

复方紫草油治疗小儿湿疹的临床疗效

李虎羽¹ 赵喜燕¹ 杨俊苹²

(1 黄河水利委员会黄河中心医院皮肤科, 郑州, 450003; 2 郑州市妇幼保健院皮肤科, 郑州, 450012)

摘要 目的:探讨复方紫草油治疗小儿湿疹的临床疗效。方法:选取2015年1月至2017年12月黄河中心医院收治的小儿湿疹患者80例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组40例,对照组应用肤轻松软膏治疗,观察组应用复方紫草油治疗。分析2组患儿的治疗效果、临床症状缓解情况以及机体免疫改善情况。结果:观察组治疗有效率为95.0%,对照组治疗有效率为80.0%。观察组治疗效果优于对照组($P < 0.05$);观察组白细胞介素-4(IL-4)水平明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组干扰素- γ (IFN- γ)水平明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组CD8⁺水平明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺水平明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组证候积分改善优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组住院时间明显少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组均未出现严重不良反应,轻微不良反应在调整用药后缓解,2组不良反应比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:复方紫草油治疗小儿湿疹效果理想。

关键词 复方紫草油;小儿湿疹;免疫情况;抗炎效果

Clinical Effects of Compound Radix Arnebiae Oil on Children with Eczema

Li Huyu¹, Zhao Xiyan¹, Yang Junping²

(1 Yellow River Central Hospital of the Yellow River Conservancy Commission, Zhengzhou 450003, China;

2 Zhengzhou Maternal and Child Health Hospital, Zhengzhou 450012, China)

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of Compound Radix Arnebiae Oil in the treatment of childhood eczema.

Methods: A total of 80 pediatric eczema patients admitted to Yellow River Central Hospital from January 2015 to December 2017 were selected and divided into 2 groups according to the random number table, with 40 cases in each group. The control group was treated with skin lightening ointment and the research group was treated with Compound Radix Arnebiae Oil. The therapeutic effects, clinical symptoms and immune improvement of the 2 groups were analyzed. **Results:** The effective rate was 95.0% in the study group and 80.0% in the control group. The treatment effect of the study group was significantly better than that of the control group ($P < 0.05$). The level of il-4 in the study group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$), and the level of ifn-alpha in the study group was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$). The CD8⁺ level of the study group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$), and the CD4⁺ and CD4⁺/CD8⁺ levels of the study group were significantly higher than those of the control group ($P < 0.05$). The improvement of symptom score of the study group was better than that of the control group ($P < 0.05$), and the hospitalization time of the study group was significantly less than that of the control group ($P < 0.05$). Severe adverse reactions were found in both groups, and minor adverse reactions were relieved after adjustment of medication. There was no statistically significant difference in the occurrence of adverse reactions between the 2 groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** Compound Radix Arnebiae Oil is effective in treating infantile eczema and should be widely used in clinic.

Key Words Compound Radix Arnebiae Oi; Infantile eczema; Immunity; Anti-inflammatory effects

中图分类号:R283;R758.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.01.024

湿疹是由内外多种因素导致的一种常见于儿科的过敏性皮肤病,该病症在婴幼儿时期比较多发,主要的临床症状表现为面部、颈、肩、背、四肢等部位出现皮肤损害、瘙痒,属于过敏性皮肤炎性反应^[1]。据临床数据显示,小儿湿疹在6~12个月龄的婴幼儿中发病率可高达75%,而且该发病率呈现明显上升趋势。因小儿心智发育系统不完全,如果在发病期

间得不到有效的治疗,若患儿抓破湿疹部位表皮或其他严重损伤,很有可能会引发感染,且该病症反复发作,对患儿的生长发育造成一定程度的影响,甚至会威胁患儿的生命安全^[2]。目前对于小儿湿疹的治疗还没有特效药,一般是采用抗过敏以及保持患儿皮肤干燥等治疗方法,但是治疗效果并不理想。我院在针对小儿湿疹的治疗过程当中,使用复方紫草

油进行治疗,取得满意效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年1月至2017年12月黄河中心医院收治的小儿湿疹患者80例,按照随机数字表法将入组患儿分为2组,每组40例,对照组中男22例,女18例,年龄2个月至2岁3个月,平均年龄(9.8±2.1)个月,出生时体重2201~3689g,平均体重(2935.7±124.8)g,病程1~4个月,平均病程(1.8±0.2)个月;观察组中男21例,女19例,年龄2个月至2岁1个月,平均年龄(9.6±2.2)个月,出生时体重2211~3669g,平均体重(2915.7±114.8)g,病程1~4个月,平均病程(1.9±0.3)个月,2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究获得医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 参照赵辨主编的《临床皮肤病学》(第3版)^[3]:皮肤表现为面颊、眉间、额部、头部和颈部红斑,出现小点状丘疹、疱疹,伴瘙痒且疱疹破损,同时伴有痂皮,皮损呈对称性分布。干燥型湿疹:即在小丘疹上有少量灰白色糠皮带脱屑;脂溢型湿疹:在小斑丘疹上渗出淡黄色脂性液体,以后结成痂皮。严重者波及躯干四肢。

1.3 纳入标准 1)经临床诊断确诊为小儿湿疹;2)入组患儿年龄在3岁以内;3)在入组前未使用任何治疗湿疹的药物;4)入组患儿主要临床表现为不同程度的红斑、丘疹,严重者伴有水泡;5)患儿家属对于本研究内容知情,并且签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)患儿对于本次研究所用药物过敏;2)患儿家属存在沟通障碍;3)患儿家属不愿参与本研究;4)患儿自身存在其他免疫系统疾病;5)患儿自身存在肝肾功能异常。

1.5 脱落与剔除标准 1)患儿依从性差(试验用药依从性<80%或>120%),或者在试验过程中使用本方案禁止使用除试验药物以外的其他西药者,如糖皮质激素、抗组胺类、抗白三烯类等影响疗效评价的药物;2)试验过程中,患儿罹患其他疾病,影响试验疗效和安全性判断者;3)因各种原因患儿不再接受试验药物或未复诊且失去联系者。

1.6 治疗方法 对照组患儿采用肤轻松软膏进行治疗。治疗方法:外用,取肤轻松软膏(湖南天龙制药有限公司,国药准字H43021740)置于湿疹部位,使用无菌棉棒轻轻涂抹均匀,2次/d。涂抹完成后注意避免年龄较小的患儿误食。

观察组患儿采用复方紫草油进行治疗。治疗方法:外用适量复方紫草油(健民药业集团股份有限公

司,国药准字Z20044385)涂擦患处,每天数次。规格:30 mL/瓶。

对于出现瘙痒、红疹等不良反应的患儿,应及时调整用量,待不良反应缓解后恢复起始剂量。

1.7 观察指标 观察有效率,检测患儿治疗前后血清中白细胞介素-4(IL-4)、干扰素- γ (IFN- γ),检测T淋巴细胞亚群水平,观察记录患儿的临床症状积分情况以及住院时间,证候积分。

1.8 疗效判定标准 1)对2组患者在治疗期间的疗效进行观察记录,将疗效划分为显效(患儿皮损消退 $\geq 90\%$,临床症状完全消失)、有效(患儿皮损消退30%~60%之前,症状得到明显改善)、无效(患儿皮损消退<30%,症状无改善,甚至出现恶化)。有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$;2)检测患儿治疗前后血清中IL-4、IFN- γ ,取患儿治疗前后上肢静脉血,通过高速离心获得血清,使用酶联免疫吸附试验法测定IL-4、IFN- γ 的水平,操作严格按照试剂盒说明书进行;3)通过流式细胞仪检测T淋巴细胞亚群的水平,包含CD4-T淋巴细胞(CD4⁺)、CD8-T淋巴细胞(CD8⁺)、CD4⁺/CD8⁺;4)观察记录患儿的临床症状积分情况以及住院时间,证候积分判断标准:0分为无皮疹,1分为存在斑疹,2分为存在丘疹,3分为存在丘疱疹,4分为存在水泡;0分为无瘙痒,1分为轻度瘙痒,患儿未出现哭闹,2分为引起患儿烦躁,3分为瘙痒情况以影响患儿的睡眠质量,所得积分为丘疹积分+瘙痒积分的和,分值低证明改善情况越好。记录统计患儿的住院时间。

1.9 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件进行数据分析,计数资料以率表示,进行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行t检测,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效比较 观察组治疗有效率为95.0%,对照组治疗有效率为80.0%。观察组治疗效果显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组疗效比较

组别	显效(例)	有效(例)	无效(例)	有效率(%)
对照组($n=40$)	14	18	8	80.0
观察组($n=40$)	21	17	2	95.0
χ^2				4.935
P				<0.05

2.2 2组血清内IL-4、IFN- γ 比较 观察组IL-4水平明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),

观察组 IFN- γ 水平明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组血清内 IL-4、IFN- γ 比较 ($\bar{x} \pm s, \text{ng/mL}$)

组别	IL-4	IFN- γ
对照组 ($n = 40$)		
治疗前	74.9 \pm 9.8	19.5 \pm 2.8
治疗后	54.3 \pm 13.8*	25.6 \pm 2.3*
观察组 ($n = 40$)		
治疗前	74.9 \pm 8.5	19.9 \pm 3.2
治疗后	36.1 \pm 13.5* Δ	37.9 \pm 1.2* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2 组 T 淋巴细胞亚群比较 观察组 CD8⁺ 水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组 T 淋巴细胞亚群比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组 ($n = 40$)			
治疗前	28.1 \pm 4.3	30.1 \pm 4.2	0.91 \pm 0.01
治疗后	36.5 \pm 3.5*	26.1 \pm 3.9*	1.40 \pm 0.02*
观察组 ($n = 40$)			
治疗前	28.3 \pm 4.8	30.3 \pm 4.4	0.91 \pm 0.02
治疗后	39.6 \pm 3.8* Δ	24.3 \pm 3.7* Δ	1.58 \pm 0.01* Δ

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

2.4 2 组证候积分和住院时间比较 观察组证候积分改善情况优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组住院时间明显少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组证候积分和住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	证候积分(分)	住院时间(d)
对照组 ($n = 40$)		19.2 \pm 1.1
治疗前	6.4 \pm 2.5	
治疗后	3.5 \pm 2.4*	
观察组 ($n = 40$)		16.3 \pm 1.3 \blacktriangle
治疗前	6.6 \pm 2.3	
治疗后	1.3 \pm 1.1* Δ	

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$;与对照组比较, $\blacktriangle P < 0.05$

2.5 2 组不良反应比较 在治疗期间, 观察组与对照组患儿均未出现严重的不良反应, 其中对照组患儿 1 例出现皮肤红肿, 2 例出现皮肤瘙痒, 1 例出现表皮感染; 观察组患儿 1 例皮肤红肿, 1 例瘙痒, 未出现表皮感染, 对用药量进行调整后, 所有不良反应均消失, 2 组不良反应比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

湿疹为儿科最常见的皮肤过敏性疾病。近几年来, 该病症的发病情况呈现逐年上升趋势, 也因此越来越受到医学界的广泛关注。在我国中医学认为, 湿疹是属于“胎敛疮”“奶癣”等范畴, 患儿在发病后皮肤会呈现出红疹, 表现为瘙痒难耐^[4]。当疾病发展至急性期患儿则表现出皮肤黏膜渗出、水泡或者是出现表皮糜烂; 亚急性期红肿会逐渐缓解、减轻, 表皮渗出减少, 表皮糜烂部位开始逐渐结痂、脱屑; 慢性期更多表现为表皮色素改变, 皮肤呈现苔藓样。该病症具有发病后瘙痒不适、且不易根治、反复发作等特性, 这为患儿的生命质量甚至于生长发育带来很大影响, 这也非常困扰患儿家属。目前对于小儿湿疹的具体发病机制还不是很明确, 在对该病症的治疗过程中, 多以改善临床症状为主, 对于病症的根本治疗措施缺乏针对性, 所以药物的应用受到局限, 待临床症状改善后停药, 则极易出现反复, 若持续使用择具有一定程度的不良反应。

在小儿湿疹的治疗过程中, 中医学治疗有着一定的特色及优势, 随着古今学者的不屑努力, 不断深入对小儿湿疹的研究, 逐渐完善对该病症治疗的思路与方法, 希望可以从根本上治愈小儿湿疹^[5]。在中医学上认为小儿湿疹的发病机制主要与饮食不节、禀赋不耐及脾胃等因素相关。小儿湿疹的出现与母体饮食过于辛辣有着密切联系, 将湿热在胎儿体内蕴结; 出生后因复感风邪、后天脾胃失调等因素同样会造成小儿湿疹的发病, 所以在进行治疗时主要以清热除湿为原则。在西医学认为, 小儿湿疹是属于变态反应性皮肤病疾病, 所以在进行治疗时主要原则为脱敏, 但是长时间使用脱敏剂会使患儿出现体内免疫失调等不良反应, 使后期治疗的难度增加^[6]。

在我国中医古书中并没有“湿疹”这一病名的记载, 但是在古书《黄帝内经》中记载有“浸淫”, 在《千金方》《诸病源候论》中记载有“浸淫疮”。此类书中对于疾病的描述与湿疹的情况相似^[7]。在清代《医宗金鉴》一书中曾对不同类型的湿疹进行描述, 其中主要讲述 4 种湿疹类型, 包括“浸淫疮”“胎敛疮”“面游风”“四弯风”^[8]。该病症发病的主要原因是因为饮食失调, 素体禀赋不耐, 脾胃受到湿热困阻, 运化功能减弱, 因为患儿的皮肤防御能力比较差, 很容易使外界湿热入侵, 所以在患儿皮肤表层郁结, 进而导致患儿发病。因为饮食不节导致脾胃遭受损伤, 从而导致湿热在患儿体内排泄不出, 最终在患儿皮肤表层显现, 造成表皮受损^[9]。因为饮食起

居的不规范,使患儿脾胃湿困,所以很容易导致风、湿、热等邪气入体,使病程延长造成疾病反复发作,机体运化功能减弱,风热持久化燥伤阴,患儿肌肤失去营养供给,造成肌肤损伤。在西医学认为湿疹的发病原因有很多,受多种因素相互作用的影响进而导致湿疹发病。其中外在因素主要包括各类过敏原的入侵,比如食物、接触物、吸入物以及感染等因素,而内在因素主要包含消化系统疾病导致胃肠功能障碍,或因失眠、劳累或精神过于紧张等因素导致机体出现感染病灶、肠道寄生虫、新陈代谢障碍、内分泌失调等情况,对湿疹的发病起到促进作用会加重湿疹患者的病情^[10]。

关于湿疹的研究有很多,曾有学者做过相关研究,研究证实湿疹患者体内会存在免疫系统异常的情况,与正常人相比湿疹患者体内的 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 值会明显下降,这一结果说明在患者体内受湿疹影响使 T 淋巴细胞和辅助 T 淋巴细胞的含量下降,而相对抑制 T 细胞含量增多,使机体免疫平衡遭受破坏,所以通过对 CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 的水平进行检测,可以反映出湿疹疾病的发展程度和治疗效果^[11]。我们此次研究的结果显示,观察组 CD8⁺ 水平明显低于对照组 ($P < 0.05$),观察组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平明显高于对照组 ($P < 0.05$)。这一结果说明,使用复方紫草油治疗小儿湿疹,可以改善患儿体内免疫情况,提高患儿免疫力。

IL-4 对于 T 细胞、B 细胞、肥大细胞、巨噬细胞以及造细胞都会起到一定的免疫调节作用,IL-4 对于 B 细胞产生 MHC II 类抗原起到促进作用,而 II 类抗原的主要作用就是对免疫细胞之间的相互作用进行协调,对体液免疫和细胞免疫的应答起到调控作用。IL-4 还可以使 B 细胞提呈抗原能力增强,使机体免疫系统对于小剂量的抗原刺激也可以产生免疫应答。IFN- γ 具有抗病毒、免疫调节以及对抗肿瘤的特性,与受体结合后,可以对其受体控制的 JAK-STAT 通路进行激活。IFN- γ 可以是抗原提呈细胞被激活,通过上调转录因子 T-bet 而对 I 型辅助 T 细胞 (Th1) 的分化起到促进作用,在湿疹患儿发病机制中 IL-4、IFN- γ 失衡的主要作用:细胞由 Th0 向 Th1 分化的关键促进因子就是 IFN- γ , Th2 细胞分化的关键诱导因子为 IL-4,所以两者的水平变化可以反映机体内 Th1、Th2 细胞亚群的功能状态,是临床常用细胞功能检测指标。取小儿湿疹患儿治疗前和治疗后血清进行 IL-4、IFN- γ 水平的检测,发现观察组 IL-4 水平明显低于对照组 ($P < 0.05$),观察组

IFN- γ 水平明显高于对照组 ($P < 0.05$),这一结果说明小儿湿疹会导致患儿体内 IL-4 水平升高,IFN- γ 水平降低。药物治疗后,随疾病缓解 2 种物质水平发生明显变化,且采用复方紫草油治疗患儿的 IL-4、IFN- γ 水平改善情况更好。

复方紫草油是根据明代著名的儿科专著《幼科金鉴》(秦景明撰)的紫草润肌膏化裁而来,药物组成为紫草、冰片、忍冬藤、白芷等,辅料为麻油,采用叶开泰传统工艺制备而成。其中紫草作为方中君药,味甘、咸,性寒,归心肝经,具有凉血活血、清热解毒的功效,在传统中医中,多用于湿热证如湿疹、烧灼、黄疸等症的治疗。白芷其性温,气芳香,味辛,微苦,具有散风除湿、通窍止痛、消肿排脓的作用。忍冬藤甘寒入心、肺经,可清热解毒通络,白芷和忍冬藤共为臣药。冰片辛苦微寒,归心脾肺经,具有开窍、清热止痛的功效。复方紫草油是以麻油为主的中药传统油剂,麻油富含人体必须脂肪酸(油酸、亚油酸)以及微量元素(铁、锌、铜等),局部应用有利于创面组织的修复生长和愈合。以上诸药配伍合用,共起清热祛湿、凉血消肿止痛之功。现代医学研究发现紫草具有抗炎、抗菌、促进创面愈合的药理作用,广泛运用于皮肤疾病、妇科疾病、外科疾病等领域^[12]。白芷为伞形科植物的干燥根,其中含有的香豆素类成分具有解热、镇痛、抗炎等作用,也曾出现关于白芷用于治疗白癜风、银屑病等皮肤病的药理研究。忍冬藤为忍冬科植物忍冬的干燥藤茎,化学成分与金银花相似,含有有机酸类、皂苷类、黄酮类、挥发油类等成分,具有清热解毒、抗炎的作用,外用对疔、疮、痈、肿,虫蛇咬伤等有一定疗效^[13]。

本研究发现,观察组治疗效果优于对照组 ($P < 0.05$),观察组证候积分改善情况优于对照组 ($P < 0.05$),观察组住院时间明显少于对照组 ($P < 0.05$),这一结果说明,使用复方紫草油治疗小儿湿疹,可改善患儿内部环境,对机体内免疫系统进行调节,增强患儿机体免疫力,从根本上解决湿疹反复发作的问题,促进患儿康复。

综上所述,小儿湿疹的治疗过程当中,复方紫草油的治疗效果理想。

参考文献

- [1]王根妹,欧阳芸,王梅装. 双歧三联活菌联合西替利嗪治疗小儿湿疹的疗效分析[J]. 重庆医学,2017,46(3):390-391.
- [2]Strom MA, Fishbein AB, Paller AS, et al. Association between atopic dermatitis and attention deficit hyperactivity disorder in U. S. children and adults [J]. Br J Dermatol,2016,175(5):920-929.

参考文献

- [1] 赵兵,崔一鸣,陈璐,等. 基于萎缩、肠化、异型增生严重程度影响因素的 Logistic 回归探讨慢性萎缩性胃炎的预防[J]. 中华中医药杂志,2018,33(5):2145-2153.
- [2] 宋觉非,左芳. 四联疗法治疗 Hp 阳性慢性胃炎患者的临床疗效研究[J]. 中国实用医药,2018,13(21):131-132.
- [3] 曾娟,戈焰,郭红,等. 健脾疏肝活血解毒法联合四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎[J]. 吉林中医药,2017,37(9):907-911.
- [4] 杨晓平,张勇,郑伟. 幽门螺杆菌相关性慢性萎缩性胃炎 74 例临床治疗体会[J]. 中国实用医药,2018,13(13):117-119.
- [5] 赵婕,赵丽华. 胃热汤治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 河南中医,2018,38(3):431-433.
- [6] 王雪华,曹燕,张剑宏,等. 血清胃蛋白酶原联合胃泌素测定在胃癌及萎缩性胃炎中的诊断价值[J]. 中华临床医师杂志(连续型电子期刊),2015,9(10):62-65.
- [7] Olsen RS, Nijm J, Andersson RE, et al. Circulating inflammatory factors associated with worse long-term prognosis in colorectal cancer [J]. World J Gastroenterol, 2017, 23(34):6212-6219.
- [8] 乔若飞,张红星,王凤英,等. 益气活血方对急性颈髓损伤患者血液流变学及凝血功能的影响[J]. 中国中医药科技,2018,25(1):21-23,27.
- [9] 王馨. 幽门螺旋杆菌感染与心血管疾病关系研究进展[J]. 心血管病学进展,2018,39(2):266-270.
- [10] Gravina AG, Zagari RM, De Musis C, et al. Helicobacter pylori and extragastric diseases: A review [J]. World J Gastroenterol, 2018, 24(29):3204-3221.
- [11] 谢昭敏,陈楚华,吴志雄. 黄芪建中汤辅助治疗对脾胃虚寒型 Hp 阳性慢性萎缩性胃炎的影响[J]. 赣南医学院学报,2018,38(6):545-548.
- [12] 陈东. 中西医结合治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎疗效观察[J]. 河北中医,2018,40(3):387-390.
- [13] 靳绵绵,靳思思,王廷焱,等. 艾普拉唑、抗生素序贯疗法或抗生素三联疗法联合益生菌治疗 Hp 感染性慢性萎缩性胃炎患者临床观察[J]. 内科,2017,12(5):622-625.
- [14] 张森,杨沈秋,孙兴华,等. 参芪健胃颗粒治疗慢性萎缩性胃炎的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志,2016,32(16):1460-1463.
- [15] 黄懋敏,董丹丹,亓丹丹,等. 慢性萎缩性胃炎患者 Hp 感染与 TGF- β R II、IL-6 和 TNF- α 的表达研究[J]. 中国免疫学杂志,2018,34(5):751-756.
- [16] 陶丽媛,冀子中,王玲珑,等. 幽门螺杆菌感染对血清胃蛋白酶原诊断价值的影响[J]. 胃肠病学,2017,22(12):728-732.
- [17] 王芳芳. 调节性 T 细胞在幽门螺杆菌感染相关疾病中的作用[J]. 中国儿童保健杂志,2018,26(1):48-50,54.
- [18] 张增弟. 苦参碱联合胃复春片治疗慢性萎缩性胃炎疗效及对 Hp 转阴率的影响[J]. 中外医疗,2017,36(35):16-17,29.
- [19] 赵凡,唐德才. 慢性萎缩性胃炎血瘀证的中医药治疗[J]. 吉林中医药,2015,35(5):473-476.
- [20] 刘福生,陈亮,李健,等. 慢性萎缩性胃炎脾虚血瘀证与 pEGFR-ACAP4-ARF6 表达的相关性[J]. 中华中医药杂志,2015,30(5):1636-1639.
- [21] 李墨航,郭淑云,曾震军,等. 健脾活瘀方治疗慢性萎缩性胃炎脾虚血瘀证经验[J]. 中医研究,2017,30(10):40-43.
- (2018-12-05 收稿 责任编辑:芮莉莉)
- (上接第 125 页)
- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3 版. 南京:江苏科学技术出版社,2001:607.
- [4] 张俊红,毕淑英,郑春茜,等. 婴幼儿重症湿疹联合治疗的效果观察[J]. 中国医药,2013,8(9):1305-1306.
- [5] 翟烨,张丰川,姜玉,等. 中医治疗湿疹临床经验浅谈[J]. 中华中医药杂志,2016,24(6):2199-2201.
- [6] 李国泉,陈明春. 基于 EASI 量化观察的紫外线 UVA-UVB 结合封包治疗湿疹的效果[J]. 广东医学,2016,37(15):2327-2331.
- [7] de Korte-de Boer D, Mommers M, Gielkens-Sijstermans CM, et al. Stabilizing prevalence trends of eczema, asthma and rhinoconjunctivitis in Dutch schoolchildren (2001-2010) [J]. Allergy, 2015, 70(12):1669-1673.
- [8] 艾建伟,徐景利,盖建青,等. 中药除湿丸联合耳净散内外合治外耳湿疹的疗效评价[J]. 中华耳科学杂志,2017,15(4):471-474.
- [9] Chu CY. Measuring quality of life in infants, children and adolescents with eczema [J]. Br J Dermatol, 2017, 176(4):848-849.
- [10] 张虎生. 龙珠软膏联合曲安奈德益康唑乳膏治疗湿疹临床效果观察[J]. 中华皮肤科杂志,2016,49(2):131-132.
- [11] 王胜春,王胜,李琳,等. 血清特异性 IgE 检测在湿疹患儿诊治中的作用[J]. 中国皮肤性病学杂志,2017,31(10):1094-1096.
- [12] 周延萌,高允生. 中药紫草的药理作用与临床应用[J]. 医药导报,2008,27(7):786-788.
- [13] 鲁思爱. 忍冬藤的化学成分及其药理应用研究进展[J]. 临沂大学学报,2012,34(3):132-134.
- (2018-12-14 收稿 责任编辑:芮莉莉)