

# 四君子马齿苋汤加减联合火针疗法治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹临床观察

甘海芳<sup>1</sup>, 艾儒棣<sup>2</sup>, 段德鉴<sup>1</sup>, 顿艳波<sup>1</sup>, 梁瑞<sup>1</sup>

(1. 深圳市宝安中医院(集团), 广东 深圳 518133; 2. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610075)

**摘要:** 目的: 探讨四君子马齿苋汤加减联合火针疗法治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的临床疗效。方法: 将 90 例符合纳入标准的慢性湿疹患者按随机数字表法分为治疗组与对照组, 每组各 45 例。对照组予内服盐酸西替利嗪片 10mg, 每天一次; 同时于皮损处外涂糠酸莫米松乳膏, 每日 1 次, 连续用药 5 天, 停 2 天。治疗组内服盐酸西替利嗪片 10mg, 每天一次; 同时内服四君子马齿苋汤加减, 每日 1 剂, 按常规煎煮方法煎煮 2 遍, 混匀后分 2 次饭后半小时左右服用, 每次服用 150mL; 外治用火针疗法, 每周治疗 1 次。两组治疗疗程均为 4 周。比较两组患者治疗前和治疗 4 周后的病情严重程度与瘙痒程度, 并比较两组的临床疗效。结果: ①治疗 4 周后, 治疗组总有效率为 95.56%, 对照组总有效率为 82.22%, 两组疗效比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。②治疗 4 周后, 两组 EASI 积分、VAS 积分均较治疗前明显下降, 差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ ), 而治疗 4 周后治疗组 EASI 积分与 VAS 积分较对照组均明显降低, 差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )。结论: 四君子马齿苋汤加减联合火针疗法治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹疗效确切, 不良反应少, 值得在临床上推广应用, 以进一步弘扬名中医的宝贵经验。

**关键词:** 四君子马齿苋汤加减; 火针疗法; 慢性湿疹

**中图分类号:** R 758.23 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 01-0184-04

湿疹, 中医称为“湿疮”, 是由多种内外因素引起的一种常见的急性或慢性皮肤炎症性疾病<sup>[1]</sup>。其临床特征为皮损多形、分布对称、有渗出倾向、自觉瘙痒、反复发作和易成慢性<sup>[2]</sup>。本病发病率较高, 我国一般人群患病率大概为 7.5%, 而儿童患病率可高达 18.71%; 由于本病反复发作以及明显的瘙痒, 严重影响了患者的生活质量, 并给患者及其家庭造成巨大的身心痛苦和沉重的经济负担<sup>[3]</sup>。目前本病病因与发病机制尚不清楚, 多认为是机体内部因素如免疫功能异常、皮肤屏障功能障碍等基础上, 由多种内外因素综合作用的结果<sup>[4]</sup>。本病按皮损表现可分为急性、亚急性和慢性三期, 而慢性湿疹可因急性、亚急性湿疹反复发作不愈转化而成, 亦可一开始即呈现慢性炎症<sup>[5]</sup>。对于本病的治疗, 现代医学重在以药物进行对症治疗, 多给予口服抗组胺药物和局部外用糖皮质激素软膏等, 但具有副反应较多、停药后易复发等不良反应<sup>[6]</sup>。近年来, 中医药在慢性湿疹治疗中被广泛采用, 在减轻病情、降低复发率以及提高

患者生活质量等方面显示良好的效果, 且具有不良反应少的优点<sup>[3]</sup>。本研究应用吾师艾儒棣教授之经验方四君子马齿苋汤加减联合火针疗法治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 西医诊断标准** 根据《中国临床皮肤病学》<sup>[5]</sup>中慢性湿疹的相关标准制定。①皮损表现为皮肤增厚或苔藓样变, 暗红色, 表面粗糙, 覆以少许鳞屑或结痂, 具局限性, 边缘较清楚, 而外围可有丘疹、丘疱疹散在, 当急性发作时可有明显渗出。②皮损可发生于身体任何部位, 常见于小腿、手、足、肘窝、膝窝、外阴、肛门等处。③多由急性、亚急性湿疹反复发作不愈转化而成, 或一开始即为慢性炎症。④自觉瘙痒。⑤病程不定, 易复发, 经久不愈。**1.2 中医辨证标准** 参照《中医外科学》<sup>[7]</sup>制定。①皮损肥厚粗糙, 色暗红, 搔抓后可有糜烂渗出, 外围可有丘疹、丘疱疹。②自觉瘙痒。③伴纳少, 腹胀, 便溏, 易疲乏; 舌淡胖, 苔薄白或白腻, 脉

\* 基金项目: 深圳市宝安区医疗卫生基础研究项目 (项目编号: 2018JD021)

## 参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 246-252.
- [2] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学 [M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 369.
- [3] 王辉麟, 陈淑涛, 等. 王成荣妇科经验集 [M]. 第 1 版. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 279, 285.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 246-253.
- [5] 谷风, 严英, 陶红星. 利湿化瘀中药对慢性盆腔炎血液流变学及血清 C-反应蛋白的影响 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26 (5): 226-229.
- [6] 赵俊娟, 裴颖. 慢性盆腔炎患者血液流变学指标的变化 [J]. 中国血液流变学杂志, 2001, 11 (2): 128-140.
- [7] 姚春娣, 朱澄漪. 膈下逐瘀汤对慢性盆腔炎患者血液流变学、TNF- $\alpha$  的影响 [J]. 中医药导报, 2014, 20 (13): 84-86.

(收稿日期 2021-06-15)

弦缓或弱。

1.3 纳入标准 ①符合上述西医诊断标准和中医辨证标准者；②对本研究知情同意并签署知情同意书者；③年龄为 18~65 岁。

1.4 排除标准 ①年龄 18 岁以下，65 岁以上；②近 2 周内服用过免疫抑制剂或糖皮质激素类药物；③近 1 周内服过抗组胺类药或外涂过糖皮质激素类药物；④合并有其他皮肤病、心脑血管、造血系统、肝肾肺、内分泌疾病、恶性肿瘤等系统性疾病及精神病患者；⑤瘢痕体质者；⑥妊娠或哺乳期妇女；⑦精神过度紧张以及会晕针者；⑧对本研究所用药物会过敏者。

本项目经本院伦理委员会批准实施，所有入选病例均签署知情同意书。

1.5 一般资料 90 例符合纳入标准的慢性湿疹患者为 2019 年 8 月至 2020 年 12 月来我院皮肤科门诊就诊的患者，按随机数字表法分为治疗组与对照组，每组各 45 例。治疗组男 15 例，女 30 例；年龄 20~62 岁，平均  $(35.87 \pm 12.62)$  岁；病程半年~10 年，平均  $(2.906 \pm 2.803)$  年；治疗前湿疹面积及严重程度指数 (eczema area and severity index, 简称 EASI) 积分为 0.5~6.3 分，平均为  $(3.582 \pm 1.697)$  分，视觉模拟评分 (visual analogue scale, 简称 VAS) 积分为 5~8 分，平均为  $(5.689 \pm 0.848)$  分。对照组男 14 例，女 31 例；年龄 18~63 岁，平均  $(36.09 \pm 12.09)$  岁；病程 5 个月~10 年，平均  $(2.852 \pm 2.547)$  年；治疗前 EASI 积分为 0.6~6.3 分，平均为  $(3.864 \pm 1.541)$  分，VAS 积分为 4~8 分，平均为  $(5.800 \pm 0.944)$  分。两组一般资料比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，具有可比性。

#### 1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 ①口服盐酸西替利嗪片 (成都利尔药业有限公司，国药准字 H20020250) 10mg，每天一次；②外涂糠酸莫米松乳膏 (河南羚锐生物药业有限公司，国药准字 H20113466，规格 0.1%)，每次取适量药膏涂于皮损处，每日 1 次，连续用药 5 天，停 2 天。

1.6.2 治疗组 ①内服盐酸西替利嗪片 (成都利尔药业有限公司，国药准字 H20020250) 10mg，每天一次；②同时内服四君子汤加减。处方组成为：南沙参 15g，生白术 15g，土茯苓 20g，甘草 10g，马齿苋 30g，牡丹皮 15g，赤芍 15g，黄连 10g，桑白皮 15g，地骨皮 15g，防风 10g，荆芥穗 10g (后下)，白鲜皮 15g。若大便稀溏者，生白术改为炒白术 15g，并加炒白扁豆 15g；伴腹胀纳少者，加枳壳 15g，厚朴 15g，神曲 15g；夜间瘙痒严重者加龙骨 30g (先煎)、牡蛎 30g (先煎)；发于下肢者合四妙丸加减。每日 1 剂，按常规煎煮方法煎煮 2 遍，混匀后分 2 次饭后半小时左右服用，每次服用 150ml。③外治用火针疗法：患者取合适体位；施治者用碘伏常规消毒所需治疗的皮损部位，再一手持一次性毫针 (0.35x40mm)，另一手持酒精灯，点燃酒精灯后尽量靠近所需治疗的部位，将针尖与针体前端在酒

精灯火焰上烧至通红后，用腕力迅速垂直刺入皮损部位后再迅速出针，从皮损边缘向中心围刺，针刺距离为 1~2mm，刺到皮损基底部，以皮损处微出血为度。针刺完毕后用棉签压迫止血或让其自止，然后再用碘伏消毒一次即可。每周治疗 1 次。

两组治疗疗程均为 4 周。

1.7 观察指标 观察患者治疗前和治疗 4 周后病情严重程度与瘙痒情况。①病情严重程度根据改进的湿疹面积及严重程度指数 (EASI) 评分法<sup>[8]</sup>进行评价。该法观察指标主要有红斑、硬肿 (水肿)/丘疹、表皮剥脱、苔藓化、渗出/结痂、皮损面积。②瘙痒情况根据视觉模拟评分法 (VAS)<sup>[9]</sup>进行评分：分值为 0~10 分，分值越高表示瘙痒越严重。

1.8 临床疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[10]</sup>制定。以 EASI 积分与瘙痒 VAS 积分之和为总积分，应用尼莫地平法计算治疗前后总积分的减分率，即  $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) \div \text{治疗前总积分}] \times 100\%$ 。①临床痊愈：皮损全部消退或只留色素沉着，症状基本消失，积分值减少  $\geq 95\%$ ；②显效：皮损大部分消退，症状明显减轻， $95\% >$  积分值减少  $\geq 70\%$ ；③有效：皮损部分消退，症状有所改善， $70\% >$  积分值减少  $\geq 50\%$ ；④无效：皮损消退不明显，症状未见减轻或反见恶化，积分值减少  $< 50\%$ 。总有效率 = 临床痊愈率 + 显效率 + 有效率。

1.9 统计学方法 应用 IBM SPSS Statistics 19 统计软件进行数据分析。计数资料采用  $\chi^2$  检验。计量资料采用均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示，采用  $t$  检验，其中组内治疗前后比较采用配对  $t$  检验，组间比较采用成组  $t$  检验。 $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 两组治疗前后 EASI 积分比较 治疗 4 周后，两组 EASI 积分均较治疗前明显降低，差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )；而治疗 4 周后治疗组 EASI 积分较对照组明显降低，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗前后 EASI 积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | <i>n</i> | 治疗前               | 治疗 4 周后                      |
|-----|----------|-------------------|------------------------------|
| 治疗组 | 45       | $3.582 \pm 1.697$ | $0.691 \pm 0.841^{* \Delta}$ |
| 对照组 | 45       | $3.864 \pm 1.541$ | $1.280 \pm 1.026^{*}$        |

注：与治疗前比较，\*  $P < 0.05$ ；与对照组比较， $\Delta P < 0.05$

2.2 两组治疗前后 VAS 积分比较 治疗 4 周后，两组 VAS 积分均较治疗前明显降低，差异均有统计学意义 (均  $P < 0.05$ )；而治疗 4 周后治疗组 VAS 积分较对照组明显降低，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后 VAS 积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | <i>n</i> | 治疗前               | 治疗 4 周后                      |
|-----|----------|-------------------|------------------------------|
| 治疗组 | 45       | $5.689 \pm 0.848$ | $1.267 \pm 1.031^{* \Delta}$ |
| 对照组 | 45       | $5.800 \pm 0.944$ | $1.822 \pm 1.072^{*}$        |

注：与治疗前比较，\*  $P < 0.05$ ；与对照组比较， $\Delta P < 0.05$

2.3 两组临床疗效比较 治疗 4 周后, 治疗组总有效率为 95.56%, 而对照组总有效率为 82.22%, 两组疗效比较差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较 [ $n$  (%) ]

| 组别  | $n$ | 痊愈       | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效率                   |
|-----|-----|----------|-----------|-----------|----------|------------------------|
| 治疗组 | 45  | 8(17.78) | 25(55.56) | 10(22.22) | 2(4.44)  | 43(95.56) <sup>△</sup> |
| 对照组 | 45  | 4(8.89)  | 18(40.00) | 15(33.33) | 8(17.78) | 37(82.22)              |

注: 与对照组比较,  $\chi^2=4.050$ ,  $^{\Delta}P=0.044<0.05$

2.4 不良反应 治疗组与对照组各 1 例患者在治疗中出现嗜睡, 嘱其将盐酸西替利嗪片调整为睡前服用后症状减轻, 因此不影响治疗。治疗组有 1 例患者在服中药前 2~3 天出现腹泻, 大便 1 天 3~4 次, 但无腹痛呕吐等其余不适, 继续服药后腹泻症状消失, 因此未作其他特殊处理。对照组有 2 例患者出现局部不良反应, 其中 1 例为局部烧灼感, 1 例为刺痛感, 但患者可耐受, 因此继续治疗。

### 3 讨 论

湿疹是皮肤科最常见的变态反应性皮肤病之一, 在急性期以丘疱疹为主, 在慢性阶段则以表皮肥厚、苔藓样变为主, 呈现“瘙痒-搔抓-皮肤增厚-瘙痒”的恶性循环<sup>[11]</sup>。目前西医治疗湿疹主要是外用糖皮质激素以及钙调磷酸酶抑制剂, 系统用抗组胺药、免疫抑制剂及生物制剂等, 但都存在不同程度的副反应: 比如长期外用糖皮质激素会出现毛细血管扩张、皮肤色素改变和皮肤萎缩等; 钙调磷酸酶抑制剂使用初期可能出现皮肤刺痛感、灼热感, 甚至使瘙痒加重等; 而抗组胺药可能出现嗜睡、困倦等不良反应, 这些副反应限制了上述药物的长期使用, 也使患者的依从性降低, 甚至不规范的治疗还造成部分患者对这些药物治疗效果不佳, 从而导致疾病慢性迁延<sup>[3]</sup>。已有许多研究表明中医治疗慢性湿疹具有独特的优势, 不但能减少皮损面积与减轻瘙痒程度, 从而取得较好疗效, 还能增强患者免疫功能与降低复发率及不良反应率, 在提高患者的生活质量和心理健康方面起到重要的作用<sup>[12]</sup>。因此, 临床上许多患者更愿意接受中医治疗。

吾师艾儒棣教授是四川省第二届十大名中医之一, 从事中医皮肤科、外科临床、教学、科研工作四十余年, 拥有极其丰富的经验。艾老认为湿疹“本源于湿, 再源于热及风, 风湿热互结郁于肌肤, 或化燥伤阴”, 而慢性湿疹则是因病情日久损伤正气, 导致脾气不足, 脾虚不能运化水湿, 水湿内停, 郁而化热, 外发肌肤而致, 故在治疗上既要清热除湿、凉血解毒、祛风止痒, 更要健脾除湿, 方用四君子马齿苋汤<sup>[13]</sup>。

笔者在继承老师经验的同时, 结合深圳地域特点对本方进行适当加减, 用于治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹取得了较好疗效。深圳市地处中南沿海地区, 属亚热带海洋性气候, 常年较温暖潮湿, 皮肤病以“湿热为患”者多见, 因此于本方中加强清热除湿解毒之力。方中四君子汤为补气之祖方, 主治脾胃虚弱、言语低微、四肢无力、纳呆、腹满肠鸣、舌淡、

脉细弱无力者; 今易人参为南沙参, 南沙参甘、微寒, 可养阴清肺、益胃生津、补气化痰<sup>[14]</sup>, 补气而不恋邪; 易茯苓为土茯苓, 土茯苓甘、淡, 平, 可清热解毒, 除湿通络<sup>[15]</sup>, 以加强解毒除湿。马齿苋性味酸寒, 入大肠肝脾经, 功能清热解毒利湿、凉血散血消肿, 最善解痈肿毒热<sup>[13]</sup>; 牡丹皮性味辛苦凉, 功在清热凉血、活血消瘀, 长于凉血热、行血滞, 防湿热入血分, 同时凉血以助祛热外泻<sup>[13]</sup>; 赤芍苦, 微寒, 清热凉血、祛瘀止痛, 能清血分郁热<sup>[16]</sup>; 三者联合, 重在清血分热毒。《素问·至真要大论》曰: “诸痛痒疮, 皆属于心”, 而瘙痒为湿疹的重要特征之一, 因此湿疹的发病与“心火”密切相关, 黄连苦, 寒, 归心、肝、胃、大肠经, 清热燥湿, 泻火解毒, 并以泻心经实火见长<sup>[16]</sup>, 用之直泻心火, 重在清气分热。《素问·五藏生成篇》曰: “肺之合皮也, 其荣毛也”, 《素问·咳论篇》曰: “皮毛者, 肺之合也。”因此肺与皮毛在生理病理上密切相关, 因此皮肤病的治疗总离不开调肺。肺为脾之子, 脾虚运化失常, 水湿内停, 郁而化热, 母病及子, 湿热犯肺, 外发肌肤而成湿疹, 因此取泻白散中的桑白皮、地骨皮以清泻肺热(清泻肺中伏火以消郁热)<sup>[17]</sup>。白鲜皮苦, 寒, 归脾、胃经, 清热解暑、除湿、止痒<sup>[16]</sup>, 又“以皮治皮”, 《药性论》载本品“治一切热毒风恶风, 风疮疥癣赤烂”; 防风辛、甘, 微温, 甘缓不峻, 祛风止痒<sup>[16]</sup>, 《本草汇言》载“防风辛温轻散, 润泽不燥, 能发邪从毛窍出, 故外科疮痈肿毒, 疮痿风癩诸证亦必需也”; 荆芥味辛, 性微温, 轻扬透散、祛风止痒、宣散疹毒, 且微温不烈, 药性和缓<sup>[18]</sup>; 三者联合, 重在祛风止痒, 而荆芥、防风性微温辛散, 可防止寒凉药壅阻气机。诸药合用, 共奏健脾除湿、清热凉血解毒、祛风止痒之效。本方既健脾以调其本, 又除湿泻心肺之火以治其标, 同时既清血分之热又清气分之热, 正如艾老教导“清血分热时必要清气分热”, 标本兼治, 在临床中治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹取得良好疗效。

由于慢性湿疹常见皮损肥厚或苔藓样变, 内服药难以直达病所, 因此配合外治以增强疗效。近年来, 火针疗法广泛用于治疗皮肤科疾病, 火针治疗皮肤病施治简便、疗效确切, 能起到温壮阳气、生肌敛疮、祛腐排脓、祛风止痒的作用<sup>[19]</sup>。有研究表明, 火针疗法适用于肥厚的皮损, 其作用原理为: ①借火助阳, 火针疗法通过腧穴及经脉, 激发经气, 从而鼓舞血气运行、温壮脏腑之阳气, 进而起到防病治病的作用; ②开门驱邪, 火针疗法通过灼烙人体腧穴腠理而开启经脉脉络之外门, 给贼邪以出路, 出针后其针孔不会很快闭合, 则痈脓、瘀血、痰浊、水湿等有形之邪, 以及风寒暑湿燥火等外邪, 均可从针孔直接排出体外, 使痼疾顽症得以治疗; ③以热引热, 即是借助火力强开外门, 使毒热外泄, 同时火针温通经脉, 助血气运行, 血气行, 则火毒随之消散<sup>[20]</sup>。现代研究认为, 火针在病变局部进行直

## ● 中医护理与健康教育 ●

# 杵针疗法联合情志干预对脑卒中后抑郁患者负面情绪、功能失调性状况及血清 ApoH、AQP4 表达的影响\*

李婧, 陈晓君, 孟凡婷, 郝娜, 刘洪钢, 赵东杰

(唐山市第三医院 ICU, 河北 唐山 063100)

**摘要:** 目的: 探讨杵针疗法联合情志干预对脑卒中后抑郁 (PSD) 患者负面情绪、功能失调性状况及血清载脂蛋白 H (ApoH)、水通道蛋白 4 (AQP4) 表达的影响。方法: 选取河北省唐山市第三医院 2019 年 5 月至 2020 年 5 月收治的 105 例 PSD 患者, 按照随机数字表法划分成对照组 1 组、对照 2 组和治疗组, 各 35 例。所有患者均给予脑卒中常规治疗, 在此基础上对照 1 组实施杵针疗法, 对照 2 组实施情志干预, 治疗组采取杵针疗法联合情志干预。比较三组干预前、干预 2 个月后汉密尔顿抑郁量表 (HAMD)、功能失调性状况评定量表 (DAS) 评分、血清 5-羟色胺 (5-HT)、去甲肾上腺素 (NE)、ApoH、AQP4 水平及脑卒中影响量表 (SIS) 评分。结果: 干预 2 个月后, 三组 HAMD、

\* 基金项目: 2021 年度河北省中医药类科研计划项目 (编号 2021428)

接刺激, 能使针体周围微小范围内的病变组织被烧至炭化, 从而能起到改善局部血液循环与疏通松解粘连组织的作用, 而且多次针刺后机体代谢旺盛, 因此会充分吸收灼伤的组织, 从而使皮损处的炎症和水肿逐渐消失<sup>[21]</sup>。在临床中常见部分患者皮损肥厚, 用火针疗法治疗后前 1~2 天出现明显渗出, 不予其他处理, 可自行变干而皮损明显变薄, 此即火针疗法治疗原理的具体体现, 也是五行学说中“火侮水”的一个形象例子。

本研究发现四君子汤加茵陈汤加减联合火针疗法治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹总有效率为 95.56%, 明显高于对照组; 在改善患者皮损严重程度与瘙痒程度方面也明显优于对照组, 且不良反应少。本研究结果提示, 四君子汤加茵陈汤加减联合火针疗法治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹疗效确切, 不良反应少, 值得在临床上推广应用, 以进一步弘扬名中医的宝贵经验。

### 参考文献

- [1] 张学军. 皮肤性病学教师辅导用书 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 333-337.
- [2] 中华中医药学会皮肤科分会. 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.
- [3] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 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 (02): 133-142.
- [4] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 湿疹诊疗指南 (2011 年) [J]. 中华皮肤科杂志, 2011, 44 (1): 5-6.
- [5] 赵辨. 中国临床皮肤病学 (上册) [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 725-731.
- [6] 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.

- [7] 李曰庆. 中医外科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 181-184.
- [8] 赵辨. 湿疹面积及严重程度指数评分法 [J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37 (1): 3-4.
- [9] 佚名. 视觉模拟评分法 [J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2004, 9 (11): 483.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 295-298.
- [11] 王艳云, 姚丽, 王珊珊. 消银颗粒联合糠酸莫米松乳膏治疗慢性湿疹的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2020, 35 (12): 2415-2419.
- [12] 严瑶, 李芳梅, 祁希希, 等. 慢性湿疹的中医外治法研究进展 [J]. 广西中医药大学学报, 2020, 23 (4): 63-67.
- [13] 陈明岭, 艾华. 艾儒棣 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 17-18, 152-154.
- [14] 雷晴, 肖敏, 艾儒棣. 艾儒棣教授善用培土法治疗皮肤病浅析 [J]. 四川中医, 2016, 34 (2): 13-14.
- [15] 艾儒棣. 中医外科特色制剂 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 26.
- [16] 凌一揆. 中药学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2020: 47-48, 42, 63, 20-21.
- [17] 段富津. 方剂学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998: 85-86.
- [18] 雷载权. 中药学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 32-33.
- [19] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会特色疗法学组. 火针在皮肤科应用专家共识 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18 (6): 638-641.
- [20] 祁原婷, 王军, 华毅敏. 火针结合液氮冷冻治疗慢性湿疹 60 例 [J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40 (7): 48-49.
- [21] 魏建华, 沈明珠, 刘娟, 等. 除湿止痒汤加减联合火针治疗慢性湿疹疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29 (15): 1627-1630, 1710.

(收稿日期 2021-06-11)