J]. 药物评价研究, 2020, 43(9): 1836-1839.

[26] 陈煜, 李碧艳. 来氟米特联合醋酸泼尼松片治疗系统性红斑狼疮的效果及安全性分析[J]. 中外医学研究, 2022, 20(1): 16-19.

[27] 李英妮, 相晓红, 赵静, 等. 抗类瓜氨酸化抗体在系统性红斑狼疮中的意义[J]. 北京大学学报(医学版), 2019, 51(6): 1019-1024.

[28] 郭俊恺, 赵兴旺, 倪兵, 等. 3 种环状 RNA 在系统性红斑狼疮中的表达及临床意义[J]. 第三军医大学学报, 2020, 42(24): 2387-2393.

[29] 万梦婕, 邱湘宁, 陆前进. VTRNA2-1 在系统性红斑狼疮患者 B 细胞中的高表达及其意义[J]. 中南大学学报(医学版), 2020, 45(2): 123-127.

[30] 张智勇, 刘娟云, 许瑞, 等. 扶正解毒汤联合甲泼尼龙治疗系统性红斑狼疮临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(13): 101-104.

[31] 杨夏, 李焕平. 白芍总苷治疗系统性红斑狼疮患者的临床疗效及对免疫功能的影响[J]. 世界中医药, 2019, 14(5): 1270-1273.

[32] 王泽, 黄传兵, 陈君洁, 等. 健脾滋肾方对脾肾阳虚型系统性红斑狼疮疾病活动的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2022, 41(1): 17-21.

[33] 杨科朋, 王新昌, 高祥福, 等. 解毒祛瘀滋阴方对系统性红斑狼疮狼疮活动的影响作用及机制探讨[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(4): 176-179.

[34] JIAO B, GAO JJ. Intensive research on the prospective use of complementary and alternative medicine to treat systemic lupus erythematosus[J]. Drug Discov Ther, 2013, 7(4): 167-171.