蜈倍汤中药溻渍联合氯地松乳膏治疗慢性湿疹的临床疗效

章 斌，成周弦，李 萍，杨新伟*，吴怡峰，傅佩骏，徐光耀，李雅婷
（上海中医药大学附属市中医医院皮肤与疮疡科，上海 200071）

摘要：目的 观察蜈倍汤中药溻渍联合氯地松乳膏治疗慢性湿疹血虚风燥证患者的临床疗效。**方法** 将符合纳入标准的 108 例慢性湿疹血虚风燥证患者作为研究对象，随机分为中药组（基质乳膏外涂联合蜈倍汤溻渍外洗）、西药组（蜈倍汤安慰剂联合氯地松乳膏外涂）、中西药结合组（蜈倍汤溻渍联合氯地松乳膏外涂），每组 36 例，一日 1 次，2 周为 1 个疗程，总疗程 8 周。于用药前和用药后的第 2、4、6、8 周采用特应性皮炎严重程度指数（scoring atopic dermatitis index，SCORAD）进行评分；观察并记录每次疗程的症状积分及治疗前后皮肤病生活质量指数（dermatology life quality index，DLQI）评分；观察中药及中西药结合治疗慢性湿疹的临床疗效及安全性。**结果** 治疗 8 周后，中西药结合组总有效率（97.22%）优于中药组（86.11%）和西药组（83.33%），差异有统计学意义（$P < 0.05$），而中药组与西药组疗效相当，无统计学差异（$P > 0.05$）；每个疗程，中西药结合组的 SCORAD 及 DLQI 评分均较中药组、西药组改善，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。**结论** 蜈倍汤中药溻渍联合氯地松乳膏治疗慢性湿疹血虚风燥证，总体疗效及起效速度均优于单药治疗，且治疗过程中不良反应少，安全性高。

关键词：蜈倍汤；氯地松乳膏；溻渍疗法；慢性湿疹
中图分类号：R758.23 **文献标志码：**A **文章编号：**1672-9188(2022)05-0589-07
DOI：10.13683/j.wph.2022.05.017

Clinical efficacy of Wubei decoction combined with dexamethasone ointment in the treatment of chronic eczema patients

ZHANG Bin, CHENG Zhouxian, LI Ping, YANG Xinwei*, WU Yifeng, FU Peijun, XU Guangyao, LI Yating
(*Department of Dermatology and Sore, Shanghai Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200071, China*)

Abstract: ***Objective*** To observe the clinical effect of Wubei decoction TaZi therapy combined with dexamethasone ointment on chronic eczema patients with blood deficiency and wind dryness types. ***Methods*** The 108 patients with chronic eczema syndrome of blood deficiency and wind dryness types who met the inclusion criteria permit as the research object, were randomly divided into traditional Chinese medicine group (treated with matrix cream combined with Wubei decoction), western medicine group (treated with clodixone cream combined with placebo), Chinese and western medicine group (treated with Wubei decoction and clodixone cream), with 36 patients in each group, once a day, 2 weeks for a course of treatment, the total course of treatment 8 weeks. Scoring atopic dermatitis index (SCORAD) was used to score before and at the secnd, fourth, sixth and eighth week after treatment. The symptom score and dermatology life quality index (DLQI) score of each course of treatment were observed and recorded. To observe the clinical efficacy and safety of traditional Chinese medicine and integrated traditional Chinese and western medicine in treating chronic eczema. ***Results*** After 8 weeks of treatment, the total effective rate of Chinese and western medicine group (97.22%) was better than that of traditional Chinese medicine group (86.11%) and western medicine group (83.33%), the difference was statistically significant ($P <$

收稿日期：2021-08-12；**修回日期：**2022-01-17
作者简介：章斌，主治医师，研究方向：中西医结合治疗皮肤病。
通信作者：杨新伟，副主任医师，研究方向：中西医结合治疗皮肤病。
基金项目：上海市卫健委卫生行业临床研究专项(191316N)；上海市科委“科技创新行动计划”科普领域项目(21DZ2302100)；上海市海派中医流派传承人才培养计划项目(LPRC2017040)

0.05). However, the curative effect of traditional Chinese medicine group was the same as that of western medicine group ($P>0.05$). In each course of treatment, the SCORAD and DLQI scores of Chinese and western medicine group were better than those of traditional Chinese medicine group and western medicine group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). ***Conclusion*** Wubei decoction TaZi therapy combined with dexamethasone ointment in the treatment of chronic eczema with blood deficiency and wind dryness types has better overall efficacy and onset speed than single drug treatment, and has less adverse reactions and safety in the treatment process.

Key words: Wubei decoction; dexamethasone ointment; TaZi therapy; chronic eczema

慢性湿疹是由多种内、外致病因素引起的一种炎症性皮肤病，具有病程长、易反复及难治愈等特点，易影响患者的睡眠与生活质量[1]。糖皮质激素类乳膏是治疗湿疹类炎症性皮肤病的主要外用药物[2]，治疗方法虽起效快，疗效明显，但长期外用易导致多种不良反应发生，是湿疹高复发率的原因之一。目前中成药治疗皮炎湿疹符合循证医学A级标准的研究文献不多[3]，而中药外用是否可代替糖皮质激素类软膏，在提高疗效的同时改善湿疹复发率，尚需更多更深入的研究。中药溻渍法是中医外科常用的特色治法之一，而近代研究中医热溻（熏洗）逐渐成为中医外治慢性湿疹的常用方法。蜈倍汤为李萍主任医师受国医大师赵炳南名方——黑布药膏进行化裁并反复改良后所得[4]，用于治疗以脱屑、增厚为主要皮损表现的慢性湿疹。10余年的临床观察及前期研究发现[5]，蜈倍汤中药溻渍法治疗慢性湿疹获效较佳。故本研究在前期研究基础上，采用随机、双盲、阳性对照试验，观察蜈倍汤中药溻渍联合氯地松乳膏治疗慢性湿疹的临床疗效，为该病的治疗提供一定参考。

1 资料与方法

1.1 研究对象

根据多组有效率比较样本量计算公式[6]，$N=\frac{1\,641.4\lambda}{\left(\sin^{-1}\sqrt{p_{\max}}-\sin^{-1}\sqrt{p_{\min}}\right)^2}$，取$\alpha=0.05$（双侧），$\beta=0.15$，3组有效率分别为93.3%[7]、73.3%[8]及53.3%[9]，使用PASS22.0软件计算得出样本量共需79例，考虑到失访率低于20%，则共需纳入99例，即每组33例。研究中每组各纳入36例，大于最低样本量标准33例。按照随机数字法，将符合标准的患者随机分为中药组、西药组和中西药结合组。本研究通过本院伦理委员会审查和批准（2020SHL-KY-04），研究开始前向受试者说明研究目的、过程及潜在风险。所有受试者均签署知情同意书。

选择2020年6月至2021年1月就诊于本院皮肤科门诊的慢性湿疹患者。纳入标准：①符合《中国临床皮肤病学（2017）》慢性湿疹的西医诊断标准[10]。②符合《上海市中医病证诊疗常规（第2版）》湿疮血虚风燥证的中医症候标准[11]：皮损表现为暗红斑片，浸润肥厚，苔藓样变，色素沉着，血痂，脱屑等；舌淡红，苔薄白，脉濡细。③年龄为10～80周岁。④治疗前皮损面积＜10%体表面积。排除标准：①皮损合并严重感染者。②心、肝、肾功能严重损害及免疫功能严重低下者。③妊娠期或哺乳期女性。④对本临床研究的中西医药物成分过敏者。⑤存在内分泌系统疾病患病史及长期系统使用皮质类固醇激素者。

1.2 药物

蜈倍汤颗粒剂，药物组成为蜈蚣、五倍子、地肤子、白鲜皮、桃仁（5.6 g/袋，2003308，江阴天江药业有限公司）；安慰剂颗粒剂，药物组成为麦芽糊精（5.6 g/袋，2003308，江阴天江药业有限公司）；氯地松乳膏，药物组成为0.025%醋酸地塞米松、0.9%氯霉素、液体石蜡、甘油等（20 g/盒，20210419，本院制剂室制备）；基质乳膏，药物组成为液体石蜡、甘油等（20 g/盒，20210419，本院制剂室制备）。

1.3 分组及用药方法

将108例患者随机分为中药组（蜈倍汤溻渍联

合基质乳膏外涂）、西药组（安慰剂联合氯地松乳膏外涂）、中西药结合组（蜈倍汤溻渍联合氯地松乳膏外涂）。

蜈倍汤溻渍：蜈倍汤颗粒剂 1 袋加入 1 L 开水冲散融化（以患者感不烫为宜），再加 100 ml 含醋酸 3% ～ 5% 的食用白醋，手足部浸泡，颈项、小腿、大腿、前臂、上臂等皮损部位湿敷 30 min，一日 1 次，每次 1 袋，疗程为 8 周。安慰剂颗粒剂的使用方法、用量和给药方法与蜈倍汤颗粒剂一致。

氯地松乳膏外涂：患处温水洗净擦干，将药物均匀涂于患处并按摩 1 ～ 2 min，药物厚度不超过 1 mm，一日 1 次，疗程为 8 周。基质乳膏的使用方法、用量和给药方法与氯地松乳膏一致。

1.4 疗效观察与评估

1.4.1 主要疗效指标

临床疗效判定：采用特应性皮炎严重程度指数（scoring atopic dermatitis index，SCORAD）评分进行评价，观察并记录经过 8 周治疗后各组的痊愈、显效、有效及无效病例数，计算各组总有效率。具体参照 2002 年版《中药新药临床研究指导原则》进行评价[12]。痊愈：评分指数≥ 90%；显效：60% ≤评分指数＜ 90%；有效：30% ≤评分指数＜ 60%；无效：评分指数＜ 30%。评分指数 /% ＝（SCORAD 评分$_{治疗前}$－SCORAD 评分$_{治疗后}$）/SCORAD 评分$_{治疗前}$ ×100%。总有效率 /% ＝［（痊愈例数＋显效例数＋有效例数）/总病例数］×100%。

1.4.2 次要疗效指标

① SCORAD 评分：观察并记录治疗前与治疗后的第 2、4、6、8 周每组患者的客观症状（皮损面积、皮损形态）和自觉症状（瘙痒、睡眠影响），并计算各积分进行疗效评价。SCORAD 评分＝皮损面积评分 /5 ＋ 7× 严重程度评分 /2 ＋主观症状评分。SCORAD 评分越高代表病情越重。

②皮肤病生活质量指数（dermatology life quality index，DLQI）评分：采用 1994 年 Finlay 等制定的 DLQI 评分表，主要根据治疗前及治疗后第 8 周患者日常生活和心理方面的 10 个问题，根据影响程度由轻到重依次为 0 ～ 3 分。评分越低表明对生活质量的影响越小，生活质量越高[13]。

1.5 不良反应

及时记录患者不良反应，并予以对症处理。

1.6 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件进行统计学分析。计量资料如符合正态分布，以（$\bar{x}\pm s$）表示，重复测量资料采用重复测量方差分析；非重复测量数据的组间比较采用单因素方差分析，组内比较采用 t 检验。如不符合正态分布，以中位数和四分位间距表示，组内差异采用 K 个相关样本的 Friedman M 秩和检验，组间比较采用 Kruskal-Wallis H 秩和检验。计数资料以 n（%）表示，组间比较采用 χ^2 或 Fisher 确切概率检验。此外，等级资料采用 n（%）表示，组间差异采用 Kruskal-Wallis H 秩和检验。以 P ＜ 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

患者在性别、年龄方面均无统计学差异（P ＞ 0.05），具有可比性。详见表 1。

表 1 患者一般情况

Table 1 Baseline characteristics of patients

组别	性别/n(%)		年龄/岁
	男	女	
中药组（n＝36）	14（38.89）	22（61.11）	50.08±20.11
西药组（n＝36）	19（52.78）	17（47.22）	49.64±15.70
中西药结合组（n＝36）	15（14.67）	21（58.33）	47.81±19.03
χ^2值	1.575		1.553
P值	0.455		0.856

2.2 主要疗效指标

2.2.1 SCORAD 疗效判定

治疗 8 周后，中药组、西药组、中西药结合组的总有效率分别为 86.11%、83.33%、97.20%，对 3 组总有效率进行秩和检验显示 H ＝ 14.758，3 组间

的总疗效差异有统计学意义（$P < 0.001$）；中西药结合组与中药组、西药组比较，差异均有统计学意义（$P < 0.05$）；中药组与西药组比较，$H = 0.107$，差异无统计学意义（$P > 0.05$），详见表 2。

表 2 3 组间总疗效比较 [n(%)]

Table 2 Comparision of total efficacy among the three groups [n(%)]

	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
中药组（n=36）	10(27.78)	11(30.56)	10(27.78)	5(13.89)	31(86.11)
西药组（n=36）	5(13.89)	15(41.67)	10(27.78)	6(16.67)	30(83.33)
中西药结合组（n=36）	20(57.14)	11(30.56)	4(11.42)	1(2.78)	35(97.22)*#
H值					14.758
P值					<0.001

注：与中药组比较，*P<0.05；与西药组比较，#P<0.05

Note: *vs* traditional Chinese medicine group, *$P < 0.05$; *vs* western medicine group, #$P < 0.05$

2.3 次要疗效指标

2.3.1 治疗各时间点 SCORAD 组间比较

3 组总积分经重复测量方差分析显示，不同时间点 SCORAD 不同，时间效应显著，差异具有统计学意义（$F = 736.453$，$P < 0.001$）；3 组间 SCORAD 评分组别差异显著，具有统计学意义（$F = 35.400$，$P < 0.001$）；3 组间不同时间点 SCORAD 评分变化趋势交互作用显著，差异具有统计学意义（$F = 7.316$，$P < 0.001$）。详见表 3。

治疗 2 周后，与中药组比较，西药组、中西药结合组 SCORAD 评分均低于中药组，差异有统计学意义（$P < 0.05$）；治疗 4、6、8 周后，与中西药结合组比较，中药组、西药组 SCORAD 评分均高于中西药结合组，差异均有统计学意义（$P < 0.05$）；治疗 8 周后，中药组与西药组比较，SCORAD 评分差异无统计学意义（$F = 1.028$，$P > 0.05$）。详见图 1。

2.4 DLQI 评分

治疗前，中药组、西药组、中西药结合组的 DLQI 评分比较，差异均无统计学意义（$F = 17.069$，$P > 0.05$），具有可比性；治疗 8 周后，中西药结合组 DLQI 评分低于中药组和西药组，差异有统计学意义（$P < 0.05$），且中药组、西药组之间 DLQI 评分无统计学差异意义（$F = 1.575$，$P > 0.05$），详见图 2。

治疗 8 周后，中药组（$t = 17.069$）、西药组（$t = 7.239$）、中西药结合组（$t = 19.861$）3 组 DLQI 评分均低于治疗前，差异有统计学意义（$P < 0.05$），见表 4。

表 3 3 组不同时间点 SCORAD 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 3 Comparison of SCORAD among the three groups at different time points ($\bar{x}\pm s$)

	中药组（n=36）	西药组（n=36）	中西药结合组（n=36）
治疗前	16.94±1.67	17.25±1.50	16.83±1.65
T1（治疗2周后）	15.53±1.86$^{\triangle}$	14.42±1.42*$^{\triangle}$	12.83±1.70*$^{\#\triangle}$
T2（治疗4周后）	12.06±1.37$^{\triangle\triangledown}$	11.92±1.48$^{\triangle\triangledown}$	10.22±1.78*$^{\#\triangle\triangledown}$
T3（治疗6周后）	10.58±1.44$^{\triangle\triangledown\blacktriangle}$	10.61±1.48$^{\triangle\triangledown\blacktriangle}$	8.00±1.31*$^{\#\triangle\triangledown\blacktriangle}$
T4（治疗8周后）	6.33±2.81$^{\triangle\triangledown\blacktriangle\blacktriangledown}$	7.36±3.28$^{\triangle\triangledown\blacktriangle\blacktriangledown}$	3.69±2.10*$^{\#\triangle\triangledown\blacktriangle\blacktriangledown}$
时间效应	F=736.453，P<0.001		
交互效应	F=7.316，P<0.001		
组别效应	F=35.400，P<0.001		

注：与中药组比较，*$P < 0.05$；与西药组比较，#$P < 0.05$；与 T1 比较，$^{\triangle}P < 0.05$；与 T2 比较，$^{\triangledown}P < 0.05$；与 T3 比较，$^{\blacktriangle}P < 0.05$；与 T4 比较，$^{\blacktriangledown}P < 0.05$

Note: *vs* traditional Chinese medicine group, *$P < 0.05$; *vs* western medicine group, #$P < 0.05$; *vs* T1, $^{\triangle}P < 0.05$; *vs* T2, $^{\triangledown}P < 0.05$; *vs* T3, $^{\blacktriangle}P < 0.05$; *vs* T4, $^{\blacktriangledown}P < 0.05$

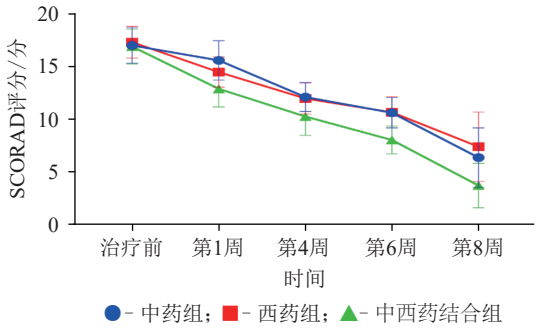


图 1 3 组不同时间点的 SCORAD 变化趋势

Figure 1 Change tendency of SCORAD among the three groups at different time points

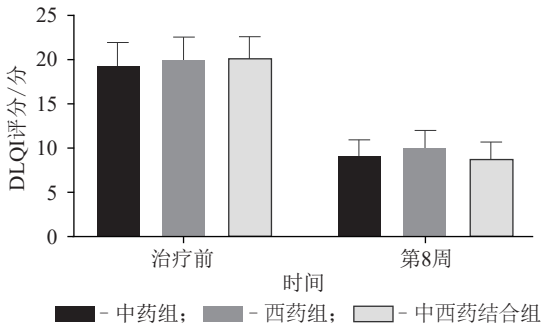


图 2 患者治疗前后 DLQI 评分

Figure 2 DLQI of pattents before and after treatment

表 4 3 组 DLQI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

Table 4 Comparision of DLQI among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

	中药组	西药组	中西药结合组	*F*值	*P*值
治疗前	19.25±2.66	19.94±2.62	20.08±2.50	1.068	0.347
治疗8周后	9.08±1.90$^{\triangle}$	10.08±1.95$^{\triangle}$	8.72±1.95*$^{\#\triangle}$	4.785	0.010
*t*值	17.069	17.239	19.861		
*P*值	＜0.001	＜0.001	＜0.001		

注：与中药组比较，*$P < 0.05$；与西药组比较，$^{\#}P < 0.05$；与治疗前比较，$^{\triangle}P < 0.05$

Note: *vs* traditional Chinese medicine group, *$P < 0.05$; *vs* western medicine group, $^{\#}P < 0.05$; *vs* before treatment, $^{\triangle}P < 0.05$

2.5 不良反应

3 组均有不良反应，中药组有 1 例（2.78%）患者皮损周围出现轻度色素沉着；西药组有 2 例（5.56%）患者皮损周围出现轻度皮肤刺激，其中 1 例轻度皮损继发毛囊炎；中西药结合组有 1 例（2.78%）患者皮损周围出现轻度皮肤刺激。研究者对上述 4 例患者均给予药物停用或减量，之后患者均自行缓解并完成了本临床试验。

3 讨论

慢性湿疹是皮肤最常见疾病之一，一般多由急性、亚急性湿疹反复发作迁延难愈而成，发作时瘙痒难忍，病程长且易反复，对患者的心理及生活质量产生了严重影响。2007 年一项调查显示，中国社区一般人群的湿疹患病率为 7.5%[14]。目前现代医学对各种慢性湿疹的致病机理尚未完全阐明，据报道其与多种炎症递质、细胞因子及免疫细胞有关[15]。

临床治疗多以抗炎、止痒、抗角化过度为主要原则，而糖皮质激素是公认的湿疹治疗一线药物。本研究采用的氯地松乳膏为中效糖皮质激素的复合外用制剂，是本院院内制剂，主要有效成分为 0.025% 醋酸地塞米松，与市面销售的 999 皮炎平、派瑞松成分类似，具有良好的抗炎、抑制免疫、抗增殖作用。蜈倍汤为李萍主任医师受国医大师赵炳南名方——“黑布药膏”治疗疤痕结节，具有良好的软坚散结、活血祛瘀的功效之启发，取黑布膏方中主草药蜈蚣和五倍子，加入地肤子、白鲜皮、桃仁、白醋化裁而来。中药溻渍法是中医外科特色治疗的其中一种，能够通过湿敷、淋洗、浸泡的物理作用达到清热解毒、收湿敛疮、杀虫止痒、软坚散结的作用，善治于慢性瘙痒性皮肤病及角化、增生、肥厚性皮疹等症状[16]。近年来，李芹[17]运用中医溻渍疗法治疗泛发性湿疹，发现加用中药溻渍治疗效果明显优于单纯外用激素疗效。前期临床研究亦发现蜈倍汤中药溻渍法治疗慢性湿疹的疗效确切，故为了运用循证医学的科学原理探索中西医结合治疗慢性湿疹的诊疗方案，更科学地评价蜈倍汤中药溻渍法联合氯地松乳膏治疗慢性湿疹的有效性。本研究在此基础上，采用随机、双盲、阳性对照试验，了解蜈倍汤中药溻渍法治疗血虚风燥证的慢性湿疹疗效。

本课题组在前期研究基础上改进了中药溻渍方案[18]，将蜈倍汤制成浓缩颗粒剂，生物利用度提高的同时方便患者使用，更易于开展临床试验与安慰剂的对照研究。研究结果显示，治疗 8 周后，中药组总有效率 86.11%，西药组总有效率 83.33%，中西药结合组总有效率 97.2%，中西药结合组的总有效率优于中药组、西药组（$P < 0.05$）；3 组 DLQI 比较中，中西药结合组优于中药组、西药组，差异有统计学意义（$P < 0.05$）。综上数据提示，蜈倍汤溻渍联合氯地松乳膏中西医结合治疗慢性湿疹，患者总体疗效及生活质量的改善，均优于中药或西药单药治疗，故中西结合用药具有药理互补性，值得采用和推广。

同时发现单用蜈倍汤溻渍与单用氯地松乳膏治疗慢性湿疹疗效相当。因地塞米松具有较强的非特异性抗炎能力，可直接抑制磷酸酯酶，影响花生四烯酸的连锁反应，继而导致各种炎性介质下降，且可收缩血管，抑制透明质酸酶活性，减轻炎症渗出，故单用氯地松乳膏治疗慢性湿疹有较佳疗效。而单用蜈倍汤溻渍与单用氯地松乳膏治疗慢性湿疹疗效相当，究其原因与蜈倍汤中的有效成分和组方密不可分。蜈倍汤中取蜈蚣通散之性，药性强以治疗顽湿聚积，取其搜风通络、散结解毒、活血祛瘀，为君药。现代药理实验表明，蜈蚣在不影响抗体特异性细胞免疫的前提下，可显著增强机体吞噬细胞活性[19]，且具有麻醉和镇静止痒作用[20]。五倍子收敛解毒止痒，现代药理学研究表明[21]，其具有抑菌、抗炎、清除自由基及抗氧化作用，对于痈肿疮毒、皮肤湿烂效果显著。桃仁苦、甘、平，功效为活血祛瘀、润肤止痒、瘀去生新，具有改善血流动力学、抗炎及抗过敏作用[22]。五倍子、桃仁与蜈蚣配伍使用，可增强方中活血解毒止痒之效，二者共为臣药。米醋味酸，性温，入脾胃经，功能活血益血，以助化瘀散结之功，视为佐药。全方搜风通络，软坚散结，诸药合用，共奏活血祛瘀，润燥止痒之效。同时中药溻渍法具有中医特色的收湿敛疮、祛风止痒、攻毒散结的疗效，通过湿敷、淋洗、浸泡使中药在皮肤表面、皮损周围穴位吸收、渗透，起效于皮损与皮损周围皮肤。

进一步分析3组各时间点SCORAD评分发现，治疗2周后，西药组、中西药结合组疗效优于中药组，提示使用氯地松乳膏治疗慢性湿疹起效较快，与临床皮肤科医生使用经验一致，而治疗4、6、8周后，中西药结合组疗效优于中药组和西药组，且2组疗效相当。表明在SCORAD改善方面，蜈倍汤联合氯地松乳膏治疗优于单用蜈倍汤和单用氯地松乳膏组。但糖皮质激素类药物在慢性湿疹的长期炎症控制中相较中药溻渍治疗是否更加高效，仍待进一步研究证实。本研究结果提示，治疗慢性湿疹时，先采用糖皮质激素控制症状，再以中药溻渍治疗或两药联合治疗，可缩短起效时间，达到更佳临床疗效。因课题经费有限，样本量较小，以上推论尚待进一步运用多中心、大样本量临床研究印证。

4 结论

综上所述，糖皮质激素类药物虽是慢性湿疹治疗的重要药物，但联合中药溻渍治疗，可减少激素用量，简便易行，疗效可靠，且久用无不良反应，患者乐于接受，符合中医“易、便、灵、验”的原则，尤其手足、肛周、会阴部等局部难治性慢性湿疹部位疗效显著。科学使用糖皮质激素联合中药溻渍疗法治疗慢性湿疹，能最大程度地提高临床疗效。若能进一步规范临床研究设计，研究不同程度的慢性湿疹治疗中糖皮质激素和中药溻渍疗法使用的先后顺序，精确其临床用量，制定更加详细的中西医结合治疗慢性湿疹临床方案，做好临床推广，必将带来更好的社会效益与经济效益。

参考文献：

[1] 黄宝萱, 覃骊兰, 蓝毓营, 等. 中医药治疗湿疹的临床研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2021, 24(2): 77-81.

[2] 中国医师协会皮肤科医师分会科学委员会, 中国医师协会皮肤科医师分会变态反应性疾病专业委员会, 中国“手部湿疹科研协作组”. 中国手部湿疹诊疗专家共识(2021版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(1): 19-26.

[3] 李邻峰, 刘巧, 顾恒, 等. 外用中成药治疗湿疹皮炎的专家共识(2014)[J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(6): 440-441.

[4] 陈凯. 全国著名中医皮外科专家赵炳南教授临床经验及特色疗法[C]. 北京: 中华中医药学会皮肤科分会第六次学术年会暨赵炳南学术思想研讨会论文集, 2009: 36-41.

[5] 章斌, 李萍, 杨新伟, 等. 蜈倍汤中药溻渍治疗慢性湿疹的临床疗效观察[J]. 上海中医药大学学报, 2016, 30(5): 34-37.

[6] 刘一松. 基于PASS及SAS软件的常用样本含量估计方法实现及部分方法比较研究[D]. 北京: 中国人民解放军军事医学科学院, 2016.

[7] 刘明珠, 孙捷. 中药熏洗联合卤米松乳膏治疗手足角化性湿疹30例[J]. 中医外治杂志, 2017, 26(5): 14-15.

[8] 姚慧蓉. 自拟湿疹方及复方地塞米松搽剂治疗慢性湿疹62例疗效分析[C]. 广州: 2015年全国麻风皮肤性病学术年会

论文集, 2015: 45-47.

[9] 叶满他. 地塞米松联合中药煎汁外用治疗小儿湿疹效果观察[J]. 白求恩医学杂志, 2015, 13(2): 214-215.

[10] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 2 版, 南京: 江苏科学技术出版社, 2017: 726.

[11] 上海市卫生局. 上海市中医病证诊疗常规[M]. 2 版, 上海: 上海中医学院出版社, 2003: 344.

[12] 梁茂新, 高天舒. 《中药新药临床研究指导原则》脏腑诸证考察与分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(5): 330-331.

[13] 张敏, 汪盛, 张谊之, 等. 银屑病患者生活质量调查[J]. 临床皮肤科杂志, 2006, 35(6): 370-372.

[14] 李林峰. 湿疹皮炎与皮肤过敏反应的诊断与治疗[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 37.

[15] Grant L, Seiding Larsen L, Burrows K, *et al*. Development of a conceptual model of chronic hand eczema(CHE) based on qualitative interviews with patients and expert dermatologists[J]. Adv Ther, 2020, 37(2): 692-706.

[16] 章斌, 李萍. 溻渍疗法及其在慢性湿疹治疗中的应用[J]. 中医学报, 2016, 31(2): 289-293.

[17] 李芹. 中药溻渍治疗泛发性湿疹疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(7): 1572.

[18] 梁忠辉. 利用现代工艺生产药品颗粒剂的研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(90): 183-184.

[19] 秦晋之, 闫智勇. 蜈蚣的药理作用和临床应用研究进展[J]. 河北农业科学, 2008, 12(10): 164-166.

[20] 谭复成. 蜈蚣的药理作用及应用[J]. 现代医药卫生, 2006, 22(13): 2031.

[21] 郭俊含, 陈莉莉, 张晓萌, 等. 五倍子的药理作用及研究进展[J]. 科学技术创新, 2019, 18(2): 49-50.

[22] 高学敏. 中药学[M]. 2 版, 北京: 中国中医药出版社, 2007: 325.

(编辑：沈佳婕)