【临床经验】

# 清热利湿解毒法治疗湿热证银屑病有效性及安全性 meta 分析

卢 亮[1]，赵一丁[2*]，孙 丹[2]，卞 旭[1]，耿蒙利[1]
（1. 陕西中医药大学，陕西咸阳 712046；2. 陕西省中医医院皮肤科，陕西西安 710003）

**摘要：目的** 用meta分析评价清热利湿解毒法治疗湿热证银屑病的有效性与安全性。**方法** 检索中国知网、万方、重庆维普、中国生物医学文献、PubMed、Cochrane Library、Embase 等数据库，收集清热利湿解毒法治疗湿热证银屑病的随机对照试验，检索时间范围自建库起至 2020 年 12 月。由两名研究者独立选择文献并收集数据，按照 Cochrane5.1 手册依次进行入选文献的偏倚风险及质量评估，用 State/SE15.1 软件进行 meta 分析。**结果** 最终纳入 13 篇研究，涉及 953 例银屑病患者。meta 分析结果显示，治疗组的总有效率（比值比＝ 3.03，95% 置信区间：2.04 ～ 4.48，$P$ ＜ 0.000 1）、银屑病面积和严重程度指数评分（标准化均数差＝−0.68，95% 置信区间：−0.97 ～ −0.39，$P$ ＜ 0.000 1）、不良反应（比值比＝ 0.32，95% 置信区间：0.17 ～ 0.60，$P$ ＜ 0.000 1）均优于对照组。**结论** 清热利湿解毒法治疗湿热证银屑病可显著降低银屑病面积和严重程度指数评分，改善皮损，疗效确切，安全性高。

**关键词：**清热利湿解毒法；湿热证；银屑病；meta分析；随机对照
**中图分类号：**R758.63 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188（2022）06-0767-08
DOI：10.13683/j.wph.2022.06.020



# Meta analysis of efficacy and safety of heat-clearing and diuresis-promoting and detoxifying in the treatment of psoriasis with damp-heat syndrome

LU Liang[1], ZHAO Yiding[2*], SUN Dan[2], BIAN Xu[1], GENG Mengli[1]
(*1. Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang 712046, Shaanxi Province, China;*
*2. Department of Dermatology, Shaanxi Provincial Hospital of Chinese Medicine, Xi'an 710003, Shaanxi Province, China*)

**Abstract:** ***Objective*** To evaluate the efficacy and safety of heat-clearing and diuresis-promoting and detoxifying in the treatment of psoriasis with damp-heat syndrome by meta analysis. ***Methods*** China National Knowledge Infrastructure, Wanfang, Chongqing VIP, China Biomedical Literature Database, PubMed, Cochrane Library, Embase and other databases were searched to collect randomized controlled trials of heat-clearing and diuresis-promoting and detoxifying in the treatment of psoriasis with damp-heat syndrome from the establishment of the database to December 2020. Two researchers assessed the risk of bias and quality of selected literature according to the Cochrane5.1 manual. State/SE15.1 software was used for meta analysis. ***Results*** Finally, 13 studies involving 953 patients with psoriasis were included. The results of meta analysis showed that compared with the control group, the total effective rate[odds ratio (OR) =3.03, 95% confidence interval (CI): 2.04-4.48, $P$<0.000 1)], psoriasis area and severity index (PASI) score (standardized mean difference=−0.68, 95% CI: −0.97-−0.39, $P$<0.000 1) and adverse reactions of the treatment group (OR=0.32, 95%CI: 0.17-0.60, $P$<0.000 1) were better than those of the control group. ***Conclusion*** The method of efficacy and safety of heat-clearing and diuresis-promoting

**收稿日期：**2021-12-03
**作者简介：**卢亮，硕士研究生，研究方向：慢性瘙痒性皮肤病的中医药防治。
**通信作者：**赵一丁，副主任医师，硕士生导师，研究方向：慢性瘙痒性皮肤病的中医药防治。
**基金项目：**国家重点研发计划“中医药现代化研究重点专项”（2018YFC1705303）；陕西省重点产业创新链（2019ZDLSF04-08）；陕西省重点产业链（2021ZDLSF04-12）

and detoxifying in the treatment of psoriasis with damp-heat syndrome can reduce the PASI score and improve the skin lesions, with definite curative effect and high safety.

**Key words:** heat-clearing and diuresis-promoting and detoxifying; damp-heat syndrome; psoriasis; meta analysis; random control





银屑病是皮肤科常见的慢性炎症性皮肤病，近年来发病率呈逐渐上升趋势，2010 年流行病学研究显示我国银屑病患病率为 0.47%[1]；2017 年我国西南 4 个省市的银屑病患病率为 0.5%[2]。本病易反复发作，皮损可累及皮肤、毛发、指（趾）甲、关节等，对患者的身心健康及生活质量造成了严重影响[3-4]。

目前，临床针对银屑病的系统治疗药物主要以维 A 酸类、糖皮质激素、免疫抑制剂及生物制剂为主，但有不同程度的不良反应，极大限制了临床应用。中医对于银屑病认识独特，在临床实践中积累了丰富的经验，古今医家多以“热”“毒”立论，或以“血”来辨证[5-6]。近年来，多项研究显示应用清热利湿解毒法治疗湿热证银屑病可获得良好效果。本研究通过 meta 分析客观评价其有效性及安全性，以期对银屑病的中医临床诊治提供新的诊疗思路及科学证据支持。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究设计

本 meta 分析遵循系统评价报告规范中推荐的报告项目[7]。

### 1.2 文献检索策略

计算机检索中国知网、万方、重庆维普、中国生物医学文献数据库、PubMed、Cochrane Library、Embase 等数据库。中文检索词为“银屑病”“白疕”“清热利湿解毒”“湿热证”“清热利湿”“随机对照试验”；英文检索词为“psoriasis”“psoriasis vulgaris”“Chinese medicine”“randomized controlled trial”等。检索时限为各数据库建库至 2020 年 12 月。

### 1.3 纳入与排除标准

#### 1.3.1 研究类型

随机对照试验（randomized controlled trial，RCT）；语种限定为中文和英文。

#### 1.3.2 研究对象

纳入本研究的所有患者均符合《皮肤性病学》[8]中的相关诊断标准，以及《中医病证诊断疗效标准》[9]中的中医湿热证型银屑病；患者性别、年龄、皮损范围、病程不限。

#### 1.3.3 干预措施

治疗组：采取具有“清热利湿解毒”功效的口服中药或中成药、外用中药制剂或西药制剂、中医特色疗法单用或联合治疗。对照组：采取口服中药或中成药、外用中药制剂或西药制剂、中医特色疗法、安慰剂作为对照或自身前后对照。

#### 1.3.4 结局指标

①总有效率；②治疗后银屑病面积和严重程度指数（psoriasis area and severity index，PASI）评分；③不良反应发生情况。上述结局指标中必须至少具有一项才可纳入研究。

### 1.4 排除标准

①非 RCT；②未提供详细结果数据或数据错误的文献；③未公开或重复发表的文献；④患有严重的代谢综合征，以及心脑血管、肝肾脏系统疾病者，妊娠期妇女及精神病患者；⑤观察性研究及仅有摘要而无全文的文献。

### 1.5 资料提取

首先采用 Note Express v3.2.0.7629 软件筛选重复发表的文献，然后由两名研究员根据纳入和排除标准筛选出不符合本研究的文献，并对符合本研究的文献进行资料提取和质量评价，如遇分歧，请第三方介入解决。提取资料包括第一作者、发表年份，试验组及对照组的样本量，患者性别、年龄，试验组及对照组的干预措施、疗程、结局指标，用 Excel

软件统计整理。

**1.6** 文献质量评价

采用“Cochrane 系统评价员手册 5.1”评价研究的偏倚风险。评价内容主要包括：随机方法、分配隐藏、盲法实施偏倚、对结局评价者施盲、结局数据完整性、选择性报告风险、其他偏倚来源，根据文献内容将偏倚风险程度分为：高风险（high risk）、低风险（low risk）、不清楚（unclear）。

**1.7** 统计学方法

本研究采用 State/SE15.1 软件进行 meta 分析。计数资料采用比值比（odds ratio，OR），计量资料采用标准化均数差（standardized mean difference，SMD）表示，两效应量均以 95% 置信区间（confidence interval，CI）表示。对纳入研究的数据行异质性检验，判断异质性大小，采用 $I^2$ 定量判断纳入各研究结果间的异质性（$0 \leqslant I^2 \leqslant 100\%$）。如果 $I^2 < 50\%$ 且 $P > 0.1$，则被认为无明显异质性，采用固定效应模型（fixed model）分析；若 $I^2 \geqslant 50\%$ 且 $P < 0.1$，则被认为有明显异质性，采用随机效应模型（random model）分析。本研究纳入文献较多，绘制相应的漏斗图，观察其分布形态，判断是否存在发表性偏倚，如不对称则采用 Begg 秩检验。

## 2 结果

**2.1** 文献检索流程及纳入研究的基本资料

检索各大数据库得到文献 758 篇，阅读全文后再逐层精筛，最终纳入临床研究 13 篇，均为中文文献。共计 953 例患者，其中治疗组 447 例，对照组 441 例，脱落 65 例，各研究中纳入样本量总数为 61 ～ 113 例，详见图 1。纳入对象的性别、年龄、干预措施、疗程、结局指标等基本特征详见表 1。

**2.2** 偏倚风险评估

纳入的 13 篇文献遵循随机分配原则，有 6 篇采用随机数字表法[10,12-13,16-17,19]，其余 7 篇仅出现“随机分配”等字样[14-15,18,20-22]；1 篇提及分配隐藏[10]；3 篇提及无法设盲[10,17,19]；1 篇提及对结局评价者施盲[10]。所有研究均未提及选择性报告风险、其他偏



**表 1 纳入研究患者的基本特征**

**Table 1 Baseline characteristics of patients included in this study**

| 文献 | 发表年份 | 样本量 | | 性别（男/女） | | 年龄/岁 | | 干预措施 | | 疗程 | 结局指标[a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 试验组 | 对照组 | 试验组 | 对照组 | 试验组 | 对照组 | 试验组 | 对照组 | | |
| 周苏梅[10] | 2020 | 39 | 39 | 25/24 | 24/15 | 47.03±15.08 | 46.31±15.25 | 中医推拿＋白疕软膏 | 白疕软膏 | 21 d | ①② |
| 杜娇[11] | 2020 | 32 | 32 | 7/25 | 5/27 | 未提及 | 未提及 | 除湿清热汤 | 疗癣卡西甫丸 | 2个月 | ① |
| 李娜[12] | 2019 | 32 | 31 | 17/15 | 14/17 | 40.22±13.52 | 39.52±13.09 | 甘露消毒丹＋刺络放血＋卡泊三醇软膏 | 甘露消毒丹＋卡泊三醇软膏 | 8周 | ①②③ |
| 李宁等[13] | 2019 | 38 | 38 | 20/18 | 17/21 | 37.21±2.72 | 36.62±2.88 | 除湿止痒方 | 哈西奈德溶液 | 6周 | ①③ |
| 谭新[14] | 2017 | 30 | 30 | 16/14 | 17/13 | 37.20±11.11 | 39.60±11.91 | 银消丸 | 丹青胶囊 | 4周 | ①② |
| 杨素清等[15] | 2016 | 31 | 32 | 20/16 | 22/14 | 32.80±5.40 | 33.20±5.30 | 燥湿苦参汤 | 复方青黛丸 | 8周 | ①② |
| 邱曙光等[16] | 2016 | 47 | 47 | 29/18 | 31/16 | 33.20±3.50 | 32.90±3.20 | 四君子汤＋维A酸乳膏＋卡泊三醇软膏 | 维A酸乳膏＋卡泊三醇软膏 | 4周 | ①② |
| 洪昊苏[17] | 2016 | 29 | 29 | 12/17 | 14/15 | 36.38±12.04 | 38.48±13.37 | 清热愈疕汤＋白疕软膏 | 丹青胶囊＋白疕软膏 | 6周 | ①②③ |
| 郭靓[18] | 2015 | 40 | 40 | 27/13 | 24/16 | 56.70±1.20 | 55.30±1.40 | 白疕合剂＋银屑病洗剂 | 消银颗粒＋银屑病洗剂 | 3个月 | ①② |
| 赵磊[19] | 2014 | 35 | 33 | 15/20 | 14/19 | 38.66±12.09 | 38.12±13.24 | 蠲疕汤＋白疕软膏 | 丹青胶囊＋白疕软膏 | 6周 | ①②③ |
| 董秀慧[20] | 2012 | 33 | 30 | 18/15 | 17/13 | 33.93±9.90 | 34.57±10.50 | 消银洗药＋清热利湿饮 | 清热利湿饮 | 12周 | ①②③ |
| 李彬[21] | 2010 | 34 | 35 | 13/21 | 12/23 | 35.74±5.84 | 37.43±6.41 | 苦必春消银方 | 复方青黛胶囊 | 8周 | ①②③ |
| 李达[22] | 2008 | 27 | 25 | 10/17 | 11/14 | 39.30±6.16 | 34.20±5.95 | 除湿消疕汤 | 复方青黛胶囊 | 12周 | ①②③ |

注：[a]①总有效率，② PASI 评分，③不良反应

Note: [a] ① total effective rate, ② PASI score, ③ adverse reaction

倚来源，具体见图 2。

**2.3** meta 分析结果

**2.3.1** 总有效率

13 篇文献均报告了临床总有效率[10-22]，各研究间无统计学异质性（$I^2$ = 0.0%，$n$ = 0.969），故采用固定效应模型合并效应量。结果显示，两组差异有统计学意义（OR = 3.03，95%CI：2.04 ～ 4.48，$P$ < 0.000 1），详见图 3。

**2.3.2** PASI 评分

10 篇文献报告了 PASI 评分[10,12,14-15-18,20-22]，各研究间存在统计学异质性（$I^2$ = 71.0%，$P$ < 0.001），故采用随机效应模型合并效应量。结果显示，两组差异有统计学意义（SMD = −0.68，95%CI：−0.97 ～ −0.39，$P$ < 0.000 1），详见图 4。



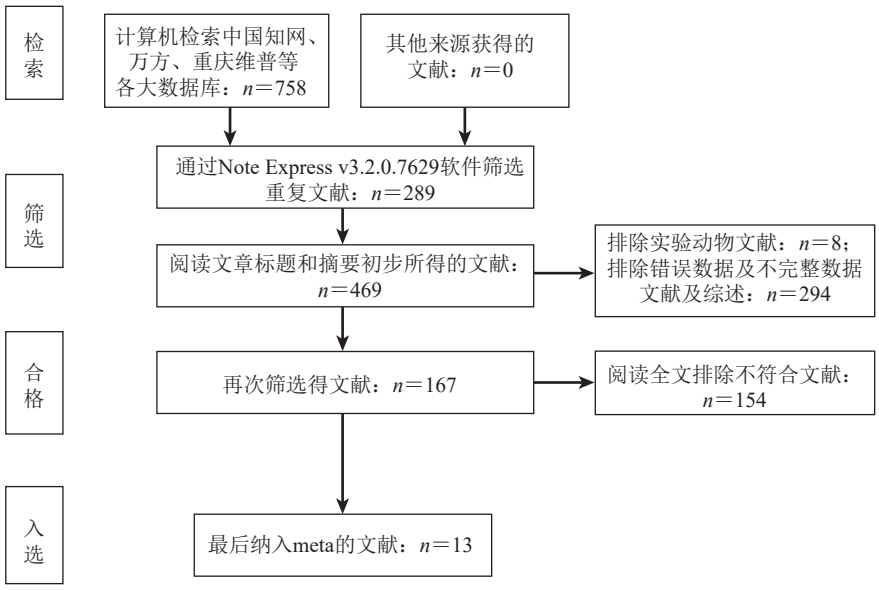



**图 1 文献筛选流程**

**Figure 1 Process of document screening**

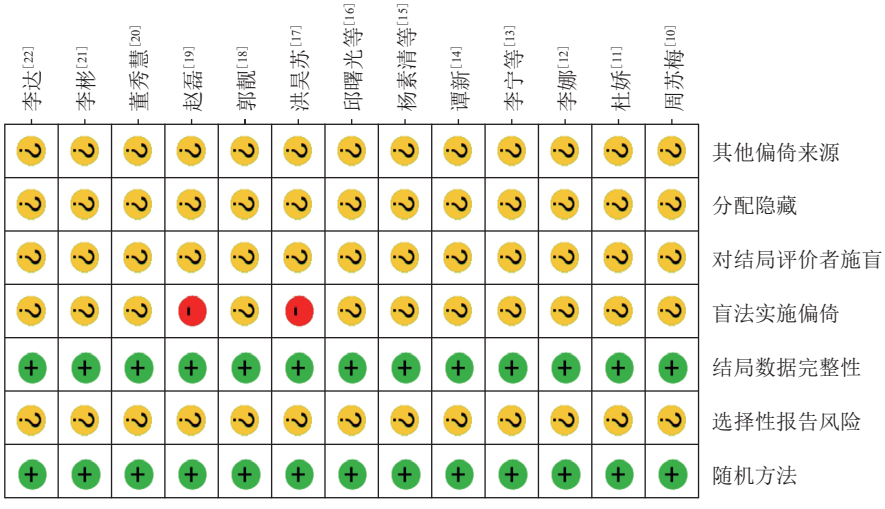



**图 2 Corchrane 偏倚风险评估结果**

**Figure 2 Results of Cochrane risk of bias assessment**

| 纳入文献 | 治疗组 | | 对照组 | | 权重/% | OR (95%CI) 值 | OR值 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 事件/例 | 例数/例 | 事件/例 | 例数/例 | | 固定效应模型 | 固定效应模型 |
| 周苏梅[10] | 34 | 39 | 29 | 39 | 12.11 | 2.34 (0.72, 7.65) | |
| 杜娇[11] | 26 | 32 | 20 | 32 | 12.21 | 2.60 (0.83, 8.13) | |
| 李娜[12] | 28 | 32 | 22 | 31 | 9.10 | 2.86 (0.78, 10.54) | |
| 李宁等[13] | 27 | 38 | 32 | 38 | 2.74 | 6.94 (0.79, 60.71) | |
| 谭新[14] | 28 | 30 | 22 | 30 | 4.78 | 5.09 (0.98, 26.43) | |
| 杨素清等[15] | 29 | 31 | 28 | 32 | 5.79 | 2.07 (0.35, 12.22) | |
| 邱曙光等[16] | 44 | 47 | 36 | 47 | 7.48 | 4.48 (1.16, 17.29) | |
| 洪昊苏[17] | 27 | 29 | 22 | 29 | 5.03 | 3.68 (0.68, 20.08) | |
| 郭靓[18] | 38 | 40 | 34 | 40 | 5.53 | 3.35 (0.63, 17.74) | |
| 赵磊[19] | 31 | 35 | 26 | 33 | 9.96 | 2.09 (0.55, 7.92) | |
| 董秀慧[20] | 32 | 33 | 24 | 30 | 2.48 | 8.00 (0.90, 9.92) | |
| 李彬[21] | 28 | 34 | 27 | 35 | 15.29 | 1.38 (0.42, 4.51) | |
| 李达[22] | 23 | 27 | 15 | 25 | 7.51 | 3.83 (1.01, 14.49) | |
| 总例数 | 405 | 447 | 337 | 400 | 100 | 3.03 (2.04, 4.48) | |
| 异质性检验 | 异质性统计＝4.63 ($df$＝12)，$P$＝0.969；$I^2$＝0.00% | | | | | | |
| 效应检查 | $Z$＝5.53，$P$＜0.000 1 | | | | | | |




**图 3 治疗组与对照组总有效率的 meta 分析**

**Figure 3 Meta analysis of total effective rates of treatment groups and control groups**

| 纳入文献 | 治疗组 | | | 对照组 | | | 权重/% | SMD (95%CI) 值 | SMD值 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 例数/例 | 均值 | 标准差 | 例数/例 | 均值 | 标准差 | | 随机效应模型 | 随机效应模型 |
| 周苏梅[10] | 39 | 7.42 | 2.51 | 39 | 10.13 | 3.59 | 10.93 | −0.88 (−1.34, −0.41) | |
| 李娜[12] | 32 | 3.59 | 1.98 | 31 | 4.45 | 0.93 | 9.94 | −0.55 (−1.06, −0.05) | |
| 谭新[14] | 30 | 8.12 | 5.70 | 30 | 12.05 | 7.21 | 9.78 | −0.60 (−1.12, −0.09) | |
| 杨素清等[15] | 31 | 3.12 | 1.97 | 32 | 5.21 | 2.11 | 9.68 | −1.02 (−1.55, −0.50) | |
| 邱曙光等[16] | 47 | 4.03 | 2.12 | 47 | 8.24 | 3.15 | 10.41 | −1.57 (−2.03, −1.10) | |
| 洪昊苏[17] | 29 | 2.18 | 1.64 | 29 | 3.83 | 1.82 | 9.47 | −0.95 (−1.50, −0.41) | |
| 郭靓[18] | 40 | 6.72 | 7.15 | 40 | 7.79 | 10.27 | 10.71 | −0.12 (−0.56, 0.32) | |
| 董秀慧[20] | 33 | 5.69 | 5.93 | 30 | 9.40 | 8.35 | 9.95 | −0.52 (−1.02, −0.01) | |
| 李彬[21] | 34 | 5.99 | 2.62 | 35 | 6.16 | 2.67 | 10.31 | −0.06 (−0.54, 0.41) | |
| 李达[22] | 27 | 4.30 | 3.81 | 25 | 6.42 | 3.80 | 9.53 | −0.56 (−1.11, 0.00) | |
| 总例数 | 342 | | | 338 | | | 100 | −0.68 (−0.97, −0.39) | |
| 异质性检验 | 异质性统计＝31.07 ($df$＝9)，$P$＜0.000 1；$I^2$＝71.0% | | | | | | | | |
| 效应检查 | $Z$＝4.57，$P$＜0.000 1 | | | | | | | | |




**图 4 治疗组与对照组 PASI 评分的 meta 分析**

**Figure 4 Meta analysis of PASI score in treatment groups and control groups**

**2.3.3** 不良反应

纳入的文献中有 7 篇报道了不良反应[12-13,17,19-22]，治疗组和对照组分别出现了 15 例、39 例，主要不良反应为皮肤瘙痒、腹泻、腹痛、腹胀、恶心、胃部不适、胸部不适等，详见表 2。meta 分析显示无统计学异质性（$I^2$ ＝ 38.5%，$P$ ＝ 0.135），故采用固定效应模型合并效应量。结果显示，两组有统计学意义（OR ＝ 0.32，95%CI：0.17 ～ 0.60，$P$ ＜ 0.000 1），

表 2 治疗组与对照组的不良反应情况（单位：例）

**Table 2 Adverse reactions of treatment groups and control groups** (unit: case)

| 纳入文献 | 发表年份 | 皮肤瘙痒 | | 腹泻 | | 腹痛 | | 腹胀 | | 恶心 | | 胃部 | | 胸部 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 | 治疗组 | 对照组 |
| 李娜[12] | 2019 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 李宁等[13] | 2019 | 2 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 洪昊苏[17] | 2016 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 赵磊[19] | 2014 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 董秀慧[20] | 2012 | 0 | 0 | 2 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 李彬[21] | 2010 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 李达[22] | 2008 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |





| 纳入文献 | 治疗组 | | 对照组 | | 权重/% | OR（95%CI）值 | OR值 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 事件/例 | 例数/例 | 事件/例 | 例数/例 | | 固定效应模型 | 固定效应模型 |
| 李娜[12] | 1 | 32 | 2 | 31 | 7.66 | 0.47（0.04, 5.44） | |
| 李宁等[13] | 2 | 38 | 16 | 38 | 9.64 | 0.08（0.02, 0.36） | |
| 洪昊苏[17] | 0 | 29 | 1 | 29 | 3.95 | 0.32（0.01, 8.24） | |
| 赵磊[19] | 1 | 35 | 2 | 33 | 7.59 | 0.46（0.04, 5.28） | |
| 董秀慧[20] | 3 | 33 | 5 | 30 | 19.82 | 0.50（0.11, 2.30） | |
| 李彬[21] | 1 | 34 | 8 | 35 | 6.51 | 0.10（0.01, 0.87） | |
| 李达[22] | 7 | 27 | 5 | 25 | 44.82 | 1.40（0.38, 5.16） | |
| 总例数 | 15 | 228 | 39 | 221 | 100 | 0.32（0.17, 0.60） | |
| 异质性检验 | 异质性统计＝9.69（$df$=6），$P$=0.135；$I^2$=38.5% | | | | | | |
| 效应检查 | $Z$=3.50，$P$<0.000 1 | | | | | | |

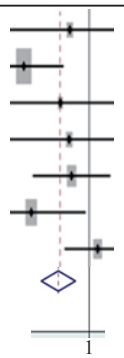



图 5 治疗组与对照组不良反应的meta分析

**Figure 5 Meta analysis of adverse reactions in treatment groups and control groups**

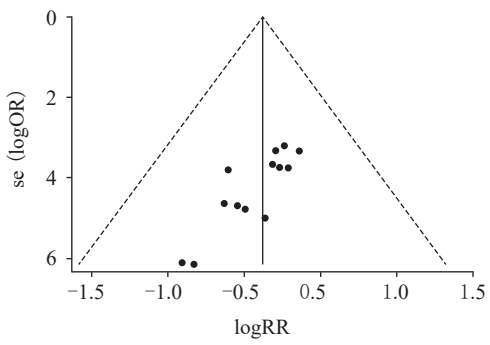



图 6 清热利湿解毒法治疗银屑病总有效率漏斗图

**Figure 6 Funnel chart of the total effective rates of heat-clearing and diuresis-promoting and detoxifying in the treatment of psoriasis**

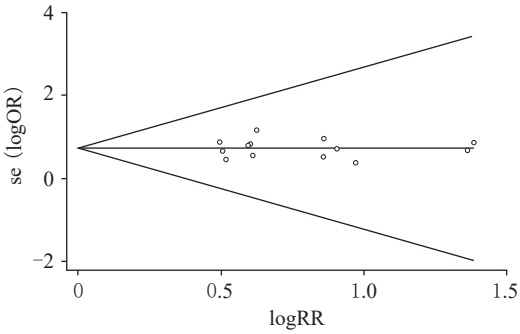



图 7 清热利湿解毒法治疗银屑病总有效率的Begg 秩检验

**Figure 7 Begg rank test of the total effective rates of heat-clearing and diuresis-promoting and detoxifying in the treatment of psoriasis**

详见图 5。

**2.4** 发表偏倚

13 篇研究选取总有效率为指标绘制漏斗图，详见图 6。结果显示，大部分研究点散落在漏斗图底部，基本不对称。故采用 Begg 秩检验（图 7），$P = 0.919 > 0.05$，提示未检测出明显的发表偏倚。

## 3 讨论

银屑病的临床诊断依据为薄膜现象、蜡滴现象、点状出血现象。随着近代中医对银屑病的认识不断加深，“血热论”备受瞩目[23-25]。著名中医皮肤科专家赵炳南、朱仁康、金起凤等强调“血分有热”在银屑病发病过程中占主导地位且贯穿始终，因此临床上常采用清热解毒凉血之法[26-27]。银屑病往往反复发作、缠绵难愈，大多数医家认为其与湿邪有关。隋代巢元方在《诸病源候论》中记载：“干癣……皆是风湿邪气，客于腠理，复值寒湿，与血气相搏所生”；明《普济方》曰：“夫癣之字从鲜，言发于微鲜，纵而弗治，则浸淫滋蔓。其病得之风湿客于腠理，搏于气血，气否涩久，则因风浊而变化生虫。故风多于湿则为干癣”；国医大师卢芳认为“造就当下之人湿热血瘀之体，在气分为湿、为热，在血分为血瘀，此疾病之根本。该病缠绵难愈，亦符合湿邪黏腻的特点”[28]。因此，治疗银屑病时，可用大剂量清热解毒类中药，辅以利湿药，以防止湿性黏滞、病程缠绵难愈，共奏清热利湿解毒之效[29-30]。如韩世荣教授的凉血四物汤中配伍黄芩、栀子等清热除湿解毒之要药[31]；魏雅川教授配伍紫草、生地黄、金银花为主药以达清热利湿之功[32]；李元文教授以白茅根、土茯苓、紫草清解风中湿热[33]。以上均表明清热利湿解毒法已成为中医有效治疗湿热证银屑病的重要临床依据。

本研究对近年采用清热解毒利湿法治疗湿热证银屑病 RCT 的有效性和安全性进行了 meta 分析。结果显示，治疗组的总有效率及不良反应较对照组更具有优势。这主要归功于该法可针对“血分有热、兼夹湿邪”的病因病机，具清热利湿解毒之效。但本研究显示在 PASI 评分干预方面存在一定异质性，可能来源于脱落率、干预措施、研究者个体之间的主观差异等因素。另外一些文献对不良反应及安全性评价未进行详细描述或规范报道，可能会影响不良反应的结局。

本研究尚存在一定的局限性：①本次 meta 分析按照 Cochrane5.1 手册依次对文献偏倚风险及质量进行评估，发现大多数文献未提及随机分配方法、分配隐藏、施盲情况等；②本次纳入的文献质量一般、样本量少、疗程较短；③以总有效率为指标绘制漏斗图，结果显示大部分研究点散落在漏斗图底部，基本不对称；④采用系统评价的方法检索，检索数据库有限，大量未公开发表的文献未检索；⑤纳入的都是中文文献，可能有选择偏倚风险。

## 4 结论

综上所述，目前证据显示，清热利湿解毒法治疗湿热证银屑病临床效果好、安全性高，且能改善 PASI 评分，值得临床大力推广，充分发挥中医特色。未来有待更多高质量、多样本、长时间、方法科学的临床研究进一步验证。

**参考文献：**


[1] 丁晓岚, 王婷琳, 沈佚葳, 等. 中国六省市银屑病流行病学调查[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2010, 24(7): 598-601.

[2] 王晓晖. 西南 4 省市银屑病流行病学调查研究[J]. 哈尔滨医药, 2017, 37(5): 426-427.

[3] Le P, Tu J, Gebauer K, *et al*. Serum 25-hydroxyvitamin D increases with NB-UVB and UVA/UVB phototherapy in patients with psoriasis and atopic dermatitis in Western Australia[J]. Australas J Dermatol, 2016, 57(2): 115-121.

[4] 廖海泉, 杨斌. IL-27 参与银屑病发病机制的研究进展[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2021, 35(10): 1186-1189.

[5] 宋玮, 江凤, 陈明岭. 从湿论治反向型银屑病[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(5): 2803-2806.

[6] 刘越, 王建青. 王建青从湿、毒、瘀论治顽固性斑块型银屑病经验[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(9): 44-46.

[7] 高亚, 刘明, 杨珂璐, 等. 系统评价报告规范: PRISMA 2020与PRISMA 2009的对比分析与实例解读[J]. 中国循证医学杂志, 2021, 21(5): 606-616.

[8] 张学军. 皮肤性病学[M]. 第 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 180-182.
[9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 154-155.
[10] 周苏梅. 中药涂擦联合推拿在湿热证寻常型银屑病患者中的应用研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2020.
[11] 杜娇. 除湿清热汤治疗掌跖脓疱病的临床应用研究[D]. 吉林: 长春中医药大学, 2020.
[12] 李娜. 甘露消毒丹联合刺络放血治疗寻常型银屑病的临床观察[D]. 昆明: 云南中医药大学, 2019.
[13] 李宁, 李莉. 除湿止痒方外洗对银屑病患者头部皮损的疗效[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(6): 589-591.
[14] 谭新. 银消丸治疗寻常型银屑病(湿热型)的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.
[15] 杨素清, 韦福巧, 王玉玺, 等. 燥湿苦参汤治疗寻常型银屑病湿热证33例临床观察[J]. 中医药导报, 2016, 22(18): 84-86.
[16] 邱曙光, 梁君. 四君子汤加减内服、外洗联合西医乳膏外擦辨治湿热型银屑病的临床研究[J]. 陕西中医, 2016, 37(7): 894-896.
[17] 洪昊苏. 清热愈疟汤治疗寻常型银屑病湿热证的临床疗效研究[D]. 昆明: 成都中医药大学, 2016.
[18] 郭靓. 中药白疕合剂治疗银屑病湿热证型临床应用体会[J]. 当代医学, 2015, 21(20): 157-158.
[19] 赵磊. 蠲疟汤治疗寻常型银屑病的临床疗效研究[D]. 昆明: 成都中医药大学, 2014.
[20] 董秀慧. 清热利湿饮内服合消银洗药外洗治疗寻常型血热证银屑病的疗效观察[D]. 济南: 山东中医药大学, 2012.
[21] 李彬. 苦必春消银方治疗寻常性银屑病湿热蕴肤证的临床研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2010.
[22] 李达. 除湿消疕汤治疗寻常型银屑病的临床疗效观察[D]. 昆明: 成都中医药大学, 2008.
[23] 吴敬英, 李鸣九, 古东, 等. “从血论治”联合阿维 A 治疗寻常型银屑病疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2017, 19(3): 70-73.
[24] 陈维文, 周冬梅, 王萍, 等. “辨血为主, 从血论治”规范化方药辨证治疗寻常型银屑病研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(10): 3614-3618.
[25] 亚晓旭. 针灸方法从血论治寻常型银屑病的研究进展及初步评价[D]. 北京: 北京中医药大学, 2014.
[26] 徐琴莺, 李福伦, 毛翔, 等. 寻常型银屑病血热期的中医药研究进展[J]. 上海医药, 2021, 42(1): 42-43.
[27] 刘俐, 郭杨, 段行武, 等. 寻常型银屑病血热证的用药规律分析[J]. 北京中医药, 2021, 40(2): 185-188.
[28] 朴勇洙, 王波, 苏萌, 等. 国医大师卢芳运用抑免汤治疗湿热血瘀型银屑病经验[J]. 浙江中医药大学学报, 2018, 42(7): 516-518.
[29] 朱圣杰, 冯心怡, 郭冬婕, 等. 银屑病与特应性皮炎的炎症模式下中医药异病同治思考[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(12): 5953-5956.
[30] 刘昱旻, 刘清. 结合病案分析“治湿”在红皮病型银屑病中的应用[J]. 北京中医药, 2019, 38(9): 869-874.
[31] 王成军. 韩世荣治疗银屑病的用药经验[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2016, 3(19): 158.
[32] 李志更, 焦媛, 刘理想, 等. 魏雅川治疗寻常型银屑病经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(2): 318-320.
[33] 孔宇虹, 李元文, 姜颖娟, 等. 治疗银屑病经验[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(11): 5598-5601.

(编辑：刘玲玲)