

清热健脾利湿方联合常规西药治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹临床研究

魏飞, 路斌

周口市中医院, 河南 周口 466000

[摘要] 目的: 观察清热健脾利湿方联合常规西药治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的临床疗效。方法: 选取96例慢性湿疹患者, 按随机数字表法分为对照组和研究组各48例。对照组给予常规西药治疗, 研究组在对照组基础上给予清热健脾利湿方治疗。评价2组临床疗效, 统计复发率, 比较2组治疗前后中医证候评分、瘙痒严重程度评估量表(12-PSS)评分、湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分, 检测2组皮肤屏障功能指标、免疫功能及炎症因子水平。结果: 研究组总有效率为97.92%, 高于对照组83.33% ($P < 0.05$)。研究组复发率为7.69%, 低于对照组66.67% ($P < 0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且研究组中医证候评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组12-PSS、EASI评分较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且研究组12-PSS、EASI评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组经皮水分丢失(TEWL)较治疗前降低, 研究组TEWL低于对照组 ($P < 0.05$); 2组角质层含水量、皮脂含量较治疗前升高, 研究组角质层含水量、皮脂含量高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组Th1/Th2、白细胞介素-6受体(IL-6R)、白细胞三烯B4(LTB4)、Fas配体(Fas-L)水平较治疗前降低 ($P < 0.05$); 且研究组Th1/Th2、IL-6R、LTB4、Fas-L水平低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 清热健脾利湿方联合常规西药治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹患者, 可改善皮肤屏障功能, 调节外周血细胞免疫平衡, 降低炎症因子水平, 改善瘙痒程度, 缓解病情, 提升临床疗效, 降低复发率。

[关键词] 慢性湿疹; 清热健脾利湿方; 皮肤屏障功能; 细胞免疫平衡; 白细胞介素-6受体; 白细胞三烯B4

[中图分类号] R758.23 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2024) 15-0115-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.15.023

Clinical Study on Qingre Jianpi Lishi Prescription Combined with Conventional Western Medicine for Chronic Eczema of Spleen Deficiency and Dampness Accumulation Type

WEI Fei, LU Bin

Zhoukou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhoukou Henan 466000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Qingre Jianpi Lishi Prescription combined with conventional western medicine on chronic eczema of spleen deficiency and dampness accumulation type. **Methods:** A total of 96 cases of patients with chronic eczema were selected and divided into the control group and the study group by random number table method, with 48 cases in each group. The control group was treated with conventional western medicine, and the research group was additionally given Qingre Jianpi Lishi Prescription based on the treatment of the control group. The clinical effects in the two groups were evaluated; the recurrence rates were analyzed; traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, 12-Item Pruritus Severity Scale (12-PSS) scores, Eczema Area and Severity Index (EASI) scores

[收稿日期] 2023-12-20

[修回日期] 2024-05-14

[基金项目] 河南省医学科技攻关计划联合共建立项项目(LHGJ20200241)

[作者简介] 魏飞(1986-), 女, 副主任医师, E-mail: honeyey1126@126.com.

before and after treatment were compared between the two groups. The skin barrier function indexes, immune function and inflammatory factors in the two groups were detected. **Results:** The total effective rate in the study group was 97.92%, which was higher than that of 83.33% in the control group ($P < 0.05$). The recurrence rate was 7.69% in the study group, lower than that of 66.67% in the control group ($P < 0.05$). After treatment, TCM symptom scores in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the TCM symptom score in the study group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of 12-PSS and EASI in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the scores of 12-PSS and EASI in the study group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the Trans Epidermal Water Loss (TEWL) in the two groups was declined when compared with that before treatment, and the TEWL in the study group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). The cuticle water content and sebum content in the two groups were increased when compared with those before treatment, and the cuticle water content and sebum content in the study group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of Th1/Th2, interleukin-6 receptor (IL-6R), leukotriene B4 (LTB4) and Fas ligand (Fas-L) in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the levels of Th1/Th2, IL-6R, LTB4 and Fas-L in the study group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combination of Qingre Jianpi Lishi Prescription and conventional western medicine in the treatment of patients with chronic eczema with spleen deficiency and dampness accumulation syndrome can improve the skin barrier function, regulate the immune balance of peripheral blood cells, reduce the levels of inflammatory factors, improve the degree of itching, alleviate the disease, enhance the clinical effects, and reduce the recurrence rate.

Keywords: Chronic eczema; Qingre Jianpi Lishi Prescription; Skin barrier function; Cellular immune balance; Interleukin-6 receptor; Leukotriene B4

湿疹是由多种因素引发的皮肤炎症反应, 常见症状为皮肤粗糙、皲裂、瘙痒剧烈, 容易复发^[1]。慢性湿疹多因急性、亚急性湿疹治疗不恰当或反复发作演变而成, 患处皮肤浸润增厚, 色素沉着, 变成暗红色, 持久不愈, 干燥后皲裂, 自觉剧烈瘙痒, 红斑、丘疱疹、丘疹密集成片, 境界不清, 易渗出, 常伴结痂和糜烂, 严重影响患者生活质量^[2]。西医常用抗组胺、抗炎等方式治疗, 可缓解临床症状, 但易复发。慢性湿疹属于中医学湿疮范畴, 与患者素体虚弱、外邪侵袭、饮食不节、脾虚湿困、肌肤失养密切相关^[3]。清热健脾利湿方具有补脾益气、燥湿、解毒、止痒的功效, 本研究观察清热健脾利湿方联合常规西药治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹患者的临床疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《皮肤性病学》^[4]慢性湿疹诊断标准。多由急性及亚急性湿疹迁延而来, 多局限于某一部位, 表面粗糙, 境界清楚, 有明显肥厚浸润, 颜色褐红或褐色, 或呈苔癣样变, 常伴有丘疱疹、抓痕、痂皮。时轻时重, 常反复发作, 有阵发性瘙痒。

1.2 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[5]辨证为脾虚湿蕴型。瘙痒, 皮损潮红, 发病较缓, 可见鳞屑, 抓后糜烂渗出。伴有纳少, 腹胀便溏, 神疲。脉弦缓, 苔白或腻, 舌质淡胖。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准; 患者签署知情同意书者; 年龄18~60岁; 1周内未外用过类固醇激素制剂、口服过抗组胺类、抗过敏药物; 依从性良好。

1.4 排除标准 伴随红斑狼疮、皮炎、硬皮病等

疾病者；精神障碍者；合并血液系统疾病、循环系统疾病、恶性肿瘤者；妊娠期或哺乳期妇女；合并传染性病原体者；对本研究所用药物过敏者。

1.5 一般资料 选择2020年1月—2023年2月于周口市中医院就诊的96例慢性湿疹患者，按随机数字表法分为对照组和研究组各48例。对照组男22例，女26例；年龄21~59岁，平均(35.97±4.63)岁；病程1~8年，平均(4.02±0.75)年。研究组男23例，女25例；年龄20~58岁，平均(35.63±4.47)岁；病程1~5.9年，平均(4.24±0.89)年。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经周口市中医院医学伦理委员会批准(201911伦审H002)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西药治疗。患者忌食海鲜、辛辣刺激性食物；保持皮损干净卫生；患处涂抹糠酸莫米松乳膏(河南羚锐生物药业有限公司，国药准字H20133348)；口服氯雷他定片(西安澜泰药业有限公司，国药准字H20051927)，每天1次，每次10 mg，连续治疗4周。

2.2 研究组 在对照组基础上给予清热健脾利湿方治疗。处方：黄芪、党参各20 g，苦参、茯苓、刺蒺藜、白及、苍术各15 g，白鲜皮、荆芥、白术各10 g，炙甘草9 g。中药处方统一由周口市中医院中药制剂室制备，每天1剂，煎得药液200 mL，分装2袋，每袋100 mL，分早、晚2次服用。连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②随访6个月，统计2组复发率，复发率=复发例数/临床痊愈例数×100%。③中医证候评分。治疗前后观察瘙痒、皮损潮红、湿疹发病频率、鳞屑、抓后糜烂渗出、神疲、纳少、腹胀便溏严重程度，按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分。④瘙痒严重程度。治疗前后采用瘙痒严重程度评估量表(12-PSS)评价瘙痒程度，该量表共12题，总分22分，分数越高，患者瘙痒程度越严重。⑤湿疹面积及严重程度指数(EASI)评分。该量表评价患者头颈部、上肢、下肢、躯干皮损面积及病情程度，总分72分，分数与患者病情呈正相关。⑥皮肤屏障功能。治疗前后采用Sensor Touch ST007多功能皮肤测试仪检测患者角质层含水量、皮脂含量、经皮水分丢失(TEWL)，仪器源自北京鼎胜拓达科技

有限公司。⑦免疫功能及炎症因子水平。治疗前后取患者静脉血10 mL，采用BeamCyte流式细胞仪检测患者外周血Th1/Th2比例，采用酶联免疫吸附试验检测血清白细胞三烯B4(LTB4)、Fas配体(Fas-L)、白细胞介素-6受体(IL-6R)水平。

3.2 统计学方法 采用SPSS23.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]制定疗效标准。临床痊愈：症状消失，皮损全部消退，化验指标正常，中医证候评分减少 $\geq 95\%$ ；显效：症状明显减轻，皮损大部分消退，化验指标接近正常， $70\% \leq$ 中医证候评分减少 $< 95\%$ ；好转：症状有所改善，皮损部分消退， $50\% \leq$ 中医证候评分减少 $< 70\%$ ；无效：未达到上述标准。总有效率=(临床痊愈+显效+好转)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效及复发率比较 见表1。研究组总有效率为97.92%，高于对照组83.33%($P<0.05$)。研究组复发率为7.69%，低于对照组66.67%($P<0.05$)。

组别	例数	临床痊愈	显效	好转	无效	总有效 [例(%)]	复发 [例(%)]
对照组	48	15	14	11	8	40(83.33)	10(66.67)
研究组	48	26	15	6	1	47(97.92)	2(7.69)
χ^2 值						4.414	13.259
P 值						0.036	< 0.001

4.3 2组治疗前后12-PSS、EASI评分比较 见表2。治疗前，2组12-PSS、EASI评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组12-PSS、EASI评分较治疗前降低($P<0.05$)，且研究组12-PSS、EASI评分低于对照组($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后中医证候评分比较 见表3。治疗前，2组中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组中医证候评分较治疗前降低($P<0.05$)，且研究组中医证候评分低于对照组($P<0.05$)。

4.5 2组治疗前后角质层含水量、TEWL、皮脂含量比较 见表4。治疗前，2组角质层含水量、TEWL、

皮脂含量比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组 TEWL 较治疗前降低, 研究组 TEWL 低于对照组($P < 0.05$); 2组角质层含水量、皮脂含量较治疗前升高, 研究组角质层含水量、皮脂含量高于对照组($P < 0.05$)。

4.6 2组治疗前后 Th1/Th2、IL-6R、LTB4、Fas-L 水平比较 见表5。治疗前, 2组 Th1/Th2、IL-6R、LTB4、Fas-L 水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组 Th1/Th2、IL-6R、LTB4、Fas-L

水平较治疗前降低($P < 0.05$); 且研究组 Th1/Th2、IL-6R、LTB4、Fas-L 水平低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后12-PSS、EASI评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	12-PSS		EASI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	15.09 ± 2.53	10.12 ± 2.14 ^①	48.17 ± 9.06	39.27 ± 6.25 ^①
研究组	48	15.29 ± 2.75	6.56 ± 1.75 ^①	48.74 ± 9.51	34.14 ± 4.05 ^①
<i>t</i> 值		0.371	8.922	0.301	4.772
<i>P</i> 值		0.712	<0.001	0.764	<0.001

注: ①与对照组比较, $P < 0.05$

表3 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	瘙痒	皮损潮红	湿疹发病频率	鳞屑	抓后糜烂渗出	神疲	纳少	腹胀便溏
对照组	治疗前	48	3.86 ± 0.84	3.90 ± 0.86	3.95 ± 0.90	3.89 ± 0.95	3.86 ± 0.90	3.89 ± 0.97	3.95 ± 0.91	3.85 ± 0.94
	治疗后	48	1.31 ± 0.40 ^①	1.36 ± 0.43 ^①	1.39 ± 0.42 ^①	1.39 ± 0.42 ^①	1.41 ± 0.39 ^①	1.32 ± 0.41 ^①	1.31 ± 0.42 ^①	1.32 ± 0.39 ^①
研究组	治疗前	48	3.77 ± 0.93	3.82 ± 0.97	3.86 ± 0.96	3.80 ± 0.91	3.95 ± 0.95	3.95 ± 0.91	3.83 ± 0.99	3.92 ± 0.89
	治疗后	48	0.76 ± 0.24 ^{①②}	0.80 ± 0.25 ^{①②}	0.89 ± 0.27 ^{①②}	0.83 ± 0.26 ^{①②}	0.83 ± 0.24 ^{①②}	0.67 ± 0.20 ^{①②}	0.69 ± 0.21 ^{①②}	0.71 ± 0.23 ^{①②}

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

表4 2组治疗前后角质层含水量、TEWL、皮脂含量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	角质层含水量(%)		TEWL[g/(h·m ²)]		皮脂含量(μg/cm ²)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	6.45 ± 1.52	18.45 ± 3.14 ^①	29.47 ± 7.06	17.27 ± 4.25 ^①	64.79 ± 12.11	76.46 ± 13.81 ^①
研究组	48	6.56 ± 1.54	25.32 ± 5.13 ^①	30.59 ± 7.39	13.82 ± 3.09 ^①	65.81 ± 12.03	88.26 ± 15.39 ^①
<i>t</i> 值		0.352	7.913	0.759	4.549	0.414	3.954
<i>P</i> 值		0.725	<0.001	0.450	<0.001	0.680	<0.001

注: ①与对照组比较, $P < 0.05$

表5 2组治疗前后 Th1/Th2、IL-6R、LTB4、Fas-L 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Th1/Th2(%)		IL-6R(ng/mL)		LTB4(pg/mL)		Fas-L(μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	15.84 ± 2.85	13.57 ± 2.25 ^①	101.29 ± 17.03	50.12 ± 13.03 ^①	317.25 ± 10.15	163.51 ± 16.73 ^①	2 024.96 ± 60.72	1 507.48 ± 50.11 ^①
研究组	48	15.70 ± 2.78	11.29 ± 2.01 ^①	102.17 ± 16.51	35.16 ± 9.05 ^①	316.37 ± 20.87	144.08 ± 15.02 ^①	2 020.14 ± 62.13	1 410.40 ± 45.10 ^①
<i>t</i> 值		0.244	5.236	0.415	6.533	0.263	5.987	0.384	9.977
<i>P</i> 值		0.808	<0.001	0.679	<0.001	0.793	<0.001	0.702	<0.001

注: ①与对照组比较, $P < 0.05$

5 讨论

慢性湿疹发病原因复杂, 感染、变应原过敏、创伤、化学因素、机械物理因素、药物、食物、代谢障碍、精神因素、消化性疾病、局部搔抓、循环障碍或用药不当均可引起湿疹发作^[7], 其发病机制包含细胞免疫学说、皮肤屏障功能异常等。湿疹患者常伴随体液免疫及细胞免疫功能异常, 抗原刺激细胞后, 会分泌大量神经毒素, 诱导释放组胺, 引起

血管扩张, 增强血管壁的通透性, 导致皮肤产生湿疹样改变^[8]。皮肤屏障功能受损是湿疹的重要病理变化, 反复接触漂白剂、肥皂、溶剂等碱性物质会扰乱皮肤 pH, 破坏表皮屏障, 诱导慢性湿疹产生^[9]。

慢性湿疹属于中医学湿疮范畴, 患者素体虚弱, 易受外邪侵袭, 加上患者饮食不节, 损伤脾胃, 脾虚则健运失常, 水湿运化失司, 湿浊内停, 郁久化热, 外搏肌肤, 湿浊成痰, 瘀滞经络, 肌肤失养,

从而发病^[10]。清热健脾利湿方中黄芪益卫固表、健脾、利水消肿，苦参燥湿、止痒，为君药；苍术燥湿健脾，党参健脾益气，为臣药；茯苓健脾宁心、利水渗湿，白及活血、生肌，白术益气健脾、燥湿，白鲜皮清热燥湿、解毒、止痒，荆芥透疹消疮，刺蒺藜活血祛瘀、解毒、止痒，为佐药；炙甘草益气补脾、调和诸药，为使药。诸药合用，共达补脾益气、燥湿、解毒、止痒之功。本研究结果表明，研究组总有效率高于对照组，复发率低于对照组($P < 0.05$)，说明清热健脾利湿法治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹患者可提升临床疗效，降低复发率。研究组中医证候评分、12-PSS、EASI评分较对照组低($P < 0.05$)，说明清热健脾利湿法治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹患者，可改善瘙痒程度，缓解病情。

皮肤屏障功能破坏是慢性湿疹患者的主要病理表现，伴随皮肤表面脂质成分破坏，TEWL、角质层含水量、皮脂含量异常^[11]。治疗后，研究组TEWL低于对照组，角质层含水量、皮脂含量高于对照组($P < 0.05$)，说明清热健脾利湿方治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹患者，可改善机体皮肤屏障功能。慢性湿疹患者伴随免疫功能障碍、细胞免疫异常，细胞因子由1型和2型T辅助淋巴细胞(Th1和Th2)产生，Th2细胞因子促进IgE产生，Th1细胞因子抑制机体产生IgE，慢性湿疹患者存在Th2细胞优势，Th1/Th2失衡，激活IgE，产生组胺，破坏皮肤二级保护层，降低皮肤屏障功能，皮损处产生瘙痒、红肿症状^[12]。IL-6R复合物是异源性二聚体，可特异性结合IL-6，诱导炎症反应，加重病情；LTB4是炎性趋化因子，由花生四烯酸产生，能够激活并释放大促炎性细胞因子和介质，参与炎症反应，导致慢性湿疹。此外，LTB4还可参与中性粒细胞的脱落和吸附，间接导致I型超敏反应，在皮肤表面聚集大量中性粒细胞和淋巴细胞，损伤皮肤^[13-14]。皮肤屏障功能的首道防线是角质形成细胞，角质形成细胞凋亡可破坏皮肤的砖墙结构，皮肤的正常屏障、抗炎功能不可维持。活化T细胞释放Fas配体和干扰素- γ ，提升机体角质形成细胞Fas抗原水平，诱导角质形成细胞的凋亡^[15]。本研究显示，治疗后研究组Th1/Th2、IL-6R、LTB4、Fas-L水平低于对照组($P < 0.05$)，说明清热健脾利湿方治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹患者，可调节外周血细胞免疫平衡，降低炎症因子水平。

综上所述，清热健脾利湿方联合常规西药治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹患者，可改善机体皮肤屏障功能，调节细胞免疫平衡，降低炎症因子水平，改善瘙痒程度，提升临床疗效，降低复发率。

[参考文献]

- [1] 熊大正, 陈洪强, 赵敏. 火针腧穴疗法联合湿毒清胶囊、丹皮酚软膏治疗血虚风燥型湿疹的疗效及其对患者最小红斑量、转化生长因子- β 1水平的影响[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(4): 63-66.
- [2] 王江涛, 郭玉芳, 袁敏贤, 等. 地氯雷他定与地奈德乳膏联合除湿止痒洗液治疗慢性湿疹的疗效及对血清IL-2、IL-4水平的影响分析[J]. 中国实用医药, 2021, 16(32): 32-34.
- [3] 李欣陆, 刘云霞. 毫针联合火针密刺治疗慢性湿疹脾虚湿蕴证的临床研究[J]. 中医药导报, 2022, 28(11): 45-50.
- [4] 张学军. 皮肤性病学[M]. 7版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 107.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 147.
- [6] 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: 298.
- [7] 李林峰. 慢性湿疹的环境因素和预防[J]. 中国全科医学, 2004, 7(12): 853-854.
- [8] 王中华. 自制消炎方湿敷治疗急性湿疹的疗效及对患者细胞免疫和炎症因子水平变化及其相互关系分析[J]. 四川中医, 2019, 37(9): 156-159.
- [9] 王冰心, 曹海育, 李建英, 等. 奥洛他定联合金蝉止痒颗粒治疗对湿疹患者皮肤损伤、皮肤屏障功能及炎症因子的影响[J]. 现代生物医学进展, 2023, 23(13): 2591-2595.
- [10] 李佳凤, 吴凡伟, 毛妮. 渗湿和里汤内服结合外洗治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(5): 1134-1139.
- [11] 张莹, 坚哲, 李丽. 多磺酸黏多糖乳膏联合地奈德乳膏对慢性湿疹患者临床体征评分及皮肤生理功能的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2022, 36(2): 185-189.
- [12] 谢玉华, 徐晶, 谭磊, 等. 壮医脐环穴针刺法治疗血虚风燥型慢性湿疹的疗效观察及其对Th1/Th2免疫平衡的影响[J]. 广西医学, 2021, 43(1): 56-61.
- [13] 张大雷, 李韵. 皮敏消胶囊结合雷公藤多苷片治疗湿热互结型湿疹疗效观察及对血清LTB4与SP水平的影响[J]. 中国美容医学, 2021, 30(12): 120-124.
- [14] 刘卉, 曹俊. 自拟消疹煎联合西药治疗慢性湿疹的临床效果及对患者血清LTB4、IL-18、ECP、INF- γ 的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(4): 323-327.
- [15] 黄盼, 杨志波, 王畅. 苦参有效成分对活化慢性湿疹患者Th1细胞Fas-L、IFN- γ 表达的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(10): 1189-1192.

(责任编辑: 郑锋玲)