

# 健脾养血祛风汤治疗血虚风燥型特应性皮炎患者临床疗效及对患者皮肤屏障功能的影响

王丽芬, 叶建州\*, 杨雪松  
(云南省中医医院, 昆明 650021)

**[摘要]** **目的:**探讨健脾养血祛风汤治疗血虚风燥型特应性皮炎(atopic dermatitis, AD)患者临床疗效及对皮肤屏障功能的影响。**方法:**以云南省中医医院在2016年3月至2017年5月收治的132例AD患者为研究对象,遵循成组序贯设计法分为治疗组与对照组(各66例)。两组患者同时给予外用白凡士林,在此基础上,对照组患者口服氯雷他定片,治疗组给予健脾养血祛风汤,两组均进行4周治疗,结束后对两组患者疗效, Th1/Th2 细胞因子与免疫球蛋白 E(immunoglobulin E, IgE), 皮肤屏障功能, 特应性皮炎积分(scoring atopic dermatitis index, SCORAD)与瘙痒视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)进行比较。**结果:**治疗组患者总有效率为95.45%, 对照组为84.85%, 治疗组高于对照组( $P < 0.05$ );与本组治疗前比较,治疗后两组AD患者血清中白细胞介素-4(interleukin-4, IL-4)与IgE水平明显降低,白细胞介素-2(interleukin-2, IL-2)明显升高,且治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ );与本组治疗前比较,治疗后两组AD患者经皮水分丢失(transepidermal waterloss, TEWL)水平明显降低,皮脂含量与角质层含水量明显升高,且治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ );通过治疗,两组AD患者特应性皮炎SCORAD评分与瘙痒VAS均明显降低,且治疗组明显低于对照组( $P < 0.05$ )。**结论:**健脾养血祛风汤对血虚风燥型AD具有积极的治疗效果,可以明显调节血虚风燥型AD患者Th1/Th2细胞因子平衡,改善皮肤屏障功能,降低皮损与瘙痒程度。

**[关键词]** 健脾养血祛风汤; 特应性皮炎; 临床疗效; 皮肤屏障功能

**[中图分类号]** R22;R24;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)13-0178-05

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.20180722

**[网络出版地址]** <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20180111.0858.008.html>

**[网络出版时间]** 2018-01-11 17:06

## Clinical Efficacy of Jianpi Yangxue Qufeng Decoction in Treating Patients with Blood Deficiency and Wind Dryness Type Atopic Dermatitis and Its Effect on Skin Barrier Function

WANG Li-fen, YE Jian-zhou\*, YANG Xue-song

(Yunnan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650021, China)

**[Abstract]** **Objective:** To study the clinical efficacy of Jianpi Yangxue Qufeng decoction in treating patients with blood deficiency and wind dryness type atopic dermatitis (AD) and its effect on skin barrier function. **Method:** Totally 132 cases of patients with blood deficiency and wind dryness type ad treated in our hospital from March 2016 to May 2017 were selected and divided into two groups according to group sequential design, with 66 cases in clinical group and 66 in control group. In addition to the external use of albolene, the control group was given Loratadine Tablets, while the clinical group was given Jianpi Yangxue Qufeng decoction. The course of treatment was 4 weeks. The treatment effect, Th1/Th2 cytokines and immunoglobulin E (IgE), skin barrier function, scoring atopic dermatitis index (SCORAD) and pruritus visual analogue scale (VAS) were compared.

**[收稿日期]** 20170817(019)

**[基金项目]** 云南省应用基础研究计划项目(2013FZ203)

**[第一作者]** 王丽芬,副主任医师,从事皮肤病的中医药治疗及中医外科学教学工作, Tel:0871-63625311, E-mail: winis06@126.com

**[通信作者]** \*叶建州, 硕士, 主任医师, 从事中医皮肤病诊治研究, Tel:0871-63625311, E-mail: suholl@126.com

**Result:** Compared with 84.85% in control group, the total effective rate of clinical group was 95.45%. There was a significant increase ( $P < 0.05$ ). Compared with before treatment, interleukin (IL) -4 and IgE of the two groups after treatment decreased, while IL-2 increased ( $P < 0.05$ ). Compared with control group, the levels of IL-4 and IgE in patients of experimental group were lower after treatment, while IL-2 was higher ( $P < 0.05$ ). Compared with before treatment, transepidermal waterloss (TEWL) of the two groups after treatment decreased, while the sebum content and corneous layer water content increased ( $P < 0.05$ ). Compared with control group, the level of TEWL in patients of the experimental group was lower after treatment, while the sebum content and corneous layer water content were higher ( $P < 0.05$ ). Compared with before treatment, SCORAD scores and pruritus VAS scores in the two groups after treatment decreased ( $P < 0.05$ ). Compared with control group, SCORAD and pruritus VAS scores in patients of experimental group were lower after treatment ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Jianpi Yangxue Qufeng decoction has a better effect on blood deficiency and wind dryness type AD, and can significantly improve Th1/Th2 cytokines and skin barrier function and reduce skin lesion and itching.

[**Key words**] Jianpi Yangxue Qufeng decoction; atopic dermatitis; clinical efficacy; skin barrier function

特应性皮炎(atopic dermatitis, AD)又称为遗传过敏性皮炎,是临床上较为常见的一种具有遗传倾向的变态反应皮肤病<sup>[1]</sup>,一般自婴幼儿期起病,临床具有瘙痒剧烈、时轻时重的特点,且呈慢性、反复发作性<sup>[2]</sup>。目前临床上大多学者认为,环境与基因共同作用是导致 AD 的发病机制<sup>[3]</sup>,西医针对 AD 的治疗主要为糖皮质激素与免疫抑制剂外用疗法,甚者则内服抗组胺类药物和免疫抑制剂,但临床研究普遍反映,AD 患者对目前治疗方案依从性较差,且易反复发作,费用过高,限制了临床的应用<sup>[4]</sup>,加上 AD 患者主要以儿童、婴幼儿为主,因此找到一种副作用较小且依从性较好的治疗方案,是全球皮肤病专家亟待解决的重大挑战。AD 在中医学中归属“四弯风”、“奶癣”等范畴<sup>[5]</sup>。近年来,国内外学者报道中医药在明显缓解 AD 患者病情的基础上,还可降低复发率,对治疗 AD 具有较好的疗效<sup>[6]</sup>。健脾养血祛风汤为现代临床经验方,由玉屏风散化裁而来,玉屏风散出自于元·朱丹溪的《丹溪心法》,为中医经典名方,广泛应用于治疗中医学的各种汗证、虚证及现代医学的过敏性鼻炎、呼吸道感染、皮肤病等疾病<sup>[7-9]</sup>。目前已有学者采用健脾养血祛风原则在 AD 的治疗中取得满意疗效,且不良反应少<sup>[10]</sup>。但目前尚无学者研究报道过健脾养血祛风汤对血虚风燥型 AD 患者血清炎症因子、皮肤屏障功能以及复发的影响。鉴于此,本次研究以健脾养血祛风汤作为研究药物,观察其对 132 例血虚风燥型 AD 患者的临床疗效及对患者血清 Th1/Th2 细胞因子、皮肤屏障功能的影响。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 以云南省中医医院在 2016 年 3 月

至 2017 年 5 月收治的 132 例 AD 患者为研究对象,遵循成组序贯设计法分为治疗组与对照组,各 66 例。其中,治疗组,平均年龄( $18.3 \pm 4.2$ )岁,AD 病程( $5.6 \pm 2.5$ )年;对照组平均年龄( $17.9 \pm 4.3$ )岁,AD 病程为( $5.7 \pm 2.6$ )年。两组患者以上各基线资料方面均有可比性,本研究经云南省中医医院伦理委员会批准(批号 2016-02-18),患者自愿签署知情同意书,研究过程中无病例脱落现象发生。

**1.2 西医诊断标准** 参考《中国特应性皮炎诊疗指南(2014 版)》<sup>[11]</sup>指定的 AD 诊断标准,①临床表现为皮肤干燥,剧烈瘙痒,慢性湿疹样皮炎;②血清总免疫球蛋白(Ig)E,外周血中嗜酸性粒细胞计数及阳离子蛋白等实验室检查支持;③有过敏性家族病史。

**1.3 中医诊断标准** 参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[12]</sup>有关标准制定,中医辨证为血虚风燥型,①主证为皮肤干燥肥厚,皮损色暗,或苔癣样变,瘙痒或抓痕剧烈,血痂,易复发;②次证为食后腹胀,面色晄白,失眠等;③舌脉,舌淡胖,苔白,脉细滑。主证兼任意 2 项次证,结合舌脉者即可诊断为血虚风燥型。

**1.4 纳入标准** ①符合西医诊断者;②符合中医血虚风燥型;③年龄 12~40 岁;④患者或家属同意按照本次研究要求执行,并签订知情同意书。

**1.5 排除标准** ①对研究药物成分过敏患者;②合并硬皮病、皮炎、红斑狼疮等其他免疫系统疾病者;③研究前 2 周内服用过激素类药物或免疫调节剂者;④妊娠期或哺乳期女性;⑤资料不全等对疗效评价有影响者。

**1.6 治疗方法** 两组患者同时给予内外同治法,外用药物为凡士林,2 次/d,对照组内服药物为氯雷他

定片(扬子江药业集团,国药准字 H20090138, 8.8 mg/片)1片,1次/d;治疗组内服健脾养血祛风汤,方剂组成:黄芪 30 g,制何首乌 30 g,刺蒺藜 30 g,白术 15 g,当归 15 g,防风 20 g,蜈蚣 10 g,药物均来源于云南省中医医院门诊药房,由该院药剂科夏杰主任药师鉴定为正品。以上药物混合,武火烧开后再以文火煎熬 20 min,取出药液 150 mL,再加水 500 mL 以相同方法煎煮至 150 mL 左右,2 次药液加起来共 300 mL 左右,每天 1 剂,分早晚 2 次,餐后 0.5 h 温热后服用,连续治疗 4 周后观察疗效,随访 6 个月。

### 1.7 观察指标

**1.7.1 Th1/Th2 细胞因子与 IgE** 治疗前后分别采集血虚风燥型 AD 患者晨起空腹静脉血 5 mL,以 3 000 r·min<sup>-1</sup> 离心 10 min,用移液枪吸取上层血清作为研究样本,-80 °C 环境下保存备用。按照说明书采用酶联免疫吸附法分别检测白细胞介素(IL)-2,IL-4 的水平,采用酶联免疫吸附法检测血清 IgE 的水平,试剂盒购自上海钰森生物技术有限公司,批号均为 20161023A。

**1.7.2 皮肤屏障功能** 采用德国 CKMPA9 型多功能皮肤测试仪对 132 例 AD 患者治疗前后皮脂含量,经皮水分丢失(TEWL)与角质层含水量进行测定,取 3 次测量值的平均值。测定时要求所有患者皮肤保持自然状态 25 min,室内环境要求室温 20 ~ 25 °C,湿度 55% 左右。

**1.7.3 特应性皮炎积分(SCORAD)评分<sup>[13]</sup>与瘙痒评分<sup>[14]</sup>** 采用 SCORAD 评分对皮损严重程度进行评估,对瘙痒采用 VAS 评分进行评价。

**1.8 疗效评定** 治疗后对两组患者临床效果进行评估<sup>[15]</sup>,①治愈,瘙痒全部消失,皮损全部消退,SCORAD 积分率在 90% 以上;②显效,瘙痒明显减轻,皮损基本消退,SCORAD 积分率 60% ~ 90%;③有效,瘙痒与皮损有所改善,SCORAD 积分率 20% ~ 60%;④无效,瘙痒无明显改善或程度加重,皮损无消退,SCORAD 积分率 < 20%,本研究总有效率为治愈率、显效率与有效率之和。

**1.9 安全性评价** 观察两组患者治疗期间不良反应发生情况及肝肾功能等变化情况。

**1.10 统计分析** 通过统计软件 SPSS 19.0 对研究中所测数据进行统计学分析,计数资料采用  $\chi^2$  检验(以 % 表示),计量资料采用 *t* 检验(以  $\bar{x} \pm s$  表示),本次研究中  $P < 0.05$  则认为两组之间差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者治疗后疗效比较** 治疗后与对照组比较,治疗组总有效率显著高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者治疗后疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy after treatment between groups

组别	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效/例(%)
治疗	25	23	15	3	63(95.45) <sup>1)</sup>
对照	12	15	29	10	56(84.85)

注:与对照组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

**2.2 两组患者治疗后 Th1/Th2 细胞因子与 IgE 水平比较** 与本组治疗前比较,两组患者 IL-4, IgE 水平明显下降,IL-2 水平明显提高( $P < 0.05$ );与对照组治疗后比较,治疗组 IL-4, IgE 水平明显下降,IL-2 水平明显提高( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗后 Th1/Th2 细胞因子, IgE 水平比较( $\bar{x} \pm s, n = 66$ )

Table 2 Comparison of Th1/Th2 cytokines and IgE before and after treatment in two groups( $\bar{x} \pm s, n = 66$ )

组别	时间	IL-2/ng·L <sup>-1</sup>	IL-4/ng·L <sup>-1</sup>	IgE/U·mL <sup>-1</sup>
治疗	治疗前	43.26 ± 2.21	15.84 ± 1.41	1528.86 ± 197.07
	治疗后	50.04 ± 1.19 <sup>1,2)</sup>	11.22 ± 1.62 <sup>1,2)</sup>	690.74 ± 94.91 <sup>1,2)</sup>
对照	治疗前	43.19 ± 2.58	15.78 ± 1.43	1521.91 ± 189.12
	治疗后	47.68 ± 1.17 <sup>1)</sup>	13.48 ± 1.24 <sup>1)</sup>	941.19 ± 100.65 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前相比<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ ;与对照组治疗后相比<sup>2)</sup>  $P < 0.05$ (表 3,4 同)。

**2.3 两组患者皮肤屏障功能比较** 与本组治疗前比较,两组治疗后血虚风燥型 AD 患者皮脂含量与角质层含水量明显升高,TEWL 明显下降( $P < 0.05$ );与对照组治疗后比较,观察组患者皮脂含量与角质层含水量均明显提高( $P < 0.05$ );TEWL 明显降低( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者治疗后皮肤屏障功能比较( $\bar{x} \pm s, n = 66$ )

Table 3 Comparison of skin barrier function before and after treatment between two groups( $\bar{x} \pm s, n = 66$ )

组别	时间	皮脂含量 / $\mu\text{g}\cdot\text{cm}^{-2}$	TEWL / $\text{g}\cdot\text{h}^{-1}\cdot\text{m}^{-2}$	角质层含水量 /%
治疗	治疗前	65.56 ± 1.14	30.76 ± 3.19	6.14 ± 1.24
	治疗后	89.84 ± 1.23 <sup>1,2)</sup>	10.57 ± 2.23 <sup>1,2)</sup>	27.67 ± 4.13 <sup>1,2)</sup>
对照	治疗前	65.58 ± 1.08	30.75 ± 3.42	6.18 ± 1.25
	治疗后	84.03 ± 1.16 <sup>1)</sup>	19.67 ± 3.01 <sup>1)</sup>	15.76 ± 2.14 <sup>1)</sup>

**2.4 两组患者治疗后 SCORAD 评分与瘙痒评分比较** 与本组治疗前比较,两组患者 SCORAD 评分与瘙痒 VAS 评分均明显降低 ( $P < 0.05$ );治疗后与对照组比较,治疗组患者 SCORAD 评分与瘙痒 VAS 评分明显低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 治疗前后两组 SCORAD 评分,瘙痒 VAS 比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 66$ )  
Table 4 Comparison of SCORAD scores and pruritus VAS scores before and after treatment in two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 66$ ) 分

组别	时间	SCORAD 评分	瘙痒 VAS
治疗	治疗前	56.61 ± 4.19	6.54 ± 1.21
	治疗后	18.64 ± 2.48 <sup>1,2)</sup>	2.69 ± 0.13 <sup>1,2)</sup>
对照	治疗前	55.84 ± 4.77	6.32 ± 1.43
	治疗后	25.25 ± 2.69 <sup>1)</sup>	3.35 ± 0.19 <sup>1)</sup>

**2.5 安全性评价** 治疗组患者出现 4 例胃胀、胃痛,2 例便秘,对照组出现 3 例头痛,1 例乏力,2 例胃肠道不适,1 例肝功能异常,经对证处理后,症状均有所缓解或消失,两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义。

### 3 讨论

近年来,由于空气质量的下降,食品添加剂的增多等因素,使得 AD 在全球的病发率呈逐年递增趋势,目前 AD 已成为全球皮肤病学者的重点关注难题。AD 患者的特征性标志为皮肤干燥且瘙痒剧烈,患者多伴有过敏性鼻炎、哮喘与湿疹等家族性倾向或其父母多伴有过敏性病史。据国内有关数据统计结果显示<sup>[16]</sup>,2013 年国内 1~7 岁儿童 AD 患病率将近 13%。目前,西医类治疗主要采用外用激素类药物,收效满意但其副作用众多,成为健康隐患,同时,由于激素类药物停用后所造成的反跳现象通常使 AD 病情进一步加重,引起特应性红皮症。近年来,中医“紧扣病机”、“辨证论治”及安全性观念,在临床上逐步受到重视,通过从整体上调节过敏体质可从根本上减少 AD 的复发,在临床上前景广阔。

中医认为,素体先天禀赋不足,脾失健运,致使湿热内盛,当风、湿、热邪乘虚侵袭机体,可致湿热郁于肌肤腠理,缠绵不愈,反复发作,久之则血虚风燥或脾虚血燥,肌肤失养<sup>[17]</sup>。因此,在整个治疗过程中,健脾益气、祛风止痒类药物在所必用。健脾养血祛风汤为现代临床经验方,方中黄芪益气固表、托疮生肌、利水消肿,制何首乌补肝肾,益精血,刺蒺藜平肝疏肝,祛风明目,白术健脾益气、燥湿利尿、止汗、安胎,当归味甘而重,专补血,又气轻而辛,兼行血,防风祛风解表,胜湿止痛,蜈蚣息风镇痉,攻毒散结,

通络止痛。诸药合用,共奏健脾益气、祛风止痒之效。目前,已有文献报道中医采用健脾养血祛风原则可显著提高 AD 临床有效率,但对于健脾养血祛风汤治疗血虚风燥型 AD 疗效及对患者血清 Th1/Th2 平衡、皮肤屏障功能的影响却未曾研究报道,本研究联合健脾养血祛风汤作为内服治疗药物对血虚风燥型 AD 患者进行治疗,结果表明,临床采用健脾养血祛风汤治疗血虚风燥型 AD 临床总有效率高于对照组,疗效明显提高。

血虚风燥型特应性皮炎多见于成人,病情反复,迁延难愈,血亏邪毒互搏,治当以养血滋阴,祛风解毒之法。本病与脏腑失调关系密切,脾虚则化生气血津液不足,当以养阴祛风润燥为主,辅以健脾补脾,则即可补气血津液,又可培土生金,使肺宣发津液水谷精微能够滋养全身,调节肌肤腠理汗孔之开阖。肺开窍于鼻,肺气宣畅则鼻窍通利,总之,特异性皮炎的发病是以脾虚为本,风湿热邪为病之标,而本病发病与加重多与脾胃功能失调有关,所以在临床辨证时要注意以健脾调理肠胃为主。中医药在特应性皮炎治疗及防止复发方面,显示出较单纯应用西药更明显的效果,且可以显著保障近期疗效及降低复发率,现代医学目前为止仍采用局部慎用皮质类固醇激素和润肤剂,但越来越多的证据表明长期应用皮质类固醇激素远期疗效不肯定,副作用难以回避。笔者所用健脾养血祛风汤,根据“治风先治血、血行风自灭”及“虫类药入络搜风”之理论,全方配伍标本兼顾,切中病机,同时还可以增加患者皮肤角质层的含水量,降低皮肤 pH,且治疗后随访 6 个月,治疗组的复发率明显低于对照组。

当过敏原通过皮肤或黏膜屏障进入机体后,可刺激单核巨噬细胞系统产生 IgE,IgE 可作用于嗜碱粒细胞或肥大细胞脱颗粒释放组胺等介质,从而作用于皮肤或黏膜,造成皮损等 AD 症状<sup>[18]</sup>。分子免疫学认为,AD 在本质上为皮肤渗透屏障受到破坏所引起的 Th2 活化过度与变态反应,Th1 功能下降与 Th2 功能亢进所导致的 Th1/Th2 失衡是 AD 发病的重要原因之一,两者之间通过细胞因子可参与调控 IgE 的合成。有研究报道,AD 患者体内磷酸二酯酶活力明显高于正常人群,其可以促进体内前列腺素 E<sub>2</sub> 的合成,而 PGE<sub>2</sub> 可以显著抑制 Th1 型细胞反应,Th1 细胞可分泌 IL-2 细胞生长因子,增强 T 细胞的杀伤力,同时 PGE<sub>2</sub> 还可增加 Th2 型细胞分泌 IL-4,IL-5 与 IL-10 等因子,参与体液免疫应答,从而使 Th1/Th2 趋向于 Th2 型细胞,Th2 型细胞活化

过度<sup>[19]</sup>。动物实验也证实, poly(I:C) 可以通过调节小鼠 Th1/Th2 平衡, 从而达到抑制 AD 皮损的发展进程<sup>[20]</sup>。本研究结果显示, 通过治疗后, 两组患者体内 IL-4, IgE 显著降低, IL-2 升高, 且治疗组效果优于对照组, 证实了健脾养血祛风汤能够明显改善血虚风燥型 AD 患者 Th1/Th2 细胞因子的病理平衡偏移, 逆转血虚风燥型 AD 皮损的发展进程。

研究显示, AD 易造成患者皮肤屏障功能损害, 表现为 TEWL 增加, 表皮细胞间基质合成受阻, 皮肤油脂减少及角化等皮肤结构和功能发生变化, 出现皮损及肌肤失养现象<sup>[21]</sup>。由于 AD 长期反复发作, 皮肤水分流失较多, 皮肤屏障功能越差, 长久以往形成恶性循环, 致使皮损进一步加重与恶化。因此, 加强 AD 患者皮肤屏障功能研究对防治 AD 具有重要的临床价值。本研究显示经过治疗后, 两组患者体内 TEWL 显著降低, 皮脂含量与角质层含水量显著升高, 且治疗组效果优于对照组, 证实了健脾养血祛风汤能够明显防止血虚风燥型患者表皮水分的丢失, 增加角质层含水量, 维持皮肤角质层的完整性, 因而有助于皮肤屏障功能的改善。

SCORAD 评分是目前国际上受到广泛认可的专用于评价 AD 患者皮损程度的工具量表, 可以全面评价 AD 患者的皮肤状态, 具有较好的可信度与效度, VAS 评分对瘙痒的评价具有重要的监测价值<sup>[22]</sup>。研究结果显示, 经过治疗后, 两组患者 SCORAD 评分与 VAS 瘙痒评分均显著下降, 且治疗组低于对照组, 证实了健脾养血祛风汤能够明显改善血虚风燥型 AD 患者的皮损程度。

综上所述, 健脾养血祛风汤能够明显调节血虚风燥型 AD 患者 Th1/Th2 细胞因子平衡, 改善皮肤屏障功能, 降低皮损与瘙痒程度, 因此对血虚风燥型 AD 具有积极的治疗效果。

#### [参考文献]

[1] 周芳, 李萍. 中医药治疗特应性皮炎研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(10): 83-86.  
[2] 孙晓冬. 健脾渗湿颗粒治疗特应性皮炎的疗效评价及其对复发的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2009, 8(6): 335-337.  
[3] 瞿旻晔, 袁晓琳, 马健. 特应性皮炎发病过程及其机制研究现状探讨[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2015, 29(10): 1085-1087.  
[4] 郎娜. 龙牡汤治疗特应性皮炎的临床疗效观察[D]. 北京: 中国中医科学院, 2012.  
[5] 郎娜, 姚春海, 柏燕军, 等. 参归煎剂合湿毒膏治疗血虚风燥型特应性皮炎[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2007, 6(1): 22-23.

[6] 金培志, 杨瑛, 赵跃凤, 等. 健脾止痒颗粒对脾虚血燥型特应性皮炎患者 Th1/Th2 细胞因子谱的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2011, 25(4): 60-62.  
[7] 李红念, 梅全喜, 戴卫波, 等. 玉屏风散的临床应用与药理作用研究进展[J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33(2): 284-287.  
[8] 陈桂升, 张翠侠, 翟晓翔, 等. 玉屏风散加减联合斯奇康注射液对颜面部过敏性皮炎患者 T 淋巴细胞亚群水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(3): 304-306.  
[9] 姚希乐, 孙慧. 玉屏风散加味治疗慢性荨麻疹表虚不固证的抗变态反应作用研究[J]. 新中医, 2017, 49(3): 92-94.  
[10] 杨雪松, 叶建州, 李钦. 健脾养血祛风法治疗特应性皮炎临床疗效及对皮肤屏障功能的影响[J]. 云南中医学院学报, 2009, 32(3): 5-7, 12.  
[11] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国特应性皮炎诊疗指南(2014版)[J]. 全科医学临床与教育, 2014, 47(6): 603-606, 615.  
[12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 214-215.  
[13] 中华中医药学会皮肤科专业委员会. 特应性皮炎中医诊疗方案专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2013, 12(1): 60-61.  
[14] 赵辨. 中国临床皮肤病学[J]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 1254.  
[15] 中华人民共和国卫生部. 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: 245-246.  
[16] 程茹虹, 姚志荣. 特应性皮炎的遗传学基础与皮肤屏障障碍[J]. 中国医学文摘: 皮肤科学, 2016, 33(2): 107-109, 84.  
[17] 林颖, 陈达灿, 莫秀梅. 特应性皮炎中医证候分类现状与辨证施治疗效的评价[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2005, 4(4): 266-271.  
[18] 陈天雷, 刘丹, 黄尾全, 等. 生物共振治疗仪治疗特应性皮炎 60 例疗效观察及其对免疫功能的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(10): 1092-1094, 1096.  
[19] 舒畅, 程志英, 辛鹏, 等. 卡介菌多糖核酸联合特异性脱敏对特应性皮炎患者血清 IL-2 与 IL-4 水平的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(7): 693-695.  
[20] Kim C H, Park C D, Lee A Y. Administration of poly(I:C) improved dermatophagoides farinae-induced atopic dermatitis-like skin lesions in NC/Nga mice by the regulation of Th1/Th2 balance[J]. Vaccine, 2012, 30(14): 2405-2410.  
[21] 汪海珍, 黄盼, 杨志波. 当归饮子配方颗粒对血虚风燥型银屑病患者皮肤屏障功能的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2015, 35(4): 41-43.  
[22] 薛素琴, 谭金华. 十皮汤对特应性皮炎患者皮肤屏障功能影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(14): 282-283.

[责任编辑 张丰丰]