



九味永安颗粒联合西替利嗪治疗湿疹湿热蕴肤证的临床疗效观察

孟园园，吴芸杨，陈婷如，顾秦五风，杨延龙

Clinical observation on Jiu-Wei-Yong-An granule combined with cetirizine in the treatment of eczema with damp-heat accumulation of skin syndrome

MENG Yuanyuan, WU Yunyang, CHEN Tingru, GU Qinwufeng, YANG Yanlong

在线阅读 View online: <http://yxsj.smmu.edu.cn/en/article/doi/10.12206/j.issn.2097-2024.202407045>

您可能感兴趣的其他文章

Articles you may be interested in

平喘方联合孟鲁司特钠治疗儿童支气管哮喘的临床疗效观察

Clinical curative effect of Pingchuan prescription combined with montelukast sodium on patients with bronchial asthma

药学实践与服务. 2024, 42(12): 524–527, 532 DOI: 10.12206/j.issn.2097-2024.202405035

七味脂肝方对非酒精性脂肪性肝炎动物模型的药效学评价

Pharmacodynamic effects of Qiwei Zhigan prescription on non-alcoholic steatohepatitis in animal model

药学实践与服务. 2024, 42(9): 389–398 DOI: 10.12206/j.issn.2097-2024.202404096

度拉糖肽联合二甲双胍对肥胖型2型糖尿病患者机体代谢、体脂成分及血清脂肪因子的影响

Effects of dulaglutide combined with metformin on body metabolism, body fat composition and serum adipokines in obese patients with type 2 diabetes mellitus

药学实践与服务. 2024, 42(7): 305–309 DOI: 10.12206/j.issn.2097-2024.202305032

基于网络药理学和分子对接技术研究金芪清疏颗粒治疗社区获得性肺炎的潜在机制

Study on the potential mechanism of JQQSG for the treatment of CAP based on network pharmacology and molecular docking technology

药学实践与服务. 2024, 42(11): 471–478 DOI: 10.12206/j.issn.2097-2024.202312014

消风止痒颗粒通过降低白三烯水平对小鼠特应性皮炎急性瘙痒的治疗作用研究

Therapeutic effect of Xiaofeng Zhiyang granules on acute itching in mice with atopic dermatitis by decreasing leukotriene

药学实践与服务. 2024, 42(5): 211–216 DOI: 10.12206/j.issn.2097-2024.202306031



关注微信公众号，获得更多资讯信息

· 药物与临床 ·

九味永安颗粒联合西替利嗪治疗湿疹湿热蕴肤证的临床疗效观察

孟园园^a, 吴芸杨^b, 陈婷如^a, 顾秦五风^a, 杨延龙^b (海军军医大学: a. 第一附属医院中医外科, b. 中医外科学教研室, 上海 200433)

[摘要] 目的 观察九味永安颗粒联合西替利嗪治疗湿疹湿热蕴肤证的临床疗效。方法 选取 2021 年 12 月至 2023 年 3 月在海军军医大学第一附属医院中医外科接受治疗的 108 例湿热蕴肤证湿疹患者, 并采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 54 例。两组患者基础治疗均予口服盐酸西替利嗪片, 观察组予九味永安颗粒, 对照组予九味永安颗粒安慰剂。观察比较两组治疗前后临床疗效, 包括中医证候积分、湿疹面积及严重度指数(EASI)、瘙痒程度评分(VAS), 以及不良反应等。结果 治疗后总有效率观察组(88.9%)高于对照组(77.8%), 差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗后, 观察组的中医证候积分、EASI 以及 VAS 均较对照组显著降低, 差异有统计学意义($P<0.05$); 两组不良反应总发生率无明显差异($P>0.05$)。结论 观察组九味永安颗粒联合西替利嗪片治疗湿疹湿热蕴肤证较对照组临床疗效显著, 不仅可以有效缓解患者病情、缩减皮损面积, 还能改善瘙痒症状, 安全有效, 具有临床推广价值。

[关键词] 湿疹; 湿热蕴肤证; 九味永安颗粒; 湿疹面积及严重度指数

[文章编号] 2097-2024(2025)06-0298-05

[DOI] [10.12206/j.issn.2097-2024.202407045](https://doi.org/10.12206/j.issn.2097-2024.202407045)

Clinical observation on Jiu-Wei-Yong-An granule combined with cetirizine in the treatment of eczema with damp-heat accumulation of skin syndrome

MENG Yuanyuan^a, WU Yunyang^b, CHEN Tingru^a, GU Qinwufeng^a, YANG Yanlong^b(a. Department of Surgery of Traditional Chinese Medicine, The First Affiliated Hospital, b. Teaching and Research office of Surgery of Traditional Chinese Medicine, Naval Medical University, Shanghai 200433, China)

[Abstract] **Objective** To observe the clinical effect of Jiu-Wei-Yong-An granule combined with cetirizine in the treatment of damp-heat accumulation syndrome of eczema. **Methods** 108 eczema patients with syndrome of damp-heat accumulated in the skin, treated in the Department of Traditional Chinese Surgery in the First Affiliated Hospital of Naval Medical University from December 2021 to March 2023, were selected. They were randomly divided into an observation group and a control group, 54 cases in each. Both groups took cetirizine tablets orally for basic treatment. The observation group was given Jiu-Wei-Yong-An granules, and the control group was given placebos of the same. The clinical efficacy before and after treatment in the two groups was observed and compared, including TCM syndrome scores, eczema area and severity index (EASI), visual analogue scale (VAS), and adverse reactions. **Results** After treatment, the total effective rate of the observation group (88.9%) was higher than that of the control group (77.8%), and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the TCM syndrome score, EASI and VAS in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P<0.05$), and the difference was statistically significant. There was no significant difference in the total rate of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The combination of Jiu-Wei-Yong-An granules and cetirizine tablets in the treatment of damp-heat eczema showed significantly better clinical outcomes in the observation group compared to the control. It effectively improved patient conditions, reduced skin lesion areas, and alleviated itching, with both safety and efficacy that merit clinical promotion.

[Key words] eczema; damp-heat accumulation; Jiu-Wei-Yong-An granules; eczema area and severity index

[基金项目] 海军军医大学第一附属医院“234 学科攀峰计划”临床学科创新项目(2020YXK027); 上海市 2023 年度“科技创新行动计划”医学创新研究专项项目(23Y31920303)

[作者简介] 孟园园, 硕士研究生, 医师, 研究方向: 中西医结合防治皮肤病, Tel: 13122399507, Email: student_myy@163.com

[通信作者] 杨延龙, 博士, 副主任医师, 硕士生导师, 研究方向: 中西医结合防治皮肤病, Email: yanlongyang@163.com

湿疹是一种常见的炎症性皮肤病, 呈慢性经过, 以皮肤干燥、慢性湿疹样皮损以及明显的瘙痒为主要表现, 约 97.4% 的患者有瘙痒症状^[1-3]。针对瘙痒症状, 临床常使用润肤剂、抗组胺药、抗炎药物等治疗, 短期疗效佳, 但长期反复使用所产生的不良反应影响患者的依从性^[4-5]。西替利嗪是治疗湿疹的一线药物, 具有良好的抗过敏及抗变态作

用。“九味永安汤”为海军军医大学第一附属医院中医科郑茂荣教授治疗湿疹的临床经验方,此方在改善湿疹导致的皮肤粗糙、脱屑以及瘙痒方面效果较好,可以促使病情稳定好转,并且前期动物实验结果与临床观察一致^[6-7]。为此,医院以传承创新名医经验方为主旨,开展为期3年的前瞻性单中心随机双盲临床研究,观察九味永安颗粒联合西替利嗪治疗湿疹湿热蕴肤证临床疗效和安全性,研究结果如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2021年12月至2023年3月在海军军医大学第一附属医院中医外科门诊就诊的湿热蕴肤证湿疹患者为研究对象,开展单中心、随机、对照、双盲的研究。观察组:男性28例,女性26例;年龄(39.43±12.22)岁;病程(7.06±3.87)年;发病部位在头颈者9例,上肢2例,躯干7例,下肢6例,2个及以上部位均有湿疹者30例。对照组:男性27例,女性27例;年龄(38.68±12.18)岁;病程(7.30±3.47)年;发病部位在头颈者6例,上肢1例,躯干4例,下肢7例,2个及以上部位均有湿疹者36例。两组受试者的一般资料,即性别、年龄、病程以及发病部位等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经海军军医大学第一附属医院伦理委员会允许(CHEC2022-117)。

1.2 诊断标准

参照《中国特应性皮炎诊疗指南(2020版)》中张建中提出的特应性皮炎诊断标准^[8]。

1.3 辨证标准

患者符合《湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016年)》中的湿热蕴肤证主症:湿疹反复发作,表现为水疱及渗出较少,皮损色暗红或色素沉着,剧痒,或皮损粗糙肥厚;可伴心烦,口渴,尿黄,便干,舌质红,苔黄腻,脉滑或滑数^[9]。

1.4 纳入标准

符合中西医诊断标准的湿疹患者,年龄范围在18~65周岁之间,患者对本次研究所使用的所有药物均无过敏反应,签署知情同意书。

1.5 排除标准

①有严重的原发疾病,如肝、肾和造血系统疾病;②精神病患者;③妊娠、哺乳期患者;④无法鉴定疗效或因资料缺失等影响疗效判断者。

1.6 剔除标准

①研究期间发现不符合纳入标准或符合排除

标准的患者;②治疗依从性差,包括纳入后总药量不足方案规定用药量的80%或超过方案规定量的120%的患者;③研究期间合并使用其他药物影响本研究疗效观察的患者;④不能按医嘱完成药物治疗疗程观察的患者。

1.7 治疗方法

1.7.1 治疗药物

盐酸西替利嗪片(规格:10 mg×20片/盒,每晚服用1片,国药准字:H20020250,成都利尔药业有限公司);九味永安颗粒(规格:11.7g/袋,成分:土茯苓30 g、地黄15 g、大青叶18 g、泽泻12 g、车前子15 g、山药30 g、绵萆薢15 g、连翘15 g、当归15 g等,海军军医大学附属第一附属医院监制,江阴天江药业有限公司);九味永安颗粒安慰剂(规格:11.7 g/袋,成分:安慰剂,海军军医大学附属第一附属医院监制,江阴天江药业有限公司);尿囊素维E乳膏[规格:20 g/支/盒,海制字(2022)F010005,海军军医大学第一附属医院]。

1.7.2 治疗方案

观察组:患者采用常规西医治疗,盐酸西替利嗪片(每晚1片)联合九味永安颗粒(2次/d,一次2袋),共治疗12周。并指导患者每日或隔日温水沐浴后立即足量多次使用尿囊素维E乳膏。

对照组:患者采用常规西医治疗,盐酸西替利嗪片(每晚1片)联合九味永安颗粒安慰剂(2次/d,一次2袋),共治疗12周。并指导患者每日或隔日温水沐浴后立即足量多次使用尿囊素维E乳膏。

1.8 观察指标

1.8.1 中医证候积分

治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》标准对患者红斑、皮疹渗出、苔藓化、脱屑、瘙痒、心烦、口干等症状进行评估,症状由轻到重,分别评0~3分。

1.8.2 湿疹面积及严重度指数

湿疹面积及严重度指数(EASI)的评分包括红斑(E)、丘疹(I)、鳞屑(Ex)、苔藓样变(L),根据症状由轻到重可评为0~3分。并结合人体的皮损面积进行计算,将皮损面积占各部位的面积比例计分0~6分,无皮疹为0分,<10%为1分,10%~19%为2分,依此类推,90%~100%为6分,其中,皮损面积以患者手掌为1%进行估算,若不足1个手掌面积的按半个计分单位计算;若皮损不成片,则合并计算。最终依据公式^[10]计算得分:头颈(E+I+Ex+L)×面积×0.1+上肢(E+I+Ex+L)×面积×0.2+躯干头颈(E+I+Ex+L)×面积×0.3+下肢(E+I+

$Ex+L) \times 面积 \times 0.4$ 。

1.8.3 瘙痒视觉模拟评分法

视觉模拟评分法(VAS)的瘙痒分值为0~10分,患者根据自身瘙痒情况进行评分,分值越高瘙痒程度越严重。

1.9 统计学处理

采用SPSS20.0软件处理数据。定量数据,不满足正态分布,用M(Q1,Q3)描述,组内采用配对样本比较采用Wilcoxon符号秩检验,组间两独立样本比较采用Mann-WhitneyU检验。定性数据用[例(%)]描述,组间比较用卡方检验。所有统计分析以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 疗效标准与治疗结果

2.1 疗效标准

中医证候积分根据疗效指数判定疗效,即治疗前后积分差值/治疗前积分×100%。痊愈:症状完全消失,中医证候积分减少90%以上;显效:临床体征显著消退,证候积分减少60%以上;有效:临床症状部分消退,证候积分减少20%以上;无效:临床症状无显著消退迹象或加重,证候积分减少<20%,总有效率为痊愈、显效、有效之和。

2.2 两组临床疗效对比

观察组总有效率(88.9%)高于对照组(77.8%), $\chi^2=14.677$, $P=0.002$,见表1。

表1 两组临床疗效比较(%)

组别	例数(n)	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	54	11 (20.4)	31 (57.4)	6 (11.1)	6 (11.1)	48 (88.9)*
对照组	54	2 (3.7)	23 (42.6)	17 (31.5)	12 (22.2)	42 (77.8)
χ^2			14.677			
P			0.002			

* $P<0.05$,与对照组比较。

2.3 两组EASI评分

治疗前两组患者的EASI评分无显著差异($P=0.638$),治疗4周后观察组和对照组的EASI评分均显著降低($P<0.05$),但两组间差异无统计学意义($P=0.274$);然而,在治疗12周时,观察组的EASI评分显著低于对照组($P=0.006$),表明观察组的治疗效果更为显著,见表2。将两组患者治疗前后EASI的差值进一步进行统计分析,在治疗前至治疗4周的EASI评分差值比较中,观察组的差值显著大于对照组($P=0.029$),表明观察组在早期治疗阶段即显示出更优的改善效果。在治疗4周至治疗12周的差值比较中,两组差异无统计学意义($P=0.097$),但观察组的改善趋势仍优于对照组。在治疗前至治疗12周的总体改善效果上,观察组的中医证候积分差值显著大于对照组($P=0.005$),进一步证实了观察组治疗方案的长期优势,见表5。

治疗12周的差值比较中,两组差异无统计学意义($P=0.097$),但观察组的改善趋势仍优于对照组。在治疗前至治疗12周的总体改善效果上,观察组的EASI评分差值显著大于对照组($P=0.037$),进一步证实了观察组治疗方案的长期优势,见表3。

表2 两组患者治疗前后EASI评分比较

组别	例数(n)	EASI评分[M(Q1,Q3)]		
		治疗前	治疗4周	治疗12周
观察组	54	7(3.2,9.9)	3.1(1.4,5.6)*	1.2(0.7,2.58)*
对照组	54	6.5(3.5,8.86)	3.56(2.2,6.0)*	2.4(1.18,3.93)*
U 值		1381.5	1280	1007
P值		0.638	0.274	0.006

* $P<0.05$,与治疗前比较。

表3 两组患者治疗前后EASI评分差值的比较

组别	例数(n)	EASI评分差值[M(Q1,Q3)]		
		治疗前 vs 治疗4周	治疗4周 vs 治疗12周	治疗前 vs 治疗12周
观察组	54	3.25(1.13,5.6)*	1.2(0.4,2.73)	4.15(1.68,8.25)*
对照组	54	2.1(0.8,3.4)	0.8(0.38,1.6)	2.7(1.2,5.05)
U 值		1103.5	1188.5	1118
P值		0.029	0.097	0.037

* $P<0.05$,与对照组比较。

2.4 两组中医证候积分比较

治疗前两组患者的中医证候积分无显著差异($P=0.054$),治疗4周后,两组患者的中医证候积分均显著降低($P<0.05$),但组间差异无统计学意义($P=0.463$)。治疗12周时,观察组的中医证候积分显著低于对照组($P=0.001$),提示观察组的治疗效果更为显著,见表4。在治疗前至治疗4周的中医证候积分差值比较中,观察组的差值显著大于对照组($P=0.021$),表明观察组在早期治疗阶段即显示出更优的改善效果。在治疗4周至治疗12周的差值比较中,两组差异无统计学意义($P=0.097$),但观察组的改善趋势仍优于对照组。在治疗前至治疗12周的总体改善效果上,观察组的中医证候积分差值显著大于对照组($P=0.005$),进一步证实了观察组治疗方案的长期优势,见表5。

2.5 两组VAS评分比较

治疗前两组患者VAS评分无显著差异($P=0.053$),治疗4周后,两组患者的VAS评分均显著降低($P<0.05$),但组间差异无统计学意义($P=0.283$)。治疗12周时,观察组的VAS评分显著低于对照组($P=0.006$),提示观察组的治疗效果更为显著,见表6。在治疗前至治疗4周的VAS评分差值比较

表 4 两组患者治疗前后中医证候积分比较

组别	例数(n)	中医证候积分[(Q1, Q3)]		
		治疗前	治疗4周	治疗12周
观察组	54	14.5(13,17)	8(6,9.3)*	4(2,6)*
对照组	54	13.5(11,15.5)	8(6,9.3)*	5(4,7.3)*
<i>U</i> 值		1145.5	1339.5	938.5
<i>P</i> 值		0.054	0.463	0.001

**P*<0.05, 与治疗前比较。

表 5 两组患者治疗前后中医证候积分差值比较

组别	例数(n)	中医证候积分差值[M(Q1, Q3)]		
		治疗前 vs 治疗4周	治疗4周 vs 治疗12周	治疗前 vs 治疗12周
观察组	54	7(4,9)*	1.2(0.4,2.73)	11(6,14)*
对照组	54	5(2,8)	0.8(0.38,1.6)	7(3.5,11)
<i>U</i> 值		1082	1188.5	1004
<i>P</i> 值		0.021	0.097	0.005

**P*<0.05, 与对照组比较。

表 6 两组患者治疗前后 VAS 评分比较

组别	例数(n)	VAS评分[M(Q1, Q3)]		
		治疗前	治疗4周	治疗12周
观察组	54	6(5,7)	4(3,6)*	3(1,3)*
对照组	54	5(4,6)	4(3,5)*	3(3,4)*
<i>U</i> 值		1148	1287	1022
<i>P</i> 值		0.053	0.283	0.006

**P*<0.05, 与治疗前比较。

中, 两组差异无统计学意义(*P*=0.126)。在治疗4周至治疗12周的差值, 以及治疗前至治疗12周的总体改善效果上, 观察组的VAS评分差值显著大于对照组(*P*<0.001), 进一步证实了观察组治疗方案的长期优势, 见表7。

表 7 两组患者治疗前后 VAS 评分差值比较

组别	例数(n)	VAS评分差值[M((Q1, Q3))]		
		治疗前 vs 治疗4周	治疗4周 vs 治疗12周	治疗前 vs 治疗12周
观察组	54	2(1,3)	0(0,3)*	3(2,5)*
对照组	54	1(0,3)	0(0,0)	1.5(0,3)
<i>U</i> 值		1215	975	831
<i>P</i> 值		0.126	<0.001	<0.001

**P*<0.05, 与对照组比较。

2.6 不良反应情况

观察组出现2例恶心, 发生率为3.70%(2/54), 询问病史后发现患者可能为空腹服药所致, 随后叮嘱患者调整服药时间为餐后30 min, 症状消失。对照组出现1例呕吐, 发生率为1.85%(1/54), 询问病史发现患者口服西替利嗪片后有饮酒史, 考虑与饮酒相关。两组不良反应总率相比较, 无明显差异

(*P*>0.05)。

3 讨论

湿疹是一种瘙痒明显、易反复发作的炎症性皮肤病, 其发病机制复杂, 涉及遗传、环境等因素, 导致表皮屏障和免疫系统功能紊乱^[11]。抗组胺治疗是目前常用的治疗方法^[12], 西替利嗪作为高特异性阻断H1受体的抗组胺药物, 能高效地抑制变态反应相关的炎性介质释放, 口服吸收快且对中枢抑制较轻, 是治疗湿疹的一线药物^[13]。然而, 部分患者口服西替利嗪后仍存在头晕、口干、嗜睡等不良反应, 且对非组胺依赖性瘙痒效果有限。本研究旨在探讨九味永安颗粒联合西替利嗪治疗湿热蕴肤型湿疹的临床疗效。

本研究显示, 九味永安颗粒联合西替利嗪治疗即观察组在改善湿热蕴肤型湿疹患者的症状方面显著优于对照组。治疗前, 两组患者的中医证候积分、EASI评分和VAS评分均具有可比性(*P*>0.05)。治疗4周后, 两组患者的各项评分均显著下降(*P*<0.05), 表明两种治疗方案均能缓解临床症状。然而, 观察组的评分下降幅度更为显著, 且在治疗12周时, 组间差异具有统计学意义(*P*<0.05), 提示中药联合治疗方案在改善远期症状方面更具优势。

湿疹属于中医的湿疮、浸淫疮等范畴。《医宗金鉴·浸淫疮》中指出, 治疗浸淫疮应注重清热、消风;《外科证治全书》曰“治疗血风疮, 应注重滋阴、养血、润燥”。湿疹多由先天禀赋不足, 外感风湿热之邪, 致风湿热邪内蕴, 浸淫肌肤而发本病, 其病机为体虚为本, 风湿热邪为标^[14]。郑茂荣教授认为湿疹长期反复发作, 因瘙痒反复抓挠引起的皮肤增厚、苔藓样变, 可对应湿疮中的血虚风燥证, 故治疗时应以清热利湿药物为主以除湿热, 又需加用凉血润肤的药物以润肤止痒。方中以土茯苓为君药, 解毒除湿; 草薢、泽泻、车前子为臣药, 利水祛湿, 泄热化浊, 加强君药祛湿之功。佐以连翘、大青叶均为苦, 性寒, 尤善清热解毒, 凉血消斑。生地、当归补血养阴, 生津润肤, 防止火盛伤阴^[15]。又因血为气之母, 气为血之帅, 故补血同时加山药健脾益气, 顾护脾胃。全方共奏清热利湿、滋阴凉血、养血润肤之效。本研究中, 中药联合西替利嗪的治疗方案不仅发挥了西替利嗪的抗组胺作用, 还通过中药的清热利湿、养血润肤等功效, 进一步增强了治疗效果, 特别是在缓解瘙痒和改善远期症状方面表现出显著优势。

为了探究九味永安颗粒治疗湿疹的作用机制,课题组前期进行了动物实验研究,结果发现“九味永安汤”可以改善湿疹小鼠模型的皮肤损伤,减轻瘙痒以及减少皮肤增厚;并可降低血清 IgE 水平以及皮肤中 TNF- α 、IL-1 β 、IL-4、IL-13、IL-31、IL-33 和 IFN- γ 的水平;具有靶向 MAPK 和 JAK/STAT 信号通路并抑制其活性的作用^[7]。现代药理学研究表明,九味永安颗粒中的多个中药都具有抗炎以及抗过敏作用,例如土茯苓中的落新妇苷可以抑制 LPS 诱导 RAW264.7 巨噬细胞分泌炎症因子 NO 和 TNF- α ,具有抗炎作用^[16]。车前子多糖能够抑制二甲苯致小鼠耳廓肿胀,并能抑制醋酸致小鼠毛细血管通透性的增加,对各期炎症的形成均具有抑制和减轻作用^[17]。地黄提取物具有抗炎、抗过敏、抗衰老、镇痛等药理作用^[18]。另外,山药提取物可以减少接触性皮炎模型小鼠抓挠次数,缓解瘙痒;降低小鼠皮肤厚度;并减少肥大细胞浸润,降低肥大细胞脱颗粒比例,改善炎症^[19]。

综上所述,九味永安颗粒联合西替利嗪治疗湿热蕴肤型湿疹在改善临床症状和缓解瘙痒方面具有显著优势,其作用机制可能与中药成分的协同抗炎和抗过敏作用有关。该联合治疗方案具有较高的临床应用价值,值得进一步推广和研究。

【参考文献】

- [1] 付琳.《黄帝内经》诸湿肿满 皆属于脾理论临床验案举隅 [J].光明中医, 2022, 37(22): 4153-4155.
- [2] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组, 特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2020版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(2): 81-88.
- [3] 赵暕, 祁凤麟, 李邻峰. 湿疹皮炎患者的全国多中心横断面调查 [J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18(7): 736-741.
- [4] 覃文周, 陈元雄, 谢文坦. 皮炎湿疹发病机制中 Th1/Th2 细胞因子水平的变化及其临床意义分析 [J]. 黑龙江医药科学, 2019, 42(5): 200-202.
- [5] 张玲, 林素财, 郑永平. 除湿解毒汤联合马齿苋外敷治疗湿热蕴肤型急性湿疹 [J]. 国际中医中药杂志, 2019, 41(4): 361-364.
- [6] 郑茂荣. 中药“湿疹方”治疗急性湿疹疗效观察 [J]. 皮肤病防治, 1987, 9(S2): 29-30.
- [7] QINWFENG G, LIN J C, LU X L, et al. Jiu-Wei-Yong-An Formula suppresses JAK1/STAT3 and MAPK signaling alleviates atopic dermatitis-like skin lesions[J]. J Ethnopharmacol, 2022, 295: 115428.
- [8] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组, 特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2020版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(2): 81-88.
- [9] 刁庆春, 刘毅. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2021, 20(5): 517-521.
- [10] 李妍, 李明, 徐薇, 等. 凯普斯泰冷敷凝胶治疗成人轻中度特应性皮炎的随机双盲对照研究 [J]. 中华皮肤科杂志, 2022, 55(4): 345-348.
- [11] JURAKIĆ TONČIĆ R, MARINOVIC B. The role of impaired epidermal barrier function in atopic dermatitis[J]. Acta Dermatovenerol Croat, 2016, 24(2): 95-109.
- [12] 刘民厚, 陈华, 陈静. 西替利嗪联合复方甘草酸治疗皮炎湿疹的效果 [J]. 中国卫生标准管理, 2023, 14(3): 144-147.
- [13] 周莹. 浅析西替利嗪的药理作用及临床应用 [J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(5): 81-83.
- [14] 崔媛媛, 李波, 郑义宏, 等. 中西医结合治疗湿疹 150 例 [J]. 中国中医急症, 2010, 19(5): 867-868.
- [15] 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.
- [16] 胡梦梅. 土茯苓化学成分分离及抗炎活性研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2014.
- [17] 冯娜, 刘芳, 郭会彩, 等. 车前子多糖抗炎作用机制的实验研究 [J]. 天津医药, 2012, 40(6): 598-601.
- [18] BAIDYA R, SARKAR B. A systematic review of the traditional uses, chemistry, and curative aptitude of echinacoside-a phenylethanoid glycoside[J]. Naunyn-Schmiedeberg's archives of pharmacology, 2025, 398(3): 2071-2106.
- [19] 孙羽灵. 山药抗炎活性物质的分离纯化及其机制研究 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2020.

〔收稿日期〕 2024-07-22 〔修回日期〕 2025-03-07

〔本文编辑〕 蔺森