

中 国 中 西 医 结 合 学 会 团 体 标 准

T/CAIM 006—2021

系统性红斑狼疮中西医结合诊疗指南

Guidelines of diagnosis and treatment of integrated

Chinese and Western Medicine: Systemic Lupus Erythematosus

2021-8-11 发布

2021-8-23 实施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前言.....	I
引言.....	II
系统性红斑狼疮中西医结合诊疗指南.....	1
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语与定义.....	1
4 概述.....	1
5 诊断.....	2
6 治疗.....	4
7 临床疗效评价.....	11
8 指南制定的方法.....	11
9 利益冲突.....	13
附录 A（资料性）	14
附录 B（资料性）	16
附录 C（资料性）	18
参考文献.....	20

前言

本标准按照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》规定的规则起草。

本标准由浙江中医药大学附属第二医院提出。

本标准由中国中西医结合学会提出并归口。

本标准负责起草单位：浙江中医药大学附属第二医院、北京协和医院。

本标准起草单位：浙江中医药大学附属第二医院、浙江中医药大学、北京协和医院、天津中医药大学第一附属医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院、浙江大学医学院附属第二医院、浙江大学医学院附属第一医院、中国人民解放军总医院、南昌大学第一附属医院、深圳市福田区风湿病专科医院、北京中医药大学、山东中医药大学附属医院、云南省中医医院、上海中医药大学附属龙华医院、上海市中医医院、白求恩国际和平医院、辽宁中医药大学附属医院、南方医科大学中西医结合医院、福建中医药大学附属第二人民医院、中日友好医院、上海市光华中西医结合医院、上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院、安徽中医药大学第一附属医院、江苏省中医院、广州中医药大学第一附属医院、河南风湿病医院、南阳理工学院。

本标准起草负责人：范永升、曾小峰。

本标准主要工作组：王新昌、毛盈颖、卞华、卢桂芳、叶志中、田新平、包洁、刘英、刘建平、刘健、刘维、苏励、苏晓、李兆福、李振彬、李夏玉、李霄鹏、杨科朋、肖长虹、吴华香、吴宽裕、吴锐、何东仪、何楠、汪悦、张华东、陈锋、范永升、林昌松、郑卫军、赵久良、赵婷、姜泉、娄玉钤、高明利、陶庆文、黄传兵、黄烽、曹炜、彭江云、曾小峰、温成平、谢志军、谢志敏、谢冠群、薛莺、薛静。

（按姓氏笔画排序）

本标准执笔人：范永升、温成平、王新昌、谢志军、谢冠群、包洁。

引言

系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus，SLE）是一种系统性自身免疫病，中医归属“阴阳毒”、“红蝴蝶疮”范畴。SLE 的病因复杂，与遗传、环境、性激素等多种因素有关。其中医基本病机是本虚标实，以热毒、瘀血为标，肾虚为本；病在肌表或四肢经络，病情较轻，由表入里伤及脏腑，则病情较重。近年来，随着诊治水平的不断提高，SLE 患者的生存率大幅度提高。研究显示，SLE 患者 5 年生存率从 20 世纪 50 年代的 50%~60% 升高至 90 年代的超过 90%，并在 2008~2016 年逐渐趋于稳定。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（Chinese SLE Treatment and Research group，CSTAR）根据最新的治疗理念、方法和技术，结合我国临床实际，制定了《2020 中国系统性红斑狼疮诊疗指南》。指南的颁布对提高临床决策的科学性和规范性起到了重要的推动作用。目前我国临幊上相当多的 SLE 患者接受中西医协同治疗，但迄今为止，尚无中西医结合诊治 SLE 的指南。风湿病从业人员临幊应如何进行中西医结合协同治疗，取长补短，实现最佳疗效、最小毒副作用，缺乏指导意见。鉴于此，基于最新的临幊研究证据，结合我国实际，制定了《系统性红斑狼疮中西医结合诊疗指南》。

本标准是在相关法律法规和技术文件指导下，根据中、西医学特点和临幊实际，参考最新的 SLE 临幊研究成果，结合专家经验，通过广泛论证制定而成。

本标准由中国中西医结合学会组织，在中西医临幊指南制定专家总指导组和中医内科专家指导组的指导和监督下制定实施。基于循证医学的证据，并结合相关专家的经验，在取得广泛共识的前提下，形成诊断与治疗的推荐意见，以保证本标准的科学性、规范性和实用性，制定过程与任何单位、个人无经济利益关系。

系统性红斑狼疮中西医结合诊疗指南

1 范围

本标准旨在为中医、西医、中西医结合临床医师和 SLE 患者及其他临床医务工作者提供一个临床实践决策参考。

本标准的使用人群主要为执业（助理）医师（包括经规范化中医药培训的临床类别医师）、医学院校从事中医药教育的教师和学生、中医药科研机构相关人员。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 《标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》

GB/T 16751.2-1997 《中医临床诊疗术语·证候部分》

ZYYXH/T50-135-2008 《中医内科常见病诊疗指南·西医疾病部分》

GB/T 7714-2015 《文后参考文献著录规则》

3 术语与定义

3.1 系统性红斑狼疮 Systemic lupus erythematosus, SLE

系统性红斑狼疮（SLE）是一种系统性自身免疫病，中医归属“阴阳毒”、“红蝴蝶疮”范畴，以全身多系统多脏器受累、反复的发作与缓解、体内存在大量自身抗体、面部出现蝶形红斑等为主要临床特点^[1]。

3.2 轻型 SLE Mild SLE

无明显脏器损害，SLEDAI-2000^[1]≤6。

3.3 重型 SLE Severe SLE

有明显脏器损害，或 SLEDAI-2000≥7。

4 概述

4.1 流行病学

SLE 患病率地域差异较大，目前全球 SLE 患病率为 0~241/10 万，中国大陆地区 SLE 患病率约为 30~70/10 万^[2,3]，65% 的 SLE 患者发病年龄在 16~55 岁之间，男女患病比为 1: 10~12^[4-6]。

4.2 临床表现

SLE 是一种临床高度异质性疾病，轻者仅表现为关节皮肤病变，重者可见累及肾脏、血液系统或中枢神经等重要脏器或系统。90%-95% SLE 患者在病程中可出现全身症状，如乏力、发热和体重减轻等。80%以上的患者会发生关节炎和关节痛，这往往为 SLE 最早的表现之一。80%以上 SLE 患者在病程中会出现皮肤和黏膜病变，最常见为面部红斑、光过敏和口腔溃疡。在组织学上 90%的患者有肾脏受累病理表现，但只有 50%发展成为临床肾炎，这是 SLE 患者发生并发症和死亡的重要原因^[7]。SLE 胃肠道受累的发生率为 40%，主要表现为肠系膜血管炎、假性肠梗阻、蛋白丢失性肠病、狼疮性肝炎以及腹膜炎。60% SLE 可出现心肺系统受累，肺部受累表现包括胸膜炎、肺炎、间质性肺疾病、肺动脉高压、肺减缩综合征以及肺泡出血等，心脏受累表现为心包炎、心肌炎、心内膜炎、瓣膜关闭不全以及冠状动脉疾病等。60% SLE 出现神经系统表现，如认知功能障碍、器质性脑综合征、谵妄、精神病性症状、癫痫发作、头痛和/或周围神经病。85% SLE 的血液系统受累，常表现为白细胞、血小板减少及溶血性贫血^[8]。40%的 SLE 患者存在抗磷脂抗体，与神经精神狼疮以及血栓栓塞事件的发生有关^[7]。

4.3 实验室及其他检查^[9,10]

除血、尿及肝肾功能等常规实验室检查外，通常对 SLE 患者进行抗核抗体谱检测，抗 dsDNA 抗体，抗 ENA 抗体，抗磷脂抗体，C3 和 C4 或 CH50 检测，类风湿因子，抗 CCP 抗体，红细胞沉降率和/或 C 反应蛋白水平，尿常规与尿沉渣镜检，24 小时尿蛋白定量等检测。影像学的检查，包括 X 线、CT、MRI 等，对 SLE 的诊断、鉴别诊断以及病情的评估有重要价值。对于某些疑难病例，需要对受累器官（如皮肤或肾脏）进行活检，以帮助诊断和病情评估。

5 诊断

5.1 诊断标准

推荐使用 2012 年国际狼疮研究临床协作组（SLICC）SLE 分类标准^[11]（附录 A）或 2019 年欧洲抗风湿病联盟（EULAR）/美国风湿病学会（ACR）SLE 分类标准^[11]（附录 B）。SLE 的疾病活动度评估采用 SLEDAI-2000 进行评分^[1]，将无明显脏器损害，SLEDAI-2000≤6 的定为轻型；将有明显脏器损害，或 SLEDAI-2000≥7 的定为重型。

5.2 证候诊断^[13,14]（二型九证）

5.2.1 轻型：

5.2.1.1 风湿热痹证：

主症：关节肿胀，关节疼痛

次症：四肢肌肉酸痛，周身困重，关节局部皮温升高，发热

舌脉：舌质红，苔黄腻，脉滑或滑数

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 以关节和肌肉病变为主要表现的类型。

5.2.1.2 阴虚内热证：

主症：低热，盗汗，面颧潮红，口干咽燥

次症：局部斑疹暗褐，腰膝酸软，脱发，眼睛干涩，月经不调或闭经

舌脉：舌质红，苔少或光剥，脉细或细数

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

如内热不明显，伴见脱发、腰酸、目糊等，则多为肝肾阴虚；伴见气短、乏力等，则多为气阴两虚。

本证多见于 SLE 疾病轻度活动期或缓解期。

5.2.1.3 气血亏虚证：

主症：神疲乏力，面色无华，心悸气短

次症：自汗，头晕眼花，纳差，便溏

舌脉：舌质淡红，苔薄白，脉细弱

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 缓解期或以血三系轻度减少为主要表现者。

5.2.2 重型：

5.2.2.1 热毒炽盛证：

主症：高热，斑疹鲜红

次症：面赤，口燥渴，烦躁或神昏谵语，小便黄赤，大便秘结

舌脉：舌质红，苔黄燥，脉滑数或洪数

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 急性活动期，全身症状明显并伴有 1 个以上脏器或系统明显损害。

5.2.2.2 饮邪凌心证：

主症：胸闷，气短，心悸怔忡

次症：心烦神疲，面晦唇紫，肢端怕凉隐痛，重者喘促不宁，下肢凹陷性水肿

舌脉：舌质暗红，苔滑灰腻，脉细数或细涩结代

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 急性活动期出现心血管和呼吸系统损害（包括心包炎、心内膜炎、心肌炎、肺动脉高压等）。

5.2.2.3 痰热郁肺证:

主症：咳嗽，气喘，咯痰色黄或粘稠

次症：胸闷胸痛，咽干口燥，发热

舌脉：舌质暗红，苔黄腻，脉滑数

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 合并肺部损害。

5.2.2.4 肝郁血瘀证:

主症：胁肋作痛，情志抑郁，痞满或腹胀

次症：胁下有癥块，黄疸，女性可见月经不调或闭经

舌脉：舌质紫暗有瘀斑，脉弦细或细涩

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 合并肝脏损害。

5.2.2.5 脾肾阳虚证:

主症：面目四肢浮肿，面色㿠白，畏寒肢冷

次症：腹满纳差，尿浊或尿少或小便清长，腰酸，便溏

舌脉：舌质淡胖边有齿痕，苔薄白滑，脉沉细

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 急性活动期合并肾脏损害，表现为肾病综合征类型者。

5.2.2.6 风痰内动证:

主症：眩晕，头痛，肢端发麻，突然昏仆或抽搐吐涎

次症：目糊，面唇麻木，四肢颤动，记忆减退

舌脉：舌质暗苔白腻，脉弦滑

具备 1 个主症和 2 个次症，结合舌脉即可诊断

本证多见于 SLE 合并神经系统损害。

6 治疗

6.1 治疗原则

中西医结合治疗 SLE，采用辨西医的病与辨中医的证相结合的方法。参照《2020 中国系统性红斑狼疮诊疗指南》^[1]明确诊断，根据病情轻重及脏器受累情况确定分型，结合中医四诊八纲辨清中医证候，有针对性地应用中西医结合协同治疗方案。本方案中的二型九证仅反映了本病的基本情况，特殊情况下，

应根据病情的轻重和证候的辨证，灵活对待。

6.2 中西医结合治疗

6.2.1 临床问题及推荐意见

6.2.1.1 SLE 全病程是否都可以应用中西医结合协同治疗？

SLE 全病程建议都可应用中西医结合方法协同治疗，但不同时期有不同的侧重。轻度活动期与稳定期，应更重视中医的辨治施治，增强体质，减少感染，并针对骨质疏松等并发症对症治疗；疾病的中、重度活动期，应更重视西医治疗方法，同时结合中医辨证施治，并应注意对患者因糖皮质激素引起的失眠、烦躁、月经不调等进行对症治疗^[15]。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）在中西医联合用药过程中，应注意药物相互作用及不良反应。

因 SLE 发病常累及全身多系统、多脏器，运用中西医结合治疗时应注意多学科（泌尿、呼吸、心血管、神经、皮肤等）协作。

6.2.1.2 如何应用中西医结合协同治疗？

6.2.1.2.1 重度 SLE 患者，如何合理使用中医药？

重度 SLE 患者，建议重视大剂量糖皮质激素（ $\geq 1\text{mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 泼尼松或等效剂量的其他糖皮质激素^[1]）、免疫抑制剂及生物制剂的治疗，中医以辨证施治为基本原则，依据 SLE “毒瘀虚”的主要病机，主要采用“解毒祛瘀滋肾法”^[16]，并针对西药使用过程中出现的毒副作用及并发症，进行辨证加减治疗，如重症患者出现神昏的，可加用安宫牛黄丸等清心开窍中药。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.1.2.2 长期应用小剂量糖皮质激素（泼尼松 $\leq 10\text{ mg/d}$ 或等效剂量的其他糖皮质激素^[1]）的 SLE 患者，如何通过中医药实现病情长期持续缓解？

长期小剂量维持阶段多表现为气阴不足，阴阳失调，建议补益气阴，调补阴阳，以实现病情长期持续缓解^[17]。还应针对不同副作用、并发症而治，如骨质疏松应补肾活血，易于外感应补气固表等。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.1.2.3 如何应用中医药减轻糖皮质激素的副作用？

针对糖皮质激素的副作用建议采用三位一体的治疗方法（以辨证施治为主，结合糖皮质激素不同剂量阶段、不同副作用表现进行治疗），有利于提高疗效，有助于糖皮质激素的撤减，以及减少其副作用。一般在大剂量使用阶段，病人多表现为热毒炽盛或阴虚火旺，治以清热解毒或滋肾降火；中低剂量时多表现为阴虚或气阴不足，可用益阴或益气阴治法；长期小剂量使用时多表现为阴阳两虚，应调补阴阳^[18,19]。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.1.2.4 肝功能异常的 SLE 患者，如何应用中医药治疗？

SLE 患者肝功能异常中医大多归于“肝郁毒瘀”所致，合理使用中医药有助于缓解病情和恢复肝功能。但此阶段建议避免使用可能损害肝脏的中药饮片，如雷公藤、青风藤、生首乌等。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.1.2.5 因环磷酰胺（CTX）等免疫抑制剂导致月经不调的 SLE 患者，如何应用中医药治疗？

CTX 等免疫抑制剂导致的月经不调中医认为大多归于药毒所致，建议在解毒祛瘀滋肾的基础上，加强补肾疏肝调经治疗，如归肾丸、柴胡疏肝散、逍遥散等，同时可运用中医针灸（艾灸神阙，针刺三阴交、关元、气海等）、脐疗等方法^[20]。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.1.2.6 如何发挥中医专病专药的作用？

雷公藤制剂（如雷公藤多苷、火把花根片、昆仙胶囊等）具有免疫抑制等方面的作用，必要时可与糖皮质激素等西药联合使用，但其对生殖、消化、血液系统具有一定的毒副作用，应予注意。青蒿饮片具有免疫调节作用，建议大部分证候中都可加入，用量宜大，一般为 15~30g。若使用中药汤剂不方便时，可选用知柏地黄丸等中成药，但也应注意辨证施治。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.1.2.7 如何应用中西医结合协同管理 SLE 围妊娠期患者？

SLE 患者病情保持稳定 6 个月以上，无重要脏器受累，且停用免疫抑制药物如环磷酰胺、甲氨蝶呤、雷公藤、霉酚酸酯等至少 6 个月，可考虑妊娠^[21]。SLE 妊娠期总的病机特点为肾元不足，热、毒、瘀留恋，胎元易于失固^[22]。建议中医在促孕方面注意益肾疏肝；在护胎、安胎方面，合理使用解毒、祛瘀、滋肾治法；SLE 患者产后的病机特点为气血不足、肾虚血瘀，虚实夹杂，易于出现恶露不尽、腹痛、大便难等病症，治疗宜兼顾虚实，调和气血^[23]。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.1.3 如何进行中西医结合预防调护？

为了促进病情稳定和提高患者的生存质量，建议规范用药，避免日光直射，避免服用肼苯哒嗪、异烟肼、青霉素、雌二醇等药物，避免摄入光敏性、易过敏的食物，避免接触染发剂等化学物质。

饮食有节，建议食物选择既要根据现代营养学，补充必要的优质蛋白、维生素等，又应结合病人的体质、食物的寒热温凉属性综合考虑，使之达到最佳的食疗作用。

建议配合中医辨证进行调护，减轻并发症的伤害，如应用针灸、推拿、耳穴疗法等多种中医特色疗法改善临床症状，提高生活质量，并注意调畅情志、起居有常、劳逸结合。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2 治疗方案

6.2.2.1 轻型：

6.2.2.1.1 风湿热痹证

中医治疗：

治法：祛风化湿，清热通络

处方：白虎加桂枝汤^[24,25]加减（《金匱要略》）（石膏 30g 先煎，桂枝 9g，炒白芍 15g，知母 9g，薏苡仁 30g，炙甘草 9g，羌活 9g，独活 9g，秦艽 9g，威灵仙 9g，宣木瓜 6g，细辛 3g，豨莶草 12g）。

（证据级别：III，推荐强度：选择性推荐）

加减：有雷诺现象者加川芎 10g；疼痛剧烈者，可加制川乌 3g（先煎 1 小时），蕲蛇 6g；热毒盛者加水牛角 30g（先煎），大青叶 12g；湿盛者加苍术 9g，滑石 12g（包煎）；上肢、颈部关节痛酌加桑枝 12g，葛根 15g 等，下肢关节痛酌加牛膝 12g 等。

中成药：雷公藤制剂^[26,27]（月经不调者和育龄期女性除外）、白芍总苷胶囊^[28,29]（证据级别：II，推荐强度：选择性推荐）等植物提取药。湿邪偏重者加用湿热痹片，热象明显者加用新癀片。

中西医结合治疗要点：

本型一般为轻度活动，以关节肌肉疼痛为主要表现，无明显内脏受累，根据病情采用中西医结合或中医治疗为主的方法。西医治疗主要以小剂量糖皮质激素、羟氯喹及非甾体抗炎药为主，免疫抑制剂视情况可选用甲氨蝶呤、来氟米特等，同时应提醒患者避免劳累、日晒、感染、计划外妊娠等诱发因素。

（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.1.2 阴虚内热证

中医治疗：

治法：滋肾清热，解毒祛瘀

处方：青蒿鳖甲汤^[30,31]加减（《温病条辨》）（青蒿 30g，鳖甲 12g，生地黄 15g，知母 9g，地骨皮 12g，白花蛇舌草 12g，赤芍 12g，佛手 9g，生甘草 9g）。（证据级别：III，推荐强度：选择性推荐）

肝肾阴虚，以六味地黄丸^[32-34]加减；气阴两虚，以参芪地黄汤^[32,35,36]加减。（证据级别：III，推荐强度：选择性推荐）

加减：阴津亏甚加麦冬 12g，枸杞子 12g；脱发甚加制首乌 12g，川芎 10g；皮疹身痒甚者加徐长卿 12g，防风 9g；口干、眼干者可加枸杞子 12g，麦冬 12g，谷精草 12g；口腔溃疡者加生甘草 9g，蒲公英 30g；贫血或有红斑结节者加赤小豆 10g，全当归 10g。

中成药：六味地黄丸，知柏地黄丸^[37]，左归丸^[38,39]，生脉饮口服液。

中西医结合治疗要点：

本型一般为轻、中度活动，有的以低热及轻微皮疹为主要表现，无明显内脏受累，可以发挥中医治疗的优势。西医治疗以小剂量糖皮质激素、羟氯喹及非甾体抗炎药为主，根据疾病活动度调整糖皮质激素用量，根据不同系统受累情况选择合适的免疫抑制剂如甲氨蝶呤、硫唑嘌呤等，同时进行密切随访，在保证疾病稳定前提下逐步减少糖皮质激素用量。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.1.3 气血亏虚证

中医治疗：

治法：益气养血

处方：当归补血汤加减（《内外伤辨惑论》）（黄芪 12g，当归 10g，青蒿 15g，太子参 12g，仙鹤草 9g，白芍 12g，生地 10g，白术 10g，茯苓 12g，炙甘草 9g）。（证据级别：III，推荐强度：选择性推荐）

加减：血虚甚者加赤小豆 10g，阿胶 9g（烊冲）；出血倾向者酌加仙鹤草 12g，地榆 15g，茜草 10g；脾虚便溏加重炒白术至 30g，另加山药 12g；自汗甚者加重黄芪用量，并加浮小麦 10g；失眠甚者加夜交藤 30g，淮小麦 30g。

中成药：八珍颗粒^[40]，四物合剂，归脾丸^[41]，补中益气丸^[42]，十全大补口服液^[43]等。

中西医结合治疗要点：

本型一般以轻度的血液系统受累为主，多见于病程较长或血液系统轻度受累为主的患者，主要表现为轻度贫血、白细胞、血小板减少，乏力等，根据病情采用中西医结合或中医治疗为主的方法。西医治疗以中、小剂量糖皮质激素和羟氯喹为主，免疫抑制剂酌情选用环孢素、他克莫司等，并应密切观察，部分患者有可能会发展为重型，应注意观察。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.2 重型：

6.2.2.2.1 热毒炽盛证

中医治疗：

治法：清热解毒，凉血消斑

处方：犀角地黄汤^[44,45]加减（《外台秘要》）（水牛角 20g 先煎，生地 9g，赤芍 12g，丹皮 9g，青蒿 30g，玄参 12g，大青叶 12g，金银花 10g）。（证据级别：II，推荐强度：选择性推荐）

加减：热毒盛者可加连翘 12g，白花蛇舌草 30g；红斑明显加凌霄花 9g，紫草 9g；神昏谵语者，加服安宫牛黄丸^[46-48]或紫雪丹；惊厥狂乱者，加羚羊角粉 0.6g，钩藤 12g，珍珠母 15g；鼻衄、肌衄者，加侧柏叶 12g，白茅根 30g；血尿者，加仙鹤草 12g，小蓟 9g。

中成药：神昏者可服安宫牛黄丸或至宝丹，1 丸/日；或可用醒脑静注射液 10~20ml 加入到 5%GS 500ml 中静滴，1 次/日。

中西医结合治疗要点：

本型一般为狼疮重度活动，部分为中度活动，主要表现为高热、红斑伴不同程度的脏器损伤，应以西医治疗为主，使用足量或者冲击量的糖皮质激素联合免疫抑制剂治疗，必要时应用生物制剂以及丙种球蛋白等；同时需处理合并感染等并发症。中医治疗重在“祛邪”，可提高疗效，减少合并感染等副作用

用。如无禁忌，一般可加用中药。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.2 饮邪凌心证

中医治疗：

治法：通阳利水，益气养心

处方：苓桂术甘汤^[49]加减（《金匮要略》）（茯苓 15g，桂枝 9g，白术 12g，炙甘草 9g，汉防己 6g，生黄芪 12g，丹参 10g，瓜蒌皮 10g，薤白 9g）。（证据级别：III，推荐强度：选择性推荐）

加减：胸闷甚者加瓜蒌皮 10g，枳壳 10g；短气乏力明显者重用黄芪至 30g，加太子参 15g；下肢水肿明显加牛膝 9g，车前草 15g；喘促明显加葶苈子 10g，桑白皮 12g。

中西医结合治疗要点：

本型主要为狼疮所致心、肺损害，表现为心力衰竭、肺动脉高压等，部分患者预后不佳，西医治疗除足量的糖皮质激素和免疫抑制剂外，还需要加强利尿、强心等的辅助治疗。中医治疗作为重要的补充，应灵活选择给药时机。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.3 痰热郁肺证

中医治疗：

治法：清热化痰，宣肺平喘

处方：麻杏石甘汤^[50]（《伤寒论》）合千金苇茎汤（《金匮要略》）加减（麻黄 9g，杏仁 6g，石膏 30g 先煎，生甘草 9g，芦根 10g，薏苡仁 15g，桃仁 6g，鱼腥草 25g，冬瓜仁 10g，野荞麦根 20g）。（证据级别：III，推荐强度：选择性推荐）

加减：咳喘甚，不能平卧者加葶苈子 10g，桑白皮 12g；热毒甚者加水牛角 30g（先煎），大青叶 12g；大便干结者加生大黄 5g（后下）；胸闷明显者加郁金 10g，丹参 15g；痰热明显者加姜半夏 9g，黄连 3g；有胸水者加汉防己 9g，丹参 12g；有咳血者加白茅根 15g、棕榈炭 9g。

中西医结合治疗要点：

本型多为狼疮重度活动甚至狼疮危象，主要是 SLE 累及呼吸系统，表现为胸膜炎、间质性肺炎、肺减缩综合征、弥漫性肺泡出血等，大剂量或冲击剂量的糖皮质激素联合免疫抑制剂治疗是关键，同时应注意感染的预防及治疗，呼吸及辅助通气，部分患者预后不佳。中医治疗肺部感染有一定的作用，应重视辨证用药。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.4 肝郁血瘀证

中医治疗：

治法：疏肝解郁，活血化瘀

处方：四逆散^[51]加减（《伤寒论》）（柴胡 9g，枳实 9g，白芍 12g，生甘草 9g，当归 10g，郁金

10g，茯苓 15g，佛手 9g，香附 9g）。（证据级别：III，推荐强度：选择性推荐）

加减：热盛可加黄柏 12g，焦栀子 9g；湿盛者加车前草 15g，滑石 9g（包煎）；月经不调加益母草 15g，制香附 9g；血瘀甚者加丹参 10g，益母草 15g；肝功能异常者加垂盆草 30g，虎杖根 15g，五味子 6g。

中西医结合治疗要点：

本型主要为狼疮累及肝脏及消化系统，表现为不同程度的肝功能异常，多数对糖皮质激素治疗反应良好，但糖皮质激素减量过程容易复发，免疫抑制剂则多数存在肝脏毒性，中医治疗可促进病情稳定，改善肝功能，预防疾病复发。但也应注意观察中药潜在的肝脏毒性。对于无肝脏受累，但出现本型中医证候的，也可参照用药。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.2.5 脾肾阳虚证

中医治疗：

治法：温肾健脾，化气行水

处方：真武汤^[52]加减（《伤寒论》）（制附子 6g 先煎，茯苓 15g，白术 12g，白芍 12g，桂枝 9g，生姜 6g，山药 15g，泽泻 9g，青蒿 12g）。（证据级别：II，推荐强度：选择性推荐）

加减：水肿甚者加大腹皮 10g；伴有大量或顽固性蛋白尿者，可加生黄芪 30g，金樱子 30g，芡实 15g；血尿明显加仙鹤草 15g，小蓟 9g；尿白细胞明显加半枝莲 15g，车前草 12g。

中成药：可选用雷公藤制剂，百令胶囊，保肾康等。雷公藤制剂对肝功能异常者禁用，年轻未育者应慎用，如需使用时间应短。使用过程中应注意监测血常规及肝肾功能，并避免长期大量使用。

中西医结合治疗要点：

本型多为狼疮肾炎活动时常见的证型，主要表现为水肿、蛋白尿、血尿、高血压及不同程度的肾功能损害，西医治疗应根据肾脏病理类型及临床表现，选择合适的糖皮质激素联合免疫抑制剂治疗，同时处理继发感染、血栓、水电解质紊乱等并发症。中医治疗主要是“扶正”，发挥其增效减毒作用。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

6.2.2.2.6 风痰内动证

中医治疗：

治法：涤痰熄风，开窍通络

处方：重者羚角钩藤汤^[53]（《通俗伤寒论》）合（或）安宫牛黄丸（《温病条辨》）（水牛角 12g 先煎，钩藤 12g，竹茹 9g，生地 12g，桑叶 10g，茯神 9g，川贝 9g），轻者天麻钩藤饮（《中医内科杂病证治新义》）合止痉散（《流行性乙型脑炎中医治疗法》）加减（天麻 6g，钩藤 12g，石决明 15g，杜仲 10g，牛膝 10g，僵蚕 10g，白附子 6g，全蝎 5g，黄芩 9g，青蒿 12g，茯神 9g）。（证据级别：II，

推荐强度：选择性推荐）

加减：情绪烦躁者，可加龙胆草 6g，黄连 3g；情绪抑郁者可加淮小麦 30g，炙甘草 10g，红枣 10g；寐差者可加夜交藤 30g，酸枣仁 12g；有癫痫者加地龙 10g，郁金 9g。

中西医结合治疗要点：

本型主要出现在神经性狼疮，临床表现轻重不一，急性期应以大剂量糖皮质激素或甲基强的松龙冲击治疗联合免疫抑制剂冲击治疗为主。中医治疗应选择恰当的时机与灵活的给药方式。（证据级别：IV，推荐强度：选择性推荐）

7 临床疗效评价

SLE 临床疗效评价标准有多个，一般可采用 SLEDAI-2000（附录 C）评分方法，评估更简便，可以优先选择此方法^[1]。

8 指南制定的方法

8.1 临床证据的检索

指南工作组制定了文献检索策略，以电子检索方式为主，检索了中医药治疗系统性红斑狼疮、中医药联合糖皮质激素或免疫抑制剂治疗系统性红斑狼疮的国内外文献及古籍。

8.1.1 检索数据库

中文：中国期刊全文数据库（CNKI）、万方数据库、维普、中国生物医学文献数据库（CBM）；英文：PubMed 外文数据库。检索时限均从建库至 2020 年 6 月。根据不同的检索平台制定不同的检索策略。

8.1.2 检索词

8.1.2.1 中文检索词

系统性红斑狼疮、红斑狼疮、狼疮性肾炎、阴阳毒、证候、证型、糖皮质激素、骨质疏松、痤疮、失眠、消化性溃疡、反复上呼吸道感染、中医、中西医、中医疗法、中药、中成药。

8.1.2.2 英文检索词

systemic lupus erythematosus, lupuserythematosus, lupus nephritis, Chinese medicine, Chinese traditional drugs, Chinese herbal, Traditional Chinese Medicine, type of syndromes, glucocorticoid, osteoporosis, acne, femoral head necrosis, insomnia, peptic ulcer, recurrent upper respiratory tract infection.

8.2 证据分级和质量评价

检索结果首先由文献评价小组负责排除明显不相关的文献；其次，用 Excel、Word 对资料进行收集，

并确定筛选证据的标准，成立文献评价小组，对符合标准的检索结果进行评价。

每篇文献的评价至少由两人进行，如果意见不一，则提请指南编写小组相关部分的负责人给予帮助解决。如果有足够的证据表明某个诊疗措施有效或无效，本指南会做出“推荐”，给出“证据级别”、“推荐强度”。

8.2.1 证据分级

参照刘建平教授提出的关于中医药临床证据分级标准^[54]的建议：

I级：随机对照试验及其系统综述、N-of-1 试验系统综述。

II级：非随机临床对照试验、队列研究、N-of-1 试验。

III级：病例对照研究、前瞻性病例系列。

IV级：规范化的专家共识¹、回顾性病例系列、历史性对照研究。

V级：非规范化专家共识²、病例报告、经验总结。

注：¹规范化的专家共识，指通过正式共识方法（如德尔菲法，名义群组法，共识会议法，以及改良德尔菲法等），总结专家意见制定的，为临床决策提供依据的文件；²非规范化的专家共识，指早期应用非正式共识方法如集体讨论，会议等，所总结的专家经验性文件。

8.2.2 推荐强度

推荐强度采用目前较为公认的 GRADE 工作组 2004 年发表的专家共识^[55]，形成以下推荐分级：

强推荐：有充分的证据支持其疗效，应当使用（基于I级证据）。

选择性推荐：有一定的证据支持，但不充分，在一定条件下可以使用（基于II、III级证据）。

建议不要使用：大多数证据表明效果不良或弊大于利（基于II、III级证据）。

禁止使用：有充分的证据表明无效或明显的弊大于利（基于I级证据）。

指南编写小组根据证据级别提出达成小组内共识的推荐意见，意见不一致处由专人记录在案。

8.3 评议和咨询过程

指南初稿形成后，通过咨询国内相关专家的意见（召开咨询会和问卷调查方式）最终形成指南征求意见稿。咨询专家主要包括擅长治疗系统性红斑狼疮的中医临床专家、临床药学专家、部分中西医结合和西医专家、中医文献学和标准化学者等。咨询内容包括：基于证据的陈述是否可接受？证据是否得到充分引用？推荐意见是否来自于证据？推荐意见是否合理？推荐的内容是否可应用于临床实践？

8.4 宣传

指南颁布后，拟通过专业学会、学术会议、医师培训和继续教育项目等进行进一步宣传和推广，宣传的工具可以是印制的小册子、光盘、相关书籍等。

8.5 更新

本指南拟定期（3~5年）更新，并对指南进行定期评议。若产生新的有效干预方法，或产生证明现有干预方法有利或有弊的证据，或出现新的医疗资源时，会对其进行分析、评价后，再决定是否对指南进行修订或及时更新。

9 利益冲突

所有作者均声明不存在利益冲突。

附录 A

(资料性)

2012年国际狼疮研究临床协作组SLE分类标准

整体病程中：（1）肾脏病理证实为狼疮肾炎并伴 ANA 或抗 dsDNA 阳性；（2）符合 4 条以下指标（至少包含 1 项临床指标和 1 项免疫学指标）。		
临床标准		
1.皮疹	急性或亚急性皮肤狼疮表现	<input type="checkbox"/>
2.皮疹	慢性皮肤狼疮表现	<input type="checkbox"/>
3.溃疡	口腔或鼻部溃疡	<input type="checkbox"/>
4.脱发	非瘢痕性秃发	<input type="checkbox"/>
5.关节炎	医师观察到的 2 个或以上关节肿或压痛伴有晨僵	<input type="checkbox"/>
6.浆膜炎	胸膜炎或心包炎	<input type="checkbox"/>
7.肾脏病变	尿蛋白/肌酐（或 24h 尿蛋白）至少相当于 500mg/24h，或出现红细胞管型	<input type="checkbox"/>
8.神经病变	抽搐，精神病，多发性单神经炎，脊髓炎，周围或颅神经病，脑炎（急性意识模糊状态）	<input type="checkbox"/>
9 血液学病变	溶血性贫血	<input type="checkbox"/>
10.血液学病变	白细胞减少（至少一次 $<4000/\text{mm}^3$ ）或淋巴细胞减少（至少一次 $<1000/\text{mm}^3$ ）	<input type="checkbox"/>
11.血液学病变	血小板减少（ $<100000/\text{mm}^3$ ）至少一次	<input type="checkbox"/>
免疫学标准		
1.抗核抗体	ANA 滴度高于实验室参考范围	<input type="checkbox"/>
2.抗 dsDNA	抗 dsDNA 抗体高于实验室参考范围（ELISA 法需 >2 倍实验室参考范围）	<input type="checkbox"/>
3.抗 Sm 抗体	抗 Sm 抗体阳性	<input type="checkbox"/>
4.抗磷脂抗体	狼疮抗凝物阳性，梅毒血清学试验假阳性，抗心磷脂抗体至少是正常值的 2 倍或中高滴度，抗β2GPI 阳性	<input type="checkbox"/>
5.补体	C3 减低，C4 减低，CH50 减低	<input type="checkbox"/>
6.Coombs 试验	无溶血性贫血但直接 Coombs 试验阳性	<input type="checkbox"/>

肾脏病理证实为狼疮性肾炎	<input type="checkbox"/>
肾炎分型 1:	<input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> I型 <input type="checkbox"/> II型 <input type="checkbox"/> III型 <input type="checkbox"/> IV型 <input type="checkbox"/> V型 <input type="checkbox"/> VI型
肾炎分型 2:	<input type="checkbox"/> ND <input type="checkbox"/> I型 <input type="checkbox"/> II型 <input type="checkbox"/> III型 <input type="checkbox"/> IV型 <input type="checkbox"/> V型 <input type="checkbox"/> VI型

附录 B

(资料性)

2019年欧洲抗风湿病联盟/美国风湿病学会SLE分类标准

入围标准: ANA \geqslant 1: 80 (HEp-2 细胞方法)		
评分标准:		
临床领域或标准	定义	权重
全身状况	发热 $>38.3^{\circ}\text{C}$	2 分
血液系统	白细胞减少症 $<4000/\text{mm}^3$	3 分
	血小板减症 $<100000/\text{mm}^3$	4 分
	溶血性贫血	4 分
神经系统	谵妄 (意识改变或唤醒水平下降, 和症状发展时间数小时至 2 天内, 和 1 天内症状起伏波动, 和认知力急性或亚急性改变, 或习惯、情绪改变)	2 分
	精神异常 (无洞察力的妄想或幻觉, 但没有精神错乱)	3 分
	癫痫 (癫痫大发作或部分/病灶性发作)	5 分
皮肤黏膜	非瘢痕性脱发	2 分
	口腔溃疡	2 分
	亚急性皮肤狼疮	4 分
	急性皮肤狼疮	6 分
浆膜腔	胸腔积液或心包积液	5 分
	急性心包炎	6 分
肌肉骨骼	关节受累 ($\geqslant 2$ 个关节滑膜炎或 $\geqslant 2$ 个关节压痛+ $\geqslant 30$ 分钟的晨僵)	6 分
肾脏	蛋白尿 $>0.5\text{g}/24\text{h}$	4 分
	肾活检: II 或 V 型 LN	8 分
	肾活检: III 或 IV 型 LN	10 分
抗磷脂抗体	抗心磷脂抗体 (IgA, IgG 或 IgM) 中高滴度 (>40 APL、	2 分

	GPL 或 MPL 单位, 或>99%) 或抗β2GP1 抗体 (IgA, IgG 或 IgM) 阳性或狼疮抗凝物阳性	
补体	低 C3 或低 C4	3 分
	低 C3 和低 C4	4 分
特异抗体	抗 dsDNA 阳性或抗 Smith 阳性	6 分

标准说明：

如果计分标准可以被其他比 SLE 更符合的疾病解释，该计分标准不计分；

标准至少一次出现就足够；

SLE 分类标准要求至少包括 1 条临床分类标准以及总分 ≥ 10 分可诊断；

所有的标准，不需要同时发生；

在每个记分项，只计算最高分。

附录 C

(资料性)

系统性红斑狼疮疾病活动度评分 (SLEDAI-2000)

8	癫痫发作	最近开始发作的，除外代谢、感染、药物所致
8	精神症状	严重紊乱干扰正常活动，除外尿毒症、药物影响
8	器质性脑病	智力的改变伴定向力、记忆力或其它智力功能的损害并出现反复不定的临床症状，至少同时有以下两项：感觉紊乱、不连贯的松散语言、失眠或白天瞌睡、精神活动增多或减少，除外代谢、感染、药物所致
8	视觉受损	SLE 视网膜病变，除外高血压、感染、药物所致
8	颅神经异常	累及颅神经的新出现的感觉、运动神经病变
8	狼疮性头痛	严重持续性头痛，麻醉性止痛药无效
8	脑血管意外	新出现的脑血管意外，应除外动脉硬化
8	脉管炎	溃疡、坏疽、有触痛的手指小结节、甲周碎片状梗塞、出血或经活检、血管造影证实
4	关节炎	2 个以上关节痛和炎性体征（压痛、肿胀、渗出）
4	肌炎	近端肌痛或无力伴 CPK/醛缩酶升高，或肌电图改变或活检证实
4	管型尿	HB、颗粒管型或 RBC 管型
4	血尿	>5RBC/HP，除外结石、感染和其它原因
4	蛋白尿	>0.5g/24h，新出现或近期增加
4	脓尿	>5 个 WBC/HP，除外感染
2	脱发	新出现或复发的异常斑片状或弥漫性脱发
2	新出现皮疹	新出现或复发的炎症性皮疹
2	黏膜溃疡	新出现或复发的口腔或鼻黏膜溃疡
2	胸膜炎	胸膜炎性胸痛伴胸膜摩擦音、渗出或胸膜肥厚
1	发热	>38℃，需除外感染因素
1	血小板降低	<100×10 ⁹ /L

1	白细胞减少	<3×10 ⁹ /L, 需除外药物因素
---	-------	--------------------------------

参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 2020 中国系统性红斑狼疮诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(03): 172-185.
- [2] Rees F, Doherty M, Grainge MJ, et al. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies[J]. Rheumatology, 2017, 56(11): 1945-1961.
- [3] Zeng QY, Chen R, Darmawan J, et al. Rheumatic diseases in China[J]. Arthritis Res Ther, 2008, 10(1): R17-R27.
- [4] Li M, Zhang W, Leng X, et al. Chinese SLE Treatment and Research Croup (CSTAR) registry: I . major clinical characteristics of Chinese patients with systemic lupus erythematosus[J]. Lupus, 2013, 22(11):1192-1199.
- [5] Zhang S, Su J, Li X, et al. Chinese SLE Treatment and Research Group (CSTAR) registry: V. gender impact on Chinese patients with systemic lupus erythematosus[J]. Lupus, 2015, 24(12):1-9.
- [6] Wang Z, Li M, Zhao J, et al. Clinical characteristics and remission of patients with systemic lupus erythematosus in china: results from SLE Treatment and Research Group (CSTAR) registry with a real-time collecting system[J]. Lupus Sci Med, 2019, 6(Suppl 1):A164.
- [7] (美)盖瑞 • C • 菲尔斯斯坦, (美)拉夫尔 • C • 巴德, (美)谢琳 • E • 加布里埃尔原著, 栗战国主译. 凯利风湿病学: 第 10 版[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2020: 1474.
- [8] (美)安东 • 尼弗契等著. 哈里森风湿病学: 第 4 版[M]. 北京: 北京联合出版公司, 2017: 76.
- [9] 冯学兵, 孙凌云. 欧洲抗风湿病联盟提出系统性红斑狼疮临床实践和研究观察中病情监测的建议[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(04): 270.
- [10] 陈顺乐, 邹和建. 风湿内科学(全国高等学校医学研究生规划教材)[M]. 人民卫生出版社, 2009: 46.
- [11] Michelle Petri, Ana-Maria Orbai, Graciela S. Alarcón, etc. Derivation and Validation of Systemic Lupus International Collaborating Clinics Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus[J]. Arthritis Rheum, 2012, 64(8): 2677-2686.
- [12] MartinAringer, KarenCostenbader, DavidDaikh, etc. 2019 European League Against heumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus[J]. Annals of the Rheumatic Diseases, 2019, 78(9): 1151-1159.
- [13] 谢志军, 谢冠群, 范永升. 系统性红斑狼疮的二型九证辨治法探讨[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(S1) :182-183.

- [14] 24个专业92个病种中医诊疗方案(2017年版). 国家中医药管理局医政司. 231-232.
- [15] 温成平, 范永升, 李永伟, 等. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的增效减毒作用研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(3): 305-309.
- [16] 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.
- [17] 温成平, 谢志军, 尤晓娟, 孙静, 范永升. 中医药对狼疮肾炎激素不同使用阶段的治疗策略研究[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(04): 680-682.
- [18] 尤晓娟, 温成平, 谢志军, 范永升. 系统性红斑狼疮激素治疗不同阶段证型特点的文献研究[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(12): 2510-2512.
- [19] 朱月玲, 范永升. SLE 不同治疗阶段与中医证型的关系[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(10): 709-710.
- [20] 李倩倩, 周佳, 杜羽, 温成平, 李海昌. 系统性红斑狼疮月经不调的病因和诊疗思路探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(07): 586-589.
- [21] 宋玙璠, 谈秀娟, 马雯雯, 等. 系统性红斑狼疮患者的围妊娠期管理[J]. 中华生殖与避孕杂志, 2018, 38(09): 774-778.
- [22] 黄继勇, 范永升. 范永升治疗系统性红斑狼疮合并妊娠经验[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 16-17.
- [23] 李剑明, 姜泉, 韩曼, 崔家康. 姜泉治疗系统性红斑狼疮合并妊娠经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(12): 1744-1745+1772.
- [24] 杨冬梅, 赖登红. 白虎加桂枝汤合二妙散治疗热痹42例[J]. 江西中医药, 2009, 40(11):44-45.
- [25] 冯晓东. 白虎加桂枝汤合二妙散治疗热痹75例[J]. 陕西中医, 2010, 31(11):1480-1481.
- [26] 刘庆林. 联用雷公藤多甙片治疗狼疮性肾炎疗效观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2002, 3(10): 609.
- [27] 唐若余, 宋卫珍. 来氟米特、雷公藤多甙联合滋肾补血方治疗系统性红斑狼疮的疗效观察[J]. 中外医学研究, 2014, 35(12): 99-101.
- [28] 邵建兵. 白芍总苷治疗系统性红斑狼疮疗效及患者生活质量改善效果观察[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(4): 108-109.
- [29] 曾惠芬, 缪蕙, 刘芳, 等. 白芍总苷联合雷公藤多甙片治疗狼疮性肾炎疗效观察[J]. 山西中医, 2017, 33(1): 27-28.
- [30] 王志花, 戴兆燕, 钱耀华, 等. 青蒿鳖甲汤联合少量激素治疗狼疮性肾炎的疗效观察[J]. 中国医药导报, 2012, 23(9): 112-113.
- [31] 游越. 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, 25(10): 26-27.
- [32] 谭菲, 何勇. 基于序贯疗法中西医结合治疗红斑狼疮性肾炎20例[J]. 中国中医药现代远程教

- 育,2016,14(4): 92-93.
- [33] 黄爱云. 六味地黄丸治疗中老年系统性红斑狼疮的疗效及对血清抗核小体抗体水平的影响[J]. 中国老年学杂志,2012,32(9): 1955-1956.
- [34] 卢立春, 刘晓静. 六味地黄丸联合激素治疗老年系统性红斑狼疮 31 例[J]. 河南中医,2013,33(3): 385-386.
- [35] 祝立明. 慢性肾炎蛋白尿应用参芪地黄汤治疗的效果观察及研究[J]. 中医临床研究,2018,10(14): 51-52.
- [36] 汪蕾, 赵文景, 赵静,等. 参芪地黄汤治疗 M 型磷酯酶 A2 受体抗体阳性特发性膜性肾病临床研究[J]. 河北中医, 2020, 42(4): 522-527.
- [37] 胡东艳, 李明. 滋肾清热药对系统性红斑狼疮患者性激素及临床疗效的影响[J]. 中华皮肤科杂志, 2002,35(5): 59-62.
- [38] 咸伟, 王传花. 左归丸联合二至丸加减治疗肝肾阴虚型隐匿性肾炎临床研究[J]. 陕西中医, 2019, 40(3):297-299.
- [39] 周玮莎, 张超, 郭金彪. 左归丸联合二至丸加减治疗肝肾阴虚型隐匿性肾炎临床观察[J]. 新中医, 2016, 48(7):81-83.
- [40] 黄海红. 八珍颗粒治疗贫血 50 例[J]. 中国社区医师(医学专业), 2010, 12(31):135.
- [41] 王世宏, 孙永明. 归脾丸、复方阿胶浆治疗白细胞减少症 27 例临床观察[J]. 中成药, 1999, 21(8):3-5.
- [42] 毕建璐, 陈洁瑜, 程静茹. 补中益气丸干预气虚质的临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2016, 39(6):62-65.
- [43] 苏健. 十全大补口服液治疗白细胞减少症 200 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 1995, 11(S1):50.
- [44] 王福祖, 李琴, 宋维海. 犀角地黄汤联合小剂量皮质激素治疗热毒炽盛型系统性红斑狼疮临床研究 [J]. 四川中医, 2018, 36(1): 156-159.
- [45] 周涛. 犀角地黄汤加减联合血浆置换治疗急重型系统性红斑狼疮的疗效与机制研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2017, 37(2): 204-208.
- [46] 税国保. 安宫牛黄丸、通腑化痰汤联合使用对中风（阳闭证）疗效观察[J]. 双足与保健, 2018, 27(09):4-5+8.
- [47] 林蓉芳. 安宫牛黄丸联合通腑化痰汤治疗中风阳闭证 40 例疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(33):1-2.
- [48] 邹振亮, 陈志华, 朱健明. 安宫牛黄丸治疗缺血缺氧性脑病患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2018, 31(13): 98-99.

- [49] 张国芳, 张玉芝, 栗晓乐. 苓桂术甘汤加减治疗慢性心力衰竭的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(5):34-35.
- [50] 赵成欣, 张晓丽. 麻杏石甘汤合千金苇茎汤治疗肺炎热邪壅肺证的临床疗效及安全性观察[J]. 中医临床研究, 2019, 11(3):63-65.
- [51] 王付, 尚立芝, 苗小玲. 四逆散加味治疗肝纤维化的临床疗效观察[J]. 中医药通报, 2012, 11(1):42-44+36.
- [52] 杨毅. 真武茯苓汤治疗系统性红斑狼疮临床观察[J]. 中国医药导报, 2009, 22(6): 26-27.
- [53] 尹玲, 潘国洪, 张莎. 羚角钩藤汤加味治疗痰火瘀闭证急性脑梗死的疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(8):100-102.
- [54] 陈薇, 方赛男, 刘建平. 基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(3): 358-364.
- [55] GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 2004, 328: 1490-1497.