DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.02.010

扶正祛风汤联合督脉灸治疗阳虚质慢性荨麻疹疗效观察

余倩颖,雷晴,肖敏,郭静
(成都中医药大学附属医院,四川 成都 610072)

摘要:目的 探讨扶正祛风汤联合督脉灸治疗阳虚质慢性荨麻疹(chronic urticaria,CU)的效果。方法 选取2020年1月—2022年1月收治的72例阳虚质慢性荨麻疹作为研究对象,按照随机数字表法分为观察组36例(扶正祛风汤联合督脉灸治疗)和对照组36例(给予氯雷他定治疗)。观察两组的临床疗效、症状积分、荨麻疹活动性评分(urticaria activity score,UAS)、皮肤病生活质量量表(dermatosis quality of life scale,DQLS)以及免疫功能(T淋巴细胞亚群:$CD4^+$、$CD8^+$)。结果 治疗后,观察组总有效率为94.44%(34/36),高于对照组患者的75.00%(27/36)($P<0.05$)。治疗前,两组患者的风团数目、最大直径、风团发作频率、持续时间等症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者的风团数目、最大直径、风团发作频率、持续时间等症状积分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组患者的瘙痒程度、风团数目评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组患者的瘙痒程度、风团数目评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后2周、1个月、2个月,观察组患者的皮肤病生活质量评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组患者的$CD4^+$、$CD8^+$值以及$CD4^+/CD8^+$值比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组患者的$CD4^+$与$CD4^+/CD8^+$值高于对照组($P<0.05$);观察组患者的$CD8^+$值低于对照组($P<0.05$)。结论 扶正祛风汤联合督脉灸能够提高阳虚质慢性荨麻疹患者的临床疗效,改善临床症状,降低荨麻疹活动性评分,提高皮肤病生活质量,改善免疫功能,值得临床推广。

关键词:扶正祛风汤;督脉灸治疗;阳虚质慢性荨麻疹
中图分类号:R275 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)02-0045-04

Observation on the Effect and Prognosis of Fuzheng Qufeng Decoction(扶正祛风汤) Combined with Dumai Moxibustion in Treating Chronic Urticaria with Yang Deficiency

YU Qianying,LEI Qing,XIAO Min,GUO Jing
(Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine,Chengdu 610072,Sichuan,China)

Abstract:*Objective* To investigate the effect of Fuzheng Qufeng Decoction(扶正祛风汤) combined with Du meridian moxibustion on chronic urticaria with yang deficiency. *Methods* 72 cases of chronic urticaria with yang deficiency admitted to the hospital from January 2020 to January 2022 were selected as the research objects. According to the random number table, they were divided into the observation group (36 cases were treated with Fuzheng Qufeng Decoction and Du meridian Moxibustion) and the control group (36 cases were treated with loratadine). The clinical efficacy, symptom score, urticaria activity score (urticaria activity score,UAS), dermatosis quality of life scale (dermatosis quality of life scale,DQLS) and immune function (T lymphocyte subsets: $CD4^+$, $CD8^+$) of the two groups were observed. *Results* After treatment, the total effective rate in the observation group was 94.44% (34/36), which was higher than that in the control group (75.00%,27/36, $P<0.05$). Before treatment, there was no significant difference between the two groups in the number of wheals, maximum diameter, frequency of wheals, duration or other symptom scores ($P>0.05$). After treatment, the number, maximum diameter, frequency and duration of wheals in the observation group were lower than those in the control group. The data difference was statistically significant ($P<0.05$). Before treatment, there was no significant difference in the scores of pruritus degree or number of wheals between the two groups ($P>0.05$). After treatment, the scores of pruritus degree and number of wheals in the observation group were lower than those in the control group . The data difference was statistically significant ($P<0.05$). Two weeks, one month, and two months after treatment, the scores of skin disease quality of life of the patients in the observation group were lower than those of the patients in the control group. The data difference was statistically significant ($P<0.05$). Before treatment, there was no significant difference in $CD4^+$, $CD8^+$ or $CD4^+/CD8^+$ values between the two groups ($P>0.05$). After treatment, the $CD4^+$ and $CD4^+/CD8^+$

基金项目:国家中医药管理局青年岐黄学者项目(2022-256);"杏林学者"学科人才科研提升计划项目(QJJJ2021001)
作者简介:余倩颖(1984-),女,四川成都人,副主任医师,硕士,研究方向:中医药防治皮肤病。
通讯作者:郭静(1978-),女,四川遂宁人,主任医师,博士,研究方向:中医药防治皮肤病。E-mail:80620404@qq.com。

values in the observation group were higher than those in the control group. The $CD8^+$ value of patients in the observation group was lower than that of patients in the control group ($P<0.05$). *Conclusion* The self prepared Fuzheng Qufeng Decoction combined with Du meridian moxibustion can improve the clinical efficacy of chronic urticaria patients with yang deficiency, improve the clinical symptoms, reduce the activity score of urticaria, improve the quality of life of skin diseases, and improve the immune function, which is worthy of clinical promotion.

Keywords: Fuzheng Qufeng Decoction(扶正祛风汤); Du meridian Moxibustion; chronic urticaria with Yang deficiency

慢性荨麻疹(chronic urticaria,CU)是一种皮肤病,称风疹块[1]。其主要症状表现为皮肤出现风团状皮诊,伴有瘙痒,颜色主要为红色或者偏白色,也有可能出现水肿的症状,严重者甚至还会出现恶心、呕吐、胸闷等症状,严重影响了患者的生活质量[2]。其反复发作时间一般超过 6 周,每周至少两次[3]。该病病因复杂,可能与食物、患者年龄、季节变换、化妆品等有关。荨麻疹可以通过药物疗法进行治疗[4]。一般治疗荨麻疹的药物主要有抗组胺类药物,可以持久、高效地改善患者过敏症状,其中包括多塞平、H 受体拮抗剂等。同时氯雷他定、氯苯那敏、西替利嗪、西咪替丁等,对于荨麻疹也有比较好的抑制作用,能缓解荨麻疹的症状[5-6]。荨麻疹也可以通过减少组胺释放从而减少荨麻疹的症状,如曲尼斯特、酮替酚、色甘酸钠等,也可以起到很好地抑制肥大细胞的作用,从而起到抑制荨麻疹的作用[7]。近年来,中医通过对 CU 辨证论治,取得良好疗效,表现出明显优势[8]。中医学称 CU 为“瘾疹”“风疹块”“瘾瘆”,认为其病机为禀赋不耐、饮食不调、营卫气血等内因与风、湿等外邪侵袭相合所致,病位与大肠等脏腑有关。阳虚质慢性荨麻疹指素体阳气亏虚,阴寒内盛的体质状态[9],治疗时以健脾益气和固表祛风为重点[10]。而扶正祛风汤以培土宁风作为治疗此病的基础原则,在健脾益气、实卫固表的基础上,达到抵御外邪侵袭的目的。督脉灸疗法是指在背部督脉段进行隔姜、隔药灸的一种灸疗方法,可以增强阳虚体质阳气[11-12]。而对于两者联合使用治疗的研究较少,因此本文主要探讨了扶正祛风汤联合督脉灸治疗阳虚质慢性荨麻疹的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2020 年 1 月—2022 年 1 月收治的 72 例阳虚质慢性荨麻疹作为研究对象。纳入标准:①符合中医阳虚体质诊断标准[13]:主要包括畏寒肢冷,常与气虚症状共见。②符合西医诊断标准[14]。③年龄 19~64 岁,不限男女性别。④未参加其他临床试验研究者。排除标准:①已使用其他治疗慢性荨麻疹的中药、西药或中成药物,或正在使用治疗本病以外的疾病且影响试验方法观察的患者。②患有精神疾病者。③未按规定治疗,无法判定疗效者。两组患者基础资料对比差异无统计学意义($P>0.05$),详见表 1。

表 1 两组慢性荨麻疹患者基础资料对比

组别	例数	性别/(例) 男	女	年龄/(岁,$\bar{x}\pm s$)	病程/(月,$\bar{x}\pm s$)	瘙痒发作频次/(次/d) 1~2	3~5	>5
观察组	36	18	18	28.23±3.12	27.12±3.17	11	12	13
对照组	36	20	16	28.43±3.24	27.45±4.12	10	11	15
t/χ^2 值		0.223		0.267	0.381		0.234	
P 值		0.639		0790	0.704		0.890	

1.2 治疗方法 对照组:氯雷他定片(扬子江药业有限公司,生产批号:国药准字 H20080134,规格:10 mg×12 片)口服,每次 10 mg,1 次/d,连续服药 8 周为 1 个疗程。

观察组:予扶正祛风汤。组方:黄芪 25 g,甘草 5 g,红参 15 g,鸡血藤 15 g,当归 15 g,白蒺藜 15 g,白芍 15g,桂枝 15 g,熟地黄 15 g,肉桂 5 g,由药房统一煎煮包装,每剂 400 mL,1 剂/d,分早晚 2 次饭后温服,连续服药 8 周为 1 个疗程;并予督脉灸治疗,操作步骤如下:让病人俯卧位,在皮肤上先撒上一层药粉,其是根据病人的病情辨证之后开出来的药方,然后在药粉上再铺上桑皮纸,在桑皮纸上面铺上厚厚的姜蓉,约有 5 cm,再在姜蓉上面放上艾柱点燃。1 次/周,连续 8 周为 1 个疗程。

随访周期:两组均治疗 1 疗程后观察疗效,治疗结束及治疗结束后 3、6 个月均随访 1 次。

1.3 观察指标 (1)观察两组患者治疗后的临床疗效[15]。显效:阳虚质分数变化率 <30%;有效:阳虚质分数变化率 ≥30%,<60%;无效:阳虚质分数变化率 <30%。阳虚质转化分数变化率 =(治疗前分数 - 治疗后分数)/治疗前分数 ×100%。(2)观察两组患者治疗后的症状积分[16]。分别于治疗前与治疗后 8 周风团数目、风团最大直径、风团发作频率、持续时间等进行量化分级评分,按照严重程度无、轻、中、重分别记为 1、2、3、4 分。1 分:无风团;2 分:风团数目 1~6 个,风团最大直径 0~1.5 cm,每日发作频率 1 次,风团持续时间 <1 h;3 分:风团数目 7~12 个,风团最大直径 1.6~2.5 cm,每日发作频率 2~3 次,风团持续时间 1~12 h;4 分:风团数目 >12 个,风团最大直径 >2.5 cm,每日发作频率 >3 次,风团持续时间 >12 h,评分愈高,症状愈严重。(3)观察两组治疗前后的荨麻疹活动性评分(UAS)[17]。分别在治疗前与治疗后 2 个月评价患者荨麻疹活动度。(4)观察两组皮肤病生活质量量表(DQLS)[18]。分别在治疗前,治疗后 2 周,治疗后 1 个月,治疗后 2 个月分别测量患者生活质量。(5)观察两组免疫功能[19]。分别于治疗前与治疗后 2 个月采集患者晨起空腹条件下静脉血 5 mL,离心处理(转速 3000 r/min、离心 10 min),留取血清,保存在 -4 ℃ 冰箱内,待测结果。以流式细胞仪(安捷伦生物有限公司,3900 型)按照酶联免疫吸附试验法及配套试剂盒测定 T 淋巴细胞亚群:$CD4^+$、$CD8^+$的值,并计算 $CD4^+/CD8^+$的水平。

表 2 两组慢性荨麻疹患者临床疗效对比 单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	36	28(77.78)	6(16.67)	2(5.56)	34(94.44)
对照组	36	22(61.11)	5(13.89)	9(25.00)	27(75.00)
χ^2 值		2.356	0.107	5.258	5.258
P 值		0.124	0.743	0.022	0.022

1.4 统计学分析 选用 SPSS 23.0 软件进行数据处理,计数资料表示为例(%),组间对比选用 χ^2 检验,计量资料($\bar{x}\pm s$)

表 3 两组慢性荨麻疹患者症状积分对比($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	风团数目		风团最大直径		风团发作频率		持续时间	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	3.07 ± 0.21	1.02 ± 0.56 *	3.48 ± 0.43	1.47 ± 0.48 *	3.62 ± 0.34	1.34 ± 0.47 *	2.84 ± 0.24	1.26 ± 0.22 *
对照组	36	3.04 ± 0.23	2.34 ± 0.48 *	3.44 ± 0.53	2.23 ± 0.43 *	3.67 ± 0.22	2.33 ± 0.87 *	2.82 ± 0.23	2.51 ± 0.49 *
t 值		0.578	8.110	0.352	7.056	0.741	6.007	0.361	13.963
P 值		0.565	0.000	0.726	0.000	0.461	0.000	0.719	0.000

注:* 与治疗前相比 $P < 0.05$。

表示,应用 t 检验,$P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗后,观察组患者的总有效率为 94.44%,高于对照组患者的 75.00%($P < 0.05$),见表 2。

2.2 症状积分比较 治疗后,观察组患者的风团数目、最大直径、风团发作频率、持续时间等症状积分均低于对照组患者($P < 0.05$),详见表 3。

2.3 者 UAS 评分比较 治疗后,观察组患者的 UAS 评分低于对照组患者($P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组慢性荨麻疹患者 UAS 评分对比($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	瘙痒程度		风团数目	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	4.07 ± 1.21	1.27 ± 0.35 *	4.48 ± 1.43	2.47 ± 0.48 *
对照组	36	4.15 ± 1.24	2.85 ± 0.24 *	4.44 ± 1.53	3.23 ± 0.43 *
t 值		0.277	22.338	0.115	8.887
P 值		0.783	0.000	0.909	0.000

注:* 与治疗前相比,$P < 0.05$。

2.4 DQLS 评分比较 治疗后 2 周,治疗后 1 个月,治疗后 2 个月,观察组的 DQLS 评分低于对照组($P < 0.05$),见表 5。

表 5 两组慢性荨麻疹患者 DQLS 评分对比($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 1 个月	治疗后 2 个月
观察组	36	24.82 ± 1.35	12.23 ± 1.43 *	9.12 ± 1.47 *	4.23 ± 1.43 *
对照组	36	24.84 ± 1.24	17.47 ± 1.12 *	15.93 ± 1.87 *	9.47 ± 1.12 *
t 值		0.063	17.309	17.178	17.309
P 值		0.950	0.000	0.000	0.000

注:* 与本组治疗前相比,$P < 0.05$。

2.5 免疫功能比较 治疗前,两组患者的 $CD4^+$、$CD8^+$ 值以及 $CD4^+/CD8^+$ 值比较,数据差异无明显统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,观察组患者的 $CD4^+$ 与 $CD4^+/CD8^+$ 值高于对照组患者,数据差异具备明显统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的 $CD8^+$ 值低于对照组患者,数据差异具备明显统计学意义($P < 0.05$),见表 6。

3 讨论

荨麻疹可分成急性和慢性两种,以急性的占大多数[20]。荨麻疹发病原因较多,较常见的是因个人体质特殊,体内免疫系统对外界的特定物质产生过敏反应;当吃到、吸进或接触到特定物质时,皮肤会因过敏反应使血管扩张、通透性增加而发生荨麻疹[21]。常规药物治疗可通过服用或者静脉注射糖皮质激素类药物,从而使荨麻疹的症状能较快地消退[22]。一般情况下,可以使用得宝松、泼尼松、地塞米松等药物进行治疗。还可以通过免疫抑制剂治疗,常用的免疫抑制剂主要有环孢素、免疫球蛋白等,但其不良反应较多[23]。本研究创新性地从“治未病”理论出发,采用扶正祛风汤联合督脉灸调理阳虚质慢性荨麻疹患者的体质,通过调节人体内环境阻断慢性荨麻疹进一步恶化,改善其症状[24]。同时又创新性地将扶正祛风汤针对阳虚质慢性荨麻疹患者进行改良,对于阳虚质慢性荨麻疹患者的畏寒肢冷症状,加入红参、肉桂等药品温中补虚,使其疗效更为明确。

本研究结果显示,治疗后观察组患者的症状积分均低于对照组患者,瘙痒程度、风团数目评分、皮肤病生活质量评分低于对照组患者,提示扶正祛风汤联合督脉灸能够提高阳虚质慢性荨麻疹患者的临床疗效,改善临床症状,降低荨麻疹活动性评分,提高皮肤病生活质量,这与叶峻宏等的研究结果一致[25]。考虑其原因为扶正祛风汤中的君药红参温中补虚;臣药黄芪益气固表;肉桂、桂枝温经通阳,鸡血藤行血补血,三药合用补而能行,推动阳气运行[26]。同时督脉灸属于中医艾灸的一种,主要是在背部督脉的循行部位进行艾灸的方法。按照中医理论,在背部正中走行的一条经络中医称为督脉,督脉灸具有扶正固本、温阳散寒的功效,主一身之阳气,为阳脉之海,即全身阳气充盛与否,与督脉的气血有着较为密切的联系,通过刺激督脉可以达到刺激人体阳气,促进人体阳气滋生的效果,这也是督脉灸的理论根源之一。通过艾灸的这种温热刺激,对督脉进行灸治,借助于督脉可以激发人体阳气的作用,达到扶正固本、温阳散寒的功效[27]。二者联合能够提高阳虚质慢性荨麻疹患者的临床疗效,能够在较大程度上改善其病症。

本研究结果显示,治疗后观察组患者的 $CD4^+$ 与 $CD4^+/CD8^+$ 值高于对照组患者,$CD8^+$ 值低于对照组患者,提示扶正祛风汤联合督脉灸能够提高阳虚质慢性荨麻疹患者的免疫功

表 6 两组慢性荨麻疹患者 $CD4^+$、$CD8^+$ 值以及 $CD4^+/CD8^+$ 值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	$CD4^+$/(%)		$CD8^+$/(%)		$CD4^+/CD8^+$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	27.63 ± 4.26	45.41 ± 7.29 *	26.39 ± 5.47	19.36 ± 3.18 *	1.47 ± 0.28	2.12 ± 0.24 *
对照组	36	27.71 ± 4.93	36.67 ± 5.19 *	26.42 ± 5.36	22.57 ± 4.21 *	1.41 ± 0.34	1.61 ± 0.19 *
t 值		0.086	6.837	0.027	4.259	0.954	9.050
P 值		0.932	0.000	0.978	0.000	0.343	0.000

注:* 与本组治疗前相比,$P < 0.05$。

能,这与甘露等的研究结果一致[28]。考虑其原因为在未发病人体的真皮层中,淋巴细胞主要为 T 细胞。可分为辅助性 T 细胞(CD4⁺T)和抑制性 T 细胞(CD8⁺T),慢性荨麻疹患者真皮层中 CD4⁺T 和 CD8⁺T 比例约 2∶1,比例失衡,主要表现为 Th2 免疫应答的增强,从而引起一系列超敏反应。而扶正祛风汤中的黄芪、甘草味甘性温,固表补中,养血镇痛;红参、鸡血藤味辛性热,疏风散寒,补火温中;当归、白蒺藜味辛性湿,散寒除湿,祛风通络;熟地辛温,散寒除湿、祛风通络;白芍、桂枝甘温,除风止搐;肉桂甘平,补脾和中,调和诸药。共奏温养气血,疏风解痉之效[29]。督脉灸简称为督灸,也称为长蛇灸,具有温阳散寒、通络止痛的作用,还具有一定的养生保健功效。督脉灸可以起到温阳通络、祛风除湿的作用。按照中医理论,督脉位于人体背部正中,在中医学理论中,督脉主一身之阳,是人体之气输送的主要通道,艾灸具有温阳通络、祛除寒邪、扶正固本的作用。督脉灸把二者特点相结合,可以振奋阳气、祛除病邪、防病保健,起到阳上加阳的作用[30]。

综上所述,扶正祛风汤联合督脉灸能够提高阳虚质慢性荨麻疹患者的临床疗效,改善临床症状,降低荨麻疹活动性评分,提高皮肤病生活质量,改善免疫功能,值得临床推广。

参考文献

[1] 杨志忠, 吴丹, 郑智生, 等. 扶正祛风汤治疗中-重度变应性鼻炎临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(9): 93-96.
[2] 杨志忠, 吴丹, 郑智生, 等. 自拟扶正祛风汤治疗中-重度变应性鼻炎(肺气虚寒证)的有效性和安全性[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(11): 2364-2367.
[3] 程广琴, 周立峰, 凌军, 等. 扶正祛风散寒汤联合西药治疗风寒型周围性面瘫的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(6): 977-978.
[4] 谢佳芯, 陈楚敏, 郭孝雨, 等. 复方消风散联合背部走罐疗法治疗风热型慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(1): 67-72.
[5] 焦丹红, 李玉江, 高丽娟, 等. 皮敏消胶囊联合抗组胺药治疗慢性荨麻疹的研究[J]. 西北药学杂志, 2022, 37(3): 149-152.
[6] 张敏, 尹善雪. 氮卓斯汀片联合润燥止痒胶囊治疗慢性荨麻疹疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2022, 21(2): 143-144.
[7] 申倩, 李俊辰, 熊万涛, 等. 基于网络药理学及分子对接技术探讨玉屏风散治疗慢性荨麻疹的作用机制[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2022, 21(5): 390-397.
[8] 李静, 王伟, 高琴, 等. 花藤子颗粒联合西替利嗪滴剂治疗小儿慢性荨麻疹临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2022, 21(3): 246-249.
[9] 章含奇, 徐远, 刘腾, 等. 慢性荨麻疹患者血清 IL-31/33 的水平变化及其意义[J]. 宁夏医科大学学报, 2022, 44(8): 818-822.
[10] 胡刚明, 万彬彬, 张成国, 等. 穴位自血疗法联合盐酸左西替利嗪分散片治疗慢性荨麻疹临床观察[J]. 西部中医药, 2022, 35(7): 95-98.
[11] 任媛, 张敏, 殷翔, 等. 肠道菌群对慢性荨麻疹患者血清炎症因子的影响[J]. 检验医学, 2021, 36(5): 504-509.
[12] 苏孟, 王彤. 活血祛风汤联合放血疗法对慢性荨麻疹患者外周血 T 细胞中细胞因子表达的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(1): 74-76.
[13] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(4): 303-304.
[14] 李邻峰, 王楷. 慢性难治性荨麻疹的诊断及治疗策略[J]. 中华皮肤科杂志, 2017, 50(1): 1-4.
[15] 于淼, 陈玉迪, 刘擘, 等. 慢性自发性荨麻疹的临床评估体系[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(12): 1117-1121.
[16] 陈昱文, 曹泽标, 周小青, 等. 中医症状量化方法及其临床应用述评[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(3): 82-86.
[17] 邹宇, 吕欣桐, 唐清体. 针灸联合自血疗法治疗慢性荨麻疹(血虚风燥型)效果及对 UAS 评分、外周血 T 淋巴细胞 STAT3mRNA 表达水平的影响[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(7): 1781-1784.
[18] 王秋枫, 夏汝山, 张昊, 等. DLQI 与 SF-36 量表对手部湿疹患者生活质量评价的比较[J]. 华北国防医药, 2009, 21(5): 9-11.
[19] 吴桂菊, 赵莹, 侯强. D 二聚体及炎性因子检测在慢性荨麻疹患者中的诊断价值[J]. 血栓与止血学, 2021, 27(2): 206-208.
[20] 王静, 杨广山. 枸地氯雷他定片联合玉屏风胶囊治疗慢性荨麻疹临床研究[J]. 安徽中医药大学学报, 2021, 40(1): 34-37.
[21] 熊坚癸, 杨英杰, 冯程程. 维生素 D 辅助盐酸非索非那定片递减疗法对慢性荨麻疹的临床观察[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2021, 18(4): 262-265.
[22] 祝华, 朱红军, 景红梅, 等. 当归四逆汤联合咪唑斯汀治疗慢性荨麻疹临床疗效观察[J]. 实用医院临床杂志, 2021, 18(3): 179-182.
[23] 刘海琴, 赵婧. 祛风清热饮对于慢性荨麻疹患者外周血白细胞 PI3K-Akt、NF-κB 的 mRNA 含量影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(3): 509-513.
[24] 兰燕琴, 解凡, 许经纶, 等. 自拟慢性荨麻疹协定方联合盐酸左西替利嗪治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2021, 23(11): 1636-1638.
[25] 叶峻宏, 韩宪伟, 吕雯, 等. 金蝉止痒胶囊联合依匹斯汀治疗慢性荨麻疹临床疗效及对血清炎性因子的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(3): 81-83.
[26] 王仲洵, 甘霖, 史欣怡, 等. 调神针法治疗慢性荨麻疹 34 例[J]. 浙江临床医学, 2021, 23(2): 197-198, 201.
[27] 全天华, 刘喜迎, 陈越, 等. 平胃消疹汤联合盐酸奥洛他定片治疗慢性荨麻疹胃肠湿热证临床疗效观察[J]. 吉林中医药, 2021, 41(7): 841-845.
[28] 甘露, 张忠奎, 刘太华, 等. 依巴斯汀、复方甘草酸苷联合吡嘧司特钾治疗慢性荨麻疹的临床疗效观察[J]. 国际医药卫生导报, 2021, 27(6): 887-890.
[29] 朱康明. 中药药浴联合左西替利嗪治疗慢性荨麻疹临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(3): 95-98.
[30] 关吉利,陆江涛,孔珍珍,等. 麻黄连翘赤小豆汤加减治疗慢性荨麻疹对其活动性评分及生活质量的影响[J]. 海军医学杂志, 2022,43(6):611-615.