

· 临床论著 ·

三风穴埋线联合当归饮子口服治疗 血虚风燥型荨麻疹疗效观察

王栩芮¹ 李明玥² 傅文斌¹ 孙弋淇¹ 黄安清¹ 杨超¹ 郭静²

摘要 **目的** 观察“三风穴”为主埋线联合当归饮子口服治疗血虚风燥型荨麻疹的疗效,探讨其对免疫调节因子的影响。**方法** 将 138 例血虚风燥型荨麻疹患者采用随机数字加信封法分为联合治疗组(联合组)、中药组及西药组,每组各 46 例。联合组采用穴位埋线联合当归饮子口服治疗,中药组单用当归饮子口服治疗,西药组单用氯雷他定片口服治疗,治疗周期均为 4 周。比较 3 组患者症状及体征积分、荨麻疹活动性评分(UAS)、皮肤病生活质量评分(DLQI)、临床治疗有效率及 3 个月后复发率;采用 ELISA 法检测 3 组患者血清干扰素- γ (IFN- γ)和 IL-4 的含量。采用流式细胞仪检测 3 组患者血清 T 淋巴细胞亚群(CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺)水平。**结果** 3 组患者治疗后 UAS 评分均降低,且联合组低于中药组及西药组($F=5.2541, P<0.05$);联合组治疗有效率[93.48%(43/46)]高于中药组[80.43%(37/46)]及西药组[73.91%(34/46)],差异有统计学意义($\chi^2=7.45, P<0.05$);联合组随访复发率[6.52%(3/46)]低于中药组[19.57%(9/46)]及西药组[39.13%(18/46)],差异有统计学意义($\chi^2=12.54, P<0.05$);3 组患者治疗后血清 IL-4 水平均降低($P<0.05$),联合组和中药组治疗后血清 IFN- γ 水平均升高($P<0.05$);联合组治疗后血清 IL-4 水平低于中药组和西药组,血清 IFN- γ 水平高于中药组和西药组($P<0.05$);联合组治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均升高,CD8⁺ 水平降低($P<0.05$);中药组治疗后 CD3⁺、CD4⁺ 水平均升高,CD8⁺ 水平降低($P<0.05$);西药组治疗后 CD3⁺ 水平均升高,CD8⁺ 水平降低($P<0.05$)。**结论** “三风穴”为主埋线联合当归饮子可有效缓解血虚风燥型荨麻疹患者临床症状,其机制与调节免疫相关因子,升高 CD4⁺/CD8⁺ 水平有关。

关键词 埋线;当归饮子;慢性荨麻疹;免疫因子;中医疗法

Therapeutic Effects and Mechanism of Catgut Embedding and Danggui Yinzi Oral Treatment for Chronic Urticaria Patients with Blood Deficiency Wind Dryness Syndrome WANG Xu-rui¹, LI Ming-yue², FU Wen-bin¹, SUN Yi-qi¹, HUANG An-qing¹, YANG Chao¹, and GUO Jing² *1 Department of Chinese Medicine Surgery, Sichuan Provincial People's Hospital, Chengdu (610000); 2 Department of Dermatology, Affiliated Hospital, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu (610000)*

ABSTRACT Objective To observe the curative effect of catgut embedding combined with oral administration of Danggui Yinzi (DGYZ) in treatment of chronic urticaria (UC) patients with blood deficiency wind dryness syndrome (BDWDS), and to explore its effects on immunoregulatory factors. **Methods** Totally 138 UC patients with BDWDS were assigned to a combination treatment group, a traditional Chinese medicine (TCM) group, and a Western medicine (WM) group by random digit+envelop sealing method, 46 cases in each group. Patients in the combination group took DGYZ and received acupoint catgut embedding. Those in the TCM group took DGYZ alone. Those in the WM group took Loratadine Tablets alone. The treatment cycle for all was 4 weeks. The symptoms and signs scores, urticaria activity score (UAS), dermatology life quality index (DLQI), effective rate of clinical treatment, and recurrence rate after 3 months were compared among the 3 groups. The serum

基金项目:国家自然科学基金资助项目(No.82074443);国家自然科学基金面上项目(No.81873310);四川省科学技术厅科技计划应用研究项目(No.2018JY0660)

作者单位:1.四川省人民医院中医外科(成都 610000);2.成都中医药大学附属医院皮肤科(成都 610000)

通讯作者:郭静, Tel: 028-87769902, E-mail: 623216874@qq.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20210926.378

levels of IFN- γ and IL-4 in the 3 groups were detected by ELISA. The serum levels of CD3⁺, CD4⁺, and CD8⁺ were detected by flow cytometry. **Results** The UAS scores all decreased after treatment in the 3 groups, and that in the combination group was lower than that in the TCM group and the WM group ($F=5.2541, P<0.05$). The effective rate of the combination group [93.48% (43/46)] was higher than that of the TCM group [80.43% (37/46)] and the WM group [73.91% (34/46)] ($\chi^2=7.45, P<0.05$). The follow-up recurrence rate of the combination group [6.52% (3/46)] was lower than that of the TCM group [19.57% (9/46)] and the WM group [39.13% (18/46)] ($\chi^2=12.54, P<0.05$). The serum IL-4 levels after treatment all decreased in the 3 groups ($P<0.05$), and serum IFN- γ levels increased after treatment in the combination group and the TCM group ($P<0.05$). The serum IL-4 level after treatment in the combination group was lower than that of the TCM group and the WM group, and the serum IFN- γ level in the combination group was higher than that of the TCM group and the WM group ($P<0.05$). The CD3⁺, CD4⁺, CD4⁺/CD8⁺ levels increased and CD8⁺ level decreased after treatment in the combination group ($P<0.05$). The CD3⁺ and CD4⁺ levels increased and CD8⁺ level decreased after treatment in the TCM group ($P<0.05$). CD3⁺ level increased and CD8⁺ level decreased after treatment in the WM group ($P<0.05$). **Conclusion** Catgut embedding combined with DGYZ effectively alleviated clinical symptoms of UC patients with BDWDS, and its mechanism was possibly related to regulating immune-related factors and increasing CD4⁺/CD8⁺ levels.

KEYWORDS catgut embedding; Danggui Yinzi; chronic urticaria; immune factor; Chinese medicinal therapy

慢性荨麻疹 (chronic urticaria, CU) 属于一种常见的慢性皮肤过敏性疾病, 是因皮肤、黏膜小血管扩张和通透性增加导致的局限水肿反应, 其主要表现为四肢及躯干出现的红斑、风团, 伴剧烈的皮肤瘙痒。CU 病因复杂, 且多病情反复发作, 对患者生活及心理造成严重影响。西医治疗多采用抗过敏及激素类药物, 但患者需要长期服药, 停药后皮疹容易反复, 且长时间容易导致药物不良反应^[1], 增加患者的抵触情绪。氯雷他定属于一线抗组胺药, 但其用药安全性有待提高^[2]。血虚风燥证属 CU 常见中医证型之一^[3]。本团队在既往的研究中发现, 当归饮子可通过降低 CU 小鼠皮肤组织微管相关蛋白 1 轻链 3B (LC3B) 和 p62 蛋白的表达, 增强细胞自噬水平, 抑制血清 IL-17、IL-23、Ig E 等炎性、免疫介质产生等途径调节免疫功能^[4-6]。穴位埋线疗法属中医特色疗法, 具有穴位治疗作用, 且利用可吸收线持续刺激穴位延长了作用持续时间, 赵同琪等^[7]报道, 背俞穴埋线结合拔罐可减少 UC 复发率。笔者采用穴位埋线联合及当归饮子口服治疗 UC, 旨在观察其临床疗效, 并对免疫调节因子的影响。

资料与方法

1 诊断标准 参照《中国荨麻疹治疗指南》^[8] 中 CU 的诊断标准, 中医辨证分型参考《中医病证诊断疗效标准》^[9] 中荨麻疹血虚风燥证。

2 纳入标准 (1) 符合 CU 诊断标准及中医血虚风燥证分型标准; (2) 年龄 18~60 岁, 病程 1~10 年; (3) 近 1 个月内未服免疫抑制剂、糖皮质激素、抗组

胺药物、抗胆碱能药物等; (4) 患者知晓试验内容, 并自愿签署知情同意书。

3 排除标准 (1) 属于物理性、药物性荨麻疹; (2) 妊娠或哺乳期女性; (3) 合并造血系统、心脑血管严重功能障碍疾病; (4) 精神疾病者或意识障碍者; (5) 合并严重恶性肿瘤者; (6) 拒绝穴位埋线及中药治疗者; (7) 由于其他原因无法配合研究者。

4 一般资料 138 例 2017 年 6 月—2020 年 1 月期间就诊于四川省人民医院中医科 (41 例) 和成都中医药大学附属医院皮肤科 (97 例) 的 138 例血虚风燥型 CU 患者按就诊顺序拆开装有计算机事先产生的随机分配序列的信封, 根据信封内的编号分配入相应的研究组。研究将患者分为联合治疗组 (联合组)、中药组及西药组, 每组各 46 例。3 组患者治疗前性别、平均年龄、平均病程及合并糖尿病、高血压病等疾病 (表 1) 比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究经过四川省人民医院伦理委员会 (No.2017014) 和成都中医药大学附属医院伦理委员会 (No.201703) 审批。

表 1 3 组一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女)	平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (年, $\bar{x} \pm s$)	伴其他疾病 (例)
联合	46	20/26	32.4 ± 7.3	5.4 ± 1.1	2
中药	46	23/23	31.3 ± 7.7	5.0 ± 1.3	3
西药	46	22/24	33.1 ± 8.1	5.1 ± 1.4	2

5 方法

5.1 治疗方法 联合组: 采用穴位埋线联合当归饮子口服治疗。穴位选穴及定位参考《针灸学》^[10]、《董氏奇穴针灸学》^[11]。穴位埋线: 选穴 (双侧): 风门、

风市、风市前（董氏奇穴）、曲池、血海。操作：医者（由副主任医师具体操作）手指及患者穴位局部消毒，患者取仰卧位，将平头针插入 7 号注射针后端，用镊子将长 1.5 cm 的 3-0 型可吸收外科缝线置于注射针的前端。右手将注射针快速刺入穴位，当患者得气后（一般为 2~3 cm）用平头针将缝线推入组织内并同时缓慢退出注射针头，以棉签按压针眼片刻，检查无线头外露，敷贴覆盖针眼并保留 1 天，24 h 内避免水洗。1 次/2 周，治疗 4 周。中药当归饮子加减，组成：当归 20 g 川芎 15 g 白芍 15 g 生地黄 15 g 荆芥 12 g 防风 15 g 生黄芪 20 g 鸡血藤 15 g 刺蒺藜 9 g 制何首乌 10 g 炙甘草 6 g，采用免煎颗粒（由四川省人民医院药房提供），100 mL 温水冲服，3 次/天，7 天/周，中药口服 4 周。中药组：采用当归饮子（中药）口服治疗，处方组成、服用方法与联合组相同，治疗 4 周。西药组：采用氯雷他定片口服治疗（10 mg/片，河南天方药业，H 20067066），1 次/天，7 天/周，治疗 4 周。3 组患者在观察期间不可服用与研究无关的药物。饮食清淡，忌食海鲜及蛋白制品。避免受风、受凉刺激，接触水温以 25~38 °C 之间为宜。

5.2 观察指标及检测方法

5.2.1 症状及体征评价 治疗开始前及治疗结束后 3 天内进行症状及体征评分。评价量表参照《中药新药临床研究指导准则》^[12] 设计，量表评分以患者自觉症状及体征为依据，主要包括患者风团数量、大小、发生次数、持续时间及瘙痒症状，各条目根据症状程度从无、轻度、中度到重度分别记 0~3 分，各症状评分之和即为症状积分。积分越高，表示症状越明显。

5.2.2 荨麻疹活动性评分（urticaria activity score, UAS） 治疗开始前及治疗结束后 3 天内进行 UAS^[13]。评价内容包括瘙痒和风团两个主要症状项目，每个条目包含 4 个选项，按程度轻重积 0~3 分，所有项目总得分即为 UAS，分数越高表示荨麻疹活动性越高。

5.2.3 皮肤病生活质量（dermatology life quality index, DLQI）评分 治疗开始前及治疗结束后 3 天内进行 DLQI 评分。DLQI 量表主要涉及患者自身感觉、皮肤病给患者外出、衣物选择、工作学习、社交、护理等方面的影响程度^[14]。问卷共 10 个条目，每个条目按程度轻重积 0~3 分，所有条目积分总和为 DLQI 得分。分数越高表示皮肤病影响越大，生活质量越低。

5.2.4 临床疗效及复发率评价 治疗开始前及

治疗结束后 3 天内进行临床疗效评价。根据患者治疗前后症状总积分计算症状积分下降指数（symptom score decline index, SSRI）， $SSRI = [(治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分] \times 100\%$ 。根据 SSRI 分级标准评价治疗效果。治愈：SSRI > 90%；显效：SSRI 为 61%~90%；好转：SSRI 为 20%~60%；无效：SSRI < 20%^[15]。治疗有效率（%）=（治愈 + 显效 + 好转）/ 总例数 $\times 100\%$ 。治疗结束 3 个月通过电话随访评价患者临床复发情况。复发率（%）=（复发例数 / 总例数） $\times 100\%$ 。

5.2.5 血清免疫因子干扰素- γ （interferon- γ ，IFN- γ ）及 IL-4 水平检测 患者于治疗前 1 天及治疗结束 3 天内抽晨起空腹静脉血 6 mL，以 3 000 r/min 离心 20 min，吸取上层血清保存 -80 °C 冰箱内备检。全自动酶标仪检测检测血清 IFN- γ 及 IL-4 含量变化。检测试剂盒由上海森雄科技公司提供（批号：SX01052）。

5.2.6 T 细胞亚群水平检测 患者于治疗前 1 天及治疗结束 3 天内抽晨起空腹静脉血 6 mL，抗凝后分离血清，采用 Attune NxT 流式细胞仪及配套的试剂盒测定 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 水平，计算 CD4⁺/CD8⁺。

5.3 统计学方法 使用 SPSS 20.0 进行数据分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，3 组间比较使用单因素方差分析，两两比较采用 LSD-t 检验；计数资料用 [例（%）] 表示，3 组间比较应采用行 \times 列表，每两组间比较应进行 χ^2 分割检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 各组患者治疗前后 UAS、症状积分及 DLQI 评分比较（表 2） 与本组治疗前比较，3 组患者治疗后 UAS、症状积分及 DLQI 评分均降低，联合组治疗后 UAS、症状积分及 DLQI 评分低于中药组及西药组（ $P < 0.05$ ）。

2 临床疗效比较（表 3） 联合组治疗有效率高于中药组及西药组（ $\chi^2 = 7.454$ ， $P < 0.01$ ）；联合组复发率低于中药组及西药组（ $\chi^2 = 12.54$ ， $P < 0.01$ ）。

3 3 组患者治疗前后 IFN- γ 、IL-4 水平比较（表 4） 与治疗前比较，3 组患者治疗后血清 IL-4 水平均降低（ $P < 0.05$ ）；联合组和中药组治疗后血清 IFN- γ 水平均升高（ $P < 0.05$ ），西药组治疗前后血清 IFN- γ 水平无明显变化（ $P > 0.05$ ）。联合组治疗后血清 IL-4 水平低于中药组和西药组，血清 IFN- γ 水平高于中药组

表 2 3 组血虚风燥型 CU 患者治疗前后 UAS、症状积分及 DLQI 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	UAS		症状积分		DLQI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合	46	4.81 ± 0.63	1.48 ± 0.41* ^{△▲}	12.72 ± 2.72	2.57 ± 0.43* ^{△▲}	15.87 ± 4.54	2.33 ± 0.43* ^{△▲}
中药	46	4.76 ± 0.71	2.31 ± 0.60*	13.20 ± 2.37	3.26 ± 0.31*	14.51 ± 5.43	2.67 ± 0.70*
西药	46	4.71 ± 0.74	2.67 ± 0.52*	13.11 ± 2.71	5.58 ± 0.73*	15.27 ± 5.97	3.34 ± 0.42*

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与中药组同期比较, [△] $P < 0.05$; 与西药组同期比较, [▲] $P < 0.05$

表 3 3 组患者临床治疗总有效率及复发率比较 [例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效	复发
联合	46	20 (43.49)	17 (36.96)	6 (13.04)	3 (6.52)	43 (93.48) * [△]	3 (6.52) * [△]
中药	46	16 (34.78)	18 (39.13)	3 (6.52)	9 (19.57)	37 (80.43)	9 (19.57)
西药	46	13 (28.26)	15 (32.61)	6 (13.04)	12 (26.09)	34 (73.91)	18 (39.13)

注:与中药组比较, * $P < 0.05$, 与西药组比较, [△] $P < 0.05$

表 4 3 组患者治疗前后血清 IFN- γ 及 IL-4 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IFN- γ (ng/mL)		IL-4 (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合	46	3.68 ± 9.84	15.51 ± 7.10* ^{△▲}	80.35 ± 14.37	38.95 ± 6.63* ^{△▲}
中药	46	3.87 ± 10.10	10.10 ± 6.43*	81.01 ± 15.08	49.48 ± 5.85*
西药	46	3.47 ± 9.42	4.41 ± 7.63	80.85 ± 14.55	59.55 ± 7.58*

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与中药组同期比较, [△] $P < 0.05$; 与西药组同期比较, [▲] $P < 0.05$

和西药组 ($P < 0.05$)。

4 3 组患者治疗前后 T 细胞亚群水平比较 (表 5) 联合组治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均升高, CD8⁺ 水平降低 ($P < 0.05$); 中药组治疗后 CD3⁺、CD4⁺ 水平均升高, CD8⁺ 水平降低 ($P < 0.05$), CD4⁺/CD8⁺ 治疗前后无明显差异 ($P > 0.05$); 西药组治疗后 CD3⁺ 水平均升高, CD8⁺ 水平降低 ($P < 0.05$), CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 治疗前后无明显差异 ($P > 0.05$)。联合组治疗后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于中药组、西药组, CD8⁺ 水平低于中药组、西药组 ($P < 0.05$)。

讨 论

CU 发病多与风邪相关, 因此治疗当以治“风”为基本^[16]。本次研究主穴为“三风穴”一风门、风市、风市前, 三者为“治风”要穴^[17], 血海为“治血”要穴^[18], 曲池为瘾疹治疗主穴^[19], 诸穴紧密贴合血虚风燥型 CU 的病机。穴位埋线疗法, 以线代针, 是

对“久病者, 邪气入深, 刺此病者, 深内而久留之”理论发展而来的一种穴位刺激方法, 是留针和埋针的联合应用, 结合本次治风、治血等要穴治疗 CU 具有针刺的短期速效作用, 又可持续疏风养血通经, 避免复发^[20]。同时, 埋线治疗使用的可吸收线包含的异体蛋白可调节免疫相关细胞及因子, 对免疫相关的皮肤病治疗比较敏感^[21]。冀来喜^[22]利用穴位埋线的调节免疫、慢性刺激作用治疗荨麻疹取得了理想的临床效果。风市前是董氏奇穴中的驷马中穴, 董氏奇穴近年来在各类疾病中均有研究报道。张小婷^[23]发现针刺董氏木穴治疗荨麻疹即时效应优于氯雷他定。胡静等^[24]发现针刺足驷马穴可明显缓解荨麻疹患者临床症状。当归饮子出自《重订严氏济生方》^[25], 其主“内蕴风热, 皮肤疮疥”。方中蒺藜、荆芥、防风祛风散邪, 黄芪补脾固卫, 当归、川芎、白芍、生地黄属四物汤, 可养血活血, 制首乌养血润肤, 全方祛风散邪、和营养血, 动静结合, 补而不滞, 与血虚风燥型 CU 病机契合, 面面俱到。本研究通过比较埋线和中

表 5 3 组患者治疗前后 T 细胞亚群水平比较 (% , $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CD3 ⁺		CD4 ⁺		CD8 ⁺		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合	46	54.81 ± 6.63	61.48 ± 5.41* ^{△▲}	32.12 ± 2.72	38.57 ± 2.43* ^{△▲}	30.87 ± 3.54	24.33 ± 1.43* ^{△▲}	0.94 ± 0.21	1.60 ± 0.24* ^{△▲}
中药	46	55.76 ± 6.71	52.31 ± 7.60*	31.20 ± 2.37	35.26 ± 2.31*	30.51 ± 3.43	26.67 ± 1.70*	0.93 ± 0.31	1.35 ± 0.20
西药	46	53.71 ± 6.74	42.67 ± 6.52*	31.41 ± 3.10	32.08 ± 2.73	31.27 ± 2.97	28.34 ± 1.42*	0.93 ± 0.25	0.97 ± 0.18

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与中药组同期比较, [△] $P < 0.05$; 与西药组同期比较, [▲] $P < 0.05$

药联合治疗与单纯使用中药治疗的效果差异,发现埋线治疗可环节 CU 患者临床症状并降低瘙痒复发的几率,其机理与埋线治疗的长期穴位刺激,调节患者免疫机能有关^[26,27]。

本研究通过患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群比例及血清免疫因子水平的变化探讨穴位埋线联合当归饮子调节 CU 患者免疫功能的机制。目前, T 淋巴细胞亚群介导的细胞免疫功能失调被视为 CU 发病的重要原因。其中, CD3⁺、CD4⁺ 细胞可抑制 T 细胞, 辅助 B 淋巴细胞合成抗体, 参与体液免疫, 同时还可以促进 CD8⁺ 细胞毒性作用^[28]。CD4⁺/CD8⁺ 以动态平衡维持机体免疫功能正常。当 CD4⁺ 降低, CD8⁺ 升高, CD4⁺/CD8⁺ 下降, 表示机体免疫功能失调。而 CD4⁺ 初始 T 细胞向不同亚群分化方向与所处的细胞因子环境相关^[29]。CD4⁺ T 细胞在 IL-2, IFN- γ 的作用下, 可分为 CD4⁺ Th1 细胞, 在 IL-4, IL-10 的作用下分为 CD4⁺ Th2 细胞。Th1 细胞、Th2 细胞可释放多种细胞因子, 影响机体免疫功能, 诱发荨麻疹^[30]。既往与本次都表明, CU 患者 CD4⁺/CD8⁺ 低于正常^[31], 而血清 IL-4 高于正常, IFN- γ 低于正常^[32]。本此研究表明穴位埋线联合当归饮子可通过降低血清 IL-4, 升高 IFN- γ 改变 CD4⁺ 原始 T 细胞周围环境促使其向 CD4⁺ Th1 方向分化。宗宝生等^[33] 使用养血祛风类中药联合氯雷他定片治疗 CU 患者, 发现治疗后 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均升高, CD8⁺、二胺氧化酶, D-乳酸浓度均下降, 说明养血祛风类中药可以提升机体免疫力抑制 CU 症状, 还可以改善肠黏膜屏障功能。

本次研究发现“三风穴”为主埋线联合当归饮子可通过调节体积免疫功效缓解血虚风燥型荨麻疹风团、瘙痒等临床症状, 提高患者生活质量。穴位埋线及中药均为临床常见、简便的治疗方法, 适合推广。本次研究因条件所限, 仅选取 2 家单位患者纳入研究, 今后仍需扩大样本量及研究中心进行统一标准的长时间临床观察验证结论。

利益冲突: 无。

参 考 文 献

- [1] 严可心, 肖汀. 慢性难治性荨麻疹的药物治疗 [J]. 临床皮肤科杂志, 2020, 49 (10): 631-633.
- [2] 何新军, 王丹丹. 咪唑斯汀对比氯雷他定治疗慢性荨麻疹疗效与安全性的 Meta 分析 [J]. 中国药房, 2015, 26 (12): 1666-1668.
- [3] 司富春, 陈向娟. 中医治疗荨麻疹的证候分布和方药规律的文献研究 [J]. 中医研究, 2020, 33 (6): 59-62.
- [4] 于淼, 陈玉迪, 刘攀, 等. 中文版荨麻疹控制评分量表及信效度验证 [J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53 (7): 533-538.
- [5] 石春蕊, 陈康兵, 王敏, 等. 国内慢性荨麻疹临床疗效评价标准的调查 [J]. 中华医学图书情报杂志, 2014, (12): 43-47.
- [6] 宋晓娟, 白彦萍. 白彦萍教授从风论治荨麻疹经验谈 [J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39 (5): 626-627.
- [7] 卫哲, 杨才德, 马重兵, 等. “三风穴”为主穴位埋线对慢性荨麻疹患者血清 IFN- γ 的影响 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14 (10): 106-108.
- [8] 赵淑华, 吉学群, 许洪玲, 等. 血海穴活血化瘀功能的再评价 [J]. 中国针灸, 2004, (7): 33-36.
- [9] 徐风, 李代乾, 张美恒, 等. 基于自噬途径探讨当归饮子缓解 CU 模型小鼠过敏反应的效应机制 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26 (12): 56-63.
- [10] 郭敏, 彭丽, 郭静. 当归饮子对慢性荨麻疹小鼠外周血清 IL-17、IL-23 水平的抑制作用 [J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (9): 4121-4123.
- [11] 王翎芮, 周策, 钟振东, 等. 当归饮子加减方对气血两虚模型小鼠迟发型超敏反应的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36 (3): 345-347.
- [12] 赵同琪, 刘璇. 神阙穴拔罐结合背俞穴埋线治疗慢性荨麻疹 80 例 [J]. 中国针灸, 2012, 32 (7): 634.
- [13] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国荨麻疹诊疗指南 [J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47 (7): 514-516.
- [14] 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: 148.
- [15] 石学敏主编. 针灸学 [M]. 北京: 北京中医药大学出版社, 2002: 249-250.
- [16] 杨维杰主编. 董氏奇穴针灸学 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 1995: 122-124.
- [17] 郑筱萸主编. 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: 126-128.
- [18] Mynek A, Zalewskajanska A, Martus P, et al. How to assess disease activity in patients with chronic urticaria [J]. Allergy, 2008, 63 (6): 777-780.
- [19] 彭思琦, 李记泉, 马铁明. 基于“治风先治血”探析针灸治疗荨麻疹的取穴机制 [J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35 (7): 57-59.
- [20] 张冲, 万军, 付跃馨. 功能性便秘中西医结合临床分析 [J]. 当代临床医刊, 2017, 30 (3): 3180+3167.
- [21] 谭颖, 李凯, 梁小沙. 穴位埋线对特异性皮炎患者辅助性 T 淋巴细胞的影响 [J]. 中国现代药物应用, 2019, 13 (13): 127-128.
- [22] 冀来喜. 针灸优势技术组合方案治疗疑难病症体会 [J]. 中国针灸, 2019, 39 (1): 73-76.
- [23] 张小婷. 董氏木穴治疗血虚风燥型慢性荨麻疹临床观

察 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.

[24] 胡静, 周愚, 赵中婧. 董氏奇穴结合传统针灸法治疗急性荨麻疹 60 例 [J]. 实用中医药杂志, 2015, 31 (6): 556.

[25] 浙江省中医研究院文献组. 重订严氏济生方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1980: 10.

[26] 魏锦强, 陈汉旭, 周俊德, 等. 穴位埋线治疗慢性荨麻疹疗效与安全性的系统评价 [J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36 (6): 861-868.

[27] 刘楠. 中医干预对穴位埋线治疗慢性荨麻疹临床疗效及血清免疫球蛋白 E、补体 C3 水平的影响 [J]. 中国民间疗法, 2019, 27 (9): 20-21.

[28] 蔚志仁, 谷永革, 郭鑫, 等. 瓜蒌红花甘草汤对肝经郁热型带状疱疹患者炎症因子和 T 淋巴细胞亚群的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24 (22): 159-163.

[29] Jia L, Wu C. Differentiation, regulation and function of Th9 cells [J]. Adv Exp Med Biol, 2014, 841: 181-207.

[30] 刘军连, 王晓菲, 徐冰心, 等. 自身免疫性慢性荨麻疹患者外周血 T 淋巴细胞亚群检测和比例分析 [J]. 细胞与分子免疫学杂志, 2017, 33 (1): 96-99.

[31] 林中方, 何斌, 熊超. 枸地氯雷他定片联合匹多莫德分散片治疗慢性荨麻疹的疗效及对 T 细胞亚群的影响 [J]. 实用医学杂志, 2014, 30 (15): 2490-2492.

[32] 种玲玲, 袁永革, 徐益明. 慢性荨麻疹发作期与缓解期患者血清 IL-4、IL-10、IL-25、IFN- γ 水平变化及意义 [J]. 山东医药, 2015, 55 (45): 81-82.

[33] 宗宝生, 陈世行. 自拟中药对慢性荨麻疹胃肠黏膜屏障功能及免疫功能的影响 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24 (2): 134-136.

(收稿: 2020-12-30 在线: 2021-11-17)
 责任编辑: 段碧芳
 英文责编: 张晶晶

《中国中西医结合杂志》第九届编委会名单

总编辑 陈可冀

副总编辑 王文健 史大卓 吕爱平 肖培根 吴伟康 雷燕

顾问 王永炎 吴咸中 辛育龄 张伯礼 陈香美 陈凯先 陈维养 唐由之 黄璐琦
曹洪欣 屠呦呦 韩济生

编辑委员

于德泉 王一涛 王卫霞 王伟 王阶 王拥军(上海) 王拥军(北京) 王舒 毛威
 卞兆祥 方邦江 方敬爱 邓跃毅 叶文才 田金洲 史载祥 白彦萍 吕志平 朱立国 朱兵
 朱明军 危北海 刘瓦利 刘龙涛 刘平 刘良 刘建平 刘建勋 刘保延 刘鲁明 齐清会
 安冬青 阮新民 孙汉董 孙燕 阳晓 花宝金 苏励 李大金 李军祥 李国栋 李国勤
 李恩 李焕荣 杨任民 杨宇飞 连方 吴大嵘 吴万垠 吴正治 吴泰相 吴根诚 吴烈
 张大钊 张卫东 张允岭 张永贤 张永祥 张荣华 张俊华 张亭栋 张敏州 张敏建 陆付耳
 陈士林 陈士奎 陈小野 陈立典 林志彬 林谦 林瑞超 郁仁存 果德安 季光 郑国庆
 赵一鸣 赵伟康 赵芳芳 胡义扬 胡晓梅 胡镜清 段金廛 侯凡凡 饶向荣 洪传岳 夏城东
 栗原博(日本) 徐凤芹 徐浩 凌昌全 高瑞兰 郭军 郭姣 郭艳 郭赛珊 唐旭东
 黄光英 梅之南 崔红 麻柔 梁春 梁挺雄 梁晓春 梁繁荣 董竞成 董福慧 谢竹藩
 谢明村 谢恬 蔡定芳 蔡晶 裴正学 廖福龙 衡先培 魏玮 Ye-meng CHEN (意大利)
 Yung-chi CHENG (美国) Jia-lang HE (美国) Yong-ming LI (美国) Sheng-xing MA (美国)
 Qun-hao ZHANG (美国) Joseph ZHOU (美国) Mian-sheng ZHU (法国)

(以上名单按姓氏笔画为序, 编委工作单位信息在本刊网站首页“下载专区”公布, 网址: <http://www.cjim.cn/zxyjhcn/zxyjhcn/ch/index.aspx>)