

黛柏湿疹膏联合封包疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证的临床观察

吉凯峰¹, 李静¹, 蔡海斌², 郑玉婷¹, 宋瑜^{1*}

¹上海中医药大学附属龙华医院皮肤科, 上海

²上海市浦东新区人民医院皮肤科, 上海

收稿日期: 2022年2月23日; 录用日期: 2022年3月22日; 发布日期: 2022年3月31日

摘要

目的: 观察黛柏湿疹膏联合封包疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证的临床疗效。方法: 对36例慢性湿疹脾虚血燥证患者采用自身左右对照的方法, 将双侧患部分为治疗侧组和对照侧组, 分别予黛柏湿疹膏联合封包疗法和糠酸莫米松乳膏外涂治疗4周, 观察两组患者治疗前、治疗2周及治疗第4周的皮损程度、受累面积及瘙痒程度, 根据EASI湿疹评分判定疗效。并对痊愈、显效及有效的患者, 在治疗结束1个月后进行随访。同时记录两组不良反应。结果: 共计5例病例脱落。治疗侧组总有效率为90.3%; 对照侧组总有效率为67.7%。两组临床总有效率比较差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗侧组皮肤受累面积、皮损严重程度及其各分项, 改善均优于对照侧组, 具有统计学差异($P < 0.05$)。两组瘙痒程度比较, 组间比较不具有统计学差异($P > 0.05$)。治疗侧组患者加重率为14.3%, 对照侧组患者疗后加重率33.3%, 组间比较不具有统计学差异($P > 0.05$)。两组患者治疗期间均无明显不良反应。结论: 外用黛柏湿疹膏联合封包疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证优于糠酸莫米松乳膏外涂, 且安全性较好。

关键词

慢性湿疹, 脾虚血燥证, 黛柏湿疹膏, 封包疗法, 疗效研究

Clinical Observation of Daibai Eczema Ointment Combined with Packet Therapy in the Treatment of Chronic Eczema Complicated with Spleen Deficiency and Blood Dryness Syndrome

Kaifeng Ji¹, Jing Li¹, Haibin Cai², Yuting Zheng¹, Yu Song^{1*}

*通讯作者。

文章引用: 吉凯峰, 李静, 蔡海斌, 郑玉婷, 宋瑜. 黛柏湿疹膏联合封包疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证的临床观察[J]. 中医学, 2022, 11(2): 310-317. DOI: 10.12677/tcm.2022.112046

¹Dermatology Department, Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai

²Dermatology Department, Pudong New Area People's Hospital, Shanghai

Received: Feb. 23rd, 2022; accepted: Mar. 22nd, 2022; published: Mar. 31st, 2022

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy of Daibai eczema ointment combined with packet therapy on chronic eczema complicated with spleen deficiency and blood dryness syndrome. **Methods:** 36 patients with chronic eczema complicated with spleen deficiency and blood dryness syndrome were compared by self-left and right contrast method. The patients with bilateral lesions were divided into treatment group and control group, who were treated with Daibai eczema cream combined with packet therapy and mometasone furoate cream for 4 weeks, respectively. The degree of skin lesions, affected areas and itching degree were observed before treatment, 2 weeks and 4 weeks after treatment, and the efficacy was judged according to EASI eczema score. The patients who were cured, markedly effective and effective were followed up 1 month after the end of treatment. Adverse reactions in the two groups were recorded at the same time. **Results:** A total of 5 cases dropped out. The total effective rate in the treatment side group was 90.3%. The total effective rate in the control side group was 67.7%. There was significant difference in clinical total effective rate between the two groups ($P < 0.05$). The area of skin involvement, the severity of skin lesions and their sub-items and improvement in the treatment side group were better than those in the control side group, with statistical difference ($P < 0.05$). There was no statistical difference in the degree of pruritus between the two groups ($P > 0.05$). The aggravation rate was 14.3% in the treatment side group and 33.3% in the control side group. There was no statistical difference between the two groups ($P > 0.05$). There were no obvious adverse reactions in the two groups during treatment. **Conclusion:** External application of Daibai eczema ointment combined with packet therapy is superior to external application of mometasone furoate cream in the treatment of chronic eczema complicated with spleen deficiency and blood dryness syndrome, with better safety.

Keywords

Chronic Eczema, Spleen Deficiency and Blood Dryness Syndrome, Daibai Eczema Cream, Packet Therapy, Efficacy Study

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

湿疹是一种常见的变态反应性皮肤病，其发病原因较复杂，多为内外两种因素相互作用下产生。其发病机制主要与遗传及免疫反应相关。慢性湿疹多由急性或亚急性湿疹反复发作，经久不愈而形成。慢性湿疹的临床表现主要为剧烈瘙痒、红斑、鳞屑及皮肤苔藓样改变等，严重影响生活质量。近年来随着社会与周围环境的不断变化，湿疹的发病率呈逐步上升趋势，在发达国家儿童中的流行率高达 30%，成人中的流行率约为 10%，中国人群中患病率约为 7.5% [1]，占皮肤科门诊患者的 15%~20% [2]。目前西医在外治上主要以糖皮质激素为首选药物，这类药物一般初期疗效比较明显，但不适合长期用药，且停

药后易面临病情复发和加重的风险。头面部、腹股沟等特殊部位用药后常见毛细血管扩张、皮肤萎缩、色素沉着等不良反应[3]，且长期使用激素类药膏，容易引发激素依赖性皮炎。

中医治疗湿疹主要以“辨证论治”为指导思想，在辨证内服的同时，可以采用各种中医外治疗法如封包、熏洗、湿敷、坐浴等。外治药物与内治药物相比，其具有直达病灶、起效快、避免口服等明显优势，避免了首过效应，且能充分发挥疗效。中医认为慢性湿疹是由于湿热蕴蒸腠理，内在营血不足，以致血虚生风生燥，风湿热燥壅结，以致肌肤失养成病。我院依此中医理论，制作了具有清热燥湿，生肌止痒功效的中药自制制剂黛柏湿疹膏。封包疗法可以保持皮损环境相对稳定、增加局部皮肤湿度，提高皮肤对药物的吸收、防止药物挥发，保持药物的湿度。在我院门诊治疗慢性湿疹患者时发现应用黛柏湿疹膏联合封包疗法时疗效良好。然而目前尚未进行临床对照研究、缺乏临床证据，故本研究观察此疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证的疗效。

2. 资料

2.1. 受试者来源

本研究受试者均来源于 2019 年 6 月至 2020 年 2 月在上海中医药大学附属龙华医院皮肤科就诊的门诊病人，共纳入病例 36 例，试验将各患者右侧设为治疗侧，左侧设为对照侧，根据此分为治疗侧组和对照侧组进行统计分析。

2.2. 诊断标准

西医诊断标准参照《中国临床皮肤病学》(第 4 版)[4]：主要症状和体征：皮疹形状多变，病灶处皮肤厚度增、有浸润表现、局部出现色素沉积、皮肤表面粗糙、可在病灶及病灶周围发现抓痕、结痂或糠皮样鳞屑，或呈苔藓化，界限清楚，病灶四周可见丘疹或丘疱疹，或存有粟粒大小至绿豆大小的皮肤破溃。

中医诊断标准参考《皮肤性病科专病中医临床诊治》(第 3 版)[5]：皮损粗糙肥厚，有明显瘙痒，表面可有抓痕、血痂、颜色暗或呈色素沉着。当急性发作时可有明显渗出。自觉症状亦可有明显的瘙痒，常呈阵发。在手、手指、足趾、足跟及关节等处，因皮肤失去正常弹性加上活动较多，可产生破裂而致皮损局部有疼痛感。舌质淡，苔薄白，脉滑或缓。

2.3. 纳入标准

1) 符合上述西医诊断和中医诊断、辨证标准；2) 皮损发生在四肢或躯干部，呈对称分布，且适合封包疗法部位；3) 年龄 18~65 岁；4) 靶皮损面积在 $4\text{ mm}^2\sim 100\text{ mm}^2$ ；5) 签署知情同意书。

2.4. 排除标准

1) 对研究中所用药物过敏者；2) 妊娠、哺乳期女性；3) 同时同样部位患有其他皮肤病者；4) 2 周内曾用皮质激素系统治疗或口服抗组胺药治疗者；5) 有心、肾、肝、等重要脏器功能不全者。

2.5. 剔除、脱落标准

1) 受试者依从性差，如私自接受其他药物治疗；2) 受试者在接受治疗过程中对本研究所使用的药物发生严重过敏、不良反应事件；3) 自动终止治疗或因故失访者；4) 治疗不全，无法判定疗效标准者；5) 受试者在治疗期间发现其他疾病影响疗效者。

2.6. 样本量计算

设治疗侧组与对照侧组的标准差相等，选择达到能辨别出两者下降的差别是其标准差的 85%，选取

双侧 $\sigma = 0.05$, 查得 $\mu_{0.05/2} = 1.96$; 选取 $\beta = 0.1$, $\mu_{0.01} = 1.282$, 按照公式:

$$n_1 = n_2 = 2 \times \left(\frac{\mu\alpha + \mu\beta}{\delta/\sigma} \right)^2 + \frac{1}{4} \times 1.96^2 = 30$$

考虑脱落率一般为 15%, 样本量经计算为 36 例。本次研究的 36 例病例均为 2019 年 6 月至 2020 年 2 月在上海中医药大学附属龙华医院皮肤科就诊的患者。

3. 方法

3.1. 治疗方法

治疗组予黛柏湿疹膏(上海中医药大学附属龙华医院制剂室生产, 沪药制字 Z05170514), 成分: 青黛、黄柏、黄连、苦参、石膏、徐长卿及冰片)外涂, 每日 2 次, 早晚各 1 次, 及进行封包疗法, 涂药约 1 mm 厚, 再用塑料保鲜膜封包裹患处 4 h, 每日 1 次。连续治疗 4 周。

对照组予糠酸莫米松乳膏(商品名: 艾洛松, 批准文号: 国药准字 H19991418, 生产企业: 拜耳医药(上海)有限公司)外涂, 采用指尖单位(fingertip units, FTU)标准, 每日 1 次, 连续治疗 4 周。若受试者的 VAS 瘙痒评分高达 ≥ 7 分, 均给予盐酸西替利嗪片(商品名: 现特明, 批准文号: 国药准字 H20100739, 生产企业: UCB Farchim SA 瑞士)口服为基础治疗, 每日 1 次, 每次 1 粒。

治疗期间若患者出现病情变化或恶化, 如皮肤红肿程度增加, 皮肤瘙痒加重等症状, 则考虑终止治疗。

3.2. 疗效判定标准[6]

临床痊愈: EASI 评分下降率 $\geq 90\%$;

显效: EASI 评分下降率 $\geq 60\%$ 至 $<90\%$;

有效: EASI 评分下降率 $\geq 20\%$ 至 $<60\%$;

无效: EASI 评分下降率 $< 20\%$ 。

治疗的总体效率 = (痊愈 + 显效 + 有效)/总病例数 $\times 100\%$ 。

3.3. 症状与体征评分

对患者的皮损程度评分参照 EASI 湿疹评分[7], 对患者皮肤瘙痒程度评分采用视觉模拟评分(Visual Analogue Score, VAS) [8], 对皮损面积评分采用受累面积评分法[9]。

3.4. 观察时间与指标

观察时间为患者治疗前、治疗 2 周及治疗第 4 周, 观察指标为皮损的程度(红斑、硬(水)肿/浸润/丘疹、表皮剥落/糜烂、苔藓样变)、皮肤受累面积及瘙痒程度。

3.5. 复发率

对痊愈、显效、有效的患者, 在治疗结束 1 个月后再进行随访, 观察皮损严重程度及其疗后复发加重情况, 再次进行 EASI 评分。疗后加重率以 EASI 总分增至基线值的 50% 则为加重。加重率 = (治疗 1 个月后 EASI 总分 - 治疗后 EASI 总分)/治疗后 EASI 总分 $\times 100\%$ 。

3.6. 统计学方法

采用 SPSS 23.0 统计分析软件进行统计学分析。计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 来表示, 通频数和百分比来表达

及数字量, 采用 t 检验比较治疗组和对照组差异, 不同时间点的比较采用重复测量设计资料的 S^2 分析, 并通过 X^2 检验进行总有效率和复发率的比较。以 $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

4. 结果

4.1. 一般资料

全部 36 例患者, 年龄 23~64, 平均年龄为(42.28 ± 11.54)岁, 男性 18 例, 女性 18 例, 病程 1 月-10 年, 平均 2.5 年, 家族史 13 例, 过敏史 20 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。脱落病例共 5 例, 有 3 例失访脱落, 2 例因不能按照要求规范用药而剔除。纳入统计分析共 31 例。

4.2. 两组患者总有效率比较

治疗组的病例总数为 31 人, 其中痊愈有 3 人, 显效 11 人, 有效 14 人, 对无效 3 人, 有效率为 90.3%; 对照组的病例总数为 31 人, 其中痊愈 0 例, 显效 4 人, 有效 17 人, 无效 10 人, 有效率为 67.7%。两组患者总有效率比较具有统计意义($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。见表 1。

Table 1. Efficacy was compared between the treatment group and the control group

表 1. 治疗组和对照组的疗效比较

	无效(%)	有效(%)	显效(%)	痊愈(%)	总有效率(%)
治疗组(n = 31)	3 (9.7)	14 (45.2)	11 (35.5)	3 (9.7)	28 (90.3)
对照组(n = 31)	10 (32.3)	17 (54.8)	4 (12.9)	0 (0.0)	21 (67.7)
χ^2			4.769		
P			0.029		

4.3. 两组患者治疗前后 EASI 总评分比较

两组不同时间点的组内比较: 采用重复测量方进行统计分析。治疗前、治疗 2 周和 4 周后, 治疗组和对照组 EASI 总评分均逐渐降低, 且不同时间点进行两两比较, 差异均具有统计学意义(治疗组 $P < 0.05$; 对照组 $P < 0.05$)。两组不同时间点的组间比较: 采用 T 检验进行两组统计分析。在治疗 2 周后和治疗 4 周后, 治疗组 EASI 总评分低于对照组, 且差异具有统计学意义($P < 0.05$) (见表 2)。

Table 2. Total EASI scores before and after treatment were compared between the treatment group and the control group

表 2. 治疗组与对照组治疗前后 EASI 总评分比较

	治疗组(n = 31)	对照组(n = 31)	t	P
治疗前	7.74 ± 1.79	7.77 ± 2.12	-0.120	0.905
治疗 2 周后	6.42 ± 1.82*	7.03 ± 2.18*#	-2.312	0.028
治疗 4 周后	4.39 ± 1.71*#	6.39 ± 2.04*#	-8.300	<0.001

*与治疗前相比, $P < 0.05$; #与治疗 2 后周比较, $P < 0.05$ 。

4.4. 两组患者治疗前后 EASI 评分各项目评分比较

表 3 显示两组患者治疗前红斑评分, 硬(水)肿/浸润/丘疹评分, 表皮剥落/糜烂评分, 苔藓样变评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。在治疗 4 周后两组的皮损程度相比较, 包括红斑、硬(水)肿/浸润/丘疹、

表皮剥落/糜烂、苔藓样变, 均有改善, 且差异具有统计学意义($P < 0.05$), 然而在治疗的第 2 周后, 两组的皮损程度相比较, 结果均不具有统计学意义($P > 0.05$)。

Table 3. The total EASI score before and after treatment was compared between the treatment group and the control group
表 3. 治疗组和对照组治疗前后 EASI 总评分各个数值比较

组别	时间	例数	红斑评分	硬(水)肿/浸润/丘疹评分	表皮剥落/糜烂评分	苔藓样变评分
治疗组	治疗前	31	2.03 ± 0.71	1.87 ± 0.62	1.90 ± 0.65	1.94 ± 0.68
	治疗 2 周后	31	1.71 ± 0.69*	1.55 ± 0.77*	1.61 ± 0.56*	1.55 ± 0.77*
	治疗 4 周后	31	1.03 ± 0.55*#	1.23 ± 0.76*#	1.06 ± 0.51*#	1.03 ± 0.60*#
对照组	治疗前	31	2.10 ± 0.75	1.90 ± 0.70	1.81 ± 0.70	2.00 ± 0.73
	治疗 2 周后	31	1.94 ± 0.81*	1.68 ± 0.75*	1.68 ± 0.65*	1.71 ± 0.86*
	治疗 4 周后	31	1.71 ± 0.78*#	1.52 ± 0.72*#	1.61 ± 0.62*	1.52 ± 0.81*#

*与治疗前相比, $P < 0.05$; #与治疗 2 周后比较, $P < 0.05$ 。

4.5. 两组患者治疗前后瘙痒评分比较

在治疗前、治疗第 2 周后及治疗 4 周后, 两组差异比较不具有统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

Table 4. VAS scores were compared between the treatment group and the control group before and after treatment
表 4. 治疗组与对照组治疗前后 VAS 评分比较

	治疗组(n = 31)	对照组(n = 31)	t	P
治疗前	4.94 ± 1.75	4.84 ± 1.92	0.487	0.630
治疗 2 周后	4.65 ± 1.78*	4.58 ± 1.95*	0.320	0.751
治疗 4 周后	4.06 ± 1.81*#	4.03 ± 2.06*#	0.141	0.889

*与治疗前相比, $P < 0.05$; #与治疗 2 周后比较, $P < 0.05$ 。

4.6. 两组患者治疗前后皮肤受累面积皮肤比较

在治疗第 2 及第 4 周后皮肤受累面积方面具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 5。

Table 5. Skin involvement area scores were compared between the treatment group and the control group before and after treatment

表 5. 治疗组和对照组治疗前后皮肤受累面积评分比较

	治疗组(n = 31)	对照组(n = 31)	t	P
治疗前	2.42 ± 0.76	2.58 ± 0.96	-1.222	0.231
治疗 2 周后	2.35 ± 0.75	2.55 ± 0.99	-1.438	0.161
治疗 4 周后	1.61 ± 0.67*#	2.10 ± 0.91*#	-6.864	<0.001

*与治疗前相比, $P < 0.05$; #与治疗 2 周后比较, $P < 0.05$ 。

4.7. 两组患者复发加重情况比较

在治疗期间, 两患者均无明显不良反应。对两组痊愈、显效及有效的患者在治疗结束 1 个月后, 进行随访观察其疗后复发加重情况。两组差异无统计学意义($P > 0.05$)。

5. 讨论

慢性湿疹多因湿疹反复发作，日久导致皮损增厚、粗糙或苔癣样变，形成湿疮病之血虚风燥证。因此湿疹的慢性期，根据皮疹形态多辨证为血虚风燥证，但也常伴有局部皮损的红斑潮红、渗出等湿热之象。从病机上看，湿疮多见于脾失健运的患者，脾气不足则生化乏源，导致气血生化不足，加之病久伤阴耗血，肌肤失于濡养可见肌肤干燥肥厚。然而脾虚也可导致水谷不化，痰湿内生，湿邪化浊则难去，加之患者复感外邪，内外合邪，湿热蕴结于肌肤，乃见潮红、流滋，此为脾虚湿恋血燥的证候。因此我们认为慢性湿疹的主要病机是脾虚湿恋、风燥血燥，清代吴师机认为“外治之法既内治之法，外治之理既内之理”，表明了外治法的重要性。因此我们按照慢性湿疹的病因病机，开创了黛柏湿疹膏治疗慢性湿疹的中医外治疗法。本研究中，我们发现了黛柏湿疹膏联合封包疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证患者时，治疗侧组患者的 EASI 总评分显著下降，结果优于对照侧组，提示黛柏湿疹膏联合封包疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证的疗效较好。

黛柏湿疹膏的成分是青黛、黄柏、黄连、苦参、石膏、徐长卿及冰片。黛柏湿疹膏以青黛、黄柏和徐长卿为君药，主要起燥湿止痒的功效，臣药为石膏，具有泻火清热、收涩生肌的功效，黄连、苦参为佐药，具有清热利湿的功效，使药为冰片，具有芳香透表的功效，诸药共凑外用治疗慢性湿疹具有清热燥湿、生肌止痒的功效。黛柏湿疹膏同时也是以凡士林做成软膏剂，再配合封包疗法，保湿润泽以治“燥”，达到促进肌肤润泽润养、修复皮肤屏障的功效，有效改善慢性湿疹局部的干燥脱屑及苔藓样变的表现。

现代药理学研究表明，青黛主要成分是靛玉红及靛蓝，尚含靛黄、靛棕、鞣酸、蛋白质、 β -谷甾醇及大量无机盐等。具有抗肿瘤、抑制白细胞功能的功能。成分中起到抗真菌作用的是色胺酮，色胺酮对很多包括羊毛状小孢子菌、断发癣菌在内的 7 种真菌具有很强的抑制作用[10]。靛玉红有抑制干扰素- γ 活性和抑制白细胞介素(IL)-1 β 、IL-6 的促炎症细胞因子释放的作用，可用于治疗多种炎症性疾病。黄柏的主要化学成分为黄酮类和生物碱类，而生物碱类内含有小檗碱、药根碱、木兰花碱、黄柏碱、掌叶防等[11]。皮肤病治疗上主要取其抗过敏、抗氧化、抗菌作用。现代有研究显示，黄柏生物碱能有效调节 IFN- γ 、IL-4 水平的紊乱，使 Th1 与 Th2 达到相对平衡且稳定的状态[12]。黄连中含多种生物碱，例如小檗碱、黄连碱、甲基黄连碱等[13]。具有较强的抗菌、抗病毒、抗炎，抗氧化等作用[14]。石膏的主要成分为含水硫酸钙、硫化物、微量元素钛等。具有解热、镇痛、抗炎等作用[13]。现代研究发现，石膏可以通过促进成纤维细胞和毛细血管的增殖，使肉芽组织形成速度加快，最终起到促进伤口愈合的作用[15]。苦参的主要成分有苦参碱、氧化苦参碱、槐果碱、氧化槐果碱等。具有抗菌、抗感染、抗病毒、抗肿瘤等作用[16]。徐长卿主要含丹皮酚、异丹皮酚、黄酮、多种苷元及少量生物碱等。具有抗菌、抗病毒抗炎镇痛、调节免疫功能、平滑肌等作用[17]。冰片的主要成分为右旋龙脑，尚含萹草烯、石竹烯等在内的多种倍半萜。具有抗菌、抗炎镇痛等作用[18]。大量研究表明，冰片能透皮吸收，同时还能促进其他药物的透皮过程[19]。

6. 总结

本研究说明了黛柏湿疹膏联合封包疗法治疗慢性湿疹脾虚血燥证患者时，在改善皮损严重程度、皮损面积上均有明显效果。证明其临床疗效较好。同时本研究还存在样本量少、无法采用双盲试验的问题。我们在今后的试验中应增加样本量，采用双盲试验，希望能够更好地指导临床。

参考文献

- [1] 路雪艳, 李邻峰, 尤艳明. 丽水市社区人群皮肤病流行病学调查及风险因素分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2008, 24(9): 692-694.

- [2] 张晓红. 湿疹病因病机及其临床研究[J]. 中国现代医学杂志, 2011, 7(2): 8-10.
- [3] 王建国. 养血消风饮治疗血虚风燥证慢性湿疹的临床观察及对 IL-2、IL-4、IL-10、IFN- γ 、IgE、LTB4 水平的影响[D]: [博士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2012.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 725-731.
- [5] 陈达灿, 范瑞强. 皮肤性病科专病中医临床诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 63-64.
- [6] 全军中医药学会皮肤病专业委员会. 湿疹皮炎中西医结合诊疗共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2009, 8(5): 327-328.
- [7] Hanifin, J.M., Thurston, M., Omoto, M., *et al.* (2001) The Eczema Area and Severity Index (EASI): Assessment of Reliability in Atopic Dermatitis. *Experimental Dermatology*, **10**, 11-18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0625.2001.100102.x>
- [8] Stnder, S., Augustin, M., Reich, A., *et al.* (2013) Pruritus Assessment in Clinical Trials: Consensus Recommendations from the International Forum for the Study of Itch (IFSI) Special Interest Group Scoring Itch in Clinical Trials. *Acta Dermato-Venerologica*, **93**, 509-514. <https://doi.org/10.2340/00015555-1620>
- [9] 李晓睿, 李咏梅, 高尚璞, 等. 青黛膏联合加热封包疗法治疗斑块型银屑病[J]. 吉林中医药, 2018, 38(11): 1295-1298.
- [10] 张群, 邹爱东, 阚玉梅. 青黛的临床应用与不良反应[J]. 实用药物与临床, 2004(3): 45-47.
- [11] 张毅, 张敏, 黄宁静. 外用青黛治疗桥本甲状腺炎疗效及其对甲状腺自身免疫性抗体的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(11): 24-27.
- [12] 陈韩英, 刘丽梅, 许剑琴, 等. 四种黄柏生物碱对热应激后小鼠脾淋巴细胞体外增殖以及 IFN- γ 和 IL-4 水平的影响[J]. 中国兽医科学, 2007, 37(7): 602-605.
- [13] 杨柳, 张义生, 徐惠芳, 等. 矿物类中药石膏清热作用研究进展[J]. 中国药师, 2016, 19(10): 1943-1945.
- [14] 邱艳萍. 黄连化学成分与药理作用研究进展[J]. 中医临床研究, 2018, 10(22): 141-143.
- [15] 李祥, 刘元芬, 项晓人, 等. 石膏炮制前后的生肌药效比较研究[J]. 中西医结合学报, 2006(6): 624-627.
- [16] 陈慧芝, 包海鹰, 诺敏, 等. 苦参的化学成分和药理作用及临床研究概况[J]. 人参研究, 2010, 22(3): 31-37.
- [17] 曾粤. 徐长卿的研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(11): 125-126.
- [18] 尚坤, 李敬文, 常美月, 等. 冰片化学成分及药理作用研究[J]. 吉林中医药, 2018, 38(1): 93-95.
- [19] 李东晓, 邓文龙. 冰片促透作用研究进展[J]. 中药药理与临床, 2007(1): 87-89+86.