

DOI: 10.12174/j.issn.2096-9600.2026.04.15

中药联合糖皮质激素治疗系统性红斑狼疮 系统评价与 Meta 分析*

成雪莉¹, 钟正宏², 赖家文³, 刘靖^{3Δ}

1 广州中医药大学深圳医院(福田), 广东 广州 518000; 2 澳门科技大学中医药学院中药质量研究国家重点实验室, 澳门 999078; 3 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 采用 Meta 分析方法系统评价中药联合糖皮质激素治疗系统性红斑狼疮(systematic lupus erythematosus, SLE)的临床疗效与安全性。方法: 检索中国知网、维普数据库、万方数据库、中国生物医学文献服务系统及公共医学图书馆数据库, 收集中西药联合治疗 SLE 的随机对照试验, 按照预设的文献纳入与排除标准及结局指标筛选文献, 采用 RevMan 5.3 软件进行 Meta 分析。主要结局指标为临床治疗有效率; 次要结局指标包括 SLE 疾病活动度评分、不良反应发生率及实验室检查指标[外周血白细胞计数、补体 C3 水平]。结果: 共纳入随机对照试验 24 篇, 累计患者 2074 例。Meta 分析结果显示, 与对照组相比, 中西药联合治疗 SLE 可显著提高临床疗效($RR=1.17, 95\%CI: 1.13 \sim 1.22, P < 0.000 01$), 降低 SLE 疾病活动度评分($MD=-1.83, 95\%CI: -2.09 \sim -1.58, P < 0.000 01$), 升高外周血白细胞计数($MD=0.76, 95\%CI: 0.58 \sim 0.94, P < 0.000 01$), 补体 C3 水平($MD=0.11, 95\%CI: 0.05 \sim 0.17, P=0.0003$)。联合治疗组的药物不良反应发生率显著低于对照($RR=0.43, 95\%CI: 0.25 \sim 0.72, P < 0.000 01$)。结论: 与单用糖皮质激素治疗相比, 中药联合糖皮质激素治疗 SLE 可显著提高临床有效率, 降低 SLE 疾病活动度评分, 升高外周血白细胞计数及补体 C3 水平, 并显著降低药物不良反应发生率。受纳入研究质量参差不齐、随访周期较短等因素限制, 仍需开展更多高质量、长期随访的随机对照试验, 进一步验证本研究结论。

[关键词] 系统性红斑狼疮; 中西医结合; 疗效; 安全性; 系统评价; Meta 分析

[中图分类号] R2-031 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-9600(2026)04-0068-06

Systematic Review and Meta-Analysis of Chinese Herbal Medicine Combined with Glucocorticoids in the Treatment of Systemic Lupus Erythematosus

CHENG Xueli¹, ZHONG Zhenghong², LAI Jiawen³, LIU Jing^{3Δ}

1 Guangzhou University of Chinese Medicine-Shenzhen Hospital (Futian), Guangzhou 518000, China;

2 State Key Laboratory of Quality Research in Chinese Medicines, Faculty of Chinese Medicine, Macau University of Science and Technology, Macau 999078, China;

3 The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China

Abstract Objective: This study used a meta-analysis to systematically evaluate the clinical efficacy and safety of Chinese herbal medicine combined with glucocorticoids in the treatment of systemic lupus erythematosus (SLE). Methods: We searched CNKI, VIP and Wanfang, CBM and the PubMed database to collect RCTs on the combined treatment of SLE with integrated traditional Chinese and Western medicine, we screened the literature according to pre-established inclusion and exclusion criteria and outcome indicators, and performed a Meta-analysis using RevMan 5.3 software. The primary outcome indicator is the clinical effective rate, and secondary outcome indicators include the SLE disease activity score, the incidence of adverse reactions, and laboratory examination indicators [peripheral blood white blood cell count, complement C3 level]. Results: A total of 24 RCTs involving 2074 patients were included. The Meta-analysis results showed that compared with the control group, combined treatment with traditional Chinese and Western medicine for SLE significantly improved clinical efficacy ($RR=1.17, 95\%CI: 1.13 \sim 1.22, P < 0.000 01$), reduced the SLE disease activity score ($MD=-1.83, 95\%CI: -2.09 \sim -1.58, P < 0.000 01$), increased the peripheral blood white blood cell count ($MD=0.76, 95\%CI: 0.58 \sim 0.94, P < 0.000 01$), and elevated complement C3 levels ($MD=0.11, 95\%CI: 0.05, 0.17, P=0.0003$). The incidence of adverse drug reactions in the combined treatment group was significantly lower than that in the control group ($RR=0.43, 95\%CI: 0.25 \sim 0.72, P < 0.000 01$). Conclusion: Compared with glucocorticoid monotherapy, the combination of traditional Chinese medicine and glucocorticoids for the treatment of SLE can significantly improve the clinical effective rate, reduce the SLE disease activity score, increase the peripheral blood white blood cell count and complement C3 level, and significantly decrease the incidence of adverse drug reactions. However, limited by factors such as the varying quality of the included studies and the relatively short follow-up periods, more high-quality, long-term follow-up RCTs are still needed to further validate the conclusions of this study.

Keywords systemic lupus erythematosus; integrated traditional Chinese and Western medicine; clinical effects; safety; systematic evaluation; Meta analysis

系统性红斑狼疮(systematic lupus erythematosus, SLE)是一种有多系统损害的慢性自身性免疫性疾病,其血清含有以抗核抗体为代表的多种自身抗体^[1]。该病十分常见,临床症状多样,以皮肤黏膜表现、关节痛、体质量减轻、发热及疲劳等为主要临床表现^[2],亦易引起患者多系统损害,例如浆膜炎、血液系统表现、肾脏损害、肺间质病变等,实验室检查可见多种自身抗体阳性、白细胞减少、贫血、补体C3减低等。中西医结合疗法在SLE的治疗上有广泛应用,获得良好效果,但仍有争议。本文检索、收集了中西医结合疗法治疗SLE的相关临床研究文献,并对通过纳入标准的文章进行Meta分析,综合评估中药联合糖皮质激素治疗SLE的疗效与安全性。现报道如下。

1 资料及方法

1.1 数据来源 在中国知网(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据库(WanFang Data)及中国生物医学文献服务系统(SinoMed)中,以中文“中药OR中西医结合”和“糖皮质激素OR泼尼松”“系统性红斑狼疮”为检索词进行检索,在美国国立生物技术信息中心提供的公共医学图书馆数据库(public library of medicine, PubMed)中,以英文“Systemic Lupus Erythematosus OR SLE”AND“Chinese medicine OR herbal medicine OR integrated traditional Chinese and Western medicine”为检索词进行检索。

1.2 纳入标准 1)为公开发表的随机对照研究及双盲、单盲、三盲临床研究^[3]文献;2)纳入研究的患者为SLE的文献;3)在健康饮食、注意休息和预防感染等一般治疗的基础上,对照组常规采用糖皮质激素(如泼尼松)治疗,治疗组以中药煎汤服用联合糖皮质激素治疗,疗程一般为1~12个月;4)观察指标至少含有以下条目之一的文献:(1)治疗有效率;(2)SLE疾病活动度评分(SLEDAI评分);(3)不良反应;(4)实验室指标如白细胞(white blood cell, WBC)、补体C3(complement component 3, C3)等。

1.3 排除标准 1)临床类研究;2)基础类型研究;3)重复报道的文献;4)数据不足的文献;5)样本量小于15例的文献;6)无法获取全文的文献。

1.4 文献资料提取和质量评价 两名独立研究人员根据纳入、排除标准,对所有基于标题和摘要的候选文章进行筛选,然后检索每个潜在相关试验的全文进行进一步评估。如有不同意见,通过第三位独立研究人员得到解决。并且由两名独立研究人员独立提取数据,一旦有结果,应用意向治

疗(intention-to-treat, ITT)分析。

1.5 偏倚风险分析 纳入的随机对照试验的偏倚风险,由两名研究人员采用考科蓝系统性文献回顾资料库协会的“偏倚风险”工具进行独立评估。若评估过程中存在分歧,则由第三位研究人员参与复核,直至达成共识。本研究评估的偏倚风险维度包括:随机序列生成、分配隐藏、盲法、不完整结局数据、选择性报告及其他偏倚。最终将偏倚风险等级判定为high、unclear或low三类。

1.6 统计学方法 采用RevMan 5.3软件对纳入文献的有效率、SLEDAI评分、不良反应,以及相关实验室指标(白细胞计数WBC、补体C3)进行Meta分析,上述指标均为本文的核心分析数据。各项效应量均以95%置信区间(95%CI)表示,并通过森林图进行可视化呈现。采用 χ^2 检验判定纳入文献间的异质性:若 $I^2 \leq 50\%$, $P \geq 0.1$,提示纳入文献间无明显统计学异质性,采用固定效应模型分析^[4];若 $I^2 > 50\%$ 且 $P < 0.1$,则提示纳入文献间存在统计学异质性,采用随机效应模型进行数据合并分析^[4]。

1.7 结局指标 主要结局指标:治疗有效率。次要结局指标:SLEDAI评分;不良反应发生率;相应实验室指标(WBC、补体C3)。

2 结果

2.1 文献的一般情况 经前述数据库初步检索,共获得文献446篇;经纳入与排除标准筛选后,最终纳入24篇中文发表文献。纳入研究的患者样本量范围为33~266例,具体筛选流程见图1。所有纳入文献均为随机对照试验(randomized controlled trial, RCT),且对照组均采用西药常规激素治疗方案。见表1。

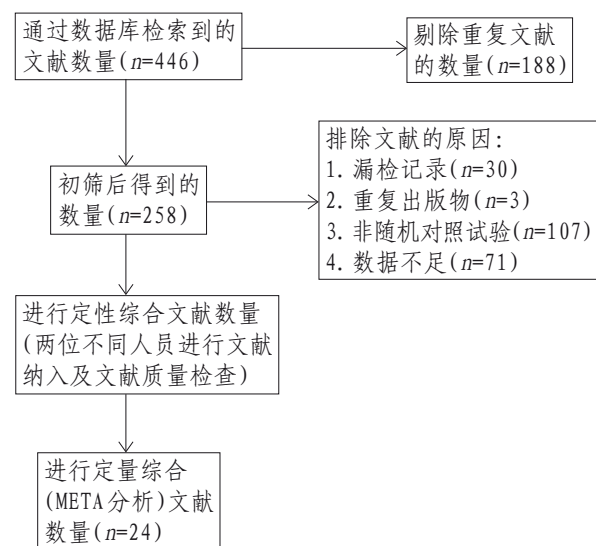


图1 文献检索流程

表1 纳入研究基本情况

纳入研究	试验设计	样本量/例		疗程/月	干预方法		结局指标
		治疗组	对照组		治疗组	对照组	
邹里彬 ^[5]	RCT	18	15	6	中药益气养血健脾补肾方+泼尼松与环磷酰胺	泼尼松与环磷酰胺	①②③
林昌松 ^[6]	RCT	30	30	1	知柏养阴汤+醋酸泼尼松片	醋酸泼尼松片	①②③
朱小平 ^[7]	RCT	90	176	6	清热解毒、活血祛瘀为治则中药+激素、免疫抑制剂	泼尼松+环磷酰胺或硫唑嘌呤	①②③
王义 ^[8]	RCT	20	20	3	强的松+狼疮1号方	强的松	①②③
周素荣 ^[9]	RCT	41	40	3	中药清热解毒补肾方+泼尼松	泼尼松	①②③
桑凤梅 ^[10]	RCT	28	20	6	热毒炽盛型/阴虚内热型/脾肾阳虚型/气阴两虚型+泼尼松	泼尼松	①②③
蔡得雨 ^[11]	RCT	38	38	3	滋阴凉血、清热解毒+泼尼松+环磷酰胺	泼尼松+环磷酰胺	①②③
吴云根 ^[12]	RCT	37	37	3	中医辨证论治中药汤剂+强的松+环磷酰胺	强的松+环磷酰胺	①②③
许森 ^[13]	RCT	18	18	3	中医辨证论治中药汤剂+强的松/甲基强的松龙+环磷酰胺	强的松/甲基强的松龙+环磷酰胺	①②③
戴冰冰 ^[14]	RCT	44	44	6	热毒炽盛型/阴虚内热型/气阴两虚型辨证分型中药汤剂+泼尼松	泼尼松	①②③
姜宜惠 ^[15]	RCT	25	25	6	热毒炽盛型/阴虚内热型/气阴两虚型辨证分型汤剂+泼尼松	泼尼松	①②③
游越 ^[16]	RCT	82	73	6	青蒿鳖甲汤+泼尼松	泼尼松	①②③
米厚刚 ^[17]	RCT	41	41	3	气阴两虚型/阴虚内热型/热毒炽盛型辨证论治中药汤剂+泼尼松+丙种球蛋白	泼尼松+丙种球蛋白	①②③
卞华 ^[18]	RCT	33	32	3	解毒活血滋阴方+强的松+甲氨蝶呤+羟氯喹	强的松+甲氨蝶呤+羟氯喹	①②③
任丽蓉 ^[19]	RCT	31	31	3	自拟中药方剂+强的松/甲基强的松龙+5%葡萄糖	强的松/甲基强的松龙+5%葡萄糖	①②③
万焰 ^[20]	RCT	40	38	2	狼疮2号方+泼尼松	泼尼松	①②③
张细凤 ^[21]	RCT	18	18	6	六味地黄丸+泼尼松+环磷酰胺	泼尼松+环磷酰胺	①②③
邢小中 ^[22]	RCT	52	52	2	益气补肾活血方+醋酸泼尼松片	醋酸泼尼松片	①②③
毛辉 ^[23]	RCT	55	55	6	自拟中药方剂治疗+强的松+环磷酰胺	强的松+环磷酰胺	①②③
欧大明 ^[24]	RCT	23	19	12	六味地黄汤+泼尼松+环磷酰胺	泼尼松+环磷酰胺	①②③
王夜 ^[25]	RCT	56	52	6	热毒炽盛证/阴虚内热证/热郁积饮证/热阻经络证/气阴两虚证/肝郁血瘀证/邪毒攻心证/脾肾阳虚证+强的松+必要时环磷酰胺	强的松+必要时环磷酰胺	①②③
范永升 ^[26]	RCT	123	89	6	解毒祛瘀滋阴法中药汤剂+强的松+必要时环磷酰胺/必要时抗疟药/必要时非甾体抗炎药	强的松+必要时环磷酰胺/必要时抗疟药/必要时非甾体抗炎药	①②③
刘书珍 ^[27]	RCT	60	50	6	急性狼疮汤/亚急性狼疮汤/慢性狼疮汤+泼尼松	泼尼松	①②③
朱震 ^[28]	RCT	32	28	3	凉血化瘀中药汤剂+泼尼松龙+环磷酰胺	泼尼松龙+环磷酰胺	①②③

注:RCT为随机对照试验;①为实验室指标;②为治疗有效率;③为治疗有效率。

2.2 文献质量评价以及偏倚情况 总体而言,多数纳入试验为中低质量研究,存在潜在偏倚风险。在24项试验中,并非所有试验均清晰说明随机分配方法;亦非所有试验均阐述对患者及研究者的盲法实施情况,部分试验还存在结局数据不完整、选择性报告结局及其他潜在偏倚来源等问题。各纳入试验的方法学质量评估结果及总结见图2—3。

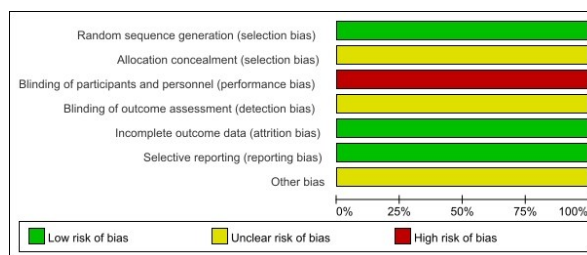


图2 纳入文献的偏倚风险条图

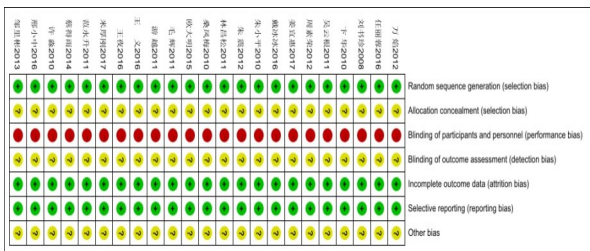


图3 纳入文献的偏倚风险总结图

2.3 Meta分析结果 Meta分析最终结果可以看出各治疗组的有效率均高于对照组,治疗组

表2 Meta分析结果摘要(跨对照组类别的集合数据)

结果	研究数量 / 篇	参与人数 / 例	统计学方法	结果	P
有效率	20	2076	RR(fixed),95%CI	1.17(1.13,1.22)	<0.00001
			OR(fixed),95%CI	2.81(2.15,3.69)	<0.00001
			RD(fixed),95%CI	0.13(0.10,0.17)	<0.00001
SLEDAI 评分	9	871	WMD(fixed),95%CI	-1.83(-2.09,-1.58)	<0.00001
			SMD(fixed),95%CI	-1.02(-1.19,-0.86)	<0.00001
			RR(Random),95%CI	0.43(0.25,0.72)	0.002
不良反应	5	356	OR(Random),95%CI	0.29(0.13,0.62)	0.001
			RD(Random),95%CI	-0.22(-0.37,-0.07)	0.004
补体C3	7	494	WMD(fixed),95%CI	0.11(0.05,0.17)	0.0003
			SMD(fixed),95%CI	0.30(0.12,0.48)	0.0009
白细胞	5	397	WMD(fixed),95%CI	0.76(0.58,0.94)	<0.00001
			SMD(fixed),95%CI	0.77(0.56,0.97)	<0.00001

2.3.1 临床治疗有效率 24项研究^[5-28]均报告了临床疗效,Meta分析结果显示,与对照组相比,中西药联合治疗组的临床治疗有效率显著高于对照组($RR=1.17,95\%CI:1.13\sim1.22,P<0.00001$),见图4。各纳入文献间无异质性($I^2=0$),故采用固定效应模型进行Meta分析。

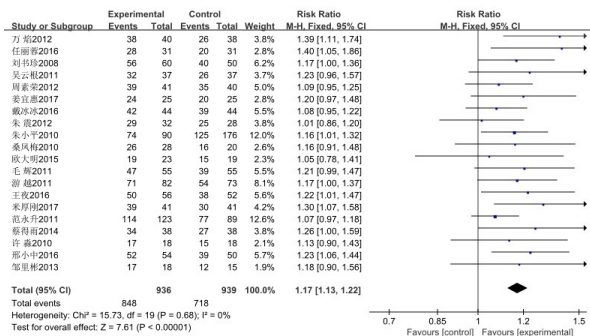


图4 两组总有效率比较森林图

2.3.2 SLEDAI 评分 SLEDAI 评分的Meta分析^[6-9,16-19,28]结果显示,中西药联合治疗组的SLEDAI评分显著低于对照组($MD=-2.45,95\%CI:-3.25\sim-1.66,P<0.00001$),提示联合治疗在降低疾病活动度方面更具优势。经过 Chi^2 检验显示 $I^2=92\%$ ($>50\%$), $P<0.00001$,提示纳入文献间存在高度

SLEDAI 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明中西药联合治疗SLE优于单独使用西药治疗。其中5组实验数据表明,治疗组产生的不良反应低于对照组。验室数据显示,活动性红斑狼疮可导致补体C3过度消耗或丢失,并引起外周血白细胞计数降低;而治疗组患者的白细胞计数及补体C3水平显著升高且接近正常范围,提示该治疗方案可降低狼疮疾病活动度,同时也证实中西医结合治疗能够增强机体免疫功能、抑制炎症反应。见表2。

异质性,故采用随机效应模型进行数据合并分析。见图5。

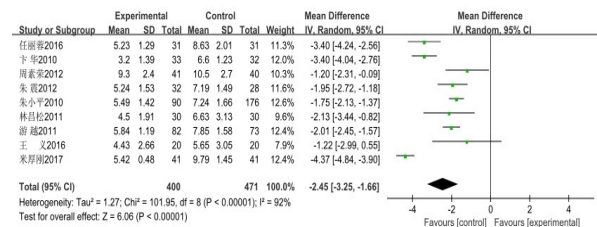


图5 两组SLEDAI评分比较森林图

鉴于纳入SLEDAI评分指标分析的研究文献间存在显著异质性,本研究采用剔除法探寻异质性来源。剔除米厚刚^[17]、卞华^[18]、任丽蓉^[19]三项试验后,异质性检验结果显示 $I^2=0\%$,提示剩余纳入试验间无统计学异质性,见图6。数据合并结果显示,中西药联合治疗组患者的SLEDAI评分仍显著低于对照组($MD=-1.83,95\%CI:-2.09\sim-1.58,P<0.00001$)。

经详细研读纳入文献全文后发现,米厚刚^[17]的研究纳入对象为60岁及以上老年患者,其入组人群的年龄特征与其他研究存在明显差异,这可能是引发异质性的原因之一;卞华^[18]的研究中,患者除口服常规激素甲泼尼龙外,还联用羟氯喹、甲

氨蝶呤两种药物;任丽蓉^[19]的研究中,患者在口服常规激素的基础上,必要时还需接受激素冲击治疗(1 g 甲基强的松龙静脉给药)。后两项研究的治疗方案与其余试验不一致,这或许是造成异质性的关键因素。

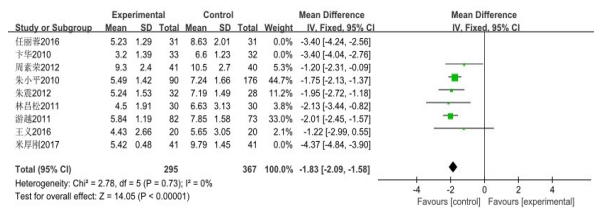


图6 SLEDAI评分剔除部分研究后森林图

2.3.3 实验室检查指标 5项研究^[6-9,16-19,28]应用中西药联合治疗SLE患者使原本低于正常值的WBC含量在治疗后得到显著升高,明显高于对照组患者(MD=0.76, 95%CI:0.58~0.94, P<0.000 01)。应用中西药联合治疗SLE患者使原本低于正常值的补体C3含量显著高于对照组患者(MD=0.11, 95%CI:0.05~0.17, P=0.0003)。以上两结局指标的各纳入文献间无异质性(I²=0),故均采用固定效应模型进行Meta分析。见图7—8。

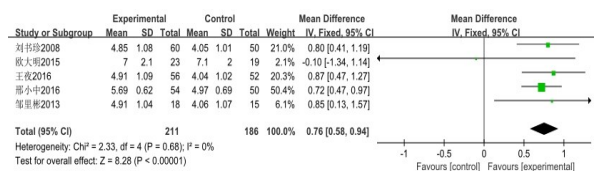


图7 两组WBC水平比较森林图

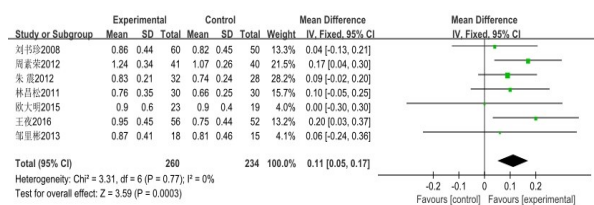


图8 两组补体C3含量比较森林图

2.3.4 不良反应发生率 5项研究^[11-13,27-28]与对照组相比,应用中西药联合治疗组的不良反应率显著低于对照组(RR=0.43, 95%CI:0.25~0.72, P<0.000 01)。各纳入文献间无显著异质性(I²=34),故采用固定效应模型进行Meta分析。见图9。

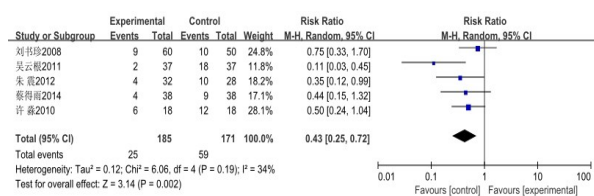


图9 两组临床不良反应率比较森林图

2.4 发表偏倚 主要结局指标治疗有效率的漏斗图基本对称,提示入选研究无明显发表偏倚。见图10。

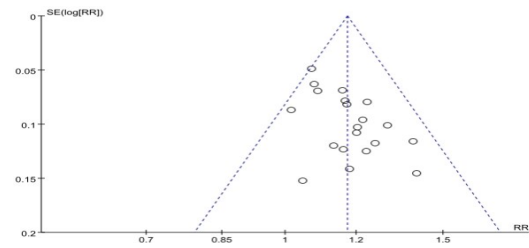


图10 发表性偏倚分析漏斗图

2.5 敏感性分析 对具有统计学意义的结局指标,采用逐一剔除法将纳入研究依次剔除,并与剔除前的分析结果进行对比,结果显示差异无统计学意义;另采用模型互换法进行敏感性分析,即将原随机效应模型更换为固定效应模型、原固定效应模型更换为随机效应模型,再与原模型分析结果对比,未见明显差异。上述敏感性分析结果提示,本研究Meta分析的结论具有较好的稳定性与可信度。

3 讨论

SLE是临床常见的自身免疫性疾病,以育龄期女性最为多见。诊断明确后应评估患者病情的严重程度及活动性,以便采取恰当的治疗措施。其中,SLEDAI评分是较为简明实用的常用评估标准,该评分根据患者近十天内是否出现相关症状进行计分,得分≥10分者考虑疾病活动。实验室检查指标如白细胞计数下降、补体降低、蛋白尿、抗dsDNA抗体升高等,均提示疾病活动。

目前,SLE尚无根治方法。临床上主要采用糖皮质激素、免疫抑制剂等西药治疗,但往往难以取得理想疗效,且常引发药物不良反应^[29-30]。中医学认为,SLE的发病多由先天不足,加之后天多种因素导致精气耗损、五脏亏虚,进而瘀毒浊邪内生所致。SLE病因病机复杂,现代中医对其辨证分型亦较为多样。综合现有文献报道,大致可将其分为四型:1)热毒炽盛证,治宜清热凉血、解毒消斑,常用药物有水牛角粉、生地黄等;2)阴虚内热证,多因阴血耗伤、肝肾阴虚所致,治宜养阴透热、泻火除蒸,常选青蒿、鳖甲、生地黄、玄参、麦冬等药;3)肝郁脾虚证,治宜疏肝解郁、益气健脾,常用药物有柴胡、茯苓、泽泻、枳壳等;4)气阴两虚证,治宜养阴益气,以达气能生血、血能滋阴之效,常用药物有黄芪、玄参、生地黄等。中医治疗本病时,还可根据患者受累脏腑的不同,予以辨证论治、随证加减方药。该治疗方式在控制红斑狼疮病情的基础上,还有助于改善患者机体免疫功能,

逐步增强机体自身调节能力。

本研究结果显示,与对照组相比,中西药联合治疗SLE可显著提高临床疗效,降低SLEDAI评分,同时升高补体C3水平、提升白细胞总数,且治疗组不良反应发生率低于对照组,两组比较差异具有统计学意义。现代药理研究亦证实,中药具有免疫调节作用,与西药联用治疗SLE不仅能提高疗效,还可减少治疗相关副作用。

综上所述,中药联合糖皮质激素治疗SLE的疗效优于单用糖皮质激素,且可显著降低药物不良反应发生率。本研究为中药联合糖皮质激素治疗SLE提供了循证医学证据。本研究亦存在一定的局限性:纳入的部分研究质量偏低;临床试验的观察周期相对较短;部分重要实验室检查指标(如自身抗体相关数据)的研究报道较少,无法开展Meta分析。此外,由于中医辨证论治的证型多样,缺乏统一、规范、客观的证型分类标准,且临床应用的方药差异显著,因此无法系统评估不同证型、不同方药的疗效差异。仍需更多高质量、长期随访的随机对照试验进一步验证。

参考文献

- [1] 葛均波,徐永健,王辰. 内科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社,2018:815.
- [2] 沈南,赵毅,段利华,等. 系统性红斑狼疮诊疗规范[J]. 中华内科杂志,2023,62(7):775-784.
- [3] RENNIE D. CONSORT Revised—Improving the Reporting of Randomized Trials [J]. JAMA, 2001, 285(15): 2006-2007.
- [4] HIGGINS J P T, GREEN S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (version 5.1.0) [M]. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2008:99-112.
- [5] 邹里彬. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的临床观察及发病机制探讨[J]. 湖北中医药大学学报, 2013, 15(4): 25-27.
- [6] 林昌松, 李宁, 徐强, 等. “知柏养阴汤”联合糖皮质激素治疗系统性红斑狼疮60例临床研究[J]. 江苏中医药, 2011, 43(11): 13-15.
- [7] 朱小平, 洪流. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的疗效观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(6): 33-34.
- [8] 王义, 董玉山, 杜晨光, 等. 清化瘀热中药干预系统性红斑狼疮60例患者的内皮功能变化及机制[C]. 数字中医药分会成立大会暨首届数字中医药学术交流会议论文集. 长沙: 国际数字医学会数字中医药分会, 2016: 801-803.
- [9] 周素荣, 刘传玉, 余红. 清热解毒补肾方治疗系统性红斑狼疮的临床评价[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2012, 28(1): 13-15.
- [10] 桑凤梅. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮28例[J]. 河南中医, 2010, 30(1): 73-74.
- [11] 蔡得雨. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的疗效观察[J]. 中国医学工程, 2014, 22(7): 100.
- [12] 吴云根. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的疗效观察[J]. 中外医疗, 2011, 30(27): 67.
- [13] 许森, 郑智. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的临床分析[J]. 安徽医学, 2010, 31(8): 945-946.
- [14] 戴冰冰, 金香花, 雷蕾. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(5): 187-188.
- [15] 姜宜惠. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮疗效观察[J]. 中国继续医学教育, 2017, 9(7): 214-215.
- [16] 游越, 汲泓. 青蒿鳖甲汤加减配合西药治疗轻中度系统性红斑狼疮82例[J]. 实用中医内科杂志, 2011(10): 26-27.
- [17] 米厚刚. 试析采用中西医结合治疗系统性红斑狼疮的临床疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(2): 259, 262.
- [18] 卞华, 吕芹, 黄显章, 等. 解毒活血滋阴方对系统性红斑狼疮患者血清B1ys、IL-10的影响[J]. 南阳理工学院学报, 2010, 2(6): 68-70.
- [19] 任丽蓉. 中西医治疗系统性红斑狼疮住院患者临床研究[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(18): 111-112.
- [20] 万焰, 刁庆春. 狼疮2号方治疗缓解期系统性红斑狼疮的临床研究[J]. 四川中医, 2012, 30(8): 82-83.
- [21] 张细凤, 刘炬, 叶锋, 等. 益肾补肺中成药干预系统性红斑狼疮Th1/Th2平衡的临床研究[J]. 当代医学, 2016, 22(18): 163-164.
- [22] 邢小中, 郑炉萍, 董云. 中西医结合治疗对系统性红斑狼疮血液系统损害患者的血常规影响[J]. 新中医, 2016, 48(7): 90-91.
- [23] 毛辉. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的疗效观察[J]. 中国医药导报, 2011, 8(6): 81, 83.
- [24] 欧大明, 颜家运, 陈璐佳. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮疗效及安全性分析[C]. 中国转化医学和整合医学研讨会论文综合刊. 福州: 中华高血压杂志社, 2015: 2.
- [25] 王夜, 许辉. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮56例[J]. 河南中医, 2016, 36(9): 1603-1605.
- [26] 范永升, 温成平, 李永伟, 等. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮增效减毒作用的研究[C]. 全国第七届中西医结合风湿病学术会议论文汇编. 北京: 中国中西医结合学会, 2008: 19-25.
- [27] 刘书珍. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮60例疗效观察[J]. 世界中医药, 2009, 4(1): 14-16.
- [28] 朱震, 张世勤, 汪悦. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮32例临床研究[J]. 江苏中医药, 2012, 44(11): 25-26.
- [29] 董玉梅. 系统性红斑狼疮的诊断标准及治疗研究进展[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(44): 8711-8712.
- [30] 和殿峰, 王红玲. 滋阴解毒化痰方对系统性红斑狼疮患者临床疗效及免疫功能的影响[J]. 河南中医, 2017, 37(9): 1628-1630.

收稿日期:2026-01-12

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(81573980);国家自然科学基金青年基金项目(81202099);广东省中医药管理项目(20213006)。

作者简介:成雪莉(1994—),女,硕士学位,主治医师。研究方向:皮肤病的中医药诊治及研究。

△通讯作者:刘靖(1973—),女,博士学位,主任医师。研究方向:皮肤病的中医药诊治及研究。Email:jinger1299@163.com。