

# Research Progress on TCM Syndrome Types and Objectification of Systemic Lupus Erythematosus

Aimin Gong\*, Fangzhi Wei, Yitian Song

Hainan Medical College, Haikou Hainan  
Email: 422789075@qq.com

Received: Jan. 23<sup>rd</sup>, 2020; accepted: Feb. 19<sup>th</sup>, 2020; published: Feb. 28<sup>th</sup>, 2020

---

## Abstract

Syndrome differentiation and treatment is the core of traditional Chinese medicine treatment, and the "syndrome" is the internal basis of the prescription group medicine and treatment. At present, there are divergent opinions on the TCM syndromes of systemic lupus erythematosus, which severely restricts the standardization of TCM understanding of the syndromes of systemic lupus erythematosus, and the treatment is also controversial. This article summarizes the relevant literature on TCM syndrome differentiation and objectification of systemic lupus erythematosus, in order to better guide the clinical differentiation of systemic lupus erythematosus and provide ideas for the standardization of syndrome differentiation of systemic lupus erythematosus.

## Keywords

Systemic Lupus Erythematosus, TCM Syndrome Type, Objective, The Research Progress

---

# 系统性红斑狼疮中医证型及客观化研究进展

宫爱民\*, 魏方志, 宋逸天

海南医学院, 海南 海口  
Email: 422789075@qq.com

收稿日期: 2020年1月23日; 录用日期: 2020年2月19日; 发布日期: 2020年2月28日

---

\*通讯作者。

## 摘要

辨证论治是中医药治疗的核心，“证”是遣方组药及治疗的内在依据。目前，系统性红斑狼疮中医证型众说纷纭，严重制约了中医对系统性红斑狼疮证型认识的标准化，治疗方面也百家争鸣。本文总结系统性红斑狼疮中医辨证分型和客观化的相关文献，以期能更好地指导系统性红斑狼疮临床辨证，为系统性红斑狼疮辨证的标准化提供思路。

## 关键词

系统性红斑狼疮，中医证型，客观化，研究进展

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种累及多器官多系统的炎症性自身免疫性疾病[1]。SLE患者使用中医疗法有其优点，除了降低西药副作用，也提高了其生存周期[2]。中医药治疗以辨证论治为核心，“证”是遣方组药及治疗的内在依据，正确的辨证对中医治疗SLE具有重大的意义。范永升等[3]查阅了与SLE相关的近三十年的文献，分类整理后发现八十多种的证候分型。其错综复杂的中医证型，严重制约了中医对SLE认识的标准化，治疗方面也百家争鸣。本文通过总结SLE的中医辨证分型和其现代科学技术手段相关文献，综述SLE中医辨证分型和客观化的现状，希望可以更好地指导SLE的辨证施治，为系统性红斑狼疮辨证的标准化提供思路。

## 2. 系统红斑狼疮中医辨证分型

### 2.1. “权威机构”层面

1987年，政府部门颁发的《系统性红斑狼疮辨证标准》[4]将SLE分为四种证候：肝肾阴虚、脾肾阳虚、热毒炽盛和气血瘀滞型。1993年，政府部门颁发的《中药新药治疗红斑狼疮的临床研究指导原则》[5]将SLE分为六种证候：热毒炽盛、风湿热痹、阴虚内热、肝肾阴虚、瘀热伤肝和脾肾阳虚型。1993年，政府部门颁发的《中药新药治疗红斑狼疮的临床研究指导原则》[5]将SLE分为六种证型：热毒炽盛、风湿热痹、阴虚内热、肝肾阴虚、瘀热伤肝和脾肾阳虚型。2002年，政府部门颁发的《中药新药临床指导原则(试行)》[6]将SLE分为七种证候：风湿热痹、热毒炽盛、瘀热痹阻、脾肾阳虚、阴虚内热、肝肾阴虚和气血两虚型。

### 2.2. 名家层面

范永升[7]运用病证结合的方法辨证，将SLE分为：①轻型3证：气血亏虚、风湿痹痛和阴虚内热型；②重型6证：热毒炽盛、饮邪凌心、肝郁血瘀、饮热迫肺、风痰内动和脾肾阳虚型。范瑞强在《中国皮肤性病学(临床版)》[8]上将SLE分为3型：热毒炽盛、脾肾阳虚型和阴虚内热。刘维等[9]从阴阳毒角度辨证将SLE分为：阳毒相当于SLE发作期，主要为热毒型；阴毒相当于SLE缓解期，主要有血瘀

型和气阴两虚型。王嵩平等[10]将 SLE 患者按病程活动度分为：急性活动期、亚急性期、慢性迁延期，对应的证型分别为：热毒炽盛、阴虚内热和脾肾阳虚。王文生[11]根据王俊志的治疗经验将 SLE 分为四型：气阴两伤、阴虚火旺、毒热炽盛和风湿痹阻。何世东等[12]按分期辨证将 SLE 分为急性期和缓解期，并认为 SLE 这两期皆有瘀热。王思羽[13]从体质学说出发，按照虚实辨证将 SLE 分为：虚性体质型，实性体质型。胡艳等[14]根据五体痹、五脏痹理论将儿童 SLE 分为：筋、脉、肉、皮、骨痹证，肝、心、脾、肺、肾痹证。周翠英[15]采用分期辨证将 SLE 分为：急性期——热毒炽盛；稳定期——肝肾亏虚。温成平[16]等从“伏邪学说”角度将 SLE 分为：伏邪隐匿期、发作期和缓解期。呼永河[17]则根据病机将 SLE 分为：肾阴亏虚、热毒炽盛和瘀阻脉络证。

### 2.3. 文献数据挖掘层面

朱方治[18]统计 1995~2000 年相关论文，发现 SLE 患者前 8 种证候依次为：热毒炽盛、肝肾阴虚、脾肾阳虚、阴虚内热、风湿热痹、气阴两虚、气滞血瘀和脾肾气虚证。钟兴华[19]搜索从 1996 年 1 月~2010 年 12 月 SLE 的治疗相关文献，进行相关统计分析。结果发现 SLE 高频次证候为：热毒炽盛、脾肾阳虚、气阴两虚、肝肾阴虚、阴虚内热，瘀血伴随 SLE 患者始终。何美莹[20]通过检索中外文各大数据库，检索时间从各数据库建库之时起至 2018 年 9 月，整理分析文献信息后，发现 SLE 的主要中医证候涉及 19 种，排在前 5 的证候是：热毒炽盛证(72 例)，阴虚内热证(41 例)，脾肾阳虚证(33 例)，肝肾阴虚证(30 例)以及气阴两伤证(27 例)。这 5 种证候共占总证候数的 80.24%，其认为这是 SLE 临床最常见的 5 种证候。

## 3. SLE 证型客观化

### 3.1. 免疫学检查

#### 3.1.1. 自身抗体

孙然等[21]认为 ANA 抗体滴度在 SLE 急性期偏高，而在后期偏低，对于病程辨证具有一定指导意义，抗 ds-DNA 抗体阳性率高容易表现为“虚证”，因此其对“虚实辨证”有参考价值。刘瑞萍等[22]也得出 ANA 抗体滴度在三种证型间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，抗 ds-DNA 抗体阳性率最高的为脾肾阳虚证，且与热毒炽盛证差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。陈志伟等[23]研究表明抗心磷脂抗体(ACA)对脾肾阳虚证的辨别有一定价值。潘杰[24]研究显示抗 Sm 抗体和抗 SSA 抗体在瘀热痹阻型和阴虚内热型之间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )，SSB 抗体在阴虚内热和脾肾阳虚组之间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

#### 3.1.2. 补体系统

补体系统是存在于正常人和动物血清中及组织具有酶活性的一组与免疫有关的球蛋白所组成的酶反应系统，补体活化途径包括：经典途径、凝集素途径和替代途径三种，补体 C3 和 C4 是参与补体经典激活途径的成分，与 SLE 的发病相关。王芳[25]研究表明补体 C3 水平对脾肾阳虚证具有独立的参考意义，而补体 C4 水平在不同的组别存在不同的统计结果。李松伟等[26]研究发现热毒炽盛型和阴虚内热证的 C3、C4 都存在统计学差异( $P < 0.05$ )。曹左媛[27]对初发 SLE 患者(发病时间  $\leq 2$  个月)研究表明 C3 水平对阴虚内热证具有参考价值，而各证型间 C4 水平不存在差异。而张爱芹[28]的研究揭示 C3、C4 均对 SLE 的辨证分型无影响。

#### 3.1.3. 细胞因子

宫泽琨等[29]研究发现细胞因子 IFN- $\gamma$ 、IL-4、IL-10 和 IL-2 的浓度高低对 SLE 的辨证具有参考意义，活动期 IFN- $\gamma$ 、IL-4、IL-10 的水平明显高于稳定期，而 IL-2 恰恰相反。俞烜华等[30]研究表明 B 细胞活化因子(B cell activating factor, BAFF)与 SLE 是否处于活动期有关，热毒炽盛型和正虚邪恋型的 BAFF 水

平与其它证型存在统计学差异, BAFF 作为辨证分型具有参考价值。孙然等[21]研究发现 TNF 水平在风湿热痹型和脾肾阳虚型之间差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 可作为 SLE 分期辨证的指标。赵高阳等[31]研究表明 IFN- $\gamma$  浓度在脾肾阳虚型和其它证型组中存在差异, 因而可作为脾肾阳虚证的参考指标。华银双[32]等研究表明 CD4 分子在气血两燔证和其它证型间存在明显差异而作为其辨证的参考, CD $_8^+$ CD $_{28}^+$  分子的下调和 CD $_8^+$ CD $_{28}^-$  的上调可作为气阴两虚血瘀型的辨证指标。

#### 3.1.4. 可溶性黏附分子

可溶性黏附分子(sICAM-1)与 SLE 患者密切相关, 主要作用在 B 细胞与内皮细胞的活化、炎症细胞与基质间的黏附等方面。甄珠等[33]研究发现 SLE 患者中热毒炽盛型的可溶性细胞间黏附分子-1 (sICAM-1)和血管内皮细胞黏附分子-1 (sVCAM-1)最高, 提示这两种分子含量变化可作为辨证的依据。梁林燕等[34]研究也表明, sICAM-1 和 VCAM-1 水平分别是肝肾阴虚型 > 脾肾阳虚型 > 热毒炽盛型, 这种差异有助于 SLE 的辨证。

#### 3.1.5. 免疫球蛋白

苏晓等[35]研究报道阴虚内热组 IgG 水平与非阴虚内热组存在统计学差异( $P < 0.05$ ), IgG 可作为阴虚内热证的参考指标。张超研究发现 IgG 水平除阴虚内热组和脾肾阳虚组比较无差异外, 其它组对比均有统计学差异( $P < 0.05$ )。而张爱芹[28]研究则表明脾肾阳虚组和气滞血瘀组的 IgG 水平有差异, IgM 和 IgA 各组间不存在差异。王晓明[36]研究则认为三种免疫球蛋白水平含量变化对中医证型没有影响。

### 3.2. 尿液代谢组学

唐渝璐[37]通过尿液代谢组学发现, 在 SLE 中肝肾阴虚型与脾肾阳虚型存在明显差异的代谢物, 不同的代谢通路有不同的代谢产物。通过不同尿液代谢产物的检测, 可以分析出肝肾阴虚证与脾肾阳虚证中医辨证分型的特征代谢物。

### 3.3. 性激素水平

从宏观角度出发, 男女患病比例来看, 性激素对 SLE 的发生发展具有一定影响。陈晓梅等[38]总结相关文献发现雌激素、催乳素可能是 SLE 的诱导因素, 而孕激素和雄激素可能是 SLE 发生发展的保护因素。颜耀斌等[39]以虚实为纲领, 通过统计学分析, 得出雌二醇 E2 或 E2/T(睾酮)比值在中医各证型中均偏高, 用虚实辨证划分为两组, 结果发现实证的 E2 或 E2/T 值明显高于虚证, 因此 E2 对在区分虚实辨证有一定价值。

### 3.4. 关节彩超

曹艳艳[40]等将 102 例 SLE 患者划分成虚证组 74 例, 实证组 28 例, 统计两组的关节彩超评分, 结果显示, 实证组关节彩超评分明显高于虚证组, 两组比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。因此, 关节彩超评分对 SLE 的虚实辨证也具有潜在的价值。

### 3.5. 易感基因

温成平等[41]发现人类白细胞 II 类抗原 DR 基因(HLA-DR)阳性总细胞在各组中不同, 表现为在脾肾阳虚型、肝肾阴虚型、阴虚内热型中依次递增, 提出 HLA-DR 阳性总细胞作为 SLE 辨证分型的参考指标具有潜在的价值。查旭山等[42]研究表明 HLA-DQ 基因与 SLE 中医证型遗传多态性有内在联系。在广东籍 SLE 患者中脾肾阳虚和阴虚内热组发病与 DQA1\*0101 基因存在关联性, 而且阴虚内热组还表现与 DQA1\*0501 基因紧密关联。因此, 中医证型与基因位点的关系不仅存在单一基因中, 也存在一组或者多

组基因群中，不能简单的对应，一个中医证型往往包含着多组基因群。

#### 4. 总结

系统性红斑狼疮中医证型繁多，各家所言略有侧重，结合相关文献报道分析，我们总结出系统性红斑狼疮中医辨证以脏腑辨证为核心，以分期分型为主流，但其中也有不乏通过三焦系统、痹证分类、阴阳毒等理论作为辨证分型依据。虽切入的角度不同，但从其证候要素来看，SLE 的辨证具有统一性，初期多热证，后期多阴虚证或阳虚证，而瘀血始终贯穿其中。至于不同文章客观化中医辨证分型的结果不统一，是因为采用证型的分类标准和样本量的不同，所以存在一定的差异。随着现代科学技术的发展，多学科的交叉融合，一些研究学者运用计算机技术、人工智能、分子生物学等多学科交叉的方法进行中医证型客观化研究，推动中医的现代化、可视化、客观化。本文总结相关报道研究进展，希望可以更好地指导 SLE 辨证施治，为 SLE 中医辨证的标准化提供思路。

#### 基金项目

国家自然科学基金项目(编号：81760840)；海南省自然科学基金(编号：2019RC206)。

#### 参考文献

- [1] 曾小峰, 葛均波, 徐永健, 等. 内科学[M]. 第9版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 815.
- [2] 梁德平. 中西医结合治疗狼疮性肾病的临床疗效及安全性评价[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(3): 276-278.
- [3] 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(300): 20-25.
- [4] 郑筱萸. 中药新药治疗系统性红斑狼疮的临床指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 4.
- [5] 朱毅. 中医药治疗系统性红斑狼疮探讨[J]. 中医杂志, 1987(8): 44.
- [6] CFDA. 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: 111-115.
- [7] 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(11): 182-183.
- [8] 范瑞强, 邓丙戊, 杨志波, 等. 中国皮肤性病学[J]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 365-366.
- [9] 刘维, 吴晶金. 从《金匱要略》阴阳毒辨治系统性红斑狼疮[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(1): 185-187.
- [10] 王嵩平, 白琳, 陈爱林, 等. 辨证论治系统性红斑狼疮 56 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(1): 65-66.
- [11] 王文生, 赵玉娟. 王俊志治疗红斑狼疮经验[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(2): 158-159.
- [12] 刘晓羽, 彭剑虹. 何世东凉血活血法结合分期论治系统性红斑狼疮[J]. 环球中医药, 2018, 11(7): 67-69.
- [13] 王思羽. 虚实性体质系统性红斑狼疮患者外周血 T、B 淋巴细胞 Fas 表达及凋亡的初步研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [14] 胡艳, 甄小芳, 陈黎, 等. 基于五体痹、五脏痹理论阐释儿童系统性红斑狼疮的辨证特点[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(12): 105-109.
- [15] 秦颖, 孙素平. 周翠英治疗系统性红斑狼疮经验[J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(280): 108-109.
- [16] 冯炯, 周东海, 温成平, 等. 从伏邪学说论治系统性红斑狼疮[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10): 213-215.
- [17] 胡志鹏, 杨茂芝, 呼永河. 呼永河分期辨治系统性红斑狼疮经验[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(249): 39-40.
- [18] 朱方治. 对辨证论治现状的分析与思考[J]. 江苏中医, 2001, 22(8): 6.
- [19] 钟兴华, 关彤. 基于文献数据分析探讨系统性红斑狼疮中医证治规律[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(130): 124-126.
- [20] 何美莹, 陈新林, 李先涛. 基于复杂网络分析系统性红斑狼疮阴虚证中医临床核心症状及方药规律[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(16): 152-160.
- [21] 孙然, 侯云峰, 于秀明, 等. 93 例系统性红斑狼疮中医辨证分型的抗核抗体谱与肿瘤坏死因子分析[J]. 中华中医药杂志, 2008(12): 1125-1128.

- [22] 刘瑞萍, 朱妮, 李达, 等. 系统性红斑狼疮中医辨证分型与自身抗体谱的关系[J]. 广东医学, 2012, 33(2): 129-131.
- [23] 陈志伟, 顾美华, 邓迎苏, 等. 系统性红斑狼疮“证”与磷脂抗体及微循环研究[J]. 上海中医药杂志, 2002, 36(10): 19-20.
- [24] 潘杰. 系统性红斑狼疮中医证型与实验室指标及病变系统的相关性分析[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2015.
- [25] 王芳. 系统性红斑狼疮患者中医证型的相关因素分析[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2012.
- [26] 李松伟, 郭洪涛. 系统性红斑狼疮中医证型和实验室指标相关性分析[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(4): 13-17.
- [27] 曹左媛, 曲环汝, 陈志威, 等. 初发系统性红斑狼疮患者中医证型与相关实验室指标的关系[J]. 上海医学, 2019, 42(10): 595-599.
- [28] 张爱芹. 系统性红斑狼疮并发感染的临床特点及与中医证型相关性分析[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2018.
- [29] 宫泽琨, 张峻岭. 系统性红斑狼疮中医证型与 IFN- $\gamma$ 、IL-2、IL-4、IL-10 的相关性研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2016, 15(1): 10-12.
- [30] 俞烜华, 许小玲, 黄碧仙, 等. 系统性红斑狼疮中医证型与 BAFF 及疾病活动指标关系探讨[J]. 世界中医药, 2016, 11(11): 2304-2307.
- [31] 赵高阳, 高玉洁, 息培红. SLE 中医辨证分型与血清 IFN- $\gamma$  IL-10 之间关系的研究[J]. 辽宁中医学院学报, 2006, 8(3): 124-125.
- [32] 华银双, 王红梅, 李晓莉, 等. 系统性红斑狼疮患者 CD4+、CD8+T 淋巴细胞与中医辨证分型的关系[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 560-561.
- [33] 甄珠, 刘克芹. 可溶性黏附分子水平与系统性红斑狼疮中医辨证分型的关系[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(2): 345-347.
- [34] 梁林燕, 曲春萍. 系统性红斑狼疮患者可溶性黏附分子水平与中医辨证分型的关系[J]. 山东医药, 2009, 49(27): 97-98.
- [35] 黄慧萍, 苏晓. 346 例系统性红斑狼疮中医证型及相关因素回顾性分析[J]. 四川中医, 2013, 31(8): 70-72.
- [36] 王晓明. 60 例系统性红斑狼疮中医证型相关因素的回顾性研究[D]: [硕士学位论文]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2015.
- [37] 唐渝璐. 不同证型 SLE 患者尿液代谢组学初步分析[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [38] 陈晓梅, 武丽君. 性激素在系统性红斑狼疮发病中的作用[J]. 内科理论与实践, 2016, 11(6): 78-81.
- [39] 颜耀斌, 陈成东. 系统性红斑狼疮中医分型与性激素水平的关系[J]. 福建中药, 1997, 28(1): 38.
- [40] 曹艳艳, 毕亚男, 陈恩生, 等. 关节彩超对系统性红斑狼疮中医证型及病情活动的评估价值[J]. 广东医学, 2018, 39(22): 3377-3379 + 3382.
- [41] 温成平, 谢志军, 宋平, 等. 系统性红斑狼疮中医证型与人类白细胞 II 类抗原 DR 基因表达关系的研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(6): 499-501.
- [42] 查旭山, 禚国维, 范瑞强, 等. 系统性红斑狼疮中医辨证与人类白细胞抗原-DQ 基因分型的相关性研究[J]. 中医杂志, 2003, 44(12): 939-941.