

· 论著 ·

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

关吉利, 陆江涛, 孔珍珍, 刘春保

[摘要] **目的** 探究麻黄连翘赤小豆汤治疗荨麻疹的临床效果。**方法** 选取 2019 年 6 月至 2021 年 6 月三亚市中医院收治的 112 例慢性荨麻疹患者作为研究对象, 采用数字表法随机将其分为对照组和观察组, 各 56 例。对照组患者给予盐酸左西替利嗪片治疗, 观察组患者在对照组的基础上联合麻黄连翘赤小豆汤治疗。2 组患者均治疗 4 周, 比较 2 组患者的中医症候疗效、荨麻疹活动性评分(urticaria activity score, UAS)、皮肤病生活质量指数(dermatology life quality index, DLQI)评分、细胞因子[白细胞介素-4(interleukin-4, IL-4)、干扰素- γ (interferon- γ , INF- γ)、免疫球蛋白 E(immunoglobulin E, IgE)]水平、免疫功能(CD3⁺、CD4⁺及 CD4⁺/CD8⁺)及不良反应差异。**结果** 观察组患者治疗 2、4 周的总有效率均高于对照组(66.07% vs. 46.43%)、(94.64% vs. 78.57%), 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。组间比较, 观察组患者治疗 2、4 周的 UAS 评分、DLQI 评分、IL-4、IgE 水平均显著低于对照组($P < 0.05$), INF- γ 、CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺值均高于对照组($P < 0.05$); 与治疗前比较, 2 组患者治疗 2、4 周的 UAS 评分、DLQI 评分、IL-4、IgE 水平均呈降低趋势, INF- γ 、CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺值均升高, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者不良反应率低于对照组(7.14% vs. 21.43%), 差异具有统计学意义($\chi^2=4.667, P < 0.05$)。**结论** 麻黄连翘赤小豆汤可有效提高慢性荨麻疹患者的治疗效果, 改善其临床症状, 并调节患者机体细胞免疫功能。

[关键词] 慢性荨麻疹; 麻黄连翘赤小豆汤; 荨麻疹活动性评分; 皮肤病生活质量指数

[中图分类号] R275.9 **[文献标志码]** A **[DOI]** 10.3969/j.issn.1009-0754.2022.06.014

Effects of Mahuang Lianqiao Chixiaodou decoction on urticaria activity scores and life quality in treatment of chronic urticaria

Guan Jili, Lu Jiangtao, Kong Zhenzhen, Liu Chunbao

(Dermal Department, Sanya Traditional Chinese Medicine Hospital, Sanya 572022, China)

[Abstract] **Objective** To explore the curative effects of Mahuang Lianqiao Chixiaodou decoction on urticaria. **Methods** A total of 112 urticaria patients admitted to the hospital from June 2019 to June 2021 were recruited as research subjects, and were randomly divided into the control group and the observation group, each consisting of 56 patients. The patients in the control group were treated with levocetirizine hydrochloride tablets, while the observation group was treated with Mahuang Lianqiao Chixiaodou decoction on the basis of the treatment of the control group. The 2 groups all received treatment for 4 weeks. Traditional Chinese Medicine (TCM) symptoms, urticaria activity scores (UAS), dermatological quality of life indexes (DLQI), interleukin-4 (IL-4), interferon- γ (INF- γ), immune function factors (CD3⁺, CD4⁺ and CD4⁺/CD8⁺) and adverse reactions were compared before and after therapy. **Results** The total effective rates of the observation group after treatment for 2 and 4 weeks were higher than those of the control group (66.07% vs. 46.43%) and (94.64% vs. 78.57%), with statistical significance ($P < 0.05$). The UAS scores, DLQI scores, as well as IL-4, IgE levels of the observation group were significantly lower than those of the control group, when comparison were made between the 2 groups ($P <$

[基金项目] 海南省卫生计生行业科研项目(15A200031)

[作者单位] 572022 海南 三亚, 三亚市中医院皮肤科

[通信作者] 关吉利, 电子信箱: guanjili9002@163.com

0.05), while the levels of INF- γ , CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ were all higher than those of the control group ($P < 0.05$). As compared with those before treatment, the UAS scores, DLQI scores, IL-4 and levels of both the observation group and the control group 2 and 4 weeks after treatment showed a decreasing trend, while the levels of INF- γ , CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ all increased, and statistical significance could be seen in the time difference ($P < 0.05$). The rate of adverse reactions in the patients of the observation group was lower than that in the patients of the control group (7.14% vs. 21.43%), also with statistical significance ($\chi^2 = 4.667$, $P < 0.05$). **Conclusion** Mahuang Lianqiao Chixiaodou decoction could effectively improve the curative effect of patients with chronic urticaria, improve their clinical symptoms, and regulate the immune function of the patients.

[Key words] Chronic urticaria; Mahuang Lianqiao Chixiaodou decoction; Urticaria activity score; Dermatological quality of life index

慢性荨麻疹为常见的皮肤科疾病,主要由皮肤及黏膜中的小血管扩张或通透性增强所致,红斑、风团及瘙痒是其主要临床表现^[1]。临床资料及研究显示,慢性荨麻疹的发病时间持续较长,症状反复,严重影响患者的生活质量;且其发病机制复杂,主要与免疫功能的改变有关^[2-3]。抗组胺药物治疗为慢性荨麻疹的常规治疗方式,效果良好,但部分患者可能会出现症状控制不佳及复发现象。近年来,运用中医理论治疗慢性荨麻疹,效果受到肯定,其主要是从疾病发病机制出发,兼顾整体与局部。慢性荨麻疹属中医“瘾疹”范畴,该病易反复发作,迁延不愈,日久可致血气耗损,外感风寒,内生湿热,湿热合邪,蕴结于肌肤,发为风团^[4]。故疏风散邪、内清湿热为该病治疗的关键。而麻黄连翘赤小豆汤出自《伤寒论》,具有宣发肺卫、祛风散毒、清热利湿之功效^[5]。目前有关麻黄连翘赤小豆汤与抗组胺药物联合应用的疗效研究报道尚少。基于此,本研究在抗组胺药物治疗的基础上联合麻黄连翘赤小豆汤治疗慢性荨麻疹,分析其疗效,结果如下。

1 对象与方法

1.1 病例选择

1.1.1 西医诊断标准 参照《中国临床皮肤病学》^[6]中荨麻疹诊断标准,临床症状表现为:突发性、皮损大小不一、形状不均的红斑状风团,且境界清楚,颜色鲜红,发无定处,消退后无疤痕,伴明显瘙痒。

1.1.2 中医辨证标准 参照《中医诊断学》^[7]中风热型瘾疹标准,中医症状表现为:红斑状风团,瘙痒灼热,遇热加剧,遇冷缓解;舌脉呈舌质红,苔薄黄或白腻,脉浮数或滑数。

1.1.3 纳入标准 (1)符合西医诊断标准及中医风热型慢性荨麻疹者;(2)治疗前1周末使用皮质类固醇激素或免疫抑制剂者;(3)慢性荨麻疹病程大于6周且小于8周;(4)对本研究知情同意并签署知情同意书者。

1.1.4 排除标准 (1)脏器功能受损者;(2)精神疾病、配合度低者;(3)免疫、血液系统疾病者;(4)恶性肿瘤者;(5)哺乳期及妊娠期妇女;(6)分泌、呼吸系统及感染性疾病者;(7)人工及胆碱能性等特殊类型荨麻疹者;(8)对本研究用药禁忌者;(9)中途更换其他药物治疗者。

1.2 研究对象

选取2019年6月至2021年6月三亚市中医院收治的112例慢性荨麻疹患者作为研究对象,按照数字表法随机将其分为对照组和观察组,各56例。对照组中,男性32例,女性24例,年龄18~56岁[(34.2 ± 9.8)岁];病程2~7d[(3.8 ± 1.4)d]。观察组中,男性29例,女性27例,年龄18~58岁[(34.9 ± 10.1)岁];病程2~7d[(3.7 ± 1.5)d]。2组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究征得医院医学伦理委员会批准。

1.3 治疗方法

对照组患者行盐酸左西替利嗪片(规格:5mg,批号:2010002,国药准字H20040249,重庆华邦制药有限公司)治疗,剂量为5mg,1次/d,口服使用。

观察组患者在行盐酸左西替利嗪片(用量及用法同对照组)治疗基础上,服用麻黄连翘赤小豆汤。麻黄连翘赤小豆汤组方为:麻黄10g、连翘15g、赤小豆30g、桑白皮10g、白蒺藜10g、牡丹皮12g、赤芍10g、薏苡仁20g、茯苓皮10g。以上中药药方加水煎至200ml,每日1剂,早晚餐后分服。2组均治疗4周。

治疗期间,2组均停用其他口服及外用药物,同时合理饮食,注意休息,放松心情,忌辛辣油腻食物,忌挠抓瘙痒处。治疗期间,患者用药后若出现严重不良反应,应立即停药给予对症处置。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效 按照《中药新药临床研究指导原则》^[8]评估疗效。疗效指数=[治疗前荨麻疹活动性评分(urticaria activity score, UAS)积分-治疗后UAS积

分/治疗前 UAS 积分]×100%。显效:疗效指数>60%;有效:疗效指数为 30%~59%;无效:疗效指数<30%。

总有效率=[(显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.4.2 荨麻疹活动性评分(urticaria activity score, UAS) UAS 评分包含风团及瘙痒 2 种评分,总分为 0~6 分。(1)风团情况:0 分(无)、1 分(风团数目<20 个)、2 分(20 个≤风团数目<50 个)、3 分(风团数目≥50 个)。(2)瘙痒情况:0 分(无)、1 分(轻度瘙痒,但不引起烦躁)、2 分(中度瘙痒,能忍受,且对患者睡眠及生活无显著影响)、3 分(重度瘙痒,对患者睡眠及生活造成影响)。

1.4.3 皮肤病生活质量指数(dermatology life quality index, DLQI) DLQI 评分包括生理、心理、日常活动、社交娱乐、工作学习、穿衣、运动、家庭、性生活及治疗 10 个方面的内容,以 4 级评分法评估,0~3 分分别为无影响、轻度影响、中度影响及严重影响,总分为 0~30 分。

1.4.4 Th1/Th2 细胞因子水平 分别于治疗前、治疗 2 周及 4 周采用抗体夹心 ELISA 法检测干扰素-γ(interferon-γ, INF-γ)、白细胞介素-4(interleukin-4, IL-4)、免疫球蛋白 E(immunoglobulin E, IgE) 水平。

1.4.5 免疫功能 分别于治疗前、治疗 2 周及 4 周抽取患者外周静脉血 2 ml,采用流式细胞仪(贝克曼,美国)检测患者 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺水平。

1.5 统计学处理

数据均使用 SPSS 22.0 处理,计数资料用百分比(%)表示,组间比较行 χ^2 检验,临床疗效的等级计数资料采用秩和检验;UAS 评分、DLQI 评分、细胞因子水平、免疫功能水平等符合正态分布的计量资料均采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较行独立样本 t 检验,组内比较行配对样本 t 检验。不同时点的计量资料采用重复测量方差分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组患者治疗效果比较

非参数检验显示,观察组患者整体疗效优于对照组($Z=-2.009, -2.466, P<0.05$);观察组患者治疗 2、4 周的总有效率(94.64% vs. 78.57%)均高于对照组(66.07% vs. 46.43%),差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 观察组和对照组患者治疗前后 UAS 评分及 DLQI 评分比较

观察组患者治疗 2、4 周的 UAS 评分及 DLQI 评分均显著低于对照组($P<0.05$);与治疗前比较,2 组患者治疗 2、4 周的 UAS 评分及 DLQI 评分均呈降低趋势,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 观察组和对照组患者 IL-4、INF-γ 及 IgE 水平比较

观察组患者治疗 2、4 周的 IL-4、IgE 水平低于

表 1 观察组和对照组患者治疗效果比较(例)

组别	例数	治疗 2 周				治疗 4 周			
		显效	有效	无效	总有效率(%)	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	56	21	16	19	66.07	37	16	3	94.64
对照组	56	14	12	30	46.43	26	18	12	78.57
Z/χ^2 值		-2.009			4.390	-2.466			6.235
P 值		0.045			0.036	0.014			0.013

表 2 观察组和对照组患者治疗前后 UAS 评分及 DLQI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	UAS 评分			DLQI 评分		
		治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
观察组	56	4.61 ± 0.75	2.86 ± 0.58	1.07 ± 0.26	14.86 ± 4.14	6.43 ± 2.19	2.59 ± 0.65
对照组	56	4.75 ± 0.74	3.28 ± 0.59	1.48 ± 0.50	15.07 ± 4.22	8.98 ± 2.21	3.48 ± 0.81
t 值		-1.008	-3.844	-5.418	-0.271	-6.129	-6.422
P 值		0.316	<0.001	<0.001	0.787	<0.001	<0.001
$F_{\text{时点}}(P_{\text{时点}})$		2.914.880(<0.001)			1.041.893(<0.001)		
$F_{\text{交互}}(P_{\text{交互}})$		4.518(0.036)			0.843(0.361)		
$F_{\text{组间}}(P_{\text{组间}})$		13.269(<0.001)			10.960(<0.001)		

注:UAS 为荨麻疹活动性评分,DLQI 为皮肤病生活质量指数

对照组 ($P < 0.05$), $INF-\gamma$ 水平高于对照组 ($P < 0.05$); 与治疗前比较, 2 组患者治疗 2、4 周的 IL-4、IgE 水平均降低, $INF-\gamma$ 水平均升高, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 观察组和对照组患者治疗前后免疫功能比较

观察组患者治疗 2、4 周的 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平均高于对照组 ($P < 0.05$); 与治疗前比较, 2 组患者治疗 2、4 周的 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 水平均升高, 时间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

2.5 观察组和对照组患者不良反应情况比较

治疗期间, 2 组患者均伴有嗜睡、头晕、头痛、恶心及腹泻等不良反应, 且观察组不良反应率低于对照组 (7.14% vs. 21.43%), 差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 4.667, P < 0.05$)。见表 5。

3 讨论

慢性荨麻疹是一种病因机制复杂的皮肤病, 目前较多的研究显示, 组胺、白三烯代谢物等炎症递质均参与其发病过程, 可造成皮肤黏膜、毛细血管及小血管扩张, 而致皮肤红肿^[9]。该病程较长、病情反复, 迁延不愈, 严重影响患者的生活质量。抗组胺药物治疗为慢性荨麻疹临床治疗的有效方式之一, 其中左西替利嗪为目前临床常用的 H_1 受体拮抗剂, 其对机体外周 H_1 受体的选择性高, 且抗 5-羟色胺及抗胆碱作用不明显, 中枢抑制作用小, 具有良好的抗组胺作用, 因此对慢性荨麻疹具有一定的治疗效果^[10]。

中医学中, 荨麻疹属“瘾疹”范畴。中医认为, 该病发病与外邪及脾、肺相关, 主要病因病机为: 外感风邪夹寒或夹热、侵袭机体, 邪正相争, 郁于肌肤, 致使营卫失调, 外不能透达, 内不能疏泄而发

表 3 观察组和对照组慢性荨麻疹患者 IL-4、 $INF-\gamma$ 、IgE 水平比较 (pg/ml, $\bar{x} \pm s$)

观察指标	时间	观察组 (n=56)	对照组 (n=56)	t 值	P 值	F 值	P 值
IL-4	治疗前	44.23 ± 4.86	45.12 ± 4.78	0.977	0.331	$F_{\text{时点}} = 4870.766$	$P_{\text{时点}} < 0.001$
	治疗 2 周	21.12 ± 3.25	32.45 ± 4.08	16.254	<0.001	$F_{\text{交互}} = 190.086$	$P_{\text{交互}} < 0.001$
	治疗 4 周	14.56 ± 2.12	25.24 ± 3.26	20.552	<0.001	$F_{\text{组间}} = 153.255$	$P_{\text{组间}} < 0.001$
$INF-\gamma$	治疗前	3.34 ± 0.52	3.37 ± 0.56	0.294	0.769	$F_{\text{时点}} = 1937.824$	$P_{\text{时点}} < 0.001$
	治疗 2 周	10.45 ± 2.08	7.12 ± 1.84	8.973	<0.001	$F_{\text{交互}} = 85.602$	$P_{\text{交互}} < 0.001$
	治疗 4 周	15.23 ± 3.09	11.13 ± 2.12	8.188	<0.001	$F_{\text{组间}} = 75.662$	$P_{\text{组间}} < 0.001$
IgE	治疗前	121.54 ± 14.54	118.56 ± 15.08	1.065	0.289	$F_{\text{时点}} = 4166.335$	$P_{\text{时点}} < 0.001$
	治疗 2 周	71.43 ± 7.12	84.35 ± 8.45	8.750	<0.001	$F_{\text{交互}} = 3.343$	$P_{\text{交互}} = 0.070$
	治疗 4 周	32.12 ± 5.38	56.24 ± 6.97	20.500	<0.001	$F_{\text{组间}} = 51.291$	$P_{\text{组间}} < 0.001$

注: IL-4 为白细胞介素-4, $INF-\gamma$ 为干扰素 γ , IgE 为免疫球蛋白 E

表 4 观察组和对照组慢性荨麻疹患者治疗前后 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 比较 ($\bar{x} \pm s$)

观察指标	时间	观察组 (n=56)	对照组 (n=56)	t 值	P 值	F 值	P 值
$CD3^+$	治疗前	56.85 ± 4.14	55.98 ± 4.29	1.092	0.277	$F_{\text{时点}} = 169.631$	$P_{\text{时点}} < 0.001$
	治疗 2 周	59.37 ± 4.25	56.93 ± 4.20	3.056	0.003	$F_{\text{交互}} = 15.874$	$P_{\text{交互}} < 0.001$
	治疗 4 周	63.34 ± 4.63	59.43 ± 4.51	4.527	<0.001	$F_{\text{组间}} = 12.512$	$P_{\text{组间}} = 0.001$
$CD4^+$	治疗前	33.02 ± 3.34	32.82 ± 3.56	0.307	0.760	$F_{\text{时点}} = 413.332$	$P_{\text{时点}} < 0.001$
	治疗 2 周	37.86 ± 3.80	34.43 ± 3.12	5.220	<0.001	$F_{\text{交互}} = 35.643$	$P_{\text{交互}} < 0.001$
	治疗 4 周	41.81 ± 4.60	37.62 ± 4.19	5.039	<0.001	$F_{\text{组间}} = 18.130$	$P_{\text{组间}} < 0.001$
$CD4^+/CD8^+$	治疗前	1.11 ± 0.29	1.10 ± 0.30	0.179	0.858	$F_{\text{时点}} = 133.408$	$P_{\text{时点}} < 0.001$
	治疗 2 周	1.37 ± 0.41	1.19 ± 0.37	2.439	0.016	$F_{\text{交互}} = 6.541$	$P_{\text{交互}} = 0.012$
	治疗 4 周	1.72 ± 0.48	1.49 ± 0.46	2.589	0.011	$F_{\text{组间}} = 6.866$	$P_{\text{组间}} = 0.010$

表 5 观察组和对照组慢性荨麻疹患者不良反应情况比较 [例 (%)]

组别	例数	嗜睡	头晕	头痛	恶心	腹泻	总发生率 (%)
观察组	56	0(0.00)	1(1.79)	0(0.00)	2(3.57)	1(1.79)	7.14
对照组	56	3(5.36)	2(3.57)	2(3.57)	3(5.36)	2(3.57)	21.43
χ^2 值							4.667
P 值							0.031

病^[11]。《诸病源候论》记载：“人阳气外虚则多汗，汗出当风……搏于肌肉，与热气并，则生瘾疹。”而中医认为肺主气，合于皮毛；脾主肌肉，主利水化湿；且《素问》指出：“邪之所凑，其气必虚……”即脾虚失于运化水湿，日久蕴阻于肌肤湿热内生，加之风邪侵袭，风盛则痒。这与荨麻疹的风团、瘙痒症状一致^[12]。故中医治疗应以疏风散邪、内清湿热为主。《伤寒论》道：“伤寒瘀热在里，其身必黄，麻黄连翘赤小豆汤主之。”其组方中麻黄、连翘、赤小豆为君药，其中麻黄主“中风伤寒，头痛，发表出汗，去邪热气，除寒热”（《神农本草经辑注》）；连翘可“清透邪热之结”（《名医别录》）；赤小豆“扶正祛邪，行水散血，消肿排脓，清热解毒”（《本草备要》）。而桑白皮、白蒺藜、薏苡仁、茯苓皮为臣药，其中桑白皮可祛风消肿，活血生津，与麻黄及赤小豆相配伍，既可宣肺祛风散外邪，又可健脾利湿；白蒺藜具有活血祛风，散毒止痒之功效；薏苡仁、茯苓皮，可健脾利湿，除湿热之邪。牡丹皮、赤芍清热凉血活血，全方共奏宣散表邪，祛风散毒，清热利湿之效。另现代药理证实：麻黄、连翘具有抗变态反应及抗炎作用；赤小豆中蛋白质、微量元素等含量丰富，可有效增强机体免疫力，提高免疫功能。本研究中，观察组患者的治疗总有效率高于对照组，UAS 评分及 DLQI 评分均低于对照组。提示在抗组胺药物治疗基础上联合麻黄连翘赤小豆汤治疗可提高慢性荨麻疹患者的治疗效果，改善患者的临床症状。

李洁等^[13]对慢性荨麻疹免疫学发病机制进行分析发现，参与慢性荨麻疹发病机制的免疫细胞有：肥大细胞、嗜碱性粒细胞、嗜酸性粒细胞、T 细胞等。其中，肥大细胞能导致风团、瘙痒症状。其具体原理为，慢性荨麻疹患者机体内 IgE 能提高肥大细胞对 IgE 受体的敏感程度，其与肥大细胞及嗜碱性粒细胞受体结合时，可引发皮疹及瘙痒等症状。而在 T 细胞中，正常情况下，Th1 可分泌 INF- γ 细胞因子，对细胞免疫反应进行介导，激活巨噬细胞，杀灭病原体；而 Th2 可分泌 IL-4 免疫抑制性细胞因子，介导体液免疫应答。当机体 Th1、Th2 以及调节性 T 细胞(regulatory cell, Treg)失衡时，会影响中性粒细胞浸润程度，增强炎症反应^[14]。另据文献报道，细胞免疫功能受损亦参与荨麻疹的发病过程，其中 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺均可反映机体细胞免疫状态，体现机体细胞免疫调节水平^[15]。本研究中，观察组患者治疗 2、4 周时 IL-4、IgE 水平均低于对

照组，INF- γ 、CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺水平均高于对照组。提示在抗组胺药物治疗基础上联合麻黄连翘赤小豆汤治疗可改善荨麻疹患者的免疫功能。其原因为麻黄连翘赤小豆汤具有一定的抗氧化及免疫调节作用，在抗组胺药物的基础上使用该中药，不仅可抑制组胺的释放，缓解患者临床症状，而且可进一步调节荨麻疹患者免疫失衡问题，提高机体免疫功能，增强临床疗效。

[参考文献]

- [1] Maurer M, Giménez-Arnau AM, Metz M. Ligelizumab for chronic spontaneous urticaria. Reply[J]. N Engl J Med, 2020, 382(6): 579-580.
- [2] 王成林,张纯. 加味玉屏风散联合左西替利嗪治疗慢性荨麻疹疗效及对血清免疫炎症因子的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(3): 291-295.
- [3] 张雪松,周冬梅,马腾飞. 针刺联合麻黄方治疗风寒型荨麻疹的临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2020, 19(1): 78-81.
- [4] 鲁法庭,李建保,徐姗姗,等. 论麻黄连翘赤小豆汤治疗湿热咳嗽[J]. 成都中医药大学学报, 2021, 44(1): 32-34, 46.
- [5] 陈红霞,陈学忠. 陈学忠运用麻黄连翘赤小豆汤治疗皮肤病验案举隅[J]. 四川中医, 2019, 37(9): 44-46.
- [6] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2010:1000-1048.
- [7] 邓铁涛. 实用中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1988:140-169.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:29.
- [9] Rosman Y, Hershko AY, Meir-Shafir K, et al. Characterization of chronic urticaria and associated conditions in a large population of adolescents[J]. J Am Acad Dermatol, 2019, 81(1): 129-135.
- [10] Rotulo GA, Signa S, Rosina S, et al. Giant urticaria and acral peeling in a child with coronavirus disease 2019[J]. J Pediatr, 2021, 230: 261-263.
- [11] 徐俊涛,王莹,王丽,等. 麻黄附子细辛汤联合依巴斯汀治疗脾虚湿蕴证慢性自发性荨麻疹的临床疗效及安全性分析[J]. 中国全科医学, 2019, 22(S2): 142-145.
- [12] 孙开元,范东东,张宁,等. 麻黄连翘赤小豆汤的方证要义与临床应用[J]. 世界中医药, 2018, 13(4): 920-923.
- [13] 李洁,李红文. 慢性荨麻疹免疫学发病机制的研究进展[J]. 临床皮肤科杂志, 2020, 49(5): 313-316.
- [14] 朱展慧,李军,盛国荣. 银连祛风汤治疗慢性荨麻疹的疗效观察及其对 IgE 和 T 细胞亚群水平的影响[J]. 药学实践杂志, 2021, 39(1): 82-85, 93.
- [15] 李臻宇,纳猛,杨恩品. 益肾固卫汤治疗慢性荨麻疹表虚证的疗效及对血清补体的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(4): 427-430.

(收稿日期:2022-01-04)

(本文编辑:胡友花)