

引用:李阳,黄晓蒂,陈泓秀,罗薇,卢芳国,张雪,胡珏.玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹疗效与安全性的 Meta 分析[J].湖南中医杂志,2021,37(2):122-127.

玉屏风联合常规西药 治疗慢性湿疹疗效与安全性的 Meta 分析

李 阳,黄晓蒂,陈泓秀,罗 薇,卢芳国,张 雪,胡 珏
(湖南中医药大学,湖南 长沙,410208)

[摘要] 目的:对玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹的随机对照试验进行荟萃分析,整体评价其临床有效性与安全性。方法:计算机检索 EMBase、Pubmed、Web of Sci、The Cochrane Library、中国知网(CNKI)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、中国生物医学文献数据库(CBM)、万方数据(WANFANG DATA),检索时限为自建库至2020年2月20日。通过RevMan 5.3软件及StataSE 15.1软件对研究中的有效数据进行Meta分析。结果:共纳入14项随机对照试验(RCTs),共1355例慢性湿疹患者。Meta分析结果显示:玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹可提高有效率[RR=1.23,95%CI(1.17,1.29), $P<0.000\ 01$],降低不良反应[RR=0.58,95%CI(0.38,0.88), $P=0.01$]和复发率[RR=0.45,95%CI(0.35,0.58), $P<0.000\ 01$],并能改善症状积分[MD=-3.20,95%CI(-4.30,-2.10), $P<0.000\ 01$]。结论:玉屏风联合常规西药能有效治疗慢性湿疹,且安全性良好,但本研究结论尚需更严谨、更高质量、更大样本的随机对照试验加以验证。

[关键词] 慢性湿疹;玉屏风;西药;Meta分析

[中图分类号] R275.982.4 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.02.047

湿疹是由各种内源性因素或外源性因素引起的炎症性皮肤病,是免疫、神经、内分泌等多系统病变的体表表现^[1]。其病因病机复杂且发病率高,流行病学调查显示每12个成年人中就有1人受影响^[2]。湿疹遇诱因可表现为急性发作,但常因病况反复而转变为慢性湿疹^[3]。慢性湿疹的主要临床表现为患区内皮层粗糙肥厚,并伴不同程度的色素沉积,可呈苔藓样皮损改变,且瘙痒明显^[4],极大地降低了患者的生活质量。同时,由于皮损出现在体表,易使患者产生心理障碍,可导致自卑心理、抑郁倾向等不良状况产生^[5]。目前,西医主要使用糖皮质激素、抗组胺药物及免疫调节剂等进行治疗。其中,糖皮质激素运用广泛且疗效明确,但长期使用可导致皮肤皱缩老化、屏障功能减弱、毛细血管扩张等毒副作用,还可抑制下丘脑-垂体-肾上腺轴,产生全身性不良反应,且停药后易复发^[6]。

中医学将慢性湿疹归属于“浸淫疮”“湿毒疮”的范畴,其主要病机为湿热内蕴,脾胃亏虚;外邪湿热风毒侵犯,气阴耗伤,血液亏虚,肌肤失养;血虚生风,风盛则燥,风动则痒^[7]。玉屏风为益气固表、清热利湿之良剂,兼能祛风止痒,长时间使用不易产生耐药性,与西药联合可大大减轻其毒副作用,安全性较好^[8]。近年来,关于玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹的临床研究逐渐增多,但样本量较小,研究

结果缺乏一定的说服力,为进一步客观评价玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹的疗效与安全性,本研究通过全面搜集符合要求的随机对照试验(RCT)进行荟萃分析,为其临床应用提供循证医学证据。

1 资料与方法

1.1 纳入标准 1)研究对象:确诊为慢性湿疹的患者,西医诊断标准符合《现代皮肤性病学》(2000年)或《临床皮肤病学》(2001年、2011年)或《皮肤性病学》(2012年)中的诊断条件,中医诊断标准符合《实用中医皮肤病学》(2018年)中慢性湿疹的诊断条件。2)干预措施:对照组为常规西药治疗,治疗组在对照组的基础上加用中药玉屏风治疗。3)文献类型:玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹的RCTs,语种不限。4)结局指标:主要结局指标为有效率,次要结局指标为复发率、症状积分、不良反应。

1.2 排除标准 1)综述或个案报道;2)自身对照试验;3)采用玉屏风以外其他中药治疗的研究;4)研究对象为妊娠期妇女或者哺乳期妇女,或患有严重肝肾疾病、糖尿病或血液系统疾病的研究;5)非RCT。

1.3 文献检索 计算机检索PubMed、The Cochrane Library、EMbase、中国知网(CNKI)、中国生物医学文献数据库(CBM)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、万方数据(WAN-

基金项目:湖南省教育厅科学研究项目(17C1238,19C1418);湖南中医药大学“十三五”一级学科基础医学建设项目(06);;湖南中医药大学大学生研究性学习与创新性实验项目(2019-74)

第一作者:李阳,女,研究方向:中医药防治感染性疾病

通讯作者:胡珏,女,讲师,研究方向:中医药防治感染性疾病,E-mail:cynthia910830@126.com

FANG DATA),同时手工检索中国临床试验注册中心(ChiCTR)以及相关文献的参考文献作为补充。检索时间为建库至2020年2月20日。中文检索词主要包括“玉屏风”“玉屏风散”“玉屏风颗粒”“玉屏风胶囊”“玉屏风滴丸”“湿疹”“湿疮”等;英文检索词主要包括“Yupingfeng”“Eczemas”等。采用主题词结合自由词等方式检索文献。

1.4 文献筛选与资料提取 文献筛选由2名研究人员严格按照纳入与排除的标准独立进行,根据文献的标题与摘要进行初筛,排除与本次Meta分析无关的研究,进而详细查看剩余文献全文,从实验类型、干预手段、疾病病程等多个方面进行判断,如遇分歧,询问第3人意见。对于研究内容描述不清或数据有疑问的地方,尽量联系原文作者予以补充或更正。资料提取内容包括年龄、病程、干预措施、结局指标等。

1.5 文献质量评价方法 采用Cochrane中心文献偏倚风险评价工具对纳入文献进行质量评价,其内容包含:1)随机序列的产生方式;2)分配隐藏;3)实施者与参与者盲法;4)结果评估的盲法;5)结局数据的完整性;6)选择性发表;7)其他偏倚。

1.6 统计学方法 采用RevMan 5.3软件和StataSE 15.1软件对纳入研究的有效数据进行Meta分析。对二分类变量选用相对危险度(RR)作为效应指标,对连续性变量选择均数差(MD)作为效应指标,并给出各效应量95%置信区间(95%CI)。采用Cochrane Q检验与 I^2 对各结局指标纳入文献分别进行异质性的定性与定量分析,若 $P \geq 0.1, I^2 \leq 50\%$,则表示研究间同质性较好,采用固定效应模型;若 $P < 0.1, I^2 > 50\%$,则表示研究间的异质性较为明显,此时可采用敏感分析、亚组分析等方法找出异质性的来源,若无明显的方法学或临床异质性,可选择随机效应模型进行Meta分析。对于纳入研究数目 >10 的结局指标,采用漏斗图进行偏倚评估,若漏斗图出现缺角或不对称的情况,则可结合Begg's和

Egger's检验对发表偏倚的情况进行定量检测,如果存在发表偏倚,采用剪补法对相应缺失的研究数目进行具体估计。

2 结果

2.1 文献检索结果 按照上述检索策略方法,最终纳入14篇^[9-22]文献,共1355例慢性湿疹患者,其中治疗组682例,对照组673例。(见图1)

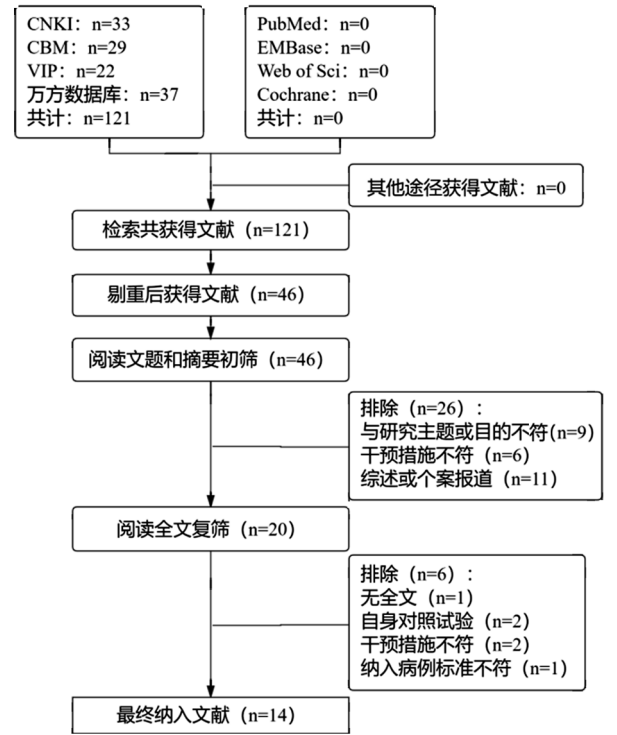


图1 文献筛选流程图

2.2 纳入文献的基本特征 14篇^[9-22]文献均为中文文献,临床试验均在国内进行,最小样本量为60例,最大样本量为160例。纳入文献的基本特征见表1。

表1 纳入文献的基本特征

纳入文献	总例数(男/女,例)		平均年龄(岁)		病程	干预措施		疗程	结局指标
	T	C	T/C			T	C		
关欣 2018 ^[9]	51(28/23)	51(27/24)	37.43±2.06/37.45±2.08		8个月至5年	玉屏风颗粒+C	复方氟米松软膏	4周	①③
王迪 2017 ^[10]	44(26/18)	44(25/19)	34.3±2.5/34.1±2.8		-	玉屏风胶囊+C	复方氟米松软膏	4周	①③④
曹静 2019 ^[11]	39(24/15)	38(22/16)	35.5±7.6/34.6±7.4		-	玉屏风胶囊+C	氯雷他定、复方氟米松软膏	3周	①
李艳 2016 ^[12]	43	43	-		-	玉屏风颗粒+C	依巴斯汀	8周	①②④
韩莉 2015 ^[13]	60(28/32)	60(30/30)	40.9±3.8/40.3±3.1		2个月至6年/1个月至5.8年	玉屏风颗粒+C	盐酸非索非那定片	4周	①②③④
马臻 2017 ^[14]	49(29/20)	49(27/22)	-		3个月至12年/2个月至10年	玉屏风颗粒+C	匹多莫德片	1个月	①③
刘红霞 2015 ^[15]	47	47	33.4±2.7		-	玉屏风胶囊+C	复方氟米松软膏	4周	①④
刘继军 2020 ^[16]	49(26/23)	49(27/22)	42.14±10.01/40.23±10.45		1个月至6年/2个月至6年	玉屏风散加减+C	盐酸非索非那定片	4周	①②③④
杨楚凤 2018 ^[17]	50(27/23)	50(29/21)	38.9±2.8/39.2±2.3		6个月至5年/4个月至6年	玉屏风颗粒+C	依巴斯汀	1个月	①②③④
周秀莲 2009 ^[18]	30(10/20)	30(12/18)	21.5/19.5		1至7年/1至8年	玉屏风颗粒+C	盐酸西替利嗪、雷尼替丁胶囊	4周	①
肖常青 2015 ^[19]	45(22/23)	45(20/25)	38.2±4.3/37.5±4.7		1个月至6年/1个月至5年	玉屏风滴丸+C	盐酸非索非那定片	1个月	①②③④
张正勇 2012 ^[20]	50(26/24)	42(24/18)	-		3个月至10年/2个月至12年	玉屏风颗粒+C	咪唑斯汀片	2周	①④
戴前海 2015 ^[21]	45(22/23)	45(23/22)	25.2±7.2/26.8±5.4		5个月至1.4年/5个月至1.7年	玉屏风胶囊+C	枸地氯雷他定片	4周	①④
刘国华 2017 ^[22]	80	80	39.58±7.34		3个月至11年	玉屏风颗粒+C	匹多莫德	4周	③

注:T—治疗组;C—对照组;-—未报道;①—有效率;②—复发率;③—症状积分;④—不良反应。

2.3 文献质量评价方法 14 篇^[9-22]研究中有 2 篇^[14,18]未提及随机分组,1 篇^[20]按治疗方式进行分组,存在高度偏倚风险。其余 11 篇^[9-13,15-17,19,21-22]研究提及“随机”字样,其中有 5 篇为随机数字表法,1 篇为数字法,1 篇为电脑盲法,1 篇为抽签法,另外 3 篇未详细描述随机分组方式;14 篇研究均未详细报道研究者与受试人员的盲法、结局指标评价者的盲法,则可能存在实施偏倚和检出偏倚;14 篇研究均未阐述试验中隐蔽分组的情况,则可能存在选择偏倚;仅有 2 篇研究对试验中退出与脱落病例的情况进行了描述;所有研究的结果数据均较为完整,未发现明显的选择性报告。(见表 2)

2.4 Meta 分析结果

2.4.1 有效率 有 13 项研究^[9-21]报道了有效率。异质性分析结果显示组间的差异较小($P=0.36, I^2=8\%$),选择固定效应模型进行 Meta 分析,发现治疗组与对照组比较,差异具有统计学意义 $[RR=1.23, 95\%CI(1.17, 1.29), P<0.00001]$,说明玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹患者的有效率优于单纯西药治疗。亚组分析显示,玉屏风与糖皮质激素 $[RR=1.18, 95\%CI(1.09, 1.28), P<0.0001]$ 、抗组胺药物 $[RR=1.26, 95\%CI(1.17, 1.35), P<0.00001]$ 、免疫调节剂 $[RR=1.26, 95\%CI(1.03, 1.54), P=0.03]$ 联合使用,均优于

表 2 纳入研究的偏倚风险评价结果

纳入研究	随机方法	分配隐藏	盲法	不全的结果数据	选择性报告	其他偏倚
关欣 2018 ^[9]	高风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
王迪 2017 ^[10]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
曹静 2019 ^[11]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
李艳 2016 ^[12]	高风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
韩莉 2015 ^[13]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
马臻 2017 ^[14]	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
刘红霞 2015 ^[15]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
刘继军 2020 ^[16]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
杨楚凤 2018 ^[17]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
周秀莲 2009 ^[18]	不清楚	不清楚	不清楚	低风险	不清楚	不清楚
肖常青 2015 ^[19]	高风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
张正勇 2012 ^[20]	不清楚	不清楚	不清楚	高风险	低风险	不清楚
戴前梅 2015 ^[21]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚
刘国华 2017 ^[22]	低风险	不清楚	不清楚	低风险	低风险	不清楚

糖皮质激素、抗组胺药物、免疫调节剂单独使用。玉屏风同时联合使用糖皮质激素和抗组胺药物治疗慢性湿疹的有效率与糖皮质激素联合抗组胺药物的作用相当 $[RR=1.16, 95\%CI(1.00, 1.34), P=0.05]$ 。(见图 2)

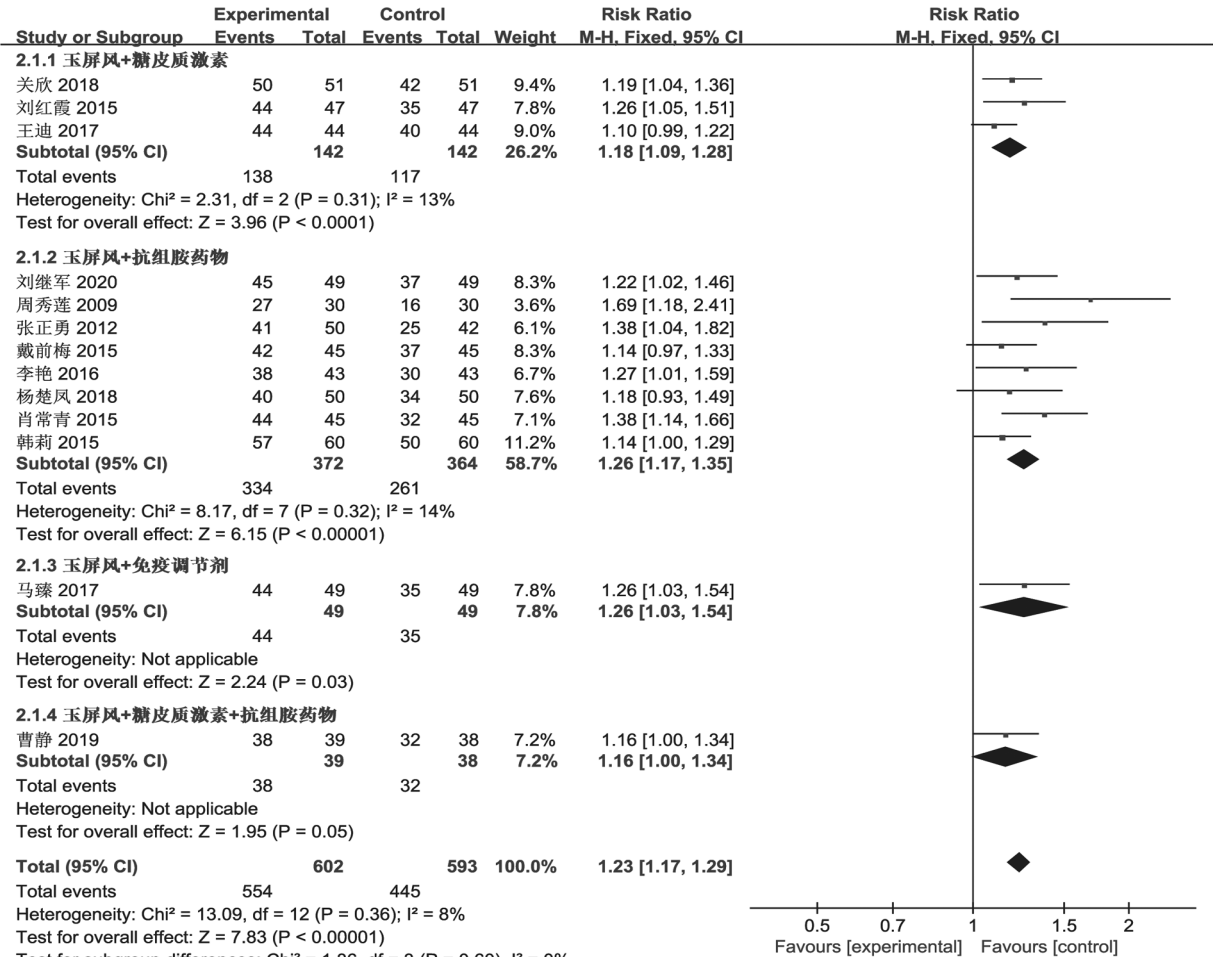


图 2 有效率的 Meta 分析结果

2.4.2 复发率 5 项研究^[12-13,16-17,19]报道了复发率。异质性分析结果提示各研究之间不存在异质性($P=0.94$, $I^2=0\%$),采用固定效应模型合并有效数据进行 Meta 分析,发现

治疗组与对照组比较,差异具有统计学意义 $[RR=0.45, 95\% CI(0.35, 0.58), P<0.00001]$,说明玉屏风联合使用常规西药治疗慢性湿疹的复发率低于单纯西药治疗。(见图 3)

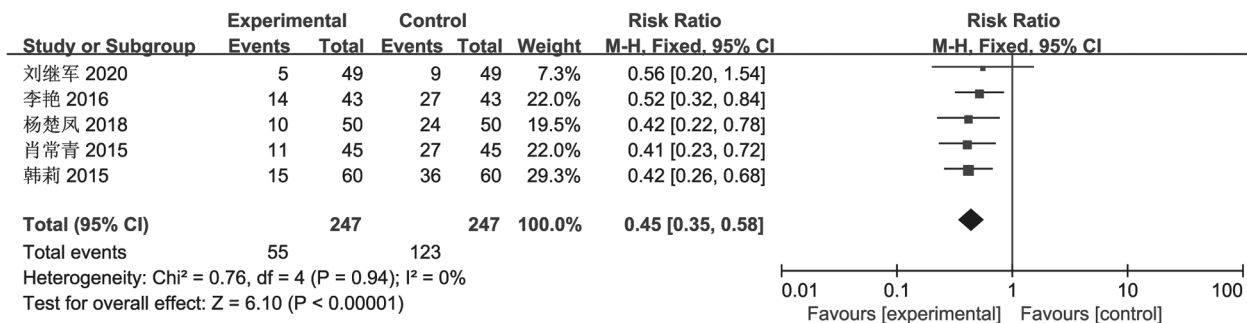


图 3 复发率的 Meta 分析结果

2.4.3 症状积分 8 项研究报道了症状积分^[9-10,13-14,16-17,19,22],其中 1 项研究^[9]未提供治疗前患者症状积分的基线情况,其余 7 项研究^[10,13-14,16-17,19,22]均描述了治疗前患者的症状积分情况,且治疗前 2 组的基线情况均具有可比性。异质性分析结果提示组间存在显著异质性($P<0.00001$, $I^2=99\%$),采用随机效应模型进行 Meta 分析,发现 2 组比较,差异具有统计学意义 $[MD=-3.20, 95\% CI(-4.30, -2.10), P<0.00001]$,说明玉屏风联合常规西药比单用西药治疗更能降低慢性湿疹

患者的临床症状积分。根据治疗组联用药物种类的不同进行亚组分析后,亚组内的异质性显著下降($I^2=0\%$),说明玉屏风联用药物种类的不同为异质性的来源。亚组分析结果显示,玉屏风与糖皮质激素 $[MD=-4.85, 95\% CI(-4.90, -4.80), P<0.00001]$ 、抗组胺药物 $[MD=-2.99, 95\% CI(-3.18, -2.81), P<0.00001]$ 、免疫调节剂 $[MD=-1.98, 95\% CI(-2.19, -1.76), P<0.00001]$ 联合使用,均优于糖皮质激素、抗组胺药物、免疫调节剂单独使用。(见图 4)

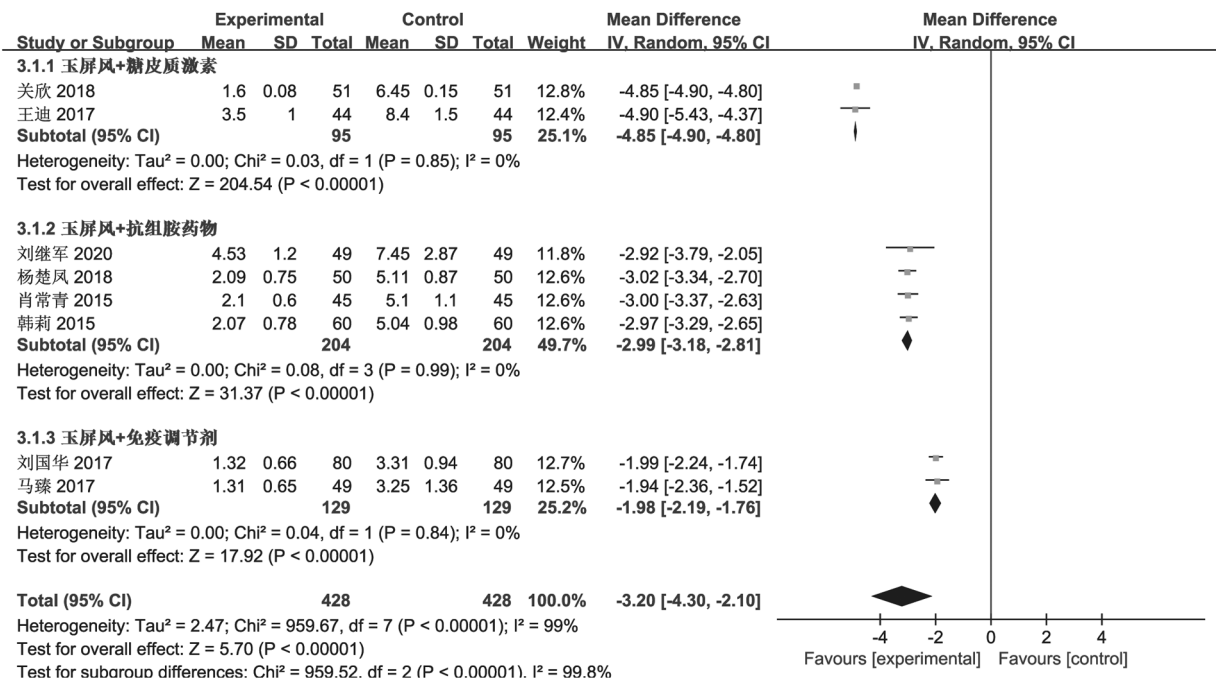


图 4 症状积分的 Meta 分析结果

2.4.4 不良反应 9 项研究^[10,12-13,15-17,19-21]报道了不良反应。异质性分析的结果提示组间异质性较小($P=0.10$, $I^2=41\%$),采用固定效应模型进行 Meta 分析,发现治疗组与对照组比较,差异具有统计学意义 $[RR=0.58, 95\% CI(0.38, 0.88), P=0.01]$,说明玉屏风联合常规西药治疗慢性湿疹

的安全性优于单纯西药治疗。亚组分析显示,玉屏风联合糖皮质激素治疗慢性湿疹的安全性与单用糖皮质激素相当 $[RR=3.67, 95\% CI(0.62, 21.83), P=0.15]$;玉屏风联合抗组胺药物治疗慢性湿疹的安全性优于抗组胺药物单用 $[RR=0.49, 95\% CI(0.31, 0.76), P=0.002]$ 。(见图 5)

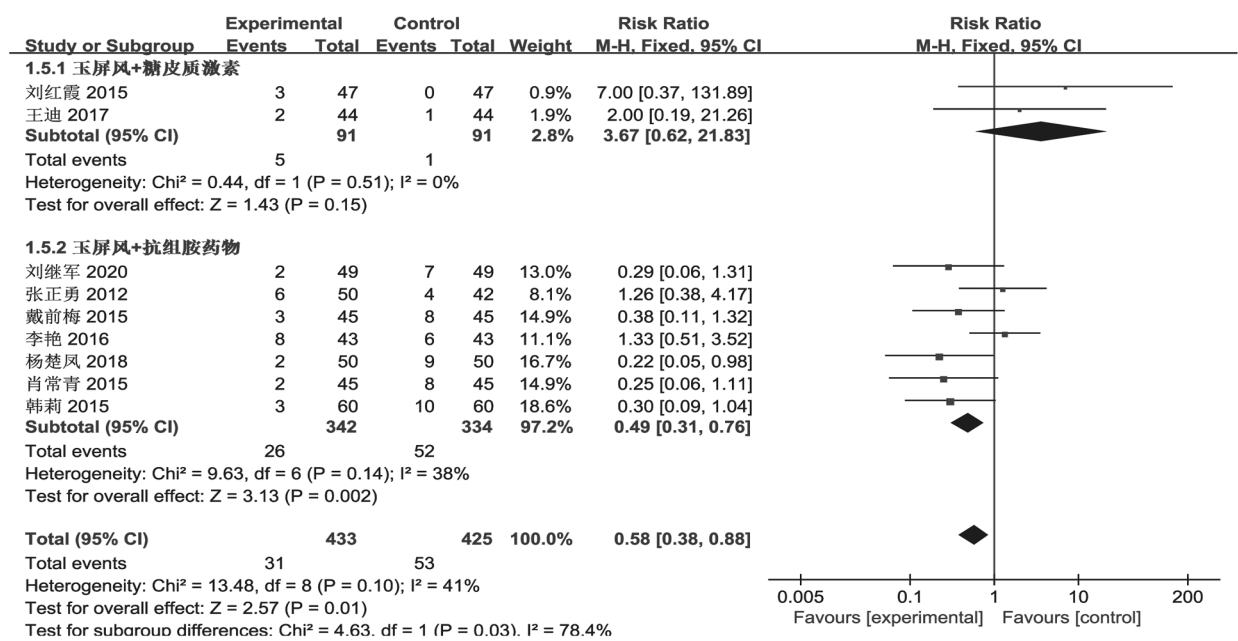


图 5 不良反应的 Meta 分析结果

2.5 发表偏倚分析 对有效率所纳入的 13 篇文献进行偏倚分析,如图 6 所示,漏斗图两侧各点估计值分布不对称,提示文献存在发表偏倚的可能性较大,为进一步探究是否存在发表偏倚,采用 Begg's 和 Egger's 检验对其进行定量分析,结果显示存在发表偏倚($P<0.01$)。鉴于此,采用减补法评估缺失的虚拟研究对 Meta 分析结果的影响。结果显示,缺失研究的具体数目为 6 篇,减补前,治疗组与对照组的临床有效率相比,差异具有统计学意义[RR = 1.23, 95% CI (1.17, 1.29), $P<0.00001$]。减补后,结果未发生翻转,差异仍具有统计学意义[RR = 1.15, 95% CI (1.10, 1.20), $P<0.01$],说明该项结局指标 Meta 分析的结果较为稳健,潜在的发表偏倚对此造成的影响较小。(见图 6)

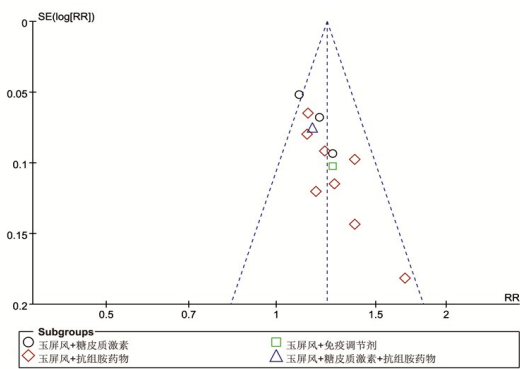


图 6 漏斗图

3 讨 论

玉屏风最早出自于元·朱丹溪的《丹溪心法》,含白术、黄芪、防风 3 味中药。现代药理研究表明,黄芪含多糖、黄酮、三萜等成分,具有抗炎、抗病毒、改善免疫功能等作用,可有效缓解湿疹形成的皮肤粗糙、变厚、干燥、脱屑^[23]。白术中

的白术内酯和苍术酮均具有抗炎作用,对于湿疹等Ⅳ型超敏反应有一定拮抗作用^[24]。防风中色原酮及酸性多糖具有抗氧化活性,祛邪扶正,具有明显的解热、镇痛、抗炎及增强免疫作用^[25],能缓解湿疹带来的局部红肿热痛和瘙痒。

本 Meta 分析结果显示,玉屏风联合糖皮质激素治疗慢性湿疹在提高有效率,降低临床症状积分上优于单用糖皮质激素 ($P<0.05$),安全性与单用糖皮质激素相当 ($P>0.05$);玉屏风联合抗组胺药物治疗慢性湿疹在提高有效率、改善症状积分、减少不良反应、降低复发率上优于单用抗组胺药物 ($P<0.05$);玉屏风联合免疫调节剂治疗慢性湿疹在提高有效率、改善症状积分上优于单用免疫调节剂 ($P<0.05$);玉屏风同时联合糖皮质激素和抗组胺药物治疗慢性湿疹在有效率上与糖皮质激素联合抗组胺药物作用相当 ($P>0.05$)。

在临床疗效的评价方面,由于各项研究选择的评估量表有所不同,可能会对 Meta 分析结果产生一定程度的影响。笔者通过改变效应尺度、效应模型和逐一剔除法对其进行敏感性分析,发现结果并未发生反转,故 Meta 分析结果的稳定性较好;在安全性方面,本研究仅对不良反应发生与未发生进行评价,由于纳入研究的结果数据报道不完整,未能对不良事件中的困倦、口干、头晕、恶心等情况进行详细分组分析。本研究纳入文献均为中文文献,且均为阳性结果,未检索到灰色文献,存在发表偏倚,降低了本次系统评价结论的证据力度。

评估工具的正确选择对于了解患者病情的发展及改善情况尤为重要,临床上关于湿疹疗效的评估量表有 25 种以上^[26],每种量表都有相应的证据等级,其中 EASI 评分法(湿疹面积及严重度指数)和以患者为导向的 POEM 量表的证

据等级较高,均具有较好的效度、信度和反应性,2种评估工具均被HOME(Harmonising Outcome Measures for Eczema)组织所推荐^[27]。EASI评分法根据身体4个区域湿疹的4个特征进行计算,从观察者的角度出发报道湿疹临床体征的严重程度,POEM量表包含7个条目(瘙痒程度、睡眠质量、皮肤皴裂、干燥、剥脱、渗出、粗糙)^[27],从患者以及患者家属的角度出发报道自觉症状的严重程度。本研究所纳入的文献中仅有1项随机对照试验采用了EASI评分法,其余研究的疗效量表彼此之间均存在差异。为提高研究报告的质量以及临床研究的可比性,促进数据的有效解释与合成及结果报道的标准化,减少选择性报告偏倚,建议采用对湿疹具有良好针对性的量表,且不随意增减条目^[28]。

本研究共纳入14篇文献,仅8篇研究详细阐述了随机序列的产生方式,所有研究均未提及分配隐藏与盲法,只有2篇对病例的脱落、失访、退出进行了描述,1篇研究失访脱落病例的比例超过20%,且未对相关原因进行说明,3篇研究未对不良反应进行报告,只有两篇研究提及了随访时间为半年,提示所纳入文献质量偏低,建议研究者严格参照CONSORT(Consolidated Standards of Reporting Trials)声明的要求开展相应的临床试验,公开所有的实验设计与数据分析方法,充分报告所有的主要与次要结局指标,以增加透明度并实现报告偏差的最小化^[28]。

综上所述,从系统评价结果可以看出玉屏风联合使用常规西药治疗慢性湿疹的临床疗效与安全性优于单纯西药治疗,并在降低复发率、改善症状积分方面具有优势,但由于纳入的临床研究质量过低,尚需开展更多的临床随机双盲对照试验来加以证实。

参考文献

- [1] 吕嘉琪,晋红中,王宝玺.中西医结合治疗腔口部位湿疹研究进展[J].中国皮肤性病学杂志,2018,32(5):584-587.
- [2] SARA B. Assessment and management of eczema in adults in the community setting[J]. British Journal of Community Nursing, 2019,24(3):110-115.
- [3] 吴玉清,潘继升,赵文青. 柔润保湿霜联合复方氟米松软膏外用治疗慢性湿疹的临床研究[J]. 临床皮肤科杂志,2014,43(7):434-436.
- [4] 王玉文,蒙秉新. 糖皮质激素降阶梯疗法治疗慢性湿疹临床疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志,2011,40(5):303-305.
- [5] RING J, ZINK A, ARENTS BWM, et al. Atopic Eczema: burden of disease and individual suffering—results from a large EU—Study in adults[J]. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2019,33(7):15634.
- [6] MELANIE C, LUZ F. Treatment of Eczema: corticosteroids and beyond[J]. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 2016, 51(3):249-262.
- [7] 王晶晶. 养血祛风汤治疗血虚风燥型慢性湿疹的临床疗效观察及作用机理初探[D]. 北京:中国中医科学院,2019.
- [8] 郑劭,包凯帆,李伟,等. 基于益气固表功效探讨玉屏风散抗过敏复发的作用及机制[J]. 南京中医药大学学报,2019,35(5):606-612.

- [9] 关欣. 玉屏风颗粒联合复方氟米松软膏治疗慢性湿疹疗效及对临床症状评分的影响[J]. 中国处方药,2018,16(11):86-87.
- [10] 王迪. 用玉屏风胶囊联合复方氟米松软膏治疗慢性湿疹的疗效分析[J]. 当代医药论丛,2017,15(13):42-43.
- [11] 曹静. 玉屏风胶囊联合西药治疗慢性湿疹(卫表不固)随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2019,33(3):45-48.
- [12] 李艳,杨子良,钱齐宏,等. 玉屏风颗粒联合依巴斯汀治疗慢性湿疹86例临床观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2016,3(44):8846,8848.
- [13] 韩莉. 玉屏风散配合西药治疗慢性湿疹60例[J]. 陕西中医,2015,36(3):322-324.
- [14] 马臻,刘雁云. 匹多莫德联合加味玉屏风颗粒对慢性湿疹患者细胞免疫功能的影响及临床意义[J]. 湖北中医杂志,2017,39(4):8-10.
- [15] 刘红霞. 玉屏风胶囊联合复方氟米松软膏治疗慢性湿疹疗效分析[J]. 中医临床研究,2015,7(21):66-67.
- [16] 刘继军. 玉屏风散加减联合盐酸非索那那定片治疗慢性湿疹临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(1):38-39.
- [17] 杨楚凤,吴丹丹. 玉屏风颗粒联合依匹斯汀治疗慢性湿疹的临床效果[J]. 现代诊断与治疗,2018,29(23):3797-3798.
- [18] 周秀莲. 中西医结合治疗慢性湿疹30例疗效观察[J]. 山东医药,2009,49(33):4.
- [19] 肖常青,邓景航,罗育武,等. 玉屏风滴丸联合西药治疗慢性湿疹的临床效果观察[J]. 深圳中西医结合杂志,2015,25(21):39-41.
- [20] 张正勇,钟华杰,汪蓓,等. 玉屏风颗粒联合咪唑斯汀治疗慢性湿疹的疗效观察[J]. 淮海医药,2012,30(6):513-514.
- [21] 戴前梅,胡春艳,陈朋,等. 玉屏风胶囊联合枸地氯雷他定治疗慢性湿疹45例[J]. 河南中医,2015,35(12):3082-3084.
- [22] 刘国华,李红云. 匹多莫德联合加味玉屏风颗粒对慢性湿疹患者细胞免疫功能的影响及临床意义[J]. 中国保健营养,2017,27(30):289.
- [23] 李红念,梅全喜,戴卫波,等. 玉屏风散的临床应用与药理作用研究进展[J]. 广州中医药大学学报,2016,33(2):284-287.
- [24] 简萍,黄琴. 玉屏风散佐治湿疹体会[J]. 实用中医药杂志,2008,24(3):179.
- [25] 赵子申,高雅丽,刘文芳,等. 玉屏风散现代药理学研究及皮肤科研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(2):187-189.
- [26] LESHEM YA, HAJAR T, HANIFIN JM, et al. What the Eczema Area and Severity index score tells us about the severity of atopic dermatitis: an interpretability study[J]. The British Journal of Dermatology, 2015, 172(5):1353-1357.
- [27] RIDD MJ, GAUNT DM, GUY RH, et al. Comparison of patient (POEM), observer (EASI, SASSAD, TIS) and corneometry measures of emollient effectiveness in children with eczema: findings from the COMET feasibility trial[J]. The British Journal of Dermatology, 2018, 179(2):362-370.
- [28] GRINICH EE, SCHMITT J, KÜSTER D, et al. Standardized reporting of the Eczema Area and Severity Index (EASI) and the Patient-Oriented Eczema Measure (POEM): a recommendation by the Harmonising Outcome Measures for Eczema (HOME) Initiative[J]. The British journal of dermatology, 2018, 179(2):540-541.