

针刺联合紫云膏外敷治疗慢性湿疹的疗效观察及中医证素分布规律探讨

林煜芬¹, 郑凤娥¹, 苏志扬², 林华枝¹, 吴婉贞¹, 卢健敏¹

(1. 泉州医学高等专科学校, 泉州 362010; 2. 南安市洪濑中心卫生院, 南安 362300)

【摘要】 目的 观察针刺联合紫云膏外敷治疗慢性湿疹的临床疗效及患者中医证素分布规律特点。方法 将 108 例慢性湿疹患者随机分为针刺组、紫云膏组和综合组 3 组, 每组 36 例。针刺组采用针刺治疗, 紫云膏组采用紫云膏外敷皮损部位, 综合组采用针刺联合紫云膏外敷。观察 3 组治疗前后湿疹面积、湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分和视觉模拟量表(VAS)评分的变化, 并比较 3 组临床疗效; 同时研究慢性湿疹患者中医证素分布规律特点。**结果** 综合组总有效率为 91.7%, 优于针刺组的 77.8%和紫云膏组的 80.6% ($P < 0.05$); 针刺组和紫云膏组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。3 组治疗后 EASI 和 VAS 评分下降 ($P < 0.01$); 综合组 EASI 评分低于针刺组和紫云膏组 ($P < 0.05$); 针刺组和紫云膏组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 3 组治疗后 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。根据病例分析, 与慢性湿疹最为相关的病性证素依次排列为湿、阴虚、热、外风、燥等, 病位证素依次排列为肌肤、脾、肝、胃、肾。**结论** 针刺联合紫云膏外敷治疗慢性湿疹疗效确切, 可有效改善皮损面积和严重程度。

【关键词】 针刺疗法; 针药并用; 皮肤病, 湿疹; 皮炎, 特异性; 中医证素; 湿疹面积及严重程度指数评分

【中图分类号】 R246.7 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2022.11.1123

Observations on the Efficacy of Acupuncture plus External Application of Ziyun Ointment for Chronic Eczema and Exploration of the Regularities in the Distribution of its TCM Syndrome Elements LIN Yufen¹, ZHENG Feng'e¹, SU Zhiyang², LIN Huazhi¹, WU Wanzhen¹, LU Jianmin¹. 1.Quanzhou Medical College, Quanzhou 362010, China; 2.Nan'an Honglai Central Hospital, Nan'an 362300, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture plus external application of Ziyun ointment for chronic eczema and the characteristics of the regularities in the distribution of TCM syndrome elements in the patients.

Method One hundred and eighty patients with chronic eczema were randomized to acupuncture, Ziyun ointment and combination groups, with 36 cases in each group. The acupuncture group received acupuncture; the Ziyun ointment group, external application of Ziyun ointment to skin lesion; the combination group, acupuncture plus external application of Ziyun ointment. The eczema area, the eczema area and severity index (EASI) score and the visual analog scale (VAS) score were observed in the three groups before and after treatment. The clinical therapeutic effects were compared between the three groups. Meanwhile, the characteristics of the regularities in the distribution of TCM syndrome elements were investigated in the patients with chronic eczema. **Result** The total efficacy rate was 91.7% in the combination group, which was higher than 77.8% in the acupuncture group and 80.6% in the Ziyun ointment group ($P < 0.05$) and had no statistically significant difference between the acupuncture and Ziyun ointment groups ($P > 0.05$).

基金项目:福建省教育厅中青年教师教育科研项目(JAT191469)

作者简介:林煜芬(1988—),女,讲师,主治医师,硕士,Email:307470790@qq.com

通信作者:卢健敏(1976—),女,副教授,硕士,Email:504858308@qq.com

After treatment, the EASI and VAS scores decreased in the three groups ($P < 0.01$), and the EASI score were lower in the combination group than in the acupuncture and *Ziyun* ointment groups ($P < 0.05$) and had no statistically significant difference between the acupuncture and *Ziyun* ointment groups ($P > 0.05$). After treatment, the VAS score had no statistically significant difference between the three groups ($P > 0.05$). According to case analysis, the order of disease-nature syndrome elements most related to chronic eczema was dampness, yin deficiency, heat, external wind and dryness and the order of disease-location syndrome elements was the skin, spleen, liver, stomach and kidney.

Conclusion Acupuncture plus external application of *Ziyun* ointment has a definite therapeutic effect on chronic eczema. It can effectively reduce the skin lesion area and severity.

[Key Words] Acupuncture therapy; Acupuncture medication combined; Skin diseases, eczematous; Dermatitis, atopic; TCM syndrome elements; Eczema area and severity index

慢性湿疹发生于各年龄段人群,在就诊皮肤科或美容科的门诊患者中,有20%~30%为慢性湿疹患者^[1]。慢性湿疹的临床症状常常表现为不同程度的皮肤红斑、丘疹、糜烂、鳞屑、苔藓化等皮损样改变,伴有剧烈痒感,且患病时间长、容易反复,对患者的身心健康、生活质量造成了很大影响^[2-3]。中医学精髓在于辨证论治,辨证错则论治错。目前认为慢性湿疹的主要病因病机与风、湿、热三者相关,同时与肝、脾、心、肺等脏腑功能相关,而辨证分型较多,各证候之间常有交错。中医治疗慢性湿疹经验丰富,疗效确切,包括中医内治法、溻渍法、涂擦法、坐浴法、熏蒸法、艾灸法、针刺法、放血疗法、刮痧法、推拿法等^[4]。笔者通过针刺联合紫云膏外敷治疗慢性湿疹,研究患者的临床疗效及其中医证素分布规律,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

研究对象来源于2019年6月至2020年2月在泉州医学高等专科学校附属人民医院和南安市洪濂中心卫生院就诊的慢性湿疹患者,总共108例,随机分为针刺组、紫云膏组和综合组3组,每组36例。3组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表1。

表1 3组一般资料比较

项目	针刺组 (36例)	紫云膏组 (36例)	综合组 (36例)
年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	28±9	30±8	30±8
性别(男/女,例)	16/20	17/19	18/18

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《皮肤性病学》^[5]及《中国临床皮肤病学》^[6]

确定西医诊断标准。病程≥6个月,反复发作,瘙痒≥6周;皮损呈现对称分布,常在手足、四肢屈侧或二阴周围等部位发作。

1.2.2 中医诊断标准

参照《针灸治疗》^[7]中标准,主要包含3个证型。发病急,伴身热、心烦口渴、便干尿少,舌红苔黄腻,脉滑数为湿热浸淫证;发病缓,皮损颜色潮红、瘙痒、糜烂、鳞屑,伴纳呆、倦怠、腹胀、泄泻,舌淡白胖嫩、齿痕、苔白腻,脉濡缓为脾虚湿蕴证;病程长,反复发作,皮损暗淡、苔藓样变、剧痒、抓痕或脱屑,伴头晕、无力、腰膝酸软,舌淡苔白,脉弦细为血虚风燥证。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄16~60岁;③病程≥6个月;④VAS评分≥4分;⑤治疗前2周内未使用与湿疹治疗相关的药物;⑥自愿填写知情同意书,并保证在治疗阶段不接受其他治疗。

1.4 排除标准

①妊娠、哺乳期、酗酒、接触毒品者;②伴有心脑血管、肝脏、肾脏、肺脏等严重原发性疾病者,糖尿病和精神病者;③湿疹皮损严重感染者;④容易过敏或者代谢障碍者。

1.5 脱落标准

①发生不良反应或者病情加重而不宜继续接受治疗者;②因个人主观原因而不再继续接受治疗者;③治疗期间违反试验方案者。

2 治疗方法

2.1 针刺组

主穴取阿是穴(皮损部位)、合谷、曲池、血海、足三里、阴陵泉、三阴交和太冲;湿热浸淫证加肺俞、

脾俞和水道;脾虚湿蕴加脾俞、太白和胃俞;血虚风燥加肝俞、膈俞和血海;剧痒伴失眠者加风池、安眠、神门和百会。针刺穴位依次为合谷、曲池、血海、足三里、阴陵泉、三阴交和太冲,阿是穴予以围刺治疗。取穴标准按照《经络与腧穴》^[8]的腧穴定位标准,采用 0.25 mm×13 mm、0.30 mm×25 mm、0.30 mm×40 mm、0.30 mm×50 mm 一次性不锈钢针灸针进行针刺,施平补平泻法,每次留针 30 min。

2.2 紫云膏组

根据皮损部位大小外敷紫云膏。紫云膏组方为胡麻油 1 000 g,当归、紫草根各 100 g,黄蜡 380 g,豚脂 25 g。

2.3 综合组

采用针刺联合外敷紫云膏。针刺方法同针刺组,外敷紫云膏方法同紫云膏组。

隔日治疗 1 次,10 次为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程,疗程间隔 2 d。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 湿疹面积及严重程度指数(eczema area and severity index, EASI)评分

皮损面积,分 4 个部位(头颈部 10%、上肢部 30%、躯干部 20%、下肢部 40%),皮损面积按照患者手掌(五指并拢)来计分,单个手掌面积=体表面积的 1%,换算成所占据这个部位的比例计分。总共 0~6 分,皮损面积 0 为 0 分,皮损面积小于 10%为 1 分,皮损面积 10%~29%为 2 分,皮损面积 30%~49%为 3 分,皮损面积 50%~69%为 4 分,皮损面积 70%~89%为 5 分,皮损面积 90%~100%为 6 分。评价皮损严重程度分 4 种皮损形态,即红斑(E)、水肿/浸润/丘疹(I)、表皮剥脱/糜烂(Ex)、苔藓化(L),每 1 种皮损情况根据轻、中、重度进行评分,无皮损为 0 分,轻度为 1 分,中度为 2 分,重度为 3 分。EASI 评分=头颈评分+上肢评分+躯干评分+下肢评分,其中头颈评分=头颈面皮损严重程度分×头颈面皮损面积×系数 0.1,上肢评分=上肢面皮损严重程度分×上肢面皮损面积×系数 0.2,躯干评分=躯干面皮损严重程度分×躯干面皮损面积×系数 0.3,下肢评分=下肢面皮损严重程度分×下肢面皮损面积×系数 0.5。

3.1.2 瘙痒程度评分

采用视觉模拟量表(visual analog scale, VAS)对瘙痒主观症状进行评价。本课题采用画一条横线于白纸上,上面分刻度,依次标记 0~10 分,0 代表无瘙痒感,10 代表难以忍受的剧烈瘙痒感。患者根据自己的情况在横线上面相应的数值做记号,该数值则代表患者的 VSA 评分。

3.1.3 中医证素辨证数据

参照《中医主症鉴别诊断学》^[9]的内容,运用证素体质辨识系统下的四诊采集表,根据望闻问切四诊收集患者信息,对其复杂证候进行分解,最终确定病位证素及病性证素。

3.2 疗效标准

参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]中“中药新药治疗湿疹的临床研究指导原则”进行疗效判定。根据患者治疗前、后总积分对慢性湿疹的临床疗效进行评价,总积分包括 EASI 评分、瘙痒程度评分。疗效指数=[(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分]×100%。

痊愈:疗效指数≥95%。

显效:疗效指数为 71%~94%。

有效:疗效指数为 51%~70%。

无效:疗效指数≤50%。

总有效率=[(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 SPSS19.0 统计学软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,多组比较采用单因素方差分析,治疗前后比较采用 *t* 检验;计数资料比较采用卡方检验;等级资料比较采用非参数检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3 组治疗前后 EASI 评分比较

3 组治疗前后 EASI 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后 EASI 评分降低($P<0.01$);综合组低于针刺组和紫云膏组($P<0.05$);针刺组和紫云膏组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。详见表 2。

3.4.2 3 组治疗前后 VAS 评分比较

3 组治疗前和治疗后 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。3 组治疗后 VAS 评分降低($P<0.01$)。详见表 3。

表2 3组治疗前后 EASI 评分比较 (x̄ ± s, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
针刺组	36	14.43 ± 4.12	6.13 ± 2.76 ¹⁾²⁾
紫云膏组	36	14.90 ± 5.03	6.02 ± 2.67 ¹⁾²⁾
综合组	36	16.14 ± 6.57	4.17 ± 2.66 ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾P<0.01;与综合组比较²⁾P<0.05。

表3 3组治疗前后 VAS 评分比较 (x̄ ± s, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
针刺组	36	7.31 ± 0.71	3.33 ± 0.72 ¹⁾
紫云膏组	36	7.39 ± 0.80	3.11 ± 0.71 ¹⁾
综合组	36	7.47 ± 0.70	2.97 ± 0.81 ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾P<0.01。

3.4.3 慢性湿疹患者中医证素分布规律情况

根据病例的中医证素数据分析,提取证素 20 种,其中病性证素 15 种、病位证素 5 种。与慢性湿疹最为相关的病性证素依次排列为湿、阴虚、热、外风、燥、痰、血虚、阳虚、气滞、气虚、血热、阳亢、津亏、血瘀、心神,病位证素依次排列为肌肤、脾、肝、胃、肾。详见表 4。

3.4.4 3组临床疗效比较

针刺组总有效率为 77.8%,紫云膏组总有效率为 80.6%,综合组总有效率为 91.7%,3 组比较差异有统计学意义(P<0.01);综合组优于针刺组和紫云膏组(P<0.05);针刺组和紫云膏组比较,差异无统计学意义

表5 3组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
针刺组	36	0(0.0)	6(16.7)	22(61.1)	8(22.2)	77.8 ¹⁾
紫云膏组	36	0(0.0)	7(19.4)	22(61.2)	7(19.4)	80.6 ¹⁾
综合组	36	2(5.6)	13(36.1)	18(50.0)	3(8.3)	91.7

注:与综合组比较¹⁾P<0.05。

4 讨论

根据中医证素数据,可以看出与慢性湿疹关系密切的有湿、阴虚、热、外风、燥这 5 种病性,以及肌肤、脾、肝、胃、肾这 5 种病位。在病性因素中,湿邪所占比例最高,阴虚次之,可见湿邪是慢性湿疹发病的主要因素,而阴虚常常被人们所忽略;同时在病位因素中,肌肤所占比例最高,脾次之,与卢博^[11]基于文献对湿疹的证素特点研究相似,但是略有差别,因本研究针对的是慢性湿疹,谈及阴虚则多出现在湿疹日久时。分析原因为,闽南地区多湿热,加之现代人饮食不节,常食辣贪凉,易致脾虚,脾虚则生湿,浸淫肌肤,发为湿疹;同

(P>0.05)。详见表 5。

表4 慢性湿疹患者中医证素分布规律情况 [例(%)]

类别	证素	频数(频率)
病性证素(15种)	湿	68(63.0)
	阴虚	57(52.8)
	热	47(43.5)
	外风	44(40.7)
	燥	40(37.0)
	痰	38(35.2)
	血虚	33(30.6)
	阳虚	30(27.8)
	气滞	25(23.2)
	气虚	23(21.3)
	血热	19(17.6)
	阳亢	11(10.2)
	津亏	10(9.3)
	血瘀	7(6.5)
	心神	6(5.6)
病位证素(5种)	肌肤	107(99.1)
	脾	47(43.5)
	肝	37(34.3)
	胃	20(18.5)
	肾	16(14.8)

时由于湿热郁积,久病伤阴,生风生燥,正虚邪恋,最终脾胃受损,湿邪留滞肌肤,腠理失调,玄府郁闭,津行不畅,肌肤失养^[12],从而出现湿疹各种皮损症状反复不愈的情况;再因本病病程较长、容易反复,所以患者容易出现不同程度情志不遂的表现,影响肝之疏泄功能;最后病久及肾,肾阳不足,气化无力,因此在慢性湿疹的治疗上应考虑脾胃湿热、肝郁、脾肾亏虚、阴虚风燥等因素,而临床诊疗时应以健脾祛湿为主,再根据患者的证候情况兼以滋阴清热,祛风止痒,调补肝肾、理气和胃等。

许多临床研究指出针刺具有调节神经系统、抗炎

镇静的作用,同时可以促进慢性湿疹皮损消退、改善瘙痒,疗效比西医常规疗法更佳^[13-16]。对针刺治疗湿疹的选穴规律进行了探讨,文献研究中指出首选皮损局部针刺疗效明显^[17]。正所谓气血不和,经络瘀滞,百病乃生,临床上对于阿是穴(湿疹皮损部位)进行针刺,即针至病所,起到了针刺的近治作用,加强经络系统联系,行气活血通络、祛瘀止痛生新,从而调节脏腑功能,改善皮损^[18]。针刺治疗湿疹的选穴众多,在许多文献研究及临床治疗研究中,指出针刺治疗湿疹常选用合谷、血海、阴陵泉、曲池、足三里和三阴交 6 个腧穴^[19-22],还可以选用五输穴的合穴进行治疗,其中曲池、足三里和阴陵泉依次为手阳明大肠经、足阳明胃经、足太阴脾经合穴,合穴针感强、易使之气至病所,擅长调节脏腑功能^[19]。在中医理论研究中,曲池清热消肿,祛风止痒,血海健脾和血,两者共行“治风先治血”之效;阴陵泉运脾化湿,清肌肤湿热;三阴交调肝理脾补肾;太冲调节情志,理气活血祛瘀;合谷疏风解表,外达郁热;足三里健脾和胃,理气养血,培土生金,促进皮损康复。在现代研究中,合谷可以抗炎,抗过敏,抗休克,曲池可以调节血液循环及内分泌,抑制局部炎症,足三里和三阴交可以提高免疫,阴陵泉可以调节大脑皮质功能,血海可以调节垂体-性腺功能^[20]。综合考虑,本研究选取阿是穴(皮损部位)、合谷、曲池、血海、足三里、阴陵泉、三阴交和太冲为主穴进行针刺,其中阿是穴(皮损部位)予以围刺,共同治疗慢性湿疹。

在治疗湿疹这类皮肤病的研究中,中药外治法直接作用于皮损部位,达到迅速缓解症状,起到治“标”的作用,临床上广泛应用^[23-26]。在古往今来的名老中医手中均有许多经验方药,经过多年临床验证,传承至今。紫云膏出自明代陈实功《外科正宗·白秃疮门》,原名润肌膏,后来华冈青洲改良组成(加入豚脂)及加工法,更名为紫云膏,载于《春林轩膏方便览》。本课题采用华冈青洲的紫云膏处方,方中紫草的功效是清热凉血,活血解毒,透疹,其紫草素可通过抑制湿疹皮损组织中 P 物质(SP)、神经激肽 1 受体(NK-1R)和细胞间黏附分子(ICAM-1)表达,抑制肥大细胞脱颗粒,缓解湿疹炎症性损伤症状^[27-28]。方中当归具有滋阴养血活血,增强免疫,促进伤口愈合的作用^[29-30],有研究采用以当归为君药的归芍润燥洗剂治疗慢性湿疹,取得了良好疗效^[31]。经过多年的临床应用及研究,紫云膏具有抗炎抑菌,促进肉芽组织生长,促进组织修复,促进伤口愈合

的作用,适用于皮肤红斑、手足皮肤脱皮症、痒疮、白屑风、白斑秃疮、皮肤瘙痒等症的治疗^[32-33]。因此本研究采用针刺疗法和(或)紫云膏外敷治疗慢性湿疹。

研究发现 3 组治疗后的 EASI 评分和 VAS 评分均降低,且综合组的 EASI 评分低于其他两组,因此可以得出针刺治疗、紫云膏外敷治疗慢性湿疹均取得了良好的疗效,而两者联合使用疗效更佳,综合治疗方案最优;3 组治疗后 VAS 评分比较无统计学意义,表明对于瘙痒症状的缓解效果差异并不明显。研究结果表明,针刺联合紫云膏外敷治疗慢性湿疹疗效确切,可有效改善皮损面积和严重程度。针刺疗法安全,紫云膏涂擦方便,易被患者接受。本研究例数较少,未观察远期疗效,未谈及作用机制,而且 EASI 和瘙痒 VAS 评分均为个人主观评分,缺乏更严格的评判标准,因此在今后研究中应加以完善。

参考文献

- [1] 何黎. 美容皮肤科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2017:236-237.
- [2] POLITIEK K, OFENLOCH R F, ANGELINO M J, *et al.* Quality of life, treatment satisfaction, and adherence to treatment in patients with vesicular hand eczema: a cross-sectional study[J]. *Contact Dermatitis*, 2020, 82(4):201-210.
- [3] PAULSEN E, ANDERSEN F, VESTERGAARD L, *et al.* Screening for gold sensitization in consecutive eczema patients: prevalence, relevance, and sources of exposure[J]. *Dermatitis*, 2019, 30(3):222-226.
- [4] 黄关秀. 基于经络皮部理论的刺络拔罐疗法治疗慢性湿疹的临床疗效观察[D]. 成都:成都中医药大学, 2020.
- [5] 张学军, 涂平. 皮肤性病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2015:109-111.
- [6] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科技出版社, 2013:604-607.
- [7] 刘宝林. 针灸治疗[M]. 北京:人民卫生出版社, 2017:190.
- [8] 王德敬. 经络与腧穴[M]. 北京:人民卫生出版社, 2021:64-279.
- [9] 朱文锋. 中医主症鉴别诊断学[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 2000:316-331.

- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 295, 298-299.
- [11] 卢博. 基于文献对湿疹的证素特点及其中医用药规律的研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2021.
- [12] 毛钟莹, 柴铁劬. 基于玄府理论探析辛润法在慢性湿疹治疗中的运用[J]. 环球中医药, 2021, 14(6): 1123-1125.
- [13] 齐紫轩, 卢益萍. 针灸疗法治疗慢性湿疹疗效随机对照试验的系统评价[J]. 江西中医药, 2019, 50(4): 60-63.
- [14] 许慧瑄. 针刺治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹临床疗效研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [15] 江晓梅, 谢万著, 黄少君, 等. 脐内环穴针刺联合药线灸治疗慢性湿疹的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2022, 41(4): 372-375.
- [16] 徐佳, 谢倩. 针刺加穴位放血对湿疹患者 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(4): 390-392.
- [17] 梁文瀚. 近 20 年针刺治疗成人慢性湿疹规律文献研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.
- [18] 唐杰, 李小军, 赵吉平. 透刺法治疗慢性局限性湿疹疗效观察[J]. 上海针灸志, 2019, 38(5): 540-544.
- [19] 杨超. 基于文献分析的针灸治疗湿疹的取穴及刺灸方法规律探讨[D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.
- [20] 赵琳. 针刺结合刺络放血治疗慢性湿疹的临床观察[J]. 沈阳医学院报, 2016, 18(2): 80-81.
- [21] 林毓秀. 近 10 年针灸治疗湿疹文献研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.
- [22] 张春萍, 张议文. 针灸治疗湿疹取穴规律的文献研究[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(7): 78-80.
- [23] 段继昌. 基于数据挖掘技术对名中医治疗湿疹医案的用药规律研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2021.
- [24] 蔺小霞, 陈朝晖, 卢威男, 等. 情志护理在苦参汤治疗慢性肛周湿疹中的应用及对不良反应的影响[J]. 河北医药, 2022, 44(9): 1427-1430.
- [25] 张梦鸽, 高玥璇, 谭萌, 等. 湿疹患者血清总 IgE 水平和外周血 EOS 计数与临床相关性研究[J]. 海南医学院学报, 2022, 28(13): 995-999.
- [26] 张梦鸽, 徐菁, 陈彦蓉, 等. 基于远期疗效优势的温阳健脾益肺固本方治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(10): 1342-1346, 1368.
- [27] 张凡, 王绉江, 景慧玲. 紫草的现代药理研究及皮肤科中的应用[J]. 中医药导报, 2020, 26(9): 168-172.
- [28] 王长华, 王鑫, 沈佚葳, 等. 紫草素对湿疹小鼠的治疗作用及机制研究[J]. 中国药师, 2021, 24(3): 456-461.
- [29] 王艳涛, 宋飞朋, 代红雨. 当归饮子口服联合亚甲蓝封闭治疗血虚风燥型肛周湿疹临床观察[J]. 北京中医药, 2022, 41(4): 444-446.
- [30] 贺乙, 范丽娜, 武亦阁, 等. 当归饮子对血虚风燥型皮炎-湿疹表皮通透屏障功能障碍调控机制研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(1): 16-20, 25.
- [31] 高双. 归芍润燥洗剂治疗手足慢性湿疹(血虚风燥证)临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2020.
- [32] 白崇智, 梁忠民. 神效紫云膏的临床运用[J]. 陕西中医函授, 1985, (1): 40-41.
- [33] 汤惠转. 紫云膏联合血管神经治疗仪治疗 Wagner1-3 级糖尿病足溃疡的疗效研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(93): 101-102, 105.

收稿日期 2022-04-11