

基于虚劳 - 紫癜病辨治的 114 例风湿免疫性疾病血液系统损害临床特征与方证规律分析

刘轩¹ 王海南² 王会朋²

¹ 承德医学院研究生院, 河北承德 067000; ² 廊坊市中医医院血液病三科, 河北廊坊 065000

通信作者: 王会朋, Email: huipeng-1900@126.com

【摘要】 目的 探讨以血液系统损害为首表现的风湿免疫性疾病的临床特征。**方法** 采用回顾性研究方法。收集 2023 年 1 月至 2025 年 6 月廊坊市中医医院收治的 114 例以血液系统损害为首表现的风湿免疫性疾病患者的临床资料, 包括不同类型风湿免疫性疾病的首发临床表现、血液系统损害情况、血液系统受累后自身抗体阳性类型与风湿免疫性疾病病种的关系、初发为血液系统损害的风湿免疫性疾病的骨髓形态学特点, 以及中医诊断、证型、治法、常用方药、临床疗效等, 分析其临床特征与方证规律。**结果** 114 例患者中, 干燥综合征(SS) 61 例, 系统性红斑狼疮(SLE) 28 例, 混合型结缔组织病(MCTD) 11 例, 类风湿性关节炎(RA) 5 例, 抗磷脂抗体综合征(APS) 5 例, 其他 4 例。中医诊断为虚劳病 61 例, 紫癜病 53 例。SS 患者口干、眼干最常见[59.02% (36/61)], 血液系统损害以血小板计数(PLT)减少为主[65.57% (40/61)]。与非 PLT 减少患者比较, PLT 减少患者抗 SSA 抗体和抗 SSB 抗体阳性比例均明显增加[抗 SSA 抗体阳性比例: 67.50% (27/40) 比 23.80% (5/21), 抗 SSB 抗体阳性比例: 40.00% (16/40) 比 14.29% (3/21), 均 $P < 0.05$]; SLE 患者最常见的首发表现是面黄乏力[42.86% (12/28)], 血液系统损害以贫血为主[71.43% (20/28)], 与非贫血患者比较, 贫血患者抗双链 DNA 抗体(抗 dsDNA 抗体)阳性比例明显增加[90.00% (18/20) 比 37.50% (3/8), $P < 0.05$]; MCTD 患者乏力、关节症状最常见[均为 36.36% (4/11)], 血液系统损害以单系血细胞减少最常见; RA 患者关节症状最常见[60.00% (3/5)], 血液系统损害以贫血为主; APS 患者出血最常见[60.00% (3/5)], 血液系统损害以 PLT 减少为主。骨髓形态学特点以红系增生活跃[61.4% (70/114)]、粒系增生正常[42.98% (49/114)]为主要特征。中西医结合治疗虚劳病总有效率 93.44% (57/61), 紫癜病总有效率 92.45% (49/53)。**结论** 抗 SSA 抗体和抗 SSB 抗体阳性可作为 SS 患者 PLT 减少的预测指标, 抗 dsDNA 抗体与狼疮贫血密切相关。多数患者骨髓呈代偿性红系增生活跃。中西医结合治疗虚劳与紫癜病总有效率可达 92% 以上, 具有临床参考价值。

【关键词】 风湿免疫性疾病; 血液系统损害; 自身抗体; 骨髓形态学; 中西医结合

基金项目: 河北省中医药管理局计划项目 (2026197)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.04.016

Analysis of clinical characteristics and prescription-syndrome rules of 114 cases of hematological system damage in rheumatic immune diseases based on the syndrome differentiation and treatment of consumptive disease-purpura disease

Liu Xuan¹, Wang Hainan², Wang Huipeng²

¹Graduate School, Chengde Medical University, Chengde 067000, Hebei, China; ²Third Department of Hematology, Langfang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Langfang 065000, Hebei, China

Corresponding author: Wang Huipeng, Email: huipeng-1900@126.com

【Abstract】 Objective To investigate the clinical characteristics of immune-mediated diseases presenting with hematological system impairment as their initial manifestation. **Methods** A retrospective method was adopted. The clinical data of 114 patients with rheumatic immune diseases characterized by hematological damage as the initial manifestation, who were admitted to Langfang Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2023 to June 2025 were collected. The collected data included: the initial clinical manifestations of different types of rheumatic immune diseases, the status of hematological damage, the correlation between the positive types of autoantibodies after hematological involvement and the types of rheumatic immune diseases, the bone marrow morphological characteristics of rheumatic immune diseases initially presenting with hematological damage, as well as the traditional Chinese medicine (TCM) diagnosis, syndrome differentiation, treatment methods, commonly used prescriptions and drugs, and clinical efficacy. The clinical characteristics and prescription-syndrome rules were analyzed. **Results** Among all patients, 61 cases were diagnosed with Sjögren's syndrome (SS), 28 cases with systemic lupus erythematosus (SLE), 11 cases with mixed connective tissue disease (MCTD), 5 cases with rheumatoid arthritis (RA), 5 cases with antiphospholipid syndrome (APS), and the remaining 4 cases with other rheumatic diseases. According to TCM diagnosis, 61 cases were classified as consumptive disease, and 53 cases as purpura disease. Xerostomia and xerophthalmia were the most prevalent manifestations in SS patients [59.02% (36/61)], and thrombocytopenia [platelet count (PLT) reduction] was the dominant hematological lesion [65.57% (40/61)]. Compared with patients without thrombocytopenic, the positive ratio of anti-SSA and anti-SSB antibodies were significantly higher in patients with thrombocytopenic [anti-SSA antibody: 67.50% (27/40) vs. 23.81% (5/21); anti-SSB antibody: 40.00% (16/40) vs. 14.29% (3/21), all $P < 0.05$]. The most common initial manifestation of SLE patients was sallow complexion and fatigue [42.86% (12/28)], and anemia constituted the major hematological damage [71.43% (20/28)]. The positive ratio of anti-dsDNA antibody was markedly elevated in

patients with anemic compared with patients without anemic [90.00% (18/20) vs. 37.50% (3/8), $P < 0.05$]. Fatigue and joint symptoms were predominant in patients with MCTD [36.36% (4/11)], and single-lineage cytopenia was the most frequent hematological abnormality. Joint symptoms were the most frequent presentation in RA patients [60.00% (3/5)], accompanied mainly by anemia. Bleeding was the chief complaint of APS patients [60.00% (3/5)], and thrombocytopenia was the primary hematological lesion. Bone marrow examination revealed active erythroid hyperplasia [61.4% (70/114)] and normal myeloid hyperplasia [42.98% (49/114)] as principal features. The overall effective rate of integrated traditional Chinese and Western medicine therapy was 93.44% (57/61) for consumptive disease and 92.45% (49/53) for purpura disease. **Conclusions** Positive anti-SSA and anti-SSB antibodies can serve as predictive indicators for thrombocytopenia in patients with SS, and anti-dsDNA antibodies are closely associated with anemia in SLE patients. In most patients, the bone marrow exhibits compensatory erythroid hyperplasia. The overall effective rate of integrated traditional Chinese and Western medicine therapy for consumptive disease and purpura disease exceeds 92%, which possesses clinical reference value.

【Key words】 Rheumatism immune diseases; Hematopoietic system damage; Autoantibodies; Bone marrow morphology; Integration of Chinese and Western medicine

Fund program: Hebei Provincial Administration of Traditional Chinese Medicine Planned Project (2026197)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.04.016

风湿免疫性疾病包括系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)、干燥综合征(Sjögren's syndrome, SS)、类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)等,其发病机制复杂,涉及多个方面^[1]。中医学认为先天禀赋与外邪侵袭是造成风湿免疫性疾病组织损伤、脏腑经络功能异常、气血津液输布气化失常的原因。治疗上倡导攻补兼施,并结合专病专方专药的辨病思路;同时,注重辨析疾病缓解期与发作期的动态演变,以此灵活调整治则和方药^[2]。部分患者在初期容易被误诊为血液系统原发病,进而贻误治疗。因此,深入分析此类患者的临床特征,对于提高临床医师对该类疾病的认识、减少误诊漏诊有重要意义。本研究收集风湿免疫性疾病患者的资料,对其临床表现、血液系统损害情况、抗体特征、骨髓形态学特点、中医辨证论治进行系统分析,以期为早期识别和中西医结合诊治此类患者提供参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象:选择 2023 年 1 月至 2025 年 6 月廊坊市中医医院收治的 114 例以血液系统损害为首表现的风湿免疫性疾病患者作为研究对象。其中男性 20 例,年龄(54 ± 16)岁;女性 94 例,年龄(55 ± 15)岁。有 60 例患者在发现血液系统损害后 1 个月至 1 年确诊为风湿免疫性疾病,诊断延迟中位时间为 6 个月。患者中 SS 61 例, SLE 28 例,混合性结缔组织病(mixed connective tissue disease, MCTD) 11 例, RA 5 例,抗磷脂抗体综合征(antiphospholipid syndrome, APS) 5 例,其他 4 例。中医诊断为虚劳病 61 例,紫癜病 53 例。

1.1.1 纳入标准:① 患者以血液系统损害为首表现(满足下列条件之一者即可确诊为血液系统损害^[3]:贫血,血红蛋白(hemoglobin, Hb) < 120 g/L(男性),或 < 110 g/L(非妊娠女性);血小板计数

(platelet count, PLT) 减少, $PLT < 100 \times 10^9/L$;白细胞计数(white blood cell count, WBC) 减少, $WBC < 4.0 \times 10^9/L$ 。② 经过进一步检查确诊为风湿免疫性疾病。③ 参照《中医内科常见病诊疗指南·中医证部分》^[4],符合紫癜病或虚劳病诊断标准。

1.1.2 排除标准:① 非风湿免疫性疾病所致的血液系统损害;② 急性或慢性传染病所致的血液系统损害;③ 由其他系统疾病引起的血液系统损害;④ 其他自身免疫性疾病;⑤ 风湿性心脏病、冠心病、甲状腺功能亢进、高血压、糖尿病等其他可导致心功能不全的慢性疾病;⑥ 恶性肿瘤;⑦ 肝肾功能不全。

1.1.3 伦理学:本研究符合医学伦理学标准,并经廊坊市中医医院伦理委员会批准(审批号: LW-2026-004),对患者采取的治疗和检测均获得患者或家属知情同意。

1.2 观察指标:收集患者的临床表现和实验检查指标,分析不同类型的风湿免疫性疾病的首发临床表现;不同类型的风湿免疫性疾病的血液系统损害情况;血液系统受累后自身抗体阳性类型与风湿免疫性疾病病种的相关性;初发为血液系统损害的风湿免疫性疾病的骨髓形态学特点;中医资料:中医诊断、症候分型、治法、常用方药、临床疗效。

1.2.1 临床表现:包括 ① 全身症状:乏力、发热、食欲减退、体质量下降;② 关节症状:关节疼痛、肿胀、活动受限,对称性关节炎;③ 皮肤症状:皮疹、光敏感性;④ 腺体分泌物减少症状:眼干、口干等;⑤ 雷诺现象:在寒冷条件下,患者会出现指端发白,情绪激动时也会出现,而且会进一步出现发红、发紫、麻木等一系列症状,严重者会皮肤溃烂^[5]。

1.2.2 实验室检查指标:包括 ① 常规检查:血常规、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、红细胞

沉降率、肝肾功能等；② 免疫学检查及骨髓形态学分析：抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)、类风湿因子(rheumatoid factor, RF)、抗 SSA 抗体(anti-SS A antibody, 抗 SSA 抗体)、抗 SSB 抗体(anti-SS B antibody, 抗 SSB 抗体)、抗 SSA 抗原 Ro52 多肽抗体(anti-Sjögren's syndrome A antigen Ro52 polypeptide antibody, 抗 Ro52 抗体)、抗双链 DNA 抗体(anti double stranded DNA antibody, 抗 dsDNA 抗体)、抗核糖核蛋白抗体(anti ribonucleoprotein antibody, 抗 RNP 抗体)、抗史密斯抗体(anti-Smith antibody, 抗 Sm 抗体)、补体 C3、C4、抗核小体抗体(anti nucleosome antibody, 抗 AnuA 抗体)、抗线粒体抗体(anti mitochondrial antibody, 抗 AMA 抗体)等及骨髓形态学检查。

1.3 统计学方法：使用 SPSS 26.0 统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验；计数资料以例(%)表示,采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者首发临床表现(表 1)：61 例 SS 患者以口干、眼干最为多见,其次为乏力,出血症状相对少见；28 例 SLE 患者最常见的首发表现是面黄乏力,考虑与 SLE 继发溶血性贫血相关,其次为出血,而皮肤、关节等经典风湿免疫病典型首发症状发生率偏低；11 例 MCTD 患者首发表现以乏力、关节症状为主,考虑与变态反应性炎症对肌肉、关节软骨、滑膜等组织的侵犯相关^[6],类似于风湿性关节炎的表

现；5 例 RA 患者早期首发表现为关节症状与乏力；5 例 APS 患者首发症状以出血多见,乏力次之,提示以血液系统损害起病的 APS 患者早期可仅表现为出血,缺乏血栓相关典型表现,临床需动态监测相关抗体水平。

表 1 不同类型风湿免疫性疾病患者首发临床表现

疾病类型	例数(例)	临床表现	患者数(例)
SS	61	口干、眼干	36
		乏力	22
		全身散在出血点	12
SLE	28	面黄乏力	12
		出血	6
		皮肤症状	5
		关节症状	4
		口腔、咽部不适	2
MCTD	11	乏力	4
		关节症状	4
		出血	2
		皮肤变硬,紧绷	1
RA	5	关节症状	3
		乏力	2
APS	5	出血	3
		乏力	2

2.2 血液系统损害情况(表 2)：61 例 SS 患者以单系损害特别是 PLT 减少为主；28 例 SLE 患者以贫血为主；11 例 MCTD 患者中,单系血细胞减少最常见,并以 PLT 减少和贫血为主要表现,三系损害比例较高；5 例 RA 患者以单系损害为主；5 例 APS 患者以 PLT 减少为核心特征。

2.3 自身抗体类型分析

2.3.1 SS 患者自身抗体类型(表 3)：61 例 SS 患者中,PLT 减少 40 例,非 PLT 减少 21 例,PLT 减少患

者抗 SSA 抗体和抗 SSB 抗体阳性率较非 PLT 减少患者均明显增加(均 $P < 0.05$),提示抗 SSA、抗 SSB 抗体可能参与了 SS 血小板损害的发生。

2.3.2 SLE 患者自身抗体类型(表 4)：28 例 SLE 患者中,贫血 20 例,非贫血 8 例。贫血患者抗 dsDNA 抗体阳性比例较非贫血

表 2 不同类型风湿免疫性疾病患者血液系统损害情况

疾病类型	例数(例)	单系损害(例)			两系损害(例)			三系损害(例)
		贫血	WBC 减少	PLT 减少	贫血+WBC 减少	贫血+PLT 减少	PLT 减少+WBC 减少	PLT 减少+贫血+WBC 减少
SS	61	6	9	29	6	3	2	6
SLE	28	12	3	5	2	3		3
MCTD	11	3		3	1	1		3
RA	5	1	1	1		2		
APS	5	1		3			1	
合计	110	23	13	41	9	9	3	12

注：空白代表无此项

表 3 SS 患者 PLT 减少与非 PLT 减少患者自身抗体阳性率比较

SS 患者类型	例数(例)	ANA 抗体 [% (例)]	抗 SSA 抗体 [% (例)]	抗 SSB 抗体 [% (例)]	抗 SSA 抗原 Ro52 多肽抗体 [% (例)]	抗 RNP 抗体 [% (例)]
PLT 减少 SS 患者	40	95.00 (38)	67.50 (27)	40.00 (16)	62.50 (25)	30.00 (12)
非 PLT 减少 SS 患者	21	80.95 (17)	23.81 (5)	14.29 (3)	52.38 (11)	14.29 (3)
χ^2 值		0.926	9.676	4.246	0.583	1.084
P 值		0.377	0.002	0.047	0.445	0.298

患者明显增加($P<0.05$)。

2.4 骨髓形态学特点分析(表 5): 在行骨髓穿刺检查的 114 例患者中,红系增生活跃($>25\%$)者 70 例(占 61.40%),红系增生正常($\geq 15\% \sim 25\%$)者 25 例(占 21.93%),红系增生减低($<15\%$)者 19 例(占 16.67%);粒系增生正常($\geq 40\% \sim 60\%$)者 49 例(占 42.98%),粒系增生活跃($>60\%$)者 39 例(占 34.21%),粒系增生减低($<40\%$)者 26 例(占 22.81%)。总体骨髓造血以红系增生活跃和粒系增生正常为主。

2.5 治疗与转归

2.5.1 虚劳病患者的治疗与疗效(表 6): 61 例虚劳病患者按证候分型所占比例由高到低依次是:脾肾阳虚证 33 例,心脾血虚证 16 例,气阴两虚证 6 例,气虚血瘀证 4 例,肝肾阴虚证 2 例。各证型分别采用对应的治法及加减方药治疗,整体总有效率达 93.44%(57/61)。

2.5.2 紫癜病患者治疗与疗效(表 7): 53 例紫癜病患者按照证候所占比例由高到低依次是:阴虚火旺证 20 例,血热妄行证 12 例,肝胆湿热证 8 例,气不摄

表 4 28 例 SLE 贫血与非贫血患者自身抗体阳性患者数比较							
SLE 患者 类型	例数 (例)	ANA 抗体 (例)	抗 dsDNA 抗体 (例)	抗 Sm 抗体 (例)	补体 C3、C4 减少 (例)	抗 AnuA 抗体 (例)	抗 AMA 抗体 (例)
贫血 SLE 患者	20	19	18	16	5	11	5
非贫血 SLE 患者	8	7	3	3	0	1	1
统计量值		Fisher 检验	Fisher 检验	Fisher 检验	Fisher 检验	Fisher 检验	Fisher 检验
P 值		0.497	0.009	0.068	0.281	0.088	0.640

表 5 114 例行骨髓穿刺检查不同风湿免疫性疾病患者骨髓形态特点分析							
疾病 种类	例数 (例)	红系增生(例)			粒系增生(例)		
		减低($<15\%$)	正常($\geq 15\% \sim 25\%$)	活跃($>25\%$)	减低($<40\%$)	正常($\geq 40\% \sim 60\%$)	活跃($>60\%$)
SS	61	12	14	35	11	28	22
SLE	28	5	2	21	10	8	10
MCTD	11	1	5	5	2	7	2
RA	5	1	1	3	2		3
APS	5		2	3	1	3	1
其他	4		1	3		3	1
合计	114	19	25	70	26	49	39

注:空白代表无此项

表 6 61 例虚劳病患者不同中医证型的治法、方药及临床效果							
中医证候 分型	例数 (例)	治法	方药	临床疗效(例)			总有效 (例)
				显效	有效	无效	
脾肾阳虚	33	温脾补阳	金匮肾气丸加减	25	6	2	31
心脾血虚	16	益气养血, 健脾养心	归脾汤加减	12	3	1	15
气阴两虚	6	益气养阴	生脉饮合四君子汤加减	5	1	0	6
气虚血瘀	4	益气养血, 活血化瘀	补中益气汤合血府 逐瘀汤加减	2	1	1	3
肝肾阴虚	2	滋补肝肾	滋水清肝饮加减	1	1	0	2
合计	61			45	12	4	57

表 7 53 例紫癜病患者不同中医证型的治法、方药及临床疗效							
中医证候 分型	例数 (例)	治法	方药	临床疗效(例)			总有效 (例)
				显效	有效	无效	
阴虚火旺	20	滋阴降火	知柏地黄丸加减	14	4	2	18
血热妄行	12	清热凉血止血	犀角地黄汤加减	9	2	1	11
肝胆湿热	8	清热利湿	龙胆泻肝汤加减	6	2	0	8
气不摄血	7	益气止血	归脾汤加减	5	1	1	7
脾肾阳虚	6	温脾补阳	右归丸合四君子汤加减	5	1	0	6
合计	53			39	10	4	49

血证 7 例,脾肾阳虚证 6 例。各证型分别采用对应治法及加减方药治疗,整体总有效率可达 92.45% (49/53)。

3 讨论

风湿免疫性疾病泛指产生不同的自身抗体,累及多系统、多器官的慢性系统性疾病,血液系统损害是常见的系统损害之一,典型表现为 WBC、Hb 及 PLT 减少。本研究显示,血液系统受累可早于典型关节痛、皮疹或器官损伤数月乃至数年,提示临床医师应对原因不明的血液学异常建立“风湿免疫学视角”,避免“见血治血”。

风湿免疫性疾病导致血细胞减少的机制复杂,涉及免疫介导的细胞破坏、骨髓抑制、细胞因子及免疫复合物沉积等^[7]。不同类型疾病呈现不同的血液系统受累特征:SS 以 PLT 减少最为突出,抗 SSA 抗体和抗 SSB 抗体在 PLT 减少与 PLT 非减少患者间差异有统计学意义,提示这些抗体可能参与了血小板破坏或巨核细胞功能抑制。兰丽敏^[8]的研究表明,抗 SSA 抗体和抗 SSB 抗体可能参与了 SS 患者血液系统的损害,而贫血和 WBC 减少患者较 PLT 减少患者预后要好。SLE 则以贫血为主要表现,抗 dsDNA 抗体在贫血与非贫血患者间差异有统计学意义,这一结论与狼疮性肾炎和疾病活动性相关的已知机制一致^[9],抗 dsDNA 抗体可能通过免疫复合物沉积、补体激活等途径间接影响红系造血或诱发溶血性贫血。值得注意的是,尽管抗核抗体被视为诊断 SLE 高度敏感的血清学标志物^[10],对于以血液系统损害为首表现的患者,其血清学特征可能存在一定的异质性,并非严格遵循“ANA 必定阳性”的规律,需结合其他特异性自身抗体及临床表现进行综合评估。骨髓形态学分析显示,总体以红系增生活跃、粒系增生正常为主要特征。宁静等^[11]曾报告,以血细胞减少首发的风湿免疫性疾病,骨髓形态学以红系增生活跃,粒系增生生活跃或明显活跃为主。

中医学方面,此类疾病多辨为虚劳病或紫癜病。虚劳病源于气血阴阳亏虚,常呈阴阳互损动态演变^[12],治疗遵循张仲景之法,重视脾肾,善调先后天,遵循治疗虚劳病的两大法门——轻则建中,重则补肾^[13]。遣方用药时多以补气、补血、补肾药为主,药物性味以甘、温为主^[14]。本研究中西医结合治疗的总有效率可达 93.44%。紫癜病以外感六淫、内伤七情、气血生化异常为基本病因,紫癜病病位在血分,治疗遵循治火、治气、治血三原则^[15]。实火

者清热泻火,虚火者滋阴清热;气虚者健脾益气;出血者酌用凉血止血、收敛止血之品^[16]。遣方用药时多选用甘味、苦味药,提示注重对肝、脾、肾三经的调护。本研究中西医结合治疗紫癜病的总有效率达 92.45%,不仅能控制出血及血液生化指标异常,还可改善疲乏、纳差、畏寒或五心烦热等全身虚损表现,提高生活质量与长期生存率。

本研究存在以下局限性:① 部分疾病亚组样本量较小,统计效能不足,无法进行多因素校正分析;② 骨髓穿刺结果受穿刺部位、年龄、病程及治疗药物等多因素影响,未能对这些混杂因素进行分层分析;③ 未对贫血类型进行细化分类,限制了红系增生结果与贫血机制的深度关联分析;④ 自身抗体分析仅限于部分抗体,亦未对抗体滴度进行定量分析。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 季蓉,石国勋. 60 例风湿免疫性疾病合并血小板减少的临床分析[J]. 中国实用医药, 2023, 18 (18): 125-128. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2023.18.032.
- [2] 尧忠柳,王莘智,叶新萍,等. 从“正气化邪”探析自身免疫病的病机及辨治[J]. 中医杂志, 2024, 65 (10): 1013-1018. DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2024.10.007.
- [3] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 563, 574, 648.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [5] 宋健,于丽,杨晶,等. 风湿免疫病血液系统损害的主要临床表现及其治疗[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2 (19): 33-34. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.201719016.
- [6] 王琦. 结缔组织病 27 例关节症状分析[J]. 陕西医学杂志, 1996 (11): 703.
- [7] 李凤菊,李丹丹,营夏楠,等. 风湿免疫性疾病血液系统损害的主要临床表现分析[J]. 中国处方药, 2018, 16 (12): 149-150. DOI: 10.3969/j.issn.1671-945X.2018.12.099.
- [8] 兰丽敏. 原发性干燥综合征血液系统损害临床分析[J]. 河北中医, 2011, 33 (9): 1421-1423. DOI: 10.3969/j.issn.1002-2619.2011.09.080.
- [9] 沈方,王琼,吴令琴,等. 系统性红斑狼疮患者自身抗体谱分析[J]. 现代免疫学, 2025, 45 (5): 600-606.
- [10] 董玉梅. 系统性红斑狼疮的诊断标准及治疗研究进展[J/CD]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4 (44): 8711-8712. DOI: 10.16281/j.cnki.jocml.2017.44.166.
- [11] 宁静,朱琳,章大谦,等. 以血细胞减少首发的风湿免疫性疾病骨髓形态学分析[J]. 智慧健康, 2023, 9 (26): 126-129. DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2023.26.030.
- [12] 戴梦,刘杰,盛昭园. 中国历代医家对虚劳病的认识之回顾与分析[J]. 环球中医药, 2021, 14 (4): 627-630. DOI: 10.3969/j.issn.1674-1749.2021.04.016.
- [13] 陈海洋,张玮. 《金匮要略》虚劳病篇辨治观思维要略[J]. 江苏中医药, 2022, 54 (6): 66-68. DOI: 10.19844/j.cnki.1672-397X.2022.06.021.
- [14] 杜梦楠,易丹. 《金匮要略》虚劳论治体系在癌因性疲乏中的应用[J]. 中医肿瘤学杂志, 2019, 1 (4): 14-17.
- [15] 宋英,胡晓梅,张姗姗,等. 基于血气火关系探讨“从气论治”免疫性血小板减少症临证思路[J]. 天津中医药, 2022, 39 (2): 188-192. DOI: 10.11656/j.issn.1672-1519.2022.02.13.
- [16] 李欣红. 升板止血汤治疗慢性血小板减少性紫癜患者临床疗效分析[J]. 河北中医药学报, 2017, 32 (4): 25-29.

(收稿日期: 2026-04-16)

(责任编辑: 邸美仙)