

# 中医药治疗慢性湿疹的研究进展<sup>△</sup>

张霞\*, 饶志粒, 刘霞, 沈萍, 王琴<sup>#</sup>(重庆中医药学院附属第一医院/重庆市中医院药剂科, 重庆400021)

中图分类号 R965 文献标志码 A 文章编号 1001-0408(2026)06-0817-06

DOI 10.6039/j.issn.1001-0408.2026.06.21



**摘要** 慢性湿疹在我国有着较高的发病率,严重影响患者生活质量。中医药凭借辨证论治与整体观念的独特优势,通过内外兼治的方式,在慢性湿疹的治疗中得以广泛应用,并在缓解病情、降低复发率、维持病情稳定、提升患者生活质量等方面表现出了良好的效果和独特的优势。其中,内服中药(如加味龙胆泻肝汤)可通过整体调节来改善患者症状;外用中药可借助熏洗、湿敷、膏剂等药物疗法直接作用于皮损部位,亦可结合针刺、艾灸、穴位埋线、刺络拔罐等非药物疗法有效缓解相关临床症状;此外,中药内服联合外用、多种外治法整合及中西医结合等特色治疗方案在调节免疫功能、减轻皮损及瘙痒症状等方面亦表现出一定优势,这些疗法相互配合,形成内外同治的协同效应。建议未来开展更多高质量、大样本临床研究,系统证实中医药的治疗优势并深入探讨其发挥作用的具体分子机制。

**关键词** 中医药;慢性湿疹;内服;外治;中西医结合

## Research progress of traditional Chinese medicine in the treatment of chronic eczema

ZHANG Xia, RAO Zhili, LIU Xia, SHEN Ping, WANG Qin (Dept. of Pharmacy, the First Affiliated Hospital of Chongqing University of Chinese Medicine/Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China)

**ABSTRACT** Chronic eczema has a high prevalence in China, significantly impacting patients' quality of life. Leveraging the unique advantages of pattern identification/syndrome differentiation and treatment, along with a holistic approach, traditional Chinese medicine (TCM), which integrates internal and external therapies, has been widely applied in the management of chronic eczema. It has demonstrated significant efficacy and distinctive strengths in alleviating symptoms, reducing recurrence rates, maintaining disease stability, and enhancing patients' quality of life. Oral administration of TCM (e.g. modified Longdan xiegan decoction) can improve patients' clinical symptoms through systemic regulation. External use of TCM can directly act on the skin lesion with the help of steaming and washing, hydropathic compress, ointment and other forms. At the same time, it can effectively relieve the clinical symptoms of chronic eczema by combining with non-drug therapies such as acupuncture, moxibustion, acupoint catgut embedding, blood-letting puncture and cupping. In addition, characteristic therapies such as oral administration of TCM combined with external treatment, a combination of various external treatments and a combination of Chinese and Western medicine have also demonstrated certain advantages in regulating immune function, alleviating skin lesions, and relieving itching symptoms. These therapies cooperate with each other, creating a synergistic effect that treats both the symptoms and the root cause simultaneously. It is suggested that more high-quality, large-scale clinical research should be conducted in the future to systematically confirm the therapeutic advantages of TCM and further explore the specific molecular mechanism of action.

**KEYWORDS** traditional Chinese medicine; chronic eczema; oral administration; external treatment; combination of Chinese and Western medicine

<sup>△</sup> 基金项目 国家自然科学基金青年科学基金项目 (No. 82304833)

\* 第一作者 中药师, 硕士。研究方向: 中药药效、中药药理与毒理学研究。E-mail: 2447369208@qq.com

<sup>#</sup> 通信作者 主任中药师, 博士。研究方向: 中药药理与新药研发。E-mail: wqin1127@cdutcm.edu.cn

慢性湿疹 (chronic eczema, CE) 由急性湿疹、亚急性湿疹反复发作不愈转化而成, 是皮肤科常见炎症性皮肤病之一<sup>[1]</sup>。我国 CE 发病率高, 一般人群患病率约为 7.5%<sup>[2]</sup>, 儿童患病率为 7.22%~20.64%<sup>[3]</sup>。CE 临床表现以皮肤苔藓样变为主, 患部皮肤呈浸润性暗红斑, 常附

鳞屑,伴抓痕、血痂,皮损肥厚粗糙,色素沉着明显<sup>[4]</sup>。患者常自觉瘙痒剧烈,呈阵发性,病程不规则,易反复发作,迁延难愈<sup>[5]</sup>。这导致部分患者产生焦虑、悲观、抑郁等负面情绪,严重影响其生活质量,给患者带来了巨大的身心痛苦和经济负担。

目前,CE的发病机制尚不完全明确,学界普遍认为由免疫系统功能异常所致,故临床一线治疗药物多为激素类和抗组胺类药物<sup>[6]</sup>。此类药物虽能在一定程度上控制患者疾病进展,但长期使用会出现皮肤色素改变、皮肤萎缩和毛细血管扩张等症状,进而加重患者皮肤刺痛感和瘙痒<sup>[7]</sup>;此外,此类药物长期使用还可能导致困倦、嗜睡等诸多不良反应<sup>[8]</sup>,从而降低用药依从性,导致病情反复、顽固难治<sup>[9]</sup>,给患者带来了极大的痛苦。因此,寻求简便、安全、有效的治疗方法具有重要的临床意义。

中医药治疗CE以整体观念为指导,遵循辨证论治原则,常采用内外兼治的综合治疗方案,由此形成了具有一定特色的治疗模式。本文就近年来中医药治疗CE的相关文献进行了系统整理与分析,旨在梳理当前研究的总体趋势及主要成果,归纳中医药在缓解CE临床症状、稳定病情、降低复发率及提高患者生活质量等方面的应用情况,以期为后续临床实践的优化与科研方向的调整提供参考依据。

## 1 CE的中医病因

### 1.1 内因

《黄帝内经·素问》曰“诸痛痒疮,皆属于心,诸湿肿满,皆属于脾”,指出在表呈“疮、痒、湿”等症状的疾病与心、脾密切相关。隋代《诸病源候论·浸淫疮候》曰“浸淫疮,是心家有风热,发于肌肤”,描述了急性期因心火亢盛、血热生风,导致皮肤红肿、渗出、蔓延的病理状态。急性期失治误治,或反复发作,火热之邪耗伤阴血,最终导致病机由实转虚、由表入里。具体而言,或因先天禀赋不足、正气虚弱而致卫外功能不足,外受风湿热邪侵袭以致营卫失和、气机受阻、湿热蕴结、浸淫肌肤;或因脾胃虚弱、过食辛辣刺激食物、脾失健运、脾胃湿热内生,久则湿热伤阴、生风化燥、外泛肌肤,久治不愈、反复缠绵难愈而发展成CE;或因素体血虚、血不行气,致使

气血运行不畅,脏腑阴阳气血失调、脾失健运,致湿热内生,化燥生风,风燥湿热郁结,血脉瘀滞,血行不畅,无法滋养肌肤,肌肤失于濡养,进而导致皮肤干燥如鱼鳞,并伴有瘙痒症状<sup>[10]</sup>。CE病机的关键是机体脏腑功能失调兼风、湿、热邪,即以机体脏腑的功能失调为本、皮损为标;应以“养血滋阴、健脾除湿、息风止痒、安神定志”为关键治法<sup>[11]</sup>。中医将CE分为瘀滞肌肤证、阴虚血燥证、血虚风燥证、脾虚湿蕴证等证型,治疗分别以活络散瘀、养血润燥、祛风止痒、健脾化湿为原则<sup>[12]</sup>。

### 1.2 外因

历代医家多认为,CE发病的外因与湿、风、热等密切相关,内因与肝脾失调等有关,内因外因互为影响,故顽固而难治愈<sup>[13]</sup>。湿为主因,其性黏腻下趋,浸淫肌肤则见糜烂渗液,病势缠绵;风为百病之长,其性开泄,善行数变,走串肌表则瘙痒剧烈,此起彼伏;热为阳邪,其性炎上,燔灼气血则皮肤红肿灼热。三者既可单独致病,亦可相兼为患<sup>[14]</sup>。本源于湿,再源于风热,风湿互结、化燥伤阴,风湿相搏、阻滞经络,则瘙痒无度而渗液不止;若湿热交蒸、壅滞肌肤,则红肿焮热而糜烂浸淫。因此,外邪侵袭肌表,导致局部经络阻滞、气血郁滞,进而出现一系列皮损表现<sup>[15]</sup>。

## 2 CE的中药内治法

中药内治是中医经典的经典治疗方法,针对CE的病因,通过辨证论治、整体调节来改善症状、减少复发。临床以清热药、利水渗湿药、健脾药、补虚药为主<sup>[15]</sup>,其中滋阴养血、清热燥湿类中药的使用尤为普遍。现有中药内治法用于CE的临床研究主要针对脾虚湿蕴、血虚风燥、湿热等证型,疗程多为2~4周,对照组均采用抗组胺药(如氯雷他定、西替利嗪、左西替利嗪)或复方甘草酸苷。大部分研究表明,中药内治可显著缩小皮损面积,减轻皮肤瘙痒,下调血清炎症因子水平,降低湿疹面积和严重程度指数(Eczema Area And Severity Index, EASI)评分、中医证候积分;部分研究报道了中药内治对相关信号通路的调节作用及抗氧化、修复皮肤屏障等多靶点效应<sup>[16-22]</sup>。纳入研究均表明,中药内治法的疗效优于对照组方案<sup>[16-22]</sup>,详见表1。

表1 中药内治法在临床研究中对CE的治疗效果

处方	证型	样本量/例	剂量	疗程/周	对照药	疗效表现及机制	参考文献
文氏健脾除湿汤	脾虚湿蕴证	90	每天1剂	4	氯雷他定	缩小皮损面积,减轻瘙痒症状,下调血清IL-23、IL-17水平,修复患者皮肤屏障,提升生活质量,降低中医证候积分	[16]
安肤止痒丸		120	6g/次,tid	4	西替利嗪	降低患者血清IgE水平	[17]
四物消风饮加减	血虚风燥型	76	每天1剂	3	左西替利嗪	降低瘙痒程度评分,EASI评分	[18]
加味龙胆泻肝汤	湿热型	80	每天1剂	2	西替利嗪	改善中医证候积分,减轻热痒感,减少皮疹,降低复发率	[19]
外九煎合剂		112	20mL/次,tid	2	复方甘草酸苷	缩小湿疹面积,改善湿疹、瘙痒严重程度	[20]
麻黄连翘赤小豆汤加减		195	每天1剂	4	左西替利嗪	降低EASI评分、中医证候积分、PINS,提高DQOLS评分,减轻皮损程度,改善皮肤生理功能,降低炎症因子水平,抑制p38丝裂原活化蛋白激酶信号通路	[21]
加味桃红四物汤		76	每天1剂	4	西替利嗪	改善皮损症状,增强抗氧化能力,提高患者睡眠和生活质量	[22]

IL:白细胞介素;IgE:免疫球蛋白E;PINS:预后炎症和营养指数;DQOLS:皮肤病生活质量量表。

### 3 CE的中医外治法

#### 3.1 中药熏洗疗法

中药熏洗是一种基于中医辨证论治的常用外治法。该疗法使中药煎液与湿疹创面直接接触,通过对患处进行熏蒸、淋洗,充分发挥药液的温热、燥湿之性,促使药力直接穿透表皮组织,进而有效改善局部血液循环,发挥多重治疗作用——既能疏通腠理、祛风除湿止痒,又能清热解暑养血,还可提高自身免疫力<sup>[23]</sup>。该疗法不良反应少,在CE治疗领域应用广泛。另外,通过熏洗,可保持患者皮肤局部清洁,减少异物刺激,促进局部损伤修复,有助于皮肤屏障功能的重建,最终达到“以外调内”的目的<sup>[24]</sup>。叶秀春等<sup>[25]</sup>以中药水煎液(含荆芥、野菊花、千里光、苦参等)熏洗,可显著改善肛周CE成人患者的皮肤损伤、潮湿及瘙痒,显著提高患者血清中 $\gamma$ 干扰素水平,降低IL-4水平,促进炎症消退并有效调节免疫状态,且其3个月复发率显著低于对照组(外用曲安奈德益康唑乳膏和炉甘石洗剂)。余胜斌<sup>[26]</sup>采用自拟中药外用方(由红紫草、防风、地肤子、生地黄、花椒等组成)熏蒸治疗成人CE患者,其治疗总有效率为96.87%,显著高于对照组(常规口服咪唑斯汀+外用糠酸莫米松)的77.5%( $P<0.05$ );同时,该疗法可有效降低患者的瘙痒视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评分,并缓解其瘙痒症状。

#### 3.2 中药溻渍疗法

中药溻渍疗法是中医外科特色治疗技术之一,分为溻法和渍法。此疗法通过热效应发挥药液清热解毒、收湿敛疮、杀虫止痒、软坚散结的功效,从而改善局部循环、减轻炎症、止痛止痒、抑制渗出、清洁皮肤<sup>[27]</sup>。溻渍疗法由于用药剂量低、毒性小,在婴幼儿CE治疗领域应用广泛;同时,与用于全身泛发性湿疹相比,该疗法用于头面、手足、肛周、会阴部等局部CE的效果更好<sup>[28]</sup>。金蕾等<sup>[29]</sup>采用祛风润燥止痒溻渍方外涂干预CE小鼠,结果显示,该法能显著改善小鼠的皮肤病变,缓解病理学损伤,降低湿疹严重评分及肿瘤坏死因子 $\alpha$ (tumor necrosis factor- $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )、IL-4、IL-6表达水平,且干预效果呈剂量依赖性。

#### 3.3 中药膏剂涂抹法

中药膏剂通常可被直接涂抹于患部,通过渗入皮肤而起到润滑、保护的作用,具有用法简单、疗效可靠等特点。胡思源等<sup>[30]</sup>将羌月乳膏(含月见草油和羌活提取物等)用于CE患儿的局部治疗,治疗4周后,患儿皮损状态明显改善,皮损面积明显缩小,瘙痒症状明显缓解,且复发率低,提示该药具有较好的疗效和安全性。李彦梅

等<sup>[31]</sup>研究发现,肤痒静凝胶(含苦参、蛇床子等)对CE模型大鼠的干预效果较好,不仅可明显改善表皮增生、水肿和炎症细胞浸润等病理改变,还可降低血清炎症因子水平,改善湿疹样皮损,表明该药可通过调节相关炎症因子的表达来发挥改善CE的作用。马粤等<sup>[32]</sup>将菊久痒膏(含黄柏、白鲜皮、醋没药、苦参等)用于肛周CE患者,结果显示,菊久痒膏治疗组和曲安奈德益康唑乳膏治疗组患者的苔藓样变、表皮剥脱样变、丘疹、红斑等临床症状综合评分均显著低于同组治疗前( $P<0.01$ ),且菊久痒膏治疗组的综合评分更低、总有效率更高( $P<0.01$ 或 $P<0.05$ )。

#### 3.4 针刺疗法

针刺疗法主要包括毫针针刺疗法、梅花针针刺疗法、火针针刺疗法等,通过针灸刺激特定穴位和经络来达到助阳补虚、疏通经络、促气血运行的目的。针刺疗法在临床上应用广泛,能改善皮肤微循环、调节免疫系统,还具有抗炎、促进皮损恢复、改善瘙痒的作用,且疗效显著、安全性高<sup>[33]</sup>。目前,临床大多运用火针助阳补虚、生肌排脓、祛风除湿止痒,对本虚标实、迁延难愈的CE疗效较好<sup>[34]</sup>。申江红等<sup>[35]</sup>以针刺治疗CE,经五输穴清热、祛湿、通络以治标,经俞募配穴调畅脏腑气机以治本,同时以半刺法外取皮气内应于肺,从而改善患者症状、减少复发。丁晓颖<sup>[36]</sup>运用针灸围刺治疗CE患者20d后发现,治疗组患者的中医证候积分、EASI评分均显著低于口服盐酸西替利嗪的对照组( $P<0.05$ ),总有效率显著高于对照组( $P<0.05$ ),提示针灸围刺治疗能改善患者临床症状、减轻炎症反应,在提升治疗有效率的同时还能提高患者的生活质量。

#### 3.5 艾灸疗法

近年来,灸法这一无痛、安全的中医绿色疗法越来越受到学者的重视,在CE临床治疗中的应用也日益广泛,且疗效较好。该法通过灸火的温热效应刺激机体,再通过经络传导而发挥温通经脉、调和气血、扶正祛邪、通畅营卫的作用<sup>[37]</sup>,不仅能开放皮肤腠理、引热外行,而且能激发人体正气、增强抗病能力<sup>[38]</sup>。李小梨<sup>[39]</sup>用透灸法治疗脾虚湿蕴型CE患者,选用大椎、至阳、双侧足三里、双侧三阴交为主穴进行艾灸,同时视每例患者的具体情况随证加减其余穴位,结果显示,与普通温和灸法比较,透灸法的疗效更好,可减轻患者的瘙痒程度、缩小湿疹面积、减轻皮损严重程度,且操作简便、副作用小。鲁熹<sup>[40]</sup>的研究进一步表明,与常规艾灸相比,局部敏化穴位艾灸在缓解CE患者瘙痒症状方面起效更快,且止痒效果维持时间更长、复发风险更低。

### 3.6 穴位刺激疗法

现在临床常用的穴位刺激疗法有穴位埋线、穴位贴敷、耳穴贴压等,能调节脏腑功能、疏通经络气血,可发挥针灸治疗作用,具有方便、省时、作用持久的特点。瞿慧等<sup>[41]</sup>采用穴位埋线法连续治疗脾虚湿蕴型CE成人患者8周后发现,穴位埋线治疗组和对照组(口服除湿胃苓汤及依巴斯汀片)患者的EASI、VAS评分均较同组治疗前显著降低,且穴位埋线治疗组上述评分显著低于对照组( $P<0.01$ );此外,穴位埋线治疗组患者外周血嗜酸性粒细胞及血清IgE水平均显著低于对照组( $P<0.01$ ),提示穴位埋线能有效缓解脾虚湿蕴型CE患者的临床症状、调节免疫水平、改善机体皮损情况,且效果优于对照疗法。郑海根等<sup>[42]</sup>根据中医耳穴理论,选取耳廓上调节免疫的穴位,配合调理体质之肺、脾二穴和祛风止痒之风溪穴,对老年CE患者进行耳穴贴压治疗,结果显示,该疗法不仅安全性高、疗效确切,而且可降低患者的湿疹复发率。

## 4 CE的中医特色综合疗法

### 4.1 中药内服联合中医外治法治疗

李佳凤等<sup>[43]</sup>以渗湿和里汤内服结合外洗治疗脾虚湿蕴型CE患者,患者治疗4周后的愈显率为85.7%(30/35),显著高于口服氯雷他定片结合外用糠酸莫米松乳膏的对照组(60.0%,21/35);治疗6周后的复发率(5.7%,2/35)明显低于对照组的31.4%(11/35);同时,渗湿和里汤内服结合外洗可明显改善患者皮肤瘙痒、红斑、丘疹、苔藓样变等症状,且无明显不良反应。陈晓双<sup>[44]</sup>采用内外治相结合的方式(外用湿疹外洗方、口服玉屏风颗粒)治疗小儿湿热浸淫型CE,结果显示,患儿的中医证候积分、EASI评分和IgE、IL-2、IL-6水平,以及不良反应发生率均显著低于对照组(外用炉甘石洗剂);同时,该结合治疗方式在缩小湿疹面积、改善湿疹严重程度、减轻炎症反应方面的效果均明显优于对照组,且安全性好。王晖<sup>[45]</sup>采用桂枝麻黄各半汤加减联合梅花针刺络放血疗法治疗CE风寒证患者的总有效率为96.67%,显著高于对照组(服用氯雷他定)的76.67%( $P<0.05$ ),且患者EASI评分、焦虑自评量表评分、抑郁自评量表评分、生活质量评分均较对照组显著改善( $P<0.05$ )。总之,基于整体观念与辨证论治,中药内服联合中医外治可通过恢复人体内在的阴阳平衡与脏腑功能,重建肌肤屏障,从而提高机体抵御外邪的能力,在改善患者相关症状及减少复发方面表现出一定潜力。

### 4.2 多种中医外治法联合治疗

多种中医外治法联合治疗实现了治疗机制的互补与优化。毛钟莹<sup>[46]</sup>采用毫火针(在皮损中心向周围依次

进行点刺)结合艾灸(在曲池穴、足三里穴、脾俞穴、阴陵泉穴及皮损严重处施以温和灸法)的方案治疗CE患者,结果表明,该联合方案在缩小患者皮损面积及改善皮肤红斑、丘疹、鳞屑、苔藓样变方面均有效,且其对瘙痒严重程度的改善显著优于常规西医治疗(每晚口服西替利嗪10 mg+涂抹糠酸莫米松乳膏1次),且安全性高。桂茜<sup>[47]</sup>以耳穴贴压联合梅花针治疗脾虚湿蕴型CE患者,结果显示,该联合方案在改善皮损状况、瘙痒症状及提高生活质量方面的整体疗效、远期疗效均优于曲安奈德益康唑乳膏外涂法。周袁<sup>[48]</sup>用苍肤水剂联合肤痔清软膏封包治疗手部CE患者,结果显示,该联合方案能有效改善患者皮损症状、提高生活质量,临床疗效明显优于传统地奈德乳膏外涂法,复发率更低,且未见明显不良反应。可见,不同治法相结合的联合疗法,可通过多途径、多靶点的协同机制,共同作用于CE皮损部位,调畅全身,在改善症状、降低复发率及提升安全性方面表现出一定的综合优势,体现了中医整体观与辨证论治原则在临床实践中的具体运用,为CE的治疗提供了具有中医特色的干预方案。

## 5 CE的中西医结合治疗法

王思雯等<sup>[49]</sup>发现,地奈德乳膏联合拔罐能够显著降低CE患者血清 $\gamma$ 干扰素、IL-6、TNF- $\alpha$ 水平,缓解其皮肤炎症,改善皮损及瘙痒症状,提高患者生活质量,疗效较好。麻晓玲等<sup>[50]</sup>研究结果显示,苦参汤加减联合氯雷他定用于脾虚湿蕴型CE的临床效果显著,能有效缩小患者皮损面积,降低其血清炎症因子水平,改善瘙痒症状,且具有较好的安全性。章昭敏等<sup>[51]</sup>采用健脾除湿汤联合卤米松乳膏治疗CE,结果显示,该法可有效抑制患者体内炎症反应,缓解湿疹严重程度及瘙痒程度,改善临床症状。黄关秀<sup>[52]</sup>基于经络皮部理论以刺络拔罐疗法联合基础疗法(氯雷他定片+蛇黄膏)治疗CE患者,结果显示,该法远期疗效较好、不良反应少,且在改善患者苔藓样皮损严重程度及瘙痒方面的效果明显优于单纯基础疗法。可见,在中西医结合模式下,西医治疗(如外用抗炎药物)可较快地控制局部炎症、缓解瘙痒及皮损等临床表现,中医药干预(包括内服与外治)则侧重整体调节,常以健脾除湿、清热解毒、疏通经络等途径,改善内在病理状态;两者结合,有助于在缓解症状的同时调整机体内部环境,可在一定程度上降低复发风险,体现了“标本兼治”的治疗思路。

## 6 结语

CE多由急性或亚急性湿疹迁延所致,在中医理论中归属于“四弯风”“湿癣”等范畴,其核心病机为风、热、

湿、燥等外邪侵袭,并与内在营血不足、湿热蕴结交互作用,导致血虚化燥、生风,最终风燥湿热搏结于肌肤,发为皮损<sup>[53]</sup>。临床治疗以益气健脾、除湿止痒、滋阴养血为主要治则,强调“辨证论治、因人制宜”的个体化诊疗策略。现代中医已不再局限于单一内治模式,广泛采用多法联用的综合治疗策略,通过整体调节机体阴阳平衡,在祛邪的同时扶助正气、标本兼治。这些综合治疗策略能进一步改善患者红斑、瘙痒等皮损症状,且不良反应少、患者耐受良好。

中医认为,湿疹病位在表,病灶外显,外用药物可直趋病所、透达腠理、通调经络气血,发挥局部治疗作用,并能通过体表-内脏相关通路深入脏腑,形成内外同治的协同效应。目前,中医外治CE的方法丰富,主要包括中药熏洗、漏渍、膏剂涂抹等药物疗法,以及针刺、艾灸、穴位埋线、刺络拔罐等非药物疗法,具有操作简便、疗效好、副作用小、复发率低的特点。此外,中药内服联合外用、多种外治法整合及中西医结合等特色治疗方案,在临床实践中亦显示出一定优势,其可有效调节免疫功能,减轻皮损与瘙痒症状,降低复发风险,减少甚至避免激素的长期使用,从而提升患者的生活质量。

尽管CE的发病机制尚未完全明确,当前研究多集中于免疫失衡及遗传环境等复杂因素的交互作用,且中医药外治法的现代机制阐释仍显不足,但中医药秉承标本兼顾、内外并治、整体与局部结合的核心原则,通过“辨证施治、因人制宜”的个体化策略,在临床实践中表现出独特优势。但该领域的高质量、大样本研究尚有限,未来亟须开展高质量临床研究,并推动建立统一的CE疗效评价体系,着力深化对相关信号通路及中药多靶点调控机制的探索,从而为中医药治疗CE的临床应用提供更坚实的循证依据与理论支撑。

## 参考文献

[1] 白国良. 中医药治疗慢性湿疹的临床效果探讨[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(6): 98.

[2] 路雪艳, 李邻峰, 尤艳明. 丽水市社区人群皮肤病流行病学调查及风险因素分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2008, 24(9): 692-694.

[3] ZHAO J, BAI J, SHEN K L, et al. Self-reported prevalence of childhood allergic diseases in three cities of China: a multicenter study[J]. BMC Public Health, 2010, 10: 551.

[4] 吴积华, 刘天骥. 中医药综合疗法治疗慢性湿疹 90 例[J]. 中医临床研究, 2018, 10(9): 67.

[5] 姜春燕, 谭勇, 赵宁, 等. 湿疹证候分类及中药用药规律分析[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(11): 2397-2399.

[6] WOLLENBERG A, BARBAROT S, BIEBER T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2018, 32(5): 657-682.

[7] 罗燕, 王鑫茹, 王丽娜, 等. 形气神三位一体生命观视角下的慢性湿疹中医脏腑辨治思路探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2025, 42(8): 2064-2069.

[8] DO VALE E P B M, RODRIGUES C H L, KALLAS F E, et al. Eczema craquelé associated with antiviral treatment for chronic hepatitis C[J]. An Bras Dermatol, 2017, 92(3): 436-437.

[9] AKTAŞ B, COBAN S, ALTINBAŞ A, et al. Eosinophilic gastroenteritis associated with allergic asthma and atopic eczema[J]. Chin Med J, 2014, 127(1): 192.

[10] 关闯, 李娜. 加味当归饮子联合刺络拔罐治疗血虚风燥型慢性湿疹的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(3): 22-23.

[11] 孙一平. 基于数据挖掘杨素清教授治疗慢性湿疹的临床用药规律探析及临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2024.

[12] 申民安. 慢性湿疹的中医药治疗[J]. 光明中医, 2008, 23(11): 1791-1792.

[13] 曹煜, 宋兴兴, 李学智, 等. 防风通圣汤加减联合火针治疗慢性湿疹临床疗效及对全血EOS、血清IL-4、IgE水平的影响[J]. 山西中医, 2023, 39(1): 30-32.

[14] 王奕霖. 湿疹的中医病因病机[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(1): 79-81, 108.

[15] 马世茹, 吴景东. 火针治疗慢性湿疹的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(6): 123-125.

[16] 朱宝华. 从“清补并行”理论探讨文氏健脾除湿汤治疗脾虚湿蕴证慢性湿疹临床疗效及作用机制[D]. 成都: 成都中医药大学, 2023.

[17] 刘春保, 陆江涛, 孔珍珍, 等. 安肤止痒丸治疗慢性湿疹的疗效及其对患者血清IgE水平的影响[J]. 海南医学, 2020, 31(5): 636-638.

[18] 席丽红, 姜云平, 王坤. 四物消风饮加减治疗血虚风燥型慢性湿疹临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34(4): 564-566.

[19] 敖强, 李国臣. 加味龙胆泻肝汤治疗湿热型湿疹临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(6): 49-51.

[20] 程惠敏, 庄丽华. 外九煎治疗慢性湿疹疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(10): 1939-1940.

[21] 王庆兴, 张步鑫, 徐胜东, 等. 麻黄连翘赤小豆汤加减对慢性湿疹患者的临床疗效[J]. 中成药, 2024, 46(9): 2943-2949.

[22] 关石凤. 加味桃红四物汤治疗慢性湿疹对患者MDA以

- 及 SOD 水平的影 响[J]. 中国处方药, 2023, 21(7): 160-163.
- [23] 王秀菊, 时晓玉, 于小璇. 中药内服配合熏洗治疗湿疹临床疗效分析[J]. 皮肤病与性病, 2021, 43(4): 517-518.
- [24] 李昕哲, 路越. 复方荆芥熏洗剂治疗肛周湿疹的相关机制及优势概述[J]. 中国医药, 2023, 18(7): 1112-1116.
- [25] 叶秀春, 郑勇飞, 丁坤, 等. 中药熏洗治疗慢性肛周湿疹的疗效及安全性[J]. 浙江临床医学, 2025, 27(2): 288-290.
- [26] 余胜斌. 中药熏蒸治疗成人慢性湿疹疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(1): 109-111.
- [27] 章斌, 李萍. 漏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.
- [28] 李芹. 中药漏渍治疗泛发性湿疹疗效观察[J]. 中国误诊学杂志, 2012, 12(7): 1572.
- [29] 金蕾, 王万春. 祛风润燥止痒漏渍方对慢性湿疹模型小鼠皮肤损伤及 TLR4/NF- $\kappa$ B 通路的影响[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(5): 1110-1113.
- [30] 胡思源, 李新民, 钟成梁, 等. 羌月乳膏治疗儿童亚急性和慢性湿疹的随机对照、多中心临床研究[J]. 临床皮肤科杂志, 2022, 51(2): 103-107.
- [31] 李彦梅, 马超超, 牛凡琪, 等. 基于 JAK1/STAT5 信号通路探讨肤痒静凝胶治疗慢性湿疹作用机制[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2024, 29(9): 1011-1018.
- [32] 马粤, 李长寿. 菊久痒膏治疗慢性肛周湿疹的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(24): 53-56.
- [33] 李琳, 肖佳, 杨晓丽, 等. 火针联合苍肤止痒酊治疗神经性皮炎的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(2): 206-212.
- [34] 潘杰灵, 万红棉. 毫火针留针法临床研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(5): 189-192.
- [35] 申江红, 朱可欣, 陆瑶, 等. 基于“调肺通络”法针刺治疗慢性湿疹经验[J]. 北京中医药, 2022, 41(6): 640-642.
- [36] 丁晓颖. 针灸围刺治疗慢性湿疹对湿疹面积及严重程度指数评分及瘙痒程度的改善效果分析[J]. 中医临床研究, 2022, 14(7): 34-37.
- [37] 徐杰铭, 黄文静, 唐毅博, 等. 中医外治法治疗湿疹概况[J]. 黑龙江医学, 2025, 49(5): 635-637.
- [38] 黄凯文. 《二十四史》刺法灸法史料研究[J]. 中医文献杂志, 2009, 27(3): 16-18.
- [39] 李小梨. 透灸法治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2022.
- [40] 鲁熹. 艾灸疗法改善慢性湿疹瘙痒症状的临床疗效观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2022.
- [41] 瞿慧, 王纯, 刘娜娜. 穴位埋线治疗慢性湿疹(脾虚湿蕴型)的疗效及对血清 IgE 水平影响[J]. 基层中医药, 2023, 2(11): 42-46.
- [42] 郑海根, 陈培凤, 蔡茂庆, 等. 耳穴贴压治疗老人慢性湿疹的疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2024, 35(1): 17-19.
- [43] 李佳凤, 吴凡伟, 毛妮. 渗湿和里汤内服结合外洗治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(5): 1134-1139.
- [44] 陈晓双. 湿疹外洗方联合玉屏风颗粒治疗小儿慢性湿疹湿热浸淫证的临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2023, 23(4): 47-50.
- [45] 王晖. 桂枝麻黄各半汤加减联合梅花针刺络放血疗法治疗慢性湿疹风寒证的临床分析[J]. 罕少疾病杂志, 2025, 32(4): 164-167.
- [46] 毛钟莹. 毫火针结合艾灸治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的临床观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [47] 桂茜. 梅花针联合耳穴贴压治疗脾虚湿蕴型慢性湿疹的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2023.
- [48] 周袁. 苍肤水剂联合肤痒清软膏封包治疗慢性手部湿疹的临床疗效观察[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2023.
- [49] 王思雯, 李坤. 地奈德乳膏联合拔罐对慢性湿疹患者炎症水平及皮损状况的影响[J]. 医学理论与实践, 2024, 37(22): 3874-3876.
- [50] 麻晓玲, 赵东瑞, 张仕杰. 苦参汤加减联合西药治疗慢性湿疹的临床疗效及对外周血炎症因子水平的影响[J]. 中国药物与临床, 2024, 24(24): 1565-1569.
- [51] 章昭敏, 黄贤亮. 健脾除湿汤联合卤米松乳膏治疗慢性湿疹临床研究[J]. 新中医, 2025, 57(1): 86-90.
- [52] 黄关秀. 基于经络皮部理论的刺络拔罐疗法治疗慢性湿疹的临床疗效观察[D]. 成都: 成都中医药大学, 2020.
- [53] 彭琳, 穆玉雪, 任北大, 等. 慢性湿疹的脏腑辨证及传变规律[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(8): 3571-3573.

(收稿日期: 2025-11-17 修回日期: 2026-03-04)

(编辑: 孙 冰)