

中医药治疗湿疹的临床研究进展

王露¹, 程丽敏^{2*}

¹黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2022年10月11日; 录用日期: 2022年11月4日; 发布日期: 2022年11月15日

摘要

湿疹是一种临床上常见的皮肤疾病, 以剧烈瘙痒, 对称分布, 多形损害为特征。中医对湿疹复杂的病因病机有独到的见解, 且有丰富的治疗经验, 因此在临床上取得了良好疗效, 帮助患者缓解临床症状, 改善生活质量。文章分别将近几年中医药治疗急性湿疹, 亚急性湿疹, 慢性湿疹的方法进行总结, 探讨中医药治疗各型湿疹的临床疗效和作用机制, 为日后临床治疗和科研实验提供思路。

关键词

湿疹, 病因病机, 中医药, 综述

Clinical Research Progress of Traditional Chinese Medicine in the Treatment of Eczema

Lu Wang¹, Limin Cheng^{2*}

¹Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Oct. 11th, 2022; accepted: Nov. 4th, 2022; published: Nov. 15th, 2022

Abstract

Eczema is a common skin disease in clinic, which is characterized by severe itching, symmetrical distribution and pleomorphic lesions. Traditional Chinese medicine has a unique view on the complex etiology and pathogenesis of eczema, and has a wealth of treatment experience, so it has

*通讯作者。

achieved good clinical results to help patients alleviate clinical symptoms and improve their quality of life. This paper summarizes the methods of traditional Chinese medicine in the treatment of acute eczema, subacute eczema and chronic eczema in recent years, and discusses the clinical efficacy and mechanism of traditional Chinese medicine in the treatment of various types of eczema, so as to provide ideas for clinical treatment and scientific research in the future.

Keywords

Eczema, Etiology and Pathogenesis, Traditional Chinese Medicine, Review

Copyright © 2022 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

湿疹是由多种内外因素所引起的一种慢性炎症性皮肤病,以对称分布,剧烈瘙痒,多形损害为特征,倾向湿润,常反复发作易成慢性[1]。根据其病程及临床表现将其分为三型:1)急性湿疹:病程较短,皮肤损害主要表现为红斑、丘疹、丘疱疹、水疱,常有小糜烂面,渗出明显,瘙痒剧烈。2)亚急性湿疹:常由急性湿疹发展而来,皮损多为暗红色,主要表现为红斑、小丘疹、鳞屑、结痂,或伴有少量丘疱疹、水疱、糜烂,渗出减少,瘙痒仍较明显。3)慢性湿疹:常由急性或亚急性湿疹迁延不愈而来,也有部分疾病初起即为慢性表现,患部皮肤主要表现为肥厚及苔藓样变,皮肤呈暗红色或灰褐色,局部粗糙、干燥、附有鳞屑,日久可伴有色素沉着或色素减退等,有不同程度的瘙痒。湿疹发病不限人群,不分年龄,不分性别[2]。因湿疹瘙痒剧烈,容易反复等特征,常给患者带来巨大的痛苦,严重影响了病人的身心健康和生活质量[3][4]。此论文将近几年关于中医药治疗湿疹的研究进行了归纳总结,意在为今后的临床治疗和科研实验能够提供思路和依据。

2. 病因病机

2.1. 中医病因病机

湿疹的病因病机离不开风、湿、热邪[5]。在古籍中曾被称为“湿疮”、“香瓣疮”、“浸淫疮”等[6]。如《金匱要略广注》记载:“浸淫者,湿渍之状,脓水流处,即溃烂成疮,故名浸淫疮,是湿热蕴蓄而发者。”[7]《素问风论》言:“古风者,百病之长也,至其变化,乃为他病。”风为百病之长,善行而数变,风盛则痒。湿性重浊,淫溢于肌肤易发湿疹而见浸淫流水。湿邪粘滞,易反复发作,缠绵难愈,正如吴鞠通在《温病条辨》中谓:“其性氤氲黏腻,非若寒邪之一汗即解,温热之一凉即退,故难速已。”

现代的中医大家们承继前人的学术思维,认为湿疹发病多偏于内因。如江杨清教授[8]认为湿疹“本源于湿,再源于热”,其中内湿为最关键之病因。故在湿疹治疗中以清热利湿为基本方法,将龙胆泻肝汤做为基本主方。根据不同类型湿疹的临床表现和病程长短以辨湿重或热重,再对方药进行灵活加减。不论治疗何种类型湿疹,都将利湿除湿贯穿治疗始终。

《医宗金鉴》曰“遍身生疮,形如粟米,瘙痒无度,搔破时,津脂水,浸淫成片。”表现出了湿疹患病滋水淋漓,瘙痒难耐的状态。艾儒棣教授[9][10]认为湿疹离不开“湿”,该病内源于湿热蕴结,外

源于复感风湿热邪, 内外合邪, 淫溢于皮肤肌表而发病。故提取“外病内治, 内病外治”理论之精华, 并将其进一步发展和提升形成了“内外并治”的临床思维, 基于“内外并治”分型辨证湿疹将其分为: 1) 湿热蕴肤型、2) 脾虚湿蕴型、3) 血虚风燥型。分别与急性湿疹、亚急性湿疹和慢性湿疹相对应。并根据 3 种证型病因病机及皮损形态的侧重点不同, 临床上采取内外并治之法取得了显著疗效。

2.2. 西医病因病机

现代医学认为, 湿疹的发生发展与多种因素有关, 如身体素质, 心理素质, 生活环境, 机体的变态反应, 免疫介导及遗传等。其中辅助性 T 细胞(Th 细胞)紊乱引起的免疫失衡是引发湿疹最重要的机制[11] [12]。Th 细胞亚群包括 Th1、Th2、Th17、Treg 等, Th1 主要介导细胞的免疫应答, 能够分泌 γ -干扰素(IFN- γ); Th2 主要与变态反应性疾病有关, 能够分泌白细胞介素-4 (IL-4)。二者常作为免疫平衡调节的一对关键细胞, Th1/Th2 失衡则主要表现为 Th2 细胞亚群分化增强, 而 Th1 细胞亚群相对不足[13] [14]。王岩[15] 等人回顾性分析 126 例急性湿疹患者的临床资料, 研究湿疹面积及严重程度指数评分(EASI 评分)与 IFN- γ 、IL-4 及 IFN- γ /IL-4 水平之间的关系, 发现 IFN- γ 、IFN- γ /IL-4 水平随 EASI 评分升高而显著下降, 而 IL-4 水平明显上升, 表明 IFN- γ 、IL-4 可以反映急性湿疹患者的皮损程度。Th17 细胞主要的效应因子是白细胞介素-17 (IL-17), IL-17 是一种主要由活化的 T 细胞产生的致炎细胞因子, 可以促进 T 细胞的激活和刺激上皮细胞、内皮细胞、成纤维细胞产生多种细胞因子[16]。同时 Th17 分泌的白细胞介素-23 (IL-23)是 Th17 细胞的关联因子, 其作用为诱导和维持 Th17 细胞分化和分泌。麦卫华[17]等人将 60 例湿疹患者按 EASI 评分分为轻、中、重三组, 并将 28 位健康人组成对照组。分析各组外周血中 IL17 和 IL23 与 EASI 评分、嗜酸性粒细胞计数(EOS)及血清总 IgE 的关系。研究结果示: 血清 IL-17、IL-23 水平与 EASI 评分、EOS 计数呈正相关; 但与血清总 IgE 关系不明确, 说明 IL-17、IL-23 可以反映该病的严重程度。

3. 急性湿疹

在吴妍静[18]等人对急性湿疹治疗的随机对照试验中, 采取加味苦参汤颗粒剂湿敷的方法, 与治疗前对比取得了显著疗效。此实验表明加味苦参汤颗粒剂湿敷(苦参汤为基础方: 苦参、防风、露蜂房、甘草, 增加白鲜皮、地肤子, 功用: 清热解毒、除湿止痒)在治疗急性湿疹方面具有良好的疗效且安全性好。但笔者纵观近几年的文献发现将颗粒剂用于外用制剂的相关临床报道很少, 这就需要临床进一步去开拓和发展颗粒制剂的优势同时需要更多的临床资料来进行疗效验证。

武亦阁[19]等人建立急性湿疹豚鼠模型来研究消风散在治疗急性湿疹时可能发挥的作用及其配伍意义, 其结果显示: 用消风散治疗后的豚鼠皮肤表层结构恢复良好。表现为: 真皮层纤维排列整齐, 无炎症细胞浸润, 皮肤上的毛囊数趋于正常。治疗后的皮损评分明显降低, 皮肤含水量也较治疗前高约 2 倍。以上结果表明, 消风散对急性湿疹患者皮肤的修复有极大的疗效。以消风散为主方的去润燥药组及去解表药组的豚鼠皮肤皆较治疗前有明显改善。同时在实验中将以上各组同模型组(急性湿疹豚鼠+纯净水灌胃)进行比较发现: 血清 IgE、IL-17、CD4+含量降低, IL-4 含量升高($P < 0.05$), 故认为消风散的作用机制可能与此相关。

徐平[20]等人用三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹的临床观察示: 治疗后治疗组(3%硼酸洗液外洗 + 三黄理湿方口服)瘙痒时间占夜间睡眠的百分比(PIT 值)、瘙痒程度视觉模拟评分(VAS 评分)、EASI 评分以及中医证候评分, IL-4 和 EOS 计数水平都显著降低, 且各组数据都优于对照组(3%硼酸洗液外洗 + 西替利嗪片口服)。验证了三黄理湿方治疗急性湿疹的疗效。

李惠芹[21]等人运用自拟中药(组成: 秦皮 15 g, 黄柏 10 g, 苦参 15 g, 百部 15 g, 芒硝 10 g, 蛇床子 15 g, 地肤子 15 g, 白头翁 20 g, 白鲜皮 15 g, 野菊花 15 g。)对急性湿疹局部进行冷塌渍治疗。疗效

结果提示总有效率高, 疗效好, EASI 评分较治疗前明显降低, 药物起效时间短, 且能够大大缩短急性湿疹的渗出时间进而加快治愈时间。该药方具有清热除湿、解毒敛疮之效, 无明显的不良反应, 在临床治疗上值得运用和推广。

陈昕[22]等用金蝉止痒胶囊治疗急性湿疹的研究中, 以 EASI 评分和 VRS 评分作为观察指标, 发现治疗后的两组评分明显降低。同时在用药后的 2 周、4 周分别记录对照组(氧化锌软膏外用)和治疗组(氧化锌软膏加用金蝉止痒胶囊)的治疗效果。其总有效率分别为: 2 周后, 治疗组为 95.7%, 对照组为 73.9%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。4 周后, 治疗组为 95.7%, 对照组为 78.3%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。在研究中发现, 服用金蝉止痒胶囊后有少数人出现了轻微的胃肠道反应, 总不良反应发生率为 8.7%, 但数值与对照组无统计学差异, 且可耐受。因此该实验说明金蝉止痒胶囊在治疗急性湿疹时有明显的临床疗效, 笔者认为在日后的临床治疗中, 可以考虑更多的采用内外兼治法, 同时进一步拓展各类中成药在湿疹治疗中的运用。

孙晓静[23]等人用诱导的小鼠变应性接触性皮炎(Allergic contact dermatitis, ACD)模型对肤鲜洗剂的作用机制进行研究, 记录小鼠的耳厚度和耳变应反应评分以及小鼠 1 分钟内搔抓双耳的次数, 同时测定小鼠外周血清中 IFN- γ 、IL-4、IL-17 及 IL-35 水平。结果显示: 肤鲜洗剂对小鼠的耳廓肿胀及瘙痒等症状有明显缓解, 对耳部的组织病理形态有显著改善, 同时 ELISA 检测结果显示血清中 IL-4、IL-17 水平降低; IFN- γ 、IL-35 水平升高。该实验表明肤鲜洗剂通过调节小鼠的细胞免疫从而达到治疗急性湿疹的效果。

4. 亚急性湿疹

季梅[24]等人用复方三黄湿汤湿敷治疗亚急性湿疹进行临床观察实验, 结果显示复方三黄湿汤湿敷的治疗组与生理盐水湿敷的对照组总有效率分别为 71.43% 和 43.48%, 二者有显著差异。同时在治疗过程中患者无明显不良反应, 安全性好。说明该药在治疗亚急性湿疹方面有一定优势, 临床值得推广。

屈双擎[25]等人采用双盲安慰剂随机对照的方法, 分别取湿疹患者 70 例为对照组(给予无药物基质安慰剂)和治疗组(给予复方苦参止痒软膏), 通过对比二者的总有效率、瘙痒评分、皮损面积评分、皮损形态评分及安全性评分, 发现治疗组结果明显优于对照组, 差异具有统计学意义。证实了复方苦参止痒软膏在治疗亚急性湿疹和慢性湿疹时具有良好的临床疗效, 可显著帮助患者缓解瘙痒, 同时减少湿疹皮损面积并改善皮损形态, 在使用过程中未见明显不良反应, 安全性满意。在赵丽丽[26]等人采取随机对照法治疗亚急性湿疹的临床研究中, 以苓楼清利汤联合外涂复方苦参止痒软膏为治疗组, 以盐酸西替利嗪片联合外涂苦参止痒软膏作为对照组。发现治疗组在有效率, 瘙痒评分, 皮损面积评分方面均优于对照组, 表明苓楼清利汤在治疗亚急性湿疹方面具有良好的疗效。这提示我们在临床上治疗亚急性湿疹时, 可考虑内外兼治之法, 内服与外用双管齐下治疗湿疹或许能够取得更好的临床疗效, 日后可以考虑从此方向拓展来进行实验研究。

吴静[27]等在治疗脾虚湿蕴型亚急性湿疹的实验研究中, 用除湿胃苓汤和派瑞松软膏内外联合用药, 同时运用中医传统针灸疗法, 三者合一为观察组; 以咪唑斯汀缓释片联合外涂派瑞松软膏为对照组。结果示: 观察组有效率高于对照组, 不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义。说明除湿胃苓汤联合针刺的疗法在治疗脾虚湿蕴型亚急性湿疹方面具有良好的临床疗效, 可资借鉴。

陈红岭[28]用参苓白术散联合盐酸左西替利嗪片为治疗组, 单独用盐酸左西替利嗪片为对照组来研究参苓白术散在治疗亚急性湿疹时可能发挥的作用机制。首先两组总有效率分别为: 94.74%、73.68%, 差异有统计学意义; 其次治疗后两组外周血 CD4+ 及 CD4+/CD8+ 水平高于治疗前, 相反外周血 CD8+ 水平及血清 TNF- α 、IL-2、IL-4 水平低于治疗前, 且治疗组效果明显优于对照组。数据说明参苓白术散在治

疗亚急性湿疹时, 通过下调 TNF- α 、IL-2、IL-4 因子水平以改善机体免疫功能来发挥作用。

李慧敏[29]在研究梅花针配合艾灸治疗亚急性湿疹的实验中, 以常规西药疗法为对照组, 在此基础上联合传统中医疗法梅花针和艾灸为治疗组。治疗四周后判定疗效发现: 治疗组的总有效率明显高于对照组, 疾病复发率明显低于对照组, 临床疗效显著。梅花针配合艾灸的疗法能够有效缓解瘙痒症状, 改善生活质量从而提高亚急性湿疹患者对生活的满意度。笔者认为面对湿疹这种病因病机复杂且给患者带来明显困扰又易复发的疾病, 不妨在日后更多地考虑联合治疗的方法, 在临床希望医者能够辩证施治, 或采取内外兼治之法, 或采取中西医结合之法等等, 可能对提高临床疗效有帮助。

5. 慢性湿疹

传统中医在治疗慢性湿疹时较常用方法有: 软膏涂擦法、中药熏洗法、中药外洗法和壮医药线点灸法[30]。同时随着临床经验的不断积累, 现代中医治疗慢性湿疹的方法也越来越多, 并且能够发挥中医药疗效好, 副作用少, 价格亲民等多方面优势。

申江红[31]等人从慢性湿疹的病因病机入手, 认为其病变脏腑关键在肺, 肺失通调, 宣肃失常、水液失布为核心病机, 故总结出“调肺通络”之法指导针刺来治疗慢性湿疹。湿疹外因离不开湿与热, 根据五输穴五行相生相克的关系选取第一组穴位: 鱼际、少府、劳宫、少商、隐白、太渊穴, 意在清热祛湿通络。以俞募前后配穴调理脏腑, 扶正抗邪选取第二组穴位: 以肺俞、肾俞、脾俞、中府、章门为主。湿疹以皮部病变为标, 《灵枢经·官针》记载: “凡刺有五, 以应五脏, 半刺者, 浅内而疾发针, 无针伤肉, 如拔毛状, 以取皮气, 此肺之应也。”可知半刺法与肺脏相应, 故取半刺法做为“调肺通络”的经验刺法。

王海亮[32]等人将 120 例老年慢性湿疹患者随机分成两组, 对照组治以楮桃叶洗剂药浴配合聚乙二醇液体敷料外涂、地奈德乳膏外涂, 治疗组则在此基础上联合润肤祛风汤口服。治疗 3 个月后对照组总有效率为 81.7%, 治疗组总有效率为 93.3%; 对照组复发率为 38.1%, 治疗组复发率为 9.4%, 上述结果差异有统计学意义。实验数据表明润肤祛风汤的疗效显著, 能够大大降低慢性湿疹的复发率, 临床值得推广。

林来红[33]将 88 例慢性湿疹患者分成两组, 对照组予以西替利嗪治疗, 研究组予以西替利嗪联合四物消风汤治疗。2 周后评估结果: 对照组总有效率为 79.55%, 研究组总有效率为 97.73%。与对照组相比, 研究组症状缓解时间显著缩短, EASI 评分降低, GQOLI-74 分值提高, 血清 TNF- α 、IL-1、hs-CRP、NE、Cor 水平下降, 上述结果均具有统计学意义。实验说明四物消风汤辅助性治疗慢性湿疹通过调节免疫功能, 抑制炎症因子水平, 减少炎症反应, 从而较快的缓解临床症状, 提高临床疗效, 改善患者的生活质量。

万涛和侯如艳[34]研究自拟复方土茯苓洗剂治疗慢性湿疹的疗效, 治疗组予该方塌浸治疗, 对照组用卤米松乳膏外涂治疗。观察两组总有效率: 治疗组(96.67%) 对照组(85.71%); 复发率: 治疗组(9.09%) 对照组(35.29%), 差异均具有统计学意义。且治疗组在改善患者瘙痒程度方面明显优于对照组, 差异有统计学意义。可见用自拟复方土茯苓洗剂塌浸治疗慢性湿疹能够显著缓解瘙痒症状, 临床疗效可观, 且复发率低。塌浸疗法具有操作简便, 价格优惠等优点, 建议临床推广使用。

刘欣燕[35]等人采用随机数表法将 101 例慢性湿疹患者分为对照组及观察组。对照组予穴位敷贴治疗, 观察组予穴位敷贴联合九味永安颗粒治疗。治疗后两组结果示: 观察组总有效率、皮肤病生活质量评分(DQOLS 评分)高于对照组; EASI 评分, 血清 TNF- α 、IL-2、IL-1 β 浓度低于对照组, 上述差异有统计学意义。说明九味永安颗粒联合穴位敷贴法治疗慢性湿疹疗效好, 能够抑制炎症因子, 减少炎症反应, 有效缓解临床症状, 帮助患者提高生活质量。

刘茵, 朱炯[36]用火针加盐酸西替利嗪片口服治疗慢性湿疹, 治疗后总有效率高于对照组(盐酸西替利嗪片口服); EASI 评分、瘙痒评分低于对照组; 治疗后血清中 EOS、IL-18、IgE 水平较治疗前明显降低, 上述差异有统计学意义。说明加用火针来治疗慢性湿疹不仅疗效好, 还能显著缓解临床症状, 调节免疫功能。曹煜[37]等人用火针配合防风通圣汤治疗慢性湿疹, 将其作为研究组, 对照组予以派瑞松外涂。两组治疗后的 EASI 评分, 血清 CRP、IL-2、IL-6 含量较治疗前降低; 皮肤屏障功能较治疗前有所改善; 血清 IL-4、IL-10 水平较治疗前升高, 差异有统计学意义。上述所有评估指标研究组均优于对照组, 差异有统计学意义。该实验证实了火针配合防风通圣汤治疗慢性湿疹有较好的临床疗效, 值得推广。

近年用火针治疗皮肤疾病的临床研究越来越多, 其作用机制值得进一步研究。笔者建议在运用该疗法时应该考虑到操作医生的水平以及患者的接受度, 因为火针操作需要一定的技术和经验, 操作不当可能造成患者疼痛或加重皮肤损伤。

6. 结语

综上所述, 湿疹是一种病因复杂, 临床症状显著, 皮损形态多样, 容易反复的疾病[38]。湿疹发病不分年龄和性别, 常给患者带来较大的痛苦, 影响心理健康, 导致生活质量下降。在漫漫历史长河中, 中医对该病有了自己独特的见解, 通过不断地累积经验, 在传统中医治法的基础上进行拓展, 现如今已经有了丰富的治疗手段, 取得了良好的临床疗效。多数研究证实了中医药治疗湿疹有着疗效显著, 复发率低, 价格便宜, 方法众多等优点, 但仍然缺少更加严谨的随机双盲实验去进一步解读其作用机制。未来的临床研究可以更多地与现代医学联系起来, 除了研究中医药治疗湿疹时发挥的免疫调节作用, 还应该进一步深入研究其分子生物学机制, 获得更加可靠的实验数据, 筛选出最具优势的治疗方法, 以取得更好的临床疗效。

参考文献

- [1] 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016年)[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(2): 181-183.
- [2] 李邻峰, 李元文. 中成药治疗湿疹临床应用指南(2020年)[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(2): 133-142.
- [3] 彭定玉, 梁景辉, 胡恩宜, 杨焕连, 刘倩华. 中医药治疗湿疹的研究近况[J]. 中医临床杂志, 2022, 34(7): 1377-1381. <https://doi.org/10.16448/j.citcm.2022.0741>
- [4] 孙志高, 路军章, 周杉京, 樊金灼, 许成勇. 中医药治疗湿疹的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3617-3619.
- [5] 王奕霖. 湿疹的中医病因病机[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(1): 79-81+108. <https://doi.org/10.13463/j.cnki.cczzy.2018.01.026>
- [6] 郑胜, 孙丽蕴. 基于中医古籍文献的湿疹病名及鉴别[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(12): 5418-5420.
- [7] 郑胜, 孙丽蕴. 湿疹在中医经典古籍中的病因病机及辨证论治阐释[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(6): 551-554.
- [8] 弓敏, 江杨清. 江杨清运用清热利湿法治疗湿疹经验[J]. 中医杂志, 2020, 61(5): 403-405. <https://doi.org/10.13288/j.11-2166/r.2020.05.008>
- [9] 宋玮, 周水涵, 王欢欢, 曾兴琳, 何佳, 余倩颖, 陈明岭. 艾儒棣基于“内外并治”分型辨治湿疹经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(9): 4449-4452.
- [10] 郭静, 段渠, 张钟, 秦悦思, 刘瑶. 艾儒棣治疗湿疹经验[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(8): 1472-1473. <https://doi.org/10.13192/j.ljtc.2012.08.39.guoj.011>
- [11] 朱卫萍, 杨靖, 曹昌娥, 邓祎. 常见中药组方对湿疹免疫因子影响研究进展[J]. 中国药物与临床, 2022, 22(7): 661-665.
- [12] Wang, A.X. and Ning, X.L. (2015) New Insight into T Cell and Their Signature Cytokines in Atopic Dermatitis. *IUBMB Life*, 67, 601-610. <https://doi.org/10.1002/iub.1405>
- [13] 张宁, 陈宏, 魏婷, 门剑龙. 湿疹患者外周血白细胞介素 7、37 的表达及临床意义[J]. 临床皮肤科杂志, 2018,

- 47(10): 636-639. <https://doi.org/10.16761/j.cnki.1000-4963.2018.10.006>
- [14] Raphael, I., Niawade, S., Eagar, T.N., et al. (2015) T Cell Subsets and Their Signature Cytokines in Autoimmune and Inflammatory Diseases. *Cytokine*, **74**, 5-17. <https://doi.org/10.1016/j.cyto.2014.09.011>
- [15] 王岩, 高存志, 翁志. 外周血 IFN- γ 、IL-4 及 IFN- γ /IL-4 比值与急性湿疹皮损程度的关系及对短期疗效的预测价值[J]. 中国美容医学, 2022, 31(1): 93-96. <https://doi.org/10.15909/j.cnki.cn61-1347/r.004850>
- [16] 朱闯, 张禹姝, 买鹏宇, 张泽朝. 中药调控 CD4⁺T 细胞干预湿疹炎症应答的研究进展[J/OL]. 中华中医药学刊, 1-10. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20221018.1817.049.html>, 2022-10-24.
- [17] 麦卫华, 刘岳花, 陆东庆. Th17 细胞相关细胞因子 IL-17/IL-23 与湿疹发病及病情严重程度关系[J]. 中华全科医学, 2017, 15(12): 2056-2058+2132. <https://doi.org/10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.2017.12.015>
- [18] 吴妍静, 曹毅, 金红梅. 不同剂型加味苦参汤湿敷治疗急性湿疹的临床疗效比较研究[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(1): 578-580.
- [19] 武亦阁, 贺乙, 范丽娜, 许可, 孙世娇, 周光. 消风散及其拆方对急性湿疹模型豚鼠表皮通透屏障功能障碍的影响[J]. 中医杂志, 2022, 63(14): 1374-1380. <https://doi.org/10.13288/j.11-2166/r.2022.14.013>
- [20] 徐平, 马欣, 丁佩军. 三黄理湿方治疗湿热浸淫型急性湿疹 36 例临床观察[J]. 中医杂志, 2022, 63(3): 251-255. <https://doi.org/10.13288/j.11-2166/r.2022.03.010>
- [21] 李惠芹, 李建, 阮晓莹, 周裕进, 刘林全, 黄娜. 自拟中药塌渍方治疗急性湿疹渗出期临床疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2022, 44(6): 47-49.
- [22] 陈昕, 何文生. 金蝉止痒胶囊用于急性湿疹(湿热内蕴证)的有效性和安全性观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2021, 21(10): 1192-1194+1198. <https://doi.org/10.14009/j.issn.1672-2124.2021.10.010>
- [23] 孙晓静, 张义生, 徐爱琴, 段垚, 杨柳, 王薇, 李力, 李婷, 解小霞. 肤鲜洗剂对急性湿疹小鼠 T 细胞介导的细胞免疫调节作用研究[J/OL]. 中国医院药学杂志, 1-7. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/42.1204.R.20220902.1834.002.html>, 2022-10-17.
- [24] 季梅, 孙忠辉, 张丹露, 钱季鑫, 李明. 自拟复方三黄汤湿敷治疗亚急性湿疹 49 例[J]. 中医外治杂志, 2021, 30(1): 8-9.
- [25] 屈双擎, 赵丽丽, 蔡艳丽, 于思杰, 王琳琳, 瞿幸. 复方苦参止痒软膏治疗亚急性、慢性湿疹的双盲安慰剂随机对照临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(8): 3858-3860.
- [26] 赵丽丽, 范欢, 孙超逸, 田野, 郭杨, 瞿幸, 屈双擎. 苓楼清利汤治疗亚急性湿疹湿热证的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(11): 5256-5258.
- [27] 吴静, 赵雅梅. 除湿胃苓汤联合针刺治疗脾虚湿蕴型亚急性湿疹的临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(3): 43-44. <https://doi.org/10.16040/j.cnki.cn15-1101.2022.03.040>
- [28] 陈红岭. 参苓白术散加味对亚急性湿疹患者免疫功能及炎症因子水平的影响[J]. 光明中医, 2021, 36(12): 1978-1980.
- [29] 李慧敏. 梅花针配合艾灸治疗亚急性湿疹临床疗效观察[J]. 湖北民族大学学报(医学版), 2020, 37(4): 73-74. <https://doi.org/10.13501/j.cnki.42-1590/r.2020.04.019>
- [30] 蒋祖玲, 汤倩倩, 黄安, 王建辉. 慢性湿疹的药物外治治疗研究进展[J]. 医学综述, 2018, 24(20): 4103-4107.
- [31] 申江红, 朱可欣, 陆瑶, 张盼, 叶永铭. 基于“调肺通络”法针刺治疗慢性湿疹经验[J]. 北京中医药, 2022, 41(6): 640-642. <https://doi.org/10.16025/j.1674-1307.2022.06.015>
- [32] 王海亮, 李长慧, 刘庆楠, 唐鹏, 景瑛. 润肤祛风汤为主综合疗法治疗老年慢性湿疹血虚风燥证 60 例临床观察[J]. 中医杂志, 2018, 59(19): 1667-1670. <https://doi.org/10.13288/j.11-2166/r.2018.19.012>
- [33] 林来红. 四物消风汤辅助治疗慢性湿疹临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(9): 126-128.
- [34] 万涛, 侯如艳. 自拟复方土茯苓洗剂塌渍治疗慢性湿疹 30 例[J]. 光明中医, 2022, 37(10): 1810-1813.
- [35] 刘欣燕, 杨延龙, 顾秦五凤, 陈婷如, 吴芸杨, 黄雪强. 九味永安颗粒配合穴位敷贴治疗慢性湿疹(湿热蕴肤证)的临床效果分析[J/OL]. 中华中医药学刊, 1-10. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1546.R.20220914.1323.069.html>, 2022-10-17.
- [36] 刘茵, 朱炯. 火针治疗慢性湿疹临床疗效及患者 EASI、瘙痒评分、血清因子水平影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, 20(5): 119-121. <https://doi.org/10.13194/j.issn.1673-842x.2018.05.036>
- [37] 曹煜, 宋兴兴, 李学智, 戴奕爽, 熊霖. 火针配合防风通圣汤治疗慢性湿疹临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(7): 1075-1078.

- [38] Endre, K.M., Landrø, L., LeBlanc, M., *et al.* (2021) Eczema Distribution in Girls and Boys during Infancy: A Cohort Study on Atopic Dermatitis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, **9**, 3513-3516.
<https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.04.053>