成都医学院学报
Journal of Chengdu Medical College
ISSN 1674-2257,CN 51-1705/R

《成都医学院学报》网络首发论文

题目：　解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗系统性红斑狼疮的疗效
作者：　代建宇，孙佩翠，吴洋洋
网络首发日期：　2024-03-28
引用格式：　代建宇，孙佩翠，吴洋洋．解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗系统性红斑狼疮的疗效[J/OL]．成都医学院学报．
https://link.cnki.net/urlid/51.1705.R.20240326.1844.004

网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

网络首发时间：2024-03-28 11:28:47
网络首发地址：https://link.cnki.net/urlid/51.1705.R.20240326.1844.004

*基金项目：国家卫生部医药卫生科技发展研究中心发展科研专项科研项目（No：21-0-2-05-YHC）

解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗系统性红斑狼疮的疗效*

代建宇,孙佩翠,吴洋洋
驻马店市中心医院 风湿免疫科（驻马店市 463000）

【摘要】目的 观察解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗系统性红斑狼疮（SLE）的疗效。**方法** 选择 2021 年 5 月至 2023 年 1 月在驻马店市中心医院治疗的 75 例 SLE 患者为研究对象，按照随机数字表法将其分为针刺组（采用针刺治疗，n=37）和联合治疗组（采用解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗，n=38）。检测两组生化指标，包括白细胞介素-18（IL-18）、补体 C3、25-羟基维生素 D[25（OH）D]、白细胞介素-1β（IL-1β）；评估两组甲襞微循环情况（微循环流态、形态、袢周积分）、SLE 疾病活动指数（SLEDAI）情况、中医证候情况及临床疗效。**结果** 与针刺组比较，联合治疗组 25（OH）D、补体 C3 表达量较高，IL-18、IL-1β 表达量及中医证候评分、SLEDAI 评分、甲襞微循环评分较低，差异有统计学意义（$P<0.05$）。联合治疗组患者总有效率较针刺组高，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论** 解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗 SLE 可调节患者免疫功能，抑制炎症，改善甲襞微循环，提升其临床疗效。

【关键词】解毒祛瘀滋阴法；针刺；系统性红斑狼疮；免疫补体；甲襞微循环；25-羟基维生素 D

【中图分类号】R259 **【文献标志码】**A

Therapeutic Effect of Traditional Chinese Medicine Jiedu Quyu Ziyin Prescription Combined with Acupuncture on Systemic Lupus Erythematosus

Dai Jianyu, Sun Peicui, Wu Yangyang. Department of Rheumatology and Immunology, Zhumadian Central Hospital, Zhumadian 463000, *China*

【Abstract】 Objective To observe the therapeutic effect of traditional Chinese medicine (TCM) Jiedu Quyu Ziyin prescription (with the function of detoxication, removing stasis and nourishing Yin) combined with acupuncture on

systemic lupus erythematosus (SLE). **Methods** A total of 75 SLE patients treated in Zhumadian Central Hospital from May 2021 to January 2023 were selected and divided into acupuncture group (acupuncture treatment, *n*=37) and combined treatment group (acupuncture treatment combined with oral administration of Jiedu Quyu Ziyin decoction, *n*=38) by random number table method. Biochemical markers in both groups were detected, including serum interleukin-18 (IL-18), complement C3, 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D] and interleukin-1β (IL-1β). Nail fold microcirculation (microcirculation pattern, morphology, and loop integral), SLE disease activity index (SLEDAI), TCM syndromes and clinical efficacy were evaluated in both groups. **Results** Compared with the acupuncture group, the combined treatment group had higher levels of serum 25(OH)D and complement C3, but lower levels of serum IL-18 and IL-1β, TCM syndrome score, SLEDAI score and nail fold microcirculation score, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). The total effective rate in the combined treatment group was higher than that in the acupuncture group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** TCM Jiedu Quyu Ziyin decoction combined with acupuncture in the treatment of SLE can regulate immune function, inhibit inflammation, improve nail fold microcirculation, and enhance clinical efficacy.

【Key words】Jiedu Quyu Ziyin prescription; Acupuncture; Systemic lupus erythematosus; Immune complement; Nail fold microcirculation; 25-hydroxyvitamin D

系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus,SLE）属于结缔组织病，累及多个器官，其发病机制与免疫有关[1]，女性发病率明显高于男性，且青年期女性多发[2-3]。SLE 可损伤各个系统和脏器，主要临床表现为头痛、关节痛、蝶形红斑、环状红斑等，患者需及时给予治疗[4]。SLE 在中医中属“周痹”“旧晒疮”“红蝴蝶疮”“阴阳毒”等范畴，与患者素体虚弱、阴虚火旺、经络瘀滞、脏器及腠理失养相关。解毒祛瘀滋阴方具有活血化瘀、清热解毒、养阴、止痛的功效；针刺是中医特色疗法之一，具有活血通络、清热养阴之功；二者联合运用，内外

兼治。因此，本研究旨在给予 SLE 患者解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗，观察其临床疗效，现报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2021 年 5 月至 2023 年 1 月在驻马店市中心医院治疗的 75 例 SLE 患者为研究对象，按随机数字表法分为针刺组（采用针刺治疗，n=37）和联合治疗组（采用解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗，n=38）。1）纳入标准：符合 SLE 诊断标准[5]，分型为瘀热痹阻证[6]；年龄 18~60 岁；签署知情同意书；依从性良好。2）排除标准：针刺治疗禁忌者或依从性差者；伴有精神疾病、语言障碍者；合并造血系统疾病、甲状腺疾病、感染性或传染性疾病、脏器功能不全、恶性肿瘤、凝血功能障碍、其他风湿疾病、结缔组织疾病者；妊娠期或哺乳期妇女。针刺组女 28 例，男 9 例，年龄 19~58（33.46±3.73）岁，病程 0.5~7.0（3.76±0.56）年；联合治疗组，女 30 例，男 8 例，年龄 20~59（33.13±3.45）岁，病程 0.6~8.0（3.53±0.47）年。两组一般资料比较，差异无统计学意义（P＞0.05），具有可比性。本研究经驻马店市中心医院医学伦理委员会批准（审批号：012060207。

1.2 治疗方法

1.2.1 针刺组　针刺组患者给予针刺治疗，选穴：照海、阴陵泉、交信、申脉、跗阳，患者取坐位，常规消毒穴位和针灸针（0.30mm×40 mm），给予局部穴位消毒，照海直刺 0.5~0.8 寸，交信直刺 0.5~1 寸，申脉略下斜刺 0.3~0.5 寸，跗阳、阴陵泉直刺 1-1.5 寸，留针 30 min，行针 10 min/次，1 次/d，每周治疗 3 次，连续治疗 3 个月。

1.2.2 联合治疗组　联合治疗组在针刺组治疗基础上给予患者解毒祛瘀滋阴法治疗，解毒祛瘀滋阴方药组成：生地黄 15 g、赤芍 12 g、牡丹皮 12 g 、鳖甲 10 g、白芍 12 g、白花蛇舌草 20 g、青蒿 12 g、水牛角 30 g（先煎）、生甘草 6 g、麦冬 12 g、大青叶 12 g、丹参 12 g，药物由中药制剂室统一煎制，煎得 200 mL 分装 2 袋，100 mL/袋，分早晚 2 次服用，连续治疗 3 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 生化检查　治疗前、后抽取两组患者空腹静脉血 5 mL，采用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-18（interleukin-18，IL-18）、25-羟基维生素

D[25-hydroxyvitamin D，25（OH）D]、白细胞介素-1β（interleukin-1β，IL-1β）表达量，IL-18、25（OH）D、IL-1β 检测试剂盒厂家分别为上海威生物科技有限公司、上海纪宁生物有限责任公司、南京博研生物科技有限公司，根据试剂盒说明书规范操作；采用 BK-500 全自动干式生化分析仪检测补体 C3 水平，仪器源自济南博鑫生物技术有限公司。

1.3.2 甲襞微循环　患者取坐位，手指末端平行于心脏，暴露左手第 4 指甲襞皮肤，并滴加 1~2 滴香柏油，并将其放置于检测仪固定槽中，给予微循环的流态、形态、袢周评分，并记录总分。

1.3.3 疾病活动指数　治疗前、后给予患者 SLE 疾病活动指数（systemic lupus erythematosus disease activity index，SLEDAI）评价，该量表用于观察患者中枢神经系统、皮肤、肌肉骨骼、肾脏等损害情况，总分 0~105 分，无活动：0~4 分；轻度活动：5~9 分，中度活动：10~14 分；重度活动：15 分及以上。

1.3.4 中医证候评分　治疗前、后对患者进行瘀热痹阻证评价：下肢红斑甚者溃烂，口疮，双手指瘀点累累，瘀点变白变紫，关节肌肉疼痛，烦躁易怒，低热缠绵，脱发。根据证候的严重程度计分，其中无症状为 0 分，轻度症状为 2 分，中度症状为 4 分，重度症状为 6 分[6]。

1.3.5 疗效标准　两组疗效标准：症状、体征基本消失，生化指标正常，中医证候评分至少减少 95%，记为临床缓解；症状、体征明显改善，生化指标趋于正常，中医证候评分至少减少 70%，计为显效；症状、体征改善，生化指标改善，中医证候评分至少减少 30%，计为有效；未达到上述标准，计为无效[6]。总有效率=（临床缓解+显效+有效）/总数×100%。

1.4 统计学方法

采用IBM SPSS Statistcs 23.0统计软件对数据进行统计分析。定量资料采用（$\bar{x} \pm s$）描述，所有相关数据均采用t检验；定性资料采用例数(%)描述，相关数据采用χ^2检验；采用秩和检验对等级资料进行统计分析。检验水准α除特别说明外均设定为0.05。

2 结果

2.1 两组生化指标比较

治疗前两组患者 IL-18、补体 C3、25（OH）D、IL-1β 表达量比较，差异无

统计学意义（$P>0.05$）；治疗后两组补体 C3 及 25（OH）D 表达量均升高（$P<0.05$），且联合治疗组高于针刺组（$P<0.05$）；治疗后两组 IL-1β 与 IL-18 表达量较均降低（$P<0.05$），且联合治疗组低于针刺组（$P<0.05$）（表 1）。

表 1 两组生化指标比较（$\bar{x} \pm s$）

组别	n	IL-18/（pg/mL）		25（OH）D/（ng/mL）		IL-1β/（pg/mL）		补体 C3/（mg/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	37	320.15±27.40	104.71±20.21*	13.12±1.34	16.52±2.11*	3.65±0.73	2.74±0.57*	0.31±0.10	1.01±0.12*
联合治疗组	38	321.34±26.18	81.97±14.29*	13.01±1.23	18.73±2.33*	3.58±0.79	2.08±0.44*	0.30±0.09	1.18±0.19*
t		0.192	5.638	0.371	4.302	0.398	5.622	0.455	4.619
P		0.848	<0.001	0.712	<0.001	0.692	<0.001	0.650	<0.001

注：与治疗前相比，*$P<0.05$。

2.2 两组甲襞微循环评分比较

治疗前两组甲襞微循环评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后两组甲襞微循环评分降低（$P<0.05$），且联合治疗组低于针刺组（$P<0.05$）（表 2）。

表 2 两组甲襞微循环评分比较（分，$\bar{x} \pm s$）

组别	n	流态		形态		袢周		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	37	3.17±0.58	1.55±0.39*	2.64±0.52	1.37±0.31*	3.65±0.61	1.39±0.36*	9.46±1.15	4.31±0.65*
联合治疗组	38	3.22±0.62	1.32±0.26*	2.69±0.59	1.18±0.24*	3.74±0.68	1.21±0.22*	9.65±1.03	3.71±0.52*
t		0.360	3.013	0.389	2.973	0.603	2.621	0.754	4.420
P		0.720	0.004	0.698	0.004	0.548	0.011	0.453	<0.001

注：与治疗前相比，*P<0.05。

2.3 两组 SLEDAI 评分比较

治疗前两组 SLEDAI 评分比较，差异无统计学意义（P>0.05）；治疗后两组 SLEDAI 评分相较降低（P＜0.05），且联合治疗组低于针刺组（P＜0.05）（表 3）。

表 3 两组 SLEDAI 评分比较（分，$\bar{x} \pm s$）

组别	n	SLEDAI	
		治疗前	治疗后
针刺组	37	10.12±2.15	6.54±1.67*
联合治疗组	38	10.31±2.34	4.13±1.33*
t		0.366	6.923
P		0.715	<0.001

注：与治疗前相比，*P＜0.05。

2.4 两组中医证候评分比较

治疗前两组中医证候评分比较，差异无统计学意义（P>0.05）；治疗后两组中医证候评分均降低（P＜0.05），且联合治疗组低于针刺组（P＜0.05）（表 4）。

表 4 两组中医证候评分比较（分，$\bar{x} \pm s$）

组别	n	双手指瘀点累		口疮		瘀点变白变紫		下肢红斑甚者溃烂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	37	3.90±0.97	1.37±0.41*	3.85±0.92	1.39±0.42*	4.04±0.90	1.32±0.35*	3.86±1.04	1.32±0.34*
联合治疗组	38	3.95±0.91	0.91±0.26*	3.92±0.97	0.79±0.21*	3.95±1.02	0.79±0.23*	3.95±0.93	0.75±0.21*
t		0.230	5.819	0.320	7.856	0.405	7.770	0.395	8.761
P		0.819	<0.001	0.750	<0.001	0.687	<0.001	0.694	<0.001

(续表 2)

组别	n	烦躁易怒		低热缠绵		关节肌肉疼痛		脱发	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	37	4.01±0.91	1.35±0.36*	3.83±0.99	1.45±0.41*	3.93±0.91	1.37±0.32*	3.89±0.97	1.40±0.43*
联合治疗组	38	3.96±1.04	0.87±0.21*	3.95±0.97	0.93±0.27*	3.82±0.98	0.89±0.24*	3.95±0.91	0.87±0.22*
t		0.221	7.076	0.530	6.504	0.503	7.362	0.276	6.746
P		0.825	<0.001	0.598	<0.001	0.616	<0.001	0.783	<0.001

注：与治疗前相比，*P<0.05。

2.5 两组疗效比较

与针刺组比较，联合治疗组总有效率较高，差异有统计学意义（P＜0.05）（表5）。

表 5 两组疗效比较[*n*(%)]

组别	n	临床缓解	显效	有效	无效	总有效率/%
针刺组	37	8（21.62）	12（32.43）	9（24.32）	8（21.62）	78.38
联合治疗组	38	16（42.11）	11（28.95）	10（26.32）	1（2.63）	97.37
χ^2						4.730
P						0.030

3 讨论

SLE 是一种自身免疫性疾病，与遗传、环境、性激素等因素有关[7]。产生 SLE 的主要环节为分泌大量免疫复合物、自身抗体，与清除受损凋亡细胞机制存在相关性[8-9]。B 细胞是一种抗原提呈细胞，可提呈和捕获抗原，产生多种高滴度自身抗体，如抗细胞核抗体、抗细胞膜抗体、抗细胞质抗体[10-11]。这些自身抗体多数是 SLE 的标记性抗体，无致病性，但抗磷脂抗体、抗 DNA 抗体等对人体组织具有损伤作用，其通过与相应抗原结合，诱发炎症反应，损伤病灶处组织器官以及小血管内皮细胞，产生血管炎症，影响全身微循环，故 SLE 的基本病理

改变是以血管炎为基础的结缔组织病变[12-15]。

SLE 患者素体虚弱，气阳亏虚，易受火热毒邪侵袭，加上情志不畅，产生肝郁化火，灼伤阴液，肝气郁结，经络瘀滞，致使气血难以运行，脏器、腠理失养，进而发病[16-17]。针刺可调节气血以及疏通经络，本研究针刺所选照海穴属八脉交会穴，可清热养阴、活血通经；交信属足少阴肾经，可益气调经；申脉属于足太阳膀胱经，可益气、舒筋活络、安神；跗阳穴归属足太阳膀胱经，可退热散风、舒经活络；阴陵泉属足太阴脾经，可清热利湿、通经活络、止痛，改善患者阴伤热毒瘀滞症状。本研究自拟解毒祛瘀滋阴方中水牛角清热凉血、泻火解毒、定惊，生地黄滋阴、清血热，为君药；牡丹皮消瘀活血、清热凉血、止痛，白花蛇舌草散结止痛、凉血解毒、清热除湿，为臣；鳖甲滋阴潜阳、退热，白芍养血、敛阴、止痛，青蒿清虚热、凉血，赤芍清热凉血、活血化瘀，麦冬养阴生津、清心除烦，大青叶凉血消斑、清热解毒，丹参活血祛瘀、止痛，为佐；生甘草调和诸药，也可清热解毒，为使。诸药合用，共达清热解毒、养阴、活血化瘀、止痛之功，改善 SLE 热毒内蕴症状。自拟解毒祛瘀滋阴方重在清虚热，针刺重在通经络、调理脏腑阴阳，自拟解毒祛瘀滋阴方与针刺联合治疗，发挥内外兼治的作用，提升清内热、通经络、除痹证疗效，改善患者症状。

研究[18]发现，SLE 患者机体存在免疫异常、炎症损伤及血管内皮损伤，常伴随甲襞微循环异常，甲襞微循环可反应血管损伤及大循环状态，具有检查简单易行、结果客观、经济实惠、重复性高、零创伤等优点，可判断患者病情。本次研究发现：联合治疗组患者甲襞微循环评分较针刺组明显降低（$P<0.05$），表明解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗 SLE 患者，可改善甲襞微循环。其原因可能与牡丹皮中含有丹皮酚类活性成分，可调节免疫，抑制炎症，保护血管内皮，发挥改善微循环、保护血管的作用有关[19]。

补体 C3 是免疫相关指标，在 SLE 患者中低表达；IL-18 是一种致炎细胞因子，可增加 SLE 白细胞的凋亡率，而 IL-1β 也属于促炎因子，可加重病情[20]。SLE 疾病活动度越高，体内 25（OH）D 水平越低，增加体内炎症，加重 SLE 患者病情[21]。本研究中，联合治疗组 25（OH）D、补体 C3 水平较针刺组明显增高，IL-18、IL-1β 水平较针刺组明显降低（$P<0.05$），表明解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗 SLE 患者，可调节免疫，减少炎症。

本研究结果发现，联合治疗组患者总有效率较针刺组高，中医证候评分、SLEDAI 评分较针刺组明显降低（$P<0.05$），表明给予 SLE 患者解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗可改善疾病活动指数，提升临床疗效。许涛等[22]表示，针刺可降低 SLE 患者外周血 IL-1β 水平，降低 SLE 活动度。赤芍和白芍药对中含有谷甾醇、G-谷固醇等活性成分，可参与 T 细胞信号转导和自身免疫反应，调节机体免疫，控制炎症反应，控制疾病活动，缓解 SLE 患者症状[23]。

综上所述，SLE 患者通过解毒祛瘀滋阴法联合针刺治疗可调节机体免疫，减少炎症，改善甲襞微循环及疾病活动指数，提升其临床疗效。但本次研究病例较少，研究时间尚短，无法观察患者长期临床疗效，今后研究需进一步完善。

参考文献

[1] 庞利君，李云飞，束龙武，等. 芪黄健脾滋肾颗粒对系统性红斑狼疮患者外周血中 IL-10、TGF-β 和补体水平的影响研究[J]. 中医药学报, 2023, 51(6): 68-72.

[2] Walker A M, Black S M, Walocko F, et al. Decreased progression to systemic lupus erythematosus in patients with cutaneous lupus erythematosus under European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology criteria[J]. J Am Acad Dermatol, 2023, 88(1): 187-190.

[3] 付迪，肖楚吟，谢颖颖，等. 他克莫司联合环磷酰胺治疗系统性红斑狼疮的临床效果及对血清 MCP4、sIL-2R 水平的影响[J]. 中国医学创新，2022，19(4): 12-16.

[4] Drosos G C, Konstantonis G, Sfikakis P P, et al. Lipid management in systemic lupus erythematosus according to risk classifiers suggested by the European Society of Cardiology and disease-related risk factors reported by the EULAR recommendations[J]. RMD Open, 2023, 9(1): e002767.

[5] 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.

[6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002: 111-115.

[7] Gendebien Z, von Frenckell C, Ribbens C, et al. Systematic analysis of COVID-19 infection and symptoms in a systemic lupus erythematosus population:

correlation with disease characteristics, hydroxychloroquine use and immunosuppressive treatments[J]. Ann Rheum Dis, 2021, 80(6): e94.

[8] 岳峰, 崔丽敏, 张珍, 等. 自拟狼疮方联合甲基泼尼松龙对系统性红斑狼疮患者 Th1/Th2 细胞因子水平和免疫功能的影响[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(6): 1449-1454.

[9] Lambers W M, Westra J, Jonkman M F, et al. Incomplete systemic lupus erythematosus: what remains after application of American college of rheumatology and systemic lupus international collaborating clinics criteria?[J]. Arthritis Care Res, 2020, 72(5): 607-614.

[10] 袁朝波, 罗历, 李远红, 等. 双歧杆菌乳杆菌三联活菌辅助治疗初诊系统性红斑狼疮对患者体液免疫功能及血清淀粉样蛋白 A 水平的影响观察[J]. 中国医学创新, 2021, 18(10): 70-73.

[11] 李思佳. 糖皮质激素联合环磷酰胺治疗系统性红斑狼疮的效果及对患者炎性因子水平、免疫功能指标和肾功能指标的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(32): 72-74.

[12] Black S M, Walocko F, Li X L, et al. Development of systemic lupus in patients with cutaneous lupus using the 2012 Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) classification criteria for systemic lupus erythematosus[J]. J Am Acad Dermatol, 2021, 85(1): 200-202.

[13] 何浩, 杨惠琴. 补肾封髓汤结合来氟米特对系统性红斑狼疮(肝肾阴虚型)疗效、血清炎症因子水平影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(10): 191-194.

[14] 吴霞, 石帅, 陈庆云, 等. 白芍总苷联合环磷酰胺治疗系统性红斑狼疮及对外周血 $CD4^{+}CD25^{+}T$ 细胞表达水平的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2020, 19(1): 52-56.

[15] Selvananda S, Kan S L. Performance of the 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus in a multiethnic Malaysian cohort[J]. Int J Rheum Dis, 2022, 25(2): 131-139.

[16] 代荣琴, 潘磊, 平利峰, 等. 辨证论治配合激素治疗系统性红斑狼疮的疗效

及对自身抗体水平的影响[J]. 中医药导报, 2016, 22(22): 57-59.

[17] 许露. 凉血化瘀法治疗肾虚瘀热证系统性红斑狼疮的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2016: 2-4.

[18] 于丽源. 黄芪注射液改善系统性红斑狼疮患者甲襞微循环的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2018: 1-18.

[19] 杨小龙, 张珂, 许俊锋, 等. 牡丹皮药理作用的研究进展[J]. 河南科技大学学报(医学版), 2012, 30(2): 157-158.

[20] 陈斯玲, 陶怡, 陈瑞林. 系统性红斑狼疮患者血清 IL-1β和 IL-18 的表达及意义[J]. 广东医学, 2017, 38(16): 2473-2475.

[21] 汤忠富, 程丽丽, 戈扬, 等. 芪黄健脾滋肾颗粒对系统性红斑狼疮患者疾病活动及骨代谢的影响[J]. 中国骨质疏松杂志, 2022, 28(11): 1604-1608.

[22] 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.

[23] 李坤淋, 周豪坤, 李全鑫, 等. 基于网络药理学探讨赤芍-白芍药对治疗系统性红斑狼疮的作用机制[J]. 亚太传统医药, 2021, 17(7): 138-144.