引用：叶雪英，张雪飞，彭剑虹，等 . 何氏益气养血补肾方治疗系统性红斑狼疮合并贫血 35 例［J］. 湖南中医杂志，2026，42（10）：45-49，59.

何氏益气养血补肾方治疗系统性红斑狼疮合并贫血35例

叶雪英，张雪飞，彭剑虹，许晨霞，尹晓霞
（广州中医药大学东莞医院/东莞市中医院，广东　东莞，523000）

［**摘要**］ 目的：观察何氏益气养血补肾方治疗气血亏虚伴肝肾不足型系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus，SLE）合并贫血的临床疗效。方法：选取气血亏虚伴肝肾不足型 SLE 合并贫血患者 72 例，将其随机分为治疗组和对照组，每组各 36 例。对照组予西医常规治疗，治疗组在对照组基础上加用何氏益气养血补肾方，2 组均连续治疗 3 个月。观察 2 组治疗前后贫血指标［红细胞计数（red blood cell count，RBC）、血红蛋白（hemoglobin，Hb）、红细胞压积（hematocrit，Hct）］、铁代谢指标［总铁结合力（total iron-binding capacity，TIBC）、转铁蛋白饱和度（transferrin saturation，TSAT）、不饱和铁结合力（unsaturated iron-binding capacity，UIBC）］、炎症水平指标［白细胞介素 -6（interleukin-6，IL-6）、超敏 C 反应蛋白（high-sensitivity C-reactive protein，hs-CRP）、肿瘤坏死因子 -α（tumor necrosis factor-α，TNF-α）、红细胞沉降率（erythrocyte sedimentation rate，ESR）］、肾功能指标和补体 C3、C4 水平，并评价临床疗效。结果：治疗过程中 2 组各脱落 1 例。总有效率治疗组为 91.42%（32/35），对照组为 77.14%（27/35），2 组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。2 组 RBC、Hb、Hct、TIBC、TSAT、UIBC、IL-6、hs-CRP、TNF-α、ESR、肾功能指标和补体 C3、C4 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。结论：何氏益气养血补肾方联合西医常规治疗可改善气血亏虚伴肝肾不足型 SLE 合并贫血患者的贫血和铁代谢状态。

［**关键词**］ 何氏益气养血补肾方；系统性红斑狼疮；贫血；糖皮质激素；中西医结合疗法
［**中图分类号**］R259.932.4+1　［**文献标识码**］A　DOI：10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.10.010

Clinical effect of He's Yiqi Yangxue Bushen prescription in treatment of systemic lupus erythematosus comorbid with anemia: An analysis of 35 cases

YE Xueying, ZHANG Xuefei, PENG Jianhong, XU Chenxia, YIN Xiaoxia
（Dongguan Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine/Dongguan Traditional Chinese Medicine Hospital, Dongguan 523000, Guangdong, China）

［**Abstract**］ Objective: To investigate the clinical effect of He's Yiqi Yangxue Bushen prescription in the treatment of systemic lupus erythematosus（SLE）comorbid with anemia in patients with Qi-blood deficiency and deficiency of liver and kidney. Methods: A total of 72 patients with SLE comorbid with anemia who had Qi-blood deficiency and deficiency of liver and kidney were randomly divided into treatment group and control group, with 36 patients in each group. The patients

基金项目：广东省中医药局项目（20212247）；省部共建中医湿证国家重点实验室（SZGZZ20240032）
第一作者：叶雪英，女，医学硕士，主任中医师，硕士研究生导师，研究方向：中西医结合治疗风湿免疫性疾病
通信作者：张雪飞，男，医学硕士，主任中医师，研究方向：脊柱骨科相关疾病的中西医诊治，E-mail：zxf5@163.com

in the control group received conventional Western medicine treatment, while those in the treatment group received He's Yiqi Yangxue Bushen prescription in addition to the treatment in the control group, and both groups were treated for 3 consecutive months. The two groups were observed in terms of anemia indicators (red blood cell count [RBC], hemoglobin [Hb], and hematocrit [Hct]), iron metabolism parameters (total iron-binding capacity [TIBC], transferrin saturation [TSAT], and unsaturated iron-binding capacity [UIBC]), inflammatory markers (interleukin-6 [IL-6], high-sensitivity C-reactive protein [hs-CRP], tumor necrosis factor-α [TNF-α], and erythrocyte sedimentation rate [ESR]), renal function parameters, and the levels of complement C3 and C4 before and after treatment, and clinical outcome was assessed for both groups. Results: One patient dropped out from each group during the treatment process. There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [91.42% (32/35) vs 77.14% (27/35), $P<0.05$]. Both groups had significant changes in RBC, Hb, Hct, TIBC, TSAT, UIBC, IL-6, hs-CRP, TNF-α, ESR, renal function parameters, and the levels of complement C3 and C4 after treatment, and there were significant differences in these indicators between the two groups after treatment ($P<0.05$). Conclusion: He's Yiqi Yangxue Bushen prescription combined with conventional Western medicine treatment can improve anemia and iron metabolism in patients with SLE comorbid with anemia who had Qi-blood deficiency and deficiency of liver and kidney.

[**Keywords**] He's Yiqi Yangxue Bushen prescription; systemic lupus erythematosus; anemia; glucocorticoid; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种以自身抗体形成和多系统受累为主要特征的自身免疫性疾病,血液系统受累较为常见,其中贫血是常见表现之一,可导致乏力、心悸等症状,并影响患者预后[1]。SLE合并贫血的病因较为复杂,可涉及慢性炎症介导的铁利用障碍、缺铁、自身免疫性溶血、肾脏受累所致促红细胞生成素不足及药物相关骨髓抑制等[2]。目前,糖皮质激素、羟氯喹及免疫抑制剂等可用于控制SLE疾病活动,但部分患者贫血状态及相关症状改善仍不理想[3]。何氏益气养血补肾方为岭南名老中医何世东教授经验方,以益气健脾、补肾填精、养血活血为主要治法。前期研究显示,该方对气血亏虚型类风湿关节炎伴血液系统受累患者的血红蛋白及炎症指标具有一定改善作用,为其用于SLE合并贫血提供了前期研究基础[4]。基于此,本研究在常规西医治疗基础上加用何氏益气养血补肾方,观察其对SLE合并贫血患者贫血指标、铁代谢指标、炎症指标、肾功能及补体水平的影响,以评价其临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2022年1月1日至2024年12月31日于东莞市中医院确诊为SLE合并贫血的患者72例,采用随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各36例。治疗组中,男12例,女24例;年龄46~74岁,平均(66.19±7.45)岁;平均病程(4.97±1.09)年。对照组中,男15例,女21例;年龄44~71岁,平均(65.78±7.21)岁;平均病程(4.72±1.05)年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经东莞市中医院伦理委员会审批通过(伦审〔研〕〔2021〕41号)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 1)SLE诊断:符合《2020中国系统性红斑狼疮诊疗指南》[5]中的相关标准。以抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)滴度≥1∶80作为入围标准,在排除感染、恶性肿瘤、药物等其他可能原因后,对发热、血液系统、神经精神、皮肤黏膜、浆膜、肌肉骨骼和肾脏7个临床领域,以及抗磷脂抗体、补体和SLE特异性抗体3个免疫学领域进行加权评分;同一领域仅计最高分条目,累计评分≥10分且至少符合1项临床标准者,判定为符合SLE分类标准。2)贫血诊断:符合世界卫生组织(World Health Organization, WHO)制定的相关标准,成年男性Hb<130 g/L,非妊娠成年女性Hb<120 g/L[6]。

1.2.2 中医辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]中的相关标准拟定气血亏虚伴肝肾不足证的辨证标准。1)主症:①神疲乏力;②面色无华或萎黄;③心悸气短;④头晕目眩;⑤腰膝酸软。2)次症:①失眠多梦;②爪甲色淡;③耳鸣畏寒;④五心烦热。3)舌脉象:舌质淡红或淡白、苔薄白,脉细弱或沉细。满足主症≥3项,且具备次症≥2项,并结合舌脉象即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)年龄≥18岁且≤75岁;3)系统性红斑狼疮疾病活动度指数2000(Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000, SLEDAI-2K)评分≤10分[8];4)自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并其他结缔组织病,如类风湿关节炎、干燥综合征等;2)近3个月内有活动性大出血或需输血治疗的重度贫血;3)合并未控制的严重感染;4)合并恶性肿瘤;5)妊娠期或哺乳期女性;6)对研究药物成分过敏;7)估算肾小球滤过率<30 mL/(min·1.73 m^2)或接受规律透析治疗;8)近1个月内使用大剂量免疫抑制剂,如环磷酰胺冲击治疗,或使用生物制剂;9)活动性自身免疫性溶血性贫血,需紧急接受免疫抑制治疗;10)患有精神疾病或认知障碍,不能配合研究及随访。

2 治疗方法

2.1 对照组 予西医常规治疗。1)泼尼松(天津信谊津津药业有限公司,批准文号:国药准字H31020675,规格:5 mg/片)口服,活动期,0.5 kg/次,晨起顿服;病情稳定后,2.5 mg/次,晨起顿服。2)硫酸羟氯喹片(上海上药中西制药有限公司,批准文号:国药准字H19990263,规格:0.1 g/片)口服,0.2 g/次,2次/d。3)多糖铁复合胶囊(优时比制药有限公司,批准文号:国药准字J20160027,规格:150 mg/粒)口服,300 mg/次,1次/d。4)叶酸片(甘肃兰药药业有限公司,批准文号:国药准字H62020684,规格:5 mg/片)口服,5 mg/次,3次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用何氏益气养血补肾方。处方:黄芪20 g,党参片15 g,白术15 g,刺五加30 g,山萸肉15 g,枸杞子20 g,菟丝子20 g,女贞子15 g,白芍15 g,当归15 g,鸡血藤30 g,炙甘草5 g。随症加减:阴虚明显者加龟甲20 g,干石斛15 g;阳虚明显者加补骨脂15 g,鹿茸片5 g(另炖)。每日1剂,加水煎至400 mL,分早晚2次温服。

2组均连续治疗3个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)贫血指标。于治疗前后采集2组患者空腹静脉血,采用全自动血液细胞分析仪检测红细胞计数(red blood cell count, RBC)、血红蛋白(hemoglobin, Hb)和红细胞压积(hematocrit, Hct)。2)铁代谢指标。于治疗前后采用迈瑞BS-820M全自动生化分析仪检测总铁结合力(total iron-binding capacity, TIBC)、转铁蛋白饱和度(transferrin saturation, TSAT)及不饱和铁结合力(unsaturated iron-binding capacity, UIBC)。3)炎症指标水平。于治疗前后采用酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)和肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α, TNF-α)水平,检测超敏C反应蛋白(high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP)水平,采用魏氏法测定红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)。4)肾功能指标。于治疗前后采用苦味酸两点法测定血清肌酐(serum creatinine, SCr)水平,UV-GLDH法测定血尿素氮(blood urea nitrogen, BUN)水平,酶联免疫吸附法测定血尿酸(uric acid, UA)水平。5)补体C3、C4。于治疗前后采用免疫比浊法检测补体C3、C4水平。

3.2 疗效标准 参照《慢性病贫血中西医结合诊疗专家共识》[9]和《2020中国系统性红斑狼疮诊疗指南》[5]中的相关标准拟定。临床治愈:乏力、头晕、心悸、面色萎黄等贫血相关症状消失,Hb恢复至同性别正常参考范围,铁代谢指标恢复正常;SLEDAI-2K评分为0分。显效:贫血相关症状明显改善,Hb较治疗前升高≥20 g/L,接近或达到正常参考范围,铁代谢指标明显改善;SLEDAI-2K

评分为1～4分。有效：贫血相关症状有所改善，Hb较治疗前升高10～19 g/L，铁代谢指标有所改善；SLEDAI-2K评分为5～6分。无效：贫血相关症状无改善或加重，Hb较治疗前升高＜10 g/L或持续下降，铁代谢指标无明显改善；SLEDAI-2K评分＞6分或较治疗前升高。贫血指标和SLEDAI-2K评分应同时符合相应等级；二者评价等级不一致时，以疗效较低的等级作为最终综合疗效判定结果。总有效率=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 27.0统计学软件进行数据分析。计量资料采用Kolmogorov-Smirnov检验进行正态性检验，符合正态分布的计量资料以“均数±标准差”（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对样本t检验；不符合正态分布的计量资料采用中位数和四分位数间距$M(P_{25}, P_{75})$表示，组间比较采用Wilcoxon秩和检验，组内治疗前后比较采用Wilcoxon符号秩检验。计数资料以例和率(%)表示，组间比较采用χ^2检验或Fisher确切概率法。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果 治疗过程中，治疗组1例因失访脱落，对照组1例因自行调整用药脱落，最终治疗组和对照组各35例纳入结果分析。

3.4.1 2组临床疗效比较 总有效率治疗组为91.42%，对照组为77.14%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表1 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	12(34.28)	12(34.28)	8(22.86)	3(8.58)	32(91.42)[a]
对照组	35	9(25.71)	8(22.86)	10(28.57)	8(22.86)	27(77.14)

注：与对照组比较，[a]$P<0.05$。

3.4.2 2组治疗前后贫血指标比较 治疗前，2组RBC、Hb和Hct水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组RBC、Hb和Hct水平均升高，且治疗组均高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表1)

表2 2组治疗前后贫血指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	RBC/($\times10^{12}\cdot L^{-1}$)	Hb/($g\cdot L^{-1}$)	Hct/%
治疗组	35	治疗前	1.87±0.75	75.24±7.63	21.12±3.56
		治疗后	3.63±0.96[ab]	111.79±13.14[ab]	36.81±4.72[ab]
对照组	35	治疗前	1.86±0.72	74.96±7.45	20.71±3.67
		治疗后	2.80±0.81[a]	93.27±9.46[a]	29.42±4.01[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[b]$P<0.05$。

3.4.3 2组治疗前后铁代谢指标比较 治疗前，2组TIBC、TSAT和UIBC水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组TIBC和TSAT水平均升高，UIBC水平均降低，且治疗组TIBC和TSAT均高于对照组，UIBC低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表3)

3.4.4 2组治疗前后炎症指标比较 治疗前，2组IL-6、hs-CRP、TNF-α和ESR水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组IL-6、hs-CRP、TNF-α和ESR水平均降低，且治疗组均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表4)

表3 2组治疗前后铁代谢指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	TIBC/($\mu mol\cdot L^{-1}$)	TSAT/%	UIBC/($\mu mol\cdot L^{-1}$)
治疗组	35	治疗前	33.61±3.80	9.62±1.84	53.63±6.28
		治疗后	46.41±5.35[ab]	17.01±2.98[ab]	38.14±4.14[ab]
对照组	35	治疗前	33.28±3.49	9.79±1.88	53.21±6.07
		治疗后	40.32±4.49[a]	13.45±2.41[a]	44.93±4.56[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[b]$P<0.05$。

表4 2组治疗前后炎症指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	IL-6/($ng\cdot L^{-1}$)	TNF-α/($ng\cdot L^{-1}$)	hs-CRP/($mg\cdot L^{-1}$)	ESR/($mm\cdot h^{-1}$)
治疗组	35	治疗前	106.78±10.47	209.35±22.39	17.48±2.69	31.26±5.02
		治疗后	57.04±6.19[ab]	85.79±8.47[ab]	6.77±1.14[ab]	12.93±2.47[ab]
对照组	35	治疗前	107.29±11.29	208.42±21.82	17.02±2.45	30.88±4.56
		治疗后	81.93±8.56[a]	131.87±15.19[a]	10.91±2.08[a]	18.42±3.05[a]

注：与本组治疗前比较，[a]$P<0.05$；与对照组治疗后比较，[b]$P<0.05$。

3.4.5　2组治疗前后肾功能指标比较　治疗前，2组血肌酐、尿素氮和尿酸水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组血肌酐、尿素氮和尿酸水平均降低，且治疗组尿素氮和尿酸水平均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表5）

表5　2组治疗前后肾功能指标比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	时间节点	血肌酐/（μmol·L^{-1}）	尿素氮/（mmol·L^{-1}）	尿酸/（μmol·L^{-1}）
治疗组	35	治疗前	336.30±50.21	17.41±2.27	375.16±41.69
		治疗后	199.19±31.58^{ab}	12.16±2.38^{ab}	316.27±30.34^{ab}
对照组	35	治疗前	328.75±51.63	17.75±2.46	373.27±40.14
		治疗后	205.78±39.14^{a}	14.05±2.71^{a}	350.13±36.71^{a}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组治疗后比较，$^{b}P<0.05$。

3.4.6　2组治疗前后补体C3、C4比较　治疗前，2组补体C3和C4水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组补体C3和C4水平均升高，且治疗组均高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。（见表6）

表6　2组治疗前后补体C3、C4比较（$\bar{x}\pm s$，g/L）

组别	例数	时间节点	补体C3	补体C4
治疗组	35	治疗前	0.54±0.12	0.18±0.04
		治疗后	1.10±0.24^{ab}	0.40±0.08^{ab}
对照组	35	治疗前	0.52±0.11	0.19±0.05
		治疗后	0.74±0.18^{a}	0.32±0.06^{a}

注：与本组治疗前比较，$^{a}P<0.05$；与对照组治疗后比较，$^{b}P<0.05$。

4　讨　论

中医学虽无“SLE合并贫血”相对应的病名，但根据其神疲乏力、面色无华、心悸气短、头晕目眩和腰膝酸软等表现，可从“虚劳”“血虚”等论治。其病程迁延，久病耗伤气血，脾失健运则气血生化乏源，肾精亏虚则精血化生不足，故气血亏虚、肝肾不足可贯穿疾病发生发展的全过程。何氏益气养血补肾方以黄芪、党参、白术和刺五加益气健脾，山萸肉、枸杞子、菟丝子和女贞子补益肝肾，当归、白芍和鸡血藤养血活血，炙甘草调和诸药，全方共奏益气养血、补益肝肾之功。既往研究显示，该方应用于气血亏虚型类风湿关节炎伴血液系统受累患者，可改善相关血液学指标，为本研究提供了一定的前期基础[10-11]。

本研究结果显示，治疗后2组RBC、Hb和Hct水平均升高，且治疗组均高于对照组，提示在常规西医治疗基础上加用何氏益气养血补肾方有助于进一步改善SLE合并贫血患者的贫血状态。治疗后2组TIBC和TSAT水平均升高，UIBC水平均降低，且治疗组TIBC和TSAT均高于对照组，UIBC低于对照组，提示加用何氏益气养血补肾方可能有助于改善患者的铁代谢状态。其作用可能与益气健脾、养血补肾等综合调节有关。

炎症和免疫异常是SLE发生发展的重要病理基础，也是SLE相关性贫血的重要影响因素[12-14]。本研究结果显示，治疗后2组IL-6、hs-CRP、TNF-α和ESR水平均降低，且治疗组均低于对照组；同时2组补体C3和C4水平均升高，且治疗组均高于对照组，提示何氏益气养血补肾方联合常规西医治疗可能有助于改善SLE合并贫血患者的炎症和免疫活动状态。

肾脏受累是SLE重要的脏器损害之一，也可能通过影响促红细胞生成素生成等途径参与贫血的发生。本研究结果显示，治疗后2组血肌酐、尿素氮和尿酸水平均降低；其中治疗组尿素氮和尿酸水平均低于对照组，提示联合何氏益气养血补肾方可能对改善部分肾功能相关指标具有一定作用。

综上所述，在常规西医治疗基础上加用何氏益气养血补肾方，可进一步改善SLE合并贫血患者的贫血和铁代谢相关指标，并可能有助于改善炎症、免疫和部分肾功能相关指标。本研究为单中心、小样本研究，观察时间仅为3个月，且未采用盲法；同时不同贫血病因患者均纳入总体分析，未进行贫血病因亚组分析，可能对疗效评价产生一定影响。后续应开展多中心、大样本随机对照研究，延长随访时间，并根据贫血病因进行分层分析，同时结合SLE疾病活动度、铁调素和相关免疫炎症指标，进一步评价何氏益气养血补肾方的临床疗效和可能的作用机制。

参考文献

[1]　陈嘉盈，陈佳丽，黄赵容，等. 系统性红斑狼疮患者自我调节疲劳现状及影响因素的路径分析[J]. 中国护理管理，2025，25(10)：1584-1590.

（下转第59页）

腰背肌力、表面肌电和相关生物力学指标，进一步评价其临床疗效和可能的作用机制。

参考文献

[1] 朱吕群，王丹，高加巍，等. 调脊通督针法联合腕踝针治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 针灸临床杂志，2024，40(8)：36-40.
[2] 蒲奎江，黄家骏，黄郑昆，等. 益痹汤联合调督理筋针法治疗腰椎间盘突出症的疗效及对血清PGE2、TXB2、IL-23水平的影响[J]. 四川中医，2024，42(9)：167-170.
[3] 李卫，李冰，吴小辉，等. 调督理筋针法联合腰部核心肌力训练对腰椎间盘突出症患者腰椎功能、腰背肌力学效应和血清炎性因子的影响[J]. 现代生物医学进展，2023，23(6)：1126-1130.
[4] 毛恩霞. 夹脊穴温针灸联合循经取穴推拿治疗腰椎间盘突出症患者的效果观察[J]. 中国伤残医学，2024，32(17)：124-127.
[5] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组，中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志，2020，40(8)：477-487.
[6] ZY/T 001.1—1994　中医内科病证诊断疗效标准[S].
[7] Fukui M，Chiba K，Kawakami M，et al. JOA Back Pain Evaluation Questionnaire：Initial report[J]. J Orthop Sci，2007，12(5)：443-450.
[8] 宋甲威，侯小燕，王志敏，等. 独活寄生汤联合针刺夹脊穴治疗对腰椎间盘突出症患者症状积分、Oswestry功能障碍指数及JOA评分的影响[J]. 四川中医，2021，39(9)：142-145.
[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则：试行[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：216-218.
[10] 龙琴群，段秀萍，何美芝. 针灸联合循经取穴推拿对腰椎间盘突出症患者疼痛及腰椎功能的影响[J]. 现代诊断与治疗，2025，36(13)：1930-1932.
[11] 吴晓敏，余小峰. 调督理筋针法联合甲钴胺穴位注射治疗腰椎间盘突出症的疗效观察及对炎症因子的影响[J]. 中国中医药科技，2025，32(6)：1025-1027.
[12] 章小青. 调督理筋针法联合四指推脊柱调整法治疗腰椎间盘突出症患者的临床疗效[J]. 辽宁中医杂志，2024，51(5)：168-171.
[13] 王云菲，杨静，吴文忠. 调督理筋针法联合揿针治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 广州中医药大学学报，2024，41(7)：1805-1812.
[14] 姚俊杰，商强强，王宇峰，等. 基于可穿戴式惯性传感器对中医综合疗法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效评价研究[J]. 中国全科医学，2023，26(27)：3450-3455.
[15] 刘淑珍，李渊. 督脉针灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症患者的效果[J]. 中国民康医学，2024，36(13)：129-131.
[16] 刘细燕. 调督理筋针法辅治腰椎间盘突出症临床观察[J]. 实用中医药杂志，2024，40(3)：472-473.

（收稿日期：2026-03-30）
[编辑：马怀玉]

（上接第49页）

[2] Zhan J，Chen F，Cao J，et al. Risk assessment tool for anemia of chronic disease in systemic lupus erythematosus：A prediction model[J]. Clin Rheumatol，2024，43(9)：2857-2866.
[3] Handono K，Wahono C S，Pratama M Z，et al. Association of the premature immunosenescence with the presence and severity of anemia among patients with systemic lupus erythematosus[J]. Lupus，2021，30(12)：1906-1914.
[4] 赵琳，付冬冬，李洁，等. 系统性红斑狼疮自身免疫性溶血性贫血的临床分析[J]. 医药论坛杂志，2025，46(6)：611-614.
[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] Marn H，Critchley J A. Accuracy of the WHO Haemoglobin Colour Scale for the diagnosis of anaemia in primary health care settings in low-income countries：A systematic review and meta-analysis[J]. Lancet Glob Health，2016，4(4)：e251-e265.
[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则：试行[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：112-115.
[8] Gladman D D，Ibañez D，Urowitz M B. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000[J]. J Rheumatol，2002，29(2)：288-291.
[9] 中国中西医结合学会血液学专业委员会. 慢性病贫血中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药，2026，21(10)：1777-1786.
[10] 郭玥，王旭. 王旭教授辨治系统性红斑狼疮临证经验[J]. 中国民族民间医药，2025，34(22)：93-96.
[11] 叶雪英，尹晓霞，彭剑虹，等. 何氏益气养血补肾方治疗气血亏虚型类风湿关节炎并血液系统受累患者的效果分析[J]. 现代生物医学进展，2023，23(20)：3979-3984.
[12] Dudek A，Riaz S，Priftakis D，et al. Pattern of bone marrow hypometabolism on 18F-FDG PET/CT in systemic lupus erythematosus-associated aplastic anemia[J]. Clin Nucl Med，2024，49(3)：e113-e114.
[13] Song X，Liu C Y，Qian T，et al. Elevated integrin αvβ3 expression activates the NF-κB p65/p100 pathway and promotes inflammatory responses in systemic lupus erythematosus[J]. Clin Exp Rheumatol，2025，43(11)：1958-1970.
[14] 钱爱，黄传兵，李明，等. 系统性红斑狼疮中医辨证分型与免疫炎性因子及疾病活动度的相关性研究[J]. 山西中医药大学学报，2025，26(5)：567-572.

（收稿日期：2026-01-27）
[编辑：马怀玉]