

文章编号: 1005-0957 (2023) 03-0268-06

· 临床研究 ·

针刺、刺血疗法配合药物治疗慢性自发性荨麻疹疗效观察

李钰¹, 鄢德政¹, 王飞虎¹, 李悦¹, 王钊², 张红星^{1,2}

(1. 湖北中医药大学, 武汉 430065; 2. 湖北中医药大学附属武汉市中西医结合医院, 武汉 430022)

【摘要】 目的 观察针刺、刺血疗法配合徐长卿合剂治疗慢性自发性荨麻疹血虚风燥证的临床疗效及其对免疫球蛋白 E (immunoglobulin E, IgE)、嗜酸性粒细胞 (eosinophils, EOS) 水平的影响。方法 将 83 例慢性自发性荨麻疹血虚风燥证患者随机分为治疗组 (42 例) 和对照组 (41 例)。治疗组采用针刺、刺血疗法配合徐长卿合剂口服治疗, 对照组采用口服盐酸左西替利嗪片治疗。观察两组治疗前后 1 周荨麻疹活动度 (urticaria activity score over 7 days, UAS7)、皮肤病生活质量指数 (dermatology life quality index, DLQI)、荨麻疹控制程度测试 (urticaria control test, UCT) 评分、血清 IgE 水平、血 EOS 百分比及绝对值的变化情况, 并比较两组临床疗效。结果 两组治疗后 UAS7 各项评分、DLQI 评分及血清 IgE 水平均较同组治疗前显著下降, UCT 评分显著上升, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后 UAS7 各项评分、DLQI 评分、UCT 评分及血清 IgE 水平与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组治疗后血 EOS 百分比、绝对值组内及组间比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组总有效率为 95.0%, 明显高于对照组的 80.0% ($P < 0.05$)。结论 针刺、刺血疗法配合徐长卿合剂治疗慢性自发性荨麻疹血虚风燥证疗效确切, 能下调 IgE、EOS 水平, 改善患者生活质量及免疫状态。

【关键词】 针刺疗法; 放血疗法; 针药并用; 荨麻疹; 免疫球蛋白 E; 嗜酸性粒细胞; 血虚风燥

【中图分类号】 R246.7 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2022.13.0045

Observations on the efficacy of acupuncture and pricking bloodletting plus medicine for chronic spontaneous urticaria LI Yu¹, YAN Dezheng¹, WANG Feihu¹, LI Yue¹, WANG Chuan², ZHANG Hongxing^{1,2}. 1.Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan 430065, China; 2.Hubei University of Traditional Chinese Medicine Wuhan Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Wuhan 430022, China

[Abstract] Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture and pricking bloodletting therapy plus Xuchangqing mixture for chronic spontaneous urticaria with blood deficiency and wind dryness syndrome and its effect on immunoglobulin E (IgE) and eosinophil (EOS) levels. **Method** Eighty-three patients suffering from chronic spontaneous urticaria with blood deficiency and wind dryness syndrome were randomized to a treatment group (42 cases) and a control group (41 cases). The treatment group received acupuncture and pricking bloodletting therapy plus oral administration of Xuchangqing mixture and the control group, oral administration of levocetirizine hydrochloride pills. The urticaria activity score over 7 days (UAS7) score, the dermatology life quality index (DLQI) score, the urticaria control test (UCT) score, serum IgE levels, and blood EOS percentage and absolute value were observed in the two groups one week before and after treatment. The clinical therapeutic effects were compared between the two groups. **Result** The UAS7 item scores, the DLQI score and serum IgE levels decreased significantly and UCT score increased significantly in the two groups after treatment compared with before, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Post-treatment UAS7 item scores, DLQI score, UCT score and IgE levels had statistically significant differences

基金项目: 十三五国家重点研发计划项目 (2017YFC1703605)

作者简介: 李钰 (1996—), 女, 2020 级硕士生, Email: 2369181470@qq.com

通信作者: 张红星 (1971—), 男, 教授, 博士生导师, Email: zhxzj99@aliyun.com

between the treatment and control groups ($P < 0.05$). In the two groups, post-treatment within-group and between-group comparisons of blood EOS percentages and absolute values showed no statistically significant differences ($P > 0.05$). The total efficacy rate was 95.0% in the treatment group, which was significantly higher than 80.0% in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture and pricking bloodletting therapy plus Xuchangqing mixture has a definite therapeutic effect on chronic spontaneous urticaria with blood deficiency and wind dryness syndrome. It can down-regulate IgE and EOS levels and improve the patients' quality of life and state of immunity.

[Key Words] Acupuncture therapy; Bloodletting therapy; Acupuncture medication combined; Urticaria; Immunoglobulin E; Eosinophil; Blood deficiency and wind dryness

荨麻疹是一种反复发作的变应性皮肤病,以风团和瘙痒为主要表现,伴(或不伴)血管水肿,每次风团 24 h 内可消退,反复 6 周以上为慢性荨麻疹(chronic urticaria, CU),根据有无明显诱因分为慢性诱导性荨麻疹和慢性自发性荨麻疹^[1]。慢性自发性荨麻疹(chronic spontaneous urticaria, CSU)常无特异性诱因,突然发病,发时不定,发无定处,多先有瘙痒,随后出现形态各异、大小不一的风团。现代医学认为荨麻疹的发生是由 I 型超敏反应引起,以组胺、细胞因子等为化学介质^[2]。在治疗上首选第二代 H₁ 受体拮抗剂或免疫抑制剂^[2],但临床治愈率低,易复发。部分患者因担心药物不良反应或追求更好的疗效,开始寻求系统的中医药治疗。中医学称 CSU 为“瘾疹”“风疹块”“瘾痧”,认为其病机为禀赋不耐、饮食不调、营卫气血等内因与风、湿等外邪侵袭相合所致^[3],病位在肌肤腠理,与肺、胃、大肠等脏腑有关,治疗时以祛风养血和营为原则指导遣方用药和针灸选穴^[4]。本研究观察针刺配合徐长卿合剂治疗 CSU 血虚风燥证的疗效及其对患者生活质量和血清免疫球蛋白 E (immunoglobulin E, IgE)、嗜酸性粒细胞 (eosinophils, EOS) 指标的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

83 例 CSU 血虚风燥证患者均为 2021 年 2—12 月武汉市中西医结合医院针灸科和皮肤科门诊患者,以查随机数字表法将患者随机分为治疗组(42 例)和对照组(41 例)。治疗组治疗期间因依从性差而剔除 2 例,对照组因患者病情加重需住院治疗而脱落 1 例,最终纳入统计共 80 例。两组性别、年龄及病程比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。详见表 1。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别/例		平均年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	平均病程/月 ($\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	40	16	24	43 ± 16	17.45 ± 11.90
对照组	40	18	22	41 ± 15	16.75 ± 12.26

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

依据《皮肤性病学》^[5]及《中国荨麻疹诊疗指南(2018 版)》^[6]对 CSU 的诊断,即风团、瘙痒伴(或不伴)血管性水肿反复发作,每次发作 24 h 内可消退,反复超过 6 周,且每周发作至少 2 次。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中医外科学》^[4]中相关诊断标准,皮肤突然出现水肿性斑块,瘙痒;斑块大小不等,形状不一,境界清楚,发无定处,瘙痒时隐时现,骤起骤退,反复发作,迁延不愈,病程在 6 周以上。血虚风燥证主症为风团瘙痒迁延不愈,反复发作,午后或夜间加剧;伴随症状有心烦易怒,手足心热;舌红少津,脉沉细。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄为 18~70 岁,性别不限;③肝肾功能正常,1 个月内未服用激素及免疫抑制剂类药物;④患者及家属知情治疗方案,自愿参加并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①急性荨麻疹及药物性、胆碱能性等荨麻疹或其他诱导性荨麻疹者;②意识不清而无法配合治疗和随访者;③合并严重心、肝、肾、脾等重要脏器原发性疾病者;④合并恶性肿瘤或其他消耗性疾病而易合并出血和感染者;⑤孕妇及哺乳期者;⑥晕针者。

1.5 剔除及脱落标准

①依从性差,不能按照研究时间流程和治疗方法完成治疗者;②自行接受超出规定范围内的其他治疗,

特别是对试验结果影响较大的联合用药者;③因病情加重需改变治疗方案者;④患者或家属申请退出者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 针刺、刺血疗法治疗

穴位取双侧曲池、血海、足三里、三阴交、合谷、膈俞和委中。患者先取仰卧位,穴位皮肤常规消毒后,采用 0.30 mm×40 mm 毫针刺曲池、血海、足三里、三阴交和合谷,要求垂直刺入皮肤 1 寸,得气后行平补平泻法,留针 30 min,其间每隔 10 min 捻转 1 次。出针后嘱咐患者休息 10 min,再取俯卧位,膈俞和委中局部皮肤消毒后,以三棱针点刺上述穴位,使每穴出血 3~5 滴,然后用碘伏消毒,并以无菌敷料覆盖。针刺治疗每周 3 次,点刺放血每周 2 次,共治疗 4 周。

2.1.2 药物治疗

口服徐长卿合剂(武汉市中西医结合医院自制药,鄂药制字 Z20111988)30 mL,每日 2 次,共治疗 4 周。

2.2 对照组

口服盐酸左西替利嗪片(苏州东瑞制药有限公司,国药准字 H20060333)5 mg,每日 1 次,共治疗 4 周。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 临床症状

参照《中国荨麻疹诊疗指南(2018 版)》^[6],分别记录两组治疗前后 1 周荨麻疹活动度(urticaria activity score over 7 days, UAS7)^[7]、皮肤病生活质量指数(dermatology life quality index, DLQI)^[8-9]和荨麻疹控制程度测试(urticaria control test, UCT)评分^[10-11],并以 UCT 评分评估治疗方案对荨麻疹症

状的控制程度及患者对接受的治疗方案的满意度^[12]。

3.1.2 实验室指标

两组治疗前后分别抽取早晨空腹静脉血 3 mL 两份,分别以全自动血液细胞分析仪和全自动生化分析仪检测 EOS 百分比、绝对值及血清总 IgE 水平。EOS 百分比参考区间为 0.4%~8.0%;EOS 绝对值参考区间为 $(20 \sim 520) \times 10^6 \cdot L^{-1}$;血清总 IgE 测定参考区间为 0.1~200.0 IU·mL⁻¹。

3.2 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[13]标准,根据 UAS7 评分计算疗效指数以进行疗效评价。疗效指数 = [(治疗前 UAS7 总分 - 治疗后 UAS7 总分) / 治疗前 UAS7 总分] × 100%。

痊愈:疗效指数 ≥ 90%。

显效:疗效指数 ≥ 60% 且 < 90%。

有效:疗效指数 ≥ 20% 且 < 60%。

无效:疗效指数 < 20%。

3.3 统计学方法

以 SPSS25.0 统计软件为数据分析工具。计量资料先进行 Shapiro-Wilk 检验,符合正态分布的以均数 ± 标准差表示,比较采用 *t* 检验;计数资料比较采用卡方检验。以 *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组治疗前后 UAS7 各项评分比较

由表 2 可见,两组治疗前 UAS7 各项评分(风团数量、瘙痒程度、总分)比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05)。两组治疗后 UAS7 各项评分均较同组治疗前显著下降,差异均具有统计学意义(*P* < 0.05)。治疗组治疗后 UAS7 各项评分均明显低于对照组,两组比较差异均具有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 2 两组治疗前后 UAS7 各项评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

单位:分

组别	例数	时间	风团数量	瘙痒程度	总分
治疗组	40	治疗前	14.40 ± 2.30	16.30 ± 2.94	30.55 ± 5.15
		治疗后	3.73 ± 2.89 ¹⁾²⁾	3.87 ± 3.12 ¹⁾²⁾	7.60 ± 5.99 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	13.95 ± 3.01	14.95 ± 2.91	28.90 ± 5.73
		治疗后	5.87 ± 3.61 ¹⁾	6.07 ± 3.68 ¹⁾	11.95 ± 7.27 ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾*P* < 0.05;与对照组比较²⁾*P* < 0.05。

3.4.2 两组治疗前后 DLQI 和 UCT 评分比较

由表 3 可见,两组治疗前 DLQI 和 UCT 评分比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05)。两组治疗后 DLQI 评

分均较治疗前显著下降,UCT 评分均显著上升,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。治疗组治疗后 DLQI 和 UCT 评分与对照组比较,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 3 两组治疗前后 DLQI 和 UCT 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

		单位:分		
组别	例数	时间	DLQI 评分	UCT 评分
治疗组	40	治疗前	9.80±3.07	4.30±1.92
		治疗后	2.35±1.76 ¹⁾²⁾	12.40±1.71 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	9.25±3.36	4.45±1.77
		治疗后	3.75±2.35 ¹⁾	10.75±2.81 ¹⁾

注:与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

表 4 两组治疗前后血清 IgE 水平及血 EOS 绝对值、百分比比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IgE/(IU·mL ⁻¹)	EOS 绝对值(10 ⁶)/(·L ⁻¹)	EOS 百分比(%)
治疗组	40	治疗前	154.53±49.61	141.00±85.33	2.70±1.46
		治疗后	84.53±30.13 ¹⁾²⁾	120.50±72.50	2.13±1.51
对照组	40	治疗前	153.09±48.34	140.00±83.00	2.68±1.88
		治疗后	106.47±34.87 ¹⁾	122.50±68.75	2.31±1.47

注:与同组治疗前比较 ¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较 ²⁾ $P<0.05$ 。

3.4.4 两组临床疗效比较

由表 5 可见,治疗组总有效率为 95.0%,明显高于对照组的 80.0%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 5 两组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	7	27	4	2	95.0 ¹⁾
对照组	40	2	23	7	8	80.0

注:与对照组比较 ¹⁾ $P<0.05$ 。

3.5 安全性评价

治疗组治疗期间出现皮下瘀血 1 例,在后续治疗中避开瘀血穴位,向患者解释并安抚情绪,未经其他特殊干预后自行消退;对照组治疗期间出现嗜睡 1 例,头晕疲乏 2 例,嘱患者改为夜间入睡前服药后得到缓解。

4 讨论

慢性自发性荨麻疹(CSU)在人群中的患病率为 0.5%~1.0%^[14],多数患者年龄为 30~50 岁,女性发病率明显高于男性。CSU 的发生一般不存在明显的诱发因素,对患者日常生活和工作有显著的负面影响^[2]。中医学在治疗慢性荨麻疹(CU)中表现出治疗方法多样、不良反应少、治疗费用低等优势,目前常用于治疗 CU 的中医学治疗方法为中药口服与中医外治疗法,包括针灸、刺络放血、耳针、穴位注射。

本研究依以祛风养血和营为治疗原则,选取双侧

3.4.3 两组治疗前后血清 IgE 水平及血 EOS 绝对值、百分比比较

由表 4 可见,两组治疗前血清 IgE 水平及血 EOS 绝对值、百分比比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗后血清 IgE 水平均较同组治疗前显著下降,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后血清 IgE 水平明显低于对照组,两组比较差异具有统计学意义($P<0.05$)。两组治疗后血 EOS 绝对值、百分比组内及组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

曲池、血海等针灸治疗 CU 的经验效穴和高频穴^[15-16],曲池、合谷分别为合穴及原穴,是手阳明经之经气汇合与脏腑原气输注之处,从经脉与脏腑之间的联系上看,手阳明大肠经上承手太阴肺经,且互为表里经,下接足阳明胃经,经脉之间气血流注,阳明多气多血,刺阳明,出血气;肺与大肠通过经脉的相互络属互为表里,肺在表,合皮毛,刺曲池与合谷能疏风解表,疏调大肠,清泄阳明积热,奏疏风解表、调和营卫之功。脾经所生之血聚集之血海穴,刺之促脾脏运化,化血为气,化气为血,奏化湿祛湿、健脾养血活血之功。三阴交通调足三阴经,奏健脾化湿、滋阴养血之功,结合神门安神助眠,能改善患者睡眠。足三里能疏调足阳明胃经,可健脾和胃,养气行血。膈俞为血会,委中又名“血郛”,与曲池、血海同用,共奏活血祛风、理血和营之效,从“风”与“血”论治之义^[17]。取曲池、足三里和委中三阳经之合穴,合荨麻疹病在皮肤腠理取阳经之合穴之义^[18]。杨继洲在《针灸大成·八脉图并治症穴·带脉》^[19]中记载血海、委中、曲池等穴相伍可治“浮风,浑身瘙痒”。膈俞与委中选用点刺放血能活血祛瘀,调和气血,取“菀陈则除之,去血脉也”之义^[20]。

徐长卿合剂是武汉市中西医结合医院基于中医学基础理论与中医名老专家临床经验研制的医院自制中药溶液型合剂,由徐长卿单味药经浸出、净化、浓缩、分装、灭菌等工艺制备^[21],具有免煎煮、药物浓度高、便于携带和贮存等优点^[22]。徐长卿性味辛温,归肝、胃

经,以干燥根和根茎入药,来源于萝藦科植物徐长卿,具有祛风除湿、止痛、止痒的功效,可单用或配伍苦参、黄柏等药物内服及外洗治疗风疹、瘙痒不止^[23],在《神农本草经》中被列为上品^[24]。现代药理研究发现徐长卿的主要化学成分包括丹皮酚、异丹皮酚、 β -谷甾醇、徐长卿苷等,并证实其药理作用有抗炎抗菌、镇静镇痛、抗变态反应等^[25]。徐长卿作用于免疫器官和免疫细胞、拮抗炎症介质以及影响炎症介质的代谢等多方面,从整体上改善系统状态以抗变态反应,从而达到改善荨麻疹、瘙痒症等过敏性皮肤疾病的效果^[26-27]。

现代医学认为 CSU 与人体自身免疫相关,由皮肤肥大细胞驱使,组胺是荨麻疹的主要媒介,血清 IgE 作为介导 I 型变态反应的主要抗体,针对高亲和力 IgE 受体的功能性自身抗体或自身抗原的 IgE 自身抗体介导自身免疫被认为可能是导致 CU 的原因之一^[1,28]。在临床和研究中,评估血清总 IgE 对疾病诊断、预测疾病过程和治疗的反应具有指导意义^[28]。在病原学上,肥大细胞和嗜碱性粒细胞、EOS 的激活可能是 CU 患者免疫系统失调、炎症级联反应激活和外源性凝血途径共同作用的结果,共同参与荨麻疹的发生^[26]。肥大细胞和嗜碱性粒细胞均表达高强度 IgE 受体并释放预形成的组胺,从外周血中积极招募嗜碱性粒细胞进入病变皮肤可能是风团发生的重要原因^[29]。而 EOS 可能从 3 个方面加重荨麻疹^[30],首先,EOS 来源的干细胞因子促进组织中肥大细胞的招募和局部成熟;其次,EOS 蛋白可诱导肥大细胞脱颗粒;第三,活化的 EOS 可表达导致凝血酶形成的凝血级联的主要启动因子——组织因子^[31-32],EOS 浸润引起损伤性皮肤组织水肿。有研究^[33-34]表明,CU 患者血液中 IgE、EOS 含量均高于正常人,且两者均与变态性疾病密切相关,对 CU 的研究具有参考意义。另选取 USA7 评分和 UCT 评分评估荨麻疹控制情况,选取 DLQI 评估患者治疗前后生活质量变化,以期能从临床症状和实验室指标两方面来观察针刺、刺血疗法配合徐长卿合剂治疗 CSU 的疗效。

本研究以针刺、刺血疗法配合徐长卿合剂治疗 CSU,在辨证的基础上针药并用,发挥针灸与中药的协同作用,针刺穴位可疏通经络,引药归经,减轻中药的不良反应,中药辅以针灸祛邪和营,能有效缓解风团活动和皮肤瘙痒的症状,对荨麻疹症状控制较好,能有效改善患者因 CSU 困扰的生活质量,降低患者血液中 EOS、IgE 水平,调节患者免疫状态。外周全血中 EOS

百分比及绝对值经治疗后均有所下降,但与治疗前相比差异不甚明显,考虑与 3 个原因相关,一是接受观察的患者数量较少;二是接受观察的患者病情相对稳定,且两组患者基线期的外周全血中 EOS 百分比及绝对值均在正常值范围内;三是治疗和随访时间有限,未能观察患者长期的症状和实验室指标变化情况。另一方面,观察患者数量少和随访周期短正是本研究的局限所在,而 USA7 评分仅包括风团数量和瘙痒程度的评价,缺少对风团大小、发作频率、持续时间的观察,也是本研究可改进之处^[35]。在未来针灸治疗 CSU 的研究可考虑加大观察样本量、延长观察周期、严格执行随机对照试验盲法,进一步探索评估 CU 疗效的更客观、更具有特异性的评价指标^[36]。

综上所述,针刺、刺血疗法配合徐长卿合剂治疗 CSU 血虚风燥证疗效确切,能下调患者血液中 EOS、IgE 水平,从而有效调节患者免疫状态,改善其临床症状和生活质量,是一种安全可行的治疗方法。

参考文献

- [1] ZUBERBIER T, ABERER W, ASERO R, *et al.* The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria[J]. *Allergy*, 2018, 73(7):1393-1414.
- [2] BERNSTEIN J A, LANG D M, KHAN D A, *et al.* The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2014, 133(5):1270-1277.
- [3] 王丽,王莒生.从卫气血管辨证治疗慢性荨麻疹[J].*中国中医药信息杂志*, 2014, 21(4):103-104.
- [4] 陈红风.中医外科学[M].北京:中国中医药出版社, 2016:179-182.
- [5] 郑捷,张学军.皮肤性病学[M].9版.北京:人民卫生出版社, 2018:112-115.
- [6] 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心.中国荨麻疹诊疗指南(2018版)[J].*中华皮肤科杂志*, 2019, 52(1):1-5.
- [7] HAWRO T, OHANYAN T, SCHOEPEKE N, *et al.* The urticaria activity score-validity, reliability, and responsiveness[J]. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2018, 6(4):1185-1190.
- [8] FINLAY A Y, KHAN G K. Dermatology life quality

- index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use[J]. *Clin Exp Dermatol*, 1994, 19(3):210-216.
- [9] 王晓玲,袁玲玲,赵天恩. 皮肤病生活质量指数的研究进展[J]. 国外医学(皮肤性病学分册), 2004, 30(2):85-87.
- [10] WELLER K, GROFFIK A, CHURCH M K, *et al.* Development and validation of the urticaria control test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2014, 133(5):1365-1372, 1372.
- [11] 于淼,陈玉迪,刘擘,等. 中文版荨麻疹控制评分量表及信效度验证[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(7):533-538.
- [12] RÖNSCH H, BERNDT K, BAUER A. Treatment satisfaction in chronic urticaria during guideline-based therapy[J]. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2021, 19(6):833-840.
- [13] 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, 2002:126-128.
- [14] SÁNCHEZ J, AMAYA E, ACEVEDO A, *et al.* Prevalence of inducible urticaria in patients with chronic spontaneous urticaria: associated risk factors[J]. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2017, 5(2):464-470.
- [15] 梁玉丹,陈秀华,马碧茹. 《中华医典》针灸治疗荨麻疹的古代文献计量分析[J]. 国际中医中药杂志, 2019, 41(5):506-509.
- [16] 石云舟,周思远,黄辰,等. 针灸治疗慢性荨麻疹的文献计量学分析与评价[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(9):1065-1070.
- [17] 李中梓. 医宗必读[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:405-411.
- [18] 颜纯淳,孟丹,张学成,等. 《内经》《难经》合穴理论刍议[J]. 中国针灸, 2021, 41(8):928-932.
- [19] 杨继洲. 针灸大成[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:211-212.
- [20] 任廷革. 任应秋讲《黄帝内经》灵枢经[M]. 北京:中国中医药出版社, 2014:9.
- [21] 邓铁涛,李经纬. 中医大辞典[M]. 北京:人民卫生出版社, 1995:598.
- [22] 杨舟,詹琤,林巍. 中药合剂质量影响因素分析[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(16):125-126.
- [23] 周祯祥. 中药学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社, 2016:147.
- [24] 孙星衍,孙冯翼,曹瑛. 神农本草经[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2020:41.
- [25] 李葆林,杨梦婷,支雅婧,等. 徐长卿化学成分和药理作用的研究进展及质量标志物(Q-Marker)预测分析[J]. 中草药, 2021, 52(12):3725-3735.
- [26] 周国茂,沈琴,高进. 徐长卿抗变态反应作用的实验研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2004, 3(2):126-128.
- [27] 冯鑫,郑洋. 徐长卿抗过敏功效综述[J]. 山西中医, 2006, 22(1):45-46.
- [28] ALTRICHTER S, FOK J S, JIAO Q, *et al.* Total IgE as a marker for chronic spontaneous urticaria[J]. *Allergy Asthma Immunol Res*, 2021, 13(2):206-218.
- [29] 赵莹,张晓艳,苏文星,等. 嗜碱性粒细胞在慢性自发性荨麻疹发病及治疗预测中的作用[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2022, 36(2):139-142.
- [30] ALTRICHTER S, FRISCHBUTTER S, FOK J S, *et al.* The role of eosinophils in chronic spontaneous urticaria[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2020, 145(6):1510-1516.
- [31] YANASE Y, TAKAHAGI S, HIDE M, *et al.* Chronic spontaneous urticaria and the extrinsic coagulation system[J]. *Allergol Int*, 2018, 67(2):191-194.
- [32] 李洁,李红文. 慢性荨麻疹免疫学发病机制的研究进展[J]. 临床皮肤科杂志, 2020, 49(5):313-316.
- [33] 李宏初. 慢性荨麻疹患者免疫球蛋白、白细胞介素及 T 细胞亚群水平变化及临床意义[J]. 中国现代医药杂志, 2021, 23(12):61-63.
- [34] 尹悦,高闯,党宏,等. 慢性荨麻疹患者血清 IgE 和 IgE 受体及其自身抗体的表达及意义[J]. 中华检验医学杂志, 2020, 43(4):411-415.
- [35] 蔡娟,张欣,纪军. 针灸治疗慢性荨麻疹疗效评定方法探析[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(11):62-65.
- [36] 帅旷,王钊,金舒文,等. 针灸治疗慢性荨麻疹的研究特点分析[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(7):214-217.